SOTSIAALMINISTEERIUM

RAHVASTIKU TERVISE ARENGUKAVA 2020–2030

TERVIST TOETAVAD VALIKUD

TERVIST TOETAV KESKKOND

INIMKESKNE TERVISHOID

SISUKORD

SISSEJUHATUS ... 3
1. RAHVASTIKU TERVISE ARENGUKAVA 2020–2030 PÕHIMÕTTED ... 5
2. HETKEOLUKORD ... 6
3. TÕENDUSEL PÕHINEV TERVISEPOLIITIKA ... 10
4. EESMÄRGID ... 12
5. ALAEESMÄRGID ... 15
6. ALAEESMÄRK: TERVIST TOETAVAD VALIKUD ... 16
6.1. Soovitav tulemus ja probleemid ... 16
6.2. Lahendusteed ... 17
6.2.1. Vaimse tervise edendamine ... 17
6.2.2. Vigastuste ennetamine ... 17
6.2.3. Tasakaalustatud toitumise ja füüsilise aktiivsuse edendamine ... 18
6.2.4. Uimastite tarvitamise ennetamine ja vähendamine ... 19
6.2.5. Nakkushaiguste ennetamine ja leviku tõkestamine (sh vaktsineerimine, antimikroobne resistentsus, HIV ja hepatiit) ... 20
6.2.6. Seksuaal- ja reproduktiivtervise edendamine ... 22
7. ALAEESMÄRK: TERVIST TOETAV KESKKOND ... 24
7.1. Soovitav tulemus ja probleemid ... 24
7.2. Lahendusteed ... 26
7.2.1. Veega seotud terviseriskide vähendamine ... 26
7.2.2. Välis- ja siseõhuga (sh sisekliima) ning müra ja kiirgusega seotud terviseriskide vähendamine ... 26
7.2.3. Kemikaalide ohutus ja riskide vähendamine ... 28
7.2.4. Toodete ja teenuste ohutus ning riskide vähendamine ... 28
8. ALAEESMÄRK: INIMKESKNE TERVISHOID ... 30
8.1. Soovitav tulemus ja probleemid ... 30
8.2. Lahendusteed ... 33
8.2.1. Inimeste terviseharitus ja põhiõiguste kaitse ning kogukondade võimestamine ja kaasamine ... 33
8.2.2. Personali võimekuse kasvatamine, juhtimise ja vastutuse tugevdamine ... 34
8.2.3. Teenuste mudeli ümberkujundamine ning koostöö ja koordineerimine sektorite sees ja vahel ... 35
8.2.4. Tervisesüsteemi kvaliteeti ja patsiendiohutust toetavate tegevuste arendamine ... 36
8.2.5. Tervise ebavõrdsuse vähendamine ... 37
9. RAHVUSVAHELISE KOOSTÖÖ PÕHISUUNAD ... 39
10. RAHVASTIKU TERVISE ARENGUKAVA 2020–2030 SEOSED LÄBIVATE TEEMADE, PÕHILISTE PIKAAJALISTE STRATEEGIATEGA JA ELLUVIIMISE JUHTIMINE ... 40
10.1. Arengukava seos läbivate teemadega ... 40
10.2. Arengukava seosed põhiliste pikaajaliste strateegiatega ... 41
10.3. Arengukava elluviimise juhtimine ... 42
11. KASUTATUD MÕISTED JA LÜHENDID ... 44
Mõisted ... 44
Lühendid ... 45
KASUTATUD KIRJANDUS ... 46

SISSEJUHATUS

Hea tervis on oluline eeldus sotsiaalse heaolu kasvuks, Eesti rahva säilimiseks ja sündimuse kasvuks, majanduse arenguks, tootlikkuse suurenemiseks, konkurentsivõime parandamiseks ning riigi jätkusuutlikkuse tagamiseks.

Inimese tervis kujuneb ja muutub kogu elu jooksul vanematelt saadud geenide, elukeskkonna ja -viisi koosmõjus. Tervise hoidmiseks ja parandamiseks vajalikud hoiakud, oskused ja eeldused kujundatakse olulisel määral lapseeas, seetõttu tuleb erilist tähelepanu pöörata laste ja lapsi kasvatavate perede igakülgsele toetamisele. Vanemaid, kellele me sünnime, ja kasvukeskkonda, kus me lapsena kasvame, ei saa meist keegi valida, kuid heaks lapsevanemaks kasvamist ja last on võimalik toetada. Perekondade loomist ja laste arvu peres soodustab peresõbralik keskkond. Koostöös erasektori ja kogukondadega on võimalik üleriigilisel ja kohalikul tasandil kujundada ja muuta elukeskkonda, pakkuda abivajajatele vajalikku tuge ja turvalisust, suurendada inimeste valikuid, võimalusi ja oskusi tervist hoida.

Hea tervis on vajalik kõikide sektorite arenguks. Seda ei saavuta üksnes tervisevaldkonna tegevuste tulemusena: tervisenäitajate paranemiseks on vaja valitsus-, era- ja kolmanda sektori ning kohalike omavalitsuste, kogukondade ja kõigi ühiskonnarühmade koostööd. Oluline on, et pooled arvestaksid oma tegevuste mõjuga tervisele ning näeksid seejuures tervist investeeringuna mitte kuluna.

Euroopa Liidu (EL) liikmesriigina ja rahvusvaheliste organisatsioonide (WHO, OECD) liikmena tuleb Eesti tervisepoliitika kujundamisel arvesse võtta rahvusvahelise tasandi arengusuundi ning oluline on kasutada ka rahvusvahelisest koostööst tulevaid võimalusi Eesti elanike tervise parandamisel. Näiteks on Eestil tervisepoliitika kujundamisel võimalik tugineda parimale rahvusvahelisele praktikale, osaleda rahvusvahelise poliitika kujundamisel nendes valdkondades, mis riigisisese poliitika tulemuslikkust enim mõjutavad. ELi aluslepingute kohaselt on rahvatervishoiu ja tervishoiu, sealhulgas töötervishoiu korraldus riikide pädevuses ning ELi tasandi poliitikal on vaid toetav roll. Siiski mõjutavad Eesti tervisepoliitika meetmete tulemuslikkust mitmed ELi tasandi regulatsioonid ja põhimõtted nii tervisevaldkonnas kui teistes valdkondades.

2015. aastal leppisid Ühinenud Rahvaste Organisatsiooni (ÜRO) liikmed kokku säästva arengu eesmärgid *(United Nations, 2015)*. Üks oluline säästva arengu eesmärk on tagada kõikidele elanikele hea tervis ja heaolu. Seejuures tuleb kõigile tagada esmatasandi tervishoiuteenuste kättesaadavus ning ligipääs ohututele, efektiivsetele, kvaliteetsetele ja taskukohase hinnaga ravimitele ja vaktsiinidele. Eesmärgiks on samuti seatud vastsündinute, laste ja emade enneaegse suremuse vähendamine, aga ka seksuaal- ja reproduktiivtervise teenuste, sealhulgas pereplaneerimise, samuti teavitus- ja haridusteenuste üldise kättesaadavuse tagamine. Samuti on soov kiirendada HIVi, tuberkuloosi ja hepatiidi ning muude nakkushaiguste ja epideemiatega võitlemisel tehtud edusamme, püüdes muu hulgas lahendada mikroobide kasvava resistentsuse ja ravimata jäänud haigustega seotud probleeme. Oluline eesmärk on vältida ja ravida mittenakkushaigusi, kaasa arvatud käitumis-, arengu- ja neuroloogilisi häireid säästva arengu tagamisel. Eesmärk on ka inimeste tervise kaitse töökeskkonnas, töövõime säilimine ja terviseprobleemide tõttu tööturult väljalangemise ennetamine. Kõikidele elanikele hea tervise ja heaolu tagamine sõltub oluliselt muude säästva arengu eesmärkide saavutamisest, sealhulgas nendest, mis puudutavad elukeskkonna säästlikumaks ja tervist toetavamaks muutmist (joogivee ja kanalisatsiooni tagamine, veevarude säästev majandamine, säästva tarbimise ja tootmise tagamine jm).

2015. aastal moodustasid mittenakkushaigustest tingitud surmad kogu maailmas kõigist surmadest 71%. Peamiseks surmapõhjuseks olid südame-veresoonkonnahaigused, pahaloomulised kasvajad, kroonilised hingamisteede haigused ja diabeet (joonis 1). Haiguste ennetamisel on eelkõige oluline tervist toetav eluviis, seda toetav keskkond ja riskitegurite vähendamine. Mittenakkushaigustest tingitud enneaegse suremuse ennetamisel on võtmeteguriks südame-veresoonkonnahaiguste, pahaloomuliste kasvajate ja diabeedi ennetamine, varajane avastamine ja ravi, tasakaalustatud toitumise toetamine, alkoholi ja tubakatoodete tarvitamise vähendamine ning füüsilise aktiivsuse suurendamine *(World Health Organisation, 2018)*.

MITTENAKKUSHAIGUSED JA VAIMNE TERVIS MAAILMAS

Südame-veresoonkonna-haigused | **Kroonilised hingamisteede haigused** | **Pahaloomulised kasvajad** | **Diabeet** | **Vaimse tervise probleemid**

PÕHIFAKTID

Mittenakkushaigused moodustavad **71%** kogu suremusest

Mittenakkushaigustesse sureb enneaegselt **15 miljonit** inimest igal aastal

Majanduslikult kehvemal järjel olevad inimesed on enim mõjutatud **mittenakkushaigustest** ja vaimse tervise probleemidest

2 sekundi järel iga sureb 20–70-aastane inimene enneaegselt **mittenakkushaigustesse**

Ligi **800 000** inimest sureb igal aastal enesetapu tõttu

VIIS PEAMIST MITTENAKKUSHAIGUSTE RISKITEGURIT

Tasakaalustamata toitumine | **Tubaka tarbimine** | **Õhusaaste** | **Alkoholi liigtarvitamine** | **Ebapiisav füüsiline aktiivsus**

Joonis 1. Mittenakkushaigused ja nende riskitegurid (Sotsiaalministeeriumi koostatud joonis, kasutades Maailma Terviseorganisatsiooni andmeid *(World Health Organisation, 2014)*.

RAHVASTIKU TERVISE ARENGUKAVA 2020–2030:

- annab tervisevaldkonnale ühtse, tervikliku ja tulevikku vaatava visiooni ning eesmärgid, mille saavutamiseks planeeritakse tegevused ja mille täitmist seiratakse;
- defineerib vastutusalad ja koostöövormid, mis on aluseks eesmärkide saavutamisel tervisevaldkonnas, sealhulgas rahvusvahelise koostöö põhisuunad;
- aitab planeerida ministeeriumide valitsemisalas ressursse Vabariigi Valitsuse tasandil, kasutades neid ühiselt ja saavutades seeläbi tegevuste suurema mõju tervise parandamisel.

1. RAHVASTIKU TERVISE ARENGUKAVA 2020–2030 PÕHIMÕTTED

Rahvastiku tervise arengukava 2020–2030 on jätkuks Vabariigi Valitsuse 17. juuli 2008. a korraldusega nr 325 heaks kiidetud rahvastiku tervise arengukavale aastateks 2009–2020. Riigikantselei ja Sotsiaalministeerium tellisid lõppevale arengukavale põhjaliku vahehindamise, mis valmis 2017. aasta lõpuks *(Aaben et al., 2017)*. Rahvastiku tervise arengukava 2020–2030 koostamisel kasutati selle vahehindamise tulemusi, viimaste aastate suundumusi tervise- ja suremusnäitajates, eri riikide praktikat, olulisemaid uuringuid ja analüüse, samuti strateegilisi poliitikadokumente ning arutelusid eri valdkondade ja huvipoolte esindajatega. Toimus ka avalik konsultatsioon.

Rahvastiku tervise arengukava 2020–2030 koostamisel ja elluviimisel on aluseks järgmised põhimõtted:

- **tervis igas poliitikas** – tervist mõjutavad oluliselt tegurid, mis asuvad väljaspool tervisevaldkonda, näiteks sotsiaal-, majandus-, keskkonna- või muu valdkonna vastutusalas. Seetõttu on oluline, et muude valdkondade poliitika kujundamisel ja elluviimisel arvestatakse selle mõju tervisele;
- **koostöö** – tervisega seotud eesmärkide saavutamisel on oluline avaliku, kolmanda ja erasektori (sealhulgas tööandjate) koostöö, mis hõlmaks eri valdkondi nii riigi kui ka kohalikul tasandil ning kaasaks kogukondi;
- **ebavõrdsuse vähendamine tervises** – tervist iseloomustavate näitajate puhul ilmnevad sageli suured erinevused, näiteks soo, vanuserühma, regionaalse piirkonna või mõne muu tunnuse alusel. Seetõttu tuleb sekkumiste planeerimisel arvestada, et need ei suurendaks olemasolevaid lõhesid, vaid pigem aitaks neid vähendada;
- **innovaatilise lähenemise rakendamine** – lahenduste leidmisel on oluline pöörata tähelepanu teadus- ja arendustegevuse tulemustele ja arengusuundadele ning võimalustele rakendada teiste valdkondade innovaatilisi lahendusi tervisevaldkonnas, kuid otsida tuleb ka kasutajasõbralikke, lisandväärtust loovaid ja tervisevaldkonna eripärsid arvestavaid eelnevalt rakendamata või oluliselt muudetud lahendusi;
- **kogukondade kaasamine** – inimeste elukeskkonna loomisel ja parandamisel ning tervise toetamisel ja edendamisel on kogukonnal ja kohalikul tasandil väga suur roll, sest just see on tasand, mis kujundab inimeste elukeskkonna avaliku ruumi ja väärtused ning puutub vahetult inimestega kokku. Oluline on paikkonna tasandil toimuv tõenduspõhine tegevus;
- **inimkesksus** – mõtte- ja tegutsemisviisi muutmine suunas, kus teenuseid või tooteid kasutavad inimesed on võrdsed partnerid ning lähtutakse nende vajadustest ja ootustest. Inimest nähakse kui indiviidi ning temaga tehakse koostööd, et leida temale sobivad lahendused nii tervise säilitamisel ja parandamisel kui haigustega toimetulekul. Inimkesksuse oluliseks põhimõtteks on võimestamine – inimesele antakse vajalikud teadmised, oskused ja vahendid oma tervise eest vastutust võtta *(World Health Organisation, 2015)*;
- **inimese vastutus oma tervise eest** – Eesti ühiskonnas ja tervisesüsteemis luuakse kõigi osapoolte (avalik, kolmas ja erasektor; riigiülene tasand, kohalikud omavalitsused ja kogukonnad, samuti tervishoiutöötajad ja teised vajalikud teenuseosutajad) koostöös vajalikud võimalused ja tingimused, mis toetavad inimest oma tervise eest vastutuse võtmisel;
- **tõenduspõhisus** – tervisepoliitika juhtimine lähtub parimast olemasolevast tõendatud teabest ning sekkumised ja teenused tuginevad põhimõtetele, mida toetavad teadusuuringute tulemused;
- **elukaarepõhine lähenemine** – inimese vajadusi vaadeldakse ja arvestatakse sünnist kuni surmani. Tervisealased sekkumised on kooskõlas eakohaste vajadustega ja tagavad inimväärse kohtlemise kõigile elanikele sõltumata nende vanusest. Oluline on elanike tervise ja sotsiaalsete vajaduste seostatud käsitlemine.

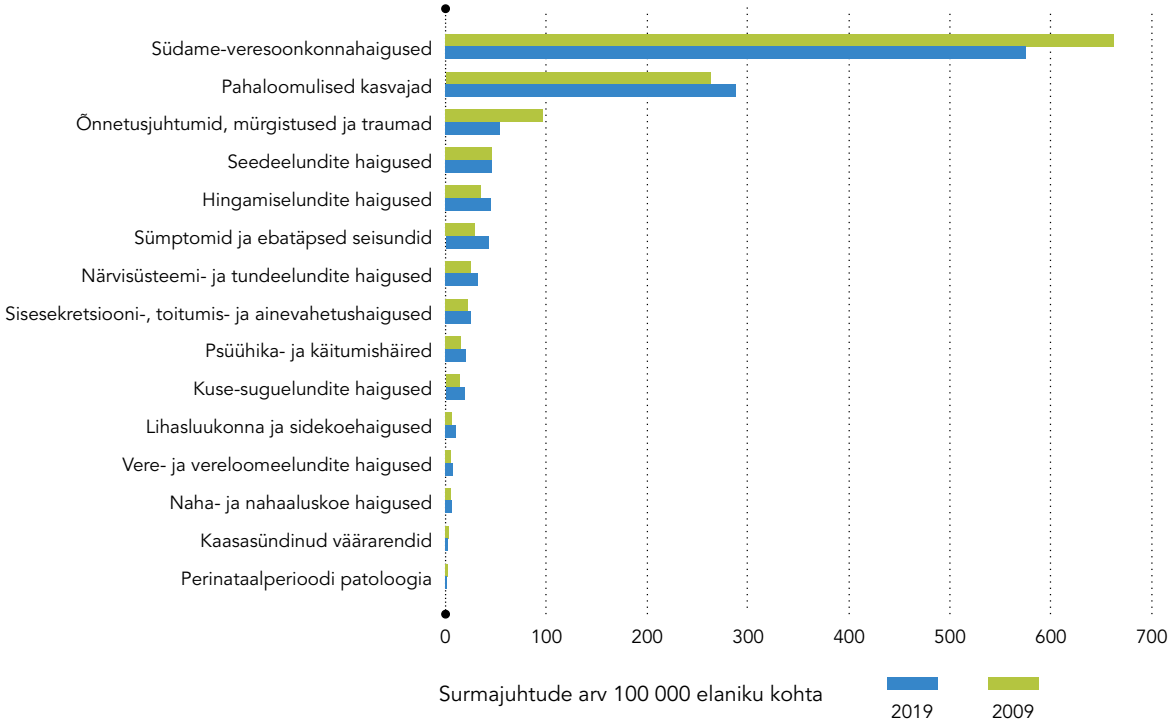
2. HETKEOLUKORD

Viimasel kümnel aastal on oodatav eluiga Eestis kasvanud kiiremini kui ELis keskmiselt. Samas on tervena elada jäänud aastate arvu kasv pidurdunud ning erinevus meeste ja naiste vahel on suur – Eesti mees elab tervena keskmiselt 54,1 ja naine 57,6 aastat *(Statistikaamet, 2019)*. Seega elavad inimesed küll kauem, kuid haigustest ja tervisest tulenevate piirangutega, mis mõjutab nii inimeste tööturul kui ka ühiskonnas osalemist, aga ka riigi tervishoiukulude kasvu.

WHO hinnangul on Eesti tervisesüsteemi peamisteks probleemideks sotsiaalmajanduslike gruppide ebavõrdsus tervises, ravi kättesaadavus, tööjõupuudus tervisesektoris ja süsteemi ebapiisav valmisolek mittenakkushaiguste tõusutrendi pidurdamiseks. Probleemiks ja samas ka võimaluseks on e-tervise süsteemi efektiivsem rakendamine teenuste integreerimisel ja tervist puudutavate otsuste langetamisel *(Habicht, et al., 2018)*. Töötervishoius on proovikiviks tööga seotud terviseprobleemide ennetamine ning selleks kvaliteetse töötervishoiuteenuse kättesaadavuse parandamine ja teenuse jätkusuutlikkuse tagamine.

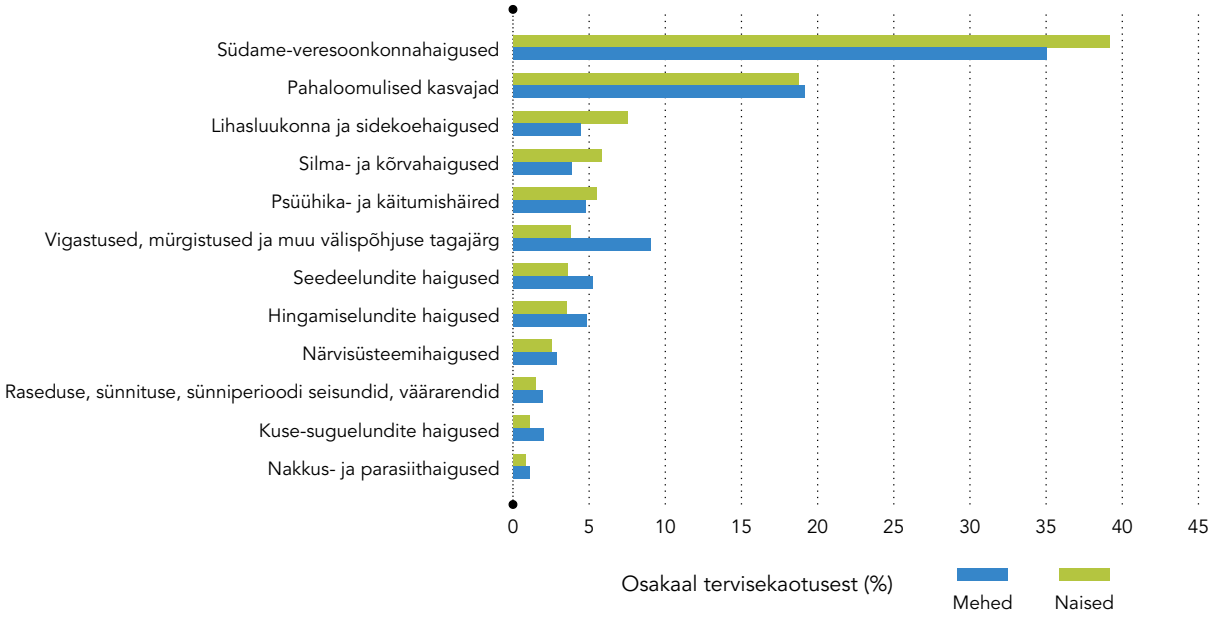
Eestis on viimase kümne aasta jooksul suremus südame-veresoonkonnahaigustesse ning vigastustesse ja mürgistustesse mõnevõrra vähenenud (joonis 2). Samas oli 2016. aastal suremus südame-veresoonkonnahaigustesse alla 65-aastaste elanike hulgas 1,9 korda ja südame isheemiatõve tagajärjel ca 1,8 korda suurem kui ELis keskmiselt *(Eurostat, juuli 2019)*.

Vigastustest ja mürgistustest tingitud suremuse vähenemine (joonis 2) on toimunud peamiselt liiklus-, tule- ja uppumissurmade vähenemise tõttu. Nendes valdkondades on tehtud süsteemset ja valdkondadeülest ennetustööd. Sellegipoolest on Eestis ELi keskmisest tasemest lähtudes võimalik säästa veel ca 300 inimelu aastas.



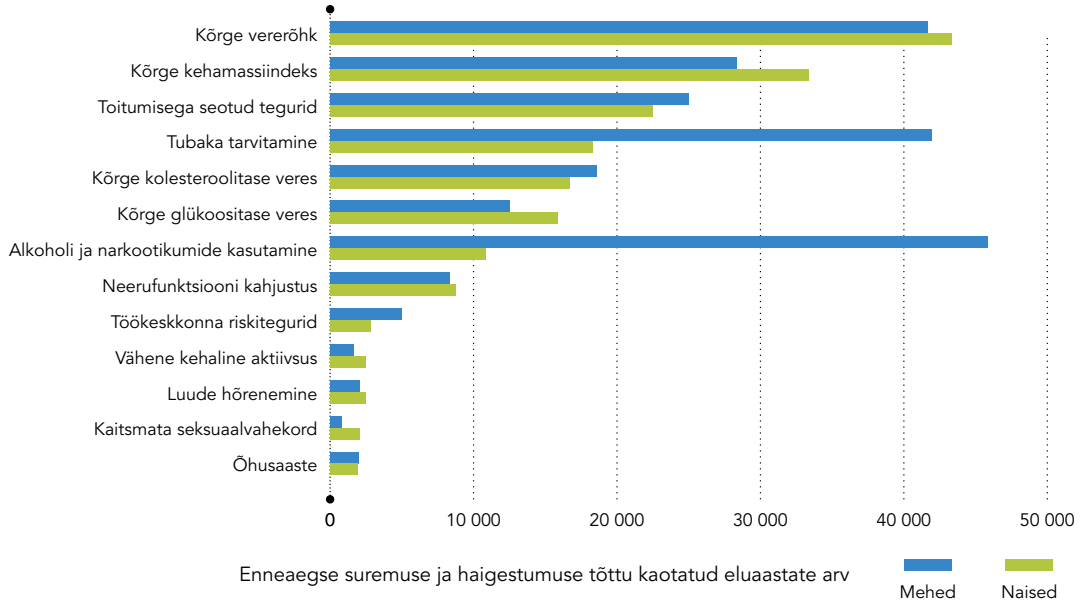
Joonis 2. Peamised surmapõhjused 100 000 elaniku kohta Eestis 2009. ja 2019. aasta võrdluses. *Allikas: Statistikaamet*

Tervisekaotuse peamisteks põhjusteks Eesti meeste hulgas on südame-veresoonkonnahaigused (35%), pahaloomulised kasvajad (19%) ning vigastused ja mürgistused (9%), naiste hulgas aga südame-veresoonkonnahaigused (39%), pahaloomulised kasvajad (19%) ning lihasluukonna- ja sidekoehaigused (7%) (joonis 3).



Joonis 3. Tervisekaotus ehk enneaegse suremuse ja haigestumuse tõttu kaotatud eluaastad Eestis 2019. aastal. *Allikas: Tervise Arengu Instituut*

Enam kui pool enneaegse suremuse ja haigestumuse tõttu kaotatud eluaastatest Eestis tuleneb riskiteguritest või riskikäitumisest. Tervisekaotust põhjustavate riskitegurite ja -käitumise eesotsas on toitumise ja metabolismiga seotud riskid ja nii legaalsete (alkohol ja tubakas) kui illegaalsete uimastite tarvitamine (joonis 4).



