



SOTSIAALMINISTEERIUM

# Sotsiaalministeeriumi valitsemisala arengukava aastateks 2015–2018

# SISUKORD

SISUKORD.....	2
SOTSIAALMINISTEERIUMI MISSIOON, VISIOON JA VÄÄRTUSED .....	3
<b>MISSIOON</b> .....	3
<b>VISIOON</b> .....	3
<b>VÄÄRTUSED</b> .....	3
<b>STRATEEGILISED EESMÄRGID</b> .....	4
<b>SOTSIAALMINISTEERIUMI TULEMUSVALDKONDADE EESMÄRGID, INDIKAATORID JA MEETMED</b> .....	5
<b>1. TÖÖTURG JA SOTSIAALNE TURVALISUS</b> .....	5
<i>Alaeesmärk 1.1: inimeste tööleidmise ja töөлpsimise võimalused suurenevad ning töötingimused paranevad</i> .....	7
<i>Alaeesmärk 1.2: jätkusuutlik ja adekvaatne sotsiaalkindlustussüsteem</i> .....	11
<i>Alaeesmärk 1.3: vajaduspõhiste kvaliteetsete hoolekandeteenuste ja sotsiaaltoetuste tõhus ning jätkusuutlik tagamine</i> .....	14
<i>Alaeesmärk 1.4: naistele ja meestele on kõigis ühiskonnaelu valdkondades tagatud võrdsed õigused, kohustused, võimalused ja vastutus</i> .....	20
<i>Alaeesmärk 1.5: sidusus ja võrdne ühiskond</i> .....	23
<b>2. RAHVATERVIS</b> .....	25
<i>Alaeesmärk 2.1: sotsiaalse sidususe suurendamine ja ebavõrdsuse vähendamine tervises</i> .....	26
<i>Alaeesmärk 2.2: laste ja noorte suremus ja psüühika- ning käitumishäirete esmashaigestumus on vähenenud ning noored annavad oma tervisele järjest positiivsema hinnangu</i> .....	28
<i>Alaeesmärk 2.3: elu-, töö- ja õpikeskkonnast tulenevad terviseriskid on vähenenud</i> .....	30
<i>Alaeesmärk 2.4: rahvastiku kehaline aktiivsus on suurenenud, toitumine on muutunud tasakaalustatumaks ja riskikäitumine on vähenenud</i> .....	33
<i>Alaeesmärk 2.5: kõigile inimestele on tagatud kvaliteetsete tervishoiuteenuste kättesaadavus ressursside optimaalse kasutuse kaudu</i> .....	38
<b>3. PERE- JA RAHVASTIKUPOLIITIKA</b> .....	42
<i>Alaeesmärk 3.1: Eesti laste- ja perepoliitika on teadmispõhine ja ühtne, toetades ühiskonna jätkusuutlikkust</i> .....	43
<i>Alaeesmärk 3.2: Eesti on positiivset vanemlust toetav riik, kus pakutakse vajalikku tuge laste kasvatamisel ja vanemaks olemisel, et parandada laste elukvaliteeti ja tulevikväljavaateid</i> .....	44
<i>Alaeesmärk 3.3: lapse õigused on tagatud ja loodud on toimiv lastekaitsesüsteem, et väärtustada ühiskonnas iga last ja tema arengut ning heaolu toetavat turvalist keskkonda</i> .....	45
<i>Alaeesmärk 3.4: Eestis on perede adekvaatset majanduslikku toimetulekut toetav kombineeritud toetuste ja teenuste süsteem, mis pakub perele püsivat kindlustunnet</i> .....	48
<i>Alaeesmärk 3.5: meestel ja naistel on võrdsed võimalused töö-, pere- ja eraelu ühitamiseks, soodustamaks kvaliteetset ja iga pereliikme vajadustele vastavat igapäevaelu</i> .....	49
<b>ORGANISATSIOONI ARENDAMINE</b> .....	50
<b>HETKEOLUKORRA ANALÜÜS POLIITIKAVALDKONDADE LÕIKES</b> .....	51
<b>1. TÖÖTURG JA SOTSIAALNE TURVALISUS</b> .....	51
<b>2. RAHVATERVIS</b> .....	63
<b>3. PERE- JA RAHVASTIKUPOLIITIKA</b> .....	72

# 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 töökaaslast, 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 arvamuslimidrid 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 tulemusvaldkonnas, kus oleme püstitanud endale järgmised strateegilised eesmärgid:

- tööturg ja sotsiaalne turvalisus: inimeste sissetulek, elukvaliteet ja sotsiaalne turvalisus suureneb;
- rahvatervis: tervena elatud eluiga on Eestis aastaks 2020 pikenenud meestel keskmiselt 60 ja naistel 65 eluaastani ning keskmine eeldatav eluiga on pikenenud meestel 75 ja naistel 84 eluaastani;
- pere- ja rahvastikupoliitika: laste ja pere heaolu suurendamine ning elukvaliteedi tõstmine, soodustades seeläbi laste sünde.

# SOTSIAALMINISTEERIUMI TULEMUSVALDKONDADE EESMÄRGID, INDIKAATORID JA MEETMED

Tegutseme kolmes tulemusvaldkonnas, kus oleme püstitanud endale **järgmised eesmärgid**:

- tööturg ja sotsiaalne turvalisus: inimeste sissetulek, elukvaliteet ja sotsiaalne turvalisus suureneb;
- rahvatervis: tervena elatud eluiga on Eestis aastaks 2020 pikenenud meestel keskmiselt 60 ja naistel 65 eluaastani ning keskmine eeldatav eluiga on pikenenud meestel 75 ja naistel 84 eluaastani;
- pere- ja rahvastikupoliitika: laste ja perede heaolu suurendamine ning elukvaliteedi tõstmine, soodustades seeläbi laste sünde.

## 1. Tööturg ja sotsiaalne turvalisus

*Üldeesmärk: 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“.

Sotsiaalvaldkonna süsteemseks ja jätkusuutlikuks arendamiseks ning toimimise tagamiseks **koostame** kõiki osapooli kaasava **valdkonna arengukava** (tööpealkirjaga sotsiaalse turvalisuse, kaasatuse ja võrdsete võimaluste arengukava).

Prioriteetid 2015–2018:

- Tööturumeetmete arendamine erinevate sihtrühmade lõikes (noored, vanemaealised, vanaduspensioniealised, pikaajalised töötud, vähenenud töövõimega inimesed).
- Psüühilise erivajadusega isikute hoolekandeteenuste ja sundravi kättesaadavuse ja kvaliteedi parandamine.
- Töövõime reformi rakendumine eesmärgiga aidata tervisekahjustusega inimesed tööturule, samuti aidata neil seal püsida.

Üldeesmärgi saavutamist mõõdetakse järgmiste mõõdikutega:

Indikaator	Selgitus	Algtase	Sihttase
<b>Tööhõive määr 20–64-aastaste vanusegrupis, %</b> <i>Allikas: Statistikaamet, Eesti tööjõu-uuring (RES, VVTP, Eesti 2020)</i>  <i>Varasemaid kordajaid korrigeeritud tulenevalt Statistikaamet uutest rahvaarvudest 2000–2013</i>	Tööhõive määr mõõdab tööga hõivatud elanike hulka tööealises elanikkonnas	Kokku	Kokku
		2009 – 69,7%	2015 – 72,0%**
		2010 – 66,5%	2016 – 72,8%
		2011 – 70,3%	2017 – 73,5%
		2012 – 71,8%	2018 – 74,3%
		2013 – 73,0%	2019 – 75,1%
		2014 – 71,5%*	2020 – 76,0%*
		*prognoos	*Eesti 2020 eesmärk
			**Eesti 2020 ja VVTP eesmärk
			Mehed
	2009 – 70,4%	2015 – 74,4%	
	2010 – 67,2%	2016 – 75,2%	
	2011 – 73,0%	2017 – 76,0%	
	2012 – 74,3%	2018 – 77,0%	
	2013 – 76,2%	2019 – 77,8%	
	2014 – 74,0%*	2020 – 78,5%	

		<i>*prognoos</i>	
		Naised	Naised
		2009 – 69,0%	2015 – 69,7%
		2010 – 65,9%	2016 – 70,6%
		2011 – 67,7%	2017 – 71,0%
		2012 – 69,3%	2018 – 71,9%
		2013 – 70,0%	2019 – 72,7%
		2014 – 69,1%*	2020 – 73,5%
		<i>*prognoos</i>	
<b>Pikaajalise töötuse määr, %</b>	Pikaajalise töötuse määr näitab pikaajaliste töötute osatähtsust tööst. (RES, Eesti 2020)	2009 – 3,7%	2015 – 4,0%*
		2010 – 7,6%	2016 – 3,7%**
		2011 – 7,1%	2017 – 3,4%
		2012 – 5,5%	2018 – 3,1%
		2013 – 3,8%	2019 – 2,8%
		2014 – 4,4%*	2020 – 2,5%***
	Varasemaid kordajaid korrigeeritud tulenevalt Statistikaamet uutest rahvaarvudest 2000–2013	<i>*prognoos</i>	<i>* Eesti 2020 eesmärk</i> <i>** RTA eesmärk</i> <i>*** Eesti 2020 ja RTA eesmärk</i>
<b>Suhtelise vaesuse määr (enne/peale sotsiaalseid siirdeid), %</b>	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)	Suhtelise vaesuse määr enne/peale sotsiaalseid siirdeid (kokku)
		2009 – 40,8%/15,8%	2015 – 40,1%/16,5%*
		2010 – 41,1%/17,5%	2016 – 40,1%/16,5%**
		2011 – 40,1%/17,5%	2017 – 39,8%/16,2%
		2012 – 39,6%/18,7%	2018 – 39,5%/15,9%
		2013 – 41,2%/16,9%*	2019 – 39,1%/15,5%
		2014 – 40,5%/16,7%*	2020 – 38,6%/15%***
		<i>*prognoos</i>	<i>* Eesti 2020 eesmärk: suhtelise vaesuse määr peale siirdeid</i> <i>** RTA eesmärk: suhtelise vaesuse määr peale siirdeid</i> <i>*** Eesti 2020, VVTP ja RTA eesmärk: suhtelise vaesuse määr peale siirdeid</i>
		Mehed	Mehed
		2009 – 38,0%/15,4%	2015 – 36,2%/15,9%
		2010 – 38,2%/17,6%	2016 – 36,1%/15,9%
		2011 – 36,8%/16,8%	2017 – 35,8%/15,7%
		2012 – 36,3%/17,2%	2018 – 35,5%/15,5%
		2013 – 37,4%/16,4%*	2019 – 35,3%/15,3%
		2014 – 36,8%/16,2%*	2020 – 34,9%/14,8%
		<i>*prognoos</i>	
		<u>Naised</u>	Naised
		2009 – 43,2%/16,2%	2015 – 43,5%/17,0%
		2010 – 43,5%/17,4%	2016 – 43,4%/17,0%

		2011 – 42,9%/18,1%	2017 – 43,2%/16,7%
		2012 – 42,4%/19,9%	2018 – 42,9%/16,3%
		2013 – 44,6%/17,5%*	2019 – 42,4%/15,7%
		2014 – 43,9%/17,3%*	2020 – 41,8%/15,2%
		*prognoos	
<b>Naiste ja meeste keskmiste tunnipalkade vahe (palgalõhe), %</b>	Erinevus naiste ja meeste poolt tehtavate tööde tasustamises (palgalõhe)	2009 – 26,6%	2015 – 27,5%
<i>Allikas: Eurostat</i>	arvutatakse naiste keskmise brutotunnipalga osakaaluna meeste keskmisest tunnipalgast (kõigi töötajate kohta, kes töötavad vähemalt 10 töötajaga organisatsioonis).	2010 – 27,7%	2016 – 26,5%
		2011 – 27,3%	2017 – 25,5%
		2012 – 30,0%	2018 – 24,5%
		2013 – 29,5%*	2019 – 23,5%
		2014 – 28,5%*	2020 – 22,5%
		*prognoos	

Üldeesmärgi elluviimiseks on kavandatud viis alaeesmärki: (1) inimeste tööleidmise ja töөлöpüsimise võimalused suurenevad ning töötingimused paranevad, (2) jätkusuutlik ja adekvaatne sotsiaalkindlustussüsteem, (3) vajaduspõhiste kvaliteetsete hoolekandeteenuste ja sotsiaaltoetuste tõhus ning jätkusuutlik tagamine, (4) naistele ja meestele on kõigis ühiskonnaelul valdkondades tagatud võrdsed õigused, kohustused, võimalused ja vastutus, (5) sidusus ja võrdne ühiskond.

## Alaeesmärk 1.1: inimeste tööleidmise ja töөлöpüsimise võimalused suurenevad ning töötingimused paranevad

Alaeesmärgi saavutamist mõõdetakse järgmiste mõõdikutega:

Indikaator	Selgitus	Algtase	Sihttase
<b>Vanemaealiste (55–64-aastaste) tööhõive määr, %</b>	Indikaator näitab tööga hõivatud inimeste osatähtsust 55–64-aastaste vanusegrupis.	2009 – 60,3%	2015 – 61,7%
<i>Allikas: Statistikaamet, Eesti tööjõu-uuring</i>		2010 – 53,8%	2016 – 62,0%
<i>Varasemaid kordajaid korrigeeritud tulenevalt Statistikaamet uutest rahvaarvudest 2000–2013</i>		2011 – 57,4%	2017 – 62,3%
		2012 – 60,3%	2018 – 62,5%
		2013 – 62,5%	2019 – 62,8%
		2014 – 61,4%*	2020 – 63,0%
		*prognoos	
<b>Tööjõus osalemise määr 15–64-aastaste vanusegrupis, %</b>	Tööjõus osalemise määr mõeldab tööjõu osatähtsust tööealises elanikkonnas.	2009 – 73,7%	2015 – 74,8%
<i>Allikas: Statistikaamet, Eesti tööjõu-uuring</i>		2010 – 73,6%	2016 – 74,8%
<i>(Eesti 2020)</i>		2011 – 74,5%	2017 – 74,8%
<i>Varasemaid kordajaid korrigeeritud tulenevalt Statistikaamet uutest</i>		2012 – 74,4%	2018 – 74,9%
		2013 – 74,8%	2019 – 74,9%
		2014 – 74,7%*	2020 – 75%*
		*prognoos	
			*Eesti 2020 eesmärk

### Meede 1.1.1: kvalifitseeritud tööjõu pakkumise suurendamine

Inimeste töölerakendumise toetamiseks arendame tööturuteenuste ja -toetuste osutamist, pöörame tähelepanu tööturu riskirühmadele. Arendame koostöös Haridus- ja Teadusministeeriumiga meetmeid noorte tööhõive tõstmiseks.

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

Meetme saavutamist mõõdetakse järgmiste mõõdikutega:

Indikaator	Selgitus	Algtase	Sihttase
<b>Töötute osakaal 15–24-aastaste vanusegrupis, %</b>	<a href="#">Näitab töötute osatähtsust 15–24-aastaste vanusegrupis.</a>	2009 – 10,6% 2010 – 12,2% 2011 – 8,8% 2012 – 8,3% 2013 – 7,3% 2014 – 6,8%*	2015 – 6,2% 2016 – 5,7% 2017 – 5,2% 2018 – 4,8% 2019 – 4,4% 2020 – 4%
<i>Allikas: Statistikaamet, Eesti tööjõu-uuring (RES)</i>		*proгноos	
<i>Varasemaid kordajaid korrigeeritud tulenevalt Statistikaamet uutest rahvaarvudest 2000–2013</i>			
<b>Noorte töötuse määr 15–24-aastaste vanusegrupis, %</b>	Näitab töötute osatähtsust tööjõust 15–24-aastaste vanusegrupis.	2009 – 27,4% 2010 – 32,9% 2011 – 22,4% 2012 – 20,9% 2013 – 18,7% 2014 – 17%*	2015 – 15%* 2016 – 14% 2017 – 13% 2018 – 12% 2019 – 11% 2020 – 10%*
<i>Allikas: Statistikaamet, Eesti tööjõu-uuring (RES, Eesti 2020)</i>		*proгноos	*Eesti 2020 eesmärk
<i>Varasemaid kordajaid korrigeeritud tulenevalt Statistikaamet uutest rahvaarvudest 2000–2013</i>			

Olukorras, kus töötuse tase küll langeb, kuid varasemate aastatega võrreldes aeglasemas tempos, on oluline pöörata tähelepanu pikaajalise töötuse ja heitumuse ennetamisele. Seetõttu pöörame **tähelepanu inimeste aktiveerimisele ja suunamisele, tööturult kõrvale jäänute hõivesse tagasitoomisele ning tööjõu kvalifikatsiooni ja konkurentsivõime tõstmisele.** Selleks töötame koos kohalike omavalitsustega (KOV) välja plaani pikaajaliselt tööta olnud 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.

Rahvastikuprognose ja tööjõupuudust arvesse võttes on oluline **kaasata tööturule sealt eemal olevad inimesed. Vanaduspensioniealiste tööturul püsimist ja nende tööturul osalemist toetame erinevate tööturumeetmete pakkumisega. Vähenenud töövõimega inimeste tööle aitamiseks täiendame olemasolevaid tööturumeetmeid.** Lisaks tegeleme vähenenud töövõimega inimeste töötuse ennetamisega, kavandades meetmeid tööandjatele, kes vajavad tuge töövõimekaoga või puudega inimese töökohta säilitamiseks.



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.

Arendame tööjõu siseriiklikku mobiilsust toetavaid meetmeid. Toetame ja motiveerime inimesi vastu võtma töökohta elukohast kaugemal, et ennetada pikajalist töötust ja vähendada regionaalset tööjõupuudust. Parendame riikliku järelevalvet eratööstuste üle, et soodustada turvalist tööjõupakkumist.

Töstmaks ja ühtlustamaks karjääriteenuste kvaliteeti haridus- ja tööturuste vahel, **osaleme karjääriteenuste süsteemi arendamisel**. Uue algatusena pakume karjääriteenuseid lisaks töötutele ka kogu tööealisele elanikkonnale.

## Meede 1.1.2: tööelu kvaliteedi parandamine

Meetme elluviimisel on juhtiv roll Sotsiaalministeeriumi tööelu arengu osakonnal. Põhiline rakendusamet 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 kantselari tegevuseks vajalikud kulud kaetakse riigieelarvest, Sotsiaalministeeriumi eelarves iseseisva asutusena, kuid tegemist on sõltumatu ja erapooletu asjatundjaga). Meetme olulisim poliitikainstrument on tööõigus.

Meetme raames viiakse osaliselt ellu „Rahvastiku tervise arengukavas 2009–2020“ (RTA) 3. valdkonna „Tervist toetav elu-, töö- ja õpikeskkond“ alaeesmärgi 2.3 „Elu-, töö- ja õpikeskkonnast tulenevad terviseriskid on vähenenud“ meetme 2.3.3 „Tervist toetava töökeskkonna arendamine ja töökeskkonnast tulenevate terviseriskide vähendamine“ tegevusi.

Meetme saavutamist mõõdetakse järgmiste mõõdikutega:

Indikaator	Selgitus	Algfase	Sihtfase
<b>Surmaga lõppenud tööõnnetuste arv 100 000 hõivatu kohta</b>	Näitab, mitu surmaga lõppenud õnnetust esineb aasta jooksul 100 000 töötaja kohta.	2009 – 3,2	2015 – 2,8
		2010 – 3,0	2016 – 2,7*
		2011 – 3,1	2017 – 2,6
		2012 – 2,3	2018 – 2,5
		2013 – 3,2	2019 – 2,5
		2014 – 2,8*	2020 – 2,4*
		<i>*prognoos</i>	<i>*RTA eesmärk</i>
<i>(RTA)</i>			
<i>Varasemaid kordajaid korrigeeritud tulenevalt Statistikaamet uutest rahvaarvudest 2000–2013</i>			
<b>Tööõnnetuste tagajärjel kaotatud päevad 100 hõivatu kohta aastas</b>	Töökeskkonnapoliitika eesmärk on aidata kaasa töötajatele ohutu ja tervist hoidva töökeskkonna loomisele. Indikaator iseloomustab töökeskkonnapoliitika tulemuslikkust, sest kui tööõnnetustega seotud haiguspäevade arv väheneb, viitab see raskete tööõnnetuste arvu vähenemisele ning	2009 – 15,4	2015 – 16,5
		2010 – 16,0	2016 – 16,0*
		2011 – 16,9	2017 – 15,8
		2012 – 17,5	2018 – 15,6
		2013 – 17,5*	2019 – 15,3
		2014 – 17,0*	2020 – 15,0*
		<i>*prognoos</i>	<i>*RTA eesmärk</i>
<i>(RTA)</i>			
<i>Varasemaid kordajaid korrigeeritud tulenevalt Statistikaamet uutest rahvaarvudest 2000–</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, **õigusselgemaks ja kaasaegsemaks ning muutuva tööturu olukorraga kooskõlas olevaks**. Vähendame tööandja töötervishoiu- ja tööohutuselast halduskoormust, toetame tööandjat töökeskkonna parandamisel, sh töötaja töövõimekao ennetamisel, töövõimekaoga inimese töö hoidmisel ja tema töövõime taastamisel. Pöörame tähelepanu tööelus osalejate võimekuse tõstmisele tööohutuskultuuri kujundamiseks, 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, õigusruumi ega loo sobivat (õigus)keskkonda kollektiivsete töösuhete kujundamiseks. Uuringud osundavad probleemkohtadele muu hulgas streigiõiguses, töörahu põhimõtetes, vahekohtu menetlusel ning õigus- ja huvikonflikti määratlemisel.

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 kujundamisele 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 Tööinspeksiooni tugi- ja nõustamisteenuseid** ning tõstame Tööinspeksiooni 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**.

Teadmistepõhise tööpoliitika kujundamiseks korraldame ja levitame töökeskkonna- ja töösuhetealaseid uuringuid ja analüüse. **Analüüsime Tööinspeksiooni töökeskkonna ja töösuhete järelvalve statistikat** ja arendame kontrollitavate ettevõtete valiku meetodikat, **leidmaks töötingimuste arengut iseloomustavat indikaatorit**.

Tööd tegevale isikule õiglase töö tegemise tingimuste võimaldamiseks **analüüsime, kas töösuhetele 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.

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

## Alaeesmärk 1.2: jätkusuutlik ja adekvaatne sotsiaalkindlustussüsteem

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

Alaeesmärgi saavutamist mõõdetakse järgmiste mõõdikutega:

Indikaator	Selgitus	Algtase	Sihttase
<b>Absoluutse vaesuse määr leibkonnaliikmete erinevates vanuserühmades (0–17-aastased, 18–64-aastased ja 65+ aastased), %</b> <i>Allikas: Statistikaamet, Eesti sotsiaaluuring</i>	Absoluutse vaesuse määr näitab nende isikute osakaalu, kelle ekvivalentnetosissetulek on absoluutse vaesuse piirist madalam. Absoluutse vaesuse piir ehk arvestuslik elatusmiinimum on elatusvahendite väikseim kogus, mis katab inimese igapäevased vajadused. Elatusmiinimum koosneb arvestuslikust minimaalsest toidukorvist (v.a alkohol ja tubakas) ja individuaalsetest muudest kulutustest (k.a eluasemekulutused).	Kokku	Kokku
		2009 – 6,3%	2015 – 7,0%
		2010 – 8,7%	2016 – 6,7%
		2011 – 8,1%	2017 – 6,6%
		2012 – 7,3%	2018 – 6,4%
		2013 – 7,2%*	2019 – 6,4%
		2014 – 7,1%*	2020 – 6,2%
		<i>*prognoos</i>	
		0–17-aastased	0–17-aastased
		2009 – 10,0%	2015 – 8,9%
		2010 – 11,4%	2016 – 8,8%
		2011 – 9,4%	2017 – 8,6%
		2012 – 9,5%	2018 – 8,5%
		2013 – 9,5%*	2019 – 8,3%
		2014 – 9,2%*	2020 – 8,1%
<i>*prognoos</i>			
18–64-aastased	18–64-aastased		
2009 – 6,7%	2015 – 7,8%		
2010 – 9,9%	2016 – 7,5%		
2011 – 9,5%	2017 – 7,4%		
2012 – 8,1%	2018 – 7,2%		
2013 – 8,0%*	2019 – 7,2%		
2014 – 7,9%*	2020 – 7,0%		
<i>*prognoos</i>			
65+ aastased	65+ aastased		
2009 – 0,9%	2015 – 1,9%		
2010 – 1,1%	2016 – 1,8%		
2011 – 1,6%	2017 – 1,8%		
2012 – 2,0%	2018 – 1,6%		
2013 – 2,2%*	2019 – 1,6%		
2014 – 2,0%*	2020 – 1,5%		
<i>*prognoos</i>			
<b>Sotsiaalsete siirete mõju suhtelise vaesuse määra vähendamisel vanuserühmade lõikes (0–17-aastased, 18–64-aastased ja 65+ aastased), protsentipunktides</b>	<a href="#">Näitab, mil määral vähendavad sotsiaalsed siirded (sh pensionid, toetused) suhtelise vaesuse määra ehk näitab siirete efektiivsust.</a>	0–17-aastased	0–17-aastased
		2009 – 16,0pp	2015 – 14,0pp
		2010 – 13,0pp	2016 – 14,0pp
		2011 – 14,4pp	2017 – 14,1pp
		2012 – 12,0pp	2018 – 13,8pp
		2013 – 16,0pp*	2019 – 13,4pp
		2014 – 15,0pp*	2020 – 13,0pp
		<i>*prognoos</i>	

Allikas: Statistikaamet,  
Eesti sotsiaaluuring

18–64-aastased	18–64-aastased
2009 – 15,7pp	2015 – 14,0pp
2010 – 13,8pp	2016 – 14,0pp
2011 – 13,1pp	2017 – 13,9pp
2012 – 12,8pp	2018 – 13,8pp
2013 – 18,0pp*	2019 – 13,7pp
2014 – 17,0pp*	2020 – 13,6pp
<i>*prognoos</i>	
65+ aastased	65+ aastased
2009 – 70,6pp	2015 – 61,0pp
2010 – 73,3pp	2016 – 61,0pp
2011 – 67,6pp	2017 – 62,4pp
2012 – 61,8pp	2018 – 63,4pp
2013 – 62,0pp*	2019 – 64,7pp
2014 – 61,0pp*	2020 – 66,1pp
<i>*prognoos</i>	

### Meede 1.2.1: ühiskonna muutustega arvestava sotsiaalkindlustussüsteemi kujundamine

Eesti sotsiaalkindlustus katab klassikalisi sotsiaalseid riske, mis tulenevad vanadusest, töö kaotusest, toitja kaotusest, lapse sündist, haigestumisest ja tervisekaost. **Sotsiaalkindlustusskeemide kujundamisel** tuleb teadvustada ühiskonna arenguid, uusi käitumismustreid ning **arvestada uute sotsiaalsete riskide tekkega**.

