

Sotsiaalministeerium

PROGRAMM

**TERVISLIKKE VALIKUID TOETAVAD MEETMED
2008-2009**

Tallinn 2007

SISUKORD

1. PROGRAMMI ÜLDKIRJELDUS	3
2 EESMÄRKIDE KIRJELDUS	4
3 TEGEVUSTE KIRJELDUS	4
3.1 Toetada maavalitsuste ja kohalike omavalitsuste tasandil rahvastiku tervise olukorra hindamist, tegevuskavade planeerimist	4
3.1.1 Rahvastiku tervise hindamissüsteemi loomine	5
3.1.2 Tervisenõukogude koolituse metoodilise baasi, juhiste ja töövahendite väljatöötamine	7
3.1.3 Maavalitsuste ja KOVide terviseprofiilide koostamine ja tegevuskavade koostamine	8
3.1.4 Pika-ajalise töövõimetuse põhjuste ja nende ennetamise uuring	Tõrge!
Järjehoidjat pole määratletud.	
3.1.5 Täiskasvanud elanikkonna tervisealaste uskumuste ja hoiakute uuring sh standarduuringu protokoll koostamine KOV-idele	9
3.2 Tervise edendamise põhimõtete levitamine töökohtadel	10
3.2.1	11
3.2.2 TET võrgustiku võtmeisikute koolitamine	12
3.2.3 Majanduslik analüüs tervise edendamise tasuvuse kohta töökohtades	13
3.3 Alkoholi sõltuvuse nõustamissüsteemi väljatöötamine	15
3.3.1 Varajase avastamise ja nõustamise süsteemi väljatöötamine	16
3.3.2 Tugisüsteemi loomine sõltlaste lähedastele	17
3.3.3	18
3.3.4	18
3.4 Terviseteadlikkuse tõstmiseks ja tervisekäitumise parendamiseks teabe koondamine, levitamine sh teavituskampaaniad	19
3.4.1 Teavituskampaaniate korraldamine	19
3.4.2 Teavitusmaterjalide koondamine sh KOVidele	Tõrge! Järjehoidjat pole määratletud.
1. ABIKÕLBLIKUD JA MITTEABIKÕLBLIKUD KULUD	21
2. EELARVE	22
3. INDIKAATORID	22
7. PROGRAMMI RAKENDAMINE	24
7.1 Programmi elluviija kohustused	24
7.2 Toetuse väljamaksete tegemise tingimused ja kord	25
7.3 Programmi muutmine ja kehtetuks tunnistamine	26
7.4 Toetuse kasutamisega seotud teabe ja seirearuannete esitamine	27
7.5 Toetuse tagasinõudmine ja tagasimaksmine	27

Käesolev programm on koostatud perioodi 2007-2013 struktuuritoetuse seaduse § 20 lg 1 alusel ning kooskõlas Euroopa Komisjoni ja Euroopa Nõukogu poolt kehtestatud eelarveperioodi 2007-2013 struktuuritoetuste regulatsiooniga ja struktuuritoetuse seaduse alusel vastu kehtestatud määrustega

1. PROGRAMMI ÜLDKIRJELDUS

1.1 Programmi nimetus Tervislikke valikuid toetatavad meetmed 2008-2009

1.2 Rakenduskava, prioriteetse suuna ja meetme nimetus Inimressursi arendamise rakenduskava. Prioriteetne suund 3: „Pikk ja kvaliteetne tööelu“. Meede 3.1 „Tervislikke valikuid toetatavad meetmed“.

1.3 Rakendusasutus: Sotsiaalministeerium (edaspidi RA)

1.4 Rakendusüksus: Elukestva Õppe Sihtasutus Innove (edaspidi RÜ)

1.5 Programmi elluviija: Tervise Arengu Instituut

1.6 Programmi abikõlblikkuse periood 01.01.2008 – 31.12.2009

1.7 Taust, vajalikkuse põhjendus

Töölase ja ühiskondliku aktiivsuse üheks oluliseks aluseks on hea tervis. Tööealise elanikkonna ebaterved eluviisid, halb tervises seisund ja varajane suremus ei võimalda kasutada täielikult tööjõu potentsiaali, mõjutades negatiivselt elukvaliteeti, tööjõu pakkumist ja töötaja produktiivsust. 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.

Eesti tervisenäitajad on oluliselt halvemad kui Euroopa Liidu vastavad näitajad ning jäävad alla ka võrdluses Liidu postsotsialistlike liikmetega. Eriti teravalt torkab silma Eesti meeste kehv tervis: meeste keskmine oodatav eluiga on 9 aastat lühem kui n-ö vanades Euroopa riikides, naised surevad Lääne-Euroopa sookaaslastest 3 aastat varem.

Eesti varajase suremuse põhjustajatest moodustavad suure osa ennetatavateks peetavad haigused ning vigastused ja traumad. Näiteks vereringeelundkonna haigustesse suremus ületab Eestis 3,5 korda, välispõhjustest tingitud surmad aga lausa 4,4 korda n-ö vanade Euroopa riikide vastava näitaja. Suure osa tervisekao põhjuseks võib pidada Eesti elanikkonna kõrgendatud riskikäitumist, mis väljendub alkoholi liigtarvitamises, suitsetamises, ebatervislikus toitumises ja väheses füüsilises aktiivsuses. Välispõhjustest tingitud surmade juures mängib eriti olulist rolli alkohol. Näiteks 2005a. oli mittesihilike vigastussurmade põhjustajate hulgas esikohal etüülalkoholi mürgistus, suitsiidi sooritanutest olid 82% alkoholi liigtarvitajad. Eriti suur osakaal on alkoholil vigastussurmade põhjustajana just parimas tööeas elanikkonna hulgas, ulatudes 42%-st kukkumisest põhjustatud surmade puhul kuni 75% uppumissurmade korral.

Arvestades Eesti demograafilist olukorda, on varajase suremuse ja tervislikel põhjustel hõivest välja langemise ennetamine olulised probleemid, millest sõltub majanduse arenguvõime tulevikus. Tulemuslikuks sekkumiseks on vaja rakendada tõenduspõhiseid meetmeid erinevatel tasanditel, mis eeldab senisest laiaulatuslikumat tervisemõjurite seiret ja analüüsi ning nii informeerituse kui suutlikkuse kasvu läbivalt kogu ühiskonnas.

1.7.1 Seos rakenduskava ja prioriteetse suuna eesmärkidega

- Töötuse ja mitteaktiivsuse ennetamine
- Töötute ja mitteaktiivsete hõivesse toomine

1.7.2 Seos teiste meetmete, programmide ja avatud taotlusvoorudega

- Meede 3.3 Kvalifitseeritud tööjõupakkumise suurendamine
- Lisaks programmile on meetmes 3.1 planeeritud avatud taotlusvoorud

1.7.3 Seos valdkondlike arengukavadega

- Eesti majanduskasvu ja tööhõive tegevuskava 2005-2007 3. osa „Tööturg ja tööhõive“
- Rahvastiku tervise arengukava 2008-2020
- Säästva arengu riiklik strateegia
- Sotsiaalse ebavõrdsuse vähendamise strateegia
- Rahvatervisealane teadus- ja arendustegevuse riiklik sihtprogramm 1999-2009
- HIV ja AIDSi ennetamise riiklik strateegia aastateni 2006 -2015
- Narkomaania ennetamise riiklik strateegia aastani 2012
- Südame- ja veresoonkonna haiguste ennetamise riiklik strateegia 2005–2020
- Vähktõve riiklik strateegia
- Liikumisharrastuse Sihtprogramm
- Eesti töökeskkonnapoliitika
- Eesti keskkonnatervise riiklik programm
- Lapse õiguste tagamise strateegia
- Esmatasandi arstiabi arengukava...
-

1.6 Toetuse andmise sihtgrupp/sihtgrupid

Programm toetab Sotsiaalministeeriumi rahvatervise osakonna tegevusi tervisliku elukeskkonna kujundamisel, tervisedenduse arendamisel, paikkondliku tervisealase suutlikkuse tõstmisel ning haiguste ja terviseriskide ennetamisel. Kasusaajateks on programmis osalevate paikkondade elanikud, tervisedendajad, paikkondlikud tervisenõukogud, kohalikud omavalitsused ja maakonnad, tervist edendavate ettevõtete juhid ja töötajad, alkoholisõltuvuse riskiga isikud ja nende pereliikmed, perearstid ja pereõed, Eesti Haigekassa.

2 EESMÄRKIDE KIRJELDUS

2.1 Üldeesmärk: vähendada tervislikel põhjustel tööhõivest kõrvalejäämist

2.2 Alaeesmärgid:

- 2.2.1 toetada kohalikke omavalitsusi ja maavalitsusi oma elanikkonna tervise olukorra hindamisel, tegevuskavade planeerimisel ja rakendamisel;
- 2.2.2 toetada ettevõtjaid töötajate tervise edendamisel ning seeläbi vähendada ennetatavate haiguste teket ;
- 2.2.3 töötada välja riiklikku alkoholist loobumise nõustamissüsteem, et toetada alkoholi sõltuvusega inimeste ning nende perede tööhõive suurendamist ja seeläbi toimetuleku parandamist;
- 2.2.4 tõsta elanike teadlikkust terviseriskidest ja tervist toetavast käitumisest.

3 TEGEVUSTE KIRJELDUS

3.1 Toetada maavalitsuste ja kohalike omavalitsuste tasandil rahvastiku tervise olukorra hindamist, tegevuskavade planeerimist

Olukorra kirjeldus:

Indiviidi tervisekäitumist mõjutavad väga paljud erinevad tegurid, mistõttu rahvatervise paranemine ja inimeste käitumismustrite muutmine on võimalik ainult erinevate meetmete koosmõjus ning eri tasandite koostöös. Kvalitatiivse muutumise saavutamiseks on vajalik saavutada olukord, kus mistahes eluvaldkonna otsuste langetamisel arvestatakse ka nende otsuste mõju tervisele.

