

EUROOPA
KONTROLLIKODA

Eriaruanne nr 2

2009

ISSN 1831-0818

EUROOPA LIIDU RAHVATERVISE
PROGRAMM (2003–2007):
MÕJUS VIIS TERVISE
PARANDAMISEKS?



ET



Eriaruanne nr 2 // 2009

EUROOPA LIIDU RAHVATERVISE PROGRAMM (2003–2007): MÕJUS VIIS TERVISE PARANDAMISEKS?

(vastavalt EÜ asutamislepingu artikli 248 lõike 4 teisele lõigule)

EUROOPA KONTROLLIKODA
12, rue Alcide De Gasperi
1615 Luxembourg
LUKSEMBURG

Tel +352 4398-45410
Faks +352 4398-46410
E-post: euraud@eca.europa.eu
Internet: <http://www.eca.europa.eu>

Eriaruanne nr 2 // 2009

Euroopa Liidu kohta leiab palju muud teavet Internetist Europa serveri veebilehtedelt (<http://europa.eu>).

Katoloogimisandmed on esitatud väljaande lõpus.

Luxembourg: Euroopa Ühenduste Ametlike Väljaannete Talitus, 2009

ISBN 978-92-9207-225-4

© Euroopa ühendused, 2009
Allikale viitamisel on reprodutseerimine lubatud.

Printed in Belgium

SISUKORD

Punktid

LÜHENDID

I-VI KOKKUVÖTE

1-9 SISSEJUHATUS

10-12 AUDITI ULATUS JA LÄHENEMISVIIS

13-82 AUDITI TÄHELEPANEKUD

13-33 PROGRAMMIDE KAVANDAMINE

14-18 SEKKUMISLOOGIKA EI OLE SELGELT MÄÄRATLETUD

19-21 PROGRAMMI EESMÄRGID EI OLE TÄPSED, MÕODETAVAD EGA AJALISELT PIIRITLETUD

22-28 STRATEEGILISE KAVANDAMISE JA PRIORITEETIDE SEADMISE PUUDUMINE

29-33 PROGRAMMITASANDI NÄITAJAD EI SOBINUD SAAVUTUSTE SEIREKS

34-65 PROGRAMMI RAKENDAMINE PROJEKTIDE KAVANDAMISEST KUNI TULEMUSTE SAAVUTAMISENI

35-38 PROJEKTI EESMÄRGID EI OLE KONKREETSED, KONTROLLITAVAD JA KVANTIFITSEERITAVAD

39-49 KAVANDATAVATE PROJEKTITULEMUSTE MÄÄRATLEMINE, SIHTRÜHMADE KINDLAKSMÄÄRAMINE JA JÄTKUSUUTLIKKUSE PLANEERIMINE ON PIGEM ERAND KUI REEGEL

50-54 JÄRELEVALVE PROJEKTIDE TÄIENDAVUSE JA PROJEKTI TERVIKU JÄRJEPIDEVUSE ÜLE EI OLE OLNUD PIISAV

55-65 PIIRATUD ÜLEEUROOPALINE LISAVÄÄRTUS

66-82 PROJEKTIJUHTIMINE

67-69 PARTNERLUS TOIMIS HÄSTI

70-73 PROJEKTI KOMISJONIPPOOLNE JÄRELEVALVE OLI PIGEM JUHTUMIPÕHINE KUI SÜSTEMAATILINE

74-78 VÄLJUNDID SAAVUTATI, KUID NEID EI LEVITATA AKTIIVSELT

79-82 PROJEKTI HINDAMINE EI OLE VEEL ÜLDINE TAVA

83-92 JÄRELDUSED JA SOOVITUSED

I LISA: RAHVATERVISE PROGRAMM 2003-2007 (TERVIST MÄÄRAVAID TEGUREID KÄSITLEV TEGEVUSSUUND) – RAHASTATUD PROJEKTID TEEMADE KAUPA

II LISA: RAHVATERVISE PROGRAMM (TERVIST MÄÄRAVAID TEGUREID KÄSITLEV TEGEVUSSUUND) – KUUE POLIITIKAVALDKONNA ANALÜÜS

III LISA: PROGRAMMI TERVIST MÕJUTAVAD TEGUREID KÄSITLEV TEGEVUSSUUND: SMART- KRITEERIUMITE KOHALDAMINE PROJEKTI EESMÄRKIDELE, MIS ON ESITATUD 36 AUDITEERITUD PROJEKTI TOETUSLEPINGUTES

KOMISJONI VASTUSED

LÜHENDID

ECDC: Haiguste Tõrje ja Ennetamise Euroopa Keskus

EL: Euroopa Liit

EMCDDA: Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskus

ENSP: European Network for Smoking Prevention (Suitsetamise ennetamise Euroopa võrgustik)

ENYPAT: European Network on Young People and Tobacco (Euroopa võrgustik „Noored ja tubakas“)

EÜ: Euroopa Ühendus

PHEA: Rahvatervise Programmi Täitevamet, 2008. aasta juulis ümber nimetatud Tervise- ja Tarbijaküsimuste Rakendusametiks (EAHC)

TAMPEP: European Network for HIV/STI Prevention and Health Promotion among Migrant and Sex Workers (Sisserändajate ja seksuaalteenuste pakkujatega seotud HI-viiruse ja seksuaalnakkushaiguste ennetamise ja tervise edendamise Euroopa võrgustik)

TTA: Teadusuuringud ja tehnoloogia arendamine

VVO: Valitsusväline organisatsioon

WHO: Maailma Terviseorganisatsioon

KOKKUVÕTE

I.

Rahvatervise programm aastateks 2003–2007 oli suunatud liikmesriikide poolt rahvatervise kaitsmiseks ja parandamiseks võetud meetmete täiendamisele. Programm oli üles ehitatud kolmele tegevussuunale: tervishoiualane selgitustöö, kiire reageerimine terviseohtudele ning tervishoiu edendamine tervist määravate teguritega tegelemise abil.

II.

Selle perioodi kestel anti programmi raames toetusi organisatsioonide konsortsiumidele ligikaudu 352 programmi elluviimiseks, kusjuures Euroopa Ühenduse koguosaluse summas oli ca 232 miljonit eurot.

III.

Kontrollikoja auditis uuriti, kas ELi eelarvest rahastatud projektidele olid kehtestatud õiged tingimused, et liikmesriikide võetud meetmete täiendamise läbi parandada mõjusalt ELi kodanike tervist. Kontrollikoda keskendus eelkõige järgmistele küsimustele:

- a) kas rahvatervise programmi ülesehitus andis sobiva raamistiku ühenduse rahastatud tervishoidu edendavate tegevuste mõjusaks rakendamiseks ja järelevalveks;
- b) kas komisjon tagas programmi elluviimise ja projektivaliku etapis selle, et rahvatervise programmi tervist määravaid tegureid käsitleva tegevussuuna all rahastatud projektid tõenäoliselt saavutavad jätkusuutlikke tulemusi, on teineteist täiendavad ja annavad ELile lisaväärtust, ning
- c) kas komisjon ja projektikoordinaatorid tagasid projektide mõjusa haldamise.

KOKKUVÕTE

IV.

Kontrollikoja leiud ja järeldused olid järgmised:

- a) rahvatervise programmile seati väga laialatuslikud ja ambitsioonikad eesmärgid, mis olid teravas vastuolus programmi kasutuses olevate piiratud vahenditega. Sellises olukorras on oluline keskenduda sellele, mida on tegelikult võimalik saavutada. Sekkumisloogikat ei määratletud selgelt aga üheski etapis, mis omakorda takistas selgete, tähenduslike ja loogiliselt seostatud eesmärkide seadmist ning asjakohaste tulemusnäitajate täpsustamist. Selle tulemusena puudus rahvatervise programmil strateegiline fookus. Iga-aastastes tööplaanides esitatud programmi tegevusvaldkondade arv ületas nende saavutamiseks mõeldud rahastatud projektide arvu. Kuna projektide esitajaid kutsuti rahastamist taotlema tihti väga üldiste jaotiste all, oli projektiteemade ja sihtrühmade paljususe ja mitmekesisuse tõttu panus nõrgendatud ja tulemused seetõttu killustatud.
- b) Projektide mõjusust vähendasid puudused kavandamisel ja rakendamisega seotud probleemid. Kui üksikud erandid välja arvata, ei olnud projektides määratletud saavutatavaid eesmärke ning seetõttu ei olnud võimalik tõendada, et projektidel on mingit mõju olnud. Osalejad käsitlesid jätkusuutlikkust sageli kui projektitegevuste jätkuvust ning seetõttu sõltus see suures osas ühenduse rahastamise jätkumisest. Puudus süstemaatiline erinevates esmatahtsates valdkondades juba läbiviidud tegevuste järelevalve, mis mõnikord põhjustas topelttööd.
- c) Positiivne on aga see, et programm viis kokku eri riikide huvirühmad. Projektidel oli üldiselt üleeuroopaline mõõde ning mitmel puhul lihtsustas see kogemuste jagamist ning vastastikust õppimist. Võrgustikud olid kõige selgemad üleeuroopalise lisaväärtuse loojad.

V.

Arvestades oma leide, soovib kontrollikoda esitada tulevastes sarnastes õigusaktides selgesõnalise programmi loogika. Seoses praeguse programmiga peaks komisjon võtma ette kaardistamise, et saada ülevaade juba läbiviidud tegevustest ja seeläbi teha kindlaks allesjäänud lüngad. Iga-aastaste prioriteetide arvu tuleb oluliselt vähendada ja need peavad keskenduma strateegilistele teemadele ja tegevustele, millel on ilmne üleeuroopaline lisaväärtus. Komisjon peaks tegelema ka projektide kavandamisel ja rakendamisel tuvastatud puudustega.

VI.

Eelkõige soovitatakse perioodiks pärast aastat 2013 komisjonil ja liikmesriikidel vaadata uuesti läbi ELi rahastamisviisid rahvatervise valdkonnas. Edasi võiks arendada teisi olemasolevaid koostöö mehhanisme, nagu näiteks avatud kooskõlastusmeetod.

SISSEJUHATUS

1. Euroopa Ühenduse asutamislepingu artiklis 152 sätestatakse ühenduste roll rahvatervise valdkonnas, märkides, et ühenduse tegevus on suunatud „*rahvatervise parandamisele, inimeste haiguste ennetamisele ja inimeste tervist ohustavate tegurite kõrvaldamisele*”. Need ühenduse tegevused on nähtud ette riiklikul tasandil võetud meetmete täiendamiseks ning nende elluviimisel peab arvestama liikmesriigi tervishoiuteenuste ja arstiabi korraldamise ja osutamise kohustustega.
2. Euroopa Komisjoni peamine ülesanne rahvatervise valdkonnas on lihtsustada koostööd liikmesriikide ametivõimude vahel ning rakendada stimuleerivaid meetmeid. Kui välja arvata eripädevus elundite, inimpäritoluga ainete ja vere ohutusnormide osas, piirdub ELi seadusandlik pädevus stimuleerivate meetmetega, mis ei hõlma meetmeid liikmesriikide seaduste ja määruste ühtlustamiseks.
3. Esimene rahvatervise programm võeti vastu perioodiks 2003–2008 Euroopa Parlamendi ja nõukogu otsusega nr 1786/2002/EÜ¹ ning sellega vahetati välja kaheksa konkreetseid tervishoiuteemasid käsitlevat tegevusprogrammi². Rahvatervise programmil oli kolm peamist eesmärki:

 - a) parandada rahvatervise arendamiseks teabe ja teadmiste seisu (tervishoiualase selgitustöö tegevussuund);
 - b) parandada võimet terviseohtudele kiiresti ja kooskõlastatult reageerida (terviseohtude tegevussuund);
 - c) edendada tervist ja ennetada haigusi, pöörates tervist määravatele teguritele tähelepanu kogu poliitikas ja tegevuses (tervist määravaid tegureid käsitlev tegevussuund).
4. Nimetatud eesmärkide saavutamiseks andis komisjon toetusi organisatsioonide (valitsuspõhiste, valitsusväliste, akadeemiliste) konsortiumide loomiseks, et viia ellu projekte, mis tegelevad komisjoni ja liikmesriikide esindajatest koosneva komitee³ koostatud aasta tööplaanides määratletud esmatähtsate rahvatervise küsimustega.

¹ EÜT L 271, 9.10.2002, lk 1.

² Ühenduse tegevusprogrammid seoses vähi, haruldaste haiguste, keskkonnasaastest tingitud haiguste, AIDSi ja muude nakkushaiguste, vigastuste vältimise, uimastisõltuvuse ennetamise, tervisehoiuteenuste edendamise, terviseteaduse levitamise ning tervisehariduse ja -koolituse andmisega.

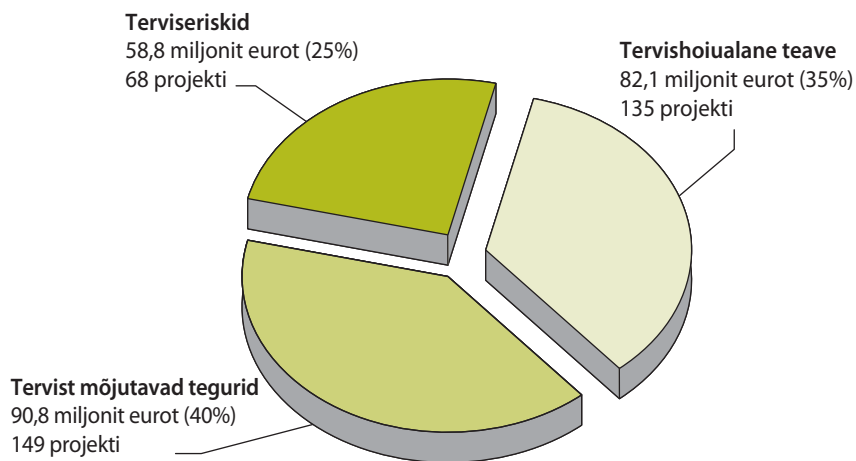
³ Programmikomiteel on programmi aasta tööplaani rakendamisel halduskomitee ülesanne, millele viidatakse nõukogu otsuse 1999/468/EÜ (EÜT L 184, 17.7.1999, lk 23) artiklites 4 ja 7. Komitee vaatab üle programmimeetmete valimise ja rahastamise korralduse, kriteeriumid ja menetlused, ühiste strateegiate ja meetmete rakendamise korralduse, programmi hindamise ning konkreetsete meetmete seoses tervishoiu järelevalve ja kiire reageerimisega tervist ohustavatele teguritele. Muud rahvatervise programmi rakendamisega seonduvad meetmed võetakse vastu nõuandemenetluse teel, millele viidatakse otsuse 1999/468/EÜ artiklites 3 ja 7.

5. Rahvatervise programm hõlmas aastaid 2003–2007. Sel ajavahemikul rahastati ligikaudu 352 projekti, EÜ toetus kulukohustustena oli kokku 231,7 miljonit eurot⁴ (vt **joonis 1**). Tervist määravaid tegureid käsitlev tegevussuund oli eelarve seisukohalt kolmest kõige suurem, ühenduse 90,8 miljoni euro suurune toetus moodustas 40% projektidega seotud kogusummast.

⁴ 2007. aasta pakkumismenetluse andmed põhinevad vastuvõetud projektide nimekirjal. Läbirääkimised seoses mitmete lepingutega olid 2008. aasta oktoobri seisuga veel lõpetamata.

JOONIS 1

ÜHENDUSE TOETUS KOKKU (KULUKOHUSTUSED MILJONITES EURODES PROTSENDINA KOGU EELARVEST) JA PROJEKTIDE ARV PROGRAMMI TEGEVUSSUUNDADE KOHTA



6. Rahvatervise programmi raames sõlmiti toetuslepinguid koos projekti koordinaatoritega, kaasrahastamise määr oli kuni 60% (erandjuhtudel kuni 80%) projektitegevuse jooksul tekkinud kuludest. Lisaks projekti-toetustele kasutati väikest osa (ligikaudu 3%) rahvatervise programmi tegevuseelarvest pakkumismenetluste läbiviimise tulemusel sõlmitud teenuslepinguteks.

7. Rahvatervise programmide rahastatud projektide suurus, lähenemisviis ja sihtrühm olid erinevad (vt **1. selgitus**). Konsortsiumide suurus varieerus kolmest 60 osapooleni, ühenduse osalus ulatus 45 000 kuni 2,5 miljoni euroni, ja projektitegevused olid väga erinevad.
8. 1. jaanuaril 2008 jõustus ühenduse teine tervishoiu tegevusprogramm 2008–2013⁵. Komisjon oli algselt teinud ettepaneku liita rahvatervise ja tarbijakaitse programmid⁶. Komisjon oli samuti teinud ettepaneku suurendada eelarvet ligikaudu 270% võrra (804 miljonit eurot tervishoiule aastatel 2008–2013), väites, et rahvatervise programmi tervishoiumeetmetele eraldatud eelarve ei olnud piisav, et täita asumisolepingus ära toodud kohustust võidelda terviseohtude vastu⁷.
9. Siiski, pärast institutsioonidevahelist lepingut, mis sõlmiti 17. mail 2006. aastal perioodi 2007–2013 finantsraamistiku kohta, ei kiitnud Euroopa Parlament ja nõukogu heaks ei tervishoiu ja tarbijakaitse programmide ühendamist ega suurendatud eelarvet. Seadusloome tulemus oli teine tervishoiu programm, mille eesmärgid ja tegevused sarnanesid rahvatervise programmile, aga eelarve oli väiksem, 322 miljonit eurot, mis on aasta kohta ligikaudu 9% vähem kui varasema programmi puhul (vt **2. selgitus**).

⁵ Euroopa Parlamendi ja nõukogu otsus nr 1350/2007/EÜ (ELT L 301, 20.11.2007, lk 3).

⁶ KOM(2005) 115 (lõplik).

⁷ "Le maintien du budget actuel ne permet pas une mise en œuvre optimale des obligations du Traité, ni de répondre à la volonté politique d'en faire plus pour les citoyens en matière de santé et en matière de protection des consommateurs. En effet, les ressources financières existantes ne permettent pas à la Communauté d'assurer de façon exhaustive les actions nécessaires notamment en ce qui concerne la lutte contre les grands fléaux ou maladies importantes et la coopération entre les États membres en matière de santé." (Mõju hindamine SEK(2005) 0425, lk 29).

1. SELGITUS

RAHVATERVISE PROGRAMM (TERVIST MÄÄRAVAID TEGUREID KÄSITLEV TEGEVUSSUUND) – NÄITEID PROJEKTITEGEVUSTEST

- Andmete kogumine võltsitud retseptide kohta narkootikumide kuritarvitamise näitajana.
- Teadusliku sümpoosioni korraldamine dopingu meditsiiniliste kõrvalmõjude kohta.
- Aruande koostamine vastavuse kohta alkoholi turustamise määrustele.
- Seksuaalteenuseid pakkuvatele sisserändajatele teabematerjalide koostamine ja levitamine.
- Võistluse korraldamine suitsuvabade kooliklasside propageerimiseks.
- Riikliku ja piirkondliku rinnaga toitmise poliitika ja kavade väljatöötamine.

RAHVATERVISE PROGRAMMI (2003–2007) JA TEISE TERVISEPROGRAMMI (2008–2013) VÕRDLUS

| | Rahvatervise programm (2003–2007) | Teine terviseprogramm (2008–2013) |
|--|--|--|
| Õiguslik alus | Euroopa Parlamendi ja nõukogu otsus nr 1786/2002/EÜ, 23. september 2002, millega võetakse vastu ühenduse tegevusprogramm rahvatervise valdkonnas (aastateks 2003–2008) | Euroopa Parlamendi ja nõukogu otsus nr 1350/2007/EÜ, 23. oktoober 2007, millega kehtestatakse ühenduse teine tervisevaldkonna tegevusprogramm (2008–2013) |
| Eesmärgid | <ul style="list-style-type: none"> • parandada rahvatervise arendamise tarbeks teabe ja teadmiste seis • parandada terviseohtudele kiire ja kooskõlastatud reageerimise võimet • edendada tervist ja ennetada haigusi, pöörates tervist määravatele teguritele tähelepanu kogu poliitikas ja tegevuses. | <ul style="list-style-type: none"> • luua ja levitada tervisealast teavet ja teadmisi • parandada kodanike tervisekaitset • edendada tervist ja vähendada sealhulgas tervisealast ebavõrdsust |
| Eelarve programmi käsitleva otsuse kohaselt | 354 miljonit eurot (perioodiks 2003–2008) ⁸ st 59 miljonit eurot aastas kuue aasta jooksul | 322 miljonit eurot (perioodiks 2008–2013) st 53,7 miljonit eurot aastas kuue aasta jooksul |
| Rahastamismehhanismid | Toetused meetmetele Pakkumised (teenuslepingud) ⁹ | Toetused meetmetele Tegevustoetused Konverentsid Ühismeetmed Pakkumised (teenuslepingud) |
| Programmide rakendamine | Tervise- ja tarbijakaitse peadirektoraat ¹⁰ | Programmi haldab täielikult PHEA ¹¹ |
| Mõju hindamine | Ei ole tehtud | Ulatuslikum mõju hindamine (2005) ¹² |

⁸ Programmi käsitlevas otsuses esitatud rahvatervise programmi soovitusliku eelarve ja punktis 5 nimetatud perioodi 2003–2007 projektidele eraldatud 231,7 miljoni euro suuruse summa vahelist erinevust põhjustavad kaks peamist asjaolu: soovituslik eelarve sisaldas ligikaudu 58 miljonit eurot 2008. aastaks (mida siis hõlmas teine terviseprogramm), samuti rakendusametuse kulusid.

⁹ Tegevuseelarve 10%-line ülemmäär kehtestati pakkumiskutsete aasta tööplaanis. Teise terviseprogrammi puhul suurendati ülemmäära 20%-ni.

¹⁰ Alates 2005. aastast anti toetuste haldamine ja pakkumiskutsete korraldamine järk-järgult üle Rahvatervise Programmi Täitevametele (PHEA) (täielikult tegev alates 1. jaanuarist 2007).

¹¹ Komisjoni otsus nr 2004/858/EÜ (ELT L 369, 16.12.2004, lk 73). 2008. aastal nimetati PHEA ümber Tervise- ja Tarbijaküsimuste Rakendusametiks (EAHC).

¹² SEK(2005) 425, Tervise- ja tarbijakaitse strateegia ettepaneku lisa (KOM(2005) 115 (lõplik)).

AUDITI ULATUS JA LÄHENEMISVIIS

10. Tervise edendamise meetmeid võib määratleda järgmiselt: „meetmed, mis toetavad tervislikke eluviise ja mis loovad tervisele soodsaid elutingimusi (keskkonda)”¹³. Seda tüüpi meetmeid hõlmas suurel määral rahvatervise programmi tervist määravaid tegureid käsitlev tegevussuund. Auditi käigus analüüsiti, kas Euroopa Parlament, nõukogu ja komisjon kehtestasid programmi väljatöötamisel ning komisjoni ja projektikoordinaatorid selle elluviimisel tingimused, mille abil mõjusalt toetada ELi kodanike tervise parandamist.

11. Kontrollikoda uuris:

- a) kas rahvatervise programmi ülesehitus andis sobiva raamistiku ühenduse rahastatud tervishoidu edendavate tegevuste (mis täiendavad liikmesriikide võetud meetmeid) mõjusaks rakendamiseks ja järelvalveks;
- b) kas komisjon tagas programmi elluviimise ja projektivaliku etapis selle, et rahvatervise programmi tervist määravaid tegureid käsitleva tegevussuuna all rahastatud projektid tõenäoliselt saavutavad jätkusuutlikke tulemusi, on teineteist täiendavad ja annavad ELile lisaväärtust, ning
- c) kas komisjon ja projektikoordinaatorid tagasid projektide mõjusa haldamise.

