

Sotsiaalministeerium

PROGRAMM

**TERVISLIKKE VALIKUID TOETAVAD MEETMED
2010–2013**



1. RAAMPROGRAMMI NIMETUS JA EESMÄRK.....	4
2. PROGRAMM „TERVISLIKKE VALIKUID TOETAVAD MEETMED 2010–2011”	11
3. TEGEVUSTE KIRJELDUS	11
3.1 Üle-eestilise võrgustiku loomine tervislikel põhjustel tööhõivest väljalangemise ennetamisele ja tööjõu produktiivsuse säilitamisele ja suurendamisele suunatud tegevuste elluviimiseks	11
3.1.1 Kogukonna liidrite, sh maavalitsuste ja kohalike omavalitsuste juhtide teadlikkuse tõstmine tervisedenduslikest võimalustest elanikkonna tööhõive ja toimetuleku parandamisel, paikkondlike terviseprofiilide koostamine, paikkonna elanike tööhõivest väljalangemise ennetamist toetavate tervisealaste tegevuskavade koostamine	12
3.1.2 Tööhõivest väljalangemise ja tööjõu produktiivsuse vähenemise ennetamisel paikkonnale ekspertabi ja koolitust pakkuva tugistruktuuri väljaarendamine	14
3.1.3 Paikkonna terviseseisundi hindamise, terviseprofiili ning tõendus põhiste tegevuskavade koostamiseks vajaliku info koondamine ja levitamine, sh tervisestatistika ja -uuringute andmeesitlussüsteemi arendamine ja täiendamine, andmete kogumise võimaluste laiendamine	15
3.1.4 Tervisedendusspetsialistide väljaõppe toetamine	16
3.2 Tervist edendava töökeskkonna kujundamise toetamine töötajate haigestumise vähendamiseks ja töö efektiivsuse suurendamiseks.....	18
3.2.1 Tervist edendavate töökohtade võrgustiku laiendamine ning arendamine, töökohakesksete tervisedenduslaste koolituste, sh temaatiliste koolitusmoodulite väljatöötamine, tervist edendavate töökohtade võrgustiku liikmete koolitamine	18
3.2.2 Töökoha tervisedenduslaste teabe koondamine ja levitamine, sh temaatiliste uuringute läbiviimine ning heade praktikate tunnustamine.....	20
3.2.3 Tööõnnetuste, kutsehaiguste ja tööga seotud haiguste seiresüsteemi parendamine	21
3.3 Haiguste ja riskikäitumise ennetamisele ja tervislike eluviiside edendamisele suunatud nõustamisteenuste kättesaadavuse suurendamine, et toetada inimeste ning nende perede tööhõive suurendamist ja toimetuleku parandamist	23
3.3.1 Sõltuvuse ja riskikäitumise ennetamiseks personaalsete teenuste osutamine ja arendamine, et parandada tööealise elanikkonna tervisekäitumist ning ennetada tervislikel põhjustel tööhõivest väljalangemist	23
3.3.2 Koolitusvõrgu loomine, sihtgrupi koolitamine tööhõivest väljalangemist ennetavate teenuste kättesaadavuse parandamiseks.....	25
3.3.3 Tööhõivest väljalangemist ennetavate tervise teenuste arendamiseks vajalike baas- ja hindamisuuringute läbiviimine, info (sh erialase kirjanduse) koondamine, analüüs ja levitamine	27
3.4 Elanike teadlikkuse tõstmine terviseriskidest ja tervist toetavast käitumisest, et vähendada töölt kõrvalejäämist tervislikel põhjustel.....	28
3.4.1 Terviseriskidest teavitamiseks ning tervislike eluviiside edendamiseks teavituskampaaniate ja teabelevi korraldamine tööealisele elanikkonnale.....	28

3.4.2 Tervisedenduslase teabe levikuks võrgustiku arendamine, teabekandjate arendamine	30
4. ABIKÕLBLIKUD JA MITTEABIKÕLBLIKUD KULUD	31
7. PROGRAMMI RAKENDAMINE	38
7.1 PROGRAMMI ELLUVIIJA KOHUSTUSED	38
7.2 TOETUSE VÄLJAMAKSETE TEGEMINE	38
7.3 PROGRAMMI MUUTMINE	40
7.4 TOETUSE KASUTAMISEGA SEOTUD TEABE JA SEIREARUANNETE ESITAMINE	41
7.5 TOETUSE TAGASINÕUDMINE JA TAGASIMAKSMINE	42

Raamprogramm on koostatud perioodi 2007–2013 struktuuritoetuse seaduse (edaspidi *struktuuritoetuse seadus*) § 20 lg 1 alusel.

1. RAAMPROGRAMMI NIMETUS JA EESMÄRK

1.1 Raamprogrammi nimetus

Raamprogrammi nimetus on „Tervislikke valikuid toetavad meetmed 2010–2013”.

Raamprogramm viiakse ellu kahe programmi kaudu:

1.1.1 „Tervislikke valikuid toetavad meetmed 2010–2011”;

1.1.2 „Tervislikke valikuid toetavad meetmed 2012–2013”.

1.2 Raamprogrammi üldeesmärk

Raamprogrammi üldeesmärk on kvalifitseeritud tööjõupakkumise suurendamiseks ja tööelu kvaliteedi parandamiseks tervislikel põhjustel tööturul mitteaktiivsete inimeste osakaalu vähendamine ja tööturul tervislikel põhjustel väljalangemise ennetamine.

1.3 Rakenduskava, prioriteetse suuna ja meetme nimetus

Raamprogramm viiakse ellu „Inimressursi arendamise rakenduskava” prioriteetse suuna „Pikk ja kvaliteetne tööelu” meetme „Tervislike valikute ja eluviiside soodustamine” raames.

1.4 Rakendusasutus

Vabariigi Valitsuse 19. aprilli 2007. a määruse nr 111 „Perioodi 2007–2013 struktuuritoetuste andmist korraldavate asutuste määramine” § 7 p 4 alusel on prioriteetse suuna „Pikk ja kvaliteetne tööelu” rakendusasutus (edaspidi *RA*) Sotsiaalministeerium.

1.5 Rakendusüksus

Vabariigi Valitsuse 19. aprilli 2007. a määruse nr 111 „Perioodi 2007–2013 struktuuritoetuse andmist korraldavate asutuste määramine” § 8 p 4 alusel on prioriteetse suuna „Pikk ja kvaliteetne tööelu” rakendusüksus (edaspidi *RÜ*) Elukestva Öppe Arendamise Sihtasutus Innove (edaspidi *Innove*). Sotsiaalministeeriumi ja Innove vahel 21.09.2007. a sõlmitud halduslepingu nr 9.6-4/2508 alusel on Sotsiaalministeerium volitanud Innove täitma RÜ ülesandeid.

1.6 Raamprogrammi elluviija ja partnerid

Raamprogrammi elluviijaks on Tervise Arengu Instituut. Raamprogrammi partnerid¹ on Sotsiaalministeeriumi rahvatervise osakond ja Terviseamet.

Raamprogrammi elluviijaks on Tervise Arengu Instituut, mille kaudu Sotsiaalministeerium viib ellu tervise edendamise ja haiguste ennetamise tegevusi riiklike terviseprogrammide raames. Tegu on organisatsiooniga, mis on moodustatud Sotsiaalministeeriumi haldusalas ning mille üheks põhikirjaliseks ülesandeks on riiklike terviseprogrammide väljatöötamine ja elluviimine Sotsiaalministeeriumi ülesandel ja ministeeriumiga kooskõlastatult ning oma tegevusest ka regulaarselt Sotsiaalministeeriumile aruandmine. Tervise Arengu Instituudil on piisavalt võimekust ja kompetentsi käesoleva raamprogrammi elluviimiseks, arvestades

¹ Struktuuritoetuse seaduse § 2 punkti 10 kohaselt toetuse saaja poolt toetuse taotluses nimetatud või programmis väljatoodud projektis või programmis osalev füüsiline või juriidiline isik või riigi- või kohaliku omavalitsuse asutus, kes panustab projekti rahaliselt või kelle panus on rahaliselt mõõdetav ning kes ei ole projektis töövõtja.

selle spetsiifikat ja mahtu. Samuti on Tervise Arengu Instituudil Eestis välja arendatud raamprogrammi elluviimiseks vajalik toimiv koostöövõrgustik ning info- ja materjalide jaotuskanalid. Sotsiaalministeeriumi ja Eesti Haigekassa rahastatavate programmide ja projektide kaudu tegeleb Tervise Arengu Instituut juba praegu paikkondliku tervisedenduse ja tervist edendavate töökohtade võrgustiku arendamisega, terviseinfo kogumise ja analüüsimisega. Instituudil on varasem kogemus Euroopa Sotsiaalfondi programmides osalemisel ning programmi „Tervislikke valikuid toetavad meetmed 2008–2009” elluviimisel. Raamprogrammi koostamisel on analüüsitud ja arvesse võetud kogemust programmiperioodist 2008–2009 ning raamprogrammi elluviimisel ei ole ette näha algusperioodi viivitusi seoses tegevuste käivitumisega. Paljud raamprogrammis ettenähtud tegevused on programmiperioodil 2008–2009 alustatud tegevuste jätkutegevused.

Tervise Arengu Instituudi õiguslik seisund ning rahastamine Sotsiaalministeeriumi hallatava riigi teadus- ja arendusasutusena tagavad raamprogrammi raames algatatud tegevuste jätkusuutlikkuse ning tekkinud kompetentsi säilimise pärast raamprogrammi lõppemist.

Terviseamet on valitud partneriks, et viia ellu raamprogrammi tegevusi, mis on seotud töötervishoiualase aruandluse korra ja seire ümberkorraldamisega. Partneri valimisel lähtuti õigusaktidega Terviseametile pandud kohustustest. Terviseamet teeb oma ülesannete täitmiseks töötervishoiu valdkonnas järgmist:

- 1) osaleb töötervishoiuprogrammide väljatöötamises ja korraldab nende elluviimist;
- 2) analüüsib andmeid töötajate kutsehaigestumise ja tööst põhjustatud haigestumise kohta;
- 3) korraldab töötervishoiuspetsialistide täienduskoolitust;
- 4) registreerib töötervishoiuteenuse osutajaid.

Sotsiaalministeeriumi rahvatervise osakonna partneriks valimise tingis Sotsiaalministeeriumi roll tervisedenduse strateegiliste suundade määramisel Eestis ja tervisedenduse paikkondliku võrgustiku töö korraldamisel. Rahvatervise osakonna põhiülesandeks² on kavandada tervisepoliitikat ja korraldada selle elluviimist eesmärgiga tagada tervist säästev ja tervislik elukeskkond, edendada tervist ning ennetada haigusi ja nendega kaasnevat kahju.

1.7 Raamprogrammi abikõlblikkuse periood

Raamprogrammi abikõlblikkuse periood on 01.04.2010–31.12.2013.

1.7.1 Programmide abikõlblikkuse perioodid on järgmised:

- 1.7.1.1 „Tervislikke valikuid toetavad meetmed 2010–2011” – 01.04.2010–31.12.2011;
- 1.7.1.2 „Tervislikke valikuid toetavad meetmed 2012–2013” – 01.01.2012–31.12.2013.

1.7.2 Programmi tegevused, kaasa arvatud võetud kohustused, mis ei lõppe punktis 1.7.1 näidatud programmi tegevuste perioodil, lähevad katkematult üle raamprogrammi järgmisse perioodi. Üleminevate tegevuste ja nendega hõlmatud sihtgruppide suhtes rakendatakse programmi tingimusi, mis kehtisid tegevuste alustamisel, kui need on järgmises programmis sätestatud tingimustest soodsamad.

² Vabariigi Valitsuse 14.04.2004. a määruse nr 107 „Sotsiaalministeeriumi põhimäärus” § 13 lõige 2 punkt 6.

1.8 Taust, vajalikkuse põhjendus

Tööalase ja ühiskondliku aktiivsuse üheks oluliseks aluseks on hea tervis. Halb tervis vähendab töövõimeliste inimeste arvu ning töötavate inimeste töötundide arvu ja produktiivsust. Tervisele kui olulisele ressursile viidatakse Euroopa Liidu Lissaboni strateegias ja Eesti majanduskasvu ja tööhõive tegevuskavas 2008–2011. Arvestades viimaseid negatiivseid arenguid majanduses ja töötuse hüppelist kasvu, on muutunud aktuaalseks vajadus säilitada inimeste töövõimet, hoides tervist, ja vältida alkoholi liigtarbimise, narkomaania ja HIV levikut majanduslike raskuste ja tööpuuduse perioodil. See võimaldab vältida olukorda, kus majanduslangusest põhjustatud tervisekadu saaks majanduskasvu taastumise või kasvu kiiruse takistuseks. Riikide viie aasta keskmist SKP kasvukiirust uurides on Berghava, Jamison ja Murrey regressioonanalüüsis tõestanud, et SKP viie aasta keskmine kasvukiirus sõltub muu hulgas riigi täiskasvanud elanikkonna suremusest. Madalam suremus toob kaasa kiirema majanduskasvu.

Käesolev raamprogramm panustab Euroopa Parlamendi ja nõukogu määruse nr 1081/2006 artiklis 3 loetletud prioriteetsetest tegevussuundadest järgmistesse: töötajate ja ettevõtete kohanemisevõime suurendamine, innovaatilisema töökeskkonna kujundamine, töötuks jäämise vältimine ja töölesaamise võimaluste parandamine, aktiivse vananemise toetamine ja töövõimelise eluea pikendamine ning ebasoodsas olukorras olevate gruppide sotsiaalse hõlvamise tõhustamine, et kaasata neid püsivalt tööhõivesse.

Eesti tervisenäitajad on oluliselt halvemad kui Euroopa Liidu asjakohased näitajad ning jäävad alla võrdluses suure osa postsotsialistlike Euroopa riikide tervisenäitajatega. Oodatav keskmine eluiga Eestis ja Euroopa Liidus erineb 5 aasta võrra, meeste puhul on vahe Euroopa Liidu 15 vanema liikmesriigiga peaaegu 10 aastat. Tervena (piirangutevabalt) elatud eluiga oli 2006. aastal meestel 49,6 ja naistel 53,7 aastat, seega ei ole Euroopa Parlamendi ja nõukogu seatud eesmärgi – töövõimelise eluea pikenemine – saavutamine Eestis ainult otseste tööturumeetmetega võimalik, vaid vaja on ka tervisenäitajate olulist paranemist.

