

Strateegiad tervislike eluviiside ja hoiakute kujundamiseks

Kuidas on riigiasutused juhtinud suitsetamise, alkoholi, liikumisharrastuse ja tervisliku toitumisega seotud riiklikke strateegiaid?

Strateegiad tervislike eluviiside ja hoiakute kujundamiseks

Kuidas on riigiasutused juhtinud suitsetamise, alkoholi, liikumisharrastuse ja tervisliku toitumisega seotud riiklikke strateegiaid?

Kokkuvõte auditeerimise tulemustest

Mida me auditeerisime?

See audit on Riigikontrolli esimene audit tervisedenduse valdkonnas. Auditi käigus uuris Riigikontroll taustinformatsiooniks, milliseid meetmeid on Eestis ja mujal maailmas rakendatud tervise nelja riskiteguri (suitsetamine, alkohol, vähene liikumine ja ebatervislik toitumine) maandamiseks. Analüüsitud riskitegurid on valitud, arvestades nende suurt mõju eesti rahva tervisele.

Lisaks analüüsis Riigikontroll nende riiklike strateegiade rakendamist, mis nimetatud nelja riskiteguri käsitlevad. Analüüsitud strateegiad olid:

- südame- ja veresoonehaiguste ennetamise riiklik strateegia 2005–2020;
- riiklik vähistrateegia aastateks 2007–2015;
- arengukava „Eesti toit“ 2006–2008;
- liikumisharrastuse strateegiline arengukava 2006–2010;
- lapse õiguste tagamise strateegia 2004–2008.

Strateegiade puhul hinnati nende rakendamise vastavust heale juhtimistavale: strateegiatel on selged ja mõõdetavad eesmärgid, strateegiasse lisatud meetmed on eeldatavalt tõhusad, strateegiade rahastamine on olnud jätkusuutlik, strateegia tegevused on läbi viidud jne. Ka anti hinnang sellele, kas strateegia tegevused on jõudnud paikkondlikule tasandile.

Miks on see maksumaksjatele oluline?

Eesti keskmine eluiga on paljude teiste riikidega võrreldes madalam. Keskmine eeldatav eluiga Eestis (73 aastat – meestel 67 ja naistel 78 aastat) on madalam isegi EL uute liikmesriikide keskmisest tasemest. Eelkõige viib selle näitaja alla meeste eeldatav eluiga. Samuti on Eestis Euroopa näitajast madalam tervena elatud eluiga (2006. aastal 51,8 aastat; meestel 49,6 ja naistel 53,7). Eriti suur on meil 0–64-aastaste suremus südame- ja veresoonehaigustesse.

Haigestumine võrdlemisi varases elueas vähendab inimese enda heaolu ning sissetulekuid ning suurendab koormust riigieelarvele suuremate ravikulude ning väiksemate maksusissetulekute tõttu.

Arstiabi võimaldab tervisenäitajaid parandada vaid osaliselt, suuremad muutused saavad toimuda elanikkonna eluviiside tervislikumaks muutumise teel.

Mida me auditi tulemusel leidsime ja järeldasime?

Võrdlus teiste riikide statistika ja meetmetega viitab, et eelkõige võiks Eesti veel kasutada meetmeid alkoholitarbimise vähendamiseks. Teiste riikide neljale riskitegurile suunatud tegevust uuris Riigikontroll peamiselt taustinformatsiooniks ning kindlasti ei ole tegemist lõpliku ja ammendava analüüsiga. Siiski võib sellest analüüsi põhjal teatavaid võrdlusi teha. Võrdlus teiste riikidega (mida toetavad ka kohaliku tasandi esindajate vastused küsitlusele) näitab, et Eesti on rakendanud tubaka ja alkoholi mõjude vähendamiseks paljusid meetmeid (müügi- ja reklaamipiirangud, maksud, vere alkoholisisalduse piirangud mootorsõiduki juhtimisel jne), mis on kasutusel enamikus teistes Euroopa riikides. Vähemalt alkoholi osas aga võib neid meetmeid pidada ebapiisavaks, kuna alkoholi tarbimine on Eestis aasta-aastalt kasvanud. Vähesel liikumise ja eelkõige ebatervisliku toitumise mõjude vähendamist reguleerivatele meetmetele on Eestis riiklikult vähem tähelepanu pööratud, samas ei reguleeri neid valdkondi seadustega ka paljud teised Euroopa riigid. Strateegiate raames on kõigi riskitegurite osas tehtud näiteks mitmesugust teavitust ja korraldatud kampaaniaid, osaliselt rahastatud ka investeringuid.

Mitte kõikide uuritud strateegiate eesmärgid pole mõõdetavad ega seotud konkreetsete indikaatoritega. Kõige paremini jälgitavad indikaatorid on toodud südame- ja veresoonehaiguste ennetamise riiklikus strateegias 2005–2020. Teistes uuritud arengukavades on kohati esitatud vaid üksikuid indikaatoreid või pole need alati mõõdetavad. Paljudel juhtudel on indikaatoritena kasutatud ainult üldisi käitumise või haigestumise näitajaid, mille jälgimine on küll oluline, kuid mida on raske siduda konkreetse strateegia või selle meetmete edukusega.

Kuigi on strateegiaid, mille raames on alustatud rakendatavate meetmete tõendus põhise või kulutõhususe uurimisega, ei tehta seda kõikides arengukavades ühtlaselt ning piisaval määral. Kuna riigil on raha piiratult, tuleks strateegiasse lisada vaid need meetmed, mis toovad eeldatavalt kõige enam kasu. Ühegi uuritud strateegia puhul pole meetmete lisamisele eelnenud põhjalikku kulutõhususe ega tõendus põhise analüüsi. Mõnel juhul on eelnevalt läbi viidud uuringuid, kuid need on suunatud pigem olukorra kaardistamisele, haiguste ja riskikäitumise vaheliste seoste uurimisele, mitte meetmete tulemuslikkusele. Auditeeritud põhjendavad analüüsides vähest tegemist peamiselt inimressursside vähesusega. Ressursside vähesuse tingimustes võib Riigikontrolli hinnangul iseseisvaid analüüse asendada välispraktika ja -uuringute analüüsiga, millele järgneb järeelhindamine konkreetse meetme otstarbekuse kindlakstegemiseks Eesti kontekstis.

Mitte kõikide strateegiate kõikidele meetmetele pole suudetud tagada planeeritud raha. Kuna strateegiate mõju avaldub tihti alles mitmekümne aasta pärast, siis on oluline, et strateegiad rakenduksid

ettenähtud mahus ja rahaga (olemata seejuures jäigalt muutumatud). Raha vähenedes on oht, et strateegiad ei avalda loodetud mõju ning riskiteguritest tulenev haiguskoormus on endiselt suur. Stabiilse rahastamise üks aluseid peaks olema, et strateegiasse on valitud vaid tõenduspõhised ja kulutõhusad tegevused. Tõenäoliselt tagab strateegiate rahastamise stabiilsuse ka meetmete eelnev analüüs, kuna tõestatud efektiivsusega tegevuste rahastamise vähendamist on raskem põhjendada.

Uuritud arengukavad on hästi kooskõlastatud ja tegevusi ei dubleerita. Kuigi riskiteguritega seotud tegevusi korraldatakse mitme arengukava raames, ei leidnud Riigikontroll, et arengukavade tegevust oleks dubleeritud. Valminud on ka rahvastiku tervise arengukava, mis on nüüdsest kõikide strateegiate katusdokumendiks, mistõttu on lootust, et ka edaspidi tegevusi ei dubleerita.

Riiklike strateegiate tegevused on paikkonda jõudnud suhteliselt vähe; kohalikest omavalitsustest rohkem jõuavad tegevused maakondlikule tasandile. Kuigi suur osa tervist edendavatest meetmetest on kõige tulemuslikumad kohalikul tasandil, pole ükski uuritud strateegiatest ette näinud paikkondlikku kaasamist. Kuna südame- ja veresoonekonnahaiguste ennetamise riiklikus strateegias 2005–2020 on ette nähtud maakondlike tervisenõukogude loomine ning osa tegevuste finantseerimine, siis on selle strateegia tegevused jõudnud seni küll maakondadesse, kuid mitte paljude kohalike omavalitsusteni. Peamiseks põhjuseks on vastava väljaõppega inimeste puudumine omavalitsustes, seega peaks riik suurendama omavalitsuste võimekust strateegiate meetmeid vastu võtta.

Auditeeritute vastused:

Sotsiaalminister nõustus auditis tehtud järelduste ja soovitusetega, esitades planeeritud tegevused nende täitmiseks. Eesmärkide täitmise indikaatorite täiendamiseks plaanitakse mh luua tervisestatistika ja terviseuuringute elektroonne esitlussüsteem, kaardistada olemasolevad andmed ja töötada välja üldine kontseptsioon. Samuti lubab minister suurendada rakendatavate meetmete eelnevat analüüsi, samuti nende järeelhindamist. Kohaliku tasandi tugevdamiseks lubab minister kaaluda tervisedendajate koolitustellimuse suurendamist. Samuti hindab minister, et Rahvastiku tervise arengukava 2009–2020 valitsustasandi meetmed peaksid kohaliku tasandi tugevdamiseks eeldusi looma. Rahvatervise seaduse muudatuste lähteülesande koostamisega plaanitakse alustada 2009. aastal.

Põllumajandusminister nõustus samuti auditis tehtud järelduste ja soovitusetega ning esitas oma selgitused ning vastused soovitusetele. Minister lubas uute meetmete kavandamisel rakendada rohkem mõõdetavaid indikaatoreid. Arengukava „Eesti Toit“ lõppemisel 2008 kavatakse selle tegevusi ja nende tulemuslikkust analüüsida ning tulemusi järgmise perioodi tegevuste kavandamisel arvesse võtta. Ühtlasi lubab minister, et tarbijate harimisega seotud meetmeid jätkatakse ministeeriumi poolt ka arengukava lõppemisel. Minister esitas aruande eelnõu kohta ka redaktsioonilisi märkusi, millega on auditi aruandes arvestatud.

Kultuuriminister toob välja liikumisharrastuse strateegia seotuse südame- ja veresoonekonnahaiguste ennetamise strateegia ja rahvastiku

tervise arengukavaga, mistõttu ka indikaatorite kogumisel tehakse juba koostööd. Lisaks planeerib ministeerium 2009. aastal kaardistada ja analüüsida spordiehitiste olukorda. Samas tunnistab minister, et riigieelarve planeerituga võrreldes väiksemast kasvust tulenevalt arvestatakse liikumisharrastuse arengukava tegevuste rakendamisel uute tähtaegadega. Ühtlasi planeeritakse 2008. aasta viimases kvartalis moodustada arengukava tegevuste hindamiseks spetsialistidest koosnev komisjon.

Sisukord

Valdkonna ülevaade	6
Eesti tervisenäitajad ja riskitegurite levimus Eestis	8
Keskmine oodatav eluiga on Euroopa Liidu riikidega võrreldes madal	8
Peamised surmapõhjused on veresoonkonnahaigused, kasvajakasvaja ja vigastused-mürgistused	8
Riskitegurite levimus Eestis ja Euroopas	10
Vähene kehaline aktiivsus	12
Riskitegurite levimuse vähendamiseks rakendatavad meetmed	16
Meetmed suitsetamise piiramiseks	16
Meetmed alkoholitarbimise vähendamiseks	20
Tervislikule toitumisele suunatud meetmed	26
Kehalise aktiivsuse suurendamise meetmed	30
Rahvatervisealaste strateegiate juhtimine	34
Eemärkide püstitamine ning nende mõõdetavus strateegiati erineb	34
Mitte kõikide strateegiatesse lisatud meetmete aluseks ei ole kulutõhususe ja/või tõendus põhisuse uuringud	38
Tegevuste lisamine strateegiatesse on riigi tasandil olnud üldiselt läbipaistev, kohalikku tasandit on kaasatud suhteliselt vähe	42
Mitte kõiki strateegiate meetmeid pole rahastatud ja läbi viidud plaanikohaselt	44
Mitte kõikidel strateegiatel pole toimivat nõukogu	46
Koostöö ja koordineerimine strateegiate juhtimisel on üldiselt hea	49
Riskiteguritele suunatud tegevuste ja strateegiate ulatumine paikkonda	53
Tuntakse puudust täiendavatest töötajatest ja nende väljaõppest	53
Töötavad tervisedenduse võrgustikud on maakondades olemas, kuid puuduvad sagedamini kohalikul tasandil	57
Riiklike strateegiatega arvestatakse rohkem maavalitsuste arengukavades	58
Enamasti jäävad riskiteguritele suunatud tegevused pidama maakonna tasemele	59
Halvimaks hinnati tegevusi alkoholitarbimise vähendamiseks	62
Tegevuste jõudmist inimesteni ja nende tulemuslikkust hindavad paremaks maavalitsused ja aktiivsemad omavalitsused	64
Strateegiate tegevuste jõudmist paikkonda pärsib vastutuse ja kindlate ülesannete puudumine madalamatel tasanditel	66
Riigikontrolli soovitusel ning sotsiaalministri, põllumajandusministri ja kultuuriministri vastused	68
Auditi iseloomustus	74
Auditi eesmärk	74
Hinnangu andmise kriteeriumid	74
Riigikontrolli varasemaid auditeid rahvatervise valdkonnas	77
Lisa A. Strateegiate juhtimise kokkuvõtlikud tabelid	78
Lisa B. Omavalitsuste ja maavalitsuste hinnangud tegevuse piisavusele	81
Lisa C. Auditi käigus intervjueritud isikud	82

Valdkonna ülevaade

- Vastavalt Sotsiaalministeeriumi põhimäärusele on ministeeriumi eesmärk tagada väärtustatud tervisekultuur ning tervist toetav elukeskkond. Sotsiaalministeeriumi arengukava sätestab meetmed inimeste pika ja kvaliteetse elu tagamiseks.
- Peamiseks valdkonda reguleerivaks seaduseks on alates 1995. aastast kehtiv rahvatervise seadus, mis muu hulgas sätestab ka **tervise edendamise** vahendid, milleks on:
 - tervisekasvatus ja terviseõpetus haridusprogrammide osana;
 - tervise teabe levitamine ja tervislike eluviiside motiveerimine;
 - tervistavate teenuste arendamine;
 - eluviisi mõjutamine ja käitumisriski vähendamine;
 - tervist soodustava elukeskkonna kujundamine.
- Tulenevalt põhimäärusega pandud ülesannetest on enamiku rahvatervise **strateegiate** koordineerijaks Sotsiaalministeerium, lisaks on rahvatervise valdkonnaga seotud ka Kultuuri-, Põllumajandus- ja Keskkonnaministeeriumi strateegiad. Rahvatervise valdkonna peamised arengukavad on toodud tabelis 1 ning valdkonna kulud tabelis 2.

Tervise edendamist ehk

tervisedendust defineerib Maailma Terviseorganisatsioon (WHO) kui protsessi, mis võimaldab inimestel muuta tervist määravaid tegureid juhitavaks ning selle kaudu tugevdada tervist. Tervisedenduse tõlgendamisel tuleb eristada tervisedendust kui oodatavat tulemust (lähi- ja kaugesmärgid) ja kui strateegiat (protsessid ja tegevused).

Strateegia

kui üldnimetuse all mõistetakse käesolevas aruandes edaspidi kõiki analüüsitavaid strateegilisi dokumente.

Tabel 1. Rahvatervise valdkonna strateegilised dokumendid

Arengukava nimi	Alus
1. Eesti riiklik HIVi ja AIDSi strateegia aastateks 2006–2015	Vabariigi Valitsuse 07.detsembri 2005. a korraldus nr 771
2. Südame- ja veresoonehaiguste ennetamise riiklik strateegia 2005–2020	Vabariigi Valitsuse 14. veebruari 2005. a korraldus nr 89
3. Narkomaania ennetamise riiklik strateegia aastani 2012	22.04.2004 valitsuse protokolliline otsus (kiita heaks)
4. Riiklik vähistrateegia aastateks 2007–2015	Sotsiaalministri 10.mai 2007.a käskkiri nr 87
5. Keskkonnastrateegia aastani 2030 (Keskkonnaministeerium)	14.02.2007 Riigikogu otsus
6. Riikliku tuberkuloositorje strateegia aastateks 2004–2007 (kinnitatud on ka uus strateegia, aastateks 2008–2012)	Vabariigi Valitsuse 4. detsembri 2003. a korraldus nr 804 (kinnitatud sotsiaalministri 20. veebruari 2008. a käskkirjaga nr 28)
7. Arengukava „Eesti toit“ (2005–2008) (Põllumajandusministeerium)	15.12.2005 valitsuse protokolliline otsus (kiita heaks)
8. Lapse õiguste tagamise strateegia 2004–2008	16.10.2003 valitsuse protokolliline otsus (kiita heaks)
9. Liikumisharrastuse strateegiline arengukava 2006–2010 (Kultuuriministeerium)	30.03.2006 valitsuse korraldus nr 209 (vastu võtta täpsustusega)
10. Rahvastikupoliitika aluste elluviimise strateegia 2005–2008 (rahvastikuminister)	20.05.2004 valitsuse protokolliline otsus (kiita heaks)

11. Rahvastiku tervise arengukava 2009–2020	17.07.2008 Vabariigi Valitsuse otsus (vastu võtta)
12. Loodav vigastuste ennetamise strateegia	

Allikad: Riigi Teataja, ministereumide kodulehed. Riigikontrolli analüüs.

Tabel 2. Valdonna peamised kulud

Rahastaja ja valdkond	2007	2008
Sotsiaalministeerium TAI-le rahvatervise strateegiate elluviimiseks (või väljatöötamiseks) kokku	80 mln	117 mln
Põllumajandusministeerium arengukava „Eesti Toit“ rakendamiseks	15 mln	10 mln
Kultuuriministeerium liikumisharrastuste strateegilise arengukava jaoks (koos investeeringutega)	113 mln	125 mln
Haigekassa eelarvest haiguste ennetusele ja tervisedendusele	101 mln (sh koolitervishoid 50 mln) 14 000 000	119 mln (sh koolitervishoid 61,5 mln) 14 000 000

Allikad: Riigieelarve seletuskirjad 2007 ja 2008; liikumisharrastuste strateegilise arengukava maksumuse prognoos; Eesti Haigekassa eelarve 2007 ja 2008.

Käitumuslike riskitegurite all mõeldakse aruandes riskitegureid, mida inimene ise oma käitumisega mõjutada saab.

4. Analüüsiks valis Riigikontroll viis rahvatervise strateegiat, mis on täielikult või osaliselt suunatud nelja **käitumusliku riskiteguri** levimuse vähendamisele. Riskitegurite valiku aluseks oli TÜ tervishoiu instituudis 2004. a valminud elanike haiguskoormust käsitlev uuring, mille kohaselt halvendavad eestlaste tervist enim järgmised käitumuslikud riskitegurid:

- suitsetamine,
- alkoholi liigtarbimine,
- vähene kehaline aktiivsus,
- ebatervislik toitumine.

Neid riskitegureid käsitlevad Riigikontrolli hinnangul peamiselt allnimetatud viis strateegiat:

- südame- ja veresoonehaiguste ennetamise riiklik strateegia 2005–2020 (aruandes ka SVH strateegia või SVHS);
- riiklik vähistrateegia aastateks 2007–2015 (aruandes ka vähistrateegia);
- arengukava „Eesti toit“ (2005–2008);
- liikumisharrastuse strateegiline arengukava 2006–2010 (aruandes ka liikumisharrastuse strateegia);
- lapse õiguste tagamise strateegia 2004–2008 (aruandes ka LÕT strateegia või LÕTS).

5. Lisaks on nende riskiteguritega seotud ka 17.07.2008 vastu võetud rahvastiku tervise arengukava (RTA), mis on mõeldud katusdokumendina ühendama nii praegusi strateegiaid kui ka teemasid, mida seni ei ole veel

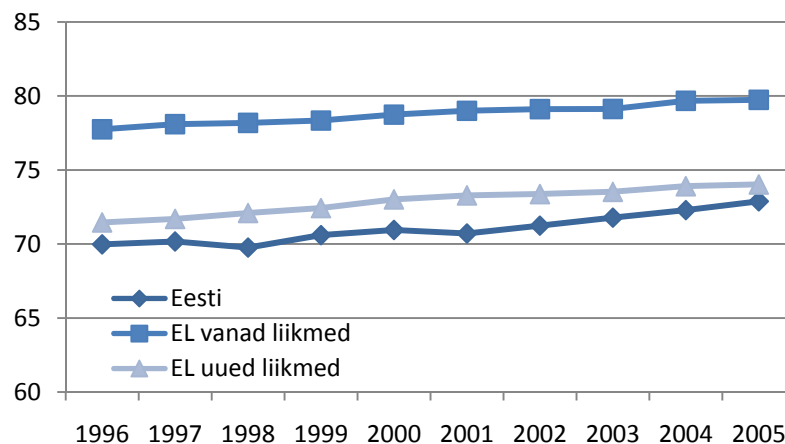
strateegiatesse koondatud. Et RTA ei olnud auditi läbiviimise ajal veel vastu võetud, auditi käigus seda ei analüüsitud ning seda tuuakse välja aruande neis kohtades, kus see võib Riigikontrolli järeldusi või soovitusi mõjutada.

Eesti tervisenäitajad ja riskitegurite levimus Eestis

Keskmine oodatav eluiga on Euroopa Liidu riikidega võrreldes madal

6. Rahva tervise esmaseks tervisliku seisundi näitajaks on keskmine eeldatav eluiga. Joonis 1 toob välja Eesti keskmise eeldatava eluea sünnimomendil võrdluses Euroopa Liidu liikmesriikidega enne (e vanad liikmesriigid) ja pärast (e uued liikmesriigid) esimest laienemist 2004. aastal. Joonis näitab, et Eesti keskmine eluiga oli 2005. aastal peaaegu seitse aastat lühem vanade liikmesriikide keskmisest ning rohkem kui aasta võrra lühem uute liikmesriikide keskmisest oodatavast elueast.

Joonis 1. Keskmine eeldatav eluiga sünnimomendil Eestis ning vanades (enne 2004.a) ja uutes EL riikides



Allikas: WHO Health for All andmebaas.

7. Suure erinevuse vanadest liikmesriikidest tingib eelkõige meeste keskmine eeldatav eluiga (67 a), mis erineb vanade EL liikmesriikide keskmisest peaaegu 10 aasta võrra, ning uute keskmisest peaaegu 3 aasta võrra. Naiste eeldatava eluea (78 a) poolest on Eesti uute liikmesriikidega sarnane ning „kaotab” vanadele vaid pisut rohkem kui nelja aastaga.

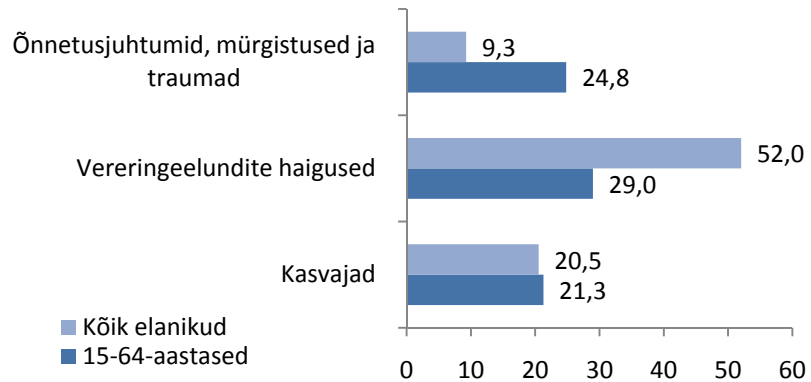
8. Seega on Eesti keskmine eeldatav eluiga EL riikidega võrreldes suhteliselt madal.

Peamised surmapõhjused on veresoonehaigused, kasvaja ja vigastused-mürgistused

9. Et leida Eesti elanike suhteliselt madala eluea põhjust, tuleks vaadata, millesse eestlased peamiselt surevad. Peamiste surmapõhjuste osakaal on toodud joonisel 2. Joonis näitab, et üle poole kõikidest surmapõhjustest on seotud vereringeelundite haigustega. (nt südamehaigused, insult, kõrgvererõhutõbi). Üldistest surmapõhjuste näitajatest olulisem aga on vaadata, mis põhjustab varajast suremust ehk millesse surevad tööealised

inimesed. Tööealiste vanuserühmas on vereringeelundite haigused samuti suurimaks surmapõhjuseks, samas on üldistest surmadest tunduvalt suurem vigastus- ja mürgistussurmade osakaal (peamiselt liiklusõnnetused). Kolmandaks peamiseks tööealiste inimeste surmapõhjuseks on kasvajakasvajaad (neist esikohal hingamiselundite pahaloolumulised kasvajakasvajaad).

Joonis 2. Eesti elanike peamiste surmapõhjuste osakaal kõikidest surmadest 2007. aastal (%)



Allikas: Statistikaamet.

Teiste Euroopa Liidu riikidega võrreldes surrakse Eestis rohkem vigastustesse ja veresoonehaigustesse

10. Võrreldes neid näitajaid teiste riikide andmetega, saame öelda, kas Eesti surmapõhjused erinevad oluliselt teiste riikide näitajatest. Tabelis 3 on välja toodud Eesti ja EL riikide keskmine suremus eri haigustesse 100 000 elaniku kohta viimase kümne aasta jooksul.

11. Tabel näitab, et võrreldes EL vanade liikmesriikidega on Eesti suremuskordajad oluliselt suuremad kõikide haiguste puhul, välja arvatud hingamisteede kasvajakasvajaad, mille suremuskordaja on ainult pisut suurem vanade EL maade keskmisest. Uute EL riikidega võrreldes oleme paremas olukorras pahaloolumuliste kasvajakasvajaate (sh hingamisteede kasvajakasvajaate) osas. Meie 0–64-aastaste suremus südame isheemiatõppe on tunduvalt suurem ka uute liikmesriikide keskmisest, suurem vigastustesse ja mürgistustesse aga on ligi kaks korda suurem uute ja neli korda suurem vanade liikmesriikide omast.

Tabel 3. 0–64-aastaste suremus Eestis ja Euroopa Liidus 100 000 elaniku kohta

Riigid	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Suremus ajuveresoonehaigustesse										
Eesti	42,9	38,3	37,1	37,3	37,5	33,8	30,9	32,1	26,5	26,9
EL liikmed enne 2004	9,9	9,5	9,2	8,8	8,3	8,1	7,9	7,5	7,1	7,0
EL liikmed alates 2004	34,8	34,8	34,4	32,4	30,7	30,4	29,8	28,2	27,3	25,9
Suremus südame isheemiatõppe										
Eesti	91,6	82,5	93,4	78,3	77,5	75,8	75,8	71,1	66,5	56,9
EL liikmed enne 2004	26,8	25,5	24,7	23,3	21,9	20,9	20,1	19,5	18,4	17,9
EL liikmed alates 2004	63,3	61,3	59,4	57,3	53,4	51,8	49,5	48,2	46,5	45,4
Suremus pahaloolumulistesse kasvajakasvajaatesse										
Eesti	110,3	111,6	108,7	102,5	102,5	99,53	95,33	94,74	91,99	90,85

EL liikmed enne 2004	81,2	79,5	78,8	77,5	76,5	75,0	74,2	73,2	72,2	71,7
EL liikmed alates 2004	110,3	109,7	108,4	107,1	105,8	105,8	105,3	104,1	102,9	101
Suremus hingamiselundite pahaloomulistesse kasvajatesse										
Eesti	21,7	26,5	23,9	19,9	20,1	20,4	20,0	21,4	18,9	18,0
EL liikmed enne 2004	17,7	17,3	17,4	17,1	17,1	16,7	16,8	16,7	16,9	16,7
EL liikmed alates 2004	28,1	27,6	27,2	26,7	26,3	26,3	26,2	25,8	25,3	25,1
Suremus välispõhjusega vigastustesse ja mürgistustesse										
Eesti	156,8	156,3	161,5	150,1	139,9	157	137,4	123,4	120,4	110,6
EL liikmed enne 2004	32,3	31,8	31,1	30,5	29,9	29,5	28,8	28,1	27,3	27,0
EL liikmed alates 2004	69,1	67,6	65,8	62,8	60,3	59,5	59,7	58,0	56,5	56,2

Allikas: WHO Health for All andmebaas.

12. Arstiabi võimaldab tervisenäitajaid parandada vaid osaliselt, suuremad muutused saavad toimuda elanikkonna eluviiside tervislikumaks muutumise teel. Järgnevalt tuuaksegi välja auditis käsitletavate tervise riskitegurite levimus võrdlevalt Eestis ja teistes Euroopa riikides.

Riskitegurite levimus Eestis ja Euroopas

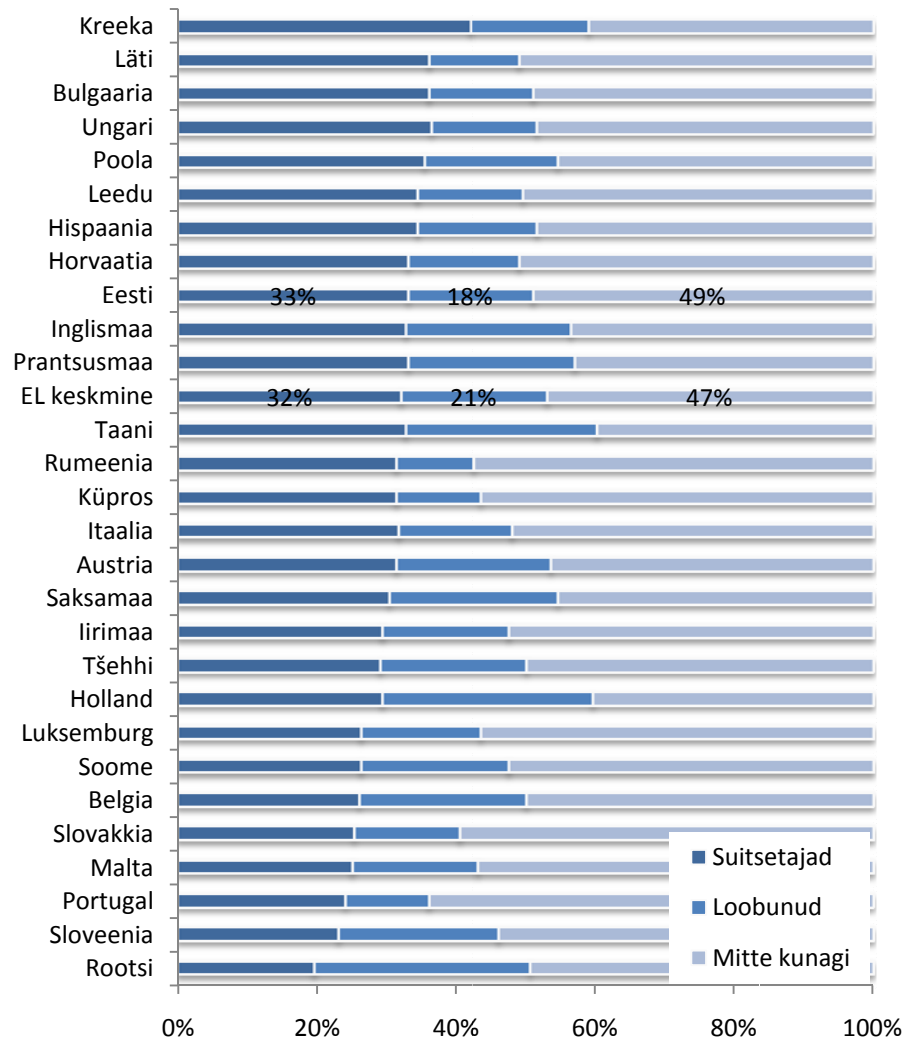
13. Ülevaate saamiseks Eesti olukorrast ülaltoodud riskitegurite seisukohalt on kasulik võrrelda nende levimusandmeid teiste riikide omadega, samuti eelmiste ajaperioodidega, et näha, kas nende osa on suurenenud või vähenenud

14. Olemasolevate näitajate alusel on Eestis keskmisest rohkem tervisega seotud riskikäitumist eelkõige alkoholi tarbimise ja vähese puu- ning köögiviljade tarbimise osas, 15-aastaste ja vanemate regulaarsete suitsetajate osakaal (30%) on võrreldav nii EL vanade kui ka uute liikmesriikidega.

Suitsetamine

15. Suitsetamist EL liikmesriikide hulgas on käsitletud näiteks Eurobaromeetri uuring. Uuringu tulemusi kajastav joonis 3 näitab suitsetajate, suitsetamisest loobunute ja mittedsuitsetajate osakaalu. Tulemusest ilmneb, et suitsetajate osakaal Eestis (33%) on suhteliselt sarnane EL riikide keskmisega (32%). Samas on suitsetamisega seotud surmade osakaal Eestis (25%) WHO statistika kohaselt nii vanade (21%) kui ka uute EL liikmesriikidega (23,5%) võrreldes suurem, seda nii (kopsu)vähi kui teiste kopsuhaiguste tõttu.

Joonis 3. Suitsetajate, suitsetamisest loobunute ja mitte kunagi suitsetanute osakaal Euroopa Liidu liikmesriikides



Allikas: Eurobaromeeter „Eurooplaste suhtumine tubakasse“ 2007. Küsitlus viidi läbi 2006. a oktoobris ja novembris.

16. Rahvusvaheline kooliõpilaste tervisekäitumise uuring (HBSC 2005/2006, Eestis on läbiviijaks Tervise Arengu Instituut) näitab, et võrreldes teiste riikidega on Eesti koolilaste esimene suitsetamiskogemus suhteliselt varajane. 13-aastasena või nooremana oli esimest korda suitsetamist proovinud 65% küsitatud Eesti 15-aastastest poistest ja 43% tüdrukutest (uuritud riikide keskmised vastavalt 31% ja 28%), olles sellega uuritud riikidest esikohal. Ka on Eestis suhteliselt kõrge koolilaste osakaal, kes suitsetavad vähemalt üks kord nädalas.

Alkohol

17. Alkoholi tarbimine Eestis on viimase kümne aasta jooksul kasvanud ning ületab praeguseks nii vanade kui ka uute liikmesriikide keskmisi näitajaid (tabel 4, vt ka kogumik „Alkohol“. Eesti Konjunkturiinstituut, 2008).

Tabel 4. Alkoholi tarbimine elaniku kohta Eestis ja Euroopa Liidus (puhas alkohol liitrites)

Riigid	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Eesti	5,1	6	7,3	6,7	7,6	8,4	9,9*	10,06* (10,7)	10,68* (13,4)	11,06
EL liikmed enne 2004	9,75	9,78	9,6	9,61	9,52	9,51	9,55	9,35		
EL liikmed alates 2004	7,82	8,14	7,78	7,88	7,96	7,95	8,12	8,21		

Allikas: WHO Health for All andmebaas. *Eesti puhul on aastate 2002–2004 kohta kasutatud Eesti Konjunktuuriinstituudi andmeid kogumikust „Alkohol“. Sulgudes on toodud WHO andmebaasis olev arv, kui see on erinev.

18. Samal ajal ei ole Eurobaromeetri 2006. aasta oktoobris-novembris läbiviidud ja 2007. aastal avaldatud küsitluse kohaselt eestlaste alkoholitarbimises suurt erinevust EL keskmistest näitajatest. Selle uuringu, nagu ka teiste Eurobaromeetri tervisekäitumisalaste uuringute puhul on tegemist inimese enese hinnangutega oma käitumisele, käesoleval juhul alkoholitarbimisele.

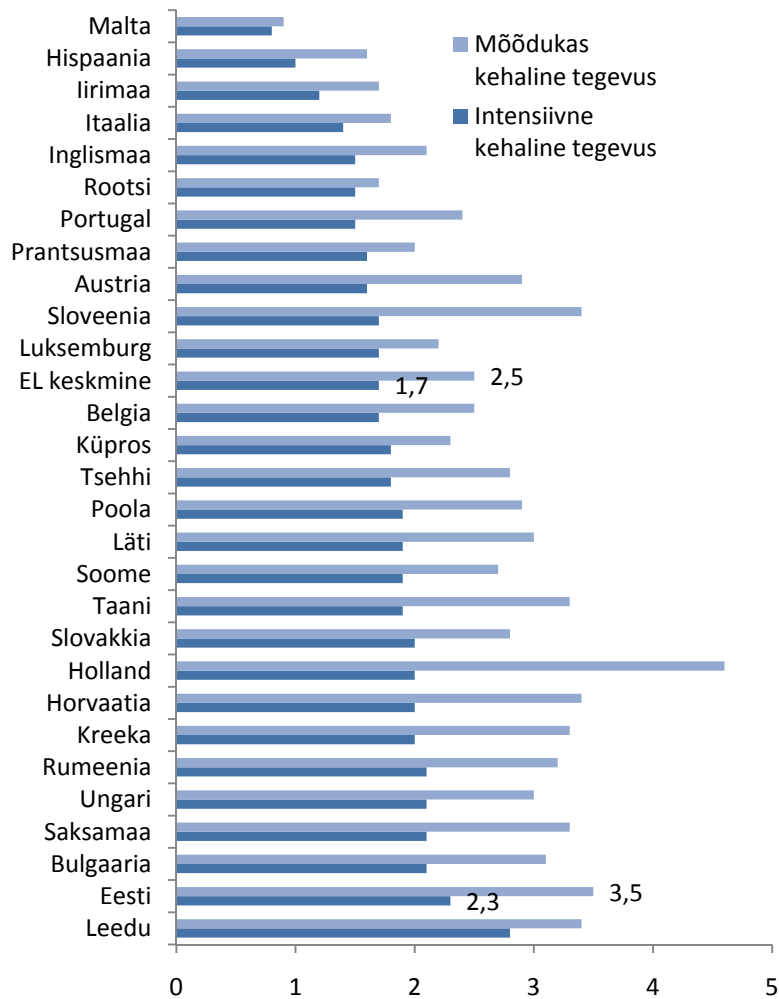
19. Rahvusvaheline kooliõpilaste tervisekäitumise uuring (HBSC 2005/2006) näitab, et nagu suitsetamist, nii proovitakse ka alkoholi aina nooremas eas. Küsitletud 15-aastasest Eesti koolilastest oli 28% olnud esimest korda purjus 13-aastaselt või nooremana, olles sellega uuritud riikidest jällegi esikohal (poisid 35%, tüdrukud 21%; riikide keskmised vastavalt 17%, 13% ja kokku 15%). Tervise Arengu Instituudi (TAI) ja Statistikaameti koostöös valminud kogumik „Lapsed. Children“ 2008 toob välja, et teiste riikidega võrreldes ei ole Eestis probleem mitte regulaarne alkoholi tarbimine, vaid sagedane purjujoomine, mis sageneb üha nooremate hulgas.

