

## „Rahvastiku tervise arengukava (RTA) 2009–2020“ 2013.–2014. aasta tulemusaruanne

### Kokkuvõte

Üldistatult saab välja tuua järgmised **positiivsed trendid** eesmärkide ja alaeesmärkide täitmise dünaamikas:

- tervena elatud eluea langustrend on pidurdunud
- pikaajaliste töötute osatähtsus tööjõus on vähenenud
- üha suurem osa lapsi hindab oma tervist väga heaks
- laste tervisekäitumisega seotud näitajad (alkoholi ja tubaka tarbimine) on veidi paranenud
- surmaga lõppenud tööõnnetuste arv on vähenenud
- üha suurem osa elanikest tegeleb regulaarselt tervisespordiga
- tuberkuloosi uute juhtude arv väheneb
- vigastussuremus on vähenenud mürgistussurmade arvelt
- patsiendi omaosalus püsib eesmärgi piirides

**Olulisemad väljakutsed**, millega tuleb tegeleda:

- eeldatava ja tervena elatud eluea kasvu taastamine
- krooniliste haigete ja igapäevategevuse piirangutega isikute osakaal rahvastikus kasvab
- sotsiaalne kihistumine suureneb
- suured soolised, piirkondlikud ja sotsiaalmajanduslikud lõhed tervisenäitajates
- laste ja noorte enesetappude arv ei vähene, vanemaealiste enesetappude suremuskordaja kasvab
- laste esmahaigestumus psüühika- ja käitumishäirete tõttu suureneb
- 0–19-aastaste laste ja noorte suremus, sh vigastussuremus ei vähene
- haigestumus ja suremus hingamiseldite haigustesse suureneb
- tööõnnetuste tagajärjel kaotatud tööpäevade arv kasvab
- järjepidevalt väheneb 2-aastaste laste vaktsineerimisega kaetus
- ülekaalulisus ja rasvumine suurenevad (algavad juba lapseast!)
- üleliigne alkoholi tarbimine, narkomaania ja suitsetamine
- kõrge multiresistentsete tuberkuloosivormide osakaal
- HIV uute juhtude arv ei vähene
- vähene tervishoiutöötajate (eriti õendusalatöötajate) ressurss
- arstiabi, sh hambaravi kättesaadavus
- rahulolu arstiabi kvaliteediga langeb

### Sissejuhatus

Käesolevas tulemusaruandes antakse ülevaade „Rahvastiku tervise arengukava 2009–2020“ teise perioodi (2013–2016) eesmärkide ja alaeesmärkide indikaatorite täitmise dünaamikast 2013.–2014. aastal. Põhjalikumad andmed RTA peamistest sisutegevustest sel perioodil on leitavad RTA iga-aastastest tegevusaruannetest, mis on avaldatud Sotsiaalministeeriumi kodulehel <http://www.sm.ee/et/tervis>.

## Arengukava üldeesmärk

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

Indikaator	Baastase	Täitmine	Eesmärk	Sihttase	Tulemus
	2006	2012	2016	2020	2014
Eeldatav eluiga sünnimomendil – mehed Allikas: ESA	67,4	71,4	73	75	72,3
Eeldatav eluiga sünnimomendil – naised Allikas: ESA	78,5	81,2	82,5	84	81,5
Tervena (piirangutevabalt) elatud eluiga sünnimomendil – mehed Allikas: ESA	48,0 (2005)	53,0	57,5	60	53,1
Tervena (piirangutevabalt) elatud eluiga sünnimomendil – naised Allikas: ESA	52,2 (2005)	57,0	62,5	65	57,1

**Eeldatav eluiga sünnimomendil kasvas** aastatel 2006–2014 keskmiselt **0,7 eluaastat** aastas – meestel ja naistel vastavalt 0,7 ja 0,4 eluaastat, jõudes 2014. aastaks **meestel 72,3 ja naistel 81,5 eluaastani**. Eeldatav eluiga kasvas meestel 2013. aastal hüppeliselt, kuid 2014. aastal langes 0,4 eluaasta võrra, samas naistel jätkus stabiilne kasv sihttaseme saavutamise suunas.

2013. aastal toimunud eeldatava eluea kasv oli peamiselt tingitud surmajuhtude arvu vähenemisest õnnetusjuhtumite, traumade ja mürgistuste (sh narkootikumid ja alkohol) tagajärjel ning seda just noorte meeste hulgas. 2014. aastal jätkus surmajuhtumite arvu langus õnnetusjuhtumite, traumade ja mürgistuste läbi (sh narkootikumid), kuid noorte meeste hulgas kasvasid enesetapud ja uppumised, mistõttu meeste eeldatava eluea langes..

Esmakordselt vähenes **meeste ja naiste vaheline erinevus eeldatavas elueas** alla kümne eluaasta 2010. aastal, 2014. aastaks on vahe **vähenenud 9,2 eluaastani**.

Eestis on eeldatava eluea tõus olnud keskmiselt kolm korda kiirem kui Euroopa Liidus (edaspidi EL). Samuti on Eesti selle näitajaga tõusnud Balti riikidest esikohale, kuid jääb siiski alla enamikule EL riikidele. EL keskmine eeldatav eluiga sünnimomendil oli 2013. aastal 3,1 eluaastat kõrgem kui Eestis – naiste puhul on erinevus 1,6 ja meestel 5 eluaastat.

**Eestlaste ja muust rahvusest inimeste eeldatava eluea erinevused on aastate jooksul vähenenud**. Kui 2006. aastal elasid eestlased 2,5 eluaastat kauem kui muust rahvusest elanikud, siis 2014. aastaks vähenes vahe enam kui kolmandiku võrra, olles 1,4 eluaastat. Rahvusest tulenevad erinevused eeldatavas elueas on meestel suuremad kui naistel – meeste puhul on eeldatava eluea vahe eestlaste ja muust rahvusest elanike vahel 2,3, naistel 0,65 eluaastat.

2011. aasta rahvaloenduse andmetel esinevad Eestis olulised erinevused eeldatavas elueas sõltuvalt inimese haridusest. **Madalama haridustasemega inimesed** (põhiharidus või madalam) **elavad 11,9 eluaastat vähem kui kõrgema haridustasemega inimesed** (kõrgharidus). Erinevused on suuremad meestel (vahe 11,6 aastat vs. 8,8 aastat naistel). Erinevused on peamiselt tingitud kõrgema haridustasemega inimeste tervislikumatest eluviisidest ja paremast terviseteadlikkusest.

Kuigi eeldatav eluiga on aastate jooksul kõigis maakondades kasvanud, esinevad selles endiselt märkimisväärsed erinevused – 2013/2014. aastal elasid **Tartu maakonna elanikud Ida-Viru maakonna elanikest enam kui 4 eluaastat kauem**. Eesti keskmisest kõrgem eeldatav eluiga oli lisaks Tartu maakonnale ka Harju ja Pärnu maakonnas.

Tervena elatud eluiga pikenes aastatel 2006–2009 väga kiiresti (nii meestel kui naistel üle 5 aasta), kuid aastatel 2010–2012 see vähenes (nii meestel kui naistel ligi 2 aasta võrra). Aastatel 2012–2014 on **tervena elatud püsinud küllalt stabiilselt meestel 53 ja naistel 57 eluaasta juures**, mis on endiselt madalam aastate 2009–2011 näitajatest. Samas on positiivne, et 60-aastaste ja vanemate naiste tervena elatud eluiga on pidevalt kasvanud kogu perioodi jooksul: 6,0 aastalt 2006. aastal 8,2 aastani 2014. aastal. Aastatel 2006–2009 kasvas 60-aastaste meeste tervena elatud eluiga 5,2 aastalt 7,5 aastani, kuid 2014. aastaks on nende tervena elatud eluiga vähenenud 6,7 aastani.

**Sugudevaheline erinevus tervena elatud aastates on vähenenud**. Kui 2006. aastal elasid naised 4,2 eluaastat meestest kauem tervena, siis 2014. aastal oli see vahe 4 eluaastat. Eeldatava elueaga võrreldes on tervena elatud eluaastate sugudevahelised erinevused väiksemad, samas elas naistest 2014. aastal oma elust tervetena 70%, meestest 73%.

Tervena elatud eluea poolest on Eesti mahajäämus EL keskmisest suurem kui eeldatava eluea poolest: 2013. aastal oli vahe EL keskmisega meestel 7,5 ja naistel 4,4 eluaastat. Eestist on madalam tervena elatud eluiga vaid Lätis, naiste osas ka Saksamaal ja Slovakkias. Alates 2010. aastast on EL keskmine tervena elatud eluiga vähenenud meestel 0,4 aasta ja naistel 1,1 aasta võrra, üksikutel riikidel oli 2013. aasta andmetel märgata pöördumist kasvutrendi.

