

Esmatasandi tervishoiu arengukava aastateks 2009 – 2015

SISUKORD

Põhjendus, väärtused ja põhimõtted	lk 2
1. Arengukava visioon, missioon, mõiste, esmatasandi probleemid ja strateegiline eesmärk	lk 3 – 5
2. Hetkeolukorra kirjeldus	lk 6 – 12
3. Eesmärgid, meetmed, indikaatorid	lk 13 – 21
4. Seosed teiste arengukavadega	lk 22
5. Arengukava protsessi juhtimine	lk 22
6. Arengukava rahastamine	lk 23
7. Arengukava koostamises osalenud isikud ja organisatsioonid	lk 23
8. Mõisted	lk 24 – 25
9. Rakenduskava (<i>Lisatud</i>)	

Arengukava põhjendus, väärtused, põhimõtted

Esmatasandi tervishoiu arengukava on tervishoiusüsteemi ühe võtmefunktsiooniga osa – esmatasandi tervishoiu – tegevusvaldkonna põhine strateegiliste aluste dokument.

Arengukava on koostamisel on jälgitud Vabariigi Valitsuse 13. detsembri 2005. a määruse nr 302 „Strateegiliste arengukavade liigid ning nende koostamise, täiendamise, elluviimise, hindamise ja aruandluse kord” nõudeid.

Arengukavas on lähtutud järgmistest peamistest **väärtustest** ja **põhimõtetest**:

- **Inimesekeskus**
- **õiglus**
- **valikuvabadus**

Arengukavas juhendatakse tervisesüsteemide kolmest üldisest eesmärgist, mis tulenevad ühiskonna ootustest ja võimalustest, need on:

- **inimeste parem tervis** (*health outcomes*);
- **inimeste rahulolu tervishoiuga** (*customer satisfaction*);
- **kaitse finantsriski eest** vajaduse tekkimisel tervishoiuteenuste tarbimiseks (*financial protection*).

(allikas: WHO, Maailma Terviseorganisatsioon)

Juba Maailma Terviseorganisatsiooni Alma-Ata 1978. aasta esmatasandi deklaratsioonis kirjeldatakse esmatasandi tervishoidu olulise tähtsusega tervishoiu valdkonnana, mis tehakse kättesaadavaks selles ulatuses, mida riik ja ühiskond võivad endale lubada ja meetoditega, mis on praktiliselt ja teaduslikult põhjendatud ning sotsiaalselt aktsepteeritavad.

Esmatasandi tervishoiu rolli tugevdamine on muutunud üha aktuaalsemaks. Maailma Terviseorganisatsiooni 2008. aasta Maailma tervise raportis (*World Health Report 2008 – Primary Health Care – Now More Than Ever*) esitletud uuringute värskemad tulemused tõendavad esmatasandi tervishoiule orienteeritud tervisesüsteemide teistest suuremat efektiivsust ja tõhusust ning kinnitavad, et tulemiks on teiste tervisesüsteemidega võrreldes parem rahvatervis ja elanikkonna suurem tervishoiuga rahulolu.

„Tallinna Harta: tervisesüsteemid tervise ja jõukuse heaks” kohaselt, mis kinnitati Maailma Terviseorganisatsiooni Euroopa piirkonna ministrite konverentsil 2008-I aastal, on tervisesüsteemide eesmärkide saavutamisel olulise rolli täitja just tõhus esmatasandi tervishoid, mis võimaldab rakendada terviklikku lähenemist.

2008. aastal toimunud Alma-Ata esmatasandi deklaratsioonile pühendatud Maailma Terviseorganisatsiooni konverentsil esitati riikidele tungiv soovitus koostada riiklik strateegia rakendamaks esmatasandi tervishoiu teenuseid integreerivad mudelid.

Arengukava kui strateegiadokumendi ülesanne on kaardistada olulisemad probleemid valdkonnas, seada nende lahendamiseks eesmärgid ning planeerida vajalikud tegevused eesmärkide saavutamiseks ja probleemide lahendamiseks. Arengukava ei lahenda otseselt ega sisalda ka lahendusi kõigile probleemidele.

Arengukava töötati välja laiapõhjalises töögrupis osapoolte konsensusena.

Esmatasandi tervishoiu arengukava aastateks 2009 – 2015

Visioon

Aastaks 2015 on esmatasandi tervishoid igale inimesele töö- ja elukoha läheduses kättesaadav esmavajalike ambulatoorsete teenuste kogum, mida osutatakse koostöös perearsti ja tema meeskonna ning võrgustikku kuuluvate teiste teenuseosutajate poolt

Missioon

Esmatasandi tervishoid on oluline tervishoiu valdkond, mille toimimisel on määrav roll tervishoiusüsteemi peamiste eesmärkide – rahva parema tervise ja ühiskonna ootustele vastavuse – saavutamisel läbi esmavajalike teenuste osutamise, sealhulgas läbi isiku tasemel tervise edendamise ning haiguste ja nende tüsistuste ennetamise.

Esmatasandi tervishoiu mõiste

Esmatasandi tervishoid on iga inimese terviseprobleeme lahendav töö-, kooli- ja elukohajärgselt kättesaadav esmavajalike ambulatoorsete teenuste kogum.

Esmatasandi tervishoid toimib tihedas koostöös teiste tervishoiuteenuste ja sotsiaalhoolekande ning haridussüsteemidega.

Esmatasandi tervishoiu teenused on:

- a. perearsti ja –õe teenused,
- b. kodune õendusabi teenus,
- c. füsioteraapia teenus,
- d. ämmaemandusabi teenus,
- e. koolitervishoiu teenus,
- f. apteegi teenus,
- g. töötervishoiu teenus,
- h. hambaravi teenus,
- i. vaimse tervise õe teenus.

Esmatasandi tervishoiu peamiseks ülesandeks on olla esmaseks kontaktpunktiks tervishoiusüsteemiga kõigile isikutele nende vanusest ja soost olenemata, kus tagatakse abi enamus seisundite korral ning vajadusel eesmärgistatud edasisuunamine eriarstiabi süsteemi. Esmatasandi tervishoiu teenuste oluliseks osaks on tervise edendamine ja haiguste ennetamine, abi koordineerimine ja erinevate teenuste seostamine.

Esmatasandi põhiteenusteks loetakse perearsti ja –õe, koduse õendusabi, füsioteraapia ja ämmaemandusabi teenuseid, mille osutamine peaks toimuma esmatasandi tervisekeskuses.

Perearstil ja temaga koos töötaval meeskonnal on keskne roll nimistusse kuuluvale inimesele vajadustele vastavate tervishoiuteenuste ja raviprotsessi järjepidevuse tagamisel.

Esmatasandi tervishoiu erinevate teenuseosutajate koostegevus esmatasandi

tervisekeskuses ühise infrastruktuuri baasil tagab teenuste parema kättesaadavuse, koordineerituse ja koostöö ning on eelistatud tegutsemise vormiks elanikkonna paiknemise tõmbekeskustes.

Esmatasandi tervisekeskus on antud arengukava tähenduses ühtset infrastruktuuri kasutatav ja kindlat territoriaalset vastutust omav esmatasandi tervishoiuteenuse osutajate meeskond. Esmatasandi tervisekeskused asuvad tõmbekeskustes ning tagavad oma tõmbepiirkonna (linnaosa või valdade) elanikele lisaks perearstiabi ja –õe teenustele ka teised esmatasandi põhiteenused vajaliku regulaarsusega. Esmatasandi tervisekeskuses tegutseb alati enam kui üks perearst.

Tervisekeskus moodustub teenuseosutajate vabatahtliku koostöö kaudu kas lepinguliste partnerite või ühise äriühingu baasil. Tervisekeskuse moodustavad esmatasandi meeskonna liikmed teevad vastutuspiirkonnas esmatasandi teenuste tagamisel tihedat koostööd, kuid võivad samal ajal juriidiliselt olla eraldiseisvad/iseseisvad.

Esmatasandi tervisekeskuste kõrval on väikesed perearstikeskused üksikpraksise tegevuskohana jätkuvalt aktsepteeritud vormiks piirkondades, kus seda tingivad geograafilised ja/või haldusjaotuse iseärasused.

Esmatasandi tervisekeskuste ühine infrastruktuur eriarstiabi ja sotsiaalteenuste osutajatega võimaldab teenuste parema kättesaadavuse elanikkonnale ja hea koostöö omavahel ning on seetõttu heaks lahenduseks maakonnakeskustes, kus sellise mitmekülgseid teenuseid pakkuva tervishoiu ja hoolekandekeskuse perspektiivse rolli on endale juba võtnud üld- ja kohalikud haiglad.

Üldiseks strateegiliseks eesmärgiks on ühiskonna ootustele ja vajadustele vastav esmatasandi tervishoid.

Olulisemad probleemid

Probleemide tuvastamisel ja eesmärkide seadmisel lähtutakse inimkesksuse põhimõttest ehk vaadeldakse vajadusi ja puuduseid sihtgrupi seisukohalt.

Loetletud probleemide taust on täiendavalt selgitatud hetkeolukorra kirjelduses.