Vähene kehaline aktiivsus

20. Kehalist aktiivsust EL riikides on uurinud näiteks Eurobaromeetri toitumisega seotud küsitlus. Selle kohaselt tegeldakse Eestis rohkem kui peaaegu kõikides teistes EL riikides nii intensiivse kui ka mõõduka kehalise liikumisega (joonis 4). Seega on eestlased enda hinnangul kehaliselt suhteliselt aktiivsed. Keskmisest rohkem käivad eestlased enda sõnul ka jala (küsimus: mitmel päeval käisite jala vähemalt 10 minutit korraga; keskmised vastavalt 5,4 ja 4,6 päeval), kuid rohkem veedetakse aega istudes (küsimus: kui palju veedate tavaliselt päeval aega istudes; keskmised vastavalt 335 ja 312 minutit päevas).

21. Samal ajal kui täiskasvanute küsitlus näitab teiste riikidega võrreldes suuremat liikumisaktiivsust, liiguvad koolilapsed teiste riikide koolilastega võrreldes igapäevaselt mõnevõrra vähem. Kooliõpilaste tervisekäitumise uuringus (HBSC 2005/2006) toovad Eesti 11-aastasest poistest 24% ja tüdrukutest 21% välja vähemalt ühetunnist mõõdukat või intensiivset kehalist koormust (keskmised 22% ja 30%). Kui 13-aastaste poiste puhul on see osakaal sama (22%), siis sellevanustel tüdrukutel vaid 13% (keskmised 25 ja 15%). 15-aastaste hulgas on igapäevaselt kehaliselt aktiivsed 18% poistest ja 9% tüdrukutest (riikide keskmine 20 ja 12%).

Joonis 4. Vastused EL riikides küsimustele „Mitmel päeval viimase 7 päeva jooksul olete tegelema... intensiivse kehalise tegevusega, nagu raskete asjade tõstmine, kaevamine, aeroobika, kiire rattasõit? ... mõõduka kehalise tegevusega, nagu kerge raskuste tõstmine, keskmise kiirusega rattasõit või tennisipaarimäng?“

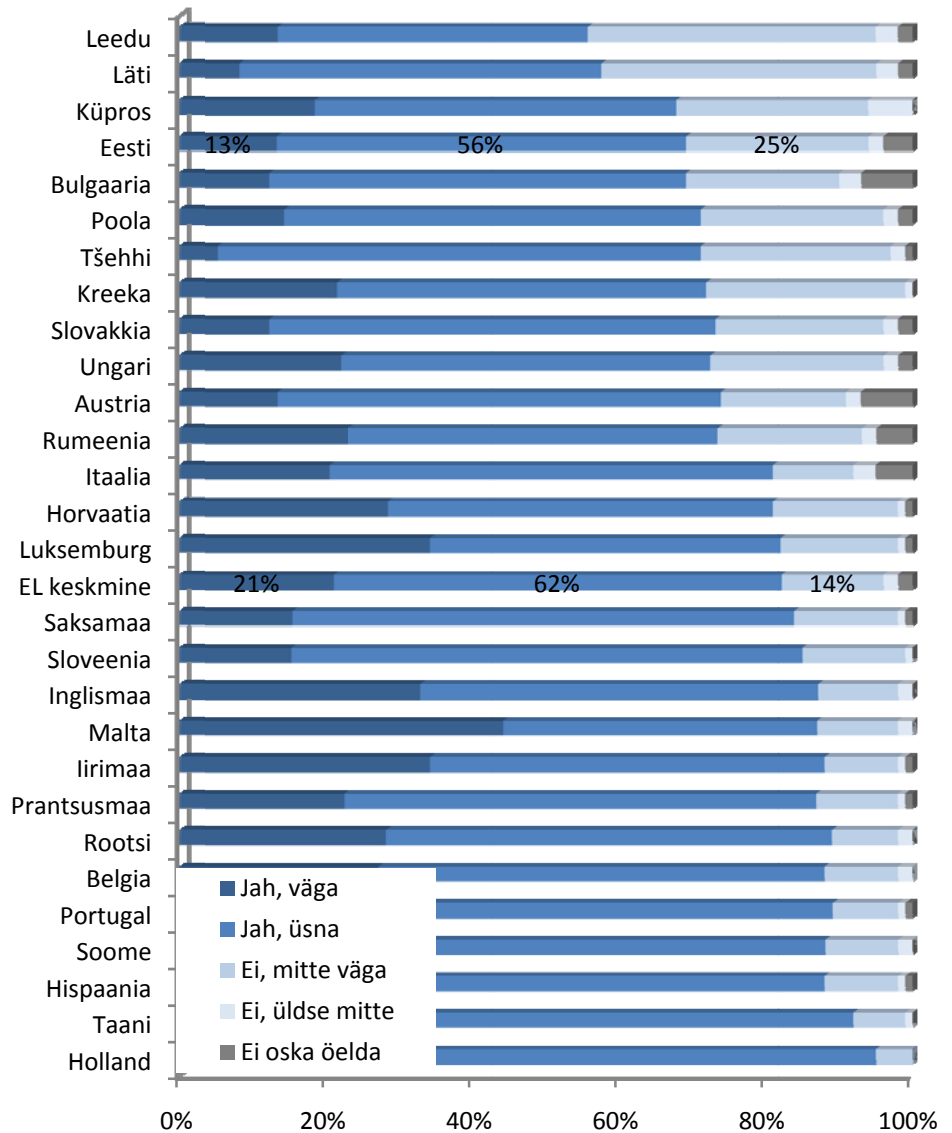


Allikas: Eurobaromeeter „Tervis ja toit“ 2006. Küsitlus viidi läbi novembris ja detsembris 2005.

Ebatervislik toitumine

22. Eestlaste hinnang oma toitumise tervislikkuse kohta on halvem EL riikide keskmisest: oma toitumist hindas tervislikuks 69% eestlasi, kogu EL elanikest aga 83%. Eestlastest ebatervislikumaks peavad oma toitumist veel vaid Leedu, Läti ja Küprose elanikud (vt joonis 5).

Joonis 5. Vastused küsimusele „Kas Teie hinnangul on see, mida tavaliselt sööte, Teie tervisele hea“?



Allikas: Eurobaromeeter „Tervis ja toit“ 2006. Küsitlus viidi läbi novembris ja detsembris 2005.

23. Toitumise tervislikkust mõõtvate näitajate võrdlus (tabel 5) osutab, et eelkõige jääb Eesti tervisliku toitumise osas teistest EL riikidest maha söödud puu- ja köögiviljade koguse poolest. Sama tendentsi näitab ka kooliõpilaste uuring (HBCS 2005/2006), kus nende Eesti laste osakaal, kes igapäevaselt puuvilju söövad, jääb alla uuritud riikide keskmist. Samal ajal on rasvast saadava energia osakaal eestlaste toidus EL keskmisest väiksem, seega söövad eestlased teistega võrreldes eeldatavalt tervislikumat vähem rasvast toitu. Ka joovad eesti koolilapsed HBSC uuringu kohaselt teiste riikidega võrreldes palju vähem magusaid gaseeritud jooke.

Tabel 5. Toitumisnäitajaid Euroopa Liidus ja Eestis

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Keskmine puuviljade ja köögiviljade kogus inimese kohta aastas								
Eesti	113,5	132,9	139,0	144,1	152,2	159,6	151,1	174,4
EL liikmed enne 2004	229,8	222,7	227,1	240,5	243,9	235,0	239,6	242,5
EL liikmed alates 2004	178,2	173,6	190,6	185,0	185,3	184,8	170,1	183,9
Rasvast saadava energia osakaal (%)								
Eesti	28,1	26,6	29,5	30,5	26,3	26,9	27,5	27,4
EL liikmed enne 2004	38,8	39,1	39,0	38,7	38,7	38,3	37,9	37,9
EL liikmed alates 2004	29,1	28,6	29,3	29,5	29,6	29,8	30,1	30,1

Allikas: WHO Health for All andmebaas.

Ülekaal

24. Toitumise ja kehalise aktiivsuse üheks koondnäitajaks võib pidada kaalu ja pikkuse suhet. Eestis on see EL riikide keskmisest pisut kõrgem (tabel 6). See uuring ei toonud välja rohkem levinud näitajat kehamassiindeksit (BMI), milleks on pikkuse (m) ja kaalu (kg) ruudu suhe. Samas peab EL keskmisega võrreldes vähem eestlasi oma kehakaalu liiga suureks (küsimuse „Kas Teie arvates on Teie kehakaal liiga suur?“ jah-vastuste osakaal vastavalt 35% ja 38%).

Tabel 6. Pikkuse (cm) ja kaalu (kg) suhe Euroopa riikides

Riik	Kaal/pikkus	Riik	Kaal/pikkus
Horvaatia	0,443	Iirimaa	0,431
Luksemburg	0,441	Eesti	0,430
Taani	0,440	Läti	0,430
Soome	0,439	Slovakkia	0,429
Kreeka	0,438	Austria	0,427
Malta	0,438	Belgia	0,427
Leedu	0,436	EL Keskmine	0,425
Sloveenia	0,436	Bulgaaria	0,424
Saksamaa	0,435	Hispaania	0,423
Tšehhi	0,434	Poola	0,421
Ungari	0,434	Rumeenia	0,42
Holland	0,434	Portugal	0,417
Rootsi	0,434	Türgi	0,416
Inglismaa	0,433	Prantsusmaa	0,413
Küpros	0,431	Itaalia	0,408

Allikas: Eurobaromeeter „Tervis ja toit“ 2006. Küsitlus viidi läbi 2005. aasta novembris ja detsembris.

Riskitegurite levimuse vähendamiseks rakendatavad meetmed

Meetmed suitsetamise piiramiseks

25. Ülevaate tubaka suitsetamist piiravatest meetmetest annab WHO *Tobacco Control Database*. Riigikontroll vaatles selle alusel Euroopa Liidu liikmesriikide tubakasuitsetamise piiramise meetodeid. Peamisteks piiravateks seadusandlikeks meetoditeks on:

- tubakatoodete reklaamipiirangud;
- tubakatoodete müügipiirangud;
- suitsetamise piirangud avalikes kohtades;
- hoiatussildid toodetel;
- toote koostise reguleerimine;
- abi tubakast loobumisel ja avalikkuse teavitamine.

Tubakatoodete reklaamipiirangud

26. Kõige enam on suitsetamise reklaami piiratud selle keelustamisega kõikides meediakanalites. Vanades EL riikides on riigi raadios ja televisioonis reklaam keelatud valdavalt juba 1980.–1990. aastatel, uutes liikmesriikides alates 1990ndate lõpust või hiljem. Näiteks Lätis pandi piirangud reklaamile 1999. aastal ning täielikult keelati reklaam raadios, teles ja ajalehtedes alles 2005. a. Eestis on täielikud keelud kõikides kanalites alates 1998. aastast. Reklaamipiiranguid müügikohtades kasutatakse vähestes maades (nt Norra, Hispaania, Rootsi), täielikud keelud on kehtestatud suures osas pärast 2000. aastat.

27. 17 riigis (sh Eesti) on keelatud tubakatoodete reklaamimine filmides, ligi pooltes riikides võib reklaamida tubakatootja brändi, kui sponsoreeritakse mõnd üritust. Kõige vähem piiranguid on tubaka- ja tubakat mittesisaldavate toodete kaubamärkide koos reklaamimisel. Reklaamiviisidele piiranguid rakendavad kõige enam Austria, Rootsi, Portugal ja Ungari.

Tubakatoodete müügipiirangud

28. Euroopa Liidu riikides rakendatakse piiranguid ja keelde suitsude müümisel müügiautomaatidest, internetist, samuti on enamasti keelatud müüa üksikuid või pakkimata sigarette või levitada tasuta näidiseid. Viimane keelustati uutes EL liikmesriikides enamasti alles pärast 2000. aastat, vanades liikmesriikides olid keelud olemas juba 1990ndatel. Eestis on alates 2001. aastast keelatud suitsude müük automaatidest ning üksikute ja pakkimata suitsude müük. Soomes on lisaks piirangud suitsude tellimisel internetist ning maksuvabade suitsude müügil.

29. Tubakatooteid võib enamikus EL vanades liikmesriikides müüa juba 16-aastastele, enamikus uutes (sh Eestis) on vanusepiiranguks 18 aastat. Kreekas, Rootsis, Luksemburgis ei ole miinimumvanust paika pandud. 15-aastaselt saab tubakatooteid osta Sloveenias, 16-aastaselt Maltas. Ainult Maltas ei ole alaealistele müümise eest karistusi ette nähtud ja vaid pooltes riikides (sh Eesti) on alaealistele tubaka müümise eest võimalik karistada. Jaemüügiks on pooltes vanades ja enamikus uutes riikides vaja eraldi litsentsi.

Suitsetamise piirangud avalikes kohtades

Kas teadsite, et

tubakasuitsetamine tootlustusasutustes on keelatud neis riikides:

2004 Iirimaa, Malta, Norra

2005 Itaalia, Rootsi

2006 Šotimaa, Läti

2007 Belgia, Leedu, Portugal, Eesti,

Soome, Inglismaa, Taani, Saksamaa

2008 Prantsusmaa, Holland

2009 Ungari

Allikas: Tervise Arengu Instituut, ettekanne konverentsil „Tervise süsteem tervise ja jõukuse heaks“ 2008.

30. Suitsetamine avalikes kohtades on enamikus EL riikides keelatud või piiratud. Piirang on näiteks Portugalis, kus 1983. aastal piirati suitsetamist tervise-, haridus- ja valitsusasutustes, tööruumides ja teatrites ning kinodes. Rootsis kehtib täielik keeld, suitsetamine on 2005. aastast keelatud ka pubides, baarides ja restoranides. Vabatahtlikult võivad ära keelata suitsetamist baarid ja restoranid Austrias, Madalmaades, Portugalis ja Suurbritannias.

31. Uutes liikmesriikides kasutatakse valdavalt samuti suitsetamise keelustamist. WHO andmete põhjal on täielikult keelatud suitsetamine avalikes kohtades Maltas ja Eestis. Eestis võib tubakaseaduse kohaselt tootlustusasutuses suitsetada selleks ettenähtud ruumis või väliterrassil. Enamikus riikides on keelatud suitsetada tervise-, laste-, ja valitsusasutuste ruumides ja territooriumil. Üldjuhul on keelatud suitsetamine ka ühistranspordis (Eestis 2005. aastast).

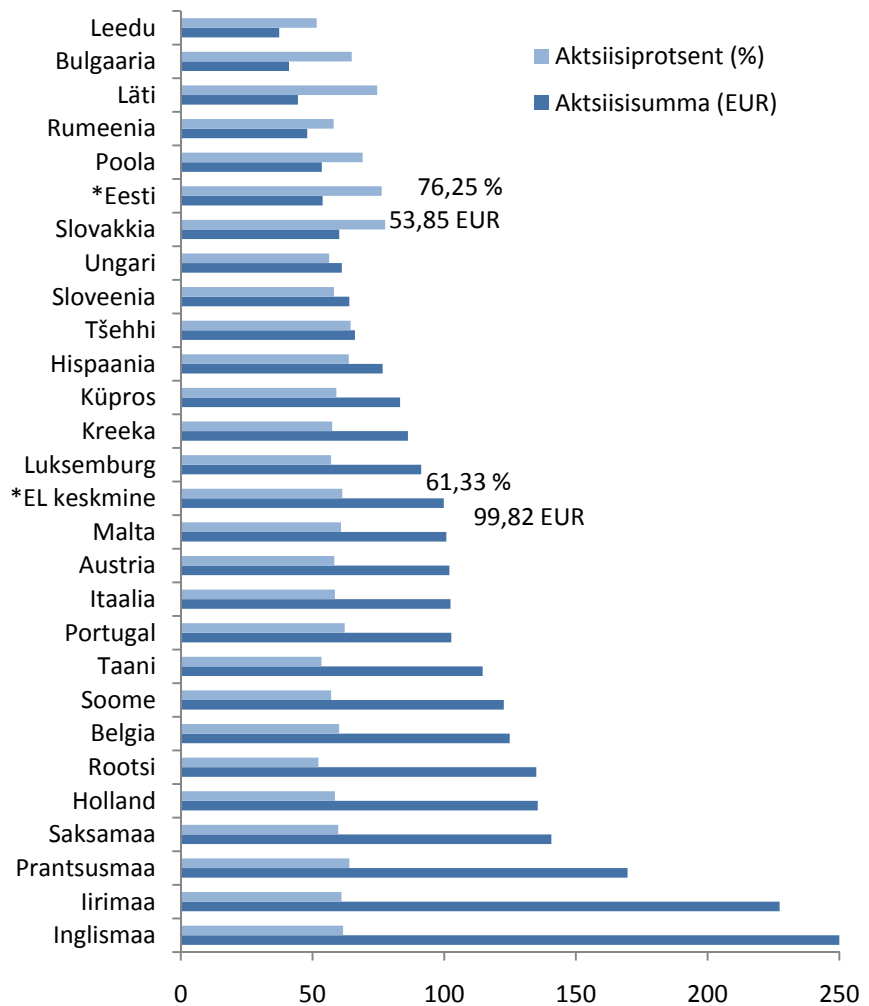
Hoiatussildid toodetel ja toote koostise reguleerimine

32. Kõikides Euroopa Liidu riikides peavad tubakatoodete pakenditel olema terviseriskidest teavitavad hoiatusmärgised, mis on kohalikus keeles, kindla tekstiasetuse ja sisuga. Pakendil on vaja kirjeldada ka tubakatoote liik ning ainete sisaldus. Kõikides riikides on reguleeritud nikotiini, tõrva ja üldjuhul ka vingugaasi sisaldus tubakatootes.

Aktsiisimäärad

33. Euroopa Liidus on aktsiisimäärad reguleeritud mitme direktiiviga, mis kehtestavad nii minimaalse aktsiisimäära maksimaalsest jaehinnast (57%) kui ka miinimumsumma (64 EUR) 1000 sigareti kohta. Joonisel 6 on toodud EL riikide aktsiisimäärade võrdlus. See näitab, et kuigi Eesti praegune aktsiisimäär (76,25%) on üks EL kõrgemaid, jäädes alla vaid Slovakkiale, ei vasta aktsiisiumma (ca 54 EUR) 1000 sigareti kohta veel direktiivis toodud miinimumsummale. Seega on Eestis, võrreldes enamiku teiste EL riikidega, tubakatooted ikka veel suhteliselt odavad (eriti võrreldes Inglismaa ja Iirimaaga). Enamik 2004. aastal Euroopa Liiduga liitunud riike peab tubakaaktsiisi määrad vastavusse viima 2008. aasta lõpuks, Eesti ja Läti erandina 2009. aasta lõpuks.

Joonis 6. Aktsiisimäärad Euroopa Liidu riikides seisuga 1.07.2008



Allikas: European Commission, Excise duty Tables Part III. Manufactured Tobacco July 2008.

Abi tubakast loobumisel ja avalikkuse teavitamine

34. Enamikus EL riikides (sh Eestis) on olemas programmid tubakasuitsetamisest loobumiseks ning ennetustegevust ja loobumise nõustamist loetakse osaks tervishoiu esmatasandist. Peaaegu kõikides riikides (sh Eestis) on olemas suitsetamisest loobumise nõuandeliin. Üksikutes riikides rahastatakse riiklikult suitsetamise asendusravi (nt Prantsusmaa, Iirimaa, Inglismaa).

35. Kõik EL riigid osalevad ja korraldavad üritusi iga-aastase ülemaailmse tubakavaba päeva raames 31. mail. Näiteks peetakse selleteemalisi konverentse, ümarlaudu jt avalikke üritusi, tehakse massimeediakampaaniaid, suitsetamisest loobumise võistlusi, jagatakse lilli, jaotatakse mitmesuguseid trükiseid. Mõnes riigis korraldavad üritusi peamiselt mittetulundusühingud. Riiklik infopäev on olemas peaaegu pooltes vanades ning neljas viiendikus uutes liikmesriikides. Mõned riigid (sh Eesti) on päevaks valinud rahvusvahelise suitsetamisvastase päeva novembri kolmandal neljapäeval, mõned aga määranud selleks eraldi kuupäeva või see on osa tervisenädalast. Peaaegu kõikides vanades liikmesriikides ja rohkem kui pooltes uutes EL riikides on kooliprogrammis teave suitsetamise kahjuliku mõju ning sõltuvuse

tekkimise kohta. Samuti viiakse peaaegu kõikides EL riikides läbi suitsetamisalaseid teabekampaaniaid.

36. Eesti rahvatervisest strateegiatest käsitleb suitsetamise teemat SVH strateegia, vähesel määral ka LÕTS ja vähistrateegia. SVHS raames on loodud kõikides maakondades suitsetamisest loobumise kabinetid (kokku 20), toodetakse mitmeid trükiseid jm õppematerjale ning korraldatakse koolitusi. Kampaaniatest viiakse läbi näiteks rahvusvahelist kampaaniat „Loobu ja võida“ ning koolilastele suunatud „Suitsuprii klassi“ kampaaniat.

Omavalitsuste ettepanekud riigi tegevusteks suitsetamise vähendamisel

37. Riigikontroll uuris auditi käigus kohalikke omavalitsusi ja maavalitsusi küsitledes ka nende arvamust, milliseid meetmeid võiks riik (rohkem) rakendada riskitegurite mõju vähendamisel. Omavalitsuste soovitusel, kuidas riik peaks tegutsema suitsetamise vähendamiseks, on toodud tabelis 7. Maavalitsuste hinnangud on sarnased. Tabelist selgub, et paljusid ettepanekuid tegevusi riik juba rakendab, kõiki siiski mitte.

Tabel 7. Omavalitsuste vastused küsimusele, mida riik võiks teha suitsetamise vähendamiseks

Riigi tegevus	Mainimiste arv
kampaaniate ja teavitustöö tegemine	22
reklaami keelamine	17
seadustega reguleerimine	14
aktsiisi suurendamine	12
projektide (suurem) rahastamine	8
müügi piiramine	7
antireklaamide kasutamine	5
kooli ja õppetegevuse kaasamine	5
tervislike eluviiside propageerimine ja nendeks tingimuste loomine	5
huvihariduse pakkumine ja alternatiivsete tegevuste leidmine	4
mittesuitsetajatele privileegide andmine	3
müügi ja/või impordi keelustamine	3
kontrolli tõhustamine	2

Allikas: Riigikontrolli küsitlus. Avatud küsimuse vastuste analüüs.

Kokkuvõtteks

38. Eri riikide meetmete võrdlemise põhjal võib väita, et Eesti on kasutanud laialdasi ja ka mujal kasutamist leidvaid võimalusi, et vähendada tubakatoodete tarbimist (müügi- ja reklaamipiirangud, avalikes kohtades suitsetamise piirangud). Inimeste tervise säästmiseks on tubakatoodete pakendid märgistatud hoitava infoga ning samuti korraldatakse iga-aastaseid suitsetamisvastaseid üritusi. Tubakatoodete aktsiisimäärad tõusevad tempos, mis eeldab nende jõudmist EL nõutud määradeni 2009. aasta lõpuks. Samas on võimalik teha rohkem ja seda näitavad ka omavalitsuste ettepanekud, et mitmeid tegevusi võiks teha suuremas mahus või laiemat avalikkust (sh omavalitsusi) teavitades. Omavalitsuste vastuste põhjal võib järeldata, et riigilt soovitakse kõige enam avalike kampaaniate jätkamist ning nende mahu suurendamist,

samuti senisest karmimaid reklaami- või müügipiiranguid ja tubakaaktsiisi edasist tõusu (küsitlus viidi läbi enne 1.07.08 aktsiisitõusu). Käesolev Riigikontrolli analüüs käsitles peamiselt sigarettide suitsetamise vastaseid meetmeid, samas on oluline silmas pida ja meetmeid rakendada ka teiste toodete tarbimise vähendamiseks, nagu kanep, samuti suitsuvabad tubakatooted.

Meetmed alkoholitarbimise vähendamiseks

39. Ülevaate eri riikide tegevusest alkoholitarbimise piiramisel annab WHO *Alcohol Control Database*. Selle kohaselt on peamisteks meetmeteks alkoholitarbimise vähendamisel:

- alkoholi reklaamipiiranguid;
- alkoholi müügipiiranguid;
- alkoholi tarbimise piiranguid avalikes kohtades;
- joores juhtimise keelustamine;
- alkoholsete jookide maksustamine.

Alkoholi reklaamipiirangud

40. Üheski EL riigis ei ole alkoholi reklaami täielikult keelatud, enamikus eksisteerivad siiski teatud piirangud. Enamasti ei pea olema reklaamis välja toodud võimalikku tervise kahjustamise ohtu (seda nõutakse Prantsusmaal, Portugalis, Rootsis, Lätis, Leedus, Poolas ja Sloveenias) ning pudelil ei pea olema vastavat märgist või silti (nõutakse ainult Portugalis ja Hispaanias).

41. Nii kange kui ka lahja alkoholi reklaami piiratakse EL vanades liikmesriikides mõnevõrra rohkem kui uutes.

42. Euroopa Liidu riikides on kõige enam piiratud kange alkoholi reklaami, selle on rahvuslikus televisioonis ja raadios täielikult keelustanud 10 riiki ja piiranud 6 riiki, sh Eesti. Kõige vähem on reklaami keelustatud müügikohtades ja kinodes. Võrreldes vanade liikmesriikidega on uutes rohkem reklaami täielikku keelustamist reklaamtahvlitel ja müügikohtades. Samuti ei ole uutes riikides peaaegu üldse kasutusel vabatahtlike kokkuleppeid reklaami piiramiseks (nt kaabel- ja satelliittelevisioonis ja alkoholi müügikohtades).

43. Lahja alkoholi reklaamimisel kasutatakse vanades liikmesmaades riiklikus televisioonis ja raadios kõige enam osalisi piiranguid, uutes liikmesriikides puuduvad piirangud sageli täiesti. Reklaami täielikku keelamist kasutatakse lahja alkoholi puhul vaid üksikutes riikides. Näiteks Prantsusmaal on keelatud lisaks kangele alkoholile ka lahjat alkoholi sisaldavate toodete reklaamimine riigi- ja kaabeltelevisioonis ja kinodes. Samuti on Rootsi keelanud nii lahja kui kange alkoholi reklaami enamiku kanalite kaudu. Uutest liikmetest on lahja alkoholi reklaam täielikult piiratud vaid Sloveenias, kuid seda ainult reklaamtahvlitel ja kinodes. Veini reklaamimine on täielikult keelatud veel ka Ungari ja Slovakkia riiklikus televisioonis.

44. Eestis on kange alkoholi reklaam täielikult keelatud kinos, reklaamtahvlitel ja osaliselt ajalehtedes ning rahvuslikus televisioonis ja raadios (kella 7st kuni 21ni). Õlle ja veini reklaamimine on sarnaselt

kange alkoholiga täielikult keelatud kinodes ning osaliselt piiratud televisioonis ja raadios (kella 7st kuni 20ni), erinevalt kangest alkoholist ei ole see aga piiratud reklaamtahvlitel ega ajakirjades. Piirangud puuduvad näiteks kaabel-, satelliittelevisioonis ja müügikohtades.

45. Tervise Arengu Instituudi tellimusel 2008. aastal läbiviidud uuring toob muu hulgas välja reklaamimahu aastatel 2003–2007. Võrdlus näitab, et nende viie aasta jooksul on reklaami maht kasvanud rohkem kui kaks korda: trükimeedias 535 leheküljelt 1116 leheküljeni ning televisioonis 51 tunnilt 119 tunnini. Eelkõige on kasvanud lahjema alkoholi reklaami maht. Selle tulemusena jõudis 2007. aastal peaaegu igal kuul ca 90% alkoholireklaami 4–17 aastasteni, ehk sihtrühmani, kelleni jõudmist reklaamipiirangute abil soovitakse vältida. Tulemus viitab, et alkoholi reklaamipiirangud ei suuda täita oma peamist eesmärki – takistada alkoholireklaami jõudmist alaealisteni.

Alkoholi müügi piirangud

46. Peaaegu pooltes EL vanades liikmesriikides on kindlad kellaajalised piirangud, mil tohib alkoholi müüa. Piiranguid kindlatel päevadel (pühad jms) on kehtestanud umbes kolmandik ning kindlates kohtades kaks kolmandikku vanadest liikmesriikidest. Uutes liikmesriikides ei ole valdavalt piiranguid kehtestatud. Näiteks kindlatel kellaegadel ei või alkoholi müüa Lätis, Leedus ja Sloveenias. Alates 14.07.2008 on ka Eestis alkoholi jaemüük lubatud vaid alates kella 10.00 kuni 22.00.

47. Peaaegu kõikides uutes liikmesriikides saab igasugust alkoholi osta alates 18. eluaastast. Erandiks on Malta, kus baarides võib alkoholi osta ka 16-aastaselt. Vanades EL riikides saab paljudes riikides alkoholi juba 16-aastaselt kätte. Kanget alkoholi müüakse baarides siiski peamiselt 18-aastastele. Näiteks Prantsusmaal ja Portugalis saab igalt poolt alkoholi kätte 16-aastaselt, seevastu poest kange alkoholi ostmiseks Rootsis või Soomes peab olema 20.

Alkoholi tarbimise piirangud avalikes kohtades

48. Euroopa Liidu vanades riikides on alkoholi tarbimisel vähem piiranguid, näiteks enamikus riikides on lubatud alkoholi tarbida vabas õhus, vabaaja üritustel, parkides ja tänavatel. Uutes liikmesriikides seevastu on piiranguid kehtestatud palju rohkem. Täielikku piirangut rakendatakse uutes liikmesmaades kõige sagedamini tervise-, haridus- ja valitsusasutustes. Piirangud alkoholi tarbimisel puuduvad kõige sagedamini söögikohtades, kõige enam on piiratud tarbimist spordiüritustel ja ühistranspordis.

49. Vabatahtlikke piiranguid on rakendatud palju vanades EL riikides, eelkõige tervise-, haridus- ja valitsushoonetes. Uued liikmed eelistavad pigem riiklikku (osalist või täielikku) piirangut, vabatahtlikku piiramist kasutatakse harva (parkides, tänavatel ja vabaaja üritustel alkoholi tarbimisel).

50. Eestis on alkoholi tarbimine keelatud tervise- ja haridusasutustes ning ühistranspordis. Osalised piirangud on kehtestatud alkoholitarbimisele spordi- ja vabaaja üritustel, töökohtades ja vabas õhus. Vabatahtlikke piiranguid ei ole. Rootsis näiteks puuduvad enamikus kohtades piirangud. Soomes on alkoholi keelatud tarbida ühistranspordis, spordi- ja vabaaja üritustel. Osalised piirangud on restoranides, vabas õhus, parkides ja tänavatel. Vabatahtlikult rakendavad piiranguid terviseasutused, valitsushooned ning tökohad (tööruumid).

Joobes juhtimise keelustamine

51. Vanast EL 15 liikmesriigist 11s on lubatud autot juhtida, kui alkoholi hulk veres ei ületa 0,5 promilli. Vaid Rootsis on ülempiiriks 0,2 promilli ning näiteks Iirimaa, Luksemburgis ja Suurbritannias võib rooli istuda, kui joove jääb alla 0,8 promilli. Uute liikmesriikide piirangud on palju rangemad. Vaid Maltas on lubatud autot juhtida kuni 0,8 promillises joobes, Bulgaarias, Lätis ja Sloveenias 0,5 ning Leedus 0,4 promillises. Eestis ja Poolas on ülempiiriks 0,2 promilli. Tšehhis, Ungaris, Rumeenias ja Sloveenias on keelatud sõiduki juhtimine igasuguse joobe korral (tabel 8).

Tabel 8. Euroopa Liidu riikides autojuhtimisel lubatud maksimaalne alkoholisaldus veres

Joobeaste (%)	Riigid
0	Rumeenia, Slovakkia, Tšehhi, Ungari
kuni 0,2	Eesti, Poola, Rootsi
kuni 0,4	Leedu
kuni 0,5	Austria, Belgia, Bulgaaria, Hispaania, Itaalia, Kreeka, Läti, Holland, Portugal, Prantsusmaa, Saksamaa, Sloveenia, Soome, Taani
kuni 0,8	Iirimaa, Luksemburg, Malta, Suurbritannia

Allikas: WHO Alcohol Control Database.

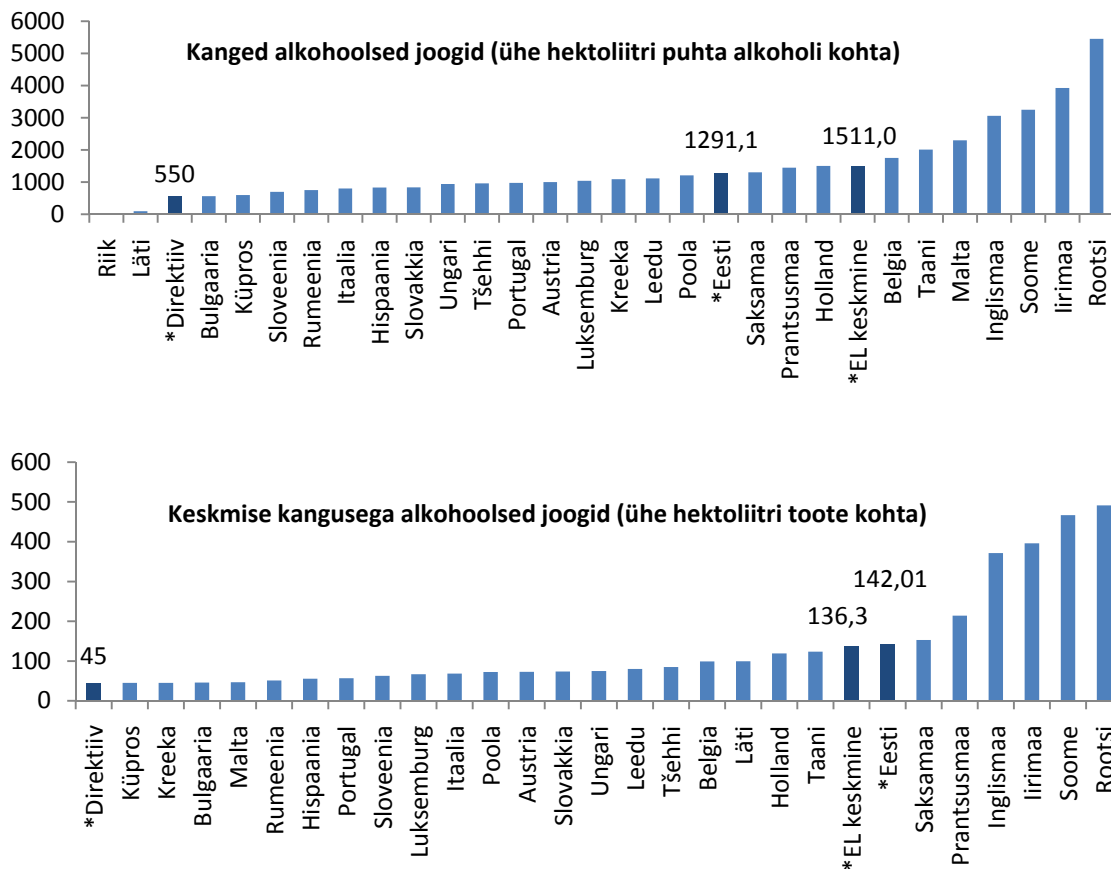
52. Maltas, Saksamaal ja Iirimaa ei ole lubatud mõõta alkoholisaldust väljahingatavast õhust. Kõigis teistes Euroopa Liidu riikides on puhumistestid lubatud.

53. Oluline erinevus on uute ja vanade liikmesriikide vahel korduvatele seaduserikkujatele suunatud programmides. Vanadest liikmesriikidest puuduvad vaid Taanil, Soomes ja Iirimaa korduvatele rikkujatele suunatud kohustuslikud haridus- või raviprogrammid. Uutest liikmesriikidest on programmid olemas vaid Lätil ja Leedul.