**Maakondlikud erinevused tervena elatud elueas on väga suured ehk 17,5 aastat** – 2013/2014. aastal elasid Läänemaa elanikud 63 aastat tervena, seevastu Põlvamaa inimesed vaid 45 aastat. Tervena elatud eluiga on alates 2006. aastast kasvanud kõigis maakondades peale Hiiumaa ja Ida-Virumaa.

Aates 2008. aastast ületab eestlaste tervena elatud eluiga mitte-eestlaste oma. **2014. aastal elasid eestlased muust rahvusest elanikega võrreldes 3,5 eluaastat kauem tervetena**, kusjuures meestel oli nimetatud erinevus 1,9 ja naistel 4,8 eluaastat.

2011. aasta rahvaloenduse andmetel **elasid madalama haridustasemega** (põhiharidus või madalam) **inimesed ligi 13 eluaastat vähem tervetena kui kõrgema haridustasemega** (kõrgharidus) **inimesed**.

Tervena elatud eluiga on kompleksindikaator, mis kajastab keskmist arvu aastaid, mida inimene tõenäoliselt elab ilma pikaajalistest haigustest põhjustatud igapäevategevuse piiranguteta. Aastatel 2006–2014 kasvas pikaajalise haigusega 16-aastaste ja vanemate isikute osakaal 38,5%-lt 45,8%-ni. Ühe komponendina tervena elatud eluea näitaja arvutamisel kasutatakse inimeste subjektiivset enesehinnangut igapäevategevuse piirangutele seoses pikaajalise haigusega. Kuni 2009. aastani vähenes igapäevategevuse piirangutega 16-aastaste ja vanemate inimeste osakaal 28,4%-ni, kuid alates 2010. aastast on see kasvanud, jõudes 2014. aastal tagasi 2006. aasta tasemele (34,1%). Seega, kuigi suremus on vähenenud, on tervena elatud eluea kasvu pidurdanud peamiselt krooniliste haigete osakaalu kasv, sh igapäevategevuste piirangutega krooniliste haigete osakaalu kasv.

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

**AE 1. Sotsiaalne sidusus on suurenenud ja ebavõrdsus tervises vähenenud**

Indikaator	Baastase	Täitmine	Eesmärk	Sihttase	Tulemus
	2006	2012	2016	2020	2014
Ravikindlustusega kaetute osakaal rahvastikust Allikas: Haigekassa, ESA	95,2% m: 93,3% n: 96,8%	93,7 m: 90,3% n: 96,7%	99%	100%	93,9% m: 90,9% n: 96,5%
*Suhtelise vaesuse määr peale sotsiaalseid siirdeid (isikute osakaal, kelle ekvivalentsissetulek on madalam kui 60% leibkonnaliikmete aasta ekvivalentnetosissetuleku mediaan) Allikas: ESA	18,3% m: 16,3% n: 20,0% (2005)	20,7% m: 19,8% n: 21,4%	16,5%	15%	22,1% m: 20,6% n: 23,5% (2013)
*Laste vaesusrisk (allpool vaesuspiiri elavate kuni 15-aastaste laste osakaal) Allikas: ESA	19,8% m: 20,8% n: 18,8% (2005)	18,4% m: 19,3% n: 17,4%	18%	17%	19,8% m: 20,7% n: 18,9% (2013)
Pikaajaliste (üle 12 kuu) töötute osatähtsus tööjõus Allikas: ESA	2,3% m: 2,9% n: 1,7% (2007)	5,5% m: 6,1% n: 4,9%	3,7%	2,5%	3,3% m: 3,9% n: 2,7%
Suitsiidide suremuskordaja 100 000 elaniku kohta Allikas: ESA, TAI	18,4 m: 30,9 n: 7,7	17,8 m: 30,8 n: 6,4	12,5	10	18 m: 30,6 n: 6,9
*Alates 2012. aastast tuleb varasemate aastatega võrdlemisel arvestada meetoodikamuudatusega, alates 2012. aastast on sissetuleku andmed on saadud osaliselt registritest, varem ainult küsitlusuuringutest.					

Sotsiaalse sidususe ja võrdsete võimaluste valdkonnas on saavutatud pikaajaliste töötute osatähtsuse 2016. aasta sihttase. Kerge positiivse dünaamikaga on võrreldes 2012. aastaga ravikindlustusega kaetus, samas on suitsiidide suremuskordaja ja vaesusega seotud (suhtelise vaesuse määr, laste vaesusrisk) näitajates täheldatav pigem negatiivne trend.

Majanduskriisi ajal vähenes ravikindlustusega kaetute osakaal. Alates 2011. aastast on näitaja püsinud stabiilsena 94% juures. 2014. aastal oli **ravikindlustatute osakaal rahvastikust 93,9%**, ravikindlustusega oli kaetud 90,9% meestest ja 96,5% naistest. 2014. aastal suurenes ravikindlustatute hulgas töötavate kindlustatute arv, mis on seotud tööhõive olukorra paranemisega. Naiste hulgas on aastate jooksul kindlustatute osakaal olnud 4–7% kõrgem kui meeste hulgas. Peamiselt on mittekindlustatute puhul tegemist noorte meestega vanuses 20–34-elu-aastat. Pikaajalised töötud, kes püsivad arvel töötukassas, säilitavad ravikindlustatu staatuse. Ravikindlustamata isikute hulgas on peamiselt heitunud töötud, ebaregulaarse tulu saajad, vabakutselised, välismaalt tulu saajad ja ümbrikupalga saajad. Ravikindlustamata isikutele on tagatud riigi kulul erakorraline arstiabi. 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.

Sotsiaalset kihistumist kajastavad näitajad on viimastel aastatel liikunud negatiivses suunas. Suhtelise vaesuse määr on alates 2009. aastast tõusnud. **2013. aastal elas suhtelises vaesuses 22,1% Eesti elanikest** ehk ligi 288 600 inimest ning **0–15-aastastest lastest 19,8%**. Näitaja kasvu on põhjustanud kõige kõrgemasse sissetulekukvintiili kuuluvate isikute sissetuleku suurenemine, samas kui esimesse kvintiili kuuluvate sissetulek on püsinud muutumatuna. Vaeseima ja rikkaima viiendiku elanikkonna sissetulekud erinesid 6,6 korda.

Suhtelises vaesuses elavad Eestis, nagu ka enamikus riikides, naised. Kõrgeim suhtelise vaesuse määr on üksikute 65-aastaste ja vanemate ning üheliikmelises naiste leibkonnas (vastavalt 2,9 ja 2,3 korda kõrgem kui Eestis keskmiselt). Laste suhtelise vaesuse määr on riigi keskmisest enam kui kaks korda kõrgem Ida-Viru ja Valga maakonnas.

Finants- ja majanduskriisi suurim mõju tööturule avaldus 2010. aastal, kui töötuse määr tõusis 16,7%-ni ja pikaajalise töötuse määr 7,6%-ni, seejärel on töötuse määr langenud. **2014. aastal langes pikaajalise töötuse määr 3,3%-ni**, millega on RTA 2016. aasta sihttase saavutatud. Sotsiaalministeeriumi arengukavas on pikaajalise töötuse 2016. aasta eesmärki ambitsioonikamaks muudetud (2,9%). Aasta ja kauem tööd otsinute osakaal oli suurem meeste (3,9%) kui naiste (2,7%) hulgas. Muust rahvusest elanike seas on pikaajalisi töötuid 2,6 korda enam kui eestlaste hulgas. Seda mõjutab oluliselt Ida-Viru maakonna kõrge pikaajalise töötuse määr, mis 2014. aastal oli 8,4%. Eesti pikaajalise töötuse määr on alates 2013. aastast olnud EL riikide keskmisest näitajast madalam. 2014. aastal oli EL keskmine pikaajalise töötuse määr 5,1%. Töötus ja selle pikaajaline kinnistumine mõjutab inimeste sissetulekut, elutingimusi, tervislike valikute tegemist ja võib viia inimeste loomuliku kaitsevõime ammendumisele, mille tagajärjel võivad väljenduda nii vaimse kui ka füüsilise tervise probleemid. Seetõttu on oluline panustada pikaajalise töötuse ennetamisse ning võimalikult kiiresti integreerida töötud tagasi tööturule.

