

Hambaravi eriala arengukava aastani 2020

Arengukava koostajad:

Dr. Mare Saag

Dr. Ene-Renate Pähkla

Dr. Marek Vink

Dr. Veiko Vengerfeldt

Dr. Piret Väli

Dr. Taavo Seedre

Sisukord

1. Eriala kirjeldus.....	4
1.1. Erialast tervishoiuteenust vajava sihtgrupi kirjeldus põhidiagnoosi, vanuselise ja soolise struktuuri alusel.....	4
1.2. Eriala arengu prioriteetid.....	5
1.3. Eriala arengu ja prioriteetide võrdlus Euroopa Liidu maades.....	6
2. Erialaste tervishoiuteenuste planeerimine.....	6
3. Tervishoiuteenuste kirjeldus.....	11
3.1. Kaariese ravi.....	11
3.2. Suutervise edendus.....	11
3.3. Laste hammaste tervise projekt.....	12
3.4. Hambaravi.....	14
3.5. Parodontoloogia.....	14
3.6. Endodontiline ravi.....	16
4. Eriala tervishoiuteenuste osutamise kirjeldus maakonniti demograafiliste ja elanikkonna haigestumise näitajate alusel.....	16
5. Tervishoiuteenuste prognoos.....	18
5.1. Tervishoiuteenuste prognoos laste hambaravis.....	19
6. Tervishoiuteenuste jaotus etappide kaupa, ambulatoorse ja statsionaarse eriarstiabi vahel	20
7. Valveteenistuse vajalikkus ja korraldus haigla liikide kaupa.....	20
8. Arstide optimaalse töökoormuse planeerimine.....	20
9. Eriarstide vajadus.....	20
10. Olemasolev eriala regulatsioon ning ettepanekud vajalikeks muudatusteks ja täiendusteks koos põhjendustega.....	21
10.1. Seadusandlus.....	21
10.2. Ravijuhiste koostamine ja eksisteerivate hambaravijuhise ülevaatamine.....	22
10. Professiooni vastutuse tõstmine eriarstide pädevuse jälgijana.....	22
11. Muid eriala probleeme ja ettepanekuid.....	23
11.1. Diplomieelne koolitus.....	23
11.2. Hambaravi rahastamine.....	23

1. Eriala kirjeldus

1.1. Erialast tervishoiuteenust vajava sihtgrupi kirjeldus põhidiagnoosi, vanuselise ja soolise struktuuri alusel

Pikad ooteajad, killustunud ressursid ja suurenev omaosalus tõid kaasa hambaraviteenuste väiksema kasutamise. 1999. aastal oli hambaarsti külastanud 52% Eesti elanikest; 2001. aastal langes see näitaja 42%ni (EMOR 2001). Selle tulemusena oli 2002. aastal uue ravikindlustuse seaduse elluviimisel Eesti ühiskond **sunnitud** aktsepteerima täiskasvanute hambaravi väljajätmist teenustepaketist, et kindlustada laste hambaravi rahastamine. Uus hüvitamise süsteem tagab alla 19-aastaste isikute tasuta hambaravi (sealhulgas ortodontia teatavate diagnooside korral) vastavalt tervishoiuteenuste loetelule. Haigekassa katab täiskasvanute vältimatu hambaravi, kui hambaravi teenust osutavad Haigekassa lepingupartnerid. Vältimatu ravi hulka kuulub vaid abstsessi avamine ja hamba ekstraktsioon eluohtliku olukorra tekkimisel.

Kui täiskasvanute hambaravi hüvitatavate teenuste loetelust 2003. aastal välja arvati, asendati see kindlaksmääratud ülempiiriga rahalise hüvitisega, et hüvitada kaudselt iga-aastase ennetava kontrolli kulud. Patsient maksab teenuseosutajale teenuse eest otse ning saab hüvitise (19,18 eurot) hiljem, pärast avalduse esitamist Haigekassale. Kõrgemad hüvitismäärad on kehtestatud rasedatele (28,77 eurot), alla üheaastaste laste emadele (28,77 eurot) ning isikutele, kellel on teatud tervislikust seisundist tulenev kõrgendatud vajadus hambaravi järele. Hambaproteeside puhul hüvitab Haigekassa üks kord kolme aasta jooksul hambaproteeside eest (255,65 eurot) vähemalt 63 aasta vanustele kindlustatud isikutele või isikutele, kes saavad töövõimetuspensioni. Hüvitamisele kuuluv summa, tingimused ja protseduur on kehtestatud sotsiaalministri määrusega. Alates uue hüvitamise süsteemi kasutuselevõtmisest 2003. aastal on hambaravi ja hambaproteeside hüvitamist taotlenud isikute osatähtsus olnud suhteliselt madal. Aastate jooksul on inimeste teadlikkus oma õigustest hüvitiste saamiseks paranenud ning hüvitiste kasutamine on veidi tõusnud (vaata tabel 1). Hüvitiste kasutamine on siiski suhteliselt madal ning selle madala määra põhjuste väljaselgitamine seisab veel ees.

Tabel 1. Hambaravi ja hambaproteeside hüvitamise taotlejad osatähtsusena (%) kõigist selleks õigust omavatest isikutest 2003–2006

Hüvitised	2003	2004	2005	2006
Hambaravi hüvitised	17%	18%	24%	21%
Hambaproteeside hüvitised	10%	10%	11%	11%

Allikad: Eesti Haigekassa 2006, Eesti Haigekassa 2007

Hambaravi on üks eriarstiabi erialadest, mille teenuseid võivad osutada äriühingud või füüsilisest isikust ettevõtjad, kes omavad hambaraviteenuste osutamiseks tegevusluba. Hambaraviteenuste osutamist reguleerivad tervishoiuteenuste korraldamise seadus ja

ravikindlustuse seadus. Hambaravi osutamiseks vajalikud ruumid ja aparatuur peavad vastama Sotsiaalministeeriumi poolt kehtestatud nõuetele. Mõnes piirkonnas on muutunud järjest raskemaks hambaraviteenuse tagamine elanikkonnale seoses inimeste madala ostujõuga ja mitte kulupõhiste Haigekassa hindadega laste hambaravis. Selle peamiste põhjuste hulka kuulub täiendav bürokraatia ja hinnakirja mittevastavus tegelikule raviteenuse maksumusele. Hambaraviteenuste kvaliteedi ja teenuseosutajate järelevalve on jäetud peamiselt Terviseameti ja erialaühenduse ülesandeks. 2003. ja 2004. aastal algatas ja rahastas Haigekassa hambaravi meditsiinilist auditit ning võrdles laste ja täiskasvanute hambaravi hindu tervisekaartide põhjal. Auditi tulemuste põhjal võis järeldada, et laste hambaravi kvaliteet oli üldiselt rahuldav.

Perioodil 1995-2005 rahastas Haigekassa lastele suunatud hambatervisealaseid ennetusprogramme, esmalt koostöös vabatahtlike teenuseosutajatega (Eesti Stomatoloogia Selts ja üksikud hambaarstid erinevates regioonides) ning hiljem Haigekassa poolt täies mahus rahastatud riikliku programmi kaudu. See programm hõlmas suuhügieenialast koolitust koolis, individuaalseid hambaravikonsultatsioone, fluoroteraapiat ning vajadusel silandi kasutamist. Käesoleva ülevaate koostamise ajal oli nende programmide sihtrühm lapsed vanuses 6–12 aastat ja 2005. aastal oli kõnealuste ennetusprogrammidega kaetus ligikaudu 50% (Eesti Haigekassa 2006).

Haigekassa poolt rahastatavate hambaraviteenuste hinnad kehtestatakse samasuguse protseduuri alusel nagu kõikide teiste tervishoiuteenuste puhul. Hambaraviteenuste hinnad on kõikidele Haigekassa lepingupartneritele ühesugused. Vastavalt Haigekassa tellimusele töötas Eesti Stomatoloogia Selts 1998. ja 2004. aastal välja kulupõhise hambaraviteenuste hinnakirja, millele tuginedes reguleeriti hambaravi teenuste hindu, kuid patsientide omaosalust mitte, nii maksid patsiendid umbes poole hambaravi maksumusest.

