

Neeme Tõnisson: uuesti kandideerimine tundus loomuliku sammuna

Uueks perioodiks kandideerimine tundus loomuliku sammuna, ütles detsembris Eesti Arstide Liidu presidendiks tagasi valitud Neeme Tõnisson intervjuus Med24 toimetajale Madis Filippovile.

Kui palju te kõhklesite, kas kandideerida uueks perioodiks arstide liidu presidendiks?

Me ei kõhelnud. Pärast esimese perioodi kogemust tundus uuesti kandideerimine loomuliku sammuna, kui nägin, et mul on liidus piisav toetus. Samas on hea, et oli ka vastaskandidaat – see hoiab arutelu elavana ja sunnib pingutama, näiteks kuidas võiksime jõuda kõigi oma liikmeteni ja millised võiksid olla organisatsiooni lühema- ja pikemaajased eesmärgid.

Eesti tervishoius toimuvad kiired muutused. Arstide liidu seisukohalt on jätkuvalt oluline seni hästi toiminud solidaarse tervishoiusüsteemi tugevdamine ja töötingimuste parandamine nii, et see oleks atraktiivne ka töötajatele. Süvenev tööjõupuudus ja kasvav ravivajadus Eestis on faktid, kuid keskselt koordineeritud süsteem on ühiskonna vaates endiselt kõige mõistlikum. Mitme paralleelse rahastus- ja töökorraldusmudeli laienemine ei vähendaks töökoormust ning ei parandaks kättesaadavust ega oleks seega tulemuslikum rahvastikutervise vaatest. Usun, et üldjoontes oleme Eestis valinud õige suuna.

Mis on teie hinnangul praegu kõige olulisemad teemad Eesti tervishoius, millega arstide liit peab tegelema?

Vananev ühiskond suurendab ravivajadust, samas tööjõudu juurde ei tule. See tähendab, et Eestis tuleb arstiabi võimekust teadlikult digilahenduste, töökeskkonna parandamise ja meeskonnatööga suurendada, ilma et kvaliteeti ohverdataks. Kvaliteetne arstiabi eeldab õigeaegseid kaugeleaatavaid otsuseid, rahastust ja tegevuskava.

Arstide liit on seisnud ühtsete miinimumnõuete eest töötingimustes ja tasus-

tamisreeglites, sõltumata töökohast või töövormist. Sama oluline on järelkasvu toetamine – teeme tihedat koostööd Eesti Arstiteadusüliõpilaste Seltsiga. Abiarstide tasustamine on praegu ebaühtlane ning vajaks selgemaid reegleid, eriti kliinilise praktika puhul.

Digiareng tervishoius peab olema selge perspektiiviga ja jätkuma nii kiiresti kui võimalik. Praegu on haiglates liiga palju eraldiseisvaid platvorme, andmevahetus on lünklik ning üleminek kesksete e-tervise lahenduste kasutamisele liigub aeglaselt. Ühtsem ja paremini ühendatud tervise infosüsteem on eelduseks ühesuguste dokumenteerimisstandardite rakendamisele, struktureeritud informatsiooni kogumisele ja vastutustundlikule tehisintellekti kasutusele.

Lisaks peame oluliseks arstkonna kriisivalmidust sõltumata kitsamast erialast. Maailma Tervishoiuorganisatsioon WHO on hakanud rääkima permakriisist, et tähistada pikaajalist ebastabiilsust ja ebakindlust. Teadvustame, et lähiajal kriisioht ei vähene, mistõttu vajame kriisialaste baaskoolituste võimalust kõigile arstidele.

Tervisekassa peaks varsti avalikustama uue arengukava, mis käsitleb ravikindlustuseelarve augu küsimust ja võimalikke muutusi rahastuses. Milliseid põhimõttelisi muudatusi peate teie vajalikuks?

Meie pikaajaline mure on, et Tervisekassa on saanud juurde uusi ülesandeid, nõudmised neile kasvavad, aga rahastus ei tule järele. Samuti on tööealisi inimesi järjest vähem ehk vähenemas on sotsiaalmaksu tasuvate isikute osa rahvastikust. Esimene leevendus tuli siis, kui hakati maksma mittetöötavate

pensionäride pealt sotsiaalmaksu. Teine oli kättesaadavustoetus, mis aga lõppes 2024. aastal. See oli ju ette teada, et niipea, kui toetus lõpeb, see suur eelarvemiinus ka tuleb.