12. Audit koosnes järgmistest elementidest:

- a) programmi õigusliku aluse analüüs ning programmi hindamise ja muu asjakohase dokumentatsiooni läbivaatamine;
- b) ühenduse tegevuse ja poliitika arengu analüüs tervist määravaid tegureid käsitleva tegevussuuna valikulistes valdkondades: narkootikumid, alkohol, tubakas, seksuaal- ja reproduktiivtervis, vaimne tervis ning toitumine ja kehaline aktiivsus¹⁴. Analüüs hõlmas ka komisjoni ning WHO tegevuspoliitikaga seonduvate dokumentide, liikmesriikide ja kolmandate riikide algatuste ja programmide ning akadeemilise ja teadusliku kirjanduse läbivaatamist;
- c) tervist määravaid tegureid käsitleva tegevussuuna (mis on üks kolmest rahvatervise programmi (2003–2007) tegevussuunast) kaudu rahastatud 36 projektist koosneva valimi hindamine (projektide koguarv 149). Valim hõlmas kuue valitud valdkonna kõiki projekte, mis olid auditi ajaks piisavas valmidusjärgus¹⁵. Hindamine sisaldas projekti dokumentatsiooni läbivaatamist, intervjuusid kõikide projektikoordinaatoritega ning projektipartnerite elektroonilist küsitlust¹⁶;

¹³ Don Nutbeam et al, *The Evidence of Health Promotion Effectiveness – Shaping Public Health in a New Europe*, International Union for Health Promotion and Education (IUHPE), 1999. lk 3.

¹⁴ Valitud poliitikavaldkonnad hõlmasid kõiki kuut eluviisiga seonduvat esmatähtsat valdkonda tervist määravaid tegureid käsitleval tegevussuunal. Kõikides nendes valdkondades valiti projekte rahastamiseks perioodi 2003–2007 igal aastal (vt *I lisa*).

¹⁵ Valimisse kuulusid kõik projektid, mis olid kas lõpetatud või mille kohta oli esitatud vähemalt esimene tehniline vahearuanne ja milles käsitleti ühte kuuest poliitikavaldkonnast, mis hõlmavad eluviisiga seonduvaid tervist määravaid tegureid (alkohol, tubakas, narkootikumid, toitumine ja kehaline aktiivsus, seksuaal- ja reproduktiivtervis ning vaimne tervis).

¹⁶ Küsitlus viidi läbi selleks, et selgitada välja teiste projektis osalejate seisukohad seoses partnerlusega ja tervishoiu edendamise projektide haldamisega. Küsitlus kestis 2008. aasta 11. märtsist 4. aprillini. Kontrollikoja kasutatud küsimustik põhines varasematel samas valdkonnas läbiviidud küsitlustel (vt El Ansari W., „*Educational Partnerships for Health: Do Stakeholders Perceive Similar Outcomes?*” ajakirjas *Journal of Public Health Management and Practice*, Vol. 9(2), 2003, lk 136–156). Küsitleti ligikaudu 505 valitud projektides osalejat, kellest 242 täitis küsitluslehe täies ulatuses – vastajate määr oli 47,9%. 19 vastajat vastas osadele küsimustiku küsimustele.

- d) intervjuud tervise- ja tarbijakaitse peadirektoraadi ja Rahvatervise Programmi Täitevameeti töötajatega;
- e) esitatud taotluste, rahastatud projektide ja nende eelarvete kvantitatiivne analüüs;
- f) konsultatsioonid huvirühmadega riiklikes tervishoiuministeeriumides ja rahvatervise instituutides, liikmesriikide esindajatega programmikomitees ja teabekeskustes kaheksas liikmesriigis (Belgia, Eesti, Läti, Prantsusmaa, Rootsi, Saksamaa, Soome, Ühendkuningriik); ja
- g) oluliste küsimuste arutamine tervishoiu edendamise ja haiguste ennetamise valdkonna asjatundjatega mitmes auditietapis. Asjatundjate peamine panus oli kaasaaitamine kontrollikoja analüüsile, näiteks soovitasid nad analüüsi raamistikuks kasutada teadus-, arendus- ja rakendustegevuse tsüklit (vt **10. selgitus**), ning käesolevas aruandes esitatud audititählepanekute heakskiitmine.

AUDITI TÄHELEPANEKUD

PROGRAMMIDE KAVANDAMINE

- 13.** Programmid on mõjusamad, kui need on asjakohaselt kavandatud ning soovitud tulemused on selgelt määratletud. Selle saavutamine on tõenäolisem siis, kui:
- sekkumise aluseks olev loogika on programmi käsitlevas otsuses (või kaasdokumentides) selgelt määratletud;
 - programmi määratletud eesmärgid on täpsed, mõõdetavad, saavutatavad, asjakohased ja ajaliselt piiritletud (specific, measurable, achievable, relevant, time-dependent e SMART);
 - prioriteedid on seatud vastavalt organisatsiooni strateegiale; ja
 - tulemuslikkust ja saavutusi saab kontrollida põhjalike ja asjakohaste näitajate alusel.

¹⁷ Euroopa Komisjoni eelarve peadirektoraat, "Evaluating EU activities: a practical guide for the Commission services", juuli 2004, lk 87.

¹⁸ KOM(2000) 285 (lõplik).

¹⁹ Komisjoni ettepanek rahvatervise programmi kohta koostati enne 2002. aastat, mil võeti kasutusele kohustuslik mõju hindamine, ning selle tulemusena viidi ettepaneku osas läbi vaid piiratud kulutasuvuse analüüs. Seevastu teise terviseprogrammi kohta on läbi viidud ulatuslik mõju hindamine (vt Euroopa komisjon, SEK(2005) 0425); Kavandatava ühendatud tervise ja tarbijakaitsestrateegia ja programmi mõju hindamine).

²⁰ "How Using a Logic Model Refined Our Program to Ensure Success", M. Page, S. H. Parker ja R. Renger: *Health Promotion Practice OnlineFirst*, avaldatud 28. augustil 2007.

²¹ "Evaluating the California Wellness Foundation's Health Improvement Initiative: A Logic Model Approach", A. Cheadle, W. L. Beery, H. P. Greenwald, G. D. Nelson, D. Pearson ja S. Senter, in: *Health Promotion Practice*, aprill 2003; 4. kd, lk 35, 36, 146–156.

²² Hinnang: "A Catalyst for Program Change and Improvement", W. E. Thurston, J. Graham ja J. Hatfield: *Evaluation & the Health Professions*, juuni 2003; 26. kd, lk 35, 36, 206–221.

SEKKUMISLOOGIKA EI OLE SELGELT MÄÄRATLETUD

- 14.** Programmi kavandamisel on oluline määratleda sekkumisloogika – põhjuse ja tagajärje hüpoteetiliste seoste kogum, millega kirjeldatakse, kuidas sekkumise abil loodetakse saavutada selle üldeesmärgid. ELi kontekstis on poliitika ja programmide üldeesmärgid reeglina määratletud asutamislepingus. Sekkumisloogika moodustab kontseptuaalse seose sekkumise sisendite ja väljundite vahel, samuti sisendite ja tulemustena väljenduva sekkumise mõju vahel ühiskonnale¹⁷. Kavandatava sekkumise loogika selge määratlemine võimaldab eesmärgid tähtsuse järjekorda panna ning määratleda peamised näitajad järelevalveks ja hindamiseks.
- 15.** Kõige sobivam meetod sekkumisloogika kirjeldamiseks on loogilised mudelid, mis näitavad, kuidas eri tegevustega liituvate sisendite abil saab jõuda soovitud tulemusteni. Ei komisjoni seadusandlikus ettepanekus programmi kohta¹⁸, rahvatervise programmi õiguslikus aluses ega muudes asjakohastes dokumentides (nagu näiteks mõju hindamised¹⁹ või aasta tööplaanid) ei kirjeldatud programmi sekkumisloogikat selliste mudelite abil. Olukord pole muutunud ka seoses teise tervisevaldkonna tegevusprogrammiga.
- 16.** Loogilisi mudeleid kasutatakse mitmetes ELi poliitikavaldkondades, nagu näiteks välistegevus, ning ka mujal maailmas (USAs, Kanadas) on see rahvatervise alal levinud tava. Loogilisi mudeleid kasutati näiteks programmide kavandamisel, rakendamisel ja hindamisel Lõuna-Arizona Border *Health Careers Opportunity* programmis²⁰, California Wellness Foundationi poolt rahastatud *Health Improvement* algatuses²¹ ja *Calgary Cross-Cultural Mental Health Consultation* projektis²².

- 17.** Rahvatervise programmi vahehindamise aruandes²³ soovitasid välishindajad töötada välja süstemaatiline ja põhjendatud tõendusmaterjalil põhinev seoste kirjeldus sisendite, tegevuste, väljundite ja tulemi vahel (vt **3. selgitus**). Kontrollikoda on soovitanud kasutada sekumisloogikat programmi kavandamisel, eesmärkide seadmisel ja tulemuslikkuse mõõtmisel teistes eelarvevaldkondades²⁴.
- 18.** Kontrollikoda on arvamisel, et SMART-kriteeriumidele vastavate programmieesmärkide määratlemist (vt punktid 19–21) ja põhjalike näitajate määramist projekti rakendamise mõjusa järelevalve eesmärgil (vt punktid 70–73) on kontseptuaalse raamistiku puudumisel keerulisem saavutada.

²³ Wija J. Oortwijn *et al*, Perioodi 2003–2008 rahvatervise programmi vahehindamine. Lõpparuanne, RAND Europe tehniline aruanne, 2007, lk 6.

²⁴ Vt eriaruanne nr 9/2007, „Euroopa Liidu teadusuuringute ja tehnoloogiaarenduse raamprogrammide hindamine – kas komisjoni lähenemisviisi on võimalik parandada?“ (ELT C 26, 30.1.2008), punktid 34–36, ja eriaruanne nr 7/2008, „Arukas energeetika (2003–2006)“ (ELT C 279, 1.11.2008), punktid 18 ja 21.

3. SELGITUS

PERIOODI 2003–2008 RAHVATERVISE PROGRAMMI RAKENDAMISE VAHEHINDAMISES ESITATUD SOOVITUSED

„Praeguses vaheetapis täidab [rahvatervise programm] aasta tööplaanis paika pandud tööprogrammi. Saavutusi saab aga parandada, kui järgida järgmisi soovitusi:

- *konkreetsmate huvirühmade ootustest ja kodanike vajadustest lähtuvate prioriteetide väljatöötamine ning poliitikaeesmärkide ja kõrgete eetikastandardite järgimine;*
- *tegevuse järelevalve lähtuvalt mitte ainult iga projekti eesmärkidest, vaid ka programmi käsitleva otsuse üldistest eesmärkidest;*
- *teabe selgem edastamine huvirühmadele prioriteetide ja tegevuse kohta ning kohandatud sõnumite suunamine laiemale rahvatervise kogukonna liikmetele.*

Selleks, et paremini mõista, mida ülaltoodu saavutamiseks vaja läheb, tuleks välja töötada loogiline mudel, mille abil saab määratleda põhjuslikud seosed, mis peaksid siduma programmitegevused kavandatavate tulemustega.“

(Wija J. Oortwijn *et al*, Perioodi 2003–2008 rahvatervise programmi vahehindamine. Lõpparuanne, RAND Europe tehniline aruanne, 2007, lk 6).

PROGRAMMI EESMÄRGID EI OLE TÄPSED, MÕÕDETAVID EGA AJALISELT PIIRITLETUD

- 19.** Komisjoni tegevuspõhise juhtimise süsteemis on eesmärgid määratletud tegevuse soovitud tagajärgedena. Eesmärgid ei tohiks olla tegevuse kirjeldused, vaid peaksid pigem kirjeldama tegevuse läbi saavutatavat muutust²⁵. Vastavalt finantsmäärusele²⁶ tuleb SMART-eesmärgid seada kõikidele eelarvega hõlmatud tegevusvaldkondadele.
- 20.** Ilma selge sekkumisloogikata on programmi ühtseid eesmärke raskem püstitada. Nagu näha tervist määravaid tegureid käsitlevast tegevussuunast, on rahvatervise programmi käsitlevas otsuses võimalikud tegevused esitatud väga üldiselt. Poliitika üldeesmärk, „*edendada tervist ja ennetada haigusi, pöörates tervist määravatele teguritele tähelepanu kogu poliitikas ja tegevuses*”, ei olnud jagatud täpseteks, mõõdetavateks ja ajaliselt piiritletud eesmärkideks (vt **4. selgitus**).
- 21.** Programmi käsitlevast otsusest ei ole selge, kuidas need tegevused aitavad kaasa poliitika üldisele eesmärgile (edendada tervist ja ennetada haigusi) või kuidas saaks selle üldise eesmärgi saavutamist hinnata.

²⁵ Euroopa Komisjon, *SPP/ABM guide*, teine trükk, oktoober 2004, lk 25.

²⁶ Nõukogu 25. juuni 2002. aasta määruse (EÜ, Euratom) nr 1605/2002 (mis käsitleb Euroopa ühenduste üldeelarve suhtes kohaldatavat finantsmäärust) artikli 27 punkt 3 (EÜT L 248, 16.9.2002, lk 1).

²⁷ WHO Euroopa piirkondlik kontor, Kopenhaagen, "Public expenditure on health, purchasing power parity euro per capita, WHO estimates for 2003-2005", Health for All database (HFA-DB), (<http://www.euro.who.int/hfad>), oktoober 2008.

STRATEEGILISE KAVANDAMISE JA PRIORITEETIDE SEADMISE PUUDUMINE

- 22.** Selleks, et kuluprogrammidel oleks mõõdetav mõju, peavad need keskenduma valitud tegevustele, mis on määratletud strateegilise kavandamise kaudu ja vastavalt rangetele prioriteetidele. Prioriteetide arv peab vastama kasutatavale eelarvele, sest liiga mitme prioriteedi korral väheneb võimalus saavutada mõju individuaalsetes valdkondades.
- 23.** Igal aastal kulutavad ELi liikmesriigid tervisele keskmiselt 1400 eurot inimese kohta²⁷. Summa hõlmab küll tervise edendamise ja tervis-hoiualase selgitustöö meetmeid, kuid suurem osa sellest kulub tervishoiuteenustele ja arstiabile, mis asutamislepingu kohaselt kuulub liikmesriikide ainupädevusse.

RAHVATERVISE PROGRAMMI EESMÄRGID, TERVIST MÄÄRAVAID TEGUREID KÄSITLEV TEGEVUSSUUND

| | SMART-kriteeriumid | | | | |
|--|--------------------------------------|---|------------------------|-------------|-----------------------------------|
| | Täpsed (edasimineku kontrollimiseks) | Möödetavad (aruandlus edasimineku peab olema usutav ja tõendatav) | Saavutatavad | Asjakohased | Ajaliselt piiritletud (tähtajaga) |
| <p>Programmi eesmärgid – tervist mõjutavaid tegureid käsitlev tegevussuund</p> <p>„Et tervist määravate tegurite kaudu tervist edendada ja haigusi ennetada, võetakse kogu ühenduse poliitikas ja tegevuses ette järgmist:</p> <p>3.1. strateegiate ja meetmete, kaasa arvatud selliste üldsuse teadlikkusega seotud strateegiate ja meetmete ettevalmistamine ja rakendamine, mis on seotud eluviisist tulenevate tervist määravate teguritega nagu toitumine, füüsiline aktiivsus, tubaka, alkoholi, uimastite ja muude ainete tarvitamine ning samuti vaimse tervisega, sealhulgas nende meetmete ettevalmistamine ja rakendamine, mida tuleb võtta kogu ühenduse poliitikas ning ea- ja soospetsiifilistes strateegiates;</p> <p>3.2. sotsiaalsete ja majanduslike tervist määravate tegurite olukorra analüüsimine ja vastavate strateegiate arendamine, et selgitada välja ebavõrdsused tervise valdkonnas ning võidelda nende vastu ja hinnata sotsiaalsete ning majanduslike tegurite mõju tervisele;</p> <p>3.3. keskkonnast tulenevate tervist määravate tegurite olukorra analüüsimine ja vastavate strateegiate arendamine ning keskkonnategurite tervise mõju väljaselgitamise ja hindamise toetamine;</p> <p>3.4. olukorra analüüsimine ja geneetiliselt määravate tegurite ning geneetilise skriiningu alal teabe vahetamine;</p> <p>3.5. meetodite väljatöötamine terviseedendusstrateegiate ja -meetmete kvaliteedi ja tulemuslikkuse hindamiseks;</p> <p>3.6. eespool kirjeldatud meetmetega seonduva koolitustegevuse ergutamine.“</p> | Ei ¹ | Ei ² | Osaliselt ³ | Jah | Ei ⁴ |

¹ Eesmärgis ei täpsustata, mida tuleks muuta, ning see ei sisalda sihte, mille suhtes edasimekut saaks kontrollida.

² Eesmärk ei ole mõõdetav ega kvantifitseeritav, tulemusnäiteid ei ole määratletud.

³ Programmi käsitlevas otsuses nimetatud tegevuste alusel väljendatud eesmärk on vähemalt teatud määral saavutatav.

⁴ Ajalist ulatust ei ole määratletud.

- 24.** Rahvatervise programmi tervise edendamiseks, teavitamismeetmeteks ja terviseohtudega võitlemiseks määratud eelarve on ligikaudu 59 miljonit eurot aastas, mis teeb 13 senti iga ELi kodaniku kohta. Selles olukorras oleks ELil asjakohane suunata oma suhteliselt väike eelarve mõningatele valitud prioriteetsetele valdkondadele, millel on selge üleeuroopaline lisaväärtus, ehk siis nendele küsimustele, mida saab kõige mõjusamalt käsitleda rahvusvahelisel tasandil.
- 25.** Rahvatervise valdkonna prioriteetid on paika pandud aasta tööplaanides, mis on juhendiks projektide esitajatele. Perioodi 2003–2007 aasta tööplaanides oli ära toodud laiaulatuslik teemade nimekiri iga programmi tegevussuuna kohta, mis katab suure hulga küsimusi. Igal aastal esitati üheksa sellist teemat lisamiseks tervist määravaid tegureid käsitlevasse tegevussuunda (aasta eelarve ligikaudu 18 miljonit eurot). Lisaks rahastati veel kolme valdkonda, aga mitte kõikidel aastatel²⁸ (vt *I lisa*).
- 26.** Iga üheksa teema jaoks pandi paika üks kuni seitse iga-aastast potentsiaalset tegevusvaldkonda, mis varieerusid konkreetsetest üldisteni (vt näiteid **5. selgituses**). Need iga-aastased tegevusvaldkonnad määratleti vastavalt tegevustele, mille kohta võis esitada projektiettepanekuid, mitte eesmärkidena, mille saavutamist hinnata.
- 27.** Selle tulemusena esitati perioodi 2003–2007 tööplaanides ainuüksi seoses tervist määravaid tegureid käsitleva tegevussuunaga 154 tegevusvaldkonda. Sama perioodi kestel rahastati programmi selle tegevussuuna raames ainult 149 projekti, mis tähendab, et isegi optimaalsetes tingimustes ei saa ühe projektiga kõiki neid valdkondi hõlmata. Tegelikuses oli kaasatud veelgi vähem prioriteete, sest mitu projekti tegeles ühe ja sama tegevusvaldkonnaga. Enamgi veel, laiemaid terviseeteemasid, nagu toitumine, alkohol ja vaimne tervis, käsitleti aasta jooksul vaid ühes või kahes projektis (vt *I lisa*).
- 28.** Kuna organisatsioone ja konsortsiumeid kutsuti rahastamist taotlema tihti väga üldiste jaotiste all (vt näiteid **5. selgituses**), puudus komisjonile esitatud projektiettepanekutes väga sageli strateegiline fookus. See on probleemiks eelkõige teatud valdkondades, kus projektidelt eeldati taustauuringuid või muul moel poliitika arengule kaasaaitamist. Nendes valdkondades võimaldab pakkumismenetlus (ja teenuslepingute kasutamine) oodatavate tulemuste täpsemat määratlemist. Seda piirati aga maksimaalselt 10 protsendini rahvatervise programmi eelarvest. Ülemmäär on teise terviseprogrammi raames suurendatud 20 protsendini (vt **2. selgitus**).

²⁸ Need üheksa teemat olid alkohol, tubakas, narkootikumid, toitumine ja füüsiline aktiivsus, seksuaal- ja reproduktiivtervis ning HIV, vaimne tervis, sotsiaalmajanduslikud tervist määravad tegurid, keskkonnategurid ning haiguste ja vigastuste ennetamine. 2003. ja 2004. aastal lisati veel kaks teemat: tervishoiualane väljaõpe (mis hiljem muudeti suutlikkuse arendamiseks) ja tervise edendamine erioludes. Viimatimainitud teemaga tegelemine lõpetati 2005. aastal ja lisati tervist määravaid geneetilisi tegureid käsitlev teema.