Kättesaadavuse osas on olulisemad probleemid järgnevad:

1. Esmatasandil teenuste piiratud valik, mis hetkel piirdub perearsti ja –õe teenustega, ei vasta elanikkonna ja tervishoiusüsteemi vajadustele ning ootustele.
2. Järk-järgult süvenev kvalifitseeritud tervishoiutöötajate puudus halvendab kättesaadavust nii keskustest eemale jäävatel äärealadel, kui ka suuremates elanikkonna tõmbekeskustes.
3. Sisult esmatasandisse kuuluvate teenuste (nt kodune õendusabi, füsioteraapia) ebaühtlane ja ebapiisav kättesaadavus, mis inimese jaoks väljendub ravi järjepidevuse probleemidena ning mõjutab ühtlasi negatiivselt ravi lõpptulemust.
4. Üldarstiabi halb kättesaadavus perearstide töövälisel ajal erakorraliste, kuid sisult esmatasandil ravitavate haigestumiste puhul.
5. Eraldatult tegutsevate teenuseosutajate piiratud võimalused teenuste kättesaadavuse tagamisel (nt ajutiste asendamiste korraldamisel koolituste, puhkuste jms korral).
6. Esmatasandi teenuste halb kättesaadavus ravikindlustamata isikutele.
7. Mitteerakorralise transporditeenuse halb kättesaadavus, mis raskendab teatud elanikkonna gruppide jaoks liikumist ja tervishoiuteenuste kättesaadavust.
8. Puuduvad mehhanismid apteegiteenuse ühtlase kättesaadavuse jätkuvaks tagamiseks maapiirkondades.

Kvaliteedi osas on olulisemad probleemid järgnevad:

9. Vähene tegelemine esmatasandil haiguste ja nende tüsistuste ennetuse ning tervise edendamise alaste tegevustega indiviidi tasandil.
10. Infrastruktuuri ebaühtlane tase, mis tuleneb perearstide kui majandusüksuste piirkonniti erinevast võimest investeerida arendamisse ja mõjutab osutatavate teenuste kvaliteeti.
11. Arendamist vajab esmatasandi kvaliteedi hindamise süsteem, mis võimaldaks objektiviseerida teenuste kvaliteeti ja planeerida vajadusel sekkumisi.
12. Perearsti tööjuhendi ebaühtlane täitmine, kus pädevuse piires osutatavale abile eelistatakse liigselt suunamist eriarstiabi süsteemi. Olukord vähendab perearstide usaldusväarsust nii patsientide kui ülejäänud tervishoiusüsteemi jaoks.

Efektivsuse osas lähtutakse ühiskonna ressursside ratsionaalsest kasutamisest. Olulisemad probleemid on järgnevad:

13. Õdede vähene kaasatus esmatasandis ning perearstide liigne koormatus sisult õe pädevusse kuuluvate tegevustega.
14. Asendustöötajate leidmine on nii perearstide kui ka õdede ajutise töölt puudumise korral raskendatud.
15. Perearstide suur administratiiv- ja halduskoormus (seotud probleemiga 5).
16. Esmatasandi tervishoiu juhtimine on killustatud, planeerimine hajutatud.
17. Infovahetuse puudulikkus perearsti ja teiste teenuseosutajate vahel ning tegevuste dubleerimine.
18. Ebapiisav koostöö sotsiaalhoolekande- ja haridussüsteemidega, tervishoiu teiste tasanditega ning kohalike omavalitsusüksustega.
19. Probleemiks on erinevate tervishoiuteenuse osutajate võimalused korraldada teenuste kättesaadavuse tagamisel koostööd.
20. Apteegiteenus ei ole tervishoiu süsteemi integreeritud.

Hetkeolukorra kirjeldus

Arengukava koostamise ajal kehtivas õigusruumis esmatasandi mõistet ei kasutata. Esmatasandi tervishoiuteenustena käsitletakse üldarstiabi teenuseid, mida seaduse alusel osutavad perearsti pädevusega eriarstid koos pereõdedega. Õigusaktidega on kehtestatud tervishoiuteenuste kättesaadavuse ja kvaliteedinõuded.

Eesti Statistika andmetel oli 1.01.2008 Eestis elanike arv 1 340 602 inimest. Arengukava kinnitamise ajaks Eesti Statistika veel uusi andmeid avaldanud ei ole, kuid esialgsel hinnangul oli 1.01.2009 Eesti elanike arv 1 340 300 inimest.

I Kättesaadavus

Eestis on loodud perearstiabi võrgustik, mis katab ühtlaselt kogu riiki ning tagab üldiselt hea **geograafilise kättesaadavuse**. Perearstiabi on korraldatud nimistu põhisena ja maakondlikul tasandil. Nimistu moodustub nimistusse registreerunud isikutest ja alalise elukoha alusel maavanema määratud mitteregistreerunud isikutest. Maavanem määrab perearsti teeninduspiirkonna ja kinnitab nimistu.

2008. aasta seisuga oli tegelikult avatud 800 perearsti nimistut. Samal ajal oli/on lubatud nimistute piirarv 837. Võrdlusena, 2006. aastal oli avatud 789 perearsti nimistut. Esialgsel hinnangul avatud nimistute koguarv 1. jaanuariks 2009. aastal oluliselt muutunud ei ole, kuigi aastate lõikes on märgatav arvu aeglase kasvu trend.

Geograafilise kättesaadavuse tagamiseks näeb perearstide rahastamissüsteem ette motivatsioonimehhanismina kauguse tasu. Geograafilist kättesaadavust illustreerib asjaolu, et kõigist perearsti tegevuskohtadest 35 km kaugusel või lähemal asub veel vähemalt üks perearsti tegevuskoht. Hinnanguliselt asub 66 nimistu tegevuskoht lähimast aktiivravi haiglast kaugemal kui 40 km.

2007. aastal maksti kauguse lisatasu 196 perearstile. Võrdlusena 2005. aastal tasus Haigekassa kauguse lisatasu 175 perearsti nimistu puhul, mis asuvad lähimast haiglavõrgu haiglast kaugemal kui 20 kilomeetrit.

Vaatamata eelmainitule on paikkonniti ja territoriaalsetest keskustest eemalejäävatel äärealadel probleemideks kujunenud uute perearstide ja -õdede leidmine ning asendamine. Selle põhjuseks võiks pidada äärealade vähest atraktiivsust töökohana.

Perearsti kvalifikatsiooniga arste oli tervishoiutöötajate registris aprillis 2008.a kokku 970 (vastav näitaja 1.01.2009 oli 788). 2008. aasta mai seisuga töötab tervishoiutöötajate registri andmetel perearstiabi võrgustikus 796 nimistuga perearsti (perearsti kvalifikatsiooniga), kuid Eesti Haigekassal olid lepingud sõlmitud 800 nimistu pidamiseks (vastavad näitajad 1.01.2009 olid registris 788 ja perearstidega lepinguid 801). Arvestuslikult oli/on Eestis 10 000 elaniku kohta ca 5,98 nimistuga perearsti, samal ajal oli/on tervishoiutöötajate registris 10 000 elaniku kohta registreeritud ca 7,23 perearsti kvalifikatsiooniga arsti. Nimistute üldarvust ca 75 % ehk ca 688 nimistu juures töötas/töötab pereõde või sellele vastava (sh ämmaemanda) kvalifikatsiooniga õde. Statistiliselt oli/on Eestis 1000 elaniku kohta 0,64 perearsti (2007.a), arste kokku 3,36 (2007.a) ja õdesid, ämmaemandaid ca 6,74 (2007.a). Pereõde kvalifikatsiooniga õendusala töötajaid oli tervishoiutöötajate registris 2008. aasta aprillis 728 ja sama näitaja 726 seisuga 1.01.2009.a. Tartu Ülikooli polikliiniku ja peremeditsiini õppetooli andmetel oli 1.01.2008 perearsti eriala tunnistus Eestis väljastatud 1031-le arstile, neist 95-le residentuuri kaudu, 2008. aasta augustiks lisandus veel 19). 2008. aasta I kvartali andmetel oli perearsti kõrval tööil teine arst ca 160 nimistu juures. Nimistute juures teise arstina töötavatest ehk nn abiarstidest on perearsti kvalifikatsiooni omandanud umbes 50 % ehk ca 76 arsti. Perearstidest hinnanguliselt 83 % on naised (ca 680 perearsti). Tervishoiutöötajate registris olevatest arstidest töötas/töötab haiglate statsionaaris kuni paarkümmend ja välismaal hinnanguliselt 50 kuni 100 perearsti kvalifikatsiooniga arsti.

JOONIS 1 PEREARSTIDE ARV 10 000 ELANIKU KOHTA MAAKONDADE KAUPA KUNI 2006. AASTANI



* Tallinnas: 6,64	
* Tartu linnas: 6,59	
Mujal Eestis:	
	< 4.3
	4.3 - 5.7
	5.7 - 6.5
	6.6
	6.7 - 7.7

Juriidiliselt on perearstid ettevõtjad, kes nimistu teenindamiseks osutavad teenuseid üldarstiabi osutava äriühingu kaudu või füüsilisest isikust ettevõtjana. Perearsti tegevuskoha sisseseade ja aparatuur on perearsti või temale kuuluva üldarstiabi osutava äriühingu omand. Seetõttu on perearstil uue nimistuga töö alustamisel vajalik investeerida arvestatav summa tööks vajaliku inventari soetamisse, mis tekitabki mõnedel juhtudel – asendajate leidmisel või ka uute nimistute avamisel – probleeme. 2007. aastal oli Eestis iseseisvaid üldarstiabi teenuseosutajaid 485.

Perearsti (ajutise või alalise) asendamise teeb raskeks vajadus investeerida perearstil arvestatav summa tööks vajaliku inventari soetamisse uue nimistuga alustamisel. Seda ka juhul, kui kohalik omavalitsus annab perearsti kasutusse tasuta ruumid ja tasub kommunaalkulud.