Inimesed liiguvad üha enam üle riigipiiride ning töötavad elu jooksul erinevates riikides. Selleks, et tagada mitmes riigis töötamise korral sotsiaalkindlustusõiguste, sh pensioniõiguste tekkimine ja säilimine, on vaja **rakendada sotsiaalkindlustusalaseid Euroopa Liidu määruseid ja sõlmida lepingud riikide vahel**. Tagame hüvitiste maksmise inimeste elu-, õppimis- või töökoha vahetamisel Euroopa Liidu, Šveitsi ja EMÜ (Norra, Island, Liechtenstein) piirides ning riikides, kellega on sõlmitud kahepoolsed sotsiaalkindlustuslepingud tagame lepingus nimetatud hüvitiste maksmise vastavate riikide piires. Sel eesmärgil peame oluliseks **läbirääkimiste jätkamist Austraalia ja Ameerika Ühendriikidega**.

Arvestades Eesti ajaloolist tausta, on vaja sõlmida pensionialaseid lepinguid nende riikidega, kus inimesed on varasemalt töötanud. Selleks jätkatakse läbirääkimisi **Valgevene Vabariigi ja Aserbaidžaan Vabariigiga pensionilepingute sõlmimiseks**. Samuti analüüsitakse, milliste riikidega on vajalik tulevikus pensionilepingute sõlmimine.

Rahvastiku struktuuri muudatustest tulenevalt on Eestis sotsiaalkindlustuse kestlikkuse tagamiseks vajalik maksimaalselt kõrge tööhõive. Praegu on tööturult väljumise üks peamisi põhjuseid terviseprobleemidest tulenev töövõimetus. Töövõimetus vähendab riigi tulusid, kuna inimesed väljuvad tööturult, samal ajal suurenevad töövõimetus hüvitiste ja -pensionide kulud. Arvestades töövõimetus pensionäride arvu kasvu ning seega töövõimetus pensionide kasvavaid kulusid, on Eesti praegune töövõimetus skeem (ja selle korraldus) ilmselgelt jätkusuutmatu. Järjest enam inimesi kvalifitseerub püsivale töövõimetusle, samal ajal on väljumine skeemist praktiliselt olematu. **Jätkusuutlikkuse tagamiseks korraldatakse kogu töövõime toetamise skeem tervikuna ümber**. Uue skeemi peamine eesmärk on inimese töövõime säilitamine, töövõimekaoga inimeste aktiveerimine, töötuse ennetamine ja inimese töölenaasmine. Uut töövõime toetamise skeemi hakkab korraldama ja koordineerima üks asutus – Eesti Töötukassa.

Uue töövõime toetamise skeemi 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 töövõimetus- ja sooduspensionitest tulenevad negatiivsed mõjud riigieelarvele.

Arvestades uusi käitumismustreid, on **lastega perede ootusteks sotsiaalkindlustusele** mitte ainult pakkuda kaitset sissetuleku vähenemise korral, mis kaasneb lapse sünniga, vaid toetada töö- ja pereelu ühitamist. Selleks peavad kindlustuskeemid olema paindlikud ning arvestama asendussissetulekute ja töötasu kombineerimisega. **Vanemahüvitise skeem** võimaldab lapse eest hoolitsemist kombineerida töötamisega, samas on hinnatud, et sünnitushüvitise ja vanemahüvitise skeemid võiksid olla paremini integreeritud ning veel paindlikumad.

Uueks sotsiaalseks riskiks loetakse pikaajalise hoolduse vajadust. Täna ei ole pikaajaline hooldusvajadus kaetud kestliku rahastusskeemiga.

Koostöös Justiitsministeeriumiga analüüsime sotsiaalkindlustushüvitiste määramise ja maksmise menetluste ühtlustamist, funktsioonide korrastamist ja optimeerimist ning halduskoostöö võimaluste parandamist.

### **Meede 1.2.2: adekvaatse sissetuleku tagamine neile, kes ise ei suuda seda tagada**

Töö on parim kaitse vaesuse vastu. Töötamine peab tagama inimesele sissetuleku, kuid juhtudel, kui inimene ei saa üldiselt aktsepteeritud põhjustel töötada, peab sissetulõeku tagama talle sotsiaalkindlustus. Sotsiaalkindlustushüvitised peavad hoidma inimesi langemast allapoole vaesuspiiri ja võimaldama inimväärset elu. Samas peab terviklik skeem vältima samaeesmärgiliste hüvitiste korraka maksmist ja dubleerimist.

**Sotsiaalkindlustusskeemidega hõlmatud inimestele adekvaatse sissetuleku tagamiseks** jälgime, et riiklikud sotsiaalkindlustusmeetmed (töövõimetus- ja 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, pensionilõeku 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.

Inimesed peavad adekvaatse kindlustuskaitse saama ühe skeemi kaudu. Jätkame tööd samaeesmärgiliste hüvitiste samaaegse maksmise vältimiseks.

Sotsiaalkaitse süsteemi rahalised hüvitised ja toetused omavad otsest mõju töömotivatsioonile. Nende ülesanded on ühelt poolt pakkuda sissetuleku kaitset sotsiaalsete riskide ja puuduse korral ning teisalt soodustada inimeste kiiret naasmist tööellu. Tasakaalu leidmine nende ülesannete vahel on keeruline. Mitme hüvitise samaaegne võib avaldada negatiivset mõju tööjõu osalemise otsusele.

Oluline on, et Eesti sotsiaalkaitse süsteem tagaks kaitse traditsiooniliste sotsiaalsete riskide suhtes ja abi puuduse korral samal ajal vältides inimeste sattumist töötuslõksu, mitteaktiivsuskõksu või madala palga lõksu.

### Meede 1.2.3: Sotsiaalkaitse avalike teenuste kaasajastamine

**Kaasajastame sotsiaalkaitse avalikud teenused ja nende äriprotsessid** Sotsiaalkindlustusametis ning **arendame välja innovaatilised, kvaliteetsed ja tõhusad ning teenusekasutaja vajadustele vastavad avalikud teenused.** Oodatava eluea pikenemine, rahvastiku struktuuri ja leibkonnamudeli muutumine, IKT ja sotsiaalmeedia vahendite valdav kasutamine inimese igapäeva tegevustes ning kõrgemad ootused elukvaliteedile mõjutavad teenuste osutamise mudeleid. Erinevate kanalite (letiteenus, infoteenus, e-teenus) kaudu avalike teenuste pakkumine on muutunud normiks, mida peab toetama tõhus ja paindlik organisatsioon ning kasutatav infosüsteem.

Meetme eesmärk on Sotsiaalkindlustusameti poolt riiklike pensionide, toetuste jm hüvitiste ning erinevate teenuste (rehabilitatsioon, erihoolekanne, ohvriabi) avalike teenuste kvaliteedi tõstmine, halduskoormuse vähendamine ning inimesekesksete lahenduste arendamine, kasutades maksimaalselt IKT võimalusi ning optimeerides tööprotsessid.

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.

### Alaeesmärk 1.3: vajaduspõhiste kvaliteetsete hoolekandeteenuste ja sotsiaaltoetuste tõhus ning jätkusuutlik tagamine

Alaeesmärgi saavutamist mõõdetakse järgmiste mõõdikutega:

Indikaator	Selgitus	Algtase	Sihttase
<b>Kodust iseseisvat toimetulekut toetavate avahooldusteenuste ehk mitteinstitutsionaalsete teenuste ja ööpäevaringse institutsionaalse hooldusteenuse saajate suhtarv</b>	Näitab avahooldusteenuseid kasutavate eakate, tööealiste puudega inimeste ja psüühiliste erivajadustega inimeste ning ööpäevaringset institutsionaalset hooldusteenust saavate inimeste suhtarvu.	2009 – 1,6 2010 – 1,6 2011 – 1,5 2012 – 1,4 2013 – 1,5* 2014 – 1,6*	2015 – 1,6 2016 – 1,7 2017 – 1,7 2018 – 1,8 2019 – 1,8 2020 – 1,8
<i>Allikas:</i> Sotsiaalministeerium, hoolekandestatistika; Sotsiaalkindlustusamet, rehabilitatsioonistatistika	Eesmärk on see, et avahooldusteenuste kasutajate arv teenust vajavate inimeste hulgas kasvaks ning ületaks institutsionaalset teenust saavate inimeste arvu.	*proгноos	
<b>Toimetulekutoetuse saajate osakaal elanikkonnast, %</b>	Näitab aasta jooksul toimetulekutoetust saanud pereliikmete (ühekordselt) osakaalu elanike koguarvus.	2009 – 2,9% 2010 – 3,5% 2011 – 3,4% 2012 – 3,0% 2013 – 2,7% 2014 – 2,8%*	2015 – 2,7% 2016 – 2,6% 2017 – 2,6% 2018 – 2,5% 2019 – 2,4% 2020 – 2,4%
<i>Allikas:</i> Sotsiaalministeeriumi hoolekandestatistika, Statistikaameti rahvastikustatistika	Arvestuse aluseks on aasta jooksul toimetulekutoetust saanud perede	*proгноos	

Varasemaid kordajaid pereliikmete arv ja aasta  
 korrigeeritud tulenevalt keskmine elanike arv.  
 Statistikaamet uutest  
 rahvaarvudest 2000–2013

### Meede 1.3.1: hoolekandeteenuste ja sotsiaaltoetuste vajadustepõhise 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.

Meetme saavutamist mõõdetakse järgmiste mõõdikutega:

Indikaator	Selgitus	Algtase	Sihttase
<b>Kodust iseseisvat toimetulekut toetavate avahooldusteenuste ehk mitteinstitutsionaalsete teenuste ja ööpäevaringse institutsionaalse hooldusteenuse saajate suhtarv eakate hoolduses</b>	Näitab	2009 – 1,3	2015 – 1,2
	avahooldusteenuseid	2010 – 1,2	2016 – 1,2
	kasutavate eakate ja	2011 – 1,2	2017 – 1,3
	ööpäevaringset	2012 – 1,0	2018 – 1,3
	institutsionaalset	2013 – 1,1*	2019 – 1,3
	hooldusteenust saavate eakate suhtarvu.	2014 – 1,2*	2020 – 1,4
<i>Allikas:</i> Sotsiaalministeeriumi hoolekandestatistika, Sotsiaalkindlustusameti rehabilitatsiooniteenuse statistika	Eesmärk on see, et eakas inimene saaks avahooldusteenuste abil elada võimalikult kaua kodustes tingimustes, ning väheneks ööpäevaringse hooldusteenuse kasutajate arv. Eakateks loetakse isikud, kes on vähemalt 65-aastased.	* <i>prognoos</i>	
<b>Iseseisvat toimetulekut toetavate avahooldusteenuste ja ööpäevaringset mitteinstitutsionaalset hooldusteenust saavate tööealiste puudega inimeste suhtarv</b>	Näitab	2009 – 3,4	2015 – 3,4
	avahooldusteenuseid	2010 – 3,3	2016 – 3,5
	kasutatavate tööealiste puudega inimeste ja	2011 – 3,1	2017 – 3,6
	ööpäevaringset	2012 – 2,7	2018 – 3,8
	institutsionaalset	2013 – 3,1*	2019 – 3,9
	hooldusteenust saavate tööealiste puudega inimeste suhtarvu.	2014 – 3,2*	2020 – 4,0
<i>Allikas:</i> Sotsiaalministeeriumi hoolekandestatistika, Sotsiaalkindlustusameti rehabilitatsiooniteenuse statistika	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	* <i>prognoos</i>	

raskusaste.			
<b>Iseseisvat toimetulekut toetavate avahooldusteenuste ja ööpäevaringse institutsionaalse hooldusteenuse saajate suhtarv erihoolekandes</b>	Näitab	2009 – 1,6	2015 – 2,0
	avahooldusteenuseid	2010 – 1,5	2016 – 2,0
	kasutavate tööaliste	2011 – 1,6	2017 – 2,0
	puudega inimeste ja	2012 – 1,8	2018 – 2,0
	ööpäevaringset	2013 – 1,8*	2019 – 2,1
	institutsionaalset	2014 – 1,9*	2020 – 2,1
	hooldusteenust saavate		
	tööaliste puudega	*proгноos	
	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.		
<i>Allikas:</i>			
<i>Sotsiaalministeeriumi hoolekandestatistika, Sotsiaalkindlustusameti rehabilitatsiooniteenuse statistika</i>			

**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.

Ööpäevaringsete 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 **asenduskodud peremaja tüüpi asutusteks**. Uue Euroopa rahastamisperioodi toel jätkame erihoolekandetasutuste deinstitutionaliseerimise protsessiga. Kooskõlas riiklike erihoolekandetasutuste ja –teenuste reorganiseerimise kavaga ning koostatava **erihoolekande arengukavaga** planeeritud teenuskohtadel saavad psüühilise



erivajadusega inimesed elada inimväärses elutingimustes, olla oluliselt iseseisvamad enda elu puudutavates otsustes ja elukorralduslikes küsimustes.

Oleme seadnud eesmärgi tagada kõigile ohvritele esmane nõustamine. Selleks **jätkame riikliku ohvriabiteenuse ja lepitusteenuse arendamist**, arvestades lähisuhtevalla 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. Nende eesmärkide täitmiseks kasutame perioodil 2014–2020 EL struktuurivahendeid ning toetame kohalikke omavalitsusi piirkonna teenuste vajaduste analüüsimisel ja teenuste osutamise koostöövõimaluste arendamisel.

Arendame tugiteenuseid suure hooldusvajadusega noorte õppimise ja töötamise soodustamiseks, samuti hoiuteenuseid ning lasteaias ja -hoius, hariduses ja rehabilitatsioonis osalemist võimaldavaid tugiteenuseid suure hooldusvajadusega lastele, võimaldades nende vanematel osaleda õpingutes ning tööturul.

**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 perede hooldusvajaduse hindamise instrument, rehabilitatsioonivajaduse hindamise instrument) ning vajaduse korral töötame välja uusi, lähtudes põhimõttest, et need annaksid objektiivse ülevaate teenuste vajadusest ja tulemuslikkusest, oleksid tõendus põhised ning võimalusel tugineksid elektroonilisele andmevahetusele.

Arendame EL struktuurivahendite abil integreeritud teenuste osutamist toimetulekuraskustega inimestele, sh pakume kohalikele omavalitsustele tuge leidmaks lahendusi inimeste jaoks, kellel on tööturul osalemiseks mitmed takistused (nt pikaajalised töötud ja heitunud, vanglast vabanenud jne).

**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. Koostöös kohalike omavalitsustega võimaldame puuduses olevatel isikutel saada **toiduabi**, samuti **maksame** allpool suhtelist vaesuspiiri elavatele lastega perekondadele **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 1.3.2: hoolekandeteenuste kvaliteedi ja klientide parema teadlikkuse tagamine

Meetme elluviimisel on juhtiv roll Sotsiaalministeeriumi hoolekandeosakonnal.

Meetme saavutamist mõõdetakse järgmiste mõõdikutega:

Indikaator	Selgitus	Algtase	Sihttase
<b>Teenusjuhistega varustatud hoolekandeteenuste arv</b> <i>Allikas: Sotsiaalministeerium</i>	Näitab teenusjuhistega varustatud hoolekandeteenuste arvu. Hoolekandeteenustena käsitatakse kohalike omavalitsuste hoolekandeteenuseid.	2011 – teenusjuhised puuduvad 2012 – 14 2013 – 15 2014 – 15* <i>*prognoos</i>	2015 – 15** 2016 – 15** 2017 – 15** 2018 – 15** 2019 – 15** 2020 – 15** <i>** korrigeeritakse teenuste korralduse muutumisel</i>
<b>Kehtivat kvaliteedijuhtimissüsteemi sertifikaati omavate asutuste arv</b> <i>Allikas: Sotsiaalministeerium</i>	Näitab kui paljud asutused omavad kehtivat kvaliteedijuhtimise sertifikaati, mis on oluliseks näitajaks kvaliteedijuhtimissüsteemi rakendamisel asutustes. Kvaliteedijuhtimissüsteemi rakendamise eesmärk on ühtlustada teenuste kvaliteeti asutustes, sh aidata asutustel oma tööd efektiivsemalt korraldada, tulemuslikumalt töötada ning teenuste osutamise protsesse hallata.	2011 – 6 asutust 2012 – 6 asutust 2013 – 29 asutust 2014 – 35 asutust* <i>*prognoos</i>	2015 – 40 asutust 2016 – 50 asutust 2017 – 35 asutust 2018 – 40 asutust 2019 – 50 asutust

Hoolekandeteenuste kasutajate ja teenuseosutajate teadlikkuse tõstmiseks ning kohaliku omavalitsuse toetamiseks kvaliteetsete teenuste osutamisel **täpsustame omavalitsuse hindamiskohustust hoolekandelise 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.** Järgnevate aastate 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. Analüüsimise 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 **analüüsimise kvalifikatsiooni- ja kvalifikatsiooni säilitamise nõuete** (sh täiendkoolitus) **kehtestamise vajalikkust sotsiaal- ja lastekaitsetöötajatele**. Analüüsimise 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 tösta 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 arvamuse- 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 1.3.3: hoolekandeteenuste jätkusuutlikkuse ja efektiivsuse tagamine

Meetme saavutamist mõõdetakse järgmiste mõõdikutega:

Indikaator	Selgitus	Algtase	Sihttase
<b>Rehabilitatsiooniteenuse järjekorras olevate isikute arv</b> <i>Allikas: Sotsiaalministeerium</i>	Näitab 1. jaanuari	2010 – 8714	2015 – 4000
	seisuga isikute arvu, kes	2011 – 10 286	2016 – 2000
	on	2012 – 9946	2017 – 900
	rehabilitatsiooniteenuse	2013 – 11 314	2018 – 500
	järjekorras.	2014 – 7041	2019 – 300
			2020 – 200
<b>Erihooldusteenuse järjekorras olevate isikute arv</b> <i>Allikas: Sotsiaalministeerium</i>	Näitab 1. jaanuari	2011 – 446	2015 – 500
	seisuga isikute arvu, kes	2012 – 632	2016 – 400
	on erihooldusteenuse	2013 – 1262	2017 – 364
	järjekorras.	2014 – 1051	2018 – 330
			2019 – 300
			2020 – 270

2013. aastal alustati erihoolekande valdkonna arengukava aastateks 2014–2020 väljatöötamist, mis on riigi strateegiline lähtedokument erihoolekandeteenuste ja valdkonna arendamiseks. Arengukava koostamise peamiseks eesmärgiks oli osapooli kaasates kokku leppida valdkonna arengusuundades, sõnastada valdkonna eesmärgid ning kaardistada järgmiste aastate teenustevajadused, sätestada suunad ja põhimõtted valdkonna üldküsimumuste lahendamiseks.

Arengukavas esitatud eesmärgid ja meetmed on aluseks riigieelarve vahendite, sh Euroopa Liidu struktuurivahendite planeerimisel.

**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 metoodika**. 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 hinnakujundusele ja taotluste menetlusele. Analüüsime abivahendite piirhindade mõju hinnakujundusele ning eelarvele, et hinnangu põhjal vajadusel töötada välja 2015. aastal rakenduvad muudatused. Täiendame laenuusteenuuse hinnakujunduse kontseptsiooni ning rakendame need 2015. aasta keskpaigast koos abivahendite süsteemi tervikmuudatustega. Töötame välja meditsiiniseadmete ja abivahendite registri. Valmistame ette abivahendite korralduse tsentraliseerimise rakendamise eesmärgiga muuta süsteem kulutõhusamaks ja ühtlustada riiklike hoolekandeteenuste korraldusskeeme.

**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 riskasutust 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. Keskendume sellele, et tagada vanemliku hoolitsuseta lapsi ja nende peresid puudutavate toimingute andmete koondumine STARi, toetamaks lastekaitse valdkonnas toimuvaid arenguid.

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.

#### **Alaesmärk 1.4: naistele ja meestele on kõigis ühiskonnaelu valdkondades tagatud võrdsed õigused, kohustused, võimalused ja vastutus**

Sotsiaalministeeriumi ülesanne on naiste ja meeste võrdõiguslikkuse edendamine ja sellealase tegevuse koordineerimine. 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, suurendamaks nende võimekust ja oskuseid seadust rakendada, samuti asjakohaste uuringute ja analüüside tellimine ning tegemine toetamaks vajalike uurimis- ja statistiliste andmete olemasolu teadmispõhiste otsuste langetamiseks. Soolise palgalõhe vähenemiseks tegeleme sihikindlalt ja süsteemselt kõikide eespool nimetatud tegevustega.

Olulise teemana tegeleme ka soopõhise vägivalla (sh perevägivalla) ja inimkaubanduse (sh naistega kaubitsemise) ennetamise ja ohvritele suunatud teenuste koordineerimisega. Sotsiaalministeeriumi vastutusallas on perevägivalla ohvrite abistamise süsteemi arendamine, samuti nõustamisteenuste tagamine prostitutsiooni kaasatud isikutele. Inimkaubanduse teema puhul on meie roll ennetustöö ja ohvriabi arendamine ning koordineerimine, rakendusasutuseks inimkaubanduse ohvrite abistamisel on Sotsiaalkindlustusamet. 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).

### Meede 1.4.1: soolise ebavõrdsuse kaotamine ja võrdõiguslikkuse edendamine

Meetme saavutamist mõõdetakse järgmiste mõõdikutega:

Indikaator	Selgitus	Algtaase	Sihttaase
<b>Horisontaalne segregatsioon ehk sooline segregatsioon tegevusalati, %</b> <i>Allikas: Eurostat, Euroopa Komisjon</i>	Näitab meeste ja naiste jaotumist erinevate tegevusalade lõikes.	2009 – 25,4%	2015 – 24,7%
	Horisontaalse ehk tegevusalase segregatsiooni leidmiseks arvutatakse kui suur osa naistest ja meestest on hõivatud igal tegevusalal (igas sektoris) ning summeeritakse meeste ja naiste vahelised erinevused nendes hõivemäärades.	2010 – 25,7%	2016 – 24,6%
	Tulemus normaliseeritakse, väljendades seda protsendina koguhõivest.	2011 – 25%*	2017 – 24,5%
	Kasutatakse tegevusalade NACE klassifikaatorit.	2012 – 25,2%	
		2013 – 24,9%*	
		2014 – 24,8%*	
		<i>*prognoos</i>	

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 arvestatakse soolise võrdõiguslikkuse põhimõtetega. Rakendame 2012. aastal Vabariigi Valitsuse poolt heaks kiidetud tegevuskava naiste ja meeste palgalõhe vähendamiseks. Toetame Soolise võrdõiguslikkuse nõukogu tööd ning töötame välja soolise võrdõiguslikkuse edendamise strateegilise plaani.