RAHVATERVISE PROGRAMMI TERVIST MÄÄRAVAID TEGUREID KÄSITLEVA TEGEVUSSUUNA IGA-AASTASED TEGEVUSVALDKONNAD

| Teema | Aasta tööplaanides määratletud iga-aastased tegevusvaldkonnad (näited) <i>Allikas:</i> rahvatervise programmi rakendamise aasta tööplaanid, 2003–2007 |
|--|--|
| Tubakas | „Selliste strateegiatega edendamine, mis näitavad suitsetamise mitternormaalsust, sealhulgas suitsetamise levimuse vähendamise strateegiad ja meetmed.“ (2004) |
| Alkohol | „Hinnata alkohoolsete jookide reklaami ja turustamisega seotud siseriiklike õigusaktide jõustamist ning iseregulatsiooni.“ (2004) |
| Narkootikumid | „Prioriteediks on ettepanekud järgmistel teemadel: • kõiki liikmesriike hõlmavad ravi- ja rehabilitatsioonimeetmed nii seaduslike kui ebaseaduslike narkootikumide väärkasutamise või kuritarvitamise korral; • parim tava, mille abil parandada ennetamise ja kahjulike tagajärgede vähendamise teenuste kättesaadavust ning asetada esikohale HIV/AIDS ja teised vere kaudu levivad nakkused.“ (2005) |
| Toitumine ja kehaline aktiivsus | „Uuenduslike meetmete väljatöötamine kõigi rahvastikurühmade toitumisharjumuste ning kehalise aktiivsusega seotud harjumuste parandamiseks.“ (2003) |
| Vaimne tervis | „Olemasolevate parimate tavade läbivaatamisele tuginedes arendatakse strateegiaid sekkumiste rakendamiseks, mis toimuvad asjakohases ümbruses ja vaimse tervise edendamiseks ning enesetappude ja nendega seotud haiguste ennetamiseks.“ (2003) |
| Seksaal- ja reproduktiivtervis | „Tervishoiu edendamise strateegiatega kujundamine ja parimate seksuaalhariduse (murdealiste rasedus, pereplaneerimine) käsitlemisega seotud tavade määratlemine ning sugulisel teel nakkavate haiguste, nagu näiteks HIV/AIDSi ennetamine, sealhulgas koolides läbiviidavate ja konkreetsetele sihtrühmadele suunatud lähenemisviiside kaalumise, võttes arvesse tervisesesüsteemi kaudu saadud andmeid.“ (2004) |
| Vigastuste ennetamine | „Kõigile liikmesriikidele, EMP riikidele ja kandidaatriikidele antakse toetust parima tava vahetamiseks seoses laste ohutusega ning laste ohutuse edendamiseks Euroopa nõupidamise kaudu. Vigastuste vältimisele suunatud praktilise tegevuse korraldamise kaudu pööratakse erilist tähelepanu füüsilise vägivalda ja riskikommunikatsiooni käsitlemisele.“ (2006) |
| Keskonnaga seotud tegurid | „2004. aastal on prioriteediks meetmed, mis toetavad tervishoiu- ja keskkonnapoliitika ja -strateegiatega arendamist ning tervishoiu- ja keskkonnaprobleemide integreerimist muudesse ühenduse poliitikavaldkondadesse. Erilist tähelepanu pööratakse nõuannete ja asjatundlikkuse pakkumisele meetmete, sealhulgas seadusandliku töö ja muude keskkonnaga seotud tervishoiuaspektidega seotud algatuste väljatöötamiseks, seda eriti seoses õhusaaste (k.a õhusaaste siseruumides) ja elektromagnetväljadega.“ |
| Sotsiaalmajanduslikud tegurid | „Sotsiaalmajanduslike teguritega tegelemine on jätkuvalt üks programmi prioriteete. 2004. aastal toetatakse tööd: 1. tõhusate strateegiatega kindlaksmääramisel, et lahendada tervishoiualased ebavõrdsused ning konkreetsetes oludes esinevate sotsiaalmajanduslike tegurite mõju tervisele ja eriti mõjutatud rahvastikurühmadele, eelkõige sotsiaalselt tõrjutud rühmadele, vähemustele ja immigrandidele; 2. strateegiatega väljakujundamisel töötuse ning ebakindlate tööhõivetingimuste poolt tervisele avaldatava mõjuga tegelemiseks.“ |

PROGRAMMITASANDI NÄITAJAD EI SOBINUD SAAVUTUSTE SEIREKS

- 29.** Tegevuspõhise juhtimise puhul peavad komisjoni peadirektoraadid määratlema oma tegevuste selged, tähenduslikud ja loogiliselt seostatud eesmärgid ning määrama kindlaks asjakohased tulemusnäitajad saavutuste seireks. Määratleda tuleks nii mõju (sihtrühmale suunatud muutus) kui ka tulemuste (vahendid, mille kaudu see täide viiakse)²⁹ näitajad.
- 30.** Selgesõnalise sekkumisloogika ja täpsete, mõõdetavate ja ajaliselt piiratud eesmärkide puudumine rahvatervise programmi käsitlevas otsuses või aasta tööplaanides takistas selliste tulemusnäitajate väljatöötamist. Näiteks ei sisaldanud tervise- ja tarbijakaitse peadirektoraadi aasta juhtimiskavad kuni 2006. aastani ühtegi mõjunäitajat seoses tervist määravaid tegureid käsitleva tegevussuuna eesmärkidega. Mõjunäitaja „tervena elatud aastad“ (mis mõõdab teatud vanuses inimese eeldatavalt tervena elatavaid eluaastaid) oli komisjoni kaasrahastatud projekti tulem ning määratleti Lissaboni struktuurilise näitajana 2005. aastal.
- 31.** Ka seejärel väljatöötatud mõjunäitaja oli ikkagi liiga üldine, et seda oleks saanud kasutada seireks või hindamiseks ning see polnud seotud ühegi kvantifitseeritud eesmärgiga. Nagu näitest näha, kavandati mõjunäitaja pigem eesmärgiks kui saavutuse mõõtmise vahendiks (vt **6. selgitus**).

²⁹ EEuroopa Komisjoni peasekretariaat: *SPP/ABM guide*, teine trükk, oktoober 2004, lk 26.

6. SELGITUS

RAHVATERVISE PROGRAMMI TERVIST MÄÄRAVAID TEGUREID KÄSITLEVA TEGEVUSSUUNA MÕJUNÄITAJA 2006. AASTA JUHTIMISKAVAS

„Suurendada huvirühmade ja poliitiliste ametivõimude teadlikkust ning reageeringut seoses tervist mõjutavate eluviiside, eriti toitumise ja kehalise aktiivsusega, alkoholiga ja peamiste rahvatervise seisukohalt oluliste haigustega.“

- 32.** Olukord on nüüdseks paranenud, 2009. aasta esialgse eelarveprojekti tegevusaruannetes on määratletud mõjunäitajad ja kvantifitseeritud eesmärgid, mis käsitlevad avalikkuse teadlikkust teatud tervist määravatest teguritest (vt **7. selgitus**).
- 33.** Selle aruande koostamise ajal ei olnud komisjon neid näitajaid veel kasutanud, et hinnata kogu rahvatervise programmi või individuaalsete projektide mõjusust. Tegelikult selgus auditi tulemusel, et komisjon ei olnud üheski etapis võtnud kasutusele asjakohaseid järelevalvesüsteeme, mis oleksid võimaldanud mõõta tulemuslikkust (vt punktid 70–73).

7. SELGITUS

EESMÄRGI „HEA TERVISE EDENDAMINE VANANEVAS EUROOPAS” JAOKS VALITUD NÄITAJAD 2009. AASTA JUHTIMISKAVAS

- Üldsuse teadlikkuse taset ebatervislikest käitumisviisidest ja eluviisist tulenevatest terviseohtudest, eriti seoses toitumise, kehalise aktiivsuse ja alkoholiga, tuleb tõsta 66%-lt 80%-ni;
- Igal aastal vererõhku mõõtvate kodanike osakaalu suurendamine 59%-lt 80%-ni;
- Passiivse suitsetamise terviseohtudest teadliku elanikkonna osakaalu suurendamine 75%-lt to 80%-ni.

PROGRAMMI RAKENDAMINE PROJEKTIDE KAVANDAMISEST KUNI TULEMUSTE SAAVUTAMISENI

- 34.** Programmi mõjususe tagamiseks peavad selle raames teostatavad projektid saavutama positiivsed tulemused. See on tõenäolisem, kui enne projekti käivitamist on määratud kindlaks eesmärgid, sihtrühmad ja soovitud tulemused ning see, kuidas nende tulemustega saavutatakse kavandatud mõju.

³⁰ „Eeskirjad, kriteeriumid ning toimingute valiku- ja rahastamismenetlused rahvatervise programmi raames“ (ELT C 62, 15.3.2003).

Mõjus rakendamine nimetatud poliitikavaldkonnas nõuab ka komisjonilt kui programmi haldajalt, et

- a) tal on piisav ülevaade projektist tervikuna, et tagada ühtsus ja järjepidevus;
- b) projektid näitavad selgelt üleeuroopalist lisaväärtust.

PROJEKTI EESMÄRGID EI OLE KONKREETSED, KONTROLLITAVAD JA KVANTIFITSEERITAVAD

- 35.** Projektid tuleb kavandada sellisel viisil, et need oleksid tõenäoliselt mõjusad. Projekti kavandamisel programmi tasandil on tähtis püstitada SMART-eesmärgid; need peaksid loogiliselt tulenema programmi käsitlevas otsuses määratletud poliitika eesmärkidest. Rahvatervise programmi toetuse andmise kriteeriumite kohaselt tuleb projekti esitajatel määratleda „konkreetsed ja realistlikud eesmärgid ... Projektiga tuleb püstitada kontrollitavad ja kvantifitseeritavad eesmärgid“³⁰.

- 36.** Auditeeritud projektide puhul näitas kontrollikoja toetuslepingute analüüs, et projektide elluviijad esitasid oma ettepanekutes eesmärkide asemel pigem toimingud ja väljundid segamini. Tüüpilised projekti eesmärgid olid vastava valdkonna asutuste vaheline teabevahetus, suutlikkuse arendamine ja heade tavade edendamine (vt **8. selgitus**). Komisjon ei võtnud siiski parandusmeetmeid, et käsitleda nimetatud puudust enne toetuslepingu sõlmimist.

- 37.** *III lisas* on esitatud kontrollikoja üksikasjalik analüüs selle kohta, kas toetuslepingutes sisalduvaid projektieesmärke saab pidada SMART-põhimõttele vastavaks. Nimetatud analüüsis järeldatakse, et mitte ühegi valimis sisalduva projekti eesmärgid ei vastanud täielikult SMARTile. Eesmärgid ei olnud mõõdetavad ja ajaliselt piiritletud ning ei olnud selge, millisel määral need olid saavutatavad. Eesmärgid ei olnud püstitatud nii, et võiks teostada järelevalvet nende saavutamiseks tehtud edusammude üle hilisemas etapis. Kui projektides oli määratletud konkreetne sihtrühm, olid püstitatud eesmärgid siiski üldiselt sihtrühma suhtes asjakohased (vt punkt 40).

8. SELGITUS

RAHVATERVISE PROGRAMM (TERVIST MÄÄRAVAID TEGUREID KÄSITLEV TEGEVUSSUUND) – NÄITED PROJEKTI EESMÄRKIDEST TOETUSLEPINGUTES

Euroopa AIDSi ja mobiilsuse keskus (A&M):

- „Edendada Euroopa Liidu liikmesriikide ja kandidaatriikide vahelist koostööd ja võrgustike loomist (noori) sisserändajaid puudutavate probleemide puhul”
- „Hinnata ja dokumenteerida parimat tava seoses ennetamise, ravi ja toetusega Euroopas HIV/AIDSi ja sisserändajate ning mobiilsete ja noorte inimeste puhul”

Lapsed, rasvumine ja sellega seonduvad välditavad kroonilised haigused (CHOB):

- „Mööta ja analüüsida toidu turustamise mõju lastele ja noortele”
- „Määrata kindlaks ja võtta arvesse poliitikavalikud, mille eesmärk on käsitleda laste rasvumist”

Liikmesriikide seaduste jõustamine ja iseregulatsioon alkoholi reklaamimisel ja turustamisel (ELSA):

- „Luua 28 Euroopa riigist pärit partnerite eksperdivõrgustik, koolitada partnereid hindama liikmesriigi seadusi ja iseregulatsiooni ning korraldada kolm võrgustiku koosolekut”
- „Koostada aruanne liikmesriikide olemasolevate seaduste, struktuuride ja regulatsiooni ning iseregulatsiooni mehhanismide kohta alkoholsete jookide reklaamimisel ja turustamisel”

- 38.** See ei tähenda siiski, et antud valdkonnas ei ole võimalik määrata SMARTi eesmärgi. Valimi auditeerimisel leiti näide projektist täpsete eesmärkidega, mida oleks võinud pärast väiksemaid muudatusi saavutada täies kooskõlas SMART-kriteeriumitega (vt **9. selgitus**).

³¹ „Eeskirjad, kriteeriumid ning toimingute valiku- ja rahastamismenetlused rahvatervishoiu programmi raames“ (ELT C 62, 15.3.2003).

KAVANDATAVATE PROJEKTITULEMUSTE MÄÄRATLEMINE, SIHTRÜHMADE KINDLAKSMÄÄRAMINE JA JÄTKUSUUTLIKKUSE PLANEERIMINE ON PIGEM ERAND KUI REEGEL

- 39.** Rahvatervise programmi raames toetuse andmise puhul peavad projekti esitajad seadma eesmärgiks „... saada püsivad tulemused, mis soodustavad programmi eesmärkide saavutamist“³¹. Seega oleks tulnud projektides määrata kindlaks soovitud sihtrühm ja määratleda, milliseid tulemusi kavatakse projektidega saavutada ning kuidas need tulemused võiksid olla jätkusuutlikud ka pärast projekti lõppemist.

9. SELGITUS

RAHVATERVISE PROGRAMM (TERVIST MÄÄRAVAID TEGUREID KÄSITLEV TEGEVUSSUUND) – “PEER DRIVE CLEAN! PROJECT” – NÄIDE PEAAGU SAAVUTATUD SMART-EESMÄRKIDEST

„Üldine eesmärk on teha selgeks 18–24 aasta vanustele noortele alkoholist ja narkootikumide tarbimisest tulenevad ohud ja muuta sihtrühma võimalikku narkootikumide tarbimisega seonduvat suurt ohtu varajases staadiumis. (...) Vastastikuse eksperdikoolituse läbiviijad peaksid näost näkku kohtumiste käigus veenma sihtrühma loobuma narkootikumide tarbimisest sõiduki juhtimisel.“

Kas eesmärkide sõnastus vastab SMART-kriteeriumitele:

- **Täpsed:** jah (sihtrühm ja kavandatav muutus)
- **Möödetavad:** ei („teha selgeks“, „veenma“)
- **Saavutatavad:** jah
- **Asjakohased:** jah (noortel autojuhtidel on suurem juobeseisundis autojuhtimisest põhjustatud õnnetuste oht)
- **Ajaliselt piiritletud:** ei ole

Nimetatud projektieesmärgid vastavad kõigile SMART-kriteeriumitele, välja arvatud möödetavad ja ajaliselt piiritletud aspektid. Need kaks möödet oleksid olemas, kui eesmärgiks oleks püstitatud teadlikkus (nt „projekti lõpuks peaks X% õpilasi, kes sooritavad sõidukijuhtimise eksami vastavas koolis, olema võimelised nimetama X alkoholi ja narkootikumide tarbimisega seonduvat ohtu“ või isegi paremal juhul muutused käitumises (nt „ühtegi osalejat ei tabata sõiduki juhtimisel juobeseisundis esimesel aastal pärast juhiloa saamist“).

ENAMIKUL JUHTUDEL EI OLE SIHTRÜHM KINDLAKS MÄÄRATUD

- 40.** Tervise edendamise projektide valimis oli sihtrühm määratud kindlaks ainult 16 toetuslepingus. Ainult üheksas neist täpsustati, milliseid muutusi kavatseti sihtrühma suhtes projektiga saavutada. Rahvaterwise programmi projektides ei käsitleta tavaliselt otseselt Euroopa kodanikke kui tervise edendamise meetmete peamist sihtrühma (nt HIV-positiivsed, ülekaalulised noored, narkootikumide tarbijad, alkoholisõltuvuse ohuga inimesed), vaid seda tehakse tervishoiu spetsialistidest ja poliitikutest koosnevate vaerühmade kaudu. Kontrollikoja auditeeritud 36st projektist üheksas siiski püstitati eesmärk, millega avaldada otsest mõju elanikkonna tervisele. Need moodustasid üle poole projektidest (56%), milles oli sihtrühm kindlaks määratud.

KAVANDATUD TULEMUSED EI OLE SEOTUD SOOVITUD MÕJUGA

- 41.** Iga projekti kavandatud tulemused esitati toetuslepingutes eraldi pealkirja all. Kontrollikoda leidis siiski projektide valimi auditeerimisel, et tegelikult tähendas see loetelu projekti väljunditest, tulemustest ja tegevustest (nt „korraldatakse koosolek“, „koostatakse väljaõppe käsiraamat“) ilma selgitamata, kuidas nimetatud meetmete abil saavutatakse otseste adressaatidega seonduv muutus. Kavandatavate tulemuste ebapiisav määratlemine ja näitajate puudumine tähendab, et saavutusi ei saa tõendada ega väärata.
- 42.** Samuti leidis kontrollikoda, et projektide esitamisel ei selgitatud loogilisi seoseid projektide ja nende võimaliku sotsiaalse kasuteguri vahel. Ka komisjon ega projektikoordinaatorid ei kinnitanud selliseid seoseid valiku käigus ega enne toetuslepingutele allakirjutamist. Selle aluseks näib olevat kaalutlus, et positiivseid tulemusi saavutatakse siis, kui tervise edendamise teema võetakse poliitikas päevakorda, luuakse võrgustikud ja vahetatakse teavet. Mitte üheski etapis aga ei selgitatud, kuidas projekti tegevustel võib olla lõppkasutajatele avalduv mõju, mis tegelikult suurendaks inimeste suutlikkust valida tervislik eluviis. Ka see näitab, kui oluline on sekkumisloogika olemasolu.

TULEMUSTE JÄTKUSUUTLIKKUSE PLANEERIMIST ESINES VÄGA VÄHESTEL JUHTUDEL

- 43.** Tervise edendamise projektide hindamisel võib tsükli erinevad etapid liigitada järgnevalt: õppe- ja uurimisprojektid, arendusprojektid, rakendusprojektid ja laiaulatuslikku levitamist ettevalmistavad nn *going-to-scale* projektid. Seda tuntakse kui teadus-, arendus- ja rakendustegevuse tsükli (vt **10. selgitus**).

- 44.** Piiratud kestuse (enamikul juhtudel kaks kuni kolm aastat) ja vahenditega rahvatervise programmi projektid ei ole kavandatud nii, et hõlmata kogu tervise edendamise seonduvate toimingute tsükli, alates tõendusmaterjali kogumisest kuni avaliku sekkumise arendamise ja rakendamiseni ning tervisele kestva mõju loomiseni. Projektidega saab käsitleda seda protsessi ainult osaliselt. Sellest hoolimata tuleks koostada suunav kava selle kohta, kuidas kasutada projekti tulemusi tsükli järgmises etapis.
- 45.** Kõigil auditeeritud projektidel puudus kava projekti tulemuste kasutamiseks teadus-, arendus- ja rakendustegevuse tsükli järgmises etapis või tulemuste edasise jätkusuutlikkuse tagamiseks. Intervjueeritud projektikoordinaatorite arvates tähendas jätkusuutlikkus pigem projekti tegevuste jätkuvust kui tulemuste tõhusat kasutuselevõtmist pärast projekti lõppu. Ühelgi auditeeritud juhul ei ajakohastatud pärast projekti lõpetamist projekti jooksul loodud väljundeid, nagu veebilehed või andmebaasid.
- 46.** Kontrollikoda leidis, vähesed erandid välja arvatud, et projektidel puudus isegi jätkusuutlikkuse ja saavutatud tulemuste kasutuselevõtmise kava pärast projekti rahastamise lõppu. Projektides keskenduti komisjoni jätkutoetuse saamisele, et projekti tegevused võiksid jätkuda. Kõige tavalisem oli seisukoht, et projekti tulemused võiksid olla jätkusuutlikud ainult siis, kui partnerid kindlustavad ühendusepoolse rahastamise.

10. SELGITUS

TEADUS-, ARENDUS- JA RAKENDUSTEGEVUSE TSÜKKE

Teadus-, arendus- ja rakendustegevuse tsükkel on üldmõiste, millega kirjeldatakse etappide järjestust rahvatervise programmi arendamisel, alates teabe- ja tõendusmaterjali kogumisest kuni strateegia või töökava loomiseni, esmase katsetamiseni ja lõpuks täieulatusliku rakendamiseni.

Ainult ühte nimetatud etappi hõlmavat projekti võib pidada jätkusuutlikuks, kui selle saavutatud tulemused võetakse arvesse ja kasutatakse ka tsükli järgmise meetme võtmisel. Näiteks peaksid uurimisprojektid tagama tulemuste kasutamise ka arendusetapis ja sekkumisprojektid peaksid kasutama tõendusmaterjale, mida on eelnevalt kogutud uurimisprojektide ja esmase rakenduskava käigus.

Käesolevas auditis kasutati järgmiseid projektiliike:

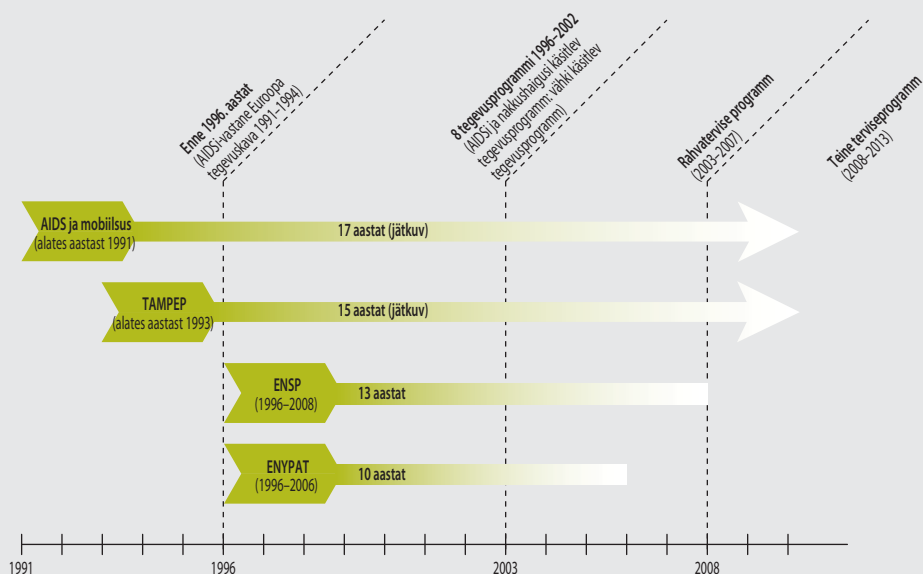
- Õppe- ja uurimisprojektid (nt andmete kogumine);
- Arendusprojektid (nt tegevuspõhimõtete, suuniste või programmi arendamine);
- Rakendusprojektid (nt esmane katsetamine, väljaõpe ja suutlikkuse arendamine);
- *Going-to-scale* projektid (nt levitamine, rakendamine laiemas ulatuses).

JÄTKUV VÕRGUSTIKE RAHASTAMINE ROHKEM KUI 10 AASTA JOOKSUL

- 47.** Erinevate liikmesriikide tervishoiuspetsialistide ja organisatsioonide võrgustikega luuakse tegevusprogrammid kogemuste kogumiseks ja heade tavade vahetamiseks; seega on need teatavate tulemuste saavutamise vahendid, kuid mitte tulemused ise. Oma iseloomu tõttu ei saa neid liigitada mitte ühegi teadus-, arendus- ja rakendustegevuse tsükli etapi alla. Auditeeritud projektide valim sisaldas 13 võrgustikku. Intervjuerimisel väitsid koordinaatorid, et võrgustiku loomine oli nende projekti peamine eesmärk ja tulemus.
- 48.** Võrgustikud sõltusid eelkõige jätkuvast ühenduse rahastamisest. Mõnda võrgustikku oli rahvatervise programmi ja sellele eelnevate programmide raames rahastatud rohkem kui kümme aastat (vt **joonis 2**). Kui komisjon ei andnud jätkutoetust, lakkasid võrgustiku toimingud ja võrgustik ise lõpetas tegevuse.

JOONIS 2

RAHVATERVISE PROGRAMM (TERVIST MÄÄRAVAID TEGUREID KÄSITLEV TEGEVUSSUUND) – NÄIDE KÄIMASOLEVATEST VÕRGUSTIKEGA SEONDUVATEST PROJEKTIDEST



- 49.** Samuti tuleks märkida, et mitte ükski rahvatervise programmi rahastamisvahend ei olnud kohane võrgustike tegevuskulude jätkuvaks rahastamiseks. Rahvatervise programmi konkursikutsed pakkusid toetusi meetmeteks (Finantsmääruse artikli 108 punkti 1 alapunkt a), aga mitte tegevustoetusi. Selle tagajärjel tuli võrgustikke nimetada ühte või teist liiki projektiks ja toetuslepingutega tuli hõlmata projekti tegevused, mille kaudu sai katta tegevuskulud. Samuti tuli võrgustike puhul vastata konkursikutsetele ja läbida sama valikumenetlus kui teiste projektide puhul. Selline olukord tekitas soovimatu halduskoormuse nii osalejatele kui ka komisjonile. Teise terviseprogrammi raames saab nüüd võrgustikke rahastada sihtotstarbelise tegevustoeuste mehhanismi kaudu (vt **2. selgitus**).

JÄRELEVALVE PROJEKTIDE TÄIENDAVUSE JA PROJEKTI TERVIKU JÄRJEPIDEVUSE ÜLE EI OLE OLNUD PIISAV

- 50.** Tõhus programmi rakendamine nõuab, et programmi haldajal (st komisjon või rakendusasutus) oleks projektide tervikust täpne ja ajakohane ülevaade. See võimaldab vältida jõupingutuste kattumist ja dubleerimist, luua võetud meetmete vahelist koostoimet ning kavandada, rakendada ja püsivalt jälgida programmi ühtsel ja järjepideval viisil.

