

## **Rahvastiku tervise arengukava 2009–2020**

**2008**

1. Sissejuhatus.....	3
2. Rahvastiku tervise arengukava vajalikkus .....	4
3. Rahvastiku tervise arengukava väärtused.....	5
Inimõigused .....	5
Ühine vastutus tervise eest.....	5
Võrdsed võimalused ja õigus .....	5
Sotsiaalne kaasatus.....	5
Tõendus põhjus .....	5
Rahvusvaheliste dokumentidega arvestamine .....	5
4. Hetkeolukord.....	7
Rahvastik.....	7
Majandus, tööhõive ja vaesus.....	7
Tervishoid.....	7
Tervisekäitumine .....	8
Haigestumustrendid.....	8
Keskkond ja tervis .....	9
Tervise mõjud majandusele .....	10
5. Arengukava prioriteedid .....	11
6. Arengukava eesmärk .....	12
8. Arengukava koostamisel osalenud isikud.....	15
9. Seosed teiste arengukavadega .....	16
10. Arengukava eesmärkide saavutamise vahendid .....	23
Sotsiaalne sidusus ja võrdsed võimalused.....	23
Laste ja noorte turvaline ning tervislik areng .....	27
Tervist toetav elu-, töö- ja õpikeskkond.....	34
Tervislik eluviis .....	38
Tervishoiusüsteemi areng.....	45
11. Arengukava juhtimise süsteem.....	51
12. Arengukava rakendusplaan ja maksumuse prognoos .....	54
Terminid.....	56
Kasutatud lühendid .....	61
Kasutatud kirjandus .....	62
Lisa 1. Arengukava indikaatorite loend.....	69

## 1. Sissejuhatus

Inimeste tervis mõjutab märkimisväärselt nende võimet igapäevaelus toime tulla, nende sotsiaalsed ja majanduslikku panust riigi ülesehitamisel ja riigi üldist edu. Tervis on seega oluline rahvuslik ressurss, mis väärrib sihi- ja kavakindlat arendamist. Samuti kuulub õigus tervise kaitsele inimese põhiõiguste hulka ning kõikidele inimestele peavad olema tagatud vajalikud eeldused parima võimaliku terviseseisundi saavutamiseks – igal Eesti inimesel peab olema võimalus elada tervist toetavas keskkonnas ja võimalus teha tervislikke valikuid.

Rahvastiku tervise arengukavas püstitatakse strateegilisi eesmärke rahvastiku tervise hoidmiseks ja jätkuvaks parandamiseks. Vabariigi Valitsuse prioriteetide seas on olulisel kohal rahvastiku iibe positiivseks muutmine, eeldatava ja tervena elatud eluea pikenemine ning need suunad on aluseks ka kõigile käesolevas rahvastiku tervise arengukavas välja toodud eesmärkidele ja tegevustele.

Eesti viimaste aastate areng rahvastiku tervises ja riigis üldiselt on igati positiivne – majandus on kasvanud, rahvaarvu vähenemine on aeglustunud, sündivus on tõusnud ning rahvastiku eluiga on pikenenud, kui nimetada vaid mõnda olulisemat. Eesti rahvastiku tervisenäitajate paranemine, näiteks keskmise eluea pikenemine, on toimunud kiiremini kui Euroopa Liidus keskmiselt. Eesti tervishoiusüsteem on viimase kümne aasta arengu tulemusena kujunenud üheks Euroopa kulutõhusamaks.

Jätkuvalt kiire arengu tagamisel muutuvad seniste prioriteetsete suundade kõrval üha olulisemaks inimeste tervisekäitumuslike valikute soodustamine, tervist toetava keskkonna arendamine ning sotsiaalse kaitse ja tervishoiusüsteemi osade integratsiooni parandamine.

Rahvastiku tervise arengukava prioriteetide aluseks on meie ühised väärtused, nagu inimestevaheline solidaarsus, võrdsed võimalused ja õiglus, juurdepääs kvaliteetsetele tervishoiuteenustele ja kodanikuühiskonna võimestumine. Jagame neid väärtusi teiste Euroopa Liidu liikmetega ja nii toetavad mitmed planeeritavad üleeuroopalised tegevused Eesti püüdlusi uute rahvastiku tervise eesmärkide saavutamisel.

„Rahvastiku tervise arengukava 2009–2020“ üldeesmärgiks on tervena elatud eluea pikenemine enneaegse suremuse ja haigestumise vähendamise kaudu. Eraldi on arengukavas välja toodud viis temaatilist valdkonda, mis kajastavad sotsiaalse sidususe ja võrdsete võimaluste suurendamist, lastele tervisliku ja turvalise arengu tagamist, tervist toetava keskkonna kujundamist, tervislike eluviiside soodustamist ning tervishoiusüsteemi jätkusuutlikkuse kindlustamist. Nende temaatiliste valdkondade kaupa on esitatud ka arengukava üldeesmärgi täitmiseks seatud prioriteedid, strateegilised eesmärgid ning meetmete kompleksid.

Arengukava väljatöötamises on osalenud erinevate töörühmade ning avalike arutelude kaudu suur hulk inimesi erinevatest rahvusvahelistest organisatsioonidest, ministriumidest, maavalitsustest, kohalikest omavalitsustest, mittetulundusühingutest, erasektorist ning erinevatest sidus-, siht- ja huvirühmadest. Kõigi nende inimeste panus on olnud väga tänuväärne ning määrava tähtsusega nii uute ülesannete selgitamisel kui ka nendele lahenduste leidmisel. Kuna rahvastiku tervises toimuvad pidevalt muutused, on ka rahvastiku tervise arengukava dokument, mida tuleb pidevalt täiendada ja uuendada, ning meie kõigi jätkuv panus uute visioonide loomisel ja elluviimisel on Eesti arengu tagamiseks oluline.

## 2. Rahvastiku tervise arengukava vajalikkus

Eesti on edukas riik. Seda tõendavad senine kiire majandusareng ning Eesti kuulumine Euroopa Liitu (EL) ning mitmetesse teistesse rahvusvahelistesse organisatsioonidesse. Majanduse arenguga on kaasnenumid ka rahvastiku tervise pidev paranemine pärast 1994. aastat, mil rahvastiku tervis oli mitmete suuremuse, haigestumise ja tervisekäitumise näitajate järgi lähiajaloo kõige halvemas seisus.

Alates 1990. aastate algusest on Eestis koostatud mitmeid tervisepoliitika visioone ning 1995. aasta 2. märtsil kinnitati Vabariigi Valitsuse protokollilise otsusega varem ette valmistatud tervisepoliitika dokument. Nii selle tervisepoliitika koostamine kui ka seatud eesmärgid on olnud suunanäitajaks edasistele rahvatervise programmidele ja tervishoiu tegevustele ning on oluliselt kaasa aidanud sihiks seatud rahvastiku tervise paranemisele. Nimetatud dokument on osa pikemast rahvastiku tervise ning tervisepoliitika arendamise protsessist – olemasolevaid tervisepoliitika dokumente on pidevalt uuendatud ning lisaks koostatud ka uusi visioonidokumente erinevates töörühmades ja aruteludel. Aastate jooksul on koostatud mitmeid olulisi poliitika- ja strateegiadokumente, mis on uutele ülesannetele lahendusi ja ennetusvõimalusi pakkunud. Need dokumendid moodustavad aluse, milleta ei oleks mõeldav ka käesolev arengukava. Käesoleva arengukava loomine algas, kui Vabariigi Valitsus kiitis 13. oktoobril 2006. a heaks rahvastiku tervise arengukava 2008–2015 koostamise ettepaneku. Arengukava väljatöötamisel võeti aluseks samal aastal koostatud konsensuslik visioonidokument „Rahvastiku tervisepoliitika “Investeering tervisesse””, mis läbis ulatuslikud avalikud arutelud enamikus maakondades ja Riigikogu sotsiaalkomisjonis.

Ühiskonna ja ümbritseva keskkonna arenguga kaasnenumid muutused on seadnud meid silmitsi uute lahendamist vajavate ülesannetega ning seetõttu on tekkinud vajadus uue rahvastiku tervise arengukava järele, mis aitaks ennetada näiteks keskmise eluea pikenedisest, traditsioonilise peremudeli muutustest, tööjõu vabast liikumisest ja mitmetest teistest teguritest tekkida võivaid probleeme rahvastiku tervises. Uute ülesannete lahendamiseks on vaja vaadata üle senised tegevused ning lisada uusi lähenemisi riigi rahvastiku tervise hoidmiseks ja jätkuvaks parandamiseks.

Terved kodanikud on riigi arengu aluseks, sest mida tervem on inimene, seda enam suudab ta panustada ühiskonna ja majanduse arengusse. Rahvastiku tervise parandamisse saavad oma panuse anda nii Riigikogu, Vabariigi Valitsus, kohalikud omavalitsused, erasektor, ühiskondlikud organisatsioonid kui ka iga kodanik. Sellest lähtuvalt on ka see arengukava mõeldud kõigile ühiskonnaliikmetele.

### **3. Rahvastiku tervise arengukava väärtused**

#### ***Inimõigused***

Tervis on inimese põhiõigus ning kõigile ühiskonnaliikmetele tuleb tagada eeldused võimalikult hea tervise seisundi saavutamiseks. Õigus tervisele ja selle kaitsele, õigus ohutumale elu-, töö- ja psühhosotsiaalsele keskkonnale on fikseeritud meie põhiseaduses, Euroopa Ühenduse asutamislepingus, Euroopa sotsiaalharta ja mitmetes teistes rahvusvahelistes dokumentides. Euroopa Liidu Amsterdami lepingu artikkel 152 seab tervise kaitse ülimuslikuks kõikide otsuste, projektide ja programmide puhul, mis võivad mõjutada inimese tervist.

#### ***Ühine vastutus tervise eest***

Inimese ja rahvastiku tervist mõjutavad suuremal või vähemal määral kõik poliitilised, majanduslikud või muud otsused. Vastutus rahvastiku tervise eest on ühine vastutus, mis hõlmab ühiskonna kõiki sektoreid, organisatsioone, rühmi ja üksikisikuid, ning see loob aluse tasakaalustatud keskkonna, sotsiaal- ja majanduspoliitika arenguks. Sellest lähtuvalt peab tervisemõjudega arvestamine olema osa kõikide ühiskonna tasandite ning sektorite otsuste ja tegevuskavade planeerimisest.

#### ***Võrdsed võimalused ja õiglus***

Võrdsed võimalused tervisele ja teistele väärtustele on demokraatliku ühiskonna ideaalideks. Nende ideaalide saavutamisele on suunatud ka rahvastiku tervise arengukava, mis aitab kaasa süstemaatiliste ja ebaõiglusest tulenevate tervisenäitajate erinevuste vähendamisele rahvastikus, toetades erinevate sektorite ja tasandite koostöös ühiskonna enim haavatavaid rühmi. Võrdsete võimaluste loomine hariduse, eluaseme, töö ning tervise ja tervishoiuteenuste osas, olenemata soost, rahvusest ja sotsiaalsest positsioonist, on eelduseks Eesti inimeste tervise ja elukvaliteedi jätkuvale paranemisele.

#### ***Sotsiaalne kaasatus***

Isikute, sotsiaalsete rühmade ja kogukondade aktiivne osalemine enda, oma kodukandi ja ühiskonna elu ja keskkonda mõjutavate otsuste tegemisel ja probleemide lahendamisel toob kaasa nende võimestumise ja võime suuremal määral lahendada oma terviseprobleeme. Tervislikele valikutele orienteeritud ühiskonna kujunemine, paikkondade võimestumine ja sotsiaalse kapitali suurendamine on tervist toetava elukeskkonna arengu aluseks.

#### ***Tõenduspõhisus***

Rahvastiku tervise arengukava rakenduslike tegevussuundade elluviimisel lähtutakse ressursside tõhusamaks ja läbipaistvamaks planeerimiseks eelkõige tõenduspõhistest teadmistest. Teadusuuringud aitavad seada rahvastiku arengukava eesmärged ja mõõta nende saavutamist ning on toeks otsusetegijatele nende töös. Tõenduspõhisus on üheks riigi strateegiliste arengukavade aluseks ning nende tasakaalustatud elluviimist toetavaks teguriks.

#### ***Rahvusvaheliste dokumentidega arvestamine***

Rahvastiku tervise arengukava järgib mitmete rahvusvaheliste algatuste, nagu Alma-Ata deklaratsiooni (1978), Ottawa harta (1986), Jakarta deklaratsiooni (1997), ÜRO lapse õiguste konventsiooni (1989), Euroopa sotsiaalharta (2000), Euroopa Liidu põhiõiguste harta (2000), Lissaboni strateegia (2000), Euroopa Liidu tervisestrategie 2008–2013 (2007), patsientide

õiguste Euroopa harta (2002), Euroopa keskkonna ja tervise strateegia 2004–2010 (2004), WHO laste ja noorte tervise ning arengu strateegia (2005), Maailma Terviseorganisatsiooni raampoliitika „Tervis kõigile“ (2005), Euroopa Liidu ja WHO ühisstrateegia „Tervis kõigis poliitikates“ (2007), Euroopa Komisjoni rahvastiku tervise strateegia 2008–2013 „Üheskoos tervise nimel“ (2007) ja muude tervisealaste rahvusvaheliselt tunnustatud dokumentide ideid.

## 4. Hetkeolukord

### *Rahvastik*

Eestis elas 2007. aasta alguses 1,34 miljonit inimest. Üle poole nendest olid naised, ligi veerand olid nooremad kui 20 aastat, üle kahe kolmandiku elas linnalistes asulates, üle kahe kolmandiku olid eestlased ja üle 80% omasid Eesti kodakondust. Sellele eelnenud aastat iseloomustas taas rahvaarvu vähenemine, sest surmade arv ületas sündide arvu, hoolimata jätkuvast sündide suurenemisest ja surmade vähenemisest. Rahvaarvu suurenemist võib praeguse olukorra jätkumisel kõige varem oodata pärast 2013. aastat, kuigi viimase 15 aasta madala sündimuse tõttu võib see jääda lühiajaliseks või veelgi kaugemasse tulevikku lükkuda.

Eeldatav eluiga sünnihetkel oli Eestis 2006. aastal 73 aastat ning viimase viie aasta positiivsete arengute jätkumisel saavutame ELi keskmise taseme 10–20 aasta pärast. Samas on võimalik ELi keskmise taseme saavutamist kiirendada, vähendades erinevate rahvastikurühmade vahelist ebavõrdsust. 2006. aastal oli meeste eeldatav eluiga 11 aastat lühem kui naistel ning selline erinevus on püsinud ligilähedasel tasemel 1996. aastast tänaseni. Sama ajavahemiku jooksul on Euroopa Liidus eluea sooline ebavõrdsus vähenenud ning on praeguseks Eestiga võrreldes peaaegu kaks korda väiksem.

Samuti lisanduvad sooliste eluea erinevustele haridusest ja muudest teguritest tingitud erinevused, näiteks elab kõrgharidusega naine eeldatavasti 13 aastat kauem kui põhiharidusega mees.

### *Majandus, tööhõive ja vaesus*

Eesti majandus on alates 1995. aastast jõudsalt arenenud: tööhõive ja sissetulekud on suurenenud ning töötus ja allpool vaesuspiiri elavate isikute osakaal on vähenenud. Näiteks oli tööpuudus 2006. aastal vaid 5,9% ja allpool absoluutset vaesuspiiri elas 12,4% peredest ning 16,8% lastest vanuses 0–15 aastat.

Samal ajal positiivsete muutustega on suurenenud erinevate ühiskonnakihtide vaheline majanduslik ebavõrdsus, mis oli Eestis 2006. aastal suurem Euroopa Liidu keskmisest. Suurenenud on inimeste omast taskust tehtavad kulutused tervishoiule (näiteks hambaravile ja ravimitele), mis veelgi võimendab majandusliku ebavõrdsuse mõjusid ja suurendab terviseprobleemide tõttu vaesusesse langemise ohus olevat ühiskonnaosa.

Need tegurid koos ennustatavast majanduskasvu pidurdumisest tingitud võimaliku tööhõive ja sissetulekute vähenemisega võivad kaasa tuua terviseprobleemide tõttu allapoole absoluutset vaesuspiiri langevate isikute arvu suurenemise. Sellise olukorra tekkimise oht on kõige tõenäolisem suurema tööpuudusega piirkondades, nagu Ida-Viru maakond, ja haavatavamate rahvastikurühmade seas, nagu lapsed ja noorukid, vanurid, krooniliste haiguste põdejad ja üksikvanematega perekonnad.

### *Tervishoid*

Eesti tervishoiusüsteemi tõhusus ja kulutõhusus on head. Sellele viitavad lisaks riiklikule statistikale ka sõltumatud rahvusvahelised uuringud, nagu Euroopa tervishoiuteenuste tarbijaindeks (*Euro Health Consumer Index, EHCI*)<sup>1</sup>, mille hinnangul oli Eesti 2007. aastal tehtud kulutuste ja saadava tervisekasu poolest Euroopa Liidu parimate seas.

Tervishoiusüsteemi kulutõhusus on aasta-aastalt suurenenud. Sellele viitab ambulatoorse ravi osakaalu suurenemine ja perearstisüsteemi jätkuv areng, mis on aidanud tõhusamaks

---

<sup>1</sup> Health Consumer Powerhouse. (2007). Euro Health Consumer Index 2007. Stockholm: Health Consumer Powerhouse.  
[http://www.healthpowerhouse.com/media/Rapport\\_EHCI\\_2007.pdf](http://www.healthpowerhouse.com/media/Rapport_EHCI_2007.pdf)

muuta ka haiglaravi. Üldisele tervishoiusüsteemi arengule viitab ka näiteks imikusuremuse kiire langus ELi keskmisele tasemele. 1995. aastal oli erinevus veel pea kahekordne.

Aastate jooksul on tervishoiusüsteem muutunud patsiendisõbralikumaks. Sotsiaalministeerium on koostöös Eesti Haigekassaga alates 2000. aastast korraldanud rahulolu-uuringuid. Nende uuringute tulemused näitavad, et juurdepääs tervishoiuteenustele on paranenud ning rahulolu saadud teenustega suurenenud, seda isegi pidevalt kasvavate ühiskondlike ootuste taustal.

Samas võivad jätkuv linnastumine, rahvastiku vananemine ning muud kaasnevad tegurid tulevikus kaasa tuua probleeme tervishoiuteenuste kättesaadavusega, eriti maapiirkondades ja majanduslikult vähemkindlustatud inimeste seas.

### ***Tervisekäitumine***

Eestis on noorte inimeste suremus pidevalt vähenenud ning krooniliste haiguste levimus on seni olnud väike. Siiski mõjutavad nooruses tehtavad tervisekäitumuslikud valikud inimese hilisemat terviseseisundit oluliselt. Tuleb tõdeda, et alates 1990. aastate keskpaigast on noorukite tervisekäitumine märkimisväärselt halvenenud.

Pidevalt on suurenenud suitsetavate, alkoholi ja narkootilisi aineid tarvitavate noorte osakaal ning vigastuste tase noorte seas on endiselt kõrge: 2006. aastal suri õnnetusjuhtumite, mürgistuste ja traumade tagajärjel 92 kuni 19-aastast last ja noort. Samal ajal on vähenenud noorukite kehaline aktiivsus ja suurenenud tasakaalustamata toitumine ning kehakaal, mis koos eelmainitud tervisekäitumistavadega viib suure tõenäosusega mitmete terviseprobleemide tekkimiseni täiseas.

Täiskasvanutel on mitmes tervisekäitumise valdkonnas toimunud noortega sarnased muutused ning praegu suureneb suitsetavate, alkoholi liigtarvitavate ning ülekaaluliste isikute hulk rahvastikus. Siiski on viiteid ka tervist ohustava käitumise vähenemisele, näiteks õnnetusjuhtumitest ja enesetappudest tingitud surmajuhtumite arv on vähenenud. Erandiks on küll liikluses hukkunute arv, mille vähenemine on viimaste aastate jooksul peatunud.

Tervislike eluviiside edendamise abil on tõenäoliselt võimalik Eesti rahvastiku terviseseisundit oluliselt parandada. Tervisekäitumises on üksikisiku roll olulisem kui mis tahes teises tervisevaldkonnas ning kõigil kodanikel on võimalus anda oma panus rahvastiku tervise paranemisse.

### ***Haigestumustrendid***

Koos eluea pikenemisega suureneb rahvastikus krooniliste haiguste põdejate hulk ja haigus piirab neist ligi 90% igapäevategevusi. Kogu rahvastikust hindas 2006. aastal oma terviseseisundit heaks või pigem heaks veidi üle poole ning oma eluviise tervislikeks vaid veidi üle kolmandiku inimestest.

Suurimat haiguskoormust põhjustavaks haigusrühmaks on südame-veresoonkonna haigused, mille kujunemisel mängib samas väga suurt rolli iga inimese tervisekäitumine (toitumine, alkoholi tarvitamine, suitsetamine ja kehaline aktiivsus). Võrreldes Lääne-Euroopa ja Põhjamaadega on südame-veresoonkonna haiguste puhul Eesti eripäraks just neisse haigustesse jäämine ja suremine suhteliselt varases eas. Samadele tendentsidele ka teiste haigusrühmade puhul viitab tõsiasi, et enam kui pool kogu rahvastiku haiguskoormusest langeb Eestis produktiivses eas inimeste (vanuses 20–64 eluaastat) arvele.

Kasvajad on tervisekaotuse põhjusena südame-veresoonkonna haiguste järel teisel kohal. Tuginedes nüüdisaegsetele teadmistele pahaloomuliste kasvajate tekkepõhjustest ja ennetusest, on võimalik vältida ligi 40% uutest vähijuhtudest. Sellise tulemuse saavutamisel



on oluline roll tervisekäitumuslikel valikutel, eriti seoses rahvastiku vananemise vähihaigustumust suurendava efektiga.

Vigastuste roll üldises haigestumises on erinevalt kahest eelmainitud haigusrühmast vähenenud, kuid põhjustatava haiguskoormuse järgi on siiski tegemist tähtsuset kolmanda haigusrühmaga. Sama kinnitab ka vigastussurmade arvu võrdlus ELi keskmisega – Eesti välditavate vigastussurmade arv on sellest üle nelja korra suurem, kusjuures eaproportsionaalselt palju vigastusi esineb laste, noorte ja tööealiste inimeste seas.

Seni tagaplaanil olnud haigusrühmadest tõusevad üha enam esiplaanile vaimse tervise häired, psühhiaatrilised haigused ning nakkushaigused, viimased eelkõige HIV/AIDSi ja tuberkuloosi juhtude sagenemise tõttu. Eriti kiiret tervisekaotuse suurenemist on seostatud HI-viirusega, millega nakatumise juhtumeid oli 2007. aasta keskpaigaks registreeritud enam kui 6000. Sarnaselt kõigi teiste olulisemate haigusrühmadega on ka vaimse tervise seisundite ja HIV-nakkuse tekkes oluline roll inimeste riskikäitumisel, mille näiteks võib tuua alkoholi tugevat seost depressiooni ja enesetappudega ning narkomaania ja turvamata seksi seost HIV-levikuga.

### ***Keskkond ja tervis***

Rahvastiku tervist mõjutab oluliselt väljaspool inimorganismi asuv keskkond füüsikaliste, bioloogiliste, keemiliste, sotsiaalsete ja psühhosotsiaalsete teguritega, kusjuures mõju tervisele ilmneb sageli alles aastate pärast. Hinnanguliselt on kuni kolmandik rahvastiku tervisekaotusest otseselt seotud elu-, töö ja õpikeskkonnast tulenevate teguritega. Eelkõige mõjutavad keskkonnategurid lapsi, kusjuures alla 5-aastaste arvele langeb koguni 40% keskkonna negatiivsest tervisemõjust. Lisaks lastele on keskkonnamõjudele kõige vastuvõtlikumad veel rasedad ja vanurid.

Eestis on looduslik keskkond suhteliselt hästi säilinud. Kasutatava põhjavee looduslikest omadustest tingituna on mitmetes Eesti piirkondades probleeme joogivee kvaliteediga, eelkõige seoses kõrge radionukliidide, fluori ja raua sisaldusega joogivees.

Kindlasti tasub märkimist veel Kirde-Eesti põlevkivil põhinev elektritootmine ja keemiatööstus, mis samal ajal majandusliku olulisusega on ka oluliseks terviseriskiks piirkonnas. Regionaalsetest keskkonnatervise probleemidest on aastate jooksul üha olulisemaks muutunud õhusaaste mõju krooniliste hingamisteede haiguste, näiteks allergilise köha ja nohu tekkele eelkõige suuremates linnades. Näiteks 2005. aastal oli õhusaaste Tallinnas seotud hinnanguliselt kuni 296 surmajuhtumiga<sup>1</sup>.

Looduskeskkonna kõrval mõjutab inimese tervist oluliselt ka inimtekkeline tehiskeskkond, sealhulgas õpi- ja töökeskkond, mille tingimuste parandamine on võimalik tõhusa tervisekaitse- ja tööohutussüsteemi abil. Kui selline süsteem puudub, suureneb tööõnnetuste arv ja kutsehaigustesse haigestumine, mis omakorda toovad kaasa tööaja kaotuse ja töövõimetuse suurenemise. Eelmainitul on aga otsene negatiivne mõju kogu majandusele.

Viimaste aastate positiivseima suundumusena on Eestis elu-, töö- ja õpikeskkonna planeeringute (sh infrastruktuuri, linnade, elamurajoonide) koostamisel hakatud korraldama terviseriskide hindamisi. Samas tuleb tõdeda, et tegemist ei ole süstemaatilise tegevusega ning sellele ei ole järgnenud kulutõhususe analüüse parimate keskkonnatervisealaste sekkumiste valikuks.

---

<sup>1</sup> Orru, H., Teinemaa, E., Lai, T., Kaasik, M., Kimmel, V., Tamm, T., Merisalu, E. (2007). Välisõhu kvaliteedi mõju inimeste tervisele Tallinna linnas – peentest osakestest tuleneva mõju hindamine. Tartu: Tartu Ülikool, Keskkonnaministeerium.  
[http://www.envir.ee/orb.aw/class=file/action=preview/id=959943/HIA\\_Tallinn\\_ohk\\_ARTH.pdf](http://www.envir.ee/orb.aw/class=file/action=preview/id=959943/HIA_Tallinn_ohk_ARTH.pdf)

### ***Tervise mõjud majandusele***

Tervise olulisust majanduse arengu jätkumiseks rõhutavad mitmed praegused strateegilised dokumendid, nagu riigi eelarvestrateegia (RES) aastateks 2008–2011 ja Eesti säästva arengu riiklik strateegia „Säästev Eesti 21” (SE21). Ka ELi strateegilistes dokumentides on rahvastiku tervis ja riigi majanduse areng seotud. Näiteks rõhutatakse Lissaboni strateegias vajadust parandada rahvastiku tervist, et seeläbi tagada võimalus majanduse arenguks.

Tervise ja majanduse vahelised seosed on väga laialdased: halb tervis vähendab töövõimeliste inimeste arvu ning töötavate inimeste töötundide arvu ja produktiivsust. Eestis on 6–7% potentsiaalsest tööjõust mitteaktiivsed haiguse, puude või vigastuse tõttu – kehv tervis vähendab tööturul osalemise tõenäosust meestel 40% ja naistel 30% võrra. Kokku langetab halb tervis Eesti sisemajanduse koguprodukti (SKP) 6–15%. Selle põhjuseks on praeguse toodangu vähenemine ja tulevikus tegemata töö. Praeguste tegevuste mõjud kumuleeruvad aastate jooksul, näiteks kui praegu õnnestuks langetada suremust 1,5% võrra, saaks 25 aasta pärast saadavat SKP-d isiku kohta tõsta 14% võrra. Suremuse ja haigestumise langetamise koosmõju ühiskonna arengule ja jõukuse kasvule on ootuspäraselt veelgi suurem.

