

## EESTI TÄHTSAMAD TERVISENÄITAJAD



“Eesti tähtsamad tervisenäitajad” annab ülevaate riigi elanikkonna tervislikust seisundist ja tervishoiu olukorrast; kui võimalik, on olukorda võrreldud piirkonna teiste riikide omaga. Publikatsiooni on WHO välja töötanud liikmesriikide vahelise koostöö käigus ja tegu ei ole ametliku statistika kogumikuga; käsitus põhineb liikmesriikidelt ja teistest edaspidi loetletud allikatest saadud infol.

## SISUKORD

ÜLEVAADE .....	1
RIIK JA RAHVAS .....	4
TERVISESEISUND .....	7
ELUSTIIL .....	22
KESKKOND JA TERVIS .....	28
TERVISHOIOUSÜSTEEM .....	31
VIITED.....	37



WHO Regional Office for Europe



SOTSIAALMINISTEERIUM



European Commission

**Kümne Euroopa Liidu kandidaatriigi tähtsamate tervisenäitajate väljatöötamise projekti on rahaliselt toetanud Euroopa Komisjon ja Soome Tervishoiuministeerium.**

Esileheküljel asuv kaart (kirjastuse Lonely Planet autoriõigus 1999) on adapteeritud Lonely Planeti veebileheküljelt (<http://www.lonelyplanet.com>) kirjastuse loal ja autoriõigus jääb kirjastusele Lonely Planet.

Eestikeelse trükise allikas on Euroopa Liidu ja Maailma Terviseorganisatsiooni Euroopa piirkonnabüroo väljaanne "Highlights on Health in Estonia", detsember 2001.

**© Euroopa Liit ja Maailma Terviseorganisatsioon 2002**

---

**VÕTMESÕNAD:**

TERVISESEISUND, ELUSTIIL, KESKKONNATERVIS, TERVISHOIUTEENUSTE OSUTAMINE, VÕRDLUSUURING, EESTI.

Dokumendi tõlkija on vastutav tõlke täpsuse eest.

Palume edastada oma kommentaarid või täiendav informatsioon aadressil:

**Sotsiaalministeerium**

Gonsiori 29, 15027 Tallinn

Telefon: (+372) 62 69 700

Faks: (+372) 69 92 209

E-post: [smin@sm.ee](mailto:smin@sm.ee)

Veeb: <http://www.sm.ee>

Dokumendis väljendatakse WHO seisukohti.

Ingliskeelne eksemplar on kättesaadav aadressil:

Health Information Unit

WHO Regional Office for Europe

8 Scherfigsvej

DK-2100 Copenhagen

Denmark

Telefon: +45 39 17 12 00

Teleks: 12000 who dk

Faks: +45 39 17 18 95

E-post: [rpf@who.dk](mailto:rpf@who.dk)

Veeb: <http://www.euro.who.int/countryinformation>

ISBN 9985-9387-5-5

## ÜLEVAADE

Eestile on iseloomulik sündimuse vähenemine ning negatiivne loomulik iive. Viimane on olnud negatiivne alates 1991. aastast, kusjuures 1999. aastal oli loomuliku iibe kordaja tunduvalt väiksem nii Euroopa Liidu kui võrdlusriikide keskmisest<sup>1</sup>.

1999. aastal oli Eesti meeste keskmise oodatava eluea poolest võrdlusriikide hulgas eelviimasel kohal. Hoolimata tõusutrendist 1990. aastate lõpus oli keskmine eluiga madalam, kui see oli olnud 1960. aastate keskpaigas. Naiste keskmine eluiga jäi ühele tasemele püsima 1980. aastate lõpul ning langes 1990. aastate algul, kuni hakkas jälle tõusma 1990. aastate lõpul. Naiste osas on Eesti suhteline positsioon võrdlusriikide seas parem, sest naiste oodatav keskmine eluiga on võrdlusriikide keskmisega võrreldes peaaegu samal tasemel.

Kuni 64-aastaste meeste ja naiste südame- ja veresoonkonna haiguste standarditud suremuskordaja (SSK) suurenes 1980. aastate lõpul ja 1990. aastate algul oluliselt, eriti meeste osas, kuid langes 1990. aastate lõpul tagasi kaheksakümnendate aastate keskpaiga tasemele. Südame- ja veresoonkonna haiguste SSK on ligikaudu sama suur kui võrdlusriikide keskmine, ent südame isheemiatõve SSK on võrdlusriikide hulgas suuruselt teine.

Pahaloomuliste kasvaja SSK kuni 64-aastastel on olnud kõrge, kuid on alates 1980. aastate keskpaigast hakanud langema. Mõnede vähi paikmete puhul (näiteks rind ja emakakael) oli SSK naistel 1999. aastal kõrgem kui 1980. aastate keskel.

Välispõhjuste SSK suurenes aastatel 1986–1994 meeste kõigis vanuserühmades enam kui kaks

korda. Hoolimata kolmandiku võrra vähenemisest pärast 1994. aastat on see siiski võrdlusriikidest kõrgeim. Naiste vastava SSK muutuste mudel oli samasugune — Eesti näitaja oli võrdlusriikide seas suuruselt teine, olgugi et muutused polnud niisama suured kui meestel. Tapmiste ja tööõnnetuste SSK on võrdlusmaade hulgas üks kõrgemaid. Enesetappude SSK on Eestis võrdlusriikide keskmisest kõrgem, eriti meeste osas. Kuigi suremus liiklusõnnetuste tagajärjel on võrdlusmaade ja Euroopa Liiduga võrreldes jätkuvalt kõrge, näib, et tänu 1996. aastal käivitatud liiklusõnnetuste ennetamise programmile on see oluliselt vähenenud.

Aastatel 1984–1996 võis Eestis, Lätis ja Leedus ning Vene Föderatsioonis täheldada alkoholiga seotud surmade osas (südame-veresoonkonna haigused, eriti surmad infarkti tagajärjel, ja välispõhjused) iseloomulikku sarnast muutustrendi. 1986. aastal oli näha suremuse selget langust, mis seostub karmi alkoholipoliitikaga, järgnes ühtlane tõus kuni 1991. aastani ja järsk tõus 1994. aastal.

Hingamiseldude haiguste SSK on kõigi vanuserühmade arvestuses võrdlusriikide seas üks madalamaid. Seedeeldude haiguste SSK on samuti madal, kuid võrreldes 1980. aastate lõpuga on see siiski tõusnud.

Imikusuremus on võrreldes 1985. aastaga kolmandiku võrra vähenenud ja võrdlusriikide keskmisest madalam. Alla 2500-grammise sünnikaaluga vastsündinute osakaal on üks võrdlusriikide madalamaid.

Tuberkuloosi ja süüfilise haigestumuse vähenemine lõppes 1990. aastatel. Mõlemad näitajad on sellest ajast alates märkimisväärselt tõusnud. Meeste tuberkuloosisuremus on peapõhjus, miks suremus nakkushaigustesse on võrreldes 1980. aastate lõpuga 50% kasvanud. Eestis pole olnud difteeriaepideemiat, vaatamata epideemiate esinemisele mitmes Nõukogude Liidu endises liiduvabariigis, ka Eesti naaberriikides.

<sup>1</sup> Võrdlusriikide gruppi kuulusid järgmised kümme Euroopa Liidu kandidaatriiki: Bulgaaria, Tšehhi Vabariik, Eesti, Ungari, Läti, Leedu, Poola, Rumeenia, Slovakkia ja Sloveenia

Kuigi suitsetamislevimus Eestis väheneb, on see ikka veel Euroopa Liidu keskmisest kõrgem. Kopsuvähi SSK, mis enne oli suhteliselt kõrge, on nüüdseks langenud alla võrdlusriikide keskmise.

1990. aastatel on kasvanud registreeritud alkoholitarbimine, kuid andmestikuga on probleeme. Krooniliste maksahaiguste ja tsirroosi SSK oli kõigil vanuserühmadel kuni 1990. aastate lõpuni madalam võrdlusriikide ja Euroopa Liidu keskmisest, kuid pärast seda on see näitaja Eestis kiiresti tõusma hakanud.

Kindlustusel põhinevale tervishoiusüsteemile pandi alus 1992. aastal ravikindlustuse seaduse vastuvõtmisega. Siiski pole 5-8% Eesti alalistest elanikest ravikindlustusega kaetud.

Ravivoodite arv vähenes 1990. aastatel märgatavalt, ravivoodite arvult 100 000 inimese kohta on Eesti positsioon praegu võrdlusriikide keskmise ja Euroopa Liidu keskmise vahel. Arste on 100 000 inimese kohta küll rohkem kui võrdlusriikides keskmiselt, kuid selgelt vähem Euroopa Liidu keskmisest.

## SELGITUSED

WHO uurimus “Tähtsamad tervisenäitajad” (“Highlights on Health”) annab ülevaate riigi rahvastiku tervisest ja selle peamistest teguritest. Kui võimalik, kasutatakse võrdlusena teiste riikide andmeid, et hinnata käsitletava riigi tugevaid ja nõrku külgi, võtta kokku seni saavutatu ja osutada sellele, mida võiks tulevikus parandada. Kasutatakse nn võrdlusriikide gruppe, mille liikmed on:

- sarnase tervise ja sotsiaalmajandusliku arenguga ja/või
- geopoliitilistest gruppidest nagu Euroopa Liit (EL), taasiseseisvunud riigid, Kesk-Aasia vabariigid või Euroopa Liidu kandidaatriigid.

Eesti kuulub koos üheksa Kesk- ja Ida-Euroopa riigiga Euroopa Liidu kandidaatriikide võrdlusgruppi (Bulgaaria, Tšehhi, Eesti, Ungari, Läti, Leedu, Poola, Rumeenia, Slovakkia ja Sloveenia).

Et riikidevaheline võrdlus oleks võimalikult valideeritud, on andmed võetud võimalusel ühest ja samast rahvusvahelisest allikast (näiteks WHO, EUROSTAT, OECD või ILO), kindlustamaks seda, et andmed on omavahel võrreldavad. Samas tuleks teadmiseks võtta, et andmete võrreldavust võivad mõjutada sellised tegurid nagu registreerimine, klassifitseerimine ja kultuurilised erinevused. Andmete allikaks on WHO Euroopa piirkonnakomitee terviseindikaatorite andmebaas (*WHO Regional Office for Europe, 2001*), kui pole märgitud teisiti. Iga riigi poliitika alane informatsioon pärineb riigi ametkondade hinnanguraportitest “Tervis kõigile” (Health For All), isiklikest kontaktidest ametkondadega ja väljaandest “Tervis Euroopas 1997” (*WHO Euroopa piirkonnakomitee, 1998*).

Üheks võrdlusmeetodi erijuhuks on riikide järjestamine. Kuigi riigi järjenumber on mugav kokkuvõtlik näitaja, võib järjestamine olla eksitav ning eeldab ettevaatlikku tõlgendamist. Seda eriti juhul, kui kasutatakse ainult järjestamist – järjenumber võib muutuda näitaja väärtuse väiksemategi hälvete korral. Kui järjestust (näiteks tabel terviseseseisundi peatüki alguses) kasutatakse trendide hindamisel, siis võivad olulised muutused riigi tasandil jääda varjatuks. Peamiselt on kasutatud tulpdiagramme (näitamaks riigi kohta võrdlusriikide seas kõige viimaste andmete järgi) ja joondiagramme (harilikult ajaliste muutuste väljendamiseks aastast 1970). Joondiagrammidel on toodud kõigi kandidaatriikide ja Euroopa Liidu trendid. Käsitletava riigi näitajad ja vastava rühma keskmine on paksu joonega esile tõstetud ning legendis eraldi välja toodud. See võimaldab trende hõlpsamalt üles leida ning jälgida käsitletava riigi asendit võrdlusriikide hulgas. Silumaks väikeste arvude aastakordajate kõikumisi on vajadusel kasutatud kolme aasta keskmisi (näiteks emasuremus kõikides võrdlusriikides).

Võrdluste puhul tuleks lähtuda ühest ja samast ajahetkest. Siiski ei ole riikide viimased andmed kõik ühest aastast. Tuleks meeles pidada, et hilisemate andmete selgumisel võib riigi koht muutuda.

## RIIK JA RAHVAS<sup>2</sup>

1990. aasta märtsis võttis Eesti NSV Ülemnõukogu vastu deklaratsiooni, milles kutsuti üles taastama riigi iseseisvust. 1991. aasta märtsi referendumil oli enamik rahvast iseseisvuse poolt. Riigikogu kuulutas iseseisvuse välja 1991. aasta augustis ning sama aasta septembris tunnustas seda ka NSV Liidu Ülemnõukogu.

1992. aasta juuni referendumil kiideti heaks Põhiseadusliku Assamblee koostatud uus põhiseadus, mis jõustus 1992. aasta juulis. Põhiseaduse järgi on Eesti demokraatlik õigusriik, mille õigussüsteemi lahutamatuks osaks on rahvusvahelise õiguse üldtunnustatud põhimõtted ja normid.

101-liikmeline Riigikogu valitakse neljaks aastaks. Riigipea on president, kelle parlament valib viieks aastaks.

Eestis on 254 omavalitsusüksust, millest 207 on vallad ja 47 linnad. Valijaskond koosneb kodanikest ja riigis vähemalt viis aastat alaliselt elanud isikutest. Valimistel võivad kandideerida ainult kodanikud.

Eesti on Ühinenud Rahvaste Organisatsiooni (ÜRO), Euroopa Nõukogu ja NATO programmi "Partnerlus rahu nimel" liige. Samuti on Eesti Euroopa Liidu assotsieerunud liige ja Lääne-Euroopa Liidu assotsieerunud partner. Eesti esitas avalduse Euroopa Liiduga liitumiseks 1995. aasta novembris.

Tabel 1. Eesti ja võrdlusriigid (1999)

Pealinn	Eesti	EL kandidaatriigid		
	Tallinn	Keskm./kokku	Vähim	Suurim
Rahvaarv	<b>1 442 400</b>	104 705 300	1 442 400	38 741 000
0–14-aastased (%)	<b>18.3</b>	18.8	16.1	21.2
15–64-aastased (%)	<b>67.3</b>	68.4	66.3	74.2
≥ 65-aastased (%)	<b>14.4</b>	12.8	9.6	16.0
Pindala (km <sup>2</sup> )	<b>45 100</b>	1 078 066	20 000	313 000
Rahvastiku tihedus 1 km <sup>2</sup> kohta	<b>32</b>	97	32	130
Linnarahvastik (%)	<b>69</b>	64	50	75
Sündide arv 1000 inimese kohta	<b>8.7</b>	9.7	8.0	10.5
Surmade arv 1000 inimese kohta	<b>12.8</b>	11.2	9.6	14.2
Loomulik iive 1000 inimese kohta	<b>-4.1</b>	-1.5	-5.5	0.8
SKP inimese kohta USA \$ PPP	<b>8 355</b>	8 369	5 071	15 977
SKP: sisemajanduse koguprodukt; PPP: ostujõu pariteet				

<sup>2</sup> Need lõigud põhinevad materjalil raamatust "The Statesman's yearbook" (Turner, 2000)

## Demograafia

Rahvastikupüramiidi kuju näitab demograafilise ülemineku faasi. Sündimuse, suremuse ja rände muutuste põhjustatud üldised muutused rahvastiku struktuuris on hästi näha, kui võrrelda kahe aasta rahvastikupüramiide (joonis 1). Euroopa Liidu riigid on jõudnud demograafilise ülemineku viimasesse faasi, kus väheneb noorte osatähtsus võrreldes keskealistega ja mõneti ka vanuritega. Ka võrdlusriigid liiguvad samasuguse rahvastikustruktuuri poole.

Eestis olid vanuserühmad 0–4 ja 15–24 proportsionaalselt väiksemad ning vanuserühmad 25–39 ja 55–69 suuremad võrdlusriikide 1999. aasta keskmisest. Naiste puhul oli ka vanuserühm 70 ja vanemad üldiselt suurem kui võrdlusriikides (joonis 1).

Sündimuse üldkordaja 1000 inimese kohta vähenes aastatel 1987–1999 peaaegu 50% — 16,2-lt

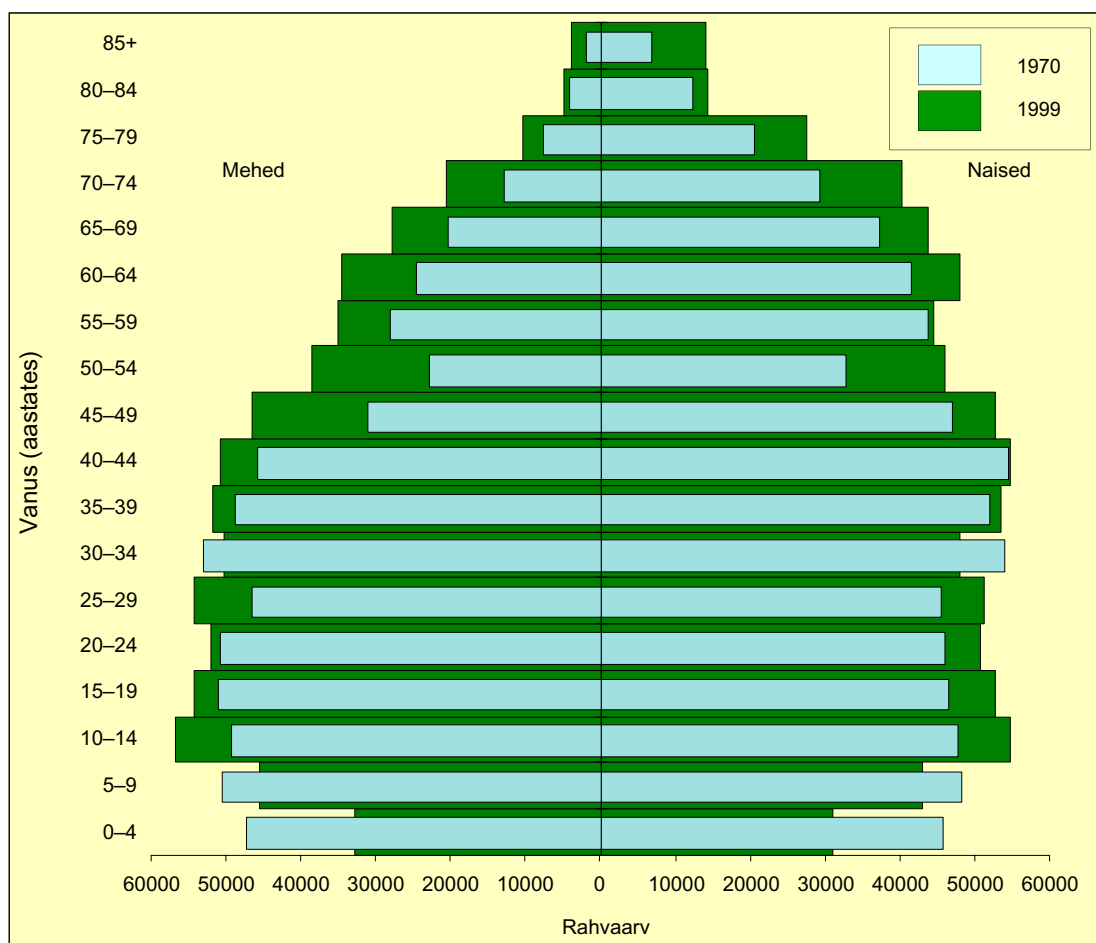
8,7-ni. Loomuliku iibe kordaja on Eestis olnud negatiivne alates 1991. aastast ja see on langenud madalamale kui Euroopa Liidus 1990. aastal. 1999. aastal oli see (-4,1‰) võrdlusriikide hulgas tagant neljas, olles palju madalam võrdlusriikide (-1,6‰ 1999. a) ja Euroopa Liidu keskmisest (+0,9‰ 1997. a) (joonis 2).

Sündimuskordaja on Eestis langenud alla rahvastiku taastetaset nagu ka kõigis võrdlusriikides (Eestis 1999. a 1,2; võrdlusriikides 1,1–1,4; keskmine 1,3).

## Rahvastiku ränne ja rahvuslik koosseis

Immigrantidel ja rahvusvähemustel võib olla spetsiifilisi haigusmudeleid ja tervise erivajadusi seoses kultuuriliste, sotsiaal-majanduslike ja käitumuslike faktoritega ning nende päritolumaal kogetud erineva keskkonnaga. Selliste erivajadus-

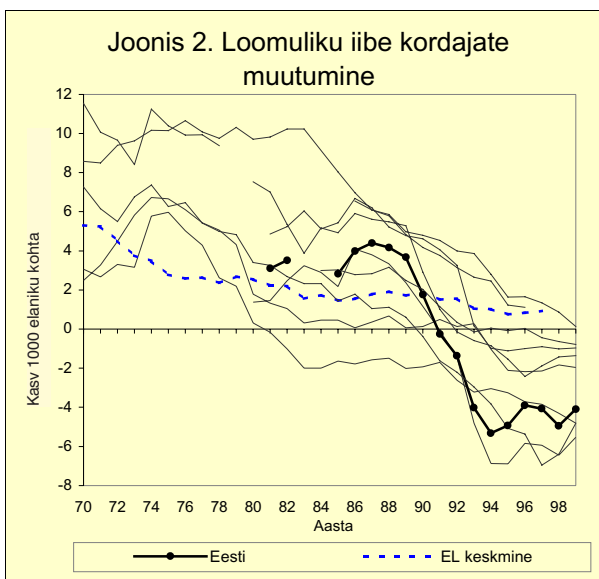
Joonis 1. Rahvastikupüramiid aastatel 1970 ja 1999



tega arvestavat ning kultuuriliselt ja keeleliselt vastuvõetavat tervise teenust võib olla keeruline saada. Peale selle on nendel inimestel suurem risk vaesusesse langeda, mis omakorda halvendab tervise seisundit teiste vähemusrühmadega võrreldes. Eriti raske võib-olla raviteenust (sealjuures järjepidevalt) saada illegaalsetel immigrandidel.