Alkoholsete jookide maksustamine

54. Peamiseks alkoholi piiramise meetmeks on alkoholitoodete maksustamine aktsiisiga. Euroopa Komisjon on teinud ülevaate liikmesriikide alkoholitoodete aktsiisimäärade 1.07.2008 seisuga. Tulemused kange ja keskmise kangusega jookide kohta on välja toodud joonisel 7. Ülevaate tulemused näitavad, et Eesti alkoholi aktsiisimäärad ületavad praegu tunduvalt EN direktiiviga 92/84/EEC kehtestatud piirmäärasid, on kõrgemad enamiku EL uute liikmesriikide määrade ning jäävad alla vaid mõnede vanade liikmesriikide aktsiisidele. Samas on mitmete viimaste (Soome, Iirimaa, Rootsi, Inglismaa) aktsiisimäärad Eesti omadest mitmeid kordi kõrgemad.

Joonis 7. Kange ja keskmise kangusega alkoholi aktsiisimäärad Euroopa Liidu riikides alates 1. juulist 2008



Allikas: European Commission, Excise duty Tables, Part I Alcoholic Beverages, July 2008.

Kas teadsite, et

alkohoolsete jookide ja üldise hinnataseme suhe on riigiti väga erinev.

Näiteks hamburgeri Big Mac hinnaga saaks Iirimaa osta 1,4 õlut, Eestis 3, aga Tšehhis peaaegu 8 õlut.

Veini saaks hamburgeri hinna eest Iirimaa ühe kolmandiku, Eestis pool, aga Ungaris lausa 2 pudelit.

Ühe pudeli viina eest saaks Rootsis kuus, Eestis 2,5 ja Tšehhis alla kahe Big Maci.

Allikas: WHO Alcohol Control Database.

55. Hoolimata EL alkoholiaktsiisi miinimummääradest erinevad alkoholitoodete hinnad eri liikmesriikides tunduvalt. WHO *Alcohol Control Database* kohaselt oli 2007. aastal vanades liikmesriikides keskmise õlle hind 0,86, veini hind 3,13 ning kange alkoholi pudeli hind 9,36 EUR. Uute liikmesriikide hinnad olid vastavalt 0,44; 1,93 ja 5,4 EUR (Eestis 0,56; 3,85; 4,78 EUR). See tähendab, et alkoholi lõpphind jääb Eestis tarbija jaoks suhteliselt odavaks, hoolimata kõrgest aktsiisiprosendist.

Alkoholi võõrutusravi

56. Alkoholi võõrutusravi on laialdasemalt kättesaadav vanades EL maades. Laialdast või kättesaadavat abi saab terviseasutustest 11 riigis, 13 riigis osutavad seda valitsusvälised organisatsioonid. Töökoha poolt koordineeritud ravi on osaliselt kättesaadav 7 riigis. Apteekritelt saadakse abi üldjuhul vähe. Abitelefonidelt saab abi kõikjal, välja arvatud Portugalis. Hästi kättesaadav on võõrutusravi näiteks Soomes ja Rootsis.

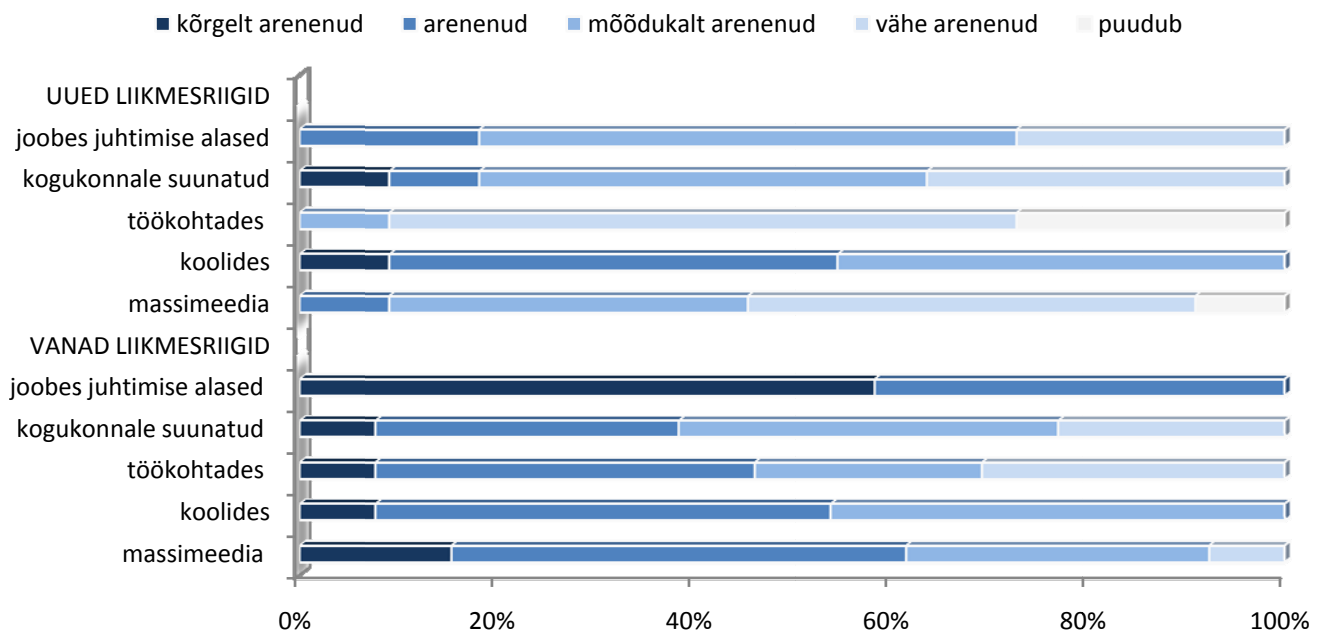
57. Uutes Euroopa Liidu liikmesriikides saab kõige enam abi terviseasutustest. Osaliselt või väheses mahus on võimalik saada ravi ka töökoha või valitsusvälise organisatsiooni kaudu. Abitelefonidelt on kõige laialdasemalt võimalik abi saada Tšehhis, seevastu puudub seal

töökoha, valitsusväliste organisatsioonide ja apteekri poolt osutatav ravivõimalus. Eestis on väheses matus kättesaadav üldise tervishoiu, töökoha ning apteekrite poolt osutatav alkoholikahjustuste ravi. Osaliselt saab abi valitsusvälistelt organisatsioonidelt ning abitelefoniilt.

Alkoholialane teavitus ja koolitus

58. Alkoholiga seonduva info ja hariduse arengutase riigiti on toodud viiesel skaalal: kõrgelt arenenud, arenenud, mõõdukalt arenenud, vähe arenenud, puudub. Euroopa Liidu vanades riikides on see enamasti arenenud või kõrgelt arenenud tasemel. Kõige rohkem on vanades liikmesmaades arenenud joores juhtimise vastased kampaaniad. Uutes liikmesriikides on kõige rohkem arenenud koolidele suunatud programmid ning kõige vähem töökoha kaudu teabe levitamine (joonis 8).

Joonis 8. Mitmesuguste alkoholitarbimise vähendamisele suunatud teabe- ja koolitusprogrammide või -kampaaniate arengutase Euroopa Liidu riikides



Allikas: WHO alcohol control database

59. Uutest liikmesriikidest on näiteks Poolas heal järjel nii koolile kui ka kogukonnale suunatud harivad ja infot jagavad programmid. Teistes uutes riikides on arengutasemed erinevad. Arengu näitajad on uutel liitujatel madalamad kui vanadel liikmetel. Näiteks Tšehhi massimeedias puudub igasugune alkoholialane harimine, samuti puuduvad töökohapõhised analoogsed programmid Eestis, Rumeenias ja Slovakkias.

60. WHO andmetel on Eestis massimeediale ja kogukonnale suunatud programmid mõõdukalt arenenud, koolidele suunatud ja joores juhtimise vastased kavad arenenud. Töökoha või siis erasektori põhised alkoholialast teavitustööd või harimist eraldi ei praktiseerita. Enamikus teistes riikides on arendatud ka töökohtadele suunatud programme.

61. Eestis on riiklikest strateegiatest alkoholiga seotud vaid vähistrateegia, mis näeb teatud määral ette ennetus- ja nõustamismaterjalide koostamist, teavitustööd haridusasutustes ning

teavituskampaaniaid ning paikkondlikke projekte. Kui seni on alkoholi tarbimise alase ennetustööga tegeldud suhteliselt väheses mahus ning peamiselt vaid ühe strateegia raames, siis edaspidi on seda plaanis teha suuremas mahus loodava vigastuste ennetamise strateegia raames (valminud on mitmeid sellekohaseid uuringuid ja analüüse). Alkoholi põhjalikumalt käsitleva strateegia puudumisel on seni mitmeid tegevusi algatanud ka Eesti Haigekassa, kelle rahastusel tehti näiteks 2008. aastal kampaania „Alkohol hävitab su aju ja elu“.



Kampaania „Alkohol hävitab su aju ja elu“ plakatid. Eesti Haigekassa, 2008.

Omavalitsuste ettepanekud riigi tegevusteks alkoholi tarbimise vähendamisel

62. Omavalitsuste vastustest Riigikontrolli küsimustikule selgus, et kohalikud omavalitsused tundsid puudust üleriigilisest alkoholi müügi piirangust ning muudest õigusaktidega seotud muudatustest, sh reklaami piiramine. Hoolimata sellest, et riik on kehtestanud mõningaid piiranguid alkoholi reklaamile, ei ole see mitmete vastanud kohalike omavalitsuste hinnangul piisav ning suur osa neist sooviks reklaami täielikku keelustamist (vt ka tabel 9).

Tabel 9. Omavalitsuste arvamused, mida riik võiks teha alkoholi tarbimise vähendamiseks

Riigi tegevus	Mainimiste arv
seadustega reguleerimine	34
reklaami keelamine	25
müügi piiramine	22
selgitustöö, teavitamine	15
programmide rahastamine	8
alkohoolikute sundravi	7
aktsiisi tõstmine	7
reklaami piiramine	6
kontrollimeetmete tõhustamine	5
alkoholi müük eraldi kauplustesse	5

alkoholi müük alates 21.eluaastast	4
alternatiivsete tegevuste võimaldamine	4
antireklaam	3
kooli ja õppetegevuse kaudu mõjutamine	3
tervislike eluviiside propageerimine	3
trahvide suurendamine	3
müügi keelamine	2

Allikas: Riigikontrolli küsitlus. Avatud küsimuse vastuste analüüs.

Kokkuvõtteks

63. Ka Eesti elanike arvamus ühtivad omavalitsuse hinnangutega. Eesti Konjunktuuriinstituudi kogumiku „Alkohol“ kohaselt peaks küsitletutest 48% arvates riik rakendama rangete ja 39% arvates väheste piirangutega alkoholipoliitikat. Enim sooviti reklaami keelustamist väljplakatitel, ka tele- ja raadioreklaami peeti taunitavaks.

64. Eespool kirjeldatud kokku võttes võib öelda, et Eesti on kasutanud mitmeid võimalusi alkoholi tarbimise ja sellega seotud kahjude vähendamiseks, näiteks müügi- ja tarbimispiiranguid, keelanud liiklusvahendi juhtimise ka väga kerges joobes. Alkoholi aktsiisimäärad on juba üle EL keskmise, kuid kuna need on sõltuvuses alkoholi hinnast (mis Euroopas on kallim kui Eestis), siis maksab alkohol ikkagi vähem ning on seetõttu kättesaadavam. Võrreldes paljude teiste riikidega ei kohaldata Eestis alkohoolikute sundravi, puudub ravikindlustusega kaetud alkoholismi ravi ning teavitustöö on pigem mõõdukalt kui hästi arenenud. Hoolimata ülaltoodud meetmete rakendamisest on Eesti Konjunktuuriinstituudi regulaarsete uuringute andmetel alkoholi tarvitamine aasta-aastalt kasvanud, mis näitab, et rakendatud meetmed ei ole Eesti situatsioonis olnud piisavad. Näiteks ei ole piisavad alkoholi reklaamipiirangud, kuna alkoholireklaam jõuab enamiku laste ja noorteni, kelleni jõudmist need piirangud peaksid takistama. Kuna reklaami maht on viimase viie aasta jooksul kahekordistunud, jääb sellega võrreldes ebapiisavaks ka ennetus- ja teavitustöö ning kampaaniate maht.

Tervislikule toitumisele suunatud meetmed

65. Euroopa Komisjon on oma valges raamatus pealkirjaga „Toitumise, ülekaalulisuse ja rasvumisega seotud terviseküsimustega tegelemise Euroopa strateegia“ ette näinud kolm peamist suunda: esiteks tarbija asjatundlikkus, mis ühelt poolt tähendab võimalikult selget ja õiget teavet toidu valimiseks ning teiselt poolt võimalikult head infokeskkonda; teiseks tervisliku toidu valikuvõimaluse suurendamine; kolmandaks kehalise aktiivsuse edendamine.

66. Viis peamist teemavaldkonda tervislikumale toitumisele suunamisel on Riigikontrolli analüüsi kohaselt järgmised (sulgudes seotus EL valge raamatu suundadega):

- toidumärgistused (tarbija asjatundlikkus);
- teavitustöö ja toitumisjuhendid (tarbija asjatundlikkus);
- reklaamipiirangud (tarbija asjatundlikkus);

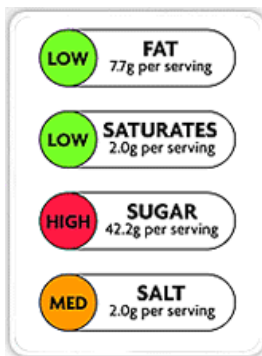
- toidu koostise ja portsjoni suuruse muutmine (valikuvõimaluse suurendamine);
- rahaline mõjutamine (valikuvõimaluse suurendamine).

Peamiselt on meetmed toitumise tervislikumaks muutmiseks tootjafirmade või nende ühenduste poolt ette võetud vabatahtlikult. Siiski on mõned riigid teatavaid valdkondi ise reguleerinud või meetmeid kasutusele võtnud.

Toidumärgistus

Kas teadsite, et

selline näeb välja Inglismaa toidumärgistussüsteem: valgusfoorivärvid näitavad, kui suur on toote rasvade, küllastunud rasvade, suhkru- ja soolasisaldus.



Teavitustöö ja toitumisjuhendid

67. Toote toidumärgistuses peaksid tootjad tarbijaid varustama täpse, standardiseeritud ja võrreldava infoga, et tarbija saaks teha tarku valikuid. Euroopa Komisjoni direktiiv 2000/13/EÜ kehtestab nõude loetleda pakendil toiduaine koostisosad, info toitainete sisalduse või näiteks energiasisalduse kohta ei ole kohustuslik (v. a kindlatel juhtudel, näiteks kui pakendil on tervise- või toitumisalane väide). Enamasti ei ole EL riigid täiendavaid nõudeid kehtestanud ning toitumisalase teabe lisamine toidu märgistusele on vabatahtlik (Eesti on täiendavalt kehtestanud soola sisalduse esitamise nõude teatud toitude korral). Neljas EL liikmesriigis läbiviidud uuring näitas, et 56% uuritud toodetele oli lisatud kvantitatiivne info koostisosade kohta. Kõige rohkem esines seda Inglismaal (75% toodetest), Hispaanias (54%), Saksamaal (50%) ja Poolas (41%). Põllumajandusministeeriumi sõnul on ka suurel osal Eestis toodetud pakendatud toidul vabatahtlikult esitatud informatsioon selle valgu-, rasva- ja süsivesikute ning energiasisalduse kohta. Ameerika Ühendriikides on toitainete kvantitatiivse info esitamine toidupakendil kohustuslik juba alates 1990ndate algusest. Tooteinfo võrreldavuse tõttu hakkasid sealsed tootjad rasvasisaldust oma toodetes vähendama. Osa riike kasutab keerulise märgistuse tarbija jaoks lihtsamaks ja märgatavamaks muutmisel mitmesuguseid visuaalseid sümboleid – Soome südame kujundit, Rootsi rohelist lukuauku, Inglismaa valgusfoori värve. Lisaks on mõned riigid kehtestanud ka erinevaid toidu kategoriseerimise süsteeme. Ka Euroopa Komisjonis on käesoleval ajal väljatöötamisel uus määrus, mis sisaldab lisanõudeid tarbijate paremaks informeerimiseks.

68. Enamik Euroopa riike jagab oma elanikele mingil kujul informatsiooni tervisliku toitumise kohta. Näiteks Inglismaa Toidustandardite Amet viis 2007. aastal läbi avaliku kampaania soola vastu, eesmärgiga teavitada inimesi igapäevatoidu suurest soolasisaldusest ning julgustada neid jälgima tootemärgistusi ja valima vähema soolasisaldusega tooteid. Kampaania kestis mitu nädalat ning kasutas televisiooni, ajakirjandust ja välireklaame ning teabelehti ja sellekohast veebilehte. Ka Eesti on tehtud toitumisalast teavitust (nt köögiviljade ja puuviljade tarbimise, tasakaalustatud toitumise, energiajookide võimalike ohtude, samuti toidu märgistuse, -lisandite ja lisaainete kohta. Välja on töötatud sellekohaseid trükiseid, plakateid ning koostatud veebilehti.

69. Samuti on kõik EL liikmesriigid töötanud oma riigi jaoks välja toitumissoovitused. Enamikus riikides on need koostatud aastatel 2002–2005 (15 riigis). Norra, Rootsi, Soome ja Taani on alates 1968. aastast teinud koostööd ühiste toitumissoovituste koostamisel, 2004. aastal avaldati neljanda täiendatud väljaandena Põhjamaade toitumissoovitused. Eesti toitumissoovitused on esmakordselt tervikkujul välja töötatud 1995. aastal (kinnitatud ministri määrusega) ning uued avaldatud aastal 2006.

Nagu Põhjamaade toitumissoovitustes, on ka neisse lülitatud kehalise aktiivsuse teema. Praegu üldisi toitumissoovitusi Eestis õigusaktiga enam kehtestatud ei ole, küll aga on kehtestatud mitmeid spetsiifilisi õigusakte (näiteks 01.09.2008 jõustuv sotsiaalministri 15. jaanuari 2008. a määrus nr 8 „Tervisekaitsenõuded toitlustamisele koolieelses lasteasutuses ja koolis”).

70. Tervislikku toitumist käsitleb Eestis SVH strateegia ning vähemal määral ka arengukava ”Eesti toit”. Kuigi massiivseteks kampaaniateks napib TAI sõnul rahalisi vahendeid, võib näitena tuua lastele suunatud kampaania, mis viidi läbi 2007. aastal. Kampaania sõnum viidi lasteni muinasjuturaamatu abiga ning raamatu ainetel loodi ka mänguline toitumisteemalise veebilehekülg. Samuti viidi kampaania läbi ka 125 toidukaupluses üle Eesti.



Lastele suunatud tervislikku toitumist populariseeriva U. Lennuki raamatu „Sööärasöö“ muinasjututegelased.

71. SVH strateegia raames on Eestis loodud tasuta kasutamiseks internetipõhine toitumisprogramm. Programm võimaldab sisestada omi retsepte ja menüüsid ning arvutab välja energia ja toitainete saamise päevas ning toidukordadel. Saadud tulemusi on võimalik võrrelda Eesti toitumissoovitustega ning lasteaiaaalistele lastele ja kooliõpilastele sotsiaalministri määruses kehtestatud normidega. Ka on viidud läbi koolitusi koolieelsete lasteasutuste toitlustajatele ning korraldatakse motivatsioonikonkurssi "Parim koolisöökla".

Reklaami piirangud

72. EK valge raamat rõhutab reklaami piirangute olulisust just laste jaoks. Ülevaate mõnede Euroopa riikide meetmetest telereklaami piiramisel annab tabel 10. See näitab, et enamik reklaami puudutavatest piirangutest toimub neis riikides reklaamitootjate vabatahtlike kokkulepete alusel. Enamasti ei näidata reklaami lastesaadete ajal või vahetult enne ja pärast neid. Samuti on mitmeid sisupiiranguid selle kohta, mida ja kuidas lastele tohib reklaamida. Näiteks ei ole mitmes riigis lubatud väita, et suupiste (näks) asendab normaalset toidukorda (Taani, Soome, Iirimaa) või ei tohi halvustada tervislikke toitumisharjumusi (Prantsusmaa, Iirimaa, Rumeenia, Inglismaa). Inglismaal on reklaamitegijal lisaks võimalik paluda oma reklaami eelnevat läbivaatamist vastava keskuse poolt (*Broadcast Advertising Clearance Centre*). Eestis on reklaamiseadusega kehtestatud küll üldised lastele suunatud reklaami piirangud, toidu reklaami lastele eraldi ei reguleerita.

Tabel 10. Mõnede Euroopa riikide meetmed telereklaami kontrollimiseks, mis mõjutavad toidu reklaamimist lastele

Riik	Piirangu allikas	Toidu lastele reklaamimisega seotud piirang
Taani	iseregulatsioon (algsest plaanitud seaduses)	Keelatud reklaamides kasutada lasteprogrammidest pärit tegelasi. Keelatud väita, et näks asendab toidukorra.
Soome	iseregulatsioon	Keelatud väita, et suupiste asendab toidukorda.
Prantsusmaa	iseregulatsioon, seadus	Ei tohi olla vastuolus tervisliku toitumise põhimõtetega. Ei tohi väita, et produkti tarbimine toob kaasa edu kunstis, koolis või sportimises. Peab sisaldama kindlat tervisesõnumit või maksma 1,5% reklaamieelarvest riiklikule tervisedenduse institutsioonile.
Saksamaa	iseregulatsioon	Tooteid, mida saates näidatakse, ei tohi reklaamida enne ega pärast saadet ning reklaam ei tohi väita, et laps peab toodet ostma.
Island	iseregulatsioon	Reklaamid, mis võivad kahjustada "kehalist, vaimset või moraalselt arengut" on keelatud sel ajal, mil lapsed tõenäoliselt on teleri ees.
Iirimaa	iseregulatsioon	Ei tohi julgustada ebatervislike söömisharjumusi; näksid peavad olemas selgelt nendena esitatud. Kuulsuste kasutamine reklaamides on piiratud.
Holland	iseregulatsioon	Kondiitritoote reklaam on piiratud ning nendes reklaamides tuleb näidata hambaharja.
Norra	üldised reklaamipiirangud	Lastesaadetest pärit tegelasi või inimesi ei tohi reklaamis kasutada.
Rumeenia	–	Reklaam ei tohiks julgustada ülemäärast söömist. Toidu kohta tehtavad võrdlused ei tohiks halvustada olulisi toite nagu puu- ja köögiviljad.
Inglismaa	iseregulatsioon, koodeks erakanalitele	Keelatud ülemäärase söömise julgustamine ja tervislike toiduvalikute halvustamine (puu- ja köögiviljad). Lisaks ei tohiks julgustada lapsi oma vanemaid tüütama, vahetult enne uneaega või päeva jooksul pidevalt sööma või toidukordi näkside või maiustustega asendama.

Allikas: The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response. WHO 2007.

Toidu koostise ja portsjoni suuruse muutmine

73. Paljud Euroopa tootjad, toitlustajad või nende ühendused on muutnud oma toodete koostist või laiendanud toodete sortimenti, et pakkuda tarbijatele tervislikumaid tooteid. Eelkõige on vähendatud toodete rasva-, soola või suhkrusisaldust. Näiteks lõpetas Kreeka restoranikett *Goody* kõikides oma restoranides soola lisamise kartulitoitudele, andes sööjaile võimaluse väikeseid soolapakke kasutades lisada ise soola. Soola tarbimine selle keti restoranides vähenes aastas 40 tonni võrra. Karastusjookide tootjad on toonud turule vähema suhkrusisaldusega tooteid ning kiirtoidurestoranid on hakanud friikartulite asemel pakkuma salateid.

Rahaline mõjutamine

74. Üha enam on hakatud argumenteerima võimaluse üle kasutada toitumisharjumuse kujundamiseks mitmesuguseid rahalisi mõjutusvahendeid. Näiteks võiks tubaka- ja alkoholitoodete eeskujul maksustada teatud toidutooteid, mis sisaldavad liiga palju (sh küllastatud) rasvu, suhkrut või soola. Toidu maksustamine on Euroopa riikides levinud, kuid selle eesmärgiks ei ole üldjuhul olnud tervislike toitumisharjumuste kujundamine, vaid riigi maksutulude suurendamine. Jookide ja maiustuste aktsiisimaks on kasutusel Taanis, Soomes, Prantsusmaal, Hollandis ja Norras.

75. Selliseid rahalisi mõjutusvahendeid riigid siiski veel oluliselt kasutanud pole, rakendatud on pigem teatud toodete tasuta jagamist, näiteks puuviljade jagamist koolides (Prantsusmaa, Läti ja Inglismaa, Hollandi seitsmes suuremas linnas projektipõhiselt). Lisaks on Inglismaal

projektipõhiselt mitmes koolis jagatud õpilastele tasuta veepudeleid, et vähendada suhkruisaldusega jookide tarbimist. Sama ideed kannab ka näiteks EL koolipiima subsideerimine, mille tulemusel on piim ja teatud piimatooted kooliõpilastele EL riikides tasuta. Selle meetme toetuseks on arengukava „Eesti toit“ raames viidud läbi ka kampaania piima populariseerimiseks (www.piiostream.ee).

Omavalitsuste ettepanekud riigi tegevusteks alkoholi tarbimise vähendamisel

76. Vastates Riigikontrolli küsitlusele, mida riik saaks teha, et inimesed tervislikumalt toituisid, leidsid kohalikud omavalitsused, et peamiselt saaks riik seda valdkonda mõjutada teavitus- ja selgitustöö tõhustamise ning reklaamiga (vt ka tabel 11).

Tabel 11. Omavalitsuste arvamused, mida riik võiks teha tervisliku toitumise heaks

Riigi tegevus	Mainimiste arv
teavitamine, selgitustöö	31
reklaam, kampaaniad	22
kohalike tootjate toetamine	13
koolitoidu toetus/tasuta koolitoit	9
kodumaise toidu propageerimine	8
projektide rahastamine	7
tervislike eluviiside propageerimine	7
kontrolli tõhustamine toidu kvaliteedi üle	6
ebatervisliku toidu müügi piiramine/keelamine	4
kontroll välismaiste toidukaupade üle	3
seadustega reguleerimine	2

Allikas: Riigikontrolli küsitlus. Avatud küsimuse vastuste analüüs.

Kokkuvõtteks

77. Sarnaselt enamikule teistele Euroopa riikidele on Eestis toitumisharjumuste kujundamisel kasutusel suhteliselt vähe õigusakte ning enamik meetmetest on jäetud tootjatele vabatahtlikuks täitmiseks. Toidu reklaamimise piirangud ei reguleeri ebatervisliku toidu reklaamimist, toidumärgistuse nõudeid saaks küll riik ise karmistada, kuid eeldatavalt teeb seda lähitulevikus ka väljatöötamisel olev otse kohaldatav Euroopa Parlamendi määrus. Sotsiaalministeeriumi esindajate sõnul pole enne määruse kehtestamist tahetud riigisiselt seda valdkonda reguleerida. Põllumajandusministeerium toob välja, et kuna täiendavaid nõudeid saab kehtestada vaid Eesti tootjatele, tekitaks see ebavõrdset konkurentsi. Eesti on välja töötanud juhendeid ja infomaterjale õige toitumise tutvustamiseks, osalenud koolipiima programmis ning finantseerib osaliselt koolitoidu programmi, tagades sellega sooja toidu kõigile õpilastele.

Kehalise aktiivsuse suurendamise meetmed

78. Kehalist aktiivsust võib tinglikult jagada spordil põhinevaks ja spordil mittepõhinevaks aktiivsuseks. Viimane tähendab eelkõige liikumise lülitamist igapäeva elu tegevustesse, nagu jala käimine või jalgrattaga sõitmine (näiteks kooli või tööle).

Linnaplaneerimine käimise ja jalgrattasõidu osa suurendamiseks

79. Igapäevaliikumise edendamine on tihedalt seotud linnaplaneerimisega. Enamik riike keskendub käimise ja jalgrattasõidu osa suurendamisele, rajades turvalisi kõnni- ja jalgrattateid. Selle jaoks on näiteks Tšehhis, Taanis, Soomes, Hollandis, Prantsusmaal, Rootsis, Saksamaal, Norras ja Inglismaal koostatud riiklikud jalgrattasõidualased strateegia- või poliitikadokumendid. Samas ei taga ainult poliitika olemasolu veel rattasõitjate osatähtsuse suurenemist, palju sõltub ka riigi senistest traditsioonidest, infrastruktuurist ja muidugi kliimatingimustest. Kõige suurem on näiteks jalgrattasõidu osa igapäevatranspordis Hollandis ja Taanis, kus sellel on juba ajalooline tagapõhi. Enamiku Lääne-Euroopa riikide transpordipoliitikas on kõndimine ja jalgrattasõidu prioriteetsus siiski suhteliselt väike, mis kajastub ka vähestes investeeringutes (vähem kui 10%), samal ajal kui kaks kolmandikku investeeringutest on suunatud maanteedesse ning ligikaudu veerand raudteedesse.

80. Lisaks teede ja liikumisradade olemasolule motiveerib inimest nii tööleminekuks kui vabal ajal liikuma ka näiteks linnakeskkonna üldine meeldivus: piisava hulga roheliste piirkondade olemasolu, keskkonna puhtus (nt prügi ja grafiti puudumine tänavatel), piirkonna kuritegevuse tase. Liikumisteede ohutus mängib siinkohal väga olulist rolli, näiteks uute valgusfooride ülespanek tõi nendele tänavatele rohkem liiklejaid. Samas on riigid meeldiva keskkonna planeerimiseks ette võtnud suhteliselt vähe: uuritud kuuest riigist (Saksamaa, Itaalia, Ungari, Leedu, Holland ja Inglismaa) olid vaid Leedu ja Itaalia riiklikult kehtestanud miinimumnõuded haljasalade suuruse kohta vastavalt linnade pindalale ja rahvaarvule ja/või elupiirkonna suurusele. Ükski neist riikidest ei olnud sätestanud, kui kaugel inimese elupiirkonnast peaks asuma lähim haljasala. Ning kuigi jalakäijate turvalisus on väga oluline tegur, et kõndimist motiveerida, oli üksnes Saksamaa ette näinud, et iga autotee ääres peab olema kõnnitee.

81. Suures osas on linnade jalgrattasõbralikuks muutumine toimunud omavalitsuste enda algatusel. Näiteks viis Norra linn Sandnes osana linna transpordiplaanist läbi projekti kõikide olemasolevate liikumisteede ühendamiseks, et jalgratturid ja jalakäijad saaksid kogu oma teekonna läbida turvalistel selleks mõeldud teedel. Lisaks on paljudes Euroopa linnades (eelkõige Hollandis ja Saksamaal) kasutusele võetud spetsiaalsed piirkonnad *woonerfid* (eesti mõistes nn õuealad), mida kasutavad nii jalakäijad, jalgratturid kui ka mootorsõidukid (vt näide pildil). Mootorsõidukid peavad sõitma jalakäija kiirusega. Yorki linn Inglismaal on võtnud linnatranspordi planeerimisel kasutusele järgmise prioriteetide hierarhia: 1) jalakäijad, 2) liikumispiirangutega inimesed, 3) jalgratturid, 4) ühistranspordi kasutajad, 5) kahe rattalised mootorsõidukid, 6) äriotstarbelised sõidukid, sh veoautod, 7) autot kasutavad külastajad ja ostlejad; 8) kohalikud igapäevaaautosõitjad.

82. Lisaks omavalitsuste enda planeerimis- ja ehitustegevusele (mida Riigikontroll käesolevas auditis eraldi ei vaadelnud) käsitleb Eestis riiklikest strateegiatest sellekohaseid meetmeid enim Majandus- ja Kommunikatsiooniministeeriumi transpordi arengukava 2006–2013. Meetmed (sh teavituskampaaniad) on ette nähtud näiteks transpordi turvalisemaks muutmiseks ning kergliikluse soodustamiseks. Seda arengukava Riigikontroll aga käesolevas auditis põhjalikumalt ei käsitle.

Näide mootorsõidukite ja jalakäijate-jalgratturite vahel jagatud piirkonnast e *woonerfist* Hollandi linnas Harenis.



Pildi autor: Ben Hamilton-Baillie, näide võetud veebilehelt www.streetsblog.org, artiklist Battery Park City: An Opportunity for Innovative Street Design, Aaron Naparstek.

Kampaaniad ja teavitustöö

83. Eelkõige on riikide meetmed olnud siiski enamasti suunatud kehalise aktiivsuse alasele teavitus- ja haridustööle ning vabaaja kehalise aktiivsuse tõstmisele, vähem energiat on pühendatud keskkonna muutmisele, et inimese aktiivsus oleks regulaarne. Näiteks räägitakse rohkem laste füüsiliste aktiivsuse suurendamisest kehalise kasvatus tundide arvu tõstmise teel või liikumisvõimaluste suurendamist vahetundide ajal. Samuti on läbi viidud projekte füüsilise aktiivsuse tõstmiseks igapäevaelus, näiteks teavitavad sildid eskalaatorite ja liftide läheduses (nt Inglismaal), et trepist käimise on tervislik, ja see on enamasti treppide kasutamist suurendanud, kuid siltide eemaldamise korral väheneb treppidest käimine mõne aja möödudes jälle. Viiakse läbi mitmesuguseid kampaaniaid, nt Inglismaa viis nädalat kestnud meediakampaania „Everyday Sport“, mis kutsus inimesi rohkem sporti tegema. Inimeste mõjutamiseks on käivitatud kohalikke projekte, nagu jalgrattateede kaartide tasuta jagamine (Helsingborg), jalgrattasõidu reeglite õpetamine vanuritele (Holland ja Belgia) ja lastele (Inglismaa).

84. Eestis käsitleb kehalise aktiivsuse teemat peamiselt liikumisharrastuse arengukava, mis Kultuuriministeeriumi asekancleri sõnul on peamiselt mõeldud tervisespordi tegijate arvu suurendamiseks ning pöörab vähem tähelepanu liikumisele igapäevategevustes. Arengukava raames on koostatud näiteks info- ja juhendmaterjale, loodud maakondlikud spordiinfokeskused ning veebiinfokeskkond www.trimm.ee tervisespordi harrastajatele. Samuti on viimastel aastatel korraldatud liikumist populariseerivaid meediakampaaniaid. Arengukavasse on lülitatud ka spordiga seotud investeringutoetuste osa.



Näide 2008. aastal korraldatud liikumisharrastust propageerinud Kultuuriministeriumi, Eesti Olümpiakomitee ja ühenduse Sport Kõigile meediakampaaniast „Ära ole topis“.

Rahaline mõjutamine

85. Enamik rahalisi toetusi liikumisharrastuse suurendamiseks on olnud tööandjate omapoolsed vabatahtlikud algatused. Riiklikest rahalistest sekkumistest on eesrindlikuks näiteks Belgia, kes kompenseerib tööandjatele lisaraha maksmise oma neile töötajatele, kes kasutavad tööletulekuks jalgratast. Seda võimalust kasutab läbiviidud uuringu kohaselt 80% tööandjatest. Ka Inglismaa valitsus on algatanud diskussiooni maksuvabastuste kohta nendele tööandjatele, kes investeerivad oma töötajate tervisesse. Lisaks plaanib Inglismaa oma 2008. aasta alguses vastuvõetud strateegias „Healthy Weight, Healthy Lives“ („Tervislik kaal, tervislik elu“) katseprojekte, et rahaliselt toetada inimesi kaalu langetamisel (nt kupongid tervisliku toidu ostmiseks, auhinnad kaalu langetamise eest).

Omavalitsuste ettepanekud riigi tegevusteks kehalise aktiivsuse suurendamisel

86. Riigikontrolli küsitatud omavalitsuste hinnangul saaks riik kehalise aktiivsuse tõstmiseks peamiselt investeerida terviseobjektidesse, rahastada muid projekte ning kohalikke omavalitsusi. Samuti peeti oluliseks teavitustööd (sh kampaaniaid ja reklaami) (vt ka tabel 12).

Tabel 12. Omavalitsuste arvamused, mida riik võiks teha kehalise aktiivsuse tõstmiseks

Riigi tegevus	Mainimiste arv
investeeringud terviseobjektidesse	20
kampaaniad ja reklaam	17
projektide rahastamine	17
KOVide efektiivsem rahastamine	12
teavitamine ja selgitustöö	12
huvihariduse soodustamine	10
(maksu)soodustuste kehtestamine	8
tervislike eluviiside propageerimine	5
maksu kaotamine tööandja tehtavalt erisoodustuselt	5
seadustega reguleerima	4
ürituste korraldamine	4

Allikas: Riigikontrolli küsitlus. Avatud küsimuse vastuste analüüs.

Kokkuvõtteks

87. Eelnevate näidete põhjal võib öelda, et Eesti on viimastel aastatel küll oluliselt rohkem investeerinud nii linnasisestesse kui ka linnalähedastesse kergliiklusteedesse, kuid süstemaatiliselt ei ole püütud igapäevaliikumise ideed arendada. Kaalutud on maksusoodustuste kehtestamist nii harrastuspordile kui ka tööandjatele, kes oma töötajate liikumisharrastust toetavad, kuid selleni pole siiani jõutud.

