

# Rahvastiku tervise arengukava 2009-2020 vahehindamine

Uuringu koondaruanne



Euroopa Liit  
Euroopa Sotsiaalfond



Eesti  
tuleviku heaks

2017

Uuringu tellis Riigikantselei koostöös Sotsiaalministeeriumiga. Uuringu teostamine on rahastatud ühtekuuluvusfondide 2014-2020 rakenduskava prioriteetse suuna 12 „Haldusvõimekus“ meetmest 12.2 „Poliitikakujundamise kvaliteedi arendamine“.



RIIGIKANTSELEI



SOTSIAALMINISTEERIUM

## Autorid

**Laura Aaben**

**Ülla-Karin Nurm**

**Gerli Paat-Ahi**

**Vootele Veldre**

**Riina Sikkut**

**Kadi Kallavus**

**Poliitikauuringute Keskus Praxis** on Eesti esimene sõltumatu, mittetulunduslik mõttekeskus, mille eesmärk on toetada analüüsile, uuringutele ja osalusdemokraatia põhimõtetele rajatud poliitika kujundamise protsessi.



Poliitikauuringute Keskus Praxis

Tornimäe 5, III korrus

10145 Tallinn

tel 640 8000

[www.praxis.ee](http://www.praxis.ee)

[praxis@praxis.ee](mailto:praxis@praxis.ee)

Väljaande autoriõigus kuulub Poliitikauuringute Keskusele Praxis. Väljaandes sisalduva teabe kasutamisel palume viidata allikale: Aaben, L., Nurm Ü.-K., Paat-Ahi, G., Veldre, V., Sikkut, R., Kallavus, K. (2017) Rahvastiku tervise arengukava 2009-2020 vahehindamine. Uuringu koondaruanne. Tallinn: Poliitikauuringute Keskus Praxis.

# Sisukord

<b>Sissejuhatus .....</b>	<b>4</b>
<b>Uuringu tulemuste lühikokkuvõte .....</b>	<b>5</b>
<b>Uuringu meetodika.....</b>	<b>6</b>
<b>1. Kokkuvõte RTA alavaldkondade hindamistulemustest .....</b>	<b>9</b>
1.1. Pahaloomulised kasvajakasvajaad .....	10
1.2. Südame- ja veresoonehaigused .....	11
1.3. Diabeet.....	12
1.4. Vaimne tervis .....	13
1.5. Laste vaksineerimine .....	14
1.6. Toidutekkelised nakkushaigused .....	15
1.7. Välisõhu kvaliteet.....	16
1.8. Tervishoiutöötajad .....	17
1.9. Tervishoiuteenuste kvaliteet ja kättesaadavus.....	18
1.10. Kiirabi .....	19
1.11. HIV ja AIDS.....	20
<b>2. Saavutatud muutused tervisenäitajates .....</b>	<b>21</b>
2.1. Suremuse trendid.....	21
2.1.1. Südame- ja veresoonehaiguste suremus.....	24
2.1.2. Pahaloomuliste kasvajakasvajakasvajaad suremus .....	27
2.1.3. Vigastussuremus.....	30
2.1.4. Seedeelundkonna haiguste suremus .....	33
2.1.5. Hingamiseldkonna haiguste suremus .....	36
2.2. Haigestumuse trendid.....	39
2.2.1. Hingamiseldkonna haiguste esmahaigestumus.....	42
2.2.2. Vigastuste ja mürgistuste esmahaigestumus .....	44
2.2.3. Lihaskonna haiguste esmahaigestumus .....	46
2.2.4. Valitud nakkushaiguste esmahaigestumus.....	48
2.2.5. Kuse- ja suguelundite haiguste esmahaigestumus.....	50
2.3. RTA üldesmärkide täitmine.....	52
2.4. Soovitused RTA 2020. aasta üldesmärkide saavutamiseks.....	55
<b>3. Hinnang RTA-le kui tervisepoliitika strateegilise juhtimise vahendile .....</b>	<b>57</b>
<b>4. Soovitused RTA uuendamiseks.....</b>	<b>65</b>
<b>5. Riiklike tervisestrateegiate rahvusvaheline võrdlus.....</b>	<b>70</b>
5.1. Läti rahvatervise strateegia aastateks 2011–2017 .....	70
5.2. Inglismaa rahvatervise tulemite raamistik 2013–2016.....	73
5.3. Soome KASTE programm 2012–2015 .....	75
5.4. Austraalia terviseindikaatorid .....	77
5.5. Uus-Meremaa tervisestrateegia .....	79
Summary .....	82
Lisa 1. Uuringusse kaasatud ekspertide loetelu .....	93
Lisa 2. Intervjuude kavad.....	94
Lisa 3. Loetelu uuringusse kaasatud dokumentidest .....	103

## Sissejuhatus

**Rahvastiku tervise arengukava 2009–2020 (edaspidi RTA) on Eestis esimene tervise valdkonna laiapõhine arengukava.** RTA katab kõiki olulisi tervise alavaldkondi, millest mitmed olid varasemalt käsitletud erinevates riiklikes strateegiates (nt südame- ja veresoonkonna haiguste strateegia, HIV strateegia, vähistrateegia jt). RTA koostamist juhtis Sotsiaalministeerium ja strateegia valmis 2009. aastal. Täna on strateegiat rakendatud üle kuue aasta ehk rohkem kui pool rakendamisele planeeritud ajast on möödunud.

Seni ei ole RTA elluviimisele teostatud sisulist hindamist. Jooksvalt on seiratud küll arengukava indikaatoreid ja nende täitmist ning muutusi indikaatorite sotsiaaldemograafilistes lõigetes, kuid analüüsitud ei ole RTA tegevuste tulemuslikkust ja tegevuste mõju seatud eesmärkidele. RTA tulemusaruannetes on RTA raames teostatud tegevuste hindamise tulemusi kajastatud pigem põgusalt. **Käesoleva analüüsi eesmärgiks ongi hinnata perioodil 2009–2016 ellu viidud RTA meetmete ja tegevuste tulemuslikkust strateegia eesmärkide saavutamisel ning anda sisend RTA edasiste meetmete ja tegevuste planeerimiseks.**

Uuringu tellija oli valinud kümme RTA alavaldkonda, millele analüüsis sooviti keskenduda: **vaimne tervis, diabeet, pahaloomulised kasvaja (vähk), südame- ja veresoonkonna haigused (SVH), laste vaksineerimine, tervishoiutöötajad (eelkõige õendustöötajad), arstiabi kvaliteet ja kättesaadavus, kiirabi, toidutekkelised nakkushaigused ja välisõhu kvaliteet.** Iga nimetatud valdkonna kohta koostati põhjalik analüüsiraport, mis hõlmas RTA raames teostatud tegevuste kirjeldust ja eesmärgipärasuse analüüsi; RTA-s valdkonnale seatud tulemusindikaatorite sihttasemete saavutamise ja selle võimalike põhjuste analüüsi; ning poliitikasoovitusi edasiste tegevuste planeerimisel. Iga valdkonna kohta on lisatud raportitesse ka põgus ülevaade ühe valitud välisriigi vastava valdkonna poliitikatest ja toodud välja võimalikud õppetunnid Eesti jaoks. Valdcondlike alaraportite peamised järeldused ja soovitused on esitatud käesoleva raporti peatükis 1.

**Käesolev analüüs hõlmab endas ka Riikliku HIV ja AIDSi strateegia 2006-2015 (edaspidi HIV strateegia) lõpphindamist.** Hindamise fookus oli eelkõige sellel, kuidas ja milliste tegevuste abil suudeti saavutada strateegias seatud eesmärgid. Olulise osa analüüsist moodustas Eestis elluviidud tegevuste vastavuse analüüs rahvusvaheliste soovitustega.

HIV strateegia lõppes 2015. aastal ja strateegiat ei ole uuendatud. Selle asemel on HIV valdkonna tegevused integreeritud Rahvastiku tervise arengukavva. Sellest tulenevalt oli käesoleva analüüsi üheks eesmärgiks **anda soovitusi HIV strateegia integreerimiseks RTA-sse.** HIV strateegia lõpphindamine on vormistatud käesoleva uuringu eraldiseisva alaraportina, mille peamised järeldused ja tulemused on esitatud käesoleva raporti peatükis 1.11.

Lisaks kitsamate valdkondade analüüsimisele, kirjeldati uuringu raames ka **Eesti viie peamise surma- ja esmashaigestumuse põhjuse trende ja analüüsiti RTA panust trendide mõjutamisel.** Analüüsi tulemustele tuginedes **töötati välja poliitikasoovitused RTA edasiste prioriteetide osas** (vt pt 2.4).

Hindamise raames **analüüsiti põhjalikult ka RTA elluviimise juhtimismudelit, millele tuginedes töötati välja soovitused RTA edasiseks elluviimiseks uuendatud juhtimismudeli abil** (vt pt 3 ja 4). Uuendatud juhtimismudel võtab arvesse nii senisest RTA elluviimise kogemusest saadud õppetunnid ning Eesti teiste ministeeriumide ja teiste riikide kogemused.

## Uuringu tulemuste lühikokkuvõte

### Peamised järeldused:

1. RTA senise rakendusperioodi jooksul on oodatava eluea kasvutrend Eestis aeglustunud ja trendi jätkumise korral jääb vastav RTA üldeesmärk aastaks 2020 suure tõenäosusega saavutamata.
2. Eesmärgiks seatud kasvu asemel on Eesti tervena elatud aastad RTA rakendusperioodil hoopis vähenenud, mistõttu jääb vastav RTA üldeesmärk aastaks 2020 suure tõenäosusega saavutamata.
3. Südame- ja veresoonkonnahaigused (SVH) ja vähk moodustavad ligi 80% Eesti kogusuremusest. Kui SVH suremuses on saavutatud langustendents, siis vähi suremus on tõusnud. Vigastused kui kolmas kõige levinum ja peamine noorte surmapõhjus on Eestis jõudsalt vähenenud.
4. Uuringu raames analüüsitud RTA 11 tegevusvaldkonna seas saab edukamatena välja tuua SVH (sh alkoholi- ja tubakapoliitika), HIV, toidutekkelised nakkushaigused ja laste vaksineerimise. Vähem edukam on RTA olnud vähi, vaimse tervise, diabeedi, välisõhu kvaliteedi, tervishoiutöötajate, kiirabi, tervishoiuteenuste kvaliteedi ja kättesaadavuse valdkonna arengute toetamisel.
5. RTA üldeesmärgid on keskseks suunaseadjaks Eesti tervisepoliitikas, kuid oma üldsõnalisuses ei paku RTA lahendusi ja strateegilisi tegevusjuhiseid poliitikate kujundamiseks. Selle tulemusena on mitmetes RTA tegevusvaldkondades ellu viidud tegevusi, mille eesmärgipärasus ei ole üheselt selge.
6. Valdondlike tervisestrateegiate integreerimine RTA-sse ei ole toonud kaasa soovitud positiivseid muutusi. Pigem on varasem süsteemne vaade valdkonna tegevustele asendunud killustunud vaatega.
7. RTA on väärtuslik ja oluline, kuid väga mahukas arengukava, mille elluviimise protseduurid ei ole olnud sedavõrd suure strateegia juhtimiseks kohased. Selle tulemusena ei ole RTA seni olnud Eesti tervisepoliitikas oluliste muutuste vedur. RTA täidab eelkõige eelarve planeerimise ja aruandluse rolli, vähem tegevuste sisulise strateegilise kavandamise rolli.

### Peamised soovitused:

1. RTA üldeesmärkide saavutamiseks soovitame kõige prioriteetsemaks poliitikasuunaks valida südame- ja veresoonkonnahaigused ja nende riskitegurid (eelkõige toitumine ja liikumine). Erilise fookuse alla soovitame võtta Eesti tervishoiusüsteemi võimekuse SVH jt krooniliste haigustega toimetulekul.
2. RTA teiseks prioriteetseks tegevussuunaks soovitame valida vaimse tervise, sh erilise fookuse alla võtta psühholoogilise ja psühhiaatrilise abi kättesaadavuse parandamise. Rõhutame, et Eesti vaimse tervise valdkond vajab senisest oluliselt süsteemsemat ja jõulisemat poliitikakujundamist.
3. Kolmandaks prioriteetseks suunaks soovitame võtta vähi varase haigestumise ja suremuse vähenemise, sh erilise tähelepanu alla võtta vähiskriiningute hõlmatuse suurendamise.
4. Vigastustest tulenevate suurte tervisekahjude vähendamisel on oluline roll ka alkoholi- ja narkopoliitikal, mis peaksid samuti säilitama Eesti tervisepoliitikas oma kõrge prioriteetsuse.
5. Selleks, et planeerida sobivaid tegevusi tervena elatud eluea tõusuks, on vaja mõista põhjuseid, mis tervena elatud eluea kasvu pidurdavad ja selleks läbi viia vastavad epidemioloogilised uuringud.
6. RTA üldeesmärkide saavutamiseks on vaja strateegiliselt juhtida ka muutusi tervishoius, keskendudes inimkeskse ja majanduslikult jätkusuutliku tervisesüsteemi jaoks vajalike reformide elluviimisele.
7. Soovitame RTA ellu viia valdkondlike programmide kaudu ehk minna tagasi tervisepoliitika valdkonnapõhise juhtimise juurde.

## Uuringu metoodika

Rahvastiku tervise arengukava vahehindamise teostamisel kombineeriti erinevaid kvalitatiivseid ja kvantitatiivseid meetodeid. Vastavalt uuringu lähteülesandele rakendati töös järgnevalt kirjeldatud meetodeid.

### Dokumendianalüüs

Dokumendianalüüs moodustas uuringu kõige mahukama osa hõlmates endas enam kui 300 dokumendi põhjalikku läbitöötamist. Peamise osa dokumentidest moodustasid Rahvastiku tervise arengukava, HIV strateegia, Südame- ja veresoonkonnahaiguste strateegia ja Vähistrateegia rakendusplaanid, iga-aastased tegevuskavad ja aruanded, samuti erinevate RTA tegevustega seotud töörühmade memod, ettekanded ja ekspertidelt saadud ametkondlikuks kasutuseks mõeldud töödokumendid ning erinevad Eesti tervisepoliitikele teostatud välishindamise kokkuvõtted. Dokumendianalüüsi olid hõlmatud ka valitud välisriikide valdkondlikke strateegiaid ja poliitika kirjeldavad dokumendid. Analüüsi kaasatud dokumendid on loetletud lisa 3.

### Teaduskirjanduse analüüs

Teaduskirjanduse analüüs moodustas uuringu läbiviimisel planeeritust tagasihoidlikuma osa, kuna dokumendianalüüs osutus planeeritust oluliselt mahukamaks. Sellest tulenevalt ei olnud võimalik võtta analüüsi aluseks analüüsivat valdkonda käsitlevaid süstemaatilisi ülevaateid ja metaanalüüse (nagu oli algselt planeeritud), vaid teaduskirjanduse allikadena kasutati eelkõige WHO ülevaateid ja soovitusi erinevate valdkondade tõenduspõhistest sekkumistest. Saadud teavet kasutati eelkõige RTA raames planeeritud meetmete eesmärgipärasuse hinnangu andmisel ja poliitikasoovituste kujundamisel.

### Statistiline andmeanalüüs

Statistilist andmeanalüüsi kasutati RTA ja HIV strateegia tegevuste tulemuslikkuse hindamisel. Eelkõige kasutati statistilist andmeanalüüsi strateegias seatud indikaatorite saavutustasemetega ja selle võimalikke põhjuste analüüsimisel. Statistiliste andmete allikateks olid erinevad riiklikud registrid, samuti Haigekassa, Tervise Arengu Instituut, Terviseamet, Statistikaamet ja mitmed teised valdkonna-spetsiifilised andmekogud.

### Süvaintervjuud ekspertidega

Süvaintervjuud viidi läbi kõigi analüüsi kaasatud alavaldkondade ekspertidega (kokku 11 valdkonda) ja lisaks Eesti tervisesüsteemi hästi tundvate ekspertidega. Kõigil teemadel viidi läbi intervjuu ka vähemalt ühe välisekspertidega. Intervjueeritavate nimekiri lepiti kokku koostöös uuringu tellijaga ja intervjuud viidi läbi 2016. aasta kevad-suvel. Kokku teostati 41 intervjuud (31 Eesti eksperti ja 10 väliseksperti), iga intervjuu kestis ligikaudu 60 minutit. Intervjuud viidi läbi poolstruktureeritud intervjuu kava põhjal (vt lisa 2), intervjuud helisalvestati ja transkribeeriti *verbatim*. Uuringu raportites on kasutatud intervjueeritute tsitaate ja konfidentsiaalsuse huvides sõlmiti intervjueeritavatega kokkulepe, et nende nimesid uuringuraporti tsitaatide juures ei avalikustata. Kõigil intervjueeritavatel oli võimalus oma tsitaadi kasutamisest raportis keelduda, kuid ükski intervjueeritav seda soovi ei väljendanud.

## Grupiarutelud ekspertidega

Grupiarutelud toimusid üheksa valdkonna ekspertidega (vaimne tervis, diabeet, vähk, SVH, vaksineerimine, õendustöötajad, arstiabi kvaliteet ja kättesaadavus, kiirabi, HIV) ning arutelude peamine eesmärk oli uuringu esialgsete järelduste ja soovitude valideerimine. Lisaks toimus üks suurema osalejate arvuga RTA üldine grupiarutelu, kuhu olid kaasatud erinevad Eesti tervisesüsteemi eksperdid ja huvirühmade esindajad. Kokkuleppel tellijaga ei toimunud grupiarutelusid toidutekkeliste nakkushaiguste ja välisõhu kvaliteedi valdkonna ekspertidega, kuna nimetatud valdkonna ekspertide ring on Eestis sedavõrd väike, et ekspertintervjuude ja raporti kvaliteedikontrolli abil oli võimalik koguda piisaval määral vajalikku informatsiooni. Grupiaruteludesse kaasatud ekspertide nimekiri lepiti kokku koostöös uuringu tellijaga ja igas arutelus osales kuni kümme eksperti (täpsem info grupiarutelu valdkonna uuringuraportis). Osalejad olid vastavas valdkonnas töötavad spetsialistid, riigiametnikud ning erialaseltside ja teiste huvirühmade esindajad. Ekspertide gruppi moodustades peeti silmas, et osalejatel oleks seos arutletava teemaga ja samuti püüti arvestada, et osalejad oleksid piisavalt heterogeensed oma arvamuste poolest. Samuti valiti osalejateks eksperdid, kes suudavad esitada üldistusel põhinevaid seisukohti ning mitte jääda üksikute näidete tasandile. Enne grupiarutelu toimumist saadeti kõigile kutsututele tutvumiseks vastava valdkonna raporti mustandversioon. Iga arutelu kestis kaks tundi, mille jooksul arutleti raportis esitatu üle ning osalejad said teha ettepanekuid raporti muutmiseks ja täiendamiseks. Grupiarutelu viidi läbi poolstruktureeritult – arutelule oli ette nähtud kindel struktuur arutelu teemade osas, kuid kavas jäeti ruumi ka osalejatele teemapüstitusteks. Kuigi ühelt poolt oli grupiarutelu vestlus asetatud kindlatesse raamidesse, andis ta samas vabaduse osalejatele arvamuste ja kontseptsioonide vabaks sõnastamiseks lähtuvalt grupiliikmete endi prioriteetidest.

## Uuringuraportite kvaliteedikontroll

Kvaliteedikontroll teostati igale uuringu raportile. Iga valminud uuringuraport saadeti kirjaliku tagasiside kogumiseks uuringu tellijatele, intervjueeritud Eesti ekspertidele ja grupiarutelus osalejatele. Erilist tähelepanu paluti tagaside andmisel pöörata faktivigadele ja muudele puudustele, mida tuleks raportis parandada. Saadud tagasisidele tuginedes tehti raportis muudatused ja esitati tellijale lõplik uuringu raport.

Käesoleva uuringu raporti lisa 1 on loetletud kõigi ekspertide nimed, kes olid uuringusse ühel või mitmel moel kaasatud (osalesid grupiintervjuul, individuaalsel intervjuul või andsid uuringu raportitele tagasisidet).

## Välisriikide valiku põhjendus

Nii dokumendianalüüsi kui ekspertide süvaintervjuude puhul valiti konkreetsed välisriigid, kelle valdkondlikest poliitikest uuringu raames ülevaade koostati. Vastavalt uuringu tellija eelistustele valiti välja järgmised võrdlusriigid:

- **Vaimne tervis.** Võrdlusriigiks valiti **Norra** kui ideaalmudel, kus vaimse tervise teenuste kontseptsiooni eesmärgiks on tugevdada suunatud jõupingutusi ja investeeringuid vaimse tervise edendamisele ja ennetustegevusele ning luua teenused inimeste elukohtade lähedale.
- **Diabeet, SVH ja vähk.** Võrdlusriigiks valiti **Suurbritannia**, kuna sealsed vastavate valdkondade ennetusstrateegiad on leinud maailmas palju tunnustust. Samuti peetakse Suurbritannia vähistrateegiat üheks maailma kõige kaasaegsemaks vähistrateegiaks.
- **Laste vaksineerimine.** Võrdlusriigiks valiti **Rootsi**, kuna sealne immuniseerimiskava on sarnane Eesti immuniseerimiskavale, vaksineerimine on hästi korraldatud, hõlmatuse tase on kõrge ning alates 2013. aastast on käivitunud üleriigiline vaksineerimiste registreerimise süsteem.

- **Välisõhu kvaliteet ja toidutekkelised nakkushaigused.** Võrdlusriigiks valiti **Soome**, kellega on Eestil kokkupuude mitmetes keskkonnatervise valdkonda puudutavates koostöövõrgustikes ja valdkonna spetsiifilistes ekspertrühmades. Teiseks valikupõhjuseks oli Eesti ja Soome sarnasus keskkonnamõjurite osas naaberriikidena.
- **Õendustöötajad.** Võrdlusriigiks valiti **Soome**, kus toimib esmatasandi, eriarstiabi ja hooldusravi/hoolekande vaheline hea koostöö ja koordineeritus ning tervishoiusüsteem on patsiendikeskne. Soomes on rakendunud riiklik Tervishoiu ja heaolu arengukava (KASTE), mis käsitleb põhjalikult tervishoiutöötajate rolli.
- **Arstiabi kättesaadavus ja kvaliteet.** Võrdlusriigiks valiti **Kanada**, mille tervisesüsteemi loetakse ideaalilähedaseks oma heade tervisetulemite tõttu. Kanada tervishoiusüsteem on sarnaselt Eestile üles ehitatud solidaarsuse põhimõttest lähtuval ravikindlustusele ja eraõiguslike teenuseosutajate poolt pakutavate teenuste üldisele kättesaadavusele.
- **Kiirabi.** Võrdlusriigiks valiti tellija soovil **Läti**.



# 1. Kokkuvõtte RTA alavaldkondade hindamistulemustest

Hindamise teostamiseks olid uuringu tellija poolt ette seatud 10 RTA alavaldkonda, millele tuli teostada süvendatud analüüs. Lisaks teostati HIV strateegia analüüs. Seega koostati käesoleva uuringu raames 11 alaraportit järgmistes valdkondades:

1. Pahaloomulised kasvaja (ehk vähk)
2. Südame- ja veresoonehaigused (ehk SVH)
3. Diabeet
4. Vaimne tervis
5. Laste vaksineerimine
6. Toidutekkelised nakkushaigused
7. Välisõhu kvaliteet
8. Tervishoiutöötajad (eelkõige õendustöötajad)
9. Tervishoiuteenuste kvaliteet ja kättesaadavus
10. Kiirabi
11. HIV strateegia

Iga nimetatud valdkonna kohta koostati põhjalik analüüsiraport, mis lähtus järgnevast uuringu tellija ülesandepüstitusest:

- a. Hinnata valdkonna indikaatorite saavutamist, sh tuua välja indikaatorid, mille osas ei ole RTA-s sätestatud sihttasemeid saavutatud.
- b. Hinnata RTA indikaatorite sihttaseme mittesaavutamise võimalikke põhjuseid ja anda poliitikasoovitusi edasiste indikaatorite ja tegevuste planeerimiseks RTA-s.
- c. Hinnata RTA-s planeeritud meetmete ja tegevuste tulemuslikkust ja võrrelda selles osas Eestit valitud välisriikidega.
- d. Hinnata, kuidas võimaldab RTA formaat läheneda arengukava horisontaalselt läbivatele teemadele terviklikult ja anda vastavaid soovitusi RTA edasiseks planeerimiseks.
- e. HIV strateegia osas:
  - Hinnata indikaatorite sobivust ja indikaatorite andmete kättesaadavust
  - Hinnata strateegia eesmärkide täitmist, sh indikaatorite saavutustasemeid ja sihttasemete mitte-saavutamise võimalikke põhjuseid
  - Hinnata teostatud tegevuste tulemuslikkust, sh kuidas oli tegevuste valik ja ulatus kooskõlas strateegia eesmärkidega
  - Hinnata eesti hivi valdkonna tegevuste vastavust rahvusvaheliste poliitikasoovituste ja anda poliitikasoovitusi edasiste tegevuste (ja indikaatorite) planeerimiseks RTA-s

## 1.1. Pahaloomulised kasvajakasv

Analüüsid Riikliku vähistrateegia (2007-2015) ja RTA raames planeeritud ja teostatud vähi valdkonna tegevusi ning valdkonnas toimunud arenguid, jõudis uurimismeeskond järgmiste peamiste **järeldusteni**:

1. Alates 2013. aastast ei ole Eestis vähi ennetamise, diagnoosimise ja ravi kohta riiklikult seatud strateegilisi eesmärke ja tegevusprioriteete. RTA-s ei ole sõnastatud ühtegi vähi-spetsiifilist eesmärki ega indikaatorit.
2. Alates 2013. aastast oleks pidanud Vähistrateegia olema lõimitud RTA-sse, kuid RTA-sse lõimiti vaid valitud ennetus- ja skriiningu tegevused ning välja jäeti raviga seotud meetmed. Nii suunas RTA fookuse riskikäitumiste vähendamisele ja skriiningutele, kuid jättis kõrvale vähi patsientide ja tervishoiusüsteemi vajadused.
3. Vähistrateegias seatud indikaatorid olid asjakohased, kuid haigestumuse ja suremuse sihttasemetel määramisel oldi liialt optimistlikud ja ei võetud arvesse vähi epidemioloogilisi trende ja demograafilisi prognoose.
4. Kuigi nii Vähistrateegia kui RTA raames teostati tegevusi skriiningute hõlmatuse parandamiseks, on Eestis jätkuvalt Euroopa keskmisest madalam vähi skriiningutega hõlmatus.
5. Vähihaigete elulemus on küll aastate jooksul paranenud, kuid on jätkuvalt Euroopa keskmisest madalam ja eelkõige nende vähipaikmete osas, mis on varases staadiumis avastatavad või ennetatavad.

Peamised **soovitused** vähi valdkonna RTA-s käsitlemiseks edaspidi:

1. RTA-s sõnastada vähihaige raviteekonnast lähtuvad eesmärgid, meetmed ja indikaatorid (skriiningutest kuni elulõpu teenusteni).
2. Suremuse ja haigestumuse osas võtta eesmärgiks langustrendi saavutamise alla 65-aastaste seas, sest selle sihi saavutamine on vajalik RTA üldeesmärgi saavutamiseks ja vanemates eagrupidest suremuse languse saavutamine ei ole realistlik eesmärk.
3. Esimeseks prioriteetseks eesmärgiks võtta skriiningute hõlmatuse suurendamine, sh kaasata skriiningprogrammidesse ka ravikindlustamata inimesed.
4. Teiseks prioriteetseks eesmärgiks võtta vähihaigete palliatiivse-, taastus- ja järelravi teenuste kvaliteedi ja kättesaadavuse suurendamine.
5. Teostada arendustööd, mis võimaldaksid omavahel linkida Vähiregistri, Surma põhjuste registri, Vähi sõeluuringute registri, Haigekassa ja E-tervise andmebaasid. Arendus on vajalik vähi epidemioloogiliste ja ravi andmete kvaliteedi ja kättesaadavuse parandamiseks, mis omakorda on vajalik vähi valdkonna arengute hindamiseks ja vajaduste kaardistamiseks.
6. Käsitleda vähi peamisi käitumuslikke riskitegureid (suitsetamine, alkohol jt) RTA-s vähi valdkonnast eraldiseisvalt ehk mitte siduda konkreetseid käitumuslikke riskitegureid konkreetsete haigustega ehk jätkata käitumuslike riskitegurite osas samasugust lähenemist nagu seni on RTA-s olnud.

## 1.2. Südame- ja veresoonehaigused

Analüüsid südame- ja veresoonehaiguste ennetamise riikliku strateegia (2005-2020) ja RTA raames planeeritud ja teostatud SVH tegevusi ning valdkonnas toimunud arenguid, jõudis uurimismeeskond järgmiste peamiste **järeldusteni**:

1. Kuigi SVH moodustab kõige suurema osa Eesti tervisekoormusest ja mõjutab märkimisväärselt RTA üldeesmärgi saavutamist, ei ole SVH sõnastatud RTA-s kui oluline prioriteet.
2. Kuigi alla 65-aastaste SVH suremus on Eestis vähenenud, siis alla varane esmahaigestumus on tõusnud nii meeste kui naiste seas.
3. Eesti esmatasandi tervishoid ei tule SVH-ga piisavalt hästi toime, mis toob kaasa suure hulga välditava visiitide arvu eriarstias ja koormab tervishoiusüsteemi. Samas ei hõlma RTA endas tegevusi, mis oleksid suunitletud tervishoiusüsteemi SVH-alaste eesmärkide saavutamisele.
4. RTA kehalise aktiivsuse ja tasakaalustatud toitumise valdkonna tegevuste planeerimisel ei ole lähtutud rahvusvahelisest parimast teadmistest ja tegevuskavva võeti liialt palju teisejärgulise tähtsusega tegevusi, millel on vähenenud mõju elanikkonna käitumise muutumisele. Valminud on aga toitumise ja liikumise roheline raamat, mis loob eeldused tõenduspõhisemaks poliitikakujundamiseks edaspidi.
5. WHO soovitudele tuginevate alkoholi- ja tubakapoliitika roheliste raamatute koostamine on olnud oluline areng edasi, sest kokku on lepitud riiklikud põhimõtted alkoholist ja tubakast tingitud ühiskondlike kahjude ennetamisel ja vähendamisel.
6. Alkoholi- ja tubakapoliitika on Eestis leitud tasakaal nn „kõvade ja pehmete“ meetmete vahel – tähelepanu on suunatud nii regulatsioonidele, teenustele kui teavitusele. Samas on WHO hinnangul kõige olulisemad alkoholi tarbimist mõjutavad regulatsioonid Eestis veel liiga leebed.
7. Ülekaalulisuse levimus on elanikkonnas RTA rakendusperioodil kasvanud, eriti laste seas. Tubaka ja alkoholi tarvitamine on vähenenud nii täiskasvanute kui laste seas. Märkimisväärselt on vähenenud inimeste osakaal, kes elavad ja töötavad tubakasuitsustes keskkondades.

Peamised **soovitused** SVH valdkonna RTA-s käsitlemiseks edaspidi:

1. Seada RTA peamiseks eesmärgiks SVH haigestumise ja suremuse vähenemise alla 65-aastaste seas, sest selle eesmärgi saavutamine on kriitilise tähtsusega RTA üldeesmärgi saavutamiseks.
2. Tulevikus planeerida ja ellu viia kehalise aktiivsuse tegevusi Kultuuri- ja Sotsiaalministeeriumi tihedas koostöös, sh kokku leppida ühised prioriteedid ja tegevussuunad.
3. Tasakaalustatud toitumist käsitlevad teavitustegevused on Eestis olnud järjepidevad ja suuremahulised, kuid soovime tulevikus seada enam tähelepanu regulatiivsetele ja süsteempõhistele meetmetele, mida soovib ka WHO.
4. Integreerida alkoholi- ja tubakapoliitika ning toitumise ja liikumise roheliste raamatute meetmed RTA-sse ja teha pingutusi selle nimel, et raamatutes kirja pandud meetmed saaksid järgmise viie aasta perspektiivis jõudsalt ellu viidud.
5. Edaspidi käsitleda SVH-d kui RTA kõige prioriteetsemat tegevussuunda ja luua vastav tegevusprogramm, mis keskendub eelkõige tervishoiusüsteemi võimekuse parandamisele SVH-ga toime tulekul. Käitumuslikke riskitegureid soovime käsitleda eraldiseisva(te)s RTA tegevusprogrammi des, mitte haiguspõhiselt.

## 1.3. Diabeet

Analüüsid RTA raames planeeritud ja teostatud diabeediga seotud tegevusi ning valdkonnas toimunud arenguid, jõudis uurimismeeskond järgmiste peamiste **järeldusteni**:

1. RTA käsitleb mittenakkuslike haiguste (sh diabeedi) peamisi riskifaktoreid ja nende vähendamisele suunatud meetmeid, kuid tähelepanuta on jäänud diabeedi diagnoosiga inimesed, nende vajadused ja tervisesüsteemi roll nendele vajadustele vastamisel.
2. Eestil puuduvad diabeedi ennetuse ja ravi strateegilised sihid - diabeeti ei ole käsitletud üheski Eesti riiklikus arengukavas ja ka RTA-s ei ole diabeedi-spetsiifilisi eesmärgi, indikaatoreid ja meetmeid sõnastatud.
3. Kuna diabeedi registreeritud esmashaigestumuse andmetes on asutuste vahel olulised erinevused ning levimuse kohta on teostatud vaid üksikuid uuringuid, siis puudub Eestis teadmine diabeedi levimuse määra kohta.
4. Haigekassa andmete kohaselt on viimase kümne aasta jooksul diabeedi ravijuhtude arv Eestis suurenenud ja Tervise Arengu Instituudi arvutuste kohaselt moodustab diabeet märkimisväärse osa Eesti tervisekaost.
5. Diabeedi ennetamise programme on algatanud ja ellu viinud eelkõige patsientide organisatsioonid, kelle tegevused on jäänud suures osas riigi toetuse ja tähelepanuta.

Peamised **soovitused** diabeedi valdkonna RTA-s käsitlemiseks edaspidi:

1. Sõnastada RTA-s diabeedi-spetsiifilised eesmärgid, indikaatorid ja meetmed, mis hõlmavad kogu diabeedihaike raviteekonna (sh eristada lapsed ja täiskasvanud ning erinevad diabeedi tüübid).
2. Korrastada diabeedi esmashaigestumise andmed Tervise Arengu Instituudi andmebaasis ja käivitada regulaarsete diabeedi epidemioloogiliste uuringute läbiviimine.
3. Prioriteetseks eesmärgiks võtta diabeedi-spetsiifiliste meditsiiniliste tugiteenuste (sh podiatria, toitumisnõustamine, süstimisnõustamine, diabeediõe teenus jms) kättesaadavuse parandamine, sh teenusepakujate arvu ja regionaalse katvuse suurendamine.
4. Teist tüüpi diabeedi peamisi käitumuslike riskitegureid (ülekaal jt) soovitame käsitleda RTA-s diabeedi valdkonnast eraldiseisvalt ehk mitte siduda käitumuslike riskitegureid konkreetsete haigustega, st jätkata käitumuslike riskitegurite osas samasugust lähenemist nagu seni on RTA-s olnud.

## 1.4. Vaimne tervis

Analüüsid RTA raames planeeritud ja teostatud vaimse tervise valdkonda hõlmavaid tegevusi ning valdkonnas toimunud arenguid, jõudis uurimismeeskond järgmiste peamiste **järeldusteni**:

1. Kuigi ühelt poolt on RTA toel astunud viimastel aastatel vaimse tervise vallas kvalitatiivse nihke saavutamiseks märgilisi samme, on vaimset tervist toetavate teenuste süsteem Eestis jätkuvalt killustunud, selle rahastamine on tugevalt kaldu eriarstiabi poole (ning ka see abi pole kaugeltki piisav).
2. Eestis puudub tänaseni selge kontseptsioon ja sektoriteülene regulatsioon vaimse tervise teenuste osutamiseks, mis sätestaks lisaks ravi-, rehabilitatsiooni- ja tugiteenustele ka tegevused vaimse tervise edendamiseks ning vaimse tervise häirete ennetamiseks.
3. RTA-s on adresseerimata enamus valdkonna võtmeprobleemidest – vajadus korrastada vaimset tervist toetavate teenuste süsteemi; vajadus ette valmistada suuremas mahus spetsialiste ja rakendada neid süsteemis võimalikult optimaalselt; vajadus uuendada vaimse tervise teenuste rahastamisüsteemi.
4. Eestis vaimse tervise poliitika 2002. aastal valminud alusdokumendis toodud soovitused ei ole tänaseni süsteemse rakendamiseni jõudnud.
5. Senine poliitikakujundamine vaimse tervise valdkonnas tuleb hinnata mitterahuldavaks, kuna muutuste juhtimisel valdkonnas ei ole Sotsiaalministeerium võtnud aktiivset ja kaasavat liidrirolli. Rahastatud on küll mitmeid olulisi projekte, kuid tegevuste initsiatiiv ja teostus on tulnud enamasti väljastpoolt valitsussektorit. Sageli on olulised arengud valdkonnas seostatavad konkreetsete üksikisikute panuse ja eestvedamisega.

Peamised **soovitused** vaimse tervise valdkonna RTA-s käsitlemiseks edaspidi:

1. Vaimse tervise valdkond vajab süsteemset poliitikakujundamist, kuna valdkonna ees seisvad probleemid on keerukad ja nende lahendamine eeldab nii tervishoius kui mitmetes teistes süsteemides oluliste muutuste teostamist. Seetõttu soovitame tegevuste planeerimiseks ja elluviimiseks luua RTA vaimse tervise tegevusprogramm ja/või töötada välja vaimse tervise poliitika roheline raamat.
2. RTA vaimse tervise programmi väljatöötamisel soovitame lähtuda 2016. aastal valminud Vaimse tervise ja heaolu strateegias esile tõstetud põhimõtetest, sh
  - a. keskenduda vaimse tervise probleemide varase märkamise süsteemi kujundamisele kogu elukaare ulatuses;
  - b. seostada märkamissüsteem tervishoiu- ja sotsiaalteenustega;
  - c. jõuliselt parandada psühholoogilise-psühhiaatrilise abi kättesaadavust.
3. Töötada välja terviklik vaimse tervise valdkonna seiresüsteem, mis tagab regulaarsete vaimse tervise uuringute läbiviimise. Täna RTA-s kasutusel olevad vaimse tervise indikaatorid (ja teised sarnased täna Eestis kättesaadavad statistilised andmed) ei võimalda vaimse tervise valdkonna vajadusi ja toimuvaid muutusi terviklikult seirata.

## 1.5. Laste vaksineerimine

Analüüsid RTA raames planeeritud ja teostatud tegevusi ning vaksineerimise valdkonnas toimunud arenguid, jõudis uurimismeeskond järgmiste peamiste **järeldusteni**:

1. Riiklikus immuniseerimiskavas olevate enamike vaktsiin-välditavate haiguste esinemissagedus on üldiselt vähenenud, kuid RTA peamise immuniseerimise valdkonna tulemusindikaatori osas on perioodil 2009–2015 toimunud halvenemine.
2. Analüüsi käigus ei õnnestunud leida kinnitust, kas üldse ja millisel moel on RTA raames reageeritud laste immuniseerimise hõlmatuse langusele Eestis ja milliseid tegevusi on ellu viidud, et seatud eesmärkide poole liikuda.
3. Immunoprofülaktika ekspertkomisjoni loomine on olnud positiivne areng edasi, kuna komisjon täidab valdkonna strateegilise planeerimise juhtkomitee rolli, kes analüüsib terviklikult immuniseerimiskava muutmise või täiendamise vajadust ning kelle otsused ja soovitused tuginevad uuringutel ja kulu-tõhususe analüüsidel.
4. Nakkushaiguste teavituse tööühma ellukutsumine on samuti olnud positiivne samm edasi, kuna on oluliselt edendanud vaksineerimisalase riikliku teavitustöö elluviimist.
5. Õdedele ja ämmaemandatele laienenud iseseisvalt vaksineerimise õigus säästab väärtuslikku arstlikule läbivaatusele kuluvat aega ja hoiab selliselt oluliselt kokku tervishoiusüsteemi ressursse.
6. E-immuniseerimispass võimaldab alates 2016. aastast registreerida vaksineerimise info tervise infosüsteemis ning patsiendiportaali vahendusel saab olema tulevikus võimalik jälgida vaksineerimisi ning edastada inimestele automaatseid meeldetuletusi. Samas tuleb märkida, et need arengud on olnud planeeritust oluliselt aeglasemad.

Peamised **soovitused** vaksineerimise valdkonna käsitlemiseks RTA-s edaspidi:

1. Regulaarselt läbi viia riiklikke uuringuid, et selgitada välja elanikkonna teadlikkus vaktsiinvälditavatest haigustest ja laste immuniseerimistest ning analüüsida põhjuseid, miks loobutakse riiklikusse immuniseerimiskavasse kuuluvatest vaktsiinidest.
2. Suunata RTA tegevused eelkõige immuniseerimise hõlmatuse languse põhjuste analüüsile ja keskenduda nende põhjustega tegelemisele.
3. Immuniseerimise valdkonnas on edu saavutamisel kriitiline roll kommunikatsiooni planeerimisel ja tõhusal elluviimisel, millele soovitame ressursside planeerimisel senisest enam tähelepanu pöörata.
4. Regulaarselt läbi viia seroepidemioloogilisi uuringuid, et hinnata riikliku immuniseerimiskava efektiivsust.
5. Edendada järjekindlalt esmatasandi õe/ämmaemanda/koolitervishoiu õe iseseisvat rolli vaksineerimiste läbiviimisel ja seada sihiks, et patsient ei peaks vaksineerimise küsimuses arsti poole pöörduma.
6. Tänapäevade õpetajate tugevdada ja ühtlustada immuniseerimisalast väljaõpet täiendusõppega võrdsel tasemel ning välja arendada ja pakkuda vastavaid e-kursuseid.

## 1.6. Toidutekkelised nakkushaigused

Analüüsid RTA raames planeeritud ja teostatud tegevusi ning toidutekkeliste nakkushaiguste valdkonnas toimunud arenguid, jõudis uurimismeeskond järgmiste peamiste **järeldusteni**:

1. RTA-s ei ole sõnastatud toidutekkeliste nakkushaiguste valdkonna probleeme, prioriteete ja eesmäärke, mistõttu ei ole üheselt selge, millele tuginedes meetmed planeeriti ja milliseid probleeme sooviti meetmetega lahendada.
2. Kuna RTA-s ei ole kajastatud peamisi puudujääke ja oodatud muutusi toidunakkuste valdkonna riskihindamise-, seire- ja järelevalvesüsteemis ega inimeste teadlikkuses, siis ei ole võimalik hinnata, kui võrd olid RTA raames teostatud vastavad tegevused eesmärgipärased.
3. RTA-s on meetmete kirjeldamisel valitud väga kõrge üldistatuse tase, mistõttu ei anna meetmed selgeid suuniseid selle kohta, milliseid tegevusi on kõige olulisem teostada, et saavutada toidutekkeliste nakkushaiguste levimuses olulisi muutusi.
4. Toidutekkelistesse nakkushaigustesse haigestumine on üldiselt Eestis vähenenud, kuid mitte RTA-s sihiks seatud määral. Oluliselt on vähenenud rotaviirusentriidi ja salmonelloosi nakkusjuhtude arv, kuid sagenenud on kampülobakterenteriit ja ka Norwalki viiruse nakkusjuhud. Proportsionaalselt on kõige enam vähenenud A-viirushepatiiti ja tõusnud kampülobakterenteriiti nakatumine.

Peamised **soovitused** toidutekkeliste nakkushaiguste käsitlemiseks RTA-s edaspidi:

1. Käsitleda erinevaid keskkonnatervise riske RTA-s eraldiseisvalt, et oleks üheselt mõistetav, millised on valdkondade spetsiifilised vajadused, prioriteedid ja planeeritud meetmed.
2. Moodustada toiduohutusega (sh toidutekkeliste nakkustega) tegelevate asutuste esindajate juht-rühm, et ühiselt määratleda sihid muutusteks, prioriteetsed tegevussuunad ja kavandada vastavad toiduohutuse valdkonna eesmärgistatud tegevuskavad erinevate ministriumide haldusalas.
3. Juhul, kui otsustatakse RTA-s jääda haigestumise koondnäitaja indikaatori juurde, siis soovitame korrigeerida indikaatorile seatud sihttasest, et see vastaks indikaatori mõõtmises toimunud muutustele ja võtta arvesse, et paranenud diagnoosimise tõttu registreeritakse rohkem haigusjuhte. Seetõttu tuleks languse asemele eelistatult sihiks seada kindla taseme hoidmine.
4. Eesmärgiks seada puhangute korral võimalikult kõrge nakkusallika tuvastamise määr. Indikaatori kasutuselevõtt eeldab baastaseme määramist.
5. Nakkusallika tuvastamise parandamiseks soovitame välja töötada vastav meede koos sihipärase tegevuskavaga, millele on seatud eelmises soovituse punktis nimetatud alaeesmärk.
6. Adresseerida RTA-s toidutekkeliste nakkushaiguste antimikroobse resistentsuse probleemi ja selle jälgimist nii loomadel, toidus kui inimestel.

## 1.7. Välisõhu kvaliteet

Analüüsid RTA raames planeeritud ja teostatud tegevusi ning välisõhu kvaliteedi valdkonnas toimunud arenguid jõudis uurimismeeskond järgmiste peamiste **järeldusteni**:

1. RTA-s ei ole sõnastatud õhu kvaliteedi ja hingamisteede haiguste ennetamise spetsiifilisi probleeme, prioriteete ja eesmärke, mistõttu ei ole võimalik hinnata planeeritud meetmete ja teostatud tegevuste eesmärgipärasust. Samuti ei sisalda RTA tegevus- ja tulemusaruanded kõiki õhu kvaliteedi valdkonna tegevusi, mistõttu ei ole uuringu raames võimalik saada täit ülevaadet valdkonnas teostatud tegevustest.
2. RTA meetmete planeerimisel ja elluviimisel ei ole keskendutud peamiste Eesti õhu kvaliteeti halvendavate riskitegurite vähendamisele (liiklussaaste, olmekütmine ja Ida-Virumaa tööstus).
3. Eestis on välisõhu kvaliteet üldiselt paranenud, sh vähenenud on tööstusest tingitud kahjud, kuid probleemiks on jätkuvalt liiklus ja puiduga olmekütmine.
4. RTA ja riiklikud keskkonnastrateegiad ei ole omavahelises koosmõjus olnud edukad keskkonnast tingitud tervisekahjude vähendamisel, sest haigestumine välisõhu saastest tingitud haigustesse ei ole vähenenud, sh kõige enam on haigestumus tõusnud laste ja eakate seas, kes on keskkonna terviseohtude suhtes tundlikumad.
5. Astma esmahaigestumus on tõusnud pea kõigis vanusrühmades, kuid kõige enam 5–9-aastaste laste seas. Laste astma haigestumus on eriti suureks probleemiks Ida-Virumaal.

Peamised **soovitused** õhu kvaliteedi valdkonna RTA-s käsitlemiseks edaspidi:

1. Juhul, kui tulevikus jätkatakse välisõhu kvaliteedi käsitlemist RTA-s, siis soovitame sõnastada valdkonna probleemid ja prioriteedid võimalikult konkreetselt, et oleks üheselt mõistetav, millest meetmete planeerimisel lähtutakse.
2. Välisõhu kvaliteedi parandamise meetmete edaspidisel planeerimisel keskenduda peamiste tervist kahjustavate riskitegurite vähendamisele ehk liiklusest ja olmekütmisest ning Ida-Virumaal tööstusest ja suurtest katlamajadest tingitud saaste vähendamisele.
3. Välisõhu kvaliteedi tervisekahjude käsitlust muuta hingamiselundkonna haigustest laiemaks (sh hõlmata südameveresoonehaigused) vastavalt kaasaegsetele õhu kvaliteedi kahjude hindamise lähtekohtadele. Vastavate kahjude käsitlemise põhimõtete kokku leppimiseks Eestis soovitame moodustada valdkonna ekspertidest koosneva töörühma.
4. Välisõhu kvaliteedi indikaatorina lisada ülipeenete osakeste (PM<sub>2,5</sub>) aastakeskmise kontsentratsioon Eesti linnade välisõhus, kuna PM<sub>2,5</sub> kahjud tervisele on veelgi suuremad kui PM<sub>10</sub>-l ja nende levimuse tõus mõjutab oluliselt õhu kvaliteedist tingitud tervisekahjusid.
5. Uurida elanikkonna hoiakuid ja käitumist ning puudujääke teadlikkuses õhusaaste vähendamise osas kodumajapidamises, et teada millised on edaspidised vajadused teadlikkuse suurendamise tegevusteks.



## 1.8. Tervishoiutöötajad

Analüüsid RTA raames planeeritud ja teostatud tervishoiutöötajate valdkonda hõlmavaid tegevusi ning valdkonnas toimunud arenguid, jõudis uurimismeeskond järgmiste peamiste **järeldusteni**:

1. RTA on tervishoiutöötajaid puudutavate strateegiliste arenduste ja tegevuste seisukohalt olnud teisejärguline strateegiadokument, olulised arengud on planeeritud mujal (Esmatasandi tervishoiu arengukavas ja Õendusala arengukavas).
2. RTA-s on seadmata jäänud eesmärgid, mis aitaksid tervishoiu tööjõu oskusliku juhtimise toel kaasa RTA üldeesmärkide saavutamisele.
3. Kuigi RTA eesmärk oli kasvatada aastaks 2020 õdede suhtarv 680-lt õelt 900 õeni (100 000 elaniku kohta), on selle eesmärgiga seostatavalt astunud RTA-s samme üksnes õeõppe vastuvõtuarvude suurendamise kaudu – töömotivatsiooni (sh töötasu), töökorralduse ja -koormusega seotud probleemide lahendamiseks RTA tegevused lahendusi ei ole pakkunud.
4. Soov suurendada põhjamaade eeskujul jõuliselt õdede arvu ei ole olnud kooskõlas ravikindlustuse mahtude ja ostetavate tervishoiuteenuste struktuuriga. Kui käesolevaks aastaks oleks saavutatud loodetud sihttase (830 töötavat õendustöötajat 100 000 elaniku kohta), eeldaks see tööandjatel üksnes palgakuludele 33–43 miljonit eurot lisaraha. Õendustöötajate arvu olulise suurendamise aluseelduseks on nende laialdasem rakendamine ennetustegevustes.
5. Arstide-õdede kõrval on teised tervishoiu valdkonna kutsealad olnud teisejärgulised ja mitmed nendega seotud olulised probleemkohad on jäänud tähelepanuta, nagu näiteks erinevate spetsialistide nappuse, regionaalse ebavõrdse jaotumise ning ettevalmistuse probleemid.

Peamised **soovitused** tervishoiutöötajate valdkonna RTA-s käsitlemiseks edaspidi:

1. Selleks, et tervishoiu tööjõudu saaks riiklikul, paikkondlikul ja organisatsioonide tasandil edukalt planeerida, on vajalik lahendada ebakõla ravikindlustusest rahastatavate tervishoiuteenuste mahu kahanemise ja vananeva elanikkonna kasvava ravivajaduse vahel. Ei ole mõistlik siduda tervishoiu tööjõu vajadust Haigekassa tänase rahastamissuutlikkusega ega ka planeerida tööjõudu reaalsest ravivajadusest lähtudes olukorras, kus neid mahte ei ole tegelikult võimalik rahastada. Seega soovitame tervishoiu tööjõu poliitika sisustamiseks esmalt töötada välja visioon, mis lahendaks pikas perspektiivis tervishoiu jätkusuutmatu rahastamise probleemi.
2. Tervishoiutöötajatega seotud RTA eesmärkide, indikaatorite ja meetmete kavandamiseks soovitame oodata ära Kutsekoja veetava OSKA projekti raames teostatava tervishoiu tööjõuvajaduse prognoosi tulemused. Töö raames antakse tavapärase meditsiinitöötajate kõrval ülevaade ja soovitused ka teiste tervishoiu töötavate spetsialistide (nt hooldajate, füsioterapeutide, kliiniliste psühholoogide jne) lõikes. Nimetatud analüüs on märksa põhjalikum kui käesolev RTA hindamisuuring, mistõttu on seal pakutavad soovitused eelduslikult oluliselt sisukamad, kui on võimalik pakkuda käesoleva uuringu raames.