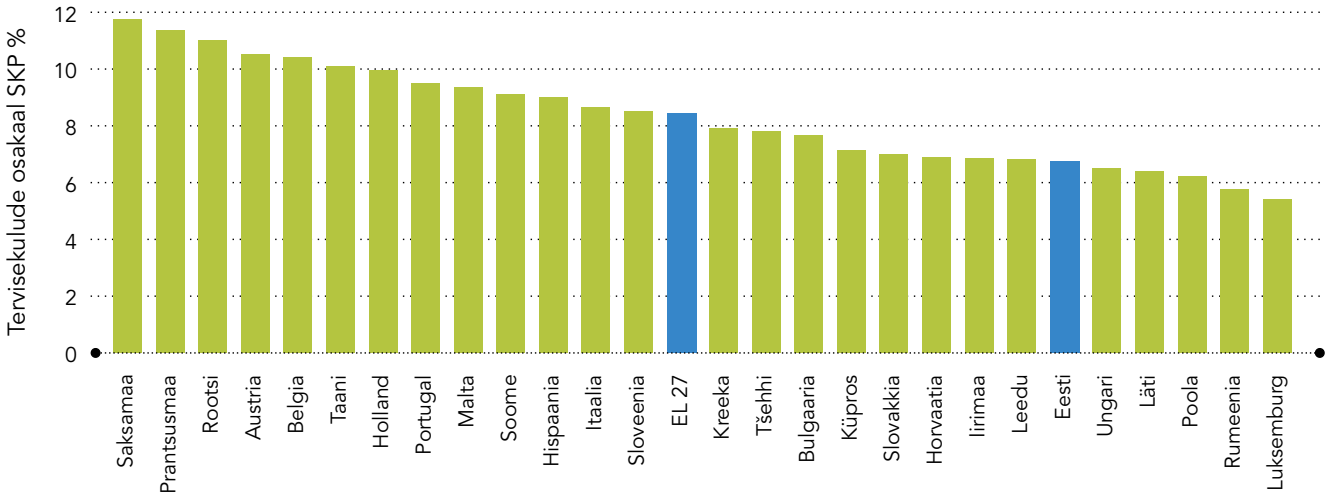
Joonis 4. Tervisekaotus ehk enneaegse suremuse ja haigestumise tõttu kaotatud eluaastad riskikäitumise/riskiteguri järgi 2018. aastal Eestis. *Allikas: University of Washington, Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME)*

Terviseprobleemid võivad põhjustada igapäevases elus ja tööl piiranguid, kujuneda võib püsiv töövõimetus või puue. Sotsiaalkindlustusameti andmetel oli Eestis 2020. aasta septembri lõpu seisuga kokku 149 751 puudega isikut, nendest 36% oli keskmise, 53% raske ja 11% sügava puudega.

Eestis on tervise ebavõrdsust mitmes aspektis: sugude ja rahvuste vahel, aga ka piirkondlikult, haridustasemest ja sissetuleku suurusest sõltuvalt. Näiteks suitsetamise levimus meeste hulgas on ligi kaks korda suurem kui naistel (meestest 23,4% ja naistest 12,9% suitsetab iga

päev) *(Reile, Tekkel & Veideman, 2019)*. Suured erinevused on ka haridustasemete vahel – kõrgharidusega elanikest on igapäevasuitsetajad 8,2% ja kuni põhiharidusega elanikest 29,9%. Samuti on leitud, et esinevad soolised erinevused tervishoiuteenuste kasutamises. Eesti mehed käivad arsti juures vähem kui naised, mis võib osaliselt selgitada meeste oluliselt suuremat välditavate hospitaliseerimiste arvu *(Maailmapanga Grupp, 2015)*. Kui vaadata oodatavat eluiga ja tervena elada jäänud aastaid maakonniti, esinevad Eestis suured erinevused, eriti viimati nimetatu puhul.

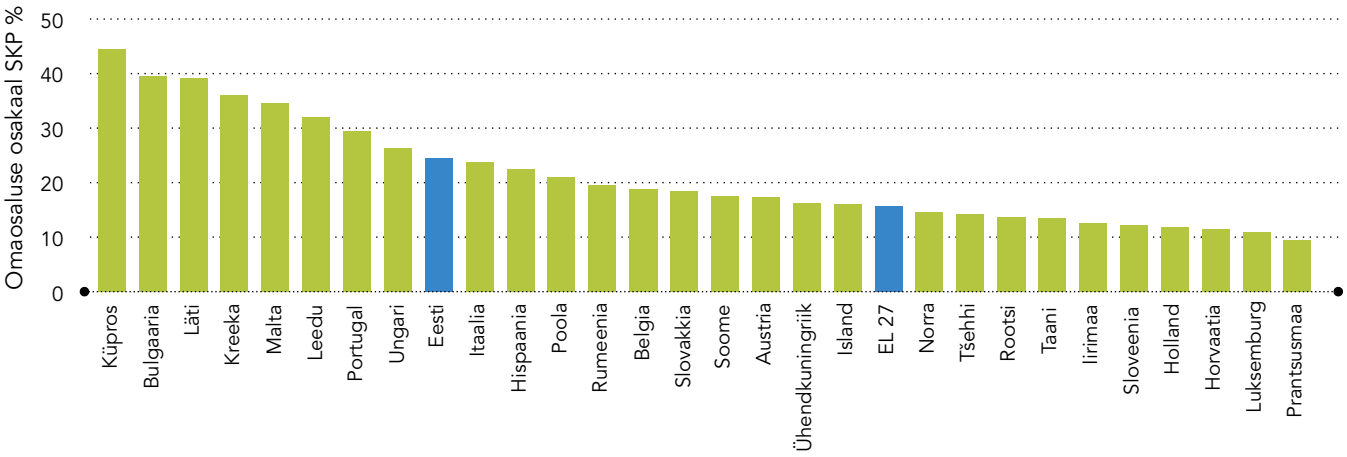
Eesti tervishoiusüsteem on üles ehitatud kohustuslikule solidaarsuse põhimõttest lähtuvale ravikindlustusele. Tervishoiukulude osakaal SKPs (sisemajanduse koguprodukt) on viimastel aastatel mõnevõrra suurenenud, kuid võrreldes teiste ELi riikidega (ELi keskmine 8,3%) kuulub Eesti (6,8%) pigem vähem panustajate hulka (joonis 5).



Joonis 5. Tervishoiukulude osakaal SKPs – Eesti võrdluses teiste ELi riikidega 2019. aastal. *Allikas: Eurostat*

Valdav osa tervishoiu kogukulust kaetakse Eestis sotsiaalmaksust, millest 13% läheb ravikindlustuseks. Leibkondade omaosaluse osakaal oli möödunud kümnendil alla 23%, kuid viimasel kahel aastal on näitaja suurenenud, jõudes 2019. aastal 24,6%-ni, mis on oluliselt suurem kui WHO soovituslik piir – 15% *(Tervise Arengu Instituut, 2019)*. Samuti kuulub Eesti omaosaluse näitaja poolest ELi riikidega (ELi keskmine 15,5%) võrreldes suurema koormusega riikide hulka (joonis 6). Suure omaosaluse tõttu on Eestis kuni 3% leibkondi, kes omaosaluse tasumise järel satuvad vaesusriski või vaesusesse. Lisaks on üle 7% leibkondi, kelle omaosalus on katastroofilisel[1] tasemel *(Võrk & Habicht, 2019)*. Suurima omaosaluse moodustavad kulud hambaravile (28%), ravimitele (retseptiravimid 18% ja käsimüügiravimid 14%) ja statsionaarsele õendusabile (17%) *(Tervise Arengu Instituut, 2019)*. Ravimite kättesaadavuse probleemid võivad viia tüsistuste ja terviseprobleemide süvenemiseni. 2016. aastal jättis 28% viimase 12 kuu jooksul retseptiravimi saanutest ravimi välja ostmata, nendest 7% tõi välja, et ravim jäi ostmata majanduslikel põhjustel *(Kantar Emor, 2016)*. Omaosaluskoormuse vähendamiseks muudeti 2018. aastal täiendava ravimihüvitise põhimõtteid. Lisaks taastati 2017. aastal täiskasvanud kindlustatud isikutele hambaravihüvitis *(Eesti Haigekassa, 2019)*.

[1] Omaosalust peetakse katastroofiliseks, kui leibkonna omaosalus tervishoiuteenuste kasutamisel ületab leibkonna maksevõime läve.



Joonis 6. Leibkondade omaosaluse osakaal tervishoiukuludes – Eesti võrdluses teiste ELi riikidega 2018. aastal. *Allikas: Eurostat*

Eesti paistab ELis elanike arvamusuuringute andmete põhjal silma suurima katmata ravivajaduse poolest. 2019. aastal ei saanud 15,5% Eesti elanikest vajaduse korral viimasel 12 kuul (ELis keskmiselt 1,7%) arstiabi *(Eurostat, oktoober 2019)*. Selle peamise põhjusena tuuakse välja pikki ravijärjekordi (14,5%) ning vähemal määral majanduslikke põhjuseid (0,4%) ja tervishoiuteenuste kaugust (0,6%). Ravi kättesaadavus sõltub inimeste sissetulekust siiski olulisel määral näiteks hambaravis, kus vahe madalaima ja kõrgeima kvintiili vahel on viiekordne. 2016. aasta uuringust selgus, et kõige enam jätavad tervise-probleemi korral Eestis arsti juurde minemata muust rahvusest ja madalama haridustasemega inimesed *(Kantar Emor, 2016)*.

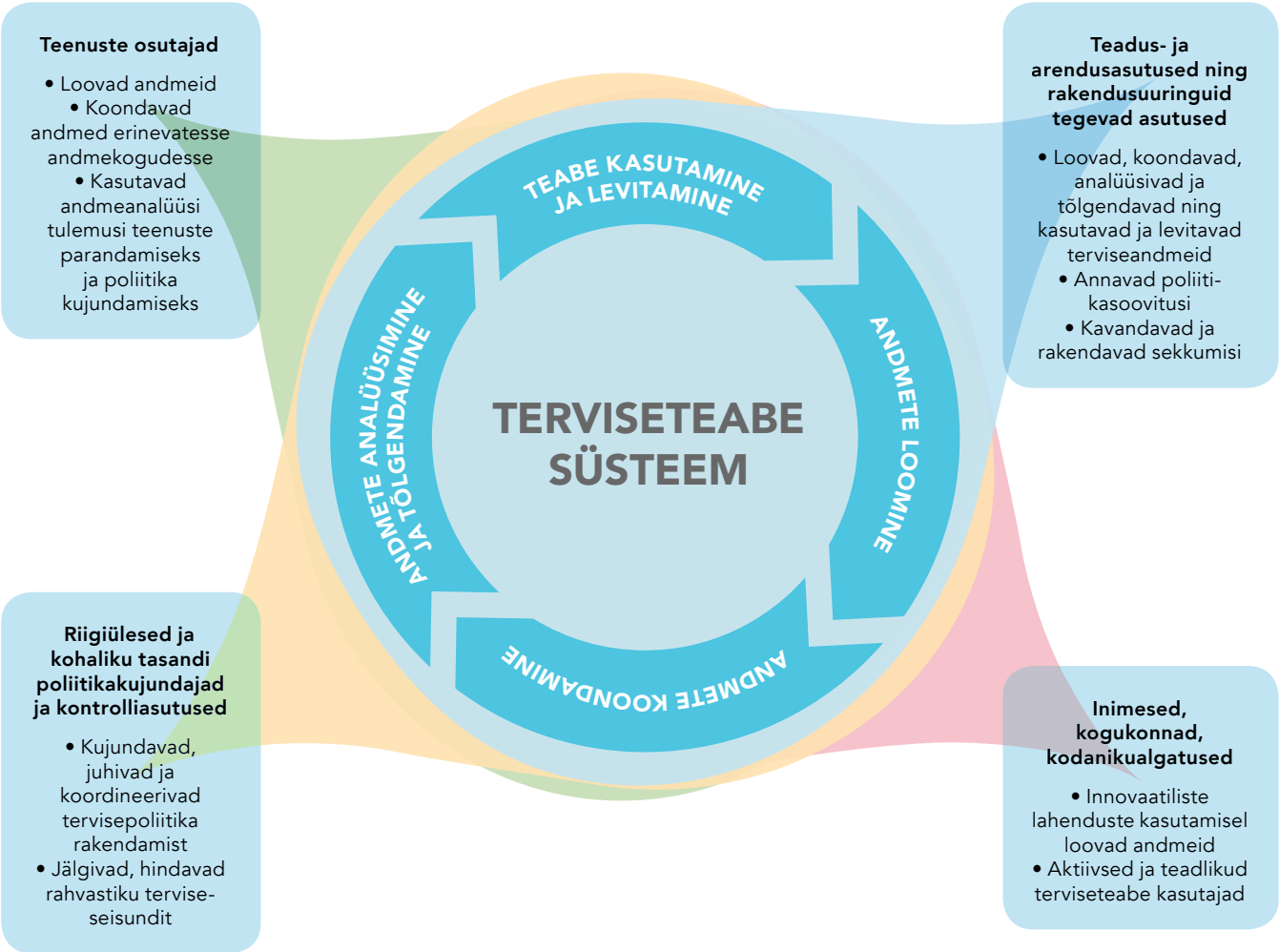
Eesti tervishoiuvaldkond seisab silmitsi spetsialistide puudusega. 2017. aasta analüüsis *(Mets, Veldre & Kutsekoda AS, 2017)* on välja toodud, et tervishoiuvaldkonna prognoositav koolituspakkumine suudab enamikul kutsealadel pakkuda asendust tööturult lahkujatele, kuid kasvava vajaduse täitmiseks tuleb vastuvõttu mitmel kutse- ja erialal suurendada. Kõige teravam vajadus koolitusmahu suurendamise järele on õenduse erialal – soovitavas mahus õendusabi pakkumiseks vajavad õdesid juurde nii haiglad kui ka esmatasand. Arste ja õdesid napib maa- ja hajaasustusega piirkondades, kuna kutse omandamise järel soovivad lõpetajad minna tööle pigem tõmbekeskustesse. Ligi pool arstidest (46,8%) on vanemad kui 55 eluaastat ning perearstide puhul on see näitaja veelgi kõrgem – 59,7% *(Tervise Arengu Instituut, 2019)*. Koolituspakkumine peab suutma ennetada tööjõukriisi tekkimist või süvenemist mitmel erialal.

3. TÕENDUSEL PÕHINEV TERVISEPOLIITIKA

Tervisepoliitika hindamiseks, kujundamiseks ja tulemuslikuks juhtimiseks on oluline, et otsuste tegemise aluseks kasutataks parimat olemasolevat teavet. Seetõttu on oluline, et osapooled oleksid motiveeritud tegema analüüse ja uuringuid, mis võimaldavad hinnata poliitika tulemuslikkust ja jälgida rahvastiku tervist ning annavad teavet esinevate probleemide kohta. Tervisealane teave peab jõudma tõhusamalt poliitika kujundamise protsessi. Seeläbi on võimalik tekkivaid probleeme paremini ennetada või neile varakult reageerida. Lisaks eespool nimetatule on oluline, et rahvastiku tervist parandada aitavad lahendused ja poliitikameetmed on tõenduspõhised ning et nende rakendumist jälgitakse ja tulemusi hinnatakse regulaarselt.

Tervisealase teabe loomist ja kasutamist tervisepoliitika eesmärkide saavutamiseks saab kirjeldada tervikliku süsteemina, mida nimetatakse **terviseteabe süsteemiks** (*health information system*, joonis 7).

Terviseteabe süsteem on terviseandmete kogum, mis hõlmab rahvastiku terviseseisundi ja tervisesüsteemi kohta andmete loomist, koondamist, analüüsimist, tõlgendamist ja levitamist. Selle peamine eesmärk on kogutud ja analüüsitud andmeid kasutades võimestada tõendusel põhineva tervisepoliitika kujundamist, arendada ennetustegevusi ja tervishoiuteenuseid ning edendada tervisealast teadustegevust ja innovatsiooni.



Joonis 7. Terviseteabe süsteem, selle osapooled ja protsessid.

Põhjalik ja usaldusväärne terviseteave on otsuste tegemise põhialus kõigis tervisesüsteemi osades. See on vajalik nii tervisepoliitika juhtimiseks, reguleerimiseks, rakendamiseks ja arendamiseks kui ka teenuste kujundamiseks, rahastamiseks, tervisealase teaduse tegemiseks jne.

Terviseteabe süsteemil on neli peamist funktsiooni: andmete loomine, andmete koondamine, andmete analüüsimine ja tõlgendamine ning andmete ja teabe levitamine ja kasutamine *(World Health Organisation & Health Metrics Network, 2012)*.

Andmeid luuakse erinevate tegevuste käigus, näiteks teadus- ja rakendusuuringud, tervishoiuteenuse osutamine (ravi käigus kogutud andmed), andmekogude tegevus. **Loodud ja koondatud** andmed on osa terviseteabe süsteemist. Terviseteabe süsteem võimaldab **analüüsida** rahvastiku tervise olukorda ja suundumusi ning aitab kaasa eri siht- ja sidusrühmade teavitamisele tervisealastest probleemidest, samuti toetab ja innustab tervisealase teaduse ja innovatsiooni tegemist. Tervisealane teave on väheväärtuslik, kui see ei vasta kasutajate – poliitikakujundajad, planeerijad, juhid, tervishoiuteenuse osutajad, kogukonnad, indiviidid – vajadustele. Tervisesüsteemi oluline osa on teabe levitamine, mis omakorda soodustab selle **kasutamist**. Terviseteabe süsteemi lahutamatu osa on innovatsioon, mis võimaldab süsteemis liikuvaid andmeid analüüsida uudsete meetodite abil, et neid paremini kasutada ja koondada ning luua nende põhjal lisandväärtust.

Terviseteabe süsteemi ja tõendusel põhineva tervisepoliitika paremaks toimimiseks on tulevikus eesseisvad ülesanded seotud peamiselt olemasoleva tervisealase teabe senisest parema kättesaadavuse tagamise, integreerimise, kvaliteedi parandamise ja tõhusa analüüsi, visualiseerimise ning levitamisega. Tähelepanu vajab ka teadus- ja arendusasutuste, ettevõtete ja tervisepoliitika kujundajate vahelise koostöö parandamine ja tõhustamine.

Tõendusel põhineva tervisepoliitika ja terviseteabe süsteemi tõhusaks toimimiseks on vaja:

- vähendada killustatust andmekogude vahel, parandada andmete kvaliteeti ja ühilduvust ning suurendada andmete edastamise kiirust ja kättesaadavust, et aidata kaasa andmete kasutatavusele ja lisandväärtuse loomisele;
- edendada teadus-, arendus- ja rakendusuuringuid tegevate asutuste, tervishoiuteenuse osutajate ja nii kohaliku kui riigi tasandi poliitikakujundajate koostööd;
- vähendada ajalist viivitust teadusalase teabe loomise ja selle kasutamise vahel;
- pöörata rohkem tähelepanu uuringu- ja analüüsitulemuste visualiseerimisele, kasutajasõbralikkusele ja levitamisele;
- edendada innovaatiliste ja kasutajasõbralike lahenduste väljatöötamist ja kasutamist;
- leida täiendavaid ressursse tervisepoliitika kujundamiseks ja arengukava eesmärkide saavutamiseks vajalike andmete kogumiseks, koondamiseks ja uuringute tegemiseks ning saadud teabe levitamiseks, arvestades kasutajagruppide vajadusi;
- seirata järjepidevalt tõenduspõhiste poliitikameetmete rakendamist ning hinnata kasutatud meetmete mõju ja muutmise vajadust.

Eespool kirjeldatud horisontaalsete vajadustega arvestatakse rahvastiku tervise arengukava 2020–2030 elluviimiseks koostatavate programmide meetmete, tegevuste ja teenuste planeerimisel.

Arengukava elluviimisest ning programmidest on pikemalt kirjutatud arengukava elluviimise juhtimise alapeatükis.

4. EESMÄRGID

Rahvastiku tervise arengukava 2020–2030 visioon on:

Eesti elanikud elavad kaua ja on võimalikult terved kogu elukaare jooksul ning nende tervis ja heaolu on hoitud ja toetatud elukeskkonna ja tervisesüsteemi kujundamise kaudu avaliku, kolmanda ja erasektori koostöös.

Elukeskkonnast tulenevad terviseriskid on minimaalsed. Vähenenud terviseriskidega elukeskkond aitab säilitada tervist ning soodustab inimeste tervislikke valikuid sõltumata nende haridusest, soost ja vanusest ning piirkonnast, kus nad elavad. Inimestel on teadmised, oskused ja vajalik tugivõrgustik, mis neid toetab ning aitab teha enda ja lähedaste tervist edendavaid, parandavaid või säilitavaid otsuseid. Inimestel on haigestumise korral kättesaadav õigeaegne, vajadustest lähtuv ja kvaliteetne tervishoiuteenus ning toetav ja nõustav võrgustik.

Rahvastiku tervise arengukava 2020–2030 eesmärgid on:

- **Eesti inimeste keskmine oodatav eluiga kasvab 2030. aastaks** meestel 78,0 ja naistel 84,0 eluaastani **ning keskmine tervena elada jäänud aastate arv kasvab** meestel 62,0 ja naistel 63,0 eluaastani.
- **Tervena elada jäänud aastate arv kasvab kiiremini kui oodatav eluiga ehk inimesed elavad suurema osa oma elust tervisest tulenevate piiranguteta.**
- **Ebavõrdsus tervises (sugude, piirkondade ja haridustasemete vahel) väheneb** vähemalt selliselt, et 2030. aastaks ei ole eluiga üheski maakonnas Eesti keskmisest lühem kui kaks aastat ning põhihariduse inimeste keskmine oodatav eluiga ei jää kõrgharidusega inimeste keskmisest oodatavast elueast maha rohkem kui kaheksa eluaastat.

Eesmärkide täitmist seiratakse alljärgnevate näitajate abil.

NÄITAJA 1: OODATAV ELUIGA

OODATAVA ELUEA PROGNOOS

Allikas: Statistikaamet

*baastase

	2019*	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Mehed	74,4	74,7	75,1	75,4	75,7	76,0	76,4	76,7	77,0	77,4	77,7	78,0
Naised	82,8	82,9	83,0	83,1	83,2	83,3	83,4	83,5	83,6	83,8	83,9	84,0

Oodatav eluiga näitab sünniaastal oodatavat keskmist eluiga, kui rahvastikus suremus ei muutu. Oodatav eluiga on rahvusvaheliselt üldtunnustatud ja laialdaselt kasutatav tervisenäitaja, mis sõltub paljudest faktoritest, sealhulgas elustiilist, elukeskkonnast, tervishoiuteenuste kvaliteedist, haridusest, elatustasemest jt. Oodatava eluea muutus näitab, kas tervisevaldkonna tegevused tervikuna on olnud tulemuslikud.

Oodatav eluea eesmärk on saavutatav, kui võrreldes 2017. aastaga vähenevad 2030. aastaks surmajuhud joonisel 8 esitatud surmapõhjuste puhul vähemalt märgitud määral.

Joonis 8. Surmajuhtude vähendamise määr surmapõhjuste kaupa.

Vigastused:
- mürgistused 25%
- enesetapud 20%
- liiklusõnnetused 50%
- kukkumised 25%
- uppumised 50%
- tulesurmad 80%
- külmumised 50%

Südame-veresoonkonna-haigused:
- äge müokardiinfarkt 20%
- peaajuve-resoonte haigused 20%

Pahaloomulised kasvajad 40%
(alla 65-aastaste elanike hulgas)

Maksa alkoholtõbi 20%

Diabeet 20%

NÄITAJA 2: TERVENA ELADA JÄÄNUD AASTAD

TERVENA ELADA JÄÄNUD AASTATE PROGNOOS

Allikas: Statistikaamet

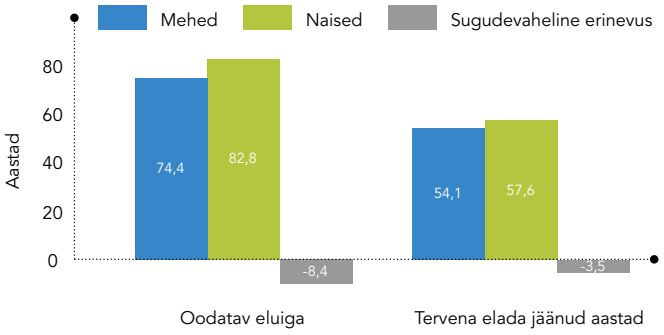
*baastase

	2019*	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Mehed	54,1	54,8	55,5	56,3	57,0	57,7	58,4	59,1	59,8	60,6	61,3	62,0
Naised	57,6	58,1	58,6	59,1	59,6	60,1	60,5	61,0	61,5	62,0	62,5	63,0

Tervena elada jäänud eluaastad näitavad keskmist oodatavat eluiga, milleni inimene elab tervisest tulenevate piiranguteta või neid tajumata, kui suremus ja tervisest tulenevad piirangud ja nende tajumine jäävad rahvastikus samaks. Näitaja on rahvusvaheliselt tunnustatud ja laialdaselt kasutusel. See kajastab inimeste terviseseisundit ja subjektiivset tunnetust, missugusest vanusest keskmiselt tekivad piirangud või hakatakse tajuma, et tervisest tulenevad piirangud segavad igapäevast elu. Näitajat mõjutavad lisaks tervisevaldkonnale ka teised valdkonnad (sealhulgas sotsiaal- ja töövaldkond). Sarnaselt oodatava elueaga väljendab see näitaja seda, kas tervisevaldkonna tegevused tervikuna on olnud tulemuslikud.