Rahvatervisealaste strateegiate juhtimine

Analüüsitavate strateegiate valik

88. Auditis analüüsiti, kuidas on nelja tervise riskitegurit käsitletud eri strateegiate tegevuskavades. Analüüsitavad tegurid on valitud, arvestades nende suurimat mõju eesti rahva tervisele:

- suitsetamine;
- vähene kehaline aktiivsus;
- alkoholi liigtarbimine;
- ebatervislik toitumine.

Detailsemalt on riskitegurite valikut kirjeldatud ja põhjendatud auditi iseloomustuse osas. Strateegiad, mis neid riskitegureid käsitlevad, on järgmised:

- südame- ja veresoonkonnahaiguste ennetamise riiklik strateegia 2005–2020;
- riiklik vähistrateegia aastateks 2007–2015;
- arengukava „Eesti toit“ 2006–2008;
- liikumisharrastuse strateegiline arengukava 2006–2010;
- lapse õiguste tagamise strateegia 2004–2008.

89. Praeguste meetmete mõju rahvastiku tervise seisundile ja keskmise eluea näitajatele on võimalik näha alles 10–20 aasta pärast. Kuigi ei saa täpselt ennustada, millised meetmed osutuvad kõige mõjusamaks rahva tervise parandamisel, on riigil võimalik luua tervise parandamiseks head eeldused. Üks eeldusi on strateegiate juhtimine hea halduse tava kohaselt: (vahe)eesmärkide seadmine ja nende täitmise jälgimine, meetmete eel- ja järelanalüüs, piisav koostöö ja koordineerimine nende koostamisel ja elluviimisel. Käesolev peatükk käsitlebki valitud strateegiate keskset juhtimist, paikkonda puudutavast räägitakse lähemalt järgmises peatükis.

Eemärkide püstitamine ning nende mõõdetavus strateegiati erineb

Eesmärkide püstitamine

90. Et saada infot selle kohta, kas strateegia rakendamine toob kaasa soovitud muudatusi, peavad strateegial olema arusaadavad, realistlikud ja mõõdetavad eesmärgid. Kuna strateegiate üldeesmärgid on tihti seatud 10 või enama aasta pikkuseks perioodiks, on vaja ka vahe-eesmärkide seadmist. Tervisega seotud strateegiates saavad vahe-eesmärgid olla seotud näiteks inimeste tervisekäitumise muutustega või selleks sobiva keskkonna loomisega. Käesolev audit käsitleb eelkõige käitumuslike eemärkidega seotut. Detailsem ülevaade uuritavate strateegiate tervisekäitumist käsitlevatest indikaatoritest on välja toodud aruande lisa A tabelis 1.

91. Kõige detailsemate ja arvuliselt kõige paremini mõõdetavate indikaatoritega tervise valdkonnas on esindatud SVH strateegia. Ka on fikseeritud indikaatorite baastasemed aastal 2002. Enamikku

tervisekäitumisega seotud näitajaid kogutakse regulaarselt, seda võimaldab 1990. aastast alates Eesti läbiviidavad täiskasvanute tervisekäitumise uuring ning õpilaste tervisekäitumise uuring. Esialgu on piiratud seni juba kogutud indikaatoritega, strateogia tegevustesse on planeeritud ka täiendavate andmekogude väljatöötamine, kuid see on rakendusplaanis kavandatuga võrreldes hilineunud. Kuigi ristläbilõikelised tervisekäitumise uuringud ei kajasta strateegiate tulemuslikkust otseselt (näitajad sõltuvad ka teistest teguritest), on Riigikontrolli hinnangul regulaarsete uuringute näol tegemist hea praktikaga ning neid saaks kasutada ka teiste arengukavade planeerimisel ning hilisemal tulemuslikkuse analüüsil.

92. Vähistrateegias toodud haigestumise vähenemine kui üldine eesmärk ning tervisekäitumise paranemine kui alameesmärk, samuti selle all nimetatud meetmed (alkoholitarbimine, suitsetamine ja tervislik toitumine) on mõõdetavad. Ka baastasemed on dokumendis fikseeritud. Paraku on dokumendis toodud välja ainult laste suitsetamisega seotud indikaatorid, kuigi tervislike eluviisidega seotud meetmed hõlmavad kogu elanikkonda ning ka alkoholi ja toitumist. Seega ei saa neid indikaatoreid pidada piisavaks, et vastava alameesmärgi täitmist jälgida. Sotsiaalministeeriumi sõnul loobuti neist alamindikaatoritest teadlikult, et vältida nende dubleerivat kajastamist SVH strateegias ja vähistrateegias.

93. Arengukavas „Eesti toit” käsitleb tervislikku toitumist üks meede. Selle jälgimiseks mõeldud kolmest indikaatorist on vaid üks (tervislikkuse osatähtsus toidu ostuotsuse tegemisel) mõõdetav, teiste puhul on indikaatorina toodud see, kas mingi konkreetne (piima-, leivaalane) programm on käivitatud või mitte. SVH strateegia kasutab tervisliku toitumise eesmärgi saavutamise mõõtmiseks puu- ja köögiviljade, toiduõli ning soola tarbimist. Arvestades „Eesti toidu” arengukava spetsiifikat võiks kogutavate indikaatoritena lisada ka näiteks rukkileiva tarbimise näitaja ja piimatoodete tarbimise laste hulgas (sh silmas pidades, et nende osakaalu suurenemine toidus on tervislik vaid teatud tasemeni). Teiseks võimaluseks oleks tervisliku toitumise kohta välja töötada tasakaalustatud toitumise indikaatorid.

94. Tervise Arengu Instituudi esindajate sõnul on koostöös Põllumajandusministeeriumiga loomisel Eesti toitumise andmekogu, mis võimaldab tulevikus süstematiseerida informatsiooni ning läbi viia uuringuid eelkõige tervise- ja toiduohutuse poliitika väljatöötamiseks ja tulemuslikkuse hindamiseks.

95. Liikumisharrastuse arengukava üldindikaator – liikumist harrastavate inimeste hulk – on mõõdetav ning seda regulaarsete uuringutega ka mõõdetakse. Samas arvab Riigikontroll, et üksikindikaator ei võimalda teha piisavaid järeldusi inimeste sportimisharrastuste kasvu kohta, vaid selleks võiks jälgida mitmeid indikaatoreid. Näiteks SVH strateegias kasutatakse füüsilise aktiivsuse mõõtmiseks ka õpilaste näitajaid. Arengukavas on ka lisaindikaatorid küll välja toodud (riiklik statistika spordiklubide ja nende kasutajate kohta), kuid fikseerimata on nende baastase arengukava koostamise hetkel ja saavutada soovitatav tase. Samuti on arengukava tegevusvaldkondade kaupa toodud alamindikaatorid, mida ei ole seni mõõdetud, aga millest osa mõõtmisega praegu tegeldakse (spordibaaside kaardistamine). Osa alamindikaatoritest ei ole aga mõõdetavad või ei ole nende mõõtmiseks ette nähtud selget metoodikat.

Sotsiaalministeerium ja TAI on Kultuuriministeeriumiga kokku leppinud, et regulaarsesse tervisekäitumise uuringusse lisatakse neli täiendavat küsimust, see on Riigikontrolli hinnangul hea näide koostööst ja dubleerimise vältimisest.

96. LÕTSi laste tervisega seonduv eesmärk „Iga last toetatakse parema tervise ning vaimse, emotsionaalse ja füüsilise heaolu saavutamisel” ei ole mõõdetav. Samuti ei ole arengukavas mõõdetavaid indikaatoreid tervisekäitumise alal. Indikaatoritena on nimetatud laste haigestumus, immuniseerimis- ja suremusnäitajaid, samas aga on nende puhul välja toomata nii baastase kui ka soovitatav tase, mistõttu ei ole strateegias sätestatu alusel võimalik teha järeltõlge eesmärkide täitmise kohta.

97. Kokkuvõtlikult võib öelda, et eesmärkide esitamise praktika uuritud strateegiates on väga erinev. Riigikontroll leiab, et strateegia edu aluseks on see, kui lisaks üldeesmärkidele on strateegiatel ka alameesmärgid, mida regulaarselt mõõdetakse. See annab võimaluse hinnata strateegia eeldatavat mõju strateegia enda kestusest lühemate perioodide kaupa. Samas üldised (haigestumis- või käitumisalased) näitajad ei peegelda otseselt konkreetse strateegia või selle meetmete tulemuslikkust. Et oleks võimalik mõõta trende ja meetmete tulemuslikkust konkreetsetes inimrühmades või piirkondades, on vaja andmete kogumist võimalikult detailsetes alamrühmades.

98. Kõige paremini jälgitavad indikaatorid on toodud välja SVH strateegias. Teised, kas osaliselt või täielikult samu riskitegureid käsitlevad arengukavad on esitanud üksikuid indikaatoreid või puuduvad need mõõdetaval kujul üldse. Ühegi praeguse riikliku strateegia indikaatoreid ei koguta eraldi piirkondade kaupa, spetsiaalsetest inimrühmadest on toodud SVH strateegias laste tervisekäitumise alased näitajad.

99. **Riigikontrolli soovitus sotsiaalministrile, põllumajandusministrile ja kultuuriministrile:** Et mitme strateegia tervisekäitumuslikud eesmärgid kattuvad, võiks kaaluda praeguste tervisekäitumise uuringutega kogutavate näitajate rohkemat kasutamist ka teistes strateegiates (lisaks SVH strateegiale). Lisanäitajate vajaduse korral saaks tervisekäitumise uuringuid vajalike küsimustega täiendada. See võimaldab kasutada juba sissetöötatud näitajate kogumise praktikat kõikide seotud arengukavade tarbeks.

Sotsiaalministri vastus: Leiame, et praeguste tervisekäitumise uuringutega kogutavate näitajate kasutamine teistes tervisestrateegiates on otstarbekas. Võtame selle soovitusel kindlasti arvesse uute strateegiliste kavade koostamisel ning sellesuunalise tegevusega on juba alustatud. Tervisekäitumise uuringute näitajaid on kasutatud „Rahvastiku tervise arengukava 2009–2020” alameesmärkide mõõtmiseks, samuti on planeeritud suurendada praegu täiendatavas riiklikus südamestrateegias indikaatorite arvu. Sellel aastal täiendati täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuringu küsimustiku kehalise aktiivsuse osa lisaküsimustega. Koostatud lisaküsimused võimaldavad saada rohkem informatsiooni inimeste liikumisharrastuse barjääride ja spordialade eelistuste kohta ning seda saab aluseks võtta edasiste tegevuste planeerimisel.

Põllumajandusministri vastus: Kulutõhususe tagamise eesmärgil on tõepoolest otstarbekas juba regulaarselt läbiviidavatesse uuringutesse lülitada erinevate arengukavade või strateegiade mõõtmiseks vajalike andmete kogumist. Samas tuleb arvesse võtta, et kogutavad andmed peavad haakuma uuringu üldiste eesmärkidega ning uuringu metoodika peab olema sobilik erinevate arengukavade ja strateegiade tulemite mõõtmiseks. Sageli aga ei pruugi kõike haarav uuring hõlmata kõikide strateegiade mõõtmiseks vajalikke näitajaid ning isegi kui need näitajad uuringutesse lülitada, ei pruugi need olla sobilikud kõikide strateegiade tulemuste mõõtmiseks. Uute sarnaste meetmete kavandamisel võtame kõnealust soovitus arvesse ning kasutame võimalusel olemasolevaid sobivaid uuringuid.

Kultuuriministri vastus: Südame- ja veresoonkonna haiguste ennetamise riiklik strateegia (SVH strateegia) on tervislike eluviiside ja hoiakute kujundamise eest vastutavate ministriumide ja vastavate arengukavade ja strateegiade poolt kokkuleppeliselt valitud kõiki neid alavaldkondi ühendavaks. Liikumisharrastuse strateegiast on sinna konkreetselt välja toodud tegevused elanikkonna liikumisharrastuse suurendamiseks ja terviseliikumise arendamiseks. Samamoodi on liikumisharrastuse strateegia oma konkreetsete tegevustega üheks osaks Sotsiaalministeeriumi poolt välja töötatud Rahva Tervise arengukavaga, mis terviseliikumise valdkonda terviklikult reguleerib. Kultuuriministeeriumil on toimiv hea näide viie Eesti suurima suurürituste korraldajaga, kelle andmeid juba 2007. a. alates võrreldakse läbiviidud baasuuringute näitajatega.

100. Riigikontrolli soovitus sotsiaalministrile, põllumajandusministrile ja kultuuriministrile: Riiklikke strateegiaid koostades kinnitada mõõdetavad üld- ja vahe-eesmärgid ning indikaatorid nende jälgimiseks, fikseerida baastase strateegia kinnitamise seisuga ning kirjeldada indikaatorite allikaid või nende kogumiseks kavandatavaid tegevusi.

Sotsiaalministri vastus: Võtame arvesse Riigikontrolli soovitusi uute riiklike strateegiade koostamisel, vastavate tegevustega on juba alustatud. Näiteks „Rahvastiku tervise arengukavas 2009–2020” oleme seadnud mõõdetavad üld- ja vahe-eesmärgid, oleme fikseerinud indikaatorid koos baastaseme ja andmeallikaga.

Põllumajandusministri vastus: Nõustume Riigikontrolli soovitusega määratleda iga arengukava ja strateegia puhul mõõdetavad üld- ja vahe-eesmärgid, kuid käitumise muutumisele orienteeritud kampaaniate puhul on tulemust keeruline mõõta ning meetme mõju võib avalduda alles pikema perioodi möödudes. Tihti jõutakse soovitud tulemuseni aga hoopis mitmete erinevate strateegiade meetmete koosmõjul. Näiteks võib puu- ja köögivilja tarbimise kasvule kaasa aidata erinevate strateegiade (sh ka eraalgatuslike kampaaniate) raames läbi viidud tegevused ning seetõttu on väga keeruline määratleda, kui suurt mõju avaldas tarbimise kasvule mingi konkreetne meede. Seega peab üld- ja vahe-eesmärkide määratlemisele ja indikaatorite valikule pöörama olulist tähelepanu, et tulemuste mõõtmine annaks meetmete rakendamise tõhususest tõepärase pildi. Uute meetmete kavandamisel võtab Põllumajandusministeerium nimetatud soovitus arvesse.

Kultuuriministri vastus: Baastaseme fikseerimiseks on koostöös Sotsiaalministeeriumiga käimas tervisekäitumise uuring, mille üheks

osaks on elanikkonna liikumisharjumuse fikseerimine. 2008. a. lõpuks kinnitab Kultuuriministeerium (vastava komisjoni ettepanekul) ülevaadatud ja vajadusel ümberhinnatud indikaatorid koostöös Ühendusega Sport Kõigile ning Eesti Olümpiakomiteega, kes on liikumisharrastuse arengukava koordinaatorid.

101. Riigikontrolli soovitus sotsiaalministrile: Kaaluda vähistrateegia tervisekäitumise-alaste indikaatorite jälgimist täielikult läbi SVH strateegia indikaatorite, kuna vähistrateegia dokumendis on jäänud see indikaatorite osa vähe tähtsustatuks ja poolikuks (kolmest käitumisalasest näitajast on toodud vaid üks).

Sotsiaalministri vastus: Oleme nõus kaaluma riikliku vähistrateegia tervisekäitumise indikaatorite ühtlustamist riikliku südamestrateegia indikaatoritega. Vähistrateegia tegevuste tulemuslikkuse hindamisel saab laiapõhjalisemalt kasutada uuringutega kogutavaid andmeid vaatamata sellele, et konkreetseid indikaatorite prognoose ei ole tehtud (nt alkoholi tarbimine). Kuna suitsetajate arv seaduspäraselt suureneb koos vanuse suurenemisega, siis ei ole õige eri vanusgruppide puhul arvesse võtta keskmist suitsetavate õpilaste arvu, mistõttu on indikaatoritena kasutatud eraldi vanusegruppe. Kuna suitsetamise osakaal 11-aastaste hulgas on väga väike, siis on mõeldikuna kasutatud 13-aastaste ja 15-aastaste osakaalu. Kuigi riiklikus vähi- ja südamestrateegias on koolidele suunatud tubaka tarbimise vähendamiseks rakendatavate sekkumismeetmete sihtrühmaks kõik õpilased ja eraldi tegevusi 11-, 13- või 15-aastastele ei ole, oleme dubleerimise vältimiseks kasutanud nimetatud strateegiates indikaatorina erinevaid vanuserühmi. Strateegiaid analüüsid ja mõju hinnates kajastame aruandes ka teisi tervisenäitajaid, kuigi need ei ole konkreetsetes strateegiates dokumenteeritud indikaatorid.

102. Riigikontrolli soovitus sotsiaalministrile: Algatada diskussioon kontseptsiooni väljatöötamiseks, milliseid indikaatoreid ja millisel tasemel võiks Eestis koguda, kes oleksid huvitatud osapooled (näiteks kohalikud omavalitsused) ja kuidas saaks riik neid selles abistada.

Sotsiaalministri vastus: Oleme nõus, et praegu on meil osa andmeid puudu ning olemasolevaid andmeid tuleks laiemalt avaldada ja kasutajasõbralikumaks muuta. Samas pole omavalitsuste soovi kõiki andmeid linna/valla tasemel saada statistilises mõttes võimalik täita. Andmeid kogume siiski rohkem, kui konkreetsetes riiklikes tervisestrateegiates indikaatoritena näidatud on. „Inimressursi arendamise rakenduskava” prioriteetse suuna 3 „Pikk ja kvaliteetne tööelu“ meetme „Tervist toetavate valikute ja eluviiside soodustamine“ programmi „Tervislikke valikuid toetavad meetmed 2008–2009” raames on planeeritud luua tervisestatistika ja terviseuuringute elektrooniline esitlussüsteem, kaardistada olemasolevad terviseandmed, välja selgitada tervisedenduse ja tööturu seisukohalt olulised andmed ja töötada välja esitlussüsteemi sisuline kontseptsioon (kajastatavate uuringute ja statistika kindlaks määramine).

Mitte kõikide strateegiatesse lisatud meetmete aluseks ei ole kulutõhususe ja/või tõendus põhise uuringud

103. Et strateegiasse saaksid lisatud eeldatavalt tõhusad meetmed, peaks tegevuste lisamise protsess olema võimalikult läbipaistev ning tegevuste

valikul tuleks lähtuda nende tõenduspõhisusest või kulutõhususest. Riigikontroll uuris, kas analüüsitud strateegiate raames on neid analüüse tehtud (uuritud sekkumise kulutõhusust, tõenduspõhisust või välismaa praktikat) ning milline on olnud strateegiate koostamise ja sinna tegevuste lisamise protsess.

Tõenduspõhisuse uurimine

104. Kõikide strateegiate koostajate sõnul on enne koostamist läbi viidud mitmeid uuringuid, samuti on strateegiate aluseks võetud rahvusvahelisi dokumente või soovitusi. Siiski leidis Riigikontroll praegusest praktikast kitsaskohti.

105. Suur enamik läbiviidud uuringuid on olnud suunatud eelkõige Eesti olukorra kaardistamisele ja kirjeldamisele, sh tervise või riskitegurite levimusnäitajate kogumisele. Viimane on väga vajalik tegevus olukorra kaardistamiseks, kuid tulemused ei ole tõlgendatavad tõenduspõhisusena.

106. Osa strateegiates käsitletud tõenduspõhisusest on riskikäitumise ja haiguse seose väljatoomiseks (nt et liikumisharrastusega tegelemine vähendab südamehaigustesse haigestumise riski). Viimane on samuti oluline uurimisvaldkond, kuid ei kajasta riskitegurite levimuse vähendamiseks mõeldud meetmete tulemuslikkust. Seega on lisaks riskikäitumise ja haiguse seose uuringutele vaja tõenduspõhiseid uuringuid ka tõenäolise seose näitamiseks plaanitavate meetmete ja riskikäitumise muutuste vahel.

107. Vähistrateegia puhul läbiviidud tõenduspõhisuse analüüs puudutas vähiraviravi, skriiningute ning vaksineerimise tõenduspõhisust. Riskikäitumise vähendamise meetmeid selle strateegia puhul ei käsitletud.

108. Ühe käesolevas auditis käsitlemist leidva riskiteguri – alkoholi – kohta on tehtud mitmeid uuringuid just viimasel ajal. Alkoholi temaatika oli praegustes arengukavades alakäsitletud, nüüd plaanitakse selle riskiteguri ennetamine lülitada koostatavasse vigastuste ennetamise strateegiasse. TAI tellimisel on valminud ka strateegia alusdokument (Poliitikauuringute Keskus PRAXIS), mis käsitleb Riigikontrolli hinnangul senisest praktikast põhjalikumalt eri meetmete tõenduspõhisust välispraktika ja -uuringute alusel.

109. Otseselt tõenduspõhisust küll ei näita, kuid analüüsi puudumise korral kindlasti osaliselt asendab seda parimate praktikate kogumine, tutvustamine ja levitamine, kuigi hinnang, et tegemist on parima praktikaga, pärineb tegijalt endalt ja mitte objektiivsetest uuringutest. Nii kogutakse SVH strateegia raames maavalitsuste tervise edendajatelt iga-aastaste tegevusaruannete käigus ka näiteid nende parimatest projektidest või tegevustest.

Kulutõhususe uurimine

110. Tervisekäitumisele suunatud tegevuste kulutõhusust ei ole koostajate sõnul uuritud. Kulutõhususe analüüsi puhul peetakse suurimaks probleemiks analüüsi tegijate vähesust. Vähiennetuse skriiningprojektide kulutõhusust on seni läbi viinud Poliitikauuringute Keskus PRAXIS. Kulutõhususena arvestab Eesti Haigekassa näiteks rahvatervisealaste projektide rahastamisel seda, mitme inimeseni projektiga jõutakse (arvestades samaaegselt ka projekti sisu ja sihtrühma suurust ning olulisust). Samaselt toimib ka Tervise Arengu Instituut, kelle esindajate

sõnul arvestatakse tegevuste otsese kulutõhususe asemel kaasamise miinimummäärasid.

111. Mõnede alkoholi ja suitsetamisvastaste meetmete kulutõhusust on põhjalikult hinnatud juba varem aruandes mainitud analüüsis „Haiguskoormuse tõttu kaotatud eluaastad Eestis: seosed riskifaktoritega ja riskide vähendamise kulutõhusus”. Uuring võttis aluseks teiste riikide kulutõhususe uuringud. Sealt selgub, et näiteks suitsetamisega ja alkoholitarbimisega seotud tervisekaotuse vähendamisele suunatud sekkumismeetmetest on kõige kulutõhusamad tubakatoote ja alkohoolsete jookide maksumäärade tõstmine senisest kõrgemale tasemele.

112. Kõikide osapoolte sõnul on meetmete tõhususe hindamine keeruline. TAI esindajate arvates on otstarbekas hinnata tegevuste kompleksi tõhusust, kuna üksikmeetmete (nt konkreetse trükise) puhul on seda raskem hinnata. Sotsiaalministeeriumi esindajate sõnul ei saa meetmete valiku aluseks olla ainult see, kui tõhusad need on. Tihti tuleb arvestada ka sellega, et saab valida need meetmed, mille rakendamiseks on olemas reaalsed elluviijad.

113. Riigikontroll nõustub, et meetmete tõendus põhjusel ja kulutõhusust on raske ja ressursimahukas hinnata, kuid jääb siiski arvamusele, et strateegiatesse meetmete planeerimisel peaks püüdlema nende kohta eelanalüüsi läbiviimise poole. See võimaldaks teha teadlikke otsuseid, näiteks kas kontsentreerida piiratud ressursid kulutõhusate meetmete rakendamiseks või mitmesugustel põhjustel otsustada siiski vähem tõhusate tegevuste kasuks, mille läbiviimine on hõlpsam või odavam.

Strateegiate meetmete järelhindamine

114. Lisaks strateegiate meetmete eelanalüüsile on oluline nende järelhindamine. See võimaldab veenduda olemasolevate meetmete asjakohasuses, õigustades nende jätkamist järgmisel perioodil, või anda alust nende asendamisel teistega. Seega on järelhindamine ühtlasi ka eelanalüüsiks järgmise perioodi meetmete kavandamisel. Riigikontroll uuris, kuidas strateegiate meetmete rakendamist on seni hinnatud.

115. SVH strateegia kohta korraldasid 2007. aastal hindamise WHO eksperdid, kes andsid hinnangu rakendatavatele meetmetele ja nende piisavusele. Enamiku ekspertide soovitusel on Sotsiaalministeeriumi sõnul järgmise strateegiaperioodi tegevustes kas osaliselt või võimalustele vastavalt arvestatud. Strateegia esimese etapi (2005–2008) mõju hindamine toimub planeeritavalt 2008. a ja 2009. a sügisel läbiviidava uuringu alusel. Protsessi tasandi hindamistegevused (nt koolituste tagasisideküsitlused, eel- ja järelküsitlused kampaania sihtrühma teadlikkuse kohta) korraldatakse vastavalt aasta alguses koostatud hindamisplaanile tegevust täideviiva organisatsiooni ja TAI koostöös.

116. Liikumisharrastuse arengukava ei ole eraldi hinnatud, kuid kuna mõlemad sellega seotud ministeeriumid peavad seda strateegiat SVH strateegia osaks, hõlmab Kultuuriministeeriumi hinnangul WHO hindamine ka liikumisharrastuse arengukava meetmeid. Üksikmeetmete kohta on tellitud näiteks kampaaniate märgatavuse uuringuid ning käesoleval aastal on sõlmitud viie suurema rahvaspordiürituse korraldajatega kokkulepped osalejate andmete saamiseks.

117. LÕTSi kohta on 2008. a. sügisel kavas aastaaruannete põhjal analüüsida kõiki ajavahemikul 2004–2007 elluviidud strateegia tegevusi (sh laste tervise valdkonda). Eesmärgiks on välja selgitada, millised strateegias seatud eesmärgid on olnud süsteemselt tegevustega kaetud, kas on eesmärgid, mille saavutamist ei ole toetanud järjepidevad tegevused, ning millised on olnud põhjused, et seda ei ole tehtud. Strateegia eelmise perioodi ehk laste ja noorukite riikliku terviseprogrammi aastani 2005 kohta on koostatud ülevaatliskogumik. Protsessi tasandil antakse aru läbiviidud tegevustest (näiteks korraldatud koolitused, nendel osalejate arv, võrgustikega liitunud lasteadeade või koolide arv).

118. Vähistrateegia näol on tegemist uue arengukavaga, mille kohta hindamisi ei ole veel olnud vaja läbi viia. Aru on antud tehtud tegevustest ning esitatud protsessinäitajaid (nt üritused ja nendel osalejate arv).

119. Arengukava “Eesti toit” tähtaja lõppedes oli Põllumajandusministeeriumil plaanis läbi viia hindamine uuringuna, kus küsitakse tavatarbijalt, kas riigi tegevus on nendeni jõudnud ning mis hinnang sellele antakse. Negatiivse lisaeelarve tingimustes jäetakse see uuring ministeeriumi esindajate sõnul siiski tegemata. Üksikprojektide analüüse ei ole samuti enamasti tehtud ega tagasisidet kogutud, see teema oli näiteks arutlusel arengukava nõukogu 2008. a alguse koosolekul.

120. Kokkuvõttes võib öelda, et kõige rohkem on järelhindamist tehtud SVH strateegias (hea praktika on sealne WHO välishindamine), teiste arengukavade puhul on seda tehtud vähem või ei ole seda üldse tehtud. Riigikontrolli arvates võiks järelhindamist siiski rohkem siduda hinnanguga, kas ja kuidas meetmeid tulevikus rakendada. Seda eriti juhul, kui eelanalüüs on puudunud või ei ole olnud piisav (nt ei arvestanud Eesti konteksti).

121. Riigikontrolli soovitus sotsiaalministrile, põllumajandusministrile ja kultuuriministrile: Nõuda kinnitatavates strateegiates kasutatavate peamiste meetmete tõenduspõhisuse ja kulutõhususe eelanalüüsi. Ressursside piiratuse korral ei pea analüüsi Eesti tingimustes tegema, vaid võib selleks kasutada ka tänapäevast rahvusvahelist kogemust. Ühtlasi rakendada järelhindamist, eriti nendes strateegiates, kus seda seni tehtud ei ole, ning siduda järelhindamise tulemused selgelt meetmete valikuga strateegia järgmisteks perioodideks.

Sotsiaalministri vastus: Kuna meetmete tõenduspõhisuse ja kulutõhususe eelanalüüs on väga ressursimahukas, siis Sotsiaalministeeriumi vastutusalas olevate tervisstrateegiade rakendusplaanide koostamisel on aluseks võetud teiste riikide parima praktika näited ning valdkondlikes rahvusvahelistes strateegiates määratud suunad. Oleme nõus, et tegevuste planeerimisel peame tulevikus teiste riikide tegevuste tõenduspõhisust ja kuluefektiivsust paremini kasutama. Võtame samuti eesmärgiks tõhustada strateegiade järelhindamist. Näiteks oleme riikliku südamestrateegia uue rakendusplaaniga (aastateks 2009–2012) projektis planeerinud hinnata eelnevate aastate (2005–2008) alameesmärkide ja meetmete täitmist. Eesmärgiks on võtta järelhindamise tulemused aluseks meetmete valikul strateegia järgmisteks perioodideks.

Põllumajandusministri vastus: Nagu ka Riigikontrolli soovituselt nähtub, eeldab tõenduspõhisuse ja kulutõhususe eelanalüüsi olulisi ressursse ning seetõttu tuleb alati eelanalüüsi maksumust võrrelda meetme enda maksumusega ja hinnata eelanalüüsi vajalikkust ja otstarbekust. Seetõttu on tihti kulutõhusaimaks lahenduseks lähtumine hea praktika näidetest teistes riikides, kuid alati ei pruugi leiduda ka sobivat rahvusvahelist kogemust, millele programmi kavandamisel tugineda. On tänuväärne, et viimastel aastatel Eestis läbi viidud algatusi saab tulevikus uute meetmete kavandamisel aluseks võtta, mistõttu on järelhindamine väga vajalik, et analüüsida juba ellu viidud meetmete positiivseid ja negatiivseid külgi ning saadud tulemuste põhjal uusi tegevusi paremini kavandada. Ka arengukava „Eesti toit“ kolme aasta tegevust ja tulemuslikkust analüüsides saame olulist infot, mida oleme planeerinud järgmise perioodi tegevuste ettevalmistamisel aluseks võtta.

Kultuuriministri vastus: Kultuuriministeerium on liikumisharrastuse strateegia väljatöötamisel lähtunud Eesti ülikoolide vastavate teadlaste ja õppejõudude poolt määratletud hinnangutest ning nende vahendusel ka paljudest rahvusvahelistest kogemustest. Kulutõhususe hindamiseks kavatseb Kultuuriministeerium ühe näitena koguda 2009. a. I poolaastal Eesti spordiehitiste kohta vastavaid andmeid ja saadud andmeid analüüsida II poolaastal. Selle põhjal tehakse vastavad järeldused, mille põhjal planeeritakse tegevusi 2010. aastaks. Strateegia erinevate tegevuste järelhindamiseks ja järgmiste perioodide tegevuste meetmete valikuks moodustatakse Kultuuriministeeriumi juurde 2008. a. IV kvartalis vastav spetsialistidest koosnev komisjon.

Tegevuste lisamine strateegiatesse on riigi tasandil olnud üldiselt läbipaistev, kohalikku tasandit on kaasatud suhteliselt vähe

122. Lisaks eelanalüüside läbiviimisele on oluline strateegiate koostamise protsessi läbipaistvus, mille tagab eri asjaosaliste kaasamine otsustusprotsessi, selged valikukriteeriumid ning otsuste dokumenteeritus. Samal ajal sõltub kaasamise aktiivsus ja kaasatavate osapoolte hulk ka strateegias hõlmatava valdkonna ulatusest ning spetsiifikast – näiteks väga kitsa teema arutamine väga laia osalejateringiga ei ole otstarbekas. Samas arengukavade korral, mille rakendamise edu võti on kohalikul tasandil, peaks seda suurem olema kohaliku tasandi kaasamine juba arengukava koostamisse.

123. SVH strateegia ja arengukava „Eesti toit“ koostamise protsessi hindab Riigikontroll läbipaistvaks. SVH strateegia koostajana töötas spetsialistidest ja ekspertidest koosnev tööühm, hiljem toimusid laiendatud töökoosolekud, kuhu lisaks eri ministeeriumide esindajate kaasati ka kohalikke omavalitsusi. „Eesti toidu“ koostas peamiselt ministeeriumi ametnikest koosnev töögrupp, kuid koostamisse oli kaasatud ka mitmete organisatsioonide ja asutuste esindajatest koosnev nõukogu.

124. Ka liikumisharrastuse arengukava koostamist võib hinnata suhteliselt läbipaistvaks. Liikumisharrastuse arengukava koostamisel olid kaasatud spordiliitude juhid. Ühtlasi arutati nii strateegiat kui ka sellele eelnenud liikumisharrastuse kontseptsiooni ühenduse Sport Kõigile juhatuse koosolekul. Lisaks käis arengukava väljatöötamisel (teada olevalt kahel korral) koos ministeeriumide esindajatest koosnev komisjon.

125. LÕTSi väljatöötamiseks moodustati 2003. a. ministeeriumidevaheline töörühm, kuhu kuulus ka rahvatervise osakonna esindaja. Peale ametliku esindaja osalesid tervise peatüki kirjutamisel veel mitmed rahvatervise osakonna töötajad. Kuna 2003–2005 toimis veel laste ja noorukite riiklik terviseprogramm aastani 2005, siis kajastas LÕTSi tervist käsitlev osa pigem programmi tegevusi. Alates 2006. a. hakati laste tervise valdkonna tegevusi ellu viima LÕTSi raames.

126. Vähistrateegia koostamine telliti Vähiliidult. Kuna seda koostasid peamiselt onkoloogid, oli dokument tervishoiuteenuse-keskne ning hiljem suurendati ennetava osa ja palliatiivse ravi osakaalu. Selleks kasutati ka ekspertide abi. Lisaks töötasid eri teemadega ka töörühmad, näiteks tervise edendamise tegeles esmase preventsiiooni töörühm.

127. Riigikontroll uuris ka oma küsitluses omavalitsustelt ja maavalitsustelt, kas neid on kaasatud tervisega seotud riiklike arengukavade koostamisse. Üldine omavalitsuste kaasamise osakaal strateegiate koostamisse oli väga madal (keskmiselt 10%). See on kooskõlas faktiga, et riiklikesse arengukavadesse ei ole sisse kirjutatud omavalitsuse tasandit. Analüüsitud viiest arengukavast on omavalitsused enda kaasatust enim välja toonud SVH ja LÕTSi puhul, kõige vähem arengukava „Eesti toit” ja vähistrateegia puhul.

128. Hea näide kaasamise kohta peaks olema 17.07.2008 kinnitatud rahvastiku tervise arengukava väljatöötamine, milles osalesid mitmed valdkondlikud töögrupid ning tegevuste tutvustamine toimus kõikides maakondades ja sellest teavitati ka kõiki kohalikke omavalitsusi. Samas ei ole nende omavalitsuste hulk, kes end pidasid osalisteks rahvastiku tervise arengukava koostamisel, suurem SVH ja LÕTSi omast, mida nende koostamisel kindlasti nii laialt ei tutvustatud. See näitab, et ainult arengukavaga tutvumiseks võimaluse andmine ei taga veel, et omavalitsused tunneksid ennast arengukava koostamisse kaasatuna. Lisaks informeerimisele on vaja aktiivsem kaasamine. Arengukavasid koordineerivate ministeeriumide sõnul on arengukavade koostamisse kaasatud pigem omavalitsusliitude esindajaid.

129. Samas näitas Riigikontrolli küsitlus, et maavalitsuste tervise edendamise spetsialiste on kaasatud strateegiate väljatöötamisel palju rohkem (keskmiselt 31%). Analüüsitud viiest strateegiast on kaasatuse poolest esikohal SVH nagu omavalitsustegi puhul. Kaasatuse osakaal LÕTSi korral aga on väga väike, tõenäoliselt võib tegemist olla sellega, et paljud maavalitsuste tervise edendamise spetsialistid on suhteliselt hiljuti ametisse asunud, kuid LÕTSi koostamise protsess toimus 2004. aastal. Võrreldes omavalitsustega on maavalitsusi rohkem kaasatud vähistrateegia koostamisse. Sarnaselt omavalitsustega on suur ka kaasatus rahvastiku tervise arengukavasse.

130. Eelneva põhjal võib järeldada, et arengukavade koostamisse on üldiselt kaasatud mitmeid osapooli ning osaleda on saanud lai ring inimesi. Kohalike omavalitsuste kaasamine on jäänud tagasihoidlikuks (vt ka viimane peatükk).