Käesoleva ülevaate koostamise ajal reguleerib Haigekassa laste hambaraviteenuste hindade kujundamist. Täiskasvanute hambaravi hinnad ei ole reguleeritud, puudub pädev asutus, kes vastutaks hindade jälgimise eest. Edasiste arengute osas on laste hambaravi kättesaadavuse tagamine jätkuv lahendamist vajav probleem. Elanikkonna suurenev võimalus hambaraviteenuste kasutamiseks ja ka järjest suurenev välisriikide kodanike arv, kes Eestis hambaraviteenuseid kasutada soovivad (Jesse ja Kruuda, 2006), suurendab nõudlust hambaraviteenuste järele ja võib seega mõjutada negatiivselt hambaraviteenuste osutajate huvi Haigekassaga laste hambaravi lepinguid sõlmida.

1.2. Eriala arengu prioriteedid

- Elanikkonna kindlustamine kvaliteetse hambraviga
- Süsteemse riikliku suuhaiguste ennetustegevuse rakendamine
- Hambaraviteenuse kättesaadavuse parandamine

- Riikliku osaluse suurendamine hambaraviteenuse eest tasumisel
- Raviteenuste kvaliteedi parandamine
- Tänapäevaste ravi- ja diagnostiliste meetodite rakendamine

1.3. Eriala arengu ja prioriteetide võrdlus Euroopa Liidu maades

Eesti hambaravikliinikute varustatus aparatuuri ja instrumentariumi osas on valdavas enamikus kliinikutes kaasaagne ja võrreldav teiste Euroopa riikidega.

Täpne statistika selle kohta, kui palju on hetkeseisuga täisajaga töötavaid hambaarste, puudub. Samuti puudub ülevaade välismaal töötavatest hambaarstidest. Erinevates andmebaasides varieerub hambaarstide arv suurtes piirides.

Tabel 2. Praktiseerivate hambaarstide arv 2000-2012

2000	2004	2007	2012
1 041	1 166	1 167	1 555 ¹

¹Terviseameti registri põhjal, mis ei kajasta (täisajaga) praktiseerivate hambaarstide arvu

2. Erialaste tervishoiuteenuste planeerimine

Hambaarstide arv Eestis 1000 elaniku kohta on suurem kui Euroopas keskmiselt (vt tabel 3). 2008. aasta seisuga on Eestis praktiseerivate hambaarstide arv võrreldes 2000. aastaga (0,76) suurenenud rohkem kui 12% võrra. Eestis on vastav arv 0,87 (1 hambaarst 1149 elaniku kohta) võrreldes Euroopa keskmise 0,59ga (1/1695). Eesti hambaarstide suhe on peaaegu sama kui Põhjamaades. Kreekas on see Euroopa kõrgeim 1,21 (1/826) ja Bosnia-Hertsegoviinas madalaim 0,17 (1/5882).

Tabel 3. Hambaarstide arv 1000 elaniku kohta

Kreeka	1,21	Leedu	0,66
Ühendkuningriik	1,01	Prantsusmaa	0,65
Island	0,95	Euroopa keskmine	0,59
Norra	0,88	Portugal	0,58
Eesti	0,87	Iirimaa	0,57
Soome	0,85	Austria	0,54
Taani	0,84	Šveits	0,51
Rootsi	0,81	Holland	0,49
Saksamaa	0,80	Ukraina	0,41
Läti	0,68	Venemaa	0,32
		Bosnia-Hertsegoviina	0,17

Hambaraviasutuste arv on kasvanud 2000. aasta 364lt 457ni aastaks 2008 ja tegemist on eraõiguslike ettevõtetega. Domineerivad 1-5 arstiga väikesed kliinikud, mis on kontsentreerunud linnadesse.

Järgnevatel aastatel võiks hambaarstide suhe kogu elanikkonda väheneda, sest praktikas ülikooli lõpetanud hambaarstidel kliinilist tööd napib, millest on mõneti tingitud nende lahkumine välismaale. Oluline ka kordades suurem töötasu, kui see Eestis on võimalik. Hambaarstide “töö puudust” põhjustab põhiliselt rahva väike ostujõud ja/ehk 100% omaosalus hambaraviteenuste eest tasumisel. Seda seisukohta toetab asjaolu, et riikides, kus hambaarstide suhe elanikkonda on sarnane, on pigem hambaarste juurde vaja (Soome, Rootsi, Norra).

Täiskasvanute seas on hambakaariesesse ja selle tüsistustesse haigestumine praktiliselt 100%. Kõige levinumaks diagnoosiks on dentiinkaaries (K02.1) ja selle komplikatsioonid (K04.0-K04.7). Täiskasvanud populatsiooni hulgas leidub hulgaliselt hammaste eemaldamise tagajärjel tekkinud osalist või täielikku hambutust. Puuduvate hammaste asendamiseks valmistatavate proteeside arv on palju väiksem, kui tegelik vajadus.

2008. aastal käis hambaarsti juures 49% täiskasvanud elanikest. Pärast täiskasvanute hambaravi tasuliseks muutumist 2001. aastal hakkas hambaravikülastuste arv kahanema, kuni jõudis miinimumi 2003. aastal. Koos sellega vähenes aastatel 2001-2003 ka hambaravi kasutanute osakaal täiskasvanud rahvastikus 42%lt 32%ni. Järgnenud aastate majandustõusu tingimustes olid inimestel paremad võimalused hoolitseda oma hammaste tervise eest. Tõus hambaraviteenuste kasutamises peatus 2008. aastal.

Tabel 4. Hambaravi teenuste osutamine 2003-2010

HAMBARAVI	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Kõik vastuvõetud kokku	1 993 686	2 012 372	2 010 657	2 057 339	1 998 905	1 978 797	1 824 804	1 744 325
Arsti vastuvõetud	1 631 262	1 657 980	1 634 286	1 678 563	1 620 422	1 610 415	1 479 567	1 416 752
sh esmakordsed antud aastal	550 864	575 332	571 006	595 009	597 898	615 759	567 441	574 217
Saneerituid	280 955	277 323	281 945	296 094	299 779	303 276	281 134	293 375
Sihilised profülaktilised külastused	151 945	148 308	115 296	116 759	115 016	113 796		
sh sanatsiooni vajas	85 738	78 937	62 276	65 455	67 479	68 641		
saneerituid	48 044	47 889	38 670	43 597	42 431	46 025		
Ravitud hammaste arv	1 134 773	1 185 668	1 192 374	1 260 167	1 224 128	1 211 826		
Hamba ekstraktsioonid	229 310	232 519	237 544	235 231	238 364	231 837	213 009	209 719
Ambulatoorsed operatsioonid	16 561	18 865	16 646	18 505	21 477	20 781	22 094	23 919

Tabel 5. Hambaravi teenuste osutamine täiskasvanutele 2003-2010

TÄISKASVANUTE HAMBARAVI	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Arsti vastuvõetud	1 211 622	1 236 614	1 233 956	1 278 866	1 216 222	1 207 082	1 094 578	1 033 464
sh esmakordsed antud aastal	371 546	390 933	401 450	419 828	421 331	424 286	382 372	381 368
Saneerituid	185 854	185 285	190 886	198 659	203 245	199 481	184 128	191 856

Tabel 6. Hambaravi teenuste osutamine lastele 2003-2010

LASTE HAMBARAVI	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Arsti vastuvõetud	419 640	421 366	400 330	399 697	404 200	403 333	384 989	383 288
sh esmakordsed antud aastal	179 318	184 399	169 556	175 177	176 567	191 473	185 069	192 849
Saneerituid	95 101	92 038	91 059	97 435	96 534	103 795	97 006	101 519

