

# Neeme Tõnisson: valimiste oluline teema peaks olema, kuidas tagada ravikindlustuse toimivus

Riigikogu valimiste eelsete debattide olulisim tervishoiuteema peaks olema, kuidas tagada solidaarse ravikindlustuse pikaajaline toimivus, sõnas arstide liidu uueks presidendiks valitud Tartu Ülikooli meditsiinigeneetika professor Neeme Tõnisson intervjuus Med24 toimetajale Madis Filippovile.

## Miks otsustasite kandideerida arstide liidu presidendiks?

See on väga hea väljakutse, kindlasti suur vastutus ning ma loodan, et eelmise presidendi jalajäljed ei jää liiga suureks – Jaan Sütt on teinud väga head tööd. Ma arvan, et mul on üsna lai ettevalmistus ja ettekujutus arstide liidu võimalustest. Olen pikalt osalenud teadustöös, innovatsiooniprojektides ja mul on kaks eriarsti kutset – olen meditsiinigeneetik ja laboriarst. Arvan, et see on hea baas, mille pealt tulevikku vaatavalt Eesti tervishoidu panustada.

## Millega olete seni arstide liidu eestseisuses tegelenud?

Olen päris kaua olnud seotud e-tervise teemadega ja tervishoiuteenuste hindamisega. E-tervise osas on arutelusid seni olnud märksa rohkem kui tegevusi. 2015.–2016. aastal olid e-tervise teemad väga aktuaalsed, nüüd on käivitumas uue põlvkonna tervise infosüsteemi projekt ning haiglad on hakanud aktiivselt võrgustuma. Kliinikum ja Põhja-Eesti Regionaalhaigla on oma tütarhaiglatega juba väga hea infovahetuse käivitanud. Nüüd oleks hea rolle täpsustada ehk otsustada, milline roll jääb e-tervisele ja TEHIKule keskse kehana ning mida teevad tervishoiuasutused.

Võib küsida, miks üldse peavad tervisesüsteemid olema nii killustunud? Äkki oleks võimalik Eestis viia kõik ühtsele platvormile, mis kindlasti lihtsustaks andmevahetust



Neeme Tõnisson

Foto: Tartu Ülikool

ja tehnilist haldust? Suurtel haiglavõrkudel on kasutusel erinevad infosüsteemid, aga ma pole kindel, kas see on põhjendatud. Kui väga tahta, siis oleks kindlasti võimalik juba lähiajal tekitada Eestis senisest oluliselt parem infovahetus, millest kokkuvõttes võidaksid kõik osapooled. Tervise infosüsteem võiks igakülgset toetada reaajas andmevahetust erinevate osapoolte vahel – esmatasand, eriarstiabi, kiirabi. See vähendaks oluliselt dubleerimist ja mõttetuid uuringuid.

## Mida saab liit selleks ära teha?

Me osaleme aruteludes ja püüame hoida avatuna laiemat visiooni.

E-tervise vallas saame suunata, milliseid arendusi võetakse plaani, ja osaleda testimisel. Või kui suured haiglad näiteks on selle vastu, et võiks olla üks infosüsteem, siis meie ju käime erinevate tööandjate juures ja näeme, et tegelikult võiks ikkagi olla üks süsteem.

Digilahenduste juures tervishoius on kindlasti vaja arsti vaadet, sest ilma selleta ei saa süsteem teenuse osutamiseks normaalselt toimida. Näiteks praegune dokumendipõhine süsteem hoiustab märksa rohkem dokumente kui andmeid. Samuti näeme, et arvelduste pool on olnud eelisarendatud, vajaka jääb võimalikult kiirest ja täielikust ülevaatest,

mis on patsiendiga toimunud ja mida ta võiks vajada. Me tahaksime, et digilahendused tervishoius oleksid inimesekesksed ja töötajale mugavad.

Praeguseks on laias laastus läbi räägitud see, millised osapooled ja milliseid rolle tervise infosüsteemide arenduses hakkavad võtma, aga jäme ots on sotsiaalministeeriumi käes. Me väga tahaksime, et ministeerium võtaks veel aktiivsema eestvedaja rolli ning panustaks sinna nii finantsiliselt kui ka personaliga. Praegu tundub, et haiglate mehitatus selles vallas on palju suurem.