Suureks ohuks tervisele ja seeläbi inimeste töövõimele on 2008. aasta teisel poolel alanud majandussurutis. 1990-ndate esimesel poolel, mil Eesti ühiskonnas leidsid aset kiired muudatused ning kadusid paljud töökohad, langes Eesti keskmine eluiga perioodil 1988–1994 vaid 6 aasta jooksul 4,6 aastat ning meeste keskmine eluiga langes samal perioodil 5,7 aastat. Keskmise eluea languse põhjuseks oli oluliselt suurenenud suremus noorema tööealise elanikkonna hulgas. Majandussurutisest eduka väljumise ja uue tõusu ning pika ja kvaliteetse tööelu üldiseks eelduseks on inimeste töö- ja tegutsemisvõime, st vaimse ja füüsilise tervise säilitamine. Soome Vabariigi elanike tervisenäitajad majanduslanguse perioodil 1990–1994 ei halvenenud, keskmine eluiga tõusis kolme aastaga 1,5 aastat, suremus südamehaigustesse vähenes majanduslanguse perioodil vastupidiselt Eestile 25%. Hilisemad uuringud on tõestanud, et elanikkonna töövõime ja tervise näitajatele avaldas positiivset mõju avaliku sektori poolt rahastatud haiguste ennetamise teenuste pakkumine.

Üle poole Eesti haiguskoormusest langeb tööealisele elanikkonnale, mis väljendub nii haiguse tõttu kaduma läinud töötundides, varases pensionilejäämises ja töövõimetuses kui ka kõrges suremuses tööealise elanikkonna hulgas. Rahvastiku vananemine ning tööealise elanikkonna osakaalu vähenemine on tõsiseks riskiks ühiskonna ja majanduse jätkusuutlikkusele, mistõttu muutub üha olulisemaks tööjõu suutlikkuse parandamine ning inimeste töövõime säilimine kõrge eani.

Kõige suurem kahju tööjõuturule tuleneb enneaegsetest surmadest. 2008. aastal suri 4434 15–64-aastast inimest³.

Tervislikel põhjustel puudus 2008. aasta jooksul töölt 50,6% töötajatest, neist 27% kuni 10 päeva, 10% kuni 20 päeva, 6% kuni üks kuu ja 7% üle ühe kuu. Meeste ja naiste osas olulisi erinevusi ei ole⁴.

Samuti vähendab halb tervis töötundide arvu nädalas ja viib varem pensionile jäämiseni. Halb tervis vähendab meeste töötundide arvu nädalas enam kui 12 tunni võrra ja naiste töötundide arvu nädalas enam kui 8 tunni võrra, võrreldes hea tervisega inimestega. Halb tervis suurendab pensionile mineku tõenäosust 6% võrra hea tervisega inimestega võrreldes.⁵

Kokku langetab halb tervis Eesti sisemajanduse koguprodukti (SKP) 6–15%. Praeguste tegevuste mõjud kumuleeruvad aastate jooksul. Kui näiteks praegu õnnestuks suremust vähendada 1,5% võrra, suurendaks see 25 aasta perspektiivis saadavat SKP-d isiku kohta 14% võrra. Suremuse ja haigestumise vähendamise koosmõju ühiskonna arengule ja jõukuse kasvule on ootuspäraselt veelgi suurem.⁶

Suure osa tervisekao põhjuseks võib pidada Eesti elanikkonna seas levinud riskikäitumist, mis väljendub alkoholi liigtarvitamises, suitsetamises, ebatervislikus toitumises ja väheses füüsilises aktiivsuses. Näiteks põhjustab alkoholi liigtarvitamine 6,7%, suitsetamine 8,3% ja vähene kehaline aktiivsus 7,4% haiguskoormusest⁷. Nimetatud riskitegurid on otseselt seotud suremusega vereringeelundkonna haigustesse, mis ületab Eestis 3,5 korda n-ö vanade Euroopa riikide asjakohase näitaja. Märkimisväärne on ka vigastussurmade suur osakaal: Eestis moodustavad vigastussurmad 12–13% üldisest suremusest, Põhjamaades on see näitaja 3–4%. Välispõhjuste, s.o vigastuste, mürgistuste, liiklusõnnetuste ja enesetappude tõttu on Eestis viimase kümne aasta jooksul hukkunud keskmiselt enam kui 2000 inimest aastas. Vigastuste tõttu hukkunutest ligikaudu ¾ on mehed.

Välispõhjustest tingitud surmade puhul mängib eriti olulist rolli alkohol. Näiteks 2008. aastal suri mittesihilike vigastussurmade ehk õnnetusjuhtumite tagajärjel 674 inimest, kellest alkoholimürgistuse tagajärjel suri 110⁸.

Arvestades Lääne-Euroopa ning eriti Põhjamaade kogemustega, on võimalik Eesti tervisenäitajaid oluliselt parandada, kui otseste tervisedenduslike meetmete kõrval pööratakse tähelepanu ka terviseõnnetustele, s.o füüsilisele, sotsiaalsele ja majanduslikule keskkonnale. Tervist toetava keskkonna kujundamise võtmeteguriteks on gruppide ja kogukondade võimestamine, tervise väärtustamine ühiskonna erinevatel tasanditel ning terviseõnnetuste arvestamine mis tahes otsuste tegemisel. Senisest enam tuleb arvestada sotsiaalsete tegurite mõju tervisele, sest vaesust, tõrjutust ja eriti töötust peetakse tervisele väga olulist negatiivset mõju avaldavateks teguriteks.

Põhjamaade kogemused kinnitavad ka, et mitmed sekkumismeetmed toimivad ühel ajal nii inimeste tervisele kui ka sotsiaalsele ja majanduslikule arengule. Gruppide ja kogukondade võimestamisele suunatud meetmed suurendavad ühiskonna sidusust,

³ Statistikaameti andmetel, www.stat.ee.

⁴ Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring, <http://www.tai.ee/?id=5322>.

⁵ The Economic Consequences of Ill-Health in Estonia, 2006.

⁶ Lai, T., Vals, K., Kiiwet, R. „Haiguskoormuse tõttu kaotatud eluaastad Eestis: seosed riskifaktoritega ja riskide vähendamise kulutõhusus.“ Tallinn, Sotsiaalministeerium, 2005.

⁷ Lai, T., Vals, K., Kiiwet, R. „Haiguskoormuse tõttu kaotatud eluaastad Eestis: seosed riskifaktoritega ja riskide vähendamise kulutõhusus.“ Tallinn, Sotsiaalministeerium, 2005.

⁸ Statistikaameti andmetel, www.stat.ee.

sotsiaalset kapitali ja inimeste kaasatust, mis on aga võtmeteguriteks nii tervise kui ka majandusliku edu ja heaolu loomisel.⁹

USAs ja Põhjamaades tehtud uuringud kinnitavad, et võrgustikesse kaasatus ja kontaktide rohkus mängib olulist rolli töö leidmisel, erinevalt majanduslikest motiividest, mille side töö leidmisega on nõrk (¹⁰ ja ¹¹). Seega toimivad sotsiaalse sidususe suurendamisele suunatud tervisedenduslikud meetmed kaudselt ka töötust, eriti pikaajalist töötust ennetavate meetmetena. Ka aitavad võrgustikud säilitada inimeste vaimset ja füüsilist tervist ning vältida töövoime kaotust töötuse perioodil.

Tervist toetavate otsuste tegemine eeldab informeeritust tervisemõjuritest ning erinevatest sekkumismeetmetest, nende tõenduspõhisusest ja tõhususest. Praeguste otsustajate teadmisi tervisemõjuritest ja oskust analüüsida otsuste mõju inimeste tervisele ei saa pidada piisavaks: kohalike omavalitsuste, ettevõtete ja organisatsioonide juhid ning paikkondade ja gruppide liidrid ei teadvusta piisavalt ühiskonna/kogukonna võimalusi mõjutada indiviidi tervist ja tervisekäitumist. Aastatel 2004–2007, mil Eesti majandus arenes väga kiire tempoga ning nii riigi kui kohalike omavalitsuste eelarved kasvasid enam kui 10% (2006–2007 kasvas riigieelarve enam kui 20% aastas) nii majanduskasvu kui Euroopa Liidu vahendite arvelt, kasvas keskmine eluiga vaid 1,4 aastat. 2007. aastal, mil Eesti majandus kasvas 7,1%, Eesti meeste keskmine oodatav eluiga isegi langes 3 kuud. Haavatavate ühiskonnagruppide halb tervis on üks märk ühiskonna vähesest sidususest, mille teisi sümptomeid leevendas seni majanduse kõrgseis. Majanduse konjunktuuri muutudes tabab tööpuudus ja vaesusrisk enamasti esimesena ja kõige teravamalt just haavatavamaid ühiskonnarühmi.

Arvestades Eesti demograafilist olukorda, peitub varajase suremuse ja tervislikel põhjustel hõivest väljalangemise ennetamises oluline ressurss majanduse arenguvõime säilitamiseks. Tulemuslikuks sekkumiseks on vaja tõenduspõhiseid meetmeid rakendada erinevatel tasanditel, mis eeldab senisest laiaulatuslikumat tervisemõjurite seiret ja analüüsi ning nii informeerituse kui ka suutlikkuse kasvu kogu ühiskonnas.

1.8.1 Seos rakenduskava ja prioriteetse suuna eesmärkidega

- Töötuse ja mitteaktiivsuse ennetamine

Programmi tegevused panustavad tööealise elanikkonna tervise paranemisse ja vähendavad seega tervislikel põhjustel tööhõivest väljalangemist ja produktiivsuse langust. Et tervislikel põhjustel tööturul mitteaktiivsete inimeste osakaalu tulevikus vähendada ja tervisehäireid ennetada, rakendatakse meetmeid inimeste terviseteadlikkuse tõstmiseks ja tervisekäitumise parendamiseks, sealhulgas keskendutakse elanikkonna liikumisaktiivsuse suurendamisele, toitumisharjumuste parandamisele, sõltuvusainete (sh tubakas, alkohol, narkootikumid) tarbimise ja riskiva seksuaalkäitumise vähendamisele ning teadlikkuse tõstmisele keskkonnast tulenevatest ohtudest. Arvestades, et enamik Eesti 6500 diagnoositud HIV-positiivsetest inimestest on alla 40-aastased tööealsed inimesed (ligikaudu 70% nakatunutest on mehed), on oluline rakendada meetmeid, mis kindlustaksid HIV-positiivsete inimeste maksimaalsel määral osalemist tööturul. Samuti on enamik uimastisõltlastest noored tööeas inimesed. Narkomaania andmekogu kohaselt moodustasid 31.12.2008 seisuga 78,2% ravile pöördujatest meessoost isikud ja 21,8% naissoost isikud.

⁹ Putnam, R. „Making Democracy Work.” 1993.

¹⁰ Mouw, T. „Social Capital and Finding a Job: Do Contacts Matter?” 2003.

¹¹ Larsen, C.A. „Network vs. Economic Incentives.” 2007.

Personaalsete teenuste potentsiaali paremaks ärakasutamiseks tervise edendamises, haiguste ennetamises ja sõltuvushäiretest loobumises arendatakse välja tervisenõustamis- ja rehabilitatsiooniteenused, koolitatakse teenuseosutajaid ning laiendatakse teenuse kättesaadavust. Kuna elanikkonna tervise ja töövõime tagamisel ning parandamisel on oluline roll kohalikul tasandil (maavalitsused, kohalikud omavalitsused), arendatakse rahvatervisealaste tegevuste kavandamiseks ja elluviimiseks vajalikku suutlikkust paikkondlikul tasandil (sealhulgas vajaduste hindamine, terviseprofiilide koostamine, tõenduspõhiste tervisedendusmeetmete väljatöötamine ja tegevuskavade elluviimine paikkonnas).

1.8.2 Seos prioriteetse suuna teiste meetmete, programmide ja avatud taotlusvoorudega

- Meede „Kvalifitseeritud tööjõu pakkumise suurendamine” – nimetatud meede ja käesolev raamprogramm panustavad mõlemad vanemaealiste ja puuetega inimeste olukorra parandamise tööturul. Kui meetmes „Kvalifitseeritud tööjõu pakkumise suurendamine” on ette nähtud otsesed tegevused puuetega ja vanemaealiste inimeste positsiooni parandamiseks tööturul, siis käesolev raamprogramm panustab eelkõige inimeste terviseseisundi parandamise ja seeläbi nende töö- ja konkurentsivõime tõstmisse.
- Meede „Tööelu kvaliteedi parandamine” – nimetatud meede ja käesolev raamprogramm panustavad töökeskkonna kvaliteedi, sealhulgas tervislikkuse suurendamisse. Käesolev raamprogramm panustab eelkõige tervisedenduslikesse tegevustesse, mis on kõigile asutustele ja ettevõtetele ning nende töötajatele vabatahtlikud, samas meede „Tööelu kvaliteedi parandamine” on suunatud peamiselt töötervishoiule.
- Meetme „Tervist toetavate valikute ja eluviiside soodustamine” avatud taotlusvoorud – programmi raames koolitatakse potentsiaalseid taotlusvoorudes osalejaid ning toetatakse paikkondlike terviseprofiilide koostamist, mis soodustab kvaliteetsete projektide esitamist avatud taotlusvooru.
- Programm „Tervislike valikuid toetavad meetmed 2008–2009” – suuremat osa nimetatud programmi raames alustatud tegevustest jätkatakse käesoleva raamprogrammi raames.

1.8.3 Seos valdkondlike arengukavadega

- Eesti majanduskasvu ja tööhõive tegevuskava 2008–2011.
- Rahvastiku tervise arengukava 2009–2020 – 1. suund „Sotsiaalne sidusus” näeb rahvastiku tervise parandamise võtmeteguritena ette kohalike omavalitsuste võimestamist (tervisealase kompetentsi ja võimekuse loomist) ning paikkondliku tervisedendusliku tegevuse olulist intensiivistamist. 4. suund „Tervislik eluviis” näeb ette meetmed terviseteadlikkuse suurendamiseks.
- Esmatasandi tervishoiu arengukava täpsustab esmatasandi rolli inimeste tervisealasel nõustamisel ja terviseriskide ennetamisel (seotud programmi 3. suuna tegevustega).
- HIVi ja AIDSi ennetamise riiklik strateegia aastatel 2006–2015, narkomaania ennetamise riiklik strateegia aastani 2012 – strateegiates nenditakse, et ennetustegevus ei saa olla ühe riigiasutuse kohustus, vaid peab olema erinevate võimutasandite, ühiskondlike organisatsioonide ja vabatahtlike ühine jõupingutus. Programmi tulemusel võimestunud kohalikud omavalitsused ja maavalitsused suudavad edukalt rakendada HIVi ja AIDSi ning narkomaaniat

ennetavaid meetmeid ja taotleda nende rahastamist meetme „Tervislikke valikuid toetavad meetmed” avatud taotlusvoorudest.

