

Peremeditsiini täiendatud arengukava 2004. aastal

Koostasid:

Heidi – Ingrid Maaroo

Madis Tiik

Ruth Kalda

28.09.2004

Käesolev peremeditsiini arengukava on koostatud Sotsiaalministeeriumi tellimusel lähtuvalt Eesti Haiglate Arengukavast ja sellest tulenevatest muudatustes Eesti tervishoius. Arengukava koostajad on kasutanud Eesti Perearstide Seltsi (EPS) liikmetele elektronpostiga saadetud küsitluse kaudu saadud materjale, et hinnata hetkeolukorda ja teha ettepanekuid arengukavasse. Peremeditsiini arengukava koostamine oli arutlusel EPS juhatuse koosolekul (03.02.2001) ja EPS üldkogul 2001. aasta septembris. Enne lõplikku valmimist toimus arutelu Sotsiaalministeeriumis, kus arengukava kooskõlastati teiste erialade arengukavadest tulenevate ettepanekutega.

Arengukava on üle vaadatud ja täiendatud 2004. aasta septembris. Arvesse on võetud viimaste aastate jooksul toimunud muudatusi seadusandluses, perearstide töökorralduses ja sellest lähtuvalt ka koolituse planeerimises ning ka perearstide töö analüüsi aastatel 1998-2002.

2002. a. muudeti WONCA Euroopa organisatsiooni poolt perearstiteaduse kui eriala definitsiooni ning ka perearsti määratlust, muutes selle enam vastavaks kaasaja nõuetele. Vastavad muudatused on sisse viidud ka antud arengukavasse.

Koostajate kontaktandmed:

Heidi –Ingrid Maaros - Polikliiniku ja perearstiteaduse õppetooli juhataja,
professor e-post: Heidi-Ingrid.Maaroos@kliinikum.ee

Ruth Kalda – Polikliiniku ja perearstiteaduse õppetool, dotsent, perearst, e-post:
ruth.kalda@ut.ee

Madis Tiik - perearst, e-post: madis@pak.tt.ee

Peremeditsiini arengukava

1. Eriala kirjeldus	
1.1 Eriala definitsioon	4
1.2 Sihtgrupi kirjeldus	6
2. Erialaste tervishoiuteenuste planeerimine	
2.1 Olukorra analüüs	7
2.2 Tervishoiuteenuste prognoos	8
2.3 Perearstide töökoormuse planeerimine	11
3. Peremeditsiini regulatsioon	
3.1 Seadusandlus	13
3.2 Ravijuhised	14
4. Perearstide koolitus ja kvalifikatsioon	
4.1 Koolitus	16
4.2 Täiendkoolitus	20
4.3 Resertifitseerimine	21
Kokkuvõte	22

1. Eriala kirjeldus

1.1 Perearstiteaduse mõiste

Perearstiteadus on akadeemiline, teaduslik ja kliiniline meditsiinieriala oma erialase koolituse-, akadeemilise struktuuri- ja teadustööga ning mis osutab järjepidevat ja laialdast tervishoiualast (*arstiabi*) abi individile ja perele. Perearstiteadus hõlmab kliinilise meditsiini kõrval inimese tervisega seostuvaid muid alasid (psühholoogia, sotsioloogia, käitumisteadus, keskkond jne.). Perearstiteadus asub tervishoiusüsteemis esmase kokkupuutepunkti rollis ja peab olema inimestele kättesaadav, efektiivne ja ökonoomne.

Perearsti määratlus I (Wonca Europe 2002):

Perearst on sellekohase eriala omandanud arst, kes osutab personaalset, esmast ja järjepidevat arstiabi isikutele, perekondadele ning oma patsientuurile tervikuna sõltumata patsiendi vanusest, soost ja haigusest. Ta tegeleb patsiendiga arvestades perekonna ja kogukonna konteksti ning kultuurilisi iseärasusi, ning respektierides alati patsiendi autonoomiat. Ta tunnetab professionaalset vastutust kogukonna suhtes. Ta võtab arvesse kehalisi, psühholoogilisi ja sotsiaalseid aspekte oma otsustes tervise ja haiguse kohta. Kauakestev kontakt võimaldab tal rajada usaldusliku vahekorra iga oma patsiendiga, mida saab kasutada professionaalselt patsiendi huvides. Ta teeb esimese arstliku otsuse iga probleemi kohta, millega tema poole pöörduakse. Ta osutab oma patsientidele professionaalset haigusi ennetavat abi ja tegeleb haiguste diagnoosimisega-, ravimisega ja palliatiivse raviga haiguste terminaalstaadiumis. Ta abistab patsienti eelpoolnimetatud 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.

Perearsti määratlus II

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 Tervishoiuametis registreeritud perearstikutsega arste Eestis perearstina töötamiseks.

- Perearst osutab koos pereõega järjepidevat üldarstiabi, korraldab hooldust ja haigusi ennetavaid menetlusi kõigile oma nimistus olevaile isikutele.
- Pereõde on koos perearstiga töötav erikoolituse saanud õde või ämmaemand, kes on läbinud pereõe (MTO erialanimetus "family nurse") spetsialiseeritud täiendkurse.
- Perearst teeb esmase arstliku otsuse iga meditsiinilase probleemi kohta, millega patsient pöördub tema poole.
- Perearst on kohustatud andma abi vahetult ise või sõltuvalt haige vajadusest korraldama arstiabi teiste arstide või meditsiiniteenistuste kaudu, suunates haigeid erialaarstide konsultatsioonile või haiglasse.
- Perearst lähtub abi osutamisel ja korraldamisel patsiendi tervise seisundist, tagab patsiendile parima vajaliku ning võimaliku abi arvestades olemasolevaid, lepingutega määratletud ressursse.
- Perearst kindlustab oma nimistu patsientidele arstiabi kättesaadavuse ning järjepidevuse.

Mõisted perearst ja üldarst:

Euroopas on valdavaks inglisekeelseks terminiks *general practitioner (GP)*, mis otsetõlkes on üld(praktiseeriv)arst; Ameerika Ühendriikides ja Kanadas seevastu tähistatakse sedasama arsti mõistega *family physician* või *family doctor*, mis otsetõlkes on perearst. Eestis on kummalgi neist kindel, teineteisest erinev tähendus. Perearst tähistab eriala, mis on saanud diplomijärgse koolitusega (kas residentuur või perearstiks spetsialiseerumise kursused) ning pärast vastava erialaeksami sooritamist. Üldarsti mõiste on Eestis kasutusel kahe erineva arstide rühma puhul:

1. jaoskonnaarstid, kes on ülikooli lõpetanud enne 1991.a. ja kes on Sotsiaalministeeriumi poolt atesteeritud üldarstideks; oma koolituse poolest on nad valdavalt sisearstid (läbinud sisehaiguste alase üheaastase internatuuri); enne 1966.a. Tartu Ülikooli arstiteaduskonna lõpetanud internatuuri ei läbinud.