## 1.9. Tervishoiuteenuste kvaliteet ja kättesaadavus

Analüüsid RTA raames planeeritud ja teostatud tegevusi ning valdkonnas toimunud arenguid, jõudis uurimismeeskond järgmiste peamiste **järeldusteni**:

1. Eesti tervishoiusüsteemi ees seisvad probleemid on kompleksed ja pikaajalist strateegilist lähene-mist vajavad. RTA küll sõnastab mitmed tervishoiusüsteemi võtmeprobleemid, kuid ei paku planeeri-tavate meetmete näol välja lahendusi.
2. Tervishoiusüsteemile seatud arengueesmärgid on RTA-s sõnastatud ebamääraselt ja liialt üldsõnali-selt, mistõttu on eesmärkide saavutamist keeruline objektiivselt mõõta ja ei ole võimalik anda hinna-guid, kuivõrd on senise RTA rakendamisperioodi jooksul nende eesmärkide poole liigutud.
3. Eestis puudub siiani ühtne tervishoiu kvaliteedisüsteem, mis tegeleks regulaarselt ja süsteemselt ravikvaliteedi ning selle indikaatorite arendamise, mõõtmise ja analüüsiga ning hõlmaks lisaks tulemuslikkuse indikaatoritele ka protsessi ja struktuuri indikaatoreid. Tervishoiu kvaliteedisüsteemi puudumise tõttu on keeruline analüüsida tervishoiu kvaliteedi olukoda Eestis. RTA-s seatud üksikute indikaatorite baasil ei ole võimalik vastavat hinnangut anda.
4. Tervishoiu kättesaadavuse osas on peamisteks probleemideks pikad ravijärjekorrad, teenuste geo-graafiliselt ebaühtlane kättesaadavus, teenuste vähene kättesaadavus ravikindlustamata inimestele ja sotsiaal- ja tervishoiuteenuste nõrk integreeritus.
5. Eestis on kokku leppimata patsiendikesksuse ja inimkesksuse definitsioon ja sellest tulenevad teenuse disainimist vajavad aspektid.
6. Ebapiisava infovahetuse tõttu eriarsti ja perearsti vahel on esmatasandi visiidid puudulikult ette-valmistatud.

Peamised **soovitused** RTA-s tervishoiuteenuste kvaliteedi ja kättesaadavuse valdkonna käsitlemiseks:

1. Sõnastada RTA-s võimalikult üheselt tingimused, millele vastavalt on tervishoiuteenus kvaliteetne ja kättesaadav ning tuua välja valdkonna peamised probleemid, mille lahendamine on vajalik RTA üld-eesmärgi saavutamiseks. Ilma prioriteetseid suundasid ja konkreetseid meetmeid sõnastamata ei paku RTA vajalikku tuge Eesti tervishoiu arengu strateegiliseks juhtimiseks.
2. Üheks prioriteetseks eesmärgiks seada tervishoiu kvaliteedi juhtimise raamistiku koostamine, millest lähtudes toimub tervishoiuteenuste kvaliteedi arendamine Eestis.
3. Leppida kokku patsiendikesksuse ja inimkesksuse definitsioonid ja vastavalt sellele töötada välja ka disainikava erinevate teenuste, sh e-tervise parendamiseks.
4. Seada sihiks hästi ettevalmistatud perearsti visiidid ja selleks välja arendada e-lahendusi perearsti ja eriarsti omavahelise infovahetuse parandamiseks.

## 1.10. Kiirabi

Analüüsid RTA raames planeeritud ja teostatud tegevusi ning kiirabi valdkonnas toimunud arenguid, jõudis uurimismeeskond järgmiste peamiste **järeldusteni**:

1. RTA-s ei ole kirjeldatud kiirabi valdkonna peamisi lahendamist vajavaid probleeme, mistõttu ei ole üheselt selge, millele tuginedes meetmed planeeriti ja milliseid probleeme sooviti meetmetega lahendada.
2. Soovitud muutuste sõnastamisel jääb arengukava väga üldsõnaliseks ja ebamääraseks, mistõttu ei ole võimalik anda objektiivset hinnangut, kuivõrd on täna kiirabiteenuse kvaliteet ja kättesaadavus parem kui RTA koostamise ajal.
3. Kiirabi valdkonnas on tänaseni aktuaalsed mitmed tervishoiusüsteemi toimimist mõjutavad probleemid (nt põhjendamata kiirabi väljakutsed, personalinappus jt). RTA senise rakendusperioodi jooksul ei ole need väljakutsed leidnud ühest ja süsteemset adresseerimist. See viitab RTA nõrgale seotusele kiirabi valdkonnaga ja vähesele võimekusele kaasas käia valdkonna muutuvate vajadustega.
4. Kiirabi valdkonnas on toimunud mitmed väga positiivsed arengud (nt kiirabireform, e-kiirabi käivitamine, töötingimuste ja -vahendite paranemine, stabiilne rahastamine jt), kuid valdkonna ekspertide hinnangul ei ole need arengud toimunud tänu RTA-le, sest valdkonna jaoks oluliste otsusteni jõudmine ei ole toimunud RTA-ga seotult.
5. Eestis ei toimu riiklikku kiirabi ravikvaliteedi ja väljakutsete seiret, mistõttu puudub terviklik ja andmetel tuginev ülevaade kiirabi valdkonna olukorrast.
6. Kiirabi on tervishoiusüsteemi osana mõjutatud ka teistest tervishoiu valdkondades toimuvatest arengutest (nt haiglate ja perearstide töökorraldusest). Seetõttu on oluline kiirabi valdkonna arengute ja reformide kavandamisel arvestada võimalike mõjudega väljaspool kiirabi.

Peamised **soovitused** kiirabi valdkonna RTA-s käsitlemiseks edaspidi:

1. RTA-sse lisada kirjelduse kiirabi valdkonna peamistest väljakutsetest, mille lahendamine on RTA üldeesmärkide saavutamiseks vajalik. Lisaks tuleks valdkonna eesmärgid sõnastada selliselt, et need on üheselt arusaadavad, täpsed ja objektiivselt mõõdetavad.
2. E-kiirabi edasiste arendustööde osas võtta prioriteediks (a) töökindluse tõstmine, (b) võimaluste loomine haiglalt kiirabile tagasiside andmiseks ja (c) analüüsimooduli arendamine.
3. Alustada kiirabi riiklike seireraportite koostamist, mis annavad regulaarselt ülevaate kiirabi peamiste kvaliteediindikaatorite seisust ja trendidest riigis.
4. Teostada täiendavad analüüsid (a) kiirabi kutsete üleprioritiseerimise, (b) kiirabi kutsete põhjendatuse ja (c) kiirabireformi mõjude osas, et kontrollida käesolevas uuringus kirjeldatud ekspertide hinnangute paikapidavust ja koguda sisendit kiirabi valdkonna edasiste reformide vajalikkuse kohta.

## 1.11. HIV ja AIDS

Analüüsid HIV strateegia ja RTA raames planeeritud ja teostatud tegevusi ning valdkonnas toimunud arenguid, jõudis uurimismeeskond järgmiste peamiste **järeldusteni**:

1. HIV strateegia oli edukas – suuremal või vähemal määral on saavutatud positiivseid muutusi pea kõigis peamistes HIV riskirühmades. HIV uute juhtude arv on vähenenud, HIV levimus riskirühmades on langenud, HIV testimisaktiivsus on tõusnud ja aina enam ravi vajavaid nakatunuid on jõudnud ravile. Kuigi saavutatud on olukorra märkimisväärne paranemine, on HIV levik Eestis jätkuvalt veel väga kõrge.
2. HIV strateegia raames käivitati, arendati ja jätkati paljusid olulisi tegevusi, mis on olnud HIV epideemia ohjamisel edukad. Paraku on informatsioon viimase 10 aasta HIV valdkonna tegevuste kohta väga killustunud, ebaühtlase kvaliteediga ja raskesti hoomatav. Seega on tehtud palju ja hästi, kuid informatsiooni selles osas ei ole suudetud süsteemselt tegevuste elluvijatest väljapoole kommu- nikeerida.
3. Üldiselt on Eesti HIV valdkonna tegevused kooskõlas rahvusvaheliste soovitustega. Kõige enam puudujääke on riskirühmadele suunatud teenuste osas – teenuste mahud ei ole piisavalt suured ja teenused ei ole veel piisavalt hästi omavahel integreeritud, mistõttu ei ole sihtrühmad piisaval määral teenustega kaetud. Samuti vajab parandamist pakutavate teenuste kvaliteet.
4. HIV valdkonna juhtimisalase võimekuse probleemid olid aktuaalsed nii HIV strateegia koostamise ajal kui ka täna. Tänapäevani on probleemiks valdkonna tugeva tsentraalse juhtimise puudumine, strateegi- liselt oluliste tegevuste ebapiisav rahastamine ja vähene koostöö eri osapoolte vahel. HIV strateegia integreerimine RTA-sse ei ole aidanud neid probleeme olulisel määral lahendada.
5. Tervishoiusüsteem ei ole tänapäevani võtnud HIV teemat omaks ja see takistab integreeritud ja kvaliteet- sete teenuste väljaarendamist, mis on HIV epideemia ohjamiseks kriitilise tähtsusega.

Peamised **soovitused** HIV valdkonna RTA-s käsitlemiseks edaspidi:

1. Eestis on paljud HIV-i nakatunud inimesed veel diagnoosimata. Seetõttu soovitame välja arendada kõiki olulisi riskirühmi paremini sihistavad HIV-testimise meetmed, mille abil leida üles enam HIV- nakatunuid.
2. Eesti ARV ravi katkestamise määrad on kõrged. Soovitame põhjalikult analüüsida ravi katkestamise põhjuseid ja sellest lähtuvalt töötada välja ravisoostumust parandavad meetmed.
3. HIV valdkonna teenuste arendamisel soovitame jätkata jõupingutusi teenuste integreerimisel ehk liikuda teenustemudeli suunas, mis pakub HIV-i nakatunutele erinevaid kahjude vähendamise, sotsiaal- ja tervishoiualaseid teenuseid ühest kohast.
4. Koolinoorte kõrval soovitame suunata senisest enam ennetustegevuste fookust täiskasvanute (30- aastaste ja vanemate) turvaseksi käitumise paranemisele.
5. Kaardistada HIV valdkonna kõige olulisemad andmelüngad, mis takistavad Eesti vajadustele vasta- vate sekkumiste planeerimist ja koostada uuendatud seireplaan andmelünkade täitmiseks.
6. HIV valdkonna tegevuste planeerimisel seada väiksema hulga prioriteetseid arendussuundasid. Prioriteetsete arendustegevuste kõrval soovitame sõnastada ka olulised baasteenused (või -tegevused), mille tagamine on epideemia ohjamiseks hädavajalik (sh mille rahastamine tuleb säilitada).

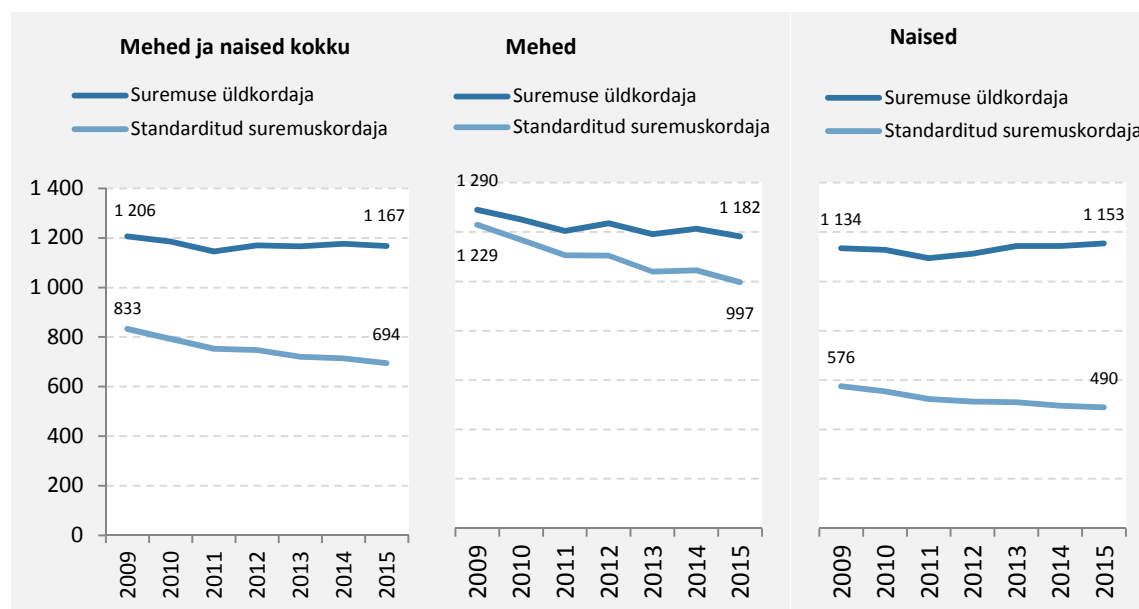
## 2. Saavutatud muutused tervisenäitajates

Peatükis on antud ülevaade Eesti rahvastiku suremuse ja esmashaigestumise trendidest RTA senisel rakendusperioodil ehk aastatel 2009-2015. Kirjeldatud on Eesti viie peamise surma- ja esmashaigestumuspõhjuse trende, tuues välja muutused soo, vanuse, piirkonna ja haiguste alagrupi lõikes. Lisaks on kirjeldatud RTA kahe üldeesmärgi (keskmine eluiga ja tervena elatud aastad) muutuste trende.

### 2.1. Suremuse trendid

Jooniselt 1 nähtub, et RTA rakendusperioodil on üldine suremus Eestis vähenenud, meeste seas enam kui naiste seas. Joonisel on esitatud nii suremuse üldkordaja kui standarditud kordaja trendid. **Suremuse üldkordaja kirjeldab, milline on suremuse muutus reaalses rahvastikus, standarditud kordaja aga kirjeldab, milline on suhteline suremuse muutus (ehk milline oleks suremus siis, kui rahvastiku jaotus oleks läbi aastate muutumatu).**

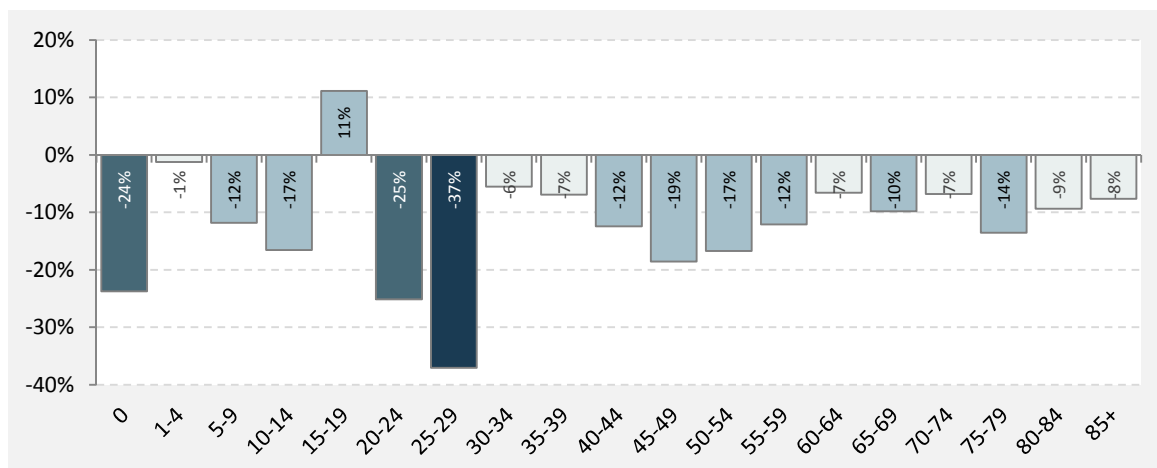
Joonisel nähtav kahe suremuskordaja erisus räägib meile seda, et kõigi suremust mõjutavate tegurite koosmõjul on suremus vähenenud -3% (üldkordaja muutus), sh meestel -8% ja naistel +2%. Kui aga kõrvale jätta demograafilised muutuste (sh elanikkonna vananemise) mõju, siis on muude tegurite (sh suremust vähendavate sekkumiste) mõjul suremus vähenenud -17% (standarditud kordaja muutus), sh meestel -19% ja naistel -15%. Lõhe standarditud ja üldise suremuskordaja vahel on suurem just naiste seas, mis kõneleb demograafiliste muutuste tugevamast mõjust naiste suremuse näitajatele.



JOOINIS 1. SUREMUSE ÜLDKORDAJA JA STANDARDITUD SUREMUSKORDAJA (100 000 ELANIKU KOHTA) SOO LÕIKES, 2009-2015. ALLIKAS: TERVISE ARENGU INSTITUUT

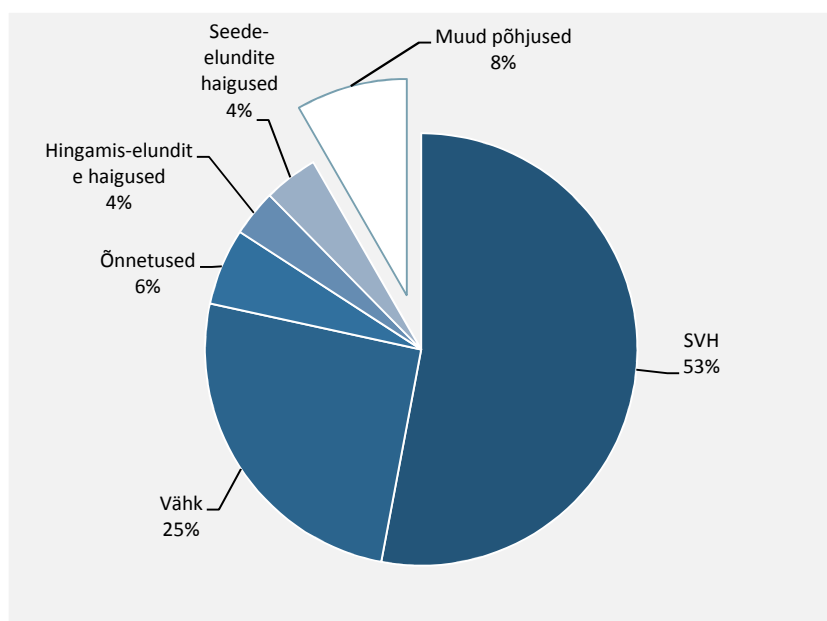
Jooniselt 2 on nähtav, et **RTA rakendusperioodil on suremus vähenenud pea kõigis vanusrühmades.** Ainsaks erandiks on 15-19-aastased, kelle seas on suremus tõusnud (+11%). Kõige enam on suremus vähenenud 20-29-aastaste noorte ja alla 1-aastaste laste seas. Kuigi andmete analüüsiks on arvatatud suremuse kolme aasta keskmised vanuskordajad (eesmärgiga maandada üksikute surmajuhtumite mõju

trendide hindamisele), siis ei saa välistada, et suured erinevused just nooremate vanusrühmade suuremuses on tingitud surmade väikesest arvust aastate lõikes.



**JOONIS 2.** KOLME AASTA KESKMISE SUREMUSE VANUSKORDAJA (100 000 ELANIKU KOHTA) MUUTUSE MÄÄR (%), 2009-2011 VS 2013-2015. ALLIKAS: TERVISE ARENGU INSTITUUT, PRAXISE ARVUTUSED

Joonisel 3 on esitatud ülevaade 2015. aasta enamlevinud suremuse põhjustest Eestis. Joonistelt nähtub, et viis peamist surmapõhjust moodustavad 92% kõigist Eesti surmadest, sh kaks kõige levinumat surmapõhjust (südameveresoonehaigused ja vähk) moodustavad ligi 80% kõigist surmadest. Viimase kuue aasta jooksul ei ole surmapõhjuste omavahelised osakaalud muutunud.



**JOONIS 3.** VIIIE ENAMLEVINUD SURMAPÕHJUSE OSAKAAL KOGU SUREMUSEST (%), 2015. ALLIKAS: TERVISE ARENGU INSTITUUT, PRAXISE ARVUTUSED

Järgnevat peatükki on lähemalt kirjeldatud viie enamlevinud surmapõhjuste trende. Järgneval lehel asetsevasse tabelisse (Tabel 1) on koondatud valik perioodil 2009-2015 aset leidnud muutustest.

TABEL 1. VIIIE PEAMISE SURMAPÕHJUSE MUUTUSTE TRENDID, 2009-2015. ALLIKAS: TERVISE ARENGU INSTITUUT, PRAXISE ARVUTUSED

Surmapõhjus	Surmade arv, 2009	Surmade arv, 2015	Üldise suremuse muutus *	Standarditud suremuse muutus **	Varase suremuse muutus *	Esmas-haigestumuse muutus ***	Kõige enam saagenud surmapõhjus *	Kõige enam vähenenud surmapõhjus*	Kõige suurema kasvuga maakonnad *	Kõige suurema suremuse langusega maakonnad *
<b>1. Südame- ja veresoonehaigused</b>	~ 8 800	~ 8 000	-7%	-23%	-22%	-5%	Hüpertooniatõbi (+38%)	Kroon. reumaatilised südamehaigused (-38%)	1. L-Viru (+10%) 2. Pärnu (+8%)	1. Hiiu (-34%) 2. Rapla (-19%) 3. Põlva (-17%)
<b>2. Pahaloomulised kasvaja</b>	~ 3 500	~ 3 800	+11%	-1%	0	+13%	Emakavähk (+16%)	Nahavähk (-32%)	1. Põlva (+73%) 2. Hiiu (+36%) 3. Lääne (+34%)	1. L-Viru (0%)
<b>3. Vigastused ja mürgistused</b>	~ 1 300	~ 900	-29%	-31%	-32%	-6%	Kukkumine (+4%), alkoholimürgistus (+3%)	Tulesurmad (-38%)	1. Viljandi (+34%) 2. Hiiu (+17%) 3. Valga (+14%)	1. Lääne (-68%) 2. Rapla (-59%) 3. L-Viru (-51%)
<b>4. Seede-elundkonna haigused</b>	~ 630	~ 630	0	-3%	+15%	+10%	Maksa alkoholitõbi (+37%)	Maohaavandid (-34%)	1. Saare (+61%) 2. Viljandi (+33%) 3. Jõgeva (+30%)	1. Hiiu (-49%) 2. Järva (-31%) 3. Rapla (-27%)
<b>5. Hingamis-elundkonna haigused</b>	~ 450	~ 540	+22%	-1%	-28%	-21%	Kopsupõletik (+17%)	Astma (-39%)	1. Valga (+122%) 2. Lääne (+64%) 3. Rapla (+51%)	1. Järva (-3%) 2. Hiiu (0%)

Märkused:

\* Lähtunud suremuse üldkordaja kolme aasta libiseva keskmise väärtustest, muutus perioodil 2009-2011 vs 2013-2015

\*\* Muutus perioodil 2009 vs 2015

\*\*\* Muutus perioodil 2009 vs 2014, va pahaloomulistel kasvajatel (2009 vs 2013, kuna hilisemad andmed puuduvad)

## 2.1.1. Südame- ja veresoonkonna haiguste suremus

### Peamised trendid:

- SVH suremus on vähenenud (üldine suremus -7%, standarditud suremus -23%), sh enamikes maakondades
- SVH suremus on vähenenud ka alla 65-aastaste seas (muutus -24%), nii meeste kui naiste seas
- SVH surmade vähenemine on tingitud peajuveresoonte haiguste ja südame isheemiatõve surmade vähenemisest (mõlemal muutus ligikaudu -20%)
- SVH suremuse langust on pidurdanud hüpertooniatõve suremuse kasv (muutus +38%)

**Üldine SVH suremus on RTA rakendusperioodil Eestis langenud.** Joonisel 4 on esitatud viimase kuue aasta suremuse üldkordaja ja standarditud suremuskordaja näitajad, mis peegeldavad SVH suremuse vähenemist Eestis. Jooniselt nähtav kahe näitaja erisus räägib meile seda, et kõigi suremust mõjutavate tegurite koosmõjul on suremuse langus olnud -7% (üldkordaja muutus). Kui aga kõrvale jätta demograafilised muutused (sh elanikkonna vananemine), siis on muude mõjurite (sh SVH suremust vähendavate sekkumiste) tulemusena vähenenud suremus -23% (standarditud kordaja muutus).

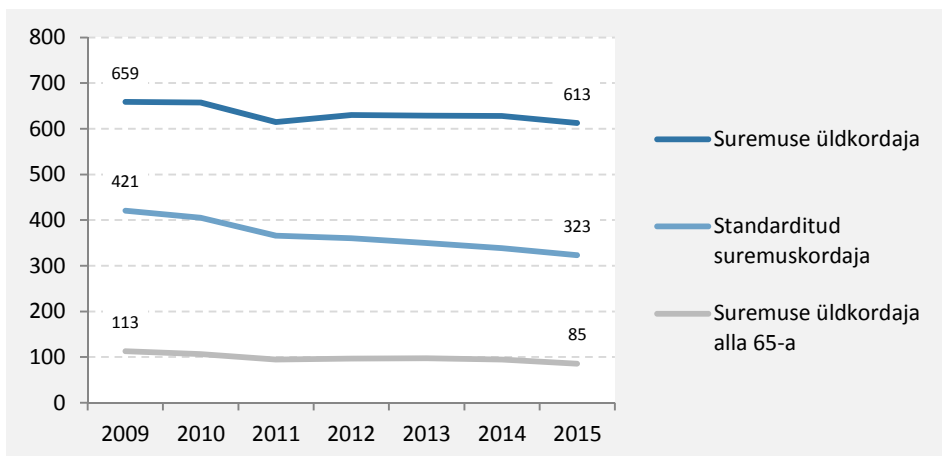
Keskmise eluea pikenemiseks on oluline saavutada langus ka alla 65-aastaste inimeste seas. **Viimase kuue aasta jooksul on SVH varane suremus vähenenud -24%** (joonis 4). Jooniselt 5 nähtub, et SVH surmade seas on alla 65-aastaste osakaal vähenenud -21%, sh meeste seas -15% ja naistel -33%. Kui vaadelda vanusrühmi lähemalt (joonised 10 ja 11), siis nähtub, et enamuse surmadest leiab aset kõrges eas ja alla 35-aastaste seas on SVH surmad harvad. Vanemate vanusrühmade osas on näha, et **SVH suremus on võrdlemisi ühtlaselt vähenenud kõigis vanusrühmades, sh ka kõige kõrgemates.**

Jooniselt 6 nähtub, et **kogu rahvastikus on SVH suremuse langus olnud meeste seas suurem** (-14% meestel, -2% naistel), kuid **alla 65-aastaste seas on nii meeste kui naiste seas toimunud märkimisväärne langus** (meestel -28%, naistel -26%). Sarnasel määral on toimunud langus ka meeste ja naiste standarditud suremuskordaja osas (meestel -26%, naistel -22%).

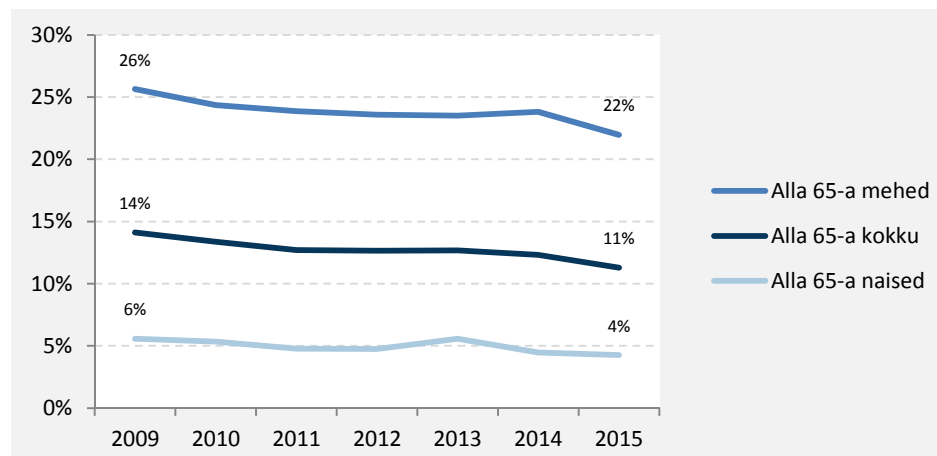
Maakondlikest standarditud suremuskordaja andmetest nähtub, et **SVH suremus on viimase kuue aasta jooksul vähenenud kõigis maakondades** (joonis 7). Jooniselt nähtav kahe suremuskordaja erisus räägib meile seda, et kui võtta arvesse muutusi maakonna rahvastikus, siis on langustrendid väikesemad ja mitmes maakonnas on suremuse üldkordaja hoopis suurenenud. Kuna standarditud suremuskordaja näitab neis maakondades aga langust, siis saab ikkagi öelda, et suremust on suudetud vähendada. Üldkordaja tõusu põhjuseks on suure tõenäosusega asjaolu, et standarditud suremuskordaja langus neis maakondades on sedavõrd väike, et muutused rahvastiku koosseisus mõjutavad suremuse üldkordajat enam.

**SVH surmade vähenemine on tingitud peamiselt peajuveresoonte haiguste ja südame isheemiatõve surmade vähenemisest (mõlemad ligikaudu 20%)** Jooniselt 9 on näha, et südame isheemiatõved moodustasid 2009. aastal ligikaudu 40% kõigist SVH surmadest. **2015. aastal on südame isheemiatõbi küll jätkuvalt kõige levinum SVH surmapõhjus, kuid tema osakaal on oluliselt vähenenud** (ligikaudu -20%). SVH suremuse langust on pidurdanud hüpertooniatõve suremuse suur kasv (+65%).

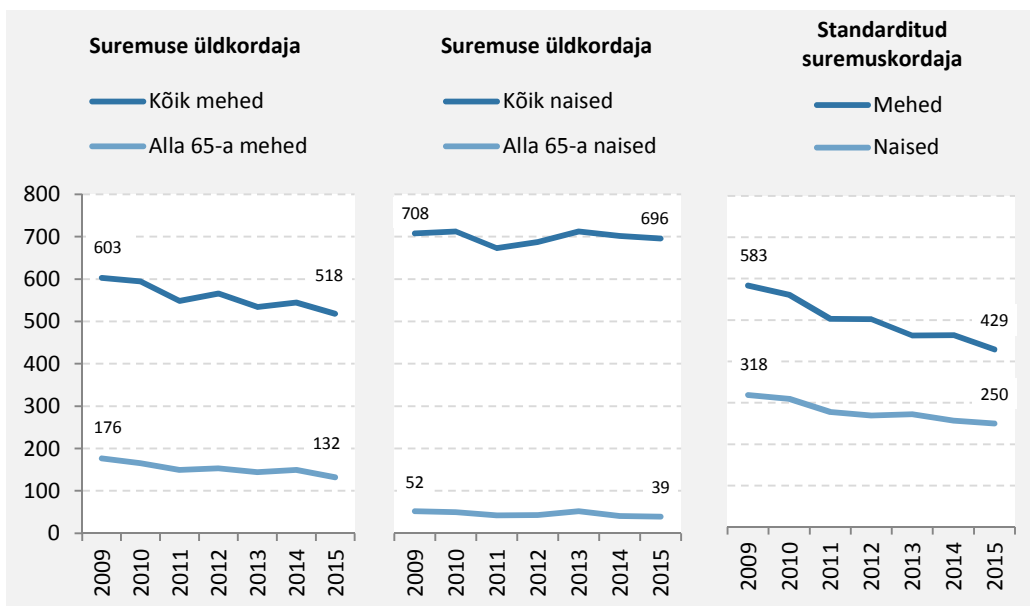




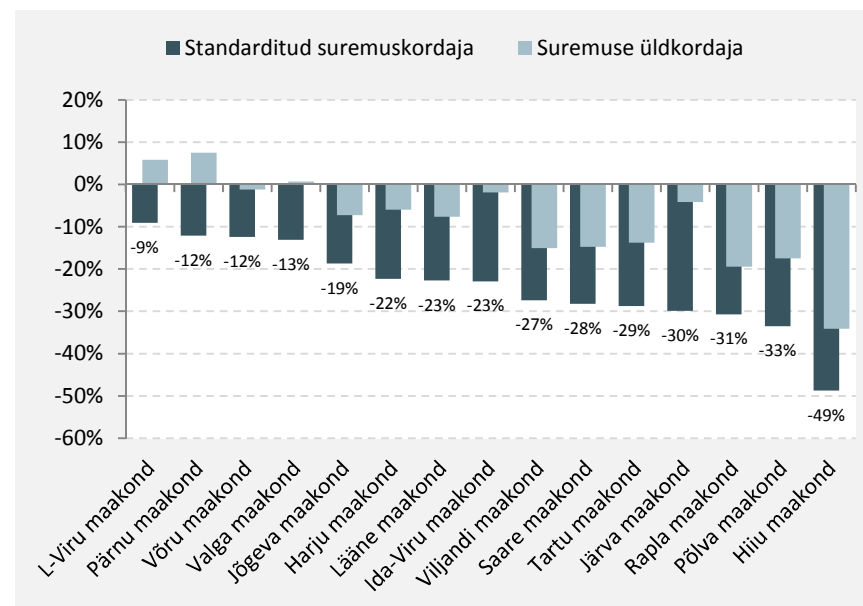
JOONIS 4. SVH SUREMUSE ÜLDKORDAJA, STANDARDITUD SUREMUSKORDAJA JA VARASE SUREMUSE ÜLDKORDAJA, 2009-2015. ALLIKAS: TERVISE ARENGU INSTITUUT



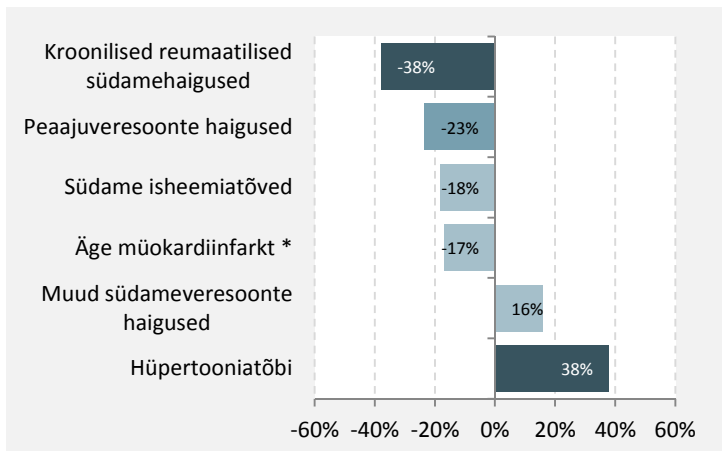
JOONIS 5. ALLA 65-AASTASTE SVH SURMAJUHTUDE OSAKAAL KÕIGIST SVH SURMADEST, 2009-2015. ALLIKAS: TERVISE ARENGU INSTITUUT, PRAXISE ARVUTUSED



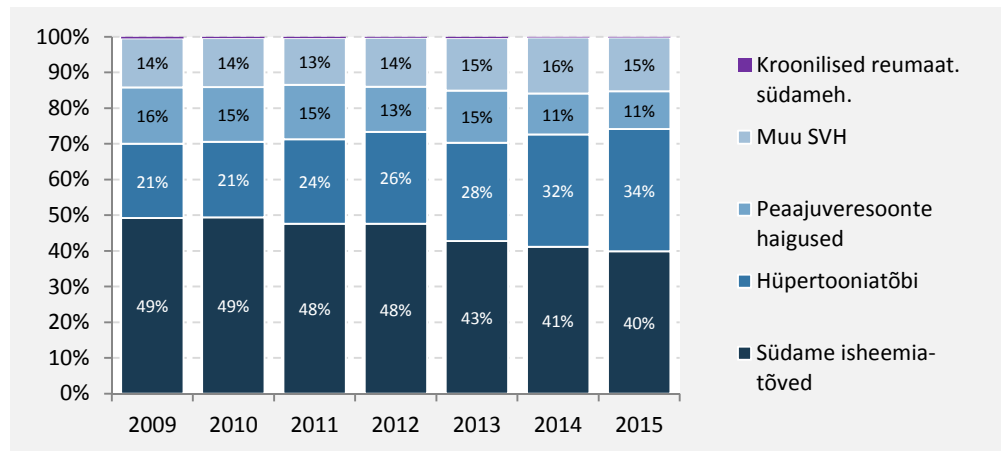
JOONIS 6. SVH SUREMUSE ÜLDKORDAJA SOO JA VANUSE LÕIKES NING SVH STANDARDITUD SUREMUSKORDAJA SOO LÕIKES, 2009-2015. ALLIKAS: TERVISE ARENGU INSTITUUT



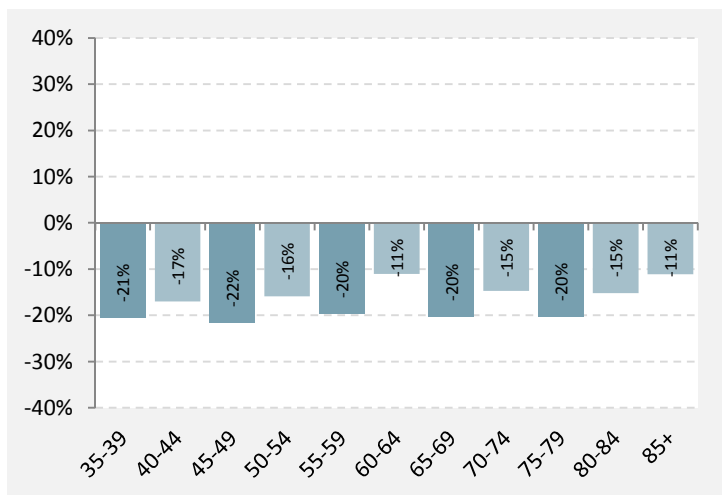
JOONIS 7. SVH SUREMUSE ÜLDKORDAJA JA STANDARDITUD SUREMUSKORDAJA MUUTUS (2009 VS 2015), MAAKONDADE LÕIKES. ALLIKAS: TERVISE ARENGU INSTITUUT, PRAXISE ARVUTUSED



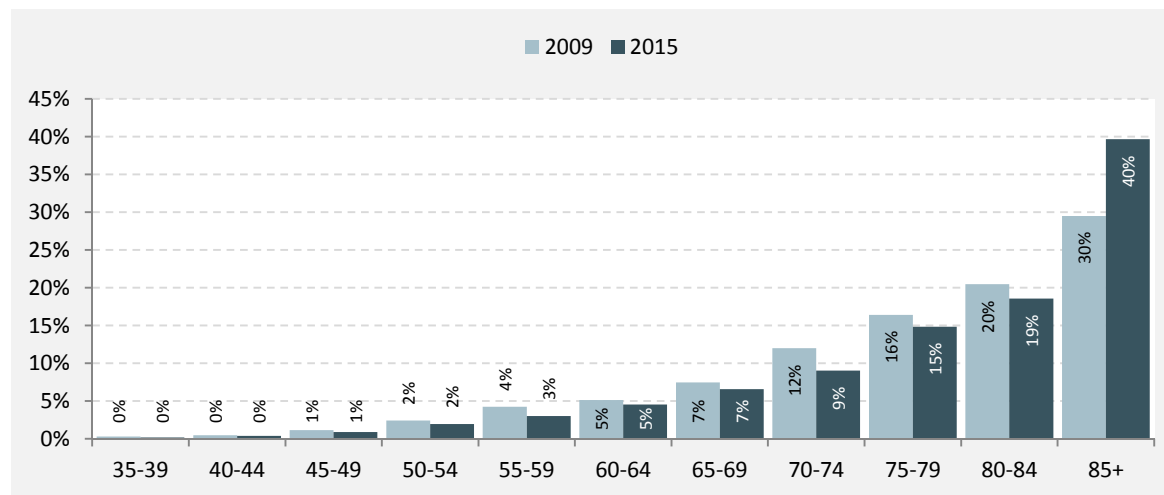
**JOONIS 8.** SVH STANDARDITUD SUREMUSKORDAJA KOLME AASTA LIBISEVA KESKMISE MUUTUSE MÄÄR (%), 2009-2011 VS 2013-2015, SURMA PÕHJUSTE LÕIKES. ALLIKAS: TAI, PRAXISE ARVUTUSED



**JOONIS 9.** SVH SURMAPÕHJUSTE OSAKAALUD (%) AASTATE LÕIKES, 2009-2015. ALLIKAS: TERVISE ARENGU INSTITUUT, PRAXISE ARVUTUSED



**JOONIS 10.** SVH SUREMUSKORDAJA KOLME AASTA LIBISEVA KESKMISE MUUTUSE MÄÄR (%), VANUSRÜHMDE LÕIKES, 2009-2011 VS 2013-2015. ALLIKAS: TERVISE ARENGU INSTITUUT, PRAXISE ARVUTUSED



**JOONIS 11.** SVH SURMADE VANUSJAOTUS (%), 2009 JA 2015. ALLIKAS: TERVISE ARENGU INSTITUUT, PRAXISE ARVUTUSED

## 2.1.2. Pahaloomuliste kasvajate suremus

### Peamised trendid:

- Vähi suremus on tõusnud (+11%), kuid tõus on suuresti tingitud demograafilistest muutustest
- Vähi varane suremus (alla 65-aastaste seas) on meeste seas veidi tõusnud (+4%) ja naiste seas langenud (-7%)
- Valdava osa vähisurmades põhjustavad hingamiseldite- ja kopsuvähi juhtumid (kokku 35%), mille suremus on püsinud RTA rakendusperioodil muutumatuna.
- Kõige enam on tõusnud suremus emakavähki (+16%) ning vähenenud nahavähki (-32%)

**Pahaloomuliste kasvajate kogusuremus on RTA rakendusperioodil Eestis tõusnud, nii meeste kui naiste seas samal määral** (+10% meestel, +11% naistel). Jooniselt 12 nähtub, et suremuse üldkordaja on kasvanud +11%, kuid standarditud suremuskordaja on jäänud samale tasemele (muutus +1%). Kahe näitaja erisus räägib meile seda, et **vähisuremuse kasv on suuresti tingitud demograafilistest muutustest** (eelkõige elanikkonna vananemisest). Kui demograafiliste muutuste mõju kõrvale jätta, siis on muude mõjurite tulemusena säilinud kuue aasta tagune suremuse tase.

Jooniselt 13 nähtub, et viimase kuue aasta jooksul on **alla 65-aastaste naiste seas vähisuremus vähenenud** (-7%) ja **meeste seas tõusnud** (+4%). Samas on alla 65-aastaste osakaal vähisurmades vähenenud - meeste seas -10% ja naistel -15%. Suure tõenäosusega on selline trend tingitud eakate osakaalu kasvust kõigi vähisurmades seas.

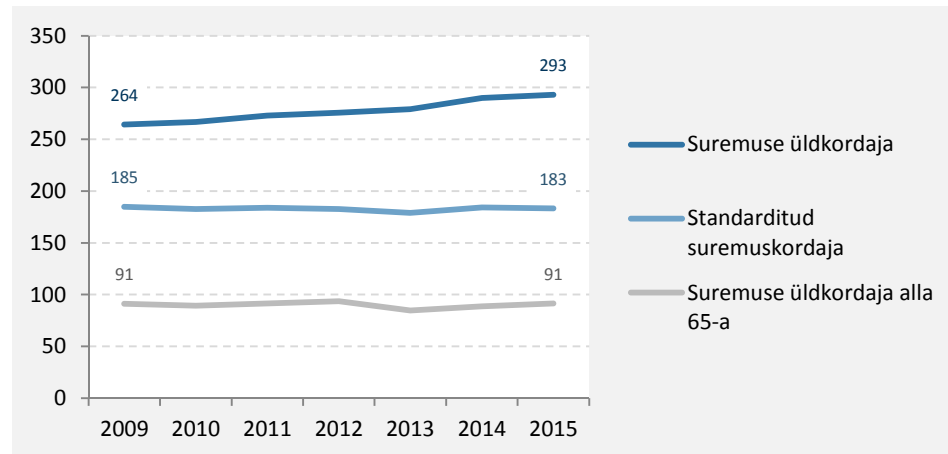
Kitsamate vanusrühmade lõikes on näha kõige suuremat suremuse langust 35-39-aastaste seas (-26%), ja 45-54-aastaste seas (ligikaudu -18%) (joonised 18 ja 19<sup>1</sup>). Teistes vanusrühmades on olukord pigem stabiilne, välja arvatud 85-aastaste ja vanemate seas, kelle suremus on tõusnud +11%.

**Üldine vähisuremus on kasvanud pea kõigis maakondades, välja arvatud Lääne-Virumaal** (joonis 15). Standarditud vähisuremuse kordajate andmed näitavad aga seda, et pooltes maakondades on suremus hoopis vähenenud ja vaid kolmes maakonnas on tõus suurem kui +10% (Põlvamaa, Hiiumaa ja Läänemaa). Kahe suremuskordaja erisus räägib meile seda, et suure tõenäosusega on üldise suremuse tõus tingitud muutustest maakonna rahvastikus, eriti nendes maakondades, kus standarditud suremuskordaja muutus on vaid mõned protsendid ja seetõttu rohkem tundlik muutustele rahvastiku koosseisus. Erilisena tõuseb esile Põlvamaa, kus on nii suremuse üldkordaja kui standarditud kordaja teinud läbi väga suure tõusu (enam kui +70%) ja seda olukorras, kus vähi haigestumine on perioodil 2009–2013<sup>2</sup> maakonnas vähenenud (-5%). Paraku ei ole käesoleva uuringu raames võimalik lähemalt analüüsida selliste erisuste võimalikke põhjuseid.

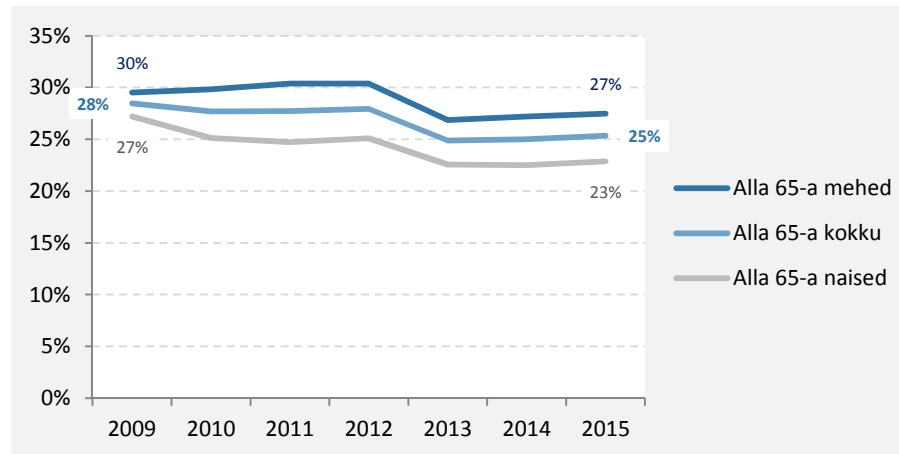
Jooniselt 17 nähtub, et **valdava osa vähisurmades põhjustavad hingamiseldite- ja kopsuvähi juhtumid** (kokku 35%) ning viimase kuue aasta jooksul on mõlema vähipaikme suremus püsinud pigem stabiilsena (tõus +3%). Jooniselt 16 on näha, et **vähipaikmete lõikes on suremuse trendid erinevad** - kõige enam on tõusnud suremus emakavähki (+16%) ning vähenenud nahavähki (-32%). Mõlemad nimetatud vähipaikmed moodustavad kogu vähisurmades vastavalt 1% ja 1%.