## Millist rolli näete arstide liidul ametiühinguna ja ühiskonnas laiemalt?

Ma arvan, et ametiühingu rolli ei saa kuidagi alahinnata. See on ikkagi olnud see, mis on liidu arstide jaoks oluliseks teinud. Näiteks, ehkki Tallinna ja Tartu raviasutuste töötasud pole sageli need, mida me räägime baastasudena osapooltega läbi, siis väikestes kohtades see baastasu tihtilugu ongi töötasu. Kui me selle eest ei suudaks seista, siis ei suudaks me seista arstikonna eest laiemalt. Sellepärast on baastasude teema tohutult oluline ja arstide liit on olnud selles osas väga edukas. Läbirääkimistel on saavutatud enam-vähem maksimum sellest, mida on olnud võimalik saavutada. Oleme olnud head läbirääkimispartnerid, kuigi mitte kõige lihtsamad. Ma arvan, et seda rolli tuleb kindlasti edasi täita.

Väga oluline on 2024. aastal käivituv mittesüülise vastustuskindlustuse süsteem, kuhu oleme ametiühinguna oma panuse andnud. See on meie jaoks väga põhimõtteline küsimus, et oma põhitööd tehes mitte sattuda kriminaalsüüdistuste ohvriks. Me ju teame, et meie tegevusega kaasnevad riskid, mistõttu on õige, et neid hakatakse menetlema kindlustusjuhtumitena. Seejuures on meie jaoks oluline, et kaasneks normaalne ravivigadest ja ohujuhtumitest raporteerimine

ehk mitte ei otsitaks süüdlast, vaid parandataks protsesse.

Kindlasti tahaksime liiduga senist enam osaleda rahvatervist mõjutavate strateegiatega kujundamises ja näha, et neid hakatakse ka aktiivselt ellu viima.

## Kas saate tuua mõne näite, kus oleks võinud arstide liitu kaasata, aga seda ei tehtud?

Minu meelest võiks üheks näiteks tuua COVID-19 vaksineerimise käivitamise. Meil oli ülesanne jõuda ühiskonnas võimalikult kiiresti võimalikult suure vaksineerituseni, aga see oli alguses ikka väga kohmakas. Võib-olla oleksime seal saanud rohkem kaasa rääkida. Alguses loodeti rohkem esmatasandi peale, aga lõpuks kaasati ikka kõiki võimalikke tasandeid.

Teine teema on haiglavõrgu arengukava. Me oleme saanud valmis dokumente vaadata ja meile tundub, et see pole väga hea ja realistlik. See on tekitanud vastakat tagasisidet nii perearstidelt kui ka arstide liidu sees.

Veel üks näide personaalmeditsiini poole pealt, millega ma isiklikult olen kokku puutunud. Tean, et tulemas on genoomiandmete infosüsteem, kuhu millalgi kaasati ka tervishoiutöötajad, aga lähteülesande planeerimisel arstide sisendit väga palju ei olnud. Oleksime eelistanud olla algusest peale kaasatud.

Igal juhul on vaja, et arstide liit võtaks tervishoiuamaastiku kujundamisel aktiivsema rolli ja meid ei nähtaks mitte tüütu ametiühinguna, vaid pikaajalise koostööpartnerina. Me ju koondame väga paljusid erialasid õppuritest seniorideni ning aktiviste meil jagub.

## Palun rääkige natuke endast. Kus te praegu töötate ja mille-ga tegelete?

Töötan Tartu Ülikooli genoomika instituudis meditsiinigeneetika professorina. Olen geenivaramus olnud seotud geenileidude tagasivõtmisega ning osalenud personaalmeditsiini kliinilistes juhtprojektides.

Mul on oma tööühm, kus me geenileidude otsime, vaatame, mismoodi neid võiks käsitleda ning mismoodi geenileidud rahvastiku tasemel langevad või ei lange kokku selle teadmise, mis meil on kliinilistest süsteemist. Töötan Tartu Ülikooli Kliinikumis ja Lääne-Tallinna Keskhaiglas meditsiinigeneetikuna ja toetan laboriarstina kahte Eesti iduettevõtet. Iga päev toob midagi uut.