1989. a. rahvaloenduse andmetel olid 62% rahvastikust eestlased, 30% venelased, 3% ukrainlased, 2% valgevenelased, 1% soomlased (Turner, 2000). 1999. aastal olid 65% eestlased, 28% venelased, 2,5% ukrainlased, 1,5% valgevenelased, 1% soomlased.

Rändesaldo oli 1990. aastatel negatiivne, kuid see näitaja on tippasemest 1992. aastal (-33 800) kahanenud -600-ni 1999. aastal (Euroopa Nõukogu, 1999). Ligikaudu 70% negatiivsest rändesaldost hõlmab väljaränne Vene Föderatsiooni. Teised tähtsamad sihtriigid on Soome ja Saksamaa (Euroopa Nõukogu, 1997).



## Sotsiaalsed tingimused ja majandus

Palju on kogutud tõestusmaterjali haridustaseme ja tervise vahelise seose kohta. Sageli on indikaatorina kasutatud kirjaoskajate osatähtsust täiskasvanute hulgas (15 aastat ja vanemad), kuid ühtlane tase Euroopas (kõigis võrdlusriikides on kirjaoskajaid täiskasvanute seas üle 96%) raskendab võrdlemisel selle näitaja kasutamist. Et kõigis võrdlusriikides on algharidus kohustuslik ja peaaegu kõik lapsed õpivad, ei saa kasutada ka algharidust omandavate laste osakaalu.

Mõistlikum on aluseks võtta keskharidust omandavate laste osakaal. Eestis püsis see näitaja 1990. aastatel samal tasemel. Keskhariduse omandajate osakaal Eestis (83%) oli 1996. aastal võrdlusriikide kõrgemaid (keskmine on 79%, UNESCO, 1999).

Sisemajanduse kogutoodang elaniku kohta, mis on viidud vastavusse ostujõupariteediga (PPP), oli Eestis 1992. aastal 3842 USD ja 1998. aastal juba 7682 USD. See näitaja oli veidi väiksem kui võrdlusriikide keskmine, kuid kõigest 35% Euroopa Liidu keskmisest. 1999. aastaks oli sama näitaja juba 8355 USD (ÜRO Euroopa Majanduskomisjon, 1999). Eestis on ajavahemikul 1992–1999 palgad suurenenud 44%. 1999. aasta esialgsete andmete järgi andis SKT-st 63% teenindus, 18% tööstus ja 3% põllumajandus (UNDP, 2000).

Ametlikult oli 1999. aastal Eestis töötuse määr 12,3%. See näitaja on võrdlusriikide seas üks kõrgemaid ja ületab ka Euroopa Liidu keskmise (10,3%). Samas võib enamikus Kesk- ja Ida-Euroopa riikides tegelik töötuse tase olla kõrgem, kui ametlikult näidatakse.

Inflatsioon on Kesk- ja Ida-Euroopa riikides põhjustanud suuri probleeme. Eestis oli inflatsioon 1992. aastal 1076%, kuid 1999. aastaks oli see langenud 3%-ni.

Hariduse omandajate osakaal saadakse kindla vanuserühma õppurite arvu jagamisega sellesse vanuserühma kuulujate koguarvuga, vanuserühm vastab kindlale haridustasemele. Haridustase määratakse riigi seadustega, nagu ka vanuserühma piirid (UNESCO, 1999)

# TERVISESEISUND

Eesti tervise seisundi viimaste muutuste kokkuvõtte võrdlusriikidega võrreldes (joonis 3) näitab järgmist.

- Eesti positsioon eeloleva eluea arvestuses pole muutunud, see on endiselt halb. Sugudevaheline eeloleva eluea erinevus on võrdlusriikide seas suurim. Imikusuremuse osas on Eesti tahapoole langenud, kuid emasuremuse osas on olukord paranenud.

- Suhteliselt halb positsioon südame- ja veresoonehaiguste suuremuses on vaid veidi paranenud.
- Vähi (eriti kopsuvähi) osas on olukord lootusrikkam, kuigi rinnavähi suuremuses on järjehoides märkimisväärselt tahapoole langetud.
- Välispõhjustest tingitud suuremuses on Eesti koht samuti märgatavalt halvenenud.

Joonis 3. Eesti koht võrdlusriikide seas, 1985 ja viimased kättesaadavad andmed (1999 <sup>e</sup> )														
SEIS (koht)	PARIM					HALVIM					Eesti	Kandidaatide keskmine	Vähim <sup>a</sup>	Suurim <sup>b</sup>
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10				
Keskmine eluiga (aastates)							☺				71.1	72.3	70.2	75.8
Meeste ja naiste keskmise eluea vahe (aastates)										☺	10.9	8.2	6.8	10.9
Imikusuremus-kordaja 1000 elussünni kohta				●			☹				9.5	10.9	4.6	18.6
Emasuremus-kordaja, kõik põhjused 100 000 elussünnikohta						☺			●		16.0	17.6	6.3	44.1
Südame-veresoonehaiguste SSK <sup>d</sup> 0–64-aastastel							☺	●			155.5	129.9	61.1	167.3
Südame isheemiatõve SSK 0–64-aastastel									☺		76.4	57.5	25.3	88.0
Peaajuveresoonte haiguste SSK 0–64-aastastel						☺	●				36.3	32.6	14.3	51.1
Pahaloomuliste kasvaja SSK 0–64-aastastel				☺		●					99.6	107.3	92.7	145.3
Kopsuvähi (hingetoru, bronh, kops) SSK 0–64-aastastel	☺				●						19.4	26.8	19.4	42.0
Emakakaelavähi SSK 0–64-aastastel					☹						6.1	7.4	3.3	11.9
Rinnavähi SSK 0–64-aastastel naistel			●					☹			17.4	15.7	13.7	20.6
Välispõhjustest tingitud SSK (vigastused ja mürgistused)							●		☹		151.4	74.0	52.2	156.6
Sõidukiõnnetustest tingitud SSK						●		☹			16.8	14.5	10.2	26.0
Enesetappudest tingitud SSK							●		☹		31.1	17.3	12.0	42.1
☺ Seis paranes	5 (näitajat)													
☹ Seis ei muutunud	4 (näitajat)													
☹ Seis halvenes	5 (näitajat)													
<sup>a</sup> Madalaim märgitud väärtus kümne kandidaatriigi hulgas <sup>b</sup> Suurim märgitud väärtus kümne kandidaatriigi hulgas <sup>c</sup> Kolme aasta keskmine <sup>d</sup> SSK: standarditud suremuskordaja <sup>e</sup> Emasuremus 1997–1999 (Poola 1994–1996)														

## Eelolev eluiga

Meeste ja naiste keskmine eelolev eluiga sünnimomendil oli Eestis 1999. aastal vastavalt 65,5 ja 76,4 aastat. Mõlema soo puhul on erinevus Eesti ja Euroopa Liidu keskmisest alates 1980. aastast märgatavalt suurenenud. Viimastel andmetel on eelolev eluiga naistel üle viie ja meestel üle kümne aasta lühem kui Euroopa Liidus keskmiselt (joonis 4 ja 5).

Meeste keskmise eeloleva eluea pikenemine 1980. aastate keskel katkes sama aastakümne lõpul, peamiselt välispõhjustest ning südame- ja veresoonekonna haigustest tingitud suremuse kasvu tõttu. Madalaim tase oli 1994. aastal, mil meeste eelolev eluiga oli üle kuue aasta lühem kui seitse aastat varem, madalamal tasemel isegi 1960. aastate keskpaiga näitajatest (*Põlluste, 1998*). Hiljem on aga vähenenud peamistest surmapõhjustest tingitud suremus (vähk, südame- ja veresoonekonna haigused ning välispõhjusted), kompenseerides üle poole eeloleva eluea langusest. Vaatamata sellele on Eesti meeste eeloleva eluea poolest võrdlusriikide hulgas eelviimane.

Naiste eelolevas elueas toimunud muutused sarnanevad meeste omas toimunute, siiski pole need olnud nii suured. Eelolev eluiga langes 1991. aasta 75,0 aastalt 73,2 aastani 1994. aastal, ent on alates sellest ajast pikenenud kolme aasta võrra. Ka naiste puhul oli languse põhjuseks südame- ja veresoonekonna haigustest ning välispõhjustest

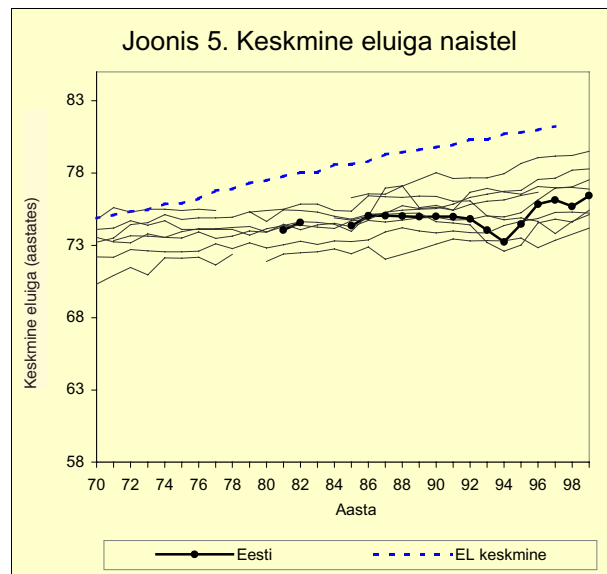
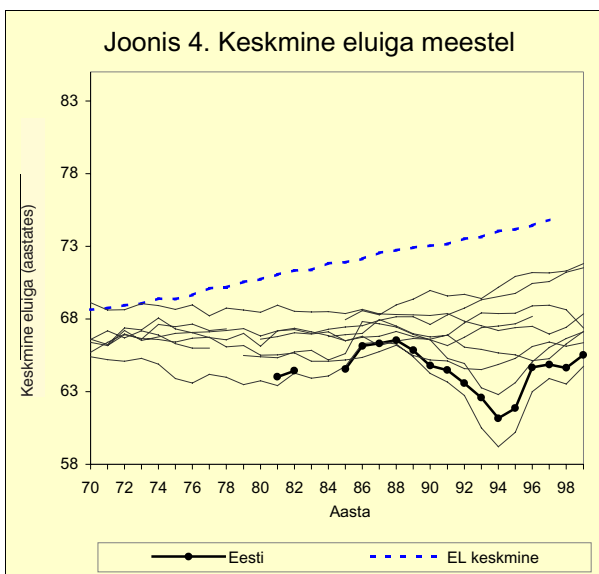
tingitud suremuse kasv. Naiste arvestuses on Eesti seisund võrdlusriikide hulgas parem kui meestel: enamik Eesti viimastest näitajatest on ligilähedased võrdlusriikide keskmisega. WHO Euroopa piirkonna riikide hulgas on eelolev keskmine eluiga lühem ainult Lätis, Ungaris, Rumeenias ja mõnes endise NSV Liidu vabariigis (joonis 6).

Eeloleva eluea sooline erinevus on kasvanud peaaegu kõikides võrdlusriikides. 1980. aastate keskpaiku oli see erinevus Eestis peaaegu 10 aastat, 1999. aastaks suurenes vahe 10,9 aastani. Võrdlusriikide hulgas on see suurim erinevus. Kogu WHO Euroopa piirkonna riikide hulgas on see näitaja suurem ainult Valgevenes (11,7) ja Vene Föderatsioonis (12,5).

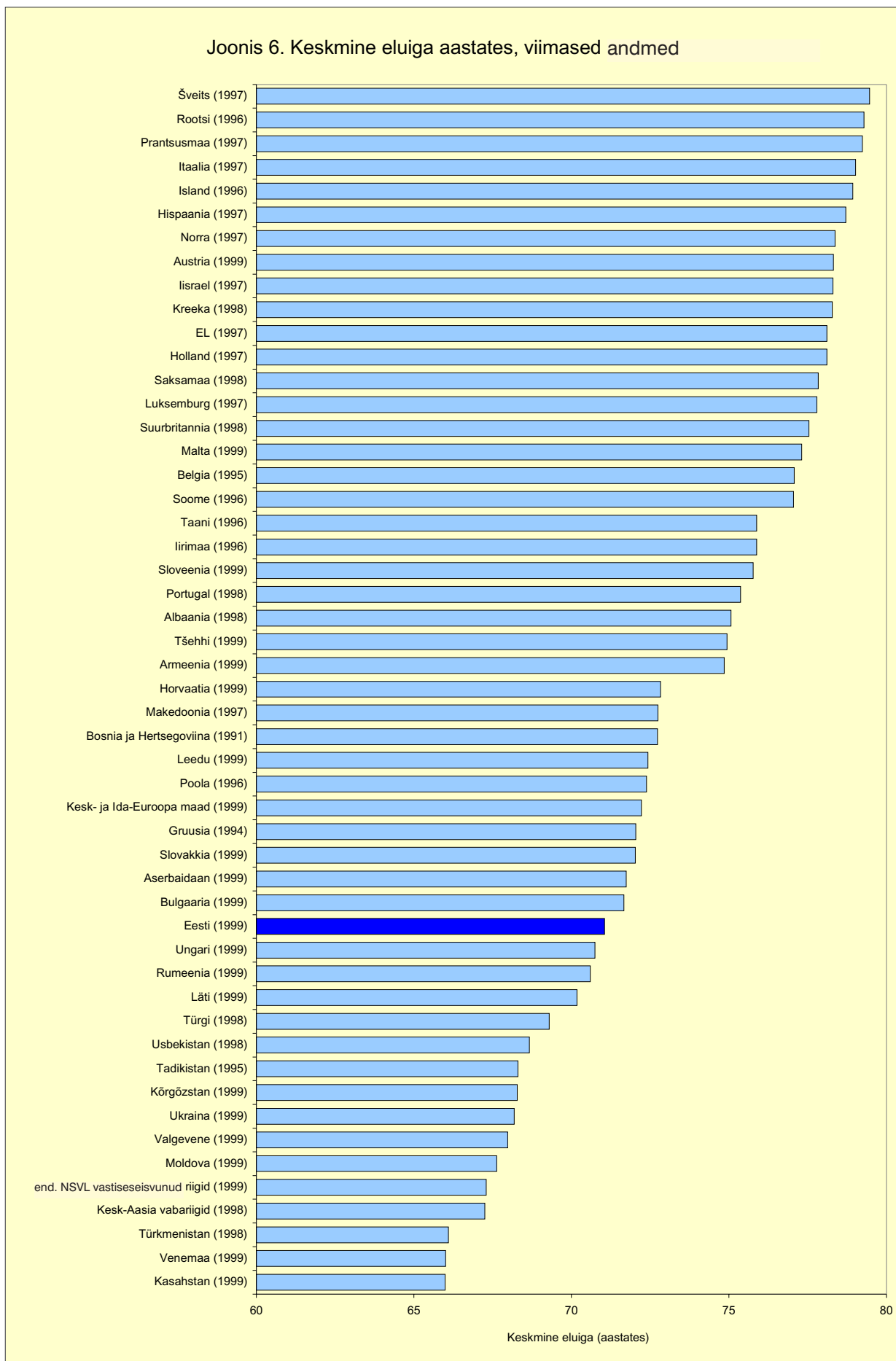
1996. aastal olid kolmandik surmajuhtudest enneaegsed (st leidsid aset enne 65. eluaastat). Ka selle näitaja puhul on sooline erinevus suur — enneaegsed olid viiendik naiste, kuid ligi pool meeste surmajuhtudest (*Põlluste, 1998*).

## Peamised surmapõhjusted

Peamiste surmapõhjuste kordajate võrdlemine võib näidata, kui palju on võimalik suremust vähendada. Et peaaegu kõik surmaga lõppenud südame- ja veresoonekonna haigused, vähk ja õnnetused on seotud kollektiivsete ja isiklike harjumuste ning käitumisega, võivad riikide terviseedendamise ja haiguste ennetamise meetmed



Joonis 6. Keskmine eluiga aastates, viimased andmed

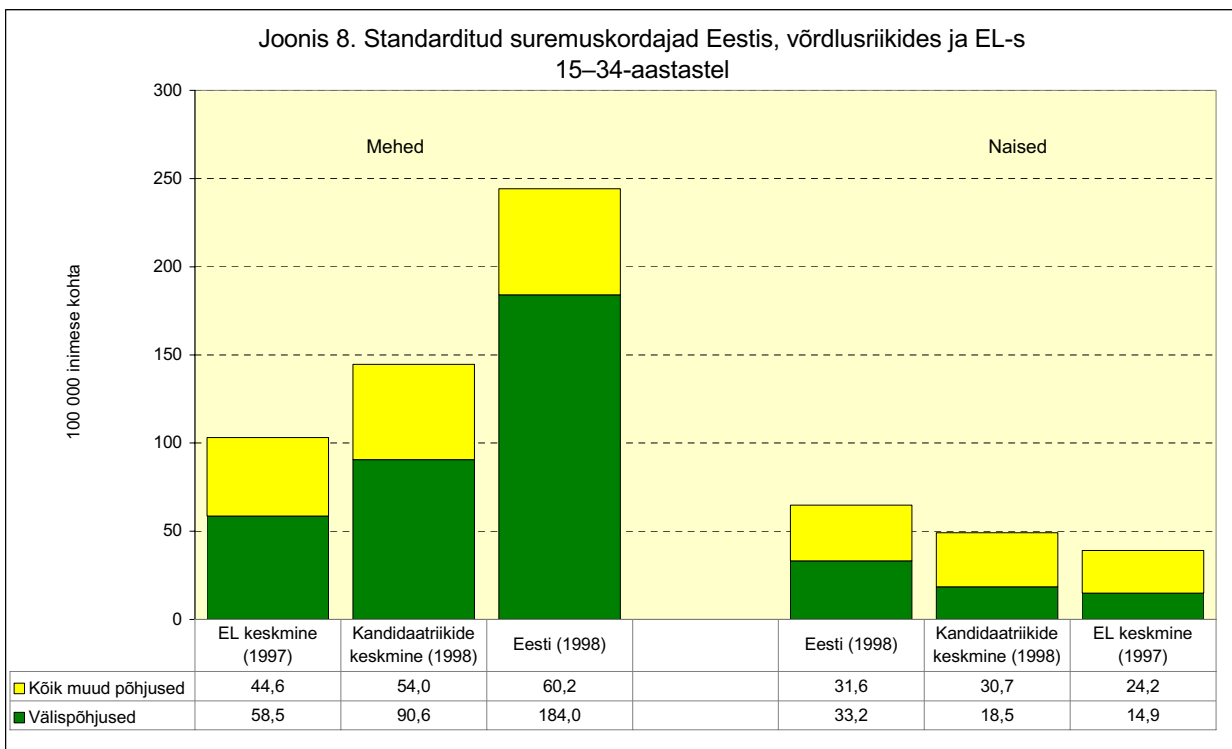
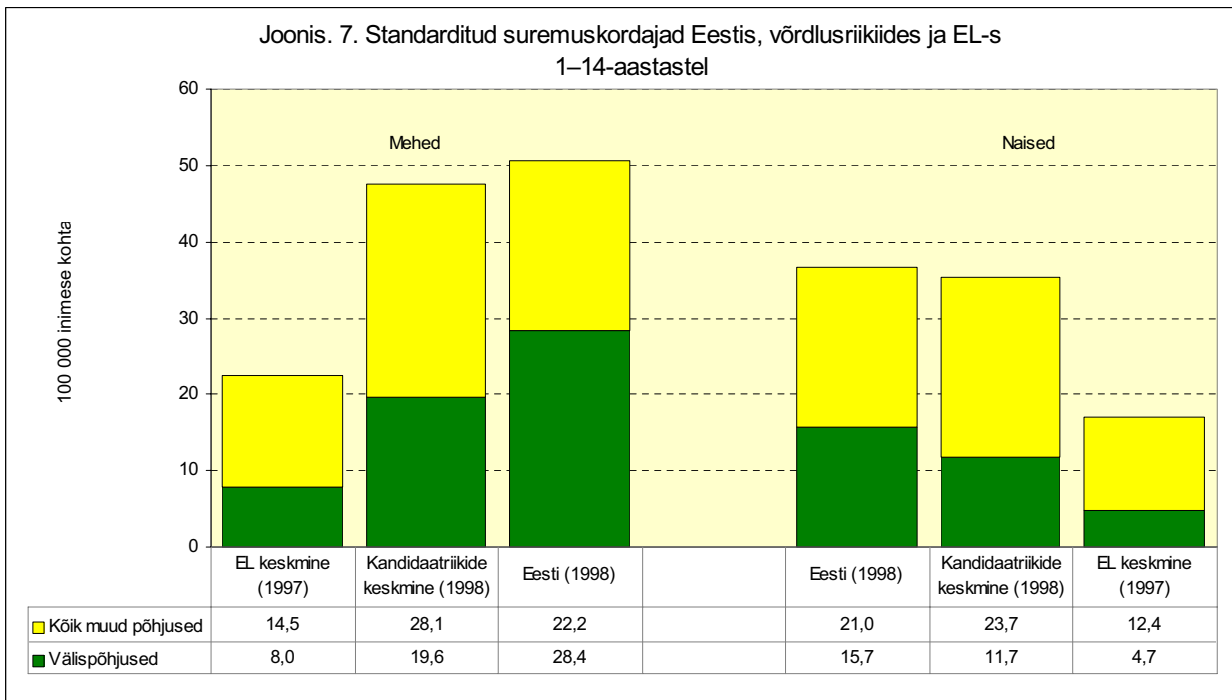


vähendada terviseriske ja selle kaudu ka haigusi ning enneaegset surma.

