

**Peremeditstiini eriala
arengukava aastani 2020**

Koostajad:

Ruth Kalda

Heidi – Ingrid Maaros

Anneli Rätsep

Sisukord

1. Eriala areng.....	4
1.1. Perearstiteaduse definitsioon ja olemus (WONCA 2011)	4
1.2. Eriala arengu prioriteetid	6
1.3. Võrdlus eriala arengu ning prioriteetidega Euroopa Liidu liikmesriikides ja mujal maailmas	18
2. Teenuste jaotumine	20
Teenuste vajaduse muutumine	20
Teenuste jaotumine esmatasandi meeskonnas	21
Patsiendi turvalisus ja ohutus	22
3. Valveteenistus	23
4. Koormusstandardid	23
5. Prognoosid	24
5.1. Teenusevajaduse prognoos	24
5.2. Perearstide vajadus	24
Perearstide vanuselise koosseisu muutused ning perearstide lahkumine välismaale.....	25
5.3. Uute tehnoloogiate ja meditsiiniseadmete vajadus (sh ravimid).....	26
6. Regulaatiivne keskkond ja vajalikud muudatused	26
6.1. Seadusandlus	26
6. 2. Ravijuhised	27
7. Professiiooni vastutuse tõstmine eriarstide pädevuse jälgijana	29
8. E-tervis.....	29
9. Muid eriala probleeme, ettepanekuid	30

1. Eriala areng

1.1. Perearstiteaduse definitsioon ja olemus (WONCA 2011)

Perearstiteadus on akadeemiline, teaduslik, esmatasandile suunatud meditsiinieriala, millel on oma õppekava, teadustöö ja kliiniline tegevus, ning mis tugineb tõenduspõhisuse printsiipidele. Perearstiteaduse definitsiooni kohaselt käsitletakse eraldi eriala ja perearsti kui perearstiabi osutaja rolli. Peremeditsiini eriala seisukohast peetakse oluliseks rõhutada akadeemilise baasi ja võrgustiku olemasolu hariduse tagamisel, seejuures perearsti tegevuse kirjeldus näitab, kuidas tagatakse akadeemilise eriala omandanud perearsti töökorraldus tervishoiusüsteemis võimaldades patsiendile parimat perearstiabi. Seetõttu ei saa vaadelda perearstiteadust ja peremeditsiini kui eriala eraldiseisvatena vaid teadusuuringud ja tõenduspõhisus on eriala alus ja arengu peamine osis.

Eesti seadusandluses on kasutust leidnud termin üldarstiabi, mille all mõeldakse perearstiabi osutamist. Kuna tegemist on peremeditsiini arengukavaga, siis käesolevas dokumendis kasutame läbivalt terminit perearstiabi.

Esmatasandi tervishoiu mõiste on laiem, ning tuginedes Esmatasandi tervishoiu arengukavale aastateks 2009-2015 on peale perearstiabi teenuse osutajate kaasatud kodune õendusabi, füsioteraapia, koolitervishoid, töötervishoid jt.

Peremeditsiini põhitunnused:

- a) asub tervishoiusüsteemis esmase kokkupuutepunkti rollis, tegeledes kõikide terviseprobleemidega, sõltumata patsiendi vanusest, soost või muudest isiklikest erisustest, tagades sellisel viisil piiramatu ja hea kättesaadavuse kogu elanikkonnale
- b) on abiks patsiendile tervishoiusüsteemis orienteerumisel, koordineerides meditsiiniabi ning tehes koostööd teiste erialade spetsialistidega, tagades sellisel viisil tervishoiuressursside efektiivse kasutuse
- c) arendab isikukeskset lähenemist, on orienteeritud indiviidile, tema perekonnale ja kogukonnale, kuhu nad kuuluvad
- d) edendab tervist ja heaolu sobivate ja efektiivsete sekkumismeetoditega
- e) edendab patsiendi võimendamist
- f) läbi efektiivse suhtlemise loob usaldusliku vahekorra oma patsientidega
- g) on vastutav arstiabi järjepidevuse eest, mis lähtub patsiendi vajadustest
- h) omab spetsiifilist otsusprotsessi, mis lähtub haiguste levimusest ja esinemissagedusest

rahvastikus

- i) tegeleb nii ägedate kui ka krooniliste haigustega
- j) tegeleb sageli haigustega, mis varases staadiumis võivad väljenduda ebamääraselt
- k) osaleb vastutust ühiskonda puudutavate terviseprobleemide lahendamisel
- l) tegeleb terviseprobleemidega, mis väljenduvad füüsiliste, psühholoogiliste, sotsiaalsete, kultuuriliste ja eksistentsiaalsete ilmingutena

Perearst on sellekohase eriala omandanud arst, kes osutab personaalset, laiahaardelist ja järjepidevat arstiabi igale isikule, sõltumata vanusest, soost ja haigustest. Ta tegeleb patsiendiga, arvestades perekonna ja kogukonna konteksti ning kultuurilisi iseärasusi ning respektides alati patsiendi autonoomiat. Ta tunnetab professionaalset vastutust kogukonna ees.

Ta võtab oma otsustes patsiendi tervise ja haiguse kohta arvesse patsiendi kehalisi, psühholoogilisi ja sotsiaalseid aspekte. Kauakestev kontakt võimaldab tal rajada usaldusliku vahekorra oma patsiendiga, mida saab kasutada professionaalselt patsiendi huvides. Ta teeb esimese arstliku otsuse iga probleemi kohta, millega tema poole pöörduetakse. Perearst osutab oma patsientidele professionaalset haigusi ennetavat abi ja tegeleb haiguste diagnoosimisega, ravimisega ja palliatiivse abiga haiguste terminaalstaadiumis ning abistab patsienti eelpool nimetatud teenuste kättesaamisel. Ta praktiseerib ise või koostöös teiste kolleegidega, nii medikute kui mitte-medikutega, arvestades patsiendi vajadusi ning ühiskonna võimalusi. Perearst vastutab oma professionaalsete oskuste arendamise ja säilitamise eest.

Eelnevast tulenevalt on oluline, et perearst valdaks

1. esmatasandi meditsiinikorraldust
2. isikukeskset arstiabi
3. spetsiifilisi probleemilahendamise oskuseid
4. kõikehõlmavat lähenemist, mille puhul kliinilise tegevuse kõrval omab samaväärset tähendust ka ennetus ja rehabilitatsioon
5. ühiskonnale orienteeritust
6. holistilist lähenemist, mis hõlmab patsiendi vaimse, füüsilise ja emotsionaalse tervisega seotud probleeme

Perearsti määratlus Eestis

Eesti Perearstide Seltsi ja Sotsiaalministeeriumi töörühma poolt välja töötatud perearsti definitsioon on ära toodud "Perearsti tööjuhendis" (kinnitatud sotsiaalministri poolt 2001. a. novembris). Perearst on sellekohase eriala omandanud arst, kes on läbinud residentuuri või Tartu

Ülikooli Arstiteaduskonna Täienduskeskuse spetsialiseerumiskursused ning sooritanud perearsti eksami. Perearstide koolituse sisu on määratletud vastavalt kinnitatud perearsti õppeprogrammidele. Lisaks tunnustatakse Euroopa Liidu tingimustes Eesti SOM Terviseametis registreeritud perearstikutsega arste Eestis perearstina töötamiseks.

Perearst osutab koos pereõega järjepidevat üldarstiabi, korraldab hooldust ja haigusi ennetavaid menetlusi kõigile oma nimistus olevaile isikutele vastavalt sotsiaalministri kehtestatud määrusele „Perearsti ja temaga koos töötavate tervishoiutöötajate tööjuhend“. Pereõde on koos perearstiga töötav erikoolituse saanud õde või ämmaemand, kes on läbinud pereõe (WHO erialanimetus “family nurse”) spetsialiseeritud täiendkurse.

1.2. Eriala arengu prioriteetid

Peremeditsiini arengukava üldeesmärgiks on arendada Eestis Euroopa definitsioonile vastav perearstiabi.

Lühikokkuvõtte olulisematest arengutest perearstiabi efektiivsemaks korraldamiseks.

- Jätkusuutlikkuse tagamiseks on oluline tagada tööjõu ressurss perearstiabis arvestades hetkel perearstide ja -õdede mediaanvanust, töötavate üle 65-aastaste meditsiinitöötajate arvu ning Eestist lahkunud arstide ja õdede hulka. Suurim puudus on pereõdedest.
- Perearstiabi efektiivsuse säilitamiseks on vajalik perearsti meeskonna täiendamine lisaõe ja kliinilise assistendiga.
- Pereõde tuleks vabastada mittemeditsiinilistest tegevustest ning arendada senisest laiahaardelisemat õendustegevust. (õe pädevusse kuuluvate ägedate ja krooniliste haigustega patsientide vastuvõtt, õigus avada töövõimetuslehte, retsepti õiguse legaliseerimine, tõendite väljastamine).
- Perearstide ja õdede asendussüsteemi juurutamine ning asenduste laiendamine puhkuse kõrval ka täiendkoolituste ajaks ning pikemaajase haigestumise korral.
- Maapiirkonda tööleasumise püsivate motivatsioonmehhanismide loomine.
- Infrastruktuuri arendamine tänapäeva nõuetele vastavaks, kus oleks võimalik osutada laiendatud esmatasandi tervishoiuteenuseid. Maa, hoonete ja rendi kõrge hind (eriti Tallinnas) suurendab finantsriski ning takistab perearsti residentuuri läbinutel oma praksise avamist ja muudab arstide jaoks raskeks vajalike tööruumide kättesaadavuse.
- Kaasaegsetele nõuetele vastavate tervisekeskuste loomisel ja esmatasandi infrastruktuuri arengul on oluline riigi abi. Sellised küllaltki suuremahulised

investeeringud ei saa tulla perearstiabile ja patsientide teenindamisele suunatud eelarvest. Tuleb luua funktsionaalne ja jätkusuutlik esmatasandi tervisekeskuste investeerimis- ja haldusskeem.

- Laiahaardelise perearstiabi osutamiseks tuleb likvideerida piirangud haiguste jälgimiseks ja raviks, mis kuuluvad perearsti pädevusse (astma ja kroonilise obstruktiivse kopsuhaiguse korral uuringute tegemise ja ravimite esmase määramise õigused). Seejuures tuleb tagada korrektne täiendkoolitussüsteem kvaliteedi tagamiseks.
- Perearstiabi pakkuva meeskonna laiendamine esmatasandi meeskonna näol (füsioterapeut, koduõde, ämmaemand, apteek, sotsiaaltöötaja jt.), mis võimaldaks kõikidele patsientidele võrdväärset ja laiahaardelist meditsiiniabi.
- Perearstiabi kättesaadavuse tagamiseks on vajalik laiendada ja legaliseerida pereõe tegevused (pereõdede retseptiõigus, töövõimetuslehe ja tõendite väljastamine)
- Perearstiabi, mida osutavad kvalifitseeritud ja motiveeritud tervishoiutöötajad, peab olema isiku-, mitte tervishoiutöötaja keskne. Isikukeskne arstiabi oluliseks eelduseks on esmatasandi, eriarstiabi ja hooldusravi/hoolekande vaheline koostöö ning koordineeritus.
- Esmatasandi meditsiiniteenuste tagamine ravikindlustuseta isikutele. Esmatasandi arstiabi oleks vajalik tagada kogu elanikkonnale. Ravikindlustuseta isikute osakaalu suur kõikumine ei tohi nii oluliselt mõjutada perearstiabi tulubaasi stabiilsust.
- Ravikvaliteedi ja praksise kvaliteedi jätkuv arendamine ning diferentseeritud lepingute kaudu arstide motiveerimine järgima kvaliteedistandardeid. Ravikvaliteedi areng on paljuski erialaselt initsiatiiv, kuid tõhusat ravikvaliteedi kontrolli saab otseselt mõjutada vaid Eesti Haigekassa. EPS on seisukohal, et motiveerimine saab tõhusalt toimuda läbi diferentseeritud lepingute sõlmimise.
- Perearstide administratiivsete kohustuste vähendamine, arendades kaasaja IT võimalusi.
- Perearsti nimistu tulubaasi kohandamine vastavalt elukalliduse indeksi tõusule, mis tagaks jätkusuutliku ja kvaliteetse esmatasandi meditsiiniabi.