Tervem tööjõud on ka paindlikum ning suudab paremini kohaneda muutuvate tingimustega ning tööjõu voolavus väheneb. Ühtlasi paraneb kogu riigi võime reageerida üldistele majanduskeskkonna muutustele. Rahvastiku tervise paranemise positiivsed mõjud tööjõule ja riigi majandusele saavad mõistagi alguse juba lapseeas – parema tervisega lapsed puuduvad vähem koolist, paraneb nende õppimisvõime ning eeldatavasti on suurem ka nende panus teadmismahukate ja innovaatiliste majandusharude arendamisse.

## 5. Arengukava prioriteedid

„Rahvastiku tervise arengukava 2009–2020“ üldeesmärgiks on tervena elatud eluea pikenemine enneaegse suremuse ja haigestumise vähendamise kaudu. Arengukava üldeesmärgi saavutamise prioriteedid ning nendest lähtuvalt ka vahendid on jagatud viie temaatilise valdkonna vahel, mis käsitlevad sotsiaalse sidususe ja võrdsete võimaluste suurendamist, lastele tervisliku ja turvalise arengu tagamist, tervist toetava elu-, töö- ja õpikeskkonna kujundamist, tervislike eluviiside soodustamist ning tervishoiusüsteemi jätkusuutlikkuse kindlustamist.

Kõikide nende temaatiliste valdkondade prioriteedid tuginevad ühele või enamale arengukava alusväärtusele, milleks on inimõigused, ühine vastutus tervise eest, võrdsed võimalused ja õiglus, sotsiaalne kaasatus, tõenduspõhisus ja rahvusvaheliste dokumentidega arvestamine.

Ühiskonna **sotsiaalse sidususe ja võrdsete võimaluste** esiletõstmine teadvustab kõigile ühiskonnaliikmetele, et nad on oodatud ja soovitud ühiskonna tegemistes ning otsustes osalema.

**Tervisliku ja turvalise arengu tagamine** lastele ning noortele annab neile võimaluse kasvada tervena ning saada ühiskonna tegusateks liikmeteks.

**Tervislik elu-, töö- ja õpikeskkond** on ühtviisi oluline nii lastele kui ka kõigile teistele ühiskonnaliikmetele. Puhas ja turvaline keskkond on alus, mis võimaldab inimestel kasutada maksimaalselt oma võimalusi nii üksikisiku kui ka ühiskonnana, ning keskkonnariskide vähendamine ja kõrvaldamine on seega esmatähtis.

Kui kolme eelneva valdkonna sisuks oli eelduste ning võimaluste loomine tervise arenguks, siis **tervislike eluviiside** puhul on peamiseks küsimuseks, kas ja kuidas me neid võimalusi kasutame. Seega on lisaks võimaluste loomisele vaja suurendada inimeste teadlikkust neist võimalustest, tervislikust käitumisest ja enda valikute tervislikkusest, et elada kauem, tervemana ning täisväärtuslikumalt.

Kõik tervist halvendavad tegurid ei ole kahjuks ärahoitavad võimaluste loomise ja isiklike valikute abil. **Tõhusa ja patsiendikeskse tervishoiusüsteemi** olemasolu ja selle pidev kohandamine muutuvate haiguste, võimaluste ja patsientide soovidega on seega rahvastiku tervise arengukava oluliseks osaks.

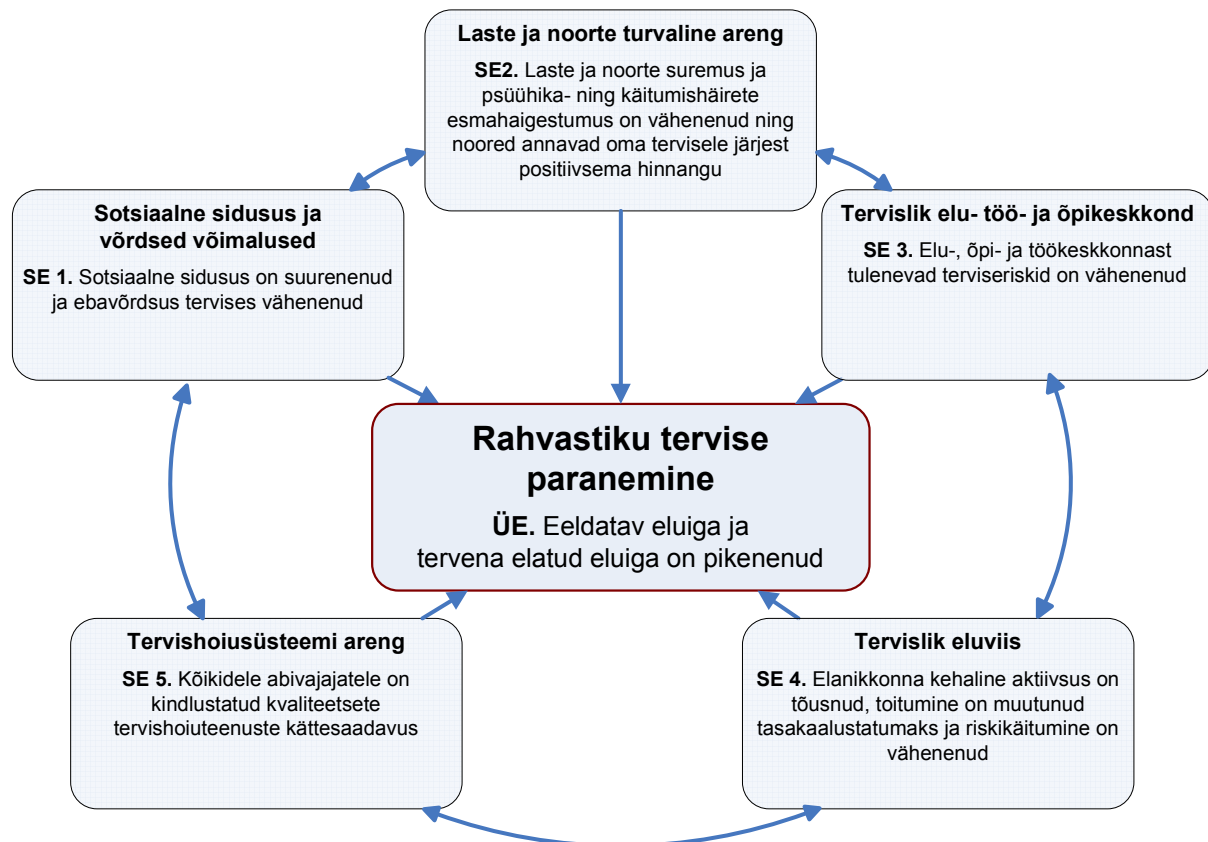
## 6. Arengukava eesmärk

**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.

**Tabel 1.** Rahvastiku tervise arengukava üldeesmärk koos vahe-eesmärkidega.

	Baastase 2006	Aasta 2012	Aasta 2016	Sihttase 2020
Eeldatav eluiga sünnimomendil – mehed	67,36	71	73	75
Eeldatav eluiga sünnimomendil – naised	78,45	80	82,5	84
Tervena (piiranguteta) elatud eluiga sünnimomendil – mehed	49,41 (2004)	54,5	57,5	60
Tervena (piiranguteta) elatud eluiga sünnimomendil – naised	55,25 (2004)	60	62,5	65

Nagu eespool osutatud, on lisaks rahvastiku tervise arengukava üldeesmärgile kirjeldatud ka viit eesmärgi saavutamise seisukohast olulisemat temaatilist valdkonda koos prioriteetsete tegevussuundade ja valdkonnaspetsiifiliste eesmärkidega, nagu on kujutatud joonisel 1. Samuti on joonisel 1 näha, et hoolimata valdkondade eristamisest rahvastiku tervise arengukavas, moodustavad need siiski suurte vastastikuste mõjude ja läbivate teemade tõttu ühtse terviku.



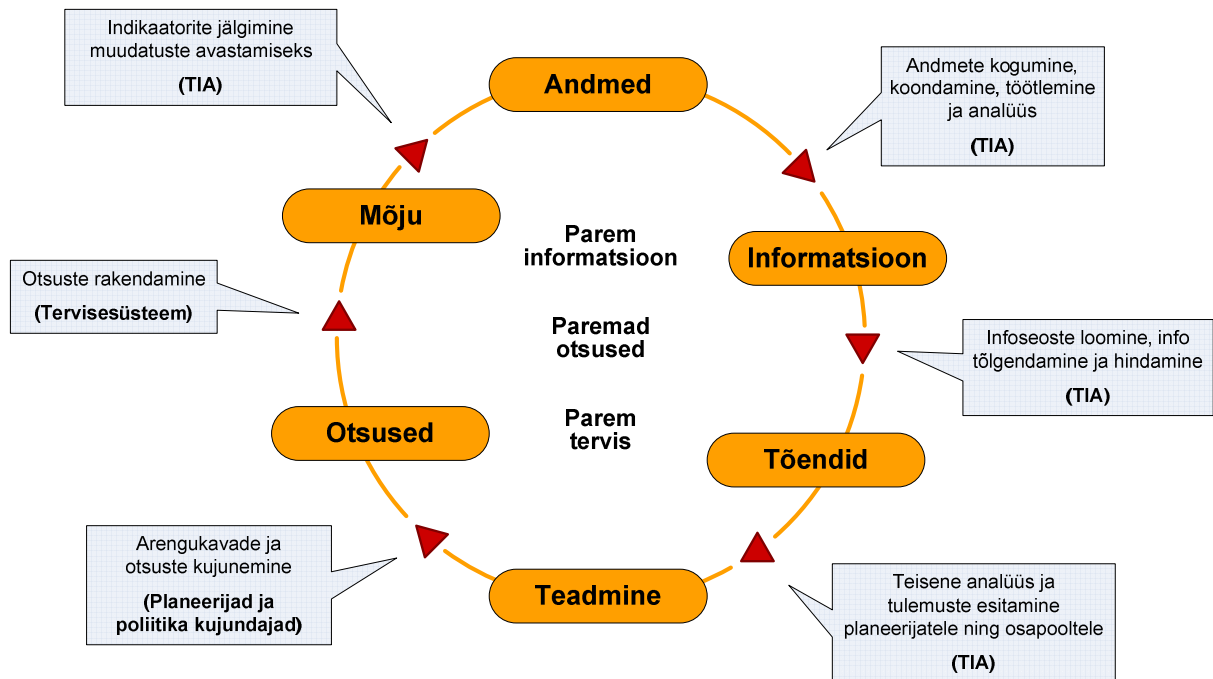
**Joonis 1.** Rahvastiku tervise arengukavas kajastuvad prioriteetsed valdkonnad ja strateegilised eesmärgid koos üldeesmärgiga.

SE – valdkonna strateegiline eesmärk

ÜE – rahvastiku tervise arengukava üldeesmärk

## 7. Rahvastiku tervise muutuste jälgimise süsteem

Rahvastiku tervise jälgimiseks ning ennetustegevuste ja teenuste planeerimiseks on vaja head ülevaadet kõigist nendest ning mitmetest teistest teemadest. Ülevaade seire- ja hindamissüsteemi ülesehitusest on esitatud joonisel 2.



**Joonis 2.** Terviseandmete kogumise ja süstematiseerimise ning nende alusel tegevuste planeerimise süsteemi ülesehitus.

TIA – Tervise info ja analüüs

Seiresüsteemi abil kogutakse andmeid erinevate rahvastikurühmade tervisliku seisundi, toimunud muutuste, aga ka tehtud sekkumiste kohta. Lisaks andmete kogumisele kirjeldatakse seiresüsteemi ülesannetena ka näiteks andmete korrastamist, säilitamist ning esmast analüüsi. Nende tegevuste puhul on raskeimaks ja suurimaks ülesandeks tagada kogutavate andmete kvaliteet ja erinevate andmeallikate võrreldavus. Näiteks kas korduvad rahvastiku tervisekäitumise uuringute küsimused tõepoolest mõõdavad soovitud käitumuslikke malle ning kas aastate jooksul on mõõdetud samu käitumisharjumusi. Sealjuures peavad kogutavad andmed olema piisavalt detailsed, et võimaldada sotsiaalsete rühmade ja piirkondlike erinevuste võrdlust.

Eesti rahvastiku tervise arengukava tulemuste jälgimiseks kasutatakse eelkõige muutumatu regulaarsusega uuendatavaid andmeallikaid ja uuringud. Regulaarsetest uuringutest on olulisemad näiteks iga-aastased tervishoiuteenuste kasutajate rahulolu-uuringud, kaheaastase intervalliga toimuv Eesti täiskasvanud elanikkonna tervisekäitumise uuring (ETETU), iga nelja aasta tagant toimuvad koolilaste uuringud (HBSC ja ESPAD) ning veelgi pikema intervalliga korraldatav Eesti terviseuuring (ETU). Väljaspool tervisevaldkonda toimuvatest uuringutest üks olulisemaid on leibkonna eelarve uuring (LEU), millele tuginevad mitmed Eesti tervishoiusüsteemi ning patsientide tervishoiukulutusi jälgivad indikaatorid. Jooksvalt täiendatavate andmeallikate hulka kuulub enamik rutiinstatistikat, nagu suremusandmed surmaregistris ja tulevikus ka haigestumusstatistika e-tervise infosüsteemis.

Andmete kogumine on esmatähtis, kuid nendest reaalse kasu saamiseks on vaja luua erinevate andmetike vahel infoseosed, tõlgendada andmeid ning esitada üldkasutatavaid tulemusi. Nii koostatakse arengukava rakendamise jooksul regulaarselt ülevaateid tehtud tegevustest ning saavutatud tulemustest, mille alusel on võimalik vajadust mööda suunata arengukava järgnevate perioodide tegevusi.

Samas moodustavad rahvastiku tervise arengukava mõjude jälgimiseks tehtavad tegevused ühe osa laiemast sekkumiste ja poliitikate mõjude ning tervisesüsteemi toimivuse hindamise süsteemist. Poliitikate mõjude hindamise süsteemi täiendamine ning ühtlustamine on praegusel ajal üks olulistest protsessidest Eestis ning samavõrra oluline on, et uuendatud mõjude hindamise süsteemi raames hinnataks kõikide uute poliitikate mõjusid tervisele, hoolimata nende rakendamise peamisest valdkonnast.

## 8. Arengukava koostamisel osalenud isikud

Rahvastiku tervise arengukava koostamiseks moodustatud töörühmade töös ning arengukava valmimisel osalesid paljud oma ala spetsialistid, keda siinkohal täname.

Aira Varblane	Jelena Tomasova	Monika Sarapuu
Airi Värnik	Kadi Katharina Viik	Moonika Viigimäe
Aljona Kurbatova	Kairi Kilp	Natalia Kerbo
Anne Rähn	Kaja Kuivjõgi	Natalja Jedomskihh-Eigo
Anneli Susi-Persidski	Kati Karelson	Oliver Kruuda
Annika Soa	Katrin Karolin	Ott Roots
Diana Ingerainen	Katrin Lõhmus	Reet Pruul
Eha Anslan	Kristel Ojala	Rita Pihl
Eha Samra	Kristi Rüütel	Sergei Bogovski
Elo Paap	Krystiine Liiv	Sirje Tihhanov
Ene Tomberg	Kädi Lepp	Sirje Vaask
Heda Kala	Lagle Suurorg	Taavi Lai
Heidi Gil	Leelo Männik	Tiia Pertel
Helen Trelin	Liana Varava	Tiina Paldra
Heli Laarmann	Liis Rooväli	Tiina Ristimäe
Helvi Tarien	Maila Kuusik	Toomas Veidebaum
Iisi Saame	Mairi Kaha	Triinu Tikas
Ille Allsaar	Mare Ruuge	Triinu Täht
Inga Villa	Marge Reinap	Tõnu Seil
Ingrid Tilts	Mari Laan	Urmas Sule
Inna Vabamäe	Marina Karro	Ööle Janson
Irma Nool	Maris Salekešin	Ülla-Karin Nurm
Ivar Raik	Martin Kadai	Üllar Lanno
Ivi Normet	Mihkel Kübar	Ülle Rüüson
Jaan Kiviall	Mikk Jürisson	

Oma esindajate kaudu osalesid rahvastiku tervise arengukava koostamisel järgmised asutused, mille panust siinkohal samuti tunnustada soovime:

Eesti Haigekassa	Minister Urve Palo büroo
Eesti Linnade Liit	Peaministri büroo
Haridus- ja Teadusministeerium	Põllumajandusministeerium
Justiitsministeerium	Rahandusministeerium
Kaitseministeerium	Siseministeerium
Keskkonnaministeerium	Sotsiaalministeerium
Kultuuriministeerium	Tartu Ülikooli tervishoiu instituut
Majandus- ja Kommunikatsiooniministeerium	Õiguskantsleri Kantselei

## 9. Seosed teiste arengukavadega

„Rahvastiku tervise arengukava 2009–2020” koondab paljusid olemasolevaid või loodavaid strateegilisi dokumente. Kõigi käesolevas arengukavas viidatavate programmide, strateegiate ja arengukavade ühendavaks lüliks on rahvastiku tervis. Allpool nimetatud strateegiate ja arengukavade täpsemad seosed rahvastiku tervise arengukava ja selle strateegiliste valdkondadega on lähemalt käsitletud rahvastiku tervise arengukava alusdokumentides.

### Sotsiaalministeerium

- [Esmatasandi tervishoiu arengukava \(koostamisel\)](#)  
Esmatasandi tervishoid on oluline tervishoiu valdkond, mille toimimisel on määrav roll tervishoiusüsteemi peamiste eesmärkide – rahva parema tervise ja ühiskonna ootustele vastavuse – saavutamisel esmavajalike teenuste osutamise kaudu, sealhulgas haiguste ja nende tüsistuste ennetamise ning inimese tervise edendamise kaudu. Arengukava eesmärk on arendada nii esmatasandi põhiteenuseid (perearsti- ja -õeteenus, kodune õendusabiteenus, füsioteraapiateenus, ämmaemandusabiteenus ja koolitervishoiuteenus) kui ka võrgustikku kuuluvaid teenuseid (kiirabi-, statsionaarse hooldusravi teenus, töötervishoiuteenus, hambaraviteenus, apteegiteenus, vaimse tervise õe teenus jms).
- [Eesti haiglavõrgu arengukava 2002](#)  
Haiglavõrgu arengukava eesmärk on tagada eriarstiabi ühtlane kättesaadavus. Selleks kehtestab Vabariigi Valitsus haiglate loetelu ning vajalikud investeeringud loetelus nimetatud haiglate ehitamiseks, renoveerimiseks ja ümberprofileerimiseks. Eesti Haigekassa ülesanne on sõlmida haiglate loetelus nimetatud haiglatega tervishoiuteenuste ostmise lepingud vähemalt viieks aastaks.
- [Hooldusravivõrgu arengukava 2004–2015](#)  
Hooldusravi arengukava määrab kindlaks teenused haigetele, kes kulukat ja kõrgtehnoloogilist aktiivravi enam ei vaja. Arengukava eesmärgiks on parandada nii ambulatoorse kui ka statsionaarse hooldusravi teenuste kättesaadavust ja kvaliteeti ning kasutada ravikindlustuse vahendeid eesmärgipäraselt.
- [Lapse õiguste tagamise strateegia](#)  
Strateegia alusel viiakse ellu üldiseid laste tervist, arengut ja heaolu toetavaid tegevusi, kavandatakse ka tegevused erilist tähelepanu (vaesuses või vaesusriskis elavad lapsed; puudega, erivajadustega lapsed; vähemusrahvusesse ja/või teistesse marginaalsetesse rühmadesse kuuluvad lapsed; vanemliku hoolitsuseta lapsed). Sotsiaalselt tõrjutud laste seas on sagedane riskiv käitumine, mis viib ka tervisenäitajate halvenemiseni. Hariduslikud, majanduslikud ja sotsiaalsed tegurid on olulised rahvastiku tervise ning tervisekäitumise mõjutajad. Nendest teguritest tingitud ning laste ja noorte tervises avalduva ebavõrdsuse vähendamine aitab kaasa rahvastiku tervise paranemisele tervikuna. Seetõttu aitab lapse õiguste tagamise strateegia ellu viia rahvastiku tervise arengukavas, eeskätt laste ja noorte tervise valdkonnas seatud eesmärke. Strateegia toetab ka ÜRO lapse õiguste konventsioonis sätestatud, sh tervise kaitse tagamisele suunatud kohustuste täitmist.
- [Lähisuhtevägivalla ennetamise arengukava](#) (koostamisel)  
Arengukava eesmärk on kujundada ühtselt koordineeritud poliitika lähisuhtevägivalla ennetamiseks ja tõkestamiseks ning ühtlustada valdkonna arengusuunad Euroopa Liidu ja ÜRO poolt seatud eesmärkidega. Lähisuhtevägivalla all mõeldakse paari- ja peresisest vägivalda, mis väga paljudel juhtudel mõjutab peres kasvavaid lapsi. Peresisese vägivalla ennetamine loob võimalused laste turvaliseks arenguks, mis omakorda toetab vastutustundliku teadliku tervisekäitumise kujunemist. Seega toetab strateegia rahvastiku tervise arengukavas seatud eesmärkide saavutamist. Strateegia



raames kavandatakse teenuste arendamine ning kättesaadavuse tagamine lähisuhtevägivalla pooltele; edendatakse inimeste teadlikkust lähisuhtevägivallaga seotud küsimustes, suurendatakse spetsialistide kompetentsi.

- [Riiklik vähistrateegia aastateks 2007–2015](#)

Kõik strateegia alamvaldkondade meetmed aitavad kaasa rahvastiku tervise arengukava üldeesmärgi saavutamisele, pikendades inimeste eluiga enneaegse vähktõve suremuse ja haigestumise vähendamise kaudu. Vähktõve ennetamise üheks strateegiliseks eesmärgiks on saavutada püsiv positiivne muutus rahvastiku tervisekäitumises (sh inimeste oskuse teha tervislikke valikuid suurendamine, suitsetamise vähendamine, alkoholi tarvitamise vähendamine jne). Strateegia ennetustegevused on suunatud haridusasutustes tehtavale teavitustööle alkoholikahjude kohta, tubakatoodete tarvitamise vähendamisele noorte seas, passiivse suitsetamise vältimisele, suitsetajate abistamisele tubakast loobumisel jne. Tervisliku toitumise soodustamiseks korraldatakse tootjatele, toitlustajatele ja inimestele teavitussüritusi toiduvalmistamise tehnoloogia kohta.

- [Riiklik HIVi ja AIDSi strateegia aastateks 2006–2015](#)

Kogu strateegia aitab kaasa rahvastiku tervise arengukava üldeesmärgi saavutamisele, piirates HIV-nakkuse levikut ning tagades AIDSi haigestunud inimestele kvaliteetse ravi. Strateegia üldeesmärk on saavutada püsiv langustendents HIV-nakkuse levikus. Seejuures on eesmärgiks aastaks 2015 uute HIV-nakkuse juhtude arvu vähenemine 100 000 inimese kohta 20-ni ning strateegia tegevuste abil ära hoida epideemia laienemine (st HIV-nakatunud rasedate osakaal kõigist rasedatest peab jääma alla 1%). Tegevusvaldkonnad HIV-epideemia leviku peatamiseks ning epideemia mõjude leevendamiseks on järgmised: ennetustegevus erinevate sihtrühmade seas, HIV-testimine ja nõustamine; HIV-nakkusega ja AIDSi haigestunud inimestele suunatud ennetus, ravi ja hoolekanne; seire, monitooring ja hindamine ning inim- ja organisatoorse ressursi arendamine.

- [Narkomaania ennetamise riiklik strateegia aastani 2012](#)

Nimetatud strateegia on riiklik multidistsiplinaarne pikaajaline narkootikumidevastase võitluse strateegia, mis tervikuna on suunatud isikule tekitatud psühholoogiliste, sotsiaalsete ja füüsiliste kahjude vähendamisele. Strateegia käsitleb komplekselt nii narkootikumide nõudluse poolt (ennetus, ravi, rehabilitatsioon) kui ka pakkumise poolt (erinevate jõustruktuuride tegevus: politsei, toll, piirivalve), hõlmates kuut valdkonda: ennetamine, ravi ja rehabilitatsioon, kahjude vähendamine, pakkumise vähendamine, narkootikumid vanglas ja uimastiolukorra seire.

- [Riiklik tuberkuloositõrje strateegia aastateks 2008–2012](#)

Tuberkuloos on rahvastiku tervise arengukava kontekstis oluline kõikides selle temaatilistes valdkondades. Sotsiaalselt vähekindlustatutel on suurem risk haigestuda tuberkuloosi, mis omakorda suurendab teiste ühiskonnarühmade ja eriti laste haigestumise riski. Suurenenud haigestumine seab lisakoormuse tervishoiusüsteemile.

- [Südame- ja veresoonehaiguste ennetamise riiklik strateegia 2005–2020](#)

Strateegia üldeesmärgiks on saavutada rahvastiku varajase haigestumise ja suremuse püsiv langustendents südame- ja veresoonehaigustesse, mistõttu aitavad kõik strateegias rakendatavad meetmed kaasa inimeste eluea pikendamisele. Strateegia viiakse ellu viie strateegilise valdkonna kaudu, mis käsitlevad SVH peamisi mõjureid. Need on kehaline aktiivsus, toitumine, suitsetamine, tervishoid, teabelevi ja paikkonna suutlikkuse tagamine. Üldprintsipibis on strateegia suunatud rahvastiku toitumis- ja liikumisharjumuste parendamisele ning suitsetamisest loobumisele. Tegevuste üheks osaks on kõrge riskigrupiga inimeste sõeluuring ning tervislikumate eluviiside alane nõustamine, samuti perearstide, pereõdede ja tervisetubade tervisedendajate koolitamine. Korraldatavad tegevused on suunatud ühelt poolt

inimeste hoiakute, tõekspidamiste ja väärtushinnangute kujundamisele ning teiselt poolt tervist toetava keskkonna loomisele.

- [Viljatusravi toetamine 2007–2010](#)

Dokument kajastab viljatusega seotud olukorra hetkeanalüüsi, strateegilisi eesmärgi ja meetmeid, mis on suunatud nii viljatusest tingitud tagajärgede leevendamisele (lastetutele paaridele kunstliku viljastamise võimaluste loomine), viljatuse põhjuste teadasaamisele (uuringud, statistika) ning viljatuse põhjuste ennetamisele (avalikkuse teavitamine vastutustundliku seksuaalkäitumise kujundamiseks; noortele suunatud ennetavate ja tervisedenduslike seksuaaltervise teenuste pakkumine jm). Seega toetab arengukava rahvastiku tervise arengukavas reproduktiiv- ja seksuaaltervise valdkonnas seatud eesmärkide saavutamist.

#### Riigikantsilei

- [Eesti Euroopa Liidu poliitika 2007–2011](#)

Poliitikadokumendi eesmärgiks on määratleda peamised põhimõtted, millest valitsuse Euroopa Liidu poliitika lähtub. Dokumendis määratakse kindlaks, millises suunas Eesti tahab Euroopa Liidu arengut suunata, millised on Eesti tegevuse eesmärgid ja huvid ning valitsuse seisukohad olulisemates ELi poliitikavaldkondades, milleks on tervishoiuteenused, tööhutus ja töötervishoid, e-tervis, keskkonnakaitse, toit jms.

- [Vabariigi Valitsuse 2007.–2011. aasta tegevusprogramm](#)

See on koostatud "Valitsusliidu programmi aastateks 2007–2011" elluviimiseks. Seni Vabariigi Valitsuse töö planeerimise aluseks olnud tööplaani eraldi ei koostata, sest tegevusprogrammiga kavandatakse valitsuse tegevus järgnevatel neljal aastal. Kuna tegevusprogrammi on vajaduse korral võimalik igal aastal täiendada, ei ole üheaastase tööplaani koostamine otstarbekas.

#### Rahandusministeerium

- [Riiklik struktuurivahendite kasutamise strateegia 2007–2013](#)

Strateegia määrab kindlaks üldise strateegilise lähenemise struktuuritoetuste kasutamisele. Struktuurivahendite strateegia põhjal on koostatud selle elluviimiseks valdkondlikud rakenduskavad (*operational programmes*), millega määratakse kindlaks täpsemalt struktuurivahenditest rahastatavad tegevused aastateks 2007–2013 ja nende finantsplaan. Rahvastiku tervise arengukavaga on seotud kolm rakenduskava:

- inimressursi arendamise rakenduskava prioriteetne suund „Pikk ja kvaliteetne” tööelu;
- majanduskeskkonna arendamise rakenduskava prioriteetne suund „Infoühiskonna edendamine”;
- elukeskkonna arendamise rakenduskava prioriteetne suund „Tervishoiu ja hoolekande infrastruktuuri arendamine”.