**Enesetappude arv suurenes majandussurutise ajal**, saavutades maksimumi 2009. aastal – 20,2 enesetappu 100 000 elaniku kohta. **2010–2011. aastal enesetappude arv vähenes**, kuid alates 2012. aastast on näitaja kasvanud. Valdavalt sooritavad enesetappe mehed, aastatel 2006–2014 oli meeste näitaja ligi 4,2 korda kõrgem kui naistel. Oluline osa enesetappudest sooritatakse vanemaealiste vanuserühmas – 2014. aastal sooritatud enesetappudest 25% sooritajateks olid 65-aastased ja vanemad. Vanemaealiste näol on tegemist olulise riskigrupiga, kelle enesetappude suremuskordaja on aastate jooksul kasvanud. Maakondlikult on suurem enesetappude arv 100 000 elaniku kohta Põlvamaal, olles Eesti keskmisest 2,2 korda suurem. Eestil on enesetappude vähendamises arenguruumi. Eesti näitaja oli 2011. aastal 1,4 korda kõrgem kui EL keskmine sh 65-aastaste ja vanemate hulgas oli vahe 1,6 korda.

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

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

Indikaator	Baastase	Täitmine	Eesmärk	Sihttase	Tulemus
	2006	2012	2016	2020	2014
Imikusuremuskordaja (alla 1-aastaste laste surmade arv aastas 1000 elussündinu kohta) Allikas: ESA	4,4 m: 5,7 n: 3,1	3,6 m: 3,1 n: 4,1	2,2	1,7	2,7 m: 2,7 n: 2,6
0–19-aastaste laste ja noorte suremuskordaja 100 000 elaniku kohta Allikas: ESA	61,2 m: 82,2 n: 39,1	38,5 m: 42,1 n: 34,7	34	31	37,9 m: 44,8 n: 30,5
0–19-aastaste laste ja noorte suremuskordaja vigastuste, mürgistuste ja õnnetusjuhtumite tõttu 100 000 elaniku kohta Allikas: ESA	30,1 m: 42,1 n: 17,5	11,7 m: 15,0 n: 8,3	12	7	13,7 m: 22,4 n: 4,6
1–19-aastaste laste ja noorte	2251	2110	1929	1801	2287

psüühika- ja käitumishäirete esmashaigestumuskordaja 100 000 elaniku kohta Allikas: TAI	m: 2 597 n: 1 886	m: 2 583 n: 1 610			m: 2 851 n: 1 690 (2013)
Oma tervist väga heaks hindavate 11-, 13- ja 15-aastaste laste osakaal Allikas: TAI, HBSC	31,5% m: 34,2% n: 28,5% (2005/2006)	29,3% m: 32,1 n: 26,6 (2009/ 2010)	33,8%	34,7%	33,2% m: 38% n: 28,3% (2013/2014)
Osaliselt või täielikult rinnapiimatoidul olevate 6 kuu vanuste imikute osakaal Allikas: TAI	55,3% (2011)	55,3%	66%	75%	55,3% (2012)

Võrreldes 2012. aastaga on positiivse dünaamikaga kaks indikaatorit (imikusuremus ja oma tervist väga heaks hindavate õpilaste osakaal). Samal tasemel on 0–19-aastaste laste ja noorte suremuskordaja ning probleemne on kahe indikaatori (laste ja noorte vigastussurmad ning esmashaigestumus psüühikahäiretesse) eesmärgi suunas liikumisega. 2012. aastal lisatud uue rinnapiimatoidul olevate imikute indikaatori dünaamikat veel hinnata ei saa. Valdkondades, milles 2016. aasta eesmärgid on juba saavutatud, tuleb saavutatud taset hoida ja edasi liikuda 2020. aasta eesmärgi suunas.

**Imikusuremuskordaja 2016. aastaks püstitatud sihttase saavutati 2013. aastal, kuid 2014. aastal ei suudetud antud taset hoida.** 2014. aastal oli 2,7 imikusurma juhtu 1000 elussünni kohta. Kui 2012. aastal suri 50 imikut, siis 2013. aastal 28 ja 2014. aastal 36. Peamisteks imikusurma põhjusteks on perinataalperioodi patoloogiad ja kaasasündinud väärarendid. Kui 2006. aastal oli poiste näitaja 1,8 korda tüdrukute näitajast kõrgem, siis praeguseks on soolised erinevused peaaegu olematud. Ema elukoht (kas linnalises asulas või maa-asulas) ei oma imikusuremuses rolli. Samas mõjutab imikusuremust ema haridustase – põhiharidusega või madalama haridustasemega emade laste hulgas oli 2014. aastal imikusuremus 2,2 korda kõrgem kui kõrgharidusega emade lastel. Maakondlikult oli imikusuremus aastatel 2006–2013 Eesti keskmisest näitajast tunduvalt kõrgem Ida-Viru, Jõgeva ja Lääne maakonnas. EL keskmisest näitajast oli Eesti imikusuremus 2012. aastal 1,1 korda madalam.

**Samuti saavutati 2013. aastal 0–19-aastaste laste ja noorte suremuskordaja 2016. aastaks püstitatud sihttase, kuid antud taset ei suudetud 2014. aastal säilitada poiste suurema surmade arvu tõttu.** Samas oli 2014. aastal antud näitaja madalam kui 2012. aastal, olles 37,9 juhtu 100 000 lapse kohta. Seejuures on oluline täheldada, et kui 2006. aastal oli poiste suremuskordaja enam kui kaks korda kõrgem kui tüdrukutel, siis 2014. aastaks oli see 1,4 korda, vähenemine on toimunud peamiselt poiste surmade vähenemise arvelt. Peamised laste ja noorte surmapõhjused on vigastused, perinataalperioodi patoloogiad ja kaasasündinud väärarendid. Kõige enam on vähenenud laste ja noorte suremus vigastuste (2,2 korda) ja kaasasündinud väärarendite (2,1 korda) tõttu.

**Laste ja noorte (0–19-aastaste) suremuskordaja vigastuste, mürgistuste ja õnnetusjuhtumite tõttu 100 000 elaniku kohta vähenes aastatel 2006–2012 väga kiiresti.** 2013. ja 2014. aastal toimus 2012. aastaga võrreldes laste ja noorte vigastussuremuse suurenemine, kuid kordaja jäi siiski alla varasemate aastate taset. Absoluutarvudes tähendas see 37 laste ja noorte vigastussurma juhtu 2014. aastal võrreldes 2012. aasta 32 vigastussurmaga. 2006. aastal oli poiste vigastussuremus tüdrukute näitajast 2,4 korda kõrgem, kuid 2014. aastal oli vahe seoses tütarlaste näitaja kiirema langusega ja noormeeste näitaja kasvuga alates 2011. aastast juba 4,9 kordne. Kui 2006. aastal oli peamiste laste ja noorte vigastussurmade põhjuste järjestus – sõidukiõnnetused, uppumised ja enesetapud, siis 2014. aastal on peamised vigastussurma põhjused samad,

kuid enesetappude osatähtsus on kasvanud suurimaks teiste surmapõhjuste arvu vähenemise tõttu. Hoolimata näitaja järjepidevast langusest on Eesti laste ja noorte vigastussurmade kordaja võrreldes EL keskmisega siiski enam kui 2 korda kõrgem.

**1–19-aastaste laste ja noorte psüühika- ja käitumishäirete esmashaigestumuskordaja 100 000 elaniku kohta** vähenes tunduvalt 2009. aastani, **kuid alates 2010. aastast on toimunud näitaja osas kasv ning 2013. aastal jõudis haigestumuskordaja 2006. aasta tasemele.** Psüühika- ja käitumishäirete esmashaigestumuse **suurenemine on toimunud noormeeste arvelt.** Kui 2006. aastal oli poiste esmashaigestumuskordaja 1,4 korda kõrgem kui tütarlastel, siis 2013. aastal oli vahe muutunud juba 1,7-kordseks. Vanusegrupiti vaadatuna on kasvanud just 1–4-aastaste laste psüühika- ja käitumishäirete haigestumuskordaja (1,7 korda), muudes vanusrühmades on näitaja püsinud küllatki stabiilsena. Kolm peamist psüühika- ja käitumishäiret lastel nii 2006. kui ka 2013. aastal olid psühholoogilise arengu häired, käitumis- ja tundeeluhäired ning neurootilised, stressiga seotud ja somatoformsed häired. Vaadeldud perioodil on suurim haigestumuskordaja kasv toimunud psühholoogilise arengu häirete (36,4%) ning tavaliselt lapseas alanud käitumis- ja tundeeluhäirete (15,8%) osas. Samas on muude psüühika- ja käitumishäirete haigestumuskordaja vähenenud (v.a psüühika- ja käitumishäired füsioloogilise düsfunktsiooniga ja vaimne alaareng, mille haigestumus on püsinud küllatki stabiilsena).