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

### Meede 1.4.2: Soopõhise vägivalla (sh perevägivalla) ja inimkaubanduse (sh naistega kaubitsemise) ennetamine ja tõkestamine

Meetme saavutamist mõõdetakse järgmiste mõõdikutega:

Indikaator	Selgitus	Algtase	Sihttase
<b>Varjupaigakohtade arv Eestis</b> <i>Allikas: Sotsiaalministeerium, hoolekandestatistika</i>	Näitab varjupaigakohtade arvu, mida saavad kasutada nii perevägivalla ohvrid kui nendega varjupaika kaasa võetud lapsed (kuna peamiselt pöörduvad naised koos lastega).	2009 – 125 2010 – 116 2011 – 115 2012 – 118 2013 – 122* 2014 – 108* *prognosis	2015 – 1 varjupaiga koht iga 18+ elaniku kohta 2016 – 1 varjupaiga koht iga 18+ elaniku kohta 2017 – 1 varjupaiga koht iga 18+ elaniku kohta 2018 – 1 varjupaiga koht iga 18+ elaniku kohta 2019 – 1 varjupaiga koht iga 18+ elaniku kohta 2020 – 1 varjupaiga koht iga 18+ elaniku kohta
<b>Teenuseid saanud inimkaubanduse ohvrite arv aastas</b> <i>Allikas: Sotsiaalkindlustusamet</i>	Näitab rehabilitatsioonikeskuses ja varjupaigas abi saanud inimkaubanduse ohvrite ning prostitutsiooni kaasatud isikute arvu aastas. Inimkaubanduse ohvritele mõeldud teenuste koordinaator on Sotsiaalkindlustusamet, kes suunab ohvrid teenustele. Prostitutsiooni kaasatud isikutele pakub spetsiifilisi teenuseid üks rehabilitatsioonikeskus kolmes Eesti piirkonnas. Näitab kui paljud inimkaubanduse ohvrid on aasta jooksul teenust saanud.	2009 – 2010 – 2011 – 2012 – 22** 2013 – 56* 2014 – 60* *prognosis ** andmeallikas MTÜd, alates 2014. aastast esitab andmeid Sotsiaalkindlustusamet	2015 – 60 2016 – 60 2017 – 60 2018 – 60 2019 – 60 2020 – 60
<b>Nõustamisteenuseid saanud prostitutsiooni kaasatud isikute arv</b> <i>Allikas: Sotsiaalministeerium (MTÜde andmed)</i>	Näitab nõustamiskeskustesse pöördunud prostitutsiooni kaasatud isikute arv, kellele osutatakse erinevaid nõustamisteenuseid.	2009 – 2010 – 2011 – 2012 – 150 2013 – 200* 2014 – 200* *prognosis	2015 – 200 2016 – 200 2017 – 200 2018 – 200 2019 – 200 2020 – 200
<b>Naiste varjupaikadesse (tugikeskustesse) pöördujate arv</b>	Näitab naiste varjupaikades (tugikeskustes) abi saanud perevägivalla ja	2009 – 2010 – 2011 – 1302 (sh 122 last)	2015 – 1700 2016 – 1700 2017 – 1700 2018 – 1700

<i>Allikas: Sotsiaalministeerium</i>	naistevastase vägivalda	2012 – 1757 (sh 188	2019 – 1700
	ohvrite arvu aastas.	last)	2020 – 1700
		2013 – 1688 (sh 164	
		last)	
		2014 – 1700 isikut*	
		*proгноос	

**Soopõhise vägivalda ja inimkaubanduse ennetamine ja tõkestamine** toimub vägivalda vähendamise arengukava aastateks 2010–2014 jätkustrateegia, koostamisel oleva siseturvalisuse arengukava ning planeeritava sotsiaalse turvalisuse ja võrdsete võimaluste arengukava tegevuste rakendamisega koostöös teiste ministeeriumite ja vabasektori organisatsioonidega. Turvalise pere- ja elukeskkonna edendamise eesmärgil arendame ohvrite abistamise süsteemi, arendades teenuseid ja tõstes spetsialistide kompetentsi. Norra finantsmehhanismi 2012–2015 vahenditega tegeleme ohvritele pakutavate teenuste arendamisega, laiapõhjalise koolitusega ohvrite ja vägivallatsetega kokkupuutuvatele spetsialistidele, uuringute tegemisega ning erinevate teavitustegevustega.

**Inimkaubanduse ennetamiseks ja tõkestamiseks ning inimkaubanduse ohvrite ja prostitutsiooni kaasatud isikute abistamiseks** viime ellu vägivalda vähendamise arengukava aastateks 2010–2014 jätkustrateegia inimkaubanduse osa, kus meie ülesanded on seotud peamiselt ennetustöö (teavitamine, koolitamine, juhendmaterjalide loomine) ja ohvrite abistamise süsteemi arendamisega. 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.

## Alaeesmärk 1.5: sidusus ja võrdne ühiskond

Sotsiaalne ebavõrdsus väljendub teatud sotsiaalsete rühmade madalas staatuses ning väheses kogukondlikus kaasatuses. Ühiskondliku kihistumise, ebavõrdsuse ja tõrjutuse vähendamiseks ning sotsiaalsete suhete ja sidemete tugevdamiseks peame oluliseks sotsiaalse tõrjutuse ennetamist, teadlikkuse tõstmist võrddsest kohtlemisest ning toetavate teenuste arendamist. Peame tähtsaks, et erinevate haavatavate gruppide õigusi ja vajadusi võetakse arvesse erinevate valdkondade poliitikates ning arvestatakse, kuidas kavandatavad meetmed võivad mõjutada nende gruppide liikmete olukorda ühiskonnas, seades eemärgiks võrdsete võimaluste ja võrdõiguslikkuse tagamise.

Alaeesmärgi saavutamist mõõdetakse järgmiste mõõdikutega:

Indikaator	Selgitus	Algtase	Sihttase
<b>Puudega inimeste tööhõive määr 20–64-aastaste vanusegrupis, %</b>	Puudega inimeste	2009 – 20,3%	2015 – 28%
	tööhõive määr	2010 – 18,5%	2016 – 30%
	vanusegrupis 20–64-	2011 – 21,2%	2017 – 33%
	aastat näitab, kui palju	2012 – 22,1%	2018 – 35%
	kehtiva puude	2013 – 23%*	2019 – 40%
<i>Allikas: Statistikaamet, Eesti tööjõu-uuring</i>	raskusastmega isikutest on tööga hõivatud.	2014 – 24%*	2020 – 42%
		*proгноос	
<b>Puudega inimeste suhtelise vaesuse määra erinevus elanikkonna suhtelise vaesuse määrast, protsendipunktides</b>	Iseloomustab puudega	2009 – 6,0pp	2015 – 7,0pp
	inimeste lõimumist Eesti	2010 – 6,3pp	2016 – 7,0pp
	ühiskonda. Võrdlus Eesti	2011 – 8,6pp	2017 – 7,0pp
	üldise keskmisega annab	2012 – 6,5pp*	2018 – 7,0pp
	võimaluse hinnata, kui	2013 – 6,8pp	2019 – 7,0pp
suur erinevus on	2014 – 6,8%*	2020 – 7,0pp	
<i>Allikas: Statistikaameti Eesti sotsiaaluuring</i>	nimetatud riskirühmal.	*proгноос	
	Puudega inimesteks		

<i>(EU-SILC) seotuna Sotsiaalkindlustusameti arstliku ekspertiisi andmekogu puude andmetega</i>	loetakse isikud, kellele on ametlikult määratud puude raskusaste. Suhtelise vaesuse määr näitab isikute osakaalu, kelle ekvivalentnetosissetulek on suhtelise vaesuse piirist (60% leibkonnaliikmete aasta ekvivalentnetosissetuleku mediaanist) madalam.
---	---

### **Meede 1.5.1: puudega inimeste õiguste kaitse ja võrdsete võimaluste edendamine**

Puudega inimeste õiguste kaitseks ja iseseisva toimetuleku parandamiseks **rakendame ÜRO puuetega inimeste õiguste konventsiooni põhimõtteid ja puudega inimeste õiguste kaitse arengukava 2015–2020 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 võetaks arvesse erinevate valdkondade poliitikates (nt transport, IKT, sotsiaal- ja tervishoiuteenuste kättesaadavus) ning et kõigi kohalike omavalitsuste arengukavades arvestataks puudega inimeste õiguste ja vajadustega. ÜRO puuetega inimeste õiguste konventsiooni ühe kriitilisema küsimusena **analüüsime avaliku ruumi ja teenuste juurdepääsetavuse võimalusi**. Jätkame invaspordi rahastamist.

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

### **Meede 1.5.2: vanusesõbraliku ühiskonna kujundamine ning vanemaealiste elukvaliteedi ja võrdsete võimaluste kindlustamine**

**Aktiivsena vananemise poliitika kujundamisel** peame oluliseks vanemaealiste sotsiaalse tõrjutuse ennetamist ning aktiivsena ja vääriskana 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.

### Meede 1.5.3: võrdse kohtlemise koordineerimine ja edendamine

**Võrdse kohtlemise koordineerimisel ja edendamisel** teeme koostööd erinevate ministeeriumite 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.

## 2. Rahvatervis

*Üldeesmärk: tervena elatud eluiga on Eestis aastaks 2020 pikenenud meestel keskmiselt 60 ja naistel 65 eluaastani ning keskmine eeldatav eluiga on pikenenud meestel 75 ja naistel 84 eluaastani.*

Sotsiaalministeerium lähtub poliitika kujundamisel rahvatervise tulemusvaldkonnas „Rahvastiku tervise arengukavas 2009–2020“ (RTA) seatud eesmärkidest. Rahvatervise paranemine ja eluea pikenemine saavutatakse viiele alaeesmärgile suunatud tegevuste kaudu, mis keskenduvad teadlikkuse suurendamisele, keskkonna tervislikumaks muutmisele ning teenuste ja järelvalve tõhustamisele. Teadus- ja arendustegevuse planeerimise alusena töötatakse välja tervishoiualane teadus- ja arendustegevuse pikaajaline arengukava (valmib 2015. aastaks).

Prioriteetid 2015–2018:

- Kiirabi kui elutähtsa teenuse kättesaadavuse, kvaliteedi ja kriisivõimekuse tagamine
- Tervishoiu arengusuundade uuendamine, esmatasandi arstiabi tugevdamine läbi selleks vajaliku taristu võrgu ühtlustamise ning tipptasemel eriarstiabi pakkuva haiglavõrgu edasise optimaalse arengu toetamiseks.
- Toitumisalaste soovitude (toitumise rohelise raamatu) väljatöötamine ja tegevuste elluviimine.
- Alkoholi ja tubaka rohelistes raamatutes olevate meetmete rakendamine (sh tubakast loobumise nõustamisteenuste ja alkoholisoõltuvuse ravi arendamine ja piloteerimine).

Eesmärgi elluviimiseks on kooskõlas RTAs kavandatud viis alaeesmärki: (1) sotsiaalse sidususe suurendamine ja ebavõrdsuse vähendamine tervises, (2) laste ja noorte suremus ja psüühika- ning käitumishäirete esmashaigestumus on vähenenud ning noored annavad oma tervisele järjest positiivsema hinnangu, (3) elu-, töö- ja õpikeskkonnast tulenevad terviseriskid on vähenenud, (4) rahvastiku kehaline aktiivsus on suurenenud, toitumine on muutunud tasakaalustatumaks ja riskikäitumine on vähenenud ning (5) kõigile inimestele on tagatud kvaliteetsete tervishoiuteenuste kättesaadavus ressursside optimaalse kasutuse kaudu.

Üldeesmärgi saavutamist mõõdetakse järgmiste mõõdikutega:

Indikaator	Selgitus	Algtase	Sihttase
<b>Eeldatav eluiga sünnimomendil (mehed ja naised eraldi), aastates</b>	Keskmine oodatav eluiga näitab mingis vanuses keskmiselt elada jäävate aastate arvu elutabeli järgi, kui suremus ei muutuks, antud näitajas 0 aasta vanuses (odatav eluiga	Mehed 2009 – 69,84 2010 – 70,62 2011 – 71,16 2012 – 71,10 2013 – 71,6* 2014 – 72,1*	Mehed 2015 – 72,5** 2016 – 73* 2017 – 73,5 2018 – 74 2019 – 74,5
<i>Allikas: Statistikaamet (RES, VVTP, RTA)</i>			

sünnimomendil).		<i>*prognoos</i>	2020 – 75* <i>*RTA eesmärk</i> <i>** VVTP eesmärk</i>
		Naised	Naised
		2009 – 80,07	2015 – 82,2**
		2010 – 80,52	2016 – 82,5*
		2011 – 81,09	2017 – 82,9
		2012 – 81,1	2018 – 83,2
		2013 – 81,5*	2019 – 83,6
		2014 – 81,8*	2020 – 84*
		<i>*prognoos</i>	<i>*RTA eesmärk</i> <i>** VVTP eesmärk</i>
<b>Tervena (piirangutevabalt) elatud eluiga sünnimomendil (mehed ja naised eraldi), aastates</b> <i>Allikas: Statistikaamet (RES, VVTP, RTA)</i>	Keskmine aastate arv, mida inimene tõenäoliselt elab igapäevategevuste piiranguteta, kui suremus ja rahvastiku tervise näitajad jääks samaks.	Mehed	Mehed
		2009 – 54,8	2015 – 57,1**
		2010 – 54,1	2016 – 57,5*
		2011 – 53,9	2017 – 58,1
		2012 – 53	2018 – 58,6
		2013 – 56,3*	2019 – 59,2
		2014 – 56,7*	2020 – 60*
		<i>*prognoos</i>	<i>*RTA eesmärk</i> <i>** VVTP eesmärk</i>
		Naised	Naised
		2009 – 59	2015 – 62**
2010 – 58	2016 – 62,5*		
2011 – 57,7	2017 – 63,1		
2012 – 57	2018 – 63,7		
2013 – 61*	2019 – 64,4		
2014 – 61,5*	2020 – 65*		
<i>*prognoos</i>	<i>*RTA eesmärk</i> <i>** VVTP eesmärk</i>		

## Alaesmärk 2.1: sotsiaalse sidususe suurendamine ja ebavõrdsuse vähendamine tervises

Alaesmärgi saavutamist mõõdetakse järgmiste mõõdikutega:

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

<b>Ravikindlustusega kaetute osakaal rahvastikust</b>	Näitab kui suure osakaalu moodustavad ravikindlustusega kaetud isikud kogu rahvastikust 31.12 seisuga.	2009 – 95,6% 2010 – 94,2% 2011 – 93,7% 2012 – 93,4% 2013 – 93,3% 2014 – 95,2%*	2015 – 97,1% 2016 – 99% 2017 – 99% 2018 – 99% 2019 – 99% 2020 – 100%  *RTA eesmärk
<i>Allikas: Statistikaamet, Eesti Haigekassa (RTA)</i>			
<i>Varasemaid kordajaid korrigeeritud tulenevalt Statistikaamet uutest rahvaarvudest 2000–2013</i>		<i>*proгноos</i>	

### Meede 2.1.1: ebavõrdsuse vähendamine tervises läbi sotsiaalmajanduslike mõjurite

Antud meetme arengusse panustavad tegevused kajastuvad poliitikavaldkonna tööturg ja sotsiaalne turvalisus meetmete all.

### Meede 2.1.2: rahvatervise valdkonna arendamine ja kogukondade ja paikkondade võimestamine tervise edendamisel

Tervisliku eluviisi soodustamiseks ja edendamiseks keskendume terviseteadlikkuse tõstmisele ja tervist toetava keskkonna kujundamisele. Selleks kaasajastame **rahvatervise seaduses** riigi, maavalitsuste ja kohalike omavalitsuste ülesanded ning loome seadusandliku aluse rahvatervise teenuste jätkusuutlikule osutamisele ja rahastamisele. Arendame rahvatervisealast kompetentsi kõikidel tasanditel, pakkudes koolitust, tõenduspõhist teavet, juhendmaterjale nii riigi, maavalitsuse kui kohaliku omavalitsuse tasandi spetsialistidele. Selleks, et rahvatervise tegevusi oleks võimalik tõendusjuhendatult planeerida ja läbi viia, viime järjepidevalt läbi rahvatervisealaseid uuringuid ja tervisenäitajate seiret. Toetamiseks paikkondliku tervisedenduse arengut, rakendame maakondades tervisedendusega tegelevate isikute tunnustamise süsteemi.

Kohalike omavalitsuste ja maakondade tervisedenduseks, s.h ESF programmi „Tervislike valikuid toetavad meetmed“ tulemuste jätkusuutlikkuse tagamiseks on vajalikud lisavahendid riigieelarvest alates 2015. aastast.

### Meede 2.1.3: inimeste vaimse tervise toetamine

Meetme saavutamist mõõdetakse järgmiste mõõdikutega:

Indikaator	Selgitus	Algtase	Sihttase
<b>Suitsiidide suremuskordaja 100 000 elaniku kohta</b>	Enesetappude arv 100 000 elaniku kohta.	2009 – 20,2 2010 – 16,6 2011 – 16,4 2012 – 17,8 2013 – 14,4* 2014 – 13,8*	2015 – 13,2 2016 – 12,5* 2017 – 11,9 2018 – 11,2 2019 – 10,6 2020 – 10*
<i>Allikas: Statistikaamet, Tervise Arengu Instituut (RTA)</i>	<i>Eesti kuulub kõrge suitsiidiriskiga maade hulka.</i>		
<i>Varasemaid kordajaid korrigeeritud tulenevalt Statistikaamet uutest rahvaarvudest 2000–2013</i>		<i>*proгноos</i>	<i>*RTA eesmärk</i>

**Vaimse tervise edendamisel** on prioriteet integreeritud teenuste arendamine. Sotsiaal- ja tervisevaldkonna koostöös arendatakse aastatel 2013–2016 Norra finantsmehhanismi raames välja eelkõige laste ja noorte vaimset tervist toetavate teenuste võrgustik (kaasates haridus- ja sotsiaalsektorit) ning regionaalsed vaimse tervise kompetentsikeskused Tallinnas, Tartus, Pärnus ja Ida-Virumaal. Sotsiaalkindlustusameti eestvedamisel piloteeritakse integreeritud teenuse osutamist raske ja püsiva psüühikahäiretega lastele, mis sisaldab nii sotsiaal-, hariduse- kui ka

tervishoiu teenuseid n.ö ühes pakettis. 2015. aastaks on valmis vahetulemuste raport integreeritud teenuse osutamisesest ja finantsprognosis aastateks 2016–2018.

Lisaks arendatakse veebipõhiseid vaimse tervise ja reproduktiivtervise alaseid teenuseid tagamaks esmane info ja ennetus vaimse tervise probleemidest ning koolitatakse KOV ja maavalitsuste sotsiaal- ja haridusspetsialiste tervisliku käitumise edendamisesest paikkondades. 2016. aastaks on valminud juhend sõltuvusainete tarvitamise ennetamiseks kogukondades, mida levitatakse kõikides KOV-des.

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. Norra Finantsmehhanismi raames valmib 2016. aastaks kontseptsioon laste vaimse tervise valdkonnast, kus on lisaks hetkeolukorra kaardistusele välja toodud ettepanekud vaimse tervise poliitika kujundamiseks.

## **Alaeesmärk 2.2: laste ja noorte suremus ja psüühika- ning käitumishäirete esmahaigestumus on vähenenud ning noored annavad oma tervisele järjest positiivsema hinnangu**

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

Alaeesmärgi elluviimisel on juhtiv roll Sotsiaalministeeriumi rahvatervise osakonnal. Olulisimateks põhimõteteks poliitikainstrumentide kavandamisel on kõikide eluvaldkondade mõju arvestamine lapse tervisele ning vajalike ennetustegevuste ja teenuste järjepidev arendamine ja osutamine. Alaeesmärgi tegevusi viivad ellu Sotsiaalministeerium ja Tervise Arengu Instituut.

Alaeesmärgi saavutamist mõõdetakse järgmiste mõõdikutega:

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

<p><b>0–19-aastaste laste ja noorte suremuskordaja 100 000 elaniku kohta</b></p> <p><i>Allikas: Statistikaamet</i></p> <p><i>(RTA)</i></p> <p><i>Varasemaid kordajaid korrigeeritud tulenevalt Statistikaamet uutest rahvaarvudest 2000–2013</i></p>	<p>Surmade arv 100 000 sama vana elaniku kohta.</p>	<p>2009 – 40,8 2010 – 48,3 2011 – 37,4 2012 – 38,5 2013 – 44,0* 2014 – 43,0*</p> <p><i>*proгноos</i></p>	<p>2015 – 40,4 2016 – 34,0* 2017 – 33,0 2018 – 32,5 2019 – 31,8 2020 – 31,0*</p> <p><i>*RTA eesmärk</i></p>
<p><b>0–19-aastaste laste ja noorte suremuskordaja vigastuste, mürgistuste, õnnetusjuhtumite tõttu 100 000 elaniku kohta</b></p> <p><i>Allikas: Statistikaamet</i></p> <p><i>(RTA)</i></p> <p><i>Varasemaid kordajaid korrigeeritud tulenevalt Statistikaamet uutest rahvaarvudest 2000–2013</i></p>	<p>Välispõhjustest tingitud surmade arv 100 000 sama vana elaniku kohta.</p>	<p>2009 – 14,4 2010 – 17,9 2011 – 1,6,0 2012 – 11,7 2013 – 14,4* 2014 – 13,6*</p> <p><i>*proгноos</i></p>	<p>2015 – 12,8 2016 – 12* 2017 – 10,8 2018 – 9,5 2019 – 8,3 2020 – 7*</p> <p><i>*RTA eesmärk</i></p>
<p><b>1–19-aastaste laste ja noorte psüühika- ja käitumishäirete esmashaigestumuskordaja 100 000 elaniku kohta</b></p> <p><i>Allikas: Tervise Arengu Instituut</i></p> <p><i>(RTA)</i></p> <p><i>Varasemaid kordajaid korrigeeritud tulenevalt Statistikaamet uutest rahvaarvudest 2000–2013</i></p>	<p>Uute diagnoositud psüühika- ja käitumishäirete arv 100 000 sama vana elaniku kohta.</p>	<p>2009 – 1732 2010 – 2013 2011 – 2010 2012 – 2110 2013 – 2065* 2014 – 2019*</p> <p><i>*proгноos</i></p>	<p>2015 – 1974 2016 – 1929* 2017 – 1897 2018 – 1865 2019 – 1833 2020 – 1801*</p> <p><i>*RTA eesmärk</i></p>
<p><b>Oma tervist väga heaks hindavate 11-, 13- ja 15-aastaste laste osakaal.</b></p> <p><i>Allikas: Tervise Arengu Instituut, HBSC (uuring toimub iga 4 a tagant)</i></p> <p><i>(RTA)</i></p>	<p>Küsitletud õpilaste osakaal, kes hindasid oma tervist väga heaks.</p>	<p>2009 – 29,3% 2012 – 32,9%* 2013 – 32,9%*</p> <p><i>*proгноos</i></p>	<p>2016 – 33,8%* 2017 – 33,8% 2020 – 34,7%*</p> <p><i>*RTA eesmärk</i></p>

### Meede 2.2.1: reproduktiiv- ja imikute tervise edendamine

Meetme saavutamist mõõdetakse järgmiste mõõdikutega:

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

<b>Imikusuremuskordaja</b>	Näitab alla aasta vanuses surnud laste arvu 1000 elussünni kohta.	2009 – 3,6 2010 – 3,3 2011 – 2,5 2012 – 3,6 2013 – 2,4* 2014 – 2,4*	2015 – 2,3 2016 – 2,2* 2017 – 2,1 2018 – 2,0 2019 – 1,8 2020 – 1,7*
<i>Allikas: Statistikaamet (RTA)</i>		<i>*prognoos</i>	<i>*RTA eesmärk</i>
<b>Osaliselt või täielikult rinnapiimatoidul olevate 6 kuu vanuste imikute osakaal</b>	Imikute osakaal, kes 6 kuu vanuses on rinnapiimatoidul.	2009 – 53,4% 2010 – 54,8% 2011 – 55,3% 2012 – 55,3% 2013 – 58%* 2014 – 61%*	2015 – 64% 2016 – 66% 2017 – 68% 2018 – 71% 2019 – 73% 2020 – 75%*
<i>Allikas: Tervise Arengu Instituut (RTA)</i>		<i>*prognoos</i>	<i>*RTA eesmärk</i>

Edendame noorte reproduktiiv- ja seksuaalervisealast teadlikkust ennetamiseks suguhaigustesse haigestumist ja sellega seotud tüsistusi, soovimatuid rasedusi, pakkudes noortesõbralikke nõustamisteenuseid maakondlikes nõustamiskeskustes ning pedagoogide teadmiste ja oskuste täiendamist. Haigekassa vahendusel pakutakse raseduskriisiaegset nõustamist. Panustame viljatusravi tulemuslikkuse suurendamisse ning jätkame selle rahastamist.

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 toetame beebisõbralike haiglate võrgustiku loomist

Toetame lapsevanemate teadmiste ja oskuste kasvu lastele soodsa arengukeskkonna loomiseks, vägivalla, väärkohtlemise, vigastuste ja mürgistuste ennetamiseks.

### **Meede 2.2.2: eelkooliealiste laste tervise edendamine**

Tõhustame **koolieelsete laste** arengu- ja tervisehäirete varaseks avastamiseks, õigeaegse immuniseerimisega hõlmatuse saavutamiseks ja lapsevanemate nõustamiseks tehtavat laste **regulaarset tervisekontrolli**. Toetame koolituste ja tõendus põhiste 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.

### **Meede 2.2.3: kooliealiste laste ja noorte tervise edendamine**

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 koostöös haigekassa ja Kultuuriministeeriumiga noorsportlaste tervisekontrolli süsteemi, vaadates üle hetkel rahastatava süsteemi ning uuendaks vastavalt vajadustele.

### **Alaesmärk 2.3: elu-, töö- ja õpikeskkonnast tulenevad terviseriskid on vähenenud**

Elu-, töö- ja õpikeskkonnast tulenevate terviseriskide vähendamiseks on vaja neid süsteemselt hinnata, tõsta inimeste teadlikkust neid puudutavatest terviseriskidest, võimalustest riskide

vähendamiseks ja oskust teha teadlikke valikuid oma elu-, töö- ja õpikeskkonna kujundamisel ning riskide maandamisel ning tagada riigi valmisolek tegeleda võimalike hädaolukordadega.

Alaeesmärgi elluviimisel on juhtiv roll Sotsiaalministeeriumi rahvatervise osakonnal. Olulisimateks poliitikainstrumentideks on tervisekaitse- ja ohutusnõuete täitmise tagamine ning teavitustegevused. Alaeesmärgi tegevusi viivad ellu Sotsiaalministeerium ja Terviseamet.