Eesti 1–14-aastaste suremuses on suurim osa välispõhjustel. Poiste suremus välispõhjustel üksi ületab Euroopa Liidu selle eärühma kogusuremuse, tüdrukute näitaja läheneb Euroopa Liidu selle eärühma kogusuremusele (joonis 7). Vanuse-

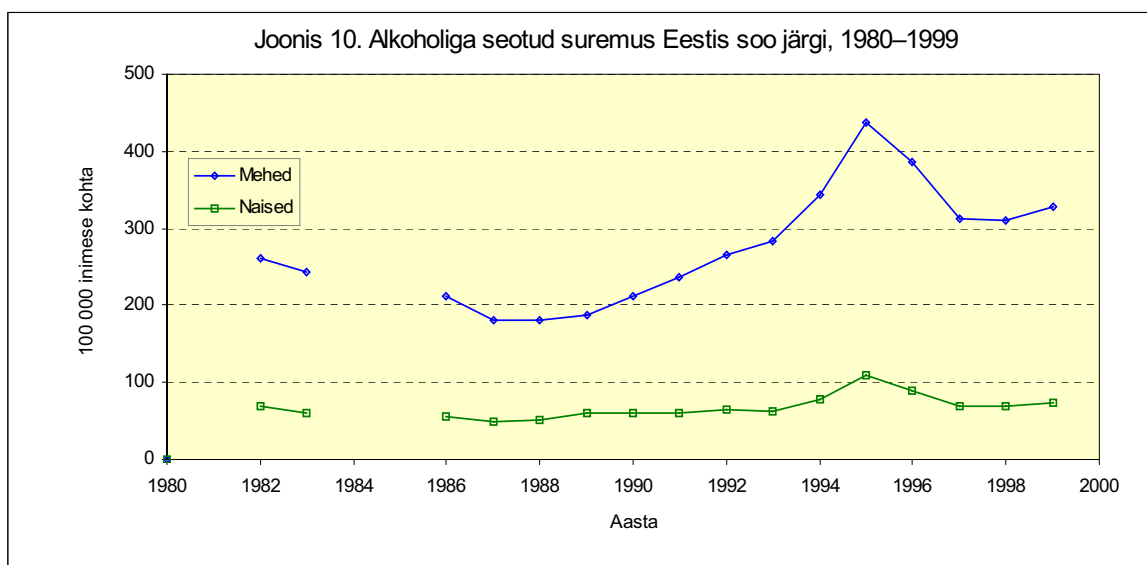
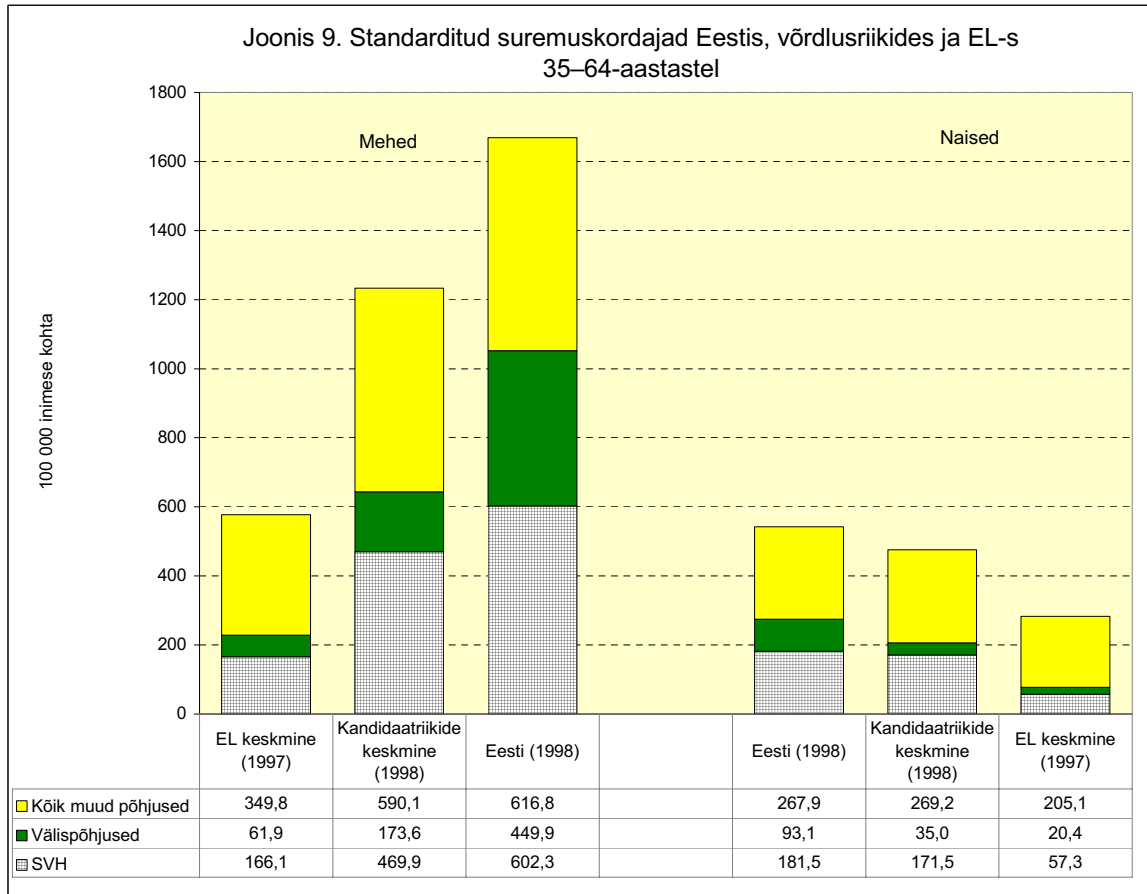
rühmas 15–34 on meeste puhul välispõhjustest tingitud suremus eriti suur — kolm korda suurem kui Euroopa Liidu keskmine, kaks korda suurem kui võrdlusriikide keskmine ja peaaegu kaks korda kõrgem kui selle eärühma suremus Euroopa Liidus üldse (joonis 8).

Vanuserühmas 35–64 on suur osakaal südame- ja



veresoonekonna haigustel, nii meeste kui ka naiste suurem on üle kolme korra Euroopa Liidu keskmisest kõrgem. Naiste südame- ja veresoonekonna haigustest põhjustatud suurem on Eestis suurem kui Euroopa Liidu meeste vastav näitaja.

Suremus välispõhjustel, kuigi madalam kui südame- ja veresoonekonna haigustest tingitud suurem, ületab mitu korda Euroopa Liidu keskmise nii naiste kui ka meeste puhul (seitse korda meeste puhul; üle nelja korra naiste puhul) (joonis 9).



1986. aastal vähenes kõigi surmapõhjuste SSK Eestis ja teistes endise NSV Liidu vabariikides, mis peegeldab välispõhjustel ning südame- ja veresoonehaigustest tingitud suremuse langust, mis oli 1985. aasta juunis alustatud laialdase alkoholimüügi ja tarbimise piiramise kampaania (nn Gorbatšovi alkoholivastane kampaania) tagajärg. Suremuskordajad olid väikseimad 1989. aastal. Majanduse liberaliseerimisega 1991. aastal muutusid alkohoolsed joogid kättesaadavamaks ja ka suhteliselt odavamaks 1985. aastaga võrreldes. Arvatakse, et see oli üks põhjusi, miks aastatel 1992–1994 kasvas üldine suremus Eestis 12% (kõik põhjused, kõik vanuserühmad). Muutus SSK-s põhjustavad peamiselt muutused meeste suremuses (joonis 10). Neist trendidest, ka alkoholi ja suremuse põhjuslikust seosest, räägitakse täpsemalt väljaandes “Tervis Euroopas 1997” (WHO Euroopa piirkonnakomitee, 1998).

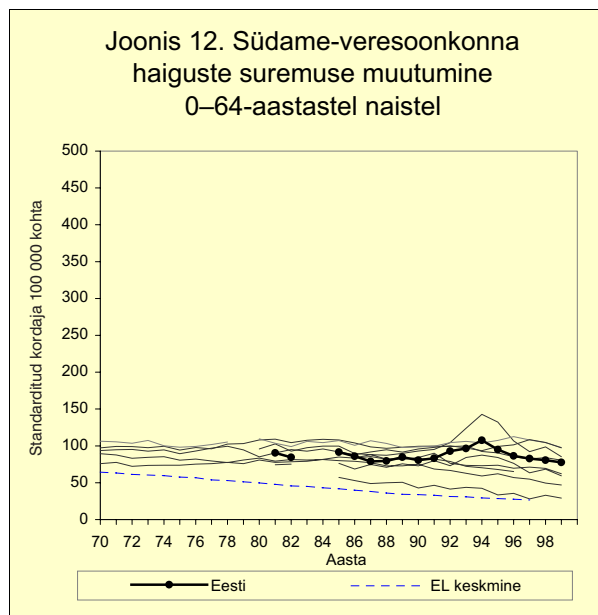
**Südame- ja veresoonehaigused**

0–64-aastaste meeste südame- ja veresoonehaiguste SSK on Eestis olnud alates 1980. aastast üks võrdlusriikide kõrgemaid. Eesti kordaja kasvas aastatel 1987–1994 40%, kuid pärast seda on langenud 1980. aastate keskpäiga tasemele. Hoolimata hiljutisest olukorra paranemisest on

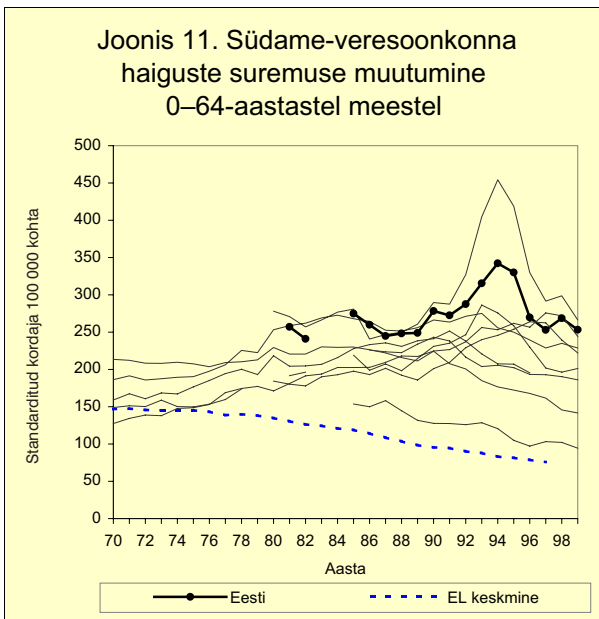
SSK kolm korda kõrgem kui Euroopa Liidu keskmine ja üks kõrgemaid võrdlusriikide hulgas (joonis 11).

Sama vanuserühma naiste puhul on trend sama-sugune, kuid SSK on olnud siiski palju väiksem kui meeste oma. Aastatel 1987–1994 toimunud tõus oli naiste puhul proportsionaalselt natuke väiksem ning erinevus Euroopa Liidu keskmisest on samuti väiksem (joonised 12 ja 13).

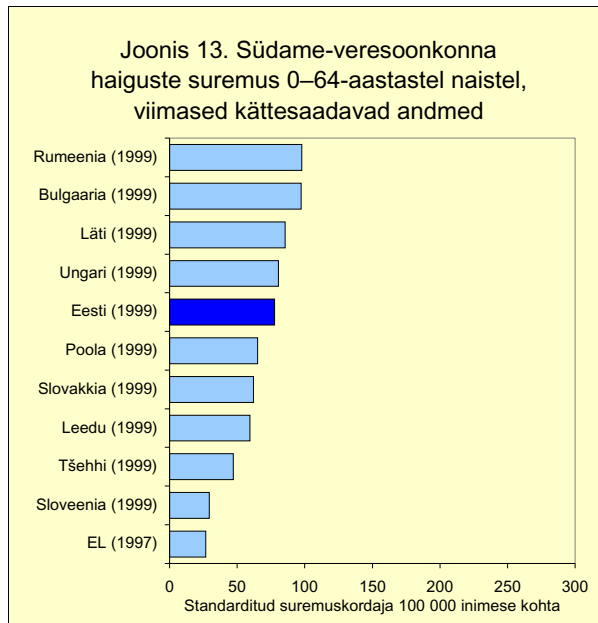
Joonis 12. Südame-veresoonehaiguste suremuse muutumine 0–64-aastastel naistel



Joonis 11. Südame-veresoonehaiguste suremuse muutumine 0–64-aastastel meestel



Joonis 13. Südame-veresoonehaiguste suremus 0–64-aastastel naistel, viimased kättesaadavad andmed

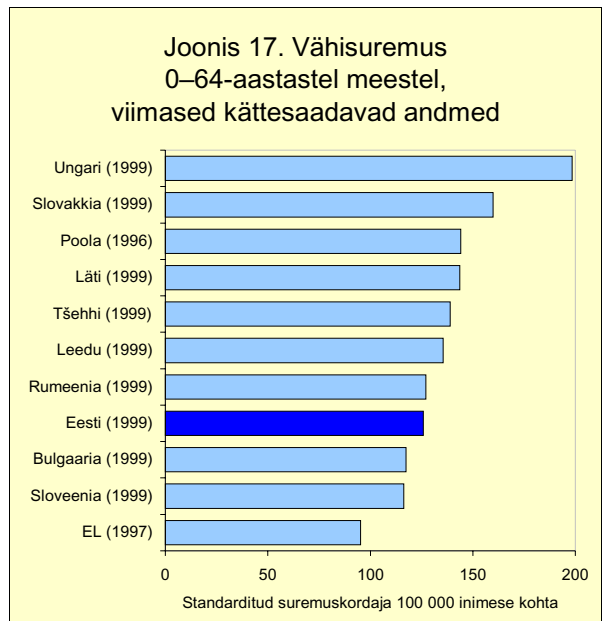
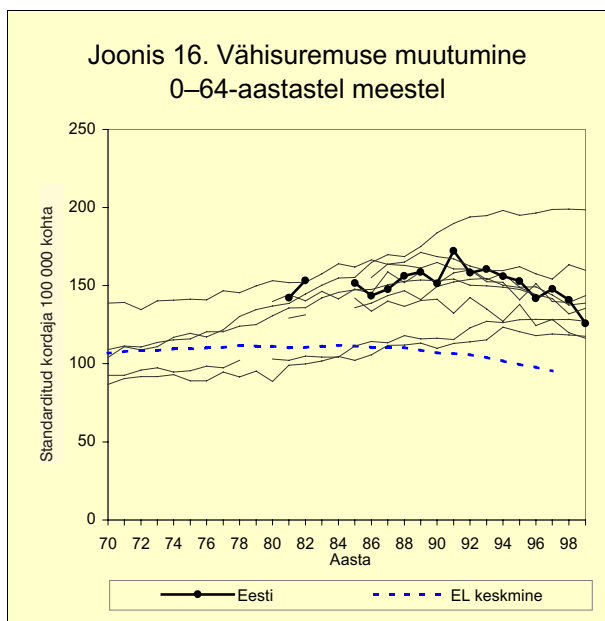
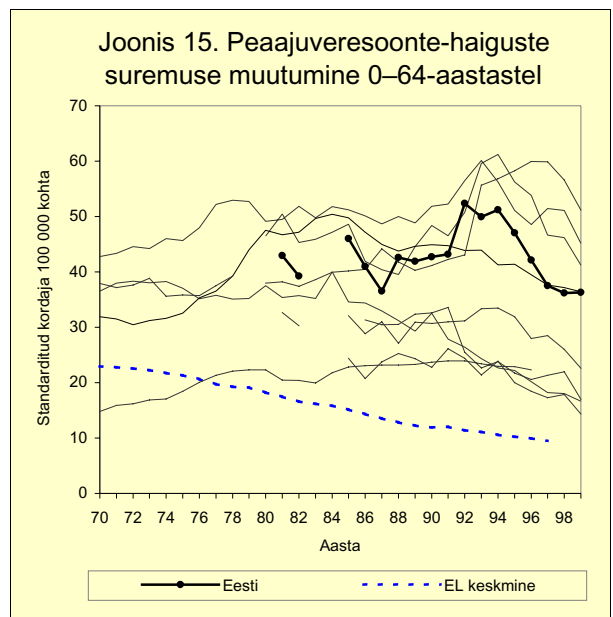
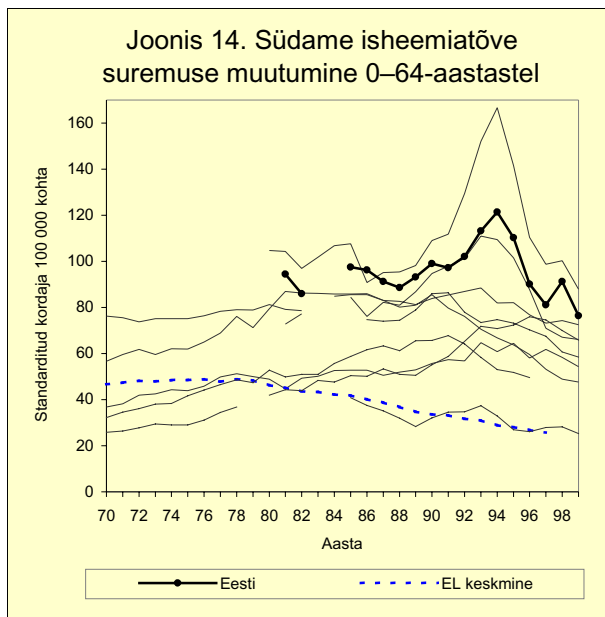


Jälgides südame- ja veresoonehaigustest tingitud suremust 0–64-aastaste hulgas näeme, et Eestis on nii südame isheemiatõve kui ka peajuveresoonehaiguste SSK kõrge (joonised 14 ja 15). Nii aastatel 1987–1994 toimunud tõus kui erinevus Eesti ja Euroopa Liidu vahel olid võrreldavad südame-veresoonehaigustest tingitud suremuse tendentsidega.

### Vähk

Peatükis käsitletakse vähisuremuse võrdlusandmeid. Üksikasjalikumad andmed rinna- ja emakaelavähi kohta on toodud peatükis “Naiste tervis” ning kopsuvähi kohta peatükis “Suitsetamine”.

0–64-aastaste Eesti meeste vähi SSK on olnud võrdlusriikide keskmisest kõrgem. Vähisuremuse tippseisule 1991. aastal järgnenud langus tõi näitaja 1999. aastal esimest korda allapoole võrdlusriikide keskmist. Siiski on see kolmandiku võrra kõrgem Euroopa Liidu kordajast (joonised 16 ja 17).



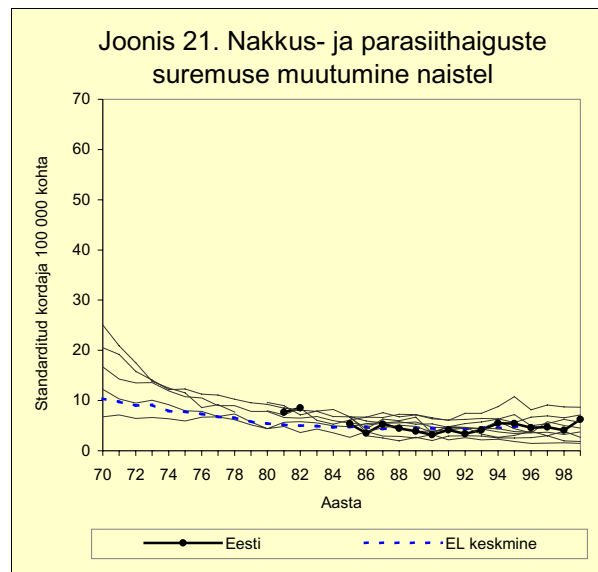
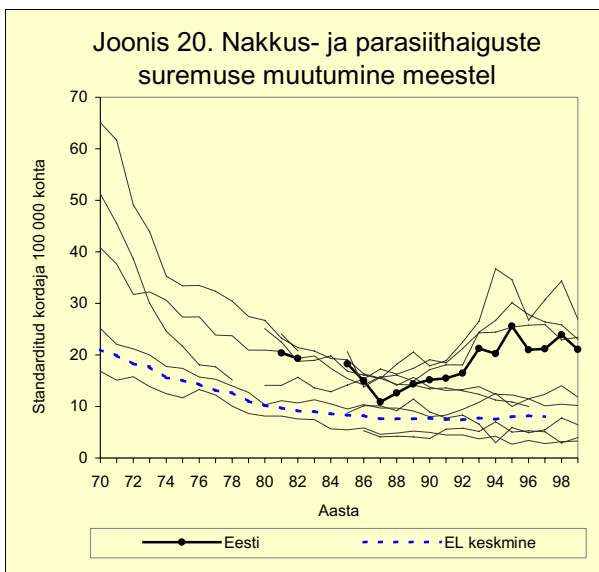
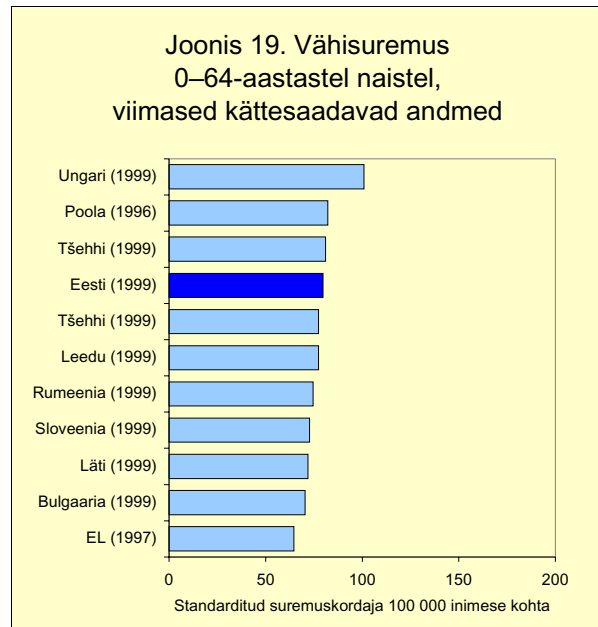
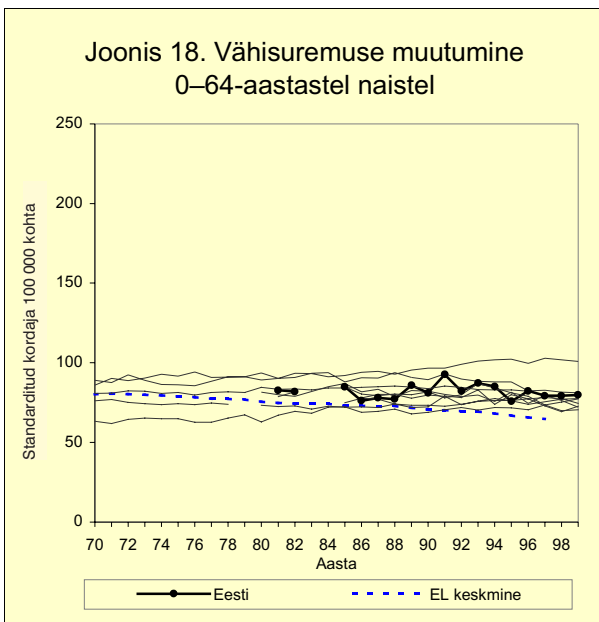
Ka 0–64-aastaste naiste puhul püsis vähi SSK võrdlusriikide keskmisest kõrgemal, olles 1980. aastate keskpaigast suhteliselt stabiilne (kuigi 1990. aastatel on see langenud). Suremuskordaja on Euroopa Liidu keskmisest ligi viiendiku võrra kõrgem (joonised 18 ja 19).