## Kas võiksite mõne sõna rääkida oma teadustööst?

Minu põhiline teadustöö on olnud seotud geenivaramuga. Me võime eeldada, et lähiajal saavad suurel osal inimestest olema mingisugused genoomiandmed, neid võiks pikaajaliselt taaskasutada ning sealt mingisugust haiguste riskiinfot otsida ja riske kaardistada. Suund on ennetusele. Minu osa on olnud selles, et uurida, kuidas neid leide võiks rahvastiku tasandil käsitleda ning kui palju need leiud erinevad sellest, mida me juba teame haiglapatsientidelt. Me kaardistame üsna palju halli ala, mida varem pole tervishoius veel teadvustatud. Ilmselt on tulevikus geneetilise riskiinfost lähtuvat käsitlust nii esmatasandile kui ka erinevate eriarstide vaatevälja tulemas väga palju.

Mul on hetkel juhtida üks rinnavähi Euroopa rahastusega projekt, kuhu on kaasatud Tartu Ülikool, Tartu Ülikooli Kliinikum, Eesti Haigekassa ja välispartnerid. Oleme jõudnud esimese aasta lõppu. Küsimus on selles, kuidas personaliseerida rinnavähi sõeluuringut. Praegu lähtume vähi sõeluuringutes vanusepiiridest, aga kui vaatame tegelikke haigusjuhte, siis neid on kõigis vanuserühmades. Kui me katame sellest ainult mingisuguse väikese osa, kellest ainult pooled tulevad kohale, siis kõiki haigusjuhte mõjutab see suhteliselt vähe. Eesmärk on juurutada riskipõhist käsitlust. Geneetilised riskid on sellised, millest me ei saa üle ega ümber. Peame mõistlikult otsustama, millist tüüpi geneetilist riski me kellelgi kaardistame.

## Mis on praegu arstidele Eesti meditsiinis kõige suuremad murekohad?

Need murekohad on üsna hästi kaardistatud Riigikontrolli auditis. Teame ju, et on suur tööjõu puudus, ja näeme, et tervishoiuasutustes ei ole alati võimalik kogu infrastruktuuri rakendada, sest lihtsalt pole personali. Kindlasti on oluline arstide vananemise teema. Samuti ülekoormus ja hüplik tervishoiukorraldus. Lahendamata on, mis teenused ja kus kohas võiks olla kättesaadavad. Kuidas üldse tagada regionaalpoliitika tervishoius? Haigekassa ei saa seda rolli endale võtta, tõenäoliselt peaksid regionaalmeetmed tulema mujalt.

Päris suur probleem on ka arstiõppes, sest pole head planeerimist, kui palju üldse ja mis erialade arste vaja oleks, kuidas neid inimesi sinna tuua, kuidas tekitada normaalseid õpiväljundeid, kuidas tagada juhendajate motiveeritus. Eestis on väga aktiivne noorarstide kogukond, kes on tõsiselt mures selle pärast, et noorte arstide ettevalmistamisel pole sihipäraselt planeerimist – kuidas tekitab erialakohad, kus on vajadus? Me ei saa lihtsalt huupi arste ette valmistada, peaksime ikka teadma, milliseid arste on 10–20 aasta pärast Eestis vaja, ja tekitama kohti vajaduspõhiselt. Koos sellega tuleks näha ette, kust võiksid tulla juhendajad, patsiendibaas ja kus üldse on võimalik neid asju teha. Tahaksime, et tervishoiutööst ajutiselt lahkunud spetsialistidel ja välisriikidest tagasi tulevatel kolleegidel oleks võimalik sujuvalt tööle naasta. Omaette teema on kolmandatest riikidest tulevate arstide pädevuse hindamine ja koolitamine, mis võiks olla senisest süsteemsem. Kindlasti tahaksime, et töötajad oleksid motiveeritud. Kollektiivleping võiks seda tagada. Me tahaks, et töökorraldus kogu tervishoiusüsteemis oleks eri osapooli kaasav ja võimalikult sujuv.

Motiveerime töötajaid, parandame töökorraldust, püüame tõsta tööviljakust ja tegeleda mõistuspärase tervishoiutöötajate koolitami-

sega elukestvalt. Ilma selleta, et me kogu aeg midagi õpime, ei saa meist keegi läbi.

## Tervise- ja tööminister Peep Peterson ütles arstide liidu üldkogul, et näeks hea meelega asutusesisese demokraatia ehk tugeva ametiühingu panust haiglate ja süsteemi juhtimisse. Mida sellest arvate? Kui teostatav see on?