Eriti oluline on tervisetemaatika teadvustamine kohaliku omavalitsuse poolt mitmetel põhjustel. Esiteks, langetatakse just sel tasandil kõige enam elukeskkonda kujundavaid otsuseid ning omavalitsuste prioriteetidest sõltub suuresti, kas ümbritsev keskkond, infrastruktuur ning elukorraldus toetab inimeste tervise arengut ja tervislikke valikuid. Teiseks kinnitab 2007 aastal läbiviidud uuring (Lai 2007), et elanikkonna terviseseisund erineb nii maakondade kui omavalitsuste lõikes oluliselt

Kolmandaks võib aga välja tuua seose paikkonna sotsiaalmajanduslike näitajate, eriti tööpuuduse ja tervisenäitajate vahel. Kui töötuse ja vaesuse negatiivne mõju tervisele on laiemalt teada, siis tervisenäitajate mõju majandusele ning tervisedenduses peituvat ressursi teadvustatakse küllaltki vähe. Samas on täheldatud tervisedenduslike projektide soodsat mõju paikkonna sotsiaalsele sidususele, inimeste toimetulekule, mitteaktiivsete aktiveerimisele ja tööturule tagasitulekule.

Eestis puudub täna süsteem, mis seoks ühtseks tervikuks, riikliku, maakondliku ja kohaliku omavalitsuse tervisedendava tegevuse. Tervise temaatika teadvustamine ja väärtustamine on erinevates paikkondades erineval tasemel, maakondade tervisenõukogude tegevus hõlmab peamiselt riiklike ennetusstrateegiate rakendamist (südame-veresoonkonna haiguste ja HIV/narkoennetusstrateegia) Samas on täheldatav kohalike omavalitsuste huvi kasv tervisedenduse vastu ning laienev valmisolek tervisedendavate meetmete rakendamiseks.

Üleriikliku südame-veresoonkonna haiguste ennetamise strateegia raames moodustati 2005 a. kõikides maakondades tervisenõukogud. Valdavas osas maakondadest on tervisenõukogu tegevus keskendunud peamiselt Haigekassa ja Tervise Arengu Instituudi poolt rahastatud riiklike strateegiate ja programmide rakendamisele. Strateegiate rakendamiseks on igas maavalitsuses ning Tallinna, Narva ja Tartu Linnavalitsuses nimetatud ka tervisedenduse eest vastutav isik, kuid enamikes maakondades on tegu valdavalt muude ülesannetega hõivatud ametnikuga, kelle sisulised ülesanded tervisedenduse osas ei ulatu riiklike strateegiate rakendamisest kaugemale. Siiski on mitmes maakonnas (Rapla, Lääne-Viru, Jõgeva) tervisenõukogu tegevust laiendatud, analüüsides maakonna terviseseisundit tervikuna ning edendades tervisedenduslikku tööd omavalitsustes. Rapla ja Jõgeva maakondades on tervisenõukogud moodustatud kõikides maakonna omavalitsustes. Rapla maakonnas on viidud läbi süsteemne tervisehindamine (Raplamaa rahva tervis. Rapla Maavalitsus 2005).

Omavalitsuste initsiatiivi tervisedenduses pärsib sageli kompetentsi ning poliitilise toetuse puudumine. Otsustajate vähene teadlikkus tervisest kui olulisest ressursist ning tervisedendusest kui võimalusest paikkonna arengut positiivses suunas mõjutada pärsib vahendite ning tähelepanu suunamist tervisevaldkonnale. Samuti on raskesti kättesaadav ja töödeldav tervisealane info, eriti paikkondlikul tasandil, mis raskendab ka paikkonna terviseseisundi adekvaatset hindamist..

3.1.1 Rahvastiku tervise hindamissüsteemi loomine

Probleemid:

- Eestis puudub terviklik rahva tervise hindamissüsteem, mis võimaldaks erinevate indikaatorite põhjal anda ülevaatliku ja kokkuvõtliku hinnangu elanikkonna terviseseisundile ning jälgida seisundi muutusi,

- Tervisealane statistiline info on koondatud ja esitatud viisil, mis ei arvesta elanikkonna terviseseisundi tervikliku hindamise vajadusi – rahvatervise seisukohalt olulised andmed asuvad erinevates andmebaasides, nende esitamise meetodika võib erineda määral, mis raskendab andmete koondamist, kõrvutamist ja võrdlemist. Samuti on erinevate indikaatorite jälgimissagedus erinev ning mitmete rahvatervise seisukohalt oluliste indikaatorite kohta ei teostata uuringuid eelnevalt määratletud regulaarsusega
- Kohalike omavalitsuste ja maakondade võimalused pääseda ligi nende piirkondade tervisealasele statistikale on raskendatud, enamikel juhtudel tuleb selleks esitada päring asjaomasele asutusele
- Kohalikel omavalitsustel ja maakondadel puudub selge orientiir, mille järgi paikkonna tervist hinnata. Hästi on jälgitavad ja võrreldavad mõningad konkreetset terviseindikaatorid (näiteks haigestumus teatud haigustesse), kuid tervise üldolukorra hindamiseks peab iga paikkond ise määratlema indikaatorite kogumi ning hankima vajalikud alg- ja võrdlusandmed. Sageli puudub omavalitsustel kompetents indikaatorite adekvaatseks määratlemiseks ning vajaliku info hankimiseks ja töötlemiseks.

•
Eesmärk:

- Määratleda rahvastiku tervise hindamise seisukohalt olulised indikaatorid ning tagada nende jälgitavus nii üleriiklikul kui maakondlikul tasandil, võimaluse korral ka omavalitsuste lõikes
- Võimaldada eri tasandi otsustajatele, omavalitsustele ja maavalitsustele, tervisepoliitika planeerijatele, meediale ning avalikkusele ligipääs kergestimõistetavale ja terviklikule ülevaatele rahva tervise olukorrast ning mugav ligipääs asjaomasele statistikale
- Võimaldada paikkondade liidritele ja tervisedendajatele ligipääs relevantsele terviseinfole, tagada info jälgitavus madalaimal võimalikul tasandil s.o maakondlikul ja võimaluse korral ka omavalitsuse tasandil

•
Kavandatavad tegevused:

- Rahvastiku tervise olukorra hindamissüsteemi kontseptsiooni väljatöötamine
- Hindamissüsteemi testimine, rahvastiku tervise hindamise läbiviimine
- Sotsiaalministeeriumi ja tema allasutuste töötajate väljaõpeväljaõpe rahvastiku tervise hindamissüsteemi osas
- Hindamissüsteemi ja selle alusel saadud tulemuste tutvustamine omavalitsustele ja maakondadele
- Tervisestatistika ja uuringute andmete ja indikaatorite koondamine ühtsesse andmebaasi
- Andmebaasi tutvustamine kohalikele omavalitsustele, maavalitsustele, maakonna ja kohalike omavalitsuste tervisenõukogudele jt., maakondade ja kohalike omavalitsuste tervisedendajate koolitus andmebaasi kasutamisekskasutamiseks

Indikaatorid:

- Rahvastiku tervise hindamissüsteemi kontseptsioon on välja töötatud
- Hindamissüsteemi kasutades on koostatud ülevaade Eesti rahvastiku tervisest
- Hindamissüsteemi ja selle tulemusel saadud järeldusi on tutvustatud asjaomastele isikutele (maakondade ja omavalitsuste tervisenõukogude liikmed ja tervisedendajad,

- maavalitsused, omavalitsused, sotsiaalministeeriumi töötajad, Riigikogu sotsiaalkomisjoni liikmed, meedia)
- Loodud on terviseinfo andmebaas, mis koondab erinevaid indikaatoreid ja uuringute tulemusi, andmebaasi kasutamise võimalusi on tutvustatud asjaosalistele ning andmebaasi kasutatakse omavalitsuste ja maakondade tervisenõukogude töös ning tervisealaste arengukavade koostamisel

3.1.2 Tervisenõukogude koolituse metoodilise baasi, juhiste ja töövahendite väljatöötamine

Probleemid:

- Paikkondlikel tervisenõukogudel puuduvad täna emakeelsed ja Eesti oludele kohendatud juhendid tervisenõukogude töö korraldamiseks tervisedenduse laiemaks arendamiseks, maavalitsused lähtuvad töö korraldamisel üldjuhul Haigekasse ja Tervise Arengu instituudi poolt koordineeritavatest riiklikest ennetusstrateegiatest tulenevatest nõuetest
- Tervisenõukogu metoodilise baasi ja töökorralduse väljaarendamine iga maakonna tasandil eraldi pole otstarbekas, kuna ühtse üle-Eestilise metoodilise baasi väljatöötamine tagab ressursside kokkuhoiu, hõlbustab piirkondade omavahelist koostööd, osalemist üleriigilistes programmides ning võimaldab nõukogude tööd ühtsetel alustel hinnata

Eesmärgid:

- Teadvustada maakondades ja kohalikes omavalitsustes tervisedenduse olemust ja võimalusi rahvastiku tervise olukorra parandamisel
- Koostada metoodiline materjal, mis võimaldab nii programmis osalevatel maavalitsustel ja omavalitsustel kui ka hilisematel aastatel programmiväliselt asjast huvitatud paikkondadel käivitada tervisedendusala tegevus tõenduspõhisele ja süstemaatilisele kontseptsioonile tuginedes
- Luua maavalitsustes ja kohalikes omavalitsustes kompetents tervisehindamise läbiviimiseks, tervisearengukava koostamiseks ja sekkumismeetmete planeerimiseks
- Võimaldada paikkondade liidritele ja tervisedendajatele, tervisepoliitika kujundajatele ning kõikidele asjast huvitatud isikutele ligipääs tõenduspõhistele ja end õigustanud sekkumismeetmete kontsentreeritud ja kergestimõistetavale ülevaatele
-