### Muud loomulikud surmapõhjused

Nakkus- ja parasiithaiguste SSK vähenes 1970. aastatel ja 1980. aastate algul nii võrdlusriikides kui ka Euroopa Liidus väga järsult, kuid seejärel stabiliseerus see mitmes riigis või hakkas isegi

tõusma. Alates 1980. aastate lõpust on Eesti SSK tõusnud üle 50% ning ületab praegu Euroopa Liidu kordaja rohkem kui kaks korda. Kasvu peapõhjus oli meeste suurenenud tuberkuloosisuremus. Naiste SSK on üldiselt madalam ning on 1990. aastatel kõikunud. Siiski pole toimunud selget tõusu nagu meeste puhul (joonised 20 ja 21).

Alates 1980. aastatest on Eesti hingamisteede haiguste SSK olnud võrdlusriikide seas üks väiksemaid. See on püsinud 30–40% madalamal Euroopa Liidu keskmisest (joonis 22).



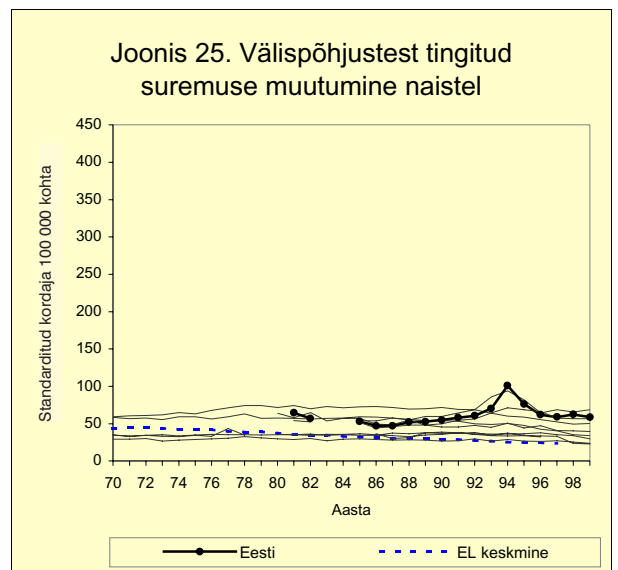
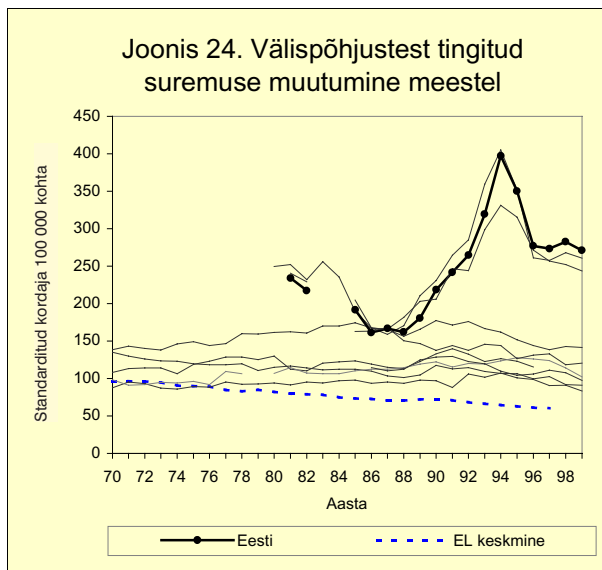
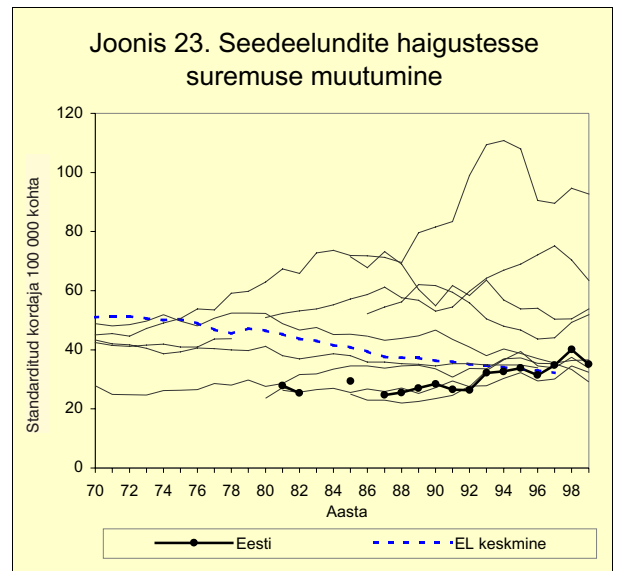
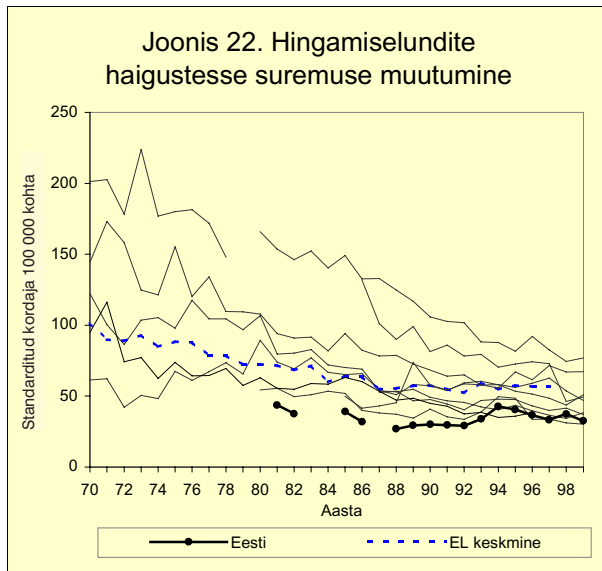
Eesti seedeelundkonna haiguste SSK oli üks võrdlusriikide madalaimad, 1980. aastatel isegi allpool Euroopa Liidu keskmist. 1987. aastal positiivne trend siiski lõppes. Sellest ajast on SSK kasvanud üle 40%, milles on suur osa alkoholiga seotud maksahaigustel. Praegu on suuremus Euroopa Liidu keskmisest kõrgem (joonis 23).

### Surma ja vigastuste välispõhjused

Surma ja vigastuste välispõhjuste hulka kuuluvad õnnetused, vigastused, mürgistused ja muud keskkonnast tingitud põhjused või vägivallateod (tapmised) ja suitsiidid.

Meeste välispõhjuste, vigastuste ja mürgistuste SSK oli juba 1980. aastate alguses kõrge kõrgis Balti riikides, kuid Gorbatšovi alkoholivastase poliitika tõttu vähenes see 1980. aastate keskpaigas tunduvalt (Eestis 31%). Langusele järgnes siiski SSK tõus, aastatel 1987–1994 suurenes see näitaja üle kahe korra. Olgugi et alates sellest ajast on SSK vähenenud rohkem kui kolmandiku võrra, oli Eesti SSK 1999. aastal võrdlusriikide seas kõige kõrgem ja neli korda kõrgem Euroopa Liidu keskmisest (joonis 24).

Naiste puhul on välispõhjuste SSK üldiselt olnud tunduvalt madalam. 1999. aastal oli meeste kor-daja neli korda kõrgem kui naistel. Enne 1980.



aastate keskaika oli Eesti naiste välispõhjuste SSK võrdlusriikide keskmisega samas suurusjärgus, kuid hakkas meeste SSK-ga samal ajal tõusma. Proportsionaalselt oli naiste ja meeste SSK areng sarnane – algul märgatav tõus ja seejärel tähelepanuväärne langus. Eesti naiste välispõhjuste SSK oli 1999. aastal võrdlusriikide hulgas suuruselt teisel kohal ning kaks korda Euroopa Liidu keskmisest kõrgem (joonis 25).

Tapmiste ja tahtlike kehavigastuste SSK oli Eestis kõrge juba 1980. aastate alguses, järgnes aga veel kiire tõus (6-lt 28-ni 100 000 inimese kohta) 1980. aastate lõpus ja 1990. alguses. Hoolimata vähenemisest 16-ni 1999. aastal on tapmiste ja tahtlike vigastuste SSK võrdlusriikide hulgas kõige kõrgem, olles üle 15 korra kõrgem Euroopa Liidu keskmisest. Meestel on tapmiste SSK kõrgem (26 juhtu 100 000 mehe kohta) kui naistel (8 juhtu 100 000 naise kohta), mõlemad kordajad on aga võrdlusriikide seas kõrgeimad. Nooremates vanuserühmades on tapmiste SSK kõrgem kui vanemates. Vanuserühmas 15–34 aastat oli 1990. aastate alguses 15% surmade põhjuseks tapmine. Kuigi see näitaja langes 1999. aastaks 10% võrra, on see endiselt oluliselt kõrgem Euroopa Liidu keskmisest (2%).

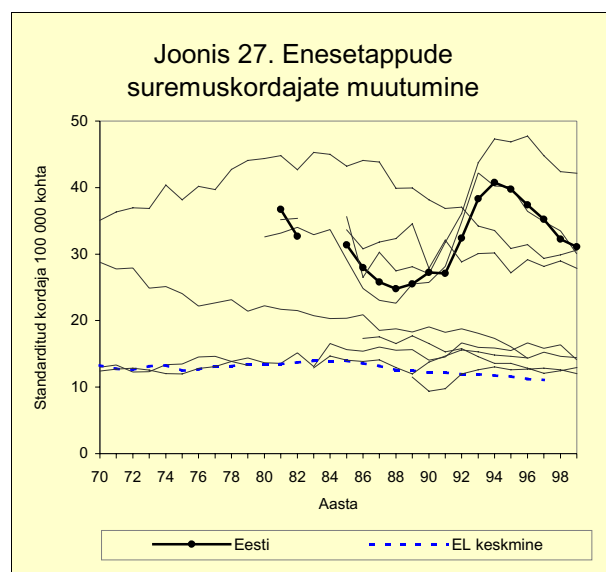
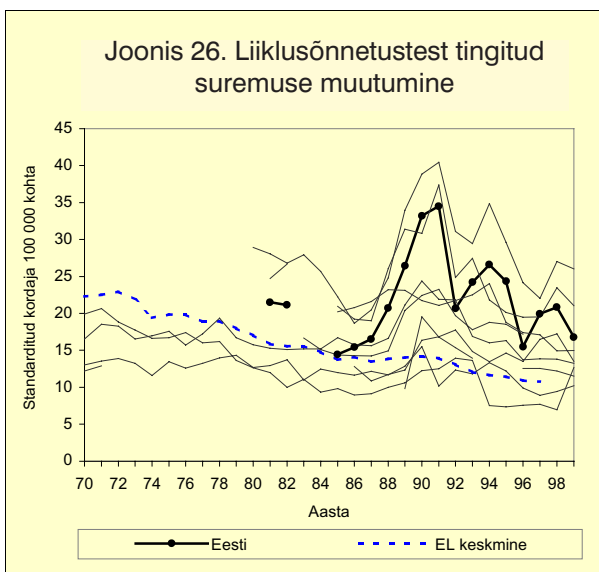
Eesti liiklusõnnetuste SSK oli 1980. aastate keskel võrdne Euroopa Liidu keskmisega, kuid tõusis 1999. aastaks järsult 15-lt 35-ni 100 000 inimese

kohta (joonis 26). Eesti meeste liiklusõnnetuste SSK on olnud püsivalt kõrgem kui naistel, 1999. aastal näiteks neli korda kõrgem. Kuigi kordaja on langenud 17-ni, on see ikka üks võrdlusriikide kõrgemaid ja üle 50% suurem Euroopa Liidu keskmisest (11 juhtu 100 000 inimese kohta). Üks liiklusturvalisuse suurenemise põhjusi on riiklik liiklusõnnetuste preventsiiooni programm, mis käivitati 1996. aastal. Ühe aastaga vähenes liiklusõnnetuste arv 20%; õnnetustes hukkunud inimeste arv vähenes 36% ja vigastatute arv 20% (*Sotsiaalministeerium, 1997*).

### Vaimne tervis

Kuigi vaimne ja sotsiaalne heaolu mõjutavad tervisega seotud elukvaliteeti, on nende väga tähtsate suuruste usaldusväärseks kirjeldamiseks tavaliselt liiga vähe andmeid. Üldise vaimse tervise asendusindikaatorina võib käsitleda enesetappude suhtarvu.

1980. aastatel Eesti enesetappude ja enesevigastuste SSK vähenes. Pärast 1990. aastat suurenes enesetappude kordaja 27-lt 41-ni 100 000 inimese kohta 1994. aastal. 1997. aastal langes see näitaja 35-ni ja 1999. aastaks 31-ni 100 000 inimese kohta (joonis 27). Sellegipoolest oli kordaja WHO Euroopa piirkonnas Leedu, Vene Föderatsiooni ja Valgevene järel suuruselt neljas.



Samal ajal kui Eesti meeste enesetappude SSK suurenes aastatel 1990–1994 65%, kasvas naiste SSK ainult 5%. Meeste enesetappude kordaja on võrdlusriikide hulgas suuruselt teine, naiste viimati arvatud vastav kordaja on aga võrdlusriikide keskmise lähedal. Niisugune sooline erinevus on võrdlusriikide seas suurimaid, 1999. aastal oli Eesti meeste kordaja 5,5 korda kõrgem kui naistel.

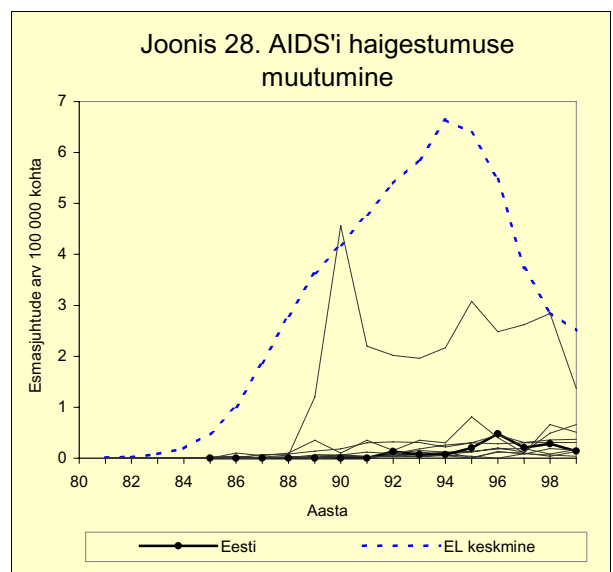
Aastatel 1994–1999 suurenes registreeritud vaimsete ja käitumishäirete arv 52 300-lt 67 100-ni. Esmajuhtumite arv tõusis 15 400-lt 22 100-ni ehk 50%, haigestumiskordaja 10,3st 15,3-ni 1000 inimese kohta. Kõige sagedasemad vaimsete häirete põhjused on neurootilised, stressiga seotud ja somatoformsed häired (18%); skisofreenia, skisotüüpsed ja luululised häired (16%); psühhoaktiivsete ainete tarbimisest tingitud häired (15%). Registreeritud esmasjuhtude seas esineb kõige sagedamini neurootilisi, stressiga seotud ja somatoformseid häireid (29%). Esmajuhtude puhul on näha selged soolised erinevused, meestel on 31% põhjustatud psühhoaktiivsete ainete tarbimisest, naistel aga on 40% neurootilised, stressiga seotud ja somatoformsed häired (*Sotsiaalministeerium, 2000 a*).

## Nakkushaigused

Aidsi põhjustab HIV, mis levib kolmel viisil: sugulisel teel, nakatunud vere või veretoote ülekandel ja ebasteriilsete süstlanõelte kasutamisel ning emalt lapsele. Peiteperiood on umbes kümme aastat või rohkem. Registreeritud aidsijuhtude arv Ida- ja Kesk-Euroopas suureneb, kuigi just Lääne- ja Põhja-Euroopas on enamatel inimestel aids diagnoositud.

HIV-nakkus diagnoositi Eestis esimest korda 1988. aastal ja aidsijuhtum 1992. aastal. Aastail 1992–2000 oli aastas üks kuni seitse uut aidsijuhtu. 1999. aastal oli aidsijuhte 100 000 inimese kohta 0,1, mis oli võrdne võrdlusriikide keskmisega ja tunduvalt allpool Euroopa Liidu keskmist (2,5 juhtu 100 000 inimese kohta) (joonis 28). Eestis olid peamised levikuteed homoseksuaalsed (74%) ja heteroseksuaalsed kontaktid (26%), kumbagi esines võrdlusriikides, välja arvatud Rumeenias (vastavad näitajad 44% ja 18%), vähem kui Eestis. Registreeritud pole ühtegi vereülekandest tingitud või emalt-lapsele päritud juhtu. Aastatel 1988–1999 esines igal aastal 1–11 uut HIV-nakkuse juhtu, 2000. aastal suurenes see arv plahvatuslikult 390-ni, peamiselt oli tegemist narkomaanidega (*European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS, Sotsiaalministeerium, 2000a*).

1980. aastatel oli tuberkuloosihaiigestumus Eestis üks võrdlusriikide väiksemaid ning lähenes Euroopa Liidu keskmisele. Positiivne trend peatus 1990. aastate algul, sellest ajast on tuberkuloosihaiigestumus tõusnud 21-lt 45-ni (1999. aastal) 100 000 inimese kohta. See näitaja oli peaaegu sama mis võrdlusriikide keskmine ja kolmandiku väiksem teiste Balti riikide näitajatest,



kuid ligi kolm korda suurem Euroopa Liidu keskmisest (joonis 29).

Süüfilisehaigestumus Eestis oli suur, kuid vähenes siiski 1980. aastate alguses. 1980. aastate lõpus saavutas see näitaja Euroopa Liidu keskmise taseme. 1990. aastail langustrend aga lõppes ning süüfilisehaigestumus suurenes 3,3-lt 1997. aastaks 75,4-ni 100 000 inimese kohta, seejärel langes 1999. aastal 58,3-ni. Kui välja arvata teised vastiseseisvunud riigid, on Läti ainuke maa WHO Euroopa piirkonnas, kus haigestumus on suurem kui Eestis. Euroopa Liidu haigestumus moodustab vaid 2% Eesti vastavast kordajast (joonis 30). Ka gonokokknakkuse haigestumus on teiste Euroopa riikidega võrreldes olnud suur. Hoolimata aastatel 1993–1999 toimunud langusest 233-lt 79-ni 100

000 inimese kohta, on see näitaja Euroopa Liidu keskmisest enam kui kümme korda kõrgem.

Viirushepatiidihaigestumus oli kõrgeim 1993. ja 1998. aastal. Eestis on registreeritud ka mumpsi- (1993), punetiste-, rubella, (1993), läkaköha- (1993 ja 1997, 1999), teetanuse- (1995) ja malaariaepideemia (1995), kuid pole registreeritud difteeriaepideemiat nagu näiteks paljudes teistes endise NSVLi maades, sealhulgas Eesti naaberriikides.

### Pikaajalised haigused ja vaegurlus

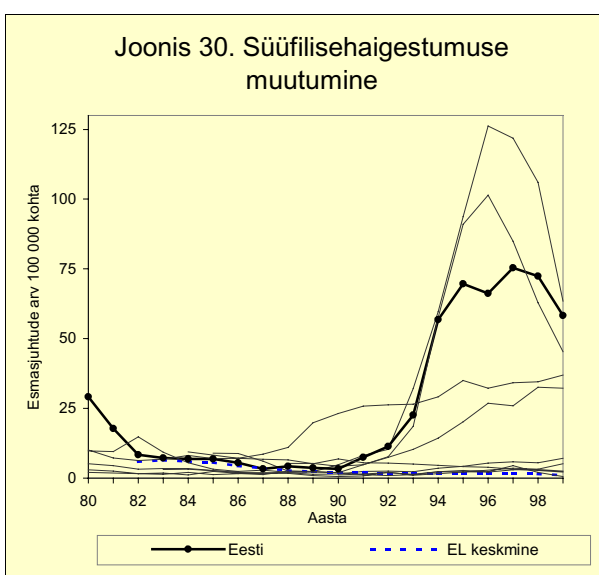
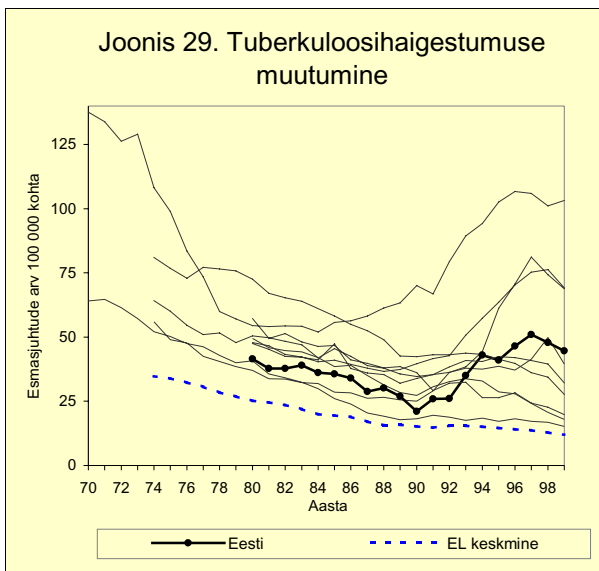
Pikaajaliste haiguste ja vaegurluse levik on rahvastiku terviseseisundi ja tervisega seotud elukvaliteedi oluline indikaator. Mõistete erineva defineerimise, andmekogumismeetodite ning haigustega seotud sotsiaaltoetuste seaduste erinevuste tõttu on riike raske omavahel võrrelda (kui puuetega inimeste statistika põhineb toetuste saajate statistikal).