- Südame- ja veresoonehaiguste ennetamise riiklik strateegia 2005–2020, vähktõve riiklik strateegia – strateegiate raames astuti Eestis esimesed sammud paikkondliku tervisedenduse arendamisel ning praeguseks on välja arendatud koostöövõrgustik, mis haarab kõiki maakondi ja enamikku kohalikest omavalitsustest. Raamprogrammi tegevuste elluviimiseks on kavas kasutada nimetatud strateegia raames Tervise Arengu Instituudi poolt väljaarendatud koostöövõrgustikku.

1.9 Toetuse andmise sihtgrupid

Toetuse andmise sihtgrupid on Eesti tööeline elanikkond, kohalike omavalitsuste ja maavalitsuste juhid, töötajad ja tervisenõukogude liikmed, tervist edendavate töökohtade võrgustikuga liitunud jt asutuste ja ettevõtete juhid ning töötajad, sõltuvushäire riskiga ja riskikäitumisega isikud, perearstid, pereõed, töötervishoiuarstid, töötervishoiuteenuse pakkujad, töötervishoiuspetsialistid, tervisenõustajad, tervisedendajad, kogukonna liidrid, tugisikud.

2. PROGRAMM „TERVISLIKKE VALIKUID TOETAVAD MEETMED 2010–2011”

2.1 Programmi eesmärgid

- Tööealise elanikkonna tervisekäitumine on paranenud ja haigestumine vähenenud.
- Tööjõu produktiivsus on kasvanud ning inimeste töövõime langemine ja tervislikel põhjustel tööhõivest väljajäämine on vähenenud.
- Raskeid ja kroonilisi haigusi põdevate ning sõltuvushäiretega inimeste tervis ja töövõime säilivad maksimaalselt kaua.

3. TEGEVUSTE KIRJELDUS

3.1 Üle-eestilise võrgustiku loomine tervislikel põhjustel tööhõivest väljalangemise ennetamisele ja tööjõu produktiivsuse säilitamisele ja suurendamisele suunatud tegevuste elluviimiseks

Olukorra kirjeldus

Halva tervise ja enneaegse suremuse tõttu kaotab Eesti tööjõuturg igal aastal umbes 5000 inimest. Erinevad terviseuuringud näitavad olulist erinevust tervisenäitajates nii elukohast kui ka haridusest ja sotsiaalsest staatusest sõltuvalt. Tervisenäitajate parandamiseks ja tööjõu pakkumise suurendamiseks on vaja rakendada tõhusaid, tõendus põhiseid ning olukorra- ja sihtgrupispetsiifilisi meetmeid. Teadusuuringud toovad lisatõendust väitele, et tervise parandamisel on äärmiselt efektiivne kogukonnapõhine lähenemine. Oluline roll on nii kohalikul omavalitsusel kui ka teistel paikkonnas aktiivselt tegutsevatel organisatsioonidel ja seltsingutel.

Kohalikul omavalitsusel on elanikkonna tervise ning toimetuleku parandamisel võtmeroll mitmel põhjusel. Just sel tasandil langetatakse kõige enam elukeskkonda kujundavaid otsuseid ning omavalitsuste prioriteetidest sõltub suuresti, kas ümbritsev keskkond, infrastruktuur ning elukorraldus toetab inimeste tervise arengut ja tervislike valikuid. Kõigist avaliku võimu institutsioonidest on kohalikul omavalitsusel sotsiaalisüsteemi kaudu kõige parem ligipääs sotsiaalselt haavatavatele gruppidele ning seetõttu ka parimad võimalused nende gruppide kaasamiseks ja mõjutamiseks ning personaalsete teenuste ja individuaalse abi pakkumiseks.

Programmi „Tervislike valikuid toetavad meetmed 2008–2009” raames koolitati üle 300 kohaliku omavalitsuse ja maavalitsuse ametniku, kohaliku tervisenõukogu liikme ja kohaliku elu edendaja. Programmi kogemus näitab, et koolitusel osalenud inimesed olid pärast koolitust motiveeritud oma kodukoha terviseprobleeme kaardistama ning tervisedenduslike sekkumismeetmeid planeerima ja ellu viima. Tervisedenduse arendamiseks kohalikul tasandil on vajalik koolituste jätkamine ning tervisedenduslase teabe viimine ka nende omavalitsusteni, kus programmi „Tervislike valikuid toetavad meetmed 2008–2009” raames koolitusi läbi ei viidud.

Efektiivne sekkumine eeldab kohalike olude head tundmist ning probleemide adekvaatset kaardistamist. 2007. aastal tehtud uuring¹² näitas, et elanikkonna tervises seisund erineb oluliselt nii maakondade kui ka omavalitsuste kaupa. Täna ei ole territoriaalseid ega sotsiaalseid erinevusi piisavalt uuritud. Programmi „Tervislikke valikuid toetavad meetmed 2008–2009” raames koostatakse 40 paikkonna terviseprofili, mis annavad väärtuslikku informatsiooni territoriaalsete erinevuste kohta ning sisendi antud piirkonnas tervisedenduslike sekkumismeetmete planeerimisel ja elluviimisel. Tõenduspõhise tervisedenduse juurutamiseks on otstarbekas jätkata kohalike omavalitsuste ja maavalitsuste ametnike ning kohaliku elu edendajate koolitamist terviseprofiilide koostamise alal ning terviseprofiilide koostamise nõustamist.

Terviseprofiilide koostamisel ning kohalike tervisedenduslike sekkumismeetmete planeerimisel on leidnud kasutust tervisestatistika ja -uuringute andmeesitlussüsteem. Nimetatud süsteemi on vajalik edasi arendada ning selles olevaid andmeid kaasajastada.

3.1.1 Kogukonna¹³ liidrite, sh maavalitsuste ja kohalike omavalitsuste juhtide teadlikkuse tõstmine tervisedenduslikest võimalustest elanikkonna tööhõive ja toimetuleku parandamisel, paikkondlike¹⁴ terviseprofiilide koostamine, paikkonna elanike tööhõivest väljalangemise ennetamist toetavate tervisealaste tegevuskavade koostamine

Peamised probleemid

- Erinevad terviseuuringud näitavad olulist erinevust tervisenäitajates elukohast, haridusest, sotsiaalsest staatusest ja soost sõltuvalt. Erinevuste tagamaad on põhjalikult kaardistamata.
- Teadlikkus tervise mõjust majandusele ja tööturule ning tervist mõjutavatest faktoritest on kogu Eesti ühiskonnas vähene; riigi ja kohaliku omavalitsuse ametiasutused arvestavad otsuste langetamisel tervisemõjudega vaid vähesel määral.

Sihtgrupp: maavalitsuste ja kohalike omavalitsuste juhid ja töötajad, tervisenõukogude liikmed, tervisedendajad, kogukonna liidrid.

Eesmärgid

- Maavalitsuste ja kohalike omavalitsuste juhtide teadlikkus oma paikkonna elanike tervises seisundist on paranenud.
- Kogukonna¹⁵ liidrite, sh maavalitsuste ja kohalike omavalitsuste juhtide teadlikkus tervisedenduslikest võimalustest elanikkonna tööhõive ja toimetuleku parandamiseks on suurenenud.
- Maavalitsused ja kohalikud omavalitsused on alustanud ja/või jätkavad tõenduspõhisele ja süstemaatilisele kontseptsioonile tuginevat tervisedendusala tegevust kohaliku elanikkonna töövõime hoidmiseks, tervislikel põhjustel tööhõivest väljalangemise ja produktiivsuse vähenemise ennetamiseks.

¹² Lai, T., 2007. Haiguskoormuse tõttu kaotatud eluaastad Eestis (raport Sotsiaalministeeriumile).

¹³ Kogukond – inimgrupp, kes jagab ühist kultuuri, väärtusi ja norme, omab ühist identiteeti ning on organiseerunud sotsiaalsesse struktuuri vastavalt mingi aja jooksul arenenud suhetele (A. Kasmel, A. Lipand, 2007. Tervisedenduse teooria ja praktika I. Sissejuhatus salutoloogiasse).

¹⁴ Paikkond – maavalitsuse või ühe või mitme kohaliku omavalitsuse territoorium koos seal elavate inimestega.

¹⁵ Kogukond – inimgrupp, kes jagab ühist kultuuri, väärtusi ja norme, omab ühist identiteeti ning on organiseerunud sotsiaalsesse struktuuri vastavalt mingi aja jooksul arenenud suhetele (A. Kasmel, A. Lipand, 2007. Tervisedenduse teooria ja praktika I. Sissejuhatus salutoloogiasse).

Kavandatavad detailed tegevused, tegevuste algus- ja lõppkuupäevad, indikaatorid ja jätkumine järgmisel programmiperioodil¹⁶

Tegevus	Tegevuse algus- ja lõppkuupäev	Tegevuse indikaator	Tegevuse alustamine perioodil 2008–2009	Tegevuse jätkumine perioodil 2012–2013
Paikkonna tervisedenduse baaskoolituste läbiviimine	aprill 2010 – detsember 2011	koolitustel on osalenud 400 inimest	jah, tegevus 3.1.1	jah
Paikkonna terviseprofiili koostamise koolituste läbiviimine	aprill 2010 – detsember 2011	koolitustel on osalenud 300 inimest	jah, tegevus 3.1.2	jah
Tõenduspõhiseid tervisedenduslikke sekkumismeetmeid sisaldavate ja tööhõivest väljalangemise ennetamist toetavate paikkonna tegevuskavade koostamine, koostamise nõustamine Tervise Arengu Instituudi poolt	aprill 2010 – detsember 2011	koostatud on 30 tegevuskava	jah, tegevus 3.1.2	jah
Paikkonna terviseprofiilide koostamine, koostamise nõustamine Tervise Arengu Instituudi poolt	aprill 2010 – detsember 2011	koostatud on 40 terviseprofiili	jah, tegevus 3.1.2	jah
Paikkonna tervisemõjurite uuringu standardprotokolli ja -küsimustiku moodulite väljatöötamine	aprill 2010 – detsember 2011	standardprotokoll ja -küsimustiku 2 moodulit on välja töötatud	ei	jah
Paikkonna tervisemõjurite uuringu standardprotokolli ja -küsimustiku väljatöötatud moodulite piloteerimine	november 2010 – detsember 2011	läbi on viidud 2 standardprotokolli ja -küsimustiku mooduli piloteerimine	ei	jah
Paikkonna tervisemõjurite uuringu standardprotokolli ja -küsimustiku moodulite	jaanuar 2011 – detsember 2011	läbi on viidud vähemalt 10 uuringut	ei	jah

¹⁶ Programmi „Tervislikke valikuid toetavad meetmed 2012-2013” raames.

alusel uuringute läbiviimine paikkondades				
---	--	--	--	--

3.1.2 Töehõivest väljalangemise ja tööjõu produktiivsuse vähenemise ennetamisel paikkonnale ekspertabi ja koolitust pakuva tugistruktuuri väljaarendamine

Peamised probleemid

- Tsentraalsed riiklikud sekkumised ei taga püsivat ja jätkusuutlikku muutust paikkondades üle Eesti ning ei ole piisavad territoriaalse ja sotsiaalse ebavõrdsuse leevendamiseks.
- Maavalitsuste baasil paikkondliku tervisedendusvõrgustiku rajamine riiklike asutuste poolt on andnud tulemuseks tervisedenduse väga erineva taseme erinevates maakondades.

Sihtgrupp: paikkonna tervisedendajad.

Eesmärgid

- Paikkonna tervisedendajate motiveeritus tervisedenduslike tegevuste elluviimisel on kasvanud.
- On loodud võimalused paikkonna tervisedenduslaste interventsioonide arendamiseks.

Kavandatavad detailsed tegevused, tegevuste algus- ja lõppkuupäevad, indikaatorid ja jätkumine järgmisel programmiperioodil

Tegevus	Tegevuse algus- ja lõppkuupäev	Tegevuse indikaator	Tegevuse alustamine perioodil 2008–2009	Tegevuse jätkumine perioodil 2012–2013
Paikkondades tervisedendust koordineerivate organisatsioonidega seotud jätkutegevuste planeerimine, lepingute sõlmimine, olemasolevate lepingute täitmine	aprill 2010 – detsember 2010	lepingutega on hõlmatud vähemalt 70% Eesti kohalikest omavalitsustest, kusjuures igas maakonnas on sõlmitud vähemalt 1 leping	jah, tegevus 3.1.2. ¹	jah
Paikkondades tervisedendust koordineerivate organisatsioonide kontaktisikutele	juuni 2010 – detsember 2011	läbi on viidud 3 supervisiooni	ei	jah

supervisioonide läbiviimine				
Paikkondades tervisedendust koordineerivate organisatsioonide kontaktisikutele koolituste läbiviimine	juuni 2010 – detsember 2011	läbi on viidud 3 koolitust	ei	jah

3.1.3 Paikkonna terviseseisundi hindamise, terviseprofili ning tõendus põhiste tegevuskavade koostamiseks vajaliku info koondamine ja levitamine, sh tervisestatistika ja -uuringute andmeesitlussüsteemi arendamine ja täiendamine, andmete kogumise võimaluste laiendamine

Peamised probleemid

- Tervisestatistika ja -uuringute andmeesitlussüsteem on hästi käivitunud, kuid kajastab vaid osa olemasolevast terviseinfost ja vajab seega täiendamist.
- Info tõendus põhiste meetmete kohta on raskesti kättesaadav ja enamasti võõrkeelne.

Sihtgrupp: maavalitsuste ja kohalike omavalitsuste juhid ja töötajad, tervisenõukogude liikmed, tervisedendajad, kogukonna liidrid.