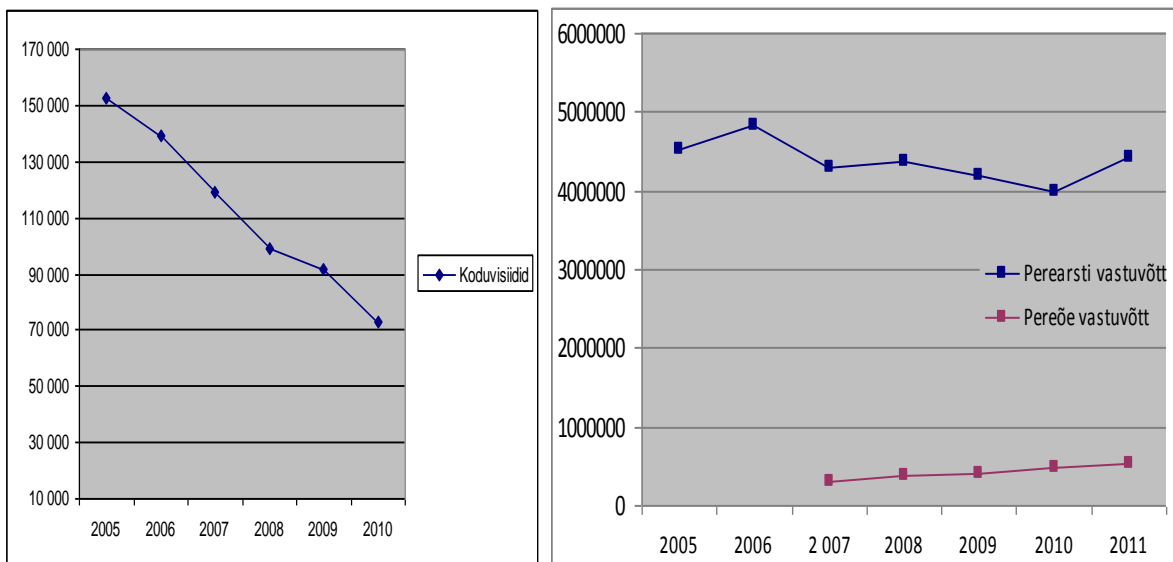
Efektive perearstiabi jätkusuutlikkus

Tagamaks jätkusuutlikku perearstiabi olukorras, mida mõjutavad rahvastiku demograafilised muutused, meditsiini areng, tervishoiu rahastamine, patsientide vajadused ja ootused, on vajalik leida tasakaal soovide ja võimaluste vahel.

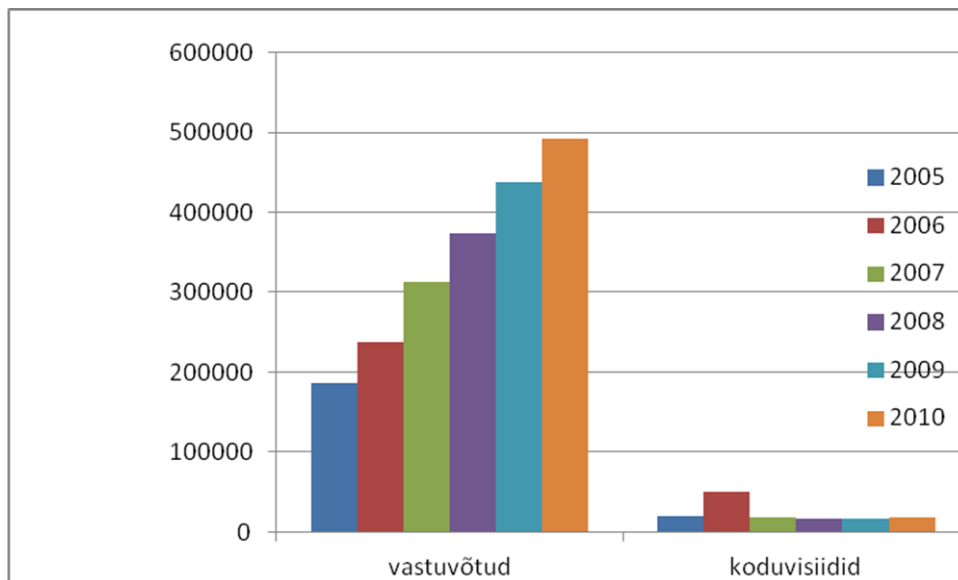
Rahvusvaheline praktika näitab, et tervishoiusüsteemid, mis tuginevad efektiivselt toimivale esmatasandile, kus kogukonnas töötavad kõrge kvalifikatsiooniga perearstid, tagatakse parem kulu- ja kliiniline efektiivsus võrreldes süsteemidega, kus on vähene orienteeritus esmatasandile. Eesti tervishoiusüsteemi tõhusus ja kulutõhusus on head. Sellele viitavad lisaks riiklikule statistikale ka sõltumatud rahvusvahelised uuringud, nagu Euroopa tervishoiuteenuste tarbijaindeks (Euro Health Consumer Index, EHCI), mille hinnangul oli Eesti 2007. aastal tehtud kulutuste ja saadava tervisekasu poolest Euroopa Liidu parimate seas. Vabariigi Valitsuse tegevusprogramm aastateks 2011-2015 kirjeldab, et tervisevaldkonnas võetakse suund tervishoiusüsteemi efektiivsuse tõstmisele ning tervishoiuteenuste kättesaadavuse parandamisele. Teisalt nenditakse nii Esmatasandi tervishoiu arengukavas 2009-2015 kui ka Rahvastiku tervise arengukavas aastateks 2009-2020, et ravikindlustusel on piiratud tulubaas, mis inimeste vajaduste suurenedes ning teenuste kallinedes ohustab tervishoiu rahastamise jätkusuutlikkust. Seejuures on tervishoiuteenuste osutajate inimressursid ja infrastruktuuri võimsus piiratud. On vajalik kriitiliselt hinnata, millises mahus saab praeguste ressursside eest tervishoiuteenuseid lubada ning on küsitav, kas olemasolevat efektiivsust on võimalik tõsta tegemata täiendavaid investeeringuid.

- **Töökoormus**

Sotsiaalministeerium on koostöös Eesti Haigekassaga alates 2000. aastast korraldanud Elanikkonna rahulolu-uuringuid. Nende uuringute tulemused näitavad, et juurdepääs tervishoiuteenustele on aasta-aastalt paranenud ning rahulolu saadud teenustega on kõrge. Ajalise kättesaadavuse osas näitavad 2010. aasta andmed, et vähenenud on nende isikute osakaal, kes pääsevad perearsti vastuvõtule samal päeval ning suurenenud on nende osakaal, kes saavad vastuvõtule aja 3-4 või 5 ja enam päeva jooksul.



Joonis 3. Perearstiabi visiitide arv aastate lõikes.



Joonis 4. Pereõdede iseseisvad vastuvõttud ja koduvisiidid aastate lõikes

Perearstide ja pereõdede töökoormus on kuni 2007. aastani kasvutendentsiga, kuid järgneva 4aasta jooksul on visiitide arv langenud. Visiitide arvu languse võisid tingida mitmed asjaolud, kuid eelkõige ühtib see majanduslanguse perioodiga, mis tingis olulise töötute osakaalu suurenemise. Perearstiabi kättesaadavus ravikindlustuseta isikutele halvenes oluliselt. Selleks, et tagada paremat kättesaadavust, on üsna laialt kasutusel telefonikonsultatsioonid, mis on aktsepteeritav konsultatsiooniliik, mida statistika koostamisel arvesse ei võeta. Suure osa perearstiabi koormusest on kandunud pereõdede vastutusalasle, mida näitab 2,5 kordselt suurenenud pereõdede iseseisvate vastuvõttude arv. Seejuures on õdede koduvisiitide arv püsinud suures osas muutumatuna.

Perearsti visiitide arvu languse võib tingida perearstiabi kättesaadavuse vähenemine piirkondades, kus perearstid on lahkunud, konkurss nimistu täitmiseks ei ole õnnestunud ning teenust osutavad naaberpiirkondade perearstid.

2005. aastast alates on perearstid kvaliteeditasu süsteemi raames järjepidevalt jälginud 2. tüüpi diabeedi ja kõrgvererõhktõvega patsiente ning tegelenud krooniliste haiguste ennetuse ning varase avastamisega. Selle tulemusena on krooniliste haigete keskmine arv perearstide nimistutes aastate jooksul kahekordistunud, seejuures on krooniliste haigete jälgimine oluliselt paranenud. Sihipärane ja efektiivne tegelemine krooniliste haigetega võib samuti vähendada ebaotstarbekate visiitide arvu. Samas aga rõhutab 2010. aastal perearstiabi korraldust auditeerinud Riigikontroll, et perearstid peaksid veelgi enam tegelema krooniliste haigetega ning suunama haigeid eriarstiasse senisest vähem. Auditi kohaselt jälgivad perearstid astma ja kroonilise obstruktiivse kopsuhaigusega patsiente minimaalselt. Seda tingivad mitmed tervishoiukorralduslikud piirangud: teatud piirkondades (Tallinn) ei aktsepteerita perearsti saatekirja spirograafia uuringu tegemiseks, esmakordsel ravimite väljakirjutamisel puudub perearstil õigus määrata ravimeid sama soodustusega kui eriarstil. Kuna antud krooniliste haigetega ei ole perearstid järjepidevalt tegelenud juba aastaid, võib olla suurenenud ka koolitusvajadus. Enamikes Euroopa riikides on ka krooniliste hingamisteede haigustega patsiendid peamiselt perearsti jälgimisel ning eriarst

kaasatakse protsessi vaid vajadusel. Krooniliste haigete ebapiisav jälgimine perearsti poolt võib tuleneda ka seadusandlusest, sest 2002. aastal rakendus Ravikindlustusseadus, mille kohaselt kroonilise haigusega patsiendid võivad eriarsti juurde pöörduda ilma perearsti saatekirjata. Antud ravikindlustusseaduse sätet on tänaseks perearstide seltsi ja SoM arutelude tulemusena muudetud ja eeldatavasti suureneb perearsti väravavahi rolli tõhustumisel perearstiabisse tehtud visiitide arv veelgi. Selleks aga, et perearstiabi rolli veelgi suurendada, ei piisa vaid väravavahi funktsiooni tugevdamisest, vajalik on ka teiste piirangute, mis eelpool välja toodud, kaotamine ning perearsti meeskonda lisaõe kaasamine. Vastasel juhul jääb perearst vaid n.ö dispetšeri rolli, kes patsiendile vajaliku saatekirja eriarsti juurde pääsemiseks väljastab, saamata ja suutmata ise sisuliselt ning ammendavalt probleemidega tegeleda. Oluliselt tõhusamalt võiks perearsti meeskond tegeleda ennetustegevusega, mis on suure töökoormuse tõttu jäänud seni tahaplaanile.

Koduvisiitide arvu jätkuv langus näitab, et Eesti perearstide töö hakkab üha enam sarnanema lääneriikides praktiseerivate perearstide tegevusega. Koduvisiitide suur arv varasematel aastatel peegeldab kindlasti sotsiaalteenuste puudujääke, kuna koduvisiite on aastaid tehtud mitte niivõrd meditsiinilistel kui sotsiaalsetel näidustustel. Sotsiaalsete tugiteenuste paranemine on kindlasti võimaldanud vähendada koduvisiitide arvu.

Tabel 1. Suurte nimistute arv maakondade lõikes (Pille Saar, 2010a.)

