

# Verbatim records

## XIII Riigikogu, VIII Istungjärk, Täiskogu korraline istung

Thursday, 22.11.2018, 10:00

Edited

10:00 Istungi rakendamine

1. 10:06 Olulise tähtsusega riikliku küsimuse "Kuidas lühendada ravijärjekordi" arutelu

10:00 Istungi rakendamine

### 10:00 Aseesimees Enn Eesmaa

Tere hommikust, austatud Riigikogu! VIII koosseisu 9. töonädala neljapäevane istung on alanud. Alustame sünnipäevatervitustega. Jüri Adams ja Aivar Sõerd, palju õnne! (Aplaus.) Kuid see pole veel kõik. Nüüd on aeg üle anda eelnõusid ja arupärimisi. Palun, Enn Meri!

### 10:01 Enn Meri

Aitäh, aseesimees! Lugupeetud kolleegid! Mul on au anda teile üle eelnõu, mille eesmärk on kehtestada käibemaksu maksustamisperioodiks kuni 200 000-eurose aastakäibega ja kuni kümne töötajaga väikeettevõtjatele üks kalendriaasta ning 200 000 – 2 000 000-eurose aastakäibega ja kuni kümne töötajaga väikeettevõtjatele kolm kalendrikuud. Pikem käibemaksu maksustamisperiood vähendab Maksu- ja Tollimeti ning väikeettevõtjate halduskoormust, paraneb ka nende likviidsus. Vähem bürokraatiat võimaldab mõlemal osapoolel keskenduda põhitegevusele. Muudatus edastab sõnumi, et riik on võrdne partner ning teeb ka omalt poolt kõik, et ettevõtlus võiks areneda. Väikeettevõtete olukord aga muutub õiglasemaks.

### 10:02 Aseesimees Enn Eesmaa

Henn Põlluaas, palun!

### 10:02 Henn Põlluaas

Lugupeetud eesistuja! Head kolleegid! Meil on siin viimaste nädalate jooksul üles kruttinud väga olulises teemas skandaal, mis puudutab Eesti sise- ja välispoliitikat, laiemalt aga meie tulevikku ja edasikestmist nii riigi kui ka rahvana. Te teate väga hästi, millest ma räägin – ma räägin ÜRO globaalsest rändepaktist, millega ühinemise innust põleb ka teatud seltskond siin Eestis. Valitsus on tupikseisus, midagi ei suudetud ära otsustada. Alates kevadest on püütud kogu protsessi parlamendi eest salaja läbi suruda ja hoitud meid sellest võimalikult eemal. Nüüd, kui sotsidel ei jäänud midagi enam üle, ei suudetud valitsuses oma tahet läbi suruda, teatas nende esimees, et anname otsustuse ja arutelu õiguse riigi kõige kõrgemale instantsile, Riigikogule. Aga me teame ju kõik, et see avaldus, mis siia tuleb, see ei ole mingisugune arutelu, see ei ole mingi otsustamine, see on puhas farss ja demokraatia markeerimine, sest meie võime siin otsustada mida iganes, sellest ei ole mingit tolku. Küsimus on niivõrd oluline, et see tuleb panna rahvahääletusele ja selle ettepaneku Eesti Konservatiivne Rahvaerakond siin ka teeb. Küsimus on väga lihtne: kas te pooldate Eesti Vabariigi osalemist ÜRO globaalses rändepaktis? Põhiseaduse järgi on kõige kõrgem võim riigis Eesti rahvas ja las Eesti rahvas otsustab, ilma et keegi siin mingisuguseid poliitmänge ja muid häbiväärseid samme astuks. Las rahvas otsustab meie tuleviku üle. Aitäh!

### 10:04 Aseesimees Enn Eesmaa

Austatud kolleeg, ma igaks juhuks täpsustan. Kas tegemist on eelnõuga või ettepanekuga?

## 10:05 Henn Põlluaas

See on eelnõu rahvahääletuse korraldamiseks ÜRO globaalses rändepaktis osalemise küsimuses.

## 10:05 Aseesimees Enn Eesmaa

Asi selge. Olen Riigikogu juhatuse nimel vastu võtnud kaks eelnõu, menetleme neid vastavalt Riigikogu kodu- ja töökorra seadusele. Head kolleegid, teeme palun kohaloleku kontrolli!

### Kohaloleku kontroll

Istungist võtab osa 77 saadikut.

---

## 1. 10:06 Olulise tähtsusega riikliku küsimuse "Kuidas lühendada ravijärjekordi" arutelu

### 10:07 Aseesimees Enn Eesmaa

Olulise tähtsusega riikliku küsimuse "Kuidas lühendada ravijärjekordi" arutamise kord on lühidalt alljärgnev. Kõigepealt Eesti Perearstide Seltsi juhatuse liikme, Kivimäe perearstikeskuse perearsti doktor Karmen Jolleri ettekanne kuni 15 minutit, seejärel küsimused ja vastused kuni 15 minutit. SA Viljandi Haigla juhatuse liikme, psühhiaater doktor Katrin Kaarma ettekanne kuni 15 minutit ja küsimused-vastused jälle kuni 15 minutit. Eesti geenivaramu asedirektori, populatsiooni- ja funktsionaalse genoomika vanemteaduri, filosoofiadoktor Tõnu Esko ettekanne kuni 15 minutit, küsimused ja vastused kuni 15 minutit. Tervise- ja tööminister Riina Sikkuti ettekanne kuni 20 minutit, küsimused ja vastused kuni 15 minutit. Riigikogu liige saab esitada ettekandjatele kokku kuni kaks küsimust. Pärast ettekandeid ja küsimustele vastamist avame läbirääkimised ja Sotsiaaldemokraatliku Erakonna fraktsiooni palvel teen Riigikogule ettepaneku, et kõigepealt esineksid sõnavõttudega fraktsioonide esindajad. Arutelu lõppemisel Riigikogu otsust vastu ei võta. Sotsiaaldemokraatliku Erakonna fraktsioon on teinud ettepaneku, et kui juttu jätkub kauemaks, siis pikendada istungi aega kuni päevakorra ammendumiseni, kuid mitte kauem kui kella 14-ni. Selle teema ja küsimuse juurde tuleme tagasi orienteerivalt kell 12.30. Austatud Riigikogu! Kutsun kõnetooli Eesti Perearstide Seltsi juhatuse liikme, Kivimäe perearstikeskuse perearsti doktor Karmen Jolleri. Ettekandeks on aega kuni 15 minutit. Palun!

### 10:08 Perearst Karmen Joller

Austatud Riigikogu esimees! Head rahvasaadikud! Mul on väga hea meel, et mind täna siia kutsuti ning et ma saan rääkida perearstide rõõmudest ja ka muredest. Ma saan aru, et slaidid on nähtavad. Jah, väga hea.

Ma tahaksin alustada sellest, et kui inimene otsustab õppida arstiks, siis see on pikk ja väga raske tee. Mitte ükski arst ei õpi selleks, et teha oma tööd halvasti. Terve selle õppimise aja jooksul sisendatakse meile, et meie töö on kunst, meie töö on omaette väärikus ja meie töö on inimese heaks. Kui me oleme lõpetanud selle kümneaastase õppe – paljud õpivad veel palju kauem –, siis ongi meie eesmärk see, et inimesel oleks hea olla ja ta oleks õnnelik. Arst, kes on suutnud inimest aidata, tunneb oma tööst rahulolu.

Kui nüüd rääkida perearsti tööst, siis perearst näeb inimest väga laialt – me arvestame alati sellega, kust inimene tuleb, kus ta on olnud, kuhu ta läheb ja kus ta on praegu. Peale selle, et me uurime inimese tervist, me küsime, kuidas on tema lood lähedastega, tööga ja muu eluga. Seda nimetatakse holistiliseks käsitluseks. Me püüame alati vaadata inimest kui tervikut ja lähtuda inimesest endast. Perearsti töö on väga põhjalik, aga inimesele siiski suhteliselt ajasäästlik, sest palju tööd ma teen ära juba enne, kui ta tuleb. Enne, kui inimene tuleb minu kabinetti, ma teen lahti digiloo, otsin tema kohta andmeid ja vaatan, miks ta on enne meie juures käinud. Seega ma enam-vähem tean, miks ta tuleb. Kui õde võtab vastu kõne ja keegi soovib telefoni teel ennast registreerida arsti vastuvõtule, siis ta ka alati ütleb, miks ta tuleb. Nii et mina juba natuke tean, mul on taust olemas. Sellepärast on nii, et kui inimene jõuab kohale, siis me saame suhteliselt kiiresti oma asjad aetud, võib-olla 20 minutiga. Perearsti juures ei pea inimene kunagi ootama tunde.

Perearstid teevad tänapäeval väga paljusid asju. Vanasti, ütleme, enne perearstisüsteemi olid meil üldarstid. Nemad andsid saatekirju, kirjutasid mõningaid uuringu-, vereanalüüsisaatekirju ja see oli kõik. Nagu näete, ma panin siia ka mõningad pildid üles. Meie töö võib olla väga lihtne, st vahel me mõeldame ainult vererõhku, aga see võib olla ka palju keerulisem, me isegi opereerime. Me teeme väga

paljusid asju. Vahel inimene arvab, et ta peab abi saamiseks jõudma eriarsti juurde, aga tegelikult saavad väga paljud probleemid lahenduse juba kodusess tuttavas perearstikeskuses. Sageli inimesed väga rõõmustavad selle üle. Tegelikult on nii, et kui on hea kontakt perearstiga, kes tunneb oma tööd ja jaksab seda teha, siis on inimesed sellega väga rahul.

Perearst ja pereõde on oma ala tippspetsialistid. Me ei ole lihtsalt suvalised arstiteaduskonna või õenduse eriala lõpetanud töötajad. Me oleme tippspetsialistid. Me teame täpselt, mida me teeme, ja me teame, kuidas olla inimesele kõige kasulikum.

Toon lihtsalt väikesed näited sellest, kuidas käsitletakse kroonilisi ja ägedaid haigusi EMO-s ja kuidas perearstikeskuses, milline on taseme erinevus. Ma olen töötanud ka EMO-s arstina. EMO arstid on suurepärased spetsialistid, nad on väga targad – ma alati imetlen neid ja nende oskusi –, aga nende eriala on hoopis teine. Nemad on selleks, et päästa inimese elu ja välistada inimese tervise halvenemine. Perearst aga loob tervisevundamendi, aitab probleeme ennetada. Kui inimese elu on päästetud, siis meie oleme need, kes uuesti n-ö maja kokku panevad, ehitavad üles selle, mis on lagunenu. Me aitame inimesel tervist hoida ja säilitada. Pealegi on ennetamine alati odavam ja säästlikum nii inimesele kui ka riigile. Näiteks, ma tean inimesi, kes on käinud EMO-s kõrva loputamas. Meie juures teeb seda pereõde, aga EMO-s teeb seda kõrvaarst. Millised vahendite erinevused, millised hinnaerinevused.

Meie suur mure on see, et me ei saa osutada kvaliteetset teenust, kuna meie nimistud on kasvanud liiga suureks. Tegelikult võib-olla ei olegi kasvanud, need on olnud umbes kümme-viisteist aastat enam-vähem ühesuurused, aga meie elanikkond vananeb. Samuti võtame me endale järjest enam ülesandeid. Teadus areneb, meie võimalused arenevad, me õpime juurde. Tänapäeval oskavad perearstid teha näiteks ultraheli, röntgenuuringu. Nagu ma rääkisin, me isegi opereerime. Me jälgime rasedusi, põhimõtteliselt me oleme õppinud vastu võtma ka sünnitusi. Me oleme hästi laia eriala spetsialistid. Me suudame peaaegu igal erialal anda inimesele teatud tasemeni väga head ja kvaliteetset abi. Aga me ei suuda seda teha, kui meil ei jää inimese probleemi süvenemiseks aega sellepärast, et järjekord on ukse taga ja patsient ei jõua meie juurde õigel ajal, sest arstil on nimistus liiga palju inimesi. Minul näiteks on 2200 patsienti, normiks loetakse meie perearstide hinnangul 1600. See tähendab, et 600 inimese jagu on minu töö tegelikult raskem. Ja ka mina tunnen ennast halvasti sellepärast, et ma avastan korduvalt, kuidas ma olen mõne patsiendi lihtsalt ära unustanud. Ma korraldan analüüsid ja uuringud, aga siis selgub, et need on jäänud kuhugi rippuma, inimene ei ole ise tagasi tulnud vms.

Siit me jõuamegi otsaga tarkvara juurde. Mul oli viimati esmaspäeval selline juhtum: avastasin, et juba nädal tagasi olime teinud ühele patsiendile vereanalüüsi, millest selgusid väga kõrged põletikunäitajad. See patsient oleks tulnud saata edasi vähemalt kahe päeva jooksul – ta oleks pidanud saama kas antibiootikumiravi või oleks tulnud hinnata tema seisundit täpsemalt, võib-olla oleks tulnud saata ta EMO-sse –, aga ma avastasin selle alles nädal hiljem. See juhtus sellepärast, et meie arvutiprogramm oli värvinud selle analüüsi kollaseks, mitte punaseks, ja õde, kellel oli väga vähe aega analüüsi hindamiseks, ei märganud seda. Nii et nädal aega oli see inimene kodus ja alles siis, kui ta tuli uuesti arsti vastuvõtule – tal oli aeg kirja pandud –, me suunasime ta otse EMO-sse, sest meil ei olnud enam võimalust teha lisauuringuid. Me kartsim, et inimese enesetunne võib väga kiiresti halveneda. See on üks näide. Meie töö on terviklik ja arvestada tuleb väga paljude asjadega, sellepärast on meil vaja aega ja häid vahendid, et teha seda tööd hästi.

Me olemegi püüdnud küsida riigilt seda, et meil oleks võimalik töötada vähema arvu inimestega, aga kvaliteetsemalt. Eestis on praegu umbes 800 perearsti. Kaugemas perspektiivis tuleb kindlasti hinnata, kui palju oleks vaja juurde koolitada arste ja ka väga häid õdesid. Me tahaksime suuremaid võimalusi patsientide uurimiseks. Praegu on rahastus selline, et mul on teatud fond, mille raames ma saan teha uuringuid, aga kui see saab otsa – näiteks minu suure nimistu puhul saab see fond mingil hetkel otsa –, siis olen ma sunnitud mingi uuringu tegemiseks suunama inimese edasi eriarsti juurde. Eriarsti järjekorras aga ootab inimene kaks kuud, siis ootab ta kuu aega uuringujärjekorras ja seejärel läheb uuesti eriarsti juurde, lõpuks jõuab ka minu juurde. Kui meil oleks natukenegi rohkem võimalusi uurida, siis oleks see nii aja- kui ka rahasääst. Meil on kindlasti vaja juurde tugipersonali. Oleks vaja assistenti – kedagi, kes aitaks praksist juhtida ja hallata või kes kutsuks ka vajaduse korral torumehe. Praegu me teeme seda kõike ise. Mina kui perearst olen sunnitud näiteks jälgima ka seda, kas mu arvuti tarkvara on ajakohane ja turvaline. See on seadusest tulenev kohustus ja mul ei ole ka ressursi panna seda ülesannet kellelegi teisele.

Mentorlusüsteem. See on selline süsteem, kus perearstid hakkavad üksteist toetama. Selle alused on

juba paika pandud ja loodetavasti hakkab see varsti tööle. Samamoodi on läinud käima tervisekeskuste projekt, mis võimaldab seda, et perearst ei jääks üksi ja ka temal oleks võimalus olla haigena kodus või kui vaja, olla lapsega kodus. Ma tean kolleegi, kes tuli kolmekuuse lapse kõrvalt tööle, sest tal ei olnud asendajat. Ma ise ei kujutaks sellist olukorda ette.

Kui tulla uuesti tagasi meie tarkvara juurde, siis see võiks olla selline, mis aitab meil teha otsuseid. Praegu on plaanis luua otsustustugi, aga see tarkvara, mille külge see peaks tulema, on aastast 1997. On küll tehtud uus tarkvara, kuid see on peaaegu sama hull. Tegelikult ei olegi ehk nii oluline see perearstitarkvara, kuivõrd üleüldine ühtne IT-süsteem, kuhu oleksid kaasatud ka inimesed ise, näiteks patsiendid. Võiks olla nii, et kui ma võtan vererõhuravimit, mis on mulle välja kirjutatud, siis tuleb mulle arvutis teavitus: "Karmen, meie arvestuse järgi on teil jäänud ravimit veel nädalaks. Kas soovite tellida uue retsepti?" Mina nõustun, klõpsan arvutis ja siis tuleb mulle uus kogus vererõhuravimeid, st teade selle kohta läheb sinna kuhu vaja. Samamoodi ütleb arvuti mulle: "Oi, Karmen, te ei ole juba peaaegu aasta käinud oma perearsti juures, teil oleks vaja teha vereanalüüsid ja EKG. Kas te soovite aja kirja panna?" Klõpsan "muidugi" ja siis läheb teavitus perearstikeskusesse, on see siis kõne, mingi *chat* või e-mail, see peab olema tänapäevane. Me peame saama seda süsteemi kasutada nii, nagu me kasutame näiteks pangateenuseid. Näiteks, kui ma lähen poodi ja seal avastan, et see kaart, millega ma tavaliselt maksan, on koju jäänud, aga mul on teine kaart, mille peal ma raha ei hoi, siis ma saan teha nii, et paari näpuliigutusega on mul natukese aja pärast raha kaardi peal. Täpselt samamoodi peavad olema inimesele kättesaadavad tema terviseandmed, ravimid ja suhtlus arsti või perearstikeskusega. See hoiab kokku nii meie kui ka inimeste aega ja loob inimesele võimaluse olla terve. Nagu näete, ma panin siia sellise slaidi. Ma ei hakka sellest pikemalt rääkima, aga ütlen, et me arvutasime perearstide seltsis välja, et kui arstil on võimalus viis minutit rohkem patsiendiga rääkida, selle asemel et arvutis surfata, siis hoiab see aastas kokku keskmiselt 4,5 miljonit eurot. Kui teil on kunagi võimalik selle üle otsustada, siis palun ühtset, korralikku, tänapäevast ja normaalset tarkvara. Me oleme siis kõik teie suured sõbrad. Ma tahaksin rõhutada EMO teema valguses seda, et ükskõik kui hea, tark ja tubli on perearst, patsient läheb ikka sinna, kuhu tal on mugavam minna. Mina töötan praksises, mis on juba aastaid olnud kõige kõrgema taseme praksis, aga ka minu patsiendid lähevad EMO-sse. Tõesti sellepärast, et keegi tahtis vastuvõtule tulla näiteks kell 10, aga minu vastuvõtt hakkas kell 12. Aga kui ta läheb EMO-sse, siis seal ta saab arsti juurde alles kell neli, võib-olla isegi kell viis. Patsient ei oska alati oma tervist ise hinnata. Sellepärast me peame looma sellise süsteemi, mis aitab tal natuke lihtsamini otsustada, kust ta abi saab. EMO arst ei ole perearst, sellest ma juba rääkisin. EMO arsti eesmärk ja ülesanne on jätta inimene ellu ja võimalikult terveks, aga edasi tegeleb temaga perearst. Praegu aga käib EMO-s väga palju ka selliseid patsiente, kellega oskab tegeleda perearst, aga ei oska tegeleda EMO arst. Ja EMO arstid on selle pärast väga frustreritud. Maailmapanga hinnangul on näiteks kardioloogi vastuvõtul umbes kolmandik selliseid patsiente, keda saaks ravida perearst. Neurokirurgid ise räägivad, et kolmveerand nende patsientidest on seal selleks, et õppida võimlemist. Tegelikult ei ole selleks neurokirurgi vaja, pigem oleks vaja füsioterapeuti, võib-olla ka pereõde. Kui me loome perearstisüsteemile tugeva aluse ja me suudame hoida patsiendid seal, kus nad peavad olema, siis muutub eriarstiabi ka kättesaadavamaks. Selle võrra lühenevad eriarstijärjekorrad ja eriarstid tunnevad ennast paremini, sest neil on aega pühenduda patsiendi ravimisele, sellele, milleks nad on õppinud, ja nad ei pea tegema tööd, mis neile ei sobi.

Praegu on juba käima läinud üks väga hea süsteem, e-konsultatsioon. See on selline süsteem, kus perearst kirjeldab patsiendi väga põhjalikult ära eriarsti tarvis. Me saadame dokumendid ära ja eriarst vaatab: ahaa, see on selline patsient, ma annan perearstile mõned nõuanded ja saadan info tagasi. Mina, perearst saan targemaks ja patsient saab eriarsti konsultatsiooni ja abi niimoodi, et ta ei pea üldse kuskil käima. Minu patsiendid on olnud sellega rahul. Või vaatab eriarst seda, et oi-oi, olukord on kehv. Patsiendile helistatakse, ta kutsutakse vastuvõtule näiteks viie päeva jooksul – tänapäevase tavalise registratuuri kaudu registreerimisel on see ju võimatu. Mulle kirjutas äsja üks patsient, et tema tahab saada neurokirurgi vastuvõtule. Meil ei ole aga neurokirurgidega veel e-konsultatsiooni süsteemi tehtud. Ma siis suunasin teda. Pärast küsisin, kas sa oled aja saanud. Ta ütles: "Ei, ma tean, et ma pean 6. detsembril uuesti helistama ja siis võib-olla saan. Järgmine võimalus on 6. jaanuaril." Nii et tegelikult on järjekord neurokirurgi juurde veel pikem, sest me ei tea ju veel, kui paljud inimesed üritavad saada vastuvõtule pärast 6. detsembrit. Kindlasti peaks EMO-sse suunamisele eelnema selektsioon, mida saaks teha väga vabalt perearst, pereõde, miks mitte ka nõuandetelefon 1220. Meie perearstidega arvame, et väga hea lahendus ei ole perearstikeskusi kauem lahti hoida, see nõuab lisapersonali ja

lisarahastust. Kui kellelgi on küsimusi veel hiljem, kui ma lähen siit puldist ära, siis saab mulle e-maili saata. Aitäh teile!