Kohalike omavalitsusüksuste (KOV) toetust perearstidele riiklikus aruandluses eraldi välja ei tooda. Eesti erinevate regioonide KOV-de toetus perearstidele on nii rahaline kui ka mitterahaline. 2004. aastal läbi viidud uuringu kohaselt oli KOV toetus perearstidele kokku 13,9 miljonit krooni, millele lisandub mitterahaline toetus ruumide ja kommunaalkulude osas. Samas on KOV-delt antav toetus piirkonniti väga ebaühtlane – kui näiteks Tallinna LV eraldas 2006.aastal perearstidele toetusena 6,7 miljonit krooni, siis teistes omavalitsustes on rahaline toetus olnud kordades väiksem. Ka ruumide rendihinnad erinevad piirkonniti 70 kroonist kuni 300 kroonini ruutmeetri kohta, kusjuures mõni KOV võimaldab ruumid perearstile tasuta.

Regionaalsed erinevused on seega suured nii rahvaarvu, KOV-i poolt makstava täiendava toetuse kui ka infrastruktuuri hindade osas, mõjutades muuhulgas ka ruumivajadusi ja soetusvõimalusi.

Probleemiks, eeltoodust tulenevalt, on perearstide kui majandusüksuste ebaühtlane võime investeerida infrastruktuuri arendamisse, mis mõjutab nii kättesaadavust kui ka teenuste kvaliteeti.

Esmatasandi tervishoiuteenuste osutamise korraldusele maapiirkondades seab täiendavad piirid hajaasustus. Kuigi üldiseks trendiks nii Eestis kui mujal maailmas on perearstide koondumine grupipraksistesse, ei ole kõigis maapiirkondades perearstide koondamine suurematesse perearstikeskustesse otstarbekas, kuna sellega väheneks oluliselt nende teenuste kättesaadavus.

Riiklike andmekogude andmetel on mitut perearsti ühendavaid üldarstiabi osutavaid äriühinguid ca 97. Neist enamik on osaühingud, üksikud on aktsiaseltsid, tulundusühingud jt. Nende äriühingute (97) kaudu osutab perearstiabi 419 perearsti ehk ca 53 % perearstidest (803-st) – keskmiselt neli perearsti ühe keskuse kohta.

Üldarstiabi osutamise lepingu on Eesti Haigekassaga sõlminud ~ 540 juriidilist isikut. Seega veidi vähem kui pooled perearstidest tegutsevad üksik-ettevõtjatena ja omakorda neist valdav osa tegutseb maapiirkondades.

Niinimetatud soolopraksiste suurest osakaalust tulenevalt on probleemiks erinevate teenuseosutajate võimalused korraldada teenuste kättesaadavuse tagamisel koostööd (nt ajutisi asendamisi koolituste ja puhkuste korral).

Perearsti teenuse **ajalist kättesaadavust** saab hinnata heaks. Haigekassa 2006 ja 2005 majandusaasta aruannete ja kättesaadavusaruande kohaselt pääsevad ettenähtud kolme päeva jooksul perearsti vastuvõtule 99 % abivajajatest. Samas 2007. aasta rahuloluuringu kohaselt pääses kolme päeva jooksul perearsti vastuvõtule veidi vähem kui 90 % pöördujatest. Seega kolme päeva jooksul vastuvõtule pääsenute osakaal on vähenenud.

Ooteaeg on probleemiks haigestumiste kõrgperioodidel, kui krooniliste haiguste põdejatest kuni 4 % ei pääse perearsti vastuvõtule ettenähtud 3 päeva jooksul. Kättesaadavus on teiste piirkondadega võrreldes kehvem Harjumaal ja Tallinnas, kuid 2006.aasta algusest kehtima hakanud lubatud nimistute piirarvu muudatus on võimaldanud nimistute arvu suurenemise, kuid nimistute arvu suurendamise mõju kajastub tõenäoliselt alles 2008. aasta näitajates.

Uuringukeskus Faktumi 2007. aasta novembri uuringu kohaselt pääsesid 84 % inimestest soovitud ajal perearsti juurde. Võrdlusena 2005. aasta novembri uuringu kohaselt pääsesid 87 % inimestest soovitud ajal perearsti juurde. 48 % inimestest väitis 2007. aasta uuringus, et soovitud ajal perearsti vastuvõtule mittepääsemise põhjuseks oli pikk järjekord, seejuures 2005. aastal oli vastav osakaal 13 %.

Ajalise kättesaadavuse tagamiseks on kehtestatud nõue, et perearsti tegevuskoht peab olema avatud tööpäeviti vähemalt kaheksa tundi päevas, vastuvõtuaeg vähemalt 20 tundi nädalas tööpäeviti ajavahemikus kella 8.00–18.00 (sellele lisandub aeg koduvisiitideks). Pereõie iseseisev vastuvõtuaeg on vähemalt 10 tundi nädalas, lisaks osutab pereõie õendusabi teenuseid patsiendi kodus ja ambulatoorselt. Piirsuurusest suuremate nimistute osas ooteaja osas erinevusi üldjuhul ei ole, ooteaja pikenemine on Eesti Haigekassa andmetel probleemiks 3000 patsiendist suuremate nimistute puhul. Haigekassa andmetel oli 2007 aasta lõpu seisuga Eestis nimistute keskmine suurus 1607, mis on lubatud nimistu piirsuuruse ideaalväärtusele väga lähedal, piirsuurus on 1600 ± 400 . Kogu Eesti kohta oli haigekassa andmetel piirsuurusest 2000 suuremaid nimistuid kokku 183. Sealhulgas oli suuremaid kui 2300 inimesega nimistuid 46 nimistut ja üks nimistu oli suurem kui 3000. Eelneva aastaga võrreldes on trend suurte nimistute arvu vähenemise suunas. Piirsuurusest 1200 väiksemaid nimistuid oli ca 72, sealhulgas oli kaheksas (8) nimistus vähem kui 1000 inimest. Väikeste nimistute olemasolu tuleneb regionaalsetest iseärasustest (näiteks *Kihnu ja Vormsi saared*).

Üldarstiabi ei ole valdavalt kättesaadav perearstide töövälisel ajal.

Perearsti töövälisel ajal (õhtul ja nädalavahetusel) pöörduvad inimesed haigla erakorralise meditsiini osakonda (EMO) või kutsuvad kiirabi. Novembris 2007 läbi viidud uuringukeskuse Faktum uuringu „Elanike hinnangud tervisele ja arstiabile” kohaselt eelistab perearsti töövälisel ajal pöörduda erakorralise meditsiini osakonda 7 % vastanutest ja kiirabi koju kutsuda eelistas 32 % elanikest, mis on kümmekond protsenti vähem kui eelneval aastal. Nädalavahetusel või hilisõhtul eelistas perearstile helistada või perearsti koju kutsuda kokku 10 % elanikest, mis on veidi

rohkem kui eelneval aastal, kuid oluliselt vähem kui 2004.aasta Haigekassa kindlustatud isikute rahulolu 2004.a ja 2002.a uuringus (vastavalt 21 % ja 32 %).

Kiirabi töö statistikas nn vältimatut abi mittevajavat ehk madala prioriteediga väljakutsete üldarv ja osakaal ning kellaajaline töökoormuse jaotumine on seotud perearstide tööajaga. Praegune olukord on sarnane eelnevate aastatega, kui Häärekeskuse ja Tervishoiuameti 2005.aastal (*2004.aasta kohta*) tehtud ühisanalüüsi andmetel moodustasid kõigist kiirabikutsetest 69 % madala prioriteetsusega A ja B kutsed (*vastavalt A – 14 % ; B – 55 %*) ning nn kiire prioriteetsusega kutsed moodustasid kokku 31 % (*vastavalt C – 28 % ; D – 3 %*). Tervishoiuameti andmetel on viimase kolme aasta jooksul (*2004-2006*) kiirabi hospitaliseerinud patsiendid 35-40 %-l kõigist kiirabivisiitide juhtudest ja 60-65 %-l juhtudel lahkub kiirabi patsiendi juurest jättes abivajaja koju või väljakutse asukohta. Nädalavahetustel ja õhtutundidel kella 18.00-st kuni 22.00-ni suureneb kiirabi töökoormus. Nädalavahetuste kahe päevaga (2/7 nädalast) teeb kiirabi ära 31 % ehk 1/3 tööst. Õhtutundidel teeb kiirabi nelja tunniga (1/6 ööpäevast ehk 18.00-22.00) ära 23 % ehk 1/4-1/5 ööpäevasest tööst (kiirabivisiitide arv ööpäevas ühe kiirabibrigaadi kohta on valdavalt vahemikus 3-14 visiiti).

Seega praeguse korralduse kohaselt tagab kiirabi perearsti töövälisel ajal üldarstiabi kättesaadavuse, mis tegelikult ei ole kiirabi roll. Oma osa selles on ka elanikkonna vähesel teadlikkusel kiirabi rollist tervishoius. Kiirabi poolt madala prioriteetsusega kutsete osutamise suurt osakaalu saab pidada süsteemi tasemel ressursside dubleerimiseks ja vastavale probleemile on viidanud mitmed väliseksperdid. Senise lahenduse jätkumisel võib kiirabi arstibrigaadide arvu vähenemise tulemusel tekkida vajadus vähendada kiirabi rolli esmatasandi tervishoius.

Haiglate poolt on EMO-de liigne koormatus perearsti pädevusse kuuluvate pöördumistega tõstatatud probleemina. Seda peamiselt Tallinna ja Tartu suurtes haiglates õhtuti ja nädalavahetuseti.

Üleriigiline perearsti nõuandetelefon, mis alustas tööd 2005 aastal, töötab ööpäevaringselt ja annab konsultatsioone lihtsamate tervisehäirete korral, esmaabi ja tervishoiukorralduse kohta. Ühes kuus vastab nõuandetelefon ca 10 000 kõnele.