Maakond	Nimistute arv maakonnas	Suurte (>2400 isiku) nimistute arv maakonnas	Suurte nimistute osakaal
Saare	18	4	22%
Rapla	20	3	15%
Läänemaa	13	2	15%
Valga	17	2	12%
Tartu	90	7	8%
Pärnu	52	3	6%
Võru	22	1	5%
Lääne-Viru	41	2	5%
Jõgeva	20	1	5%
Ida-Viru	98	4	4%
Harju	330	3	1%
kokku	803	32	4%

Nagu nähtub tabelist 1, on perearstide töökoormus piirkonniti erinev. Eriti paistavad suurte nimistute osakaalu poolest silma Saare maakond, Rapla-, Järva- ja Valgamaa. Nendes piirkondades on suurte nimistute põhjused eeskätt arstide puuduses ja ka perearsti leidmiseks väljakuulutatud konkursside ebaõnnestumine soovijate puudumise tõttu. Seetõttu on olemasolevad perearstid

olnud kohustatud võtma osaliselt üle teiste nimistute patsientide teenindamise. Suurte nimistute kogumise põhjuseks linnades võib olla ka parema materiaalse baasi loomine, sest suuremates linnades nagu Tallinn ja Tartu, on kulutused ruumidele reeglina oluliselt suuremad, kui maapiirkondades, kus perearstikeskuseid toetavad sageli kohalikud omavalistused. See loob aga perearstidele ebavõrdsed võimalused materiaalse baasi arendamiseks.

Selleks, et tagada perearstiabi jätkusuutlikkus maapiirkondades oleks vajalikud püsivad motivatsioonimehhanismid. Riigi poolt pakutakse lähtetoetust maale tööle asuvale arstile, kuid 2011 a. ei olnud ühtegi arsti, kes seda toetust oleks taotlenud. Maal tööle asuvale perearstile peaks leping Haigekassaga olema püsivalt suurema koefitsiendiga, kui tihealade nimistutel. Praegu kehtiv kaugusetasu Haigekassa lepingus ei ole perearstidele piisavalt motiveeriv maapiirkondadesse tööle asumisel. Peremeditsiini residentidega vestlustest on jäänud kõlama arvamus, et kui riik võtaks enda kanda õpingute ajal võetud pangalaenu tasumise ning saadav töötasu või leping Haigekassaga oleks kaks korda suurem kui linnas töötades, siis mõeldaks maale tööle mineku üle oluliselt tõsisemalt. Kardetakse ka maapiirkonnas olevaid sotsiaalseid, elanikkonna töötuse ja ravi kindlustamatusega seonduvaid probleeme, mida perearstil tuleb palju lahendada.

2011. aasta seisuga oli avatud 804 perearsti nimistut. Samal ajal on 2001.a. sotsiaalministri määrusega aastaks 2007 planeeritud nimistute arv Eestis 840, arvestades seda, et nimistute piirsuuruseks on 1600±400 inimest. Seega on praeguseks hetkeks avatud planeeritust vähem 36 nimistut ja sellist suurt arvu ei saa vaid seletada elanikkonna arvu vähenemisega. Vastupidiselt esmatasandi tervishoiu arengukavas planeeritule – vähendada nimistu suurust, et tagada nimistus olevatele isikutele võimalikult kvaliteetne ja kättesaadav perearstiabi – on praeguseks toimumas vastupidine tendents.

Ka Riigikontrolli auditi käigus läbi viidud perearstide küsitlusest selgub, et arstid töötavad intensiivselt, puudub võimalus puhkuse asendusteks, igapäevane töökoormus on suur, töötatakse mitmes teeninduskohas, puudu on abipersonalist. Oluliseks eesmärgiks on suurendada perearstide ja pereõdede motivatsiooni Eestis ja Eesti maapiirkondades töötamiseks, kuna probleemid on seal suurimad.

Arstide liigne administratiiv- ja halduskoormus, mis ei võimalda piisavalt pühenduda arsti pädevust nõudvale tööle, on EPS-i poolt mitmete aastate jooksul tõstatatud probleem. Nii näiteks eksisteerib veel hetkel üle 60 erineva tõendiliigi, mida patsiendid perearstilt võivad soovida. Tõendite väljastamise osas on EPS initsiatiivil astunud suur samm edasi ning Sotsiaalministeeriumiga koostöös on valminud programmi prototüüp, mis võimaldab terviseinfosüsteemi baasil genereerida kolme erineva sisuga tõendit, millest kõige lihtsamat saab patsient terviseinfosüsteemi andmete põhjal ise genereerida. Samamoodi on otstarbekas vähendada erinevate dubleerivate aruannete esitamist. Nii näiteks esitatakse majandusaasta aruanne Äriregistrile, Sotsiaalministeeriumile ning Statistikaametile, kusjuures andmetes, mida küsitakse, on olulisi kattuvusi.

- **Asendussüsteem**

Aastaid on olnud suureks probleemiks perearstile puhkuse võimaldamine ja täiendkoolitustel käimine. Grupipraksistes on võimalik üksteise asendamine, kuid ligi pooled perearstidest töötavad soolopraksistes, kus asenduse leidmine on keeruline ning seetõttu pole paljud maapiirkondades töötavatest perearstidest saanud lubada endale korralist puhkust. See soodustab perearstide läbipõlemist ning vähendab motivatsiooni töötada Eestis. 2011. aastal käivitus perearstide asendussüsteem, esialgu küll veel piloteerimise tasemel, mis võimaldab perearstil ja pereõel leida süsteemi kaudu asendaja puhkuse ajaks. Edaspidi peaks asenduste tagamise kord võimaldama osaleda täiendkoolitustel ning vajaduse korral tagama asenduse kiiremini, näiteks töötaja ootamatu pikemaajalise haigestumise korral.

- **Perearsti meeskond ja prakside tulubaas**

Perearstiabi tegevuse aluseks on meeskonnatöö, kus igal liikmel on oma konkreetne tegevusvaldkond. Kehtivate õigusaktide kohaselt peab iga nimistut teenindama vähemalt üks perearst ja üks täiskohaga pereõde. Samas on teada, et keskmiselt on Eestis ühe nimistu kohta 0,8 pereõde. Probleeme esineb sagedamini maapiirkondades, kus lisaks arstidele on puudus ka pereõdedest. Arvestades aga õdede järjest suurenevat töökoormust ning vajadust suurendada ennetusalase töö osakaalu perearstiabis, on äärmiselt suur vajadus teise pereõe järele perearsti meeskonnas. Riigi poolt peaks olema tagatud ressursid, mis võimaldaks luua mõlemale õele töötingimused iseseisvaks tegevuseks. Selline standard peaks muutuma tavaks igas praksis. Perearsti praksis on ka töid, mis ei nõua arsti ega õe kvalifikatsiooni vaid piisaks kliinilisest assistendist, kes võtaks vastu telefonikõnesid, korrastaks dokumentatsiooni, koostaks lihtsamat aruandlust või näiteks sisestaks diktofoni loetud sissekannete teksti arvutisse. Kliiniline assistent on vastava väljaõppe saanud töötaja, kes tuleb toime patsientide selekteerimisega nii pereõe kui ka perearsti vastuvõtule. Sellisel viisil jagatud tööülesanded tagaksid ka perearsti- ja pereõe teenuse parema kättesaadavuse, kuna nad on vabastatud tööst, milleks pole vaja arsti ja õe haridustaset. Praegu puudub veel kliinilise assistendi kutsestandard, ning koolituskava, kuid seda oleks otstarbekas planeerida, kuna arstide ja õdede puudus ning pikk koolitusaeg vajavad tööjõuressursi väga otstarbekat kasutamist.

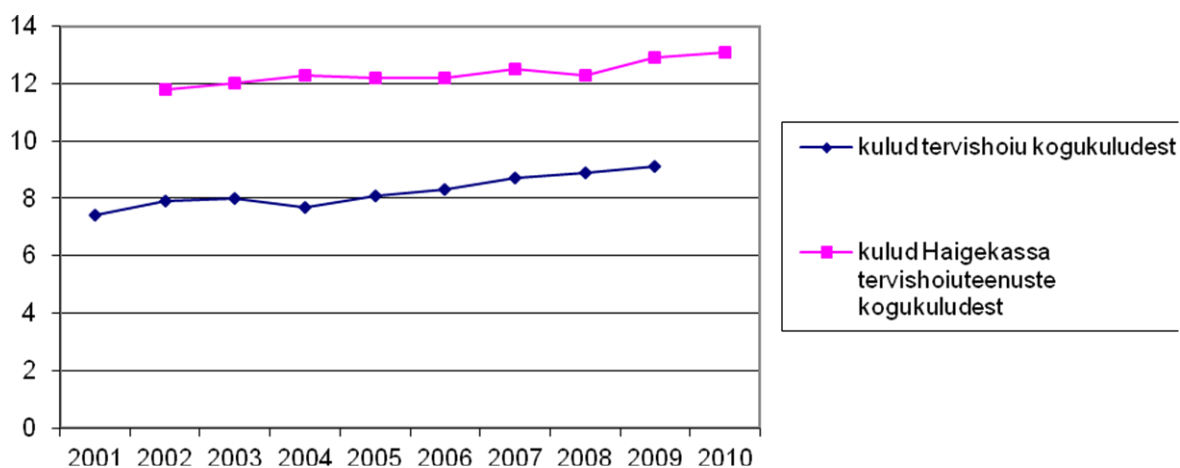
Olukorras, kus üha rohkem räägitakse perearstiabi asemel esmatasandi arstiabist, peaks mõtlema ka esmatasandi arstiabi meeskonna moodustamisele, kuhu kuuluks peale perearsti/pereõe teenuste ka

- a) kodune õendusabi teenus,
- b) füsioteraapia teenus,
- c) ämmaemandusabi teenus,
- d) koolitervishoiu teenus,
- e) apteegi teenus,
- f) töötervishoiu teenus,
- g) hambaravi teenus,
- h) vaimse tervise õe teenus.

Patsientide kättesaadavus nimetatud teenuste osas on Eesti erinevates piirkondades väga erinev. Enam on tagatud see suuremates linnades või asulates, kuid kindlasti puudub valdav osa teenuseid hajaasustusega piirkondades. Teisalt on suuremates keskustes küll teenused olemas, kuid patsiendi jaoks kättesaamatud koordineerimatuse tõttu. Samuti on probleeme hooldus- ja sotsiaalteenuste koordineeritusega. Katmata sotsiaalteenused kulutavad tarbetult meditsiiniteenuste ressursi. Vajalik on kehtestada loend, millised teenused peavad riigi poolt olema igas piirkonnas tagatud

Arenguid, mis peaks tagama laiahaardelise, isikukeskse, koordineeritud esmatasandi meditsiiniabi osutamise kõikidele Eesti elanikele, on kirjeldatud Esmatasandi arengukavas 2009-2015. Kahjuks on olnud tegevused esmatasandi arengukava ellurakendamiseks väga aeglased või lausa puuduvad

Perearsti nimistu tulubaasi aluseks on kulumudel. Elukalliduse ja mitmete teenuste hindade tõusu tõttu ei vasta praegu kulumudeli aluseks olevad hinnad nimistu ülalpidamisega seotud kuludele. Eriti raskes olukorras on väikesed nimistud ning nimistud, kus on suur ravikindlustuseta isikute osakaal. Nimistute normaalseks eksisteerimiseks peaks pearaha iga-aastaselt tõusma vähemalt elukalliduse indeksiga samas rütmis.



Joonis 5. Kulutused perearstiabile aastate lõikes, %.

