

Eesti tervisepoliitika visioon vajab uusi sihte



ÜLLA-KARIN NURM
Praxise tervisepoliitika
programmijuht

Eesti tervisepoliitikat tuleks strateegiliselt juhtida nii, et meie inimesed elaksid tervena võimalikult kaua, säilitades töövõime ja elukvaliteedi, ning püsiks tööturul ka kõrgemas eas.

Eestis alustati tervisepoliitika visiooni loomist iseseisvumise algusaastatel, sest mõisteti, et inimeste tervis on oluline rahvuslik ressurss, mida tuleb sihhipäraselt arendada ja hoida. 1995. aastal kinnitati Vabariigi Valitsuse otsusega esimene tervisepoliitika dokument, milles püstitati strateegilised eesmärgid rahvastiku tervise parandamiseks ja kaitsmiseks. Murettekitavad rahvastiku tervise näitajad ning muutused ühiskonna arengus tingisid vajaduse üle vaadata tervisepoliitika eesmärgid ja põhimõtted. Sotsiaalministeeriumi juurde loodud töörühm valmistas ette laiapõhjalise konsensusdokumendi „Rahvastiku tervisepoliitika – investering tervisesse”, mille alusel Vabariigi Valitsus kiitis 2006. aastal heaks rahvastiku tervise arengukava koostamise ettepaneku. 2008. aastal kinnitas Vabariigi Valitsus oma otsusega „Rahvastiku tervise arengukava 2009–2020” (RTA) (2008) ja selle pikaajalise rakenduskava, millest sai tervisepoliitika võtmedokument.

EESTI TERVISEPOLIITIKA VÄÄRTU- SED.

RTA oli esialgu kavandatud visioonidokumendina, millega loodi Eesti tervisepoliitika väärtuste raamistik – õigus tervise kaitsele, ühine vastutus tervise eest, võrdsed võimalused tervises, inimeste kaasatus tervist mõjutavate otsuste tegemisse ja tõenduspõhisus. RTA tugines viiele horisontaalsele tugisambale:

- ▶ võrdsed võimalused tervisele,
- ▶ terved ja targad lapsed,
- ▶ tervist toetav elukeskkond,
- ▶ tervislik eluviis,
- ▶ kindel ja hea tervishoid.

Riigi strateegilise juhtimise korrastamise tulemusena kujunes RTA visioonidokumendist tervise valdkonna arendusdokument ja riigieelarve planeerimise vahend. Otsustati, et RTAst saab tervisevaldkonna katusstrateegia, millesse lõimitakse valdkondlikud arengukavad ja strateegiad. Lõimimine toimus järk-järgult ning uusi eraldiseisvaid strateegiaid enam ei koostatud.

Kuue aasta möödudes RTA ellukutsumisest otsustati ellu viia arengukava hindamine. Praxise ülesanne oli analüüsida, kui võrd on perioodil 2009–2016 tehtud tegevused olnud tulemuslikud ja aidanud kaasa arengukava eesmärkide saavutamisele, ning anda suund tervisepoliitika edasiseks planeerimiseks. (Aaben *et al.* 2017)

Rahvastiku tervise arengukava seadis Eestis üldeesmärgiks keskmise eluea pikendamise ja tervena elatud aastate kasvu.

Keskmine eluiga on Eestis pikenenud.