**Üha enam lapsed hindab oma tervist väga heaks.** Kooliõpilaste tervisekäitumise uuringu andmetel vähenes 2009/2010. aastaks oma tervist väga heaks hindavate õpilaste osakaal, kuid 2013/2014. aastal hindasid õpilased oma tervist kõrgemalt kui varasemates uuringulainetes. Poisid hindavad oma tervist väga heaks sagedamini kui tüdrukud (vastavalt 38% ja 28,3%). Võrreldes baastasemega on 2014. aastaks oma tervist väga heaks hindavate poiste osakaal suurenenud 1,9% võrra, samas kui tüdrukutel on see vähenenud 0,2% võrra. Kodus räägitava põhikeele järgi hindasid oma tervist väga heaks rohkem muu kodukeelega peredest pärit lapsed (näitajad olid vastavalt 34,8% ja 32,7%). Laste positiivse tervisehinnangu ja perekonna majandusliku seisundi vahel on seos. Hea majandusliku olukorraga perede lapsed hindasid oma tervist 2014. aastal keskmises ja halvas majanduslikus seisundis elavate perede lastega võrreldes vastavalt 1,3 ja 1,1 korda sagedamini väga heaks.

**Aastatel 2011–2012 oli 55,3% kuue kuu vanustest imikutest osalisel või täielikul rinnapiimatoidul.** Maakondlikud erinevused rinnaga toitmises on suured – 2012. aastal sai 70,7% Saare maakonna kuue kuu vanustest imikutest rinnapiima, Valga maakonnas aga vaid 39,7%. 2013. aastal oli kuus kuud täielikul rinnapiimatoidul 44,7% imikutest.

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

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

Indikaator	Baastase	Täitmine	Eesmärk	Sihttase	Tulemus
	2006	2012	2016	2020	2014
Suremus hingamiseldundite haigustesse 100 000 elaniku kohta Allikas: ESA	36,9 m: 57,2 n: 19,6	33,9 m: 48,9 n: 20,7	31	31	41,4 m: 59,6 n: 25,4
Surmaga lõppenud tööõnnetuste arv 100 000 hõivatu kohta Allikas: Tööinspeksioon, ESA	4,5	2,4	2,7	2,4	2,6
Tööõnnetuste tagajärjel kaotatud tööpäevade arv 100 hõivatu kohta Allikas: Haigekassa, ESA	20	17,5	16	15	20

Töö mõju tervisele – hõivatute osakaal, kes arvavad, et nende töö halvendab nende tervist Allikas: European Working Conditions Survey	59,2% (2005)	43,5% (2010)	40%	30%	43,5% (2010)
*Elanikkonna toidutekkelistesse nakkushaigustesse haigestunute arv 100 000 elaniku kohta Allikas: Terviseamet	303	305,1	200	200	209,2 m: 225,2 n: 194,5
Nõuetele vastava joogiveega varustatud elanikkonna osakaal Allikas: Terviseamet	73% (2006)	88,3%	88%	90%	97,7%
Astma diagnoosi/ravi saanute osakaal 16–64-aastaste hulgas Allikas: TAI, tervisekäitumise uuring	2,1% m: 1,8% n: 2,4%	2,7% m: 2,0% n: 3,3%	1,7%	1,5%	3% m: 1,7% n: 3,9%
Peenosakeste (PM10) aastakeskmise kontsentratsioon Eesti linnade välisõhus ( $\mu\text{g}/\text{m}^3$ ) Allikas: Keskkonnaagentuur	20,7% (2005)	12,6%	14%	14%	16,0%
2-aastaste laste hõlmatus leetrid-mumps-punetised (MMR) immuniseerimisega Allikas: Terviseamet	93,9% (2011)	93,6%	$\geq 95\%$	$\geq 95\%$	93,4%
*Alates aastast 2013 on loetelust ära jäänud soole täpsustamata bakter- ja viirusnakkused ning askariaas, kuna need ei kuulu registreerimisele alates 01.04.2013 ning samast ajast on lisandunud registreerimisele amöbiaas (Vabariigi Valitsuse 23.07.2009 määrus nr 134). Seega ei ole andmed otseselt varasemate aastatega võrreldavad.					

Valdkonna üheksast eesmärgist on saavutatud kaks 2016. aasta eesmärki (surmaga lõppenud tööõnnetused ja nõuetele vastava joogiveega varustatus). Praegu ei saa veel hinnangut anda indikaatorile „Elanikkonna toidutekkelistesse nakkushaigustesse haigestumine“, kuna näitaja sisu 2013. aastal muutus, samuti indikaatorile „Töö mõju tervisele“, sest vastavad uuringud toimuvad 5-aastase intervalliga ning 2015. aasta uuring ei ole veel läbi viidud. 2012. aastaga võrreldes on soovitud vastassuunaline olnud aga viie indikaatori (suremus hingamiselundite haigustesse, astma levimus, peenosakeste aastakeskmise kontsentratsioon, tööõnnetuse tagajärjel kaotatud tööpäevade arv ja laste hõlmatus immuniseerimisega) dünaamika.

**Suuremus hingamiselundite haigustesse** vähenes aastani 2011, **alates 2012. aastast** on see **suurenenud**, jõudes 2014. aastaks **41,4 surmani 100 000 elaniku kohta. Kasv on toimunud peamiselt naiste arvelt.** Kasvanud on nii meeste kui naiste näitajad ning meeste vastav näitaja oli 2014. aastal 2,3 korda naiste vastavast näitajast kõrgem. Suremus hingamiselundite haigustesse suureneb koos vanusega. Võrreldes 2014. aastat baastasemega, võib täheldada suremuskordaja langust tööealises elanikkonnas, kuid kasvu 65-aastaste ja vanemate seas. 2014. aastal olid hingamiselundite haigusrühma sees peamised surmapõhjused kopsupõletik ja alumiste hingamisteede kroonilised haigused. **Aastatega on kõige enam kasvanud suremus kopsupõletiku tõttu.** Maakonniti oli hingamiselundite haiguste suremuskordaja 2013/2014. aastal kõrgeim Võru, Rapla ja Ida-Viru maakonnas (vastavalt 1,7, 1,5 ja 1,5 korda Eesti keskmisest kõrgem) ning madalaim Tartu ja Harju maakonnas (1,6 ja 1,2 korda Eesti keskmisest madalam). Eesti suremus hingamiselundite haigustesse on tunduvalt väiksem kui EL-is keskmiselt. 2011. aastal oli Eesti näitaja 1,9 korda EL keskmisest madalam, meestel ja naistel vastavalt 1,4 ja 2,6 korda.

Kroonilistesse kopsuhaigustesse haigestumine on suurenenud. Seda peegeldab astma diagnoosi/ravi saanute osakaal 16–64-aastaste hulgas. Vastupidiselt seatud eesmärkidele



on siin toimunud haigestumise suurenemine. **Kui 2006. aastal oli astma diagnoosiga 2,1% elanikest vanuses 16–64, siis 2014. aastal oli neid juba 3%.** Naiste hulgas on näitaja olnud läbi aastate kõrgem kui meestel ning vahe on aastatega suurenenud (2014. a oli naiste näitaja 2,3 korda kõrgem kui meestel). Võrreldes teiste EL riikidega on Eesti näitaja siiski üks madalamaid.

**Surmaga lõppenud tööõnnetuste osas on 2016. aasta sihttase saavutatud.** Nüüd on vaja taset hoida ja liikuda 2020. aasta eesmärgi suunas. 2014. aastal suri tööõnnetuste tõttu 2,6 inimest 100 000 hõivatu kohta. Enim juhte toimus 18–44-aastaste seas, moodustades 62,9% kõigist surmaga lõppenud tööõnnetustest. Läbi aastate on meeste surmaga lõppenud tööõnnetuste arv 100 000 hõivatu kohta olnud kõrgem kui naistel. 2006.–2014. aastal oli suremuskordaja kõrgeim mäetööstuses, ehitusel, veonduses, laonduses ja sides. Maakonniti oli 2006.–2014. aastal enim surmaga lõppenud tööõnnetusi 100 000 hõivatu kohta Harju, Ida-Viru ja Lääne-Viru maakonnas. Harjumaa ja Virumaa näitajat mõjutab kindlasti see, et neis maakondades on rohkem tööstust ja töö on intensiivsem ning sellepärast juhtub seal ka rohkem tööõnnetusi. Siinjuures ei maksa aga unustada, et surmaga lõppenud tööõnnetus on siiski juhuslik. Võrreldes EL keskmisega oli Eesti näitaja 2012. aastal 1,3 korda kõrgem.

