



Sotsiaalministeeriumi valitsemisala arengukava aastateks 2014–2017

SISUKORD

SISUKORD	1
SOTSIAALMINISTEERIUMI MISSIOON, VISIOON JA VÄÄRTUSED	2
MISSIOON	2
VISIOON	2
VÄÄRTUSED	2
STRATEEGILISED EESMÄRGID	3
SOTSIAALMINISTEERIUMI POLIITIKAVALDKONDADE STRATEEGILISED ALUSED	4
SOTSIAALMINISTEERIUMI POLIITIKAVALDKONDADE EESMÄRGID, INDIKAATORID JA MEETMED	8
1. TÖÖTURG JA SOTSIAALNE TURVALISUS	8
<i>Meede 1.1: kvalifitseeritud tööjõu pakkumise suurendamine</i>	10
<i>Meede 1.2: tööelu kvaliteedi parandamine</i>	12
<i>Meede 1.3: sotsiaalkindlustusskeemidega hõlmatud inimestele adekvaatse sissetuleku tagamine</i>	14
<i>Meede 1.4: hoolekandeteenuste ja sotsiaaltoetuste vajadustepõhise kättesaadavuse tagamine</i>	16
<i>Meede 1.5: hoolekandeteenuste kvaliteedi ja klientide parema teadlikkuse tagamine</i>	20
<i>Meede 1.6: hoolekandeteenuste jätkusuutlikkuse ja efektiivsuse tagamine</i>	22
<i>Meede 1.7: soolise ebavõrdsuse kaotamine ja võrdõiguslikkuse edendamine</i>	23
<i>Meede 1.8: sotsiaalse sidususe suurendamine</i>	25
2. RAHVATERVIS	27
<i>Meede 2.1: tervisliku ja turvalise arengu tagamine lastele ja noortele</i>	28
<i>Meede 2.2: tervist toetava elu-, töö- ja õpikeskkonna tagamine</i>	30
<i>Meede 2.3: tervislike valikute ja eluviiside soodustamine</i>	31
<i>Meede 2.4: kõikidele abivajajatele kvaliteetsete tervishoiuteenuste kättesaadavuse kindlustamine</i>	33
3. PERE- JA RAHVASTIKUPOLIITIKA	35
<i>Meede 3.1: lapse heaolu tagamine</i>	37
<i>Meede 3.2: perede elukvaliteedi tõstmine</i>	40
ORGANISATSIIONI ARENDAMINE	42
HETKEOLUKORRA ANALÜÜS POLIITIKAVALDKONDADE LÕIKES	47
1. TÖÖTURG JA SOTSIAALNE TURVALISUS	47
2. RAHVATERVIS	60
3. PERE- JA RAHVASTIKUPOLIITIKA	68
ORGANISATSIIONI OLUKORRAST	72
SOTSIAALKAITSE FINANTSRAAMISTIK	75

SOTSIAALMINISTEERIUMI MISSIOON, VISIOON JA VÄÄRTUSED

Missioon

Kujundada Eesti riigis elukeskkond, kus inimestel on võrdsed võimalused inimväärseks eluks.

Visioon

Näeme Eestit sotsiaalselt ja majanduslikult tasakaalustatult arenenud jätkusuutliku innovaatilise riigina, kus elujõulised peresuhted, üldine sotsiaalne sidusus ja kvaliteetne elukeskkond on aluseks sotsiaalsele turvatundele, heaolule ning kõrgele elatustasemele. Eesti rahvastiku vähenemine on peatunud ning iive on positiivne.

Eesti ühiskond hindab jätkuvalt põhiväärtusi ning on avatud ja mõistev kultuurilise ja sotsiaalse mitmekesisuse suhtes. Ühiskonna liikmed hoiavad ja arendavad oma elukeskkonda, kasutades keskkonnaressursse jätkusuutlikult ja säästlikult. Eestis on investoritele soodus majanduskeskkond.

Tänu elukeskkonna paranemisele ja tervise suuremale väärtustamisele on inimesed võimelised tulemuslikumalt töötama ning on kõrge elueani majanduslikult ja ühiskondlikult aktiivsed. Kõik tunnevad ennast põlvkondi ühendavate ja vastastikku toetavate lähisuhete tõttu turvaliselt. Majanduse vajadusi arvestav konkurentsivõimeline kutse- ja kõrgharidussüsteem ning elukestev õpe on parandanud inimeste ettevalmistust ja kohanemist elukeskkonna arenguga ning tõstnud tootlikkust, mis toob kaasa sissetulekute olulise suurenemise.

Näeme, et Eesti ühiskonna moodustavad iseseisvalt toimetulevad inimesed, kes:

- omavad võimalust eneseteostuseks töö, õppimise ja vaba aja veetmise kaudu;
- on endast lugupidavad ja loovad ning kujundavad positiivsed suhted oma pereliikmete, sõprade, teiste lähedaste ja kõigi kogukonnaliikmetega;
- elavad terviseteadlikult, väärtustades enda ja teiste ühiskonnaliikmete vaimset ning füüsilist tervist.

Kui inimestel tekib probleeme sotsiaalse turvalisusega, on meie ülesanne tagada neile asjakohane sotsiaalkaitseüsteemi toetus/teenus, et nad saaksid jätkata oma lähedaste keskel iseseisvat inimväärset toimetulekut.

Väärtused

Sotsiaalkaitsevaldkonnas lähtume oma töös eeskätt järgmistest väärtustest:

Inimkesksus

- ✓ Meie otsuste lähtekohaks on inimene. Kuulame ja arvestame huvirühmi, oleme sallivad ja õiglased.
- ✓ Austame ja usaldame oma töökaaslasi, hindame iga inimese panust ja aega.
- ✓ Tunnustame ja toetame!

Koostöö

- ✓ Kuigi väärtustame eripalgelisust, tegutseme ühtse meeskonnana.
- ✓ Seadnud ühised eesmärgid, võtame initsiatiivi ning jõuame üksteist kuulates ja kaasates sisuliste lahendusteni.

Professionaalsus

- ✓ Teeme oma tööd pühendunult ja professionaalselt, rakendame oma vaimujõu, teadmised ja kogemused eesmärkide saavutamisele ja pidevale arengule.

- ✓ Tunneme rõõmu oma tööst ja näeme selles võimalust ühiskonda paremaks muuta.
- ✓ Oleme arvamusiidrid ja oma ala eksperdid, suudame näha tervikpilti ja oskame oma seisukohti targasti põhjendada. Oleme tegudeinimesed, kes viivad kavandatu ellu ning võtavad vastutuse oma tegude ja otsuste mõju eest.

Avatus

- ✓ Julgeme küsida, anname tagasisidet ega karda põhjendatud kriitikat.
- ✓ Suhtleme ja tegutseme ausalt ja arusaadavalt ning täidame antud lubadusi.
- ✓ Oleme avatud uutele ideedele ning püüame loovalt ja paindlikult jõuda parimate tulemusteni. Meie tegevus on nähtav, mõistetav ja läbipaistev.

Strateegilised eesmärgid

Tegutseme sotsiaalkaitsesektoris kolmes poliitikavaldkonnas, kus oleme püstitanud endale **järgmised strateegilised eesmärgid:**

- tööturg ja sotsiaalne turvalisus: inimeste sissetulek, elukvaliteet ja sotsiaalne turvalisus suureneb;
- rahvatervis: inimeste elu (sh tervena elatud elu) on pikk ja kvaliteetne;
- pere- ja rahvastikupoliitika: laste ning perede heaolu ja elukvaliteet on tõusnud.

SOTSIAALMINISTEERIUMI POLIITIKAVALDKONDADE STRATEEGILISED ALUSED

Sotsiaalministeeriumi valitsemisala arengukava aastateks 2014–2017 on koostatud, lähtudes Vabariigi Valitsuse määrusest „Strateegiliste arengukavade liigid ning nende koostamise, täiendamise, elluviimise, hindamise ja aruandluse kord“. Arengukava koostamisel on aluseks võetud Sotsiaalministeeriumi arengukava 2013–2016, riigi eelarvestrateegia 2013–2016 (RES), Vabariigi Valitsuse tegevusprogramm 2011–2015 (VVTP) ja konkurentsivõime kava „Eesti 2020“ (Eesti strateegia Euroopa 2020 eesmärkide saavutamiseks). Arengukava koostades jälgiti, et nimetatud dokumentide prioriteetidid kajastuksid ministeeriumi arengukavas. Samuti on arengukavas kajastatud olulisemad eesmärgid ja tegevused Sotsiaalministeeriumi haldusala valdkondlikest arengukavadest – rahvastiku tervise arengukava 2012–2020 (RTA) ning laste ja perede arengukava 2012–2020 (LPA) – ja organisatsioonipõhistest arengukavadest.

Sotsiaalministeerium seab eesmärgi ja planeerib tegevusi kolmes poliitikavaldkonnas: tööturg ja sotsiaalne turvalisus, rahvatervis ning pere- ja rahvastikupoliitika. Arengukava püstitab poliitikavaldkondade lõikes strateegilised eesmärgid, indikaatorid ja nende saavutamiseks planeeritud meetmed ning esitab hetkeolukorra analüüsi. Lisaks kolmele poliitikavaldkonnale, milles kajastatakse ministeeriumi põhitegevusvaldkondade eesmärgi, indikaatoreid ja eesmärkide saavutamiseks kavandatud tegevusi, kajastatakse eraldi osana põhitegevusvaldkondade eesmärkide saavutamist toetavat organisatsiooni arendamist.

Poliitikavaldkonnas tööturg ja sotsiaalne turvalisus seab Sotsiaalministeeriumi valitsemisala arengukava eesmärgiks inimeste sissetulekute, elukvaliteedi ja sotsiaalse turvalisuse suurenemise. Eesmärk on seatud kooskõlas RESi, VVTP ja Eesti 2020 strateegiaga.

Strateegiadokument	Poliitikavaldkond, tegevussuund	Eesmärgid
Sotsiaalministeeriumi valitsemisala arengukava aastateks 2014–2017	1. Tööturg ja sotsiaalne turvalisus	Inimeste sissetulek, elukvaliteet ja sotsiaalne turvalisus suureneb.
Riigi eelarvestrateegia 2013–2016	4. Tööturg ja sotsiaalne turvalisus	Tagatud on inimeste sissetulekute, elukvaliteedi ja sotsiaalse turvalisuse kasv.
Vabariigi Valitsuse tegevusprogramm 2011–2015	4. Aktiivne tööturupoliitika. Sotsiaalne turvalisus	Valitsusliidu tööturu- ja sotsiaalpoliitika eesmärk on inimeste sissetulekute, elukvaliteedi ning sotsiaalse turvalisuse kasv. Väärtustame riigi hea majandusarenguga kaasnevaid kõrgemaid sissetulekuid, tegelikele vajadustele vastavaid inimväärseid toetusi ja väärikat vananemist.
Konkurentsivõime kava „Eesti 2020“	Tegevussuund 2	Tööjõu väljaõppe vastavusse viimine kaasaegse tööturu vajadustega (sh kasutades paremini EL siseturu ja teiste poliitikate võimalusi) ning kutse- või kõrghariduse tasemel erialase haridusega

	inimeste osakaalu suurendamine.
Tegevussuund 4	Aktiivse tööturupoliitika mõju suurendamine ning rahastamise jätkusuutlikkus.
Tegevussuund 5	Tervena elatud eluaastate suurendamine läbi tervisekäitumise parandamise ja õnnetusjuhtumite edasise vähendamise ning läbi tervishoiutaristu arendamise.
Tegevussuund 15	Avaliku sektori sotsiaalkulutuste jätkusuutlikkuse parandamine tööealise elanikkonna vähenemise ja vanemaeliste osakaalu suurenemise tingimustes, kindlustades seejuures tulemuslik tervishoid ning hästi sihitud ja tulemuslik sotsiaalpoliitika (sh vajalikud tugiteenused).

Poliitikavaldkonna strateegilised alusdokumendid:

Rahvusvahelised suunised: „Parandatud ja täiendatud Euroopa sotsiaalharta”, „Majanduslike, sotsiaalsete ja kultuurialaste õiguste rahvusvaheline pakt”, „Euroopa Nõukogu, Inimõiguste ja põhivabaduste kaitse konventsioon”, Rahvusvahelise Tööorganisatsiooni konventsioon nr. 87 „Ühinemisvabaduse ja organiseerumisõiguse kaitse konventsioon”, Rahvusvahelise Tööorganisatsiooni konventsioon nr. 98 „Konventsioon organiseerimisõiguse ja kollektiivse läbirääkimisõiguse kaitse kohta”, „Ühenduse töötervishoiu ja tööohutuse strateegia 2007–2012”, „Euroopa sotsiaalkindlustuskodeks”, Euroopa Liidu Nõukogu Laekeni tippkohtumisel seatud ühised pensionieesmärgid, „ÜRO puuetega inimeste õiguste konventsioon”, „ÜRO invapoliitika üldkontseptsioon”, „Euroopa puuetega inimeste strateegia 2010–2020”, „Sotsiaalse kaasatuse ühismemorandum (JIM)”, „ÜRO lapse õiguste konventsioon”, konventsioon naiste diskrimineerimise kõigi vormide likvideerimise kohta ja naiste diskrimineerimise likvideerimise komitee soovitus Eestile vastavate aruannete alusel, Pekingis IV ülemaailmsel naiste konverentsil vastuvõetud deklaratsioon ja tegevuskava, inimkaubandusvastane Euroopa Nõukogu konventsioon, rahvusvahelise organiseeritud kuritegevuse vastu võitlemise ÜRO konventsiooni lisaprotokoll inimkaubanduse, eriti naiste ja lastega kaubitsemise ennetamise, selle vastu võitlemise ning karistamise kohta, Euroopa Parlamendi ja nõukogu direktiiv 2011/36/EL, 5. aprill 2011, milles käsitletakse inimkaubanduse tõkestamist ja sellevastast võitlust ning inimkaubanduse ohvrite kaitset ja millega asendatakse nõukogu raamotsus 2002/629/JSK, Euroopa Liidu lepingu konsolideeritud versiooni artiklid 2 ja 3.3, Euroopa Liidu toimimise lepingu konsolideeritud versiooni artiklid 8, 10, 153 ja 157, Euroopa Liidu põhiõiguste harta artiklid 20, 21, 23 ja 33, Euroopa Nõukogu Ministrite Komitee soovitus REC(2007)17 liikmesriikidele soolise võrdõiguslikkuse standardite ja mehhanismide kohta, Euroopa Nõukogu Ministrite Komitee 12. mai 2009. a deklaratsioon „Soolise võrdõiguslikkuse muutmine reaalsuseks”, Euroopa Komisjoni naiste ja meeste võrdõiguslikkuse strateegia 2010–2015, „Euroopa soolise võrdõiguslikkuse pakt 2011–2020“.

Riigisisesed arengudokumendid: „Riiklike erihoolekandeesutuste ja -teenuste reorganiseerimise kava”, „Rahvastiku tervise arengukava 2009–2020”, „Eesti kodanikuühiskonna arengu kontseptsioon”, „Kodanikuühiskonna arengukava 2011–2014”, „Pensionireformi kontseptuaalsed alused”, „Hoolekande kontseptsioon”, „Eesti vanuripoliitika alused”, Eesti Vabariigi invapoliitika üldkontseptsioon „Puuetega inimestele võrdsete võimaluste loomise standardreeglid”, „Lastekaitse kontseptsioon”, „Vägivalla vähendamise arengukava 2010–2014”, „Laste ja perede arengukava 2012–2020”, „Aktiivsena vananemise arengukava 2013–2020“ (koostamisel).

Poliitikavaldkonnas rahvatervis seab Sotsiaalministeeriumi valitsemisala arengukava eesmärgiks, et inimese elu (sh tervena elatud elu) oleks pikk ja kvaliteetne. Eesmärk on seatud kooskõlas RTA, RESi, VVTP ja Eesti 2020 strateegiaga.

Strateegiadokument	Poliitikavaldkond, tegevussuund	Eesmärgid
Sotsiaalministeeriumi valitsemisala arengukava aastateks 2014–2017	2. Rahvatervis	Inimeste elu (sh tervena elatud elu) on pikk ja kvaliteetne.
Riigi eelarvestrateegia 2013–2016	5. Rahvatervis	Eesti inimeste tervena elatud eluiga on kasvanud.
Vabariigi Valitsuse tegevusprogramm 2011–2015	5. Terve Eesti	Valitsusliidu tervishoiupoliitika eesmärk on Eesti inimeste pikem ja tervem elu ning kvaliteetne arstiabi terviseprobleemide korral. Valitsusliidu silmis on eluea üldisest pikkusest veelgi olulisem just tervena elatud aastate arv, mis on viimase viie aastaga kasvanud rohkem kui viie aasta võrra. Nüüdismeditsiin suudab pakkuda kvaliteetset abi, kui inimene seda vajab, aga inimestel endil on võimalus väga palju teha oma tervise säilimise või parandamise eesmärgil. Tervislik toitumine ja piisav kehaline aktiivsus on hea tervise alused. Eestis pakutav tervishoiuteenus on Euroopa võrdluses heal tasemel, kuid sellele vaatamata soovib Valitsusliit astuda samme arstiabi veelgi paremaks muutmiseks.
Konkurentsivõime kava „Eesti 2020“	Tegevussuund 5 Tegevussuund 15	Tervena elatud eluaastate suurendamine läbi tervisekäitumise parandamise ja õnnetusjuhtumite edasise vähendamise. Avaliku sektori sotsiaalkulutuste jätkusuutlikkuse parandamine tööelise elanikkonna vähenemise ja vanemaaliste osakaalu suurenemise tingimustes, kindlustades seejuures tulemuslik tervishoid ning hästi sihistatud ja tulemuslik sotsiaalpoliitika (sh vajalikud tugiteenused).

Poliitikavaldkonna strateegilised alusdokumendid:

Rahvusvahelised suunised: Maailma Terviseorganisatsiooni ministrite konverentsil vastu võetud „Tallinna harta: tervisesüsteemid tervise ja jõukuse heaks“.

Riigisisesed arengudokumendid: „Rahvastiku tervise arengukava 2009–2020“, „Riiklik HIVi ja AIDSi strateegia aastateks 2006–2015“, „Haiglavõrgu arengukava aastani 2015“, „Eesti hooldusravivõrgu arengukava 2004–2015“, „Esmatasandi tervishoiu arengukava 2009–2015“.

Poliitikavaldkonnas pere- ja rahvastikupoliitika seab Sotsiaalministeeriumi valitsemisala arengukava eesmärgiks laste ning perede heaolu ja elukvaliteedi tõusu. Eesmärk on seatud kooskõlas LPA, RES, VVTP ja Eesti 2020 strateegiaga.

Strateegiadokument	Poliitikavaldkond, tegevussuund	Eesmärgid
Sotsiaalministeeriumi valitsemisala arengukava aastateks 2014–2017	3. Pere- ja rahvastikupoliitika	Laste ning perede heaolu ja elukvaliteet on tõusnud.
Riigi eelarvestrateegia 2013–2016	2. Pere- ja rahvastikupoliitika	Eesti rahvas on kasvav rahvas ning laste ja perede heaolu ja elukvaliteet on tõusnud.
Vabariigi Valitsuse tegevusprogramm 2011–2015	2. Peresõbralik riik	Valitsusliidu pere- ja rahvastikupoliitika eesmärk on luua Eestist peresõbralik riik, kus inimesed soovivad hea meelega lapsi saada ja kasvatada ning väärikalt vananeda, mis kindlustaks, et Eesti rahvas saab kasvav rahvas. Valitsusliit soovib, et Eestis sünniks lapsi veelgi rohkem. Eesti olgu parim paik elamiseks. Valitsusliit peab hooliva ja peresõbraliku ühiskonna kujundamist parimaks viisiks, mis soodustab võõrsil töötavate ja elavate Eesti juurtega haritud inimeste kodumaale naasmist.

Poliitikavaldkonna strateegilised alusdokumendid:

Rahvusvahelised suunised: „Majanduslike, sotsiaalsete ja kultuurialaste õiguste rahvusvaheline pakt“, „ÜRO lapse õiguste konventsioon“, „Kairo tegevuskava“, „Parandatud ja täiendatud Euroopa sotsiaalharta“, „Euroopa Liidu põhiõiguste harta“.

Riigisisese arengudokumendid: „Laste ja perede arengukava 2012–2020“, „Lastekaitse kontseptsioon“, „Vägivalla vähendamise arengukava aastateks 2010–2014“, „Hoolekande kontseptsioon“, „Rahvastiku tervise arengukava 2009–2020“, „Riiklik HIVi ja AIDSi strateegia aastateks 2006–2015“, „Esmatasandi tervishoiu arengukava 2009–2015“.

SOTSIAALMINISTEERIUMI POLIITIKAVALDKONDADE EESMÄRGID, INDIKAATORID JA MEETMED

Tegutseme sotsiaalkaitsesektoris kolmes poliitikavaldkonnas, kus oleme püstitanud endale järgmised strateegilised eesmärgid:

- tööturg ja sotsiaalne turvalisus: inimeste sissetulek, elukvaliteet ja sotsiaalne turvalisus suureneb;
- rahvatervis: inimeste elu (sh tervena elatud elu) on pikk ja kvaliteetne;
- pere- ja rahvastikupoliitika: laste ning perede heaolu ja elukvaliteet on tõusnud.

1. Tööturg ja sotsiaalne turvalisus

Eesmärk: inimeste sissetulek, elukvaliteet ja sotsiaalne turvalisus suureneb

Inimeste sissetuleku, elukvaliteedi ja sotsiaalse turvalisuse suurenemise tagamisel tulenevad peamised strateegilised tegevusalused konkurentsivõime kavast „Eesti 2020“, „Euroopa sotsiaalkindlustuskoodeksist“, „ÜRO puuetega inimeste konventsioonist“ ning „Euroopa soolise võrdõiguslikkuse paktist 2011–2020“.

Eesmärgi saavutamise mõõtmise indikaatorid:

Indikaator	Selgitus	Algtase	Sihttase
Tööhõive määr 20–64-aastaste vanusegrupis, % <i>Allikas: Statistikaamet, Eesti tööjõu-uuring (RES, VVTP, Eesti 2020)</i>	Tööhõive määr mõõdab tööga hõivatud elanike hulka tööealises elanikkonnas.	Kokku	Kokku
		2007 – 76,4%	2014 – 71,5%
		2008 – 76,6%	2015 – 72,0%**
		2009 – 69,5%	2016 – 72,8%
		2010 – 66,4%	2017 – 73,5%
		2011 – 70,1%	2020 – 76,0%*
		2012 – 71,7%	<i>*Eesti 2020 eesmärk</i>
		2013 – 71,0%*	<i>**Eesti 2020 ja VVTP eesmärk</i>
		<i>*prognoos</i>	
		Mehed	Mehed
		2007 – 80,8%	2014 – 74,0%
		2008 – 81,0%	2015 – 74,4%
		2009 – 70,3%	2016 – 75,2%
2010 – 67,2%	2017 – 76,0%		
2011 – 73,0%	2020 – 78,5%		
2012 – 74,4%			
2013 – 73,6%*			
<i>*prognoos</i>			
Naised	Naised		
2007 – 72,4%	2014 – 69,1%		
2008 – 72,7%	2015 – 69,7%		
2009 – 68,8%	2016 – 70,6%		
2010 – 65,7%	2017 – 71,0%		
2011 – 67,5%	2020 – 73,5%		
2012 – 69,1%			

		2013 – 68,5%*	
		*proгноос	
Pikaajalise töötuse määr, %	Pikaajalise töötuse määr näitab pikaajaliste töötute osatähtsust tööjõust.	2007 – 2,3% 2008 – 1,7% 2009 – 3,8% 2010 – 7,7% 2011 – 7,1% 2012 – 5,5% 2013 – 5,0%*	2014 – 4,4% 2015 – 4,0%* 2016 – 3,7% 2017 – 3,4% 2020 – 2,5%*
<i>Allikas: Statistikaamet, Eesti tööjõu-uuring (RES, Eesti 2020)</i>			*Eesti 2020 eesmärk
		*proгноос	
Suhtelise vaesuse määr (enne/peale sotsiaalseid siirdeid), %	Näitab isikute osakaalu, kelle sissetulek on suhtelise vaesuse piirist madalam enne ja pärast sotsiaalseid siirdeid. Suhtelise vaesuse määra on oluline jälgida enne/peale sotsiaalseid siirdeid, et näha kas ja kuidas sotsiaalse kaitse süsteem riigis täidab oma peamist eesmärki: kaotatud sissetuleku korral toimida adekvaatse asendussissetulekuna või aidates konkreetses olukorras (nt puude olemasolul, laste olemasolul vms) tasandada suurenenud kulutusi. Suhtelise vaesuse näitaja iseloomustab sissetulekute jaotust (ebavõrdsust) ühiskonnas.	Suhtelise vaesuse määr enne/peale sotsiaalseid siirdeid (kokku) 2007 – 36,3%/19,5% 2008 – 37,5%/19,7% 2009 – 40,8%/15,8% 2010 – 41,1%/17,5% 2011 – 40,1%/17,5% 2012 – 41,7%/17,0%* 2013 – 41,2%/16,9%*	Suhtelise vaesuse määr enne/peale sotsiaalseid siirdeid (kokku) 2014 – 40,5%/16,7% 2015 – 40,1%/16,5%** 2016 – 40,1%/16,5% 2017 – 39,8%/16,2% 2020 – 38,6%/15%*
<i>Allikas: Statistikaamet, Eesti sotsiaaluuring (RES, VVTP, Eesti 2020)</i>		*proгноос	*Eesti 2020 eesmärk: suhtelise vaesuse määr peale siirdeid ** Eesti 2020 ja VVTP eesmärk: suhtelise vaesuse määr peale siirdeid
		Mehed	Mehed
		2007 – 32,6%/16,5% 2008 – 34,1%/17,5% 2009 – 38,0%/15,4% 2010 – 38,2%/17,6% 2011 – 36,8%/16,8% 2012 – 37,8%/16,5%* 2013 – 37,4%/16,4%*	2014 – 36,8%/16,2% 2015 – 36,2%/15,9% 2016 – 36,1%/15,9% 2017 – 35,8%/15,7%
		*proгноос	
		Naised	Naised
		2007 – 39,4%/22,0% 2008 – 40,4%/21,6% 2009 – 43,2%/16,2% 2010 – 43,5%/17,4% 2011 – 42,9%/18,1% 2012 – 44,9%/17,7%* 2013 – 44,6%/17,5%*	2014 – 43,9%/17,3% 2015 – 43,5%/17,0% 2016 – 43,4%/17,0% 2017 – 43,2%/16,7%
		*proгноос	
Naiste ja meeste keskmiste	Erinevus naiste ja meeste poolt	2004 – 24% 2005 – 25%	2014 – 28,5% 2015 – 27,5%

tunnipalkade vahe (palgalõhe), % <i>Allikas: Eurostat</i>	tehtavate tööde tasustamises (palgalõhe)	2006 – 29,8%	2016 – 26,5%
	arvutatakse naiste keskmise brutotunnipalga osakaaluna meeste keskmisest	2007 – 30,9%	2017 – 25,5%
	tunnipalgast (kõigi töötajate kohta, kes töötavad vähemalt 10 töötajaga organisatsioonis).	2008 – 27,6%	2020 – 22,5%
	Palgalõhe on üks põhilisi soolise võrdõiguslikkuse indikaatoreid, mis peegeldab naiste ja meeste poolt tehtavate tööde erinevat väärtustamist, elu- ja arenguvõimalusi. Indikaator peegeldab nii soolise segregatsiooni kui soolise diskrimineerimise ilminguid tööturul. Palgalõhe on seotud meeste ja naiste vaesusnäitajate erinevustega ja hilisemate erinevustega pensionites.	2009 – 26,6%	
		2010 – 27,7%	
		2011 – 30%*	
		2012 – 30%*	
		2013 – 29,5%*	
		<i>*prognoos</i>	

Eesmärgi elluviimiseks on kavandatud kaheksa meetet: (1) kvalifitseeritud tööjõu pakkumise suurendamine, (2) tööelu kvaliteedi parandamine, (3) sotsiaalkindlustuskeemidega hõlmatud inimestele adekvaatse sissetuleku tagamine, (4) hoolekandeteenuste ja sotsiaaltoetuste vajaduspõhise kättesaadavuse tagamine, (5) hoolekandeteenuste kvaliteedi ja klientide parema teadlikkuse tagamine, (6) hoolekandeteenuste jätkusuutlikkuse ja efektiivsuse tagamine, (7) soolise ebavõrdsuse kaotamine ja võrdõiguslikkuse edendamine ning (8) sotsiaalse sidususe suurendamine.

Meede 1.1: kvalifitseeritud tööjõu pakkumise suurendamine

Inimeste tööerakendumise toetamiseks arendame tööturuteenuste ja -toetuste osutamist, pöörame tähelepanu tööturu riskirühmadele. Uue algatusena töötame koostöös Haridus- ja Teadusministeeriumiga välja ühiskava noorte tööhõive suurendamiseks.

Valdkonna poliitika kujundajaks on Sotsiaalministeeriumi tööturuosakond. Meetme olulisimateks poliitikainstrumentideks on tööturuteenused ja -toetused, mida osutavad Eesti Töötukassa või Euroopa Sotsiaalfondi avatud taotlusvoorude kaudu toetatud organisatsioonid

Kvalifitseeritud tööjõu pakkumise suurendamiseks oleme seadnud järgmised sihid:

Indikaator	Selgitus	Algtase	Sihttase
Vanemaealiste (55–	Indikaator näitab tööga	2007 – 59,5%	2014 – 61,4%

64-aastaste) tööhõive määr, % <i>Allikas: Statistikaamet, Eesti tööjõu-uuring</i>	hõivatud inimeste osatähtsust 55–64-aastaste vanusegrupis.	2008 – 62,2% 2009 – 60,4% 2010 – 53,8% 2011 – 57,1% 2012 – 60,5% 2013 – 61,2%*	2015 – 61,7% 2016 – 62,0% 2017 – 62,3% 2020 – 63,0%
		*proгноос	
Töötute osakaal 15–24-aastaste vanusegrupis, % <i>Allikas: Statistikaamet, Eesti tööjõu-uuring (RES)</i>	Näitab töötute osatähtsust 15–24-aastaste vanusegrupis.	2007 – 3,8% 2008 – 4,9% 2009 – 10,9% 2010 – 12,4% 2011 – 8,9% 2012 – 8,5% 2013 – 7,8%*	2014 – 6,8% 2015 – 6,2% 2016 – 5,7% 2017 – 5,2% 2020 – 4%
		*proгноос	
Noorte töötuse määr 15–24-aastaste vanusegrupis, % <i>Allikas: Statistikaamet, Eesti tööjõu-uuring (RES, Eesti 2020)</i>	Näitab töötute osatähtsust tööjõust 15–24-aastaste vanusegrupis.	2007 – 10,0% 2008 – 12,0% 2009 – 27,5% 2010 – 32,9% 2011 – 22,3% 2012 – 20,9% 2013 – 20%*	2014 – 17% 2015 – 15%* 2016 – 14% 2017 – 13% 2020 – 10%* *Eesti 2020 eesmärk
		*proгноос	
Töötajate osalemise määr 15–64-aastaste vanusegrupis, % <i>Allikas: Statistikaamet, Eesti tööjõu-uuring (Eesti 2020)</i>	Töötajate osalemise määr mõeldab töötajate osatähtsust tööealises elanikkonnas.	2007 – 72,5% 2008 – 73,6% 2009 – 73,6% 2010 – 73,4% 2011 – 74,4% 2012 – 74,5% 2013 – 74,7%*	2014 – 74,7% 2015 – 74,8% 2016 – 74,8% 2017 – 74,8% 2020 – 75%* *Eesti 2020 eesmärk
		*proгноос	

Olukorras, kus töötuse tase jääb ka järgnevatel aastatel suhteliselt kõrgeks, on oluline pöörata tähelepanu pikaajalise töötuse ja heitumuse ennetamisele. Seetõttu pöörame **põhitähelepanu inimeste aktiveerimisele ja suunamisele, tööturult kõrvale jäänute hõivesse tagasitoomisele ning tööjõu kvalifikatsiooni ja konkurentsivõime tõstmisele**. Selleks töötame koos kohalike omavalitsustega (KOV) välja plaani pikaajaliselt töötanud inimeste leidmiseks ning neile hõivesse naasmiseks vajalike sotsiaal- ja tööturuteenuste pakkumiseks. Olulise sammuna eesmärgi saavutamisel näeme KOV-ide võimekuse tõstmist ning toetusi ja tugiteenuseid madala kvalifikatsiooniga ja pikaajaliste töötute töölesaamist toetavate oskuste tõstmisel. Samuti pöörame **tähelepanu vanemaalastele**, kelle aktiivset tööturul osalemist tuleb toetada erinevate tööturumeetmete ja tugiteenustega, sh hõivesse suundumist ning hõives püsivust toetavate meetmetega.

Rahvastikuprognose ja tööjõupuudust arvesse võttes on oluline **kaasata tööturule sealt eemal olevad puudega inimesed**. Töövõimetusskeemi reformimisel täiendame olemasolevaid tööturumeetmeid ning vajaduse korral kujundame uusi meetmeid vähenenud töövõimega inimeste tööturule sisenemiseks ja seal püsimiseks. Isikud, kelle töölesaamine on raskendatud tervisehäire, puude või sotsiaalsete probleemide tõttu vajavad töökoha leidmiseks individuaalset lähenemist ja kompleksset teenuste osutamist. Lisaks tegeleme vähenenud töövõimega inimeste

töötuse ennetamisega, kavandades meetmeid tööandjatele, kes vajavad tuge töövõimekaoga või puudega inimese töökoha säilitamiseks.

Suurendamiseks aktiivse tööturupoliitika mõju ja tagamaks, et tööturuteenused ja -toetused vastaksid muutunud majandusolukorrale ning toetaksid igakülgset inimeste tööle rakendumist, vaadatakse üle kehtivad õigusaktid ning **vajaduse korral töötatakse välja uusi tööturumeetmeid ja arendatakse olemasolevaid**. Analüüsime tööturuteenuste ja -toetuste mõju töötajate motiveerimisel aktiivseteks töötajateks ning individuaalsete, konkreetse inimese vajadustest ja võimalustest lähtuva abi saamisel. Seejuures analüüsime teiste riikide praktikat KOV-ide rollist inimeste tööhõive suurendamisel ja püüame leida võimalusi KOV-ide laialdasemaks kaasamiseks Eestis. Lähtudes sotsiaalteenuste ja -toetuste mõjuanalüüsi tulemustest muudame õigusakte selliselt, et see toetaks tööl käimist ja vähendaks mitteaktiivsust. Aktiivse tööturupoliitika tulemuslikkuse hindamiseks **töötame välja tööturuteenuste monitooringu ja mõjude hindamissüsteemi**.

2011. aastal tehtud tööjõu siseriikliku mobiilsuse uuringu põhjal ning koostöös teiste ministriumide ja muude osapooltega **töötame välja ja arendame tööjõu mobiilsust toetavaid meetmeid**. Toetame ja motiveerime inimesi vastu võtma töökohta elukohast kaugemal, et takistada regionaalset tasakaalustamatust. Toetame inimesi, kes ei ole teatud perioodi jooksul olnud tööga hõivatud, makstes tööle asumise korral transporditoetust.

Karjääriteenused koos toimiva elukestva õppe süsteemiga on üks olulisemaid tugimehhanisme inimeste karjäärivalikute toetamisel nii ühe eriala siseselt kui ka erinevate erialavaldkondade vahel liikumisel kogu elukaare jooksul. Tõstmaks ja ühtlustamiseks karjääriteenuste kvaliteeti haridus- ja tööturustsüsteemi vahel, **osaleme karjääriteenuste süsteemi arendamisel**, mis tagaks karjääriteenustele ligipääsu kõikidele inimestele sõltumata vanusest või staatusest. Osaleme töörühmades, mille eesmärk on tõsta **elukestva õppe võimalusi**.

Meede 1.2: tööelu kvaliteedi parandamine

Meetme elluviimisel on juhtiv roll Sotsiaalministeeriumi tööelu arengu osakonnal. Põhiline rakendusosutus meetme elluviimisel on Tööinspeksioon, kes teeb töösuhete ja töökeskkonna üle järelevalvet. Tööelus tekkinud erimeelsuste lahendamiseks saab pöörduda töövaidluskomisjoni või kohtu poole. Meetmest rahastatakse ka riikliku lepitaja tegevust (lepitaja ja kantselei tegevuseks vajalikud kulud kaetakse riigieelarvest, Sotsiaalministeeriumi eelarves iseseisva asutusena, kuid tegemist on sõltumatu ja erapooletu asjatundjaga). Meetme olulisim poliitikainstrument on tööõigus.

Tööelu kvaliteedi parandamiseks oleme seadnud järgmised sihid:

Indikaator	Selgitus	Algtase	Sihttase
Surmaga lõppenud tööõnnetuste arv 100 000 hõivatu kohta	Näitab, mitu surmaga lõppenud õnnetust esineb aasta jooksul 100 000 töötaja kohta.	2007 – 3,2	2014 – 2,8
		2008 – 3,2	2015 – 2,8
		2009 – 3,2	2016 – 2,7
		2010 – 3,0	2017 – 2,6
		2011 – 3,1	2020 – 2,4*
		2012 – 2,4	
		2013 – 2,9*	*RTA eesmärk
<i>Allikas: Tööinspeksiooni register, tööandja raportite alusel (RTA)</i>		*prognoos	
Tööõnnetuste tagajärjel kaotatud päevad 100 hõivatu kohta aastas	Töökeskkonnapoliitika eesmärk on aidata kaasa töötajatele ohutu ja tervist hoidva töökeskkonna loomisele.	2007 – 20,1	2014 – 17
		2008 – 20,6	2015 – 16,5
		2009 – 15,4	2016 – 16,0
		2010 – 15,9	2017 – 15,8
		2011 – 16,7	2020 – 15*
		2012 – 17,5	
<i>Allikas: Haigekassa, Tööinspeksioon,</i>	Indikaator iseloomustab töökeskkonnapoliitika		

<i>Statistikaamet</i> (RTA)	tulemuslikkust, sest kui tööõnnetustega seotud haiguspäevade arv väheneb, viitab see raskete tööõnnetuste arvu vähenemisele ning kaudselt töökeskkonna paranemisele.	2013 – 17,5* <i>*prognoos</i>	<i>*RTA eesmärk</i>
--------------------------------	--	----------------------------------	---------------------

Toetamaks töötaja tervisele ohutu töökeskkonna loomist ja inimese tootlikul viisil osalemist tööhõives kuni oma vanaduspäevadeni, **muudame töökeskkonda kujundava raamistiku**, eelkõige töötervishoiu ja tööohutuse seaduse sätteid, **õiguselgemaks ja kaasaegsemaks ning muutuva tööturu olukorraga kooskõlas olevaks**. Vähendame tööandja töötervishoiu- ja tööohutusosalast halduskoormust, toetame tööandjat töötaja töövõimekao ennetamisel, töövõimekaoga inimese töö hoidmisel ja tema töövõime taastamisel. Pöörame tähelepanu tööelus osalejate võimekuse tõstmisele tööohutuskultuuri kujundamiseks erinevate töö tegemise vormide, sh paindlike töövormide kasutamisel. Parandame töökeskkonda reguleerivate õigusaktide nõuete kooskõla Eestile siduvate rahvusvaheliste kohustustega.

Tööelu kvaliteedi, sh tööturuosapoolte sotsiaalse kaasatuse toetamiseks vajab kaasajastamist töötingimuste kollektiivset kujundamist reguleeriv normistik. 1990. aastate alguses väljatöötatud kollektiivsete töösuhete reeglistik ei arvesta muutunud sotsiaalmajanduslikke olusid ja õigusruumi ega loo sobivat (õigus)keskkonda kollektiivsete töösuhete kujundamiseks. Uuringud osundavad probleemkohtadele muu hulgas streigiõiguses, töörahu põhimõtetes, vahekohtu menetlusel ning õigus- ja huvikonflikti määratlemisel¹.

Kvaliteetsete töösuhete aluseks on see, et tööelus osalejad teavad üksteise õigusi ja kohustusi ning oskavad neid rakendada. **Inimese hõives osalemise toetamiseks aitame kaasa tööelus osalejate teadliku käitumise kujunemisele töösuhetes ning oskusele kohaneda muutuvate töötingimustega**. Tõstame tööelus osalejate võimekust töösuhete ja töökeskkonna reeglite rakendamisel, sh paindlike töövormide kasutamisel, uute töökeskkonna riskidega toimetulekuks, töötaja töövõimekao ennetamisel, kollektiivlepingu sõlmimisel ja tagajärgede esinemisel.

Tööohutuskultuurialase teadliku käitumise levitamiseks **arendame töökeskkonnaga tegelevate isikute omavahelist teabe ja praktika vahetamist** loodud tööohutuse ja töötervishoiu võrgustiku kaudu.

Teadliku käitumise tõstmiseks ohutuskultuurist töökohal ning töösuhetealastest õigustest ja kohustustest **arendame Tööinspektsiooni tugi- ja nõustamisteenuseid** ning tõstame Tööinspektsiooni pädevust teenuse osutamisel.

Töökeskkonna- ja töösuhetealaste rikkumiste tuvastamiseks ja kõrvaldamiseks **tõhustame töösuhete ja töökeskkonna järelevalvet**. Tööohutuse tõstmiseks tõhustame elukutseliste sõidukijuhtide töö-, sõidu- ja puhkeaja järelevalvet ettevõtja juures.