On erinevad lahendused, kuidas sellele läheneda, aga ma olen natuke skeptiline, et me saaksime ravida Eesti tervishoiusüsteemi terveks sellega, et lihtsalt piirame Tervisekassa kulutusi. Nii tekib suurem katmata ravivajadus ja inimesed hakkavad arstivisiite ise kinni maksma. Tõenäoliselt hakatakse rohkem käima omaalgatuslikult näiteks eriarstiabis ja Tervisekassa vaates võib suureneda túsistuste ja erakorralise arstiabiga seotud kulutuste osakaal.

Kui peaks juhtuma, et me tervishoidu raha juurde ei saa, siis tekib ilmselt surve erakindlustuse laienemiseks. Praegu oleme näinud, et erakindlustus katab eeskätt nooremate ja jõukamate inimeste soovi tervishoiuteenuste järele. Kui peaksime liikuma erakindlustuse laiemale rakendamisele tervishoius, peab see olema riiklikult selgelt reguleeritud. Isevoolu teel jäämegi kindlustama hästi teenivat ja keskmisest nooremast ning tervemat osa rahvastikust. See on probleem, millele viitas arenguseire keskuse raport.

Tervisekassa on olnud arvestatav innovatsioonimootor ja digiarengu eestvedaja tervishoius. Ma väga loodan, et uue juhiga ka neist teemadest ei taanduta, vaid saadakse hoogu juurde.

Ootan huviga, mis sinna arengukavasse tuleb. Praegu meil selle kohta detailset infot pole.

Arstide liidu üldkogu avaldusest jäi silma, et Eesti tervishoiusüsteemi rahastus võiks rohkem sõltuda arstiabi kvaliteedist. Kuidas saaks seda teie arvates teha, et see päriselt nii toimiks?

Kvaliteedi sidumine rahastusega on mõistetav eesmärk, kuid see eeldab häid tööttingimusi, meeskondi ja arstitööd hõlbustavaid digilahendusi. Usun, et kõik arstid soovivad töötada maksimaalselt kvaliteetselt.

Üks võimalus on tulemuskomponentide lisamine ja laiendamine rahastusmudelites, kuid see vajab läbimõeldud lähenemist. Tervisekassa raviteekondade rahastamise katsetused on seni olnud piiratud ulatusega.

Arstiabi kvaliteet sõltub elukestvast koolitusest, kuna tõekspidamised, uurimis-



Neeme Tõnisson

võimalused, ravimeetodid jne on pidevalt muutuses. Me kindlasti tahame, et arstidele oleksid elukestvad koolitusvõimalused tagatud. Meil pole midagi pädevushindamise vastu, aga leiame, et kohustuslikku pädevuse järelhindamist oleks keeruline sisse viia. On erialasid, kus see toimib väga hästi, ja selliseid, kus pole piisavalt võimekust. Kui me hakkame seda riigi tasandil tegema, siis on oht, et see muutub formaalselt linnukese pärast hindamiseks. Pigem võiksime jääda motivatsioonipõhiste ja vabatahtlike lahenduste juurde. Miks mitte, kui keegi on vaeva näinud, ennast koolitanud, siis lisada mingisugune kvaliteedikomponent? Vabatahtlikku pädevushindamist on soovitanud ka UEMS (Euroopa Arstide Ühendus), kuna praegu pole piisavalt tõendeid selle kohta, et kohustuslik süsteem kuidagi paremini toimiks.

Kuidas suhtute sellesse, et n-ö libameditsiini propageerivate arstide tegevust kuidagi piirata?

Taunime olukorda, kus arst kasutab oma ametit libameditsiiniteadmiste levitamiseks. Oleme osalenud ümarlaval, kus toetasime mõtet, et vastavad ametkonnad võiksid julgemalt teha järelevalvet ja vajaduse korral esmalt tähelepanu juhtida, ning kui vaja, siis mingiks ajaks tegevust piirata. Tervishoid võiks ikkagi olla laias laastus tõenduspõ-

hine, kuigi oleme teadlikud, et tõendus pole midagi kivisse raiutut ja absoluutset. Teadvustame samas, et tõendus muutub meditsiinis natuke kogu aeg.

Millised on arstide liidu suhted pere-arstidega?