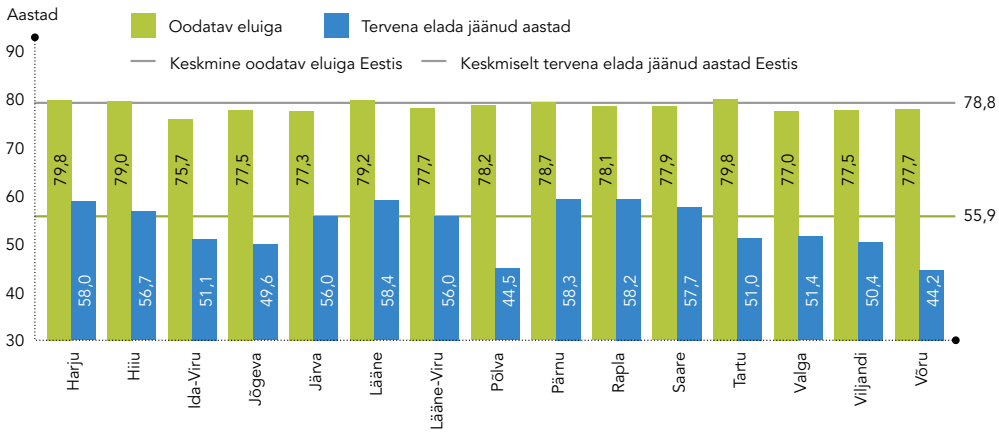
NÄITAJA 3: SOOLINE EBAVÕRDSUS TERVISES

Eesmärgi saavutamiseks on vajalik, et aastaks 2030 ei oleks meeste ja naiste oodatava eluea vaheline erinevus suurem kui kuus aastat ning tervena elada jäänud aastate vaheline erinevus suurem kui üks aasta.



Joonis 9. Oodatav eluiga ja tervena elada jäänud aastad sugude kaupa ning sugudevaheline erinevus aastal 2019. *Allikas: Statistikaamet*

NÄITAJA 4: TERVISE EBAVÕRDSUS MAAKONDADES

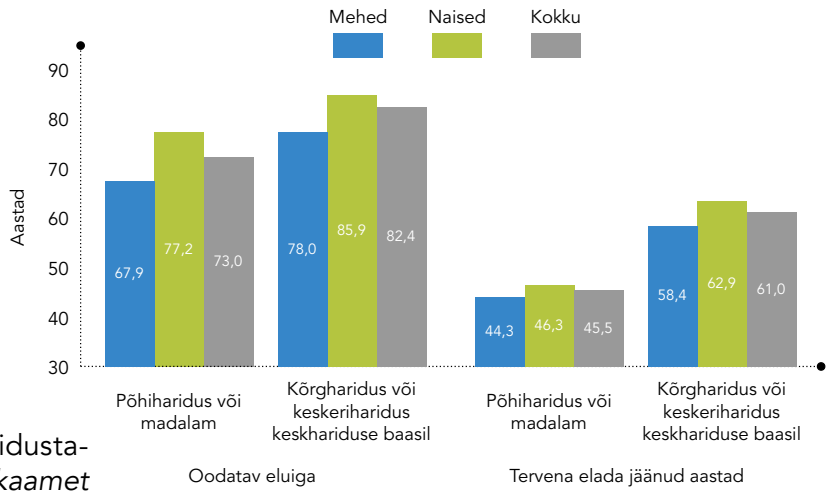


Eesmärgi saavutamiseks on vajalik, et aastaks 2030 ei oleks oodatav eluiga üheski maakonnas Eesti keskmisest lühem kui kaks aastat ning tervena elada jäänud aastad pikeneksid kõikides maakondades.

Joonis 10. Oodatav eluiga ja tervena elada jäänud aastad maakondade kaupa ning Eesti keskmised näitajad 2019. aastal. *Allikas: Statistikaamet*

NÄITAJA 5: TERVISE EBAVÕRDSUS HARIDUS-TASEMETE VAHEL

Eesmärgi saavutamiseks on vajalik keskmise oodatava eluea muutumine haridustasemete vahel selliselt, et oodatava eluea erinevus põhi- ja kõrgharidusega inimeste vahel väheneb ja aastaks 2030 ei ole see suurem kui kaheksa eluaastat ning tervena elada jäänud aastad pikenevad kõikide haridustasemete korral.



Joonis 11. Oodatava eluea erinevused haridustasemete vahel 2019. aastal. *Allikas: Statistikaamet*

5. ALAEESMÄRGID

Rahvastiku tervise arengukava 2020–2030 eesmärkide saavutamist kavandatakse kolme alavaldkonna kaudu: tervist toetavad valikud, tervist toetav keskkond ja inimkeskne tervishoid (joonis 12). Alavaldkondi käsitletakse arengukavas alaeesmärkidena. Iga alaeesmärgi puhul esitatakse soovitud tulemus, alavaldkonnas tervikuna muudatusi kajastavad näitajad, põhilised probleemid ja lahendusteed (alavaldkonda sobituv oluline teema või sarnaste teemade kogum). Alaeesmärkide saavutamiseks on vajalik koostöö, mida saavad toetada vabatahtlikud koostöölepped, sealhulgas koostöö kohalike omavalitsuste, erialaliitude ning teadus- ja innovatsiooniasutustega.

Alaeesmärkide saavutamiseks koostatakse programmid. Programmides planeeritakse meetmed, tegevused ja teenused, tuues välja konkreetsed sekkumised, mille valikul ja rakendamisel lähtutakse nii arengukava üldistest eesmärkidest kui ka spetsiifilisematest alaeesmärkidest, Vabariigi Valitsuse koalitsioonileppest, tõendusel põhineva tervisepoliitika põhimõtetest ja rahvusvahelistest arengusuundadest. Seejuures hinnatakse ja võimaluse korral vähendatakse kaasnevat halduskoormust ja kulusid ning otsitakse kasutajasõbralikke innovaatilisi lahendusi.

Arengukava elluviimisest ja programmidest on pikemalt kirjutatud arengukava elluviimise juhtimise alapeatükis.

Joonis 12.
Rahvastiku tervise arengukava 2020–2030 eesmärgid ja alavaldkonnad.

6. ALAEESMÄRK: TERVIST TOETAVAD VALIKUD

6.1. SOOVITAV TULEMUS JA PROBLEEMID

Tervist toetavad valikud on need, mida inimene saab või peaks saama ise teha. Valikute tegemist ja riskide võtmist mõjutab oluliselt see, missugused tooted ja teenused on igapäevaelus lihtsalt kättesaadavad, milliseid valikuid soosib ja võimaldab õpi-, töö-, elu- ja sotsiaalne keskkond ning millised hoiakud on ühiskonnas levinud. Info- ja digitaalajastul teadvustatakse üha enam ka infovälja (digitaalne meedia, sealsed reklaamid ja sõnumid) tähtsust ning selle mõju inimeste käitumisele ja valikute tegemisele.

Tervist toetavad valikud vähendavad nii inimese enda kui tema lähedaste riskikäitumist ning aitavad kujundada tervislikku elustiili ja tervislikke harjumusi.

Soovitav tulemus:

Kõikidele Eesti elanikele on tervist toetavad valikud lihtsalt kättesaadavad.

Tervist toetavad valikud on lihtsalt kättesaadavad, neid on võimalik teha kogu elukaare jooksul oma igapäevases elukorralduses olenemata sissetulekust, haridustasemest ja elukoha piirkonnast. Ühiskonna hoiakud ja ümbritsev keskkond toetavad riskikäitumise vähenemist, tervislikku eluviisi ja tervislike valikute tegemist. Kõigile on kättesaadav arusaadav info tervist toetavatest valikutest, olemas on vajalikud oskused ja kättesaadavad on tooted, samuti toetavad teenused ja võrgustikud. Tervislikud valikud pakuvad inimesele rahulolu ning aitavad tervist parandada või säilitada.

Soovitud tulemuseni jõudmise eelduseks on, et:

- eesmärgistatud, järjepidevat ja tõenduspõhistele sekkumistele tuginevat koostööd tugevdatakse valdkondade vahel, riigi tasandil, aga ka avaliku, era- ja kolmanda sektori ja kohaliku tasandi vahel ning otsitakse koos innovaatilisi lahendusi;
- erinevate valdkondade poliitika kujundamisel ja otsuste langetamisel arvestatakse tervisemõjudega;
- olemas on juhtimiseks ja tegevuste elluviimiseks pädevad eksperdid ja nõustajad ning kvaliteedisüsteem;
- olemas on vajalikud kvaliteetsed andmed ja analüüsid, millele olukorra hindamisel, sekkumiste valikul ja poliitika kujundamisel tugineda;
- elu-, töö- ja õpikeskkonna (sealhulgas pakutavate toodete ja teenuste) ning infovälja kujundamine toimub selliselt, et kõigi jaoks sõltumata soost, elukoha piirkonnast, sissetulekust ja haridustasemest on lihtsad ja esmased valikud just need, mis tervist toetavad;
- arusaadav ja praktiline info tervist toetavatest valikutest on kõigile õigel ajal kättesaadav.

Alaeesmärgiga seonduvat jälgitakse näitaja standarditud varajase suremuse kordaja abil.

Näitaja 6: standarditud varajase suremuse kordaja

Näitaja kajastab 30–69-aastaste surmajuhtude arvu 100 000 sama vana elaniku kohta järgmiste põhjuste tõttu: vereringeelundite haigused, pahaloomulised kasvajad, diabeet ja alumiste hingamisteede kroonilised haigused. Suurem osa alaeesmärgi lahendusteedest on olulised kroonilise mittenakkushaiguste ennetamisel. Standarditud varajase suremuse kordaja võimaldab teha võrdlusi teiste riikidega, seetõttu valiti alaeesmärgiga saavutatud muutuste üldiseks hindamiseks see näitaja.

Alaeesmärgis sõnastatud soovitud tulemusteni jõutakse peamiselt alapeatükis 6.2 kirjeldatud lahendusteede abil, kuid neid toetavad olulisel määral ka arengukava teised alaeesmärgid ja nende lahendusteed. Lahendusteede kavandamisel ja elluviimisel arvestatakse rahvusvaheliste arengusuundade ja koostööga. Tervisevaldkonna rahvusvahelisest koostööst on pikemalt kirjutatud peatükis 9.

STANDARDITUD VARAJASE SUREMUSE KORDAJA
(30–69-AASTASTE SUREMUS KROONILISTESSE MITTENAKKUSHAIGUSTESSE 100 000 SAMA VANA ELANIKU KOHTA)
Allikas: Maailma Terviseorganisatsioon

*baastase

2015*	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
367	330	323	316	308	301	294	286	279	272	264	257

Alaeesmärgi elluviimiseks koostatakse tervist toetavate valikute programm, mis käsitleb põhjalikumalt lahendusteid, peamisi probleeme, vajalikke meetmeid, tegevusi, teenuseid ja tulemuslikkuse hindamiseks vajalikke näitajaid.

6.2. LAHENDUSTEED

6.2.1. VAIMSE TERVISE EDENDAMINE

Vaimne tervis on oluline kogu inimese elukaare jooksul – alates sünnist kuni kõrge vanuseni. Vaimse tervise käsitlemisel lähtutakse WHO definitsioonist, mille järgi on vaimne tervis heaoluseisund, mis võimaldab inimesel maksimaalselt realiseerida enda võimeid, tulla toime igapäevaelu pingetega, tegutseda tulemuslikult ja anda oma panus ühiskondlikku ellu *(World Health Organisation, 2013a)*. Seega tähendab hea vaimne tervis enamat kui vaimse tervise häirete puudumist – see on kombinatsioon subjektiivsest heaolust, oskusest muutustega toime tulla, enda potentsiaali rakendamisest ning positiivsest tegutsemisest ühiskonnas *(Eesti Vaimse Tervise ja Heaolu Koalitsioon (VATEK), 2016)*.

Suurem osa vaimse tervise probleeme areneb välja lapsepõlves või nooremas täiskasvanueas – 50% vaimse tervise probleemidest avaldub enne 14. eluaastat ja 75% enne 24. eluaastat *(Kessler et al., 2005)*. Seega on oluline tõhustada vaimse tervise ennetustegevusi suunatuna positiivse vaimse tervise edendamisele ja kaitsmisele. Samuti on oluline pöörata tähelepanu vaimse tervise hoidmisele ja edendamisele töökeskkonnas.

Inimese vaimse tervise hoidmiseks, probleemide varajaseks märkamiseks ja vajaliku nõustamisteenuse õigeaegse kättesaadavuse tagamiseks on vaja, et Eestis oleks inimeste, perekondade ja kogukondade vajadustest lähtuv terviklik valdkondadeülene selgete eesmärkidega poliitika.

Prioriteedid sekkumiste puhul

- Tõenduspõhise ja järjepideva sektorite ja tasandite ülese vaimse tervise poliitika (sh teenuste ja võrgustike) arendamine ja rakendamine.
- Piisava personali tagamine elanikkonnale vaimset tervist toetavate teenuste pakkumiseks.
- Teenuste integreerimine ja valdkondadeülese koostöö arendamine, et teenused oleksid kättesaadavad ja kvaliteetsed, lähtuksid inimese vajadustest ning toetaksid järjepidevalt nii vaimse tervise probleemidega inimesi kui nende lähedasi.
- Vaimse tervise edendamine, sealhulgas tõenduspõhise teabe kättesaadavaks tegemine ja terviseharituse parandamine ning toetava psühhosotsiaalse keskkonna kujundamine koostöös eri valdkondadega.

6.2.2. VIGASTUSTE ENNETAMINE

Vigastus on välistegurite mõjul tekkinud kehaline kahjustus. Vigastusi on erinevaid ning need jagunevad järgmiselt: liiklusvigastused, juhuslikud kukkumised, vigastused mehaanilise jõu toimel, uppumine ja lämbumine, põletused ja külmumised, mürgistused (sh alkoholist, narkootikumidest, kemikaalidest ja ravimitest tingitud mürgistused), enese vastu suunatud vägivalla toimel tekkinud vigastused ning teiste vastu suunatud vägivalla toimel tekkinud vigastused.

Vigastused on Eestis laste ja noorte täiskasvanute peamine surma põhjus *(Panov, 2018)*. Vigastuste tõttu suri 2018. aastal 821 Eesti elanikku, neist 13 olid alla 15-aastased (27% selle vanuse-

rühma surmadest), mehi hukkus üle kolme korra rohkem kui naisi (vastavalt 98,5 ja 29,6 surmajuhtu 100 000 elaniku kohta). Kõige enam saavad inimesed viga kodus *(Tervise Arengu Instituut, 2019)*. Samuti saadakse oluline osa vigastustest töökeskkonnas. Tööinspektsiooni andmetel toimus 2018. aastal kokku 5167 tööõnnetust, nendest 1119 olid rasked tööõnnetused ja 11 lõppes surmaga. Sagedasemad õnnetused on seotud komistamise, kukkumise ja libastumisega ning kontrolli kaotamisega töövahendi üle.

Teave vigastuste riskidest ja nende vähendamise tõenduspõhistest võimalustest ei ole spetsialistidele ja elanikele piisavalt ega mõistetavalt kättesaadav.

Inimesed ei märka ega sekku õigel ajal ja vajalikul viisil, kui näevad lähedaste või kaasinimeste riskeerivat käitumist. Seega tuleb arendada ohutuskultuuri ja oskusi, suurendada teadlikkust ja rakendada tõenduspõhiseid sekkumisi vigastuste ennetamiseks.

Prioriteedid sekkumiste puhul

- Koostöös teiste sektorite ja valdkondadega ning kohaliku tasandiga töötatakse välja tõenduspõhised sekkumised, mis aitavad vähendada vigastuste esinemist kogu elukaare vältel, ning vigastuste andmete alusel hinnatakse rakendatud sekkumiste tulemuslikkust.
- Inimeste hoiakuid ja uskumusi kujundatakse selliselt, et ühiskonnas on kõige soositum vigastusi ennetav käitumine, ning elukeskkonna loomisel peetakse oluliseks otsida lahendusi, mis vähendavad vigastuste ohtu.
- Inimeste teadlikkust ja oskusi suurendatakse võimalustest, kuidas oma lähedaste ja kaasinimeste riskeerivat käitumist märgata ja sellele reageerida.
- Elanike esmaabi osutamise oskusi parandatakse ning esmaabi andmise valmidust suurendatakse.

6.2.3. TASAKAALUSTATUD TOITUMISE JA FÜÜSILISE AKTIIVSUSE EDENDAMINE

Tasakaalustamata toitumine ning vähene ja ebaregulaarne liikumine on olulised riskitegurid ülemäärase kehakaalu tekkes ja teatud mittenakkushaigustesse (südame-veresoonkonnahaigused, teatud tüüpi kasvajad ja II tüüpi diabeet) haigestumisel. Eesti elanike hulgas on ülekaaluliste ja rasvunute osakaal kasvamas. 2018. aastal avaldatud uuringu kohaselt on Eesti esimese klassi õpilastest 26% ülekaalulised või rasvunud *(Metsoja, Nelis & Nurk, 2018)*. Samuti on ülemäärane kehakaal Eesti täiskasvanud elanikkonna seas tõusuteel. 2018. aastal oli 50,7% Eesti täiskasvanutest ülekaalulised või rasvunud *(Reile, Tekkel & Veideman, 2019)*. WHO prognoosi kohaselt on 2025. aastaks 62% Eesti elanikest ülemäärase kehakaaluga. Selleks, et ülemäärase kehakaaluga inimeste osakaalu vähendada, on vaja samal ajal tegeleda nii tasakaalustatud toitumise kui ka liikumise edendamisega.

Kehaline aktiivsus on vähene nii täiskasvanute kui laste hulgas. 2018. aasta seisuga on täiskasvanutest vähemalt neljal korral nädalas kehaliselt aktiivsed 17,9% meestest ja 11,9% naistest *(Reile, Tekkel & Veideman, 2019)* ning lastest liikus iga päev piisavalt (vähemalt üks tund) vaid 17,3% poistest ja 13,7% tüdrukutest *(Oja, Pikksööt & Rahno, 2019)*. Tasakaalustatud toitumise ja liikumise poliitika kujundamiseks on koostatud toitumise ja liikumise roheline raamat *(Sotsiaalministeerium, 2016)*.

Prioriteedid sekkumiste puhul

- Sektorite ja valdkondade ülese tõenduspõhise kogu elukaart hõlmava toitumis- ja liikumispoliitika kujundamine (sh toitumise ja liikumise rohelise raamatu heakskiitmine Vabariigi Valitsuse poolt) ja rakendamine.
- Ülekaalu ja rasvumise kasvutrendi peatamine, tasakaalustatud toitumise põhimõtete järgijate osakaalu suurendamine ja istuva eluviisi vähendamine.
- Liikumise ja tasakaalustatud toitumise võimaluste suurendamine ning neid soodustava elukeskkonna (elukeskkonna osa, mida ei kaeta alaeesmärgiga „Tervist toetav elukeskkond") arendamine.

- Vastutustundliku toiduturunduse edendamine ning eelkõige lastele suunatud suure rasva, soola ja lisatud suhkrute sisaldusega toodete turunduse piiramine.
- Toidu koostise muutmise ehk reformuleerimise plaani väljatöötamine, rakendamine, ajakohastamine ja seire koostöös toidutööstuse, teadusasutuste, Maaeluministeeriumi jt osapooltega.
- Laste tasakaalustatud toitumise ja liikumise edendamine lasteasutustes ja väljaspool lasteasutusi koostöös kodu, haridusasutuste ja paikkonnaga.
- Kooli ja kodu koostöö edendamine ning sellesse ekspertide kaasamine.
- Elanikkonna toitumis- ja liikumisalase teadlikkuse parandamine, hoiakute kujundamine ja oskuste arendamine kogu elukaare vältel, muu hulgas sihipärase teavitustöö abil.
- Toitumis- ja liikumisnõustamise süsteemi väljatöötamine, arendamine ja integreerimine tervise-, haridus- ja sotsiaalsüsteemi ning nõustamise kvaliteedi ühtlustamine ja kättesaadavuse parandamine.
- Eakate liikumisaktiivsust toetavate kogukonnapõhiste sotsiaalsete võrgustike edendamine.

6.2.4. UIMASTITE TARVITAMISE ENNETAMINE JA VÄHENDAMINE

ALKOHOL

Alkohol põhjustab Eestis väga suurt tervise- ja sotsiaalset kahju. Kahjude majanduslik negatiivne mõju ületab alkoholitööstuse ja sellega seotud majandusharude toodetud lisaväärtuse. Konservatiivsetel hinnangutel oli 2018. aastal üle 1000 alkoholiga seotud surma aastas, alkoholist tingitud enneaegse suremuse ja haigestumuse tõttu kaotati üle 50 000 eluaasta ning alkoholi tarbimisest tingitud töötundide ja eluaastate kaotus ja vähenenud tootlikkus maksavad Eestile hinnanguliselt ligi 2% SKTst ehk 400 miljonit eurot. Alkohol on seotud paljude vigastussurmade ja mitme haiguse tekkega *(Orro et al., 2018)*.

Eestis on alkoholi tarbimine viimasel kümnendil vähenenud, kuid elanike tervise ja turvalisuse parandamiseks ei ole see olnud piisav. Alkoholikahjude üheks põhjuseks on see, et ühiskonnas on levinud alkoholi liigtarbimist soosivad hoiakud. Samuti on alkohol jätkuvalt kergesti kättesaadav, sealhulgas alaealistele. Edukaks alkoholipoliitikaks on vaja, et eri valdkondadesse kuuluvaid sekkumisi rakendatakse samal ajal ja järjepidevalt, tuginedes alkoholipoliitika rohelisele raamatule *(Sotsiaalministeerium, 2014a)*, vajaduse korral seda uuendades.

Tõenduspõhise ja eesmärgistatud alkoholipoliitika elluviimiseks on koostatud ja Vabariigi Valitsuse poolt heaks kiidetud alkoholipoliitika roheline raamat *(Sotsiaalministeerium, 2014a)*.

Prioriteedid sekkumiste puhul

- Tõenduspõhise ja järjepideva sektorite ja valdkondade ülese alkoholipoliitika arendamine ja rakendamine.
- Elanikkonna sihtrühmapõhine ja järjepidev teadlikkuse ning alkoholi tarvitamisega kaasnevate riskide tõsiduse tajumise suurendamine, hoiakute kujundamine ja oskuste arendamine.
- Alaealiste alkoholitarvitamise ennetamine, tõkestamine ja vähendamine kodu, haridusasutuste ja paikkonna koostöös.
- Alkoholi liigtarvitamise ja kuritarvitamise varajase märkamise ja ennetamise tegevuste rakendamine.
- Alkoholisõltuvuse ravi ja nõustamise teenuste kättesaadavuse parandamine ning inimkeskseks muutmine.
- Alkoholisõltlase lähedastele nõustamise kättesaadavuse parandamine.
- Alkohoolsete jookide müügiedenduse mõju vähendamine kehtivate piirangute tõhusama rakendamise abil ja riskirühmade kaitsmine uudsete müügivõtete eest.
- Selliste tegevuste soodustamine, mis aitavad luua turvalist keskkonda, vähendada alkoholist tingitud kuritegevust, sotsiaalseid probleeme ja tervisekahjusid.

TUBAKAS

Suitsetajate arv Eestis on viimase 20 aastaga oluliselt vähenenud, kuid ikka on ligi viiendik

täiskasvanud elanikest tubakatarvitajad – 2018. aastal oli igapäevasuitsetajaid 23,4% meestest ja 12,9% naistest *(Reile, Tekkel & Veideman, 2019)*. Lisaks soolisele ebavõrdsusele on suitsetajate osakaal suurem madalama haridustasemega inimeste seas *(Reile, Tekkel & Veideman, 2019) (Sotsiaalministeerium, 2014b)*.

Muret tekitav trend on uudsete tubakatoodete tarbimine, mille pikaajalised tervisemõjud on teadmata.

Tõenduspõhise ja eesmärgistatud tubakapoliitika elluviimiseks on koostatud ja Vabariigi Valitsuse poolt heaks kiidetud tubakapoliitika roheline raamat *(Sotsiaalministeerium, 2014b)*.

Prioriteedid sekkumiste puhul

- Tõenduspõhise ja tõhusa tubakapoliitika edasiarendamine, tuginedes tubakapoliitika rohelisele raamatule, ning uute sekkumiste väljatöötamine ja rakendamine.
- Tubakast loobumise nõustamise kättesaadavuse ja kvaliteedi parandamine.
- Alaealistele tubakatoodete ja alternatiivtoodete kättesaadavuse tõkestamine, tubakatoodete tarvitamise ennetamine kodu, haridusasutuste ja paikkonna koostöös.
- Elanikkonna sihtrühmapõhine ja järjepidev teadlikkuse ning tubakatoodete tarvitamisega kaasnevate riskide tõsiduse tajumise suurendamine, hoiakute kujundamine ja oskuste arendamine.
- Tubakasuitsuga kokkupuute vähendamine.

NARKOOTIKUMID

Veerand Eesti täiskasvanud elanikest on tarvitanud elu jooksul mõnda narkootilist ainet, kusjuures 7% on teinud seda viimasel aastal ja 3% viimasel kuul. Elu jooksul tarvitatud narkootilistest ainetest on kõige sagedasem kanep. Lisaks tarvitatakse sagedamini ka stimulante (amfetamiin, ecstasy ja kokaiin) *(Vorobjov, Salekešin & Vals, 2018)*. Täiskasvanud elanikkonnast (16–64-aastased) on meelelahutuslikul eesmärgil kanepit tarvitanud elu jooksul 33% meestest ja 18,2% naistest *(Reile, Tekkel & Veideman, 2019)*. 15–16-aastaste noorte seas on illegaalseid uimasteid vähemalt üks kord elu jooksul proovinud 38% *(Vorobjov & Salekešin, 2016)*.

Eestis on tõsiseks probleemiks narkootikumide üledoosidest põhjustatud surmad, mis on valdavalt seotud opioidide süstimisega. 74% üledoosisurmadest on leidnud aset meeste hulgas. Üledoosi tõttu surnud inimesed on olnud peamiselt vanusevahemikus 25–44 *(Tervise Arengu Instituut, 2019)*.