<sup>1</sup> Joonistel esitatud andmed alates 35. eluaastast, kuna varasemates vanusrühmades esineb vaid üksikuid surmajuhtumeid

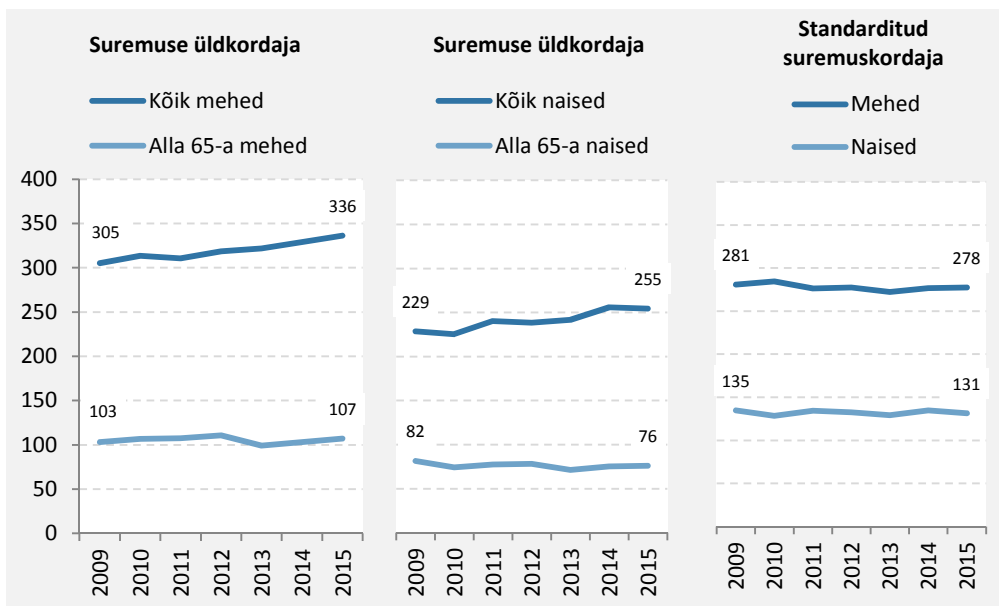
<sup>2</sup> Aastate 2014 ja 2015 esmashaigestumuse piirkondlikud andmed ei ole veel avalikustatud



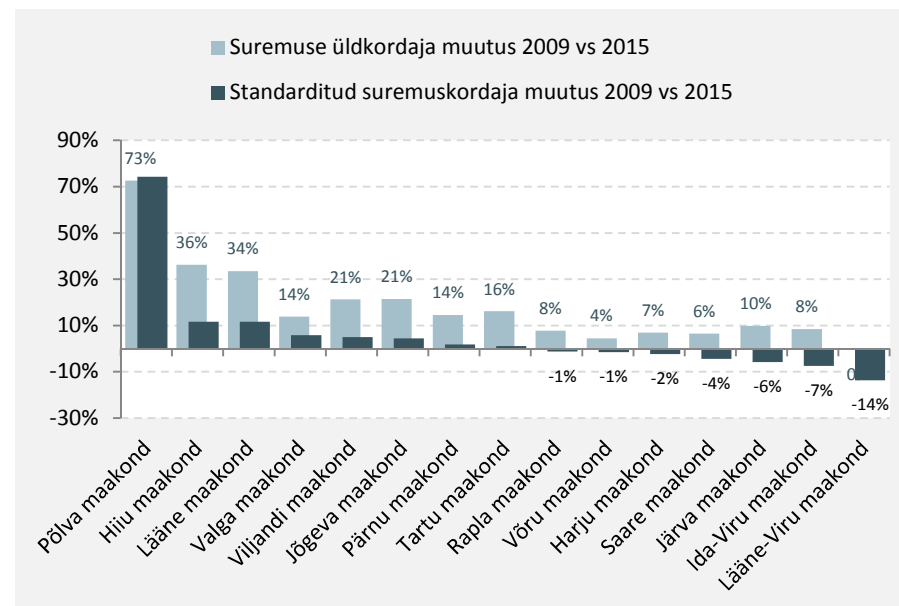
JOONIS 12. PAHALOOMULISTE KASVAJATE SUREMUSE ÜLDKORDAJA, STANDARDITUD SUREMUSKORDAJA JA VARASE SUREMUSE ÜLDKORDAJA, 2009-2015. ALLIKAS: TERVISE ARENGU INSTITUUT



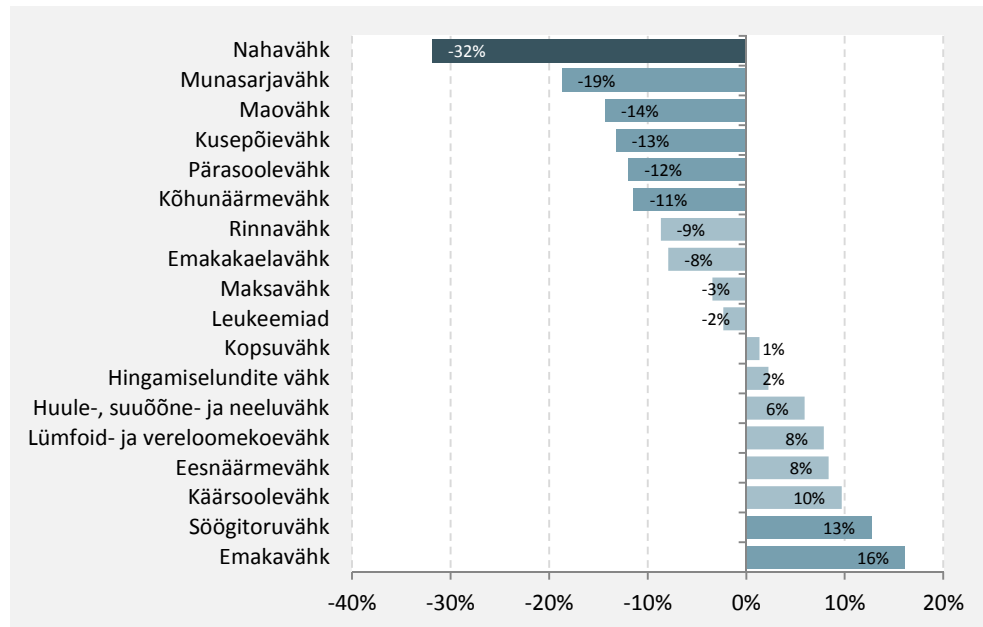
JOONIS 13. ALLA 65-AASTASTE PAHALOOMULISTE KASVAJATE SURMAJUHTUDE OSAKAAL KÕIGIST PAHALOOMULISTE KASVAJATE SURMADEST, 2009-2015. ALLIKAS: TERVISE ARENGU INSTITUUT, PRAXISE ARVUTUSED



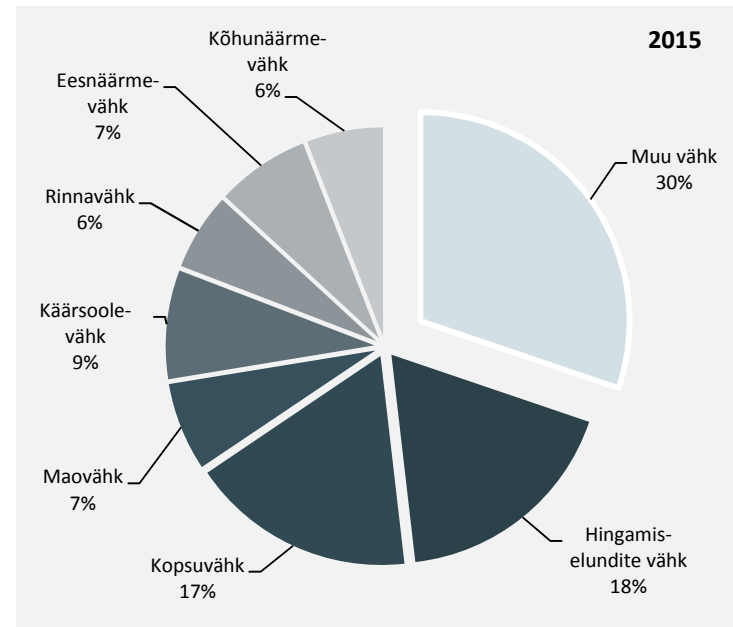
JOONIS 14. PAHALOOMULISTE KASVAJATE SUREMUSE ÜLDKORDAJA SOO JA VANUSE LÕIKES JA STANDARDITUD SUREMUSKORDAJA SOO LÕIKES, 2009-2015. ALLIKAS: TERVISE ARENGU INSTITUUT



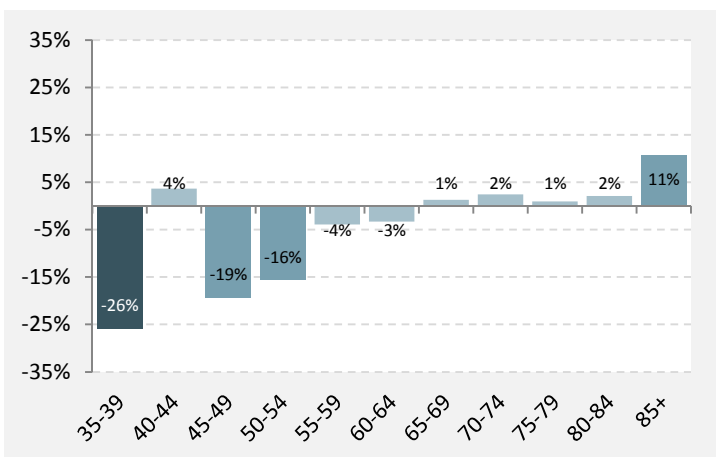
JOONIS 15. PAHALOOMULISTE KASVAJATE SUREMUSE ÜLDKORDAJA JA STANDARDITUD SUREMUSKORDAJA MUUTUS (2009 VS 2015), MAAKONDADE LÕIKES. ALLIKAS: TERVISE ARENGU INSTITUUT, PRAXISE ARVUTUSED



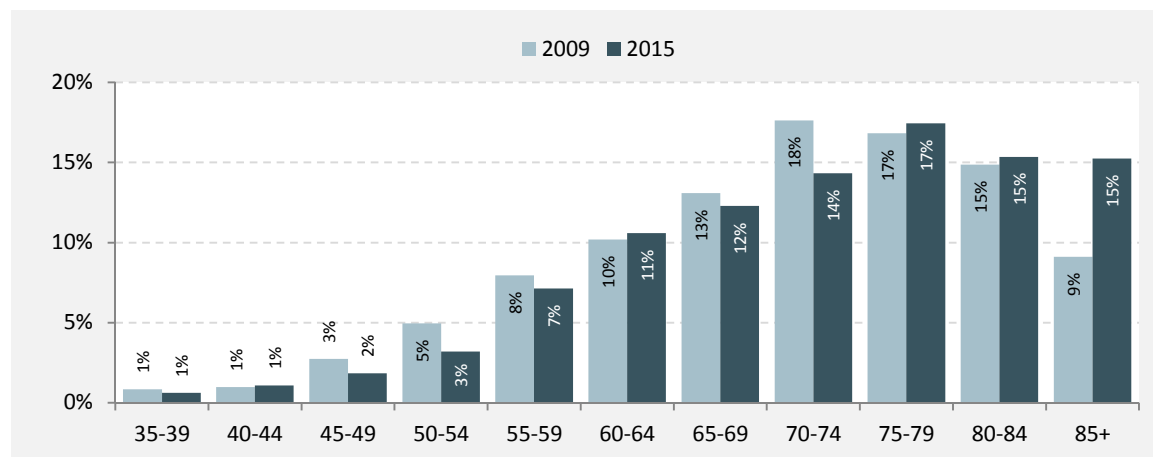
**JOONIS 16.** PAHALOOMULISTE KASVAJATE STANDARDITUD SUREMUSKORDAJA KOLME AASTA LIBISEVA KESKMISE MUUTUSE MÄÄR (%), 2009-2011 VS 2013-2015, SURMA PÕHJUSTE LÖIKES. ALLIKAS: TERVISE ARENGU INSTITUUT, PRAXISE ARVUTUSED



**JOONIS 17.** PAHALOOMULISTE KASVAJATE SURMAPÕHJUSTE OSAKAALUD (%), 2015. ALLIKAS: TERVISE ARENGU INSTITUUT, PRAXISE ARVUTUSED



**JOONIS 18.** PAHALOOMULISTE KASVAJATE SUREMUSKORDAJA 3 AASTA LIBISEVA KESKMISE MUUTUSE MÄÄR (%), VANUSRÜHMAD LÖIKES, 2009-2011 VS 2013-2015. ALLIKAS: TAI, PRAXISE ARVUTUSED



**JOONIS 19.** PAHALOOMULISTE KASVAJATE SURMADE VANUSJAOTUS (%), 2009 JA 2015. ALLIKAS: TERVISE ARENGU INSTITUUT, PRAXISE ARVUTUSED

### 2.1.3. Vigastussuremus

#### Peamised trendid:

- Üldine vigastussuremus on oluliselt langenud (-30%), samal määral nii meeste kui naiste seas
- Suremus on langenud pea kõigi vigastussurmade põhjuste lõikes, va kukkumised ja alkoholimürgistused
- Valdava osa (49%) surmadest põhjustavad mürgistused (sh alkoholimürgistused) ja enesetapud
- Kõigist vigastussurmadest 75% juhtub alla 65-aastaste seas, meestel enam kui naistel
- Vigastussuremus on langenud kõigis vanusrühmades, kõige enam 20–29-aastaste seas (ligikaudu -40%).

Üldine vigastussuremus on RTA rakendusperioodil Eestis langenud. Joonistelt 20 ja 22 nähtub, et viimase kuue aasta jooksul on õnnetustest, mürgistustest ja traumadest tingitud surmad vähenenud Eestis ligikaudu -30%, sarnasel määral nii meeste kui naiste seas. Suremuse üld- ja standarditud kordajate vahel ei ole suurt erisust, mis viitab sellele, et demograafilised muutused Eesti rahvastikus ei ole oluliselt õnnetussuremuse trende mõjutanud.

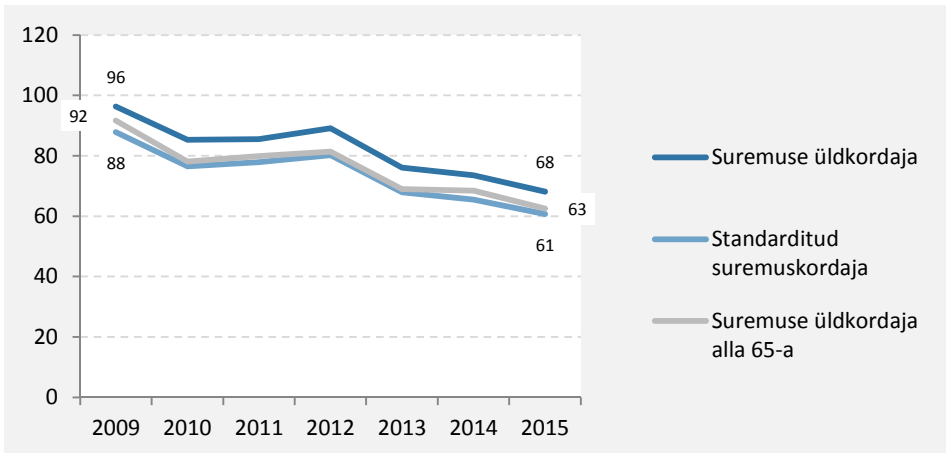
Jooniselt 21 nähtub, et valdav osa õnnetussurmadest leiab aset alla 65-aastase seas, meeste vastav näitaja on ligikaudu 80% ja naistel 60%. Detailsemate vanusrühmade lõikes on vigastuste suremuskordaja langenud kõigis vanusrühmades, kõige enam 20–29-aastaste seas (muutus ligikaudu -40%) (joonis 26)<sup>3</sup>. Kahekümnendates eluaastates noorte vigastussuremuse vähenemine on tingitud olnud eelkõige mürgistussurmade vähenemisest, mis on selle vanusrühma peamine vigastussurma põhjus ja on vähenenud ligikaudu -50%.

**Valdava osa (49%) vigastussurmadest põhjustavad mürgistused (sh alkoholimürgistused) ja enesetapud** (joonis 25). Jooniselt 24 on näha, et suremus on vähenenud pea kõigi õnnetussurmade põhjuste lõikes, välja arvatud kukkumised (+4%) ja alkoholimürgistused (+3%). Kõige enam on kitsamatest surmapõhjustest vähenenud tule-, külma- ja uppumissurmad (ligikaudu -35%).

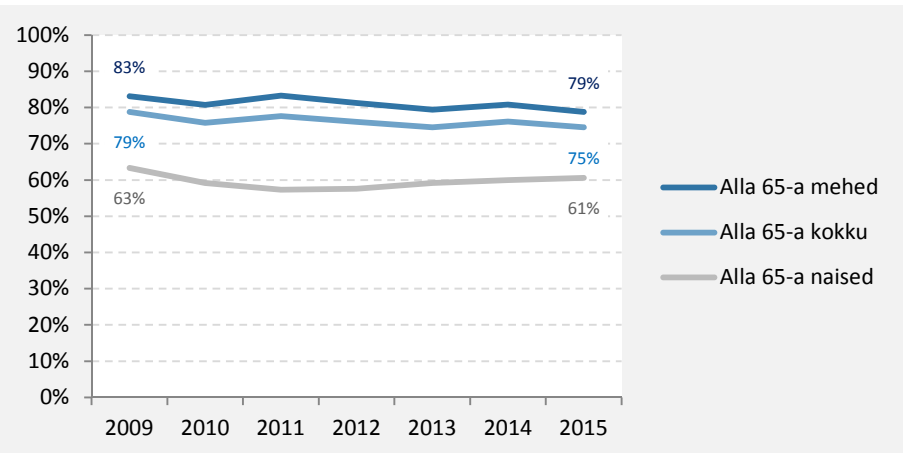
**Vanusrühmade lõikes on vigastussurmade põhjuste proportsioonid erinevad.** 15-24-aastaste seas on suitsiid peamiseks vigastussurma põhjuseks, sõidukiõnnetuste kõrval. 25-39-aastaste hulgas moodustavad pea poole vigastussurmadest mürgistused, sh valdavalt mitte alkoholimürgistused. 40-65-aastaste seas sagenevad ka muud vigastussurmad, kuid enamuse moodustavad jätkuvalt suitsiidid ja mürgistused, sh mürgistustest enamik on alkoholimürgistused. 65-84-aastaste seas on peamiseks vigastussurma põhjuseks suitsiidid ja 75-aastaste ja vanemate seas moodustab suure ja kasvava osa kukkumised.

**Üldine õnnetusjuhtumite, mürgistuste ja traumade suremus on viimase kuue aasta jooksul vähenenud enamikes maakondades, välja arvatud Viljandi-, Hiiumaa-, Jõgeva- ja Valgamaal** (joonis 23). Vähenemine on kõige suurem olnud Läänemaal (-71%). Jooniselt nähtav kahe suremuskordaja erisus räägib meile seda, et neis maakondades on suremuse tõusu enam mõjutanud muutused maakonna rahvastikus (alla 65-aastase elanikkonna vähenemine).

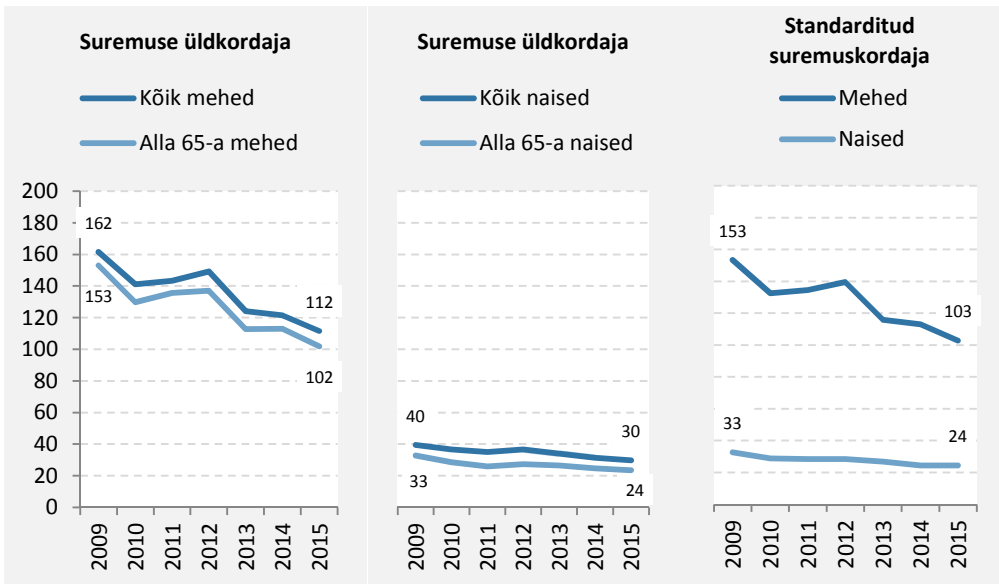
<sup>3</sup> Joonistel esitatud andmed alates 15. eluaastast, kuna nooremate vanusrühmade vigastussurmad on harvad



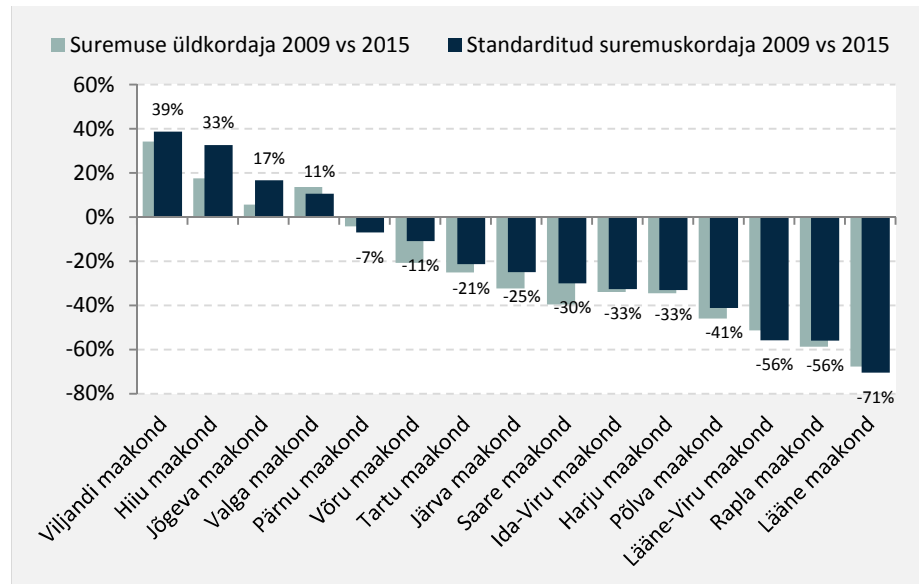
**JOONIS 20.** VIGASTUSSUREMUSE ÜLDKORDAJA, STANDARDITUD SUREMUSKORDAJA JA VARASE SUREMUSE ÜLDKORDAJA (100 000 ELANIKU KOHTA), 2009-2015. ALLIKAS: TERVISE ARENGU INSTITUUT



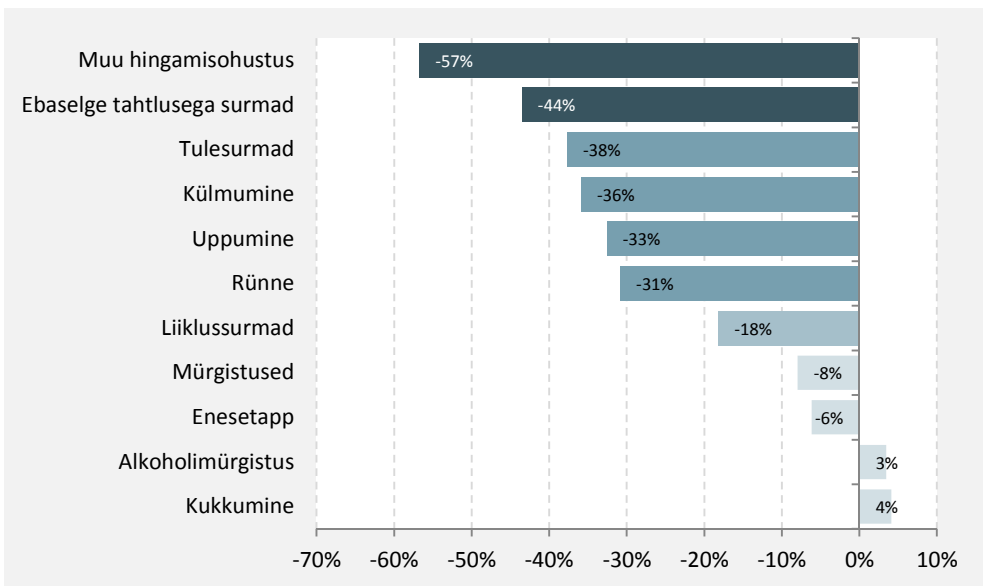
**JOONIS 21.** ALLA 65-AASTASTE VIGASTUSSURMAJUHTUDE OSAKAAL KÕIGIST VIGASTUSSURMADEST (%), 2009-2015. ALLIKAS: TERVISE ARENGU INSTITUUT, PRACTISE ARVUTUSED



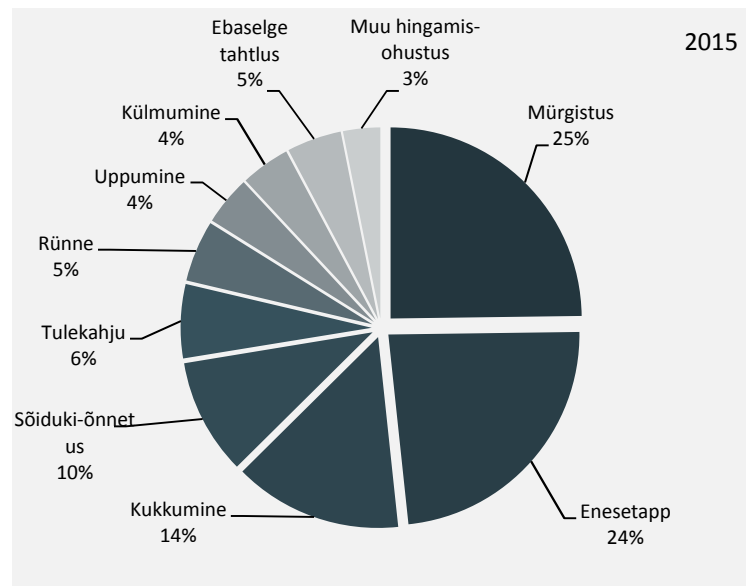
**JOONIS 22.** VIGASTUSSUREMUSE ÜLDKORDAJA SOO JA VANUSE LÖIKES JA STANDARDITUD SUREMUSKORDAJA SOO LÖIKES, 2009-2015. ALLIKAS: TERVISE ARENGU INSTITUUT



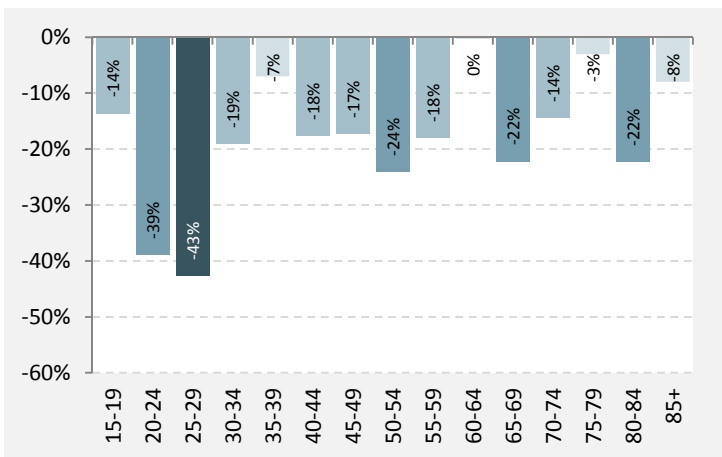
**JOONIS 23.** VIGASTUSSUREMUSE ÜLDKORDAJA JA STANDARDITUD SUREMUSKORDAJA MUUTUS (2009 VS 2015), MAAKONDADE LÖIKES. ALLIKAS: TERVISE ARENGU INSTITUUT, PRACTISE ARVUTUSED



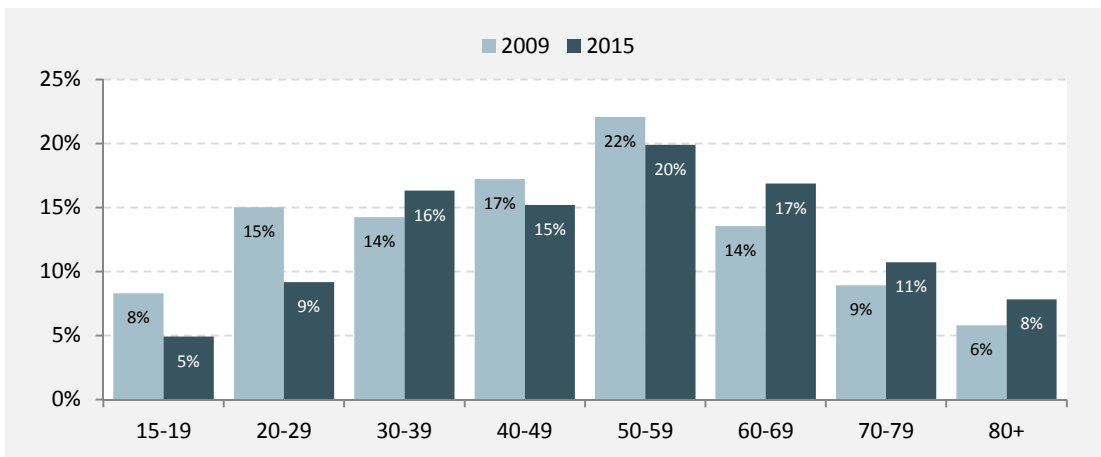
**JOONIS 24.** VIGASTUSTE STANDARDITUD SUREMUSKORDAJA (100 000 ELANIKU KOHTA) KOLME AASTA LIBISEVA KESKMISE MUUTUSE MÄÄR (%), 2009-2011 VS 2013-2015, SURMA PÕHJUSTE LÖIKES. ALLIKAS: TERVISE ARENGU INSTITUUT, PRAXISE ARVUTUSED



**JOONIS 25.** VIGASTUSTE SURMAPÕHJUSTE OSAKAALUD (%), 2015. ALLIKAS: TERVISE ARENGU INSTITUUT, PRAXISE ARVUTUSED



**JOONIS 26.** VIGASTUSTE SUREMUSE VANUSKORDAJA (100 000 ELANIKU KOHTA) 3 AASTA LIBISEVA KESKMISE MUUTUSE MÄÄR (%), VANUSRÜHMADE LÖIKES, 2009-2011 VS 2013-2015. ALLIKAS: TAI, PRAXISE ARVUTUSED



**JOONIS 27.** VIGASTUSSURMADE VANUSJAOTUS (%), 2009 JA 2015. ALLIKAS: TERVISE ARENGU INSTITUUT, PRAXISE ARVUTUSED.



## 2.1.4. Seedeelundkonna haiguste suremus

### Peamised trendid:

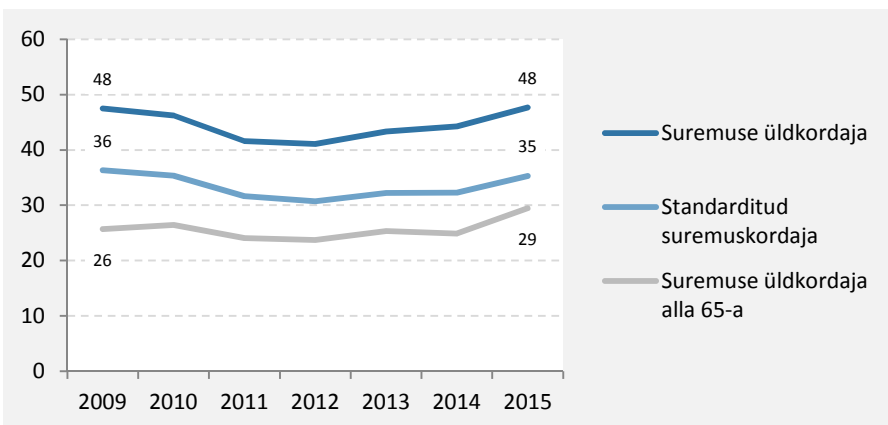
- Seedeelundkonna haiguste üldine suremus kogu rahvastikus on püsinud samal tasemel, kuid tõusnud alla 65-aastaste seas
- Seedeelundkonna haiguste suremus on meeste seas langenud ja naiste seas tõusnud, sh alla 65-aastaste naiste seas on suremuse kordaja tõusnud ligi 50%
- Kõige enam on tõusnud seedeelundkonna haiguste suremus 30–44-aastaste seas, tingituna maksa alkoholitõve surmade kasvust
- Maksa alkoholitõbi ja maksatsirroos moodustavad ligikaudu 50% kogu seedeelundkonna surmadest ja nende osakaal on RTA rakendusperioodil kasvanud enam kui +30%
- Maakonniti on seedeelundkonna haiguste suremuse trendid väga erinevad. Kõige suurem tõus on toimunud Saaremaal ja kõige enam on näitaja paranenud Järva- ja Raplamaal

**Üldine seedeelundkonna haiguste suremus on RTA rakendusperioodil püsinud muutumatuna** (joonis 28). Tõusnud on aga varane ehk alla 65-aastaste suremus (+15%), sh olulisel määral naiste seas (+47%) (joonis 30). Meestel moodustavad varased surmad kõigist seedeelundkonna haiguste surmadest ligikaudu 60% ja naistel 35% (joonis 29).

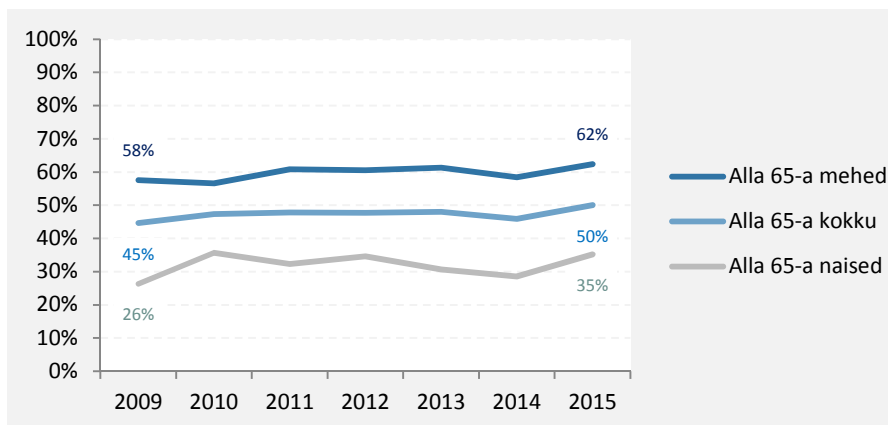
Detailsemate vanusrühmade lõikes on **suremuskordaja langenud kõrgemaealistes vanusrühmades** (kõige enam 75-aastaste ja vanemate seas) ja **tõusnud 30–44-aastaste seas** (ligikaudu +25%). Suremuse tõus 30–44-aastaste vanusrühmas on **tingitud maksa alkoholitõve surmade kasvust** (ligikaudu +35%). Märkmisväärne surmade langus 75-aastaste ja vanemate seas on tingitud kõigi seedeelundkonna haiguste surmapõhjuste vähenemisest.

Jooniselt 32 on näha, et erinevate seedeelundkonna haiguste lõikes on suremuse trendid olnud erinevad. **Kõige enam on vähenenud suremus maohaavanditesse (-24%) ja kõige enam kasvanud maksa alkoholitõve (+9%)**. Maksa alkoholitõve suremus moodustab kõigist seedeelundkonna haiguste surmadest 36% ja koos maksatsirroosiga moodustavad kogu haigusgrupi suremusest ligikaudu 50%. Võrreldes 2009. aastaga on maksa alkoholitõve surmade osakaal haigusgrupis kasvanud +36%.

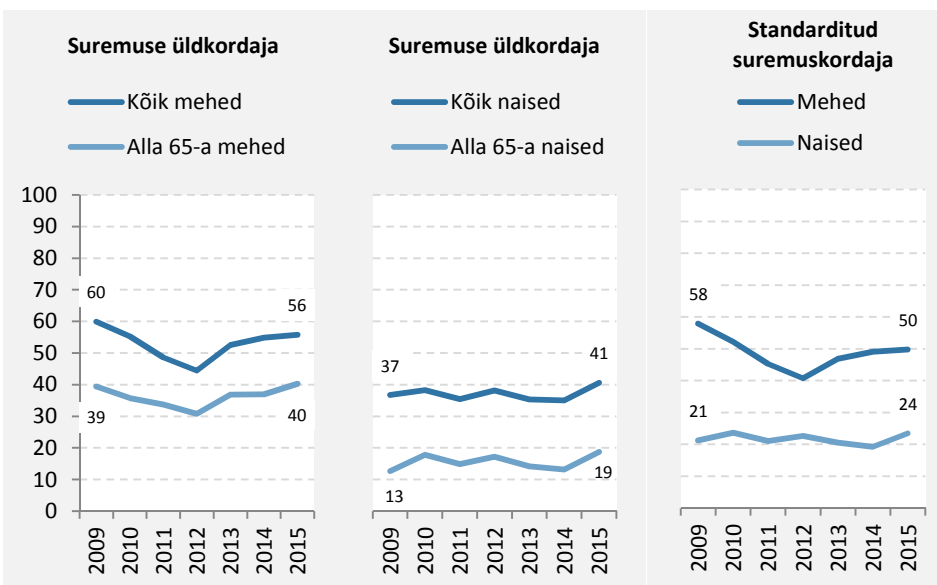
**Seedeelundkonna haiguste suremuse trendid on maakonniti väga erinevad** (joonis 31). Kõige enam on suremus tõusnud Saaremaal ja Lõuna-Eesti maakondades. Märkmisväärne langus on aga aset leidnud Järva- ja Raplamaal (Hiiumaal on surmajuhtude arv alla 10). Standarditud suremuskordaja ei ole kahjuks selle surma põhjuse kohta kättesaadav, mistõttu ei ole võimalik hinnata, kuidas on näitajate suurenemine tingitud rahvastikus toimunud muutustest.



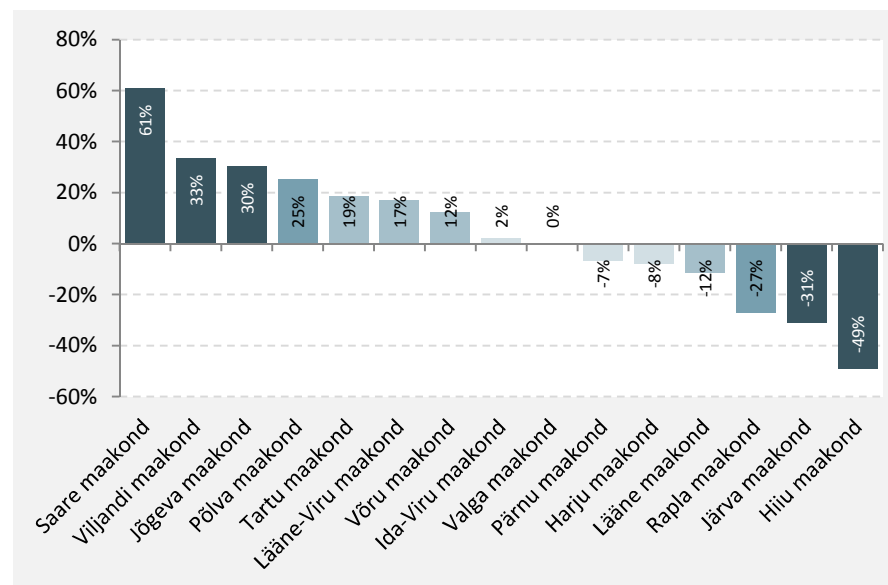
**JOONIS 28.** SEEDEELUNDKONNA HAIGUSTE SUREMUSE ÜLDKORDAJA, STANDARDITUD SUREMUSKORDAJA JA VARASE SUREMUSE ÜLDKORDAJA (100 000 ELANIKU KOHTA), 2009-2015. ALLIKAS: TERVISE ARENGU INSTITUUT



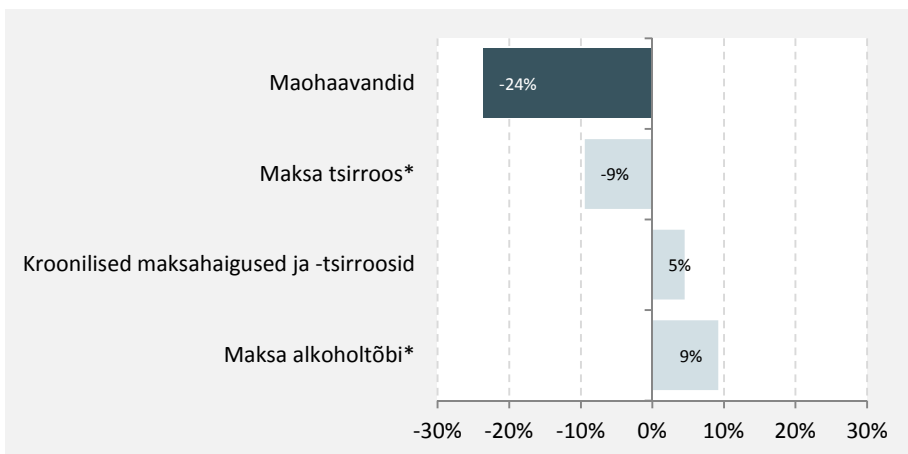
**JOONIS 29.** ALLA 65-AASTASTE SEEDEELUNDKONNA HAIGUSTE SURMAJUHTUDE OSAKAAL KÕIGIST SEEDEELUNDKONNA HAIGUSTE SURMADEST (%), 2009-2015. ALLIKAS: TERVISE ARENGU INSTITUUT, PRAXISE ARVUTUSED



**JOONIS 30.** SEEDEELUNDKONNA HAIGUSTE SUREMUSE ÜLDKORDAJA SOO JA VANUSE LÕIKES JA STANDARDITUD SUREMUSKORDAJA SOO LÕIKES, 2009-2015. ALLIKAS: TAI

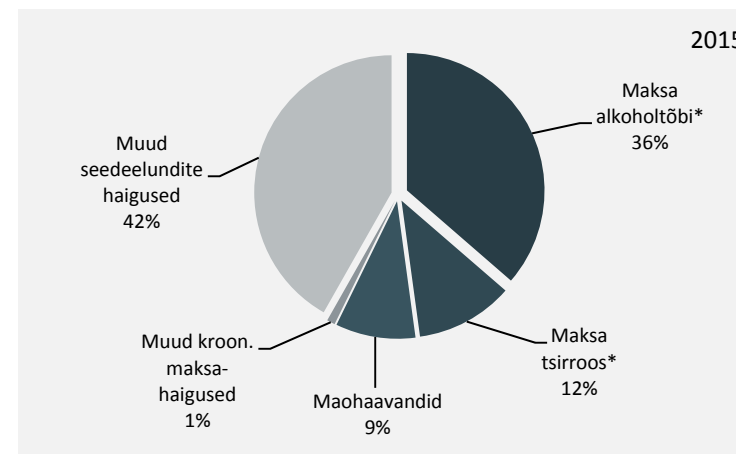


**JOONIS 31.** SEEDEELUNDKONNA HAIGUSTE SUREMUSE ÜLDKORDAJA MUUTUS (2009 VS 2015), MAAKONDADE LÕIKES. ALLIKAS: TERVISE ARENGU INSTITUUT, PRAXISE ARVUTUSED



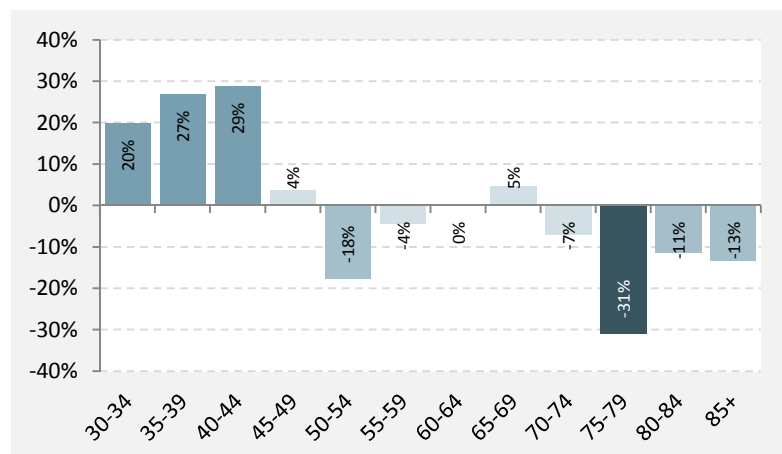
\*Maksa alkoholtõbi ja maksa tsirroos on krooniliste maksahaiguste ja -tsirrooside aladiagnoosid.

**JOONIS 32.** SEEDEELUNDKONNA HAIGUSTE STANDARDITUD SUREMUSKORDAJA (100 000 ELANIKU KOHTA) KOLME AASTA LIBISEVA KESKMISE MUUTUSE MÄÄR (%), 2009-2011 VS 2013-2015, SURMA PÕHJUSTE LÕIKES. ALLIKAS: TERVISE ARENGU INSTITUUT, PRAXISE ARVUTUSED

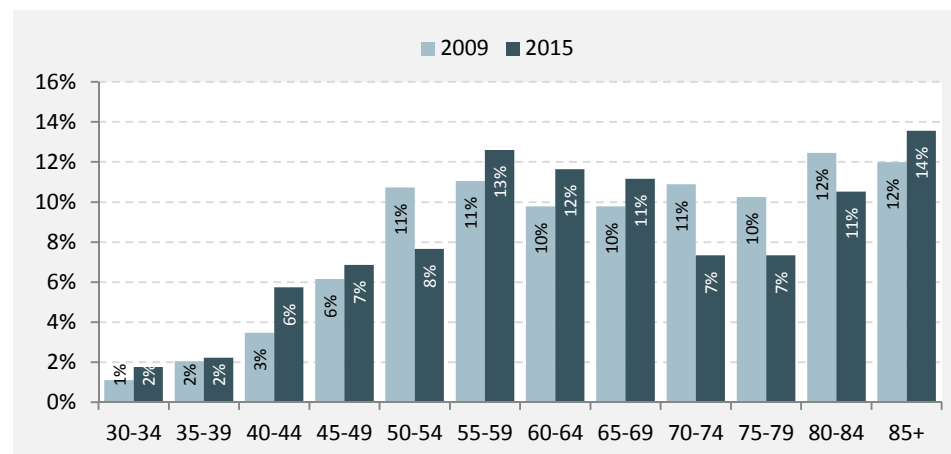


\*Maksa alkoholtõbi ja maksa tsirroos on krooniliste maksahaiguste ja -tsirrooside aladiagnoosid.

**JOONIS 33.** SEEDEELUNDKONNA HAIGUSTE SURMAPÕHJUSTE OSAKAALUD (%), 2015. ALLIKAS: TERVISE ARENGU INSTITUUT, PRAXISE ARVUTUSED



**JOONIS 34.** SEEDEELUNDKONNA HAIGUSTE SUREMUSE VANUSKORDAJA (100 000 ELANIKU KOHTA) 3 AASTA LIBISEVA KESKMISE MUUTUSE MÄÄR (%), VANUSRÜHMAD LÕIKES, 2009-2011 VS 2013-2015. ALLIKAS: TAI, PRAXISE ARVUTUSED



**JOONIS 35.** SEEDEELUNDKONNA HAIGUSTE SURMADE VANUSJAOTUS (%), 2009 JA 2015. ALLIKAS: TERVISE ARENGU INSTITUUT, PRAXISE ARVUTUSED.

## 2.1.5. Hingamiselundkonna haiguste suremus

### Peamised trendid:

- Üldine hingamiselundite haiguste suremus on tõusnud 22%, kuid standarditud suremuskordaja on püsinud stabiilsena
- Alla 65-aastaste seas on hingamiselundite haiguste suremuskordaja langenud ligikaudu -30%, eelkõige meeste seas
- Ligi pooled hingamiselundite surmadest on tingitud kopsupõletikust ja viimase kuue aasta jooksul on suremus kopsupõletikku kasvanud +38%.
- Üldine hingamiselundite haiguste suremus on tõusnud kõigis maakondades, v.a Järvamaal

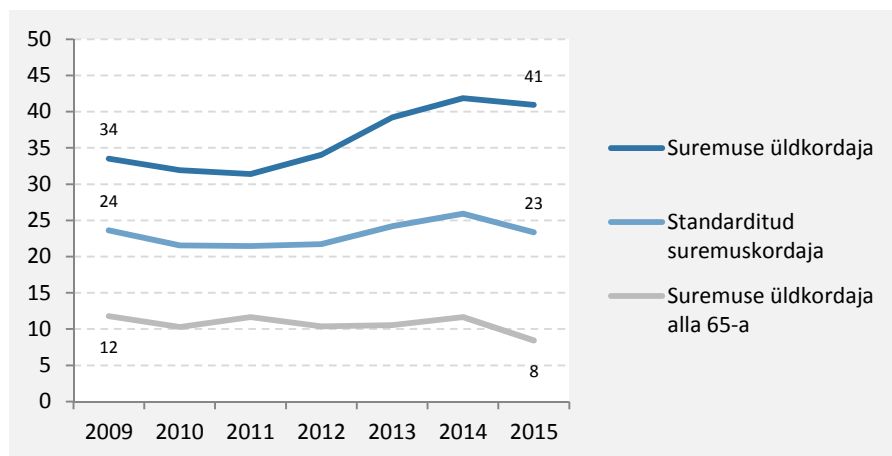
Üldine hingamiselundite haiguste suremus on RTA rakendusperioodil Eestis tõusnud. Jooniselt 36 nähtub, et kõigi suremust mõjutavate tegurite koosmõjul on suremus hingamiselundite haigustesse tõusnud +22% (üldkordaja muutus). Kui aga demograafilised muutused kõrvale jätta, siis on suremus püsinud samal tasemel (standarditud kordaja muutus). Sellest saab järeldada, et **suremuse tõus on tingitud eelkõige rahvastiku soo-vanuselise koosseisu muutustest, sh rahvastiku vananemisest.**

Positiivse trendina saab täheldada varase suremuse olulist langust – viimase kuue aastaga on suremus alla 65-aastaste seas vähenenud -28%, peamiselt tänu meeste varase suremuse vähenemisele (ligikaudu -30%) (joonis 38). Naistel varane suremus seedeelundkonna haigustesse on langenud -8%.

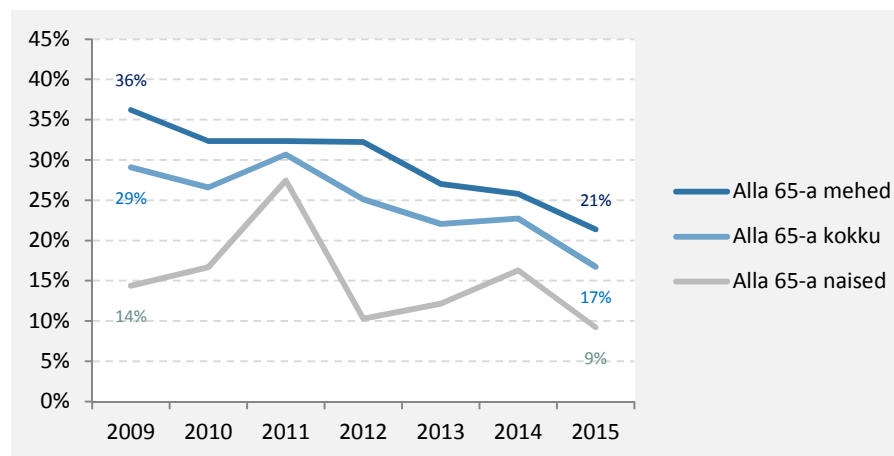
Detailsemate vanusrühmade lõikes on suremuskordaja langenud nooremates vanusrühmades (45–54-aastased) ja tõusnud vanemates vanusrühmades (65-aastased ja vanemad). Kõige enam on tõusnud surmad 85-aastaste ja vanemate seas (joonis 42). Suremuse langus 45–54-aastaste vanusrühmas on tingitud eelkõige kopsupõletike surmade arvu vähenemisest.

Jooniselt 41 nähtub, et **ligi pooled hingamiselundite surmadest on tingitud kopsupõletikust ja RTA rakendusperioodi jooksul on suremus kopsupõletikku kasvanud +38%**. Kasv on tingitud eelkõige 55-aastaste ja vanemate seas sagenenud kopsupõletiku surmadest. Kuigi proportsionaalselt on kasvanud suremus kõige enam grippi (+59%), siis tuleb arvestada, et absoluutarvudes tähendab see tõusu 6-lt surmajuhtumilt aastas 12-le. **Positiivse trendina saab välja tuua astma surmade vähenemise (-34%).**

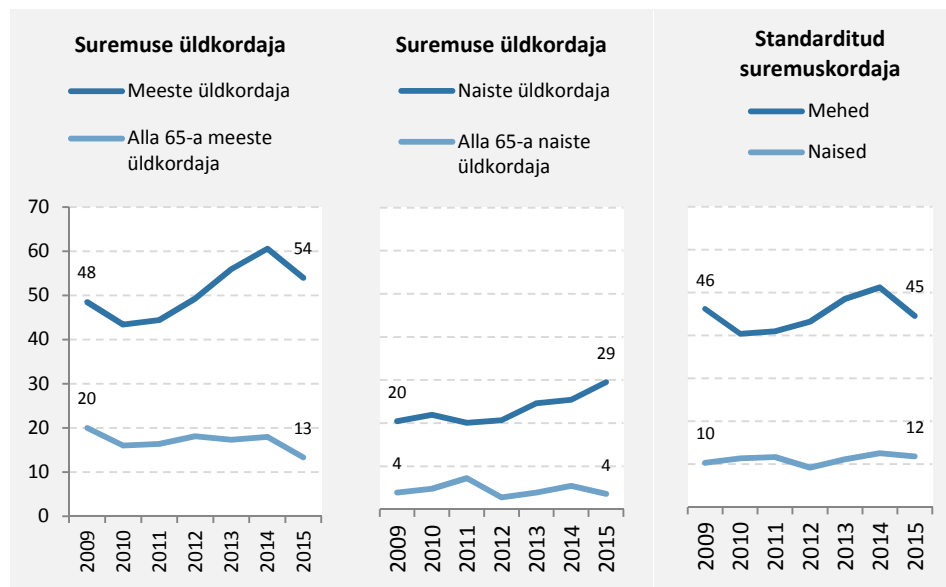
Hingamiselundite haiguste üldine suremus on tõusnud märkimisväärselt pea kõigis maakondades (joonis 39). Kõige enam on suremus tõusnud Valgamaal. Standarditud suremuskordaja ei ole kahjuks selle surma põhjuse kohta kättesaadav, mistõttu ei ole võimalik hinnata, kuivõrd on näitajate suurenemine tingitud rahvastikus toimunud muutustest.



