

Maris Jesse: Tervisepoliitika eesmärgid peavad olema pikaajalised ja tegevus nende saavutamiseks järjepidev

Tervise valdkonna ja ülejäänud meditsiini arengut ohustab see, kui meditsiin ise rahvatervisest eraldub, ütles Tervise Arengu Instituudi (TAI) direktor Maris Jesse Eesti Arsti vastutavale väljaandjale Siim Nahkurile antud intervjuus.



Maris Jesse
Foto: Peeter
Langovits / Scanpix

Millised on praegusaja kõige aktuaalsemad Eesti ühiskonna terviseprobleemid ning millised oleksid nende lahendamise põhimõttelised teed?

Eesti suurimad terviseprobleemid on need, mis põhjustavad meile kõige suuremat haiguskoormust ehk enim haiguste ja suremuse tõttu kaotatud eluaastaid. Nii meeste kui ka naiste enneaegse suremuse peamiseks põhjusteks on südame-veresoonkonnahaigused, õnnetused-vigastused ning kasvajakad. Nende surma- ja haigestumispõhjuste suurim riskitegur on omakorda alkoholi liigtarvitamine, millele järgnevad suitsetamine ja ülekaal. Neile järgnevad vähene kehaline aktiivsus ning puu- ja kõõviljude vähene tarbimine.

Kuidas hinnata Eesti tervisepoliitika hetkeseisu, kuivõrd ratsionaalne

ja tõhus on selle planeerimine, teostamine ja hindamine?

Tervisepoliitika eesmärgid peavad olema pikaajalised ja tegevus nende saavutamiseks järjepidev. Õnneks ei ole meie tervishoid olnud suurtes tõmbetuultes, nagu seda näiteks on olnud Läti või ka Suurbritannia tervishoid, kus valitsuste vahetustega on kaasnenum ulatuslikud tervishoiukorralduse muudatused, mis paratamatult vähendavad kõigi süsteemi osapoolte kindlust tulevikus. Meie tervishoiusüsteemi arendamine on üldiselt toetunud varem kokku lepitud eesmärkidele. Paremad oleme tervishoiuvõrgustikuga seotud eesmärkide sõnastamisel ja sennapoole püüdlisel. Terviseeesmärgid ei ole seni nii suurt tähelepanu saanud ja kindlasti on vajakajäämisi olnud ka järjepidevuses, kuid olukorda on suudetud viimase 7–8 aastaga parandada.

Palju räägitakse sellest, et Eesti tervishoiu tulevikuotsuseid tuleb teha nüüd, mitte aga oodata haigekassa reservide vähenemist. Milline on Teie retsept Eesti tervishoiu majandusliku jätkusuutlikkuse parandamiseks?

See ei ole viimase aja küsimus – kirjutasin oma esimese artikli ravikindlustuse jätkusuutlikkuse probleemist juba 1997. aastal. Aastal 2004 valmis Praxis analüüs, kus vaadeldi ravikindlustuse edasiste tulude laekumist. 13% ravikindlustusmaks arvutati välja olukorras, kus Eestis oli 800 000 töötavat maksumaksjat ja 600 000 mittetöötavat inimest. Praegu on töötavaid maksumaksjaid alla 600 000 ja mittetöötavate inimeste osakaal on kasvanud suuremaks

kui töötavate oma. Me peaksime seda maksubaasis toimunud muudatust arvesse võtma. Kuna ühiskondlik ootus ravikindlustusteenuste suhtes on jäänud samale tasemele, oleks ainsaks lahenduseks laiendada ravikindlustuse maksubaasi. Ettepanekuid on erinevaid, näiteks kogu perearstiabi viimine riigieelarvesse või pensionäride eest ravikindlustuse maksmine kas siis riigieelarvest või pensionifondidest. Need on kaks kõige tõenäolisemat ja suurima mõjuga lahendit, mille kallal peaks töötama. Samuti võiks päevakorral hoida kõigi tulude, sealhulgas dividenditulu, ravikindlustusega maksustamise võimalust.

Milline on eelarvekärbete mõju Tervise Arengu Instituudi tööle?