2. ülikooli peale 1991.a. lõpetanud arstid, kes on läbinud kahe- või üheaastase üldinternatuuri. Seega põhierinevuseks Eestis üld- ja perearstide vahel on koolituse erinevus: esimesed neist on spetsialiseerumata arstid, teised on omandanud perearsti eriala.

Eriala identiteedi tagamisel on aastast 1993 kõrvuti erialase koolituse ning teadustööga olnud oluline osa Eesti Perearstide Seltsil. Seltsi liikmeskond suureneb aasta-aastalt ning järjest enam on suurenenud seltsi kohalike organisatsioonide roll. Aastatel 2001-2010 peavad tekkima kõikides maakondades(või maakondade vahelised) perearstide grupid, koostöö Eesti Perearstide Seltsiga toimuks iga piirkondliku grupi esindaja osalemisega juhatuses. Eriala identiteedi, kvalifikatsiooni säilitamise ja perearstiabi kvaliteedi peamiseks kontrollimehhanismiks jääb lisaks akadeemilisele erialakoolitusele ja teadustööle erialaseltsi kaudu toimuv tegevus.

1.2 Sihtgrupp

Perearstiabi saajateks on kogu Eesti elanikkond- 135 6045 inimest (Eesti statistika aastaraamat veebiversioon, 2003, seisuga 01.01.2003,lk.35). Neist 0-19 aastat vanad on 331489, 20-64 aastat 809106 ja >65 aasta vanad 215009 inimest. 1997.a. oli Eestis ette nähtud 807 perearsti nimistut. Vastavalt reformi kavadele määrati nimistute suuruseks 1900± 400 inimest. Kõrvalekalded nimistute ettenähtud suurusest olid lubatud maakonnaarsti heakskiidul.

Arvestades perearsti töö iseloomu, lisanduvaid töökohustusi ja silmas pidades teostatava töö kvaliteeti, võeti 2001.a. suund nimistute suuruse vähendamisele. Nimistute suuruseks lubati alates 2007.aastast 1600± 400 inimest, millest võis maavanem lubada kõrvalekaldeid sõltuvalt piirkonna eripärast kooskõlastatult Eesti Haigekassaga. Vastavalt sotsiaalministri 29.novembri 2001.a. määrusele nr 114, kehtestati ka uued nimistute piirarvud maakondade kaupa (tabel 1).

Tabel 1. Perearsti nimistute piirarv maakondade kaupa vastavalt SM 2001.a. määrusele nr. 114

Eestis kokku:	840
Tallinn	245
Harjumaa	65
Hiiumaa	8
Ida-Virumaa	110

Jõgevamaa	25
Järvamaa	29
Läänemaa	16
Lääne-Virumaa	45
Põlvamaa	23
Pärnumaa	58
Raplamaa	22
Saaremaa	23
Tartumaa	89
Valgamaa	21
Viljandimaa	36
Võrumaa	25

Kokku on vastavalt 2001.a. määrusele planeeritud Eestis 2007. aastaks **840** perearstinimistut. See arv aga võib aastaks 2007 piirkonniti muutuda, seoses elanike ümberpaigutumisega ja teiste demograafiliste muutustega, kuid mõnevõrra ka perearstidele lisanduvate ülesannetega ning perearstitöö sisulise arenguga seoses. Seepärast peaks nimistute arvu ja jaotumist kaasajastama iga 3-5 aasta järel.

Kuna perearst tegeleb kõikidest vanusegruppidest patsientide esmaste probleemidega, siis on perearstiabi kättesaadavuse ja vastava perearstide arvu tagamiseks vajalik arvestada elanikkonna paigutumist piirkonniti ning arstiabi kättesaadavus tagatakse vastava piirkonna kogu populatsioonile. Patsientide vanuselist ja soolist jaotumist erinevate perearstide praksistes arvestab iga perearst oma töö organiseerimisel, täiendkoolituse valikul, praksise varustamisel töövahenditega jne.

Võttes aluseks 2001.a. sotsiaalministri määrusega nr.114 kehtestatud perearstinimistute arvu maakonniti ja pidades silmas 2007.a. Eestis vajavat perearstide arvu, võib öelda, et juba 2002. a. lõpul töötas nõutaval arvul perearste Hiiumaal, Järvamaal, Pärnumaal ja Tartumaal. Alates 2001.aastast on jõudsalt kasvanud perearstikutse omandanud perearstide arv Tallinnas ja Ida-Virumaal. 2004 aasta lõpuks on kõikides maakondades piisaval arvul perearste, mõnedes maakondades (Jõgeva, Järva, Pärnu, Tartu ja Võrumaal) on toimunud praksiste liitumine. Liitumise põhjuseks on elanike arvu vähenemine ja perearsti valimine linnast. Maakondade äärealade elanikel on raskusi oma piirkonna perearsti juurde

pääsemisel, tingituna ebasobivatest bussiaegadest. Seetõttu on lihtsam sõita maakonna keskusesse, kuhu on koondunud tervishoiuteenuse osutajad kui ka apteegid.

Lubatud praksiste piirarvu tuleks suurendada Tallinnas ja Harju maakonnas. Teistes piirkondades tuleks piirarve korrigeerida.

Tabel 2. Perearsti nimistute arv aastatel 1998-2004 maakondade kaupa

Piirkond	1998	1999	2000	2001	2002	2004	Plaan 2007	% plaanitust
Eesti	299	370	448	557	692	785	840	93
Harjumaa	23	30	32	43	50	63	65	97
Tallinn	28	49	65	121	170	239	245	98
Hiiumaa	3	3	6	6	8	8	8	100
Ida-Virumaa	12	15	20	49	88	99	110	90
Jõgevamaa	16	17	19	18	22	20	25	80
Järvamaa	8	9	19	20	29	25	29	86
Läänemaa	7	6	6	8	13	14	16	88
Lääne- Virumaa	14	18	37	39	41	41	45	91
Põlvamaa	16	17	16	19	19	19	23	83
Pärnumaa	8	42	54	53	58	53	58	91
Raplamaa	14	14	14	13	16	20	22	90
Saaremaa	13	15	17	17	20	21	23	91
Tartumaa	83	87	83	84	84	87	89	98
sh Tartu	56	58	57	57	57			
Valgamaa	12	9	11	12	17	18	21	85
Viljandimaa	29	27	31	36	34	34	36	94
Võrumaa	13	12	18	19	23	22	25	88

Nimistute suurused maakondade kaupa.