**Tööõnnetuste tagajärjel kaotatud tööpäevade arv** vähenes majanduskriisi ajal 2009. aastal 15,4 tööpäevani 100 hõivatu kohta. Järgnevatel aastatel majanduse taastudes on tööõnnetuse tagajärjel kaotatud tööpäevade arv **tasapisi suurenenud, jõudes tagasi baastasemeni – 2014. aastal kaotati tööõnnetuste tagajärjel 20 tööpäeva 100 hõivatu kohta.** Tööõnnetuse tõttu võetud töövõimetusleht on võrreldes töövõimetuslehega keskmiselt tunduvalt pikem. Kui töövõimetuslehe keskmine kestus 2014. aastal oli 15,8 päeva ühe lehe kohta, siis tööõnnetuste puhul oli see 19,4 päeva.

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

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

Kuna indikaatori „Elanikkonna toidutekkelistesse nakkushaigustesse haigestunute arv 100 000 elaniku kohta“ sisu on alates 2013. aastast muutunud, ei ole andmed varasemate aastatega otseselt võrreldavad. 2013. aastast alates on loetelust ära jäänud soole täpsustamata bakter- ja viirusnakkused ning askaridiaas, kuna need ei kuulu registreerimisele alates 1. aprillist 2013. a, ning lisandunud on amöbiaas, mis kuulub samast ajast alates registreerimisele (Vabariigi Valitsuse 23.07.2009 määrus nr 134).

**Elanikkonna toidutekkelistesse nakkushaigustesse haigestunute arv 100 000 elaniku kohta oli 2014. aastal 209,2** – meestel 225,2 ja naistel 194,5. Seega oli meeste näitaja naiste omast 1,2 korda kõrgem. Peamine toidutekkeline nakkus, millesse haigestutakse, on rotaviirusenteriit. 2014. aastal alustati laste immuniseerimist rotaviirusnakkuse vastu. Aastate jooksul on oluliselt vähenenud haigestumine shigelloosi (5,2 korda) ja salmonelloosi (4,8

korda). Oluliselt on suurenenud aga haigestumine kampülobakterenteriiti (2,5 korda) ja Norwalki viiruse tekkelisse ägedasse enteropaatiasse (2,2 korda). Maakondadest oli haigestumuskordaja 2014. aastal kõrgeim Pärnu, Lääne ja Ida-Viru maakonnas, vastavalt 1,5, 1,4 ja 1,3 korda Eesti keskmisest kõrgem. Jõgevamaal oli aga näitaja Eesti keskmisega võrreldes 2,7 korda madalam.

**Kvaliteetse joogiveega varustatud elanike osakaal oli 2014. aastal 97,7%.** Nimetatud aastal ei olnud ühtegi ühisveevärki, kus mikrobioloogilised näitajad ei vastanud pidevalt nõuetele. Keemiliste näitajate mittevastavuse poolest on peamiselt olnud tegemist fluoriidide piirsisalduse ületamisega, kuid esinenud on ka boori piirsisalduse ületamisi. Üldiselt on veevõrkude olukorda kajastavad keemilised näitajad stabiilselt paranenud, seda tänu veetöötlusseadmete paigaldamisele, uute puurkaevude puurimisele ja probleemsete veevõrkude ühendamisele kvaliteetse veega veevõrkudega.

**Peenosakeste (PM10) aastakeskmise kontsentratsioon Eesti linnade välisõhus on kiiresti vähenenud.** RTA 2013–2016 rakendusplaanis muudeti Eesti linnade välisõhus sisalduva peenosakeste (PM10) aastakeskmise kontsentratsiooni sihttaseme aastaks 2016 ambitsioonikamaks seoses 2016. aasta sihttaseme täitmisega 2011. aastal. **Alates 2013. aastast ei ole suudetud saavutatud taset hoida ja 2014. aastaks on peenosakeste (PM10) aastakeskmise kontsentratsioon linnade välisõhus kasvanud 16 µg/m<sup>3</sup>-ni.** Samas on näitaja võrreldes baastasemega 1,3 korda madalam.

**2-aastaste laste hõlmatus leetrid-mumps-punetised (MMR) immuniseerimisega on alates 2011. aastast vähenenud alla Maailma Terviseorganisatsiooni soovitatud taseme, jõudes 2014. aastal 93,4%-ni.** Eesmärki ei suudetud saavutada kuues maakonnas: Harjumaal (89,5%), Viljandimaal (93,7%), Võrumaal (93,8%), Hiiumaal (93,9%), Pärnumaal (93,9%) ja Valgamaal (94,9%). Parima näitajaga olid aga Rapla (98,4%) ja Ida-Viru maakond (98,2%). Immuniseerimise taseme langus on tõusev trend Euroopas ja mitmes arenenud riigis on seetõttu toimunud täiskasvanute leetrite puhangud.

#### IV valdkond. Tervislik eluviis

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

Indikaator	Baastase	Täitmine	Eesmärk	Sihttase	Tulemus
	2006	2012	2016	2020	2014
16–64-aastaste ülekaaluliste inimeste osakaal Allikas: TAI, tervisekäitumise uuring	30,5% m: 37,3% n: 26,1%	29,9% m: 35,9% n: 25,6%	26%	25%	32,5% m: 39% n: 28,2%
16–64-aastaste rasvunud inimeste osakaal Allikas: TAI, tervisekäitumise uuring	15,5% m: 14,9% n: 16,5%	19,0% m: 18,6% n: 19,3%	13%	12%	19,5% m: 18,9% n: 19,9%
Ülekaaluliste kooliõpilaste osakaal Allikas: Haigekassa koolitervishoiu aruanded	7,8% (2006/ 2007)	10,5% (2011/ 2012)	6,5%	6%	11% (2013/ 2014)
Uute HIV-nakkuse juhtumite arv 100 000 elaniku kohta Allikas: Terviseamet	47,2 m: 60,4 n: 35,9 (2007)	23,8 m: 33,9 n: 15,0	20	15	22,1 m: 29,4 n: 15,7
HIV-sse nakatunud rasedate osakaal kõigist rasedatest	0,3%	1,05%	<1%	<1%	0,8%

Allikas: Terviseamet					
Illegaalseid narkootikume proovinud 15–16-aastaste osakaal Allikas: ESPAD uuring	30%* m: 37% n: 23% (2007)	32% m: 36% n: 27% (2011)	24%	21%	32% m: 36% n: 27% (2011)
Surmaga lõppenud õnnetusjuhtumid, mürgistused ja traumad 100 000 elaniku kohta Allikas: ESA	121 m: 201 n: 53	87 m: 145 n: 36	78	61	71,2 m: 117 n: 31
Joobes juhtide osalusel toimunud õnnetustes hukkunute arv Allikas: Maanteeamet	53	17	14	14	16
Südame- ja veresoonkonna-haigustesse surnud alla 65-aastaste arv 100 000 elaniku kohta Allikas: ESA	94 m: 150 n: 41 (2011)	98 m: 155 n: 43	73	56	93 m: 146 n: 41
Liikumisharrastusega regulaarselt tegelevate 16–64-aastaste isikute osakaal Allikas: TAI, tervisekäitumise uuring	36,3% m: 36,9% n: 35,8% (2010)	35,5% m: 33,9% n: 36,6%	45%	53%	36,7% m: 35,8% n: 37,3%
Absoluutalkoholi tarvitamine liitrites elaniku kohta aastas Allikas: Konjunktuuriinstituut	10,2 (2011)	10,27	<8	<8	10 (2013)
16–64-aastaste igapäevasuitsetajate osakaal Allikas: TAI, tervisekäitumise uuring	26,2% m: 36,8% n: 18,7% (2010)	26,0% m: 36,2% n: 18,3%	21,5%	18,3%	22,1% m: 31,4% n: 15,8%
Tuberkuloosi esmashaigestunute arv 100 000 elaniku kohta. Allikas: TAI, Tuberkuloosiregister	19,8 m: 29,8 n: 11,2 (2011)	17,7 m: 26,9 n: 9,7	16	14	15,6 m: 22,5 n: 9,6
* 2007. aasta baastaset on korrigeeritud tuginedes 2011. aasta ESPAD uuringule.					