Kavandatavad tegevused:

- Tervisedenduse baaskoolituse läbiviimine maakondade ja kohalike omavalitsuste juhtidele ja tervisedendajatele, tervisenõukogu liikmetele
 - Terviseprofili koostamise metoodilise materjali väljatöötamine ja trükkimine
 - Hindamismudeli ja juhendi koostamine
 - Koolituskava ja materjali koostamine
- Kohalike omavalitsuste ja maavalitsuste töötajate koolitamine vastavalt koolituskavale
- Sekkumismeetmetest ja meetoditest ülevaate koostamine, koondamine ja trükkimine; heade näidete kogumiku koostamine, kogumiku tutvustamine kohalikele omavalitsustele ja maavalitsustele

Indikaatorid:

- Terviseprofiili koostamiseks vajalik metoodiline materjal on välja töötatud ning maa- ja omavalitsustele kättesaadavaks tehtud, materjali kasutatakse paikkondlike terviseprofiilide koostamisel ja tervisenõukogu töös
- Hindamismudel ja –juhend on väljatöötatud ja maa- ja omavalitsustele kättesaadavaks tehtud ning mudelit kasutatakse paikkondliku tervisehindamise läbiviimisel
- Programmis osalevate paikkondade tervisedendajad ja tervisenõukogud on vastavalt koostatud koolituskavale koolitatud, neil on oskused hindamismudeli kasutamiseks ja terviseprofiili koostamiseks vastavalt koostamise juhendile
- Ülevaade sekkumismeetmetest koos heade näidetega on koostatud, avalikuks tehtud ning asjaomastele isikutele (paikkondade liidrid, tervisepoliitika kujundajad, meedia) tutvustatud, ülevaadet on kasutatud maakondade ja omavalitsuse tervisedendusliku tegevuse planeerimises

3.1.3 Maavalitsuste ja KOVide terviseprofiilide koostamine ja tegevuskavade koostamine**Probleemid:**

- Eestis pole täna ühtegi maakonda ega kohaliku omavalitsust, kus oleks vastu võetud tervise arengukava. Mitmetes omavalitsustes ja maakondades viiakse läbi suuremal või vähemal määral tervisedenduslikku tegevust, vaatamata sellele on tervisedendus iseseisva valdkonnana vähe teadvustatud. Näiteks leiab vaid mõne maakonna kodulehelt tervisedenduse kohta informatsiooni. Enamalt jaolt leiab tervisedenduslik tegevus aset mõne teise valdkonna raames, või siis on keskendunud väga kitsastele probleemidele, näiteks HIV ennetusele.
- Maavalitsuste juures töötavad tervisenõukogud on keskendunud riiklike strateegiate ellurakendamisele ega tegele maakonna tervisearenguga laiemalt, enamikes maakondades ja omavalitsustes pole tervisedendus arvatud prioriteetsete tegevuste hulka ning ei teadvustata võimalusi tervisedendava tegevuse läbi rahvastiku tervisliku ja sotsiaalmajandusliku olukorra parandamiseks
- Paikkondadel puudub usaldusväärne ülevaade oma piirkonna tervislikust seisundist ning tervisemõjuritest, enamasti käsitleb info, millega opereeritakse, üksikuid haigestumuse näitajaid

•

Eesmärgid:

- Teadvustada kohalikes omavalitsustes ja maakondades paikkondade hetke terviseseisund
- Arendada paikkondade tervisehindamisealast kompetentsi
- Arendada paikkondade tervisedendusala kompetentsi
- Tegevuskavade koostamine, mille eesmärk on vähendada ja ennetada tervislikest põhjustest tingitud töötust ja mitteaktiivsust.

•

Kavandatavad tegevused:

- Maavalitsuste ja kohalike omavalitsuste tervisenõukogud hindavad oma elanikkonna tervise olukorda ning viimaste aastate muutusi selles, koostavad terviseprofiili
- Määratletakse ja hinnatakse olemasoleva teenused ja tervisedenduslike tegevused

- Maavalitsused ja kohalikud omavalitsused määratlevad olukorra hinnangust lähtuvalt strateegia paikkonna terviseolukorra parandamiseks ja tööelise elanikkonna mitteaktiivsuse ennetamiseks, koostavad tegevuskava
- Tervise Arengu Instituut korraldab programmis osalevatele maakondadele ja kohalikele omavalitsustele supervisiooni ja ekspertabi terviseprofiilide ja tegevuskavade koostamisel
- Sekkumismeetmete interaktiivse andmebaasi loomine

Indikaatorid:

- Programmis osalevad maakonnad ja kohalikud omavalitsused on koostanud oma piirkonna terviseprofiili, mis annab ülevaate elanikkonna terviseseisundist ning olemasolevatest teenustest
- Programmis osalenud maavalitsused ja kohalikud omavalitsused on koostanud tegevuskava, mis vastab terviseprofiilist tulenevatele järeldestele ning milles planeeritakse kasutada tõenduspõhiseid sekkumismeetmeid
- Kohalikud omavalitsused ja maavalitsused kasutavad terviseprofiili koosamisel ja tegevuste planeerimisel rahvastiku tervise hindamise süsteemi abil saadud andmeid ja tõenduspõhiste meetmete koondatud andmebaasi
- Kohalikud omavalitsused ja maavalitsused täiendavad sekkumismeetmete andmebaasi maakonnas või kohalikus omavalitsuses läbiviidud tervisedenduslike meetmete kirjeldustega

3.1.4 Täiskasvanud elanikkonna tervisealaste uskumuste ja hoiakute uuring sh standarduuringu protokollide koostamine KOV-idele

Probleemid:

- Eestis on uuritud tervisekäitumist erinevatest aspektidest (alkoholitarbimine, toitumine, suitsetamine, liikumisharjumused jt), kuid väga põgusalt on uuritud tervisekäitumist mõjutavaid motiive
- Välise sekkumismeetmete rakendamine inimeste tervisekäitumise muutmiseks saab olla tõhus vaid siis, kui meetmete planeerimisel ja tervisealaste sõnumite edastamisel arvestatakse tervisekäitumist tingivaid motiive
- Kohalikud omavalitsused vajavad oma tegevuse planeerimisel informatsiooni oma piirkonna inimeste uskumuste, hoiakute ja väärtuste kohta, kuid enamasti puudub usaldusväärsete uuringute tellimiseks ressursid ning piiratud vahendite tingimustes eelistatakse toetuda intuiitvusel teel saadud järeldestele

Eesmärk:

- Selgitada välja tervisekäitumist enim mõjutavad individuaalsed motivaatorid
- Selgitada välja seosed inimeste tervisealaste uskumuste ja hoiakute ning seniste tervisedenduslike meetmete vahel
- Luua omavalitsustele, maakondadele ning ka teistele võimalikele asjast huvitatud isikutele juhendmaterjali ja standardprotokollide näol võimalus viia lihtsamaid ja väiksemaid uuringuid läbi vähete vahendite ja kõrvalise abita

Kavandatavad tegevused:

- Uuringu läbiviimine hõlmab:
 - o uuringu metoodika ja küsitlusvahendite (ankeetide) väljatöötamist;

- uuringu valimi moodustamist;
- küsitlustöö läbiviimist ja andmete kogumist;
- kogutud andmete analüüsi ja uuringuraporti koostamist;
- uuringutulemuste avalikustamist.
- Standarduuringu protokoll koostamine
- Kohalike omavalitsuste ja maakondade töötajate väljaõpe uuringu läbiviimiseks

Indikaatorid:

- Uuring on eesmärgipäraselt läbi viidud;
- uuringuga kogutud informatsioon on avalikustatud ja olulisematele sidusrühmadele (otsustajad riigi, maakonna ja kohaliku omavalitsuse tasandil, tervisepoliitika planeerijad, maakondade ja kohalike omavalitsuste terviseedendajad jt) edastatud;
- uuringu tulemusi on kasutatud tervisepoliitika kujundamisel, Sotsiaalministeeriumi ja Haigekassa tervisedenduslike kampaaniate planeerimisel, maakondade ja kohalike omavalitsuste tervisearengukavade koostamisel.
- Standarduuringu protokoll on koostatud
- Kohalikes omavalitsustes ja maavalitsustes on väljaõpetatud töötajad, kes on võimelised standarduuringu protokoll alusel läbi viima väiksema mahuga uuringuid
- Uuringu läbiviimist standarduuringu protokoll alusel on katsetatud kohaliku omavalitsuse või maakonna töötajate poolt

3.2 Tervise edendamise põhimõtete levitamine töökohtadel

Olukorra kirjeldus:

Eesti majandus on jõudnud faasi, kus tööjõuturg ei suuda kasvava majanduse vajadusi rahuldada, ja seda eriti kvalifitseeritud tööjõu osas. Seetõttu on muutunud aktuaalseks olemasoleva tööjõu potentsiaali parem ära kasutamine, mille üheks oluliseks takistuseks on tervis. Üle poole Eesti haiguskoormusest langeb tööelisele elanikkonnale. Halb tervis on oluliseks teguriks tööturult kõrvalejäämisel, kuid ka töötavad inimesed kaotavad halva tervise tõttu aastas olulisel määral töötunde. 2006. aastal avaldatud uurimuse kohaselt kaotab halva tervisega mees nädalas keskmiselt 12 ja naine 8 töötundi võrreldes hea tervisega sookaaslastega. Halb tervis suurendab ka varase pensionilemineku tõenäosust, mis on tööandjale kahtlemata kaotuseks, arvestades töötaja väljaõppele ja koolitusele kulunud ressursi. Kahtlemata põhjustab halb tervis ka madalamat tootlikkust töökojal

Kasvavast tööjõupuudusest tingituna on üha enam Eesti tööandjaid hakanud väärtustama oma töötajaid ning nende heaolu. Paraku on tervisetemaatika ning eriti tööandja vastutust töötaja tervise eest seni suhteliselt vähe teadvustatud. Eesti tööandja kipub alahindama keskkonna mõju inimese tervisele ja tema tervisekäitumisele ning seab siinkohal vastutuse peamiselt indiviidile. Tervisedendust pärsib ka vähearenenud ametühingute liikumine ning autoritaarsete suhete prevaleerimine tööandja ja töövõtja vahel.