### **10:23 Aseesimees Enn Eesmaa**

Doktor Joller, tänane optimistlikult turvalise, kuid ometi realistliku ettekande eest! Tõesõna, jää või haigeks, et teie patsiendiks saada.

### **10:23 Perearst Karmen Joller**

Ärge seda tehke!

### **10:23 Aseesimees Enn Eesmaa**

Küsimuste vooru pikkus on 15 minutit. Külliki Kübarsepp, palun!

### **10:23 Külliki Kübarsepp**

Aitäh, hea aseesimees! Aitäh ettekande eest! Ma tahan küsida selle viimase teema, perearstide vastuvõtuaegade kohta. Miks me ei mõtle laiemalt? Näiteks võiks perearstikeskused olla avatud ka laupäeviti, sest väga paljusid teenuseid on meil Eestis võimalik kätte saada ka laupäeviti, kas või kõrgema visiiditasu eest või mingisuguse suurema erapanuse eest. See aitaks kindlasti kaasa ka eriarsti ravijärjekordade probleemi lahendamisele. Minul endal on positiivsed kogemused, aga minu lähikonnas on väga paljud inimesed toonud täitsa hulle näiteid ja öelnud, et nad on tundnud ennast hüljatuna kogu selles arstisüsteemis. Ma arvan, et see ei ole positiivne meie terve ühiskonna suhtumise mõistes.

### **10:24 Perearst Karmen Joller**

Absoluutselt nõus. Ma arvan, et need inimesed on sattunud väsinud perearsti otsa. Meil on palju väsinud perearste, me oleme ülekoormatud, me ei saa võtta puhkust, meil ei ole lubatud olla haiged – sest kui mina jään haigeks, siis ei ole mul kedagi asendama võtta – ja see väsitab kohutavalt. See on üks põhjus, miks perearst ei suuda alati anda seda panust, mis tahaks. Praegu on ligi 40 perearstinimistut ilma arstita, see tähendab, et meil on puudu 40 perearsti. Perearstide keskmine vanus on üle 55, st me jääme varsti pensionile ja meid jääb järjest vähemaks. Õnneks oleme suutnud hoida perearstide lippu kõrgel, nii et noored on hakanud meie residentuuri vastu palju suuremat huvi tundma. Sellel aastal oli esmakordselt kogu peremeditsiini ajaloos see vaja suurendada residentuuri kohtade arvu. Ma loodan, et see trend jätkub. Miks ei võiks perearstikeskused laupäeviti lahti olla? Esiteks, meil ei ole personali. Teiseks, see ei nõua mitte ainult perearsti kohalolekut, vaid see nõuab ka pereõde, ultraheli, röntgenit, laborit, lisaks ultraheli tehnikut, labori tehnikut, röntgeni tehnikut jne. Seal ei ole ainult üks väike tuba, kus istub arst kahe palja käega. Meil on vaja ikkagi natuke rohkemat – diagnostikat ja uurimisvõimalusi. Ma kardan, et see tuleb kas sama kallis või veel kallim, kui me hakkame perearstikeskusi kauem lahti hoidma. Miks mitte aga teha tasuline üldarstlik vastuvõtt kuskil suuremas linnas.

Tegelikult on Tallinnas praegu olemas valvekliinik, kuhu inimene võib pöörduda vist 8-st 20-ni, muu hulgas nädalavahetustel, ja hinnad on seal täiesti mõistlikud. Kes soovib tõesti n-ö mugavusteenust, selles mõttes, et soovib kindlasti anda näiteks vereanalüüsi – kuigi arst on öelnud, et seda ei ole vaja teha, aga enda südame rahustuseks inimene siiski tahab teha –, see võib ka praegu minna laborisse ja lasta teha tasulise analüüsi. Siin peakski rääkima tõesti vastutusest, et kui inimene tahab mugavusteenust, mitte meditsiiniteenust, siis selle eest ta peaks maksma ise. Norra süsteem on näiteks selline, et EMO ongi kinni kuni kella neljani õhtul ja alles siis saab inimene sinna pöörduda, kui perearstid on oma töö lõpetanud. Perearsti töö on üldiselt plaaniline, isegi erakorraline töö perearstikeskuses on plaaniline. See tähendab, et kui inimesel midagi juhtub, siis ta helistab keskusesse, lepib aja kokku ja läheb täpselt selleks ajaks sinna, saab kiiresti abi ja ootab oma tulemusi kodus, mitte EMO ootesaalis. Ma ei tea, kas ma vastasin teile, eks vist natuke laialivalgum oli, aga aitäh küsimuse eest!

### **10:27 Aseesimees Enn Eesmaa**

Marika Tuus-Laul, palun!

### **10:27 Marika Tuus-Laul**

Aitäh juhatajale! Suur tänu ka ettekandjale ettekande eest! Me vaatame aga täna küsimust laiemalt ja ma küsin, kas teie arvates perearst peaks üldse olema ettevõtja. Ta võiks ju olla lihtsalt palgasaaja, siis jääks tal rohkem aega ravimiseks. Praegu, kui tulevad tervisekeskused, mis on sisuliselt juba natuke sinna vana polikliiniku kanti, kuigi seal eriarste pole, siis oleks ilmselt väga hea, kui kõik see aeg, mis perearstil kulub oma nimistu ülalpidamiseks, ruumideks ja struktuurideks, läheks puhtalt ravimiseks. Maailmas on väga palju tehtud niimoodi, enamasti ongi niimoodi. Ja ma küsin veel siia juurde, sest ma ei saa teist küsimust küsida, kas on eetilise, et perearst võtab palka dividendides, st ta võtab töötasu minimaalselt, aga dividende suurelt. Sisuliselt ta ju sööb seda süsteemi, kust ise raha saab.

### **10:28 Perearst Karmen Joller**

Ma alustan viimasest küsimusest. Perearst kui ettevõtja. Me oleme selles mõttes tõesti keerulises olukorras, et ettevõtluse eesmärk on teenida tulu ja soovi korral muu hulgas võtta ka dividende. Tegelikuses on aga meie rahastus väga reglementeeritud ja väga läbipaistev. Perearst, kes võtab dividende, ei tee seda enamasti mitte riigi raha arvel, vaid näiteks selle arvel, et ta on osalenud teadusuuringus, pakkunud mingeid tasulisi teenuseid, mis kuuluvad perearsti valdkonda jne. Põhimõtteliselt on meie kulumudel seatud niimoodi, et see katab vajalikud kulud, aga ei paku meile suuremat tulu. Ja tegelikult on – eriti tänapäeval, kui see kulumudel on muutunud ilusaks ja läbipaistvaks – vähe neid perearste, kes võtavad dividende. Nagu ma ütlesin, see käib rohkem nagu vana arvel.

Kas olla ettevõtja või mitte? Ettevõtlus annab muidugi teatava vabaduse ja see on olnud seni perearsti töö juures üks, ütleme, atraktiivsemaid asju, mis on toonud ka noori meile juurde. Teisest küljest, noored vahel kardavad aruandlust ja ettevõtlust. Praegu on võimalik valida, kas olla ettevõtja või ühe ettevõtja alltöövõtja. Mõlemad vormid on võimalikud. Kui rääkida tervisekeskusest, siis see on samamoodi ettevõtte, tavaliselt OÜ. Teinekord on tervisekeskus ka üks OÜ, mis hõlmab endas mitut. Ühesõnaga, see, milline peaks olema tervisekeskuse rahastus- ja ettevõtlusvorm, ei ole tegelikult väga täpselt kokku lepitud. Me ootame riigilt seda, et tervisekeskuse definitsioon oleks natuke sisulisem, mitte pelgalt vormiline suunis, kes ja kus peavad olema. Me tahaksime, et oleks täpselt kokku lepitud, kuidas tervisekeskus töötab.

### **10:30 Aseesimees Enn Eesmaa**

Peeter Ernits.

### **10:30 Peeter Ernits**

Hea juhataja! Hea ettekandja, aitäh huvitava ettekande eest! Kuna tänane teema on, kuidas lühendada ravijärjekordi, siis ma küsin teilt, kuidas teile tundub, milline see korrelatsioon tegelikult on. Kas nii, et rohkem raha ja ravijärjekorrad lühenevad? Jutt on eriarstiabist. Kui palju peaks leidma raha, et lühendada ravijärjekordi?

### **10:31 Perearst Karmen Joller**

Aitäh! Rohkem raha ja lühemad ravijärjekorrad on võimalik siis, kui see rohkem raha läheb ikkagi vundamendi toetamiseks. Nüüd, kui haigekassale või, ütleme, meditsiini tuli lisaraha, tuli juurde ka väga palju kohustusi. Riigieelarvest tuli ju haigekassa eelarvesse kiirabi jms. Siin peab natuke vaatama, kuidas see raha jaguneb. Tuleks väga suunatult tugevdada just esmatasandit. Meie praeguse meditsiinisüsteemi kõige nõrgem külj ongi seesama perearstiabi. Siin toodi ka näiteid, kuidas inimene jääb üksi, tal ei ole abi. Me peame seisma hea selle eest, et see esmane tasand, kuhu inimene pöördub, oleks tugev ja kvaliteetne. Ja nagu ma ütlesin, umbes kolmandik patsientidest ei peakski olema seal teisel tasandil. Ütleme niimoodi, et kui me suudame teha tugevaks odavama esmatasandi, siis raha ümber mängimisega saaks kindlasti mingil määral ravijärjekordi lühendada, aga esmatasand ei kannata seda välja, kui meil ei ole jõudu. Ma olen nõus, et tervishoius peaks olema rohkem raha, aga see peaks olema rõhuga esmatasandile.

### **10:32 Aseesimees Enn Eesmaa**

Priit Sibul.

### **10:32 Priit Sibul**

Aitäh, austatud koosoleku juhataja! Hea ettekandja! Ma ei tea, kas mul on vale tunne või mis, aga mulle jääb aeg-ajalt mulje, et inimesed tahavad rohkem kohtuda arstiga kui saada raviteenust. Kuidas teil on jaotatud perearstide ja pereõdede vaheline töö? Kas ja kui palju aitavad need esmatasandi tervisekeskused sellele tulevikus kaasa? Kas teie arvates kohtuvad inimesed praegu arstiga piisavalt või piisaks pereõest? Kuidas saaks neid ülesandeid jagada nii, et inimeste ootused ja tahe saaks mõistlikul kujul realiseeritud?

### **10:33 Perearst Karmen Joller**

Aitäh! Väga hea küsimus. Tegelikult siis, kui ma vastan sellele küsimusele, ma vastan ära ka sellele, miks inimesed pöörduvad EMO-sse. Küsimus ongi selles, mida inimene tahab, teine küsimus on, mida inimene vajab, ja kolmas küsimus on, mida ta peaks siis saama riigi raha eest, maksumaksja raha eest. Kui inimene tahab kellade ja viledega vägevast asutusest, kus ta saab näiteks väga kiiresti kõrva loputatud, siis ta võib seda saada oma raha eest. Mul ei ole mitte midagi selle vastu. Ma mäletan, kui ma avaldasin Facebookis kolm lühikest juhtumit oma igapäevasest tööst EMO-s. Üks inimene kurtis oma üleeilse parmuhammustuse üle, mis täna sügeles, ja ta tuli minu vastuvõtule. See šokeeris inimesi. Enamasti keegi ei kujuta isegi ette, mille kõige EMO-sse pöörduakse.

Samamoodi on perearstiga. Loomulikult tahetakse näha arsti. Meie oleme oma keskuses lahendanud selle niimoodi, et kui inimene tuleb minu nimistusse, siis ma räägin talle kohe, et meil teevad põhitöö ära õed. Ma ise näiteks ei mäleta, millal ma viimati konsulteerisin inimest ägeda haigusega, nagu kopsupõletik või nohu, köha, kõrvapõletik, seda kõike teevad meil õed. Ma olen toonud alati esile positiivse poole, et põhimõtteliselt saab inimene meie keskuses abi pereõe käest samal päeval. Inimene teab, et kui pereõel on küsimusi või ta ei saa ise hakkama, siis on tal alati võimalus konsulteerida arstiga. Meie kasutame Skype'i, tegelikult võiks muidugi olla tarkvara sees turvalisem võimalus. Õde võib ka mind kutsuda ja öelda, et palun, Karmen, tule korraks vaata seda patsienti. Ma lähen vaatan üle, vastan õe küsimusele ja me koos otsustame ravi. Kommunikatsioon on selle nimi. Seal ei ole üldse küsimus selles, kuhu raha suunata või mitte. Me peame harima inimesi, me peame neile selgitama, et ka pereõde on kõrge spetsialist. Me olemegi nüüd seltsiga seda teed läinud, et me püüame hästi palju ka pereõdesid esile tõsta ning näidata, et nad on väga targad ja tublid.

### **10:35 Aseesimees Enn Eesmaa**

Palun, Inara Luigas!

### **10:35 Inara Luigas**

Aitäh! Austatud ettekandja! Mul on selline küsimus. Me oleme Eesti riigis uhked mitmete sektorite edusammude üle, nagu e-riik, e-lahendused jne. Samas on, nagu te ütlesite, kogu tervishoiukorralduses ja -süsteemis IT-tarkvara vananenud, see ei ole ajakohane ja sellega ei saa kokku hoida aega ega raha, mida rohkem patsiendile suunata. Minu küsimus ongi: mis olukorras või mis tasemel on IT-tarkvara uuendus? Kas sellega tegeldakse, mis on takistused? On kuulda, et just see, mis peaks olema eelisarendatav, inimesele suunatud tarkvara, Eesti riigis seisab.

### **10:36 Perearst Karmen Joller**

See on hea küsimus, aitäh teile! Kujutage ette ühte puslet, see on meie vana tarkvara. Siis aga võetakse see tükkidena lahti ja pannakse teistmoodi kokku. Nüüd on meil uus tarkvara, aga pilt on täiesti ebaselge. Mina otsisin meie uuest tarkvarast kümme minutit, kuidas teha lahti patsiendi lugu, siis ma loobusin. Panin selle kõrvale ja ütlesin, et ma ei ole nõus seda kasutama, ennemini kasutan 20 aastat vana tarkvara. See on kohutav olukord, ütlen täiesti ausalt. Me ei saa olla uhked oma e-tervise üle, sellepärast et praegu see ei tööta. Arstid näevad meeletult vaeva. Selleks, et ma saaksin inimese digiloost infot kätte, ma pean avama umbes 50 või 60 dokumenti, siis ükshaaval need läbi lugema ja sealt infot otsima. See on põhjus, miks inimesed ütlevad: "Arst istub, nina arvutis". Ma ise ka ei taha seda. Vahel ma tajun, et mul on inimene juba kümme minutit tooli peal istunud, aga ma ei ole jõudnud isegi talle otsa vaadata.

See tarkvara on praegu prioriteet. Ministeerium on tulnud meile väga palju appi ja on pakutud ka ühte koolitust, mille nimi on "Targa tellija koolitus", sest ega meie ju ei oska öelda tarkvaraarendajale, mis me tahame. Kui teie tulete arsti juurde, siis te ütlete ka, et mul on köha, mitte et mul on *pneumonia acuta*

vms. Meie õpime nüüd seda IT-maailma ladina keelt ja seda, kuidas tarkvara luuakse. Me õpime küsima arendajalt õigeid asju, aga selleks on vaja ka raha, tegelikult miljoneid – ma pakuks, et lausa viis või kümme miljonit –, küll mitte kõike korraga, sest alguses me vajaksime alles analüüsi, milline üldse olukord on. Tegelikult me seda olukorda enam-vähem teame, aga meil on vaja eelkõige selgeks teha, mida me vajame, siis me saame teha prototüübid jne. Lõpuks, võib-olla aasta pärast saame äkki hakata otsima arendajaid. See ei ole mitte ainult perearstide, vaid ka eriarstide probleem. Iseenesest võiks kogu Eestis olla enam-vähem ühesugune süsteem, mille alusel arst vaatab ja käsitleb patsienti. Põhialus on meil kõigil ju üks, lihtsalt igaühel võiks olla oma moodul, kardioloogi moodul, perearsti moodul jne. See on minu arusaam. Pluss see, et patsient saaks ka ise oma tervist juhtida. See on ju tema tervis – kõige kallim vara, mida ei saa osta.

### **10:38 Aseesimees Enn Eesmaa**

Hardi Volmer jõuab veel küsimuse esitada.

### **10:38 Hardi Volmer**

Aitäh, lugupeetud esimees! Auväärt ettekandja, aitäh! Minu jutt puudutab, ütleme, delikaatset teemat, mis on üksiti inimlikult väga mõistetavalt, see on perearsti inimväärne sissetulek. Kuuldavasti on olukord selline, et perearstikeskused on meeletult ülerahvastatud, patsiente on palju, arstid töötavad palehigis ja on kokkukukkumise serval. Selline see olukord enam-vähem välja paistab. Samal ajal pidavat aga perearstid kasutama seda taktikat, et panevad ühel hetkel n-ö putka kinni või jätavad õekese sinna tööle ja siirduvad ise veel samal päeval erasektorisse või, ütleme, erapraksisesse. Kas te mõnate seda ja kas see on suur probleem? Patsiendi seisukohast vaadatuna on see probleem.

### **10:39 Perearst Karmen Joller**

Aitäh! Ma arvan, et lisatöö tegemine on üks võimalus ennetada läbipõlemist. Mina näiteks seisan praegu siin, eks ju. Minule on väga tähtis püüda asju parandada. Peale selle, hoopis teine tegevus võimaldab mul mitte läbi põleda oma väga suure nimistu juures. Lisasissetulek. Ma ei kujuta isegi ette, kui võrd oluline see sissetulek on, ma ei ole selle suurusega kursis. Aga ma tean, et paljud perearstid töötavad lisaks näiteks EMO-s või ka töövõime hindamise arstina. Seda ei tehta enamasti mitte sissetuleku pärast, vaid eelkõige sellepärast, et teises kohas arstina töötamine annab hoopis teise nägemise ja pildi, palju laiema profiili. See, et mina töötasin poolteist aastat EMO-s, andis mulle juurde tohutult teadmisi ja oskusi, samuti laiema arusaamise sellest, mida meie meditsiin tegelikult vajab ja milline võiks olla perearstiabi. Vahel on hea minna korraks välja ja tulla tagasi. Mina arvan, et see ei ole raha pärast, see on pigem sellepärast, et ma jaksan, ma suudan ja ma tahan pakkuda kvaliteetset abi.

### **10:40 Aseesimees Enn Eesmaa**

Suur aitäh, doktor Joller! Nagu te oma ettekandes vihjasite, olete nõus vastama ka nendele küsimustele, mis meie küsimuste vooru ajaraami ei mahtunud, nii et see vestlus ja suhtlemine võib jätkuda perearsti konsultatsioonil. Meie rahvasaadikud on vabakäigu inimesed, nad saavad tulla teie juurde.

### **10:41 Perearst Karmen Joller**

Aitäh!

### **10:41 Aseesimees Enn Eesmaa**

Aitäh! Viljandi Haigla juhatuse liikme, psühhiaater doktor Katrin Kaarma ettekande pikkus on samuti 15 minutit. Palun!

### **10:41 Psühhiaater Katrin Kaarma**

Austatud Riigikogu liikmed! Täna ka siis omalt poolt võimaluse eest tutvustada Viljandi Haiglas käimas olevat integreeritud teenuste mudeli väljatöötamist ja piloteerimist. Näitan teile meie Viljandi Haigla missiooni ja oleme sõnastanud, et püüame pakkuda oma patsientidele tervishoiuga seotud terviklahendusi. See tähendab meie meelest seda, et me mitte ei paku kõikvõimalikke teenuseid, vaid me hoiame patsienti tema teenusevoos. Me aitame teda, kui ta tuleb meie teenusele, ja suuname ta õigesse kohta edasi.



Räägin teile kõigepealt natuke meie mudeli lähtekohtadest. Ma loodan, et siit on midagi näha. Väga ei ole. Aga põhisõnum on see, et eriarstiabi kulud kasvavad hüppeliselt meie elukaare lõpus, kõige tipus on need 70–80-ndate eluaastate paiku, ja suurenevad eriti kroonilistele haigetele osutatud teenuste tõttu. Me enam-vähem teame, mis täpselt on need haigused ja tüsistused, aga seda oleks vaja meeles pidada, kui me räägime ravijärjekordadest. Küsimus on selles, mida oleks vaja just sellele eagrupile, st milliseid teenuseid tuleks neile osutada. Meie projekti lähtekoht oli ka see, mida me ise teame, et suur osa meie EMO-sse pöördujatest tuleb sinna nendesamade krooniliste haiguste või nende tüsistustega. Enamasti on need veresoonkonna haigused, kroonilised respiratoorsed haigused, luu- ja lihaskonna haigused.

#### 10:44 Aseesimees Enn Eesmaa

Vabandust! Kõigil Riigikogu liikmetel on seesama materjal ka laual, nii et on näha.