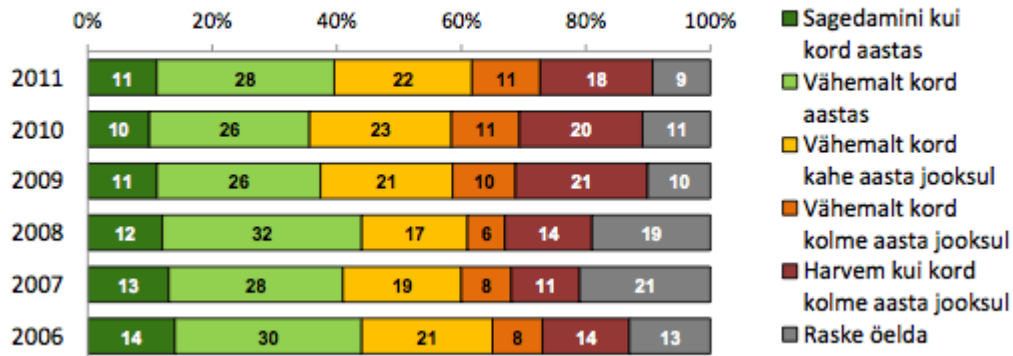
Tabel 7. Ortodontia teenuste osutamine 2003-2010

ORTODONTIA	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Arsti vastuvõetud	125 708	118 080	134 943	125 114	117 070	105 224	101 466	96 586
sh esmakordsed antud aastal	16 338	15 561	16 818	19 152	16 342	17 933		
Täiskasvanud	21 054	24 918	37 617	39 774	39 953	35 966	39 631	35 559
Laste	104 654	93 162	97 326	85 340	77 117	69 258	61 835	61 027
Valmistatud aparate	13 627	12 974	11 159	14 301	13 554	14 097		
suust eemaldatavad	9 788	8 414	7 109	8 431	8 026	7 815		
mitteeemaldatavad	3 772	3 823	3 976	5 821	5 373	6 097		
Breketeid saanud	4 118	4 639	5 096	7 922	7 997	10 561		
Röntgenuuringud	206 441	222 843	241 259	237 366	243 141	253 223	236 206	238 009
üksikhammaste	161 590	166 075	171 956	168 578	164 846	177 697		
panoraam	44 851	56 768	69 303	68 788	78 295	75 526		

Hambaraviteenuse osutajatega olid 2008. aastal väga rahul 51%, üldiselt rahul 43% ja üldiselt või üldse ei jäänud rahule 5% vastanutest. Allpool on tsiteeritud elanike hinnangud tervisele ja arstiabile Saar Poll 2011. aasta uuringu põhjal.

Hambaarsti juures on küsitlusele eelnenud aastal käinud 40% vastajaist. Aasta jooksul hambaarsti külastanutest (N=604) 37% on seda teinud ühel korral, 27% kahel korral ning 35% sagedamini. Ülejäänud inimestest, st neist, kes pole viimase 12 kuu jooksul hambaarsti juures käinud, 48% käis seal viimati 2 aasta jooksul, 15% 3 aastat tagasi ja sama paljud 4 või enam aastat tagasi. Vastanuist 23% ei mäleta, millal nad viimati hambaarsti külastasid.

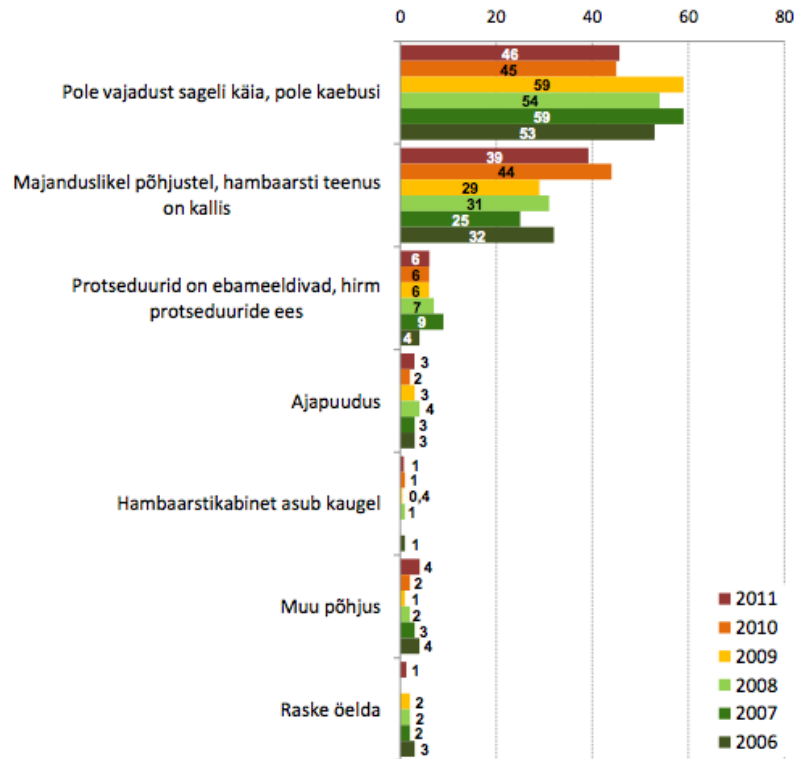
Joonis 14. Kui tihti Te tavaliselt hambaarsti juures käite? Aastate 2006-2011 võrdlus (%; N = kõik vastajad)



Lisaks viimase aasta kogemustele on kõigil vastajail palutud juba mitmeid aastaid hinnata, kui tihti nad tavaliselt hambaarsti juures käivad. Soovitusliku sagedusega ehk vähemalt korra aastas käib hambaarsti juures 40% elanikest (kahe eelneva uuringu põhjal 36-37%). Vähemalt kord aastas hambaarsti külastavate inimeste osakaal on keskmisest suurem alla 40-aastaste (vanusegrupist 15-19 koguni 56%), kõrgharidusega (49%) ja naissoost (47%) vastajate seas.

Kui vaadelda aga väga harva hambaarsti juurde sattuvaid inimesi, kes külastavad tavaliselt hambaarsti harvemini kui kord kolme aasta jooksul (elanikest 18%), siis neid on enim kehtiva ravikindlustuseta (39%), pensionil olevate (28%), Kirde-Eestis elavate (28%), põhiharidusega (26%), meessoost (24%), madala sissetulekuga (ühe liikme kohta kuni 200 eurot – 23%) ja muust rahvusest (23%) vastajate hulgas. Inimesed (N=773) põhjendavad seda, miks nad ei käi vastavalt soovitusel vähemalt kord aastas hambaarsti juures, valdavalt kaebuste puudumise (mainib 46% vastanuist) või majanduslike põhjustega (39%). Võrreldes varasemaga on viimasel kahel aastal siinkohal ilmnenu suur muudatus – vähenenud on nende osakaal, kes ei käi hambaarsti juures vajaduse puudumise tõttu (2009. aastaga võrreldes 13-14% vähem), ning ligikaudu samavõrra suurenenud majanduslikel põhjustel minemata jätnute osakaal (2009. aastaga võrreldes 2011. aastal 10% ja 2010. aastal 15% rohkem). Majanduslikel põhjustel hambaarsti juurde minemata jätmist esineb keskmisest märksa madalama sissetulekuga, keskealistel (vanuses 40-59) ja Kirde-Eestis elavil muust rahvusest vastajail.

Joonis 15. Hambaarsti juures soovitakse käia vähemalt kord aastas. Mis on peamine põhjus, miks Te käite hambaarsti juures harvem kui kord aastas? Aastate 2006-2011 võrdlus (%; N = vastajad, kes käivad tavaliselt hambaarsti juures harvemini kui kord aastas)



Proteetiline ravi

Proteetiliselt ravi saavate inimeste arv on aastatega suurenenud. Kui 1995. aastal oli neid 55 630 ja 2001. aastal 62 978, siis 2007. aastal juba 74 691. Ka proteetiliselt ravi aastatel 2003-2008 saanute arvus peegeldub majanduslik tõus (tabel 8).