Aastatel 1993–1997 suurenes registreeritud vaegurite arv Eestis 49 000-lt ligi 59 000-ni. Igal aastal saab üle 9000 inimese vaegurlust tõendava dokumendi. Enamikul juhtudest on põhjuseks veresoonkonna haigused (29% juhtudest) ja pahaloomulised kasvajad (15% juhtudest). Uute juhtude registreerimises on regiooniti suuri erinevusi, ent nende erinevuste selget põhjust pole veel leitud (*Põlluste, 1998*).

### Hinnang oma tervisele

Oma tervist heaks hindavate inimeste osakaalu kohta ei ole samuti regulaarselt andmeid saada. Võrdlusriikide seas on mingisugused andmed olemas seitsme riigi kohta. Kõige optimistlikumad on oma tervise hindamisel bulgaarlased (62%), Lätis peab oma tervist heaks vaid 26% rahvastikust. Suurt erinevust võib seletada andmekogumise erineva meetodikaga või kultuurierinevustega.

Siiski võib märgata oma tervist heaks hindavate inimeste osakaalu suurenemist Eestis 1990. aasta 25%-lt 1998. aasta 35%-ni. Hoolimata tõusust on 1998. aasta näitajad tunduvalt väiksemad kui Lätis (43%) ja Leedus (42%) ning oluliselt väiksemad kui Soomes (64%) (*Kasmel et al., 1999*).



Kõigis võrdlusriikides hindasid mehed oma tervist heaks sagedamini kui naised. 1994. aasta küsitluse põhjal esines Eestis nimetatud sooline erinevus kõigis alla 65-aastaste vanuserühmades. Siiski oli see erinevus Eestis võrdlusriikide seas üks väiksemaid — oma tervist hindasid heaks 38% mehi ja 34% naisi.

### Laste ja noorukite tervis

Imikusuremus vähenes aastatel 1985–1999 pea-aegu kõigis võrdlusriikides. Eesti imikusuremus vähenes sel ajavahemikul kolmandiku võrra 14,1-lt 9,5-ni 1000 elussünni kohta, mis on selgelt alla võrdlusriikide keskmise, kuigi ületab Euroopa Liidu keskmist (1997. aastal 5,2). Kuna 1992. võeti kasutusele uus definitsioon, tuleb arvata, et sellele aastale eelnenud aastate kordajad on tegelikult ligikaudu 10% alahinnatud (joonis 31).

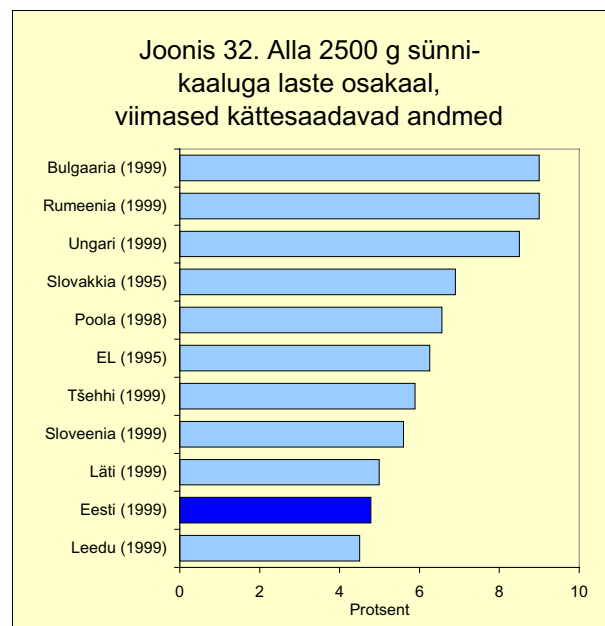
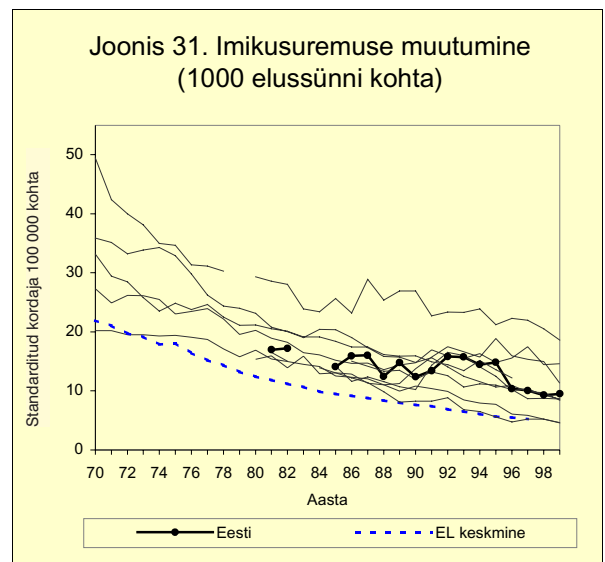
Üks imikusuremuse languse põhjus on vähenenud perinataalne suremus. Ajavahemikul 1992–1997 langes varajase neonataalse perioodi (kuni seitse päeva pärast sündi) suremus 9,7-lt 4,1-ni 1000 elussünni kohta. Langus oli suurim (79%) kõrgeima ravitasandi haiglates (Tellmann et al., 1999), mis annab alust arvata, et üks suremuskordajate vähenemise põhjusi on ka vajaliku varustuse ja tehnoloogia parem kättesaadavus.

Eestis on imikusuremuse põhjused üldiselt samad mis Lääne-Euroopas: peamiselt väärarengud ja perinataalperioodi seisundid, mis tingivad Euroopa Liidus 82% kõigist imikusurmades. Sageduselt kolmas põhjus on imiku äkksurma sündroom (11%). Välispõhjuste ning nakkus-, parasiit- ja hingamisteede haiguste osakaal surmades on 2–3%. Samasugune mudel on ka Eestis, kus peamised surmapõhjused on perinataalsed haigused ja väärarengud (79%). Välispõhjused on surma põhjustanud sagedamini (7%) kui Euroopa Liidus, nakkus- ja parasiithaigustest põhjustatud surmad on Euroopa Liidu tasemel (3%). Imiku äkksurma sündroomi diagnoositakse vähem (2%) kui Euroopa Liidus, aga osa juhtumeid võib olla liigitatud hingamisteede haiguste alla (9%).

Vastsündinute tervise ja perinataalse tervishoiu näitajana on tihti kasutatud madala sünnikaaluga

(vähem kui 2500 g) laste osakaalu. Euroopa Liidus oli 1995. aastal madala sünnikaaluga 6,3% kõigist lastest. Selle näitaja võrdlusriikide keskmine oli üldjuhul kõrgem (7,3%), kuid Eestis oli vastav arv 1999. aastal 4,8% (joonis 32). Eesti näitaja on üks võrdlusriikide madalamaid ning võrreldav WHO Euroopa piirkonna parimate tulemustega selles vallas (nt Põhjamaad).

1990. aastatel on rinnaga toitmine Eestis muutunud populaarsemaks. Kui 1993. aastal toideti rinnapiimaga kolmekuuseks saamiseni 42% ja kuuekuuseks saamiseni 16% vastsündinuist, siis kuus aastat hiljem olid need näitajad vastavalt 60% ja 36%.



Enamikus võrdlusriikides on laste immuno-profülaktika väga heal tasemel. Viimastel andmetel (1999) oli Eestis tuberkuloosi vastu vaktsineeritud 99% lastest; difteeria, leetrite, mumps, lastehalvatuse, läkaköha, punetiste ja teetanuse vastu oli vaktsineeritud 90–92%, mis on alla võrdlusriikide keskmise.

Laste suutervis on 1990. aastatel paranenud nii võrdlusriikides kui Euroopa Liidus. Eesti DMFT-indeks (karioosete, plombeeritud ja eemaldatud hammaste arv) oli aastatel 1988 ja 1990 4,1, mis oli võrdlusriikide keskmisega samas suurusjärgus, aga 1997. aastaks langes see 2,7-ni. Viimaste andmete alusel oli see näitaja võrdlusriikide seas väiksem vaid Sloveenias.

Puute ja õpiraskustega lapsed jäävad üldhariduskoolis tavaliselt tähelepanuta või peavad sealt koguni lahkuma. Kesk- ja Ida-Euroopa riikides tähendas domineeriv traditsiooniline meditsiiniline lähenemine, et niisugused lapsed saavad hariduse erikoolides. 1990. aastatel oli enamik kümnest võrdlusriigist liikunud nende laste tavalisse koolisüsteemi integreerimise suunas, olgugi et edasiminekut on aeglustanud majandusprobleemid (*Ainscow & Haile-Giorgis, 1998*).

Üks väheseid regulaarselt kättesaadavaid noorukite seksuaalervise ja -käitumise indikaatoreid on teismeliste sündimuskordaja, milles kajastuvad nii sotsiaalsed faktorid kui ka rasestumisvastaste vahendite kättesaadavus ja kasutamine. 1999. aastal oli 15–19-aastaste naiste sündimuskordaja 1000 kohta 26, mis oli võrdne võrdlusriikide keskmisega, kuid palju kõrgem Euroopa Liidu keskmisest (8 juhtu 1000 kohta) (*Euroopa Nõukogu, 2000*). Selle vanuserühma sündimuskordaja on kõigis võrdlusriikides langenud juba alates 1980. aastast, Eestis oli see langus 42%.

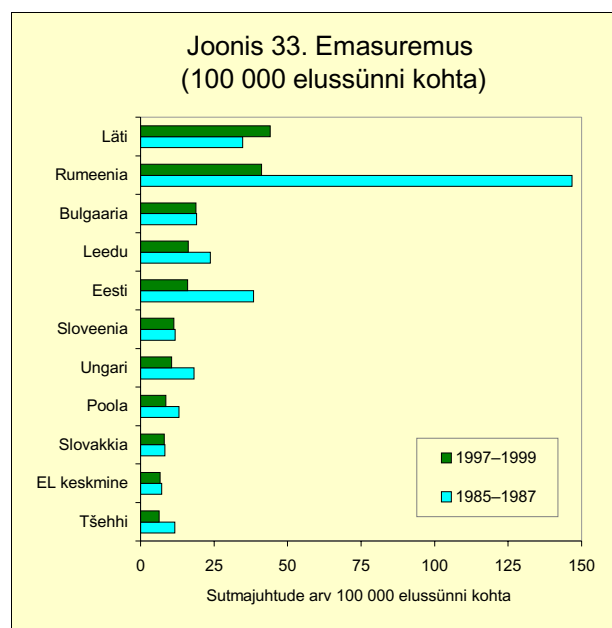
## Naiste tervis

Naised elavad keskmiselt kauem kui mehed, kõigi peamiste surmapõhjuste osas on naiste suremus väiksem kui meestel. Näiteks oli 1999. aastal Eestis naiste vähi SSK 0–64-aastaste vanuserühmas 37% väiksem kui meestel. Vereringesüsteemi haiguste SSK erinevus oli veel suurem:

naistel oli see näitaja 69% väiksem kui meestel. Siiski on naistel kõrgem haigestumus ja nad kasutavad rohkem terviseteenuseid (eelkõige raseduse ja sünnitusega seotuid); sotsiaalpoliitika mõjutab neid rohkem kui mehi.

Alates 1980. aastatest on emasuremus peaaegu kõigis võrdlusriikides oluliselt vähenenud. Eestis oli see langus võrdlusriikide seas üks suurimaid, 1980. aastate keskpaigast 1990ndate lõpuni langes see näitaja 100 000 elussünni kohta 38,5-lt 16-ni. Vaatamata paranemisele on Eesti olukord võrdlusriikide keskmisega (17,3) samas suurusjärgus. Võrdlusriikide keskmine aga on Euroopa Liidu keskmisest (6,6) ligi kolm korda suurem (joonis 33).

Kesk- ja Ida-Euroopa ning vastiseseisvunud riikides kasutati aborti sageli kui kontratseptiivset vahendit, sest kaasaegseid rasestumisvastaseid vahendeid oli vähe saada. 1980. aastatel oli Eestis 35 000 indutseeritud aborti aastas, abordikordaja 1000 elussünni kohta oli võrdlusriikide seas kõige kõrgem. Abortide arv aastas vähenes aastail 1990–1999 poole võrra, 29 000-lt 14 500-ni. Et aga ka elussündide arv vähenes proportsionaalselt niisama palju, on indutseeritud abortide arv 1000 elussünni kohta püsinud Eestis kõrge: see oli võrdlusriikide seas 1999. aastal kõige kõrgem (joonis 34).



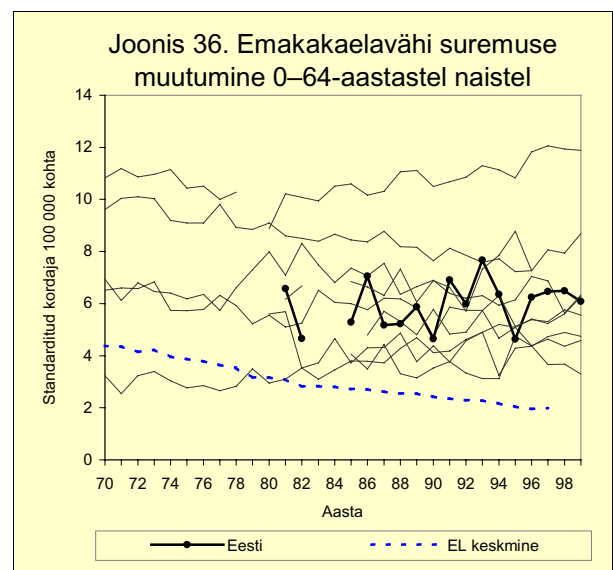
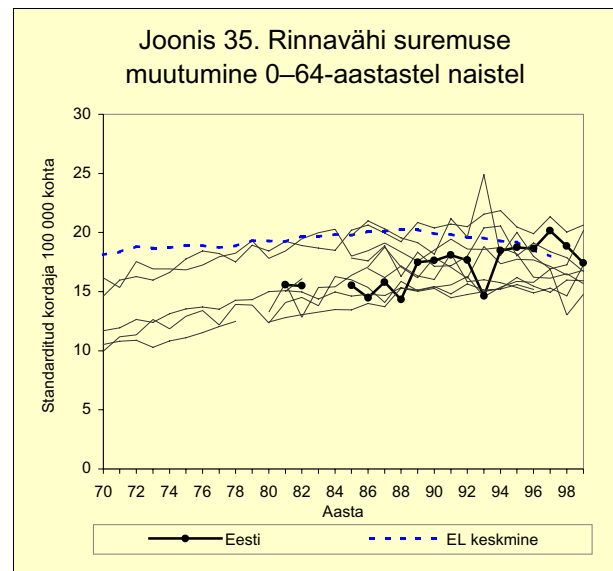
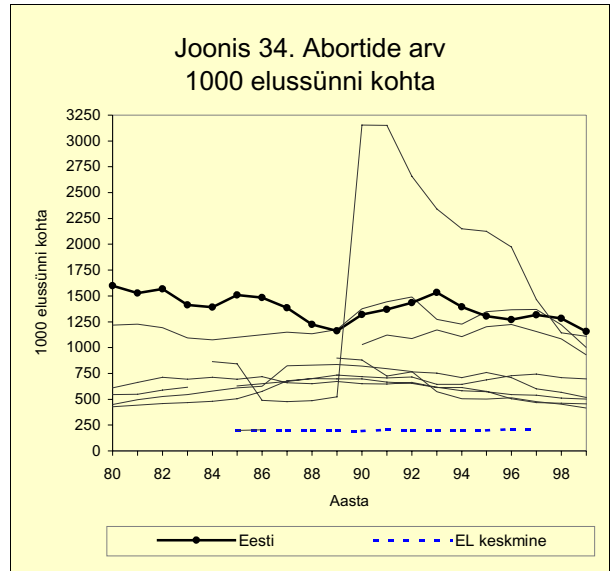
Poola andmed on aastate 1985–1987 ja 1994–1996 kohta.  
EL keskmine on aastate 1985–1987 ja 1995–1997 kohta.

Tänapäevaste rasestumisvastaste vahendite kasutamine on Eestis tavalisemaks muutunud. Oraalse kontratseptsiooni kasutamise osatähtsus suurenes 15–49-aastaste naiste seas ajavahemikul 1992–1999 4%-lt 15%-ni. Emakasiseste rasestumisvastaste vahendite kasutamine sama vanuserühma naiste hulgas aga vähenes 21%-lt 17%-ni (Sotsiaalministeerium, 2000a).

Naiste rinnavähi SSK oli 1980. aastatel Eestis suhteliselt madal, aga sellest ajast alates on see viien-diku võrra tõusnud ja jõudnud Euroopa Liidu keskmisele tasemele. 1990. aastate keskel oli Eesti näitaja üks võrdlusriikide kõrgeimaid (joonis 35).

Emakakaelavähi SSK on Eestis 1980. aastatega võrreldes tõusnud ning viimaste andmete järgi on see samas suurusjärgus võrdlusriikide keskmisega. Euroopa Liidu keskmise langusest tingituna on erinevus Eesti ja Euroopa Liidu vahel suurenenud, Eesti näitaja on Euroopa Liidu keskmisest üle kolme korda kõrgem (joonis 36). Kuigi Eestis viiakse läbi emakakaelavähi uuringuid, ei tehta seda regulaarselt ning ka rahva seas teatakse haigusest vähe (WHO Euroopa piirkonnakomitee, 2000b).

Vägivallale naiste vastu kui tervise osale on vähe tähelepanu pööratud, andmed niisuguste vägi-vallajuhtumite ja -liikide kohta on puudulikud. Asendusindikaatorina võib kasutada naiste tapmiste ja tahtlike kehavigastuste SSK-d. Tapmiste SSK on tõusnud ja 1999. aastal oli see näitaja (7,8 100 000 naise kohta) võrdlusriikidest kõrgeim, Euroopa Liidu näitajast (0,6 100 000 naise kohta) palju kõrgem.



## ELUSTIIL

Lisaks muudele teguritele nagu geneetika ja füüsiline ning sotsiaalne keskkond avaldab nii indiviidi kui rahvastiku tervisele ja heaolule olulist mõju ka käitumine. Toitumisharjumuste, füüsilise aktiivsuse, suitsetamise ja sageda alkoholitarbimise koosinemine selliste riskifaktoritega nagu kõrge vererõhk ja kolesteroolitase ning ülekaalulisus mõjutavad eelkõige just südame- ja veresoonehaigustest ja pahaloomulistest kasvajatest põhjustatud enneaegset suremust. Need haigused on Euroopas peamised surma põhjused. Ebatervislik käitumine soodustab ka suure hulga teiste krooniliste haiguste teket ja mõjutab seetõttu elukvaliteeti tervikuna.

Elustiili mõjutavad ka isiku sotsiaalse grupi käitumismudelid, samuti üldisemad sotsiaalmajanduslikud tingimused. Eriti just enamikus Lääne-Euroopa riikides leiab üha enam tõestust asjaolu, et elustiilide positiivsed muutused piirduvad sotsiaalselt ja majanduslikult enam kindlustatud gruppidega, mille liikmetel on paremad võimalused teha käitumises terviseedenduslikke muutusi (*WHO Euroopa piirkonnakomitee, 1993 ja 1999b*).

### Tubaka tarbimine

Suitsetamise levimus üle 15-aastaste eestlaste seas on kõrge: 1998. aastal suitsetasid regulaarselt 42% meestest ja 20% naistest (joonis 37). Suitsetajate osakaal oli suurim 1994. aastal (52% meestest ja 24% naistest), kuid see vähenes üheksakümnendate aastate lõpuks 1990. aasta tasemele (*Kasmel et al., 1999*).

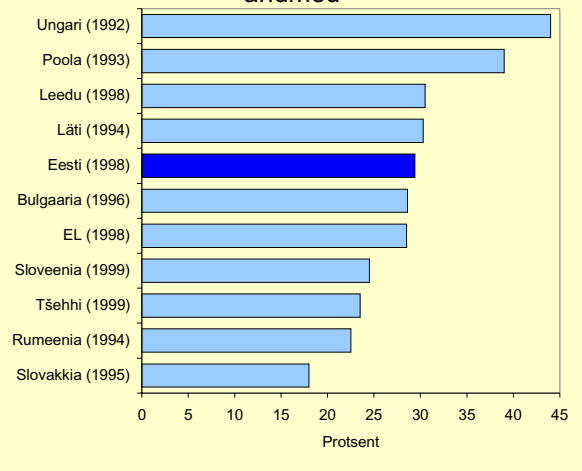
Baltikumi 1997. aasta toitumis- ja terviseuuringu järgi väitsid ainult 36% meestest ja 62% naistest, et nad ei suitseta. Kokku pidasid end igapäevasuitsetajaks 54% meestest ja 24% naistest. Meessoost regulaarsete suitsetajate osakaal oli Eestis teiste Balti riikidega võrreldes samal tasemel, naissoost regulaarsete suitsetajate osakaal aga suurem kui Lätis ja Leedus (vastavalt 11% ja 8%).

Balti riikides 1998. aastal läbiviidud postiküsitlus kinnitas suurt suitsetajate osakaalu meeste seas (42%). Uurimismetoodika erinevused teevad otsese võrdlemise eelnenud aastal läbiviidud küsitluse tulemustega raskeks. Selle uuringu järgi on erinevused suitsetavate naiste osakaalus palju väiksemad — Eestis suitsetas 20%, Lätis 19% ja Leedus 13% naistest (*Kasmel et al., 2000*).

Vanemates vanuserühmades on igapäevasuitsetajaid vähem. Eestis suitsetab regulaarselt 43% 50-64-aastastest meestest ja 13% sama vanadest naistest; 35-49-aastaste seas olid vastavad näitajad 61% ja 29% (*WHO Euroopa piirkonnakomitee 1999a*).

