

Eesti rahvastiku tervisekaotus

Taavi Lai, Kristina Köhler

Tervisekaotuse metoodika kirjeldab lõhet rahvastiku parima võimaliku ja tegeliku tervise seisundi vahel. Tervisekaotuse arvutamise aluseks on haigestumise ja suremuse statistika, peale selle võetakse arvesse ka põetava haiguse raskust ning inimese vanust surma hetkel. Selle tulemusena saab tavapärase tervisestatistika kõrval varasemast ülevaatlikuma pildi haigestumise ja suremuse mõjust rahvastiku kui terviku tervisele. Siinses teemalehes on kasutatud uusimaid tervisekaotuse andmeid 2006. aasta kohta ning kirjeldatakse kaotatud eluaastate jagunemist vanuse, soo, maakondade ja haiguste lõikes. Peale selle pakub teemaleht esmakordse vaate valitud sotsiaal-majanduslike tegurite ja tervisekaotuse võimalikele seostele.

Sissejuhatus

Viimastel kümnenditel on rahvastiku tervise hindamisel üha suuremat kasutust leidnud mitmesugused “terviselõhel” (*health gap*) põhinevad indikaatorid, mis mõeldavad vahet ideaalse võimaliku ja tegeliku tervise seisundi vahel. Pärast globaalse tervisekaotuse uuringu (*Global Burden of Disease* e GBD) valmimist 1996. aastal on tervisekaotuse leidmisel põhinev lähenemine saavutanud laia leviku rahvastiku tervise seisundi mõõtmisel nii maailmajagude kui ka riikide kaupa. Samuti on metoodikat rakendatud riikide tervise poliitika prioriteetide ning arengusuundade seadmisel, kuna see ühendab ühtseks indikaatoriks enneaegsete surmade ja haiguste mõju rahvastiku tervisele.

Suremuskaotuse ehk enneaegsetest surmadest tingitud eluaastate kaotuse (*Years of Life Lost* e YLL) leidmiseks summeeritakse soo, vanuse ning vajadusel ka muude tunnuste lõikes isikute surma hetke vanuse ja sellele vanusele vastava eeldatava eluea erinevused. Surm loetakse enneaegseks, kui see saabub enne vanuserühma

eeldatava eluea lõppu. Seega, mida nooremas eas surrakse, seda suurem on eluaastate kaotus. Haiguskaotuse ehk haiguste ning vigastuste tõttu kaotatud eluaastate (*Years of Lived with Disability* e YLD) leidmiseks korrutatakse soo, vanuse, diagnoosi ning vajadusel ka muude tunnuste lõikes kõigi haigusjuhtude arv (levimus) iga konkreetse haiguse raskuse hinnangutega. Raskema haiguse korral on inimeste elukvaliteet ja töövõime rohkem langenud ning kaduma võib minna suurem osa eluaastast, samas kui kergemate haiguste puhul võib kaduma minna vaid väike osa eluaastast. Tervisekaotus (varem on kasutatud ka terminit “haiguskoormus”) leitakse suremus- ja haiguskaotust summeerides ning seda väljendatakse vaevuste tõttu kaotatud eluaastatena (*Disability Adjusted Life Years* e DALY). Metoodika eeliseks on see, et surma vanuse ja haiguste raskuse arvestamise tulemusena saadakse klassikaliste statistiliste tervisenäitajatega võrreldes ülevaatlikum pilt rahvastiku tervisest.

Teemalehes esitatud tulemused on arvutatud Eesti Haigekassa ja Eesti Statistikaameti 2006. aasta andmete põhjal. Detailne metoodika on kättesaadav varasematest Tartu Ülikooli tervishoiu instituudi ning Sotsiaalministeeriumi koostöös valminud uuringuraportitest ja rahvusvahelisest kirjandusest (vt kasutatud kirjandust).

Teemalehe eesmärk on anda ülevaade tervisekaotusest Eestis, selle peamistest põhjustest ning piirkondlikest erinevustest. Selle kõrval käsitletakse piirkondliku sotsiaal-majandusliku olukorra ja tervisekaotuse vahelisi seoseid.

1. Tervisekaotus Eestis

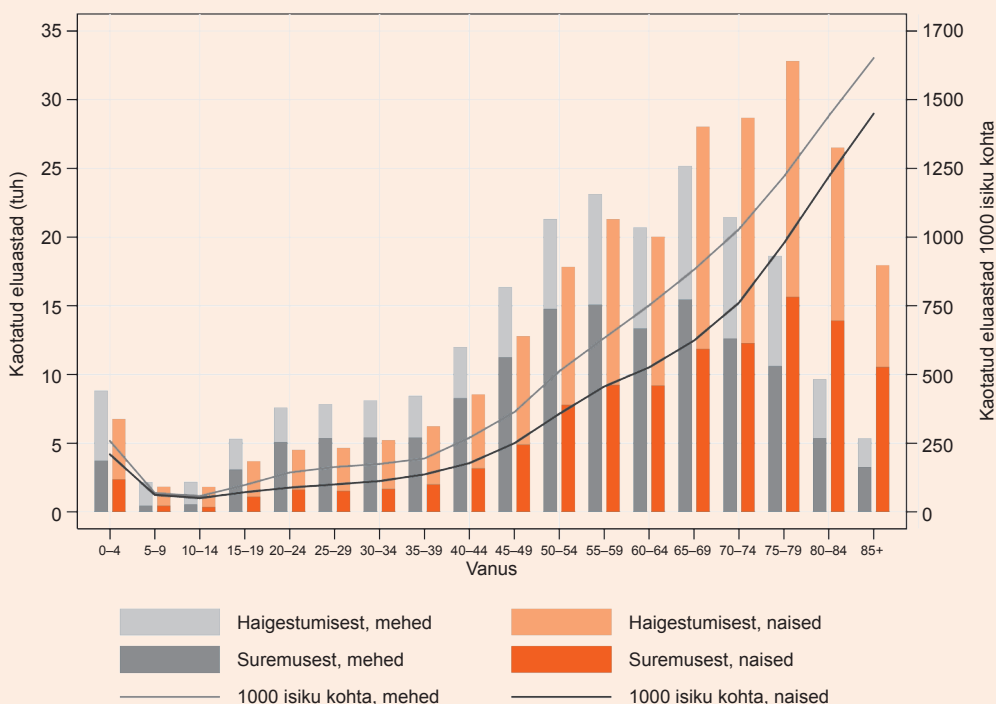
Tervisekaotus näitab rahvastiku parima võimaliku ning tegeliku tervise vahelist lõhet kaotatud eluaastates.