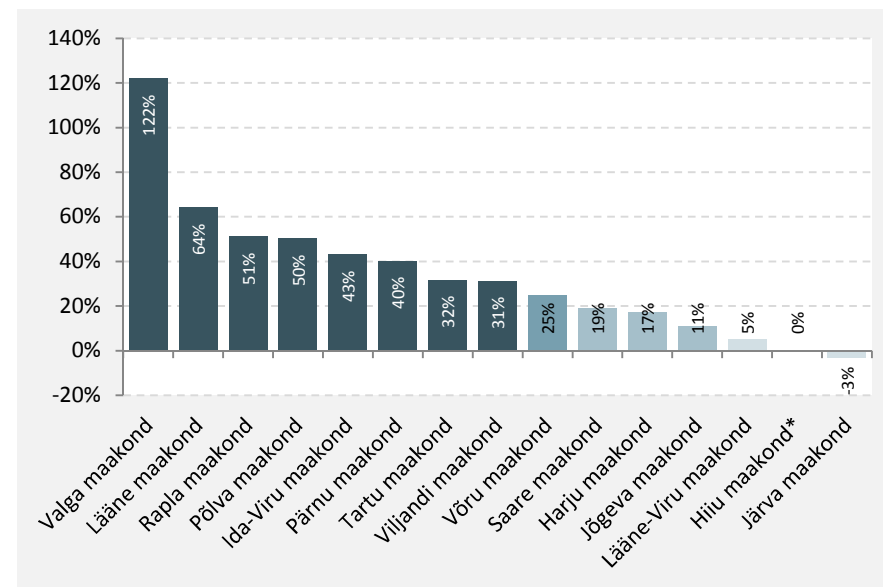
**JOONIS 36.** HINGAMISELUNDKONNA HAIGUSTE SUREMUSE ÜLDKORDAJA, STANDARDITUD SUREMUSKORDAJA JA VARASE SUREMUSE ÜLDKORDAJA (100 000 ELANIKU KOHTA), 2009-2015. ALLIKAS: TERVISE ARENGU INSTITUUT



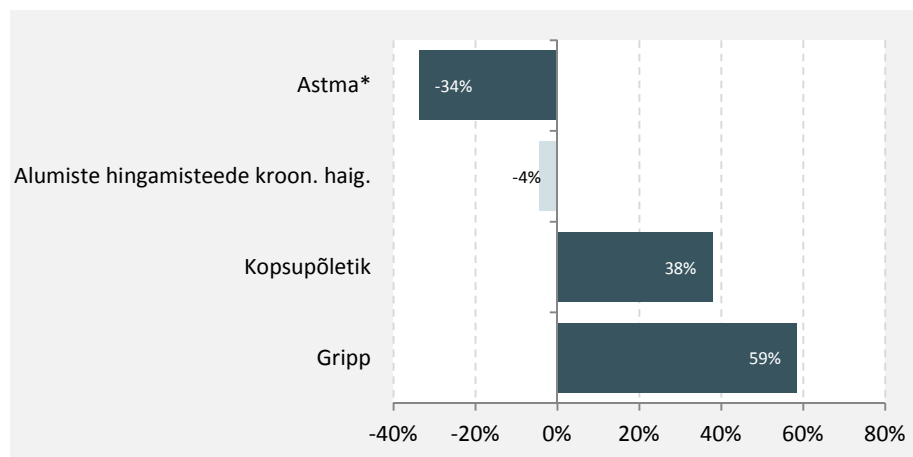
**JOONIS 37.** ALLA 65-AASTASTE HINGAMISELUNDKONNA HAIGUSTE SURMAJUHTUDE OSAKAAL KÕIGIST HINGAMISELUNDKONNA HAIGUSTE SURMADEST (%), 2009-2015. ALLIKAS: TERVISE ARENGU INSTITUUT, PRAXISE ARVUTUSED



**JOONIS 38.** HINGAMISELUNDKONNA HAIGUSTE SUREMUSE ÜLDKORDAJA SOO JA VANUSE LÖIKES JA STANDARDITUD SUREMUSKORDAJA SOO LÖIKES, 2009-2015. ALLIKAS: TAI

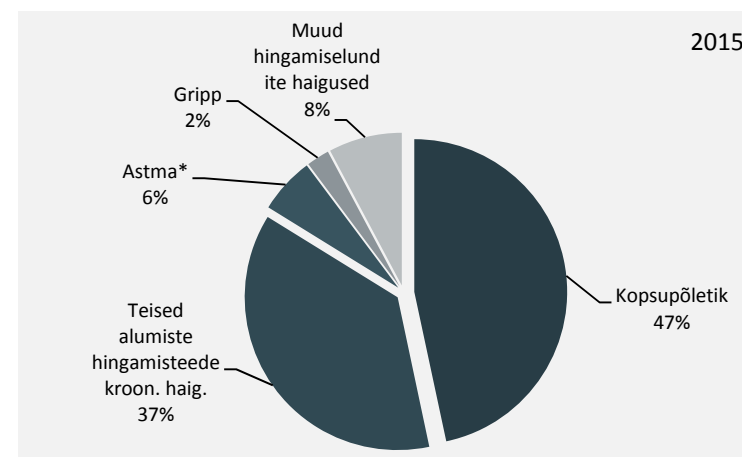


**JOONIS 39.** HINGAMISELUNDKONNA HAIGUSTE SUREMUSE ÜLDKORDAJA MUUTUS (2009 VS 2015), MAAKONDADE LÖIKES. ALLIKAS: TERVISE ARENGU INSTITUUT, PRAXISE ARVUTUSED



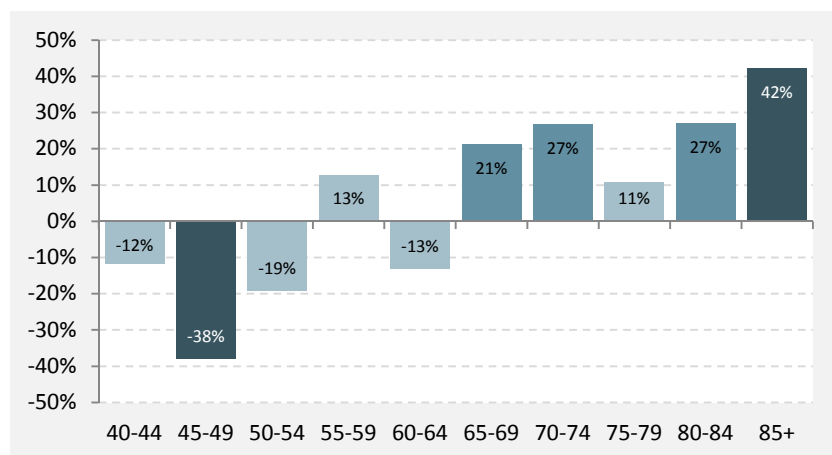
\* Astma on alumiste hingamisteede krooniliste haiguste aladiagnoos.

**JOONIS 40.** HINGAMISELUNDKONNA HAIGUSTE STANDARDITUD SUREMUSKORDAJA (100 000 ELANIKU KOHTA) KOLME AASTA LIBISEVA KESKMISE MUUTUSE MÄÄR (%), 2009-2011 VS 2013-2015, SURMA PÕHJUSTE LÕIKES. ALLIKAS: TERVISE ARENGU INSTITUUT, PRAXISE ARVUTUSED

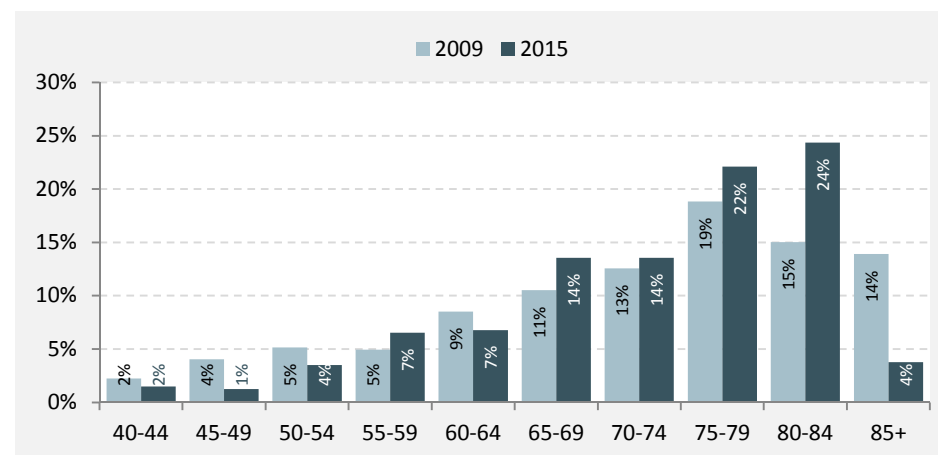


\* Astma on alumiste hingamisteede krooniliste haiguste aladiagnoos.

**JOONIS 41.** HINGAMISELUNDKONNA HAIGUSTE SURMAPÕHJUSTE OSAKAALUD (%), 2015. ALLIKAS: TERVISE ARENGU INSTITUUT, PRAXISE ARVUTUSED



**JOONIS 42.** HINGAMISELUNDKONNA HAIGUSTE SUREMUSE VANUSKORDAJA (100 000 ELANIKU KOHTA) 3 AASTA LIBISEVA KESKMISE MUUTUSE MÄÄR (%), VANUSRÜHMAD LÕIKES, 2009-2011 VS 2013-2015. ALLIKAS: TAI, PRAXISE ARVUTUSED



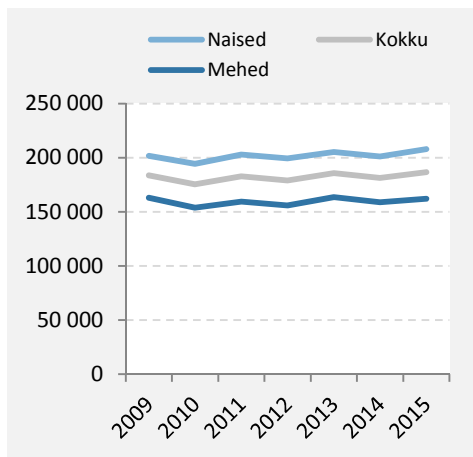
**JOONIS 43.** HINGAMISELUNDKONNA HAIGUSTE SURMADE VANUSJAOTUS (%), 2009 JA 2015. ALLIKAS: TERVISE ARENGU INSTITUUT, PRAXISE ARVUTUSED.

## 2.2. Haigestumuse trendid

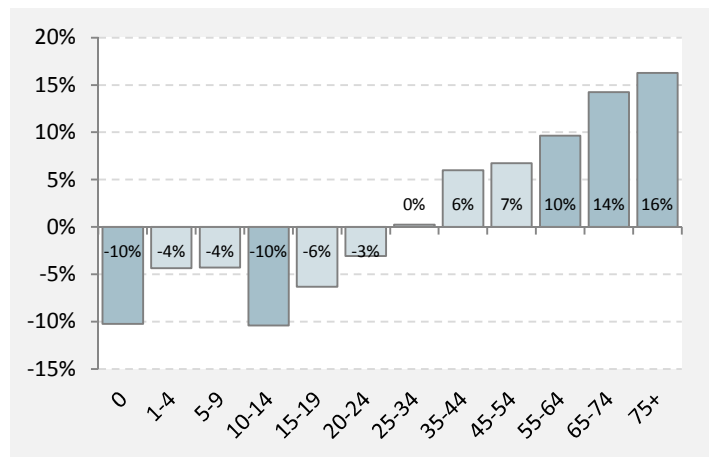
Joonisel 44 on esitatud perioodi 2009-2015 Eesti esmashaigestumuse kordaja trendid soo lõikes. Jooniselt nähtub, et **RTA rakendusperioodil on üldine rahvastiku haigestumus püsinud stabiilne ja muutused on olnud marginaalsed** (meestel langenud -1%, naiste seas tõusnud +3%).

Vanusrühmade lõikes on trendid olnud erinevad – **alla 25-aastaste seas on esmashaigestumus vähenenud ja 35-aastaste ja vanemate seas tõusnud** (joonis 45).

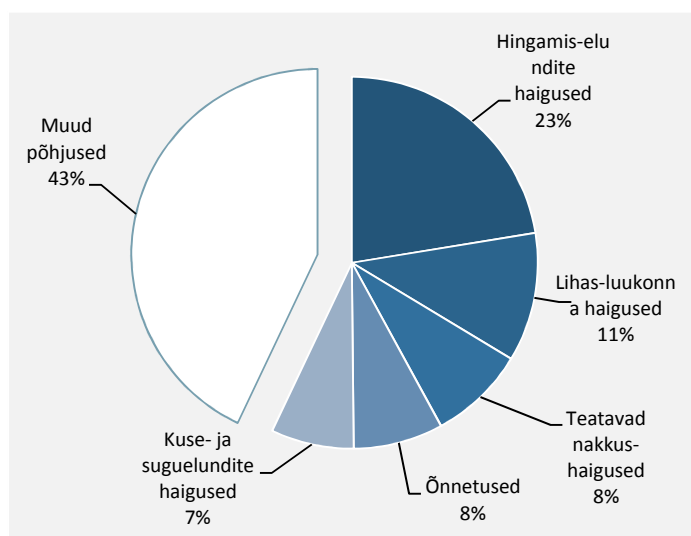
Jooniselt 46 nähtub, et **viis levinumat esmashaigestumuspõhjuse põhjustajat moodustavad veidi enam kui poole kõigist haigestumusjuhtumitest**. Kõige suurema osakaalu uutest haigusjuhtudest moodustavad hingamis- ja hingamiselundite haigused (23%). Võrreldes 2009. aastaga on muude põhjuste osakaal veidi tõusnud ja vähenenud hingamiselundite haiguste osakaal.



**JOONIS 44.** ESMASHAIGESTUMUSE (VA PAHALOOMULISED KASVAJAD) KORDAJA (100 000 ELANIKU KOHTA), SOO LÕIKES, 2009-2015. ALLIKAS: TERVISE ARENGU INSTITUUT



**JOONIS 45.** KOLME AASTA KESKMISE ESMASHAIGESTUMUSE (VA PAHALOOMULISED KASVAJAD) VANUSKORDAJA (100 000 ELANIKU KOHTA) MUUTUSE MÄÄR (%), 2009-2011 VS 2013-2015. ALLIKAS: TERVISE ARENGU INSTITUUT, PRAXISE ARVUTUSED



**JOONIS 46.** VIIE ENAMLEVINUD ESMASHAIGESTUMUSPÕHJUSE OSAKAAL (%) KOGU ESMASHAIGESTUMUSEST, 2015. ALLIKAS: TERVISE ARENGU INSTITUUT, PRAXISE ARVUTUSED

Esmashaigestumuse andmete tõlgendamisel tuleb arvestada asjaolu, et andmete allikaks on tervishoiuteenuste osutajad (TTO-d) ja andmete kvaliteet sõltub paljuski teenuseosutajate andmete esitamise aktiivsusest ja täpsusest. Täpsuse osas on kõige enam puudujääke esmas- ja korduvdiagnooside osas ehk esmashaigestumisena võivad olla kirja läinud diagnoosid, mis tegelikult on korduvdiagnoosid. Sellised vead on kergemad tekkima olukorras, kus inimene külastab sama terviseprobleemiga erinevaid TTO-sid ja tema haigestumine võib minna statistikasse enam kui ühel korral. Sellest tulenevalt on **Eesti haigestumuskordajate tase suure tõenäosusega ülehinnatud**, kuid kahjuks ei ole võimalik tänaste teadmiste baasil hinnata, kui suurel määral. Tervise Arengu Instituudi hinnangul **võimaldavad esmashaigestumise andmed siiski hinnata muutuste trende haigestumuses**, sest aastate lõikes on vea määr suure tõenäosusega sarnane.

Esmashaigestumuse **maakondlike andmete tõlgendamisel tuleb arvestada, et andmed kirjeldavad seda, millise maakonna TTO-s on haigestumine registreeritud ja see ei pruugi alati ühtida haigestunud inimese elukohaga**. Suurema tõenäosusega ei pruugi ühtida elukoha ja diagnoosimise asukoha andmed haiguste puhul, mis diagnoositakse eriarsti juures.



TABEL 2. VIIIE PEAMISE ESMASHAIGESTUMUSE PÕHJUSE MUUTUSTE TRENDID, 2009-2014. ALLIKAS: TERVISE ARENGU INSTITUUT, PRAXISE ARVUTUSED

Haigestumise põhjus	Esmaste haigusjuhtude arv, 2009	Esmaste haigusjuhtude arv, 2014	Esmase haigestumuse muutus *	Varase esmas-haigestumuse muutus *	Kõige enam ságenenud haigestumispõhjus **	Kõige enam vähenenud haigestumispõhjus **	Kõige suurema haigestumuse kasvuga maakonnad ***	Kõige suurema haigestumuse langusega maakonnad ***
<b>1. Hingamis-elundkonna haigused</b>	~ 710 000	~ 550 000	-21%	-21%	Pneumoonia (+15%)	Áge bronhiit ja bronhioliit (-6%)	1. Lääne (+5%)	1. Hiiu (-29%) 2. L-Viru (-24%) 3. Valga (-19%)
<b>2. Vigastused ja mürgistused</b>	~ 260 000	~ 240 000	-6%	-5%	Ravimi- ja teised mürgistused (+2%)	Põletused ja söövitusused (-8%)	1. Saare (+209%) <sup>‡</sup> 2. Jõgeva (+64%) 3. Tartu (+18%)	1. I-Viru (-43%) 2. Hiiu (-30%) 3. Järva ja L-Viru (-17%)
<b>3. Lihasluukonna haigused</b>	~ 210 000	~ 250 000	+19%	+18%	Süsteemsed sidekoe haigusseisundid (+22%)	Reaktiivsed artropaatiad (-30%)	1. Saare (+36%) <sup>‡</sup> 2. L-Viru (+32%) 3. Järva (+29%)	1. Rapla (-3%)
<b>4. Nakkushaigused</b>	~ 185 000	~ 195 000	+7%	+8%	Norwalki viirus (+10%) <sup>†</sup>	Lákkõha (-93%) <sup>†</sup>	1. Hiiu (+40%) 2. Saare (+36%) <sup>‡</sup> 3. Viljandi (+35%)	1. Harju (0%)
<b>5. Kuse- ja suguelundite haigused</b>	~ 160 000	~ 170 000	+8%	+5%	Neerupuudulikkus (+75%)	Munasarja- ja munajuhapõletik (-45%)	1. Saare (+102%) <sup>‡</sup> 2. Pärnu (+37%) 3. Rapla (+31%)	1. Jõgeva (-9%) 2. I-Viru (-3%)

Márkused:

\* Muutus perioodil 2009 vs 2014

\*\* Arvutatud kolme aasta libiseva keskmise põhjal (2009-2011 vs 2013-2015)

\*\*\* Esmashaigestumuse maakondlik statistika põhineb tervishoiuteenuse osutaja asukoha maakonnal, mitte inimeste elukoha maakonnal ning ei kirjelda seetõttu konkreetses piirkonnas elavate inimeste haigestumust terviklikult.

† 2009. aastal 10 kõige kõrgema juhtude arvuga haiguse seast

‡ NB! Suurem muutus Saarmaal on tingitud asjaolust, et 2012. a alustas haigestumuse andmete edastamist TTO, kes perioodil 2009-2011 haigestumuse andmeid ei esitanud

NB! Kuna esmashaigusjuhtumite kohta esitatud andmed ei ole isikupõhised, vaid põhinevad agregeeritud aruannetel, siis on võimalik haigusjuhtude topeltregistreerimine erinevate tervishoiuasutuste poolt.

## 2.2.1. Hingamiselundkonna haiguste esmashaigestumus

### Peamised trendid:

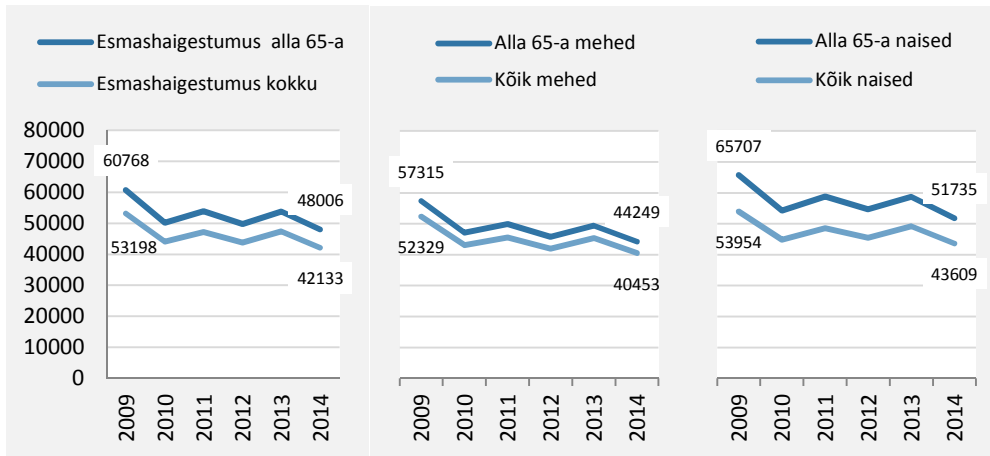
- Hingamiselundite haiguste esmashaigestumus on vähenenud ligikaudu 21%, nii meeste kui naiste seas, sh alla 65-aastaste seas.
- Esmashaigestumus on vähenenud nooremates vanusrühmades (alla 35-aastased) ja tõusnud vanemates vanusrühmades (55-aastased ja vanemad). Kõige enam on vähenenud 10–19-aastaste esmashaigestumus.
- Esmashaigestumus on kõige enam tõusnud pneumooniasse ja emfüseemi, kõige enam langenud bronhiiti.
- Esmashaigestumus on vähenenud kõigis maakondades, välja arvatud Läänemaal.

**Hingamiselundkonna haiguste esmashaigestumus on senise RTA rakendusperioodi jooksul vähenenud -21%** (joonis 47). Jooniselt nähtub, et naiste seas on haigestumine kõrgem, kuid nii meeste kui naiste seas on haigestumus vähenenud (ligikaudu -20%), sh alla 65-aastaste seas. Nii meeste kui naiste seas on enam kui 90% haigestumistest registreeritud alla 65-aastaste seas ja selles osas olulisi muutusi viimasel kuuel aastal toimunud ei ole.

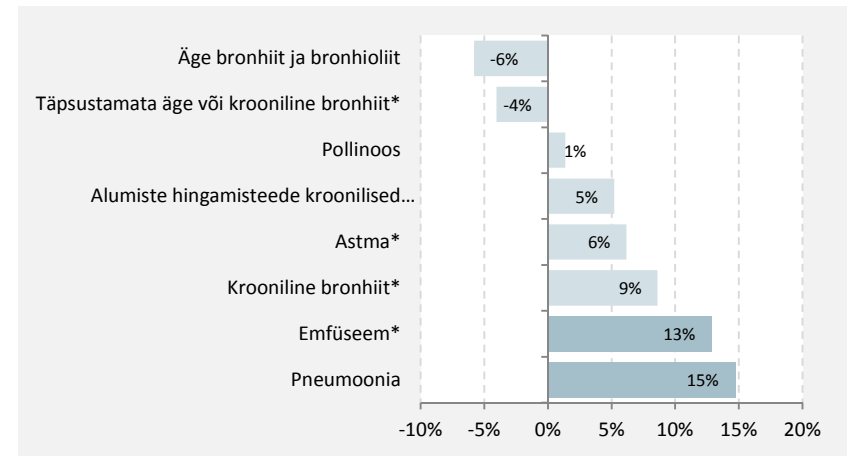
Kitsamate vanusrühmade lõikes on **esmashaigestumus vähenenud enam nooremates vanusrühmades (alla 35-aastased) ja tõusnud vanemates vanusrühmades (55-aastased ja vanemad)**. Kõige enam on vähenenud 10–19-aastaste esmashaigestumus (joonis 49).

Jooniselt 48 nähtub, et **kõige enam on RTA rakendusperioodi jooksul kasvanud pneumoonia ja emfüseemi haigestumus (mõlema puhul üle 10%)**. Pneumoonia puhul on proportsionaalne haigestumuse tõus olnud kõige suurem 5–9-aastaste laste seas (+31%) ja 75-aastaste ja vanemate seas (+23%). **Langenud on esmashaigestumus ägedasse bronhiiti ja bronhioliiti haigestumus (mõlema puhul ligikaudu -5%)**. Langus on suurim olnud 10–19-aastaste seas (ligikaudu -30%).

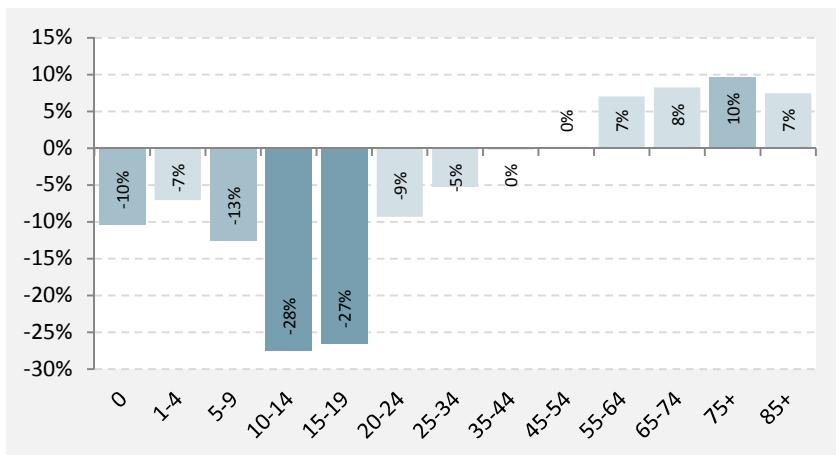
**Hingamiselundite haiguste esmashaigestumus on vähenenud kõigis maakondades, välja arvatud Läänemaal** (joonis 50). Proportsionaalselt on kõige enam haigestumus vähenenud Hiiu- ja Lääne-Virumaal (vastavalt -29% ja -24%).



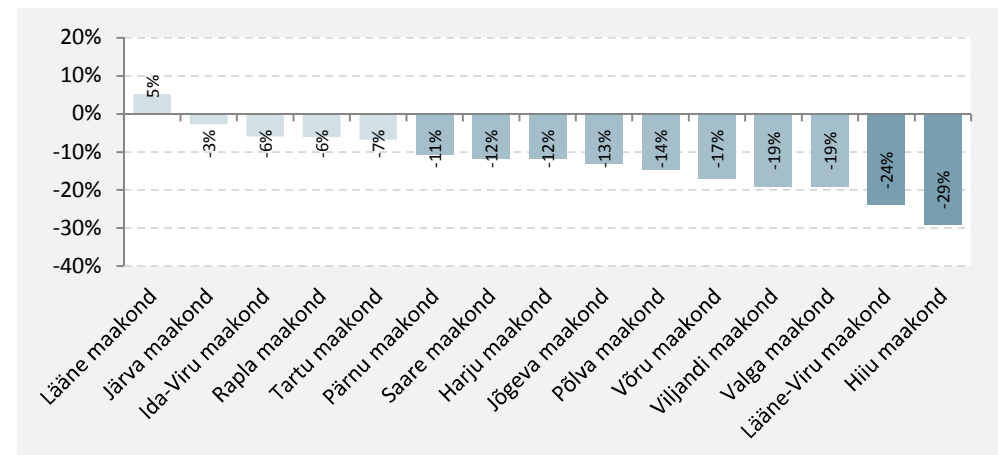
**JOONIS 47.** HINGAMISELUNDKONNA HAIGUSTE ESMASHAIGESTUMUSKORDAJA, VANUSE JA SOO LÖIKES, 2009-2014. ALLIKAS: TERVISE ARENGU INSTITUUT



**JOONIS 48.** HINGAMISELUNDITE HAIGUSTE ESMASHAIGESTUMUSE KORDAJA KOLME AASTA LIBISEVA KESKMISE MUUTUSE MÄÄR (%), 2009-2011 VS 2012-2014, PÕHJUSTE LÖIKES ALLIKAS: TERVISE ARENGU INSTITUUT, PRAXISE ARVUTUSED



**JOONIS 49.** HINGAMISELUNDKONNA HAIGUSTE ESMASHAIGESTUMISE KOLME AASTA LIBISEVA KESKMISE MUUTUSE MÄÄR (%), 2009-2011 VS 2012-2014, VANUSRÜHMAD LÖIKES. ALLIKAS: TERVISE ARENGU INSTITUUT, PRAXISE ARVUTUSED



**JOONIS 50.** HINGAMISELUNDKONNA HAIGUSTE ESMASHAIGESTUMUSE KOLME AASTA LIBISEVA KESKMISE MUUTUSE MÄÄR (%), 2009-2011 VS 2012-2014, MAAKONDADE LÖIKES. ALLIKAS: TERVISE ARENGU INSTITUUT, PRAXISE ARVUTUSED

## 2.2.2. Vigastuste ja mürgistuste esmashaigestumus

### Peamised trendid:

- Vigastuste ja mürgistuste esmashaigestumus on vähenenud meeste seas 8% ja naiste seas 3%, sh samal määral ka alla 65-aastaste meeste ja naiste seas.
- Esmashaigestumus on vähenenud kõige enam 5–14-aastaste ja vanemate kui 85-aastaste seas.
- Ainsana on viimase kuue aasta jooksul veidi kasvanud mürgistuste kordaja, teiste haigestumuspõhjuste kordajad on vähenenud, kõige enam põletuste ja söövituste osas (vähenenud kõige enam laste seas).
- Esmashaigestumuse muutused on maakondade lõikes erinevad, kõige enam on vigastuste ja mürgistuste kordaja tõusnud Saare- ja Jõgevamaal ning vähenenud Ida-Virumaal.

**Vigastuste ja mürgistuste esmashaigestumus on senise RTA rakendusperioodi jooksul vähenenud -5%** (joonis 51). Jooniselt nähtub, et meeste seas on haigestumine kõrgem, kuid **nii meeste kui naiste seas** on haigestumus vähenenud (vastavalt -8% ja -3%), sh **samal määral ka alla 65-aastaste seas**. Meeste seas moodustavad alla 65-aastased kõigist juhtudest 92%, naistel 82% ja selles osas viimasel kuuel aastal muutusi toimunud ei ole.

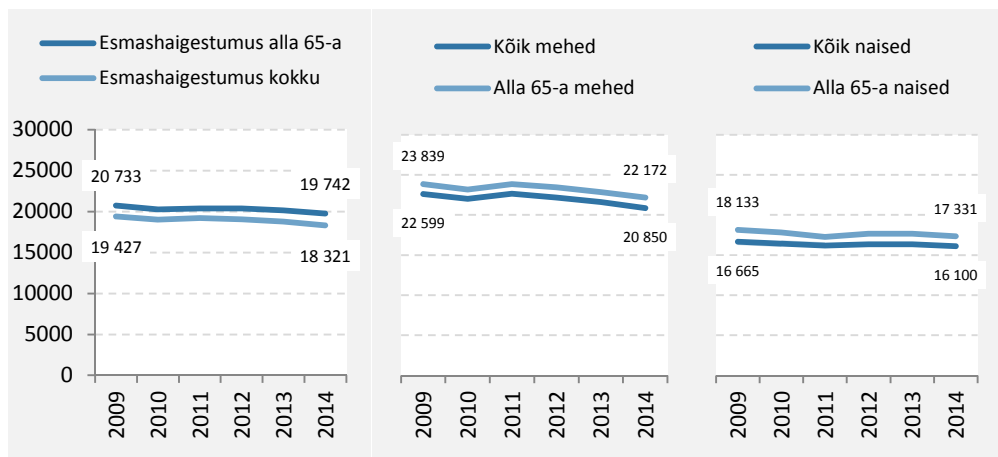
Detailsemate vanusrühmade lõikes eristuvad **5–14-aastased ja vanemad kui 85-aastased, kelle seas on vigastuste ja mürgistuste kordaja proportsionaalselt kõige enam vähenenud** (joonis 53). 5–14-aastaste seas on languse tinginud ligi 10%-line pea-, kaela- ja kerevigastuste ja põletuste vähenemine. Ligi 20% on vähenenud ka mürgistused 1–4-aastaste seas. Kui üldine haigestumus on 85-aastaste ja vanemate seas vähenenud, siis mürgistuste (sh ravimimürgistuste) kordaja on selles vanusrühmas tõusnud ligi 50%.

Jooniselt 52 nähtub, et **ainsana on RTA rakendusperioodi jooksul veidi kasvanud mürgistuste haigestumuskordaja**. Teiste haigestumuspõhjuste **kordajad on vähenenud, kõige enam põletuste ja söövituste osas (-8%)**. Põletuste osas on langusesse panustanud kõige enam vähenemine 1–14-aastaste laste seas (ligikaudu -15%). Mürgistuste osas on tõus tingitud vastava kordaja tõustust 85-aastaste ja vanemate seas.

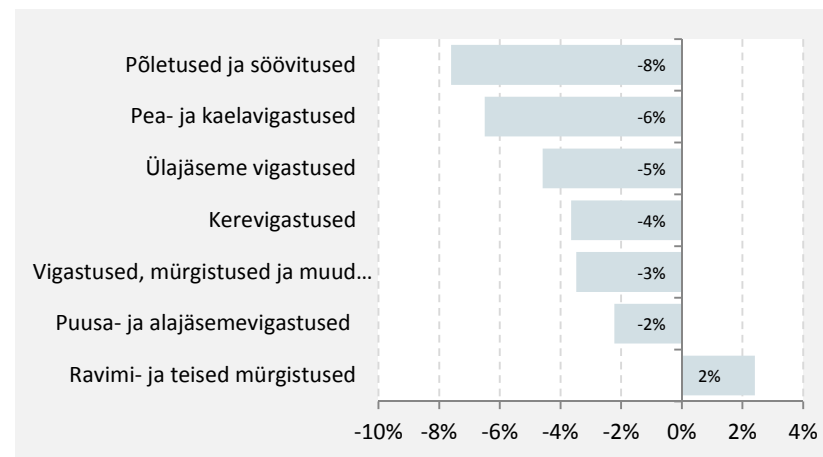
Vigastuste ja mürgistuste esmashaigestumuse trendid on maakonniti erinevad (joonis 54). Proportsionaalselt on kõige enam haigestumus kasvanud Saare- ja Jõgevamaal (vastavalt 209% ja 64%)<sup>4</sup>. Kõige enam on haigestumus vähenenud Ida-Virumaal ja Hiiumaal (vastavalt 43% ja 30%).

---

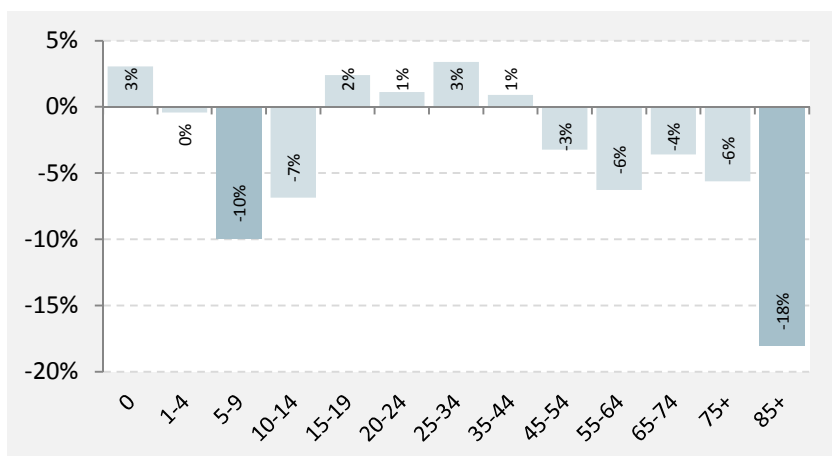
<sup>4</sup> Saaremaa muutus on teistest maakondadest ebaproportsionaalselt suurem, mis tekitab kahtluse, et tegu võib olla andmeveaga.



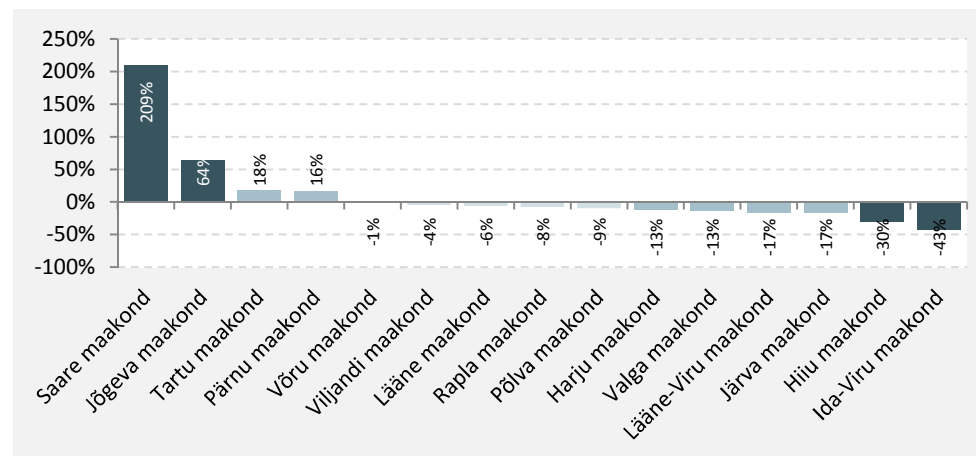
**JOONIS 51.** VIGASTUSTE JA MÜRGISTUSTE ESMASHAIGESTUMUSKORDAJA (100 000 ELANIKU KOHTA, SOO JA VANUSE LÖIKES, 2009-2014. ALLIKAS: TERVISE ARENGU INSTITUUT



**JOONIS 52.** VIGASTUSTE JA MÜRGISTUSTE ESMASHAIGESTUMUSE KORDAJA KOLME AASTA LIBISEVA KESKMISE MUUTUSE MÄÄR (%), 2009-2011 VS 2012-2014, PÕHJUSTE LÖIKES. ALLIKAS: TERVISE ARENGU INSTITUUT, PRAXISE ARVUTUSED



**JOONIS 53.** VIGASTUSTE JA MÜRGISTUSTE ESMASHAIGESTUMISE KOLME AASTA LIBISEVA KESKMISE MUUTUSE MÄÄR (%), 2009-2011 VS 2012-2014, VANUSRÜHMAD LÖIKES. ALLIKAS: TERVISE ARENGU INSTITUUT, PRAXISE ARVUTUSED



**JOONIS 54.** VIGASTUSTE JA MÜRGISTUSTE ESMASHAIGESTUMUSE KOLME AASTA LIBISEVA KESKMISE MUUTUSE MÄÄR (%), 2009-2011 VS 2012-2014, MAAKONDADE LÖIKES. ALLIKAS: TERVISE ARENGU INSTITUUT, PRAXISE ARVUTUSED.

*NB! Suurem muutus Saarmaal on tingitud asjaolust, et 2012. a alustas haigestumuse andmete edastamist TTO, kes perioodil 2009-2011 haigestumuse andmeid ei esitanud*

### 2.2.3. Lihasluukonna haiguste esmashaigestumus

#### Peamised trendid:

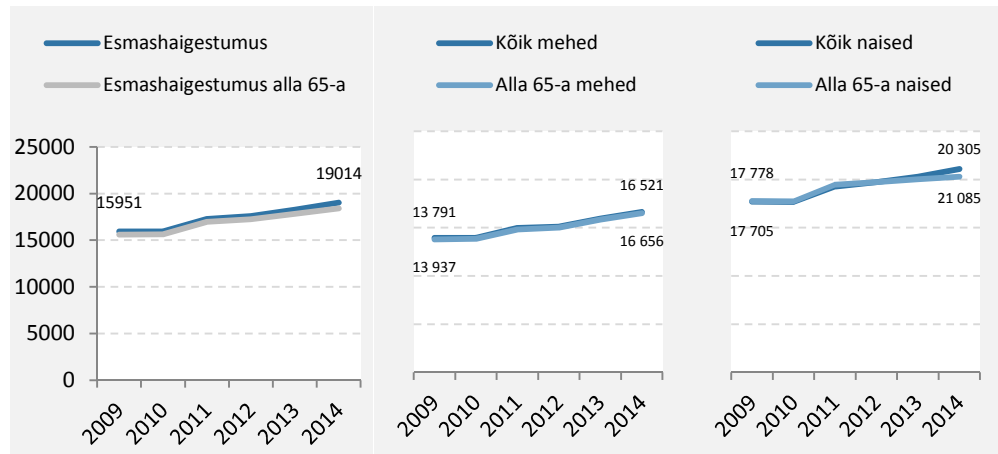
- Luulihaskonna esmashaigestumus on suurenenud meeste seas +18% ja naiste seas +17%, samal määral ka alla 65-aastaste meeste ja naiste seas.
- Esmashaigestumus on suurenenud kõigis vanusegruppides, sh 10–19 aastaste laste seas.
- Kõige enam on kasvanud süsteemsete sidekoe haigusseisundite kordaja (+34%), kõige enam on aga vähenenud reaktiivsete artropaatiate (-38%) ja osteoporoosi kordaja (-37%).
- Esmashaigestumuse muutused on maakondade lõikes erinevad, kõige enam on haigestumuskordaja tõusnud Saaremaal (+36%) ning vähenenud Raplamaal (-3%).

**Lihasluukonna esmashaigestumus on senise RTA rakendusperioodi jooksul suurenenud +19%** (joonis 55). Jooniselt nähtub, et naiste seas on haigestumine kõrgem, kuid nii meeste kui naiste seas on haigestumus järjepidevalt suurenenud (vastavalt +20% ja +14%), sh samal määral ka alla 65-aastaste seas. Meeste seas moodustavad alla 65-aastased kõigist juhtudest 86%, naistel 74% ja selles osas viimasel kuuel aastal olulisi muutusi toimunud ei ole.

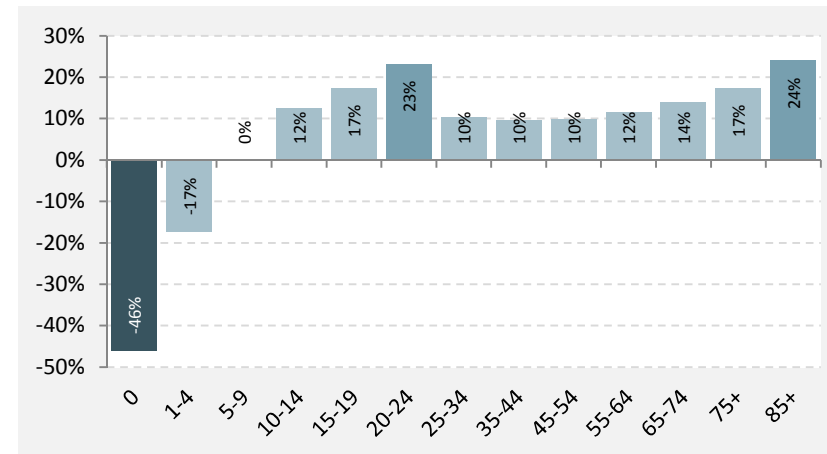
Detailsemate vanusrühmade lõikes on lihasluukonna esmashaigestumus vähenenud ainult kuni 4-aastaste laste seas ja tõusnud kõigis teistes vanusegruppides. **Kõige suurem on haigestumuse tõus toimunud 20–24 aastaste ja 85+ aastaste vanuserühmas.** Märkimisväärne tõus on toimunud ka 10–19 aastaste seas (joonis 56).

Jooniselt 57 nähtub, et RTA rakendusperioodi jooksul on **kõige enam kasvanud süsteemsete sidekoehaiguste ning tservikaaldiskide ja muude lülivaheketaste haigusseisundite haigestumus** (vastavalt +22% ja +18%). Süsteemsete sidekoe haigusseisundite puhul on proportsionaalne haigestumuse tõus olnud kõige suurem 10–14-aastaste laste seas (+90%) ja 20-aastaste ja vanemate seas (+59%). **Enam on langenud haigestumus reaktiivsesse artropaatiasse ning osteoporoosi ja täiskasvanu osteomalaatsiasse** (vastavalt -30% ja -22%). Langus on suurim olnud 55–64-aastaste seas (ligikaudu -30%).

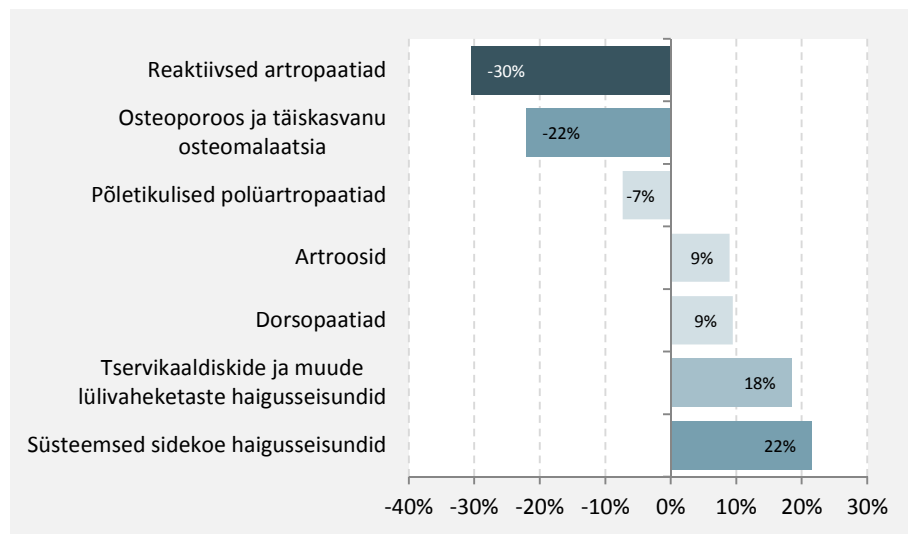
Lihasluukonna esmashaigestumuse trendid on maakonniti erinevad (joonis 58). Proportsionaalselt on kõige enam haigestumus kasvanud Saare- ja Lääne-Virumaal (vastavalt +36% ja +23%). Kõige enam on haigestumus vähenenud Rapla maakonnas (-3%).



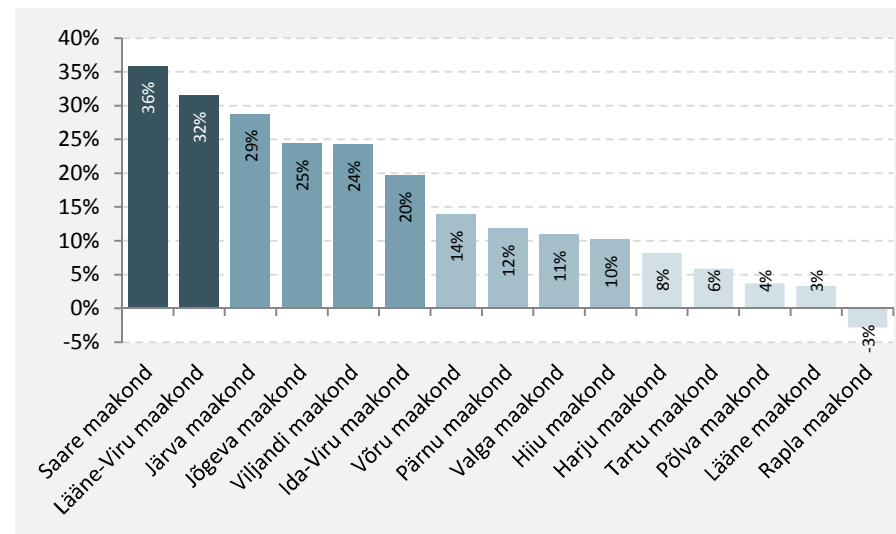
**JOONIS 55.** LIHASLUUKONNA HAIGUSTE ESMASHAIGESTUMUSKORDAJA (100 000 ELANIKU KOHTA, SOO JA VANUSE LÖIKES, 2009-2014. ALLIKAS: TERVISE ARENGU INSTITUUT



**JOONIS 56.** LIHASLUUKONNA ESMASHAIGESTUMISE KOLME AASTA LIBISEVA KESKMISE MUUTUSE MÄÄR (%), 2009-2011 VS 2012-2014, VANUSRÜHMADE LÖIKES. ALLIKAS: TERVISE ARENGU INSTITUUT, PRAXISE ARVUTUSED



**JOONIS 57.** LIHASLUUKONNA ESMASHAIGESTUMUSE KORDAJA KOLME AASTA LIBISEVA KESKMISE MUUTUSE MÄÄR (%), 2009-2011 VS 2012-2014, PÕHJUSTE LÖIKES. ALLIKAS: TERVISE ARENGU INSTITUUT, PRAXISE ARVUTUSED



**JOONIS 58.** LIHASLUUKONNA ESMASHAIGESTUMUSE KOLME AASTA LIBISEVA KESKMISE MUUTUSE MÄÄR (%), 2009-2011 VS 2012-2014, MAAKONDADE LÖIKES. ALLIKAS: TERVISE ARENGU INSTITUUT, PRAXISE ARVUTUSED  
NB! Suurem muutus Saarmaal on tingitud asjaolust, et 2012. A alustas haigestumuse andmete edastamist TTO, kes perioodil 2009-2011 haigestumuse andmeid ei esitanud

## 2.2.4. Valitud nakkushaiguste esmashaigestumus

### Peamised trendid:

- Nakkushaiguste esmashaigestumus on suurenenud meeste seas +6% ja naiste seas +5%, sh ligikaudu samal määral ka alla 65-aastaste meeste ja naiste seas.
- Nakkushaiguste esmashaigestumus on suurenenud kõigis vanusegruppides, vähenemine on toimunud vaid 10–14-aastaste laste seas.
- Kõige enam on kasvanud Norwalki viiruse esmashaigestumus (+10%), kõige enam on aga vähenenud läkaköha (-93%) ja salmonelloosi haigestumus (-62%).
- Kõige enam on nakkushaiguste haigestumuskordaja tõusnud Hiiumaal (+40%) ja langust ei ole toimunud üheski maakonnas.

Nakkushaiguste trendide all vaadeldi 2009. aastal kümnet kõige levinumat haigust<sup>5</sup> (mitte haiguste gruppi) ja välja jäeti ülemiste hingamisteede ägedad nakkused, mis on loomult hooajalised.

**Valitud nakkushaiguste esmashaigestumus on senise RTA rakendusperioodi jooksul suurenenud +8%** (joonis 59). Jooniselt nähtub, et naiste seas on haigestumine kõrgem, kuid nii meeste kui naiste seas haigestumus järjepidevalt suurenenud, viimasel kuuel aastal kokku +7%. Samal määral on suurenenud haigestumus ka alla 65-aastaste seas. Meeste seas moodustavad alla 65-aastased kõigist esmashaigestumusjuhtudest 94%, naistel 91% ja selles osas viimasel kuuel aastal olulisi muutusi toimunud ei ole.

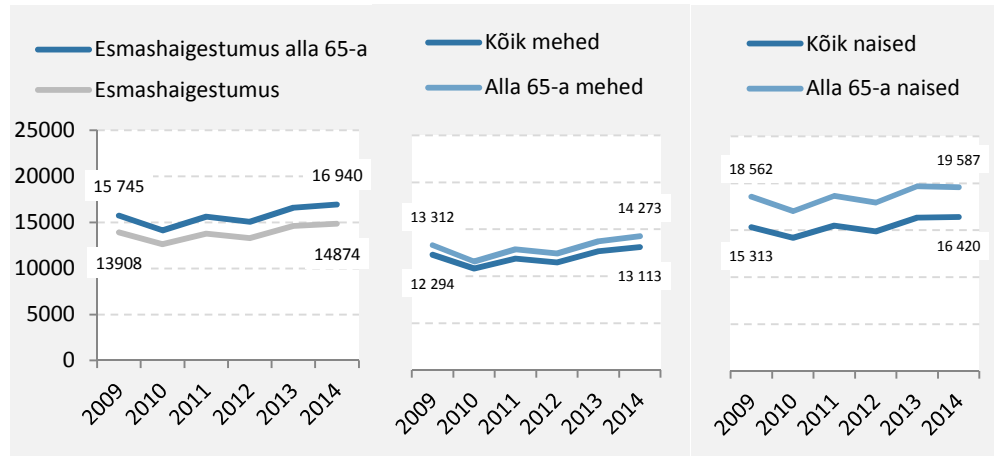
Detailsemate vanusrühmade lõikes on valitud **nakkushaiguste esmashaigestumus vähenenud vaid 10–14-aastaste laste seas** ja tagasihoidlikul määral ka alla 1-aastaste ja 15–19-aastaste seas. Kõige suurem on haigestumuse tõus olnud 1–4-aastaste ja 45–64-aastaste vanuserühmas (ligikaudu +10%) (joonis 60).