#### 10:44 Psühhiaater Katrin Kaarma

Ettekannet ette valmistades ma kasutasin materjali haigekassa kodulehelt ja sealt võtsime ka võrdlusandmed. Võrreldes aastat 2013 aastaga 2017 – slaidil see tagumine heledam post – on eriarstiabi kulud tuntavalt tõusnud ja natuke ka nihkunud, nii et see tipp läheb veel rohkem elukaare lõpu poole. Valdavalt sinna me eriarstiraha kulutame. Teiseks võtsime alusandmed Maailmapanga põhjalikust raportist – ka doktor Joller rääkis sellest –, kus hinnati ravi krooniliste haiguste ja ägedate haigusseisundite korral ning vaadeldi muu hulgas optimaalset teenuseosutamise kohta ja järelteenuse olemasolu. Leiti väga selgelt, et suur osa hospitaliseerimisi on välditavad ja osa eriarstivisiite samuti. Veel üks suur punkt oli see, et jätkuravi pärast statsionaarset aktiivravi on sageli puudulik, nii et teenuse vajadus kasvab ja ka optimaalset pakkumist ei ole. See tabel siin peaks seda ka kajastama. Tegelikult leitakse, et osa krooniliste haiguste korral on hospitaliseerimised 80% juhtudel välditavad. Mis siis teha? Planeerisime oma patsientidele sellist teenust, mida saaks pakkuda vananeva elanikkonna ja piiratud ressursside tingimustes ning optimaalses kohas, kuhu oleks lihtsam ja juhitud sissepääs. Seal me täpsustame ka teenusevalikuid. Põhisõna on "integreeritud", st me kaasaks kõik teenuseosutajad, kellest igaüks osutaks oma tasemel olulist teenust. Selleks korraldati pikk projektidisain, kuhu kaasati huvigruppe ja teenuseosutajaid. Analüüsi käigus selgus, et kõik osapooled – või kõik need korstnad siin slaidil – osutavad väga head teenust. Kiirabiteenus on väga hea, haiglateenus on väga hea, esmatasand on suurepärane, kuid omavahel nad ei suhtle. Patsient aga satub eri teenusele suhteliselt juhuslikult. Vahel on inimesel väga vastutulelik ja tubli perearst, kes kogu aeg jälgib tema käekäiku, aga valdavalt, nagu ka doktor Joller ütles, on perearstid meil praegu ülekoormatud. Nii et see kunagine idee, et perearst ongi väravavaht, kes suunab ja sätib teenuseid, enam hästi ei toimi. Töötati välja väga põhjalik teenusedisaini mudel. Leiti, et kõige suuremas hädas *persona* on, ütleme, Marta, kellel on kroonilised haigused, kellel ei ole lähedasi ja kes ei satu õigel ajal kuskile teenusele. Üks teine oluline *persona*, kes meie analüüsist alati välja jääb, on Ülo. Tema satub ainult EMO-sse. Ta ei käi perearsti juures, ta ei võta mingeid ravimeid, aeg-ajalt aga tekitab EMO-le kulusid. Nüüd oli mõtte, kuidas nendega edasi toimetada ja pakkuda nende vajadustele vastavaid teenuseid. Sellel ma praegu täpsemalt ei peatu, aga kõigile neile teenuse *persona*'dele töötati välja väga põhjalikud profiilid. Miks see oluline on? Kuigi tundub, et see ei ole väga tähtis, on see tervishoius eripärane, sest tavapäraselt somaatilist ravi pakkudes me eriti ei uuri, kus patsient elab, kui palju tal on lähedasi või kuidas ta üldse kodus hakkama saab. Haiglast kirjutatakse ta sageli koju ja epikriis saadetakse perearstile. Aga nüüd on meil natuke teistsugune lähenemine, kus on tegelikult oluline, mis on patsiendi enda soovid ja milline on tema taustsüsteem. Kogu selle projekti põhiidee on, et kõik teenusepakkujad suhtlevad omavahel IT-platvormil, nii et kellelegi ei teki väga palju lisakulu, vaid haigla arst teeb oma ettepanekud, millist teenust patsient vajab, ja perearst näeb seda. Me kaasame ka patsiendi sotsiaaltöötaja. PAIK-projekti võrgustikku on kaasatud suurema sotsiaaltööga isikud. Põhimõtte on selline, et kui varem suhtlesid kõik teenuseosutajad patsiendi kaudu, st patsiendile anti kaasa tema analüüsid ja ta ise pöördus sotsiaaltöötaja poole, siis selles võrgustikus suheldakse omavahel risti-rästi, kõik kõigiga. Nagu see punane nool siin slaidil näitab, koduõde suhtleb patsiendi perega ja kogu patsiendi võrgustik on ühes infoväljas. Kui seisund muutub, siis saab iga võrgustiku liige sellest teada. Kogu projekti idee on hea tarkvara väljatöötamine, samuti muidugi somaatilise poole arstide sotsiaaltöövajaduste tajumine. Mina olen psühhiaater ja meie töös on see elementaarne. Näiteks, lastepsühhiaatrias ei saa me patsienti üldse käsitleda, kui me ei kutsu kokku

kogu võrgustikku, kus on patsiendi vanemad, lastekaitsetöötaja ja õpetaja. Koos otsustatakse, mis saab edasi. Samasugust võrgustikku me pakusime nüüd oma kroonilistele haigetele, kellel on suurem sotsiaaltöö vajadus.

Mida see patsient siis saaks? Ta teab, et temaga tegeldakse. Kui perearst suunab ta eriarstile, siis sotsiaaltöötaja saab sellest teada. Kui tal ei ole transporti, siis sotsiaaltöötaja püüab selle korraldada. Sotsiaaltöötaja saab teada, kui patsient on insuldiga haiglas, ja teab ka, millal ta koju läheb. Ta saab teavituse, nii et ta saab ahju ära kütta ja toidu koju viia. Ma arvan, et kui see hästi toimiks, siis me saaksime olla rohkem turvalised, sest meie vanemad elavad sageli eraldi kuskil kaugemas piirkonnas. Igasuguseid lahendusi on meile pakutud, näiteks et patsiendi juures käivad isikud saaksid kuhugi külmkapi uksele panna kirja, millal keegi tuleb, sest pahatihti on nii, et kõigepealt käib sotsiaaltöötaja, samal päeval tuleb ka koduõde, siis aga kolm nädalat ei käi keegi. Teenuseid justkui on, aga need ei ole hästi koordineeritud ja me ei ole üksteise infoväljas. Sotsiaaltöötaja ei tea, mida oodata, mille pärast patsiendi puhul muretseda.

Et kogu seda asja edasi arendada, oleme teinud selle mudeli elluviimiseks ja uue tervisekeskuse, haigla loomiseks ettevalmistusi. Me ei oota aga sugugi mitte uut maja, vaid me oleme hakanud looma oma uut haiglat sellesama mitte väga sobiva infrastruktuuri sees, kus ei ole eriti paindlikke ühistöö võimalusi. Sellised, ütleme, patsiendipõhised piloteerimised meil sellest aastast käivad. Oleme saanud uusi mõtteid ja ideid. Palju inspireeris ka doktor Jolleri ettekanne, kus väga selgelt öeldi, et hoiame patsienti seal, kus ta peab olema. Me tahaksime selle infovahetusega saavutada just seda, et hoiame patsienti seal, kus ta peaks olema.

Kui küsite, miks haigla seda teeb, siis ütlen, et tegelikult me töötame praegu vastu oma motivatsiooni. Meil oleks hea, kui patsient tuleks haiglasse, me saame voodipäevade eest raha ja siis saadame ta jälle välja. Aga me oleme Viljandis ennast nagu defineerinud kui kogukonna tervisemajakat – ilusasti kõlab –, st me prooviks aidata ja leida viisi, kuidas asjad oleks mõistlikult korraldatud. Nagu te nägite, meie oma EMO-s käivad patsiendid samamoodi krooniliste haiguste túsistustega. Muidugi nüüd on juhtunud jälle kahetsusväärne lugu, et need, kellel on vaja EMO-sse tulla, ei julge enam tulla. Kui tulevad, siis vabandavad – ütlevad, et me lehest loeme küll, et ei tohiks tulla, aga no nii äkiliselt ja nii kõva kõhuvalu oli. Tegelikult meie julgustame oma perearste patsientidele ütleva, et kui on ikkagi äge seisund, siis nad võiksid küll tulla. Siis on meie uue haigla ja tervisekeskuse ehitamine Viljandi kesklinna, kus me saaksime olla koos perearstidega. Meie jaoks tähendaks see seda, et me mitte ainult ei ole koos perearstidega ühes majas, vaid saaksime pakkuda ka oma integreeritud teenust. Selleks oleme välja kuulutanud rahvusvahelise arhitektuurikonkursi.

Kokku võttes, mis siis on meie põhimõtted? Teenusele peaks olema ühtne sisenemine kohe esimeselt kontaktilt, et patsiendid ei peaks murelikult registratuurist tagasi pöörduma, vaid neid märgataks seal. Nagu ma rääkisin krooniliste haiguste puhul, sotsiaaltöö vajadus on suur, seetõttu me kasutaks oma IT-põhist integreeritud ravimudelit. Me arvame, et haigla liigub tegelikult patsiendi koju, järjest rohkem on meil igasuguseid väikeseid monitore, st on võimalik inimest distantilt jälgida. Me loodame, et patsiendid saavad juba enne haiglasse pöördumist täita kodus ankeete ja igatpidi valmistuda. Tegelikult haigla ei pea olema väga suur, haigla liigub koju. Seetõttu me ei ole ka nii väga kinni selles uues majas ja proovime kõike seda, mida me tegema hakkame, luua juba vanas majas.

Kui midagi veel mõelda, siis äkki on meil tervishoius liiga piiravad regulatsioonid. Meil on selgelt üldhaiglad, meil on keskhaiglad, meil on regionaalhaiglad, neil on lubatud midagi teha ja keelatud midagi teha, aga me peaksime muutuma paindlikumaks. Tegelikult on kompetentsust vähe. Kus mingi kompetentsus on, seal tuleks proovida seda kasutada. Meil on näiteks hästi suur psühhiaatria osakaal ja tahame alustada psühhogeense valukeskuse teenuste pakkumist. Me otsime kompetentsust, nii et tekiks sünergia. Väga tahaks, et patsient oleks raviprotsessi osaline. Me räägime patsiendikesksest ravist, aga tegelikult me väga ei küsi inimese enda käest, mis on tema eesmärgid, mis on tema plaanid, kas tal on vaja, ma ei tea, mett vurritada sellel ajal, äkki ta ei saa tulla. Selliseid sõnumeid me oleme korjanud patsientide käest, et meditsiin ei oleks nii paternalistlik, et see ei oleks nii arstikeskne. Ma olen igati nõus, et õed kannaksid väga suure osa kogu tervishoiust.

### **10:57 Aseesimees Enn Eesmaa**

Doktor Kaarma, suur aitäh teie ettekande eest! Teile eraldatud aeg on lõppenud, kuid ma ei karda ennast korrata: osavate küsimustega on võimalik seda vestlust jätkata. Annan vihje: kas teil jäi midagi olulist rääkimata? Esimesena küsib Monika Haukanõmm. Palun!

### **10:57 Monika Haukanõmm**

Aitäh, härra juhataja! Aitäh selle ettekande eest! Ma annakski selle võimaluse eelisjärjekorras. Kui teil jäi veel midagi oma ettekandest ütlemata, siis see on praegu kindlasti hea koht seda teha. Tegelikult oli mul ka küsimus. Tihtipeale süüdistatakse Eesti tervishoidu selles, et me oleme liiga eriarstiabi poole kaldu, st mitte esmatasand, vaid eriarstiabi. Seda peaks kindlasti muutma. Selleks, et esmatasandi perearst saaks paremini oma teenust pakkuda, inimesi ravida, on kohalikul omavalitsusel oma roll, kui me vaatame, et õige inimene saaks õigel ajal õige arsti juurde. Mis te arvate, kui suur on omavalitsuse roll kas või selleks, et meelitada perearste kohapeale? Tervisekeskused kipuvad neid inimestest pigem kaugemale viima. Kas üks võimalus saaks olla see, et me hakkama pakkuma neile rohkem transporditeenust. Nüüd ma viskasin küll õhku kümme erinevat mõtet.

### **10:58 Psühhiaater Katrin Kaarma**

Kõik mõtted on väga okei. Kunagi, kui perearstisüsteem loodi, siis olin ise selle juures. Me pöördusimegi omavalitsuste poole, et perearstindus oleks omavalitsuspõhine, st omavalitsus võtaks nende käest üüri ja korraldaks ja aitaks. See on omavalitsuse asi, millised on perearstid, ja ta peaks neid toetama igal võimalikul viisil. Ma arvan, et see on hästi mõistlik. Meie oleme praegu oma integratsiooniprojekti käigus rohkem suhelnud päris sotsiaaltöötajatega. Natuke on praegu valdades segadust. Mina isiklikult olen käinud läbi kõik Viljandimaa vallad ja nad on meie projektist väga huvitatud. Praegu käib küll asi telefoni teel ja tuleb asju selgitada, aga nad tulevad väga hästi kaasa. Ma ei ole seda perearsti mõtet nendega arutanud, aga nad tahaksid väga tervisest rohkem teada saada. Nad ütlevad, et nad on mures ega tea, millal ikkagi tuleks patsient tagasi saata ja kuhu ta tuleks saata. Ma arvan, et kohalike omavalitsuste sotsiaaltöötajad on väga hästi ette valmistatud ja valmis kaasa tulema selle eriarstiabi paremaks korraldamiseks. Esmatasand on kõige tähtsam, ma ei saagi muud öelda, kahjuks. Aga võib-olla siis võtan veel sellest mõttest kinni, et mis jäi ütlemata. Me ei räägi sotsiaaltöötajatega päris ühte keelt. Tervishoid on korraldatud diagnoosipõhiselt. See, mida tähendab näiteks skisofreeniaga patsient, võib olla väga erinev, ta võib olla väga ärev, mul kinnises osakonnas kinni, või ka väga psühhootiline. Ta võib käia väga vastutusrikkal tööl, olla remissioonis. Nii et diagnoosigrupp ei näita midagi. Arstkond peaks oskama toimetulekuvõimet hinnata – praegu nad seda ei tee – ja me peaksime sotsiaaltöötajatega ühte keelt kõnelema. Ja meil on ka infoplatvormid, mis praegu omavahel üldse ei suhtle. Tervise infosüsteem, STAR ja SKAIS – ma olen nendega tutvunud viimase aasta jooksul – on väga kohmakad ja mitte kuidagi praegu omavahelist suhtlusvõimalust ei leia. Me tahaks, et see meie platvorm oleks nende vahel, nii et igapäevale tuleb üks nupp. Kui keegi on näiteks PAIK-projektis, siis on näha, et ahah, järelikult on tal nii tervishoiu- kui ka sotsiaaltöövajadused. Vaatame, mis nad seal võrgustikus tema kohta kirjutavad. Selle info saab kätte nii sotsiaaltöötaja kui ka tervishoiutöötaja. See mõte oli mul veel, mis enne jäi ütlemata.

### **11:01 Aseesimees Enn Eesmaa**

Valeri Korb.

### **11:01 Valeri Korb**

Aitäh! Lugupeetud ettekandja! Ma tahtsin Viljandi Haigla juhatuse liikmelt teada saada, kuidas on teil sellega, mis on tänase arutelu teema, nimelt ravijärjekorrad, aga sellest ma kahjuks küll midagi ei kuulnud. Aga minu küsimus on järgmine. Mõni nädal tagasi tegi Riigikontroll aruande sellest, kuidas töötavad meil haiglates EMO-d ja kõige huvitavam oli see, et 56% patsientidest ei vaja kiiret erakorralist sekkumist. Me saame aru, et EMO patsientide peale läheb palju raha ja see on seotud kogu süsteemiga. Tahaks kuulda teie arvamust selle kohta, miks nii juhtub, et need 56%, kes võiksid minna perearsti juurde, lähevad EMO-sse.

### **11:02 Psühhiaater Katrin Kaarma**

Selle mudeliga me tahtsimegi näidata just seda, et kui patsient on hooldatud ja saab järjepidevalt arsti juurde pöörduda, siis tal ei teki selliseid kroonilise haiguse ägenemisi, millega ta peab minema EMO-sse. Meie väga ei oota patsiente EMO-sse. Me näeksime hea meelega, et ta oleks selles võrgustikus, kus on perearst, tema oma eriarst ja sotsiaaltöötaja, ilusti hoitud, siis ta EMO-sse ei satugi. Ma olen nõus, et neid satub sinna praegu ülemäära palju. Aga ei saa ka öelda perearstidele, et tehke siis midagi. Nagu te

kuulsite, me arvutasime oma perearstide vastuvõtuaegu ja meil on see keskmiselt kaheksa minutit patsiendi peale. See on ju imelik. Mina arvan seda, et ebaefektiivsesse süsteemi raha juurde panemine ei aita. Võiks ju anda ka Viljandi Haiglale raha juurde ja öelda, et tehke kiiresti, võtke rohkem arste, aga see ei lahenda süsteemi. Nägite, tegelikult kulud kasvavad, me peame midagi vastukaaluks panema. Meie idee on, et selliseid üldhaiglaid – ma ei räägi Viljandi Haiglast, vaid üldhaigla mudelist – võiks rahastada natuke teisel põhimõttel kui voodipäeva eest. Praegu me töötame vastu motivatsiooni, sest me teeme kõike projekti alusel, aga väga kaua me ei saa niimoodi toimetada ega öelda patsientidele, et katsume teid sotsiaaltöötajatega ära aidata, siis te ei peaks haiglasse tulema. Mida me sel juhul oma vooditega teeme? Haigekassa on olnud nõus sellega, et kui me oma mudeliga natuke edasi läheme, siis tuleb kokku ka selline töögrupp, kes hakkab mõtlema, kuidas seda ühistegevust rahastada. Sotsiaalkindlustusametiga oleme samuti palju suhelnud ja nemad arvavad ka, et nende roll või panus võiks olla selle ühise platvormi loomisel. Meil on piloteerimine veel nii algusjärgus, et kõigele ei ole väga häid nimetusi, aga põhimõtted peaksid selged olema.

#### **11:04 Aseesimees Enn Eesmaa**

Palun, Krista Aru!

#### **11:04 Krista Aru**

Aitäh, härra juhataja! Austatud doktor Kaarma, tänan ettekande, ülevaate ja uute mõtete eest! Ma küsin teilt, kes te olete olnud meditsiinis väga kaua, näinud selle eri tahke ja külgi. Nõukogude ajal meil olid polikliinikud, seal olid koos eriaalaarstid ja siis olid veel jaoskonnaarstid. Kas meie tervisekeskuse mudel, mida nüüd piloteeritakse, võtab mingil määral üle ka polikliiniku häid külgi või lähtub see ikkagi täiesti tänapäeva vajadustest, jättes kõik selle vana hea sinna aega, kuhu ta kuulus?

#### **11:05 Psühhiaater Katrin Kaarma**

Aitäh küsimuse eest! Ma usun, et meil tulebki nagu polikliiniku mudel – arvan, et see on väga hea –, lihtsalt vastutusala on teistsugused. Vanasti ei olnud küll nimistupõhist vastutust, mis praegu on perearstil. Tema on justkui see väravavaht, kes peaks kõike suunama ja korraldama. Ega ma ei oskagi muud öelda. Ma arvan, et Viljandi Haigla tervisekeskuse puhul me näeme, et eriarstid ja perearstid peaksid töötama veel rohkem koos, kasutaksid ka koos kabinette. Meil on isegi haigla projekteerimisel ette nähtud, et on ühised personalialad, kus nad saavad suhelda ja asju arutada. Me tahaksime, et haiglasse tuleks ka üks vallaesindaja kohapeale vastu võtma ja ta oleks seal olemas. Nii et koostöö on vast kõige tähtsam. Kui me majanduses me läheme üle jagamismajandusele, miks me siis tervishoius oma silotorne nii kirklikult hoiame. Ma ei tea, võib-olla see on vale, aga mulle tundub, et polikliinik on täitsa hea mõte. Head polikliinikud olid vanasti väga head polikliinikud. Mina olen töötanud Pelgulinna polikliinikus, mis oli viimase peal. Ees tegi velsker triaazi, suunati patsient edasi ja kõik oli hästi.

#### **11:06 Aseesimees Enn Eesmaa**

Doktor Kaarma, kuna meil on veel vastamise aega natukene üle, siis mul jäi meelde, et kolleeg Haukanõmme küsimus oli mitme küsimusega ja selle üks osa, nimelt transpordi pakkumise võimalus tulevases teie sfääris jäi vastamata.

#### **11:06 Psühhiaater Katrin Kaarma**

Aga see on ju täitsa korraldatud asi. Ma saan aru, et valla sotsiaaltransport peab olema. See ongi selle meie mudeli üks detaile, et kui eriarst kutsub patsiendi tagasi, siis tavaliselt on nii, et eriarst ütleb, et tulete sellel ajal ja patsient ütleb jaa-jah, aga tegelikult läheb koju ja seal vaatab, et ta siiski ei saa minna. Siis sotsiaaltöötaja kohe näeb sealt meie superplatvormilt, et ta peaks eriarsti juurde minema, aga ilmselt tal transporti ei ole, ja aitab seda korraldada. See on väga oluline. Väga paljud ei osta ravimeid välja, nad ei jõua eriarsti juurde tagasi. Viljandis on meil imeline kogukonna toimimine. Sotsiaaltöötaja ütles mulle, sai naabrilt teada, et Harri pole juba kaks päeva bussi peale tulnud, järelikult tuleb minna teda vaatama. Harri elab kuskil Soomaal, perearst pani botikud jalga ja läks Harrit uurima. Võib-olla me oleme natuke erinevas olukorras kui suurlinnades, kus tuleb teisiti neid asju lahendada. Aga me väga

loodame just kogukonna abile eriarstiabi kulude vähendamisel, et kõik vanainimesed ei peaks kogu aeg minema haiglasse väga keerulisi teenuseid saama, eriti oma elukaare lõpus. Kas see vastas teie küsimusele? Jah, transport on oluline meie meelest.