- **Materiaalse baasi ja infrastruktuuri areng**

Juriidiliselt on perearstid ettevõtjad, kes nimistu teenindamiseks osutavad teenuseid üldarstiabi osutava äriühingu kaudu või füüsilisest isikust ettevõtjana. Perearsti tegevuskoha siseseadete ja aparatuur on perearsti või temale kuuluva üldarstiabi osutava äriühingu omand. Selline majandusvorm on taganud perearstidele iseseisvuse oma töö korraldamisel, mis on oluliseks motivaatoriks eriala valikul. Samas on perearstil uue nimistuga töö alustamisel vajalik investeerida arvestatav summa tööks vajaliku inventari soetamiseks, mis võib tekitada probleeme. Lahenduseks võiks teenuste rahastaja võimaldada praksise alustamise tasu või suuremat ettemaksu krediidina praksise siseseadete soetamiseks konkursi võitnud arstile. Võimaluste paljusus, kus praksise omanikuks võib olla nii perearst kui ka KOV, tagaks, et perearstid, kes ei soovi olla praksise omanikud, leiaksid samuti endale sobiva töötamise vormi. Paraku on antud võimalust kasutanud vaid üksikud omavalitused.

Infrastruktuuri areng on tihedalt seotud esmatasandi meeskonna laienemisega. Väga sageli ei vasta tingimused, milles paljud perearstid praegu töötavad, isegi mitte perearstiabi osutamiseks vajalikele nõuetele, rääkimata vastavusest laiendatud meeskonna vajadustele. Üksikud perearstid on võtnud riski kanda isikliku vastutusega laenukoormust ning hallata kinnisvara, kuid seda ei saa pidada tavaks, mida kohustuslikuks teha kõigile. Perearsti meeskonna vastuvõturuumid või perearstikeskused võiks olla riigi või KOV haldusalas.

„Infrastruktuuri ebaühtlane tase, mis tuleneb perearstide kui majandusüksuste erinevast võimest investeerida arendamisse mõjutab osutatavate teenuste kvaliteeti“, kirjeldatakse esmatasandi arengukavas 2009-2015. Samas planeeritakse esmatasandi võrgustiku infrastruktuuri, töövahendite ja ruuminõuete kaasajastatud standardite väljatöötamist ja elluviimist aastaks 2015. Plaani järgi peaks aastast 2010 kolm laiapõhjalist esmatasandi teenust pakkuvat tervisekeskust juba töötama, aastal 2012 neid aga veel ei eksisteeri. On ilmne, et need eesmärgid, mis esmatasandi arengukavas on püstitatud, vajavad täitmist. Ilma selleta ei ole võimalik rääkida ka perearstiabi kvaliteedi olulisest paranemisest

Infrastruktuuri arendamisel on oluline hinnata demograafilisi arenguid ja rahvastiku rännet. Ilmselt on praegu kehtivat nimistute paiknemist omavalitsuse piirides vajalik ümber hinnata ning tervisekeskused planeerida piirkondadesse, kus on piisavalt inimesi, et tasuks asutada laiahaardelist meditsiiniabi pakkuvat tervisekeskust. Tervisekeskus võiks olla ka näiteks mitut valda haarav või ületada vajadusel ka maakonna piire. Samaaegselt vajab lahendamist patsientide transpordiküsimus, et tagada kõikidele patsientidele juurdepääs arstiabile. See aga tähendab, et koos esmatasandi tervishoiu küsimustega on vajalikud lahendada ka halduskorralduse ja üldisemad Eesti elanike elukorraldust puudutavad küsimused. Samuti on vaja määratleda, kelle ülesanne on patsientide logistika korraldamine ning rahastamine. Piirkondades, kus ei ole otstarbekas rajada tervisekeskuseid ja teenust jäävad osutama üksikpraksised, tuleks lähtuvalt piirkonna elanike arvust ümber hinnata perearsti ja pereõe töökoormused. Ilmselt on mitmes piirkonnas mõistlikum rakendada osakoormust, võimaldades nii perearstil kui õel pakkuda oma teenust ka mõnes teises piirkonnas. Selline töökorraldus võimaldaks paigus, kus on puudu perearstidest, kuid nimistus olevate patsientide arv väike, rakendada tööjõudu mitme nimistu peale. Sellistel juhtudel ei ole ilmtingimata vajalik osutada perearstiabi igapäevaselt seadusega ettenähtud tundide piires vaid lähtuda ratsionaalsest vajadusest ja võimalusest. Samal ajal aga tuleks tagada praksiste rahastamine selliselt, et perearstid oleksid motiveeritud jagama end mitme nimistu peale. Vajalik on paindlikkus ning perearstiabi rahastamislepingute suurem diferentseeritus.

Kvaliteet

- **Ravikvaliteet**

Perearstiabi kvaliteedi arendamine on olnud EPS prioriteet pikka aega. 2005 aastal alustati läbirääkimisi Eesti Haigekassaga kvaliteedisüsteemi loomiseks. Välja on töötatud kliiniliste indikaatorite grupid, mis peegeldavad nii perearsti preventiivset tööd kui ka mitmete krooniliste haigustega patsientide jälgimist. Eraldi osas hinnatakse nii perearsti kui ka pereõe pädevuse

olemasolu ning eripädevust nõudvate tegevuste (pisikirurgia, günekoloogiline töö ning rasedate jälgimine) teostamist. Kvaliteeditasu moodustab 1,4% perearsti lepingumahust. Kuigi liitumine on vabatahtlik, ulatub osalejate arv 2012 aastal 85%-ni. Positiivse tulemuse on saavutanud 45% liitunud perearstidest. Katrin Västra magistr töö andmetel on kvaliteeditasu süsteemi rakendamisele järgnevatel aastatel avastatud ennetustegevuse käigus krooniliste haigustega patsiente varasemast rohkem. Lisaks on suurenenud krooniliste haigustega patsientide hulk, keda perearst jälgib ise ning vähenenud on hüpertooniaga patsientide hospitaliseerimine. Sellised muutused toovad kaasa tervishoiusüsteemi efektiivsuse ning tervishoiuressursside ratsionaalsema kasutuse. Kvaliteedisüsteemi tulemuslikkust arvestades on selle arendamist vaja jätkata, kaasates ka üha rohkem perearste.

Ravikvaliteedi ning meditsiiniressursi otstarbekama kasutuse aspektist on oluline arendada e-saatekirjade süsteemi, mis pilootprojektina on oma efektiivsust tõestanud. E-saatekiri võimaldaks selekteerida kiiremat eriarstiabi vajavad patsiendid ning vastavalt probleemile diferentseerida eriarstiabisse pääsemise järjekorda. E-saatekirjade sisuline kvaliteet on pilootprojekti käigus oluliselt paranenud, mis omakorda näitab ravikvaliteedi arengut positiivses suunas. E-saatekirja põhjal saab eriarst anda ka e-konsultatsiooni ilma patsienti nägemata. Siit kerkib vajadus e-konsultatsioon seadustada.

E-saatekirjade projekt vajab suuremat riigi poolset initsiatiivi, et kaasata erinevaid eriarstiabi teenuseosutajaid. Seeläbi jõuaks õigel ajal eriarsti konsultatsioonile patsiendid, kes seda tõesti vajavad.

- **Perearsti praktilise kvaliteet**

2009. aastal publitseeriti EPS poolt koostatud „Perearstipraksiste kvaliteedistandardid“, mis kirjeldab standardid, kriteeriumid ja indikaatorid, millele hästi toimiv praksis peaks vastama. EPS on ainus erialaselt, kellel eriala kvaliteedistandardid on kirjeldatud. EPS juhatus korraldas erinevates Eesti piirkondades perearstidele mitmeid koolitusi praktilise kvaliteedi teemadel. Alates 2010. aastast tunnustab EPS praktiliseid, kes on süstemaatiliselt tegelenud mitte ainult ravitöö tulemuslikkuse jälgimisega vaid sellele lisaks arendanud kogu perearstipraksise tööd vastavalt kvaliteedikriteeriumitele. EPS veebipõhises kinnises koolituskeskkonnas Svoog saavad arstid kirjeldada oma praktilise tegevust. Indikaatorite alusel kvalifitseerub praksis A, B või C tasemele. A tasemele vastavaid praktiliseid auditeerivad EPS juhatuse liikmed, kõrge kvaliteediga praksistes töötavad kolleegid ning auditeerijaid väljapoolt EPS-i. Parimaid tunnustab EPS oma aastakonverentsil.

EPS eesmärk on, et tunnustataks neid perearstikeskuseid, kes on teinud pingutusi, et praktilise töökorraldus tagaks patsientidele parima ligipääsu ja kättesaadavuse, meditsiinipersonali pideva enesearenduse ja kvaliteedikontrolli läbi ka parema ravikvaliteedi. Tunnustus võiks tähendada paremaid lepingutingimusi. Hetkel tasutakse kõikidele perearstidele ühtsete tingimuste alusel ning puuduvad otsesed stiimulid, mis sunniks kõiki praktiliseid kvaliteedi arendamise suunas pingutusi tegema. EPS leiab, et tulevikus võtab kvaliteedi hindamise läbiviimise üle riik kaasates perearste ekspertidena süsteemi arendamisse.

- **Ravikindlustuseta isikute arstiabi ja perearsti tulubaas**

Eesti on Euroopas üks vähestest riikidest, kus perearstiabi ei ole kõikidele elanike gruppidele kättesaadav. Kindlustamata isikute hulka kuuluvad töötud isikud, kes ei ole arvel Töötukassas. Probleem on mitmetahuline: tegemist on teatud elanikegruppide ebavõrdse kohtlemisega ning teisalt on häiritud perearstiabi tulubaasi stabiilsus. Kuna perearsti nimistu rahastamine baseerub pearahal, siis töötuse määra kõikumisel tekib oluline tagasilangus perearstiabi rahastamises. Eriti mõjutatud on maapiirkondade praksised, kus ka omavalitsuste võimalused raviteenuste eest tasumiseks on kasinamad. Praksise rahastamise kulumudel on toimunud tingimustes, mil ravikindlustuseta isikute määraks on arvestatud 5-7%. Haigekassa poolt perearstinimistutega sõlmitud 2011. aasta III kvartali andmete alusel on perearsti nimistutes keskmiselt 11% kindlustamata isikuid ning üle kümnendiku nimistutest on kindlustamata isikute osakaal 15-25%. Võttes aluseks värske rahvaloenduse andmed ja kindlustatute arvu sama ajaperioodi seisuga, saame kindlustamata isikute suhtarvuks 3,8%. Seega võib olla perearstide nimistutes üsna suurel hulgal inimesi, kes ei ela ega tööta Eestis. Probleemiks on see nimistutes, kus lubatud piirarv isikutest on ületatud, perearstil oleks valmidus teenindada suuremat hulka inimesi, kuid neid ei saa juurde registreerida, kuna nimistu piirarv on täis. Seetõttu vajab arutelu teema, kuidas perearsti nimistutest lülitada välja isikud, kes enam Eestis ei ela.

Arvestades inimeste põhiõigust arstiabile, krooniliste haiguste arvu kasvu ning seda, et enamik ravikindlustuseta inimestest on ilma haiguste ennetamisele ja varajasele märkamisele suunatud tegevustest, oleme seisukohal, et esmatasandi arstiabi peab olema kättesaadav ravikindlustusest olenemata. Perearsti nimistu suurust ja rahastamist arvestatakse kõikide avalduse esitanud isikute järgi sõltumata nende ravikindlustuse olemasolust.

Koolitus ja koolitusvajadus

Kogu erialakoolituse eest vastutab Tartu Ülikooli arstiteaduskonna peremeditsiini õppetool. Täna 2012. aastaks loodud perearsti erialaga akadeemiliste kraadidega õppejõudude kaader. Kõik õppejõud on sertifitseeritud perearstina ning kõigile õppejõududele on lisaks õppe- ja teadustööle loodud tingimused praktiseerimiseks peremeditsiinis. Eesti akadeemilise peremeditsiini arengut on tunnustatud ja plaanis on edasi arendada peremeditsiini õpetamise seniseid arengusuundi ning toetada nende edasist arendamist. On vaja suurendada residentuuri vastu võetavate arstide arvu, toetada perearstiteaduse spetsiifiliste teadustööde jätkamist ning eriala identiteedi tugevdamist teiste erialade hulgas, rõhutades seniseid saavutusi eriala akadeemilise ja teaduspotsiaali integreerimises praktilise peremeditsiiniga. Arengu tagab õppetooli akadeemiliselt ja erialaliselt pädev, noor ja entusiastlik kollektiiv ning teadustöö integratsiooni teiste erialadega ning rahvusvaheline koostöö.