#### Minister Urve Palo büroo

- [Eesti lõimimiskava 2008–2013](#)

Riiklik programm on tegevuskava valitsusasutustele ja teistele institutsioonidele. Integratsioonipoliitika üldeesmärgiks on sidusa ühiskonna tekkimine, milles ühiste huvide, sotsiaalsete institutsioonide ja väärtuste kõrval on loodud võimalused vähemustele nende kultuurilise eripära säilitamiseks. Lõimimiskava sotsiaalmajandusliku integratsiooni peatükis käsitletakse meetmeid mitte-eestlaste riskikäitumise vähendamiseks ja tervislike valikute suurendamiseks.

## Keskkonnaministeerium

- [Eesti säästva arengu riiklik strateegia „Säästev Eesti 21“](#)  
Säästev areng on sotsiaal-, majandus- ja keskkonnavaldkonna pikaajaline sidus ja kooskõlaline arendamine, mille eesmärgiks on inimestele kõrge elukvaliteedi ning turvalise ja puhta elukeskkonna tagamine täna ja tulevikus. RTAs kirjeldatud meetmed elu-, töö- ja õpikeskkonnas terviseriskide vähendamiseks on seatud samade eesmärkide saavutamiseks.
- [Eesti keskkonnastrateegia aastani 2030](#)  
Keskkonnastrateegia aastani 2030 määrab kindlaks pikaajalised arengusuunad kogu elukeskkonna hea seisundi hoidmiseks. Elukeskkonna hea seisund on seatud eesmärgiks ka RTA elu-, töö- ja õpikeskkonnas terviseriskide vähendamise peatükis.
- [Kiirgusohutuse riiklik arengukava 2008–2017](#)  
Kiirgus on üks inimese tervist ohustav tegur. Kiirgusohutuse tagamine inimese ja keskkonna kaitseks on seatud eesmärgiks nii riiklikus kiirgusohutuse arengukavas kui ka RTA elu-, töö- ja õpikeskkonnas terviseriskide vähendamise peatükis.

## Siseministeerium

- [Kodanikualgatuse toetamise arengukava 2007–2010](#)  
Arengukava sätestab riigi peamised tegevussuunad kodanikuühiskonna arengu toetamisel, osalusdemokraatia edendamisel ning avaliku ja kolmanda sektori koostöö arendamisel, mida rahvastiku tervise arengukava käsitleb meetmena ühe olulisima tervisemõjuri, sotsiaalse sidususe arendamisel. Arengukava keskendub viiele strateegilisele eesmärgile: avaliku sektori pädevus ja võimekus organisatsioonide ja aktiivsete kodanikega koostöö tegemisel; kolmanda sektori riigipoolse rahastamise põhimõtete ühtlustamine erinevates ministeeriumides ja teistes riigiasutustes; kodanikeühenduste kaasamine otsustusprotsessidesse; efektiivne infovahetus avaliku, era- ja kolmanda sektori vahel; kodanikualgatuse soodustamine teadlikkuse suurenemise ja toetava keskkonna kaudu. Arengukava panustab paikkondade sotsiaalse suutlikkuse arengusse, arendades kodanikualgatuse maakondlikke tugistruktuure.
- [Eesti regionaalarengu strateegia 2005–2015](#)  
Arengukava käsitleb Eesti piirkondlikult tasakaalustatud arengu ja selle soodustamise võimalusi koos eesmärkidega. Rahvastiku tervise seisukohalt on tasakaalustatud piirkondlik areng äärmiselt oluline, kuna puudujäägid selles valdkonnas võivad tähendada tervishoiuteenuste halvemat kättesaadavust mingile osale rahvastikust ning piirkondlikud erinevused sissetulekutes võivad asetada osa rahvastikust ebasoodsamasse olukorda ka tervisekäitumuslike valikute tegemisel. Samuti on piirkondliku arengu küsimused tihedalt seotud sotsiaalse sidususe ja võrdsusega, mida käsitleb rahvastiku tervise arengukava esimene temaatiline valdkond.
- [Üleriigiline planeering "Eesti 2010"](#)  
Põhirõhk on tasakaalustatud ja jätkusuutliku ruumilise arengu kontseptsiooni kujundamisel. Turvalise ja inimese tervisele ohutu elu-, töö- ja õpikeskkonna tagamine on seatud eesmärgiks ka RTA elu-, töö- ja õpikeskkonna terviseriskide vähendamise peatükis.
- [Siseturvalisuse arengukava aastateks 2009–2013](#) (koostamisel)  
Arengukava eesmärk on sisejulgeoleku mõiste täpsem määratlemine nii, et see oleks üheselt mõistetav nii Siseministeeriumi valitsemisalas kui ka sidusrühmadele. Ühiskonnas peab tekkima arusaam laiapõhjalisest sisejulgeolekukäsitlusest ja sellega

seotud mõistetest. Sisejulgeoleku lahutamatuks osaks on tervisekaitse ja tervishoiusüsteem.

#### Haridus- ja Teadusministeerium

- [Noorsootöö strateegia 2006–2013](#)  
Strateegias riskiva käitumisega noorte arengu toetamiseks kavandatud tegevused loovad eeldused ka noorte tervisekäitumise edendamiseks ning riskivast käitumisest tingitud tervisehäirete ennetamiseks. Noorte teavitamis- ja nõustamisteenuste kvaliteedi ja integreerituse saavutamisele suunatud tegevused toetavad noorte teadlikkuse ja toimetuleku kujunemist. Nõustamisteenused võimaldavad noortel langetada nende elu puudutavaid teadlikke otsuseid. See omakorda loob eelduse ka vastutustundliku tervisekäitumise kujunemiseks ning toetab seega rahvastiku tervise arengukavas seatud eesmärkide saavutamist.
- [Üldharidussüsteemi arengukava aastateks 2007–2013](#)  
Arengukava alusel luuakse võimalused iga õppija arengu toetamiseks ning isiklikus, töö- ja ühiskonnaelus tarvilike teadmiste, oskuste, väärtushinnangute ja valmisolekute kujunemiseks ning pannakse alus elukestvatele õppele. Arengukava toetab lapse koolivalmiduse kujunemist ning sujuvat kohanemist koolis, luues võimalused koolieelse eelõpetuse saamiseks. Head toimetulekut koolis toetavad ka laste arenguliste erivajaduste varajasele märkamisele suunatud tegevused. Oluliselt toetab rahvastiku tervise arengukava eesmärkide saavutamist üldharidussüsteemi arengukavas kavandatud üldhariduskoolist väljalangemist ennetav meede. Haridustase ja tervisekäitumine on omavahel seotud. Õppekavade arendus toetab ka tervisekasvatuse kvaliteedi edendamist ning vastamist nüüdisaegsetele tervisekasvatuse nõuetele. Pedagoogide motiveeritusele ning professionaalsele arengule suunatud meetmed aitavad edendada kooli psühhosotsiaalset keskkonda ning kujundada enam sotsiaalset, arendavat ja toimetulekut soodustavat dialoogi õpetajate ja õpilaste vahel. Arengukava näeb ette võimalused ka kooli füüsilise keskkonna uuendamiseks. Kõik eelmainitud tegevused ja arengukava tervikuna mõjutavad rahvastiku tervise kujunemist alates lapse- ja noorukieast ning seetõttu toetab arengukava rahvastiku tervise arengukavas seatud eesmärkide saavutamist.
- [Koolikiusamist ennetav programm "Turvaline kool"](#) (koostamisel)  
Programm aitab ellu viia rahvastiku tervise arengukava strateegilist eesmärki tagada lastele ja noortele tervislik ja turvaline arengukeskkond vägivalda ja vigastuste ennetamise ning vaimse tervise edendamise kaudu. Kool on keskkond, kus tervisedenduslikud sõnumid jõuavad suure sihtrühmani, samas võib koolikeskkonnas avalduv vägivaldne käitumine olla tervise riskiteguriks. Vägivaldse käitumise ennetamine ja toetava ning arendava psühhosotsiaalse keskkonna edendamisele suunatud programm toetavad rahvastiku tervise arengukavas seatud eesmärkide elluviimist.

#### Põllumajandusministeerium

- [Eesti maaelu arengu strateegia 2007–2013](#)  
Eesti maaelu arengukava 2007–2013 on suunatud Eesti, muu hulgas ka maapiirkondade ja paikkondade elukvaliteedi parandamisele. Arengukava koostades on arvestatud Eesti maaelu omanäolisust. Rahvastiku tervise arengukava elu-, töö- ja õpikeskkonna terviseriskide vähendamise peatükis antakse soovitusi kohalikele omavalitsustele paikkondade elukvaliteedi parandamiseks.
- [Põllumajandusministeeriumi valitsemisala arengukava 2009–2012](#)  
Järelevalve arendamise ja tõhustamise meetme raames tagatakse toiduohutuse

täitmine, mille üks eeldus on efektiivselt toimiv toidu ja alkoholi järelevalve süsteem. Tagatakse vajalike andmekogude regulaarne täiendamine (sh järelevalve ja seireprogrammide tulemused ning toidutarbimise andmed), mille alusel tehakse riskianalüüsi ja otsuseid vajalike normide kehtestamise kohta. Info kättesaadavuse ja kvaliteedi parandamise meetme raames teavitatakse tarbijat ja toidukäitlejat soovituslikest normatiividest.

#### Kultuuriministeerium

- [Liikumisharrastuse strateegiline arengukava 2006–2010](#)  
Liikumisharrastuse arengukava täidab tervikuna rahvastiku tervise arengukava eesmärgi. Arengukava eesmärk on kaasa aidata liikumisaktiivsuse suurendamisele ning paremate võimaluste loomisele igapäevaseks spordiga tegelemiseks. Eesmärgiks on regulaarse liikumisharrastusega tegelejate arvu suurendamine 2010. aastaks 45%ni rahvastikust. Arengukavas on seatud põhieesmärgiks suurendada liikumisharrastuse võimalusi ja vorme. Arengukava koosneb järgmistest põhitegevusvaldkondadest: sportimispaigad, tervisesportlaste arstiabi, infoteenindus ja nõustamine, koolitus, infomaterjalide koostamine ja levitamine harrastajatele, liikumisharrastuse korraldamine, liikumisharrastuse suhtekorraldus- ja edenduskava.

#### Justiitsministeerium

- [Alaealiste kuritegevuse vähendamise arengukava aastateks 2007–2009](#)  
Arengukava üldeesmärgiks on vähendada alaealiste kuritegevust, sh alaealiste korduvõigusrikkumisi, ning parandada alaealiste seas tehtavat ennetustööd. Alaealiste kuritegevuse vähendamise arengukava raames tegeletakse kuriteoennetusele suunatud sotsiaalsete ja hariduslike meetmetega, alaealiste komisjonide töö tõhustamisega ning alaealiste õigusrikkujate resotsialiseerimisprogrammide arendamisega.
- [Inimkaubanduse vastu võitlemise arengukava 2006–2009](#)  
Arengukava eesmärgiks on suurendada rahvastiku teadlikkust inimkaubandusest, sellega seonduvatest ohtudest ning selle ennetamise võimalustest. Arengukava oluliseks osaks on lastele ning noorukitele suunatud teavitustegevused, mis suurel määral seonduvad rahvastiku tervise arengukavas käsitletava laste ja noorukite üldise riskikäitumise vähendamisega.

#### Majandus- ja Kommunikatsiooniministeerium

- [Eesti eluasemevaldkonna arengukava 2008–2013](#)  
Arengukava käsitleb üht olulisimat tervisemõjurit – eluaset. Osaliselt panustab arengukava kodutuse kui ühe tervisele negatiivseimat mõju avaldava faktori ennetamisele.
- Rahvastiku tervise arengukava elu-, töö- ja õpikeskkonna terviseriskide vähendamise peatükis analüüsitakse eluasemest tingitud keskkonnatervise näitajaid, näiteks ruumide siseõhu koostist, temperatuuri, valguse hulka, radooni emissiooni jne.
- [Transpordi arengukava 2006–2013](#)  
Arengukava on strateegiline lähtedokument transpordisektori arendamiseks. Arengukava tegeleb selliste sõlmküsimustega nagu infrastruktuuri arendamine ohutu liiklemise tagamiseks ning kergliikluse infrastruktuuri parendamine nii asulates kui ka asulavälistel teedel. Arengukava koostamisel on arvestatud ka Eesti rahvuslikus liiklusohutusprogrammis aastateks 2003–2015 püstitatud liiklusohutuse arengu eesmärgi.

Efektiivne transpordisüsteem tähendab ohutut liikluskorraldust ning turvalist liikluskeskkonda kergliiklusele. See toetab RTAs eesmärgiks seatud elu-, töö- ja õpikeskkonna terviseriskide vähendamise meetmeid (välisõhusaaste jne).

- [Eesti rahvuslik liiklusohutusprogramm 2003–2015](#)

Eesti rahvuslik liiklusohutusprogramm püstitab liiklusohutuse arengu eesmärgid ja nende realiseerimise abinõud, mis aitavad vähendada inimeste enneaegset suremust vigastustesse. Eesmärgiks on vähendada Eestis kümme aasta jooksul avariide arvu poole võrra ning säästa 1000 inimese elu. Üheks tegevuseesmärgiks on kujundada inimeste õigeid liiklushoiakuid ning suunata inimesi liiklusohutumale käitumisele. Kavandatud liiklusohutuse parandamise meetmed on suunatud nendele liiklejarühmadele ja valdkondadele, kelle või mille kaudu on kõige enam võimalik mõjutada liiklusohutustaset. Programmi üheks valdkonnaks on lastele ja noortele suunatud tegevused. Kuna laste suremuse suurimaks põhjuseks on vigastused, siis toetab liikluses tekkivate vigastuste ennetusele suunatud programm ka rahvastiku tervise arengukava eesmärkide saavutamist.

- [Eesti infoühiskonna arengukava ja selle rakendusplaan](#)

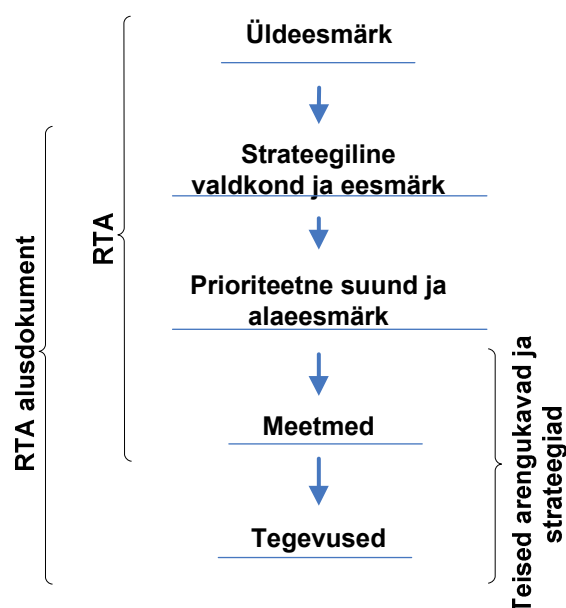
Sotsiaalsete teemade käsitlemisel seatakse arengukavas eesmärgiks, et iga inimene elab täisväärtuslikku elu, kasutades igakülgset infoühiskonna võimalusi, ja osaleb aktiivselt avalikus elus (*Kedagi ei jäeta ja keegi ei jää kõrvale!*). Selleks et luua ühiskonnaliikmetele võimalus osaleda infoühiskonnas, on vaja ühelt poolt tagada inimestele võimalus kasutada digitaalset teavet ning suhelda omavahel erinevate tehnoloogiliste lahenduste ehk kanalite kaudu. Teisalt on vaja, et inimesed oskaksid ja tahaksid kasutada loodud võimalusi ning oleksid motiveeritud ühiskonna otsustusprotsessides osalema.

Arengukavas kirjeldatakse tegelikku ja olulist mõju (*high impact applications*) omavate avaliku sektori e-teenuste (e-tervise projektid) defineerimise, loomise, käivitamise ja rakendamise aluseid. Riigivalitsemise tõhustamisele ja majandusarengule suurimat mõju avaldavad e-teenused on välja selgitatud, teadvustatud, käivitatud ning vajadusel juriidilistele isikutele ka kohustuslikuks tehtud.

## 10. Arengukava eesmärkide saavutamise vahendid

Kõikide arengukava strateegiliste valdkondade kohta on järgnevalt esitatud põhjalikumad ülevaated, mis sisaldavad nii valdkonna kirjeldust ja peamiste probleemide loetelu kui ka strateegiliste eesmärkide saavutamiseks vajalike peamiste tegevussuundade ja meetmete ning tulemuste saavutamise jälgimiseks kasutatavate indikaatorite loendeid.

Samas on käesolevas arengukavas eraldi välja toodud vaid nimetatud valdkondade peamised osad, tuginedes arengukava alusdokumentides leiduvatele veelgi põhjalikumatele ülevaadetele. Kuna rahvastiku tervise arengukava on koondokument, mis koondab mitmetes varasemates arengukavades ja strateegilistes dokumentides kirjeldatud tegevusi, siis ei ole käesolevas arengukavas ega selle alusdokumentides üksiktegevusi üldjuhul välja toodud. Rahvastiku tervise arengukava ja sellega seotud dokumentide temaatiline kaardistus on esitatud joonisel 3.



**Joonis 3.** Teemade jagunemine rahvastiku tervise arengukava, selle alusdokumendi ja teiste seotud dokumentide vahel.

### **Sotsiaalne sidusus ja võrdsed võimalused**

#### *Valdkonna kirjeldus*

Sotsiaalse sidususe all mõistetakse ühiskonna võimet tagada iga oma liikme heaolu, ületades sotsiaalset lõhestumist ja vältides tõrjutust.

Sidususel on otsene seos tervisega – mida suurem on sidusus, seda paremad on ka tervisenäitajad. Sidususe kõrge tase toetab ka sotsiaalset turvalisust, mis on omakorda oluline tervisemõjur. Sotsiaalset turvalisust iseloomustavad tööhõive, vaesuse ja kihistumise näitajad. Tõrjutud sotsiaalsete gruppide olemasolu on oluline risk rahva tervisele, seevastu võrdsed võimalused ja võrdne ligipääs teenustele suurendavad sotsiaalset turvalisust ja sidusust ning parandavad tervisenäitajaid.

Eesti tervisepoliitika lähtub põhimõttest, et inimestel peavad olema võrdsed võimalused heale tervisele, sõltumata nende sotsiaalmajanduslikust staatusest, haridusest, rahvuslikust vms kuuluvusest.

Vaesuse ja sotsiaalse tõrjutuse ennetamine on Eesti majandus- ja sotsiaalarengu tagamisel üks keerukamaid ülesandeid. Vaesuse ja tõrjutuse vähendamisel lähtutakse arusaamast, et töö on parim viis vaesuse leevendamiseks. Teiseks oluliseks põhimõtteks on integreeritud

teenuste pakkumine, nagu sotsiaal- ja tööturuteenused, mis peavad olema omavahel seostatud. Oluliseks lähtekohaks on universaalsete teenuste ja toetuste süsteemi arendamine, et vältida erimeetmetega kaasneva vaesuse ja tõrjutuse stigma tekkimist. Samas tuleb teadvustada teatud riskirühmade probleeme, mida üldiste teenuste ja toetuste süsteemiga ei ole võimalik lahendada, ning kasutada spetsiaalseid konkreetsete rühmade vajadusi arvestavaid meetmeid.

Riigi- ja kohalikul võimul on märkimisväärsed võimalused mõjutada sotsiaalse sidususe arengut seadusandluse, rahastamisotsuste ja ühiskonna prioriteetide kujundamise kaudu. Avalik sektor saab toetada valitsusväliste organisatsioonide initsiatiive ja arengut, kaasates individide ja huvigruppe otsuste tegemisse. Sidususe planeeritud arendamine ja sotsiaalselt tundlike rühmade kaasamine toob kaasa nii usalduse kui ka sotsiaalse ja majandusliku turvalisuse kasvu, mis on olulised rahvastiku tervise mõjurid.

#### *Valdkonna peamised probleemid*

Eesti ühiskond on viimase viieteistkümne aasta jooksul kiiresti polariseerunud ning sotsiaalse sidususe näitajad on Eestis oluliselt madalamad kui Põhja- ja Lääne-Euroopa riikides<sup>1</sup>.

Eri rahvastikugruppide vahel valitseb suur tervisealane ebavõrdsus, tervisenäitajad on tugevalt seotud soo, hariduse, etnilisuse ja sissetulekuga.

Sotsiaalne ebavõrdsus avaldub määravalt laste ja noorte tervises. Vanemate vaesus laieneb paratamatult lastele. Lapsepõlve sotsiaalmajanduslikud tingimused ennustavad täiskasvanute tervises seisundit paremini kui täiskasvanu sotsiaalne staatus. Sageli on lapseea haigestumiste ning surmade kaudseteks põhjustajateks sotsiaalne eraldatus, halvad elutingimused, vaesus ja hoolimatu tervisekäitumine.

Adekvaatse ning õigeaegse sekkumise puhul on meil võimalik ära hoida uue põlvkonna tõrjutud inimeste teket.

#### *Valdkonna prioriteetsed tegevussuunad lähtuvalt eelnevast:*

- Sotsiaalse ebavõrdsuse vähendamine tervises.
- Gruppide ja kogukondade võimestumine.

#### *Valdkonna strateegiliseks eesmärgiks (SE) on lähtuvalt eelnevast:*

**SE 1.** Sotsiaalne sidususe on suurenenud ja ebavõrdsus tervises vähenenud.

---

<sup>1</sup> Raska, E., Raitviir, T. (2005). Eesti edu hind. Eesti sotsiaalne julgeolek ja rahva turvalisus. Tallinn: Eesti Entsüklopeediakirjastus.



Valdkonna strateegilise eesmärgi saavutamist jälgitakse järgmiste indikaatorite abil:

**Tabel 2.** Sotsiaalse sidususe ja võrdsete võimaluste valdkonna strateegilise eesmärgi saavutamise indikaatorid.

Indikaator	Baastase	Aasta	Aasta	Sihttase
	2006	2012	2016	2020
Ravikindlustusega kaetute osakaal rahvastikust Allikas: EHK, ESA	95%	99%	99%	100%
Suhtelise vaesuse määr (isikute osakaal, kelle ekvivalentsissetulek on madalam 60% leibkonnaliikmete aasta ekvivalentnetosissetuleku mediaanist) Allikas: ESA	18,3% (2005)	16,8%	16,0%	16,0%
Laste vaesusrisk (allpool vaesuspiiri elavate kuni 15-aastaste laste osakaal) Allikas: ESA	19,8% (2005)	19%	18%	17%
Pikaajaliste (üle 12 kuu) töötute osatähtsus tööjõus Allikas: ESA	2,3% (2007)	1,7%	1,3%	0,8%
Suitsiidide suremuskordaja 100 000 inimese kohta Allikas: ESA, TAI	18,4	15,0	12,5	10,0

Valdkonna strateegilise eesmärgi saavutamiseks kasutatakse järgmiseid meetmeid:

#### Meetmed valitsustasandil rakendamiseks

Valitsustasandi ülesandeks on kujundada valdkondade strateegilised arengusuunad, välja töötada (vajadusel koostöös kohalike omavalitsustega) nende arengusuundade rakendamiseks vajalikud meetmed, nüüdisajastada nende rakendamiseks vajalik õigusruum ja näha ette nende meetmete rakendamiseks vajalikud ressursid. Tagada inimestele piisav teave, mis võimaldab teha teadlikke valikuid terviseriskide vähendamiseks.

- Täiendada seadusandlust, et motiveerida omavalitsuste ja organisatsioonide sotsiaalset vastutust ja rahvastiku tervise tegevuskava elluviimist.
- Tõhustada sotsiaalsete tagatiste süsteemi, et vältida sotsiaalselt tundlike gruppide langemist alla toimetulekut ohustava vaesuspiiri.
- Arendada maakondade ja kohalike omavalitsuste suutlikkust rahvastiku tervise hindamisel ja analüüsimisel ning tervisedenduslike sekkumiste planeerimisel ja elluviimisel.
- Panustada tervist enim mõjutavatesse sotsiaalsetesse valdkondadesse, nagu töötuse, vaesuse, kodutuse ja tõrjutuse ennetamine.
- Arendada kaasatusel põhinevaid, töötuid aktiveerivaid programme ja täiendada töötamise motivatsiooni tõstvaid seadusandlikke meetmeid.
- Arendada sotsiaalselt tundlike gruppide vajadustele vastavat tervisteenuste võrgustikku.
- Toetada kolmanda sektori ja vabatahtlike algatusi ja tegevust.

- Edendada inimeste vaimse tervise alast teadlikkust, sh suunates tähelepanu depressiooninähtude varajasele äratundmisele ja kvaliteetsete teenuste kättesaadavuse tagamisele.

#### Soovituslikud meetmed kohaliku omavalitsuse tasandil rakendamiseks

Kohalik omavalitsus korraldab meetmete rakendamist oma pädevuse piires (sh luues vajalikud õiguslikud alused). Tagab inimestele piisava teabe, mis võimaldab teha teadlikke valikuid terviseriskide vähendamiseks.

- Käivitada omavalitsuste juures partnerlusel põhinevate tervisenõukogude ja tervise tööühmade töö, kaasata sotsiaalselt tundlike gruppe.
- Integreerida rahvastiku tervise arengukava eesmärgid kohalike omavalitsuste arengukavadesse või koostada omavalitsuse tervise arengukava.
- Arendada kohaliku tasandi sotsiaalset infrastruktuuri, toetada koostöö- ja toetusvõrgustike ja huvialaühenduste tegevust ning luua inimeste omaalgatust ja sotsiaalset aktiivsust soosiv keskkond.
- Arendada elukvaliteeti ja toimetulekut suurendavaid teenuseid ja meetmeid.
- Tagada tervisega seonduva teabe kättesaadavus sotsiaalselt tundlikele gruppidele nende õiguste, neile suunatud hüvitiste ja teenuste kohta, kasutades selleks neile arusaadavaid suhtlusvorme.

#### Soovituslikud meetmed organisatsioonide tasandil rakendamiseks

Aidata kaasa valdkonna strateegilise eesmärgi saavutamisele, luues tervist toetava füüsilise ja sotsiaalse keskkonna.

- Integreerida personali tervise arendamise teema organisatsioonide arengukavadesse.
- Luua töökohal tervisearengut soodustav ning terviseriske maandav keskkond.
- Luua motiveerivad tingimused sotsiaalselt tundlikele gruppidele.

#### Soovituslikud meetmed indiviidi tasandil rakendamiseks

Iga inimene saab vähendada riske tervisele, tehes teadlikke valikuid oma igapäevaelu korraldamisel.

- Hoolida enda ja lähikondsete heaolust ja vaimsest tervisest, vajadusel otsides ise ning julgustades lähikondseid pöörduma professionaalsete abipakkujate poole.

## **Laste ja noorte turvaline ning tervislik areng**

### *Valdkonna kirjeldus*

Lapse- ja noorukieas pannakse alus inimese terviseteadlikkusele ja tervist säästvale käitumisele. Tervist mõjutavad peresuhted, kodused elamistingimused, kodukoha loodus- ja tehiskeskond, lasteaia- ja koolikeskkond, samuti üldine sotsiaalmajanduslik keskkond, sh haridus- ja tervishoiusüsteemi korraldus ning töötus ja vaesus riigis. Suurt mõju avaldab lastele neid ümbritsev sotsiaalne võrgustik, vanemate, vanavanemate ja sõprade eluviis ja käitumine. Lapse ja noore tervise ja arengu kujunemist tuleb käsitleda koosmõjus perekonna ja keskkonnaga, kus laps suurema osa ajast viibib. Laste tervise edendamiseks tuleb tegevused esmajoonel suunata tundlikele eluperioodidele, milleks on ema rasedus ning lapse imiku- ja teismeliseiga. Investeering haridusse võrdub investeeringuga tervisesse. Koolil ja koolis toimival on oluline roll lapse väärtushinnangute, sotsiaalsete oskuste, tervise ja toimetuleku kujunemisel. Haridustee katkemine ja rahvastiku tervis on omavahel seotud. Mida madalam on hariduslik tase, seda halvemad on tervisenäitajad ning lühem keskmine eluiga. Pöörates õigel ajal tähelepanu arengu- ja tervisehäiretele ning riskiteguritele, on võimalik paljusid probleeme ennetada. Varajase sekkumise nüüdisaegne käsitlus põhineb tervishoiu-, sotsiaal- ja haridusvaldkonna paindlikul koostööl, liikudes meditsiiniliselt mudelilt enam sotsiaalse mudeli poole. Tähelepanu vajavad sotsiaalsete probleemidega, tagasihoidliku haridusliku ning majandusliku taustaga peredes elavad lapsed ja noored. Nende tervise ja arengu toetamisele suunatud tegevused aitavad märkimisväärselt vähendada rahvastiku tervisenäitajates avalduvat ebavõrdsust.