### **11:08 Aseesimees Enn Eesmaa**

Artur Talvik.

### **11:08 Artur Talvik**

Kuna ma istun siin Monika Haukanõmme lähedal, siis ma täpsustan ta küsimust. Tegelikult käis küsimus näiteks sellise transpordi kohta, mis on öine abi, näiteks kedagi viiakse öösel EMO-sse. On inimesi, kellel ei ole võimalust tellida taksot või on haigla väga kaugel, takso aga väga kallis, kui see üldse peaks öösel vabanema. Küsimus on selles, kuidas need inimesed pärast koju saavad, kui ühistransport on töö lõpetanud. Kuidas see transport toimib?

### **11:09 Psühhiaater Katrin Kaarma**

Inimlikust aspektist lähtudes võiks seda teenust pakkuda haigla. Kui EMO ei ole nii täis, siis ei pea patsienti tingimata öösel ära saatma, aga olukorrad on erinevad. Ma kujutan ette, et selle teema võiks üles tõsta siis, kui me arutame üldhaiglate rahastusmudelit. Kuskilt võiks ressursse tulla. Nagu te teate, meie tervishoius maksab n-ö iga tükk, kusjuures teenuse alla on arvestatud iga kulunud vatitupsu hind. See on kõik niimoodi täpselt ABC-costing'uga ära tehtud. Võib küll öelda, et väga tore, me tahaksime teile transporti korraldada, aga see ei käi nii lihtsalt. Ma arvan siiski, et haigla võiks seda teha.

### **11:09 Aseesimees Enn Eesmaa**

Doktor Kaarma, suur aitäh ettekande eest ja vastuste eest paljudele küsimustele! Nüüd kuuleme Eesti Geenivaramu asedirektori, populatsiooni- ja funktsionaalse genoomika vanemteaduri filosoofiadoktor Tõnu Esko ettekannet. Palun!

### **11:10 Filosoofiadoktor Tõnu Esko**

Tere! Hea Riigikogu eesistuja, Riigikogu liikmed ja kuulajad! Mul on väga hea meel siin teie ees seista ja rääkida. Minu ettekande fookus on digitaalsetel lahendustel tervishoius. Nagu öeldud, ma ei ole meditsiinidoktor, vaid filosoofiadoktor ehk siis ettekanne ongi rohkem filosoofiline ja tulevikku vaatav, et pakkuda visioone, kuidas minna edasi ja muuta süsteeme paremaks.

Kui hakata päris algusest ja mõelda, mis on tervis, siis see võiks olla selline anum, mis mingil hetkel saab täis, st me jääme haigeks. Mis sellesse anuma täitumisse panustavad? Esiteks, meie sünni hetkel on seal geenid. Kui me vananeme või läheme elus edasi, harrastades seejuures erinevaid elustiile, millest mõned on head ja mõned halvad, siis hakkab meie karikas täituma, kuni ühel hetkel saabub haigus. Sellest lähtudes on siin mitu olulist komponenti, mida tervishoiusüsteem peaks süstemaatilisemalt jälgima. Hea uudis on see, et mitte kellelgi teist ei ole ainult halvad geenid, aga samas halb uudis on see, et kõigil ei ole ka ainult head geenid. Ehk igaühel teist on midagi, mida tasuks teada ja mida saaks arvesse võtta, et elada oma elu tervemini. Igal juhul aga saab jälgida ja tuleb süstemaatilisemalt jälgida elustiili ja seda, kuidas meie tervisetrajektoor elu jooksul kulgeb.

Milline on praegu tegelik olukord? Nagu ma ütlesin, ma ei näe iga päev patsiente, aga töötades Eesti Geenivaramus on mul päris suure osa Eesti elanikkonna tervisest väga hea ülevaade, sest meile on 15 aasta jooksul kokku tulnud hästi palju terviseinformatsiooni. Kui eelnevad ettekandjad rääkisid, et andmed on justkui silotornides, st mitte ühendatavad, siis meie instituudis saavad need andmed kõik kokku. Kui me mõtleme sellele, mis on haiguse traditsioonilised riskifaktorid ja mis viitab sellele, et tulevikus võib inimesel olla tervisega probleeme. siis kõige lihtsam moodus on arvesse võtta, millised haigused on teil perekonnas olnud. Samas võiks see, millised haigused teil juba on, viidata sellele, kuidas teie tervis edasi kulgeb, kas teil on sportlik elustiil, milline on teie toitumine, kas te jälgite seda, kas ta suitsetate jne. Üks osa, ehkki mitte kõige olulisem, on geenid. Kui me mõtleme kõigile neile riskifaktoritele, siis moodsas maailmas on nii, et mitte ainult teie arst ei ole teadmatuses, mis haigused teie suguvõsas on, vaid tegelikult ka teie ise väga tihti ei tea seda, sest Facebookis te jagate ainult positiivseid sõnumeid, mitte ei postita seda, millised tõved teil on.

Selle slaidi paremal pool on joonis, kus on näiteks Eesti populatsioon ja siis on selline tüüpiline valim,

kus tegelikult inimesed varieeruvad väga halvast väga heaks, ehk siis see esindab normaaljaotust. Sellise normaaljaotuse omadus on see, et äärmusi on hästi vähe. Kui me nüüd vaatame, kuidas toimub haiguse ennetamine, siis tänapäeval me võtamegi kõik riskifaktorid, loeme kokku, kui palju neid on. Vastavalt sellele, kui palju teil riskifaktoreid on, te sellel riskiskaalal paiknete. Kui nüüd perearst või erialaarst märkab, et risk on ületatud, võetakse midagi ette. Täpselt sama toimub ka geenidega. Üldjuhul on paljud, sajad tuhanded geenid, ja samamoodi, kui teil on väga palju halbu geenivariante, siis kuskil peaks n-ö vilkur tööle minema.

Nagu ma ütlesin, andmeid on meil palju ja me näeme tegelikult, kuidas inimeste tervis ja elutrajektor kulgeb, millised on olnud raviotsused ja kuidas nendest oleneb see, mis saab edasi. See pilt on nähtav küll meile, aga perearstile või erialaarstile on see tegelikult lihtsalt selline suur kogum küll digitaalseid, kuid siiski mitte väga hästi loetavaid ja analüüsitavaid dokumente. See on tegelikult miinus. Austraalias tehti paar aastat tagasi üks uuring, vaadati südameinfarkti haigeid ja üritati ennetada teisest haigusjuhtu. Mida siis tehti? Pooltele inimestele rakendati tavapäraselt jälgimis- ja ravimudelit, aga pooltele hakkas arvuti lihtsalt saatma kolm korda nädalas sellist toetavat ja motiveerivat SMS-sõnumit: kas te sõite õuna, kas te kõndisite õues, kas te helistasite naabrinaisele? Nende hulgas, kes selle sõnumi said, oli haigestumus kaks korda väiksem. Ehk see, kui meil on andmed ja need on integreeritud, tagab parema tervisetulemuse. Siin ongi sõnum selline, et tegelikult peaksid terviseandmed olema kõik masinloetavad. Meil on küll palju asju digitaalsed, aga nad tegelikult ei ole automaatselt loetavad. Oleks vaja tarku algoritme. Doktor Joller siin mainis, et võiks olla selline süsteem, et kõik meie andmed, mis on, loetakse ära ning kui midagi muutub kriitiliseks, läheb kuskil punane vilkur tööle ja arst saab selle peale midagi teha. Teistpidi peaksid need andmed ikkagi olema kõik kättesaadavad teadustöök, et me saaksime arendada uusi ja paremaid algoritme, uusi ja paremaid teadmisi, et võtta midagi ette. Milline võiks olla see homne reaalsus, kui paljud need andmed on olemas ja on integreeritud? Ühe näitena ma tooks seda, et umbes 5% inimestel kas Eestis või globaalselt on tegelikult genoomis midagi, mõni mutatsioon, mis suurendab nende haigestumise tõenäosust kuni 20 korda. Tegelikult see riskigrupp oleks tuvastatav vaadates ka tavapäraseid kliinilisi andmeid, kui need oleks masinloetavad. Üks uuring, mis me tegime Eesti Geenivaramus, on see, et me vaatasime 5000 inimest, kellel meil on väga sügavad genoomijärjestused. Me kutsusime nad tagasi, viisime nad kokku erialaarstiga. Uuritav haigus oli tegelikult perekondlik hüperkolesteroleemia – kui kolesterooli tase on väga kõrge, siis on väga suur risk saada südameinfarkti. Mida me avastasime? Meie uuringugrupi 50 inimesest ainult ühel oli perearst eelnevalt tuvastanud haiguse sümptomid. Samas, pooled nendest olid diagnoositud mõne düslipideemiaga. Aga veel tuli välja, et tegelikult ainult pooled nendest pooltest ehk siis 25% järgisid ravi. See ravi järgimine tähendas seda, et neile oli ravi välja kirjutatud. Siiski oli nii, nagu me lugesime ka eelmise nädala ajalehest, et tegelikult ainult 30% inimestest, kellel on retsept välja kirjutatud, võtavad seda ravimit. Kuigi kolesterooli taset on kõigil mõõdetud kas töötervishoiuarsti või perearsti juures, ei tule andmed ühte kohta kokku ja nendega ei võeta mitte midagi ette. Tegelikult oleks vaja terviseandmete süstemaatilisemat kasutust, et need inimesed, kellel on mõni suurem terviserisk, ei jääks tähelepanuta. Veel oleks vaja teha kaskaad-uuringud ehk et kui kellelgi tuvastatakse mingi väga halb mutatsioon, näiteks rinnavähi mutatsioon, äkksurma mutatsioon, siis tema pereliikmed ja lähisugulased saaksid sellest teada. Me peame leidma sellised inimesed üles, et nad ei kõnniks ringi, piltlikult öeldes, pomm taskus, teadmata, millal see plahvatab.

Teiseks, väga olulised on ravimid. Ravimid, mida me tarbime ja mis meile välja kirjutatakse. Üldjuhul võetakse keskmine inimene, keskmise kehakaaluga, keskmise vanusega ja kõigil on sama diagnoos, neile peab sobima sama ravim. Molekulid, ravimid on tegelikult midagi, mida meie organism hakkab lagundama. Kuna aga molekule lagundavad ikkagi ensüümid, ensüümid tulevad geenidest ja geenid on meil erinevad, siis see tähendab seda, et ka ravimi efekt ja mõju võib olla erinev. Siit tulevadki sellised olukorrad, et kui on ravim, mis mõjub, siis tegelikult ta ei tekita patisientidele absoluutselt mingisuguseid kõrvalnähtusid. Samas on ka selline võimalus, et ravim ei mõju ega ole ka toksiline ehk siis patsiendile sellest kahju ei sünni, aga see on siiski koormav meie haigekassa süsteemile. Võib ka olla, et ravim ei mõju ja on toksiline, see on veel eriti halb variant, sest siis ei saa patsient sellest mitte mingisugust kasu, ta saab pigem kahju, sest ravim on toksiline ja tal tekivad kõrvalnähtud. Võib ka olla nii, et ravim mõjub ja on toksiline, selle näide on paljud vähiravimid, mis siis mõjutavadki neid. Ja vaat, see on selline informatsioon, mille kohta teaduslik teadmine on olemas ja kui meil on olemas siin digiretsept, mida, ma saan aru, 99,99% arstidest kasutavad, siis sellise informatsiooni integreerimine on ääretult oluline. Veel on oluline see, et 92% eestlastest kannab oma genoomis mõnda sellist mutatsiooni, mis määrab

ühe või teise ravimi toimet. Praegu me saame geenianndmete põhjal midagi öelda juba 28 eri toimeaine kohta.

Kolmas väga oluline teema on sõeluuringud. Kõige paremini on tuntud rinnavähi uuringud, aga tehakse ka eesnäärmevähi sõeluuringuid. Sõeluuringute eelis on see, et varakult avastatud haigus tagab parema prognoosi ja varakult avastatud haigus võimaldab vahel ka täiesti vältida haiguse kujunemist.

Sõeluuringute praegune puudus on see, et osalejate protsent on väga väike. Eelmise aasta rinnavähi sõeluuringutes osales umbes 50% kõikidest kutsutud naistest. Põhjus võib olla ka selles, et motivatsioon uuringus osaleda on väga väike, see on selline väga üldine, kutsutakse lihtsalt suhteliselt juhuslikult valitud sünniaastate järgi.

Kui me vaatame nüüd geenianndmeid – kuna meil on geenianndmed ja inimeste terviseandmed 15 aasta jooksul –, siis me saame lugeda kokku, millistel inimestel on kõige enam väga halbu geenivariante ja kellel on vähem. Kui me võtaksime nüüd 5% naistest, kellel on kõige rohkem neid halbu geenivariante – neid on tuhandeid ja tuhandeid –, siis tegelikult nende tõenäosus haigestuda rinnavähki 60.

eluaastaks on viis korda suurem kui keskmisel naisel Eestis. Ja kui nüüd võrrelda keskmist Eesti naist ja neid naisi, kes on selles kõrge riski grupis, siis nende risk 40-aastaselt haigestuda rinnavähki on sama suur kui teistel 60-aastaselt. Siinkohal on ka ettepanek, kuidas muuta sõeluuringuid tõhusamaks ja kasutada ressursse paremini. Tuleb integreerida geneetiline informatsioon ka sõeluuringutega ehk siis mitte lihtsalt lähtuda soost ja vanusest, vaid tegelikult lähtuda saadud informatsioonist. Täpselt samamoodi peaks olema kaasatud perekonna ajalugu jms. See ongi selline personaalne haiguste ennetus – targad sõeluuringud ja efektiivsem ressursside kasutus.

Siin lõpetaval slaidil on mul mõned mõtted, millised on Eesti digitaalsed lahendused tervishoiuks ning milline on Eesti potentsiaal siin maailmas olla esirinnas ja välja paista. Me kõik teame, et meie IT-süsteemid on turvalised ja tegelikult andmete liigutamine eri andmekogude vahel on sujuv. Ainuke probleem on see, et need andmed, mis liiguvad, ei ole kõikidele osapooltele alati vajalikul määral kättesaadavad, need ei ole masinloetavad, see aga tähendab, et targad algoritmid ei saa seda informatsiooni, mida me kogume, efektiivselt kasutada. Nii juhtubki, et perearst või erialaarst ei tea, kas siis, kui ta kirjutab välja ravimi, see patsient selle ravimi ka välja ostis. Kui seda saaks jälgida – selle kohta tuleks kuskile meeldetuletus kas siis perearstile või patsiendile endale, et ei ole ravimit ostetud –, siis see võiks inimest parandada. Teiseks, digitaalsed rakendused tervishoius. Nagu ma ütlesin, ma saan aru, et peaaegu kõik arstid kasutavad digiresepti. Sinna juurde lisada innovaatsiliselt näiteks ravimite geneetiline sobivus on tegelikult väga lihtne.

On olemas teaduslik teadmine, mida me saame rakendada, ja on olemas ka tehnoloogia, mitte lihtsalt genoomi lugemiseks, vaid ka andmete haldamiseks ja paremaks mõtestamiseks. Tegelikult on olemas ka üldsuse suur huvi ja avatus innovatsioonile. Nüüd on väga oluline see, et riik peaks tervishoiuressursside efektiivset kasutust mõjutama. Kui riik teeb ära lahendused, siis see tagab kõikidele võrdse käsitluse. Kui see läheb niimoodi, et see on mugavusteenus, siis need, kellel on vahendeid, saavad seda paremat teenust osta. Ja tegelikult on nii, et kui teenused on pakutud riiklikult, on need ka paremini reguleeritud ja usaldusväärased. Sest me oleme jõudnud olukorda, kus andmeid on nii palju ja nende analüüsi ka pakuvad paljud erinevad erasektori firmad. See usaldusväärsus, kuidas need andmed töötavad, millist informatsiooni need teile tagasi annavad, on tihti väga ebamäärane või, ma ütleks, täiesti "must kast", sest teie kliendina ei leia seda, mida nad teie andmetega teevad, kuidas nad neid hoiavad ja mis neist edasi saab.

### **11:25 Aseesimees Enn Eesmaa**

Suur aitäh, austatud filosoofiadoktor Tõnu Esko! Selles saalis on väga meeldiv kuulda inimesi, kellel on, mida rääkida. Kuid te ise tegite ettepaneku, et ettekande pikkus on 15 minutit. Seda saab kindlasti korvata küsimuste voorus. Andres Herkel.

### **11:26 Andres Herkel**

Aitäh, härra juhataja! Austatud ettekandja! Te võiksite minu küsimusele vastates ka jätkata pooleli jäänud mõttelõnga. Mul tekkis selline küsimus. Väga tore, kui terviseinfo hakkab tulema arvutisse, küllap sinna jõuab ka ravimifirmade reklaam ja see eeldab teadlikkust, mis on mis. Kindlasti on teie töö ja andmestikul suur väärtus perearsti jaoks. Kui perearstil on patsiendile aega keskeltläbi kaheksa minutit, nagu me kuulsime eespool, siis kuidas see väga väärtuslik geeniinformatsioon saab olla nii kompaktselt pakitud – võib-olla ei saagi –, et see on väga lühikese aja jooksul hoomatav?

### **11:27 Filosoofiadoktor Tõnu Esko**

Aitäh! Mõttelõng tegelikult väga ei katkenudki. Ainuke asi, mis ma tahtsin öelda, on see, et tänaseks päevaks on geeniprogrammiga liitunud juba rohkem kui 130 000 eestimaalast, kellel on siiras huvi enda geenide vastu. Neid huvitab enamasti see, kuidas jõuaks geneetiline info nende haigusloosse, et arst saaks selle põhjal otsuseid teha. Küsimus on selles, kui palju kasu võiks siis sellest perearstile olla ja kas tal on mahti kogu seda keerukat informatsiooni mõtestada, kui tal on aega niigi vähe. Tegelikult, nagu ma ütlesin, geneetiline profiil on ainult üks osa kõigist terviseriskidest. Nii nagu arstil on väga keeruline patsiendi andmetest välja kaevata, kas on olemas perekonna ajalugu haiguse kohta või kas näiteks tervisenäitajad viitavad haigusriskile, saab tegelikult ka selle geneetilise informatsiooni üldistada selliseks üheks kogumiks.

See ei tähenda ilmselgelt seda, et nüüd peavad perearstid kõik tegema ka filosoofiadoktori kraadi ja saama ekspertideks geeniandmete mõtestamisel. Siin ongi idee selles, et kui on targad algoritmid, siis perearsti laual sisuliselt mitte midagi muud ei juhtu kui lihtsalt see, et on üks lisainformatsioon, mille pealt teha otsuseid. Täpselt samamoodi, nagu ma ütlesin, farmakogeneetika, kus ravimi doosi määramine või ravimi sobivuse valimine peaks tegelikult toimuma niimoodi, et see on lihtsalt integreeritud digireseptiga, mille kohta sellel hetkel, kui arst ravimit välja kirjutab, tekib hoiatus, mõni informatsiooniaknake, mis ütleb, et vaat, sellise ravimi puhul on suur tõenäosus, et tuleb kas doos ümber vaadata või tasuks kaaluda teistsugust ravimit. Sealsamas oleks ka nimekiri sobivatest ravimitest. Ehk siis see, millele otsus tugineb, ei ole niivõrd oluline. Tähtis on see, et otsus saaks põhineda andmetel ja informatsioonil.

### **11:29 Aseesimees Enn Eesmaa**

Külliki Kübarsepp, teine küsimus, palun!

### **11:29 Külliki Kübarsepp**

Aitäh, hea aseesimees! Aitäh ettekande eest! Mingi sõnum aga jäi puudu. Teil on tore teenus, ma tajun, et Eesti rahvas on aldis sellega kaasa tulema ja laskma ennast uurida. Kuidas ikkagi süsteem on korraldatud? Te rääkisite digitaalsetest lahendustest. Kas on olemas projektijuht, kes viiks selle IT-lahenduse nii kaugele, et see info jõuaks kõigi osapoolteni. Kas te tunnetate, et on praegu mingisugune vastasseis kas poliitilisel, ametkondlikul või ka arsti tasandil, et me ei liigu ideaalsuunas, mida te siin pikalt tutvustasite?

### **11:30 Filosoofiadoktor Tõnu Esko**

Aitäh! Jah, see visioon, mida me tutvustame, on maailmas ikkagi väga unikaalne. On ka mõned teised riigid, kes üritavad seda implementeerida, aga tegelikult vaatavad kõik üles Eesti poole, kuidas meil läheb, ja kui meil läheb hästi, siis nad mõtlevad edasi. Kas meil on projektijuht? Eelkõige tasub meeles pidada, et see algas teadusprojektina ja on endiselt teadusprojekt, mis hindab seda potentsiaali, kui sedasorti mudel rakendada riiklikus mastaabis tervishoiusüsteemi, siis milline võiks olla sellest saadav kasu. Te küsisite, kas on poliitilist vastuseisu või ametkondade vastuseisu. Ei, seda kindlasti mitte. Küll aga seisneb keerukus selles, et informatsiooni toomine arsti lauale nõuab väga palju digitaalseid arendusi ja kohati ka seaduste ülevaatamist, samuti täienduskoolitust. Ehk oleks vaja kogu tervishoiu mudel ümber mõtestada ja võib-olla tuleks enne perearsti kaasata rohkem pereõde või töö- ja tervishoiuarste. Perearst ei jõua paraku kogu informatsiooni hallata, tema peab üldjuhul inimest ravima. Tegelikult peaks olema üks eelnev tasand, ennetus, mis keskendub sellele, et kui inimesel on varased haigusnähud, siis need ei areneks edasi. Räägin seda sellepärast, et Eestil on potentsiaal olla esimene riik maailmas, kes rakendab sellist innovaatilist ja tulevikku vaatavat mudelit, see peaks leidma laiemat kõlapinda ja kuulajaskonda.