Perearstiteaduse õppe arengusuunad aastateks 2012-2020

- Õppestruktuuri organisatsiooni tugevdamine ning õppetegevuse laiendamine.
- Residentuuri mahu suurendamine Eesti vajaduste tasemele ning residendiõppe kvaliteedi

standardiseerimine EU nõuete kohaselt.

- Õppejõudude ja perearstidest õppe juhendajate koolituse standardi loomine ning koolituse korraldamine.
- Õppebaasidena toimivate perearstikeskuste akrediteerimine.
- Uutele õppevormidele vastavate õppevahendite loomine, näiteks distantškoolituses kasutatavad loengud, demonstratsioonivahendid, videod jne.

Perearsti eriala ettevalmistus toimub alates 2003. aastast vaid residentuuri kaudu vastavalt residentuuri programmile ja riiklikule tellimusele. Koolitatavate perearstide arvu määramisel lähtutakse Eestis avatud praksiste arvust, perearstile tööjuhendi kaudu sätestatud kohustustes ja praegu töötavate perearsti erialaga arstide vanuselisest koosseisust.

Tabel 2. Perearstide nimistute arv ning üle 63 aasta vanuste perearstide osakaal maakonniti (Pille Saar, 2010)

Maakond	nimistute arv	vanus > 63	osakaal
Valga	17	6	35%
Pärnu	52	11	21%
Lääne-Viru	41	8	20%
Ida-Viru	98	15	15%
Tartu	90	10	11%
Harju	330	34	10%
Rapla	20	2	10%
Viljandi	32	3	9%
Võru	22	2	9%
Järva	24	2	8%
Saare	18	1	6%
Jõgeva	20	1	5%
Hiiu	8		0%
Läänemaa	13		0%
Põlva	18		0%
kokku	803	95	12%

Nagu tabelist näha, on kõige keerulisemas olukorras hetkel Valga-, Pärnu- ja Lääne-Viru maakonnad, kus hetkel perearsti nimistuga töötavate pensionieale lähenevate perearstide arv ületab viiendiku maakonnas töötavatest perearstidest. Suurim arv üle 63 aastastest perearstidest töötab aga Harjumaal (34 perearsti). Lisaks pensionieale peaks koolituste planeerimisel arvestama ka muid arstide arvu mõjutavaid tegureid, näiteks: perearstide välismaale tööle siirdumine, lapsehoolduspuhkusele jäämine, arstiteaduskonda lõpetavate arstide koguarv, perearstisüsteemile uute tööülesannete lisandumine. Sellisel viisil oleme leidnud, et igal aastal oleks vajalik koolitada vähemalt 32 kuni 35 uut perearsti. Paljude loetletud tegurite mahtu on siiski raske prognoosida ning arvestama peame ka arstiteaduskonda lõpetavate üliõpilaste arvuga. Juhul kui perearsti tööjuhend laieneb või perearstisüsteemile lisanduvad muud kohustused (näiteks vastuvõtutaja väline valveteenistus, patsientide ravimine pikaravi haiglas, töötervishoiu ülesanded, siis on vaja perearstide arvu perearstisüsteemis nende ülesannete katmiseks suurendada ja ettevalmistatavate perearstide arvu samuti suurendada. Muutuma peaksid siis ka õppekavad, lisanduma peaks väljaõpe uute ülesannete täitmiseks.

Riigikontroll (2011) leidis oma auditis, et isegi kui perearstina asuvad tööle kõik perearstiõppe läbinud, on meil 20 aasta pärast 60 perearsti vähem, sest selle aja jooksul jõuab pensionikka 72% praegustest perearstidest. Samal ajal on sotsiaalministeerium seadnud endale eesmärgiks vähendada ühe perearsti nimistusse kuuluvate patsientide arvu ning parandada sellest tulenevalt perearsti töö kvaliteeti. Riigikontroll leiab, et seda eesmärki ei ole võimalik praeguse perearstiõppe korralduse juures täita. Seega on vajalik optimeerida kas perearstiabile seatud eesmäärke või suurendada hüppeliselt perearstisüsteemis töötavate tervishoiutöötajate arvu.

1.3. Võrdlus eriala arengu ning prioriteetidega Euroopa Liidu liikmesriikides ja mujal maailmas

Eesti meditsiini ja perearstiabi võrdlemiseks teiste riikidega kasutasime OECD Health Data 2012 andmeid.

Võrreldes OECD Health Data 2012 andmeid eristuvad Eesti, Mehhiko ja Türgi riikidena, kus tervishoiukulutused rahvuslikust koguproduktist (GDP%) on madalaimad (6,1 – 6,3%), jäädes kaugele riikide keskmisest kulust, mis on 9,5%. Kõige suuremad kulutused tervishoiule on USA-s (17,6%) ning Euroopa riikidest Hollandis (12%), Šveits, Taani ja Austria (11%). Põhjamaadest Soomes 9% ning Rootsis 10%. Keskmise arstide arv 1000 elaniku kohta OECD riikides on 3,1 ning Eesti (3,2/1000). Kõige vähem arste elanikkonna kohta Euroopa riikides (1,7-2,2/1000) on Türgis ja Poolas. Suurim arv arste on Kreekas (6,1/1000). Soomes (3,3/1000) ja Ühendkuningriikides (2,7/1000) on arstide defitsiit ning nendesse maadesse toimub Eestist suurim meditsiinitöötajate väljaränne. Kui arstide arv Eestis on OECD riikide keskmisel tasemel, siis õdede arv on meil oluliselt madalam (6,1/1000), kui keskmine on 8,7 õde tuhande elaniku kohta. Euroopa riikidest on kõige vähem õdesid Türgis (1,6/1000) ja Kreekas (3,3/1000), seevastu põhjamaades ja Suurbritannias on õdesid 10-14 tuhande elaniku kohta.

OECD riikide iga patsient teeb arstile aastas keskmiselt 6,4 visiiti. Eestis on see arv keskmine visiitide arv 6,0. Euroopas teevad kõige enam arsti visiite Slovakkia, Tšehhi ja Ungari patsiendid (11-11,7). Kõige harvem käivad arstil Šveitsi, Rootsi, Soome ja Kreeka patsiendid (2,9- 4,3). Eesti patsientide arsti külastuse sagedus on sarnane Hollandi ja Austriaga, kus GDP osakaal tervishoiule on suurim.

Patsientide omaosalus kõikidest tervishoiukuludest on keskmiselt 20% ning Eestis on see 19%. Madalaim patsientide omaosalus on Prantsusmaal (7%) ning Ühendkuningriikides (9%). Euroopa riikidest kõrgeim omaosalus on Kreeka (38%) ja Ungari (26%) patsientidel. Kogu tervishoiu kuludest moodustab ravimite ja meditsiinitarvikute osakaal keskmiselt 17%. Eestis on vastav kulu 22%, kusjuures Šveits, Taani ja Austria kulutused ravimitele ja meditsiinitarvikutele on 10-12%. Kui haigla voodikohtade arv on OECD riikides keskmiselt 4,9 1000 elaniku kohta, siis Eestis on see arv 5,3. Tugeva esmatasandiga riikides nagu Taani, Kanada, Ühendkuningriigid ja Austraalia on voodikohtade arv 3 - 4 tuhande elaniku kohta.

Kuigi võrreldes teiste riikidega on Eestis tervishoiule eraldatud rahade proportsioon oluliselt väiksem, on kallite uuringute tegemise aktiivsus üle keskmise taseme. Kui magnetresonantsuuringuid tehakse OECD riikides keskmiselt 46 tuhande inimese kohta, siis Eestis on uuringute arv 48, mis on võrreldav Hollandi, Austria ja Kanada arstide poolt tehtud uuringute mahuga. Kompuutertomograafilise uuringu teostamise sagedus on keskmiselt 124 tuhande inimese kohta. Antud uuringu kasutussagedus Eestis (275/1000 inimese kohta) on isegi enam, kui USA-s tehtavaga (265/1000 inimese kohta). Suuremate tervishoiukuludega Euroopa riikide uuringu tegemise sagedus 77-146/1000 inimese kohta.

Suitsetajate, alkoholarvitajate ja ülekaaluliste inimeste keskmist osakaalu teiste Euroopa riikidega võrreldes ilmneb, et Eesti tulemused on kõikides näitajates üle keskmise taseme ning varajase suremuse tõttu kaotatud eluaastate arv kahekordselt suurem, kui OECD keskmine.

Kokkuvõtvalt võib öelda, et Eestis on tervishoiule suunatud kulutused GDP proportsiooni hinnates madalaimad. Voodikohtade arv ning väga suur uuringute läbiviimise maht näitab, tervishoiusüsteemi kallutatust eriarstiabi suunas. Ravimitele kuluv proportsioon on samaväärne rikaste Euroopa riikidega, kuid samal ajal on patsientide omaosalus jätkuvalt kõrge. Oluliselt suuremat rõhku peaks panema ennetustegevusele, et vähendada varajast suremust. Ennetustegevus toimub peamiselt esmatasandil. Eelkõige on vaja suurendada ödede osakaalu nende tööülesannete laiendamist ning ennetustegevuse eelisarendamist.

Eestis tervikuna on vajalik suurendada tervishoiusüsteemi rahastamist ning arendada ennetustegevust esmatasandil, kui prioriteetset valdkonda.

2. Teenuste jaotumine

Erialase teenuse vajadus sõltub suuresti perearstidele pandavate kohustuste hulgast. Esmatasandi arstiabi võiks areneda selles suunas, et meditsiini- ja sotsiaalvaldkonna teenused võimaldaks pakkuda patsientidele veelgi laiahaardelisemata abi. Perearstitöö maht sõltub oluliselt ka teiste erialade arengutest – mida spetsiifilisemaks muutuvad teised erialad, seda rohkem tegevusi lisandub perearstile. Perearsti poolt tagatav teenuste maht sõltub ka arstide proportsioonist. Näiteks Kanadas on perearste 70% arstkonnast ning osutatud teenuste valdkonnad väga laiad. Eestis on perearste 25%. Kui tekib vajadus teenuste nihkumiseks perearstiabisse, siis tuleb arvestada ka suureneva vajadusega tööjõu järele. Teenuste jaotumisel võivad erialad teha kokkuleppeid, kuid olulisel määral mõjutab erialaväline surve – näiteks kui pikad on ooteajad eriarstile, kui kättesaadavad on uuringud.

Teenuste vajaduse muutumine

21. sajandil suurim väljakutse tervishoiusüsteemile kasvav krooniliste haiguste osakaal, teisalt pidevalt arenevad meditsiini võimalused ning inimeste eluea pikenemine (WHO). Eluea pikenemisega kaasneb risk, et patsiendil on mitu kroonilist haigust. Suurbritannias tehtud uurimused näitavad, et krooniliste haigustega patsiendid kasutavad 80% perearsti ajaressursist ning 15% nendest on üle kolme kroonilise haiguse. Krooniliste haiguste raviks tekib üha uusi ravimeid, teisalt tekivad tõsised probleemid polüfarmakoteraapiaga, mille tõttu suureneb koos- ja kõrvaltoimete risk. Erinevate maade uuringud näitavad, et 16-32% juhtudest on arstide poolt määratud vale ravim või vale annus ning tehtud ebasobivaid laboratoorseid analüüse. Selline olukord võib kergesti tekkida, kui erinevate erialade arstide tegevus ei ole hästi koordineeritud.