Laste turvalise ja tervisliku arengu peatükis kavandatakse elukaare põhimõttest lähtuvalt erinevatele arenguetappidele suunatud üldised toetavad meetmed tulevaste vanemate seksuaal- ja reproduktiivtervise edendamiseks, laste kehalise ja vaimse tervise ning sotsiaalse arengu edendamiseks, vaimse tervise häirete, vigastuste, vägivalla, krooniliste haiguste ja nende riskitegurite ennetamiseks.

Füüsikalistest, keemilistest ja bioloogilistest keskkonnateguritest tingitud laste terviseprobleemid ning soovitusel, põhimõtted ja meetmed nende ennetamiseks on kajastatud arengukava keskkonnatervise peatükis. Toitumise, kehalise aktiivsuse ja riskiva käitumise (suitsetamine, alkoholi ja uimastite tarbimine) mõju laste ja noorte tervisele ning põhimõtted ja meetmed nendega seotud terviseprobleemide ennetamiseks on kajastatud arengukava tervislike valikute peatükis.

Laste tervise valdkonnas toimuvate muutuste jälgimise eelduseks on andmesüsteemide ning -analüüsi strateegiline areng. Laste tervise andmete kogumisel lähtutakse Maailma Terviseorganisatsiooni soovitusel, mille kohaselt peab kogutav informatsioon olema piisavalt detailne, et võimaldada suunata tegevusi erinevatele sihtgruppidele ning teha perioodilisi analüüse teenuste kättesaadavuse ja mõju kohta erinevates sotsiaalsetes gruppides ja piirkondades.

### *Valdkonna peamised probleemid*

- Riskid rasedate tervisekäitumises (indutseeritud ja kordusabortide kõrge tase, suitsetamine raseduse ajal), ema haridustase ja imikusuremus pärast 28. elupäeva on jätkuvalt tugevalt seotud, jätkuvalt kaasneb teismeliste raseduse ja sünnitusega kõrge riskivastündinu tervisele, saagunenud on enneaegsete vastündinute haigusseisundid.
- Laste ja noorte suur suremus vigastuste ja mürgistuste tõttu.
- Vanemate vähene teadlikkus imikute ja väikelaste tervisest, arengu iseärasustest (toitmine, ohutu keskkond jm), vajadus suurendada rinnapiimaga toidetavate imikute osakaalu.

- Eelkooliealiste laste ennetavate tervisekontrollide ebaregulaarsus, immuniseerimise hilinemine, arenguliste erivajaduste hiline märkamine.
- Kõrge hambakaariese esinemissagedus eelkooliealistel lastel, selle sagenemine lapse vanuse suurenedes.
- Riskiv seksuaalkäitumine (teismeliste tüdrukute sagedasem nakatumine HI-viirusesse, 15–19-aastaste naiste abortide vanuskordaja (abortide arv 1000 sama vana naise kohta) selge langustrendi puudumine.
- Krooniliste haiguste (astma, diabeet) või krooniliste haiguste riskitegurite (ülekaalulisus, vererõhu kõrgenemine) esinemissageduse tõus laste ja noorte hulgas, krooniliste haiguste võimalik hilisem diagnoosimine keskustest kaugemal elavatel lastel.
- Pingelised peresuhted, ebapiisavad suhtlemisoskused, puuduv lapsevanemate koolitamis-nõustamissüsteem, ebapiisav võrgustikutöö probleemsete perede laste terviseriskide vähendamiseks.
- Lastepsühholoogide, lastepsühhiaatriliste ravi- ja diagnostikameeskondade, sotsiaaltöötajate, koolipsühholoogide ja logopeedide pakutava abi ebapiisav kättesaadavus.
- Erivajadustega laste õppimis- ja ravivõimalused on terviklikult lahendamata.
- Lapsevanematele, õpetajatele ja teistele lastega töötavatele spetsialistidele mõeldud lapse arengu ja tervise kaitse ning edendamise võimalusi kajastava tõenduspõhise infokeskkonna täiendamise ja arendamise vajadus.
- Rutiinselt kogutav agregeeritud tervisestatistika laste ja noorte kohta ei võimalda saada ülevaadet erinevate sihtgruppide (haridustaseme, sotsiaalmajandusliku olukorra, rahvuse) kaupa ega saa olla aluseks sihtgruppidele suunatud ennetustegevuste planeerimisel.

*Valdkonna prioriteetsed tegevussuunad lähtuvalt eelnevast:*

- Laste ja noorte kehalise ja vaimse tervise ning sotsiaalse arengu edendamine.
- Vigastuste ja vägivalda ennetamine laste ja noorte seas.
- Krooniliste haiguste ja nende riskitegurite ennetamine laste ja noorte seas.

*Valdkonna strateegiliseks eesmärgiks (SE) ja alaeesmärkideks (AE) on lähtuvalt eelnevast:*

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

Valdkonna strateegilise eesmärgi saavutamist jälgitakse järgmiste indikaatorite abil:

**Tabel 3.** Lastele ja noortele tervisliku ja turvalise arengu tagamise valdkonna strateegilise eesmärgi saavutamise indikaatorid.

Indikaator	Baastase	Aasta	Aasta	Sihhtase
	2006	2012	2016	2020
Imikusuremuskordaja (alla-aastaste laste surmade arv aastas 1000 elussündinu kohta) Allikas: ESA	4,4	3,6	3,0	2,6
0–19-aastaste laste ja noorte suremuskordaja 100 000 inimese kohta Allikas: ESA	61	46	39	31
0–19-aastaste laste ja noorte suremuskordaja õnnetusjuhtumite, mürgistuste ja traumade tõttu 100 000 inimese kohta Allikas: ESA	30	23	19	15
1–19-aastaste laste ja noorte psüühika- ning käitumishäirete esmashaigestumuskordaja 100 000 inimese kohta Allikas: SoM, TAI	2 251	2 058	1 929	1 801
Oma tervist väga heaks hindavate 11-, 13- ja 15- aastaste laste osakaal Allikas: TAI, HBSC	31,5% (2005/2006)	32,9%	33,8%	34,7%

Valdkonna alaeesmärkideks (AE) on:

**AE 2-1** Reproduktiivtervise ja imikute tervisenäitajad on paranenud.

**AE 2-2** Eelkooliealiste laste suremus vigastuste ja mürgistuste tõttu ning psüühika- ja käitumishäirete esmashaigestumus on vähenenud.

**AE 2-3** Kooliealiste laste ja noorte suremus vigastuste ja mürgistuste tõttu ning psüühika- ja käitumishäirete esmashaigestumus on vähenenud ja noored annavad oma tervisele järjest positiivsema hinnangu.

Valdkonna strateegilise eesmärgi saavutamiseks rakendatakse järgmiseid meetmeid:

**AE2-1 saavutamiseks**

Meetmed valitsustasandil rakendamiseks

Valitsustasandi ülesandeks on kujundada valdkondade strateegilised arengusuunad, välja töötada (vajadusel koostöös kohalike omavalitsustega) nende arengusuundade rakendamiseks vajalikud meetmed, nüüdisajastada nende rakendamiseks vajalik õigusruum ja näha ette nende meetmete rakendamiseks vajalikud ressursid. Tagada inimestele piisav teave, mis võimaldab teha teadlikke valikuid terviseriskide vähendamiseks.

- Edendada inimeste reproduktiiv- ja seksuaaltervisealast teadlikkust; ennetada soovimatuid rasedusi ning haigestumist sugulisel teel levivatesse haigustesse; vähendada viljatusest tingitud sotsiaalseid ja terviseprobleeme.

- Edendada rasedate tervist ja tervisekäitumist, imikute rinnapiimaga toitmist.
- Suurendada rasedatele ja imikutega peredele tasuta kvaliteetsete tervishoiu-, nõustamis- ja tugiteenuste kättesaadavust.
- Tagada rasedatele ja vastsündinutele kvaliteetsete sünnieelse diagnostika ning pärilike haiguste skriiningprogrammide ja kvaliteetse nõustamisteenuse kättesaadavus.
- Suurendada lapsevanemate teadlikkust ja oskusi imiku tervise edendamisel ja arengu toetamisel; edendada lapsevanemate teadlikkust pere- ja lähisuhtevägivalla olemusest, mõjust, ennetus- ning kahjude vähendamise võimalustest.
- Edendada sünnieelset ja -järgset arstiabi perinataalabi indikaatorite väljatöötamise ja regulaarse monitoorimise abil. Luua kõrge riskiga vastsündinute elukvaliteedi parandamiseks aktiivravijärgse meditsiinilise jälgimise ning arendusravi süsteem.
- Tõhustada kuni 1-aastaste laste arengu- ja tervisehäirete varajaseks avastamiseks, vanemate nõustamiseks ning immuniseerimisega hõlmatuse tagamiseks tehtavat regulaarset laste ennetavat tervisekontrolli.
- Seirata ja hinnata regulaarselt rahvastiku seksuaal-reproduktiivtervise ja imikute tervisenäitajaid ja mõjureid, korraldades uuringuid, arendades meditsiiniregistreid ja tervise infosüsteemi ning täpsustades kogutavate andmete koosseise.

#### Soovituslikud meetmed kohaliku omavalitsuse tasandil rakendamiseks

Kohalik omavalitsus korraldab meetmete rakendamist oma pädevuse piires (sh luues vajalikud õiguslikud alused). Tagab inimestele piisava teabe, mis võimaldab teha teadlikke valikuid terviseriskide vähendamiseks.

- Luua teenuste kättesaadavuse tagamiseks motiveerivad tingimused teenuse osutajatele (ruumide tagamine, transpordi korraldamine jm); edendada koostööd ja võrgustikutööd erinevate spetsialistide vahel (tervishoiutöötajad, sotsiaaltöötajad, pedagoogid jt) eesmärgiga tagada teenuste järjepidevus ning vastavus perede ja laste vajadustele.

#### Soovituslikud meetmed organisatsioonide tasandil rakendamiseks

Aidata kaasa valdkonna strateegilise eesmärgi saavutamisele, luues tervisttoetava füüsilise ja sotsiaalse keskkonna.

- Rasedate ja väikelastega vanemate toetamiseks aidata kaasa pere- ja tööelu ühitamise põhimõtete rakendamisele ning tervislike harjumusi toetavate töötingimuste loomisele töökohtadel.

#### *AE2-2 saavutamiseks*

#### Meetmed valitsustasandil rakendamiseks

Valitsustasandi ülesandeks on kujundada valdkondade strateegilised arengusuunad, välja töötada (vajadusel koostöös kohalike omavalitsustega) nende arengusuundade rakendamiseks vajalikud meetmed, nüüdisajastada nende rakendamiseks vajalik õigusruum ja näha ette nende meetmete rakendamiseks vajalikud ressursid. Tagada inimestele piisav teave, mis võimaldab teha teadlikke valikuid terviseriskide vähendamiseks.

- Suurendada lapsevanemate teadlikkust ja oskusi väikelapse ja eelkoolialise lapse tervise edendamisel ja arengu toetamisel.

- Tõhustada eelkooliealiste laste arengu- ja tervisehäirete varaseks avastamiseks, vanemate nõustamiseks, immuniseerimise hõlmatus säilitamiseks ja hambahaiguste ennetuseks tehtavat regulaarset ennetavat tervisekontrolli.
- Suurendada koolieelsete lasteasutuste võimekust laste tervise edendamisel, laste koolivalmiduse kujunemise toetamisel, tagades mh koolieelsete laste eakohase kvaliteetse tervisekasvatuse ja sotsiaalsete oskuste õpetuse riikliku õppekava alusel.
- Edendada üldarstiabi osutajate ning kohaliku omavalitsuse võimekust väikelaste vigastuste ennetamisel.
- Seirata ja hinnata regulaarselt väikelaste arengu- ja tervisenäitajaid ning nende mõjureid, arendades tervise infosüsteemi, tehes uuringuid, täpsustades kogutavate andmete koosseise ja indikaatoreid.

#### Soovituslikud meetmed kohaliku omavalitsuse tasandil rakendamiseks (lisaks AE 2-1 olevale)

Kohalik omavalitsus korraldab meetmete rakendamist oma pädevuse piires (sh luues vajalikud õiguslikud alused). Tagab inimestele piisava teabe, mis võimaldab teha teadlikke valikuid terviseriskide vähendamiseks.

- Luua võimalused alushariduse ning tasuta eelõpetuse kättesaadavuse tagamiseks kõigile eelkooliealistele lastele.
- Suurendada arenguliste ja hariduslike erivajadustega lastele tugiteenuste (logopeediline, psühholoogiline, eripedagoogiline abi) kättesaadavust, vajadusel koostöös maakondlike nõustamiskeskustega.
- Selgitada välja vigastuste ja mürgistuste saamise riskid laste ja noorte hulgas ning rakendada asjakohased ennetusmeetmed.

#### Soovituslikud meetmed organisatsioonide tasandil rakendamiseks

Aidata kaasa valdkonna strateegilise eesmärgi saavutamisele, luues tervist toetava füüsilise ja sotsiaalse keskkonna.

- Koostöös lapsevanematega ja kohaliku omavalitsusega rakendada koolieelsetes lasteasutustes põhimõtteid ja meetmeid laste tervise ja arengu edendamiseks ning tervisehäirete ja vigastuste ennetamiseks.

#### *AE2-3 saavutamiseks*

#### Meetmed valitsustasandil rakendamiseks

Valitsustasandi ülesandeks on kujundada valdkondade strateegilised arengusuunad, välja töötada (vajadusel koostöös kohalike omavalitsustega) nende arengusuundade rakendamiseks vajalikud meetmed, nüdisajastada nende rakendamiseks vajalik õigusruum ja näha ette nende meetmete rakendamiseks vajalikud ressursid. Tagada inimestele piisav teave, mis võimaldab teha teadlikke valikuid terviseriskide vähendamiseks.

- Ennetada õpilaste koolist väljalangemist.
- Suurendada koolide ja pedagoogilise personali võimekust laste tervise edendamisel, arendades õpilaste eakohast kvaliteetset tervisekasvatust, sotsiaalsete oskuste õpetust riikliku õppekava alusel ja õppekavaväliste kvaliteetsete koolitusvõimaluste kaudu.

- Tõhustada kooliealiste laste vigastuste ja mürgistuste ennetusele ja vaimse tervise edendusele suunatud tegevusi.
- Suurendada psühholoogilise abi kättesaadavust kooliõpilastele; tõhustada psüühika- ja käitumishäiretega, perevägivalda või kriisisituatsiooni kogenud laste abistamist.
- Tagada tõsiste psüühika- ja käitumishäiretega lastele ja noortele nüüdisaegne ning kvalifitseeritud spetsialistide poolt osutatavate teenustega pikaajaline õppe-, ravi- ja rehabilitatsioonivõimalus vähemalt ühes koolkoduga õppeasutuses.
- Suurendada koolitervishoiuteenuse tõhusust, kvaliteeti ning usaldusväarsust eesmärgiga ennetada tervisehäireid ja riskikäitumise kujunemist ning vähendada tervisest tingitud piiranguid haridusvõimaluste kasutamisel; tõhustada kooliealiste laste hambahaiguste ennetust.
- Tagada õpetajate läbipõlemise ennetamiseks ja kooli psühhosotsiaalse keskkonna edendamiseks regulaarsed grupi- ja individuaalse supervisiooni ning mentorluse võimalused õpetajatele.
- Edendada nõustamiskomisjonide ning koolide tegevust erivajadustega õpilaste arengu toetamisel ja tervisehäiretega toimetulekul.
- Seirata ja hinnata regulaarselt kooliealiste laste tervisenäitajaid ja nende mõjureid, arendades tervise infosüsteemi, tehes uuringuid ning täpsustades kogutavate andmete koosseise ja indikaatoreid.

#### Soovituslikud meetmed kohaliku omavalitsuse tasandil rakendamiseks

Kohalik omavalitsus korraldab meetmete rakendamist oma pädevuse piires (sh luues vajalikud õiguslikud alused). Tagab inimestele piisava teabe, mis võimaldab teha teadlikke valikuid terviseriskide vähendamiseks.

- Riskikäitumisega noorte koolist väljalangemise ennetamiseks arendada võrgustikutööd (info liikumine) kooli, lapsevanemate ja sotsiaalpedagoogide/sotsiaaltöötajate vahel ning pakkuda noortele vajaduse korral individuaalseid võimalusi haridustee jätkamiseks.
- Kindlustada sotsiaalpedagoogide/sotsiaaltöötajate, koolimeedikute, terviseõpetuse õpetajate, logopeedide, psühholoogide jt spetsialistide osutatavate teenuste kättesaadavus paikkonna koolides.
- Arendada koostööd kolmanda sektoriga noortele suunatud koolitusvõimaluste suurendamiseks, sh avatud noortekeskuste kaudu.

#### Soovituslikud meetmed organisatsioonide tasandil rakendamiseks

Aidata kaasa valdkonna strateegilise eesmärgi saavutamisele, luues tervist toetava füüsilise ja sotsiaalse keskkonna.

- Koostöös noortega ja kohaliku omavalitsusega rakendada koolides, huvikeskustes ja -ringides põhimõtteid ja meetmeid laste ja noorte tervise, arengu ja sotsiaalsete oskuste edendamiseks ning vigastuste ja vägivalda ennetamiseks.

#### Soovituslikud meetmed indiviidi tasandil rakendamiseks

Iga inimene saab vähendada riske tervisele, tehes teadlikke valikuid oma igapäevaelu korraldamisel.



- Soovitus lapsevanematele, pedagoogidele jt täiskasvanutele on täiendada oma teadmisi laste tervise ja arengu iseärasustest, ealistest vajadustest; edendada konfliktilahendus-, läbirääkimis- jm sotsiaalseid ja vanemlikke oskuseid.
- Soovitus lastele ja noortele on hoolida enda ja teiste tervisest ja heaolust, suurendada selleks vajalikke teadmisi ja sotsiaalseid oskuseid, olla aktiivne partner õppe- ja huvitegevuse, sh tervisedenduslike tegevuste kavandamisel ja elluviimisel.

## **Tervist toetav elu-, töö- ja õpikeskkond**

### *Valdkonna kirjeldus*

Inimest ümbritsev keskkond mõjutab terviseseisundit sageli enam, kui seda tajutakse. Valdkonna paremaks käsitlemiseks vaadeldakse selles peatükis elukeskkonnana keskkonda, mis ümbritseb meid väljaspool töö- ja õpikeskkonda. Elu-, töö- ja õpikeskkonda võivad sattuda erinevad ohutegurid (keemilised, füüsilised, bioloogilised) peamiselt toodetest, ehitistest, rajatistest, sõidukitest ja tööstusettevõtetest. Eelnimetatud ohuteguritega puutub inimene kokku kas vahetu kontakti või õhu, vee ja toidu kaudu. Samuti võib kontakt ohuteguritega toimuda teiste inimeste või ka loomade kaudu. Elu-, töö- ja õpikeskkonnast tulenevate ohutegurite negatiivne mõju võib ilmneda tihti alles aastate pärast (näiteks areneb välja allergia, närvikahjustus või kasvaja). Sageli mõjutab inimese tervist samal ajal mitu keskkonnast tulenevat ohutegurit. Seega on keskkonna mõju tervisele kompleksne ning sõltub nii keskkonnategurite iseloomust kui ka ajast, mille jooksul nad tervist mõjutavad.

Käesoleva dokumendi elu-, töö- ja õpikeskkonna peatükis ei käsitleta sotsiaalseid ja psühhosotsiaalseid keskkonnategureid, vaid keskendutakse looduslikust ja tehiskeskkonnast tulenevate bioloogiliste, keemiliste ja füüsiliste tegurite negatiivsele mõjule inimese tervisele.

### *Valdkonna peamised probleemid*

- Inimesed on vähe teadlikud elu-, töö- ja õpikeskkonnast tulenevatest terviseriskidest ja nende maandamise meetmetest.
- Elu-, õpi- ja töökeskkonnast lähtuvate terviseriskide hindamise, juhtimise ja teavitamise süsteem ning inimese tervist soodustava käitumise ja tervist toetava keskkonna sihipärase arendamise ehk nn heade tavade juurutamise süsteem ei ole piisavalt tõhus.
- Riiklik valmisolek nakkushaiguste leviku tõkestamiseks ning epideemiateks ja pandeemiateks ei ole piisav.
- Tööõnnetustest ja tööga seotud haigestumistest põhjustatud haiguspäevade arv on suur ning sellega kaasnevad kahjud riigi majandusele.
- Töötervishoiu- ja tööohutusnõuete ning toote- ja toiduohutuse ning tervisekaitse nõuete järgimine ei ole piisav ning sellega seoses vajab tõhustamist ka riiklik järelevalve.
- Elu-, töö- ja õpikeskkonnale juurdepääsetavus ja nende keskkondade kasutatavus ei ole tagatud kõigile ühiskonnaliikmetele, sh erivajadustega isikutele.
- Elu-, töö- ja õpikeskkonnas esinevate ohutegurite mõjude olulisusest inimese tervisele ei ole süsteemset ülevaadet ja ohutegurite kohta ei koguta andmeid süstemaatiliselt.

### *Valdkonna prioriteetsed tegevussuunad lähtuvalt eelnevast:*

- Erinevate sihtrühmade teadlikkuse tõstmine elu-, töö- ja õpikeskkonnast lähtuvatest terviseriskidest ja nende maandamise meetmetest.
- Elu-, töö- ja õpikeskkonnast tulenevate terviseriskide hindamise, juhtimise ja teavitamise süsteemi tõhustamine.
- Riikliku valmisoleku suurendamine nakkushaiguste leviku tõkestamiseks ja epideemiateks ning pandeemiateks.
- Järelevalve tõhustamine elu-, töö- ja õpikeskkonnas.

- Töötervishoiu korralduse parendamine ning töötervishoiuteenuste kvaliteedi oluline suurendamine ning nende kättesaadavuse tagamine kõikidele töötajatele.

Valdkonna strateegiliseks eesmärgiks (SE) on lähtuvalt eelnevast:

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

Valdkonna strateegilise eesmärgi saavutamist jälgitakse järgmiste indikaatorite abil:

**Tabel 4.** Tervist toetava elu-, töö- ja õpikeskkonna valdkonna strateegilise eesmärgi saavutamise indikaatorid.

Indikaator	Baastase Aasta Aasta Sihttase			
	2006	2012	2016	2020
Suremus hingamiselundite haigustesse 100 000 inimese kohta Allikas: ESA	36,9	34,5	33,0	31,4
Surmaga lõppenud tööõnnetuste arv 100 000 hõivatu kohta Allikas: Tööinspeksioon, ESA	4,5	3,6	3,0	2,4
Tööõnnetuste tagajärjel kaotatud tööpäevade arv 100 hõivatu kohta Allikas: EHK, ESA	20	18	17	15
Töö mõju tervisele – hõivatute osakaal, kes arvavad et nende töö halvendab nende tervist Allikas: EWCS	59	50	40	30
Toidutekkeliste nakkushaiguste esmashaigestumuskordaja 100 000 inimese kohta Allikas: Tervisekaitseinspeksioon	303	250	200	200
Nõuetele vastava joogiveega varustatud rahvastiku osakaal Allikas: Tervisekaitseinspeksioon	73% (2006)	86%	88%	90%
Astma diagnoosi/ravi saanute osakaal 16–64-aastaste hulgas Allikas: TAI, Tervisekäitumise uuring	2,1%	1,8%	1,7%	1,5%
Peenosakeste (PM10) aastakeskmise kontsentratsioon Eesti linnade välisõhus ( $\mu\text{g}/\text{m}^3$ ) Allikas: KKM ITK	20,7 (2005)	18	16	14

Valdkonna strateegilise eesmärgi saavutamiseks kasutatakse järgmiseid meetmeid:

#### Meetmed valitsustasandil rakendamiseks

Valitsusasutuste ülesandeks on kujundada valdkondade strateegilised arengusuunad, välja töötada (vajadusel koostöös kohalike omavalitsustega) nende arengusuundade rakendamiseks vajalikud meetmed, nüüdisajastada nende rakendamiseks vajalik õigusruum ja näha ette nende meetmete rakendamiseks vajalikud ressursid. Tagada inimestele piisav teave, mis võimaldab teha teadlikke valikuid terviseriskide vähendamiseks.

- Nüüdisajastada ja täiendada tervise säilimist ja parendamist soodustava elu-, töö- ja õpikeskkonna saavutamiseks vajalik õigusruum.
- Tõhustada elukeskkonnast (sh kliimamuutustest) ning töö- ja õpikeskkonnast tulenevate terviseriskide hindamise, juhtimise ja teavitamise süsteemi.
- Tõhustada elu-, töö- ja õpikeskkonna järelevalvesüsteemi (erinevatel tasanditel), arendada tugev ja koordineeritud koostöö.
- Tõsta inimeste teadlikkust elu-, töö- ja õpikeskkonnast tulenevatest terviseriskidest.
- Koolitada elu-, töö- ja õpikeskkonnast tulenevate terviseriskide hindamise eksperte ning suurendada terviseriskide hindamise teenuse kvaliteeti.
- Korraldada maavalitsuste ja kohalike omavalitsuste spetsialistidele koolitusi keskkonna terviseriskidest ja nende maandamise võimalustest.
- Korraldada uuringuid elu-, töö- või õpikeskkonnast lähtuvate tervist mõjutavate keskkonnategurite tervisemõjude hindamiseks ning avalikustada uuringute tulemused.
- Arendada perearstide koostööd töötervishoiuarstide ja tervisekaitsespetsialistidega, et tagada tervisehäirete ja haiguste ennetamine ja efektiivne ravi, arvestades negatiivsete tervisemõjude seotust elu-, töö- või õpikeskkonnaga.
- Suurendada immuniseerimisega hõlmatud rahvastiku osakaalu.
- Tagada riiklik valmisolek nakkushaiguste leviku tõkestamiseks ja epideemiateks ning pandeemiateks, sh täiustada vajalikku laboratoorset baasi.
- Võtta töötervishoid ja tööohutus üld- ja kutseõppeasutuste õppekavadesse.
- Parandada töötervishoiu korraldust, parandada oluliselt töötervishoiuteenuste kvaliteeti ning nende teenuste kättesaadavust kõikidele töötajatele.
- Töötada välja tööõnnetus- ja kutsehaiguskindlustuse süsteem ja koordineerida selle rakendamist.
- Tagada kõigile ühiskonnaliikmetele juurdepääs elu-, töö- ja õpikeskkonnale ja nende kasutatavus.
- Teha asjaomastele sihtrühmadele kättesaadavaks (sh vajadusel töötada välja) juhendmaterjalid elu-, töö- ja õpikeskkonna terviseohutuse suurendamiseks.

#### Soovituslikud meetmed kohaliku omavalitsuse tasandil rakendamiseks

Kohalik omavalitsus korraldab meetmete rakendamist oma pädevuse piires (sh luues vajalikud õiguslikud alused) elu-, töö- ja õpikeskkonnas. Tagab inimestele piisava teabe, mis võimaldab teha teadlikke valikuid terviseriskide vähendamiseks.