Arstide liit on olemuselt erialaülene. Perearstid on meie liikmed samamoodi kui kõik teised üld- või eriarstid. Samad patsiendid käivad sageli nii perearsti kui ka eriarsti juures, seega vajab kvaliteetne arstiabi kõigi tasandite koostööd. See, et erinevate liitude seisukohad on vahel erinevad, on pigem normaalne. On kahetsusväärne, et meedias puhutakse vastasseisu üles ja lahknivad seisukohad saavad võimendatud. Tegelikult on meil ridamisi teemasid, millesse perearstid on kaasatud täpselt samamoodi kui kõik teised arstid. Näiteks miinimumtasud, ühtne loogika, kuidas tasustamine võiks toimuda, vastutuskindlustusega kaasnev arsti kriminaalvastutusest vabastamine ravivigade korral ja arsti õigus ravida nii pereliikmeid kui ka iseennast. Kõik kollektiivlepinguga kokku lepitud palgakomponendi tõusud jõuavad nii Tervisekassa teenustesse kui ka perearstiabi kulumudelisse.

Pea igal aastal räägitakse perearstikeskuste dividendidest. Kuidas teie sellele vaatate?

Perearstid on teiste arstidega võrreldes unikaalses olukorras, kus perearst kui ettevõtja saab osa tulust lisaks töötasule välja võtta ettevõtlustulu ehk dividendina. Kui räägitakse töötasudest, siis olles töövõtja ja tööandja samaaegselt ja võttes osa tulu välja dividendina, peaks seda hindama koos. Ei ole mõtet rääkida madalast palgatasemest või suurest dividendist, vaid pigem tuleb rääkida reaalsest tulust. Aga usume, et Tervisekassa spetsialistid suudavad ise neid analüüse teha, kas rahastus on piisav ja nii optimaalne, et sellest kõigile jagu. Meie põhiline mure on olnud selles, et kui mingisugused teenused, mingisugused kulumudelid on oluliselt tulusamad, suurema

kattega kui teised, siis – kuna me räägime ju ühest Tervisekassa rahakotist – paratamatult jõuab mingitesse teenustesse raha vähem.

Kas uus perearstiabi kulumudel on teiste erialade arstide suhtes ebaõiglane?

Väga hea, et mainite tagasisidet sotsiaalministri määrusele. Määruses oli eriarstiabis nädalavahetuse ja öövalvete tasusid sisaldav komponent intensiivsustasuna otse üle toodud perearstiabi kulumudelisse. Tervitame sotsiaalministeeriumi poolt ematasandile lisaressursside eraldamist, ent loodame, et täiendavad vahendid ei piirdu siiski vaid perearstiabiga. Kolleegid haiglates ootavad samuti pikisilmi, et ületunde hakataks adekvaatselt arvestama ning et töö intensiivsus ja ületunnid palgalehel kajastuksid.

Praeguseks on tervishoiuteenuse osutaja kohustuslik vastutuskindlustus kehtinud juba üle aasta. Kui rahul sellega olete?

Meie vaates on kõige olulisem see, et ravivigade puhul, mis pole juhtunud tahtlikult ja mille puhul on arst oma tööd teinud pädevuse piires ja reeglite järgi, ei peaks ta pelgama kriminaalvastutuse alla sattumist. See on ühtlasi eelduseks, et oleks võimalik vigu adekvaatselt registreerida ja neist õppida. Kindlustusmehhanism tundus selleks kõige adekvaatsem. Ma arvan, et patsiendikindlustuse toimimise hindamiseks on vaja ühest aastast pikemat aega. Seda ütlevad ka kindlustusspetsialistid. Aasta jooksul võib kindlustuseni jõuda umbes pool võimalikest ravivigadest. Alles siis, kui kindlustus on toiminud 2–3 aastat, hakkab vaikselt tekkima pilt, kui palju võiks neid juhtumeid tegelikult olla, kui suured on olnud sissemaksed ja kindlustushüvitised patsientidele. Kahjuks on selle süsteemi kulud olnud suuremad, kui algselt arvati. Loodame, et lähiajal tuleb ka teisi kindlustuspakkujaid ja tekib hinnasurve. Kindlasti tuleb teha regulaarselt kokkuvõtteid ja vajaduse korral ka muudatusi õigusruumis.