Tabel 8. Hammaste proteesimine 2003-2008

PROTEESIMINE	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Arsti vastuvõttud	236 716	236 312	241 428	253 662	261 413	263 158
Proteese saanud inimesed	56 718	58 077	61 300	71 913	74 691	71 463
sh tasuta	16 507	15 179	10 962	10 859	15 441	15 592
Proteesid						
... kroonid	21 686	32 456	24 970	28 900	29 579	31 313
... sillad	10 008	10 091	11 302	12 936	13 488	12 580
... täisprotees	12 166	11 981	11 846	13 605	16 711	16 827
... osaline	20 307	21 579	19 421	19 768	22 183	23 059
... büügel	5 033	5 482	6 085	6 253	6 669	6 675
... muud	4 990	5 992	9 788	10 862	10 963	7 290

Eesti kohta andmeid ravivajaduse kohta erinevates vanusrühmades ei ole. Küll on analüüsitud 2003. aastal proteesi eriliikide valmistamist aastas O. Salumi, A. Korrovitsi ja S. Russaku poolt (Eesti Arst 2003, november).

Osalise ja täieliku hambutusega patsientide arv kasvab vastavalt keskmise vanuse kasvule, st vananevate inimeste hulga kasvades kasvab aasta-aastalt ka proteese vajavate patsientide arv. Järjest enam leidub eakatel inimestel suus ka oma hambaid, mistõttu kasvab ka restauratiivse hambaravi vajadus.

Tabel 9. Eakate inimeste (65+) arvu muutus aastatel 2000-2009

Vanuserühm	2000	2004	2006	2007	2008	2009
65+	205 189	218 658	225 066	229 158	230 469	229 437

Samas suhtelise vaesuse määr 65-aastaste ja vanemate vanuserühmas kasvas vaadeldud perioodil 2,44 korda ning 2007. aastal kuulus vähemalt iga kolmas eakas sissetulekute järgi suhteliselt vaeste hulka (st eakate suhtelise vaesuse määr oli 39,0%). Seega on igati põhjendatud proteesihüvitise maksmine. Samas tuleb luua võimalus neile eakatele, kes proteetilist ravi ei vaja, kulutada proteesihüvitiseks ettenähtud summa oma hammaste ravile.

3. Tervishoiuteenuste kirjeldus

3.1. Kaariese ravi

12-aastaste laste DMF indeksi (s.o karioosete, plombeeritud ja eemaldatud hammaste summa) väärtus kõigub oluliselt Eesti erinevates piirkondades: 1,6-4,8. Kõige kõrgem karioosus on Lõuna-Eestis ja Kagu-Eestis, kus joogivees on fluoriidi vähe. Vähem on kaariesest kahjustatud hambad Lääne-Eesti piirkondades, kus joogivee fluoriiditase on kohati liigkõrge. Samal põhjusel esineb seal aga rohkem fluoroosi. Võime täheldada vähenemistendentsi kaariese juurdekasvus. Nii oli 12-aastastel lastel keskmiselt DMFT 2001. aastal 2,12 võrreldes 3,32 1972. aastal. 15 aastastel vastavalt 3,29 ja 5,14 (ETF grant nr 4427).

Piimahammaskonnas on 3-aastastel lastel kaariesest kahjustatud hammaste arv/dmft indeks 1,66 (J. Olak, M. Saag, ETF grant 5293) ja 6-7 aastastel lastel isegi 7,7 (M. Saag). Viimastel aastatel on suurenenud fluorootiliste kahjustuste esinemissagedus jäävhammaskonnas, ulatudes kohati 35-60%-ni.

3.2. Suutervise edendus

Tervist edendavad projektid esitatakse avaliku konkursi korras, nende hulgast valis rahastamisele kuuluvad projektid välja alguses Tervisekaitse Sihtkapitali Nõukogu, mis 1996. aasta septembris nimetati Rahvatervise Arendusnõukoguks. Haigekassa seaduse jõustumisega 2001. aastast reorganiseeriti tervist edendavate projektide administreerimine

Sotsiaalministeeriumist Haigekassasse, kus tervist edendavate projektide valikuks ning tervise edendamise tulemuste hindamiseks moodustati tervise edendamise komisjon.

Tabel 10. Hambahaiguste ennetamise rahastamine aastatel 1995-2002 (milj. kr) on olnud hektiline

1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	Kokku
0	0,5	1,36	0,76	0,17	0,17	0,05	0,1	3,02

Allikas veeb.haigekassa.ee; http://veeb.haigekassa.ee/files/est_raviasutusele_tervisedendus_projekt/1995-2002.pdf

Laste hambahaiguste ennetamise kulu 2001. aastal oli ca 7,64 miljonit krooni, mida teostati 87 565 lapsele ning hammaste läbivaatust 1271 lapsele. (http://veeb.haigekassa.ee/files/est_raviasutusele_tervisedendus_ennetus/2001kok.pdf)

Haigekassa tervise edendamise tegevuskava aastaks 2012 ütleb - tõhustame laste hambahaiguste ennetamist sünnist kuni 19 eluaastani, kirjeldades koostöös partneritega laste hambahaiguste ennetuse ühtsed põhimõtted 2013. aastaks, ning rakendame laste hambahaiguste ennetamise tulemuslikkuse hindamise. (http://www.haigekassa.ee/uploads/userfiles/tervise_edendamise_tegevuskava_2012.pdf)

3.3. Laste hammaste tervise projekt

Projekti eesmärgiks on 0-6-aastaste laste suuhügieeni kujundamine kaariese ennetamiseks ja leviku vähendamiseks ning lapsevanemate teadlikkuse tõus kaariese esmasest ennetamisest sidusrühmade pädevuse tõusu kaudu.

Strateegilised tegevussuunad on kooskõlas sotsiaalministri 6. jaanuari 2010. aasta määrusega nr 2 „Perearsti ja temaga koos töötavate töötajate tööjuhend“ 4,5 kuu, 3- ja 6-aastaste laste hammaste hoolitsemise praktilise õppe läbiviimine ning lapsevanemate informeerimine hammaste korrashoiu vajalikkusest ja võimalustest. Projekti käigus on loodud meeskond, kelle pädevuses on igas maakonnas korraldada hammaste ennetusega seotud tegevusi ühtse metoodika alusel. Sihtrühmaks lasteaias käivad lapsed, nende vanemad ja lasteaias personal ning pereõe vastuvõtul käivad 4,5 kuu vanuste imikute vanemad. Samuti hammaste tervishoiu teema integreerimine perekoolide õppekavadesse. Tegevuse osaks on kirjeldada koostöös partneritega sünnist kuni 19 eluaastani laste hambahaiguste ennetuse ühtsed põhimõtted ning rakendada koostöös osapooltega laste hambahaiguste ennetamise tulemuslikkuse hindamine.

Eesmärgi elluviimiseks on 2012. aastal koolitusi valmis läbi viima vähemalt 20 spetsialisti ning koolitused on toimunud vähemalt 70 lasteasutustes, lisaks lasteaedadele ka lastekodudes.

Koolitatud spetsialistid erinevatest maakondadest viivad läbi nõustamisi koostöös lasteaedadega. Lisaks kavandatakse tegevusi sidusrühmadele: pereõdedele, ämmaemandatele, lapsevanematele ja koolieelsete lasteasutuste õpetajatele. Toimuvad teabepäevad lapsevanematele koostöös paikkondlike tervisedendajatega TAI vahendusel. Jätkatakse laialdase teavitustegevusega reklaamides kodulehekülge, avaliku meedia kaasamise ja juhendmaterjalide levitamise kaudu.