Teiste esmatasandi teenuste, nagu kodune õendusabi, ämmaemandusabi ja füsioteraapia teenuste osas ei ole välja kujunenud perearstivõrgustikuga võrreldavat kogu riiki hõlmavat võrgustikku, mis tagaks ühtlase ja hea kättesaadavuse.

Ämmaemandusabi teenuse sisuks on normaalse raseduse jälgimine ning nõustamine lihtsamate günekoloogiliste probleemide korral, sh reproduktiivtervise alal. Rasedate jälgimine on seni toimunud peamiselt naistearstide poolt. Tõenäoliselt on see naistearstide ambulatoorsetele vastuvõttudele pikkade järjekordade üks põhjuseid. Ämmaemand ei oma praegu õigust iseseisvaks tegutsemiseks.

Probleemiks on normaalse raseduse esmatasandil jälgimise väike osakaal.

Riikliku statistika kohaselt oli 2007. aastal 33 ämmaemandat 100 000 elaniku kohta ning 61 ämmaemandat 100 000 naise kohta, kellest statsionaaris töötab 2/3 .

Koduõenduse teenuse, sealhulgas vähihaige koduse toetusravi osutamiseks on haigekassa sõlminud 42 lepingupartneriga lepingu 90 000 visiidi rahastamiseks. Eesti vajadust on hinnatud 500 000 visiidile aastas. Seega on koduõenduse teenuse kättesaadavus tagatud 20% vajadusest, mida saab pidada oluliseks probleemiks. Põhjuseks on nii vastava koolitusega personali vähesus ja nõrk võrgustik kui ka rahastamine. Hooldusravivõrgu arengukava kohaselt on planeeritud vajaduse katmiseni jõuda aastaks 2015.

Füsioteraapia teenus tänapäevases tähenduses on füsioterapeudi poolt valdavalt ambulatoorse või statsionaarse taastusravi osana osutatav kompleksteenuse, mis sisaldab kehalisi harjutusi, asendravi, massaaži ja füüsikalisi meetodeid ning füsioterapeutilist seisundi hindamist koos ravimeetodi(te) valikuga. Taastusravi

osana ning aktiivravi patsientidele osutatud füsioteraapia teenuseid rahastab ravikindlustus. Lähtuvalt Riigikontrolli poolt 2006 aastal teostatud kontrolliaruandest „Taastusravi korralduse tõhusus” on taastusravi teenuse kättesaadavus halb ning seda eriti ambulatoorsete teenuste osas. Ambulatoorse taastusravi halb kättesaadavus suurendab survet statsionaarsele ravile.

Koolitervishoiu teenuseid osutavad nii õed kui arstid. Teenust rahastatakse pearaha printsiibil ning infrastruktuuri tagamise kohustus on kooli pidajal (peamiselt KOV-d). Koolitervishoiu teenuse osutamise lepingu oli 2008.a I poolaastal haigekassa sõlminud 234 lepingupartneriga. Koolitervishoiu teenuse osutamise lepingutega ei ole kaetud üksikud koolid, kus õpib kokku ca 1500 õpilast. Väljatöötamisel ja rakendamisel on koolitervishoiu kontseptsioon.

Apteegiteenuse tänast geograafilist kättesaadavust saab pidada heaks. Apteekide kaugus nii lähimast perearsti asukohast kui ka teisest apteegist on kuni 30 km ja enamikel juhtudel hinnanguliselt vaid 15 km. Samas trend on apteekide sulgemisele maapiirkondades, mis võib tingida juba lähitulevikus sekkumismeetmete vajaduse riigi tasemel apteegiteenuse ühtlase kättesaadavuse tagamiseks.

Töötervishoid on eriarstiabi teenus, mida osutatakse valdavalt esmatasandil ja mille roll esmatasandi võrgustikus on infovahetus perearstisüsteemiga patsientide tervisliku seisundi paremaks jälgimiseks. Töötervishoid on tervishoiu valdkond, mis uurib töötingimuste ja tööprotsessi mõju töötaja tervisele, tegeleb töökeskkonna keemiliste, füüsikaliste, bioloogiliste, ergonoomiliste ja vaimsete terviseriskide väljaselgitamisega ning tööst põhjustatud haiguste ennetamisega, samuti kutsehaiguste väljaselgitamise, ravi ja -rehabilitatsiooni küsimustega. Töötervishoiuarstide poolt osutatava töötervishoiuteenusega on praegu hõlmatud umbes 20% töötajaskonnast. Arvestades tööandja poolt teenuse osas suhteliselt madalat nõudlust, on töötervishoiuarstide arv praegu piisav. Töötervishoiu eriala on registri andmetel 95 arstil ja 29 õendusala töötajal. Töötervishoiuteenuste osutamise tegevusluba omab registri andmetel 2009. a 8. jaanuari seisuga 53 juriidilist isikut. Töötajate ja tööandjate poolt nõudluse kasvades ja töötajate töötervishoiuteenusega umbes 80%-lise hõlmatus korral oleks Töötervishoiuarstide Seltsi hinnangul töötervishoiuarstide arvu vajalik suurendada 120-ni.

Õigusaktide kohaselt peab tööandja teostama töökeskkonna riskianalüüsi ning tagama ja rahastama töötajatele tervisekontrolli töötervishoiuarsti juures. Sellest hoolimata ei ole probleem mitte töötervishoiuteenuse kättesaadavuses vaid teenuse nõudluse puudumises. Vabariigi territoriaalsete äärepiirkondade katmiseks töötervishoiuteenusega on töötervishoiuteenuse osutajatel kasutada liikuvad vahendid (tervisekontrolli bussid). Töötajate hõlmatus töötervishoiu teenusega peaks süvenema koos töötajate ja tööandjate teadlikkuse suurenemisega (teadlikkus teenuse sisust ja vajalikkusest). Töötervishoiu süsteemi ei saa praegu pidada vajadusele vastavaks ja tööga seotud haiguste ennetusliku tegevuse efektiivsuse hindamise süsteemi ei saa pidada rahuldavaks.

Hambaravi teenustest rahastatakse ravikindlustuste vahenditest kuni 19 aastaste patsientide ravi ja vältimatu abi. Plaanilise hambaravi eest tasuvad täiskasvanud ise.

Rahaline kättesaadavus

Perearstiabi on ravikindlustatud isikutele tagatud ilma täiendava omaosaluseta. Visiiditasu võib perearst ja pereõde võtta üksnes koduvisiitide korral. Seega ei ole perearstiabis rahalisi takistusi teenuste kättesaadavusele. Perearsti teenused ei ole praegu ühtlaselt kättesaadavad ravikindlustamata isikutele, kes moodustavad ~ 6 % elanikkonnast. Ravikindlustamata isikutel on õigus siiski kuuluda perearsti nimistutesse ja riik katab nende vältimatu arstiabi osutamise kulud.

Probleemiks on ka vähekindlustatud isikute transport tervishoiuteenuse osutaja juurde, kusjuures transpordivõimalused sõltuvad olulisel määral ühistranspordi ja

patsiendi spetsiaaltranspordi olemasolust ning vastavate kulude kompenseerimise ja doteerimise võimalustest kohalike omavalitsuste poolt.

II Kvaliteet, tõhusus

Patsientide rahulolu pereearsti teenuste kvaliteediga on hea - rahulolu väljendas 92 % inimestest oma perearsti ja 73 % pereõe suhtes (Sotsiaalministeeriumi 2008. aasta andmetel).

Esmatasandi kvaliteeti saab hinnata selle järgi, kuidas see täidab oma praeguseid ülesandeid tervishoiusüsteemis – olla esmaseks kontaktiks tervishoiusüsteemis, diagnoosides ja ravides oma pädevuse piires lihtsamaid juhtumeid ning suunates vajadusel edasi eriarstiabisüsteemi, tagades ravi järjepidevuse ja tõhusa jälgimise kroonilistele haigetele tagades haiguste primaarse ja sekundaarse preventsiiooni, tegeleda tervise edendamisega isiku tasandil.

Eestis on perearstile antud nn väravavahi roll, st enamuse eriarstide juurde v.a naistearst, psühhiaater, naha- ja suguhaiguste arst, silmaarst ja traumade korral pääseb perearsti saatekirjaga. Samas väga oluline on nii patsientide kui süsteemi jaoks, et esmaseks kontaktiks olemine ei piirduks saatekirjade väljastamisega. Probleemiks on osade perearstide vähene motiveeritus aktiivseks tegevuseks, kus sisulisele sekkumisele oma pädevuse piires eelistatakse vahel põhjendamatu edasisuunamist.

Probleemiks on ka vähene motiveeritus haiguste ennetuse ja tervise edendamise alateks tegevusteks Rakendatakse on perearstide tulemustasu süsteemi, mis annab senisest paremat informatsiooni perearstide töö kvaliteedi kohta (krooniliste haigete jälgimine tuisistuste ennetamiseks, immuniseerimine, haiguste varajane avastamine). Samas võimaldab see ka mõjutada perearstide motiveeritust vastavateks tegevusteks. Süsteemile on vara anda lõplikku hinnangut ning see vajab regulaarset täiendamist.

Erinevate teenuseosutajate patsientide terviseandmete töötlemise, säilitamise, analüüsimise ja andmevahetuse tase on ebaühtlane, ühtse tervikliku ja koordineeritud lahenduse puudumise tõttu on keeruline isiku terviseandmeid kokku koguda või üles leida. See tingib tarbetuid dubleerivaid uuringuid ning informatsiooni puudus võib halvendada ka abi kvaliteeti.