Narkootikumide tarbimise vähendamine on edukam, kui tegeletakse paralleelselt selliste sekkumistega, mis on suunatud narkootikumide tarbimise ennetamisele, sõltlaste abistamisele ja pakkumise vähendamisele. Ennetamise ja sõltlastele teenuste pakkumise muudavad keeruliseks ühiskonnas levinud stigmad narkootikumide tarbijate kohta. Samuti ei oska lähedased piisavalt märgata uimastite tarbimise alustamist ega sellesse sekkuda.

Prioriteedid sekkumiste puhul

- Noorte hulgas narkootikumide tarvitamise ennetamine ja vähendamine järjepideva tervikliku ennetustöö arendamise ja edendamisega kodu, haridusasutuste ja paikkonna koostöös.
- Narkootikumide tarbimisest tulenevate kahjude vähendamine, sealhulgas narkootikumide tarvitamisest tingitud üledoosisurmade ennetamine.
- Sõltlastele mõeldud teenuste kvaliteedi parandamine, kättesaadavuse laiendamine ja integreerimine teiste raviteenustega.
- Elanikkonna sihtrühmapõhine ja järjepidev teadlikkuse suurendamine, hoiakute kujundamine ja oskuste arendamine ning koostöös vabakonnaga ühiskonna häbimärgistava hoiaku vähendamine.
- Narkootikume tarvitavatele inimestele tervishoiu- ja sotsiaalteenuste pakkumine alternatiivina karistusmeetmetele.

6.2.5. NAKKUSHAIGUSTE ENNETAMINE JA LEVIKU TÕKESTAMINE (SH VAKTSINEERIMINE, ANTIMIKROOBNE RESISTENTSUS, HIV JA HEPATIIT)

Nakkushaigus on haigus või haigustunnusteta haiguse kandmine, mis on põhjustatud nakkus-

tekitaja sattumisest organismi. Nakkushaigused levivad otseselt või kaudselt inimeselt inimesele või loomalt inimesele, kuid ka saastunud keskkonna ja esemete kaudu. Nakkushaiguste levikut mõjutab elanike teadlikkus nakkushaigustest ja nende ennetamise võimalustest.

Eestis nakatutakse valdavalt ülemiste hingamisteede ägedatesse nakkustesse (st piisknakkustesse), mis moodustavad 86,1% kõigist nakatumistest *(Terviseamet, 2018)* ning see trend ei ole viimase seitsme aasta jooksul muutunud.

Nakkushaiguste leviku ennetamiseks tuleb välja töötada terviklik ja kaasaegne poliitika ning seda tuleb järjepidevalt koostöös eri osapooltega rakendada. Nakkushaiguste ennetamine ja leviku tõkestamine on väga tihedalt põimunud tervist toetava keskkonna ja inimkeskse tervishoiu alaeesmärkidega. Seetõttu planeeritakse vajalikud tegevused ja teenused kõikide alaeesmärkide elluviimiseks koostatavatesse programmidesse.

Prioriteedid sekkumiste puhul

- Infektsioonikontrolli ja tervishoiuteenuse osutamisega seotud nakkuste puhul kaasajastatud tervikliku poliitika loomine (sh infektsioonikontrolli aluspõhimõtete uuendamine ja õigusruumi kaasajastamine, riiklike infektsioonikontrolli juhiste koostamine, infektsioonikontrolli nõuete täitmise seire).
- Elanikkonna teadlikkuse suurendamine nakkushaigustest ja nende ennetamisest.
- Seroepidemioloogiliste uuringute tegemine, et tagada tõenduspõhised otsused vaktsineerimise valdkonnas.
- Epideemiateks ja nakkushaiguste puhanguteks valmisoleku tagamine.

VAKTSINEERIMINE

Vaktsineerimine on kõige tõhusam viis nakkushaiguste vältimiseks. Laste ja noorukite õigeaegse vaktsineerimisega hõlmatuse tagamiseks on kehtestatud riiklik immuniseerimiskava. Selleks vajalikud vaktsiinid hangib riik ja need on kõigile tasuta.

Riikliku immuniseerimiskava kohase vaktsineerimisega hõlmatus on Eesti elanike seas hea, kuid märgata on mõningast langustrendi. WHO soovituse kohaselt peaks kaheaastaste laste hõlmatus immuniseerimisega olema 95% – see on tase, mille puhul peetakse nakkushaiguste puhanguid vähetõenäoliseks ning need on kiirelt kontrolli alla saadavad. Eestis jäi 2019. aastal kaheaastaste laste hõlmatus sõltuvalt vaktsiinist vahemikku 91–94% *(Tervise Arengu Instituut, 2019)*. Riikliku immuniseerimiskava vaktsineerimistega hõlmatuse vähenemine suurendab raskete nakkushaiguste epideemiate puhangu riski. Samuti on murekohaks väga väike hõlmatus gripivastase vaktsineerimisega, eriti riskirühmade seas. 2018. aastal oli Eesti elanikkonna hõlmatus gripivastase vaktsineerimisega 7%, mis on 2019. aastaks suurenenud (10%) *(Terviseamet, 2020)*.

Nii nagu teistes riikides, on ka Eestis suurenemas vaktsineerimises kõhklejate ja keeldujate arv. Eestis tuleb hoida senist kõrget vaktsineerimisega hõlmatuse taset, et hoida ära raskete nakkushaiguste puhangud.

Prioriteedid sekkumiste puhul

- Vaktsineerimise pikaajalise tegevuskava koostamine koostöös osapooltega.
- Vaktsineerimisega hõlmatuse suurendamine kogu elukaare ulatuses.
- Vaktsineerimisalase järjepideva kommunikatsiooniplaani väljatöötamine ja rakendamine koostöös eri osapooltega.
- Vaktsineerimise kättesaadavusest ja vajalikkusest tõenduspõhise teabe jagamine elanikkonnale ning tervishoiutöötajate vaktsineerimisalase teadlikkuse, hoiakute ja oskuste parandamine.
- Vaktsineerimise kättesaadavuse parandamine, sealhulgas immuniseerimiskava väliste vaktsiinidega.
- Infotehnoloogiliste lahenduste laialdasem rakendamine vaktsineerimisalase andmestiku parandamiseks.

ANTIMIKROOBNE RESISTENTSUS

Väga oluline on, et Eesti turul olevad ravimid oleksid tõhusad. Meditsiinis (ka veterinaarias) on vajalik kasutada patogeensete mikroorganismide, sealhulgas seente poolt esile kutsutud haiguste ravil antimikroobseid ravimeid, sealhulgas antibiootikume. Viimase kümnendi

jooksul on kasvavaks probleemiks antimikroobne resistentsus (AMR), mis tekib ja sageneb peamiselt antibiootikumide ebaõige kasutamise tõttu. Samuti on probleemiks nakkushaiguste leviku tõkestamisel resistentsus biotsiidide, näiteks desinfektsioonivahendite toimeainetele *(Scientific Committee on Emerging and Newly Identified Health Risks, 2009)*.

Praegu puudub terviklik teadmine AMRi levikust Eestis. Samuti puudub Eestis sektorite ja valdkondade ülene terviklik AMRi ohjamise poliitika. Hinnangute kohaselt sureb Euroopa Liidus igal aastal umbes 25 000 inimest resistentsetest bakteritest põhjustatud nakkuste tagajärjel, globaalselt küündivad need hinnangud aga juba 700 000 inimeluni aastas. Ravimitele resistentsete bakterite levikust põhjustatud nakkuste raviks vajalikke täiendavaid tervishoiukulutusi ja tootlikkuse vähenemist hinnatakse Euroopa Liidus 1,5 miljardi euroni igal aastal *(European Commission, 2019)*.

Prioriteedid sekkumiste puhul

- AMRi käsitleva ja põhimõttest „üks tervis" lähtuva sektorite ja valdkondade ülese poliitika kujundamine ja rakendamine.
- Valdkondadeülese lähenemise rakendamiseks tegevuskava koostamine.
- AMRi tekkepõhjuste analüüsimine, leviku seire ja tõkestamine.
- Elanikkonna ja tervishoiutöötajate teadlikkuse suurendamine ravimite, eriti antibiootikumide ebaõige kasutamisega seotud riskidest.
- Antibiootikumide väljakirjutamise põhimõtete ühtlustamine ja korrastamine.

HIV JA HEPATIIT

Viimasel viiel aastal on inimese immuunpuudulikkuse viiruse (HIV) levik stabiliseerunud ja pigem langustrendis, kuid on jätkuvalt kõrgel tasemel. Valdav osa HIVi juhte avastatakse Ida-Virumaal (37%) ja Tallinnas (43%). Ligi kolmveerand uutest juhtudest avastatakse 30-aastaste ja vanemate seas. Üha enam levib HIV seksuaalsel teel *(Rüütel, Kaur & Jevgenia, 2018)*.

Tõenduspõhiseks ja eesmärgistatud HIVi leviku vähendamiseks on koostatud riiklik HIVi tegevuskava aastateks 2017–2025 *(Sotsiaalministeerium, 2017)*.

Seni on suhteliselt tähelepanuta jäänud viirushepatiidi, eriti C-hepatiidi levik Eestis. Eestis on hinnanguliselt kuni 30 000 hepatiidiviiruse kandjat, kellel võib nakkuse tulemusena välja areneda maksatsirroos või maksavähk. Eriti suur on C-hepatiidi levik narkootikume süstivate inimeste seas, kellest on nakatunud ligikaudu 80% *(Vorobjov & Salekešin, 2017)*. Samuti on C-hepatiidi levik suur vangistatute seas, kellest ligikaudu 56% on nakatunud *(Kivimets, Uusküla, Lazarus & Ott, 2018)*. Kaasaaegse C-hepatiidi ravi ulatuslikum kättesaadavus aitaks vähendada viiruse levikut elanikkonna hulgas.

Prioriteedid sekkumiste puhul

- Elanikkonna sihtrühmapõhine ja järjepidev teadlikkuse suurendamine HIVist ja hepatiitidest.
- Ennetustegevuste ja sekkumiste planeerimine sihtrühmi arvestades, sealhulgas haavatavatele rühmadele piisavas mahus kahjude vähendamise sekkumiste tagamine.
- Diagnostika ja ravi kättesaadavuse ning kvaliteedi parandamine, arvestades eri sihtrühmi.

6.2.6. SEKSUAAL- JA REPRODUKTIIVTERVISE EDENDAMINE

Summaarne sündimuskordaja ehk keskmine laste arv naise kohta on olnud 21. sajandil Eestis kõikidel aastatel alla kahe *(Statistikaamet, 2020)*. Samas, ligikaudu pooled naistest peavad ideaalseks kolme või enamat last. Tegelikkuse ja ideaalseks peetava olukorra erinevusel on mitu põhjust. Üks põhjus on turvalisuse ja kindlustunde puudumine, et suudetakse suurema arvu laste puhul majanduslikult hakkama saada *(Lippus et al., 2015)*. Teisalt on peresuhted muutunud ebapüsivamaks, kasvanud on vabaabielude, abielulahutuste ja üksikvanemate osakaal lapsevanemate hulgas. Esmassünnitajate keskmine vanus on aastate jooksul kasvanud (2008. aastal 25,6 eluaastat, 2019. aastal 28,2 eluaastat). Hilisemas vanuses sünnitamisel on suurem tõenäosus, et ollakse lapse kasvatamiseks majanduslikult paremini kindlustatud, kuid vanuse tõusuga suureneb tõenäosus, et esineb probleeme rasestumisega. Eestis tehti 2018. aastal 3011 viljatusravi tsüklit, mis on 5% enam kui aasta varem. Kui aastail 2014–2016 oli läbitud viljatusravi tsüklite arv languses, siis alates 2017.

aastast on see kasvanud. Kehavälise viljastamise tulemusel sündinud laste arv on vahepealse languse järel viimasel kahel aastal uuesti suurenenud. Eestis sündis sellise sekkumise toel 2018. aastal 392 last, moodustades kõikidest sündidest 2,8% *(Tervise Arengu Instituut, 2019)*.

Parimad seksuaal- ja reproduktiivtervise (SRT) näitajad (seksuaalsel teel levivate infektsioonide levimus, sh HIV, abortide üldarv, perinataalne suremus, sünnitusabi näitajad, teismeliste rasedused jt) on ühiskondades, kus on muu hulgas tagatud ligipääs haridusele, elanikkond on sotsiaalselt toimetulev, kõigile on kättesaadavad kvaliteetsed SRT teenused ja kaasaegsed rasestumisvastased vahendid *(Eesti Seksuaaltervise Liit (ESTL), 2013)*. Noorte seksuaaltervise näitajad on Eestis viimastel aastatel järjepidevalt paranenud. Alla 18-aastaste hulgas on raseduste ja abortide arv vähenenud. Ennetustegevuste jätkamisel ja arendamisel on võimalik tagada positiivse trendi püsimine. Eesti täiskasvanud elanikkonna seksuaal- ja reproduktiivtervisealane teadlikkus on vähene ning käitumine ja valikud ei toeta tervist *(Lõhmus, Lemsalu, Rüütel & Vals, 2018)*.

Seksuaal- ja reproduktiivtervisega seotud probleemide ennetamist mõjutavad ühiskonnas levinud hoiakud. Ennetamise seisukohast on väga olulisel kohal vastav haridus ja kättesaadavad integreeritud teenused. Seksuaalharidus peab tagama eakohased teadmised vastutustundlikust ja tervisele ohutust seksuaalkäitumisest. Integreeritud teenused (heaks näiteks on noorte nõustamiskeskused) peavad olema ligipääsetavad ja kättesaadavad kõigile ning sisaldama nõustamist seoses rasestumisvastaste vahendite, raseduse, raseduse katkestamise, seksuaalsel teel levivate infektsioonide (STLI), sealhulgas HIVi ennetamise, seksuaalsuhete ja seksuaalvägivallaga. Väga suurt tähelepanu tuleb pöörata seksuaalvägivalla ja -kuritegude, eriti lastevastase seksuaalvägivalla ennetamisele ja sellealase teadlikkuse suurendamisele. 2018. aastal registreeriti 580 seksuaalkuritegu, mis on ligi 4% rohkem kui 2017. aastal *(Justiitsministeerium, 2019)*. Seksuaalvägivallal on tõsised meditsiinilised, sotsiaalsed ja majanduslikud tagajärjed ohvrile, tema lähedastele ning ühiskonnale laiemalt.

Eestis on seksuaalsel teel levivate infektsioonide (STLI) registreeritud juhtude arv küll alates 1990. aastate algusest vähenenud, kuid suureks probleemiks on HIVi piirkondlik epideemia (vt alapeatükki HIV ja hepatiit).

Prioriteedid sekkumiste puhul

- Eri sihtrühmade seksuaal- ja reproduktiivtervisealase teadlikkuse suurendamine.
- Tõenduspõhise ning eakohase seksuaalhariduse kättesaadavuse võimaldamine eri sihtrühmadele.
- Tõenduspõhiste integreeritud seksuaal- ja reproduktiivtervise teenuste kättesaadavuse tagamine eri sihtrühmadele vastavalt vajadusele ja meditsiinilisele näidustusele.
- Tervikliku seksuaal- ja reproduktiivtervise poliitika kujundamine, et edendada nii meeste kui naiste vastutustundlikku ja tervisele ohutut seksuaalkäitumist, toetada sündimust ja emade head tervist, ning vastavate sekkumiste planeerimine ja elluviimine, arvestades sihtrühmi ja piirkondi.
- Nõustamisprogrammide laiendamine teadlikuks pereplaneerimiseks, tervete laste sünniks, emade tervise kaitseks ja abortide arvu vähendamiseks.

7. ALAEESMÄRK: TERVIST TOETAV KESKKOND

7.1. SOOVITAV TULEMUS JA PROBLEEMID

Inimese terviseseisundit ja rahulolu mõjutavad väga paljud aspektid – geenikombinatsioonid, mis ta on saanud vanematelt, tingimused, kus ta on üles kasvanud, valikud, mis ta on teinud oma elu eri etappidel, ja palju teised tegurid. Sellesse loetellu kuulub ka ümbritsev keskkond (sealhulgas töökeskkond), mis mõjutab terviseseisundit sageli enam, kui seda tajutakse. Keskkonna mõju sõltub olulisel määral inimese terviseseisundist, mõjutavate keskkonnategurite omadustest ja nendega kokkupuute ajast. Sageli võib keskkonnategurite negatiivne mõju ilmneda alles aastate pärast (näiteks kujuneb välja allergia, närvikahjustus või kasvaja). Negatiivse mõju kõrval võivad keskkonnategurid mõjutada inimese tervist ka positiivselt (näiteks piisaval hulgal hapnikku ja valgust klassiruumis loob tingimused, et õpilase õppeedukus säiliks ja silmad ei väsiks). Keskkonnategurid mõjutavad enam lapsi, rasedaid, eakaid ja neid, kelle terviseseisund on kehvem.

Hinnangud keskkonnamõju olulisusele enneaegsete surmade ja tervisekaotuse seisukohalt varieeruvad paljuski sõltuvalt sellest, kuidas defineeritakse ümbritsevat keskkonda ning missuguseid tegureid käsitatakse keskkonnateguritena. Maailma Terviseorganisatsiooni andmetel *(Prüss-Üstün, Wolf, Corvalán, Bos & Neira, 2016)* on maailmas kõikidest surmadest 23% ja WHO regioonis hinnanguliselt 20% ning alla viieaastaste laste surmadest 26% seotud keskkonna ohutegurite tõttu. Rahvastiku tervisekaotusest (DALY – disability-adjusted life years) hinnatakse kuni 22% otseselt seotuks elu- ja töökeskkonnast tulenevate ohutegurite toimega.

2017. aastal toimunud keskkonna- ja terviseministrite kohtumisel lepiti Ostrava deklaratsiooniga *(World Health Organisation, 2017a)* kokku Euroopa keskkonna ja tervise prioriteedid 21. sajandiks. Euroopa keskkonna- ja tervisevaldkonna eest vastutavad ministrid pühendavad deklaratsiooniga keskkonnateguritest tuleneva haiguskoormuse vähendamisele ning keskkonna- ja tervisevaldkonna ja sidusrühmade vahelise koostöö tugevdamisele.

Tervist toetava keskkonna alaeesmärk käsitleb inimese tervist mõjutavat elukeskkonda. Elukeskkond tähendab inimest ümbritsevat sotsiaalmajandusliku, psühhosotsiaalse, loodusliku ja tehisliku keskkonna tegurite kogumit, mis mõjutab või võib mõjutada inimese tervist. Elukeskkond hõlmab nii kodu-, õpi-, töö- kui puhkekeskkonda.

Selleks, et elukeskkonnast tulenev negatiivne tervisemõju oleks minimaalne ja võimaluse korral ennetatud, on vajalik, et eri osapooled tajuksid oma otsuste olulisust tervise mõjutamisel. Samuti on oluline tihe koostöö valdkondade vahel (tervise-, sotsiaal- ja töövaldkond, keskkond, põllumajandus, haridus, teadus, maksundus, siseturvalisus) nii üle riigi kui kohaliku omavalitsuse ja kogukondade tasandil, kaasates sellesse ka kolmanda ja erasektori.

Soovitav tulemus:

Kõikide Eesti elanike elukeskkond on muutunud tervist toetavamaks ning teave võimalikest keskkonnast tulenevatest terviseriskidest ja nende vähendamise viisidest on õigel ajal kergelt kättesaadav.

Inimese tervist mõjutavaid elukeskkonnast tulenevaid tegureid hinnatakse regulaarselt ning sellekohane kergesti mõistetav teave (nii negatiivne kui positiivne) on õigel ajal kättesaadav. Võimalikud elukeskkonna negatiivsed mõjud on viidud miinimumini ning elukeskkonna tervist toetavaks muutmiseks on loodud paremad tingimused kõikides sektorites. Elukeskkond pakub inimestele rahulolu ning toetab tervislikke ja keskkonda säästvaid valikuid. Kasutatud on globaalsete megatrendide potentsiaali, sealhulgas ringmajandust, säästvat arengut ja ressursitõhusust.

Soovitud tulemuseni jõudmise eelduseks on, et:

- riigi, kohaliku tasandi, kolmanda sektori, kogukondade ja erasektori koostöö keskkonnast tulenevate terviseriskide ennetamisel ja vähendamisel on eesmärgistatud, järjepidev ja senisest tõhusam (sh kemikaaliohutuse puhul);

- elukeskkonnast tulenevate riskide ja tervisemõjudega arvestatakse teiste valdkondade poliitika kujundamisel ja otsuste tegemisel;
- teave elukeskkonna ohuteguritest ja nendest tulenevate terviseriskide hindamise võimalustest on arusaadav ja kergesti leitav vajalikul ajal;
- korraldus ja regulatsioonid lähtuvad kaasaegsetest põhimõtetest, mille lähtekohaks on riskide hindamine ja inimeste vajadused;
- korraldusmudelite ja regulatsioonide puhul on valmisolek ja vajalik paindlikkus loodud, et arvestada kliimamuutuste mõjudega tervisele ja neile reageerida;
- elanikkonna teadlikkus ning oskused tervise- ja keskkonnaohutuse valdkonnas (ravimite ja kemikaalide kasutamine, jäätmete käitlemine, tööohutus, toodete märgiste tähenduse mõistmine) paranevad;
- keskkonnatervishoiuga seotud tegevus, eriti kohalikul tasandil, on elanikkonnale arusaadav ja läbipaistev;
- füüsikaliste, keemiliste ja muude ohutegurite tervisemõju hinnatakse enne teenuste või toodete kasutusele võtmist;
- võimalikke probleeme ennetatakse ja tervisemõjusid arvestatakse tegevuste kavandamise faasis, enam tähelepanu pööratakse ruumilisele planeerimisele.

KESKKONNAST, SH TÖÖKESKKONNAST TINGITUD ENNEAEGSE SUREMUSE JA HAIGESTUMUSE TÕTTU KAOTATUD ELUAASTATE ARV 100 000 ELANIKU KOHTA

Allikas: University of Washington, Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME)

*baastase

2017*	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
1612	1505	1470	1434	1399	1363	1328	1292	1257	1221	1186	1150

Alaeesmärgiga seonduvat jälgitakse keskkonnast, sh töökeskkonnast, tingitud enneaegse suremuse ja haigestumuse tõttu kaotatud eluaastate arvu näitaja abil.

Näitaja 7: keskkonnast, sh töökeskkonnast, tingitud enneaegse suremuse ja haigestumuse tõttu kaotatud eluaastate arv 100 000 elaniku kohta

Näitaja kirjeldab enneaegse suremuse ja haigestumuse tõttu kaotatud eluaastate arvu (ingl disability-adjusted life years (DALY)) 100 000 elaniku kohta, mis on tingitud keskkonnast. Keskkonnana mõeldakse selle näitaja puhul nii seda osa keskkonnast, mida saab mõjutada Sotsiaalministeerium (nt töökeskkond, joogivesi, käte pesemine, koolide, hooldekodude ja lasteaedade nõuded jne), kui ka väliskeskkonda (välisõhk, radoon looduses jne), mida mõjutab enam Keskkonnaministeerium või ka Majandus- ja Kommunikatsiooniministeerium (eluhoonete ehitusnõuded jne). Alaeesmärk keskendub keskkonnast tulenevate tegurite tervisemõjudele, seetõttu valiti alaeesmärgiga saavutatud muutuste üldiseks hindamiseks see näitaja. Näitaja võimaldab teha võrdlusi teiste riikidega.

Alaeesmärgis sõnastatud soovitud tulemusteni jõutakse peamiselt alapeatükis 7.2 kirjeldatud lahendusteede abil. Lahendusteede kavandamisel ja elluviimisel arvestatakse rahvusvaheliste arengusuundade ja koostööga. Tervisevaldkonna rahvusvahelisest koostööst on pikemalt kirjutatud peatükis 9. Eesti riigisiseste eesmärkide saavutamiseks tehakse koostööd ja osaletakse aktiivselt poliitikakujundamisel ka rahvusvahelisel tasandil kemikaaliohutuse valdkonnas, aga ka elukeskkonnast tulenevate terviseriskide hindamisel ja tervisemõjude seiramisel.

Alaeesmärgi elluviimiseks koostatakse tervist toetava keskkonna programm, mis käsitleb põhjalikumalt lahendusteid, peamisi probleeme, meetmeid, tegevusi, teenuseid ja tulemuslikkuse hindamiseks vajalikke näitajaid.

7.2. LAHENDUSTEED

7.2.1. VEEGA SEOTUD TERVISERISKIDE VÄHENDAMINE

Puhas vesi on üks olulisemaid ressursse tervise ja heaolu tagamisel – selle kvaliteedi halvenemine toob kaasa märkimisväärsed tagajärjed rahvastiku tervisele. Seega on väga oluline, et veega seotud haigusi ja õnnetusi ennetatakse ja vähendatakse. Veega seotud haigused ja õnnetused võivad tekkida joogivee tarbimisel, suplemisel ja reovee käitlemisel.

Eesti elanikkond on joogiveega hästi varustatud. Kõigis Eesti linnades ja paljudes väikeasulates on joogiveega varustamiseks ühisveevärgid.

Eesti elanikest kasutab ligikaudu 89,1% ühisveevärgi vett, ülejäänud osa saab vett individuaalsetest madalamatest puur- ja salvkaevudest. Nõuetele vastava ühisveevärgi joogiveega varustatud elanikkonna osakaal oli 2017. aastal 99% ning joogiveest tingitud haiguspuhanguid ei esinenud (ühisveevärgi vee tarbijad).

Prioriteedid sekkumiste puhul

- Vee seisundi seire kaasajastamine ja saadud tulemuste põhjal tarbijatele kergesti mõistetava teabe kättesaadavaks tegemine.
- Joogivee radionukliidide sisaldusest põhjustatud terviseriskide hindamise metoodika väljatöötamine ning vajalike hindamisoskuste parandamine ja rakendamine.
- Tervisele ohutule joogiveele juurdepääsu suurendamine ja riskide hindamise põhimõtete uuendamine.