Eesti rahvastik kaotas 2006. aastal 474 521 eluaastat, sellest mehed 224 710 ja naised 249 811 eluaastat (joonis 1). Tervisekaotus jaguneb üsna võrdselt enneaegsetest surmadest (52%) ja haigustest ning vigastustest (48%) tingitud tervisekaotuseks. Samas kaotavad mehed eluaastaid pigem enneaegsete surmade ning naised haigestumiste tõttu – suremuskaotuse osakaal on meestel 62% ja naistel 44%. Suremus- ja haiguskaotuse vahekorra puhul on varieeruvus veelgi suurem, kui arvesse võtta ka vanuserühmad. Nii ulatub enneaegsete surmadega kaotatud eluaastate osakaal 15–64-aastaste meeste seas 69%ni soo-vanuserühma tervisekaotusest ning meeste suurem

suremuskaotus on üheks peamiseks põhjuseks, miks tööeas mehed naistest rohkem eluaastaid kaotavad. Alates 65. eluaastast on naiste tervisekaotus suurem kui meeste oma nii suremus- kui ka haiguskaotuse poolest. Siiski on tervisekaotus ühe mehe kohta ka nendes vanuserühmades suurem tervisekaotusest ühe naise kohta, nagu see on alates 15. eluaastast. Kokku kaotavad Eestis mehed 65. eluaastaks 64% ja naised 48% oma soo tervisekaotusest (meestel moodustab vanuserühm 65+ seega vaid 36% meeste tervisekaotusest).

Ligikaudu 37% kaotatud eluaastatest on Eestis põhjustatud südame-veresoonkonna hai-

Joonis 1. Suremus- ja haigestumuskaotus soo- ja vanuserühmiti ning tervisekaotus 1000 isiku kohta, 2006



gustest ja nendest tingitud enneaegsetest surmadest (joonis 2). Meeste ja naiste võrdlusest ilmneb, et selle haigusrühma põhjustatud haiguskaotus moodustab meestel väiksema osa kaotatud eluaastatest võrreldes naistega. Samas on meestel suremuskaotuse osakaal südame-veresoonkonna haiguste puhul peaaegu 65%, naistel aga 51% selle haigusrühma kogu tervisekaotusest. Rahvastiku tasandil järgnevad südame-veresoonkonna haigustele tervisekaotuse põhjustajatena kasvaja ja vigastused ning mürgistused, mis moodustavad vastavalt 15% ja 10% kogu Eesti tervisekaotusest. Mõlema haigusrühma puhul on väga suur roll enneaegsetest surmadest tingitud eluaastate kaotusel. Näiteks meeste vigastuste ja mürgistuste tervisekaotuse puhul ulatub suremuskaotuse osakaal 93%ni.

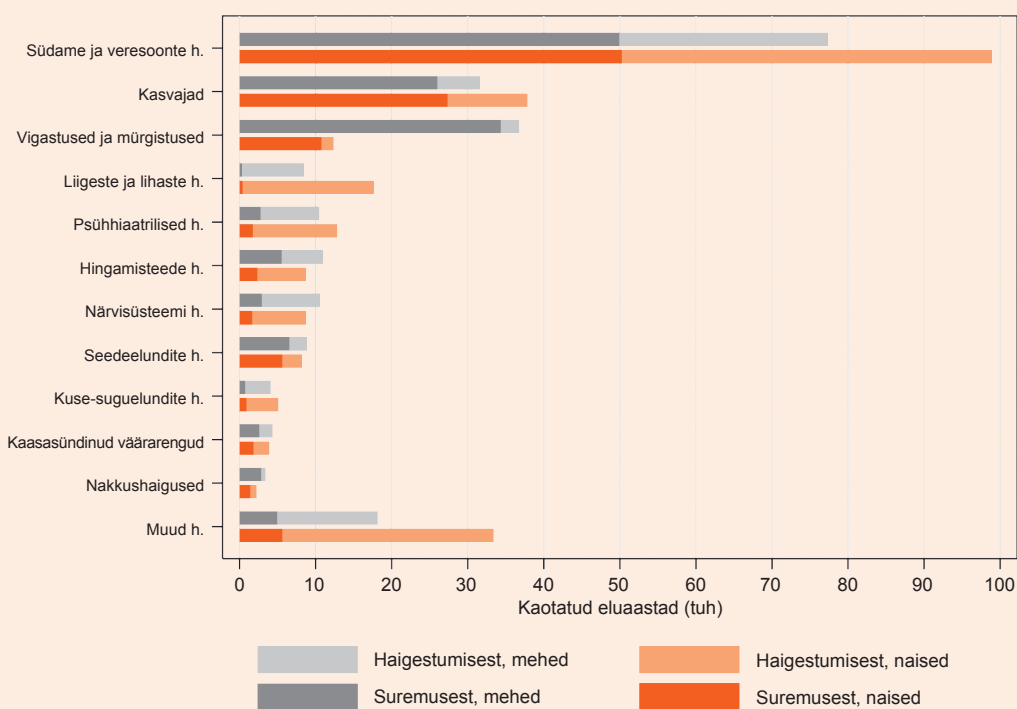
Eelnevast veelgi tähelepanuväärsem on fakt, et 20–24-aastaste meeste seas moodustavad vigastuste ja mürgistuste tõttu kaotatud eluaastad 58% vanuserühma kogu tervisekaotusest (joonis 3). 10–44-aastaste meeste tervisekaotusest üle 30% on tingitud vigastustest ning meeste tervisekaotus vigastuste tõttu ületab naiste oma veel ka 70-aastaste seas.

Vaadeldes eri haigusrühmadest tingitud tervisekaotuse jaotust eri soo-vanuserühmades laiemalt, paistab taas kord silma meeste varane tervisekaotus. Naistel on tervisekaotus koondunud pigem elu teise poolde, mil võtavad võimust vanemas eas üha olulisemaks muutuvad haigused, nagu näiteks südame-veresoonkonna ja liiges-lihashaigused, aga ka muud terviseprobleemid, nagu näiteks mitmesugused nägemise ja kuulmise langusega seotud seisundid. Siiski ei põhjusta liiges-lihashaigused naistel üheski vanuserühmas enam kui 10% tervisekaotusest ega nägemise ja kuulmisega seotud seisundid enam kui 9% vanuserühma tervisekaotusest.

Tervisekaotuse arvutusi on Eestis tehtud tagasiulatuvalt kuni 2000. aastani. Aastate võrdluses ilmneb, et enneaegsetest surmadest tingitud eluaastate kaotus on vähenenud nii meestel kui ka naistel (joonis 4), kuid pikeneva eluea ja vananeva rahvastikuga on kaasnenu haiguskaotuse kasv. Esitatud aegrea tõlgendamisel tasub siiski olla ettevaatlik, kuna olemasolevad andmed ei võimalda üheselt hinnata, kui suurel määral on haiguskaotuse kasv tingitud haigestumise tõusust

2006. aastal kaotas Eesti rahvastik 474 521 eluaastat enneaegsete surmade ja haigestumise tõttu.