### **11:32 Aseesimees Enn Eesmaa**

Palun, Krista Aru!

### **11:32 Krista Aru**

Aitäh, härra juhataja! Austatud ettekandja, aitäh selle lähivaate eest, mis vaatab samas väga kaugele! Ma küsin nüüd teise pool kohta. Te nimetasite väga õigesti, et digitaalsed lahendused peavad kogu selle



genoomikainstituudi ja teadlaste teadmise ja kontsentraadi viima arsti lauale, aga siis on arst ja pereõde, kes on kõige tähtsamad. Kas meie koolitusse Tartu Ülikooli arstiteaduskonnas on ka jõudnud selline uus mõtlemine, uus püüe ja uutmoodi lähenemine kogu raviprotseduurile? Kas need asjad on nüüd integreeritud või liigub see õpetus ikka oma rada ja teie teete enda tööd omaette?

### **11:33 Filosoofiadoktor Tõnu Esko**

Aitäh! Eks teadus liigub ikka natukene kiiremini ja veidikene otsivamalt kui standardõpetusprogramm. Siinkohal on mul küll väga hea meel öelda, et koostöös Sotsiaalministeeriumiga on Euroopa struktuurifondist saadud rahastus järgmiseks viieks aastaks, selleks et üle vaadata või täiendada arstide koolitust, mis puudutab just n-ö suurandmeid ja tegelikult ka geenianandmeid. Samuti on olemas rahastus selleks, et hakata ehitama erinevaid andmeliigutamise mudeleid, n-ö torustikke, et andmestik liiguks efektiivsemalt, sujuvamalt ja eelkõige turvaliselt eri andmekogude ja otsustajate vahel. Samamoodi on käima läinud juba pilootprojektid, kus geenianfot perearstipraksises rakendatakse. Mainisin siin ennist rinnavähki. Järgmise aasta algusest vist läheb käima see, et kutsutakse tagasi tuhat naist selle info põhjal, milline on nende geneetiline riskiprofiil, ja neile tehakse suunatud mammograafiauuringud. Täpselt samamoodi on südamehaigustega. Nii et ratas on käima lükatud, aga tegelikult võiks muidugi teha neid otsuseid palju kiiremini ja rakendada seda. Sest tegelikult on kodanik lõpuks see, kes kannatab, kui talle määratud ravim ei ole õiges doosis, täpses koguses või siis ei märgata seda varajast haigusilmingut.

### **11:34 Aseesimees Enn Eesmaa**

Priit Sibul.

### **11:35 Priit Sibul**

Aitäh, austatud istungi juhataja! Hea ettekandja! Meil on e-tervis ja järjest täienev geenianfo, siis on doktor Google, tänu millele inimene on palju targem kui kunagi varem oma tervise koha pealt, sest nüüd ta leiab andmeid ka sealt. Nii et infot on üsna palju ja inimene ise ka märksa targem. Kõik need arendused ja lootus teada saada, mis veel võiks juhtuda, nagu te kirjeldasite, muudab tervishoidu selgelt kallimaks, sest arsti või teadlast ei asenda lõpuks ükski masin, inimest on ikka vaja. Kas see süsteem on meie ühiskonnale teie arvates jõukohane, nii et me suudame ka kogu seda infot ja teadmist, mis koguneb, tervishoius targalt kasutada?

### **11:35 Filosoofiadoktor Tõnu Esko**

Aitäh! Ma lisan juurde, et peale doktor Google'i on olemas ka sellised šarlatanide valdkonda langevad n-ö andmetölgendusfirmad, kes pakuvad teile igasuguseid põnevaid rakendusi, et ostke meie toodet või tehke just seda trenni, sest siis te kaotate kuu ajaga kümme kilo. Kui küsimus oli selles, kas Eesti tervikuna saab endale lubada sellist kohati futuristlikuna tunduvat lahendust, siis ma vastan, et see on ainuke võimalik viis minna edasi. Kuna rahvastik vananeb, tuleb meil üha rohkem mitte keskenduda ravimisele, vaid sellele, et kasvaks tervelt elatud aastate arv, et kodanik oleks terve võimalikult kaua. Tuleb panna rõhku sellele, et kodanik ei muutuks patsiendiks või lükata seda võimalikult palju edasi. Kuigi tundub, et see investering on väga suur – tõesti, geeniprojekti raames geeniproovi kogumine ja geenikaardi koostamine maksab 50 eurot –, on see siiski vaid üks test, mida te teete korra elus ja mis on rakendatav kõikides eluvaldkondades, tervishoius olulistest valdkondades, sh seotud ravimite ja kõige muuga. Toon lihtsalt ühe näite. Oli osteoporoosi ravi, 15 aasta jooksul kulus selleks 15 miljonit eurot, aga tegelikult inimesed ei kasutanud seda. Et saavutada efekti, tuli võtta ravimit kolm aastat. Tegelikult aga 40% kõikidest haigetest, kelle peale kulutati raha ja kelle ravikulu kaeti, ei tarvitanud seda ravimit piisavalt, et saavutada efekti. Seega kulutati 5 miljonit eurot lihtsalt tühja, kaeti ravi, aga tervenemisprotsessi sellega ei saavutatud. Täpselt samamoodi on rinnavähi ennetusega – sõeluuringut tehakse seal, kus häda on kõige suurem.

### **11:38 Aseesimees Enn Eesmaa**

Artur Talvik.

### **11:38 Artur Talvik**

Täna ettekande eest! Ma läheks siit Sibula küsimusest edasi. Paratamatult meditsiin läheb kallimaks. Ütleme, ka selle näite puhul, mis te tõite, et algoritm annab väga täpse rohuvajaduse jne, on nii, et see väga täpne rohi võib olla väga kallis. Ka praegusest meditsiinist on palju näiteid, kus arstid pigem kasutavad, ma ei tea, vanu hormoonravimeid bioloogilise ravimi asemel, sest hinnavahe on nii suur. Ikkagi veenge mind, mismoodi teeks see teie süsteem tervishoidu odavamaks või ei laseks tal ekspansiivselt kasvada nagu praegu, nii et ühiskond ei suuda lihtsalt seda ülal pidada.

### **11:39 Filosoofidoktor Tõnu Esko**

Aitäh! Täpsustan veel: ma ei väida, et selline uudne mudel võimaldab kahandada ravikulusid. Küll väidan, et andmete laialdasem kasutamine ja võimalikult palju masinloetavaks ja otsustustuginevaks tegemine võimaldab olemasolevaid ressursse efektiivsemalt kasutada. Tähtis on, et ei kuluks nii palju ressursi sinna, kuhu seda tegelikult vaja ei ole, sest seda saab kasutada targemalt. Üks näide, mis ma tõin, oligi näiteks osteoporoosi ravist, kus tegelikult see lihtne asi – jälgida seda, kas inimesed ostavad ravimit välja või ei osta – oleks perearsti laua peal kättesaadav. Täpselt samamoodi on näiteks rinnavähi ennetusega – käiakse küll mammograafia sõeluuringus, see makstakse kinni, ent osalus on ikkagi väike, mis tähendab seda, et haiguse varajane ennetus jääb ära ja seetõttu kulub jätkuravile, süvendatud ravile tunduvalt suurem hulk raha. Samas, kui me ei lähtu mitte vanusest või soost, vaid lähtume natuke rohkem informatsioonist, olenemata sellest, kas see on geeniinfo või lihtsalt terviseinfo, siis me suudame ehk leida varem üles need inimesed, kelle tervisehädasid saab lihtsama vaevaga lahendada.

### **11:40 Aseesimees Enn Eesmaa**

Suur aitäh ettekandjale! Täna neljas ettekandja on tervise- ja tööminister Riina Sikkut, tema ettekande pikkus on 20 minutit. Palun!

### **11:41 Tervise- ja tööminister Riina Sikkut**

Austatud juhataja ja austatud Riigikogu liikmed! Tõesti suur tänu doktor Karmen Jollerile, doktor Katrin Kaarmale ja doktor Tõnu Eskole! Väga huvitavad ettekanded ja väga hästi kokkukõlavad ettekanded, mis andsid pildi sellest, kuhu me liikuda tahame, milline meie tervishoiusüsteem tulevikus olema hakkab. Tõnu lõpetas sellega, et me peaksime rääkima tervena elatud aastatest ja sellest, et kodanikust ei saaks patsient. Kui me vaatame kõiki Eesti inimesi koos, siis praegu on pilt selline, et kuigi viimase 15 aasta jooksul on Eestis eeldatav eluiga pikenenud Euroopa Liidus kõige rohkem, me hakkame viimasest kolmandikust välja jõudma ja oleme teinud tublisid samme, on meil veel kõvasti tippe, keda püüda. Eesti paistab silma sellega, et meeste ja naiste oodatava eluea ja tervena elatud aastate lõhe on suur, praegu üheksa aastat.

Mis meilt tervise ära võtab? Siin on väga kirju ja keeruline joonis, aga mulle see meeldib. Siin on kirjas kõik haigused ja õnnetused, mis meilt kas varajase suremuse või haigestumuse tõttu eluaastaid röövivad, kokku 2016. aastal 444 000 eluaastat, nii et rohkem kui kolmandik meist andis ühe aasta ära. Ja *top 3*: südame-veresoonkonna haigused, pahaloomulised kasvajad, õnnetusjuhtumid – mürgistused, traumad. Aga väga kiiresti kerkib ka vaimse tervise häirete, vaimse tervise murede osakaal. Kui see pilt on selline, et me näeme palju kroonilisi muresid, paistavad välja neuroloogilised haigused ja diabeet, siis mida me teha saame? Mis on see siht, mida püüda?

Riigi poolt oleme järgmiseks 12 aastaks seadnud sellised sihid, et naistel jõuab eeldatav eluiga 84 eluaastani, meestel 78 eluaastani ehk vahe väheneb üheksa aasta pealt kuue peale. Kui vaadata tervena elatud aastaid, siis on eesmärk ikka päris ambitsioonikas: järgmise 12 aasta jooksul peaks meeste tervena elatud elu pikenema 7,7 aasta võrra. Küsimus on selles, kuidas selleni jõuda. Kui me sellise sihi endale seame, siis mida me tegema peaksime? Inimesed ütlevad, et on ravijärjekorrad ja ei saagi ju abi, et oleks parem tervis. Ka siin tuli mõnest küsimusest juba välja, et ravijärjekordadest ei ole eriti räägitud. Lahendus ei ole selles, kui panna rohkem raha eriarstiabi vastuvõttudesse. See ei ole ainus asi, mida teha. Tõesti, tervishoidu jõuab lisaraha, jõudis sel aastal ja jõuab järgmisel aastal. Väga sihipäraselt on näiteks puusaliigese endoproteesimise ja katarakti ehk silmakae operatsioonide plaanilisi ravijärjekordi lühendatud, suurendatud on vastuvõttu kardioloogias, pediaatrias, psühhiaatrias. See on väike samm. Kui me tahame ravijärjekordade murest päriselt lahti saada, jõuda selleni, et lapsed saavad ravile kohe, ühe nädala jooksul, ja ka teised inimesed ei peaks üle nelja nädala ootama, siis võti on mujal.

Ma alustan sellest, millega Tõnu Esko lõpetas: me peame tervist hoidma. Me oleme praegu eeldatava

elueaga seal tagumises pooles, naiste ja meeste tervena elatud eluaastate vahel on suur lõhe. Meil kõigil on kümnekonna viimase tööaasta ajal mõni krooniline haigus. Iga neljas meist kannatab elu jooksul mõne vaimse tervise häire all. Et sellest välja tulla ja kui me soovime pikemat ja tervemat elu, siis enne, kui me üldse arstist hakkame rääkima, tuleb vaadata laiemat baasi: seda, et me saame juba koolist teadmised, millised on tervislikud eluviisid, millised on esmaabivõtted ja mida saab ise oma tervise heaks ära teha. Elukeskkond peab toetama tervislike valikute tegemist. Lasteaias, koolis, haiglas, hooldekodus – ühise raha eest tervislik toit. Kool kutsugu liikuma, toetagu seda, et iga laps saaks 60 minutit liikumist päevas täis. See muutus on midagi sellist, mis tuleb teha tervishoiusüsteemiväliselt. Samamoodi kõik see, mis puudutab töökeskkonda ja vaimse tervise hoidmist: koolid ja lasteaiad peavad olema kiusamisvabad, töökeskkond peab olema ohutu, tuleb tegelda tööstressi vähendamise, siis on meil koolirõõm ja töörõõm. Kui me loome selle toetava keskkonna, siis on vähem inimesi, kellel on abi vaja. Aga kui on abi vaja, siis nagu täna juba öeldud, see tähendab, et õige inimene on õigel ajal õiges kohas. Me alustame nr 1-st: kui on abi vaja, siis alustame perearstist.

Karmen Joller rääkis väga ilusasti sellest, et perearstid ja pereõed on tõesti meie süsteemi alus, vaatamata EMO auditile, mis ütles, et EMO-s on palju mitmeerakorralisi külastusi. Minu käest küsiti siis järgmise kahe päeva jooksul väga palju, kas see tähendab, et perearstisüsteem on läbi kukkunud, kas me peaks selle üle vaatama, kas me peaks tagasi minema mingisuguse teise lahenduse juurde. Vastupidi. Ainuke võimalus siit välja tulla on tugevdada perearstisüsteemi, et perearstid saaksid töötada nii, nagu Karmen Joller rääkis.

Perearsti vastuvõtule pääsemine peab olema mugav. Perearstid ja pereõed kuuluvad, hoolivad, neil on aega. Nad vaatavad patsienti tervikuna, nad ei tegele ainult ühe akuutse tervisemure lahendamisega, vaid ka sellega, kuidas toetada patsienti, et ta tõesti oskaks oma ravimit võtta, et ta teaks seda võtta. Nii nagu Katrin Kaarma rääkis, paljudel vanemaerialistel inimestel, kellel krooniliste haiguste koormus on suurem, on vaja, et tervishoiusüsteem ja sotsiaalhoolekandesüsteem oleksid koos töötama pandud. Perearstide nüüdisaegsesse diagnostikasse ja nüüdisaegsetesse tööruumidesse tervisekeskused lähiaastatel panustavad. See on tõesti suur regionaalne investeering üle Eesti, igal pool, kokku 60 tervisekeskuses. Ja tööjaotus: kui palju saab tegelikult ära teha pereõde! Küsimus on lihtsalt meie usalduses pereõde vastu ja perearsti vastu. Nad tegelikult oskavad toime tulla kroonilise haiguse jälgimisega. Pereõed saavad väljastada korduvretsepte ja on sagedamini esinevate haiguste korral samuti väga kompetentsed.

Kui me perearstidelt rohkem ootame, siis me peame neile ka need oskused andma. Järgmisest aastast pikeneb perearstide residentuur ühe aasta võrra. Me räägime sellest, et pisikirurgias, diagnostikas, ultraheli ja röntgeni kasutamisel oleks neil need oskused. Samamoodi võib-olla erioled, et kui meil on palju krooniliste haigustega patsiente, näiteks diabeetikuid ja astmaatikuid, et õed oskaksid siis nendega hästi toime tulla.

Muidugi, infosüsteemid, see tark skriining. Kui perearst töötab oma nimistuga, on seal siis 1600 või 2200 patsienti, ei saa ta infot digitaalselt läbi klõpsida ning mõelda ja järeldusi teha. See info peab olema automaatselt töödeldud, peavad olema algoritmid, mis saadavad automaatseid teavitusi, tuletavad perearstile meelde, et ükski patsient ei jääks tähelepanuta, ei kukuks kiirel päeval kahe vastuvõtu vahele ning perearsti ja õe puuduliku suhtluse tõttu kellegi tervis ei kannataks. Kui seda infot on nii palju, patsiente on palju ja töötempo on kiire, siis peab infosüsteem seda tööviisi toetama. Töölaud peab olema mugav, seda nii perearstil kui ka kõigil teistel tervishoiutöötajatel.

Katrin Kaarma slaididel olid kõik need punktid, kus inimene tervishoiusüsteemiga kokku puutub. Tegelikult on esmatasandil apteek ka väga oluline. Võib-olla me kõige rohkem puutumegi tervishoiusüsteemiga kokku apteegis. Apteek ei peaks olema müügipunkt, et ostame hematogeeni, šampooni, paki plaastreid ja siis ka retseptiravimeid. Apteegist peaks saama ju ravimialast nõu. Proviisor nõustab, võib-olla aitab väiksemate tervisemurede korral, ta annab infot ka käsimüügiravimite ja koduse ravi kohta. Ka sealt peaks saama tervisenõu, apteek ei peaks olema mitte ainult ostu sooritamise koht.

Teiseks, raviteekond sujuvaks. See on see, millest rääkis doktor Katrin Kaarma. Peab olema koostöö, mitte nii, et me räägime patsiendist perearsti juures ja haiglas, siis sotsiaaltöötaja teeb midagi ning siis on veel kiirabi ja kõrgema etapi haiglad. Inimene võib igalt poolt saada ühe jupi vajalikust abist, aga see info peab liikuma. Need süsteemid ongi ehitatud üles ju keskmise patsiendi jaoks. Ka varem, paarkümmend aastat tagasi, oli väga keeruline inimest paberipõhises süsteemis juhtida: siin oli vastuvõtt, seal analüüs, siis oli see, kahe nädala pärast see, ravimidoos oli selline. Nüüd on meil palju

rohkem infot ja ei ole vaja, et kõik patsiendid liiguksid mööda sama rada. Raviteekonnad saavad olla personaalsed ja arvesse saab võtta ka seda, kas inimene elab üksi või tal on lähedasi, kas ta tuleb koduste toimetustega toime või tal on vaja kodus abi. Need on kõik sellised otsusekohad, et me saaksime igale inimesele vajalikku abi pakkuda, ja pakkuda seda seal, kus see on otstarbekas ja mõistlik. Diagnoosimisest järelravi ja ka kroonilise haiguse jälgimiseni – see peab olema sujuv teekond, kus arstid ja haiglad ei konkureeri omavahel analüüside ja protseduuride tegemise pärast ega hoia infot endale. Liigub patsient ja liigub info ning koostöös soovitakse paremat tervisetulemust selle inimese jaoks. Seda peab toetama rahastamine. See, kui me rahastame vastuvõttusid, protseduure ja tehtud analüüse, ainult toetab seda hakitust. Kui me hakkame rahastama tervisetulemust või mingi perioodi jooksul haiguse jälgimist või raviteekonda terviklikult, siis see on üks asi, mis toetab ka patsiendikäsitluse muutumist.

Vaatame geograafilist kättesaadavust. Küsimus on ka selles, mil määral me võtame arvesse seda, et piirkonnad ongi erinevad. Maale on arste keerulisem leida. Oluline on haigla majandusliku stabiilsuse tagamine. Võib-olla võiks mõelda eelarvepõhise rahastamise peale ja selle peale, et maapiirkonnas töötaval arstil oleks kõige kõrgem tasukoefitsient. Tuleb liikuda selles suunas, et igal pool Eestis oleks arstiabi kättesaadav. Ka rahastamissüsteem peab toetama seda, et tervishoid toetab inimese jaoks parima tervisetulemuse saavutamist.

Nii, siit kolmas punkt, need e-lahendused, millest täna on juba korduvalt räägitud. On räägitud ka sellest, et see e-lahendus peaks töötama sujuvalt taustal, nii et geeniinfo lisamine perearsti tööriistakasti ei tähendaks lisatööd. Arst saab lihtsalt otsuse tegemisel väärtuslikku tuge oma arvutist, ta saab raviotsuseid toetavat informatsiooni, ilma et ta peaks ise kaevama, ilma et ta peaks ridamisi PDF-e avama, ilma et ta peaks tõlgendama geeniinfot ja mõtlema, et oot-oot-oot, vaat selline alleel siin, kuidas ma nüüd sellest aru saan, millega ma seda võrdlema pean. See peab olema lihtne, see peab olema mugav. Andmed on meil olemas. Haiglatel on väga palju andmeid, perearstidel on andmeid, geenivaramus on andmeid, haigekassas on andmeid, STAR-is ja SKAIS-is on sotsiaalhoolekannet puudutavad andmed. On vaja, et need kokku jookseksid, nii et need tervishoiutöötajad ja sotsiaalhoolekandetöötajad, kellel on vaja infot näha, näeksid seda ja saaksid patsiendile õigel ajal abi pakkuda. Kui info liigub ilusasti, siis on ka vähem dubleerivaid analüüse ja on paremad raviotsused. Nagu ma rääkisin, raviteekond peab olema personaalne. Tõesti ei ole mõeldav, et seda raviteekonda juhib registraatoriproua, kes ütleb, et teil oleks nüüd vaja minna sinna ja võtta need rohud või tulla vastuvõtule ja uuringu aeg on teil selline. See peab toimuma automaatselt.