Maakond	Elanikke	Piirarv	25.okt.04	+/-	Keskmine	Alla 1200	Üle 2000
Harjumaa	125102	65	63	-2	1986	2	20
Tallinn	397150	245	239	-6	1662	1	65
Hiiumaa	10348	8	8	0	1294	4	-
Ida-Virumaa	176181	110	99	-11	1780	2	25
Jõgevamaa	37886	25	20	-5	1894	3	2
Järvamaa	38408	29	25	-4	1536	7	2
Läänemaa	28232	16	14	-2	2017	2	8
Lääne-Virumaa	67052	45	41	-4	1635	4	6
Põlvamaa	32121	23	19	-4	1691	5	2
Pärnumaa	90127	58	53	-5	1701	4	15
Raplamaa	37270	22	20	-2	1864	2	7
Saaremaa	35584	23	21	-2	1694	2	5
Tartumaa(sh Tartu linn)	148992	89	87	-2	1713	9	22
Valgamaa	35242	21	18	-3	1958	5	2
Viljandimaa	57148	36	34	-2	1681	6	4
Võrumaa	39202	25	22	-3	1782	4	4
	1356045	840	783	-57	1732	62	189

2. Erialalise tervishoiuteenuse planeerimine

2.1 Olukorra analüüs

1998. aastal alustasid pearaha alusel tööd esimesed iseseisvad perearstid. Eesti hõlmatus iseseisvate, pearaha alusel töötavate perearstidega oli siis ligikaudu 30%.

2000. aastal oli hõlmatus ligikaudu 60% ja 2002aastast alates on kogu esmatasandi arstiabi rahastamine viidud ühtsele pearaha alusel toimivale printsiibile. Kuna paljudel perearstina töötavatel arstidel ei ole veel omandatud perearsti eriala, siis toimub üleminek järk-järgult, vastavalt koolituse lõppemisele. Vastavalt Sotsiaalministeeriumi 28. jaanuari 1999. a määrusele nr.4, toimus üleminek perearstiabile 2003. a 1. jaanuariks.

2004 aasta esimese oktoobri seisuga on 785st Eesti Haigekassa lepinguga nimistut omavast perearstist 757-l perearsti tunnistus (96%).

Perearstide praegust olukorda iseloomustab kõige rohkem ülemääraselt suur töökoormus, mille põhjustena võib välja tuua järgmised probleemid:

- **Nimistute suurus**

Suurte praksiste puhul on perearstide töökoormus liiga suur ja seetõttu kannatab pakutava teenuse kvaliteet ning samuti abi kättesaadavus. Suured praksised on enamasti koondunud linnadesse. Arvestades ka patsientide haiguskäitumise erinevusi maa ja linnainimeste vahel, võib öelda, et töökoormus linnas töötavatel perearstidel on suurem. Samas on linnainimesed harjunud rohkem tarbima ka eriarsti teenuseid, seetõttu on siin surve suurem perearstile uuringute teostamisel.

Väikesed praksised paiknevad suuremalt osalt hõredalt asustatud maapiirkondades. Sealsete arstide põhiprobleemiks on suured vahemaad teeninduspiirkonna sees ja enamasti suured vahemaad II etapi raviasutustega. Lähtuvalt kohalikust bussiliiklusest võib lähedal asuva perearsti juurde sõitmine olla keerulisem, kui maakonnakeskuses asuva perearsti külastamine. Erinev on ka omavalitsuse toetus kommunaalkulude katmisel. See asetab perearstid ebavõrdsetesse tingimustesse ja põhjustab olulisi lisakulutusi ruumidele. Väikeste praksiste toimetulek ja võimalus uuringute ostmiseks on samuti oluliselt väiksem. Enamus väikepraksiste perearste teeb lisaks ka

raamatupidamise ja sekretäri töö, mis tähendab suurt ajakulu mitteerialasele tööle. Linnades on parem võimalus koopereerumiseks ja osade teenuste ostmiseks koos.

Ühiseks probleemiks on ka ennetustegevuse nõrk finantseeritus. Ühelt poolt iseloomustab seda rahaline nappus, teisalt ebapiisav ajaressurs. Kuid oluline osa on siin ka rahva üldise tervisekäitumise madalal tasemel. Keskmise nimistuga töötavatel perearstidel on kõige paremini paigas majanduslikkus ja pakutava abi kvaliteet. Alates 2005 aastast on kavas käivitada kvaliteediboonuse süsteem koostöös Eesti Haigekassaga. Uus süsteem peaks stimuleerima perearste rohkem tegelema ennetustegevusega.

.

- Perearsti tööülesanded

Perearstide töökoormust peaksid 2005 aastal vähendama muudatused puuete vormistamisel ja kavandatav nõuandetelefon Samas on endiselt probleeme kaitseväeteenistusse astujate tervisekontrolli, erinevate elualade tervisekontrollide(tervisetõendid) ja üha suurenevas mahus krooniliste haigete jälgimine.

- Aruandlus

Statistika keerulisus ja rohke dubleerimine erinevate ametkondade poolt (maakonnaarst, haigekassa, tervisekaitse, statistikaamet, maksuamet). Perearstide töö maht on viimasel aastal kasvanud peamiselt paberitöö arvel. Finantseerimise alustes puudub aga võimalus sekretäri tööle võtmiseks.

- Perearstiabi ja eriarstiabi vaheline korraldamatus

Korraldamatus eriarstiabi, kiirabi ja perearstiabi tööjaotuse osas. Erinevates piirkondades eksisteerivad väga erinevad töökorralduse mudelid. Puudub ühtne kogu vabariiki hõlmav tööjaotuse printsiip.

- Asendusarstide puudumine puhkuse ja täienduste ajaks

Perearstidel puudub võimalus asendusarsti leidmiseks täienduste ja puhkuste ajaks. Sellest tulenevalt lisapinged ja krooniline väsimus.

2.2 Tervishoiuteenuste 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.

Perearstide töökoormuse vähendamine on otseselt seotud tehtava töö kvaliteediga ja seetõttu on oluline tagada perearstidele võimalus enese harimiseks ja puhkuseks. Töökoormuse vähendamiseks peab oluliselt tõstma oma suutlikkust sotsiaalhooldekande süsteem ja avahooldus. Samuti on võimalik kaasata rohkem pereõdesid igapäevase ravitöö paremaks organiseerimiseks, jagades koolitatud pereõdedel iseseisvaid ülesandeid.