Joonis 2. Tervisekaotus soo ja peamise allika lõikes, 2006

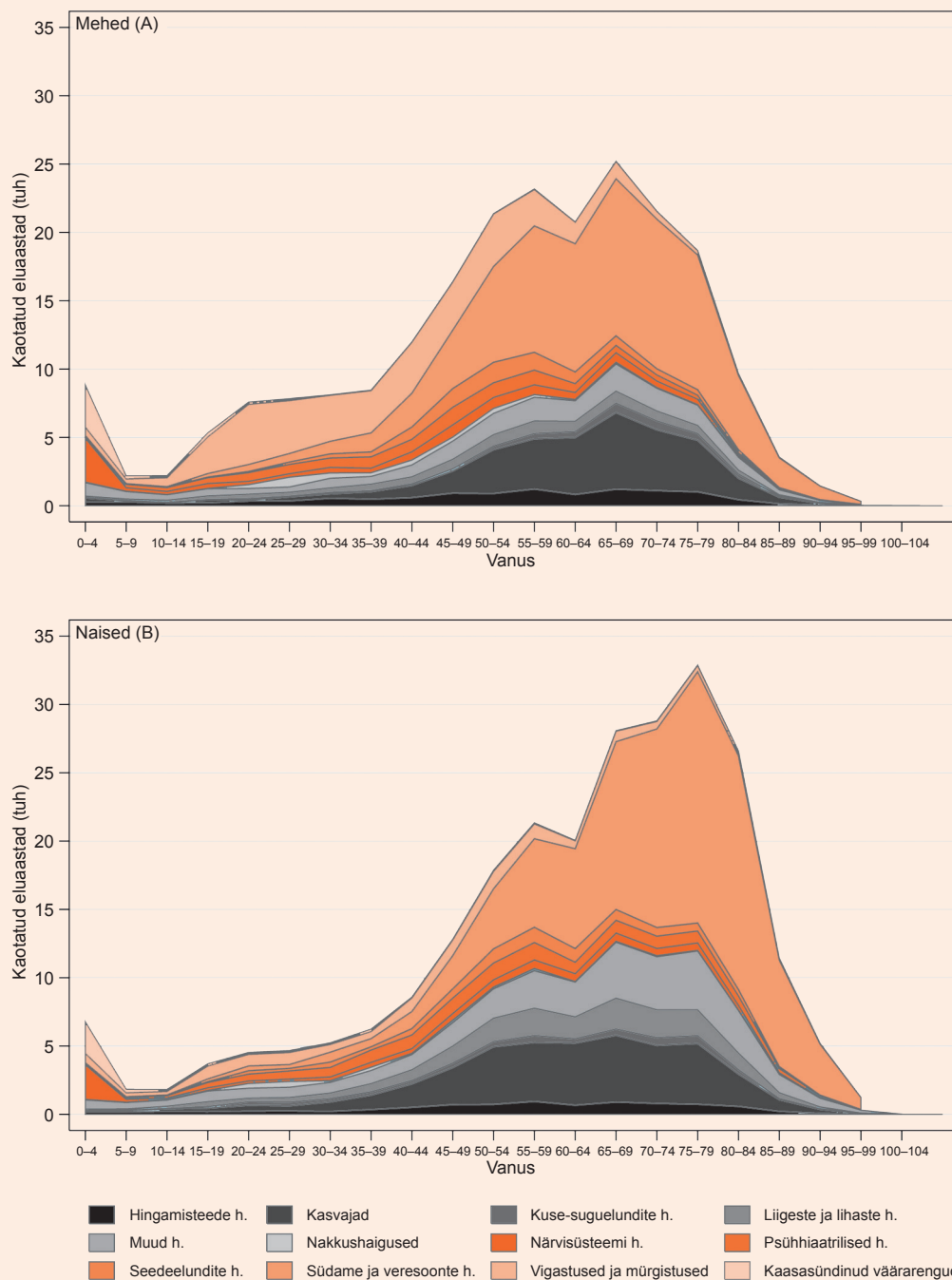


h. – haigused

Meeste tervisekaotus tuleneb peamiselt enneaegsetest surmadest noores eas, eelkõige südame-veresoonkonna haiguste ja vigastuste tõttu.

Joonis 3. Tervisekaotus soo, vanuserühmade ja haigusrühmade lõikes, 2006

Peamisteks tervisekaotuse põhjustajateks Eestis on südame-veresoonkonna haigused, kasvaja- ja vigastused ning mürgistused.

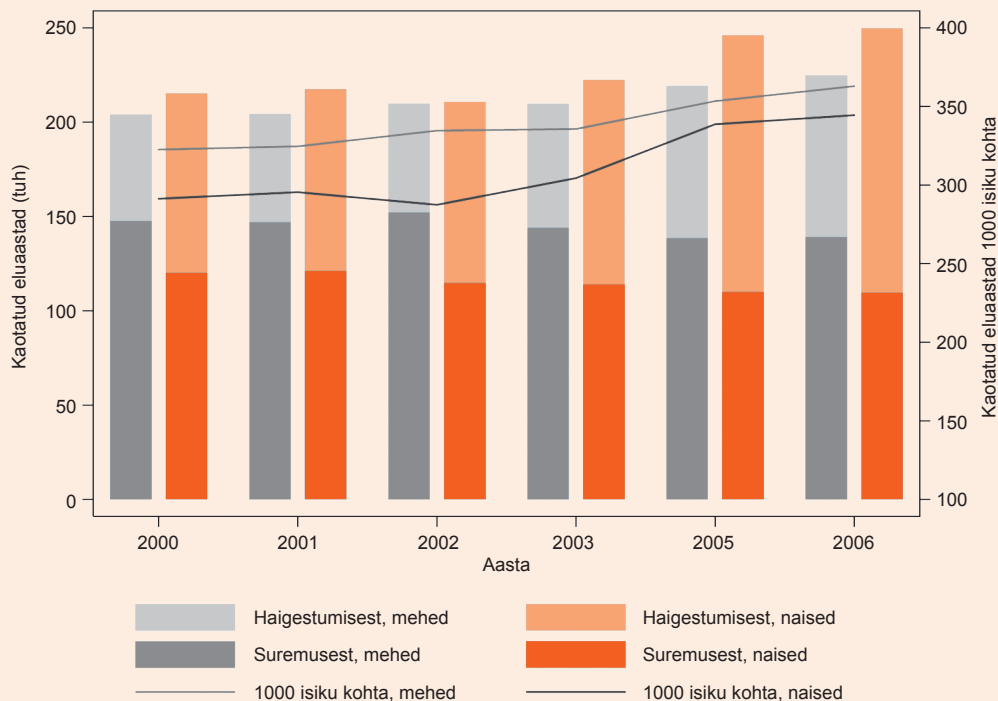


rahvastikus ning millist rolli on mänginud näiteks tervishoiuteenuste sagedam kasutamine ja tervishoiusüsteemi muutustega seotud muud tegurid.