2012. aastast on kavandatud hakata laste profülaktilise läbivaatuste arvetele märkima DMF indeksiga seotud andmeid, mis võimaldab edaspidi hinnata projekti tegevuste tulemuslikkust. Tulemuslikkuse indikaatoriteks on vähemalt 70 koolitust erinevates lasteasutustes, 200 sidusrühma esindajat (pereõed, ämmaemandad, lasteaiaõpetajad jne) on osalenud teabepäevadel, vähemalt kolmes maakonnas on toimunud seminar või teabepäev lapsevanematele. Projekti lõpuks on kirjeldatud kontseptsioon laste hambahaiguste ennetamise järjepidevuse tagamiseks süsteemis ja valminud tegevusjuhendid erinevatele spetsialistidele. Samas jääb kehtima tegevuse projektipõhisus s. sõnum jõudis koolituse läbi ainult osa antud lasteasutusteni. (http://www.haiqekassa.ee/uploads/userfiles/tervise_edendamise_tegevus_kava_2012.pdf)

Arengukavas seatakse minimaalselt eesmärgiks hammaste terviseolukord, kus DMFT-indeks on vähenenud WHO poolt ette nähtud tasemele aastaks 2020. Lääne-Euroopa jaoks näeb ette see, et vähemalt 80% 6-aastastest lastest oleksid kaariesevabad ning 12-aastaste keskmine DMFT-indeks oleks väiksem kui 1,5. WHO mõnab, et Ida-Euroopas (kuhu loetakse ka Eesti) oleks selline tulemus võimalik saavutada ainult süsteemse üleriikliku kaarieseennetuse programmiga alustades. (http://www.who.int/oral_health/media/en/orh_eastern_europe.pdf)

Suulise info põhjal hindab TÜ dotsent Mare Saag (avaldamata teadusartiklite põhjal) Eesti 12-aastaste DMF indeksi väärtuseks 2,4.

Tabel 11. 12-aastaste DMF-indeksi vähendamisel seatakse järgmised eesmärgid:

Praegune tase 2011	Eesmärk 2015	Eesmärk 2020
2,4	2,2	1,5

Eesmärgi täitmiseks tuleb välja arendada üle-eestiline suutervise edendajate võrgustik, milles suutervise koordineerijad organiseerivad tervisekasvatustlikku tegevust maakondlikult. Senist heitlikku projektipõhist suuterviseedenduslikku tegevust tuleb tulevikus rahastada otse riigieelarvest stabiilselt. Terviseedendusliku tegevuse peamiseks elluviijateks on keskastme meditsiinitöötajad. Kõige paremini sobivad selleks suuhügienistid, kelle koolitusvajadus aastaks 2020 on 1 hügienist 10 hambaarsti kohta.

3.4. Hambaravi

Ravikindlustuse seaduse kohaselt tasub haigekassa kuni 19-aastaste kindlustatud isikute hambaraviteenuste eest. Täiskasvanud isikute hambaravi eest tasub haigekassa ainult siis, kui teenust on osutatud vältimatu abi korras.

Tabel 12. Hambaravi kulud (tuhandetes kroonides)

	2009 tegelik	2010 eelarve	2010 tegelik	Eelarve täitmine %	Muutus võrreldes 2009. aastaga %
Laste hambaravi	226 500	222 517	216 958	98	-4
Ortodontia	43 081	42 419	45 941	108	7
Täiskasvanute vältimatu hambaravi	11 208	11 740	10 178	87	-9
Hambahaiguste ennetus	6 391	6 398	5 461	85	-15
Kokku	287 180	283 074	278 538	98	-3

Tabel 13. Hambaravijuhud

	2009 tegelik	2010 eelarve	2010 tegelik	Eelarve täitmine %	Muutus võrreldes 2009. aastaga %
Laste hambaravi	299 081	298 983	306 100	102	2
Ortodontia	36 409	36 963	39 877	108	10
Täiskasvanute vältimatu hambaravi	17 260	18 465	17 530	95	2
Hambahaiguste ennetus	28 109	28 711	25 147	88	-11
Kokku	380 859	383 122	388 654	101	2

Allikas: [http://www.haigekassa.ee/uploads/userfiles/HK_majandusaasta_aruanne_2010\(1\).pdf](http://www.haigekassa.ee/uploads/userfiles/HK_majandusaasta_aruanne_2010(1).pdf)

3.5. Parodontoloogia

Parodondi e. hamba kinnituskudede haiguste ravi

Läbiviidud uuringute põhjal on igemeveritsus, mis on igemepõletiku peamine sümptom, laialt levinud probleem. Parodontiidi levimuse kohta Eestis on vähe andmeid. TÜ Stomatoloogia kliinik on taotlenud suu- ja hambahaiguste levimuse, sealhulgas ravivajaduse uuringuks rahastamist nii Eesti Haigekassalt kui ka Eesti Teadusfondilt, kuid edutult.

M. Saagi ja S. Russaku poolt 2001. aastal läbiviidud uurimuses leiti 15-aastastel lastel erineva raskusastmega parodondi kahjustusi 47,7%.

Soome täiskasvanute uuringus tuvastati igemepõletikku 74% ja luukahjustusega parodondi haigusi 62% elanikkonnast; 21% elanikkonnast esines raske kaugelearenenud parodontiit. Parodontiidihaigetel esines aktiivset hambakaariest sagedamini (33%) kui terve parodondiga täiskasvanutel (23%). (http://www.terveys2000.fi/julkaisut/oral_health.pdf; Mattila PT, Niskanen MC, Vehkalahti MM, Nordblad A, Knuuttila ML. „Prevalence and simultaneous occurrence of periodontitis and dental caries“ *J Clin Periodontol* 2010 37(11):962-7)

Soomes “Terveys 2000” uuringus leiti patoloogilisi igemetaskuid 2/3 uuritutest. Üle 65-aastastest olid erinevatel põhjustel 44% hambutud. (http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2004b16.pdf „Oral Health in the Finnish Adult Population“ *Health 2000 Survey: Liisa Suominen-Taipale, Anne Nordblad, Miira Vehkalahti, Arpo Aromaa, Helsinki 2008*)

Komplitseeritud parodontiidi ravi on kompleksne. Lisaks mehhaanilisele biofilmi ja hambakivi puhastamisele võib olla vajalik süsteemne antibakteriaalne ravi, mis peaks ravimresistentsuse ärahoidmiseks olema tekitajapõhine, mitte empiiriline. Vajalik on mikrobioloogiline uuring. Raskematel juhtudel on ravi interdistsiplinaarne. Haiguse kroonilise kulu tõttu vajavad patsiendid regulaarset järelravi.

Parodontiit võib levida lähisugulaste vahel, seega on profülaktikavajadus parodontiidihaigete peredes kõrge. Varajases staadiumis diagnoostitud haiguse ravi prognoos on parem.

Suuõõs on lahutamatu, kahesuunaliselt seotud kogu organismiga. Seda mõju ei tohi alahinnata. Nii on parodontiit otseselt seotud südame-veresoonkonna haigustega. (*The American Journal of Cardiology and Journal of Periodontology Editors Consensus: Periodontitis and Atherosclerotic Cardiovascular Diseases (2009)*) ja diabeediga - diabetes mellitus (DM) suurendab riski parodondi haiguste tekkeks ja on näha, et parodontiiti põdevatel haigetel DM esinemise sagedus on kõrgem. Ebaefektiivne metaboolne kontroll, teised komplikatsioonid ja pikka aega kestnud DM suurendavad riski haigestuda parodondi haigustesse (*Soskolne WA, Klingler A. The relationship between periodontal diseases and diabetes: An overview. Ann Periodontol* 6(1):91-98, 2001).

Parodontoloogia on eraldiseisev eriala ja peaks ka meil olema selliselt käsitletav. Praegu on see eriala peidetud restauratiivse hambaravi alla ja patsiendid ei näe registrist, kelle poole on õigem pöörduda igemehaiguste korral.

3.6. Endodontiline ravi

Apikaalne periodontiit on kaariese tūsistuse tagajärjel tekkiv periradikulaarsete kudede põletik. Tavaliselt on see juurekanali infitseerumise tagajärg. Mikroobid või nende produktid võivad liikuda üle hambatipu. Hamba sees paiknevate mikroobideni peremehe kaitsemehhanismid aga ei ulatu ja seega ei ole võimalik apikaalse periodontiidi iseeneslik paranemine (*Nair, P. (2004). Pathogenesis of Apical Periodontitis and the causes of endodontic failures. Critical Reviews in Oral Biology & Medicine, 348-381*).

Eestis puuduvad uuringud apikaalse periodontiidi leviku kohta. Seega esineb suur vajadus hinnata antud haiguse ja tema derivaatide esinemist, milleks on vaja teostada üleriigilised epidemioloogilised uuringud ja moodustada kvaliteetne ühtlustatud register.