Tööelus osalejate abistamiseks, töökeskkonna- ja töösuhetealaste tegevuste elluviimiseks, sellekohase teabe haldamiseks ning teadlikkuse tõstmiseks töötingimustest **arendame ja levitame veebipõhiseid ning muid infotehnoloogilisi tööelu käsitlevaid lahendusi**.

Teadmispõhise tööpoliitika kujundamiseks korraldame ja levitame töökeskkonna- ja töösuhetealasteid uuringuid ja analüüse. **Teeme uuringu töösuhet iseloomustava indikaatori ja selle mõõtmise meetodika väljatöötamiseks**. Meetodika alusel korraldame regulaarselt uuringuid indikaatori mõõtmiseks vajalike andmete kogumiseks.

¹ Riigi- ja kohalike omavalitsuste asutuste kollektiivsete töösuhete uuring. TÜ sotsiaalteaduslike rakendusuuringu keskus, SA Poliitikauuringute Keskus Praxis, 2011
Erasektori kollektiivsete töösuhete uuring. Eesti Rakendusuuringu Keskus CENTAR, 2011
Kollektiivse tööõiguse teatud küsimuste õiguslik analüüs: streik. University of Leuven, 2011.
Huvikonflikti korral kohaldatavate menetluste õiguslik analüüs Eestis. ADAPT Servizi, 2011.

Tööd tegevale isikule õiglase töö tegemise tingimuste võimaldamiseks **analüüsime, kas töösuhte omaseid õigusi tuleb rakendada muu võlaõigusliku lepingu alusel töötavale isikule**, st kas ja millises ulatuses tuleb talle kohaldada nt töölepingu seaduses ning töötervishoiu ja tööohutuse seaduses sätestatud.

Töösuhte osapoolte õiguskindluse suurendamiseks ning vaidlevatele osapooltele kiire ja asjatundliku menetluse tagamiseks **analüüsime töövaidluste lahendamise protseduuri töövaidluskomisjonis ja kohtus** ning vajaduse korral kaasajastame töövaidluste lahendamise süsteemi.

Meede 1.3: sotsiaalkindlustusskeemidega hõlmatud inimestele adekvaatse sissetuleku tagamine

Meetme elluviimisel on juhtiv roll Sotsiaalministeeriumi sotsiaalkindlustuse osakonnal. Rakendusametusteks meetme elluviimisel on Sotsiaalkindlustusamet, Töötukassa ja Haigekassa. Meetme olulisimateks poliitikainstrumentideks on nimetatud asutuste poolt väljamakstavad hüvitised.

Sotsiaalkindlustusskeemidega hõlmatud inimestele adekvaatse sissetuleku tagamiseks oleme seadnud järgmised sihid:

Indikaator	Selgitus	Algtase	Sihttase
Leibkondade absoluutse vaesuse määr (kokku ja leibkonnaliikmete rühmade lõikes: 0–17-aastased, 18–64-aastased ja 65+ aastased), % <i>Allikas: Statistikaamet, leibkonna-eelarve uuring</i>	Näitab nende leibkondade osatähtsust kõigi Eesti leibkondade seas, kus leibkonnaliikme kohta saadud netosissetulek jääb alla taset, mis on vajalik minimaalse elatusstandardi tarvis ja põhiliste vajaduste katmiseks.	Kokku	Kokku
		2007 – 6,5%	2014 – 10,5%
		2010 – 11,7%	2015 – 10,3%
		2011 – 10,8%	2016 – 10,0%
		2012 – 11,0%*	2017 – 9,0%
		2013 – 10,8%*	
		<i>*prognoos</i>	
		0–17-aastased	0–17-aastased
		2007 – 9,5%	2014 – 17,2%
		2010 – 18,6%	2015 – 16,6%
		2011 – 16,0%	2016 – 16,3%
		2012 – 18,0%*	2017 – 10,0%
		2013 – 17,6%*	
<i>*prognoos</i>			
		18–64-aastased	18–64-aastased
		2007 – 6,8%	2014 – 15,0%
		2010 – 12,4%	2015 – 13,5%
		2011 – 11,0%	2016 – 10,8%
		2012 – 12,0%*	2017 – 10,0%
		2013 – 14,7%*	
		<i>*prognoos</i>	
		65+ aastased	65+ aastased
		2007 – 2,8%	2014 – 2,1%
		2010 – 2,3%	2015 – 2,1%
		2011 – 3,5%	2016 – 2,0%
		2012 – 2,2%*	2017 – 2,3%
		2013 – 2,2%*	

		<i>*proгноос</i>	
Sotsiaalsete siirete mõju suhtelise vaesuse määra vähendamisel vanuserühmade lõikes (0–17-aastased, 18–64-aastased ja 65+ aastased), protsentipunktides <i>Allikas: Eurostat (EU-SILC), Statistikaamet (Eesti sotsiaaluuring)</i>	Näitab, mil määral vähendavad sotsiaalsed siirded (sh pensionid, toetused) suhtelise vaesuse määra ehk näitab siirete efektiivsust.	0–17-aastased	0–17-aastased
		2007 – 12,0pp	2014 – 15,0pp
		2008 – 12,0pp	2015 – 14,0pp
		2009 – 16,0pp	2016 – 14,0pp
		2010 – 13,0pp	2017 – 14,1pp
		2011 – 14,4pp	
		2012 – 17,0pp*	
		2013 – 16,0pp*	
		<i>*proгноос</i>	
		18–64-aastased	18–64-aastased
		2007 – 11,0pp	2014 – 17,0pp
		2008 – 11,0pp	2015 – 14,0pp
		2009 – 16,0pp	2016 – 14,0pp
2010 – 13,8pp	2017 – 13,9pp		
2011 – 13,1pp			
2012 – 18,0pp*			
2013 – 18,0pp*			
<i>*proгноос</i>			
65+ aastased	65+ aastased		
2007 – 45,0pp	2014 – 61,0pp		
2008 – 50,0pp	2015 – 61,0pp		
2009 – 71,0pp	2016 – 61,0pp		
2010 – 73,3pp	2017 – 62,4pp		
2011 – 67,6pp			
2012 – 64,0pp*			
2013 – 62,0pp*			
<i>*proгноос</i>			

Sotsiaalkindlustuskeemidega hõlmatud inimestele adekvaatse sissetuleku tagamiseks jälgime, et riiklikud sotsiaalkindlustusmeetmed (töövõimetushüvitised, töötuskindlustushüvitised, pensionid ja peretoetused) vastaksid vähemalt Euroopa sotsiaalkindlustuskoodeksi (ETS nr 48) miinimumnõuetele. Parandatud ja täiendatud Euroopa sotsiaalhartaga (ETS nr 163) võetud kohustuste täitmise raames jälgime, et allpool suhtelise vaesuse piiri olevad minimaalsed sissetulekugarantiid (rahvapension, töötutoetus) riigi majanduslike võimaluste paranedes suureneksid. Võetud rahvusvaheliste kohustuste täitmise kohta koostame igal aastal aruanded, mis on kättesaadavad Sotsiaalministeeriumi kodulehel.

Vanaduspensioni jätkusuutlikkuse seisukohast on tähtsad reformid, mis tagavad, et pensionid on adekvaatse suurusega ja pensionisüsteem samas finantsiliselt jätkusuutlik. Sel põhjusel analüüsime, jälgides muudatusi Eesti demograafilises- ja majandusolukorras, koostöös Rahandusministeeriumiga pensionisüsteemi automaatsete kohandumismehhanismide (nt pensionide suurusele oodatava eluea teguri kohaldamine, pensioniloleku perioodi fikseerimine, keskmise töötamise perioodi ja pensioni saamise perioodi suhte fikseerimine ning pensionisüsteemi varade ja kohustuse tasakaalus hoidmine) otstarbekust ja võimalusi Eestis. Kaalume ennetähtaegse ja edasilükatud vanaduspensioni reeglite muutmist, pensioni kvalifikatsiooniperioodi pikendamist ning pensioniindeksi muutmise võimalusi.

Sotsiaalkindlustuses on kasvav probleem töövõimetus. Töövõimetus vähendab riigi tulusid, kuna inimesed väljuvad osaliselt või täielikult tööturult, samal ajal suurenevad töövõimetushüvitiste ja -

pensionide kulud. Arvestades töövõimetuspensionäride arvu kasvu ning seega töövõimetuspensionide kasvavaid kulusid, on Eesti praegune töövõimetusskeem (ja selle korraldus) ilmselgelt jätkusuutmatu. Järjest enam inimesi kvalifitseerub püsivale töövõimetusele, samal ajal on väljumine skeemist praktiliselt olematu. Jätkusuutlikkuse tagamiseks tuleb **kogu töövõimetusskeem tervikuna ümber korraldada**. Uue skeemi peamine eesmärk on inimese töövõime säilitamine, töötuse ennetamine ja inimese töölenaasmine. Ajutise töövõimetuse ja püsiva töövõimetuse skeemid tuleks ühendada ühtseks töövõimeskeemiks ning sellesse integreerida ka tööõnnetus- ja kutsehaiguskindlustus. Uut töövõimeskeemi korraldaks ja koordineeriks peamiselt üks asutus praeguse kolme (Haigekassa, Töötukassa ja Sotsiaalkindlustusamet) asemel. Tööõnnetuste ja kutsehaiguste vältimiseks ja vähendamiseks töötatakse välja ennetustegevuste motivatsioonipakett.

Uue töövõimeskeemi rakendamine võimaldab reformida soodustingimustel vanaduspensionid, väljateenitud aastate pensionid ning eriseadustes sätestatud töövõimetus- ja toitjakaotuspensionid. **Jätkame** ka vanaduspensionieas makstavate **eripensionite reformiga**.

Uue töövõimeskeemi rakendamise tulemusel vähenevad töövõimetusest ja sooduspensionitest tulenevad negatiivsed mõjud riigieelarvele.

Koostöös Justiitsministeeriumiga analüüsime sotsiaalkindlustushüvitiste määramise ja maksmise menetluste ühtlustamist, funktsioonide korrastamist ja optimeerimist ning halduskoostöö võimaluste parandamist. Tagame inimestele võimalused oma õiguste tagamiseks efektiivse kaebemenetluse kaudu.

Kaasajastame sotsiaalvaldkonna avalikke teenuseid ja nende äriprotsesse ning arendame välja innovaatilised, kvaliteetsed ja tõhusad ning teenusekasutaja vajadustele vastavad avalikud teenused. Sotsiaalkindlustusameti eesmärgiks on olla kliendi lähedal, pakkudes kaasajastatud tehniliste lahendustega kvaliteetset ja asjatundlikku teenindust üle Eesti 17-ne klienditeeninduse ning e-teenuste kaudu. Ameti prioriteetideks on isikute teadlikkuse tõstmine pakutavatest toetustest ja teenustest ning e-teenuste arendamine selliselt, et need oleksid teenusekasutaja ootustele ja vajadustele vastavalt innovaatilised, kvaliteetsed ja tõhusad.

Sotsiaalkindlustusameti poolt riiklike pensionide, toetuste jm hüvitiste ning erinevate teenuste (rehabilitsatsioon, erihoolekanne, ohvriabi) haldamiseks vajalike avalike teenuste kvaliteedi ning tööprotsesside efektiivsuse suurendamise tulemuseks on (1) vajaduspõhised (sh erivajadustega sihtrühmadele suunatud) kvaliteetsed teenused ning innovaatilised teabevärava eesti.ee kaudu konsolideeritud teenusekanalid; (2) uus modulaarne ja kergesti kohandatav infosüsteem, mis toetab uusi teenuseid ja tööprotsesse, võimaldab põhjalikke analüüsi- ja statistikateenuseid, maandab terviklikult turvalisusega seotud riske ning tagab suurte rahavoogude efektiivse haldamise ning instrumendid kvaliteedijuhtimiseks ja järelvalve tegemiseks; (3) optimeeritud ja kuluefektiivsed tööprotsessid, mis on paindlikud poliitikamuudatuste elluviimiseks ning teenuste mahu suurenemiseks.

Tagame hüvitiste maksmise inimeste elu- või töökoha vahetamisel Euroopa Liidu, Šveitsi ja EMÜ piirides ning riikides, kellega on sõlmitud kahepoolsed sotsiaalkindluslepingud. Suurendame riikide hulka, kellega on sõlmitud sotsiaalkindluslepingud. Sel eesmärgil peame oluliseks läbirääkimiste jätkamist Austraalia, Aserbaidžani, Gruusia ja Ameerika Ühendriikidega, samuti läbirääkimiste alustamist Valgevene, Kasahstani jt riikidega, kes on valmis vastavaid lepinguid sõlmima.

Meede 1.4: hoolekandeteenuste ja sotsiaaltoetuste vajaduspõhise kättesaadavuse tagamine

Meetme elluviimisel on juhtiv roll Sotsiaalministeeriumi hoolekandeosakonnal. Meetme olulisimateks poliitikainstrumentideks on hoolekandeteenused ja toimetulekutoetuse maksmine. Suuremat osa hoolekandeteenuseid osutatakse ja toimetulekutoetust makstakse kohalike omavalitsuste kaudu. Riiklike hoolekandeteenuste koordineerimise roll jaguneb Sotsiaalministeeriumi hoolekandeosakonna, maavalitsuste ja Sotsiaalkindlustusameti vahel.

Hoolekandeteenuste ja sotsiaaltoetuste vajadustepõhise kättesaadavuse tagamiseks oleme seadnud järgmised sihid:

Indikaator	Selgitus	Algtase	Sihttase	
Kodust iseseisvat toimetulekut toetavate avahoodusteenuste ehk mitteinstitutionaalsete teenuste ja ööpäevaringse institutsionaalse hooldusteenuse saajate suhtarv <i>Allikas: Sotsiaalministeerium, hoolekandestatistika</i>	Näitab avahoodusteenuseid kasutavate eakate, tööealiste puudega inimeste ja psüühiliste erivajadustega inimeste ning ööpäevaringset institutsionaalset hooldusteenust saavate inimeste suhtarvu. Eesmärk on see, et avahoodusteenuste kasutajate arv teenust vajavate inimeste hulgas kasvaks ning ületaks institutsionaalset teenust saavate inimeste arvu.	2007 – 2,0 2008 – 2,1 2009 – 1,6 2010 – 1,6 2011 – 1,5 2012 – 1,6* 2013 – 1,6*	2014 – 1,6 2015 – 1,7 2016 – 1,7 2017 – 1,7	
	Näitab avahoodusteenuseid kasutavate eakate ja ööpäevaringset institutsionaalset hooldusteenust saavate eakate suhtarvu. Eesmärk on see, et eakas inimene saaks elada võimalikult kaua oma tavapärase tingimustes, millele aitavad kaasa erinevad avahoodusteenused, st enne abivajaja paigutamist ööpäevaringsele hooldusteenusele osutatakse talle teenuseid, mis aitavad tal kodustes tingimustes toime tulla. Eakateks loetakse isikud, kes on vähemalt 65-aastased.	2007 – 1,5 2008 – 1,6 2009 – 1,3 2010 – 1,2 2011 – 1,2 2012 – 1,2* 2013 – 1,2*	2014 – 1,2 2015 – 1,2 2016 – 1,3 2017 – 1,3	
	Indikaatori leidmisel arvestatakse aasta jooksul teenust kasutanud isikuid teenuste lõikes. Teenused, mida indikaatori arvutamisel aluseks võetakse, on: 1) avahoodusteenused: koduteenused, päevahoid päevakeskuses, rehabilitatsiooniteenus, isikliku abistaja teenus, tugiisikuteenus; 2) institutsionaalsed teenused: hooldamine hoolekandetasutus.	<i>*proгноos</i>		
	Iseseisvat toimetulekut toetavate avahoodusteenuste ja	Näitab avahoodusteenuseid kasutatavate tööealiste puudega inimeste ja	2007 – 5,2 2008 – 5,5 2009 – 3,4	2014 – 3,4 2015 – 3,5 2016 – 3,6

<p>ööpäevaringset institutsionaalset hooldusteenust saavate tööealiste puudega inimeste suhtarv</p> <p><i>Allikas: Sotsiaalministeeriumi hoolekandestatistika, Sotsiaalkindlustusameti rehabilitatsiooniteenuse statistika</i></p>	<p>ööpäevaringset institutsionaalset hooldusteenust saavate tööealiste puudega inimeste suhtarvu. Eesmärk on see, et suureneks tööeas puudega inimeste arv, kes suudavad erinevate avahooldusteenuste abil iseseisvalt toime tulla, ning väheneks ööpäevaringse teenuse kasutajate arv. Tööealisteks puudega inimesteks loetakse 18–64-aastased isikud, kellele on ametlikult määratud puude raskusaste.</p> <p>Indikaatori leidmisel arvestatakse aasta jooksul teenust kasutanud isikuid teenuste lõikes. Teenused, mida indikaatori arvutamisel aluseks võetakse, on: 1) avahooldusteenused: koduteenused, isikliku abistaja teenus, tugiisikuteenus, päevahoid päevakeskuses, rehabilitatsiooniteenus; 2) institutsionaalsed teenused: hooldamine hoolekandeesutuses.</p>	<p>2010 – 3,3 2011 – 3,1 2012 – 3,2* 2013 – 3,3*</p> <p><i>*prognoos</i></p>	<p>2017 – 3,7</p>
<p>Iseseisvat toimetulekut toetavate avahooldusteenuste ja ööpäevaringse institutsionaalse hooldusteenuse saajate suhtarv erihoolekandes</p> <p><i>Allikas: Sotsiaalministeeriumi hoolekandestatistika, Sotsiaalkindlustusameti rehabilitatsiooniteenuse statistika</i></p>	<p>Näitab avahooldusteenuseid kasutavate tööealiste puudega inimeste ja ööpäevaringset institutsionaalset hooldusteenust saavate tööealiste puudega inimeste suhtarvu. Eesmärk on see, et suureneks tööeas puudega inimeste arv, kes suudavad erinevate avahooldusteenuste abil iseseisvalt toime tulla, ning väheneks ööpäevaringse teenuse kasutajate arv.</p> <p>Indikaatori leidmisel arvestatakse aasta jooksul teenust kasutanud isikuid teenuste lõikes. Teenused, mida indikaatori arvutamisel aluseks võetakse, on: 1) avahooldusteenused: erihoolekandeteenuste toetavad teenused (k.a elamine kogukonnas), rehabilitatsiooniteenus; 2) institutsionaalsed</p>	<p>2007 – 1,7 2008 – 1,8 2009 – 1,6 2010 – 1,5 2011 – 1,6 2012 – 1,8* 2013 – 1,8*</p> <p><i>*prognoos</i></p>	<p>2014 – 1,9 2015 – 2,0 2016 – 2,0 2017 – 2,0</p>

	teenused: hooldamine hoolekandeesutuses.		
Toimetulekutoetuse saajate osakaal elanikkonnast, %	Näitab aasta jooksul toimetulekutoetust saanud pereliikmete (ühikordselt) osakaalu elanike koguarvus. Arvestuse aluseks on aasta jooksul toimetulekutoetust saanud perede pereliikmete arv ja aasta keskmine elanike arv.	2007 – 1,7% 2008 – 1,5% 2009 – 2,8% 2010 – 3,5% 2011 – 3,3% 2012 – 2,9% 2013 – 2,8%*	2014 – 2,8% 2015 – 2,7% 2016 – 2,6% 2017 – 2,6%
<i>Allikas: Sotsiaalministeeriumi hoolekandestatistika, Statistikaameti rahvastikustatistika</i>			*prognosis

Jätkame abivajajatele vajadustepõhiste hoolekandeteenuste osutamist. Hoolekandeteenuste arendamisel lähtume põhimõttest, et need toetaksid iseseisvat toimetulekut, töötamist ja kodus elamist. Jätkame kohalike omavalitsuste ja esmatasandi koostöö toetamist juhtumikorraldusliku lähenemise rakendamisel multiprobleemsete kliendijuhtumite lahendamisel. Seejuures peame oluliseks eelisarendada iseseisvat toimetulekut ja töötamist toetavaid teenuseid, sh tugiisiku- ja nõustamisteenuseid, sotsiaalse toimetuleku ning kutse- ja tööalase rehabilitatsiooni programme. Selleks, et sihipärasemalt arendada hoolekande erinevaid valdkondi ning tagada teenuste parem kvaliteet ja kättesaadavus, jätkame teenuse- ja sihtgrupipõhiste kontseptsioonide koostamist (nt omastehoolduse valdkonnas).

Hoolekandeteenuste suurema efektiivsuse saavutamiseks **innovaatiliste lahenduste kasutusele võtmisega** (nt virtuaalteenused). **Soodustame kohalike omavalitsuste koostööd** ning ühisasutuste moodustamist selleks, et paremini toetada riiklike ja mitut omavalitsust hõlmavate ülesannete täitmist (nt eelistame kohalike omavalitsuste koostööd sisaldavaid projekte).

Tagame riigi rahastatavate hoolekandeteenuste kättesaadavuse ning arendame teenuseid süsteemide efektiivsuse tõstmise ja lisavahendite toel. Lühendame erihooldusteenuste, abivahendite teenuse ja rehabilitatsiooniteenuse järjekordi. Jätkame enne 1993. aastat üldhooldekodudesse paigutatud inimeste ülalpidamiskulude tasumist.

Rehabilitatsiooniteenuse osutamisel liigume tervikliku lähenemise ehk programmipõhise teenuse osutamise poole, sh viime sisse eelhindamise süsteemi. Eelisarendame selliseid rehabilitatsiooniteenuseid, mis toetavad puudega inimeste tööhõivet või aitavad ennetada puude või hooldusvajaduse väljakujunemist. Astangu Kutserehabilitatsiooni Keskuses jätkatakse kaitstud ja toetatud töö teenuse pakkumist puudega inimestele ning elukestva õppe projektide elluviimist nii keskuse töötajatele kui keskuses õppijatele. Jätkame puudealase teabe ja abivahendite keskuses keskkonna kohandamise ja abivahendi vajaduse tuvastamise eksperthinnangute andmist, abivahendi valiku ja rahastamise nõustamist. Toetame Astangu Kutserehabilitatsiooni Keskuse osalemist Euroopa Rehabilitatsiooni Platvormi töös.

Õöpäevaringsete sotsiaalteenuste (erihoolekandeteenused, asenduskoduteenus) osutamisel viime teenuste füüsilise keskkonna võimalikult tavapärase elukeskkonna sarnaseks ning pakume abivajajatele parimat hoolitsust. Selleks **reorganiseerime** Euroopa Regionaalarengu Fondi ning Eesti-Šveitsi koostööprogrammi rahalisel toel **riiklikud erihoolekandeesutused ja asenduskodud peremaja tüüpi asutusteks**. Jätkame riiklike erihoolekandeesutuste ja -teenuste reorganiseerimise kavas kavandatud II ja III etapi hooldekodude reorganiseerimisega, muude erihoolekandeesutuste reorganiseerimisega, lastele asenduskodude peremajade ehitamisega. Alustame puuetega inimeste füüsilise keskkonna kohandamiseks ning sotsiaal- ja muude teenuste juurdepääsetavaks muutmiseks vajalike investeeringutega. Kaalume kogukondlikul elukeskkonnal põhinevate teenuste rakendamise võimalust erihoolekandes ja asendushoolduses (lisaks peremajadele nõ integreritud lähenemise kasutamist, luues võimalused nt toetatud elamise teenuse pakkumiseks tavalistes korterelamutes).

Oleme seadnud eesmärgi tagada kõigile ohvritele esmane nõustamine. Selleks **jätkame riikliku ohvriabiteenuse ja lepitusteenuse arendamist**, arvestades lähisuhtevalle esinemise ning

lepitusteenuse vajaduse kasvu. Samuti jätkame kriisinõustamissüsteemi laiendamist maakondades.

Parandame iseseisvat toimetulekut, elamist ja töötamist toetavate teenuste kättesaadavust (nt koduhooldus, päevahoid, hooldusabi, nõustamine, sotsiaaltransport, häirenupp, isiklik abistaja, tugiisik, keskkonna kohandamise nõustamine). Selleks analüüsime sihtrühmade teenusevajadust, arendame olemasolevaid ning töötame vajaduse korral välja uusi teenuseid. Selleks, et puudega inimesed saaksid elada oma kodus, toetame eluruumide kohandamist puudega inimeste vajadustele vastavaks.

Tööturul osalemise takistuste vähendamiseks toetame kohalikke omavalitsusi hoolduskoormusega pereliikmete abistamisvõimaluste parandamisel. Arendame tugiteenuseid suure hooldusvajadusega noorte õppimise ja töötamise soodustamiseks ning lapsehoiuteenust ja muid puudega laste peresid toetavaid teenused.

Toetame teenuste integreeritud osutamist, sh loome võimalused sotsiaalteenuste saajatele osutada vajaduse korral samaaegselt kvaliteetseid tervishoiu-, haridus- ja tööturuteenuseid.

Teenuste vajaduse hindamise põhimõtete ja **teenuste kättesaadavuse ühtlustamiseks** täpsustame inimeste õigust ning kohaliku omavalitsuse ja teiste teenusepakkujate kohustust vajaduste hindamisele. Kohandame eelmistel aastatel välja töötatud soovituslikke vajaduste hindamise instrumente (nt interRAI hindamise süsteem, laste ja pere hooldusvajaduse hindamise instrument, rehabilitatsioonivajaduse hindamise instrument) ning vajaduse korral töötame välja uusi, lähtudes põhimõttest, et need annaksid objektiivse ülevaate teenuste vajadusest ja tulemuslikkusest, oleksid tõenduspõhised ning võimalusel tugineksid elektroonilisele andmevahetusele.

Jätkame juhtumipõhise võrgustikutöö lähenemise kasutamist multiprobleemsete inimeste abistamisel. Sotsiaalkindlustusametis töötavad multiprobleemidega inimeste tööleaitamise koordinaatorid jätkavad kohalike omavalitsuste sotsiaaltöötajate nõustamist ja toetamist raskemate juhtumite lahendamisel. Töötame välja vastava rahastamismudeli.

Uurime Euroopa Sotsiaalfondist rahastatavate tegevuste raames riskigruppide toimetulekut toetavate teenuste vajadustele vastavust ja kättesaadavust. Jätkame sihtgrupile vajalike teenuste osutamist Sotsiaalkindlustusameti kaudu koostöös kohalike omavalitsustega (sh psühholoogilise nõustamise, tugiisiku- ja võlanõustamisteenust). Samuti peame oluliseks toetada inimeste sotsiaalse võrgustiku hoidmist ja kogukonnavõrgustiku arendamist.

Tagamaks inimesele minimaalsed elatusvahendid, maksame koostöös kohalike omavalitsustega **toimetulekutoetust**. Seame eesmärgiks toimetulekupiiri vastavuse elukalliduse tõusule. Sotsiaalmajandusliku toimetuleku taastamisele aitame kaasa ka sotsiaalteenuste osutamisega. Toimetulekut taastavate sotsiaalteenuste osutamisega (sh nõustamine, eneseabigrupid, psühhosotsiaalne rehabilitatsioon, tugiisikuteenus, tööturumeetmetega seostamine) vähendame toimetulekutoetuse saajate pikaajalist sõltuvust toimetulekutoetusest ning toetame tööturule sisenemist ja tööturul püsimist. Tagame toimetulekutoetuse maksmise korralduse sellisel kujul, mis väldib vaesuslõksu tekkimist. **Lisaks universaalselt makstavale lapsetoetusele maksame** koostöös kohalike omavalitsustega **allpool suhtelist vaesuspiiri elavatele lastega perekondadele ka vajaduspõhist peretoetust**.

Suurendame varjupaigataotlejate vastuvõtukeskuse võimekust varjupaigataotlejate kasvava arvuga paremini toime tulla ja paindlikkust teenuste osutamisel ning teavitame kohalikke omavalitsusi rahvusvahelise kaitse saajate abistamise võimalustest. Koostöös vastuvõtukeskusteenuse osutaja, vabasektori ja kohalike omavalitsustega korraldame rahvusvahelise kaitse saajate vastuvõtmist ja kohalikesse omavalitsustesse elama asumist.

Meede 1.5: hoolekandeteenuste kvaliteedi ja klientide parema teadlikkuse tagamine

Meetme elluviimisel on juhtiv roll Sotsiaalministeeriumi hoolekandeosakonnal.

Hoolekandeteenuste kvaliteedi ja klientide parema teadlikkuse tagamiseks oleme seadnud järgmised sihid:

Indikaator	Selgitus	Algtase	Sihttase
Teenusjuhistega varustatud hoolekandeteenuste arv <i>Allikas: Sotsiaalministeerium</i>	Näitab teenusjuhistega varustatud hoolekandeteenuste arvu. Hoolekandeteenustena käsitatakse kohalike omavalitsuste hoolekandeteenuseid.	2010 – teenusjuhised puuduvad 2011 – 12* 2012 – 14* 2013 – 15* <i>*prognoos</i>	2014 – 15** 2015 – 15** 2016 – 15** 2017 – 15** <i>** korrigeeritakse teenuste korralduse muutumisel</i>
Kvaliteedijuhtimissüsteemi kasutusele võtnud asutuste arv <i>Allikas: Sotsiaalministeerium</i>	Näitab kvaliteedijuhtimissüsteemi kasutusele võtnud asutuste arvu. Kvaliteedijuhtimissüsteemi rakendamise eesmärk on ühtlustada teenuste kvaliteeti asutustes, sh aidata asutustel oma tööd efektiivsemalt korraldada, tulemuslikumalt töötada ning teenuste osutamise protsesse hallata.	2010 – 0 asutust 2011 – 6 asutust 2012 – 6 asutust* 2013 – 31 asutust* <i>*prognoos</i>	2014 – 35 asutust 2015 – 40 asutust 2016 – 50 asutust 2017 – 60 asutust

Hoolekandeteenuste kasutajate ja teenuseosutajate teadlikkuse tõstmiseks ning kohaliku omavalitsuse toetamiseks kvaliteetsete teenuste osutamisel **täpsustame omavalitsuse hindamiskohustust hoolekandele abi** (sh teenuste) **osutamisel ning koostame miinimumnõuded kohaliku omavalitsuse poolt osutatavatele sotsiaalteenustele**, mida omavalitsus peab järgima juhul, kui inimese abivajaduse tuvastamise käigus on jõutud järeldusele, et sobivaks abimeetmeks on konkreetne teenus.

Jätkame riiklikele hoolekandeteenustele esitatavate nõuete täpsustamist, täiendame 2011. aastal koostatud hoolekandeteenuse osutamise juhiseid ning vajaduse korral töötame välja uute teenuste juhised.

Inimeste vajadustele vastava parima abi andmiseks ning hoolekandeteenuste järjepidevaks osutamiseks **toetame sujuvat üleminekut ühelt teenuselt teisele** (sh inimese liikumist erinevate sektorite pakutavate teenuste vahel, nt õendusabiteenustelt hooldusteenustele või sotsiaalteenustelt tööturuteenustele). Selleks uurime abivajajate liikumist erinevate teenuste vahel ning analüüsi tulemustele tuginedes arendame välja optimaalseimad võimalused teenustevahelisteks üleminekuteks.

Jätkame hoolekandeteenuste kvaliteedi tagamise poliitika väljatöötamist. Järgnevatel aastatel jooksul **tegeleme süvendatult rehabilitatsiooniteenuse ja ööpäevaringsete hoolekandeteenuste kvaliteedi arendamisega**. Rehabilitatsiooniasutuste parema tulemustele orienteerituse tagamiseks laiendame rehabilitatsiooniteenuste kvaliteedi hindamise ja juhtimise süsteemi rakendamist, toetudes Euroopa vabatahtlikule sotsiaalteenuste kvaliteedi raamistikule (*Voluntary European Quality Framework for Social Services*). Selleks sätestame riiklike hoolekandeteenuste osutamiseks kohustuse võtta kasutusele kvaliteedijuhtimissüsteem. Analüüsime tegevuslubade nõuete laiendamise võimalusi kohalike omavalitsuste vastutusalas olevatele ööpäevaringsete hoolekandeteenuste osutajatele.

Kaalume ühtse koolitus-, arendus- ja kompetentsikeskuse loomist sotsiaalvaldkonnas, mille eesmärk on senisest sihipärasemalt arendada hoolekandeteenuste kvaliteeti, toetudes järjepidevale klientide tagasiside seirele ja osutatavate teenuste mõju tõenduspõhisele

hindamisele ning toetada teenuseosutajate ja omavalitsuste kompetentsi tõusu hoolekandeteenuste osutamisel ja uute teenuste arendamisel.

Sotsiaaltöötajate kvalifikatsiooni omandamise ja säilitamise süsteemi täiendamiseks koostame ülevaate hoolekandeteenuste osutajate ja kohalike omavalitsuste sotsiaaltöötajate kvalifikatsioonist ning sellele tuginedes **analüüsime kvalifikatsiooni- ja kvalifikatsiooni säilitamise nõuete** (sh täiendkoolitus) **kehtestamise vajalikkust sotsiaal- ja lastekaitsetöötajatele**. Analüüsime sotsiaalvaldkonna töötajate tööalase juhendamise vajadust ja **kujundame välja sotsiaalvaldkonna töötajate supervisioonisüsteemi**. Koostöös ülikoolide ja teiste teadusasutustega toetame kutsestandardite väljatöötamist ja kaasajastamist ning parandame täiendusõppe kättesaadavust.

Sotsiaaltöötajate paremaks teavitamiseks ning sotsiaaltöö kvaliteedi tõstmiseks korraldame regulaarselt teabepäevi ja infoseminare maavalitsuste ja kohalike omavalitsuste sotsiaaltöötajatele ning riiklike hoolekandeteenuste osutajatele.

Peame oluliseks tõsta inimeste teadlikkust oma hoolekandelistest õigustest ja kaasaegse hoolekandesüsteemi võimalustest. Selleks **arendame sotsiaalvaldkonna asutuste võimalusi inimeste nõustamisel**. Jätkame tegevusi sotsiaalvaldkonda puudutava vajaliku teabe kättesaadavuse parandamiseks (kaalume üleriigilise infotelefoni või -portaali loomist).

Toetame avalikkuse hoiakute kujundamist ja inimeste teadlikkuse tõstmist meediakanalite vahendusel, nt korraldame teavituskampaaniaid, avaldame arvamusi- ja selgitavaid artikleid ajakirjanduses, toetame hoolekandeteenuseid (sh ohvriabi, perepõhine asendushooldus ja virtuaalsed teenused) tutvustavate infomaterjalide ja saadete tegemist, tutvustame parimaid praktikaid nii trüki- kui audiovisuaalses meedias.

Meede 1.6: hoolekandeteenuste jätkusuutlikkuse ja efektiivsuse tagamine

Hoolekandeteenuste jätkusuutlikkuse ja efektiivsuse tagamiseks oleme seadnud järgmised sihid:

Indikaator	Selgitus	Algtase	Sihttase
Rehabilitatsiooniteenuse järjekorras olevate isikute arv	Näitab 1. jaanuari seisuga isikute arvu, kes on rehabilitatsiooniteenuse järjekorras.	2010 – 8714 2011 – 10 286 2012 – 9946 2013 – 11 314	2014 – 6000 2015 – 4000 2016 – 2000 2017 – 900
<i>Allikas: Sotsiaalministeerium</i>			
Erihooldusteenuse järjekorras olevate isikute arv	Näitab 1. jaanuari seisuga isikute arvu, kes on erihooldusteenuse järjekorras.	2011 – 446 2012 – 632 2013 – 1262	2014 – 630 2015 – 500 2016 – 400 2017 – 364
<i>Allikas: Sotsiaalministeerium</i>			

2013. aastal koostatava erihoolekande valdkonna strateegia raames paneb Sotsiaalministeerium koos huvigruppidega paika erihoolekande valdkonna aluspõhimõtted, arengusuunad, töötajate profiili jne. Strateegia valmimise järel planeerime kõikide erihoolekandeteenuste sisu ülevaatamise, analüüsime kitsaskohti ning viime vajaduse korral sisse regulatsiooni muudatused.

Hoolekandeteenuste rahastamise jätkusuutlikkuse tagamiseks vaatame üle ja korrastame inimese, kohaliku omavalitsuse ja riigi osaluse põhimõtted hoolekandeteenuste eest tasumisel.

Riiklike hoolekandeteenuste rahastamise läbipaistvuse tagamiseks **jätkame süsteemset hindade muutuse analüüsimist ja töötame välja hoolekandemeetmete kuluefektiivsuse hindamise meetodika**. Esmajärjekorras tegeleme rehabilitatsiooniteenuse ning abivahendite korralduse ja rahastamise süsteemi kuluefektiivsemaks muutmisega. Rehabilitatsiooniteenuse rahastamise kulumudeli väljatöötamisel toetume kulumudeli loomisel saadud teadmistele ja kogemustele. Reguleerime sotsiaalhoolekande seaduses rehabilitatsiooniteenuse ja abivahenditeenuse korraldamise nõuded ning katsetame 2013. aastal välja töötatud

rehabilitatsiooniteenuse kulumudelit, mis annab võimaluse vajaduse korral uute teenuste põhjendatud lisamiseks. Teeme järelkontrolli tehniliste abivahendite ja Haigekassa hüvitatavate meditsiiniseadmete hinnakujundusele ja taotluste menetlusele. Rakendame laenuusteenuse hinnakujunduse. Töötame välja meditsiiniseadmete ja abivahendite registri. Valmistame ette abivahendite korralduse tsentraliseerimise rakendamise eesmärgiga muuta süsteem kulutõhusamaks ja ühtlustada riiklike hoolekandeteenuste korralduskeeme.

Alustame ettevalmistusi hoolekandeteenuste osutamise mõjude regulaarse hindamise süsteemi kasutuselevõtuks. Esmajärjekorras süstematiseerime paremini olemasoleva teabe, kaardistame hoolekandeteenuste osutamise mõjusid kirjeldavad indikaatorid ning vajaduse korral teeme uuringuid inimeste vajadustest ja hoolekandeteenustega kaetusest. Alustame andmete kogumist nende sotsiaalteenuste kohta, millest statistiline ülevaade puudub (nt psühholoogiline nõustamine, pereteraapia jm). Arendame edasi sotsiaalvaldkonna andmeaita (SAIT), et võimaldada erinevate sotsiaalvaldkonna andmeallikate andmete riskisutust ning paindlike statistiliste väljundite saamist kaasaegses ja mugavas keskkonnas.

Arendame edasi sotsiaalteenuste- ja toetuste andmeregistrit (STAR) ja selle päringukeskkonda ning laiendame selle kasutust kõigi olulisemate hoolekandeteenuste lõikes. Eesmärk on tagada kvaliteetsete andmete olemasolu ühtses andmekogus nii efektiivse klienditöö kui ka riikliku ja ametkondliku statistika saamise huvides.

Liigume selles suunas, et infotehnoloogiline lahendus oleks kasutajatele mugav töövahend ning toetaks sotsiaaltöö spetsialiste juhtumitöös (sh võrgustikutöös erinevate spetsialistide ja asutustega). Pöörame tähelepanu e-teenuste arendamisele ning andmevahetusele teiste riiklike andmekogudega.

Meede 1.7: soolise ebavõrdsuse kaotamine ja võrdõiguslikkuse edendamine

Vabariigi Valitsuse seaduse kohaselt on naiste ja meeste võrdõiguslikkuse alase tegevuse koordineerimine Sotsiaalministeeriumi valitsemisalas, kus elluviimisel on juhtiv roll Sotsiaalministeeriumi soolise võrdõiguslikkuse osakonnal. Vastavalt soolise võrdõiguslikkuse seadusele peavad kõik riigi- ja kohalike omavalitsusüksuste asutused soolist võrdõiguslikkust edendama. Soolise võrdõiguslikkuse edendamise kohustus lasub soolise võrdõiguslikkuse seaduse kohaselt ka haridus- ja teadusasutustel ning koolituse korraldamisega tegelevatel institutsioonidel, samuti tööandjatel. Meetme olulisimateks poliitikainstrumentideks on nii laiemale avalikkusele kui ka konkreetsetele sihtgruppidele suunatud koolitus- ja teavitustegevused, suurendamiseks nende võimekust ja oskuseid seadust rakendada, samuti asjakohaste uuringute ja analüüside tellimine ning tegemine toetamiseks vajalike uurimis- ja statistiliste andmete olemasolu teadmispõhiste otsuste langetamiseks. Soolise palgalõhe vähenemiseks tuleb sihikindlalt ja süsteemselt tegeleda kõikide eespool nimetatud tegevustega.

Olulisel kohal on ka soopõhise vägivalla (sh perevägivalla) ja inimkaubanduse (sh naistega kaubitsemise) vastu suunatud tegevused (sh nõustamisteenused ning turvaline majutus ehk varjupaigad). Meetmest rahastatakse ka soolise võrdõiguslikkuse ja võrdse kohtlemise voliniku tegevust (voliniku ja kantselei tegevuseks vajalikud kulud kaetakse riigieelarvest, Sotsiaalministeeriumi eelarves iseseisva asutusena, kuid tegemist on sõltumatu ja erapooletu asjatundjaga).