Veel 2000. aastal moodustasid enneaegsete surmade tõttu kaotatud eluaastad 72% meeste ja 56% naiste tervisekaotusest. Vaadeldava seitsme aasta jooksul on tervisekaotus suurenenud ligikaudu 2% aastas, olles 419 332 ja 474 521 kaotatud eluaastat vastavalt 2000. ja

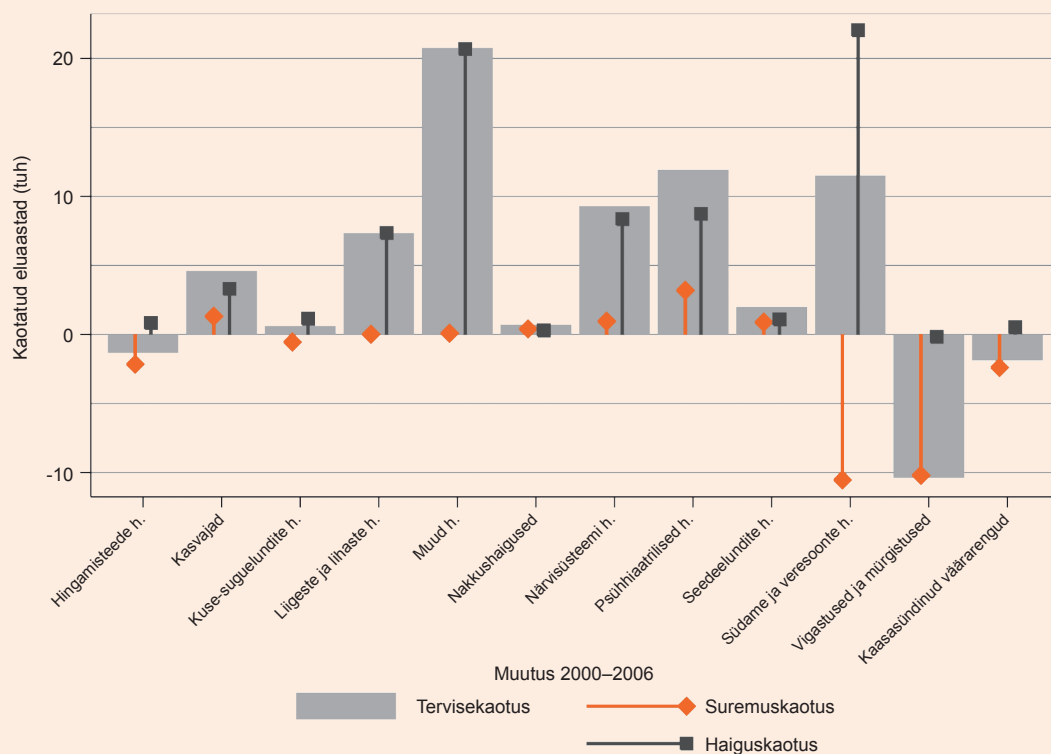
2006. aastal. Peale summaarse tervisekaotuse suurenemise on tõusnud ka keskmiselt isiku kohta kaotatud eluaastate arv, mis 2006. aastal oli ligikaudu 350 eluaastat 1000 inimese kohta. Märkimisväärne on meeste ja naiste suhtelise kaotuse erinevuse vähenemine, mille on kaasa toonud eelkõige naistel diagnoositavate haiguste arvu kiirem kasv mees- tega võrreldes.

Joonis 4. Meeste ja naiste suremus-, haigus- ja tervisekaotus ning tervisekaotus 1000 elaniku kohta, 2000–2006



Üle poole Eesti tervisekaotusest pärineb tööealiselt elanikkonnalt.

Joonis 5. Tervisekaotuse muutus 2000–2006 peamise allika ja haigusrühma lõikes



On vähenenud suremuskaotus ning suurenenud haiguskaotus.

Aastatel 2000–2006 on suremuskaotus vähenenud eelkõige südame-veresoonkonna haiguste ning vigastuste puhul ja haiguskaotus suurenenud krooniliste haiguste puhul.

Hoolimata üldise tervisekaotuse suurenemisest viimastel aastatel kaotatakse märksa vähem eluaastaid vigastuste ja mürgistuste tõttu, eelkõige tänu enneaegsete surmade vähenemisele (joonis 5). Oluliselt on vähenenud ka südame-veresoonkonna haigustest tingitud suremuskaotus. Viimaste puhul on

see koos pikemast elueast ja rahvastiku vananemisest tingitud haigestumise kasvuga siiski kaasa toonud südame-veresoonkonna haigustest tingitud tervisekaotuse kasvu. Samasugused muutused on täheldatavad kõigi krooniliste haiguste ning muude vanema eaga seostatavate seisundite puhul.

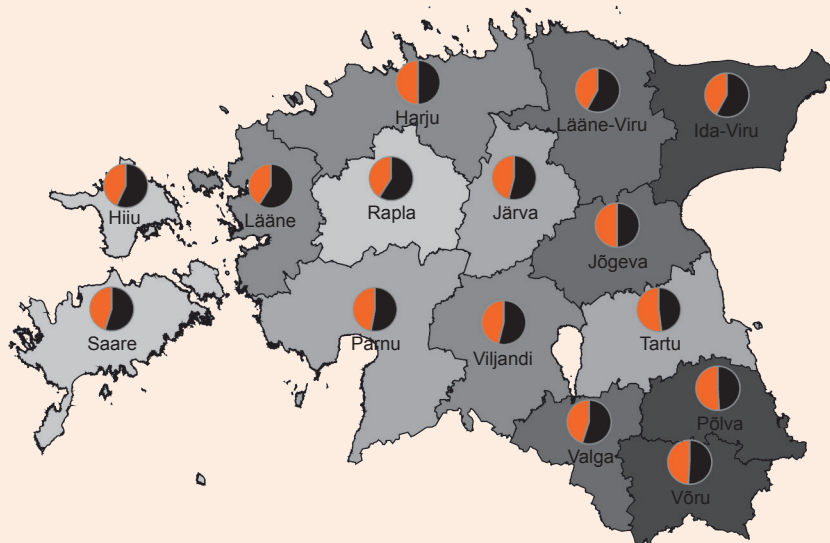
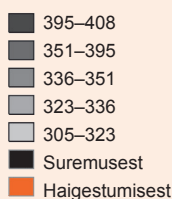
2. Maakondlik tervisekaotus ja selle põhjused

Maakondadest on 2006. aasta andmetel kõige väiksem tervisekaotus 1000 inimese kohta Hiiu-, Saare- ja Raplamaal ning kõige suurem Ida-Viru, Põlva ja Võru maakondades (joonis 6).

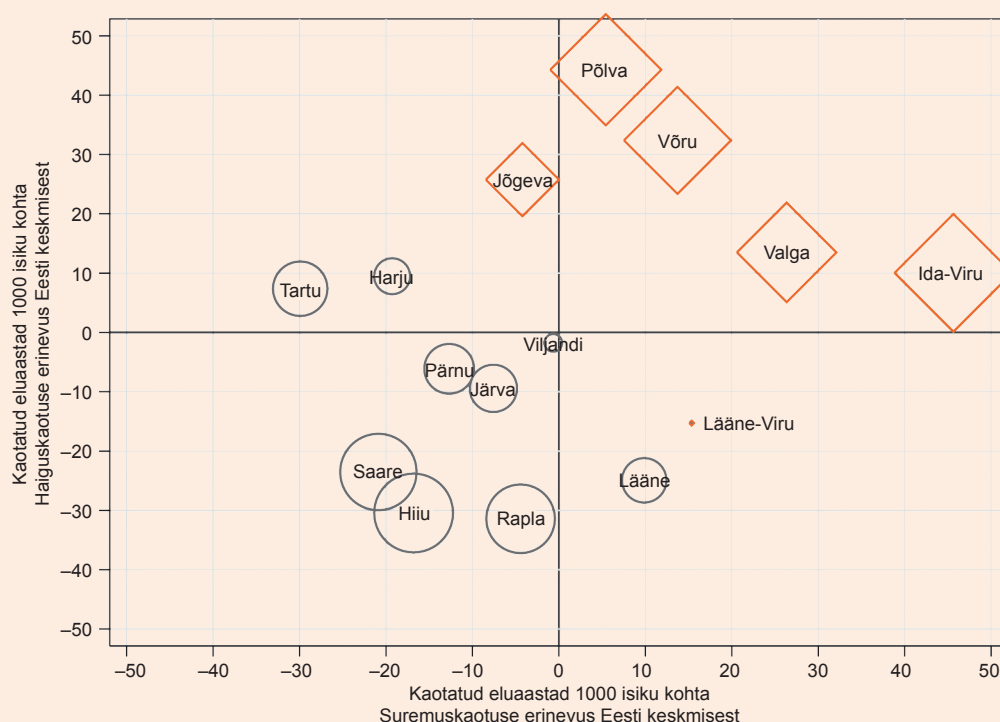
Tervisekaotuse erinevused maakondade vahel on küllaltki suured, varieerudes 305 kuni 408 kaotatud eluaastani 1000 elaniku kohta, samas kui Eesti keskmine on 352 kaotatud eluaastat 1000 inimese kohta. Ühtset põhjust, kas suurem maakondlik tervisekaotus on tingitud enneaegsetest surmadest või haigestumistest, ei eristu. Näiteks Ida-Virumaa puhul paistab silma enneaegsetest surmadest tingitud suur eluaastate kaotus, Põlvamaa puhul tuleneb