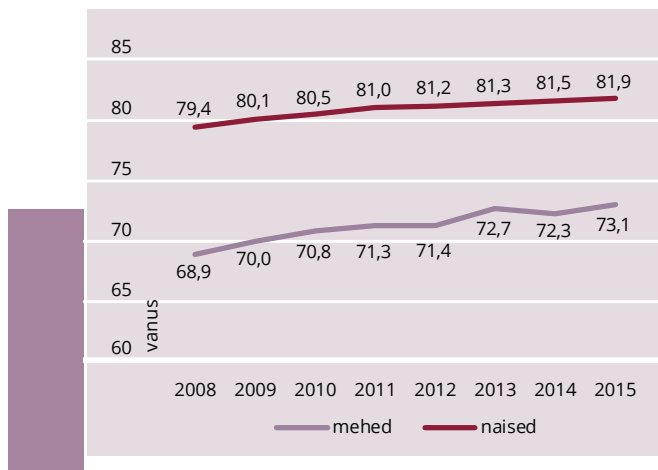
2008. aastal, mil RTA loodi, esines Eestis märkimisväärne lõhe – meeste ja naiste

keskmise eluea vahe oli kümme ja pool aastat. Keskmise eluiga oli meestel 68,9 aastat ning naistel 79,4 eluaastat.

Statistikaameti 2015. aasta andmete põhjal oli meeste eluiga jõudnud 73,1 eluaastani, naiste eluiga 81,9 eluaastani ning meeste ja naiste keskmise eluea lõhe oli vähenenud 8,8 aastani (joonis 1). Samas keskmise eluea kasvutempo oli aeglustunud. Kui perioodil 2002–2009

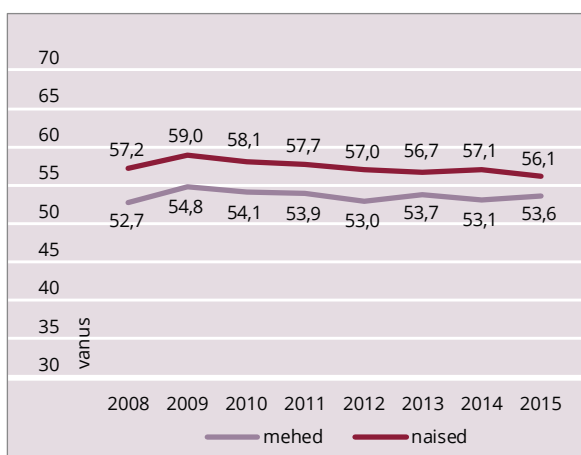
kasvas keskmise eluiga ühe aastaga kuus kuud, siis nüüd viis kuud. 2020. aasta eesmärgist on meestel puudu 1,9 ja naistel 2,2 aastat.

Kui keskmise eluiga kasvab samas tempos, siis saavutatakse aastaks 2020 seatud meeste keskmise eluea eesmärk – 75 eluaastat. Selleks, et jõuda naiste keskmise eluea sihini – 84 eluaastat –, tuleb säilitada või suurendada naiste eluea kasvutempot, mis on olnud meeste omast pisut aeglasem.



JOONIS 1. Keskmise oodatav eluiga aastates, 2008–2015

Allikas: Statistikaamet



JOONIS 2. Keskmise tervena elatav eluiga aastates, 2008–2015

Allikas: Statistikaamet

Tervena elatud aastate arv on vähenenud.

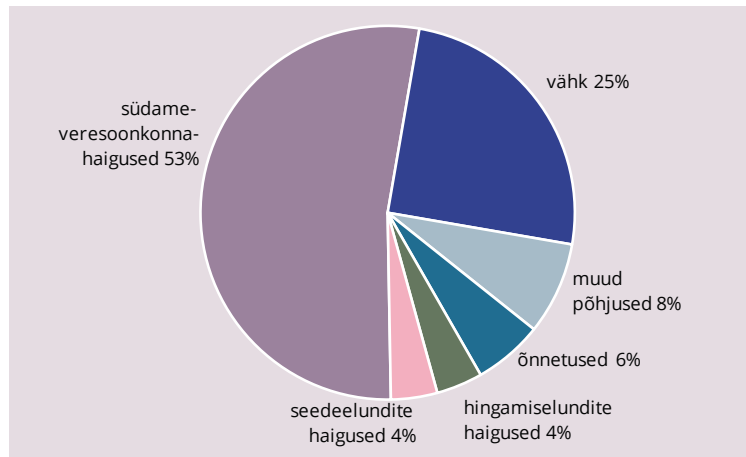
Kui eluiga pikeneb, siis tervena elatud aastate näitaja on olnud languses. Kui perioodil 2002–2009 tervena elatud eluiga kasvas ühe aastaga 12 kuud, siis nüüd see hoopis vähenes 4 kuud. Meestel oli 2015. aastaks tervena elatud 53,6 eluaastat ning naiste tervena elatud aastad on vähenenud 56,1 eluaastani (joonis 2). Nii on 2020. aasta eesmärgist puudu meestel 6,4 ja naistel 8,9 aastat.