1997.–1998. aastal koolides korraldatud küsitluse andmetel suitsetas vähemalt üks kord nädalas 24% 15-aastastest poistest, kuid vaid 12% samas vanuses tütarlastest. See oli uurimuses osalenud seitsme võrdlusriigi seas üks madalamaid numbreid. Siiski on suitsetamine noorte, eriti tütarlaste seas Eestis 1990. aastatel sagenenud (*WHO Euroopa piirkonnakomitee, 1997 ja 2000a*). Ka Eesti koolilaste eluviisi uuring (1991, 1994, 1998) näitab, et suitsetamine muutub noorte seas üha populaarsemaks. Kasvanud on igapäevasuitsetajate osakaal

Joonis 37. Igapäevasuitsetajate osakaal 15-a. ja vanemaaliste hulgas, viimased kättesaadavad andmed



15-aastaste õpilaste seas, poistel suurenes see näitaja 1991. aasta 10%-lt 1998. aasta 17%-ni ning tütarlastel vastavalt 2%-lt 8%-ni (Kepler et al., 1999). Kinnitust leiab küll ka arusaam, et tubakatooteid tarbitakse seni siiski suhteliselt vähe. Eesti 15-aastased noored on WHO 27 riigis korraldatud rahvusvahelise uuringu tulemuste alusel suitsetamislevimuselt tagant neljandal kohal (WHO Euroopa piirkonnakomitee, 2000a).

1980. aastate lõpus tarbiti Eestis inimese kohta aastas keskmiselt 2000 sigaretti. 1990. alguses see näitaja langes ja jäi püsima 1500 juures, mis teeb Eestist ühe väikseima tubakatoodete tarbimisega riigi võrdlusriikide hulgas ning jääb isegi alla Euroopa Liidu keskmist (1580 sigaretti aastas inimese kohta). Vähenenud tarbimist võib mõneti siiski seletada musta turu suurenenud osatähtsuse või tubakatoodete impordi kasvuga.

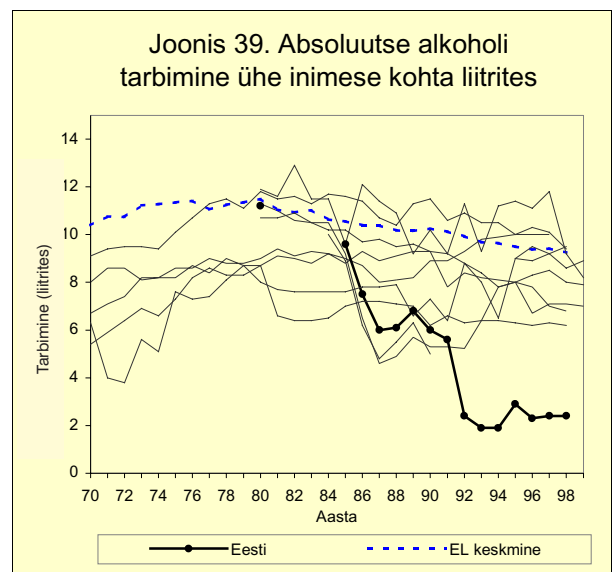
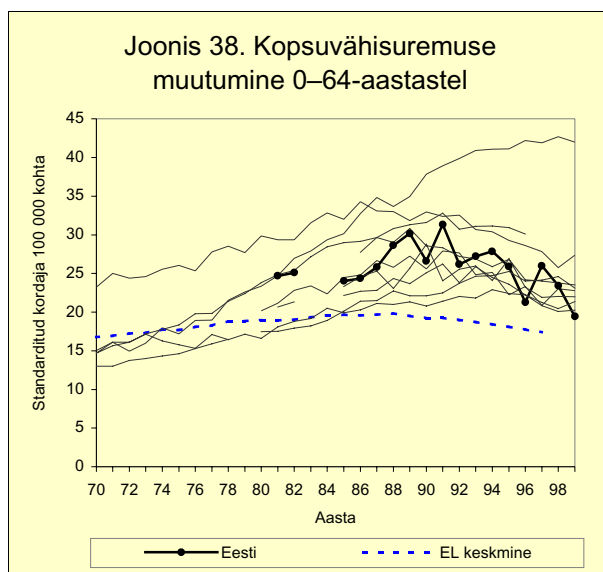
Suitsetamisest tingitud surmajuhtude trendide ja riikide järjestuse indikaatorina saab kasutada hingetoru-, bronhi- ja kopsuvähist tingitud suremust. 1980. aastatel kasvas Eestis nende põhjuste SSK, kuid 1990. aastate algul hakkas see näitaja langema, langus hoogustus 1990. aastate lõpul (joonis 38). Meeste kordaja on viimastel andmetel langenud selgelt alla 1980. aastate taseme, naiste kordaja on aga pisut tõusnud. Seetõttu on sooline erinevus Eestis vähenenud, kuid see on siiski suur; meeste SSK on ligi kaheksa korda kõrgem kui naistel, mis annab tunnistust sellest, et meeste seas

on suitsetajaid rohkem kui naiste seas. Euroopa Liidu keskmisega võrreldes on meeste kordaja kolmandiku võrra suurem, naiste oma aga niisama palju väiksem.

## Alkoholi tarbimine

Registreeritud alkoholitarbimine (vastavalt müügi-statistikale) on Eestis alates 1980. aastate keskpaigast langenud 75% võrra, 9,6-lt liitrit 2,4 liitri puhta alkoholini inimese kohta 1998. aastal (joonis 39). Järsk langus 1991.-1992. aastal võib olla märk muutustest alkoholimüügi registreerimises. Hinnanguliselt on umbes 45% tarbitavast alkoholist illegaalne, osa sellest ei vasta kvaliteediga ohutusnõuetele (WHO Euroopa piirkonnakomitee, 1997). Tegelik alkoholitarbimine on tõenäoliselt märksa suurem. 1995. aasta andmetel tarbiti täiskasvanu kohta aastas 12,6 liitrit puhast alkoholi (UNDP 1997). Müügiandmete järgi on Eestis 1997. aastast pisut suurenenud õlle ja veini tarbimine, kuid kangete alkoholsete jookide tarbimine püsis samal tasemel (Produktschap voor Gedistilleerde Dranken, 2000).

Baltikumi toitumis- ja terviseuuringu järgi tarbisid 19–64-aastased Eesti mehed päevas hinnanguliselt 24 grammi ning samas vanuses naised 4 grammi puhast alkoholi, mis on palju rohkem kui teistes Balti riikides (eriti meeste osas). Uuringu järgi ei tarbi kangeid alkoholiseid jooke üldse



11% Eesti mehi ja 23% naisi.

Veini ja õlle tarbimise protsendid olid aga suuremad, veini puhul 31% meestest ja 22% naistest, õlle puhul vastavalt 21% ja 52%. Iga päev tarbisid õlut 12,6% meestest, kuid veini ja kangete alkohoolsete jookide igapäevane tarbimine polnud nii tavaline (vastavalt 0,8% ja 2,8%). Naiste seas oli õlle, veini ja kangete alkohoolsete jookide igapäevatarbijaid vähem kui meeste seas, vastavalt 1,5%, 0,5% ja 0,3% (*WHO Euroopa piirkonnakomitee, 1999a*).

9,3% meestest ja 0,5% naistest olid alkoholi liigtarbijad (tarvitasid 80 grammi või rohkem alkoholi päevas). Kui võtta arvesse ainult need inimesed, kes teatasid alkoholitarbimisest uurimisdala jooksul, suurenevad need protsendid aga vastavalt 12,1%-ni ja 1,5%-ni. Alkoholi liigtarbijate osakaal oli Eestis kolmest Balti riigist kõige kõrgem (*WHO Euroopa piirkonnakomitee, 1999a*).

Teise uurimuse järgi ei olnud vähemalt korra nädalas kanget alkoholi tarbivate meeste osakaal eriliselt erinevusi Eesti (31%), Soome (29%) ega Läti (32%) vahel, veidi väiksem oli see näitaja Leedus (27%). Naiste seas oli vähemalt kaks korda kuus kange alkoholi tarbijate osakaal Eestis (31%), Soome (29%) ja Leedu (30%) olukorraga küllalt sarnane, kuid Lätis oli see näitaja mõnevõrra kõrgem (36%) (*Kasmel et al., 1999*). See aga tähendab, et erinevused alkoholi tarbimises

võivad Balti riikides olla väiksemad, kui eelmise, küsitluspõhise uuringu alusel võiks arvata.

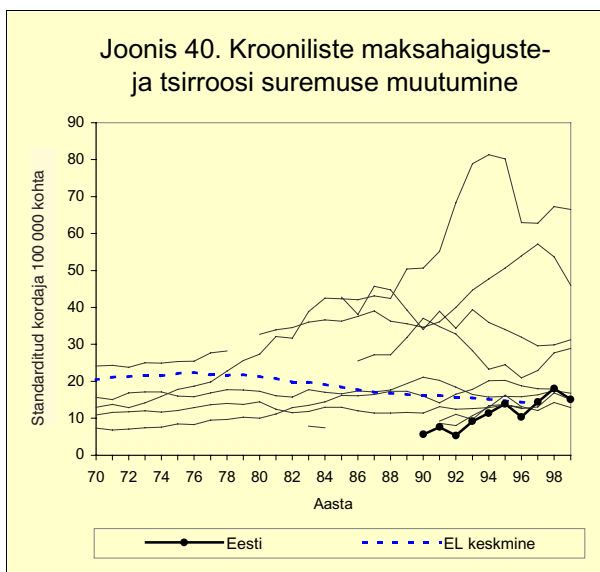
1997/1998. aastal koolides korraldatud küsitluse järgi tarbisid vähemalt korra nädalas alkoholi 10% 15-aastastest tütarlastest, kuid ligi 21% poistest. Need protsendid olid uuringus osalenud 23 riigi seas ühed väiksemad, kuid oluliselt suuremad kui samad näitajad neli aastat varem (5% tütarlastest ja 15% poistest) (*WHO Euroopa piirkonnakomitee, 1997 ja 2000a*).

Pikaajalise alkoholitarbimise kahjulikkuse hindamiseks saab kasutada kroonilistest maksahaigustest ja -tsirroosist tingitud surmajuhtude arvu. Eesti maksahaiguste ja -tsirroosi SSK oli 1990. aastate alguses võrdlusriikide seas kõige madalam, vähem kui kolmandik Euroopa Liidu keskmisest. Sellest ajast on aga Eesti kordaja enam kui kolmekordistunud, olles nüüd kõrgem kui langev Euroopa Liidu kordaja. Samuti ei ole Eesti krooniliste maksahaiguste ja -tsirroosi SSK enam võrdlusriikide seas madalaim. (joonis 40). Tendents on mõlema soo puhul ka võrdlusriikides samasugune, meestel on naistega võrreldes suurem suremusrisk. Eestis oli meeste SSK kaks korda suurem kui naistel.

## Narkootikumide tarvitamine

Võrdlusandmeid uimastite tarvitamise kohta on vähe. Üldiselt on võrdlusriigid teatanud uimastite tarbimise kasvust 1990. aastatel, kuigi tarbimise tase on ikka veel madalam Euroopa Liidu keskmisest.

Kõige levinum uimasti on kanep: hinnanguliselt tarvitas seda 1993. aastal umbes 2000 inimest (0,2% 15-aastastest ja vanematest). Samal aastal oli umbes 1000 opiaatide, 600 lahustite ja 300 amfetamiinide tarbijat. 1990. aastatel suurenes heroiinitarbijate, eriti just süstivate heroiinitarbijate arv. Kokaiinitarbijaid on teadaolevalt vähe. 16-aastaste õppurite seas korraldatud uuringu põhjal oli uimasteid tarbinud 7% vastanutest. Uimastitega seotud kuritegevus on 1990. aastatel mõnevõrra suurenenud (*WHO Euroopa piirkonnakomitee, 1997*).



1995. aastal läbi viidud ESPAD-i uuringu järgi (Euroopa koolide 15-16-aastaste õpilaste alkoholi ja narkootikumide tarbimise uuringu aruanne) oli Eestis 10% poistest ja 5% tütarlastest vähemalt korra tarbinud kanepit, mis olid võrdlusriikide seas kõrgeimad näitajad (Hibell et al., 1997). 1999. aastaks oli vastav osatähtsus tõusnud 13%-ni. Lisaks teatasid 11% poistest ja 7% tütarlastest, et nad on tarvitanud mõnda muud uimastit. Mõlemad näitajad olid võrdsed võrdlusriikide keskmisega (Hibell et al., 2000).

## Toitumine

Toitumisharjumusi määravad kultuuritraditsioonid ja toiduainetootmine. Viimaste aastakümnete süvenev globaliseerumine on kaasa toonud muudatusi, toiduainete turg on muutunud avatumaks, transport kiiremaks, toiduainete säilitamiseks kasutatakse üha tõhusamaid meetodeid. Need tegurid koos kasvanud liikuvuse ja ostujõuga on osa põhjustest, miks ajalooliselt erinevad toitumismudelid näivad Euroopas ühtlustuvat.

Ajalooliste erinevuste olemasolu Põhja- ja Lõuna-Euroopa toitumismudelites kinnitavad ÜRO toidu- ja põllumajanduse organisatsiooni (FAO) andmed kättesaadava toidu koguste kohta igas riigis, mida on kogutud alates 1960. aastatest.<sup>4</sup> Põhja-Euroopale on iseloomulik, et hästi on kättesaadavad küllastunud rasvad ja raskesti kättesaadavad puu- ja köögiviljad, Lõuna-Euroopas vastupidi.

FAO andmed (alates 1990. aastast) näitavad, et Eesti järgib suhkruga ja loomse rasva vähese kättesaadavuse ja teravilja kõrge kättesaadavuse osas Lõuna-Euroopa mudelit. Puu- ja köögivilja puhul järgib Eesti Põhja-Euroopa vähese kättesaadavuse mudelit, kuigi 1990. aastatel on puu- ja köögivilja muutunud kättesaadavamaks (*Sotsiaalministeerium, 1997*).

Needki arvud võivad tegeliku tarbimise osas olla alahinnatud, sest oma tarbeks kasvatatud puu- ja köögivilja ei ole tõenäoliselt arvestatud.

Baltikumi toitumis- ja terviseuuring korraldati Eestis, Lätis ja Leedus 1997. aasta suvel. Esinduslikuks valimiks võeti 3000 inimest vanuserühmast 19–64 aastat. Vastanuid oli Eestis 67,3%. Uuringu tulemused näitasid vähest juurviljade tarbimist ning kalduvust toituda ebaregulaarselt, suurt suitsetajate ja suurtes kogustes alkoholi tarbijate osakaalu. Samas tarbiti Eestis vähem rasvaineid ja väike oli ka tarbitava toidu energeetiline väärtus. Balti riikide seast oli Eestis kõige väiksem kalduvus ülekaalulisusele ja rasvumisele (*WHO Euroopa piirkonnakomitee, 1999a*). Lisaks on või kasutamine aastatel 1990–1996 vähenenud 90%-lt 27%-ni ja taimeõli kasutamine toiduvalmistamisel aastatel 1990–1998 kasvanud 21%-lt 84%-ni. Vähemalt kolm korda nädalas köögivilja sööjate osakaal on aastatel 1990–1998 kasvanud 30%-lt ligi 50%-ni (*Kasmel et al., 1999*).

Ainult 42% Eesti meestest ja 53% naistest tarbib toorest, värsket, keedetud või hautatud köögivilja vähemalt kuus korda nädalas, mis oli Balti riikide madalaim näitaja. 4% meestest ja 3% naistest ei tarbi köögivilja üldse. Värske või toore köögivilja puhul olid need näitajad veel suuremad (vastavalt 8% ja 5%).

Kõigest 22% Eesti meestest ja 30% naistest söövad kindlal kellaajal. Seda oli pisut rohkem kui Leedus, kuid alla jäädi Lätile, kus üle poole vastanuid toitusid kindlal kellaajal. Söömine peamiste toidukordade vahel oli üpris tavaline, üksnes iga kümnes Eestis vastanu ütles, et ei einesta peamiste toidukordade vahel kunagi. Inimesi, kes ütlesid, et nad söövad kogu aeg, oli siiski vähe (5% meestest ja 4% naistest). Viimaste näitajate poolest olid Eesti ja Leedu võrdsed, Lätis olid need näitajad väiksemad.

Toidust saadav energiahulk Eestis oli meestel 2278 kcal ja naistel 1640 kcal päevas, mis oli Balti riikide seas kõige madalam näitaja. Rasva tarbitakse Eestis samuti kõige vähem, mehed 95 grammi päevas (37% koguergiast) ja naised 69 grammi (36%). Lätis ja Leedus tarbiti Eestiga võrreldes

<sup>4</sup> Rahvusvahelise kaubanduse kiire kasv hoogustus 1994. aastal, kui toiduained lisati rahvusvahelistesse vabakaubanduslepingutesse (GATTi Uruguay kohtumine). See on mõjutanud riikide toidustatistika usaldusväärsusust, muutes rahvusvahelise võrdlemise raskemaks.

vastavalt 29% ja 40% rohkem rasva. Proteiinide, enamiku vitamiinide ja mineraalainete tarbimine vastas toitumissoovitustele. Rasvad hõlmasid liiga suure ning süsivesikud ja küllastumata rasvhapped liiga väikese osa päevasest saadavast energiast. Piima ja piimatoodete vähese tarbimise tõttu oli toidus liiga vähe kaltsiumi ja D-vitamiini (*WHO Euroopa piirkonnakomitee, 1999a*).

Hoolimata probleemidest on 1990. aastatel toitumine muutunud tervislikumaks, näiteks on vähenenud loomsete rasvade, soola ja suhkru tarbimine (*Kasmel et al, 1999*).

Kõikide energiat andnud rasvade seas oli loomsetel rasvadel suhteliselt väike osakaal. Üle Eesti on see hinnanguliselt 32%, mis on veidi suurem kui võrdlusriikides (29%), kuid oluliselt väiksem kui Euroopa Liidu riikides (39%).

Eestis on asunud koostama tervisliku toitumise tegevuskava, mille aluseks on toiduainete tarbimise uuringud, mis hõlmavad ka omatoodetud ja tasuta saadud toiduainete tarbimist. Saadud andmed näitavad, et piimatoodete ning puu- ja köögivilja tarbimine on väiksem kui Eesti toitumisstandard soovib, suhkru (eriti maiustuste), üldine rasva ja liha tarbimine on aga suurem. Viimase aja tendents on üleminek või tarbimiselt odavamate margariini ja taimeõlide tarbimisele. Tegevuskavas on kuus valdkonda: toitumisuuringud, toidu kättesaadavus, kohaliku toidu tarbimine, toidu ohutus, eri elanikerühmade (lapsed, fertiilses eas naised ja vanurid) toitumine ning teatud terviseprobleemid ja toitumine.

## Kehaline aktiivsus

Kuna tööl ja olmes on kehalise tegevuse osakaal vähenenud, on suurenenud vabal ajal sportimise tähtsus, et säiliks tervisele kasulik kehalise aktiivsuse tase. 1997. aastal tegi Eestis 34% meestest ja 21% naistest keskmise raskuseastmega ning 8% meestest ja 2% naistest rasket füüsilist tööd. Tugeva treeningu või võistlusspordiga tegeles 5% meestest ja 2% naistest, sörkjooksu ja ajaviite-spordiga 16% meestest ja 13% naistest, jalutamas käis ning jalgrattasõidu või muu kerge sportliku liikumisega tegeles 33% meestest ja 44% naistest. Kehaliselt aktiivsemad olid üldjuhul kõrgema hariduse ja suurema sissetulekuga inimesed. Vananemisega kehaline aktiivsus vähenes.

Kokku olid 19–64-aastastest vabal ajal kehaliselt väheaktiivsed 46% meestest ja 41% naistest; 16% mehi ja 13% naisi leidsid, et nende kehaline aktiivsus on suur või väga suur. Kuigi kehaliselt väheaktiivseid inimesi oli Eestis mõlema soo puhul Läti ja Leeduga võrreldes kõige vähem, oli suure või väga suure kehalise aktiivsusega meeste osakaal niisama suur kui Leedu meeste seas (21%), naiste puhul oli see (15%) oluliselt väiksem kui Leedu naiste puhul (21%). Ligi 70% Eesti meestest ja 79% Eesti naistest teatasid, et nad ei ole kunagi regulaarse (higistama ajava) kehalise tegevusega tegelnud (*WHO Euroopa piirkonnakomitee, 1999a*).

## Ülekaalulisus

Ülekaalulisust ja rasvumist hinnatakse üldjuhul kehamassi indeksi (KMI) alusel, mis on kehakaalu (kilogrammides) ja pikkuse (meetrites) ruudu jagatis.

1992. aasta CINDI (mittenakkuslike haiguste ennetamise) programmi järgi oli Eestis 25–64-aastaste meeste keskmine KMI 24,9 ja naistel 25,3 (normaaltase on 20–25). 47 protsendil 35–64-aastastest meestest ja 55 protsendil naistest oli KMI üle 25 ning näitas niisiis ülekaalulisust või rasvumist. (*WHO CINDI andmebaas, avaldamata andmed*).

Baltikumi toitumis- ja terviseuuringu järgi oli Eesti keskmine KMI meestel 25,1 ja naistel 23,3. Eesti 19–64-aastastest meestest oli ülekaalulisi 32% (KMI 25 ja 30 vahel) ja rasvunuid 10% (KMI üle 30). Vähem oli ülekaalulisi ja rasvunuid naiste seas (vastavalt 24% ja 6%). Ülekaaluliste ja rasvunute osakaal kasvas vanuse suurenedes. 50-aastaste ja vanemate seas oli 53% meestest ja 63% naistest ülekaalulised või rasvunud, viimaseid vastavalt 13% ja 16%. Maanaiste ja ainult algharidusega naiste keskmine KMI oli kõrgem kui linnanaistel ja kõrgharidusega naistel. Maal elavate meeste ja linnas elavate meeste vahel sellist erinevust ei täheldatud, kuid alg- ja kõrgharidusega meeste vahel oli erinevus olemas, viimastel oli keskmine KMI kõrgem.