erisus peamiselt haiguskaotusest ning Võru maakonna puhul on Eesti keskmisest ühtlaselt kõrgem nii suremus- kui ka haiguskaotus (joonis 7). Võrdluseks on Harju ja Tartu maakondades enneaegsetest surmadest tingitud eluaastate kaotus märksa väiksem ja haigestumisega seotud eluaastate kaotus veidi suurem Eesti keskmisest. Eri haigusrühmade lõikes olulisi erinevusi maakondade vahel ja võrreldes Eesti keskmisega ei ilmnenu.

Joonis 6. Tervisekaotus (kaotatud eluaastad) maakondades 1000 elaniku kohta koos suremus- ja haiguskaotuse vahekorraga, 2006



Joonis 7. Maakondliku suremus- ja haiguskaotuse erinevus Eesti keskmisest (1000 isiku kohta), 2006



Tingmärgid: romb – tervisekaotus 1000 elaniku kohta suurem Eesti keskmisest; ring – tervisekaotus 1000 elaniku kohta väiksem Eesti keskmisest. Tingmärkide suurus vastab 1000 elaniku kohta kaotatud eluaastate erinevusele maakonna ja Eesti keskmise vahel.

Väikseima tervisekaotusega olid 2006. aastal Hiiumaa, Saare- ja Raplamaa ning suurima tervisekaotusega Ida-Viru, Põlva ja Võru maakondade elanikud.

3. Maakondliku tervisekaotuse seosed sotsiaal-majanduslike näitajatega

Investeerimine rahvastiku tervisesse on üks olulistest võimalustest riigi majandust arendada. Tervis mõjutab tööjõu pakkumist ja selle produktiivsust ning seeläbi kogu riigi majandust. Tervise paranedes paranevad inimeste võimalused omandada uusi oskusi ja haridust ning nad suudavad parema tervise korral rohkem investeerida oma tervise ja intellektuaalse kapitali edasisse arendamisse.

Selliseid seoseid tervise ja makromajanduse vahel on näidanud arvukad uuringud ning neid käsitleb mitu rahvusvahelist dokumenti¹. Euroopa riikides ollakse veendunud tervise ja makromajanduse seotuses, mida kinnitab

koos uute arengusuundade näitamisega ka Tallinna Harta.

Eestis on sel teemal Sotsiaalministeeriumi, Maailma Terviseorganisatsiooni (WHO) ja Poliitikauuringute Keskuse PRAXIS koostöös 2006. aastal valminud raport “Tervise mõju majandusele Eestis”. Uuringus leiti, et täiskasvanute suremuse vähendamisel 1,5% võrra aastas on 25 aasta pärast tulemuseks 14% kõrgem sisemajanduse koguprodukt inimese kohta (SKP *per capita*). Samuti leiti, et halva terviseiga mehed töötasid 2006. aastal nädalas 12 ja naised 8 tundi vähem ning nende kuupalk oli ligi 20% väiksem hea terviseiga

¹ Näiteks Maailma Terviseorganisatsiooni (WHO) raport “Macroeconomics and health: investing in health for economic development” ja Euroopa Komisjoni raport “The contribution of health to the economy in the European Union”.

Brutopalga suurusest on väljaspool Harju ja Tartu maakondi aastatel 2000–2006 saanud üha olulisem mõjur elanike tervise tagamisel.

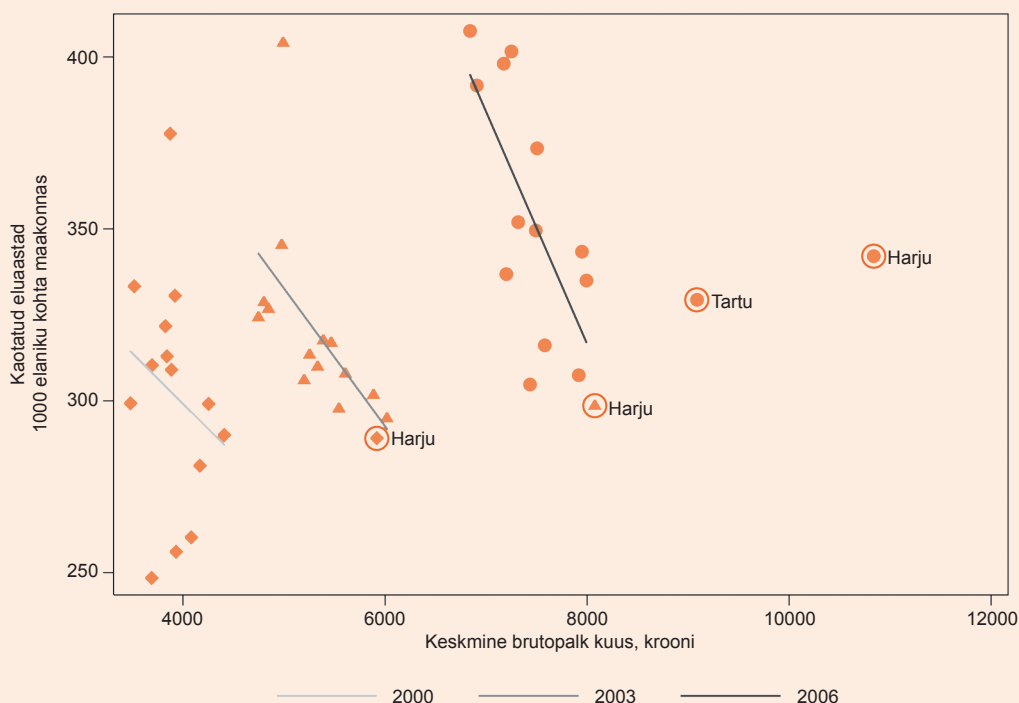
kolleegide omast. Samal ajal näitavad teised uuringud, et terviseteenuse kättesaamatuse põhjus Eestis on enam kui pooltel juhtudel majanduslik². Kokkuvõttes on olukord inimeste jaoks seega keeruline, kuna parema tervise saavutamist takistab nende majanduslik olukord, seda aga ei saa parandada halva tervise tingimustes.