- Selgitada välja ohutegurid ja arvestada nendega planeerimisel ja ehitustegevuses ning informeerida inimesi ohuteguritest.
- Tõsta inimeste teadlikkust keskkonnast tulenevatest terviseriskidest ning nende ohjamise meetmetest.
- Järgida avaliku sise- ja välisruumi kujundamisel põhimõtteid, mis teevad kõigile ühiskonnaliikmetele elu-, töö- ja õpikeskkonna juurdepääsetavaks ja kasutatavaks.

#### Soovituslikud meetmed organisatsioonide ja ettevõtete tasandil rakendamiseks

Aidata kaasa valdkondade strateegiliste suundade elluviimisele, inimeste teavitamisele terviseriskidest ning osaleda aktiivselt strateegiliste suundade kujundamisel.

- Korraldada strateegiliste suundade kujundamisel terviseriskide hindamisi ning arvestada nendega (sh rakendada riskide maandamise meetmeid).
- Hinnata ettevõttes terviseriske.
- Suurendada inimeste teadlikkust terviseriskide ennetamisest ja nende vähendamise võimalustest.
- Soodustada tervistedendavaid tegevusi töökohtadel.
- Arvestada töö korraldamisel juhiste ja standarditega, et vähendada elu-, töö- ja õpikeskkonnast lähtuvaid terviseriske.

#### Soovituslikud meetmed indiviidi tasandil rakendamiseks:

Iga inimene saab vähendada riske tervisele, tehes teadlikke valikuid oma igapäevaelu korraldamisel. Iga inimene vastutab oma koduste elutingimuste kujundamise eest. Seejuures tuleb silmas pidada enda ja oma lähedaste ning naabrite võimalikke terviseriske ning võimalusel tuleb rakendada terviseriskide maandamise meetmeid juba kodu planeerimisel ja rajamisel.

- Olla teadlik elu-, töö- ja õpikeskkonnast tulenevatest terviseriskidest ning kasutada riskide vältimiseks või vähendamiseks rakendatavaid meetmeid oma igapäevaelus ja töökohal.
- Informeerida teisi inimesi elu-, töö- ja õpikeskkonnast tulenevatest terviseriskidest.

## **Tervislik eluviis**

### *Valdkonna kirjeldus*

Käesolevas peatükis antakse ülevaade sellest, kuidas oleks võimalik tervislike valikuid suurendada ning inimeste riskikäitumist vähendada. Tervislike valikute ja tervisliku eluviisi soodustamise suund on seotud kõikide teiste arengukava peatükkidega, kuid selles peatükis keskendutakse peamistele terviseriskidele ning tervisekäitumise kujundamisele. Tervislike valikute puhul on peamiseks sihtrühmaks lapsed ja noored, kuna investeerimine laste ja noorte tervisesse on üks tulemuslikumaid meetodeid tulevaste täiskasvanute hea tervise tagamiseks.

Haiguste ja vigastuste riskitegurid on omavahel sageli seotud, mistõttu on oluline vaadata nende ennetust komplekselt. Peamisteks käitumuslikeks tervisemõjuriteks tuleb pidada vähest kehalist aktiivsust, tasakaalustamata toitumist ja riskikäitumist, näiteks alkoholi, tubaka ja illegaalsete narkootikumide tarbimist, hasartmängurlust, riskivat seksuaalkäitumist ning ebatavalist käitumist liikluses (kiiruse ületamine, turvavööde ja helkurite kasutamata jätmine jne).

Tervisekäitumist mõjutavad otseselt isiku enda hoiakud, uskumused, väärtushinnangud, teadlikkus, oskused ja motivatsioon. Inimest ümbritsev elukeskkond oma keskkondlike, sotsiaal-majanduslike ja psühhosotsiaalsete mõjudega määrab suures osas ära, milliseid tervist puudutavaid otsuseid inimene langetab ja kuidas inimene enda ja teiste tervise suhtes käitub.

Tervisliku eluviisi soodustamiseks tuleb erinevate eluvaldkondade esindajatega koostöös viia ellu abinõud terviseteadlikkuse ja tervist toetava keskkonna kujundamiseks. Tuleb suurendada kehalist aktiivsust soodustavate võimaluste ja täisväärtusliku toidu kättesaadavust, vähendada füüsilist ja psüühilist sõltuvust tekitavate ainete kättesaadavust ja nõudlust nende järele ning soodustada turvalist käitumist liikluses, olmes ja vaba aja veetmisel.

### *Valdkonna peamised probleemid*

- Enamikul koolinoortel jääb normaalset füüsilist arengut tagav kehaline koormus saamata. Madal on ka kehaline aktiivsus täiskasvanute hulgas, eriti vanemates vanusrühmades ning madalamates sotsiaalmajanduslikes rühmades.
- Teavitustöös on liiga vähe tähelepanu pööratud igapäevase kehalise aktiivsuse suurendamisele. Toetus spordialasele huvitegevusele koolides ja väljaspool kooli on ebapiisav. Liikumisharrastajate (sh noorsportlaste) arstiabi, infoteeninduse ja nõustamise maht ja kvaliteet ei vasta vajadustele. Liikumisharrastuse valdkonna spetsialistide ettevalmistussüsteem on nõrk. Välja arendamata on kättesaadavate lähiliikumispaiakade võrk, mis lähtuks elamurajoonide ja koolide paiknemisest. Kõigis asulates pole veel spordi- ja mänguväljakuid, mis paikneksid lastele ja nende vanematele võimalikult kodu või kooli lähedal.
- Soovituslikust kogusest on väiksem puu- ja köögiviljade, rukkileiva ja kala tarbimine ning soovitatavast suurem on toidurasvade, maiustuste, lihatoodete ja soola tarbimine.
- Puuduvad kompleksed sekkumistegevused koolides ja töökohtades, mis oleksid suunatud toitlustamisele sööklates, toidumüügipunktile või puhvetele. Vähene on toidukäitlejate kaasatus tervisliku toitumise soodustamiseks. Puudub toitumisspetsialistide koolituse ja kutsequalifikatsiooni riiklik süsteem. Kõrge rasva-, soola- ja suhkruisaldusega ning vähese toiteväärtusega toitade reklaamide sihtgrupiks on haavatavad sihtrühmad. Puuduvad riiklikud kompleksed toitumist ja toidu ohutust käsitlevad riskiuuringud.

- Alkoholi tarbitakse sageli ja suurtes kogustes, eriti alaealiste hulgas. Märkimisväärne on joobe põhjuslik roll vigastussurmades.
- Alkohoolsed joogid on noortele kergesti kättesaadavad. Järelevalve kehtiva alkoholiregulatsiooni täitmise üle on ebapiisav. Iseloomulik on intensiivne alkoholireklaam meedias ning alkoholi tarbima õhutavate rahvaürituste rohkus. Välja arendamata on alkoholismi varase avastamise ja alkoholismist loobumise nõustamise süsteem ning alkoholisõltuvuse ravivõimalused.
- Naiste hulgas on igapäevasuitsetajate arvu langustendents väiksem kui meeste hulgas. Suitsetajate osakaal on suurem madalama sissetulekuga inimeste, mitte-eestlaste ning töötute seas. Suitsetama hakatakse üha nooremas eas. Vesipiibu ja suitsuvabade toodete, eeskätt huuletubaka levimus noorte seas suureneb. Suur on kodus suitsuses ruumis viibijate osakaal madalama haridustasemega rahvastiku seas.
- Illegaalsete narkootikumide esmatarbijate vanus langeb pidevalt. Suurenenud on veenisiseselt narkootikume süstivate isikute arv, narkootikumidega seotud õigusrikkumiste arv, stimulantide süstimine ja segatarbimine ning HIV-nakkuse levik veenisüstivate uimastisõitlaste seas.
- Sagenenud on HIVi edasikandumine seksuaalsel teel. Uute täiskasvanud nakatunute arv on suurenenud tingituna vähesest kaitsevahendite kasutamisest.
- Suurenenud on hasartmängusõltuvusega kaasnevad probleemid, nagu terviseprobleemid, sõltuvusainete kuritarvitamine, majanduslik laostumine, sotsiaalne isoleeritus ning vägivald ja kuriteod.
- Sõltuvusest vabaneda aitavate nõustamisteenuste kättesaadavus ei ole tagatud kõigile abivajajatele. Tugiteenused sõitlaste lähedastele ei ole piisavalt kättesaadavad. Lastepsühhiaatrite, lastekaitse spetsialistide ja sotsiaaltöötajate arv on ebapiisav ning nende töökoormus on suur.
- Puuduvad järjepidevad uuringud rahvastiku ja erinevate riskirühmade liikumis- ja toitumisharjumust määravate mõjurite ja hoiakute kindlakstegemiseks, laste ülekaalulisuse trendide (sh antropomeetriliste näitajate seiramine) jälgimiseks ning efektiivsete sekkumiste planeerimiseks; puuduvad regulaarsed toitumist ja toidu ohutust käsitlevad riskiuuringud.
- Vigastuste ennetamises on puudulik andmete kogumine.

*Valdkonna prioriteetsed tegevussuunad lähtuvalt eelnevast:*

- Tervist toetavate ühiskondlike normide ja väärtushinnangute kujundamine Eesti ühiskonnas.
- Erasektori (sh meedia) ja valitsusväliste organisatsioonide aktiivsem kaasamine tervislikke valikuid soodustava keskkonna loomisesse.
- Lastele ja noortele tervist toetava keskkonna loomine kaitsvate tegurite mõju suurendamise kaudu.

*Valdkonna strateegiliseks eesmärgiks (SE) on lähtuvalt eelnevast:*

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

Valdkonna strateegilise eesmärgi saavutamist jälgitakse järgmiste indikaatorite abil:

**Tabel 5.** Tervisliku eluviisi edendamise valdkonna strateegilise eesmärgi saavutamise indikaatorid.

Indikaator	Baastase	Aasta	Aasta	Sihttase
	2006	2012	2016	2020
16–64-aastaste ülekaaluliste inimeste osakaal Allikas: TAI, tervisekäitumise uuring	31%	28%	26%	25%
16–64-aastaste rasvunud inimeste osakaal Allikas: TAI, tervisekäitumise uuring	15%	13%	13%	12%
Ülekaaluliste kooliõpilaste osakaal Allikas: Haigekassa koolitervishoiu aruanded	7,8% (2006/2007)	7,0%	6,5%	6,0%
Uute HIV-nakkuse juhtude arv 100 000 inimese kohta Allikas: Tervisekaitseinspeksioon	47,2 (2007)	30	20	15
HIV-nakatunud rasedate osakaal kõigist rasedatest Allikas: Tervisekaitseinspeksioon	0,3%	<1%	<1%	<1%
Illegaalseid narkootikume proovinud 15–16-aastaste osakaal Allikas: ESPAD	33,5 (2007)	29	24	21
Surmaga lõppenud õnnetusjuhtumid, mürgistused ja traumad 100 000 inimese kohta Allikas: ESA	121	95	78	61
Joobes juhtide osalusel toimunud õnnetustes hukkunute arv Allikas: Maanteeamet	53	35	25	15

Valdkonna alaeesmärkideks (AE) on:

**AE 4-1.** Rahvastiku kehaline aktiivsus on suurenenud.

**AE 4-2.** Rahvastiku toitumisharjumused on paranenud.

**AE 4-3.** Rahvastiku riskikäitumine on vähenenud.

Valdkonna eesmärkide saavutamiseks kasutatakse järgmiseid meetmeid:

#### Meetmed valitsustasandil rakendamiseks

Valitsustasandi ülesandeks on kujundada valdkondade strateegilised arengusuunad, välja töötada (vajadusel koostöös kohalike omavalitsustega) nende arengusuundade rakendamiseks vajalikud meetmed, nüüdisajastada nende rakendamiseks vajalik õigusruum ja näha ette nende meetmete rakendamiseks vajalikud ressursid. Tagada inimestele piisav teave, mis võimaldab teha teadlikke valikuid terviseriskide vähendamiseks.

- Tõsta inimeste teadlikkust tervist toetavast liikumisest ning liikumisharrastuse võimalustest ning integreerida liikumisharrastuse (sh õpilaste kehalise võimekuse arvestamise) teemad õpetajate põhi- ja täiendusõppesse ning riiklikesse



õppekavadesse; tagada asjakohaste materjalide ning koolituste kättesaadavus siht- ja sidusrühmadele.

- Tagada kehalist aktiivsust soodustav toetav keskkond (sh tervist edendavad võrgustikud, koolisport, liikumisalane nõustamisteenus ja meditsiiniline teenindamine) ning infrastruktuur.
- Seirata ja hinnata regulaarselt rahvastiku liikumisharjumusi, liikumisharjumust määravaid mõjureid ning nendele suunatud sekkumisi; täiendada spordistatistika andmebaasi.

#### Soovituslikud meetmed kohaliku omavalitsuse tasandil rakendamiseks

Kohalik omavalitsus korraldab meetmete rakendamist oma pädevuse piires (sh luues vajalikud õiguslikud alused). Tagab inimestele piisava teabe, mis võimaldab teha teadlikke valikuid terviseriskide vähendamiseks.

- Täiendada kohalike omavalitsuste arengukavasid lähiliikumispaikade võrgu hindamise tulemustest ning sportimispaikade soovitusnormidest lähtuvalt; investeerida liikumist soodustava infrastruktuuri rajamisse.
- Suurendada inimeste võimalusi veeta vaba aega kehaliselt aktiivselt.

#### Soovituslikud meetmed organisatsioonide tasandil rakendamiseks

Aidata kaasa valdkonna strateegilise eesmärgi saavutamisele, luues tervist toetava füüsilise ja sotsiaalse keskkonna.

- Jagada personalile liikumisharrastusalast informatsiooni ning tuua eeskujuks kehaliselt aktiivseid inimesi.
- Edendada kehalist aktiivsust organisatsioonis.
- Arendada üleriigiliste spordiühenduste, piirkondlike spordiliitude ja tervisetubadega info- ja õppekeskusi ning koostöös avaliku sektoriga liikumis- ja terviseradasid.

#### Soovituslikud meetmed indiviidi tasandil rakendamiseks

Iga inimene saab vähendada riske tervisele, tehes teadlikke valikuid oma igapäevaelu korraldamisel.

- Täiendada oma teadmisi kehalise aktiivsuse kasulikkusest ning kasutada liikumisharrastuse võimalusi ja teenuseid.
- Toetada oma lähikondseid liikumisharjumuste tervislikumaks muutmisel, pakkudes positiivset eeskuju ja kaasates aktiivselt teisi.

#### *AE4-2 saavutamiseks*

##### Meetmed valitsustasandil rakendamiseks

Valitsustasandi ülesandeks on kujundada valdkondade strateegilised arengusuunad, välja töötada (vajadusel koostöös kohalike omavalitsustega) nende arengusuundade rakendamiseks vajalikud meetmed, nüüdisajastada nende rakendamiseks vajalik õigusruum ja näha ette nende meetmete rakendamiseks vajalikud ressursid. Tagada inimestele piisav teave, mis võimaldab teha teadlikke valikuid terviseriskide vähendamiseks.

- Tõsta inimeste teadlikkust tasakaalustatud ja täisväärtuslikust toitumisest ning integreerida toitumise ja toiduga seotud teemad õpetajate põhi- ja täiendkoolitusse ning riiklikesse õppekavadesse; tagada asjakohaste materjalide ning koolituste kättesaadavus siht- ja sidusrühmadele.
- Tagada inimeste tervislikke toitumisvalikuid soodustav keskkond ning tasakaalustatud toitumise põhimõtete järgimine institutsionaalses toitlustamises.
- Arendada toitumisalast nõustamisteenust ja tagada selle kättesaadavus riskirühmadele.
- Seirata ja hinnata regulaarselt rahvastiku toitumisharjumusi, ülekaalulisuse trende (sh antropomeetriliste näitajate seiramine) ja nendele suunatud sekkumisi ning teha toitumisalast riski-kasulikkuse hindamise analüüsi (toitumine, toidu ohutus jne).

#### Soovituslikud meetmed kohaliku omavalitsuse tasandil rakendamiseks

Kohalik omavalitsus korraldab meetmete rakendamist oma pädevuse piires (sh luues vajalikud õiguslikud alused). Tagab inimestele piisava teabe, mis võimaldab teha teadlikke valikuid terviseriskide vähendamiseks.

- Integreerida tasakaalustatud toitumise ja toitlustamise teema kohalike omavalitsuste arengukavadesse.
- Toetada institutsionaalset toitlustamist ning korraldada toitu ja toitumist käsitlevate õigusaktide täitmist ja nende järgimise kontrollimist oma pädevuse piires.
- Välja töötada ja ellu viia toetavate tegevuste kontseptsioon haavatavate rühmade täisväärtusliku toitumise tagamiseks.
- Toetada organisatsioone ja projekte, mille eesmärgiks on tervisliku toitumise soodustamine.

#### Soovituslikud meetmed organisatsioonide tasandil rakendamiseks

Aidata kaasa valdkonna strateegilise eesmärgi saavutamisele, luues tervist toetava füüsilise ja sotsiaalse keskkonna.

- Vähendada võimalusel toodetes soola, suhkru ja rasva sisaldust; teha toodete kohta käiv toitumisalane teave tarbijale kergesti kättesaadavaks.
- Luua meedias positiivseid rollimudeleid; tagada reklaami puhul, et tarbijat ei eksitataks ja et ei kasutataks ära haavatavate rühmade kergeusklikkust; kajastada meediapõhiseid tervislikule toitumisele suunatud õppeprogramme.
- Edendada tervislikku toitumist organisatsioonis.

#### Soovituslikud meetmed indiviidi tasandil rakendamiseks

Iga inimene saab vähendada riske tervisele, tehes teadlikke valikuid oma igapäevaelu korraldamisel.

- Täiendada oma teadmisi tasakaalustatud ja täisväärtuslikust toitumisest ning toidu märgistusest; kasutada tervislikule toitumisele suunatud võimalusi ja teenuseid.
- Toetada oma lähikondseid toitumisharjumuste tervislikumaks muutmisel, pakkudes positiivset eeskujut ja jagades informatsiooni tervisliku toitumise kohta.

#### *AE4-3 saavutamiseks*

### Meetmed valitsustasandil rakendamiseks

Valitsustasandi ülesandeks on kujundada valdkondade strateegilised arengusuunad, välja töötada (vajadusel koostöös kohalike omavalitsustega) nende arengusuundade rakendamiseks vajalikud meetmed, nüüdisajastada nende rakendamiseks vajalik õigusruum ja näha ette nende meetmete rakendamiseks vajalikud ressursid. Tagada inimestele piisav teave, mis võimaldab teha teadlikke valikuid terviseriskide vähendamiseks.

- Tõsta inimeste teadlikkust riskikäitumisest ning integreerida riskikäitumisega seotud teemad õpetajate põhi- ja täiendkoolitusse ning riiklikesse õppekavadesse; õpetada eluoskusi üldharidus- ja kutsekoolides ning laiendatult riskivalt käituvate ning enim haavatavate noorte hulgas; tagada asjakohaste materjalide ning koolituste kättesaadavus siht- ja sidusrühmadele (sh noortelt-noortele-koolitused); arendada koostöös partneritega vaba aja veetmise võimalusi.
- Kehtestada rangemad piirangud sõltuvust tekitavate ainete reklaamile ja tooteedendusele ning viia ellu sotsiaalse turunduse ja vastureklaami meetmeid.
- Tõhustada järelevalvet sõltuvusainete käitlemist ja tarvitamist reguleerivate seaduste täitmise üle ning rakendada vältimatuid ja tõhusaid sanktsioone seaduste rikkujate suhtes.
- Tagada erinevatele sihtrühmadele ulatuslike ja kvaliteetsete kahjude vähendamise teenuste (sh nõustamine, asendusravi), süstimisvarustuse ja kondoomide kättesaadavus.
- Teha riskiva seksuaalkäitumise ja HIV-ennetust erinevates sihtrühmades, jagades informatsiooni, kujundades hoiakuid ja oskusi, korraldades koolitusi ning tagades testimise ja kaitsevahendite kättesaadavuse.
- Tagada abivajajatele kvaliteetse sõltuvusalase nõustamise, sõltuvusravi ja rehabilitatsiooniteenuste kättesaadavus.
- Arendada tugivõrgustikke haavatavatele rühmadele ning suurendada riskikäitumise ennetuse, sõltuvusravi ning rehabilitatsiooni valdkondades tegutsevate pädevate inimeste hulka, koolitades ja täiendkoolitades spetsialiste.
- Töötada välja ja rakendada alkoholi liig- ja kuritarvitamise, vigastuste ning hasartmängusõltuvuse ennetamise põhimõtted.
- Teha regulaarset käitumuslikku, sõltuvusainete levimuse ja tarbimise tagajärgede seiret, uuringuid riskikäitumisega seotud mõjurite kohta ja sekkumiste hindamist.

### Soovituslikud meetmed kohaliku omavalitsuse tasandil rakendamiseks

Kohalik omavalitsus korraldab meetmete rakendamist oma pädevuse piires (sh luues vajalikud õiguslikud alused). Tagab inimestele piisava teabe, mis võimaldab teha teadlikke valikuid terviseriskide vähendamiseks.

- Integreerida riskikäitumise ennetamise ja vähendamise teema kohalike omavalitsuste arengukavadesse.
- Tagada kohalikele vajadustele vastav arv kvalifitseeritud lastekaitsespetsialiste ning sotsiaaltöötajaid.
- Soodustada eneseabi- ja tugigruppide teket ning tegevust.
- Toetada riskikäitumise ennetamise ja lahendamise tegelevaid organisatsioone ja projekte rahaliselt või tegutsemiseks vajalike muude ressurssidega.

- Edendada sõltuvusainete vaba elustiili ja luua alternatiivseid vabaajaveetmise võimalusi.

#### Soovituslikud meetmed organisatsioonide tasandil rakendamiseks

Aidata kaasa valdkonna strateegilise eesmärgi saavutamisele, luues tervist toetava füüsilise ja sotsiaalse keskkonna.

- Luua meediaorganisatsioonide abil meedias positiivseid rollimudeleid ning pakkuda meediapõhiseid meelelahutuslikke õppeprogramme riskikäitumise vähendamiseks.
- Arvestada tootearenduses ja turunduses riskikäitumise ennetamise põhimõtteid, vältides alaealistele tarbijatele köitvaid tooteid ja reklaame; jaemüüjatel välistada alkoholimüük alaealistele.
- Kodanikuühendustel ja MTÜdel arendada omavahelist koostööd; koos valitsusorganisatsioonidega alata, planeerida, arendada ja viia ellu ennetustegevusi; tagada oma organisatsiooni tegevuse vastavus rahvusvahelistele standarditele.

#### Soovituslikud meetmed indiviidi tasandil rakendamiseks

Iga inimene saab vähendada riske tervisele, tehes teadlikke valikuid oma igapäevaelu korraldamisel.

- Täiendada oma teadmisi ja oskusi, kasutades riskikäitumise ennetamisele ja vähendamisele suunatud võimalusi, teenuseid ja vahendeid, ning toetada oma lähikondseid tervislikul käitumisel.
- Vältida avalikus kohas alkoholi ja tubaka tarvitamist ning kasutada turvavahendeid (turvavööd, kondoomid jne).

## ***Tervishoiusüsteemi areng***

### *Valdkonna kirjeldus*

Viimaste uuringute kohaselt mõjutab tervishoiusüsteem inimeste tervist kuni 30% ulatuses. Ühiskonna arenguga kaasnevad uued ülesanded, mille lahendamine eeldab tasakaalu leidmist ja kompromissi ühiskonna erinevate huvigruppide vahel.

Iga tervishoiupoliitiline otsus mõjutab rahvastiku heaolu ja tervist. Tervishoiusüsteemi juhtimine tähendab tasakaalu loomist vajaduste ja võimaluste vahel, tagades inimestele vajadustele vastava kvaliteetse tervishoiuteenuse kättesaadavuse ressursside optimaalse kasutamise kaudu.

Pärast taasiseseisvumist on Eesti tervishoiusüsteemis toimunud suured muutused. Tervishoiureformid algasid 1992. aastal üleminekuga solidaarsele ravikindlustusepõhisele tervishoiu rahastamisele, mis tõi endaga kaasa tervishoiuteenuse osutajate ja tervishoiu rahastaja eraldumise ning lepinguliste suhete tekkimise haigekassa ning tervishoiuteenuse osutajate vahel. Teiseks oluliseks muutuseks Eesti tervishoiusüsteemis on teenuse osutajate võrgustiku reorganiseerimine perearstikeskse esmatasandisüsteemi ning optimeeritud haiglavõrgu arendamise kaudu.

Eesti tervishoiusüsteemis on avalikul sektoril märkimisväärne roll tervishoiu korraldamises ja tervishoiuteenuste kättesaadavuse tagamises. Samas on tervishoiusüsteemi toimivuse ja paindlikkuse suurendamiseks rakendatud mitmeid erasektori põhimõtteid. Seetõttu tegutsevad kõik tervishoiuteenuse osutajad eraõiguse alusel. Perearstid on valdavalt kas füüsilisest isikust ettevõtjad või äriühingute omanikud ja palgatöötajad ning haiglad sihtasutused või aktsiaseltsid. Selleks et paremini tagada haiglate tegutsemise eesmärkide vastavus avalikele huvidele, on haiglate omanikeks kas riik, kohalik omavalitsus või muu avalik-õiguslik organisatsioon, kes haiglate nõukogude kaudu suunavad haiglate tegevjuhtkonna igapäevategevust.

Tervishoiusüsteem peab olema patsiendikeskne, et tagada ravi järjepidevus. Selle oluliseks eelduseks on esmatasandi, eriarstiabi ja hooldusravi/hoolekande vaheline koostöö ning koordineeritus. Oluline aspekt on ka patsiendi informeeritus, mis ühelt poolt tähendab oskust orienteeruda tervishoiusüsteemis ning teisalt teadlikkust oma terviseprobleemidest ning ravivõimalustest.

### *Valdkonna peamised probleemid*

#### Rahastamine

- Ravikindlustuse piiratud tulubaas, mis inimeste vajaduste suurenedes ning teenuste kallinedes ohustab tervishoiu rahastamise jätkusuutlikkust.
- Patsientide suurenev omaosalus tervishoiuteenuste ja ravimite eest tasumisel, mis ennekõike ohustab krooniliste haigustega madalama sissetulekuga inimesi.

#### Ressursid

- Tervishoiuteenuste osutajate inimressursid ja infrastruktuuri võimsus on piiratud.
- Tervishoiutöötajate pädevushindamine pole piisavalt koordineeritud.
- Puudub hindamissüsteem, mis võimaldaks tuvastada, kui suur on vajadus kallihinnalise meditsiinitehnoloogia järele.
- Ravimite kättesaadavus on ebaühtlane.
- Haiglavõrgu ebaefektiivsus, näiteks osa ravivoodite madal hõivatus haiglavõrgu haiglates, mis viitab teenuste ümberkorraldamise jätkamise vajadusele.

### Teenused

- Rahvastiku vananemise tõttu suureneb vajadus hooldusravi/hoolekande järele.
- Pikad ravijärjekorrad eriarsti juurde.
- Päevaraviteenuste vähene osakaal eriarstiabis.
- Esmatasandi tervishoiuteenuste kättesaadavus on ebaühtlane.

### Juhtimine

- Inimeste vähene teadlikkus sellest, kuhu pöörduda oma õiguste kaitseks, kui inimene ei ole rahul talle osutatud tervishoiuteenusega.
- Hooldusravi ja hoolekandeteenuste erinev juhtimine, korraldus ja finantseerimine.
- Puudulik infovahetus erinevate tervishoiuteenuste osutajate vahel.
- Puudub tervishoiuteenuse osutajate tegevusnäitajate süsteem.

#### *Valdkonna prioriteetsed tegevussuunad lähtuvalt eelnevast:*

- Tervishoiusüsteem peab olema õiglane, tagades inimestele kvaliteetsete tervishoiuteenuste kättesaadavuse ressursside optimaalse kasutuse kaudu.
- Tervishoiusüsteem, kus töötavad kvalifitseeritud ja motiveeritud tervishoiutöötajad, peab olema patsiendikeskne.
- Tervishoiu rahastamine toimub solidaarse ravikindlustuse põhimõtte järgi, tagades tervishoiuteenuste võrdse kättesaadavuse ja kvaliteedi kõigile ravikindlustusega isikutele.
- Tervishoiu rahastamissüsteem peab olema pikaajaliselt jätkusuutlik, et tagada kvaliteetsete tervishoiuteenuste kättesaadavus ning pakkuda inimestele kaitset finantsriski sattumise eest.