Ja see n-ö tark skriining või intelligentne sõeluuring, millest Tõnu Esko rääkis. Kui perearstil on nimistus 2000 patsienti, siis on vaja ära hinnata, kes peaks tulema vastuvõtule. Inimene on jõudnud mingisse vanusesse, tema varasem terviseluugu annab sellist infot ja geenipõhised riskid on sellised ning nüüd tuleks ta kutsuda analüüse tegema. Näiteks krooniline obstruktiivne kopsuhaigus: tuled ja teed oma protseduuri ära ja saad info ning võib-olla tulekski ravi alustada. Haigus on siis avastatud varakult, enne kui inimene hakkab kannatama õhupuuduse käes ja tuleb sümptomitega arsti juurde, ning saab varem sekkuda. Täpselt samamoodi on perekondliku hüperkolesteroleemiaga: tegutseda tuleb enne, kui inimesel ilmneb südamehaigus või erakordselt kõrge kolesterooli tase. Statiinravi on odav, me saame inimese panna võib-olla 15 aastat varem statiinravi peale, kui tal üldse oleksid kaebused tekkinud. See on see efektiivsuse tõus või võit. Tervikuna me tervishoiukulud absoluutsummas vähendada ei saa kunagi, aga me suudame nende kasvu kontrolli all hoida, meil on parem tervis ja meil on madalamad kulud, kui oleks alternatiivses olukorras.

Siin on täna juba korduvalt läbi käinud, et tervishoidu on vaja lisaraha. Kui vaadata haigekassa senist prognoosi, siis on näha, et haigekassal jätkub raha umbes järgmiseks kuueks kuni kaheksaks aastaks. Selle aja jooksul me peame jõudma kokkuleppele, kuidas me tulevikus oma tervishoidu rahastame. Aga me teame, et elanikkond vananeb, inimestel on suuremad ootused ravile ja elukvaliteedile, sellele, kuidas nad ka kroonilise haigusega sooviksid elada. Tehnoloogia areneb, tekivad uued ravimid ja meditsiiniseadmed, kas või bioloogiline ravi, mida saaks inimestele võimaldada. Kui me seda soovime teha, siis jah, meil ongi vaja tervishoidu rohkem raha. Teine asi, kui me suudame kokku leppida, et haridus, tervishoid ja sotsiaalhoolekanne on turvavõrk, mis on meil kõigil, see ei sõltu rahakoti paksusest ega meie eluvalikutest, ja kui me tahame tervishoiuteenust pakkuda kõigile ja laiendada ravikaitset, kas või nii, et perearstiabi, mis suudab aidata laia ringi tervisemurede puhul, võimaldatakse kõigile, kui me selle otsuse teeme, siis on samamoodi vaja lisaraha, järgmise nelja aasta jooksul umbes 1% SKP-st. Jah, juba on lisarahaotsus tehtud, mittetöötavate pensionäride eest hakatakse panustama.

See lahendab osa meie murest ära. Tõesti, me suudame mingil määral suurendada vastuvõttude arvu, vähendada ravijärjekordi, lisada nimekirja uusi ravimeid ja meditsiiniseadmeid, investeerida IT-süsteemidesse, aga kui me seda teenust soovime pakkuda laiemale inimeste ringile, siis on vaja lisaraha. Ühine tervishoiu rahastamine on kahtlemata ainuõige, see, et me ise ei vastuta oma kulude katmise eest, et finantsrisk haigestumise puhul ei jää meie enda kanda. Samamoodi on õige esmatasandi tugevdamise suund, see, kui palju perearstid ja -õed suudavad, ja see, mida maakonnahaiglates saab teha koostöös perearstide ja õdedega ning sotsiaalvaldkonnaspetsialistidega. Aga kõik maakonnad ei ole ühte nägu ja ka maakonnahaiglad ei pea olema ühte nägu. Me ei pea kõiki ühe vitsaga lööma. Me räägime, et patsiendikäsitlus peaks olema personaalne. Mõtleme ka kokkuleppele, milline on meie haiglavõrk, kuidas me seda kujundame. Ka haiglad võivad olla personaalsed. Viljandi ei pea olema samasugune nagu Hiiumaa ja Narva ei pea olema samasugune nagu Põlva.

Nii et ma loodan, et me ühiskonnana väärtustame rohkem tervise hoidmist, aga kui meil on mure, siis me ka panustame rohkem, et kõik saaksid õigel ajal õiges kohas enda jaoks õiget arstiabi. Aitäh!

### **12:01 Aseesimees Enn Eesmaa**

Suur tänu ministrile! Järgneb küsimuste voor. Märt Sults.

### **12:01 Märt Sults**

Aitäh, härra eesistuja! Hea minister, väga mõnus oli teid kuulata! Küsimus Valga Haigla kohta. Tahtsin üldise info või infomüra sees küsida niimoodi, et pärast neid reformimisi, mis Valga Haiglas toimusid, kui palju või kui suurel hulgal või määral on Valgas järjekorrad naistearstide juurde kahanenud ja kui kiirabiteenus sinna juurde võtta, kui palju siis see teenus on kallimaks läinud. Üldinfo järgi on kiirabiteenus neli, viis või kuus korda kallim kui tavateenus. Kuidas see bilanss on, on ta plussides või miinustes, kas on saadud positiivset või negatiivset efekti ja kuidas kohalik kogukond selle asjaga rahul on?

### **12:02 Tervise- ja tööminister Riina Sikkut**

Aitäh küsimuse eest! Kui me räägime maakonnahaiglatest ja sellest teenuseringist, mis seal kättesaadav peab olema, siis esimene kriteerium ei ole raha, see, kas see majanduslikult on kasulik või mitte. Me räägime teenuse kvaliteedist, riskide maandamisest, eriti keerulisemate protseduuride puhul, et kuidas, mil määral on võimalik kompetentsi hoida, millise koormusega peab ühel või teisel erialal tööd tegema. Nii et sellest kvaliteedikriteeriumist lähtudes võiks ka teenuseringi kohta need otsused teha, mitte sellest lähtudes, et kiirabi hind on kas nii- või naapidi, kallim või odavam.

### **12:03 Aseesimees Enn Eesmaa**

Urmas Kruuse.

### **12:03 Urmas Kruuse**

Aitäh, austatud istungi juhataja! Auväärt minister! Ma vaatasin teie viimast slaidi ja märkasin ...

### **12:03 Tervise- ja tööminister Riina Sikkut**

Jaa, mul on rahastamise kohta ka.

### **12:03 Urmas Kruuse**

Ei, see slaid, mis näitas meile seda, et viiendal kohal on "Hoiame tervist" ja esimesel kohal on perearst. Ma arvan, et see iseloomustab väga selgelt meie hoiakut. Kogu rahastussüsteem tegelikult kannab täpselt sedasama vilja. Minu meelest peaks esimesel kohal olema "Hoiame tervist" ja teisena võiks tulla või peaks tulema perearst. Millele ma viitan? Kui ma vaatan haigekassa eelarvet – te väga ilusasti rääkisite, kui palju eraarstindusele raha juurde tuli –, siis ma ei näe samasuguseid kasvunumbreid või proportsionaalselt võrdsemaid kasvunumbreid, mis puudutab ennetusele ja teavitusele antavat raha ja perearstide institutsiooni tugevdamist, et saaks tegelikult tegeleda terviseennetuse ja nõustamisega. Pluss veel see, et rahastussüsteem ja meie tervisekäsitlus või juhtumikäsitlus ei motiveeri tervist hoidma. Kes kontrollib ka kvaliteeti? Mis te sellest arvate?

### **12:04 Tervise- ja tööminister Riina Sikkut**

Täna küsimuse eest! Õnneks mina oma ettekandes alustasin tervise hoidmisest. Aga tõepoolest, see ühest viieni loetelu ei näita kuidagi tähtsust või järjekorda. Täna oli fookus tervishoiul, ravijärjekorradel, aga see tervise hoidmine, täpselt nii nagu ma rääkisin, puudutab töökeskkonda, kooli, see puudutab palju laiemat baasi meil ühiskonnas, tegelikult ka suhtumist. See puudutab seda, kuidas me märkame vaimse tervise muresid, kuidas me neisse suhtume, kui stigmatiseeritud need inimesed on, kas inimesed julgevad abi küsida. Need muutused väärtustes on vältimatult esikohal, kõige vajalikumad, need on rahaga keeruliselt saavutatavad, aga ma olen nõus, et see on see muutus, mida me ennekõike tahame saavutada. Selles mõttes ei ole see kuidagi teisejärguline. Kui me räägime tervishoiusüsteemi rahastamisest, sõeluuringutest, laste hambaravist, kõigist sellistest asjadest, mis lubavad muresid varakult märgata ja tõsisemaid muresid ära hoida, siis jah, sinna peaks rohkem panustama.

### **12:04 Aseesimees Enn Eesmaa**

Ain Lutsepp.

### **12:05 Ain Lutsepp**

Aitäh, härra eesistuja! Austatud minister! Riigikontrolli audit 2011. aastast väidab (sellest on siis möödas seitse aastat vähemalt), et EMO-s tehakse mitu korda kallimat perearstitööd, mida perearstid millegipärast ei saa teha või ei tee. Me kuuleme siin mitmesuguseid variante ja lahendusi, küll IT-valdkonnas ja mujal. Aga mida on realselt tehtud, et EMO oma põhitööd teeks ja perearstid saaksid oma põhitööd teha? See aeg on olnud väga pikk.

### **12:06 Tervise- ja tööminister Riina Sikkut**

Jaa. Täna küsimuse eest! Tõesti, ühelt poolt tuleb vaadata seda, kui palju perearstid juba praegu teevad. Seitsme aasta jooksul on õdede õigused ja roll ning arstide õigused muutunud. Nad teevad rohkem kui varem. Küsimus on ka inimeste hoiakutes. Kui see EMO audit välja tuli ja Soome võrdluseks kõrvale võeti, siis öeldi, et soomlane teab, et kui on nohu-köha, siis pöördud pereõe juurde ja küsid nõu. Eestis seda suhtumist, et pereõde on see, kes esimese hooga aitab, tema on see, kellelt nõu küsida, seni ei ole, aga asi läheb paremaks. Ühelt poolt on nii perearstide kui ka pereõdede koolitustellimus kasvanud, et neid oleks rohkem, et nad saaksid rohkem süveneda ja rohkem patsiendiga suhelda ning talle paremat abi ja nõu anda. Nüüd luuakse tervisekeskusi, neid on juba avatud, järgmise aasta jooksul avatakse neid veel. See on hea, kui arstid töötavad tervisekeskuses koos. Üksikpraksises on väga keeruline pakkuda pikka vastuvõtuaega, aga tervisekeskuses töötab maapiirkonnas vähemalt kolm perearsti, linnas vähemalt kuus, Tallinnas mõnes kohas ka 24, seal on võimalikud pikemad vastuvõtuajad kui üksikpraksises, et inimesel oleks päeva jooksul võimalik pöörduda perearsti poole ja tal poleks vaja minna EMO-sse. Sest EMO statistika näitab, et tegelikult pöörduakse perearsti kompetentsi kuuluvate muredega nende poole palju ka päevasel ajal. Nii et kui selle päevase murega patsiendi saaks perearsti juurde liigutada, siis see oleks juba suur samm edasi. Selleks tulevadki tervisekeskused. Meil on perearstid ja -õded, kes on väga tublid, ja seda teadmist tuleb ka jagada. Haigekassa kampaania "Alusta perearstist", mis eelkõige ka mehi kutsub just perearsti poole pöörduma, on samm selles suunas. Aga kõik, mis puudutab hoiakute muutmist, on see siis usaldus perearsti ja -õe vastu või arusaam sellest, mis on vaimse tervise häired, või sellest, mida koolikeskkond peab tervise hoidmiseks tegema – kõige selle muutmise võtab aega. Ma olen nõus, et seitse aastat on pikk aeg, aga kui me räägime näiteks maksumaksmise motivatsioonist või millestki muust sellisest, siis seitse aastat ei ole piisav.

### **12:08 Aseesimees Enn Eesmaa**

Andres Herkel.

### **12:08 Andres Herkel**

Aitäh, härra juhataja! Austatud minister! Ma väga loodan, et ei tule veel üht Riigikontrolli auditit, kus öeldakse, et EMO-s tehakse perearstitööd kallimalt. Aga minu küsimus puudutab bürokraatia määra üldisemalt, seda mitmel teljel – arsti ja raviasutuse, samuti ministeeriumi ja haigekassa vahel – ja seda, kas ei võiks vähendada ka perearsti koormust, nii et tal jääks aega põhitöö jaoks. Praktikud kurdavad

küll seda, et see koormus mitte ei vähene, vaid kasvab. Milline on teie vastus ja mida ministeerium kavatseb siin ette võtta?

### **12:09 Tervise- ja tööminister Riina Sikkut**

Kogu seda koormust, mis on perearsti töö väline, võiks ikkagi maksimaalselt püüda leevendada. Ükskõik, kas see puudutab administratiivseid tegevusi või eelnõude kommenteerimist või suhtlust haigekassaga – seda koormust, mis on erialase töö väline, võiks püüda leevendada. Aga kui me räägime IT-süsteemi arendamisest või parandamisest, siis seda infot, mis on vajalik, et süsteem tegelikult toetaks perearsti tema töös, ei saa arendajale anda ametnik, seda ei saa anda keegi teine peale perearsti. See, kuidas perearst oma tööd teeb, kus oleks ühe või teise nupu mugavam asukoht või mis tüüpi infot millisel kujul esitada, on see, mida perearstid ise saavad kirjeldada, nad saavad kirjeldada oma vajadusi. Täpselt samamoodi on ka näiteks perearstinduses kavandatavate muudatustega. See ei saa olla perearstiväline otsus. Selle kohta, kui palju nemad kaasa räägivad ja panustavad, võib öelda, et perearstid on ju väga tublid, neid ja nende seltsi saab tuua teistele erialadele eeskujuks, tegelikult on samasugust koostööd ja panustamist vaja kõigilt meditsiinierialadelt, sest see töö on spetsiifiline. Väga keeruline on uroloogil paika panna pediatriline tööd või endokrinoloogil perearsti tööd, on jutt siis töölaust, töökorraldusest või õigusruumist, mis seda tegevust reguleerib.

### **12:11 Aseesimees Enn Eesmaa**

Peeter Ernits.

### **12:11 Peeter Ernits**

Hea juhataja! Hea ettekandja! Ravijärjekordade lühendamise on väga oluline ja rahaline moment on samuti väga oluline. Vaadates viimase aasta rahastamise protsenti, näeme, et see on langenud. Aga eile esitas EKRE muudatusettepaneku suurendada rahastust, selleks et ravijärjekordi lühendada. Ettepanek oli suurendada küll tõesti ainult 2 miljoni võrra, aga see hääletati maha, ainult 17 saadikut olid poolt. Kas see oli teie meelest arukas tegu või ei olnud?

### **12:11 Tervise- ja tööminister Riina Sikkut**

Aitäh! Ma ei oska kommenteerida, milline oli ettepanek, milline oli motivatsioon ja kes kuidas hääletas. Selles, et pikas perspektiivis on tervishoidu rohkem raha vaja, ei ole mitte mingisugust kahtlust, aga rahastus peaks olema püsiv, nii nagu meid on seni väga hästi teeninud sotsiaalmaksuga sidumine. See, et meil on poliitilisest otsusest sõltumatu tervishoiu rahastamine, nii et haigekassa saab arvestada selle laekumisega, on väga tänuväärne. Ka näiteks kriisiperioodil, kui igal pool mujal kulud kukkusid, suudeti tervishoiukulud hoida varasemate perioodidega samal tasemel, sest haigekassa oli oma otsustes selles mõttes iseseisev, ta sai kasutada oma reserve, ja see on väärtuslik. Kui ma räägin näiteks tulevikus tervishoiu rahastamise ümberkorraldamisest, siis peab täpselt samamoodi olema kokku lepitud kindel raam, millega haigekassa iga aasta saab arvestada, et eelarveprotsessi käigus ei oleks vaja teha üksikotsuseid mõne ravimi ostmiseks või ravijärjekordade lühendamiseks.

### **12:13 Aseesimees Enn Eesmaa**

Urmas Kruuse.

### **12:13 Urmas Kruuse**

Aitäh, auväärt istungi juhataja! Auväärt minister! Ma ei saa teiega nõustuda selles, et inimese enda tervis ei puuduta ravijärjekordi. See puudutab neid sõna otseses mõttes. Kui inimesed oleksid tervemad, siis me ei räägiks täna ravijärjekordadest. Me tahaksime, et vähem inimesi oleks järjekorras, ükskõik, kui pikk see järjekord ei ole.

Aga ma ei saanud vastust teisele küsimusele, mis puudutab raha eraldamist preventatsioonile. Te ütlesite, et haigekassale eraldati rohkem raha, see tähendab ka seda, et osa raha kanti lihtsalt ministeeriumist ümber haigekassasse ja see ei toonud lisandväärtust. Aga ma tahan ikkagi küsida, kas te ministeeriumis ja haigekassas olete arutanud, kuidas te analüüsitate patsiendi liikumist ravisüsteemis. Kas kõiki neid

tegevusi, alates külastusest kuni lõppotsusteni, on ka monitooritud? Kas me saame analüüsi selle kohta, et kas need protseduurid, mis ette võeti, aitasid asjale kaasa, kas oli liialt üle kulutatud ja mida saaks teha selleks, et selliseid asju ei juhtuks? Statistiliselt võib kõik väga kena tunduda.

### **12:14 Tervise- ja tööminister Riina Sikkut**

Aitäh! Tõesti, näiteks krooniliste haigustega inimesed. Doktor Katrin Kaarma ja doktor Karmen Joller viitasid mõlemad Maailmapanga uuringule, kus võeti ette Eesti inimeste andmed ja vaadati, kuidas siis inimene diagnoosi saab, millised on protseduurid ning kuidas ja mis saab järelravist, hilisematest perearstivisiitidest, ravimivõtmisest. Väljavalitud diagnoosirühmades vaadati patsientide raviteekondi. Tegelikult seal tuli indikatsioon, et väga palju käiakse meil eriarsti juures muredega, mis tegelikult on perearsti kompetentsis. Väga palju tekib selliseid auke või lünkasid, kui inimene võtab näiteks ravimid ära, aga ei lähe retsepti uuendama, ta ei lähe korduvretsepti küsima, või kui tal oleks vaja näiteks kolme või kuue kuu möödudes käia tervisekontrollis, siis ta võib-olla esimene kord käib, aga edaspidi enam ei lähe. See pingutus, see ravi, näiteks haiglas viibimine, see kõik on juba olnud, kallis teenus on osutatud, aga kuidas kindlustada seda, et tegelikult küll see odavam teenus, mis lõpuks aga tervisetulemuseni jõudmise kindlustab, need visiidid ja ravimivõtmised, panna kõigega koos tööle. Seda on vaadatud. Muresid on ja olukorda tuleb parandada. Seda toetavad need e-lahendused ja rahastamissüsteemi muutumine, et motiveerida patsiendi raviteekonna tervikkäsitlust. Nii et jah, analüüs on tehtud ja murekohad on kirjeldatud.

### **12:16 Aseesimees Enn Eesmaa**

Suur aitäh, lugupeetud minister, ettekande ja küsimustele vastamise eest! Austatud kolleegid, kuna kõnesoovijate nimekiri on ligemale niisama pikk kui patsientide järjekord eriarsti juurde, siis me peame garanteerima, et meil oleks aega kõik kõned ära kuulata. See viib meid hääletuseni, kuna Sotsiaaldemokraatliku Erakonna fraktsioon tegi ettepaneku pikendada istungi aega kuni päevakorra ammendumiseni, kuid mitte kauem kui kella 14-ni.

Austatud Riigikogu, panen hääletusele Sotsiaaldemokraatliku Erakonna fraktsiooni ettepaneku pikendada istungi aega kuni päevakorra ammendumiseni, kuid mitte kauem kui kella 14-ni. Palun võtke seisukoht ja hääletage!

#### Hääletustulemused

Ettepaneku poolt oli 16 saadikut, erapooletuks jäi 1 kolleeg.

Me jätkame istungit ja nüüd on kõnede aeg. Esimesena palun, Marika Tuus-Laul Eesti Keskerakonna fraktsiooni nimel!

### **12:19 Marika Tuus-Laul**

Head kolleegid ja külalised! Pikad arstijärjekorrad. Tegelikult on probleem ikkagi hoopis laiem. Selleks et neid järjekordi lühendada, tuleb põhjalikult ümber teha kogu meie tervishoiukorraldus. Mäletate küll, et pea kümme aastat tagasi tegi Maailma Terviseorganisatsioon WHO meile väga terava hoiatuse: kui te niiviisi jätkate, siis te seisate kümne aasta pärast silmitsi pöördumatute tagajärgedega. Tegelikult midagi ette ei võetud, kuigi hoiatus oli ülimalt tõsine. Lasti vanamoodi edasi, pidevalt vähendati ravijuhtude arvu, patsient hakkas üha rohkem ise juurde maksma, järjekorrad pikenesid, inimesed ei saanudki ennast järjekorda panna, sest rajati n-ö kõikvõimalikke tõkkeid.