7.2.2. VÄLIS- JA SISEÕHUGA (SH SISEKLIIMA) NING MÜRA JA KIIRGUSEGA SEOTUD TERVISERISKIDE VÄHENDAMINE

VÄLIS- JA SISEÕHK (SH SISEKLIIMA)

Välisõhu saaste on üks olulisemaid keskkonnatervishoiu riske, mille vähendamisega saavad riigid kahandada insuldist, südamehaigustest, kopsuvähist ning kroonilistest ja akuutsetest hingamisteede haigustest (sh astma) tulenevat haiguskoormust. WHO andmete kohaselt põhjustab välisõhu saaste üle maailma hinnanguliselt kolm miljonit ja ELis 400 000 enneaegset surma aastas *(World Health Organisation, 2016a)*.

Peamine välisõhusaaste koormus tekib transpordi-, energia-, tööstus-, jäätmekäitlus-, elamumajandus- ja põllumajandussektoris.

Siseõhu kvaliteedil on tervise seisukohalt oluline roll, sest inimesed viibivad siseruumides, sealhulgas töökeskkonnas, olenevalt aastaajast kuni 80% ööpäevast. Kui värske õhu juurdevool ja õhu ruumala inimese kohta väheneb ning seda ei kompenseeri ventilatsioon, kasvab piisknakkustesse haigestumise risk, tekib uimasus ning väheneb inimese vaimne ja füüsiline efektiivsus. Akende vahetamine ja ruumide tihendamine suurendab niiskuse sisaldust ja mitmesuguste tervist ohustavate saasteainete kuhjumist ruumis. Allergilised haigused (allergiline nohu, dermatiit, astma) on sageli põhjustatud just keskkonnaallergeenidest (eriti peened osakesed ja peenosakesed *(Keskkonnaministeerium, 2016)*, lämmastikoksiidid, süsinikmonooksiid, õietolm, loomakarvad, hallitusseente eosed jt).

MÜRA

Müral on otsene kahjulik toime kuulmiselunditele, mille tagajärjel võib tekkida kuulmislangus, aga müra põhjustab ka unehäireid, ärevust ja ärrituvust ning soodustab südame-veresoonkonnahaiguste teket. Südame-veresoonkonnahaigused on omakorda sageli enneaegsete surmade põhjuseks. Euroopa Keskkonnaagentuuri koostatud müra faktilehe alusel tekitab kõige enam müraga seotud terviseprobleeme transpordi ja teedevõrguga seotud müra linnapiirkondades *(European Environment Agency, 2018)*. Euroopa Keskkonnaagentuuri hinnangul põhjustab keskkonnamüra Euroopas igal aastal 10 000 enneaegset surma, 43 000 inimest tuleb hospitaliseerida, kaheksal miljonil on unehäired ning 20 miljonit inimest on mürast häiritud või ärritunud *(Euroopa Keskkonnaagentuur, 2019)*.

KIIRGUS (IONISEERIV KIIRGUS, RADOON, MITTEIONISEERIV KIIRGUS, ULTRAVIOLETTKIIRGUS)

Elektromagnetspektril eristatakse ioniseerivat kiirgust ja mitteioniseerivat kiirgust.

Ioniseeriv kiirgus on suure energiaga elektromagnetiline kiirgus (sealhulgas röntgen- ja

gammakiirgus) ja võimeline elektrone aatomist eraldama. Ioniseeriv kiirgus on meeltele tajumatu, selle taset on võimalik mõõta ainult spetsiaalsete seadmetega. Ioniseeriv kiirgus pärineb nii looduslikest kui tehislikest allikatest ehk inimtegevusest. Põhilise doosi saavad inimesed siiski looduslikest allikatest, kuid kiirgusega võib kokku puutuda ka töökeskkonnas.

Radoon hoonete ja elamute siseõhus on oluline riskitegur inimesele. See annab sissehingamisel enam kui poole inimese saadavast looduslikust kiirgusdoosist. Radoon on oluline kopsuvähi tekkimise riskitegur. Viimastel aastakümnetel Euroopa ja Põhja-Ameerika elanikkonna hulgas tehtud meditsiinilised uuringud tõestavad kopsuvähi ja suure radoonikontsentratsiooni vahelist seost. Geoloogiliste uuringute käigus on välja selgitatud, et radooni puhul on probleemseim piirkond Põhja-Eesti, kus pinnaseõhus varieerub radooni sisaldus 23–75 kBq/m^3 ning ehitamisel tuleb rakendada radooni takistavaid meetmeid, et see ei pääseks hoonete siseõhku. Siseõhu radoonisisalduse mõõtmiste põhjal, mida on valdavalt tehtud Harjumaal ja Põhja-Eestis, ületab ligi 14% juhtudest siseõhk radoonisisaldust 300 Bq/m^3 (viitetase, mida EL Nõukogu direktiivi 2013/59 kohaselt ei tohiks ületada) ja 2% puhul on see 1000 Bq/m^3 *(Eesti Geoloogiakeskus, 2017)*.

Väiksemas sagedusvahemikus paikneval elektromagnetilisel kiirgusel (kuni 300 GHz) ei ole piisavalt energiat, et eraldada materjali aatomist elektrone. Seda nimetatakse **mitteioniseerivaks kiirguseks**. Mitteioniseeriva kiirguse alla kuuluvad näiteks infrapunakiirgus, raadio- ja mikrolained, ultraviolettkiirgus. Seniste uuringute põhjal puuduvad tõendid mitteioniseeriva kiirguse tervist kahjustavast mõjust tingimusel, et nende kokkupuute tase nende kiirgustega jääb madalamaks ELi õigusaktides sätestatud elektromagnetväljade tasemetest. Eestis on mitteioniseeriv kiirgus valdavalt lubatud normide piires. Terviseamet on mõõtnud ka Teletorni ümbruse *(Terviseamet, 2013)* ning koolides wifi lokaalvõrkude elektromagnetväljade tasemeid *(Terviseamet, 2017)*. Mõlema uuringu mõõtmiste tulemused näitasid, et elektromagnetväljade võimsustihedused vastavad mitteioniseeriva kiirguse ohutust reguleeriva määruse nõuetele.

Päikesekiirguse ultravioletne osa mängib olulist rolli mitmes biosfääri protsessis, kuid mõjutab ka inimese tervist. Ultraviolettkiirgus jaotatakse kolmeks (UV-A, UV-B ja UV-C) kiirguseks, mis erinevad lainepikkuste poolest. Ultraviolettkiirgus on nähtamatu. Maapinnale jõudev ultraviolettkiirgus on otseselt seotud osoonikihi paksusega, mis toimib filtrina – neelab Päikeselt lähtuvat lühilainelist ultraviolettkiirgust ning tõkestab inimese tervisele kahjuliku UV-B-kiirguse jõudmise maapinnale olulisel määral. Mida väiksem on osooni kaitse, seda suurem on võimalus saada liiga suur doos kiirgust, mis kahjustab nahaalust kudet ja soodustab nahavähi teket. UV-B-kiirguse doosiga liialdamine toob kaasa naha põletuse ning suurendab ka silmakahjustuste esinemist. UV-A-kiirguse mõjul nahk peamiselt päevitub, kuid samas põhjustab see naha enneaegset vananemist. UV-C-kiirgus aga absorbeerub maakera atmosfääri ülemistes kihtides täielikult ning seetõttu see maa peale ei jõua.

UV-kiirguse intensiivsust mõõdetakse spetsiaalsete sensoritega ja avaldatakse UV-indeksina. UV-indeks sõltub oluliselt Päikese kõrgusest ja pilvedest. UV-indeksi väärtuse 3 puhul saab keskmine eestlane põletuseni küündiva doosi 50 minutiga, UV-indeksi väärtuse 6 puhul 25 minutiga. Eestis on seni kõrgeim UV-indeksi väärtus (8,6) mõõdetud 2008. aasta ja 2011. aasta suvel *(Keskkonnaagentuur, 2019)*.

Kui liiga palju päikest võib inimesele halba teha, siis ka liiga vähe päikest pole tervisele kasulik. D-vitamiini loomulik süntees organismis toimub UV-B-kiirguse toimel inimese nahas.

Prioriteedid sekkumiste puhul

- Terviseriskide hindamise ja seire süsteemi kaasajastamine ja tõhustamine õhu, müra ja kiirguse vallas tähendab eelkõige ennetusmeetmete tõhusamat kasutamist ja riskihindamisepõhise lähenemise juurutamist (nt hinnatakse terviseriske ja leitakse leevendusmeetmeid varajase planeerimise etappides) ning tõenduspõhiste uuringute tegemist (ohutegurite parem seostamine tervisemõjudega, et valida sobivaimad meetmed).
- Välisõhu hea kvaliteedi tagamiseks jätkub õhukvaliteedi juhtimissüsteemi raames saasteainete seire riiklikes seirejaamades, kuid lisanduvad ka suuremat saastust põhjustavate ettevõtete seirejaamade andmed, mis on avalikult jälgitavad.

- Eri sihtrühmade terviseriskide hindamise oskuste ja võimaluste parandamine.
- Õhku, müra ja kiirgust puudutava info inimestele kergesti mõistetavaks ja kättesaadavaks tegemine.

7.2.3. KEMIKAALIDE OHUTUS JA RISKIDE VÄHENDAMINE

Kemikaalid on igapäevaelu oluline osa, mille mõju inimese organismile ja ümbritsevale keskkonnale sõltub nende omadustest, kogusest ja viisist, kuidas neid kasutada. Selleks, et kasutamisel võimalikke riske vältida või vähendada, tuleb tuvastada ja mõista kemikaalide olemuslikke ohte. Kemikaalide vale kasutamine võib põhjustada pahaloomulisi kasvajaid, lootekahjustusi, astmat, kesknärvisüsteemi häireid, hingamisteede haigusi, allergilisi haigusi ja muid tervisekahjustusi. Kemikaalid võivad organismi sattuda sissehingatava õhuga, imendumisel läbi naha ja limaskestade, imendumisel seedeelundite kaudu ning lootele ema organismi kaudu.

Kemikaaliohutus on nn horisontaalne teema, mis puudutab nii avaliku sektori institutsioone kui erasektorit ning hõlmab kogu kemikaali elutsüklit (nt kemikaalide tööstuslik tootmine ja nende kasutamine, jäätmete käitlemine).

Kemikaaliohutuse valdkonda reguleerivad ELi otsekohalduvad määrused. Seetõttu sõltub eesmärkide saavutamine just ELi tasandil tehtavatest otsustest ning oluline on Eesti aktiivne osalus ELi tasandil ja regionaalsetes kemikaaliohutuse poliitika koostööalgatustes.

Prioriteedid sekkumiste puhul

- Sektorite ja sidusrühmade vahelise partnerluse tugevdamiseks koostöömudelite uuendamine ja parandamine, et suurendada sidusrühmade ja üldsuse kaasatust, huvi ja teadlikkust, samuti tingimuste loomine tootearenduseks ja innovatsiooniks.
- Koostöö edendamine teadusuuringute ja biomonitooringu vallas ning nende tulemustega arvestamine nii Eestis kui rahvusvahelisel tasandil.
- Ohtlike kemikaalide ohutumate alternatiividega asendamise ja parima tehnoloogia kasutamise soodustamine.
- Tootearendust ja innovatsiooni soodustavate võimaluste analüüsimine.
- Kergesti mõistetava teabe pakkumine kemikaalide tervisemõju ja selle vältimise tõhusate sekkumiste kohta.
- Järelevalvepõhimõtete nüüdisajastamine (riskipõhiseks muutmine) ning teiste liikmesriikidega koostöö edendamine.

7.2.4. TOODETE JA TEENUSTE OHUTUS NING RISKIDE VÄHENDAMINE

Tooted ja teenused peavad olema ohutud.

Toode on ohutu, kui see on ettenähtud otstarbe kohasel kasutamisel ja kasutustingimuste järgimisel ohutu inimesele ja varale ega ohusta ümbritsevat keskkonda. Selleks, et tarbija oskaks ettenähtud viisil tooteid kasutada, peab olema piisavalt kergesti mõistetavat teavet (kasutusjuhend, teabelehed jms).

Teenuseks on mistahes iseseisev majandustegevus, seda osutatakse tavaliselt tasu eest *(Euroopa Parlament ja EL Nõukogu, 2012)*. Teenuseosutaja vastutab oma tegevuse ohutuse ja kvaliteedi eest.

Teenuste ohutuse tagamisel on oluline, et teenuseosutajal on vajalik tõendatud kvalifikatsioon ning oskused ja kogemused. Teenuse osutamisel tuleb kasutada ohutuid tooteid ning teenusesaajat tuleb võimalikest riskidest informeerida.

Seadmete ja toodete ebakorrektne ja asjatundmatu kasutamine võib teenusesaajatele põhjustada soovimatuid mõjusid või pikaajalisi tüsistusi. Näiteks võivad ebahügieenilised töövahendid, värvained ja ka töövõtted põhjustada nakkusi, võimalikud on ka seenhaigused ja allergilised reaktsioonid *(Terviseamet, 2012)*. Teenuste kahjulik mõju võib avalduda alles aastate või aastakümnete pärast. Solaariumis päevitades saadav väga suur annus UV-kiirgust kahjustab naha rakkude struktuuri, pärsib immuunsüsteemi ning muudab vastuvõtlikumaks nakkuste ja nahavähi suhtes, samuti võib see suurtes doosides põhjustada naha põletust. On välja selgitatud, et mida nooremas eas hakatakse solaariumit kasutama, seda suurem on risk haigestuda nahavähki *(Ghiasvand et al., 2017)*.

Teenuseosutaja kvalifikatsiooni ja kasutatavate toodete ohutusega samal määral oluline on ka teenuse osutamise keskkond. Teenuse osutamise keskkonnast tulenevad terviseriskid peavad olema hinnatud ja maandatud. Samuti on oluline, et teenuste osutamise keskkond aitaks säilitada ja toetada inimese tervist ning oleks keskkonnasäästlik.

Prioriteedid sekkumiste puhul

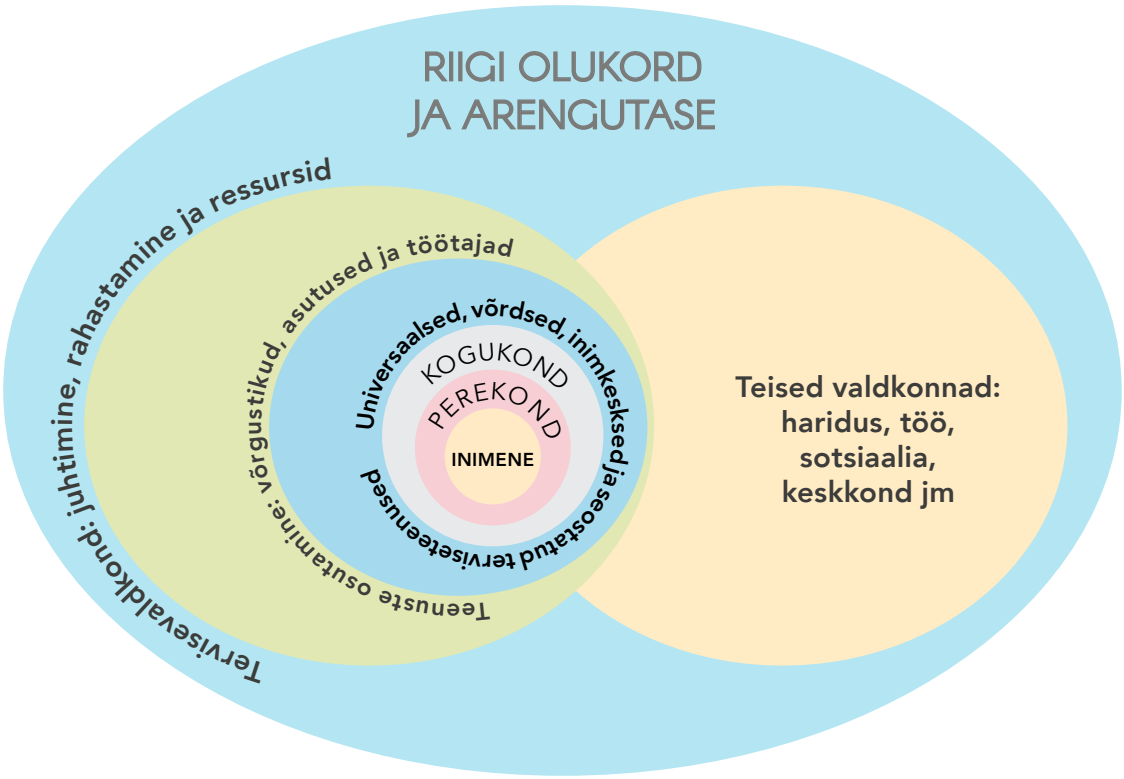
- Inimese tervise kaitseks kehtestatud nõuete ja korralduse nüüdisajastamine.
- Teenuseosutajatele nõuete järgimist abistava teabe lihtsamalt kättesaadavaks ja mõistetavaks tegemine.
- Järelevalve muutmine ennetavaks ja riske hindavaks.
- Inimeste teadlikkuse suurendamine toodete märgistest, teenustele kehtivatest nõuetest ja võimalikest terviseriskidest ning nende maandamise meetmetest.

8. ALAEESMÄRK: INIMKESKNE TERVISHOID

8.1. SOOVITAV TULEMUS JA PROBLEEMID

Viimastel kümnenditel on Eesti tervisesüsteem läbi teinud mitmeid muutusi teenuste korraldamisel ja rahastamisel ning oluliselt on paranenud tervishoiuteenuste osutamise tehniline võimekus ja kvaliteet. Maailmas oleme esimeste seas digitaalsete lahenduste kasutamisel tervishoius. Samas on ühiskond pidevas muutuses ning tänapäeval, kus igasuguse teabe kättesaadavus ja inimeste liikumine on praktiliselt piiramatu, muutuvad oluliselt ka inimeste ootused ja suhtumine tervisesüsteemi, samuti avab see uusi võimalusi tervisetulemi mõjutamiseks nii üksikisiku kui rahvastiku tasandil. Seetõttu ei piisa üksnes tervishoiuteenuste tehnilise võimekuse ja kvaliteedi edasisest arendamisest. Muutuma peavad nii tervishoiutöötajate oskused arvestada patsiendi ja tema lähedaste ootusi kui ka teenuste korraldus, et esiplaanile tõuseksid patsiendi vajadused, kaasatus ja üldine tervisetulem. Muudatuste käigus on oluline, et nende tulemusena suureneks ka koostöö teiste spetsialistidega. Selleks on oluline arendada tervishoidu inimkeskselt ning suunata tervishoiu fookus terviseprobleemide ennetamisele ja kahjude vähendamisele ning inimeste füüsilise, vaimse ja sotsiaalse heaolu edendamisele.

Inimkeskne tervishoid on laiem kui patsiendikeskne tervishoid. Lisaks ravile pöörab inimkeskne tervishoid tähelepanu ennetusele, kogukonna tervisele ja heaolule ning selle roll on muu hulgas mõjutada tervishoiupoliitikat ja -teenuseid (joonis 13). Selline tervishoiusüsteem arvestab nii inimeste vajaduste, ootuste ja sotsiaalsete eelistustega kui ka konkreetsete haigustega *(World Health Organisation, 2015)*. Oluline on, et inimesed saavad piisavalt teadmisi ja tuge raviprotsessi kaasamisel ja otsustamisel ning nende lähedased või hooldajad on võimelised toetavas keskkonnas andma oma panuse. Tervishoiuteenuseid tuleks osutada võrdse partnerluse alusel spetsialistide, teenuseid saavate inimeste, nende lähedaste ja kogukondade vahel, mida toetavad pikaajalised suhted inimeste, teenuseosutajate ja tervishoiusüsteemi tasandite vahel. Seega on inimkeskuse tagamisel oluline teenuste integreeritus.



Joonis 13. Inimkeskne tervishoiusüsteem. Sotsiaalministeeriumi koostatud, kasutades Maailma Terviseorganisatsiooni joonist *(World Health Organisation, 2015)*.

Integreeritud tervishoiuteenuseid osutatakse koordineeritult nii tervishoiusüsteemi tasandite ja raviasutuste vahel kui ka koostöös osapooltega, kes on väljastpoolt tervishoiusektorit, arvestades inimese vajadusi kogu elukaare vältel. See hõlmab tervise edendamist, haiguste ennetamist, diagnoosimist, ravi ja haiguste käsitlust ning rehabilitatsiooni- ja palliatiivteenuste saamist vastavalt vajadustele järjepidevalt. Integreeritud ja inimkesksete teenuste arendamine aitab suurendada inimeste suutlikkust oma haigusega paremini toime tulla ning parandada tervisetulemit ja terviseharitust. Samuti suurendab see süsteemi tõhusust, teenuste kättesaadavust, rahulolu osutatud teenustega ja tervishoiutöötajate rahulolu tööga ning aitab kontrolli all hoida tervishoiukulude kasvu.

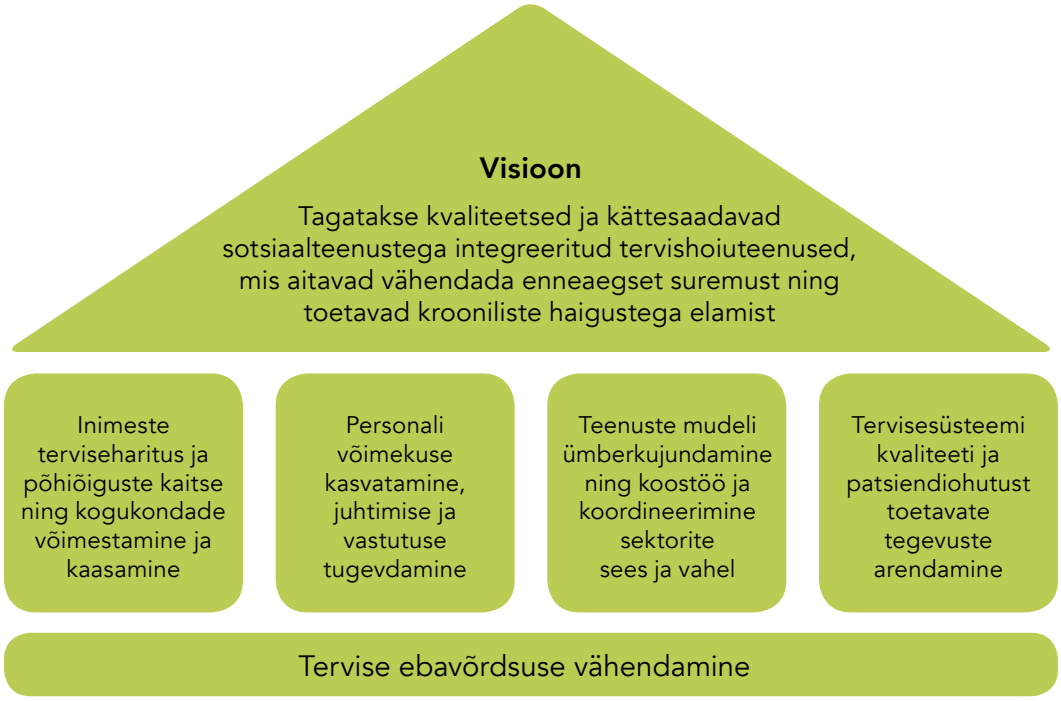
Integreeritud ja inimkeskse tervishoiu eesmärkide täitmiseks tuleb saavutada Eesti elanikkonna üldine tervisekindlustus ning tagada tervishoiu rahastamise pikaajaline jätkusuutlikkus. Selleks on oluline vähendada tervishoiu rahastamise süsteemi tulubaasi sõltumist vaid tööhõivel põhinevate maksude laekumisest *(Couffinhal & Habicht, 2005) (Thomson et al., 2010)*. Vajalik on jätkata tervishoiu rahastamise tulubaasi laiendamiseks võimaluste otsimise ja loomisega. Samuti on vajalik tagada ravi ja teenuste osutamise järjepidevus, arvestades seejuures inimkesksust ja innovaatilisi võimalusi.

ÜROs kokku lepitud arengueesmärkides on prioriteediks üksikisikutele ja perekondadele nende vajadustele vastavate tervishoiuteenuste pakkumine, tagades kõikidele inimestele üldise tervisekindlustuse *(United Nations, 2015)*. See aitab vältida inimeste vaesumist ja kaitsta inimest finantsriskide eest ning tagada juurdepääsu kvaliteetsetele, tõhusatele ja ohututele tervishoiuteenustele *(Thomson, Evetovits & Cylus, 2018)*.

Soovitud tulemuseni jõudmise eelduseks on, et:

- Ennetuses, varases avastamises ja ravis arvestatakse rohkem inimeste individuaalseid iseärasusi, sest see mõjutab sekkumiste tõhusust ja tervisetulemit.
- Väheneb ebavõrdsus tervishoiuteenuste kättesaadavuses, mis tuleneb kindlustuskaitse puudumisest või selle katkendlikkusest, omaosaluse tasumisest või pikkadest ravijärjekordadest.
- Eesti rahvastiku vananemise tõttu tegeletakse senisest enam krooniliste haiguste ravi ja toetavate teenustega, et võimaldada krooniliste haigustega inimestel võimalikult kaua täisväärtuslikku elu elada.
- Krooniliste haigustega seotud statsionaarse haiglaravi ja ambulatoorsete vastuvõttude vähendamiseks suurendatakse tervishoiuteenuste kättesaadavust eelkõige maa- ja hajaasustusega piirkondades. Samuti on vaja parandada ravijuhendite järgimist ja suurendada inimeste eneseabioskusi.
- Tervishoiuteenuste, sealhulgas töötervishoiuteenuse kvaliteedi ja kättesaadavuse tagamiseks on piisavalt pädevaid tervishoiutöötajaid ja teisi spetsialiste.
- Tervishoiutöötajate ja teiste tervishoiusüsteemis töötavate spetsialistide töötingimustele ja läbipõlemise ennetamisele pööratakse rohkem tähelepanu.
- Laiendatakse tervishoiu rahastamise allikaid ja suurendatakse tervishoiu rahastust.
- Tervishoiuteenuste tõhususe parandamiseks investeeritakse tervishoiu kvaliteeti ja patsiendiohutust toetavatesse tõenduspõhistesse tegevustesse.
- Investeeritakse ja panustatakse taristusse, mis toetab inimkeskse ja lõimitud tervishoiuteenuse pakkumist.
- Ravimite rahalise kättesaadavuse kõrval parandatakse ravimite füüsilist kättesaadavust. Üldjoontes on ligi pool müügiloaga ravimitest turul ja nendega tuleb ette tarneraskusi.
- Ravimite kättesaadavuse tagamiseks pööratakse tähelepanu apteegiteenuse jätkusuutlikkusele, eriti maa- ja hajaasustatud piirkondades.