#### *Valdkonna strateegiliseks eesmärgiks (SE) ja alaeesmärkideks (AE) on lähtuvalt eelnevast:*

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

Valdkonna strateegilise eesmärgi saavutamist jälgitakse järgmiste indikaatorite abil:

**Tabel 6.** Tervishoiusüsteemi arengu valdkonna strateegilise eesmärgi saavutamise indikaatorid.

Indikaator	Baastase	Aasta	Aasta	Sihhtase
	2006	2012	2016	2020
Arstide arv 100 000 inimese kohta Allikas: SoM, TAI	327	320	320	320
Õdede arv 100 000 inimese kohta Allikas: SoM, TAI	656	761	830	900
Arstiabi kvaliteediga üldiselt või väga rahul olijate osakaal Allikas: SoM, uuring „Elanike rahulolu tervishoiuteenustega”	69% (2007)	70%	71%	72%
Arstiabi kättesaadavust heaks või väga heaks pidanute osakaal Allikas: SoM, uuring „Elanike rahulolu tervishoiuteenustega”	60% (2007)	62%	65%	68%
Leibkonna kulutuste osakaal tervishoiu kogukuludest Allikas: SoM, TAI	24%	<25%	<25%	<25%

Valdkonna alaeesmärkideks (AE) on lähtuvalt eelnevast:

**AE 5-1** Patsiendikeskse tervishoiusüsteemi arendamine inimeste parema informeerituse ning erinevate tasandite arstiabi parema koordineerituse kaudu.

**AE 5-2** Kvaliteetsete tervishoiuteenuste kättesaadavuse tagamine esmatasandi tervishoiuteenuste arendamise, aktiivravi haiglavõrgu optimeerimise ning hooldusravi/hoolekande arendamise kaudu.

**AE 5-3** Tervishoiu rahastamise pikaajalise jätkusuutlikkuse tagamine, kindlustades seejuures inimeste finantskaitse terviseriski tekkimisel.

Valdkonna eesmärkide saavutamiseks kasutatakse järgmiseid meetmeid:

#### AE5-1 saavutamiseks

##### Meetmed valitsustasandil rakendamiseks

Valitsustasandi ülesandeks on kujundada valdkondade strateegilised arengusuunad, välja töötada (vajadusel koostöös kohalike omavalitsustega) nende arengusuundade rakendamiseks vajalikud meetmed, nüüdisajastada nende rakendamiseks vajalik õigusruum ja näha ette nende meetmete rakendamiseks vajalikud ressursid. Tagada inimestele piisav teave, mis võimaldab teha teadlikke valikuid terviseriskide vähendamiseks.

- Kaitsta patsientide õigusi ja suurendada nende teadlikkust oma õigustest tervishoiusüsteemis.
- Nüüdisajastada ja korrastada esmaabikoolituste korraldamiseks vajalik õigusruum.
- Edendada koolides tervishoiualaste teadmiste õpetamist.

- Korraldada patsientide ja personali rahulolu-uuringuid, analüüsida tulemusi ja anda tagasisidet.
- Töötada välja ja rakendada teenuste kvaliteediindikaatorite süsteem.

#### Soovituslikud meetmed kohaliku omavalitsuse tasandil rakendamiseks

Kohalik omavalitsus korraldab meetmete rakendamist oma pädevuse piires (sh luues vajalikud õiguslikud alused). Tagab inimestele piisava teabe, mis võimaldab teha teadlikke valikuid terviseriskide vähendamiseks.

- Tõhustada koostööd perearstidega tervishoiusüsteemi teavitustegevuse ja ennetusprogrammide elluviimisel.

#### Soovituslikud meetmed organisatsioonide tasandil rakendamiseks

Aidata kaasa valdkonna strateegilise eesmärgi saavutamisele, luues tervist toetava füüsilise ja sotsiaalse keskkonna.

- Korraldada patsiendi rahulolu-uuringuid, analüüsida tulemusi, anda tagasisidet ning rakendada parendamistegevusi.
- Korraldada personali rahulolu-uuringuid, analüüsida ja avalikustada tulemusi ning rakendada parendamistegevusi.
- Arendada kvaliteedijuhtimissüsteeme; tutvustada neid patsientidele ja töötajatele.
- Töötada välja ja rakendada klienditeeninduse standardid.
- Korraldada patsiendile ja tema lähedastele haigusega toimetuleku alast nõustamist ja koolitusi ning jagada infomaterjale.
- Korraldada esmaabikoolitusi.

#### Soovituslikud meetmed indiviidi tasandil rakendamiseks

Iga inimene saab vähendada riske tervisele, tehes teadlikke valikuid oma igapäevaelu korraldamisel.

- Järgida tervislikke eluviise.
- Osaleda esmaabikoolitustel.
- Suurendada oma teadlikkust tervishoiust elukestva õppe kaudu.

#### *AE5-2 saavutamiseks*

#### Meetmed valitsustasandil rakendamiseks

Valitsustasandi ülesandeks on kujundada valdkondade strateegilised arengusuunad, välja töötada (vajadusel koostöös kohalike omavalitsustega) nende arengusuundade rakendamiseks vajalikud meetmed, nüüdisajastada nende rakendamiseks vajalik õigusruum ja näha ette nende meetmete rakendamiseks vajalikud ressursid. Tagada inimestele piisav teave, mis võimaldab teha teadlikke valikuid terviseriskide vähendamiseks.

- Tagada kõigile abivajajatele optimaalse standardiseeritud kiirabiteenuse kättesaadavus.



- Edendada kiirabi teenuse ja teiste teenuste osutajate koostööd operatiivteenistustega tagamaks valmisolek efektiivseks tegutsemiseks hädaolukordades (koolitused ja õppused, vajalikud ressursid).
- Arendada koduõendusteenust ja teisi esmatasandi tervishoiuteenuseid.
- Tagada üldarstiabi kättesaadavus perearsti töövälisel ajal.
- Tsentraliseerida esmatasandi tervishoiuteenuste planeerimine ja korraldamine.
- Parandada eriarstiabi teenuste kättesaadavust ravijärjekordade lühendamise abil.
- Suunata hooldusraviteenuste vajajad õigel tasemel ravile ja/või hoolekandele, suurendada päevaste ja koduteenuste osakaalu.
- Tagada motiveeritud töötajate optimaalne arv.
- Motiveerida tervisedendust ja haiguste ennetustegevust.
- Ehitada välja nüüdisaegne tervishoiu infrastruktuur, lähtudes seejuures meditsiini arengust ja vajadusest arstiabi järele.
- Tõhustada nii erinevate teenuseosutajate omavahelist koostööd ja infovahetust kui ka koostööd ja infovahetust teiste valdkondadega (haridussüsteem, sotsiaalhoolekanne jne).
- Rakendada e-riigi põhimõtteid ja innovaatilisi lahendusi.
- Tõhustada järelevalvetegevusi, suurendada kliiniliste auditite arvu.

#### Soovituslikud meetmed kohaliku omavalitsuse tasandil rakendamiseks

Kohalik omavalitsus korraldab meetmete rakendamist oma pädevuse piires (sh luues vajalikud õiguslikud alused). Tagab inimestele piisava teabe, mis võimaldab teha teadlikke valikuid terviseriskide vähendamiseks.

- Osaleda esmatasandi tervishoiuteenuste infrastruktuuri väljaehitamises ja korras hoidmises.
- Arendada integreeritud õendushooldusteenust.

#### Soovituslikud meetmed organisatsioonide tasandil rakendamiseks

Aidata kaasa valdkonna strateegilise eesmärgi saavutamisele, luues tervist toetava füüsilise ja sotsiaalse keskkonna.

- Analüüsida tervishoiutöötajate rahulolu ja suurendada seda motivatsioonisüsteemi kaudu.
- Korraldada, hinnata ja toetada tervishoiutöötajate täiendusõpet.
- Prioriseerida tervisedendust ja haiguste ennetustegevust.
- Korraldada regulaarselt pädevushindamist.
- Tõhustada koostööd Tartu Ülikooliga ja tervishoiu kõrgkoolidega personali planeerimiseks, koolitamiseks ja tööle värbamiseks.
- Ehitada välja nüüdisaegne infrastruktuur, lähtudes seejuures meditsiini arengust ja vajadusest arstiabi järele.
- Võtta kasutusele nüüdisaegsed infotehnoloogilised ja sidevahendid (sh telemeditsiin).

### *AE5-3 saavutamiseks*

#### Meetmed valitsustasandil rakendamiseks

Valitsustasandi ülesandeks on kujundada valdkondade strateegilised arengusuunad, välja töötada (vajadusel koostöös kohalike omavalitsustega) nende arengusuundade rakendamiseks vajalikud meetmed, nüüdisajastada nende rakendamiseks vajalik õigusruum ja näha ette nende meetmete rakendamiseks vajalikud ressursid. Tagada inimestele piisav teave, mis võimaldab teha teadlikke valikuid terviseriskide vähendamiseks.

- Hõlmata Eesti rahvastik ravikindlustusega.
- Prognoosida vajadust arstiabi järele, arvestades seejuures haiguskoormuse regionaalseid aspekte.
- Tagada ravimite, veretoodete ja meditsiiniseadmete ohutus, kvaliteet ja kättesaadavus.
- Tagada ravikindlustussüsteemi finantsiline jätkusuutlikkus.

#### Soovituslikud meetmed kohaliku omavalitsuse tasandil rakendamiseks

Kohalik omavalitsus korraldab meetmete rakendamist oma pädevuse piires (sh luues vajalikud õiguslikud alused).

- Tagada ravikindlustuseta isikutele arstiabi, mida vältimatu abi ei kata.

## 11. Arengukava juhtimise süsteem

„Rahvastiku tervise arengukava 2009–2020” oluliseks osaks on kogum valdkondlikke meetmeid arengukava eesmärkide saavutamiseks ja indikaatorite süsteem nende eesmärkide poole liikumise jälgimiseks. Suur osa indikaatoritest on seotud erinevate kaheaastase intervalliga korraldatavate rahvastiku-uuringutega ja seega on kõiki indikaatoreid võimalik uuendada iga kahe aasta tagant.

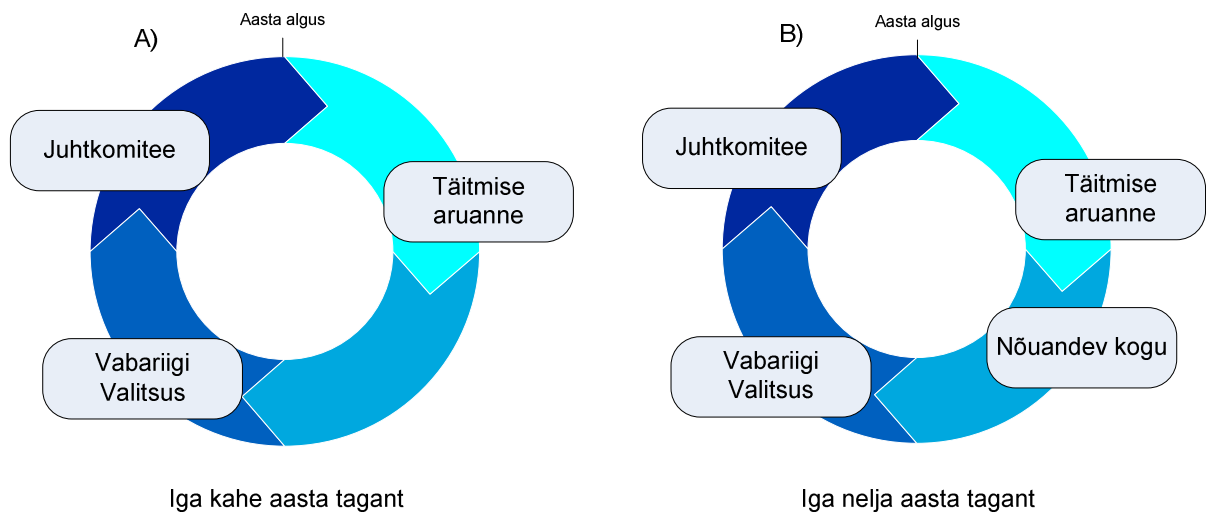
Rahvastiku tervise arengukava meetmete tõhusaks rakendamiseks on vajalikud: ülevaade senistest tegevustest, hinnangud nende tegevuste tulemusena saavutatud vahe-eesmärkide kohta, prioriteetide ja tegevuste nüüdisajastamine ning planeeritavate muudatuste elluviimine. Samas toimuvad need tegevused erineva regulaarsusega. Näiteks meetmete rakendamist ja selleks vajalikke rahalisi ressursse planeeritakse igal aastal, kuid rahvastiku tervises toimuvad muutused suhteliselt aeglaselt ning neid on otstarbekam jälgida pikema ajavahemiku tagant. Rahvastiku tervise arengukava juhtimistsükleid on kolm:

- iga-aastane, mis hõlmab arengukava tegevuste ülevaadet ja jooksvaid juhtimisotsuseid tegevuste rahastamise ning rakendamise kohta;
- kaheaastane, mis hõlmab lisaks jooksvatele juhtimisotsustele ka arengukava indikaatorite uuendamist, täitmisaruande koostamist ja valitsuse otsust seniste tegevuste ja võimalike uute suundade kohta. Indikaatorite uuendamise kaheaastase intervalli põhjuseks on nende aluseks olevate rahvastiku-uuringute toimumine sellise sagedusega;
- nelja-aastane, mis lisaks eelnevale hõlmab ka teadusnõukogu tegevust.

Arengukava täitmise aruannete ja lõpparuande koostamiseks esitavad ministriumid Sotsiaalministeeriumile kokkuvõtte oma vastutusalasse jäävate terve perioodi meetmete ja tegevuste elluviimise kohta hiljemalt aruandlusalusele perioodile järgneva aasta 31. märtsil (lõpparuande puhul seega hiljemalt 31. märtsil 2021). Sotsiaalministeerium koostab aruande, kooskõlastab selle ministriumidega ning esitab seejärel hiljemalt 30. juunil (lõpparuande puhul hiljemalt 30. juunil 2021) Vabariigi Valitsusele heakskiitmiseks.

### *Juhtorganid*

Nagu eespool märgitud, korraldatakse iga nelja aasta järel põhjalikum rahvastiku tervise arengukava hindamine ja eesmärkide ülevaatamine, mis koosneb neljast peamisest osast koos igale osale omase juhtimisorganiga. Need neli osa lähtuvad erinevatest arengukava juhtimiseks vajalikest tegevustest ning on kujutatud ka joonisel 4B koos ligikaudse toimumisajaga aasta jooksul.



**Joonis 4.** Rahvastiku tervise arengukava aastane juhtimistsükkel koos erinevate juhtkogudega.

Rahvastiku tervise arengukava juhtimiskogude ja nende tegevuste täpsem sisu on järgmine:

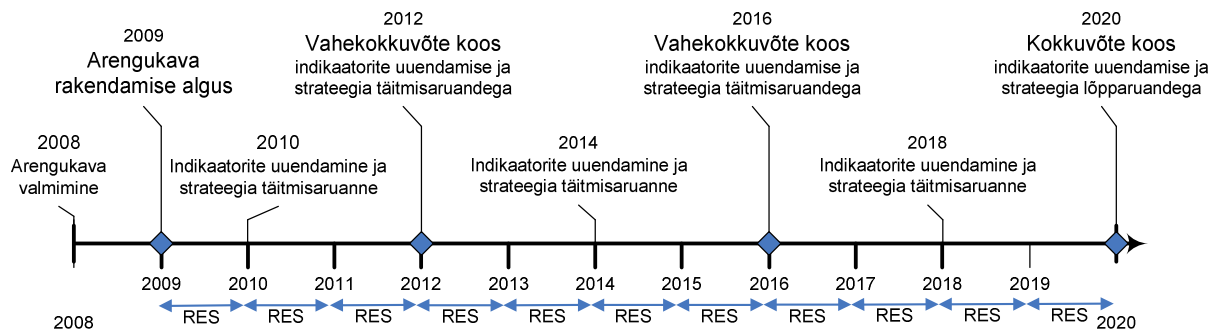
1. Valdkondlikud ekspertrühmad ja tulemuste/tegevuste raport  
 Sotsiaalministeeriumisse koondatakse info rahvastiku tervise arengukava indikaatorite tulemuste, eelnenud aasta jooksul tehtud tegevuste ning edusammude kohta arengukava strateegiliste eesmärkide saavutamisel. Rahvastiku tervise arengukava koostamisel osalenud valdkondlike ekspertrühmade baasil moodustatakse ekspertrühmad ka arengukava tulemuste hindamiseks. Sotsiaalministeeriumi koostatav tegevuste-indikaatorite ülevaade ning sellel põhinevad ekspertrühma hinnangud on aluseks Sotsiaalministeeriumis koostatavatele arengukava eelnenud perioodi kokkuvõtetele, mis omakorda on sisendiks järgmise juhtorgani tegevusele.
2. Nõuandev kogu  
 Nõuandev kogu moodustatakse erinevate valdkondade nii Eesti kui ka välisriikide juhtivatest teadlastest ja organisatsioonide esindajatest, nagu WHO (Maailma Terviseorganisatsioon) ja DG SANCO (Euroopa Komisjoni rahvatervise osakond). Teadlaste valimisel lähtutakse sellest, et nõuandvasse kogusse kuuluks järgmiste temaatiliste valdkondade asjatundjad: tervisesüsteemid, tervishoid, rahvastiku tervis, ennetus, tervisekäitumine, keskkonnatervis, epidemioloogia ja sotsiaalne sidusus. Selle juhtkogu tegevuse eesmärgiks on erapooletult hinnata rahvastiku tervise arengukava seniseid tegevusi seatud eesmärkide saavutamisel, kusjuures üheks hinnangute andmise aluseks on juhtimistsükli eelneva etapi kokkuvõte. Samuti on nõuandva kogu ülesandeks teha soovitusi järgneva perioodi tegevuste arendamiseks lähtuvalt oma hinnangutest seniste tegevuste kohta ning oma eksperditeadmistest maailma tervisesüsteemi(de) ja tervisealaste teadmiste arengust.
3. Vabariigi Valitsus  
 Vabariigi Valitsusele esitatakse aruteluks rahvastiku tervise arengukava eelmise perioodi aruanne ja nende olemasolul ka nõuandva kogu soovitusel, mis soovitatavalt on enne läbinud kooskõlastusringi juhtkomitees. Arutelu eesmärgiks on tagada, et rahvastiku tervise arengukava edasiste tegevuste plaan oleks vastavuses riigi kavandatavate arengusuundade ja tegevustega. Vabariigi Valitsuse istungi tulemuste põhjal seatakse rahvastiku tervise arengukava rakendamise järgmise perioodi prioriteetidid ja vahe-eesmärgid, mille elluviimise eest vastutab rahvastiku tervise arengukava juhtkomitee.

Rahvastiku tervise arengukava eelmise perioodi aruanne koos nõuandva kogu soovitustega esitatakse tutvumiseks ka Riigikogu rahanduskomisjonile.

#### 4. Juhtkomitee

Rahvastiku tervise arengukava juhtkomitee koosneb erinevate ministeeriumide esindajatest, kelle tööülesannete hulka kuuluks soovitatavalt riigi eelarvestrateegia (RES) planeerimine ja rakendamine. Samuti kuulub juhtkomitee koosseisu üks kohalike omavalitsuste ja üks valitsusväliste organisatsioonide esindaja. Juhtkomitee tegevusse võib vajaduse korral kaasata erialaspetsialiste ja erinevate valdkondade esindajaid.

Juhtkomitee ülesandeks on planeerida rahvastiku tervise arengukava järgmise perioodi konkreetsed tegevused ja nende elluviimiseks vajalikud rahalised vahendid. Seejuures lähtutakse eelnenud perioodi tegevuste analüüsi tulemustest, nõuandva kogu soovitustest ja valitsuse poolt seatud eesmärkidest. Iga juhtkomitee liige vastutab juhtkomitee ees enda ministeeriumi või sidusrühma tegevuste korraldamise, oma haldusala eesmärkide saavutamise ja Sotsiaalministeeriumile ning ekspertrühmadele arengukava aruandluse koostamiseks vajaliku info edastamise eest.



**Joonis 5.** Rahvastiku tervise arengukava tulemuste kokkuvõtete tegemise ajakava.  
RES – riigi eelarvestrateegia

Rahvastiku tervise arengukava juhtimise erinevad juhtimistsüklid on koondatud tervikuks joonisel 4, kus lisaks igal aastal toimuvale tegevuste ülevaate uuendamisele (kuna see on aluseks juhtkomitee tegevusele) on eraldi välja toodud arengukava indikaatorite uuendamine ja seniste tegevuste põhjalikum hindamine.

Samuti on joonisel 5 esitatud rahvastiku tervise arengukava erinevate juhtimistsüklite võimalik seos riigi eelarvestrateegia kujunemisega.

Rahvastiku tervise arengukava elluviimist koordineerib Sotsiaalministeerium. Arengukava elluviimises osalevad peale Sotsiaalministeeriumi valitsemisala asutuste ka Minister Urve Palo büroo, Kaitseministeerium, Keskkonnaministeerium, Siseministeerium, Haridus- ja Teadusministeerium, Põllumajandusministeerium, Kultuuriministeerium, Justiitsministeerium, Majandus- ja Kommunikatsiooniministeerium, kohalikud omavalitsused ja kodanikeorganisatsioonid.

## 12. Arengukava rakendusplaan ja maksumuse prognoos

Kuna rahvastiku tervise arengukava on raamdokument, mida rakendatakse peamiselt kas heakskiidetud või väljatöötatavate Sotsiaalministeeriumi ja teiste ministeeriumite haldusala valdkondlike arengukavade kaudu, siis vajadus täiendavate finantsvahendite järele planeeritakse valdkondlike arengukavade koostamise ja täiendamise ning riigieelarve strateegia ja riigieelarve seaduse koostamise käigus. Rahvastiku tervise arengukava viiakse ellu peamiselt Sotsiaalministeeriumi haldusala ja teiste ministeeriumite riigieelarvelise rahastuse kaudu. Täiendavad finantsvahendid planeeritakse riigieelarve koostamise käigus, mille aluseks Sotsiaalministeeriumi haldusala puhul on iga-aastane Sotsiaalministeeriumi haldusala „Finantsraamistik ja tegevuskava: uued algatused ja olulisemad kasvud”.

Rahvastiku tervise arengukava 2009–2020 eeldatavaks kogumaksumuseks aastatel 2009–2020 on 1 066,29 miljardit krooni, sh 311,07 miljardit krooni perioodil 2009–2012. Rahvastiku tervise arengukava finantsvahendid Sotsiaalministeeriumi haldusalas on planeeritud 2008. a märtsis Rahandusministeeriumile esitatud Sotsiaalministeeriumi haldusala „Riigi eelarvestrateegia 2009–2012 – Finantsraamistik ja tegevuskava: uued algatused ja olulisemad kasvud” tabeli järgi. Erandina on märtsis taotletud vahenditele lisatud summad ravikindlustuseta isikutele ravikindlustuse tagamise laiendamise kontseptsiooni elluviimiseks (arutati valitsuskabineti nõupidamisel 24. aprillil 2008. a) ja suurendatud Eesti Haigekassa eelarve sotsiaalmaksu laekumise prognoosi Rahandusministeeriumi kevadprognoosist lähtuvalt. Teiste ministeeriumide kulude prognoosid on lisatud kooskõlastusringil olemasolevate arengukavade maksumusi arvestades. Tegemist on indikatiivsete numbritega, reaalsed võimalused arengukava rahastamiseks sõltuvad 30. mail 2008. a Vabariigi Valitsuse korraldusega kinnitatud „Riigi eelarvestrateegia 2009–2012” finantsplaanis toodud piirsummade jagamisest tegevustele nii Sotsiaalministeeriumi kui ka teiste ministeeriumide valitsemisalas. Rahvastiku tervise arengukava tegevused ning detailsem maksumuse prognoos täpsustatakse iga-aastase riigi eelarvestrateegia koostamise käigus.

**Tabel 7.** Rahvastiku tervise arengukava maksumuse prognoos strateegiliste eesmärkide kaupa perioodil 2009–2012. Kõik ministeeriumid (mln krooni).

RTA SE – rahvastiku tervise arengukava strateegiline eesmärk

RTA SE	Valdkond	2009	2010	2011	2012
1	Sotsiaalne sidusus ja võrdsed võimalused	30 665,90	35 868,88	39 946,60	43 464,61
2	Laste ja noorte turvaline ning tervislik areng	207,52	216,55	227,44	231,78
3	Tervist toetav elu-, töö- ja õpikeskkond	6 061,61	7 437,14	4 891,59	4 870,98
4	Tervislik eluviis	729,31	714,39	724,84	509,59
5	Tervishoiusüsteemi areng	16 462,61	18 600,66	20 634,65	22 628,97
<b>Kokku</b>		<b>54 126,96</b>	<b>62 837,62</b>	<b>66 425,12</b>	<b>71 705,93</b>

**Tabel 8.** Rahvastiku tervise arengukava maksumuse prognoos ministeeriumide kaupa perioodil 2009–2012 (mln krooni).

<b>Ministeerium</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>
<b>SOM kokku</b>	<b>47 815,17</b>	<b>55 198,31</b>	<b>61 378,33</b>	<b>66 974,79</b>
sh SOM tervise valdkond	17 174,56	19 366,30	21 462,50	23 543,34
sh ülejäänud SOM	30 640,61	35 832,01	39 915,82	43 431,45
<b>Teised ministeeriumid kokku</b>	<b>6 311,79</b>	<b>7 639,31</b>	<b>5 046,79</b>	<b>4 731,14</b>
sh HTM	17,00	17,00	17,00	17,00
sh KuM	115,35	40,51	0	0
sh KKM	3,35	2,58	1,9	2,51
sh PÕM	1,33	7,73	0,63	4,79
sh JM	1,63	0	0	0
sh MKM	6 112,62	7 505,88	4 969,43	4 684,84
sh SIM	41,75	44,90	34,80	0
sh Rahvastikuministri büroo	18,45	20,72	23,00	22,00
sh RM	0,3	0	0	0
<b>RTA KOKKU</b>	<b>54 126,96</b>	<b>62 837,62</b>	<b>66 425,12</b>	<b>71 705,93</b>

## Terminid

- EBAVÕRDSUS TERVISES** (*Health inequalities*) – üldtermin, mida kasutatakse erinevuste, hälvete ja ebaühtluse määramisel üksikisikute ja gruppide tervisesaavutustes.
- EBAÕIGLUS TERVISES** (*Health inequity*) – terminiga tähistatakse sellist ebavõrdsust tervises, mida peetakse ülekohtuseks või mis tuleneb mõnest õiglusetuse vormist.
- ELATUSMIINIMUM e ABSOLUUTSE VAESUSE PIIR** – inimesele vajalike elatusvahendite väikseim kogus, mis võimaldab tööjõu säilitamist ja taastamist. Elatusmiinimumi arvutamisel on lähtutud statistilisest keskmisest inimesest ning püütud ekspordihinnangutele ja empiirilistele arvutustele tuginedes järgida tegelikule tarbimisele lähedast tarbimist, mis peaks katma inimese esmatarbevajadused (toit, riietus, eluase) ning võimaldama teha ka minimaalselt muid kulutusi mahus, mis on sotsiaalselt vastuvõetavaks elustandardiks vajalikud.
- ELUKESKKOND** (*Living environment*) – elukeskkond on looduslik ja tehiskeskond, mis ümbritseb meid väljaspool töö- ja õpikeskkonda.
- ELUKVALITEET** (*Quality of life*) – üksikisikute arusaam oma positsioonist kultuuri- ja väärtussüsteemis, milles nad elavad, koos selle positsiooniga seotud eesmärkide, ootuste, standardite ja muredega.
- ENNEAEGNE SUREMUS** (*Premature mortality*) – suremus enne vanusrühma eeldatava eluea lõppu. Isiku surma korral enne vanusrühma eeldatava eluea lõppu kaotab isik eluaastaid, mille summat rahvastiku tasemel tähistatakse terminiga YLL (*Years of Life Lost*) ehk enneaegsest suremusest tingitud eluaastate kaotusena, mis moodustab ühe osa rahvastiku haiguskoormusest ehk tervisekaotusest.
- ESMATASANDI TERVISHOID** (*Primary health care*) – oluline tervishoiu valdkond, mis tehakse kättesaadavaks riigile ja ühiskonnale jõukohase tasu eest ja meetoditega, mis on praktiliselt ja teaduslikult põhjendatud ning sotsiaalselt aktsepteeritavad.
- ETIOLOOGILINE PÕHJUS** (*Etiological cause*) – haiguse või seisundi otseseks põhjuseks olev tegur.
- GINI KOEFITSIENT** (*Gini coefficient*) – ühiskonna ebavõrdsuse näitaja. Gini koefitsiendi arvutamisel on kasutatud leibkonnaliikme kuu keskmist väljaminekut (võib kasutada ka leibkonnaliikme sissetulekuid). Gini koefitsient on null, kui kõikide leibkondade väljaminekud on võrdsed, ja üks, kui kõik väljaminekud on teinud sama leibkond. Mida lähemal ühele koefitsient on, seda suurem on ühiskonna diferentseeritus. Gini indeks on sama näitaja väljendatud protsentuaalselt ning sellisel juhul korrutatakse koefitsient 100ga.
- HAIGUSKOORMUS** (*Burden of disease*) – kaotus rahva tervises, mida väljendab enneaegsete surmade tõttu kaotatud eluaastate ning haigestumise ja välispõhjuste tõttu vähenenud täie tervise juures elatud eluaastate koguarv. Kaotatud eluaastate arvu tähistatakse lühendiga DALY (*Disability adjusted life years* e vaevustele kohandatud eluaastad), mida kasutatakse ka haiguskoormuse ning tervisekaotuse sünonüümina.
- KAITSEV TEGUR** (*Protective factor*) – tegur, mille mõju aitab ära hoida või vähendada tervistkahjustavate tegurite mõju. Tervisespetsiifilised kaitsetegurid (sh personaalne motivatsioon oma tervist kaitsta ning tunnetatud otsene toetus või surve grupi poolt tervist toetatavate tegevustega tegelemiseks) avaldavad tervisele otsest mõju. Kaudsemat, kuid samas ülimalt olulist mõju avaldavad tervisele distaalsed kaitsetegurid, nagu isiksuseomadused, tunnetatud sotsiaalne keskkond, kaasatus ühiskondlikesse organisatsioonidesse ning laste ja noorte positiivsed lähisuhted täiskasvanutega.