2010. aastat alustas TAI riiklike ennetusprogrammide eelarvega, mis oli 30% väiksem 2008. aasta kuludest. Riigieelarvelistes tegevustes pidime tegema raskeid valikuid. Esmatähtsaks pidasime HIV-ennetuse ja tuberkuloosikontrolli teenuseid: süstlavahetust, testimist, metadooni asendusravi, samuti tuberkuloosiravi. Enamiku tegevustega saime jätkata seetõttu, et meil õnnestus paljusid varasemaid riigieelarvelisi tegevusi rahastada Euroopa Sotsiaalfondi programmist. Suitsetamisest loobumise nõustamisteenus, narkorehabilitatsioon, erinevad sotsiaalse turunduse kampaaniad (nagu alkoholi liigtarvitamise kampaania ja tervisliku toitumise kampaania) – kõik need said tehtud Euroopa raha toel. Paraku saab 2013. aastal otsa ka Euroopa Sotsiaalfondi toetus ja riigieelarve eraldised on endiselt üsna külmutatud. Praegu tegeleme aktiivselt raha otsimisega, et alustatud tegevused saaks jätkuda ka 2013. aastal. Ennetust ei saa teha hoogtöö kaupa, vaid seda peab soovitud tulemuse saavutamiseks tegema kümneid aastaid järjest.

Millised on TAI viimaste aastate suuremad kordaminekud ja probleemid?

Organisatsiooniliselt on hea meel selle üle, et leiame järjest suuremaid ühisosasid ennetusprogrammide ja teadustegevuste vahel. See sünergia pakub suurt rõõmu ja tulevikupotentsiaali: ennetusprogrammid toetuvad teaduslikele uuringutele ja teaduspool uurib ennetusinterventsioonide tulemuslikkust ja edutegureid. Majanduskriisi oleme lühiperspektiivis suhteliselt hästi

ja heade tulemustega üle elanud. Sisulise tegevuse poole pealt pälvisime teaduse evalvatsioonis kõrge rahvusvahelise hinnangu oma tööle. Järjepideva tegevuse tulemusena on Eestis HIV-epideemia levik vähenemises ja pingutame, et seda trendi hoida.

Uttest teemadest on meie jaoks oluline alkoholi liigtarvitamise ennetamine, mis on ühiskonnas suurt kõlapinda leidnud. Näeme selle teema juures olulist osa arstidel. Tahame arstkonnale pakkuda tõhusamaid abivahendeid, kuidas alkoholi liigtarvitamise ennetamist senisest paremini oma töösse hõlmata. Töö perearstidega on juba käimas, oleme neile ette valmistanud alkoholi liigtarvitamise varajase avastamise abivahendid. Need on tarbimise riskitaset hindavad testid ja sinna juurde kuuluvad koolitused motiveerivast nõustamisest.

Praegu on tervise edendamise töö jagatud haigekassa, TAI ja Terviseameti vahel. Kas oleks otstarbekam teatud tegevuste koondamine ühte asutusse?

Kolme asutuse vahel on temaatilised piirid olemas: terviseameti vastutusallas on keskkonnariskid ja nakkushaigused, haigekassa osa on rohkem individuaalne nõustamine. Meie roll on kogu rahvastikule või konkreetsele riskirühmadele suunatud tegevused. Kui uus ennetustegevus tuleb riigieelarvelisest ennetusprogrammist, siis TAI ülesanne on see teenus välja töötada, seda katsetada ja hinnata. Kui oleme piisavalt veendunud, kuidas teenust rakendada ja kuidas see sobib meie tervishoiuvõrku, siis rahastamise faasis võib see üle minna ka teistele asutustele. Oluline on, et eri osapooled teeksid koostööd – selleks ei pea ilmingimata asutusi ja osakondi liitma, vahetama või vähendama.

TAI rahastab enam tegevusi, mis on seotud spetsiifilise riskikäitumisega, alkoholismiga, narkomaaniaga, HIV ja tuberkuloosiga. Kui suur osa nendest riskirühmadest on kindlustamata? Milline on ravikindlustamata inimeste juurdepääs tervishoiule Eestis?

Kindlustuseta inimeste ligipääs ravile peaks olema parem, arvan, et hakkame sel aastal seda probleemi teravamalt nägema. Osa ravikindlustamata inimeste tuberkuloosiravi, noorte seksuaalnõustamisteenused

ja mitmed HIV-programmist makstavad diagnostilised ja raviteenused makstakse TAI kaudu riigieelarvest, sest haigekassa ei saa neid rahastada.

Akadeemilises maailmas kipuvad tervise valdkond ja terviseteadused ülejäänud meditsiinist järjest enam eralduma. Kuidas näete praegu terviseteaduse positsiooni meditsiinis tervikuna ja seoseid meditsiini teiste valdkondadega?