PUUDUB JÄRELEVALVE PROJEKTIDE KUI TERVIKU ÜLE

- 51.** Auditi ajal ei suutnud tervise- ja tarbijakaitse peadirektoraat ega Rahvatervise Programmi Täitevamet esitada järelevalvevahendit, mis oleks andnud ülevaate teostatud projektide prioriteetidest, hõlmatud tegevustest ja saavutatud tulemustest (vt punktid 70–73). See takistas programmi järjepidevuse rakendamise tagamist. Sellise koondteabe puudumisel võttis komisjon vastu otsuseid oma iga-aastase tööprogrammi prioriteetide üle, ilma et oleks teadnud, millised projektid olid igas poliitikavaldkonnas juba olemas või millised tegevused hõlmatud.

KILLUSTATUS, PROJEKTIDE KATTUMINE JA SARNASTE TOIMINGUTE PARALLEELNE TEOSTAMINE

- 52.** Selleks, et teha vastava ülevaate puudumisel järeldus täiendavuse kohta, analüüsis kontrollikoda kõiki projekte, milles käsitleti ühte kuuest eluviisiga seonduvast tervist määravast tegurist (alkohol, tubakas, narkootikumid, toitumine ja kehaline aktiivsus, seksuaal- ja reproduktiivtervis ning vaimne tervis) (vt **II lisa**). Üksikasjalikku analüüsi täiendasid kvantitatiivne analüüs, huvirühmade intervjuud ja nõupidamised ekspertidega.

53. Analüüs näitas, et projektid ei olnud üksteist täiendavad ja projektide tervik ei olnud järjepidev järgmistel põhjustel:

- a) *killustatus*: narkootikumide poliitikavaldkonnas oli rahvatervise programmi raames rahastatavaid projekte arvuliselt vähe ja neis käsitleti narkootikumide küsimust väga erinevatest aspektidest, alates dopingu tarvitamisest harrastusspordis kuni võltsitud retseptideni seadusega lubatud narkootikumide kuritarvitamise näitajana, kuni narkootikumide tarbimise ennetamiseni vanglates. Sarnane olukord leiti ka toitumist ja kehalist aktiivsust käsitlevas poliitikavaldkonnas, mille alla kuulus vähe rahvatervise programmi projekte ning nende eesmärgid ja meetmed olid äärmiselt erinevad;
- b) *tegevuse kattumine ja topelttöö*: alkoholi poliitikavaldkonnas isoleerustab rahvatervise programmi projekte kaasatud partnerite ja esitatud teabe suur kattuvus mitte ainult valimi projektide puhul, vaid ka eelneva tervise edendamist käsitleva ühenduse tegevusprogrammi rahastatud projekti ja aruande puhul, mis esitati pärast eelmist konkursikutset. Vaimse tervise poliitikavaldkonnas rahastati üksteisele järgnevate konkursikutsete raames kahte sarnase tegevusega projekti;
- c) *sarnaste meetmete paralleelne rakendamine*: tubaka poliitikavaldkonnas sai rahvatervise programmi raames kõige rohkem toetust kaks suurt suitsetamisvastase võitlusega seotud võrgustikku, millest üks oli suunatud elanikkonnale tervikuna ja teine ainult noortele. Seksuaal- ja reproduktiivtervise poliitikavaldkonnas rahastati rahvatervise programmi raames paljusid võrgustikke, mille eesmärk oli tugevdada osalevate valitsusväliste organisatsioonide suutlikkust. Oma niši leidmisel keskendusid need võrgustikud otsestele ja kaudsetele adressaatidele: VVOd Kesk-Euroopa riikides või VVOd, kes tegelevad sisserändajate, seksuaalteenuseid pakkuvate sisserändajate, kohalike seksuaalteenuste pakkujate, süstivate narkomaanide või HIVisse/AIDSi nakatunutega.

54. Kõigis nimetatud valdkondades on juba olemas teised mehhanismid, mis võiksid rahvatervise programmi asendada: tegevusprogrammid, töörühmad, agentuurid (Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskus, Haiguste Ennetamise ja Tõrje Euroopa Keskus), WHO ja muud ELi programmid, nagu teadusuuringute ja tehnoloogia arendamise raamprogrammid või uimastiennetuse ja teavitustegevuse programm (vt punkt 64 ja **12. selgitus**).

PIIRATUD ÜLEEÜROOPALINE LISAVÄÄRTUS

- 55.** Vastavalt Euroopa Ühenduse asutamislepingus sätestatud subsidiaarsuse ja proportsionaalsuse põhimõtetele võtab ühendus meetmed valdkondades, mis ei kuulu ühenduse ainupädevusse, nagu rahvatervishoid, ainult niisuguses ulatuses ja siis, kui neid võib ulatuse või toime tõttu paremini saavutada ühenduse tasandil³².

³² Vt Euroopa Ühenduse asutamislepingu artiklid 2 ja 5 ning protokoll (nr 30) subsidiaarsuse ja proportsionaalsuse põhimõtte kohaldamise kohta, punkt 5..

ÜLEEÜROOPALINE LISAVÄÄRTUS PROGRAMMI TEGEVUSSUUNDADE KAUPA: TERVIST MÄÄRAVAID TEGUREID KÄSITLEV TEGEVUSSUUND LOOB KÕIGE TÕENÄOLISEMALT ÜLEEÜROOPALIST LISAVÄÄRTUST

- 56.** Subsidiaarsuse põhimõtte üks peamisi tagajärgi on see, et ELi tervishoiupoliitika peaks hõlmama ainult sellist väljundit andvaid meetmeid, mida liikmesriigid üksi ei suuda saavutada või mis annavad mastaabisäästu. Terviseriske hõlmav tegevussuund käsitleb nakkushaiguste seiret ja terviseteadet käsitlev tegevussuund võrdlusandmete kogumist ja ühiste näitajate väljatöötamist. Seega keskendutakse nimetatud kahes tegevussuunas teemadele, mida liikmesriigid üksi ei suuda hallata. Kontrollikoja arvates võiksid nimetatud osa samaväärselt etendada ka teised liikmesriikide vahelised koostöömehhanismid (vt punktid 64-65).
- 57.** Seevastu ei ole tervist määravate tegurite käsitlemine tervise edendamisel ja haiguste vältimisel oma olemuselt piiriülene ülesanne. Otsene tervise edendamine – terviseõpetus ja eluviiside mõjutamine – on eelkõige konkreetsest kultuurist lähtuv meede, mille puhul on vaja võtta arvesse liikmesriigi tervishoiusüsteemi eripära ning kohalikke tunnusjooni ja vajadusi. Seega on rahvatervise programmi kolmest tegevussuunast tervist määravaid tegureid käsitlev tegevussuund üle-euroopalise lisaväärtuse loomisel kõige väiksema potentsiaaliga.

ÜLEEÜROOPALINE LISAVÄÄRTUS PROJEKTILIIKIDE KAUPA: KÕIGE TÕENÄOLISEMALT LOOVAD ÜLEEÜROOPALIST LISAVÄÄRTUST VÕRGUSTIKUD

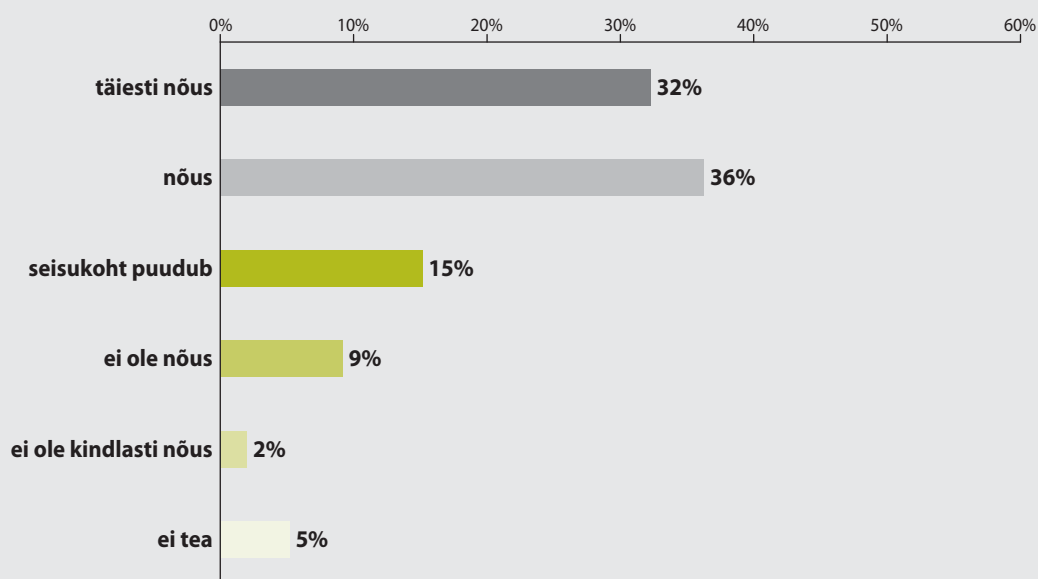
- 58.** Kontrollikoda hindas üle-euroopalise lisaväärtuse loomist tervise edendamise projektide tasandil tervist mõjutavaid tegureid käsitleva tegevussuuna raames, võttes arvesse erinevaid argumente, miks üht või teist meedet sai võtta või oleks pidanud võtma ainult Euroopa tasandil. Analüüsidis võeti arvesse nelja projektikategooriat, mis on määratletud teadus-, arendus- ja rakendustegevuse tsükli raamistikus, samas kui võrgustikke arvestati eraldi (vt **10. selgitus**).

- 59.** Kõigi projektide puhul nõutakse partnerite kaasamist mitmest Euroopa riigist. Oma piiriülese iseloomu tõttu loovad üleeuroopalist lisaväärtust kõige tõenäolisemalt võrgustikud kogemuste jagamise, konsensusse poole pürgimise ja riikidevaheliste heade tavade vahetamise kaudu.
- 60.** Üleeuroopaline lisaväärtus on vähem tõenäoline teiste projektiliikide puhul.
- Õppe- ja uurimisprojektid:* üleeuroopaline lisaväärtus seisneb põhiliselt asjaolus, et erinevatest riikidest koguti andmed, mille põhjal tehti võrdlev analüüs. Nimetatud projektides püüti välja töötada ühine terminoloogia, määrata ühised standardid ning tagada andmete ja meetodite võrreldavus liikmesriikide vahel. Terviseteadvete käsitleva tegevussuuna ning ka selliste ELi programmide, nagu teadusuuringute ja tehnoloogia arendamise raamprogrammid³³ või uimastiennetuse ja teavitustegevuse programm, tegevuste puhul esines siiski kattuvust. (vt punkt 54 ja *II lisa*).
 - Arendusprojektid:* üleeuroopaline lisaväärtus seisnes nende seoses ELi poliitika arenguga. Nende projektidega püüti edasi arendada vastavaid eelisvaldkondi Euroopa tasandil ja aidata kaasa poliitika kujundamisele üle Euroopa.
 - Rakendus- ja going-to-scale projektid:* nende projektide üleeuroopaline lisaväärtus oli vähem nähtav, kuna oma iseloomu tõttu tuleb võtta nendega seonduvad meetmed (nagu esmakatsetamine ja väljaõpe ning suutlikkuse suurendamine, levitamine ja rakendamine laiemas ulatuses) teatavas piirkonnas või riigis, aga mitte Euroopa tasandil. Nimetatud kategooriaga projektide puhul võiks väita, et meetmeid peaks rahastama piirkond või riik, kus neid võetakse. Mõne projekti puhul oli see tõesti nii: ühenduse rahalisi vahendeid kasutati ainult „Euroopa tasandil tegevuse” (nt koostumised liikmesriikide koordinaatorite vahel) ja mitte tege- like sekkumiste või igapäevaste liikmesriigis läbiviidud tegevuste puhul. Teistel juhtudel rahastati rahvatervise programmi raames siiski liikmesriikides või piirkondades läbiviidud tegevusi.
- 61.** Kontrollikoda on arvamusel, et tervist määravaid tegureid käsitleva tegevussuuna kõigi projektidega on võimalik mõningal määral luua üleeuroopalist lisaväärtust, viies kokku partnerid erinevatest ELi liikmesriikidest. Kontrollikoja kasutatud kriteeriumite kohaselt olid valimis kõige tõenäolisemad üleeuroopalist lisaväärtust andjad võrgustikud.

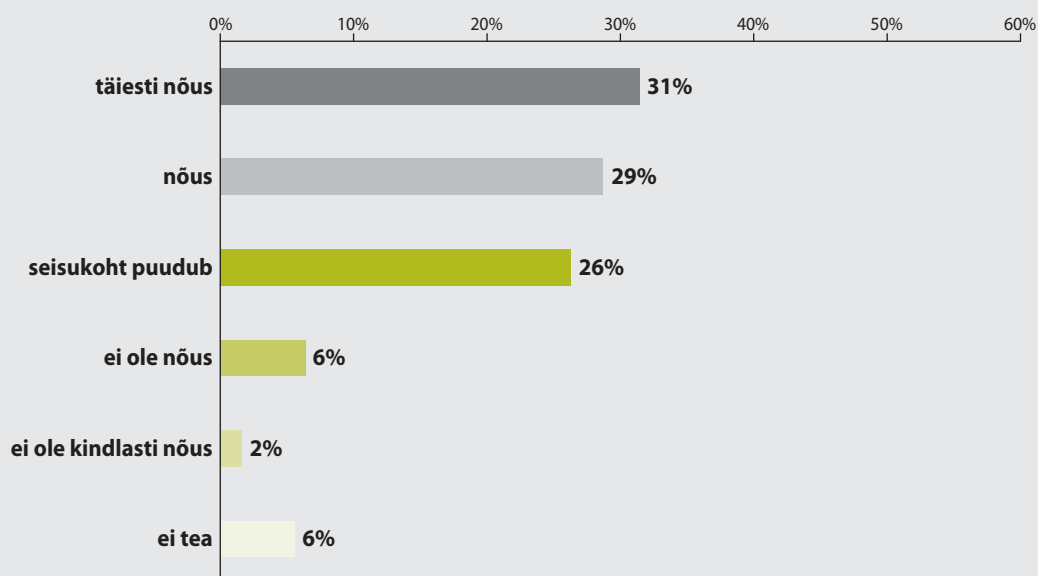
³³ Ajavahemikul 2003–2006 on teema „Bioteadused, genoomika ja tervishoiu biotehnoloogia” Euroopa Liidu kuuenda raamprogrammi üks seitsmest peamisest esmatähtsast teaduslikust uurimisteemast, mille eesmärk on uute teadmiste loomine ja nende rakendamine inimese tervise parandamiseks. Sel eesmärgil toetati nii fundamentaalseid kui ka rakendusuuringuid teostavaid teadusasutusi soovitusliku eelarvejaotuse põhjal 2514 miljoni euro ulatuses. Sellised rahastamisvõimalused olid olemas tervishoiu ja haiguste genoomilise lähenemisviisi, biotehnoloogia, vähi, HIVi/AIDSi, malaaria ja tuberkuloosi puhul. Sarnaseid rahastamisvõimalusi pakkus ka viies ja käimasolev seitsmes raamprogramm.

PROJEKTIPARTNERITE KÜSITLUS

„Projekti eesmärgid olid saavutatud ainult Euroopa rahvatervise programmis osalemise kaudu.”



„Osalemine Euroopa rahvatervise programmis on tõhusam kui liikmesriigi tervishoiualases projektis.”



HUVIRÜHMAD SUHTUVAD PROGRAMMIS OSALEMISSE POSITIIVSELT

- 62.** Üldiselt kinnitasid osalejad oma projektide üleeuroopalist mõõdet. Suurem osa (68%) kontrollikoja küsitlusele vastanud projektpartneritest nõustus või täiesti nõustus sellega, et nende projekti eesmärged võis saavutada ainult rahvatervise programmis osalemise kaudu. 60% osalejatest pidas osalemist rahvatervise programmis tõhusamaks kui liikmesriigi projektides (vt **11. selgitus**).

³⁴ Wija J. Oortwijn *et al*, perioodi 2003–2008 Rahvatervise programmi vahehindamine. Lõpparuanne. RAND Europe tehniline aruanne, 2007, lk 63.

- 63.** Liikmesriikide huvirühmad leidsid, et ka programm tervikuna oli üleeuroopalise lisaväärtuse allikaks, kuna see võimaldas koondada teadmisi ja jagada häid tavasid. Auditi raames küsitletud liikmesriikide ametiasutuste esindajad (programmikomitee liikmed ja liikmesriikide teabekeskused) nõustusid, et rahvatervise programm vastas liikmesriikide koostöövajadusele, kuna selle kaudu sai vahetada teavet, kogemusi ja suuniseid kõiki osapooli puudutavate rahvatervise probleemide kohta. Rahvatervise programmi vahehindamises järeldati, et Euroopa tasandil rahvatervise sekkumise põhimõte on leidnud üldise tunnustuse ja toetuse³⁴.

12. SELGITUS

NÄITEID OLEMASOLEVATEST KOOSKÕLASTAMISMEHHANISMIDEST (vt üksikasju II lisas)

- Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskus
- Euroopa Alkoholi ja Tervis Foorum
- ELi dieeti, kehalist aktiivsust ja tervist käsitlev tegevusprogramm
- Haiguste Ennetamise ja Tõrje Euroopa Keskus
- HIVi/AIDSi eksperdirühm
- Kodanikuühiskonna HIVi/AIDSi foorum

64. Liikmesriikidevaheline teabevahetus ja koostöö rahvatervise alal ei piirdu üksnes rahvatervise programmiga. On olemas teisi mehhanisme, millega saab luua üleeuroopalist lisaväärtust. Enamikus rahvatervise valdkondades on rida foorumeid, tegevusprogramme ja töörühmi, kus käsitletakse mitte ainult tervist mõjutavaid tegureid, vaid ka tervisega seotud teavet ja ohtusid. Nendega hõlbustatakse huvirühmade (eelkõige valitsusasutused, kuid ka kodanikuühiskond, tööstus) vahelist nõupidamist ja võimaldatakse kohtumisi, et arendada välja ühine lähenemisviis ja seda kooskõlastada (vt punktid 54 ja 60a). Alternatiivsete mehhanismide olemasolu tõttu tekib küsimus, kas selliseid toiminguid peaks jätkama rahvatervise programmi raames.

³⁵ Euroopa Komisjoni valge raamat „Üheskoos tervise nimel: ELi strateegiline lähenemine aastateks 2008–2013“, KOM(2007) 630 (lõplik), lk 10.

65. 2007. aasta oktoobris avaldatud praeguses ELi tervishoiustrateegias tegi komisjon ettepaneku luua struktureeritud koostöömehhanism, millega määrata kindlaks vajalikud liikmesriikidevahelised kooskõlastustoimingud ja neid edendada³⁵. 2008. aasta detsembris loodi kõrgemate ametnike tasemel sihtotstarbeline nõukogu rahvatervise tegelev töörühm, et aidata komisjonil määrata kindlaks prioriteetid, määratleda näitajad, koostada suuniseid ja soovitusi ning mõõta edusamme.

PROJEKTIJUHTIMINE

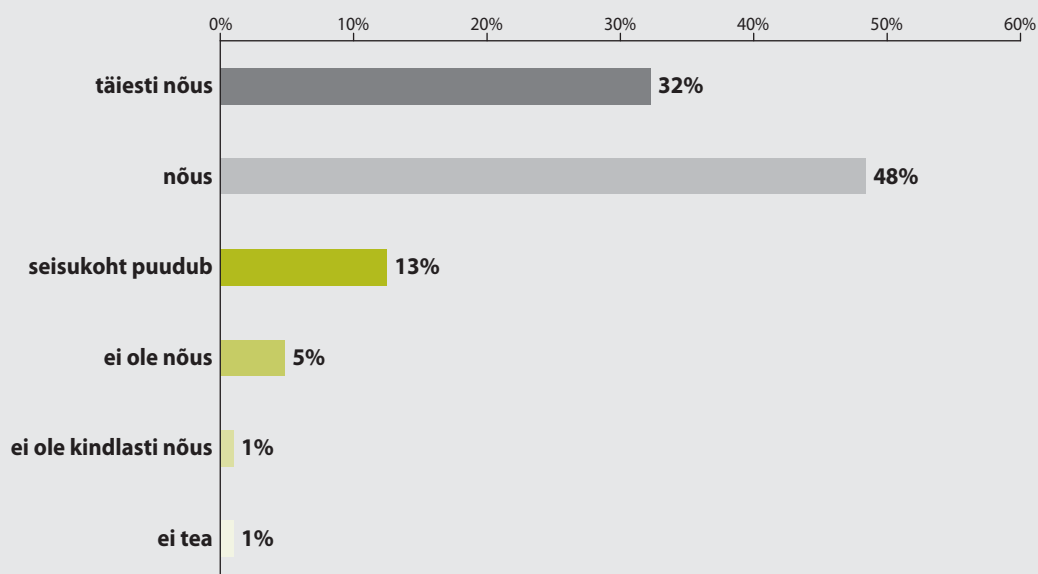
- 66.** Projekti kavandamine on oluline, kuid ka projekti juhtimist tuleb teostada sellisel viisil, mis suurendab selle tõhusust. Lõppkokkuvõttes saab projekt kaasa aidata üldeesmärgi saavutamisele, kui kavandatud tulemused saavutatakse ja sihtrühm neid ka kasutab. See on tõenäolisem, kui:
- partnerlus toimib hästi;
 - projektide rakendamise üle tehakse piisavat järelevalvet, mis võimaldab komisjonil saada teavet projekti tegevuste, väljundite, võimaliku kattumise ja projektidevahelise koostoime võimaluste kohta ning anda tagasisidet projekti koordinaatoritele;
 - saavutatakse loodetud väljundid, mida ka asjakohaselt levitatakse;
 - lõpuks projekte hinnatakse, mis võimaldab komisjonil ja teistel projekti elluviijatel õppida saadud kogemustest.

PARTNERLUS TOIMIS HÄSTI

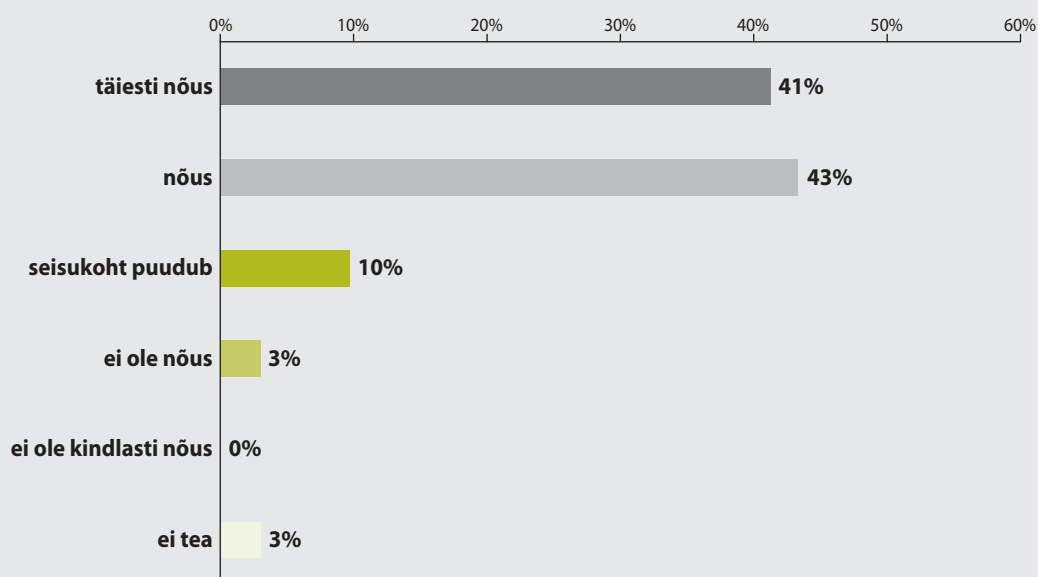
- 67.** Partnerluse toimimine on tähtis tegur mis tahes erinevate osapoolte rakendatud projekti mõjususe seisukohalt. Kõiki valimi projekte rakendas rida organisatsioone erinevates liikmesriikides ja mõnikord ka kandidaatriikides. Tavaliselt koosnes partnerlus ühest põhikoordinaatorist ja keskmiselt 12 ühinenud partnerist erinevatest liikmesriikidest.
- 68.** Enamikul juhtudel olid ülesanded koordinaatori ja partnerite vahel selgelt ära jaotatud. 36 auditeeritud juhtumist üheksa puhul siiski leiti, et partnerlus ei olnud tasakaalus, kuna projekti koordinaator ja/või üks partneritest teostas enamiku projekti ülesannetest ja teiste partnerite osalus oli piiratud.
- 69.** Enamik projekti koordinaatoritest ja partneritest andis partneritevahelisele koostööle väga positiivse hinnangu (vt **13. selgitus**). Paljud küsitlusele vastajad rõhutasid partnerlust kui ühte tähtsaimat projekti aspekti, kuna see võimaldab luua sidemeid, vahetada ideid ning jagada kogemusi ja häid tavasid.