Apikaalse periodontiidi levimus võib olla isegi 70%, mida on näidanud ainus Baltikumis (Leedus) läbiviidud uuring, mis suurema tõenäosusega on üsnagi sarnane Eestis esineva olukorraga (*Sidaravicius B, A. J. (1999). Endodontic treatment and prevalence of apical periodontitis in an adult population of Vilnius, Lithuania. Endodontics and Dental Traumatology, 210-15*).

Mitmetes Skandinaavias läbi viidud uuringutes kõikus apikaalse periodontiidi levimus 30% ja 60% vahel ning korreleerus vanusega (*Eriksen HM, B. G. (1995). Changes in endodontic status 1973–93 among 35-year-olds in Oslo, Norway. International Endodontic Journal, 129–32*).

Kuna elanikkond vananeb, siis kasvab iga-aastaselt vajadus hambaravi, kaasa arvatud endodontilise ravi järele. Nendest uuringutest tuleneb selgelt, et komplitseeritud endodontiline ravi on keeruline protseduuride jada, mida kõige kvaliteetsemalt teostab eriarst - endodontist.

Eesmärk on koostamisel olevate endodontiliste ravijuhiste koostamise kaudu tõsta üldiselt juureravi protseduuride kvaliteeti. Samuti tuleb diplomijärgses õppes aastaks 2020 juurde koolitada juureravi spetsialiste – endodontiste, et saavutada suhe 1:100 000 elaniku kohta. Ka endodontia väärrib iseseisva erialana kehtestamist. Praegu valmistatakse endodontiste ette restauratiivse hambaravi residentuuri nime all.

4. Eriala tervishoiuteenuste osutamise kirjeldus maakonniti demograafiliste ja elanikkonna haigestumise näitajate alusel

2012. aasta rahvaloenduse esialgsetel andmetel on Eesti rahvaarv 1 327 312. On vähenenud alla 18-aastaste laste ja noorte arv ning samas on kasvanud 65-aastaste ja vanemate inimeste osakaal rahvastikus. 2008. aastal oli vanadussõltuvusmäär ehk 65-aastaste ja vanemate inimeste suhe tööealisesse (15–64-aastased) elanikkonda 25,3% ning see näitaja on alates 2000. aastast pidevalt suurenenud. Neid teenindab 1554 hambaarsti (1144 täidetud ametkohta; vt ka tabel 14), mis teeb keskmiselt 1121 elanikku ühe hambaarsti kohta ehk 89,2 hambaarsti 100 000

elaniku kohta (<http://www.stat.ee/29933>). Võrreldes 01.01.2000 TH statistika andmetega (vastavalt 1020 ja 1554) on elanikkonna hambaravi kättesaadavus paranenud ja jõudnud Euroopa riikide tipptasemele. Suurt erinevust hambaarstide arvus võib seletada see, et 1999. aastal ilmselt ei olnud osa arste registrisse kantud.

Tabel 14. Hambaarstide ealine struktuur

Vanusrühm	Hambaarstide arv
20-24	3
25-29	166
30-34	175
35-39	161
40-44	174
45-49	181
50-54	159
55-59	133
60-64	102
65 ja vanemad	300
Kokku	1554

Erinevused on regiooniti väga suured. Nii näiteks tuleb Valgamaal 1:1854; Ida-Virumaal ühe hambaarsti kohta 1694 (1999. aastal 3030) elanikku; Läänemaal 1:1596 (2632); Võrumaal 1:1120 (1724); Tallinnas 1:934; Tartus aga on see suhe 1:738, Tartumaal 1:1488.

2008. aastal tehti Eestis hambaarstide juurde 1 610 415 visiiti (2002. aastal 1,73 miljonit visiiti). Keskmiselt ühe elaniku kohta 1,2 visiiti aastas. Laste visiitide arv moodustas 24% visiitide üldarvust. Ravitud hambaid oli arvuliselt kokku 1,18 miljonit. Kolme aasta jooksul on langenud visiitide arv elaniku kohta, suurenenud laste visiitide osakaal. Visiitide arv elaniku kohta kõigub 0,63 visiidist (Põlva maakond) 1,8 (Tartu ja Jõgeva maakond).

Eestis on registreeritud 2010. aasta seisuga 491 hambaravikliinikut, domineerivad väikesed 1-5 hambaarstiga kliinikud (89%), mis on koondunud põhiliselt linnadesse. Maakonnad on suhteliselt halvemini kindlustatud hambaraviga. Endiselt ei stimuleeri majanduslik olukord investeerima maakohtades, kus see ennast väga aeglaselt tasa teenib. Samas selgub küsitlustest, et ainult 1% elanikest kurdab, et hambaraviasutus jääb geograafiliselt kaugele.

Hambaravi kliinikutes töötab (2010. aasta seisuga) 1496 hambaarsti abilist, kellest 350 (23,4%) on lõpetanud meditsiinikooli meditsiiniõe või velskri erialal ja töökohal juurde õppinud hambaravi spetsiifika. Õdede osakaal on hambaravis vähenenud. Reeglina töötab hambaarst ühe õega/abilisega. Kliiniku suurus määrab abipersonali vajaduse. Erinevalt teistest ELi maadest ei ole Eestis seni asutust, kus koolitatakse hambaravi kliinikute jaoks assistente ja hügieniste.

5. Tervishoiuteenuste prognoos

Puuduvad tõenduspõhised andmed ravivajaduse objektiivseks hindamiseks ja tööjõu planeerimiseks. Eesmärgiks on hambaravi riikliku rahastamise suurendamine. Hambaraviteenuse vajadus lähema kümne aasta jooksul ei vähene! Ühelt poolt kasvab küll peale uus põlvkond noori täiskasvanuid, kelle hambad on keskmisest paremas korras, samas suureneb elanikkonna rühm, kes ei saa raha puudusel endale regulaarselt hambaravi lubada, mis viib ravivajaduse suuremisele.

Profülaktilise töö vilju, statistiliselt arvestatavaid, suuri kaariesevabasid kohorte pole varem oodata kui 10-15 aasta pärast. Hambahaiguste ennetamine eeldab lisaks investeringutele ka elu- ja mõtlemisviisi muutust, mida on aga kõige raskem saavutada. Kaaries, kui kõige tavalisem hambahaigus mängib väga olulist rolli ka tulevikus. Tulevikus hakkab Eesti lastel kindlasti ilmema kaariese polariseerumine, st on indiviide, kellel DMFS=0, ja siis on ka lapsi, kellel DMFS=20. Viimaste ravi on väga keeruline ja ajamahukas.

Teisest küljest aga elanikkond vananeb, üha rohkem on pensionäre. Vastupidiselt vanuritele, kes jõudsid pensioniikka 10-20 aastat tagasi, on praegustel pensionäridel üha sagedamini suus omad hambad, mitte (totaal-)proteesid. See aga tähendab seda, et selle vanusegrupi ravivajadus on tulevikus palju suurem. Kui veel arvestada seda, et vanurite hambaravi on keerulisem ja ajamahukam, siis lõpptulemusena võibki järeldada, et hambaraviteenuste maht on sama suur kui praegu. Elanikkonna majanduslike võimaluste suurenemisega tõuseb nõudlus hambaravi protseduuride, eelkõige hammaste lõualuude proteesimine, endodontia, parodontoloogia, implantoloogia ja ortodontia järele.

Tervishoiuteenuste mahu prognoosimisel tuleb arvestada kahe põhilise faktoriga: vajadus teenuse järele ja nõudlus teenuse järele. Ravivajadus on populatsioonis peaaegu 100%. Hoolimata eri vanuse- ja sotsiaalsete gruppide erinevast tervise definitsioonist vajavad praktiliselt kõik inimesed mingil hetkel hambaarsti teenuseid.

Arvesse võttes hambaraviteenuste suhteliselt kõrget hinda on selge, et tingimustes, kus kogu ravikulu on patsientide endi kanda, ei saa kõik kodanikud seda endale lubada täies mahus. Suurenedu võib eluohtlike komplikatsioonide arv.