Eesmärk: tervisealane statistika ja informatsioon tõendus põhistest meetmetest on paikkonna spetsialistidele, liidritele ja tervisedendajatele kergesti kättesaadav.

Kavandatavad detailsed tegevused, tegevuste algus- ja lõppkuupäevad, indikaatorid ja jätkumine järgmisel programmiperioodil

Tegevus	Tegevuse algus- ja lõppkuupäev	Tegevuse indikaator	Tegevuse alustamine perioodil 2008–2009	Tegevuse jätkumine perioodil 2012–2013
Tervisestatistika ja -uuringute andmeesitlussüsteemi haldamine, täiendamine ja arendamine, sh olemasolevate andmetabelite täiendamine; tarkvaralitsentsi uuendamine; uute andmetabelite lisamine	aprill 2010 – detsember 2011	täiendatud ja lisatud on kokku 300 andmetabelit	jah, tegevus 3.1.3	jah
Tervisestatistika ja -uuringute andmeesitlussüsteemi kasutajauuringu läbiviimine	september 2010 – veebruar 2011	uuring on läbi viidud	ei	jah

Tervisestatistika ja -uuringute andmeesitlussüsteemi kasutajauuringu põhjal andmeesitlussüsteemi arendamise ja täiendamise kava koostamine	november 2010 – veebruar 2011	andmeesitlussüsteemi täiendamise ja arendamise kava on koostatud	ei	jah
Paikkonna tervisedendusala hea praktika näidete koondamine ja avaldamine Tervise Arengu Instituudi kodulehel	aprill 2010 – detsember 2011	kodulehel on avaldatud 15 näidet paikkonna tervisedendusala heast praktikast	jah, tegevus 3.1.1	jah
Paikkonna tervisedendusekspertide ja tervisedendajate osalemine rahvusvahelistel tervisedendusala koolitustel, seminaridel ja konverentsidel, erialase kirjanduse, sh perioodika tellimine	aprill 2010 – detsember 2011	2 inimest on osalenud 3 rahvusvahelisel koolitusel, seminaril või konverentsil	ei	jah

3.1.4 Tervisedendusspetsialistide väljaõppe toetamine

Peamised probleemid

- Tervisedendus on Eestis erialana suhteliselt uus, kvalifitseeritud spetsialiste ei ole piisavalt ning ettevõtetes ja asutustes napib kompetentsi töötajate tervise edendamiseks, kohalikel omavalitsustel pole spetsialistide puuduse tõttu võimalik ettevõtjaid ja asutusi tervisedenduse alal nõustada.
- Raamprogrammi rakendamisel kasvab ettevõtete, asutuste ja kohalike omavalitsuste vajadus tervisedendajate järele edaspidi veelgi, spetsialistide nappus võib takistada programmi abil loodud võimaluste kasutamist.
- Tervisedendaja eriala omandamiseks põhierialana on Eesti õppeasutustes vaid 15 riigieelarvelist kohta, mis ei rahulda kasvava ja areneva sektori tööjõuvajadusi. Tudengite motivatsioon tervisedendaja eriala omandamiseks tasulistel õppekohtadel on madal. Täiendav finantseerimine stipendiumi näol tõstab tudengite motivatsiooni asuda õppima nimetatud erialal riigieelarvevälistel õppekohtadel ning pärast tervisedendaja eriala omandamist siseneda tööjõuturule.

Sihtgrupp: tervisedendaja kutsestandardile vastavat rakenduslikku kõrgharidust põhierialana omandavad tudengid Eesti ülikoolides ja rakenduskõrgkoolides, kes on nimetatud õppeasutusse immatrikuleeritud 2009/2010. õppeaasta sügissemestril või kellele määrati stipendium programmi „Tervislikke valikuid toetavad meetmed 2008–2009” raames.

Eesmärgid

- 3/4 stipendiaatidena kutse omandanud tervisedendajatest on asunud erialasele tööle.
- Kohalikel omavalitsustel ja maakondadel on võimalik leida tööjõuturult tervisedendaja kvalifikatsiooniga spetsialist, kes juhiks tervisedendusala tööd ja nõustaks kohalikke ettevõtteid ja asutusi tervisliku töökeskkonna kujundamisel.
- Ettevõtetel ja asutustel on võimalik leida tööjõuturult tervisedendaja, kelle kompetentsus võimaldaks edendada ettevõtte või asutuse töötajate tervist ja vähendada haiguse tõttu töölt kõrvalejäämist (ning sellega seotud majanduslikke kahjusid).

Kavandatavad detailsed tegevused, tegevuste algus- ja lõppkuupäevad, indikaatorid ja jätkumine järgmisel programmiperioodil

Tegevus	Tegevuse algus- ja lõppkuupäev	Tegevuse indikaator	Tegevuse alustamine perioodil 2008–2009	Tegevuse jätkumine perioodil 2012–2013
2010/2011. õppeaastal immatrikuleeritud tudengitele suunatud stipendiumikonkursi läbiviimine, stipendiumide määramine kuni 20 tervisedendaja kutsestandardile vastavat rakenduslikku kõrgharidust omandavale tudengile	2010 jaanuar – märts 2010	stipendiumikonkurss on läbi viidud	jah, tegevus 3.2.3	ei
Stipendiumide väljamaksmine, mis võimaldab kokku 51 tudengil õppida tervisedendaja kutsestandardile vastava rakendusliku kõrghariduse õppes	aprill 2010 – detsember 2011	20 stipendiaati on edukalt lõpetanud tervisedendaja kutsestandardile vastava rakendusliku kõrghariduse õppe; 15 stipendiaati on edukalt lõpetanud 2 esimest semestrit tervisedendaja kutsestandardile vastavast õppekavast	jah, tegevus 3.2.3	jah

3.2 Tervist edendava töökeskkonna kujundamise toetamine töötajate haigestumise vähendamiseks ja töö efektiivsuse suurendamiseks

Olukorra kirjeldus

Eesti tööandja sageli alahindab keskkonna mõju inimese tervisele ja tema tervisekäitumisele ning seab vastutuse peamiselt üksikisikule. Euroopa tervist edendavate töökohtade võrgustiku kogemuste kohaselt on tööandjal laialdased võimalused oma töötajate füüsilise ja vaimse heaolu mõjutamiseks töökeskkonna ja asutuse töökultuuri kujundamise kaudu. Tööandjast sõltub suuresti töötajate füüsiline aktiivsus tööpauside ajal, suitsetamine töökohal, tervisliku toidu kättesaadavus töökohal, töökollektiivi sisekliima jne. Võrgustiku kogemuste kohaselt paranevad tervisedenduslike põhimõtete rakendamisel asutuse/ettevõtte töötulemused, väheneb kaadri volavus ja töötajate haigestumus, tõuseb töötajate motiveeritus ja jõudlus.¹⁷

Eestis on käivitunud tervist edendavate töökohtade võrgustik, mis hõlmab 2009. a septembrikuu seisuga üle 110 ettevõtte ja asutuse. Programmi „Tervislikke valikuid toetavad meetmed 2008–2009” raames on võrgustikuga liitunud ettevõtetes ja asutustes loodud baasteadmised töökoha tervisedendusest ning võrgustiku liikmetele on läbi viidud koolitusi töötajate tervise erinevate aspektide kohta, sh koolitused seljatervise, ergonoomika, stressiennetuse ja tervise motivatsiooni teemadel.

Tervist edendavate töökohtade võrgustik pakub tööandjatele ja töötajatele vähe ressursi nõudvaid võimalusi tööjõu kvaliteedi hoidmisel, mis on eriti oluline majanduslanguse perioodil.

Töökeskkonna tervislikkuse parandamiseks on otstarbekas laiendada tervist edendavate töökohtade võrgustiku tööd, levitades laiemalt teadmist võrgustikust veel liitumata töökohtadel ning arendades võrgustiku pakutavaid teenuseid. Samuti vajab täiustamist tööõnnetuste, kutsehaiguste ja tööst põhjustatud haiguste seiresüsteem.

3.2.1 Tervist edendavate töökohtade võrgustiku laiendamine ning arendamine, töökohakesksete tervisedenduslaste koolituste, sh temaatiliste koolitusmoodulite väljatöötamine, tervist edendavate töökohtade võrgustiku liikmete koolitamine

Peamised probleemid

- Tervisedendus töökohal on tervist edendavate töökohtade võrgustikku mittekuuluvate ettevõtete ja asutuste seas vähelevinud ja selle vajalikkust ei ole piisaval määral teadvustatud.
- Töökoha tervisedenduslaste koolitused ja juhendmaterjalid vajavad edasiarendamist.

Sihtgrupp: asutuste ja ettevõtete juhid ja töötajad.

¹⁷ Healthy workplaces towards quality and innovation. ENHPW, 2002.

Eesmärgid

- Tervist edendavate töökohtade võrgustik on oluliselt laienenud.
- Tööandjate ja töötajate teadlikkus töökeskkonna ja -korralduse mõjust töötajate tervisele ja tervisekäitumisele on suurenenud.
- Tööandjate ja töötajate teadlikkus tervisedendusalaalastest võimalustest töötajate tervise parandamiseks on suurenenud.

Kavandatavad detailsed tegevused, tegevuste algus- ja lõppkuupäevad, indikaatorid ja jätkumine järgmisel programmiperioodil

Tegevus	Tegevuse algus- ja lõppkuupäev	Tegevuse indikaator	Tegevuse alustamine perioodil 2008–2009	Tegevuse jätkumine perioodil 2012–2013
Tervist edendavate töökohtade võrgustiku tutvustavate infopäevade läbiviimine	aprill 2010 – detsember 2011	läbi on viidud 10 infopäeva	jah, tegevus 3.2.1	jah
Tervist edendavate töökohtade võrgustiku tutvustamine üritustel (konverentsid, seminarid)	aprill 2010 – detsember 2011	võrgustikku on tutvustatud 5 üritusel	jah, tegevus 3.2.1	jah
Tervist edendava töökooha mudeli baaskoolituste läbiviimine	aprill 2010 – detsember 2011	koolitusel on osalenud 300 inimest	jah, tegevus 3.2.2	jah
Temaatiliste koolitusmoodulite väljatöötamine (sh läbipõlemise ennetamine ja vaimse tervise edendamine pedagoogidele)	aprill 2010 – detsember 2011	välja on töötatud 4 temaatilist koolitusmoodulit	jah, tegevus 3.2.2	jah
Temaatiliste koolitusmoodulite kohaste koolituste läbiviimine	aprill 2010 – detsember 2011	koolitusel on osalenud 400 inimest	jah, tegevus 3.2.2	jah
Töökooha tervisedendusalaalaste konverentside läbiviimine	aprill 2010 – detsember 2011	korraldatud on 2 konverentsi	ei	jah
Tervist edendavate töökohtade võrgustiku kontaktisikutele seminaride läbiviimine	aprill 2010 – detsember 2011	korraldatud on 5 seminari	jah, tegevus 3.2.2	jah
Asutuste ja ettevõtete külastamine ning töökooha tervisedendusalaalaste põhimõtete tutvustamine tervisedendusalaalaste teadmiste ja kogemustega ekspertide poolt, sealjuures tervist edendavate töökohtade võrgustikuga	aprill 2010 – detsember 2011	külastatud on 60 asutust ja ettevõtet	jah, tegevus 3.2.1	jah

liitunud asutuste ja ettevõtete nõustamine, motivatsiooni toetamine				
Uute asutuste ja ettevõtete tervist edendavate töökohtade võrgustiku liikmeks värbamine	aprill 2010 – detsember 2011	võrgustikuga on liitunud 40 uut asutust ja ettevõtet	jah, tegevus 3.2.1	jah
Töökoha tervisedendusala hea praktika näidete koondamine ja avaldamine Tervise Arengu Instituudi kodulehel	aprill 2010 – detsember 2011	kodulehel on avaldatud 10 näidet töökoha tervisedendusalasest heast praktikast	jah, tegevus 3.2.1	jah

3.2.2 Töökoha tervisedendusala teabe koondamine ja levitamine, sh temaatiliste uuringute läbiviimine ning heade praktikate tunnustamine

Peamised probleemid

- Töökoha tervisedendus on Eestis uus nähtus ning spetsialiste ei ole piisavalt, Tervise Arengu Instituudis on asutustele pakutavate infomaterjalide valik väike ning nõustamis- ja koolitusvõimalused piiratud.
- Toitlustamisele töökohal või tööpäeva jooksul ei ole töökoha tervisedenduses seni olulisel määral tähelepanu pööratud, tööealise elanikkonna toitumist tööpäeval pole uuritud.

Sihtgrupp: asutuste ja ettevõtete juhid ja töötajad.

Eesmärgid

- Ettevõtetele ja asutustele (ka väljaspool tervist edendavate töökohtade võrgustikku) on kättesaadav teave tervisedenduseks töökohal.
- On olemas ülevaade toitumisvõimalustest töökohal.

Kavandatavad detailsed tegevused, tegevuste algus- ja lõppkuupäevad, indikaatorid ja jätkumine järgmisel programmiperioodil

Tegevus	Tegevuse algus- ja lõppkuupäev	Tegevuse indikaator	Tegevuse alustamine perioodil 2008–2009	Tegevuse jätkumine perioodil 2012–2013
Tervist edendavate töökohtade võrgustiku ekspertide ja kontaktisikute osalemine rahvusvahelistel tervisedenduslastel koolitustel, seminaridel ja konverentsidel, erialase kirjanduse, sh perioodika	aprill 2010 – detsember 2011	2 inimest on osalenud 3 rahvusvahelisel koolitusel, seminaril või konverentsil	jah, tegevus 3.2.1	jah

tellimine				
Töökoha tervisedendusalaseid põhimõtteid tutvustavate trükiste väljaandmine	aprill 2010 – detsember 2011	välja on antud 2 trükist	jah, tegevus 3.2.1	jah
Töötajatele lõunaid pakkuvate toitlustusasutuste hindamine	aprill 2010 – juuni 2011	hinnatud on vähemalt 80 toitlustusasutust	ei	jah

3.2.3 Tööõnnetuste, kutsehaiguste ja tööga seotud haiguste seiresüsteemi parendamine

Peamised probleemid

- Eestis puudub süsteemne ja kvaliteetne ülevaade tööõnnetustest, kutsehaigustest ja tööga seotud haigustest ning nendega seotud kuludest.
- Tööinspeksiooni poolt registreeritud tööõnnetuste, kutsehaiguste ja tööst põhjustatud haiguste osas valitseb Eestis alaregistreerimine (võrreldes Euroopa Liidu keskmisega).
- Olemasolev tööõnnetuste, kutsehaiguste ja tööga seotud haiguste seiresüsteem sisaldab andmeid haigestunud inimeste kohta, kuid ei võimalda analüüsida haigestumist kutsealade kaupa.