PROJEKTI PARTNERITE KÜSITLUS

„Olen projekti partneritevahelise koostööga rahul.“



„Projekti koordinaator kaasab töösse kõik partnerid.“



PROJEKTI KOMISJONIPPOOLNE JÄRELEVALVE OLI PIGEM JUHTUMIPÕHINE KUI SÜSTEMAATILINE

- 70.** Ei tervise- ja tarbijakaitse peadirektoraat ega ka Rahvatervise Programmi Täitevamet ei ole koostanud suuniseid projektide järelevalveks ega järelevalveprotsessi dokumenteerimiseks³⁶ (vt punkt 51). Seega sõltus kõik tehtu projekti eest vastutavast ametnikust. Üldiselt kasutati järelevalve eesmärgil koordinaatori koostatud vahe- ja lõpparuandeid, et kontrollida lepingu nõuete täitmist, andes rahaliste vahendite kasutajale loa teostada väljamakse. Tavaliselt ei andnud komisjon projektkoordinaatorile projekti sisu ja saavutuste kohta tagasisidet.
- 71.** Paljud projektkoordinaatorid ei olnud rahul projekti komisjonipoolse järelevalvega, eelkõige poliitika arendamisele kaasa aitavate projektide puhul. 32 küsitletud koordinaatorist 17 teatasid, et nad ei ole projekti käigus kunagi arutanud komisjoni esindajatega projekti tehnilisi aspekte. Enamik koordinaatoritest oli komisjonipoolset projekti eest vastutavat ametnikku kutsunud projekti koosolekutest osa võtma, kuid sellised kutsed võeti harva vastu.
- 72.** Tervise- ja tarbijakaitse peadirektoraadi ametnikud kinnitasid, et projekti järelevalve oli väga väike osa nende tegevusest ja tavaliselt ei olnud neil aega jälgida projekti põhjalikumalt. Lisaks määrati mõnel juhul kaadri voolavuse tõttu projektile selle kestuse jooksul kolm või neli erinevat vastutavat ametnikku ja mõned projektid jäid mitmeks kuuks vastutava ametnikuta.
- 73.** Komisjoni järelevalve käimasolevate projektide tehniliste aspektide üle oli pigem juhtumipõhine kui süstemaatiline ja ei põhinenud ühistel miinimumnõuetel ning ei andnud osalejatele ametlikku tagasisidet. Ka seda tuleks kõrvuti projektidest ülevaate puudumisega arvestada. Mõlema nimetatud puuduse ärahoidmine oleks võimaldanud komisjonil vältida topelttööd ja tagada projektidevahelise võimaliku koostööme täielik kasutamine (vt punktid 50 ja 51).

³⁶ Enamiku auditivalimi projektide puhul oli tehniline järelevalve tervise- ja tarbijakaitse peadirektoraadi projekti eest vastutavate ametnike ülesanne; 12 projekti puhul, mis valiti välja pärast 2005. aasta konkursikutset, oli järelevalve ülesanne antud pärast lepingule allkirjutamist üle äsja loodud Rahvatervise Programmi Täitevametile (PHEA).

VÄLJUNDID SAAVUTATI, KUID NEID EI LEVITATA AKTIIVSELT

- 74.** Väljundid või tulemused on määratluse põhjal need, mida saavutatakse sekkumiseks eraldatud vahenditega. Auditeeritud tervise edendamise projektidega saavutati üldiselt lepingus kokkulepitud väljundid. Ühised väljundi kategooriad sisaldasid aruandeid konkreetsete teemade kohta, väljaõppekursuseid, andmebaase, veebilehti, infolehti ja sellist teabematerjali nagu infovoldikud.
- 75.** Enamik projekte kasutas levitamiseks Internetti. Peaaegu kõik projektid laadisid oma väljundid üles mõnele veebilehele, kas projektikoordinaatori kodulehele või spetsiaalsele veebilehele. Selle tulemusena loodi igas valdkonnas samaaegselt rida sarnaseid veebilehti, mis raskendas huvitatud pooltel saada asjakohast teavet.
- 76.** Muud levitamiskanalid olid konverentsid, infolehed, kaastöö teaduslikele ajakirjadele ja pressiteated. Levitamisel etendasid olulist osa projektipartnerid, kuna nad tundsid riikide ja piirkondade tingimusi ning neil võis juba olla loodud kontaktide võrgustik oma riigis või piirkonnas.
- 77.** Kuigi auditiga leiti, et väljundid olid saavutatud ja neid levitatud, ei suutnud koordinaatorid tõestada mitte ühegi auditeeritud projekti puhul, et sihtgrupp oleks neid kasutanud. Nimetatud liiki teavet projektidega isegi ei kogutud³⁷. Samuti ei olnud levitamine jätkusuutlik, kuna veebilehti ja/ega andmebaase tavaliselt pärast rahastamise lõppu ei ajakohastatud (vt punkt 45).
- 78.** Lisaks ei olnud küsitletud riikide ministriumide ja tervishoiuasutuste esindajad sageli teadlikud sellest, milliseid projekte oli ette võetud, ja veel vähem saavutatud eesmärkidest. Enamik küsitletud riikide huvirühmadest kritiseeris projekti tulemuste levitamist ja leidis, et neile oli kättesaadav liiga vähe teavet (kas käimasolevate või lõpetatud) projektide väljundite kohta.

³⁷ Tuleks märkida, et auditi ulatusse ei kuulunud otsustamine projekti väljundite levitamise mõju üle sihtrühmadele, nt selle kontrollimine, kas infolehte loeti ja hinnati või kas tervishoiuspetsialistid kasutasid nõu saamiseks andmebaase.

PROJEKTI HINDAMINE EI OLE VEEL ÜLDINE TAVA

79. Projektide mõjusust ei saa näidata ilma põhjaliku hindamiseta. WHO sõnul tuleks hinnata tervise edendamise algatusi nii protsesside kui ka väljundite seisukohast³⁸. Rahvatervise programmi raames ei olnud projekti hindamine aga õiguslik nõue.

³⁸ Tervise edendamise hindamine: Soovitused poliitikakujundajatele. WHO tervise edendamise hindamisega tegeleva Euroopa tööühma aruanne, lk 4.

80. Vaatamata sellele teatas komisjon juba 2003. aastal oma esimeses konkursikutses, et ta peab esmaseks neid projekte, millega „*pöörati asjakohast tähelepanu protsessi ja tulemuste endi hindamisele*”³⁹. Alates 2005. aastast oli kõigi konkursikutsete puhul töopakett „Projekti hindamine” kohustuslik toetuslepingute osa, kuid projektikoordinaatoritele ei antud täiendavaid juhendeid, mida see peaks sisaldama.

³⁹ „Eeskirjad, kriteeriumid ja toimingute valiku- ja rahastamismenetlused rahvatervise programmi raames” (ELT C 62, 15.3.2003).

81. Kontrollikoda kontrollis, kas auditeeritud tervise edendamise projektide hindamisel võeti arvesse selliseid kriteeriume, nagu kasulikkus, ühtsus, põhjalikkus, erapooletus, selgus ja rentaablus⁴⁰. Nimetatud analüüs näitas, et:

⁴⁰ Euroopa Kontrollikoja auditi hindamissuunised, november 2005, lk 7.

- valimi 24 projektist, mis valiti välja enne 2005. aastat, oli kolme puhul viidud läbi põhjalik enesehindamine. Nendest ainult üks vastas eespool nimetatud kriteeriumitele;
- pärast 2005. aasta konkursikutset valitud 12 projektist üheksa sisaldasid piiratud enesehindamise kavasad, mille kohaselt kogus koordinaator küsitluslehtede abil projektipartneritelt tagasisidet projekti koosolekute või töökodade kohta. Kolmel muul juhul olid kavandatud välishindaja teostatavad hindamised.

82. Kuigi komisjon on julgustanud ja viimasel ajal lausa nõudnud tervise edendamise projektidelt põhjaliku enesehindamise teostamist, ei ole see veel muutunud osalejate hulgas üldiseks tavaks osaliselt seetõttu, et puuduvad komisjoni juhised projektikoordinaatoritele ja komisjoni või Rahvatervise Programmi Täitevmeti jätkumeetmed (vt punktid 70–73).

JÄRELDUSED JA SOOVITUSED

PROGRAMMI KAVANDAMINE

- 83.** Kontrollikoda on arvamisel, et rahvatervise programmi kava ei anna sobivat raamistikku ühenduse rahastatavate tervise edendamise meetmete tõhusaks rakendamiseks ja järelevalveks. Rahvatervise programmi aluseks olev sekkumisloogika ei ole väljendatud selgesõnaliselt, mistõttu ei püstitatud täpseid, mõõdetavaid ja ajaliselt piiritletud programmi eesmärke ning ei määratud kindlaks asjakohaseid näitajaid saavutuste mõõtmiseks.
- 84.** Samuti leiti auditiga puudusi komisjoni strateegilises planeerimises ja prioriteetide seadmisel. Teemade mitmekesisuse ja aasta tegevusvaldkondade paljususe tõttu oli sisend ebaselge ja tulemused killustatud, eelkõige pidades silmas piiratud eelarvet. Programmi rakendamisel järgiti erinevaid suundi ja puudus strateegiline raskuspunkt. Kontrollikoda leiab, et rahvatervise programm (2003–2007) ei andnud olulist panust tervise edendamisse Euroopa Liidus.

1. SOOVITUS

Selleks, et lahendada praegune tasakaalu puudumine eesmärkide ja vahendite vahel, tuleks järgmise programmiga määrata täpsemini programmi eesmärgid, mis on rohkem kooskõlas eelarvevahenditega.

Mis tahes edasiste programmide puhul tuleks esitada aluseks olev sekkumisloogika selgemalt, seades täpsed, mõõdetavad, saavutatavad, asjakohased ja ajaliselt piiritletud eesmärgid tegevuspõhimõtete ja programmi tasandil, tuues välja nendevahelised seosed ja määratledes näitajad tulemuste mõõtmiseks.

PROGRAMMI RAKENDAMINE PROJEKTI KAVANDAMISEST KUNI TULEMUSTENI

- 85.** Kontrollikoda leiab, et komisjonipoolne projektide valik ja programmi rakendamine ei taganud projektide omavahelist täiendavust, ettevõetud projektide kui terviku üldist järjepidevust ja nende projektide rahastamist, mille puhul oli üleeuroopalise lisaväärtuse loomine kõige tõenäolisem.
- 86.** Projekti eesmärgid (mida pakkusid projekti elluviijad) ei tulenenud loogiliselt programmi eesmärkidest ega olnud kooskõlas finantsmääruses sätestatud SMARTi nõudega. Komisjon ei võtnud parandusmeetmeid nimetatud puuduse käsitlemiseks enne auditeeritud toetuslepingute sõlmimist.
- 87.** Projekti kavandatavaid tulemusi ei määratletud sihtrühmale avalduva mõjuna ja tulemuste jätkusuutlikkust peetakse väheseks. Üldiselt saavutati projektidega planeeritud väljundid, kuid auditiga leiti, et ei ilmnunud projekti tulemuste kasutamist. Väga sageli ei olnud juba algusest peale selge, kas nimetatud väljundid on sihtrühmale olulised ja kas osapooled kasutavad neid ka projekti hilisemas järgus. Osalejad mõistsid sageli jätkusuutlikkuse all projekti toimingute jätkumist ja seetõttu sõltus see suurel määral jätkuvast ühendusepoolsest rahastamisest.
- 88.** Kontrollikoda tunnustab, et programmi abil viidi kokku erinevate riikide huvirühmad. Projektidel oli üldiselt üleeuroopaline mõõde ja paljudel juhtudel hõlbustasid need kogemuste jagamist ja vastastikust õppimist. Euroopa Ühenduse asutamislepingu artikli 152 kohaselt on ELil ainult piiratud pädevus rahvatervise poliitikas. Lissaboni leping (praegu ratifitseerimisel) seda oluliselt ei muuda. Seega seisneb ELi tervise edendamise valdkonna meetmete, sh rahvatervise programmi raames läbiviidud meetmete lisaväärtus eelkõige koostöö hõlbustamises erinevate liikmesriikide huvirühmade vahel. Rahvatervise programmi raames läbiviidud projektidest luuakse kõige tõenäolisemalt üleeuroopalist lisaväärtust võrgustike abil, mis vastavad kõige paremini osapoolte vajadustele heade tavade vahetamiseks, ühiste standardite ja suuniste väljatöötamiseks ja teadmiste vahetamiseks.
- 89.** Peamine rahvatervise programmi rakendusmehhanism (st konkursikutsete kaudu saadud toetus meetmetele) ei ole siiski kõige asjakohasem selliste võrgustike rahastamiseks. Sama kehtib ka meetmete kohta, mis peavad kaasa aitama komisjoni poliitika arendamisele.

PROJEKTJUHTIMINE

- 90.** Seoses projektijuhtimisega leidis kontrollikoda, et partnerlused toimisid üldjuhul hästi. Komisjoni järelevalve käimasolevate projektide üle oli aga pigem juhtumipõhine kui süstemaatiline ja ei andnud osalejatele ametlikku tagasisidet. Projektidega saavutati toetuslepingus sätestatud tulemused, mida projekti elluviijad aga harva aktiivselt levitasid. Projektide järelhindamine ei ole veel osalejate hulgas üldiseks tavaks muutunud.

2. SOOVITUS

Praeguse rahvatervise programmi (2008–2013) puhul peaks komisjon ette võtma kaardistamise, et saada ülevaade ettevõetud projektidest ja nende tulemustest, määrates kindlaks olemasolevad kattumised ja võimalikud lüngad projektides tervikuna.

Tuleks oluliselt vähendada iga-aastaste tegevusvaldkondade arvu ja viia nende raskuskese strateegilistele prioriteetidele.

Komisjon peaks käsitlema puudusi ka projekti kavandamisel ja rakendamisel järgmisel viisil:

- viies projekti eesmärgid kooskõlla programmi eesmärkide ja eespool soovitatud muudetud raskuskeskme iga-aastaste prioriteetidega. Lisaks tuleks toetuslepingutes määrata kindlaks mitte ainult võetavate meetmete iseloom, vaid ka nimetatud meetmete soovitud tulemused, sihtrühmad ja see, kuidas tulemusi pärast projekti lõpuleviimist jätkusuutlikul viisil kasutatakse;
- seades võimaluse korral kvantifitseeritavad eesmärgid ja tulemusnäitajad, et hõlbustada järelevalvet eesmärkide saavutamisel tehtavate edusammude üle;
- teostades projektide järelhindamist, et parandada tulevaste projektide kavandamist (ja oletatavaid järgnevaid programme), võttes õppust saadud kogemustest.

Lõpuks peaks komisjon võrgustike puhul täiel määral kasutama käimasoleva rahvatervise programmi (2008–2013) rahastamismehhanisme (st toetusi meetmetele) praegusel programmiperioodil, kuna need sobivad sellisteks meetmeteks paremini kui toetused meetmetele. Teenuslepingute puhul peaks komisjon kasutama kõrgemat ülemmäära (pigem 20% kui 10% kasutatavast eelarvest), et võtta poliitika arendamisele kaasaaitavaid meetmeid. See eeldab siiski, et lepingutingimused määratletakse täpsemini kui konkursikutsetes.

ÜLDINE JÄRELDUS

- 91.** Rahvatervise programmile seati väga laiahaardelised ja ambitsioonikad eesmärgid, mis on suures vastuolus programmi käsutuses olnud piiratud vahenditega. Ebakõla on pärast praeguse rahvatervise programmi (2008–2013) käivitamist veelgi suurenenud.
- 92.** Kontrollikoda kahtleb Euroopa rahvatervise programmide, nagu kõnealune rahvatervise programm, teatavate elementide kasulikkuses. Auditi põhjal võib öelda, et selliste programmidega on raske avaldada märgatavat mõju kodanike tervisele. Juhtudel, kus on saavutatud üleeuroopalist lisaväärtust, seisneb see peamiselt vahendajate vahel võrkude loomise ja heade tavade vahetamise võimaldamises, et täiendada liikmesriikide programme ja tegevust. Lisaks märgib kontrollikoda ära sellise koostöömehhanismi nagu avatud koostöö meetod, mis võimaldab nimetatud võrkude loomist ja heade tavade vahetamist.

⁴¹ See on koostöö meetod, mille aluseks on vabatahtliku valitsustevahelise koostöö põhimõte. Eelkõige toetub see vastastikusele õppimisele, võrdlevale analüüsile ja heade tavade jagamisele.

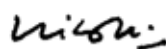
3. SOOVITUS

Pärast 2013. aastat algava perioodi suhtes peaksid Euroopa Parlament, nõukogu ja komisjon uuesti läbi vaatama ELi rahvatervise meetmete ulatuse ja ELi rahastamist käsitleva lähenemisviisi nimetatud valdkonnas. Seda tuleks teha nii, et võetaks arvesse kättesaadavad eelarvevahendid ja muud olemasolevad koostöömehhanismid (nt avatud koostöö meetod⁴¹), mis hõlbustavad huvirühmadevahelist koostööd ja teabevahetust üle kogu Euroopa.

Praegune eelarve läbivaatamine annab selliseks aruteluks esimese võimaluse.

Kontrollikoda võttis käesoleva aruande vastu 5. märtsi 2009. aasta istungil Luxembourgis.

Kontrollikoja nimel



Vítor Manuel da Silva Caldeira
president

**RAHVATERVISE PROGRAMM 2003–2007 (TERVIST MÄÄRAVAID TEGUREID KÄSITLEV TEGEVUSSUUND) –
RAHASTATUD PROJEKTID TEEMADE KAUPA**

| Aasta | Teema | Tubakas | Alkohol | Narkootikumid | Toitumine ja keheline aktiivsus | Seksaal- ja reproduk-tiivtervis, HIV/AIDS | Vaimne tervis | Sotsiaalsed tervis mõjutavad tegurid | Tervis mõjutavad keskkonnategurid | Tervishoiu edendamine erioludes | Tervishoiulane väljajõe | Häiguste ja vigastuste ennetamine | Geneetilised tegurid | Suutlikkuse arendamine | Kokku |
|--|---------------------------------------|---------|---------|---------------|---------------------------------|---|---------------|--------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|-------------------------|-----------------------------------|----------------------|------------------------|-------|
| 2003 | Rahastatud projektid | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 4 | | | 19 |
| | Tegevusvaldkondade arv | 7 | 2 | 3 | 2 | 1 | 1 | 3 | 3 | 2 | 1 | 1 | | | 23 |
| | Rahastatud projektid/tegevusvaldkond | 0,29 | 0,50 | 0,33 | 1,00 | 3,00 | 2,00 | 0,67 | 0,50 | 1,00 | 1,00 | 4,00 | | | 1,33 |
| 2004 | Rahastatud projektid | 2 | 1 | 2 | 2 | 4 | 1 | 3 | 2 | 5 | 3 | 2 | | | 27 |
| | Tegevusvaldkondade arv | 7 | 1 | 1 | 3 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | | | 21 |
| | Rahastatud projektid/tegevusvaldkond | 0,29 | 1,00 | 2,00 | 0,67 | 4,00 | 1,00 | 1,50 | 2,00 | 2,50 | 3,00 | 2,00 | | | 1,81 |
| 2005 | Rahastatud projektid | 5 | 4 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 | | | 4 | 1 | 1 | 29 |
| | Tegevusvaldkondade arv | 5 | 4 | 2 | 3 | 5 | 5 | 4 | 3 | | | 3 | 1 | 2 | 37 |
| | Rahastatud projektid/tegevusvaldkond | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 0,67 | 0,40 | 0,60 | 0,75 | 0,67 | | | 1,33 | 1,00 | 0,50 | 0,81 |
| 2006 | Rahastatud projektid | 4 | 2 | 5 | 5 | 4 | 5 | 11 | 3 | | | 4 | | 2 | 45 |
| | Tegevusvaldkondade arv | 3 | 3 | 3 | 5 | 4 | 3 | 4 | 4 | | | 2 | | 2 | 33 |
| | Rahastatud projektid/tegevusvaldkond | 1,33 | 0,67 | 1,67 | 1,00 | 1,00 | 1,67 | 2,75 | 0,75 | | | 2,00 | | 1,00 | 1,38 |
| 2007 | Rahastatud projektid (hinnanguliselt) | | 10 | | | 11 | | 4 | | | | 3 | | 1 | 29 |
| | Tegevusvaldkondade arv | 3 | 5 | 4 | 6 | 5 | 3 | 4 | 4 | | | 4 | | 2 | 40 |
| | Rahastatud projektid/tegevusvaldkond | | 0,83 | | | 0,79 | | 0,50 | | | | 0,75 | | 0,50 | 0,67 |
| Rahastatud projektide koguarv | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tegevusvaldkondade koguarv | | | | | | | | | | | | | | | |
| Rahastatud projektide koguarv/tegevusvaldkond | | | | | | | | | | | | | | | |
| 0,97 | | | | | | | | | | | | | | | |

RAHVATERVISE PROGRAMM – TERVIST MÄÄRAVAID TEGUREID KÄSITLEV TEGEVUSSUUND – KUUE POLIITIKAVALDKONNA ANALÜÜS

NARKOOTIKUMID

1. 2004. aasta detsembris kinnitas Euroopa Ülemkogu ELi uimastistrateegia (2005–2012), mis on raamistikuks kahele järjestikusele nelja-aastasele ELi narkootikumialasele tegevuskavale. Strateegia kaks üldist eesmärki on rahvatervis (narkootikumide kasutamise ennetamine, uimastisõltuvusest tingitud kahjude vähendamine ja sõltuvuse ravi) ja julgeolek (narkootikumide tootmist ja narkokaubandust keelustavate õigusaktide jõustamine). Tervise- ja tarbijakaitse peadirektoraadil on Euroopa Liidu uimastipoliitika vallas väike roll. Poliitika väljatöötamist juhib õigus-, vabadus- ja turvalisusküsinuste peadirektoraat ning suurem osa projektidele ettenähtud rahast suunatakse teadusuuringute peadirektoraadi ja energeetika ja transpordi peadirektoraadi juhitud teadusprojektidele. Perioodiks 2007–2013 on käivitatud uimastiennetuse ja teavitustegevuse programm, mida haldab õigus-, vabadus- ja turvalisusküsinuste peadirektoraat (eelarve 21 miljonit eurot). Selle programmi eesmärgid ja sihtrühmad on sarnased rahvatervise programmi omadega.
2. Narkootikumide ja Narkomaania Euroopa Järelevalvekeskus haldab ELi ja liikmesriikide ühist narkoteemalist teabevõrgustikku. Keskus kogub teavet narkootikumide kasutamise kõikide aspektide kohta, toetudes riiklike järelevalvekeskuste võrgustikule. Ka on keskus rajanud narkoennetustöö parimate tavade andmebaasi.
3. Rahvatervise programmist rahastatud uimastitealaseid projekte oli vähe ja need hõlmasid uimastiprobleemi paljusid erinevaid aspekte ja kontekste. Siiski keskendusid kõik projektid teadusuuringutele/teabe kogumisele ja parimate tavade vahetamisele. Kontrollikoda leidis, et mõned projektide eesmärkidest ja tegevustest, näiteks andmete kogumine ja parimate tavade andmebaasi koostamine, kattusid Narkootikumide ja Narkomaania Euroopa Järelevalvekeskuse tegevusalaga. Neid tegevusi võiks keskus ise aja- ja kulusäästlikumalt läbi viia. Arvestades sellega, et on olemas Narkootikumide ja Narkomaania Euroopa Järelevalvekeskus ning uimastiennetuse ja teavitustegevuse programm, tuleks uuesti kaaluda, kas uimastialaste projektide lisamine ELi terviseprogrammidesse on otstarbekas.