Perearstide töökoormust saaks leevendada mitmete organisatoorsete muudatustega:

- Soodustada infotehnoloogia arengut meditsiinis. Valdav osa perearstidest kasutab arvutit. Seda tuleks igati soodustada, loobudes paberkanjatel arvetest ja aruandlusest. Samuti tuleks legaliseerida elektrooniliste patsiendikaartide olemasolu, viia kõik raviasutused ühtsesse infovõrku, kiirendades oluliselt patsiendi andmete liikumist ühest raviasutusest teise ja vähendades sellega uuringute dubleerimise vajadust. Perearstide roll patsiendi andmete kogumisel ja säilitamisel on väga olulise tähtsusega ravi järjepidevuse tagamiseks. Eesti Perearstide Seltsi sisene infovahetus on samuti plaanis viia elektroonsele alusele. Infotehnoloogia võimaluste kättesaadavamaks muutumisel oleks vaja rajada virtuaalne konsultatiivne kliinik, mille poole perearstid saaksid igapäevaselt tekkinud probleemidega pöörduda.
- Loobuda dubleerivast statistkast. Kogu haigestumise statistika on tehtav haigekassa raviteenuste arвете alusel tsentraalselt kasutades infotehnoloogia poolt pakutavaid võimalusi.

Põhimõte – iga uue ülesande lisamine perearstile peaks olema täpselt kalkuleeritud nii töökoormuse kui ka rahalise poole pealt, samuti peaks arvestama koolituse vajadust ja vajaliku tööjõuressurssi olemasolu.

Demograafilised muutused

Väga oluliseks probleemiks on Eesti rahvastiku muutused järgnevate aastate jooksul. Eesti rahvastikku iseloomustab elanike vanuselise struktuuri muutus- eakate inimeste osakaalu suurenemine ja laste arvu vähenemine.

Diagramm 1. Alla 15-aastaste laste ja 65-aastaste ning vanemate inimeste osatähtsus rahvaarvus 1989.–1999. aastal 2000.–2035. aastal

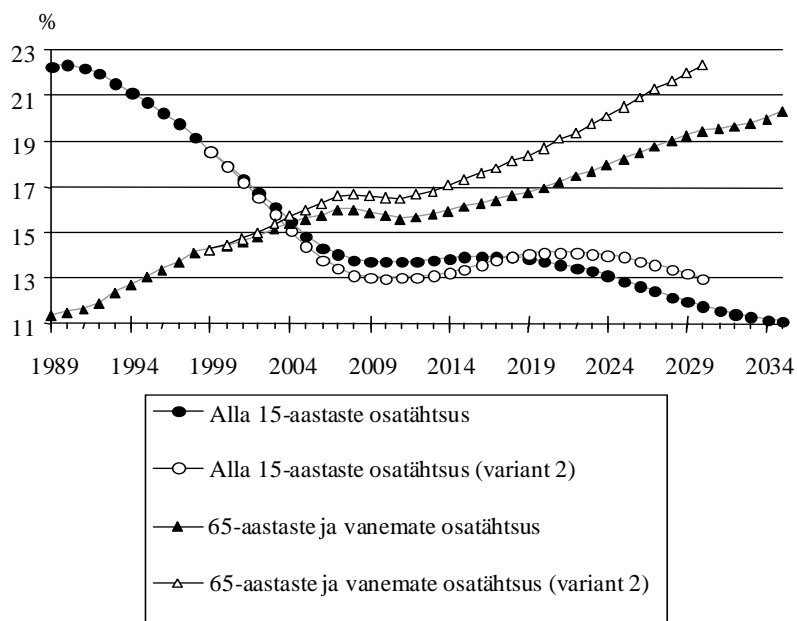
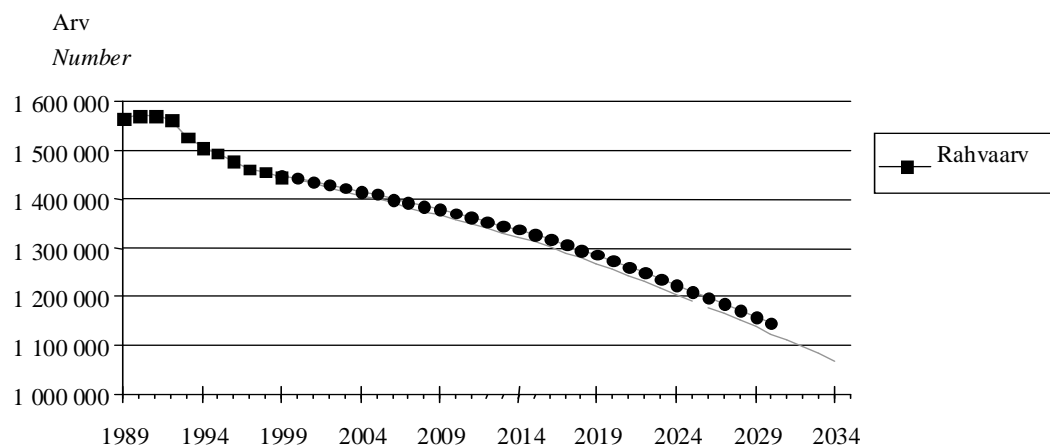


Diagramm 2. Rahvaarv 1989.–1999. aastal ja selle võimalik suurus 2000.–2035. aastal



Tulenevalt demograafilistest muutustest suureneb krooniliste haiguste, peamiselt kardio-vaskulaarsüsteemi haiguste osakaal. Suureneb haigestumus vähki ja psüühilistesse haigustesse (Alzheimeri tõbi, depressioon). Suureneb avahoodust ja kodust abi vajavate inimeste arv.

2.3. Perearstide optimaalse töökoormuse planeerimine

Selleks, et tagada Eesti elanikkonnale taskukohane ja kvaliteetne perearstiabi tuleb piirata nimistule lubatavat maksimumsuurust. Suurte nimistute kogumise põhjuseks

on olnud parema materiaalse baasi loomine, kuid paraku toimub see ülemäärase töökoormuse ja kvaliteedi arvelt. Nimistute normaalseks eksisteerimiseks peaks pearaha iga-aastaselt tõusma vähemalt elukalliduse indeksiga samas rütmis.

Nimistute optimaalne suurus oleks 1200 ja 2000 vahel. Seda on võimalik saavutada kahel viisil.