Alaeesmärgi saavutamist mõõdetakse järgmiste mõõdikutega:

Indikaator	Selgitus	Algtase	Sihttase
<b>Suremus hingamiseldite haigustesse (100 000 elaniku kohta)</b> <i>Allikas: Statistikaamet, Tervise Arengu Instituut</i> (RTA)	Näitab surmade arvu 100 000 sama vana elaniku kohta.	2009 – 33,4	2015 – 31,7
		2010 – 32,0	2016 – 31*
		2011 – 31,3	2017 – 31
		2012 – 33,9	2018 – 31
		2013 – 33,2*	2019 – 31
		2014 – 32,4*	2020 – 31*
		<i>*proгноос</i>	<i>*RTA eesmärk</i>
<b>Astma diagnoosi/ravi saanute osakaal 16–64-aastaste hulgas</b> <i>Allikas: Tervise Arengu Instituut, tervisekäitumise uuring (uuring toimub iga 2 a tagant)</i> (RTA)	Näitab küsitletute osakaalu, kellele on pandud astma diagnoos või kes saavad astma tõttu ravi.	2010 – 2,7%	2016 – 1,7%*
		2012 – 2,7%	2018 – 1,6%
		2014 – 2,2%*	2020 – 1,5%*
		<i>*proгноос</i>	<i>*RTA eesmärk</i>

### Meede 2.3.1: tervist toetava elukeskkonna arendamine ja elukeskkonnast tulenevate terviseriskide vähendamine

Meetme saavutamist mõõdetakse järgmiste mõõdikutega:

Indikaator	Selgitus	Algtase	Sihttase
<b>Joogiveest tingitud haiguspuhangute arv</b> <i>Allikas: Terviseamet</i>	Näitab mitu joogivee kaudu levivat haiguspuhangut on nimetatud aastal registreeritud.	2009 – 0	2015 – 0
		2010 – 0	2016 – 0
		2011 – 0	2017 – 0
		2012 – 0	2018 – 0
		2013 – 0	2019 – 0
		2014 – 0*	2020 – 0
		<i>*proгноос</i>	

<b>Nõuetele vastava joogiveega varustatud elanikkonna osakaal</b> <i>Allikas: Terviseamet (RTA)</i>	Nõuetele vastava joogiveega varustatud elanikkonna osakaal näitab mitu protsenti Eesti elanikkonnast tervikuna saab nõuetele vastavat joogivett (ehk kvaliteedi nõuetele vastava ühisveevärgi joogivee tarbijate arv on jagatud Eesti elanike arvuga). Kuna Eestis on palju hajaasustuspiirkondi, kus inimesed tarbivad vett isiklikest erakaevudest/veevärgidest ning riikliku järelevalvet nende üle ei toimu, ei ole võimalik saavutada 100%.	2011 – 72%	2015 – 82,5%
		2012 – 76,5%	2016 – 88%*
		2013 – 78,6%	2017 – 88,2%
		2014 – 80,0%*	2018 – 88,4%
		<i>*proгноos</i>	2019 – 88,6%
			2020 – 90%*
			<i>*RTA eesmärk</i>
<b>Elanikkonna toidutekkelistesse nakkushaigustesse haigestunute arv (100 000 elaniku kohta)</b> <i>Allikas: Terviseamet (RTA)</i>	Nakatunute arv 100 000 elaniku kohta.	2011 – 340	2015 – 220
		2012 – 204	2016 – 200*
		2013 – 264	2017 – 200
		2014 – 240*	2018 – 200
		<i>*proгноos</i>	2019 – 200
			2020 – 200*
			<i>*RTA eesmärk</i>

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. Tähelepanu tuleb pöörata pöörata nii õigusaktidest tulenevatele turustamiselsetele tegevustele, mis loovad eelduse kaupade vabaks liikumiseks, kui ka järelevalve haldussuutlikkuse tõstmisele, sh järelevalveametnike täiendusõppele. Rahvatervise seaduse uuendamise protsessis ühtlustatakse tervisekaitseõuded elu-, töö- ja õpikeskkonnale. Jätkame kemikaalivaldkonna õigusruumi korrastamist (kemikaalide arvestussüsteemi väljatöötamine, EL otsekohaldavate õigusaktide rakendamist).

### **Meede 2.3.2: tervist toetava õpikeskkonna arendamine ja õpikeskkonnast tulenevate terviseriskide vähendamine**

Pöörame üha suuremat tähelepanu koolide ja koolieelsete lasteasutuste ruumide sisekliimale ning halvast siseõhust tingitud haigustele, tervisehäiretele ja ruumiõhu sündroomile. Hooned ja ruumid peavad olema õppetegevuse läbiviimiseks sobivad, ohutud ja turvalised. Kaitseme laste tervist, vältides kokkupuudet kahjulike ainetega kohtades, kus lapsed õpivad ja mängivad. Vaatamata sellele, et Eestis on arvestatav hulk keskkonnaseireandmeid ning andmeid kogutakse nii inimese terviseseisundi kui ka haigestumiste kohta, puuduvad tervisenäitajatevahelisi seoseid kajastavad uuringud ning andmete analüüs.



### Meede 2.3.3: tervist toetava töökeskkonna arendamine ja töökeskkonnast tulenevate terviseriskide vähendamine

Antud meetme tegevused on osaliselt kajastatud poliitikavaldkonna tööturg ja sotsiaalne turvalisus meetme 1.1.2 tööelu kvaliteedi parandamine all.

### Meede 2.3.4: nakkushaiguste seire, ennetamise ja tõrje korraldamine

Meetme saavutamist mõõdetakse järgmiste mõõdikutega:

Indikaator	Selgitus	Algtase	Sihttase
<b>2-aastaste laste hõlmatus leetridmumps-punetised (MMR) immuniseerimisega</b>	2-aastaste laste osakaal, kes on immuniseeritud MMR vaktsiiniga.	2009 – 95,2%	2015 – 95,0%
		2010 – 95,1%	2016 – ≥95%*
		2011 – 93,9%	2017 – ≥ 95,0%
		2012 – 93,6%	2018 – ≥ 95,0%
		2013 – 93,7%	2019 – ≥ 95,0%
<i>Allikas: Terviseamet (RTA)</i>		2014 – 94,5%*	2020 – ≥95%*
		<i>*prognoos</i>	<i>*RTA eesmärk</i>

**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. Referentteenuse osutamist olulistest nakkushaiguste valdkondades korraldab edaspidi Terviseamet, mispuhuks planeeritakse vajalikud eelarvevahendid 333 500 eurot aastas riigieelarve strateegiasse aastateks 2015–2018. Referentteenuse korraldamiseks vajalikud eelarvevahendid gripi- ja muude respiratoorsete viiruste ning muude bakteriaalsete nakkushaiguste tekitajate (sh sooleinfektsioonid) valdkonnas taotletakse 2015. aastast. Sugulisel teel levivate nakkushaiguste, invasiivsete bakteriaalsete haiguste tekitajate, muude viiruste ning antimikroobse resistentsuse valdkonnas referentteenuse osutamiseks vajalikud vahendid taotletakse alates 2016. aastast. Võimalused referentteenuse osutamiseks Terviseameti labori poolt paranevad seoses uue Terviseameti hoone, sh labori, ehitamisega. Vajadusel sõlmib Terviseamet referentteenuse korraldamiseks lepingu mõne muu laboriga. 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 vaktsineerimistega. Osaleme WHO leetrite ja punetiste elimineerimise programmis ning hoiame leetrite ja punetiste vastu vaktsineerimise hõlmatus taseme 95%. Arendame immuniseerimisalaste andmete kvaliteedi tõstmiseks e-tervise baasil immuniseerimise moodulit. Tõstame elanikkona teadlikkust nakkushaigustesse haigestumise viisidest, riskiteguritest ja ennetamise võimalustest.

### Alaesmärk 2.4: rahvastiku kehaline aktiivsus on suurenenud, toitumine on muutunud tasakaalustatumaks ja riskikäitumine on vähenenud

Tervislikud valikuid 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, riskikäitumist jms.

Tervislike valikuid soodustava elukeskkonna kujundamisega, teenuste järjepideva arendamisega ja osutamisega ning riskikäitumise vähendamisega tegeleb Sotsiaalministeeriumi rahvatervise osakond. Alaesmärgi tegevusi viivad ellu Sotsiaalministeerium, Tervise Arengu Instituut, Haigekassa ja Terviseamet. Liikumisharrastuse edendamisel on oluline koostöö

Kultuuriministeeriumiga. Tervisliku toitumise valdkonna tegevuste elluviimisel on koostööpartneriks Põllumajandusministeerium. Vigastuste ennetamisel on peamisteks partneriteks Siseministeerium, Justiitsministeerium ning Majandus- ja Kommunikatsiooniministeerium. HIV/AIDS ja narkomaania ennetamisel Siseministeerium ning Justiitsministeerium. Läbivalt on tervisekasvatuse edendamisel oluliseks partneriks Haridus- ja Teadusministeerium.

Alaeesmärgi saavutamist mõõdetakse järgmiste mõõdikutega:

Indikaator	Selgitus	Algtase	Sihttase
<b>Uute HIV-nakkuse juhtude hulk 100 000 elaniku kohta</b> <i>Allikas: Terviseamet (RTA)</i> <i>Varasemaid kordajaid korrigeeritud tulenevalt Statistikaamet uutest rahvaarvudest 2000–2013</i>	Uute HIV-nakkuse juhtude arv näitab nimetatud aastal registreeritud uusi HIV-nakkuse juhtusid.	2009 – 30,8 2010 – 27,9 2011 – 27,9 2012 – 23,8 2013 – 24,7 2014 – 25,0* *prognoos	2015 – 22,5 2016 – 20,0* 2017 – 18,7 2018 – 17,5 2019 – 16,2 2020 – 15,0* *RTA eesmärk
<b>Ülekaaluliste kooliõpilaste osakaal, %</b> <i>Allikas: Haigekassa koolitervishoiu aruanded (RTA)</i>	Kajastab I, III, V, VII, IX ja XII klassi õpilaste regulaarsete tervisekontrollide käigus leitud ülekaaluliste õpilaste osakaalu (%) kõikidest kontrollitutest.	2009 – 9,8% 2010 – 9,9% 2011 – 10,5% 2012 – 10,7% 2013 – 6,9%* 2014 – 6,8%* *prognoos	2015 – 6,6% 2016 – 6,5%* 2017 – 6,4% 2018 – 6,3% 2019 – 6,1% 2020 – 6,0%* *RTA eesmärk
<b>Südame- ja veresoonkonna-haigustesse surnud alla 65-aastaste arv 100 000 elaniku kohta</b> <i>Allikas: Statistikaamet (RTA)</i> <i>Varasemaid kordajaid korrigeeritud tulenevalt Statistikaamet uutest rahvaarvudest 2000–2013</i>	Näitab surmade arvu 100 000 sama vana elaniku kohta.	2009 – 113 2010 – 107 2011 – 96 2012 – 98 2013 – 90* 2014 – 84* *prognoos	2015 – 79 2016 – 73* 2017 – 69 2018 – 65 2019 – 60 2020 – 56* *RTA eesmärk
<b>Ebaloomulikul teel hukkunute arv</b> <i>Allikas: Siseministeerium (VVTP: SoM kaasvastutus)</i>	Indikaator sisaldab tööõnnetustes, tulekahjudes, liiklusõnnetustes, uppumise, enesetapu, ründe/tapmise/mõrva ning narkosurma tagajärjel hukkunud inimeste arvu.	2011 – 670 2012 – 625 2013 – 577 2014 – 508* *prognoos	2015 – 480 2016 – 453 2017 – 428 2020 – 385

#### Meede 2.4.1: rahvastiku kehalise aktiivsuse suurendamine

Rahvastiku kehalise aktiivsuse suurendamiseks on Kultuuriministeeriumi poolt välja töötatud „Liikumisharrastuse arengukava 2011–2014“, mis valdkonna terviklikus vaates on osa „Rahvastiku tervise arengukavast 2009–2020“. Sotsiaalministeerium toetab Kultuuriministeeriumi

tegevusi läbi hasartmängumaksu nõukogu rahastuse. Tervist toetava kehalise aktiivsuse edendamiseks laste ja noorte ning täiskasvanute seas kavandatakse täiendavaid meetmeid/tegevusi toitumise rohelise raamatu raames.

## Meede 2.4.2: rahvastiku toitumisharjumuste parandamine

Meetme saavutamist mõõdetakse järgmiste mõõdikutega:

Indikaator	Selgitus	Algtase	Sihttase
<b>16–64-aastaste ülekaaluliste inimeste osakaal</b>	Küsitletute osakaal kelle kehamassiindeks on $\geq 25$ kg/m <sup>2</sup> , kuid jääb alla 30 kg/m <sup>2</sup> .	2010 – 31,7% 2012 – 29,9% 2013 – 27,3%* 2014 – 27,3%*	2016 – 26%* 2018 – 26% 2020 – 25%*
<i>Allikas: Tervise Arengu Instituut, tervisekäitumise uuring (uuring toimub üle aasta)</i> (RTA)		*proгноos	*RTA eesmärk
<b>16–64-aastaste rasvunud inimeste osakaal</b>	Küsitletute osakaal kelle kehamassiindeks on $\geq 30$ kg/m <sup>2</sup> .	2010 – 16,9% 2012 – 19% 2014 – 16%	2016 – 13%* 2018 – 13% 2020 – 12%*
<i>Allikas: Tervise Arengu Instituut, tervisekäitumise uuring (uuring toimub üle aasta)</i> (RTA)		*proгноos	*RTA eesmärk

Soodustamiseks elanikkonna **tervislikke toitumisvalikuid** teeme teavitustööd, toetame tervist edendavate võrgustike tegevusi (sh rahvusvahelistes teadusalgatustes osalemist), koolitame toidukäitlejaid, tagame asjakohaste materjalide kättesaadavuse ning loome võimalused toitumisalaste nõustamisteenuste arendamiseks. Elanike toitumisharjumuste faktilise uuringu (koostöös Põllumajandusministeeriumiga), mis võimaldab luua rahvastiku tasemel esindusliku andmekogu (näiteks andmed toiduenergia, vitamiine ja mineraalainete, lisaainete tarbimise, toitumisharjumuste kohta), esmased tulemused selguvad 2015. a teises pooles. Uuringu tulemuste põhjal kujundatakse riiklik toidupoliitika. Toitumise rohelisse raamatusse, mis valmib 2015. aastal, on koondatud tasakaalustamata toitumisest tingitud terviseprobleemid ning lahendused ja soovitused kõrge suhkru-, soola- ja rasvasisaldusega toodete turunduse suunamiseks. Soovituste paremaks rakendamiseks on partnerina kaasatud Eesti tootjad ja turustajad. Osteoporoosi ennetamiseks viime koostöös Eesti Reumaliiduga läbi tasakaalustatud ja täisväärtusliku toitumise edendamisele suunatud kampaania elanikkonna seas. Erinevate toitumisalaste kampaaniate kaudu saab tõsta inimeste teadlikkust tervislikust toitumisvalikutest seetõttu on erinevad kampaaniad pidev tegevus.

## Meede 2.4.3: alkoholist tingitud kahjude vähendamine tervisele ja ühiskonnale

Meetme saavutamist mõõdetakse järgmiste mõõdikutega:

Indikaator	Selgitus	Algtase	Sihttase
<b>Joobes juhtide osalusel toimunud õnnetustes hukkunute arv</b>	Liiklusõnnetus joobes mootorsõidukijuhi osalusel - liiklusõnnetus, milles vähemalt üks osalenud	2009 – 33 2010 – 16 2011 – 22 2012 – 17 2013 – 23 2014 – 20*	2015 – 17 2016 – 14* 2017 – 14 2018 – 14 2019 – 14 2020 – 14*
<i>Allikas: Maanteeamet</i> (RTA)	mootorsõidukijuht oli õnnetuse hetkel		

	alkoholi- või narkojoobes.	*proгноos	*RTA eesmärk
<b>Absoluutalkoholi tarvitamine liitrites elaniku kohta aastas</b>	Alkoholsete jookide	2009 – 10,1	2015 – 8
	tarbimine ühe elaniku	2010 – 9,6	2016 – <8*
	kohta aastas liitrites	2011 – 10,4	2017 – <8
	arvestatuna 100%	2012 – 10,4	2018 – <8
	alkoholile.	2013 – 9,5*	2019 – <8
		2014 – 9*	2020 – <8*
<i>Allikas: Konjukturiinstituut (RTA)</i>		*proгноos	*RTA eesmärk

**Alkoholikahjude vähendamiseks** on järgmistel aastatel eesmärk rakendada komplekselt alkoholi kättesaadavuse, tarbimise vähendamise ning ravi meetmeid. Alkoholist tingitud kahjude vähendamisel majandusele ja inimeste tervisele on keskseks tegevuseks **vähendada alkoholitarbimist üldiselt, tõkestada noorte ja rasedate tarbimist ning joobes sõidukijuhtimise tõkestamine**. Eesmärgi saavutamiseks rakendatakse Sotsiaalministeeriumi koordineerimisel erinevate ministeeriumide koostöös alkoholipoliitika rohelises raamatus kirjeldatud meetmeid.

Sotsiaalministeeriumi prioriteediks 2014–2020 aastatel on ESF vahenditega välja arendada alkoholi tarbimise vähendamiseks ravi- ja nõustamissüsteem.

Alkoholikahjude ennetamisel on võtmetähtsusega **alaealiste alkoholitarvitamise tõkestamine ja noorte täiskasvanute tarvitamise vähendamine**, kuivõrd varane alkoholitarvitamine on organismile eriti kahjustava toimega ning on oluline riskitegur sõltuvuse väljakujunemisel ja tuleviku alkoholi kuritarvitamisel. Kui täiskasvanutele suunatud tegevusi toetati 2008–2013 ESF vahenditest, siis noortele suunatud ennetuseks eraldatud vahendid on olnud väga napid. Alustatud on lapsevanematele suunatud programmi Efekt Eestisse toetamist ning alkoinfo.ee täiendamist noortele kohase materjaliga. Noorte alkoholitarvitamise ennetamiseks meetmete rakendamiseks on vajalikud täiendavad riigieelarve vahendid.

#### **Meede 2.4.4: tubakast tingitud tervisekahjude vähendamine tervisele ja ühiskonnale**

Meetme saavutamist mõõdetakse järgmiste mõõdikutega:

Indikaator	Selgitus	Algtase	Sihttase
<b>16–64-aastaste igapäevasuitsetajate osakaal</b>	Vastanute osakaal kes suitsetab käesoleval ajal iga päev.	2010 – 26,2%	2016 – 21,5%*
		2012 – 26,0%	2018 – 19,9%
		2013 – 23,8%*	2020 – 18,3%*
		2014 – 23,8%*	
<i>Allikas: Tervise Arengu Instituut, tervisekäitumise uuring (uuring toimub üle aasta)</i>		*proгноos	*RTA eesmärk
<i>(RTA)</i>			

Meetme sisuks on tubakapoliitika rohelises raamatus kokkulepitud meetmete rakendamine. Uue tubakatoodete direktiivi ülevõtmine Eesti õigusruumi ja rakendamine. Tubakatarvitamisest loobumise nõustamise teenuse edasiarendamine ja teenuse kättesaadavuse tagamine. Tubakatarvitamise vähendamiseks ja inimeste tubakasuitsuga kokkupuute vähendamisele suunatud ennetus- ja teavitustööga jätkamine.

#### **Meede 2.4.5: narkootiliste ainete tarbimise ennetamine, vähendamine ning kahjude vähendamine tervisele ja ühiskonnale**

Meetme saavutamist mõõdetakse järgmiste mõõdikutega:

Indikaator	Selgitus	Algfase	Sihtfase
<b>Illegaalseid narkootikume proovinud 15–16-aastaste osakaal</b>	Küsitletud 15-16-aastaste õpilaste osakaal, kes on proovinud mõnda illegaalset narkootikumi.	2011 – 32%	2015 – 26% 2016 – 24%* 2019 – 22% 2020 – 21%*
<i>Allikas: Tervise Arengu Instituut, ESPAD uuring (toimub iga 4 aasta tagant)</i>			<i>*RTA eesmärk</i>
<i>(RTA)</i>			

**Narkomaania ennetamiseks** käivitatakse 2014. aastal teiste ametkondadega koostöös varajase hoiatuse süsteem, vahendamaks informatsiooni uutest narkootilistest ja psühhoaktiivsetest ainetest. Abivajajatele tagame sõltuvusvastase ravi ja taastusabi, mille eesmärk on sõltuvuses oleva isiku sotsiaalse toimetulekuvõime taastamine. 2014. aastal alustame õigusliku aluse välja töötamist sõltuvusprobleemidega isikutele suunatud narkomaaniaravi ja sõltuvusvastase taastusabi teenustele ning miinimumnõudete väljatöötamist sotsiaalse suunitlusega statsionaarsele rehabilitatsioonile. Sotsiaalse suunitlusega statsionaarse rehabilitatsiooni teenuse miinimumnõudete kehtestamine võimaldab riiklikult rahastatud rehabilitatsiooniteenuse pakkujate hulga suurenemist. Vajaduse korral kasutame narkomaania sõltuvusravis ka alternatiivseid meetodeid (naloksoon). 2015. aasta lõpuks kaardistame koolitusvajaduse ja töötame välja ühise koolitussüsteemi narkomaania ennetamise, kahjude vähendamise, ravi ja sõltuvusvastase taastusabiga seotud spetsialistele, sh vanglate ja arestiamajade personalile. Selleks, et kiiremini ja efektiivsemalt reageerida uutele psühhoaktiivsetele ainetele, algatame 2014. aastal narkootiliste ja psühhotropsete ainete ning nende lähteainete seaduse muudatuse ainete lisamiseks narkootiliste ja psühhotropsete ainete nimekirja gruppina.

#### Meede 2.4.6: vigastuste ennetamine ja vähendamine

Meetme saavutamist mõõdetakse järgmiste mõõdikutega:

Indikaator	Selgitus	Algfase	Sihtfase
<b>Surmaga lõppenud õnnetusjuhtumid, mürgistused ja traumad 100 000 elaniku kohta</b>	Näitab surmade arvu 100 000 sama vana elaniku kohta.	2009 – 96 2010 – 84 2011 – 86 2012 – 87 2013 – 91* 2014 – 83*	2015 – 81 2016 – 78* 2017 – 74 2018 – 70 2019 – 65 2020 – 61*
<i>Allikas: Statistikaamet</i>		<i>*prognoos</i>	<i>*RTA eesmärk</i>
<i>(RTA)</i>			
<i>Varasemaid kordajaid korrigeeritud tulenevalt Statistikaamet uutest rahvaarvudest 2000–2013</i>			

Vigastussurmade vähendamiseks osaleb Sotsiaalministeerium Riigikantselei juhitud vigastuste rakkerühmas kavandatud meetmete elluviimisel. Sotsiaalministeeriumi vastutada on vigastuste ennetamise tegevuskavast vigastuste seire ja kvalitatiivne analüüs, vabaaja vigastuste ennetamine ning paikkonna vigastuste ennetamise rahastamine. Maakonna tasandil kujundatakse ümber vigastuste ennetuse rahastamine ja ühendatakse seniste traumanõukogude töö tervisenõukogude tööga.

## Meede 2.4.7: uute nakkusjuhtude ennetamine ja püsiva langustendentsi saavutamine HIV/AIDSi levikus

Meetme saavutamist mõõdetakse järgmiste mõõdikutega:

Indikaator	Selgitus	Algtase	Sihttase
<b>HIV-sse nakatunud rasedate osakaal kõigist rasedatest</b>	Näitab mitu % rasedatest olid HIV-positiivsed.	2012 – 1,05% 2013 – <2%* 2014 – <2%*	2015 – <2% 2016 – <1%* 2017 – <1% 2018 – <1% 2019 – <1% 2020 – <1%*
<i>Allikas: Terviseamet, Tervise Arengu Instituut</i>		<i>*proгноос</i>	
<i>(RTA)</i>			<i>*RTA eesmärk</i>

**HIV-nakkusega võitlemisel** on prioriteediks uute nakatunute arvu vähendamine, pöörates erilist tähelepanu noortele suunatud ennetusmeetmetele, jätkates aktiivselt teenuste pakkumist ja arendamist. Ühe olulise tegevusena on plaanis HIV-nakkuse võimalikult varajane avastamine ning inimestele õigeaegne ARV-ravi tagamine, rakendades HIV-nakkuse testimise ja HIV-positiivsete isikute ravile suunamise tegevusjuhust.

## Meede 2.4.8: elanikkonna kaitsmine tuberkuloosi nakkuse eest

Meetme saavutamist mõõdetakse järgmiste mõõdikutega:

Indikaator	Selgitus	Algtase	Sihttase
<b>Tuberkuloosi esmahaigestunute arv 100 000 elaniku kohta</b>	Uute tuberkuloosijuhtude arv 100 000 elaniku kohta.	2009 – 24,7 2010 – 18,7 2011 – 19,9 2012 – 17,7 2013 – 17,3* 2014 – 16,8*	2015 – 16,4 2016 – 16* 2017 – 15,5 2018 – 15 2019 – 14,5 2020 – 14*
<i>Allikas: Tervise Arengu Instituut, Tuberkuloosiregister</i>		<i>*proгноос</i>	<i>*RTA eesmärk</i>
<i>(RTA)</i>			

**Tuberkuloosi haigestumise vähendamiseks** tuleb 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 tuberkuloosahaige saab kõik vajalikud teenused eelistatult ühest kohast. Analüüsitakse tuberkuloosi tänast ravikorraldust (nii statsionaarne kui ambulatoorne) ning tehakse vajalikud muudatused selle optimaalseks ümberkorraldamiseks võttes arvesse hetke epidemioloogilist olukorda riigis.