Euroopa Tervisedendavate Töökohtade võrgustiku kogemuste kohaselt on tööandjal laialdased võimalused oma töötajate füüsilise ja vaimse heaolu mõjutamisel läbi töökeskkonna ja asutuse töökultuuri kujundamise. Tööandjast sõltub suurest töötajate füüsiline aktiivsus tööpauside ajal, suitsetamine töökojal, tervisliku toidu kättesaadavus töökojal, töökollektiivi sisekliima jne. Võrgustiku kogemuste kohaselt paranevad tervisedenduslike põhimõtete rakendamisel asutuse/ettevõtte töötulemused, väheneb kaadrivoolavus ja töötajate haigestumus, tõuseb töötajate motiveeritus ja jõudlus.

Töökojal tervisedenduslike põhimõtete juurutamisel on võimalik toetuda varasemale tegevusele töötervishoiu ja tööohutuse vallas. Tööohutust ja töötervishoidu käsitlevate

õigusaktide raames on tööandjatele juba seatud mitmed kohustused ning sätestatud töötajate tervist jälgivad institutsioonid. Igas asutuses peab olema töökeskkonnavolinik, üle 50 töötajaga asutuses peab olema töökeskkonnanõukogu. Tööinspektsiooni juhtimisel on välja töötatud hulgaliselt tööohutus- ja tervishoiualaseid juhendmaterjale ning viidud läbi uuringuid. Välja on töötatud tööõnnetuste kulude hindamismudel ning hinnatud tööõnnetuse kulusid ettevõttele, individile ja ühiskonnale. Kui tööohutuse raames keskendutakse eelkõige vigastuste ja haigestumiste ärahoidmisele, siis tervishoiuna mõistetakse seaduse tähenduses muuhulgas ka töötaja vaimse ja füüsilise heaolu edendamist, seega on tervishoiualane tegevus ja tervisedendus töökohtades kahtlemata komplementaarne ja vähemalt osaliselt kattuv. Näiteks on Tööinspektsiooni ja Eesti Karskusliikumise koostöös valminud kogumik „Kuidas ennetada alkoholiprobleeme töökohal?”

Paraku ei ole tervishoiualased meetmed täiel määral rakendunud. 2005a. oli Töökaitseinspektsiooni poolt kontrollitud ettevõtetest töökeskkonnavolinik töötajate poolt valitud vaid 67%-l, nõuetekohase koolituse oli volinik saanud vaid 57%-s ettevõtetest. Enam kui pooltel asutustel puudus riskianalüüsist lähtuv arengukava terviseriskide vähendamiseks, 40%-s ettevõtetest ei teostatud nõuetekohaselt töötajate tervisekontrolli. 81,4% kontrollitud asutustes tuvastas Töökaitseinspektsioon puudusi töökeskkonnas, sealjuures esines puudusi tööandja tegevuses seadusest tulenevate nõuete täitmisel 60% ettevõtetes.

Lähtudes eeltoodust võib väita, et tervisele pööratakse Eestis töökohtadel vähe tähelepanu, mistõttu terviseteadlikkuse tõstmine kätkeb endas potentsiaali nii tervisedenduse kui ka tervishoiu ja tööohutuse arendamisel.

Juhul, kui on olemas nii tööandja hea tahe kui töövõtjate initsiatiiv, on tervisedendusala tegevus pärsitud kompetentsi puudumise tõttu. Kogemused tervisedendusest töökohal on vähesed ning sageli ei oska ei tööandjad ega –võtjad määratleda tervistmõjutavaid tegureid töökohal.

Eestis on alustatud tervist edendavate töökohtade võrgustiku loomisega, võrgustik hõlmab hetkel üle 70 ettevõtte. Tervisearengu instituut on andnud välja juhendmaterjali riskide hindamiseks töökohal ning alustanud kompetentsikeskuse loomist. 2006. aastal koolitati 40 tööandjat töökohal tervisedendamise vallas. Edukalt on käivitunud Tervisedendava Kooli ja Tervisedendava Lasteaia liikumised, mille tegevus kattub osaliselt tervisedendava töökoha võrgustike tegevustega.

3.2.1 Tervist edendava töökoha põhimõtete võrgustiku laiendamine

Probleemid:

- Töötajate tervise väärtustamine on nii tööandjate kui töövõtjate endi hulgas tõusuteel, kuid siiski mitte piisav, neljal viiendikul asutustest esineb puudusi töökeskkonna nõuete täitmisel. Tervisedendus töökohal on vähelevinud ning kasutatavate meetmete valik on väga kitsas.
- Motiveeritud tööandjatel ja –kollektiividel puudub enamasti piisav info tervisedenduslikust tegevusest ning puudub ka teadmine, kust sellist infot saada
- Kompetentsikeskus Tervise Arengu Instituudis vajab olulist arendamist, hetkel asutustekle pakutavate infomaterjalide valik on väike ning nõustamis- ja koolitusvõimalused piiratud

Eesmärgid:

- Laiendada tervistedendavate töökohtade võrgustiku tegevust, kaasates senisest enam töökohti ning arendades pakutavaid nõustamisteenuseid
- Teadvustada tervist edendava töökohta võrgustiku olemasolust ja eelistest kõiki üle-Eestilisi tööandjate ja töövõtjate organisatsioone ning motiveerida neid sellekohast informatsiooni levitama oma liikmesorganisatsioonide seas
- Tagada tervisedenduse osas motiveeritud töökollektiividele ligipääs laiaspektrilisele informatsioonile tervisedenduslikest meetmetest töökohal

Kavandatavad tegevused:

- Riikliku kompetentsikeskuse loomine TAIs – võrgustiku koordineerimine, metodoloogiline tugi ja nõustamine
- Rahvusvaheliselt tunnustatud TETi mudeli, meetodite ja praktikate kohandamine Eesti oludele,
- Töökohtadele juhendmaterjali tõlkimine, täiendamine, koondamine, trükkimine ja levitamine (kvaliteedi kriteeriumid, küsimustik enesehinnanguks, parimad praktikad ja soovitusel erinevat tüüpi ettevõtetele jne)
- Tööandjate ja töövõtjate katusorganisatsioonide teavitamine tervistedendavate töökohtade võrgustikust, Tervisearengu Instituudis loodud kompetentsikeskusest
- Teavitustöö ettevõtetes ja asutustes, sealjuures asutustes, kus Tööinspeksioon on kontrolli käigus tuvastanud puudusi töötervishoiuõuete täitmisel

Indikaatorid:

- Tervistedendavate töökohtade võrgustikuga haaratud töökohtade arv on kasvanud vähemalt kaks korda
- Tööandjate ja töövõtjate katusorganisatsioonid on teavitanud oma liikmesorganisatsioone tervisedenduse võimalustest, tervistedendavate töökohtade võrgustikust ning kaasanud tervisedenduse nende teemade hulka, millele katusorganisatsioon oma tähelepanu pöörab
- Tervisearengu Instituudis on loodud kompetentsikeskus, mis on võimeline nõustama erineva spetsiifikaga töökohtadel tervisedenduslike meetmete rakendamist

3.2.2 TET võrgustiku võtmeisikute koolitamine

Probleemid:

- Teadmised tervisedenduse võimalustest töökohal on piiratud ning ebaühtlaselt levinud
- Töötajate tervisest hoolivad tööandjad vajavad konkreetsete sammude astumiseks nõustamist ja juhendmaterjali
- Tervisedendusest ja töötervishoiust huvitatud töötajad ei saa alati oma eesmärkidele vajalikku toetust töökohalt ning vajavad nõustamist ja toetust väljaspoolt töökohta
-

Eesmärgid:

- Ettevõtetes ja asutustes tervisedenduse ja töötervishoiualase teadlikkuse ja kompetentsi tõstmine
- Tervisedendusala tegevuse käivitamine võrgustiku uute liikmete töökohtadel ning tegevuse intensiivistamine praeguste liikmete töökohtadel
- Tervisedendusega tegeleva tugeva, liikmeid toetava ja nõustava võrgustiku loomine

Kavandatavad tegevused:

- Koolituskava ja -materjali koostamine, integreerides sealjuures koolituse programmi tööohutuse ja töötervishoiualase informatsiooni Tööinspektsiooni soovitude kohaselt
-
- Võrgustiku võtmeisikute koolitamine

Indikaatorid:

- Programmi raames koostatud koolituskava järgi on väljaõppe saanud enamus senistest võrgustiku võtmeisikutest ning kõik programmi ajal liitunud võtmeisikud
- Võrgustikuga liitunud võtmeisikute töökohtades on algatatud terviseriskide hindamine ning käivitatud tervistedendavad tegevused. Praeguste võrgustike liikmete töökohtadel on tegevus intensiivistunud.
- Võrgustikuga liitunud töökohtadel ei esine olulisi rikkumisi tööohutuse ja töötervishoiualaste nõuete suhtes