1. Uute praksiste avamine. Aastani 2005 tähendaks see täiendavalt 50–70 uue praksise avamist. Samas peame arvestama kahaneva rahvaarvuga, mis vähendab nimistute keskmist suurust ja vähendab vajalike praksiste arvu.
2. Teise võimalusena näeksime abiarstide tööle rakendamist, kuid seda kindlate piiride seadmisega. Sellisteks piirideks oleksid
 - Abiarsti nõue alates 2000–st patsiendist
 - Abiarstiga praksise maksimaalne suurus 3000 patsienti
 - Maksimumpiiri täitudes on abiarstil õigus taotleda uue praksise avamist, koos kõikide sellest tulenevate õigustega.

Selline kord võimaldaks dünaamiliselt luua uusi praksiseid sinna kuhu neid kõige rohkem vaja läheb. Ühtlasi võimaldab see residentuuri lõppedes noorele perearstile kindla tulevikupotentsiaali loomist.

Perearsti eriala kiire areng ja vajadus integreerida praktilist tööd muude eriala arendavate tegevustega (õpetamine, teadustöö, osalemine mitmesugustes projektides, töö seltsi juhatuses) on põhjuseks, et Eestis oleks vajalik ametlikult tunnustada grupipraksiste printsiipi ja töötamist osalise nimistuga, säilitades patsientide registreerimise ja iseseisva lepingulise suhte haigekassaga. Samuti vajaks seadustamist perearsti eemalolek oma praksisest, mis oleks vajalik teadusprojektide tegemiseks, väitekirjade vormistamiseks, loominguliseks puhkuseks, kogemuste omandamiseks teistes riikides jne. Selline eemalolek võiks olla kuni kaheks aastaks nimistu säilitamisega.

Profülaktiline töö

Perearsti töö kvaliteedi üheks osaks peab olema profülaktiline tegevus kuna perearstil on esmase kontakti arstina parim võimalus edendada tervist ja hoida ära haigusi. Et profülaktiline tegevus oleks tulemuslik, peaks see olema pidev, mitte toimuma vaid erinevate projektide raames. Profülaktilise tegevuse jaoks peaks perearstil olema kasutada täiendavaid vahendeid ja stimuleerimaks profülaktika läbiviimist, peaks see

olema eraldi tasustav. Profülaktika aluseks peaks olema tegevus, mille efektiivsus on uuringutega tõestatud (evidence –based). Läbiviidud ennetustegevus peaks kajastuma ambulatoorses kaardis ja selle alusel saaks hinnata perearsti tegevust ning arvestama seda ka litsentseerimisel ja lepingute sõlmimisel.

Võttes aluseks 1998.a. väljatöötatud juhendi ja modifitseerides seda viimastel aastatel tehtud uuringute põhjal, on TÜ Polikliiniku ja perearstiteaduse õppetooli poolt koostatud perearstidele profülaktilise tegevuse läbiviimiseks soovitusel, mis on publitseeritud ka perearstide seltsi ajakirjas “Perearst” sept. 2004.

Valveteenistus

Valveteenistuse tööpõhimõtted vajavad korrastamist riigi tasandil. Perearstidele etteheidete tegemine olukorras, kus perearsti tööjuhend ei näe ette valveteenistust õhtutundidel ja nädalvahetustel, toob kaasa liigseid pingeid . Selleks, et parandada perearstide kättesaadavust väljaspool praegust tööaega, tuleb lahendada järgmised probleemid:

- Tööjõud. Töötamine õhtutundidel ja nädalvahetusel peab olema vabatahtlik ja eraldi tasustatud. Praegusel ajal teevad paljud perearstid koduviisi ja vastuvõtte väljaspool ettenähtud tööaega, saamata selle eest lisatasu. Valvetasu võiks olla jagatud selliselt, et perearstil oleks võimalik lisatööd teha, kuid samas peaks jääma perearstil ka võimalus lisatasu kiirabile loovutada, kes siis lahendaks töövälisel ajal ka perearsti visiidid. 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 dispetšer - ja sidesüsteemi olemasolu. Mitte vähem oluline ei ole ka vastavate ruumide ja transpordivahendite olemasolu.

Küsimus omaette on ka valvetöö sisu, perearstid ei saa asendada kiirabi. Erakorraline töö nõuab eraldi väljaõpet ja see omakorda aega ja lisaressursse.

Perearstitöös on väga oluline järjepidevus, patsientide usaldus ja vastastikune koostöö. Selle nimel on paljud perearstid andnud oma patsientidele informatsiooni kuidas nendega väljaspool tööaega kontakti leida. See on alus koostööle ja paremale ravitulemusele, usaldusele.

3.Regulatsioon

3.1.Seadusandlus.

Käesoleval hetkel on Eesti Vabariigis perearstiabi seadusliku regulatsiooni aluseks Sotsiaalministri 29. novembri 2001. a määrused nr 112,113,114 mis sätestavad esmatasandi arstiabi osutamise perearstiabina ning määratleb perearstipraksiste nimistute moodustamise, muutmise ja võrdlemise korra. Määrusele lisandub perearsti tööjuhend (Sotsiaalministri 29. novembri 2001.a. määrus nr 117)

Peatükis 2.1. Olukorra analüüsis on juba käsitletud probleemid , mis on tekkinud seoses perearsti tööjuhendi erinevate tõlgendustega erinevates riigi - ja omavalitsus struktuurides olles põhjustanud perearsti tegevuse killustumiseni mitmete erinevate kohustuste vahel. Uute kohustuste lisandumisel pole finantseerimise alustele ja töökoormuse kasvule tähelepanu pööratud.

Sotsiaalministri 29. novembri 2001. a määrus nr 116 perearstipraksise ruumide planeerimise nõuded. Määrusega kehtestatakse praksiseruumide asukohale ja juurdepääsudele, ruumide pindalale ja jaotusele, viimistlusele, sisekliimale, küttele, ventilatsioonile, elektrivarustusele, valgustus, side – ja arvutivõrkudele. Määrusest lähtuvalt on nõuded kohustuslikud uute ruumide planeerimisel ja tegutsevate perearstipraksiste töötingimuste hindamisel litsentsi kohaseks tegevuseks. Praeguseks on tekkinud olukord kus perearstid küll töötavad, kuid valdaval enamusel neist ei ole oma tegevuseks vajaliku suurusega ega otstarbekalt planeeritud ruume. Lähtudes olukorrast kus paljud senini töötavad ambulatooriumid ja polikliinikud on amortiseerunud või paiknevad selleks algselt mitteettenähtud hoonetes, oleks otstarbekas kavandada tüüpprojektid uutele perearstipraksistele. Praksise ruumide ehitamiseks vajalikud vahendid tuleks leida kohaliku omavalitsuse - või riigieelarvest. Perearstidele makstav baasraha ei ole piisav ruumide kaasaajastamiseks.