Tervisekäitumist mõõtvatest RTA indikaatoritest on 2016. aasta sihttase saavutatud vigastus- ja mürgistussurmade, tuberkuloosi esmashaigestumuse ja HIV-positiivsete rasedate osakaalu osas. Edaspidi on oluline saavutatud taseme hoidmine. 2020. aasta taseme suunas liikumiseks ja EL keskmisele tasemele jõudmiseks on vaja teha olulisi täiendavaid pingutusi. Enamik tervisekäitumise indikaatoreid (HIV-sse haigestumine, joobes juhtide osalusel toimunud õnnetustes hukkunute arv, alla 65-aastaste suuremus südame- ja veresoonkonnahaigustesse, liikumisharrastajate osakaal, alkoholi tarbimine ja igapäevasuitsetamine) on võrreldes 2012. aastaga kerge positiivse dünaamikaga, kuid 2016. aasta sihttasemete saavutamiseks tuleb siin veel märkimisväärseid pingutusi teha. Suurimad probleemid on seotud negatiivse trendiga kolme ülekaalu mõõdikuga. Adekvaatset hinnangut ei saa veel anda illegaalseid narkootikume proovinud 15–16. aastaste noorte osakaalule, sest seda mõõtvat uuringut viiakse läbi iga nelja aasta järel ning 2014/2015 õppeaasta uuringu andmed avaldatakse alles 2016. aasta alguses.

**Südame- ja veresoonkonnahaigustesse surnud alla 65-aastaste arv 100 000 elaniku kohta** vähenes 2014. aastal **93 juhtuni**. Meeste suuremuskordaja on naiste vastavast näitajast 3,6 korda kõrgem. Peamiseks südame- ja veresoonkonnahaigusest tingitud surmapõhjuseks alla 65-aastastel on südame isheemiatõbi. Aastate jooksul on vähenenud

alla 65-aastaste suremus kõigisse südame- ja veresoonehaigustesse peale hüpertooniatõve..

Südame-veresoonehaiguste peamised riskitegurid on ülekaal, vähene kehaline aktiivsus, alkoholi ja tubaka tarbimine.

Ülemäärane kehakaal on muutumas üha tõsisemaks probleemiks. **Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuringust ilmneb, et üle poole (52%) täiskasvanud rahvastikust on ülemäärase kehakaaluga. Ülekaaluliste** (kehamassiindeks 25–29,9 kg/m<sup>2</sup>) osakaal on tõusnud 2014. aastaks **32,5%-ni** (39% meestest ja 28,2% naistest) ja **rasvunute** (kehamassiindeks 30 või enam kg/m<sup>2</sup>) osakaal **19,5%-ni** (18,9% meestest ja 19,9% naistest). Ülemäärane kehakaal on pidevalt suurenenud, kusjuures meestel on olnud kasv mõnevõrra kiirem. Meeste seas on ülekaalulisus olnud läbi aastate levinum kui naiste hulgas (keskmiselt 1,3 korda). Vanuse kasvades ülemäärase kehakaaluga isikute osakaal rahvastikus suureneb ning see on omane kõigile arenenud riikidele. Võrreldes eestlasi ja muust rahvusest elanikke, on viimaste hulgas läbi aastate olnud ülemäärase kehakaaluga elanike osakaal kõrgem. Võrreldes Eestit EL keskmisega, on Eestis ülekaaluliste isikute osakaal üks madalamaid, kuid rasvunute osakaal üks kõrgemaid – meist kõrgem on see vaid Ungaris ja Maltal.

Võrreldes täiskasvanutega on rasvumise ja ülekaalulisuse laialdane kasvav levik noorukite seas veelgi enam muret tekitav. **Ülekaaluliste kooliõpilaste osakaal jätkas kasvamist ja jõudis 2013/2014. õppeaastaks 11%-ni.** Alates 2006. aastast on õpilaste hulgas ülekaaluliste osakaal kasvanud 1,4 korda, kuigi näitaja kasv on viimastel aastatel olnud aeglasem, on see endiselt kasvav.

2009/2010. aasta kooliõpilaste tervisekäitumise uuringu kohaselt oli Eestis ülemäärane kehakaal 11- ja 13-aastaste seas EL keskmisega võrreldes kõrgem ning 15-aastaste puhul jäi EL keskmisest puudu vaid 0,5%. Samas saab 2014. aasta kooliõpilaste tervisekäitumise uuringu tulemustele tuginedes välja tuua, et ülekaaluliste poiste ja tüdrukute osakaal jäi 2009/2010. aasta tasemele (16,6% poistest ja 10,7% tüdrukutest) ehk kasv pidurdus.

Inimeste osakaal, kes harrastavad liikumist enam kui kaks korda nädalas, kasvas aastani 2010, misjärel see pisut vähenes, kuid 2014. aastaks **kasvas taas ja nii tegeles 2014. aastal regulaarselt vähemalt kaks korda nädalas liikumisharrastusega 36,7% elanikest** – 35,8% meestest ja 37,3% naistest. Naised on kehaliselt pisut aktiivsemad kui mehed. Vaadates vanuserühmi, on märgata, et harrastajate osakaal on kõigis vanuserühmades suurenenud, kuid vanuse kasvades see siiski langeb (vahe noorima ja vanima vanuserühma vahel on kahekordne). Haridustasemete lõikes on füüsiliselt aktiivseimad kõrgharidusega elanikud – nii oli kõrgharidusega meeste näitaja 1,4 ja naiste oma 1,2 korda kõrgem kui põhiharidusega või madalama haridustasemega meestel või naistel. Eestlaste hulgas on regulaarselt liikumist harrastavate elanike osakaal 1,2 korda kõrgem kui muust rahvusest elanikel. Kehaliselt aktiivsemate osakaal on kõrgeim Põhja-Eestis ning madalaim Kesk-Eestis.

Tuginedes kooliõpilaste 2013/2014. aasta tervisekäitumise uuringule, on suurenenud kehaline aktiivsus ka kooliõpilaste hulgas. Uuringu kohaselt oli vabal ajal kaks tundi või rohkem intensiivses kehalises tegevuses 52% poistest ja 44% tüdrukutest. Laste (11-, 13- ja 15-aastased) hulgas on 5–7 päeval nädalas kehaliselt aktiivsete osakaal vähenenud (sh tüdrukutel 1,4% ja poistel 7,0%) ning 1–4 päeval nädalas kehaliselt aktiivsete hulk on suurenenud. 38,3% poistest ja 32,5% tüdrukutest on 5–7 päeval nädalas kehaliselt aktiivsed.

Alkoholi liigtarvitamine ja suitsetamine on seotud paljude haiguste tekkega ning suremus alkoholi ja tubaka tarvitamisega seotud haiguste tagajärjel ületab Eestis EL vanade liikmesriikide näitajat pea kaks korda.

Absoluutalkoholi tarvitamine liitrites elaniku kohta aastas hakkas majanduslanguse ajal alates 2009. aastast vähenema, kuid majanduse taastudes alates 2011. aastast on see taas suurenenud. **2013. aastal tarbiti 10 liitrit puhast alkoholi elaniku kohta aastas**, mis on 2,6 liitrit vähem kui 2007. aastal (suurima alkoholi tarbimisega aasta).

Tuntavalt on vähenenud kange alkoholi tarbimine. 2013. aastal tarbisid täiskasvanud elanikud (vanuses 15 ja enam) inimese kohta arvestatuna 87 liitrit õlut, 13 liitrit veini, 11,2 liitrit kangeid (sh viina 6,9 l) ja 20,9 liitrit lahjasid alkoholiseid jooke (siider, segujoogid). Eesti elanike alkoholitarbimine on põhjanaabritest suurem. Soomes tarbiti 2013. aastal 11,6, Taanis 10,5, Rootsis 9,9 ja Norras 7,8 liitrit absoluutalkoholi täiskasvanud elaniku kohta (Eesti Konjunktuuri Instituut).

Tuginedes kooliõpilaste tervisekäitumise uuringu andmetele, on laste osas toimunud kaua oodatud areng. Nimelt on nihkunud hilisemasse ikka esmakordne alkoholi tarbimine ja esmakordne purju joomine. Kui 2009/2010. aastal oli esmakordselt alkoholi proovinud 13-aastaselt või nooremalt 62% õpilastest, siis 2013/2014. aastal oli see näitaja 49%. Purju oli 2009/2010. aastal ennast 15-aastastest õpilastest 13-aastaselt või nooremalt joonud 24% ning 2013/2014. aastal oli see näitaja 19%.

16–64-aastaste igapäevasuitsetajate osakaal püsis majanduskriisi ajal stabiilselt samal tasemel, kusjuures meeste suitsetamislevimus pisut vähenes ning naiste oma suurenes. **2014. aastaks oli igapäevasuitsetajate osakaal 16–64-aastaste hulgas vähenenud 22,1%-ni.** Meeste suitsetamislevimus on kaks korda suurem kui naistel. Igapäevasuitsetamise levimus on vähenenud kõigis vanuserühmades. Põhiharidusega või madalama haridustasemega isikute hulgas on igapäevasuitsetamise levimus 3,5 korda suurem kui kõrgharidusega elanike hulgas.