Jooniselt 61 nähtub, et RTA rakendusperioodi jooksul on **kasvanud vaid Norwalki viiruse haigestumus (+10%)**, mille puhul on proportsionaalne haigestumuse tõus olnud kõige suurem 15–19-aastaste (+276%) ja 20–24-aastaste seas (+139%). **Kõige enam on langenud läkaköhasse ja salmonelloosi haigestumus** (vastavalt -93% ja -62%). Läkaköha haigestumuse langus on suurim olnud 10–14-aastaste seas (-97%).

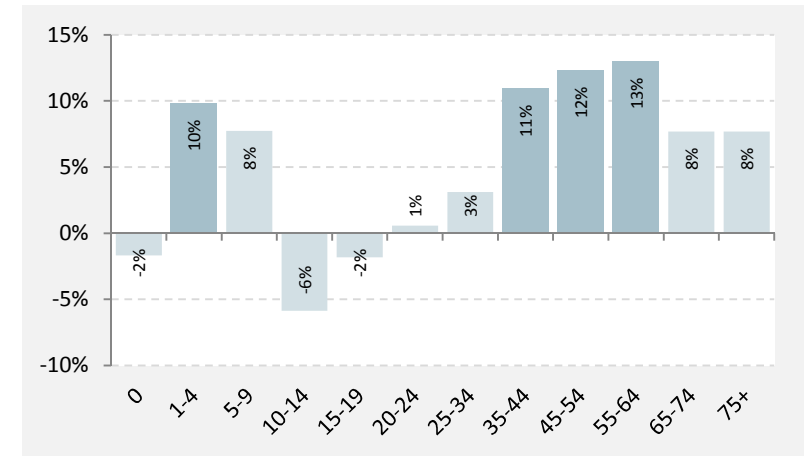
Nakkushaiguste esmashaigestumuse trendid on maakonniti erinevad (joonis 62). Proportsionaalselt on kõige enam haigestumus kasvanud Hiiu- ja Saaremaal (vastavalt +40% ja +36%). Haigestumus vähenenud ei ole üheski maakonnas, kuid on samale tasemele jäänud Harjumaal.

<sup>5</sup> Gripp, tuulerõuged, klamüüdiahaigused, Lyme'i tõbi, Norwalki viirus, läkaköha, HIV nakkus, sarlakid ja salmonelloos

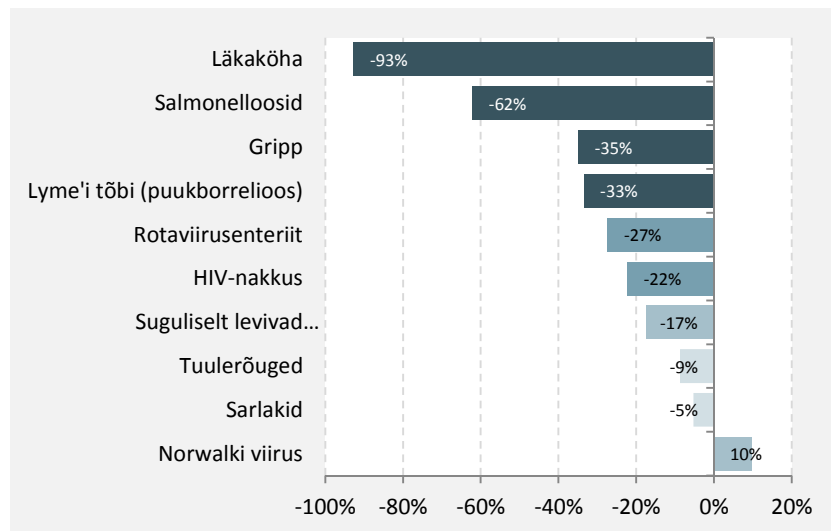




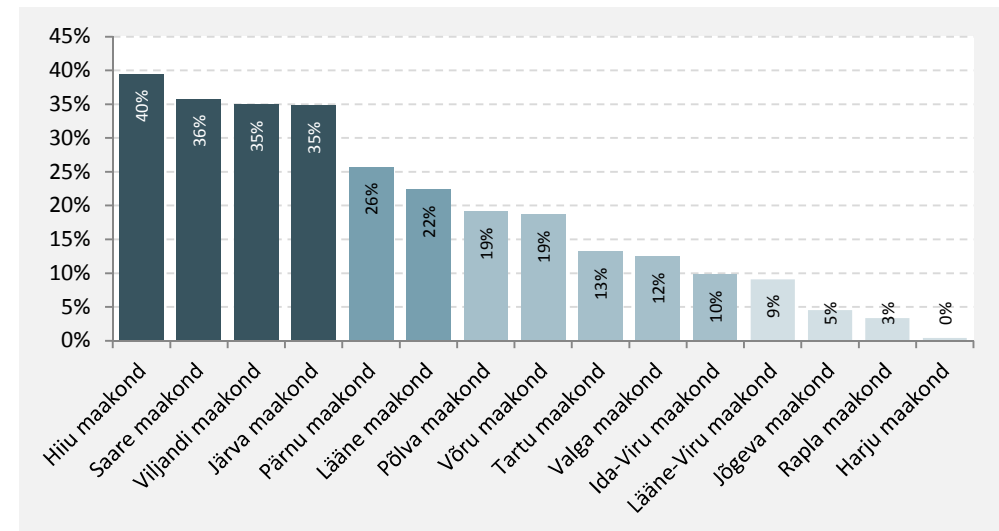
**JOONIS 59.** NAKKUSHAIGUSTE ESMASHAIGESTUMUSKORDAJA, SOO JA VANUSE LÕIKES, 2009-2014. ALLIKAS: TERVISE ARENGU INSTITUUT



**JOONIS 60.** NAKKUSHAIGUSTE ESMASHAIGESTUMISE KOLME AASTA LIBISEVA KESKMISE MUUTUSE MÄÄR (%), 2009-2011 VS 2012-2014, VANUSRÜHMAD LÕIKES. ALLIKAS: TERVISE ARENGU INSTITUUT, PRAXISE ARVUTUSED



**JOONIS 61.** NAKKUSHAIGUSTE ESMASHAIGESTUMUSE KORDAJA KOLME AASTA LIBISEVA KESKMISE MUUTUSE MÄÄR (%), 2009-2011 VS 2012-2014, PÕHJUSTE LÕIKES. ALLIKAS: TERVISE ARENGU INSTITUUT, PRAXISE ARVUTUSED



**JOONIS 62.** NAKKUSHAIGUSTE ESMASHAIGESTUMUSE KOLME AASTA LIBISEVA KESKMISE MUUTUSE MÄÄR (%), 2009-2011 VS 2012-2014, MAAKONDADE LÕIKES. ALLIKAS: TERVISE ARENGU INSTITUUT, PRAXISE ARVUTUSED

NB! Suurem muutus Saarmaal on tingitud asjaolust, et 2012. A alustas haigestumuse andmete edastamist TTO, kes perioodil 2009-2011 haigestumuse andmeid ei esitanud

## 2.2.5. Kuse- ja suguelundite haiguste esmashaigestumus

### Peamised trendid:

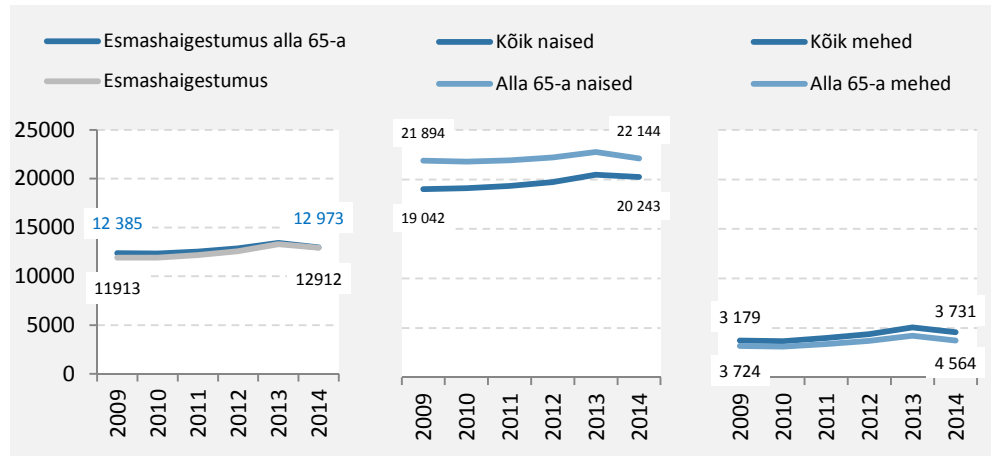
- Kuse- ja suguelundite haiguste esmashaigestumus on suurenenud meeste seas +23% ja naiste seas +6%, sh ligikaudu samal määral ka alla 65-aastaste meeste ja naiste seas.
- Esmashaigestumus on suurenenud pea kõigis vanusegruppides, vähenemine on toimunud vaid alla 1-aastaste ja 20–24-aastaste seas.
- Kõige enam on suurenenud neerupuudulikkuse (+75%) ja mehe sigimatuse (+40%) haigestumus.
- Kõige enam on vähenenud munasarja- ja munajuhapõletiku (-45%) ja emakakaela erosiooni (-36%) haigestumus.
- Kõige enam on haigestumuskordaja tõusnud Saaremaal (+102%) ning enim langenud Jõgevamaal (-9%).

**Kuse- ja suguelundite haiguste esmashaigestumus on senise RTA rakendusperioodi jooksul tõusnud +8%** (joonis 63). Jooniselt nähtub, et naiste seas on haigestumine märgatavamalt kõrgem, ning nii meeste kui naiste seas on haigestumus aastate lõikes olnud suhteliselt stabiilne, sh alla 65-aastaste seas. Nii meeste kui naiste seas on enam kui 71% haigestumistest registreeritud alla 65-aastaste seas ja selles osas olulisi muutusi viimasel kuuel aastal toimunud ei ole.

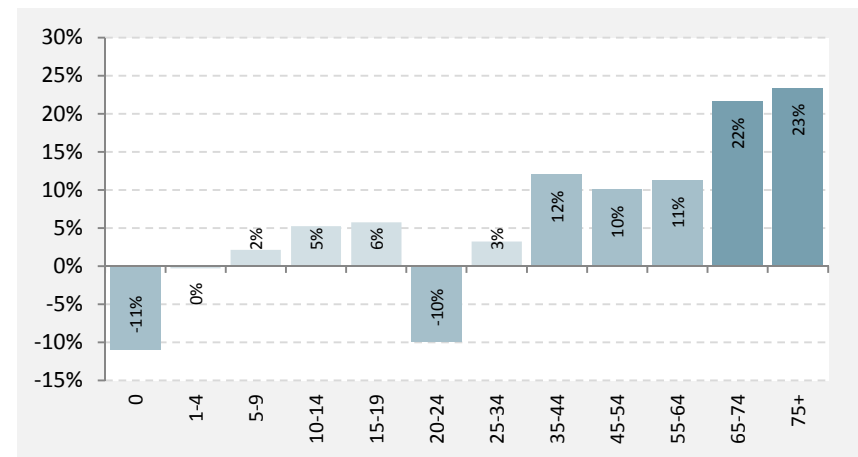
Detailsemate vanusrühmade lõikes on esmashaigestumus vähenenud alla 1-aastaste ja 20–24-aastaste seas ning tõusnud 35-aastaste ja vanemate seas, sh kõige enam 65-aastased ja vanemate seas (joonis 64).

Jooniselt 65 nähtub, et kõige enam on RTA rakendusperioodi jooksul kasvanud neerupuudulikkuse ja meeste sigimatuse haigestumus (vastavalt +75% ja +40%). Enam on langenud munasarja- ja munajuha põletiku ning emakakaelaerosiooni tagajärjel haigestumus (vastavalt -45% ja -36%). Meessuguelundite haiguste puhul on haigestumus kõige enam tõusnud 25–44-aastaste seas (muutus ligikaudu +60%) ja naissuguelundite haiguste puhul üle 65-aastaste seas (ligikaudu +21%).

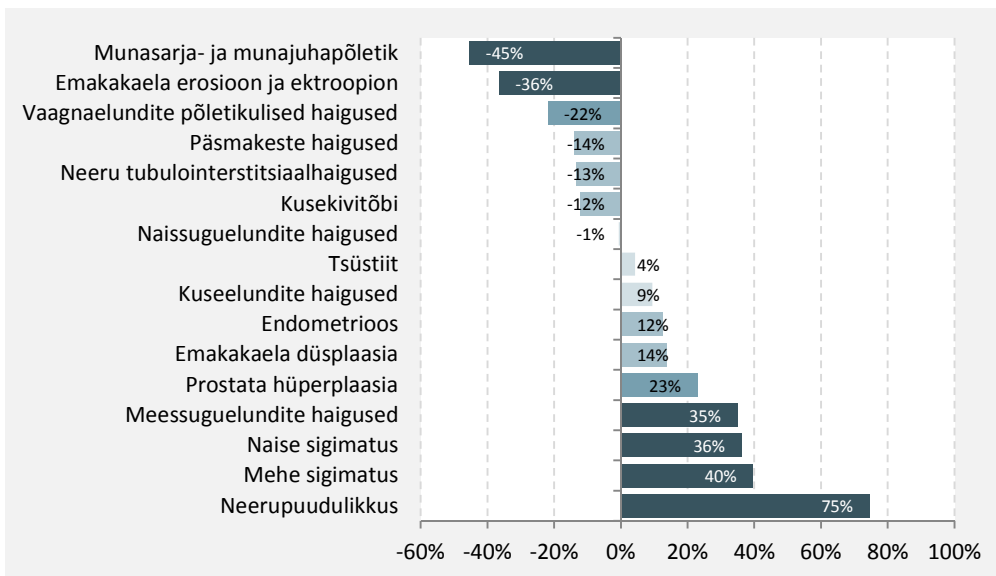
Kuse- ja suguelundite haiguste esmashaigestumus on suurenenud pea kõigis maakondades, välja arvatud Jõgevamaal, Ida-Virumaal ja Läänemaal (joonis 66). Proportsionaalselt on tunduvalt enam haigestumus suurenenud Saaremaal (+102%).



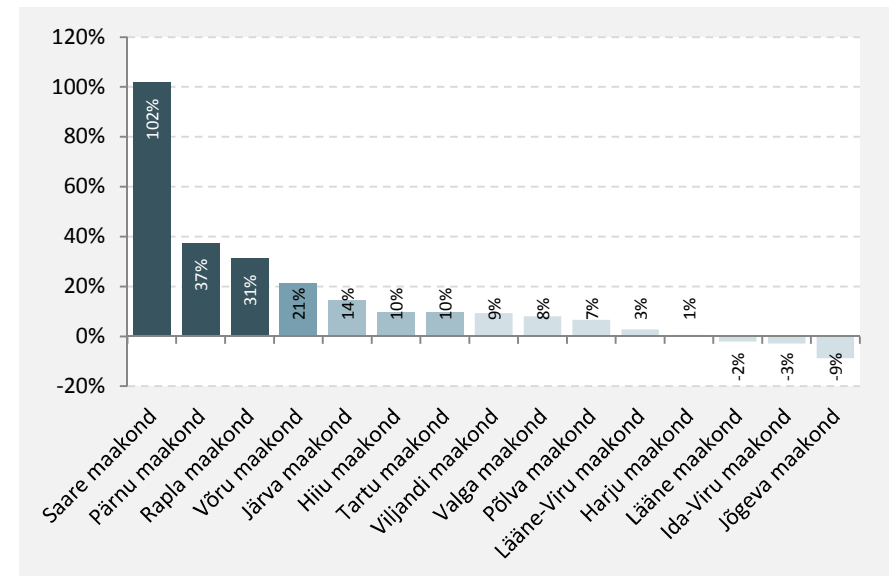
**JOONIS 63.** KUSE- JA SUGUELUNDITE HAIGUSTE ESMASHAIGESTUMUSKORDAJA, SOO JA VANUSE LÖIKES, 2009-2014. ALLIKAS: TERVISE ARENGU INSTITUUT



**JOONIS 64.** KUSE- JA SUGUELUNDITE HAIGUSTE ESMASHAIGESTUMISE KOLME AASTA LIBISEVA KESKMISE MUUTUSE MÄÄR (%), 2009-2011 VS 2012-2014, VANUSRÜHMAD LÖIKES. ALLIKAS: TERVISE ARENGU INSTITUUT, PRAXISE ARVUTUSED



**JOONIS 65.** KUSE- JA SUGUELUNDITE HAIGUSTE ESMASHAIGESTUMUSE KORDAJA KOLME AASTA LIBISEVA KESKMISE MUUTUSE MÄÄR (%), 2009-2011 VS 2012-2014, PÕHIJASTE LÖIKES. ALLIKAS: TERVISE ARENGU INSTITUUT, PRAXISE ARVUTUSED



**JOONIS 66.** KUSE- JA SUGUELUNDITE HAIGUSTE ESMASHAIGESTUMUSE KOLME AASTA LIBISEVA KESKMISE MUUTUSE MÄÄR (%), 2009-2011 VS 2012-2014, MAAKONDADE LÖIKES. ALLIKAS: TERVISE ARENGU INSTITUUT, PRAXISE ARVUTUSED  
NB! Suurem muutus Saarmaal on tingitud asjaolust, et 2012. a alustas haigestumuse andmete edastamist TTO, kes perioodil 2009-2011 haigestumuse andmeid ei esitanud

## 2.3. RTA üldeesmärkide täitmine

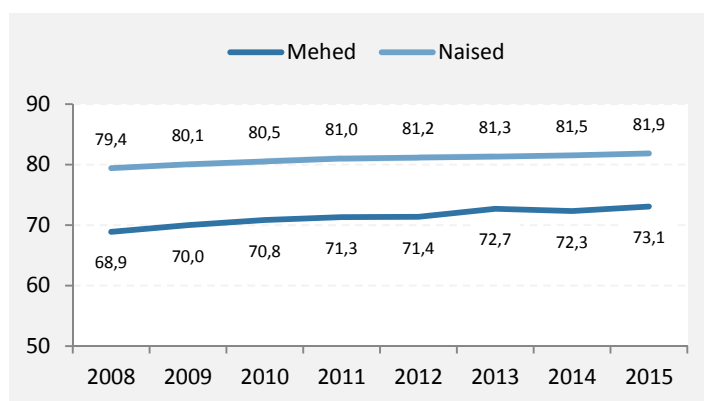
### Keskmine eluiga

Rahvastiku tervise arengukava keskseks eesmärgiks on saavutada Eestis keskmise eluea pikenemine ja tervena elatud aastate kasv. RTA ellukutsumise ajal (2008) oli Eesti meeste keskmine eluiga 68,9 aastat ja aastaks 2016 sihiti tõusu 73 eluaastani. **Tänaseks on soovitud siht saavutatud - 2015. aasta seisuga on meeste keskmine eluiga 73,1 eluaastat** (joonis 67). Naiste keskmine eluiga oli 2008. aastal 79,4 eluaastat ja sihiks võeti tõusu saavutamine 82,5 eluaastani. Võrreldes meestega on **Eesti naiste eluiga jõudnud 2015. aastaks 81,9 eluaastani ehk RTA 2016. aasta eesmärki ei ole saavutatud**.

Võrreldes meeste ja naiste keskmise eluea kasvutemposid, siis nähtub, et **perioodil 2009-2015 on meeste keskmine eluiga kasvanud kaks korda kiiremini kui naistel** – keskmine eluea kasv aastas on meestel 7 kuud ja naistel 4 kuud. **Meeste ja naiste keskmise eluea lõhe on samuti viimase kuue aastaga vähenenud** (1,3 aasta võrra), olles 2015. aastal 8,8 aastat.

**Maakondade lõikes on oodatav eluiga kasvanud kõigis maakondades**, eriti meeste osas, sh kõige jõudsamalt Ida-Virumaa meestel (+4,6 aastat). Vaatamata jõudsale tõusule on Ida-Virumaa meeste eluiga jätkuvalt Eestis kõige madalam (69,1 eluaastat) ja jääb Harju- ja Tartumaast maha üle 5 aasta. Kuid positiivse trendina saab tuua meeste keskmise eluea maakondliku lõhe vähenemise – kui 2008/2009 oli lõhe kõrgeima ja madalaima meeste elueaga maakondade vahel 7,1 aastat, siis 2014/2015. aastaks on vähenenud 5,3 aastani.

Naiste osas on eluea kasvu maakondlikud trendid tagasihoidlikumad, kuid sarnaselt meestele on kõige enam tõusnud Ida-Virumaa naiste keskmine eluiga (+3,8 aastat). Vaatamata kasvule ei ole Ida-Virumaa naised järele jõudnud muule Eestile ja on jätkuvalt Eesti kõige madalama naiste keskmise elueaga maakond. Kõrgeima elueaga on Hiiu- ja Raplamaa (vastavalt 83,5 ja 83,2 eluaastat). Naiste eluea maakondlik lõhe on väiksem kui meestel ja ei ole viimase kuue aastaga vähenenud (2014/2015. aastal 2,9 aastat).



JOONIS 67. KESKMINE OODATAV ELUIGA, SOO LÕIKES, 2008-2015.  
ALLIKAS: STATISTIKAAMET

Tulevikku vaadatuna saab tänaste trendide kontekstis prognoosida, et **kui keskmine eluiga kasvab samas tempos, siis saavutatakse ka aastaks 2020 seatud meeste keskmise eluea eesmärk - 75 eluaastat. Selleks, et jõuda naiste keskmise eluea sihini (84 eluaastat), tuleb säilitada või suurendada naiste eluea kasvutempot**. Kui aga naiste eluea kasvutempo väheneb (mis on tõenäoline, sest viimasel 4 aastal on see juhtunud), siis ei ole 2020. aasta sihi saavutamine realistlik.

Eesti surmapõhjuste statistikast näeme, et varastel surmadel (alla 65-aastaste seas) on enamasti üks kolmest põhjustest – vigastused, vähk või südameveresoonkonnahaigused (SVH). Tabelist 3 nähtub, et **kõige nooremates vanusrühmades on peamiseks surmapõhjuseks vigastused**. Peatükis 2.1.3 on vigastussuremuse trende põhjalikumalt käsitletud, sh tõdetud, et valdava enamiku vigastustest põhjustavad mürgistused (sh narko- ja alkoholimürgistused) ja suitsiidid. Alla 45-aastaste vanusrühmas aset leidvad surmad pidurdavad oluliselt keskmise eluea kasvu, sest iga surmaga kaotatakse suur hulk potentsiaalseid oodatavaid eluaastaid.

**TABEL 3. ENAMLEVINUMAD SURMAPÕHJUSED VANUSRÜHMADE LÕIKES, SURMADE ARVUD JA OSAKAALUD (%), 2015. ALLIKAS: TERVISE ARENGU INSTITUUT, PRAXISE ARVUTUSED**

Vanusrühm	Kõik surmad	Peamine surmapõhjus	Surmapõhjuse surmad, N ja %	
0-14	67	Vigastused	18	27%
15-29	151	Vigastused	100	66%
30-44	516	Vigastused	219	42%
45-54	800	SVH	227	28%
55-64	1858	Vähk	690	37%
65+	11942	SVH	7145	60%

Vigastuste näol on tegu suurel määral ennetatavate surmadega. Seega on riiklike sekkumistega võimalik edukalt vigastussuremust vähendada. **Eesti vigastussuremuse trendidest (vt pt 2.1.3) joonistub välja selge vajadus senisest jõulisemateks sekkumisteks vaimse tervise ja alkoholipoliitika valdkondades.** Neis valdkondades strateegiliselt läbimõeldud ja tõhusate sekkumiste elluviimine aitab suure tõenäosusega saavutada keskmise eluea kasvutempo suurenemist.

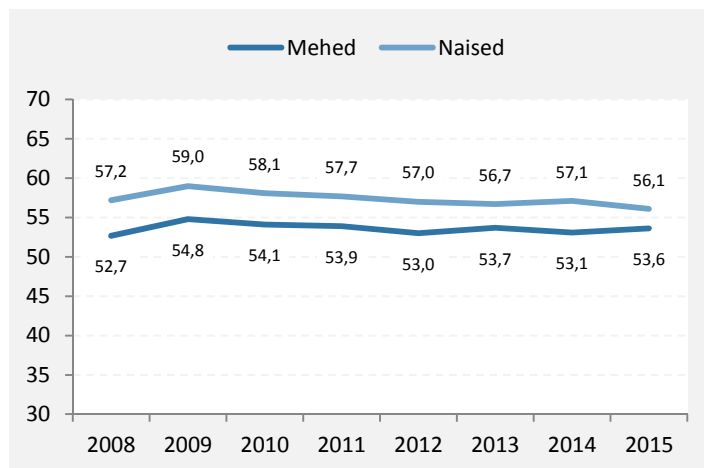
Lisaks vigastustele moodustavad olulise osa varase suremuse põhjustest vähk ja SVH. Nende varaste surmade ennetamisel on lisaks haigestumise ennetamisele ka oluline roll haigestumuse varasel avastamisel ja haigestumise hilisemasse vanusesse edasilükkamisel. **Kõigile kolmele nimetatud SVH ja vähi varase suremuse ennetamise suunale ülesehitatud tervisepoliitika tooks suure tõenäosusega kaasa ka keskmise eluea kasvu.** Käesoleva uuringu SVH ja vähi valdkonna aruannetest ilmneb, et vananeva elanikkonna kontekstis ei ole mõistlik seada eesmärgiks üldise SVH ja vähi suremuse langustrendi, kuna selle sihi saavutamine ei ole demograafilise olukorra tõttu realistlik (vt pt 1.1 ja 1.2). Selle asemel on mõistlikum **võtta sihiks SVH ja vähi varase haigestumuse ja suremuse langustrend, mis aitab vähendada neist haigustest tingitud eluaastate kadu.**

### *Tervena elatud aastad*

RTA teiseks keskseks eesmärgiks on saavutada tervena elatud aastate kasv – 2016. aastaks meestel 57,5 eluaastani ja naistel 62,5 eluaastani. Meeste näitaja liikus alates 2005. aastast jõudsas tõusutrendis ja aastaks 2009 saavutatud tase oli 54,8 eluaastat. Seejärel on näitaja olnud pigem langustrendis ja märke tõusutrendi naasmise kohta veel ei ole. Nii on **2015. aastaks meeste tervena elatud aastates saavutatud tase 53,6 eluaastat, mis on ligi 4 aastat vähem kui RTA-s 2016. aastaks sihiks sai võetud.**

**Naiste osas on trendid sarnased – alates 2010. aastast on näitaja langustrendis ja võrreldes 2009. aastaga on naiste tervena elatud aastad vähenenud ligikaudu 3 aasta võrra ja jõudnud 2015. aastaks 56,1 eluaastani - ligi 6,5 aastat vähem kui RTA-s sihiks võeti.**

**Maakondade lõikes on tervena elatud aastate erinevused väga suured** - kõrgeima ja madalaima näitajaga maakonna vahe on meestel 16,7 aastat ja naistel 13,1 aastat. Viimase viie aasta jooksul on lõhe vähenenud enam naiste puhul. Aastal 2014/2015 on tervena elatud aastaid kõige vähem Põlvamaal (meestel 41,5 ja naistel 49,1 eluaastat) ja kõige rohkem Läänemaal (meestel 58,2 ja naistel 66,8 eluaastat). Küll aga on Põlvemaal viimase viie aasta jooksul tervena elatud aastate arv kõige enam tõusnud (meestel +3,7 ja naistel +9,1 aastat).



**JOONIS 68.** KESKMINE TERVENA ELATAV ELUIGA, SOO LÕIKES, 2008-2015. ALLIKAS: STATISTIKAAMET

Tervena elatud aastate osas on RTA oma 2020. aastaks seatud eesmärkidest (meestel 60 ja naistel 65 eluaastat) veel väga kaugel. **Eesmärgi saavutamiseks peaks järgmise viie aasta jooksul tõusma meeste tervena elatud aastate arv ligi 7 aastat ja naistel 9 aastat.** Võttes arvesse viimase viie aasta langustrende, siis ei ole antud RTA eesmärgi saavutamine realistlik ja mõistlik oleks võtta sihiks tõusutrendi taastamine.

Tervena elatud aastatele lisaks on aeglustunud ka **positiivse tervise enesehinnanguga tööealise elanikkonna osakaalu kasvutrend** – perioodil 2008-2014 on näitaja püsinud ligikaudu 51% juures. Samuti on perioodil 2008-2016 kasvanud täiskasvanud rahvastikus inimeste osakaal, kelle igapäevased toimingud on tervisprobleemide tõttu piiratud (+15%). Samuti on kasvanud **mõningal või suurel määral tervisepiirangutega inimeste osakaal kõigis alla 65-aastaste vanusrühmades, kõige enam alla 35-aastaste seas** (tabel 4).

**TABEL 4.** 16-AASTASTE JA VANEMATE KOLME AASTA KESKMINE OSAKAAL (%), KELLE IGAPÄEVANE ELU ON TERVISEPROBLEEMIDEST TINGITUNA MÕNINGAL VÕI SUUREL MÄÄRAL PIIRATUD, VANUSRÜHMADE LÕIKES, 2008-2010 VS 2014-2016. ALLIKAS: STATISTIKAAMET, PRAXISE ARVUTUSED

	Kolme aasta keskmine (%)		Muutus (%)
	2008-2010	2014-2016	
<b>16-24</b>	6,9	11,9	+72%
<b>25-34</b>	11,1	14,3	+29%
<b>35-44</b>	14,9	16,9	+14%
<b>45-54</b>	27,3	28,8	+6%
<b>55-64</b>	41,1	45,8	+11%

**Eestis ei ole teostatud epidemioloogilisi uuringuid, mis analüüsiks tervena elatud aastate langustrendi põhjuseid.** Seetõttu saab Praxis praegu esitada vaid statistiliste andmete põgusale analüüsile tuginevaid võimalikke hüpoteese, mille paikapidavuse kinnitamiseks tuleks tulevikus planeerida põhjalikum analüüs.

**Peamise hüpoteesina saab tõstatada kroonilise loomuga haiguste levimuse kasvu nooremates vanusrühmades.** Viimase seitsme aasta alla 65-aastaste esmashaigestumuse andmetel on näiteks jõudsalt kasvanud haigestumine sisesekretsiooni, toitumis- ja ainevahetusehaigustesse (kõigis alla 65-aastaste vanusrühmades), samuti lihasluukonna haigustesse (kõigis 10-65-aastaste vanusrühmades). Ka esmase püsiva töövõimetus haiguspõhjuse andmed perioodi 2008-2015 kohta kirjeldavad lihasluukonna haiguse tõttu määratud esmaste töövõimetusjuhtumite jõudsat kasvu kõigis 16-62-aastaste vanusrühmades. 16-62-aastaste inimeste töövõimetusjuhtumite põhjustena tõusevad esile ka psüühika- ja käitumishäired (eelkõige 16-29-aastaste seas) ja vigastused (juhtumite arv suurim 30-54-aastaste seas, kasv kõige suurem 55-aastaste ja vanemate seas). Oluline on markeerida, et psüühikahäirete ja vigastuste esmashaigestumus on küll vähenenud kõigis vanusrühmades, kuid töövõimetus põhjustajatena on nende roll pigem suurenev.

## 2.4. Soovitused RTA 2020. aasta üldeesmärkide saavutamiseks

Eelnevat peatükkides on kirjeldatud Eesti peamisi suremus-, haigestumus- ja terviseseisundi trende viimase seitsme aasta jooksul ning analüüsitud nende võimalikku mõju RTA eesmärkide saavutamisele ehk keskmisele elueale ja tervena elatud aastatele. Analüüsist nähtub, et **RTA eesmärkide saavutamiseks tuleb suurendada keskmise eluea kasvutempot ja pöörata kasvule ka tervena elatud aastate trend.** Selle saavutamiseks tuleb fookus seada eelkõige sellistele haigusrühmadele, mis kõige enam pidurdavad varase suremuse ja haigestumuse vähenemist ning töövõime säilimist Eestis. WHO ülemaailmse tervisetrendide uuringu *Global Burden of Disease* Eesti alaraporti (2015) kohaselt on Eestis kõige enam varast suremust ja töövõime vähenemist põhjustavad haigused järgmised:

1. Südame- ja veresoonkonna haigused (kõige enam südame isheemiatõvi, peaaajuveresoonte haigused ja kõrgvererõhktõbi)
2. Lihasluukonna haigused (eelkõige alaselja- ja kaelavalud)
3. Kuulmis- ja nägemisorganite haigused
4. Meeleolu- ja sõltuvushäired (eelkõige depressioon ja alkoholi tarbimisest tingitud haigused)
5. Vähk (eelkõige kopsuvähk)

Raportis on välja toodud ka Eesti peamised varast suremust ja töövõime vähenemist soodustavad riskitegurid (millest kaks esimest on järgnevatest ülekaalukalt kordades suurema mõjuga):

1. Kõrge vererõhk
2. Tasakaalustamata toitumine ja ülekaalulisus
3. Suitsetamine
4. Alkoholi ja narkootikumide tarvitamine
5. Kõrge kolesterooli tase
6. Kõrge veresuhkru tase
7. Öhusaaste

Käesolevas peatükis käsitletule tuginedes saab järeldada, et **RTA üldeesmärkide saavutamiseks tuleb võtta esmane fookus südame- ja veresoonehaigustele ja nende peamistele riskiteguritele (eelkõige toitumisele ja liikumisele)**. Peatükis 1.2 on esitatud RTA seniste SVH valdkonna tegevuste analüüsi peamised tulemused ja soovitused, millest soovitate edasiste SVH valdkonna tegevuste planeerimisel lähtuda. Erilise tähelepanu alla soovitate võtta Eesti tervishoiusüsteemi võimekuse SVH-ga toimetulekul ja teha jõulisi pingutusi võimekuse suurendamiseks. Samuti soovitate jätkata rohelistes raamatutes sätestatud alkoholi- ja tubakapoliitika jõulist elluviimist ning käivitada sama edukalt ka toitumise ja liikumise rohelises raamatus kokku lepitud poliitikate elluviimine.

**Lisaks SVH-le soovitate RTA teiseks prioriteetseks tegevussuunaks võtta vaimse tervise poliitika, mille kaudu panustada meeleolu- ja sõltuvushäirete kahjude vähenemisesse, sh suitsiidide ja mürgistussurmade vähenemisele.** Peatükis 1.4 on esitatud RTA seniste vaimse tervise valdkonna tegevuste analüüsi peamised tulemused ja soovitused, millest tuleks riikliku vaimse tervise poliitika kujundamisel edaspidi lähtuda. Erilise tähelepanu alla soovitate võtta psühholoogilise ja psühhiaatrilise abi (sh sõltuvusravi teenuste) kättesaadavuse parandamise (nii lastele, tööealistele kui ka eakatele). Rõhutame, et Eesti vaimse tervise valdkond vajab süsteemset poliitikakujundamist, kuna valdkonna ees seisvad probleemid on keerukad ja nende lahendamine eeldab nii tervishoius kui ka mitmetes teistes süsteemides oluliste muutuste teostamist. Eesti senises tervisepoliitikas on roheliste raamatute koostamine näidanud positiivset mõju valdkondlike tervisepoliitikate strateegilisele planeerimisele ja elluviimisele, mistõttu soovitate kaaluda ka vaimse tervise poliitika rohelise raamatu koostamist.

**Suitsiidide, mürgistuste ja teiste vigastustest tulenevate kahjude vähendamisel on vaimse tervise poliitika kõrval oluline roll ka alkoholi- ja narkopoliitikal, mis peaksid samuti säilitama Eesti tervisepoliitikas oma kõrge prioriteetsuse.**

**Kolmandaks prioriteetseks suunaks soovitate võtta vähi varase haigestumise ja suremuse vähenemise.** Peatükis 1.1 on esitatud RTA seniste vähi valdkonna tegevuste analüüsi peamised tulemused ja soovitused, millest tuleks vähi valdkonna tegevuste planeerimisel edaspidi lähtuda. RTA eesmärkide saavutamiseks soovitate erilise tähelepanu alla võtta vähiskriiningute hõlmatuse suurendamise ja muud haiguse varasele avastamisele suunatud tegevused.

**Soovitate tähelepanu alla võtta ka lihasluukonna-, kuulmis- ja nägemisorganite haigused,** millel on potentsiaalselt oluline mõju rahvastiku tööväimele ja elukvaliteedile. Samas soovitate enne tegevuste planeerimist viia läbi põhjalikum analüüs nimetatud haiguste enamlevinud põhjuste ja riskitegurite kohta ning selgitada välja, milliste sekkumiste järele on Eestis kõige suurem vajadus.



### 3. Hinnang RTA-le kui tervisepoliitika strateegilise juhtimise vahendile

RTA senisest elluviimisest ülevaate saamiseks on analüüsi raames läbi töötatud üle 300 töödokumendi ja kogutud infot enam kui 115 eksperdilt. Selle töö tulemusena on uurimismeeskond jõunud järgmiste **järeldusteni, millega saab kokku võtta õppetunnid senisest RTA elluviimise kogemusest:**

1. RTA koostamise protsess oli Eesti tervisepoliitika jaoks väärtuslik ja vajalik
2. RTA on oma tegevussuunistes üldsõnaline ja ei paku poliitikate kavandamiseks strateegilisi tegevusjuhiseid
3. Varasemad tervikliku lähenemisega valdkondlikud tervisestrateegiad muutusid RTA-sse integreerituna killustunud tegevuste kogumiks
4. RTA keskendub eelkõige rahvatervisele ja tervishoid jääb tahaplaanile
5. RTA muutus eelarve planeerimise vahendiks ja tegevuste sisuline kavandamine jäi tahaplaanile
6. RTA aruandlus ja iga-aastased tegevuste ülevaated on ebaühtlase kvaliteediga
7. RTA elluviimise protseduurid ei ole olnud sedavõrd suure strateegia juhtimiseks kohased.
8. RTA juhtimises puudub strateegiline juhtimisstruktuur
9. RTA ei ole Eesti tervisepoliitikas oluliste muutuste vedur

#### 1. RTA koostamise protsess oli Eesti tervisepoliitika jaoks väärtuslik ja vajalik

Paljud eksperdid tõid välja RTA koostamise protsessi kui väga olulise edasimineku Eesti tervisepoliitikas, kuna esmakordselt seati Eesti tervisepoliitikale konkreetsed eesmärgid. RTA tõi kaasa uue lähenemisnurga, mis käsitles tervisemõjudeid ja vaatas tervisesüsteemi laiemalt kui pelgalt tervishoidu, väljudes ka teistesse sektoritesse. Ka rahvusvaheliselt on RTA saanud tunnustust kui hea näide sektoriteülesest tervisestrateegiast, sh on näiteks Läti rahvatervise strateegia koostatud RTA-st eeskujuna võttes. Sellest tulenevalt nähakse RTA-d ekspertide poolt jätkuvalt olulise ja vajaliku strateegiadokumendina, mis aitab koondada suuremat pilti ja sõnastada visiooni selles osas, kuhu Eesti soovib oma tervisepoliitikaga liikuda. Valitsuse tegevusplaanides on tervise teemad olnud nähtaval kohal kuna RTA on Vabariigi Valitsuse tasemel kinnitav ja aruandluskohustusega dokument.

*„RTA eesmärk algusest oli väga väärtuslik - seada Eestis tervisele poliitilised eesmärgid. Enne ei olnud sellist dokumenti, kus me saaksime öelda, et jah, meie üldine tervishoiueesmärk on see. Jah, neid oli alamates dokumentides või kuskile sisse kootud, aga mitte niimoodi, et me saaksime öelda, et kogu Eesti avalik sektor joonduks selle järgi /---/. Nii et eesmärkide seadmise poole pealt oli ja on RTA jätkuvalt väga väärtuslik.“*

*„Mitu korda on RTA elluviimise aja jooksul ju valitsus vahetunud ja selle aja jooksul on riigis toimunud oluline kvalitatiivne hüpe valitsuse tegevusprogrammide osas. Et kui valitsus vahetub, siis see valitsuse tegevusprogramm on väga oluliseks muutunud viimaste valitsustega. /---/. Kuna meil on RTA olnud, siis poliitikud on sellest ka aina enam lähtunud oma platvormides.“*

## 2. RTA on oma tegevussuunistes üldsõnaline ja ei paku poliitika kavandamiseks strateegilisi tegevusjuhiseid

RTA oli algselt kavandatud nõ tervisepoliitika katusstrateegiana, milles on kokku lepitud Eesti tervisepoliitika väärtuste raamistik ja horisontaalsed tervisepoliitika tugisambad: 1) võrdsed võimalused tervisele, 2) terved ja targad lapsed, 3) tervist toetav elukeskkond, 4) tervislik eluviis, 5) kindel ja hea tervishoid.

RTA eesmärgid ja meetmed on läbivalt üldsõnalised ja kohati ambivalentsed, sageli on jäänud avamata probleemide olemus, mille lahendamiseks on meede planeeritud. **Valdav osa RTA eesmärkidest olid suunatud olukorra parendamisele ja enamik meetmetest suunatud valdkonna arendamisele, mis oma sõnastuses ei anna informatsiooni selle kohta, mida konkreetselt on vaja Eestis teha, et saavutada olukorra paranemine.**

**RTA puudusena saab käsitleda asjaolu, et ta ei markeeri prioriteetseid valdkondi.** Kõik arengukava valdkonnad on RTA-s võrdse tähtsusega ning eristatud ei ole esmatähtsaid võtmetegevusi või tegevussuundi, millega tegelemine on üldeesmärgi saavutamiseks kõige olulisem. Ressursside planeerimise seisukohalt ei ole selline lähenemine mõistlik, sest kõik tervisepoliitika valdkonnad ei saa ühel ajahetkel olla strateegiliselt võrdselt olulised. Arengukava väärtus seisneb selles, et ta markeerib strateegilised valikud - milliste muutuste saavutamine on esmajärguline ja milliseid tegevusi on kõige olulisem teha, et need muutused saavutada. Kuna tegu on valitsuse tasandi strateegiaga, siis peaks arengukava prioriteetide valikul võtma arvesse ka riigi poliitilisi suundumusi. Nii enamike intervjueritavate kui ka uuringu autorite hinnangul on **RTA tervisepoliitika katusstrateegiana väärtuslikum siis, kui ta hõlmab endas vaid kõige prioriteetsemaid valdkondi ja tegevussuundi**, mitte ei koonda kõiki Eestis tervise valdkonnas elluviidavaid tegevusi ühe katuse alla.

*„[RTA] oli mõeldud algselt raamdokumendina, mis seab üldised eesmärgid, mille alla tulevad siis selgemad konkreetsetele prioriteetidele keskenduvad strateegiad, sest igal ajal ei peagi olema nagu kõik asjad prioriteetid“*

Adekvatsete prioriteetide puudumisele viitab ka asjaolu, et **RTA-s olid süsteemselt katmata mitmed olulised tervisepoliitika valdkonnad, milles positiivsete arengute saavutamine on RTA üldeesmärkide saavutamiseks kriitilise tähtsusega.** Näidetena saab välja tuua vähi ja vaimse tervise, mis on kaks haigusgruppi, mille tervisekahjud on südame- ja veresoonkonna haiguste kõrval Eestis kõige suuremad. Mõlemas valdkonnas teostati RTA raames küll tegevusi, kuid valdkonna probleemide lahendamisele ei lähenetud süsteemselt. Mõlemas valdkonnas olid olemas tegevuste strateegilist planeerimist toetavad alusdokumendid – Riiklik vähistrateegia 2007–2015 ja Eesti Vaimse tervise poliitika alusdokument aastast 2002, kuid nendest lähtuti võrdlemisi vähe. Nimetatud valdkondade tahaplaanile jäämist tõid RTA puudusena välja ka intervjueritud eksperdid.

*„Mõned valdkonnad või teemad või tegevused on jäänud tagaplaanile, kuigi me RTA tulemusaruannetest näeme, et tulemusindikaatorid on punased.“*

## 3. Varasemad tervikliku lähenemisega valdkondlikud tervisstrateegiad muutusid RTA-sse integreerituna killustunud tegevuste kogumiks

Otsus, et RTA-st saab riiklik tervisepoliitika katusstrateegia, mis koondab enda alla kõik varasemad tervise valdkonna alastrateegiad, tõi kaasa põhimõttelise muutuse Eesti tervisstrateegiate koostamises. Kui varasemalt koostati peamiselt haigusrühmadepõhiseid strateegiaid (nt HIV,

narkomaania, vähk, SVH jms), siis nüüd otsustati, et need integreeritakse RTA-sse, strateegiad ise kaotavad oma kehtivuse ning uusi alastrateegiaid ei koostata.

Käesoleva analüüsi käigus selgus, et alastrateegiatega (Riiklik HIV strateegia, Vähistrateegia ja SVH strateegia) integreerimine RTA-sse on olnud ebaühtlane ja valikuline protsess. RTA rakendusplaan sisaldab küll mitmeid tegevusi, mida varasemalt viidi ellu alastrateegia meetmete raames, kuid RTA-sse ei integreeritud kõiki vastavaid tegevussuundasid. Autorite hinnangul võis olla integreerimise üheks probleemiks RTA ja haiguspõhiste strateegiatega erinev kontseptuaalne struktuur. Kuna RTA on üles ehitatud horisontaalsete mõjurite põhised, siis kehtivate vertikaalsete strateegiatega RTA-sse üle tõstmine ei olnud üks-üheselt teostatav.

**Alastrateegiatega valikulise RTA-sse integreerimisega kaasnes olukord, kus varasem terviklik lähenemine mõne konkreetse terviseprobleemi lahendamisele (nt HIV või vähk) asendus üksiktegevuste teostamisega RTA-s erinevate suundade all.** Samuti lõpetasid töö alastrateegiatega juhtkomiteed ja regulaarselt koos käinud ekspertide töörühmad, mis intervjueritavate sõnul mõjus pärssivalt valdkondlikule koostööle eri organisatsioonide vahel.

Intervjueritud eksperdid pidasid küll mõistlikuks, et kõik erinevad tervisevaldkondade eesmärgid on koondatud ühe riikliku tervisepoliitika katusstrateegia alla, kuid teisalt tõid kriitikana välja, et **läbi jäi mõtlemata, kuidas kõiki neid valdkondi ühtselt juhtida ja tagada, et teostatud saaksid kõik strateegiliselt vajalikud tegevused ning tegevustega liigutakse RTA-s seatud visiooni suunas.**

*„Lõppes ära HIV programm, narkomaania programm on lõppenud, sest nad on kõik RTA sisse pandud väidetavalt, aga kui seda on tehtud, siis on need teemad RTA-s ära lahustunud ja nüüd ei tea ministeeriumis ka keegi enam, mis asju me teeme ja see on täiesti masendav.“*

*„[Valdkondlike] programmide lõppemise reaalne traagika ongi selles, et aja jooksul muutuvad need [Exceli] read üksteisega võrdselt tähtsateks ja sinna reale on väga lihtne teha null sellel aastal või vastupidi, sinna panna mingi raha.“*

*„Kui sul on ikka [valdkonnal] eraldi riiklik programm, siis kindlasti on huvigruppide kaasamine palju kvalitatiivsem. /---/ Selge see, et kui sa seal RTA-s [juhtkomisjonis] räägid tervishoiust, siis keskkonnatervise inimesed haigutavad ja vastupidi. Aga seal HIV strateegia juhtkomitees on sul kohal ikkagi kõik, kes on selles teemast huvitatud ja see on kindlasti pluss.“*

#### 4. RTA keskendub eelkõige rahvatervisele ja tervishoid jääb tahaplaanile

Uuringu raames intervjueritud erinevate tervishoiu valdkondade ekspertide seas oli üsna üksmeelne seisukoht, et **tervishoiu valdkonna arengutes ja tegevuste planeerimisel ei ole RTA-l olnud sisulist rolli ja kasud on olnud pigem formaalsed**, aidates näiteks kaasa EL struktuurfondidest raha taotlemisele. Seda kinnitab ka asjaolu, et Esmatasandi tervishoiu strateegia ja Haiglavõrgu arengukava jäid RTA-sse integreerimata, kuigi haakuvad otseselt RTA viienda tegevussuunaga.

Kui rahvatervise valdkonnas oli RTA-s intersektoraalne dimensioon, siis tervishoiu valdkonna juhtimisele ei ole arengukava kaasa aidanud. Mõneti võib seda seletada asjaoluga, et RTA koostati omal ajal peamiselt rahvatervise valdkonna initsiatiivil. Probleemiks on, et **Haigekassa, kes haldab suuremat osa tervisevaldkonna rahalistest ressurssidest, ei oma RTA suhtes nähtavalt omanditunnet ega vastutust.**

*„Mis on RTA üks suur probleem olnud, on see, et ta on rahvatervise eesmärkide keskne. Tervishoiu pool ei tunne end RTA üldse ära ja ei saagi ära tunda, kui RTA-s on Haigekassa tegevustest kirjas vaid*

vähiskriiningud ja siis ülejäänud Haigekassa kulud on lihtsalt plarts, üks suur [Exceli] rida. /---/ Et ma arvan, et nüüd selle RTA uuendamise käigus me peamegi läbi mõtlema, et kuidas teha niimoodi, et see RTA struktuur oleks ikka selline, et see saaks ikkagi kõnetada rohkemaid tervishoiusüsteemi osapooli.“

„Tervishoid on RTA-s pigem selleks, et tervik oleks nagu koos. Aga ma arvan, et tervishoiu juhtimine, tervishoiu valdkonna arendamine ei ole kunagi käinud läbi RTA otseselt. /---/ Tervishoius on tal olnud väga oluline roll selleks, et seostada ära kõigi nende Euroopa Liidu struktuurifondi vahenditega. Aga kui nüüd mõelda seda, et kas tervishoidu oleks otseselt juhitud läbi RTA, siis ma küll ei ole sellest niimoodi kunagi aru saanud.“

„[Eesti tervishoiuteenuste kvaliteedi hindamist ja kättesaadavust puudutavates arengutes] sisulist rolli ma arvan väga nagu RTA-l kui dokumendil ei ole olnud.“

„Ma julgen kahelda, et selline RTA, nagu see on täna olnud, oleks kuidagi tervishoiu arengut mõjutanud.“

## 5. RTA muutus eelarve planeerimise vahendiks ja tegevuste sisuline kavandamine jäi tahaplaanile

Enamus intervjueritavatest väljendasid pettumust, et suurte ootustega koostatud tervisepoliitika visioonidokument muutus üsna kiiresti raskesti hoomatavaks ja eelarvekeskseks Exceli tabeliks ning sellega nihkus fookus olulistelt tervisepoliitilistelt arengutelt ebaoluliste detailideni.

„RTA on suurepärane asi, mis omal ajal tehti, aga siis midagi juhtus. Kus ja kuidas, ei tea. Aga siis kui RTA oli valmis tehtud, siis nagu see üldine valitsemise kultuur [muutus] ja siis leiti see Exceli tabel üles ja pandi arengukava Exceli tabelisse ja muutus tema riigieelarve planeerimise instrumendiks, mis ei ole üldse selle asja koht, ta on arengukava, ta on visioon aga nüüd lahustati kõik see ilus asi ära.“

„Mul on tunne, et see, et RTA-le on poogitud juurde riigieelarve planeerimise funktsioon /--/, et seetõttu me siis kirjutamegi selliseid pisikesi detaile sinna, mis tegelikult viib fookuse ära olulistelt asjadelt, uutelt asjadelt.“

Mitmed eri valdkondade eksperdid mainisid intervjuudes, et nende **ainus kokkupuude RTA-ga on igal aastal vastava tabeli täitmine ja muu sisuline kontakt arengukavaga puudub**, sh puudub teadmine selle kohta, millise RTA tegevussuuna all või millise eesmärgi saavutamise nimel tabelisse kirja pandud tegevusi teostatakse. See omakorda mõjutas tegevuste aruandluse kvaliteeti.

