

Meditsiiniteadus Eestis – raha ja muud tegurid

Irja Lutsar – Eesti Teadusagentuur, TÜ mikrobioloogia instituut

Viimasel ajal on palju räägitud teaduse rahastamisest ja selle kitsaskohtadest. Rahulolematust on palju nii ülikoolide, teadlaste kui ka teaduse rahastajate hulgas. Kohati jääb mulje, et kõiges on süüdi 2011. aastal rakendunud teaduse rahastamise muutus (reform), millega endise Teaduskompetentsi Nõukogu (TKN) ja Eesti Teadusfondi (ETF) asemele loodi Eesti Teaduse Agentuur (ETAG). Selle reformi käigus koondati kahe Eesti riigi rahastatava grandiskeemi (ETFi grant ja sihtfinantseerimine) hindamine ETAGi hindamisinõukogu kätte eesmärgiga vähendada dubleerimist. Vaatamata reformile raha teadusesse rohkem ei suunatud, seda pole tehtud alates 2008. aastast. Kui siinjuures arvestada, et inflatsioon on selle perioodi jooksul olnud umbes 20%, selgub tõsiasi, et teaduse tegelik rahastamine on 2008. aastaga võrreldes hoopiski vähenenud. Ehk teisisõnu, reform ei saanudki teaduse rahastamist, mis juba enne seda oli ebapiisav, paremaks muuta. Siinjuures tuleb siiski märkida, et reformi objektid – institutsionaalne uurimistoetus (IUT) ja personaalne uurimistoetus (PUT) – moodustavad alla 10% kogu teadustegevusse minevast rahast. Seega on praegused kriitikanõuded suunatud vaid väikestele osale kogu Eesti teaduse rahastamisest.

Kuigi terviseuuringutes ei saa uut reformi täiesti ebaõnnestunuks pidada, on kindlasti ruumi olukorra parandamiseks. Rahulolematuse peamise põhjusena võib välja tuua ootuste ja võimaluste lahknemise. Teadusreformi ühe muutusena teavitati, et uus süsteem kujutab endast vajadusepõhist rahastamist, mis võis jätta mulje, et rahahulk suureneb oluliselt võrreldes eelnevaga. Seda aga, nagu ülal mainitud, ei juhtunud. Selline vastuolu viiski olukorrani, kus suurim sihtfinantseeritav taotlus oli veel mõned aastad tagasi 400 000 – 500 000 krooni ja suurim IUT taotlus 2013. aastal 660 000 eurot (10 miljonit krooni) – erinevus 20kordne. On

üsna selge, et niisugune olukord vajab nii taotlejatelt kui ka rahastajatelt detailsemat analüüsi ning pole ilma raha juurde panemata ega realistlike taotluste olemasoluta lahendatav.

Olukorras, kus kõigile ja kõigele raha ei jätku, oleks mõttekas meditsiiniteaduse fookuseerimine. Nii väikeses riigis nagu Eesti ei jõua paratamatult kõigi probleemidega maailmatasemel tegelda. Sotsiaalministeeriumi tellimisel on loodud arstiteaduse ja tervishoiu strateegia alaline komisjon akadeemik Eero Vasara juhtimisel, komisjoni üheks ülesandeks on välja töötada ka teaduse prioriteedid. See oleks vaid esimene samm, millele peaks järgnema komisjoni soovitude ellurakendamine.

Teiseks võimaluseks on suurendada rahastusallikate hulka, sealhulgas haarata laiemalt ka välismaiseid allikaid. Näiteks peakski riigi tervishoiu korralduse seisukohalt olulisi epidemioloogilisi uuringuid rahastama sotsiaalministeerium, toidu ja tervisliku toitumisega seotud probleeme põllumajandusministeerium, ravimite ohutu ja efektiivse manustamisega seotud uuringuid haigekassa, riigikaitse seisukohalt olulisi uuringuid kaitseministeerium jne. Viimase aja arengusuundumused on näidanud, et mitmes ministeeriumis on põhimõtteline valmisolek selleks ka olemas. Välismaistest allikatest tulevad kõne alla ennekõike mitmed Euroopa Liidu rahastamisskeemid (FP7, äsja alanud Horizon 2020 jt). Siiski tundub, et praegu käib just ennekõike abistruktuuride puudumise tõttu rahvusvaheliste projektide koordineerimine enamikule Eesti teadusrühmadele üle jõu. Küll aga on Horizon 2020 skeemis peaaegu igas valdkonnas grandiprogramme, millega Eesti arstiteadlased peaksid liituma.