Analüüsi käigus vaatlesime maakondlike sotsiaal-majanduslike näitajate seoseid tervisekaotusega. Vaatluse all olnud näitajad valisime iseloomustama indiviidide majanduslikku ja tööturu olukorda ning üldist enesehinnangulist tervises seisundit. Peale selle vaatlesime valla ja maakonnakeskuse vahelise kauguse ning tervisekaotuse seost. Kõik kasutatud sotsiaal-majanduslikud näitajad pärinevad Eesti Statistika avalikust andmebaasist ning tulenevalt tervisekaotuse metoodikast ei ole analüüsil arvesse võetud maakondade rahvastike soo-vanuse koosseisu erinevusi.

Maakonna üldise majandusliku olukorra kirjeldamiseks kasutasime seal elavate inimeste keskmist brutopalka, mille kõrvutamisel tervisekaotusega ilmneb nende kahe tunnuse vahel tugev seos (joonis 8). Suurema keskmise brutopalgaga maakondades kaotatakse 1000 inimese kohta märksa vähem eluaastaid. See seos kehtib siiski vaid teatud piirini, sest näiteks 2006. aastal oli Tartu ja Harju maakondade elanike tervisekaotus palju suurem, kui seda nende brutopalga põhjal oleks võinud eeldada – ligikaudu 8000-kroonisest keskmisest brutokuupalgast alates peatus tervisekaotuse vähenemine.

Piirkondliku majandusliku olukorra mõju tervisekaotusele on siiski mitmetahulisem kui jooniselt 8 esmapilgul ilmneb, avaldudes ka teiste tegurite kaudu. Näiteks on võimalik, et Tallinna ja Tartuga võrreldes madalam tervishoiuteenuste kättesaadavus võib kunstlikult vähendada haigestumisest tingitud elu-

Joonis 8. Keskmise brutopalga ja tervisekaotuse seosed maakondades valitud aastatel



Romb – 2000. aasta andmed; kolmnurk – 2003. aasta andmed; ring – 2006. aasta andmed.
Ringiga ümbritsetud erandeid ei kasutatud regressioonijoonete arvutamisel.

² Näiteks “Ebavõrdsus tervises – lahendamata väljakutse” Eesti Statistika kogumikus “Sotsiaaltrendid”.

aastate kaotuse näitajaid teistes maakondades või hoopis seda suurendada Harju ja Tartu maakondades.

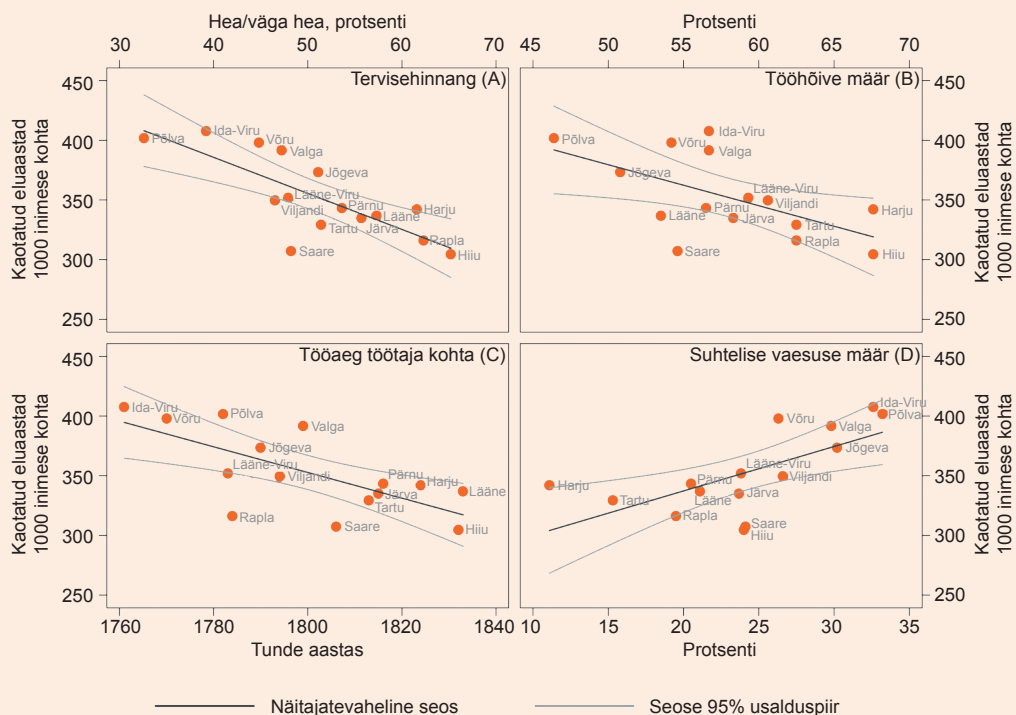
Ajalisi muutusi vaadeldes ilmneb, et brutopalga erinevus Tartu ja Harju maakondade ning teiste maakondade vahel on aasta-aastalt suurenenud. Samas on teiste maakondade omavaheline brutopalga erinevus vähenenud ja tervisekaotuse erinevus suurenenud. Seega on vaadeldava seitsme aasta jooksul saanud madalamast brutopalgast üha olulisem tervisekaotuse mõjur, mis omakorda viitab majanduslike barjääride suurenemisele tervise tagamisel. Tõenäoliselt suurendab praegune majandussurutis sissetulekutest tingitud barjääre tervise tagamisel veelgi.

Väiksema tervisekaotusega maakondi iseloomustavad suurem tööhõive ning peale selle on nende maakondade töötajatel võimalik töötada ka rohkem tunde (joonis 9). Näiteks 2006. aasta andmetel oleks tervisekaotuse vähendamine inimese kohta 1% võrra toonud kaasa tööhõive suurenemise 0,4 protsendi-