3.2.3 Pika-ajalise töövõimetuse põhjuste ja nende ennetamise uuring

Probleemid:

- Pikaajalised töötud moodustavad enam kui poole töötute koguarvust ning nende aktiveerimiseks ei piisa üldjuhul majanduse elavnemisest ja uute töökohtade tekkimisest (2005. aastal oli tööpuuduse määr 7,9% ning pikaajalisi töötuid 4,2%, 2006 aastal oli tööpuuduse määr langenud 6,3%-ni, kuid pikaajaline töötus vähenenud vaid 16%) 2005. aastal oli 25-49 aastaste tööturul mitteaktiivsete hulgas 23,8%-l juhtudest mitteaktiivsuse põhjuseks haigus või vigastus
- Töötervishoiu spetsialistide hinnangul on Eestis registreeritud tööõnnetuste ja kutsehaiguste arv oluliselt väiksem tegelikust tänu töövõtjate madalale teadlikkusele ning hirmule pälvida tööandja negatiivne suhtumine ja kaotada töökoht. Statistika järgi on Eestis kutsehaigusi ja tööõnnetusi vähem kui Euroopa Liidus keskmiselt
- Suure osa Eestis registreeritavatest vigastustest on põhjustanud alkoholi liigtarbimine, samuti on mitmete tervisehäirete otseseks põhjustajaks alkoholi liigtarbimine või muul moel tervist kahjustav käitumine. Sellest tulenevalt on põhjust arvata, et ka tervislikel põhjustel tööturul tagasitõmbumise sügavamad põhjused võivad peituda alkoholi liigtarbimises ja riskikäitumises laiemalt
- Puuduvad usaldusväärsed andmed töövõimetuse sisulistest põhjustest, sealhulgas andmed töökohal tekkinud tervisehäirete ning riskikäitumise osakaalust töövõimetuse põhjuste hulgast
-

Eesmärk:

- Selgitada välja pika-ajalise töövõimetuse olemuslikud põhjused ning tervistkahjustava käitumise, s.h alkoholi liigtarbimise osakaal sellest
- Hinnata olemasolevaid meetmeid pika-ajalise töötuse ennetamiseks uuringu tulemustest lähtuvalt ning teha ettepanekud meetmete tõhustamiseks

Kavandatavad tegevused:

Uuringu läbiviimine hõlmab:

- uuringu meetodika ja küsitlusvahendite (intervjuukavade) väljatöötamist;
- sihtrühma esindajate värbamist ja intervjuerimist;
- kogutud andmete analüüsi ja uuringuraporti koostamist;
- uuringutulemuste avalikustamist.

Indikaatorid:

- Uuring on eesmärgipäraselt läbi viidud;
- Uuringuga kogutud informatsioon on avalikustatud ja olulisematele sidusrühmadele (töövõtjate ja tööandjate katusorganisatsioonid, perearstid, tööturuspetsialistid, tervisepoliitika, s.h alkoholipoliitika planeerijad jt) edastatud;
- Uuringu tulemusi on kasutatud seniste tööturu-, sotsiaal ja terviseteenuste ning tervisepoliitika hindamisel, tervisepoliitika kujundamisel ning tööhõivet toetavate sotsiaal- ja tööturuteenuste arendamisel ja kvaliteedi tõstmisel.

3.3 Alkoholi sõltuvuse varajase avastamise ja nõustamise süsteemi väljatöötamine

Olukorra kirjeldus:

Sihtgrupp

Alates 1999 aastast on Eestis alkoholitarbimine kasvanud 10,3 liitrit üle 13 liitri elaniku kohta aastas. Maailma Tervishoiuorganisatsiooni hinnangul põhjustab alkoholitarbimine üle 6 liitri elaniku kohta tõsisemaid tervisekahjusid, majanduslikke ja sotsiaalseid probleeme. Eestis väljendub alkoholi kahjulik mõju nii tervisekaos ja kaotatud eluaastates kui ka erinevates sotsiaalsetes probleemides nagu alkoholismist tingitud töötus, vaesus ja kodutus ning alkoholi mõjul toime pandud kuriteod. Igal aastal kaotab Eesti tööturg sadu tööeas inimesi alkoholismi või sellest tingitud tervisehäirete tõttu, aga ka kuritegude, olgu siis selle ohvriks langemise või sooritamise tõttu. Alkoholi liigtarvitamine pärsib hariduse omandamist ja tööalase kvalifikatsiooni tõstmist ning vähendab töötajate võimekust. Alkoholi kahju Eesti majandusele ja inimressursile in märkimisväärne ning ületab kindlalt alkoholikaubandusest saadava maksutululu.

Alkoholi liigtarbitamine põhjustab olulise osa tervisekaost, eriti tähelepanuväärne on alkoholi osakaal enesetappude ja vigastuste põhjustajana. 2005. aastal kuulus Eestis mittesihilike ehk õnnestuslike vigastussurmade hulgas esikoht nii meeste kui naiste hulgas mürgistustele, mille peamiseks põhjuseks on tuvastatud etüülalkoholi liigjoomine. Alates 20. eluaastast kuni 60. eluaastani on meeste vigastussurmade hulgas esikohal vahelduvalt kas mürgistus või enesetapp. Keskealistest suitsiidi sooritanutest valdav enamus (82%) olid alkoholi väärarvitajad. Uurides vigastussurmasid otseselt esilekutsuvaid tegureid Eesti 18-64 aastase inimeste hulgas, selgus, et alkoholijoove oli ülihäälsete vigastuste juhtivaks põhjuseks. Kõigist uuritud 18-64 aastastest vigastussurma ohvritest oli fataalse sündmuse ajal joores 65%. Eriti suur osakaal on alkoholijooega seotud vigastussurmadel parimas tööeas elanikkonna hulgas, ulatudes 42%-st kukkumisest põhjustatud surmade puhul kuni 75% uppumissurmade korral. Maailma Terviseorganisatsiooni uurimus on näidanud, et 25% 15-29 aastaste meeste surmadest Euroopas on seotud alkoholiga.

Ravi ja nõustamise süsteem

Täna tegeletakse Eestis valdavalt alkoholismi raviga ning meetmed on mõeldud juba kaugemalearenenud alkoholismiga patsientidele. Kaugemalearenenud alkoholismi ravi on aga kahtlemata kallim ja vähem tulemuslikum kui sekkumine hetkel, mil alkoholisõltuvus on alles välja kujunemas või just väljakujunenud. Paraku pole Eestis varase sekkumise suunda seni arendatud.

Alkoholismi ravi ja nõustamise süsteem rajaneb patsiendi isiklikule initsiatiivile ja majanduslikele vahenditele. Paraku suur osa alkohoolikutest ei pöördu kas rahaliste vahendite või tahte puudusel mitte kunagi alkoholist loobumise abi saamiseks spetsialisti või tugigrupi poole. Enamik alkoholisõltuvuses inimesi ei tunnista sõltuvust enne tõsiste probleemide ilmnemist. Kui abi saamiseks spetsialisti poole üldse pöörduakse, siis alles hetkel, kui on juba tekitatud olulist kahju iseenda ja oma lähedaste tervisele ja heaolule ning sageli ka ühiskonnale. Varajane sekkumine on mõeldav vaid viisil, kus probleemi avastamine ei sõltu sõltlase enda initsiatiivist. Sõltuvus või sõltuvuseohu avastatakse mõne muu tegevuse, näiteks üldise tervisekontrolli käigus. Kõige enam puutuvadki selliste probleemidega kokku perearstid, kes on inimesele terviseprobleemide korral esmaseks pöördumise kohaks. Sõltuvus või sõltuvuse ohule ei pöörata sageli tähelepanu ega pakuta sobivat abi, sest puudub piisav toetav ravi ja nõustamise süsteem. Sõltuvusainete tarvitamise kui haiguse erilisest olemusest tulenevad sotsiaalsed ja käitumuslikud aspektid tingivad vajaduse väljuda tavapärase ravi-diagnostilise tegevuse raamidest. Täna tööga ülekoormatud perearstidel puudub võimalus täita vajalikul määral juhtumikorraldaja funktsioone. Olemas on 2001. aastal valminud narkomaania ravijuhis, kus antakse soovitusi kõikide sõltuvusainete osas, sealhulgas alkohol. Selle ravijuhise kohaselt

on sõltuvusprobleemidega isikute abistamisel keskne roll sotsiaalabi süsteemil. Paralleelselt psühhiaatrilise abi süsteemiga on ravijuhises peetud olulist rolli omavateks tervishoiuteenuse osutajateks perearste, kiirabi, haiglate erakorralise meditsiini osakondi. Sõltuvusravi organisatsioon põhineb olemasolevatel tervishoiu- ja sotsiaalabi asutustel, kuid ka uutel struktuuridel, mis luuakse sõltuvusprobleemide lahendamiseks. Uute struktuuride ja süsteemi väljaarendamine pole aga kulgenud väga edukalt. Ebapiisavalt on tähelepanu pööratud nii nõustamise kui ka ennetamise süsteemile. Samuti ei ole ravijuhendi eduka rakendamise toetamiseks toimunud piisavas mahus perearstide, pereõdede ja teiste spetsialistide koolitusi. Varasemad kogemused südame-veresoonkonna haiguste ja vähiennetusstrateegiade rakendamisel kinnitavad, et perearstid on koolitusest huvitatud ning põhimõtteliselt huvitatud ka patsientide nõustamisest, kuid suure töökoormuse tõttu pole nad praegu motiveeritud ega võimelised nõustamist läbi viima.

