

Tartu Ülikooli sotsiaalteaduslike rakendusüuringute keskus RAKE



RAKE

Esmatasandi tervishoiuteenuste
geograafilise kättesaadavuse vajaduse
hindamine ja esmatasandi
tervishoiuteenuste optimaalse korralduse
mudeli loomine

Koondraport
Märts 2015



TerVE



Uuring on valminud SA Eesti Teadusagentuur poolt elluviidava programmi TerVE raames ja Euroopa Regionaalarengu Fondi kaasrahastamisel.

Uuringu koostas Tartu Ülikooli sotsiaalteaduslike rakendusuringute keskus RAKE

Viitamine: Sepp, V., Humal, K., Saar, P., Kivi, L., Puolokainen, T., Themas, E., Espenberg, K., Rätsep, A., Ingerainen, D., Kalda, R., Loodla, K., Aksen, M., Lees, K., Vahaste-Pruul, S., Ristmäe, M., Varblane, U. (2015). Uuring esmatasandi tervishoiuteenuste geograafilise kättesaadavuse vajaduse hindamine ja esmatasandi tervishoiuteenuste optimaalse korralduse mudeli loomine. Tartu: Tartu Ülikool.

Uuringu autorid soovivad tänada kaasamõtlemise ja ettepanekute eest uuringu käigus intervjuerituid ja seminarides osalejaid, samuti kõiki perearstipraksiste töökoormuse uuringus osalejaid.

Uuringus on kasutatud Haigekassa, Tervise Arengu Instituudi, Terviseameti ja Sotsiaalkindlustusameti andmekogude andmeid.

RAKE on võrgustikutüüpi rakendusuringute keskus. Meie missiooniks on tõsta teadmisel põhineva otsustamise osakaalu Eesti ühiskonnas. Lisaks RAKE meeskonnale kaasame kõrgeima kvaliteedi tagamiseks oma uuringutesse parimaid valdkonnaeksperte nii Tartu Ülikoolist kui vajadusel ka väljastpoolt. RAKE võrgustik hõlmab kõiki TÜ sotsiaalteadlasi ning meditsiini-, loodus-, tehnika- ja humanitaarteaduste valdkonna esindajaid.

Kontaktandmed: Lossi 36-124, 51003, Tartu

<http://www.ec.ut.ee/rakendusuringud>

SISUKORD

Sisukord.....	3
1. Projekti põhjendus, eesmärk, üldmetoodika ja väljundid	5
2. Esmatasandi tervisekeskuste organisatoorsed mudelid.....	10
2.1. Mudeli ühisosa: esmatasandi tervishoiuteenuste olemus, meeskond ja tervisekeskused	12
Esmatasandi tervishoiuteenuste mõiste.....	12
Esmatasandi tervise teenuste loetelu ja liigitus Eestis	13
Esmatasandi tervishoiu põhiteenused Eestis.....	15
Mudelis sisalduvad muudatused põhiteenuste sisus	18
Esmatasandi tervishoiukeskused (ETTK).....	19
Esmatasandi tervishoiu meeskond	20
2.2. ETKK organisatoorse mudeli neli alammodellit – lahendused ja hinnangud.....	22
Ühtse taristu ETKK	22
Iseseisvate teenuste ETKK.....	25
Laiendatud üldarstiabi osutav ETKK.....	27
KOV piirkondlik ETKK	30
3. Esmatasandi tervise teenuste sisu, sihtrühmad ja määratud teenusevajadus.....	33
3.1. ETKK teenusevajaduse määramise sisendid	33
3.2. Perearstiteenus	35
Haiguste raviga seonduv teenusevajadus.....	38
Tervisekontrolli ja ennetusega seonduv teenusevajadus	47
Tervisenõustamisega seonduv teenusevajadus.....	55
Põhistsenaariumi põhimudeli koondtulemused	59
3.3. Koduõendusteenus.....	62
3.4. Ämmaemandusabi teenus.....	67
3.5. Esmatasandi füsioteraapia teenus	70
3.6. ETKK meeskondade suurus: põhiteenuste osutajad ja tugispetsialistid.....	76

3.7.	ETTK tööruumide koondvajadus.....	77
4.	ETTK asukohad ja teenuspiirkonnad Eestis.....	81
5.	Tööjõuvajaduse prognoos	83
5.1.	Prognoosi metodika ja andmed	83
5.2.	Prognoosi tulemused.....	86
	Perearstide vajadus	86
	Pereõdede vajadus	87
	Koduõdede vajadus	88
	Ämmaemandate vajadus	90
	Füsioterapeutide vajadus	92
6.	Tegevuskava	95
6.1.	Ettepanekud õigusaktide muutmiseks	95
6.2.	Ettepanekud muudatusteks rahastamislepingutes ja kulumudelites.....	96
6.3.	Tööjõuvajaduse rahuldamise meetmed ETTK võrgustikus.....	98
6.4.	Taristu arendusprojektid	100
7.	Kasutatud kirjandus	101

1 PROJEKTI PÕHJENDATUS, EESMÄRK, ÜLDMETOODIKA JA VÄLJUNDID

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 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.

Eestis kujunes perearstide võrgustik välja aastatel 1990-2000. Võrreldes 1990 (kui perearstiabi planeeriti) on Eestis demograafiline olukord muutunud:

- Rahvaarvu osas: statistikaameti andmetel 1990 elas Eestis 1 570 600 inimest, 2011 rahvaloenduse andmetel seisuga 01.01.2012 1 340 000 inimest;
- Iga-aastane elanikkonna siseränne - keskmiselt paikneb ümber ca 34000 inimest aastas;
- Elanikkonna vananemine. Oodatav eluiga sünnihetkel on muutunud suhteliselt lühikese ajaga naiste osas 73 – 81 ja meestel 64 - 71.

Olukord tööturul ning vananev rahvastik suurendab survet sotsiaalkuludele, mistõttu pensioni- ja teiste kindlustussüsteemide ajakohastamisele tähelepanu pööramata satub ohtu sotsiaal- ja tervishoiu rahastamise jätkusuutlikkus pikemas perspektiivis.

Viimastel aastatel on hakanud järjest selgemalt eristuma linnaregioonidel põhinevad kasvukeskused, kuhu rahvas üha enam koondub. Eurostati 2006. aasta andmed näitavad, et regionaalse arengu ebavõrdsus SKT suhtelise taseme alusel on Eestis Euroopa üks suurimaid (44,7%). Eesti inimarengu aruande hinnangul on küpsenud vajadus sellisteks muudatusteks Eesti riigielu korralduses, mis looksid kõikjal Eestis eeldused selleks, et erinevate vajadustega inimestel oleks sõltumata elukohast võimalus täisväärtuslikul moel elada ja töötada. Sellised ümberkorraldused on mõõdapääsmatud ka tervishoiuteenuste puhul, sest olemasolev süsteem ei ole piisavalt jätkusuutlik ja majanduslikult mõistlik.

Elanike arvult suurim on Harju maakond (529 898 elanikku), seejärel Ida-Viru maakond (166 548) ning Tartu maakond (150 900). Eesti rahvastikust ca 39% elab Harjumaal ning Tallinnas ligi 30%. Seniste trendide jätkumisel võib 2015. aastaks Harjumaa rahvastik moodustada Eesti kogurahvastikust ligikaudu 43%. Rahvaarv nii Harju kui ka Tartu maakonnas on kasvanud kiiremini kui Tallinnas ja Tartu linnas, mis

peegeldab sealset intensiivset valglinnastumist. Kõigis teistes maakondades on rahvaarv jätkanud aga langustrendi. Kõige kiirem rahvaarvu vähenemine on toimunud Jõgevamaal, Viljandimaal ja Järvamaal.

Võttes aluseks esmatasandi tervishoiu arengukava aastateks 2009-2015, on **esmatasandi põhiteenusteks** perearsti ja –õe, koduse õendusabi, füsioteraapia ja ämmaemandusabi teenused, mille osutamine peaks toimuma esmatasandi **tervisekeskuses**.

Tänaseks on selge, et aastaks 2015 esmatasandi tervishoiuvõrgustikku ümber korraldada ei jõuta, küll aga on see jätkuvalt Eestis prioriteet, mis on kenasti kirjeldatud Eesti järgneva kümne aasta arenguvajadusi kirjeldavas dokumendis, mis ütleb järgmist:

Samu seisukohti ja tänast reaalselt olukorda peegeldab ilmekalt ka 2011.a avaldatud riigikontrolli auditi, mille kohaselt ei suuda perearstisüsteem täita tervishoiusüsteemis kõiki talle pandud ülesandeid, kuna perearstid ei osuta alati kokkulepitud teenuseid, suunavad patsiente põhjendamatult sageli eriarsti konsultatsioonile ning süsteem ei taga kõigis piirkondades perearsti kättesaadavust.

Perearstisüsteemi probleemide peamiseks põhjusteks on patsientide vähese teadlikkuse kõrval **perearstide puudus** piirkonniti, nende **erinev kompetentsus** ning **süsteemi piiratud arenguvõimalused**. Perearstiabi poolik töö toob kaasa lisakulusid ravikindlustuse eelarvele.

Auditi tulemusel selgus, et Eestis on 78-s omavalitsuses külasid, kust ei ole võimalik ühistranspordiga ühe päeva jooksul perearsti juures käia. See aga halvendab nende inimeste võimalust arstiabi saada. Väga oluline aspekt on seegi, et **perearstide arv väheneb**. Isegi kui perearstina asuvad tööle kõik perearstiõppe läbinud, on meil 20 aasta pärast 60 perearsti vähem, sest selle aja jooksul jõuab pensionikka 72% praegustest perearstidest.

Samas on Riigikontroll auditis välja toodud, et **haiglavõrk on liiga suur** ning aktiivravi pakkumise vajadus regiooni ja riigi võimalused pakkumise tagamiseks tuleb uuesti üle hinnata ning eesmärgid ajakohastada. Seejuures kaaluda varianti, kus piirkondlikul ja kesonhaiglal on kohustus osutada teatud ambulatoorseid ja/või päevaravi teenuseid üldhaiglate maakondades. Kaaluda igale haiglaliigile kindlate piiride kehtestamist, mille ulatuses nad tervishoiuteenuseid osutada võivad. See võimaldab koondada kalleid seadmeid ja palju personali nõudvad teenused konkreetsetesse haiglatesse, kasutada ressursse efektiivsemalt ning arendada teenuseid. Kvaliteedi tagamiseks peab olema haiglal piisav varustus ja ka piisav arv patsiente.

Praxise poolt teostatud uuringus „Eesti sotsiaalkindlustussüsteemi jätkusuutliku rahastamise võimalused“ leiti, et arvestades Eestis toimuvaid demograafilisi muutusi tuleks **perearstide/esmatasandi vastutusala laiendada**.