SUREMUS JA HAIGESTUMINE.

Peamised surmapõhjused (joonis 3), mis moodustavad enam kui 90 protsenti kõigist surmadest Eestis, on südame-veresoonkonna haigused (SVH), pahaloomulised kasvaja, vigastused ja mürgistused, seede-elundkonna ja hingamis-elundkonna haigused, sh kaks kõige levinumat surmapõhjust (südame-veresoonkonna haigused ja vähk) moodustavad ligi 80 protsenti kõigist surmadest. Kõige nooremates vanusrühmades on peamiseks surmapõhjuseks vigastused. Viimase kuue aasta jooksul ei ole surmapõhjuste omavahelised osakaalud muutunud.

Üldine suremus südame-veresoonkonna haigustesse on Eestis vähenenud.

Viimase kuue aasta jooksul on SVH varane suremus Eestis vähenenud 24 protsenti ning alla 65-aastaste osakaal on vähenenud 21 protsenti. Enamik surmadest leiab aset kõrges eas ja alla 35-aastaste seas on SVH surmad harvad.



JOONIS 3. Viie levinuma surmapõhjuse osakaal kogu suuremusest aastal 2015, %

Allikas: Tervise Arengu Instituut, Praxise arvutused

Suremuse vähenemine on peamiselt tingitud peaajuveresoonte haiguste ja südame isheemiatõve surmade vähenemisest, samal ajal kui suremuse langust on pidurdanud suremuse kasv kõrgvererõhktõve tõttu.

Pahaloomuliste kasvajaate kogusuremus on Eestis kasvanud.

Vähisuremuse üldkordaja on kasvanud 11 protsenti, mis on eelkõige tingitud elanikkonna vananemisest (standarditud suremuskordaja muutus +1%). Positiivsena võib siiski välja tuua, et alla 65-aastaste osakaal on vähisurmades vähenenud – meeste seas 10 protsenti ja naistel 15 protsenti, mis on eelkõige tingitud eakate osakaalu kasvust kõigi vähisurmade seas. Peamised vähisurma põhjustajad on hingamiselundite ja kopsuvähi juhtumid (kokku 35%) ning kõige enam on suurenenud suremus emakavähki (+16%) ning vähenenud nahavähki (-32%).

Üldine vigastussuremus on Eestis kahanenud.

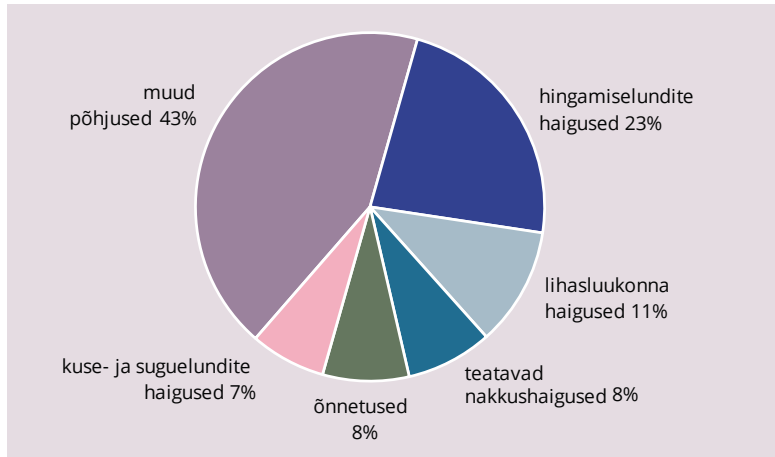
Viimase kuue aasta jooksul on vigastustest tingitud surmad vähenenud 30 protsenti. Kõige enam on vähenenud tule-, külma- ja uppu-missurmad (ligikaudu -35%), kuid on