## Alaesmärk 2.5: kõigile inimestele on tagatud kvaliteetsete tervishoiuteenuste kättesaadavus ressursside optimaalse kasutuse kaudu

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

Alaesmärgi elluviimisel on juhtiv roll Sotsiaalministeeriumi tervishoiuosakonnal ja ravimiosakonnal. Olulisimateks poliitikainstrumentideks on tervishoiuteenused, mida osutavad tervishoiuteenuste osutajad valdavalt Eesti Haigekassa poolt rahastatuna, ning ravimid ja meditsiiniseadmed, mida tervishoiuteenuse osutamise käigus määratakse ja mis on samuti

suures osas Eesti Haigekassa poolt rahastatud. Riigi tasandil on eesmärkide elluviijad Terviseamet, E-tervise Sihtasutus, Ravimiamet ja Eesti Haigekassa.

Alaeesmärgi saavutamist mõõdetakse järgmiste mõõdikutega:

Indikaator	Selgitus	Algtase	Sihttase
<b>Inimeste hinnang tervishoiuteenuste kvaliteedile ja kättesaadavusele</b>  <i>Allikas: Sotsiaalministeeriumi elanikkonna rahulolu-uuring (RTA)</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 2009 – 74% 2010 – 74% 2011 – 72,4% 2012 – 78,5% 2013 – 73,6% 2014 – 74%* *proгноos	2015 – 74% 2016 – 76%* 2017 – 77% 2018 – 78% 2019 – 79% 2020 – 80%* *RTA eesmärk
		Kättesaadavusega üldiselt või väga rahul 2009 – 54% 2010 – 55% 2011 – 51,4% 2012 – 55% 2013 – 47,3% 2014 – 63%* *proгноos	2015 – 64% 2016 – 65%* 2017 – 65,8% 2018 – 66,5% 2019 – 67,3% 2020 – 68%* *RTA eesmärk
<b>Arstide arv 100 000 elaniku kohta</b>  <i>Allikas: Tervise Arengu Instituut (RTA)</i>  <i>Varasemaid kordajaid korrigeeritud tulenevalt Statistikaamet uutest rahvaarvudest 2000–2013</i>	Arstide arv 100 000 elaniku kohta.	2009 – 328 2010 – 324 2011 – 329 2012 – 329 2013 – 320* 2014 – 320* *proгноos	2015 – 320 2016 – 320* 2017 – 320 2018 – 320 2019 – 320 2020 – 320* *RTA eesmärk
<b>Õendusala töötajate arv 100 000 elaniku kohta</b>  <i>Allikas: Tervise Arengu Instituut (RTA)</i>  <i>Varasemaid kordajaid korrigeeritud tulenevalt Statistikaamet uutest rahvaarvudest 2000–2013</i>	Õdede ja ämmaemandate arv 100 000 elaniku kohta.	2009 – 644 2010 – 639 2011 – 652 2012 – 645 2013 – 691* 2014 – 738* *proгноos	2015 – 784 2016 – 830* 2017 – 848 2018 – 865 2019 – 883 2020 – 900* *RTA eesmärk
<b>Leibkonna kulutuste osakaal tervishoiu kogukuludest</b>	Näitab kui palju moodustab inimeste omaosalust kõigist tervishoiu kogukuludest.	2009 – 20,3% 2010 – 18,6% 2011 – 17,6% 2012 – 17,8%	2015 – <25% 2016 – <25%* 2017 – <25% 2018 – <25%

<i>Allikas: Tervise Arengu</i>	2013 – <25%*	2019 – <25%
<i>Instituut</i>	2014 – <25%*	2020 – <25%*
<i>(RTA)</i>	<i>*proгноос</i>	<i>*RTA eesmärk</i>

### **Meede 2.5.1: patsientide õiguste kaitse, tervishoiuteenuste ohutuse ja kvaliteedi tagamine**

Suuremateks väljakutseteks tervishoiuvaldkonnas on tervishoiuteenuste ja ravimite kättesaadavus ja kvaliteet ning seda võimaldav **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.

### **Meede 2.5.2: ühiskonna ootustele ja vajadustele vastava esmatasandi tervishoiu, sh öendus- ja ämmaemandusabi, tagamine**

Tervishoiusüsteemi nurgakiviks on eelkõige elanikkonna vajadustele vastav **perearstisüsteem ja teised esmatasandi tervishoiuteenused**, sest kergemate terviseprobleemide korral saab inimene lahenduse just perearstilt või -õelt, aga ka kooliõelt, koduõelt, ämmaemandalt, füsioterapeudilt või apteegist. Esmatasandi tervishoiu laiendatud valikus teenuste seostatud ja koordineeritud osutamise eelistatud vormiks on esmatasandi tervisekeskused. Esmatasandi tervishoiuteenuseid arendame valdkonna siht- ja sidusgruppidega kokkulepitud kontseptsiooni järgi ning planeerime vajalikud investeeringud maakonnakeskustesse ja teistesse suurematesse tõmbekeskustesse tervisekeskuste arendamiseks EL 2014–2020 vahenditest.

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 ja majanduslike aspektide kohta süstemaatilisel, transparentsel ja erapooletul viisil. Teeme antud valdkonna arendamisel koostööd Eesti Haigekassa ja Teadusagentuuriga ning toetame tervisetehnoloogiate hindamise keskuse edasist arendamist Tartu Ülikooli juures kõikehõlmavaks tervishoiu kvaliteedi keskuseks.

### **Meede 2.5.3: eriarstiabi ja haiglavõrgu korraldamine tagamaks vajaduspõhised, kvaliteetsed ja kättesaadavad eriarstiabi teenused**

Nii ambulatoorse kui statsionaarse eriarstiabi korraldamisel on tegevussuunaks mõistlik ning ühiskonnale jõukohane ja vastuvõetav tasakaal ratsionaalse ressursikasutuse ja koduläheduse vahel. Planeerime vajalikud investeeringud väiksemate haiglate restruktureerimiseks esmatasandi tervishoiuga ühtsel taristul ja koostöös toimivateks tervisekeskusteks ning pädevuskeskuste tugevdamise lõpule viimiseks EL 2014–2020 vahenditest. **Tervishoiuvõrgu muutuste sujuvaks koordineerimiseks toetame maakondliku vastutusega haiglate senisest tihedamat koostööd sh juriidilist ühinemist pädevuskeskustega erinevates vormides.**

Hästi korraldatud haiglavõrk peab tagama ühiskonna piiratud ressursse (tervishoiutöötajaid, tehnoloogiat, raha) mõistlikult süsteemis jaotades nii kvaliteetse eriarstiabi ühiskonna jaoks aktsepteeritava kättesaadavuse kui ka jätkusuutlikku toimimise.

**Statsionaarses iseseisvas öendusabis** on järgmiste aastate ülesanne EL vahendite abil välja ehitatud hoonete jätkusuutliku rahastamise ja neis kvalifitseeritud töötajate olemasolu tagamine.



#### **Meede 2.5.4: piisavate ressursside tagamine tervishoiusüsteemi toimimiseks (motiveeritud ja pädevaid töötajaid, optimaalne rahastamine ning kaasaegne infrastruktuur, ohutud, kvaliteetsed ja kättesaadavad ravimid veretooted ja meditsiiniseadmed)**

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

Eri- ja üldarstiabi kvaliteedi ja kättesaadavuse tagamise üle järelevalve tõhustamiseks ja proaktiivsuse suurendamiseks uuendame 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 piiriüleses tervishoius) rakendumise üheks eelduseks. Samuti töötame välja korrupsiooni ja pettuste tõhusamaks vältimiseks Valitsuse poolt heaks kiidetud meetmed lähtuvalt korrupsiooni vastu võitlemise strateegiast.

**Ravimite, veretoodete ja meditsiiniseadmete ohutuse, kvaliteedi ja kättesaadavuse tagamisel** pöörame enam tähelepanu patsiendi omaosaluse edasisele vähendamisele ravimite ostmisel ning turujärelevalve haldussuutlikkuse tõstmisele, sh täiendavate ressursside leidmisele ja järelevalveametnike täiendõppele. Ravimiohutuse tagamiseks, võltsravimite leviku vältimiseks ja tarneahela kontrollimiseks vajaliku järelevalve tugevdamiseks on vaja koolitada 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 ressurss Euroopa Liidu ühistes turujärelevalve programmides osalemiseks. Meditsiinikiirguse ohutu kasutamise üle järelevalve tõhustamiseks tagame vajalike juhendite väljatöötamise tervishoiuasutustele ning toetame ametiasutuste (Terviseamet ja Keskkonnamet) koostööd. **Patsiendi omaosaluse vähendamiseks** ravimite ostmisel tugevdame haldussuutlikkust ravimite hinna kujundamisel, ravimite 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 kaalume Eesti Haigekassa poolt hüvitatavatele meditsiiniseadmetele juurdehindluse piirmäärade kehtestamist. Kaasajastame ravimivaldkonna tulemusnäitajatele orienteeritud strateegiadokumendi (ravimipoliitika alused). Kvaliteetsete ja ohutute veretoodete kättesaadavuse tagamiseks korraldame immuno hematoloogiliste uuringute referentlabori teenust, toetame iga-aastaselt veredoonorluse propageerimist ja koordineerimine üleriigilise vereteenistuse infosüsteemi loomist. 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.

#### **Meede 2.5.5: valmisoleku tagamine tervishoiualasteks hädaolukordadeks ning kättesaadava kiirabi osutamiseks**

Samaaegselt haiglavõrgu arendamisega on plaanis avada täiendavaid kiirabibrigaade vastavalt uuendatud kiirabi logistikaskeemile ning kaaluda patsiendi transpordi- ja hotelliteenuste käivitamist. Tervishoiusüsteemi arendamisel peame silmas ka erinevateks hädaolukordadeks ja sõjaaja ohustsenaariumiteks valmisoleku vajadust.

### 3. Pere- ja rahvastikupoliitika

*Üldeesmärk: laste ja perede heaolu suurendamine ning elukvaliteedi tõstmine, soodustades seeläbi laste sündi*

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 2013–2015.

Laste- ja perepoliitika valdkonna tegevuste efektiivsuse tagamiseks tuleb tagada tõendusühise poliitika rakendamine ning luua tingimused laste ja perede vajadustele parimal moel vastavate 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 valdkondadeülene 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.

Prioriteetid 2015–2018:

- Riikliku lastekaitse korralduse käivitamine
- Peretoetuste ja -teenuste poliitikamuudatuste elluviimine
- Vanemlusprogrammi elluviimine
- Asendushoolduse korralduse ja sisu uuendamine
- Lapsehoiu ja puudega laste tugiteenuste arendamine

Üldeesmärgi saavutamist mõõdetakse järgmiste mõõdikutega:

Indikaator	Selgitus	Algtase	Sihttase
<b>Loomulik iive</b> <i>Allikas: Statistikaamet</i> (RES, VVTP, LPA)	Näitab sündide ja surmade arvu vahet aasta jooksul. Positiivne iive näitab sündide, negatiivne iive surmade ülekaalu.	2009 – -318 2010 – +35 2011 – -565 2012 – -1394 2013 – -1643** 2014 – positiivne* <i>*prognoos</i> <i>** Statistikaameti esialgsed andmed</i>	2015 – positiivne** 2016 – positiivne 2017 – positiivne 2018 – positiivne 2019 – positiivne 2020 – positiivne* <i>*LPA eesmärk</i> <i>**VVTP eesmärk</i>
<b>Summaarne sündimuskordaja</b> <i>Allikas: Statistikaamet</i> (RES, VVTP, LPA)	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 taastoda ennast.	2009 – 1,63 2010 – 1,64 2011 – 1,52 2012 – 1,59 2013 – 1,68* 2014 – 1,70* <i>*prognoos</i>	2015 – 1,71** 2016 – 1,72 2017 – 1,74 2018 – 1,75 2019 – 1,76 2020 – 1,77* <i>*LPA eesmärk</i> <i>**VVTP eesmärk</i>

### Alaesmärk 3.1: Eesti laste- ja perepoliitika on teadmistepõhine ja ühtne, toetades ühiskonna jätkusuutlikkust

Eesti riigi üheks prioriteediks on rahvastiku kasv ja positiivne iive. Sellise eesmärgipüstituseni on viinud Eesti ja kogu Euroopa demograafiline seis, mida iseloomustab rahvastiku kahanemine ja vananemine. Rahvaarvule avaldavad mõju eelkõige sündimus ja seda mõjutav perepoliitika, suremus ja seda mõjutav tervisepoliitika ning välisränne ja seda mõjutav rändepoliitika. Perepoliitika olulist rolli sündimuse suurendamises nähakse sobiva st lapse kasvatamist toetava keskkonna loojana, mis aitab seeläbi realiseerida soovitud laste sündi. Taolist lähenemist toetavad uuringud, mis näitavad, et just laiem poliitika võib peresid pikaajalisemalt mõjutada.

Laste- ja perepoliitika kujundamine peab olema tõendus põhine, tuginedes teadmistel, uuringutel, analüüsidel. Lastele ja peredele suunatud teenused ja abi peavad tuginema parimale olemasolevale tõendusmaterjalile ning vastama nende vajadustele. Selleks on vajalik arendada valdkonna teadus- ja arendustegevust ning teha süsteemset koostööd poliitikakujundajate, teadusasutuste ning praktikute vahel.

Üldeesmärgi saavutamist mõõdetakse järgmiste mõõdikutega:

Indikaator	Selgitus	Algtase	Sihttase
<b>Lastele ja peredele tehtavate sotsiaalkaitsekulutuste osakaal SKP-s, %</b> <i>Allikas: Statistikaamet (LPA)</i>	Näitab lastele ja peredele tehtavate sotsiaalkaitsekulutuste osatähtsust SKP-s (ESSPROS meetodika alusel).	2009 – 2,30% 2010 – 2,30% 2011 – 2,00% 2012 – 2,00%* 2013 – 2,05%* 2014 – 2,10%* <i>*prognoos</i>	2015 – 2,15% 2016 – 2,20% 2017 – 2,23% 2018 – 2,25% 2019 – 2,28% 2020 – 2,30%* <i>*LPA eesmärk</i>
<b>Soovitud laste arv ja tegelik laste arv</b> <i>Allikas: Special Eurobarometer, Euroopa Komisjon (LPA)</i>	Näitab sündimusega seotud hoiakuid 15-aastaste ja vanemate naiste ja meeste seas. Soovitud ja tegeliku laste arvu erinevus näitab vajadust tegeleda sündimust soodustavate teguritega. Hoiakute muutusi ei mõõdetata igaaastaselt, vaid teatud sagedusega.	2011 – Naised: ideaalne: 2,46; tegelik: 1,58 Mehed: ideaalne: 2,42; tegelik: 1,27	2015 – soovitud ja tegeliku laste arvu erinevus väheneb* 2020 – soovitud ja tegeliku laste arvu erinevus väheneb* <i>*LPA eesmärk</i>

#### Meede 3.1.1: laste ja perede valdkonna ühtne, jätkusuutlik ja vajaduspõhine arendamine

Laste ja perepoliitika arendamine peab olema teadmistepõhine, järjepidev ja valdkondadeülene. Poliitika rakendamiseks loob raamistiku laste ja perede arengukava 2012–2020, mille eesmärkide elluviimine toimub tihedas koostöös teiste ministeeriumide (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. Arengukava ja selle rakendusplaani täitmise jälgimiseks koostatakse igaaastased aruanded ning laste- ja perepoliitika hetkeolukorra analüüs, mis esitatakse Vabariigi Valitsusele.

Laste heaolu tagamiseks tuleb tagada valdkondadeülene koordinatsioon ning igapäevane koostöö (sotsiaal-, haridus-, töö-, õiguskaitse-, tervise-, rahvastikupoliitika jm valdkonna) spetsialistide ja ekspertide vahel ning rakendada nende teadmisi terviklikku tõendus põhisesse

poliitikakujundusse. Selleks rakendatakse ellu Riskilaste ja –noorte programmi raames koostatud laste ja noorte riske vähendava ühtse tugisüsteemi kontseptsiooni. Kontseptsioonis on seatud eesmärkide täitmine tugevdab lastepoliitika haldusalade ülese koordinatsiooni, arendab spetsialistide vahelise infovahetust ja kohaliku tasandi võrgustike käivitamist ning ennetustöö teostamist ühtsete põhimõtete alusel.

### **Alaeesmärk 3.2: Eesti on positiivset vanemlust toetav riik, kus pakutakse vajalikku tuge laste kasvatamisel ja vanemaks olemisel, et parandada laste elukvaliteeti ja tulevikuväljavaateid**

Alaeesmärgi saavutamist mõõdetakse järgmiste mõõdikutega:

Indikaator	Selgitus	Algtaase	Sihttaase
<b>Lapsevanemate teadmatuse, kust laste kasvatamisega seotud küsimuste või probleemi korral nõu ja abi küsida</b>  <i>Allikas: Euroopa sotsiaaluuring, Lapse õiguste ja vanemluse monitooring (LPA)</i>	Näitab igapäevast vajadust vanemaks olemise teadmiste ja oskuste järele lapsevanemarollis olles.  Hoiakute muutusi ei mõõdeta iga-aastaselt, vaid teatud sagedusega.  Tulenevalt andmeallikate erinevusest ei ole 2010 ja 2012 andmed üks-ühele võrreldavad.	2010 – 44% 2012 – 53%	2015 – langeb* 2020 – langeb* *LPA eesmärk
<b>Laste füüsilise karistamise aktsepteerimine vanemate poolt</b>  <i>Allikas: Euroopa sotsiaaluuring, Lapse õiguste ja vanemluse monitooring (LPA)</i>	Näitab laste kasvatamisega seotud hoiakuid.  Hoiakute muutusi ei mõõdeta iga-aastaselt, vaid teatud sagedusega.  Tulenevalt andmeallikate erinevusest ei ole 2010 ja 2012 andmed üks-ühele võrreldavad.	2010 – 40% 2012 – 33%	2015 – langeb* 2020 – langeb* *LPA eesmärk

#### **Meede 3.2.1: vanemlust toetavate hoiakute kujundamine ja teadmiste suurendamine**

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. Laste ja peredega seotud probleemide ennetamiseks on tarvilik kujundada ühiskonnas positiivset vanemlust väärtustavaid hoiakuid ning suurendada vanemluselaseid teadmisi ja oskusi. Kuigi meie lapsevanemad tunnistavad, et nad vajavad laste kasvatamisel abi, ei julge nad nõu või abi saamiseks enamasti kellegi poole pöörduda, mistõttu on vaja teha vanemate seas pidevat teavitustööd. Teavitustööd on vaja teha ka lapse kehalise karistamise osas. Uus lastekaitseadus keelustab kehalise karistamise, võrdsustades siiani sageli kasvatusmeetodiks peetud viisi lapse väärkohtlemisega. Selle põhimõtte selgitamiseks lapsevanematele tehakse teavitustööd nii lapse väärkohtlemise kahjulikest mõjudest kui pakutakse infot abisaamise ja lapsekasvatuse oskuste arendamise võimaluste osas.

Lisaks teavitustööle viime läbi uuringuid, et omada infot laste ja vanemate vahelistest suhetest, sh välismaal elavate või töötavate lapsevanemate suhetest oma kodumaal viibivate lastega.

### Meede 3.2.2: vanemlike oskuste arendamiseks efektiivsete teenuste väljatöötamine ja pakkumine

Vanemluse toetamise kaudu on võimalik vähendada laste riskikäitumist ja parandada pere psühhosotsiaalsed toimetulekut. Lapsevanemate vanemlike oskuste suurendamiseks **rakendame tõendatud efektiivsusega vanemlusprogrammi nii eesti kui venekeelsete lapsevanemate seas**. Programmi mõjususe hindamiseks viime läbi mahukaid uuringuid koostöös Eesti teadlaste ja ülikoolidega ning välisekspertide kaasabil. Selleks, et mõõta vanemlike oskuste ning lapsevanema suhte taset ja muutusi ja pakkuda lastekaitsetöötajatele vajalikku töövahendit, viime läbi uuringu vanemlike oskuste hindamisvahendi valideerimiseks.

Toetame vanemluse toetamise valdkonnas tegutsevate organisatsioonide tegevust, jätkame vanemluse ümarlaua regulaarset kokkukutsumist, korraldame seminare ning arendame võimalusi teenuste ja programmide kvaliteedi tõstmiseks ja hindamiseks.

Kuna lapsel on õigus turvalisele perekeskonnale ja toetavale suhtele mõlema vanemaga, peame oluliseks toetada ka täiskasvanutevahelisi suhteid sh analüüsides ja arendades perelepitusteenust.

### Alaeesmärk 3.3: lapse õigused on tagatud ja loodud on toimiv lastekaitseüsteem, et väärtustada ühiskonnas iga last ja tema arengut ning heaolu toetavat turvalist keskkonda

Alaeesmärgi saavutamist mõõdetakse järgmiste mõõdikutega:

Indikaator	Selgitus	Algtase	Sihttase
<b>Mitteinstitutsionaalsele asendushooldusele paigutatud laste osakaal kõigist asendushooldusele paigutatud lastest, protsentides</b>	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. Eesmärk on pakkuda võimalikult paljudele lastele võimalust kasvada perekonnas.	2009 – 66,0% 2010 – 70,6% 2011 – 66,9% 2012 – 70% 2013 – 70%* 2014 – 71%* <i>*prognoos</i>	2015 – 71%* 2016 – 71% 2017 – 71% 2018 – 71% 2019 – 71% 2020 – 71%* <i>*LPA eesmärk</i>
<i>Allikas: Sotsiaalministeeriumi hoolekandestatistika (LPA)</i>			
<b>0–17-aastaste laste arv ühe lastekaitse spetsialisti kohta</b>	0–17-aastaste laste arv ühe kohalikus omavalitsuses ja maavalitsuses töötava lastekaitsetöötaja kohta. Indikaator võimaldab hinnata lastekaitsekontseptsioonis seatud eesmärgi taustal (üks lastekaitsetöötaja 1000 lapse kohta) lastekaitse valdkonna arenguid, andes	2009 – 1394 2010 – 1371 2011 – 1378 2012 – 1303 2013 – 1377* 2014 – 1370* <i>*prognoos</i>	2015 – 1366* 2016 – 1364 2017 – 1356 2018 – 1329 2019 – 1302 2020 – 1274* <i>*LPA eesmärk</i>
<i>Allikas: Statistikaameti rahvastikustatistika, Sotsiaalministeeriumi hoolekandestatistika (LPA) Varasemaid kordajaid korrigeeritud tulenevalt Statistikaamet uutest</i>			

<i>rahvaarvudest 2000– 2013</i>	tagasisidet lastekaitsetöö väärtustamise kohta kohalike omavalitsuste ja maavalitsuste tasandil.		
<b>Perest eraldatud laste arv ja osakaal 0–17-aastaste vanuserühmast</b> <i>Allikas: Sotsiaalministeerium, Statistikaamet (RES, LPA) Varasemaid kordajaid korrigeeritud tulenevalt Statistikaamet uutest rahvaarvudest 2000– 2013</i>	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.	2009 – 0,27%, laste arv 664 2010 – 0,19%, laste arv 460 2011 – 0,19%, laste arv 454 2012 – 0,17%, laste arv 410 2013 – 0,20%, väheneb* 2014 – 0,20%, väheneb* <i>*prognoos</i>	2015 – 0,20%, väheneb* 2016 – 0,20%, väheneb 2017 – 0,20%, väheneb 2018 – 0,20%, väheneb 2019 – 0,20%, väheneb 2020 – väheneb* <i>*LPA eesmärk</i>
<b>Hoiak, et lapse arvamust võib küsida, kuid sellega ei pea arvestama</b> <i>Allikas: Lapse õiguste ja vanemluse monitooring</i>	Näitab ühiskonna hoiakuid laste väärtustamisel ja laste õiguste edendamisel st lapse arvamusega arvestamine näitab lapse õigusi osaleda ja olla kaasatud ühiskonnas ja pereelus.  Hoiakute muutusi ei mõõdeta iga-aastaselt, vaid teatud sagedusega.	2012 – 45%	2015 – väheneb* 2020 – väheneb* <i>*LPA eesmärk</i>

### Meede 3.3.1: lapse õiguste edendamine

ÜRO lapse õiguste konventsiooniga liitunud riikidel on kohustus juhendada lapse õiguste edendamisel dokumendi põhimõtetest ning teavitada rahvast konventsiooni sätetest. Lapse väärtustamise ja õiguste edendamisega on Eestis aastaid nii riigi kui mittetulundusühenduste tasandil tegeletud, kuid ühiskonna teadlikkus ei ole veel piisav. Seetõttu teeme jätkuvalt ühiskonnas selgitustööd ning viime läbi teavituskampaniaid.

Lastele turvalisema internetikasutuse tagamiseks tagatakse riigi osalus Euroopa Liidu programmis „Turvaline internet“. Jätkatakse Läänemere maade riskilaste ekspertgrupis osalemist. Aastatel 2014-2015 oleme grupi eesistujaks ja 2015.aastal korraldame Eestis 2015.aastal Läänemereäärsete riikide lapse õiguste eest vastutavate ministrite konverentsi.