III Efektiivsus

Perearsti vastuvõttude arv on aasta-aastalt suurenenud nii ühe perearsti kui ka nimistus oleva inimese kohta. Süsteemi sisemine efektiivsus arstide koormatuse seisukohalt on küllalt suur, samas on õdede suurem kaasamine esmatasandi teenuste osutamisele üks oluline võimalus arstidel efektiivsemalt täita arsti pädevust nõudvat rolli esmatasandil, sealhulgas patsiendile esmaseks kontaktiks olemise ehk niinimetatud väravavahi roll.

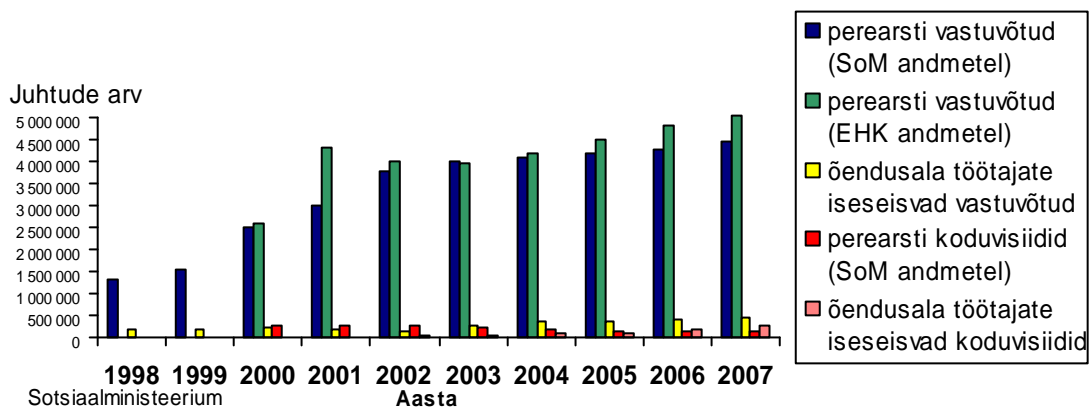
2007. aasta 31. detsembri seisuga töötas riikliku statistika andmetel Eestis 8437 õe kvalifikatsiooniga inimest, kellest 5009 töötab haiglates. Eestis töötab 100 000 elaniku kohta kokku ca 674 õde, sh 53 pereõde ja 33 ämmaemandat. Võrdlusena Euroopas töötas 2004. a keskmiselt 669 õde 100 000 elaniku kohta. Tervishoiutöötajate registri andmetel töötab Eestis perearstide juures ca 938 õde, mis on 10,8 % õdede üldarvust (hinnanguliselt on need arvud olnud suhteliselt püsivad alates 2006. aastast). Neist 620 omasid pereõe kvalifikatsiooni (2006.a), mis oli 78,5 % avatud nimistute üldarvust ja 66,1 % perearstide juures töötavatest õdedest. 579 nimistu juures töötas vähemalt üks pereõe kvalifikatsiooniga õde, mis teeb avatud nimistute üldarvust 61,7 %. Registri andmetel töötas 18,3 % (144)

nimistu juures rohkem kui kaks öde. (2007. aastast mindi koolitamisel üle terviseõdede kvalifikatsioonile, terviseõde on pereõde kvalifikatsioon).

Seega, võrreldes mitmete teiste riikidega, oli/on õdede arv üldiselt ja ka esmatasandi teenuste osutamisele kaasatus väiksem.

Positiivne trendina on esile tulev see, et õendusala töötajate iseseisvate vastuvõtude ja iseseisvate koduviitide arv on aasta-aastalt suurenenud. Seejuures on õendusabi mahu suurenemine otseses sõltuvuses piisava arvu kvalifitseeritud personali olemasolust.

Graafik 1 Üldarstiabi (ambulatoorne töö)



	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
perearsti vastuvõttud (SoM andmetel)	1 336 739	1 525 673	2 487 131	3 021 792	3 764 742	4 011 943	4 112 331	4 179 101	4 289 174	4 445 729
perearsti vastuvõttud (EHK andmetel)			2 572 076	4 338 268	3 987 121	3 935 504	4 194 373	4 513 223	4 828 955	5 050 296
õendusala töötajate iseseisvad vastuvõttud	169 601	167 038	226 091	190 540	131 834	257 797	346 462	375 797	413 163	474 090
perearsti koduviidid (SoM andmetel)			278 247	271 199	260 103	218 978	173 871	152 630	138 981	118 768
õendusala töötajate iseseisvad koduviidid			6 754	4 222	29 304	55 526	100 356	105 716	196 550	251 997

Vähendades perearsti koormust patsientide nõustamise ja ravi jälgimise ning lihtsamate protseduuride teostamise osas, on võimalik parandada nii kättesaadavust kui ka seni tagasihoidlikus mahu osutatavate tervise edendamise ning aktiivse primaarse preventsiiooni teenustega kaetust esmatasandil. Õdede vähene kaasatus esmatasandi teenuste osutamisele ja sellest tulenevalt perearstide ressursi ebaratsionaalne kasutamine on probleem.

Arstide liigne administratiiv- ja halduskoormus, mis ei võimalda piisavalt pühenduda arsti pädevust nõudvale tööle, on samuti probleemina tõstatatud mitmete perearstide poolt. See on seotud üksikpraksiste suure arvuga, mida on käsitletud põhjalikumalt kättesaadavuse teema juures. Ka ressursside efektiivse kasutamise mõttes saab esmatasandi arstide administratiiv- ja halduskoormust pidada probleemiks.

Probleemiks on perearstiabi planeerimise, korraldamise ja järelevalve eest vastutava asutuse puudumine, millest tuleneb teatav vastutuse hajumine. Praegu jaotuvad pädevus, ülesanded ja vastutus Maavalitsuste, Tervishoiuameti, Haigekassa ja Sotsiaalministeeriumi vahel. Järelevalve osas saab rääkida kohustuste teatavast dubleerimisest Tervishoiuameti ja Maavalitsuste poolt.

Ebapiisavalt on esmatasandi meeskonda praegu kaasatud apteegiteenuse osutajad. Apteegiteenuse osutajad on sageli inimesele mitte ainult ravimite kättesaadavuse tagajaks, vaid ka esmaseks nõustajaks ja suunajaks. Seega, apteegiteenuse osutajad omavad veel vähe teadvustatud, kuid samas küllalt olulist rolli esmatasandi efektiivses toimimises.

Esmatasandi tervishoiu arengukava eesmärgid, indikaatorid ja nende saavutamiseks meetmed

Üldiseks strateegiliseks eesmärgiks on ühiskonna ootustele ja vajadustele vastav esmatasandi tervishoid.

Esmatasandi teenuste kättesaadavust ja kvaliteeti ning sealjuures ühiskonna ressursside ratsionaalset ja efektiivset kasutamist tagavate meetmete planeerimisele suunatud eesmärkide alla on koondatud detailsed alaeesmärgid.

Eesmärgid saavutatakse valitud tegevussuunale vastavate meetmete abil. Tegevussuunad toetavad ühe või mitme eesmärgi saavutamist. Üldiseid tegevussuundi on neli: **korraldus**, **rahastamine**, **personal** või **infrastruktuur**. Muudatuste rakendumine eeldab omakorda muudatusi **õigusaktides**.

ÜLDINE STRATEEGILINE EESMÄRK

Ühiskonna ootustele ja vajadustele vastav esmatasandi tervishoid

Indikaatorid	Aasta 2007	Aasta 2010	Aasta 2015	Allikas:
i 1 Elanikkonna osakaal, kes on rahul või väga rahul perearstisüsteemiga	76%	78%	85%	EHK, SoM

E 1. EESMÄRK

Esmatasandi teenused on igaühele võrdselt hästi **kättesaadavad**

Meetmed (*Meetmed rakendatakse järgnevate alaeesmärkide kaudu*)

Indikaatorid	Aasta 2007	Aasta 2010	Aasta 2015	Allikas:
i 2 Samal päeval perearsti vastuvõtule pääsenute osakaal	41%	50%	60%	EHK ja SoM
i 3 Kolme päeva jooksul perearsti vastuvõtule pääsenute osakaal	74%	81%	90 %	EHK ja SoM

E 1.1. Alaeesmärk

Esmatasandi põhiteenuseid ja võrgustikuteenuseid osutatakse kokkulepitud ulatuses

Meetmed

- M 1 Esmatasandi teenuste paketti lülitatakse vajalikud teenused koos võrgustike loomisega tihedas koostöös toimiva perearstisüsteemiga
- M 2 Luuakse elanikkonna tõmbekeskuseid arvestav esmatasandi tervisekeskuste võrgustiku mudel ja selle rakendamise kava

Indikaatorid	Aasta 2008	Aasta 2010	Aasta 2015	Allikas:
i 4 Esmatasandi teenustepaketti kuuluvate teenuste loetelu	Esmatasandi tervishoiu mõiste õigusruumis puudub, sisuliselt võrdsustub üldarstiabiga	Esmatasandi tervishoiu mõiste on õiguslikult defineeritud ja vastab arengukavale	Esmatasandi tervishoiu mõiste on õiguslikult defineeritud ja vastab arengukavale	EHK ja SoM, Maavalitsus, Tervishoiuamet (praegu ei jälgita)
i 5 Tervisekeskuste võrgustiku mudeli ja selle rakenduskava olemasolu	–	Mudel olemas	Mudel on olemas ja rakendusprotsess toimub vastavalt mudelile	SoM (praegu ei jälgita)

E 1.2. Alaeesmärk

Kokkulepitud esmatasandi tervishoiuteenuseid osutatakse kõigile ühtsetel alustel

Meetmed

M 3 Tagatakse kõigile ravikindlustamata isikutele üldarstiabi kättesaadavus ning rahastamine