Vaatamata asjaolule, et perearste napib ja neid jääb praeguste prognooside kohaselt veelgi vähemaks on ootused perearstiabile suhteliselt suured. Kõike eelnimetatud arvesse võttes on selge, et sama viisi jätkata ei saa, kuid on küsimus, et mis on lahendused? Selleks, et järgmisel EL rahastusperioodil oleks meil vastused olemas, on vajalik koondada kokku erinevate analüüside ja uuringute andmed ning vajadusel teha ka täiendavaid uuringuid.

Eelnevalt tulenevalt on uurimisprojekti põhieesmärgiks on välja töötada esmatasandi tervishoiukeskuse mudel, mida saaks rakendada EL rahastusperioodil 2014-2020.

Töö alaeesmärgid on:

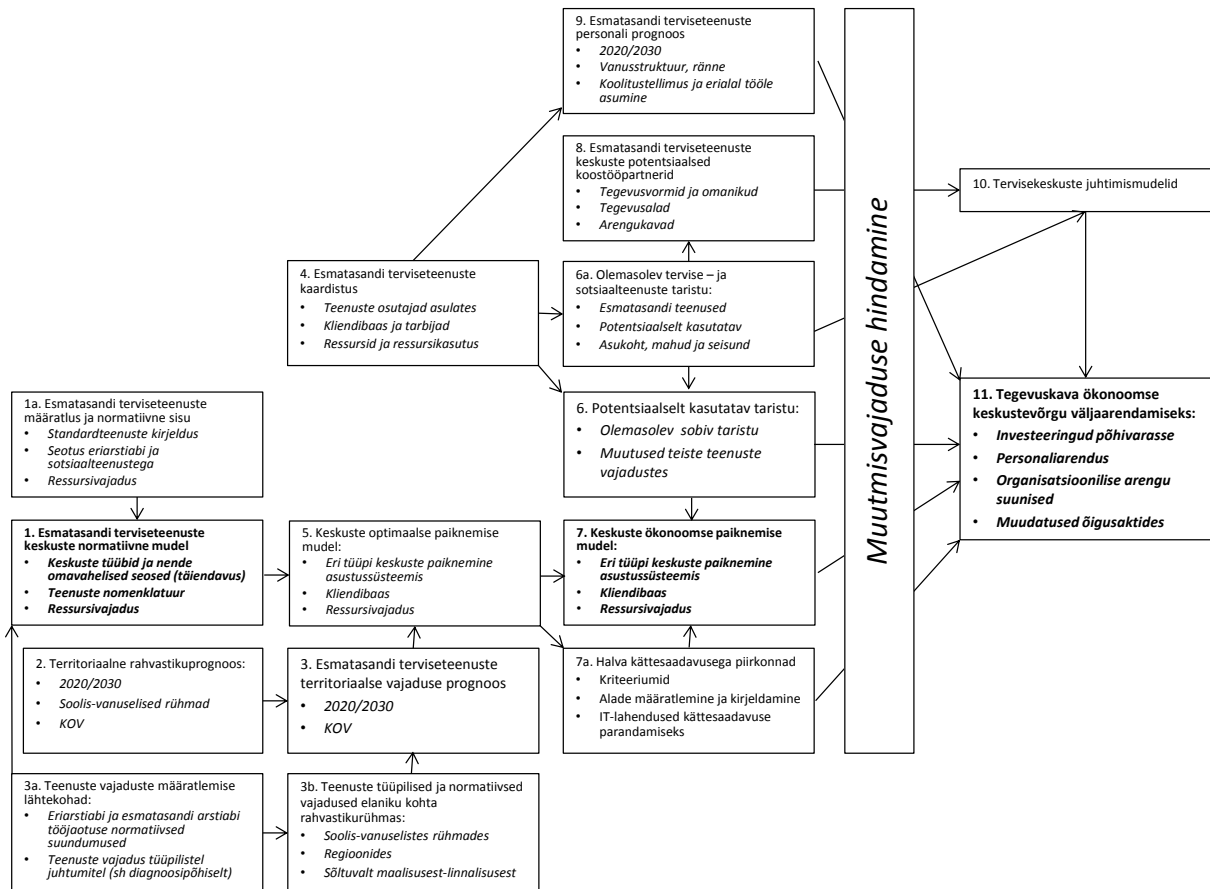
- ▶ Hinnata lähtuvalt demograafilisest olukorrast ja inimeste geograafilisest ümberpaiknemisest esmatasandi tervishoiuteenuste vajadust ja kättesaadavust. Selgitada välja, kus peaks esmatasandi tervisekeskused paiknema, et esmatasandi tervishoiuteenused oleksid maksimaalselt hästi kättesaadavad kõigile Eesti elanikele.
- ▶ Analüüsida kuidas oleks otstarbekas jagada tervishoiuteenused üldhaiglate/eriarastiabi ja tervisekeskuste vahel (siinkohal esineb hetkel majanduslikult ebaotstarbekat dubleerimist) ning milline on nende teenuste ressursivajadus.
- ▶ Analüüsida elanikkonna tervislikust seisundist lähtuvalt (diagnooside põhisel) milliseid esmatasandi tervishoiuteenuseid vajatakse ning millises mahus.

Eesmärkide saavutamiseks lahendatakse kokku 11 omavahel seostatud uurimisülesannet:

1. Esmatasandi tervise teenuste keskuse normatiivse mudeli koostamine, milles kirjeldatakse keskuses osutatavate teenuste loetelu ja sisu, kliendibaas sihtrühmade mõistes, keskuse meeskonna koosseis ning ruumivajadus
2. Territoriaalse rahvastikuprognoozi koostamine aastateks 2020 ja 2030 soolis-vanuseliste rühmade lõikes. Vanusrühmadeks on: 0-4, 5-19, 20-34, 35-49, 50-64, 65-74, 75+. Rahvastikuprognoozi alusarvutused koostatakse 2011. aasta KOV-üksuste kohta, mis võimaldavad töö hilisemates etappides määrata kliendibaasi suuruse piisavalt täpselt iga esmatasandi tervise teenuste keskuse teenuspiirkonna kohta.
3. Esmatasandi tervise teenuste territoriaalse vajaduse prognoosi koostamine. Prognoos koostatakse aastateks 2020 ja 2030 iga KOV-üksuse kohta iga esmatasandi tervise teenuse osas – nii põhi- kui abiteenuste osas. Prognoosi koostamiseks ühendatakse rahvastikuprognoozi tulemused teenuste tüüpiliste vajaduste määratlemise tulemustega.
4. Esmatasandi tervise teenuste kaardistamine. Muutmisvajaduse hindamiseks ja esmatasandi tervise teenuste võrgustiku väljaarendamise tegevuskava koostamiseks kaardistatakse esmatasandi tervise teenuste osutamine Eesti territooriumil. Kaardistuse objektiks on teenuseid osutavate asutuste ning teenuste territoriaalne paiknemine (KOV-üksuse tasandil), teenuste kliendibaas (nt. perearsti nimekirjad), tarbijate arv ja tarbimise mahud, teenuse osutamise taristu seisund
5. Esmatasandi tervise teenuste keskuste territoriaalse paiknemise optimaalse mudeli koostamine. Teostatakse esmatasandi tervise teenuste keskuste asukohtade (tõmbekeskuste) ja tagamaa (kokku teenuspiirkonnad) esmane territoriaalne määratlemine lähtudes asustussüsteemi hierarhiast ja hinnatud teenusvajaduse kooskõlast normatiivse mudeli minimaalse meeskonna nõuetega. Mudeliga määratakse ära esmatasandi tervise teenuste keskuste teoreetiliselt parimad asukohad kohalike arenguhuvisid ja valmisolekut tervisekeskuste arendamiseks arvestamata. Keskuste valiku lähtekohaks on Eesti KOV-üksuste regionaalne tüpoloogia, mida on kasutatud KOV võimekuse indeksi tulemuste analüüsil (Sepp jt., 2009)
6. Esmatasandi tervise teenuste keskuste asukohana potentsiaalselt kasutatava taristu kaardistamine. Kaardistamise meetodiks on (arengukavade) dokumendianalüüs ja

kirjalikud konsultatsioonid esmatasandi tervise teenuste keskuste potentsiaalse asukoha hooneid omavate asutuste (haiglad, õendushaiglad, valla- ja linnavalitsused) juhtidega, milles selgitatakse välja hoonete seisund, edasised kavatsused hoonete kasutamisel. Valimisse kuuluvad kõigi esialgselt tervisekeskuste potentsiaalsete asukohtadena määratavate keskuste linna- ja vallavalitsused ning nendes asulates paiknevad haiglad ja õendushaiglad.

7. Esmatasandi tervise teenuste keskuste territoriaalse paiknemise ökonoomse mudeli koostamine, mille sisuks on viia optimaalsesse mudelisse sisse muudatusi vastavalt elanike teenuse kasutuse harjumuste piirkondlikule iseloomule ning kohalike arenguhuvide olemasolule. Vastavalt muudatustele arvutatakse üle piirkondlikud teenusvajadused ning sellega seotud töökohtade ja ruumivajadus esmatasandi tervisekeskustes.
8. Esmatasandi tervisekeskuste potentsiaalsete koostööpartnerite kaardistus lähtudes võimalusest kasutada ühiselt hooneid. Potentsiaalsed koostööpartnerid kaardistatakse tuginedes registriandmetele, kirjalikele konsultatsioonidele ning maakondlikele seminaridele. Maakondlikud seminarid viiakse läbi koostöös Sotsiaalministeeriumiga fookuseerituna EL struktuurifondide investeringutoetuste programmi elluviimisele. Seminaride oluliseks osaks on tervisekeskuste asukohtade ettepaneku ning töökohtade ja ruumivajaduse arvutuste tulemuste tutvustamine ja arutamine.
9. Esmatasandi tervise teenuste personali arengu prognoosi koostamine
10. Esmatasandi tervishoiuteenuseid osutavate tervise- ning tervise- ja sotsiaalkeskuste organisatsiooniliste mudelite välja töötamine. Mudeli komponentideks on: teenuseid osutava organisatsiooni õiguslik staatus; teenuste osutamise meeskond; teenuste osutamise taristu; teenuste kliendibaas, territoriaalne kättesaadavus ja teenuspiirkonnad; teenuste osutajate lepingulised suhted rahastajatega ja rahastamise alused.
11. Tegevuskava koostamine ökonoomse esmatasandi tervise teenuste keskuste võrgustiku väljaarendamiseks Eestis. Tegevuskavas käsitletakse: investeringuobjektid asukohtade põhiselt ja eeldatavat maksumust; personaliarendust; ettepanekuid õigusaktide muutmiseks organisatoorse mudelite rakendamise võimaldamiseks.