Muust rahvusest elanikud suitsetavad 1,2 korda sagedamini kui eestlased. Piirkonniti on näitaja kõrgeim Kesk-Eestis. Hoolimata suitsetamislevimuse vähenemisest on Eesti näitaja endiselt EL keskmisest kõrgem. 2012. aastal oli EL-is Eestist kõrgem suitsetajate osakaal vaid Lätis (34,3%, Eestis 26%).

Eesti lapsed suitsetavad muret tekitavalt palju, kuid trend on langemas. Kui 2009/2010. aastal suitsetas 15-aastastest poistest kord nädalas või sagedamini 22% ja tüdrukutest 16%, siis 2013/2014. aastal olid vastavad näitajad 12,7% ja 10,9%. Suitsetamisega alustamise vanus on lükkunud hilisemasse ikka. Kui 2009/2010. aastal oli 15-aastastest lastest esmakordselt sigaretti 13-aastaselt või nooremalt proovinud 63% poistest ja 48% tüdrukutest, siis 2013/2014. aastal olid näitajad vastavalt 49% ja 40%.

Lisaks traditsioonilisele suitsetamisele **on Eestis levinud ka alternatiivsete tubakatoodete tarvitamine.** Nii oli 2014. aastal 16–64-aastastest elanikest vähemalt mõnel korral aastas kasutanud vesipiipu 14,5%, e-sigaretti 15,7% ja huuletubakat 2,3%. Võrreldes 2012. aastaga on kolmekordistunud e-sigaretti suitsetanute osakaal. Alternatiivseid tubakatooteid tarbivad enim nooremad vanuserühmad.

Eesti jaoks on jätkuvalt probleemiks ning suureks ohuallikaks inimese tervisele ja elueale narkomaania ja nakkusliku iseloomuga HI-viiruse levik, mis oma olemuselt on kontsentreeritud epideemia (HIV levik süstivate narkomaanide hulgas on üle 5% ja rasedatel naistel alla 1%). Senine ennetustegevus HIV leviku tõkestamisel on näidanud positiivseid tulemusi. Võrreldes 2007. aastaga on 2014. aastaks uute HIV-nakkuse juhtude arv vähenenud enam kui poole võrra (47,2-lt 22,1 uue juhuni 100 000 elaniku kohta). Kuid **alates 2012. aastast ei ole näitaja osas toimunud märkimisväärseid muutusi.** Meeste hulgas on uute HIV-nakkuse juhtude arv endiselt kõrgem kui naiste hulgas. Samas on meeste näitaja langenud kiiremini kui naistel. Kui 2006. aastal oli meeste näitaja 2,1 korda kõrgem kui naistel, siis 2014. aastal oli vahe 1,9-kordne. HIV-positiivsete elanike (uued juhud) vanus on stabiilselt kasvamas, seda nii meeste kui naiste seas – 2014. aastal oli 15–24-aastaseid uute juhtude seas vaid 8%. Vanuse tõusu üheks põhjuseks on narkootikume süstivate inimeste (ja ilmselt ka nende seksuaalpartnerite) keskmise vanuse tõus, uute süstijate keskmise vanuse tõus ja HIV-i nakatumise vähenemine uute süstijate seas. Kasvanud on (hetero)seksuaalsel teel nakatunute osakaal. 2014. aastal oli uute juhtude arv 100 000

elaniku kohta kõrgeim Ida-Virumaal (82 juhtu) ja Tallinnas (34 juhtu). Mujal Eestis diagnoositi 4,1 juhtu 100 000 elaniku kohta. Hoolimata uute juhtude olulisest vähenemisest aastate jooksul on Eesti näitaja EL riikidega võrreldes endiselt esikohal. 2013. aastal oli Eesti kordaja 4,3 korda kõrgem kui EL-is keskmiselt.

HIV ravikonsiiliumi andmetel võeti Eestis 2014. aastal arvele 111 HIV-positiivset rasedat, kõigi sündituste arv oli sellel aastal 13 618. Seega oli **2014. aastal HIV-i nakatunud rasedate osakaal 0,8%**. Positiivne on see, et kaasaegse meditsiini abil on võimalik vältida HIV-nakkuse levikut emalt lapsele. **Vertikaalne ehk emalt lapsele HIV levik on olnud püsivalt väike** – 0,5% kõigist uutest juhtudest aastatel 1988–2014 (kolm juhtu 2012. a, kaks juhtu 2013. a ja kolm juhtu 2014. a).

2011. aastal tehtud uimastitarbimist puudutava küsitluse ESPAD tulemuste põhjal võib öelda, et **narkootikumide tarbimise kasv kooliõpilaste hulgas on aeglustunud**. Kui vahemikus 2003 kuni 2007 tõusis narkootikumide proovinud 15–16-aastaste noorte osakaal 24%-lt 30%-le (30%-ne kasv), siis 2011. aastaks oli proovinute osakaal tõusnud 30%-lt 32%-le (6,7%-ne kasv). Samal ajal on tüdrukute hulgas narkootikumide proovinute arv 4% võrra suurenenud. Sellest hoolimata on poiste hulgas narkootikumidega katsetajaid rohkem kui tüdrukute seas. Uuringus osalenud riikide keskmisest tasemest oli Eesti poiste näitaja 1,5 korda ja tüdrukute näitaja 1,3 korda kõrgem.

**Tuberkuloosi esmashaigestunute arv 100 000 elaniku kohta vähenes 2014. aastal 15,6-ni**, millega saavutati 2016. aasta sihttase. Tuberkuloosi nakatumine on vähenenud tänu pikaajalisele programmipõhisele tegevusele. Peamiselt diagnoositakse Eestis kopsutuberkuloosi (93,7%). Tuberkuloosi esmashaigestumine on meeste hulgas tunduvalt suurem kui naiste seas – 2014. aastal oli meestel see näitaja 2,3 korda kõrgem kui naistel. Suurel osal tuberkuloosi esmashaigestunutest esineb probleeme alkoholi ja/või narkootikumide kuritarvitamisega – 2013. aastal registreeritud haigetest 46,8%-l. Maakondadest oli 2014. aastal kõrgeim esmashaigestumuskordaja Valga, Võru ja Põlva maakonnas ning madalaim Rapla, Tartu ja Saare maakonnas. Hoolimata Eesti tuberkuloosihaikestumuse järjepidevast vähenemisest oli meie juhtude arv 100 000 elaniku kohta 2012. aastal siiski 1,5 korda suurem kui EL-is keskmiselt. Eesti probleem tuberkuloosi puhul on **multiresistentsete tuberkuloosivormide äärmiselt kõrge osakaal uutest juhtudest**, millega oleme EL-is esimese kolme hulgas (ligi 5 korda kõrgem osakaal EL-i keskmisest) koos Läti ja Leeduga ning mille ravimine nõuab tavaravimitest kümneid kordi kallimaid ravimeid.

**Surmaga lõppenud õnnetusjuhtumite, mürgistuste ja traumade arv 100 000 elaniku kohta vähenes 2014. aastal 71-ni** ning juba 2013. aastal saavutati RTA 2016 aasta sihttase. Vigastussurmade arvu vähenemine on avaldanud positiivset mõju eeldatava ja tervena elatud eluea kasvule. Kuigi meeste vigastussuremus on aastatega kiiremini vähenenud kui naistel, on see endiselt väga suur – meeste näitaja oli 2014. aastal 3,8 korda naiste vastavast näitajast kõrgem ning meestega toimunud juhud moodustasid 77% kõigist vigastussurmadest. Võrreldes 2012. aastaga on vigastussuremuskordaja pea kõigis vanuserühmades langenud. Kõige kõrgem oli vigastussuremuskordaja 2014. aastal 85-aastaste ja vanemate seas. Juhuslike mürgistuste osas võib täheldada võrreldes 2012. aastaga suremuskordaja langust, kuid sõidukiõnnetuste, kukkumiste, suitsu, tule ja leekide toime ning enesetappude näitajad ei ole oluliselt paranenud. Kolm juhtivat vigastussurmade põhjust 2014. aastal olid enesetapud, juhuslikud mürgistused ja kukkumised. Vigastussuremusnäitaja paranemisest hoolimata oli Eesti vigastussuremuskordaja 2011. aastal EL keskmisest näitajast 2,2 korda kõrgem (meestel 2,5 ja naistel 1,5 korda).