Olulise aspektina tasub välja tuua, et uuringu käigus **ei õnnestunud kindlaks teha, millistest põhimõtetest lähtuvalt RTA rakendusplaani (ehk eelarvesse) tegevusi valiti**. Mõistagi olid hõlmatud tegevused, mida rahastati Sotsiaalministeeriumi riigieelarvelistest vahenditest, kuid näiteks Haigekassast, Euroopa Liidu struktuurfondidest, teistest välisrahastusprogrammide ja teiste ministeeriumide haldusala riigieelarvelistest või välisvahenditest rahastatud tegevused olid hõlmatud ebaühtlaselt ja ilma üheselt selge loogikata. Markantse näitena võib tuua tegevused, mille eelarve kajastus „asutuse üldkuludes“. **Seetõttu ei saa öelda, et tegu oleks süsteemse ja läbipaistva eelarvestamise vahendiga, mille alusel teostada tervise parandamisele suunatud ressursside planeerimist, jälgida kulutusi ja soovi korral teostada ka vastavaid analüüse**. Seega, kui RTA rakendusplaani eesmärgiks oli saada koondsisend riigi eelarvestrateegiasse tervise vaates, siis eelnevalt kirjeldatud põhjustel ta sellisena ei toimi.

„Paljud asutused, vähemalt pooled, panevad planeeritava ressursi RTA-sse kirja just sellisena, et kajastub asutuse üldkuludes. Nii ei saa sealt ka sellist üldist ressursikulu kätte lõppkokkuvõttes. Ja

*niimoodi siis aastaks 2016 me oleme info poolest tegelikult vaesemad, kui me olime siis, kui meil olid eraldiseisvad strateegiad.“*

Kokkuvõtvalt võib öelda, et RTA elluviimiseks kasutusel olevad rakendusplaanid ei aidanud märkimisväärselt kaasa sisuliste tegevuste ja eelarve eesmärgipärasele juhtimisele, mistõttu tuleks tulevikus arendada välja adekvaatsem strateegia elluviimise koordineerimise viis.

## 6. RTA aruandlus ja iga-aastased tegevuste ülevaated on ebaühtlase kvaliteediga

Käesoleva analüüsi raames läbi töötatud dokumentatsioonist ilmnes, et RTA seniste tegevuste aruandlus on lünklik ja annab valdkonnas teostatud tegevustest vaid valikulise ülevaate, sh on paljud olulised tegevused ülevaadetest välja jäänud. Samuti on aruannetes aastate lõikes käsitletud erinevaid RTA alavaldkondi läbinisti erineva detailsusega. Levinud probleemiks aruannetes on ka tegevuste kirjeldamine liiga üldisel tasemel, mistõttu ei ole võimalik aru saada, mida täpselt tehti (näiteks „arendati“, „uuendati“, „tegeleti“ jms). Selle tulemusena on info RTA raames teostatud tegevuste kohta ebaühtlase kvaliteediga ja sageli puudulik.

Uurimismeeskonna hinnangul **tuleks kasuks, kui RTA annaks kindlad nõuded või juhised, kuidas tegevustest aru anda**, et vältida olukorda, kus iga elluviija otsustab, mida ja kui põhjalikult tegevusaruandesse märkida.

## 7. RTA elluviimise protseduurid ei ole olnud sedavõrd suure strateegia juhtimiseks kohased

Kuigi RTA teiste sektoritega integreeritud tervisepoliitika käsitus oli uudne, kaasaegne ja põhjendatud ning tõi valdkonda uue hingamise ja selgelt sõnastatud visiooni (keskmise eluea ja tervena elatud eluea pikenemine), siis ei õnnestunud sarnast uudsust ja põhjalikku lähenemist tuua RTA rakendamise protseduuridesse. Intervjuueeritud eksperdid pidasid küll riikliku tervisepoliitika katusstrateegia koostamist heaks otsuseks, kuid kriitikana tõid välja, et **sedavõrd suure ja nii erinevaid valdkondi hõlmava strateegia juhtimise kompleksust ja keerukust ei suudetud ette näha ning sellele adekvaatselt reageerida**.

*„Eesmärkide seadmise poole pealt oli ja on RTA jätkuvalt väga väärtuslik. /---/ Mis hetkest see viltu hakkas minema, oli siis rakendusliku poole pealt.“*

*„Kui me hakkasime seda tegema [RTA-s ellu viima], siis me üldse ei näinud, et kogu see planeerimise ja strateegiliste suundade kokkuleppimise protsess läheb selliseks nagu ta läks ja läheb mõnes mõttes nii keeruliseks ja nii Exceliks.“*

*„RTA elushoidmine, see iseenesest toodab meeletult bürokraatiat. Ja kõik lubavad, et seda automatiseeritakse, luuakse uusi IT-lahendusi, aga seda tuge ei ole tulnud. Bürokraatia võtab tõesti suure osa ametnike tööst, kes peaks selle asemel sisuliselt analüüse lugema, mõtlema, aga ta peab mingeid aruandeid, Exceleid koostama.“*

RTA-s on küll kirja pandud arengukava juhtimise süsteem, kuid reaalsuses seda ei jälgitud. RTA näeb ette iga-aastaste RTA tegevuste ülevaate koostamist ja iga kahe aasta taguseid RTA indikaatorite täitmisaruannete koostamist ning selle raames võimalike uute suundade valikut. Järgnevalt on kirjeldatud, kuivõrd RTA-s sellise süsteemiga juhiti ja millised probleemid selles osas esile kerkisid.

## 8. RTA juhtimises puudub strateegiline juhtimisstruktuur

Rahvastiku tervise arengukava nägi ette, et RTA strateegiline juhtimine toimub läbi kolme juhtimistaseme:

- 1) **Valdkondlikud ekspertrühmad**, kelle ülesandeks on hinnata arengukava tulemusi vastavalt Sotsiaalministeeriumi koostatud RTA ülevaadetele (igal aastal koostatav ülevaade eelnenud aasta jooksul RTA raames tehtud tegevustest ja edusammudest RTA strateegiliste eesmärkide saavutamisel; igal teisel aastal koostatav ülevaade RTA indikaatorite saavutustasemetete kohta). Ekspertrühmade hinnangud on sisendiks järgmisele RTA juhtorganile (juhtkomiteele). Rühmad plaaniti moodustada RTA koostamisel osalenud valdkondlike ekspertrühmade baasil.
- 2) **Juhtkomitee**, kelle ülesandeks on planeerida RTA järgmise perioodi konkreetset tegevused ja nende elluviimiseks vajalikud rahalised vahendid. Seejuures lähtutakse eelneva perioodi tegevuste analüüsist, nõuandva kogu<sup>6</sup> soovitudest ja vabariigi valitsuse seatud eesmärkidest. Iga juhtkomitee liige vastutab juhtkomitee ees enda ministeeriumi või sidusrühma tegevuste korraldamise, oma haldusala eesmärkide saavutamise ja Sotsiaalministeeriumile RTA aruandluse koostamiseks vajaliku info edastamise eest. Juhtkomitee koosneb erinevate ministeeriumide esindajatest, kelle tööülesannete hulka kuulub soovitatavalt riigi eelarvestrateegia planeerimine ja rakendamine. Samuti kuulub koosseisu üks kohalike omavalitsuste ja üks valitsusväliste organisatsioonide esindaja, vajadusel võib juhtkomitee töösse kaasata ka erialaspetsialiste.
- 3) **Vabariigi valitsus**, kelle ülesandeks on arutada RTA eelmise perioodi aruannet ja anda omapoolne tagasiside tegevuste plaani vastavuse kohta riigis kavandatavate arengusuundade ja tegevustega. Arutelu aluseks on aruanne, mis on läbinud kooskõlastusringi RTA juhtkomitees. RTA eelmise perioodi aruanne esitatakse tutvumiseks ka Riigikogu rahanduskomisjonile.

Käesoleva analüüsi raames **ei ole leidnud kinnitust, et valdkondlike ekspertrühmade töö oleks viimase kuue aasta jooksul süsteemselt toimunud**. Sellest tulenevalt on regulaarselt koondamata ka ekspertide hinnangud RTA tulemustele ja vastava sisendi edastamine juhtkomiteele.

Juhtkomitee kohtumised on olnud regulaarsed ja toimunud igal aastal mitmel korral. Kohtumised on üles ehitatud ettekannetele, kus tutvustatakse RTA elluviidud ja planeeritavaid tegevusi ja juhtkomitee liikmetel on võimalik esitada selle kohta küsimusi ja avaldada oma arvamust. Komitee otsused piirdusid enamasti keeleliste parandustega RTA aruannetes või tegevuskavades (nt jõuti otsusele teha muudatus, et „alkoholi liigtarvitamine“ asemel kasutatakse läbivalt väljendit „alkoholi tarvitamine“). Samuti võttis juhtkomitee vastu otsused kinnitada RTA iga-aastased tegevuskavad- ja aruanded, sh Vabariigi Valitsusele saadetavad aruanded.

Juhtkomitee koosolekute protokollidest leiab mitmeid selliseid kommentaare ja ettepanekuid, milleni on jõudnud ka käesoleva analüüsi autorid. Nii tõdetakse juba 2010. aastal, et RTA on muutunud liialt detailseks eelarveridade planeerimise dokumendiks ja seda tuleks muuta. 2013. aastal rõhutatakse, et senise tegevuste ja eelarveliste vahendite planeerimise käigus ei ole lähtutud sellest, millised on konkreetsete tegevuste mõjud RTA eesmärkide saavutamisele ja seda tuleks muuta. Sellega seoses on läbi aastate korduvalt soovitatud muuta RTA aruandeid analüütiliselt sisukamaks ja kompaktsemaks, et need annaks tegevuste planeerimiseks vajalikku sisendit. Samuti

<sup>6</sup> RTA-s on täpsustamata, millega on nõuandva kogu näol tegu ja kes sinna kuuluvad

on juhtkomitee liikmed teinud käesoleva analüüsiga ühtivaid soovitusi RTA prioriteetide, meetmete ja indikaatorite muutmiseks, kuid enamus neist on jäänud rakendamata.

*„Üks ministeeriumi ametnik teise järel käib lihtsalt ette kandmas kümne minutiga mingisuguseid suvalisi nuppeid sellest mammut Excel tabelist, mis on nad siis kokku saanud ja seal ei ole isegi tervitatav see, kui sa mingeid küsimusi küsid.“*

**Protokollidest ilmneb, et juhtkomitee ei ole viimase kuue aasta jooksul vastu võtnud ühtegi tervisepoliitika seisukohast olulist strateegilist otsust ning ei ole täitnud kõiki ülesandeid, mis olid RTA-s talle ette nähtud, eelkõige tegevuste strateegilise planeerimise ülesannet.**

Eelnevalt kirjeldatu tõstatab küsimuse, et kui tegevuste strateegiline planeerimine ei toimunud juhtkomitee tasemel, siis millises juhtimisstruktuuri osas võeti vastu otsuseid selle kohta, milliseid tegevusi ellu viia ja milliseid mitte. Käesoleva analüüsi käigus ei õnnestunud leida dokumente, mis oleks kirjeldanud RTA raames planeeritud tegevuste valiku põhimõtteid või protseduuri, kuidas tegevuskavva tegevused valitakse. Tegevuskava koostamise protseduuri kritiseerisid mitmeid intervjuueeritavad nimetades seda „tegevuste kokku klopsimiseks“, mida ei peetud riiklikule tervisepoliitika katusstrateegiale kohaseks ja selles nähti ohtu ressursside mitte-eesmärgipärasele kasutamisele. Üks intervjuueeritav kirjeldas RTA tegevuste planeerimise protsessi järgmiselt:

*„Kuidas selle tegevusplaani ja eelarve kokkupanek käib on see, et Sotsiaalministeerium saadab e-maili kõikidele võimalikele osapooltele, ütleb, et palun raporteerige, et mida te järgmiseks aastaks kavandate ja siis kes siis saadab mida. Seda pilti, et kõik tuleksid korraks kokku ja ütleksid, et okei, kas nüüd need tegevused, mis siia raporteeriti, kas need on, kuidas me neid nüüd hindame, kas need on mõistlikud, kas me peaksime midagi varasemaks tooma, kas me peaksime midagi rohkem tegema, midagi vähem tegema. Selliseid koosolekuid või selliseid arutelusid ei ole ja mitte ühelgi tervisealasel teemal ei ole olnud.“*

**Analüüsi käigus kogutud infole tuginedes tuleb tõdeda, et RTA tsentraalselt juhitud ja süsteemset tegevuste valikuprotsessi suure tõenäosusega ei toimunud ning RTA rakendusplaanidesse planeeriti tegevusi pigem juhuslikult ja lähtudes sellest, kas tegevuse teostamiseks on olemas selleks vajalikud ressursid.**

Tegevuste planeerimise seisukohalt on oluline ka võimalikult paljude rakenduskavva planeeritud tegevuste elluviimiseni jõudmine. Juhtkomitee üheks eesmärgiks on kaasa aidata sellele, et eri ministeeriumid teostaksid RTA eesmärkide saavutamiseks vajalikud tegevused ja ei jätaks rakendusplaanis võetud tegevusi teostamata. Selleks pidid juhtkomiteesse kuuluma erinevate ministeeriumide vastavad ametnikud, kelle ülesandeks oli tagada oma ministeeriumi haldusalas RTA tegevuste elluviimine. RTA aruannetes on mitmete tegevuste juures näha, et neid lükatakse aastast-aastasse edasi või märgitakse lakooniliselt, et „tegevust ei teostatud“. Sellest saab järeldada, et vaatamata juhtkomitee vastavale ülesandele, ei suudetud tagada eri ministeeriumide haldusalades mitmete selliste tegevuste elluviimist, mille teostamist näeb ette RTA rakenduskava.

Eelnevast ilmneb, et **RTA juhtimisstruktuur ei rakendunud viisil, mis oli arengukava koostamisel planeeritud.** Märkimisväärne osa intervjuueeritutest nägid selle põhjusena RTA eestvedajate piiratud võimekust sedavõrd laiapõhjalise ja mahuka strateegia elluviimist hallata.

*„Üldiste tervisepoliitika eesmärkide seadmine Eestis on oluline, aga see kõik, et kuidas sinna eesmärkide poole liikuda, see on kinni inimeste ja organisatsioonide koostööst. Ja kui seda ei ole ja kui eestvedamist ei ole, siis koostööd ei ole, siis midagi ei toimu ja kui eestvedamine on, siis asjad toimuvad. Sotsiaalministeerium ei ole suurt midagi eest vedanud, kuid asjad on siiski edasi liikunud.“*

*„Praegu, ma arvan on selliseks läbivaks põhiprobleemiks just vastutuse puudumine. See ei ole mitte ainult RTA küsimus, vaid see on kogu tervisesüsteemi küsimus, aga RTA on nagu tervisesüsteemi ja kõikide nende osapoolte üks väljund, et ta ei saa nagu väga palju erinev olla.“*

*„Aga kui oleks [Sotsiaalministeeriumil] parem analüütiline võimekus, siis oleks saanud palju asju RTA-s võib-olla ümber planeerida /---/. Et sellist analüütilist võimekust oleks vaja eelkõige arendada.“*

*„Bürokraatia mõttes ei jõua praeguse ametnike arvuga nii tehno- kui sisulise poole pealt kvaliteetselt ellu viia. /---/ Kuna inimesi on pigem vähem, siis selleks, et ühte korralikult teha, siis ei jõua teist korralikult teha ja vastupidi.“*

## 9. RTA ei ole Eesti tervisepoliitikas oluliste muutuste vedur

Paljud intervjuueeritavad töid kriitikana välja, et **RTA ei täida uute tegevuste ja reformide planeerimise rolli, vaid juba elluviidavate tegevuste rahastamise eesmärki**. Sellest tulenevalt ei saagi olla RTA tervisepoliitika valdkonnas oluliste muutuste vedur, vaid pigem reageerib otsustele, mis on vastu võetud väljapool RTA-d. **Sellisel moel ei ole RTA-l väärtust Eesti tervisepoliitika strateegilise planeerimise vahendina.**

*„[Rahandusministeeriumile] anti lubadus, et järk-järgult lõpetatakse need ülejäänud strateegiad ära, mis siis tõi kaasa siis selle, et RTA on viimase viie aasta jooksul olnud lihtsalt suvaline raamdokument, mis ei ole juhtinud mitte ühtegi strateegilist otsust, mitte ühtegi valikult ei ole RTA raames tehtud. Ja kadus ära ka see, et ta oleks olnud selline siis, rahanduse ettekujutuses see, et voh, nüüd me saame siis täieliku pildi sellest, et kui palju siis ressursi siis mingile teemale läheb.“*

*„RTA on lihtsalt riigieelarve planeerimise vahend ja ka struktuurfondide. Need kasud tulevad läbi selle, aga sisulise arendamise mõttes ma võin liiga teha, aga mina oma isiklikust vaatest ütlen, et ma ei näe, et seal otseselt seda oleks olnud.“*



## 4. Soovitused RTA uuendamiseks

Tuginedes kogu eelneva analüüsi tulemustele ja järeldustele on uuringumeeskond koostanud soovitused RTA kui valdkondliku katusstrateegia uuendamiseks.

### 1. Soovitame RTA visioonist ja väärtustest lähtudes koostada Eesti tervisepoliitika põhialused aastani 2030

Selleks, et kokku leppida pikaajaline nägemus Eesti tervisepoliitika prioriteetidest ja eesmärkidest, **soovitame praegu RTA-s sõnastatud visiooni, väärtused ja prioriteetidid vormistada poliitika põhialustena ehk Eesti tervisepoliitika arengusuundadena** aastani 2030.<sup>7</sup> Nii saab RTA täita talle sobivat valdkonna arengukava rolli ja anda visioonidokumendi rolli poliitika põhialuste dokumendile.

Eeskujuks võiks seada Soome KASTE programmi (vt pt 5.3), mis ei ole oma olemuselt haiguspõhine ning tulemeid ei mõõdeta suremuse ja haigestumise kaudu, vaid fookus on nihkunud füüsilise, vaimse ja sotsiaalse heaolu edendamisele ning probleemide ennetamisele elanikkonna seas laiemalt. Programmi üheks peamiseks sihiks on ebavõrdsuse vähendamine tervises.

Samuti tasub eeskujuga võtta Inglismaa rahvatervise strateegia põhimõtetest (vt pt 5.2), mis on suunatud inimeste tervist parandamisele ja kaitsesele terve elukaare vältel, rõhutades inimese keskset lähenemist ja vähendades ebavõrdsust tervises.

**Ühtlasi soovitame kaaluda (rahvastiku) tervise teema lisamist riigi strateegiliselt oluliste läbivate teemade loetellu** (lisaks kliima ja keskkonnanahoiule, võrdsetele võimalustele, infoühiskonnale, regionaalarengule ja riigivalitsemisele). Selline muudatus aitaks senisest paremini luua olukorra, kus ka tervise sektorist (ja RTA-st) väljapool tehtavad strateegilised otsused aitavad kaasa Eesti tervisepoliitika arengueesmärkide saavutamisele, sh aitaksid saavutada rahvastiku pikema ja tervema elu. Selline muudatus oleks kooskõlas ka Euroopa poliitikaraamistikuga „Tervis 2020“<sup>8</sup>.

### 2. Soovitame säilitada RTA pikaajalised tulemuseesmärgid ja lisaks sõnastada prioriteetsed tegevussuunad

RTA-s sõnastatud üldesmärgid on sobivad ja peaksid säilima, sest seavad Eesti tervisepoliitikale pikaajalised tulemuseesmärgid ja on täna Eestis poliitikakujundajate poolt laialt teadvustatud ja aktsepteeritud. Küll aga soovitame korrigeerida üldesmärkide sihttasemeid, eriti tervena elatud aastaid, mille täna kehtiv sihttase ei ole suure tõenäosusega saavutatav.

Selleks, et suurendada RTA üldesmärkide saavutamise tõenäosust, soovitame RTA-s **sõnastada prioriteetsed tegevussuunad, mida elluviimata ei ole võimalik RTA eesmärke saavutada**. Eesti riiklike strateegiate juhtimise põhimõtete kohaselt peaksid RTA prioriteetsed tegevussuunad ja neile seatud eesmärgid haakuma arengukava programmidega, mida on käsitletud järgmises soovituse punktis.

Prioriteetsete tegevussuundade, neile seatud tulemuseesmärkide ja meetmete sõnastamisel soovitame lähtuda senise RTA elluviimise õppetundidest ja **hoiduda liialt üldisest sõnastusest**.

<sup>7</sup> <https://sites.google.com/site/eelarvejuhend/3-strateegiline-planeerimine/2-2-poliitika-pohialuste-protsess>

<sup>8</sup> [http://ee.euro.who.int/Health\\_2020\\_ET.pdf](http://ee.euro.who.int/Health_2020_ET.pdf)

Meetmete sõnastamisel tuleks lähtuda sellest, et need oleks piisavalt konkreetsed, andmaks strateegia elluviijatele vajalikke juhiseid tegevuste elluviimiseks. Samuti soovitame lahti kirjutada, milliseid konkreetseid rahvatervise probleemkohti või tervisesüsteemi vajadusi iga konkreetne meede adresseerib.

### 3. Soovitame RTA ellu viia valdkondlike programmide kaudu

Käesolevast analüüsist ilmneb, et RTA kui kogu tervise sektorit hõlmava arengukava elluviimine on olnud keeruline ja väljakutseterohke protsess. Eelkõige seetõttu, et arengukava on sedavõrd laiapõhine ja hõlmab palju erinevaid tegevusi ja osapooli. Selleks, et RTA oleks senisest paremini hallatavam ja võimaldaks hoida strateegiliseks juhtimiseks vajalikku süsteemset vaadet, soovitame koostada järgmised programmid (loetelu ei ole täielik, vaid hõlmab valdkondi, mis võiksid kindlasti saada eraldiseisvate programmidega kaetud):

1. **Tervishoiuressurside programm** (hõlmab tervishoiu rahastamise ja tööjõu valdkonda, samuti tervishoiu taristut, teenuste kättesaadavust, ka e-tervist)
2. **Tervishoiu kvaliteedi programm** (hõlmab tervishoiu kvaliteedisüsteemi arendamist, ka e-tervist)
3. **Südame- ja veresoonehaiguste programm** (hõlmab varast avastamist, ravi- ja tugiteenuseid, riskitegurite ennetamine toimub tervisliku eluviisi programmide raames)
4. **Vähiprogramm** (hõlmab varast avastamist, ravi- ja tugiteenuseid, riskitegurite ennetamine toimub tervisliku eluviisi programmide raames)
5. **Vaimse tervise programm** (hõlmab ennetust, varast avastamist, ravi- ja tugiteenuseid)
6. **Ülekaalulisuse programm** (hõlmab tasakaalustatud toitumise ja kehalise aktiivsuse tegevusi, nii ülekaalulisuse ennetamist kui ravi- ja tugiteenuseid)
7. **Sõltuvushaiguste programm** (hõlmab alkoholi- ja tubakapoliitika tegevusi, ennetusest ravi ja tugiteenusteni)
8. **HIV ja STLI programm** (hõlmab HIV/AIDS, narkomaania ja seksuaalsel teel levivate infektsioonide (STLI, sh hepatiit) valdkonna ennetustegevusi, ravi- ja tugiteenuseid)
9. **Krooniliste haiguste programm** (hõlmab eelkõige lihasluukonna-, kuulmis- ja nägemisorganite haiguste ja diabeedi ennetust, ravi ja töövõime säilimist toetavaid meetmeid)

Programmidepõhise juhtimisstruktuuri kasuks räägib ka Haridus- ja teadusministeeriumi Elukestva õppe strateegia 2020 elluviimise kogemus, mis on RTA kõrval ainus teine Eesti kogu valdkonda hõlmav katusstrateegia.

Programmide valik lähtub käesoleva uuringu RTA üldeesmärkide saavutamise analüüsist, milles said kaardistatud kõige olulisemad Eesti tervisekaotuse mõjutajad ehk poliitikavaldkonnad, milles positiivsete muutuste saavutamine on vajalik RTA üldeesmärkide saavutamiseks (vt pt 2.3 ja 2.4). Ainsa erandina saab selles osas välja tuua HIV programmi, mis küll eluea pikendamise kontekstis ei ole esmatähtis, kuid HIV levimus on Eestis endiselt kõrgeim Euroopas, kulud tervishoiule on märkimisväärsed ja Eesti HIV epideemia kontrolli all hoidmiseks on vaja jätkuvalt teha kontsentreeritud jõupingutusi.

Eesti riiklike strateegiate juhtimise põhimõtete kohaselt peab iga RTA valdkondlik programm olema eraldiseisev arengudokument, mis sisaldab talle spetsiifilisi meetmeid, mõõdikuid, tegevusi ja rahastamiskava. Järgnevalt on käsitletud täiendavaid soovitusi programmide koostamiseks.

#### 4. Soovitame igas programmis anda ülevaade programmi valdkonna peamistest väljakutsetest ja lahendusvõimalustest

Viimastel aastatel koostatud erinevate tervisepoliitikate rohelised raamatud on toonud Eesti tervisepoliitikasse varasemast enam kaasatusel ja tõenduspõhisel lähenemisel tuginevat poliitikakujundamise kultuuri. Rohelised raamatud hõlmavad endas põhjalikku ülevaadet a) Eesti olukorrast ja trendidest vastavas valdkonnas, b) peamistest edusammudest ja väljakutsetest ning c) ülevaadet tõendusel põhinevatest poliitikavõimalustest, kuidas eesolevaid väljakutseid ületada. Tänu sellisele struktuurile on tegu väga väärtuslike dokumentidega, mis aitavad poliitikakujundajatel kaaluda erinevaid poliitikavõimalusi ja teha tõendatud teadmistel põhinevaid strateegilisi valikuid.

Sellise poliitikakujundamise kultuuri hoidmiseks ja arendamiseks soovitame ka igale RTA alaprogrammile koostada ülevaade konkreetse programmi valdkonna peamistest väljakutsetest ja võimalikest tõenduspõhistest lahendusvõimalustest. **Tõdeme, et see nõuab suurt tööd ja on ametnikonnale ressursimahukas ülesanne, kuid roheliste raamatute senine kogemus on näidanud, kuivõrd palju aitab sedavõrd põhjalik ja läbimõeldud lähenemine kaasa poliitikate edukale elluviimisele.** Samuti aitab selline ülevaade hinnata adekvaatsemalt tegevuste eesmärgipärasust ja suunata eelarveressursse tegevusele, mille vajalikkus ja tõhusus tugineb vettpidavale argumentatsioonile.

#### 5. Iga programmi tegevuskavas soovitame eristada püsistegevused ja arendustegevused

RTA seniste tegevuste analüüsimisel ilmnes, et paljudes valdkondades ei ole võimalik üheselt mõista, millised tegevused on suunatud olukorra säilitamisele ja millistega soovitakse saavutada olukorra muutumist. **Selline eristamine on oluline, kuna aitab hinnata, millisel määral on programmi eelarve broneeritud püsivatele tegevuskuludele ja millised on rahalised võimalused (uuteks) arendustegevusteks.** Eristamine on oluline ka eelarvekärbete kontekstis, kuna võimaldab selgemini teha valikuid püsi- ja arenduskulude vahel. Arendustegevustena ei soovita käsitleda seadusmuudatusi (välja arvatud juhul, kui tegu on laiemat poliitilist kõlapinda omava põhimõttelise muutuse või reformiga), mis tegevuse iseloomu poolest sobituvad ministeeriumide tööplaanidesse, mitte arengukavadesse.

Hea praktika näitena võib siinkohal tuua Soome KASTE programmi (vt pt 5.3), mis mitte ei koondanud juba olemasolevaid tegevusi, vaid seadis sihid uute vajalike teenuste ja struktuuride arendamiseks selle jaoks valitsuse poolt spetsiaalselt eraldatud eelarvega.

Selleks, et programmid täidaksid oma eesmärgi ehk oleksid konkreetse valdkonna strateegilise juhtimise töövahend, peaks iga programmi tegevuskava sisaldama kõiki riiklikult elluviidud tegevusi, mis on valdkonnas programmi eesmärkide saavutamise nimel teostatud, sh sisaldama erinevate ministeeriumide tegevusi ja kulutusi (ja sellest tulenevalt peavad olema programmid ka vastavate ministrite allkirjastatud).

#### 6. Tegevuste planeerimisel soovitame fookuses hoida tegevuste eesmärgipärasuse

Programmide tegevuste planeerimisel soovitame lähtuda esimeses järjekorras sellest, et **tegevus on eelkõige vajalik ja eesmärgipärane ning alles seejärel arutatakse, kuidas eelarveliselt olukord**

**lahendada** (sh, kas on vajadust lisavahenditeks või leitakse vahendid ressursside ümberkorraldamisest). Seniste RTA tegevuskavade analüüsimisel ilmnas, et tegevuste planeerimisel jäadi sageli nn "traditsiooniliste tegevuste lõksu" ehk aastast-aastasse jätkati samade tegevuste elluviimist, kuid analüüsimata on jäänud, kas tegevus on eesmärgipärane.

## 7. Soovitame kasutusele võtta lühiajalise tulemusjuhtimise süsteemi

Lühiajalise tulemusjuhtimise süsteemi all on silmas peetud indikaatorite sihttasemete seadmist kahe aasta piires (nt kui baastase on 2016, siis sihttase 2018 ja 2018 seatakse uus sihttase aastaks 2020). Taoline tulemusjuhtimise süsteem on kasutusel Norras, kelle kogemuse kohaselt **suurendab selline tulemusjuhtimise süsteem adekvaatsemate sihttasemete seadmist ning motiveerib elluviijaid tegutsema "praegu, mitte hiljem"**, sest eesmärgiks võetud sihttaseme saavutamiseni on vähem aega. Norra kogemuse kohaselt võivad pikaajalised eesmärgid näida elluviijatele kaugetena ja soodustada „küll aega on“ suhtumist. Lühiajalised eesmärgid võimaldavad muutuvate trendidega paremini kohaneda ja indikaatorite sihttasemeid operatiivsemalt korrigeerida. Tulemusjuhtimise süsteem on kasutusel ka näiteks HTM-i Elukestva õppe strateegia juhtimisstruktuuris.

## 8. Soovitame enam kasutada süsteemi muutuste indikaatoreid

Seni on RTA-s kasutusel olnud peamiselt tervisetulemeid (nt haigestumus) ja tervisekäitumist (nt tervislik eluviis) kirjeldavad indikaatorid, mis võimaldavad küll edukalt hinnata inimeste tervisenäitajates või käitumises toimunud muutusi, kuid ei võimalda alati hinnata keskkonnas toimunud muutusi. Mitmetes valdkondades võib olla mõistlikum lisaks valida indikaatorid, mis kirjeldavad muutusi süsteemis (nt psüühikahäirete haigestumise indikaatorile lisaks sõnastada ka indikaator keskmise psühhiaatri ravijärjekorra kohta). Süsteemi muutuse mõõdikud saavad anda täiendavat vaadet valdkonnas toimunud muutustele ja aidata hoida silm peal muutustel, mis on vajalikud konkreetse tervisetulemi või –käitumise saavutamiseks rahvastikus.

Samuti soovitame hoiduda arusaamast, et indikaatoreid peab olema võimalikult vähe. **Indikaatorite valikul tuleks eelkõige lähtuda sellest, et neid peab olema piisavalt ja nad on sobivad selleks, et anda vastus küsimusele, kas eesmärk, mille mõõtmiseks on indikaatorid valitud, on saavutatud.**

Austraaliast eeskujuna võttes (vt pt 5.4) soovitame välja töötada RTA indikaatorite raamistiku, mis koosneb nii **tervisetulemit** iseloomustavatest mõõdikutest (nt suremus, haigestumus), **tervisemõjurite indikaatoritest** (nt kogukonna indikaatorid, keskkonnamõjurid, tervisekäitumine) **kui ka süsteemi toimimise indikaatorid** (nt muutused süsteemis).

## 9. Igale programmile programmijuht

Eesti riiklike strateegiate juhtimise põhimõtete kohaselt peab igale programmile olema võimalik määrata üks kindel vastutaja ehk programmi juht. Programmijuhi ülesandeks on tagada programmi edukas elluviimine, sh eesmärgiks seatud tulemuste saavutamine. Programmijuhi vastutada peaks olema ka programmi eelarve juhtimine, programmi juhtkomitee töö juhtimine (vt soovitus nr 10) ja koostöö programmi valdkonna huvirühmadega.

Programmi põhine katusstrateegia juhtimine on seni Eestis kasutusel vaid HTM-i Elukestva õppe strateegia raames, kelle kogemuse kohaselt on **programmijuhtid üheks olulisemaks lüliks katusstrateegia eduka elluviimise tagamisel**. Programmi juhtideks tasub valida eelkõige juhtimiskogemusega ametnikud, sest programmi juhtimine nõuab väga erinevaid juhtimisvaldkonna

kompetentse, ilma milleta on edu keeruline saavutada. HTM-i kogemus näitab, et peaspetsialisti tase ei programmijuhiks positsiooniks sobiv, kuna programmijuhil peab olema ametialane mandaat koordineerida tööd teiste ministriumide ja allasutustega, mistõttu on programmijuhtideks näiteks HTM-is üksuste juhid. Oluline on markeerida, et lisaks programmijuhi ülesannetele võivad juhi rollis olevad ametnikud täita ka teisi tööülesandeid.

## 10. Igale programmile soovitame moodustada programmi juhtkomitee

Soovitame igale programmile moodustada programmi juhtkomitee, kelle ülesandeks on: a) koostada programmi valdkonna peamised väljakutsed, lahendusvõimalused, prioriteedid, eesmärgid ja indikaatorid; b) koostada programmi tegevuskava; c) tagada ellu viidud tegevuste eesmärgipärasus ja eelarvevahendite mõistlik kasutamine; c) anda hinnang programmi tulemuslikkusele.

Programmi juhtkomitee võiks koosneda valdkonnas pädevatest spetsialistidest, kelle seas võib olla ka tegevuste elluvijaid. Samas tuleb arvestada, et juhtkomitee liikmetel võib tekkida huvide konflikt – tegevuste elluvijad saavad olla otsuste juures, mis puudutavad nende tegevuste rahastamist. Selliste riskide hajutamiseks on oluline püüelda selle poole, et juhtkomitee liikmete seas oleks tasakaal erapooletute spetsialistide/ekspertide ja tegevuste elluvijate vahel. Tõdeda tuleb, et Eesti valdkondlike spetsialistide väikesearvulisuse tõttu võib olla seda tasakaalu keeruline saavutada.

Inglismaa rahvatervise strateegia eeskujul (vt pt 5.2) tuleks programmide elluviimiseks tagada ka kindel vastutus ja juhtimine kohalikul tasandil.

## 11. Soovitame moodustada RTA nõukogu

RTA kui terviku juhtimiseks soovitame moodustada RTA nõukogu, mille esimees on tervise- ja tööminister ja liikmeteks RTA elluviimiseks oluliste riigiasutuste strateegilise planeerimise valdkonna juhid. **Nõukogu peamiseks ülesandeks on vastutada RTA eesmärkide saavutamise eest ja teostada järelevalvet programmide üle.** Lisaks on nõukogu ülesandeks:

- Otsustada RTA kogueelarve jaotus programmide vahel (sh teha eelarvevahendite osas ettepanekuid valitsusele).
- Kinnitada programmide tegevuskavad ning tegevus- ja tulemusaruanded.
- Otsustada vajadusel muudatused RTA prioriteetsetes suundades (sh edastada kinnitamiseks valitsusele).
- Vastavalt vajadusele moodustada tähtjalisi (kuni 2-aastaseid) rakkerühmasid RTA eesmärkide saavutamiseks strateegiliselt oluliste võtmeprobleemidele lahendusettepanekute välja töötamiseks.

## 5. Riiklike tervisestrateegiate rahvusvaheline võrdlus

Jägnevalt on esitatud mõned näited riikidest, kus on kasutusel tervisevaldkonna katusstrateegiad.

### 5.1. Läti rahvatervise strateegia aastateks 2011–2017

Läti rahvatervise strateegia aastateks 2011–2017 näol on tegemist strateegilise planeerimise dokumendiga, mis on koostatud eesmärgiga jätkata rahvatervise poliitikate rakendamist, millega alustati Rahvatervise strateegias ja tegevusplaanis 2004–2010. Varasemas tegevusplaanis oli eesmärk hoida, parandada ja taastada Läti elanike tervislikku seisundit strateegia seitsme aasta jooksul. Strateegiat ja tegevuskava seirati regulaarselt ning avaldati temaatilisi raporteid, mis olid aluseks uue, 2011–2017 aasta strateegia loomiseks.

Läti rahvatervise strateegia 2011–2017 (edaspidi strateegia) aluspõhimõtted on järgmised:

1. **Inimesekeskne rahvatervishoid** – rahvatervise seadus rakendatakse selliselt, et fookusesse seatakse üksikisik nii ennetuses, diagnostikas, ravis kui taastusravis ning tagatakse inimese kohta kõikehõlmav informatsioon.
2. **Inimõigused** – igal inimesel on õigus parimale füüsilisele ja psühhosotsiaalsele tervisele.
3. **Tõhus poliitika ja hea valitsemine** – tervisepoliitika peab olema rajatud tõenduspõhisele teadmisele – teaduslikult tõestatud ja kuluefektiivne. Järjepidevus, koordineeritus ja uuendused on tagatud nii poliitika kujundamisel kui rakendamisel.
4. **Osalemine** – rahvatervise strateegia planeerimisse, kujundamisse ning hindamisse on kaasatud nii ühiskond, avalikud haldusega seotud institutsioonid, kohalikud omavalitsused, valitsusvälised asutused, eraettevõtlaste esindajad, välisriikide asutused. Ühise osalemise kaudu pakutakse kõigile Läti kodanikele võimalust mõista nende enda tervisepotentsiaali ja suurendada üksikisiku vastutust ise oma tervise eest hoolitsemiseks.
5. **Solidaarsus** – kõik Läti elanikud on kohustatud panustama tervisesüsteemi toimimisse maksude, tasude ja muude maksete kaudu, mis on seadusega kehtestatud.
6. **Tervis kõigis poliitikates** – teised sektorid, asutused ja organisatsioonid peaksid olema kaasatud ning kaasvastutavad inimeste tervise säilitamise ja parandamise eest. Seega on oluline tagada intersektoraalne strateegia, mis hõlmab erinevaid tervisemõjureid (füüsilised, emotsionaalsed, majanduslikud, sotsiaalsed, kultuurilised jt)
7. **Võrdsed õigused ja võimalused kõigile** – igaühel on võrdne võimalus saada vajalikke tervisedenduse- ja tervishoiuteenuseid arvestades riigi seadusi ning inim-, tehnilist- ja rahalist ressursi.

Läti rahvatervise poliitika **eesmärk** on pikendada Läti rahvastiku tervena elatud eluaastaid ja ennetada enneaegseid surmasid ning säilitada, parandada ja taastada inimeste tervist.

#### Eesmärgid aastaks 2017:

- Pikendada kahe aasta võrra tervena elatud eluaastaid (meeste puhul 52,6-lt 2009. aastal 54,7-ni 2017. aastal; naiste puhul 55,8-lt 2009. aastal 57,8-ni 2017. aastal)

- Vähendada potentsiaalseid kaotatud eluaastaid 20% võrra (meeste puhul 85 338 kaotatud eluaastast 2009. aastal 68 270 eluaastani 2017. aastal; naiste puhul 35 793 kaotatud eluaastast 2009. aastal 28 634 eluaastani 2017. aastal)

#### **Rahvatervise strateegia üldeesmärgi saavutamiseks on seatud järgmised eesmärgid:**

- Kaotada ebaõiglus tervisevaldkonnas. Selle jaoks tuleb rakendada meetmed, mille abil tagada võrdsed võimalused tervises kõigile Läti elanikele.
- Vähendada haigestumist ja suremust mittenakkushaigustesse ning vähendada riskitegurite negatiivset mõju tervisele.
- Parandada ema ja lapse tervist ning vähendada imikusuremust.
- Toetada tervislikku ja turvalist elu- ja töökeskkonda ning vähendada traumade ja surmade arvu, mis on tingitud välistest põhjustest.
- Vähendada nakkushaigustesse haigestumist.
- Tagada tervishoiusüsteemi tõhus juhtimine ning ressursside kasutamine. Tagada tulude optimeerimine ja jätkusuutlik tervishoiusüsteem ning kindlustada Läti elanikele võrdne ligipääs tervishoiuteenustele, mille eest tasutakse riigi vahenditest.

#### **Seatud eesmärkideni jõudmiseks tuleb tegeleda järgmiste arengutegevustega:**

- partnerluse ja sektoritevahelise koostöö arendamine ning võrdsete võimaluste edendamine tervises kõigile elanikele,
- vähendada mittenakkushaiguste riskitegureid,
- parandama nii last ootava ema kui lapse tervist,
- vähendada traumade ja keskkonnariskide mõju rahvatervisele,
- ennetama nakkushaigusi,
- arendama kõrgekvaliteedilist tervishoiusüsteemi ning kindlustama Läti elanikele võrdne ligipääs kõigile teenustele.

### *Õppetunnid Eesti jaoks*

Läti Rahvatervise strateegia on koostatud Eesti RTA eeskujul tervisepoliitikat suunava dokumendina, millel on sarnane väärtuste raamistik ning struktuur ning üldised indikaatorid. Läti strateegiale ei ole koostatud ühte üldist rakenduskava, vaid seda viiakse ellu erinevate programmide kaudu. Läti strateegia peamiseks „omanikuks“ on tervishoiu sektor ning intervjueritud eksperdi sõnul on rahvatervise huvid strateegias vähem esindatud. Sarnaselt Eestile, võib Läti strateegia nõrkusena välja tuua, et strateegial pole kindlat juhtfiguuri ning see ei ole üldelanikkonna või asjasse otseselt mittepuutuvate seas laiemalt tuntud dokument.

Strateegia koostajate eesmärk oli viia tervis kõigis poliitikates põhimõtteid ellu läbi maavalitsuste, kuid see sõltub poliitilisest tahtest nii riigi kui kohalikul tasandil. Sarnaselt Eestiga ei toonud Läti rahvatervise strateegia valdkonda otseselt raha juurde, kuid selle kaudu juhitakse näiteks Euroopa Liidu fondide rahastuse kasutamist kohalikul tasandil.

Käesoleva uuringu raames intervjueritud Läti eksperdi sõnul ei saa rahul olla Läti strateegias seatud madalama taseme indikaatorite valikuga – kergesti kättesaadavad, kuid ei kannu olulist informatsiooni

ning ei too välja puuduseid süsteemis. Eksperti sõnul oleks vaja välja töötada detailsemad mõõdikud, mis tugineksid andmetel, mida Läti ravikindlustussüsteemi kaudu juba enam kui kümme aastat kogutakse ning mida saaks oluliselt paremini ära kasutada tervisepoliitika juhtimises. Samas toob ta välja poliitilisel tasandi madala huvi tervisesektori indikaatorite osas.

Läti ekspert viitab ohule, et teised sektorid ei suutu tervisepoliitikasse tõsiselt kui rahvatervis on selles käsitletud tervishoiusüsteemi ripatsina. Selles mõttes on Eesti RTA olnud õigel teel, kuna on oma olemuselt rahvatervise keskne ning tervishoidu nähti visioonidokumendis just tervist toetava, aga mitte tervist tootva sektorina.



## 5.2. Inglismaa rahvatervise tulemite raamistik 2013–2016

Rahvatervise tulemite raamistik on osa muutustest, mida soovitakse Inglismaa uues ja reformitud rahvatervise süsteemis saavutada. Inglismaa rahvatervise süsteemi kujundatakse ümber selliselt, et fookus oleks positiivsete tervisetulemite saavutamisel elanikkonna seas ning ebavõrdsuse vähendamisel tervises.

Rahvatervise tulemite raamistik hõlmab nii kohalikku kui riiklikku tasandit ning on suunatud inimeste tervise parandamisele ja kaitsele terve elukaare vältel vähendades ebavõrdsust tervises. Raamistik keskendub kahele olulisemale tulemile, mida soovitakse saavutada nii tervisesüsteemi sees kui sellest väljaspool:

- tervelt elatud eeldatava eluea pikenemine;
- eeldatava eluea ja tervena elatud eeldatava eluea erinevuste vähendamine kogukondade vahel.

Raamistikus püütakse kasutada võimalikult usaldusväärset informatsiooni, saamaks aru tervise ebavõrdsuse olemusest nii valdkonna sees kui väljas.

Välja on töötatud valik rahvatervise indikaatoreid, mis aitavad hinnata, kuidas on aasta-aastalt areng toimunud nii riiklikul kui kohalikul tasandil neis valdkondades, mis on rahvatervises kõige olulisemad ja mis aitavad eelmainitud tulemeid saavutada. Indikaatorid on jagatud nelja tegevusvaldkonda:

- Tervisemõjurid laiemalt
- Tervise parandamine
- Tervise kaitse
- Tervishoid ning enneaegse suremuse ennetamine

Valitud on indikaatorid, mis kataks terve rahvatervise spektri. Valikul oli oluline, et indikaatorid oleks realistlikult mõõdetavad. Indikaatorid on grupeeritud nelja peamisse domeeni selle järgi kuidas nad kõige enam inimest mõjutavad läbi elukaare (tabel 5). Raamistik on elav dokument, kus indikaatoreid jälgitakse iga-aastaselt ja vajadusel täiendatakse.

Raamistiku kaudu on määratletud kohaliku tasandi, Riikliku Tervisteenistuse (NHS) ja Riikliku Rahvatervise agentuuri (Public Health England) vastavad rollid, vastutused ja ressursid. Kohalikul tasandil on rahvatervise teenuste korraldamiseks ja hankimiseks ette nähtud märgistatud eelarvevahendid, mis tagab selle, et inimeste tervis ja heaolu on kindlalt esile tõstetud. Kohalikul tasandil on loodud rahvatervise direktori ametikoht (*Director of Public Health*), kelle ülesanne on kohaliku omavalitsuse juhtide nõustamine tervise ja heaolu küsimustes.

### Õppetunnid Eesti jaoks

Inglismaa strateegilisest raamistikust võiks eeskujuks võtta järgmisi üldisi aspekte:

- tervisetulemite saavutamine on seotud ebavõrdsuse vähendamisega tervises,
- määratletud rollid riiklikul ja kohalikul tasandil,
- rahvatervises seatud sihtide saavutamiseks märgistatud rahade olemasolu kohalikul tasandil,
- kindel vastutus ja juhtimine kohalikul tasandil,
- sihistatud kommunikatsioon ning spetsiaalse terviseportaali loomine kohalikul tasandil.

TABEL 5. INGLISMAA RAHVATERVISE TULEMITE RAAMISTIK

<b>Rahvatervise tulemite raamistik</b>			
<b>Tulemid</b>			
Visioon: Parandada ja kaitsta rahvastiku tervist ja heaolu. Kõige kiiremini peab parandama vaesemate elanike tervist.			
<b>Tulem 1: Tervena elatud eeldatav eluiga on pikenenud</b>			
Arvesse võetakse nii tervise kvaliteeti kui eluea pikkust			
(Kommentaar: meetmes kasutatakse eneseraporteeritud hinnangut oma tervisele, mis on kohandatud eeldatavale elueale)			
<b>Tulem 2: Kogukondade vahel on vähenenud ebavõrdsus eeldatavas elueas ning tervena elatud eeldatavas elueas</b>			
Suurimad muutused peaks toimuma ebasoodsas olukorras olevates kogukondades			
(Kommentaar: need kaks meetet töötaks paketinga, mis hõlmab nii haigestumist kui suremust käsitledes nii piirkonna sees olevatele kui piirkondade vahel olevatele erinevustele)			
<b>Tegevusvaldkonnad</b>			
↑	↑	↑	↑
<b>Tegevusvaldkond 1</b>	<b>Tegevusvaldkond 2</b>	<b>Tegevusvaldkond 3</b>	<b>Tegevusvaldkond 4</b>
Hõlmata laiemal määral tervist mõjutavaid tegureid	Tervise parandamine	Tervise kaitse	Tervishoid, sh ennetada varast suremust
<b>Eesmärk:</b> Laiendada tegevust rohkemate tegurite suunas, mis mõjutavad meie tervist ja heaolu ning tervise ebavõrdsust	<b>Eesmärk:</b> Inimesi on aidatud elama tervislikumalt ning tegema tervislikumaid valikuid ja vähendada ebavõrdsust tervises	<b>Eesmärk:</b> Rahvastiku tervis on kaitstud suurte haigestumiste ning teiste ohtude eest, samal ajal vähendades tervise ebavõrdsust	<b>Eesmärk:</b> Vähem inimesi elab ennetatavate terviseseisunditega ja vähem sureb enneaegselt, samal ajal vähendades lõhet kogukondade vahel
Indikaatorid } Indikaatorid } Indikaatorid } Terve elukaare jooksul	Indikaatorid } Indikaatorid } Indikaatorid } Terve elukaare jooksul	Indikaatorid } Indikaatorid } Indikaatorid } Terve elukaare jooksul	Indikaatorid } Indikaatorid } Indikaatorid } Terve elukaare jooksul

### 5.3. Soome KASTE programm 2012–2015

Soome valitsus rakendab Riiklikku sotsiaal- ja tervishoiuteenuste arengukava Kaste iga nelja aasta tagant. Kaste programm määratleb sotsiaal- ja tervisesektori reformi eesmärgid ning tegevussuunad eesmärkide saavutamiseks. Lisaks määratleb programm suuremad seadusandlikud projektid, programmid, soovitused ja järelevalve prioriteedid, mille abil eesmärkide saavutamist toetatakse. Kaste programm keskendub reformi vajadustele, mille on tõstatanud elanikud ning suurimad sidusrühmad sotsiaalvaldkonnas ja tervishoius.

Kaste programmi ettevalmistamise ja rakendamise eest vastutavad sotsiaalhoolekande ja tervishoiu komitee ning selle alla kuuluv juhtrühm ja lisaks viis piirkondlikku juhtrühma.

Kaste programmi sihid on:

1. Ebavõrdsus heaolus ning tervises on vähenenud:
  - Riskigruppide võimalused kaasamiseks, heaoluks ning terviseks on paranenud
  - Ennetus ja varajane toetus on efektiivsed
  - Isikutevaheline ning koduvägivald on vähenenud
2. Sotsiaalse heaolu ja tervishoiu struktuur ning teenused on organiseeritud kliendipõhiselt ning majanduslikult jätkusuutlikul viisil:
  - Kliendid toetuvad teenuse kvaliteedile ning tõhususele
  - Hästi toimivad teenused ning kvalifitseeritud ja rahulolev personal tagatakse juhtimise abil
  - Teenused on majanduslikult jätkusuutlikud ning hästi toimivad

Fookus on nihkunud probleemide ravilt füüsilise, vaimse ja sotsiaalse heaolu edendamisele ning kogu rahvastik probleemide ennetamisele.

Kaste programm sisaldab kuut alaprogrammi ning seadusandlikku reformi ja nendega seotud soovitusi. Alaprogrammid on järgmised:

- I. Riskirühmade kaasamise, heaolu ja tervisevaldkonna võimaluste parandamine
- II. Lastele, noortele inimestele ja lastega peredele mõeldud teenuste reformimine
- III. Eakatele inimestele mõeldud teenuste struktuuri ja sisu reformimine
- IV. Teenuse struktuuri ja põhiteenuste reformimine
- V. Informatsioon ja infosüsteemide kohandamine selliselt, et need toetaks klienti ja spetsialisti
- VI. Teenuste struktuuri ja heaolu ümberkorraldamise toetamine töökohtadel juhtimise abiga

Kaste programmi eesmärkide saavutamist ja rakendamist toetavad valitsuse rahastatavad sotsiaal- ja tervishoiu arendusprogrammid. Iga aasta jagatakse Kaste programmi jaoks 17,5 miljonit eurot, mis teeb kokku umbes 70 miljonit eurot aastatel 2012–2015.

Sotsiaal- ja tervishoiuministerium koordineerib koos erinevate rahastajatega teiste sotsiaal- ja tervishoiu projektide rahastamist, mis on suunatud kohalikele omavalitsustele, omavalitsuste ühiste ametiasutustele, mittetulundusühingutele ning ettevõtetele. Lisaks projekti rahastusele, kasutavad osapooled oma ressursse vastavalt programmis sätestatule.