Joonis 1. Uurimuse üldmetoodika skeem

Projekti väljundiks on käesolev koondraport ning 5 temaatilist osaraportit:

1. Territoriaalne rahvastikuprognosis KOV-üksuste lõikes aastateks 2020 ja 2030
2. Esmatasandi terviseeenuste vajaduse mudelid: töökohad ja tööruumid
3. Esmatasandi tervisekeskuste võrgustik Eestis
4. Esmatasandi põhiteenuste personalivajaduse prognoos aastateks 2020 ja 2030
5. Esmatasandi tervisekeskuste organisatoorsed mudelid

2 ESMATASANDI TERVISEKESKUSTE ORGANISATOORSED MUDELID

Esmatasandi tervisekeskuste (ETTK) organisatoorsete mudelite väljatöötamise eesmärgiks on luua tervisekeskuste võrgustiku kujul alus esmatasandi tervishoiuteenuste kvaliteetseks ja ühtlaselt kättesaadavaks osutamiseks Eesti territooriumil. Teenuste territoriaalselt ühtlase kättesaadavuse eelduseks on piirkondades teenuse osutamiseks vajalike ressursside tagamine, eelkõige ühtlasel tasemel teenuste rahastamine vastavalt elanikkonna vajadustele, teenuse osutamise taristu kvaliteedi tõstmine ning esmatasandi meeskondade komplekteerimine vajalikus mahus erialaspetsialistidega.

ETTK võrgustiku väljaarendamise kriitilisteks arenguteguriks on:

- ▶ ETTK taristu välja arendamine asustussüsteemi tõmbekeskustes (vt. osaraport 3)
- ▶ kõigi esmatasandi põhiteenuste koondumine ETTK'desse;
- ▶ esmatasandi teenuse osutajate – vastava eriharidusega spetsialistide - piisav olemasolu riigis tervikuna (vt. osaraport 4) ning territoriaalselt teenusvajadusele vastavalt jaotanuna;
- ▶ võrgustiku väljaarendamist ja toimimist toetava rahastamise ja lepingusüsteemi juurutamine.

Samuti tuleb võrgustiku arendamisel arvesse võtta vajadust vähendada fragmenteeritust ja suurendada koostööd tervishoiuteenuste osutamisel: esmatasandi ja kõrgema tasandi tervishoiuteenuste vahel; raviteenuste ja ennetustegevuse vahel; erialade vahel tervishoiu alamsektorite siseselt (sh esmatasandi sektoris) (vt. Boerma, 2006: 4).

ETTK organisatoorse mudeli üheks põhiküsimuseks on see, kas määratleda ETTK'd kui ühtne organisatsioon või kui ühtne taristu/hoone. Esmatasandi tervishoiuteenuse autonoomia (selge eristus ja sõltumatus eriarstiabist) terviklikkuse (st terviklik patsiendikäitlus esmatasandil) ning kvaliteetse teenuse territoriaalse kättesaadavuse seisukohast tuleks eelistada ETTK kui ühtse organisatsiooni, mida iseloomustab üldjuhul ka ühtne taristu (kuid võib olla nn filiaale teistes asulates ja hoonetes), käsitlust. Samas on mitmeid argumente, mille alusel on piisavalt heaks lahenduseks ka teenuste füüsiline koondamine ühtsele taristule.

Välja pakutav mudel näeb ette erinevate organisatoorsete lahenduste rakendamist/lubamist süsteemis, vastavalt kohalikule olukorrale ja valikutele. Pluralistlik mudel:

- ▶ võimaldab pakkuda esmatasandi tervishoiutöötajatele mitmekesisemaid motivaatoreid, sh töötamiseks maakonna- ja väikelinnades (omaniku, ettevõtja ja/või palgatöötajana, iseseisvana ja/või meeskonna liikmena; töö mitmekesisus asukoha mõttes);
- ▶ vähendab võimalust, et tekkivad vastuolud kujunenud olemasoleva olukorraga ning toetavad sujuvamat üleminekut ökonoomsemate lahenduste suunas;
- ▶ pakub elanikele mitmekesisemaid valikuid teenuse kättesaadavuse osas.

Olemasolevast olukorrast, muutmisvajadustest ja arenguvõimalustest lähtudes eristatakse 4 ETTK organisatoorset alammodellit:

1. **Ühtse taristu ETTK.** ETTK tähendab ühtsele taristule (hoone või hoonete kompleks) koondatud esmatasandi teenuseid osutavate organisatsioonide kogumit. Oluline on teenuste olemasolu piirkonnas ning pakkumine heas asukohas elanikele kättesaadavana.
2. **Iseseisvate teenuste ETTK.** ETTK tähendab ühtsele taristule (hoone või hoonete kompleks) koondatud esmatasandi tervishoiuteenuste ühist organisatsiooni ning laiemalt (juhul kui eelpool nimetatud organisatsioon ei haara kõiki esmatasandi teenuseid osutavaid juriidilisi isikuid) kõiki esmatasandi teenuseid osutavaid juriidilisi isikuid, mis on koondunud ühisele taristule.
3. **Laiendatud üldarstiabi osutav ETTK.** ETTK tähendab üldarstiabi osutavate perearstide ning nendega koos töötavate esmatasandi spetsialistide meeskonda, mis tegutseb ühtse juriidilise isikuna üldarstiabi tegevusloa alusel perearsti juhtimisel, suunamisel ja koordineerimisel.
4. **KOV piirkondlik ETTK.** Mudel realiseerib TTKS pg 15, lõikes (1) punktis 2 sätestatud võimalust, et üldarstiabi osutava äriühingu osanik või aktsionär võib olla kohalik omavalitsusüksus, mille haldusterritooriumil asub üldarstiabi osutava äriühingu tegevuskoht.

Pluralistlik korraldusmudel ei ole midagi väga erinevat teiste riikide kogemustest - ka seal on üldiste tendentside kõrval säilinud ja lubatud erinevad teenuse osutamise vormid (vt Saltman jt, 2006; EUPrimeCare projekt; välisriikide kogemuse alapeatükk osaraportis 5).

ETTK teenuspiirkondade siseselt seab erinevate mudelite rakendamisele piiranguid suuremates piirkondades vajadus koordineerida ETTK'de tegevust ning väiksemates piirkondades vajadus ETTK kui sellise välja arendamiseks ühtse mudeli alusel. Kui piirkonnas on teenusvajaduse mõttes võimalik üks ETTK, ei saa esmatasandi teenuseid tervisekeskustes osutada samaaegselt erinevate põhimõtete alusel. Vajalik on kõiki osapooli (teenuste osutaja, KOV, Haigekassa, Terviseamet) haarav piirkondlik kokkulepe.

Lahenduse sisuks on esmalt kirjeldada ETTK organisatoorse mudeli põhikomponente, tuua välja põhilised valikuvõimalused ETTK organisatsiooni arendamisel ning sõnastada alammodellitega seotud lahendused järgmistes aspektides:

- ▶ Teenuseid osutava organisatsiooni õiguslik staatus;
- ▶ Teenuste osutamise meeskond;
- ▶ Teenuste osutamise taristu;
- ▶ Teenuste kliendibaas, territoriaalne kättesaadavus ja teenuspiirkonnad;
- ▶ Teenuste osutajate lepingulised suhted rahastajatega ja rahastamise alused (vt täpsemalt osaraport 5).

Käesoleval ajal ETTK, mis sisaldaks esmatasandi 4 põhiteenust osutavaid spetsialiste Eestis enamuses piirkondades puuduvad. Esmatasandi teenuseid osutatakse Eestis erinevates vormides – iseseisvad spetsialistid kui majandusüksused; erialaspetsialistide meeskondi koondavad organisatsioonid (nt. suuremad perearstipraksised; koduõendusettevõtted; esmatasandi teenuste osutajad, kes töötavad haiglate juures eriarstide või õendusabi meeskondades (ämmaemandad koos naistearstidega; koduõed hooldushaiglates; füsioterapeudid taastusarstide meeskonnas). Territoriaalselt on esmatasandi 4

põhiteenust kõik üldjuhul kättesaadavad maakonnakeskustes, kuid puuduvad üle pooltes eristatud ETTK teenuspiirkondade keskustes (vt. osaraport 3).

Lisaks suurele erinevusele seni välja kujunenud korraldusest sisaldab ETTK tervikliku meeskonna mudeli arendamine veel mitmeid väljakutseid, nagu näiteks: ämmaemandusabi ja füsioteraapiateenuse spetsialistide harjumus töötada haiglate juures, mis pakub suuremat turvalisust; ämmaemandusabi ja koduõenduse erialade suhteliselt äsja regulatsioonide tasandil saavutatud iseseisvus ambulatoorse teenuse osutamisel; perearstide ebaühtlane valmisolek juhtida senisest suuremat ja mitmekesisemat teenust osutavat meeskonda.

2.1 Mudeli ühisosa: esmatasandi tervishoiuteenuste olemus, meeskond ja tervisekeskused

2.1.1 Esmatasandi tervishoiuteenuste mõiste

Maailma Tervishoiuorganisatsioon WHO on 1978. aasta Alma-Ata deklaratsioonis defineerinud esmatasandi tervishoiu (*primary health care*) kui ühiskonna liikmete osalusele põhinevat, peredele ja üksikisikutele universaalselt kättesaadavat tervishoiuteenust, mida pakutakse hinnaga, mida elanikud, kogukonnad ja riik suudavad endale lubada. See on ühiskonna liikmete esimene kokkupuutepunkt tervishoiusüsteemiga, mis toob tervishoiuteenused võimalikult lähedale elanike elu- ja töökohtadele. Esmatasandi tervishoid hõlmab esmatasandi ravitegevuse koos terviseedenduslike, -ennetuse ja rehabilitatsiooniteenustega, mida pakuvad koostöös tervishoiu spetsialistide multidistsiplinaarsed meeskonnad.

Selle üldise definitsiooni raames kehtivad eri riikides erinevad normatiivsed ja deskriptiivsed esmatasandi definitsioonid. Üldiseks tendentsiks on vaadata esmatasandi tervishoidu laiemalt kui perearsti tegevust - kui tasandit, mis sisaldab erinevaid õendustegevuse liike, aga ka näiteks apteekriteenust või koduhooldust (Boerma, 2006: 5-6). Laiendatud esmatasandi tervishoiu mõistesse on kaasatud aga näiteks günekoloogide, sisehaiguste spetsialistide, kardioloogide ja pediaatrite tegevus (ibid: 8).

Eesti rahvastiku tervise arengukavas 2009–2020 tuginetakse esmatasandi tervishoiu defineerimisel WHO määratlusele:

ESMATASANDI TERVISHOID (Primary health care) – oluline tervishoiu valdkond, mis tehakse kättesaadavaks riigile ja ühiskonnale jõukohase tasu eest ja meetoditega, mis on praktiliselt ja teaduslikult põhjendatud ning sotsiaalselt aktsepteeritavad.