Soolise ebavõrdsuse kaotamiseks ja võrdõiguslikkuse edendamiseks oleme seadnud järgmised sihid:

Indikaator	Selgitus	Algtase	Sihttase
Horisontaalne segregatsioon ehk sooline segregatsioon tegevusalati, %	Näitab meeste ja naiste jaotumist erinevate tegevusalade lõikes. Horisontaalse ehk tegevusalase segregatsiooni	2007 – 26,1%	2014 – 24,8%
		2008 – 25,8%	2015 – 24,7%
		2009 – 25,4%	2016 – 24,6%
		2010 – 25,7%	2017 – 24,5%
		2011 – 25%*	
<i>Allikas: Eurostat, Euroopa</i>			

<i>Komisjon</i>	leidmiseks arvutatakse kui suur osa naistest ja meestest on hõivatud igal tegevusalal (igas sektoris) ning summeeritakse meeste ja naiste vahelised erinevused nendes hõivemäärades. Tulemus normaliseeritakse, väljendades seda protsendina koguhõivest. Kasutatakse tegevusalade NACE klassifikaatorit.	2012 – 25%* 2013 – 24,9%* <i>*prognoos</i>	
Varjupaigakohtade arv Eestis <i>Allikas: Sotsiaalministeerium, hoolekandestatistika</i>	Näitab varjupaigakohtade arvu, mida saavad kasutada nii perevägivalda ohvrid kui nendega varjupaika kaasa võetud lapsed (kuna peamiselt pöörduvad naised koos lastega).	2007 – 79 2008 – 110 2009 – 125 2010 – 116 2011 – 115 2012 – 120* 2013 – 125* <i>*prognoos</i>	2014 – 130 2015 – 134 2016 – 140 2017 – 140
Rehabilitatsioonikeskustes abistatud isikute arv aastas <i>Allikas: Sotsiaalministeerium</i>	Näitab rehabilitatsioonikeskuses ja varjupaikades abi saanud inimkaubanduse ohvrite ning prostitutsiooni kaasatud isikute arvu aastas. Inimkaubanduse ohvritele pakuvad Eestis spetsiaalselt sihtrühmale kujundatud teenuseid üks rehabilitatsioonikeskus ja kaks varjupaika. Prostitutsiooni kaasatud isikutele pakub spetsiifilisi teenuseid üks rehabilitatsioonikeskus ja üks varjupaik.	2008 – 55 2009 – 78 2010 – 57 2011 – 56 2012 – 22/150 2013 – – 56 inimkaubanduse ohvrit ja 200 prostitutsiooni kaasatut* <i>*prognoos</i>	2014 – 60/200 2015 – 60/200 2016 – 60/200 2017 – 60/200

Soolise võrdõiguslikkuse edendamine ja süvalaiendamise koordineerimine. Soolise võrdõiguslikkuse edendamiseks on prioriteetne aidata kaasa soolise võrdõiguslikkuse õigusnormide tõhusamale rakendumisele, suurendada asjakohaste siht- ja sidusrühmade (sh töötajate ja tööandjate, haridustöötajate, ametnike, õigusvaldkonna ekspertide) ja laiema avalikkuse teadlikkust soolise ebavõrdsuse ilmingutest, nendega kaasnevatest probleemidest ning soolise võrdõiguslikkuse edendamise vajadusest ja võimalustest ning vähendada sooliste stereotüüpide negatiivset mõju meestele ja naistele. Suurendame haldussuutlikkust soolise võrdõiguslikkuse süvalaiendamise strateegia rakendamiseks (sh eelarvepoliitikas), tagamaks, et kõigi asjakohaste poliitikate ja meetmete väljatöötamisel ja rakendamisel arvestataks soolise võrdõiguslikkuse põhimõtetega. Rakendame 2012. aastal Vabariigi Valitsuse poolt heaks kiidetud tegevuskava naiste ja meeste palgalõhe vähendamiseks.

Tegevused viiakse peamiselt ellu Euroopa Sotsiaalfondi ja Norra finantsmehhanismi vahendite toel.

Naistevastase ja perevägivalda vähendamine toimub „Vägivalda vähendamise arengukava aastateks 2010–2014“ tegevuste rakendamisega koostöös teiste ministeeriumite ja vabasektori organisatsioonidega.

Turvalise pere- ja elukeskkonna edendamise eesmärgil arendame naistevastase ja perevägivalda ohvritele suunatud teenuseid ning suurendame spetsialistide kompetentsi. Ennetustöös pöörame tähelepanu inimeste hoiakute muutmisele ja teadlikkuse tõstmisele. Sellest tulenevalt prognoosime varjupaikadesse pöördunud inimeste arvu tõusu lähiaastatel.

Norra finantsmehhanismi 2012–2015 vahenditega tegeleme ohvritele pakutavate teenuste arendamisega, laiapõhjalise koolitusega ohvrite ja vägivallatsejatega kokkupuutuvatele spetsialistidele, uuringute tegemisega ning erinevate teavitustegevustega.

Inimkaubanduse ohvrite ja prostitutsiooni kaasatud isikute abistamiseks ning nende nähtuste vähendamiseks viime ellu „Vägivalda vähendamise arengukava aastateks 2010–2014“ inimkaubanduse osa, kus meie ülesanded on seotud peamiselt ennetustöö (teavitamine, koolitamine, juhendmaterjalide loomine) ja ohvrite abistamisega, milleks on vajalik tagada vastavate teenuste (psühholoogiline, sotsiaalne, juriidiline nõustamine ja varjupaigateenus) olemasolu.

Norra finantsmehhanismi 2012–2015 vahenditega tegeleme inimkaubanduse ohvritele ja prostitutsiooni kaasatud naistele suunatud teenuste arendamisega, toetame inimkaubanduse nõustamistelefoni tööd ja uuringute tegemist ning inimkaubanduse ohvritega kokkupuutuvate spetsialistide täiendkoolitamist. Samuti viime ellu mitmeid teavitustegevusi.

Meede 1.8: sotsiaalse sidususe suurendamine

Sotsiaalse sidususe suurendamiseks oleme seadnud järgmised sihid:

Indikaator	Selgitus	Algtase	Sihttase
Puudega inimeste tööhõive määr 20–64-aastaste vanusegrupis, % <i>Allikas: Statistikaamet, Eesti tööjõu-uuring</i>	Puudega inimeste tööhõive määr	2008 – 24,7%	2014 – 24,0%
	vanusegrupis 20–64-aastat näitab, kui palju kehtiva puude	2009 – 20,3%	2015 – 28,0%
	raskusastmega isikutest on tööga hõivatud.	2010 – 18,5%	2016 – 30,0%
		2011 – 21,2%	2017 – 33,0%
		2012 – 22,0%*	
		2013 – 23,0%*	
		<i>*prognoos</i>	
Puudega inimeste suhtelise vaesuse määra erinevus elanikkonna suhtelise vaesuse määrast, protsendipunktides <i>Allikas: Statistikaameti Eesti sotsiaaluuring (EU-SILC) seotuna Sotsiaalkindlustusameti arstliku ekspertiisi andmekogu puude andmetega</i>	Iseloomustab puudega inimeste lõimumist Eesti ühiskonda. Võrdlus Eesti üldise keskmisega annab võimaluse hinnata, kui suur erinevus on nimetatud riskirühmal.	2009 – 6,0pp	2014 – 6,8pp
	Puudega inimesteks loetakse isikud, kellele on ametlikult määratud puude raskusaste.	2010 – 6,3pp	2015 – 7,0pp
	Suhtelise vaesuse määr näitab isikute osakaalu, kelle ekvivalentnetosissetulek on suhtelise vaesuse piirist madalam.	2011 – 6,5pp*	2016 – 7,0pp
	Suhtelise vaesuse piir on	2012 – 6,5pp*	2017 – 7,0pp
		2013 – 6,8pp	
		<i>*prognoos</i>	

	60% leibkonnaliikmete aasta ekvivalentnetosissetuleku mediaanist.		
Suitsiidide suremuskordaja 100 000 elaniku kohta	Eesti kuulub kõrge suitsiidiriskiga maade hulka. Suitsiidide arv peegeldab ühiskonna vaimse tervise taset, suitsiidile eelneb tavaliselt depressioon.	2007 – 18,9 2008 – 18,1 2009 – 20,1 2010 – 16,5 2011 – 16,3 2012 – 15,0* 2013 – 14,4	2014 – 13,8 2015 – 13,2 2016 – 12,5 2017 – 11,9 2020 – 10* *RTA eesmärk
<i>Allikas: Statistikaamet (RTA)</i>			
		*proгноос	

Kujundame järeldused ja ettepanekud sotsiaalse kaasamise tugevdamiseks. Selleks **koostame** iga kahe aasta järel **Euroopa 2020 strateegias seatud vaesuse leevendamise eesmärgi poole liikumist kirjeldavate tegevuste põhjaliku ülevaate** ehk sotsiaalraporti. Sotsiaalraport keskendub peamiselt sotsiaalse kaasamise kolmele sambale (miinimumsissetuleku tagamine, kaasavad tööturud ja juurdepääs kvaliteetsetele sotsiaalteenustele) ning aitab tugevdada haridus-, tööhõive- ja sotsiaalpoliitika vahelisi sidemeid sotsiaalse kaasamise suurendamiseks. Nimetatud dokumentides seatud eesmärkidele ja põhimõtetele tuginedes osaleme Euroopa Liidu sotsiaalvaldkonna avatud koordineerimise meetodi töös.

Puudega inimeste õiguste kaitseks ja iseseisva toimetuleku parandamiseks **rakendame ÜRO puuetega inimeste õiguste konventsiooni põhimõtteid ja puudega inimeste õiguste kaitse strateegiat 2014–2020 vastavalt selle rakendusplaanile**. Toetame konventsiooni rakendamise järelevalve komisjoni tööd. Puudega inimeste õiguste tagamise olukorrast parema ülevaate saamiseks loome pideva tagasisidesüsteemi.

Puudega inimeste õiguste kaitseks tõstame nii puudega inimeste teadlikkust oma õigustest kui kogu ühiskonna teadlikkust puudega inimeste erivajadustest. Peame tähtsaks, et puudega inimeste õigusi ja vajadusi võetakse arvesse erinevate valdkondade poliitikates (nt transport, IKT, sotsiaal- ja tervishoiuteenuste kättesaadavus) ning et kõigi kohalike omavalitsuste arengukavades arvestatakse puudega inimeste õiguste ja vajadustega. ÜRO puuetega inimeste õiguste konventsiooni ühe kriitilisema küsimusena **analüüsime avaliku ruumi ja teenuste juurdepääsetavuse võimalusi ning võtame tarvitusele meetmed sotsiaal- ja muude avalike teenuste juurdepääsetavaks muutmiseks puudega inimestele**. Jätkame invaspordi rahastamist.

Suurendamiseks puudega inimeste esindusorganisatsioonide paremat kaasamist riiklikku otsustusprotsessi viime järjepidevalt ellu puudega inimeste esindusorganisatsioonidega 2012. aastal sõlmitud koostööpõhimõtete memorandumit.

Aktiivsena vananemise poliitika kujundamisel peame oluliseks vanemaealiste sotsiaalse tõrjutuse ennetamist ning aktiivsena ja väarikana vananemise toetamist. Selleks on olulisemad tegevused toetavate teenuste arendamine, teadlikkuse tõstmine vanemaealistega seotud küsimustes ja uuringute tegemine.

Eakate parema toimetuleku tagamiseks ja harjumuspärasel keskkonnas iseseisva elu toetamiseks **jätkame vajadusele vastavate pakutavate teenuste osutamist ja omastehooldust toetavate meetmete arendamist**. Pöörame olulist tähelepanu selliste uute meetmete arendamisele, mis aitavad ennetada probleemide tekkimist (nt virtuaalteenused, tervishoiu- ja hoolekandeteenuste parem integreerimine, preventiivsed koduviisidid). Uuringute tegemine võimaldab kaardistada sihtrühma vajadusi ning arendada hoolduskoormust leevendavaid meetmeid ja toetavaid teenuseid.

Vanemaealiste poliitika alusdokumendi „**Aktiivsena vananemise arengukava 2013–2020**“ eesmärk on vanusesõbraliku keskkonna loomine ja vanemaealiste elukvaliteedi parandamine.

Selleks, et vanemaealiste elukorraldus oleks paindlikum ja kvaliteetsem, **loome vanematele inimestele piisavalt võimalusi võimetekohaste tegevuste kaudu igapäevaelus ja ühiskonna arendamises osalemiseks**, eriti neid puudutavate otsuste langetamisel. Aktiivsena vananemise arengukava annab võimalusi teha koostööd hariduse, tööturu, tervishoiu ja hoolekande valdkonnas, et vanemaealistel oleks enam võimalusi end vastavalt võimetele teostada.

Muutused suhtumises vananemisse ja vanemaealistesse inimestesse võimaldavad tugevdada inimestevahelist hoolimist ja sotsiaalset kaasatust. Teavitustegevuste kaudu aitame ennetada vanemaealiste sotsiaalset tõrjutust ning toetada aktiivsena ja väärikana vananemist.

Vaimse tervise edendamisel on prioriteet integreeritud teenuste arendamine. Sotsiaal- ja tervisevaldkonna koostöös arendatakse Norra finantsmehhanismi raames välja eelkõige laste ja noorte vaimset tervist toetavate teenuste võrgustik ning regionaalsed vaimse tervise kompetentsikeskused (sh Tallinna laste vaimse tervise keskus). Jätkub koostöö Eesti-Rootsi Vaimse Tervise ja Suitsidoloogia Instituudiga (ERSI) vaimse tervise probleemide ennetamiseks ning töötute psühhosotsiaalne nõustamine. Vaimse tervise poliitika kujundamisele kaasatakse erinevaid sihtgrupe vaimse tervise ja heaolu koalitsiooni kaudu.

Võrdse kohtlemise koordineerimisel ja edendamisel teeme koostööd erinevate ministriumite ja asjaomaste asutustega ning vabasektori organisatsioonidega. Võrdse kohtlemise edendamiseks, tolerantsuse tõstmiseks ja stereotüüpide negatiivse mõju vähendamiseks erinevatele isikugruppidele ning majandusele ja ühiskonnale laiemalt on oluline aidata kaasa võrdse kohtlemise õigusnormide tõhusamale rakendamisele, teadlikkuse tõstmisele ja selliste stereotüüpide vähendamisele, mis puudutavad inimeste vanust, puuet või kuulumist LGBT hulka. Tegevused viiakse peamiselt ellu Euroopa Liidu programmi „Progress“ võrdse kohtlemise meetmete raames.

Koostame kõiki osapooli kaasava **valdkondliku võrdsete võimaluste ja sotsiaalse turvalisuse arengukava**. Arengukava eesmärkide elluviimisel teeme tihedat koostööd teiste ministriumide, asutuste ja organisatsioonidega, ühtlustame sidusvaldkondade terminoloogiat ja statistika kogumise aluseid ning määrame kindlaks peamised arengusuunad.

2. Rahvatervis

Eesmärk: inimeste elu (sh tervena elatud elu) on pikk ja kvaliteetne

Sotsiaalministeerium lähtub „Rahvastiku tervise arengukavast 2009–2020“, millest juhinduvalt rakendame poliitika kujundamisel, inimeste teadlikkuse suurendamisel, teenuste osutamisel, järelevalves ja seires tõenduspõhiseid meetmeid eesmärgiga parandada oluliselt rahva tervist.

Eesmärgi saavutamise mõõtmise indikaatorid:

Indikaator	Selgitus	Algtase	Sihttase
Oodatav eluiga (mehed ja naised eraldi), aastates	Keskmine oodatav eluiga näitab mingis vanuses keskmiselt elada jäävate aastate arvu elutabeli järgi, kui suremus ei muutuks 0 aasta vanuses (oodatav eluiga sünnimomendil). Näitajat kasutatakse rahvusvahelises võrdluses elanikkonna tervises seisundi üldnäitajana.	Mehed 2007 – 67,13 2008 – 68,59 2009 – 69,84 2010 – 70,62 2011 – 71,16 2012 – 71,2* 2013 – 71,6* <i>*prognoos</i>	Mehed 2014 – 72,1 2015 – 72,5** 2016 – 73 2017 – 73,5 2020 – 75* <i>*RTA eesmärk</i> <i>** VVTP eesmärk</i>
<i>Allikas: Statistikaamet (RES, VVTP, RTA)</i>		Naised 2007 – 78,73	Naised 2014 – 81,8

		2008 – 79,23	2015 – 82,2**	
		2009 – 80,07	2016 – 82,5	
		2010 – 80,52	2017 – 82,9	
		2011 – 81,09	2020 – 84*	
		2012 – 81,1*	*RTA eesmärk	
		2013 – 81,5*	** VVTP eesmärk	
		<i>*prognoos</i>		
Tervena (piiranguteta) elatud eluiga sünnimomendil (mehed ja naised eraldi), aastates <i>Allikas: Statistikaamet (RES, VVTP, RTA)</i>	Eesmärk on, et oodatav eluiga kasvaks, kuid mitte haigena elatud aastate, vaid tervena elatud aastate arvelt.	Mehed	Mehed	
			2007 – 49,6	2014 – 56,7
			2008 – 52,9	2015 – 57,1**
			2009 – 54,8	2016 – 57,5
			2010 – 54,1	2017 – 58,1
			2011 – 53,9	2020 – 60*
			2012 – 56*	*RTA eesmärk
			2013 – 56,3*	** VVTP eesmärk
			<i>*prognoos</i>	
			Naised	Naised
			2007 – 54,7	2014 – 61,5
			2008 – 57,3	2015 – 62**
			2009 – 59	2016 – 62,5
	2010 – 58	2017 – 63,1		
	2011 – 57,7	2020 – 65*		
	2012 – 60,5*	*RTA eesmärk		
	2013 – 61*	** VVTP eesmärk		
	<i>*prognoos</i>			

Eesmärgi elluviimiseks on kooskõlas RTAga kavandatud neli meetet: (1) tervisliku ja turvalise arengu tagamine lastele ja noortele, (2) tervist toetava elu-, töö- ja õpikeskkonna tagamine, (3) tervislike valikute ja eluviiside soodustamine ning (4) kõikidele abivajajatele kvaliteetsete tervishoiuteenuste kättesaadavuse kindlustamine.

Meede 2.1: tervisliku ja turvalise arengu tagamine lastele ja noortele

Laste tervise parandamiseks oleme seadnud eesmärgiks vähendada laste ja noorte suremust ning psüühika- ja käitumishäirete esmahaigestumust.

Meetme elluviimisel on juhtiv roll Sotsiaalministeeriumi rahvatervise osakonnal. Meetme olulisimateks poliitikainstrumentideks on mõju tervisele arvestamine kõikides eluvaldkondades, teadlikkuse tõstmine, tervislike valikuid soodustava elukeskkonna kujundamine ning teenuste järjepidev arendamine ja osutamine. Rakendustegevusi viime ellu Tervise Arengu Instituudi ja Haigekassa kaudu.

Lastele ja noortele tervisliku ja turvalise arengu tagamiseks oleme seadnud järgmised sihid:

Indikaator	Selgitus	Algtase	Sihttase
------------	----------	---------	----------

Imikusuremuskordaja <i>Allikas: Statistikaamet</i> <i>(RTA)</i>	Näitab alla aasta vanuses surnud laste arvu 1000 elussünni kohta. On üks rahvusvaheliselt enamkasutatavaid rahvatervise näitajaid, mis peegeldab vastsündinute ravi ning jälgimise taset (arengumaades ka ema ja lapse sotsiaalseid olusid).	2007 – 5,0 2008 – 5,0 2009 – 3,6 2010 – 3,3 2011 – 2,5 2012 – 3,3* 2013 – 3,3*	2014 – 3,3 2015 – 3,2 2016 – 2,2 2017 – 2,1 2020 – 1,7* <i>*RTA eesmärk</i>	
		<i>*prognoos</i>		
	0–19-aastaste laste ja noorte suremuskordaja 100 000 elaniku kohta <i>Allikas: Statistikaamet</i> <i>(RTA)</i>	Surmade arv 100 000 sama vana elaniku kohta. Võrreldes teiste Euroopa riikidega on Eestis tase väga kõrge, noorte surmade vähendamine on üheks võtmekohaks eeldatava eluea pikendamisel.	2007 – 59,5 2008 – 61,1 2009 – 40,4 2010 – 47,8 2011 – 37,0 2012 – 46,0* 2013 – 44,0*	2014 – 43,0 2015 – 40,4 2016 – 34,0 2017 – 33,0 2020 – 31,0* <i>*RTA eesmärk</i>
			<i>*prognoos</i>	

Reproduktiiv- ja imikutervise näitajate parandamiseks edendame noorte reproduktiiv- ja seksuaal-tervisealast teadlikkust ennetamiseks suguhaigustesse haigestumist ja sellega seotud tüsistusi, soovimatuid rasedusi, pakkudes noortesõbralikke nõustamisteenuseid maakondlikes nõustamiskeskustes ning pedagoogide teadmiste ja oskuste täiendamist. Toetame raseduskriisiaegset nõustamist. Panustame viljatusravi tulemuslikkuse suurendamisse. Valmistame ette õigusruumi, et pere soovi korral ja vastunäidustuste puudumisel võib naine valida sünnitamiseks ämmaemanda juuresolekul alternatiivseid kohti väljaspool tervishoiuasutust. Teadusuuringute ja tervisestatistika analüüsi abil loome eeldused vastsündinute tervist säästvate efektiivsete ravimeetodite rakendamiseks. Arendame rasedate ja imikute tervise jälgimise ja nõustamise süsteemi (sh sõeluuringuid). Aitame kaasa vanemate teadlikkuse ja oskuste kujunemisele imikute tervise ja arengu toetamiseks (sh rinnapiimaga toitmine). Toetame rinnaga toitmise edendamise komitee tegevust ja tervishoiutöötajate teadmiste tõstmist imikute toitmise ning tunnustame beebisõbralike haiglate põhimõtteid rakendavaid haiglaid. Toetame lapsevanemate teadmiste ja oskuste kasvu lastele soodsa arengukeskkonna loomiseks, vägivalla, väärkohtlemise, vigastuste ja mürgistuste ennetamiseks.

Tõhustame **koolieelsete laste** arengu- ja tervisehäirete varaseks avastamiseks, õigeaegse immuniseerimisega hõlmatuse saavutamiseks ja lapsevanemate nõustamiseks tehtavat laste regulaarset tervisekontrolli. Toetame koolituste ja tõenduspõhiste programmide kaudu koolieelsete lasteasutuste tegevust laste sotsiaalsete oskuste arendamisel. Laste vaimset ja füüsilist tervist soodustava keskkonna edendamiseks toetame, arendame ja laiendame tervist edendavate lasteaedade võrgustikku. Aitame kaasa tervisedenduslike põhimõtete sisseviimisele kõikides lasteaedades ja koolides, toetades neid teadmiste ja oskuste täiendamisel.

Aitame kaasa **uue koolide riikliku õppekava rakendamisele** pedagoogide teadmiste ja oskuste täiendamisega tervist mõjutavatest teguritest. Soodustame tervist edendavate koolide võrgustiku arenemist ja laienemist ning esmaabi õpetust koolides. Arendame noorsportlaste tervisekontrolli süsteemi.

Meede 2.2: tervist toetava elu-, töö- ja õpikeskkonna tagamine

Keskkonnast tingitud terviseriskide vähendamiseks on vaja neid süsteemselt hinnata ja juhtida. Samuti on väga oluline suurendada inimeste teadlikkust neid puudutavatest riskidest ning tagada riigi valmisolek tegeleda võimalike hädaolukordadega.

Meetme elluviimisel on juhtiv roll Sotsiaalministeeriumi rahvatervise osakonnal. Meetme olulisimateks poliitikainstrumentideks on tervisekaitse- ja ohutusnõuete täitmise tagamine ning teavitustegevused. Suurt osa rakendustegevusi viib ellu Terviseamet.

Elukeskkonna ohutuses saavutatud edu hindamiseks oleme seadnud järgmise sihi:

Indikaator	Selgitus	Algtase	Sihttase	
Joogiveest tingitud haiguspuhangute arv <i>Allikas: Terviseamet</i>	Joogiveest tingitud haiguspuhangute arv	2007 – 0	2014 – 0	
	näitab mitu joogivee kaudu levivat haiguspuhangut on nimetatud aastal registreeritud. Näitaja on oluline	2008 – 0 2009 – 0 2010 – 0 2011 – 0 2012 – 0* 2013 – 0*		2015 – 0 2016 – 0 2017 – 0
	ennetusmeetmete ja Terviseameti järelevalvetegevuste efektiivsuse hindamisel. Tegu on valveindikaatoriga, vastavaid puhanguid ei tohi olla, sest joogivee kaudu levib nakkus väga kiiresti väga paljudele inimestele.	* <i>prognoos</i>		

Elu-, töö- ja õpikeskkonnast tulenevate terviseriskide vähendamiseks on oluline, et kogu elanikkond, töötajad, tööandjad ja lapsed, oleksid teadlikud riskidest ja nende maandamise meetmetest ning saaks teha teadlikke valikuid oma elu-, töö- ja õpikeskkonna kujundamisel ning riskide maandamisel.

Tervisliku elukeskkonna tagamiseks järgime Parma deklaratsiooniga seatud eesmäärke, mis on suunatud haiguste ja vigastuste ennetamisele. Pöörame üha suuremat tähelepanu koolide ja koolieelsete lasteasutuste ruumide sisekliimale ning halvast siseõhust tingitud haigustele, tervisehäiretele ja ruumiõhu sündroomile. Hooned ja ruumid peavad olema õppegevuse läbiviimiseks sobivad, ohutud ja turvalised. Kaitseme laste tervist, vältides kokkupuudet kahjulike ainete ja valmististega kohtades, kus lapsed õpivad ja mängivad. Vaatamata sellele, et Eestis on arvestatav hulk keskkonnaseireandmeid ning andmeid kogutakse nii inimese tervises seisundi kui ka haigestumiste kohta, puuduvad tervisenäitajatevahelisi seoseid kajastavad uuringud ning andmete analüüs. Esmahaigestumuse statistika vajab senisest märksa põhjalikumat analüüsimist. Haigusrühmade kõrval on vaja veelgi detailsemalt analüüsida üksikute haiguste dünaamikat, et välja tuua diagnoosid, mille sagedus eriti silmatorkavalt kasvab või on hakanud järsult kasvama. See oleks kaalukas põhjendus elukeskkonna ohtude ja terviseriskide iseloomustamiseks vajalike ennetavate tegevuste alustamiseks.

Meetme elluviimiseks nüüdisajastab ja täiendab Sotsiaalministeerium koos Keskkonnaministeeriumi, Põllumajandusministeeriumi ning Majandus- ja Kommunikatsiooniministeeriumiga tervise säilimist ja parendamist soodustava **elu-, töö- ja õpikeskkonna saavutamiseks vajalikku õigusruumi** (kemikaaliohutuse ja keskkonnatervise valdkonnas) ning tõhustab elu-, töö- ja õpikeskkonnast tulenevate terviseriskide hindamise, juhtimise ja teavitamise süsteemi. Senisest enam tuleb tähelepanu pöörata nii õigusaktidest

tulenevatele turustamiselsetele tegevustele, mis loovad eelduse kaupade vabaks liikumiseks, kui ka järelevalve haldussuutlikkuse tõstmisele, sh järelevalveametnike täiendusõppele. Kuna EL-s peab ettevõtja/tootja tagama, et toode/teenus oleks ohutu, peavad järelevalveametnikud olema piisavalt pädevad, et hinnata, kas mingi toode/teenus vastab kehtestatud nõuetele ja on tervisele ohutu. Rahvatervise seaduse uuendamise protsessis ühtlustatakse tervisekaitse nõuded elu-, töö- ja õpikeskkonnale. Jätkame kemikaalivaldkonna õigusruumi korrastamist (kemikaaliseaduse ja biotsiidiseaduse muutmine, kemikaalide arvestussüsteemi väljatöötamine jms) ning EL otsekohalduvate õigusaktide rakendamist.

Nakkushaiguste ennetamiseks ja tõrjeks korraldame erinevate institutsioonide koostöös. Tõhustame ja kaasajastame nakkushaiguste ennetamise, seire ja tõrje süsteemi, sh kaasajastame nakkushaiguste seireks vajalikku laboratoorset baasi ja õigusruumi. Tagame valmisoleku nakkushaiguste puhanguteks, epideemiateks ja pandeemiateks. Suurendame valmisolekut/võimsust rahvusvahelise levikuga rahvatervise hädaolukorrale reageerimiseks (vastavalt IHR 2005 nõuetele). Vajalike immuniseerimistega hõlmatud rahvastiku osakaalu suurendamiseks pöörame tähelepanu teavitustööle ning täiendame vajaduse korral immuniseerimiskava uute vaktsineerimisele kuuluvate nakkushaigustega. Osaleme WHO leetrite ja punetiste elimineerimise programmis ning hoiame leetrite ja punetiste vastu vaktsineerimise hõlmatuse taseme 95%. Arendame immuniseerimisalaste andmete kvaliteedi tõstmiseks e-tervise baasil immuniseerimise moodulit. Tõstame elanikkona teadlikkust nakkushaigustesse haigestumise viisidest, riskiteguritest ja ennetamise võimalustest.

Meede 2.3: tervislike valikute ja eluviiside soodustamine

Tervisekäitumist mõjutavad otseselt isiku hoiakud, uskumused, väärtushinnangud, teadlikkus, oskused ja motivatsioon. Lisaks inimese enda panusele on oluline roll ka kodanikeühendustel, kohalikel omavalitsustel, kelle initsiatiivi Sotsiaalministeerium riiklike vahenditega toetab. Peamisteks käitumuslikeks tervisemõjuriteks tuleb pidada vähest kehalist aktiivsust, tasakaalustamata toitumist, alkoholi, tubaka ja illegaalsete narkootikumide tarbimist, riskivat käitumist liikluses jms.

Inimeste tervislike valikute suurendamisel ja riskikäitumise vähendamisel on juhtiv roll Sotsiaalministeeriumi rahvatervise osakonnal. Meetme olulisimateks poliitikainstrumentideks on mõju tervisele arvestamine kõikides eluvaldkondades, teadlikkuse tõstmine, tervislike valikuid soodustava elukeskkonna kujundamine ning teenuste järjepidev arendamine ja osutamine. Rakendustegevusi viime ellu Tervise Arengu Instituudi, Haigekassa ja Terviseameti kaudu. Liikumisharrastuse edendamisel on oluline koostöö Kultuuriministeeriumiga. Tervisliku toitumise valdkonna tegevuste elluviimisel on koostööpartneriks Põllumajandusministeerium. Vigastuste ennetamisel on peamisteks partneriteks Siseministeerium ning Majandus- ja Kommunikatsiooniministeerium. HIV ja narkomaania ennetamisel Siseministeerium ning Justiitsministeerium.

Inimeste tervisekäitumise parandamisel oleme seadnud endale järgmised sihid:

Indikaator	Selgitus	Algtase	Sihttase
Uute HIV-nakkuse juhtude hulk 100 000 elaniku kohta	Uute HIV-nakkuse juhtude arv näitab nimetatud aastal registreeritud uusi HIV-nakkuse juhtusid. Näitaja on oluline, et hinnata sekskumismeetmete efektiivsust HIV leviku tõkestamisel, mis on Eesti elanike tervises seisundi parandamiseks üha olulisem.	2007 – 47,2 2008 – 40,7 2009 – 30,7 2010 – 27,8 2011 – 27,6 2012 – 30,0* 2013 – 27,5*	2013 – 27,5 2014 – 25,0 2015 – 22,5 2016 – 20,0 2017 – 18,7 2020 – 15,0*
<i>Allikas: Terviseamet (RTA)</i>		<i>*prognoos</i>	<i>*RTA eesmärk</i>
Ülekaaluliste	Kajastab I, III, V, VII, IX ja XII	2007 – 9,0%	2014 – 6,8%

kooliõpilaste osakaal, % <i>Allikas: Haigekassa koolitervishoiu aruanded (RTA)</i>	klassi õpilaste regulaarsete tervisekontrollide käigus leitud ülekaaluliste õpilaste protsenti.	2008 – 9,8%	2015 – 6,6%
		2009 – 9,8%	2016 – 6,5%
		2010 – 9,9%	2017 – 6,4%
		2011 – 10,5%	2020 – 6,0%*
		2012 – 9,9%	
		2013 – 6,9%*	*RTA eesmärk
*prognoos			
Ebaloomulikul teel hukkunute arv <i>Allikas: Siseministeerium (VVTP: SoM kaasvastutus)</i>	Indikaator sisaldab tööõnnetustes, tulekahjudes, liiklusõnnetustes, uppumise, enesetapu, ründe ning narkosurma tagajärjel hukkunuid.	2011 – 638	2014 – 508
		2012 – 644	2015 – 480
		2013 – 577*	2016 – 453
		*prognoos	2017 – 428
			2020 – 385

Tervisliku eluviisi soodustamiseks ja edendamiseks viime erinevate eluvaldkondade koostöös ellu abinõud terviseteadlikkuse ja tervist toetava keskkonna kujundamiseks. Kaasajastame **rahvatervise seaduses** riigi, maavalitsuste ja kohalike omavalitsuste ülesanded ning seadustame tervise teenused ja nende rahastamise. Toetamaks paikkondliku tervisedenduse arengut, rakendame maakondades tervisedendusega tegelevate isikute tunnustamise süsteemi.

Soodustamiseks elanikkonna **tervislikke toitumisvalikuid ja edendamaks liikumisharrastust**, teeme erinevate meediakanalite kaudu teavitustööd, toetame tervist edendavate võrgustike tegevusi, koolitame toidukäitlejaid ning tagame neile asjakohaste juhendmaterjalide kättesaadavuse. Lisaks teavitus- ja koolitustegevusele loome võimalused toitumisalaste nõustamisteenuste arendamiseks. Parema ülevaate saamiseks elanike toitumisharjumustest korraldame toitumisuuringu koostöös Põllumajandusministeeriumiga. Töötame välja soovitused kõrge suhkru-, soola- ja rasvasisaldusega toodete turunduse suunamiseks, kaasates partneritena ka tootjaid. Töötame välja toitumise rohelise raamatu, vähendamaks toitumisest tingitud terviseprobleeme.

Alkoholikahjude vähendamiseks on järgmistel aastatel eesmärk rakendada komplekselt meetmeid alkoholi kättesaadavuse ja tarbimise vähendamiseks. Jätkub alkoholi liigtarvitamise varajase avastamise ja nõustamise süsteemi väljaarendamine, et ennetada kroonilise alkoholisõltuvuse väljakujunemist. Alustatakse alkoholisõltuvuse ravi ja taastusabi süsteemi loomisega. **Vigastussurmade vähendamiseks** valmistatakse ette valdkondade vaheline tegevuskava, mille rahastamist taotletakse ESF vahenditest perioodil 2014–2020. Sotsiaalministeeriumi vastutada jäävad vigastuste ennetamise tegevuskavast vigastuste seire ja kvalitatiivne analüüs, vabaaja vigastuste ennetamine ning paikkonna vigastuste ennetamise rahastamine. Tubakatarvitamise vähendamiseks jätkatakse inimeste tubakasuitsuga kokkupuute vähendamisele suunatud ennetus- ja teavitustööga. Tubakapoliitika raamdokumentis kokku lepitud meetmete rakendamiseks kaasajastatakse **tubakaseadust**.

HIV-nakkusega võitlemisel on prioriteediks uute nakatunute arvu vähendamine, pöörates erilist tähelepanu noortele suunatud ennetusmeetmetele ning jätkates aktiivselt kahjude vähendamise teenuste pakkumist ja arendamist. Ühe olulise tegevusena on plaanis HIV-positiivsete isikute võimalikult varajane avastamine ning tervishoiusüsteemi vaatevälja saamine, et tagada inimestele õigeaegne ARV-ravi, rakendades HIV-nakkuse testimise ja HIV-positiivsete isikute ravile suunamise tegevusjuhist.

Narkomaania ennetamise valdkonnas käivitatakse teiste ametkondadega koostöös varajase hoiatuse süsteem, vähendamaks informatsiooni uutest narkootilistest ja psühhoaktiivsetest ainetest. Järgmisel perioodil tuleb eelkõige tähelepanu pöörata fentanüüli kättesaadavuse piiramisele ja kasutamise kahjude vähendamisele ning opiaatide kõrval ka amfetamiini kahjude vähendamisele, mis on narkomaanide seas enim kasutatav aine. Abivajajatele tagame sõltuvusvastase ravi ja taastusabi, mille eesmärk on sõltuvuses oleva isiku sotsiaalse toimetulekuvõime taastamine. Vajaduse korral kasutame narkomaania sõltuvusravis ka

alternatiivseid meetodeid (naloksoon). Kaardistame koolitusvajaduse ja töötame välja ühise koolitussüsteemi narkomaania ennetamise, kahjude vähendamise, ravi ja sõltuvusvastase taastusabiga seotud spetsialistele, sh vanglate ja arestiamajade personalile.

Edaspidi tuleb **tuberkuloosi haigestumise vähendamiseks** rakendada vajalikke meetmeid ennetamiseks, varajaseks avastamiseks ja tõrjeks rõhuasetusega HIV-positiivsetele, süstivatele narkomaanidele ja alkoholisõltlastele. Lisaks tuberkuloosiravile tuleb tegeleda nendel patsientidel kaasuva infektsiooni raviga, sõltuvusraviga või sotsiaalsete vajadustega. Järgneval perioodil on kavas laiendada tuberkuloosi otseselt kontrollitava raviga koos pakutavate muude integreeritud teenuste mahtu põhimõttel, et tuberkuloosihaige saab kõik vajalikud teenused eelistatult ühest kohast.

Meede 2.4: kõikidele abivajajatele kvaliteetsete tervishoiuteenuste kättesaadavuse kindlustamine

Maailma Terviseorganisatsiooni hinnangul mõjutab tervishoiusüsteem inimeste tervist kuni 30% ulatuses. Peame oluliseks, et tervishoiusüsteem põhineb õigluse, teenuse kvaliteedi ja efektiivsuse ning kuluefektiivsuse printsiibil.

Meetme elluviimisel on juhtiv roll Sotsiaalministeeriumi tervishoiuosakonnal ja ravimiosakonnal. Meetme olulisimateks poliitikainstrumentideks on tervishoiuteenused, mida pakuvad tervishoiuteenuste osutajad Eesti Haigekassa rahastamise kaudu. Riigi tasandil on rakendusasutused meetme osas Terviseamet ja E-tervise Sihtasutus ning ravimipoliitika osas Raviamet.

Kõikidele abivajajatele kvaliteetsete tervishoiuteenuste kättesaadavuse kindlustamiseks oleme seadnud järgmised sihid:

Indikaator	Selgitus	Algtase	Sihttase
Inimeste hinnang tervishoiuteenuste kvaliteedile ja kättesaadavusele <i>Allikas: Sotsiaalministeeriumi elanikkonna rahulolu-uuring</i>	Osakaal kõigist küsitlusele vastanutest, kes on üldiselt või väga rahul arstiabi kvaliteedi/kättesaadavusega. Väljendab tervishoiusüsteemi vastavust inimeste ootustele ja vajadustele.	Kvaliteediga üldiselt või väga rahul	
		2007 – 69% 2008 – 73% 2009 – 74% 2010 – 74% 2011 – 72,4% 2012 – 78,5% 2013 – 73%*	2014 – 74% 2015 – 74% 2016 – 76% 2017 – 77% 2020 – 80%* *RTA eesmärk
		Kättesaadavusega üldiselt või väga rahul	
		2007 – 60% 2008 – 53% 2009 – 54% 2010 – 55% 2011 – 51,4% 2012 – 55% 2013 – 62%*	2014 – 63% 2015 – 64% 2016 – 65% 2017 – 65,8% 2020 – 68%* *RTA eesmärk
		*proгноos	
		*proгноos	

Suuremateks väljakutseteks tervishoiuvaldkonnas on tervishoiuteenuste kättesaadavus ja kvaliteet ning **rahastamise jätkusuutlikkus**. Täiendavaid rahastamisvõimalusi tuleb leida kas

riigieelarvest, sh tervishoiuteenuse osutajate ehitise kulumi näol, kohalike omavalitsuste eelarvest või patsientide omaosaluse ümberstruktureerimise teel. Viimase puhul tuleb arvestada inimeste maksevõime ja vajaduspõhisusega. **Patsientide õiguste ja finantskaitse tagamiseks** arendame tervishoiusüsteemi erinevate tasandite arstiabi paremat koordineeritust, tagame skriiningute, üldarstiabi ja ravimihüvitiste kättesaadavuse kindlustamata isikutele.

Oluline töövaldkond on jätkuvalt **tervishoiutöötajate ja tervishoius töötavate muude spetsialistide vajaduse planeerimine** ja nende motiveerimine töötamiseks Eestis ning kõikide tervishoius töötavate spetsialistide pädevuse tagamine. Selleks, et rohkem residentuuri lõpetajaid siirduks tööle maakonnahaiglatesse ja perearstiks, on kavandatud jätkata noorte arstide motiveerimiseks lähtetoetuste maksmist. E-tervise teenuste ja telemeditsiini arendamisel lähtutakse eelkõige optimaalsest tervishoiutöötajate ressursi kasutamise printsiibist.

Tervishoiusüsteemi nurgakiviks on eelkõige elanikkonna vajadustele vastav **perearstisüsteem ja teised esmatasandi tervishoiuteenused**, sest enamiku terviseprobleemide korral saab inimene lahenduse just perearstilt või -õelt, aga ka kooliõelt, koduõelt, ämmaemandalt, füsioterapeudilt või ka apteegist. Esmatasandi tervishoiuteenuseid arendame kokkulepitud kontseptsiooni järgi ning planeerime vajalikud investeeringud maakonnakeskustesse ja teistesse suurematesse tõmbekeskustesse tervisekeskuste arendamiseks EL 2014–2020 vahenditest.