Kaste programmi olulisel kohal on koostöö – programmi eesmärgid saavutatakse koostöös kohalike omavalitsuste, omavalitsuste ühiste asutuste, valitsuse eri valdkondade, mittetulundusühingute, valdade,

ettevõtete, haridusasutuste ja riiklike ning piirkondlike teadus- ja arenduskeskustega. Sotsiaal- ja tervishoiuministerium on vastutav programmi strateegilise juhtumise eest ning seadusloome ja programmi rakendamise eest. Programmi rakendamist ja eesmärkide täitmist jälgitakse ja hinnatakse regulaarselt. Teavet programmi kohta, selle progressi ning tulemeid tutvustatakse aktiivse infojagamise teel spetsialistidele, otsustajatele ning kodanikele.

### *Õppetunnid Eesti jaoks*

Soome KASTE programm ei ole haiguspõhine ja tulemeid ei mõõdetata suremuse ja haigestumise kaudu, vaid fookus on nihkunud probleemide ravilt füüsilise, vaimse ja sotsiaalse heaolu edendamisele ning probleemide ennetamisele elanikkonna seas laiemalt. Programmi sihiks on ebavõrdsuse vähendamine.

Eeskujuna võib välja tuua selle, et programm mitte ei koondanud juba olemasolevaid tegevusi, vaid seadis uued sihid teenuste ja struktuuride arendamiseks selle jaoks spetsiaalselt valitsuse poolt eraldatud eelarvega.

Eeskujuks Eestile võiks tuua reaalselt toimiva koostöö kohalike omavalitsuste, omavalitsuste ühiste asutuste, valitsuse eri valdkondade, mittetulundusühingute, valdade, ettevõtete, haridusasutuste ja riiklike ning piirkondlike teadus- ja arenduskeskustega programmi eesmärkide saavutamiseks.

## 5.4. Austraalia terviseindikaatorid

Tervishoiu tulemuslikkuse mõõtmine on oluline osa parandamaks Austraalia valitsuse ja teiste asutuste pakutavaid teenuseid. Mõõdetavad näitajad peegeldavad seda, mis on valitsusele, teenuseosutajatele ja teenuse rahastajatele (ka maksumaksjatele) ning tervishoiuteenuste tarbijatele ja sidusühmadele oluline.

Austraalias toimub erinevate tervisenäitajate mõõdetud tulemuslikkuse aruandlus riiklikult kokkulepitud korra alusel:

- Osariikide ja piirkondade tervisenäitajate kohta raporteerivad osariikide või piirkondade valitsused.
- Andmeid esitavad eraasutused, nagu erahaiglad ja akrediteeritud tervise teenusepakkujad.
- Rahvusvaheline raporteerimine, näiteks Majanduskoostöö ja arengu organisatsioon.
- Austraalia statistikaamet raporteerib tervise seotud riiklike näitajate kohta.

Tervisenäitajate tulemuslikkuse aruandluse riiklikult kokkulepitud kord sisaldab Riiklikku tervishoiu kokkulepet (*National Healthcare Agreement*), Riiklikku partnerluse kokkulepet (*National Partnership Agreements*), Ülevaadet valitsuse teenuste pakkumisest (*the Review of Government Service Provision*), Riiklikku tervisenäitajate raamistikku (The National Health Performance Framework).

**Riiklik tervisenäitajate raamistik** pakub võimaluse hinnata austraallaste tervist ja Austraalia tervisesüsteemi ning annab nendest ülevaate. Raamistik sisaldab 14 tervisetasandit, mis on grupeeritud kolme domeeni alla: tervisestaatus, tervisemõjurid ja tervisesüsteemi toimimine (vt tabel 6). Raamistikus on 40 indikaatorit. Indikaatorite valikul oli määrav, et nad peegeldaks raamistiku ulatust, et neid oleks kulutõhususe vaates praktiline rakendada, et nad oleks ajatud ja nende kohta oleks kvaliteetsed andmed kättesaadavad.

TABEL 6. AUSTRALIA RIIKLIK TERVISETULEMITE RAAMISTIK

Tervisestaatus			
Kui terved on austraallased? Kus on parimad võimalused arenguks?		Kas see on kõigi puhul sarnane?	
Terviseolukord	Funktsionaalsus	Heaolu	Surmad
Haiguste, häirete, vigastuste, traumade või teste tervise seotud seisundite levimus.	Kehalise võimekuse halvenemine, tegevuste ja osalemisvõime piiratus.	Indiviidi füüsilise, vaimse ja sotsiaalse heaolu mõõdikud.	Suremusemäärad ja oodatava eluea mõõdikud.
Tervisemõjurid			
Kas tervist paremuse suunas mõjutavad tegurid muutuvad paremaks? Kus ja kelle jaoks need tegurid muutuvad? Kas see on kõigi puhul sarnane?			
Keskkondlikud tegurid	Kogukonna ja sotsiaalmajanduslikud tegurid	Tervisekäitumine	Biomeditsiinilised tegurid
Füüsiliste, keemiliste ja bioloogiliste tegurite, nagu õhu, vee ja pinnase kvaliteet.	Kogukonna tegurid nagu sotsiaalne kapital, tugiteenuste olemasolu. Sotsiaalmajanduslikud tegurid nagu eluasemed, haridus, tööstaatus ja sissetulek.	Hoiakud, uskumused, teadmised ja käitumine nagu toitumisharjumused, kehaline aktiivsus, suitsetamine ja alkoholtarvitamine.	Geneetikaga seotud haigustele vastuvõtlikkus ning tegurid nagu vererõhk, kolesteroolitase ja kehakaal.

<b>Tervisesüsteemi toimimine</b>		
Kuidas tervisesüsteem toimib? Mis tasemel on ravikvaliteet kõiki patsiendi ravivajadusi arvestades? Kas see on kõigi puhul sarnane? Kas inimesed saavad makstud rahale vastavat teenust ja kas see on jätkusuutlik?		
<b>Tõhusus</b>	<b>Ravi järjepidevus</b>	<b>Ohutus</b>
Ravi, sekkumine või osutatud tegevus on vastav kliendi vajadustele ning põhineb loodud standarditel. Ravi, sekkumine ja osutatud tegevus saavutab oodatud tulemuse.	Võime pakkuda igal ajal katkematu ja koordineeritud ravi või teenust programmi, osalejate, organisatsioonide ja eri tasemete lõikes.	Vältida või vähendada aktsepteeritud määrani tegelikke või võimalikke ohte, mis tulenevad tervishoiukorraldusest või tervishoiuteenuste osutamise keskkonnast.
<b>Kättesaadavus</b>	<b>Vajadustele vastavus</b>	<b>Tõhusus ja jätkusuutlikkus</b>
Inimesed saavad tervishoiuteenust õiges kohas ja õigel ajal olenemata nende sissetulekust, füüsilisest asukohast või kultuuritaustast.	Teenust on kliendile orienteeritud. Kliendi koheldakse väärilt ja konfidentsiaalselt ning inimesi julgustatakse osalema nende ravi puudutavates otsustes.	Soovitud tulemusi saavutatakse ressursse kõige kuluefektiivsemal moel kasutades. Süsteemi võimekus säilitada tööjõudu ja infrastruktuuri ning tegeleda uuendustegevustega ja vastata tekkivatele vajadustele.

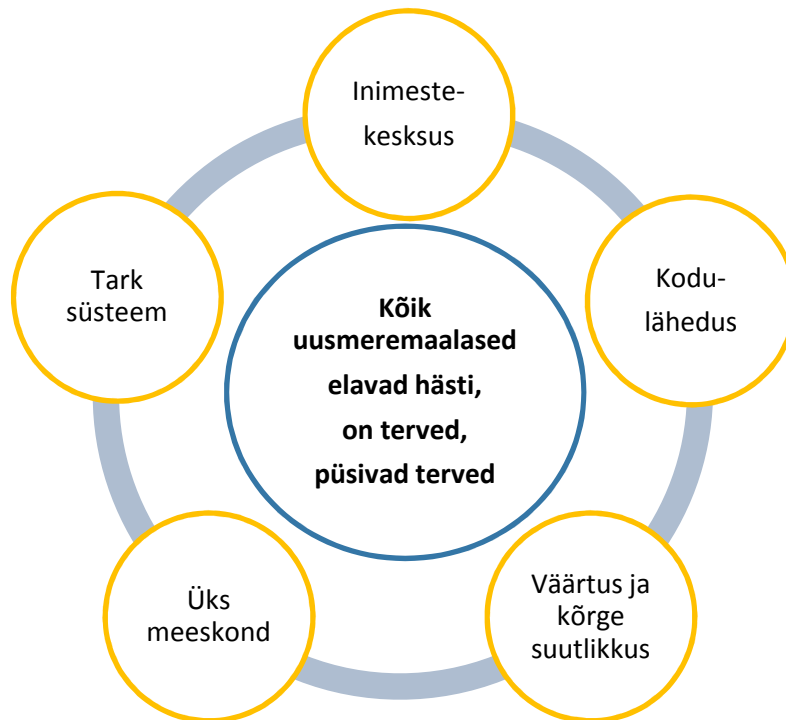
### Õppetunnid Eesti jaoks

Austraalia terviseindikaatorite süsteem oleks põhimõtteliselt kohandatav Eestile, kuna olemuselt sobitub see RTA struktuuriga. Erinevad tervisetasandid on indikaatorite saamistikus grupeeritud kolme domeeni alla: terviseseisund, tervisemõjurid ja tervisesüsteemi toimimine. Raamistikus on indikaatorid valitud selliselt, et nad peegeldaks raamistiku kogu ulatust, et neid oleks kulutõhususe vaates praktiline rakendada, ning et nad oleks ajatud ja nende kohta oleks kvaliteetsed andmed kättesaadavad.

## 5.5. Uus-Meremaa tervisestrateegia

Lisaks toome näite Uus-Meremaa tervisestrateegiast 2016–2020, mille eesmärk on juhtida muutusi tervise valdkonnas. Strateegia tegevuskava kirjeldab 27 tegevusvaldkonda viieks strateegia aastaks. Kõik tegevuskava valdkonnad ei ole uued, suurem osa neid on juba kasutusel varasemates programmides.

Alloleval joonisel on kujutatud viis strateegilist valdkonda.



JOONIS 69. UUS-MEREMAA TERVISESTRATEEGIA VIIS STRATEEGILIST VALDKONDA

Strateegia sisaldab kaheksat põhimõtet, mis kajastavad uusmeremaalaste väärtusi ja ootusi süsteemile. Neist kokkulepitud põhimõtetest juhindutakse otsuste tegemisel, näiteks teenuste ümberkorraldamisel.

Strateegia põhimõtted:

- Parim võimalik tervis ja heaolu uusmeremaalastele nende elukaare jooksul
- Ebasoodsas olukorras olevate inimeste tervise paranemine
- Koostööl põhinev tervisedendus, taastusravi ning haiguste ja vigastuste ennetus kõigis sektorites
- Kõigile uusmeremaalastele õigeaegne ja võrdne juurdepääs laias ulatuses tervise ja erivajadustega seotud teenustele hoolimata maksevõimest
- Hästi toimiv süsteem, millesse inimesed usuvad
- Aktiivne partnerlus inimeste ja kogukondade vahel kõigil tasanditel
- Mõelda kaugemale tervise kitsastest definitsioonidest ning teha heaolu saavutamiseks koostööd teistega

Tabelis 7 on esitatud Uus-Meremaa tervisestrateegia tegevusvaldkonnad.

TABEL 7. UUS-MEREMAA TERVISESTRATEEGIA TEGEVUSVALDKONNAD

<b>Inimestekeskus</b>	1. Informeerida inimesi rahvatervisest ja personaalsetest tervishoiuteenustest, et nad saaksid olla nn tervisetargad ( <i>health smart</i> ) ja omada suuremat kontrolli enda tervise ja heaolu üle
	2. Teha tervishoiusüsteem inimestele vajadustele vastavaks
	3. Võtta arvesse tarbija häält. Küsida avalikkuselt neile oluliste teenuste kohta ja anda tagasisidet oluliste tervisestrateegia arengute kohta. Tegeleda tõstatatud probleemidega kohalikul või regionaalsel tasandil. Suurendada sihtrühmade osalust
	4. Edendada inimeste juhitud teenusedisaini, kogudes selleks häid näiteid disainilaboritest ja praktikute käest. Keskenduda eelkõige nendele teenusedisainidele, mis suudavad tulemuslikult jõuda suurima vajadusega rahvastikuni
	5. Ehitada, ühtlustada, teha selgemaks ja lihtsamaks mitmed sotsiaalsfääri panustavad programmid valitud suure vajadusega kogukondades
<b>Kodulähedus</b>	6. Kindlustada, et õigeid teenuseid pakutaks õiges piirkonnas võrdselt kättesaadavalt ja kliiniliselt ning finantsiliselt jätkusuutlikult
	7. Võimaldada kõigil tervisesüsteemis töötavatel inimestel panustada oma töösse parimal moel, pakkudes õiget ravi võimalikult varakult, kasutades täiel määral oma oskusi ja omandatud teadmisi
	8. Suurendada jõupingutusi ennetamises, varase sekkumises, taastusravis ning pikaajsete haigustega (nagu diabeet ja SVH) inimeste heaolus. See hõlmab ka tegelemist peamiste riskiteguritega (nagu ülekaal) ning sekkumist inimese elukaare õigetel hetkedel
	9. Teha koostööd valitsusasutustes, kasutades selleks sotsiaalse investeeingu lähenemist. Koostöö eesmärk on parandada inimeste tervisenäitajaid, võrdust tervises ja eelkõige riskis olevate laste, noorte inimeste ja perekondade sotsiaalseid näitajaid
	10. Kaasata tervise- ja sotsiaalteenused, et töötada välja suurte ja keerukatega vajadustega vanematele inimestele mõeldud jagatud hooldusteenused ( <i>shared care</i> ). Teenusevajajad võivad vajada toetust nii kodus kui hooldekodus
	11. Toetada arste ja inimesi arendades raviplaanide ja direktiivide. Selle tarvis peaks edasi arendama olemasolevaid riiklikke ja rahvusvahelisi ressursse ja kontakte
	12. Vaadata üle täiskasvanute palliatiivse ravi teenus, kindlustamaks, et kõigil, kes peaksid palliatiivset ravi saama, oleks ligipääs kõrgetasemelisele ravile, olgu nad siis kodus, haiglas või vanadekodus
	13. Võimaldada inimeste osalemist väärtuste otsingul, arendades teenusekasutaja kogemuste mõõdikuid ja parandades teenustele tagasiside andmist
<b>Väärtus ja kõrge suutlikkus. Üks meeskond</b>	14. Arendada välja ja rakendada tervisetulemite seiramise raamistik, mis kajastaks paremini suhteid inimeste vahel, nende vajadusi ja teenusekasutamise tulemusi
	15. Arendada välja tulemuslikkuse juhtimise ( <i>performance management</i> ) lähenemisviis koos igal tasandil tehtava aruandlusega, et kogu süsteem oleks avalikult läbipaistev
	16. Säilitada strateegias seatud suundasid seire ja hindamise abil. Läbi vaadata ja uuendada tegevuskava tegevusi iga aasta. Moodustada Strateegi juhtgrupp, kes aitaks nõustada strateegia progressi, rakendamise ja viimistlemise osas
	17. Ühtlustada rahastamist kogu süsteemis, et saada investeeingust parim väärtus. Uurida võimalusi, kas saaks parandada abivajajate terviseteeenuste ligipääsu rahalise toetuse abil. Suurte investeeingute korras teha koostööd Tervishoiu- ja rahandusministeeriumi ning piirkondlike tervisenõukogudega
	18. Jätka sotsiaalse investeeingu lähenemise kohaldamist koostöös piirkondlike tervisenõukogudega. Kaaluda selle lähenemise kasutamist, et parandada kõrge vajadusega ja prioriteetse elanikkonna näitajaid ning võrdsust. Samal ajal peaks süsteemi arendama ning paremaid tavasid levitama
	19. Pidevalt parandada süsteemi kvaliteeti ja ohutust
	20. Parandada juhtimise ja otsuste tegemise protsesse kogu süsteemis. Selle eesmärk on parandada üldisi tulemeid, keskendudes võimekusele, innovatsioonile ja parimatele



	tavadele
	21. Tervishoiuministeerium teeb koostööd programmi juhtidega, et saavutada sidus süsteem. Koostöö seisneb rollide, kohustuste ja vastutuse väljaselgitamises kogu süsteemi ulatuses. Neid tegevusi tehakse osana Strateegia planeerimisel ja rakendamisel
	22. Luua „ühe meeskonna“ lähenemine Uus-Meremaa tervisesüsteemi. See tähendab ühtset meeskonda, kuhu kuuluvad tervisetöötajad, hooldaja, vabatahtlikud, teenuste ja toodete pakkujad, teadlased ning lähedate erialade, majutuse pakkujate, tervisesüsteemi ja tööturuga tegelejad. Ühtse meeskonna lähenemise toetamiseks peab Tervishoiuministeerium korraldama iga-aastaseid foorumeid, kus kogu süsteemis töötavad inimesed saavad jagada parimaid praktikaid ja aidata luua usaldust ning partnerlust süsteemis
	23. Panna paika süsteemi juhtimine ning juhtimise programm, et suurendada võimekust, mitmekesisust ja järjepidevat planeerimist kogu sektoris
	24. Panna paika algatused tööjõu arendamiseks, et suurendada võimekust, mitmekesisust ja järjepidevat planeerimist ning tugevdada tööjõu paindlikkust
<b>Tark süsteem</b>	25. Suurendada Uus-Meremaa riiklike andmete kvaliteeti ja analüütilist võimekust, et teha süsteem läbipaistvamaks ning informatsioon kättesaadavamaks, mille abil on võimalik teenuseid tõhusalt disainida ja pakkuja
	26. Tervishoiuministeerium loob riikliku digitaalse terviseloo, millele pääseb ligi sertifitseeritud süsteemide, nagu patsiendiportaali, tervishoiutöötajate portaali ning teatud mobiilsedrakendused.
	27. Arendada võimekus tõhusalt identifitseerida, arendada, prioritseerida, reguleerida ja tutvustada teadmisi ja tehnoloogiaid. See tegevusvaldkond püüab parandada tervisesüsteemi teenuste efektiivsust, vähendada kulusid, tõhustada tervise teenuste kasutavate inimeste seotust süsteemiga, edendada tervislikku käitumist, enesetõhusust ning abistada inimeste-juhitud disaini kasutamist. Eelnev eeldab uute tervisetehnoloogiate kasutamist, tervise teenuste disaini ning informatsioonitehnoloogiaid.

### Õppetunnid Eesti jaoks

Eeskujuks soovib uurimismeeskond Uus-Meremaa strateegia seada oma innovatiivse ülesehituse tõttu ning ka seeõttu, et strateegias kokkulepitud väärtuspõhimõtetest juhendatakse otsuste tegemisel ning programmide ja teenuste arendamisel.

Kui RTA visioonidokument defineeris samuti väärtuste kogumiku ja põhimõtted, siis tervise poliitiliste otsuste langetamisel, tegevuste planeerimisel ja teenuste ümberkorraldamisel nendega ei ole arvestatud.

## Summary

### *Introduction*

National Health Plan 2009-2020 (hereinafter referred to as NHP) is the first broad health development plan in Estonia. It sets out the strategic objectives and actions to guide decision making in health policy. Previously, strategic documents were prepared for disease groups, health system areas or priorities, but NHP integrated these various documents into a comprehensive national health development plan.

The aim of the evaluation was to answer the following questions:

1. How reasonable and realistic were the NHP objectives and to what extent the objectives were met?
2. How objective and measurable were the NHP indicators and how realistic the targets? To what extent were the indicators achieved?
3. To what extent the planned measures and implemented activities helped to achieve the NHP objectives? If the NHP objectives were not met, what were the possible causes?
4. What changes in the NHP objectives, indicators and activities are needed to achieve the objectives in the future?

In order to answer these evaluation questions, the following research methods were used: (a) documentation analysis; (b) data analysis; (c) in-depth expert interviews; (d) group discussion with experts; (e) quality control of the evaluation report by experts and the procurer.

Evaluation results are reported by 11 focus areas: (1) air quality; (2) ambulance care; (3) cancer; (4) cardiovascular diseases; (5) diabetes; (6) food-borne infections; (7) health care; (8) health workers; (9) HIV; (10) immunisation; and (11) mental health. Additionally, a summary report was compiled. Main conclusions and suggestions for [name of focus area/evaluation summary] are following.

### *Evaluation results*

#### *Air quality*

NHP aims at increasing healthy life expectancy and improved air quality plays a role to achieve NHP objectives. After analysing the planned and implemented activities and relevant developments, it was concluded:

- There are no problems, priorities and objectives included in the NHP for air quality and prevention of respiratory diseases. Therefore, it was not possible to evaluate to what extent the implemented activities contributed to achieving objectives. Also, NHP activity and performance reports do not include all implemented activities to improve air quality and, thus, it was not possible to get an overview of all the activities during the evaluation.
- Planned and implemented activities have not been focused to the main factors that reduce air quality in Estonia – traffic, domestic heating and industry in Ida-Viru county.
- In general, air quality has improved in Estonia. The effect of industry has reduced, but the challenges caused by traffic and domestic heating with wood still need to be tackled.

- NHP and national environmental strategies have not been successful in reducing environment related health effects, because the incidence of diseases caused by the external environment has increased. The morbidity increase has been the largest for children and elderly who are more vulnerable to environmental health hazards.
- The incidence of asthma has increased in almost all age groups, but most for 5-9-year-old children. Incidence of childhood asthma is a major problem in Ida-Viru county.

Recommendations for better integration of air quality issues into NHP:

1. If the area of air quality will be addressed in NHP in the future as well, then the problems and priorities in the field should be clearly formulated. Thereupon, the basis for planning specific activities will be unambiguous and understandable.
  2. Subsequent plans for measures improving air quality should focus on the key risk factors: traffic, domestic heating, pollution from industry and heat producers in Ida-Viru county.
- Current approaches to assessing the health effects of air pollution include not only respiratory disease incidence, but analyse other health conditions, including cardiovascular diseases, as well. Expert working group should be formed to agree on the principles of adopting this wider approach in Estonia.
  - Indicator describing the average concentration of ultrafine particles (PM<sub>2.5</sub>) in the air of Estonian cities should be added as an air quality indicator. The increase in concentration of PM<sub>2.5</sub> causes larger health damages than PM<sub>10</sub> and should be monitored.
  - Attitude, behaviour and gaps in knowledge about reducing air pollution in households should be studied. Only then suitable awareness-raising activities can be planned.

### *HIV and AIDS*

After analysing the Estonian HIV and AIDS Strategy 2006-2015 (hereafter HIV strategy) and developments in the field, the following conclusions were reached:

- HIV strategy was successful - positive effects to a different extent have been achieved for almost all major HIV risk groups. HIV prevalence has declined, HIV testing activity has increased and more infected people in need of treatment have received it. Although the situation has significantly improved, the incidence of HIV in Estonia continues to be very high.
- HIV strategy enabled the initiation, development and continuation of many activities that have been successful in controlling the HIV epidemic. Unfortunately, the information about implemented measures in the last 10 years is highly fragmented, with varying quality and difficult to grasp. Thus, many good measures have been put to work, but information about it is not systematically collected and getting an overview for evaluation purposes, for example, proved difficult.
- In general, the Estonian HIV-related activities are in line with international recommendations. The biggest gaps appear in the volume of services, service coverage, quality and integration.
- Managerial capability problems were present while drafting the strategy and they still exist. Integration of HIV strategy into NHP has not solved the absence of central management in the area, inadequate funding of strategic activities and lack of cooperation between the various stakeholders.
- The health care system has still not fully recognised the challenges HIV entails. This impedes the development of integrated and high-quality services that are critical for controlling the HIV epidemic.

Recommendations for better integration of HIV issues into NHP:

- Too many HIV-infected persons remain undiagnosed in Estonia. Therefore, it is necessary to develop HIV testing measures that better target all major risk groups.
- ARV treatment discontinuation rates in Estonia are very high. Thorough analysis of the reasons for treatment discontinuation is needed, in order to implement measures for better patient adherence.
- Efforts to integrate services for HIV patients should be continued, in order to move towards the model of service provision where HIV-positive people can access different harm reduction, social and health services in one location.
- In addition to school children, more measures promoting safe sex should be focused on adults (30 years and older).
- The most important gaps in data that hinder the estimation of needs and planning of interventions should be mapped. Updated monitoring plan for filling the data gaps is also needed.
- The planning process would benefit from a smaller number of priorities. And in addition to priority areas, it is important to formulate the essential services (or activities) which are critical for controlling the HIV epidemic.

### *Diabetes*

NHP approaches chronic non-communicable diseases based on their risk factors, also addressing the key risk factors for diabetes. However, comprehensive understanding of needed interventions from disease prevention to lifelong treatment is absent.

Conclusions:

- There is no strategic view on the prevention and treatment of diabetes - diabetes is not addressed in any strategic document and no goals, indicators or measures has been set for diabetes in NHP.
- Since the data on diabetes incidence differs significantly between organisations and very few prevalence studies has been carried out, there is currently no knowledge about diabetes prevalence rates.
- Estonian Health Insurance Fund data demonstrates an increase in treatment cases related to diabetes in the past ten years. And based on the National Institute for Health Development calculations diabetes accounts for a considerable share of health loss.
- NHP addresses diabetes risk factors and measures to reduce their effect, but attention has not been paid to the diabetic patients' needs and health system's role in responding to these needs.
- Diabetes prevention programs have been initiated and implemented by patient organisations, whose activities have been largely ignored and not supported by the state.

Recommendations:

- Diabetes-specific goals, indicators and measures (differentiated between children and adults, and diabetes types 1 and 2) that cover the whole treatment pathway should be formulated in NHP.
- It is essential for informed decision-making to organise diabetes incidence data and start doing regular epidemiological surveys about diabetes.
- Recommended objective for diabetes-related policy measures is improved access to medical support services for diabetes patients (e.g. podiatry, consultations on nutrition and injecting, diabetes nurse services). This would mean increasing the number of service providers and improving regional coverage.

- Behavioural risk factors for type 2 diabetes (e.g. overweight) should be addressed separately from diabetes treatment in NHP – it is recommended not to link behavioural risk factors with specific diseases. Therefore, the approach to covering behavioural risk factors in NHP should remain as it currently is.

## *Cancer*

A comprehensive national cancer strategy was drafted for the years 2007-2015. In the period of 2009-2012 that overlapped with NHP implementation cancer strategy activities were financed and implemented. From 2013 the objectives and measures of the cancer strategy should have been integrated into the NHP, but this did not happen. Only selected prevention and screening activities were integrated into NHP, treatment-related measures and cancer-specific indicators were excluded. Therefore, there are no national level cancer prevention, diagnosis or treatment objectives or priorities since 2013.

Evaluation conclusions were the following:

- Cancer strategy set adequate objectives and indicators, but the targets for morbidity and mortality were overly ambitious - the epidemiological trends and demographic projections were not taken into account.
- Since 2013, there has been no strategic management of activities in the field of cancer and a national overview of planned and implemented activities is missing.
- The focus of NHP is on reducing risk behaviours and performing screenings, but the needs of cancer patients and the health system have not been covered.
- While both the cancer strategy and NHP included activities aimed at improving screening coverage, Estonian cancer screening coverages still remain below the European average.
- Survival of cancer patients has improved over the years, but still remains below the European average. The gap is notable particularly for cancers that are preventable or detectable in early stages.

The main recommendations are:

- Cancer patient pathway (from screening to palliative care) should be the basis for formulating objectives, indicators and measures for NHP. Mortality and morbidity objectives should aim at achieving downward trend in both mortality and morbidity for under-65-year-olds.
- The first priority should be increasing screening coverage, also including uninsured persons into screening programmes.
- The second priority should be improving the quality and access to palliative care, rehabilitation and follow-up care for all cancer patients.
- It is recommended linking the databases of cancer registry, death registry, cancer screening registry, Estonian Health Insurance Fund and e-health system. It would improve the quality and availability of epidemiological and treatment data, which in turn is essential to assess the developments in the area and understand shortcomings.
- The main behavioural risk factors (smoking, alcohol, etc.) of cancer should be addressed separately from cancer issues in NHP - it is recommended not to link behavioural risk factors with specific diseases. Therefore, the approach to covering behavioural risk factors in NHP should remain as it currently is.

### *Quality and availability of health care services*

Improvement of health care quality and access is an important objective in NHP. After the analysis of planned and implemented activities and developments in health care system, the evaluation concluded:

- Most health care system problems that are covered in NHP are associated with health care quality and access issues. The challenges that Estonian health care system faces are complex and long-term strategy is needed to cope with these. Unfortunately, the NHP contains only generally worded measures that attempt to cover the entire health care field, but do not set any priorities or suggest any solutions.
- The developmental objectives that are set for the health care system in respective NHP subsection are vague and declarative. Thus, it is difficult to objectively measure the achievement of objectives and to evaluate the extent to what a move towards the objective has taken place during the NHP implementation period.
- In Estonia, there is still no health care quality system that would regularly and systematically work on the development, measuring and analysis of care quality and quality indicators (performance, process and structural indicators). With health care quality system absent, any analysis of care quality is complicated. The few quality indicators in NHP do not enable evaluating health care quality.
- Main concerns about the availability of health care services are long waiting lists, geographic inequalities in availability, lack of available services for uninsured people, and weak integration of social and health care services.
- The definition of patient-centeredness and required changes in service design have not been agreed on.
- Primary care visits are poorly prepared for due to insufficient exchange of information between a specialty doctor and a family doctor.

The main recommendations for including health care quality and access issues in NHP:

3. NHP should define high-quality and available health care service and bring out problems with care quality and access that need to be solved in order to achieve NHP overall objective. Without articulating priority issues and specific measures, NHP cannot have strategic value in guiding long-term developments in Estonian health care.
4. A priority issue should be to create health care quality management framework, which will be the basis for improving the quality of health care services.
5. A definition of patient-centeredness should be agreed on. This could be used to develop a plan to improve service design, including the elements of e-health.
6. NHP should aim for well-prepared family doctor visits and plan for digital solutions that enable better information exchange between family doctors and specialty doctors.

### *Ambulance care*

An objective of NHP is to improve health care quality and access. Ambulance care contributes to achieving this objective. In the initial NHP (2008) ambulance care is covered briefly, no targets, indicators or measures were set. An updated NHP (2012) added an outcome indicator (average response time) and several measures, but performance targets for ambulance care were not formulated. Evaluation conclusion in the area of ambulance care:

- NHP does not include a description of problems in ambulance care and, thus, it is not clear what was the basis for planned activities and what were the issues that should have been solved with implementing the planned activities.
- NHP is very general and vague in formulating desired changes in ambulance care. Currently, it is not possible to objectively evaluate whether the quality and availability of ambulance services have improved during the implementation period of NHP.
- Several issues (personnel shortages, unsubstantiated emergency calls, etc) have been acute in ambulance care for years. During the implementation of NHP in 2009-2015 they have not been systematically addressed. This refers that NHP is weakly linked to development needs in ambulance care and has limited ability to strategically manage ambulance care.
- There have been several very positive developments (reforming service providers, launching e-ambulance, improved working conditions and equipment, stable funding, etc.) in ambulance care. But experts agree that none of this happened due to NHP, key decisions in ambulance care have been made outside the framework of NHP.
- Ambulance care service quality and emergency calls are not monitored and analysed on national level. Therefore, there is no comprehensive and data based overview of the ambulance care sector.
- Ambulance care provision is part of health care system. And as such, developments in other system areas (hospitals, primary care) have impact on ambulance care. Thus, it is important to take external impacts into account when planning activities or reforms in ambulance care.

The main recommendations in the field of ambulance care:

- NHP should be updated with the description of challenges in ambulance care that need to be tackled to achieve the overall objectives of NHP. Additionally, the goals for ambulance care should be clear, specific and measurable.
- Further work of e-ambulance should prioritise: (a) increasing the reliability of e-ambulance, (b) creating a tool for hospital feedback to ambulance crews, and (c) developing a functioning analysis module.
- National monitoring reports on ambulance care should be compiled to get a regular overview of quality indicators and service provision trends.
- Additional analysis should be performed about: (a) up-coding emergency calls, (b) reasonability of emergency calls and ambulance visits, (c) impact of service provider reform. Then the accuracy of expert opinions presented in this report can be assessed and important input for future ambulance care reforms collected.

### *Cardiovascular diseases*

Cardiovascular disease (CVD) prevention strategy (2005-2020) was aimed at achieving a lasting decline in the early morbidity and mortality of CVD in population. CVD strategy implementation ended prematurely in 2012 and its activities were partially integrated into NHP. NHP evaluation concluded: When analysing within the framework of the activities planned and executed, and the developments in the field of research team reached the following main conclusions:

- While CVD accounts for the biggest share of Estonia's disease burden and significantly affects the achievement of the overall objective of NHP, CVD prevention is not a priority area in NHP.

- Primary health care is not performing well enough on CVD prevention, treatment and monitoring, which leads to a large number of avoidable visits in specialty medical care and burdens the health care system. At the same time, the NHP does not include activities which are directed at health care system CVD goals.
- Planned activities for areas of physical activity and balanced diet are not in line with the best international knowledge. NHP action plan includes too many activities with lower importance (improving sports statistics, health checks for young athletes, etc.), which have a marginal impact on changing the population health behaviour. Green paper on nutrition and physical activity completed and this creates prerequisites for evidence-based policy-making in the future.
- Green papers on alcohol and tobacco were based on WHO recommendations. Compilation of these papers has been an important development because national principles for the prevention and reduction of alcohol and tobacco related social harm were finally agreed.
- The balance between "hard and soft" measures in alcohol policy has been found and the attention is directed at regulation, services and awareness increasing measures. At the same time, the WHO assesses the most important regulations affecting alcohol consumption in Estonia to still be too lenient.
- While early CVD mortality has decreased in Estonia, morbidity has not been reduced. During 2004-2014, the incidence of CVD has increased for both men and women under 65 years of age.
- Obesity problem has aggravated during the NHP implementation period, particularly among children. Consumption of alcohol and tobacco has decreased among adults and children, there has also been a significant increase in the share of people who live and work in tobacco-free environments.

The main recommendations:

- Measures for increased physical activity (including common priorities and policies) should be planned and implemented in co-operation between the Ministry of Culture and Ministry of Social Affairs.
- Awareness-increasing activities about the importance of balanced diet have been consistent and large-scale, but in the future more attention should be paid to regulatory and system-based measures, as recommended by the WHO.
- Policies drafted in the green papers on alcohol, tobacco, nutrition and physical activity should be integrated into NHP and efforts should be directed towards implementing the measures in the green papers during the next 5-10 years.
- It is recommended that CVD continues to be the highest priority area in NHP and to create an action plan for implementing CVD-related policies. The focus of the latter should be on improving the capability of health care system to cope with CVD. Behavioural risk factors should be addressed separately from CVD - it is recommended not to link behavioural risk factors only with specific diseases.
- One of the NHP aims should be the reduction of CVD incidence for under 65-year-olds, since it is critical in achieving the overall objective of NHP.

### *Health workers*

NHP states that a sufficient number of dedicated and professional health workers with self-management skills who are motivated to develop patient-centred, high-quality health care service responding to medical needs is the key element in Estonian health care system. NHP includes two performance indicators for health workers (ratio of nurses to doctors). Evaluation conclusions:



- NHP has been second-rate strategy document when it comes to health workers. Important changes and developments have been planned elsewhere, e.g. primary care development plan, nursing care development plan. There are no targets in NHP that would link the skilled management of health workforce with the overall objective of NHP.
- NHP aimed for increasing the ratio of nurses from 680 to 900 per 100,000 inhabitants by 2020, but the only measure for achieving this change has been the increased admissions of nursing students. Changes in income, work processes and work load have not been included in NHP.
- The strong increase in the number of nurses (modelled after the Nordic countries) has not been consistent with the volumes and structure of health services purchased by the health insurance. If target for 2016 had been achieved (830 nurses per 100,000 inhabitants), this would require employers to cover €33-43 million in additional salaries. Substantial increase in nursing staff requires wider employment of nurses in providing preventive services.
- Next to doctors and nurses, other health professionals have been of secondary importance and the issues as shortage of different specialists, unequal geographical coverage with their services or training programmes have not been dealt with.

The main recommendations:

- In order to plan health workforce on national, regional and organisational levels, it is necessary to resolve the discord between reducing volume of health services funded by the health insurance and increasing health care needs of an aging population. It is not reasonable to keep the number of health workers dependent on the finances of the health insurance fund or plan the workforce based on actual population care needs in a situation where these needs will not be financed. A vision for long-term financing of health care is essential for developing health workforce policy.
- The results of Estonian Qualifications Authority OSKA project should be used as input for designing NHP aims, indicators and measures for health workforce. OSKA project forecasts needed health workforce, including caregivers, physiotherapists, clinical psychologists, etc.

### *Food-borne infections*

NHP aims at increased healthy life expectancy. Decreased morbidity of food-borne infections contributes to the overall objective of NHP. No specific goals were planned in the field of food-borne infections, but an indicator for prevalence of food-borne infections in general population was included in NHP. Evaluation concluded:

- NHP does not include problems, priorities or goals in the field of food-borne infections, therefore, it is not clear what the basis was for planning measures and which problems should the implemented measures solve.
- Since the NHP does not reflect major deficiencies and desired changes in the risk assessment, monitoring and control systems or in the public awareness about food-borne infections, it is not possible to evaluate the extent to what the implemented activities were targeted and goal-oriented.
- Measures in NHP are very general and do not give clear guidance on which are the most important activities to be implemented in order to achieve changes in the prevalence of food-borne infectious diseases .
- Incidence of food-borne infections has decreased, but not to target levels in NHP. The cases of rotavirus gastroenteritis and salmonella infection have increased significantly, but campylobacter enteritis and

Norwalk virus infection have become more frequent. Proportionally the largest decrease has been for hepatitis A and increase for campylobacter enteritis.

The main recommendations for including food-borne infections in NHP:

- Environmental health risks should be covered separately in NHP with specific needs, priorities, objectives, indicators and measures.
- It is recommend to set up a food safety (including food-borne infections) steering group in order to jointly define targets, priorities and plan measures in the field of food safety in the administrative areas of various ministries.
- If the incidence indicator remains in the NHP, then the target level should be adjusted to take into account epidemiological changes and considering the effect of better diagnosis resulting in increased incidence. Thus, instead on targeting decrease, keeping to a steady indicator level is already ambitious enough.
- Recommended NHP objective in case of disease outbreaks is high detection rate for source of infection. The introduction of indicator requires measuring the current base level.
- Identifying the source of infection could be improved with respective measure in NHP, accompanied by an action plan targeting high detection rate for source of infection.
- NHP should also address the problem of antimicrobial resistance in food-borne infectious diseases and to monitor the problem in animals, food and humans.

### *Mental health*

Evaluation conclusions:

- NHP does not address most key issues in mental health – problems in organising mental health support services system; the need to prepare a larger number of professionals and achieve their optimal employment; renewing the funding scheme for mental health services.
- The recommendations given in the Estonia mental health policy document in 2002 have not been systematically implemented.
- Although NHP has enabled to move towards a qualitative shift in mental health area in recent years, the mental health support services system remains fragmented and its funding is heavily directed towards specialised care (and this is also far from sufficient level). Estonia is still missing a clear concept and cross-sectoral regulation for providing mental health services. The regulation should establish, in addition to treatment, rehabilitation and support services, also activities for mental health promotion and prevention of mental disorders.
- Current policy-making on mental health is assessed as unsatisfactory, because the Ministry of Social Affairs has not taken the role of active and participative leadership to manage changes in the area of mental health. Although a number of significant projects have been funded, but the initiative and implementation of activities has come mostly from outside the government sector. Often the most significant developments in the area are associated with the contribution and leadership of an individual.

The main recommendations for including the field of mental health in NHP:

- The mental health field requires systematic policy-making, particularly because the problems the field faces are complex and solving them needs significant changes in health care system and other systems.

Therefore, it is recommended to create a mental health programme in NHP to plan and implement activities.

- NHP mental health programme should be based on the principles of mental health and well-being strategy that was published in 2016. The principles are: (a) focus on developing the early detection system for mental health problems during any age; (b) connect the early detection system with health and social services; (c) strongly improve the availability of psychological and psychiatric care.
- Developing a comprehensive mental health monitoring system would enable conducting regular mental health surveys. Currently, mental health indicators used in NHP (and other currently available statistical data) do not allow for the monitoring of mental health area and the changes taking place.

### *Immunisation of children*

Evaluation conclusions:

- The incidence of most vaccine-preventable diseases included in the national immunisation schedules has decreased, but there has been deterioration in the NHP performance indicator for immunisation during 2009-2015.
- NHP action plan and regular reporting do not reflect whether and how the decrease in immunisation coverage was responded, and what specific actions have been taken, in order to move towards the targets.
- Immunoprophylaxis expert committee was created in the field of infectious disease prevention. The committee serves as a strategic planning steering committee, which analyses the need for adjustments or supplements to the national immunisation schedule. The decisions and recommendations of the committee are based on studies and cost-effectiveness analyses.
- Also, a working group of infectious diseases was created and it has greatly advanced increasing the vaccination-related awareness.
- Nurses and midwives received the right to vaccinate patients independently. This saves valuable time of doctors and increases the resource-efficiency in the health system.
- Since 2016, the e-immunisation passport allows to register the immunisation information in the health information system. In the future, it would be possible to monitor immunisation info in the patient portal and to provide automatic reminders for people needing re-vaccination. However, it should be noted that these developments in IT-systems have been slower than expected.

The main recommendations:

- Regularly opinion surveys should be carried out in order to understand population awareness on vaccine-preventable diseases and immunisation, and to analyse the reasons for refusing to follow the national immunisation schedule.
- NHP immunisation-related activities should be aimed at understanding the reasons for decreasing immunisation coverage and working on eliminating these reasons.
- Success in immunisation depends critically on planning and carrying out communication activities. This should be considered when planning the resources for immunisation.
- Regular seroepidemiological studies to assess the effectiveness of national immunisation schedule should be carried out.

- The independent role of primary care nurse, midwife, school nurse in vaccinating people should consistently be promoted and the patient should not see a doctor for a vaccination.
- Immunisation topics should be strengthened and harmonised in the nursing curriculum, offered at the same level as in further training. Also, e-courses should be developed and provided.

## Lisa 1. Uuringusse kaasatud ekspertide loetelu

Järgnevalt on tähestikulises järjekorras loetletud kõigi ekspertide nimed, kes olid uuringusse ühel või mitmel moel kaasatud (osalesid grüpiintervjuul, individuaalsel intervjuul või andsid uuringu raportitele tagasisidet).

Ain Aaviksoo	Juha Pekkanen	Maire Reest	Silva Prihodko
Ain Peil	Anne Hyvärinen	Mare Toompuu	Sirje Vaask
Aljona Kurbatova	Juris Barzdins	Marek Seer	Sirli Jurjev
Ann Lindstrand	Kadri Tammepuu	Marge Reinap	Taina Niskanen
Anne Kleinberg	Kai Raska	Margit Valgma	Taisi Kõiv
Anneli Habicht	Kai Zilmer	Margus Viigimaa	Tanel Ross
Anneli Sammel	Kaija Lukka	Mari Mathiesen	Teele Orgse
Annika Veimer	Kaire Innos	Marina Kaarna	Terje Kalamees
Arkadi Popov	Kaja Põlluste	Maris Jesse	Tiia Pertel
Arne Holte	Kalev Pahla	Maris Mälzer	Tiina Freimann
Diana Ingerainen	Katrin Karolin	Marje Oona	Tiina Tõemets
Eed Allik-Hõimoja	Katrin Martinson	Marjukka Vallimies-Patomäki	Tiina Unukainen
Eeva Rinne	Katrin Romanenkov	Martin Kadai	Tiiu Aro
Elis Haan	Karl-Erik Tender	Matthias Wismar	Triin Habicht
Ere Vasli	Keit Parts	Meelis Joost	Triin Kahre
Erik Teinemaa	Kristel Ehala-Aleksejev	Merike Kull	Triinu Rõigas
Erki Laidmäe	Kristel Kolga	Merike Sisask	Ulla Raid
Giedrius Likatavicius	Kristel Siiman	Merje Tikk	Ulvi Tammer-Jäätes
Gregory P. Marchildon	Krister Põllupüü	Miret Tuur	Urve Mets
Hans Orru	Kristi Peegel	Moonika Viigimäe	Vahur Valvere
Heli Paluste	Kristi Puusepp	Pille Saar	Valentina Hazinskaja
Heli Rajasaar	Kristiina Hunt	Pille Tammemägi	Vanda Kristjan
Helina Pedak	Kristiina Ojamaa	Pille Teesalu	Vivika Tamra
Hepp Nigol	Kristina Köhler	Piret Loomets	Ülle Jakovlev
Henry Kattago	Küllli Friedeman	Raul Adlas	
Inga Kuldmäe	Le Vallikivi	Raul-Allan Kiivet	
Irina Filippova	Leena Albrecht	Reet Pruul	
Ivi Normet	Lembi Aug	Reet Urban	
Jekaterina Smirnova	Lembi Põlder	Ruth Kalda	
Jelena Sõgel	Lilija Novikova	Raimo Salonen	
Jevgenia Epštein	Ly Rootslane	Sille Pihlak	

## Lisa 2. Intervjuude kavad

### Vaimne tervis

Välisriigi intervjuu uurimisküsimused:

1. Milliste indikaatoritega seiratakse vaimse tervise olukorda Norras?
2. Kuivõrd adekvaatselt võimaldavad need indikaatorid seirata vaimse tervise olukorda Norras?
3. Millised on Norra olulisemad vaimse tervise olukorra trendid viimasel 10 aastal?
4. Millised on Norra vaimse tervise valdkonna peamised tegevussuunad viimasel 10 aastal?
5. Millised vaimsete häirete ennetuse, varajase avastamise ja raviga seotud tegevusi Norras ellu viiakse?
6. Millised tegevused või tegevussuunad on olnud Norras seni kõige edukamad suitsiidide ennetamisel?
7. Millised tegevused või tegevussuunad on olnud Norras seni kõige edukamad alaealiste psüühika- ja käitumishäirete vähendamisel?

Eesti intervjuude uurimisküsimused:

1. Kuivõrd adekvaatselt võimaldavad RTA vaimse tervise indikaatorid seirata vaimse tervise olukorda Eestis?
2. Milliste indikaatoritega võiks/saaks seirata vaimse tervise olukorda Eestis?
3. Kuivõrd on RTA-s seatud vaimse tervise indikaatorite eesmärgid realistlikud/ saavutatavad/ adekvaatsed?
4. Mis võivad olla põhjusteks, et saavutatud ei ole RTA-s eesmärgiks seatud suitsiidi suremuse vähenemist?
5. Mis võivad olla põhjusteks, et saavutatud ei ole RTA-s eesmärgiks seatud alaealiste psüühika- ja käitumishäirete esinemissageduse vähenemist?
6. Millised on olulisemad edasimineked Eesti vaimse tervise valdkonnas viimase 5 aasta jooksul?
7. Millised on olulisemad tagasimineked Eesti vaimse tervise valdkonnas viimase 5 aasta jooksul?
8. Kuivõrd on valdkonna arengud erinevad Eesti eri piirkondades?
9. Milline on olnud RTA roll Eesti vaimse tervise valdkonna arengutes?
10. Millised vaimse tervise valdkonna eesmärgid võiksid olla järgmise 10 aasta jooksul Eestis saavutatavad?
11. Milliseid vaimse tervise valdkonna tegevusi/tegevussuundi võiks/peaks RTA kindlasti sisaldama?

## Õhu kvaliteet

Välisriigi intervjuu uurimisküsimused:

1. Milliste indikaatoritega seiratakse sise- ja välisõhu kvaliteedi olukorda Soomes?
2. Kuivõrd adekvaatselt võimaldavad need indikaatorid seirata sise- ja välisõhu olukorda Soomes?
3. Millised on sise- ja välisõhu kvaliteedi parandamise peamised tegevussuunad Soomes viimasel 10 aastal?
4. Millised muutused on viimasel 10 aastal toimunud Soomes hingamisteede haigustesse (sh astmasse) haigestumisel?
5. Millised tegevused või tegevussuunad on olnud Soomes seni olnud kõige edukamad hingamisteede haigestumise (sh astma) ennetamisel?

Eesti intervjuude uurimisküsimused:

1. Kuivõrd adekvaatselt võimaldavad RTA keskkonnatervise indikaatorid seirata õhu (eelkõige välisõhu) kvaliteedi olukorda Eestis?
2. Milliste indikaatoritega võiks/saaks seirata õhu (eelkõige välisõhu) kvaliteedi olukorda Eestis?
3. Kuivõrd on RTA-s seatud õhu (eelkõige välisõhu) kvaliteediga seotud indikaatorite eesmärgid realistlikud/saavutatavad/adekvaatsed?
4. Mis võivad olla põhjusteks, et saavutatud ei ole RTA-s eesmärgiks seatud astma ja teiste hingamiselundite haigestumise vähenemist?
5. Millised on Eesti olulisemad edasiminekuks õhu (eelkõige välisõhu) kvaliteedi parandamisel viimase 5 aasta jooksul?
6. Millised on olulisemad tagasiminekuks õhu (eelkõige välisõhu) kvaliteedi parandamisel viimase 5 aasta jooksul?
7. Kuivõrd on valdkonna arengud erinevad Eesti eri piirkondades?
8. Milline on olnud RTA roll õhu (eelkõige välisõhu) kvaliteedi parandamisel Eestis?
9. Millised õhu (eelkõige välisõhu) kvaliteedi parandamise valdkonna eesmärgid võiksid olla järgmise 10 aasta jooksul Eestis saavutatavad?
10. Milliseid õhu (eelkõige välisõhu) kvaliteedi parandamise tegevusi/tegevussuundi võiks/peaks RTA kindlasti sisaldama?

## Toidutekkelised nakkushaigused ja puhangud

Välisriigi intervjuu uurimisküsimused:

1. Milliste indikaatoritega seiratakse toidutekkeliste nakkuste olukorda Soomes?
2. Kuivõrd adekvaatselt võimaldavad need indikaatorid seirata toidutekkeliste nakkuste olukorda Soomes?
3. Millised muutused on viimasel 10 aastal toimunud Soomes toidutekkelistesse nakkustesse haigestumisel ja toidutekkeliste haiguspuhangute osas?

4. Millised on toidutekkeliste nakkuste ennetamise peamised tegevussuunad Soomes viimasel 10 aastal?
5. Millised tegevused või tegevussuunad on olnud Soomes seni kõige edukamad toidutekkeliste nakkuste ennetamisel?

Eesti intervjuude uurimisküsimused:

1. Kuivõrd adekvaatselt võimaldavad RTA senised indikaatorid seirata toidutekkeliste nakkuste olukorda Eestis?
2. Milliste indikaatoritega võiks/saaks seirata toidutekkeliste nakkuste olukorda Eestis?
3. Kuivõrd on RTA-s seatud toidutekkeliste nakkustega seotud indikaatorite eesmärgid realistlikud/saavutatavad/adekvaatsed?
4. Mis võivad olla põhjusteks, et saavutatud ei ole RTA-s eesmärgiks seatud toidutekkelistesse nakkuspuhangute vähenemist?
5. Mis võivad olla põhjusteks, et saavutatud ei ole RTA-s eesmärgiks seatud toidutekkelistesse nakkustesse haigestumuse vähenemist?
6. Millised on Eesti olulisemad edasimineked toidu ohutuses tagamisel viimase 5 aasta jooksul?
7. Millised on Eesti olulisemad tagasimineked toidu ohutuses tagamisel viimase 5 aasta jooksul?
8. Milline on olnud RTA roll toidu ohutuse parandamisel Eestis?
9. Millised toidutekkeliste nakkuste ennetamise eesmärgid võiksid olla järgmise 10 aasta jooksul Eestis saavutatavad?
10. Milliseid toidutekkeliste nakkuste ennetamise tegevusi/tegevussuundi võiks/peaks RTA kindlasti sisaldama?