Tänane valitsus on koalitsioonileppes otsustanud, et tervishoidu tuleb oluliselt raha juurde panna, 220 miljonit nelja aasta peale. Selge on see, et aastaid alarahastatud tervishoius ei suudeta ka praegu järjekordi oluliselt lühendada, aga me oleme suutnud lisarahaga selle protsessi halvenemise peatada. Aga ma küsin teilt, millal hakkas patsient tundma, et ta enam arsti juurde ei pääse ja kui ta lõpuks sinna saabki, siis pole arstil aega temaga tegeleda. Kus on see arst, kes uurib, näeb ja ravib patsienti tervikuna, mitte tükide ja osade kaupa? Kas arstil on üldse võimalik visiidi piiratud aja jooksul otsida e-haigusloost üles pildid, eelnevad analüüsid ja need kõik omavahel mõtestada? Lihtsam on kirjutada uus saatekiri analüüsideks-proovideks. Kus on selle vea algus? See kõik juhtus 20 aastat tagasi, täpsemalt 1998. aastal, mil Eestis mindi üle tervishoiuteenuse ostmisele erafirmalt. Arvati, et nii saab odavamalt, aga läks vastupidi. Mäletate küll seda aega: tekkisid väikesed ja suured äriettevõtted, suur- ja väikehaiglad, perearstikeskused, formeerusid apteegiketid, kaotati polikliinikud ja hakati maksumaksjalt solidaarselt kogutud raha kantima lahkelt erafirmadesse. Just siis läksimegi arstiabi üle tervishoiuteenuse osutamisele ja hakkasime liikuma pankroti poole.



Tänaseks juba ammu manalateed läinud Riigikogu liige Robert Lepikson kirjutas 2006. aastal: "Kui riik keeldub mõistmast, et meditsiinasutused ei tohi olla äriühingud, vaid tegu peaks olema mittetulundusühingutega, kus kogu teenistus kulub sihtotstarbelisele tegevusele, milleks on tervishoiuteenuste osutamine, siis pole midagi imestada, kui haigemajad on kasumis, aastalõpul aga enam operatsioonile ja eriarstile ei pääse – polevat raha." Ta ütles, et tuleb teha sõjaväest tuntud ümberpöörd ja koondada kogu riigi osutatav meditsiiniabi ühe omaniku ehk riigi kätte, ka aparatuurihanked, vältimaks dubleerimist, ja kõik muu. Madis Veskimägi, Tõstamaa perearst, on korduvalt neil teemadel sõna võtnud. Ta kirjutas mõne aasta eest: "Pean õigeks ka riiklikult ülesehitatud tervisekeskuste võrgustikku, mis arvestab elanike paiknemist ja tegelikku vajadust." Ta ütles, et tänapäevane haigla ei ole enam raviasutus, vaid õitsev äriühing. "Peatagem turumajanduslik meditsiinikorraldus," lausus ta. Ma ise olen neil teemadel mitu korda ja palju kirjutanud. Näete, tegelikult teati juba aastaid tagasi, kuidas edasi minna, aga ei mindud. Tuletan siiski meelde, et tervishoiuministri koht oli palju aastaid Reformierakonna käes.

Kordan veel: tänases äripõhises meditsiinikorralduses on arstid omavahel konkurendid. Arst ei jõua enam patsienti uurida, sest talle pole see kasulik, tulus on teha analüüse, aparadiuuringuid, tomograafiuuringuid jne. Küll haigekassa maksab. Ma ei süüdista arste, süsteem on selline. Tegelikult peame kiiremas korras hakkama rahastama ravitulemust, patsienti tuleb ravida kui tervikut ja tulemusi mõõta tervisetulemi põhjal, mitte teenusepõhiselt. Sellest on küll räägitud, aga kaugemale pole jõutud. Palun veel aega juurde!

### **12:23 Aseesimees Enn Eesmaa**

Palun! Kolm minutit juurde.

### **12:23 Marika Tuus-Laul**

Nii edasi minna ei saa. Riik pumpab eraõiguslikku turumeditiini järjest rohkem miljardeid juurde ja see kotisuu jääb igavesti avatuks. Tuleb luua riiklikult juhitud ja kontrollitud tervishoiuvõrk. Planeeritud kasumipõhine meditsiin tuleb lõpetada. Tuleb luua sihtasutused ja äriasutused peavad hakkama tegutsema ainult erakapitalil põhinedes. Võtame eeskujuks Põhjamaade riikliku sotsiaalsüsteemi ja tervishoiu. Kindlasti tuleb lõpetada olukord, kus riik lubab perearstil välja võtta minimaalselt palka ja elada dividendidest. Kuidas saab olla nii, et arst ise ei panusta maksurahasüsteemi, mille baasil tervishoid eksisteerib?

Kõik see vajab üleminekuaega. Praegu tuleb kindlasti pikendada perearstide tööaega, nad peaksid vastu võtma ka peale tööpäeva lõppu ja nädalavahetusel. Kiirabi kõrvale tuleb luua vältimatu abi. Soomes on näiteks kaks perearsti sama nimistu peale ja nad töötavad palju pikemat aega. Arste on juurde vaja. Külvar Mand on öelnud, et paralleeluks võiks olla ka kiirabis: ühest uksest lähevad sisse kiirabi vajavad, teisest teised inimesed. Aga igal juhul me ju umbes teame, kui palju mingi diagnoosiga ravijuhte on, ja me saame seda kõike riiklikult planeeritud rahaga teha nii, et me planeerime täpselt ette. Perearst ei peaks olema ettevõtja, sisuliselt tulekski endised polikliinikud praeguste tervisekeskuste kujul taastada, seal ei oleks konkurentsi ja arst saaks tegeleda ravimisega.

Veel Madis Veskimägi sõnad: "Meedik muutuks ettevõtjast palgasaajaks. Meedikule jääb erialane töö, kõik muu aga oleks lahendatav tugistruktuuridega." Nii et ma arvan, et olukorra kirjeldamisest ja kosmeetiliste paranduste tegemisest enam ei aita. Meil pole selleks aega, meil tuleb teha kardinaalne muutus ja minna üle riiklikult juhitud ja kontrollitud tervishoiusüsteemile. See hoiaks raha kokku ja annaks parema võimaluse ravida. Aitäh teile!

### **12:25 Aseesimees Enn Eesmaa**

Sotsiaaldemokraatliku Erakonna fraktsiooni nimel Helmen Kütt, palun!

### **12:26 Helmen Kütt**

Austatud eesistuja! Lugupeetud sisukate ettekannete esitajad! Head ametikaaslased! Tänan sotsiaaldemokraatide nimel suurepärase ettekannete ja ülevaadete eest! Täna arutelu pealkirjas olev küsimus "Kuidas lühendada ravijärjekordi?" ei ole kindlasti lihtsalt vastatav. Keerulistele küsimustele ei ole peaaegu kunagi lihtsaid vastuseid. Juba probleem ise on eri tahke haarav ning selleks, et lahendusi otsida, peame vaatama suuremat pilti.

Vaatame, millises seisus me riigi ja rahvana oleme. "Rahvastiku tervise arengukava 2009–2020"

üldeesmärk on, et tervena elatud aastate arv kasvaks Eestis aastaks 2020 meestel keskmiselt 60. ja naistel 65. eluaastani ning keskmine eeldatav eluiga pikeneks meestel 75. ja naistel 84. eluaastani. Tervena elatud eluiga oli 2006. aastal Eestis naistel 58,7, meestel 54,2 eluaastat. Võrdluseks: Eurostati andmetel oli Euroopa Liidu keskmine näitaja naistel 63,3 ja meestel 62,6 aastat ehk Eestis on naiste tervena elatud eluiga ligi viis aastat lühem ja meestel on see koguni enam kui kaheksa aastat lühem. Eeltoodut vaadates ei ole vaja täna öelda, et kõik on meie tervishoius halvasti, aga me ei saa öelda ka seda, et kõik on suurepärase. Suur pilt kujuneb väikestest tegudest ja otsustest ning seda on eri valitsuste ajal halvemini või paremini tehtud. Eesti tervishoiukulutused olid 2016. aasta andmetel 6,7% SKP-st, OECD keskmised tervishoiukulutused 2016. aastal olid aga 9,0% SKP-st. Meie tublid ja targad perearstid, eriarstid, õed, hooldajad ja teised meditsiinisüsteemis töötavad inimesed teevad suurepäraselt tööd tunduvalt väiksemate rahaliste vahenditega. Eesti solidaarne ravikindlustus, mille abil on nii lapsed kui ka eakad kindlustatud tervishoiuteenusega, on ainuõige ja võimalik. Mure on aga selles, et ligi 100 000 tööealist inimest on kindlustamata, kas siis lühiajaliselt või täiesti, ja neile on tagatud vaid erakorraline abi. Kas siin ei ole ka üks võimalik vastus küsimusele, miks nii palju pöörduakse erakorralise meditsiini osakondadesse?

Lähiaastatel väheneb tööealiste elanike arv Eestis keskmiselt 4800 inimese võrra aastas. Eesti Panga andmetel on meil 15 aasta pärast tööjõuturul ligi 75 000 inimest vähem kui täna. Seega on inimeste tervis ja võime pikaajaliselt ühiskonda panustada järjest kasvava tähtsusega. Euroopa Komisjon märgib oma töödokumendis, et kuigi Eesti elanike tööhõive määr on Euroopa Liidu keskmisest kõrgemal tasemel, ei ole inimeste tervislikel põhjustel tööturult lahkumise tendents vähenenud. Kahetsusväärset oli 2016. aasta kümnendi õnnetusterohkeim. Tööl kaotas elu 26 inimest, töövõimetuslehti võeti 7037 korral, mida haigekassa hüvitas enam kui 4 miljoni euro eest, rääkimata sellest, et tegemata jäi 1,3 miljonit töötundi. Tõsi, 2017. aastal oli tööõnnetuste tõttu elu kaotanuid vähem, aga murekohaks on tööõnnetuste suur arv kindlasti nii inimeste kui ka riigi seisukohalt vaadatuna.

Mis on tehtud ja mida oleks vaja veel teha? See, et haigekassa panustab raha ikka veel suures osas tagajärgedega tegelemisse ehk ravisse ja väga vähe ennetusse, ei ole kellelegi saladus, kuid haiguste ennetamine on ühiskonnale mitu korda odavam, rääkimata inimese elust ja tema perekonnaelu kvaliteedist. Teadmata pole ka see, et juba enam kui kümme aastat tagasi rääkisid Eesti arstid ja teised meditsiinitöötajad, et tervishoidu on vaja rohkem rahalisi vahendeid kui vaid töötavate inimeste maksud. Sellest rääkisid ka poliitikud, kuid alles tänane valitsus planeeris 2018.–2022. aasta eelarvestrateegias haigekassale rahalisi lisavahendeid. Tervishoid saab järgmise viie aasta jooksul tervishoiuteenuste kättesaadavuse ja kvaliteedi parandamiseks ning järjekordade lühendamiseks lisaraha, sellel aastal 34 miljonit eurot ja järgmisel aastal 41 miljonit eurot. Eriline tähelepanu hakkab olema lastel, kelle ravijärjekordade lühendamine olgu prioriteet. Geeniprojekti jätkamiseks ... Palun lisaiega!

### **12:30 Aseesimees Enn Eesmaa**

Palun! Kolm minutit juurde.

### **12:30 Helmen Kütt**

... eraldati 2019. aastaks kokku 3,55 miljonit eurot lisaraha, mis lisandub baasis olevatele vahenditele. Need vahendid on vajalikud personaalmeditsiini arendamiseks ning seeläbi haiguste ennetuse ja ravi tõhustamiseks. Jätkatakse geeniproovide kogumist ja geenikaartide koostamist.

Alates 1. jaanuarist 2018 saavad ettevõtjad maksuvabalt oma töötajate tervisesse panustada 400 eurot aastas. Kuni 2018. aastani olid ettevõtja investeeringud masinatesse ja seadmetesse maksuvabad, kuid töötajate tervisesse panustamist karistati erisoodustusmaksuga. Muidugi võiks summa 400 eurost suurem olla, kuid algus on siiski tehtud.

Kindlasti ei ole vähetähtis see, et üle Eesti valmib enam kui 60 tervisekeskust. Suurem koostöö perearstide ja eriarstide ning ka tervishoiuasutuste vahel tagab inimestele, kes abi vajavad, parema ja kiirema abi. Tervisekeskustes töötavad meeskonnad on võimelised juba esmatasandil pakkuma pöördujale rohkem tervishoiuteenuseid. Õdedele suuremate õiguste andmine on seadustatud. Sotsiaalkomisjonis on laual eelnõu, mis annaks ka perearstidele suurema rolli ja suuremad õigused. Selle eelnõu menetlemisel on Eesti Perearstide Selts olnud väga toetav ja ta peab sellist võimalust äärmiselt oluliseks.

Inimeste omaosaluse vähendamiseks on muudetud nii hambaravihüvitise süsteemi kui ka

ravimihüvitise maksmist. Lihtsalt üks näide: kõrge omaosaluskuluga soodusravimite täiendavaks ravimihüvitiseks on tuleval aastal nähtud ette ligi 9 miljonit eurot. Selle aasta kümne kuuga on hüvitist saanud 110 000 inimest ja hüvitist on välja makstud 6,4 miljonit.

Jõuan välja tuua vaid üksikud probleemid, aga need on väga olulised ja vajavad lahendamist. Esiteks, mõttemalli muutus ja see, et inimesed ise peavad võtma suurema vastutuse, ning arusaam, et terve olemise ja terveks jäämise toimumise, liikumise ja regulaarse tervisekontrolli abil siis, kui pole veel probleemi, ehk ennetusse tasub panustada, seda nii laste kui ka täiskasvanute puhul. Sõeluuringutele pääs tuleb tagada ka haigekassas kindlustamata isikutele, sest haiguse varaselt avastamise korral on nii ravitulemused kui ka elukvaliteet paremad ja ühiskonna kulud väiksemad. Kuna vähki haigestunute arv on kogu maailmas kasvutrendis, siis kindlasti on Eestis hädavajalik välja töötada pikaajaline vähistrateegia, sest oleme riikide hulgas, kus sellist strateegiat pole. Mure on haigekassas kindlustamata tööeliste inimeste pärast. Tervishoiu- ja hoolekandeteenuste omavaheline side on nõrk, kui mitte öelda, et peaaegu olematu. Erineva rahastusskeemi tõttu on surve all kallid teenused, nende saamiseks on põhjendamatult suur tung, kuna nende puhul on abivajaja omaosalus väiksem, kuigi nad ei ole mitte alati kõige sobivamad. Suur lootus on siin Viljandi Haigla projektil. E-lahendused!

Lõpetuseks. 1991. aastal lõpetas paavst Johannes Paulus II oma sajandi kirja järgnevalt: "Kunagi oli otsustav tootmistegur maa ja hiljem oli selleks kapital ... Täna on otsustav tegur inimene ise." Hoiame inimesi, töötame selle nimel, et iga abivajaja saaks õigel ajal õiget teenust. Iga inimene loeb! Aitäh!

### **12:34 Aseesimees Enn Eesmaa**

Järgides algatajate ettepanekut, annan järgmisena sõna Isamaa fraktsiooni esindajale. Priit Sibul, palun!

### **12:34 Priit Sibul**

Austatud istungi juhataja, palun ka lisaagea!

### **12:34 Aseesimees Enn Eesmaa**

Palun! Kolm minutit juurde.

### **12:34 Priit Sibul**

Selle küsimuse olulisust ja ulatust mõistame kõik ühtviisi. Lahenduse puhul sellist üksmeelt olla ei saagi. Probleem on nõnda oluline, et Tallinna Ülikooli inimõiguste dotsendi Mart Susi sõnul võib see tipneda inimõiguste rikkumisega. Susi sõnul leiab rahvusvaheline inimõiguste teooria, et meditsiinis pole tähtis, kas tegemist on avaliku või erahaiglaga, kõigil on ühtviisi kohustus inimõigusi tagada. "Meil on probleemiks pikad eriarsti järjekorrad, ja kui õnnestub tõendada, et just seetõttu on inimene kaotanud elu või tervis oluliselt halvenenud, siis saame öelda, et tegu on inimõiguste rikkumisega," lisas ta. 2015. aastal oli 12,7%-l Eesti elanikest katmata ravivajadus, selgus Euroopa Komisjoni Eesti terviseprofiili 2017. aasta ülevaatest. Seda peamiselt pikkade ravijärjekordade tõttu, kuid vähemal määral ka teenuste maksumuse või kauguse pärast. See näitaja oli Eestis Euroopa Liidu kõrgeim. Läänud aastal hindas 10,5% inimestest, et nad ei saanud vajalikke tervishoiuteenuseid pika ravijärjekorra tõttu. Eestis on erinevalt teistest liikmesriikidest katmata ravivajadus probleemiks kõigis sissetulekurühmades, nii väikese, keskmise kui ka suurema sissetulekuga inimestel. Eesti sissetulekuvintiilide erinevused on väikesed, sest peamine takistus teenuste kasutamisel ei ole ainult nende maksumus, nagu ma ütlesin, vaid ka füüsiline kaugus ja järjekorrad. Ambulatoorses ravis oli eelmisel aastal üheksal erialal 33-st kvartalite arvestuses keskmine ooteaeg pikem, kui on lubatud. 54% patsientidest ei saanud ettenähtud ooteajal ambulatoorset ravi. Huvitav on ka see, et haigekassa ega haiglad ei pea arvet selle üle, kui palju on selliseid patsiente, kes end järjekorda panna ei saanud, sest vabu visiidiaegu lihtsalt ei olnud. Me järeldame siit, et patsientide rahulolu uuringud on ebausaldusväärsed, sest uuritakse ainult neid, kes on n-ö löögile pääsenud, teistest ei tea me kahjuks midagi. Kui lisada, et ka mõne statsionaarse ravi ooteaeg küünib aastatesse, siis on selge, et siin riigis on miskit mäda. 1. jaanuari seisuga oli statsionaarse ravi ooteaeg Ida-Tallinna Keskhaiglas ortopeedia erialal näiteks 658 päeva, analoogne seis iseloomustab LOR-eriala, kus ooteaeg Tartu Ülikooli Kliinikumis oli 608 päeva. Aasta alguse seisuga ei olnud lubatud ooteajal statsionaarsele ravile saanud 20% ja päevaravile 28% patsientidest, nõnda selgub Riigikontrolli raportist.

Tööeliste inimeste arvu vähenemine, rahvastiku vananemine ja tervishoiuteenuste kulude kasv seoses tehnoloogia arenguga ja palgasurvega sektoris on need tegurid, mis suurendavad survet meie

tervishoiusüsteemi rahastamisele. Eriarstiabikulud rahvastiku vananemise tõttu kasvavad umbes 17 miljoni euro võrra aastas, teisisõnu, kulustruktuur muutub. Siiski teadmiseks, et üksnes 0,7% Eesti elanikest peab teenuse maksumust teenusele juurdepääsemise takistuseks ning sama väike osa peab takistuseks teenuse geograafilist asukohta. Muidugi, järjekorras on tõenäoliselt siiski vaesemad inimesed, sest nemad ei suuda tasulisi teenuseid tarbida. Katmata ravivajadus on ühtlaselt suur kogu ühiskonnas, aga see mõjutab siiski rohkem kehvemal järjel olevaid inimesi.

Erakonna Isamaa järelalus sellest on see, et lisaraha ei ole ainuke lahendus. See tähendab, et on tegemist kompleksse murega, mida tänane arstiabisüsteem ei võimalda hallata. Järelikult on meil vaja süsteemselt läheneda ja leida uudsed võimalused, ilmselt koos paradigma muutusega sellel teemal, milline on arstiabi koht meie tervise kaitsel. Teiseks, teenuse maksumus iseenesest on turumajanduses möödapääsmatu, ka raviteenuse elus hoidmine tähendab kulutusi ja need korvatakse hinna kaudu. Samuti on füüsiline kaugus möödapääsmatu tegur, enamgi veel, kui soovime riigis infrastruktuuri arendada, siis on see ainult positiivne. Me peame nende asjadega leppima ja enamgi veel, me peame toetama nii turumajanduslikku mõtlemist kui ka hajaasustust üle riigi. Seega peame tegelema kõikide põhjustega, mis tekitavad järjekordi, sest see on süsteemi mure, see ei ole mitte mõni eelnimetatud möödapääsmatu tegur. Neljandaks, hoomatavad järjekorrad tekkisid masuajal ehk arvatavasti püüti ooteaegadega reguleerida ravijärjekordade pikkust. Muu hulgas annavad pikad ooteajad tunnistust süsteemsetest probleemidest, raviprotsesside halvast koordineeritusest, motiveerimata esmatasandist, nõrgast koostööst KOV-i tasandil sotsiaalhoolekandesüsteemiga, aga sellest kõigest on siin juba pikalt ka enne mind räägitud. Kui kulustruktuur on muutumas, st vanemaalistele osutatavate raviteenuste suurem osakaal pluss tehnoloogia kallinemine pluss sektoriti kasvav palgasurve, siis peaksime mõtlema rahastusallikate paljususe peale nii subsidiaarsuse kui ka solidaarsuse mõttes.

Eeltoodust järelalus, et lisaraha ei lahenda meie probleeme (ka Riigikontroll on jõudnud sellele arusaamisele), vaid me peame oluliseks paradigma muutust. Esmatasandit tuleb tugevdada sellisel moel, et iga inimene oleks oma perearsti lepinguline partner koos kohustuste ja vastutusega. Sellisel juhul motiveerime esmatasandit tegutsema nii tervise kaitsel kui ka haiguste ärahoidmisel ja õigeaegsel märkamisel ning kõik osapooled mõistavad oma rolli. Inimeste teadlikkust tuleb tõsta mitte loosungite suuruse abil, vaid meie riigile kohaste IT-vahenditega, et nad oma tervist jälgiks, vahetaksid infot perearstiga, saaksid õigel ajal saatekirja ja konsultatsiooni. Ja peamine, tervishoiusüsteem peab töötama kui tervik, alates perearstist ja lõpetades opereeriva kirurgi ja operatsioonijärgse taastusravi personali ning kohaliku omavalitsuse sotsiaaltöötajatega. Teisisõnu, pärast esmakordset arsti poole pöördumist on inimene tervishoiusüsteemis sees ning korraldatakse kõik vajalikud uuringud kuni taastusravini, ilma inimese alandamiseta mitmetes registratuurides, ilma erinevate paberite nõudmiseta ja inimese jooksutamiseta.