Alkoholist põhjustatud tagajärgede vähendamisel on vähe tähelepanu pööratud sõltuvuse ja alkoholist põhjustatud tervisekahjustuste ennetamisele. Ennetamine on kehtivate õigusaktidega perearsti ja pereõe oluline tööülesanne ja esmatasandi tervishoiu üks rollidest.

Eesti tingimustes tuleb pidada perspektiivseimaks suunaks varajase sekkumise, s.o varajase avastamise ja nõustamise süsteemi integreerimist esmatasandi arstiabisse, kuivõrd perearstil ja -õel on kõige paremad võimalused konkreetse inimese terviseseisundi jälgimiseks ajas ning patsiendi usalduse saavutamiseks.

3.3.1 Varajase avastamise ja nõustamise teenuse kontseptsiooni väljatöötamine

Probleemid:

- Olemasolev süsteem tegeleb valdavalt alkoholismi raviga ning on mõeldud juba kaugelearenenud alkoholismiga patsientidele. Kaugelearenenud alkoholismi ravi on kallim ja vähemtulemuslikum kui sekkumine alkoholismi varasemas staadiumis või alkoholisõltuvuse väljakujunemise eel
- Alkoholismi ravi ja nõustamise süsteem rajaneb patsiendi isiklikule initsiatiivile ja majanduslikele vahenditele
- Suur osa alkohoolikutest ei pöördu kas rahaliste vahendite või tahte puudusel mitte kunagi alkoholist loobumisel abi saamiseks spetsialisti või tugigrupi poole
- Enamik alkoholisõltuvuses inimesi ei tunnista sõltuvust enne tõsiste probleemide ilmumist ning pöördub abi saamiseks spetsialisti poole alles siis, kui on juba tekitatud olulist kahju iseenda ja oma lähedaste tervisele ja heaolule ning sageli ka ühiskonnale
- Perearstid on tööga ülekoormatud, mistõttu nad ei ole motiveeritud viima läbi nõustamist terviseriskide, s.h alkoholismi ennetamiseks

Eesmärk:

- Töötada välja alkoholisõltuvuse varajase avastamise ja nõustamise süsteemi kontseptsioon
- Leida võimalused varajase avastamise ja nõustamise süsteemi integreerimiseks esmatasandi arstiabisse

Kavandatavad tegevused:

- Moodustatakse varase avastamise ja nõustamise kontseptsiooni töörühm

- Koondatakse ja analüüsitakse Euroopa riikide, eriti Soome kogemusi varase avastamise ja nõustamise vallas
- Töötatakse välja alkoholisõltuvuse varase avastamise ja nõustamise teenuse kontseptsioon
- Koostöös Perearstide Liiduga leitakse lahendus teenuse integreerimiseks esmatasandi arstiabiga
- Töötatakse välja teenuse kirjeldus esitamaks Eesti Haigekassale taotlus alkoholisõltuvuse varase avastamise ja nõustamise teenuse nimetamiseks haigekasse poolt rahastavate teenuste nimekirja

Indikaatorid:

- Alkoholisõltuvuse varase avastamise ja nõustamise teenuse kontseptsioon on välja töötatud
- Kontseptsioon on kooskõlastatud Eesti Perearstide Liiduga
- Eesti Haigekassale on esitatud taotlus varase avastamise ja nõustamise teenuse lülitamiseks Haigekassa poolt rahastatavate teenuste nimekirja

3.3.2 Varajase avastamise ja nõustamise meetodilise materjali väljatöötamine

Probleemid:

- Eestis on olemas kõrgel tasemel kompetents alkoholismi raviks, kuid puudub kompetents alkoholismi ennetamiseks või varaseks sekkumiseks indiviidi tasandil. Kompetents on vähene nii „rohujuure” tasandil, individidega otseselt kokkupuutuvate tervishoiutöötajate seas, kui ka teadlaste ja tervisepoliitika kujundajate seas
- Alkoholiprobleemidega patsientide nõustamine eeldab spetsiifilist kompetentsi ja psühholoogiliste tehnikate valdamist, kuivõrd sõltuvuse varases staadiumis eitab enamik patsiente sõltuvuse olemasolu
-

Eesmärgid:

- Varajase avastamise ja nõustamise meetodika väljatöötamine
- Meetodika tutvustamine ja kättesaadavaks tegemine sihtrühmadele
- Varajase avastamise ja nõustamise alase kompetentsi tekkimine Eestis

Kavandatavad tegevused:

- Meetodika väljatöötamine
- Meetodika tutvustamine sihtrühmadele (perearstid, tervisedendajad jt)

Indikaatorid:

- Alkoholisõltuvuse varase avastamise ja nõustamise kohta on kättesaadav meetodiline materjal
- Olulisemad sihtrühmad (perearstid, tervisedendajad) on meetodilisest materjalist teadlikud ning sellega tutvunud
- Eesti haridus- ja teadusasutuses valmib vähemalt üks uurimustöö alkoholi varase avastamise ja nõustamise alal

3.3.3 Varajase avastamise ja nõustamise meetodika koolitajate väljaõpe

Probleemid:

- Eestis puuduvad alkoholisõltuvuse varase avastamise ja nõustamise spetsialistid, kes valdavad meetodikat tööks patsientidega

- Varase avastamise ja nõustamise teenuse integreerimisel esmatasandi arstiasse vajavad koolitust esmatasandil teenust osutavad tervishoiutöötajad. Sellises mahus koolitusvajadus eeldab kohalike koolitajate olemasolu

Eesmärgid:

- Varase avastamise ja nõustamisalase kompetentsi loomine Eestis, kompetentsi jätkusuutlikkuse tagamine
- Koolituste sihtrühmale sobiva perearstide koolitusvõrgu loomine

Kavandatavad tegevused:

- Koolituskava ja metoodilise materjalide väljatöötamine
- Koolituste läbiviimine vastavalt koolituskavale
- Perearstide kaasamine koolituse testimisele, koolituse hindamine

Indikaatorid:

- Välja on õpetatud Eesti perearstide koolitamiseks minimaalselt vajalik arv alkoholisõltuvuse varase avastamise ja nõustamise metoodika koolitajaid
- Koolituskava on kooskõlastatud Eesti Perearstide Liiduga

3.4 Terviseteadlikkuse tõstmiseks ja tervisekäitumise parendamiseks teabe koondamine, levitamine sh teavituskampaaniad

Olukorra kirjeldus:

Süsteemaatilisi ja regulaarseid terviseteadlikkuse tõstmise kampaaniaid korraldab Eesti Haigekasse, kelle tööd antud vallas võib pidada kõige järjekindlamaks. Teavituskampaaniad on korraldanud ka Eesti karskusliikumine ja ühendus Alkoholivaba Eesti Eest, kohalikud omavalitsused ja Olümpiakomitee, toitumisharjumustele suunatud kampaaniad on korraldanud ka toiduainete tootjate ja –töötajate liidud.

Eesti Haigekassal on seadusejärgne kohustus suunata 1,5 % oma eelarvest tervisedendusse, millest üks osa on planeeritud ka terviseteadlikkuse tõstmiseks suunatud kampaaniateks.

Kuivõrd Eesti Haigekassal lasub ülesanne hoolitseda kogu elanikkonna tervise eest, peab Haigekassa oma ressursse jagades arvestama nii erinevate sihtgruppide kui erinevate terviseriskidega. Seetõttu ei ole võimalik suunata järjepidevalt sõnumeid mõne kindla terviseriski ennetamiseks või sihtgrupi käitumise muutmiseks. Samas on järjekindlus käitumuslike hoiakute muutmise juures oluline tegur.

Tööealine elanikkond ei ole tervisedenduskampaaniate korraldamisel üldjuhul prioriteetne, erinevalt näiteks lastest ja noortest ei suunata neile enamasti eraldi sõnumeid ja informatsiooni. Samas on tööealisel elanikkonnal samuti omad eripärad, mis eeldavad spetsiifilist info esitamise viisi ja lähenemist. Tööealise elanikkonna tervisekäitumise muutmiseks on vajalik mõningase ajaperioodi jooksul suunata just sellele sihtgrupile orienteeritud sõnumeid

3.4.1 Teavituskampaaniate korraldamine

Probleemid:

- Eesti Haigekassa poolt rahastatud teavitus peab katma kogu elanikkonda, mistõttu konkreetne sihtgrupp ei pruugi saada piisavalt tähelepanu
- Tööealine elanikkond ei ole võrreldes laste ja noortega enamikes tervisedenduskampaaniates prioriteetsel kohal
- Samas on tööealise elanikkonna tervises seisund halb, üle poole haiguskoormusest langeb tööealisele elanikkonnale ning tööeas langetatud valikud mõjutavad suurel määral tervises seisundit vanas eas

Eesmärk:

- Parandada tööealise elanikkonna tervisekäitumist
- Tõsta tööealise elanikkonna teadlikkust terviseriskidest
-

Kavandatavad tegevused:

- Koostada analüüs tööealisele elanikkonnale suunatud teavituskampaania tulemuslikkuse eeldusest lähtuvalt tööealise elanikkonna tervisealaste uskumuste, väärtuste ja hoiakute uuringust
- Koostada analüüsist lähtuvad plaanid kampaaniate läbiviimiseks
- Igal aastal viia läbi üks tervise determinandipõhine teavituskampaania (alkohol - 2008, keskkonnatervis – 2009, narkomaania – 2010, seksuaalkäitumine – 2011, suitsetamine – 2012, liikumine, toitumine – 2013)

- Hinnata kampaania tulemuslikkust tagasiside-uuringutega

Indikaatorid:

- Igal aastal on läbi viidud üks determinandipõhine teavituskampaania
- Teavituskampaania mõju on uuringutega mõõdetud