Eriarstiabi ja haiglavõrk vajavad ümberkorralduste jätkumist, sest praegusel kujul ei jätku pikemas perspektiivis kõikidele haiglatele ei patsiente ega kvalifitseeritud töötajaid. Selleks on plaanis lähtudes uuendatud erialade arengukavadest restruktureerida osutatavate teenuste maht ning kehtestada uued kvaliteedi- ja kättesaadavuse nõuded haiglatele nii statsionaarsete kui ambulatoorsete teenuste osas. Planeerime vajalikud investeeringud väiksemate haiglate restruktureerimiseks esmatasandi tervishoiuga ühtsel taristul ja koostöös toimivateks tervisekeskusteks ning pädevuskeskuste tugevdamise lõpule viimiseks EL 2014–2020 vahenditest. Samaaegselt on plaanis avada täiendavaid kiirabi- ja hotelliteenuste käivitamist. Tervishoiusüsteemi arendamisel peame silmas ka erinevateks hädaolukordadeks ja sõjaaja ohustenaariumiteks valmisoleku vajadust. **Hooldusravis** on järgmiste aastate ülesanne EL vahendite abil välja ehitatud hoonete jätkusuutliku rahastamise ja neis kvalifitseeritud töötajate olemasolu tagamine.

Eri- ja üldarstiabi kvaliteedi ja kättesaadavuse tagamise üle järelevalve tõhustamiseks ja proaktiivsuse suurendamiseks sätestame tervishoiuteenuste osutajate üle järelevalve tegemise põhimõtted, korralduse ja menetlusprotseduurid, mis lisaks sisendi kontrollimisele võimaldab kontrollida ka väljundite hindamist. Tervishoiuteenuste järelevalve ladus korraldus on Euroopa Parlamendi ja nõukogu direktiivi 2011/24/EL (patsiendiõiguste kohaldamise kohta piiriüleises tervishoius) rakendamise eelduseks. Samuti töötame välja korrupsiooni vältimise juhendi ja tagame järelevalvega tegelevatele ametnikele väljaõppe korrupsiooni tuvastamiseks tervishoius ja abinõude rakendamiseks selle vähendamiseks.

Ohutu, efektiivse, patsiendikeskse ja ühiskonnale parimat väärtust pakkuva tervisepoliitika elluviimiseks kasutatakse tervisetehnoloogiate hindamist, mille eesmärk on anda hinnang tervisesüsteemis kasutatavate erinevate sekkumiste kulutõhususele summeerides ja sünteesides tõenduspõhist informatsiooni vastava tehnoloogia rakendamise meditsiiniliste, sotsiaalsete, majanduslike ja eetiliste aspektide kohta süstemaatilisel, transparentsel ja erapooletul viisil. Teeme koostööd Eesti Haigekassa ja Teadusagentuuriga ning toetame tervisetehnoloogiate hindamise keskuse arendamist Tartu Ülikooli juurde.

Ravimite, veretoodete ja meditsiiniseadmete ohutuse, kvaliteedi ja kättesaadavuse tagamisel pöörame senisest enam tähelepanu ravimite ja meditsiiniseadmete turujärelevalve haldussuutlikkuse tõstmisele, sh täiendavate ressursside leidmisele ja järelevalveametnike täiendõppele, samuti patsiendi omaosaluse edasisele vähendamisele ravimite ostmisel. Ravimiohutuse tagamiseks, võltsravimite vältimiseks ja tarneahela kontrollimiseks vajaliku järelevalve tugevdamiseks on vaja koolitada välja uusi spetsialiste ja tõsta olemasolevate spetsialistide pädevust. Tagada tuleb piisav kompetents ja ressurss nii ravimite kliiniliste uuringute

ja reklaami järelevalveks kui ka piiripealsete toodete määratlemisotsuste tegemiseks ning uudsete ravimite ja inimpäritolu rakkude, kudede ning elundite käitlemise mõistliku õigusraamistiku väljatöötamiseks. Meditsiiniseadmete ohutuse ja turujärelevalve tõhustamiseks rakendame tööle 2014. aastal valmiva meditsiiniseadmete registri, samuti tuleb tagada ressursid Euroopa Liidu ühistes turujärelevalve programmides osalemiseks. Meditsiini kiirguse ohutu kasutamise üle järelevalve tõhustamiseks tagame vajalike juhendite väljatöötamise tervishoiuasutustele ning toetame ametiasutuste (Terviseamet ja Keskkonnamet) koostööd. **Patsiendi omaosaluse vähendamiseks** ravimite ostmisel tugevdame haldussuutlikkust läbirääkimiste pidamiseks ravimite hinna kujundamisel, toimeainepõhise väljakirjutamise ja soodsaimate ravimite apteekidest pakkumise järelevalves, arendame koostööd Euroopa Liidu ja muude riikidega, tagamaks suurem ravimivalik Eestis ning analüüsime ja võimalusel vähendame kehtivaid ravimite turustamise ja hüvitamise piiranguid. Tagame puuetega inimestele mõeldud meditsiiniseadmete soodsumääraga käibemaksustamise ning analüüsime Eesti Haigekassa poolt hüvitatavatele meditsiiniseadmetele juurdehindluse piirmäärade kehtestamist. Koostame ravimivaldkonna tulemusnäitajatele orienteeritud strategiadokumendi (ravimipoliitika dokument). Kvaliteetsete ja ohutute veretoodete kättesaadavuse tagamiseks korraldame immuno hematoloogiliste uuringute referentlabori teenust. Jätkame riiklike tervishoiuprogrammide teenindamiseks ravimite riigihangete korraldamist ja tagame selliste ravimite tasuta kättesaadavuse (nt HIV- ja tuberkuloosiravimid, vaktsiinid), samuti teeme koostööd Balti riikidega ravimite ühishangete läbiviimiseks, kui see tagab parema hinna või tarnekindluse.

3. Pere- ja rahvastikupoliitika

Eesmärk: laste ning perede heaolu ja elukvaliteet on tõusnud

Peame kõigi sotsiaalkaitsepoliitikate kavandamisel ja rakendamisel silmas laste ja perede heaolu, selle suurendamiseks toetava keskkonna loomist ning elukvaliteedi tõstmist, soodustades seeläbi laste sündimust ja positiivse iibe saavutamist. Eesmärgi elluviimisel on juhtiv roll Sotsiaalministeeriumi laste ja perede osakonnal ning hoolekandeosakonnal. Laste ja perede heaolu ning elukvaliteedi tõstmisele suunatud meetmed kajastuvad laste ja perede arengukavas 2012–2020 ning selle rakendusplaanis 2012–2015.

Laste- ja perepoliitika valdkonna tegevuste efektiivsuse tagamiseks tuleb tagada tõenduspõhise poliitika rakendamine ja luua tingimused sekkumiste hindamiseks. Lisaks tegevuste mõjususele tuleb hinnata tegevuste kuluefektiivsust ja tulusust ning selleks on vajalik teha koostööd teadusasutustega. Muu hulgas on vajalik ühtlustada sidusvaldkondade terminoloogia, statistika, peamised arengusuunad ning tagada valdkondade ülene koordineerimine. Laste- ja perepoliitika arendamiseks tuleb järjepidevalt analüüsida hetkeolukorda, demograafilisi suundumusi ja ühiskonna hoiakuid, arvestades lapse perspektiiviga. Igal aastal koostatakse valitsusele aruandeid laste ja perede olukorrast ning laste ja perede arengukava rakendusplaani täitmisest.

Eesmärgi saavutamise mõõtmise indikaatorid:

Indikaator	Selgitus	Algtase	Sihttase
Loomulik iive	Näitab sündide ja surmade arvu vahet aasta jooksul.	2007 – -1634	2014 – positiivne
<i>Allikas: Statistikaamet</i>	Positiivne iive näitab sündide, negatiivne iive surmade ülekaalu.	2008 – -647	2015 – positiivne**
<i>(RES, VVTP, LPA)</i>		2009 – -318	2016 – positiivne
		2010 – +35	2017 – positiivne
		2011 – -565	2020 – positiivne*
		2012 – negatiivne (-1460)**	*LPA eesmärk
		2013 – positiivne*	**VVTP eesmärk
		*prognoos	
		** Statistikaameti	

<i>esialgsed andmed</i>			
<p>Summaarne sündimuskordaja</p> <p><i>Allikas: Statistikaamet (RES, VVTP, LPA)</i></p>	<p>Näitab rahvastikutaaste taset. Kui näitaja on üle 2,15, siis rahvastik taastub ning põlvkondade vaheldumisega jääb rahvastik püsima, kui aga alla selle, siis rahvastik ei taastooda ennast.</p>	<p>2007 – 1,64 2008 – 1,66 2009 – 1,63 2010 – 1,64 2011 – 1,52 2012 – 1,67* 2013 – 1,68*</p> <p><i>*prognoos</i></p>	<p>2014 – 1,70 2015 – 1,71** 2016 – 1,72 2017 – 1,74 2020 – 1,77*</p> <p><i>*LPA eesmärk **VVTP eesmärk</i></p>
<p>Suhtelise vaesuse määr 0–17-aastaste laste seas, %</p> <p><i>Allikas: Statistikaamet, Eesti sotsiaaluuring (RES, LPA)</i></p>	<p>Näitab laste osakaalu, kes elavad suhtelises vaesuses ehk allpool suhtelise vaesuse piiri. Suhtelise vaesuse näitaja iseloomustab sissetulekute jaotuse ebavõrdsust (suhtelises vaesuses olevate laste osakaal) ja sotsiaalset tõrjutust 0–17-aastaste laste seas.</p>	<p>2007 – 17,1% 2008 – 20,6% 2009 – 17,3% 2010 – 19,5% 2011 – 17,0% 2012 – 18,8%* 2013 – 18,0%*</p> <p><i>*prognoos</i></p>	<p>2014 – 18,0% 2015 – 17,0% 2016 – 17,0% 2017 – 16,8% 2020 – 16,5%*</p> <p><i>*LPA eesmärk</i></p>
<p>0–2-aastaste ning 3–6-aastaste laste osakaal formaalses lapsehoiuis, %</p> <p><i>Allikas: Eurostat (EU-SILC) (RES, LPA)</i></p>	<p>Formaalse lapsehoiuga kaetud 0–2-aastaste ja 3–6-aastaste laste osakaal kõigist vastava vanuserühma lastest. Formaalne lapsehoiud sisaldab alusharidust ja/või hoitud pakkuvate asutuste teenuseid (nt lasteaed, lastesõim, erilasteaed) ning muu avaliku sektori või erasektori korraldatud/juhtitud/organiseeritud päevahoidu (sh palgalised lapsehoidjad, muu lapsehoiud jne). Vanemate tööturul osalemiseks ning töö- ja pereelu ühitamiseks on oluline lastehoiu kättesaadavus.</p>	<p>0–2-aastased lapsed</p> <p>2007 – 15% 2008 – 16% 2009 – 25% 2010 – 21% 2011 – 28%* 2012 – 30%* 2013 – 31%*</p> <p><i>*prognoos</i></p> <p>3–6-aastased lapsed</p> <p>2007 – 86% 2008 – 87% 2009 – 92% 2010 – 92% 2011 – 92%* 2012 – 92%* 2013 – 92%*</p> <p><i>*prognoos</i></p>	<p>0–2-aastased lapsed</p> <p>2014 – 32% 2015 – 33% 2016 – 33% 2017 – 34% 2020 – 35%*</p> <p><i>*LPA eesmärk</i></p> <p>3–6-aastased lapsed</p> <p>2014 – 92% 2015 – 92% 2016 – 92% 2017 – 92% 2020 – 92%*</p> <p><i>*LPA eesmärk</i></p>

<p>Perest eraldatud laste arv ja osakaal 0–17-aastaste vanuserühmast</p> <p>Allikas: Sotsiaalministeerium, Statistikaamet (RES, LPA)</p>	<p>Indikaator võimaldab jälgida laste arvu ja osakaalu 0–17-aastaste vanuserühmast, kelle puhul on olnud vajalik nende heaolu ja õiguste tagamiseks sotsiaaltöötaja sekkumine ja lapse perekonnast eraldamine kas ajutiselt või pikemaks ajaks.</p>	<p>2007 – 0,21%, laste arv 543 2008 – 0,24%, laste arv 585 2009 – 0,27%, laste arv 664 2010 – 0,19%, laste arv 460 2011 – 0,19%, laste arv 454 2012 – 0,20%, väheneb* 2013 – 0,20%, väheneb* *prognoos</p>	<p>2014 – 0,20%, väheneb 2015 – 0,20%, väheneb 2016 – 0,20%, väheneb 2017 – 0,20%, väheneb 2020 – väheneb* *LPA eesmärk</p>
<p>Lastele ja peredele tehtavate sotsiaalkaitsekulutuste osakaal SKP-s, %</p> <p>Allikas: Eurostat (LPA)</p>	<p>Näitab lastele ja peredele tehtavate sotsiaalkaitsekulutuste osatähtsust SKP-s (ESSPROS meetodika alusel).</p>	<p>2007 – 1,40% 2008 – 1,79% 2009 – 2,30% 2010 – 2,28% 2011 – 1,95%* 2012 – 2,00%* 2013 – 2,05%* *prognoos</p>	<p>2014 – 2,10% 2015 – 2,15% 2016 – 2,20% 2017 – 2,23% 2020 – 2,30%* *LPA eesmärk</p>
<p>Sotsiaalsete siirete, sh pensionid, mõju 0–17-aastaste laste suhtelise vaesuse vähendamisele, protsendipunktides</p> <p>Allikas: Statistikaamet, Eesti sotsiaaluuring (LPA)</p>	<p>Näitab, mil määral vähendavad sotsiaalsed siirded (sh pensionid, peretoetused jt) 0–17-aastaste laste suhtelise vaesuse määra ehk näitab siirete efektiivsust.</p>	<p>2007 – 12pp 2008 – 12pp 2009 – 16pp 2010 – 13pp 2011 – 17pp* 2012 – 17pp* 2013 – 16pp* *prognoos</p>	<p>2014 – 15pp 2015 – 14pp 2016 – 14pp 2017 – 14,1pp 2020 – 13pp* *LPA eesmärk</p>

Eesmärgi elluviimiseks on kavandatud kaks meetet: (1) lapse heaolu tagamine ja (2) perede elukvaliteedi tõstmine.

Meede 3.1: lapse heaolu tagamine

Eestis on vähe lapsi ning iga laps on meile väärtuslik – lastesse panustamine on ühiskonna jätkusuutlikkuse aluseks. Oluline on toetada lapse kasvamist turvalist keskkonda tagavas perekonnas. Selleks on vajalik teha teavitus- ja ennetustööd ning võimaldada lastega peredele mõjusaid toetavaid sekkumisi. Asendushooldusel olevatele lastele on vaja tagada võimalikult kodulähedane ja kvaliteetne ning lapse õigusi ja arengulisi vajadusi tagav teenus, eelistada tuleb perepõhiseid teenuseid. Et tagada lastele turvaline arengukeskkond, jõuda kiiremini abivajava lapseni ning pakkuda lastele ja lastega peredele kvaliteetset abi, on vaja korrastada ja kaasajastada lastekaitse korraldust.

Meetme elluviimisel on juhtiv roll Sotsiaalministeeriumi laste ja perede osakonnal ning hoolekandeosakonnal. Meetme olulisimateks poliitikainstrumentideks on laste ja perede arengukava aastateks 2012–2020, ning lastele suunatud horisontaalselt korraldatud

mitmekülgsed teenused (sh hoolekandeteenused) ning efektiivne lastekaitsetöö korraldus nii kohalikul kui riigi tasandil.

Lapse heaolu tagamiseks oleme seadnud järgmised sihid:

Indikaator	Selgitus	Algfase	Sihtfase	
Mitteinstitutsionaalsele asendushooldusele paigutatud laste osakaal kõigist asendushooldusele paigutatud lastest, protsentides <i>Allikas: Sotsiaalministeeriumi hoolekandestatistika</i> (LPA)	Indikaator võimaldab hinnata, milline on mitteinstitutsionaalsele asendushooldusele (eestkoste, perekonnas hooldamine, pereväline lapsendamine) paigutatud laste osakaal kõigist asendushooldusele (eestkoste, perekonnas hooldamine, pereväline lapsendamine, asenduskoduteenus) paigutatud lastest.	2007 – 66,7% 2008 – 70,6% 2009 – 66,0% 2010 – 70,6% 2011 – 66,9% 2012 – 70%* 2013 – 70%*	2014 – 71% 2015 – 71% 2016 – 71% 2017 – 71% 2020 – 71%* *LPA eesmärk	
	Eesmärk on pakkuda võimalikult paljudele lastele võimalust kasvada perekonnas.	*proгноos		
	Laste arv ühe lastekaitsetöötaja kohta	0–17-aastaste laste arv ühe kohalikus omavalitsuses ja maavalitsuses töötava lastekaitsetöötaja kohta.	2007 – 1630 2008 – 1535 2009 – 1403 2010 – 1382 2011 – 1392 2012 – 1386* 2013 – 1377*	2014 – 1370 2015 – 1366 2016 – 1364 2017 – 1356 2020 – 1274* *LPA eesmärk
	<i>Allikas: Statistikaameti rahvastikustatistika, Sotsiaalministeeriumi hoolekandestatistika</i>	Indikaator võimaldab hinnata lastekaitsekontseptsioonis seatud eesmärgi taustal (üks lastekaitsetöötaja 1000 lapse kohta) lastekaitse valdkonna arenguid, andes tagasisidet lastekaitsetöö väärtustamise kohta kohalike omavalitsuste ja maavalitsuste tasandil.	*proгноos	

Riigi ülesanne on tagada lapse heaolu ja lapse õiguste kaitse ning kujundada lastele turvaline ja nende potentsiaali rakendamist võimaldav arengukeskkond. Seni on Eesti lastekaitsetöö rõhuasetus olnud tagajärgedega tegelemisel, mis on kulukam ja vähem efektiivne kui varane sekkumine ja ennetustöö. Seetõttu on riigi ressursside kokkuhoiu eesmärgil otstarbekas panustada preventiivsetesse meetmetesse, ühiskonna teadlikkuse tõstmisele lapse õigustest ning tagada toimiv, tänapäevane ja kaasav laste ja perede heaolu toetamise süsteem.

Lastekaitse süsteemi tõhustamiseks on vajalik tagada kaasaegne ja rakenduslik seadusandlus, arendada tõenduspõhiseid sekkumisi, tagada teenuste integreeritus ja koordineeritud osutamine. Tarvilik on pakkuda kohalikele omavalitsustele tuge lastekaitsetöö teostamisel ja luua tõhus riikliku järelevalve mehhanism. Selleks koostatakse 2013. aastal **uus lastekaitse seadus**, milles keskendutakse laste õiguste tagamise ja järelevalve tulemuslikkuse parandamisele erinevatel haldustasanditel (riik ja kohalik omavalitsus) ning koostöö edendamisele lastega tegelevate valdkondade vahel (hoolekanne, tervishoid, õiguskaitse, haridus). Riikliku lastekaitse süsteemi paremaks koordineerimiseks täiendatakse uue seadusega ministeeriumi valitsemisala rakendusasetuse funktsioone, mille ülesandeks on riikliku lastekaitse rakendamine, kohalike

omavalitsuste nõustamine ning vajaduse korral raskemate üksikjuhtumite lahendamine. Kohaliku omavalitsuse lastekaitsetöö kvaliteedi tõstmiseks töötatakse välja ning pakutakse süsteemset täiendkoolitust ja supervisiooni, rakendatakse lastekaitsetöötajate atesteerimise süsteem ning tagatakse tööks vajalikud abimaterjalid ja juhised.

Lapse arenguliste vajaduste õigeaegselt märkamiseks ja vaimse tervise toetamiseks töötatakse välja ennetavate teenuste ja varase sekkumise kontseptsioon ning lapse vajaduste hindamise süsteem. Hoiakute kujundamiseks lapse õigustest ja abivajava lapse märkamiseks tehakse järjepidevat teavitustööd. Abivajavast lapsest teavitamiseks ja nii laste kui täiskasvanute nõustamiseks laste heaolu küsimustes jätkatakse lasteabitelefoni 116111 ja kadunud lastest teatamise telefoni 116000 teenuste osutamist. Lastele turvalisema internetikasutuse tagamiseks tagatakse riigi osalus Euroopa Liidu programmis „Turvaline internet“. Jätkatakse Läänemeremaade riskilaste ekspertgrupis osalemist ja tagatakse rahvusliku koordinaatori ülesannete täitmine.

Vajalik on toetada laste kasvamist perekonnas ning pakkuda perest eraldatud lastele kvaliteetset perepõhist asendushooldust. Laste vajadustele vastavate teenustevõrgustiku arendamiseks, teenuste kättesaadavuse suurendamiseks ja kvaliteedi tõstmiseks jätkatakse teenuste koordineeritud osutamist. Parandatakse teenuste (nt rehabilitatsiooniteenus, tugiisikuteenus, lapsehoiuteenus) kättesaadavust suure hooldusvajadusega lastega peredele, analüüsitakse täiendavate teenuste vajadust ja pakutakse välja uusi meetmeid. Tõhustatakse perede toetamist ja ennetamaks laste perekonnast eraldamist, arendatakse kogukonnapõhiseid teenuseid (nt tugiisikuteenus, lapsehoiuteenus, nõustamisteenused jne). Võimaldamaks perekonnast eraldatud laste perekonda naasmine, arendatakse lapse päritolupere sotsiaalset ja majanduslikku toimetulekut soodustavaid teenuseid.

Perekonnast eraldatud laste asendushooldusele paigutamisel tuleb eelistada perepõhiseid asendushoolduse vorme. Selleks on vajalik tõsta elanikkonna teadlikkust ja tagada asendusperele tugiteenuste kättesaadavus. Suurendada tuleb kohalike omavalitsuste teadlikkust erinevatest asendushooldusvormidest ja asendushoolduse standarditest. Selleks on koostatud juhised ja lisamaterjal vanemliku hoolitsuseta lapse perekonnas hooldamise teenuse kohta. Perekonnas hooldamise teenuse arendamiseks ning asenduskoduteenus kvaliteedi parandamiseks töötatakse välja asendushoolduse kõiki vorme hõlmav kontseptsioon ja koostatakse järelevalve tegemise juhised. Edaspidi korraldatakse asenduskodu ja perekonnas hooldamise rahastamine vastavalt asendushoolduse kontseptsioonile, teenuste vajadusele ja teenustele esitatud nõuetele. Perekonnas hooldamise paremaks korraldamiseks ja teabe kättesaadavuse tagamiseks luuakse STARi arendusena hoolduspere andmebaas.

Asenduskodusse sattunud lastele võimalikult kodusarnase ja -lähedase keskkonna loomiseks jätkatakse suurte asenduskodude asemele lastesõbralike peremajade ehitamisega. Riiklikud asenduskodud antakse üle kohalike omavalitsuste haldusalasse.

Toetamiseks laste elukvaliteeti ning laste püsivust lapsendaja- ja kasuperedes ning vältimaks perede läbipõlemist, rakendatakse lapsendatud, eestkostel ja perekonnas hooldamisel olevate laste perekonda paigutamiseks nii eel- kui järelteenuste süsteemi. Samuti tuleb tõhustada olemasolevate tugiteenuste kättesaadavust hooldusperele. Analüüsime täiendavate teenuste vajadust ning katsetame uusi teenuseid. Analüüsitakse ja vajaduse korral kaasajastatakse hooldus- ja lapsendajaperedele suunatud koolitusprogrammi. Kaardistatakse riigisisese ja rahvusvahelise lapsendamise seadusandluse kitsaskohad ning viiakse läbi vajalikud poliitikamuudatused.

Asenduskodust, perekonnas hooldamiselt ja raskustesse sattunud perest elluastuvatele noortele pakutakse tugiisikuteenust ja sotsiaalse toimetuleku programme.

Lapse väärkohtlemise ennetamiseks ja väärkohtlemise varaseks tuvastamiseks, kahtluste hindamiseks ning õigeaegselt ja professionaalselt sekkumiseks on kavas mitmeid tegevusi. Jätkatakse väärkoheldud laste diagnostika- ja reageerimissüsteemi väljaarendamisega. Väärkohtlemise ennetamiseks on vajalik teha ulatuslikku ennetustööd. Selleks viiakse läbi teavituskampaaniaid. Lastega töötavatele spetsialistidele pakutakse väärkohtlemise äratundmise

ja sekkumise koolitust. Vägivalla ohvriks langenud laste abistamiseks vajaliku süsteemi väljatöötamine toimub vägivalla vähendamise arengukava 2010–2014 raames.

Tulenevalt vägivalla vähendamise arengukavast 2010–2014 korraldab Sotsiaalministeerium saatjata ja kaubitsetud lastele vajalike teenuste kättesaadavuse ja nende õiguste tagamiseks parimate praktikate kasutuselevõtu koostöös asjaomaste riigiasutustega.

Meede 3.2: perede elukvaliteedi tõstmine

Peame ennekõike oluliseks rahuldust pakkuva pereelu soodustamist töö-, pere- ja eraelu ühitamise, perede majandusliku turvatunde suurendamise ning vanemaks olemise toetamise kaudu. Rahvastiku vananemise taustal on oluline tagada elanikkonna jätkusuutlikkus ja riigi konkurentsivõime.

Perede elukvaliteedi tõstmiseks oleme seadnud järgmised mõõdetavad sihid:

Indikaator	Selgitus	Algtase	Sihttase
Meeste osakaal isikute hulgast, kellele on aasta jooksul määratud vanemahüvitis, % <i>Allikas: Sotsiaalkindlustusamet (LPA)</i>	Andmed kajastavad meeste osakaalu isikutest, kellele on aasta jooksul määratud vanemahüvitis ehk esmakordselt lapse kohta määratud vanemahüvitised.	2007 – 3,9%	2014 – 8,0%
		2008 – 6,5%	2015 – 8,5%
		2009 – 8,5%	2016 – 9,0%
		2010 – 6,9%	2017 – 9,3%
		2011 – 5,2%	2020 – 10%*
		2012 – 5,7%**	
		2013 – 7,5%*	*LPA eesmärk
			*prognoos
			** esialgsed andmed
			31.12.2012 seisuga
0–6-aastaste väikelastega vanemate sooline hõivelõhe, protsendipunktides <i>Allikas: Statistikaamet (LPA)</i>	Näitab 0–6-aastaste lastega 20–49-aastaste meeste ja naiste tööhõive määrade erinevust protsendipunktides ning seeläbi töö- ja pereelu ühitamisega seotud probleemide olemasolu. Näiteks lapsehoiuteenuste puudusest tingituna võib olla üks vanematest (valdavalt ema) tööturul eemal. Oluline on, et mõlemad vanemad saaksid soovi ja vajaduse korral tööturul osaleda.	2007 – 42,2pp	2014 – 36,0pp
		2008 – 38,8pp	2015 – 35,5pp
		2009 – 32,0pp	2016 – 35,0pp
		2010 – 30,2pp	2017 – 35,0pp
		2011 – 39,7pp	2020 – 33,0pp*
		2012 – 37,7pp	
		2013 – 36,5pp*	*LPA eesmärk
			*prognoos
			0–2-aastased lapsed
		2007 – 68,8pp	
		2008 – 71,7pp	
		2009 – 56,3pp	
		2010 – 56,4pp	
		2011 – 61,2pp	
		2012 – 59,4pp	
			3–6-aastased lapsed
2007 – 19,5pp			
2008 – 9,6pp			
2009 – 3,5pp			
2010 – 5,4pp			
2011 – 18,2pp			
2012 – 15,5pp			

Perepoliitika arendamine peab olema teadmistepõhine, järjepidev ja valdkondadeülene. Perepoliitika rakendamiseks loob raamistiku laste ja perede arengukava 2012–2020, mille eesmärkide elluviimine toimub tihedas koostöös teiste ministriumide (eelkõige Rahandusministeeriumi, Majandus- ja Kommunikatsiooniministeeriumi, Justiitsministeeriumi ning Haridus- ja Teadusministeeriumiga), asutuste ja organisatsioonidega. Oma iseloomult horisontaalse poliitika eesmärkide saavutamiseks vajalikud tegevused on läbivalt integreeritud ka teiste eesmärkide all välja toodud meetmetesse.

Perepoliitika eesmärk on toetada perede psühhosotsiaalset toimetulekut, vähendada laste ja lastega leibkondade vaesust, suurendada võimalusi töö-, pere- ja eraelu ühitamiseks ning luua soodus keskkond laste sünniks. Sünnimust mõjutavad mitmed valdkonnad ja tegurid ning erinevate meetmete koosmõju, mistõttu on eriti vajalik arendada süsteemselt ja sidusalt nii laste- kui perepoliitikat.

Perede turvatunde suurendamiseks ning peredele suunatud toetuste ja teenuste arendamiseks koostame 2013. aastal peretoetuste ja teenuste kontseptsiooni ehk nn rohelise raamatu. Rohelise raamatu eesmärk on luua tasakaalustatum süsteem teenuste pakkumise, universaaltoetuste ja sihitatud toetuste vahel. Rohelise raamatu fookuses on erinevad peretoetused, laste eest saadav tulumaksuvabastus, elatis ja elatisabi, perelepitusteenus, alusharidus- ja lapsehoiusteenus ning vanemapuhkuste süsteem. Universaalse peretoetuste süsteemi arendamisel on eesmärk toetada rohkem neid, kes realselt enam abi vajavad ja kellel on rohkem lapsi. Samuti viime ellu sotsiaalseadustiku perede eriosa kodifitseerimisest tulenevad perede majanduslikku toimetulekut toetavad tegevused.

Täiendame erinevaid poliitikameetmeid soodustamaks nii meeste kui naiste võrdsemad võimalusi töö-, pere- ja eraelus osalemiseks. Perede elukvaliteeti, sh majanduslikku toimetulekut, mõjutab oluliselt peres olevate täiskasvanute võimalus osaleda tööturul. Selleks peame vajalikuks hetkeolukorra analüüsimist ja erinevate teavitustegevuste elluviimist sooliste stereotüüpide vähendamiseks ja elanikkonna teadlikkuse tõstmiseks paindlikest töövormidest, sh osaaajaga töötamise plussidest ja miinustest ning kaugtööst.

Tööandjate motiveerimiseks on välja töötatud **töötaja- ja peresõbraliku ettevõtte tunnistus.** Tunnistuse testimiseks ning lõpliku süsteemi väljatöötamiseks kavandatakse ettevõtete piloteerimist. Heade praktikate vahetamiseks ettevõtete vahel korraldame seminare ja konverentse, viime läbi töötaja- ja peresõbraliku tööandja konkursi ja teeme teavitustööd.

Isade osaluse suurendamiseks pereelus taastati alates 2013. aasta 1. jaanuarist isapuhkuse hüvitise maksmine. Nn hooliva isaduse toetamiseks viiakse ellu ka täiendavaid tegevusi, toetades eelkõige organisatsioonide algatusi isa rolli väärtustavateks tegevusteks.

Et vähendada takistusi tööelus osalemiseks, arendame hoolduskoormust vähendavaid teenuseid. Siinkohal peame eriti oluliseks kvaliteetse, mitmekesise, paindliku ja kättesaadava alushariduse ja hoiu pakkumise süsteemi väljatöötamist. Selleks, et vanematel oleks ülevaatlilik info erinevatest hoiuvõimalustest, kavandame ühtse lapsehoiu infosüsteemi loomist. Laste päevahoiuteenuse kvaliteedi ja spetsialistide pädevuse tõstmiseks kaardistame ja analüüsime teenusepakkujate ja -kasutajate teadmisi, hoiakuid ja vajadusi. Peretoetuste ja teenuste rohelise raamatu koostamise raames kutsume kokku laste päevahoiu töögrupi, kes analüüsib ja teeb ettepanekuid olukorra parandamiseks. Peame oluliseks, et laste päevahoiuteenus oleks kättesaadav ka puudega lastele ning vastaks nende vajadustele. Selleks arendame puudega lastele vajalikke tugiteenuseid.

Vanemluse toetamise kaudu on võimalik vähendada laste riskikäitumist ja parandada pere psühhosotsiaalset toimetulekut. Perede elukvaliteedi ning lapse heaolu ja edasise elutee olulisteks mõjutajateks on vanemlikud oskused, lapsevanemate võimed kujundada kvaliteetsed paari- ja lähisuhted ning võtta teadlik vastutus laste kasvatamise eest.

Probleemide ennetamiseks on tarvilik kujundada ühiskonnas positiivset vanemlust väärtustavaid hoiakuid ning suurendada vanemluselaseid teadmisi ja oskusi. Olulise uue algatusena **toome Eestisse ja rakendame tõendatud efektiivsusega populatsioonipõhise vanemlusprogrammi.** Toetame jätkuvalt kvaliteetseid teenuseid pakkuvate organisatsioonide

tegevust, korraldame seminare ning pakume võimalusi teenuste ja programmide kvaliteedi tõstmiseks ja hindamiseks.

Kuna lapsel on õigus turvalisele perekeskonnale, peame oluliseks toetada ka täiskasvanutevahelisi suhteid, pakkudes selleks koolitusi, arendades teraapia- ja nõustamisteenuseid, sh analüüside ja arendades perelepitusteenust. Et tagada lapse õigus suhelda oma mõlema vanemaga, toetame seda, et lapse side lahus elava vanemaga ei katkeks. Selleks pöörame erilist tähelepanu ühe vanemaga peredele, analüüsime lapsest lahus elava vanema suhtlemist oma lapsega ja osalemist tema kasvatamises ning kujundame sellekohaseid positiivseid hoiakuid. Suurendame vanemate teadmisi oma õigustest ning oskusi ja valmisolekut oma vanemlike kohustuste täitmiseks.

Lähisuhete edendamiseks ja isade rolli tugevdamiseks suunatud tegevused moodustavad olulise osa sotsiaalse kaasatuse ja soolise võrdõiguslikkuse edendamiseks suunatud tegevustest.

Organisatsiooni arendamine

Eesmärk: Sotsiaalministeerium on hästitoimiv ja kompetentne organisatsioon

Järgnevalt kirjeldatakse eesmärke ja tegevusi, mis on suunatud Sotsiaalministeeriumi ja selle valitsemisala asutuste arendamisele. Sotsiaalkaitse sektori poliitikavaldkondade põhieesmärkide saavutamise vältimatu eeldus on, et Sotsiaalministeerium koos haldusala asutustega on hästitoimiv ja kompetentne organisatsioonide kooslus, kes oskab kujundada oma pikaajalisi poliitikaid teisi osalisi kaasates, juhtida oskuslikult poliitikate rakendamist ja tagada nende elluviimise sihipärast rahastamist ning teha seda pühendunud ja kompetentsete töötajate toel.

Teenuste tagamiseks ja tulemuslikuks poliitikakujundamiseks peame oluliseks organisatsiooni võimekuse tõstmist. Organisatsiooni arendamisel juhindume Vabariigi Valitsuse tegevusprogrammist, riigis alustatud avaliku halduse arendustegevustest ja eemärgist tagada hästitoimiva ja kompetentse organisatsiooni kaudu ministeeriumile ja tema valitsemisalale seatud ülesannete täitmine.

Võtmeteguritena näeme seejuures:

- pädevat ja motiveeritud töötajaskonda;
- teadmistel põhinevaid otsuseid;
- suunatust arengule ja tulemustele;
- toimivat koostööd nii ministeeriumi sees kui väljas;
- selgelt kokkulepitud ja toimivaid protsesse;
- avatud suhtlust, sealhulgas tulemuslikku kaasamist;
- vajalike ressursside tagamist ja sihitamist parimal võimalikul viisil.

Selle tagamiseks kirjeldatud võtmeküsimuste lahendamiseks oleme seadnud järgmised sihid, mis väljendavad taotletavat mõju:

Indikaator	Selgitus	Algtase	Sihttase
Riigikontrolli arvamuse Sotsiaalministeeriumi majandusaasta aruande ja tehingute seaduslikkuse kohta	Riigikontrolli/siseaudiitori tehtud oluliste märkuste arv Sotsiaalministeeriumi valitsemisala eelmise aasta raamatupidamise aastaaruande ja eelarve täitmise aruande kohta.	2007 – 1 2008 – 4 2009 – 2 2010 – 0 2011 – 0 2012 – 2* 2013 – 1*	2014 – 1 2015 – 1 2016 – 0 2017 – 0
<i>Allikas: Riigikontroll</i>		<i>*prognoos</i>	
Haldusalasse	Voolavust arvestatakse	2007 – 5	2014 – 0

kuuluvad asutused, kus soovimatu personalivoolavus ületab 10% aastas	järgmiselt:	2008 – 3	2015 – 0
	tööjõu voolavus (%)=	2009 – 0	2016 – 0
	aasta jooksul lahkunud*100	2010 – 1	2017 – 0
		2011 – 2	
		2012 – 1*	
		2013 – 0*	
<i>Allikas:</i> <i>Sotsiaalministeerium</i>	keskmise töötajate arv	<i>*prognoos</i>	

Sotsiaalministeeriumi ja tema haldusala efektiivne toimimine ning strateegia elluviimine eeldavad tulemuslikku arendustegevust ja personalijuhtimist. **Pädeva ja motiveeritud töötajaskonna tagamiseks:**

- Pingutame konkurentsivõimelise palga- ja motiveerimissüsteemi loomise nimel. Arvestades vajadust hoida ja leida nii tipp- kui keskastmespetsialiste on kriitiline taastada ministeeriumi töötajatele motivatsioonipakett, mis on vähemalt palgaturu mediaantasemel. Praeguse motivatsioonipaketi taseme juures on oht tööjõuturu elavnemisel kaotada täiendavalt suur hulk raskustega kogunenud ekspertteadmisi. Otsime selle eesmärgi saavutamiseks võimalusi nii valitsemisalasestest ümberkorraldustest kui ka riigi tasandil.
- Loome võimalused töötajate professionaalseks arenguks ja enesetäiendamiseks. Selleks et töötajad saavutaksid kompetentse, usaldusväärse ja arvestatava eksperdi taseme ning suudaksid luua innovaatilisi lahendusi, peame oluliseks, et ministeeriumis ja meie haldusalas töötamine köidab ja innustab ning pakub pikaajalisi ambitsioonikaid eesmärgi ja võimalusi oma teadmiste ja oskuste pidevaks täiustamiseks. Samas eeldame ka töötajate endi aktiivset panust eesmärkide täitmisel ja orienteeritust arengule. Tegutseme selle nimel, et arendustegevused oleksid parimal moel suunatud meie tööalase võimekuse tõstmisele. Ministeeriumi tasandil kasutame selleks loodud kompetentsimudelit ja sellele tuginevat arendustegevuste planeerimist. Kasutame parimal moel ära olemasolevad võimalused. Lisaks osalemisele avatud koolitustel korraldame välisvahendite toel sihitatud koolitusprogramme ja teiste riikide kogemustega tutvumisi, osaleme tippametnike arendusprogrammides ja teiste asutuste algatusel toimuvatel arendusüritustel.
- Tõhustame personali planeerimist, värbamist ja valikut. Pädeva järelkasvu tagamiseks tõhustame sisuvaldkondade praktikakorraldust. Värbamisel teeme pingutusi selleks, et leida võimekaid inimesi, kes tahavad panustada ning loovad lisaväärtust oma oskusteabe, püüdluste, pühendumuse, töösoorituse ja kontaktidevõrguga. Selleks juurutame kompetentsimudelil põhineva kandidaatide hindamise, soodustame tugevamate inimeste valitsemisalasest liikumist vastutusrikkamatele kohtadele, koolitame keskastmejuhte muu hulgas ka värbamiste läbiviimiste osas.
- Peame personali valikul, värbamisel ja arendamisel silmas eesmärgi tagada edukas toimetulek EL tasandil valdkonna esindamisega ja hoiame ühtlasi silme ees aastal 2018 Eesti riigi ees seisvat ülesannet täita Euroopa Liidu Nõukogu eesistujariigi rolli.