Lõpetuseks. 2017. aastal pöördus EMO-sse umbes 300 000 inimest ehk iga neljas Eesti inimene. Kokku pöörduti EMO-sse 460 200 korral, mida on 13% enam kui 2010. aastal. Siinkohal peaks ütleva, et ei tahaks olla nõus väitega, nagu perearstipraksiste halb kvaliteet ja eriarstiabi järjekorrad sunniksid patsiente EMO-sse pöörduma, pigem tahab ikka kogu meie tervishoiusüsteemi ülesehitus tõsiselt revisjoni alt kuni üles, tipuni välja. Arvame, et riigi sise- ja välisturvalisuse tagamise kõrval on prioriteet tervishoiu korrastamine ja selle paradigma muutmine, seda nii inimeste töö- ja kaitsevõime tõstmiseks, aga arvestades ka seda, et meie pensionisüsteem ei taga elukvaliteedi säilitamist seniorieas, järelikult tuleb töötada kauem ja nii kaua kui võimalik ning loomulikult nii tervelt kui võimalik. Edu nii meile tarkade otsuste tegemisel siin saalis kui ka kõikidele teistele teistes ruumides, kus neid otsuseid langetada tuleb. Täna tähelepanu eest!

## **12:42 Aseesimees Enn Eesmaa**

Eesti Vabaerakonna fraktsiooni nimel Krista Aru, palun!

## **12:42 Krista Aru**

Härta juhataja! Austatud esinejad! Head rahvasaadikud! Ma jätkan Vabaerakonna fraktsiooni nimel seal, kus Isamaa esindaja Priit Sibul lõpetas. Tervishoiusüsteemi ei saa muuta, muutes seal ainult ühte väikest osa või parandades ainult ühte lõiku sellest. Ilmselt on kätte jõudnud aeg, kui kogu süsteem tervikuna tuleks üle vaadata, see vajab ka uut mõtestamist ja paradigmat.

Ma olen kõikide eelkõnelejate väidetega nõus, et vigu on mitmes kohas, vead ja puudused ei ole ainult süsteemi ühes osas, kuid ma püstitaks siin veelgi suurema küsimuse. Mida inimene vajab? Inimene

vajab seda, et tal oleks kindlustunne ja et tal oleks kindlustunne ka selles, et kui tema tervisega midagi juhtub, siis ta teab, kust ta saab abi ja millist abi. Meie väga eklektilises ühiskonnas, kus me räägime võrgustikest ja e-lahendustest ning kus kõik toimib ja nagu ka ei toimi ja kus on väga raske asjadest aru saada, sest info on väga erinev ja infot saadakse kätte väga erinevatest allikatest, on tegelikult väga suur küsimus see, et inimesele ei anta ka seda kindlust või turvatunnet, et ta teaks, kust ja millal ta täpselt võiks abi saada. Me võiksime paljusid asju öelda märksa lihtsamalt ja selgemalt ning öelda julgelt välja, et esimene koht, kuhu inimene pöörduma peaks, on perearstikeskus. Oleks vaja üle vaadata perearsti ja pereõe töökoormus, selle bürokraatia maht, mis praegu on langenud ka perearstile ja mida ju tegelikult ei oleks vaja.

Teiseks peaks olema läbimõtestatult tööle rakendatud seesama uus mudel, mida siin täna doktor Kaarma tutvustas, s.o tervisekeskus. Me ei tohiks tervisekeskust polikliinikuga võrreldes ära unustada, et näiteks selles kunagises polikliinikus töötasid kõrvuti eriarstid ja sageli aitas seal ju lihtne suhtlemine või üle ukse vaatamine, et kuule, kas sul on aega vaadata üle minu patsient, kellel on kõrvahäda, ja see ei lasknudki järjekordadel tekkida. Tervisekeskuse mõtestamine ei peaks olema ka niivõrd keeruline, kuivõrd esimene ülesanne peaks ikkagi olema püstitatud lähtuvalt sellest, et inimesel peab olema teada, kust ta abi saab. Tervisekeskus ei ole mitte osa võrgustikust, vaid see on meditsiinitöö keskkoh. Siis me saame edasi mõtiskleda, kuidas jääb kõrgema etapi raviga. Võib-olla polegi inimest tervisekeskusest vaja edasi saata, ilmselt ei olegi seda sageli vaja.

Suund geeniravimite kasutamise poole on õige ja võib-olla 25 aasta pärast, võib-olla ka viie aasta pärast annab see loodetud tulemusi, me peame sellesse uskuma, aga samas ei tohi me ära unustada selle majanduslikku poolt. Enne, kui seda täiesti selgelt meie meditsiinis juurutada ja üheselt sellele üle minna, peaksid meil olema need analüüsid. Samas, õpetamise pool, uute arstide koolitamise pool peaks olema sellega vahetult kaasas ja sellesse sulatatud. See, mis paistab tegelikult välja selle suure küsimuse tagant, kuidas lühendada ravijärjekordi ...

Palun lisaiega!

#### **12:46 Aseesimees Enn Eesmaa**

Palun! Kolm minutit juurde.

#### **12:46 Krista Aru**

... on just nimelt tervikliku käsitluse puudus. Võib-olla ongi see paratamatus, et meie paradigma pidi vahepeal proovima teisi võimalusi, teisi variante, kuid kogu selles proovimise etapis on sageli ja liialt palju sisse toodud meditsiini kui äri. See on tinginud ka selle, et meil on sageli haiglates suurepärased aparaadid ja kõik vahendid on olemas, me ei jää mitte kuidagi maha kõige kõrgemast standardist, aga meil ei jagu ühes kohas arste, teises kohas õdesid, kolmandas kohas lihtsalt ei olegi enam oskust, kuidas neid aparaate pidevalt käigus hoida. See ei ole kellegi otsene süü, see ei ole mitte midagi muud kui see, et me sageli ei tea, mida tehakse ühe otsuse alusel ja kuidas see üks otsus mõjutab teisi otsuseid. See, mida oleks vaja meditsiini mõtestamises, on just nimelt kogu see tarkus, mis on ju ka meie arstiteaduses olemas. Me ei tohi ära unustada, et Eesti arstiteaduses öeldi juba 20. sajandi alguses need kuldsed sõnad: aparaadid võivad olla, oskused võivad olla, aga eelkõige on arst esimesest hetkest peale see, kes inimest ravib. Ja äri siin taga tuleb sellel hetkel unustada. Aitäh!

#### **12:48 Aseesimees Enn Eesmaa**

Reformierakonna fraktsiooni nimel võtab sõna Hanno Pevkur.

#### **12:48 Hanno Pevkur**

Austatud istungi juhataja! Igaks juhuks küsin kolm minutit kohe ette ära.

#### **12:48 Aseesimees Enn Eesmaa**

Palun! Kokku kaheksa minutit.

#### **12:48 Hanno Pevkur**

Head kolleegid, kes te olete jäänud veel kuulama, austatud minister ja külalised ja kõik, kes te kuskil veebiavarustes või muul moel seda ülekannet praegu veel jälgite! Kui me räägime ravijärjekordadest,

siis tegelikult peaks ju alustama sellest, kas probleem on või seda ei ole. Vaadates uuringuid, vaadates tavaliste inimeste arvamusi, selgub, et üldiselt on Eesti tervishoid hea tervise juures, aga kõige suurem probleem, mis tervishoius on, on tõepoolest ravijärjekorrad, tahaks saada kiiremini arsti juurde. See on subjektiivselt täiesti mõistetav, objektiivselt vaadates leiame kindlasti maailmas riike, kus saab kiiremini arsti juurde, ja leiame riike, kus saab oluliselt aeglasemalt arsti juurde. Seda kõikides tervishoiu etappides, alates erakorralisest meditsiinist ja esmatasandist ning lõpetades eriarstiabiga ja juba spetsiifilisemate teenustega.

Ma olen igati päri sellega, et tervishoiusüsteemi ülesehitamisel ja ravijärjekordadest rääkimisel tuleb tegelikult rääkida tervikust. Ei ole võimalik ühte osa välja lõigata ja arvata, et see lahendab kohe kas ravijärjekordade probleemi või ravikvaliteedi probleemi või mingisuguse teise tervishoius oleva väljakutse. Igal juhul on tervishoid üks tervik.

Kui vaadata seda, mida saab tulevikus teha, siis kindlasti on asju, mille abil on Eestis võimalik olukorda oluliselt muuta. Üks variant on rääkida minevikust, sellest, mis meil kõik halvasti on. Minu tänane sõnavõtt keskendub eelkõige tulevikule ja sellele, mida me saame paremaks teha.

Alustan sellest, kuidas siis saada kiiremini arsti juurde. Loomulikult on neid teid erinevaid, aga vaieldamatult tundub tänasel päeval eri komponente lahates, teades ka süsteemi toimimist, et äraütlemata oluline on üleriigilise digiregistratuuri rakendamine. Jah, eri haiglates on see olemas, aga üleriiklikku tervikpilti meil jätkuvalt ei ole, seetõttu on inimesed mitmes kohas järjekorras ja see tähendab virtuaalse järjekorra teket.

Mida veel saab teha? Kindlasti on võimalik oluliselt suurendada kaugkonsultatsioonide mahtu, kindlasti on võimalik kaugkonsultatsioonid nii patsiendi ja arsti suhtes kui ka arsti ja arsti suhtes ehk näiteks perearst saab konsultatsiooni eriarstilt ja seeläbi tegelikult vabaneb eriarsti ressursi, patsient ei pea ennast eriarsti juurde järjekorda panema.

Ma isiklikult olen sügavalt veendunud, et tegelikult üsna palju on võimalik parandada ka tervishoiu kvaliteedi mõõtmise või ravikvaliteedi mõõtmisega ja selle sidumisega saadava tulemusega. Helmen Kütt mainis korraks Viljandi Haiglat ja seal kasutatavat uut meetodit, mis oma sõnumis kannab ju väga lihtsat eesmärki: tegelikult peab inimene saama terveks. Tuleb saada aru, et mõnel haigusel võib olla hoopis muu põhjus, kui lihtsalt haigusele peale vaadates ja diagnoosi pannes tundub, need põhjused on kusagil mujal. Ravimise lõppeesmärk ei peaks olema see, et inimene saab haiglast välja, vaid ravimise eesmärk peab olema see, et inimene saab terveks. Seetõttu on äärmiselt olulised kõikvõimalikud meetmed, kuidas me saame ravikvaliteeti paremini hinnata ja paremini suunata.

Mis veel? Igal juhul on vältimatu see, et esmatasand saab rohkem panustada kui senini. See tähendab seda, et eriarstisüsteemis saab ravijärjekordade probleem jällegi mõnevõrra leevendust. Esmatasandil on omakorda ju võimalik nii perearsti võimalusi ja õigusi suurendada, kui teisalt on võimalik ka pereõdedele anda rohkem õigusi ja seeläbi kindlasti olukorda esmatasandil parandada.

Patsientide teadlikkus ja üldse inimeste teadlikkus. Üks asi on ennetus, see, mida inimesed teavad oma tervisliku seisundi kohta, teine asi on see, kas inimene teab ka tema tervisliku seisundi parandamiseks tehtavaid kulutusi ehk raviteenuse hind peaks olema patsiendile näha. Aga tulles tagasi raviteenuse või patsiendi enda teadlikkuse juurde, siis ütlen, et siin on innovaatiliste lahenduste kasutamine vältimatu. Kui me räägime geenivaramust ja inimeste geenikaartide koostamisest, siis sealt tulev lisainformatsioon on vältimatult vajalik, selleks et inimestele paremat ravi pakkuda. Geenianndmete peaks automaatne ligipääs olema perearstidel, eriarstidel ja ka apteekritel. See võimaldaks kindlasti paremat ravi määrata, see võimaldaks inimestele õigemal ravi määrata, kui näiteks retsepti kirjutamisel on teada, et mingit tüüpi ravimid sobivad paremini, mingid toimeained sobivad paremini, mingit toimeainet on vaja vähem võtta või mingit toimeainet on vaja rohkem võtta, sõltuvalt sellest, mida geenikaart ravimite manustamise võime kohta ütleb. Nii et selgelt on innovatsiooni- ja tulevikusuund inimeste andmete kasutamisel, mis puudutab inimese terviseandmeid ja teiselt poolt juba inimese kohta kogutud andmeid, mis on digitaliseeritud, alates geenianndmetest ja lõpetades inimese enda personaalsete andmetega, selline, et infovahetus peab igal juhul olema oluliselt suurem. Me oleme tulevikuks välja pakkunud ka e-tervise 2.0 või uue põhimõttelise lähenemise e-tervisele. See on vältimatu suund.

Tahan kindlasti öelda seda, et meil on riigina võimalus teha ka väiksemaid muudatusi, millel on oluliselt suurem mõju. Jällegi, ravimite toime, ravimite mõju. Et teha palju rohkem ravimeid kättesaadavaks, kui täna kättesaadavad on, on võimalik teha väga lihtsaid muudatusi, lubades Euroopa Liidus juba turul olevaid ravimeid ka Eestis käibe. Seda tuleks teha.

Lõpetan veel kaugemasse tulevikku ulatava mõttega. Igal juhul kõik, mis puudutab tulevikulahendusi,

innovatsiooni ja IT rohkemat ja suuremat kasutamist, on vältimatu, selleks et me saaksime nii ravijärjekorrad lühemaks kui ka ravikvaliteedi paremaks. Lõppkokkuvõttes on ikkagi ravikvaliteet see, millele tuleb rõhuda, koos konkurentsi ja kõige muuga, mis sinna juurde käib. Aga täpsemalt lugege Reformierakonna terviseprogrammist, seal on kõik need ja veel palju paremad mõtted kirjas. Head päeva!

### **12:57 Aseesimees Enn Eesmaa**

Palun, Monika Haukanõmm!

### **12:57 Monika Haukanõmm**

Härra juhataja! Hea minister! Head ettekandjad! Head rahvasaadikud! Vaatame meie põhiseadust. Selle § 28 ütleb väga selgelt, et igal eestimaalasel on õigus riigi abile tervise kaitsmisel. Kuid ainult riigi abile lootma jäädes oleks asi liiga lihtsustatud ja isegi, ma ütleks, natuke isekas, sest tervis on meie kõige suurem vara. Kellele on seda looduse poolt antud natuke rohkem, kellele natuke vähem, kuid meile antust olulisem on see, kuidas inimene oma tervisega käitub, kui teadlik ta on, milliseid otsuseid ta teeb, kas need toetavad tema tervist säästvaid valikuid või mitte. Valikud, mida me hakkame tegema juba varases nooruses, näiteks kehaline aktiivsus, tervislik toitumine, riskikäitumine, söltuvusainete tarvitamine, vaimne tervis, mõjutavad meie toimetulekut ja tervist hilisemas eas. See, kui terve on iga üksikinimene, konverteerub nii isiklikuks rahaks (seda mõjutab näiteks omaosaluse tasumine, tasuliste teenuste tarvitamine või vähenenud sissetulek, kui töölt on pidanud tervise tõttu eemale jääma) kui ka kõigi meie rahaks ehk tervishoiurahaks. Inimeste valikud mõjutavad tervishoiu vajaminevaid summasid riigi tasandil, ravijärjekordi ja vajadust toetavate teenuste järele alates abivahenditest kuni hoolduseni, ületades sektorite piire, minnes tervishoiust üle ka hoolekandesse.

Tervisega seotud käitumise muutmine ei ole muidugi lihtne, see on pingutust, aega ja järjepidevust nõudev protsess. Puuduvad ühtsed ja lihtsad lahendused. Jah, ainult teadlikkuse suurendamisest ei piisa, ainult üksiktegevustest ei piisa, ainult ressursside juurdepumpamisest ei piisa, kõhutundest ei piisa. Kuid ma ei taha öelda, et ravijärjekorrad sõltuvad ainult inimeste käitumisest, see oleks liiga lihtsustatud lähenemine. Vaja on, et iga tasand täidaks oma rolli, peale inimeste teeksid seda ka haridusasutused, omavalitsused, tööandjad, perearstid, haiglad, erakorralise meditsiini osakonnad jne. Kui me ravijärjekordadest rääkides keskendume ainult tervishoiule, sellele tasandile, siis oleme me võitluse kaotanud.

Kuidas siis vähendada ravijärjekordi täna ja tulevikus? Toon välja kolm punkti. Esiteks, tervisekäitumise toetamine ja soodustamine, haiguste ennetus ja varajane märkamine ning kohene sekkumine. Tuleviku Eestis peaks olema popp see suhtumine, et terve olla on hea. Vaadates haigekassa eelarvet, näeme, et ennetusele kulutame me umbes 4% ja ravile 96%. Need numbrid on kõnekad. Pikemas perspektiivis on vaja oluliselt enam suunata vahendeid ennetusse, et mitte tegeleda hiljem kallim ja tihti tagajärjetu võitlusega. Kuid ennetus pole ainult haigekassa rahastuse küsimus, vaid nagu ma juba ütlesin, see on palju laiem teema, mis ulatub lasteaiast kuni tööandjateni. Kui me alustame tervisliku käitumisega lasteaias, siis seda peab jätkama ka koolis, kuhu näiteks võiksid rääkima tulla oma ala parimad spetsialistid. Üle ega ümber ei saa töökeskkonnast ja tööandja panustamisest.

Teiseks, tervishoiu raha efektiivsem kasutamine. Selleks on vaja korraldada ümber haiglavõrk ning oluliselt tugevdada esmatasandit ehk perearstisüsteemi ja edasi arendada nn e-teenuseid ja personaalmeditsiini, milles me oleme juba teistele riikidele jalgu jäämas. Praegu on meie tervishoid eriarstiabi poole kreenis, see on justkui meie ajalooline pärand, kuid siit on vaja välja rabeleda ja liikuda esmatasandi tugevdamise suunas, nüüdisaegse meditsiini poole, kasutades kõiki infotehnoloogilisi lahendusi, mis on abimehed nii inimesele kui ka arstile.

Palun lisaiega!

### **13:01 Aseesimees Enn Eesmaa**

Palun! Kolm minutit juurde.

### **13:01 Monika Haukanõmm**

Kõige selle saavutamiseks on aga vaja oluliselt vähendada bürokraatiat tervishoiuteenuse pakkujate tegevuses. Tervishoiuteenuse parema kvaliteedi tagamiseks on vaja muuta taas kohustuslikuks arstide kvalifitseerimise süsteem ning luua ravivigade vastutuskindlustus. Muidugi, eriarstiabi rahastamisel

tuleb liikuda nn protseduuripõhiselt rahastussüsteemilt ravi edendamise põhise rahastuse poole, mille eesmärk on motiveerida arste inimesi terviklikult hindama ja neile nii lähenema. Ehk edukas ravi on rahaliselt motiveerivam kui lihtsalt juhtumipõhine ravimine.

Kolmandaks, tervishoiuteenuste kättesaadavus. Selle parandamiseks tuleks tervishoiusüsteemis suurendada säilenõtkust ehk tervishoiukulude tulubaasi (palgalt tehtavad maksed), et me poleks nii kriitiliselt sõltuvad ja ohustatud majanduskriisist ja rahvastiku vananemisest. Säilenõtkuse parandamiseks on vaja tõsta tervishoiuteenuste osutajate suhtarvu, st leevendada tööjõupuudust, et arstid ei oleks ületöötanud ja väsinud. Vaja on koolitada rohkem perearste ja nihutada fookus kitsalt haiguspõhiselt käsituselt multidistsiplinaarsete oskuste arendamisele. Kuid tervishoiuteenuste kättesaadavuse parandamiseks on oluline oluliselt parem eelseleksioon, selleks et patsient saaks õigel ajal õige arsti juurde, ehk see, kellel ja millal on võimalik näiteks minna kas või erakorralise meditsiini osakonda. Kättesaadavuse parandamiseks on lisaks eelseleksioonile loomulikult vaja süsteemi ka raha juurde. Tänapäev 6,5% SKP-st ei võimalda kõiki kulusid katta ja meie eesmärk peaks olema Euroopa Liidu keskmine ehk umbes 9,5%. Kuid piiratud ressursside juures on tark neid lisavahendeid suunata ainult efektiivsesse süsteemi, sest ilma struktuursete muudatusi tegemata ei ole mõtet raha juurde panna, ravijärjekorrad siis lühenema ei hakka. Lisaks on meil vaja alternatiivseid tuluallikaid, näiteks võiks alkoholiaktsiisist suunata osa tervishoidu ja teisalt suunata tervishoiu rahastuse alt välja näiteks ajutised töövõimetuslehed või haiglate karbikulud. Ehk rohkematest allikatest rohkem raha tervishoidu sisse ning tervishoiuga otseselt mitteseotud kulud tervishoiukulutuste alt välja. Seega, rohkem tervist ja selle hoidmist meile kõigile! Aitäh!

### **13:04 Aseesimees Enn Eesmaa**

Lugupeetud kolleegid, teatavasti Riigikogu arutelu lõpus otsust vastu ei võta, kuid ilmselt oleme kõik ühte meelt, et täna siin kõlanud mõtted ja teave lisavad rahvasaadikute informatsiooni selleks hetkeks, kui vastavaid otsuseid on võimalik või vajalik vastu võtta. Veel, kui vähegi võimalik, olge terved!

Istungi lõpp kell 13.05.