ALKOHOL

4. Alkoholiprobleemi lahendamine on keerulisem kui muud sõltuvusega seotud tervist määravad tegurid, sest alkohol on sotsiaalselt aktsepteeritud ning ei kujuta endast mõõduka tarbimise korral terviseohtu. Siiski peetakse kahjulikku alkoholitarbimist kogu haiguskoormusest ligikaudu 10 protsendi juhtude põhjuseks ning samuti muude sotsiaalsete või majanduslike probleemide (nagu õnnetused ja vägivald) tekitajaks või süvendajaks. Kõige (majanduslikult) tõhusam alkoholi tarbimise piiramise poliitika on õiguslikud piirangud, mis kuuluvad liikmesriigi pädevusse (kõrgem ostumaks, kättesaadavuse piiramine ning joobes sõidukijuhtimise ja alaealiste alkoholitarvitamise vastased meetmed).
5. Vastuseks nõukogu 2001. aastal avaldatud järeldustele esitas komisjon 2006. aasta oktoobris strateegia alkoholitarbimisest tuleneva kahju vähendamiseks. Strateegia hõlmab toetusi kahju vähendamise projektidele, andmete kogumisele ning selgitus- ja kasvatustöö meetmete väljatöötamisele koostöös liikmesriikidega. Alkoholitööstuse puhul põhineb EÜ alkoholistrateegia pigem vabatahtlikel tegevusjuhistel ja eneseregulatsioonil kui õiguslikel piirangutel. 2007. aasta juunis käivitas EÜ Euroopa alkoholi- ja tervisefoorumi koos ärisektori esindajatega (alkoholitootjad, reklaamitööstus, meedia, jaemüüjad ja toitlustajad) ja avalike rahvatervise ja kodanikuühiskonna organisatsioonidega. Foorumi liikmeid kutsutakse üles töhustama meetmeid alkoholitarbimisest tuleneva kahju vähendamiseks, näiteks soodustades vastutustundlike kommertsteadaannete levitamist.
6. Rahvatervise programmi alkoholiküsimusi käsitlevad projektid kattusid suurel määral projektipartnerite ja koostatud teabe osas. Viie projektist kolmes koguti teavet ja esitati aruandeid alkoholipoliitika olukorrast igas ELi liikmesriigis. Samal ajal esitati komisjonile mahukas ülevaade-aruanne „Alkohol Euroopas“ ning aruande „Alkoholipoliitika ELi liikmesriikides ja Norras“, mille koostamiseks kasutati ühenduse tervise edendamise varasema tegevusprogrammi ressursse. Selle kattumise põhjuseks oli see, et ELil ei olnud enne 2006. aastat oma alkoholistrateegiat, mille abil prioriteete seada, ning eelnevaid selle valdkonna tegevusi ei olnud kaardistatud.

TUBAKAS

7. WHO andmetel on tubakatoodete kasutamine tänapäeval peamine ennetatava enneaegse surma põhjus maailmas. Kõige (majanduslikult) mõjusam tervist edendav meede seoses tubakaga on õiguslikud piirangud (kõrgem ostumaks, piirang töökohal suitsetamisele, reklaamikeeld), millele peaks lisanduma tarbijate harimine terviseohu hoiatuste ja kampaaniate kaudu.
8. Ühendus hakkas tubakavastaseid organisatsioone toetama juba 1987. aastal seoses programmiga „Euroopa vähi vastu“. EL on kiitnud heaks ka õiguslikud meetmed tubakatoodete tarbimise piiramiseks. Need põhinevad EÜ asutamislepingu 95 artiklis sätestatud siseturu käsitlaval ELi pädevusel. Eelkõige võeti 2001. ja 2003. aastal vastu kaks olulist direktiivi tubakatoodete ja reklaami kohta. 2007. aasta alguses avaldati ka roheline raamat – „Suund Euroopa vabastamisele tubaka-suitsust: poliitikavalikud ELi tasandil“.
9. Seadusandliku tegevusega kaasnes ka toetus üleeuroopalistele suitsetamise ennetamise- ja lõpetamise meetmetele, mille puhul on rahvatervise programmi projektide eelarveline osa väike. Tähtsamad programmid on ühenduse tubakaalase uurimistöö ja teabelevi fondi rahastatud avalikud suitsetamisvastased kampaaniad. Fondi sissetuleku allikaks on maksud ELi tubakatootjatele antud toetustelt. Siiani on fond rahastanud kaht suurt teadlikkuse tõstmise kampaaniat. Viimane kampaania, „HELP – elagem tubakata“ käivitati 2005. aastal ja selle eelarve neljaks aastaks oli 72 miljonit eurot. Komisjoni tellimusel töötas kampaania välja tervishoiuekspertide ja suhtekorralduse asjatundjate konsortsium ning see hõlmab reklaamiturneed ja kõikide ELi liikmesriikide televisioonides edastatavaid reklaamklippe.
10. Rahvatervise programmist rahastatud tubakaalased projektid koosnesid peamiselt kahest suurest võrgustikust, mida rahastati juba alates 1996. aastast varasemate tegevusprogrammide raames. Üks neist tegeles suitsetamise ennetamisega üldiselt, keskendudes eriti tubakatoodete tarbimise piiramise soodustamisele ja lobitööle, ning teine keskendus noortele. Kuna need võrgustikud ei olnud ametlikult toetuskoõplikud, muudeti need raamprojektideks, mis koordineerisid mitmeid allprojekte. 2005. aastal loobuti sellest struktuurist ning mõned allprojektid jätkusid eraldiseisvate projektidena.
11. Kuigi rahvatervise programmi projektide mõju ei ole mõõdetav, aitas ühenduse rahastamine kaudselt kaasa sellele, et üldise võrgustiku ja selle liikmesorganisatsioonide kaudu viidi edukalt läbi tubakatoodete tarbimise piiramise soodustamise ja lobitööga seonduvaid tegevusi nii ELi kui riiklikul tasemel. Üheks näiteks mitme liikmesriigi uuematest õigusaktidest on suitsetamise keelamine avalikes kohtades.

TOITUMINE JA KEHALINE AKTIIVSUS

12. Komisjoni eelnevate aastate tegevus on peegeldanud avalikkuse üha kasvavat muret seoses ülekaalulisuse kasvuga, eriti laste hulgas. 2006. aastal avaldas komisjon valge raamatu „Euroopa strateegia toitumise, ülekaalulisuse ja rasvumisega seotud küsimustes”. Peamiseks selle strateegia rakendamise vahendiks on ELi tervisliku toitumise, kehalise aktiivsuse ja tervise tegevusprogramm, mis käivitati 2005. aastal foorumina nendele kodanikuühiskonna ja tööstuse esindajate huvirühmadele, kes on valmis pühendumata ülekaalulisust vähendavatele meetmetele. Liikmesriikide ametivõimud osalevad tervisliku toitumise ja kehalise aktiivsuse Euroopa võrgustikus. Selleks, et veelgi edendada liikmesriikidevahelist tegevuspõhimõtete ja tavade vahetust, moodustas komisjon 2007. aastal kõrgetasemelise töörühma toitumise ja kehalise tegevusega seotud küsimuste lahendamiseks.

¹ Seda mainitakse vaid ühel korral: „Komisjon jätkab järelevalvemeetmete toetamist rahvatervise programmi projektide kaudu, mis toetavad võrgustike tegevust, teabe- ja heade tavade vahetust toitumise ja kehalise tegevuse valdkonnas ning rasvumise ennetusmeetmeid.” (Valge raamat, lk 9).

13. Lisaks tegevusprogrammidele pannakse strateegias rõhku ka ELi tegevustele sellistes poliitikavaldkondades, nagu tarbijapoliitika (märgistamine), põllumajandus (puuviljade jagamine koolides) ja linnatransport (kehalise tegevuse stimuleerimine). Rahvatervise programmil on strateegias juures väga piiratud osa¹.

14. Toitumise ja kehalise aktiivsuse valdkonnas ei ole eriti palju rahvatervise programmi projekte ning nende eesmärgid ja tegevused on väga erinevad, mistõttu on üldpilt killustatud. Mitmed auditeeritud üksikprojektid ei suutnud tulemuste saavutamist tõestada või oli neil madal üleeuroopaline lisaväärtus. Näiteks rahastati üht projekti eesmärgiga leida partnerid järelprojektiks, mille jaoks taotlust ei esitatudki. Teine projekt, uuring toidu turustamise mõjust lastele, leiti olevat osaliselt kattuv WHO sarnase uuringuga. Kolmanda projektiga rahastati toitumise ja kehalise aktiivsusega seotud tegevusi, mille viisid läbi projektipartnerid mitmetes koolides. Need kohalikud tegevused olid töötatud välja laste endi poolt, et nende pühendumust suurendada ning võisid hõlmata kõike, alates spordiürituse korraldamisest pargis kuni kooliseinte kaunistamiseni puuviljapiltidega. Sel võib küll olla mõningane mõju osalevate koolide laste tervisele, kuid selliste kohalike tegevuste üleeuroopaline lisaväärtus ja rahastamine ELi poolt on küsitavad.

SEKSUAAL- JA REPRODUKTIIVTERVIS

- 15.** Rahvatervise programm esindab eemaldumist komisjoni haigusepõhisest lähenemisest (mis iseloomustas komisjoni perioodil 1996–2002 läbi viidud AIDSi ja muude nakkushaiguste ennetamise programmi). Seksuaal- ja reproduktiivtervise poliitikavaldkond on laienenud. Siiski keskendutakse enamikes selle valdkonna projektides endiselt HIVile/AIDSile².
- 16.** 2005. aastal võttis komisjon vastu teatise HIVi/AIDSi-vastase võitluse kohta ELis ja naaberriikides perioodil 2006–2009. Seda dokumenti kasutati tegevuskavana, mille abil kaardistati olemasolevad vajadused ja vajalikud meetmed. Komisjon käivitas ka mitu algatust, et konsulteerida selle valdkonna asjakohaste huvirühmadega. HIV/AIDSi-eksperdirühm on foorum, mille kaudu komisjon, liikmesriigid ning kandidaatriigid ja EMP-riigid saavad teavet vahetada. HIVi/AIDSi-alane kodanikuühiskonna foorum on 2005. aastal käivitatud mitteametlik nõuandeorgan, mis loodi valitsusväliste organisatsioonide ja võrgustike osalemise lihtsustamiseks.
- 17.** Haiguste Ennetamise ja Tõrje Euroopa Keskus loodi 2005. aastal nakkushaiguste seire eest vastutava ühenduse ametina. Selle tegevus katab ka HIVd ning amet on vastutav programmi eest, mis hõlmab HIVd, suguhaigusi ja vere kaudu levivaid viirusi.
- 18.** Rahvatervise programmi projektid seksuaal- ja reproduktiivtervise vallas moodustasid auditivalimi kõige suurema rühma. Suurem osa nendest projektidest olid võrgustikud, mille ühiseks eesmärgiks oli tõsta osalevate valitsusväliste organisatsioonide suutlikkust. Võrgustikud leidsid oma niši, keskendudes erinevatele otsestele ja kaudsetele adressaatidele: valitsusvälised organisatsioonid Kesk-Euroopa riikides, või valitsusvälised organisatsioonid, mis töötavad sisserändajatega, sisserändajatest seksuaalteenuste pakkujatega, süstivate narkomaanidega või inimestega, kellel on HIV/AIDS.
- 19.** Mõned võrgustikud kogusid andmeid ning jälgisid HIVi/AIDSi esinemist või muid sellega seotud aspekte oma sihtrühmades. Tulevikus võiks need tegevused üle võtta Haiguste Ennetamise ja Tõrje Euroopa Keskus.

² HIV/AIDS kerkis esile 1980. aastatel ning seitsaadik on see põhjustanud üle 25 miljoni inimese surma üle terve maailma. Euroopas peatus selle levik ajutiselt 1990. aastatel. Olukord muutus uuel sajandil, mil WHO teatas, et HIV levib kiirelt Ida-Euroopas ning nakatumiste arv tõuseb ka Lääne-Euroopas.

VAIMNE TERVIS

- 20.** Vaimset tervist on viimastel aastatel üha enam peetud rahvatervise valdkonda kuuluvaks teemaks. Erinevalt praegusest EÜ asutamislepingust märgitakse Lissaboni lepingus, et vaimne tervis kuulub ELi tegevusvaldkonda³. Siiski on ka juba varasemates järjestikustes rahvatervise programmides kaasrahastatud projekte vaimse tervise edendamiseks ja vaimsete häirete vältimiseks.
- 21.** Pärast vaimset tervist käsitlevat WHO Euroopa ministrite konverentsi 2005. aasta septembris avaldas komisjon vaimset tervist käsitleva rohelise raamatu („Elanikkonna vaimse tervise parandamine – Euroopa Liidu vaimse tervise strateegia suunas“), mis käivitas arutelu selle üle, millised tegevused peaksid sisalduma kavandatavas vaimse tervise strateegias. Liikmesriigid ei jõudnud aga strateegia osas kokkuleppele ning sellest tuli loobuda. Samal põhjusel ei käivitatud ka kavandatud ELi vaimse tervise programmi. Pärast mitmeid katseid organiseeris komisjon 2008. aasta juunis kõrgetasemelise konverentsi, kus sõlmiti „Euroopa pakt seoses vaimse tervise ja heaoluga“.
- 22.** Kuna ELi tegevuse koordineerimiseks puudub vaimse tervise strateegia, aasta tööplaanides esitatud vaimse tervise eesmärgid on nii laiaulatuslikud ning puudub ülevaade olemasolevatest tegevustest, olid valimi neljast vaimse tervise valdkonna projektist kolm suures osas kattuvad. Kahes järjestikuste konkursikutsete alusel rahastatud projektis viidi läbi identseid toiminguid, mis keskendusid poliitika arendamisele ja andmete kogumisele. Töö kattus osaliselt ka muude osalejate tehtud tööga. Mitmeid vaimse tervise programmide andmebaase on samuti välja töötatud paralleelselt (näiteks Euroopa Tööohutuse ja Töötervishoiu Agentuuril Bilbaos on stressi käsitlev andmebaas), kuid andmebaasid ei ole omavahel hästi ühendatud.
- 23.** Teostamata jäi ka projekt, mis pidi toetama komisjoni vaimse tervise strateegia väljatöötamisel. Projekt suunati ümber ning selle ülesandeks sai teiste vaimse tervise projektide koordineerimine ja nende tulemuste levitamine – ja see ülesanne kattus teise, teadusuuringute ja tehnoloogia arendamise projekti omaga.

³ EÜ asutamislepingu artikkel 152: „Ühenduse meetmed, mis täiendavad liikmesriikide poliitikat, on suunatud rahvatervise parandamisele, inimeste haiguste ennetamisele ja inimeste tervist ohustavate tegurite kõrvaldamisele“. Lissaboni lepingu artikkel 168: „Liidu meetmed, mis täiendavad liikmesriikide poliitikat, on suunatud rahvatervise parandamisele, füüsiliste ja psüühiliste haiguste ennetamisele ning füüsilist ja vaimset tervist ohustavate tegurite kõrvaldamisele.“

RAHVATERVISE PROGRAMMI TERVIST MÕJUTAVAD TEGUREID KÄSITLEV TEGEVUSSUUND: SMART-KRITEERIUMITE KOHALDAMINE PROJEKTI EESMÄRKIDELE, MIS ON ESITATUD 36 AUDITEERITUD PROJEKTI TOETUSLEPINGUS

| SMART-kriteeriumid ⁴ | Projekti eesmärkide analüüs |
|---|--|
| Täpsed (Kas need piiritlevad tegureid ja sihtrühma, mida tuleb muuta?) | Vähemates toetuslepingutes määratakse selgelt kindlaks sihtrühm otseste ja kaudsete adressaatide näol ja projektiga kavandatud muutused. Kuigi eesmärkides ei ole sihtrühma märgitud, võib seda sageli järeltada projekti meetmetest (oletatav sihtrühm). |
| Mõõdetavad (Kas need on väljendatud mõõdetavas formaadis (nt mõju suurus, saavutatavad arvulised näitajad) | Üheski projektis ei esitata mõõdetavaid eesmarke. Kui tulemusnäitajad olid määratletud kvantitatiivsetena, seonduvad need mitte saavutatavate eesmärkide, vaid väljunditega (tavaliselt olid need esitatud vormis „aruannet tuleb X koopiat välja printida“, mitte kunagi nt vormis „nende koolilaste osa, kes teatavad mingi kehalise tegevuse harrastamisest viimase 7 päeva jooksul, tuleb suurendada X%“). |
| Saavutatavad (Kas need on saavutatavad olemasoleva aja, raha ja töötajatega?) | Enamiku projektide puhul ei olnud selge, kas eesmärgid olid saavutatud. Enamikul juhtudel puudusid eesmarke täiendavad tulemusnäitajad ja puudus järelevalve edusammude üle nende saavutamisel. Teisest küljest võiks väita, et on peaaegu võimatu mitte saavutada selliseid eesmarke, nagu teabevahetus, teadmiste täiendamine ja koostöö edendamine. |
| Asjakohased (Kas need on olulised sihtrühma/de/le?) | Kontrollikoja auditi ülesandeks ei olnud kontrollida nimetatud küsimust kõigi projektide puhul kuni lõpliku sihtrühmani välja. Otsesed adressaadid, nagu valitsusvälised organisatsioonid ja tervishoiuspetsialistid, olid siiski tihti kaasatud projektipartneritena. Projektipartnerite küsitluses teatas 88% vastanutest, et projekti eesmärgid olid olulised kogu riigile või piirkonnale ja 86% vastanutest pidas eesmarke oluliseks nende organisatsioonile. |
| Ajaliselt piiritletud (Kas need piiritlevad ajavahemiku, mille jooksu tuleb eesmärgid saavutada?) | Peaaegu kunagi ei kohaldatud ajakava eesmärkide, vaid ainult väljundite suhtes (nt aruanne tuleb esitada X kuuks). |

⁴ Sulgudes olevad abiküsimused pärinevad dokumendist *The European Quality Instrument for Health Promotion (EQUIHP)*, Kok, H., Bollars, C., Molleman, G. ja Van den Broucke, S., 2005.

KOMISJONI VASTUSED

KOKKUVÕTE

IV.

Komisjoni arvamus kontrollikoja leidude ja järelduste kohta.

a)

Kooskõlas asutamislepingu artikliga 152 on kõikide rahvatervise valdkonnas võetavate komisjoni meetmete eesmärk täiendada liikmesriikides tervise kaitseks ja parandamiseks võetud meetmeid. Rahvatervise programm 2003–2007 on ainult üks kõnealuses kontekstis kasutatud vahenditest.

Komisjon nõustub, et suurem eelarve aitaks saavutada rohkem, ent 2003.–2007. aasta rahvatervise programmi rakendamine kajastab Euroopa Parlamendi ja nõukogu poolt heaks kiidetud eelarvevahendeid ning rakendamise prioriteete ja eesmärke.

2003.–2007. aasta rahvatervise programm põhineb komisjonis 2000. aastal vastu võetud tervishoiustrateegial (KOM(2000)285 (lõplik)) ning selles võetakse arvesse asutamislepingus määratletud subsidiaarsuse põhimõtet. Konkreetsed prioriteedid on sätestatud programmi käsitleva otsuse lisas. Programmi peamine eesmärk on saavutada vahepealsed tulemusnäitajad: hea tava kindlaksmääramine ja levitamine, liikmesriikide rahvatervisealaste kogemuste vahetamise võrgustiku loomine ja Euroopa rahvatervise valdkonna tegeliku olukorra kaardistamine ühise lähenemisviisi ettevalmistamiseks.

Rahvatervise programmi prioriteedid, mis on sätestatud Euroopa Parlamendi ja nõukogu otsuses 1786/2002/EÜ, millega võetakse vastu ühenduse tegevusprogramm rahvatervise valdkonnas (aastateks 2003–2008), vastavad asutamislepingu artikli 152 nõuetele ja on kooskõlas 2000. aastal heakskiidetud tervishoiustrateegiaga.

Komisjon nõustub vajadusega teha täiendavaid edusamme, et määrata iga-aastases tööprogrammis kindlaks selliste prioriteetsete valdkondade ja meetmete võtmise valdkondade hulk, mis vastaks programmi rakendamiseks ettenähtud eelarveassigneeringutele.

KOMISJONI VASTUSED

b)

2003.–2007. aasta rahvatervise programmi algjärgus valiti välja auditeeritud projektid. Auditeeritud programmi kahel viimasel aastal muutus olukord märkimisväärselt ning see muutunud olukord püsib ka praeguse rahvatervise programmi (2008–2013) rakendamise ajal. Alates 2006. aastast sisaldavad taotlejatele ette nähtud juhised üksikasjalikku selgitust selle kohta, et taotluse koostamisel tuleb kasutada projektijuhtimise uusimaid üldtunnustatud põhimõtteid. Läbirääkimistel tagatakse, et kõnelused põhimõtted on sellistena toetuslepingus ka tegelikult fikseeritud, ning täitevamet, uue nimetusega rakendusamet, tagab nende kohaldamise kogu projekti kestuse jooksul. Alates 2007. aastast on rakendusameti ülesanne kaardistada olukord igal aastal.

c)

Komisjon tervitab auditis esitatud arvamust, mille kohaselt sidusrühmad kinnitasid rahvatervise programmi üleeuroopalist lisaväärtust ja kasulikkust. Samuti tuleks märkida, et üleeuroopalise lisaväärtuse olemasolu on üks toetuste andmise kriteerium alates 2003.–2007. aasta rahvatervise programmi käivitamisest.

V.

Komisjoni õigusaktide ettepanekutele lisatakse ELi kontekstis üldiselt ka nende eelnev mõjuhindang, mis sisaldab võimalike poliitikavalikute majandusliku, sotsiaalse ja keskkonnale avalduva mõju analüüsi. Komisjon püüab praegusele rahvatervise programmile (2008–2013) järgnevate võimalike programmide puhul järgida samasugust programmiloogikat.

2007. aastal toimunud 2003.–2007. aasta rahvatervise programmi vahehindamisel tehti kindlaks konkreetsed valdkonnad, mida on tarvis tõhustada. Hulk selleks tarvilikke meetmeid on rakendatud või neid rakendatakse 2008.–2013. aasta rahvatervise programmi haldamise käigus. Kõnealuste meetmete hulka kuulub ka soovitusena esitatud kaardistamine.

Alates 2006. aastast, eelkõige aga praegu rakendatava rahvatervise programmi (2008–2013) puhul sisaldavad taotlejatele ette nähtud juhised üksikasjalikku selgitust selle kohta, et taotluse koostamisel tuleb kasutada projektijuhtimise uusimaid üldtunnustatud põhimõtteid. Läbirääkimistel tagatakse, et kõnelused põhimõtted on sellistena toetuslepingus ka tegelikult fikseeritud, ning täitevamet, uue nimetusega rakendusamet, tagab nende kohaldamise kogu projekti kestuse jooksul.