Sotsiaalministeeriumi kõige olulisem töö on (avalike) poliitikate kujundamine. Peame vajalikuks, et iga poliitika on põhjendatud, sihitatud täitma selget eesmärki ning on selle eesmärgi saavutamisel tulemuslik. Samas on vähendatud miinimumini poliitikaga kaasnevad soovimatud kõrvalmõjud. Oluline on realistlikult hinnata poliitikamuudatustega kaasnevate ressursside vajadust, et hinnata muudatuste koormust riigieelarvele ning ühiskonnale tervikuna. Ressursivajaduse realistlik hindamine peab olema oluline komponent otsuste tegemisel ja poliitikamuudatuste elluviimisel, et suudetaks tagada planeeritavate poliitikamuudatuste tegelik ellurakendamine ning õigeaegselt vajalik tegevuste eesmärgipärane finantseerimine. Poliitikate elluviimisel tagame nende järjepidevuse, muutuste ettearvatuse, sujuvuse ja läbipaistvuse. Seega peame oma eesmärkide saavutamisel esmatähtsaks, et Sotsiaalministeerium kujundab oma tegevuse teadmispõhiselt. Teadmispõhine poliitikakujundamine ja -poliitikate ellurakendamine eeldab tõhusalt toimivat töökorraldust. **Poliitikakujundamise teadmispõhisuse ja toimiva töökorralduse tagamiseks:**

- Teadmistepõhisus on üldiselt aktsepteeritud põhimõte nii ministeeriumis kui ka valitsemisalas ning on integreeritud igapäevastesse poliitikakujundamise ja -poliitika ellurakendamise protsessidesse. Poliitikakujundamise teadmistepõhisuseks on oluline, et poliitikaalgatusele või -muudatusele eelneb mõjuanalüüs, mida arvestatakse ja mis avalikustatakse otsuste tegemisel. Selleks peab teadmistepõhine organisatsioon oskama vajalikku infot tähtsustada, uut teadmist tulemuslikult luua, kätte saada ja levitada ning oma tegevusi selle uue teadmise järgi muuta. Lähtume poliitika kujundamisel Sotsiaalministeeriumi poliitikakujundamise protsessist, mis on kooskõlas mõjude hindamise meetodika ja kaasamise hea tavaga ning hea õigusloome ja normitehnika eeskirjas sätestatuga.
- Poliitikavaldkondadega seotud aja- ja asjakohased, kvaliteetsed ja võrdlusi võimaldavad andmestikud võimaldavad jälgida toimuvaid muutusi ja tuua välja probleemkohti. Teadmistepõhise poliitika kujundamine ja rakendamine eeldab analüüsiks vajalike andmetike olemasolu. Praegu on paljude oluliste teemade andmestikes nn valged laigud ehk andmetus või on andmed ebakvaliteetsed või ebapiisavalt kättesaadavad/kasutatavad. Andmete tagamise ühe vahendina näeme hoolikalt teostatud lähteülesande analüüsil põhinevate infotehnoloogiliste arendustega jätkamist, olemasoleva taristu uuendamist. Näiteks jätkame e-tervise ja digiretsepti aruandluslahenduste ning valdkondade andmeaitade arendusi. Parandame andmekoosseisude täpsustamise, standardiseerimise ja andmete korrektsema kirjeldamise ja esitamise kaudu andmete kvaliteeti.
- Sotsiaalministeeriumi lähenemine avalike teenuste pakkumisele eesmärgiga saavutada parimaid tulemusi olemasolevate ressursidega on leidlik. Meie valdkonnas on oluline eraldi tegeleda sotsiaalse innovatsiooniga, teenuste osutamisega senisest ressursisäästlikumalt. Innovatsiooni võib soodustada valitsemisalas pakutavate teenuste omavaheline integreerimine ja kombineerimine. Järgmisel neljal aastal näeme peamiselt sellisuunalisi tegevusi Sotsiaalkindlustusametis. Selleks, et Sotsiaalkindlustusamet saaks inimesele igaks eluetapiks tagada kindlustunde riigi teenuste osutamise ja sotsiaalkindlustushüvitiste maksmise kaudu, on vajalik olla koostööl põhinev, efektiivne, asjakohane ja hooliv asutus. Nimetatud eesmärkide elluviimiseks on vajalik arendada ja ellu rakendada esiteks kvaliteedisüsteemist lähtuvad ja vajaduspõhised sotsiaalteenused (sh erivajadustega sihtrühmadele suunatud) Teiseks, pakutavaid toetusi ja teenuseid haldav kaasaegne isikupõhine infosüsteem, mis toetab arendatavaid e-teenuseid, paberivaba menetlusprotsessi ja riigiasutuste vahelist koostööd. Ülesehituselt lihtne, kasutajasõbralik infosüsteem peaks võimaldama põhjalike analüüside teostamist ja statistikateenuste osutamist, omaks instrumente kvaliteedijuhtimise kasutamiseks ning järelevalve teostamiseks, maandades terviklikult turvalisusega seotud riske ning tagaks vähete tööprotsessidega suurte rahavoogude efektiivse haldamise. Automatiseeritud infosüsteem välistaks kattuvaid tegevusi erinevate riigiasutuste poolt ning oleks kergesti kohandatav uute lahenduste arendamiseks ja väljatöötamiseks. Kolmandaks, optimeeritud, kuluefektiivsed ja ressursisäästlikud tööprotsessid, mis on paindlikud ja toetaksid poliitikamuudatuste elluviimist. Protsessipõhine lähenemine annab võimaluse teenust ja toetust hinnata igas etapis lähtuvalt kliendist, andes ühtlasi võimaluse sisekoolituste kaudu tõsta ametnike asjatundlikkust ja kompetentsi ning soodustada nende arengut ja motivatsiooni.

Vajalike ressurside tagamine ja eesmärgipärane finantseerimine. Oluline on, et ministeerium omab selget ülevaadet kasutuses olevatest ressursidest. Investeeringuid tehakse Sotsiaalministeeriumi valitsemisalas kogu valdkonna vajadusi silmas pidades ning seeläbi saavutatakse ressurside optimaalne kasutamine. Tegevuste selgelt sihitatud rahastamisega on tagatud ministeeriumi eesmärkide saavutamine. Euroopa Liidu struktuurivahendid (ja muud välisvahendid) võimaldavad kasutada oma tegevuste elluviimiseks täiendavaid ressursse, edendades seejuures Euroopa Liit 2020 eesmäärke. Ministeeriumi kanda on ka erinevad struktuurivahenditega seotud administratiivsed ülesanded. Oluline on leida lahendused ja tagada

avalike teenuste sujuv pakkumine praeguse struktuurivahendite perioodi lõppemisel ning uuel perioodil. Struktuurivahendite käesolevas perioodis ettepoole toomise tõttu on väga oluline saavutada valmisolek uue perioodi vahendite kasutuselevõtuks esimesel võimalusel. Siiski on juba praegu ette näha riigieelarveliste kulude suurenemist, mis on tingitud struktuurivahendite praeguse perioodi vahendite lõppemisest.

Tuginedes majandusprognoosidele oleme teadlikud riigi võimalustest uute tegevuste rahastamisel. Peame seetõttu eriti oluliseks poliitikamuudatuste planeerimisel arvestada vajadusega muu hulgas parandada olemasolevate rahade kasutamise efektiivsust ja võimalusel vältida kulude suurenemist.

Kindlustame kiire ja professionaalse asjaajamise ning toe Sotsiaalministeeriumi eesmärkide saavutamisele koos rahaliste vahendite tõhusa ja õiguspärase kasutamisega tööks vajaliku ja nüüdisaegsetele nõuetele vastava taristu olemasolu ning riigivara heaperemeheliku kasutamise kaudu.

Püüame tehniliste lahendustega vähendada inimeste töömahtu. Panustame aktiivselt kõigisse riigi tasandil algatatud ja algatatavatesse projektidesse, mis muudavad riigieelarve koostamise vajadusi ja oodatavaid tulemusi arvestavaks ning osaleme aktiivselt avaliku teenistuse arendustegevustes.

Arvestame ja toetame seejuures järgmisi riigis algatatud protsesse:

- Korrastada riigi kinnisvarategevuste korraldust. Valitsuse tegevusprogramm sisaldab muuhulgas eesmärki koondada riigile kuuluv kinnisvara Riigi Kinnisvara ASi ning tagada varade ja tegevuste viimisega kompetentsikeskusesse kinnisvarategevuste kvaliteedi oluline tõus. Sotsiaalministeerium on üle andnud Riigi Kinnisvara AS-ile valitsemisala kinnisvara esimese etapi koos kogu kinnisvara halduse üleandmisega (planeerime lõpetada 2014. aastal). Selle tegevuse peamine eesmärk on kogu valitsemisala kinnisvara seisukorra parandamine, pindade optimeerimine ja vajalike investeeringute tegemine. Samuti tuleb tagada riigile hädavajalik laborivõimekus. Terviseametile vajaliku labori ehituseks on juba algatatud ettevalmistavad tegevused ning sõlmitud asjakohane koostöökokkulepe Riigi Kinnisvara ASiga. Samuti on Sotsiaalministeerium sõlminud kokkuleppe ministeeriumi jaoks uue hoone ehitamiseks koos kolme teise ministeeriumiga aadressile Suur-Ameerika 1. Otsime võimalusi Sotsiaalkindlustusametile kaasaegsete bürooruumide ehitamiseks. Uue büroohoone valmimisega langeb ära vajadus kasutada kahte kinnistut ja ühte rendipinda kesklinnas, mis oma probleemse, büroohoone jaoks ebasobiva ning Sotsiaalkindlustusameti vajadustele mittevastava ruumilahenduse ja vananenud kommunikatsioonisüsteemide tõttu tekitavad tarbetut lisakulu ega vasta teatud osas kehtestatud eritingimustele. Kaasaegsed ruumid võimaldaksid ka paremat klienditeenindust. Sotsiaalkindlustusameti töökorraldus on aja jooksul muutunud selliselt, et erinevates hoonetes asumine ei ole põhjendatud. Tööd saaks korraldada efektiivsemalt nii rahaliste vahendite kui ka tööaja parema kasutamise mõttes ning klientidele ja töötajatele mugavamalt, kui kõik töötajad asuksid ühes hoones. Praegu kaasneb seoses erinevates hoonetes asumisega tarbetu kulu dokumentide ja töötajate transpordile ja sidele. Klienditeenindus peab olema hästi ligipääsetav, sh puuetega inimestele.
- Juurutada riigis tulemus- ja tekkepõhine eelarvestamine. Toetame vastavaid põhimõtteid ja panustame arengute planeerimisse. Eesmärgiks on muu hulgas tagada parem ülevaade erinevate tegevuste otsestest ja kaudsetest kuludest.
- Juurutada riigis ühiste riigihangete korraldamist. Ühishanked aitavad vähendada töömahukust ja saada paremate hindadega pakkumisi tulenevalt suurematest hangitavatest kogustest.
- Panustame koostöökohtade leidmisse ja vastavalt tehtavatele otsustele ka elluviimisse seoses IT konsolideerimise plaanidega riigis.

Teadmuspõhine poliitikakujundamine eeldab huvi- ja sidusrühmade teadlikkust Sotsiaalministeeriumi tegevustest ja kavandatavatest poliitikatest, kaasatust

sotsiaalkaitsepoliitika väljatöötamise ning võimekust panustada. **Huvirühmade teavitamisel, kaasamisel ja võimustamisel** peame oluliseks järgmist:

- Oleme avalikkuse silmis usaldusväärne ja hinnatud infoallikas. Ministeeriumi teavituse eesmärk on tagada ministeeriumi vastutusvaldkonna poliitika, otsuste ja tegevuse läbipaistvus ja arusaadavus ning info kättesaadavus avalikkusele ja kõigile huvi- ja sidusrühmadele. Organisatsioon lähtub kehtestatud kommunikatsioonipõhimõtetest ja -struktuuridest ning eetilise ja avatud kommunikatsiooni väärtustest. Oleme eraldi tähelepanu alla võtnud teavitustegevuse parandamise eesmärgiga ennetada infovajadust ja tagada aktuaalse, usaldusväärse ja piisava info olemasolu asutuste kodulehekülgedele, teavitusmaterjalide ja läbiviidavate kampaaniate kaudu.
- Huvi- ja sidusrühmad on kaasatud poliitikakujundamisse. Huvi- ja sidusrühmade esindajate kaasamine poliitika väljatöötamise võimaldab koguda olulist informatsiooni kavandatavate poliitika ja nende rakendamise võimalike mõjude ja riskide kohta, leida kinnitust kavandatava poliitikameetmega seotud oletustele (või lükata neid ümber), saada väärtuslikke ideid poliitikameetmete väljatöötamiseks ja rakendamiseks jne. Peame seejuures oluliseks toetada partnerite valmisolekut poliitikakujundamises osalemiseks.
- Sotsiaalse sidususe suurenemine on võimalik ainult üksikisikute, rühmade, organisatsioonide ja kogukondade kaasamisega neid puudutavate küsimuste lahendamisel. Peame vajalikuks toetada vabasektori, vabatahtlike ja heategijate tegevust. Vabasektori (st mittetulundusühingute ja valitsusväliste organisatsioonide) aktiivne osalemine sotsiaalse kaasatuse ja inimressursi arendamisel väljendub omavahelises koostöös ja paremas informeerituses ning sotsiaalsete võrgustike loomises ja arendamises. Otsime võimalusi vabatahtliku kogukonnapõhise ressursi juurdetoomiseks hoolekandelist abi vajavate inimeste abistamisel (nt hoolduskoormusega pereliikmete toetamine, vabatahtlike võrgustike loomine ja vabatahtlike tunnustamine jms). Peame oluliseks inimeste ja kogukondade kaasamist tervise arendamisse ja terviseprobleemide ennetusse. Võime koostöös terviseprobleeme lahendada saavutatakse organisatsioonide ja paikkonnas elavate inimeste aktiveerimisega, nende pädevuse ja oskuste arendamisega ning toetava keskkonna loomisega.

HETKEOLUKORRA ANALÜÜS POLIITIKAVALDKONDADE LÖIKES

1. Tööturg ja sotsiaalne turvalisus

Eesmärk: inimeste sissetulek, elukvaliteet ja sotsiaalne turvalisus suureneb

Tööhõive näitab suurenemise ja töötus vähenemise märke. 2008. aastal alanud ülemaailmse finants- ja majanduskriisi tagajärjel vähenes 20–64-aastaste tööhõive määr kiiresti, jõudes 2010. aastal 66,4%-ni (majanduskriisi-eelne tööhõive määr oli 2008. aastal 76,6%). Tööhõive vähenes enim ehituses ja töötlevas tööstuses ning seetõttu oli meeste tööhõive langus kriisiaastail suurem kui naistel. Samal ajal kolmekordistus töötute arv (2008. a – 38 400 töötut, 2010. a – 115 900 töötut) ning töötuse määr saavutas oma kõrgeima taseme 2010. aasta I kvartalis (19,8%). Töötuse kasv Eestis oli kiirem kui Euroopa Liidus keskmiselt. Kui 2008. aastal oli Eestis töötuse määr Euroopa Liidu keskmisest 1,6 protsendipunkti võrra madalam, siis 2010. aastal juba 7,2 protsendipunkti võrra kõrgem, olles sellega Euroopa Liidu liikmesriikide seas Hispaania, Läti ja Leedu järel neljandal kohal. Alates 2010. aasta II kvartalist avaldusid majanduskasvu märgid ka tööturul. Töötus näitas esimesi vähenemise märke peale kaheaastast järjepidevat kasvu, langedes neljandaks kvartaliks 13,6%-ni ning moodustades aasta keskmisena 16,9%. Kui 2011. aastal oli Eestis Statistikaameti andmetel 86 600 töötut, siis 2012. aastal juba 70 500 töötut ning 2012. aasta töötuse määr vähenes võrreldes eelneva aastaga 2,3 protsendipunkti. 2012. aasta tööhõive määr tõusis 71,7%-ni ja hõivatute arv 624 400-ni. Positiivset tendentsi näitas ka inimeste aktiivsus tööturul ehk paljud siiani mitteaktiivsed olnud inimesed on asunud tööle või seda otsima. Kokku kahanes mitteaktiivsete inimeste hulk tööturul 2012. aastal võrreldes eelmise aastaga 4500 inimese võrra ning seda peamiselt tänu vanusestruktuuri muutustest tingitud õpilaste arvu vähenemise ja üle 50-aastaste hõive kasvu tõttu. Hõive suurenemisse panustasid kõige enam hariduse, halduse, abitegevuste ja põllumajanduse tegevusalad. Kui 2011. aastal aitasid tööhõive kasvule kaasa ehituse ja töötleva tööstuse tegevusalad, siis 2012. aastal hõive nendes valdkondades eelneva aastaga võrreldes hoopis vähenes. Lisaks üldisele majandusolukorra paranemisele aitasid hõive kasvule ja töötuse vähenemisele kaasa ka suvised hooajatööd ning välismaal töötamine. Kui 2010. aastal jäi tööhõive määr Eestis allapoole Euroopa Liidu keskmist, siis 2011. aastal oli tööhõive määr Eestis juba kõrgem kui Euroopa Liidus keskmiselt – Eestis vastavalt 70,4% ning Euroopa Liidus keskmiselt 68,6%. Konkurentsivõime kavas „Eesti 2020“ on seatud eesmärgiks jõuda **2020. aastaks tööhõive määrani** (vanusegrupis 20–64-aastased) **vähemalt 76%**, mis **ületab Euroopa tööhõivestrateegias seatud eesmärgi (75%)**.

Oluline ülesanne on noorte töötuse vähendamine. Eesti on seadnud eesmärgi vähendada noorte (15–24-aastaste) töötuse määra 2020. aastaks 10%-ni. Nii Eestis kui ka enamikus teistes Euroopa Liidu riikides hakkas noorte töötus märgatavalt suurenema 2008. aastast alates, olles üks kriisist enim mõjutatud tööturu sihtrühm. Eestis tõusis noorte töötuse määr 2010. aastaks 32,9%-ni, mis oli oluliselt kõrgem Euroopa Liidu keskmisest (21,1%). 2011. aastal toimus Eestis noorte töötuse kiire vähenemine ning töötuse määr langes 22,3%-ni, mis oli lähedane tulemus Euroopa Liidu keskmise näitajaga (21,4%). 2012. aasta noorte töötuse määraks kujunes 20,9%.

Suur noorte tööpuudus on väga tõsine murekoht, kuna noored, kes on väiksemate kogemuste ja oskuste või nende puudumise pärast tööturule sisenedes haavatavamad, võivad tööhõive aeglase taastumise korral tööturult eemale jääda mitmeteks aastateks. Noorte edukus tööturul sõltub nende õpingute kvaliteedist ja omandatud haridustasemest. Seega on noorte töötuse suurenemise üheks peamiseks põhjuseks nende puudulik ettevalmistus tööturul toimetulemiseks. Eestis oli 2012. aastal 10,5% noori (vanusegrupis 18–24 aastat), kellel oli omandatud ainult madalaim haridustase ning kes ei jätkanud õpinguid. Haridustee pooleli jätnutel on aga suurem tõenäosus jääda töötuks ja sattuda vaesusrisi. Samuti oli 2011. aastal Eesti noorte (15–24-aastaste) seas 11,8% neid, kes ei õppinud ega töötanud, mis on mõnevõrra vähem kui Euroopa Liidus keskmiselt (12,9%). Teine peamine selgitus noorte töötute arvu suurenemisele on kooli lõpetanute arvu üldine kasv, mis ületab teatud erialade löikes tööjõu vajaduse. Nii näiteks napib

tehniliste erialade inimesi (infotehnoloogia, mehaanika-, ehitus- ja tööstusalade spetsialiste), kuid samal ajal on sotsiaalvaldkonna erialadel (sh õpetajad, filoloogid) raskem tööd leida.

Arvestades probleemi tõsidust terves Euroopas, on Euroopa Komisjon noorte töötuse vähendamise ja tööturu olukorra parandamise seadnud oluliseks prioriteediks² ning 2012. aastal oli noorte tööhõive olulisel kohal ka Euroopa 2020 strateegia rakendamise hindamisel. Samuti pöörab komisjon erilist tähelepanu noortele suunatud haridus- ja tööturumeetmete väljatöötamisele, osutamisele ja sel otstarbel EL struktuurivahendite kasutamisele.

Kui majanduskriis süvendas pikaajaliste töötute arvu kasvu ja töötusloobumist ning suurendas vaesusriski sattumise ohtu, siis viimastel aastatel on pikaajaliste töötute arv hakanud taas vähenema. Majanduskriisi tulemusena kasvas aasta ja kauem tööd otsinud inimeste arv kahe aastaga üle nelja korra, mille tulemusena oli Eestis 2010. aastal 56 600 pikaajalist töötut. 2011. ja 2012. aastal pikaajaline töötus mõnevõrra vähenes (vastvalt 49 000-ni³ ja 38 200⁴-ni), kuid lühiajalise töötuse kiirema vähenemise tõttu suurenes pikaajalise töötuse osakaal. Kui 2008. aastal moodustasid pikaajalised töötud töötutest 31%, siis 2011. aastal juba 57% ja 2012. aastal 54%. Samas näitab pikaajalise töötuse määr langustendentsi – 2010. aastal oli selleks 7,7%, 2011. aastal 7,0% ning 2012. aastal oli pikaajalise töötuse määr vähenenud 5,5%-ni. Kui aastatel 2009–2011 suurenes koos pikaajaliste töötute arvu kasvuga ka heitunute arv (2011. aastal 10 000 heitunut), siis 2012. aastal olukord mõnevõrra paranes ning heitunute arv vähenes võrreldes eelmise aastaga 27% (7300 heitunut).

Üheks tööturu riskigrupiks on ka vanemaealised (55–64-aastased). Kui üleilmse majanduskriisi alguses oli Eestis 55–64-aastaste hõive suhteliselt kõrge (aastatel 2008–2009 Rootsi järel teisel kohal), siis majanduskriisi süvenedes halvenes selle vanusegrupi olukord tööturul märgatavalt. Eestis vähenes vanemaealiste hõivemäär 2010. aastal 2009. aastaga võrreldes kõige enam – 6,6 protsendipunkti võrra (60,4%-lt 53,8%-ni) ning töötus kasvas kahe aastaga enam kui neljakordseks. 2010. aastal ulatus vanemaealiste töötute arv rekordilise 16 600-ni ja töötuse määr 16,2%-ni, mis oli kõrgeim näitaja Euroopa Liidus. 2011. aastal hakkasid vanemaealiste hõive ja töötuse määr paranema ning 2012. aastaks oli hõive määr tõusnud 60,5%-ni ning töötuse määr langenud 7%-ni.

Tööealise rahvastiku üldise vähenemistendentsi valguses on ka pikemas perspektiivis Eesti probleemiks saamas tööjõu puudus. Eesti on üks kiiremini vananeva rahvastikuga riike Euroopas ning koos rahvastiku vananemisega väheneb ka tööealiste inimeste osatähtsus rahvastikust. Rahvastikuprognoside kohaselt väheneb tööealiste 15–74-aastaste inimeste arv aastaks 2020 võrreldes 2010. aastaga 59 300 inimese võrra ehk 6%. Aastaks 2060 on tööealise elanikkonna arv vähenenud 2010. aastaga võrreldes ligikaudu 25% ning ulatub vaid 780 000-ni senise 1 039 000 asemel. Erinevate prognooside võrdluses on hinnangud erinevad, kuid tööealise elanikkonna vähenemine on perspektiivis paratamatu. Probleemi ulatuse teadvustamise eesmärgil tehti 2012. aastal uuring „Vanemaealised tööturul“ eesmärgiga analüüsida 50–74-aastaste inimeste töövoimet ning kas ja kuidas on tagatud vanemaealiste tööhõivevõime edendamine ja säilitamine, lähtudes praegu valitsevast töö-, sotsiaal-, võrdse kohtlemise- ja tervise poliitikast. Uuringust järeldub, et kõige olulisemateks takistusteks vanemaealiste osalemisel tööturul on suhtumine vanemaealistesse töötajatesse, vanemaealiste kehv tervis ja vananenud teadmised ning oskused.

Demograafilise töötururiski indeksi⁵ muutused viimastel aastatel näitavad, et ebasoodsate demograafiliste protsesside tagajärjel on uut tööjõudu sisenemas tööturule kõikjal Eestis selgelt vähem kui veel mõned aastad tagasi ja kasvab töötava elanikkonna koormus mittetöötava elanikkonna ülalpidamisel. Siserände toel jätkub konkurentsivõimelisema tööjõu lahkumine suurematesse keskustesse ning ettevõtlike areng mujal muutub selleks vajamineva struktuuri ja oskustega tööjõu piiratuse tõttu pärsitumaks⁶. **Tööjõu liikumine Eesti-siseselt suurematesse**

² Youth Opportunities Initiative. COM(2011) 933 final

³ Statistikaamet

⁴ Statistikaamet

⁵ Eelseisval kümnendil tööturule sisenevate noorte (5–14-aastased) ja sealt vanuse tõttu väljalangevate inimeste (55–64-aastased) suhe. Mida suurem on näitaja, seda enam tööealisi tööturule siseneb võrreldes tööturult vanuse tõttu lahkujatega.

⁶ Regionaalsed erinevused Eestis 2004–2010. Siseministeerium, 2010

tõmbekeskustesse on sekkumist vajav trend. Rahvastiku ja majanduspotentsiaali koondumine linnapiirkondadesse mõjutab erinevate piirkondade arenguvõimalusi ja -taset, tekitades hõreneva asustusega maapiirkondades ning tiheneva asustusega linnapiirkondades erinevaid probleeme. See toob kaasa arengusuutlikkuse vähenemise äärepiirkondades ning regionaalse tasakaalustamatuse. 71% kogu tööjõust paikneb linnalises asulas, kusjuures linnalistes asulates on nii tööjõus osalemise määr kui ka tööhõive määr kõrgem kui maa-asulates. 2012. aastal oli 15–64-aastaste tööjõus osalemise määr linnalises asulas 75,9% ja maa-asulas 71,2%, tööhõive määrad erinesid 3,2 protsendipunkti võrra (vastavalt 67,7% ja 64,5%). Eestis on tööjõuvajaduse erinevused regioonide vahel väga suured. Rahva- ja eluruumide loenduse andmetel paikneb 33,7% majanduslikult aktiivsest rahvastikust Tallinnas (Harjumaal kokku 46,8%), Tartus 7,6% (Tartumaal kokku 11,4%), Ida-Virumaal 10,6% ja Pärnumaal 6,1%.

Tööpuudus on läbi aastate olnud teravaimaks probleemiks Ida-Virumaal ja Kagu-Eesti maakondades. Statistikaameti andmeil on nendes piirkondades tegemist suure osas pikaajaliste töötutega, mis viitab ka nende maakondade majanduse struktuurilistele probleemidele. Rahvastiku ja majanduspotentsiaali koondumine linnapiirkondadesse toob kaasa arengusuutlikkuse vähenemise äärealadel, mis viib sageli elanikkonna regioonist lahkumiseni.

Mõnevõrra eristub oma spetsiifiliste probleemide poolest Ida-Viru maakond, mille elanikkonnast ca 20% moodustavad eestlased, ülejäänud osa muud rahvused. Mitte-eestlaste töötus on kogu aeg olnud tunduvalt kõrgem kui eestlastel. 2012. aastal oli eestlaste töötuse määr keskmiselt 7,8%, mitte-eestlastel 15,3%. Üheks põhjuseks mitte-eestlaste suuremas töötuse määras on eesti keele mitteoskamine, samuti väike mobiilsus. Regiooni iseloomustab pikaajaline tööstustraditsioon ja suurte tootmisettevõtete rohkus. Ida-Virumaal ulatus töötuse määr 2012. aastal 17,5%-ni ja pikaajalise töötuse määr 11,8%-ni. Kõrge töötuse osas paistab silma ka Valga maakond, kus 2012. aastal töötus kasvas 13,3%-lt 15,3%-ni. Kui enamikus maakondades 2012. aastal töötus vähenes, siis peale Valga kasvas see veel Hiiumaal (5%-lt 11,8%-ni) ja Pärnu maakonnas (10,5%-lt 10,9%-ni). Töötus vähenes kõige enam Kesk-Eestis (Järva- ja Raplamaal) ning Võrumaal. Viimases vähenes töötute arv mitteaktiivsusesse liikumise tõttu.

Tööjõuturul valitseb olukord, kus on üheaegselt nii töö- kui tööjõupuudus – töötaja senised oskused ja kogemused ei lähe kokku tööandja vajadustega. Majanduskriis mõjutas oluliselt tööhõive ja töötuse näitajaid, kuid elanikkonna tööjõus osalust suhteliselt vähe. Põhjus oli selles, et töö kaotanud inimesed ei langenud tööturult välja, vaid hakkasid uut tööd otsima. Samuti tulid paljud mitteaktiivsed toimetulekuraskuste tõttu tööturule tagasi. Suurim risk on pikaajaliste töötute osakaalu ja struktuurse tööpuuduse suurenemine lähiaastail, kuna uusi töökohti lisandub suhteliselt vähe (võrreldes varasemaga paljusid töid kas enam ei tehta, tehakse teistmoodi või väiksema arvu töötajatega). Seetõttu on tööjõu vastavusse viimine kaasaegse tööturu vajadustega võtmeküsimus. Üldise tähelepanekuna võib esile tuua, et tööd on raskem leida neil, kellel haridust vähem. 2012. aastal oli põhihariduse või sellest madalama taseme haridusega isikute töötuse määr 23,5%, mis on üldisest töötuse määrast ligi kaks korda kõrgem. Kesk- ja kutseharidusega inimeste töötuse määr oli 10,5% ning kõrg- ja kraadiharidusega inimestel 6,1%.

Aktiveerunud on tööealise elanikkonna ränne piiri taha tööotsingu eesmärgil. Eesti tööjõu-uuringu andmetest selgub, et 2007. aastal töötas välismaal (viimase 12 kuu jooksul) 14 000–16 000 inimest kvartalis, kuid 2010. aastal oli see näitaja 22 100 ning 2012. aastal töötas välismaal keskmiselt juba 25 800 inimest kvartalis. Teisest küljest avaldab olemasoleva tööjõu potentsiaali maksimaalsele rakendamisele tööjõuvajaduse katmisel olulist mõju tööjõu **migratsioon**. Võtmetähtsusega on just kõrge kvalifikatsiooni ja spetsiifilise oskusteabega võõrtööjõu oskuslik rakendamine. Majanduse mahu säilitamiseks vähemalt praegusel tasemel suureneb vajadus töötajate järele iga aastaga, seejuures kasvab prognoosi kohaselt nõudlus spetsialistide ja oskustöölise järele nii tootmises kui teeninduses.⁷

Kuni 2008. aastani olid **kulutused aktiivsele tööpoliitikale** Eestis ühed madalamad EL-s nii osatähtsusena SKP-st kui ka ühe töötaja kohta. **Alates 2008. aastast on kulud tööpoliitikale kiiresti kasvanud** (rahastatakse Euroopa Sotsiaalfondi vahenditest), kuid aktiivse tööpoliitika

⁷ Tööjõu vajaduse prognoos. Majandus- ja Kommunikatsiooniministeerium

meetmetes osalemine ühe registreeritu kohta on aastatel 2006–2010 hoopis vähenenud.⁸ Lähiaastatel on tööturu taastudes jätkuvalt aktuaalne aktiivsete tööturupoliitika meetmete rakendamine. Olulisel kohal peab olema ümber- ja täiendusõppe võimaluste pakkumine, et suurendada inimeste töö- ja kutseoskusi. Mitmekesisstada ja laiendada tuleb ka puudega inimestele suunatud meetmete ulatust ja sisu, kuna nende tegevusalade hulk, kus puudega inimesed töötada saavad, on väga piiratud.

Passiivse tööpoliitika kulud (töötutoetus, töötuskindlustushüvitis, ravikindlustuse osa sotsiaalmaksust, mis makstakse hüvitistelt või registreeritud töötute eest) on samuti võrreldes teiste Euroopa Liidu riikidega suhteliselt madalad (2008. aastal ligikaudu 0,2% SKP-st). Töötuse suurenemise tagajärjel on aga kulutused passiivsele tööpoliitikale märgatavalt kasvanud, moodustades 2010. aastal 0,87% SKP-st, samal ajal kui Euroopa Liidus keskmiselt moodustasid kulud SKP-st ligikaudu 1,4%. 2011. aastal see näitaja Eestis mõnevõrra vähenes ehk kulud passiivsele tööpoliitikale moodustasid ligikaudu 0,5% SKP-st. Sotsiaalselt paremini kaitstud inimesel on võimalus valida töö, mis talle meeldib ja mis vastab tema kvalifikatsioonile – ta saab teha paremaid tööalaseid otsuseid.

Töötutele makstavate toetuste ja hüvitiste saajate arvu kasv pidurdus 2010. aastal, mis annab märku majanduskriisi taandumisest või sellega kohanemisest. Kui 2009. aastal suurenes töötutoetuse saajate arv võrreldes eelmise aastaga kuni 2 korda, siis 2010. aastal toimus väike langus, mis jätkus ka perioodil 2011–2012. 2012. aastal vähenes töötutoetuse saajate arv võrreldes 2011. aastaga 12% (2011. aastal 30 659 töötutoetuse saajat, 2012. aastal 26 992). Töötuskindlustushüvitise saajate arv suurenes 2010. aastal võrreldes eelneva aastaga 6%, võrreldes 2008. aastaga aga ligi 4 korda, kuid tööturu olukorra paranemise valguses on ka töötuskindlustushüvitiste saajate arv viimasel kahel aastal vähenenud. Kui 2011. aastal sai töötuskindlustushüvitist 32 103 inimest, siis 2012. aastal vähenes hüvitise saajate arv võrreldes eelneva aastaga 18% (26 190 töötuskindlustushüvitise saajat). 2012. aastal jäi töötutoetuse suurus (päevamäär 2,11 eurot) võrreldes 2011. aastaga muutumatuks, kuid alates 1. jaanuarist 2013 toimus märgatav tõus ning uueks töötutoetuse määraks on 3,28 eurot.

Tööhõive sõltub olulisel määral tööelu kvaliteedist. **Tööhõives osalemist soodustab** töötaja tervisele **ohutu töökeskkond**, tööelus osaleja **teadlik käitumine töösuhetes** ning **oskus kohaneda töötingimustega**, sh tööturuosapoolte võimekus paindlike töövormide kasutamisel teadmisi- ja vajaduspõhiselt.

Inimene viibib suurema osa oma ärkveloleku ajast töökeskkonnas ja tööelus osalejatega suheldes. Seetõttu on töötingimustel ja tööalasel teadlikkusel oluline mõju inimese tervisele ja riigi majandusele, olles teguriteks, mis toetavad inimeste hõives osalemist. Ei saa edendada majandust edendamata tööelu. Tööturul osaleja madal teadlikkus mõjutab negatiivselt tema võimalust kujundada oma tervisele ohutu töökeskkond ja õiglased töötingimused.

Hinnanguliselt ligi kümnendiku tööandjate ning ligi viiendiku tööjõu tööõiguslased teadmised on madalad, mille tõttu võib olla ohustatud õiguskindlus ning tekkida probleeme töösuhetes. 73% kuni 79% tööandjatest ning 79% kuni 83% tööjõust leidis, et nad vajaksid töösuheteid puudutavate õiguste ja kohustuste kohta rohkem teadmisi. Õigusteadlikkuse tõstmisel on suuremat tähelepanu vaja pöörata keskmisest madalamate tööõiguste alaste teadmistega tööjõu gruppidele – nendeks on töötud, madalalt haritud tööjõud, mitte-eestlased ning madalamal ametipositsioonil töötavad inimesed.⁹

Õiguskindlust iseloomustab probleemide levik töösuhetes ning aktiivne käitumine probleemide lahendamisel. Uuringu kohaselt on ligi kolmandikul tööjõust esinenud probleeme töösuhetes, samal ajal 18% kuni 22% tööjõust ei teeks probleemi lahendamiseks midagi või lahkuks töökohalt probleemi lahendamata ning ligi kümnendik tööjõust ei teaks kelle poole probleemide lahendamiseks pöörduda.¹⁰

⁸ Turvaline paindlikkus Eestis: hetkeolukord ja arenguperspektiivid. Tallinn, Tartu 2010. TÜ sotsiaalteaduslike rakendusuuringu teaduskeskus, SA Poliitikauuringute Keskus PRAXIS

⁹ Töölepingu seaduse uuring. 2013. Poliitikauuringute Keskus Praxis

¹⁰ Töölepingu seaduse uuring. (2013) Poliitikauuringute Keskus Praxis

Kollektiivsete töösuhete uuringute tulemused viitavad madalale teadlikkusele kollektiivsete töösuhete valdkonnas, näiteks 23-45% tööandjatest ei osanud oma arvamust avaldada erinevates kollektiivlepinguga seotud küsimustes. Nii tööandjate kui töötajate vähene teadlikkus sotsiaaldialogist, kollektiivlepingutest ning sellest, mida kollektiivsed töösuhted laiemalt ja kollektiivleping kitsamalt asutusele positiivset anda võiks, on ka üheks kollektiivlepingute vähesuse põhjuseks.¹¹

Tööhõivet soodustab paindlike töövormide vajadustepõhine kasutamine. Võrreldes Euroopa Liidu keskmisega on Eestis paindlike töövormide kasutamine vähe levinud. Osaajaga töötajaid oli 2011. aastal hõivatute seas (15–74-aastased) 10,6% ning 2012. aastal 10,4%, mis on Euroopa Liidu keskmisega võrreldes oluliselt vähem (2011. aastal EL-27 19,4%). Tähtajalise töö tegijaid oli 2011. aastal 4,5%, mis on aga Euroopa Liidu keskmisega võrreldes ligi 3 korda madalam (EL-27 keskmine oli 14,1%). Suhteliselt vähe on levinud ka kaugtöö tegemine. 2011. aastal tegi kaugtööd 6,1% palgatöötajatest, 2012. aastal 7,1%. Neist 53% tegid kaugtööd vähem kui veerandi tööajast.

Tervist kahjustavas töökeskkonnas ning ebaõiglastel töötingimustel töötamisega kaasnevad tööga seotud terviseprobleemid ja tööõnnetused, mis põhjustavad languse inimese elukvaliteedis ja toimetulekus. Eeltoodust tulenevalt suurenevad kulud töövõimetushüvitisele, ravile, töövõimetuspensionile ja sotsiaaltoetustele. Töökeskkonna ohutust iseloomustavad tulemusindikaatorid on surmaga lõppenud tööõnnetused 100 000 hõivatu kohta ning tööõnnetustega seotud haiguspäevade arv 100 hõivatu kohta. Kuigi töösurmade arv näitab viimastel aastatel langustendentsi (vastavalt 2011. aastal 3,1 ja 2012. aastal 2,4) on Eesti väiksust arvestades surmajuhtumeid üldiselt vähe, ning iga üksik juhtum mõjutab indikaatori oluliselt. Haiguspäevade indikaator (2011. aastal 16,7 ning 2012. aastal 17,5) iseloomustab töökeskkonnapolitiika tulemuslikkust, sest kui tööõnnetustega seotud haiguspäevade arv väheneb, viitab see raskete tööõnnetuste arvu vähenemisele ning kaudselt töökeskkonna paranemisele. Nimetatud indikaatorite sihttasemed on viidud kooskõlla rahvatervise arengukava indikaatoritega.

Iga viie aasta järel korraldatava Euroopa Elu- ja Töötingimuste Parandamise Fondi küsitlusuuringu¹² andmetel põhjustab töökeskkond Eestis töötajatele rohkem terviseriski ja ohtu kui Euroopa Liidus keskmiselt. Kui 2000. aastal põhjustas töökeskkond Eestis terviseriski 39,9% töötajatele (Euroopa Liidus keskmiselt 31,1%), siis 2010. aastal olid vastavad numbrid 38,5% ja 24,2%, mis viitab asjaolule, et Euroopa Liidus on Eesti jätkuvalt nende riikide hulgas, kelle töökeskkond on vähem ohutu ja vähem töötajate tervist hoidev.

Ei tööandjad ega töötajad ole piisavalt kursis ka töötervishoiu ja tööohutuse küsimustega ega oma kohustustega, õigusaktidest tulenevate nõuetega, töökoha riskidega, õigustega, isikukaitsevahenditega jne¹³.

Vaatamata interneti levikule ja seal leiduvale teabele tunnetavad tööandjad neile vajaliku teabe puudust, suutmatust ise vajalikke juhendmaterjale leida ja ennast pidevalt õigusloome muudatustega kursis hoida. Näiteks ei suuda tööandja pidada läbirääkimisi töötervishoiuteenistusega riskianalüüsi või tervisekontrolli standardpakettides pakutavate protseduuride üle. Tööandja ootab abi ja nõuandeid Tööinspeksioonilt või mõnelt teiselt töötervishoiuga tegelevalt institutsioonilt, et olla teadlikkuse tõstmise abil võrdväärne partner ning saavutada kvaliteetsem teenus. Töötervishoiu ja tööohutuse seadusest lähtuva töötajate teavitamise ja koolitamise nõude täitmist raskendab lisaks tööandja madalale teadlikkusele ka ajakohaste juhendmaterjalide nappus, Juhendmaterjalide koostamine on tööandjale probleem, mille lahendamisel ootab ta abi tööohutusega tegelevatelt riiklikelt institutsioonidelt.¹⁴

Ka tööandjate koormuse analüüsist selgus, et tööandjad tunnevad puudust asjakohase ja hästi kättesaadava töötervishoiu ja tööohutuse nõuete täitmist puudutava info järele ning kulutavad palju aega seaduse nõuetega kurssi viimisele ning nendega kursis hoidmisele. Analüüsi autorid

¹¹ http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/Toovaldkond/uuringud/kollektiivlepingute_roll_l%C3%B5plik.pdf

¹² Euroopa töötingimuste uuring, 2000 ja 2010

¹³ Töötervishoiu ja tööohutuse seaduse õiguslik analüüs. TNO

¹⁴ Töötervishoiu ja tööohutuse seaduse probleemide kaardistamise uuring, 2009

soovitavad tööandjate kulude kokkuhoiduks diferentseerida koolitusprogramme, võimalusel rakendada e-õpet , kaaluda lihtsustatud juhendmaterjalide kättesaadavuse parandamist¹⁵.

Vajadusele panustada nii tööandjate kui töötajate teadlikkuse tõstmisele tööelu kõikides aspektides viitavad ka 2012. aastal läbiviidud uuringud ohtlike kemikaalide kasutamisest töökohal ning vanemaealiste olukorrast tööturul. Kuigi 59% vähemalt viie töötajaga Eesti ettevõtete töötajad puutuvad oma tööalases tegevuses kokku kemikaalidega ning 30% ohtlike kemikaalidega on uuringu põhjal nii töötajate kui tööandjate teadlikkus madal ning Eesti ettevõtte vajaksid ulatuslikumat informeerimist ja täpsemat juhendamist ohtlike kemikaalide käitlemisega seotud töökeskkonna ohtudest, nende vältimise ja vähendamise võimalustest ning käitlemisega kaasnevatest kohustustest¹⁶.