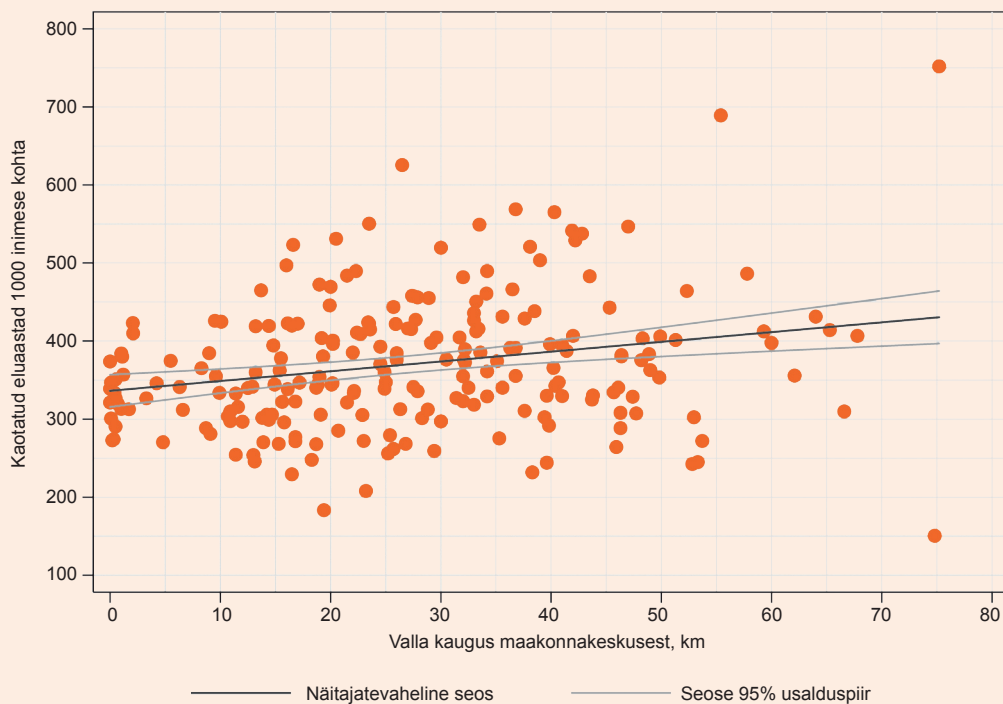
punkti võrra. Samuti on väiksema tervisekaotusega maakondades proportsionaalselt enam oma tervist heaks või väga heaks hindavaid inimesi. Loomulikult on selliste maakondade elanikel seega parem võime jätkuvalt panustada oma tervise hoidmisse ja parandamisse ning kaudselt ka üldisse tööjõu produktiivsusse maakonnas. Mööda ei saa ka faktist, et väiksema tervisekaotusega maakondades on vähem allpool vaesuspiiri elavaid inimesi – nende osakaal maakonna rahvastikus väheneb 1000 inimese kohta kaotatud tervisekaotuse 1% languse juures 0,4 protsendipunkti võrra.

Kui eespool kirjeldatud näitajad olid suuremal või vähemal määral seotud maakonna majandusliku olukorraga, siis piirkondliku tervisekaotuse põhjuste selgitamisel on oluline vaadelda ka elanike geograafilist asukohta. Nimelt võime eeldada, et maakonnakeskustest kaugemal asuvate valdade elanike tervis on halvem ning nad kaotavad rohkem eluaastaid, kuna nende võimalused tervise-teenuseid kasutada on väiksemad. Samuti on

Joonis 9. Tervisekaotuse ja valitud sotsiaal-majanduslike tegurite vahelised seosed maakonna tasandil, 2006

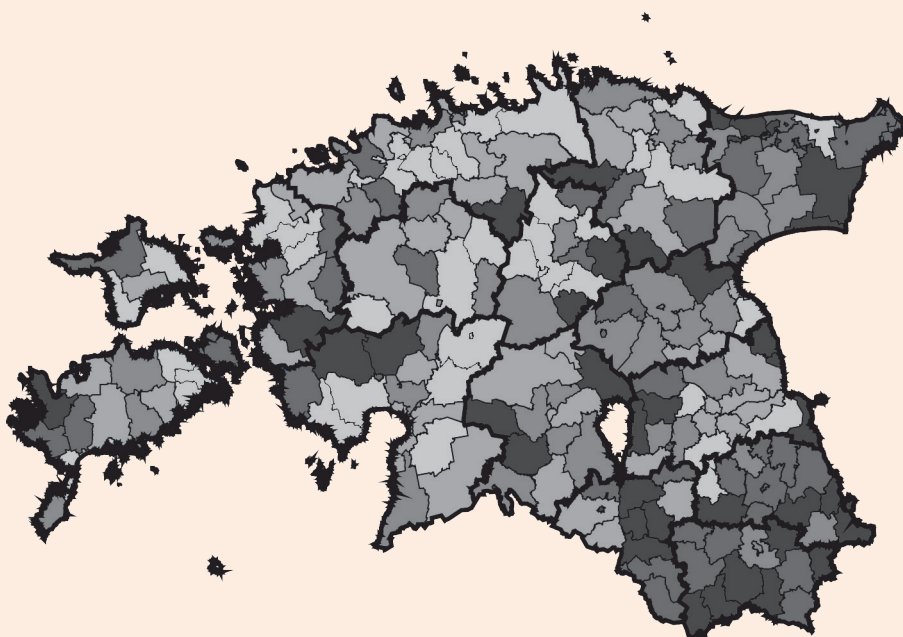


Joonis 10. Valdade tervisekaotuse ja geograafilise kauguse vaheline seos, 2006



Valla kaugus maakonna keskusest mõjutab negatiivselt valla elanike tervist ning valla rahvastiku tervisekaotus suureneb.

Joonis 11. Kaotatud eluaastad 1000 elaniku kohta Eesti valdades, 2006



väiksem tõenäosus, et nendeni jõuavad mitmesugused rahvatervise teenused või ennetustegevused. Kõrvutades Eesti vallakeskuste kaugust maakonnakeskustest ning valdade tervisekaotuse andmeid, ilmneb nende kahe näitaja vahel seos. Mida kaugemal asub vald maakonna keskusest, seda suurem on sealne

Kokkuvõte

Tervisekaotuse metoodika kirjeldab tervise- lõhet rahvastiku parima võimaliku ja tegeliku tervise seisundi vahel, kasutades selleks enneaegsete surmade ja haigestumiste tõttu kaotatud eluaastaid. Tervisekaotus on seega aeg, mida üksikindiviidid ja rahvastik tervikuna oleks saanud kasutada, kui haigusi ega enneaegseid surmasid ei oleks esinenud. Siinse teemalehe eesmärgiks oli anda ülevaade peamistest tervisekaotuse andmetest Eestis.

Värskeimad tervisekaotuse andmed pärinevad Eestis 2006. aastast ja siis kaotas Eesti rahvastik 474 521 eluaastat. Kui aluseks võtta Eesti rahvastiku sama aasta keskmine eeldatav eluiga (73 aastat sünnil), siis on 2006. aasta tervisekaotus samaväärne 6 498 inimese kaotusega. Tööealises elanikkonnas kaotatud eluaastate tulemusena läks aga kaduma kuni 50 000 töötundi.

Tervisekaotuse peamiste põhjustena paistab silma meeste suur tervisekaotus noores eas enneaegsete surmade tõttu. Viimaste peamiseks põhjuseks on omakorda südame-veresoonkonna haigused ja vigastused – näiteks 20–24-aastaste meeste seas moodustavad välispõhjuste tõttu kaotatud eluaastad 58% vanuserühma kogukaotusest. Kokku kaotavad mehed Eestis 65. eluaastaks 64% kõigist oma kaotatud eluaastatest. Erinevalt meestest on naistel tervisekaotuse põhjustena ülekaalus haigestumised ning meestega võrreldes on olulisemad vanemas eas sagenevad kroonilised haigused. Kogu rahvastiku kokkuvõttes on kolm peamist tervisekaotust põhjustavat haigusrühma Eestis südame-veresoonkonna haigused, kasvaja ning vigastused ja mürgistused, mis tingivad vastavalt 37%, 13% ja 10% kogu Eesti 2006. aasta tervisekaotusest.

tervisekaotus 1000 elaniku kohta, kusjuures iga lisanduv kilomeeter lisab 0,3% tervisekaotust 1000 inimese kohta (joonis 10). Sama tulemust võib empiiriliselt hinnata ka joonisel 11, kus suurima tervisekaotusega vallad on üldjuhul pigem maakonna piiril.