Sihtgrupp: perearstid, tervishoiuarstid, tervishoiuteenuse pakkujad, tervishoiuspetsialistid.

Eesmärgid

- Välja on töötatud IT-lahenduse kontseptsioon tööõnnetuste, kutse- ja tööga seotud haiguste registreerimiseks vastavalt muudetud aruandluse korrale.
- Perearstid on ette valmistatud andmete registreerimiseks muudetud aruandluskorra alusel.

Kavandatavad detailsed tegevused, tegevuste algus- ja lõppkuupäevad, indikaatorid ja jätkumine järgmisel programmiperioodil

Tegevuse nimetus	Tegevuse algus- ja lõppkuupäev	Tegevuse indikaator	Tegevuse alustamine perioodil 2008–2009	Tegevuse jätkumine perioodil 2012–2013
Õigusaktide eelnõude väljatöötamine lähtuvalt tööõnnetuste, kutsehaiguste ja tööga seotud haiguste registreerimise analüüsi põhjal koostatud andmekogumissüsteemi kontseptsioonist	aprill 2010 – oktoober 2011	õigusaktide eelnõud on välja töötatud	jah, tegevus 3.2.4	ei

Koolitused sihtgrupile tööõnnetuste, kutsehaiguste ja tööga seotud haiguste aruandluskorra muudatuste juurutamiseks	aprill 2010 – detsember 2011	koolitusel on osalenud 300 inimest	ei	jah
Tööõnnetuste, kutsehaiguste ja tööga seotud haiguste aruandluskorra muudatuste realiseerimiseks IT-lahenduse loomine lähtuvalt andmekogumissüsteemi kontseptsioonist	märts 2011 – detsember 2011	IT-lahendus on loodud	ei	ei

3.3 Haiguste ja riskikäitumise ennetamisele ja tervislike eluviiside edendamisele suunatud nõustamisteenuste kättesaadavuse suurendamine, et toetada inimeste ning nende perede tööhõive suurendamist ja toimetuleku parandamist

Olukorra kirjeldus

Eesti tervisenäitajad on oluliselt halvemad kui Euroopa Liidu asjakohased näitajad ning jäävad alla ka võrdluses liidu postsotsialistlike liikmete tervisenäitajatega. Oodatav keskmine eluiga Eestis ja Euroopa Liidus erineb naistel 5 aasta võrra, meeste puhul on vahe peaaegu 10 aastat. Eesti madalam keskmine eluiga tuleneb kõrgest enneaegsest suremusest tööeas, vanuses 20–60 eluaastat.

Üle poole Eesti haiguskoormusest langeb tööealisele elanikkonnale, mis väljendub nii haiguse tõttu kaduma läinud töötundides, varases pensionilejäämises ja töövõimetusel kui ka kõrges suremuses tööealise elanikkonna hulgas.

Suure osa tervisekaotuse põhjuseks võib pidada Eesti elanikkonna seas levinud riskikäitumist, mis väljendub alkoholi liigtarvitamises, suitsetamises, ebatervislikus toitumises ja väheses füüsilises aktiivsuses. Näiteks põhjustab alkoholi liigtarvitamine 6,7%, suitsetamine 8,3% ja vähene kehaline aktiivsus 7,4% haiguskoormusest. Nimetatud riskitegurid on otseselt seotud suuremusega vereringeelundkonna haigustesse, mis ületab Eestis 3,5 korda n-ö vanade Euroopa riikide asjakohase näitaja. Märkimisväärne on ka vigastussurmade suur osakaal: Eestis moodustavad vigastussurmad 12–13% üldisest suremusest, Põhjamaades on see näitaja 3–4%. Välispõhjuste, s.o vigastuste, mürgistuste, liiklusõnnetuste ja enesetappude tõttu on Eestis viimase kümne aasta jooksul hukkunud keskmiselt enam kui 2000 inimest aastas ning enamik neist on tööealsed inimesed.

3.3.1 Sõltuvuse ja riskikäitumise ennetamiseks personaalsete teenuste osutamine ja arendamine, et parandada tööealise elanikkonna tervisekäitumist ning ennetada tervislikel põhjustel tööhõivest väljalangemist

Peamised probleemid

- Riskikäitumine Eesti elanikkonna hulgas on kõrge, eriti madalama haridustasemega inimeste ja meeste hulgas.
- Programmi „Tervislike valikuid toetavad meetmed 2008–2009” raames tehtud väärtushinnangute uuring kinnitas arstide ja teiste spetsialistide eelispositsiooni südame-veresoonkonnahaiguste seisukohalt riskirühma kuuluvate inimeste (nt keskeas mehed) mõjutamisel tervislikumale käitumisele, samas on just riskirühmade ligipääs arstiabile raskendatud.
- Sõltuvusprobleemidest vabanemise teenuste kättesaadavus on piiratud ja üldjuhul patsiendi omafinantseerimisel. Naiste sõltuvusteenused on vähem välja arendatud ja alarahastatud kui meeste suunatud teenused.
- HIV-positiivsete ning sõltuvushäiretega inimeste töövõime ja tervisekadu võimendub tugevalt psühholoogilise toe ja sotsiaalse rehabilitatsiooni puudumise tõttu.

Sihtgrupp: sõltuvushäire ja/või riskikäitumisega tööealine elanikkond.

Eesmärgid

- Riskikäitumisest ja sõltuvusest vabanemist toetavate teenuste amplituud on laienenud ja kvaliteet suurenenud.
- Riskikäitumisest ja sõltuvusest vabanemist toetavate teenuste kättesaadavus riskirühmadele on suurenenud.

Kavandatavad detailsed tegevused, tegevuste algus- ja lõppkuupäevad, indikaatorid ja jätkumine järgmisel programmiperioodil

Tegevuse nimetus	Tegevuse algus- ja lõppkuupäev	Tegevuse indikaator	Tegevuse alustamine perioodil 2008–2009	Tegevuse jätkumine perioodil 2012–2013
Alkoholi liigtarvitamise varase avastamise ja nõustamise teenuse osutamine	aprill 2010 – detsember 2011	teenust on osutatud 300 inimesele	jah, tegevus 3.3.3	jah
Interaktiivse alkoholialase internetilehe arendamine	aprill 2010 – detsember 2011	internetileht on välja arendatud	jah, tegevus 3.4.1	jah
Alkoholi liigtarvitamise vastaste sekkumismeetmete alase teabe koondamine, teiste riikide heade praktikate koondamine, kokkuvõtete koostamine rahvusvaheliste alkoholialaste töögruppide koostumistest	aprill 2010 – detsember 2011	koostatud on 8 kokkuvõtet	jah, tegevused 3.3.1, 3.3.2	jah
Suitsetamisest loobumise nõustamise teenuse arendamiseks ettepanekute väljatöötamine	aprill 2010 – juuni 2010	teenuse arendusettepanekud on välja töötatud	ei	jah
Suitsetamisest loobumise nõustamise teenuse osutamine	juuli 2010 – detsember 2011	teenust on osutatud 3100 inimesele 6300 visiidi käigus	ei	jah
HIV-positiivsete inimeste vaimset tervist ja töövõimet toetavate tugiteenuste (sh tugi- ja eneseabirühmad, personaalne nõustamine) väljaarendamine ja toetamine, teenuste osutamine	juuni 2010 – detsember 2011	tugiteenuseid on osutatud 1000 inimesele	ei	jah
Sõltuvushäiretega inimeste tugiteenuste (sh tugi- ja eneseabirühmad, personaalne nõustamine) väljaarendamine ja teenuste osutamise piloteerimine	juuni 2010 – detsember 2011	piloteerimise käigus on tugiteenuseid osutatud 300 inimesele	ei	jah

3.3.2 Koolitusvõrgu loomine, sihtgrupi koolitamine tööhõivest väljalangemist ennetavate teenuste kättesaadavuse parandamiseks

Peamised probleemid

- Tervishoiutöötajate teadmised terviseõigustest on head, kuid uuringute kohaselt on vajaka teadmisi ja oskusi sellest, kuidas inimesi motiveerida ja mõjutada haiguste ennetamiseks riskikäitumist muutma.
- Kõige enam puutuvad inimesed kokku esmatasandi arstiabi osutajatega. Viimase 12 kuu jooksul käis 2008. aasta andmetel perearsti juures 70,6% meestest ja 74,4% naistest, mistõttu on suurim potentsiaalne mõju just esmatasandi arstide ja õdede tervisenõustamisoskuste tõstmisel ja nende kaudu eriarstiabi teenuste võrdsemas suunamises meeste ja naiste vahel. Eriarsti vastuvõtul käis sama perioodi jooksul 38,2% meestest ja 49,1% naistest¹⁸.
- Tervisedendus- ja tervisenõustamisalaste koolituste arv ja toimumissagedus on ebapiisav koolitajate nappuse tõttu.
- HIV-positiivsete ja sõltuvushäiretega inimeste nõustajad ja rehabilitatsiooniteenuse pakkujad kogevad sageli ebaedu ja seetõttu läbipõlemist.
- Raskete ja krooniliste haiguste põdejate tervisekadu on võimendatud psühholoogilise ja sotsiaalse toe puudumise tõttu.

Sihtgrupp: perearstid ja -õed, tervisenõustajad ja teised tööhõivest väljalangemist ennetavate ning tööhõivet taastavate tervise teenuste osutajad ja tugiisikud (sh sõltuvushäirete rehabilitatsioonikeskuste töötajad, vähihaigete ühenduste liikmed).

Eesmärgid

- Esmatasandi tervishoiutöötajate teadmised ja oskused inimeste tervisenõustamiseks on paranenud.
- HIV-positiivsete ja sõltuvushäiretega inimeste nõustajate ja rehabilitatsiooniteenuste pakkujate tööoskused ja -motivatsioon on suurenenud.

Kavandatavad detailsed tegevused, tegevuste algus- ja lõppkuupäevad, indikaatorid ja jätkumine järgmisel programmiperioodil

Tegevuse nimetus	Tegevuse algus- ja lõppkuupäev	Tegevuse indikaator	Tegevuse alustamine perioodil 2008–2009	Tegevuse jätkumine perioodil 2012–2013
Alkoholi liigtarbimise varase avastamise ja nõustamise koolituste läbiviimine	aprill 2010 – detsember 2011	koolitustel on osalenud 400 inimest	jah, tegevus 3.3.2	jah
Tervisliku toitumise ja liikumise edendamise koolituste läbiviimine	aprill 2010 – detsember 2011	koolitustel on osalenud 200 inimest	ei	jah
Eluviisi muutusi motiveeriva nõustamise koolituste läbiviimine	aprill 2010 – detsember 2011	koolitustel on osalenud 500 inimest	ei	jah
Vaimse tervise ja toimetuleku koolituste	aprill 2010 – detsember 2011	koolitustel on osalenud 60 inimest	ei	jah

¹⁸ Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring, <http://www.tai.ee/?id=5322>.

läbiviimine vähihaigetele ja nende tugiisikutele				
Vaimse tervise ja toimetuleku üle-eestilise terviselaagri läbiviimine vähihaigetele ja nende tugiisikutele	aprill 2010 – september 2011	terviselaagris on osalenud 120 inimest	ei	jah
Nõustamis- ja rehabilitatsioonikoolituste läbiviimine sõltlastele ja HIV-positiivsetele inimestele nõustamis- ja rehabilitatsiooniteenuse osutajatele (sh välislektorite kaasamine)	aprill 2010 – detsember 2011	koolitustel on osalenud 200 inimest	ei	jah
Nõustamisalaste koolituste läbiviimine suitsetamisest loobumise nõustamise teenuse osutajatele	aprill 2010 – detsember 2011	koolitustel on osalenud 44 inimest	ei	jah
Nõustamisalaste infopäevade läbiviimine suitsetamisest loobumise nõustamise teenuse osutajatele	juuli 2010 – detsember 2011	infopäevadel on osalenud 90 inimest	ei	jah
Õppevisiidid rehabilitatsiooni- ja nõustamisteenuse osutajatele EL liikmesriigi uimasti- ja HIV-ravi- ja rehabilitatsioonisüsteemiga tutvumiseks	september 2010	õppevisiidil on osalenud 20 inimest	ei	ei
Sõltuvushäiretega ja HIV-positiivsete inimeste tugiisikutele ja eneseabigruppide juhtidele temaatiliste koolituste läbiviimine	aprill 2010 – detsember 2011	koolitustel on osalenud 50 inimest	ei	jah
Sõltuvushäiretega ja HIV-positiivsetele inimestele tugiteenuse osutajatele supervisioonide läbiviimine (osalevad ühe organisatsiooni esindajad)	september 2010 – detsember 2011	läbi on viidud 12 supervisiooni	ei	jah
Sõltuvushäiretega ja HIV-positiivsetele inimestele tugiteenuse osutajatele intervüioonide läbiviimine (osalevad erinevate organisatsioonide esindajad)	september 2010 – detsember 2011	läbi on viidud 4 intervüiooni	ei	jah

3.3.3 Töehõivest väljalangemist ennetavate terviseteenuste arendamiseks vajalike baas- ja hindamisuuringute läbiviimine, info (sh erialase kirjanduse) koondamine, analüüs ja levitamine

Peamised probleemid

- Efektive tervisedenduse planeerimiseks vajalikku tõendusmaterjali on Eestis vähe.
- Valdav osa tõenduspõhistest sekkumistest on toimunud väljaspool Eestit ning ei pruugi Eestis samu tulemusi anda.
- Teadmised välisriikides toimunud tulemuslikest sekkumistest on vähesed ja vähelevinud.

Sihtgrupp: sõltuvuse ja riskikäitumisega inimesed.

Eesmärgid

- Olemas on ülevaade Eesti elanike alkoholitarbimise harjumustest.
- Olemas on ülevaade vaimse tervise, sõltuvushäirete ja HIV-positiivsusega seotud teenuste arendamise vajadustest.