Üks teaduse rahastamise võimalustest, kust läänemaailmas pärineb oluline osa meditsiiniteaduse rahastamisest, nimelt erakapital ja heategevuslikud organisatsioonid, on Eestis aga peaaegu täielikult



Irja Lutsar

kasutamata. Miks mitte ei võiks järgnevatel aastatel ERRi saade „Jõulutunnel“ või mõni heategevusüritus koguda raha teadusliku probleemi lahendamiseks? Niisugune vaatenurk läheks väga hästi kokku teaduspõhise Eesti mõttega ja suurendaks teadlaste vastust ühiskonna ees.

Ja pole ju kellelegi uudis, et ravimifirmade rahastatavates kliinilistes uuringutes liiguvad oluliselt suuremad rahasummad kui riigi rahastatud uuringutes. Miks mitte kasutada seda raha osaliselt mõne probleemi teaduslikuks lahendamiseks kas või näiteks katse- või epidemioloogilise uuringu tegemiseks?

Rahast veelgi olulisem, kuid siiski sellega seotud on vastava väljaõppega inimeste olemasolu. Ei ole mõeldav, et tänapäeval tasemel saaks teha edukat teadustööd, olles lisaks täis- või enamkoormusega arst. Teisalt aga ei saa arstiharidusega teadlasi täielikult asendada inimestega, kellel haigete ravimise kogemus puudub. Lahendus võiks peituda nn kombineeritud töökohtade (näiteks 0,5 arstina ja 0,5 teadlasena) loomises. Niisuguses töökorralduses peaks jätma piisavalt aega teaduslike uuringute tegemiseks, töörühmades osalemiseks ning raha taotlemiseks, ilma et selle all kannataksid haiged või arstitöö. Eelduseks peaks olema mõlema ametikoha suhteliselt sarnane rahastamine. Lisaks raha olemasolule nõuab see ennekõike meditsiiniadministratsioonilt tahtmist ja arusaamist.

Ühe olulise ja järjest süveneva probleemina on kujunemas olukord, kus värsketel arstiteaduse doktoritel pole võimalust või tahtmist välismaal järel doktorantuuri läbida. Siinjuures mängib olulist osa pikk või kohati isegi väga pikk arstiõpe, mille lõppedes on enamikul perekond ja sõltuvad isikud, kelle juurest või kellega 2–3 aastaks välismaale suunduda on väga raske kui mitte võimatu. Lahenduseks võiks olla teadustöö oluliselt varasem alustamine. Siinjuures on heameel

märkida, et uude arstiteaduse õppekavasse on kavandatud vastavad muudatused. Teiseks võiks kaaluda residentuuri ja doktorantuuri kombineerimist nii, et lüheneksid mõlemad, ja seda eriti juhtudel, kui doktoritöö käsitleb kliinilist eriala. Samas aga ei saa üht teha teise arvelt, kuna mõlemad tegevused nõuavad täielikku pühendumist.

Ilmselt pole ühelegi teadlasele uudis järjest suurenev bürokraatia, mis edukale teadustööle kuidagi kaasa ei aita, vaid pigem takistab seda. Lisaks riigihankenõuete täitmisele pisimategi tarvikute ostmisel tuleb kliiniliste uuringute tegijatel kokku puutuda mitmete komiteedega. Teadlasena ootaksin eri komiteede koordineeritud tegevust. Näiteks ühe loa taotlemiseks esitatud paberid võiksid sobida ka teisele komiteele ja ühe komitee otsust võiks ka teised aktsepteerida, eriti kui tegemist on ühe ja sama asjaga ehk teisisõnu uuritavate kaitsmisega. Usun, et niisugune samm ei halvendataks kuidagi uuringu kvaliteeti, samas aga hoiaks kokku nii aega kui ka tööjõudu.

Lõpetuseks pole ükski teadustöö (eriti kliinilistel erialadel) võimalik ilma laialdase huvi ja toetuspinnata. Kui praktiseeriva arsti seisukohalt tundub uuringu tegemine lisatöö ja ajakuluna ning uuringust on huvitatud pelgalt uurijad, siis tekib küsimus, kas uuring on üldse teostatav. Kui aga iga üliõpilane, meditsiiniõde, arst, administraator või patsient näeb, et teadusuuring toob kasu ja võimaldab tulevikus seda haigust või haigete rühma paremini ja tõhusamalt ravida, siis on uuringute tegemine mõttekas ja meditsiinil potentsiaali muutuda üha enam teaduspõhiseks. Viimase stsenaariumini jõudmine võtab küll aega, aga ma loodan väga, et Eesti ühiskond koos kõigi praeguste ja tulevaste arstide ning õdedega liigub selles suunas.

irja.lutsar@ut.ee