Mitte kõiki strateegiate meetmeid pole rahastatud ja läbi viidud plaanikohaselt

131. Strateegia mõjususe tõstmiseks peab tema rahastamine olema jätkusuutlik. Enamasti on uuritavates strateegiates raha planeeritud nelja aasta perspektiivis. Rahastamine on jätkusuutlik, kui iga-aastaselt eraldatud rahasummades ei esine järske planeerimata vähenemisi, planeeritud meetmetel on olemas igal aastal rahaline kate ning need tegevused viiakse ka ellu. Strateegiate eelarvetes on mitmeid rahamahukaid tegevusi, mis näiliselt tagavad selle stabiilsuse. Samas ei anna üksikmeetme (olgugi rahamahuka) rahastamine ülevaadet terve strateegia rahastamise kohta, mistõttu Riigikontroll jättis analüüsisist sellised meetmed välja, eriti kui nad esinevad korraga mitmes arengukavas (näiteks on koolipiima ja koolitoidu rahastamine kirjutatud nii SVH strateegia kui ka LÕTSi meetmetesse). Järgnevalt antakse üldine hinnang kõikidele uuritud strateegiatele.

132. Liikumisharrastuse arengukava kinnitamisel on Vabariigi Valitsus kinnitanud ka selle rahastamise prognoosi. Hiljem on Kultuuriministeerium koostanud uue prognoosi, mis arvestab tegelikult eraldatud summasid. Uue dokumendi järgi on rahastamine valitsuse kinnitatud prognoosiga võrreldes jäänud enamikus valdkondades miinustesse, kasvanud on vaid kohalikele omavalitsustele ja maavalitsustele eraldatud investeeringutoetused. Vähemaks algselt planeeritud on jäänud korraldusliku tegevuse, koolituste ja teabematerjalidega seotud tegevusi, mis on põhjendanud nende tegevuste venimist planeerituga võrreldes. Siiski on rahastamine arengukava-eelsete aastatega võrreldes suurenenud, seda eriti nn pehmete tegevuste osas. Nende tegevuste rahastamine tõusis 2004. aasta 6 mln kroonilt 2005. ja 2006. aastal 10–11 mln kroonini ning edasistel aastatel 16 mln kroonini. Seoses negatiivse lisaeelarvega vähendati 2008. aastal seda summat 3% võrra.

133. Kultuuriministeeriumi sõnul ei ole ükski plaanitud tegevus täielikult ära jäänud, kuid on vähendatud tegevuste mahtu. Näiteks seitsmest planeeritud spordiõpetuse DVD-plaadist on valmis üks (ujumise algõpetus).

134. Arengukavasse oli esialgu ühe meetmena planeeritud ka maksusoodustuste kehtestamine harrastusspordiga tegelejatele ja ka tööandjaid stimuleerivaid maksusoodustused, kuid need jäid Rahandusministeeriumi soovitusel strateegia lõplikust versioonist välja.

135. SVH strateegiale eraldatud rahasummad on olnud igal aastal suhteliselt püsivad, kõige enam on rakendusplaanis ettenähtuga võrreldes olnud probleeme füüsilist aktiivsust puudutava osaga. Viimane aga sisaldab suures osas liikumisharrastuse strateegias olevaid tegevusi, ning nagu eespool kirjeldatud, on viimase rahastamine olnud problemaatiline. Teine grupp planeerituga võrreldes seni tegemata jäänud tegevusi on seotud indikaatorite kogumisega (mitmesuguste andmekogude loomine, e-haigusloo täiendamine tervisekäitumise märgetega).

136. Arengukavale „Eesti toit“ eraldatud üldsumma on aasta-aastalt kahanenud, olles 2007. aastal 15 miljonit ning 2008. aastal esialgse eelarve kohaselt 10 miljonit krooni, kuid pärast eelarve vähendamist 7,1 miljonit krooni. 25. juuli 2008. aasta seisuga on

Põllumajandusministeeriumil kavas 2009. aastal planeerida tarbija harimise ning toidualase teadlikkuse tõstmise eesmärgil koostatava arengukava tarbeks 5 miljonit krooni.

137. Vähistrateegia võeti vastu 2007. aasta maikuus¹, seega saadi seda 2007. aastal ellu viia vaid ca 7 kuud. Võrreldes esialgu planeerituga on 2007. aastal jäänud rahastamata või läbi viimata mitmeid tegevusi, kuid need on peamiselt tingitud arengukava hilisest kinnitamisest. Auditi läbiviimise ajaks oli vara anda hinnangut arengukava rahastamise järjepidevuse ja tegevuste jätkusuutlikkuse kohta.

138. LÕTSi tervisega seotud osa on sisuliselt mõeldud jätkama endise „Laste tervise programmi aastani 2005” tegevusi. Vabariigi Valitsuse otsusega ettenähtud programmi eelarve vähenes aasta-aastalt (kokku üle kahe korra) ning oli 2005. aastal 1 135 000 kr. Vähenenud rahastamise tõttu vähendati programmi alamprogrammide arvu ning alates 2003. a jätkati kolme alamprojektiga: „Laste vaimne tervis”, „Tervist edendavad lasteaiad” ja „Tervist edendavad koolid”. Sotsiaalministeeriumi eraldis TAI-le LÕTSi tegevuste jaoks jäi 2006. aastal sama suureks ning tõusis 10% võrra aastal 2007. Aastal 2008 on eraldis kasvanud kahekordseks (2,5 mln), hõlmates ka vigastuste ennetamise ja vaimse tervise alaseid meetmeid. Kuna osa laste tervisega seotud tegevusi rahastatakse ka SVH strateegiast, ei saa ainult selle summa põhjal teha järeldusi rahastamise suurenemise või vähenemise kohta.

139. Kokkuvõtlikult järeldub, et hoolimata riigieelarve senisest pidevast kasvust ei ole mitmesugustel põhjustel suudetud mitut analüüsivat strateegiat planeeritud mahus rahastada. Seega tuleb järgnevatel aastatel, mil eelarve prognoositavalt ei kasva, erilist tähelepanu pöörata oluliste tegevuste rahastamise stabiilsusele. Seoses negatiivse lisaelarvega 2008. aastal vähenes vähemalt liikumisharrastuse strateegia, arengukava „Eesti toit“ ja SVH strateegia rahaline maht.

140. Riigikontrolli soovitus sotsiaalministrile, põllumajandusministrile ja kultuuriministrile: Arvestades rahvatervisealaste tegevuste pikaajalist mõju, pöörata tähelepanu planeeritud tegevuse rahastamise tagamisele ka riigieelarve väiksema kasvu või negatiivse riigieelarve tingimustes. Tõenäolisemalt aitab rahastamise stabiilsust tagada näiteks nende tegevuste eelnev (rahvusvaheline) tõenduspõhisuse analüüs ning laiapõhjaline arutamine.

Sotsiaalministri vastus: Nõustume soovitusel pöörata planeerimisele senisest suuremat tähelepanu, et tagada kõige efektiivsemate, suurema mõjuga ja järjepidevust vajavate tegevuste elluviimine. Kindlasti saab siin aluseks võtta tulevikus tehtavaid rakendusplaanide järeelhindamise tulemusi. Rahvatervises annavad teadaolevalt tulemuse kompleksed tegevused ja/või intersektoraalsete tegevuste sünergia, mistõttu ei ole võimalik sageli hinnata ja arvesse võtta vaid üksikute tegevuste tõhusust.

Põllumajandusministri vastus: Nimetatud küsimuses nõustume Riigikontrolli seisukohaga, et tarbijakäitumise muutmisele suunatud meetmete rahastamise kava peaks olema pikaajaline, kuna soovitud tulemuste saavutamiseks peab teavitustöö olema järjepidev. Arengukava

¹ Sotsiaalministri 10. mai 2007. a käskkiri nr 87.

„Eesti toit“ vahendid olid planeeritud kahanevas suunas, kuna arengukava rakendamisel oli peatahelepanu suunatud Eesti toidusektori jätkusuutliku arengu tagamisele ja konkurentsivõime tõstmisele. Arengukava oli planeeritud pigem eraettevõtlast toetava iseloomuga, mille eesmärgiks oli ärgitada ettevõtjaid rohkem ühisturundusele tähelepanu pöörama ning tulevikus ise seesuguseid algatusi eest vedama ja rahastama. Teiseks arengukava „Eesti toit“ eesmärgiks oli tarbijate harimine, mille tulemusel tõuseks tarbijate teadlikkus toidust ja toitumisest. Nagu eespool öeldud, peaks tarbijate teavitamine olema järjepidev tegevus ning seetõttu peaks ka pärast arengukava „Eesti toit“ lõppemist 2008. aastal jätkama tarbijate harimisele suunatud meetmega ning Põllumajandusministeerium loodab vaatamata riigieelarve kärbetele leida vahendeid sellesuunaliste tegevuste jätkamiseks.

Kultuuriministri vastus: Tulenevalt 2009. a. riigieelarvelistest olemasolevatest vahenditest ja riigieelarve väiksemast kasvust võrreldes planeerituga, on Kultuuriministeerium harrastusspordi rahastamisel arvestanud liikumisharrastuse arengukavas erinevate tegevuste realiseerimisel uute rakendumistähtaegadega.

Mitte kõikidel strateegiatel pole toimivat nõukogu

141. Strateegia juhtimisel ja elluviimisel on oluline toimiv nõukogu, komisjon, töögrupp vm nõuandev organ. Nõukogu toimivust saab hinnata näiteks tema koosseisu, talle antud funktsioonide ning nende täitmise põhjal. Detailsema ülevaate nõukogude kohta annab aruande lisa A tabel 2.

142. Viiest uuritud strateegiast on nõukogu olemas kahel. Väga hästi töötab SVH strateegia nõukogu, mille koosseisu strateegia rakendamise ajal oluliselt laiendati. Pärast nõukogu laiendamist on see intervjueeritute sõnul taganud ka hea infovahetuse ja koostöö arengukava eest vastutavate ministeeriumide ja asutuste vahel. Nõukogul on otsustusõigus strateegia tegevuste lisamisel ning tegevuskavade ja aruannete kinnitamisel. Vahetunud on nõukogu liikmeid vähe, see on üks nõukogu tugevuse ja strateegia jätkusuutlikkuse tagaja. Teema prioriteetsuse rõhutamiseks on nõukogu esimeheks asunud sotsiaalminister (alguses asekancler).

143. SVH strateegia nõukogu töö kohta saadetud küsimustiku vastustest ilmneb, et üldiselt ollakse nõukogu töö, koosseisu ja töökorraldusega rahul. Siiski oli ka üksikuid märkusi või ettepanekuid, kuidas nõukogu tööd saaks paremini korraldada. Näiteks arvati, et kohtumisi võiks korraldada tihedamini, käsitleda aeg-ajalt konkreetsemaid alateemasid või esitada nii professionaalse esindatusega nõukogule senisest suuremaid väljakutseid tema funktsioone laiendades. Lisaks on probleemina nimetatud nõukogu liikmete liiga väikest osalusprotsenti, seda eriti pärast koosseisu laiendamist. Lahendusena on pakutud kõikidele nõukogu liikmetele asendusliikme määramist. Sotsiaalministeerium rõhutab komisjoni liikmete võimalust saadetud materjalide kohta elektroonselt arvamust avaldada.

144. Arengukava „Eesti toit“ nõukogu on samuti väga laiapõhjaline, kuid kuna arengukava spetsiifikast tulenevalt on nõukogus palju eri huvidega liikmeid, on üksmeele leidmine nii paljude esindajate vahel keeruline. Samas ei ole nõukogul ka otsustusõigust, vaid ainult nõuandev roll,

arengukavaga seotud projektide rahastamise kohta teeb lõpliku otsuse minister.

145. Arengukava „Eesti toit“ nõukogu liikmetele saadetud küsimustiku vastused näitavad, et SVH strateegiaga võrreldes ollakse nõukogu töökorralduse suhtes kriitilisemad. Ühe peamise probleemina tuuaksegi välja otsustusõiguse puudumist, mis ei motiveeri liikmeid nõukogu tööks oma aega kulutama ja kajastub ka väheses osalemises. Seda probleemi võidakse Riigikontrolli arvates näha teravamana kui SVH strateegias ka seetõttu, et arengukava „Eesti toit“ rahastamine on projektipõhine, mistõttu enamiku tegevuste üle otsustatakse uuesti igal aastal. Lisaks on tehtud ettepanekuid nõukogu koosseisu kohta, kuhu võiks kaasata näiteks rohkem toidutoorme tootjaid (põllumehi) ja otsuste tõendus põhise tagamiseks ka rohkem toitumisteadlasi.

146. Vähistrateegiat koordineerib vähiravi kvaliteedi komisjon, mis aga on loodud 2007. aastal ega ole strateegiaga seotud funktsioone veel jõudnud täita. Sotsiaalministeerium plaanib komisjonile esitada aruande vähistrateegia kohta iga kahe aasta tagant. Samas käesoleva auditi fookuses olevat tervislike eluviiside ja hoiakute alast tegevust ei ole ministri käskkirjas ega strateegiadokumendis komisjonile ülesandeks antud.

147. Liikumisharrastuse arengukava töötas välja riiklik komisjon, kes aga hiljem selle rakendamist ei jälginud, kuigi arengukavas olid riikliku komisjoni olemasolu ja funktsioonid (elluviimise ja tulemuslikkuse kontrollimine) ette nähtud. Kultuuriministeeriumi asekancleri sõnul ei tuntud komisjoni järele vajadust, kuna arengukavasse puutuv arutati läbi ka SVH strateegia nõukogus. 2008. aastal otsustas ministeerium komisjoni uuesti luua. Nõukogu puudumine võis Riigikontrolli arvates olla üheks põhjuseks, miks arengukava tegevusi planeerituga võrreldes vähem rahastati ja täideti. Kultuuriministeeriumi sõnul ei ole väiksem rahastamine seotud siiski nõukogu puudumisega, vaid riigieelarveliste rahastamisvõimalustega igal eelarveaastal eraldi.

148. LÕTSi nõukogu puudub, tõenäoliselt on üks põhjuseid strateegia vanus. Strateegia kinnitati 16.10.2003, ehk tegemist on ka kõige vanema seni kehtiva Sotsiaalministeeriumi juhitava strateegiaga. Strateegia koostamiseks moodustati samal aastal eri ministeeriumide esindajatest koosnev tööühik.

149. Kokkuvõtlikult on nõukogud olemas strateegiatel SVH ja „Eesti toit“, vähistrateegiat koordineerib ravikvaliteedi komisjon, liikumisharrastuse strateegia puhul kasutati komisjoni väljatöötamise ajal ning LÕTSi puhul samuti, kuid töögrupi nime all. Riigikontroll leiab, et nõukogu olemasolu ja selle roll strateegia eesmärkide täitmise jälgimisel on oluline, seda eelkõige paljusid osapooli kaasavate strateegiate puhul. Oluline on ka nõukogule otsustusõiguse andmine, mis tagab tema liikmete suurema motiveerituse, aga ka vastutuse nõukogu töös osalemisel. Nõukogu (või komisjoni) pädevuses peaks olema kogu strateegia, mitte ainult osa sellest nagu vähistrateegial, samal ajal on alateemade käsitlemiseks otstarbekas kasutada temaatilisi töögrupe.

150. Riigikontrolli soovitus sotsiaalministrile, põllumajandusministrile ja kultuuriministrile: Kaaluda praeguste ja tulevaste rohkem kui ühe ministeeriumi haldusala käsitlevate riiklike strateegiate juurde alati

nõukogu vm nõuandva organi moodustamist (loobuda sellest vaid mõjuvatel põhjustel, nt valdkonna spetsiifilisuse tõttu vms). Samas tuleb pöörata suurt tähelepanu nõukogu koosseisule, selle erapooletusele, kindlaksmääratud ja läbipaistvale otsustusprotsessile, seda eriti juhul, kui arengukava tegevused toimuvad projektipõhiselt.

Sotsiaalministri vastus: Tuginedes senisele kogemusele, nõustume, et nõukogu olemasolu ja selle roll strateegia eesmärkide täitmise jälgimisel on oluline, eelkõige paljusid erinevaid pooli kaasavate strateegiate puhul. Võtame eesmärgiks edaspidi alati kaaluda rohkem kui ühe ministeeriumi haldusala käsitlevate riiklike strateegiate juurde nõuandva organi moodustamist. Näiteks moodustati "Rahvastiku tervise arengukava 2009–2020" juurde juhtkomitee, kuhu kuuluvad erinevate institutsioonide (sh ministeeriumid) esindajad.

Põllumajandusministri vastus: Põllumajandusministeerium peab pädevate ekspertide kaasamist strateegiate välja töötamise ja rakendamise väga oluliseks. Samuti nõustume väitega, mille kohaselt peab nõukogu koosnema erapooletutest ekspertidest, kindlasti ei tohiks ka nõukogu liikmete arv olla suur. Samas tuleks iga strateegia puhul nõukogu otstarbekust eraldi kaaluda, kuna väikesemahuliste arengukavade rakendamisel võib tõhusamaks osutada ajutiste töögruppide moodustamine.

Kultuuriministri vastus: Kuna liikumisharrastuse arengukavaga on riikliku komisjoni olemasolu ja funktsioonid (elluviimise ja tulemuslikkuse kontrollimine) ette nähtud ja rahastatavate tegevuste hulk on kasvanud, siis moodustatakse kultuuriministri käskkirjaga Kultuuriministeeriumi juurde 2008. a. IV kvartalis vastav spetsialistidest koosnev laiapõhjaline komisjon. Komisjoni ülesandeks on olemasolevate tegevuste hindamine ja strateegia raames uute tegevuste planeerimine. Komisjon on ministrile nõuandva iseloomuga.

151. Riigikontrolli soovitus sotsiaalministrile, põllumajandusministrile ja kultuuriministrile: Näha nõukogule ette meetmete ja tegevuste kinnitamisel suurem otsustusõigus (sh arvestades valdkonna erisustega, ning), see motiveeriks nõukogu liikmeid nõukogu tööks rohkem aega pühendama. Kaasatud institutsioonide osaluse suurendamiseks kasutada senisest rohkem nõukogu liikmetele asendusliikmete määramist.

Sotsiaalministri vastus: Nõustume Riigikontrolli soovitusega, et nõukogul peab olema otsustusõigus meetmete ja tegevuste planeerimisel ja kinnitamisel. Südamestrateegia nõukogul on otsustusõigus strateegia tegevuste lisamise ning tegevuskavade ja aruannete kinnitamise üle. Samuti kavatseme teha nõukogule ettepaneku määrata kõikidele nõukogu liikmetele asendusliige.

Põllumajandusministri vastus: Kuna arengukava eduka rakendamise eest vastutab minister, on keeruline delegeerida otsustusõigust nõukogule. Küll aga võiks nõukogul olla nõuandev roll ja nõukogu pädevuses peaks olema ettepanekute tegemine ja oma eksperthinnangu esitamine ministrile. Paraku on senine praktika näidanud ka seda, et nõukogu liikmed on ettepanekute tegemisel lähtunud oma valdkonna kitsastest huvidest ning pole alati olnud valmis aktsepteerima ideid, mille elluviimine ei too otsest kasu nende igapäevasele tegevusele.

Kultuuriministri vastus: Kultuuriministeerium nõustub Riigikontrolli ettepanekuga. Strateegia nõukogus (komisjonis) on esindatud nii riiklik kui ka mitteriiklik sektor, maakondlik tasand, tegelikud liikumisharrastusürituste läbiviijad, KOV esindajad jmt.

Kultuuriministeerium palub kindlasti määrata ka asendusliikmed kaasatud institutsioonide osaluse suurendamiseks.

152. Riigikontrolli soovitus sotsiaalministrile, põllumajandusministrile ja kultuuriministrile: Väga laiapõhjaliste ja eri valdkondi kaasavate strateegiate juures võiks jätkata ja suurendada head praktikat moodustada alavaldkondades töögrupe.

Sotsiaalministri vastus: Tunnustame ettepanekut jätkata ja suurendada strateegiate juures alavaldkondades töögruppide moodustamist. Oleme seda praktikat juba ellu viinud. Näiteks "Rahvastiku tervise arengukava 2009–2020" koostamiseks moodustati iga valdkonna jaoks ekspertidest koosnevad töögrupid. Ka riikliku südamestrateegia uue rakendusplaani koostamiseks kutsuti kokku tervishoiu valdkonna töögrupp, kuhu kuulusid haigekassa ja erialaseltside esindajad. Südamestrateegia puhul oleme lähtunud ka asjaolust, et strateegia nõukogu on väga laiapõhjaline (strateegia kõigis viies valdkonnas on olemas esindajad erinevatest sektoritest). Nõukogu liikmeid on püütud tegevuste planeerimisse kaasata ja neile on antud võimalus teha ettepanekuid.

Laste tervise valdkonna edasiste tegevuste elluviimisel ja tegevuste juhtimisel erinevate strateegiliste dokumentide (nt lapse õiguste tagamise strateegia ja rahvastiku tervise arengukava 2009–2020) alusel võtame kindlasti arvesse teiste valdkondade tervisstrateegiatele (nt südamestrateegia) rahvusvaheliste organisatsioonide (WHO) ja Riigikontrolli antud hinnanguid ja tehtud ettepanekuid. Laste ja noorte tervisearengu tegevuskava koostamiseks oleme juba planeerinud moodustada eksperdirühmad.

Põllumajandusministri vastus: Põllumajandusministeerium toetab igati alavaldkondades töögruppide moodustamist. Arengukava „Eesti toit“ raames on erinevaid töögrupe ka kokku kutsutud, kuid paraku on nendes osalemise aktiivsus jäänud tagasihoidlikuks. Siiski peame ka tulevikus vajalikuks erinevate strateegiate koostamisel ja rakendamisel valdkonna töögruppide moodustamist ja kaasamist.

Kultuuriministri vastus: Kultuuriministeeriumi juures ja ministeeriumiga koostöös toimivad täna järgmised töögrupid: maakondliku spordijuhtimise tasandil Eesti Regionaalne Spordinõukogu, arengukava koordineerimise tasandil Ühendus Sport Kõigile, teaduspõhisuse, uuringute ja info saamiseks Eesti Spordikoolituse ja Teabe sihtasutus. Samuti on koostöö maakondliku tasandi spordiürituste läbiviimisel Eestimaa Spordiliiduga „Jõud“ jne. Nii eespool nimetatud kui ka mitmed teised oluliste sihtgruppide esindajad hakkavad kuuluma strateegia nõuandvasse komisjoni.

Koostöö ja koordineerimine strateegiate juhtimisel on üldiselt hea

153. Hea koostöö ja koordineerimine on võtmetähtsusega just nende arengukavade puhul, mille teemad või meetmed on eri ministeeriumide haldusalas. Et vältida tegevuste dubleerimist või nende puudumist mõnes valdkonnas, peaks tagatud olema asjasse puutuvate osapoolte

Eri osapoolte kaasamine

informeeritus. Riigikontroll analüüsis eelkõige koostööd ja infovahetust ministeeriumi ja peamiste asutuste vahel, kes viit auditeeritud strateegiat koordineerivad. Oluline on ka nende strateegiatega väline koostöö, mis aga jäi selle auditi fookusest välja.

154. Kõik viis uuritavat strateegiat kaasavad oma tegevustesse eri osapooli. Kokkuvõtte neisse strateegiatesse kaasatud teistest ministeeriumidest, asutustest, organisatsioonidest jm on toodud tabelis 13. See näitab, et vaid vähistrateegia koordineerimine toimub sisuliselt ühe ministeeriumi haldusalas, teiste puhul on tegemist ministeeriumidevaheliste arengudokumentidega.

Tabel 13. Strateegiatesse kaasatud osapooled

	Kaasatud ministeeriumid	Kaasatud osapooled
Südame- ja veresoonehaiguste ennetamise riiklik strateegia 2005–2020	Haridus- ja Teadusministeerium Kultuuriministeerium Majandus- ja Kommunikatsiooniministeerium Regionaalministeerium Sotsiaalministeerium Põllumajandusministeerium Keskkonnaministeerium Kaitseministeerium Rahandusministeerium, Justiitsministeerium	Eesti Haigekassa Tervise Arengu Instituut maavalitsused Kohalikud omavalitsused Kaitsejõudude peastaap Eesti Teadusfond
Liikumisharrastuse strateegiline arengukava 2006–2010	Haridus- ja Teadusministeerium Kultuuriministeerium Majandus- ja Kommunikatsiooniministeerium Regionaalministeerium Sotsiaalministeerium Keskkonnaministeerium* (Riigimetsa Majandamise keskus) – ühtib RMK tegevustega tervise- ja õpperadade osas	Eesti Haigekassa Eesti Koolispordi Liit Eesti Olümpiakomitee Eesti Orienteerumislit kohalikud omavalitsused maaspordi liidud maavalitsused spordiklubid spordiliidud Tervise Arengu Instituut ühendus Sport Kõigile
Lapse õiguste tagamise strateegia 2004-2008	Haridus- ja Teadusministeerium Justiitsministeerium Kultuuriministeerium Siseministeerium Sotsiaalministeerium Rahvastikuministri büroo	avatud noortekeskused Astangu Kutserehabilitatsiooni Keskus Euroopa Noored Eesti Büroo Eesti Noorsootöö Keskus Euroopa Sotsiaalfond kohalikud omavalitsused Koolivõrgu büroo Lastekaitse Liit Mitte-eestlaste Integratsiooni Sihtasutus Riiklik Eksami- ja Kvalifikatsioonikeskus Sotsiaalkindlustusamet Tervise Arengu Instituut Tööhõiveamet

		Tööturuamet
Riiklik vähistrateegia aastateks 2007–2015	Sotsiaalministeerium	Haigekassa Tervisekaitseinspeksioon Tervise Arengu Instituut Tervishoiuamet Tööinspeksioon tervishoiu kõrgkoolid
Arengukava "Eesti toit" (2005–2008)	Põllumajandusministeerium Sotsiaalministeerium	põllumajandustoodete tootjate, toiduainetööstuse, kaubanduse, maaturismi ja kokkade erialaorganisatsioonid toitlustuse eriala õpetavad koolid Tartu Ülikool ja TTÜ Toiduainete Instituut Tervise Arengu Instituut Tarbijakaitseamet

Allikad: Strateegiate tegevuskavad või rakendusplaanid. „Eesti toidu“ puhul päring Põllumajandusministeeriumisse.

155. Strateegiad juhtivate ministeeriumide sõnul annavad koostöö toimimiseks suure panuse laiapõhjalised nõukogud, kus pooled informeerivad üksteist strateegiate tegevustest ja tulemustest. Töötav nõukogu on olemas SVH strateegial ja arengukaval „Eesti toit“.

156. Mõlema eelmises lõigus nimetatud strateegia nõukogu liikmete kommentaaridest võib järeldada, et nõukogu olemasolu võimaldab paremat koostööd. Küsitatud nõukogu liikmed on enamasti vähemalt teavitanud oma esindatavaid asutusi või organisatsioone, tihti on nõukogus käsitletud arutatud rohkemgi ja sisulisemalt (küsitud seisukohti jne). Samas on näiteks SVH strateegia kohta tehtud kommentaar, et koostöö tugevdamiseks võiks nõukogu tihemini kohtuda. Samuti on mõlema nõukogu puhul välja toodud liikmete vähest osalemist koosolekutel.

157. Riigikontroll uuris auditi käigus koostööd paikkondliku tasandiga. Nagu eespool kirjeldatud, on kohalikke omavalitsusi kaasatud strateegiate koostamisse väga vähe. Samas on SVH strateegial maakondlikud tervisenõukogud, mille loomiseks ja käigushoidmiseks on strateegiasse ette nähtud ka raha. Need tervisenõukogud tagavad arengukava tegevuste jõudmise maakonna tasandile, kuid nagu näitab auditi järgmine peatükk, ei ole suudetud tagada, et tegevused ja algatused jõuaksid alati ka omavalitsuste tasandile. Seega võib öelda, et koostöös omavalitsustega on kõigil strateegiatel arenguruumi.

158. Mitmed uuritavad strateegiad keskenduvad ühele tervise riskitegurile, käsitletavate temade kattumise kohta annab ülevaate tabel 14.

Kattuvad valdkonnad ja tegevuste võimalik dubleerimine

Tabel 14. Riskitegurite käsitlemine strateegiates

Strateegia	Suitsetamine	Kehaline aktiivsus	Alkohol	Toitumine
Südame- ja veresoonkonnahaiguste ennetamise riiklik strateegia 2005–2020	X	X		X
Liikumisharrastuse strateegiline arengukava 2006–2010		X		
Lapse õiguste tagamise strateegia 2004–2008		X		
Riiklik vähistrateegia aastateks 2007–2015	X		X	(X)
Arengukava "Eesti toit" (2005–2008)				X

Allikas: Riigikontrolli analüüs.

159. TAI ametnike sõnul ei tegele LÕT strateegia tegevuste kattuvuse vältimiseks toitumise, tubaka ja alkoholi teemadega, kuna need on teiste strateegiate raames kaetud (v.a mõned voldikud liikumisharrastuse kohta ning nõustamine, koolitus ja abi koolidele alkoholi teemal). Viimastel aastatel on LÕTS tegelenud ennekõike vaimse tervise teemaga. Lisaks on arendatud kooli tervisenõukogusid ning sidusrühmade koostöid.

160. Suitsetamise vähendamise tegelevad nii SVH strateegia kui ka vähistrateegia. Mõlemad strateegiad on Sotsiaalministeeriumi valitsemisalas. Sotsiaalministeeriumi koostatud ja juhitud strateegiate puhul peab strateegiate peamine rakendusasutus TAI koostööd väga heaks, kuna kõiki strateegiaid koordineeritakse ühes asutuses. TAI ametnike arvates on tegevuspiirid kahe strateegia vahel jaotatud praegu sihtrühmade kaupa: näiteks vähistrateegia tegeleb ainult noorte ja rasedatega. Siiski on Riigikontrolli hinnangul vähistrateegias toodud ka üldised, mitte ainult konkreetsetele sihtrühmadele suunatud meetmed.

161. Kehalise aktiivsuse teemat käsitletakse nii SVH strateegias, LÕT strateegias kui ka LH arengukavas. Viimase arengukava koordineerijaks on Kultuuriministeerium. Mõlemad ministeeriumid peavad omavahelist suhtlemist heaks ning Kultuuriministeerium käsitleb LH arengukava sisuliselt SVH strateegia ühe osana ning mõlema ministeeriumi sõnul arutatakse tegevused ministeeriumide vahel läbi. Viimasel aastal on hakatud korraldama rohkem sisulisi koostööprojekte, KuMi sõnul kooskõlastatakse TAI ja Eesti Haigekassaga näiteks liikumisharrastuse reklaamikampaania sõnumid, 2008. aastal plaanitakse koos Sotsiaalministeeriumiga ühist tervisekäitumise uuringut, kus sees ka liikumisharrastuse osa.

162. Alkoholitarbimise vähendamise seotud tegevused on praeguse ni ette nähtud vaid vähistrateegia ja LÕT strateegia vahel, alkoholiga seotud tegevusi aga on mõlemas väga vähe. Väljakutsed koostöö osas suurenevad seoses praegu väljatöötatava vigastuste ennetamise strateegiaga, milles alkoholitarbimise vähendamisel on oluline osa.

163. Tervisliku toitumise teemaga tegelevad SVH strateegia ja arengukava „Eesti toit”, väga vähesel määral ka vähistrateegia. TAI ja

Põllumajandusministeerium annavad nendevahelise koostööle väga hea hinnangu, näiteks on koostöös valminud portaal www.toitumine.ee. Sotsiaalministeeriumi rahvatervise osakonna juhataja hinnangul on selles koostöös ka probleeme, kuna tervis ei ole arengukavas „Eesti Toit“ olnud piisavaks prioriteediks. Näiteks ei ole Eestis oma toidu reklaamimisel seni väga oluliseks peetud toiduainete või toitude soola või rasvasisalduse vähendamist. Põllumajandusministeeriumi esindajad väitsid omalt poolt, et selleks on otstarbekam pigem mõjutada ja harida tarbijaid, kes siis tootjalt tervislikumat toiduvalikut ootaksid.

164. Riigikontroll leiab, et eri strateegiade rakendamisel ministeeriumide ja asutuste vaheline koostöö üldiselt toimib, hoolimata sellest, et kaasatud institutsioonide eesmärgid ning huvid on erinevad. Kuigi uuritud strateegiad tegelevad samade riskiteguritega, leiab Riigikontroll, et arengukavad on hästi integreeritud ning nelja riskiteguri tegevuste dubleerimist enamasti ei toimu.

Riskiteguritele suunatud tegevuste ja strateegiade ulatumine paikkonda

165. Suur osa tervist edendavatest tegevustest on kõige tulemuslikumad paikkondlikul tasandil. Üldiselt ei ole analüüsitud viis strateegiat oma juhtimisstruktuurides ette näinud paikkonna kaasamist. Erandina võib tuua SVH ja osaliselt LÕTi strateegia, mis oma tegevustes näevad ette eri võrgustike (tervist edendavate lasteaedade ja koolide võrgustikud) tugevdamise ning maakondlike tervisenõukogude loomise. Küsitluse tulemuste tõlgendamisel tuleb arvestada sellega, et vastanud omavalitsuste esindajad ei pruukinud olla kursis näiteks koolide ja lasteaedade võrgustiku tegevustega, seega võib osa tegevust olla omavalitsustesse jõudnud ka ametniku teadmata.

166. Hindamaks, kas tervisedenduslikud tegevused on jõudnud kohalikele tasandile, uuris Riigikontroll, mil moel on kohalikud omavalitsused tervisedenduse teemaga tegelenud ning millised on nende arvamused ja hinnangud selle teema kohta. Selleks viis Riigikontroll läbi küsitluse, kus lisaks omavalitsustele küsitleti ka maavalitsuse ametnikke. Küsitluse koostamisele ning selle vastuste tõlgendamisele kaasati eksperdina Anu Kasmel. Eksperdi tausta ning kogemust on lähemalt kirjeldatud auditi metoodika osas.

Tuntakse puudust täiendavatest töötajatest ja nende väljaõppest

167. Üheks võtmeteguriks tervist edendava tegevuse paikkonda jõudmisel on selle valdkonnaga tegeleva ametniku olemasolu omavalitsuse ja maavalitsuse tasandil. 59% vastanud kohalikest omavalitsustest oli asutuses tööl inimene või inimesed, kes tervise edendamise ülesannetega tegelevad. Et aga küsitlusele jätsid vastamata pigem need omavalitsused, kus vastav töötaja puudub, arvab Riigikontroll, et tõenäoliselt puudub vastav töötaja siiski rohkemates kui 40% kõigist Eesti omavalitsustest.

168. Tervisedenduslaseid ülesandeid on töötajatele antud pigem linnades kui valdades. Küsitluse põhjal võib öelda, et pea üheski omavalitsuses (v.a üksikud suuremad) ei olnud inimest, kelle põhitöö oleks tervisedendus ning enamikul juhtudel on valdkonna ülesanded jaotunud mitme inimese vahel, kes tegelevad tervise edendamise eri tahkudega.

Tervisedenduse töötaja olemasolu

Peamiselt tegelevad nende küsimustega kas sotsiaalvaldkonna spetsialist või kultuuri- ja spordivaldkonna töötaja. Samas oli neid ülesandeid pandud ka näiteks ehitus- ja majandusnõunikule ning vallasekretärile. Omavalitsuse välistest asutustest olid tervisedendusala ülesanded antud näiteks koolidirektorile, huvikeskuse ning lasteaia juhatajale.

169. Kõigis vastanud **maavalitsustes** oli olemas tervisedenduse valdkonna töötaja ning neljas maavalitsuses rohkem kui üks töötaja. 8 maavalitsusel (73% vastanud maavalitsustest) oli koosseisus eraldi ametinimetusega „tervisedenduse spetsialist”. Ülejäänud vastanud maavalitsustes oli tervisedendusala ülesanded antud kas tervishoiu- ja/või sotsiaalosakonna juhatajale või veel ka mitmesugustele tervise- või spordivaldkonnaga tegelevatele juhtidele.