Balti riikidest oli Eestil mõlema soo ja kõigi vanuserühmade (19–34-, 35–49- ja 50–64-aastased) väikseim keskmine KMI ja madalaim ülekaaluliste ja rasvunute osakaal, välja arvatud meeste kõige nooremas vanuserühmas, kus rasvunute osakaal oli kõige suurem, 8% (Lätis 4% ja Leedus 6%) (*WHO Euroopa piirkonnakomitee, 1999a*). Tervisekäitumise uuringute järgi oli

nende inimeste osakaal, kelle KMI on 14-19 (ala-kaaluliste), osakaal kasvanud 4,4%-lt 1990. aastal 10,4%-ni ja normaalkaalus (KMI 20-24) inimeste osakaal 38,6%-lt 1990. aastal 49,3%-ni 1998. aastal (*Kasmel jt, 1999*).

## Kõrge vererõhk

Süstoolset vererõhku üle 160 mmHg ja diastoolset rõhku üle 95 mmHg peetakse tasemeks, kus tuleks alustada ravi, et vähendada südame- ja veresoonekonna haiguste riski. 1992. aasta CINDI programmi andmetel oli Eestis kõrge vererõhk 36%-l 35–64-aastastest meestest ja 31%-l samas vanuses naistest. Kui võtta aluseks madalam lävi (140 mmHg ja 95 mmHg), olid sellesamas vanuserühmas kõrge vererõhuga 57% meestest ja 47% naistest. Mõlema definitsiooni järgi olid Eesti näitajad viie võrreldavate andmetega võrdlusriigi seas kõige kõrgemad (*WHO CINDI andmebaas, avaldamata andmed*). Viimased uuringusarjad (1992-94), kus vaadeldi Tallinna elanikke vanuses 30-54, näitasid, et 43%-l meestest ja 27%-l naistest oli vererõhk üle 140/90, ja ainult 5% kõrge vererõhuga inimestest hoidsid vererõhku kontrolli all, mis näitab arteriaalse hüpertensiooni tähtsat rolli pealinna elanike südame-veresoonekonna tervises (*Voloz jt 1996*).

## Kõrge kolesteroolitase

Inimene, kelle kolesteroolitase ületab 250 mg/dl, on südame-veresoonekonna haiguste riskigrupis. Eestis oli see näitaja nii suur 34–64-aastaste vanuserühmas 30% meestel ja 31% naistel. Võrdlusriikide hulgas, kust on saadud võrreldavaid andmeid, olid Eesti näitajad ühed kõrgemad (*WHO CINDI andmebaas, avaldamata andmed*).

## KESKKOND JA TERVIS

Keskkonna kahjulikud tegurid avaldavad inimestele lühema- või pikemaajalist mõju.

Kaugem eesmärk on edendada inimeste head tervist soodustavat jätkusuutlikku arengut, eriti aga vältida kahjulike ainete sattumist toitumishela komponentidesse (vesi, põllumajandussaadused). Lähemad eesmärgid on aga kas ära hoida või vähendada võimalikke ohuolukordi, pidades silmas seda, et halvad keskkonnatingimused ei ohusta võrdselt kõiki ning et mitte kõik inividid ja sotsiaalsed rühmad ei ole võrdselt haavatavad. Lastele, rasedatele, vanadele ja haigetele inimestele mõjub reostatud õhk ja saastatud toit tõenäoliselt kõige enam. Samuti kalduvad teatud rahvastikurühmad ebasoodsate keskkonnatingimustega rohkem kokku puutuma. Sageli seostatakse näiteks väikest sissetulekut ohtliku töökeskkonnaga (kahjulikud ained ja õnnetuste oht) ja halbade elutingimustega (liiga palju rahvast, õhusaaste ja müra). Need olukorrad võivad mõjutada tervist ja heaolu nii otse, põhjustades ebamugavusi ja stressi, kui ka kaudselt, soodustades ebatervislike toimetulekuviiside levikut, näiteks liialdamist alkoholi ja uimastite tarbimist.

Üha enam on mõistetud keskkonna mõju tervisele ja vajadust kõigi tasandite ühistegevuse järele, seda näitab asjaolu, et peaaegu kogu Euroopas on hakatud välja töötama ja ellu rakendama riiklikke keskkonnatervise tegevusplaan (NEHAP). Eesti NEHAPi kavandasid sotsiaalministeeriumis enam kui 30 tuntud Eesti teadlast ja spetsialisti. Tegevusplaan on esimene programm, milles on kokku võetud kõik tervise seisukohast olulised keskkonnategurid, aga ka nende mõju rahva tervisele ja olukorra parandamise sihid. Vabariigi valitsus kiitis NEHAPi heaks 1999. aasta juunis (Eesti keskkonnatervise riiklik tegevusplaan, 1998).

### Mikroobsed toidunakkused ja -mürgistused

Toidu ja selle valmistamise kvaliteeti saab hinnata, kasutades haiguspuhangute arvu ning rühma-aviisiliselt mikroobsetesse toiduhaigustesse (ehk toidunakkustesse ja -mürgistustesse) haigestunud inimeste arvu, kuigi täheldatud erinevused andmestikis võivad osaliselt olla tingitud erinevatest definitsioonidest ja andmekogumismeetoditest. Viimastel andmetel on võrdlusriikide vahelised erinevused suured (1999. aastal Eestis alla ühe juhu, Tõehhis kuni 585 juhtu 100 000 inimese kohta). Ajavahemikul 1990–1999 vähenes see kor-daja Eestis märgatavalt (1990. aastal 40 haigusjuhtu 100 000 kohta), mis võib peegeldada nii registreerimise probleeme kui ka tegelikku haigestumuse vähenemist.

Õigelloosiohvrite arv on 1970. aastatest langenud 5000-lt 500-ni, kuid salmonelloosiohvrite arv on suurenenud vähem kui 500-lt ligi 1000-ni. Enamasti leiavad haiguspuhangud aset asutustes, eeskätt koolieelsetes lasteasutustes. Peamised õigelloosi allikad on toitlustusasutustes saastatud toiduained (27%) ning tehases saastatud kohupiim (25%) ja piim (24%). Salmonelloosi puhanguid põhjustavad peamiselt lihatooted (25%), majonees (23%) ja kondiitritooted (22%) (*Põlluste, 1998*).

Tabel 2. Valitud õhusaasteainete emissioon (kg-des inimese kohta) Eestis, kandidaatriikides ja Euroopa Liidus 1995. aastal

	Eesti	Kandidaatriigid	EL riigid
Vääveldioksiid	79.9	68.3	31.5
Lämmastikdioksiid	28.4	25.3	32.4
Ammoniaak	...	10.7	9.4
Süsinikoksiid	145.0	99.1	119.3
Süsinikdioksiid	13 677	7 555	8 499
Metaan*	70.7	56.5	61.4
* 1997			

## Õhu kvaliteet, joogivesi ja jäätmed

Eesti süsinikdioksiidi (CO<sub>2</sub>) emissioon oli kõrgem nii kõigist võrdlusriikidest kui ka Euroopa Liidu riikidest (v.a. Luksemburg), kuigi aastatel 1992–1995 vähenes CO<sub>2</sub> emissioon neljandiku võrra (*ÜRO Euroopa majanduskomisjon, 1999*), põhjusteks tööstusettevõtete arvu vähenemine ja efektiivsemad emissioonikontrolli meetodid (Sotsiaalministeerium, 1997). Eesti suurimad saastajad on energiatööstus (64%), ehitusmaterjalide tööstus (13%) ja põlevkivikeemia (5%) (*Põlluste, 1998*).

Eestil on piisavad joogiveevarud. 35% joogiveest saadakse pinnaveest, 37% puurkaevudest ja ülejäänud muudest kaevudest. Vee kvaliteet sõltub suurel määral vesikonna hüdrogeoloogilistest tingimustest, sest sademetest saab põhjavesi pärast settekihtidest läbifiltreerumist (*Põlluste, 1998*).

## Eluase

Eesti elamispinna hinnanguline keskmine suurus on 54 m<sup>2</sup>, mis on võrdne võrdlusriikide keskmisega, kuid väiksem Euroopa Liidu keskmisest (89 m<sup>2</sup>). 1995. aastal elasid 81%-l elamispindadest nende pindade omanikud. Võrdlusriikide seas oli see üks kõrgemaid näitajaid ja ka Euroopa Liidu riikide vastavast näitavust suurem (*ÜRO Euroopa Majanduskomisjon, 1999*). Enamik leibkondi elas mitmekorterilistes elamutes ning 27% ridaelamutes ja eramutes (*Sotsiaalministeerium, 2000b*).

Üks eluaseme kvaliteedi näitajaid on vee- ja kanalisatsioonivõrguga ühendatud elamispinnal elavate inimeste osakaal. 1996. aastal oli veevõrguga ühendatud 92% Eesti elanike elamispinnast. See oli võrdlusriikide seas üks kõrgemaid näitajaid (*ÜRO Euroopa Majanduskomisjon, 1999*). Eesti statistika näitab, et kanalisatsioonivõrguga ühendatud elamispind on 92%-l linnaelanikest ja 64%-l maainimestest. Vanni ega dušši pole hinnanguliselt 29%-s majapidamistest (*Põlluste, 1998*).

Elanikud hindasid 30% elamispindadest külmaks või halvasti köetavaks ja 26% niiskeks. Veel kurtisid elanikud teistest korteritest, trepikojast või veetorustikust kostva müra (45%) ning liiklusmüra üle (45%). Veel kaevati teetolmu ja heitgääside üle (41%) (*Sotsiaalministeerium, 2000b*).

Kui elamistingimused (kvaliteet, eluaseme asukoht ja infrastruktuur) mõjutavad inimese tervist ja heaolu, siis veel otsustavam tegur on eluaseme puudumine. Kodutud on vastuvõtlikumad terviseprobleemidele nagu alatoitumine, nakkushaigused, üksindusest ja kindlustunde puudumisest põhjustatud psühhosotsiaalne stress. Kui andmeid elamistingimuste kvaliteedi kohta saab üha kergemini kätte, (kuigi mitte alati võrreldavalt), siis usaldusväärsed andmed kodutute kohta puuduvad.

## Töötervishoid ja tööohutus

Terviseriskid töökohas on ikka veel olulised haiguste ja surma põhjustajad. Andmed riskide tüübi, sageduse ja intensiivsuse ning mõjustatud tööpikade või inimeste kohta pole aga alati kättesaadavad ning võrdlusandmeid napib.

Tööõnnetustes saadud vigastuste arvus 100 000 inimese kohta on võrdlusriikide vahel olulisi erinevusi, mis annab alust arvata, et eri riikides kirjeldatakse näitajate abil erinevaid nähtusi. Sellegipoolest on niisuguste juhtumite arv kõigis võrdlusriikides vähenenud keskmiselt 51% (592-lt 292-ni 100 000 inimese kohta ajavahemikul 1985–1999). Eestis oli langus väiksem, 26%.

Surmaga lõppenud tööõnnetuste statistikat saab paremini võrrelda kui andmeid vigastuste kohta. Nende surmade arv on kõigis võrdlusriikides vähenenud, mis näitab tõhustunud tööohutusmeetmeid. 1985–1999 vähenes surmaga lõppenud tööõnnetuste arv 100 000 inimese kohta võrdlusriikides 3,8-lt 1,8-ni (langus 53%). Eestis kasvas surmaga lõppenud tööõnnetuste koguarv 54-lt 1987. aastal 96-ni 1990. aastal, kuid pärast seda vähenes 47-ni 1999. aastal. Kui see silmanähtav kõrgpunkt tähelepanuta jätta ning uurida ainult arengut ajavahemikul 1987–1999, on niisuguste juhtumite arvu langus Eestis väiksem kui kõigis võrdlusriikides. Muutuste tõttu juhtumite registreerimises 1980. aastate keskel ei tarvitse aga needki näitajad olla tegelikud.

Surmaga lõppenud tööõnnetuste arv Eestis on ikkagi WHO Euroopa piirkonnas kõige suurem, üle kahe korra suurem Euroopa Liidu keskmisest

(1,6 juhtumit 100 000 inimese kohta, 1985. aastast langenud 28%). Tööõnnetusi ei uurita piisavalt, neist ehk ka ei teatata alati, nii et praegune niigi kõrge näitaja ei tarvitse peegeldada tegelikku olukorda (*Põlluste, 1998*).

Kutsehaiguste esmajuhtude arv suurenes 1990.–1997. aastal 135-lt 198-ni. Hoolimata arvu kasvust on see kõigest 2,8 juhtumit 10 000 töötaja kohta. Kutsehaiguste andmed ei ole siiski täielikud, sest hõlmavad ainult töölepinguga töötajaid, jättes välja füüsilisest isikust ettevõtjad ja põllumehed (*Põlluste, 1998*).

1996. aastal kontrolliti 4200 ettevõtet, milles töötas

229 200 inimest, eesmärgiga hinnata tööga seotud riskitegureid. Kõigest kontrollitud töötajatest puutusid 21% tööolukorras kokku füüsiliste, 19% keemiliste, 6% füsioloogiliste ja 0,7% bioloogiliste ning teiste riskiteguritega. Peamised keemilised riskifaktorid olid tööstuslikud aerosoolid (48%) ning väävlitühendid, lämmastik ja looduslikud õlid (21%); füüsilistest riskiteguritest müra (34%), vibratsioon (16%) ja radiatsioon (7%) (*Põlluste, 1998*).

1997. aastal uuris Tööinspeksioon 3800 ettevõtet ja 226 600 inimest. Rohkem kui 10%-l inimestest olid ebarahuldavad töötingimused ning 7% töötajate töötingimused olid tervistkahjustavad (*Põlluste, 1998*).

## TERVISHOIUSÜSTEEM <sup>5</sup>

### Tervishoiureform

XX sajandi alguseks oli Eestis olemas vajalik baas elanike vajadustega arvestava tervishoiusüsteemi väljaarendamiseks. Loodud süsteem oli detsentraliseeritud ning tervishoiuteenuseid osutati kohalikul tasandil. Ambulatoorset abi andsid peamiselt eraarstid. Tegutsesid nii riiklikud, munitsipaal- ja erahaiglad kui ka spetsialiseerunud asutused (naiste- ja lastekliinikud, tuberkuloosidispanserid ja -sanatooriumid). 1920. aastate paiku suurenes haigekassade tegevusväli. Samuti kasvas arstide arv ning moodustati erialaühingud.

Teisele maailmasõjale järgnenud nõukogude okupatsiooni ajal katkes endise tervishoiusüsteemi areng. Käivitati Semađenko tsentraliseeritud kontrollsüsteem: tervishoidu finantseeriti riigieelarvest ja valitsus kontrollis seda keskse planeerimisega. Eestis loodi ülemäära suur, tegeliku vajadusega mitte arvestav haiglavõrgustik, sest Nõukogude Liidul olid selles piirkonnas strateegilis-sõjalised huvid. Riigiteenistujate osutatud tervishoiuteenus oli kõigile kodanikele tasuta. Erasektor oli keelatud.

Juba enne poliitilise iseseisvuse taaskestamist hakati kavandama tervishoiureforme. Peamine eesmärk oli detsentraliseerida tervishoiuteenuste osutamise süsteem. Muuhulgas nimetati ametisse maakonnaarstid, kelle ülesanne oli korraldada ja juhtida tervishoidu maakondades. Riiklik tervisevõrgustik detsentraliseeriti.

Tervishoiureformi teine eesmärk oli luua ravikindlustusel põhinev tervishoiusüsteem. Ravikindlustuse seadusega kehtestati kõigile töötajatele, füüsilisest isikust ettevõtjatele, põllumeestele ja nende ülalpeetavatele kohustuslik ravikindlustuse süsteem. Kindlustus laieneb ka pensionäridele, päevaõppe üliõpilastele, rasedatele ning teistele selgelt määratletud rühmadele. Osa rühmade (nt registreeritud töötud, kaitseväes teenijad) sotsiaalmaksu tasub riik. Õigus ravikindlustusele ei sõltu kodakondsusest, vaid elukohast. 1990. aastatel oli Eestis ravikindlustuseta hinnanguliselt 40 000–70 000 inimest (3–5% elanikest), peamiselt need, kes ei maksnud sotsiaalmaksu (sageli füüsilisest isikust ettevõtjad), ja Eestis illegaalselt elavad ini-

Tabel 3. Tervishoiuressursid Eestis ja võrdlusriikides (1999 või viimased kättesaadavad andmed)

	Eesti	Kandidaat-riigid	Vähim	Suurim
Ravivoodite arv 100 000 inimese kohta	718	716	555	938
Arstide arv 100 000 inimese kohta	307	265	191	394
Hospitaliseeritute arv 100 inimese kohta	19.6	18.1	13.8 <sup>a</sup>	25.4
Keskmine ravikestvus päevades	10.3 <sup>a</sup>	10.3	9.0	11.9
Tervishoiu kogukulude protsent sisemajanduse koguproduktist	6.9	5.6	2.6 <sup>a</sup>	7.7
<sup>a</sup> 1998				

<sup>5</sup> Kui pole märgitud teisiti, põhineb see peatükk dokumendil “*Health care systems in transition. Estonia*” (WHO Euroopa piirkonnakomitee, 2000 c).

mesed. 1999. aastaks oli see näitaja kasvanud 5–8%-ni.

Tervishoiureformi tingisid peamiselt vajadus de-  
tentraliseerida tervishoiu rahastamine, luua seos  
tervishoiukulude ja riigi majanduse vahel, vähen-  
dada haiglavõrgu mahtu ning luua baas üha kasva-  
vaks omavastutuseks tervishoiu kulude osas.

1990. aastate tervishoiureformidega loodi sea-  
duslik ravikindlustus, haldamine toodi maakonna  
tasandile ja võim anti äsja valitud kohalikele  
omavalitsustele. 1993. aastal ühendati tervishoiu-  
ministeerium, sotsiaalhoolekandeministeerium ja  
töoministeerium sotsiaalministeeriumiks, mis vas-  
tutab tervishoiu ja sotsiaalteenuste poliitika välja-  
töötamise, planeerimise ja andmete kogumise eest.  
Peale selle lahutati tervishoiuteenuse ostmise ja  
osutamine ning riiklik tervishoiusüsteem orientee-  
riti vastavalt ümber.

1990. aastate lõpus kavandati tervishoiusüsteem-  
is suuremaid muudatusi, luua üksainus haige-  
kassa 3–5 piirkondliku kassaga. Palju muutusi  
tõi endaga 1. jaanuaril 2001 jõustunud “Eesti  
Haigekassa seadus”. Lõpuks tuleks välja töötada  
ka mitu aastat arutluse all olnud patsiendi õigusi  
käsitlev seadustik. Detsentraliseerimist kavatse-  
takse jätkata. Peale selle on arutletud selle üle,  
missugune peaks olema riikliku ravikindlustuse  
osakaal võrreldes teiste eelarves ette nähtud res-  
surssidega. Tundub, et eelistatakse ravikindlustuse  
osakaalu suurendamist, kuid ametlikku otsust pole  
veel langetatud.

## Tervishoiu rahastamine ja kulutused

Eesti ravikindlustusega on kaetud need, kes mak-  
savad maksu ise, need, kelle eest on tasutud, ja  
vähekaitsitud rühmad (alla 18-aastased, päeva-  
õppe üliõpilased, pensionärid, rasedad, ametlikult  
töötuna registreeritud ja teised selgelt määratletud  
rühmad). 1999. aasta lõpus oli ravikindlustusega  
hõlmatud 1,3 miljonit inimest, 5–8% rahvastikust  
oli ravikindlustuseta. Kindlustus katab enamiku  
raviteenustest, v.a teenused, mida ei peeta häda-  
vajalikuks (nt plastiline kirurgia ja alternatiiv-  
meditsiin).

Kuni 2000. aasta lõpuni olid Eesti tervishoiu-  
süsteemi baasiks keskhaigekassa ja 17 piirkond-  
likku haigekassat. Keskhaigekassa organiseeris,  
koordineeris ja juhtis piirkondlike haigekassade  
tööd, viimaste arvu peeti aga liiga suureks. Haige-  
kassa osakond valitakse peamiselt elukoha järgi.  
2001. aasta algusest juhib tervisekindlustust Eesti  
Haigekassa seitsme kohaliku osakonnaga. Haige-  
kassa osakondade tegevuses konkurents puudub.

Teiseks tervishoiu rahastamise allikaks on maksud  
(10,9% kulutustest), millest riigieelarve annab  
8,7% ja kohalike omavalitsuste eelarvetest tuleb  
2,2%. Riigieelarvest kaetakse kindlustamata isi-  
kute vältimatu abi kulud; kiirabi meditsiini-  
seadmed ja vaegurite proteesid; samuti riiklike  
preventsiooniprogrammide kulud (nt laste ja noo-  
rukite, aidsennetuse ning tuberkuloositõrje prog-  
rammid).

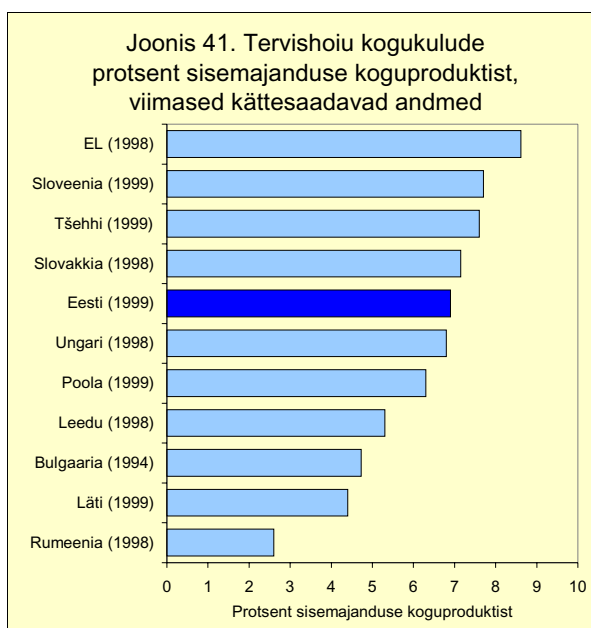
Kolmas rahastusallikaks on klientide otsemaksed  
(14,8%). Viimasel ajal on kasvanud niisugustest  
maksetest ja maksudest finantseerimine, seda era-  
teenuse osutajate arvu ja ravimiturgude kasvu  
tõttu (*Eesti Sotsiaalministeerium, 2000 c*).