**KEHALINE AKTIIVSUS** (*Physical activity*) – keha mis tahes liikumine, mis on põhjustatud lihastööst ning mis põhjustab suuremat energiakulu kui organismi põhiainevahetuse (rahulolekutaseme) energiakulu. Mitmesugune tegevus alates organiseeritud sporditegemisest kuni töö- või koolis käimiseni või vabaõhutegevuseni.

**KEHAMASSIINDEKS** (KMI; *Body Mass Index*) – suurus, mis näitab kehakaalu ja pikkuse ruudu suhet ning mis saadakse keha massi (kg) jagamisel pikkuse ruuduga (m<sup>2</sup>).

**KESKKONNATERVIS** (*Environmental health*) – termin hõlmab neid inimese tervise aspekte, k.a elukvaliteet, mida mõjutavad keskkonna füüsilised, keemilised, bioloogilised, sotsiaalsed ja psühhosotsiaalsed tegurid; puudutab ka praeguse ja tulevaste põlvkondade tervisele potentsiaalselt ebasoodsalt mõjuda võivate keskkonnategurite hindamise, korrektsiooni ja tõkestamise teooriat ja praktikat.

**KLIINILINE AUDIT** (*Clinical audit*) – patsientide ravi ja selle tulemuste parandamisele suunatud protsess, mis kasutab eesmärkide saavutamiseks teostatud ravi ja muude tegevuste süstemaatilist võrdlemist eelnevalt sõnastatud kriteeriumidega ning võrdluse tulemustest lähtuvate muudatuste tegemist ravi- ja muudesse protseduuridesse (töö kvaliteedi juhtimise protsess).

**KROONILINE HAIGUS** (*Chronic disease*) – pikaajaline haigus, vaegus või puue, mis on kestnud või tõenäoliselt kestab 6 kuud ja kauem.

**LÄHILIIKUMISPAIGAD** (*Sporting facilities at close distance*) – liikumis- ja spordipaigad, mis asuvad elamurajoonide lähimbruses (kuni 15 minuti kaugusel elukohast) inimese igapäevases tegevuskeskkonnas ning mida kasutavad peamiselt selle piirkonna elanikud igapäevaseks liikumiseks ja sportimiseks. Lähiliikumispaidad koosnevad nii lastele ja noortele mõeldud sportimis- ja mängupaikadest kui ka harrastusspordiks mõeldud spordisaalidest ja -väljakutest ning liikumis- ja sportimisaladest.

**MONITTOORING JA HINDAMINE** (*Monitoring and evaluation*) – programmi, projekti või tegevuse ning nende kulgemise kohta pideva info kogumine ning saavutatud tulemuste episoodiline hindamine võrreldes planeerituga.

**MÜRA** (*Noise*) – igasugune häiriv heli, mis tekib tahke keha mehhaanilisel võnkumisel või aero- või hüdrodünaamilisel gaasi, auru ning vedeliku liikumisel, kui rõhk või liikumise suund järsult muutub.

**PAIKKOND** (*Locality*) – inimeste võrgustik, keda ühendab kas elukoht, töökoht, etnilisus või mingi muu kokkukuuluvustegur.

**PAIKKONDLIK ARENG** (*Local development*) – inimeste aktiveerimine, julgustamine ja stimuleerimine oma tervisevajaduste väljendamiseks ja nende toetamiseks kollektiivsetes tegevustes pädevuse tõstmise ja oskusteabe jagamise kaudu eesmärgiga arendada paikkonna tegevuspotentsiaali tervise edendamiseks.

**POSTNEONATAALNE SUREMUS** (*Postneonatal mortality*) – imikute suremus esimese elukuu lõpust kuni aasta vanuseks saamiseni.

**RAHVASTIKU TERVIS** (*Population health*) – terminiga väljendatakse püüdlust parendada kogu rahvastiku või selle rühmade tervist ja vähendada ebavõrdsust nende tervises.

**RAHVATERVIS** (*Public health*) – tervise edendamise, haiguste ennetamise ja eluea pikendamise teadus ja tegevus; kogu rahvastiku tervise edendamise, eluea pikendamise ja elukvaliteedi parandamise sotsiaalne ja poliitiline kontseptsioon, mis toimib tervisedenduse, haiguste ennetamise ja teiste tervise sekkumisvormide kaudu.

**RIIKLIK TERVISEPOLIITIKA** (*Public health policy*) – on kantud riigi vastutusest edendada rahvastiku tervislikku seisundit. Riikliku tervisepoliitika eesmärgiks on luua toetav keskkond, et võimaldada inimestel elada tervislikku elu, teha tervislikud valikud kodanikele võimalikuks või lihtsamaks ning muuta tervilikumaks nii sotsiaalset kui ka füüsilist keskkonda.

**RISKITEGUR** (*Risk factor*) – sotsiaalne, käitumuslik, majanduslik, keskkondlik või bioloogiline tegur, mis põhjustab või soodustab terviseseisundi halvenemist, terviseseisundile soodsalt mõjuvate tegurite toime vähenemist või haigustele vastuvõtlikkuse suurenemist.

**RISKIKÄITUMINE** (*Risk behavior*) – eriline käitumisvorm, millega võib kaasneda suurem vastuvõtlikkus ühele või enamale haigusele või üldisele terviseseisundi halvanemisele.

**SEIRE** (*Surveillance*) – pidev ja/või regulaarne ühesuguse metoodika alusel andmete kogumine ja analüüs. Seiret saab kogutavate andmete põhjal tinglikult jagada kaheks: tervist ohustavate tegurite seire ning käitumuslik seire. Seireandmete kogumise meetoditele tuginevalt saab mõlemat seiret omakorda jagada kaheks: passiivne seire ehk rutiinselt registreeritavad andmed ja nende analüüs ning aktiivne seire ehk uurimustega kogutavad andmed ja nende regulaarne analüüs.

**SEKTORITEVAHELINE KOOSTÖÖ** (*Intersectoral collaboration*) – tunnustatud ühendus ühiskonna erinevate sektorite vahel, mis on tekkinud tervisetulemuste või vahepealsete tervisetulemuste saavutamiseks viisil, mis on tõhusam ja säästvam tervisesektori eraldi tegutsemisest.

**SIDUSRÜHMAD** (*Stakeholders*) – inimesed või organisatsioonid, keda programmi/projekti protsess või lõpptulemus otseselt või kaudselt mõjutab.

**SOTSIAALNE SIDUSUS** (*Social cohesion*) – sotsiaalse sidususe all mõistetakse ebavõrdsuse määra ning sotsiaalsete suhete ja sidemete tugevust. Sotsiaalse sidususe suurendamise vahendid on kahetised – ühiskondliku kihistumise, ebavõrdsuse ja tõrjutuse vähendamine ning sotsiaalsete suhete, sidemete ja suhtlemise tugevdamine.

Euroopa Nõukogu kasutab sotsiaalse sidususe järgmist definitsiooni: "Sotsiaalse sidususe all mõistame ühiskonna võimekust tagada oma kõigi liikmete heaolu, vähendada erinevusi ja vältida polariseerumist"

**SOTSIAALNE KAASATUS** (*Social inclusion*) – sotsiaalne kaasatus on olemuslikult sotsiaalse tõrjutuse vastand ning on defineeritav kui kõikide inimeste võimalus osaleda täisväärtuslikult ühiskondlikus elus, pääseda ligi temale olulistele ressurssidele ning teenustele, töötada ja olla majanduslikult aktiivne.

Ülalnimetatud ressursside ja teenuste all mõistetakse näiteks võimalust tööd teha ja ligipääsu sotsiaalkindlustusele, haridusele, tervishoiuteenustele, kultuurile ja vaba aja veetmise võimalustele ning infotehnoloogiale.

**SOTSIAALSED VÕRGUSTIKUD** (*Social networks*) – sotsiaalsed suhted ja sidemed üksikisikute vahel, mis võivad pakkuda juurdepääsu tervise sotsiaalsele toetusele või mobiliseerida seda.

**SÄÄSTEV ARENG** (*Sustainable development*) – säästvat ehk jätkusuutlikku arengut on defineeritud kui arengut, mis rahuldab oleviku vajadusi, säilitades tulevastele põlvkondadele võimaluse rahuldada ka nende ette kerkivaid nõudmisi; inkorporeerib mitut elementi ja kõiki valdkondi, sh tervishoiusektorit, mis peab toetama selle saavutamist.

**TERVENA ELATUD ELUIGA e EELDATAVALT TERVENA ELATUD ELUIGA** (*Health Adjusted Life Expectancy e HALE*) – rahvastiku tervise kvaliteedi näitaja, mille arvutamisel on lisaks rahvastiku suremusele arvesse võetud ka rahvastikus esinevate haiguste elukvaliteeti langetav mõju. Näitaja väärtus on võrdne eluaastatega, mida rahvastiku keskmine liige eeldatavalt elab maksimaalse võimaliku tervisega. Näide: 2006. aastal oli meeste eeldatav eluiga Eestis sünnimomendil 67 aastat. Osa sellest ajast veedetakse haigena ning kui konkreetne haigus langetab elukvaliteeti inimese parima kujuteldava (ideaalse), tervisepiiranguteta tasemega võrreldes 50%

võrra, siis langeb haiguse pooleaastatase kestuse korral inimese eeldatavalt tervena elatud eluiga veerandaasta võrra (0,5 parimast tervisest x 0,5 aastat = 0,25 parima võimaliku tervise aastat). Seega, kui 2006. aastal oleks meeste eeldatavalt tervena elatud eluiga näiteks 50 aastat, siis jääks neil elu jooksul keskmiselt kasutamata 17 aastat, sest selle aja veedavad nad haigetena.

TERVIS (*Health*) – 1948. a defineeris WHO tervist kui täielikku füüsilise, sotsiaalse ja vaimse heaolu seisundit ning mitte ainult kui haiguste ja puuete puudumist; tervis ei ole elamise eesmärk, vaid igapäevase elu vahend; positiivne mõiste, mis toonitab sotsiaalseid ja individuaalseid ressursse ning füüsilisi võimeid.

TERVISE ARENG e. SALUTOGENEES (*Health development, salutogenesis*) – üksikisikute ja rahvastiku gruppide terviseseisundi jätkuva ja progressiivse paranemise protsess (Jakarta deklaratsioon kirjeldab tervisedendust kui tervise arenduse olulist elementi).

TERVISEDENDUS (*Health promotion*) – WHO defineerib tervisedendust kui protsessi, mis võimaldab inimestel muuta tervist määravaid tegureid juhitavaks ning selle kaudu tugevdada tervist (termini sisu määratleti esimesel rahvusvahelisel tervisedenduse konverentsil 1986. aasta dokumendis, mis on tuntud Ottawa harta nime all); tervisedenduse tõlgendamisel tuleb eristada tervisedendust kui oodatavat tulemust (läh- ja kaugesmärgid) ja kui strateegiat (protsessid ja tegevused).

TERVISE MÕJURID (*Determinants of health*) – rida isiklikke, sotsiaalseid, majandus- ja keskkonnategureid, mis määravad üksikisikute või rahvastiku terviseseisundi.

TERVISEKAITSE (*Health protection*) – haiguste ennetamise juurde kuuluv terviseteenistus, milles kehtivad kohustuslikud normid ja eeskirjad; tervisekaitse käsitleb vahendeid ja abinõusid rahvastiku tervise halvenemise vältimiseks ning selle eesmärgiks on tagada tervisele ohutu füüsiline, keemiline ja bioloogiline keskkond.

TERVISEKASVATUS (*Health education*) – sisaldab teadlikult loodud õppimisvõimalusi, kaasates mõningaid kommunikatsioonivorme terviseharituse parandamiseks, mis sisaldavad teadmiste täiendamist ning üksikisiku ja ühiskonna tervisele kaasa aitavate eluks vajalike oskuste arendamist.

TERVISE KESTUS (*Health expectancy*) – sotsiaalsetel normidel ja arusaamadatel ning erialastel standarditel põhinev hinnang, millega kirjeldadatakse rahvastiku täisväärtusliku, haigusteta ja puueteta eluea eeldatavat pikkust.

TERVISEKÄITUMINE (*Health behaviour*) – igasugune üksikisiku poolt ettevõetud tegevus, hoolimata hetkelisest või eelnevast terviseseisundist, tervise edendamiseks, kaitsmiseks või säilitamiseks; olenemata sellest, kas selline käitumine on lõppkokkuvõttes objektiivselt efektiivne või mitte.

TERVISEMÕJU ANALÜÜS (*Health impact assessment*) – meetodite ja/või protseduuride kombinatsioon, mis võimaldavad hinnata poliitilise otsuse, programmi või projekti mõju rahvastiku tervisele.

TERVISEPOLIITIKA (*Health policy*) – institutsioonisisene (eriti valitsuse) selgesõnaline otsus või protseduur, mis määratleb tegevuse prioriteedid ja parameetrid vastusena tervisevajadustele, kättesaadavatele ressurssidele ja poliitilistele survetele.

TERVISESEISUND (*Health status*) – üksikisiku või rahvastiku tervise kirjeldus ja/või mõõtmistulemus mingil kindlal ajahetkel, vastandudes samastavatele standarditele, viidates tavaliselt tervise indikaatoritele.

TERVISESEKTOR (*Health sector*) – hõlmab organiseeritud avalikke ja eraterviseteenistusi (sh tervisedendus, haiguste ennetamine, diagnostika, ravi- ja hooldusteenused), tervishoiu osakondade ja ministeeriumide poliitikat ja tegevust, mitteriiklike terviseiga seotud organisatsioone ja ühiskondlikke gruppe ning kutsealaseid assotsiatsioone.

**TERVISESÜSTEEM** (*Health system*) – tervise teenuste osutamise süsteem, mille peamiseks osadeks on tervishoiu- (*healthcare*) ja rahvatervise (*public health*) süsteemid. Alasüsteemidest esimese eesmärgiks ülesandeks on raviteenuste osutamine (nt haiglas, esmatasandil ja hooldusravis) ning teise eesmärgiks ülesandeks tervise edendamise ja -ennetuse korraldamine.

**TERVISE TULEM** (*Health outcomes*) – üksikisiku, inimgrupi või rahvastiku tervise seisundis toimuv muutus, mida võib omistada planeeritud sekkumisele või sekkumiste seeriale, vaatamata sellele, kas taoline sekkumine oli planeeritud tervise seisundit muutva tegevusena.

**TERVISE ÕIGLUSPÄRASUS** (*Equity in health*) – õigluspärasus tähendab erapooletust; tervises tähendab heaolu võimaluste jaotamist inimeste vajaduste järgi.

**TERVIS KÕIGILE** (*Health for All*) – inimkonna teadmised tervisest, mis võimaldavad elada sotsiaalselt ja majanduslikult täisväärtuslikku elu.

**TERVISLIK TOITUMISVIIS** (*Healthy eating habit*) – toitumisviis, millel on teatavad kvantitatiivsed ja kvalitatiivsed omadused, nagu energiasisalduse vastavus individuaalsetele vajadustele ja alati vastavus toitumispõhimõtetele.

**TERVIST TOETAVAD KESKKONNAD** (*Supportive environments for health*) – keskkonnad, mis pakuvad inimestele kaitset tervist ohustavate asjaolude eest ning võimaldavad inimestel suurendada oma võimeid ja arendada eneseusaldust tervises; hõlmab inimeste elukeskkonda, nende kodu, kus nad töötavad ja mängivad ning ka inimeste ligipääsu tervise ressurssidele ja nende võimestamisele.

**VAESUS** (*Poverty*) – materiaalsete ressursside ebapiisavusest tingitud ilmajaetus ühiskonnas hädavajalikuks peetud elustandardist ja sotsiaalmajanduslikust osalusest (näiteks võimalus õppida ning võimalus saada kaaskodanike tunnustuse osaliseks); jaotub: absoluutne vaesus, suhteline vaesus, süvavaesus ja toimetulekut ohustav vaesus.

**VÕIMESTAMA, VÕIMESTUMA, VÕIMESTUMINE** (*Empowerment for health*) – inimese sisemine kontrollitaju oma elu üle, milles on teadmised ja usk oma kompetentsusse ja toimimise tõhususse; selle puudumine avaldub inimese märgatavas jõuetuses midagi korda saata, ta on tõrjutud ja tal avaldub õpitud abituse sündroom.

**VÕRGUSTIK** (*Network*) – üksikisikute, organisatsioonide ja asutuste pühendumisel ning usaldusel põhinev grupp, mis on organiseerunud mittehierarhilisel alusel tegelemaks üldiste probleemide või muredega, mida seiratakse aktiivselt ja süstemaatiliselt.

**ÜLEKAALULISUS JA RASVUMINE** (*Overweight and obesity*) – ülemäärane toiduenergia tarbimine, kusjuures madala või ebapiisava energiakulutamise tagajärjel tekib energia ülejääk, mis ladestub kehas rasva kujul. Ülekaaluliste all mõeldakse neid isikuid, kelle kehamassiindeks (KMI) on 25–29.9 kg/m<sup>2</sup>, ning rasvunud on need isikud, kelle KMI on ≥ 30 kg/m<sup>2</sup>. Teatud juhtudel mõeldakse ülekaalulisuse all KMI > 25 kg/m<sup>2</sup>. Kooliõpilaste puhul on ülekaalulisuse määramise kriteeriumid: 7–9aastased KMI > 19 kg/m<sup>2</sup>, 10–12aastased KMI > 22 kg/m<sup>2</sup>, 13–15aastased KMI > 24 kg/m<sup>2</sup>, 16–18aastased KMI > 25 kg/m<sup>2</sup>. Lastepuhul sõltub ülekaalulisuse kriteerium vanusest, andmed on avaldatud Sotsiaalministeeriumi kodulehel:

[http://www.sm.ee/est/HtmlPages/KMIpoeq/\\$file/KMIpoeq.jpg](http://www.sm.ee/est/HtmlPages/KMIpoeq/$file/KMIpoeq.jpg)  
[http://www.sm.ee/est/HtmlPages/KMItüdr/\\$file/KMItüdr.jpg](http://www.sm.ee/est/HtmlPages/KMItüdr/$file/KMItüdr.jpg)

## Kasutatud lühendid

AE	– Käesoleva arengukava strateegilise eesmärgi alaeesmärk (sõltuvalt strateegilisest eesmärgist kuni 4)
AIDS	– HIV-nakkuse kliiniline staadium ( <i>Acquired ImmunoDeficiency Syndrome</i> )
DG	– Euroopa Komisjoni tervise ja tarbijakaitse peadirektoraat ( <i>Direction Générale de SANté et protection des COnsommateurs</i> )
SANCO	
EHCI	– Euroopa tervishoiuteenuste tarbijaindeks ( <i>Euro Health Consumer Index</i> )
EHK	– Eesti Haigekassa
EK	– Euroopa Komisjon ( <i>European Comission; EC</i> )
ESA	– Eesti Statistikaamet
ESPAD	– Euroopa kooliõpilaste alkoholi ja narkootikumide tarvitamise küsitlusuuring ( <i>European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs</i> )
ETETU	– Eesti täiskasvanud elanikkonna tervisekäitumise uuring
ETU	– Eesti terviseuuring
EU	– Euroopa Liit ( <i>European Union; EU</i> )
EWCS	– Euroopa töötingimuste uuring ( <i>European Working Conditions Survey</i> )
HBSC	– Kooliealiste laste tervisekäitumise uuring ( <i>Health Behaviour in School-aged Children</i> )
HIV	– Inimese immuunpuudulikkuse viirus ja selle nakkus ( <i>Human Immunodeficiency Virus</i> )
HTM	– Haridus- ja Teadusministeerium
JuS	– Justiitsministeerium
KaM	– Kaitseministeerium
KKM	– Keskkonnaministeeriumi
KKM ITK	– Keskkonnaministeeriumi Info- ja Tehnokeskus
KuM	– Kultuuriministeerium
LEU	– Leibkonna eelarve uuring
MKM	– Majandus- ja Kommunikatsiooniministeerium
MTÜ	– Mittetulundusühing
PõM	– Põllumajandusministeerium
RaM	– Rahandusministeerium
RES	– Riigi eelarvestrateegia
RTA	– Rahvastiku tervise arengukava
SE	– Käesoleva arengukava strateegiline eesmärk (1...5)
SE21	– Säästev Eesti 21 (arengukava)
SiM	– Siseministeerium
SKP	– Sisemajanduse koguprodukt
SoM	– Sotsiaalministeerium
SVH	– Südame- ja veresoonehaigused
TAI	– Tervise Arengu Instituut
TI	– Tööinspeksioon
TIA	– Tervise info ja analüüs
TKI	– Tervisekaitseinspeksioon
VV	– Eesti Vabariigi valitsus
WHO	– Maailma Terviseorganisatsioon ( <i>World Health Organization</i> )
ÜE	– Käesoleva arengukava üldeesmärk
ÜRO	– Ühinenud Rahvaste Organisatsioon ( <i>United Nations; UN</i> )

## Kasutatud kirjandus

- Abel-Ollo, K., Talu, A., Vals, K., Vorobjov, S. (2007) Narkomaania olukord ja vastutegevus Eestis. Tallinn: Eesti Uimastiseire Keskuse 2007 a. II raport Vabariigi Valitsuse narkomaania ennetamise komisjonile.
- Ajzen, I., Fishbein, M. (1980) Understanding attitudes and predicting social behaviour. New Jersey: Prentice-Hall
- Andersson, B., Hibell, B., Beck, F. (2007). Alcohol and Drug Use Among European 17–18 Year Old Students: Data from the ESPAD Project. Stockholm: The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN).
- Astover, V. (2007) Vastsündinu tervis ema I tüüpi diabeedi korral. Tallinn: Eesti Lastearstide 18. Kongressi teesid.
- Bandura, A. (1977). Social Learning Theory. New York: General Learning Press.
- Bartholomew, K.L., Parcel, G.S., Kok, G., Gottlieb, N.H. (2006). Planning health promotion programs: An intervention mapping approach. San Francisco: Jossey-Bass.
- Bracht, N. and Kingbury, L. (1990). Community organization principles in health promotion - A five-stage model. In: Bracht, H. N. Health promotion at the community level. Thousand Oaks: Sage.
- Bruce, T. A. (1995). Community health science: A discipline whose time has already come. American Journal of Preventive Medicine, 11(suppl.): 7.
- Carroll, T., Lum, M., Taylor, J., Travia, J. (2000). Evaluation of the launch phase of the national alcohol campaign. Sydney: Commonwealth Department of Health and Aged Care
- Cerel, J., Roberts, T.A. (2005). Suicidal behavior in the family and adolescent risk behavior. Journal of Adolescent Health, 36, 352.e8-352.e14.
- Dahlgren, G., Whitehead, M. (2006). Levelling up (part 2): A discussion paper on European strategies for tackling social inequities in health. Geneva: WHO.  
<http://www.euro.who.int/document/e89384.pdf>
- Donovan, J.E., Jessor, R., Costa, F. M. (1988). Syndrome of problem behavior in adolescence: a replication. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56, 762-765.
- Euroopa Komisjon. (2007). Valge raamat – Toitumise, ülekaalulisuse ja rasvumisega seotud terviseküsimumustega tegelemise Euroopa strateegia. Brüssel: Euroopa Komisjon.
- Euroopa Narkootikumide ja narkomaania seirekeskus. (2007). Uimastiprobleemide olukord Euroopas, 2007. Luksemburg: Euroopa Ühenduste Ametlike Väljaannete Talitus
- European Commission. (2006). Communication From The Commission To The Council, The European Parliament, The European Economic And Social Committee And The Committee Of The Regions: An EU strategy to support Member States in reducing alcohol related harm. Bruessels: European Comission.
- Eesti Konjunktuuriinstituut. (2005). Alkoholi ja sigarettide tarvitamisest tulenevad riskid (elanike hinnangute alusel). Tallinn: Eesti Konjunktuuriinstituut.
- Eesti Konjunktuuriinstituut. (2005). Elanike toitumisharjumused ja toidukaupade ostueelistused. Tallinn: Eesti Konjunktuuriinstituut.
- Eesti Konjunktuuriinstituut. (2006). Lastevanemate hinnangud oma pere laste toitumisharjumustele. Tallinn: Eesti Konjunktuuriinstituut.
- Eesti Konjunktuuriinstituut. (2007). Eesti alkoholiturg 2006 aastal. Tallinn: Eesti Konjunktuuriinstituut.