Kavandatavad detailsed tegevused, tegevuste algus- ja lõppkuupäevad, indikaatorid ja jätkumine järgmisel programmiperioodil

Tegevuse nimetus	Tegevuse algus- ja lõppkuupäev	Tegevuse indikaator	Tegevuse alustamine perioodil 2008–2009	Tegevuse jätkumine perioodil 2012–2013
Liikumisalaste uuringute kaardistamine	juuni 2010 – juuni 2011	uuritud on kaardistatud	ei	jah
Alkoholi tarbimise uuringu läbiviimine sihtrühmaspetsiifiliste ennetusteenuste ja teavitamise planeerimiseks (naised-mehed, erinevused vanuserühmade vahel)	aprill 2010 – juuni 2011	uuritud on läbi viidud	ei	ei
Vaimse tervise teenuste kaardistamine ja vajaduste analüüsimine	september 2010 – mai 2011	analüüs on koostatud	ei	jah
Sõltuvushäiretega ja HIV-positiivsetele inimestele osutatavate teenuste kaardistamine ja arendamise vajaduse analüüs	aprill 2010 – detsember 2010	analüüs on koostatud	ei	jah

3.4 Elanike teadlikkuse tõstmine terviseriskidest ja tervist toetavast käitumisest, et vähendada töölt kõrvalejäämist tervislikel põhjustel

Olukorra kirjeldus

Süsteematilisi ja regulaarseid terviseteadlikkuse tõstmise kampaaniaid korraldavad Tervise Arengu Instituut ja Eesti Haigekassa, kelle tööd selles vallas võib pidada kõige järjekindlamaks. Tööealisele elanikkonnale suunatud terviseteemaliste kampaaniate korraldamisel on Eestis kõige suurem kogemus Tervise Arengu Instituudil, kes on korraldanud kampaaniad HIVi ja AIDSi ning uimastitarbimise ennetuseks, tervisliku toitumise propageerimiseks jm. Programmi „Tervislikke valikuid toetavad meetmed 2008–2009” raames korraldati kaks tervisealast teavituskampaaniat: puu- ja köögiviljade tarbimise harjumuste suurendamisele suunatud kampaania ning alkoholi liigtarvitamise ennetamise teemaline kampaania. Täiendavalt viis Sotsiaalministeeriumi rahvatervise osakond läbi teavitustegevused teadlikkuse tõstmiseks insuldi, vaimse tervise ja reumaatiliste haiguste kohta.

Riigieelarvest rahastatud teavitustegevuste hulgas on seni domineerinud peamiselt lastele ja noortele suunatud kampaaniad. Programmi „Tervislikke valikuid toetavad meetmed 2008–2009” raames elluviidud kampaaniad ja teavitustegevused on suunatud tööealisele elanikkonnale, st sihtgrupile, kellele seni ei ole piisavalt tähelepanu pööratud. Professionaalsete tervisedendajateni on erialane info seni jõudnud erinevate infovõrgustike, aga ka meditsiinispetsiifiliste ja üldiste meediakanalite kaudu. Viimati nimetatud kanalites pole tervisedendus prioriteet. Spetsiifilised infovõrgustikud on aga üldjuhul ellu kutsunud mõne konkreetse projekti elluviimiseks või võrgustiku tööks, mistõttu reeglina keskenduvad need väga kitsale teemaatikale. Rahvastiku tervise arengukava koostamise käigus tuli ilmsiks, et tervisedendajad soovivad olla tervisedendusvaldkonnas toimuvast paremini ja süsteemsemalt informeeritud. Programmi „Tervislikke valikuid toetavad meetmed 2008–2009” raames alustati tervisedendusala teabelehe väljaandmist, kusjuures katsetati nii uudiskirja kui teemalehe formaati. Teabe paremaks levikuks on otstarbekas jätkata teabelehe arendamist eesmärgiga leida sihtgrupile sobivaim ning parimal viisil olulist infot kajastav formaat ning laiendada kaasautorite baasi ja lugejaskonda.

3.4.1 Terviseriskidest teavitamiseks ning tervislike eluviiside edendamiseks teavituskampaaniate ja teabelevi korraldamine tööealisele elanikkonnale

Peamised probleemid

- Tööealise elanikkonna terviseseisund on halb, üle poole haiguskoormusest langeb tööealisele elanikkonnale ning 6–7% töövõimelisest elanikkonnast on mitteaktiivne halva tervise tõttu.

Sihtgrupp: tööealine elanikkond.

Eesmärk: tööealise elanikkonna teadlikkus tervislikest eluviisidest on suurenenud.

Kavandatavad detailed tegevused, tegevuste algus- ja lõppkuupäevad, indikaatorid ja jätkumine järgmisel programmiperioodil

Tegevuse nimetus	Tegevuse algus- ja lõppkuupäev	Tegevuse indikaator	Tegevuse alustamine perioodil 2008–2009	Tegevuse jätkumine perioodil 2012–2013
Teavituskampaaniate läbiviimine, sh lähteülesannete koostamine, vajalike uuringute läbiviimine	aprill 2010 – oktoober 2011	läbi on viidud 4 teavituskampaaniat	jah, tegevus 3.4.1	jah
Teavituskampaaniate tulemuslikkuse hindamine	juuni 2010 – oktoober 2011	koostatud on 4 kampaania tagasisideuuring	jah, tegevus 3.4.1	jah
Teavitusalaseid hea praktika näiteid ja tõenduspõhiseid meetodeid tutvustava konverentsi korraldamine	aprill-juuni 2010 – juuni 2011	korraldatud on 1 konverents	ei	jah
Internetilehtede www.terviseinfo.ee ja www.toitumine.ee ümberkujundamine eelkõige tööealise elanikkonna vajadusi arvestavaks ning täiendamine tööealisele elanikkonnale suunatud infoga	aprill 2010 – detsember 2011	2 internetilehe ümberkujundused on tehtud	jah, tegevus 3.4.1 toitumine.ee osas	jah
Riskiteguritest teavitamist ja muid programmi tegevusi toetavate tervisealaste infomaterjalide koostamine, trükkimine ja levitamine, sh Sotsiaalministeeriumi rahvatervise osakonna poolt kahe teaviku koostamine, trükkimine ja levitamine	aprill 2010 – detsember 2011	koostatud, trükitud ja levitatud on vähemalt 8 erinevat infomaterjali	ei	jah
Rehabilitatsiooni- ja nõustamisteenuste teemaliste juhendmaterjalide trükistena väljaandmine	aprill 2010 – detsember 2011	välja on antud vähemalt 2 juhendmaterjali	ei	jah

3.4.2 Tervisedendusala teabe levikuks võrgustiku arendamine, teabekandjate arendamine

Peamised probleemid

- Teadlikkus tervisedendusest, tervise mõjust majandusele ja tööhõivele ning tõenduspõhistest sekkumismeetmetest on kogu ühiskonnas vähene, vastavasisuline info ei leia kajastamist üldistes meediakanalites.
- Programmi „Tervislikke valikuid toetavad meetmed 2008–2009” raames ilmumist alustanud tervisedendusala teabeleht vajab edasiarendamist parima formaadi, infokanalite, kaasautorite baasi osas.

Sihtgrupp: perearstid ja -õed, tervisenõustajad ja -edendajad, tervisenõukogude liikmed, Tervise Arengu Instituudi ja Sotsiaalministeeriumi koostööpartnerid.

Eesmärk: informatsioon valdkonna olulisematest sündmustest ja protsessidest ning tõenduspõhistest sekkumismeetmetest tööealise elanikkonna tervise parandamiseks on spetsialistidele kättesaadav.

Kavandatavad detailsed tegevused, tegevuste algus- ja lõppkuupäevad, indikaatorid ja jätkumine järgmisel programperiodel

Tegevuse nimetus	Tegevuse algus- ja lõppkuupäev	Tegevuse indikaator	Tegevuse alustamine perioodil 2008–2009	Tegevuse jätkumine perioodil 2012–2013
Tervisedendusala teabelehtede väljaandmine	aprill 2010 – detsember 2011	ilmunud on 8 teabelehte	jah, tegevus 3.4.2	jah
Sõltuvushäiretega ja HIV-positiivsetele inimestele nõustamis- ja rehabilitatsiooniteenuseid osutavatele organisatsioonidele suunatud internetipõhise keskkonna, sh modereeritud foorumi väljaarendamine	aprill 2010 – detsember 2011	internetipõhine keskkond on välja arendatud	ei	jah
Sõltuvushäiretega ja HIV-positiivsetele inimestele nõustamis- ja rehabilitatsiooniteenuseid osutavatele organisatsioonidele suunatud modereeritud foorumisse liikmete kaasamine, selleks infopäevade korraldamine	aprill 2010 – detsember 2011	foorumisse on kaasatud vähemalt 200 liiget	ei	jah

4. ABIKÕLBLIKUD JA MITTEABIKÕLBLIKUD KULUD

4.1 Perioodi 2007–2013 struktuuriotoetuse seaduse § 21 lõike 2 alusel kehtestatud korra kohaselt on abikõlblikud järgmised kulud:

4.1.1 Personali- ja üldkulud. Kui programmi elluviija või partneri töötaja või teenistuja täidab lisaks programmi raames tehtavale tööle ka muid ülesandeid, peab ta programmi elluviimise ajal täitma tööajatabelit ning abikõlblik on töö- ja puhkusetasu proportsionaalselt programmi elluviimiseks kasutatud tööaja eest.

4.1.2 Personali transpordikulud, kui need on vajalikud programmi eesmärkide saavutamiseks. Transpordiliigi valimisel tuleb järgida kulude mõistlikkuse printsiipi. RÜ-l on õigus arvata transpordikulud mitteabikõbllikeks, kui kulu tegemine ei olnud sihtotstarbeline või on põhjendamatult suur. Abikõlblikud on järgmised transpordiga kaasnevad kulud alltoodud tingimustel:

4.1.2.1 ühistranspordi kasutamise kulud. Kuludokumentid (sõidupiletid) tuleb esitada koos selgitustega;

4.1.2.2 taksoteenuse kasutamise kulud. Kuludokumentid tuleb esitada koos põhjendusega, miks taksoteenuse kasutamine oli mõistlik ja vajalik;

4.1.2.3 mootorsõiduki liisimise ja rentimise kulud hilisema väljaostuõiguseta liisingu- või rendilepingu korral. Kui mootorsõidukit kasutatakse ka muudeks sõitudeks kui programmi tegevused, siis on abikõlblik ainult proportsionaalselt programmi rakendamiseks tehtud osa rendi- või liisinguesemele tehtud kulutustest. Proportsiooni arvestuse põhimõtted tuleb eelnevalt RÜga kooskõlastada. Maksimaalne hüvitatav rendi- või liisingueseme rendi- või liisingumakse ning kütusekulu kokku on 10 000 krooni (koos käibemaksuga) kalendrikuus;

4.1.2.4 isikliku sõiduauto kasutamise kulud. Hüvitamine toimub tulumaksuseaduse § 13 lg 3 punkti 2 alusel Vabariigi Valitsuse kehtestatud tingimustel ja piirmäärades. Abikõlblik on hüvitis vastavalt tegelikule kulule kütusekulu tõendava dokumendi ja kalkulatsiooni esitamisel või vastavalt asutusesiseselt kehtestatud isikliku sõiduvahendi kasutamise tingimustele ja kulule kilomeetri kohta, kuid mitte rohkem kui 4 krooni sõidetud kilomeetri kohta;

4.1.2.5 tasuline parkimine kuludokumentide alusel koos selgitusega.

4.1.3 personali toitlustuskulud ja sellelt tasutav maks tulumaksuseaduse § 48 lõike 4 mõistes.

4.1.4 päevarahad, majutuskulud ja mootorsõiduki kasutamise kulud on abikõlblikud asjaomastes õigusaktides kehtestatud maksustamisele mittekuuluvate piirmäärade ulatuses.

4.1.5 rendi- ja üürikulud.

4.1.6 väliskoolitused ja -lähedused Euroopa Liidu liikmesriikides, Norras, Liechtensteinis, Šveitsis ja Islandil.

4.1.7 toetuse kasutamise ja avalikustamisega seotud teavituskulud.

4.1.8 videoprojektori, koopiamasina ja skaneerimisseadme ostmine ja liisimine on abikõlblik, kui see on rakendusüksusega eelnevalt kooskõlastatud.

4.1.9 arvuti ja selle baastarkvara on abikõlblik kogumaksumuses kuni 25 000 krooni ilma käibemaksuta.

4.1.10 mööbel ühe töökoha kohta on abikõlblik kogumaksumuses kuni 15 000 krooni ilma käibemaksuta.

4.2 Lisaks on abikõlblikud teised kulud, mis on põhjendatud, mõistlikud ja otseselt vajalikud programmi eesmärkide täitmiseks ning mis on tehtud kooskõlas õigusaktides ning programmis sätestatuga.

4.3 Programmi elluviija ja partneri administratiivpersonali väliskoolitused ja -lähedused tuleb eelnevalt kooskõlastada RÜga. RÜ-l on õigus keelduda kooskõlastuse andmisest, kui personali väliskoolitused ja -lähedused ei täida programmi eesmärke.

4.4 Vastavalt Nõukogu määruse (EÜ) nr 1083/2006, millega nähakse ette üldsätted Euroopa Regionaalarengu Fondi, Euroopa Sotsiaalfondi ja Ühtekuuluvusfondi kohta ning tunnistatakse kehtetuks määrus (EÜ) nr 1260/1999 (EÜT L 210/25, 31.07.2006, lk 1–54) art 34 lõikele 2 fondide eripära kohta võib kuni 10% ulatuses programmi abikõlblikest kogukuludest teha kulusid, mis on abikõlblikud Euroopa Parlamendi ja Nõukogu määruse (EÜ) 1080/2006, mis käsitleb Euroopa Regionaalarengu Fondi ja millega tunnistatakse kehtetuks määrus (EÜ) nr 1783/1999 (EÜT L 210/1, 31.07.2006, lk 1–11) kohaselt, mille alusel finantseeritakse kulusid Euroopa Regionaalarengu Fondist.

4.5 Lisaks struktuuritoetuse seaduse § 21 lõike 2 alusel kehtestatud korras sätestatule on mitteabikõlblikud järgmised kulud:

4.5.1 mitterahaline sissemakse;

4.5.2 ostetud asjad ja teenused, kui rohkem kui ühe pakkuja korral puuduvad võrdlevad pakkumused, alates 50 000 kroonist (ilma käibemaksuta). Üle 100 000 krooni maksvate asjade ja teenuste puhul peavad pakkujate paljususe korral pakkumused olema esitatud pakkuja poolt allkirjastatud;

4.5.3 liiklusvahendi ja kinnisasja ost;

4.5.4 väljaostuõigusega rent.