Erasektor hakkas arenema 1990. aastal ning on seitsaadik pidevalt kasvanud. Erasektori teenused täiendavad riigisektori omi, pakutakse ambulatoorset abi, taastusravi, on mõned erihaiglad, apteegi- ja hambaraviteenus ongi peamiselt erasektori käes. Lubatud on ka eraravikindlustus, kuid riiklikust ravikindlustussüsteemist välja astuda ei lubata (*WHO Euroopa piirkonnakomitee 1996, 2000 b*).

Tervishoiu kulused erinevates riikides on äärmiselt raske võrrelda, sest tervishoiustatistika definitsioonid ning arvestus on riigiti erinevad. Niisiis tuleks järgnevaid andmeid kasutada ettevaatlikult, sest eri riikides mõistetakse tervishoiuteenuste all erinevaid tegevusi.

1998. aasta andmetel olid tervishoiu kogukulud SKT-st kõigis võrdlusriikides alla Euroopa Liidu keskmise, mis oli 8,5%. Eesti näitaja (6,9%) oli natuke kõrgem kui võrdlusriikide keskmine (5,6%) (joonis 41).

1998. aasta andmed tervishoiu kulude kohta (ostu- jõupariteedi alusel) näitasid, et võrdlusriikide keskmine (480 USD) on kolmandik Euroopa Liidu keskmisest (1848 USD). Eesti kulud (453 USD) olid aga võrdlusriikide kulutustest veidi väiksemad.



## Esmatasandi tervishoid

1998. aastani pakuti esmatasandi tervishoiuteenust kohalikule omavalitsusele kuuluvates ambulatoorsetes tervishoiuasutustes, kus töötasid enamasti piirkonna sisehaiguste arst ja pediaater ning meditsiiniõed. Selle süsteemiga oli aga palju probleeme. Esiteks oli rahva ja meedikute silmis esmatasandi arstide prestiiž madal. Teiseks olid asutused vaesed ning nende varustus puudulik. Kolmandaks oli riiklikus tervishoiusüsteemis töötavate spetsialistide palk võrreldes sama taseme spetsialistidega väike. Sellega kaasnes vähene motivatsioon ning teenuste väiksem efektiivsus ja halvem kvaliteet. Peale selle kaldusid patsiendid esmatasandit vahele jätma ning kohe spetsialistide poole pöörduma.

1990. aastate alguses hakati Eestis ambulatoorse süsteemi asemel järk-järgult juurutama perearstisüsteemi. Perearst peab osutama teenust ööpäev läbi ning vahendama patsiente spetsialistide juurde. 1997. aastal reformiti süsteemi veelgi. Uuenduste hulka kuulusid piirkonnale perearsti valimine, elanike nende juurde registreerimine ning uute finantseerimismeetodite väljatöötamine ning otselepingud haigekassadega.

Kulude jagamise esimese sammuna võeti 1995. aastal kasutusele väike visiiditasu (5 krooni), kuid hiljem vabastati poliitilise surve tõttu selle maksimisest suured ühiskonnagrupid (pensionärid, invaliidid, lapsed) (*WHO Euroopa piirkonnakomitee 1996, 2000 b*).

## Teise ja kolmanda tasandi arstiabi

Teise tasandi ambulatoorset abi osutavad poliiklinikes, haiglate ambulatoorsetes osakondades ning erapraksistes tegutsevad spetsialistid. Teenuste osutajatel on lepingud haigekassaga, mille alusel makstakse neile osutatud teenuste eest kuni lepingus sätestatud määraneni. Enamik spetsialiste tegutseb avalikus sektoris, kuid erasektoris on juba arenenud hambaravi, günekoloogilise, uroloogilise, otorinolarüngoloogiliste ja oftalmoloogiliste teenuste osutamine. Ka erateenuste osutajatel võivad olla lepingud haigekassaga. Patsientidel tuleb tasuda haigekassa ja erateenuse osutaja hinna vahe.

Pikaravi osutajaid on liiga vähe, lühiravihaiglad osutavad erikokkuleppel kuni 60-päevast teenust.

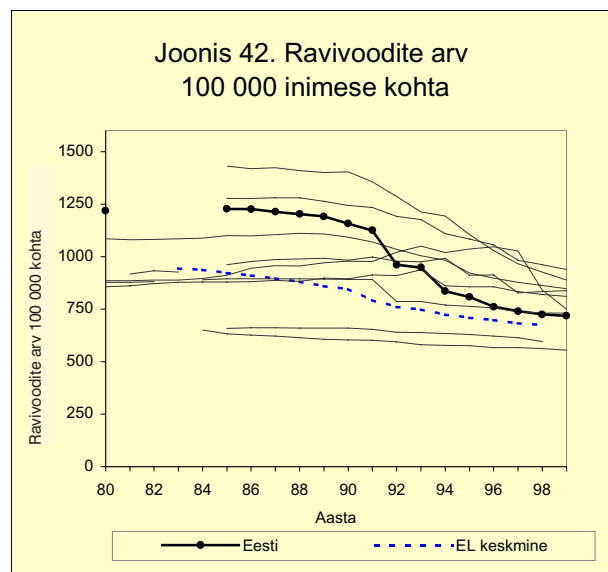
Haiglaid on kolme liiki. Madalaimal tasemel on 40–60 voodikohaga sisehaiguste ja pikaraviga tegelevad kohalikud haiglad. Teisel tasemel on 180–200 voodikohaga kohaliku omavalitsuse omanduses ja juhitud maakonna haiglad. Need tegelevad teenuste osutamisega peamistel arstlikel erialadel (sisehaigused, kirurgia, ortopeedia, sünnitusabi, pediaatria, neuroloogia, oftalmoloogia, psühhiaatria, dermatoloogia). Kahes suuremas linnas on kolmanda etapi haiglad — Tallinnas 4 haiglat ja Tartus Ülikooli Kliinikum. Need haiglad osutavad nii kõrgelt spetsialiseeritud teenuseid kui ka teise etapi teenuseid oma piirkonnas. 1996. aastal olid 83 haiglast 5 erahaiglad, teiste omanik oli kas riik või omavalitsusüksus.

Haiglad vastutavad haigekassa ees osutatavate teenuste osas ning majanduslikus mõttes haigla omanike (enamasti omavalitsuste) ees. Haiglaid rahastatakse riikliku ravikindlustussüsteemi kaudu haigekassaga sõlmitud lepingute alusel. Statsionaarse ravi (uuringud, diagnoosid, põetus, ravimid ja toit) maksumuse arvestamise aluseks on voodipäeva maksumus. Lisaprotseduuride, operatsioonide, laboriuuringute või füsioteraapia maksumus lisatakse haigekassa arvele. Teenuste nimekirja, mahu ja hinnad kinnitavad aasta alguses haigekassa kohalik osakond ja haiglad pärast konsulteerimist kohalike tervishoiuosakondadega.

Puuduv tasakaal esmatasandi, haiglaravi ja avahoolduse vahel on põhjustanud tervishoiu kõrge hinna. 1980. aastate lõpust 1998. aastani on ravivoodite arv märgatavalt vähenenud, 19 000-lt 10 500-ni, kuid kokkuhoiuvõimalusi on veelgi. Osast suletud haiglatest on saanud ambulatoorset ravi osutavad keskused ning osas töötavad hooldekodud.

Ravivoodite arv on 1985. aastast saadik vähenenud peaaegu kõigis võrdlusriikides, kõige rohkem Eestis (40%). 1999. aasta Eesti näitaja (718 voodit 100 000 inimese kohta) oli ligikaudu võrdne võrdlusriikide keskmisega (716), kuid pisut suurem Euroopa Liidu keskmisest (674) 1998. aastal (joonis 42).

Hospitaliseeritute arv on riigiti erinev, 1999. aastal vahemikus 13,8–25,4 100 inimese kohta. Eesti näitaja on 1985. aastast langenud 21,1-lt 19,6-ni, kuid ületab siiski ELi keskmise (1998. aastal 18,1/100) (joonis 43).



1980. aastatest on haiglaravi kestus lühenenud kõigis võrdlusriikides. 1985. aastal oli keskmine ravikestus Eestis pikem (18,2 päeva) kui võrdlusriikides (13,4 päeva) ja Euroopa Liidu riikides (15,1 päeva). Eesti keskmine näitaja on võrdlusriikide seas kõige rohkem langenud ning 1998. aasta keskmine 10,3 päeva on juba peaaegu sama võrdlusriikide (1999. aastal 10,3 päeva) ja Euroopa Liidu (1997. aastal 10,2 päeva) näitajatega. 1999. aastaks oli haiglaravi kestus Eestis lühenenud juba 9,9 päevani.

Suured erinevused on võrdlusriikidel aasta jooksul kasutatud ambulatoorse teenuse osas (1999. aastal 4,9–16,4 külastust inimese kohta). 1985. aastast on see näitaja Eestis vähenenud 9,6-lt 6,3-ni, mis on väiksem kui võrdlusriikide keskmine (1999. aastal 8,0).

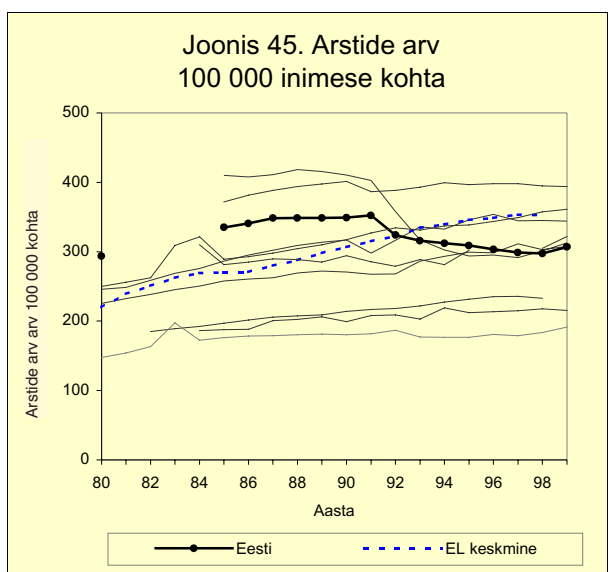
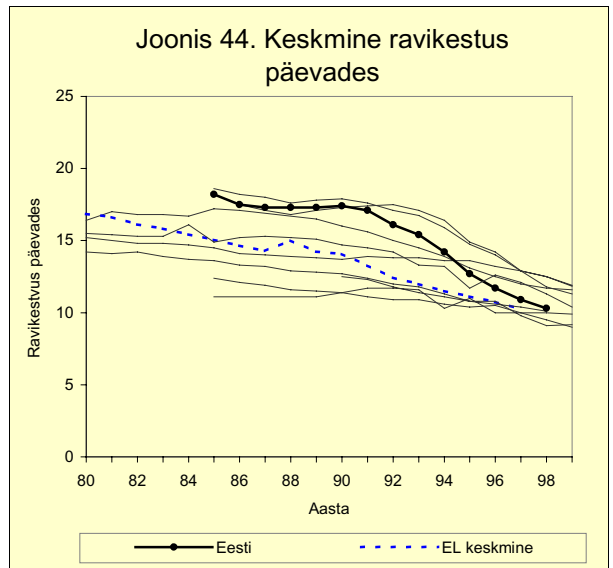
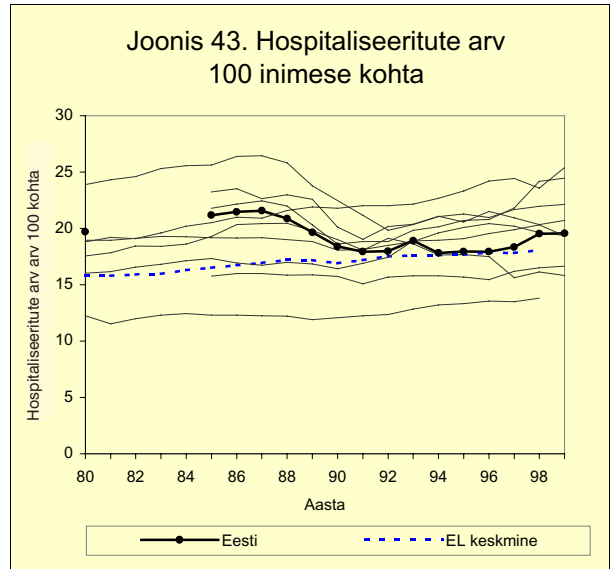
### Ravimid ja apteegid

1998. aastal tegutses Eestis kaheksa litsentseeritud ravimitootjat. Hulgemüüjatena tegutsevad ainult erafirmad. Jaemüügiga tegeleb 250 apteeki, millest 235 on erakätes, 13 kuulub kohalikele omavalitsusüksustele ja kaks Tartu Ülikoolile.

Eestis on 1993. aastast olnud ravimite hinnasoodustuse süsteem, mis põhineb riiklikul ja WHO koostatud oluliste ravimite lootelul. Teatud ravimite puhul hüvitatakse 90–100% üle 20 krooni ulatuvast müügihinnast. Kõigi soodusravimite nimekirja mittekuuluvate retseptiravimite (hinnaga 50-200 krooni) puhul hüvitatakse maksumus 50% ulatuses. Vitamiinide ja mineraalsete toidulisandite ning taimsete ravimite hinnast ei hüvitata üldjuhul midagi. Ravimi ostja panus ravimi eest maksmisel on viimastel aastatel suurenenud.

### Tervishoiupersonal

Eestis on rohkem arste (307 arsti 100 000 inimese kohta) kui võrdlusriikides (265), kuid vähem kui Euroopa Liidu riikides (353 arsti 100 000 inimese kohta 1998. aastal) (joonis 45).



Alates 1980. aastate keskpaigast on hambaarstide arv 100 000 inimese kohta Eestis suurenenud rohkem kui 50%, mis on võrdlusriikide seas suurim kasv. 1999. aastal oli Eestis 100 000 inimese kohta 70,2 hambaarsti, võrdlusriikidega seas kõige enam (1999. aasta keskmine 45,3/100 000) ning ligikaudu niisama palju kui Euroopa Liidu riikides keskmiselt (1998. aastal 68,6/100 000).

Proviisorite arv on alates 1980. aastate keskpaigast suurenenud. 1999. aastal oli 100 000 inimese kohta 55,8 proviisorit, mis on võrdlusriikide seas üks kõrgemaid näitajaid (1999. aastal keskmiselt 35,9/100 000), kuid siiski palju väiksem Euroopa Liidu keskmisest (1998. aastal 81,7/100 000).

MeditSiiniõdede arv oli 1999. aastal Eestis (616/100 000) võrdlusriikide keskmisest (527/100 000) suurem. Ämmaemandate arvult ületasid peaaegu kõik võrdlusriigid (1999. aasta keskmine 48,1/ 100 000) Euroopa Liidu keskmise (1997. aastal 19,5/100 000), kuid ämmaemandate arv Eestis on märgatavalt vähenenud ning nüüdseks suhteliselt madal (1999. aastal 38,4/100 000).

## VIITED

- AINSCOW, M. & HAILE-GIORGIS, M. (1998). *The education of children with special needs: barriers and opportunities in central and eastern Europe*. Florence, UNICEF International Child Development Center (Innocent Occasional Papers, Economic and Social Policy Series, No. 67).
- COUNCIL OF EUROPE (1997). *Recent demographic developments in Europe – 1997*. Strasbourg, Council of Europe Publishing.
- COUNCIL OF EUROPE (1999). *Recent demographic developments in Europe – 1999*. Strasbourg, Council of Europe Publishing.
- COUNCIL OF EUROPE (2000). *Recent demographic developments in Europe – 2000*. Strasbourg, Council of Europe Publishing.
- ESTONIAN MEDICAL STATISTICAL BUREAU (1997). *Some Facts about Health Care in Estonia*. Tallinn, Estonian Medical Statistical Bureau.
- ESTONIAN NEHAP (1998). *Eesti keskkonnatervise riiklik tegevusplaan (Estonian National Environmental Health Action Plan)*. Tallinn.
- EUROPEAN CENTRE FOR THE EPIDEMIOLOGICAL MONITORING OF AIDS (2000). *HIV/AIDS surveillance in Europe: surveillance report, 62*. Saint-Maurice, France, European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS.
- HIBELL, B. ET AL. (1997). *The 1995 ESPAD Report. Alcohol and Other Drug use Among Students in 26 European Countries*. The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs, Stockholm.
- HIBELL, B. ET AL. (2000). *The 1999 ESPAD Report. The European School Survey Project on Alcohol and other Drugs. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 30 European Countries*. Modin Tryck AB. Stockholm.
- KASMEL, A. ET AL. (1999). *Health behaviour among Estonian adult population 1998*. National Public Health Institute. Series B11/1999. Helsinki.
- KEPLER, K. ET AL. (1999). *Estonian School-Aged Children Health, Health Behaviour and Social Environment in a Changing Society, 1991–1998*. Estonian Centre for Health Education and Promotion. Tallinn, Estonia.
- MINISTRY OF SOCIAL AFFAIRS OF ESTONIA (1997). *Third evaluation of progress towards health for all (HFA) in the European Region of WHO, Republic of Estonia*. Ministry of Health. Tallinn.
- MINISTRY OF SOCIAL AFFAIRS OF ESTONIA (2000a). *Estonian Health Statistics 1992–1999*. Ministry of Social Affairs of Estonia, Department of Statistics and Analysis. Tallinn.
- MINISTRY OF SOCIAL AFFAIRS OF ESTONIA (2000b). *Living Conditions Study in Estonia 1999. Baseline Report. NORBALT II survey*. Statistical Office of Estonia, University of Tartu, Institute of Applied Social Research Fafo Norway. Tartu.
- MINISTRY OF SOCIAL AFFAIRS OF ESTONIA (2000c). *National Health Accounts. Report*. (unpublished, 2000).

- PÕLLUSTE, K., ed. (1998). *Public Health in Estonia*. Elmatar Publishing House. Tartu.
- PRODUKTSCHAP VOOR GEDISTILLEERDE DRANKEN (2000). *World drink trends 2000*. Schiedam, NTC Publications.
- TELLMANN, A. ET AL. (1999). *Estonian Medical Birth Registry 1992–1997 and Estonian Abortion Registry 1996–1997*. Institute of Experimental and Clinical Medicine. Tallinn.
- TURNER, B., ed. (2000). *The statesman's yearbook 2000*. London, Macmillan.
- UNDP (1997) *Estonian Human Development Report 1997*. (<http://www.undp.ee/nhdr97/>)
- UNDP (2000) *Estonian Human Development Report 2000*. (<http://www.undp.ee/nhdr00/>)
- UNESCO (1999). *Statistical yearbook 1999*. Paris, UNESCO Publishing & Bernan Press.
- UNITED NATIONS ECONOMIC COMMISSION FOR EUROPE (1999). *Trends in Europe and North America 1998/ 1999*. Geneva, United Nations Economic Commission for Europe.
- VOLOZ, O. ET AL. (1996). *Arterial hypertension: what is the magnitude of the problem in Estonia?* English summary. *Arteriaalne hüpertensioon: missugune on probleemi ulatus Eestis.* "Eesti Arst" 1996; 5:397–403.
- WHO REGIONAL OFFICE FOR EUROPE (1993). *Health for all targets. The health policy for Europe*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (European Health for All Series, No. 4).
- WHO REGIONAL OFFICE FOR EUROPE (1997). *Smoking, drinking and drug taking in the European Region*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- WHO REGIONAL OFFICE FOR EUROPE (1998). *Health in Europe 1997. Report on the third evaluation of progress towards health for all in the European Region of WHO (1996–1997)*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (WHO Regional Publications, European Series, No. 83).
- WHO REGIONAL OFFICE FOR EUROPE (1999a). *Nutrition and Lifestyle in the Baltic Republics. Summary report*. WHO Regional Office for Europe, Food and Nutrition Policy Unit, 1999.
- WHO REGIONAL OFFICE FOR EUROPE (1999b). *HEALTH21 – the health for all policy framework for the WHO European Region*. ([http://www.euro.who.int/aboutwho/Policy/20010825\\_2](http://www.euro.who.int/aboutwho/Policy/20010825_2)). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (European Health for All Series, No. 6) (accessed 22 August 1999).
- WHO REGIONAL OFFICE FOR EUROPE (2000a). *Health and health behaviour among young people. WHO Policy Series. Health policy for children and adolescents 1*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- WHO REGIONAL OFFICE FOR EUROPE (2000b). *Highlight on Women's Health in Estonia*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, (Family and Community Health).
- WHO REGIONAL OFFICE FOR EUROPE (2000c). *Health care systems in transition. Estonia*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe 2000, (European Observatory on Health Care Systems).
- WHO REGIONAL OFFICE FOR EUROPE (2001). *Health for all Database. January 2001*. (<http://www.euro.who.int/hfadb>)

## KASUTATUD MÕISTED

**Haigestumus:** haiguse esmajuhtude arv 100 000 inimese kohta kindlal ajaperioodil (harilikult ühe aasta jooksul).

**Imikusuremus:** alla üheaastaste laste surmajuhtude arv aastas 1000 elussünni kohta.

**Keskmine eelolev eluiga sünnimomendil:** hinnanguline keskmine eluaastate arv, mis vastsündinu elada võib, eeldades, et sünniaasta suremuse vanuskordajad jäävad samaks kogu elu jooksul.

**Levimus:** inimeste arv, kel on teatud haigus või tunnus kindlal ajahetkel või kindlaksmääratud ajaperioodil, 100 000 elaniku kohta.

**Ostujõupariteet (PPP):** riigi vääringu ostujõu standarditud määr, mis põhineb võrdlusel, kui palju selle maa rahaühikuid on vaja, et osta sama tüüpiline ostukorv kaupu ja teenuseid võrdlusmaal ja selle rahas (harilikult USA dollarites). Selle mõõtmiseks kasutab Euroopa Liit ostujõu standardit.

**Standarditud suremuskordaja (SSK):** suremuskordaja (harilikult 100 000 elaniku kohta), mis on arvatatud Euroopa standardrahvastiku järgi.

**Summaarne sündimuskordaja:** keskmine elusalt sündinud laste arv naise kohta tema eluajal, kui kehtiksid vastava aasta sünni vanuskordajad.