3.4.2 Tervisedendusala teabelehe väljaandmine

Probleemid

- Tervisedenduse alal tegevaid inimesi on juba täna erinevates sektorites ning erinevatel tasanditel, käesoleva programmi eesmärkide kohaselt peab nende arv veelgi kasvama, tervisedenduslik tegevus peab leidma laiemat kandepinda.
- Tervisedenduse alase info süstemaatiliseks levitamiseks puudub infokanal, mis ühendaks infovõrgustikku kõiki tervisedenduses tegevaid inimesi ja sellest huvitatud isikuid, võimaldaks teavitada siht- ja sidusrühmi valitsustasandil kavandatavatest meetmetest ning saada sihtrühmadelt tagasisidet, vahendada infot horisontaalselt

Eesmärk

- Tagada siht- ja sidusrühmade informeeritus valitsustasandil kavandatavatest meetmetest tervisedenduse alal
- Võimaldada siht- ja sidusrühmadel osaleda valitsustasandi meetmete kavandamisel läbi adekvaatselt ajastatud tagasiside
- Tagada info horisontaalne liikumine, tõsta tervisedendajate informeeritust valdkonnas toimuvast ja parimatest praktikatest

Kavandatavad tegevused

- Teabelehe sisu koostamine, elektroonse ja paber kandjal ilmuva vormi kujundamine
- Paber kandjal ilmuva vormi trükkimine
- Elektroonilise ja paber kandjal ilmuva lehe jaotuskava koostamine, teabelehe levitamine jaotuskava alusel, s.h kõigile maavalitsuste ja kohalike omavalitsuste tervisenõukogude kontaktisikutele ja TET võrgustike kontaktisikutele, perearstidele

Indikaatorid

- Tervisedendusala infot sisaldav teabeleht on ilmunud 3 korda 2008 aasta ja neli korda 2009 aasta jooksul
- Teabeleht on jõudnud kõikidesse maavalitsustesse, kohalikesse omavalitsustesse, samuti Sotsiaalministeeriumi Rahvaterviseosakonna partneriteni, Tervist Edendavate Töökohtade võrgustiku kontaktisikuteni
-

• ABIKÕLBLIKUD JA MITTEABIKÕLBLIKUD KULUD

4.1 Abikõlblikud on kulud, mis on tehtud kooskõlas Euroopa Liidu ja Eesti Vabariigi õigusaktidega, on mõistlikud ja vajalikud programmi eesmärkide elluviimiseks ning hangete teostamisel on järgitud Riigihangete seadust. Lisaks perioodi 2007-2013 struktuuritoetuse seaduse (edaspidi *seadus*) § 21 lõike 2 alusel kehtestatud korrale on abikõlblikud järgmised kulud:

1) personali- ja üldkulud;

2) personali transpordikulud;

Transpordikulud on programmi raames programmi tegevuste elluviimiseks programmi personalile abikõlblikud, kui nad on vajalikud programmi eesmärkide saavutamiseks. RÜ-l on õigus arvata transpordikulud mitteabikõlblikuks, kui nad ei ole vajalikud programmi eesmärkide saavutamiseks või kulud on põhjendamatult suured.

Transpordikulud on abikõlblikud järgmistel tingimustel:

- ühistranspordi kuludokumendid (sõidupiletid, kuukaart) koos selgitustega;
- taksoteenuse kasutamine kuludokumendi alusel koos põhjendusega;
- auto liisimine perioodiks, millal programmi tegevused vajavad pidevat transporditeenust. Kui autot kasutatakse ka muudeks sõitudeks kui programmi tegevused, siis on abikõlblik ainult proportsionaalselt programmi rakendamiseks tehtud osa liisingueseme kasutamise tasust ja ostetud kütusest. Proportsiooni arvestuse põhimõtted tuleb eelnevalt RÜga kooskõlastada. Maksimaalne liisingueseme kasutamise tasu ja kütusekulu programmi tegevuste elluviimiseks ei tohi ületada 6000 krooni kuus;
- isikliku sõiduauto kasutamise hüvitamine vastavalt Vabariigi Valitsuse 14.07.2006.a määrusele nr 164 „Isikliku sõiduauto teenistus-, töö- ja ametisõitudeks kasutamise kulude hüvitise maksmise tingimused ja piirmäärad“. 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.
- tasuline parkimine kuludokumentide alusel, koos selgitusega

3) tulumaksuseaduse § 48 lõike 4 tähenduses erisoodustusena käsitatav kulu ja tasutav maks;

4) rendi- ja üürikulud;

5) kontoritehnika soetamine, mille kasutusiga on pikem kui programmi abikõlblikkuse periood. Tingimusel, et programmi elluviija rakendab katkematult ühest ja samast meetmest samatüübilisi tegevusi samuti järgnevatel perioodidel 2007-2013 programmides.

4.2 Vastavuses Nõukogu määruse nr 1083/2006 art 34 lõikele 2 fondide eripära kohta võib kuni 10% ulatuses programmi abikõlblikest kogukuludest teha kulusid, mis on abikõlblikud Euroopa Parlamendi ja Nõukogu määruse 1080/2006 kohaselt, mille alusel finantseeritakse kulusid Euroopa Regionaalarengu fondist.

4.3 Mitteabikõlblikud on muuhulgas järgmised kulud:

1) täistööajaga organisatsiooni töötaja või teenistuja töötamine programmi heaks osalise tööajaga;

2) mitterahaline sissemaks;

3) ostetud asjad ja teenused alates 30 000 kroonist (käibemaksuta), kui pakkujate paljususe korral puuduvad võrdlevad pakkumised

1. EELARVE

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

5.1.1 Toetuse maksimaalne määr ja summa: 85% -

5.2 Omafinantseering on seaduse § 2 punktist 3 lähtuvalt toetuse saaja või teise projektis osaleva füüsilise või juriidilise isiku, riigiasutuse või kohaliku omavalitsuse asutuse (edaspidi *projektis osalev isik*) rahaline panus projekti. Omafinantseeringu hulka arvatakse ainult toetuse saaja või projektis osaleva isiku tehtavad abikõlblikud kulud. Omafinantseeringut toetuse hulka ei arvata, samuti ei saa toetust kasutada omafinantseeringuks;

5.2.1 Seejuures kohaldatakse programmile vastavalt seaduse § 20 lg 5 toetuse saaja kohta sätestatud.

5.2.2 Omafinantseeringu minimaalne määr ja summa: 15% -

5.3 RA esitab RÜ-le programmi detailse eelarve teadmiseks 9 tööpäeva jooksul peale programmi kinnitamist.

5.4 Kui toetuse andmine on riigiabi konkurentsiseaduse § 30 lõike 1 mõistes või vähese tähtsusega abi sama seaduse § 33 lõike 1 mõistes, järgitakse Komisjoni määruse 1998/2006/EÜ, milles käsitletakse asutamislepingu artiklite 87 ja 88 kohaldamist vähese tähtsusega abi suhtes (ELT L 379, 28.12.2006, lk 5-10), sätestatud tingimusi.

Programmi finantsplaan – lisa 1 vorm A

Programmi eelarve kulukohtade lõikes – lisa 1 vorm B

2. INDIKAATORID

6.1 Programmi seosed rakenduskavas toodud indikaatoritega

Indikaator	Sihtmäär 2009
1. Töölesaamist toetavaid teenuseid saanud isikute arv	
2. Töölesaamist toetavate teenuste abil tööle rakendunud inimeste osakaal kõigist vastavaid teenuseid saanutest	25

6.2 Programmi spetsiifilised indikaatorid

Indikaator	Sihtmäär 2009
Rahvastiku tervise hindamissüsteemi kontseptsioon on välja töötatud	1

Hindamissüsteemi kasutades on koostatud ülevaade Eesti rahvastiku tervisest	1
Terviseinfo andmebaas on välja töötatud ja kasutajatele kättesaadav	1
Rahvastiku tervisehindamissüsteemi ja terviseinfo andmebaasi kasutamisevõimalusi on tutvustavate infopäevade arv	15 + 2
Terviseprofiili koostamiseks vajalik metoodiline materjal on välja töötatud	1
Hindamismudel ja –juhend on väljatöötatud	1
Terviseprofiili koostamiseks ning metoodiliste materjalide kasutamiseks koolitust saanud maakondade ja omavalitsuste tervisedendajad ja tervisenõukogude liikmete arv	200
Ülevaade sekkumismeetmetest koos heade näidetega on koostatud ja paikkondade tervisedendajatele edastatud	1
Paikkonna terviseprofiili koostanud maakondade ja kohalike omavalitsuste arv	30
Paikkonna tervisealase tegevuskava koostanud maakondade ja omavalitsuste arv	20
Täiskasvanud elanikkonna tervisealaste uskumuste ja hoiakute uuring on eesmärgipäraselt läbi viidud	1
Uuringut tutvustavate artiklite arv (sh ajakirjas Sotsiaaltöö ja tervisedendajate teabelehes)	3
Standarduuringu protokoll on koostatud	1
Standarduuringu protokoll kasutamise koolitust saanud isikute arv	50
Standarduuringu läbiviimist katsetanud paikkondade arv	
Tervisearengu Instituudis on loodud Tervist Edendavate Töökohtade võrgustiku kompetentsikeskus	1
Tervist Edendava Töökoha põhimõtteid tutvustav materjal on koostatud	1
Tervisedendavate töökohtade võrgustikuga haaratud töökohtade arv on kasvanud vähemalt kaks korda	
TET võrgustiku tutvustavate ettekannete/infopäevade arv	
Tervist Edendavad Töökohad koolitust saanud isikute arv	
Pika-ajalise töötuste põhjuste uuring on läbi viidud	1
Uuringu tulemusi tutvustavate artiklite arv	3
Alkoholisõltuvuse varase avastamise ja nõustamise teenuse kontseptsioon on välja töötatud	1
Eesti Haigekassale on esitatud taotlus varase avastamise ja nõustamise teenuse lülitamiseks Haigekassa poolt rahastatavate teenuste nimekirja	1
Alkoholisõltuvuse varase avastamise ja nõustamise kohta on kättesaadav metoodiline materjal	1