Indikaatorid	Aasta 2007	Aasta 2010	Aasta 2015	Allikas:
i 6 Elanikkonna osakaal, kellele esmatasandi teenused, sealhulgas üldarstiabi ja teised teenused, on kättesaadavad	üldarstiabi osas 96% elanikest	96%	99 % (igaühele)	EHK andmetel ravikindlustatute arv

E 1.3. Alaeesmärk

Üldarstiabi on suurtes elanikkonna tõmbekeskustes asuvates esmatasandi tervisekeskustes kättesaadav ka perearsti töövälisel ajal õhtuti ja puhkepäevadel

Meetmed

M 4 Üldarstiabi kättesaadavuse aja pikendamine õhtusel ajal ja puhkepäevadel suurtes elanikkonna tõmbekeskustes asuvates tervisekeskustes tagades selleks täiendavad ressursid

Indikaatorid	Aasta 2007	Aasta 2010	Aasta 2015	Allikas:
i 7 Tervisekeskuste arv tõmbekeskustes elanikkonnaga üle 6 000, kus ka perearsti töövälisel õhtusel ajal ja puhkepäevadel on kättesaadav üldarstiabi teenus	1	vähemalt 2	15	EHK ja SoM (praegu ei jälgita)

E 1.4. Alaeesmärk

Säilib üldarstiabi 2006 aastaks kujunenud geograafilise kättesaadavuse tase

Meetmed

M 5 Esmatasandi põhiteenuste rahastamise süsteemi rakendamine, mis motiveerib teenust osutama territoriaalsetel äärealadel tagades seeläbi ühtlase geograafilise kättesaadavuse

Indikaatorid	Aasta 2007	Aasta 2010	Aasta 2015	Allikas:
i 8 Pikim kaugus lähimast perearsti tegevuskohast (vastuvõtukohast) mistahe geograafilisest asustatud punktist Eestis	30 km	30 km	30 km	Maa-ameti kaardi-rakendus ja SoM (praegu ei jälgita)
i 9 Üle 2000 isikuga perearsti nimistute arv	183	< 183	< 164	EHK ja SoM

E 1.5. Alaeesmärk

Vajadusel mitteerakorralse transporditeenuse võimaldamine ja kompenseerimine tagamaks kõigile elanikele üldarstiabi kättesaadavuse

Meetmed

M 6 Mitteerakorralse transporditeenuse korraldamise süsteemi väljatöötamine ja rakendamine

Indikaatorid	Aasta 2008	Aasta 2010	Aasta 2015	Allikas:
i 10 Õiguslikult reguleeritud transporditeenuse korraldamise ja rahastamise süsteemi olemasolu	KOV ja riigi tasandil puudulik regulatsioon ja toimimine	Kontseptsioon ja õigusmuudatuste ettepanekud	Õigusmuudatuste rakendamine, rahastamine	SoM

E 2. EESMÄRK

Esmatasandil osutatavad teenused tagavad elanikkonna vajadustest lähtuvate esmatasandi põhifunktsioonide **kvaliteetse** täitmise

Meetmed (*Meetmed rakendatakse järgnevate alaeesmärkide kaudu*)

Indikaatorid	Aasta 2007	Aasta 2010	Aasta 2015	Allikas:
i 11 Ravikvaliteedi ekspertkomisjonis tuvastatud üldarstiabiga seotud ravivigade osakaal üldarstiabi kaebustest (3a libisev keskmine)	34%	Jääb samaks või osakaalu vähenemine	Jääb samaks või osakaalu vähenemine	SoM
i 12 Elanikkonna osakaal, kes viimase 12 kuu jooksul pöördumise põhjal on väga rahul või rahul perearstiga	92%	93%	93%	EHK ja SoM

E 2.1. Alaeesmärk

Pädev ja motiveeritud esmatasandi teenuseosutajate meeskond

Meetmed

M 7 Iga-aastase koolitustellimuse koostamisel lähtutakse esmatasandi personali vajaduse prognoosist

M 8 Toimub esmatasandi meeskonna spetsialistide professionaalse pädevuse elukestev arendamine

M 9 Esmatasandi meeskonna spetsialistide pädevust hinnatakse regulaarselt

Indikaatorid	Aasta 2006	Aasta 2010	Aasta 2015	Allikas:
i 13 Perearstiks spetsialiseerunud arstide arv, kes on atesteeritud/resertifitseeritud (<i>kumulatiiv</i>) (<i>edaspidi esmatasandi meeskonna spetsialistide arv</i>)	619	2006 tase	800	THA ja erialaselts

E 2.2. Alaeesmärk

Esmatasand on tervishoiusüsteemis inimesele eelistatud kontakt- ja esmane abisaamise tasand

Meetmed

M 10 Perearsti rolli teadvustamine ning sekkumist motiveeriva ja mittevajalikke edasisuunamisi vähendava rahastamise süsteemi täiustamine

Indikaatorid	Aasta 2006	Aasta 2010	Aasta 2015	Allikas:
i 14 Perearstiabi vastuvõttude ja visiitide osakaal kõikidest vastuvõttudest ja visiitidest	51%	52%	56%	SoM ja TAI
i 15 Haigla EMO-st koju pöördunute osakaal	72%	69%	63%	SoM ja TAI
i 16 Elanikkonna osakaal, kes ootamatu terviseprobleemi korral saavad omal käel hakkama või eelistavad pöörduda oma perearsti poole (helistada või koju kutsuda) või helistada perearsti nõuandetelefonil	78% (2007)	82%	85%	EHK ja SoM

E 2.3. Alaeesmärk

Esmatasandi tervishoid toimib standarditele vastavalt, tagab inimestele teenused vajalikul ja parimal võimalikul tasemel ning kokkulepitud mahus

Meetmed

M 11 Koostatakse vajalikud kaasaegsed ravijuhised esmatasandil sagedamini ravitavate ja jälgitavate haiguseisundite diagnoosimiseks, raviks ning jälgimiseks

M 12 Tagatakse klienditeeninduse standardite rakendamine esmatasandi meeskonna poolt

Indikaatorid	Aasta 2006	Aasta 2010	Aasta 2015	Allikas:
i 17 Väljatöötatud klienditeeninduse standardid kasutamisele võtnud esmatasandi teenuseosutajate suhtarv	Teave puudub	Vähemalt 50%	100%	SoM ja Maa-valitsused
i 18 Diabeedi tõttu hospitaliseeritute arv 100 000 elaniku kohta	221,5	207	185	SoM ja TAI
i 19 Hüpertoonia tõttu hospitaliseeritute arv 100 000 elaniku kohta	618,0	570	510	SoM ja TAI

E 2.4. Alaeesmärk

Esmatasandi teenuseosutajate tegevuskohad vastavad kokkulepitud nõuetele

Meetmed

M 13 Esmatasandi võrgustiku infrastruktuuri, töövahendite ja ruuminõuete kaasajastatud standardite väljatöötamine

Indikaatorid	Aasta 2006	Aasta 2010	Aasta 2015	Allikas:
i 20 Nõuete olemasolu ruumidele ja sisseseadele kõigi esmatasandi teenuste osas	Olemas 3 teenusele (koduõde, kooliõde, perearst)	3+ ja enam	Olemas kõigile teenustele	SoM ja Maa-valitsused

E 2.5. Alaeesmärk

Esmatasandil toimub aktiivne tervisedendamine, haiguste ennetamine ja krooniliste haigete jälgimine eesmärgiga vähendada haigestumust ja tüsistuste teket

Meetmed

M 14 Jätkatakse tulemustasu süsteemi rakendamist esmatasandi rahastamisel motiveerimaks haiguste varast avastamist riskigruppides, krooniliste haigete jälgimist tüsistuste tekke ennetamiseks ning tervise edendamiseks ja haiguste ennetamiseks

Indikaatorid	Aasta 2006	Aasta 2010	Aasta 2015	Allikas:
i 21 Maksimaalmääras tulemustasu saavate perearstide osakaal süsteemiga liitunudest	10% (2008)	20%	50%	EHK
i 22 Ennetavate vastuvõttude osakaal ühes kalendrikuus pereõe ja perearstide vastuvõttude üldarvust	8,4%	10%	15%	EHK
i 23 Koolitervishoiu teenusega on kooliõpilastest kaetud (osakaal)	96%	98%	100%	EHK

E 3. EESMÄRK

Esmatasandi ressursside (raha, inimressursi, seadmete, infrastruktuuri) kasutamine toimub ratsionaalselt ja efektiivselt ning toetab kogu tervishoiusüsteemi tõhusat toimimist

Meetmed (Meetmed rakendatakse järgnevatel alaeesmärkide kaudu)

Indikaatorid	Aasta 2007	Aasta 2010	Aasta 2015	Allikas:
i 24 Keskmine perearsti vastuvõttude arv ühe elaniku kohta aastas	3,1	3,3	3,6	SoM ja TAI
i 25 Koduõenduse visiitide arv 1000 elaniku kohta	131,4	200	300	SoM ja TAI

E 3.1. Alaeesmärk

Esmatasandi tervishoid on ressurssidega kaetud ning ressursside kasutamine on optimaalne, töötamist motiveeriv ja jätkusuutlik

Meetmed

M 15 Rakendatakse ja täiendatakse regulaarselt esmatasandi teenuste tegevuspõhist, motiveerivat ja jätkusuutliku rahastamist

M 16 Tagatakse esmatasandi meeskonna spetsialistide töökoormuse ja puhkuse optimaalne tasakaal ning ajutise asendamise süsteem

M 17 Esmatasandi teenuseid rahastatakse jätkusuutlikkust tagavalt ja vajadusest lähtuvalt suurendades mahtu järk-järgult vajaduse katmiseni aastaks 2015. Esmatasandi põhiteenuste rahastamisel rakendatakse põhimõtet säilitada nende teenuste osas omaosalus minimaalsena

Indikaatorid	Aasta 2007	Aasta 2010	Aasta 2015	Allikas:
i 26 Esmatasandi ajutise asendamise süsteem	Ei eksisteeri	Välja töötamisel	Olemas	EHK
i 27 Perearsti nimistu keskmine suurus	1617	Väheneb	Väheneb	EHK

E 3.2. Alaeesmärk

Esmatasandi juhtimine, korraldamine ja järelevalve toimub tsentraalselt.