Valdav enamik tööandjatest (82%) ei ole tööjõu vananemisega seotud riske ettevõtte jaoks hinnanud ning 77% organisatsioonide juhtidest ei arva, et vanemaealiste töötajate osakaal kasvab järgneval viiel aastal nende organisatsioonis olulisel määral. Ka vanemaealiste seas on suur osakaal neid, kes soovivad/plaanivad pensionile minna kas enne või koheselt pärast vanaduspensioniea saabumist. Need tulemused viitavad, et rahvastiku vananemise probleem on täna ühiskonnas veel suuresti teadvustamata. Seega tuleb riigil pöörata teemale tähelepanu, ärgitades ühiskonnas diskussiooni, millised väljakutsed seoses demograafiliste arengutega ees seisavad ning kuidas nendega toime tulla nii, et Eesti riigi konkurentsivõime säiliks pikemaajaliselt.¹⁷

Eesti sotsiaalkaitseüsteemi võib jagada sotsiaalkindlustuseks ja sotsiaalhoolekandeks (ehk sotsiaalteenused ja -toetused ning vältimatu ja muu abi). **Sotsiaalkindlustusega** püütakse kompenseerida inimeste sissetulekute vähenemist või kulutuste suurenemist. Sotsiaalkindlustushüvitiste ja toetustega tagatakse inimestele kaitse kogu elukaare jooksul. Eesti sotsiaalkindlustussüsteem jaotub mitmeks suureks valdkonnaks: pensioni-, ravi- ja töötuskindlustus, riiklikud peretoetused ja vanemahüvitis. Pensioni-, ravi- ja töötuskindlustus baseeruvad inimeste osamaksetel ning on sõltuvad nende sissetulekust, kuid neid mõjutavad oluliselt muudatused elanike vanuskoosseisus ja majanduses. Kuna tegemist on globaalsete mõjudega, mida vältida ei ole võimalik, peab sotsiaalkindlustussüsteem toime tulema muutuvate oludega. **Sotsiaalhoolekandes** osutatakse inimestele vajaduspõhiselt iseseisvat elamist, toimetulekut ja töötamist toetavaid ning ühiskonda kaasamist parandavaid teenuseid (nt teenused lastele, eakatele, puudega inimestele, sotsiaalmajanduslike probleemidega inimestele), makstakse erinevaid toetusi ning osutatakse abi puuduse korral (toimetulekutoetus) ja vältimatut abi.

Riigieelarvest tehtavad kulutused sotsiaalhoolekandele moodustavad SKP-s ja riigieelarve kulutustes kokku suhteliselt väikese osa (2011. aastal vastavalt 0,45% ja 1,16%), kuid 2010. aastaga võrreldes siiski rohkem. 2011. aastal toimunud kulutuste enam kui 8 miljoni euro suurusest juurdekasvust (s.o 12,8% võrreldes 2010. aastaga) suurem osa (41%) langes toimetulekutoetuse maksmiseks, puudega inimestele proteeside, ortopeediliste ja muude abivahendite hüvitamine moodustas 16%. Suure osa (ligi 42,0%) hoolekandekulutuste juurdekasvust moodustasid investeringud, mis kasvasid aastaga kaks korda. Investeringud on suunatud asenduskodude reorganiseerimiseks ja uute, peretüüpi asenduskodude ehitamiseks, samuti erihooldekodudes viibivate inimeste elamistingimuste parandamiseks.

Sotsiaalkindlustusele¹⁸ tehtavate kulutuste osakaal SKP-s on ajavahemikul 2007–2011 suurenenud 7,4%-lt 10,7%-le ning ka osakaal riigieelarves on hakanud alates 2007. aastast suurenema, moodustades 2011. aastal 27,7%. 2011. aastal moodustas sotsiaalkindlustusele tehtud riigieelarve kulutustest üle kolme neljandiku (76,4%) riiklik pensionikindlustus, peretoetuste ja vanemahüvitise osa oli 15,9% ning puudega inimeste sotsiaaltoetused 3,2%.

¹⁵ Töötervishoiu ja tööohutuse seadusega tööandjale kaasneva koormuse analüüs, 2010

¹⁶ Uuring „Ohtlike kemikaalide kasutamine töökohal“, 2012

¹⁷ Uuring „Vanemaealised tööturul“, 2012

¹⁸ Kulutused sotsiaalkindlustusele sisaldavad sotsiaalmaksutuludest ning riigieelarvest rahastatavaid pensione ja pensionilisaid, riiklikke peretoetusi ja vanemahüvitist, puudega inimeste sotsiaaltoetusi, samuti muid peredele makstavaid toetusi ja hüvitisi.

Sotsiaalkindlustuse keskseks küsimuseks on pensionisüsteemi jätkusuutlikkuse tagamine vananevas ühiskonnas. Sotsiaalkindlustushüvitiste ja toetustega tagatakse inimestele kaitse kogu elukaare jooksul, vähendades seeläbi vaesusriski sattumist. Seoses rahvastiku vananemisega on oodata tööealise elanikkonna olulist vähenemist võrreldes pensioniealistega. Kui 2011. aastal oli ühe pensioniealise inimese kohta ligi neli tööealist elanikku, siis 2060. aastaks on see suhe prognoosi kohaselt oluliselt alla kahe.¹⁹

2010. aastal võeti vastu riikliku pensionikindlustuse seaduse muudatus, mis sätestas pensioniea tõusu 63 aastalt 65 aastale 3 kuud aastas iga järgmise sünniaasta kohta alates 2017. aastast. Võib eeldada, et pensioniea tõstmise mõju majandusele on positiivne, kuna inimesed töötavad kauem ning teisest küljest vähenevad riigi sotsiaalkulud.

Lähiaastatel on sotsiaalkindlustuses oluline peretoetuste ja -hüvitiste süsteemi abil toetada pere- ja rahvastikupoliitika eesmärkide täitmist. Sotsiaalseadustiku ettevalmistamise raames on koostatud perede eriosa kontseptsioon, mis hõlmab kolme sotsiaalkindlustusskeemi, kus kindlustusriskiks on lapse sünd ja tema kasvatamisega kaasnevad pere suurenevad kulutused, arvestades, et laps ise endale ülalpidamist ei teeni.

Nende sotsiaalkindlustushüvitiste liikide osas, mille hüvitisi puudutavad osad on Eesti Euroopa sotsiaalkindlustuskoodeksist ratifitseerinud, tuleb tagada vastavus koodeksis kehtestatud standardile. Kuna eesmärk on võetud kohustusi täita ja vastavust standardile hoida, on selleks koos elatusaseme tõusuga vaja tõsta ka sotsiaalkindlustushüvitiste taset.

Eesti on ratifitseerinud ka parandatud ja täiendatud Euroopa sotsiaalharta, mille artikli 12 lõike 1 rakenduspraktika kohaselt peab sissetulekut asendavate minimaalsete sotsiaalkindlustushüvitiste tase olema vähemalt 40% mediaan ekvivalentnetosissetulekust arvatuna Eurostati suhtelise vaesuse piirist. Eesti ei täida nimetatud nõuet töötutoetuse, minimaalse töötuskindlustushüvitise ja rahvapensioni (ja sellest arvatud töövõimetuspensioni) taseme osas.

Puudega inimeste osakaal rahvastikus kasvab. Eestis, nii nagu teisteski Euroopa Liidu liikmesriikides, moodustavad puudega inimesed märkimisväärselt suure elanikkonnagrupi. Eestis moodustavad inimesed, kellele on määratud puude raskusaste, kogu rahvastikust 2012. aasta alguse seisuga 10,0% (133 847 inimest), kellest 59% on naised ja 41% mehed. 65-aastaseid ja vanemaid on 52%, 16–64-aastaseid 41% ja 0–15-aastaseid 7%. Kõige sagedamini esineb liikumispuuet, liitpuuet ja psüühilist erivajadust (vähem nägemis-, kuulmis- ning keele- ja kõnepuuet).²⁰

Puudega inimeste osatähtsuse kasv on põhjendatud eluea pikenemisega ja meditsiini arenguga. Oluliseks teguriks on ka inimeste kasvav teadlikkus riiklike soodustuste saamise võimalustest. Teisest küljest on puudega inimeste osakaalu kasvu mõjutanud majandustingimused, kus halvema tervisega inimesed taotlevad püsivat töövõimetust ja/või puude määramist sissetuleku saamise eesmärgil. Puudega inimeste osakaal maakonniti on väga erinev. Nii näiteks oli 2012. aasta alguses puudega inimeste osakaal Harjumaal keskmiselt 6%, kuid Põlvamaal 24%.

Sotsiaalkindlustusameti andmetel on samuti kasvanud püsivat töövõimetust taotlevate inimeste arv. Kui veel 2008. aastal oli Eestis 71 400 töövõimetuspensionäri, siis 2012. aasta III kvartali lõpul juba ligi 93 500. Töövõimetuspensionäride ja tööealiste elanike (20–64-aastased) arvu suhe oli Eestis 2012. aasta alguses 11,3%, mis on tunduvalt rohkem kui OECD riikides keskmiselt. Sotsiaalkindlustussüsteemi efektiivsuse oluliseks takistajaks on saanud aegunud töövõimetushüvitiste skeem, millele juhtis tähelepanu Poliitikauuringute Keskus Praxis uuringus „Eesti sotsiaalkindlustussüsteemi jätkusuutliku rahastamise võimalused“.²¹ Kuna riik on võtnud kohustuse osaliselt hüvitada puudega inimestele puudest tulenevaid lisakulutusi ja maksta asendussissetulekut püsiva töövõimekaotuse korral, toob see kaasa aasta-aastalt kulude suurenemise sotsiaalkaitse valdkonnas. Sellest tulenevalt on vaja töövõimetussüsteem ümber korraldada.

¹⁹ Vt lisaks Euroopa Komisjon. Ageing Report, 2009

²⁰ Sotsiaalministeeriumi andmetel (2012)

²¹ http://www.praxis.ee/fileadmin/tarmo/Projektid/Tervishoid/Eesti_tervishoiu_rahastamise_jatkusuutlikkus/Eesti_sotsiaalkindlustussuesteemi_jaetkusuutliku_rahastamise_voimalused_taeisversioon.pdf

Puudega inimeste ühiskonnas osalemise, hariduse omandamise ja tööhõive soodustamise seisukohalt on oluline muuta keskkond nii füüsiliselt kui sisuliselt juurdepääsetavaks. Toetudes riigiasutuste ja kohalike omavalitsuste infole, võib kokkuvõtlikult öelda, et juba praegu võetavate meetmete tulemusena parandatakse juurdepääsetavust pidevalt. Avalikele teenustele juurdepääsu osas on pilt haldusalade lõikes üsna erinev, mis on osaliselt seotud ka avalikkusele osutatavate teenuste mahuga. Täpset ülevaadet eraettevõtjate osutatavate avalike teenuste juurdepääsetavuse kohta ei ole, kuid positiivsena võib välja tuua asjaolu, et paljud erapakkujad on olnud paindlikud ja juurdepääsuks vajalike tingimustega juba praegu arvestanud. Tööandjate teadlikkuse tõstmisega tegeletakse süstemaatiliselt nii Sotsiaalministeeriumi, Töötukassa kui Eesti Puuetega Inimeste Koja eestvedamisel.

Hoolekandeteenuste kättesaadavus ja kvaliteet. Inimeste (sh vanemaealiste ja puudega inimeste) töötamise toetamiseks, võimalikult iseseisvaks toimetulekuks ja ühiskonnaelus osalemiseks osutatakse vajadustele vastavaid hoolekandeteenuseid. Teenuste pakkumisel ja arendamisel on põhisuund iseseisvat elamist toetavatele meetmetele. Näiteks osutatakse 2012. aasta jaanuari seisuga toetavaid erihoolekandeteenuseid (igapäevaelu toetamise teenus, töötamise toetamise teenus, toetatud elamise teenus, kogukonnas elamise teenus) 2510 inimesele, mis moodustab erihoolekandeteenuste kogumahust 50,7% (lisaks toetavatele erihoolekandeteenustele ka ööpäevaringne erihoolusteenus).

Kohalike omavalitsuste sotsiaalse kaitse kulutused (toimetulekutoetuseta) moodustasid 2011. aastal ligi 98 miljonit eurot, mis oli KOV-i kogukulutustest 7,5% (koos toimetulekutoetusega oli kulutuste osakaal 9,4%). Kuigi võrreldes 2010. aastaga oli sotsiaalse kaitse kulutuste osakaal KOV-i kogukuludes 0,1 protsendipunkti võrra väiksem (2010. aastal 7,6%), on sotsiaalse kaitse kulutused samal ajal kasvanud 2,4% (s.o 2,26 miljoni euro võrra).

Erinevaid sotsiaalteenuseid osutavate KOVide arv on viimastel aastatel kasvanud. Vaatamata kohalike omavalitsuste eelarvepiirangutele on pakutavate hoolekandeteenuste kättesaadavus paranenud, kuid erineb oluliselt omavalitsuste lõikes. Näiteks osutati 2011. aastal 4 sotsiaalteenust 57 omavalitsuses, 5 teenust 40-s, 6 teenust 30-s ja 7 teenust 10 omavalitsuses. Seega osutati 2011. aastal vähemalt 4 ja enamalt sotsiaalteenust 137 omavalitsuses, mis on nende koguarvust 61% (2010. aastal vastavalt 123 KOVi ja 54%). Samas peab arvestama, et teenuse osutamist mõjutab vajadus teenuse järele ning teenuse osutamisel arvestatakse abivajaja soovi või abivajavale isikule parimat olukorda (nt hooldekoduteenuse asemel osutada inimesele teenuseid tema kodus).

Kuna kohalike omavalitsuste erinevused hoolekandeteenuste tagamisel on suured ning paljud omavalitsused ei suuda pakkuda minimaalset nõutud hulka hoolekandeteenuseid (12 teenust tulenevalt sotsiaalhoolekande seadusest), on teenuste kättesaadavuse ja kvaliteedi tagamisel oluline toetada kohalike omavalitsuste kompetentsust ja koostööd teenuste arendamisel.

Riigi poolt on korraldatud need hoolekandeteenused, mida teenuse keerukusest tulenevalt ei ole mõistlik kohalikul tasandil korraldada (nt erihoolekanne, rehabilitatsiooniteenus). Ehkki nii teenusekasutajate arv kui ka teenuste rahastamine on viimastel aastatel üldjoontes suurenenud (v.a rehabilitatsiooniteenus), on soovijatele teenuste järjekorrad säilinud ja erihoolekandeteenustele koguni suurenenud. Näiteks oli erihoolekandeteenuste järjekorras olevate inimeste arv 2011. aasta alguses 446 inimest, 2012. aasta alguses 632 inimest ja 2013. aasta alguses 1272 inimest.²² Rehabilitatsiooniteenuste järjekorras olevate inimeste arv on viimastel aastatel olnud kõikumine – kui 2010. aasta alguse seisuga oli teenuste järjekorras 8714 inimest, 2011. aasta alguses 10 286 ja 2012. aasta alguses 9946 inimest, siis 2013. aastaga on see taas tõusnud ja jõudnud 11 314-ni²³ ehk 2011. aasta tasemeni. Selleks, et oluliselt lühendada teenuste järjekordi, on vaja korrigeerida riiklike hoolekandeteenuste osutamise skeeme. Samuti on järgnevatel aastatel vaja lisaks hoolekandeteenuste kättesaadavuse tagamisele tegeleda nende kvaliteedi ühtlustamise ja järelevalvega nii riigi kui kohalikul tasandil.

²² SKA

²³ Kuna isik saab olla samaaegselt ühe ja sama teenuse järjekorras mitme teenuse pakkuja juures, sisaldab järjekord korduvaid isikuid. Allikas: SKA

Vältimaks kallitele institutsionaalsetele teenustele ja hüvitistele tehtavate sotsiaalkaitsekulutuste kiiret kasvu, muutub oluliseks toimetulekuraskuste süvenemist ennetavate ning koduses keskkonnas elamist toetavate kulutõhusate hooldusteenuste (sh koduhooldus, häirenuputeenus, eluruumi kohandamine) kättesaadavuse parandamine. Näiteks, 2011. aasta jooksul sai täiskasvanute hooldamisteenust hoolekandeesutuses 6993 65-aastast ja vanemat inimest ning avahooldusteenuseid 8119 65-aastast ja vanemat inimest. Kokku oli teenusekasutajaid seega 15 112 ehk 6,6% 65-aastastest ja vanematest inimestest (2010. aastal 6,4%; võrreldes 2010. aastaga on hooldamisteenuse kasutajate arv hoolekandeesutuses kasvanud 5,9%, avahooldusteenusel 1,1%). Samas on hooldusabi vajadus 65-aastaste ja vanemate inimeste hulgas oluliselt suurem.²⁴ Eelisarendada tuleb eelkõige avahooldusteenuseid, mille maht võiks moodustada hinnanguliselt 2/3 kogu formaalsetest hooldusteenustest (praegu moodustab 1/2). Koduste teenustega saab olla ka paindlikum olukordades, kus inimese vajadus muutub. Koduste teenuste arendamisega võib väheneda ka institutsionaalsete teenuste vajadus.

Ka pereliikmed vajavad tuge omastehoolduse korraldamisel. Omastehooldusega on praegu eelduste kohaselt hõivatud ligikaudu 60 000 inimest. Suur hoolduskoormus mõjutab inimeste osalust töölus ja panustamises majanduse arengusse, nt puudega lapse hooldajatest 22% on pidanud hooldamise tõttu loobuma töölkäimisest.²⁵

Tulenevalt pikaajaliste töötute suurest osakaalust ning puudega inimeste madalast tööhõive määrast on suurenenud nõudlus töötamist toetavate hoolekandeteenuste järele. Nimelt võib pikaajalisi töötuid ja puudega inimesi pidada riskirühmadeks, kelle aktiivset osalemist tööturul tuleb toetada. 2011. aastal oli 20–64-aastaste puudega inimeste tööhõive määr 21,2%.

Toimetulekutoetuse statistika peegeldab majanduses toimuvaid muutusi. 2008. aastal alanud majanduskriisi mõjul kasvasid 2009. aastal võrreldes 2008. aastaga toimetulekutoetuse maksmisel hüppeliselt (1,8 korda) nii perede kui ka taotluste arv. 2010. aastal kasv jätkus, kuid kasvutempo aeglustus: rahuldatud taotluste arv suurenes üle 1,5 korra ja kulutused üle 1,8 korra. Kokku rahuldati 2010. aastal 165 119 toimetulekutoetuse taotlust ja toetuse maksmiseks kulutati 20,448 miljonit eurot. Põhimuutused toimetulekutoetuse vahendite ja toetuse saajate arvus on sellel perioodil tingitud töötuse kasvust. 2011. aastal teisel poolel hakkas vähenema toimetulekutoetuse saajate arv. 2011. aasta jooksul rahuldati 161 644 toimetulekutaotlust, mis on 2,1% vähem kui 2010. aastal. Vaatamata toimetulekupiiri tõstmisele jätkus ka 2012. aastal toimetulekutoetuse saajate arvu vähenemine ning veelgi kiirema tempoga. Kokku rahuldati 2012. aasta jooksul 137 791 toimetulekutoetuse taotlust, mis on 14,8% vähem kui 2011. aastal. Kõige suurema osakaalu toimetulekutoetuse saajatest moodustavad endiselt registreeritud töötuga leibkonnad, sealhulgas pikaajalise töötuga leibkonnad, kuigi võrreldes 2011. aastaga on nende arv mõnevõrra vähenenud. Toimetulekutoetuse maksmiseks kulutati 2012. aastal 20,683 miljont eurot ehk 12,9% vähem kui 2011. aastal.

Eesti lähiajaloo kõrgeim töötuse määr on suurendanud inimeste vaesusriski ja inimestevahelist ebavõrdsust. Kuigi töötute hulgas on rohkem madalama haridustasemega või ebapiisava kvalifikatsiooniga inimesi, ohustab tööpuudus ka kõrgema haridusega töötajaid. Kiirelt on kasvanud laenu- ja liisinguvõlglaste arv, kelle seas põhiosa moodustavad nooremad, kõrgema haridusega ja varasematel aastatel sagedasti just üle keskmise sissetulekut saanud, kuid majanduskriisi ajal kas sissetuleku kaotanud või oluliselt vähenenud sissetulekuga inimesed, moodustades uue, mittetraditsioonilise riskirühma.²⁶

Eesti keskmine brutopalk oli 2011. aastal 839 eurot (netopalk 672).²⁷ Samas pidurdus 2010. aastal 2009. aastal alanud keskmise brutopalka langus ning asendus 2011. aastal mõõduka tõusuga. Maksu- ja Tolliameti andmetel oli 2011. aastal üle 19 173,49 eurose aastatulu deklareerijate osatähtsus suurim Harjumaal (15,4% elanikkonnast), kõige väiksem aga Võrumaal (4,3%), mis näitab suuri erinevusi elanikkonna sissetulekutes. Viimastel aastatel on keskmisest

²⁴ http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/Sotsiaalvaldkond/kogumik/Etapp_III_Finantssüsteem.pdf

²⁵ http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/Sotsiaalvaldkond/kogumik/PLU2009_loppraport.pdf

²⁶ Vaesus Eestis. Statistikaamet 2010

²⁷ Statistikaamet

tunduvalt suuremaid sissetulekuid omavate inimeste osatähtsuse kasv pidurdunud. Statistikaameti andmetel oli 2011. aasta IV kvartalis keskmine brutopalk 865 eurot. Maksu- ja Tolliameti andmetel oli samal ajal keskmine brutoväljamakse töötaja kohta 773 eurot, kuid mediaanpalk (millest suurema ja väiksema palga saajaid on võrdselt) oli ainult 623 eurot. Brutopalgast olulisemat tähendust omab selle ostujõud. Reaalpalk (arvestab tarbijahinna indeksi muutuse mõju) langes alates 2008. aasta neljandast kvartalist 11 kvartalit järjest, kuid positiivseks tuleb lugeda, et alates 2011. aasta 3. kvartalist on reaalpalk võrreldes eelmise aasta samade kvartalitega kasvanud.

Majanduskriisi ajal leibkondade sissetulekud vähenesid ning suur hulk inimesi sattus toimetulekuraskustesse. Töötuse vähenemise ning sissetulekute suurenemise mõjul on paranenud ka elanikkonna hinnangud oma pere majanduslikule olukorrale. 2012. aasta jaanuarikuu tarbijabaromeetris hindas oma pere majanduslikku olukorda 12 kuu pärast mõnevõrra paremaks 10,8% ning samaks 40,9% uuringus osalenutest. 5,3% uuringus osalenutest leidis, et nende olukord on 12 kuu pärast palju halvem²⁸. Ka Statistikaameti uuringute kohaselt suurenes 2011. aastal mõnevõrra nende elanike osakaal, kes hindavad elujärge aastatagusega võrreldes paremaks: kui 2010. aastal oli nende osakaal 7,9%, siis 2011. aastal 12,5%.

Elanikkonna sissetulekute jaotust ja sotsiaalset olukorda iseloomustab suhtelise vaesuse määr, mis on sotsiaalse tõrjutuse keskne mõõde. Kuni 2008. aastani püsis suhtelise vaesuse määr Eestis suhteliselt samal tasemel (2008. a 19,7%), kuid 2009. aastal langes 15,8%ni (EL-27 keskmine oli 16,4%). Eurostati andmetel oli 2010. aastal²⁹ suhtelise vaesuse määr kõrgeim Bulgaarias (22,3%) ja madalaim Hollandis (11%). Kuna 2009. aasta suhtelise vaesuse määra hüppelise languse taga oli ennekõike suhtelise vaesusepiiri langemine, mitte aga väiksemat sissetulekut saanud inimeste sissetulekute hüppeline kasv, ei saa näitaja vähenemist otseselt siduda olukorra paranemisega. 2010. aastal tööturu olukorra halvenemise ja keskmise brutopalga languse pidurdumine ning hõivatute arvu kasv suurendas taas suhtelise vaesuse määra Eestis 17,5%-ni (EL-27 keskmine 16,9%). Kuigi 2011. aastal tööpuudus vähenes ning elanikkonna sissetulekud mõnevõrra suurenesid, ei muutunud suhtelises vaesuse elavate inimeste osakaal, mis jäi 2010. aasta tasemele (17,5%); võrreldes 2010. aastaga sissetulekud suurenesid ning selle mõjul tõusis ka suhtelise vaesuse piir 299 euroni (2010. aastal 280 eurot). Pidurdavat mõju suhtelise vaesuse näitajatele avaldasid realiseerunud sotsiaalse siirded (sh pensionid), mis aitasid takistada vaesusesse langemist. Nii näiteks oli suhtelise vaesuse määr enne sotsiaalseid siirdeid 2011. aastal veidi enam kui 40% (2008. a 37,5%, 2009. a 40,8%, 2010. a 41,1%).

Lasteta leibkondadest olid 2011. aastal Eestis suuremas vaesuses üheliikmelised leibkonnad (31,9%). Seejuures oli üksikute meeste suhtelise vaesuse määr (35,1%) oluliselt kõrgem kui üksikutel naistel (30,2%). Võrreldes 2010. aastaga on mõnevõrra vähenenud lastega leibkondade suhtelise vaesuse määr ning kasvanud lasteta leibkondade suhtelise vaesuse määr – kui 2011. aastal oli lastega leibkondade liikmete vaesusmäär 16,3%, siis lasteta leibkondade suhtelise vaesuse määr oli 18,9%. Lastega leibkondade suhtelise vaesuse määra vähenemine (ligi 2 protsendipunkti) võrreldes eelneva aastaga näitab laste olukorra paranemist ning seda peamiselt vanemate sissetulekute tõusu tõttu.

Piirkondlikult on Kirde-Eesti elanikel suhtelise vaesuse määr üle kahe korra kõrgem kui Põhja-Eestis. Samas on oluline koos sissetulekutega jälgida ka kulutuste suurust ja struktuuri regionaalses lõikes, kuna vaatamata Eesti väiksusele on ka siin suured erinevused. Nii olid Kirde-Eestis elava leibkonna liikme kohta eluasemele tehtud kulutused 2011. aastal 32% väiksemad Põhja-Eesti vastavast näitajast.

Vaesuse vähendamiseks tuleks vältida sotsiaalse ebavõrdsuse kasvu. Sotsiaalne ebavõrdsus väljendub sotsiaalsete rühmade (nt puudega inimesed, vanemaealised) madalas staatuses ning väheses kogukondlikus kaasatuses. Samuti valitseb elanikkonnagruppide vahel suur tervisealane ebavõrdsus. Tervisenäitajad on tihedalt seotud soo, sissetuleku, hariduse ja etnilisusega. Sotsiaalse sidususe näitajad on Eestis tunduvalt madalamad kui Põhja- ja Lääne-

²⁸ Tarbijabaromeeter, <http://www.ki.ee/>

²⁹ Eurostat, EU-SILC 2010. Uuemaid andmeid EL riikide kohta avaldatud ei ole.

Euroopas. Mida suuremad on inimestevahelised sidemed ja võrgustikud, seda enam koondutakse ühiste eesmärkide täitmiseks, mille heaks näiteks on kodanikualgatuse ja vabasektori kiire areng riigis.

Kriisiperioodi kaugem mõju sõltub selle pikkusest. Mida kauem see kestab, seda suurem on heitumuse ja sotsiaalse tõrjutuse oht. Vaesusriski sattumise vähendamiseks on rakendatud mitmeid toetuskeeme. Keerulise sotsiaalmajandusliku olukorra tõttu on kasvanud viimastel aastatel toimetulekutoetuse saajate hulk ning riigieelarve kulud toimetulekutoetuse maksmiseks. Ennekõike tuleks pöörata tähelepanu lastega peredele, kuna laste vaesus praegu võib minna tulevikus ühiskonnale palju maksma.

Eestis on probleemiks vähene teadlikkus soolise võrdõiguslikkuse põhimõtetest, selle tagamise kohustustest, võimalustest ja vajadustest. Probleemi tagajärjeks on muu hulgas naiste ja meeste vaheline ebavõrdsus, sealhulgas sooline palgalõhe ja naistevastane vägivald. Tihti ei osata näha muude sotsiaalsete probleemide seost soolise ebavõrdsusega. Soolist ebavõrdsust põhjustavate soostereotüüpidega on näiteks tihedalt seotud väike sündimus, kvalifitseeritud tööjõu vähesus, meeste riskikäitumine ning sellest tulenev madal keskmine eluiga, poiste varajane haridussüsteemist väljalangemine jms. Lahendusi otsides tuleb tähelepanu pöörata soospektile, osata näha ühiskonnas kehtivaid soostereotüüpe, ootusi soorollidele, eelarvamusi ja hoiakuid, mis taastoodavad sugudevahelist ebavõrdsust.

Soolise võrdõiguslikkuse edendamisel on Eestis inimestele loodud **õiguslikud võimalused kaitsta oma põhiõigust – mitte olla ebasoodsamalt koheldud oma soo tõttu.** Ometi võtavad inimesed väga harva midagi ette selle õiguse kaitseks. Põhjuseks on inimeste vähene teadlikkus oma põhiõigustest ning vajaka jääb ka julgustusest, mida annaksid positiivsed lahendid sarnastel teemadel. Teadlikkus naiste ja meeste võrdse kohtlemise normidest on madal nii töötajate kui tööandjate hulgas. 2007. aastal korraldatud uuringu³⁰ põhjal ei olnud 3 aastat pärast seaduse jõustumist enam kui kolmandik erasektori tööandjatest soolise võrdõiguslikkuse seaduses sätestatud teadlik ja ainult 6% oli seaduse läbi lugenud. Samas oli uuringu kohaselt ligi 80% ettevõtete juhtidest seisukohal, et suurem tähelepanu soolise võrdõiguslikkuse edendamisele organisatsioonides aitaks kaasa kvalifitseeritud töötajate hoidmisele ning töötajate lojaalsuse suurendamisele, samuti ettevõtte maine tõusule potentsiaalsete töölesoovijate silmis.

Eestis on Euroopa Liidu suurim tööturu horisontaalne sooline segregatsioon. 2010. aastal oli Eestis ametialade soolise segregatsiooni määr 30,7% ning tegevusalade soolise segregatsiooni määr 25,7%.³¹ Nii näiteks oli 2011. aastal 27,4% hõives olevatest meestest hõivatud oskustöötajate ja käsitöölise ametiala pearühmas (naistest vaid 3,8%), samas kui naistest oli 26,3% hõivatud tippspetsialistidena (meestest 12,6%)³². Tegevusalasid vaadates saab välja tuua, et näiteks ehituses oli 2011. aastal hõivatud 17,5% kõigist hõives olevatest meestest ning vaid 2% naistest. Seevastu hariduses oli hõivatud 15,9% kõigist hõives olevatest naistest ning vaid 2,8% meestest.³³ Aegunud soolistest stereotüüpidest lähtumine haridus- ja tööelus kitsendab noorte eri- ja kutsealade valikuvõimalusi ning mõjub ebasoodsalt töötavale elanikkonnale ja ühiskonna heaolule laiemalt. Ühiskonnas valitsevad traditsioonilised ootused poistele ja tüdrukutele ning neist mõjutatud **haridusvalikud** peegelduvad hilisemas tööelus, sooliselt segregatsioonid tööturg mõjutab omakorda noorte elukutse- ja karjäärivalikuid. Kutseharidusandmeid vaadates võib näiteks välja tuua, et 2011. aastal oli sotsiaalteenuste koolitusosal lõpetanute hulgas vaid 0,4% ning ärianduse ja halduse koolitusosal vaid 14% mehi. Samas näiteks oli naisi arhitektuuri ja ehituse ala lõpetanute hulgas vaid 13,6% ning tehnikaalade lõpetanute hulgas vaid 7%. Olukorras, kus tööealise elanikkonna osakaal aina langeb, on eriti oluline, et nii meeste kui naiste potentsiaal saaks ühiskonna heaks võrdselt efektiivselt rakendatud ning mõlemad sugupooled saaksid võrdselt ennast ka tööalaselt teostada. Selle

³⁰ Erasektori juhtide teadlikkus, praktika ja suhtumine võrdõiguslikkuse normidesse ning nende edendamisse, EBS, R. Alas, Tallinn, 2007

³¹ Segregatsiooni määra leidmiseks arvutatakse kui suur osa meestest ja naistest on hõivatud igas tegevusalas või ametialal ning summeeritakse meeste ja naiste vahelised erinevused nendes hõivemäärades. Tulemus normaliseeritakse, väljendades seda protsendina koguhõivest.

³² 2010. aasta andmeid tagantjärele Statistikaameti andmebaasis parandatud

³³ Statistikaamet

eelduseks on vajalike oskuste arendamine ning talentide otsimine igas valdkonnas mõlema sugupoole esindajate hulgest.

2010. aasta andmete põhjal³⁴ saab öelda, et Eestis on ka **EL riikidest suurim sooline palgalõhe**. Naiste ja meeste keskmiste tunnipalkade vahe oli Eestis 2010. aastal 27,7%, EL-s keskmiselt 16,2%.³⁵ Sooline palgalõhe on kompleksne nähtus, mida mõjutavad erinevate tegurite grupid. Lisaks juba käsitletud segregatsioonile tööturul ja hariduses mõjutavad seda ka levinud hoiakud ja normid naiste ja meeste rollidest ja võimekusest, töö- ja pereelu ühitamise raskused (lasteaiakohtade ja lapsehoiuteenuse kättesaadavuse probleemid), sellega seotud naiste pikad karjäärkatkestused³⁶, otseselt või kaudselt naisi diskrimineerivad värbamis- ja palgapoliitika ning naiste alaesindatus juhtivatel ametikohtadel nii avalikus kui erasektoris, samuti poliitikas (tööturu vertikaalne sooline segregatsioon). Naiste madalam palk viib ka madalamate hüvitiste ja pensionideni, mistõttu on naistel kogu elukaare vältel madalam sissetulek. See omakorda halvendab nende majanduslikku toimetulekut, lisandub laste vaesumine, eriti üksikemaga leibkonnas.³⁷ Sooline ebavõrdsus, sh palgalõhe, soodustab ka naistevastase vägivalda, sh perevägivalda levikut.³⁸ Soolise palgalõhe vähenemiseks tuleb sihikindlalt ja süsteemselt tegeleda kõikide eespool nimetatud teguritega. Probleemile on juhtinud tähelepanu ka Riigikogu, kes tegi 2011. aasta sügisel Vabariigi Valitsusele ettepaneku koostada palgalõhe vähendamise tegevuskava, mis kiideti valitsuse poolt heaks 2012. aasta juulis.

Majanduslikult partnerist sõltuvatel naistel on vähe võimalusi vägivaldsest suhtest väljuda, naiste varjupaikade pakutavad teenused vägivalda ohvritest naistele ei ole piisavad majandusliku iseseisvuse saavutamiseks ja vägivaldast pääsemiseks.³⁹ Perevägivald mõjutab tugevalt ka lapsi. 2011. aastal abistasid naiste varjupaigad 1180 naist ja 204 last ning 2012. aastal 1570 naist ja 193 last. 2009. aastal Statistikaameti korraldatud turvalisuse uuringu andmetel on **paarisuhtevägivaldaga** kokku puutunud 51% naistest ja 46% meestest. Kuigi naiste ja meeste paarisuhtevägivaldaga kokkupuutumine ei erine selle uuringu andmetel märkimisväärselt⁴⁰, kogevad naised ja mehed paarisuhtevägivalda ja selle tagajärgi erinevalt. Naised kogevad meestest oluliselt enam ähvardamist, seksuaalset vägivalda ja raskeid füüsilisi vigastusi.⁴¹ Politseini jõuab vaid väike osa vägivaldajuhtumitest. Naistevastase vägivalda nähtus on seotud perevägivalda, lähisuhtevägivalda ning soolise ja seksuaalse ahistamisega. Naistevastase vägivalda ühe vormina on levinud prostitutsioon ja inimkaubandus. Naistega kaubitsemise, sh prostitutsiooni levik on samuti soolise ebavõrdsuse tagajärjeks ning põhjustab probleeme nii ohvritele endile, nende lastele⁴² kui ühiskonnale laiemalt.

Aegunud sooideoloogia kohased kõrged nõudmised tööealistele meestele tekitavad sageli nende taluvuspiiri ületavat stressi, mis väljendub enesetappude soolises statistikas. Patriarhaalne ideoloogia ja karmid maskuliinsed väärtused mõjuvad muserdavalt ka noortele poistele.⁴³

Sooliste stereotüüpide taastootmisele aitavad pahatihti kaasa meedia, massikultuur, haridusinstitutionid. Vähe on uuringutulemustele toetuvaid diskussioone ja arvamuskäsitlusi,

³⁴ Eurostat 2010

³⁵ Eurostat. Sooline palgalõhe tähendab kõikide mees- ja naistöötajate keskmise brutotunnipalga erinevust. Rahvusvahelise võrreldavuse huvides on näitaja arvutamisel arvestatud enam kui 10 töötajaga ettevõtetega ning arvutamisel on välja jäetud teatud tegevusalad. Täpsem info http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_SDDS/EN/earn_gr_gpg_esms.htm

³⁶ Andmetel oli 2011. aastal alla 3-aastaste lastega 20–49-aastaste naiste tööhõive määr 29,9%, 3–6-aastaste lastega leibkondades aga oli 20–49-aastaste naiste tööhõive määr 74,1%.

³⁷ Euroopa Parlamendi resolutsiooni ettepanek üksikemade olukorra kohta, 29.09.2011. Eestis on enam kui iga teine alaealise lapse ema majanduslikus sõltuvuses oma partnerist. Sooline võrdõiguslikkus ja ebavõrdsus: hoiakud ja olukord Eestis 2009. aastal. Poliitikaanalüüs. Sotsiaalministeeriumi toimetised nr 3/2010

³⁸ Teel tasakaalustatud ühiskonda. Naised ja mehed Eestis, II. EV Sotsiaalministeerium, 2010

³⁹ Eesti Naiste Varjupaikade Liidu hinnang olukorrale ja teenustele

⁴⁰ Uuring ei võimaldanud eristada ohvrit ja ründajat. Seega on loogiline, et paarisuhtevägivaldaga oli naistel ja meestel kokkupuuteid üsna võrdväärselt. Sotsiaalministeerium on tellinud Statistikaameti lähisuhtevägivalda küsimuste osale põhjaliku metoodikaanalüüsi, mille põhjal teha täiendusettepanekuid, mis võimaldaksid koguda spetsiifilisemaid andmeid ohvrite kohta.

⁴¹ Soo, K. ja Otstavel, S. (2010). Paarisuhtevägivald Eestis: arengud 21. sajandil. Teel tasakaalustatud ühiskonda II, lk 66–76

⁴² Vastavalt USA iga-aastasele raportile „Trafficking in Persons“ langes Eesti 2011. aastal nn jälgimisnimekirjas olevate riikide sekka, kuna riik ei panusta piisavalt inimkaubanduse ennetamisse ja tõkestamisse. Soolise ebavõrdsuse vähendamist ning naiste majandusliku iseseisvuse toetamist inimkaubanduse ennetamise vahendina tähtsustavad nii ÜRO kui Euroopa Nõukogu inimkaubandusevastased konventsioonid, samuti mitmed teised rahvusvahelised kokkulepped, mis selle kuritegevuse liigi tõkestamiseks loodud on.

⁴³ Tiiu Kuurme. Palgaarmee naisena sündinutele. Ariadne Lõng, 1/2, 2005/2006, lk 130–137

mille eesmärk oleks suurendada ühiskonna teadlikkust naiste ja meeste võrdse kohtlemise normidest ja soolise võrdõiguslikkuse saavutamiseks rakendatavate erinevate strateegiate vajalikkusest. Koolides käsitletakse ebapiisavalt või ei käsitleta üldse erinevaid soolise ebavõrdsuse teemasid, stereotüüpsete soorollide negatiivset mõju või soolise diskrimineerimise olemust.

Soolise võrdõiguslikkuse süvalaiendamise strateegia kui soolise võrdõiguslikkuse edendamise ühe põhistrateegia efektiivset rakendamist takistab vajaliku haldussuutlikkuse puudumine ning nii süvalaiendamise rakendamiseks kohustatud ametnike kui ka laiemal ühiskonna üldteadmiste madal tase soolise kihistumise põhjustest. Arendamist vajavad soolist võrdõiguslikkust puudutava statistika ja näitajate süstemaatiline avaldamine ning analüüs. Puuduvad teabeteenused strateegia rakendamiseks vajaliku teabe kogumiseks, süstematiseerimiseks ja levitamiseks. Andmete olemasolu on vajalik muu hulgas ka Justiitsministeeriumi ja Riigikantselei koostöös välja töötatud õigusaktide eelnõude ning poliitikate mõjude hindamise metodika rakendamisel.

2009. aasta alguses jõustunud Vabariigi Valitsuse seaduse muudatuse kohaselt kuulub ministeeriumi valitsemisealasse ka võrdse kohtlemise edendamine, sellealase tegevuse koordineerimine ning vastavate õigusaktide eelnõude koostamine. Täpsemalt on võrdse kohtlemise seadusega keelatud diskrimineerimine kuuel kaitstud diskrimineerimisalusel: rahvus (etniline kuuluvus), nahavärvus, usutunnistus või veendumused, vanus, puue ja seksuaalne sättumus. Otseselt Sotsiaalministeeriumi valitsemisealal on lisaks soolise võrdõiguslikkuse küsimustele ka võrdne kohtlemine ja diskrimineerimine vanuse, puude ja seksuaalse sättumuse alusel.