Krooniliste haiguste ravi eesmärk ei ole tervistumine vaid sümptomite kontroll, eluea pikendamine ning parema elukvaliteedi tagamine. Seejuures on patsientidel erinevad vajadused, et toime tulla haigusest tingitud füüsiliste, psühholoogiliste ja sotsiaalsete mõjudega. Teisalt nõuab krooniliste haigustega toimetulek üsna suurt patsiendi osalust ning mitmete käitumuslike muutuste tegemist. Patsientide ootused teenuste saamisel ja tervisetulemi osas võivad olla väga erinevad. Ühed võivad eelistada funktsionaalset sõltumatust intensiivse medikamentoosse ravi asemel, teised nõustuvad intensiivse polüfarmakoteraapiaga, kui see suurendab elulemuse võimalusi, kuigi kaotavad elukvaliteedis ravimite kõrvaltoimete tõttu.

Krooniliste haigustega patsientidele teenuste osutamine peab muutuma komplekssemaks ning selle keskmes peaks olema patsiendi vajadused. Maailmapraktikas kirjeldatakse krooniliste seisundite teenuste mudelit (Chronic Care Model), mis kirjeldab tervishoiuteenuste struktuuri, mille eesmärgiks on parandada kroonilise haigustega patsientide tervisetulemit. Ka Eestis oleks otstarbekas selle temaga tegeleda, enne kui arendada teenuste prognoosi erinevatel tasemetel eraldi. Võimalik, et tekib vajadus senised tervishoiuteenuste prognoosimise alused üle vaadata.

Teenuste jaotumine esmatasandi meeskonnas

Esmatasandi arengukava aastateks 2009-2015 näeb ette teenuste jaotumise olulisi muutuseid, kui perearsti meeskonnaga liitub ämmaemand, füsioterapeut, koduõendusteenust pakkuv õde, vaimse tervise õde, sotsiaaltöötaja. Selline koostöö võimaldab adekvaatsemalt vastata patsiendi vajadustele ning paindlikumalt abi koordineerida. Ka perearstiabi meeskonnas toimuvad olulised muutused. Juba praegu on sagedasemate krooniliste haigustega nagu II tüüpi diabeet ja kõrgvererõhktõvega patsientide jälgimine jagatud perearsti ja pereõe vahel. Üha enam peaks aga pereõde olema kaasatud stabiilses seisundis patsientide jälgimisse ja nõustamisse. Pereõdede paremaks ettevalmistamiseks on neile antud õigus väljastada krooniliste haigustega patsientidele teatud ravimite kordusretsepte, eeldusel, et patsiendi seisundile on antud adekvaatne hinnang. Esimesed 19 pereõde lõpetasid 2012. a veebruaris TÜ arstiteaduskonna täienduskeskuses 12 nädalat kestnud kliinilise farmakoloogia kursuse. Kursus on koostatud TÜ kliinilise farmakoloogia ja peremeditsiini õppetooli poolt.

Siiski ei ole õdede kaasatus krooniliste haigete jälgimisse veel nii valdav, kui seda võib näha Soome või Rootsi perearstiabis. Samas on nendes riikides perearstiabi meeskonnas oluliselt suurem õdede arv. Õded tegelevad lisaks reisivaktsineerimise alase nõustamisega, astma ja kroonilise obstruktiivse kopsuhaigusega, vaimse tervise häiretega patsientidega. Meie perearstiabi vajab suuremat õdede hulka ning õdede väljaõppe tõhustamist nii diplomiõppes kui ka elukestva õppe osas.

Pereõded võiksid enam olla kaasatud ägedate respiratoorsete- ning kergemate uroinfektsioonidega patsientide esmasesse nõustamisse – pädevus selleks on paljudel õdedel olemas. Senisest enam saaks õdesid kaasata ennetustegevusse.

Hetkel pärsib õdede tööjõu adekvaatsemat kasutamist tööruumide väiksus ning laiemalt võttes infrastruktuuri arengu puudumine. Sageli on piiratud võimalused linnades, kus perearstid töötavad endistes polikliinikutüüpi asutustes, kus võimaldatakse ruume rentida piiratud ulatuses. Pole harv, kui arst ja õde töötavad ühes kabinetis ning protseduuride ruumi jagatakse mitme praksise peale. Õde viibib arstiga vastuvõtu ajal samas ruumis ning alustab iseseisvat vastuvõttu peale arsti vastuvõtu lõppemist. Sellises olukorras on piiratud võimalused õe iseseisva tegevuse edendamiseks, veel vähem lisatööjõu kaasamiseks.

Pereõde tuleks vabastada mittemeditsiinilistest tegevustest nagu analüüside ja uuringute digitaliseerimine, arvete kontrollimine, aruannete koostamine, koristamine, kütmine jne. Selleks peaks perearstil olema ressurss lisatööjõu palkamiseks.

Perearstil, kes tegutseb hajusa asustusega piirkonnas, võib tekkida täiendav vajadus õendusabi järele. See tingib vajaduse telemeditsiiniteenuse järele, mis võimaldab õdedel paindlikult arstiga konsulteerida.

Teenuste osutamise nihkumine ja teenuste jaotumine eriarstiabiga seoses

Teenuste osutamises toimub peremeditsiini- ja eriarstiabi arenguga seoses pidev ülesannete ümberjaotamine, nii perearsti meeskonna siseselt nagu eelnevalt kirjeldatud, aga ka perearstiabi

ja eriarstiabi vahel. Perearstiabi loomisest alates on perearstid edukalt asunud osutama teenuseid haiguste korral, millega tegelesid varem vaid eriarstid (ägedad ülemiste hingamisteede haigused, II tüüpi diabeedi ja kõrgvererõhktõve ja hüpotüreosiga patsiendid jt). Osaliselt tänu sellele on eriarstiabi saanud enam arendada väga spetsiifilisi eriarstiabi teenuseid. Võrreldes Skandinaaviamaadega on Eestis esmatasandil pakutavate teenuste hulk oluliselt tagasihoidlikum. Samas näitab maailmapraktika, et krooniliste haigete jälgimise kvaliteet ei erine eriarsti poolt tehtavaga, samas on esmatasandi arstiabi tervishoiukulukuse aspektist oluliselt odavam.

2011. aastal läbiviidud Riigikontrolli audit tõi puudusena välja, et kroonilisi haigeid suunatakse perearstiabist eriarstiabisse sageli ilma selge näidustusega. Nagu eelpool nimetatud, võiks perearstid pakkuda veelgi laiahaardelisemat tegevust erinevate krooniliste haigustega patsientide jälgimisel. Sellisel viisil teenuste nihkumisel on vajalik hinnata perearsti meeskonna koormuse muutust ning sellega seoses tööjõuressurssi, infrastruktuuri arenguid, uuringute teostamise võimalusi ning ravimite esmase määramise õiguseid. Ebaotstarbekat suunamist eriarstile aitaks vältida e-saatekirja süsteem (vt. E-tervis.)

Teenuste nihkumine ning tegevuste jaotamine esmatasandi ja eriarstiabi vahel vajab kokkuleppeid eriarstiabi osutajatega ning erialaseltsidega. Konkreetsed tegevusvaldkonnad ning kokkupuutepunktid perearstiabi ja eriarstiabi vahel erinevate haigusjuhtudega patsientide käsitlemisel lepitakse kokku ka erialasiseste ja erialadevaheliste käsitusjuhenditega.

Patsiendi turvalisus ja ohutus

Parema ravikvaliteedi ja patsiendi ohutuse tagamiseks on vajalik tervishoiuteenuste ühtlustamine. Perearstidele oleks suureks abiks käsitusjuhised ja otsustoe võimalus. Need arendused peaksid tulema terviseinfosüsteemi arendustest. Soomes on suured kogemused käsitusjuhiste loomise ja rakendamise. Arstidel on võimalik leida kiiresti tõenduspõhist ja kaasaegset informatsiooni iga meditsiinilise seisundi, diagnoosi, uuringu või meditsiinilise protseduuri kohta. Eestis selline võimalus puudub. Kui Eesti Haigekassa hindas, millised karakteristikud määravad, kas perearst kasutab uuringufondi väga suures mahus või väga väikses mahus, siis ei ilmnenud ühtegi eristavat tunnust (maa/linna arstid, naised/mehed, suure/väikese nimistuga, nimistu ealine koosseis jne). See näitab, et Eesti perearstide käitumine haiguste diagnoosimisel ja uuringute teostamisel on sihipäratu ja sõltub arsti harjumusest. Elektrooniliste, kiiret otsingusüsteemi omava, tõenduspõhist infot sisaldava kliiniliste seisundite käsitusjuhiste olemasolul oleks võimalik ühtlustada ja ratsionaliseerida diagnoosi- ja raviprotsessi. Teisalt tagaks see ohutuse patsiendi tervises seisundi käsitlemisel. Eestil puudub inimressurss, et ise kõiki käsitusjuhiseid luua. Võiks kasutada rahvusvahelist kogemust ning arenenud maade tunnustatud keskuste juhendid sisse osta, tõlkida ning kohandada Eesti oludele.

Kokkuvõtteks: Esmatasandi arengukava ellurakendamine ning esmatasandi tervisekeskuste asutamine ning laiapõhjaliste teenuste pakkumine. Pereõe suurem kaasamine ennetustegevusse, ägedate haigete nõustamise ning krooniliste haigustega patsientide jälgimisse. Teenuste nihkumisel perearstiabisse tuleb arvestada ka selleks ressursse. E-lahenduste arendamine: e-saatekiri, e-konsultatsioon ning elektrooniliste kliiniliste käsitusjuhiste kättesaadavaks tegemine

Eesti arstidele ja õdedele.

3. Valveteenistus

Vastuseks Riigikontrolli ettepanekule perearstiabi valveteenistuse kohta on Sotsiaalminister vastanud järgmist: „Tulenevalt tervishoiutöötajate ressursi piiratusest näeme ka edaspidi arstiabi pakkujatena väljaspool perearsti tööaega peamiselt kiirabi ja haiglate erakorralise meditsiini osakondi.“ Valveteenistuse tööpõhimõtted vajavad korrastamist riigi tasandil. Perearstidele etteheidete tegemine olukorras, kus perearsti tööjuhend ei näe ette valveteenistust öhtutundidel ja nädalavahetustel, toob kaasa liigseid pingeid. On täiesti selge, et valveteenistuse rakendumine perearstiabi tasemel nõuaks olulisi kulutusi. Senine praktika näitab, et abi osutamine väljaspool perearsti tööaega toimib ning haiglate erakorralise meditsiini osakondade töökoormuse suurenemine tuleb pigem elanikkonna madalast terviseteadlikkusest.

Kui siiski, riik leiab, et on vajadus parandada perearstide kättesaadavust väljaspool praegust tööaega, tuleb lahendada järgmised probleemid:

- Tööjõud. Töötamine öhtutundidel ja nädalavahetusel peab olema vabatahtlik ja eraldi, lepinguväliselt tasustatud. Lisaks nõuab valveteenistus täiendavate, perearsti kvalifikatsiooni omavate arstide kaasamist, mis aga arvestades praegusi koolitusvõimalusi ei ole reaalne. Juba töötavatele perearstidele täiendavate ülesannete lisamist peaks aga niigi suure töökoormuse tõttu vältima.
- Materiaalsed vahendid. Regionaalsel printsiibil valveperearstide süsteemi loomiseks on vajalik korralik ühtne dispetšeri- ja sidesüsteemi olemasolu. Mitte vähem oluline ei ole ka vastavate ruumide ja transpordivahendite olemasolu. Küsimus omaette on valvetöö sisu, perearstid ei saa asendada kiirabi. Erakorraline töö nõuab eraldi väljaõpet ja see omakorda aega ja lisaressursse. Öhtutundidel vastuvõttus peavad olema tagatud elementaarsed diagnostikavõimalused ning labori- ja radioloogilised uuringud peavad olema kättesaadavad.

Perearstitöös on väga oluline järjepidevus, patsientide usaldus ja vastastikune koostöö. Alates 2005 aastast on rakendunud perearsti valvetelefon (1120), mis töötab 24 tundi ööpäevas ja mis vastab tänaseks ligi 600-le kõnele ööpäevas.