Meetmed

M 18 Esmatasandi tervishoiu senise juhtimise, korraldamise ja järelevalve süsteemi muutmine

Indikaatorid	Aasta 2008	Aasta 2009	Aasta 2015	Allikas:
i 28 Täiendatud esmatasandi tervishoiu korralduse ja juhtimise süsteem	tänane olukord	välja-töötamine	olemas ja toimib	SoM

E 3.3. Alaeesmärk

Õdede, ämmaemandate ja füsioterapeutide rolli ja osaluse suurenemine esmatasandi meeskonnas

Meetmed

M 19 Rakendatakse esmatasandi rahastamise süsteemi, mis motiveeriks esmatasandi meeskonnas õendusala töötajate senisest enamat kaasamist

Indikaatorid	Aasta 2006	Aasta 2010	Aasta 2015	Allikas:
i 29 Pereõe iseseisvate vastuvõttude arv 1 000 elaniku kohta	177	220	350	SoM ja EHK
i 30 Pereõdede arv nimistu kohta	1,26	1,4	1,6	SoM ja THA
i 31 Esmatasandil (pereearsti või ämmaemanda poolt) jälgitud rasedate osakaal	15,9%	Vähemalt 20%	50	Meditsiiniline sünniregister

E 3.4. Alaeesmärk

Informatsiooni parem liikumine tagab ressursside optimeeritud kasutamise süsteemis (nt on välditud topeltuuringute tegemine, põhjendamatu ajakadu jms)

Meetmed

M 20 Infotehnoloogia uute lahenduste rakendamine

Indikaatorid	Aasta 2008	Aasta 2010	Aasta 2015	Allikas:
i 32 E-tervise lahendustena patsiendi-kaardid, epikriisid ja tõendid on elektroonilised ja elektrooniliselt edastatavad	planeerimis el	osaliselt olemas	olemas	SoM ja E-Tervise SA

E 3.5. Alaeesmärk

Suurenenud on inimeste terviseteadlikkus

Meetmed

M 21 Inimeste terviseteadlikkuse ja informeerituse tõstmine läbi teavitustöö ja informeerimise

Indikaatorid	Aasta 2006	Aasta 2010	Aasta 2015	Allikas:
i 33 Haigus- ja hoolduslehtede arv 100 hõivatu kohta	90	84	71	EHK
i 34 Inimeste osakaal, kes on aastaga muutnud eluviise	39%	2006 tase	2006 tase	EHK

	tervislikumaks				
i 35	Inimeste osakaal (16-64-a) kes on aasta jooksul arstilt saanud soovitusel tootumisharjumuste tervislikumaks muutmiseks	10,5	12	15	SoM (Tervisekäitumise uuring)

E 3.6. Alaeesmärk

Esmatasandi tervishoiu infrastruktuuri olemasolu tagamisel teevad riik ja kohalikud omavalitsusüksused (KOV-d) vastavate ülesannete teostamisel koostööd

Meetmed

M 22 Kokkulepitud nõuetele ja standarditele vastavate esmatasandi tervishoiu keskuste (tervisekeskuste) infrastruktuuri võrgustiku väljaarendamisele kaasatakse riik, kohalikud omavalitsusüksused

Indikaatorid	Aasta 2008	Aasta 2010	Aasta 2015	Allikas:
i 36 Esmatasandi teenuseosutajate tegevuskohtade arv, mille infrastruktuur kuulub KOV-le või mille investeering on kaasfinantseeritud riigi või KOV-ga koostöös	45%	50%	65%	SoM, KOV EHK ja Maa- valitsused

E 3.7. Alaeesmärk

Apteegiteenuse osutajad osalevad aktiivselt esmatasandi meeskonnas, sh haiguste ennetamisel ja tervise edendamisel

Meetmed

M 23 Töötatakse välja farmaatsia eriala spetsialistide esmatasandi tervishoidu aktiivse kaasamise kontseptsioon ja rakendamise võimalused koos monitooringut võimaldavate indikaatoritega

Indikaatorid	Aasta 2008	Aasta 2010	Aasta 2015	Allikas:
i 37 Kontseptsioon farmaatsiaeriala spetsialistide aktiivseks kaasamiseks esmatasandi tervishoius	–	olemas		–

Seosed teiste arengukavadega

Rahvastiku tervise arengukava 2009-2020

Rahvastiku tervise arengukava on koondokument, mis koondab kitsamates valdkonna arengukavades, sealhulgas ka esmatasandi tervishoiu arengukavas ja teistes strateegilistes dokumentides kirjeldatud olulisemaid tegevusi. Arengukavas ega selle alusdokumentides kõiki antud esmatasandi tervishoiu üksiktegevusi välja ei tooda, need on detailsemat toodud esmatasandi arengukavas.

Eesti Haiglavõrgu arengukava 2002

Haiglavõrgu arengukava eesmärk on tagada eriarstiabi ühtlane kättesaadavus. Selleks kehtestab Vabariigi Valitsus haiglate loetelu ning vajalikud investeeringud loetelus nimetatud haiglate ehitamiseks, renoveerimiseks ja ümberprofileerimiseks. *Esmatasandi arengukavas tuuakse maakondade keskuses tegutsevate üld- ja kohalike haiglate oluline roll nii infrastruktuuri kui ka sisulise toe pakkujatena esmatasandi teenustele, lähtudes kvaliteedist, tõhususest ja efektiivsusest.

Hooldusravivõrgu arengukava 2004–2015

Hooldusravi arengukava määrab kindlaks teenused haigetele, kes kulukat ja kõrgtehnoloogilist aktiivravi enam ei vaja. Arengukava eesmärgiks on parandada nii ambulatoorse kui ka statsionaarse hooldusravi teenuste kättesaadavust ja kvaliteeti ning kasutada ravikindlustuse vahendeid eesmärgipäraselt.

*Esmatasandi arengukava loeb hooldusravi teenused esmatasandi teenuste hulka kuuluvateks.

Südame-, vähi ja HIV riiklikud strateegiad

Südame-, vähi ja HIV strateegiate tegevuskavades (rakenduskavades) planeeritud elanikkonna terviseteadlikust tõstvad tegevused seostuvad ühtlasi esmatasandi teenuste ratsionaalse, tõhusa ja efektiivse kasutamise eesmärgiga 3 ning on toodud ka rakenduskavas meetme 21 all sama alaeesmärgi täitmisele suunatuna, kuid rahaliste vahendite maht on täpsustatud vastavate strateegiate tegevus- või rakenduskavades.

Arengukava protsessi juhtimine

Esmatasandi tervishoiu arengukava rakendamise eest vastutab Sotsiaalministeerium.

Esmatasandi tervishoiu arengukava täiendamiseks, elluviimise hindamiseks ja aruandluse koordineerimiseks moodustatakse sotsiaalministri poolt juhtkomisjon.

Juhtkomisjon vaatab arengukava elluviimise kohta koostatud aruande ja järgneva nelja aasta rakenduskava üle kord aastas peale kokkuvõtete tegemist möödunud aruandeaasta kohta ning esitab selle sotsiaalministrile.

Aruande ja täiendatud rakenduskava koostab Sotsiaalministeeriumi tervishoiuosakond koostöös Eesti Haigekassa ja teiste rakenduskavas vastutajatena märgitud osapooltega.

Juhtkomisjon teeb sotsiaalministrile ettepaneku täiendatud nelja aasta rakenduskava kinnitamiseks.

Juhtkomisjon võib teha sotsiaalministrile ettepanekuid arengukava ja selle rakenduskava muutmiseks ja täiendamiseks.

Arengukava rahastamine

Arengukava rahastamine on rakenduskavas kokkuvõttena ja tegevuste loetelus.

Rakenduskava hõlmab muuhulgas ka Eesti Haigekassa, Sotsiaalministeeriumi, Tervishoiuameti ja Maavalitsuste poolt esmatasandi tervishoiuteenuste ratsionaalse, tõhusa ja efektiivse pakkumise ning kättesaadavuse ja kvaliteedi tagamiseks regulaarselt teostatavaid tegevusi koos kuludega.

Rakenduskavas on mitmed tegevused seotud vastutavate institutsioonide põhitööga, mis kajastuvad küll reaalselt nende personalikuludes ja antud arengukavas kuludena eraldi välja ei ole toodud. Vastavates lahtrites on rakenduskavas viide rahastajale (nt õigusmuudatuste tegevuse juures: Sotsiaalministeeriumi eelarve).

Nelja aasta rakenduskavas planeeritakse täpne rahastamine vähemalt üheks (järgnevas) aastaks.

Arengukava koostamises osalenud isikud ja organisatsioonid

Esmatasandi tervishoiu arengukava koostamiseks moodustatud töörühma töös osalesid paljud oma ala asjatundjad, keda siinkohal täname.