Küsimus ei ole selles, et terviseteadused meditsiinist kuidagi lahknevad, lihtsalt tänapäeval spetsialiseerutakse üha kitsamalt ja on üldine oht, et valdkonnad teineteisest eralduvad. Et uurida inimese tervisekäitumist, selle mõjutajaid ja mõjutamisviise, peavad terviseteadlased tegema tihedat koostööd käitumisuurijatega – sotsiaal- ja majandusteadlastega. Terviseteadustes vaadatakse ja uuritakse inimese tervisekäitumist laiemalt kui arstiteaduses. Samas suhtleme arstiteadlastega iga päev. Oht on selles, kui meditsiin ise rahvatervisest eraldub – märtsis kõlas Eesti Arstide Päevadel aneemilise patsiendi käsitlemise arutelul lugupeetud doktoritelt mõte, et suitsetamise ja muu käitumusliku kohta küsimine on laiem rahvatervis ja arstil ei ole aega selle kohta küsida.

Mida tasuks igal praktiseerival arstil TAI tegemistest silmas pidada?

Meil on tihedad suhted perearstidega, HIVga tegelevate nakkushaiguste arstidega, sõltuvushäiretega tegelevate psühhiaatritega, samuti onkoloogidega jt. Hea meelega pakume oma kogutud ja analüüsitud teavet tegevarstidele – kõik erialaseltisid võivad meie poole pöörduda. Meil on pakkuda üldist teavet selle kohta, kuhu liigub Eesti inimeste tervis, samuti infot eri ühiskonnagruppide terviseerinevuste kohta ja mõistagi abivahendeid ennetustööks.

Eestlased on HIV-leviku poolest Euroopa Liidus esimesed. Mida tegime valesti, et sellise esikohani jõudsim?

Kahjuks me ignoreerisime 1990ndate teisel poolel tekkinud narkomaanilainet: ei

pakkunud narkomaaniakahjude vähendamise teenuseid, näiteks süstlavahetusteenust. Sõltuvusravi ja rehabilitatsiooni ei suuda me Eestis vajalikul määral senini pakkuda.

Alkoholist tingitud surmadega meeste hulgas oleme vist ka Euroopa Liidus esimesed. Kuidas Eesti peaks suhtuma alkoholireklaami? Kas reklaami mõju tarbimisele on uuritud?

Reklaami mõju tarbimisele on risti-põiki läbi uuritud. Alkoholireklaam toob kaasa suurema alkoholitarbimise, alkoholitarvitamise varasema alguse ja suuremad alkoholikogused. Samas ei ole alkoholireklaami keelamine hõbekuul, mis ajab kõik asjad korda. Vaja on teha järjepidevat ja pikaajalist sihipärast tööd.

Respekterides liberaalsete poliitikute maailmavaadet, et kõiki müüdavaid kaupu peab saama reklaamida, tuleb siiski meeles pidada, et alkohol on sõltuvust tekitav aine. Alkoholireklaamis peaks kindlasti vaatama reklaami sisu, seda, kas reklaamides näidatakse alkoholi kui kaupa või kui elustiili. Meie tellitud ja 2010. aasta mais-juunis läbiviidud uuringu tulemustest selgus, et valdavas osas Eesti alkoholireklaamidest räägitakse alkoholist kui elustiili osast ja seda eriti noorematele inimestele suunatud toodete puhul. Prantsusmaal on näiteks seadusega määratud, et reklaamis tohib näidata ainult toote pakendit, päritolu- maad ja infot toote kanguse kohta. Inimesi ja sotsiaalset konteksti ei tohi näidata. Reklaam peab tutvustama toodet, mitte peopidamist.

Oluline on kättesaadavuse reguleerimine. Meil saavad noored kätte nii alkoholi kui ka suitsud. Eesti probleemiks on ka see, et joogid on üsna kanged: ühe õlleliitriga joob eestlane sisse rohkem absoluutset alkoholi kui sama kogust tarbiv rootslane. Eesmärk peaks olema vähendada alkoholi kangust ja joodavaid koguseid. Siin on oluline tootjate motiveerimine. Näiteks töid Eesti õlletootjad müüdava õlle alkoholikanguse 10% pealt 7% peale, millega kaasnes joodava absoluutse alkoholikoguse märgatav vähenemine 2009. aastal.