5. EELARVE

5.1 Struktuuritoetus (edaspidi *toetus*) on struktuuritoetuse seaduse § 2 punktist 1 lähtuvalt rahaline abi, mida antakse nõukogu määruse (EÜ) nr 1083/2006 artiklis 1 nimetatud struktuurifondide ja Ühtekuuluvusfondi rahalistest vahenditest või Eesti riigi poolt nende vahendite kasutamise kaasrahastamiseks sihtotstarbeliselt eraldatavatest täiendavatest vahenditest.

5.2 Omafinantseering on struktuuritoetuse seaduse § 2 punktist 3 lähtuvalt toetuse saaja või partneri rahaline või rahaliselt mõõdetav panus projekti. Omafinantseeringu hulka arvatakse ainult toetuse saaja või partneri tehtavad abikõlblikud kulud. Omafinantseeringut toetuse hulka ei arvata, samuti ei saa toetust kasutada omafinantseeringuks.

5.3 Toetuse maksimaalne määr on 85% ja maksimaalne summa on **62 404 291** krooni.

5.4 Omafinantseeringu minimaalne määr on 15% ja minimaalne summa on **11 012 522** krooni.

Programmi finantsplaan – lisa 1 vorm A

Programmi eelarve kulukohtade lõikes – lisa 1 vorm B

6. PROGRAMMI „TERVISLIKKE VALIKUID TOETAVAD MEETMED 2010–2011” INDIKAATORID

6.1 Programmi seosed rakenduskavas toodud indikaatoritega

Indikaator	Sihhtmäär 2013
1. Töölesaamist toetavaid teenuseid saanud isikute arv	4700

6.2 Programmispetsiifilised väljundindikaatorid

Programmi punkt	Tegevuse pealkiri või indikaator	Sihhtmäär 2013
3.1	Üle-eestilise võrgustiku loomine tervislikel põhjustel tööhõivest väljalangemise ennetamisele ja tööjõu produktiivsuse säilitamisele ja suurendamisele suunatud tegevuste elluviimiseks	
3.1.1	Kogukonna liidrite, sh maavalitsuste ja kohalike omavalitsuste juhtide teadlikkuse tõstmine tervisedenduslikest võimalustest elanikkonna tööhõive ja toimetuleku parandamisel, paikkondlike terviseprofiilide koostamine, paikkonna elanike tööhõivest väljalangemise ennetamist toetavate tervisealaste tegevuskavade koostamine	
	Paikkonna tervisedenduse baaskoolitustel osalenud inimeste arv	400
	Paikkonna terviseprofiili koostamise koolitustel osalenud inimeste arv	300
	Koostatud paikkonna terviseprofiilide arv	40
	Koostatud paikkonna tegevuskavade arv	30
	Paikkonna terviseõjurite uuringu standardprotokolli ja -küsimustiku väljatöötatud moodulite arv	2
	Piloteeritud paikkonna terviseõjurite uuringu standardprotokolli ja -küsimustiku moodulite arv	2
	Paikkonna terviseõjurite uuringu standardprotokolli ja -küsimustiku moodulite alusel paikkondades läbiviidud uuringute arv	10
3.1.2	Tööhõivest väljalangemise ja tööjõu produktiivsuse vähenemise ennetamisel paikkonnale ekspertabi ja koolitust pakkuva tugistruktuuri väljaarendamine	
	Paikkondades tervisedenduse koordineerimiseks sõlmitud lepingutega hõlmatud kohalike omavalitsuste protsent	70
	Paikkondades tervisedendust koordineerivate organisatsioonide kontaktisikutele läbi viidud supervisioonide arv	3
	Paikkondades tervisedendust koordineerivate organisatsioonide kontaktisikutele läbi viidud koolituste arv	3
3.1.3	Paikkonna tervise seisundi hindamise, terviseprofiili ning töendus põhiste tegevuskavade koostamiseks vajaliku info koondamine ja levitamine, sh tervisestatistika ja -uuringute	

	andmeesitlussüsteemi arendamine ja täiendamine, andmete kogumise võimaluste laiendamine	
	Tervisestatistika ja -uuringute andmeesitlussüsteemi täiendatud ja lisatud andmetabelite arv	300
	Tervisestatistika ja -uuringute andmeesitlussüsteemi kasutajauuring on läbi viidud	1
	Tervisestatistika ja -uuringute andmeesitlussüsteemi arendamise ja täiendamise kava on koostatud	1
	Tervise Arengu Instituudi kodulehel avaldatud paikkonna tervisedendusala hea praktika näidete arv	15
	Rahvusvahelisel koolitusel, seminaril või konverentsil osalenud inimeste arv / osaletud rahvusvaheliste koolituste, seminaride või konverentside arv	2/3
3.1.4	Tervisedendusspetsialistide väljaõppe toetamine	
	Stipendiumikonkurss on läbi viidud	1
	Tervisedendaja kutsestandardile vastava rakendusliku kõrghariduse õppe edukalt lõpetanud stipendiaatide arv	20
	Tervisedendaja kutsestandardile vastava rakendusliku kõrghariduse õppes kaks esimest semestrit edukalt lõpetanud stipendiaatide arv	15
3.2	Tervist edendava töökeskkonna kujundamise toetamine töötajate haigestumise vähendamiseks ja töö efektiivsuse suurendamiseks	
3.2.1	Tervist edendavate töökohtade võrgustiku laiendamine ning arendamine, töökohakesksete tervisedendusala koolituste, sh temaatiliste koolitusmoodulite väljatöötamine, tervist edendavate töökohtade võrgustiku liikmete koolitamine	
	Tervist edendavate töökohtade võrgustikku tutvustavate infopäevade arv	10
	Ürituste arv, kus on tutvustatud tervist edendavate töökohtade võrgustikku	5
	Tervist edendava töökoha mudeli baaskoolitustel osalenud inimeste arv	300
	Välja töötatud temaatiliste koolitusmoodulite arv	4
	Temaatiliste koolitusmoodulite kohastel koolitustel osalenud inimeste arv	400
	Läbiviidud töökoha tervisedendusala konverentside arv	2
	Tervist edendavate töökohtade võrgustiku kontaktisikutele korraldatud seminaride arv	5
	Ekspertide poolt külastatud asutuste ja ettevõtete arv, kus on tutvustatud töökoha tervisedendusala põhimõtteid	60
	Tervist edendavate töökohtade võrgustikuga liitunud uute asutuste ja ettevõtete arv	40
	Tervise Arengu Instituudi kodulehel avaldatud töökoha tervisedendusala hea praktika näidete arv	10
3.2.2	Töökoha tervisedendusala teabe koondamine ja levitamine, sh temaatiliste uuringute läbiviimine ning heade praktikate tunnustamine	

	Rahvusvahelisel koolitusel, seminaril või konverentsil osalenud inimeste arv / osaletud rahvusvaheliste koolituste, seminaride või konverentside arv	2/3
	Välja antud töökoha tervisedendusala seid põhimõtteid tutvustavate trükiste arv	2
	Töötajatele lõunaid pakkuvate hinnatud toitlustusasutuste arv	80
3.2.4	Tööõnnetuste, kutsehaiguste ja tööga seotud haiguste seiresüsteemi parendamine	
	Tööõnnetuste, kutsehaiguste ja tööga seotud haiguste andmekogumissüsteemi kontseptsioonist lähtuvad õigusaktide eelnõud on välja töötatud	1
	Tööõnnetuste, kutsehaiguste ja tööga seotud haiguste aruandluskorra muudatuste juurutamiseks läbiviidud koolitustel osalenud inimeste arv	300
	IT-lahendus tööõnnetuste, kutsehaiguste ja tööga seotud haiguste aruandluskorra muudatuste realiseerimiseks on loodud	1
3.3	Haiguste ja riskikäitumise ennetamisele ja tervislike eluviiside edendamisele suunatud nõustamisteenuste kättesaadavuse suurendamine, et toetada inimeste ning nende perede tööhõive suurendamist ja toimetuleku parandamist	
3.3.1	Sõltuvuse ja riskikäitumise ennetamiseks personaalsete teenuste osutamine ja arendamine, et parandada tööealise elanikkonna terviskäitumist ning ennetada tervislikel põhjustel tööhõivest väljalangemist	
	Inimeste arv, kellele on osutatud alkoholi liigtarvitamise varase avastamise ja nõustamise teenust	300
	Interaktiivne alkohoolialane internetileht on välja arendatud	1
	Rahvusvaheliste alkohoolialaste töögruppide kohtumiste kohta koostatud kokkuvõtete arv	8
	Ettepanekud suitsetamisest loobumise nõustamise teenuse arendamiseks on välja töötatud	1
	Inimeste arv, kellele on osutatud suitsetamisest loobumise nõustamise teenust / visiitide arv, mille käigus osutati suitsetamisest loobumise nõustamise teenust	3100/6300
	HIV-positiivsete inimeste arv, kellele on osutatud vaimset tervist ja töövõimet toetavaid tugiteenuseid	1000
	Sõltuvushäiretega inimeste arv, kellele on piloteerimise käigus osutatud tugiteenuseid	300
3.3.2	Koolitusvõrgu loomine, sihtgruppi koolitamine tööhõivest väljalangemist ennetavate teenuste kättesaadavuse parandamiseks	
	Alkoholi liigtarbimise varase avastamise ja nõustamise koolitustel osalenud inimeste arv	400
	Tervisliku toitumise ja liikumise edendamise koolitustel osalenud inimeste arv	200
	Eluviisi muutusi motiveeriva nõustamise koolitustel osalenud inimeste arv	500
	Vaimse tervise ja toimetuleku koolitusel osalenud vähihaigete ja nende tugiisikute arv	60

	Vaimse tervise ja toimetuleku üle-eestilises terviselaagris osalenud vähihaigete ja nende tugisikute arv	120
	Nõustamis- ja rehabilitatsioonikoolitustel osalenud sõltlastele ja HIV-positiivsetele inimestele nõustamis- ja rehabilitatsiooniteenust osutavate inimeste arv	200
	Nõustamiskoolitustel osalenud suitsetamisest loobumise nõustamise teenust osutavate inimeste arv	44
	Nõustamisalastel infopäevadel osalenud suitsetamisest loobumise nõustamise teenuse osutajate arv	90
	EL liikmesriigi uimasti- ja HIV-ravi- ning rehabilitatsioonisüsteemiga tutvumiseks korraldatud õppevisiidil osalenud rehabilitatsiooni- ja nõustamisteenuse osutajate arv	20
	Temaatilistel koolitustel osalenud sõltuvushäiretega ja HIV-positiivsete inimeste tugisikute ja eneseabigruppide juhtide arv	50
	Sõltuvushäiretega ja HIV-positiivsetele inimestele tugiteenuse osutajatele läbi viidud supervisioonide arv	12
	Sõltuvushäiretega ja HIV-positiivsetele inimestele tugiteenuse osutajatele läbi viidud intervüisioonide arv	4
3.3.3	Tööhõivest väljalangemist ennetavate terviseteeenuste arendamiseks vajalike baas- ja hindamisuuringute läbiviimine, info (sh erialase kirjanduse) koondamine, analüüs ja levitamine	
	Liikumisalaste uuringute kaardistamine on läbi viidud	1
	Alkoholi tarbimise uuring sihtrühmaspetsiifiliste ennetusteenuste ja teavitamise planeerimiseks on läbi viidud	1
	Vaimse tervise teenuste vajaduste analüüs on koostatud	1
	Sõltuvushäiretega ja HIV-positiivsetele inimestele osutatavate teenuste arendamise vajaduse analüüs on koostatud	1
3.4	Elanike teadlikkuse tõstmine terviseriskidest ja tervist toetavast käitumisest, et vähendada töölt kõrvalejäämist tervislikel põhjustel	
3.4.1	Terviseriskidest teavitamiseks ning tervislike eluviiside edendamiseks teavituskampaaniate ja teabelevi korraldamine tööalasele elanikkonnale	
	Läbi viidud teavituskampaaniate arv	4
	Teavituskampaaniate tulemuslikkuse hindamiseks koostatud tagasisideuuringute arv	4
	Teavitusalaste hea praktika näidete ja tõenduspõhiste meetodite tutvustamiseks korraldatud konverentside arv	1
	Ümberkujundatud internetilehtede arv	2
	Koostatud, trükitud ja levitatud riskiteguritest teavitamist ja muid programmi tegevusi toetavate tervisealaste infomaterjalide arv	8
	Väljaantud rehabilitatsiooni- ja nõustamisteenuste teemaliste juhendmaterjalide arv	2
3.4.2	Tervisedendusala teabe levikuks võrgustiku arendamine, teabekandjate arendamine	
	Ilmunud tervisedendusala teabelehtede arv	8
	Sõltuvushäiretega ja HIV-positiivsetele inimestele nõustamis- ja	1

	rehabilitatsiooniteenuseid osutavatele organisatsioonidele on välja arendatud internetipõhine keskkond	
	Sõltuvushäiretega ja HIV-positiivsetele inimestele nõustamis- ja rehabilitatsiooniteenuseid osutavatele organisatsioonidele suunatud modereeritud foorumisse kaasatud inimeste arv	200

6.3 Programmi mõju horisontaalsetele teemadele

Programm mõjutab (märkida ristiga; peab mõjutama vähemalt ühte teemat):

Regionaalset arengut jah ei

Selgitus: programmis on ette nähtud tegevused kohalike omavalitsuste ja maakondade võimekuse tõstmiseks elanike tervise arendamiseks ja tervisliku keskkonna loomiseks.

Keskkonnahoidu jah ei

Selgitus:

Infoühiskonna edendamist jah ei

Selgitus: programmis on ette nähtud tegevused tervisealase teabe kättesaadavuse parandamiseks veebi teel.

Kodanikuühiskonna arengut jah ei

Selgitus: paikkonna terviseprofiilide koostamise protsess eeldab kohaliku elu edendavate organisatsioonide kaasamist, sh kolmanda sektori ja kogukonna liidrite kaasamist paikkonna tervise hindamisse ja tervisedenduslike sekkumiste planeerimisse.