Diskrimineerimise keelamine on oluline mitmel põhjusel. Esiteks on igal inimesel õigus inimväärikusele ja sellele, et tema suhtes ei langetata otsuseid stereotüüpsete arusaamade või olukorrale mitteolulistel alustel. Teiseks on diskrimineerimisel negatiivne mõju ühiskonnale laiemalt, nii sotsiaalsete tagajärgede tõttu, mille võib kaasa tuua isikute kõrvalejätmine ja -jäämine tööturul ja täisväärtuslikust ühiskonnaelust, kui ka majanduse jaoks kaotsi läinud inimressursi ja -potentsiaali näol. Ühiskonna ja majanduse arenguks on oluline, et kõik inimesed tunneksid ennast Eestis hästi ja et neil oleks võimalus ja soov panustada Eesti ühiskonda ja majandusse. See aitaks vähendada vaesust, sotsiaalset tõrjutust ja väljarännet teistesse riikidesse, kus ühiskond on avatum ja tolerantsem või erinevatel isikugruppidel paremad võimalused.

OECD raporti⁴⁴ kohaselt leiab vaid 55,52% vastanuist, et Eestis on etnilistel vähemustel hea elada, vaid 14,08% vastanuist, et geidel ja lesbidel on Eestis hea elada ning vaid 27,78% vastanuist, et immigrantidel on Eestis hea elada (OECD keskmised vastavalt 66,84%, 52,02%, 64,67%). Nende näitajate põhjal loodud OECD metodika järgi on Eesti OECD riikidest kõige madalama tolerantsusindeksiga riik (26%, OECD keskmine 61%). 2011. aasta aktiivsena vananemise Eurobaromeetri uuringus vastas 18% Eestis küsitletuist, et nad on viimase kahe aasta jooksul olnud vanemaealiste diskrimineerimise tunnistajaks töökohal või töökohta otsides ning 7% on ise langenud sellise diskrimineerimise ohvriks.⁴⁵

Seni on Eestis vähe tähelepanu pööratud mitmesele diskrimineerimisele ehk diskrimineerimisele mitmel alusel. Näiteks on vähemusgruppidesse kuuluvate naiste positsioon ühiskonnas eriti nõrk, sest nende olukord tööturul on eestlaste omast kehvem ning lisaks on nad naised, kelle olukord ühiskonnas on meeste omast üldjoontes ebasoodsam. Nii näitas soolise palgalõhe uuring, kus analüüsiti Eesti tööjõu-uuringu 2000.–2008. aasta andmeid, et eestlased teenivad keskeltläbi enam kui muudest rahvustest inimesed – rahvustevaheline palgaerinevus meeste puhul oli ligikaudu 16% ja naiste puhul 18%. Sooline palgalõhe on mitte-eestlastel mõnevõrra suurem kui eestlastel (vastavalt 30% ja 28%).⁴⁶

⁴⁴ Society at a Glance 2011, OECD Social Indicators:

http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/society-at-a-glance-2011_soc_glance-2011-en

⁴⁵ Special Eurobarometer Active Ageing Report: ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_378_en.pdf; Eesti faktileht: ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_378_fact_ee_ee.pdf

⁴⁶ Anspal, S., Kraut, L. ja Rööm, T. (2010). Sooline palgalõhe Eestis: empiiriline analüüs. Eesti Rakendusuuringu Keskus CENTAR, Poliitikauringute Keskus PRAXIS. <http://www.sm.ee/meie/uuringud-ja-analuusid/sotsiaalvaldkond.html>

Kokkuvõttes on tööturul nõrgemal positsioonil mitte-eestlased, noored, vanemaealised ja puudega inimesed. Tööturul on oluline võidelda vanuselise diskrimineerimise vastu nii noorte tööhõive tõstmiseks kui ka vanemate inimeste tööhõive soodustamiseks, et paremini toime tulla vananeva rahvastikuga kaasnevate väljakutsetega ning võimalikult suurt kasu saada kõikide inimeste haridusest, teadmistest ja oskustest. Puudega inimeste õiguste edendamisel on olulisel kohal nende parem integreerimine ühiskonda, mis eeldab inimeste teadlikkuse tõstmist puudega inimeste vajadustest ning puudega inimeste võrdse kohtlemise kohustusest.

2. Rahvatervis

Eesmärk: inimeste elu (sh tervena elatud elu) on pikk ja kvaliteetne

Eesti tervisepoliitika üldine eesmärk on inimeste eluea pikendamine, eelkõige tervena elatud aastate arvu kasv enneaegse suremuse ja haigestumise vähendamise kaudu. Tervis on eeldus rahvastiku iibe ja majanduskasvu tagamisel. Eesti tervisepoliitika on suunatud sotsiaalse ebavõrdsuse vähendamisele tervises, laste ja noorte vaimse tervise ja tervisliku arengu edendamisele, tervist toetava elu-, töö- ja õpikeskkonnast tingitud terviseriskide vähendamisele ja ennetamisele ning tervisliku eluviisi propageerimisele. Oluline koht tervisepoliitika elluviimisel on patsiendikeskse tervishoiu- ja hoolekandesüsteemi arendamisel.⁴⁷

Elanikkonna elujõulisust ja kvaliteeti iseloomustavad keskmine oodatav eluiga ja keskmine tervena elatud aastate arv. Halb tervises seisund mõjutab negatiivselt tööjõupakkumist ja tootlikkust ning üldist heaolu kasvu. Tervise mõju sisemajanduse kogutoodangule (SKP) on 6–15%. Kui praegu oleks võimalik suremust vähendada 1,5% võrra, suurendaks see 25 aasta perspektiivis saadavat SKP-d isiku kohta ligikaudu 14% ning haigestumise vähendamise koosmõjul oleks see näitaja veelgi suurem.⁴⁸ Kuigi elanikkonna üldine tervis paraneb, toimub see eelkõige haritumate ja suurema sissetulekuga inimeste arvelt, mis viib sotsiaalmajanduslike gruppide vahelise „terviselõhe“ suurenemiseni. Ebaõiglus tervises ei sõltu ainuüksi bioloogilistest ja tervishoiuteguritest ning negatiivsetest elustiili valikutest, vaid **oluliseks mõjuteguriks on sotsiaalsed ja majanduslikud tingimused, milles inimesed elavad ja töötavad.**⁴⁹

Rahvastiku tervise arengukava 2008–2020 seab eesmärgiks Eesti elanike keskmise eluea tõusu aastaks 2020 naistel 84 aastani ja meestel 75 aastani ning tervena elatud eluaastateks naistel 65 ja meestel 60. Nimetatud eesmärkide täitmise oluline eeldus on varaste ehk enne 65. eluaastat toimuvate surmade vähendamine ja Eesti elanike tervisekäitumise paranemine.

Tervise arengu eesmärgi osas on Eestis toimunud mitmeid positiivseid arenguid. **Viimase 15 aasta jooksul on kasvanud keskmine oodatav eluiga ja tervena elatud aastate arv**, jäädes siiski alla Euroopa Liidu keskmisele. Eestis pälvib tähelepanu väga suur naiste ja meeste oodatava eluea vahe, mis oli kuni 2009. aastani üle 10 aasta, kuid alates 2010. aastast jääb erinevus alla 10 aasta – 2011. aastal oli meeste keskmine oodatav eluiga 71,16 aastat ja naistel 81,09 aastat. Suured on ka piirkondlikud erinevused: 2011. aastal oli maakondadest kõrgeim oodatav eluiga Tartumaal (77,3 aastat) ja madalaim Ida-Virumaal (73,15 aastat). Kuigi Eestis on keskmise oodatava eluea tõus olnud viimastel aastatel kiireim EL-s ja Eesti on tõusnud viimastel aastatel oodatava eluea taseme poolest Balti riikidest esikohale, jääme siiski alla enamikule EL riikidele (2009 a. meeste vahe EL keskmisega 6,9 aastat, naistel 2,4 aastat)⁵⁰. Kui eeldatava eluea tõus viimasel aastakümnel on toimunud peamiselt südame- ja veresoonkonnahaiguste ning välispõhjustest tingitud vigastussurmade vähenemise arvelt, siis vaimse tervise probleemidest tingitud surmad olid peamiseks põhjuseks, mis eluea tõusu pidurdasid.⁵¹ Välispõhjustest tingitud vigastussurmade vähenemine on olnud keskmisest kiirem liiklus- ja tulesurmade ning tapmist

⁴⁷ Rahvastiku tervise arengukava 2009–2020

⁴⁸ Tervise mõju majandusele Eestis 2004–2006. WHO, Sotsiaalministeerium, Praxis, 2006. [http://ee.euro.who.int/Tervise_moju_majandusele0\[1\].pdf](http://ee.euro.who.int/Tervise_moju_majandusele0[1].pdf)

⁴⁹ <http://www.terviseinfo.ee/>

⁵⁰ Eurostat

⁵¹ Health system performance assessment: Estonia, 2009 snapshot. Ministry of Social Affairs, WHO, 2010

vähendamise tõttu. Tervena elatud eluea poolest on vahe EL keskmisega suur (2010. a meeste vahe EL keskmisega 7,6 aastat, naistel 4,4 aastat). 2011. aastal sündinud laste eeldatav keskmine tervena (piiranguteta) elatud eluiga on 56 aastat, sealhulgas meestel 53,9 eluaastat ja naistel 57,7 eluaastat. See on mõnevõrra madalam kui 2009. ja 2010. aastal, kuid enne seda, aastatel 2004–2009 kasvas tervena elatud eluiga kiiresti.⁵²

Hoolimata Eesti inimeste eluea jätkuvast kasvust viimastel kümnenditel on välditavate varaste surmade arv või riskikäitumisest tulenev tervisekadu suur. Varastest surmadest tingitud eestlaste lühike eluiga alandab oluliselt Eesti kohta globaalses inimarengu indeksis, kus meile kuulus 2011. aastal 34. koht (indeksi väärtus 0,835). Esimesed kaks kohta kuuluvad Norrale ja Austraaliale ning võrdselt kolmandat ja neljandat kohta jagavad Holland ja Ameerika Ühendriigid. Eestis suri 2011. aastal 15 244 (2010. aastal 15 790) inimest, neist veerand enne 65-aastaseks saamist.⁵³

Alates 2000. aastast on enneaegsete surmade põhjustatud eluaastate kaotus vähenenud nii meestel kui naistel ja pidevalt on tõusnud haigestumise tõttu kaotatud eluaastate osakaal. Peamisteks tervisekaotuse põhjusteks on südame-veresoonkonnahaigused (37%), kasvajakasv (15%) ning vigastused, mürgistused, uppumised, enesetapud jms (10%). Piirkondlikult on parima tervisega Hiiu, Saare ja Rapla maakond ning suurim on tervisekaotus 1000 elaniku kohta Ida-Viru, Põlva ja Võru maakonnas. Sealjuures ilmneb tugev seos piirkondliku tervisekaotuse ja majandusliku olukorra vahel – suurema tervisekaotusega maakondades on elanikel keskmisest madalam kuupalk.⁵⁴

Kriisiaastad tõid Eesti inimeste tervise seisundis ning ka arstiabi kasutamises kaasa mitmeid olulisi muutusi. 2008. aastaga võrreldes suurenes 2010. aastal stressis olevate inimeste osakaal 15%-lt 23%-ni. Umbes samal määral suurenes nende inimeste osakaal, kes tunnevad end varasemaga võrreldes enam masendunud. Oma tervist üsna heaks või heaks hindas 46% meestest ja 50% naistest, mis on võrreldes varasemate aastate hinnangutega langenud. Suurim langus toimus 25–34-aastaste vanuserühmas. Samal ajal suurenes nende inimeste osakaal, kes viimase 12 kuu jooksul päevagi töölt ega koolist ei puudunud, märkimisväärselt, eriti meeste puhul (63%). See näitab, et inimesed on kas töökoha kaotuse või sissetulekute vähenemise hirmus haigena siiski tööl või koolis käinud, rohkem on seda teinud vanemaealised mehed.⁵⁵ Uuringud on näidanud, et tervisele suunatud meetmed on enam positiivselt mõjunud naistele.⁵⁶

Lapseasas pannakse alus hoiakutele ja käitumisharjumistele, mis mõjutavad tervise seisundit edaspidises elus. Murettekitav on noorte suurenenud riskikäitumine. Eestis on suur suitsetavate, narkootilisi aineid ja alkoholi tarvitavate noorte osakaal. 15-aastastest poistest suitsetab kord nädalas või sagedamini 22% ja tüdrukutest 16%.⁵⁷ Alkoholi tarbimist ja narkootikumidega eksperimenteerimist soodustab nende kerge kättesaadavus. 2007. aastal korraldatud üleeuroopalise noorteuuringu ESPAD tulemused näitasid, et ligi pooled õpilastest suudaksid soovi korral kergesti narkootilisi aineid hankida. 2011. aasta uurimuse andmed näitavad narkootikumide kättesaadavuse vähenemist: nii rahusteid/uinuteid, *ecstasy*'t, amfetamiine kui ka kanepitooteid pidas kergesti kättesaadavaks väiksem hulk noori kui 2007. aastal. Mingit illegaalset uimastit oli oma elu jooksul proovinud 32% 15–16-aastastest õpilastest, 2007. aastal oli selliseid õpilasi 30%, 2003. aastal 24%. Enamiku uimastite esmatarbimine leidis aset vanusevahemikus 14–15 eluaastat.⁵⁸

Paljuski just alkoholi tarbimisega on seotud ka alaealiste liiklusvigastused ja -surmad, uppumised. Eesti koos Balti riikide ja Rumeeniaga kuulub liikmesriikide hulka, kus sureb kõige rohkem alla 19-aastaseid lapsi ja noorukeid vigastuste ja mürgituste tõttu.

⁵² Statistikaamet

⁵³ Statistikaamet

⁵⁴ Lai T, Köhler K. Eesti rahvastiku tervisekaotus. Sotsiaalministeerium, 2009

⁵⁵ Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring, 2010.a. Tervise Arengu Instituut, 2011

⁵⁶ Teel tasakaalustatud ühiskonda: naised ja mehed Eestis II. Sotsiaalministeerium, 2010

⁵⁷ Eesti kooliõpilaste tervisekäitumise uuring 2009/2010 õppeaastal. Tervise Arengu Instituut, 2011

⁵⁸ Uimastite tarvitamine koolinoorte seas: 15–16-aastaste õpilaste legaalsete ja illegaalsete narkootikumide kasutamine Eestis.

Tallinna Ülikool, Tervise Arengu Instituut, 2012

Suur on ka noorte enesetappude hulk, samuti on sagenenud lastel psüühikahäired, mis omakorda on seotud vaimse ja füüsilise vägivallaga nii kodus kui koolisuhetes. Siinkohal vajavad eelkõige arendamist mitmed laste vaimse tervise probleeme ennetavad sekkumised, samuti on täiendav vajadus psüühikahäiretega lastele suunatud ravikohtade ja rehabilitatsiooniteenuste järele.

Vähenenud on laste kehaline aktiivsus, mis uuringu kohaselt väheneb vanuse kasvades.⁵⁹ Piirkonniti on probleemiks sportimispaikade vähesus ning nende kaugus elupaigast või koolist, samuti harrastusspordiga tegelemise kõrge hind. Viimastel aastatel tegeldakse üha enam laste ja noorte tervisliku toitumise küsimustega, sest laialdasemaks muutuv laste ülekaalulisus on saamas probleemiks.⁶⁰

Võrreldes 20–24-aastaste sünnitajatega on teismelistel sünnitajatel suurem risk sünnitada väikese sünnikaaluga ja enneaegne laps. Vaatamata sotsiaalmajanduslike tingimuste ja sünnitusabi paranemisele on teismeliste rasedused ja sünnitused Eestis jätkuvalt seotud suurenenud riskiga vastsündinu tervisele. Vanemate hea tervis, mitteriskiv tervisekäitumine ja planeeritud rasedus tagavad soodsad eeldused terve lapse arenguks. Rinnapiimaga toitmine vähemalt kuuenda elukuuni kindlustab imikutele rinnapiima immuunsüsteemi stimuleeriva toime, lisakaitse infektsioonide ja allergia kujunemise vältimiseks lapseas ja adekvaatne sekkumine toetavad hariduse omandamist, vähendavad koolist väljalangemist ja riskiva tervisekäitumise kujunemist. Vanemate teadlikkus ja toimetulekule suunatud hoiak, tervishoiu-, sotsiaal- ja haridussüsteemi pakutavate teenuste kooskõla kindlustavad erivajadustega ja krooniliste tervisehäiretega lastele parimad võimalused iseseisvaks toimetulekuks.

Tervist toetava elu-, töö- ja õpikeskkonna arendamine on eelseisval perioodil oluline ülesanne. Rahvastiku tervist mõjutab oluliselt väljaspool inimorganismi asuv keskkond füüsikaliste, bioloogiliste, keemiliste, sotsiaalsete ja psühhosotsiaalsete teguritega, mille mõju tervisele ilmneb sageli alles aastate pärast. Hinnanguliselt on kuni kolmandik rahvastiku tervisekaotusest otseselt seotud elu-, töö- ja õpikeskkonnast tulenevate teguritega. Elanikkonna teadlikkus keskkonnast tulenevatest terviseriskidest (joogi- ja suplusvee kvaliteet, looduslik kiirgus, müra, ruumide siseõhk) on võrreldes eelnevate aastatega paranenud. Viimastel aastatel on tähelepanu pööratud keskkonna ohutegurite väljaselgitamisele, nendest põhjustatud riskide hindamisele ja juhtimisele, mille tulemusena on toimunud keskkonnast tulenevate ohtude vähenemine (toidu- ja joogivee ohutus), kuid siiani vajab tõhustamist elukeskkonna ohutegurite seire. Eesti elanikkond on joogiveega hästi varustatud, kuid puuduvad andmed veekvaliteedi kohta majapidamistes, mille joogivee allikaks on erakaev. Samuti ohustavad inimese tervist looduslikud radionukliidid joogivees, mille üle tuleb tõhustada seiret ning vajaduse korral rakendada parandusmeetmeid. Väliskeskkonna tervist mõjutavateks teguriteks on ka müra ja välisõhu kvaliteet, mis on kasvav probleem just tiheasustusega elupiirkondades.

Ümbritsev keskkond, sealhulgas õppekeskkonna kvaliteet, määrab, milline on õpilase tervislik seisund täiskasvanuna. Laste tervist kahjustavad olulisemad keskkonnariskid on kvaliteedinõuetele mittevastav joogivesi, saastunud välisõhk ja halb sisekliima (tolm, müra, soojuslikud parameetrid, keemiliste ühendite ja mikroorganismide sisaldus siseõhus). Koolis puututakse kokku erinevate füüsikaliste, keemiliste, füsioloogiliste, psühholoogiliste ja bioloogiliste ohuteguritega. Õpikeskkonna ebasoodsad parameetrid koosmõjus ebaõige õpikoormusega suurendavad laste kooliväsimust ja põhjustavad tervisehäireid. Laps ei oska kogemuste puudumise tõttu keskkonnariske ette näha ja sattub ohtlikesse olukordadesse. Seetõttu on oluline tagada lastele ohutu ja tervislik keskkond.

Peale 2011. aasta enterohemorraagilise E. coli puhangut Saksamaal on EL-s hakatud rohkem tähelepanu pöörama toiduohutusele. Puhangu analüüsi ühe peamise järelendusena toodi välja vajadus tõhustada koostööd tervisekaitse ja toiduohutuse pädevate ametkondade vahel. Teise probleemina toodi välja puudused nakkusallika operatiivsel kindlakstegemisel. Ka Eestis jääb tihti toidutekkeliste haiguspuhangute korral nakkusallikas kindlaks tegemata, kuna toidukäitlejatel

⁵⁹ Eesti kooliõpilaste tervisekäitumise uuring 2009/2010 õppeaastal. Tervise Arengu Instituut, 2011

⁶⁰ Sotsiaalministeeriumi arengukava 2012–2015

puudub kohustus säilitada toiduproove, millest oleks võimalik haigustekitajaid määrata. Viimasest tulenevalt on Eestis üsna suur täpsustamata etioloogiaga soolenakkushaiguste osakaal.

Õnnetusjuhtumite ja vigastussurmade arv on viimase paarikümne aasta jooksul küll pidevalt vähenenud, kuid ületab Eurostati andmetel siiski Euroopa Liidu keskmise üle 2 korra, sealjuures ligi kolmveerand välispõhjustest tingitud vigastussurmades olid meeste surmad.

Tööga seotud õnnetuste arv, mis viimastel aastatel andis lootust vähenemiseks, suureneb alates 2010. aastast (100 000 töötaja kohta 2009. aastal 493 inimest, 2010. aastal 560 inimest, 2011. aastal 614 inimest ja 2012. aastal 663 inimest), kuid surmaga lõppenud tööõnnetuste arv püsib suhteliselt stabiilsena või isegi vähenes. Surmaga lõppenud õnnetusi oli 2009. aastal 19, 2010. aastal 17, 2011. aastal 19 ja 2012. aastal 14; 100 000 töötaja kohta vastavalt 3,2 (2009), 3,0 (2010), 3,1 (2011) ja 2,2 (2012). Tõusutrendi näitavad nii kutsehaiguste kui tööst põhjustatud haiguste arvu suurenemine 100 000 töötaja kohta.⁶¹ Kutsehaigustesse haigestumises on toimunud 2011. aastal siiski väike langus – kui 2010. aastal diagnoositi 100 000 töötaja kohta 18,2 kutsehaigust, siis 2011. aastal 14,3. See viitab eelkõige töötajate teadlikkuse tõusule ja tööandjate vähesele motivatsioonile töökeskkonnatingimuste parandamiseks, mis annab alust senisest tõhusamale järelevalvele ning asjakohaste meetmete kasutusele võtmisele töötajate tervise tagamisel. 2011. aastal oli 25–49-aastastest mitteaktiivsetest inimestest ligi kolmandikul tööst põhjustanud haigus või vigastus ning võrreldes perioodiga 2003–2005 on nende inimeste osakaal kasvanud (23–25%). Sagedasemad esmase püsiva töövõimetuse põhjused on luu- ja lihaskonnahaigused (23% uutest juhtudest), südame- ja veresoonnahaigused (17%) ja vaimse tervise probleemid (14%).

Inimeste ebaterved eluviisid on meie ühiskonna üheks murettekitavamaks probleemiks. Peamised käitumuslikud terviseriskid Eesti elanikkonnas on alkoholi liigtarvitamine, suitsetamine, madal kehaline aktiivsus ning vähenenud tähelepanu tervislikule toitumisele. Kuigi kogu elanikkonna tervisekäitumine on mõningal määral paranenud, on kõrgema sotsiaalmajandusliku staatusega inimeste käitumine paranenud kiiremas tempos kui madalama hariduse ja sissetulekutega inimeste hulgas.⁶²

Alkoholi liigtarvitamise ja suitsetamise vähendamises on oluline potentsiaal Eesti inimeste keskmise eluea ja tervelt elatud aastate pikendamisel. Ehkki 2010. aasta oli esimene aasta, mil inimeste seni kasvanud hinnang oma tervisele muutus halvemaks, saab positiivsena välja tuua, et vaatamata keerulisele ajale ei kasvanud alkoholi tarvitamine ega suitsetamine.⁶³ Siin mängis olulist rolli muu hulgas ka elanike langenud ostuvõime ning tubaka- ja alkoholitoodete kallinemine aktsiisitõusude näol.

Konjunktuuriinstituudi andmetel kasvas alkoholi tarvitamine Eestis kuni 2008. aastani pidevalt ning vähenes 2009. aastal 15,8% (10,2 liitrit absoluutset alkoholi elaniku kohta) ja 2010. aastal 4,1% (9,7 liitrit absoluutste alkoholi elaniku kohta). Tarbimise languse tingis eeskätt madal ostujõud ja alkoholsete jookide hinna tõus Eestis. Elanike ostujõu kasvades on alkoholi tarvitamine uuesti kasvama hakanud. 2011. aastal tarbisid Eesti elanikud 10,2 liitrit absoluutset alkoholi inimese kohta, mis on 5,3% rohkem kui 2010. aastal. Võrreldes 2010 aastaga suurenes enam lahkade alkoholsete jookide tarbimine (25%). Aasta-aastalt on vähenenud on alkoholi mittetarbijate hulk. Kui 2007. aastal oli neid 16%, siis 2011. aastal 13%.⁶⁴ 2008. aastal oli Eesti alkoholi tarvitamises EL riikide hulgas Luksemburgi järel teisel kohal.⁶⁵ Suremus alkoholi tarvitamise ja suitsetamisega seotud haiguste tagajärjel ületab Eestis EL vanade liikmesriikide sama näitajat üle kahe korra. Rahvastiku tervisekäitumise uuringust selgub, et Eesti elanikud tarvitavad alkoholi sageli ja suurtes kogustes, ka alaealiste hulgas pole alkoholi tarvitamine võõras. Vähemalt mõni kord nädalas tarvitab alkoholi 36,9% meestest ja 12,8% naistest. Õpilaste tervisekäitumise uuringu andmetel tarvitab alkoholi vähemalt korra nädalas 10% 11–15-aastastest poistest ja 7,4% sama vanadest tüdrukutest, vähemalt kahel korral on end purju joonud 22,3%

⁶¹ Tööõnnetused, kutsehaigused, tööst põhjustatud haigestumised Eestis Vabariigis 1995–2010. www.ti.ee/index.php?page=57&

⁶² Social Determinants of Health Behaviours. Finbalt Health Monitor 1998–2008. National Institute for Health and Welfare, 2011

⁶³ Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring, 2010. a. Tervise Arengu Instituut, 2011

⁶⁴ Alkoholi turg, tarbimine ja kahjud Eestis. Aastaraamat 2012. . Eesti Konjunktuuriinstituut, 2013

⁶⁵ Health at a Glance: Europe 2010. OECD

poistest ja 20,1% tüdrukutest.⁶⁶ Vaatamata pikaajalisele teavitamisele suitsetamise kahjulikkusest inimese tervisele, suitsetas **Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuringu andmetel** Eestis 2010. aastal ligi ¼ elanikest, mis jäi eelnevate aastate tasemele, kusjuures **37% meestest ja 19% naistest on igapäevasuitsetajad**. Kõige rohkem on suitsetajaid alg- ja põhiharidusega inimeste hulgas, kõige vähem suitsetavad kõrgharidusega inimesed. Maal on suitsetavate meeste osatähtsus suurem kui linnas, kuid naiste puhul on see vastupidi (v.a Tallinn).⁶⁷ 2010. aasta andmetel oli Eesti igapäevasuitsetajate osakaalu (26,2%) poolest pisut paremas olukorras kui Läti (26,5%) ja Leedu (26,5%), ületades siiski EL keskmist (23,0%).⁶⁸

2010. aastal korraldatud tubakatoodete tarbimise uuringust selgus, et seoses aktsiisimäära tõusuga 2010. aastal olid hinnatõusu suhtes tundlikud 65% suitsetajast, kes loobusid või vähendasid suitsetamist.

Eesti jaoks on jätkuvalt probleemiks ning suureks ohullikaks 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%). Kuid näiteks Narvas ja Kohtla-Järvel on viiruse levimus ületanud juba generaliseerunud epideemia piiri, mistõttu risk kõikide kohalike elanike haigestumiseks püsib, eelkõige noorte hulgas. Ehkki uute registreeritud HIV-juhtude arv näitab vähenemistendentsi, püsib see siiski jätkuvalt suur. 2012. aastal diagnoositi Eestis 315 uut HIV-juhtu. 2009. aastal oli Eesti uute HIV-juhtude arv 100 000 elaniku kohta EL suurim: EL-s keskmiselt 5 juhtu ja Eestis 31. Eesti järel oli teisel kohal Läti 12 uue juhuga 100 000 elaniku kohta.⁶⁹ Tõusuteed jätkab HIV-nakatunute koguarvu kasv (2012. a lõpu seisuga oli Eestis kokku diagnoositud 8377 HI-viiruse kandjat ja 390 AIDSihaiget). Lähima 10 aasta jooksul muutub HIV üheks oluliseks haiguskoormuse põhjustajaks. 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. Kahjuks ei ole HIV levikut narkomaanide seas suudetud märkimisväärselt vähendada, sest narkomaanidele suunatud ennetustööd ja tegevused ei ole piisavalt kättesaadavad.⁷⁰

2010. aastal korraldatud Eesti noorte tervisekäitumist käsitlevast uuringust selgus, et vaatamata sellele, et õppeprogrammis käsitletakse riske, mis kaasnevad narkootikumide kasutamisega, tuleb õpilaste hinnangul enam keskenduda seksuaaltervisele ja sellega seotud käitumisele, sest need on omavahel tihedalt seotud. Intensiivne sõltuvusainete tarvitamine on olnud kooliõpilaste seas püsiv probleem alates 2003. aastast.⁷¹ 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), mis on pingereas järgmine.⁷² **HIVI laialdane levik loob eeldused ka tuberkuloosi nakatumiseks**, kuna HI-viirusesse nakatunutel on nõrgenenud immuunsussüsteem, mistõttu on neil ligi kolmandiku võrra suurem risk haigestuda tuberkuloosi. Tänu tuberkuloositorje programmipõhisele tegevusele on vähenenud tuberkuloosi haigestumine. Kui 1997. aastal registreeriti 51 uut tuberkuloosi haigusjuhtu 100 000 elaniku kohta (mis on ligi 10 korda rohkem kui põhjamaades), siis 2011. aastal registreeriti vaid 19,7 esmajuhtu 100 000 elaniku kohta, mis on siiski kaks korda kõrgem EL keskmisest. Eesti probleemiks on multiresistentsete tuberkuloosivormide äärmiselt kõrge osakaal uutest juhtudest (18,7%), millega me oleme EL-s esimese kolme hulgas koos Läti ja Rumeeniaga ning mille ravimine nõuab tavaravimitest kümneid kordi kallimaid ravimeid.⁷³ 10,8% tuberkuloosipatsientidest on HIV-positiivsed. Selle näitaja poolest oleme EL-s Portugali järel teisel kohal.⁷⁴

⁶⁶ Eesti kooliõpilaste tervisekäitumise uuring 2009/2010 õppeaasta. Tervise Arengu Instituut, 2011

⁶⁷ Statistikaamet.

⁶⁸ Health at a Glance: Europe 2012. OECD

⁶⁹ Säästva arengu näitajad. Statistikaamet, 2012

⁷⁰ Sotsiaalministeeriumi arengukava 2012–2015

⁷¹ HIVi teematikaga seotud teadmised, hoiakud ja käitumine Eesti noorte hulgas. Uuringuraport. Tervise Arengu Instituut, 2011

⁷² Euroopa Narkoseire keskuse (EMCDDA) aastaraport 2011, <http://www.emcdda.europa.eu/events/2011/annual-report>

⁷³ Sotsiaalministeeriumi arengukava 2012–2015

⁷⁴ Annual epidemiological report: Reporting on 2009 surveillance data and 2010 epidemic intelligence data. ECDC, 2011

Vähese füüsilise koormuse ja ebatervisliku toitumise tulemusena moodustavad ülekaalulised inimesed 1/3 Eesti rahvastikust. EL-s tervikuna on enam kui pooled täiskasvanutest ülekaalulised ning 16% rasvunud (Eestis 18%).⁷⁵ Ehkki rasvunud inimeste osakaal ei ole viimastel aastatel oluliselt tõusnud, on see saamas probleemiks praeguste arengute juures eeskätt õpilaste hulgas (2006/2007. õppeaastal 8%, 2009/2010. õppeaastal 10%, 2011/2012. õppeaastal 10,5%).⁷⁶ Esile tõstmist väärib liikumise populaarsuse kasv. Nende inimeste hulk, kes harrastavad liikumist enam kui kord nädalas, on viimasel kümnendil kasvanud. 2010. aastal harrastas sporti vähemalt kord nädalas ligikaudu 36% elanikest, kuid mitteaktiivseid on endiselt üle 1/3. Nooremas eas on mehed naistest aktiivsemad, kuid vanuse kasvades vastupidi.

Tõhusa toitumisealase teavitustöö ja tervislike eluviiside propageerimise tulemusena, sealhulgas alates lapseeas, on viimasel kümnendil kasvanud elanikkonna teadlikkus tervislikust toitumisest – enam tähelepanu pööratakse puu- ja köögiviljade tarbimisele ning toitude rasvasisaldusele.

Täiendavaks ohuks rahva tervisele on erinevad hädaolukorrad (epideemiad, terrorism, looduskatastroofid, suurõnnetused jm), millega võib kaasneda suur hulk haigestunud või vigastatud inimesi ning millele reageerimiseks peab olema tagatud tervisesüsteemide valmisolek. Eestis on vastavalt 2009. aastal jõustunud hädaolukorra seadusele tehtud hädaolukordade riskianalüüsid ning koostatud asjakohased hädaolukorra lahendamise plaanid. Kaardistatud on elutähtsa teenuse osutajad, tehtud nende riskianalüüsid ning koostatud toimepidevuse plaanid. Iga kahe aasta järel korraldatakse üleriigiline intersektoraalne hädaolukorra õppus.

Suuremateks kitsaskohtadeks tervishoiuvaldkonnas on tervishoiuteenuste kättesaadavus ja kvaliteet ning rahastamise jätkusuutlikkus. Tervishoiusüsteemi rahaline olukord on küll sotsiaalmaksu laekumise paranemise tõttu võrreldes viimase paari aastaga veidi leevendunud, kuid kriisiaastate rahaliste ressursside piiratus on toonud kaasa lahendamist vajavaid probleeme ning mõjunud negatiivselt arstiabi kättesaadavusele ja kvaliteedile. 2010. aastal korraldatud Eesti tervisesüsteemi rahalise jätkusuutlikkuse uuringust selgus, et tahes-tahtmata ei suuda lähima kümnendi jooksul praegune rahastamissüsteem tervishoiukulusid katta, sest surve sotsiaalkulude kasvamiseks suureneb demograafiliste ja tehnoloogiliste arengute tõttu sarnaselt muule Euroopale. Prognoosid näitavad, et tervisevaldkonnas tekib avaliku sektori tulude ja kulude vahel vahe, mis on põhjustatud peamiselt kahest tegurist. Esiteks, tervishoiu rahastamine on jäetud põhiliselt tööturu kanda, mistõttu rahvastiku vananemise tõttu võib eeldada tulubaasi ahenemist ja teiseks, praegune süsteem võimaldab siiski veel vahendite ebaefektiivset jaotamist nii tervishoiuteenuste ostmisel kui kasutamisel. Paralleelselt tuleb tegutseda mõlemal suunal: luua piisav tulubaas ning tegelda kulude juhtimisega. Tulubaasi laiendamiseks tuleb leida täiendavaid rahastamisvõimalusi ravikindlustuse puudujäägi katmiseks, kusjuures põhimõtted, millega eraldatakse tulusid riigieelarvest ravikindlustuse eelarvesse, peavad olema stabiilsed ja läbipaistvad. See vähendab kõikumisi aastate lõikes. Avaliku ja erarahastamise tasakaalu muutumine eelkõige omaosaluse suurenemise kaudu võib tervisesüsteemi toimivust ohustada, sest ravikindlustusvahendite ühtse juhtimise vähenemine suurendab ebaefektiivsust; omaosaluse suurenemine raskendab eakamate ja vaesemate inimeste toimetulekut ning kindlustuskaitse puudumine ja omaosaluse suurenemine ohustavad põhimõtet, mille kohaselt peab tervishoiuteenuste kättesaadavus sõltuma vajadusest, mitte maksevõimest.⁷⁷ 2011. aastal valminud uuringus on läbi analüüsitud potentsiaalsete võimalike rahastamismuudatuste positiivsed ja negatiivsed mõjud.⁷⁸

Arenenud ühiskonnas peaks kõigil inimestel olema õigus saada arstiabi ja võrdsed võimalused haigusi ära hoida. Eestis toimib ravikindlustus solidaarsuspõhimõttel – solidaarsed on omavahel põlvkonnad: laste, õpilaste ja pensionäride tervishoiuteenuste kulud katavad täiel määral praegused töötajad – ning võrdse ja ühetaolise kohtlemise põhimõttel – kehtiva õigusruumi kohaselt on kõikidele kindlustatutele tagatud võrdsed õigused ja ühetaoline kohtlemine, st

⁷⁵ Health at a Glance: Europe 2010. OECD

⁷⁶ Koolitervishoiu aruanded. Haigekassa

⁷⁷ Võimalused Eesti tervisesüsteemi rahalise jätkusuutlikkuse tagamiseks. Sotsiaalministeerium, 2010

⁷⁸ Eesti sotsiaalkindlustussüsteemi jätkusuutliku rahastamise võimalused. Praxis, 2011

raviteenuse kättesaadavus ei olene konkreetse inimese eest tasutud sotsiaalmaksu suurusest. 2011. aasta lõpus oli Eestis ravikindlustus 93%-l rahvastikust. Ajavahemikus 2000–2011 oli ravikindlustusega inimeste osatähtsus suurim 2008. aastal – 96,0%. Maakondadest on parim olukord Harjumaal, kus ravikindlustus on tervelt 96,9%-l elanikkonnast. Neljas maakonnas oli 2010. aastal kindlustatuid alla 90% (Jõgeva, Viljandi Järva ja Ida-Viru maakonnas), väikseima kindlustuskaetusega oli Jõgeva maakond (87,3%).⁷⁹ Rahvusvahelise võrdluse teeb keeruliseks asjaolu, et riigiti sotsiaalkindlustussüsteemid erinevad, kuid reeglina on kindlustusega kaetud 98–100% elanikkonnast. Väiksem kindlustusega kaetus sarnaselt Eestile on Slovakkias (95,4% 2008. a andmetel).⁸⁰ Ravikindlustamata isikutele on tagatud riigi poolt vältimatu abi, 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.