VI.

Komisjon nõustub kontrollikojaga, et ELi tasandi piiratud rahalised vahendid tuleb suunata olulise tähtsusega küsimuste lahendamiseks ja sellise tegevuse korraldamiseks, millel on ilmselge üleeuroopaline lisaväärtus.

Samuti jagab komisjon kontrollikoja arvamust, mille kohaselt tuleks edasi arendada avatud koordinatsiooni meetodit ning teisi tervisevaldkonna foorumeid ja platvorme, mis hõlbustavad liikmesriikide ja sidusrühmade vahelist koostööd ja teabevahetust kogu Euroopa Liidus.

Komisjon leiab siiski, et sellised koostöömehhanismid ei suuda asendada (ega peaks asendama) rahvatervise valdkonna sihtotstarbelist rahastamisprogrammi. Ehkki nimetatud mehhanismid hõlbustavad koostööd ja teabevahetust, ei ole nende kaudu võimalik rahastada kogu ELi hõlmavaid rahvatervisealaseid algatusi (nt võrgustike loomist ja haldamist).

Rahvatervise programmi raames korrapäraseid projektikonkurse korraldades saab komisjon võtta meetmeid rahvatervise poliitika olulisemate valdkondade poliitilise arengu toetuseks.

KOMISJONI VASTUSED

AUDITI ULATUS JA LÄHENEMISVIIS

10.

Artiklis 152 on sätestatud, et „ühenduse meetmed, mis täiendavad liikmesriikide poliitikat, on suunatud rahvatervise parandamisele”, kusjuures tehakse vahet liikmesriikide ülesandel rakendada riiklikke tervise edendamise programme ning ühenduse ülesandel liikmesriikide tegevust täiendada.

Seoses sellega rõhutab komisjon, et rahvatervise programmi peamine eesmärk on aidata moodustada vahendaja rollis olevate liikmesriikide, olulisemate sidusrühmade ja rahvatervise valdkonna peamiste osalejate võrgustik ELi tasandil ning aidata rahvatervise poliitika arengu toetamise eesmärgil kindlaks teha ja katsetada head tava.

Vt ka vastused punktidele 14, 21, 40 ja 60c.

AUDITI TÄHELEPANEKUD

14.

Rahvatervise programmi aluseks olev sekumisloogika põhineb asutamislepingu artiklil 152, milles on selgelt sätestatud, et „ühenduse meetmed, mis täiendavad liikmesriikide poliitikat, on suunatud rahvatervise parandamisele”, kusjuures tehakse vahet liikmesriikide ülesandel rakendada riiklikke tervise edendamise programme ning ühenduse ülesandel liikmesriikide tegevust täiendada.

Seetõttu on rahvatervise programmi peamine eesmärk aidata moodustada vahendaja rollis olevate liikmesriikide, olulisemate sidusrühmade ja rahvatervise valdkonna peamiste osalejate võrgustik ELi tasandil ning aidata rahvatervise poliitika riikliku arengu toetamise eesmärgil kindlaks teha ja katsetada head tava. Siinkohal tuleks ka märkida, et praktiline juhend „Eli meetmete hindamine” avaldati 2004. aastal ning seetõttu ei olnud seda võimalik kasutada 1999. ja 2000. aastal, mil kavandati rahvatervise programm aastateks 2003–2007.

Lisaks sellele kajastab 2003.–2007. aasta rahvatervise programm, mis võeti vastu otsusega nr 1786/2002/EÜ, Euroopa Parlamendi ja nõukogu poolt heakskiitmisprotsessi käigus avaldatud seisukohti programmi prioriteetide ja eesmärkide kohta.

Vt ka vastused punktidele 10, 21, 40 ja 60c.

Komisjon nõustub sellega, et 2003.–2007. aasta rahvatervise programmi sekkumisloogikat ei ole programmi käsitlevas otsuses piisavalt selgitatud. Ent siinkohal tuleks märkida, et kõnealune programm kavandati 1999. ja 2000. aastal ning kiideti heaks 2002. aastal, seega ajal, mil komisjoni praegused programmide kavandamise, järelevalve ja hindamise meetodid ei olnud veel täielikult kasutusele võetud.

15.

Loogilist mudelit hõlmava lähenemisviisi eelised tulevad üha enam ilmsiks nüüd, kus rahvatervise programm on juurdunud ja selle tulemused selgemad. 2007. aasta vahehindamise aruandes soovitatut järgides võidakse rahvatervise programmi võimalikku kasu Euroopa kodanike jaoks esimest korda käsitleda järelhindamise käigus [järelhindamine toimub 2010. aastal] (Wija J. Oortwijn *et al*, Interim evaluation of the Public Health Programme 2003–2008. Final Report, RAND Europe technical report, 2007, 2. jagu, lk 100).

16.

Komisjon on arvamusel, et rahvatervist ei saa otseselt võrrelda ELi muude poliitikavaldkondadega, kuna rahvatervise valdkonnas on ühendusel asutamislepingu kohaselt vaid piiratud pädevus. Samuti ei saa komisjoni sekkumist kõnealusesse valdkonda võrrelda nende institutsioonide sekkumisega, kellele viitab kontrollikoda. On selge, et fondil *California Wellness Foundation* (mis on erafond) on rohkem konkreetseid volitusi ja otsene ligipääs lõplikele abisaajatele (Kalifornia kodanikele) ning seetõttu saab kõnealust fondi võrrelda üksnes liikmesriikide piirkondlike organitega.

KOMISJONI VASTUSED

17.

Tegevuskavas, mis koostati pärast 2003.–2007. aasta rahvatervise programmi vaahindamist 2007. aastal, kinnitatakse, et rahvatervise programmi hindamisel tuleb kasutada loogilisi mudeleid.

Vt ka vastus punktile 15.

Lisaks nõutakse alates 2006. aastast projektide taotlusvormidel, et projekti kavandamisel järgitaks loogilist mudelit. Alates täitev ameti, uue nimetusega rakendusameti asutamisest on seda nõuet veelgi tugevdatud ning vastavalt rakendusameti läbirääkimissuunistele võetakse seda arvesse projekti käsitlevatel läbirääkimistel ja järeelmeetmeid võttes.

18.

Komisjon nõustub vajadusega määrata kindlaks programmi tõhusa järelevalve näitajad. Rahvatervise programmi tervisetabe tegevussuuna üks eesmärke on töötada välja asjakohased näitajad poliitika, programmi ja projekti tasandil ning koguda andmeid.

Vt ka vastused punktidele 30 ja 31.

19.

2003.–2007. aasta rahvatervise programm kavandati 1999. ja 2000. aastal ning kiideti heaks 2002. aastal, seega ajal, mil komisjoni praegused programmide kavandamise, järelevalve ja hindamise meetodid ei olnud veel täielikult kasutusele võetud.

Tuleks ka märkida, et strateegilise planeerimise ja programmitöö ning tegevuspõhise juhtimise juhised (SPP/ABM guide), millele kontrollikoja tähelepanekutes viidatakse, avaldati alles 2004. aastal.

Projektide tasandil on SMART-eesmärkide (realistlikud ja ajapõhised eesmärgid) kehtestamist 2003.–2007. aasta rahvatervise programmi rakendamise kahe viimase aasta ja sellele järgnenud praeguse programmi rakendamise jooksul üha rohkem toetatud. Alates 2006. aastast sisaldub taotlejatele ette

nähtud juhistes nõue kasutada projektijuhtimise uusimaid üldtunnustatud põhimõtteid. Täitev amet, uue nimetusega rakendusamet tagab kõnealuste põhimõtete kohaldamise kogu projekti kestuse jooksul.

Vt ka vastus punktile 86.

20.

Komisjon leiab, et rahvatervise programmi sekkumisloogika ei saa põhimõtteliselt olla sama selge nagu liikmesriigi või kolmanda riigi tervise edendamise programmi sekkumisloogika. See tuleneb asjaolust, et rahvatervise programm ei ole oma olemuselt kodanikele suunatud tervise edendamise programm. See on ka põhjus, miks on raske muuta üldisi poliitilisi eesmärke konkreetseteks eesmärkideks programmide ja projektide tasandil.

Vt ka vastused punktidele 14–16.

21.

Rahvatervise programmi meetmed tulenevad komisjonis 2000. aastal vastu võetud tervishoiustrateegiast (KOM(2000) 285), milles esitatakse seos teiste osalejate (nt liikmesriigid) tegevusega. Seetõttu on rahvatervise programmi peamine eesmärk aidata moodustada vahendaja rollis olevate liikmesriikide, olulisemate sidusrühmade ja rahvatervise valdkonna peamiste osalejate võrgustik ELi tasandil ning aidata rahvatervise poliitika arengu toetamise eesmärgil kindlaks teha ja katsetada head tava.

Lisaks sellele kajastab 2003.–2007. aasta rahvatervise programm, mis võeti vastu otsusega nr 1786/2002/EÜ, Euroopa Parlamendi ja nõukogu seisukohti programmi prioriteetide ja eesmärkide kohta.

Vt ka vastused punktidele 10, 14, 40 ja 60c.

22.

Komisjon on teinud suuri jõupingutusi oma prioriteetide täpseks ja üksikasjalikuks sätestamiseks iga-aastases tööprogrammis.

KOMISJONI VASTUSED

23.

Komisjoni rahaline sekkumine rahvatervise valdkonnas ei ole võrreldav liikmesriikide rahalise sekkumisega, kuna komisjoni ja liikmesriikide pädevus on erineva olemuse ja ulatusega.

24.

Komisjon nõustub, et suurem eelarve aitaks saavutada rohkem, ent 2003.–2007. aasta rahvatervise programmi rakendamine kajastab Euroopa Parlamendi ja nõukogu poolt heaks kiidetud eelarvevahendeid ning rakendamise prioriteete ja eesmäärke.

Rahvatervise programmi abil luuakse tingimused tervist edendavate paremate meetmete arendamiseks. Rahvatervise programmi puhul ei ole asjakohane arvestada keskmisi kulusid iga Euroopa kodaniku kohta.

25.

Komisjon on teinud lakkamatuid jõupingutusi rahastamise prioriteetide täpseks ja üksikasjalikuks sätestamiseks oma iga-aastases tööprogrammis, et selgitada välja vajalik tegevus, selle poliitiline seos ja seos varem tehtud tööga. Teemade valikut mõjutavad liikmesriikide esindajad iga-aastast tööprogrammi heaks kiitvas programmikomitees.

Vt ka vastus punktile 78.

26.

Iga-aastase tööprogrammi koostamisel esitab komisjon iga teema all konkreetsed valdkonnad, milles oleks eriti oluline meetmeid võtta.

27.

Komisjon nõustub vajadusega teha täiendavaid edusamme, et määrata iga-aastases tööprogrammis kindlaks selliste teemade ja meetmete võtmise valdkondade hulk, mis vastaks programmi rakendamiseks ettenähtud eelarveassigneeringutele.

28.

Paljudel juhtudel tuleb rahvatervise poliitika eri valdkondade osalejate vaheliste sidemete loomist ja liikmesriike hõlmava võrgustiku arendamist käsitleda enamiku rahvatervise programmi alusel kaasrahastatavate projektide peamise eesmärgina. Kõnealuseid meetmeid rakendatakse peamiselt projektkonkursside tulemusena antavate toetuste kaudu.

Pakkumismenetluse kasutamine on sageli keeruline, eriti sellistes valdkondades, kus võimalike pakkujate arv teenuse osutamise lepingute puhul on piiratud.

30.

2003.–2007. aasta rahvatervise programm kavandati 1999. ja 2000. aastal ning kiideti heaks 2002. aastal, seega ajal, mil komisjoni praegused programmide kavandamise, järelevalve ja hindamise meetodid, näiteks tegevuspõhine juhtimine, ei olnud veel täielikult kasutusele võetud.

Rahvatervise programm oli esimene programm, millega nähti ette tugevate ühiste näitajate kindlaksmääramine (tervise teabe tegevussuuna kaudu) ja asjakohaste andmete kogumine kõigis liikmesriikides. Samuti tuleks märkida, et komisjoni näitaja „tervena elatud aastad“ on esimene ja ainus ELis kasutusel olev rahvatervise üldnäitaja.

31.

Komisjoni arvates sõltub programmi tõhusa järelevalve näitajate kehtestamine olulisel määral asjakohaste andmete kättesaadavusest projekti tasandil. Sobivate näitajate ja andmekogumismeetodite väljatöötamine on üks rahvatervise programmi tervise teabe tegevussuuna eesmärkidest.

Vt ka vastus punktile 18.

KOMISJONI VASTUSED

32.

Iga-aastases juhtimiskavas esitatud uued näitajad (näiteks „avalikkuse teadlikkuse tase ebatervislike eluviiside ja elustiilist tulenevate terviseriskide osas“, „nende kodanike osakaal, kes lasevad igal aastal mööta oma vererõhku“, „sellise elanikkonna osakaal, kes on teadlik tubakasuitsu tervist kahjustavast mõjust mittesuitsetajatele“, „sellise elanikkonna osakaal, kes teab, et tasakaalustatud toitumine tähendab mitmesuguste erinevate toiduainete söömist“), töötati välja 2009. aasta tegevusaruande ettevalmistamisel 2009. aasta esialgse eelarveprojekti raames ning nõukogu eelarvekomitee tunnustas neid kui olulist edusammu (nõukogu dokument 13895/08 FIN362, 7. oktoober 2008, lk 23 „COMBUD hindamisaruanne esialgse eelarveprojekti 2009. aasta tegevusaruandete kohta – sissejuhatav märkus“).

Lisaks sellele on komisjon loonud töörühma iga-aastase poliitilise strateegia ja iga-aastase juhtimiskava raames kasutatavate täiendavate näitajate kindlaksmääramiseks, eesmärgiga muuta asjakohaste andmete kogumine kõnealuse strateegia ja kava rakendamiseks 2010. aastal süstemaatiliseks ja korrapäraseks.

33.

Kontrollikoja auditi aluseks olnud ajavahe- mikul on komisjon andnud osalistele vahe- ja lõpparuande esitamise etapil konkreetsetel juhtudel ametlikku tagasisidet nii rakendusliku kui ka rahendusliku aspekti kohta.

Alates täitevameti, uue nimetusega rakendusameti asutamisest on projektide järelevalve veelgi tõhustunud.

Vt ka vastused punktidele 51, 53 ja 70–73.

36.

2003.–2007. aasta rahvatervise programmi algjärgus valiti välja kontrollikoja auditeeritud projektid. Komisjon märgib, et taotlejatel kulus aega selliste nõuetega harjumiseks, mille kohaselt eesmäärke, meetmeid ja tegevusi tuleb üksikasjalikumalt kirjeldada. Komisjoni arvates olukord siiski pidevalt paraneb.

Taotlejatele alates 2006. aastast ette nähtud juhistes sisaldub nõue kasutada taotluse koostamisel projektijuhtimise uusimaid üldtunnustatud põhimõtteid (sealhulgas eesmärkide kindlaksmääramine). Läbirääkimistel tagatakse, et kõnelused põhimõtted on sellistena toetuslepingus ka tegelikult fikseeritud, ning täitevametis, uue nimetusega rakendusametis töötavad, projektide haldamise eest vastutavad ametnikud tagavad nende kohaldamise kogu projekti kestuse jooksul.

38.

Vt ka vastused punktidele 19 ja 86.

40.

Rahvatervise programmi eesmärk on eelkõige aidata moodustada liikmesriikide, olulisemate sidusrühmade ja rahvatervise valdkonna peamiste osalejate võrgustik ELi tasandil. Programmi kaudu aidatakse ka rahvatervise poliitika riikliku arengu toetamise eesmärgil kindlaks teha ja katsetada head tava.

Vt ka vastused punktidele 10, 14, 21, 36 ja 60c.

41.

See kehtib ainult 2003., 2004. ja 2005. aasta projektide kohta ning seda on täiendatud taotlejatele mõeldud konkreetsemate juhiste avaldamisega 2006. aastal.

Vt ka vastus punktile 36.

KOMISJONI VASTUSED

42.

Projektide valikul on rahastamise peamiseks kriteeriumiks nende seotus ELi poliitikaga. Projektid mõjutavad poliitika tsüklit mitmel eri moel, näiteks järgmiselt:

- projektide tulemused antakse liikmesriikide ja sidusrühmade tehniliste organite käsutusse;
- projektid soodustavad kogemuste vahetamise püsivate võrgustike teket;
- projektid loovad aluse head tava käsitlevate soovitude kujundamisele.

Kaudselt mõjutatakse ka inimeste elustiili.

45.

Teadus- ja arendustegevuse ning innovatsiooni tsüklit ei ole võimalik täies ulatuses kohaldada, kuna projektid on suunatud ainult vahetasandile. Seetõttu olid meetmed piiratud teadus- ja arendustegevusega ning mõnel juhul ka katseprojektidega, ent komisjonil ei olnud võimalik tsüklit täielikult rakendada.

Komisjon võib tuua mitu näidet 2003.–2007. aasta rahvatervise programmi alusel rahastatud projektide edukate tulemuste kohta:

- Noortele suunatud reklaami mõju käsitlev töö (Laste ülekaalulisus ja sellega seotud välditavad kroonilised haigused), mille tulemusi kasutati reklaami iseregulatsiooni käsitleval komisjoni ümarlaual (2005), millel töötati välja ELi reklaamisektori iseregulatsiooni alane toimimisjuhend. Ümarlaud on andnud oma panuse ka tervisliku toitumise, kehalise aktiivsuse ja tervise ELi tegevusprogrammi ning Euroopa Südamevõrgustik on endiselt selle aktiivne liige.

- Projekt „Shape-up”, millega anti panus selliste heade tavade innovatiivsete näidete kujundamisse, millega saaks edendada tervislikke eluviise koolides ning soodustada sellist avaliku ja erasektori partnerlust, mida soovitatakse komisjoni 2007. aasta valges raamatus „Toitumise, ülekaalulisuse ja rasvumisega seotud küsimustega tegelemise Euroopa strateegia”. Projekti „Shape-up” juhid osalevad praegu komisjoni kokku kutsutud rühmas, mis tegeleb hea tava näidete ning avaliku ja erasektori partnerlusel põhinevate ühenduse lähenemisviiside edendamisega.
- Projekti SAFE raames töötati välja seksuaalhariduse ja seksuaaltervise alane hea tava ja valdkondlikud soovitusel, mida tutvustati HIVi/AIDSi eksperdirühmale ja kodanikuühiskonna foorumile. Projekti tulemuste peamised elemendid lisati seksuaaltervise ümarlaual koostatud aruteludokumenti, milles käsitleti ELi võimalike tulevaste meetmeid kõnealusel valdkonnas, ning projekti tulemusi arutati ka 2008. aasta mais toimunud seminaril.
- Uimastite levikut vanglas käsitlev projekt ENDIPP aitas saada taustteavet edasiseks tööks, mille tulemusena valmistati ette riikide aruanded vanglatele osutatavate ennetus-, ravi- ja kahjulike tagajärgede leevendamise teenuste, vanglast vabanejatele osutatavate reintegratsiooniteenuste ja vanglates toimuva uimastitarbimise jälgimise/analüüsimise meetodite kohta, ning projekti tulemusi kasutati nõukogu soovitusel ettepaneku ettevalmistamiseks.
- Projekti SUPPORT suunitlust muudeti, et suurendada vaimse tervise projektide läbipaistvust ja koostoimet ning soodustada nende tulemuste levitamist ja kasutamist. SUPPORT-projekti tulemusi kasutati vaimse tervise ja heaolu Euroopa pakti ettevalmistamisel, 2008. aasta juunis toimunud kõrgetasemelisel konverentsil ja sellele järgnenud seminaridel.

KOMISJONI VASTUSED

- Projektiga „Eurocare – Closing the gap” aidati luua võrdseid võimalusi sidusrühmadega alkoholipoliitika üle peetavateks aruteludeks, kuna projektiga võimaldati tööstusega mitteseotud osalejatel töötada välja ühised seisukohad ja esitada neid komisjoni korraldatud, majandustegevuses osalejaid hõlmavatel aruteludel. Projektiga võimaldati rahvatervise valdkonna osalejatel anda oma struktureeritud ja kooskõlastatud panus 2006. aasta oktoobris vastu võetud ühenduse alkoholistrateegiasse ja selle rakendamisse.
- Panus komisjoni rohelistesse raamatusse „Suund Euroopa vabastamisele tubaka-suitsust” (mitme projekti kaudu, mida rahastas tervise- ja tarbijaküsimuste peadirektoraat ning millele viidatakse rohelises raamatus); panus tubakatoodete tarbimise piiramist käsitlevasse raamkonventsiooni kirjaliku seisukoha kaudu, mille Raamkonventsiooni Ühendus (üle 200 valitsusvälist organisatsiooni hõlmav rahvusvaheline võrgustik) kavandas suitsetamise ennetamise Euroopa võrgustiku raames.

Jätkati Haiguste Ennetamise ja Tõrje Euroopa Keskuse (ECDC) loomist Stockholmis. Keskuse töö prioriteedid töötati välja nakkushaiguste seiret käsitlevate projektide toel. Kõnealuseid projekte toetati programmi terviseohutude tegevussuuna raames.

Lisaks sellele töötati tervise teabe tegevussuuna alusel toetatavate tervisenäitajaid käsitlevate projektide abi välja Lissaboni strateegias sisalduv näitaja „tervena elatud aastad”, mis on oluline samm sekkumises tervist mõjutavate tegurite edendamisse, ning näitajat „tervena elatud aastad”, aga ka teisi olulisi tervise valdkonna võrdlusnäitajaid Euroopa Ühenduse tervisenäitajate nimekirjas arutatakse ja täiustatakse endiselt kõnealuste projektide alusel. Tervisenäitajate olulisus riiklikul tasandil on vaieldamatu. „Tervena elatud aastad” on näiteks peamise võrdlusnäitajana lülitatud Eesti tervishoiustrateegiasse ning Madalmaad kasutavad oma riiklikus strateegias veelgi üksikasjalikumalt tervisenäitajate nimekirja, mis on avaldatud eriväljaandes „Julge võrrelda”.

46.

Riiklike rahastamisallikaid kasutatakse üldiselt ainult liikmesriikidevahelise võrgustiku loomise riiklike komponentide jaoks. Seetõttu on vajalik, et Euroopa rahvatervise programmi alusel rahastatakse selliseid meetmeid, mis on ilmselgelt kogu ELi huvides.

Vt ka vastused punktidele 56 ja 64.

Esimese rahvatervise programmi (2003–2007) rahastamismehhanismid ei olnud kohandatud pikaajalise rahalise toetuse andmiseks. Praeguse programmiga (2008–2013) on ette nähtud muud, asjakohasemad vahendid ja rahastamismehhanismid, eelkõige tegevustoetused ja ühismeetmete rahastamine.

48.

Vt ka vastus punktile 46.

51.

Komisjon leiab, et algatatud projektide järelevalve on auditi aluseks olevast ajavahemikust saadik märkimisväärselt paranenud. Sellest olenemata on teave varem rahastatud projektide kohta olnud alati kättesaadav. Varem rahastatud projektide nimekirjad ja lingid aruannetele on avaldatud kas tervise- ja tarbijaküsimuste peadirektoraadi või täitev ameti, uue nimetusega rakendusameti veebisaidil. Alates 2008. aastast on teave järelevalve kohta sisestatud ka terviklikku andmebaasi.

Kõnealune vahend tõhustab veelgi komisjoni järelevalvet rahastatavate projektide üle.

Vt ka vastused punktidele 33, 52 ja 70–73.

KOMISJONI VASTUSED

52.