2004 aastal vastuvõetud Ravikindlustusseaduse muudatused ei võimalda perearsti vastuvõtule pöördujalt visiiditasu võtta. Arengukava koostajad leiavad, et mõõdukas omavastutus perearsti vastuvõtul on vajalik. Visiiditasu suurendaks patsiendi vastutust ja väldiks põhjendamatu visiitide kasvu. Ühtlasi võimaldaks see suunata rohkem patsiente pereõe vastuvõtule.

Koduvisiidi osas on omavastutuse suuruseks kehtestatud 50 krooni. Omavastutuse tõus tingiks noorema ja keskealise elanikkonna suurema motiveerituse tervemate eluviiside ja hoiakute väljakujundamiseks ja järgimiseks, millest oleks pikemas perspektiivis kasu ilmselt nii üksikisikule, kui vananeva elanikkonnaga riigile tervikuna.

3.2 Ravijuhised

Perearstid eelistavad ravijuhiseid, mis on välja töötatud koostöös spetsialistidega ja oleksid praktikas rakendatavad (toimiv patsientide ühise kureerimise süsteem eriarstidega; rahaline kate krooniliste haigete kureerimise kohustusele / võimalusele; ravijuhiste soovituslik, mitte dogmaatiline iseloom, et välistada arstliku mõtte piiramist). Soovitavaks peetakse kõigi erialade kooskõlastatud ravijuhendeid..

Praeguseks on valminud :

- astma diagnostika ja ravi juhend
- KOK –i juhend
- ägeda pneumoonia diagnostika ja ravi juhend
- Helicobacter pylori infektsiooni diagnostika ja ravi juhend
- laste vaktsineerimise juhend
- 2. tüüpi suhkurtõve ravi juhend
- kliinilised juhendid pediaatrias (osaliselt)

Eesti Perearstide Seltsiga on kooskõlastatud järgmised ravijuhendid:

- Sapikivitõve diagnostika ja ravi juhend
- Urotrakti ja meeste suguteede infektsioonide ravi juhend
- Peptilise haavandi ravi juhend

Konkreetselt tuleks kaaluda veel järgnevate ravijuhendite väljatöötamist:

- Terve ja haige/enneaegse imiku /väikelaste jälgimine, hooldamine, toitmine; preventioon imiku - ja väikelapse eas; sagedamini esinevad diferentsiaaldiagnostilised probleemid , haiguste skriinimine imiku -ja väikelapse eas

- Raseda jälgimine, toitumine, võimlemine, soovitusel terve lapse sünniks (koostöös naistearstidega)
- Artriitide diferentsiaaldiagnostika, seljavalude käsitus, ortopeedilised probleemid (koostöös reumatoloogidega)
- Psüühika häired (koostöös psühhiaatritega)
- Krooniline valu ja peavalude käsitus (koostöös neuroloogidega)
- Kõrvahaiguste juhend (koostöös kõrva –nina- kurguhaiguste spetsialistidega)
- Täpsed juhised aktsepteeritud ja teaduslikult põhjendatud profülaktiliste tegevuste juhendid, milles preventiooni mõiste oleks selgelt defineeritud ja sellega seotud kulutused konkreetselt rahastatud. Vajalik oleks ka ühtse profülaktilise menetluse registreerimise leht, mida oleks lihtne täitja ja oleks piisavalt ülevaadlik.

4. Kvalifikatsioon

4.1 Koolitus

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 perearstiteaduse õppeprogrammidele.

Perearstide erialakoolitus Eestis algas 1991.a. perearstiks spetsialiseerumiskursustega Tartu Ülikooli Arstiteaduskonna Täienduskeskuses. Perearstiteaduse kui akadeemilise ja teaduseriala arengu tagatiseks on Tartu Ülikooli arstiteaduskonnas 1992.a. loodud polikliiniku ja perearstiteaduse õppetool. Akadeemilise peremeditsiini peamiseks ülesanneteks on:

- perearstiteaduse õppetöö üliõpilastele
- peremeditsiini õppejõudude ja juhendajate koolitamine
- perearstide spetsialiseerumiskursuste läbiviimine
- peremeditsiini residentuuri läbiviimine
- peremeditsiini kraadiõppe korraldamine
- peremeditsiini teadusuuringute arendamine

1992.a. loodud peremeditsiini õppeprogrammid üliõpilastele on arstiteaduskonna õppekavas 2. ja 6. kursuse peremeditsiini õppetöö aluseks. Nendes programmides kasutatavaid õppemetoodikaid on pidevalt arendatud ning 1999.a. akrediteeriti õppeprogrammid ja -metoodikad ja 2003.a. peremeditsiinalane teadustöö. Üliõpilaste

ning residentide õppe- ja teadustöö on integreeritud praktilise tööga ning praktiseerivad perearstid (üliõpilaste ja residentide juhendajatena) on lepinguliselt kaasatud õppetöö läbiviimisse ja ka teadustöösse. Aastaks 2003 on perearsti spetsialiseerumiskursused lõpetanud 908 perearsti (Tabel 3)

Tabel 3. Perearstide eriala koolituse areng ja planeering aastani 2003 (TÜ Polikliiniku ja perearstiteaduse õppetooli ja Arstiteaduskonna Täienduskeskuse andmetel)

Aasta	Alustas spetsialiseerumist No	Alustas residentuuri No	Lõpetas spetsialiseerumiskursused No	Lõpetas residentuuri No	Kokku erialaga Perearste No
1991	63				
1992					
1993	83	1	63		63
1994	206				63
1995	73	1	83		146
1996			15	1	162
1997	60	7	129		291
1998	163	11	112	1	404
1999	76	13	60		464
2000	120	15	161	4	629
2001	57	15	37	11	677
2002		16	178	12	867
2003		24	25	16	908

R-residendid

PA- ümberõppekursuste kaudu perearstikutse omandanud arstid

Spetsialiseerumiskursuste kaudu on aastaks 2003 lõpetanud seega piisavalt perearste ning sellise õppevormi edaspidiseks jätkamiseks vajadust pole. Perearsti eriala ettevalmistus hakkab toimuma residentuuri kaudu vastavalt residentuuri programmile ja riiklikule tellimusele. Koolitatavate perearstide arvu määramisel lähtutakse Eestis avatud praksiste arvust, perearsti tööjuhendist ja praegu töötavate perearsti erialaga

arstide vanuselisest koosseisust. Tabelis 4 on esitatud 65 a. saavate perearstide arv aastate kaupa.

Tabel 4. Aastatel 2004 – 2040 65.a. saavate perearstide arv.