Esmatasandi tervishoiu arengukavas 2009-2015 on esmatasandi tervishoiu mõiste defineerimisel rõhk elanike tervisprobleemidega tegelemisel, raviteenuste territoriaalsel kättesaadavusel ning koostööl:

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

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

Kooskõlas WHO määratlusele on arengukavas esmatasandi tervishoiu peamise ülesandena Eestis seatud:

olla esmaseks kontaktpunktiks tervishoiusüsteemiga kõigile isikutele nende vanusest ja soost olenemata, kus tagatakse abi enamuse 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 tervishoiu arengukava 2009-2015 visioon Eesti jaoks on:

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.

2014. aastal kinnitatud riiklik strateegiline arengudokument [Eesti tervishoiu arengusuunad aastani 2020](#) määratleb esmatasandi tervishoiu kui olulise tervishoiu valdkonna, “mille toimimisel on määrav roll tervishoiusüsteemi peamiste eesmärkide – rahva parema tervise ja ühiskonna ootustele vastavuse – saavutamisel läbi esmavajalike tõenduspõhiste teenuste osutamise, sealhulgas läbi isiku tasemel tervise edendamise ning haiguste ja nende tüsistuste ennetamise”.

2.1.2 Esmatasandi terviseteenuste loetelu ja liigitus Eestis

Tervishoiuteenuste korraldamise seaduse (TTKS) § 2 lõige 1 määratleb tervishoiuteenuse mõiste Eestis üldiselt sellisena:

Tervishoiuteenus on tervishoiutöötaja tegevus haiguse, vigastuse või mürgistuse ennetamiseks, diagnoosimiseks ja ravimiseks eesmärgiga leevendada inimese vaevusi, hoida ära tema tervise seisundi halvenemist või haiguse ägenemist ning taastada tervist. Tervishoiuteenuste loetelu kehtestab valdkonna eest vastutav minister.

See, milliseid tervishoiuteenuseid konkreetselt esmatasandi tervishoiu osaks loetakse ja seega elanikele võimalikult kodu- ja töökoha lähedal pakutakse, erineb riikide võrdluses märkimisväärselt. Euroopa Liidu riikides esmatasandil osutatavaid terviseteenuseid on kaardistanud projektis EU PrimeCare, mille üheks partneriks on Tartu Ülikool. Projekti raportis „Report on methods for Primary Care cost measurement in EU“ (EUPrimecare, 2011) defineeritakse riikide praktikate koondüldistusena 66 esmatasandi tervisteenusust või tegevust.

Eesti *Esmatasandi tervishoiu arengukava 2009-2015* sisaldab konkreetset loetelu üheksast esmatasandi tervishoiu teenusest, milleks 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.

Arengukavas eristatakse pikemast teenuste loetelust ka esmatasandi põhiteenused, milleks loetakse perearsti ja -õe, koduse õendusabi, füsioteraapia ja ämmaemandusabi teenuseid. Kehtiva esmatasandi tervishoiu arengukava alusel peaks põhiteenuste osutamine toimuma esmatasandi tervisekeskuses. Esmatasandi tervishoiu põhiteenuste osutamise korraldamise pluralistliku mudeli elluviimist soodustaks erialade ja teenuste osutamise õigusliku staatuse võrdsustamine.

Riiklik arengudokument **Eesti tervishoiu arengusuunad aastani 2020**, täiendab loetelu teenuse liigiga „tervise teenused“ ning sotsiaaltöötaja teenustega. Uuendatud loetelu esmatasandi tervishoiu teenustest Eestis on alljärgnev:

- 1.1.1. *perearsti ja -õe teenused,*
- 1.1.2. *koduõendusteenus,*
- 1.1.3. *füsioteraapia teenus,*
- 1.1.4. *ämmaemandusabi teenus,*
- 1.1.5. *koolitervishoiu teenus,*
- 1.1.6. *apteegiteenus,*
- 1.1.7. *töötervishoiuteenus,*
- 1.1.8. *hambaraviteenus,*
- 1.1.9. *psühholoogi või vaimse tervise õe teenus,*
- 1.1.10. *terviseteenused (sh nende teenuste osutamine perearsti- ja õe poolt),*
- 1.1.11. *sotsiaaltöötaja teenused.*

Esmatasandi põhiteenuste osas on dokument järjepidev kehtiva esmatasandi arengukavaga, seejuures seotakse nende teenuste osutamine ja kättesaadavus samuti esmatasandi tervisekeskustega:

Perearsti ja -õe teenused, kodune õendusabi teenus, füsioteraapia teenus ja ämmaemandusabi teenus loetakse esmatasandi põhiteenusteks, mille kättesaadavus elanikkonna tõmbekeskustes paiknevates esmatasandi tervisekeskustes aitab mitmekülgsemalt tagada sagedasemate terviseprobleemide lahendamise.

Sellisest käsitlusest on lähtunud ka siinses projektis üldiselt – esmatasandi tervishoiuteenuste geograafilise kättesaadavuse, esmatasandi tervisekeskuste võrgustiku ja teenuspiirkondade suuruse määramisel on analüüsitud 4 põhiteenust (vt. osaraport 2 ja 3). Lisaks on analüüsi kaasatud ja modelleeritud perearstiteenuse osana terviseteenuseid, mille all valdkonna arengukavas „mõistetakse nõustamisteenuseid, mis on suunatud riskikäitumise ennetamisele või sellest loobumisele sh sõltuvushäirete (nt alkoholismi) varasele avastamisele ja neist loobumisele ning haiguste ennetamisele“, ning mille puhul nähakse võimalust nende osutamiseks perearsti- ja õe poolt. Põhiteenuste hulka mittekuuluvaid esmatasandi terviseteenuseid käsitletakse kui sobivaid kandidaate ühtsele taristule koondamiseks, mille edasine lõimitus tervisekeskusesse sõltub kohalikest vajadustest ja kokkulepetest, tervishoiusüsteemi üldisematest suundumustest (nt apteegiteenuse ümbermõtestamine tervishoiu-

teenusena) ning osade teenuste puhul (nt vaimse tervise õe teenus) teenuste arengust ja välja kujunemisest iseseisvateks teenusteks.

2.1.3 Esmatasandi tervishoiu põhiteenused Eestis

Perearstiteenus

Perearstiteenus on Eesti seaduste mõistes üldarstiabi. **Tervishoiuteenuste korraldamise seaduse** (TKKS) § 7 lõige 1 defineerib üldarstiabi perearstiteenusena teenuse osutaja - perearsti - kaudu:

Üldarstiabi on ambulatoorne tervishoiuteenus, mida osutavad perearst ja temaga koos töötavad tervishoiutöötajad.

Perearstiteenuse osa on pereõendusteenus, mis **Õendusabi erialade loetelu** (2001) alusel on üks terviseõenduse eriala osa. **Pereõe tegevusjuhendi** (2009) järgi on

pereõe ülesanne üksikisikul, perekonnal, kogukonnal määratleda ja suurendada oma füüsilisi, vaimseid ja sotsiaalseid võimeid sõltumata inimese soost, rassist, vanusest, keelest, religioonist, sotsiaalsest staatusest ning tervislikust seisundist.

Peremeditsiini eriala arengukava aastani 2020 (Kalda jt, 2012) loetleb peremeditsiini põhitunnused:

- a) *asub tervishoiusüsteemis esmase kokkupuutepunkti rollis, tegeledes kõikide terviseprobleemidega, sõltumata patsiendi vanusest, soost või muudest isiklikest erisustest, tagades sellisel viisil piiramatu ja hea kättesaadavuse kogu elanikkonnale*
- b) *on abiks patsiendile tervishoiusüsteemis orienteerumisel, koordineerides meditsiiniabi ning tehes koostööd teiste erialade spetsialistidega, tagades sellisel viisil tervishoiuressursside efektiivse kasutuse*
- c) *arendab isikukeskset lähenemist, on orienteeritud indiviidile, tema perekonnale ja kogukonnale, kuhu nad kuuluvad*
- d) *edendab tervist ja heaolu sobivate ja efektiivsete sekkumismeetoditega*
- e) *edendab patsiendi võimendamist*
- f) *läbi efektiivse suhtlemise loob usaldusliku vahekorra oma patsientidega*
- g) *on vastutav arstiabi järjepidevuse eest, mis lähtub patsiendi vajadustest*
- h) *omab spetsiifilist otsusprotsessi, mis lähtub haiguste levimusest ja esinemissagedusest rahvastikus*
- i) *tegeleb nii ägedate kui ka krooniliste haigustega*
- j) *tegeleb sageli haigustega, mis varases staadiumis võivad väljenduda ebamääraselt*
- k) *osaleb vastutust ühiskonda puudutavate terviseprobleemide lahendamisel*
- l) *tegeleb terviseprobleemidega, mis väljenduvad füüsiliste, psühholoogiliste, sotsiaalsete, kultuuriliste ja eksistentsiaalsete ilmingutena.*

Peararsti ja temaga koos töötavate tervishoiutöötajate tööjuhend (2010) määratleb perearstiteenuse sihtrühma:

Üldarstiabi osutatakse kõigile perearsti nimistusse kantud patsientidele. Teeninduspiirkonnas elavale või ajutiselt viibivale isikule, kes ei kuulu perearsti nimistusse, osutatakse vältimatut abi.

Pearstiteenust osutatakse üldjuhul perearstipraksises, mis **Eesti perearstipraksiste kvaliteedijuhise** (2009) järgi on „Eesti elanike jaoks valdavalt esimene kokkupuutepunkt arstiabiga“.

Koduõendusteenus

Eesti hooldusravivõrgu arengukava 2004 – 2015 (2004) järgi on koduõendus üks ambulatoorse hooldusravi vorme. Uuemas terminoloogias on koduõendus üks õendusabiteenustest. **Koduõenduse tegevusjuhend** (2004) defineerib koduõenduse järgmiselt:

Koduõendus on kvalifitseeritud õendushooldus, mida osutatakse kodus keskkonnas. Koduõendus on osa avahooldusest, koduõde töötab nii koduõenduse- kui avahoolduse meeskonnas. Koduõde on kvalifitseeritud spetsialist, kes toimib vastavalt arsti poolt määratud raviplaanile ning teostab õendushooldusplaanis määratletud tegevusi. Koduõendust osutatakse ägeda haiguse paranemisperioodis olevale, kroonilist haigust põdvale või piiratud funktsionaalse võimekusega patsiendile raviks (arsti ettekirjutusel) ja/või efektiivseks toimetulekuks kodus keskkonnas.

Kitsamas tähenduses on koduõendus õendustoimingute ajutine või pidev teostamine patsiendi kodus, nt ravimite manustamine, haavade hooldus, peritoneaaldialüüs jt.