- Emor. (2006). Toidu märgistuse uuring. Tallinn: Emor.
- Faktum. (2004). Elanikkonna kokkupuude hasart- ja õnnemängudega. Tallinn: Faktum.
- Fraser, J.A., Armstrong, K.L., Morris, J.P., Dadds, M.R. (2000). Home visiting intervention for vulnerable families with newborns: follow-up results of a randomized controlled trial. *Child Abuse Negl.*, Nov;24(11):1399-429.
- Haavio-Mannila, E., Haldre, K., Kontula, O., Poolamets, O. (2006). Seksuaalsus Eestis. Tallinn: Eesti Akadeemiline Seksoloogia Selts.
- Haldre, K. (2006). Is a poor pregnancy outcome related to young maternal health? A study of teenagers in Estonia during the period of major socio-economic changes (from 1992 to 2002). *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, Mar;131(1):45-51.
- Harro, M. (2002). Eesti koolinoorte tervis ja selle sõltuvus perekonna sotsiaal-majanduslikust olukorrast. *Eesti Arst*; 81(4): 216-221.
- Hawkins, J., Catalano, R., Miller, J. (1992). Risk and protective factors and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*; 112(1): 64-105
- Health Consumer Powerhouse. (2007). Euro Health Consumer Index 2007. Stockholm: Health Consumer Powerhouse.  
[http://www.healthpowerhouse.com/media/Rapport\\_EHCI\\_2007.pdf](http://www.healthpowerhouse.com/media/Rapport_EHCI_2007.pdf)
- Hibell, B., Andersson, B., Bjarnason, T., Ahlström, S., Balakireva, O., Kokkevi, A., Morgan, M. (1996). The ESPAD Report 1995 - Alcohol and Other Drug Use Among Students in 26 European Countries. Stockholm: The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN).
- Hibell, B., Andersson, B., Bjarnason, T., Ahlström, S., Balakireva, O., Kokkevi, A., Morgan, M. (2000). The ESPAD Report 1999 - Alcohol and Other Drug Use Among Students in 30 European Countries. Stockholm: The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN).
- Hibell, B., Andersson, B., Bjarnason, T., Ahlström, S., Balakireva, O., Kokkevi, A., Morgan, M. (2004). The ESPAD Report 2003 - Alcohol and Other Drug Use Among Students in 35 European Countries. Stockholm: The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN).
- HIV-nakkuse Referentslaboratoorium. (2007). HIV infitseeritud rasedad 1987-2006. Tallinn: Lääne-Tallinna Keskhaigla.  
[http://www.ltkh.ee/failid/HIV\\_infitseeritud\\_rasedad\\_1988\\_\\_20062.pdf](http://www.ltkh.ee/failid/HIV_infitseeritud_rasedad_1988__20062.pdf)
- HIV-nakkuse Referentslaboratoorium. (2007). HIV-positiivsetelt emadelt sündinud lapsed 1987-2006. Tallinn: Lääne-Tallinna Keskhaigla.  
[http://www.ltkh.ee/failid/HIV\\_positiivsetelt\\_emadelt\\_s\\_ndinud\\_lapsed\\_1987\\_20062.pdf](http://www.ltkh.ee/failid/HIV_positiivsetelt_emadelt_s_ndinud_lapsed_1987_20062.pdf)
- Jerningan, D. (2001). Global Status Report: Alcohol and Young People. Geneva: WHO.
- Jessor, R., Jessor, S. L. (1977). Problem behavior and psychosocial development: a longitudinal study of youth. New York: Academic Press.
- Jessor, R., Turbin, M.S., Costa, F.M. (1998). Protective factors in adolescent health behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 788-800.
- Kaasik T, Väli M, Drikkit I. (2006) Alkoholi liigtarvitamine – peamine vigastussurmade tekkepõhjus Eestis. *Eesti Arst*, Lisa 8: 9-17
- Kaasik, T., Uusküla, L. (2003) Vigastused Eestis: levimus, tagajärjed ja ennetus. Tallinn: Eesti Tervisekasvatuse Keskus.

- Kaasik, T., Uusküla, L. (2007). Vigastused Eestis. Levimus, tagajärjed ja ennetus. Tartu: Eesti Tervisekasvatuse Keskus.
- Kalda, R. (2002). Tartu linna 2 aasta vanuste laste vaksineerimiste kvaliteet. Eesti Arst; 81 (10): 620-622
- Kask, U. (2005). Laps ja sotsiaalne keskkond. Tallinn: Statistikaamet.
- Kasmel, A., Lipand, A., Kasmel, K. (2001). Eesti täiskasvanud elanikkonna tervisekäitumise uuring, kevad, 2000. Tallinn: Eesti Tervisekasvatuse Keskus.
- Kasmel, A., Lipand, A., Laasner, A. Tamm, K., Vaask, S. (2003). Kümme aastat tervisedenduse arengut Eestis, 1993-2003. Tallinn: Eesti Tervisekasvatuse Keskus.
- Kasmel, A. (2005). Raplamaa täiskasvanud elanikkonna sotsiaalsete tervisemõjurite uuring, kevad 2003. Rapla: Rapla Maavalitsus.
- Kawachi, I., Kennedy, B.P. (1997). Health and social cohesion: why care about income inequality? BMJ; 314:1037-40.
- Kawachi, I., Berkman, L.F. (2000). Social cohesion, social capital, and health. In: Berkman, L.F., Kawachi, I. Social epidemiology. New York: Oxford University Press.
- Kink, K. (2004). Teooria ja tegelikkuse suhe perinataalse HIV-infektsiooniga. Eesti Arst; (5): 346.
- Kolk, A., Ennok, M., Jaani, J. (2005). Eesti koolilaste kognitiivne võimekus algklassides. Eesti Arst; (5): 315-321.
- Kolga, V. (2006). Lastekaitse võimalikkusest erinevates maailmades. Väljaandes: Tulva, T. Lapse heaolu Eestis: riskid ja valikud. Tallinn: Lastekaitse Liit.
- Koupil, I., Rahu, K., Rahu, M., Karro, H., Vågerö, D. (2007). Major improvements, but persisting inequalities in infant survival in Estonia 1992-2002. Eur J Public Health;17(1):8-16.
- Kultuuriministeerium. (2006). Ujumise algõppe programm. Tallinn: Kultuuriministeerium. <http://www.kul.ee/index.php?path=0x1124>
- Kunst, A., Leinsalu, M., Kasmel, A. and Habicht, J. (2002). Social inequalities in health in Estonia. Tallinn: Ministry of Social Affairs of Estonia, The World Bank.
- Lai, T., Kiivet, R., Vals, K. (2004). Haiguskoormuse tõttu kaotatud eluaastad Eestis: seosed riskiteguritega ja riskide vähendamise kulutõhusus. Tallinn: Sotsiaalministeerium, Tartu Ülikool.
- Lai, T., Habicht, J., Reinap, M., Kiivet, R. (2006) Kuluefektiivsed sekkumised alkoholi tarbimise vähendamiseks Eestis. Eesti Arst, Lisa 8: 30-34.
- Lai, T. (2006). Maakondlik haiguskoormus Eestis 2000-2004. Tallinn: Sotsiaalministeerium. [http://www.taavilai.net/bod/2006Maakondlik\\_Haiguskoormus.pdf](http://www.taavilai.net/bod/2006Maakondlik_Haiguskoormus.pdf)
- Lai, T., Habicht, J., Reinap, M., Chisholm, D., Baltussen, R. (2007). Costs, health effects and cost-effectiveness of alcohol and tobacco control strategies in Estonia. Health Policy. Nov;84(1):75-88.
- Lawlor, D.A., Riddoch, C.J., Page, A.S., Andersen, L.B., Weddekopp, N., Harro, M., Stansible, D., Smith, G.D. (2005). Infant feeding and components of the metabolic syndrome: findings from the European Youth Heart Study. Arch Dis Child;90:582-588.
- Locke, T.F., & Newcomb, M.D. (2004). Child maltreatment, parent alcohol- and drug-related problems, polydrug problems, and parenting practices: a test of gender differences and four theoretical perspectives. Journal of Family Psychology, 18, 120-134.



- Loxley, W., Toumbourou, J., Stockwell, T., Haines, B., Scott, K., Godfrey, C. (2004). The prevention of substance use, risk and harm in Australia: A review of the evidence. Adelaide: National Drug Research Institute and the Centre of Adolescent Health.
- Lutsar, I., Oona, M., Meriste, S. (2005). Riikliku immunoprofülaktika kava alusdokument. Tallinn: Sotsiaalministeerium.  
[http://www.sm.ee/est/HtmlPages/Riikliku\\_immunoprofülaktika\\_kava\\_alusdokument/\\$file/Riikliku\\_immunoprofülaktika\\_kava\\_alusdokument.doc](http://www.sm.ee/est/HtmlPages/Riikliku_immunoprofülaktika_kava_alusdokument/$file/Riikliku_immunoprofülaktika_kava_alusdokument.doc)
- Lõhmus, L., Trummal, A. (2005). HIV/AIDS temaatikaga seotud teadmised, hoiakud ja käitumine Eesti noorte hulgas. Tallinn: Tervise Arengu Instituut.  
[http://www.tai.ee/failid/\\_le\\_eestiline\\_noorteurimus\\_2005.pdf](http://www.tai.ee/failid/_le_eestiline_noorteurimus_2005.pdf)
- Lõhmus, L., Trummal, A. (2006). HIV/AIDSi hoiakud, uskumused ja teadlikkus. Tallinn: Tervise Arengu Instituut.
- Lõhmus, L., Varava, L. (2006). Tervisega seotud eeldused ja tingimused koolieelsetes lasteasutustes. Tallinn: 2006.  
[http://www.tai.ee/failid/Tervisega\\_seotud\\_eeldused\\_ja\\_tingimused\\_koolieelsetes\\_laste\\_asutustes.pdf](http://www.tai.ee/failid/Tervisega_seotud_eeldused_ja_tingimused_koolieelsetes_laste_asutustes.pdf)
- Maanteeamet. (2007). Liiklusohutuse statistika, 2007. Tallinn: Maanteeamet.
- MacKay, M., Vincenten, J. (2007). Child Safety Summary Report Card for 18 Countries – 2007. Amsterdam: European Child Safety Alliance, Eurosafe.  
<http://www.eurosafe.eu.com/csi/eurosafe2006.nsf/wwwVwContent/l4downloads.htm?OpenDocument>
- Marks, L. (2002). Evidence-Based Practice in Tackling Inequalities in Health. Report of a Research and Development Project. Durham: University of Durham.
- Maser, M. (2004). Kooliõpilaste tervisekäitumine: 2001/2002 õppeaasta uuring. Tallinn: Tervise Arengu Instituut.
- Matthews, A., Cowburn, G., Rayner, M. (2004). Ebatervisliku toidu turundamine Euroopa lastele – Projekti "Lapsed, rasvumine ja rasvumisega seostuvad ärahoitavad kroonilised haigused" 1. faasi aruanne. Tallinn: Eesti Südameliit.
- Muceniece, S., Muszynska, M., Otto, M., Rozentale, G., Rudkowski, Z., Skerliene, B., Slotova, K., Suurorg, L., Tur, I., von Mühlendahl, K.E. (2007). Pediatric Environmental Medicine in Eastern Central Europe. *Int J Hyg Environ Health*;210(5):509-13.
- Nelms, B. C. (2002). Family assessment may help us identify troubled families. *J Pediatr Health Care*;16(1):1-2.
- Olak, J., Mändar R., Karjalainen S., Söderling E., Saag M. (2007). Dental health and oral mutans streptococci in 2-4-year-old Estonian children *Int J Paediatr Dent*;17(2):92-7.
- Ormisson, A. (2004) Kolme aasta vanuste väga väikese sünnikaaluga enneaegsete tervis ja areng. *Eesti Arst*;(5): 323.
- Ormisson, T. (2006). Elanike hinnangud tervisele ja arstiabile 2006. Tallinn: Sotsiaalministeerium, Eesti Haigekassa, Turu-uuringute AS.
- Orru, H., Teinemaa, E., Lai, T., Kaasik, M., Kimmel, V., Tamm, T., Merisalu, E. (2007). Välisõhu kvaliteedi mõju inimeste tervisele Tallinna linnas – peentest osakestest tuleneva mõju hindamine. Tartu: Tartu Ülikool, Keskkonnaministeerium.  
[http://www.envir.ee/orb.aw/class=file/action=preview/id=959943/HIA\\_Tallinn\\_ohk\\_ART\\_H.pdf](http://www.envir.ee/orb.aw/class=file/action=preview/id=959943/HIA_Tallinn_ohk_ART_H.pdf)
- Osterberg, E. (2001). Effects of price and taxation. In: Heather, N., Peters, T., Stockwell, T. International handbook of alcohol dependence and problems. Chicester: John Wiley.

- Pesur, E. (2006). Radoon radooniohtlike alade lasteasutustes. Tallinn: Tallinna Ülikool.  
<http://www.kiirguskeskus.ee/index.php?leht=153>
- Petratis, J., Flay, B., Miller, T., Torpy, E., Greiner, B. (1998). Illicit substance use among adolescents: A matrix of prospective predictors. *Substance use and misuse*; 33(13):2561-2604.
- PRAXIS. (2002). Eesti vaimse tervise poliitika alusdokument. Tallinn: PRAXIS.
- Putnam, R. D. (1993). *Making democracy work*. Princeton, New York: Princeton University Press.
- Putnam, R.D. (1993). The prosperous community: social capital and public life. *American Prospect*;13: 35-42.
- Päll, A. (2004). Sotsiaalne kapital: mõõtmine ja seos sotsiaalmajandusliku arenguga Eesti regionide näitel. Tartu: Tartu Ülikool.
- Pärna, K., Rahu, M., Youngman, L.D., Rahu, K., Nygård-Kibur, M., Koupil, I. (2005). Self Reported and Serum Cotinin-Validated Smoking in Pregnant Women in Estonia. *Matern Child Health J*;9(4):385-92.
- Raska, E., Raitviir, T. (2005). Eesti edu hind. Eesti sotsiaalne julgeolek ja rahva turvalisus. Tallinn: Eesti Entsüklopeediakirjastus.
- Riigikontroll. (2005). Eelkooliealiste laste tervishoiu korraldus. Tallinn: Riigikontroll.  
<http://www.riigikontroll.ee/audit.php?audit=444>
- Riigikontroll. (2006). Erivajadustega laste õppimisvõimalused. Tallinn: Riigikontroll.  
<http://www.riigikontroll.ee/audit.php?audit=509>
- Rohtmets, A., Karro, H., Baburin, A., Rahu, M. (2003). Eesti sünnitusabi suundumused 1992–2001. *Eesti Arst*;82,234-238
- Rudov, T. (2003). Immuniseerimise järelevalves esinevad probleemid. Tallinn: Tervisekaitseinspeksioon.  
[http://www.tervisekaitse.ee/documents/nakkushaigused/Rudov\\_immuniseerimine.pdf](http://www.tervisekaitse.ee/documents/nakkushaigused/Rudov_immuniseerimine.pdf)
- Saag, M., Russak, S. (2004). *Laste hambaravi juhised*. Tallinn: Eesti Haigekassa.
- Selg, M., Soo, K., Strömpl, J., Šahverdov-Žarkovski, B. (2007). Eesti teismeliste vägivallatõlgendused. Tallinn: Sotsiaalministeerium.
- Solodkaja, E., Volozh, O., Abina, J., Kaup, R. (2000). Tallinna elanike toitumise dünaamika kümne aasta jooksul. *Eesti Arst*;79(3):149–54.
- Sotsiaalkindlustusamet. (2006). Riiklik sotsiaalkindlustus 2006. Tallinn: Sotsiaalkindlustusamet. [http://www.ensib.ee/frame\\_eelarve.html](http://www.ensib.ee/frame_eelarve.html)
- Sotsiaalministeerium. (2004). Eesti Tervishoiustatistika Aastaraamat 2004. Tallinn: Sotsiaalministeerium.  
[http://www.sm.ee/est/HtmlPages/Eesti\\_tervishoiustatistika\\_aastaraamat\\_2004\\_E0603/\\$file/Eesti\\_tervishoiustatistika\\_aastaraamat\\_2004\\_E0603.pdf](http://www.sm.ee/est/HtmlPages/Eesti_tervishoiustatistika_aastaraamat_2004_E0603/$file/Eesti_tervishoiustatistika_aastaraamat_2004_E0603.pdf)Tervise Arengu Instituut.
- (2006). Eesti Meditsiiniline Sünniregister. Tallinn: TAI. <http://www.tai.ee/?id=3796>
- Sotsiaalministeerium. (2006). Viljatusravi toetamise aluspõhimõtted 2007-2010. Tallinn: Sotsiaalministeerium.
- Sotsiaalministeerium. (2007). Haigestumus. Tallinn: Sotsiaalministeerium.  
[http://www.sm.ee/est/HtmlPages/AAvälispõhjused\\_05/\\$file/AAvälispõhjused\\_05.xls](http://www.sm.ee/est/HtmlPages/AAvälispõhjused_05/$file/AAvälispõhjused_05.xls)
- Statistikaamet. (2004). Eesti statistika aastaamat 2003. Tallinn: Statistikaamet.
- Steingrímssdóttir, L., Ovesen, L., Moreiras, O., Jacob, S., EFCOSUM Group. (2002). Selection of relevant dietary indicators for health. *Eur J Clin Nutr*;56 Suppl 2:S8-11.

- Stuart-Brown, S. What is the evidence on school health promotion in improving health of preventing disease and, specifically, what is the effectiveness of the health promoting school approach? Copenhagen: WHO/EURO.  
<http://www.euro.who.int/document/e88185.pdf>
- Swadi, H. (1999). Individual risk factors for adolescent substance use. *Drug Alcohol Depend*;55(3):209-24.
- Taal, A., Kiivet, R. (2000). Suitsetamise majanduslikud tulemid Eestis. Tallinn: Sotsiaalministeerium.
- Talu, A., Oole, K., Abel, K. Vals, K. (2006). Narkomaania Eestis 2006. Raport Vabariigi Valitsuse narkomaania ennetamise komisjonile. Tallinn: Justiitsministeerium.
- Tamm, A. (2006). Kuidas aidata kaasa vastutustundliku lapsevanema kujunemisele. Väljaandes: Tulva, T. Lapse heaolu Eestis: riskid ja valikud. Tallinn: Lastekaitse Liit.
- Tervise Arengu Instituut. (2003). Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring, 2002. Tallinn: Tervise Arengu Instituut.
- Tervise Arengu Instituut. (2005). Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring, 2004. Tallinn: Tervise Arengu Instituut.
- Tervise Arengu Instituut. (2007). Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring, 2006. Tallinn: Tervise Arengu Instituut.
- Tervisekaitseinspeksioon. (2007). Nakkushaiguste statistika. Tallinn: Tervisekaitseinspeksioon
- Tiit, E. M. (2006). Vaesus ja selle mõõtmine - Vaesuse suundumused Eestis. Tallinn: Sotsiaalministeerium.
- Toumbourou, J. (2005). Alcohol and drug use: Theoretical integration of interventions to based Handbook for Social and Public Health. Edinborough: Elsevier.
- TPÜ spordisotsioloogia labor. (2004). Noorte spordiharrastuse struktuur ja arenguvõimalused. Tallinn: Eesti Sporditeabe Sihtasutus.
- TPÜ spordisotsioloogia labor. (2004). Täiskasvanute spordiharrastus ja selle arengu perspektiivid. Tallinn: Eesti Sporditeabe Sihtasutus.
- Turu-uuringute AS. (2005). Elanikkonna teadlikkus tervislikust toitumisest. Tallinn: Eesti Toitumisteaduse Selts.
- Turu-uuringute AS. (2006). Elanikkonna kokkupuude hasart- ja õnnemängudega. Tallinn: Turu-uuringute AS.
- Vaask, V. (2004). NorBaGreen uuring: tervisliku toitumise indikaatoritena käsitletavate toidurühmade tarbimine Eestis. *Eesti Arst*;83 (12):811–816.
- Valent, F. (2004). Burden of diseases attributable to selected environmental factors and injuries among Europe's children and adolescents. Copenhagen: WHO/EURO.
- Valgma, Ü. (2005). Laps ja perekond. Tallinn: Statistikaamet.  
[http://www.stat.ee/files/eva2005/laps\\_ja\\_perekond.pdf](http://www.stat.ee/files/eva2005/laps_ja_perekond.pdf)
- Vasar, M., Julge, K., Kivivare, M., Otter, K. (2006). Astma ja teiste allergiahaiguste sõeluuring Eesti kooliõpilastel. *Eesti Arst*;85(8):488-493.
- Vendt, N. (2007). Rauapuuduse ja rauapuudusaneemia levimus lastel. Tallinn: Eesti Lastearstide Selts.
- Värnik, A., Kõlves, K. (2006). Alkohol suitsiidi riskitegurina. *Eesti Arst*;Lisa 8:30-34.
- Whitehead, P., Wechsler, H. (1980). Implications for further research and public policy. Minimum drinking age laws: An evaluation. Washington DC: Lexington Books.

- Wilkinson, R. G. (1997). Income inequality and social cohesion. *American Journal of Public Health*;8:104-106.
- World Health Organization. (1984). Discussion document on the concept and principles of health promotion. Copenhagen: WHO/EURO.
- World Health Organization. (1999). Health21: the health for all policy framework for the WHO European Region. Copenhagen: WHO/EURO.  
<http://www.euro.who.int/document/health21/wa540ga199heeng.pdf>
- World Health Organization. (2002). Children's health and environment: A review of evidence. Geneva: WHO
- World Health Organization. (2003). Health Aspects of Air Pollution with Particulate Matter, Ozone and Nitrogen Dioxide. Copenhagen: WHO/EURO.  
[www.euro.who.int/document/e79097.pdf](http://www.euro.who.int/document/e79097.pdf)
- World Health Organization. (2004). Conclusions from Pre-conference "The Mental Health of Children and Adolescents" of the WHO Ministerial Conference on Mental Health. Luxembourg: European Commission.
- World Health Organization. (2004). How can injuries in children and older people be prevented? Copenhagen: WHO/EURO. <http://www.euro.who.int/document/e84938.pdf>
- World Health Organization. (2004). Prevention of Mental Disorders: effective interventions and policy options. Geneva: WHO.  
<http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/924159215X.pdf>
- World Health Organization. (2004). Promoting Mental health: concepts, emerging evidence, practice. Geneva: WHO. <http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241591595.pdf>
- World Health Organization. (2005). European strategy for child and adolescent health and development. Copenhagen: WHO/EURO.  
<http://www.euro.who.int/document/e87710.pdf>
- World Health Organization. (2005). What is the effectiveness of antenatal care? Copenhagen: WHO/EURO. <http://www.euro.who.int/document/e87997.pdf>
- World Health Organization. (2006). Developing policies to prevent injuries and violence: guidelines for policy-makers and planners. Geneva: WHO.  
[http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241593504\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241593504_eng.pdf)
- World Health Organization. (2006). Food and nutrition policy for schools - A tool for the development of schools nutrition programmes in the European Region. Copenhagen: WHO/EURO.
- World Health Organization. (2006). What are the most effective strategies for reducing the rate of teenage pregnancies? (WHO, 2006)
- World Health Organization. (2007). Second European Action Plan for Food and Nutrition Policy 2007-2012. Copenhagen: WHO/EURO.
- World Health Organization. (2007). Sexual and reproductive health and rights of young people. Geneva: WHO.
- Õunap, K., Kahre, T., Metspalu, A. (2004). Vastsündinute skriinimine fenüülketonuuria ja hüpotüreooosi suhtes: 11 aasta tulemused, probleemid, tulevikuperspektiivid. *Eesti Arst*; (5):328.

## Lisa 1. Arengukava indikaatorite loend

	Indikaator	Allikas	Baastase 2006	Aasta 2012	Aasta 2016	Sihttase 2020
<b>SE1</b>	Ravikindlustusega kaetute osakaal rahvastikust	Haigekassa, ESA	95%	99%	99%	100%
	Suhtelise vaesuse määr (isikute osakaal, kelle ekvivalentsissetulek on madalam kui 60% leibkonnaliikmete aasta ekvivalentnetosissetuleku mediaanist)	ESA	18,3% (2005)	16,8%	16,0%	16,0%
	Laste vaesusrisk (allpool vaesuspiiri elavate kuni 15-aastaste laste osakaal)	ESA	19,8% (2005)	19%	18%	17%
	Pikaajaliste (üle 12 kuu) töötute osatähtsus tööjõus	ESA	2,3% (2007)	1,7%	1,3%	0,8%
	Suitsiidide suremuskordaja 100 000 inimese kohta	ESA, TAI	18,4	15,0	12,5	10,0
<b>SE2</b>	Imikusuremuskordaja (alla-aastaste laste surmade arv aastas 1000 elussündinu kohta)	ESA	4,4	3,6	3,0	2,6
	0–19-aastaste laste ja noorte suremuskordaja 100 000 inimese kohta	ESA	61	46	39	31
	0–19-aastaste laste ja noorte suremuskordaja vigastuste, mürgistuste, õnnetusjuhtumite tõttu 100 000 inimese kohta	ESA	30	23	19	15
	1–19-aastaste laste ja noorte psüühika- ning käitumishäirete esmashaigestumuskordaja 100 000 inimese kohta	SoM, TAI	2 251	2 058	1 929	1 801
	Oma tervist väga heaks hindavate 11-, 13- ja 15-aastaste laste osakaal	TAI, HBSC	31,5% (2005/2006)	32,9%	33,8%	34,7%

	Indikaator	Allikas	Baastase 2006	Aasta 2012	Aasta 2016	Sihttase 2020
<b>SE3</b>	Suremus hingamiselundite haigustesse 100 000 inimese kohta	ESA	36,9	34,5	33,0	31,4
	Surmaga lõppenud tööõnnetuste arv 100 000 hõivatud kohta	Tööinspeksioon, ESA	4,5	3,6	3,0	2,4
	Tööõnnetuste tagajärjel kaotatud tööpäevade arv 100 hõivatud kohta	Haigekassa, ESA	20	18	17	15
	Töö mõju tervisele – hõivatute osakaal, kes arvavad, et nende töö halvendab nende tervist	EWCS	59	50	40	30
	Toidutekkelistesse nakkushaigustesse esmashaigestumuskordaja 100 000 inimese kohta	Tervisekaitseinspeksioon	303	250	200	200
	Nõuetele vastava joogiveega varustatud rahvastiku osakaal	Tervisekaitseinspeksioon	73% (2006)	86%	88%	90%
	Astma diagnoosi/ravi saanute osakaal 16–64-aastaste hulgas	TAI, tervisekäitumise uuring	2,1%	1,8%	1,7%	1,5%
	Peenosakeste (PM10) aastakeskmise kontsentratsioon Eesti linnade välisõhus ( $\mu\text{g}/\text{m}^3$ )	KKM ITK	20,7 (2005)	18	16	14
<b>SE4</b>	16–64-aastaste ülekaaluliste inimeste osakaal	TAI, tervisekäitumise uuring	31%	28%	26%	25%
	16–64-aastaste rasvunud inimeste osakaal	TAI, tervisekäitumise uuring	15%	13%	13%	12%
	Ülekaaluliste kooliõpilaste osakaal	Haigekassa koolitervishoiu aruanded	7,8% (2006/2007)	7,0%	6,5%	6,0%
	Uute HIV-nakkuse juhtude arv 100 000 inimese kohta	Tervisekaitseinspeksioon	47,2 (2007)	30	20	15
	HIV-nakatunud rasedate osakaal kõigist rasedatest	Tervisekaitseinspeksioon	0,3%	<1%	<1%	<1%
	Illegaalseid narkootikume proovinud 15–16-aastaste osakaal	ESPAD	33,5 (2007)	29	24	21
	Surmaga lõppenud õnnetusjuhtumid, mürgistused ja traumad 100 000 inimese kohta	ESA	121	95	78	61
Joobes juhtide osalusel toimunud õnnetustes hukkunute arv	Maanteeamet	53	35	25	15	

	<b>Indikaator</b>	<b>Allikas</b>	<b>Baastase 2006</b>	<b>Aasta 2012</b>	<b>Aasta 2016</b>	<b>Sihttase 2020</b>
<b>SE5</b>	Arstide arv 100 000 inimese kohta	SoM, TAI	327	320	320	320
	Õdede arv 100 000 inimese kohta	SoM, TAI	656	761	830	900
	Arstiabi kvaliteediga üldiselt või väga rahul olijate osakaal	SoM, uuring „Elanike rahulolu tervishoiuteenustega”	69% (2007)	70%	71%	72%
	Arstiabi kättesaadavust heaks või väga heaks pidanute osakaal	SoM, uuring „Elanike rahulolu tervishoiuteenustega”	60% (2007)	62%	65%	68%
	Leibkonna kulutuste osakaal tervishoiu kogukuludest	SoM, TAI	24%	<25%	<25%	<25%

SoM – Sotsiaalministeerium

TAI – Tervise Arengu Instituut

ESA – Eesti Statistikaamet

ESPAD – Euroopa kooliõpilaste alkoholi ja narkootikumide tarvitamise küsitlusuuring (*The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*)

KKM ITK – Keskkonnaministeeriumi Info- ja Tehnokeskus

HBSC – kooliealiste laste tervisekäitumise uuring (*Health Behaviour in School-aged Children*)

EWCS – Euroopa töötingimuste uuring (*European Working Conditions Survey*)