Täiskasvanute hambaravi haigekassa poolse toetuse puudumine on suurenenud proteesivajaduse põhjuseks. Praegustes tingimustes saab täiskasvanute nõudmine hambaravi järele suurenedu ainult koos elatustasemega tõusuga.

5.1. Tervishoiuteenuste prognoos laste hambaravis

Tasuta hambaravi kuni 19-aastastele tagab lastele terved hambad. 2001. aastal esitatud arengukavas oleme kirjutanud, et viies ellu efektiivseid profülaktika programme on meil võimalik aastaks 2015 jõuda järele Põhjamaade DMFS indeksile. Tegelikult jätkub hetkel profülaktika raha ainult 6, 9 ja 12 aastaste laste läbivaatamiseks. Selle tõttu on sageli juhtumeid, kus teismelisel on suus juba üks või mitu eemaldamist vajavat jäävhammast. Kaariesaktiivsed lapsed vajavad aastas korduvat läbivaatamist, kuid seda ei luba Haigekassa eeskirjad. Täiskasvanutest ülejääv raha peaks jääma laste hambaraviks ja ei tohiks liikuda üldmeditsiini.

1997. aasta uurimuse andmetel oli 7-aastastel Tartu lastel kaariesest kahjustatud (DMFT+dmft) 4,5 (Taanis 2,9) ja 12-aastastel 1,8 hammast (Taanis 1,0). (*Dragheim E, Petersen PE, Saag M, Kalo I. Dental caries in schoolchildren of an Estonian and Danish municipality. International Journal of Paediatric Dentistry 2000*)

2008. aasta andmetel vajas kaariese ravi 36,2% Lõuna-Eesti esimese klassi (7,8-aastased) õpilastest ja 48,3% teise klassi (8,8-aastased) õpilastest. (*Runnel R, Honkala E, Honkala S, Olak J, Nõmmela R, Vahlberg T, Mäkinen K, Saag M. Caries experience in the permanent dentition among the first- and the second-grade schoolchildren in southeastern Estonia. Acta Odontol. Scand (2012) avaldamisel*)

ETF grant 5293 abil (2002-2005) uuriti hammaste kaariesest kahjustatust väikelastel. 72,4% uuritud 472 36-48 kuu vanusest lapsest ei olnud enne uuringus osalemist hambaarsti juures käinud. Piimahammastega lastel esines kaariest 39,2%-l. (*Olak J, Mändar R, Karjalainen S, Söderling E, Saag M. Dental health and oral mutans streptococci in 2–4-year-old Estonian children. Int J of Paediatric Dent 2007; 17(2): 92–97*)

Lisaks majanduslikele faktoritele sõltub prognoos laste hambaravi teenuste osas piirkondlikest näitajatest, sh joogivee fluoriidide sisaldusest, elanikkonna tihedusnäitajatest, koolieelsete lasteasutuste ja koolide arvust. Vaatamata asjaolule, et tervisekaitse teostab kontrolli ja nõuab veevarustussüsteemide ümberehitamist, ei näita hammaste fluoroos vähenemistendentsi. Kahjustatud hambad vajavad taastava ravi menetlusi.

Optimaalseks tuleks pidada planeeritud, regulaarse preventsiiooni korraldamist (profülaktiliste visiitide arv võrdub laste arvuga).

Eesti Hambaarstide Liit soovib koolitada residentuuris lastele spetsialiseerunud hambaarste. Erinevas arengustaadiumis piimahammaste ja formeeruvate juurtega jäävhammaste juureravi on väga spetsiifiline ja vajab eriettevalmistusega hambaarste (ingl. k. *paediatric dentist*, eriala - *paediatric dentistry*)

6. Tervishoiuteenuste jaotus etappide kaupa, ambulatoorse ja statsionaarse eriarstiabi vahel

Hambaravi esmatasandil teostavad kõik diplomit omavad hambaarstid. Teenuste jaotus hambaravis on keeruline, sest ühe diagnoosiga patsiendi raviskeem võib olla vägagi erinev sõltudes muuhulgas nii patsiendi soovidest kui ka majanduslikest võimalustest.

Tulevikus ravivad komplitseeritumaid juhtumeid põhiliselt spetsialistikoolitusega hambaarstid. Oleme alustanud hambaravi eriarstide koolitamist, kelle kompetentsi kuuluvad keerulisemad diagnostika- ja ravimenetlused. Põhiosa hambaraviteenusest osutatakse siiski haiglaväliselt, tavalistel hambaravivastuvõttudel.

Statsionaarse eriarstiabina eksisteerib hambaravis vaid suu- ja näo-lõualuukirurgia. Suurte kasvajate eemaldamine, rekonstruktiivsete ja ortognaatsete operatsioonide läbiviimine on vaid näo-lõualuu kirurgide kompetentsi kuuluv ning toimub suuremate haiglate juures. Sellise raviteenuse maht on täpsemalt esitletud vastava eriala arengukavas.

Üldanesteesias sooritatakse hambaravi probleemsetel väikelastel, ülikartlikel patsientidel, arengupeetusega invaliididel jt näidustatud kontingentidel. Sellist ravi peaks toetama riik, sest ajakulu on kordades suurem ühele patsiendile ja seega teenuste hinnad ei ole adekvaatsed. Puudega inimeste maksevõime on ka tavaliselt väga problemaatiline.

7. Valveteenistuse vajalikkus ja korraldus haigla liikide kaupa

Esmaabi teenuse rahastamise korraldamine. Kuna hambahaiguste ennetus on alarahastatud ja projektipõhine, vähenenud on kättesaadavus hambaravis, siis on suurenenud túsistuste hulk ja vajadus esmaabi teenuse järele (info haigekassa kodulehelt).

Ka haiglate suu- ja näo-lõualuukirurgia osakondades on valve, mis võimaldab eluohtlike komplikatsioonide lahendamise väljaspool tööaega.

8. Arstide optimaalse töökoormuse planeerimine

Hambaarsti optimaalseks töökoormuseks oleks 6 tundi kliinilist tööd päevas, ühe külastuse keskmine pikkus on 45 minutit (30-90 min). Sellele lisandub 1-2 tundi administratiivset tööd, st paberite täitmine, raviplaanide koostamine (sh ravimaksumus), konsultatsioonid kolleegidega jne.

9. Eriarstide vajadus

Vajalik on eriarstikoolitusega hambaarstide kitsam spetsialiseerumine ning keerulisemate juhtumite ravi koondumine nende alla. See toob endaga kaasa ravikvaliteedi olulise tõusu.

Muuta residentuuri vastuvõtmise korda. Residentuuri saab astuda EHL juhatuse soovitusel peale 3 aastat praktiseerimist hambaravi erialal. Arvatakse ka, et kahest aastast piisab (Mare Saag).

Tabel 15. Hambaravi eriarstide vajadus aastaks 2025

Vajadus praegusel hetkel	Absoluutarv	100 000 el/kohta
Hambaravi eriarste kokku	84	6
sh parodontoloog	27	2
Endodontist	15	1
Hambaproteesimise eriarst	28	2
Lastehambaarst	15	1

Kuna sellise arvu spetsialistide koolitamine korraga on võimatu, siis näeme ette spetsialistide sellist arvu vähemalt aastaks 2025.

10. Olemasolev eriala regulatsioon ning ettepanekud vajalikeks muudatusteks ja täiendusteks koos põhjendustega

Suuhügienistide vajadus - Soomes oli 2008. aasta seisuga 1 suuhügienist 4167 inimese kohta. Seda suurusjärku eeskujuks võttes võiks Eesti vajada umbes 150 suuhügienisti. Hetkel on Eestis "paberitega" suuhügieniste 33 (Eesti Suuhügienistide Liidu liikmeid 7). Kuna hambaarstide koolitusvajadus on hetkel vähenenud, siis võiks kaaluda Tartu Ülikoolis suuhügienistide 3-3,5-aastase õppekava avamist, kuna see rakenduskõrgharidus sobib bakalaureuse tasemeõppesse.