Mina arvan, et arstide liit võiks olla pikaajaline partner tervishoiukorralduse suunamisel. See pole kuidagi-moodi vastuolus meie ametiühingu rolliga. Me tahaksime, et meie strateegiad saaksid õige sisu ja normaalselt ellu viidud. Kui valmis on haiglad kaasa minema? See sõltub haiglast. Minu teada on Tallinna suurematest haiglatest kehtiv kollektiivleping lastehaiglas. Tartu Ülikooli Kliinikum on positiivse näitena olnud nõus ka kohapeal kollektiivlepingut sõlmima ning on struktuuri- ja juhtimisreformi kaasanud Tartu Arstide Liidu. Aga need on suured keskused – viia arstide häält kuskile väikekohtadesse-haiglatesse võib olla keerulisem. Peame seda liidu poolt keskselt toetama.

## Kuna tulemas on valimised, siis mida ootate poliitikutelt? Mille üle võiksid nad tervishoiuteemadel debateerida?

Üks peamisi küsimusi on, kuidas tagada solidaarse ravikindlustuse pikaajaline toimivus. Me teame, et maksubaas on kokku kuivamas ja me ei saa neist maksudest kõiki tegevusi ära rahastada, mida tahame. Teine teema, mille tõi välja ka Riigikontroll, on väga suured regionaalsed erinevused teenuste kättesaadavuses. See on samuti selge küsimus poliitikutele. Meil on olemas erinevad strateegiad, näiteks rahvastiku tervisstrateegia ja vähiennetuse strateegia – kuidas nemad näevad, et seniseid arengukavasid võiks ellu viia? Üks asi, kus näeme selgeid puudujäärke, on kriisiplaanid. Sõjast tulenevalt näeme, et kuningas on alasti ja meil pole häid kriisiplaane, kuidas võiksid elutähtsad teenused

kriisiolukorras toimida. Kindlasti tahaks seda, et Eesti tervishoid ei oleks elitaarne. Meie huvi on see, et oleks lai solidaarne baas, millele võib kuskil lisanduda patsiendi ja tööandja panus.

## Mida tuleks järgmise nelja aasta jooksul Eesti tervishoius kindlasti ära teha?

Tervishoiu rahastamine võiks liikuda Euroopa Liidu keskmise suunas. Tekkida võiks pikaajaline rahastusstrateegia. Me teame, et me ei saa senise süsteemiga edasi minna, aga ühtset arusaama pole, kuidas võiks süsteem jätkusuutlik olla. Üks teema, mida oleme püüdnud viia kollektiivlepingusse, on koormusnormid, aga siiani ei oska me väga hästi erinevaid arstlikke erialasid omavahel võrrelda. Erialade tööpetsiifika on nii erinev. See eeldab meilt tugevat koostööd erialaliitudega, et koormusnormidest tekiks parem pilt, mis on arsti normaalne koormus erinevatel erialadel. See võiks olla tehtud.

Meil võiks olla hea tasakaal esmatasandi ja eriarstiabi vahel. Rollijao- tused tervishoiuasutustes on pidevalt muutumises. On teatud rollid, mida saaksid täita õed või teised keskastme spetsialistid. Arstid peaksid tegema ikkagi arstitööd. Meil pole vaja täita kõiki võimalikke ülesandeid, mis tervishoiuteenus- tega seostuvad. Kokkuvõttes on tähtis, et kvaliteetne tervishoiuteenus jõuaks kõigi abivajajateni.

E-tervise arendused võiksid saada ringi peale, et andmete vahetus erinevate osapoolte vahel toimuks reaajas. Kindlasti tahaks kriisiplaan ning seda, et mittesüüalise vastutuskindlustuse teise poolena käivituks tõesti ka ohujuhtumite ja ravivigade raporteerimine ja menetlemine, et oleks võimalik neist õppida. Noorarstid tahaksid olla rohkem kaasatud nii põhi- õppekavade kui ka eriarstiõppe planeerimisse ja läbiviimisse. Pole vaja ülikooli poolt patroneerivat suhtumist. Noorarstid teavad päris hästi, mida on vaja. Nad on töökad, püüdlikud ja neid tuleb kuulata.