### Meede 3.3.2: varase sekkumise ja lastekaitse süsteemi tõhustamine

Lapse arenguliste vajaduste õigeaegseks märkamiseks ja vaimse tervise toetamiseks töötatakse välja vaimse tervise ja varase sekkumise kontseptsioon ning lapse vajaduste hindamise süsteem. Abivajava lapse märkamiseks tehakse järjepidevat teavitustööd. Abivajavast lapsest teavitamiseks ja nii laste kui täiskasvanute nõustamiseks laste heaolu küsimustes jätkatakse lastebitelefoni 116111 ja kadunud lastest teatamise telefoni 116000 teenuste osutamist.

Lapse väärkohtlemise kahtluse tuvastamiseks ja väärkoheldud laste abistamiseks arendame välja väärkohtlemise diagnostikasüsteemi mudeli, hindame selle mõjusust ja seadustame teenuse. Väärkohtlemise ohvriks langenud lastele nõustamise ja rehabilitatsiooni tagamiseks arendame välja teenuste ja tugivõrgustiku. Selleks, et tagada valdkondade ülene ennetustöö ja väärkoheldud

lapse õigeaegne abistamine ning riiklikult ühtne poliitikakujundus, käivitame lastevastase vägivalda töörühma tegevuse ning integreerime tegevusi ja strateegiaid.

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. Laste heaolu toetamiseks ja probleemide ennetamiseks edendame **valdkondadeülest koostööd** ministeeriumide ja eri tasandite vahel, luues koordineeritud vajalikud mehhanismid, praktilised tegevusjuhised ning õigusliku raamistiku.

**Lastekaitse süsteemi tõhustamiseks** on vajalik tagada kaasaegne ja rakenduslik seadusandlus, arendada tõendus põhiseid sekkumisi, tagada teenuste integreeritus ja koordineeritud osutamine. Tarvilik on pakkuda kohalikele omavalitsustele tuge lastekaitsetöö teostamisel ja luua tõhus riikliku lastekaitse korralduse ja järelevalve mehhanism. Rakendame uut lastekaitse seadust ning **lastekaitsetöö riiklikuks korraldamiseks arendame välja sotsiaalkindlustusameti lastekaitse üksuse**. Sotsiaalkindlustusameti ülesandeks on riikliku lastekaitse rakendamine, kohalike omavalitsuste nõustamine ning abistamine juhtumite lahendamisel, samuti tõendus põhiste sekkumiste (sh vanemlusprogramm) elluviimine.

Kohaliku omavalitsuse lastekaitsetöö kvaliteedi tõstmiseks pakume lastekaitsetöötajatele täienduskoolitust ja nende läbipõlemise ennetamiseks töö nõustamist ehk supervisiooni. Tagame lastekaitsetöötajatele igapäevase töö teostamiseks ja üleriigilise praktika ühtlustamiseks vajalikud abimaterjalid ja tööjuhised.

### **Meede 3.3.3: inimeste vajadustest lähtuvate efektiivsete sekkumiste pakkumine ja arendamine**

**Toetamiseks laste kasvamist perekonnas ja ennetamiseks laste perekonnast eraldamist** arendame kogukonnapõhiseid peresid toetavaid teenuseid (nt tugiisikuteenus, lapsehoiuteenus, nõustamisteenused jne). Võimaldamaks perekonnast eraldatud laste perekonda naasmine, arendatakse lapse päritolupere sotsiaalset ja majanduslikku toimetulekut soodustavaid teenuseid. Psüühikahäiretega lastele arendatakse välja, seadustatakse ja osutatakse ambulatoorset ja statsionaarset erihoolekande- ja rehabilitatsiooniteenust.

**Perest eraldatud lastele pakume kvaliteetset perepõhist asendushooldust.** Perekonnast eraldatud laste asendushooldusele paigutamisel tuleb eelistada perepõhiseid asendushoolduse vorme. Asendushoolduse kontseptsioonist tulenevalt arendame perekonnas hooldamise teenust, loome vajaliku õigusliku ja korraldusliku raamistiku, täiendame teenuse sisu ja kvaliteeti, töötame teenuse rakendamiseks välja tugisüsteemi ning suurendame teenuseosutajate arvu. Parandame asenduskoduteenuse kvaliteeti ja tõhustame asenduskodu töötajate ettevalmistust. Suurendada tuleb kohalike omavalitsuste teadlikkust erinevatest asendushooldusvormidest ja asendushoolduse standarditest. Asenduskodu ja perekonnas hooldamise rahastamine korrastatakse vastavalt asendushoolduse kontseptsioonile, teenuste vajadusele ja teenustele esitatud nõuetele. Perekonnas hooldamise paremaks korraldamiseks ja teabe kättesaadavuse tagamiseks luuakse STARi arendusena hooldusperede andmebaas. Arendame perekonnas hooldajate koolitussüsteemi ning tõhustame tõendus põhist koolitusprogrammi PRIDE elluviimist.

Toetamiseks laste elukvaliteeti ning laste püsivust lapsendaja- ja kasuperedes ning vältimaks perede läbipõlemist, seadustatakse ja rakendatakse lapsendatud, eestkostel ja perekonnas hooldamisel olevate laste perekonda paigutamiseks nii eel- kui järelteenuseid. Riigisisese ja rahvusvahelise lapsendamise protsesside parendamiseks viime läbi poliitikamuudatused. Ühtse praktika ja kvaliteetse tegevuse tagamiseks viime läbi süsteemsed muudatused lapsendamise korraldamise struktuuris.

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

### **Alaeesmärk 3.4: Eestis on perede adekvaatset majanduslikku toimetulekut toetav kombineeritud toetuste ja teenuste süsteem, mis pakub perele püsivat kindlustunnet**

Alaeesmärgi saavutamist mõõdetakse järgmiste mõõdikutega:

Indikaator	Selgitus	Algtase	Sihttase
<b>Suhtelise vaesuse määr 0–17-aastaste laste seas, %</b> <i>Allikas: Statistikaamet, Eesti sotsiaaluuring (RES, LPA)</i>	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.	2009 – 17,3% 2010 – 19,5% 2011 – 17,0% 2012 – 18,1% 2013 – 18,0%* 2014 – 18,0%* <i>*prognoos</i>	2015 – 17,0%* 2016 – 17,0% 2017 – 16,8% 2018 – 16,7% 2019 – 16,6% 2020 – 16,5%* <i>*LPA eesmärk</i>
<b>Sotsiaalsete siirete, sh pensionid, mõju 0–17-aastaste laste suhtelise vaesuse vähendamisele, protsendipunktides</b> <i>Allikas: Statistikaamet, Eesti sotsiaaluuring (LPA)</i>	Näitab, mil määral vähendavad sotsiaalsed siirded (sh pensionid, peretoetused jt) 0–17-aastaste laste suhtelise vaesuse määra ehk näitab siirete efektiivsust.	2009 – 16pp 2010 – 13pp 2011 – 14,4pp 2012 – 12,0pp 2013 – 16pp* 2014 – 15pp* <i>*prognoos</i>	2015 – 14pp* 2016 – 14pp 2017 – 14pp 2018 – 14pp 2019 – 13 pp 2020 – 13pp* <i>*LPA eesmärk</i>

#### **Meede 3.4.1: toimiva sotsiaalkaitse süsteemi arendamine**

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. Sündimust mõjutavad mitmed valdkonnad ja tegurid ning erinevate meetmete koosmõju, mistõttu on eriti vajalik arendada süsteemselt ja sidusalt nii lastekui perepoliitikat.

**Perede turvatunde suurendamiseks ja vaesuse leevendamiseks** viime ellu peretoetuste ja teenuste rohelise raamatu raames tõstatatud poliitikamuudatusi – arendame peredele mõeldud toetusi, teenuseid ja vanemapuhkusi. Toetame peresid, kes enam abi vajavad ja kellel on rohkem lapsi, samuti peame vajalikuks tervikliku tugisüsteemi loomist üksikvanemaga peredele. Oluliseks eesmärgiks on laste (absoluutse) vaesuse leevendamine. Selleks suurendame toimetulekupiiri arvutamisel lapse tarbimiskaalu seniselt 0,8-lt 1-ni, mille tulemusena kasvab toimetulekutoetuse summa lastega peredele ja perede arv, kes on õigustatud toimetulekutoetust saama, maksame kõigile toimetulekutoetust saavatele alaealiste lastega leibkondadele täiendavat 50 euro suurust toetust ning suurendame vajaduspõhist peretoetust 30 euronni ühe lapsetoetust saava lapsega perele ja 60 euronni kahe või enama lapsetoetust saava lapsega perele. Täiendavalt viime ellu sotsiaalseadustiku perede eriosa kodifitseerimisest tulenevad perede majanduslikku toimetulekut toetavad tegevused.



### Meede 3.4.2: teenuste arendamine perede iseseisva majandusliku toimetuleku soodustamiseks

Pere vaesuse parim ennetaja on vanema võimalus osaleda tööturul, mistõttu tuleb tegeleda nii tööturumeetmete pakkumise kui erinevate tööelus osalemist takistavate tegurite eemaldamisega. Hoolduskoormuse leevendamiseks arendame välja ja pakume erinevaid hoolekandeteenuseid, sealjuures toetame kohalikke omavalitsusi teenuse rahastamise ja koolitustega. Perede majandusliku kirjaoskuse suurendamiseks jätkame võlanõustamisteenuse pakkumist.

### Alaeesmärk 3.5: meestel ja naistel on võrdsed võimalused töö-, pere- ja eraelu ühitamiseks, soodustamaks kvaliteetset ja iga pereliikme vajadustele vastavat igapäevaelu

Alaeesmärgi saavutamist mõõdetakse järgmiste mõõdikutega:

Indikaator	Selgitus	Algtase	Sihttase
<b>0–2-aastaste ning 3–6-aastaste laste osakaal formaalses lapsehoius, %</b>  <i>Allikas: Eurostat (EU-SILC)</i>  <i>(RES, LPA)</i>	Formaalse lapsehoiuga kaetud 0–2-aastaste ja 3–6-aastaste laste osakaal kõigist vastava vanuserühma lastest. Formaalne lapsehoid sisaldab alusharidust ja/või hoidu pakkuvate asutuste teenuseid (nt lasteaed, lastesõim, erilasteaed) ning muu avaliku sektori või erasektori korraldatud/juhitud/organiseeritud päevahoidu (sh palgalised lapsehoidjad, muu lapsehoid jne). Vanemate tööturul osalemiseks ning töö- ja pereelu ühitamiseks on oluline lastehoiu kättesaadavus.	0–2-aastased lapsed 2009 – 25% 2010 – 21% 2011 – 19% 2012 – 30%* 2013 – 31%* 2014 – 32%* *prognoos	0–2-aastased lapsed 2015 – 33%* 2016 – 33% 2017 – 34% 2018 – 34% 2019 – 34,5% 2020 – 35%* *LPA eesmärk
		3–6-aastased lapsed 2009 – 92% 2010 – 92% 2011 – 92% 2012 – 92%* 2013 – 92%* 2014 – 92%* *prognoos	3–6-aastased lapsed 2015 – 92%* 2016 – 92% 2017 – 92% 2018 – 92% 2019 – 92% 2020 – 92%* *LPA eesmärk
<b>Meeste osakaal isikute hulgast, kellele on aasta jooksul määratud vanemahüvitis (esmakordsed määramised), %</b>  <i>Allikas: Sotsiaalkindlustusamet</i>  <i>(LPA)</i>	Andmed kajastavad meeste osakaalu isikutest, kellele on aasta jooksul määratud vanemahüvitis ehk esmakordselt lapse kohta määratud vanemahüvitised.	2009 – 8,5% 2010 – 6,9% 2011 – 5,2% 2012 – 7,3% 2013 – 7,5% 2014 – 8,0%* *prognoos	2015 – 8,5%* 2016 – 9,0% 2017 – 9,3% 2018 – 9,5% 2019 – 9,8% 2020 – 10%* *LPA eesmärk
<b>0–6-aastaste lastega 20–49-aastaste meeste ja naiste tööhõivemäär erinevus ehk hõivelõhe, protsendipunktides</b>	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	2009 – 32,0pp 2010 – 30,2pp 2011 – 39,7pp 2012 – 37,7pp 2013 – 36,5pp* 2014 – 36,0pp* *prognoos	2015 – 35,5pp* 2016 – 35,0pp 2017 – 34,5pp 2018 – 34,0pp 2019 – 33,5pp 2020 – 33,0pp*

Allikas: Statistikaamet  
(LPA)

vanematest (valdavalt ema)  
tööturult eemal. Oluline on, et  
mõlemad vanemad saaksid soovi  
ja vajaduse korral tööturul  
osaleda.

\*LPA eesmärk

---

0–2-aastased lapsed

2009 – 56,3pp  
2010 – 56,4pp  
2011 – 61,2pp  
2012 – 59,4pp

---

3–6-aastased lapsed

2009 – 3,5pp  
2010 – 5,4pp  
2011 – 18,2pp  
2012 – 15,5pp

### Meede 3.5.1: naistele ja meestele võrdsemate võimaluste loomine töö-, pere- ja eraeluks

Täiendame erinevaid poliitikameetmeid soodustamaks nii meeste kui naiste võrdsemaid võimalusi töö, pere- ja eraelus osalemiseks. Võimalused tööd ja pereelu ühitada on seotud nii perede sotsiaalmajandusliku toimetuleku kui sündimuskäitumisega. Selleks, et mehed ja naised saaksid end realiseerida erinevates eluvaldkondades tuleb tegeleda elanikkonna hoiakute kujundamise ja erinevate valikuvõimaluste suurendamisega. Viime ellu erinevaid teavitustegevusi ja koolitusi, et vähendada soolisi stereotüüpe ja tõsta elanikkonna teadlikkust paindlikest töövormidest, sh osajaga töötamise plussidest ja miinustest ning kaugtööst.

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

### Meede 3.5.2: laste päevahoiu arendamine

Et vähendada takistusi tööelus osalemiseks, arendame hoolduskoormust vähendavaid teenuseid. Siinkohal peame eriti oluliseks kvaliteetse, mitmekesise, paindliku ja kättesaadava alushariduse ja hoiu pakkumise süsteemi väljatöötamist. Lapsehoiuteenuse kvaliteedi ja spetsialistide pädevuse tõstmiseks kaardistame ja analüüsime teenusepakujate ja -kasutajate teadmisi, hoiakuid ja vajadusi. Lasteaiakohtade nappuse leevendamiseks toetame uute lapsehoiukohtade loomist. Peame oluliseks, et laste päevahoiuteenus oleks kättesaadav ka puudega lastele ning vastaks nende vajadustele. Selleks arendame puudega lastele vajalikke tugiteenuseid ja toetame maakondlike kompetentsikeskuste loomist.

### Organisatsiooni arendamine

*Üldeesmärk: Sotsiaalministeerium on hästitoimiv ja kompetentne organisatsioon*

[Tulenevalt CAF enesehindamise läbiviimisest Sotsiaalministeeriumis 2014. aasta kevadel ning muutustega organisatsiooni tippjuhtkonnas, esitame nägemuse organisatsiooni arendamisest 9. maiks]

# HETKEOLUKORRA ANALÜÜS POLIITIKAVALDKONDADE LÕIKES

## 1. Tööturg ja sotsiaalne turvalisus

*Üldeesmärk: 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 66,5%-ni (majanduskriisi-eelne tööhõive määr oli 2008. aastal 76,7%). Tööhõive vähenes enim ehituses ja töötlevas tööstuses ning seetõttu oli meeste tööhõive langus kriisiaastail suurem kui naistel. Samal ajal kolmekordistus töötute arv (2008. a – 37 800 töötut, 2010. a – 113 900 töötut) ning töötuse määr saavutas oma kõrgeima taseme 2010. aasta I kvartalis (19,5%). 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 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 16,7%. Sarnaselt 2011 ja 2012 aastaga jätkas töötus langustrendi ka 2013. aastal. Kui 2012. aastal oli Eesti Statistikaameti andmetel 68 500 töötut ning töötuse määraks 10,0%, siis 2013. aastaks vähenes töötute arv 58 700-ni ja töötuse määraks kujunes 8,6%. 2013. aasta tööhõive määr tõusis 73%-ni ja hõivatute arv 621 300-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 2013. aastal võrreldes eelmise aastaga 7100 inimese võrra ning seda peamiselt tänu vanusestruktuuri muutustest tingitud õpilaste arvu vähenemise ja üle 50-aastaste hõive kasvu tõttu. Hõive suurenemisse panustasid kõige enam majutuse ja toitlustuse, kutse- teadus- ja tehnikaalased, halduse ja abitegevuste ning kunsti ja meelelahutuse tegevusvaldkonnad. Kõige enam vähenes hõivatud inimeste arv aga hariduses ja veonduse ja laonduse valdkonnas. Lisaks üldisele majandusolukorra paranemisele aitasid hõive kasvule ja töötuse vähenemisele kaasa ka suvised hooajatööd ning välismaal töötamine. Kui tööhõive määr 2012. aastal jäi Euroopa Liidus keskmiselt üpriski samale tasemele kui 2011. aastal, siis tööhõive 2012. aastal Eestis kasvas. 2012. aastal oli tööhõive määr Eestis 71,8% ja Euroopa Liidus keskmiselt 68,4%. Konkurentsivõime kavas „Eesti 2020“ on seatud eesmärgiks jõuda **2020. aastaks tööhõive määrani** (vanusegrupis 20–64-aastased) **vähemalt 76%**, mis **ületab Euroopa tööhõivestrategias seatud eesmärgi** (75%).

**Oluline ülesanne on noorte töötuse vähendamine.** Eesti on seadnud eesmärgi vähendada noorte (15–24-aastaste) töötuse määr 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%). Kui Euroopa Liidus keskmiselt on noorte töötus alates majanduskriisist iga aasta mõnevõrra tõusnud, siis Eestis hakkas noorte töötus alates 2011. aastast langema, mille tulemusel oli Eesti noorte töötus 2012. aastal 2,1 protsendipunkti madalam (20,9%) kui Euroopa Liidus keskmiselt (23,0%). 2013. aastal noorte töötus Eestis jätkas langustrendi ning noorte töötuse määraks kujunes 18,7%. Olenemata kiirest noorte töötuse vähenemisest on töötus noorte seas endiselt kõrgem kui kriisieelsel perioodil.

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 2013. aastal 9,9% noori (vanusegrupis 18–24 aastat), kellel oli omandatud ainult madalaim haridustase ning kes ei jätkanud õpinguid. Haridustee pooleli jätnutel on aga suurem

töenäosus jääda töötuks ja sattuda vaesusriski. Samuti oli 2012. aastal Eesti noorte (15–24-aastaste) seas 12,5% neid, kes ei õppinud ega töötanud (NEET-noored), mis on mõnevõrra vähem kui Euroopa Liidus keskmiselt (13,1%). Teine peamine selgitus noorte töötute arvu suurenemisele on kooli lõpetanute arvu üldine kasv, mis ületab teatud erialade lõikes tööjõu vajaduse. Nii näiteks napib tehniliste erialade inimesi (infotehnoloogia, mehaanika-, ja tööstusvaldkonna spetsialiste), kuid samal ajal on sotsiaalvaldkonna erialadel raskem tööd leida.

Arvestades probleemi tõsidust terves Euroopas, on Euroopa Komisjon noorte töötuse vähendamise ja tööturu olukorra parandamise seadnud oluliseks prioriteediks 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 tööotsingutest loobumist 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 51 600 pikaajalist töötut. 2011. ja 2012. aastal pikaajaline töötus mõnevõrra vähenes (vastvalt 48 600-ni ja 37 400-ni), kuid lühiajalise töötuse kiirema vähenemise tõttu suurenes pikaajaliste töötute osakaal kõigist töötutest. Kui 2013. aastal pikaajaline töötus vähenes, siis lühiajaliste töötute arv mõnevõrra kasvas, mille tulemusena langes ka pikaajaliste töötute osakaal kõigist töötutest. 2013. aastal oli Eestis 26 100 pikaajalist töötut ning pikaajaliste töötute osakaal kõigist töötutest kahanes eelmise aasta 55%-lt 44%-ni. Samuti näitab pikaajalise töötuse määr langustendentsi. Kui pikaajalise töötuse määr oli 2012. aastal 5,5%, siis 2013. aastaks on see langenud 3,8%-ni. Kui aastatel 2009–2011 suurenes koos pikaajaliste töötute arvu kasvuga ka heitunute arv (2011. aastal 9500 heitunut), siis 2012. aastast alates hakkas heitunute arv vähenema, mille tulemusel oli 2013. aastal Eesti 6100 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 – 6,5 protsendipunkti võrra (60,3%-lt 53,8%-ni) ning töötus kasvas kahe aastaga enam kui neljakordseks. 2010. aastal ulatus vanemaealiste töötute arv rekordilise 17 000-ni ja töötuse määr 16,3%-ni, mis oli kõrgeim näitaja Euroopa Liidus. 2011. aastast alates hakkasid vanemaealiste hõive ja töötuse määr paranema. Kui 2012. aastal oli vanemaealiste hõivemääraks 60,3% ja töötuse määraks 7,2%, siis 2013. aastal kasvas vanemaealiste hõivemäär 62,5%-ni ja töötuse määr langes 6,0%-ni.

Tööealise rahvastiku üldise vähenemistendentsi valguses on ka pikemas perspektiivis Eesti probleemiks saamas tööjõu puudus. Eesti on üks kiiremini vananeva rahvastikuga riiki Euroopas ning koos rahvastiku vananemisega väheneb ka tööealiste inimeste osatähtsus rahvastikust. Statistikaameti rahvastikuprognoozi kohaselt väheneb tööealiste 15–74-aastaste inimeste arv aastaks 2024 võrreldes 2013. aastaga 59 566 inimese võrra ehk 6%. Aastaks 2040 on tööealise elanikkonna arv vähenenud 2013. aastaga võrreldes ligikaudu 15% ning ulatub vaid 846 800-ni senise 1 000 400 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 töövõimet 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 kehva tervise ja vananenud teadmised ning oskused.

Demograafilise töötururiski indeksi 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 ettevõtluse areng mujal muutub selleks vajamineva struktuuri ja oskustega tööjõu piiratuse tõttu pärsitumaks. **Tööjõu liikumine Eesti-siseselt suurematesse tömbekeskustesse on sekkumist vajav trend.** Rahvastiku ja majanduspotentsiaali koondumine linnapiirkondadesse mõjutab erinevate piirkondade arenguvõimalusi ja -taset, tekitades hõrenea asustusega maapiirkondades ning tiheneva asustusega linnapiirkondades erinevaid probleeme. See toob kaasa arengusuutlikkuse vähenemise äärepiirkondades ning regionaalse tasakaalustamatuse. 2013. aastal paiknes 70,4% kogu tööjõust linnalises asulas, kusjuures linnalistes asulates on nii tööjõus osalemise määr kui ka tööhõive määr kõrgem kui maa-asulates. 2013. aastal oli 15–64-aastaste tööjõus osalemise määr linnalises asulas 76,0% ja maa-asulas 72,1%, tööhõive määrad erinesid 1,5 protsendipunkti võrra (vastavalt 68,6% ja 67,1%). 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 teravamaks probleemiks Ida-Virumaal ja Kagu-Eesti maakondades.** Statistikaameti andmeil on nendes piirkondades tegemist suures 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. 2013. aastal oli eestlaste töötuse määr keskmiselt 6,8%, mitte-eestlastel 12,4%. 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 2013. aastal 15,0%-ni ja pikaajalise töötuse määr 12,7%-ni. Kõrge töötuse osas paistab silma ka Võru maakond, kus 2013. aastal töötus kasvas 7,2%-lt 17,2%-ni.

**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. 2013. aastal oli põhihariduse või sellest madalama taseme haridusega isikute töötuse määr 14,9%, mis on üldisest töötuse määrast 6,3 protsendipunkti kõrgem. Kes- ja kutseharidusega inimeste töötuse määr oli 9,7% ning kõrg- ja kraadiharidusega inimestel 5,8%.

Aktiveerunud on tööealise elanikkonna ränne piiri taha tööotsingu eesmärgil. Eesti tööjõu-uuringu kohaselt on pendelrändajate hulk ehk välismaal töötavate inimeste arv aastast aastasse kasvanud, mille tulemusena töötas 2012. aastal kvartalis keskmiselt välismaal rekordilised 24 800 inimest. 2013. aastal välismaal töötamine mõnevõrra vähenes ning välismaal töötas keskmiselt 22 900 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.

Kuni 2008. aastani olid **kulutused aktiivsele tööpoliitikale** Eestis ühed madalamad EL-s nii osatähtsuseks SKP-st kui ka ühe tööotsija kohta. **Alates 2008. aastast on kulud tööpoliitikale**

**kiiresti kasvanud** (rahastatakse Euroopa Sotsiaalfondi vahenditest). Kui 2008. aastal moodustasid kulutused aktiivsele tööpoliitikale 0,11% SKP-st, siis 2012. aastaks olid kulud aktiivsele tööpoliitikale kasvanud 0,34%-ni SKP-st. 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 kasvasid aga kulutused passiivsele tööpoliitikale märgatavalt, moodustades 2010. aastal 0,87% SKP-st, samal ajal kui Euroopas (EL 15) moodustasid kulud SKP-st ligikaudu 1,4%. Kuid alates 2011. aastast on kulutused passiivsele tööpoliitikale hakanud taas vähenema. Aastal 2012 moodustasid kulutused passiivsele tööpoliitikale 0,45% 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 töötutoetuse saajate arvus langus, mis jätkus ka perioodil 2011–2013. 2013. aastal vähenes töötutoetuse saajate arv võrreldes 2012. aastaga 3,5% (2012. aastal 27 307 töötutoetuse saajat, 2013. aastal 26 354), Kui töötutoetuse päevamäär oli 2013. aastal 3,28 eurot, siis 2014. aasta 1. jaanuarist on töötutoetuse päevamääraks 3,62 eurot.