suurenenud suremus kukkumiste (+4%) ja alkoholimürgistuste tõttu (+3%). Valdav osa õnnetussurmades leiab aset nooremate kui 65-aastase inimeste seas ning ligi poole (49%) vigastussurmades põhjustavad mürgistused (sh alkoholimürgistused) ja enesetapud. 15–24-aastaste seas on peamiseks vigastussurma põhjuseks suitsiid ja sõidukiõnnetused, 25–39-aastaste hulgas on pea poole vigastussurmades mürgistused, 40–65-aastaste seas jätkuvalt suitsiidid ja mürgistused, sh mürgistustest enamik on alkoholimürgistused. 65–84-aastaste seas on peamiseks vigastussurma põhjuseks suitsiidid, kuid kasvava osa moodustavad kukkumised.

15–24-aastaste seas on peamiseks vigastussurma põhjuseks suitsiid ja sõidukiõnnetused.

Rahvastiku üldine haigestumus on stabiilne.

RTA rakendusperioodil on rahvastiku üldine haigestumus püsunud stabiilne. Vanusrühmade kaupa on suundumused olnud erinevad – alla 25-aastaste seas on esmashaigestumus



JOONIS 4. Esmashaigestumuse viie levinuma põhjuse osakaal kogu esmashaigestumusest aastal 2015, %

Allikas: Tervise Arengu Instituut, Praxise arvutused

vähenenud ja 35-aastaste ja vanemate seas kasvanud. Levinumad esmashaigestumuse põhjustajad on hingamiselundite haigused, lihasluukonna haigused, kuse- ja suguelundite haigused, nakkushaigused ja õnnetused (joonis 4).

Positiivne on trend, et hingamiselundkonna haiguste esmashaigestumus on senise RTA rakendusperioodi jooksul vähenenud 21 protsenti. Nii meeste kui ka naiste seas on enam kui 90 protsenti haigestumistest registreeritud alla 65-aastaste seas ja selles osas olulisi muutusi viimasel kuuel aastal toimunud ei ole. Samuti on vähenenud vigastuste ja mürgistuste esmashaigestumus 5 protsenti, ainsana on veidi kasvanud mürgistuste haigestumuskordaja. Muret tekitab aga see, et lihasluukonna esmashaigestumus on suurenenud 19 protsenti ning seda eelkõige naiste seas. Vanusrühmade kaupa on haigestumuse tõus toimunud 20–24-aastaste ja 85-aastaste ja vanemate vanuserühmas ning märkimisväärne tõus on aset leidnud ka 10–19-aastaste noorte seas.

KUIDAS SAAVUTADA MUUTUSI?

Nooremates vanusrühmades aset leidvad surmad pidurdavad oluliselt keskmise eluea kasvu, sest iga surmaga kaotatakse

suur hulk potentsiaalseid oodatavaid eluaastaid. Keskmise eluea pikendamiseks tuleks saavutada suurem langus eelkõige alla 65-aastaste inimeste seas, ning see peaks olema edaspidi üks oluline eesmärk rahvastiku tervise arendamisel ja hoidmisel.

RTA üldeesmärkide saavutamiseks tuleb võtta esmase tähelepanu alla südameveresoonkonna haigused ja nende peamised riskitegurid (eelkõige tasakaalustamata toitumine ja liikumisvaegus) ning teha jõulisi pingutusi Eesti tervishoiusüsteemi võimekuse suurendamiseks SVHga toimetulekuks.