Võrdsete võimaluste edendamist jah ei

Selgitus: programm panustab meetmetele, mis on suunatud riskirühmade terviseprobleemide vähendamisele.

Soolist võrdõiguslikkust jah ei

Selgitus: programm tegeleb meeste varajast surma põhjustavate oluliste riskifaktoritega ja selle edukas rakendamine aitab vähendada meeste ja naiste keskmise eluea erinevust. Programm toetab seni puuduvate uimastisõltuvusalaste teenuste väljaarendamist naistele.

7. PROGRAMMI RAKENDAMINE

7.1 Programmi elluviija kohustused

Programmi elluvijale kohalduvad lisaks käesolevas programmis sätestatudle struktuuritoetuse seaduses ja selle alusel kehtestatud õigusaktides sätestatud toetuse saaja kohustused. Ühtlasi on programmi elluvijja kohustatud:

7.1.1 koguma programmis osalejate kohta nõutavad andmed vastavalt Komisjoni määruse (EÜ) nr 1828/2006, milles sätestatakse rakenduseeskirjad nõukogu määrusele (EÜ) nr 1083/2006, millega nähakse ette üldsätted Euroopa Regionaalarengu Fondi, Euroopa Sotsiaalfondi ja Ühtekuuluvusfondi kohta, ning Euroopa Parlamendi ja nõukogu määrusele (EÜ) nr 1080/2006, mis käsitleb Euroopa Regionaalarengu Fondi, lisale XXIII (EÜT L 45/3, 15.02.2007, lk 1–113);

7.1.2 rakendama programmi vastavalt detailsele eelarvele;

7.1.3 asjade ja teenuste hankimisel rohkem kui ühe pakkuja korral võtma võrreldavad hinnapakumused, alates 50 000 kroonist (ilma käibemaksuta);

7.1.4 esitama RÜ-le (ja koopia RA-le) programmi detailse eelarve 15 tööpäeva jooksul alates programmi kinnitamisest või selle muutmise kinnitamisest, kui muudetakse programmi lisa 1 vormi B;

7.1.5 esitama RA või RÜ nõudmisel programmi eelarve jagunemise aastate ja eelarveartiklite lõikes kajastades selles ka planeeritud laekumisi;

7.1.6 esitama RA-le programmi eelarve täitmise ülevaate iga kuu 5. kuupäevaks eelmise kuu kohta RA poolt välja töötatud vormil;

7.1.7 teavitama RA-d või RÜ-d, kui programmiga samalaadsetele tegevustele on taotletud toetust teistest meetmetest, Euroopa Liidu või välisabi vahenditest;

7.1.8 teavitama punktis 5.5 nimetatud tegevuste puhul abisaajat, et ta on saanud vähese tähtsusega abi ja/või riigiabi ja nõudma abi saajalt vähese tähtsusega abi teatist vastavalt konkurentsiseaduse § 33 lõikele 4.

7.1.9 viivitamata teavitama RÜ-d programmi abil teenitud tulust, mis ei vasta Vabariigi Valitsuse 31.01.2007 määruse nr 26 „Perioodi 2007-2013 struktuuritoetuse kulude abikõlblikkuse või mitteabikõlblikkuse määramise tingimused ja kord“ §-le 8².

7.2 Toetuse väljamaksete tegemine

7.2.1 Toetuse väljamaksmine toimub vastavalt struktuuritoetuse seaduse §-le 23 ja selle alusel kehtestatud õigusaktidele.

7.2.2 Programmi elluviija esitab RÜ-le 10. detsembriks järgneva eelarveaasta väljamaksete prognoosi. Esimese eelarveaasta väljamaksete prognoosi esitab programmi elluviija 15 tööpäeva jooksul programmi kinnitamisest. Esimese väljamaksetaotluse võib esitada koos väljamaksete prognoosiga.

7.2.3 Enne esimese väljamakse taotluse esitamist peab programmi elluviija esitama RÜ-le:

7.2.3.1 väljavõtte oma raamatupidamise sise-eeskirjast, milles on kirjeldatud, kuidas programmi kulusid ja tasumist eristatakse raamatupidamise registris muudest programmi rakendaja kuludest;

7.2.3.2 koopia riigihangete tegemise korrast asutuses;

7.2.3.3 lühikirjelduse programmi rakendamisega seotud dokumentide algatamise, viseerimise ja kinnitamise kohta ning vajaduse korral allkirjaõigusliku isiku poolt edasivolitatud õiguste korral asjakohaste volituste koopiad.

7.2.4 Punktis 7.2.3 nimetatud dokumente ei pea esitama kui programmi elluviija on varasemate programmide rakendamisel nimetatud dokumendid esitanud ja neid ei ole enne uue programmi rakendamist muudetud. Programmi elluviija esitab RÜ-le sellekohase kirjaliku kinnituse.

7.2.5 Väljamakse taotlusi esitab programmi elluviija rakendusüksusele kogu programmi kohta tervikuna või tegevuste kaupa, vastavalt p 7.2.2 nimetatud prognoosile mitte harvem kui kord kvartalis ja mitte tihedamini kui kord kuus.

7.2.6 Toetus makstakse toetuse saajale välja struktuuritoetuse seaduse § 23 lõike 4 alusel kehtestatud korras rakendusüksusele esitatud väljamakse taotluse või toetuse ettemaksetaotluse alusel. Väljamakse taotluse vormi kinnitab rakendusüksus. Esimesele väljamakse taotlusele või väljamakse kinnikatmise aruandele lisatakse kõik konkreetse taotluse aluseks olevate kuludokumentide ja tasumist tõendavate dokumentide koopiad. Kui esimest või viimast väljamakset taotletakse ettemaksena, siis lisatakse taotluse aluseks olevate kuludokumentide ja tasumist tõendavate dokumentide koopiad väljamakse kinnikatmise aruandele. RÜ nõudmisel lisab programmi elluviija väljamakse taotlusele/ettemakse aruandele vastavad dokumendid vaid rakendusüksuse nõudmisel.

7.2.7 RÜ-l on õigus peatada toetuse väljamaksmine või sellest osaliselt või täielikult keelduda, kui:

7.2.7.1 programmi elluviijal on täitmata talle struktuuritoetuse seadusega või selle alusel antud õigusaktiga pandud kohustus;

7.2.7.2 programmi elluviija ei kõrvalda väljamakse taotluses puudusi RÜ antud tähtajaks;

7.2.7.3 väljamakse taotlus sisaldab mitteabikõlblikke kulusid.

7.2.8 Juhul kui väljamakse taotlus erineb rohkem kui ¼ võrra esitatud prognoosist, on programmi elluviija kohustatud esitama korrigeeritud prognoosi järelejäänud eelarveaasta kohta.

7.2.9 Toetuse väljamaksed tehakse reeglina proportsionaalselt omafinantseeringuga.

7.2.10 Kui omafinantseeringust rahastatavaid tegevusi tehakse programmi elluviimise ajakavast tulenevalt hiljem kui toetusest rahastatavaid tegevusi ning omafinantseeringust planeeritud tegevusi ja kulusid ei saa rahastada toetusest, on eelnevalt RÜ-ga kooskõlastades erandkorras lubatud väljamaksmisel ületada programmis kinnitatud toetuse määra. Programmi elluviija peab tagama, et väljamakstud toetuse kogusumma ja proportsioon ei ületa ette nähtud toetuse kogusummat ja proportsiooni programmi lõpuks.

7.2.11 Programmi elluviija võib RÜ-lt taotleda ettemakset või kulude hüvitamist osaliselt tasutud kuludokumentide alusel. Sellisel juhul teostatakse maksed struktuuritoetuse seaduse § 23 lõike 4 alusel kehtestatud korra kohaselt.

7.2.12 Viimane väljamakse taotlus esitatakse hiljemalt koos programmi lõpparuandega, juhul kui programmi elluviija taotleb viimast väljamakset ettemaksena, esitatakse hiljemalt lõpparuandega aruanne väljamakse kinni katmise kohta. Kui programmi elluvijale on viimane väljamakse tehtud ettemaksena või osaliselt tasutud kuludokumentide alusel, esitatakse eelnimetatud väljamakse abikõlblike kuludega kinni katmise kohta aruanne koos nõutud kulu- ja maksedokumentidega hiljemalt koos lõpparuandega. Viimane väljamakse tasutud kuludokumentide alusel tehakse pärast lõpparuande kinnitamist RA poolt.

7.2.13 Programmis osaleva partneri kulud sisalduvad programmi elluviija poolt esitatavas väljamaksetaotluses.

7.2.14 Programmi elluviija vastutab toetuse kandmise eest partneri kontole.

7.3 Programmi muutmine

7.3.1 Kui ilmneb objektiivne vajadus programmi tegevuste, finantsplaani, eelarve või programmi abikõlblikkuse perioodi muutmiseks, esitab programmi elluviija selle kohta RA-le põhjendatud taotluse, teavitades samaaegselt kirjalikult RÜ-d tehtavatest muudatustest. RÜ-l on õigus teha omapoolseid ettepanekuid vastavalt muudatustele. RÜ poolt esitatavate ettepanekute tähtaeg kooskõlastatakse RA-ga vastavalt muudatuste sisule ja ulatusele.

7.3.2 RA vaatab p-s 7.3.1 viidatud muudatuse taotluse läbi ja otsustab programmi muutmise või muutmata jätmise 25 tööpäeva jooksul alates taotluse kättesaamisest.

7.3.3 Puuduste esinemisel annab RA programmi elluvijale tähtaja puuduste kõrvaldamiseks. Taotluse menetlemise tähtaega võib pikendada puuduste kõrvaldamiseks ettenähtud tähtaja võrra.

7.3.4 RÜ võib programmi elluvijale või RA-le teha ettepanekuid programmi eelarve muutmiseks, kui programmi seirearuandes esitatud andmetest või muudest objektiivsetest asjaoludest selgub, et muudatuste tegemine on vajalik programmi eduka elluviimise tagamiseks.

7.3.5 RA võib muuta programmi, kui selgub, et muudatuste tegemine on vajalik programmi edukaks elluviimiseks või programmi elluvijal ei ole toetuse kasutamist ettenähtud tingimustel võimalik jätkata. Kui programmi rakendamisel on kalendriaasta

lõpu seisuga tekkinud eelarveliste vahendite jääk, on RA-l õigus vähendada programmi kogueelarvet kalendriaastas kasutamata jäänud eelarve summa ulatuses.

7.3.6 Programmi muutmist ei saa taotleda sagedamini kui korra 6 kuu jooksul.

7.3.7 Eelnevalt RA-ga kirjalikult kooskõlastades ja RÜ-d teavitades, ei eelda programmi muutmist kinnitatud eelarve muutmine tingimusel, et programmi kogutoetuse summa ja osakaal ei muutu, kui:

7.3.7.1 kinnitatud eelarve kuluridasid ei muudeta ühe kalendriaasta jooksul kumulatiivselt rohkem kui 0,5% kalendriaasta eelarve kogukuludest;

7.3.7.2 programmi administreeriva personali kulude proportsioon programmi tegevuskuludest ei suurene;

7.3.7.3 muudatuse tulemusena on tagatud programmi eesmärkide täitmine ja selleks elluviidavate tegevuste kaetus rahaliste vahenditega.

7.3.8 Eelnevalt RA-ga kirjalikult kooskõlastades ja RÜ-d teavitades võib programmi muutmata kinnitatud eelarve kuluridasid muuta rohkem kui punktis 7.3.7.1 sätestatud, kui punktides 1.7.1.1 -1.7.1.3 sätestatud programmi tegevusperioodi lõpuni on jäänud vähem kui 3 kuud. Muudatuse tulemusel ei tohi muutuda programmi kogutoetuse summa ja osakaal.

7.4 Toetuse kasutamisega seotud teabe ja seirearuannete esitamine

7.4.1 Programmi elluvija esitab RÜ-le vormikohase programmi vahearuarande paber kandjal või elektrooniliselt digitaalselt allkirjastatult üldjuhul iga aasta 20. jaanuariks ja 15. juuniks. Juhul kui programmi abikõlblikkuse perioodi alguse ja esimese vahearuarande esitamise vahe on vähem kui neli kuud, esitatakse vahearuaranne järgmiseks tähtpäevaks. Paber kandjal esitatud vahearuarandele tuleb lisada selle elektrooniline koopia.

7.4.2 Programmi elluvija esitab RÜ-le vormikohase programmi lõpparuande paber kandjal või elektrooniliselt digitaalselt allkirjastatud 50 päeva jooksul alates programmi abikõlblikkuse perioodi lõppkuupäevast. Paber kandjal esitatud lõpparuandele tuleb lisada selle elektrooniline koopia.

7.4.3 Juhul kui vahearuarande ja lõpparuande esitamise vahe on vähem kui kuus kuud, esitatakse vaid lõpparuanne.

7.4.4 RÜ kontrollib 20 tööpäeva jooksul vahe- või lõpparuande (edaspidi koos *seirearuanne*) laekumisest arvates, kas programmi seirearuanne on vormikohane ja nõuetekohaselt täidetud.

7.4.5 Juhul kui vahearuanandes puudusi ei esine, kinnitab RÜ programmi vahearuarande.

7.4.6 Juhul kui lõpparuandes puudusi ei esine, kooskõlastab RÜ lõpparuande ja edastab 5 tööpäeva jooksul RA-le kinnitamiseks.

7.4.7 Kui vahearuandes esineb puudusi, annab RÜ programmi elluvijale vähemalt 10 tööpäeva puuduste kõrvaldamiseks ning RÜ kinnitab programmi vahearuande 5 tööpäeva jooksul pärast puuduste kõrvaldamist.

7.4.8 Kui lõpparuandes esineb puudusi, annab RÜ programmi elluvijale vähemalt 10 tööpäeva puuduste kõrvaldamiseks ning edastab 5 tööpäeva jooksul pärast puuduste kõrvaldamist RA-le kinnitamiseks.

7.4.9 Kui RA-le esitatud lõpparuandes esineb puudusi, teavitab RA sellest RÜ-d ja edasine lõpparuande menetlemine toimub punkti 7.4.8 kohaselt.

7.5 Toetuse tagasinõudmine ja tagasimaksmine

7.5.1 Toetuse tagasinõudeid menetleb RÜ struktuuritoetuse seaduse § 26 järgi.

7.5.2 Toetuse tagasimaksmine toimub struktuuritoetuse seaduse § 27–28 järgi.