Töötuskindlustushüvitise saajate arv suurenes 2010. aastal võrreldes eelneva aastaga 6%, võrreldes 2008. aastaga aga ligi 4 korda, kuid tööturu olukorra paranemise valguses vähenes ka töötuskindlustushüvitise saajate arv aastatel 2011-2012. 2013. aastal töötuskindlustushüvitise saajate arv uuete lisandunud registreeritud töötute tõttu mõnevõrra kasvas. Kui 2012. aastal sai töötuskindlustushüvitist aasta jooksul kokku 26 163 töötut, siis 2013. aastal töötuskindlustushüvitise saajate arv kasvas 5,7% ja töötuskindlustuse hüvitise saajaid oli 27 651.

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 viib 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 tööõigusalsed 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 tööõiguse alaste teadmistega tööjõu gruppidele – nendeks on töötud, madalalt haritud tööjõud, mitte-eestlased ning madalamal ametipositsioonil töötavad inimesed.

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 lahkaks töökohalt probleemi lahendamata ning ligi kümnendik tööjõust ei teaks kelle poole probleemide lahendamiseks pöörduda.

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 sotsiaaldialoogist, kollektiivlepingutest ning sellest, mida kollektiivsed töösuhted laiemalt ja kollektiivleping kitsamalt asutusele positiivset anda võiks, on ka üheks kollektiivlepingute vähesuse põhjuseks..

Tööhõivet soodustab paindlike töövormide vajadustepõhine kasutamine. Võrreldes Euroopa Liidu keskmisega on Eestis paindlike töövormide kasutamine vähe levinud. Osajaga töötajaid oli 2012. aastal hõivatute seas (15–74-aastased) 10,5% ning 2013. aastal 10,2%, mis on Euroopa Liidu keskmisega võrreldes oluliselt vähem (2012. aastal EL-28 19,8%). Tähtajalise töö tegijaid oli palgatöötajate seas 2012. aastal 3,7% ja 2013. aastal 3,5%, mis on Euroopa Liidu keskmisega võrreldes üle 3 korra vähem (2012. aasta EL-28 keskmine oli 13,7%). Suhteliselt vähe on levinud ka kaugtöö tegemine. 2013. aastal tegi kaugtööd 6,7% palgatöötajatest. Neist 57% 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. Töösurmade arv on küll suurenenud (vastavalt 2012. aastal 2,2 ja 2013. aastal 2,8), kuid Eesti väiksust arvestades on surmajuhtumeid üldiselt vähe ning iga üksik juhtum mõjutab indikaatorit oluliselt. Haiguspäevade indikaator (2012. aastal 17,5 ning 2013. aastal 19,0) iseloomustab töökeskkonnapoliitika 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 küsitlusuuringu 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 jne.

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.

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

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 ettevõtteid vajaksid ulatuslikumat informeerimist ja täpsemat juhendamist ohtlike kemikaalide käitlemisega seotud töökeskkonna ohtudest, nende vältimise ja vähendamise võimalustest ning käitlemisega kaasnevatest kohustustest.

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.

**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 (2012. aastal vastavalt 0,45% ja 1,21%), kuid 2011. aastaga võrreldes siiski 7 miljonit eurot (s.o 10%) rohkem. Põhilise osa hoolekandekulutuste juurdekasvust moodustasid investeeringud, mis kasvasid aastaga ligi 2,4 korda. Investeeringud olid suunatud hoolekande infrastruktuuri arendamiseks, st asenduskodude renoveerimiseks ja uute, peretüüpi asenduskodude ehitamiseks, samuti erihooldekodudes viibivate inimeste elamistingimuste parandamiseks. Samal ajal vähenesid kulutused toimetulekutoetuse maksmiseks ligi 3 miljoni euro (12,9%) võrra ja laste riiklikuks hoolekandeks ligi 400 tuhande euro (3,2%) võrra. Kulutuste vähenemine laste riiklikuks hoolekandeks on seotud asenduskoduteenusel viibivate laste arvu jätkuva vähenemisega (võrreldes 2011. aastaga viibis 2012. aasta lõpus asenduskoduteenusel 66 last vähem).

**Sotsiaalkindlustusele tehtavate kulutuste osakaal SKP-s on ajavahemikul 2008–2012 suurenenud 9,1%-lt 10,1%-le** ning ka osakaal riigieelarves on suurenenud, moodustades 2012. aastal 27,1% 2008. aasta 25,9% asemel. 2012. aastal moodustas sotsiaalkindlustusele tehtud riigieelarve kulutustest 77,8% riiklik pensionikindlustus, peretoetuste ja vanemahüvitise osa oli 14,6% ning puudega inimeste sotsiaaltoetused 3,2%.

**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 2012. aastal oli ühe pensioniealise inimese kohta ligi neli tööelist elanikku, siis 2060. aastaks on see suhe prognoosi kohaselt oluliselt alla kahe.

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 sotsiaalkindlustuskeemi, 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 elatustaseme tõusuga vaja tõsta ka sotsiaalkindlustushüvitiste taset.

Eesti on ratifitseerinud ka parandatud ja täiendatud Euroopa sotsiaalhartat, 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 2013. aasta alguse seisuga 10,4% (137 710 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).

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 5%, kuid Põlvamaal 26%.

Sotsiaalkindlustusameti andmetel on samuti kasvanud püsivat töövõimetust taotlevate inimeste arv. Kui veel 2008. aastal oli Eestis 71 400 töövõimetuspensionäri, siis 2013. aasta III kvartali lõpul juba üle 95 320. Töövõimetuspensionäride ja tööeliste 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“. 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 töövõimetussüsteem ümberkorraldamisel. Kavakohaselt rakendub uus väljatöötamisel olev töövõimehindamise süsteem 2015 aasta II poolaastast ja seda sujuvalt algselt vaid neile, kellel ei ole kehtivat püsiva töövõimetuse otsust. Senised töövõimetuspensionärid liiguvad uude töövõime hindamise süsteemi alates 2016. aastast kui nende senine püsiva töövõimetuse otsus lõpeb ja nad taotlevad töövõime hindamist. Uue süsteemi üheks oluliseks erinevuseks võrreldes vanaga on aktiivsuse nõude rakendamine töövõimetoetuse saamise. Töötukassa teenustel aktiivne osalemine valmistab töötaja paremini ette tööturu vajadustele, mis omakorda loob eeldused paremini tasustatava töö saamiseks.

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. Ka uus 2015. aastast rakenduv töövõime hindamise ja töövõime toetuse süsteem näeb ühe tegevusena ette tööandjate teadlikkuse tõstmist vähenenud töövõimega inimeste väärtustamisel tööjuna, kuid samuti tööandjale töökohtade ja nendele juurdepääsude kohandamise kulutuste kompenseerimise võimalust.

**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 lõpus toetavaid erihoolekandeteenuseid (igapäevaelu toetamise teenus, töötamise toetamise teenus, toetatud elamise teenus, kogukonnas elamise teenus) 2694 inimesele, mis moodustab erihoolekandeteenuste kogumahust 57,6% (lisaks toetavatele erihoolekandeteenustele ka ööpäevaringne erihooldusteenus).

Kohalike omavalitsuste sotsiaalse kaitse kulutused (toimetulekutoetusega) 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 2012. aastal 4 sotsiaalteenust 64 omavalitsuses, 5 teenust 37-s, 6 teenust 34-s ja 7 teenust 15 omavalitsuses. Seega osutati 2012. aastal vähemalt 4 ja enam sotsiaalteenust 150 omavalitsuses, mis on nende koguarvust 66% (2011. aastal vastavalt 137 KOVi ja 61%). 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 hoolekandeline abi 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, on nii erihoolekandeteenustele kui ka rehabilitatsiooniteenustele soovijatele järjekorrad säilinud. Kuigi järjekorrad on mõlemas aastaga mõnevõrra vähenenud ei ole vähenemise tempo saavutanud prognoositud taset. Näiteks oli erihoolekandeteenuste järjekorras olevate inimeste arv 2013. aasta alguses 1262 ja 2014. aasta alguseks 1051 inimest. Rehabilitatsiooniteenuste järjekorras olevate inimeste arv on viimastel aastatel olnud kõikumine – kui 2012. aasta alguse seisuga oli teenuste järjekorras 9946 inimest, siis 2013. aasta alguseks see tõusis ja jõudis 11 314-ni. 2014. aasta alguseks vähenes rehabilitatsiooniteenuste järjekorras olevate inimeste arv 7042-ni, ehk 2013. aastaga võrreldes enam kui kolmandiku (ca 38%). 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. 2014. aastaks on selgelt ilmnunud probleemiks, mis takistab piisavalt kiiret teenustele soovijate järjekordade vähendamist teenuse osutajate valmisolek ja suutlikkus vajalikes mahtudes kvaliteetset teenust osutada.

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, 2012. aasta jooksul sai täiskasvanute hooldamisteenust hoolekandeesutuses 7636 65-aastast ja vanemat inimest ning avahooldusteenuseid 7967 65-aastast ja vanemat inimest. Kokku oli teenusekasutajaid seega 15603 ehk 6,6% 65-aastastest ja vanematest inimestest (2011. aastal 6,5%; võrreldes 2011. aastaga on hooldamisteenuse kasutajate arv hoolekandeesutuses kasvanud 9,1%, avahooldusteenusel aga vähenenud 1,9%. Avahooldusteenuse kasutajate arvu vähenemine on tingitud rehabilitatsiooniteenus kasutajate arvu vähenemisest 338 inimese võrra ehk 11,2%). Samas on hooldusabi vajadus 65-aastaste ja vanemate inimeste hulgas oluliselt suurem. Eelisarendada tuleb eelkõige avahooldusteenuseid, mille maht võiks moodustada hinnanguliselt 2/3 kogu formaalsetest hooldusteenustest (praegu on see võrdne). 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 tööelus ja panustamises majanduse arengusse, nt puudega lapse hooldajatest 22% on pidanud hooldamise tõttu loobuma töökäimisest.

**Tulenevalt pikaajaliste töötute suurest osakaalust ning puudega inimeste madalast tööhõive määrast on suurenenud nõudlus töötamist toetavate hoolekandeteenusete järele.** Nimelt võib pikaajalisi töötuid ja puudega inimesi pidada riskirühmadeks, kelle aktiivset osalemist tööturul tuleb toetada. Kuna puudega tööealised on enamasti ka püsiva töövõimekaoga inimesed, siis puudega inimeste aktiivset osalemist tööturul toetab väljatöötamisel olev uus töövõime hindamise ja töövõimetoetuse süsteem, mis lubab edasistes prognoosides selle näitaja osas olla mõnevõrra optimistlikum. 2011. aastal oli 20–64-aastaste puudega inimeste tööhõive määr 22,1%.

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. Toimetulekutoetuse maksmiseks kulutati 2012. aastal 20,683 miljonit eurot ehk 12,9% vähem kui 2011. aastal. 2013. aastal jätkus toimetulekutoetuse saajate arvu vähenemine, kuid mõnevõrra aeglasema tempoga. Kokku rahuldati 2013. aasta jooksul 209 345 toimetulekutoetuse taotlust, mis on 13,7% vähem kui 2012. aastal. Toimetulekutoetuse maksmiseks kulutati 2013. aastal 18,476 miljonit eurot ehk 10,7% vähem kui 2012. aastal. Kuigi kõige suurema osakaalu toimetulekutoetuse saajatest moodustavad endiselt registreeritud töötuga leibkonnad, sealhulgas pikaajalise töötuga leibkonnad, vähenes nende arv viimasel kahel aastal keskmiselt kiirema tempoga. See avaldas kõige suuremat mõju toimetulekutoetuse saajate arvu vähenemisele.

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.

**Eesti keskmine brutopalk** oli 2012. aastal 887 eurot (netopalk 706). 2009. aastakeskmise brutopalgaga languse järel on hakanud keskmine brutopalk taas tõusma. Maksu- ja Tolliameti andmetel oli 2012. aastal kõikides maakondades sissetulek suurenenud, kuid üle 19 173,49 eurose aastatulu deklareerijate osatähtsus suurim Harjumaal (17,8% tulu deklaratsioonidest), kõige väiksem aga Võrumaal (5%), mis näitab suuri erinevusi elanikkonna sissetulekutes. Viimastel aastatel on keskmisest tunduvalt suuremaid sissetulekuid omavate inimeste osatähtsuse kasv pidurdunud. Statistikaameti andmetel oli 2013. aasta III kvartalis keskmine brutopalk 930 eurot. Maksu- ja Tolliameti andmetel oli samal ajal keskmine brutoväljamakse töötaja kohta 802 eurot, kuid mediaanpalk (millest suurema ja väiksema palga saajaid on võrdselt) oli ainult 638 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. Statistikaameti 2013. aasta III kvartali andmetel tõusis reaalpalk eelmise aasta sama kvartaliga võrreldes üheksandat kvartalit järjest.

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. 2014. aasta jaanuarikuu tarbijabaromeetris hindas oma pere majanduslikku olukorda 12 kuu pärast paremaks 24% ning samaks 58% uuringus osalenutest. 13% uuringus osalenutest leidis, et nende olukord on 12 kuu pärast palju halvem. Ka Statistikaameti uuringute kohaselt on 2010. aastaga võrreldes suurenenud nende elanike osakaal, kes hindavad elujärke aastatagusega võrreldes paremaks: kui 2010. aastal oli nende osakaal 7,9%, siis 2012. aastal 12,2%.

**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%). 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 keskmise brutopalgaga languse pidurdumine ning hõivatute arvu kasv suurendas taas suhtelise vaesuse määra Eestis 17,5%-ni (EL-27 keskmine 16,9%). Eurostati andmetel oli 2011. aastal suhtelise vaesuse määr kõrgeim Kreekas (23,1%) ja madalaim Tšehhis (9,6%).

Alates 2011. aastast on tööpuudus vähenenud ning elanikkonna sissetulekud suurenenud, kuid samas on suurenenud ka sissetulekute ebavõrdsus, mistõttu 2012. aastal suurenes suhtelises vaesuse elavate inimeste osakaal 18,7%-ni (2011. a 17,5%). Sissetulekute suurenemise mõjul tõusis ka suhtelise vaesuse piir 329 euronit (2011. aastal 299 eurot). Pidurdavat mõju suhtelise vaesuse näitajatele avaldasid realiseerunud sotsiaalse siirded, mis aitasid takistada vaesusesse langemist. Nii näiteks oli suhtelise vaesuse määr enne sotsiaalseid siirdeid (sh pensionid) 2012. aastal 39,6% (2011. a 40,1%).

Lasteta leibkondadest olid 2012. aastal Eestis suuremas vaesuses üheliikmelised leibkonnad (38,6%). Seejuures oli taas üksikute naiste suhtelise vaesuse määr (41,1%) oluliselt kõrgem kui üksikutel meestel (33,9%). Aastatel 2009–2011 oli olukord vastupidine. Võrreldes 2011. aastaga on lastega leibkondade suhtelise vaesuse määr jäänud samale tasemele (16,5% 2012. a; 16,3% 2011. a). Lasteta leibkondade suhtelise vaesuse määr on mõnevõrra kasvanud – kui 2011. aastal oli see 18,9%, siis 2012. aastal 20,6%. Lastega leibkondade suhtelise vaesuse jäämine samale tasemele võrreldes eelneva aastaga näitab lastega perede sissetulekute tõusu.

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. Statistikaameti andmetel olid 2012. aastal kõige väiksemad kulutused leibkonnaliikme kohta Ida-Virumaal, Valgamaal ja Põlvamaal (vastavalt 200, 209 ja 217 eurot kuus leibkonnaliikme kohta), kõige kõrgemad aga Harjumaal (335 eurot kuus leibkonnaliikme kohta) ja Tartumaal (328 eurot kuus leibkonnaliikme kohta).

**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-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. Vaesusrisiki 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 uuringu põhjal ei olnud 3 aastat pärast seaduse jõustumist enam kui kolmandik erasektori tööandjatest soolise võrdõiguslikkuse seaduses sätestatust 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.** 2012. aastal oli Eestis ametialade soolise segregatsiooni määr 30,9% ning tegevusalade soolise segregatsiooni määr 25,2%. Nii näiteks oli 2012. aastal 26,9% hõives olevatest meestest hõivatud oskustöötajate ja käsitöölise ametiala pearühmas (naistest vaid 3,3%), samas kui naistest oli 26,4% hõivatud tippspetsialistidena (meestest 12,0%). Tegevusalasid vaadates saab välja tuua, et näiteks ehituses oli 2012. aastal hõivatud 17,4% kõigist hõives olevatest meestest ning vaid 1,6% naistest. Seevastu hariduses oli hõivatud 16,3% kõigist hõives olevatest naistest ning vaid 3,7% meestest. 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 segregeerunud tööturg mõjutab omakorda noorte elukutse- ja karjäärivalikuid. Kutseharidusandmeid vaadates võib näiteks välja tuua, et 2011. aastal oli sotsiaalteenuste

koolituslal lõpetanute hulgas vaid 0,4% ning äranduse ja halduse koolituslal vaid 14% mehi. Samas näiteks oli naiti 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 naitste potentsiaal saaks ühiskonna heaks võrdsetl efektiivsetl rakendatud ning mõlemad sugupooled saaksid võrdsetl ennast ka tööalaselt teostada. Selle eelduseks on vajalike oskuste arendamine ning talentide otsimine igas valdkonnas mõlema sugupoole esindajate hulgal.

2012. aasta andmete põhjal saab öelda, et Eestis on ka **EL riikidest suurim sooline palgalöhe**. Naitste ja meeste keskmiste tunnipalkade vahe oli Eestis 2012. aastal 30,0%, EL-s keskmiselt 16,2%. Sooline palgalöhe on kompleksne nähtus, mida mõjutavad erinevate tegurite grupid. Lisaks juba käsitletud segregatsioonile tööturul ja hariduses mõjutavad seda ka levinud hoiakud ja normid naitste ja meeste rollidest ja võimekusest, töö- ja pereelu ühitamise raskused (lasteaiakohtade ja lapsehoiuteenuse kättesaadavuse probleemid), sellega seotud naitste pikad karjäärikatkestused, otseselt või kaudsetl naiti diskrimineerivad värbamis- ja palgapoliitikad ning naitste alaesindatus juhtivatel ametikohtadel nii avalikus kui erasektoris, samuti poliitikas (tööturu vertikaalne sooline segregatsioon). Naitste madalam palk viib ka madalamate hüvitiste ja pensionideni, mistöttu on naitstel kogu elukaare vältel madalam sissetulek. See omakorda halvendab nende majanduslikku toimetulekut, lisandub laste vaesumine, eriti üksikemaga leibkonnas. Sooline ebavördsus, sh palgalöhe, soodustab ka naitstevastase vägivalla, sh perevägivalla levikut. Soolise palgalöhe vähenemiseks tuleb sihikindlalt ja süsteemsetl tegeleda kõikide eespool nimetatud teguritega. Probleemile on juhtinud tähelepanu ka Riigikogu, kes tegi 2011. aasta sügisel Vabariigi Valitsusele ettepaneku koostada palgalöhe vähendamise tegevuskava, mis kiideti valitsuse poolt heaks 2012. aasta juulis.

Majanduslikult partnerist sõltuvatel naitstel on vähe võimalusi vägivaldsetl suhtest väljuda, naitste varjupaikade pakutavad teenused vägivalla ohvritest naitstele ei ole piisavad majandusliku iseseisvuse saavutamiseks ja vägivallast pääsemiseks. Perevägivald mõjutab tugevalt ka lapsi. 2012. aastal abistasid naitste varjupaigad 1570 naitst ja 193 last. 2009. aastal Statistikaameti korraldatud turvalisuse uuringu andmetel on **paarisuhtevägivallaga** kokku puutunud 51% naitstest ja 46% meestest. Kuigi naitste ja meeste paarisuhtevägivallaga kokkupuutumine ei erine selle uuringu andmetel märkimisväärselt, kogevad naitsed ja mehed paarisuhtevägivald ja selle tagajärji erinevalt. Naitsed kogevad meestest oluliselt enam ähvardamist, seksuaalset vägivald ja raskeid füüsilisi vigastusi. Politseini jõuab vaid väike osa vägivallajuhtumitest. Naitstevastase vägivalla nähtus on seotud perevägivalla, lähisuhtevägivalla ning soolise ja seksuaalse ahistamisega. Naitstevastase vägivalla ühe vormina on levinud prostitutsioon ja inimkaubandus. Naitstega kaubitsemise, sh prostitutsiooni levik on samuti soolise ebavördsuse tagajärjeks ning põhjustab probleeme nii ohvritele endile, nende lastele kui ühiskonnale laiema.

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.

**Sooliste stereotüüpide taastootmisele** aitavad pahatihti kaasa meedia, massikultuur, haridusinstituutsioonid. Vähe on uuringutulemustele toetuvaid diskussioone ja arvamusedartikleid, mille eesmärk oleks suurendada ühiskonna teadlikkust naitste ja meeste võrdse kohtlemise normidest ja soolise võrdõiguslikkuse saavutamiseks rakendatavate erinevate strateegiate vajalikkusest. Koolides käsitletakse ebapiisavalt või ei käsitleta üldse erinevaid soolise ebavördsuse teemasid, stereotüüpsete soorollide negatiivset mõju või soolise diskrimineerimise olemust.

Soolise võrdõiguslikkuse süvalaiendamise strateegia kui soolise võrdõiguslikkuse edendamise ühe põhistrateegia efektiivsetl rakendamist takistab vajaliku haldussuutlikkuse puudumine ning nii süvalaiendamise rakendamiseks kohustatud ametnike kui ka laiema 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 metoodika 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 inimväärkusele 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 raporti 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 metoodika järgi on Eesti OECD riikidest kõige madalama tolerantusindeksiga 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.

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 keskketlābi 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%).

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**

*Üldeesmärk: tervena elatud eluiga on Eestis aastaks 2020 pikenenud meestel keskmiselt 60 ja naistel 65 eluaastani ning keskmine eeldatav eluiga on pikenenud meestel 75 ja naistel 84 eluaastani*

**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.

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. 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 ainult bioloogilistest ja tervishoiuteguritest ning negatiivsetest elustiili valikutest, vaid **oluliseks mõjuteguriks on sotsiaalsed ja majanduslikud tingimused, milles inimesed elavad ja töötavad.**

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 oluliselt alla Euroopa Liidu keskmisele. Eestis pälvib tähelepanu väga suur naiste ja meeste oodatava eluea vahe, mis on 10 aastat: 2012. aastal oli meeste keskmine oodatav eluiga 71,09 aastat ja naistel 81,12 aastat. Suured on ka piirkondlikud erinevused: 2012. aastal oli maakondadest kõrgeim oodatav eluiga Tartumaal (77,4 aastat) ja madalaim Ida-Virumaal (72,3 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 (2011 a. meeste vahe EL keskmisega 6,1 aastat, naistel 2,2 aastat). Kui eeldatava eluea tõus viimasel aastakümnel on toimunud peamiselt südame- ja veresoonehaiguste ning välispõhjustest tingitud vigastussurmade vähenemise arvelt, siis vaimse tervise probleemidest tingitud surmad olid peamiseks põhjuseks, mis eluea tõusu pidurdasid. Välispõhjustest tingitud vigastussurmade vähenemine on olnud keskmisest kiirem liiklus- ja tulesurmade ning tapmiste vähenemise tõttu. Tervena elatud eluiga on peale eelnevat kiire kasvu perioodi alates 2010. aastast vähenenud. 2012. aastal sündinud laste eeldatav keskmine tervena (piiranguteta) elatud eluiga on 55,0 aastat, sealhulgas meestel 53,0 eluaastat ja naistel 57,0 eluaastat. Tervena elatud eluea poolest on Eesti mahajäämus EL keskmisest suurem kui eeldatud eluea poolest: 2012. aastal oli vahe EL keskmisega meestel 8,2 aastat ja naistel 4,7 aastat.

**Hoolimata Eesti inimeste eluea kiirest kasvust viimastel kümnenditel on välditavate varaste surmade arv ja riskikäitumisest tulenev tervisekadu suur.** Varastest surmadest tingitud eestlaste lühike eluiga alandab oluliselt Eesti kohta globaalses inimarengu indeksis, kus meile kuulus 2012. aastal 33. koht (indeksi väärtus 0,846). Esimesed kaks kohta kuuluvad Norrale ja Austraaliale ning kolmandal kohal on Ameerika Ühendriigid. Eestis suri 2012. aastal 15 450 (2011. aastal 15244) inimest, neist veerand (3822 inimest) enne 65-aastaseks saamist.

Alates 2000. aastast on enneaegsete surmade põhjustatud eluaastate kaotus vähenenud nii meestel kui naistel ja pidevalt on tõusnud haigestumise tõttu kaotatud eluaastate osakaal. Peamisteks tervisekao põhjusteks on südame-veresoonehaigused (37%), kasvajakasvud (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.