**2014. aastal hukkus jobes juhtide osalusel 16 inimest**. Hukkunute arv vähenes aastatel 2007–2010 kiiresti (81 juhult 16 juhuni), seejärel on näitaja üle aasta kasvanud ja kahanenud püsides vahemikus 16–23 hukkunut aastas. Nii oli 2014. aastal hukkunute arv 16, kuid aasta

varem 23. Suurem osa joores mootorsõidukijuhtide osalusega õnnetustest toimus 2014. aastal Valga maakonnas, kuid neid esines rohkem ka Pärnu, Rapla ja Viljandi maakonnas.

## V valdkond. Tervishoiusüsteemi areng

**AE 5. Kõigile inimestele on tagatud kvaliteetsete tervishoiuteenuste kättesaadavus ressursside optimaalse kasutuse kaudu.**

Indikaator	Baastase	Täitmine	Eesmärk	Sihttase	Tulemus
	2006	2012	2016	2020	2014
*Arstide arv 100 000 elaniku kohta Allikas: TAI	322	329	320	320	343
*Õendusala töötajate arv 100 000 elaniku kohta Allikas: TAI	680	645	830	900	645
Arstiabi kvaliteediga üldiselt või väga rahul olijate osakaal Allikas: SoM, EHK uuring „Elanike rahulolu tervishoiuteenustega“	69% (2007)	78,5%	76%	80%	69,7%
Arstiabi kättesaadavust heaks või väga heaks pidanute osakaal Allikas: SoM, EHK uuring „Elanike rahulolu tervishoiuteenustega“	60% (2007)	55%	65%	68%	42,6%
**Leibkonna kulutuste osakaal tervishoiu kogukuludest Allikas: TAI	24%	17,8%	<25%	<25%	22,3% (2013)
* Alates 2013. aastast kogutakse tervishoiutöötajate andmeid uue meetodika alusel, mistõttu võivad esineda erinevused varasemate aastatega võrdluses.					
**Alates 2013. aastast muutus tervishoiu kogukude meetodika. Kasutusele võeti ISHA klassifikaatori 2011. aasta versioon, lisaks hakati leibkonna kulutusi arvestama majandustegevuse ja teenuseosutamise aruannete alusel, varem tehti seda leibkonna uuringu andmetel. Seetõttu ei ole alates 2013. aastast leibkonna kulutuste andmed varasemate aastatega üks-üheselt võrreldavad.					

Majandussurutise ajal kahanesis tervishoiusüsteemi tulud ning rahvastiku ravikindlustusega kaetus vähenes. RTA eesmärkidest on soovituna suudetud hoida kaht indikaatorit (arstide arv ja leibkonna kulutuste osakaal), ülejäänud kolme osas (õendusala töötajate arv, arstiabi kvaliteet ja kättesaadavus) ei ole soovitud suunas liigutud.

**Arstide arvu osas on eesmärk arstide arvu baastaseme lähedal hoidmine. 2014. aastal töötas Eestis 343 arsti 100 000 elaniku kohta.** Arstide arv 100 000 elaniku kohta suurenes 2008. aastani, misjärel see 2009. aastal pisut vähenes ning hakkas siis taas suurenema. Ligikaudu 75,3% Eesti arstidest olid 2013. aastal naised. Arstide keskmine vanus oli ligikaudu 51 eluaastat ja ligi pooled arstidest olid 40–59-aastased. Seega on arstide puhul probleemiks nende kõrge vanus. Kõikidest arstidest 68,6% töötas haiglates. Erialati oli arstide seas kõige enam perearste, anestezioloogia- ja intensiivraviarste ning günekoloogide. Üks viiendik arstidest töötas rohkem kui ühe tööandja juures. Kõige rohkem arste 100 000 elaniku kohta on Tartu maakonnas, kus arste on 2,3 korda rohkem kui Eestis keskmiselt. EL keskmisega võrreldes oli Eestis 2011. aastal arste 100 000 elaniku kohta pisut vähem kui EL-is keskmiselt (3,3 arsti Eestis vs. 3,4 arsti 1000 elaniku kohta EL-is).

**2013. aastal oli Eestis 100 000 elaniku kohta 645 õendusala töötajat.** 98,3% õdedest olid naissoost, nende keskmine vanus oli ligikaudu 45 eluaastat ja enamik neist olid 40–59-aastased. Kõigist õdedest 74,5% töötas haiglates ning erialati oli kõige enam (üld)õdesid,

pereõdesid ja anesteesia-intensiivraviõdesid. 10,9% õdedest töötas rohkem kui ühe tööandja juures. 2011. aasta EL keskmisega võrreldes oli Eestis 1,3 korda vähem õendusalatöötajaid 100 000 elaniku kohta. Samuti on Eestis õdede-arstide suhtarv 1,9, mis jääb tunduvalt alla EL keskmisele (2,3). Seega on meil potentsiaali õdede-arstide töökorralduse edasiseks optimeerimiseks.

**Arstiabi kvaliteeti hindas 2014. aastal heaks või pigem heaks 69,7% elanikest ja arstiabi kättesaadavust Eestis pidas heaks või pigem heaks 42,6% elanikest.** Kui elanike rahulolu arstiabi kvaliteediga võib pidada alates 2006. aastast küllatki stabiilseks (möödukas tõus 2012. aastani ja järgnenud langus baastasemeni), siis nende elanike osakaal, kes peavad arstiabi kättesaadavust heaks või pigem heaks, on 2014. aastaks baasaastaga võrreldes vähenenud 17,3% võrra, kusjuures suurem osa sellest langusest toimus peale 2012. aastat (12,4% võrra). Keskmisest enam hindasid arstiabi kvaliteeti ja kättesaadavust heaks vanemaealised, eestlased ja maapiirkonna elanikud. Viimase aasta jooksul on arsti juures käinud 81% elanikest, kõige enam on külastatud perearsti (68%). Eriarsti on külastanud 51% ning eriarsti külastamine on viimasel paaril aastal pisut suurenenud, olles 2009. aasta tasemel. Hambaarsti on külastanud 41% ning ka see näitaja on perioodi 2012–2014 kõrgeim tulemus. Arstiabi kättesaadavuse puhul on suurim probleem eriarstiabi kättesaadavus, millega seoses on probleeme kogunud umbes viiendik viimase aasta jooksul eriarsti külastanutest. 87% elanikest pääses perearstikeskusesse vastuvõtule 4–5 tööpäeva jooksul või kiiremini (sh 28% samal päeval). Kuni ühe kuu jooksul pääses eriarsti vastuvõtule 53% külastanutest, 20% pidi ootama üle kahe kuu.

**Leibkondade kulutuste osakaal tervishoiu kogukuludest vähenes püsivalt 2012. aastani. 2013. aastal oli leibkonna kulutuste osakaal tervishoiu kogukuludest 22,3%** ja indikaator püsib sihttaseme piires. Leibkonna tervishoiukulutuste osakaalu languse varasematel aastatel toimus peamiselt geneeriliste ravimite suurenenud tarbimise ja hambaraviteenuse vähenenud kasutamise tõttu. Keskmiselt suurenes leibkonnas ühe pereliikme kohta tehtud kulutuste summa 9,7 eurolt 2006. aastal 10,4 euroni 2012. aastal. Absoluutsumma küll suurenes, kuid suhtarv leibkonna kogukulutustes vähenes – 2006. aastal oli see näitaja 4,3% ja 2012. aastal 3,7%. Suurim osa patsiendi kuludest läks aastatel 2000–2012 ravimitele (50–60%), sellele järgnesid kulud ambulatoorsele ravile 22–34% (sh hambaravile 19%–27%). Samas võib sissetulekute kaupa välja tuua, et madalaima sissetulekuga elanike kvintilis moodustavad kulud ravimitele 70% nende tehtud tervishoiukuludest ning kõrgema sissetulekuga elanike kvintilis kulutatakse suurem osa tervishoiukuludest hambaravile. Kulud hambaravile ja ravimitele on aastate jooksul leibkonna eelarves püsinud stabiilsel tasemel ning kulud muule ambulatoorsele arstiabile on kasvanud. Kuigi ravimikulud on hakanud viimastel aastatel vähenema, ei osta siiski üks kolmandik patsientidest ravimeid välja ning pooled neist jätavad ravimid välja ostmata majanduslikel põhjustel. EL keskmisega võrreldes oli 2012. aastal Eestis leibkondade kulutuste osakaal tervishoiu kogukuludest 1,1 korda kõrgem (EL keskmine oli 16,3%).