RTA teiseks prioriteetseks tegevussuunaks tuleks võtta vaimse tervise poliitika, mille kaudu panustada meeleolu- ja sõltuvushäirete kahjude ning suitsiidide ja mürgistussurmade vähendamisse. Eesti vaimse tervise valdkonna ees seisvad probleemid on keerukad ja nende lahendamine eeldab oluliste muutuste tegemist nii tervishoius kui ka mõnes teises süsteemis. Eriti tuleks parandada psühholoogilise ja psühhiaatrilise abi (sh sõltuvusravi teenuste) kättesaadavust.

Suitsiidide, mürgistuste ja teiste vigastustest tulenevate kahjude vähendamisel on vaimse tervise poliitika kõrval

oluline roll ka alkoholi- ja narkopoliitikal, mis peaks samuti säilitama Eesti tervise- poliitikas oma prioriteetsuse.

Kolmandaks prioriteetseks suunaks tuleks võtta vähki varase haigestumise ja suremuse vähenemine, sest vähktõbi on Eestis surmapõhjuste hulgas teisel kohal ning vähidiagnoos põhjustab patsiendile ja tervishoiusüsteemile suuri kulutusi.

RTA eesmärkide saavutamiseks on vaja hõlmata rohkem inimesi vähiskrii- ningutega ja teha muid haiguse varaseks avastamiseks mõeldud tegevusi, kuna vähielulemus on Eestis madalam kui enamikus Euroopa riikides just nende vähipaikmete osas, mille puhul varane avastamine annab väga häid ravitulemusi.

Oluline on tähelepanu alla võtta ka lihasluukonna haigused, millesse esmashaigestumine on märkimisväärselt kasvanud ning millel on oluline mõju rahvastiku tööväimele ja elukvaliteedile. See valdkond on RTAs seni katmata olnud, mistõttu tuleks esmalt teha põhjalikum analüüs nimetatud haiguste levinumate põhjuste ja riskitegurite kohta ning selgitada välja, milliste sekkumiste järele on Eestis kõige suurem vajadus.

RTA KUI TERVISEPOLIITIKA

TEERAJAJA. RTA koostamise protsess oli Eesti tervisepoliitikas märgiline samm, arengukava oma horisontaalse mõjuritele suunatud lähenemise ja teiste sektoritega integreeritud tervisepoliitika käsitlesega oli uudne ning tõi valdkonda selgelt sõnastatud visiooni (keskmise eluea ja tervena elatud eluea pikenemine). Samas näeme, et tervisepoliitika üldeesmärkide täitmine on takerdunud: Eesti inimeste keskmise eluea tõus on aeglustunud ja tervena elatud eluaastad on kasvu asemel hoopis vähenenud. Tervena elatud eluea lühenemine on kindlasti ohumärk töökäte puuduse käes kannatava ja vananeva elanikkonnaga Eesti jaoks. On tähtis, et meie inimesed elaksid tervena võimalikult kaua, et säilitada oma tööväime ja elukvaliteet ning püsida tööturul ka kõrgemas eas.

Miks ei ole soovitud muudatused toimunud? RTA elluviimise protsess on olnud väljakutseterohke, kuna sedavõrd laiapõhjalise ja nii erinevaid valdkondi hõlmava strateegia juhtimise kompleks- sust ja keerukust ei suudetud ette näha. Kõikehõlmav rahvastiku tervise arengu- kava küll koondab eri valdkondade tegev- sed siseõhu kvaliteedist ja nakkushaiguste ennetusest kuni vähi sõeluuringute ning puu- ja köögiviljade söömiseni, kuid ei ole täitnud oma esmast rolli üleriigilise tervisepoliitika juhtimise töövahendina. Riigieelarve planeerimise vahendi kujun- damine kogu tervisesektori jaoks vähendas omakorda RTA väärtust teed rajava dokumendina ning planeeritud tegevused ei tuginenud RTA visioonidokumendis kokkulepitud väärtusraamistikule.