Audit „**Koduõendusteenuse kvaliteet 2010 aasta õendusdokumentatsiooni põhjal**“ (2011) kirjutab koduõenduse eesmärkidest:

Koduõendusteenuse eesmärgiks on patsiendi tervisliku ja funktsionaalse seisundi säilitamine ja võimalusel parandamine läbi toetava eesmärgipärase õendustegevuse. Teenuse loomine andis võimaluse patsiendil jätkata haiguse paranemis- ja taastumisperioodis edasist vajalikku ravi, hoolitsust ning iseseisvust toetavat toimetulekukoolitust tema kodus keskkonnas. Üheks oluliseks koduõendusteenuse osutamise eesmärgiks on lisaks eelpool mainitule ka krooniliste haiguste ägenemiste ja tüsistuste ennetamine ning seega aktiivravi osutamise vajaduse vähendamine.

Koduõendusteenus on mõeldud nendele patsientidele, kes otseselt ei vaja haiglaravi, küll aga meditsiinilist ravi, kuid ei saa minna arsti vastuvõtule, sest nende liikumine on piiratud. Diagnoosipõhist teenusevajaduse näidustust on raske määratleda.

Koduõendusteenus tekkis iseseisvana Eestis 2003. aastal, alates millest see kuulub ka Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetellu, mille osutamiseks Tervishoiuamet väljastab eraldi tegevusloa.

Ämmaemandusabi teenus

TTKS § 26¹ järgi on ämmaemandusabi „ambulatoorne või statsionaarne tervishoiuteenus, mida osutab ämmaemand koos pere- või eriarstiga või iseseisvalt“. **Sünnitusabi ja günekoloogia eriala arengukava aastani 2020** (2012) kirjeldab ämmaemandusteenust haiglas osutatava ja haiglavälise eriarstiabi ning esmatasandi arstiabi teenuse osana:

Tervishoiuteenuse osutamine sünnitusabis ja günekoloogias jaguneb haiglavälise ja haiglas osutatava eriarstiabi vahel, sellest võtavad lisaks naistearstidele osa ämmaemandad. Samuti toetavad sünnitusabi- ja günekoloogiateenuse osutamist perearstid vastavalt oma kutsestandardile.

Esmatasandi tegevuste hulka kuuluvad: normaalse kuluga raseduse jälgimine, sünnitusjärgne jälgimine ja imetamise nõustamine, kontratseptsiooni ja hormoonravi jätkamine, patsientide üldine tervise-nõustamine, samuti teatud ennetustegevus. Need ülesanded on jõukohased lahendada perearstile või ämmaemandale.

TTKS § 26¹ lõiked 2 ja 3 määratlevad ämmaemandusabi iseseisvalt osutamise tingimused:

(2) Iseseisvalt võib ämmaemandusabi osutada vaid ambulatoorselt.

(3) Iseseisvalt osutada lubatud ämmaemandusabiteenuste loetelu ja nende hulka kuuluvad tegevused kehtestab sotsiaalminister määrusega.

Iseseisvalt osutatavate ämmaemandusabi tervishoiuteenuste loetelu määruse alusel kuuluvad

ämmaemandusabi teenuse hulka ...reproduktiivtervisega seonduvad tervist säilitavad ja edendavad ning haigusi ennetavad tegevused, välissuguelundite ja tupe lokaalsete ning ilma üldsümptomiteta kulgevate põletike ning rasedusaegse kerge aneemia ravile suunatud toimingud ja uuringud, sealhulgas normaalse raseduse ajal ning sünnitusjärgsel perioodil.

Iseseisvalt osutatavate ämmaemandusabi tervishoiuteenuste loetelu määruse järgi sisaldab ämmaemandusabi teenus järgmisi tegevusi:

1) anamneesi kogumine, dokumentatsiooni täitmine, säilitamine ja väljastamine;

2) naise ja vastsündinu sünnitusjärgne jälgimine;

3) normaalse raseduse jälgimine;

4) nõustamine;

5) ravimite väljakirjutamine ning iseseisev või arsti poolt määratud ravi teostamine ja ravimite manustamine;

6) uuringute määramine, tegemine ja hindamine.

Iseseisev ämmaemandusteenus tekkis Eestis 2010. aastal. Selle eesmärk ei olnud iseseisvate ämmaemandusabi teenuseid osutavate ettevõtete tekitamine, vaid see, et saavutada ämmaemandate sisuline iseseisvus teenuse osutamisel, sõltumata organisatsioonilisest kuuluvusest.

Praktikud erialaseltsist peavad oluliseks rõhutada, et ämmaemandusteenus ei ole üksnes sünnitusabi osutamine. See peaks olema defineeritud laialt - kui naise tervise eest hoolitsemine. Ämmaemanda roll on näha naist, keda eriarstid - ka naistearstid - käsitlevad kindla probleemi vaatepunktist, komplekselt.

Füsioteraapiateenus

Füsioteraapia teenust osutatakse individile juhul, kui tema liigutuslik potentsiaal ja funktsioonid on ohustatud vananemise protsessi, kahjustuse või haiguse tõttu. Füsioteraapia teenust osutatakse paranemise, preventatsiooni, teraapia või rehabilitatsiooni eesmärkidel.

Haigekassa süsteemis on füsioteraapia üks taastusravi osa, üks selle protseduure. Haigekassa tasub taastusravi eest kui see on osutatud kindlustatule meditsiinilisel näidustusel. Tavaliselt otsustab taastusrarst kas taastusravi on vajalik, millised protseduurid ja kas patsient vajab selleks haiglaravi või saab protseduure teha ambulatoorselt. Ka teiste erialade arstid (näiteks neuroloogid) määravad oma patsientidele mõningaid taastusravi protseduure, sh füsioteraapiateenuseid. Kuivõrd füsioteraapia teenuse riiklik rahastamine toimub taastusraviarsti kaudu siis saab füsioterapeut hetkel teenust osutada ainult suurtes haiglates. Füsioteraapiateenus on ka rehabilitatsiooniteenus osa.

Esmatasandi füsioteraapiateenuste piiritlemise täpsed alused Eestis puuduvad. Ühe ettepanekuna võiks aluseks olla juhtumite jaotus rasketeks, mõõdukateks ja kergeteks. Mõõdukad ja kerged juhtumid, kus on säilinud vähemalt 50% liikumisvõimest, oleksid esmatasandi füsioteraapia sihtrühmaks. Suurem osa Eestis käsitletavatest juhtudest, eksperthinnangu alusel u. 70%, ongi mõõdukad või kerged juhtumid.

2.1.4 Mudelis sisalduvad muudatused põhiteenuste sisus

Esmatasandi põhiteenuste sisu muutmise ettepanekud koostati konsulteerides vastavate erialade seltside esindajatega. Arutelude ja seminaride tulemused sisalduvad töökohtade vajaduse arvutamise põhistsenaariumite mudelites (vt osaraport 2).

Perearsti teenuse osas kavandatakse teenuse arendamisel muudatusi vastavalt haigus- ja nõustamisrühmade käsitlevatele normatiivsetele kirjeldustele. Olulisim osa teenuse laiendamisest sisaldab:

- ▶ krooniliste haigete süsteemsemat ja ulatuslikumat käsitlemist;
- ▶ tervise riskirühmade nõustamise pereõdede iseseisvate vastuvõttude arvu kasvu;
- ▶ tervisekontrollide ja sõeluuringute arvu suurendamist;
- ▶ juhtimisfunktsiooni (tervisekeskuse juhataja) ja elanikega suhtlemise parandamist (assistendi töökoht).

Perearstiteenus töökohtade mudelis on ajakulu arvestatud erinevate haigusrühmade ning nõustamis- ja tervisekontrolli sihtrühmade käsitlel määratletud juhtumipõhiselt üldistatuna (sh arvestades sihtrühmade erinevaid vajadusi) ja ühendatuna (nt. vastuvõttude ja sidevahenditega konsulteerimise aeg kokku).

Esmatasandi ämmaemandusabi sisu on töökohtade mudeli põhistsenaariumis määratletud rasedate iseseisva jälgimise mudeli alusel, kus ämmaemand teostab mitteriskirasedatele kõik ante-nataalsed vastuvõttud, laiendatakse post-nataalset järgimist ning teenuse osaks on ka süsteemne naiste nõustamisteenus ning ennetustegevus.

Koduõenduses teenuse sisu ja sihtrühmade osas olulisi muutusi ei kavandata. Mudelis sisalduva koduviitide eristusega esmasteks ja korduvateks ei kaasne ajalist eristust – kõik visiidid on mudelis kooskõlas kehtiva teenuse kirjeldusega 1,5 tundi.

Esmatasandi füsioteraapiateenuse piiritlemine on mudelis esialgne ja mitterange – füsioteraapia juhtumid, mis on füsioterapeudi poolt valdavalt iseseisvalt käsitletavad (taastusarsti ja perearsti osalus eelkõige nõustav, diagnoosiv). Juhtumite jaotuses on see vastav kergetele ja mõõdukatele juhtumitele, mille osakaal on hinnanguliselt 2/3. Lisaks on esmatasandi teenuse osaks arvestatud rehabilitatsiooniteenuse raames osutatav füsioteraapiateenus. Määratletud on ka esialgne rühmaterapia ja koduviitide osakaal teenuses, mille arv ja osakaal peaks võrdluses senisega kasvama.

2.1.5 Esmatasandi tervishoiukeskused (ETTK)

Vastavalt WHO raamistikule ja riiklikele arengukavadele on esmatasandi tervishoiu keskused üheks, kuid samas mitte ainsaks, esmatasandi tervishoiu osutamise võimaluseks. Selles osas, milline on esmatasandi tervisekeskuste organisatsiooniline korraldus, millisel määral on esmatasandi teenused koondatud esmatasandi tervisekeskustesse ning kuivõrd on need lõimitud muude teenustega (nt. sotsiaalteenused, eriarstiabi), pakuvad erinevad riigid erinevaid eeskujusid ja edukogemusi.

Eesti *Esmatasandi tervishoiu arengukava 2009-2015* defineerib esmatasandi tervisekeskuse kui „ühtset infrastruktuuri kasutavat ja kindlat territoriaalset vastutust omavat esmatasandi tervishoiuteenuse osutajate meeskonda“. Teenuse osutajate organisatsioonilise lõimituse osas arengukava üheseid suuniseid ei anna ning pakub välja erinevaid võimalusi:

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.

Arengukavas toetatakse esmatasandi terviseteenuste füüsilist lõimitust eriarstiabi ja sotsiaalteenustega, mis parandab teenuste kättesaadavust (ja kvaliteeti), kuid seda eelkõige juba olemasoleva ja toimiva sotsiaalse taristu baasil, ja mitte üldise printsiibina:

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.