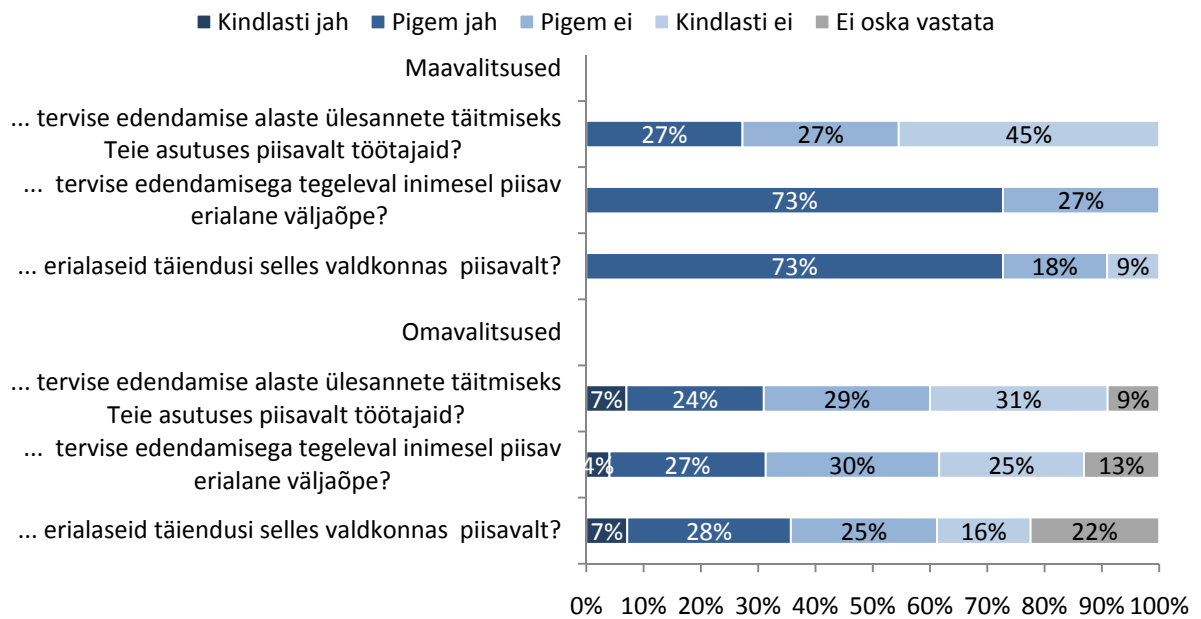
170. Küsimustiku koostamise ja analüüsi kaasatud eksperdi hinnangul on asjaolu, et rohkem kui pooltes vastanud omavalitsustes oli tervisedendusala ülesannetega töötaja olemas, maavalitsuse tervisedendajate intensiivse tegevuse hea tulemus. Töötajate suurem hulk Jõgeva-, Põlva- ja Harjumaal näitab, et need maavalitsused on intensiivselt tegelenud omavalitsustega ning see töö on ka vilja kandnud. Et Hiiumaal on kõigis omavalitsustes tervisedenduse funktsioonide eest vastutaja olemas, seletub tõenäoliselt sellega, et maakonna tervisedendajal on suhteliselt lihtne jõuda väikese arvu omavalitsusteni.

171. Seega võib järeldada, et maavalitsuste tervisedendajate töö järjepidevus, nende aktiivsus ja pädevus aitavad kaasa omavalitsustes töötajatele sellealaste ülesannete andmisele ja pädevuse tekkele.

Hinnangud töötajate ja nende väljaõppe piisavuse kohta

172. Riigikontroll küsis ka, kui piisavaks hindavad kohalikud omavalitsused ja maavalitsused tervisedendusega tegelevate inimeste arvu ja väljaõpet. Tulemused on toodud joonisel 9. Küsitlusele vastanud omavalitsustest arvas kokku 60%, et nende asutuses on liiga vähe inimesi, kelle ülesandeks on tervise edendamine, ning 55% juhtudest ei peetud töötaja(te) väljaõpet piisavaks. Ebapiisavaks pidasid oma asutuse ametnike arvu ja väljaõpet pigem valdade kui linnade vastajad. Ka maavalitsuste hinnangul ei ole nende asutuses piisavalt tervisedendusega tegelevaid inimesi, arvestades valdkonna mahukust ja mitmetahulisust. Juba töötavate inimeste erialast väljaõpet pidasid maavalitsused aga suhteliselt heaks.

Joonis 9. Omavalitsuste ja maavalitsuste vastused küsimusele „Kas Teie hinnangul on...“



Allikas: Riigikontrolli küsitlus.

173. Täiendkoolituse vajadusena toodi välja järgmised valdkondi:

- tervisedendusala teoreetilised teadmised,
- paikkonna tervisealase hindamise läbiviimine,
- tervisedenduse arengukava koostamine,
- eri sihtrühmade ja struktuuride kaasamine ning motiveerimine,
- rahastamisvõimalused ja projektikirjutamine,
- rahvusvahelise hea praktika näited ning rahvusvahelistel konverentsidel osalemine,
- koolitused kindlal teemal (nt tervisesport, tervislik toitumine, sõltuvusained jne).

Lisaks leidsid kohalikud omavalitsused, et koolitusi võiks korraldada ka otsusetegijatele ehk valla- või linnavalitsusele ja volikogule või et asutuse töötajate asemel tuleks tervisliku eluviisi alal koolitada pigem inimesi endid. Mitmed vastajad tõid välja, et kuigi koolitusi on piisavalt, ei ole töötajatel osalemiseks tihti lihtsalt aega.

174. Kuigi paljudes omavalitsustes tuntakse puudust tervisedendusega tegelevast inimesest või peetakse olemasolevate inimeste väljaõpet ebapiisavaks, pole keskmiselt 85% vastanutest plaanis tervisedenduse valdkonda täiendavaid inimesi juurde võtta. Põhjuseks nimetati omavalitsuse väiksust ning väheseid ressursse. Ka maavalitsustes ei plaanita enamasti inimesi täiendavalt tööle võtta. Suure omavalitsusena on tervisedenduse spetsialiste väga vajalikuks pidanud näiteks Tallinna linn, kes on hiljuti loonud need ametikohad kõikidesse linnaosavalitsustesse ning plaanib ka täiendavate analüütikute töölevõtmist.

175. Kaasatud eksperdi hinnangul seab asjaolu, et omavalitsuste tervisedenduse eest vastutajate hulgas ei ole tervisedenduse tervikliku väljaõppega inimesi (paljud on end täiendanud täienduskoolitustel), küsimuse alla nende tegevuse kvaliteedi. Et selle valdkonnaga tegelevate töötajate ametijuhendites puuduvad vastava valdkonna ülesanded, muudab lisaks kvaliteedile küsitavaks ka tegevuste ulatuse ja iseloomu.

176. Küsitluses antud vastuste analüüsist lähtuvalt peetakse tervisedendusala töö jaoks enamasti vajalikuks (täiendava) töötaja töölevõtmist, kes oleks vajaliku väljaõppega või saaks süsteemse ja tervikliku täiendkoolituse.

Eriala õpetamine Eestis

177. Vastava väljaõppega töötajate defitsiidi vähendamiseks on praeguseks kahes Eesti rakenduskõrgkoolis kinnitud tervisedendaja õppekava ning riiklik koolitustellimus. Tallinna Tervishoiu Kõrgkoolis alustati tervisedendajate õpetamist alates eelmisest, 2007. aastast riikliku koolitustellimusega 15 lõpetajat aastas. Magistritasandi väljaõpe toimub tervisedenduse valdkonnas kaheksal riigieelarvelisel kohal, kuid mitte igal aastal. Sotsiaalministeeriumi sõnul on olnud probleeme nende kohtade täitmisega. Tallinna Ülikooli Haapsalu Kolledžis alustatakse samuti 2008. aastal tervisejuhi eriala õpetamist, riiklik koolitustellimus seal aga puudub. Ministeeriumi sõnul üritatakse koolitustellimuse puudumist kompenseerida stipendiumite abil.

178. Kõnesoleva eriala õppekava kinnitamisega on Riigikontrolli hinnangul tehtud hea algatus spetsialistide puuduse vähendamise suunas. Samas on Sotsiaalministeerium nende töötajate vajaduse analüüsis toonud vajaduseks ligikaudu 500 uut spetsialisti. Praegune riiklik koolitustellimus võimaldaks vajaliku arvu uusi spetsialiste Eestisse juurde saada alles 30 aastaga. Ka riigieelarveväliste õppurite arvu arvestades jääb vajaliku spetsialistide arvu saavutamise periood liiga pikaks, arvestades kolmeaastast õppeperioodi ja tõenäolist edasist magistriõpet. Seetõttu peaks Riigikontrolli hinnangul kaaluma koolitustellimuse suurendamist järgmistel aastatel või võtma kasutusele muid meetmeid vajaliku väljaõppega inimeste arvu suurendamiseks.

179. **Riigikontrolli soovitus sotsiaalministrile:** Suurendada koostöös haridus- ja teadusministriga tervisedendaja eriala koolitustellimust, tagamaks suurema hulga väljaõppinud spetsialistide tööleasumist. See võimaldab omavalitsustel (jt asutustel) saada tööle vajaliku väljaõppega inimesed, kes teevad teadlikumat ja kvaliteetsemat tervisedenduse tööd kohalikul tasandil. Lisaks kaaluda mõne eesti kõrgkooli juurde süsteemse tervisedenduse moodultäiendõppe võimaluste loomist.

Sotsiaalministri vastus: Oleme põhimõtteliselt nõus kaaluma tervisedendaja eriala koolitustellimuse suurendamist. Siiski arvestades asjaolu, et tegemist on uue erialaga, tuleks enne koolitusmahu suurendamist hinnata, milline on üldine konkurss õppesse ning kui paljud esimestest lõpetajatest leiavad erialase töö.

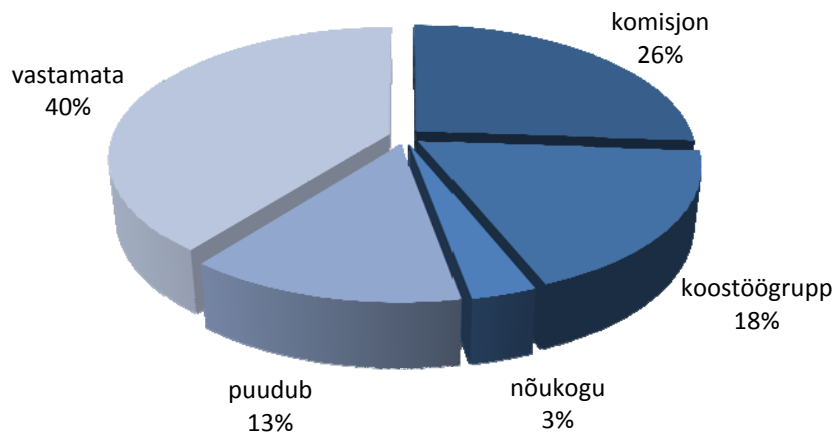
Töötavad tervisedenduse võrgustikud on maakondades olemas, kuid puuduvad sagedamini kohalikul tasandil

Võrgustikud omavalitsustes

180. Lisaks vastava valdkonna töötajatele on oluline tervist edendavate võrgustike olemasolu paikkonnas.

181. Vastused tervist edendavate võrgustike olemasolu kohta on toodud joonisel 10. Kõige sagedamini on omavalitsustel selleks rahvatervisega tegelev (enamasti volikogu) komisjon, teisel juhul koostöögrupp ning kõige harvemini nõukogu. Suur osa omavalitsusi jätsid sellele küsimusele vastamata, võib eeldada, et nendel enamasti vastav võrgustik puudub. Seda toetab fakt, et küsimusele jätsid vastamata ennekõike väikesed omavalitsused (83% vastamata jätnutest olid alla 3000 elanikuga omavalitsused).

Joonis 10. Omavalitsuste levinumate koostöövormide jaotus



Allikas: Riigikontrolli küsitluse analüüs.

182. Lisaks palus Riigikontroll omavalitsustel nimetada muid uuritavate riskiteguritega seotud koostöövõrgustikke. Kõige enam toodi välja maavalitsuse tervisenõukogusid või nõustamiskabinette, erinevaid seltsse, mittetulundusühendusi või spordiklubisid. Lisaks nimetati ka arsti või perearsti, koole ja lasteasutusi, nende võrgustikke või nõukogusid ning tervist edendavate haiglate võrgustikku.

Maavalitsuste võrgustikud

183. Kõikides maavalitsustes ja kolmes suuremas linnas on SVH strateegia paikkondliku arendamise meetmena loodud maakondlikud tervisenõukogud, mis koosnevad suures osas maavalitsuse, kohalike omavalitsuste ja nende allasutuste ning tervishoiutöötajate või -asutuste esindajatest. Osas maakondades on olemas ka eraldi uimasti- ja traumaennetusnõukogud, teised maakonnad on need ühendanud. Lisaks tervisenõukogudele on maavalitsused toonud koostöövõrgustike näidetena oma maakonnas välja näiteks tervist edendavate koolide ja lasteaedade võrgustikku. Veel on nimetatud koostööd haiglatega, eraldi on toodud välja nõustamisvõrgustikud noortele ja suitsetajatele.

Hinnangud võrgustiku pädevusele ja aktiivsusele

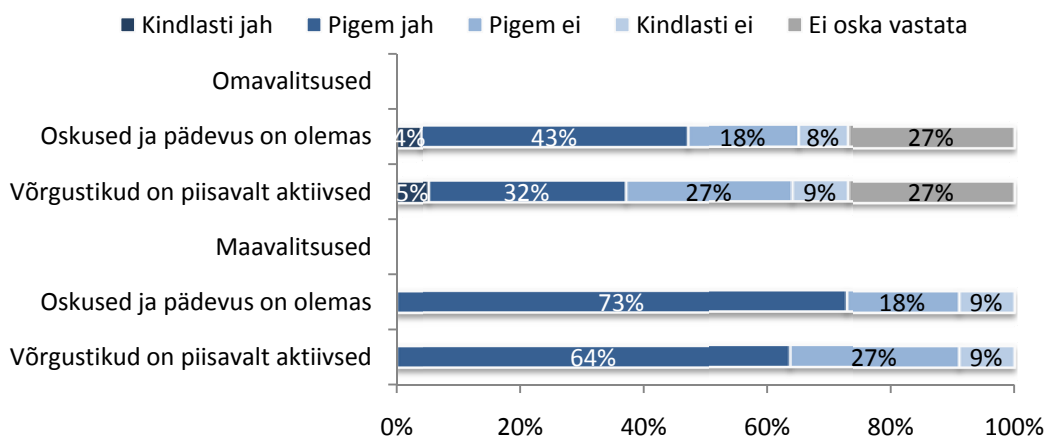
184. Hinnangud võrgustiku pädevusele ja aktiivsusele on toodud joonisel 11. Omavalitsustest hindas 47% oma paikkonna töögruppide ja võrgustike oskusi ja pädevust inimeste valikute mõjutamisel tervist toetavaks. 37% vastanuist arvab, et nende piirkonna töögrupid on pigem või kindlasti piisavalt aktiivsed, et muuta inimeste valikuid tervist

toetavamaks. Edasine analüüs näitab, et võrgustiku tööd hinnatakse seda positiivsemalt, mida suurema omavalitsusega on tegemist. Maavalitsuste töötajate hinnangud nii võrgustike oskuste ja pädevuse kui ka aktiivsuse kohta olid omavalitsuse omadest positiivsemad. Kommentaarides on välja toodud, et võrgustike töö parandamiseks oleks vaja võrgustikega teha rohkem süstemaatilist tööd: tagada neile ressursid, koolitused ja neid motiveerida. Ühe takistava tegurina on esile toodud võrgustike liikmete ajapuudust. Nimetatud on ka kohalike elanike endi passiivsust, mistõttu võrgustike algatustega ei tulda kaasa.

Joonis 11. Omavalitsuste ja maavalitsuste vastused küsimusele: „Kas Teie hinnangul on...

... Teie paikkonna tervise töögruppidel ja võrgustikel oskused ja pädevus tegelda inimeste valikute mõjutamisega tervist toetavamaks?“

... Teie paikkonna tervisenõukogu, töögrupid ja võrgustikud piisavalt aktiivsed tegelemisel inimeste valikute mõjutamisega tervist toetavamaks?“



Allikas: Riigikontrolli küsitlus

185. Kokkuvõtlikult võib öelda, et maakondades on riiklike strateegiate raames loodud nõukogud, mille tööd maavalitsused ise hindavad suhteliselt positiivseks. Kohalikes omavalitsustes, eriti väikestes, need sageli veel puuduvad.

Riiklike strateegiatega arvestatakse rohkem maavalitsuste arengukavades

186. Üheks näitajaks riiklike strateegiate paikkonda jõudmise kohta on see, kui palju arvestatakse nendega paikkonna arengukavas. Selle analüüsimiseks uuris Riigikontroll, kas omavalitsustes ja maavalitsustes on need dokumendid olemas ning kas nende koostamisel on aluseks võetud ka riiklikke arengukavasid.

187. Eraldi tervisedenduse dokument või rahvatervise arengukava on olemas neljas linnas ja viies maavalitsustes. 54% kõigist küsimusele vastanud omavalitsustest ütlesid, et tervisedenduse või rahvatervise teemaline peatükk on mõnes teises arengukavas olemas. Peamiselt toodi välja peatüki olemasolu linna või valla arengukavas. Veel nimetati tervise edenduse või rahvatervise teemalist peatükki näiteks spordi-, sotsiaalhoolekande- ja koolide arengukavas ning ka tervisestrateegias. Neljas maavalitsuses on olemas selleteemaline peatükk maakonna arengukavas. Neli maavalitsust on välja toonud tegevuskavade või lühemate dokumentide olemasolu, mis on seotud SVH strateegia

Tervisedenduslike arengudokumentide olemasolu

tegevuskavaga ja uimasti ning HIVi ja AIDSi ennetusprogrammidega. Lisaks on välja toodud mitmete dokumentide all veel ühisleppeid ning võrgustike arengukavasid.

Riiklike strateegiatega arvestamine piirkonna arengukavas

188. Nagu eelmise peatüki punktides 127–128 mainitud, on riiklike strateegiatega koostamise kaasatud vaid väike osa omavalitsusi. Ilmselt seetõttu pole kohalikud omavalitsused oma tervisedenduse-teemalisi arengukavu või peatükke planeerides eriti arvestanud teistes arengukavades tooduga, sest neid on maininud vaid väga väike osa kohalike omavalitsusi (keskmiselt 16%). Uuritud viiest arengukavast on kohalikes arengukavades enim lähtunud liikumisharrastuse strateegiast (29%), LÕTSist (26%) ja SVH strateegiast (20%). Väga vähe on aluseks võetud vähistrateegiat ja arengukava „Eesti toit“ (mõlemat 5%). Arengukavadega arvestamine on kindlasti seotud omavalitsuse traditsiooniliste vastutusvaldkondadega.

189. Maavalitsuse tervise edendamise töötajaid oli riiklike strateegiatega koostamise kaasatud omavalitsustest rohkem (vt punkt 129). Seega on loogiline, et nad arvestavad rohkem riiklike strateegiatega ka maavalitsuse arengukavades (keskmiselt 34%). Uuritud viiest strateegiast olid maavalitsused enim lähtunud SVH strateegiast (60%) ja vähistrateegiast (50%), teiste strateegiatega arvestati suhteliselt vähem (10–20%). Lisaks on väga suur osa maavalitsusi arvestanud rahvastiku tervise arengukavaga.

190. Eksperdi sõnul on kõige elementaarsemaks vormiks informatsiooni kättesaadavaks tegemine ja selle kohta arvamuste küsimine, aga need tegevused ei taga enamasti tegelikku kaasatust. Tervisedenduses peetakse mitmete autorite arvates tõhusaks sellist kaasatuse vormi, kus kaasatavad osalevad võimalikult paljus: nii vajaduste analüüsis, planeerimises, sekkumises, hindamises kui ka ressursside kontrollis. Küsimustik jättis kaasamise ulatuse ja vormi lahtiseks ning lubas vastajal endal otsustada, mida kaasatuse all mõista.

191. Enamik omavalitsustest on riiklike programmide, arengukavade ja strateegiatega tutvunud tööalaselt, mis on loogiline ja mõistetav. Tutvumine koolituste kaudu on seotud programmide/arengukavade/strateegiatega koostamise ja elluviimise ressurssidega ning oluliselt ka valdkonna traditsioonilisuse ja tunnetatud aktuaalsusega. Näiteks on *Global Fond*'i rahastatud HIVi/AIDSi programmi raames korraldatud hulgaliselt koolitusi ning seetõttu ka KOVide hõlmatus koolitustega suurem kui teistel programmidel.

192. Omavalitsuste vähene kaasatus või kaasatuse tunnetamine võib olla seotud tervisedenduse valdkonna uudsusega, selle valdkonna spetsialisti puudumisega omavalitsustes ja levinud arusaamaga, et tervisevaldkond kuulub meditsiini vastutusvaldkonda.

Enamasti jäävad riskiteguritele suunatud tegevused pidama maakonna tasemele

Riigi tegevused omavalitsustes

193. Riigikontroll uuris oma küsitluse käigus, milliseid tegevusi paikkonnas on korraldanud riik. Tabelis 15 on toodud selle küsimuse vastused. Riigi korraldatud uuritavatele riskiteguritele suunatud tegevusi tõi välja vaid 41 omavalitsust (kõigist vastanuist 26%). Kõige enam riigi tegevusi on välja toonud väga suured omavalitsused, väikesed

Riigi tegevused maakonna tasandil

omavalitsused on pigem väitnud, et neil riigi poolt algatatud tegevused puuduvad. Ka ei osanud paljud vastanuist nimetatud tegevusi siduda konkreetsete arengukavadega.

194. Maavalitsuste esindajad tõid 44 juhul välja riigi tegevusi, mis olid suunatud riskiteguritele. Kõige sagedamini on mainitud suitsetamise ennetamiseks tehtud tegevusi nagu „Suitsuprii klass“, kampaaniat „Loobu ja võida“ ning suitsetamisest vabanemise kabineti olemasolu toetamist. Muude riigi tegevuste all on välja toodud näiteks tuberkuloositõrje meetmete kasutuselevõttu, piimanädalat ning seksuaalkasvatuse koolitusi kooliastmes. Üle poole tegevustest (24 juhul) on seostatud südame- ja veresoonkonnahaiguste ennetamisega, millest tegelikult 17 on ka otseselt SVH strateegia tegevused.

Tabel 15. Omavalitsuste ja maavalitsuste nimetatud riigi tegevused paikkonnas

Tegevuse nimetus	OV	MV
Tervise- või liikumispäevad	30	5
Südamepäevad või -nädal	14	3
Narkoennetus	13	3
Suitsetamise ennetamine	7	5
Suitsuprii klass	7	6
Kampaaniad, infovoldikud	5	-
Investeeringud infrastruktuuri	3	-
Tervisliku toitumise edendamine	3	2
Traumaennetus	3	1
Alkoholi tarbimise ennetus	2	2
Leivapäev või -nädal	2	1
Parima koolisöökla konkurss	2	5
Kooli/lasteaia kokkade koolitus	1	3
Uuringud	1	1
Muu	14	6

Allikas: Riigikontrolli küsitlus. Avatud küsimuse vastuste analüüs.

195. Eelneva põhjal võib väita, et riigi tegevustest maakondades on maavalitsustel oluliselt parem ülevaade kui kohalikel omavalitsustel. Kuna maavalitsustel on riiklike strateegiate puhul piirkondliku rakendaja roll, siis oskavad nad neid tegevusi ka paremini riiklike strateegiatega siduda. Kuna maakondlikud tervisenõukogud on loodud SVH strateegia raames, tegelevad nad eelkõige selle programmi tegevustega ning neid on küsitluses ka välja toodud. Uimasti- ja traumaennetusnõukogude olemasolu maakondades seletab nende mainimiste suhteliselt suurt osakaalu. Mainimiste arvu arvestades on kohaliku omavalitsuse tasandile jõudnud eelkõige riigi korraldatud liikumispäevad, südamepäevad, aga ka suitsetamisvastane ennetustöö eesotsas võistlusprojektiga „Suitsuprii klass“.

196. Riigikontroll uuris ka maavalitsuste esitatud aruandeid SVH strateegia käigus elluviidud tegevuste kohta. Tabelis 16 on välja toodud

SVH strateegia üldised tegevussuunad, keskmine kulunud summa, osalejate arv, kulud ühe osaleja ning ühe elaniku kohta.

Tabel 16. Maavalitsuste üldised tegevussuunad ning neis osalejate keskmised arvud ning kulutused

Tegevused	Keskmine osalejate arv	Keskmine summa (kr)	Kulud ühe osavõtja kohta (kr)	Kulud ühe elaniku kohta (kr)
SVH strateegia terviklik elluviimine	1048	23 522	1208	0,97
südamenädala üritused ning muu	3112	15 550	583	0,25
tervist hoidvate eluhoiakute kujundamine	3879	10 916	3963	0,17
füüsilise aktiivsuse suurendamine	4438	8556	71	0,15
toitumisharjumuste parandamine	1890	6226	50	0,11
tubaka tarbimise vähendamine	897	7256	782	0,10

Allikas: Maavalitsuste aruanded Tervise Arengu Instituudile 2006 ja 2007.

197. Tabelist selgub, et kõige enam on osalejaid tegevustel, mille eesmärgiks on füüsilise aktiivsuse suurendamine, ning seejärel tegevustel, mis kujundavad üldiseid tervist hoidvaid hoiakuid. Kõige enam suunatakse rahasid SVH strateegia terviklikule elluviimisele, mille alla kuuluvad näiteks tervisenõukogude ja tervisetubade töö haldamine (sh mõnel puhul ka töötasu), nende koolitused ja seminarid, teavitus meedias ja teavitussüsteemide arendus. Tervist hoidvate eluhoiakute kujundamise alla kuuluvad näiteks maakondlike tervist edendava sisuga veebilehtede töös hoidmine, mitmesugused trükised ning konverentsid, samuti ka koostöövõrgustiku nõustamine. Seal on kulutused ühe osavõtja kohta kõige suuremad seetõttu, et mõnel pool on konverentside all mõeldud nii neid, kus osalevad tervisedendajad, kui ka neid, mis on kogu elanikkonnale, lisaks on neil üritustel osavõtjaid tavaliselt vähe, kuid korraldus- või osalemistasud on suured.

Kohalike omavalitsuste tegevused

198. Võrreldes riiklike tegevustega nimetasid kohalikud omavalitsused oluliselt rohkem neid tegevusi, mida nad ise on korraldanud. Tervelt 76% vastanutest nimetas tervisedenduslikke üritusi ja tegevusi, mida omavalitsus on korraldanud. Kõige rohkem oli tegevustena välja toodud spordiüritusi (165 korral) ja investeeringuid näiteks võimlatesse, ujulatesse või terviseradadesse (96 korral) ning spordiringide ja -klubide toetamist või nendes osalemise propageerimist (94 korral). Nimetatud üritusi tõid välja igas suuruses omavalitsused.

199. Tegevuste kaasfinantseerijatena nimetasid kohalikud omavalitsused nii ministereid (Kultuuriministeerium, Haridus- ja Teadusministeerium), Eesti Kultuurkapitali, Hasartmaksumängu Nõukogu, Ettevõtluse Arendamise Sihtasutust kui ka teisi kohalikke omavalitsusi ja eraettevõtjaid. Näiteks on Kultuuriministeerium

rahastanud mitmeid investeringuid, maavalitsused on rahastanud tervise- ja südamepäevi ning Kultuurkapital spordiüritusi.

200. Lisaks palus Riigikontroll vastajatel nimetada ka oma paikkonnas tehtud häid algatusi. Näited nendest on toodud tabelis 17 ning need on peaaegu alati seotud kas kehalise aktiivsuse või tervisliku toitumise teemaga.

Tabel 17. Näiteid maa- ja omavalituste algatustest

Head ideed või algatused maa- ja omavalitsustes
<p>Kehalise aktiivsuse tõstmisega seotud:</p> <p>Beebidele tagatakse tasuta ujumisvõimalus korra nädalas.</p> <p>Tasuta spordiringid lastele koolides.</p> <p>Eakatele tasuta sporditegevuse pakkumine: võimlemise, vesivõimlemise ja ujumistundide korraldamine, seeniortantsu ringid ning matkapäevad.</p> <p>Spordiürituste programmid ja matkapäevad peredele.</p> <p>Kepikõnni tutvustamine ning kepikõnni päevade korraldamine.</p> <p>Spordihoone on antud linnarahvale vabaks kasutamiseks, et nad saaksid seal sportida.</p> <p>Tervisliku toitumisega seotud:</p> <p>Omavalitsusel on olemas katsepõld, kus lastele näidatakse, kuidas põllukultuurid kasvavad.</p> <p>Tervist edendavatel üritustel jagatakse osalejatele auhindadeks šokolaadi asemel puuvilju.</p> <p>Korraldatakse kalapäevi, kus püütakse koos kala ning õpetatakse sellest toite valmistama.</p> <p>Korraldatakse tervislike salatite päevi, kus kokk näitab ette, kuidas maitsvat salatit teha ning inimesed saavad ise koos järele teha ning retsepte jagada.</p> <p>Lasteaeda on spetsiaalselt lastele sisseehitatud köök, kus nad saavad ise õppida süüa tegema.</p> <p>Lasteaedade ja koolide menüüde järjepidev analüüs.</p> <p>Üldised:</p> <p>Tervisemesside ja -konverentside korraldamine paikkonna elanikele</p> <p>Mitmesuguste tervisealaste uuringute läbiviimine omavalitsuse elanikele, sh ka mitme omavalitsuse ühisuuringud.</p>

Allikas: Riigikontrolli küsitlus. Avatud küsimuse vastused.

201. Kokkuvõttes võib öelda, et kohalikud omavalitsused on ise algatanud mitmeid tegevusi tervise riskitegurite vastu ja ennekõike kehalise aktiivsuse suunas, kuid need tegevused pole üldiselt seotud riiklike strateegiatega. Riiklikud tegevused kohalikule tasandile enamasti ei jõua või ei oska omavalitsused neid tegevusi riiklike strateegiatega seostada.

Halvimaks hinnati tegevusi alkoholitarbimise vähendamiseks

202. Riigikontroll uuris kohalike omavalitsuste hinnanguid kolme tasandi – riigi, maavalitsuste ja omavalitsuste – tegevusele. Vastuseid anti skaalal 1–4 („kindlasti jah“–„pigem jah“–„pigem ei“–„kindlasti ei“). Keskmiised hinnangud kõikide tasandite ja riskitegurite kohta on toodud joonisel 12. Detailsem hinnangute protsentuaalne jagunemine riskitegurite ja tasandite kaupa on toodud lisas B.

203. Jooniselt 12 on näha, et kõige ebapiisavamaks peavad nii omavalitsused kui ka maavalitsused riigi tegevust alkoholiga tegelemisel, sh peavad maavalitsused seda pisut halvemaks. Kommentaarides märgiti mitmel korral vajadust üleriigiliste müügipiirangute järele, mis auditi lõpetamise ajaks juba ka on kehtestatud. Seda asjaolu arvestades võiksid praegu tehtava küsitluse hinnangud riigi tegevuse kohta olla pisut teistsugused.

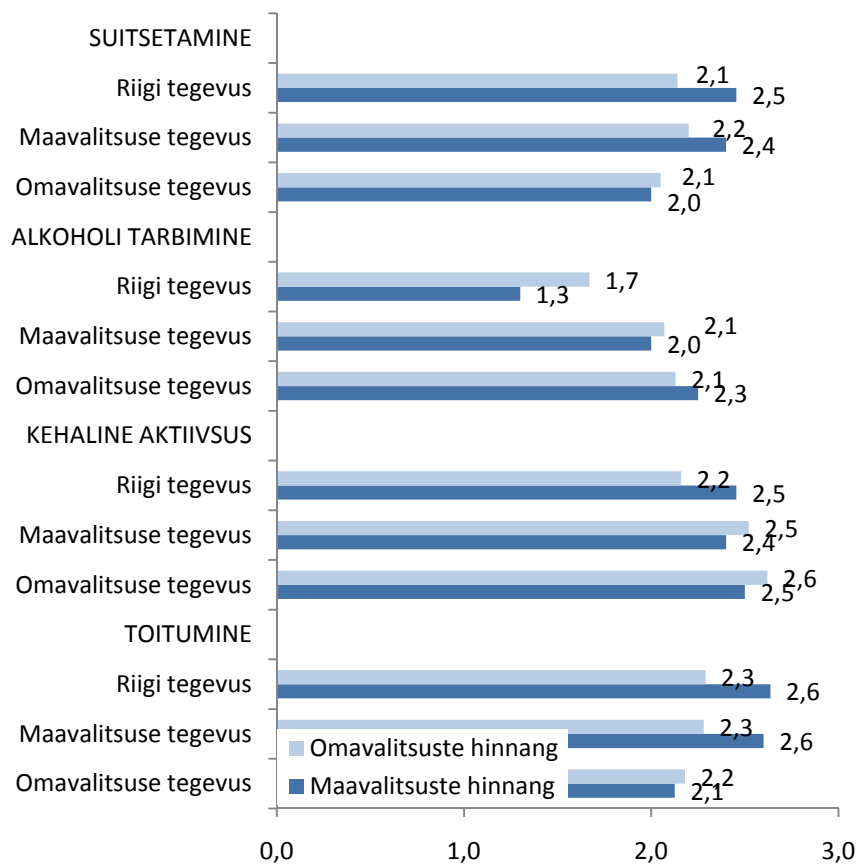
204. Kõige piisavamaks peetakse tegevust kehalise aktiivsuse osas, kus kõikide tasandite tegevust hinnatakse suhteliselt ühtlaselt. Omavalitsused peavad suhteliselt piisavaks maavalitsuste ja enda tegevusi, riigi tegevuselt oodatakse enam, peamiselt tuntakse puudust laste spordiringide toetusest.

205. Maavalitsused jäävad rohkem rahule riigi ja enda tegevustega tervisliku toitumise osas. Omavalitsuste puhul töid maavalitsused välja näiteks selle valdkonna spetsialisti puudumist või valdkonna uudsust omavalitsuste jaoks.

206. Suitsetamisalase ennetustöö osas on omavalitsused kõige kriitilisemad enda tegevuste suhtes, riigi ja maavalitsuse tegevusega ollakse suhteliselt rohkem rahul.

207. Küsitluse tulemused näitavad, et nii maavalitsustel kui ka omavalitsustel on ennekõike selge ootus, et riigi roll alkoholipoliitikas suureneks.

Joonis 12. Omavalitsuste ja maavalitsuste keskmised hinnangud vastuseks küsimusele, kas riigi, maavalitsuse ja omavalitsuse tegevus riskiteguri osas on piisav. Hinnangud on antud skaalal 1–4 („kindlasti ei“ kuni „kindlasti jah“).



Allikas: Riigikontrolli küsitluse analüüs.

Tegevuste jõudmist inimesteni ja nende tulemuslikkust hindavad paremaks maavalitsused ja aktiivsemad omavalitsused

Omavalitsuste hinnangud

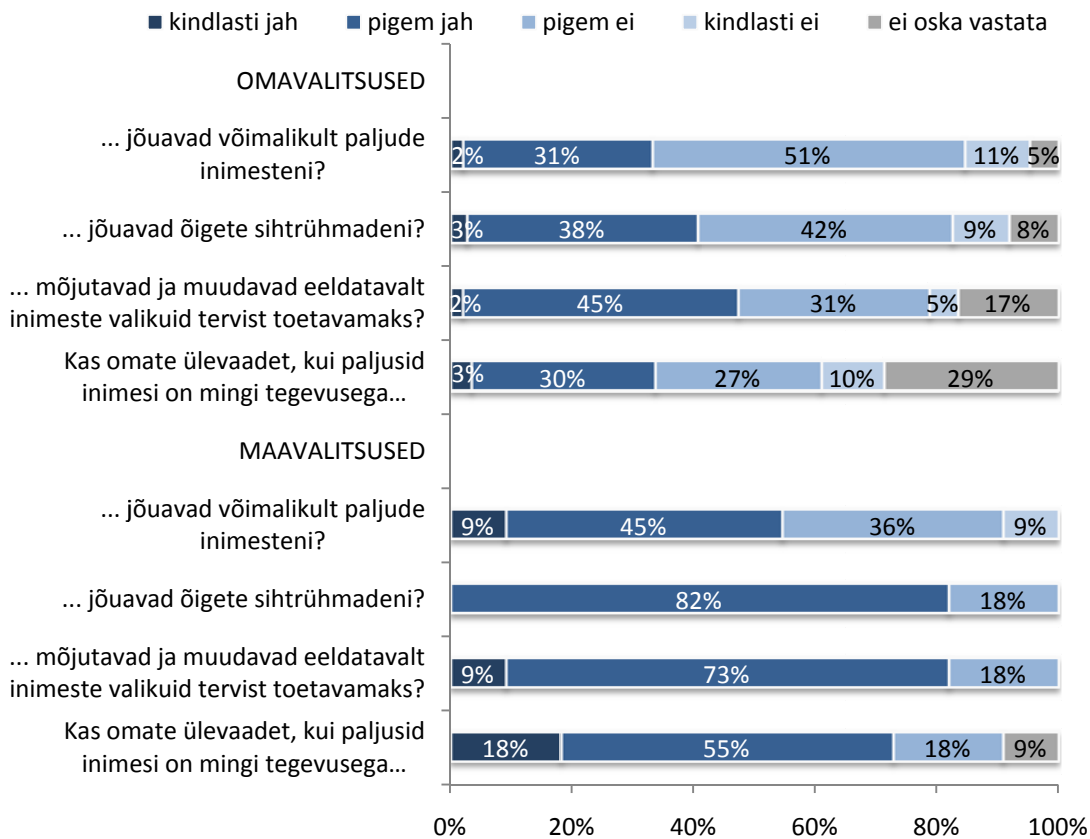
208. Hinnangud tegevuste jõudmise kohta inimesteni ning nende tulemuslikkuse kohta on toodud joonisel 13. Joonis näitab, et vaid 33% vastanud omavalitsuste hinnangul jõuavad praegused tervisedendusalsed tegevused võimalikult paljude inimesteni. Kommentaariks on omavalitsused näiteks välja toonud, et tegevused üldse puuduvad või et ei ole aktiivset inimest sellega tegelemas. Kommenteeritud on ka, et tegevused jõuavad nendeni, kes nendega tegeleda tahavad.