Tervisenäitajate paranemiseks on tarvis tugevdada tervisepoliitika strateegilist juhtimist. Selleks, et kokku leppida pikaajaline nägemus Eesti tervisepoliitika prioriteetidest ja eesmärkidest, tuleks praegu RTAs sõnastatud visioon, väärtused ja prioriteetid vormistada Eesti tervise- poliitika arengusuundadena aastani 2030. (vt ka Käsiraamat...[2017]) Nii saab RTA täita talle sobivat valdkonna arengukava rolli, seades visiooni tervisepoliitika põhialustele.

Eesti inimeste keskmise eluea tõus on aeglustunud ja tervena elatud eluaastad on vähenenud.

Selleks et suurendada RTA üldees- märkide saavutamise tõenäosust ning ressursside piiratuse juures teha vajalikke valikuid, tuleks RTAs sõnastada prioriteet- sed tegevused, mida ellu viimata ei ole võimalik RTAs seatud sihte saavutada.

Et RTA oleks senisest paremini hallatav ja võimaldaks strateegiliseks juhtimiseks vajalikku süsteemset vaadet, tuleks dokumenti rakendada alaprogrammide abil, mille eesmärgid ja meetmed haakuvad RTA prioriteetsete tegevussuundade ja neile seatud eesmärkidega.

Mõistlik oleks pikaajalise rakenduskava asemel võtta kasutusele lühiajalise tulemusjuhtimise süsteem, kus indikaatorite sihttasemed seatakse kahe aasta piires. Selline süsteem motiveeriks elluviijaid tegutsema vahetult nüüd ja praegu ja mitte lükkama vajalikke tegevusi tulevikku.

Rahvastiku tervise arengukava on ja jääb oluliseks strateegiadokumendiks, mis koondab suuremat pilti ja sõnastab visiooni, kuhu Eesti soovib oma tervisepoliitikaga liikuda. Valitsuse tegevusplaanides peavad terviseetamad olema nähtaval kohal ning kaaluda tuleb terviseetama lisamist riigi strateegiliselt oluliste teemade loetellu. Selline muudatus aitaks senisest paremini luua olukorra, kus ka tervisesektorist (ja RTAst) väljaspool tehtavad strateegilised otsused aitavad saavutada Eesti tervisepoliitika arengueesmäärke, sh ka pikema ja tervema elu. Selline muudatus oleks kooskõlas Euroopa poliitikaraamistikuga „Tervis 2020” (2014).

KASUTATUD KIRJANDUS

RAHVASTIKU TERVISE ARENGUKAVA 2009–2020. (2008, täiendatud 2012). – http://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Tervis/2012_rta_pohitekst_ok_5.pdf

AABEN, L., NURM, Ü.-K., PAAT-AHI, G., VELDRE, V., SIKKUT, R., KALLAVUS, K. (2017). Rahvastiku tervise arengukava 2009–2020 vahehindamine. Uuringu koondraport. Tallinn: Poliitikauuringute Keskus Praxis. – https://riigikantselei.ee/sites/default/files/content-editors/uuringud/rta-hindamisraport_praxis-09-02-16

POLIITIKA PÕHIALUSED. [2017]. – Käsiraamat: strateegiline planeerimine ja finantsjuhtimine. – <https://sites.google.com/site/eelarvejuhend/3-strateegiline-planeerimine/2-2-poliitika-pohialuste-protsess>

TERVIS 2020: EUROOPA POLIITIKARAAMISTIK VALITSUSE JA ÜHISKONNA TOETAMISEKS TERVISE JA HEAOLU TAGAMISEL. (2014). Maailma Terviseorganisatsioon. – http://ee.euro.who.int/Health_2020_ET.pdf