Alaeesmärgis sõnastatud soovitud tulemuseni jõutakse peamiselt alapeatükis 8.2 kirjeldatud lahendusteede abil (joonis 14). Lahendusteede kavandamisel ja elluviimisel arvestatakse rahvusvaheliste arengusuundade ja koostööga. Tervisevaldkonna rahvusvahelisest koostööst on pikemalt kirjutatud peatükis 9.



Joonis 14. Inimkeskses tervishoius soovitud tulemuse poole liikumise lahendusteed.

Alaeesmärgiga seonduvat jälgitakse katmata tervishoiuteenuste vajaduse ja avaliku sektori tervishoiukulude osakaalu SKPs näitajate abil.

Katmata tervishoiuteenuste vajadus ja avaliku sektori tervishoiukulude osakaal SKPs kajastavad olulisemaid aspekte inimkeskse tervishoiu arendamisel, seetõttu valiti alaeesmärgiga saavutatud muutuste üldiseks hindamiseks need näitajad.

Näitaja 8: katmata tervishoiuteenuste vajadus

Näitaja alusel on võimalik hinnata tervisesüsteemi vastavust elanikkonna vajadustele. See näitab nende elanike osakaalu, kes tunnevad, et ei saanud kauguse, hinna või pika ravijärjekorra tõttu vajaduse tekkimisel perearsti- või eriarstiabi (sh hambaarstiabi).

KATMATA TERVISHOIUTEENUSTE VAJADUS, %

Allikas: Statistikaamet

*baastase

2019*	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
15,5	14,8	14,1	13,4	12,7	12,0	11,3	10,6	9,9	9,2	8,5	7,7

Näitaja 9: avaliku sektori tervishoiukulude osakaal SKPs

Näitaja kirjeldab avaliku sektori (ministeeriumid, riigi osalusega organisatsioonid jt) panust tervishoiusüsteemi. Avaliku sektori kulude suurem osakaal SKPs viitab suuremale rahalisele ressursile, mida riik kulutab tervishoiule, ning näitab, et leibkonnad on tervishoiuga seotud kulutuste eest paremini kaitstud.

AVALIKU SEKTORI TERVISHOIUKULUDE OSAKAAL SKPS, %

Allikas: Statistikaamet

*baastase

2019*	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
5,0	5,0	5,1	5,1	5,1	5,1	5,1	5,1	5,2	5,2	5,2	5,2

Alaeesmärgi elluviimiseks koostatakse inimkeskse tervishoiu programm, mis käsitleb põhjalikumalt lahendusteid, peamisi probleeme, vajalikke meetmeid, tegevusi, teenuseid ja tulemuslikkuse hindamiseks vajalikke näitajaid.

8.2. LAHENDUSTEED

8.2.1. INIMESTE TERVISEHARITUS JA PÕHIÕIGUSTE KAITSE NING KOGUKONDADE VÕIMESTAMINE JA KAASAMINE

Terviseharitus (ingl health literacy), mis seostub üldise harituse ja infopädevusega, on oma olemuselt teadmised, oskused ja motivatsioon otsida, hinnata ja kasutada tervisealast teavet selleks, et teha igapäeva- ja tööelus haiguste ennetamise, tervise edendamise ja tervishoiuga seotud otsuseid eesmärgiga hoida või parandada elukvaliteeti kogu elu jooksul *(Sørensen et al., 2012)*.

Eesti tervishoius on olnud suhtumine inimesesse valdavalt teenusekeskne. Inimeste võimekus kaasa rääkida ning patsientide seisukohta esindada on üldjuhul piiratud. Ühelt poolt tuleneb see tervishoiusüsteemi ajalooliselt paternalistlikust otsustusmudelist, mille puhul patsient ei osalegi aktiivse osapoolena, teisalt sellest, et tervishoiuteenuseid (nt protseduurid) ettevalmistavad taustamaterjalid on koostatud lähtuvalt tervishoiutöötajate vaatest süsteemile. Nende materjalide mõistmine eeldab sageli eriteadmisi ning tervishoiukorralduse ja erialase terminoloogia tundmist. Isegi kui inimesel on teada, mida tuleks teha, võib sageli olla ebaselge, kuidas käituda, mida teha või oodata. Samuti sõltub ravimeetodi valik ja edukus üha enam patsiendi eripärast ja eelistustest ning sellest, kui hästi on õnnestunud inimest kaasata ja võimestada. Eeskätt kehtib see krooniliste haiguste korral, kui inimese tervisekäitumine ja haigusteadlikkus mõjutavad ravitulemuste saavutamist. Terviseharituse tulemusel on inimese tervis parem, tema terviseteadlikkus paraneb, ta kasutab vähem tervishoiuteenuseid ja lüheneb haiglas oleku aeg ning seeläbi on ka tervishoiukulud madalamad *(Mancuso, 2008) (Speros, 2005)*.

Inimkeskse tervishoiu ühe põhimõttena on patsient esmane otsustaja oma tervise üle ning patsienti võib läbi vaadata ja talle tervishoiuteenust osutada üksnes tema nõusolekul *(Võlaõigusseadus, 2001)*. Lisaks tuleb nõusoleku küsimisel patsiendile anda teavet erinevate valikute ja ravi võimaliku kasu kohta ning selgitada võimalikke riske seoses raviga ja ravimata jätmise korral. Seda kinnitab ka Oviedo konventsiooni artikkel 5 *(Euroopa Nõukogu, 1997)*. Kui patsient on teovõimetu ja ei ole võimeline iseseisvalt erinevaid valikuid kaaluma, tuleb otsustamisse kaasata tema seaduslik esindaja (Võlaõigusseadus, 2001).

Inimuuringud on väärtuslik allikas inimtegevuse praktika uurimise ja parandamise seisukohast, samas esineb inimuuringutega sotsiaalseid mõjureid ja ohte. WHO Helsingi deklaratsiooni punkt 5 *(Maailma Arstide Liit, 2011)* ja Oviedo konventsiooni artikkel 2 *(Euroopa Nõukogu, 1997)* selgitavad, et inimestega seotud meditsiiniuuringutes peavad inimeste heaoluga seotud kaalutlused kaaluma üle teaduse ja ühiskonna huvid. Ühtegi isikut ei tohi tema vabatahtliku nõusolekuta allutada meditsiinilistele või teaduslikele katsetele. Kõik inimuuringute tegijad peavad kaitsma teadusekspermentides osalevate inimeste õigusi ja heaolu.

Inimeste terviseteadlikkuse parandamisega ja enesejuhtimisele kaasaaitamisega on võimalik inimest paremini otsustusprotsessidesse kaasata. See omakorda toetab tervishoiusüsteemi arenemist inimkesksemaks ja integreeritumaks ning inimeste vajadustele vastavaks. Sellele aitavad kaasa tugevad patsientide esindusorganisatsioonid ja koostööpõhimõtted ning patsientide õiguste ja huvide esindamine, samuti nende kaasamine kvaliteediarendusse ja eri tasandite tervishoiuteenuste planeerimise ja arendamise protsessidesse.

Prioriteedid sekkumiste puhul

- Inimeste terviseharituse arendamine, mille käigus töötatakse välja terviseharituse tööriistad ja õppeprogrammid, mis vastavad inimeste vajadustele kogu elukaare ulatuses, et võimaldada inimestel turvaliselt ja tulemuslikult tervisega seotud infot vastu võtta, kasutada ja edastada.
- Inimeste teadlikkuse suurendamine ravimitest, et soodustada ravijärgimust (ravisoostumust) ja ravimite ratsionaalset kasutamist, ning ravimite olelusringist, et parandada ravimite ringluse korraldamist.
- Inimeste võimestamine tervisesüsteemis, korrastades tervisesüsteemi, mille aluseks on võimalikult personaalne lähenemine igale inimesele. Selleks töötatakse välja meetodeid ja tööriistu, et suurendada nii inimeste

teadlikkust, võimekust kui ka vastutust enda terviseseisundi jälgimisel ja parandamisel, kaasata inimesi nende raviotsuste langetamisse senisest enam ning tagada inimestele ligipääs neile kergesti mõistetaval viisil esitatud terviseteabele, et toetada inimeste orienteerumist tervisesüsteemis ja jõuda vajaliku abini parimal viisil.

- Koostöö arendamine kogukondade ja patsiendiühendustega, et suurendada kaasatust, soodustada teadmiste ja kogemuste vahetust ning toetada võimalikult mitmekülgse ja täpse teabe jagamist osapoolte vahel kiirelt ja ressursisäästlikult.
- Patsientide, sealhulgas haavatavate rahvastikurühmade põhiõiguste kaitse tagamine.
- Tervishoiuteenuste osutamiseks vajalike tahteavalduste andmise süsteemi lihtsustamine ja väljaarendamine.

8.2.2. PERSONALI VÕIMEKUSE KASVATAMINE, JUHTIMISE JA VASTUTUSE TUGEVDAMINE

Tervisesüsteem ei saa toimida ilma tervishoiutöötajate ja teiste tervishoiuteenuse osutamisel osalevate spetsialistideta. Tugeva tervisesüsteemi võti on piisav hulk pädevaid ja enesejuhtimisoskusega spetsialiste, kes on pühendunud ja kvalifitseeritud ning kes on motiveeritud arendama inimkeskset ja terviseprobleemidele vastavat kvaliteetset tervishoiuteenust. Selle tagamiseks on oluline väärtustada töötajate elukestvat õpet ning soodustada ja toetada enesearengu meetmeid, sealhulgas suurendada töötajate valmidust saada hakkama ootamatult (kriisiolukordades) suurenenud abi osutamise vajadusega.

Tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamiseks on vaja jälgida tervishoiutöötajate arvu ning nende erialast jaotust. Arstide arv 100 000 elaniku kohta on küll tasapisi suurenenud, kuid tähelepanu tuleb pöörata arstide vanuse võimalikule pikaajalisele mõjule. Oluliselt suurem on puudus õendusala töötajatest *(Sotsiaalministeerium, 2018)*. Kvaliteetseks apteegiteenuseks ja ravimivaldkonna arengu toetamiseks on vaja tagada piisav hulk proviisoreid ja farmatseute *(Mets, Veldre & Kutsekoda AS, 2017)*.

Motiveeritud ja kompetentsete tervishoiutöötajate väljaõpe peab vastama elanikkonna vajadustele ning tervisesüsteem peab seda toetama *(World Health Organisation, 2016b)*. Selleks on oluline, et tervisesüsteemi inimressursi planeerimine ja juhtimine riiklikul ja kohalikul tasandil põhineks tõenduspõhisel poliitikal. Eesmärk on võimekate ja professionaalsete juhtide olemasolu ja nende juurdekasvu tagamine tervisesüsteemis. Tervishoiu juhtimine, töötingimused ja psühhosotsiaalne töökeskkond peavad toetama töötajate tervise ja töövõime säilimist.

Prioriteedid sekkumiste puhul

- Investeerimine tervisesüsteemi inimressurssi, lähtudes elanikkonna ja tervisesüsteemi vajadustest, seejuures vajadusest suurendada vastupanuvõimet kriisideks. Samas tuleb arvesse võtta tööjõu dünaamikat, hariduspoliitikat, tehnoloogia arengut ja ajas toimuvaid muutusi, et vähendada tervishoiutöötajate puudust ning parandada abi kättesaadavust.
- Tervisesüsteemi inimressursi arendamine, tuginedes tõenduspõhisele poliitikale inimkeskse tervisesüsteemi saavutamisel.
- Koolitustellimuse ajakohastamiseks tuleb väärtustada tervishoiutöötajate elukestvat õpet ja mitmekülgsete enesearengumeetmete rakendamist ning kohandada õppetööd ja praktiseerimisvõimalusi vastavalt tervisesüsteemi arengule.
- Tervishoiutöötajate võimekust toetavate tööriistade arendamine ja laialdasem kasutuselevõtt, sealhulgas kliiniliste otsustustugede ja teiste innovaatiliste lahenduste rakendamine igapäevatöös.
- Organisatsioonide juhtimisvõimekuse tugevdamine kõikidel tervisesüsteemi tasanditel teenuste arendamiseks ja inimressursi juhtimiseks.

8.2.3. TEENUSTE MUDELI ÜMBER-KUJUNDAMINE NING KOOSTÖÖ JA KOORDINEERIMINE SEKTORITE SEES JA VAHEL

Hästi toimivad tervisesüsteemid on hädavajalikud rahvastiku tervise parandamiseks: tugevad tervisesüsteemid päästavad elusid, mistõttu on oluline, et need toimiksid tulemuslikult. Tervisesüsteem peab tagama teenustele tervikliku lähenemise, mis hõlmab nii tervise edendamist, haiguste ennetamist, integreeritud ravi ning teenusepakkumise korraldust tervishoiu- ja sotsiaalsüsteemi koostöös kui ka teenuseosutajate, asutuste ja süsteemide koordineerimist, olenemata nende kuuluvusest avalikku või erasektorisse. Tervisesüsteemid koos kaugteenustega peavad tagama ka inimeste vajadustest lähtuvad esmatasandi tervishoiuteenused (sealhulgas töötajate tervisekontrolli) ja aktiivravi ning nii koduse õendusabi kui statsionaarse ravi *(Maailma Terviseorganisatsiooni Euroopa regiooni riigid, 2008)*. Samuti on oluline, et arestimajades ja kinnipidamiskeskustes osutatavad tervishoiuteenused lähtuvad seal viibivate inimeste tervisevajadustest.

Teenusemudelite ümberkujundamine tähendab seda, et kavandatakse, rahastatakse ja osutatakse tõhusaid, kvaliteetseid ja toimivaid tervishoiuteenuseid, mis seavad esikohale esmatasandi ja kogukonnateenused ning seda toetab innovaatiliste mudelite kasutamine eesmärgiga parandada rahvastiku tervise tulemeid. Ühtlasi hõlmab see rõhuasetuse liikumist statsionaarsetelt teenustelt ambulatoorsetele teenustele ja kaugteenustele ning ravilt ennetusele, pidades seejuures silmas inimeste vajadusi ja võrdset kohtlemist, olenemata nende sotsiaalmajanduslikest erinevustest *(WHO 69. World Health Assembly, 2016)*. Tervishoiuteenuste olulised komponendid on ka ravimid ja meditsiiniseadmed.

Rahvastiku vananemisega suureneb eakate, kroonilise seisundiga ja toimetulekuraskustes elavate inimeste hulk, mistõttu suureneb ka vajadus selliste tervise- ja sotsiaalteenuste järele, mis nõuavad järjest enam eelarvevahendeid. Kui soovitakse pakkuda kvaliteetset ja inimeste vajadustest lähtuvat abi, mis võimaldab tagada parima võimaliku elukvaliteedi, nõuab see senisest paindlikumat ja lõimitumat lähenemist *(The Health Foundation, 2016)*.

Tervishoiuinvesteeringud peavad olema kooskõlas regionaalpoliitilise arenguga ja võtma aluseks tõmbekeskusepõhise planeerimise ja teenuspakkumise ning tagama väheneva tööjõu tingimustes arendatavates keskustes tervishoiutöötajate ja teiste spetsialistide olemasolu *(Sotsiaalministeerium, 2014c)*.

Inimpäritolu bioloogilise materjali – rakkude, kudede, elundite – siirdamine on teatud juhtudel ainus elupäästev ravi. Samas on nende kliiniline kasutamine meditsiiniliselt keerukas ning tõsiste riskidega protseduur. Siirdamiseks sobivate rakkude, kudede ja elundite puudus on ülemaailmne probleem, seda nii kliinilises tegevuses kui ka teadusuuringute tegemise eesmärgil *(Database of the International Registry on Organ Donation and Transplantation, 2019)*.

Prioriteedid sekkumiste puhul

- Seostatud tervishoiuvõrgu strateegiline arendamine koostöös eri valdkondade ja sektoritega, sealhulgas haiglavõrgu uuendamine ning kõigi teenuseosutajate jaoks tõhusaid investeeringuid soodustava keskkonna loomine.
- Hästi seostatud esmatasandi tervishoid, eriarstiabi ja haiglad koos taastusravi ja õendusabiga tagavad süsteemi jätkusuutliku toimimise ja optimaalse ressursikasutuse.
- Tõenduspõhiste ja tõhusate tervishoiuteenuste ning ravimite ja meditsiiniseadmete kättesaadavuse tagamine.
- Koordineeritud ja inimkesksete teenusemudelite arendamine ja rakendamine kvaliteetsete teenuste kättesaadavuse tagamiseks kogu elukaare jooksul sõltumata sellest, kas teenust vajatakse kodus, tervishoiu- või hoolekandeasutuses. Sellel eesmärgil ravitulemust ja kättesaadavust ning rahvastiku tervisetulemit ja inimkesksust väärtustavate strateegiliste rahastamisviiside rakendamine. Teenuste kvaliteedi ja kättesaadavuse parandamiseks konkurentsi toetamine.
- Innovaatiliste, inimest toetavate teenuste ja lahenduste väljatöötamine ja rakendamine koos personaalmeditsiini ning inimkeskse ja kasutajasõbraliku tervise infosüsteemi arendamisega.
- Parem infovahetus esmatasandi, haigla,

sotsiaal- ja töövaldkonna vahel, et tagada tõhusam ravi koordineerimine nii tervishoiusüsteemis kui ka haiglaravi järel.

- Infotehnoloogiliste lahenduste abil patsiendikäsitluses tervise- ja sotsiaalvaldkonna rollide ja kohustuste sujuvam ühendamine.
- Teadlikkuse suurendamine rakkude, kudede ja elundite doonorlusest.

8.2.4. TERVISESÜSTEEMI KVALITEETI JA PATSIENDIOHUTUST TOETAVATE TEGEVUSTE ARENDAMINE

Isegi kui tervisesüsteemid on hästi välja arendatud ja piisavate ressurssidega varustatud, peab kvaliteet jääma huviorbiiti, et vähendada erinevusi ja ebavõrdsust inimeste tervises, tagada mõistlik ressursikasutus, kasutada tõenduspõhiseid ja tõhusaid sekkumisi ja/või tervisetehnoloogiaid, seirata ravikvaliteeti ja tervisesüsteemi toimivust järjepidevalt ning teha vastavaid muudatusi.

Tervishoiuteenuse osutamisel on patsient nõrgemas ja haavatavamas olukorras. Sotsiaalministeeriumi tervishoiuteenuste kvaliteedi ekspertkomisjonile esitatud avaldustest on enamik tingitud suhtlemisprobleemidest patsiendi või tema lähedastega.

Patsiendiohutus on üks tervishoiu kvaliteedi mõõtmetest. Patsiendiohutuse eest vastutuse võtmine on iga tervishoiusüsteemis töötava inimese põhiülesanne ja eetiline kohustus. Hoolimata soovist ja püüdlusest muuta tervishoiusüsteem ohutuks, pole see alati võimalik. Puudujäägid patsiendiohutuses avaldavad mõju rahvastiku tervisele, vähendades tervena elada jäänud eluaastaid, põhjustades inimestele kannatusi ning mõjutades suure majandusliku koormusega piiratud tervishoiuressursse. Patsiendiohutusjuhtumite esinemissageduse andmete kohaselt on haiglasse hospitaliseerimisel ohustatud üks inimene kümnest, vanemaealiste puhul on see esinemissagedus isegi suurem. Tekkinud kahjud on seotud peamiselt tervishoiunakkustega, ravimitega, kirurgiliste protseduuridega, meditsiiniseadmetega, analüüsivastustele mitteasjakohase reageerimisega, diagnoosimise, lamatiste või kukkumisega. Suur osa patsiendiohutusjuhtumitest haiglas või esmatasandil on välditavad *(Slawomirski, Auraaen & Klazinga, 2017)*. OECD julgustab riike tegema riskide käsitlemiseks ja patsiendiohutuse parandamiseks investeeringuid, sest ennetustöö on kuluefektiivsem kui tagajärgedega tegelemine.

Võimalikult ohutu tervishoiuteenuste osutamine on seotud ka ravimite olemasoluga – ohutud, kvaliteetsed ja toimivad ravimid peavad olema kättesaadavad ja ravimite tarnehäired ei tohi ohustada patsientide tervist. Samuti on oluline asjakohase ravimiteabe kiire kättesaadavus raviotsuste tegemiseks (näiteks ravimite väljakirjutamisel ravimile rakenduvate täiendavate riskivähendamise meetmete kuvamine) ja raviminõustamine (väljakirjutaja ja apteekri poolt).

Mitmete patsiendiohutust toetavate tegevustega on Eestis alustatud juba mõnda aega tagasi, näiteks tervishoiutekkeliste nakkuste järelevalve süsteemi rakendamine haiglates, tervishoiutekkeliste nakkuste seire ja kätehügieeni kampaaniate korraldamine, ravi-, patsiendi- ja käsitlusjuhendite koostamine, ravikvaliteedi näitajate seadmine ja jälgimine, kirurgilise ohutuse kontrollkaardi kasutamine, ravimite koos- ja kõrvaltoimete andmebaasi rakendamine, patsiendiohutusjuhtumite registreerimine asutuse tasandil, tervishoiutöötajate õppekavadesse patsiendiohutuse lõimimine. Samas vajavad patsiendiohutuse tagamise algatused süsteemseks lähenemiseks, ühtlustamiseks ja juurdumiseks täpsemaid riiklikke kokkuleppeid koos seire ja tagasisidega.

Avatud patsiendiohutuse kultuuri arendamine, mis võimaldab tervishoiusüsteemis töötavatel inimestel süüdistamise asemel vigadest õppida ja seda paremaks muuta, vajab head eestvedamist juhtidelt, õiglase suhtumise põhimõtetes kokkuleppimist ja õiguslikku regulatsiooni patsiendikindlustuse näol *(World Health Organisation, 2017b)*. Selle alusmüüriks on õiglane suhtumine (ingl *just culture*), mis julgustab läbipaistvust, mõõtmist ja aruandlust, kollektiivset parendamist ja süüvaba vastutust ning garanteerib tervishoiutöötajatele turvalise keskkonna vigadest teadaandmisel ja nendest õppimisel. Lisaks tuleb investeerida tervishoius töötavate inimeste patsiendiohutuse koolitusse ja teadustegevustesse. Eraldi tähelepanu vajab patsiendi võimestamine, et ta saaks oma õigustest, rollist ja vastutusest raviprotsessis teadlikumaks.

Prioriteedid sekkumiste puhul

- Kvaliteeti toetavate tegevuste süsteemi arendamine tervisesüsteemi teenuste kvaliteedi tagamiseks, seades tervisesüsteemile asjakohaseid eesmärke, valides ja hinnates tõenduspõhiseid ja tõhusaid sekkumisi ja/või tervisetehnoloogiaid, koostades ravistandardeid ja patsiendijuhendeid, juurutades klassifikaatoreid ning seirates ravi- ja organisatsiooni kvaliteeti, sealhulgas tervishoiutöötajate pädevust koos proaktiivse järelevalvesüsteemi arendamisega. Oluline on tervishoiuteenuste turu tõhusa järelevalve tagamine.
- Tervisetehnoloogiate, sealhulgas ravimite ja innovaatiliste tervishoiuteenuste rakendamiseks vajalike tõenduspõhiste hindamismetoodikate kasutamine ja arendamine.
- Tervisesüsteemi teenuste kvaliteedi ja tulemuslikkuse mõõtmiseks vajaliku andmeanalüüsi võimekuse arendamine, sealhulgas analüüsiks vajaliku andmekvaliteedi tagamine tervise infosüsteemis.
- Patsiendiohutuse kultuuri koordineeritud arendamine, lõimides need tegevused ja põhimõtted tervishoiuasutuste kvaliteedijuhtimissüsteemi, tõhustades tervishoiutöötajate ohutusalast õpet ning kaasates patsiente ja nende lähedasi kultuuri arendamisse.
- Patsiendiohutusjuhtumite ennetamine ja vähendamine ning võimalikult ohutu tervishoiu- ja hoolekandeteenuste osutamine. Asjakohase ülevaate saamiseks tuleb luua riiklik patsiendiohutusjuhtumite ja vigade registreerimise süsteem koos suunistega, kuidas inimesi tekkinud vigadest teavitada, neid käsitleda ja nendest õppida. Samuti on oluline keskenduda üleravimise vältimiseks ravitahte ja -piirangute regulatsiooni väljatöötamisele. Rakendada tuleb tervishoiutekkeliste nakkuste ja patsiendiohutusjuhtumite ennetamisega seotud tegevusi, kasutades teenuste osutamisel tervishoiutöötajate optimaalset ressurssi, samuti parandada teadlikkust antibiootikumide kasutamise kohta tervishoiutöötajate ja elanikkonna seas.
- Patsiendikahjude hüvitamise süsteemi loomine ja arendamine, mis loob aluse tekkinud kahju hüvitamiseks kahju saajale ja annab tervishoiutöötajatele kindlustunde, et neid tahtmatute eksimuste eest süüdi ei mõisteta, aidates juurutada avatud patsiendiohutuse kultuuri.