Projektide vastastikuse täiendavuse tagamiseks on komisjon palunud kandidaate võtta projekti kavandamisel arvesse olemasolevaid projekte ja toetuda varem saavutatud tulemustele. See on olnud ka üks toetuse andmise kriteerium.

Teatavatel juhtudel on komisjon palunud kandidaatidel teha koostööd teiste projektidega ning dokumenteerida varem rahastatud ja üldsusele juurdepääsetavate projektide raames tehtud töö.

Lisaks sellele esitatakse rahastamiseks väljavalitud projektide loetelu tavaliselt käsitlemiseks komisjoni osakondade vahelisel konsultatsioonimenetlusel.

Vt ka vastus punktile 51.

53

a)

Tervist mõjutavate tegurite valdkonnas on meetmete valik suur. Rahvatervise programmi eesmärk oli kujundada eri lähenemisviise ning hoiduda kattumisest. Komisjoni arvates tõendab asjaolu, et projektid on olnud erinevad ning käsitletud uimastite või toitumise ja kehalise aktiivsuse valdkonna eri aspekte, edu kattumisest hoidumisel.

Rahvatervise programmi alusel rahastatud projektidega „Shape up” või EPODE on antud panus komisjoni 2007. aasta valge raamatu (toitumise, ülekaalulisuse ja rasvumisega seotud terviseküsimumste kohta) koostamisse. ELi uimastistrateegias kutsutakse üles kujundama multidistsiplinaarset lähenemisviisi (Euroopa uimastistrateegia (2005–2012), nõukogu dokument nr 15074/04, 22. november 2004).

53

b)

Kõik auditeeritud projektid vastasid rahvatervise programmis kindlaks määratud valiku- ja toetuse andmise kriteeriumidele. Juhul kui eri projektide raames käsitleti samalaadseid küsimusi, tehti seda eri vaatenurgast ja eri meetodeid kasutades.

Alkoholi kahjulike tagajärgede leevendamise valdkonnas leidus ainult piiratud arv Euroopa tasandil tegutsevaid organisatioone ja/või organisatioone, kes oleksid suutelised juhtima Euroopa mõõtmega projekte. Riikide aruanded ELi liikmesriikide alkoholipoliitika olukorra kohta ühelt poolt ning aruanne „Alkoholi tarvitamine Euroopas” teiselt poolt teenisid eri eesmärgi ja erinesid ka sisult (vt II lisa, punkt 6).

53

c)

Komisjoni arvates on kahe suitsetamisvastase võitlusega seotud võrgustiku tegevus ilmselgelt suunatud eri rühmadele.

Seksuaal- ja reproduktiivtervishoiu valdkonnas on komisjon kujundanud HIVi/AIDSi poliitika ja koostanud asjakohase tegevuskava, mida osaliselt rakendatakse rahvatervise programmi alusel eraldatavate rahaliste vahendite abil. Kõnealuste rahaliste vahendite abil püütakse paremini tõkestada HIVi levikut Euroopas (vt II lisa, punkt 15).

Kontrollikoja osutatud nõuandvatel organitel on küll oluline roll Euroopa Liidu HIVi/AIDSi poliitika kooskõlastamisel, ent neil puudub rahastamissuutlikkus (vt II lisa, punkt 16).

Komisjoni arvates on oluline toetada ja tugevdada konkreetse valdkonna valitsusväliseid organisatioone ning operatiivsel või poliitilisel tasandil toimivaid võrgustikke, samuti on oluline toetada HIVi ja AIDSi nakatanud inimesi ning teha jõupingutusi HIVi nakatumise ennetamiseks. Valitsusvälised organisatsioonid või võrgustikud peavad jõudma sihtrühmadeni, kelleks on patsiendid, riskirühmadesse kuuluvad inimesed, kohalikud või riiklikud ametiasutused ning poliitikud. Seega on HIVi/AIDSi valdkonnas tegutseva valitsusvälise organisatsiooni puhul eeliseks, kui ta spetsialiseerub ehk leiab aruande sõnastuse kohaselt „oma niši”. Võttes arvesse, et eluaegse retroviiruse vastase ravi kulud (ainult ravimite kulud) on ELis ühe inimese kohta aastas keskmiselt 10 000 eurot, on investeerimine spetsialiseerunud ja professionaalsesse valitsusvälisesse organisatsioonidesse, kes tegelevad inimestega, kellel on kõige suurem oht nakatuda HIVi, igati põhjendatud (vt II lisa punkt 18).

KOMISJONI VASTUSED

Stockholmis asuv Haiguste Ennetamise ja Tõrje Euroopa Keskus (edaspidi „keskus”) alustas täit tegevust HIVi/AIDSi ennetamise ja tõrje valdkonnas 2008. aastal (vaata II lisa punkt 19).

54.

Euroopa tasandi koostöö rahastamine on ette nähtud ainult teadusuuringute ja tehnoloogiaarenduse raamprogrammis ja uimastiprogrammis ning keskuse nakkushaiguste seire valdkonnas. Nendel juhtudel on komisjon võtnud kasutusele mehhanismi, millega tagatakse kooskõlastamine ja välditakse katuvust rahvatervise programmiga.

Komisjon on rahvatervise programmi kaudu võtnud mitmesuguseid meetmeid Euroopa rahvatervise poliitika peamiste valdkondade arengu toetuseks. Seda tehes on arvesse võetud ka muid koostöömehhanisme.

Keskuse asutamisel tugineti 2003.–2007. aasta rahvatervise programmi raames algatatud projektide tulemustele. Lisaks sellele rahastab komisjon selliseid rahvatervise programmi projekte, milles osalevad rahvusvahelised organisatsioonid, näiteks Maailma Terviseorganisatsioon (2007WHO02 „Toitumise ja kehalise tegevuse seire”) või Majanduskoostöö ja Arengu Organisatsioon (2006OECD02 „Tervishoiutöötajad ja rahvusvaheline ränne”).

Vt ka vastus punktile 45.

56.

Üleeuroopaline lisaväärtus on alati olnud üks peamine kriteerium rahastamisotsuse tegemisel rahvatervise programmi projektide suhtes.

Teised koostöömehhanismid (näiteks avatud koordinatsiooni meetod), millega hõlbustatakse sidusrühmadevahelist koostööd ja teabevahetust kogu Euroopas, ei välista rahvatervise programmi meetmeid. Enamikuga kõnealustest muudest mehhanismidest ei rahastata Euroopa tasandi algatuste käivitamist ja haldamist.

Vt ka vastused punktidele 46 ja 64.

57.

Suurem osa projektidest kujutas endast võrgustikke, kuna üks toetuse andmise kriteerium oli partnerite kaasamine Euroopa eri riikidest.

58.

Vt ka vastus punktile 45.

60.

a)

Vt ka vastus punktile 52.

60.

c)

Rahvatervise programmi kaudu üldiselt ei rahastata laiapõhjalist rakendamist ettevalmistavaid (nn *going-to-scale*) projekte. Selle eest vastutavad liikmesriigid.

Vt ka vastused punktidele 10, 14 ja 40.

62.

Komisjon tervitab üleeuroopalise lisaväärtuse ja rahvatervise programmi kasulikkuse tunnustamist.

KOMISJONI VASTUSED

64.

Muud koostöömehhanismid, eriti liikmesriikidega tehtava koostöö mehhanismid ei asenda rahvatervise programmi meetmeid, millega toetatakse poliitika arengut teatavates sellistes tegevusvaldkondades, kus rahaline toetus on äärmiselt oluline.

Vt ka vastused punktidele 46, 54 ja 56.

65.

Kõnealuse nõukogu töörühma tegevust tuleb rahastada praeguse rahvatervise programmi (2008–2013) kaudu.

69.

Komisjon jagab arvamust, mille kohaselt partnerlused toimisid üldiselt hästi.

Eriti tervitab ta nende koordinaatorite positiivset hinnangut, kes tegelesid suuri võrgustikke hõlmavate projektidega, mille abil püüti koondada teadmisi ja kogemusi ELi tasandil.

70.–73.

Kontrollikoja auditi aluseks olnud ajavahe- ja lõpparuande esitamise etapil konkreetsetel juhtudel ametlikku tagasisidet nii rakendusliku kui ka rahendusliku aspekti kohta. Vajaduse korral on aruannete suhtes võetud parandusmeetmeid, mille raames on peatatud maksed kuni lisateabe saamiseni.

Komisjon on seisukohal, et alates täitev- ameti, uue nimetusega rakendusameti asutamisest on projektide järelevalvet veelgi tõhustatud.

Vt ka vastused punktidele 33, 51 ja 52.

78.

Liikmesriike on pärast seda, kui nende esindajad rahvatervise programmi komitees kavanditele oma hinnangu andsid, välja valitud projektide loetelust ametlikult teavitatud (vt 2008. aasta projektide loetelu, dokument K(2008) 6180). Loetelu vaadatakse programmikomitees ametlikult läbi ning seejärel esitatakse see Euroopa Parlamendile kontrollimiseks ja lõpuks komisjonile ametliku heakskiidu saamiseks.

Vt ka vastus punktile 25.

KOKKUVÕTTED JA SOOVITUSED

Programmi kavandamine

83.

Asutamislepingu artiklis 152 on sätestatud, et „ühenduse meetmed, mis täiendavad liikmesriikide poliitikat, on suunatud rahvatervise parandamisele“, kusjuures tehakse selget vahet liikmesriikide ülesandel rakendada riiklikke tervise edendamise programme ning ühenduse ülesandel liikmesriikide tegevust täiendada.

Rahvatervise programm kavandati kooskõlas komisjonis 2000. aastal vastu võetud tervishoiustrateegiaga (vt KOM(2000) 285) ning selle kavandamisel võeti arvesse ühenduse piiratud pädevust, mis on sätestatud asutamislepingus.

Rahvatervise programmi eesmärk on aidata moodustada liikmesriikide, olulisemate sidusrühmade ja rahvatervise valdkonna peamiste osalejate võrgustik ELi tasandil. Programmi kaudu aidatakse ka rahvatervise poliitika riikliku arengu toetamise eesmärgil kindlaks teha ja katsetada head tava.

KOMISJONI VASTUSED

Komisjon nõustub sellega, et 2003.–2007. aasta rahvatervise programmi sekkumisloogikat ei ole programmi käsitlevas otsuses piisavalt selgitatud. Ent siinkohal tuleks märkida, et kõnealune programm kavandati 1999. ja 2000. aastal ning kiideti heaks 2002. aastal, seega ajal, mil komisjoni praegused programmide kavandamise, järelevalve ja hindamise meetodid ei olnud veel täielikult kasutusele võetud.

Loogilist mudelit hõlmava lähenemisviisi eelised tulevad üha enam ilmsiks nüüd, kus rahvatervise programm on juurdunud ja selle tulemused selgemad. 2007. aasta vahehindamise aruandes soovitatut järgides tehakse esimene katse võtta kokku rahvatervise programmi võimalikud eelised Euroopa kodanikele.

Vt ka vastused punktidele 10, 14, 15, 19, 21, 40 ja 60c.

Sobivate näitajate ja andmekogumismetodite väljatöötamine on üks rahvatervise programmi tervisetabe tegevussuuna eesmärkidest. Komisjoni arvates sõltub programmi tõhusa järelevalve näitajate kehtestamine olulisel määral asjakohaste andmete kättesaadavusest projekti tasandil.

2009. aasta esialgse eelarveprojekti raames on välja töötatud uued näitajad. Lisaks sellele on komisjon loonud tööühma 2010. aasta poliitilise strateegia ja 2010. aasta juhtimiskava raames kasutatavate täiendavate näitajate kindlaksmääramiseks.

Vt vastuseid punktidele 31 ja 32.

84.

Komisjon on teinud suuri jõupingutusi oma prioriteetide täpseks ja üksikasjalikuks sätestamiseks iga-aastases tööprogrammis. Komisjon nõustub vajadusega teha täiendavaid edusamme, et määrata iga-aastases tööprogrammis kindlaks selliste teemade ja meetmete võtmise valdkondade hulk, mis vastaks programmi rakendamiseks ettenähtud eelarveassigneeringutele.

2003.–2007. aasta rahvatervise programmile antud lõplik hinnang avaldatakse 2010. aastal, mil enamik projekte on ellu viidud, ning see võimaldab teha üldisi järeldusi programmi tõhususe kohta eesmärkide saavutamisel.

Vt ka vastused punktidele 22, 25 ja 27.

1. soovitus

Komisjonil on algatusõigus, kuid Euroopa Parlament ja nõukogu võtavad vastu programmi käsitleva otsuse, sealhulgas programmi eesmärgid ja nende saavutamiseks ette nähtud eelarveassigneeringud.

Alates 2002. aastast lisatakse komisjoni õigusaktide ettepanekutele üldiselt ka nende mõju eelnev hinnang, mis sisaldab võimalike poliitikameetmete majandusliku, sotsiaalse ja keskkonnale avalduva mõju analüüsi.

Komisjon püüab praegusele rahvatervise programmile (2008–2013) järgnevate võimalike programmide puhul järgida samasugust programmioloogikat.

Vt ka vastus punktile 15.

85.

Tervist mõjutavate tegurite valdkonnas on meetmete valik suur. Rahvatervise programmi eesmärk oli kujundada eri lähenemisviise ning hoiduda kattumisest.

Kõik auditeeritud projektid vastasid kõigile valiku- ja toetuse andmise kriteeriumidele. Juhul kui eri projektide raames käsitleti samalaadseid küsimusi, tehti seda eri vaatenurgast ja eri meetodeid kasutades, ning see suurendas tulemuste olulisust.

KOMISJONI VASTUSED

Komisjoni arvates tõendab asjaolu, et projektid on olnud erinevad ning käsitletud konkreetse valdkonna eri aspekte, edu katmisest hoidumisel.

Projektide vastastikuse täiendavuse tagamiseks on komisjon palunud kandidaate võtta projekti kavandamisel arvesse olemasolevaid projekte ja toetuda varem saavutatud tulemustele. See on olnud ka üks toetuse andmise kriteerium.

Lisaks viitab komisjon oma osakondade vahelisele üldisele konsultatsioonimenetlusele, mida rahvatervise programmi suhtes kohaldati.

Vastastikuse täiendavuse tagamine on muutunud lihtsamaks, kuna on loodud terviklik andmebaas, mis sisaldab teavet projektide järelevalve kohta.

Üleeuroopaline lisaväärtus on alati olnud üks peamine kriteerium rahvatervise programmi projektide valiku ja nende rahastamise otsuste tegemisel.

Vt ka vastused punktidele 46, 51, 52, 53 ja 56.

86. ja 87.

Rahvatervise programm (2003–2007) kavandati 1999. ja 2000. aastal ning kiideti heaks 2002. aastal, seega ajal, mil komisjoni praegused programmide kavandamise, järelevalve ja hindamise meetodid ei olnud veel täielikult kasutusele võetud.

Kontrollikoja auditeeritavad projektid valiti välja 2003.–2007. aasta rahvatervise programmi algjärgus.

Komisjon märgib, et taotlejatel kulus aega selliste nõuetega harjumiseks, mille kohaselt eesmäärke, meetmeid ja tegevusi tuleb üksikasjalikumalt kirjeldada. Komisjoni arvates olukord siiski pidevalt paraneb. Taotlejatele alates 2006. aastast ette nähtud juhistes sisaldub nõue kasutada taotluse koostamisel projektijuhtimise uusimaid üldtunnustatud põhimõtteid (sealhulgas eesmärkide kindlaksmääramine). Läbirääkimistel tagatakse, et kõnelused põhimõtted on sellistena toetuslepingus ka tegelikult fikseeritud, ning täitevametis, uue nimetusega rakendusametis töötavad, projektide haldamise eest vastutavad ametnikud tagavad nende kohaldamise kogu projekti kestuse jooksul.

Vt ka vastused punktidele 19 ja 36.

88.

Komisjon tervitab üleeuroopalise lisaväärtuse ja rahvatervise programmi kasulikkuse tunnustamist. Üleeuroopaline lisaväärtus on alati olnud üks peamine kriteerium rahastamisotsuse tegemisel rahvatervise programmi projektide suhtes.

Suurem osa projektidest kujutas endast võrgustikke, kuna üks toetuse andmise kriteerium oli partnerite kaasamine Euroopa eri riikidest.

Vt ka vastused punktidele 56 ja 57.

89.

Komisjon nõustub, et esimese rahvatervise programmi (2003–2007) rahastamismehhanismid ei olnud kohandatud pikaajalise rahalise toetuse andmiseks. Praeguse programmiga (2008–2013) on ette nähtud muud, asjakohasemad vahendid ja rahastamismehhanismid, eelkõige tegevustoetused ja ühismeetmete rahastamine. Riiklike rahastamisallikaid kasutatakse üldiselt ainult liikmesriikidevahelise võrgustiku loomise riiklike komponentide jaoks. Seetõttu on vajalik, et Euroopa rahvatervise programmi alusel rahastatakse selliseid meetmeid, mis on ilmselgelt kogu ELi huvides.

Vt ka vastused punktidele 46, 56 ja 64.

KOMISJONI VASTUSED

90.

Komisjon jagab arvamust, mille kohaselt partnerlused toimisid üldiselt hästi. Eriti tervitab ta nende koordinaatorite positiivset hinnangut, kes tegelesid suuri võrgustikke hõlmavate projektidega, mille abil püüti koondada teadmisi ja kogemusi ELi tasandil.

Kontrollikoja auditi aluseks olnud ajavahe- mikul on komisjon andnud osalistele vahe- ja lõpparuande esitamise etapil konkreetsetel juhtudel ametlikku tagasisidet nii rakendusliku kui ka rahandusliku aspekti kohta. Alates täitev ameti, uue nimetusega rakendusameti asutamisest on projektide järelevalvet veelgi tõhustatud.

Liikmesriike on pärast seda, kui nende esindajad rahvatervise programmi komitees kavanditele oma hinnangu andsid, väljavalitud projektide loetelust ametlikult teavitatud. Loetelu kiidetakse komitees ametlikult heaks ning seejärel esitatakse see Euroopa Parlamendile kontrollimiseks ja lõpuks komisjonile ametliku heakskiidu saamiseks.

Komisjon püüab rakendada kontrollikoja soovitusi levitada rohkem teavet rahvatervise programmi raames rahastatavate projektide kohta.

Vt ka vastused punktidele 33, 51, 69, 70 ja 78.

2. soovitus

Vastus esimesele alasoovitusele

2007. aastal toimunud 2003.–2007. aasta rahvatervise programmi vahehindamisel tehti kindlaks konkreetsete valdkonnad, mida on tarvis tõhustada. Muu hulgas tuleb tõhustada kaardistamist, nagu soovitas kontrollikoda praeguse rahvatervise programmi (2008–2013) puhul.

Vt ka vastus punktile 51.

Komisjon kavatses praeguse rahvatervise programmi (2008–2013) raames igal aastal tegeleda kaardistamisega. See täiendab 2003.–2007. aasta rahvatervise programmi raames 2007. ja 2008. aastal tehtud kaardistamist.

Vastus teisele alasoovitusele

Komisjon nõustub vajadusega teha täiendavaid edusamme, et määrata iga-aastases tööprogrammis kindlaks selliste teemade ja meetmete võtmise valdkondade hulk, mis vastaks programmi rakendamiseks ettenähtud eelarveassigneeringutele.

Vt ka vastus punktile 27.

Vastus kolmandale alasoovitusele

Alates täitev ameti, uue nimetusega rakendusameti asutamisest on projektide kavandamine ja järelevalve tõhustunud. Järjekindlalt kasutatakse võrgustike rahastamise uusi võimalusi.

Vt ka vastused punktidele 33 ja 46.

Üldine järeldus

91.

Komisjon nõustub, et suurem eelarve oleks aidanud saavutada rohkem, ent 2003.–2007. aasta rahvatervise programm kajastab Euroopa Parlamendi ja nõukogu poolt heaks kiidetud eelarvehahendeid ning programmi prioriteete ja eesmäärke.

92.

Tervise edendamise algatuste mõju kodanike tervisele saab hinnata ainult pikema aja jooksul, võttes aluseks kodanike käitumises toimuvad muutused. Komisjon on seisukohal, et praegune ja eelmine rahvatervise programm on andnud olulise panuse ajakohase ja laia osalusega ELi tervise poliitika edendamisse.

KOMISJONI VASTUSED

3. soovitus

Vastus esimesele alasoovitusele

Komisjonil on olnud võimalik võtta rahvatervise programmi kaudu meetmeid rahvatervise poliitika peamiste valdkondade arengu toetuseks. Meetmeid võttes on arvestatud olemasolevate eelarvevahenditega ning muude koostöömehhanismidega (näiteks avatud koordinatsiooni meetod), millega hõlbustatakse küll sidusrühmadevahelist koostööd ja teabevahetust kogu Euroopas, kuid millega ei rahastata võrgustike loomist ja haldamist.

Vastus teisele alasoovitusele

Komisjoni arvates oleks parim vaadata praegune rahvatervise programm läbi 2010. aastal, mil tehakse kättesaadavaks 2003.–2007. aasta rahvatervise programmi hindamise tulemused.

Pärast 2014. aastat rakendatava, praegusele rahvatervise programmile (2008–2013) järgneva mis tahes programmi puhul kohustub komisjon oma menetluste kohaselt teostama mõju eelneva hindamise, mille raames analüüsitakse eri poliitikameetmeid ja nende mõju.

Euroopa Kontrollikoda

Eriaruanne nr 2/2009

Euroopa Liidu rahvatervise programm (2003–2007): mõjus viis tervise parandamiseks?

Luxembourg: Euroopa Ühenduste Ametlike Väljaannete Talitus

2009 – 66 lk – 21 × 29,7 cm

ISBN 978-92-9207-225-4

Euroopa Liidu väljaannete tellimine

Tasulised väljaanded:

- EU Bookshopi kaudu (<http://bookshop.europa.eu>);
- raamatukauplustes, esitades pealkirja, väljaandja ja/või ISBNi numbri;
- võtke otse ühendust meie müügiesindajatega;
- kontaktandmed leiate veebilehelt <http://bookshop.europa.eu> või saatke faks numbrile +352 2929-42758.

Tasuta väljaanded:

- EU Bookshopi kaudu (<http://bookshop.europa.eu>);
- Euroopa Komisjoni esindustes ja delegatsioonides;
- kontaktandmed leiate veebilehelt <http://ec.europa.eu> või saatke faks numbrile +352 2929-42758.

KÄESOLEVAS ARUANDES ANALÜÜSIB EUROOPA KONTROLLIKODA EUROOPA LIIDU RAHVATERVISE PROGRAMMI AJAVAHMIKUKS 2003–2007. KONTROLLIKOJA AUDITIS UURITI, KAS ELI EELARVEST RAHASTATUD PROJEKTIDELE OLID KEHTESTATUD ÕIGED TINGIMUSED, ET TÄIENDADA LIIKMESRIIKIDE RAHVATERVISE KAITSMISEKS JA PARANDAMISEKS VÕETUD MEETMEID. ARUANDES ESITATAKSE ÜSIKASJALIKUD PROGRAMMI KAVANDAMISE, RAKENDAMISE JA JUHTIMISEGA SEONDUVAD JÄRELDUSED JA SOOVITUSED. OMA LEIDE SILMAS PIDADES SEAB KONTROLLIKODA KAHTLUSE ALLA EUROOPA RAHVATERVISE PROGRAMMIDE, NAGU KÕNEALUNE RAHVATERVISE PROGRAMM, TEATAVATE ELEMENTIDE KASULIKKUSE. KOMISJONIL JA LIIKMESRIIKIDEL SOOVITATAKSE VAADATA UUESTI LÄBI ELI RAHASTAMIST KÄSITLEV LÄHENEMISVIIS RAHVATERVISE VALDKONNAS.



EUROOPA KONTROLLIKODA



Väljaannete talitus

ISBN 978-92-9207-225-4



9 789292 072254