## Vaktsineerimine

Välisriigi intervjuu uurimisküsimused:

1. Milliste indikaatoritega seiratakse laste vaktsineerimise olukorda Rootsis?
2. Kuivõrd adekvaatselt võimaldavad need indikaatorid seirata laste vaktsineerimise olukorda Rootsis?
3. Millised on Rootsi olulisemad laste vaktsineerimise trendid viimasel 10 aastal?
4. Millised on Rootsi laste vaktsineerimise valdkonna suurimad väljakutsed viimasel 10 aastal?
5. Millised on Rootsi laste vaktsineerimise valdkonna tegevussuunad viimasel 10 aastal?
6. Millised tegevused või tegevussuunad on olnud Rootsis seni kõige edukamad laste vaktsineerimisega hõlmatuse suurendamisel (eelkõige MMR ja läkaköha)?

Eesti intervjuude uurimisküsimused:

1. Kuivõrd adekvaatselt võimaldavad RTA indikaatorid seirata laste vaktsineerimise olukorda Eestis?
2. Milliste indikaatoritega võiks/saaks seirata laste vaktsineerimise olukorda Eestis?



3. Kuivõrd on RTA-s seatud laste vaktsineerimisega seotud eesmärgid realistlikud/saavutatavad/adekvaatsed?
4. Mis võivad olla põhjusteks, et saavutatud ei ole RTA-s eesmärgiks seatud laste MMR vaktsineerimisega hõlmatust?
5. Mis võivad olla põhjusteks, et saavutatud ei ole RTA-s eesmärgiks seatud laste läkakõha korduv-vaktsineerimisega hõlmatust?
6. Millised on olulisemad edasimineked Eesti laste vaktsineerimise valdkonnas viimase 5 aasta jooksul?
7. Millised on olulisemad tagasimineked Eesti laste vaktsineerimise valdkonnas viimase 5 aasta jooksul?
8. Kuivõrd on valdkonna arengud erinevad Eesti eri piirkondades?
9. Milline on olnud RTA roll Eesti laste vaktsineerimise valdkonna arengutes?
10. Millised laste vaktsineerimise valdkonna eesmärgid võiksid olla järgmise 10 aasta jooksul Eestis saavutatavad?
11. Milliseid laste vaktsineerimise valdkonna tegevusi/tegevussuundi võiks/peaks RTA kindlasti sisaldama?

## Tervishoiutöötajad

Välisriigi intervjuu uurimisküsimused:

1. Milliste indikaatoritega seiratakse tervishoiutöötajate (eelkõige õdede) olukorda Soomes?
2. Kuivõrd adekvaatselt võimaldavad need indikaatorid seirata tervishoiutöötajate (eelkõige õdede) olukorda Soomes?
3. Millisel moel on Soomes korraldatud (sh rahastatud) õdede õpe ja praktika?
4. Millised on Soome õdede õppe ja praktika süsteemi peamised tugevused ja väljakutsed?
5. Milline on õdede roll Soome tervishoiusüsteemis praegu ja millises suunas arenemas, sh millised on õdede karjäärivõimalused?
6. Millised tegevused või tegevussuunad on olnud Soomes seni kõige edukamad õdede arvu suurendamisel?
7. Millised tegevused või tegevussuunad on olnud Soomes seni kõige edukamad õdede töötingimuste parandamisel?

Eesti intervjuude uurimisküsimused:

1. Kuivõrd adekvaatselt võimaldavad RTA indikaatorid seirata õenduse olukorda Eestis?
2. Milliste indikaatoritega võiks/saaks seirata õenduse olukorda Eestis?
3. Kuivõrd on RTA-s seatud õenduse eesmärgid realistlikud/saavutatavad/adekvaatsed?
4. Mis võivad olla põhjusteks, et saavutatud ei ole RTA-s eesmärgiks seatud õdede arvu kasvu?
5. Millised on olulisemad edasimineked Eesti õdede väljaõppes, töötingimustes ja -korralduses viimase 5 aasta jooksul?

6. Millised on olulisemad tagasimineked Eesti õdede väljaõppes, töötingimustes ja -korralduses viimase 5 aasta jooksul?
7. Kuivõrd on valdkonna arengud erinevad Eesti eri piirkondades?
8. Milline on olnud RTA roll Eesti õdede väljaõpet ja töötingimusi ja -korraldust puudutavates arengutes?
9. Millised õenduse valdkonna eesmärgid võiksid olla järgmise 10 aasta jooksul Eestis saavutatavad?
10. Milliseid õenduse valdkonna tegevusi/tegevussuundi võiks/peaks RTA kindlasti sisaldama, et Eestis oleks tulevikus õdesid piisavalt?

## Tervishoiuteenuste kättesaadavus ja kvaliteet

Välisriigi intervjuu uurimisküsimused:

1. Milliste indikaatoritega seiratakse Kanadas tervishoiuteenuste kvaliteeti ja kättesaadavust?
2. Kuivõrd adekvaatselt võimaldavad need indikaatorid Kanadas seirata tervishoiuteenuste kättesaadavuse ja kvaliteedi olukorda?
3. Millisel moel toimub Kanades tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamine ja hindamine (millised on nõuded, protseduurid, normid, juhised, analüüsi praktikad jms)?
4. Millised on Kanada olulisemad väljakutsed tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamisel ja hindamisel?
5. Milline on tervishoiuteenuste kvaliteedi hindamise roll Kanada tervishoiusüsteemis praegu ja millises suunas arenemas?
6. Millised on Kanada olulisemad väljakutsed tervishoiuteenuste kättesaadavuse parandamisel?
7. Millised tegevused või tegevussuunad on olnud Kanadas seni kõige edukamad tervishoiuteenuste (eelkõige eriarstiabi) ravijärjekordade vähendamisel?
8. Millised on Kanada peamised tegevussuunad järgmiseks 10 aastaks, millega parandada tervishoiuteenuste kättesaadavust?

Eesti intervjuude uurimisküsimused:

1. Kuivõrd adekvaatselt võimaldavad RTA indikaatorid seirata tervishoiuteenuste kvaliteedi ja kättesaadavuse olukorda Eestis?
2. Milliste indikaatoritega võiks/saaks seirata tervishoiuteenuste kvaliteedi ja kättesaadavuse olukorda Eestis?
3. Kuivõrd on RTA-s seatud tervishoiuteenuste kvaliteedi ja kättesaadavuse eesmärgid realistlikud/saavutatavad/adekvaatsed?
4. Mis võivad olla põhjusteks, et saavutatud ei ole RTA-s eesmärgiks seatud tervishoiuteenuste kvaliteedi ja kättesaadavuse paranemist?
5. Millised on olulisemad väljakutsed ja edasimineked Eesti tervishoiuteenuste kvaliteedi hindamises viimase 5 aasta jooksul?
6. Millised on olulisemad väljakutsed ja edasimineked Eesti tervishoiuteenuste (eelkõige eriarstiabi) kättesaadavuses viimase 5 aasta jooksul?

7. Kuivõrd on valdkonna arengud erinevad Eesti eri piirkondades?
8. Milline on olnud RTA roll Eesti tervishoiuteenuste kvaliteedi hindamist ja kättesaadavust puudutavates arengutes?
9. Kuidas võiks Eestis toimuda tervishoiuteenuste kvaliteedi hindamine ja tagamine?
10. Milliseid tervishoiuteenuste kvaliteeti ja kättesaadavust parandavaid tegevusi/tegevussuundi võiks/peaks RTA kindlasti sisaldama?
11. Millised tervishoiuteenuste kvaliteedi ja kättesaadavuse eesmärgid võiksid olla järgmise 10 aasta jooksul Eestis saavutatavad?

## Kiirabi

Eesti intervjuude uurimisküsimused:

1. Kuivõrd adekvaatselt võimaldavad RTA indikaatorid seirata kiirabi teenuste olukorda Eestis?
2. Milliste indikaatoritega võiks/saaks seirata kiirabi teenuste olukorda Eestis?
3. Kuivõrd on RTA-s seatud kiirabi kohale jõudmise eesmärgid realistlikud/saavutatavad/adekvaatsed?
4. Mis võivad olla põhjusteks, et saavutatud ei ole RTA-s eesmärgiks seatud kiirabi kohale jõudmise aja paranemist?
5. Kuidas tegeletakse täna kiirabi väljakutsete sisulise kvaliteedi hindamise ja parandamisega?
6. Millised on olulisemad raskused/probleemid Eesti kiirabide töö korralduses viimase 5 aasta jooksul?
7. Millised on olulisemad edasimineked Eesti kiirabide töö korralduses viimase 5 aasta jooksul?
8. Kuivõrd on valdkonna arengud erinevad Eesti eri piirkondades, sh erisused kohalejõudmise ajas ja teenuse sisulises kvaliteedis?
9. Milline on olnud RTA roll kiirabi korraldust puudutavates arengutes?
10. Milliseid tegevusi/tegevussuundi võiks/peaks RTA kindlasti sisaldama, et saavutada kiirabi kohalejõudmise ajas positiivseid muutusi nii linna- kui maapiirkondades?
11. Milliseid tegevusi/tegevussuundi võiks/peaks RTA kindlasti sisaldama, et saavutada kiirabi sisulises kvaliteedis positiivseid muutusi?
12. Millised kiirabi teenust puudutavad eesmärgid võiksid olla järgmise 10 aasta jooksul Eestis saavutatavad?
13. Kuivõrd tuleks tegevussuundade valikul tähelepanu pöörata koostöö parandamisele häirekeskusega (sh kutsete prioritseerimisele)?
14. Kuivõrd tuleks tegevussuundade valikul tähelepanu pöörata haigla ja kiirabi vahelise koostöö tõhustamisele?
15. Kuivõrd tuleks tegevussuundade valikul tähelepanu pöörata perearstide ja kiirabi vahelise koostöö tõhustamisele (sh perearsti roll A ja B kutsete osas)?

## SVH, diabeet ja vähk

Välisriigi intervjuu uurimisküsimused:

1. Milliseid indikaatoreid (lisaks haigestumus- ja suremusnäitajatele) kasutatakse Inglismaal SVH, diabeedi ja vähi olukorra seiramiseks (riikliku strateegia raames)?
2. Millised on Inglismaa peamised väljakutsed SVH, diabeedi ja vähi olukorra parandamisel?
3. Millised on Inglismaa peamised eesmärgid SVH, diabeedi ja vähi olukorra parandamisel?
4. Millised on Inglismaa peamised tegevussuunad järgmiseks 10 aastaks, millega parandada SVH, diabeedi ja vähi olukorda?
5. Millised tegevused või tegevussuunad on olnud Inglismaal seni kõige edukamad SVH, diabeedi ja vähi olukorra parandamisel?
6. Millistest põhimõtetest lähtutakse Inglismaal SVH, diabeedi ja vähi strateegiate tegevussuundade ja konkreetsete tegevuste planeerimisel?
7. Milline fookus on Inglismaa riiklikes strateegiates SVH, diabeedi ja vähi riskiteguritele ja kuidas neid strateegias käsitletakse?
8. Kuivõrd ja kuidas on Inglismaal saavutatud SVH, diabeedi ja vähi strateegiate koostamisel ennetuse ja ravi tegevuste omavaheline integreeritus ja tasakaal?

Eesti intervjuude uurimisküsimused:

1. Millised on olulisemad Eesti väljakutsed ja edasiminekul SVH, diabeedi ja vähi ennetamisel sh esmatasandi roll selles?
2. Millised on olulisemad Eesti väljakutsed ja edasiminekul SVH, diabeedi ja vähi raviteenustes?
3. Kuivõrd on need väljakutsed ja edasiminekul erinevad Eesti eri piirkondades?
4. Milline on olnud RTA roll SVH, diabeedi ja vähi olukorda puudutavates arengutes?
5. Millised võiksid olla Eesti peamised eesmärgid SVH, diabeedi ja vähi olukorra parandamisel, mis on järgmise 10 aasta jooksul saavutatavad?
6. Millised on kõige olulisemad takistused, mis tuleb Eestis ületada, et need eesmärgid saavutada?
7. Millistest põhimõtetest peaks Eestis lähtuma RTA SVH, diabeedi ja vähi tegevussuundade ja konkreetsete tegevuste planeerimisel?
8. Kuivõrd peaks RTAs olema seatud fookus SVH, diabeedi ja vähi riskiteguritele?
9. Milliseid SVH, diabeedi ja vähi ennetamise tegevusi/tegevussuundi võiks/peaks RTA kindlasti sisaldama?
10. Milliseid SVH, diabeedi ja vähi raviga seotud tegevusi/tegevussuundi võiks/peaks RTA kindlasti sisaldama?
11. Kuidas saavutada RTA-s SVH, diabeedi ja vähi ennetuse ja ravi tegevuste omavaheline integreeritus ja tasakaal?

## Tervisesüsteemi vaade RTA-le

Välisriigi intervjuu uurimisküsimused:

1. Kuivõrd on tänaseks saavutatud strateegias seatud eesmärgid?
2. Millised on olnud peamised takistavad tegurid eesmärkide saavutamisel?
3. Kuivõrd on RTA erinevate huvirühmade poolt „omaks võetud“?
4. Kuivõrd aitab RTA hoida riiklikku tervisesüsteemi tervikvaadet?
5. Milliseid muudatusi RTA-s tulevikus planeeritakse?

Eesti intervjuude uurimisküsimused:

1. Kuivõrd teeme Eestis õigeid asju, et saavutada RTA peamine eesmärk ehk (tervena elatud) eluea pikenemine?
2. Millised rahvastiku tervise teemad vajaksid senisest enam tähelepanu?
3. Millised on Eesti tervisesüsteemi peamised väljakutsed, mis vajaksid senisest enam tähelepanu?
4. Millised on tegevussuunad, millest võiksime Eestis loobuda ja valida uue tegevussuuna?
5. Millised on olulisemad edasimineked ja positiivsed arengud Eesti tervisesüsteemis (nii tervishoius, keskkonnatervises kui tervisedenduses)?
6. Milline on RTA roll Eesti tervisesüsteemis praegu ja milline see võiks olla tulevikus?
7. Millised võiksid olla Eesti peamised rahvastiku tervise arengu eesmärgid, mis on järgmise 10 aasta jooksul saavutatavad?
8. Millised on kõige olulisemad takistused, mis tuleb Eestis ületada, et need eesmärgid saavutada?
9. Millistest põhimõtetest peaks Eestis lähtuma tervisesüsteemis prioriteetide seadmisel?
10. Milliseid ennetusele ja riskitegurite vähendamisele suunatud tegevussuundi võiks/peaks RTA kindlasti sisaldama?
11. Milliseid tervishoiuteenustega seotud tegevussuundi võiks/peaks RTA kindlasti sisaldama?

## HIV/AIDS

Välismaa intervjuu uurimisküsimused:

1. Millised sekkumised on teistes Euroopa riikides olnud edukad:
2. HIV (hetero)seksuaalsel teel leviku pidurdamisel?
3. ARV ravi katkestamise ennetamisel?
4. mitmikdiagnoosiga HIV-nakatunute ravis?
5. tervishoiusüsteemis stigma vähendamisel?
6. Millised on peamised tegurid teistes Euroopa riikides, mis toetavad HIV/aids poliitikate elluviimise edukust?
7. Millistest põhimõtetest lähtutakse teistes Euroopa riikides HIV/aids riiklike tegevussuundade ja konkreetsete tegevuste planeerimisel?

8. Kuivõrd ja kuidas on teistes Euroopa riikides saavutatud HIV/aids riiklike poliitikate koostamisel ennetuse ja ravi tegevuste omavaheline integreeritus ja tasakaal?
9. Millised on kõige olulisemad teiste Euroopa riikide õppetunnid, millega Eesti peaks oma poliitika kujundamisel arvestama?
10. Millised HIV/aids valdkonna trendid Euroopas on sellised, millega Eesti peaks oma poliitika kujundamisel arvestama?

Eesti intervjuude uurimisküsimused:

1. Millised on olulisemad edasimineked ja positiivsed arengud Eesti HIV/aids valdkonnas viimase 10 aasta jooksul?
2. Millised on olulisemad tagasimineked ja suurimad väljakutsed Eesti HIV/aids valdkonnas viimase 10 aasta jooksul?
3. Kuivõrd on valdkonna arengud erinevad Eesti eri piirkondades?
4. Milline on olnud HIV-strateegia roll Eesti HIV/aids valdkonna arengutes?
5. Kuivõrd teeme õigeid asju, et uute HIV-nakatunute arv oluliselt väheneks ja epideemia Eestis peatuks?
6. Millised on HIV/aids valdkonna tegevussuunad, millest võiksime Eestis loobuda ja valida uue tegevussuuna?
7. Millised HIV/aids valdkonna teemad vajaksid senisest enam tähelepanu? / Mida võiks veel teha lisaks olemasolevatele tegevustele?
8. Kuidas saavutada HIV/aids tegevuste/tegevussuundade integreeritus teiste seotud teemadega nagu narkomaania, tuberkuloos, hepatiit ja seksuaaltervis?
9. Millised HIV/aids valdkonna eesmärgid võiksid olla järgmise 10 aasta jooksul Eestis saavutatavad?
10. Millised on kõige olulisemad takistused, mis tuleb Eestis ületada, et need eesmärgid saavutada?
11. Millistest põhimõtetest peaks Eestis lähtuma HIV/aids tegevussuundade ja konkreetsete tegevuste planeerimisel?
12. Milliseid HIV/aids valdkonna tegevusi/tegevussuundi võiks/peaks RTA kindlasti sisaldama?

### Lisa 3. Loetelu uuringusse kaasatud dokumentidest

Faili tüüp	Pealkiri	Aasta	Autor
HIV			
PDF (uuring)	HIV/AIDS Surveillance in the European Union and European Economic Area (EU/EEA)	2014	WHO
XLS	Riikliku HIVi ja AIDSi strateegia 2007. aasta tegevuskava	2007	SM
DOC	Aruanne HIVi ja AIDSi epidemioloogilisest olukorrast ning Riikliku HIVi ja AIDSi strateegia aastateks 2006–2015 ja Riikliku HIVi ja AIDSi strateegia tegevuskava aastateks 2006–2009 täitmisest 2007. aastal	2007	SM ja TAI
XLS	Riikliku HIVi ja AIDSi strateegia 2007. aasta tegevusaruanne	2007	SM
XLS	Riiklik HIVi ja AIDSi strateegia 2008. aasta aruanne	2009	SM
DOC	Aruanne HIVi ja AIDSi epidemioloogilisest olukorrast ning Riikliku HIVi ja AIDSi strateegia aastateks 2006–2015 ja Riikliku HIVi ja AIDSi strateegia 2006–2015 tegevuskava aastateks 2006–2009 täitmisest 2008. aastal	2008	SM ja TAI
XLS	Sotsiaalministeeriumi eestvedamisel algatati ARV konsiiliumi töö	2008	SM
XLS	Riikliku HIVi ja AIDSi strateegia 2009. aasta aruanne	2010	SM
DOC	Aruanne HIVi ja AIDSi epidemioloogilisest olukorrast ning Riikliku HIVi ja AIDSi strateegia aastateks 2006–2015 ja Riikliku HIVi ja AIDSi strateegia 2006–2015 tegevuskava aastateks 2006–2009 täitmisest 2009. aastal	2010	SM ja TAI
XLS	Riikliku HIVi ja AIDSi strateegia 2009. aasta tegevusaruanne	2010	SM
DOCX	Aruanne HIVi ja AIDSi epidemioloogilisest olukorrast ning Riikliku HIVi ja AIDSi strateegia aastateks 2006–2015 täitmisest 2010. aastal	2011	SM
XLS	Riikliku HIVi ja AIDSi strateegia 2010. aasta aruanne	2011	SM
XLS	Riikliku HIVi ja AIDSi strateegia 2010. aasta tegevusaruanne	2011	SM
DOC	Aruanne HIVi ja AIDSi epidemioloogilisest olukorrast ning Riikliku HIVi ja AIDSi strateegia aastateks 2006–2015 täitmisest 2011. aastal	2012	SM
XLS	Riikliku HIVi ja AIDSi strateegia 2011. aasta aruanne	2012	SM
XLS	Aruanne HIVi ja AIDSi strateegia 2011. aasta tegevusaruanne	2012	SM
XLS	Rahvastiku tervise arengukava 2009–2020 2012. aasta aruanne	2013	SM
XLS	Rahvastiku tervise arengukava 2009-2020 2013 aasta aruanne	2014	SM
XLSX	Rahvastiku tervise arengukava V valdkond – Tervishoiusüsteemi areng	2014	SM
XLSX	Tööealise elanikkonna teadmise parandamine isikukaitsevahendite ja tervislike töövõtete kasutamise vajalikkusest läbi meedia ja konverentside	2015	SM
XLSX	Rahvastiku tervise arengukava IV valdkond – Tervislik eluviis		SM

DOC	C-hepatiit (B17.1, B18.2)	2013	SM
DOC	HIV/AIDS 2013. aasta ülevaade ja edasised tegevused	2014	SM
DOC	Riikliku HIV ja AIDSi strateegia 2006–2015 2012. aasta tegevuskava täitmine ja 2009.–2012. aasta tegevuste hindamine	2013	SM
DOC	HIV seire, monitooring ja hindamine		TAI
PDF	Mid-term evaluation of the Estonian national HIV/AIDS strategy 2006 – 2015 and national drug prevention strategy 2012	2011	UNODC, WHO
DOC	HIV-i ja AIDS-i valitsuskomisjoni koosoleku protokoll	2013	SM
DOC	HIV-i ja AIDS-i valitsuskomisjoni koosoleku protokoll	2014	SM
DOCX	21.04.2015 HIV/AIDS kohtumise memo	2014	SM
DOC	ARV ravi korraldus Narvas ja Ida-Virumaal	2013	SM
DOCX	13.01 HIV tööühma kohtumine	2016	SM
DOCX	Vajalikud tegevused Eesti HIV olukorra parandamiseks	2015	SM
DOCX	Ettepanekud olulisemateks arendustegevusteks HIV valdkonnas	2016	SM, TAI
DOCX	HIV/AIDS epidemioloogiline olukord, ravikorraldus ja teenused Narvas	2014	SM
DOCX	HIV ja narko teenuste laiendamise vajadused ning prioriteetid 2017. aasta	2016	SM
DOCX	HIV-i ja AIDS-i valitsuskomisjoni kohtumine	2014	SM
DOC	Töövõime kaotuse protsendi määramine HIV-positiivsetel	2014	SM
DOCX	19.02 HIV tööühma kokkuvõte	2016	SM
DOC	HIV-positiivsete ravi Eestis	2013	SM
DOC	HIV riskifaktorite teemaline kohtumine	2013	SM
DOC	22.10 HIV/AIDS tööühma kohtumise kokkuvõte	2015	SM
DOC	HIV-teenused ja HIV-testimise laiendamine	2013	SM
DOC	Kondoomide kättesaadavus vanglates	2013	SM
DOC	Partnerlusvõrgustiku 10. aastakonverents (Partnership Annual Conference e. PAC)	2013	SM
DOC	Töövõimetuse määramine HIV ja TB puhul	2014	SM
DOC	STL	2013	
XLS	HIV ja narko valdkonna uuringud		
PDF	ARV konsiiliumi arutelu		
PDF	Riiklik HIV ja AIDSi strateegia 2006–2015	2013	SM
PDF	HIV-i ja AIDS-i vv komisjoni koosoleku protokoll	2013	SM
PPT	HIV levikuteed	2013	SM
PPTX	HIV meede RTA rakendusplaanis		
PPTX	HIV meede RTA 2017–2020 rakendusplaanis Partnerite ettepanekud		



PPTX	HIV/AIDS seire		
PPT	HIV situation in Estonia	2013	
MSG	HIV-testimise indikaatorid		
PPT	HIV_09022016	2016	
PPTX	HIV tööühma kohtumine	2016	SM
PPT	HIV-nakkuse olukord, 2013	2014	Kristi Rüütel, TAI
PPT	Indikaatorid töökoosolek	2016	
PPTX	HIV/AIDS valdkonna tegevused Sotsiaalministeeriumis	2016	Anna-Liisa Pääsukene, SM
PPT	HIV surveillance and prevention in Estonia	2014	Kristi Rüütel, TAI
PPTX	Where we are now, where next?	2015	Anna-Liisa Pääsukene, SM
PPT	HIV/AIDS ja narkomaania tegevused RTA 2014 tegevuskavas	2014	SM
XLS	HIV/AIDS valitsuskomisjon		SM
MSG	HIV-eesmärgid		
PDF	HIV-i ja AIDS-i valitsuskomisjon	2014	SM
PPTX	HIV-i ja AIDS-i valitsuskomisjoni kohtumine	2015	TAI
PPTX	Sotsiaalministeeriumi tegevused 2015+	2015	Anna-Liisa Pääsukene, SM
PPT	Kuidas parandada HIV/AIDS ravi ja teenuste korraldust – WHO soovitusel Eestile	2014	Anna-Liisa Pääsukene, SM
PPTX	HIV ennetamise alased tegevused Eestis	2015	SM, TAI
PDF	Report. Country visit for HIV and STI ESTONIA 16.–19. April 2007	2007	ECDC
PDF	Country mission report. Estonia: Second ECDC country visit for STI and HIV	2010	ECDC
PDF	Eesti riiklik HIVi ja AIDSi strateegia aastateks 2006–2015	2005	SM
PDF	Evaluation of fighting HIV/AIDS in Estonia	2008	WHO
PDF	HIV nakkuse ja kaasuvate infektsioonide epidemioloogiline olukord Eestis, 2000–2014	2015	TAI
PDF	Aruanne HIVi ja AIDSi epidemioloogilisest olukorrast ning Riikliku HIVi ja AIDSi strateegia aastateks 2006–2015 täitmisest 2012. aastal	2012	SM
DOC	MEMO - Partnerlusvõrgustiku 10. aastakonverents (Partnership Annual Conference e. PAC)	2013	SM
MSG	RE ARV ravi kulud	?	?
PDF	Report. Joint ECDC/WHO-EURO TB Country Visit 2010, Estonia	2010	WHO
PDF	HIV/AIDS interventions for injecting drug users in Estonia: evaluation and recommendations	2008	WHO
PDF	Mid-term evaluation of unodc project XEEJ20 HIV/AIDS prevention and care among injecting drug users and in prison	2009	Roger Drew

	settings in Estonia, Latvia and Lithuania		
PDF	Riikliku HIV ja AIDSi strateegia aastateks 2006–2015 2009.–2012. aasta tegevuste hindamine	2013	SM
DOCX	Teenused rahvatervise kaitseks RTS-s	2014	SM
XLSX	Tervisekaotus, suremus- ja haiguskaotus soo järgi (HIV/AIDS)	2016	TAI
DOC	Tuberkuloos (A15-A19, B90)	2016	TAI
KÄTTESAADAVUS JA KVALITEET			
DOCX	Access to health care and the reforms addressing the challenges Estonia	2015	
MSG	Arstiabi kvaliteedi ja tervishoiuteenuse kvaliteedi ekspertkomisjoni tegevus		SM
PPT	Ravikindlustamata isikute ülevaade	2014	SM
PDF	Joonis_FV_seosed-Qtegevustega	2016	
PPTX	Meditsiinilennud ja medikopteri rakendamise võimalused Eestis	2016	SM (Kristel Siiman)
PPT	Satisfaction with access to healthcare in Estonia		
PDF	Vähiravi kvaliteedi nõuded	2016	Jane Alop, MA, MPH AdRemOpus OÜ
KESKKONNATERVIS			
MSG	Keskkonnatervise lisamaterjalid terviseametis		Terviseamet
MSG	Õhusaaste raport terviseametis		Terviseamet
PDF	Elin- ja työympäristön riskit Suomessa (Elu- jatööksekkonnariskid Soomes)	2010	Osastjohtaja, professori Juha Pekkanen Ympäristöterveyden osasto, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos Kansanterveystieteen ja kliinisen ravitsemustieteen yksikkö Itä-Suomen Yliopisto
PDF	European Perspectives on Environmental Burden of Disease Estimates for Nine Stressors in Six European Countries	2011	Otto Hänninen Anne Knol (koostajad)
MSG	Kosteus- ja hometalkoiden uutiskirje nro. 37		
PDF	Keskkonna haiguskoormus Soomes	2013?	Arja Asikainen, Otto Hänninen ja Juha Pekkanen Terveyden ja hyvinvoinnilaitos Ympäristöterveyden osasto
PDF	Lühiülevaade tervise- ja keskkonnaseisundist Ida-Virumaal, eelnevatest põlevkivisektoriga seotud tervise- keskkonnauuringutest ning soovitusel täpsemate	2014	TÜ, Terviseamet

	terviseuuringute teostamiseks		
ODS	Ministeeriumide ja nende valitsemisala riigiasutuste tegevuskavade täitmine 2015. aastal	2016	
PDF	Põllumajandusministeeriumi valitsemisala arengukava 2016–2019	2015	Põllumajandusministeerium
DOCX	Toidutekkeliste nakkushaiguste loetelu	2013	
ÕENDUS			
DOCX	Valdkond: Õendusala spetsialistide väljaõpe ja karjäärivõimalused. Riik: Soome		
DOCX	Valdkond: Õendusala spetsialistide väljaõpe ja karjäärivõimalused. Riik: Soome		
PPT	Development of nursing education and clinical practice. Finnish experiences	2015	WHO
KIIRABI			
DOCX	Kiirabi keskmine kohalejõudmise aeg prioriteetide lõikes	2014?	
XLS	RTA 2010. aasta tegevusaruande tabel		
PDF	Vigastuste strateegia 2007. aasta aruanne		
XLS	Loodava vigastuste ennetamise strateegia Tervise Arengu Instituudi 2009. aasta		
PDF	Memo – Vigastuste strateegia 2007. aasta aruanne TAI	2008	SM
PDF	Rahvastiku tervise arengukava 2009–2020 2009. aasta aruanne		SM
PDF	Rahvastiku tervise arengukava 2009–2020 2009. aasta tegevusaruande kokkuvõte		SM
XLS	Rahvastiku tervise arengukava 2009–2020 2010. aasta aruanne		SM
PDF	Rahvastiku tervise arengukava 2009–2020 2010. aasta tegevusaruande kokkuvõte		SM
XLS	Rahvastiku tervise arengukava 2009–2020 2013 aasta aruanne		SM
XLSX	Rahvastiku tervise arengukava 2009–2020 2014. aasta aruanne		SM
DOC	MEMO - Rahvatervise strateegiate 2010. aasta tegevuskavade eelarve muudatuste ettepanekud	2010	SM
XLS	Vigastuste ennetamise strateegia Tervise Arengu Instituudi tegevuskava 2008 I poolaasta		
PDF	Rahvastiku tervise arengukava 2009–2020	2008 (täiendatud 2012)	SM
PDF	Rahvastiku tervise arengukava 2009–2020	2008	SM
DOC	Tervishoiuprogrammide järelevalve nõukogu koosoleku protokoll	2007	SM
DOC	Rahvatervise strateegiliste arengukavade järelevalve nõukogu koosoleku protokoll	2009	SM
DOC	Rahvatervise strateegiliste arengukavade järelevalve nõukogu koosoleku protokoll	2010	SM

RTA JUHTKOMITEE			
RTF	Rahvatervise strateegiliste arengukavade järelevalve nõukogu koosoleku protokoll	2010	SM
RTF	Rahvatervise strateegiliste arengukavade järelevalve nõukogu koosoleku protokoll	2011	SM
PDF	Alkoholi tarbimine Eestis	2010	Marje Josing, Eesti Konjunktuuriinstituut
PDF	2011 Põllumajandusministeeriumi tegevused RTA III ja IV valdkond		Kairi Kingo, Põllumajandusministeerium
PDF	Tervise sotsiaalsed determinandid. Majanduskriisi mõju tervisele	2010	Maris Jesse, Tervise Arengu Instituut
PPT	Rahvastiku tervise arengukava 2010. aasta aruanne, 2012 tegevuskava (rakendusplaan 2013–2015)	2011	SM
PDF	Eesti rahvastiku tervis, Eesti rahvastiku tervis 04. Märts 2010 RTA juhtkomitee kohtumine	2010	Taavi Lai, SM
PDF	Rahvastiku tervise arengukava 2009-2020 2011 aasta aruanne	2012	Ivi Normet, SM
PDF	RTA aruande kokkuvõte	2010	Ivi Normet, SM
DOC	Rahvastiku tervise arengukava (RTA) tegevuskava aastaks 2011	2010	SM
PPT	Vigastused Eestis	2011	Kristina Köhler, SM
PDF	Rahvastiku tervise arengukava rakendusperiood 2013–2016	2012	SM
PPT	Rahvastiku tervise arengukava täitmine	2011	Anu Rannaveski, Kaitseministeerium
DOC	Rahvastiku tervise arengukava 2009–2020 2009. aasta tegevusaruande analüütiline kokkuvõte	2009	SM
PPT	2010. aasta Põllumajandusministeeriumi tegevused, RTA III ja IV valdkond	2011	Põllumajandusministeerium
XLS	Tervisespordikeskuste programmi rahastamine 2010. aastal	2010	Kultuuriministeerium
XLS	Ujumise kokkuvõte		Kultuuriministeerium
DOCX	Tegevusaruanne (ÜSK aruanne)		Kultuuriministeerium
PPT	2010. aasta prioriteetide elluviimine	2011	Keskkonnaministeerium
DOCX	Rahvastiku tervise arengukava 2009–2020 2010. aasta tegevusaruande kokkuvõte	2011	SM
DOC	Rahvastiku tervise arengukava 2009–2020 indikaatorid	2016	SM
PDF	Rahvastiku tervis ja teadmispõhine tervisepoliitika	2011	Taavi Lai, SM
PDF	Alkoholipoliitika kontseptsioonidokument ehk „roheline raamat“	2011	Triinu Täht, SM
PDF	Rahvastiku tervise arengukava 2012. aasta tegevuskava	2013	SM
XLS	Rahvastiku tervise arengukava 2009–2020 2012. aasta tegevuskava	2011	SM
PDF	RTA loomise põhimõtted ja areng	2012	Taavi Lai, SM
PDF	RTA loomise põhimõtted ja areng	2012	Taavi Lai, SM

PDF	RTA rakendusplaani 2013–2016 indikaatorid: I suund	2012	Liis Rooväli, SM
PDF	RTA rakendusplaani 2013–2016 indikaatorid: V suund	2012	Liis Rooväli, SM
DOC	Memo lisa 3 I valdkonna võrdlus	2012	SM
PDF	Rahvastiku Tervise Arengukava rakendusplaani 2013–2016	2012	H. Paluste, SM
XLS	Rahvastiku tervise arengukava 2009-2020 rakendusplaani aastateks 2013–2016		SM
XLS	SE 5 Kõigile inimestele on tagatud kvaliteetsete tervishoiuteenuste kättesaadavus ressursside optimaalse kasutuse kaudu		SM
PDF	RTA rakendusplaani 2013–2016 indikaatorid: III suund	2012	Liis Rooväli, SM
PDF	Rahvastiku Tervise Arengukava rakendusplaani 2013–2016 III valdkond: Tervist toetav elu-, töö- ja õpikeskkond	2012	SM
XLS	SE 3. Elu-, töö- ja õpikeskkonnast tulenevad terviseriskid on vähenenud	2012	SM
DOC	MEMO – RTA 2013–2016 rakendusplaani I valdkonna seminar	2012	SM
DOC	MEMO – RTA 2013–2016 rakendusplaani III valdkonna seminar	2012	SM
DOC	MEMO – RTA 2013–2016 rakendusplaani V valdkonna seminar	2012	SM
DOC	Rahvatervise strateegiliste arengukavade järelvalve nõukogu koosoleku protokoll	2008	SM
DDOC	Rahvastiku tervise arengukava 2009–2010	2014	SM
BDOC	Rahvastiku tervise arengukava 2009–2020 juhtkomitee elektrooniline koosoleku protokoll	2015	SM
DOCX	Rahvastiku tervise arengukava tegevuskava aastaks 2014	2013	SM
PPT	Rahvastiku tervise arengukava 2009–2020 2014. aasta tegevuskava	2013	SM
DOC	Rahvastiku tervise arengukava 2009–2020 juhtkomitee koosoleku protokoll	2013	SM
PDF	Rahvastiku tervise arengukava 2009–2020 juhtkomitee koosoleku protokoll	2016	SM
PDF	Rahvastiku tervise arengukava 2009–2020 juhtkomitee koosoleku protokoll	2016	SM
PDF	Rahvastiku tervise arengukava 2009–2020 juhtkomitee elektroonilise koosoleku protokoll	2016	SM
PDF	Rahvastiku tervise arengukava 2009–2020 juhtkomitee koosoleku protokoll	2016	SM
XLS	IV valdkond Tervislik eluviis. Rahvastiku kehaline aktiivsus on suurenenud, toitumine on muutunud tasakaalustatumaks ja riskikäitumine on vähenenud	2015	SM
PDF	Rahvastiku tervise arengukava 2009–2020 juhtkomitee koosoleku memo	2014	SM
PDF	Rahvastiku tervise arengukava 2009–2020 juhtkomitee koosoleku protokoll	2012	SM

PDF	Rahvastiku tervise arengukava juhtkomitee koosoleku protokoll	2013	SM
PDF	Rahvastiku tervise arengukava 2009–2020 juhtkomitee koosoleku protokoll	2014	SM
PDF	Rahvastiku tervise arengukava 2009–2020 juhtkomitee koosoleku protokoll	2013	SM
DDOC	EEA „Riskilaste ja -noorte“ programmi raames ellu viidav vanemlusprogramm Incredible Years	2014	SM
DOC	Rahvastiku tervise arengukava 2009–2020 nõuandva kogu moodustamine	2011	SM
PPT	Rahvastiku Tervise Arengukava tegevuskava 2014 V valdkond	2014	SM
DOC	Rahvastiku tervise arengukava juhtkomitee koosoleku protokoll	2012	SM
DOC	Rahvastiku tervise arengukava juhtkomitee koosoleku protokoll	2010	SM
DOC	Rahvastiku tervise arengukava juhtkomitee koosoleku protokoll	2011	SM
DOC	Rahvastiku tervise arengukava juhtkomitee koosoleku protokoll	2011	SM
DOC	Rahvastiku tervise arengukava juhtkomitee koosoleku protokoll	2010	SM
DOC	Rahvastiku tervise arengukava juhtkomitee koosoleku protokoll	2010	SM
PPT	Tubakaseaduse ja reklaamiseaduse muudatused	2014	Aive Telling, SM
SVH			
PDF	Südame- ja veresoonehaiguste ennetamise riikliku strateegia tegevuskava	2010	TAI
PDF	SVH 2010. aasta Põllumajandusministeeriumi tegevused	2010	Põllumajandusministeerium
PDF	Kultuuriministeeriumi tegevused südame- ja veresoonehaiguste ennetamisel	2010	Tiina Beljaeva
XLS	Südame- ja veresoonehaiguste ennetamise riiklik strateegia 2005–2020, 2007. aasta Tervise Arengu Instituudi tegevuskava		TAI
DOC	Tervise Arengu Instituudi südame- ja veresoonehaiguste ennetamise strateegia, 2009 aasta aruanne	2009	TAI
XLS	Tervise Arengu Instituudi Südame- ja veresoonehaiguste ennetamise riikliku strateegia 2005-2020, 2009. aasta aruanne	2009	TAI
PDF	MEMO – TAI 2007. aasta II poolaasta SVH strateegia tegevusaruanne	2008	SM
DOC	TAI 2007. aasta SVH ennetamise strateegia I poolaasta aruande kommentaar	2007	SM
XLS	Südame- ja veresoonehaiguste ennetamise riiklik strateegia 2005–2020, 2010. aasta tegevuskava	2010	TAI
XLS	Südame- ja veresoonehaiguste ennetamise riikliku strateegia 2008. I poolaasta aruanne Tervise Arengu Instituudis	2008	TAI
DOC	MEMO – 2008. aasta SVH ennetamise strateegia TAI I poolaasta aruanne	2008	SM
XLS	Südame- ja veresoonehaiguste ennetamise riikliku strateegia 2005–2020 Tervise Arengu Instituudi 2010. aasta	2010	TAI

	tegevuskava I poolaasta aruanne		
XLS	Südame- ja veresoonehaiguste ennetamise riikliku strateegia 2005-2020 Tervise Arengu Instituudi 2010. aasta tegevuskava	2010	TAI
XLS	Tervise Arengu Instituudi Südame- ja veresoonehaiguste ennetamise riikliku strateegia 2005–2020 2011. aasta I poolaasta aruanne	2011	TAI
XLSX	Tervise Arengu Instituudi südame- ja veresoonehaiguste ennetamise riikliku strateegia 2011. aasta tegevuskava	2010	TAI
DOC	SVH ennetamise strateegia nõukogu koosoleku protokoll	2010	SM
VÄHK			
XLS	Riikliku vähistrateegia 2008. aasta aruanne Tervise Arengu Instituudis	2009	TAI
DOC	Tervise Arengu Instituudi Riikliku vähistrateegia aastateks 2007–2015, 2008. aasta aruanne	2009	TAI
XLS	Tervise Arengu Instituudi riikliku vähistrateegia 2009. aasta aruanne	2010	TAI
DOC	Tervise Arengu Instituudi Riikliku vähistrateegia 2009. aasta aruanne	2010	TAI
DOC	Tervise Arengu Instituudi Riikliku vähistrateegia 2010. aasta tegevuskava aastaaruanne	2011	TAI
DOC	Tervise Arengu Instituudi Riikliku vähistrateegia 2011. aasta tegevuskava aastaaruanne	2012	TAI
DOCX	Tervise Arengu Instituudi Riiklik vähistrateegia 2007–2015, 2012. aasta tegevuskava aastaaruanne	2013	TAI
PDF	2013. aastal emakakaelavähi sõeluuringus osalevate laborite auditi raport	2014	Katrin Kuusemäe, SA Vähi Sõeluuringud
PDF	Estonian Breast Cancer Screening Programme Pre-conditions and Current Status Report of a pre-audit assessment on 28–29 December 2010 and 9–11 May 2011	2012	Dr. Eero Suonio Quality Assurance Group International Agency for Research on Cancer Lyon, France Dr. Peter B. Dean Department of Diagnostic Radiology by University of Turku
XLS	Tervise Arengu Instituudi Riikliku vähistrateegia 2007–2015 tegevuskava 2007–2010		TAI
XLS	Tervise Arengu Instituudi Riikliku vähistrateegia 2007-2015 tegevuskava 2007. aastaaruanne	2007	TAI
PDF	MEMO – TAI 2007. aasta vähistrateegia tegevusaruanne	2008	Ülla-Karin Nurm, SM
PDF	Auditi aruanne. Projekti nimetus: „Emakakaelavähi ennetamise projekt 2003–2008”	2009	PRAXIS
XLS	Tervise Arengu Instituudi Riikliku vähistrateegia 2008. I poolaasta aruanne		TAI

XLS	Tervise Arengu Instituudi Riikliku vähistrateegia 2009. aasta tegevuskava	2009	TAI
XLS	Tervise Arengu Instituudi Riikliku vähistrateegia 2009. aasta tegevuskava	2009	TAI
XLS	Tervise Arengu Instituudi Riikliku vähistrateegia 2009. aasta tegevuskava	2009	TAI
XLS	Rahvastikupõhiste epidemioloogiliste ja teiste terviseuuringute korraldamine tähtsamate vähi riskitegurite leviku selgitamiseks Eestis	2011	TAI
XLS	Riiklik vähistrateegia, Tervise Arengu Instituudi 2010. aasta I poolaasta aruanne	2010	TAI
XLSX	Tervise Arengu Instituudi riikliku vähistrateegia 2011. aasta aruanne	2012	TAI
XLSX	Tervise Arengu Instituudi riikliku vähistrateegia 2011. aasta I. poolaasta aruanne	2011	TAI
XLSX	Tervise Arengu Instituudi riikliku vähistrateegia 2012. aasta aruanne	2013	TAI
VAIMNE TERVIS			
PDF	Koolinoorte vaimne tervis. Kokkuvõte – raport	2015	Eesti-Rootsi Vaimse Tervise ja Suitsidologia Instituut
PDF	Vaimse tervise strateegia 2016–2025	2016	VATEK
VAKTSINEERIMINE			
PDF	National Immunisation Strategy for Australia 2013–2018	2013	Australian Government, Department of Health
PDF	Summary report on immunization programs in Belgium	2007	
PDF	Vaccination of young children against Tuberculosis	2011	Health Council of the Netherlands
PDF	The National Immunisation Programme in the Netherlands, Developments in 2013	2013	National Institute for Public Health and the Environment
PDF	Alberta Immunization Strategy 2007–2017		
PDF	Laste ennetav tervisekontroll kuni 7-aastastel lastel	2014	Juta Varjas, Terviseamet
PDF	Strategies to increase the demand for childhood vaccination in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis	2015	Mira Johri, Myriam Cielo Pérez, Catherine Arsenaault, Jitendar K Sharma, Nitika Pant Pai, Smriti Pahwa & Marie-Pierre Sylvestre
PDF	Systematic review of the cost-effectiveness of influenza immunization programs: a canadian perspective	2015	Eon Ting
PDF	Discounting in the evaluation of the cost-effectiveness of a vaccination programme: A critical review	2015	Mark Jit, Walter Mibe (Vaccine 33 (2015) 3788–3794)
PDF	Interventions to Improve Adolescent Vaccination	2015	Amanda F. Dempsey,



			MD, PhD, MPH, Gregory D. Zimet, PhD (American Journal of Preventive Medicine)
PDF	Systematic literature review of the evidence for effective national immunisation schedule promotional communications	2012	ECDC
PDF	Immunization Information Systems to Increase Vaccination Rates: A Community Guide Systematic Review	2015	Holly Groom, MPH; David P. Hopkins, MD, MPH; Laura J. Pabst, MPH; Jennifer Murphy Morgan, MSPH; Mona Patel, MPH; Ned Calonge, MD; Rebecca Coyle, MPH; Kevin Dombkowski, DrPH, MS; Amy V. Groom, MPH; Mary Beth Kurilo, MPH, MSW; Bobby Rasulnia, PhD, MPH, MPA; Abigail Shefer, MD; Cecile Town, MPH; Pascale M. Wortley, MD, MPH; Jane Zucker, MD, MS; and the Community Preventive Services Task Force
PDF	Communicating with parents about vaccination: a framework for health professionals	2012	Julie Leask, Paul Kinnersley, Cath Jackson, Francine Cheater, Helen Bedford and Greg Rowles
PDF	Improving Immunization Coverage Rates: An Evidence-based Review of the Literature	1999	Abigail Shefer, Peter Briss, Lance Rodewald, Roger Bernier, Ray Strikas, Hussain Yusuf, Serigne Ndiaye, Sheree Williams, Marguerite Pappaioanou, and Alan R. Hinman
PDF	Primary care strategies to improve childhood immunisation uptake in developed countries: systematic review	2011	Nia Williams, Helen Woodward, Azeem Majeed, Sonia Saxena
PDF	Nonmedical Exemptions From School Immunization Requirements: A Systematic Review	2014	Eileen Wang, Jessica Clymer, BA, BSN, Cecilia Davis-Hayes, BA, and Alison Buttenheim, PhD, MBA
PDF	Strategies intended to address vaccine hesitancy: Review of published reviews	2015	Vaccine 33 (2015) 4191–4203 (journal homepage:

			<a href="http://www.elsevier.com/locate/inhe">http://www.elsevier.com/locate/inhe</a>
PDF	Why children are not vaccinated: a review of the grey literature	2012	International Health 4 (2012) 229–238 (journal homepage: <a href="http://www.elsevier.com/locate/inhe">http://www.elsevier.com/locate/inhe</a> )
PDF	The current Swedish immunisation program	2006	
PDF	National immunization program in Finland	2007	National Public Health Institute, Department of Vaccines/Clinical Unit, Helsinki, Finland
PDF	The Danish Childhood Vaccination Programme	2015	Sundhedsstyrelsen Danish Health and Medicines Authority
PDF	Vaccine programmes and policies	2002	British Medical Bulletin (D M Salisbury, P C L Beverley and E Miller)
PDF	State of the world's vaccines and immunization	2009	WHO
PDF	Attitudes to vaccine preventable diseases, immunisation and adverse events following immunisations		VACSATC Vaccine Safety, Attitudes, Training and Communication
<b>VKK PROTOKOLLID</b>			
DOC	Vähiravi kvaliteedi komisjoni koosoleku protokoll	2012	SM
DOC	Vähiravi kvaliteedi komisjoni koosoleku protokoll	2012	SM
DOC	Vähiravi kvaliteedi komisjoni koosoleku protokoll	2011	SM
DOC	Vähiravi kvaliteedi komisjoni koosoleku protokoll		SM
DOC	Vähiravi kvaliteedi komisjoni koosoleku protokoll	2011	SM
PDF	Vähiravi kvaliteedi komisjon	2009	SM
PDF	Vähiravi kvaliteedi komisjoni koosoleku protokoll	2007	SM
PDF	Vähiravi kvaliteedi komisjoni koosoleku protokoll	2008	SM
PDF	Vähiravi kvaliteedi komisjoni koosoleku protokoll	2008	SM
DOC	Vähiravi kvaliteedi komisjoni koosoleku protokoll	2008	SM
PDF	Vähiravi kvaliteedi komisjoni koosoleku protokoll	2008	SM
PDF	Vähiravi kvaliteedi komisjoni koosoleku protokoll	2008	SM
PDF	Vähiravi kvaliteedi komisjoni koosoleku protokoll	2010	SM
PDF	Vähiravi kvaliteedi komisjoni koosoleku protokoll	2009	SM
PDF	Vähiravi kvaliteedi komisjoni koosoleku protokoll	2010	SM
PPTX	Riiklik vähiravistrateegia 2007–2015	2012	Ülle Ilves, Tervise Arengu Instituut
PPTX	Projekt „Eesti vähiregistri kvaliteedi analüüs“ (I)	2015	TAI

PPT	Vähiravi korraldusmodelite kvalitatiivne kiiranalüüs	2009	Gerli Paat, Ain Aaviksoo, PRAXIS
PDF	Vähiregister 2013. aastal	2013	TAI, Margit Mägi
PDF	Vähiregister 2012. aastal	2012	TAI, Margit Mägi
DOC	Vähiravi kvaliteedi komisjoni koosoleku protokoll	2010	SM
DOC	Vähiravi kvaliteedi komisjoni koosoleku protokoll	2016	SM
SOM SAADETUD ANDMEALLIKAD			
DOCX	SoM-saadetud-andmeallikad	2015	SM
RTA 2015. AASTA ARUANDE TABEL			
XLSX	Rahvastiku tervise arengukava 2009–2020, 2015. aasta aruanne		SM
MUUD ALLIKAD			
PDF	Eesti Naiste Tervis 2014	2015	TÜ naistekliinik
DOC	Rahvastiku Tervise Arengukava 2009-2020 aasta plaanis peavad leidma koha luu- ja liigeshaigused Need haigused kärbibivad Eestis pea poolte tööealiste inimeste tööõimet. Luu- ja liigesehaiguste käsitlemise parandamise ettepanekud	2015	Koostöökoogu, Tööõimelise Eesti eest (Eesti Reumaliit, Eesti Reumatoloogia Selts, Eesti Taastusarstide Selts, Eesti Perearstide Selts, Eesti Töötervishoiuarstide Selts, Eesti Traumatoloogide-Ortopeedide Selts
PDF	Õdede arvu prognoos aastaks 2032	2013	Raul-Allan Kiivet, Helle Visk, Mait Raag
XLS	Tubakasuitsule eksponeeritus ühiskondlikes ruumides või töökohas aja, soo ja vanuserühma järgi	2015	TAI
Raport	WHO mission report on revising the Estonian public health act		WHO
	WHO Mission Report on Revising the Estonian Public Health Act	2012	WHO