Riik peab korraldama ja rahastama, kui peetakse vajalikuks erakorralise meditsiini osakonnas kehtestada ka üldarsti või perearsti vastuvõtt.

4. Koormusstandardid

Perearstide rahastamine põhineb pearaha printsiibil. Perearsti töökoormust määratleb nimistu suurus, mille piirid on kehtestatud ning kohustus võtta vastu ägedad haiged samal päeval ning teiste probleemidega patsiendid viie tööpäeva jooksul. Vastuvõttutundide minimaalne arv päevas peab olema 4 tundi, kuid kohustus võtta patsiendid vastu nimetatud päevade jooksul võib tekitada

olukorra, mil perearsti töötundide arv päevas kujuneb 10-12 tunniseks. OECD andmetel teevad Eesti patsiendid aastas ühe isiku kohta 6 arstivisiiti, mil Põhjamaades kõigub see arv 2,9-4,6 visiidi vahel. Seejuures pöörduakse Põhjamaades palju enam õdede poole. Ka Eestis on patsientide pöördumine pereõdede poole oluliselt kasvanud, kuid arstide visiite ei ole see vähendanud. Seejuures on Põhjamaades 10-15 õde 1000 elaniku kohta, mil Eestis on 1000 elaniku kohta vaid 6,1 õde. Seega on arstide töökoormus Eestis oluliselt suurem. Perearstiabi kättesaadavuse säilitamiseks peab suurenema õdede arv ning arstide maksimaalne päevane patsientide arv vajab reglementeerimist, et ei kannataks teenuse kvaliteet.

5. Prognoosid

Tervishoiupoliitiliste muudatuste puhul on üldiselt võetud suund tervishoiusüsteemi efektiivsuse tõstmisele ning tervishoiuteenuste kättesaadavuse parandamisele. Märksõnadeks e-teenused, perearstide lisaõe palkamine, ravimite kättesaadavuse suurendamine, asendusperearstide süsteem, noorte arstide maakonnahaiglatesse siirdumise toetamine, saartele helikopteriteenuse tagamine jne, samuti peetakse oluliseks patsientide vaba liikumist ja võimalust valida teenuseosutajat.

5.1. Teenusevajaduse prognoos

Erialase teenuse vajadus sõltub suuresti perearstidele pandavate kohustuste hulgast.

Perearstitöö maht sõltub oluliselt ka teiste erialade planeeringutest- mida spetsiifilisemaks muutuvad teised erialad- seda rohkem tegevusi lisandub perearstile. Plaanis on muuta perearsti väravahi rolli tugevamaks ning piirata erialade arvu, kuhu patsient pääseb ilma perearsti suunamiseta (nt. dermatoloog, pulmonoloog/ftisiaater) ning sellega seondult tõuseb perearstisüsteemi koormus veelgi.

Esmatasandi tervishoiu arengukava kohaselt on ette nähtud, et keskmine perearstiabisse tehtud visiitide arv ühe elaniku kohta suureneb praeguselt 3,3-lt kuni 3,6 visiidini aastas ning perearstiabi visiitide osakaal kõikide tervisjoius tehtavate visiitide ja vastuvõttude arvust suureneb 52%-lt 2010 56%-ni 2015 aastal. Üle 2000 isikuga nimistute arvu vähenemist on kavandatud vähemalt 20 nimistu võrra.

5.2. Perearstide vajadus

Väga oluliseks perearstide vajadust reguleerivateks eeldusteks on a) Eesti rahvastiku muutused järgnevate aastate jooksul. b) perearstide vanuselise koosseisu muutused ning perearstide lahkumine tööle välismaale

Eesti rahvastiku muutused

Eesti rahvastikku iseloomustab elanike vanuselise struktuuri muutus- eakate inimeste osakaalu suurenemine ja noorte osakaalu vähenemine. Statistikaameti 2006. aastal tehtud prognoosi kohaselt väheneb Eesti rahvaarv pidevalt, olles 2050. aastal 1,24–1,25 miljonit. Samas ei ole täna veel tehtud uusi prognoose, sõltuvalt [2012. aasta rahva ja eluruumide loenduse](#) tulemustest.

Samal ajal aga 2006.a prognoosi kohaselt suureneb aastatel 2020-2040 üle 65 aastaste osakaal

rahvastikust 3-4 % võrra, ja väheneb alla 20 aastaste kui ka 20-64 aastaste osakaal (vt. joonis)
Joonis 6. Eesti rahvaarvu dünaamika erinevates vanusegruppides 2020-2050 aastatel.

Tulenevalt demograafilistest muutustest suureneb mitmete krooniliste haiguste, peamiselt kardio-vaskulaarsüsteemi haiguste (insult) ja diabeedi osakaal. Eesti Rahvastiku Tervise Arengukava andmetel tõusevad üha enam esiplaanile seni tagaplaanil olnud haigusrühmad: vaimse tervise häired, psühhiaatrilised haigused ning nakkushaigused, viimastest eelkõige HIV/AIDS. Suureneb haigestumus vähki ja psüühilistesse haigustesse (Alzheimeri tõbi, vaskulaarne dementsus). Eeskätt just krooniliste haiguste arvelt, mis elanikkonna küsitlusi arvestades, häirib ligi 90 % krooniliste haigustega inimeste igapäevaelu ja tegemisi, suureneb ka perearstisüsteemi tehtavate visiitide arv, avahooldust ja kodust õendusabi vajavate inimeste arv ning regulaarset jälgimist vajavate inimeste arv.

Perearstide vanuselise koosseisu muutused ning perearstide lahkumine välismaale

Andmete aluseks on R.-A. Kiiveti, Helle Viski ja Toomas Asseri poolt tehtud Eestis töötavate arstide arvu prognoos aastaks 2032 (eesti Arst 2012; 91(8):403-412

Analüüsist nähtub, et hetkel on Terviseametis registreeritud 1022 perearsti erialaga arsti, neist 907 omab töökohta Eestis. Tõendi välismaale tööle lahkumiseks on võtnud välja 54 perearsti ehk 15% alla 65 aasta vanustest perearstidest. Eesti töötavate perearstide vanuse mediaan on 54 aastat, mis on kõrgem kui arstide vanus keskmisena. Samal ajal on perearstid ka üheks erialaks, kus üle 65 aasta vanuste ja töötavate arstide osakaal on üks väiksemaid, moodustades vaid 8,6%. See näitab et väga suure tõenäosusega tuleb arvestada, et pensioniikka jõudnud perearst ka oma töö lõpetab.

Antud andmetest lähtub, et kui 2004.a koostatud peremeditsiini arengukava kohaselt plaanisime aastatel 2010-2018 vastu võtta igal aastal 30 residentuuri ja hoiame sellist vastuvõttu ka järgnevatel aastatel, siis tegelikkuses selline pealekasv ei ole piisav.

Riigikontrolli auditi 2011 aasta andmetel jõuab järgmise 20 aasta jooksul (2011–2030) pea igal aastal pensioniikka rohkem perearste, kui noori perearste prognoositavalt juurde tuleb. Sellel perioodil jõuab pensioniikka 586 praegust perearsti (72% perearstidest). Noori perearste tuleb aga tööturule juurde prognoositavalt ainult 454. Perearste oleks tulevikus piisavalt, kui planeeritud residentuuri vastuvõtt (30) jätkuks ka pärast 2018. aastat ja kõik residentuuri lõpetajad asuksid perearstina Eestis ka tööle. See on aga väga ebatõenäoline. Samuti on residentuuri lõpetajaid üldjuhul vähem kui õpingutega alustajaid. Seega ei taga perearsti residentuuri vastuvõtu hoidmine 2018. aastani 30 tasemel tõenäoliselt veel piisavat perearstide pealekasvu. Arvestades ka prof. Kiiveti ja kaasautorite tehtud analüüsi, oleks optimaalseks peremeditsiini residentuuri kohtade arvuks iga-aastaselt 40.

5.3. Uute tehnoloogiate ja meditsiiniseadmete vajadus (sh ravimid)

Peremeditsiini eriala areng ja krooniliste haigete osakaalu suurenemine tingib vajaduse üle vaadata perearstiabis kasutatava varustuse kirjeldus. Tulevikus on ilmselt vajalik, et põhivarustuse hulka kuuluks spirograaf, tümpanomeeter, vererõhu ööpäevase jälgimise aparaat.

EPS osaleb rahvusvahelises (Läänemere riigid) telekonsultatsiooni ja telementorlust arendavas projektis PrimCare IT (2012-2014). Juba 2006. aastal käivitati videoloengute keskkond koondnimega Svoog, kuhu on salvestatud üle 400 öppeloengu. 2011. aastal külastas Svoogi juba 2/3 EPS liikmetest. Esmasele arendusele järgnes digi-resertifitseerimine, kus kõik atesteerimistoimingud on elektroonsed.

Projekti käigus lisatakse Svoogile nii telementorlust kui ka telekonsultatsiooni moodulid, mis võimaldavad perearstil küsida abi keeruliste ning spetsiifiliste haiguslugude kohta ning parendab spetsialistide omavahelisest koordinatsiooni. Eriti vajalik on see noorarstidele ja kaugemates piirkondades töötavatele praksistele, kellele konsultatsioon ja nõuanne on raskemini kättesaadav. Lisaks avardub e-õppe keskkond Svoog võimalusele, et integreerida koostööpartnerite õppeportaal.

6. Regulaatiivne keskkond ja vajalikud muudatused

6.1. Seadusandlus

1. Kuigi esmatasandi tervishoid baseerub Eestis peaaugjalikult perearstide ja temaga koos töötavate tervishoiutöötajate poolt osutatud tervishoiuteenusel, nimetatakse Tervishoiuteenuste korraldamise seaduses perearstide poolt osutatavat abi jätkuvalt üldarstiabiks. Perearstide Seltsi ettepanek on juba mitmeid aastad olnud nimetada vastav teenus ümber perearstiabiks. Meil on peremeditsiini õpe, peremeditsiinialane teadustöö, ka arengukava teeme me peremeditsiinile. Perearstide poolt osutatava abi nimetamine üldarstiabiks tekitab terminoloogilist segadust, kuna teatavasti nimetatakse Eesti tervishoius üldarstideks ülikooli lõpetanud kuid ilma eriarstiks spetsialiseerumata arste. Seetõttu võib ekslikult tekkida arvamus, justkui töötaksid Eestis esmatasandi tervishoius ilma spetsialiseerumata üldarstid.

2. Käesoleval hetkel on Eesti Vabariigis perearstiabi seadusliku regulatsiooni aluseks Sotsiaalministri 29. novembri 2001. a määrused nr 11, 112, 113, 114 mis sätestavad avaliku konkursi korra perearstile nimistu andmiseks, nimistu dokumentide üleandmise korra ning perearsti nimistu piirsuuruse, nimistu moodustamise, muutmise ja võrdlemise alused. Üldine nõue on, et perearsti nimistu moodustatakse avaliku konkursi korras ning nimistule saab konkureerida vaid perearsti eriala omav arst. Antud põhimõtteid peaks püüdma kindlasti ka edaspidi säilitada, isegi, kui perearstide nappuse tingimustes tekiks surve anda nimistut ka ilma perearsti erialata arstile.

3. Sotsiaalministri määruse 04.08.2005 nr. 93 „Perearsti nimistute piirarv“ kohaselt, peaks olema

Eestis avatud 837 nimistut. Tegelikuses on täna sõlmitud Haigekassa leping 804 nimistu rahastamiseks. Arvestades seda, et Esmatasandi tervishoiu arengukavas 2009-2015 aastaks, on ühe olulise esmatasandi arstiabi kvaliteedi tõstmise meetmena ette nähtud perearsti nimistute piirsuuruse vähendamist, on täiesti selgelt näha, et arengukavas välja toodud suunad ja tegelikkus ei ole omavahel kooskõlas. Uute nimistute avamise vajadus on suurim Saare, Rapla, Valga maakonnas, aga ka Tartus, kus suurte nimistute arv on kõige valdavam. Probleemiks on siinkohal perearstide puudus loetletud maakondades (v.a. Tartu), ja see vajaks juba palju komplekssemat lahendust riigi tasandil, kuidas antud piirkondades ja üleüldse maapiirkondades tagada elanikele elukohajärgne perearstiabi.