Kontseptsiooni tutvustavate ettekannete/artiklite arv	5
Eesti haridus- ja teadusasutuses valmib vähemalt üks uurimustöö alkoholi varase avastamise ja nõustamise alal	1
Alkoholisõltuvuse varase avastamise ja nõustamise koolituskava on koostatud	1
Koolitaja-koolituses osalenud isikute arv	
Kaks determinandipõhist teavituskampaaniat on läbi viidud	2
Uuring teavituskampaania mõjust tööealise elanikkonnale on läbi viidud	2
Tervisedendusala infot sisaldav teabeleht on ilmunud 3 korda 2008 aasta ja neli korda 2009 aasta jooksul	7
Teabelehe levitamiseks on koostatud jaotuskava ning lehte on levitatud vastavalt jaotuskavale	1

6.3 Programmi mõju horisontaalsetele teemadele

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

Regionaalset arengut jah ei

Selgitus: kohalike omavalitsuste, rehabilitatsioonimeeskondade ning eakate hooldusasutuste personali riiklikult koolitades tagatakse üle-eestiline spetsialistide olemasolu ning lihtsam teineteisemõistmine võrgustiku raames.

Keskonnahoidu jah ei

Selgitus:

Infoühiskonna edendamist jah ei

Selgitus: sotsiaalteenuste andmeregister STAR on uuenduslik samm elektroonilise juhtumikorralduse suunal, millega toetatakse oluliselt sotsiaalsektori teenuste kvaliteedi tõusu

Kodanikuühiskonna arengut jah ei

Selgitus:

Võrdsete võimaluste edendamist jah ei

Selgitus: programm toetab puudega ja teiste erivajadustega inimeste võrdseid võimalusi tööle rakendada ning ennast täisväärtusliku ühiskonna liikmena tunda

7. PROGRAMMI RAKENDAMINE

7.1 Programmi elluviija kohustused

Programmi elluviijale kohanduvad kõik seaduses ja selle alusel kehtestatud õigusaktides sätestatud kohustused, lisaks on programmi elluviija kohustatud:

- 1) koguma programmis osalejate kohta nõutavad andmed kooskõlas isikuandmete kaitse seadusega;
- 2) rakendada programmi vastavalt detailsele eelarvele

3) Programmi elluviija esitab RA-le programmi detailse eelarve kooskõlastamiseks 5 tööpäeva jooksul programmi jõustumisest arvates.

7.2 Toetuse väljamaksete tegemise tingimused ja kord

7.2.1 Toetuse väljamaksmine toimub vastavalt seaduse §-le 23.

7.2.2 Programmi elluviija võib avada programmiga seotud pangakontod.

7.2.3 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.

7.2.4 Enne esimese väljamaksetaotluse esitamist peab programmi elluviija esitama rakendusüksusele:

a) väljavõtte oma raamatupidamise siseeeskirjast, milles on kirjeldatud, kuidas programmi kulusid ja tasumist eristatakse raamatupidamise registris muudest programmi rakendaja kuludest;

b) koopia riigihangete läbiviimise korrast asutuses;

c) lühikirjelduse programmi rakendamisega seotud dokumentide algatamise, viseerimise ja kinnitamise kohta ning vajadusel allkirjaõigusliku isiku poolt edasivolitatud õiguste korral vastavad volituste koopiaid

7.2.5 Väljamakse taotlusi võib esitada kas kogu programmi kohta tervikuna või tegevuste kaupa, vastavalt sellele, kuidas see p 7.2.3. prognoosis on kajastatud.

7.2.6 Toetus makstakse toetuse saajale välja seaduse § 23 lõike 4 alusel kehtestatud korras RÜ-le esitatud RÜ poolt kinnitatud väljamakse taotluse alusel. Programmi elluviija esitab vormikohase väljamakse taotluse vastavalt esitatud prognoosile, kuid mitte harvem kui kord kvartalis ja mitte tihedamini kui kord kuus. Väljamakse taotlusele lisab programmi elluviija RÜ nõudmisel kuludokumentide ja tasumist tõendavate dokumentide koopiaid. Esimesele ja viimasele väljamakse taotlusele lisatakse kõik kuludokumendid ja tasumist tõendavate dokumentide koopiaid.

7.2.7 Juhul kui väljamaksetaotlused erinevad rohkem kui ¼ võrra esitatud prognoosist on programmi elluviija RÜ nõudel kohustatud esitama korrigeeritud prognoosi järele jäänud eelarveaasta osas.

7.2.8 Toetuse väljamaksed teostatakse reeglina proportsionaalselt omafinantseeringuga.

7.2.9 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.

7.2.10 Programmi elluviijale võib teostada väljamakse tasumata või osaliselt tasutud kuludokumentide alusel. Pärast toetuse saamist tasub toetuse saaja tasumata kuludokumentide kogusumma ja esitab rakendusüksusele nõutud tasumist tõendavad dokumendid seitsme tööpäeva jooksul toetuse saamisest arvates

7.2.11 Viimane väljamakse taotlus esitatakse koos programmi lõpparuandega. Viimane väljamakse tehakse pärast lõpparuande heakskiitmist RÜ ja RA poolt.

7.2.12 Väljamakse taotlused programmis osaleva muu isiku kulude osas esitab RÜ-le programmi elluviija.

7.2.13 Programmi elluviija vastutab toetuse edasikandmise eest programmis osaleva isiku kontole.

7.3 Programmi muutmine ja kehtetuks tunnistamine

7.3.1 Kui ilmneb objektiivne vajadus programmi sisu või eelarve muutmiseks või programmi abikõlblikkuse perioodi muutmiseks, esitab programmi elluviija RÜ-le põhjendatud taotluse programmi muutmiseks.

7.3.2 RÜ vaatab muudatuse taotluse läbi ja puuduste mitteesinemisel edastab 20 tööpäeva jooksul taotluse saabumisest RÜ-sse koos hinnanguga muudatuse lubamise kohta RA-le.

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

7.3.4 RÜ võib teha programmi rakendajale ettepanekuid programmi tegevuskava, finantsplaani või eelarve muutmiseks, kui programmi seirearuandes esitatud andmetest selgub, et muudatuste tegemine on vajalik programmi eduka elluviimise tagamiseks.

7.3.4 Programmi muutmist ei saa taotleda sagedamini kui korra 12 kuu jooksul. V.a eelarve suurendamise taotlemine, mida ei saa taotleda sagedamini kui üks kord programmi abikõlblikkuse perioodi jooksul.

7.3.5 Kui muudatuse sisuks on programmi eelarve suurendamine, peavad olema täidetud vähemalt järgmised tingimused:

- 1) suurendamiseks peab olema objektiivne põhjus;
- 2) meetme eelarve vahendite jääk võimaldab toetuse summa suurendamist;
- 3) toetuse summat suurendataks maksimaalselt 20 protsendi võrra toetuse esialgse summaga võrreldes;
- 4) toetuse summa suurendamisel toetuse määr ei suurene.

7.3.6. RA otsustab programmi muutmise või mittemuutmise 75 kalendripäeva jooksul pärast RÜ-lt vastavasisulisel avalduse saamist.

7.3.7 Programmi võib kehtetuks tunnistada, kui esineb vähemalt üks järgmistest asjaoludest:

- 1) ilmneb asjaolu, mille korral programmi ei oleks kinnitatud;
- 2) programmi elluviija ei ole määratud tähtaja jooksul alustanud toetuse kasutamist;
- 3) programmi elluviija ei täida õigusaktides sätestatud või ei kasuta toetust ettenähtud tingimustel;
- 4) programmi tegevusi ei ole võimalik lõpetada programmis kinnitatud abikõlblikkuse lõppkuupäevaks;
- 5) programmi elluviija avaldust programmi muutmise kohta ei rahuldata ja programmi elluviijal ei ole toetuse kasutamist ettenähtud tingimustel võimalik jätkata;
- 6) programmi elluviija esitab avalduse toetusest loobumise kohta.

7.4 Toetuse kasutamisega seotud teabe ja seirearuannete esitamine

7.4.1 Programmi elluviija esitab RÜ-le vormikohase programmi vahearuande (edaspidi *seirearuanne*) (lisa 2 vorm A) ja selle elektroonilise koopia 15. juuliks ja 20. jaanuariks.

7.4.2 Programmi elluviija esitab RÜ-le vormikohase programmi lõpparuande (edaspidi *seirearuanne*) (lisa 2 vorm B) ja selle elektroonilise koopia mitte hiljem kui 60 päeva alates programmi abikõlblikkuse perioodi lõppkuupäevast.

7.4.3 RÜ kontrollib 20 tööpäeva jooksul seirearuande laekumisest, kas programmi seirearuanne on vormikohane ja nõuetekohaselt täidetud. Kui seirearuandes puudusi ei esine, kinnitab RÜ programmi seirearuande. Puuduste esinemisel antakse programmi elluviijale vähemalt 10 tööpäeva puuduste kõrvaldamiseks ning RÜ struktuuriüksuse juhataja kinnitab programmi seirearuande 5 tööpäeva jooksul peale puuduste kõrvaldamist.

7.5 Toetuse tagasinõudmine ja tagasimaksmine

7.5.1 Toetuse tagasinõudeid menetleb RÜ vastavalt seaduse §-le 26.

7.5.2. Toetuse tagasimaksmine toimub vastavalt seaduse §-le 27.