Kõik(998)		Nimistuga(748)	Kõik		Nimistuga
34	?		39	2024	31
24	1997-2003	3	44	2025	32
14	2004	9	38	2026	31
13	2005	10	34	2027	15
20	2006	13	22	2028	23
19	2007	9	31	2029	19
15	2008	13	20	2030	15
13	2009	11	18	2031	18
17	2010	16	30	2032	20
22	2011	28	24	2033	17
26	2012	22	20	2034	11
24	2013	23	13	2035	11
33	2014	34	13	2036	9
44	2015	34	10	2037	7
37	2016	27	9	2038	6
28	2017	21	1	2039	0
34	2018	33	2	2040	0
38	2019	36	0	2041	0
44	2020	37	1	2042	0
46	2021	40	995		748
48	2022	29			
33	2023	35			

Tabelist nähtub, et kui kehtiks perearstina töötamise vanuseline piir, siis pensionile siirduvate perearstide arv aastate kaupa on ebahühtlane ja vaid see ei saa olla planeerimise alus. Peaks arvestama ka muid arstide arvu mõjutavaid tegureid näiteks perearstide välismaale tööle siirdumine, lapsehoolduspuhkusele jäämine, arstiteaduskonda lõpetavate arstide koguarv, perearstisüsteemile uute tööülesannete lisandumine. Paljude loetletud tegurite mahtu on raske prognoosida. Seepärast on praegune arvestus lähtunud perearstide kehtivast tööjuhendist ja praegusest töökorraldusest ning igal aastal on vaja koolitada vähemalt 25 uut perearsti. Seni on piiranud selle piirarvu täitmist arstiteaduskonna lõpetajate arv, mis ei võimalda lõpetajate koguhulgast (2004.a. 87 lõpetajat) vastu võtta peremeditsiini residentuuri

vajalikku arvu. Kuna perearstid moodustavad 25 % arstkonnast, siis peaks 25 peremeditsiini residendi vastu võtmiseks ülikooli lõpetama vähemalt 125 arsti vastaval aastal (arvestusega, et 25 arstiteaduskonna lõpetajat ei siirdu residentuuri vaid doktorantuuri).

Juhul kui perearsti tööjuhend laieneb või perearstisüsteemile lisanduvad muud kohustused (näiteks vastuvõtuoja väline valveteenistus, patsientide ravimine pikaravi haiglas, koolimeditiin, töötervishoiu ülesanded jne), 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.

Peremeditsiini arengukavas ilma teiste erialade arengukavasid teadmata ei saa uusi vajadusi ette näha ning selline arvestus peaks kaasas käima kõikide erialade arengukavade kooskõlastamisega.

On loodud peremeditsiini residentuuri programmid ning loodud püsiv koostöö pediaatria, neuroloogia, otorinolarüngoloogia, sisehaiguste, günekoloogia, kirurgia, dermatoveneroloogia, rahvatervise ja psühhiaatria erialadega perearsti residentide programmi täitmiseks. On loodud perearsti residentuuri baaside võrgustik kogu Eestis. Aastal 2005 käivituvad residentuuri juhendajate koolituse süsteem ja programmid. Kehtestatud on perearsti residentuuri baasidele ja juhendajatele esitatavad nõuded ja akrediteerimine. 2004. aastal külastati TÜ polikliiniku ja perearstiteaduse õppetooli poolt kõiki residentuuri baasiks olevaid perearstikeskusi eesmärgiga hinnata nende vastavust nõuetele. Kavas on luua interneti kaudu toimiv videokonverentsi süsteem polikliiniku ja perearstiteaduse õppetooli ja peremeditsiini residentuuri baaside vahel.

Akadeemiline kaader

On loodud perearsti erialaga õppejõudude kaader. Kui 1992.a. ei olnud Eestis ühtegi õppejõudu perearsti erialaga, siis aastaks 2003 on kõik sertifitseeritud perearstina ning kõigile õppejõududele on lisaks õppe-ja teadustööle loodud tingimused praktiseerimiseks peremeditsiinis. Kõik õppetooli õppejõud on Eesti tervishoiuprojekti toetusel osalenud perearstiõpetajate kursustel ja tutvunud õppeprogrammidega teistes ülikoolides(Londonis, Maastrichtis, Bledis, Dubrovnikus, Tampere, Sydneys, Torontos, Leuvenis). Lisaks õppetoolis töötavatele korralistele

õppejõududele on koolituskursusi läbinud ka perearstid, kes töötavad lepinguga peremeditsiini õpetajatena. Eestis on saavutatud olukord, kus perearstide koolitusega tegelevad juba koolitatud perearstid ise. Seda suunda on plaanis jätkata luues perearstides õpetajatele tingimused kliiniku koosseisus õppe ja teadustöök, nähes ette koolituskursusi, mis on suunatud õpetamisoskuste arendamisele.

Aastatel 1992-2004 on loodud uued tingimused õppetöö läbiviimiseks: organiseeriti interaktiivse õppe kabinet, videokonsultatsiooni kabinet ja praktiliste oskuste treeningu kabinet. Õppetöö läbiviimise arengusuundadeks on praktiliste oskuste kabineti laiendamine, interaktiivsete programmide loomine ja patsientide suurem kaasamine õppetöösse. Kasutusele on võetud uued õppemeetodid, mida kasutatakse igapäevaselt õppetöös: interaktiivne sagedaste probleemide õpe, meditsiiniinformatsiooni kogumise meetodika, videokonsultatsiooni meetodika, praktiliste oskuste treeningu meetodika. 1998.a. anti välja esimene eestikeelne peremeditsiini õpik "Peremeditsiin", mida kasutatakse üliõpilaste, residentide ja perearstide õppetöös. Aastatel 2004-2007 on plaanis avaldada õpiku 2. ja 3. osa, milles pööratakse tähelepanu peremeditsiini kliinilistele ja ravi probleemidele.