8.2.5. TERVISE EBAVÕRDSUSE VÄHENDAMINE

esti Vabariigi põhiseaduse kohaselt on igaühel õigus tervise kaitsele. Samuti on kogu maailmas tervisevaldkonna prioriteet tagada, et üksikisikud ja leibkonnad saavad oma vajadustele vastavaid tõhusaid ja kvaliteetseid tervishoiuteenuseid (ennetus, edendus ja ravi). Seejuures on oluline tagada, et ei tekiks ebavõrdsust tervises ja inimesed tervishoiuteenuseid kasutades ei vaesuks *(World Health Organisation, 2013b) (United Nations, 2012)*.

Eestis põhjustab ebavõrdsust tervises suurel määral tervishoiuteenuste kättesaadavus, mis on osalt seotud kindlustuskaitse puudumise või selle katkendlikkusega. Suured erinevused esinevad ka sugude vahel – meeste hulgas on kindlustusega kaetute osakaal väiksem kui naiste hulgas *(Tervise Arengu Instituut, 2020)*. Hilisem tervishoiuteenuste kasutamine ja vajaduse korral ravi alustamine mõjutab terviseseisundit ning seeläbi süveneb lõhe naiste ja meeste tervena elada jäänud eluaastate ja oodatava eluea vahel. Teisalt mõjutab teenuste kättesaadavust ja kasutamist ka transpordikorraldus. Linnainimestele on teenused kättesaadavad üldiselt transpordiprobleemideta, maa- ja hajaasustatud piirkondades elavad inimesed on aga seatud ebasoodsamasse olukorda *(Võrk, 2018)*. Siinkohal võib osalist leevendust pakkuda kaugteenuste (nt telemeditsiin, e-konsultatsioon jne) arendamine, mis on teadusuuringute tulemuste põhjal osutunud tulemuslikuks ja kulutõhusaks nii haigusi ennetavate nõustamistegevuste kui krooniliste haigete jälgimise puhul. Seejuures on leitud, et kaugteenuste kasutamisega väheneb vajadus olla eemal igapäevastest tavategevustest, sealhulgas majanduslikest tegevusest ning seeläbi pidurdub ebavõrdsuse süvenemine *(European Commission, 2018)*.

Tervishoiuteenuste kasutamisel tuleb tasuda omaosalust (visiiditasud, retseptiravimid, hambaravi jne), mis ohustab peamiselt väiksema sissetulekuga inimesi, kellel võib tervishoiuteenus õigel ajal või üldse saamata jääda. Suurema sissetulekuga inimesed kasutavad rohkem tervishoiuteenuseid ja nende hinnang tervisele on parema tervise tõttu parem *(Võrk, 2018) (Põld, 2015)*. Ebavõrdsus tervises on tugevalt mõjutatud mitmest valdkonnast, sealhulgas haridus, mis omakorda on tihedalt seotud sissetulekuga *(World Health Organisation, 2019a)*. Sarnaselt kõrgema sissetulekuga inimestega on ka kõrgema haridusega inimeste hinnang oma tervisele ja tervishoiuteenuste kättesaadavusele parem kui madalama haridusega inimestel *(Võrk, 2018) (Põld, 2015)*.

Vähendamaks ebavõrdsust tervises, tuleb kaitsta inimesi ja leibkondi vaesusesse sattumise eest ning tagada tervishoiuteenuste kättesaadavus, arvestades nende vajadusi ja eripärasusi.

Prioriteedid sekkumiste puhul

- Rahaliste ja mitterahaliste barjääride vähendamine, sealhulgas rahvastiku püsiva ravikaitse tagamine, sekkumiste väljatöötamine ja rakendamine omaosaluse ümberjaotamiseks.
- Tervishoiuteenuste planeerimisel ja korraldamisel rahvastiku sotsiaal-demograafiliste, paikkondlike ja etniliste iseärasustega arvestamine.
- Kaugteenuste arendamine ning neid toetava e-tervise taristu ja kasutuselevõtu eelduste arendamine, tervishoiuteenuste kättesaadavuse parandamiseks ja ebavõrdsuse süvenemise vähendamiseks.

9. RAHVUSVAHELISE KOOSTÖÖ PÕHISUUNAD

Eesti lähtub tervisepoliitika kujundamisel rahvusvaheliselt kokku lepitud eesmärkidest ja kohustustest, sh säästva arengu eesmärkidest ja tegevuskavast aastani 2030, mis sisaldab 17 ülemaailmset säästva arengu eesmärki *(United Nations, 2015)*.

ELi aluslepingute kohaselt on rahvatervishoiu ja tervishoiu korraldus riikide pädevuses ning ELi tasandi poliitikal on toetav roll. Siiski mõjutavad Eesti rahvatervishoiu poliitika meetmete tulemuslikkust ELi tasandi regulatsioonid ja poliitika nii tervisevaldkonnas kui teistes sektorites. Kõige otsesem mõju on ELi sisetururegulatsioonidel tervist toetava keskkonna kujundamisel tooteohutuse valdkonnas, kus Eesti peab tagama ELi õiguse tõhusa rakendamise näiteks kemikaaliohutuse, kosmeetikatoodete, meditsiiniseadmete, inimpäritolu vere, veretoodete, kudede, rakkude ja elundite valdkonnas. Samuti on tervist toetavate valikute alaeesmärgi elluviimisel oluline ELi siseturu kontekstis silmas pidada piiriüleseid aspekte. Näiteks alkoholist tingitud kahjude vähendamise puhul on piiriülesed mõjud maksumeetmete rakendamisel, reklaami ja turunduse valdkonnas ja alkohoolsete toodete märgistamisel. Nendes valdkondades on riigisiseste meetmete tõhusa rakendamise eelduseks koostöö ELi tasandil. Ka tasakaalustatud toitumise edendamisel ja seda toetava keskkonna kujundamisel on tähtis osa ELi tasandi regulatsioonidel ja koostööl. Näiteks tasakaalustatud toidu valikute suurendamisel ning toiduainete koostises suhkru, soola ja rasvade vähendamisel saab ELi toetusel palju ära teha riikide koostöös erasektoriga. Selleks, et parandada toiduainete märgistust ja vähendada laste kokkupuudet ebatervisliku toidu reklaamiga, on vajalik ELi tasandil kokku leppida ühtsetes reeglites ja teha koostööd regulatsioonide jõustamisel. ELi tasandi tegevustel on oluline roll ka uimastivastases võitluses ja uimastisõltuvuse ennetuses, kuivõrd siseturu tingimustes on narkootiliste ja psühhotroopsete ainete kättesaadavuse piiramiseks ja kontrolliks vajalik ELi tasandi ja liikmesriikide tihe koostöö. Tervishoiuteenuste arendamisel on ELi tasandi koostöö väärtuslik haruldaste haiguste valdkonnas, kus Eesti juba osaleb kahe ELi tugikeskuse võrgustiku töös. Osalus ELi tasandi koostöövõrgustikes (haruldaste haiguste, e-tervise, tervisetehnoloogia hindamise ja personaalmeditsiini jt valdkondades) loob paremad eeldused tervishoiuteenuste arendamiseks nii riigisiseselt kui piiriüleselt. Väga suur mõju on ELi regulatsioonidel ravimipoliitika valdkonnas, kus eesmärkide saavutamine sõltub suuresti just ELi tasandil tehtavatest otsustest. Seetõttu peab Eesti vajalikuks nii ELi tasandi regulatiivseid kui ka toetavaid meetmeid, mis aitavad parandada ravimite kättesaadavust ja taskukohasust. Samuti on oluline Eesti aktiivne osalus ELi tasandi ja regionaalsetes ravimipoliitika koostööalgatustes (nt võrdlev kliiniline hindamine, hinnakujundus, ühishanked, tulevikuseire).

Globaliseeruvas maailmas peame oluliseks ELi tasandil tehtava koostöö kõrval ka Maailma Terviseorganisatsioonis ja selle koostöövõrgustikes osalemist, et olla kursis ja mõjutada globaalse tervise arengutrende. Samuti osaleme Majanduskoostöö ja Arengu Organisatsiooni töös.

Rahvusvahelise koostöö arendamise põhisuunad tervisevaldkonna kujundamisel on:

- Aktiivne osalemine rahvastiku tervise arengukava 2020–2030 eesmärkide saavutamist toetavates algatustes ja eksperdivõrgustikes ning rahvusvaheliste suundade mõjutamine, keskendudes jätkusuutliku tervisesüsteemi arendamisele, epideemiateks ja hädaolukordadeks valmisoleku tagamisele, nakkushaiguste (sh HIVi, tuberkuloosi ja C-hepatiidi) leviku piiramisele ning ebavõrdsuse vähendamisele, soodustades tõenduspõhise tervisepoliitika põhimõtete rakendamist ja vähendades mittenakkushaiguste põhiliste riskifaktorite mõju tervisele.
- Rahvastiku tervise arengukava 2020–2030 eesmärke toetavate rahvusvaheliste projektide algatamine ja nendes osalemine, sealhulgas teiste riikide hea praktika Eestisse juurutamise võimaluste analüüsimine ja katsetamine.

10. RAHVASTIKU TERVISE ARENGUKAVA 2020–2030 SEOSED LÄBIVATE TEEMADE, PÕHILISTE PIKAAJALISTE STRATEEGIATEGA JA ELLUVIIMISE JUHTIMINE

10.1. ARENGUKAVA SEOS LÄBIVATE TEEMADEGA

Seoseid läbivate teemadega kirjeldatakse lähtuvalt Rahandusministeeriumi 2014. aastal kinnitatud juhendist „Läbivad teemad valdkonna arengukavas" *(Rahandusministeerium, 2014)*.

KESKKONNAHOID JA KLIIMAMUUTUSED

Vastavalt juhendile peetakse keskkonnahoiu all silmas loodusvarade kaitset ja loodusvarade kasutamise tõhususe suurendamist. Rahvastiku tervise arengukavas 2020–2030 (RTA) on eraldi käsitletud keskkonnatervishoiu arengusuunda, mis on seotud ka keskkonnahoiuga. RTA mõju keskkonnale võib pidada pigem positiivseks. Keskkonnahoiu aspekti arvestatakse selliste teenuste kaasajastamise ja kvaliteedi parandamise raames kavandatud infotehnoloogiliste ja elektrooniliste lahenduste kaudu, mis aitavad vähendada paberil põhinevat asjaajamist ning selle kaudu negatiivset mõju keskkonnale. Samuti arvestatakse tervishoiutaristu arendamisel energiasäästlikkuse põhimõtetega ja seeläbi leevendatakse kliimamuutuste mõju. Samas tuleb arvestada, et kliimamuutustest (nt talvisel ajal sagenevad tormid ja üleujutused ning suvisel ajal kuumaperioodid) on kõige enam ohustatud vähekindlustatud inimesed, kuna neil võivad puududa vahendid ja võrgustik neile vahetult avalduva kliimamuutuste mõju puhverdamiseks või kliimariskide maandamiseks. Seetõttu võivad äärmuslikud ilmastikunähtused ebavõrdsust ühiskonnas suurendada. Kliimamuutustest põhjustatud tervisemõjud avalduvad eelkõige lastel, eakatel ja krooniliselt haigetel ning korraga mitme terviseprobleemiga inimestel *(Sammul et al., 2015)*.

VÕRDSED VÕIMALUSED

Võrdsete võimaluste eesmärk on sidusa ja jätkusuutliku ühiskonna saavutamine võrdse kohtlemise ja võrdsete võimaluste tagamise ning ühiskondliku kihistumise ja tõrjutuse vähendamise kaudu, millele on RTAl oluline positiivne mõju. RTA üks eesmärkidest on vähendada tervisest tulenevat ebavõrdsust. See aitab tagada võrdsema ligipääsu tervishoiuteenustele kõikidele inimestele, sest inimeste võimalus igapäevaelus toime tulla ning ühiskonna- ja tööelus osaleda on märkimisväärselt mõjutatud nende tervisest. Samas mõjutavad inimese tervist olulisel määral tema majanduslik toimetulek ning töö- ja elutingimused. Ebavõrdsuse vähendamisele aitavad kaasa riskirühmadele suunatud ennetustegevused.

INFOÜHISKOND

RTAl on oluline positiivne mõju infoühiskonnale. Tõhusa valdkondliku poliitika tagamiseks tuleb arengukava kaudu arendada infosüsteeme ja andmekogusid ning rakendada muid infotehnoloogia võimalusi. Samuti kasutatakse info- ja kommunikatsioonitehnoloogia (IKT) lahendusi uute innovatiivsete tervishoiuteenuste väljatöötamiseks ja osutamiseks. Kaasaegseid IKT-lahendusi kasutatakse ka klienditeeninduse paremaks korraldamiseks ja teabe kogumiseks, et kujundada teadmistepõhiseid meetmeid sihtrühmadele.

REGIONAALARENG

Arengukaval on oluline positiivne mõju regionaalarengule. Valdkonnaga seotud probleemide juures on esitatud viited sellele, et tervisevaldkonnas on piirkondadel oma eripärad, mida tuleb arengukava üld- ja alaeesmärkide seadmisel ning poliitikainstrumentide kavandamisel arvestada.

Eestis on piirkondi, kus elanike keskmine oodatav eluiga on võrreldes riigi keskmisega

oluliselt lühem (näiteks Ida-Virumaa). Tervisekaotus oli 2017. aastal suurim Ida-Viru, Valga ja Jõgeva maakonnas *(Tervise Arengu Instituut, 2018)*. Riskikäitumise ennetamiseks toetatakse kogukonna tasandil toimuvaid sekkumisi. Selleks on vaja esmalt saada võimalikult palju andmeid konkreetsete piirkondade kohta. Samas on mingite probleemide puhul juba praegu teada, et teatud piirkondades on need teravamad (näiteks narkootikumide tarvitamisest tingitud surmad Harjumaal- ja Ida-Virumaal). Otsitakse võimalusi, kuidas toetada tõenduspõhiseid sekkumisi kohaliku tasandi võimestamiseks.

Kvaliteetsed tervishoiuteenused peavad olema kättesaadavad kõikidele elanikele ning selleks tuleb arvestada nii vajadusi kui piirkondade võimalusi. Tervishoiuvõrgu arendamisel tuleb arvestada sellega, et teenused peavad olema kättesaadavad ka väljaspool suuremaid linnapiirkondi. Esmatasandi tervisekeskuste kaudu peaksid tervishoiuteenused muutuma kättesaadavamaks ka maapiirkondades. Igas maakonnas peaks kooskõlas regionaalarengu strateegiaga olema tagatud eriarstiabiteenuste kättesaadavus ning esmatasandi tervishoiuteenuste kättesaadavus kodu lähedal.

Samuti aidatakse arengukava raames koostöös partneritega tagada inimestele tervist toetav elukeskkond üle Eesti.

RIIGIVALITSEMINE

Arengukaval on oluline positiivne mõju, kuna selle läbiv põhimõte on ministeeriumite, kohalike omavalitsuste, teenuseosutajate ja vabaühenduste koostöö meetmete planeerimisel ja rakendamisel. Arengukava raames arendatakse nii keskvalitsuse tasandil toimivate asutuste omavahelist kui ka keskvalitsuse ja regioonide tasandi koostööd ning koordinatsiooni tervishoiuteenuste osutamisel, tervislike eluviiside propageerimisel ja keskkonnatervishoiu edendamisel. IKT-rakenduste kasutamise ja analüüsivõimekuse tugevdamise kaudu toetatakse valdkondade teadmiste- ja tõenduspõhist poliitikakujundamist, juhtimis- ja arendustegevusi ning teenuste osutamist.

10.2. ARENGUKAVA SEOSED PÕHILISTE PIKAAJALISTE STRATEEGIATEGA

Riigi pikaajalises arengustrateegias „Eesti 2035“ on seatud sihiks, et Eestis elavad arukad, tegusad ja tervist hoidvad inimesed. RTA aitab selle sihi saavutamisele oluliselt kaasa, sest parem tervis võimaldab olla ühiskonnas aktiivsem, tegeleda enese arendamisega, toetada lähedasi ja kogukonda. RTA elluviimine aitab sihi saavutamisele kaasa ka elanikkonna terviseteadlikumaks kujundamise, tervist toetavama elukeskkonna arendamise ja tervist toetavate valikute kättesaadavamaks tegemise kaudu.

Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development (Muudame maailma: säästva arengu tegevuskava aastaks 2030). Rahvusvaheline strateegiline dokument, mis koondab väga paljude valdkondade eesmärgid üheks tervikuks, kiideti heaks 2015. aastal. Tervisevaldkonnas on fookuses mittenakkushaigustest põhjustatud suremuse vähendamine, narkootikumide ja alkoholi tarvitamisest tingitud kahjude ning liiklusõnnetustest tingitud vigastuste ja surmade vähendamine. Oluline eesmärk on ka kõigile inimestele esmatasandi tervishoiuteenuste kättesaadavus, ligipääs ohututele, efektiivsetele, kvaliteetsetele ja taskukohase hinnaga ravimitele ja vaktsiinidele.

RTA rakendamise seisukohast on olulised ka **mitmed teised riiklikud arengudokumendid ja tegevuskavad**, sh järgmised tervise valdkonna dokumendid: vähitõrje tegevuskava aastateks 2021–2030, riiklik HIV tegevuskava aastateks 2017–2025, vaimse tervise roheline raamat, alkoholipoliitika roheline raamat, tubakapoliitika roheline raamat, toitumise ja liikumise roheline raamat, Eesti uimastitarvitamise vähendamise poliitika valge raamat.

10.3. ARENGUKAVA ELLUVIIMISE JUHTIMINE

Rahvastiku tervise arengukava 2020–2030 kinnitab Vabariigi Valitsus. Riigieelarve seaduse § 20 lõike 5 kohaselt esitab valitsus arengukava enne kinnitamist Riigikogule arutamiseks. Arengukava rakendamist ja elluviimist koordineerib Sotsiaalministeerium ja selleks koostatakse programmid, mis katavad vähemalt ühte riigieelarve strateegia perioodi. Programmid kinnitatakse igal aastal sotsiaalministri käskkirjaga pärast riigieelarve vastuvõtmist Riigikogus.

Riigieelarve seaduse kohaselt on **programm arengudokument, milles määratakse tulemusvaldkonna alaeesmärgi saavutamisele suunatud meetmed, mõõdikud, tegevused ja rahastamiskava.**

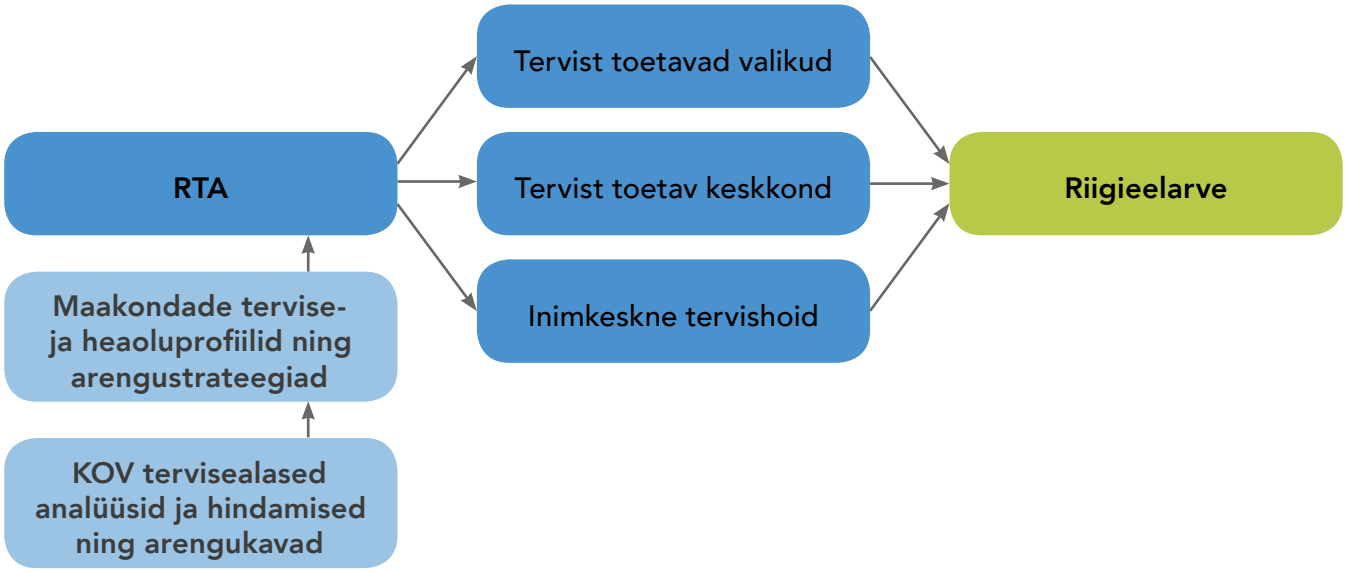
ARENGUKAVA JUHTIMINE

Rahvastiku tervise arengukava 2020–2030 elluviimiseks moodustatakse ministri käskkirjaga juhtkomisjon, mille põhiülesanded on:

- anda soovitusi rahvastiku tervise arengukava 2020–2030 eesmärkide saavutamiseks ja jälgida nende täitmist;
- anda soovitusi programmide tulemuslikkuse parandamiseks ja jälgida nende täitmist;
- teha eri valdkondade, tasandite ja organisatsioonide ühistegevuste algatamise ettepanekuid;
- täita valdkondliku komisjoni rolli struktuuritoetuse seaduse § 33 tähenduses.

Arengukava elluviimisse kaasatakse terviseala teadus- ja innovatsiooninõukogu *(Sotsiaalministeerium, 2019)*. Nõukogu lähtub arengukava eesmärkidest ja selle ülesanne on anda juhtkomisjonile soovitusi teadus-, arendus- ja innovatsioonitegevuste kavandamiseks ja elluviimiseks. Samuti on nõukogu ülesanne jälgida rahvastiku tervise arengukava 2020–2030 raames toimuvate teadus-, arendus- ja innovatsioonitegevuste elluviimist.

Arengukava eesmärkide saavutamiseks on oluline tihe koostöö kohalike omavalitsuste koostöökogudega. Samuti on oluline, et eri tasandite strateegilistes dokumentides seatud eesmärgid ja kavandatud tegevused oleksid kooskõlas (joonis 15).



Joonis 15. Rahvastiku tervise arengukava 2020–2030 rakendamise seos maakondade ja kohalike omavalitsustega.

Igal aastal toimub juhtkomisjoni, teadus- ja innovatsiooninõukogu ning kohalike omavalitsuste ühine aruteluseminar, kus esitletakse rahvastiku tervise arengukava 2020–2030 rakendamise tulemusi, arutatakse tekkinud probleeme ning selgitatakse välja eesmärkide saavutamist oluliselt mõjutavad teemad ja haigusseisundid (nt südame-veresoonkonnahaiguste, vähi, diabeedi ennetus ja ravi jne), mis vajavad eraldi käsitlemist ja lahendamist. Aruteluseminari tulemused on aluseks programmide, sealhulgas seatud eesmärkide sihttasemete muutmisele ja uuendamisele. Rahvastiku tervise seisukohast oluliste haigusseisundite või teemade terviklik käsitlus kujuneb programmide tasandil nende elluviimisel, milleks vajaduse korral koostatakse tegevuskavad. Enne aruteluseminari toimumist korraldatakse teadus- ja rakendusuuringuid tegevate asutuste ja poliitikakujundajate ühiseid teabepäevi, kus tutvustatakse probleemkohti ja pakutakse välja võimalikke tõenduspõhiseid lahendusi programmide rakendamiseks.

ARENGUKAVA ARUANDLUS

Arengukava täitmise kohta koostatakse igal aastal aruanne, kus antakse ülevaade seatud eesmärkide saavutamisest, olulisematest edusammudest ja probleemidest. Aruandeid tutvustatakse juhtkomisjoni, terviseala teadus- ja innovatsiooninõukogu ning kohalike omavalitsuste tasandi töörühmade koosolekutel, aga ka ühisel iga-aastasel aruteluseminaril. Eespool nimetatud kogude liikmetel on võimalus teha ettepanekuid arengukava tõhustamiseks enne ühist aruteluseminari, sealhulgas olemasolevate meetmete ja tegevuste hindamiseks ning uuringute tegemiseks.

Arengukava eesmärkide saavutamist, ülesannete täitmist ja meetmete tõhusust hinnatakse 2025. aastal vahehindamise raames.

11. KASUTATUD MÕISTED JA LÜHENDID

MÕISTED

ENNETATAV SURM – ennetatavad välditavad surmapõhjused on need, mis vajavad peamiselt laiemaid tervisepoliitilisi meetmeid ja mille puhul ravi ei ole peamine sekkumine. Ennetatavad on haigused, mille puhul meditsiiniabi surma ärahoidmiseks on vähem tõhus, kuid edukad on enne haiguse ilmnemist kasutatavad sekkumised.

INIMKESKNE TERVISHOID – võtab arvesse inimest kui tervikut, mitte üksnes konkreetset seisundit ja sümptomit. Arvestatakse ka inimese eelistusi ja heaolu ning laiemalt ka sotsiaalset ja kultuurilist tausta. Inimkeskse tervishoiusüsteemi laiem eesmärk on lükata edasi aega, kui inimesest saab patsient *(World Health Organisation, 2015) (Habicht, 2016)*.

INNOVATSIOON – uute lahenduste katsetamine ja tutvustamine. Seejuures ei tähista innovatsioon lineaarset teekonda alusuuringutest uue toote või teenuseni, vaid on interaktiivne ja eri osaliste vahel jagatud tagasisideahelatega protsess, mis algab vajaduse tuvastamisest *(Sotsiaalministeerium, Eesti Teaduste Akadeemia & Eesti Teadusagentuur, 2015)*.