Riiklikus strateegilises arengudokumendis „Eesti tervishoiu arengusuunad 2020“ on esmatasandi tervisekeskus defineeritud samuti laialt ja mitterangelt:

Esmatasandi tervisekeskus on ühtset või seostatud infrastruktuuri kasutatav ja kindlat teeninduspiirkonda omav esmatasandi tervishoiu teenuseid osutav meeskond. Tegemist võib olla ühel taristul tegutsevate erinevate juriidiliste isikutega. Tervisekeskustel võib olla filiaale, kus teenuste osutamine sama meeskonna liikmete poolt toimub vajaliku regulaarsusega. Esmatasandi tervisekeskused tõmbekeskustes, mis ei ole maakonnakeskused, tagavad oma tõmbepiirkonna (linna, linnaosa või valdade) elanikele lisaks perearstiabi ja –õe teenustele ka teised esmatasandi põhiteenused vajaliku regulaarsusega.

Lisaks defineeritakse seal maakondlike tervisekeskuste mõiste:

Maakondlikud tervisekeskused maakonnakeskustes on multifunktsionaalsed tervishoiukeskused maakonnakeskustes, kus esmatasandi tervisekeskus on ühisel infrastruktuuril haiglaga. Maakondlikus tervisekeskuses on tagatud kõik või enam esmatasandi tervishoiu teenused ja valik eriarstiabi teenused.

Kokkuvõttes taotletakse esmatasandi tervisekeskuste mudeli rakendamisel suurendada esmatasandi tervishoiuteenuste lõimitust:

- ▶ Terviklikum patsientikäsitlus põhiteenuste organisatoorse, ruumilise ja lepingulise lõimimise tulemusel;
- ▶ Terviklikum patsientikäsitlus esmatasandi ja kõrgema tasandi tervishoiuteenuste osutajate koostöövormide täiustamisel, füüsilisel lõimimisel maakondlikes tervishoiukeskustes;
- ▶ Eelduste loomine täiendavate esmatasandi teenuste lisandumiseks esmatasandi tervisekeskuste teenuste loetellu (lisaks põhiteenustele).

2.1.6 Esmatasandi tervishoiu meeskond

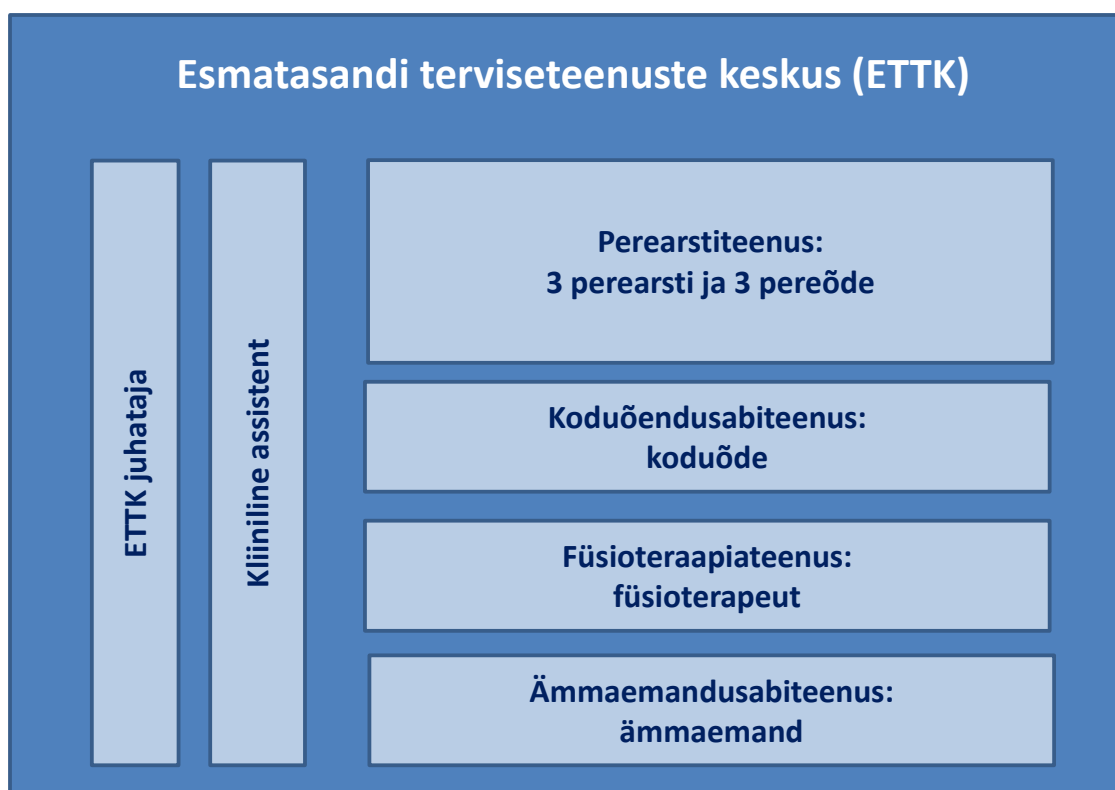
Esmatasandi tervisekeskuste toimimise eelduseks on teenuste osutamiseks vajalike spetsialistide olemasolu. Üldpõhimõttena on iga ETTK teenuse osutamiseks vaja erialaspetsialiste, kelle kvalifikatsiooni-nõudeid kirjeldavad õigusaktid ja erialaseltside juhendid. Sisulises mõttes on vajalik luua mehhanismid järgmiste muudatuste toetamiseks: perearstide koondumine; haiglates ja õendusabiasutustes ning juriidiliselt iseseisvana töötavate spetsialistide „suunamine“ perearsti meeskonda ja esmatasandi teenuseid osutavatesse organisatsioonidesse.

ETTK võrgustiku modelleerimise üheks normatiivseks lähtekohaks, mis on kokku lepitud EPS uurimisprojekti ning esmatasandi tervishoiu jätkusuutlikkuse töörühmades, on vähemalt nelja esmatasandi põhiteenust osutav meeskond, mis minimaalses ulatuses koosneb 3 perearstist ja 3 pereõest ning ämmaemandast, füsioterapeudist ja koduõest. Personali täpne vajadus töökohtade mõttes tuleneb konkreetsetes ETTK-des pakutavatest teenustest, teenuste sihtrühmade vajadusest ning sellega seotud töö mahust (vt. osaraport 3), ETTK töö organisatsioonilisest korraldusest ning seotusest külgnevate

teenustega. Spetsialiseerumise täpsem ulatus põhiteenuste siseselt on valikute ja kaalumise küsimus. Personali suurus kujundab omakorda olulisel määral iga ETTK ruumi-, sisustuse- ja seadmetevajadust.

ETTK kui iseseisva juriidilise isiku puhul on vajalikud ja põhjendatud järgnevate täiendavate töökohtade loomine:

- ▶ Perearstide ja teiste spetsialistide administratiiv- ja üldjuhtimise koormuse vähendamiseks **ETTK juhataja** töökoht igas ETTK's;
- ▶ Esmajoones pereõde registraatoritöö ja muu asjaajamise koormust vähendav **kliinilise assistendi** töökoht.



Joonis 2. ETTK kui iseseisva juriidilise isiku meeskonna minimaalne koosseis

Suuremate perearstipraksiste ning interdistsiplinaarsete ja integreeritud esmatasandi meeskondade suunas liikumine on läbivaks soovitus teenuste kvaliteedi tõstmisel (Saltman jt, 2006; Masseria jt, 2009; Edwards, jt 2013). Eelistena loetletake näiteks paremaid võimalusi lisatööjõu palkamisel, meeskonnasisest sotsiaalset kontrolli teenuse kvaliteedile, juhtumite terviklikumat käsitlust, ökonoomsuse kasvu varustuse ostmisel (vt. ka Boerma ja Dubois, 2006: 36). Konkreetset Eesti ETTK võrgustiku ülesehitamisel on ETTK tervikliku meeskonna eelised üksikpraksiste ja teenuste eraldi osutamise ees ka see, et:

- ▶ luuakse eeldused kõigi esmatasandi põhiteenuste ühtlasel tasemel piisavalt hea kättesaadavusega osutamiseks kõigile (või enamusele) riigi elanikest;
- ▶ luuakse eeldused kõigile esmatasandi põhiteenuseid osutavatele spetsialistidele piisava töökoormuse tagamiseks;
- ▶ luuakse eeldused esmatasandi töötajatel töö- ja puhkeaja seaduse täitmiseks – suurem meeskond pakub puhkuse ja haiguste ajal asendatavuse võimalust nii erialade siseselt kui ajutiselt ka erialade vahel.

2.2 ETTK organisatoorse mudeli neli alammudelit – lahendused ja hinnangud

2.2.1 Ühtse taristu ETTK

ETTK tähendab ühtsele taristule (hoone või hoonete kompleks) koondatud esmatasandi teenuseid osutavate organisatsioonide kogumit. Oluline on teenuste olemasolu piirkonnas ning pakkumine heas asukohas elanikele kättesaadavana.

Esmatasandi tervisteenuse osutajad

Esmatasandi teenuseid võivad osutada kõik teenuse osutamise tegevusluba omavad juriidilised isikud ja nõutud haridust omavad tervishoiutöötajad. Perearstiteenust osutatakse üldarstiabi osutamise tegevusloa alusel. Koduõendusteenust ja ämmaemandusabi võidakse osutada iseseisvalt koduõenduse või ämmaemandusabi osutava juriidilise isiku, eriarstiabi või õendusabiteenust osutava juriidilise isiku ning üldarstiabi osutavas juriidilises isikus, kellel on vastava teenuse osutamiseks tegevusluba. Füsioteraapiateenust osutatakse tervishoiuteenusena eriarstiabi osutavas ettevõttes taastusarsti meeskonnas, sotsiaalteenusena rehabilitatsiooniteenust osutava ettevõtte meeskonnas. Füsioteraapiateenuse iseseisval osutamisel tegevusluba vaja ei ole.

ETTK kui ühtne organisatsioon ei ole nõutud ja puudub. Esmatasandi teenuseid osutavad tervisteenuse osutajad üldjuhul teenusepõhiselt eraldi.

Esmatasandi meeskonna suurus ja lõimitus

Ühtsel taristul töötava meeskonna suurus on määratud teenuspiirkonna elanikkonna teenindamiseks vajaliku töökohtade arvuga. Perearst peab omama meeskonnas pereõde ning vajadusel ka 2. pereõde ning võib tööle võtta ämmaemandaid ja koduõdesid. Vastava erialameeskonna (naistearsti, taastusarsti, statsionaarne õendusabi) olemasolul keskuses töötavad ämmaemandad, füsioterapeudid ja koduõed selle

meeskonna koosseisus. Juhul kui erialameeskond (vastava eriarstiabi või õendusabi juriidilise isiku koosseisus) puudub, siis osutavad ämmaemandad, füsioterapeudid ja koduõed teenust iseseisvalt (vastava juriidilise isiku koosseisus, iseseisva tegevusloa alusel või füsioterapeutide puhul ka ilma tegevusloata), ämmaemandad ja koduõed ka üldarstiabi osutavas ühingus.