2012. aastal tehtud uuringu „Elanike hinnangud tervisele ja arstiabile 2012“ põhjal hindas praegust tervishoiu korraldust heaks või pigem heaks 67% inimestest. Kuna võrreldes varasemate aastatega on elanikkonnale perearsti ja eriarsti järjekorrad pikenenud (eriarstile pääsemist pidi 2012. aastal üle 2 kuu ootama 22% eriarsti külastanutest), töid küsitletud peamiste häirivate teguritena välja pikki ravijärjekordi (2012. a 45% vastanutest, 2011. a 46%, 2010. a 39% ja 2009. a 31%) ning tasulisi ja kalleid teenuseid (11–12% juhtudest). 55% vastanutest hindas arstiabi kättesaadavust Eestis heaks või pigem heaks, mis on samal tasemel 2010. aasta hinnanguga, jäädes alla 2007. aasta hinnangust (60%). Alates 2005. aastast paranevad elanike hinnangud arstiabi kvaliteedile, 2012. aastal pidas arstiabi kvaliteeti heaks või väga heaks 78% elanikest. 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).⁸¹ Tervishoiusüsteemi nurgakiviks on eelkõige elanikkonna vajadustele vastav **perearstisüsteem**, sest enamiku terviseprobleemide korral saab inimene lahenduse just perearstilt. Perearstisüsteemi mittetoimimisel langeb abivajajate aitamine haiglatele, kuid see vähendab põhjendamatult eriarstiabi kättesaadavuse võimalust. Nii näiteks moodustavad ravikindlustuse rahast kulutused perearstisüsteemile 9,2%, kuid eriarstiabile 55%.⁸² 2012. aastal tehtud uuringu kohaselt olid perearstisüsteemiga, mis võimaldab mis tahes terviseprobleemiga pöörduda perearsti poole, väga rahul või pigem rahul üle 83% eestimaalastest. Kui 2010. aastal langes perearstisüsteemiga väga rahul olnute osakaal võrreldes 2009. aastaga kaks korda (ehk 22%-lt 11%-ni vastanutest), siis 2012. aastaks oli see taastunud (25%-ni).⁸³

Seoses tööealise elanikkonna ümberpaiknemisega suurematesse linnadesse või nende lähiümbrusse muutub aina problemaatilisemaks **tervishoiuteenuste kättesaadavus**, sealhulgas esmatasandi arstiabi väiksemates linnades ja maapiirkondades. 2011. aastal lõppenud Riigikontrolli audit näitas, et Eesti perearstisüsteem ei suuda täita veel kõiki talle pandud kohustusi või osutada vajalikke teenuseid, mistõttu saadetakse patsiendid liiga sageli edasi eriarsti juurde. Arstide nappus maapiirkondades saab perspektiivis murettekitavaks probleemiks, ehkki maal on perearsti roll tähtsam kui linnas. Üldjuhul teenivad maapiirkonna perearstid vähem kui linnas, kuid nende töökoormus on suurem. Kuna maal töötavad perearstid üksi, on neil raske leida asendajat töölt eemaloleku (puhkus, enesetäiendamine jms) ajaks.⁸⁴

Oluliseks riskiteguriks tervishoiuteenuste kättesaadavuse ja kvaliteedi tagamisel on viimaste aastate tervishoiutöötajate arvu vähenemine. Aastatel 2008–2010 vähenes arstide koguarv, võrreldes varasema aastaga oli 2009. aastal 91 ja 2010. aastal 59 arsti vähem (4378 ja

⁷⁹ Säätva arengu näitajad. Statistikaamet, 2012

⁸⁰ Joint Report on Health Systems prepared by the European Commission and the Economic Policy Committee (AWG). European Commission 2010

⁸¹ Elanike hinnangud tervisele ja arstiabile 2012. GfK Custom Research Baltic, Haigekassa, Sotsiaalministeerium, 2013

⁸² Ülevaade riigi vara kasutamisest ja säilimisest 2010. aastal. Riigikontroll, 2011

⁸³ Elanike hinnangud tervisele ja arstiabile 2012. GfK Custom Research Baltic, Haigekassa, Sotsiaalministeerium, 2013

⁸⁴ Ülevaade riigi vara kasutamisest ja säilimisest 2010. aastal. Riigikontroll, 2011

4319), kuid 2011. aastal suurenes arstide arv 53 arsti võrra (4372). Perearstide arv suurenes 2010. aastaks võrreldes varasema aastaga 23 arsti võrra ning 2011. aastal lisandus sellele veel 12 perearsti (869). Samuti vähenes aastatel 2008 kuni 2010 öendustöötajate arv, 2009. aastal oli vastavalt 359 ja 2010. aastal 65 öendusalatöötajat vähem (8218, 8154), kuid 2011. aastal kasvas viimaste aastate langusest hoolimata öendustöötajate arv 129 isiku võrra (8283). Kuigi hambaarstide arv on püsinud küllalt stabiilsena, oli 2011. aastal 19 hambaarsti vähem, kui aasta varem (1179). Järjekindlalt väheneb koduvisiitide arv (2011. a tehti koduvisiite 3% vähem kui aasta varem) ja kasvab ödede ning ämmaemandate tehtud iseseisvate vastuvõttude arv (sh koduvisiidid), mis muudab ressursikasutuse efektiivsemaks.⁸⁵ Eestis on ödede-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).⁸⁶ Seega on meil potentsiaali ödede-arstide töökorralduse edasiseks optimeerimiseks, suur samm selleks on teise pereõe rahastamine perearstikeskustes alates 2013. aastast. Probleemiks on saamas tervishoiutöötajate arv, sest tervishoiutöötajaskond vananeb ning prognoosi järgi ei asu tervishoiusektorisse tööle nii palju residentuuri lõpetajaid, kui arstidest lähiajal pensionile läheb. 2012. aastal Tervise Arengu Instituudi poolt läbi viidud arstide pilootuuringu kohaselt on selles osas enim ohustatud ametialad kardioloogia, üldkirurgia, gastroenteroloogia, töötervishoiuarsti ja taastusarsti ametikohad (nende ametialade hulgas on üle 30% isikutest vanemad, kui 60 aastased). Ligikaudu 8% arstidest siirduvad tööle välismaale ja residentuuri lõpetanutest veelgi enam⁸⁷, alates 2009. aastast on hakanud välismaale tööleminekuks Terviseametist vastava töendi väljavõtnute arv kasvama (2009. a 106, 2010. a 135, 2011. a 141, 2012. a 128 töendit⁸⁸). Lahkunud töötajate asendamisel kasvab allesjäänute töökoormus. Paljud tervishoiutöötajad töötavad soovitud sissetuleku saamiseks paralleelselt mitmes tervishoiuasutuses, sh paralleelselt nii kodu- kui välismaal. Sellega seoses kasvab tervishoiutöötajate lahkumis- ja läbipõlemisrisk, mis seab ohtu tervishoiuteenuste jätkusuutliku osutamise kõigil erialadel. 2012. aastal Tervise Arengu Instituudi poolt läbi viidud arstide pilootuuringu kohaselt oli 19,4% uuringus osalenud arstidest kaks või enam tööandjat ning enam kui 11% arstidest töötas mitmes maakonnas samaaegselt. Samuti leiti, et 44% Terviseametist töendi välja võtnud arstidest töötab endiselt Eestis ning neist 46% töötas Eestis lepingujärgselt täistööajaga. Keskmiselt töötasid arstid rohkem kui oli nende lepingujärgne koormus piirkondlikes, kesk- ja üldhaiglates ning perearstiabiastutustes. Suurima koormusega töötasid seejuures erakorralise meditsiini, anestesioloogia ja intensiivravi, üldkirurgia, pere-, günekoloogia, kardioloogia ning sisehaiguste ametikoha arstid.⁸⁹

Haiglavõrk vajab endiselt reformimist, sest praegusel kujul jätkates pikas perspektiivis ei jätku kõikidele haiglatele ei patsiente ega kvalifitseeritud arste, samuti puuduvad piisavad rahalised võimalused haiglate korrastamiseks. 2010. aastal Riigikontrolli poolt avalikustatud audit haiglavõrgu jätkusuutlikkusest näitas, et praegune haiglavõrk ületab Eesti vajadusi ning selle ülalpidamiseks puuduvad riigil võimalused. Halvimas olukorras on maakonnakeskustes paiknevad üld- ja keskhaiglad, kus elanike arvu kiire vähenemise tõttu ei suudeta tagada arstidele täiskoormust ning puuduvad vahendid investeeringuteks, mille tulemusena käivad patsiendid üha vähem ravil oma maakonna üldhaiglas. Üha enam ostetakse teenuseid haiglavõrguväliselt ning patsiendid otsivad abi sageli ka eriarstidelt (sh erateenus).⁹⁰

Haiglaravi reformimisel on taasiseseisvunud Eestis voodifond vähenenud üle poole võrra ja ravivoodite arvu poolest 10 000 elaniku kohta on Eesti (53,3) jõudnud alla EL keskmise taseme (54,5), olles näiteks madalam kui Soomes (58,5).⁹¹ Vähenemine on toimunud just aktiivravi ja psühhiaatrilise abi voodikohtade arvel. Samas on terav puudus hooldusravi kohtadest, mis 2011.

⁸⁵ Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas. Tervise Arengu Instituut, 2012

⁸⁶ Health at a Glance: Europe 2012. OECD

⁸⁷ Haiglavõrgu jätkusuutlikkus. Riigikontroll, 2010

⁸⁸ Alates 2011. a juunist võivad Eestis tervishoiutöötaja kutsekvalifikatsiooni omandanud isikud kutse või eriala omandamisest 3 kuu jooksul end registreerida teises riigis, ilma, et eelnevalt oleks end Eestis registreeritud. See võib olla 2012. a näitaja vähenemise põhjuseks.

⁸⁹ Tervishoiutöötajate statistika kogumise uuendamine. Tervise Arengu Instituut, 2012

⁹⁰ Haiglavõrgu jätkusuutlikkus. Riigikontroll, 2010

⁹¹ WHO Health For All Database, WHO, 2012

aasta lõpul moodustas 70% vajalikest kohtade arvust (1558 voodit).⁹² Samal ajal kujutab hooldus- ja järeelravi suurt reservi põhiravi efektiivsuse ja kvaliteedi tõstmiseks. Tervishoiusüsteemis on tõhusat tööd tehtud aktiivravi töökorralduse optimeerimiseks ja e-tervise teenuste rakendamiseks (e-terviselugu, e-retsept jt), kuid tahaplaanile on jäänud esmatasandil tervist edendavad ja haigusi ennetavad ning taastusraviteenused.

Programmperioodil 2007–2013 on tervishoiu infrastruktuuri arendamiseks Euroopa Regionaalarengu Fondist planeeritud 137,8 miljonit eurot. Investeeringute tulemusena paraneb kesk- ja piirkondlike haiglate ning hooldus- ja õendusabi osutamiseks vajalik taristu juurdeehituste ja rekonstrueerimiste tulemusena. Tõuseb teenuste kvaliteet ja suureneb ressursside optimaalne kasutamine. Kesk- ja piirkondlike haiglate infrastruktuuri optimeerimiseks investeeritakse kolme aktiivravihaigla (ümber- ja juurdeehitus Põhja-Eesti Regionaalhaiglas ning juurdeehitused Tartu Ülikooli Kliinikum ja Ida-Viru Keskhaiglas) infrastruktuuri kokku 110,2 miljonit eurot. Õendus- ja hooldusteenuste infrastruktuuri arendamise raames investeeritakse 21 hooldusraviteenust pakkuva haigla infrastruktuuri 27,6 miljonit eurot. Esimesed renoveeritud hooldushaiglad valmisid 2011. aastal. 2012. aasta lõpuks on lõppenud 14 projekti ehitus/rekonstrueerimine.

Aastatel 1997–2008 kasvas retseptiravimite kasutus ja kulu peaaegu 6 korda, samal ajal suurenes patsientide omaosalus haigekassa hüvitatavates retseptiravimites 25%-lt 38%-ni, mis on palju kõrgem kui enamikus EL liikmesriikides. Näiteks Hollandis on omaosalus 0,5%, Prantsusmaal 3,6%, Ühendkuningriigis 6,0% ja Saksamaal 7,1%. Üle poole patsientide omaosalusest on seotud ravimitega (sh 73% retseptiravimitega). See ohustab ravimite kättesaadavust, eriti madalama sissetulekuga inimestele.⁹³ Rahvusvahelised eksperdid on tähelepanu juhtinud, et Eestis kasutatakse geneerilisi ravimeid vähe, nende turg on ebapiisavalt arenenud ja geneeriliste ravimite hinnad on kõrgemad kui võiks. Arstid kirjutavad välja ja patsiendid kasutavad kalleid originaalravimeid isegi siis, kui odavamad analoogid on olemas,⁹⁴ 2010. aastal intensiivistasid Sotsiaalministeerium ja Haigekassa tööd ratsionaalse ravimikasutuse tagamiseks ning geneeriliste ravimite väljakirjutamise ja kasutamise soodustamiseks. Ravimiamet tõhustas järelevalvet apteekidest soodsamate ravimite väljastamise üle. Selle tulemusena vähenes juba 2010. aastal soodusretsepti keskmine maksumus nii Haigekassale kui patsiendile. Patsientide omaosalus hüvitatavates retseptiravimites alanes 2011. aastal 34,5%ni⁹⁵ ja 2012. aastal 9 kuu arvestuses 33,5%-ni. Patsient maksis 2009. aastal keskmiselt ühe soodusretsepti eest 8,02 eurot, aastal 2012 aga 6,56 eurot.

3. Pere- ja rahvastikupoliitika

Eesmärk: laste ning perede heaolu ja elukvaliteet on tõusnud

Eesti rahvastikupoliitika on suunatud Eesti rahvastiku jätkusuutlikule arengule, mida mõjutavad eelkõige laste- ja perepoliitika, tervisepoliitika ning rändepoliitika põhimõtted.

Eestit iseloomustavad rahvaarvu kahanemine ja rahvastiku vananemine. Tingituna suurtest muudatustest ühiskonnakorralduses ja majanduses vähenes sündimus 1990. aastate algul märkimisväärselt ning pöördus tõusule 2000. aastate alguses. 2010. aastal oli Eestis iive üle paljude aastate taas positiivne, kuid 2011. aastal oli iive uuesti negatiivne (-565). Ka summaarne sündimuskordaja jääb märgatavalt alla taaste piiri (2011. aastal 1,52⁹⁶; taaste piir on 2,1). Laste- ja perepoliitika vaatepunktist on muret tekitav kogu alaealise elanikkonna ehk 0–17-aastaste laste arvu vähenemine rahvastikus: kui 1990. aasta alguses oli 0–17-aastaste laste koguarv rahvastikus ligi 416 000, siis 2012. aasta alguses vaid ligi 246 300.⁹⁷ Eelseisvatel aastatel (2020–2030) puudutab langustrend eelkõige vanemaid lapsi, lasteaia- ja põhikooliealistele lastele

⁹² Hooldushaiglavõrgu arengukava kohaselt nähakse ette 10 voodit iga 1000 üle 65-aastase elaniku kohta.

⁹³ Võimalused Eesti tervisesüsteemi rahalise jätkusuutlikkuse tagamiseks. Sotsiaalministeerium, 2010

⁹⁴ Review of the Estonian Pharmaceutical Sector: Towards the development of a National Medicines Policy. WHO, 2009

⁹⁵ Eesti Haigekassa majandusaasta aruanne 2011

⁹⁶ Statistikaamet

⁹⁷ Statistikaamet

suunatud teenuseid tuleks pigem avardada. Pikaajalised demograafilised prognoosid⁹⁸ näitavad siiski, et Eestis ei ole 20–30 aasta perspektiivis võimalik sündimuskäitumisega kompenseerida 1990. aastate sündimuse langusest tekkivat „demograafilist auku”.

Eestile on oluline luua sündimuse kasvaks turvaline ja toetav elukeskkond. Selleks, et Eesti rahvast saaks kasvav rahvas ning laste ja perede heaolu ja elukvaliteet tõuseks, peetakse sotsiaalkaitsepoliitikate kavandamisel ja rakendamisel silmas laste ja perede heaolu suurendamiseks toetava keskkonna loomist ning elukvaliteedi tõstmist. Näiteks ollakse enamikus Euroopa riikides üha enam veendunud selles, et pikaajalises perspektiivis on sündimusele positiivne mõju soolisel võrdõiguslikkusel, töö- ja pereelu ühitavatel ning perede elukvaliteeti laiemalt mõjutavatel meetmetel. Riikides, kus lastehoiuks, vanemapuhkuseks ja pändlikuks töökorralduseks on loodud paremad tingimused, on nii naiste tööhõive kui ka laste sündimuse määr kõrgem.⁹⁹ Jätkuvalt on vaja tagada tugi peredele, kes soovivad lapsi. Seega on sündimuse suurendamisel enamasti tegu paljude tegurite koosmõju pikaajaliste protsessidega, mida on raske, kuid vajalik mõjutada.

Iga laps on ühiskonnale suur väärtus, mistõttu on oluline aidata kaasa iga lapse arengule. Riigi eritählepanu all on puudega lapsed¹⁰⁰, kel peavad olema teiste lastega võrdsed õigused ja võimalused. Puudega lapsi on vaja toetada, et tagada nende heaolu, suurendada valmisolekut tulevaseks iseseisvaks eluks ning luua eeldused osalemiseks kõikides eluvaldkondades.

Kasvava põlvkonna tervise- ja toimetulekuprobleemide ennetamiseks on oluline suunata tegevused inimese arengu kõige tundlikumatele perioodidele (rasedus, imikuiga, teismeliseiga) ning varasele sekkumisele ja ennetusele. Varase sekkumise ja ennetuse tulemusena on võimalik pakkuda peredele kiiremat ja tihti ka tulemuslikumat abi, samuti vähendatakse nii riigi kulutusi, mis tekivad väljakujunenud probleemidega tegelemisel. Varane sekkumine hõlmab endas väikelapseeale (0–3 a) suunatud meetmeid, ennetustöö eeldab, et probleemide lahendamiseks tegeletakse võimalikult varases faasis ehk esmaste probleemide viitavate märkide tekkimisel. Seetõttu tuleb pöörata tähelepanu kõigile lastele ja toetada peresid kogu lapse kasvamise perioodi vältel. Selle vajaduse tingib ka perede kulude kasv lapse kasvades, samuti peab arvestama, et kui lapse kasvades ning noorukieas puuduvad tal võimalused hariduse omandamiseks, tervishoiuteenuste kasutamiseks või vanematel tööturul osalemiseks, siis puudub perede elukvaliteeti ja rahvastiku jätkusuutlikkust toetaval poliitikal pikaajaline perspektiiv ja positiivne mõju.¹⁰¹

Erilist tähelepanu on vaja pöörata laste vaesuse, ebavõrdsuse ja tõrjutuse ennetamisele ja vähendamisele. Suhtelise vaesuse määr, mis väljendab sotsiaalpoliitika tõhusust ja sotsiaalset tõrjutust, näitas, et 2011. aastal elas 0–17-aastastest lastest vaesuses 17%. Võrreldes 2010. aastaga laste suhtelise vaesuse määr vähenes ning on mõnevõrra madalam kui kogu elanikkonna vastav näitaja (17,5%). 2011. aastal oli suhtelise vaesuse määr kõige suurem ühe vanemaga lapse/lastega (32,6%) ning kolme ja enama lapsega leibkondades (21,2%). Seoses töötuse kasvuga suurenes laste osakaal töötutes leibkondades – kui 2008. aastal oli laste osakaal mittetöötavates leibkondades 6,8%, siis 2010. aastal 13,2%. Seoses hõive suurenemisega vähenes 2011. aastal mittetöötavates leibkondades elavate laste osakaal 9%-ni. Ka vanemate maksimaalse tööintensiivsuse korral elavad lastega leibkonnad kolm korda sagedamini vaesuses kui lasteta leibkonnad. Lastega leibkondade liikmetest, kus keegi tööealistest ei töötanud või kus töötati väga väikese töökoormusega, elas vaesuses 72%.

Vaesuse ja ebavõrdsuse leevendamisel on määrava tähtsusega rahaliste toetuste maksimine ning tööturu- ja sotsiaalteenuste kättesaadavuse tagamine. Euroopas tehtud

⁹⁸ Nt Europop 2010. Eurostat

⁹⁹ Laste ja perede arengukava 2012–2020

¹⁰⁰ Sotsiaalkindlustusamet 2012. aasta 1. detsembri seisuga oli Eestis 0–17-aastaseid puudega lapsi 9775, sh keskmise puudega 3832, raske puudega 5174 ja sügava puudega 769 last

¹⁰¹ Riiklike perepoliitiliste meetmete analüüs esitamiseks Vabariigi Valitsusele 2007.–2011. aasta tegevusprogrammi punkti 1.16.2 „Ülevaade analüüsist riiklike perepoliitiliste sammude mõjust sündimusele ja laste kasvatamisele” täitmise raames. Sotsiaalministeerium, 2009

uuritud¹⁰² kinnitavad, et laste vaesus on väiksem neis riikides, kus on universaalsed peretoetused ning vanemaid toetavad teenused, sh teenused tööturul osalemiseks.

Eestis kasutusel olevad universaalsed peretoetused, kus lapsetoetusele on õigus igal lapsel, on oma loomult ennetuslikud, mistõttu aitavad kaasa kindlustunde loomisele sissetuleku osas ja on eriti olulised pere toimetuleku halvenedes. Taoline lähenemine kannab põhimõtet, et kõigil lastega peredel on täiendavad rahalised kohustused ja ühiskonnal on seetõttu solidaarne vastutus kõiki lastega peresid toetada. Eesti universaalsele peretoetuste skeemile on iseloomulik ka teatud sihitatus, mis tähendab, et universaalse toetuse hulgas võimaldatakse täiendavat toetust suuremas vaesusriskis olevatele peredele. Täiendavad toetused on üksikvanemaga, kolme- ja enamalapselistele ning seitsme- ja enamalapselistele peredele. Vaesusriskis olevate üksikvanemate suur osakaal näitab siiski, et ühe vanemaga perede toimetuleku toetamisele on vaja pöörata täiendavat tähelepanu ning tõhustada elatisrahade maksmist ja sissenõudmist.

Lapse sünniga seotud majanduslikke riske aitab vähendada vanemahüvitis, mille eesmärk on eelkõige töö- ja pereelu ühitamine. Vanemahüvitise rakendumine on mõjutanud peamiselt kõrgharidusega naiste otsust saada teine või kolmas laps. Samuti on vanemahüvitis suurendanud vanemate motivatsiooni enne lapse sündi töötada ning mõjutanud seeläbi tööturukäitumist.

Kokkuvõtvalt vähendasid Statistikaameti andmetel 2011. aastal sotsiaalsed siirded¹⁰³ (k.a pensionid ja peretoetused) Eestis laste vaesust 14,4 protsendipunkti ehk 46%. Alates 2009. aastast on kulutused riiklikele peretoetustele¹⁰⁴ siiski vähenenud ning olid 2011. aastal 98,8 miljonit eurot ja 2012. aastal 97,4 miljonit eurot. Kui kuni 2010. aastani kulutused vanemahüvitisele suurenesid, siis 2011. aastal kulutused vanemahüvitisele esmakordselt vähenesid, olles 173,3 miljonit eurot. 2012. aastal vähenesid vanemahüvitise kulud võrreldes eelneva aastaga ligi 8% ning olid kokku 159,5 miljonit eurot. Vanemahüvitise kulude vähenemist mõjutas nii sissetulekute kui tööhõive vähenemine, kuid ka madalamatest sündimuse näitajatest tulenenud saajate arvu muutus. Uuringutes on leitud, et peretoetuste tõstmisel suurendatakse vaesemates peredes kulutusi lastele, jõukamates peredes suureneb aga järgmise lapse sünni tõenäosus.¹⁰⁵

Vaesusest väljatulemiseks ei piisa peredele siiski vaid rahalistest toetustest ja hüvitistest, pigem ootavad pered riigilt tuge teenuste näol.¹⁰⁶ Seetõttu on lisaks toetustele oluline arendada peredele suunatud teenuseid, mis toetaks nii töö-, pere- ja eraelu ühitamist kui laste heaolu.

Töö- ja pereelu paremale ühitamisele on võimalik kaasa aidata üldiselt inimeste perekonnaga seotud kohustuste või tööga seotud kohustuste kergendamisega. Eesti perepoliitikat iseloomustab ema ja lapse kesksus, mis sageli tähendab piiranguid naiste tööhõives osalemiseks. Hõivelõhe, mis iseloomustab kuni 6-aastaste lastega naiste ja naiste, kellel ei ole kuni 6-aastaseid lapsi, hõivatust tööturul, on Eestis Euroopa keskmisest (2011. a 15,9 protsendipunkti) oluliselt suurem (2011. a 27,3 protsendipunkti). Väikelastega isade hõivatus tööturul sel perioodil hoopiski suureneb, mille põhjuseks võib olla meeste täiendunud vastutus pere ülalpidamise eest olukorras, kus naine on lapsega kodus. Samuti soosivad eestimaalaste hoiakud isade puhul suuremat seotust tööga ning emadel kodu ja laste hooldamisega.¹⁰⁷ Et vähendada vanemate suurt töö- ja hoolduskoormust, on oluline pakkuda erinevaid paindlikke töövõimalusi ning kättesaadavat ja kvaliteetset lapsehoiuteenust. 2009. aastal tehtud soolise võrdõiguslikkuse monitooringust selgus, et paindlikeks töövormideks pole alati soovitud hulgal võimalusi. Uuringu

¹⁰² European Commission. (2008). Child Poverty and Well-Being in the EU. Current status and way forward. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities

European Commission. (2008). Joint Report on Social Protection and Social Inclusion 2008. Social inclusion, pensions, healthcare and long-term care. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities

¹⁰³ Sotsiaalsed siirded on kollektiivsete sotsiaalkaitseskeemide, riigi või kohaliku omavalitsuse poolt leibkonnale makstud hüvitised, mille eesmärk on leevendada mitmesuguseid riske

¹⁰⁴ Peretoetuste kulutuste kahanemist on mõjutanud lapsetoetuste saajate arvu vähenemine, mis tuleneb vastavas vanuses elanike osakaalu vähenemisest rahvastikus

¹⁰⁵ Laste ja perede arengukava 2012–2012

¹⁰⁶ Lapsed ja Eesti ühiskond. Väärtushinnangute uuring RISC. Lisa Eesti maa-aruandele. TNS Emor, 2006

¹⁰⁷ Vainu, V., Järviste, L., Biin, H. (2010). Soolise võrdõiguslikkuse monitooring 2009. Uuringuraport. Sotsiaalministeeriumi toimetised nr 1/2010. Sotsiaalministeerium, Euroopa Sotsiaalfond

kohaselt sooviks iga teine alaealise lapse ema (53%) ning iga neljas alaealise lapse isa (26%) töötada osajaga, samas hinnati osajaga töötamist kõige keerulisemaks (42%).¹⁰⁸ Takistusi on ette tulnud ka isadele seadusega antud õiguste realiseerimisel jääda vanemahüvitisele või haige lapsega koju. Seetõttu vajavad tööandjate sellekohased teadmised ja hoiakud kujundamist.

Oluline roll töö-, pere- ja eraelu ühitamisel ning kaudselt ka vaesuse leevendamisel on lapsehoiukohtade kättesaadavusel. Laste päevahoiuteenused võimaldavad vanematel olla tööturul aktiivsed ning tööst saadava tulu kaudu tagada pere sissetuleku vajaduste katmine. Kahjuks ei ole praegune alusharidust ja lapsehoiudu pakkuv süsteem alati piisavalt paindlik, mitmekesine, kättesaadav ega taskukohane arvestamaks lapsevanemate ja laste vajadustega. Nii näiteks oli Eurostati andmetel 2010. aastal formaalse lastehoiuga hõlmatud 21% 0–2-aastasest (EL keskmine 28%) lastest ning vanuserühmas 3–6-aastat 92%, mis näitab vajadust täiendavate lapsehoiukohtade järele just alla 3-aastaste laste hulgas (2002. a Barcelona strateegia seadis eesmärgiks saavutada 2010. aastaks kuni 3-aastaste laste hoiu ulatuseks vähemalt 33% ning 3-aastaste ja vanemate puhul vähemalt 90%). Lisaks hoiukohtade kättesaadavusele on oluline ka pakutava teenuse kvaliteet. Täiendavat arendamist vajab lapse õigustest ja heaolust lähtuv lähenemine, mis võiks nii alusharidus- kui lapsehoiusteemil põhineda ühtsetel alustel.

Senisest enam tuleb väärtustada paremate peresuhete kujunemist, sest laste heaolu, areng ja võimekus on seotud peresuhete püsivuse ja kvaliteediga. Eestis on muutumas kooselu käitumismudelid: väheneb abielus olevatele vanematele sündinud laste osakaal (2000. a 45,5%-lt 2011. a 40,3%-le), lahutuste määr on kõrge (2011. aastal oli abielude ja lahutuste suhe 1,77¹⁰⁹) ning hinnanguliselt on ka vabaabielud muutuvad.¹¹⁰ Vanemate lahkuminek juures on äärmiselt oluline tagada laste heaolu ja turvatunne, võimalus soovi korral mõlema vanemaga suhelda, samuti anda vanemale võimalus suhelda oma lapsega. Kui suhtekriisi sattunud vanemad ei leia keerulises olukorras rahulikku lahendusi, jäävad suurimaks kaotajaks lapsed, sest see puudutab nende kindlustunnet tuleviku suhtes ning võib negatiivselt mõjutada ka nende vaimset tervist.

Lapse heaolu tagamiseks ja hilisemate tõsiste probleemide (riskikäitumine, laste väärkohtlemine, koolist väljalangevus jne) ennetamiseks on esmatähtis tõsta vanemaharidusalast teadlikkust, laiendada vanemlust toetavate teenuste valikut ning suurendada nende kättesaadavust. Oluline roll on ka isade kaasamist toetavatel meetmetel, sest isade suurem osalus pereelus parandab pereelu kvaliteeti, aitab kaasa sidemete säilimisele lastega ka lahutuste korral ning suurendab sündimust.

Sotsiaalse ja majandusliku toimetulematusega seotud probleemid võivad viia laste perest eraldamiseni. Varase märkamise ja õigeaegse sekkumise puudumine väljendub peredest eraldatud ja asendushooldusele paigutatud laste suures arvus. Sotsiaalministeeriumi andmetel viibis 2011. aasta lõpu seisuga asendushooldusel (eestkostel, perekonnas hooldamisel ja asenduskoduteenusel) 2784 last (1,1% 0–17-aastasest lastest Eestis), neist oli riiklikul hoolekandel asenduskodudes 1114 last. Aasta jooksul suunati asenduskodudesse 190 last ning peresisesele asendushooldusele üle 350 lapse (eestkostele 177, perekonnas hooldamisele 109, pereväliselt lapsendati 66). Asendushooldust vajavate laste suur arv viitab lapsi kasvatavatele peredele suunatud teenuste tõhustamise ning ulatuslikuma lastekaitsetöö vajadusele, suurendades seeläbi laste võimalusi elada kodus ning vajaduse korral saada kõige kiiremat ja efektiivsemat abi. Senini on lastekaitsetöös tegeletud rohkem tagajärgede leevendamise kui ennetustööga, millega kaasnevad kokkuvõttes aga ka suuremad kulutused. Näiteks kulus asendushooldusele 2011. aastal 19 miljonit eurot¹¹¹, ennetavaid teenuseid on rahastatud kordades vähem.

¹⁰⁸ Sooline võrdõiguslikkus ja ebavõrdsus: hoiakud ja olukord Eestis 2009. aastal. Poliitikaanalüüs, Sotsiaalministeeriumi toimetised nr 3/2010

¹⁰⁹ Statistikaamet

¹¹⁰ Järviste, L., Kasearu, K, Reinomägi, A. (2008). Abielu ja vaba kooselu: trendid, regulatsioonid, hoiakud. Poliitikaanalüüs. Sotsiaalministeeriumi toimetised nr 4/2008.

¹¹¹ Arvesse on võetud ainult otsesed kulutused asenduskoduteenusel osutamiseks ja riiklike toetuste summasid eestkostel ja perekonnas hooldamisel viibivatele lastele (Sotsiaalministeerium ja Sotsiaalkindlustusamet)

Abi vajavale lapsele õigeaegse ja kvaliteetse teenuse tagamiseks on vajalik tõhusa lastekaitseüsteemi ning professionaalsete spetsialistide (arstid, õpetajad, lastekaitse spetsialistid jt) ja koostöövõrgustiku olemasolu. Eestis ei ole piisavalt lastekaitse spetsialistide ning piirkondlikud erinevused on väga suured. 2011. aastal oli Eestis keskmiselt ühe lastekaitsetöötaja kohta 1392 last (2008. a 1535 last, 2004. a 1847 last). Seda suhet on mõjutanud nii kuni 17-aastaste laste arvu vähenemine kui ka lastekaitsetöötajate arvu mõningane kasv (2011. aasta lõpu seisuga töötas Eestis 177 lastekaitsetöötajat). Piirkondlikke erinevusi aitaks leevendada lapsi ja peresid toetavate tegevuste ja eri valdkondade vahelise koostöö ühtne koordineerimine ning riigipoolse toe suurendamine kohaliku tasandi lastekaitsetöö efektiivsuse suurendamiseks. Selleks tõhustatakse uue lastekaitse seadusega lastekaitse riikliku korraldust ja järelevalvet, toetatakse kohaliku omavalitsuse lastekaitsetöö kvaliteedi tõstmist. Kohaliku omavalitsuse lastekaitsetöötajatele luuakse atesteerimissüsteem, hakatakse pakkuma süsteemset täiendkoolitust, supervisiooni ja juhiseid. Lastekaitsetöö tõenduspõhisuse suurendamiseks, laste vajaduste väljaselgitamiseks ning vajadusele vastava sekkumise määramiseks töötatakse välja standardiseeritud hindamisvahendid.

Organisatsiooni olukorrast

Eesmärk: Sotsiaalministeerium on hästitoimiv ja kompetentne organisatsioon

Sotsiaalministeerium koos valitsemisala asutustega on viimastel aastatel teinud mitmeid ümberkorraldusi, et tulla toime kasvavate nõudmistega ja ootustega. Organisatsioonid on pidanud tulema toime vähenevate ressurssidega. Kriitilise mõjuga on olnud majanduskulude külmutamine ja personalikulude eraldamisel vajaduste mitte arvestamine. Samal ajal on suurenenud Euroopa Liidu õigusest tulenevad kohustused, töös on mitmeid olulisi suuri reforme ning kasvanud on sihtgruppide surve muudatuste kiiremaks elluviimiseks. See kõik on kaasa toonud ametnike töökoormuse kasvu ning olukorra, kus me ei suuda alati kõikides küsimustes vajalikul määral kaasa rääkida. Arengukava perioodi vaadates on olulisim EL struktuurivahendite käesoleva perioodi tegevuste lõpule viimine ning nende abil tehtud ja algatatud tegevuste jätkumise tagamine. Kriitilise tähtsusega on kiire ettevalmistus EL uueks programiperioodiks 2014–2020 ja tagada järgmise perioodi vahendite kiire avanemine ja kasutuselevõtt.

Lähiaastatel on oluline väljakutse otsida täiendavaid võimalusi pakutavate avalike teenuste kvaliteedi tõstmiseks piiratud vahendite tingimustes. Selleks tuleb analüüsida juba tehtud muudatusi, kaardistada organisatsiooni protsessid ning kaaluda, kas praegune organisatsiooni ülesehitus on tõhusaim. Läbiviidud Sotsiaalkindlustusameti tööprotsesside kaardistamine loob aluse nende kaasajastamiseks ja neid toetava kaasaegseid e-teenuseid võimaldava infosüsteemi loomiseks. Lõpule on jõudmas Illuka Varjupaigataotlejate Keskuse tegevuse ümberkorraldamine. 1.aprillist 2013 likvideerime keskuse riigiasutsuena ja anname teenuse osutamise halduslepinguga AS Hoolekandeteenustele. Muudatuste eesmärgiks on tõsta varjupaigataotlejatele osutatavate teenuste kvaliteeti ja saavutada suurem paindlikkus nende arvu muudatustele.

Algatatud on mitmeid protsesse, mille eesmärk on vähendada ministeeriumis ja selle haldusalas kõrvaltegevuste mahtu ning samal toetada riigis võetud suunda tugitegevuste tsentraliseerimiseks. 01.01.2013 seisuga on Sotsiaalministeeriumi raamatupidamis- ja personaliarvestus tsentraliseeritud Riigi Tugiteenuste Keskusesse. Alustatud on kinnisvara üleandmisega Riigi Kinnisvara ASle. Otsime võimalusi hangete seotud tegevuste optimeerimiseks.

Olukorras, kus tegevuskulud on praktiliselt külmutatud, kuid tuntav on majanduskeskkonna paranemisest tingitud tööjõuturu elavnemine, näeme kõige enam probleeme kompetentse ametkonna hoidmise tagamises. Kui 2010. aastal oli Sotsiaalministeeriumi valitsemisalas vaid ministeeriumi enda soovimatu personalivoolavus üle 10% aastas (täpsemalt 11,3%), jäädes teistes valitsemisala asutustest 5–7% piiridesse, siis 2011. aastal oli see üle 10% lisaks ministeeriumile (12,34%) ka Tööinspeksioonis (12,1%) ning oli suurenenud kõigis valitsemisala

asutustes (Ravimiametis 8,6%, Sotsiaalkindlustusametis 8%, Terviseametis 7,22%). 2012. aastal oli ministeeriumi enda personalivoolavus juba 16,6%. Peame väga oluliseks peatada kompetentsi väljavoolu ja tagada asutuste suutlikkus oma ülesannete täitmisel.

Avaliku teenistuse detsentraliseeritud palgapoliitika põlistab valitsemisalade vahelist ebavõrdsust, kus struktuuride korrastamise arvelt vahendite leidmine vahet oluliselt ei vähenda. Sotsiaalministeeriumi ametnikud leiavad, et nende palk ei ole konkurentsivõimeline võrreldes samaväärsete ametikohtadega teistes riigiasutuses või ettevõtetes. Eeltoodut kinnitab Fontese poolt 2011. aastal tehtud avaliku sektori palgauuring, kus avaliku sektori avaliku halduse spetsialistide erinevaid tasemeid võrreldes on Sotsiaalministeeriumi keskmised palgad oluliselt madalamad¹¹². Samuti Rahandusministeeriumi poolt koostatud ministeeriumite palgade analüüs, mille aluseks on võetud 2012. aasta avaliku teenistuse palgauuringu tulemused. Selle tulemused näitavad, et võrreldes teiste ministeeriumidega on Sotsiaalministeeriumil kõige madalam aasta kogupalga mediaan. Kui teiste ministeeriumide aasta kogupalga mediaan on 15 462 eurot ehk 1260 eurot kuus, siis Sotsiaalministeeriumi aasta kogupalga mediaan on 13 800 eurot ehk 1150 eurot kuus, seega 9,5% madalam.

Üheks oluliseks tööga rahulolu mõjutavaks teguriks on töökeskkond. Töös on projektid ministeeriumile ja Terviseametile uute hoonete rajamiseks. Lahendus tuleb leida Sotsiaalkindlustusametile Tallinnasse uute ruumide ja Astangu Kutserehabilitatsiooni Keskusele täiendavate õpilaskodu kohtade saamisele. Loodame koostöös Riigi Kinnisvara ASga leida võimalused ka teistes piirkondades asuvate esinduste töö- ja teenindusruumide kaasajastamiseks.

Tahame olla usaldusväärsed ja hinnatud arvamusiidrid. Suur voolavus ja pidev ametnike vahetumine ei loo usaldusväärset partnerite silmis. Madala palgataseme ja suure töökoormuse tõttu oleme kaotanud võtmetähtsusega valdkonna eksperte. Selliselt jätkates ei ole ministeerium jätkusuutlik täitmaks Vabariigi Valitsuse tegevusprogrammis meile pandud ülesandeid. Arengukavas sõnastatud eesmärgid eeldavad, et ministeeriumil on lähitulevikus võimalusi muuta palgasüsteem konkurentsivõimelisemaks.

2010. aastal töötati välja kesk- ja esmatasandi juhtide ning poliitikakujundajate kompetentsimudel. Kompetentsimudelit on rakendatud osakonnajuhatajate hindamisel ja arenguvajaduse väljaselgitamisel. Hindamise lihtsustamiseks tegeleme parima lahenduse valikuga veebipõhise hindamiskeskonna väljatöötamiseks. Katsetamisjärgus on ametikoha profiili loomine kompetentsimudeli alusel ja kasutamine värbamisel.

Ministeerium kavandab jätkuvalt erinevaid arendusprojekte eesmärgiga koolitada ja arendada nii oma maja kui ka allasutuste töötajaid. Nii viidi 2010.–2011. aastal ellu haldussuutlikkuse tõstmise meetme „Organisatsiooni arendamine“ raames välja töötatud koolitusprojektid „Kõneisikute kommunikatiivsete kompetentside programm“ kõneisikute meediaga suhtlemise oskuste parandamiseks ja „Õigusala kompetentside arendamine“ ministeeriumi ja haldusala juristidele ning 2012.–2013. aastal viiakse sama meetme raames ellu koolitusprojekt „Arenguprogramm Sotsiaalministeeriumi keskastmejuhtide juhtimisvõimekuse tõstmiseks“. Oleme kaardistanud pädevused, mis on vajalikud 2018. aastal Eesti eesistumisega seotud ülesannete kandmiseks. Lähiaastatel tuleb alustada vastavate kompetentside loomise ja parandamisega.

Juhtimiskvaliteedi arendamisega tegeldi aktiivselt Sotsiaalministeeriumi haldusala asutustes, kellest kolm – Ravimiamet, Terviseamet ja Tööinspeksioon – osalesid avaliku sektori kvaliteediauhinna „Arenev riigiasutus 2011“ konkursil, mille põhieesmärk on tõsta riigi ja kohalike omavalitsuse asutuste toimimise taset ning teadlikkust juhtimiskvaliteedi peamistest põhimõtetest. Konkursi raames andsid organisatsioonidele hinnangu assessormeeskonnad, kes koostasid põhjalikud tagasisidearvanded asutuste tegevuste ning parendusvaldkondade kohta koos konkreetsete soovitusetega. Astangu Kutserehabilitatsiooni Keskus pälvis Eesti Kvaliteedi Ühingu Kvaliteedi Tegu 2011 tunnustuse sotsiaalteenuste kvaliteedimärgi EQUASS Assurance Eestisse

¹¹² Võrreldud on halduse spetsialistide tööperet, kuhu kuuluvad põhivaldkondade peaspetsialistid (1. ja 2. tase), valdkonna eksperdid, nõunikud, analüütikud (3. tase), poliitikajuhid, osakonnajuhatajad (4. tase) ja asekanterid (5. tase).

toomise, eestindamise ning rakendamise eest 2010.–2011. aastal. Kvaliteedi Tegu on tunnustus, mis antakse igal aastal ühe silmapaistva kvaliteedialase teo eest, milleks võib olla näiteks uue lähenemisviisi kasutusele võtmine (nt kaasaegsed juhtimismeetodid, juhtimissüsteemide integreerimine, innovaatilised lahendused), protsesside tõhus parendamine, tulemuslik muutuste juhtimine jne.

Sotsiaalministeerium peab väga oluliseks siht- ja sidusrühmade kaasamist tegevusse ning teavitamist ministeeriumi olulisematest tegevustest ja sündmustest. Samuti edastatakse pidevalt informatsiooni ministeeriumi tegevusest meediakanalitele. Välja on kujunenud koostöövõrgustik ajakirjanikega, kes on spetsialiseerunud tervise- ja sotsiaalteemade kajastamisele. Uuring valitsusasutuste meediatöö kohta 2012. aastal kinnitab, et Sotsiaalministeeriumi meediatöö on viimase kahe aasta jooksul kõigis uuritud punktides paranenud. Arendamist vajab kahepoolne kommunikatsioon partnerorganisatsioonidega ning proaktiivne meediatöö ministeeriumi sõnumite ja tegevuste kajastamisel nii tava- kui sotsiaalmeedia kanalites. Suuremat rõhku tuleb panna ka sisekommunikatsioonile ning tihendada selles vallas koostööd ka valitsemis- ja haldusala organisatsioonidega. Need teemad leiavad põhjalikku käsitlemist sel aastal koostatavas ministeeriumi kommunikatsiooni käsiraamatus.

Sotsiaalministeeriumi kõige olulisemaks tööks on (avalike) poliitikate kujundamine. Peame vajalikuks, et iga poliitika on põhjendatud, sihitatud täitma selget eesmärki ning on selle eesmärgi saavutamisel tulemuslik, kusjuures poliitikaga kaasnevad soovimatud kõrvalmõjud on vähendatud miinimumini. Tugevdamiseks poliitikakujundamise protsessi teadmispõhisust ning tõstmaks poliitikamuudatuste kvaliteeti, kinnitati 2011. aastal Sotsiaalministeeriumi uuendatud poliitikakujundamise protseduur.

SOTSIAALKAITSE FINANTSRAAMISTIK

Arengukava elluviimiseks vajalik Sotsiaalministeeriumi valitsemisala 2014. aasta riigieelarve projekt ning 2014–2017 aasta finantsplaan sisalduvad etteantud kontrollsumma raames riigieelarve infosüsteemis REIS. Tegevuste elluviimiseks ja eesmärkide saavutamiseks vajaminevad lisataotlused on toodud lisa 5, kuna etteantud piirsumma piires ei saa tagada õigusaktidest tulenevate ja muude võetud kohustuste täitmist. Lisa 7 koos seletuskirjaga esitab ülevaate perioodi 2014–2020 EL vahenditest kavandatavate meetmete kohta.

Tegemist on läbirääkimiste alguspositsiooniga, mis võib edasise eelarve menetluse käigus oluliselt muutuda.