Aina Saarma	Madis Tiik
Arge Lärm	Liis Rooväli
Arvi Vask	Peeter Laasik
Eha Rumberg	Ruth Kalda
Hille Ilves	Siiri Põllumaa
Heidi Gil	Sirje Kree
Heidi-Ingrid Maaroo	Sirje Ludvig
Heli Paluste	Taimi Saarma
Helvi Tarien	Tiina Tõemets
Hiie Koppa	Tõnis Randlane
Ille Allsaar	Uno Kiplok
Inga Kuldmäe	Urmas Takker
Inna Vabamäe	Ursel Kedars
Ivi Normet	Valentina Aleksejeva-Hazinskaja
Kaja Põlluste	Üllar Kaljumäe
Katrin Sihver	Ülle Lember
Kristina Kangur	jt kes töörühma täiendavalt kaasatud

Oma esindajate kaudu osalesid esmatasandi arengukava koostamises järgmised organisatsioonid:

Eesti Haigekassa
Eesti Maaomavalitsuste Liit
Eesti Maakonnaarstide Koda
Eesti Linnade Liit
Eesti Perearstide Selts
Eesti Töötervishoiuarstide Selts
Eesti Õdede Liit
Eesti Õdede Kutseliit
Eesti Ämmaemandate Ühing
Maavalitsused
Tervishoiuamet
Tartu Ülikool
Sotsiaalministeerium

Mõisted

Apteegiteenus on ravimite jaemüük või muul viisil väljastamine koos sellega kaasneva nõustamisega ravimite sihipäraseks ja ratsionaalseks kasutamiseks ning kasutaja teavitamisega ravimi õigest ja ohutust kasutamisest ja säilitamisest ning ravimite ekstemporaalne ja seeriaviisiline valmistamine ning jaendamine.

Apteegiteenust võivad apteegis ja apteegi struktuuriüksuses osutada ainult registris registreeritud proviisor ja farmatseut. Apteegiteenuse osutamisel peavad olema arvesse võetud eri liiki apteekidele kehtestatud piirangud. Apteegiteenuse osutamine on lubatud ainult sellekohase tegevusloaga apteegis ja selle struktuuriüksuses.

Apteekide liigid on üldapteek ja haiglaapteek. Apteegi struktuuriüksuseks on haruapteek. Üldapteek on apteegiteenuse osutamiseks moodustatud ettevõtte, mille asukoht peab olema tähistatud nimetusega „Apteek” koos apteegi nimega. Üldapteegi haruapteegi asukoht peab olema tähistatud üldapteegi nimega, millele on lisatud sõna „haruapteek”. Üldapteegil on ravimite jaemüügiõigus. Haiglaapteek on haigla struktuuriüksus, millel ei ole ravimite jaemüügiõigust. Riigiasutuse apteek peab vastama haiglaapteegi nõuetele. Apteegiteenus on sisult esmatasandi teenus, mis peab olema elanikkonnale kättesaadav esmatasandi põhimõtete kohaselt ja apteegiteenuse osutajate roll esmatasandi tervishoius laiemalt kokku lepitud.

Füsioteraapia teenus on kehalistel harjutustel, asendravil, massaažil ja füüsikalistel meetoditel põhinev taastusravi osa, mille eesmärgiks on täielikult või osaliselt taastada tugi-liikumisaparaadi või organsüsteemi funktsionaalne võime, et tervisehäirega inimene saaks paremini integreeruda normaalsesse elu- ja töökeskkonda. Füüsikaliste meetodite nimistusse kuuluvad aparatse ravi meetodid (sealhulgas elektriravi, ultraheliravi, magnetravi, inhalatsioonravi, vesiravi, venitusravi, vibratsioonravi, vibroakustiline teraapia, soojusravi, külmaravi, mudaravi ehk peleidoteraapia, fototeraapia ehk valgusravi, sealhulgas laserravi). Füsioteraapia teenust osutab füsioterapeut.

Kodune õendusabi (koduõendus, koduõendus-hooldusteenus) teenus on kvalifitseeritud õendushooldusteenuse osutamine kodustes tingimustes. Kodust õendusabi osutatakse aktiivravi mittevajavale kroonilis(t)e haigus(t)ega (enamasti eakale) inimesele. Kodune õendusabi toimub perearstiga tihedas koostöös esmatasandi meeskonnas. Teenuseosutaja juurde suunab perearst. Teenust osutab vastava väljaõppe ja kvalifikatsiooniga öde tegevusloa alusel kas äriühingu kaudu või FIE-na. Kodust õendusabi osutatakse õendusplaani alusel.

Koolitervishoid on koolis või erandjuhtudel teenuseosutaja ruumides koostöös koolipidajaga osutatav ambulatoorne tervishoiuteenus, millega tagatakse õpilastele tervise edendamine, tervisekaitse, haiguste ennetamine, vajadusel esmaabi andmine, krooniliste tervisehäirete ja puuete jälgimine ning ravi.

Koolitervishoiuteenust osutatakse üldhariduskoolis, sealhulgas erivajadustega õpilaste koolis ja sanatoorses koolis, samuti kutseõppeasutuses põhihariduseta ja põhihariduse baasil õppivatele õpilastele. Koolitervishoiu teenus tagab kooliealiste laste tervise kvaliteetse jälgimise ja infovahetuse teiste teenuse osutajatega.

Koolitervishoiu osutamise eesmärgiks on õpilastele tervist kaitsvate ja edendavate tingimuste loomine koolikeskkonnas. Eesmärgini jõutakse koolitervishoiu teenuse osutaja, kooli direktori ja koolipidaja, lapsevanemate, kooli pedagoogilise personali, üld- ja eriarstiabi osutaja ja rehabilitatsiooni meeskonna liikmete vahelises koostöös.

Sotsiaalhoolekanne (hoolekande- ja sotsiaalteenuste süsteem) – sotsiaalteenuste, sotsiaaltoetuste, vältimatu sotsiaalabi ja muu abi osutamise või määramisega seotud toimingute süsteem (samal tähenduses kasutatakse ka mõisteid *hoolekanne* ja *sotsiaaltöö* ja *sotsiaalhoolekandesüsteem*).

Sotsiaalteenus on isiku või perekonna toimetulekut soodustav mitterahaline toetus sotsiaalhoolekande seaduse tähenduses.

Tervishoiuteenus on tervishoiutöötaja tegevus diagnoosimiseks ja ravimiseks ning haiguse, vigastuse või mürgistuse ennetamiseks, seejuures on teenuse osutamise eesmärgiks leevendada inimese vaevusi, hoida ära tema tervise seisundi halvenemist või haiguse ägenemist ning taastada tervist.

Terviseteenus on erinevate sektorite teenuseosutajate mittemeditsiiniline tegevus, mille eesmärgiks on tervise edendamine või haiguste ennetamine, (*tervisepoliitika 2006 glossaar*). Terviseteenuse osutamine toimub valdavalt rahvatervise seaduse alusel ja selle seaduse tähenduses on terviseteenustena käsitletavat tervisekaitse, tervisekasvatus, tervise edendamine ja haiguste ennetamine.

Haiguste ennetamine on rahvatervise seaduse tähenduses inimese haiguseelsete seisundite varasele avastamisele suunatud tegevus ja haigestumise vältimiseks rakendatavad meetmed.

Tervise edendamine on inimese tervist väärtustava ja tervist soodustava käitumise ja elulaadi kujundamine ning tervist toetava elukeskkonna sihipärane arendamine. Tervise edendamine kuulub õendusabi erialas terviseõe ettevalmistusse.

Terviseõde on õendusabi eriala, mis hõlmab pereõe, koolitervishoiu, koduõe ja -hoolduse, töötervishoiu, haiguste ennetuse ja tervise edendamise. Terviseõeks spetsialiseerutakse pärast üldõe eriala omandamist rakenduskõrgkoolis. Terviseõde omab ettevalmistust ja võib osutada kõiki loetletud teenuseid.

Tõmbekeskus – (linnaline) asustusüksus, kus käib töö ja teenuseid tarbib arvestatav osa tagamaa omavalitsusüksustest pärit inimestest (*Eesti regionaalarengu strateegia 2005–2015*). Tagamaa on vaadeldavat tõmbekeskust ümbritsev mõjuala.

Töötervishoid on tervishoiu valdkond, mis uurib töötingimuste ja tööprotsessi mõju töötaja tervisele, tegeleb töökeskkonna keemiliste, füüsiliste, bioloogiliste, ergonoomiliste ja vaimsete terviseriskide väljaselgitamisega ning kutsehaiguste ja tööst põhjustatud haiguste ennetamise, väljaselgitamise, ravi ja -rehabilitatsiooniga. Töötervishoiu- ja tööohutuse seaduse kohaselt on töötervishoid töötaja tervisekahjustuse vältimiseks töökorraldus- ja meditsiiniabinõude rakendamine, töö kohandamine töötaja võimetele ning töötaja füüsilise, vaimse ja sotsiaalse heaolu edendamiseks meetmete ja tegevuste teostamine.

Ämmaemandusabi on ämmaemanda poolt osutatav ambulatoorne teenus, mille sisuks on normaalse raseduse jälgimine, nõustamine reproduktiivtervise alal ja sünnitusjärgses perioodis juhul, kui sünnitus on kulgenud normaalselt ning ühtlasi nõustamine ja ravi määramine lihtsama günekoloogilise patoloogia puhul, (*tulevikus ka sünnitusabi teenuse osutamine kodus*). Raseduspatoloogia kahtlusel suunab ämmaemand raseda naistearsti vastuvõtule.

Teenust osutab ämmaemand, kes töötab günekoloogia teenuse osutamise tegevusluba omava tervishoiuteenuse osutaja juures ning edaspidi ka iseseisva teenuse osutamise tegevusloa olemasolul.

Üldarstiabi on ambulatoorne tervishoiuteenus, mida osutavad perearst ja temaga koos töötavad tervishoiutöötajad. Teenus on kehtestatud ja õiguslaselt sisustatud tervishoiuteenuste korraldamise seaduses.