ETTK taristu, omanikud ja varad

Haiglavõrgu arengukava haiglate või õendusabi tervishoiuteenuse osutajate olemasolul teenuspiirkonna keskuses koondatakse esmatasandi teenuseid osutavad asutused nende taristule. Taristu kuulub vastavatele tervishoiuteenust osutavale juriidilisele isikule, kes rendib neid esmatasandi teenuseid osutavatele juriidilistele isikutele.

Teenuse osutamiseks vajalike ruumide minimaalsed nõuded vastavad kehtivatele regulatsioonidele. Muudatused regulatsioonides ei ole vajalikud.

Üldarstiabi osutavad juriidilised isikud ja iseseisvalt esmatasandi teisi põhiteenuseid osutavad juriidilised isikud on vastavate teenuseid osutavate erialaspetsialistide omandis.

Teenuste territoriaalne kättesaadavus ja teenuspiirkonnad

Teenuste osutamise ühtse taristu kõrval on mudeli ühendavaks tunnuseks ka see, et osutatavatel teenustel on määratud ühtne teenuspiirkond, mida keskusesse koondunud teenuse osutajad ühiselt (summaarsena) teenindavad. Teenuspiirkonna väliselt teenuseid üldpõhimõttena ei osutata. Üksnes juhul kui mingi (väiksema) teenuspiirkonna keskuses puudub võimekus piisavas mahus teenuseid osutada, määratakse see maakonnakeskuse teenuse osutaja ülesandeks.

Lepingud rahastajaga ja teenuste rahastamine

Rahastaja sõlmib lepingud esmatasandi teenuseid osutavate juriidiliste isikutega, mis piirkonnas on olemas või mida on piirkonda vaja meelitada teenuste ühtlaseks tagamiseks Eesti territooriumil. Lepingute objektiks on teenuspiirkonda kuuluvad isikud perearstinimistute mõttes. Lepingupartnerite valikul lähtutakse kehtivatest põhimõtetest – nimistupõhised lepingud üldarstiabi osutajatega; ämmaemandusabi, füsioteraapia teenuse ja koduõendusabi teenuse puhul eelistatakse HVA haiglaid (eeldusel, et sellised haiglad on piirkonnas olemas) ning teises järjekorras viiakse läbi konkursid teistele teenuse pakujatele (iseseisvalt teenuseid osutavad juriidilised isikud õendusabi osutajad, üldarstiabi osutajad). Senisest praktikast erinevalt sõlmitakse prioriteetsed rahastamislepingud HVA asutustega üksnes vastava esmatasandi teenuspiirkonna elanike teenindamiseks, mitte HVA teenuspiirkonna (nt. maakond tervikuna) ulatuses.

Teenuse rahastamisel ei tehta muudatusi tööjõu ja ruumikulude arvestuse alustes. ETTK ühtse organisatsiooni puudumisel ei sisalda ETTK rahastamine keskuse juhi ja kliinilise assistendi töökohta kulusid. Kõigi teenuste osas täpsustatakse koduviisitidega seotud transpordi ja ajakulu rahastamist selliselt, et teenuse osutajal oleks samaväärne motivatsioon ka keskusest kaugemate asulate elanike

teenindamiseks koduviisi vormis. Teenuste koondamine ETTK'desse suurendab perearstiteenuse osutaja kaugust maapiirkondade elanikest, mida on vaja ka rahastamismudelil täiendavalt arvesse võtta.

Mudeli tugevused ja võimalused

- ▶ Organisatoorses mõttes kõige lähedasem olemasolevale olukorrale, saab arendada süsteemi nõ jooksvalt täiendades. Elanike teenindamise mõttes on vajalik sõlmida täiendavaid lepinguid teenuspiirkonnas puudu olevate teenuste potentsiaalsete osutajatega.
- ▶ Motiveerida on vaja üksnes teenuse osutajate asukohavahetust, mitte organisatoorset ühinemist või lepingulist koostööd.
- ▶ Esmatasandi spetsialistidel säilib harjumuspärane töökeskkond, mis vastab olulise osa personali parimatele välja kujunenud pädevustele (töö perearsti üksikpraksises; ämmaemanda töö naistearsti meeskonnas, füsioterapeudi töö taastusarsti ja rehabilitatsiooni meeskonnas).
- ▶ Võib käsitleda kui esimest etappi ETTK korralduse väljakujundamisel – esmalt teenuste ja nende osutajate ühtlase võrgustiku loomine, organisatoorne lõimimine kui järgmine etapp (on, keda lõimida).

Mudeli nõrkused ja ohud

- ▶ Nõrgemad organisatoorsed eeldused ühtse esmatasandi meeskonna moodustumiseks, patsiendi terviklikumaks käsitlemiseks esmatasandil.
- ▶ Erinevad asutused kipuvad teineteise tööd dubleerima, nt on kordusanalüüside ja -uuringute hulk suurem kui vajalik.
- ▶ Säilib mitme esmatasandi tervishoiu põhiteenuse sõltuvus eriarstiabi osutavatest juriidilistest isikutest, sh HVA haiglatest.
- ▶ Säilib füsioteraapiateenuse negatiivne diskrimineerimine teiste esmatasandi põhiteenuste seas – puudub teenuse iseseisva osutamise võimalus tervishoiuteenuse mõttes (sh koos HK rahastamisega).
- ▶ Väheneb väiksemates asulates paiknevate perearstipraksiste koondamise mõttekus ETTK'desse, raskem on tagada filiaalide toimimist ETTK osana (vastutuse hajumine, koordinatsiooni keerukus, võimalik kulude/tulude ebavõrdsus).
- ▶ Töövahendite soetamine on dubleeritud s.o ressursside ebaefektiivne kasutamine: mida killustunumalt soetatakse tööks vajalikke väikevahendeid, seda kallimaks ühikuhind kujuneb.
- ▶ Ebaefektiivne tööjõu aja kasutus kuna kulub palju aega administreerimisele; raamatupidamislikult palju erinevaid juriidilisi isikuid, kes omavahel arveldavad.

2.2.2 Iseseisvate teenuste ETTK

ETTK tähendab ühtsele taristule (hoone või hoonete kompleks) koondatud esmatasandi tervishoiuteenuste ühist organisatsiooni ning laiemalt (juhul kui eelpool nimetatud organisatsioon ei haara kõiki esmatasandi teenuseid osutavaid juriidilisi isikuid) kõiki esmatasandi teenuseid osutavaid juriidilisi isikuid, mis on koondunud ühisele taristule.

Esmatasandi tervisteenuse osutajad

Esmatasandi tervisteenuste osutajateks on esmatasandi tervisekeskuse tegevusloaga ühing, ning teenuseid iseseisvalt osutavad ühingud. Mudeli rakendamiseks on vajalik esmatasandi tervisekeskuse teenuse määramine TTKS's kui minimaalselt vähemalt kõiki 4 esmatasandi põhiteenust sisaldavat teenust ning vastava tegevusloa seadustamine. Tagamaks 4 esmatasandi põhiteenuse võrdsust ETTK's ning võimalust teenuse iseseisvaks osutamiseks tervishoiuteenusena, on vajalik seadustada iseseisev esmatasandi füsioteraapiateenus (teenus, mille käsitusjuhtumid ei nõua taastusarsti regulaarset sekkumist, osutamiseks – enamus kergetest ja mõõdukatest juhtumitest; vajab praktikat määratluse täpsustamiseks).

Esmatasandi meeskonna suurus ja lõimitus

ETTK kui vastavat tegevusloaga osutava ühingu meeskonna minimaalseks suuruseks on 3 perearsti, 3 pereõde, 1 füsioterapeut, 1 ämmaemandat ja 1 koduõde ning ETTK keskuse juhataja ja kliiniline assistent/registraator. Meeskonna maksimaalne suurus on määratud töökohtade vajadusega teenuspiirkonnas, millest on lahutatud iseseisvalt üldarstiabi osutavate perearstide ja nendega koos töötavate spetsialistide arv, samuti iseseisvalt teisi põhiteenuseid osutavate ühingute töötajate arv.

ETTK taristu, omanikud ja varad

ETTK ruumivajadus määratakse ETTK üldkasutatavate ruumide ning iga põhiteenuse osutamise töökohtade arvu alusel keskuses. ETTK ruumiprogrammi alused on samad, mis laiendatud üldarstiabi teenuste ETTKs.

ETTK kui juriidilise isiku omanikeks võivad olla kõik iseseisvalt esmatasandi tervisteenuseid osutavad spetsialistid (perearstid, koduõded, ämmaemandid, füsioterapid). ETTK võib tegutseda nii olemasoleva HVA haigla, õendushaigla, KOV sotsiaalteenuste hoonetes või hoonekompleksis, kui ka üksnes ETTK vajadusi rahuldavas hoones.

Teenuste territoriaalne kättesaadavus ja teenuspiirkonnad

Esmatasandi tervisteenused on kättesaadavad teenuspiirkonna keskuses asuvas ETTK's ning sellele kuuluvates filiaalides. Filiaalides on tagatud pereõde teenuse kättesaadavus valdaval osal tööajast.

Perearsti, ämmaemanda ja füsioterapeudi kohalolu filiaalis määratakse juriidilise isiku siseselt kohalikest vajadustest ja võimalustest (sh rahastamisest) lähtuvalt.

Juhul kui osa teenuspiirkonna perearste või teisi esmatasandi teenuseid osutavad spetsialistid ei ole ETTK'ga ühinenud ning osutavad neid iseseisvalt, siis võib tegevuskohti olla mitmeid. Keskpikas perioodis lubatakse (sh rahastamishoobasid kasutades) iseseisvalt teenust osutavate ühingute tegutsemist teenuspiirkonnas selles mahus, mis „jääb üle“ vähemalt ühe miinimummahus meeskonnaga ETTK poolt osutatavate teenuste mahust.

Lepingud rahastajaga ja teenuste rahastamine

Lepingupartnerite valikul eelistab rahastaja esimeses järjekorras ETTK'sid, teises järjekorras iseseisvalt esmatasandi teenuseid osutavaid ühinguid, ning kolmandas järjekorras eriarstiabi ja statsionaarse õendusabi teenuseid osutavaid ühinguid.

Lepingu objektiks on kõik 4 põhiteenust iseseisvana – kõigi perearstide nimistud eraldi ning lisaks ka füsioteraapia, koduõenduse ja ämmaemandusabi teenused nende piirkondlikus mahus. Arvestus füsioteraapia, koduõenduse ja ämmaemandusabi teenuste lepingumahtude osas võib olla nii ühine teenuste lõikes või ka iseseisvalt teenust osutavate spetsialistide vahel jaotatuna. ETTK kui juriidilise isiku poolt mitte kaetud teenuste mahu osas sõlmitakse lepingud teiste esmatasandi teenuste osutajate poolt piirkonnas.