Viimaste aastate positiivsete muutustena rahvastiku tervisekaotuses tuleb esile tõsta enneaegsete surmade rolli vähenemist tervisekaotuse põhjusena. Eriti märkimisväärne on just südame-veresoonkonna haigustest ning vigastustest ja mürgistustest tuleneva suremuskaotuse vähenemine. Samal ajal on siiski pidevalt suurenenud haigestumisest tingitud tervisekaotus, mis kokkuvõttes on toonud kaasa kaotatud eluaastate arvu kasvu võrreldes 2000. aastaga.

Väikseima tervisekaotusega on Eestis Hiiu- maa, Saare- ja Raplamaa elanikud. Suurim on tervisekaotus elaniku kohta Ida-Viru, Põlva ja Võru maakondades. Suurem tervisekaotus maakonnas on seotud väiksema brutopalgaga – ühelt poolt on väiksem sissetulek takistuseks tervise tagamisel ning teisalt ei võimalda halvem tervis saada suuremat palka. Tartu ja Harju maakondade puhul on maakonna keskmine palgatase siiski märksa kõrgem, kui sealne tervisekaotuse tase eeldada lubaks. Peale selle on teistes Eesti maakondades nende kahe piirkonnaga võrreldes aeglasem brutopalka kasv aastatel 2000–2006 muutunud üha olulisemaks tervisekaotuse mõjuriks, mis omakorda viitab majanduslike barjääride suurendamisele tervise tagamisel. Maakondlik tervisekaotus on seotud veel mitme muu näitajaga – näiteks lisab iga kilomeeter maakonna keskuse ja valla vahel valla tervisekaotusele 1 eluaasta 1000 elaniku kohta. Siinse analüüsi sotsiaalmajanduslike tegurite ja tervisekaotuse vaheliste seoste osa puhul on siiski tegemist teema esmase ülevaatega ning edasist detailsemat analüüsi väärivad näiteks maakondlike soo-vanuse erinevuste, muude sissetulekuallikate, tervishoiuteenuste kättesaadavuse ning muude tegurite seosed Eesti rahvastiku tervisekaotusega.

Eesti Haigekassa. <http://www.haigekassa.ee> (25.08.2009)

Eesti Statistika. <http://www.stat.ee> (25.08.2009)

Lai, T., Vals, K., Kiivet, R. (2003). *Haiguskoormuse tõttu kaotatud eluaastad ehk tervisekadu Eestis*. Tallinn: Sotsiaalministeerium.

Lai, T., Vals, K., Kiivet, R. (2005). *Haiguskoormuse tõttu kaotatud eluaastad Eestis: seosed riskifaktoritega ja riskide vähendamise kulutõhusus*. Tallinn: Sotsiaalministeerium.

Lai, T. (2006). *Maakondlik haiguskoormus Eestis 2000–2003*. Tallinn: Sotsiaalministeerium.

Lai, T., Habicht, J., Aaviksoo, A. (2008). *Ebavõrdsus tervises – lahendamata väljakutse. Sotsiaaltrendid 3/2008*. Tallinn: Statistikaamet.

Lai, T., Habicht, J., Kiivet, R. A. (2009). *Measuring burden of disease in Estonia to support public health policy*. Eur J Public Health. Apr 28.

Mooney, G., Wiseman, V. (2000). *Burden of disease and priority setting*. Health Econ. 9(5): 369–372.

Murray, C. J., Lopez, A. D. (1996). *The Global Burden of Disease: A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020*. WHO, Harvard School of Public Health, World Bank.

Murray, C. J., Acharya, A. K. (1997). *Understanding DALYs (disability-adjusted life years)*. J Health Econ. 16(6): 703–730.

Suhrcke, M., McKee, M., Sauto Arce, R., Tsoolova, S., Mortensen, J. *The contribution of health to the economy in the European Union*. Luxembourg: European Commission, 2005. http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/health_economy_en.pdf (25.08.2009)

Tallinna harta: tervisesüsteemid tervise ja jõukuse heaks. Tallinn, 2009. http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/Tervisevaldkond/WHO_Tallinna_harta1.pdf (25.08.2009)

Võrk, A. (2006). *Tervise mõju majandusele Eestis*. Tallinn: WHO-Euro, Sotsiaalministeerium, PRAXIS. http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/Tervisevaldkond/Uuringud_ja_analuusid/Tervise_moju_majandusele_Eestis_lopparuanne.pdf (25.08.2009)

WHO Commission on Macroeconomics and Health. Macroeconomics and health: investing in health for economic development. Report of the Commission on Macroeconomics and Health: Executive Summary. Geneva: World Health Organization, 2001.

Eesti rahvastiku tervisekaotus

- Tervisekaotuse metoodika kirjeldus
- Tervisekaotuse jagunemine enneaegsete surmade ning haigestumise vahel
- Tervisekaotuse jagunemine soo-vanuserühmade ning haigusrühmade lõikes
- Tervisekaotuse jagunemine maakondades
- Esmane ülevaade tervisekaotuse ning maakondlike sotsiaal-majanduslike näitajate vahelistest seostest

Varem ilmunud toimetised

7/2008

Mitte-eestlastele suunatud tööturuprojektide tulemused. – Poliitikaanalüüs.

6/2008

Isadust toetavad poliitikameetmed Eestis ja Euroopas. – Poliitikaanalüüs.

5/2008

Töövaldkonna areng 2007. – Trendide kogumik.

4/2008

Abielu ja vaba kooselu: trendid, regulatsioonid, hoiakud. – Poliitikaanalüüs.

3/2008

Eesti Euroopa võrdlustes. – Artiklite kogumik.

2/2008

Sotsiaalvaldkonna arengud 2000–2006. – Trendide kogumik.

1/2008

GLBT-inimeste ebavõrdne kohtlemine Eestis. – Poliitikaanalüüs.

Kõik ilmunud toimetised on sotsiaalministeeriumi kodulehel www.sm.ee > Väljaanded > Toimetised

Teemaleht on Sotsiaalministeeriumi toimetiste sari, mille eesmärk on anda lühiülevaateid ja suundumuste kirjeldusi ühel konkreetsetel sotsiaal-, töö- ja tervise poliitikaga seotud teemal ning seeläbi aidata kaasa teadmistepõhise poliitika kujundamisele.

Lisateave:

Tervisepoliitika info ja analüüsi osakond
Eesti Vabariigi Sotsiaalministeerium
Gonsiori 29, Tallinn 15027
info@sm.ee

Küljendus: AS Atlex

ISSN-L 1736-3896

ISSN 1736-8472 (CD)

ISSN 1736-3896 (trükis)

ISSN 1736-390X (online)

ISBN 978-9985-9802-8-6

Autoriõigus: Eesti Vabariigi Sotsiaalministeerium, 2009