KOLMAS SEKTOR – mitteriiklikud organisatsioonid, näiteks mittetulundusühingud, sihtasutused ja seltsingud.

ÜLDINE TERVISEKINDLUSTUS – põhimõte, mille kohaselt on oluline pakkuda üksikisikutele ja perekondadele nende vajadustele vastavaid tervishoiuteenuseid, vältides seejuures teenuste kasutamisel nende vaesumist. Laiemas tähenduses mõistetakse üldist tervisekindlustust kui olukorda, kus ka tervist saavutada või hoida aitavad teenused on kättesaadavad. Inglise keeles on mõiste *universal health coverage (World Health Organisation, 2019b)*.

MITTENAKKUSHAIGUSED – mittenakkushaigused, mida sageli nimetatakse ka kroonilisteks haigusteks, kestavad üldjuhul pikka aega ja mittenakkushaigustesse haigestutakse geneetiliste, füsioloogiliste, keskkonna ja käitumuslike faktorite koosmõju tulemusel. Mittenakkushaiguste hulka kuuluvad südame-veresoonkonnahaigused, vähk, diabeet ja kroonilised hingamisteede haigused.

OODATAV ELUIGA – oodatav eluiga on inimese sünnihetkel keskmiselt elada jäänud aastate arv, kui suremus ei muutu *(Statistikaamet, 2021)*.

PATSIENDIOHUTUS – tervishoiuteenuse osutamisega kaasneva ebavajaliku kahju riski eesmärgipärane vähendamine.

PATSIENDIOHUTUSJUHTUM – tervishoiuteenuse osutamisega seotud juhtum, mis oleks võinud põhjustada või põhjustas patsiendile ebavajalikku kahju.

PSÜÜHIKA- JA KÄITUMISHÄIRED – äratuntavate sümptomite/tunnuste kogum või käitumine, millega enamasti kaasneb stress ja mis häirib isiku funktsioone. Psüühikahäireks on näiteks depressioon ehk haiguslik meeleolu alanemine koos sellega kaasnevate kindlate lisatunnustega *(Poliitikauuringute Keskus PRAXIS, 2002)*.

RAHVASTIKU TERVIS – rahvastiku tervis on kindla territooriumi elanike või eri rahvastikurühmade tervise seisund.

RISKITEGUR – keskkondlik, sotsiaalmajanduslik, psühhosotsiaalne või käitumuslik tegur, mis omab potentsiaalselt ebasoovitavat tervisemõju.

TERVISE- JA HEAOLUPROFIIL – strateegilise planeerimise alusdokument, milles on kirjeldatud ja analüüsitud kindla territooriumi elanike terviseseisundit ning neid mõjutavaid tegureid.

TERVISEKAOTUS – suremus- ja haiguskaotuse summa. Väljendatakse vaevuste tõttu kaotatud eluaastatena (ingl *disability-adjusted life years* (DALY)). Kasutusel on olnud ka mõiste „haiguskoormus".

TERVENA ELADA JÄÄNUD AASTAD – keskmine arv aastaid sünnimomendil, mida inimene tõenäoliselt elab igapäevategevuste piiranguteta, kui suremus ja rahvastiku tervisenäitajad jääksid samaks *(Tervise Arengu Instituut, 2019)*.

TERVISESÜSTEEM – riigi poliitilises ja institutsioonilises raamistikus kõigi nende avalik-õiguslike ja eraorganisatsioonide, asutuste ja ressursside kogum, mille esmane ülesanne on parandada, säilitada ja taastada tervist.

TERVISEMÕJU – teguri põhjustatud tervist soodustav või tervist kahjustav muutus inimorganismi elundites, kudedes ja rakkudes või nende talituses, sh inimese käitumises.

TERVISEHARITUS – hõlmab inimeste teadmisi, motivatsiooni ja oskusi saada ligipääs terviseteabele ning seda mõistes, hinnates ja rakendades vastu võtta tervishoiuga, haiguste ennetamise ja tervisedendusega seotud otsuseid igapäevaelus eesmärgiga säilitada või parandada elukvaliteeti eluaja jooksul *(Härm, 2014)*.

TERVISERISK – organismi kokkupuutel ohuteguriga ebasoovitava toime ilmnemise tõenäosus ja raskusaste, mis oleneb ohuteguri olemuslikest omadustest, kokkupuute kestusest ja ulatusest.

TERVISLIK ELUVIIS – eluviis, mis vähendab haigestumise riski, suurendab füüsilist, vaimset ja sotsiaalset heaolu, parandab tööviljakust ja toetab igapäevaelu pingetega toimetulekut.

VÄLDITAV SURM – ravitavad välditavad surmapõhjused on need, mis sõltuvad peamiselt tervishoiust ning mida oleks saanud vältida õigeaegse ja efektiivse arstiabiga ehk ravida. Ravitavateks peetakse haigusi, millest tingitud suremust on võimalik vältida pärast haiguse ilmnemist *(Tervise Arengu Instituut, 2019)*.

LÜHENDID

AMR – antimikroobne resistentsus

DALY – *disability-adjusted life year*, surmade tõttu kaotatud eluaastate ja haigestumuse tõttu kaotatud täie tervise juures elatud eluaastate summa

EL – Euroopa Liit

HIV – inimese immuunpuudulikkuse viirus

OECD – Majanduskoostöö ja Arengu Organisatsioon

RTA – rahvastiku tervise arengukava

SKP – sisemajanduse koguprodukt, riigi elanikkonna majandusliku olukorra näitaja, mis kajastab toodetud kaupade ja teenuste koguväärtuse ning nende tootmisel vahetarbimiseks kulutatud kaupade ja teenuste väärtuse vahet

SRT – seksuaal- ja reproduktiivtervis

ÜRO – Ühinenud Rahvaste Organisatsioon

KASUTATUD KIRJANDUS

Aaben, L., Nurm, Ü.-K., Paat-Ahi, G., Veldre, V., Sikkut, R. & Kallavus, K. (2017). Rahvastiku tervise arengukava vahehindamine 2009-2020. Uuringu koondaruanne. Allikas: *http://www.praxis.ee/wp-content/uploads/2017/03/RTA-hindamisraport_Praxis.pdf*

Couffinhal, A. & Habicht, T. (2005). Health system financing in Estonia: situation and challenges in 2005. Allikas: *http://rahvatervis.ut.ee/bitstream/1/662/1/Couffinhal2005.pdf*

Database of the International Registry on Organ Donation and Transplantation. (2019). Allikas: *http://www.irodat.org/*

Eesti Geoloogiakeskus. (2017). Eesti pinnase radooniriski ja looduskiirguse atlas. Allikas: *https://www.keskkonnaamet.ee/sites/default/files/Kiirgus/eesti_rn_atlas_2017_kyljendatud.pdf*

Eesti Haigekassa. (2019. a.). Hambaravihüvitis. Allikas: *https://www.haigekassa.ee/hambaravi/patsiendile/hambaravihuvitis*

Eesti Seksuaaltervise Liit (ESTL). (2013). Seksuaal- ja reproduktiivtervise arengusuunad 2013-2017. Allikas: *http://www.estl.ee/admin/upload/Dokumendid/Seksuaal-ja%20reproduktiivtervise%20arengusuunad%202013-2017.pdf*

Eesti Vaimse Tervise ja Heaolu Koalitsioon (VATEK). (30. märts 2016. a.). Vaimse tervise strateegia 2016-2025. Allikas: *https://vatek.ee/wp-content/uploads/2016/04/Vaimse_tervise_heaolu_strateegia_2016-2025_30.03.2016.pdf*

Euroopa Keskkonnaagentuur. (2019). Mürasaaste Euroopas. Allikas: *https://www.eea.europa.eu/et/pressroom/infograafika/murasaaste-euroopas/view*

Euroopa Nõukogu. (4. aprill 1997. a.). Inimõiguste ja biomeditsiini konventsioon: inimõiguste ja inimväärikuse kaitse bioloogia ja arstiteaduse rakendamisel (Oviedo konventsioon). Allikas: *https://www.coe.int/en/web/conventions/full-list/-/conventions/rms/090000168007cf98*

Euroopa Parlament ja EL Nõukogu. (12. detsember 2012. a.). Euroopa Parlamendi ja nõukogu direktiiv 2006/123/EÜ teenuste kohta siseturul. Allikas: *https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ET/TXT/PDF/?uri=CELEX*:32006L0123&from=ET

European Commission. (2018. a.). Market study on telemedicine. Allikas:*https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/ehealth/docs/2018_provision_marketstudy_telemedicine_en.pdf*

European Commission. (2019. a.). AMR: a major European and Global Challenge. Factsheet. Allikas: *https://ec.europa.eu/health/amr/sites/amr/files/amr_factsheet_en.pdf*

European Environment Agency. (2018). Estonia noise fact sheet. Allikas: *https://www.eea.europa.eu/themes/human/noise/noise-fact-sheets/noise-country-fact-sheets-2018/estonia*

Eurostat. (juuli 2019. a.). Causes of death statistics. Allikas: *https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Causes_of_death_statistics&oldid=373673#Causes_of_death_in_EU_Member_States_in_2016*

Eurostat. (2019. a.). Self-reported unmet need for medical examination and care by sex. Allikas: *https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/sdg_03_60/default/table?lang=en*

Ghiasvand, R., Rueegg, C. S., Weiderpass, E., C., G. A., Lund, E., & Veierød, M. B. (2017). Indoor Tanning and Melanoma Risk: Long-Term Evidence From a Prospective Population-Based Cohort Study. American Journal of Epidemiology, Feb1;185(3):147-156.

Habicht, T. (2016. a.). Milline koht on tervishoius „inimesekesksusel"? Sotsiaalministeeriumi ajaveeb. Allikas: *https://somblogi.wordpress.com/2016/11/08/milline-koht-on-tervishoius-inimesekesksusel/*

Habicht, T., Reinap, M., Kasekamp, K., Sikkut, R., Aaben, L. & Ewout, V. G. (2018). Estonia: Health System Review. Health Systems in Transition, 20(1): 1-193

Härm, T. (2014). Viisteist aastat tervist edendavate haiglate ja terviseteenuste võrgustikku Eestis. Allikas: *https://intra.tai.ee/images/prints/documents/141648312186_15aTEH.pdf*

Justiitsministeerium. (2019). Kuritegevus Eestis 2018. Allikas:*https://www.kriminaalpoliitika.ee/sites/krimipoliitika/files/elfinder/dokumendid/kuritegevus_eestis_2018_viidetega_lisadele.pdf*

Kantar Emor. (2016). Eesti elanike hinnangud tervisele ja arstiabile. Allikas: *https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Ministeerium_kontaktid/Uuringu_ja_analuusid/Tervisevaldkond/arstiabi_uuringu_aruanne_2016_kantar_emor.pdf*

Keskkonnaagentuur. (2019). Päike ja UV-kiirgus. Allikas: *https://www.ilmateenistus.ee/ilmatarkus/kasulik-teada/paike/*

Keskkonnaministeerium. (15. juuni 2016. a.). Atmosfääriõhu kaitse seadus. Allikas: Riigiteataja: *https://www.riigiteataja.ee/akt/113032019035?leiaKehtiv*

Kessler, R., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. & Walters, E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Archives of General Psychiatry, Jun62(6):593-602.

Kivimets, K., Uusküla, A., Lazarus, J. V. & Ott, K. (2018). Hepatitis C seropositivity among newly incarcerated prisoners in Estonia: data analysis of electronic health records from 2014 to 2015. BMC Infectious Diseases, Jul21;18(1):339.

Lippus, H., Laanpere, M., Part, K., Ringmets, I., Rahu, M., Haldre, K., Allvee, K. & Karro, H. (2015). Eesti Naiste Tervis 2014: seksuaal- ja reproduktiivtervis, tervisekäitumine, hoiakud ja tervishoiuteenuste kasutamine. Allikas: *https://sisu.ut.ee/sites/default/files/naisteterviseuuring/files/uusestre2014_loppraport.pdf*

Lõhmus, L., Lemsalu, L., Rüütel, K. & Vals, K. (2018). Eesti täiskasvanud elanikkonna seksuaalkäitumine. Allikas: *https://intra.tai.ee//images/prints/documents/153501440828_Eesti_täiskasvanud_elanik%0D-konna_seksuaalkäitumine_2017.pdf*

Maailma Arstide Liit. (2011). Maailma Arstide Liidu (WMA) Helsingi deklaratsioon. Inimestel tehtavate meditsiiniuuringute eetilised põhimõtted. Eesti Arst , 90(7):344–346.

Maailma Terviseorganisatsiooni Euroopa regiooni riigid. (2008). Tallinna harta: tervisesüsteemid tervise ja jõukuse heaks. Allikas: *http://rahvatervis.ut.ee/bitstream/1/2083/1/WHO2008.pdf*

Maailmapanga Grupp. (2015. a.). Ravi terviklik käsitlus ja osapoolte koostöö Eestitervishoiusüsteemis. Allikas: *https://www.haigekassa.ee/sites/default/files/Maailmapanga-uuring/veeb_est_summary_report_hk_2015.pdf*

Mancuso, J. M. (2008). Health literacy: A concept/dimensional analysis. Nursing and health sciences, Sep;10(3):248-55.

Mets, U., Veldre, V. & Kutsekoda SA. (2017). Tulevikuvaade tööjõu- ja oskuste vajadusele: tervishoid. Allikas: *https://oska.kutsekoda.ee/wp-content/uploads/2016/04/tervishoiu_uuringu_terviktekst.pdf*

Metsoja, A., Nelis, L. & Nurk, E. (2018). Euroopa laste rasvumise seire. WHO Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI). Eesti 2015/16. õa uuringu raport. Allikas: *https://intra.tai.ee/images/prints/documents/152587420882_Euroopa_laste_rasvumise_seire.pdf*

Oja, L., Pikksööt, J. & Rahno, J. (2019). Eesti kooliõpilaste tervisekäitumise uuring. 2017/2018. õppeaasta. Tabelid. Allikas: *https://intra.tai.ee//images/prints/documents/155721589243_Eesti_kooliopilaste_tervise%0Dkaitumise_uuring_2017_2018_oppeaasta_tabelid.pdf*

Orro, E., Martens, K., Lepane, L., Josing, M., Reiman, M. & Hansa, A. (2018). Alkoholi turg, tarbimine ja kahjud Eestis. Aastaraamat 2018. Allikas: *https://intra.tai.ee/images/prints/documents/154270780324_Alkoholi%20aasta%0Draamat%202018.pdf*

Panov, L. (2018). Vigastused Eestis 2017. Allikas: *https://intra.tai.ee//images/prints/documents/15385597148_Vigastused%20Eestis_2017.pdf*

Poliitikauuringute Keskus PRAXIS. (2002). Eesti vaimse tervise poliitika alusdokument. Allikas: *http://www.praxis.ee/wp-content/uploads/2014/03/2002-Eesti-vaimse-tervise-poliitika.pdf*

Prüss-Üstün, A., Wolf, J., Corvalán, C. F., Bos, R. & Neira, M. P. (2016). Preventing disease through healthy environments. A global assessment of the burden of disease from environmental risks. Allikas: *https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204585/9789241565196_eng.pdf?seq%0Duence=1&isAllowed=y*

Põld, M. (2015). Tervise enesehinnang sotsiaalmajandusliku staatuse järgi Eestis 1996-2014. Magistritöö rahvatervishoius. Allikas: *http://rahvatervis.ut.ee/bitstream/1/6092/1/P%C3%B5ld2015.pdf*

Rahandusministeerium. (2014). Läbivad teemad valdkonna arengukavas. Juhendmaterjal arengukava koostajale. Allikas: *https://www.rahandusministeerium.ee/sites/default/files/lcbivad-teemad-vald%0D-konna-arengukavas.pdf*

Reile, R., Tekkel, M. & Veideman, T. (2019). Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring 2018. Allikas: *https://intra.tai.ee//images/prints/documents/155471416749_TKU2018_kogu%0D-mik_28mar2019_1.pdf*

Rüütel, K., Kaur, E. & Jevgenia, E. (2018). HIV nakkuse ja kaasuvate infektsioonide epidemioloogiline olukord Eestis, 2000-2017. Allikas: *https://intra.tai.ee/images/prints/documents/152629385480_HIV_nakkuse_ja_kaasu%0Dvate_infektsioonide_epidemioloogiline_olukord_Eestis_2000_2017.pdf*

Sammul, M., Varblane, U., Vallistu, J., Roose, A., Kaunismaa, I., Timpmann, K., Puolokainen, T. (2015). Kliimamuutuste mõjude hindamine ja sobilike kohanemismeetmete väljatöötamine majanduse ja ühiskonna valdkondades. Lõpparuanne. Allikas: *https://www.envir.ee/sites/default/files/rake_loppa-ruanne.pdf*

Scientific Committee on Emerging and Newly Identified Health Risks. (2009). Assessment of the Antibiotic Resistance Effects of Biocides. Allikas: *https://ec.europa.eu/health/ph_risk/committees/04_scenihr/docs/scenihr_o_021.pdf*

Slawomirski, L., Auraaen, A. & Klazinga, N. (2017). The economics of patient safety. Strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level. Allikas: *https://www.oecd.org/els/health-systems/The-economics-of-patient-safety-March-2017.pdf*

Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., Brand, H. & (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health, 12:80.

Sotsiaalministeerium. (2014a). Alkoholipoliitika roheline raamat. Allikas: *https://www.tai.ee/images/PDF/Alkoholipoliitika_roheline_raamat.pdf*

Sotsiaalministeerium. (2014b). Tubakapoliitika roheline raamat. Allikas: *https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/ees%0Dmargid_ja_tegevused/Tervis/tubakas_2014.pdf*

Sotsiaalministeerium. (2014c). Eesti tervishoiu arengusuunad aastani 2020. Allikas: *https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Tervis/tervishoiu_arengusuunad_2020.pdf*

Sotsiaalministeerium. (2016). Toitumise ja liikumise roheline raamat (tööversioon). Allikas: *https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Tervishoid/tervise_roheline_raamat/toitumise_ja_liikumise_roheline_raamat_15.11versioon.pdf*

Sotsiaalministeerium. (2017). Riiklik HIV tegevuskava aastateks 2017–2025. Allikas: *https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Tervishoid/rahvatervis/hiv_riiklik_tegevuskava_2017_2025.pdf*

Sotsiaalministeerium. (2018). Rahvastiku tervise arengukava 2009–2020 2017. aastat kajastav aruanne. Allikas: *https://www.sm.ee/sites/default/files/2017._aasta_aruanne.pdf*

Sotsiaalministeerium. (2019). Sotsiaalministeeriumi veebileht. Allikas: *https://www.sm.ee/et/terviseala-teadus-ja-innovatsiooninoukogu*

Sotsiaalministeerium, Eesti Teaduste Akadeemia & Eesti Teadusagentuur. (2015). Teadus ja innovatsioon tervise teenistusse. Eesti tervisesüsteemi teadus- ja arendustegevuse ning innovatsiooni strateegia 2015-2020. Allikas: *https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Tervis/teadus_ja_innovatsioon_tervise_teenistusse.pdf*

Speros, C. (2005). Health literacy: concept analysis. Journal of advanced nursing, Jun;50(6):633-40.

Statistikaamet. (2019). Statistika andmebaas. Allikas: *https://www.stat.ee/andmebaas*

Statistikaamet. (2021). Statistikaameti veebileht.
Allikas: *https://www.stat.ee/et/avasta-statistikat/valdkonnad/heaolu/tervis/oodatav-eluiga*

Tervise Arengu Instituut. (2018). Tervisekaotus, 2017. Allikas: *https://tai.ee/et/terviseandmed/tervisestatistika-ja-uuringute-andmebaas/uuendused/4384-tervisekaotus-2017*

Tervise Arengu Instituut. (2019). Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas. Allikas: *http://pxweb.tai.ee/PXWeb2015/index.html*

Terviseamet. (2012). Ilu- ja isikuteenuste osutamine. Piiripealsed teenused. Sihtuuring. Allikas: *http://www.rahvatervis.ut.ee/bitstream/1/4981/1/Terviseamet2012.pdf*

Terviseamet. (2013). Tallinna Teletorni ümbruses elektromagnetväljade tasemete mõõtmiste kokkuvõte. Allikas: *https://www.terviseamet.ee/sites/default/files/content-editor/vanaveeb/Keskkonnatervis/fyysikalised_tegurid/Tallinna_Teletorni_kokkuvote_2013.pdf*

Terviseamet. (2017). Sihtuuringu „WiFi lokaalvõrkude EMV tasemed koolides" kokkuvõte. Allikas: *https://www.terviseamet.ee/sites/default/files/content-editor/vanaveeb/Keskkonnatervis/fyysikalised_tegurid/Sihtuuringu_WiFi_lokaalvorkude_EMV_tasemed_koolides_kokkuvote.pdf*

Terviseamet. (2018). Nakkushaiguste esinemine ja immunoprofülaktika Eestis 2018. aastal. Allikas: *https://www.terviseamet.ee/sites/default/files/Nakkushaigused/epid_ulevaade_2018.pdf*

Terviseamet. (2020). Terviseameti vaktsineerimise ametlik veebileht
Allikas: *https://www.vaktsineeri.ee/et/statistika*

The Health Foundation. (2016). Person-centred care made simple. What everyone should know about person-centered care. Allikas: *https://www.health.org.uk/sites/health/files/PersonCentredCareMadeSimple.pdf*

Thomson, S., Evetovits, T. & Cylus, J. (2018). Kaitse suurte ravikulude eest Tšehhis, Eestis ja Lätis: kolm kõrge sissetulekutasemega riiki – kolm erinevat kogemust. Eesti Arst, 97(6):301–304. Allikas: *http://ojs.utlib.ee/index.php/EA/article/view/14172/9187*

Thomson, S., Võrk, A., Habicht, T., Rooväli, L., Evetovits, T. & Habicht, J. (2010). Võimalused Eesti tervisesüsteemi rahalise jätkusuutlikkuse tagamiseks. Allikas: *https://www.haigekassa.ee/uploads/userfiles/aruanne_EST_2010color.pdf*

United Nations. (2012). Resolution on Global health and foreign policy. Allikas: *https://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/67/81*

United Nations. (2015). Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. Allikas: *https://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=E*

Vorobjov, S. & Salekešin, M. (2016). Uimastite tarvitamine koolinoorte seas: 15-16-aastaste õpilaste legaalsete ja illegaalsete narkootikumide kasutamine Eestis. Allikas: *https://intra.tai.ee//images/prints/documents/147436247968_Uimastite_tarvita%0Dmine_koolinoorte_seas_uuringu_raport_2016.pdf*

Vorobjov, S. & Salekešin, M. (2017). HIVi levimus ja riskikäitumine narkootikume süstivate inimeste hulgas, Kohtla-Järve 2016. Allikas: *https://intra.tai.ee//images/prints/documents/149873685947_KJ_SN_2016_raport.pdf*

Vorobjov, S., Salekešin, M. & Vals, K. (2018). Eesti täiskasvanud rahvastiku uimastite tarvitamise uuring. Allikas: *https://intra.tai.ee//images/prints/documents/156697963610_Eesti_tais%0Dkasvanud_rahvastiku_uimastite_tarvitamise_uuring_2018_.pdf*

Võlaõigusseadus. (26. september 2001. a.). Allikas: *https://www.riigiteataja.ee/akt/120022019008?leiaKehtiv*

Võrk, A. (2018). Sissetulekute ja omaosaluse seos tervishoiuteenuste kättesaadavuse ja kasutamisega Eesti Terviseuuringu 2014 andmetel. Allikas: *https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Tervishoid/som_eteu_andresvork_raport_9aprill2018.pdf*

Võrk, A. & Habicht, T. (2019). Kas inimesed saavad endale tervishoiu eest tasumist lubada? Allikas: *http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0013/402061/Estonia-Estonian-WHO-FP-014-digital-single-pages.pdf?ua=1*

WHO 69. World Health Assembly. (2016). Framework on integrated, people-centred health services; Report by the secretariat. Allikas: *http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_39-en.pdf?ua=1&ua=1*

World Health Organisation. (2013a). Mental Health Action Plan 2013-2020. Allikas: *https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89966/9789241506021_eng.pdf;jsessi%0Donid=DE529835923879F03B67571114446EC7?sequence=1*

World Health Organisation. (2013b). The world health report 2013: research for universal health coverage. Allikas: *https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85761/9789240690837_eng.pdf;jsessi%0Donid=32F34F3D2046FA024095D50CA31DA7B5?sequence=2*

World Health Organisation. (2014). Noncommunicable diseases (NCDs) and Mental Health: Challenges and Solutions.

World Health Organisation. (2015). WHO global strategy on people-centered and integrated health cervices. Interim report.

World Health Organisation. (2016a). Ambient air pollution: a global assessment of exposure and burden of disease. Allikas: *https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250141/9789241511353-eng.pdf?sequence=1*

World Health Organisation. (2016b). Global strategy on human resources for health: Workforce 2030. Allikas: *https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250368/9789241511131-eng.pdf?sequence=1*

World Health Organisation (2017a). Declaration of the sixth ministerial conference on environment and health (Ostrava deklaratsioon). Allikas: *http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/341944/OstravaDeclaration_SIGNED.pdf*

World Health Organisation. (2017b). Technical assistance for establishing a patient safety system in Estonia. Mission Report. Allikas: *https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/355575/Patient-Safety-Estonia-en.pdf?ua=1*

World Health Organisation. (2018). Saving lives, spending less: a strategic response to noncommunicable diseases. Geneva, Switzerland.

World Health Organisation. (2019a). Social determinants of health. Allikas: *https://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/key_concepts/en/*

World Health Organisation. (2019b). Universal Health Coverage. Allikas: *https://www.who.int/health-topics/universal-health-coverage#tab=tab_1*

World Health Organisation & Health Metrics Network. (2012). Framework and standards for country health information systems. Allikas: *https://www.who.int/healthinfo/country_monitoring_evaluation/who-hmn-framework-standards-chi.pdf*