209. Omavalitsuste arvamused sihtrühmadeni jõudmise kohta on mõnevõrra positiivsemad, 41% vastanuist peab seda tõenäoliseks või pigem tõenäoliseks. Lähem analüüs näitab ka, et suuremad omavalitsused peavad oma tegevuste jõudmist sihtrühmadeni paremaks kui väikesed. Kommentaarides on välja toodud, et näiteks lastele suunatud liikumisega seotud tegevused jõuavad nendeni väga hästi, kuid muude gruppidega on probleeme – pigem jõutakse ainult aktiivsete inimesteni. Samuti peetakse väga raskeks kaasata inimesi, kes on pöördumatu tervisekahjustusega, kuid saaksid siiski mõningatest üritustest osa võtta.

210. Tervisedenduse tegevuste eeldatavat mõju peavad omavalitsuste esindajad eelmiste näitajatega võrreldes oluliselt suuremaks. Peaaegu pooled (47%) arvavad, et tegevused mõjutavad inimesi ning muudavad nende valikuid tervist toetavamaks. Mõju näevad omavalitsused eelkõige tegevuste korraldamisel lasteasutustes; mainitakse ka, et iga tegevus muudab inimesi järjest teadlikumaks. Samas eelmised hinnangud mõnevõrra vähendavad selle arvamuse positiivsust – kui tegevused olulises osas inimesteni ei jõua, ei ole nende eeldatavast tulemuslikkusest palju kasu.

211. Ülevaade, kui palju inimesi mingisse tegevusse on kaasatud, on olemas 33% omavalitsustest. See osakaal on väga väike, arvestades omavalitsuse lähedust inimestele. Hea näide info saamiseks üritustel osalevate inimeste kohta on loosikupongide jagamine kohaliku omavalitsuse üritusel – kupongi täitjate vahel loositakse välja auhind, mistõttu osalejad on motiveeritud neid täitma ning täidetud kupongide järgi saab kindlaks teha ligikaudse osalejate arvu. Kommentaarides on välja toodud, et ülevaadet ei ole näiteks tervisesportlastest, kes tegelevad mitmesuguste tegevustega kodus.

Joonis 13. Omavalitsuste ja maavalitsuste hinnangud küsimustele, kas tegevused jõudvad võimalikult paljude inimesteni, sihtrühmadeni, kas nad mõjutavad inimeste valikute muutmist tervist toetavamaks ning kas on olemas ülevaade tegevustesse kaasatud inimestest



Allikas: Riigikontrolli küsitluse analüüs.

212. Riigikontrolli analüüs näitas ka, et tehtud tegevuste ning omavalitsuse hinnangu vahel tegevuste inimesteni jõudmise kohta on seos. Tegevuste jõudmist inimesteni peavad paremaks need omavalitsused, kes ise on teistest aktiivsemalt tervisedendusala tegevusi korraldanud. Paremaks on hinnanud aktiivsemad omavalitsused just tervisedenduse tegevuste jõudmist sihtrühmadeni ning nende tegevuste mõju inimestele. Passiivsemad omavalitsused ehk need, kes ei olnud küsimustiku vastustes kohaliku omavalitsuse tegevusi eelnevalt välja toonud, on hinnanud tegevuste jõudmist inimesteni, sihtrühmadeni valdavalt väiksemaks. Aktiivsemad omavalitsused hindavad üldjuhul suuremaks ka tervisedendusala tegevuste mõju ning neil on parem ülevaade tegevustesse kaasatuse kohta.

Maavalitsuste hinnangud

213. Maavalitsuste hinnangud kõikidele ülaltoodud küsimustele on oluliselt positiivsemad omavalitsuste omadest. 54% maavalitsustest arvab, et tegevused jõuavad võimalikult paljude inimesteni (vs 33% omavalitsustel), tervelt 82% arvab, et tegevused jõuavad õigete sihtrühmadeni (vs omavalitsuste 41%). Seda, et tegevused muudavad inimeste valikut tervist toetavamaks, usub samuti 82% maavalitsusi (vs 47% omavalitsusi). Samuti on maavalitsustel oluliselt parem ülevaade, kui palju inimesi mingi tegevusega kaasatakse (73% vs omavalitsuste 33%).

214. Kommentaarides on maavalitsused näiteks öelnud, et kaasatud inimesi on liiga vähe, see omakorda on tingitud raha vähesusest. Samuti on probleem maapiirkondades, kus pikkade vahemaade tõttu on info liikumine ja inimeste osalus raskendatud. Samuti on rõhutatud, et sihtrühmades jõutakse tegevustega ainult sihtrühma aktiivse osani.

Strateegiate tegevuste jõudmist paikkonda pärsib vastutuse ja kindlate ülesannete puudumine madalamatel tasanditel

215. Riiklikud strateegiad ei ole enamasti omavalitsustele ülesandeid andnud, neid vaadeldakse näiteks peamiselt koolituse sihtrühmana. See on ka mõistetav, sest ülesannete andmisega peaks kaasnema ka nende täitmiseks vajalikud ressursid. Samuti ei ole omavalitsusele seadusega ette nähtud spetsiifilisi tegevusi tervise edendamise alal. Rahvatervise seaduse §10 lg 2 sätestab omavalitsuse ülesandeks suhteliselt lakooniliselt elanikkonna haiguste ennetamisele ja tervise edendamisele suunatud tegevuse korraldamise kohaliku omavalitsuse maa-alal.

216. Tervisedendamise valdkonna töötaja puudumist kui ka tegevuste mittejõudmist kohalikele tasandile põhjendavad omavalitsused tihti ressursside puudumisega. Kuigi kohalikul tasandil tehakse tervisedenduslikke algatusi, jõuaksid riiklike strateegiate tegevused Riigikontrolli hinnangul paremini omavalitsusteni, kui seal oleks olemas nende vastuvõtmiseks vajalik töötaja.

217. Sotsiaalministeerium plaanib veel 2008. aastal panna ette muudatusi rahvatervise seaduses ning hakkab 2009. aastal ette valmistama uut seadust. Uuritavatest strateegiatest on Sotsiaalministeerium SVH strateegia osa ülesandeid andnud maakonna tasandile, mis on maakondlikku tegevust Riigikontrolli hinnangul oluliselt aktiivsemaks muutnud.

218. Liikumisharrastuse arengukavas on Kultuuriministeeriumi sõnade kohaselt pööratud samuti tähelepanu maakondlike spordiinfokeskuste loomisele ja arendamisele maakonna elanike informeerimiseks ja nõustamiseks. Kohalike omavalitsusi seni kaasatud ei ole, kuid igas maakonnas on loodud infokeskus, mis üldjuhul ei asu maavalitsuses, vaid mõne kohaliku spordiliidu juures. Seetõttu ei kajastu spordiinfokeskuste tegevus ka Riigikontrolli küsimustiku vastustes.

219. Vabariigi Valitsuses 17.07.2008 vastu võetud rahvastiku tervise arengukava on valdkonna katusdokumendina esimesena sätestanud paljude institutsioonide tasandite vastutuse ja ülesanded. Riigikontroll peab seda juhtimisstruktuuri heaks eeskujuks, mida peaksid järgima kõik ülejäänud rahva tervisega seotud strateegiad. Kahjuks aga on omavalitsuse tasandi tegevused toodud arengukavas vaid soovituslikuna, mis Riigikontrolli hinnangul ei taga süsteemse tervisedenduse arengut omavalitsustes. Samuti ei ole rahvastiku tervise arengukava juhtimisstruktuuris arvestatud kohaliku tasandiga.

220. Sotsiaalministeeriumi esindajate sõnul ei ole rahvastiku tervise arengukavaga omavalitsusele kohustusi pandud, kuna puuduvad ressursid ja täpsemad seadusejärgsed kohustused, samal arvamusel on ka Tervise Arengu Instituut. Rahvatervise seaduse muutmise kavandatud 2010. aastaks. Kohalike omavalitsuste võimalike kohustuste täpsustamine on

olnud arutusel varemgi, kuid seni ei ole suudetud leida töötavaid lahendusi. Kohaliku tasandi tugevdamine esmalt töötajate väljaõppe tagamisega ning siis projektipõhiste tegevuste võimaldamine on ministeeriumil järgmistel aastatel plaanis Euroopa Sotsiaalfondi (ESF) meetme 3.1. raames.

221. Tervise Arengu Instituudi esindajad tõid välja vajaduse otsida kohaliku tasandi kaasamiseks ja aktiveerimiseks uusi lahendusi. Riigikontroll hindab seda samuti otstarbekaks, pilootprojektide abiga saab katsetada mitmesuguseid lahendusi näiteks eri suurusega vm omadustega omavalitsuste kaasamiseks.

222. **Riigikontrolli soovitus sotsiaalministrile:** Rahvatervise seaduse muutmise seoses määrata senisest täpsemalt omavalitsuse roll ja vastutus ning näha näiteks riiklike strateegiate ja programmide (sh ka teiste ministeeriumide strateegiate) raames nende ülesannete täitmiseks ette raha. Samasuguse vastutuse peaks kehtestama ka rahvastiku tervise arengukavas, kus praegu on kohalikele omavalitsustele ettenähtud tegevused soovituslikud. Kuni terviklahenduste väljatöötamiseni võiks esmase algatusena rakendada pilootprojekte kohaliku tasandi tugevdamiseks.

Sotsiaalministri vastus: Rahvastiku tervise arengukava valitsustasandil rakendatavad meetmed loovad eelduse soovituslike meetmete elluviimiseks.

Rahvatervise seaduse muudatuste lähteülesande koostamisega on planeeritud alustada 2009. aastal.

/allkirjastatud digitaalselt/

Jüri Kõrge
III auditorsakonna peakontrolör

Riigikontrolli soovitused ning sotsiaalministri, põllumajandusministri ja kultuuriministri vastused

Riigikontroll andis auditi põhjal Sotsiaalministeeriumile, Põllumajandusministeeriumile ja Kultuuriministeeriumile mitmeid soovitusi. Ministrid saatsid oma vastuse Riigikontrolli soovitudele: sotsiaalminister 18.09.2008, põllumajandusminister 04.09.2008, kultuuriminister 30.09.2008.

Üldised kommentaarid auditiaruande kohta

Sotsiaalminister: Täname Riigikontrolli tervisedenduse valdkonnas esimese auditi tegemise eest ning kontrolliaruande „Strateegiad tervislike eluviiside ja hoiakute kujundamiseks“ eelnõus toodud tähelepanekute ja ettepanekute eest.

Põllumajandusminister: Täname kontrolliaruande eelnõu koostamise eest, milles muu hulgas auditeerisite ka Põllumajandusministeeriumi poolt hallatavat arengukava „Eesti toit“. Heameel on auditi tulemustest lugeda, et erinevate ministeeriumide haldusalas koordineeritavate arengukavade ja strateegiade vahel ei esine dubleerimist ning iga institutsioon tegeleb tervislike eluviiside ja hoiakute kujundamisel erinevate tahkudega.

Lisaks palus põllumajandusminister võimalusel kontrolliaruande lõplikul vormistamisel arvestada sõnastuslike muudatuseettepanekute või märkustega, millega Riigikontroll põhiosas arvestas. Märkused on toodud järgnevalt.

Soovitame kogu aruande tekstis läbivalt asendada väljend „tervislik toit“ väljendiga „tervislik toitumine“ (näiteks lk 2, punktides 65, 73, 77 jne), samas jälgides muudetava lause ülesehitust ja konteksti. Tervislik toit on erinevate tarbijate jaoks erineva tähendusega - mõnede jaoks vähese rasvasisaldusega, mõnede jaoks vähese suhkruisaldusega, mõnede jaoks rohkem tooreid puu- ja köögivilju, mõnede jaoks leib/täisteratooted jne. Vähendatud soola-, rasva- või suhkruisaldusega toit ei ole alati tervislikum kui muu toit (kommentaari lk 47), eelkõige saab tervislikum olla just toitumine tervikuna. Oluline on, et inimene oskaks oma toitumisharjumusi kujundada selliselt, et kogu toiduvalik oleks tasakaalustatud ja tervislik. Üldjuhul on kõik toidud tervislikud, oleneb vaid tarbitavast kogusest ja tarbijagrupidist. Üksikul toidul või toidukomponendil on vaid väike mõju inimese toitumisele ja tervisele ning seetõttu on määrav siiski üldine toiduvalik.

Soovitame kasutada tekstis läbivalt väljendi „puu- ja juurvili“ asemel terminoloogiliselt korrektsemat ja laiemat väljendit „puu- ja köögiviljad“.

Lõigus 66 võiks kaaluda väljendi „ülekaalulisuse vastu võitlemiseks“ asemel väljendit „tervislikumale toitumisele suunamisel“, mis võimaldaks oluliselt laiendada punkti mõtet. Tervisliku toitumise puhul ei ole tegemist ainult ülekaalulisuse vastu võitlemisega, vaid ka paljude teiste tasakaalustamata toitumisest tingitud negatiivsete tervise mõjude ennetamise või vähendamisega.

Lõigus 67 soovitame asendada teksti teine lause lausetega: „Eestis reguleerib toidu märgistust Vabariigi Valitsuse määrus nr 324 „Toidu märgistusele esitatavad nõuded ja märgistamise ning muul viisil teabe edastamise kord1“ (põhineb Euroopa Parlamendi ja nõukogu direktiivil 2000/13/EÜ ja nõukogu direktiivil 90/496/EMÜ). Määrusega reguleeritakse toidu märgistusel esitatavat teavet, sealhulgas ka toidu kohta tootmisalase teabe andmist (toidu tootmisalane teave on informatsioon toidu energiasisalduse ja toitainelise koostise kohta, nt valgud, süsivesikud, rasvad, vitamiinid, mineraalained jne). Tootmisalase teabe esitamine on kohustuslik juhul, kui esitatakse tervise- või tootmisalane väide.“ Lõigus kasutatud ebatäpse terminoloogia tõttu on keeruline aru saada, millest täpselt räägitakse. Soovitame kasutada termini „kvantitatiivsete koostisosade kohta“ asemel vastavalt kontekstile kas „tootmisalane teave“ või „informatsioon toitainete sisalduse kohta“. Termin „koostisosad“ all mõistetakse siiski toidu koostist nagu näit piim, jahu jne, mitte toitaineid. Samuti soovitame mitte kasutada terminit „toidusildid“, kuna tihti ei esitata informatsiooni nn sildil või etiketil vaid see trükitakse otse pakendile. Soovitame kasutada selle asemel terminit „toidu märgistus“ (ka lõigu 67 juures olev pealkiri tuleks lahku kirjutada). Lõigust ei selgu, mis olukord on Eestis tootmisalase teabe esitamisega toodetel, seetõttu soovitame lisada lause „Suurel osal Eestis toodetud pakendatud toidul on vabatahtlikult esitatud informatsioon selle energia, valgu, rasva, süsivesikute sisalduse kohta.“

Lõigus 68 soovitame asendada tekstis väljendi „energiajookide kahjulikkuse kohta“ väljendiga „võimalike ohtude kohta“. Soovitame antud punkti lõpus viidata ka Põllumajandusministeeriumi poolt arengukava „Eesti toit“ raames läbiviidud tarbijatele suunatud kampaaniatele, milledega käsitleti järgmisi teemasid: toidu märgistus, toidu lisaained ja toidulisandid.

Lõigus 69 soovitame täpsustada viidet Eesti tootmissoovitudele, lisades täpse nimetuse „Eesti toitumis- ja toidusoovitused“ (Tervise Arengu Instituut, Eesti Toitumisteaduste Selts). Samuti jääb tekstist vale mulje nagu oleks 2006. a ainult uuendatud soovitusi, tegemist oli ikkagi uute soovitude väljaandmisega.

Kirjeldamiseks lõigus 72 valdkonna olukorda Eestis, soovitame lisada viite Reklamiseaduse § 9-le, mis käsitleb lastele suunatud reklaamile esitatavaid nõudeid. Nende kohaselt ei tohi reklaamis ära kasutada laste loomulikku kergeusklikkust ja kogemuste puudust. Soovitame lisada ka lause „Vältimaks eksitavat olukorda, kus tootimis- ja tervisealased väited võiksid varjata toidu üldist toiteväärtust, on EL-s väljatöötamisel meetmed seoses Euroopa Parlamendi ja nõukogu määrusega nr 1924/2006 toidu kohta esitatavate toitumis- ja tervisealaste väidete kohta.“

Lõigus 75 teeme ettepaneku asendada termin „piimajoojid“ terminiga „piim ja teatud piimatooted“.

Lõigus 77 toodud teksti tuleks korrigeerida, kuna toidu märgistuse valdkond on nii EL-s kui ka Eestis detailselt reguleeritud ning veelgi täpsemad siseriiklikke nõudeid kehtestada on Eestil võimalik vaid rakendades neid ainult Eesti tootjatele, mis aga omakorda tekitab ebavõrdset konkurentsi. Samuti juhime tähelepanu, et arutlusel olev märgistus reguleeriv Euroopa Parlamendi ja nõukogu määruse eelnõu koondab suures osas juba praegu kehtivaid nõudeid ning täiendab neid üksikute sätete osas. Siseriiklike nõuete osas on Eestis kehtestatud täiendava nõudena märgistusel teatud toitude puhul soola sisalduse esitamise nõue. Seda eelkõige ühe meetmena südameveresoonehaiguste ennetamiseks. Antud säte ei laiene sissetoodud toitude märgistustele.

Lõigus 163 on raske aru saada Sotsiaalministeeriumi arvamusest, et Põllumajandusministeerium ei väärtusta piisavalt tervislikku toitu. Põllumajandusministeerium on oma arvamuse kujundamisel alati arvestanud tervisliku toitumisega seotud

aspekte, konsulteerides seejuures teiste hulgas ka Tervise Arengu Instituudi ja Sotsiaalministeeriumi ekspertidega. Kindlasti soovime senist head koostööd ka tulevikus jätkata.

Kultuuriminister: Täname Riigikontrolli läbi viidud auditi „Strateegiad tervislike eluviiside ja hoiakute kujundamiseks“ läbiviimise eest. Kultuuriministeerium on auditeeriva valdkonnaga seotud 30.03.2006. a. Vabariigi Valituse korraldusega nr 209 vastu võetud „Liikumisharrastuse strateegilise arengukava 2006-2010“ kaudu ja peab oluliseks, et antud teemale on Riigikontrolli poolt tähelepanu pööratud. Eraldi peame vajalikuks ära märkida käesoleva auditi käigus võrdlusena välja toodud asjakohased andmed teiste Euroopa Liidu liikmesriikidega ja nende vastavate strateegiatega.

Kultuuriminister ei nõustunud alljärgneva väitega (lõik 147): Nõukogu puudumine võis olla üheks põhjuseks, miks arengukava tegevusi planeerituga võrreldes vähem rahastati ja täideti. 2008. aastal aga otsustati komisjon uuesti luua. Arengukavas ettenähtud tegevuste planeeritud mahus vähem rahastamine ei ole seotud vastava nõukogu puudumisega, vaid riigieelarveliste rahastamisvõimalustega igal eelarveaastal eraldi. Riigikontroll märkis selle mittenõustumise ära aruande vastavas lõigus.

Riigikontrolli soovitused	Sotsiaalministri, põllumajandusministri ja kultuuriministri vastused
<p>Eesmärkide täitmise hindamiseks andmete kogumine</p> <p>99. Soovitus sotsiaalministrile, põllumajandusministrile ja kultuuriministrile: Et mitme strateegia tervisekäitumuslikud eesmärgid kattuvad, võiks kaaluda praeguste tervisekäitumise uuringutega kogutavate näitajate rohkemat kasutamist ka teistes strateegiates (lisaks SVH strateegiale). Lisanäitajate vajaduse korral saaks tervisekäitumise uuringuid vajalike küsimustega täiendada. See võimaldab kasutada juba sissetöötatud näitajate kogumise praktikat kõikide seotud arengukavade tarbeks. (p-d 92–96)</p>	<p>Sotsiaalministri vastus: Leiame, et praeguste tervisekäitumise uuringutega kogutavate näitajate kasutamine teistes tervisestrateegiates on otstarbekas. Võtame selle soovitusel kindlasti arvesse uute strateegiliste kavade koostamisel ning sellesuunalise tegevusega on juba alustatud. Tervisekäitumise uuringute näitajaid on kasutatud "Rahvastiku tervise arengukava 2009–2020" alameesmärkide mõõtmiseks, samuti on planeeritud suurendada praegu täiendatavas riiklikus südamestrateegias indikaatorite arvu. Sellel aastal täiendati täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuringu küsimustiku kehalise aktiivsuse osa lisaküsimustega. Koostatud lisaküsimused võimaldavad saada rohkem informatsiooni inimeste liikumisharrastuse barjääride ja spordialade eelistuste kohta ning seda saab aluseks võtta edasiste tegevuste planeerimisel.</p> <p>Põllumajandusministri vastus: Kulutõhususe tagamise eesmärgil on tõepoolest otstarbekas juba regulaarselt läbiviidavatesse uuringutesse lülitada erinevate arengukavade või strateegiade mõõtmiseks vajalike andmete kogumist. Samas tuleb arvesse võtta, et kogutavad andmed peavad haakuma uuringu üldiste eesmärkidega ning uuringu meetodika peab olema sobilik erinevate arengukavade ja strateegiade tulemite mõõtmiseks. Sageli aga ei pruugi kõike haarav uuring hõlmata kõikide strateegiade mõõtmiseks vajalikke näitajaid ning isegi, kui need näitajad uuringutesse lülitada, ei pruugi need olla sobilikud kõikide strateegiade tulemuste mõõtmiseks. Uute sarnaste meetmete kavandamisel võtame kõnealust soovitusel arvesse ning kasutame võimalusel olemasolevaid sobivaid uuringuid.</p> <p>Kultuuriministri vastus: Südame- ja veresoonehaiguste ennetamise riiklik strateegia (SVH strateegia) on tervislike eluviiside- ja hoiakute kujundamise eest vastutavate ministeeriumide ja vastavate arengukavade ja strateegiade poolt kokkuleppeliselt valitud kõiki neid alavaldkondi ühendavaks. Liikumisharrastuse strateegiast on sinna konkreetselt välja toodud tegevused elanikkonna liikumisharrastuse suurendamiseks ja terviseliikumise arendamiseks. Samamoodi on liikumisharrastuse strateegia oma konkreetsete tegevustega üheks osaks Sotsiaalministeeriumi poolt välja töötatud Rahva Tervise arengukavaga, mis terviseliikumise valdkonda terviklikult reguleerib. Kultuuriministeeriumil on toimiv hea näide Eesti suurima suurürituste korraldajaga, kelle andmeid juba 2007. a. alates võrreldakse läbiviidud baasuuringute näitajatega.</p>
<p>Eesmärkide ja indikaatorite kinnitamine</p> <p>100. Soovitus sotsiaalministrile, põllumajandusministrile ja kultuuriministrile: Riiklikke strateegiaid koostades kinnitada mõõdetavad üld- ja vahe-eesmärgid ning indikaatorid nende jälgimiseks, fikseerida baastase strateegia kinnitamise seisuga ning kirjeldada indikaatorite allikaid või nende kogumiseks kavandatavaid tegevusi. (p-d 91–98)</p>	<p>Sotsiaalministri vastus: Võtame arvesse Riigikontrolli soovitusi uute riiklike strateegiade koostamisel, vastavate tegevustega on juba alustatud. Näiteks „Rahvastiku tervise arengukavas 2009–2020“ oleme seadnud mõõdetavad üld- ja vahe-eesmärgid, oleme fikseerinud indikaatorid koos baastaseme ja andmeallikaga.</p> <p>Põllumajandusministri vastus: Nõustume Riigikontrolli soovitusiga määratleda iga arengukava ja strateegia puhul mõõdetavad üld- ja vahe-eesmärgid, kuid käitumise muutumisele orienteeritud kampaaniate puhul on tulemust keeruline mõõta ning meetme mõju</p>

Riigikontrolli soovitus	Sotsiaalministri, põllumajandusministri ja kultuuriministri vastused
	<p>võib avalduda alles pikema perioodi möödudes. Tihti jõutakse soovitud tulemuseni aga hoopis mitmete erinevate strateegiate meetmete koosmõjul. Näiteks võib puu- ja köögivilja tarbimise kasvule kaasa aidata erinevate strateegiate (sh ka eraalgatuslike kampaaniate) raames läbi viidud tegevused ning seetõttu on väga keeruline määratleda, kui suurt mõju avaldas tarbimise kasvule mingi konkreetne meede. Seega peab üld- ja vahe-eesmärkide määratlemisele ja indikaatorite valikule pöörama olulist tähelepanu, et tulemuste mõõtmine annaks meetmete rakendamise tõhususest tõepärase pildi. Uute meetmete kavandamisel võtab Põllumajandusministeerium nimetatud soovitud arvesse.</p> <p>Kultuuriministri vastus: Baastaseme fikseerimiseks on koostöös Sotsiaalministeeriumiga käimas tervisekäitumise uuring, mille üheks osaks on elanikkonna liikumisharjumuse fikseerimine. 2008.a. lõpuks kinnitab Kultuuriministeerium (vastava komisjoni ettepanekul) ülevaadatud ja vajadusel ümberhinnatud indikaatorid koostöös Ühendusega Sport Kõigile ning Eesti Olümpiakomiteega, kes on liikumisharrastuse arengukava koordinaatorid.</p>
<p>Vähistrateegia indikaatorite jälgimine SVH raames</p> <p>101. Soovitus sotsiaalministrile: Kaaluda vähistrateegia tervisekäitumise-alaste indikaatorite jälgimist täielikult läbi SVH strateegia indikaatorite, kuna vähistrateegia dokumendis on jäänud see indikaatorite osa vähe tähtsustatuks ja poolikuks (kolmest käitumisalasest näitajast on toodud vaid üks). (p 92)</p>	<p>Sotsiaalministri vastus: Oleme nõus kaaluma riikliku vähistrateegia tervisekäitumise indikaatorite ühtlustamist riikliku südamestrateegia indikaatoritega. Vähistrateegia tegevuste tulemuslikkuse hindamisel saab laiapõhjalisemalt kasutada uuringutega kogutavaid andmeid vaatamata sellele, et konkreetseid indikaatorite prognoose ei ole tehtud (nt alkoholi tarbimine). Kuna suitsetajate arv seaduspäraselt suureneb koos vanuse suurenemisega, siis ei ole õige eri vanusgruppide puhul arvesse võtta keskmist suitsetavate õpilaste arvu, mistõttu on indikaatoritena kasutatud eraldi vanusegrupe. Kuna suitsetamise osakaal 11-aastaste hulgas on väga väike, siis on mõõdikutena kasutatud 13-aastaste ja 15-aastaste osakaalu. Kuigi riiklikus vähi- ja südamestrateegias on koolidele suunatud tubaka tarbimise vähendamiseks rakendatavate sekkumismeetmete sihtühmaks kõik õpilased ja eraldi tegevusi 11-, 13- või 15-aastastele ei ole, oleme dubleerimise vältimiseks kasutanud nimetatud strateegiates indikaatorina erinevaid vanuserühmi. Strateegiaid analüüsid ja mõju hinnates kajastame aruandes ka teisi tervisenäitajaid, kuigi need ei ole konkreetsetes strateegiates dokumenteeritud indikaatorid.</p>
<p>Indikaatorite kogumine</p> <p>102. Soovitus sotsiaalministrile: Algatada diskussioon kontseptsiooni väljatöötamiseks, milliseid indikaatoreid ja millisel tasemel võiks Eestis koguda, kes oleksid huvitatud osapooled (näiteks kohalikud omavalitsused) ja kuidas saaks riik neid selles abistada. (p-d 97–98)</p>	<p>Sotsiaalministri vastus: Oleme nõus, et praegu on meil osa andmeid puudu ning olemasolevaid andmeid tuleks laiemalt avaldada ja kasutajasõbralikumaks muuta. Samas pole omavalitsuste soovi kõiki andmeid linna/valla tasemel saada statistilises mõttes võimalik täita. Andmeid kogume siiski rohkem, kui konkreetsetes riiklikes tervisestrateegiates indikaatoritena näidatud on. „Inimressursi arendamise rakenduskava“ prioriteetse suuna 3 „Pikk ja kvaliteetne tööelu“ meetme „Tervist toetavate valikute ja eluviiside soodustamine“ programmi „Tervislilike valikuid toetavad meetmed 2008–2009“ raames on planeeritud luua tervisestatistika ja terviseuuringute elektrooniline esitlussüsteem, kaardistada olemasolevad terviseandmed, välja selgitada tervisedenduse ja tööturu seisukohalt olulised andmed ja töötada välja esitlussüsteemi sisuline kontseptsioon (kajastatavate uuringute ja statistika kindlaks määramine).</p>
<p>Tõenduspõhisuse ja kulutõhususe analüüsid</p> <p>121. Soovitus sotsiaalministrile, põllumajandusministrile ja kultuuriministrile: Nõuda kinnitatavates strateegiates kasutatavate peamiste meetmete tõenduspõhisuse ja kulutõhususe eelanalüüsi. Ressursside piiratud korral ei pea analüüsi Eesti tingimustes tegema, vaid võib selleks võib kasutada ka tänapäevast rahvusvahelist kogemust. Ühtlasi rakendada</p>	<p>Sotsiaalministri vastus: Kuna meetmete tõenduspõhisuse ja kulutõhususe eelanalüüs on väga ressursimahukas, siis Sotsiaalministeeriumi vastutusosal olevate tervisestrateegiate rakendusplaanide koostamisel on aluseks võetud teiste riikide parima praktika näited ning valdkondlikes rahvusvahelistes strateegiates määratud suunad. Oleme nõus, et tegevuste planeerimisel peame tulevikus teiste riikide tegevuste tõenduspõhisust ja kuluefektiivsust paremini kasutama. Võtame samuti eesmärgiks tõhustada strateegiate</p>

Riigikontrolli soovitus	Sotsiaalministri, põllumajandusministri ja kultuuriministri vastused
<p>järelhindamist, eriti nendes strateegiates, kus seda seni tehtud ei ole, ning siduda järelhindamise tulemused selgelt meetmete valikuga strateegia järgmisteks perioodideks. (p-d 104–120)</p>	<p>järelhindamist. Näiteks oleme riikliku südamestrateegia uue rakendusplaani (aastateks 2009–2012) projektis planeerinud hinnata eelnevate aastate (2005–2008) alameesmärkide ja meetmete täitmist. Eesmärgiks on võtta järelhindamise tulemused aluseks meetmete valikul strateegia järgmisteks perioodideks.</p> <p>Põllumajandusministri vastus: Nagu ka Riigikontrolli soovitusest nähtub, eeldab tõenduspõhisuse ja kulutõhususe eelanalüüs olulisi ressursse ning seetõttu tuleb alati eelanalüüsi maksumust võrrelda meetme enda maksumusega ja hinnata eelanalüüsi vajalikkust ja otstarbekust. Seetõttu on tihti kulutõhusaimaks lahenduseks lähtumine hea praktika näidetest teistes riikides, kuid alati ei pruugi leiduda ka sobivat rahvusvahelist kogemust, millele programmi kavandamisel tugineda. On tänuväärne, et viimastel aastatel Eestis läbi viidud algatusi saab tulevikus uute meetmete kavandamisel aluseks võtta, mistõttu on järelhindamine väga vajalik, et analüüsida juba ellu viidud meetmete positiivseid ja negatiivseid külgi ning saadud tulemuste põhjal uusi tegevusi paremini kavandada. Ka arengukava „Eesti toit“ kolme aasta tegevust ja tulemuslikkust analüüsides saame olulist infot, mida oleme planeerinud järgmise perioodi tegevuste ettevalmistamisel aluseks võtta.</p> <p>Kultuuriministri vastus: Kultuuriministeerium on liikumisharrastuse strateegia väljatöötamisel lähtunud Eesti ülikoolide vastavate teadlaste ja õppejõudude poolt määratletud hinnangutest ning nende vahendusel ka paljudest rahvusvahelistest kogemustest. Kulutõhususe hindamiseks kavatab Kultuuriministeerium ühe näitena koguda 2009. a. I poolaastal Eesti spordiehitiste kohta vastavaid andmeid ja saadud andmeid analüüsida II poolaastal. Selle põhjal tehakse vastavad järeldused, mille põhjal planeeritakse tegevusi 2010. aastaks. Strateegia erinevate tegevuste järelhindamiseks ja järgmiste perioodide tegevuste meetmete valikuks moodustatakse Kultuuriministeeriumi juurde 2008. a. IV kvartalis vastav spetsialistidest koosnev komisjon.</p>
<p>Strateegiate rahastamine</p> <p>140. Soovitus sotsiaalministrile, põllumajandusministrile ja kultuuriministrile: Arvestades rahvatervisealaste tegevuste pikaajalist mõju, pöörata tähelepanu planeeritud tegevuse rahastamise tagamisele ka riigieelarve väiksema kasvu või negatiivse riigieelarve tingimustes. Tõenäoliselt aitab rahastamise stabiilsust tagada näiteks nende tegevuste eelnev (rahvusvaheline) tõenduspõhisuse analüüs ning laiapõhjaline arutamine. (p-d 131–139)</p>	<p>Sotsiaalministri vastus: Nõustume soovitusega pöörata planeerimisele senisest suuremat tähelepanu, et tagada kõige efektiivsemate, suurema mõjuga ja järjepidevust vajavate tegevuste elluviimine. Kindlasti saab siin aluseks võtta tulevikus tehtavaid rakendusplaanide järelhindamise tulemusi. Rahvatervises annavad teadaolevalt tulemuse kompleksed tegevused ja/või intersektoraalsete tegevuste sünergia, mistõttu ei ole võimalik sageli hinnata ja arvesse võtta vaid üksikute tegevuste tõhusust.</p> <p>Põllumajandusministri vastus: Nimetatud küsimuses nõustume Riigikontrolli seisukohaga, et tarbijakäitumise muutmisele suunatud meetmete rahastamise kava peaks olema pikaajaline, kuna soovitud tulemuste saavutamiseks peab teavitustöö olema järjepidev. Arengukava „Eesti toit“ vahendid olid planeeritud kahanevas suunas, kuna arengukava rakendamisel oli peatähelepanu suunatud Eesti toidusektori jätkusuutliku arengu tagamisele ja konkurentsivõime tõstmisele. Arengukava oli planeeritud pigem eraettevõtlust toetava iseloomuga, mille eesmärgiks oli ärgitada ettevõtjaid rohkem ühisturundusele tähelepanu pöörama ning tulevikus ise seesuguseid algatusi eest vedama ja rahastama. Teiseks arengukava „Eesti toit“ eesmärgiks oli tarbijate harimine, mille tulemusel tõuseks tarbijate teadlikkus toidust ja toitumisest. Nagu eelpool öeldud, peaks tarbijate teavitamine olema järjepidev tegevus ning seetõttu peaks ka pärast arengukava „Eesti toit“ lõppemist 2008. aastal jätkama tarbijate harimisele suunatud meetmega ning Põllumajandusministeerium loodab vaatamata riigieelarve kärbetaele leida vahendeid sellesuunaliste tegevuste jätkamiseks.</p> <p>Kultuuriministri vastus: Tulenevalt 2009. a. riigieelarvelistest olemasolevatest vahenditest ja riigieelarve väiksemast kasvust võrreldes planeerituga, on Kultuuriministeerium harrastusspordi rahastamisel arvestanud liikumisharrastuse arengukavas erinevate tegevuste realiseerimisel uute rakendumistähtaegadega.</p>