On loodud unikaalsed interaktiivsed peremeditsiini õppevahendid arvutile(8 programmi), mida kasutatakse üliõpilaste, residentide ja perearstide õppetöös, planeeritakse nende loomist uute probleemide kohta. On avaldatud praktiliste oskuste treeningu õppevahendid, õppeprogrammid inglise, vene ja eesti keeles

- On loodud arvestatav teadlaste kaader perearstiteaduse teadustöö läbiviimiseks ning koordineerimiseks. Õppetoolis läbi viidud uurimistöö teemadel on kaitstud 6 doktoridissertatsiooni, aastatel 2004-2007 valmistavad oma doktoriväitekirja 4 doktoranti. Tartu Ülikoolis on lisaks eelpoolnimetatutele kaitsnud doktoriväitekirja veel kaks perearsti teistes õppetoolides. Igal aastal on plaanis võtta peremeditsiini teemadele vähemalt üks kuni kaks doktoranti ja kaasata eksternina teadustööga tegelemisse rohkem ka praktiseerivaid perearste. Kaitstud on üks magistrikaad Toronto Ülikoolis- dr. Kaia Enni 2001.a. Osaletakse Euroopa ühenduse teadusprojektides (lõppenud on kaks Copernicus projekti, alustatud on EÜ 5. Raamprojektiga PREDICT) ja ETF teadusgrantide täitmisel. Peremeditsiini teadustöid on avaldatud eelreferereeritavates rahvusvahelistes ajakirjades ning ajakirjas Eesti Arst. Teadustöös osalevad peale doktorantide ka residendid. 2004 aastal sügisel korraldati TÜ Polikliiniku ja perearstiteaduse õppetooli poolt rahvusvaheline teadustöö meetodiline kursus neile perearstidele,

residentidele ning doktorantidele, kes on huvitatud teadustöö tegemisest perearstiteaduses. Peremeditsiini arengut on tutvustatud mitmetel konverentsidel: Maailmapanga konverentsid Tallinnas(1998), Sarajevos(1999), USAID konverents Washingtonis 2002. . Aastatel 2000 ja 2003 organiseeriti Tartus rahvusvahelised peremeditsiini konverentsid. 1999.a. akrediteeriti õppetooli õppetöö ja 2003.a. teadustöö rahvusvaheliste ekspertide poolt hindega “väga hea” ja “hea”, tunnustati peremeditsiini õpetamise seniseid arengusuundi ning toetati nende edasist arendamist residentuuri mahu suurendamist ning kvaliteedi tagamiste, perearstiteaduse spetsiifiliste teadustööde jätkamist ning eriala identiteedi tugevdamist teiste erialade hulgas, rõhutades eriti saavutusi eriala akadeemilise ja teaduspotsiaali integreerimises praktilise peremeditsiiniga. Eraldi märgiti positiivsena õppetooli noort ja entusiastlikku kollektiivi ning teadustöö integratsiooni teiste erialadega.

Perearstiteaduse õppe arengusuunad aastateks 2004-2015

- Õppestruktuuri organisatsiooni tugevdamine ning õppetegevuse laiendamine: integratsioon Eesti ulatuses. 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.(aastatel 2004- 2007)
- Uutele õppevormidele vastavate õppevahendite loomine, näiteks distantskoolituses kasutatavad loengud, demonstratsioonivahendid, videod jne. (aastatel 2004-2015).
- aastaks 2005 pärast töötavad esmatasandil ainult perearsti erialaga arstid (840 praksist, üle 900 arsti) ; aastaks 2015 on 1/3 töötavatest perearstidest omandanud eriala residentuuri kaudu.

Täiendkoolitus

Perearsti eriala omandamise järel jätkub perearstide kogu elu kestev täiendkoolitus. Perearstide täiendkoolituse teemad peavad lähtuma peremeditsiini probleemidest, perearstidele sobivad lühemad täiendustsüklid. Kõrvuti ühenädalaste täiendustsüklitega soovitakse 1-2 päevaseid täiendusi aktuaalsetel teemadel.

Vajalikuks peetakse täiendkoolitusi, mis käsitleksid uusi seadusi (andmekaitse seadus, puuetega inimeste seadus jne) ning perearstide osa seaduste rakendumisel. Uuena pakuti juba aastatel 2003 ja 2004 ühe täiendusvõimalusena distantskoolitust telekonverentsi keskuste ja interneti kaudu. Kuna huvi oli suur, siis jätkatakse distantskoolitustega ka järgnevatel aastatel. Järgnevatel aastatel on perearstide seltsil on koos peremeditsiini õppetooliga kavas luua ka oma koolitussüsteem perearstidele. Kuna perearstid osalevad paljude erialade poolt pakutavate täiendkoolituse kursustel, siis pakutavad kursused peavad olema omakorda akrediteeritud. Täiendkoolituse läbimist arvestatakse ka resertifitseerimisel.

Resertifitseerimine

Resertifitseerimine on vajalik erialase arengu säilitamiseks ja on eriala enda korraldada. Resertifitseerimine perearstidele toimub iga 5 aasta järel. Resertifitseerimine on vabatahtlik ja kuigi see peaks olema stimuleeritud võimaluse kaudu sõlmida majanduslikult soodsamaid lepinguid, on resertifitseerimise põhiliseks motivaatoriks eriala kvaliteedi arendamine iga perearsti jätkuva professionaalse arengu kaudu vastavalt Euroopa Perearstide Õpetajate Akadeemia (EURACT) põhimõtetele.

Kokkuvõtteks

Arvestades olukorda kus perearstide osatähtsus esmatasandi arstiabi osutamisel tõuseb, vajab enamus peremeditsiiniga seotud seadusandluslikest aktidest uut läbivaatus ja ajakohastamist. Enamus määrustest on väljaantud ilma rakendusmehhanisme äranäitamata ja finantseerimise pool on tihti jäänud tähelepanuta.

Perearsti eriala koolitus toimub aastani 2002 spetsialiseerumiskursuste ja residentuuri kaudu. Alates aastast 2003 toimub ettevalmistus perearsti erialaks vaid residentuuri kaudu. Residentuur võib olla statsionaarne või eksternina töökohal. Perearsti eriala koolituse maht on praeguse perearsti tööjuhendis ette nähtud tegevuste täitmiseks ning pensionile minevate perearstide asendamiseks 25 perearsti aastas. Juhul kui perearstide tegevusala laieneb (valveteenistus väljaspool tööaega, eriarstidelt delegeeritavate tegevuste laienemine, töö pikaravihaiglas, geeniprojekti täitmine, väravavahi funktsiooni suurenemine jne.), siis peab suurenema ka ettevalmistatavate

perearstide arv. Perearstide ettevalmistuse mahtu piirab eelkõige vähene arstiteaduskonna lõpetajate arv.

Perearstide täiendkoolitus peab olema elukestev ning täiendkoolitust tuleb arvestada resertifitseerimisel. Resertifitseerimine peab toimuma iga viie aasta järel vabatahtlikkuse printsiibi alusel ning olema stimuleeritud majanduslike hoobadega (lepingu tingimused haigekassaga sõltuksid resertifitseerimisest).

Seoses tervishoius toimuvate muutustega ning nende mõjudega perearstisüsteemile vajab esitatud arengukava järjepidevat korrigeerimist ja ajakohastamist.