On tehtud ka ettepanek teatud tsükliga võtta vastu hügieniste hambaarstide asemel (dr. Marek Vink), mis on samas väga keeruline, kuna lööb segamini kogu arstiteaduskonna õppekorralduse.

Ka hambaarstidele assistentide koolitamine on oluline.

10.1. Seadusandlus

Keskkonnaministri määrus. nr 86, § 48 poolt kehtestatud kiirgustöötaja kiirgusohutusosalase koolitamise nõuded on hambaarstide suhtes üleregulatsioon. Keskkonnaameti Kiirguskaitse osakonna poolt on antud valdkond hambaarstidele ülereguleeritud kohustusega osaleda iga 5 aasta tagant kiirguskaitse alasel koolitusel. Kiirgusravi alased teadmised on hambaarstidel omandatud kõrghariduse käigus. Meid ei puuduta nt tolliametis või lennunduses kasutatavad kiirgajad või kiirguskaitse ohutuse nõuded ehitussektoris ja lennunduses. Antud koolitusi viib läbi Äriinfo OÜ hinnaga 110 eurot + käibemaks ja hambaarstile lisandub ärajäänud vastuvõtuga seonduvad kulud.

Kiirgusallika kontrollmõõtmine ja kabineti varjustuse mõõdistamine ja kooskõlastamine kiirguskaitse loa väljastamisel peaks olema piisav.

Kiirguskaitseameti paikvaatluse käigus võiks toimuda ohutuse alane nõustamine. Samuti võiksid ohutuse nõuded olla kättesaadavad kiirguskaitse büroo koduleheküljel ja nõustamine kättesaadav ka telefoni teel. Seda kõike peaks korvama juba praegu vastava sertifikaadi väljastamiselt tasutav riigilõiv. Eriti tingimustes, kus mõne ravikabineti kiirguskoormus võib olla 4-8 röntgenülesvõtet kuus.

10.2. Ravijuhiste koostamine ja eksisteerivate hambaravijuhise ülevaatamine

Ülevaatamist vajab laste hambaravi juhised. Planeeritud on endodontilise ravijuhise koostamine.

10. Professiiooni vastutuse tõstmine eriarstide pädevuse jälgijana

Ei ole õiguspärane nõuda riigi poolt kunstlikult eraettevõtte parendamist. Soov ja vajadus oma oskusi ja teenust parendada tuleb ettevõtte/ettevõtja seest. Seda määrab turg ja konkurents. Riigi eesmärk saab olla kahjustava tegevuse ärahoidmine või ennetamine.

See süsteem on hetkel piisavalt reguleeritud läbi Terviseameti tervishoiutöötaja registreerumise protseduuri (mis tõendab, et isik on saanud vastava erialase väljaõppe) ja samuti tervishoiuasutuste regulaarse litsentseerimise. Ka litsentseerimise puhul võiks Terviseameti juures olla nõustaja, kes vajadusel tuleb paikvaatlusele ja nõustab vajadusel ettevõtet/ettevõtjat kui litsentsi taotlejat nõuete täitmisel.

Praegu toimub regulaarse pädevuse sertifikaatide väljastamine Hambaarstide Liidu poolt arsti avalduse alusel. Minimaalne tunnistustega tõestatud täienduspunktide arv on 150 viie aasta jooksul. Lisaks auditoorsele õppele eeldame 150 tunni ulatuses individuaalset õpet (ajakirjad, õpikud, internet, jt allikad). Võrdluseks näiteid teistest Euroopa riikidest: Läti – 250 t; Inglismaal 75 t (spetsialistidele rohkem); Belgia 30 t; Sloveenia 10 kursust 7 aasta jooksul. Komisjon väljastab pädevussertifikaadi. Terviseamet registreerib sertifikaadi ja sertifikaadi olemasolu on nähtav arstide registris.

Selline punktikogumise süsteem tohib töötada ainult vabatahtlikkuse alusel. Nii nagu see on toimunud senimaani. Selle põhjenduseks on pakutavate koolituste taseme suured erinevused. Samuti on enesetäienduse võimalused iseseisva tööna ja ka info kättesaadavus viimase viie aasta jooksul omandanud uue taseme.

Arsti pädevus peaks tõusma probleemiks kaebuste puhul või siis kui arst ei ole pikki aastaid oma erialalisel tööl. Selline kohustuslik punktisüsteem loob tingimused rämpskoolitajate poolt garanteeritud tuluga rahamasina tekitamiseks. Riik peaks Sotsiaalministeeriumi kaudu soodustama eraettevõtjate s.h hambaarstide teadustööd ja projekte, läbi mille toimub tegelik eriala arenemine.

11. Muid eriala probleeme ja ettepanekuid

11.1. Diplomieelne koolitus

Aastatel 2008-2011 on õppekava arendamisel suurendatud oluliselt eriala ainete mahtu. Keeruliseks teeb õppetöö arendamise asjaolu, et hambaarstide koolitamiseks eraldatud haridussummadest ei piisa. Ideaaljuhul peaks olema stomatoloogia koefitsient 8 - tegelikult on 4,2, millest teaduskonnas kättesaadav on realselt 3,7. Meie üliõpilaste praktiliseks koolituseks on vajalik personaalne, igati kaasaegselt varustatud hambaarsti töökoht, et omandada ülikooli lõpetamiseks kõik hambaarstile vajalikud oskused ja olla vastutusvõimeline. Haridussummad ei saa olla võrdsed üldmeditsiini ja stomatoloogia erialade praktikumide läbi viimiseks. Kuna raviosakonnas toimub spetsialiseerumine, ravivõtete detailne omandamine residentuuri ajal. Ka hambaarstide erialase prekliinilise koolituse kulud on suured. Seda mitte ainult seadmete soetamiseks vaid ka õppetöö jooksvate kulude katmisel. Õppetöö toimub kolmes erinevas hoones, mis takistab ravitöö paremat integreerimist. Hambaarst peaks olema ülikooli lõpetamise järgselt mitte ainult kitsa eriala spetsialist vaid ka ettevõtja. Praegusel hetkel on hambaarstide õppekavas ettevõtlusega seonduvalt ainekursus ARTH 05.008 „Tervishoiu ökonomika ja tervishoiu korraldus“, 3EAP. Sellele lisaks peaks kindlasti olema ka ettevõtluse ja ärijuhtimise kursused, mille põhjal tulevane ettevõtja omandataks praktilised oskused ja teadmised. Vastasel juhul on hambaarstid võrreldes teiste arstiteaduskonna tudengitega ebavõrdses olukorras.

11.2. Hambaravi rahastamine

Taastada ja suurendada hambaravi hüvitis ja vähendada patsiendi omaosalust. Kehtestada Haigekassa teenuste loetelus kulupõhised hinnad. Lihtsustada uute teenuste lisamise korda. Lepingupartnerite valik muuta ja kehtestada patsiendipõhine rahastamine. Hambaravile eraldatud rahad ei tohiks liikuda meditsiini teistele erialadele: vabanenud, kasutamata summad peaks üle kantama laste hambaravi läbiviimisele ja ennetustegevusele.

Lisaks vältimatule abile valuga haigetele (sisuliselt ainult hamba eemaldamine), peame vajalikuks ka plaaniliste ekstraktsioonide Haigekassa poolset tasustamist, et välistada eluohtlike tüsistuste tekke võimalust. On arusaamatu, miks limaskesta- ja parodondi haiguste ravi on inimesele tasuline, nahahaiguste ravi aga on Haigekassa poolt tasuta. Alalõualiigese radioloogiliste uuringute eest tasub Haigekassa ainult suu- ja näolõualuukirurgi saatekirjaga patsientidele. Ka restauratiivse hambaravi residentuuri läbinud hambaarstidel peab olema õigus suunata Haigekassa toel lapspatsiendi analüüse mikrobioloogiliseks uuringuks, ning vajadusel suunata last MRI või kompuutertomograafia teostamiseks (näiteks alalõualiigese haigustega patsiendid).

Proteesi hüvitist on vaja suurendada ning juhul kui pensionär ei vaja proteesi, kaaluda võimalust lubada proteesikompensatsiooni kasutada hammaste raviks.