Kriisiaastad töid Eesti inimeste terviseseisundis ning ka arstiabi kasutamises kaasa mitmeid muutusi. 2008. aastaga võrreldes on 2010. ja 2012. aastal suurenenud stressis olevate inimeste osakaal 18,4%-lt vastavalt 22,7% ja 21,5%-ni. Samal ajal kasvas ka varasemast enam masendunud või õnnetu olnute osakaal 21,9%-lt 29% ja 24,2%-ni. Oma tervist hindas 2012. aastal üsna heaks või heaks 47,1% meestest ja 53,7% naistest, mis on võrreldes 2010. aasta hinnangutega pisut tõusnud. Samal ajal vähenes nende meeste osakaal, kes viimase 12 kuu jooksu päevagi töölt ega koolist ei puudunud (63%-lt 57%ni), seevastu aga naiste hulgas mitte puudunute osakaal mõnevõrra tõusis (58%-lt 62%-ni). Nii meestel kui naistel jääb töölt ja koolist mitte puudunute osakaal kõrgemaks majanduskriisieelsest tasemest. See näitab, et inimesed on kas töökoha kaotuse või sissetulekute vähenemise hirmus siiski haigena tööl või koolis käinud. Uuringud on näidanud, et tervisele suunatud meetmed on enam positiivselt mõjunud naistele. Aasta-aastalt kasvab mõnd kroonilist haigust põdevate isikute osakaal – kui 2008. aastal oli neid 38% üle 16-aastastest, siis 2013. aastal juba 44,3%. Alates 2010. aastast on hakanud kasvama igapäevategevuse piirangutega 16-aastaste ja vanemate inimeste osakaal jõudes 28,4%-lt 2009. aastal 32,8%-ni 2013. aastal.

**Lapseeas pannakse alus hoiakutele ja käitumisharjumistele, mis mõjutavad terviseseisundit 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%. 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 33,7%, 2003. aastal 24%. Poiste hulgas on narkootikumidega katsetajaid rohkem kui tüdrukute hulgas, kuid tüdrukute hulgas katsetajate osakaal kasvab. Uuringus osalenud riikide keskmisest tasemest on Eesti poiste näitajad 1,5 korda kõrgemad ja Eesti tüdrukute näitajad 1,3 korda kõrgemad. Enamiku uimastite esmatarbimine leidis aset vanusevahemikus 14–15 eluaastat.

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

Suur on noorte enesetappude hulk, samuti on sagenenud lastel psüühikahäired, mis omakorda on seotud vaimse ja füüsilise vägivallega 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. 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. Kui 2006/2007. õppeaastal oli ülekaalulisi kooliõpilasi 7,8%, siis 2012/2013. õppeaastal juba 10,7%. Kuigi Eesti laste ülekaalulisuse näitajad jäävad veel veidi alla EL keskmisele, on Eesti laste ülekaalulisuse kasv olnud oluliselt kiirem kui EL keskmiselt.

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 lapseeas ning soodustab sidet ema ja lapse vahel. Laste arengu- ja tervisehäirete varajane avastamine 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 satub 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 järeldusena 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 puudub kohustus säilitada toiduproove, millest oleks võimalik haigustekitajaid määrata. Viimasest tulenevalt on Eestis üsna suur täpsustamata etioloogiaga soolenakkushaiguste osakaal.

2011. aastal vähenes esmakordselt Eestis immuniseerimisega hõlmatus alla WHO poolt soovitatud alammäära (vähemalt 95%). 2012. aastal vähenes 2-aastaste laste hõlmatus leetrid-mumps-punetised immuniseerimisega veelgi ulatudes 93,6%-ni. Immuniseerimise taseme langus on tõusev trend Euroopas ja mitmes arenenud riigis on seetõttu toimunud täiskasvanute leetrite puhangud. Eestis registreeriti 2013 aastal 2 punetiste juhtu (eelmine juht oli 2009.a) ja 2 leetrite juhtu (2012. aastal 4 juhtu).

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 vigastussurmatest olid meeste surmad. Pea pooled vigastuste ja mürgistuste tagajärjel surnud on alla 50-aastased. Eesti noorte meeste kõrge suremus vigastuste ja mürgistuste tagajärjel on üheks peamiseks madala eeldatava eluea ja eluea suure soolise erinevuse põhjuseks. Vigastussurmade vähenemine on olnud keskmisest kiirem liiklus- ja tulesurmade, uppumiste ning tapmiste vähenemise tõttu, samal ajal on sagenenud aga surmad mürgistuste tõttu. **Suremus alkoholimürgistustesse vähenes majanduskriisi ajal aastani 2010 ja seejärel hakkas kasvama; samas on surmade arv narkootikumide üledooside tagajärjel püsivalt kasvanud.**

Töoga seotud õnnetuste arv, mis viimastel aastatel andis lootust vähenemiseks, suureneb alates 2010. aastast (100 000 töötaja kohta 2009. aastal 493 inimest, 2010. aastal 565 inimest, 2011. aastal 615 inimest ja 2012. aastal 664 inimest), kuid surmaga lõppenud tööõnnetuste arv püsib suhteliselt stabiilsena. Surmaga lõppenud õnnetusi oli 2009. aastal 19, 2010. aastal 17, 2011. aastal 19, 2012. aastal 14 ja 2013. aastal 19; 100 000 töötaja kohta vastavalt 3,2 (2009), 3,0 (2010), 3,1 (2011), 2,3 (2012) ja 3,1 (2013). Tõusutrendi näitab tööst põhjustatud haiguste arvu suurenemine 100 000 töötaja kohta. Kutsehaigustesse haigestumises on toimunud väike langus – kui 2010. aastal diagnoositi 100 000 töötaja kohta 18,2 kutsehaigust, siis 2011. aastal 14,3 ja 2012. aastal 9,1. 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. Kui 2011. aastal oli 25–49-aastastest mitteaktiivsetest inimestest ligi kolmandikul mitteaktiivsuse põhjuseks haigus või vigastus, siis 2012. ja 2013. aastal vaid neljandikul. Sagedasemad esmase püsiva töövõimetuse põhjused on luu- ja lihaskonnahaigused (24% uutest juhtudest), südame- ja veresoonkonnahaigused (17%) ja vaimse tervise probleemid (15%).

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

**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. Siin mängis olulist rolli muu hulgas ka elanike langenud ostuvõime ning tubaka- ja alkoholitoodete kallinemine aktsiisitõusude näol. 2012. aastal muutusi inimeste terviseenesehinnangus ei toimunud.

Konjunktuuriinstituudi andmetel kasvas alkoholi tarvitamine Eestis kuni 2008. aastani pidevalt ning vähenes 2009. aastal 16,3% (10,1 liitri absoluutset alkoholi elaniku kohta) ja 2010. aastal 4,5% (9,6 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 10,4 liitrit absoluutset alkoholi inimese kohta, mis on 7,7% rohkem kui 2010. aastal. 2012. aastal alkoholi tarbimises olulisi muutusi ei toimunud (10,4 liitrit absoluutset alkoholi inimese kohta). Võrreldes 2010 aastaga suurenes enam lahjade alkoholsete jookide tarbimine (25%). Aasta-aastalt on vähenenud alkoholi mittetarbijate hulk. Kui 2007. aastal oli neid 16%, siis 2011. aastal 13% ja 2012. aastal 17%. 2008. aastal oli Eesti alkoholi tarvitamises EL riikide hulgas Luksemburgi järel teisel kohal. 2011. aastal oli Eesti OECD riikide hulgas alkoholitarbimises 4.-l kohal ületades OECD keskmist alkoholitarbimist 1,3 korda. 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 35,8% meestest ja 11,6% 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% poistest ja 20,1% tüdrukutest. Vaatamata pikaajalisele teavitamisele suitsetamise kahjulikkusest inimese tervisele, suitsetas **Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuringu andmetel** Eestis 2012. aastal ligi ¼ elanikest, mis jäi eelnevate aastate tasemele, kusjuures **36% meestest ja 18% 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). 2010. aasta andmetel oli Eesti

igapäevasuitsetajate osakaalu (26,2%) poolest pisut paremas olukorras kui Läti (27,9%) ja Leedu (26,5%), ületades siiski EL keskmist (23,0%).

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

Lisaks traditsioonilisele suitsetamisele on Eestis levinud ka alternatiivsete tubakatoodete tarvitamine, nii oli 2012. aastal 16–64-aastastest elanikest vähemalt mõnel korral aastas kasutanud vesipiipu 16,2%, e-sigaretti 4,8% ja huuletubakat 4,6%. Alternatiivsete tubakatoodete kasutajaid on rohkem meeste hulgas ja vanusrühmades 16–34, kusjuures vähemalt paaril korral kuus või sagedamini kasutab huuletubakat 13,3% 16–24-aastastest meestest ja 2,1% sama vanadest naistest ning vesipiipu 11,1% 16–24-aastastest meestest ja 7,3% sama vanadest naistest.

**Eesti jaoks on jätkuvalt probleemiks ning suureks ohuallikaks inimese tervisele ja elueale narkomaania ning nakkusliku iseloomuga HI-viiruse levik**, mis oma olemuselt on kontsentreeritud epideemia (HIV levik süstivate narkomaanide hulgas on üle 5% ja rasedatel naistel alla 1%). 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. 2013. aastal diagnoositi Eestis 325 uut HIV-juhtu. 2012. aastal oli jätkuvalt Eesti uute HIV-juhtude arv 100 000 elaniku kohta EL suurim: EL-s keskmiselt 5,8 juhtu ja Eestis 23,5. Eesti järel oli teisel kohal Läti 16,6 uue juhuga 100 000 elaniku kohta. Tõusuteed jätkab HIV- nakatunute koguarvu kasv (2013. a lõpu seisuga oli Eestis kokku diagnoositud 8702 HI-viiruse kandjat ja 414 AIDSihaiget). Lähima 10 aasta jooksul muutub HIV üheks oluliseks haiguskooormuse 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.

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. Märkimist vajab asjaolu, et 2011. aasta andmetel on Eestis narkosurmasid miljoni elaniku kohta Euroopa Liidu ja Euroopa Majanduspiirkonna riikidest kõige rohkem (136), mis on ligikaudu kaks korda enam kui Norras (73), mis on pingereas järgmine. **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 tuberkuloositõrje 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 2012. aastal registreeriti vaid 17,7 esmajuhtu 100 000 elaniku kohta, mis on siiski pea kaks korda kõrgem EL keskmisest. Eesti probleemiks on multiresistentsete (29,8%) ja eriti resistentsete (18,7% tuberkuloosijuhtudest) tuberkuloosivormide äärmiselt kõrge osakaal, millega me oleme EL-s esimesed Läti ja Leedu ees ning mille ravimine nõuab tavaravimitest kümneid kordi kallimaid ravimeid. 15,0% tuberkuloosipatsientidest on HIV-positiivsed. Selle näitaja poolest oleme EL-s Iirimaa ja Malta järel kolmandal kohal.

**Vähese füüsilise koormuse ja ebatervisliku toitumise tulemusena on ligi pool Eesti täiskasvanud rahvastikust kas ülekaalulised või rasvunud.** Rasvunud inimeste osakaal kasvab, nii jäävad Eesti täiskasvanute rasvumuse näitajad veel vaid pisut alla EL keskmise: EL-s keskmiselt on 16,9% täiskasvanutest rasvunud, Eestis 16,6%). Ülekaalulisus on üha suuremaks probleemiks muutunud ka õpilaste hulgas (2006/2007. õppeaastal 7,8%, 2009/2010. õppeaastal 9,8%, 2012/2013. õppeaastal 10,7%). Samal ajal on kasvanud liikumise populaarsus. Nende

inimeste hulk, kes harrastavad liikumist enam kui kord nädalas, on viimasel kümnendil kasvanud, kuid 2012. aastal kasv peatus – nii harrastas tervisesporti rohkem kui kord nädalas 35,6% elanikest (2010. aastal 36,5%). Kehaliselt mitteaktiivseid on endiselt üle 1/3 elanikest. .

Tõhusa toitumisealase teavitustöö ja tervislike eluviiside propageerimise tulemusena, sealhulgas alates lapseast, 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 tervishoiukulud 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. 2011. aastal valminud uuringus on läbi analüüsitud potentsiaalsete võimalike rahastamismuudatuste positiivsed ja negatiivsed mõjud.

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 raviteenuse kättesaadavus ei olene konkreetse inimese eest tasutud sotsiaalmaksu suurusest. 2013. aasta lõpus oli 93,3%-l Eesti rahvastikust ravikindlustus. Ajavahemikus 2000–2013 oli ravikindlustusega inimeste osatähtsus suurim 2007. aastal – 95,9%. 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). 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.

2013. aastal tehtud uuringu „Elanike hinnangud tervisele ja arstiabile 2013“ põhjal hindas praegust tervishoiu korraldust heaks või pigem heaks 61% inimestest. Kuna võrreldes varasemate aastatega on elanikkonnale eriarsti järjekorrad pikenenud (eriarstile pääsemist pidi 2013. aastal üle 2 kuu ootama 17% eriarsti külastanutest), töid küsitletud peamiste häirivate teguritena välja pikki ravijärjekordi (50% vastanutest) ning tasulisi ja kalleid teenuseid (12% juhtudest). 47% vastanutest hindas arstiabi kättesaadavust Eestis heaks või pigem heaks, mis on madalaim viimaste aastate hinnangutest (51–55%). Elanike rahulolu arstiabi kvaliteediga püsib kõrge: 2013. aastal pidas arstiabi kvaliteeti heaks või väga heaks 74% elanikest. Perearstiabi kasutas 2013. aastal 67% elanikest ja eriarstiabi 45% elanikest, mis on samal tasemel varasemate aastatega. Hambaarsti juures käis 39% täiskasvanud elanikest, see on püsinud samal tasemel alates 2010. aastast, kuid 2008. a kasutas hambaraviteenuseid 49% elanikest). Hambaarsti juures mittekäimise põhjustena mainitakse peamiselt kaebuste puudumist (47% harvemini kui kord aastas hambaarsti külastanutest) ja majanduslikke põhjusi (41%). Alates 2009. aastast kaotati hambaravihüvitise maksmine täiskasvanutele, mis motiveeris vähemalt korra aastas hambaarstile pöörduma, et avastada ja ravida väikseid hammaste- ja suuõõne probleeme. 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%. 2013. aastal tehtud uuringu kohaselt olid perearstisüsteemiga, mis võimaldab mis tahes terviseprobleemiga pöörduda perearsti poole, väga rahul või pigem rahul 80% eestimaalastest. Kui 2010. aastal langes perearstisüsteemiga väga rahul olnute osakaal võrreldes 2009. aastaga kaks korda (ehk 22%-lt 11%-ni vastanutest), siis 2013. aastaks oli see tõusnud 18%-ni. Aasta-aastalt kasvab perearstiasutustes õendusalatöötajate poolt iseseisvalt teostatud visiitide arv. Nii teostati 2012. aastal 11,9% kõigist perearstiasutuste visiitidest õendusalatöötajate poolt. See parandab perearstiabi teenuste kättesaadavust. Alates 2013. aastast alustas Haigekassa teise pereõe rahastamist perearstipraktistes, 2013 9 kuu seisuga rahastati 161 teise pereõe tööd.

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 ükski, on neil raske leida asendajat töölt eemaloleku (puhkus, enesetäiendamine jms) ajaks.

**Oluliseks riskiteguriks tervishoiuteenuste kättesaadavuse ja kvaliteedi tagamisel on viimaste aastate tervishoiutöötajate arvu vähenemine.** Aastatel 2008–2010 vähenes arstide koguarv 150 arsti võrra (4469-lt 4319-ni), kuid 2012 aastaks on arstide arv kasvanud 4357 arstini. Umbes viiendik arstidest on perearstid (855). Samuti vähenes aastatel 2008 kuni 2010 õendusalatöötajate arv 455 õendusalatöötaja võrra (8979-lt 8524-ni), vähenemine toimus peamiselt õdede arvu vähenemise tõttu. 2012. aastal töötas Eestis 8545 õendusalatöötajat. Hambaarstide arv on püsinud küllalt stabiilsena, 2012. aastal töötas meil 1196 hambaarsti. Järjekindlalt väheneb arstide koduviitide arv (2012. a tehti koduviite 7,4% vähem kui aasta varem) ja kasvab õdede ning ämmaemandate tehtud iseseisvate vastuvõttude arv (sh koduviitid ja koduõendusviitid), mis muudab ressursikasutuse efektiivsemaks. Eestis on õdede-arstide suhtarv 1,9, mis on samal tasemel Leeduga ja suurem Lätist (1,6), kuid jääb tunduvalt alla EL keskmisele (2,5) ja eriti Põhjamaadele (Rootsi 2,9, Norra 3,5, Taani 4,4 ja Soome 4,3). Seega on meil potentsiaali õdede-arstide töökorralduse edasiseks optimeerimiseks. 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 enam. Aastatel 2009–2011 kasvas välismaale tööleminekuks Terviseametist vastava tõendi väljavõtmise arv (2009. a 106, 2010. a 136, 2011. a 141 tõendit), kuid 2012. ja 2013. a on tõendite võtmine veidi vähenenud (vastavalt 128 ja 118 tõendit). Osaliselt võib tõendite arvu vähenemist põhjustada Soome riigi korraldus, et alates 2012. aastast ei pea tõendit võtma need arstina (mitte eriarstina!) ja õena lõpetanud, kelle lõpetamisest on vähem kui 3 kuud, st värsked kõrgkooli lõpetanud. 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 töödandjat ning enam kui 11% arstidest töötas mitmes maakonnas samaaegselt. Samuti leiti, et 44% Terviseametist tõendi 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 perearstiasutustes. Suurima koormusega töötasid seejuures erakorralise meditsiini, anestesioloogia ja intensiivravi, üldkirurgia, pere-, günekoloogia, kardilooogia ning sisehaiguste ametikoha arstid.

**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).

Haiglaravi reformimisel on taasiseseisvunud Eestis voodifond vähenenud üle poole võrra ja ravivoodite arvu poolest 10 000 elaniku kohta on Eesti (53) jõudnud alla EL keskmise taseme (54), olles näiteks pisut madalam kui Soomes (55). Vähenemine on toimunud just aktiivravi ja psühhiaatrilise abi voodikohtade arvel. Kasvanud on iseseisva statsionaarse õendusabi (varem hooldusravi) voodikohtade arv, mis 2012. aasta lõpul moodustas 77% vajalikest kohtade arvust (1769 voodit). Hooldus- ja järelravi kujutab 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 esmasjärgel tervist edendavad ja haigusi ennetavad ning taastusraviteenused.

Programmpärioodil 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 hooldusteemuste infrastruktuuri arendamise raames investeeritakse 21 hooldusraviteenust pakkuva haigla infrastruktuuri 27,6 miljonit eurot. Esimesed renoveeritud hooldushaiglad valmisid 2011. aastal. 2013. aasta lõpuks on lõppenud 17 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. 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. 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 2012. aastal 33%ni Patsient maksis 2009. aastal keskmiselt ühe soodusretsepti eest 8,02 eurot, aastal 2012 aga 6,56 eurot ja 2013. a III kvalrtalis 6,41 eurot.

### **3. Pere- ja rahvastikupoliitika**

*Üldeesmärk: laste ja perede heaolu suurendamine ning elukvaliteedi tõstmine, soodustades seeläbi laste sündi.*

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. aastast alates on loomulik iive negatiivne (2012. aastal -1394). Ka summaarne sündimuskordaja jääb märgatavalt alla taaste piiri (2012. aastal 1,59; 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 2013. aasta alguses vaid ligi 243 700. Eelseisvatel aastatel (2020–2030) puudutab langustrend eelkõige vanemaid lapsi, lasteai- ja põhikooliealistele lastele suunatud teenuseid tuleks pigem avardada. Pikaajalised demograafilised prognoosid 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 kasvuks 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 paindlikuks töökorralduseks on loodud paremad tingimused, on nii naiste tööhõive kui ka laste sündimuse määr kõrgem. 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 lapsed,** 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.

**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 2012. aastal elas 0–17-aastastest lastest vaesuses 18,1%. Võrreldes 2011. aastaga laste suhtelise vaesuse määr suurenes, kuid oli mõnevõrra madalam kui kogu elanikkonna vastav näitaja (18,7%). 2012. aastal oli suhtelise vaesuse määr kõige suurem ühe vanemaga lapse/lastega (40,8%) ning kolme ja enama lapsega leibkondades (18,6%). 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 2012. aastal mittetöötavates leibkondades elavate laste osakaal 9,5%-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 71,1% .

**Vaesuse ja ebavõrdsuse leevendamisel on määrava tähtsusega rahaliste toetuste maksmine ning tööturu- ja sotsiaalteenuste kättesaadavuse tagamine.** Euroopas tehtud uuringud 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 enamalapseliste ning seitsme- ja enamalapseliste 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 2012. aastal sotsiaalsed siirded (k.a pensionid ja peretoetused) Eestis laste vaesust 12 protsendipunkti ehk 39,9%. Alates 2009. aastast on kulutused riiklikele peretoetustele siiski vähenenud ning olid 2012. aastal 97,4 miljonit eurot. 2013. aastal kulutused riiklikele peretoetustele mõnevõrra suurenesid ning olid 98,9 miljonit eurot. Kulude suurenemist mõjutas eelkõige see, et alates 1. juulist tõusis lapsetoetus kolmanda ja iga järgneva lapse kohta.

Alates 1. juulist 2013 lisandus uue toetusena perekonna sissetulekust sõltuv vajaduspõhine peretoetus. Kui pere sissetulek jääb eelneva kolme kuu sissetulekute põhjal alla vajaduspõhise peretoetusi sissetulekupiiri, on perel õigus saada vajaduspõhise peretoetust taotlemisele järgneva kolme kuu jooksul. Erinevalt ülejäänud riiklikest peretoetustest, määrab ja maksab vajaduspõhise peretoetust valla- või linnavalitsus riigieelarve vahenditest. Vajaduspõhise peretoetuse kulud kokku olid 2013. aastal 313,8 tuhat eurot ning vajaduspõhise peretoetust maksti kokku 4914 isikule, kelle peres oli vähemalt üks lapsetoetust saav laps.

Kui kuni 2010. aastani kulutused vanemahüvitisele suurenesid, siis 2011. aastal kulutused vanemahüvitisele esmakordselt vähenesid, olles 173,3 miljonit eurot. 2013. aastal jätkus vanemahüvitise kulude vähenemine, kuid väiksemal määral kui sellele eelnenud aastatel. Kokkuvõttes ulatusid 2013. aastal vanemahüvitise kulud 157,3 miljoni euroni, mis on võrreldes eelneva aastaga ligi 1,4% väiksem. 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.

Vaesusest väljatulemiseks ei piisa peredele siiski vaid rahalistest toetustest ja hüvitistest, pigem ootavad pered riigilt tuge teenuste näol. 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 kergendamise**ga. 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 (2012. a 14,9 protsendipunkti) oluliselt suurem (2012. a 28,7 protsendipunkti). Väikelastega isade hõivatus tööturul sel perioodil hoopiski suureneb, mille põhjuseks võib olla meeste täienenud 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. 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 kohaselt sooviks iga teine alaealise lapse ema (53%) ning iga neljas alaealise lapse isa (26%) töötada osaajaga, samas hinnati osaajaga töötamist kõige keerulisemaks (42%). 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 lapsehoiude pakkuv süsteem alati piisavalt paindlik, mitmekesine, kättesaadav ega taskukohane arvestamaks lapsevanemate ja laste vajadustega. Nii näiteks oli Eurostati andmetel 2011. aastal formaalse lastehoiuga hõlmatud 19% 0–2-aastasest (EL-27 keskmine 29%) 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 hoiumäär 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 2012. a 41,6%-le), lahutuste määr on kõrge (2012. aastal oli abielude ja lahutuste suhe 1,87) ning hinnanguliselt on ka vabaabielud muutuvad. 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 rahulikke 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 2012. aasta lõpu seisuga asendushooldusel (eestkostel, perekonnas hooldamisel ja asenduskoduteenusel) 2618 last (1,1% 0–17-aastastest lastest Eestis), neist oli riiklikul hoolekandel asenduskodudes 1048 last. Aasta jooksul suunati asenduskodudesse 157 last ning peresisesele asendushooldusele 365 last (eestkosteile 222, perekonnas hooldamisele 85, pereväliselt lapsendati 58). 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 2012. aastal 15,5 miljonit eurot, ennetavaid teenuseid on rahastatud kordades vähem.

**Abi vajavale lapsele õigeaegse ja kvaliteetse teenuse tagamiseks on vajalik tõhusta lastekaitseüsteemi ning professionaalsete spetsialistide (arstid, õpetajad, lastekaitse spetsialistid jt) ja koostöövõrgustiku olemasolu.** Eestis ei ole piisavalt lastekaitse spetsialistide ning piirkondlikud erinevused on väga suured. 2012. aastal oli Eestis keskmiselt ühe lastekaitsetöötaja kohta 1303 last (2008. a 1526 last, 2004. a 1836 last). Seda suhet on mõjutanud nii kuni 17-aastaste laste arvu vähenemine kui ka lastekaitsetöötajate arvu mõningane kasv (2012. aasta lõpu seisuga töötas Eestis 187 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 tõendus põhise suurendamiseks, laste vajaduste väljaselgitamiseks ning vajadusele vastava sekkumise määramiseks töötatakse välja standardiseeritud hindamisvahendid.