4. Eelpooltoodud määrustele lisandub perearsti ja temaga koos töötavate tervishoiutöötajate tööjuhend. Tööjuhendi üldnõudena on sätestatud, et iga perearsti juures pea töötama vähemalt üks pereõde. Arvestades aga patsientide üha suurenevat vajadust tervishoiuteenuste järele seoses krooniliste haiguste kasvu ja elanikkonna vananemisega ning ennetustegevusele suurema tähelepanu pööramisega, tekib vajadus seadusandluse tasemel sätestada nõue kahe pereõde töötamiseks nimistus. Eelpooltulenevast on kohe vajadus kaasajastada ka 29. novembri 2001. a määrust nr 116, mis reguleerib perearstipraksise ruumide planeerimise nõuded. Juba 2004-2015 aasta peremeditsiini arengukavas kirjutasime, et ühest küljest on määruse nõuded on jäänud ajale jalgu ja ei võimalda perearstikeskuse tegevusi ja teenuseid planeerida ja osutada võimalikult mitmekülgset ja funktsionaalselt. Lisaks töötavad paljud perearstid selleks algselt mitteetennatud hoonetes, mis perearstiabi osutamise algaastatel olid omas ajas sobivad, praegu, 20 aastat hiljem aga enam kindlasti mitte. Otstarbekas on kavandada tüüpprojektid uutele perearstipraksistele, järgides esmatasandi tervishoiu arengukavas esitatud visiooni. Tõsiselt peaks kaaluma võimalust, kus perearstikeskuste ruumide omanikuks on kohalik omavalitsus, perearstid, olles iseseisva lepingu omanikud, rendivad aga KOV-lt selleks otstarbeks ehitatud ruume. Sarnane mudel on näiteks kasutusel Taanis.

6. 2. Ravijuhised

Perearstid eelistavad ravijuhiseid, mis on töötatud välja kas nende endi algatusel ja tihedas koostöös teiste erialade spetsialistidega või teiste erialade poolt küll algatatuna, aga kus perearstide kaasamine toimub varakult, kohe ravijuhendi väljatöötamise protsessi algul. Praeguseks on Haigekassa, WHO ja TÜ Arstiteaduskonna ühise töö tulemusena valminud uus ravijuhendite koostamise käsiraamat, milles on ka selgelt kogu ravijuhendi väljatöötamise protsess kirjeldatud. Protsessi olulisimaks põhimõtteks on mitme eriala esindajate, erinevate huvirühmade, kaasa arvatud õenduseriala esindajate ja patsientide esindajate kaasatus. Uuendatud põhimõtet järgides on valminud ravijuhend kõrgvereõhktõve käsitlesest esmatasandil, alustatud on eeskätt esmatasandile mõeldud täiskasvanute astma diagnostika- ja ravijuhendi ning ärevushäirete käsitusjuhendi väljatöötamist.

Eelnevatel aastatel on valminud järgnevad ravijuhendid, mis on Haigekassa poolt tunnustatud, on mõeldud kasutamiseks ja järgimiseks ka perearstidele, aga pole valminud uuenenud põhimõtteid järgides.

- Helicobacter pylori infektsiooni diagnostika ja ravi juhend

- Astma lapseeas
- Eesti 2. Tüüpi diabeedi ravijuhend
- Kuni 18-aastaste laste tervisekontrolli juhend
- Sagedasemate haiglaväliste infektsioonhaiguste laboratoorse diagnostika ja ravi algoritmid perearstidele
- Peptilise haavandi ravijuhend
- Kroonilise südamepuudulikkuse diagnoosi ja ravi juhend
- Ägeda südamepuudulikkuse diagnostika ja ravijuhend
- Parkinsoni tõve Eesti ravijuhend
- Reumatoidartriidi ravijuhend
- Riskivastsündinute jälgimise juhend lapse esimesel ja teisel eluaastal
- Sapikivitõve diagnostika ja ravi juhend
- Urotrakti ja meeste suguteede infektsioonide ravi juhend
- Südame-ja veresoonkonna haiguste ravijuhend
- Ägeda kõhu diagnostika ja ravitaktika
- Insuldi ravijuhend
- Epilepsia ravijuhend
- Depressiooni diagnostika ja ravijuhend

Perearstide poolt on koostatud lisaks eelnevale ka:

- **Pereõe tegevusjuhend**
- Viirushepatiitide käsitusjuhend
- Ägedate sooleinfektsioonide käsitusjuhend perearstidele

Enamik neist ravijuhenditest, mis on aastate jooksul välja töötatud, vajavad lähiajal kaasajastamist.

Vajadus oleks kindlasti veel järgmiste ravijuhendite järele:

- Kroonilise obstruktiivse kopsuhaigusega patsiendi käsitusjuhend (olemasolev diagnostika –ja ravijuhend on pärit aastast 2001 ning vajab väga oluliselt kaasajastamist seonduvalt eeskätt perearstide paranenud diagnostika-, aga ka ravivõimalustega. Ravijuhendi väljatöötamise protsessis peaksid olema läbi arutletud ka kogu perearsti meeskonna roll antud haige käsitlemisel. Täna on KOK haigete ravi ja jälgimine pigem eriarstiabi vastutusvaldkond.
- Seljavalude käsitus
- Krooniline valu ja peavalude käsitus

Patsiendijuhised

Eesti Perearstide Seltsi liikmed on tavapäraselt osalenud kas koostajatena või nõustajatena väga paljude patsiendijuhiste väljatöötamisel: „Alkohol minu kehas“, „Hoia tervist, hoia südant“, „Kõrge vererõhk, kuidas kaitsta südant“, „Lapse tervisepäevik“, „Lapse toitumine ja kehakaal“, „Rinna-ja emakakaevavähi varane avastamine“, „Stress ja kõrge vererõhk“, „Stress ja südame tervis“, „Toitumine ja liikumine“ jne.

Edaspidi peaks ravijuhendi väljatöötamisega kaasas käiv protsess endas sisaldama ka vastaval teemal patsiendile mõeldud juhendite tegemist.

7. Professiiooni vastutuse tõstmine eriarstide pädevuse jälgijana

Perearstide resertifitseerimine on toimunud alates 1993. aastast alates. Resertifitseerimine on toimunud iga 5 aasta möödumisel kindlate kriteeriumide alusel ja see on olnud vabatahtlik. Juba aastaid tagasi alustati üleminekut erialalise kompetentsuse tõendamise uuele tasemele s.o pideva erialalise arengu hindamisele (Continuing Professional Development). Selle termini võttis kasutusele EURACT. Põhjuseks, miks erialalise pideva õppimise (Continuing Medical Education) asemel hakati rääkima pidevast erialalisest arengust, oli vajadus suurendada perearstide töö kvaliteeti ning hõlmata perearste rohkem ise oma töö analüüsimisele, mitte piirduda vaid passiivsete täiendkoolitustega. Seega sisaldab professionaalse arengu mõiste täiendkoolitust ja tegevuse kvaliteedi hindamist. Seejuures on täiendkoolitus aluseks kompetentsuse hindamisel ja kvaliteedi indikaatorid tegevuse hindamiseks. Eestis on perearstisüsteem valmis pideva erialalise arengu hindamiseks, sest Eesti Perearstide Selts on loonud elektroonilise täiendkoolituse registreerimise süsteemi ja välja arendanud kvaliteedi hindamise süsteemi. Perearstide professionaalsuse hinnang hakkabki koosnema neist kahest komponendist, kusjuures analüüsid oma 5 eelneva aasta tegevusi püstitatakse arengu aspektist olulised eesmärgid järgneva 5 aasta kohta. Perearstide professionaalsuse hindamine on Eesti Perearstide Seltsi ülesanne. Hindamiseks avalduse esitamine jääb ka edaspidi arsti vabatahtlikuks valikuks, kuigi elektrooniline registreerimine võimaldaks hinnata kõiki perearste neis kahes valdkonnas automaatselt. Perearstid on senini resertifitseerimiseks esitanud ka oma praktilise tegevuse analüüsi, visiooni ja arvamusel, mida võiks muuta. Need isikulised andmed on olnud väärtuslikud eriala arengu ettenägemiseks ning võiksid ka edaspidi säilida. Professionaalse arengu hindamine võiks olla teostatav elektrooniliselt kui kõik dokumendid on edastatud elektrooniliselt. Professionaalse arengu hindamise läbimine on stimuleeritud lisatasuga kvaliteedisüsteemi täimisel. Põhiliseks motivaatoriks peaks aga olema eriala kvaliteedi arendamine iga perearsti jätkuva professionaalse arengu kaudu vastavalt Euroopa Perearstide Õpetajate Akadeemia (EURACT) põhimõtetele.

8. E-tervis

Seoses eriarstiabi kättesaadavuse halvenemisega on ka perearstidel probleeme patsientide konsulteerimisega, kes vajavad kiireloomulisemat eriarsti otsust, kuid ei vaja erakorralist abi. Teisalt nagu eelpool nimetatud, suunavad perearstid eriarstiabisse patsiente, kes ei vaja eriarsti konsultatsiooni või ei vaja seda nii kiiresti. Vajalik oleks eriarstiabi kättesaadavuse diferentseerimine vastavalt patsiendi vajadustele. Seda võimaldaks e-saatekirjade ja e-konsultatsiooni seadustamine, mil eriarstide poolt prioritseeritakse patsiendi probleemi alusel konsultatsioonikiirus (e-saatekirja projekt kirjeldatud ravikvaliteedi peatükis).

E-tervise arendused vajavad täiendamist, mis kergendaks praktilist kasutamist. Hetkel tekib Tervise infosüsteemis suur andmete maht, kuid puuduvad otsinguvõimalused. Andmete

edastamine on väga aeglane protsess.

Arendamist vajaksid tervise infosüsteemiga seotud elektroonilised käsitusjuhised ja otsustustugi. Täna on probleem suures killustatuses ning infosüsteemide arendajate paljususes, mis ei taga süsteemi terviklikku toimimist. Lõpptarbijad (kelleks on üksikud perearstid või perearstikeskused) on jäetud tarkvara arendajate meelevalla, kes oma monopolset seisu tunnetades dikteerivad ise nii hinna kui tihti ka teenuse sisu.

9. Muid eriala probleeme, ettepanekuid

Perearstiabi areng sõltub suurel määral kogu tervishoiu arengutest. On ilmselge, et tervishoiusüsteemi areng ja rahastamine Eestis vajab kriitilist hindamist. Siiani on otsustajad olnud justkui uinavas olekus, vaatamata sellele, et vähemalt juba 2005 aastal avaldati põhjalik

tervishoiusüsteemi jätkusuutlikkuse analüüs Poliitikauuringute Keskuse Prakside poolt, 2006.a. oktoobris avaldasid sellekohase pöördumise nii Eesti Arstide Liit, Eesi Haiglate Liit, Eesti Õdede Liit, Eesti Patsientide Esindusühing ja Patsientide Nõukoda, nendele on järgnenud WHO ekspertide analüüs ning ka Riigikontroll on oma mitmes auditis juhtinud tähelepanu tervishoiusüsteemi korrastamise vajadustele.

Kaaluda tuleks võimalust rahastada perearstiabi riigieelarvest ning leida võimalus pensionidelt tasuda sotsiaalmaksu. Töövõimetushüvitisteks kulub Eesti Haigekassa eelarvest raha ligikaudu samas suurusjärgus, kui kogu perearstiabi rahastamiseks. Tuleks otsida lahendusi viia töövõimetushüvitised Haigekassa eelarvest välja.