Riigikontrolli soovitus	Sotsiaalministri, põllumajandusministri ja kultuuriministri vastused
<p>Strateegiate nõukogud</p> <p>150. Soovitus sotsiaalministrile, põllumajandusministrile ja kultuuriministrile: Kaaluda praeguste ja tulevaste rohkem kui ühe ministeeriumi haldusala käsitlevate riiklike strateegiate juurde alati nõukogu vm nõuandva organi moodustamist (loobuda sellest vaid mõjuvatel põhjustel, nt valdkonna spetsiifilisuse tõttu vms). Samas tuleb pöörata suurt tähelepanu nõukogu koosseisule, selle erapooletusele, kindlaksmääratud ja läbipaistvale otsustusprotsessile, seda eriti juhul, kui arengukava tegevused toimuvad projektipõhiselt. (p-d 146–149)</p>	<p>Sotsiaalministri vastus: Tuginedes senisele kogemusele, nõustume, et nõukogu olemasolu ja selle roll strateegia eesmärkide täitmise jälgimisel on oluline, eelkõige paljusid erinevaid pooli kaasavate strateegiate puhul. Võtame eesmärgiks edaspidi alati kaaluda rohkem kui ühe ministeeriumi haldusala käsitlevate riiklike strateegiate juurde nõuandva organi moodustamist. Näiteks moodustati "Rahvastiku tervise arengukava 2009–2020" juurde juhtkomitee, kuhu kuuluvad erinevate institutsioonide (sh ministeeriumid) esindajad.</p> <p>Põllumajandusministri vastus: Põllumajandusministeerium peab pädevate ekspertide kaasamist strateegiate välja töötamise ja rakendamise väga oluliseks. Samuti nõustume väitega, mille kohaselt peab nõukogu koosnema erapooletust ekspertidest, kindlasti ei tohiks ka nõukogu liikmete arv olla suur. Samas tuleks iga strateegia puhul nõukogu otstarbekust eraldi kaaluda, kuna väikesemahuliste arengukavade rakendamisel võib tõhusamaks osutuda ajutiste töögruppide moodustamine.</p> <p>Kultuuriministri vastus: Kuna liikumisharrastuse arengukavaga on riikliku komisjoni olemasolu ja funktsioonid (elluviimise ja tulemuslikkuse kontrollimine) ette nähtud ja rahastatavate tegevuste hulk on kasvanud, siis moodustatakse kultuuriministri käskkirjaga Kultuuriministeeriumi juurde 2008. a. IV kvartalis vastav spetsialistidest koosnev laiapõhjaline komisjon. Komisjoni ülesandeks on olemasolevate tegevuste hindamine ja strateegia raames uute tegevuste planeerimine. Komisjon on ministrile nõuandva iseloomuga.</p>
<p>Nõukogude funktsioonid</p> <p>151. Soovitus sotsiaalministrile, põllumajandusministrile ja kultuuriministrile: Näha nõukogule ette meetmete ja tegevuste kinnitamisel suurem otsustusõigus (sh arvestades valdkonna erisustega). See motiveeriks nõukogu liikmeid nõukogu tööks rohkem aega pühendama. Kaasatud institutsioonide osaluse suurendamiseks kasutada senisest rohkem nõukogu liikmetele asendusliikmete määramist. (p-d 142–49)</p>	<p>Sotsiaalministri vastus: Nõustume Riigikontrolli soovitusega, et nõukogul peab olema otsustusõigus meetmete ja tegevuste planeerimisel ja kinnitamisel. Südamestrateegia nõukogul on otsustusõigus strateegia tegevuste lisamise ning tegevuskavade ja aruannete kinnitamise üle. Samuti kavatseme teha nõukogule ettepaneku määrata kõikidele nõukogu liikmetele asendusliige.</p> <p>Põllumajandusministri vastus: Kuna arengukava eduka rakendamise eest vastutab minister, on keeruline delegeerida otsustusõigust nõukogule. Küll aga võiks nõukogul olla nõuandev roll ja nõukogu pädevuses peaks olema ettepanekute tegemine ja oma eksperthinnangu esitamine ministrile. Paraku on senine praktika näidanud ka seda, et nõukogu liikmed on ettepanekute tegemisel lähtunud oma valdkonna kitsastest huvidest ning pole alati olnud valmis aktsepteerima ideid, mille elluviimine ei too otsest kasu nende igapäevasele tegevusele.</p> <p>Kultuuriministri vastus: Kultuuriministeerium nõustub Riigikontrolli ettepanekuga. Strateegia nõukogus (komisjonis) on esindatud nii riiklik kui ka mitteriiklik sektor, maakondlik tasand, tegelikud liikumisharrastusürituste läbiviijad, KOV esindajad jmt. Kultuuriministeerium palub kindlasti määrata ka asendusliikmed kaasatud institutsioonide osaluse suurendamiseks.</p>
<p>Töögruppide moodustamine</p> <p>152. Soovitus sotsiaalministrile, põllumajandusministrile ja kultuuriministrile: Väga laiapõhjaliste ja eri valdkondi kaasavate strateegiate juures võiks jätkata ja suurendada head praktikad moodustada alavaldkondades töögrupe. (p 149)</p>	<p>Sotsiaalministri vastus: Tunnustame ettepanekut jätkata ja suurendada strateegiate juures alavaldkondades töögruppide moodustamist. Oleme seda praktikad juba ellu viinud. Näiteks "Rahvastiku tervise arengukava 2009–2020" koostamiseks moodustati iga valdkonna jaoks ekspertidest koosnevad töögrupid. Ka riikliku südamestrateegia uue rakendusplaani koostamiseks kutsuti kokku tervishoiu valdkonna töögrupp, kuhu kuulusid haigekassa ja erialaseltside esindajad. Südamestrateegia puhul oleme lähtunud ka asjaolust, et strateegia nõukogu on väga laiapõhjaline (strateegia kõigis viies valdkonnas on olemas esindajad erinevatest sektoritest). Nõukogu liikmeid on püütud tegevuste planeerimisse kaasata ja neile on antud võimalus teha ettepanekuid.</p> <p>Laste tervise valdkonna edasiste tegevuste elluviimisel ja tegevuste juhtimisel erinevate strateegiliste dokumentide (nt lapse õiguste tagamise strateegia ja rahvastiku tervise arengukava 2009–2020) alusel võtame kindlasti arvesse teiste valdkondade tervisestrateegiatele (nt südamestrateegia) rahvusvaheliste organisatsioonide (WHO) ja Riigikontrolli antud hinnanguid ja tehtud</p>

Riigikontrolli soovitus	Sotsiaalministri, põllumajandusministri ja kultuuriministri vastused
	<p>ettepanekuid. Laste ja noorte tervisearengu tegevuskava koostamiseks oleme juba planeerinud moodustada eksperdirühmad.</p> <p>Põllumajandusministri vastus: Põllumajandusministeerium toetab igati alavaldkondades töögruppide moodustamist. Arengukava „Eesti toit“ raames on erinevaid töögrupe ka kokku kutsutud, kuid paraku on nendes osalemise aktiivsus jäänud tagasihoidlikuks. Siiski peame ka tulevikus vajalikuks erinevate strateegiate koostamisel ja rakendamisel valdkonna töögruppide moodustamist ja kaasamist.</p> <p>Kultuuriministri vastus: Kultuuriministeeriumi juures ja ministeeriumiga koostöös toimivad täna järgmised töögrupid: maakondliku spordijuhtimise tasandil Eesti Regionaalne Spordinõukogu, arengukava koordineerimise tasandil Ühendus Sport Kõigile, teaduspõhisuse, uuringute ja info saamiseks Eesti Spordikoolituse ja Teabe sihtasutus. Samuti on koostöö maakondliku tasandi spordiürituste läbiviimisel Eestimaa Spordiliiduga „Jõud“ jne. Nii eelpoolnimetatud kui ka mitmed teised oluliste sihtgruppide esindajad hakkavad kuuluma strateegia nõuandvasse komisjoni.</p>
<p>Tervisedendajate koolitamine</p> <p>179. Soovitus sotsiaalministrile: Suurendada koostöös haridus- ja teadusministriga tervisedendaja eriala koolitustellimust, tagamaks suurema hulga väljaõppinud spetsialistide tööleasumist. See võimaldab omavalitsustel (jt asutustel) saada tööle vajaliku väljaõppega inimesed, kes teevad teadlikumat ja kvaliteetsemat tervisedenduse tööd kohalikul tasandil. Lisaks kaaluda mõne eesti kõrgkooli juurde süsteemse tervisedenduse moodultäiendõppe võimaluste loomist. (p-d 175–178)</p>	<p>Sotsiaalministri vastus: Oleme põhimõtteliselt nõus kaaluma tervisedendaja eriala koolitustellimuse suurendamist. Siiski arvestades asjaolu, et tegemist on uue erialaga, tuleks enne koolitusmahu suurendamist hinnata, milline on üldine konkurss õppesse ning kui paljud esimestest lõpetajatest leiavad erialase töö.</p>
<p>Tervisedendus omavalitsustes</p> <p>222. Soovitus sotsiaalministrile: Rahvatervise seaduse muutmise seoses määrata senisest täpsemalt omavalitsuse roll ja vastutus ning näha näiteks riiklike strateegiate ja programmide (sh ka teiste ministeeriumide strateegiate) raames nende ülesannete täitmiseks ette raha. Samasuguse vastutuse peaks kehtestama ka rahvastiku tervise arengukavas, kus praegu on kohalikele omavalitsustele ettenähtud tegevused soovituslikud. Kuni terviklahenduste väljatöötamiseni võiks esmase algatusena rakendada pilootprojekte kohaliku tasandi tugevdamiseks. (p-d 215–221)</p>	<p>Sotsiaalministri vastus: Rahvastiku tervise arengukava valitsustasandil rakendatavad meetmed loovad eelduse soovituslike meetmete elluviimiseks.</p> <p>Rahvatervise seaduse muudatuste lähteülesande koostamisega on planeeritud alustada 2009. aastal.</p>

Auditi iseloomustus

Auditi eesmärk

Auditi eesmärgiks oli anda hinnang, kas riik on loonud eeldused nelja suurima tervise riskiteguri vähendamiseks inimeste eluviiside ja hoiakute muutmise abil.

Hinnangu andmise kriteeriumid

Riigikontrolli kriteeriumid strateegiate hindamisel olid järgmised:

- Strateegiates seatud (vahe)eesmärgid on täidetud. (Täitmist ei saanud hinnata, sest enamiku eesmärkide täitmiseks olevaid andmeid ei ole veel kogutud.)
- Strateegiad koostatakse ja neid juhitakse hea halduse tava kohaselt (sh toimiv nõukogu, mõõdetavad ja realistlikud eesmärgid, piisav koostöö ja koordineerimine, rahastamise jätkusuutlikkus, hindamiste läbiviimine).
- Meetmed tagavad (eeldatavalt) strateegiate eesmärkide täitmise (meetmete/tegevuste lisamisele on eelnenud mõju analüüs, plaanitud tegevused on läbi viidud, tegevused on jõudnud paikkonna tasandile).

Auditi ulatus ja käsitusviis

Auditi ulatus

Auditi meeskond keskendus auditis eelkõige hea halduse praktika hindamisele strateegiate juhtimise ja elluviimise protsessis. Seda järgmistel põhjustel:

- auditeeritava teema laiapõhjalisus;
- rahvatervisealaste meetmete mõju hindamiseks vajalik pikk ajaperiood, mistõttu praegused rahva tervisenäitajad peegeldavad eelkõige 10–20 aasta taguste rahvatervisealaste tegevuste tulemusi kui ka
- sekkumismeetmete tõendus põhise ja kuluefektiivsuse hindamiseks vajaminev suur aja- ja inimressurss.

Auditis analüüsiti nelja tervise riskiteguri käsitlemist eri strateegiate tegevuskavades.

Analüüsitavad tegurid on valitud, arvestades nende suurimat mõju eesti rahva tervisekaole².

Analüüsitavad riskitegurid olid:

- suitsetamine;
- vähene kehaline aktiivsus;
- alkoholi liigtarbimine;
- ebatervislik toitumine.

Auditi põhiküsimused olid järgmised:

- Kas strateegial on olemas toimiv nõukogu?
- Kas strateegia rahastamine on olnud püsiv/jätkusuutlik?

² Haiguskoormuse tõttu kaotatud eluaastad Eestis: seosed riskifaktoritega ja riskide vähendamise kulutõhusus. Sotsiaalministeerium. TÜ tervishoiu instituut, 2004.

- Kas strateegial on mõõdetavad ja realistlikud eesmärgid?
- Kas strateegiaid hinnatakse/auditeeritakse?
- Kas strateegiasse on lisatud eeldatavalt tõhusad meetmed?
- Kas strateegia üksiktegevuste rahastamine on olnud järjepidev?
- Kas strateegia üksiktegevused on läbi viidud?
- Kas strateegiate vahel toimub piisav koostöö ja koordineerimine?
- Kas tegevused on jõudnud paikkonna tasandile?

Auditi põhiküsimustele vastamiseks viidi läbi järgmised tegevused.

Analüüsi strateegiaid ja nendega seotud dokumente (aruanded, tegevuskavad, protokollid jms) ülaltoodud küsimuste seisukohalt.

Tehti päringuid auditeeritavatele vm seotud osapooltele dokumentide saamiseks ja konkreetsetele küsimustele vastuste saamiseks.

SVH strateegia ja arengukava „Eesti toit“ nõukogude valitud liikmetele saadeti küsitlus hindamaks nõukogude tööd.

Tehti intervjuusid, et koguda kvalitatiivset infot ning arvamusi lisaks dokumentaalsetele materjalidele või nende täienduseks. Intervjuude tabel on toodud lisas C.

Viidi läbi küsitlus kohalikele omavalitsuste ja maavalitsuste tervisedendajatele. Küsitlus saadeti kõikidesse omavalitsustesse. Eestis on hetkel 227 omavalitsusüksust – 33 linna, 194 valda. Riigikontrolli auditimeeskonna poolt väljasaadetud rahvatervisealasele küsitlusele vastas 82% linnadest ning 66% valdadest, keskmiselt vastas 69% kõigist kohalikest omavalitsustest ehk 156 omavalitsust.

Maavalitsustest (15) vastas küsimustikule 12 ehk 80%.

Küsitluse käigus uuriti, kas ja millise haridusega on omavalitsuse ja maavalitsuse tervisedendajad, milliseid tegevusi paikkondlikel tasanditel läbi viiakse, kes neid tegevusi finantseerib. Samuti uuriti omavalitsuse ja maavalitsuste arvamust eri tasandite tervisedenduslike tegevuste mõju kohta ning küsiti, milliseid meetmeid võiks veel rakendada riskitegurite mõju vähendamiseks.

Kohaliku omavalitsuse ja maavalitsuste küsimustiku koostamise ja tulemuste analüüsi kaasati **ekspertina Anu Kasmel**, kes on Bergeni Ülikooli (Norra) tervise edendamise magister, lõpetanud Lõuna-Taani Ülikooli Rahvatervise instituudi doktorantuuri ning töötab praegu tervise edendamise õppejõuna Tartu Ülikoolis.

Auditi lõpetamise aeg:

Auditi menetlustoimingud lõpetati juulis 2008.

Auditi meeskond:

Auditi viisid läbi auditijuht Liisi Uder ja vanemaudiitor Siiri Suits. Auditis osales ka praktikant Tartu Ülikooli üliõpilane Marianne Rohulaid.

Kontaktandmed

Auditi kohta saab lisainfot Riigikontrolli kommunikatsiooniteenistusest
tel +372 640 0704 või +372 640 0777, e-post riigikontroll@riigikontroll.ee

Auditaruande elektrooniline koopia (pdf) on saadaval koduleheküljel www.riigikontroll.ee.

Auditaruande kokkuvõte on saadaval ka inglise keeles.

Auditaruande number Riigikontrolli asjaajamissüsteemis on OSIII-2-1.4/08/72.

Riigikontrolli postiaadress on:

Narva mnt 11a
15013 TALLINN
Tel +372 640 0700
Faks +372 661 6012
riigikontroll@riigikontroll.ee

Riigikontrolli varasemaid auditeid rahvatervise valdkonnas

05.07.2005 – Eelkooliealiste laste tervishoiu korraldus

Aruanne on kättesaadav Riigikontrolli koduleheküljelt www.riigikontroll.ee

Lisa A. Strateegiate juhtimise kokkuvõtlikud tabelid

Tabel 1. Strateegiate eesmärgid ja indikaatorid

Strateegia	Üldeesmärk/indikaator	Tervisekäitumisega seotud alammeetmed ja -indikaatorid
Südame- ja veresoonekonnahaiguste ennetamise riiklik strateegia 2005–2020	<p>Rahvastiku varajane haigestumine ja suremus südame- ja veresoonekonnahaigustesse on püsiva langustendentsiga</p> <p>Nooremate kui 65-aastaste meeste suremus südame- ja veresoonekonnahaigustesse on vähenenud 2020. aastaks 40% võrra, mille tulemusel sureb enne 65. eluaastat iga 100 000 mehe kohta 100 meest aastas vähem kui 2002. aastal (2002. aastal 248 meest 100 000 elaniku kohta).</p> <p>Nooremate kui 65-aastaste naiste suremus südame- ja veresoonekonnahaigustesse on vähenenud 2020. aastaks 30% võrra, mille tulemusel sureb enne 65. eluaastat iga 100 000 naise kohta 24 naist aastas vähem kui 2002. aastal (2002. aastal 81 naist 100 000 elaniku kohta).</p>	<p>Rahvastiku füüsiline aktiivsus on suurenenud</p> <ul style="list-style-type: none"> 16–64-aastaste osakaal, kes on vähemalt kaks korda nädalas kehaliselt aktiivsed, suureneb 2008. aastaks 40%-ni (2002. a 30%) ja 2020. aastaks 60%-ni (allikas: Eesti täiskasvanud elanikkonna tervisekäitumise uuring – edaspidi ETEKU) Õpilaste osakaal, kes on vähemalt 5 korda nädalas vähemalt 30 minutit kehaliselt aktiivsed, suureneb 2008. aastaks 70%-ni (2001/2002. a 59%) ja 2020. aastaks 80%-ni (allikas: Eesti kooliõpilaste liikumisaktiivsus 2001/2002) <p>Rahvastiku toitumisharjumused on paranenud</p> <ul style="list-style-type: none"> Täiskasvanute osakaal, kes tarbivad värsket puu- ja köögivilja 6–7 päeval nädalas, suureneb 2008. aastaks 30%-ni ja 2020. aastaks 70%-ni (2002. a 24%) (allikas: ETEKU) 11–15-aastaste laste ja noorte osakaal, kes tarbivad puu- ja köögivilja, suureneb 2008. aastaks 45%-ni ja 2020. aastaks 60%-ni (2002. a 36%) (allikas: kooliõpilaste tervisekäitumise uuring – edaspidi, HBSC) Toidu valmistamisel peamiselt toiduõli kasutajate osakaal suureneb 2008. aastaks 92%-ni ja 2020. aastaks 96%-ni (2002. a 89%) (allikas: ETEKU) Tavalise keedusoola kasutajate osakaal väheneb 2008. aastaks 73%-ni ja 2020. aastaks 65%-ni (2002. a 77%) (allikas: ETEKU) <p>Tubaka tarbimislevimus ja tubakasuitsuses keskkonnas viibimine on püsiva langustendentsiga</p> <ul style="list-style-type: none"> Igapäevasuitsetajate osakaal 13-aastaste hulgas on püsiva langustendentsiga ning 16–64-aastaste meeste hulgas väheneb 2008. aastaks 40%-ni ja 2020. aastaks 30%-ni; naiste hulgas 2008. aastaks 16%-ni ja 2020. aastaks 10%-ni (2002. aastal mehed 45%, naised 18%, 13-aastased 10%) (allikad: ETEKU, õpilaste tervisekäitumise uuring). Väljaspool kodu tubakasuitsuses keskkonnas vähemalt üks tund päevas viibivate meeste osakaal väheneb 2008. aastaks 12%-le, 2020. aastaks 6%-le; naiste seas 2008. aastaks 5%-le, 2020. aastaks 2%-le (2002. aastal vastavalt mehed 26% ja naised 10%).
Riiklik vähistrateegia aastateks 2007–2015	<p>Tervise edendamise seonduv eesmärk: Püsiv vähenemistendents rahvastiku haigestumuses ennetatavatesse pahaloomulistesse kasvajatesse. (Indikaatoriteks standarditud haigestumuskordajad 100 000 elaniku kohta.)</p> <p>Kogu vähihaigestumuse vähenemine 5% (2000. a naistel 227,6 ja meestel 324,5).</p> <p>Kopsuvähihaigestumuse vähenemine meestel 10% ja haigestumuse suurenemise lakkamine naistel (2000. a naistel 10,2 ja meestel 63,7).</p> <p>Emakakaelavähi haigestumuse vähenemine naistel 20% (2000. a 15,5).</p>	<p>Elanikkonna suurenenud teadlikkus välditavatest vähiriskidest, mis väljendub püsivalt positiivsete muutustena elanikkonna tervisekäitumises.</p> <p>Indikaator: Kord nädalas või sagedamini suitsetavate laste osakaal 15-aastaste poiste hulgas väheneb 20%-ni ja tüdrukute hulgas 16%-ni. (Baas: poisid – 30,4%, tüdrukud – 18,2% Allikas: HBSC uuring 2001/2002)</p> <p>Meetmed:</p> <ul style="list-style-type: none"> tubakatoodete tarvitamise vähendamine, alkoholi tarvitamise vähendamine, tervisele ohutute ja kasulike toiduvalikute soodustamine.
Arengukava „Eesti toit“	Aidata kaardistada toidu tootmise, töötlemise, turustamise ja tarbimise	<p>Tõsta tarbijate teadlikkust toiduohutuse ja -kvaliteedi valdkonnas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ökomärgi-alane informeeritus on vähemalt 50% tarbijatest (2005. aasta

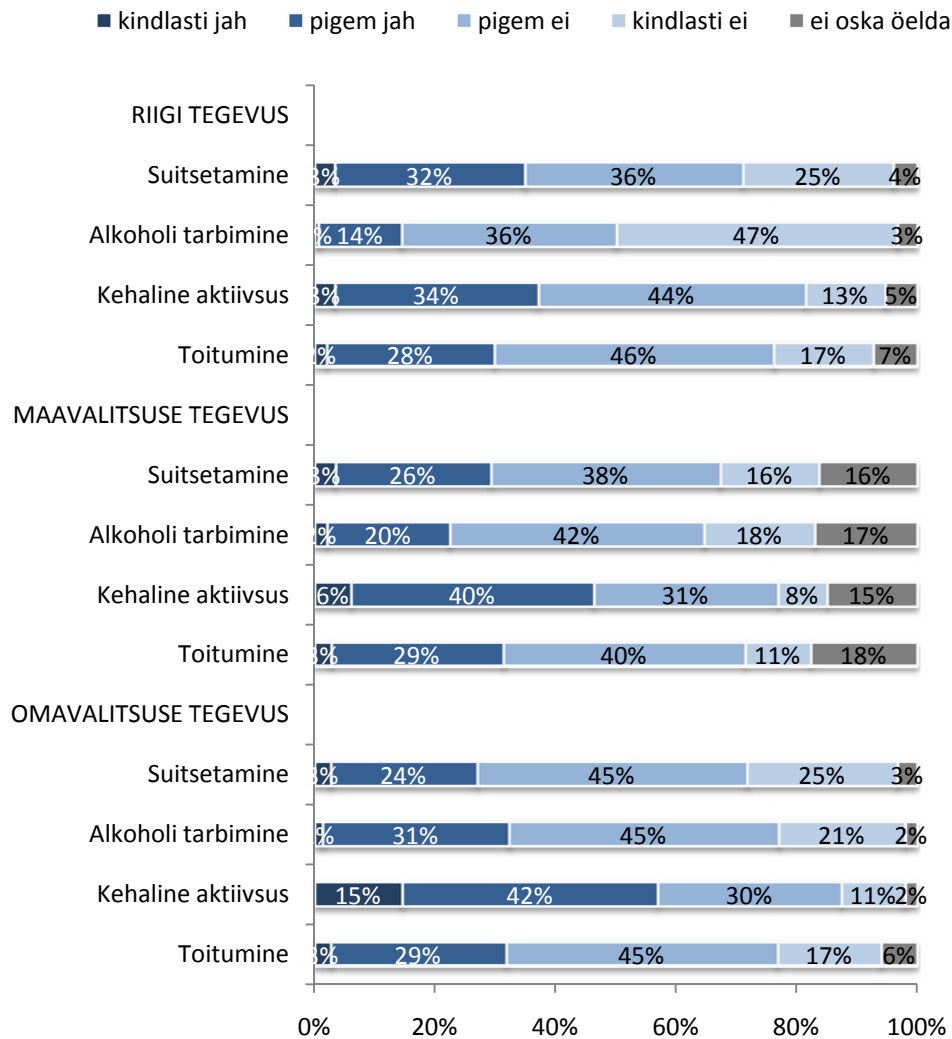
<p>2006–2008</p>	<p>olukorda, kujundada tüüpilise eesti toidu kuvandit, suurendada toidukaupade konkurentsivõimet ja kodumaise ning välisarbija rahulolu eesti toidu ja toidukaubaga.</p>	<p>Eesti Konjunktuuriinstituudi uuringu kohaselt on 2005. aastani kehtinud mahemärgi-alane informeeritus 22%);</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ tõsta tarbijate ja turistide teadlikkust tüüpilisest toidust ning suunata toitumisharjumusi tervislikuma toitumise suunas; ▪ tarbijate hinnangul on tervislikkuse osatähtsus toidu ostuotsuse tegemisel püsinud 75% tasemel (2005) või tõusnud; ▪ on käivitunud rukki populariseerimise programm; ▪ on käivitunud programm “Koolileib, kõõgivil ja puuvilj”.
<p>Liikumisharrastuse strateegiline arengukava 2006–2010</p>	<p>Kaasa aidata tervistava liikumise laiendamisele ja kõigile jõukohaste sportimisvormide kiiremale levikule elanikkonna seas.</p> <p>Regulaarse liikumisharrastusega tegelejate arvu suurendamine 2010. aastaks 45%ni elanikkonnast</p> <p>(st kasvatada aastail 2006–2010 tegelejate arvu 20% võrra, (3 x nädalas á 30 min teadlik füüsiline liikumine).</p>	<p>Sportimispaigad:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ arv (spordiehituste register ja viimase 4 a jooksul ehitatud ning renoveeritud objektide arv); ▪ kvaliteet. <p>Tervisesportlaste arstiabi, infoteenindus- ja nõustamine:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ elanikkonna tervisliku seisundi paranemine (EHK statistika); ▪ sotsiaalsed uuringud sporditeadlikkuse kasvu kohta; ▪ infokeskuste külastuste arv. <p>Koolitus:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ koolitatud spetsialistide ja perearstide arv; ▪ koolitatud spetsialistide ja perearstide teenuse kvaliteet. <p>Teadmisvara ja selle levitamine harrastajatele:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ trükiste arv ja tagasiside; ▪ sotsiaalsed uuringud; ▪ läbimüüdud raamatute ja teadmike arv. <p>Liikumisharrastuse korraldamine:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ korraldatavatest kampaaniatest osavõtivate inimeste arv; ▪ statistiliste andmete analüüs, uuringute korraldamine. <p>Liikumisharrastuse suhtekorraldus- ja edenduskava:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ liikumisharrastuse edendamiseks suunatud tegevuste (saadete vaatajate ja kuulajate arv) kvaliteet ja kvantiteet; ▪ liikumisharrastuse temaatika kajastamise monitooring televisioonis, raadios, trükimeedias.
<p>Lapse õiguste tagamise strateegia 2004–2008</p>	<p>ÜRO lapse õiguste konventsioonis ja selle lisaprotokollides kajastatud põhimõtete rakendamine sellisel viisil, et kõigi Eestis elavate laste põhi- ja erivajadused oleksid perekonna, kogukonna ja keskkonna toetusel tagatud.</p>	<p>Indikaatorid on toodud teemade kaupa dokumendi lõpus. Teema 1.3. „Iga last toetatakse parema tervise ning vaimse, emotsionaalse ja füüsilise heaolu saavutamisel” juures on järgmised indikaatorid.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ laste haigestumus nakkushaigustesse (100 000 lapse kohta); ▪ immuniseerimine (% lastest); ▪ lastega juhtunud õnnetused (100 000 lapse kohta); ▪ imikusuremus (1000 elussündinu kohta); ▪ laste suremus põhjuseti (100 000 lapse kohta); ▪ lastega juhtunud õnnetused (100 000 lapse kohta); ▪ laste enesetapud. <p>Meetme 1.4. all on toodud järgmine 4 riskiteguriga kaudselt seotud indikaator:</p> <p>noortele huvialaharidust pakkuvate ühingute, sh spordiklubide, arv.</p>

Tabel 2. Nõukogud ja nende roll

Strateegia	Loodud	Nõukogu juht	Liikmed	Funktsioonid
Südame- ja veresoonekoormatuse ennetamise riiklik strateegia 2005–2020	13.04.2005	Esialgus asekancler, hiljem abiminister (al 31.10.05) ja minister (al 02.11.07).	02.11.07 laiendati 16 liikmelt 27-le. Koosneb riigiasutuste, KOVi, arstide jm ühenduste esindajatest. Laiendamisel kaasati kõrgkoolid ja rohkem eriala-haiguspetsiifilisi ja spordiühinguid. Vahetunud on nõukogu liikmeid harva.	Nõukogu vaatab käskkirja kohaselt läbi iga-aastased tegevuskavad ja nende täitmise aruanded. Kohtub vähemalt kaks korda aastas. Eri osapoolte tagasiside nõukogu tööle on olnud positiivne.
Riiklik vähistrateegia aastateks 2007–2015	20.07.2007	Tervishoiu asekancler	13 liiget koosneb SoMi, THA, EHKi ning mitmete erialade arstide esindajatest	SoMi sõnul esitatakse vähiraport üle kahe aasta ravikvaliteedi komisjonile. SoMi käskkirjaga ei ole komisjonile strateegia alal ülesandeid antud. Strateegiaga ei ole komisjonile ülesandeks antud ennetava osa (sh tervislike eluviiside kujundamise) koordineerimist ja jälgimist.
Arengukava „Eesti toit“ 2006–2008	1.12.04 Töörühm 1.12.04	Varem minister, alates 2007 valdkonna asekancler (tagamaks arengukava rakendamise järjepidevust)	32 liiget. Nõukogu liikmed on vahetunud vähe, eelkõige esindatud institutsioonide esindajate vahetumise tõttu.	Arengukava rakendamisel nõuandev roll, tervikuna juhib arengukava elluviimist minister, kes otsustab projektide rahastamise üle. Kohtub kaks korda aastas.
Liikumisharrastuse strateegiline arengukava 2006–2010	5.10.05	Komisjon osales arengukava väljatöötamisel, kuid hiljem ei ole koos käinud. Uus riiklik komisjon plaanitakse moodustada uuesti 2008. aasta teises pooles (selle järele nähakse uuesti vajadust, et jälgida arengukava eesmärkide täimist.)	10 liiget. Koosnes Kultuuri-Sotsiaal- ning Haridus- ja Teadusministeeriumi ning nelja spordiorganisatsiooni esindajatest	Töötas välja arengukava, aga hiljem selle rakendamist ei jälginud. Arengukavas on sätestatud riikliku komisjoni olemasolu ja selle funktsioonideks on arengukava elluviimise ja tulemuslikkuse kontrollimine.
Lapse õiguste tagamise strateegia 2004–2008		Nõukogu puudub. Tervise teemadega tegeleb mitteamtelik töögrupp.	Tervise teema töögrupp koosnes Sotsiaalministeeriumi TAI ja Eesti Haigekassa ametnikest	Tegevuste koordineerimine asutuste vahel.

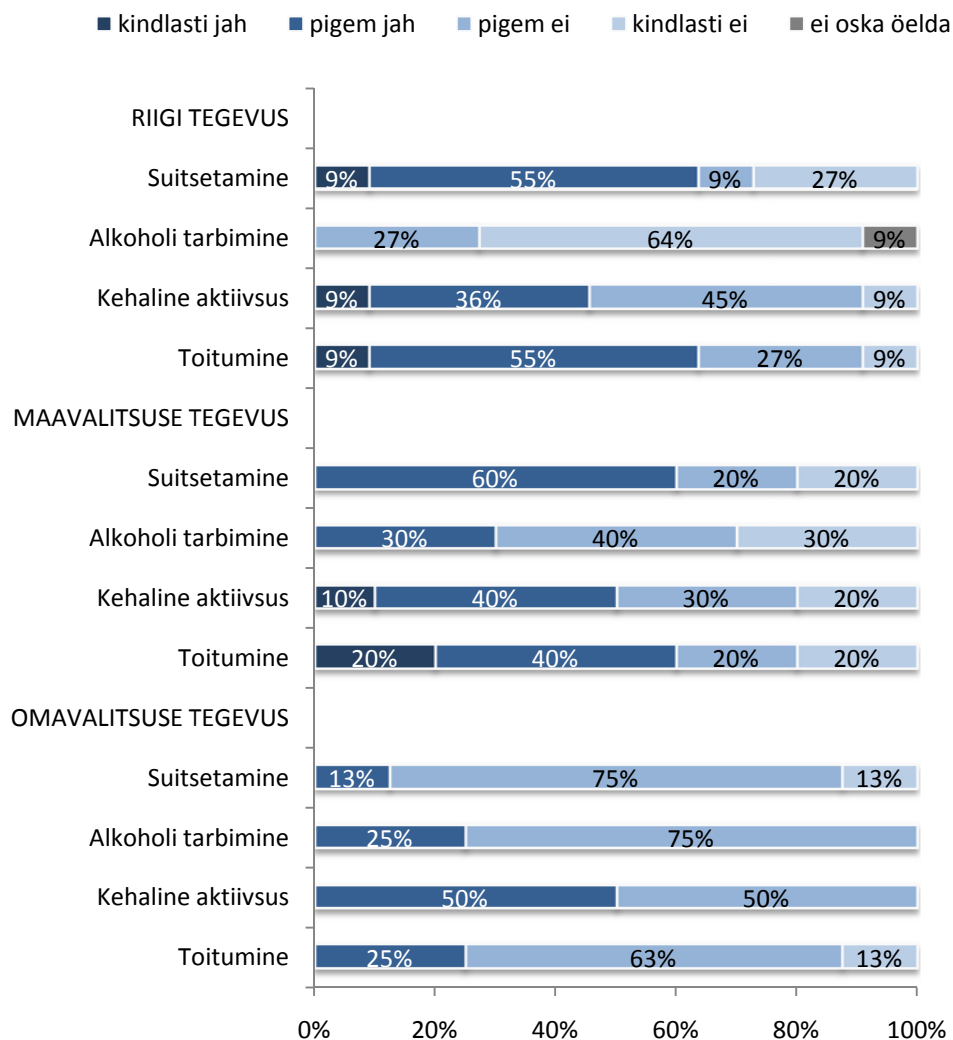
Lisa B. Omavalitsuste ja maavalitsuste hinnangud tegevuse piisavusele

Joonis 1. Omavalitsuste esindajate vastused küsimusele, kas nende hinnangul on riigi/maavalitsuse/omavalitsuse tegevus riskiteguri osas piisav



Allikas: Riigikontrolli küsimustik

Joonis 2. Maavalitsuste esindajate vastused küsimusele, kas nende hinnangul on riigi/maavalitsuse/omavalitsuse tegevus riskiteguri osas piisav



Allikas: Riigikontrolli küsimustik.

Lisa C. Auditi käigus intervjueritud isikud

Kuupäev	Institutsioon	Intervjueritud isikud
9. 11.07	Tervise Arengu Instituut	Aljona Kurbatova – arenduskeskuse strateegia ja planeerimise osakonna juhataja
9. 11.07	WHO Eesti esindus	Jarno Habicht – WHO Eesti esinduse juht Agris Koppel – WHO Eesti esinduse tervisepoliitika ja -süsteemi ekspert
14.11.07	Eesti Haigekassa	Mari Mathiesen – EHKi juhatuse liige Helvi Tarien – EHKi tervishoiuteenuste osakonna juhataja Sirje Vaask – EHKi tervishoiupeaspetsialist

		Reet Kambla – EHKi siseauditi osakonna juhataja Kaire Kislov – EHKi siseaudiitor
26.11.07	Tartu Ülikool	Anu Kasmel
3.12.07	Sotsiaalministeerium	Ülla-Karin Nurm – rahvatervise osakonna juhataja Rita Pihl – rahvatervise osakonna spetsialist
15.01.08	Jõgeva Maavalitsus	Eha Anslan – Jõgeva maavalitsuse tervisedenduse peaspetsialist Laili Aunap – Tabivere vallavalitsuse kantselei vanemspetsialist, valla tervisenõukogu liige Uno Valdmets – Jõgeva maakonna tervisenõukogu liige, Jõgevamaa Spordiliidu „Kalju” esimees
15.01.08	Jõgeva Linnavalitsus	Kalmer Lain – Jõgeva abilinnapea
30.01.2008	Järva Maavalitsus	Kaie Altmets – Järva maavalitsuse sotsiaal- ja tervishoiuosakonna peaspetsialist Maire Raidvere – Järvamaa Tervisenõukogu esimees, AS Järvamaa Haigla ülemõde Piret Maaring – Järvamaa Spordiliidu tegevjuht, Järvamaa Tervisenõukogu liige Jaanus Seema – Paide linnavalitsuse sotsiaalnõunik
07.03.2008	Tervise Arengu Instituut	Maris Jesse – direktor Annika Veimer – arendusdirektor Tiia Pertel – tervise edendamise osakonna juhataja Anneli Sammel – mittenakkushaiguste ennetamise osakonna juhataja Ülle Ilves – mittenakkushaiguste ennetamise osakonna ekspert (vähktõbi)
18.03.2008	Kultuuriministeerium	Tõnu Seil – Kultuuriministeeriumi asekanstler Tiina Beljaeva – spordiosakonna peaspetsialist
27.03.2008	Põllumajandusministeerium	Enn Sock – kaubanduse ja põllumajandussaadusi töötleva tööstuse osakonna juhataja Ene Maadvere – kaubanduse ja põllumajandussaadusi töötleva tööstuse osakonna juhataja asetäitja Kadi Luuri – kaubanduse ja põllumajandussaadusi töötleva tööstuse osakonna turu arendamise büroo juhataja kt
01.04.2008	Tallinna Linnavalitsuse Sotsiaal- ja Tervishoiuamet	Ene Tomberg – Tallinna Linnavalitsuse Sotsiaal- ja Tervishoiuameti juhataja asetäitja, tervishoiuosakonna juhataja Maie Alas – terviseedenduse vanemspetsialist Inna Tur – terviseedenduse peaspetsialist Aare Raudsepp – peaspetsialist
17.04.2008	Tartu Linnavalitsus	Sirje Kree – tervishoiuosakonna juhataja
04.06.2008	Pärnu Linnavalitsus	Ada Kraak – linnaarst (telefoniintervjuu)
13.06.2008	Eesti Olümpiakomitee	Peeter Lusmägi – Eesti Olümpiakomitee (EOK) liikumisharrastuste juht, ühenduse Sport Kõigile peasekretär