Esmatasandi põhiteenuste rahastamisel lähtutakse teenuste puhul, kus need on olemas, kehtivatest regulatiivsest alusest. Üldarstiabi rahastamise maht on määratud nimistu suuruse, osutatavate (lisa)teenuse mahu ning teenuste kvaliteedi alusel. Iseseisva esmatasandi ämmaemandusabi teenuse maht piirkonna kohta määratakse rasedate/sünnitavate naiste ning nõustatavate naiste arvust ning iseseisva ämmaemandusabi teenuse sihtrühmade vajaliku kaetuse ja vastuvõttude/visiitide arvu alusel. Esmatasandi füsioteraapia ja koduõenduste mahu määratakse põhjendatud vajaduse hinnangute alusel piirkonna elanike arvu ja soolis-vanuselist jaotust arvestades (töökohtade mudelites on selleks põhjendatud vajaduse arvutamise aluseks teenuse osutamise mahud valitud KOV-üksustes, kus teenuse kasutamist ei piira selle kaugus elanikest (st. teenuse pakkuja(d) on KOV-s olemas) ning sihtrühmade kaetus teenusega on keskmisest kõrgem). Esmatasandi füsioteraapiateenusega liidetakse seni rehabilitatsiooniteenuse raames osutatav ja SKA poolt finantseeritav füsioteraapiateenus. Lahendamist vajab üldarstiabi nimistupõhise teenuspiirkonna ning teiste põhiteenuste registripõhise teenuspiirkonna osalise mittekattuvuse probleem. Lahendusvariandid on: (a) käsitleda ka muude põhiteenuste kliendibaasi ja põhjendatud vajadust nimistupõhiselt; (b) käsitleda isikuid, kelle piirkondlik kuuluvus on nimistupõhiselt ja registripõhiselt erinev, mõlemasse teenuspiirkonda (mingis proportsioonis) kuuluvana.

Vajalik on täiendada asjakohaseid regulatsioone ETTK lisanduvate üldkulude rahastamist kirjeldava jaoga ning iseseisva füsioteraapiateenuse rahastamise jaoga. ETTK üldkulude rahastamisel on vajalik „baasrahastamisel“ arvesse võtta ruumiprogrammi muutusi (sh filiaalid) ning tagada ETTK juhi ja kliinilise assistendi töökoha kulude täiendav rahastamine, sarnaselt laiendatud üldarstiabi osutava ETTK rahastamisele.

Mudeli tugevused ja võimalused

- ▶ Motiveerib täiendavate spetsialistide rahastamisega teenuse osutajate koondumist ETTK'sse kui ühtsesse organisatsiooni.
- ▶ Loob aluse kompleksse esmatasandi tervishoiuteenuse autonoomsuse väljakujunemiseks.
- ▶ Motiveerib iseseisvalt teenust osutavate ämmaemandate, füsioterapeutide ja koduõdede koondumiseks ETTK'desse, pakkudes neile kahesuguseid võimalusi – füüsiline või organisatoorne lõimumine, mille puhul säilib suuremal või vähemal määral iga teenuse osutaja iseseisvus.
- ▶ Saavutatakse tasakaal meeskonnatöö eeliste, teenuse osutajate iseseisvuse ning teenuse kättesaadavuse osas elanikele (ühtsel taristul keskusel, lisaks filiaalides).

Mudeli nõrkused ja ohud

- ▶ Perearsti juhtiv ja koordineeriv roll on piiratud. Vastutus hajub ja teenuste lõimitus võib jääda nõrgaks.
- ▶ Füsioteraapia teenus ei ole käesoleval ajal iseseisev terviseteeenus, mudeli rakendamiseks tuleks see õiguslikult võrdsustada teiste esmatasandi tervishoiu põhiteenustega, mis esmalt nõuab füsioteraapia kui tervishoiuteenuse määramist ning füsioterapeudi kui tervishoiutöötaja määramist.
- ▶ Oluline osa ämmaemandatest ja füsioterapeutidest ei ole iseseisvaks teenuse osutamiseks valmis ning eelistab tööd eriarsti meeskonnas.
- ▶ Lisanduvad juhtimis- ja ruumikulud.

2.2.3 Laiendatud üldarstiabi osutav ETTK

ETTK tähendab üldarstiabi osutavate perearstide ning nendega koos töötavate esmatasandi spetsialistide meeskonda, mis tegutseb ühtse juriidilise isikuna üldarstiabi tegevusloa alusel.

Esmatasandi tervisteenus osutajad

Teenuse osutajaks on üldarstiabi osutav juriidiline isik. Laiendatud üldarstiabi osutava ETTK kõrval saavad teenust osutada ka iseseisvad ämmaemandusabi ja koduõendusteenust osutavad ühingud. Keskpikas perspektiivis eriarstiabi ja statsionaarse õendusabi osutavad asutused lõpetavad esmatasandi teenuste osutamise.

Esmatasandi meeskonna suurus ja lõimitus

Laiendatud üldarstiabi teenust osutava ETTK meeskonna minimaalseks suuruseks on 3 perearsti, 3 pereõde, 1 füsioterapeuti, 1 ämmaemandat ja 1 koduõde ning ETTK keskuse juhataja ja kliiniline assistent/registraator. Füsioterapeudid, koduõded, ämmaemandad ja muud esmatasandi spetsialistid tegutsevad juriidilises isikus lepinguliste (palga)töötajatena perearstide professionaalsel juhtimisel. Perearstid kasutavad meeskonna koosseisu kuuluvaid ämmaemandaid, füsioterapeute ja koduõdesid oma nimistu patsientidele vajalike vastuvõttude, koduviisitide ja protseduuride teostamiseks nende spetsialistide pädevuse raames.

Meeskonna maksimaalne suurus on määratud töökohtade vajadusega teenuspiirkonnas, millest on lahutatud iseseisvalt üldarstiabi osutavate perearstide ja nendega koos töötavate spetsialistide arv, samuti iseseisvalt ämmaemandusabiteenust ja koduõendusteenust osutavate ühingute töötajate arv.

Piiratud tööjõu tingimustes on vajadus riiklikult organiseerida nii füsioteraapia-alast kui ka ämmaõendusteenuse täiendkoolitust õendustöötajatele kuna hetkel ei ole piisavalt vastava väljaõppega töötajaid kõigis maakondades. Personali piirkondliku tagamise probleemid iseloomustavad kõiki mudeleid.

ETTK taristu, omanikud ja varad

ETTK ruumivajadus määratakse ETTK üldkasutatavate ruumide ning iga põhiteenuse osutamise töökohtade arvu alusel keskusel. Vajalik on ETTK minimaalsete kohustuslike ruuminõuete täiendav reguleerimine asjakohases määruuses ning selle arvestamine ETTK tegevusloa alusel teenuse osutamise rahastamisel.

Esmatasandi teenuse osutajatel on kujunenud ülevaade sellest, millistest teenustest nende patsiendid täna puudust tunnevad ning vastavalt sellele on asjakohane igas keskusel ja igas teenuspiirkonnas välja töötada konkreetne laiendatud ruumiprogramm täiendavate teenuste koondamiseks ETTK hoonesse (sh nt. apteek, hambaravi).

ETTK omanikud on keskusel teenust osutav perearst või perearstid. ETTK ruume renditakse või omatakse. Selleks, et perearstinimistute ülevõtmisel ei kujutaks teenuse osutamiseks vajalike varade võõrandamine ja omandamine takistust uute perearstide ühinemiseks ETTK'odega, on eelistatud ruumide rentimine. Motiveerimaks esmatasandi teenuste osutajaid investeerimaks taristusse, on vajalik pikaajaliste rendilepingute olemasolu. ETTK taristu võib paikneda samas hoonel eriarstiabi või statsionaarset õendusabi osutava ühinguga.

Teenuste territoriaalne kättesaadavus ja teenuspiirkonnad

Esmatasandi tervise teenused on kättesaadavad teenuspiirkonna keskusel asuvas ETTK's ning sellele kuuluvates filiaalides. Teenuspiirkonna mõiste on vaja õiguslikult määratleda – kooskõlas perearstinimistute mõistega (kui piirkonnas tegutsevate perearstide nimistute summa) ning iseseisvana (kui piirkonda määratud KOV-üksuste registreeritud elanikkond rahvastikuregistri mõttes, kasutamiseks iseseisvalt osutatavate esmatasandi teenuste või KOV-de poolt loodud ETTK kliendibaasi määratlemiseks).

Filiaalides on tagatud pereõe teenuse kättesaadavus valdaval osal tööajast. Perearsti, ämmaemanda ja füsioterapeudi kohalolu filiaalis määratakse ühingu siseselt kohalikest vajadustest ja võimalustest (sh rahastamisest) lähtuvalt. Alternatiiviks on määrata ka nende spetsialistide puhul üldiste regulatsioonidega kohustuslik minimaalne tööaeg filiaalis, nt kooskõlas praeguse üldarstiabi teenuse kirjeldusega teises tegevuskohas Haigekassa teenuste loetelus, kus nõutakse vähemalt 3 tundi vastuvõtte nädalas.

Juhul kui osa teenuspiirkonna perearste või teisi esmatasandi teenuseid osutavad spetsialistid ei ole ETTK'ga ühinenud ning osutavad neid iseseisvalt, siis võib tegevuskohti, kus esmatasandi teenuseid osutatakse olla ka mitmeid. Keskpikas perioodis lubatakse (sh rahastamishoobasid kasutades) iseseisvalt teenust osutavate ühingute tegutsemist teenuspiirkonnas selles mahus, mis „jääb üle“ vähemalt ühe miinimummahus meeskonnaga ETTK poolt osutatavate teenuste mahust.

Lepingud rahastajaga ja teenuste rahastamine

Lepingupartnerite valikul eelistab koduõenduse, iseseisva ämmaemandusabi ja esmatasandi füsioteraapia teenuse osas rahastaja esimeses järjekorras ETTK'sid, teises järjekorras iseseisvalt esmatasandi teenuseid osutavaid ühingu. Seni, kuni ETTK'd ja iseseisvad koduõenduse ja ämmaemandusabi teenuseid osutavad ühingu ei suuda katta teenuspiirkonna elanike vajadusi, rahastatakse kolmandas järjekorras eriarstiabi ja statsionaarse õendusabi teenuseid osutavaid juriidilisi isikuid.

Teenuse rahastamine toimub perearstinimistute alusel, sarnaselt praeguse üldarstiabiteenuse rahastamisele. HK leping ETTK'ga kui üldarstiabi osutava äriühinguga on ühtne, kuid arvestus toimub sarnaselt kehtivale olukorrale perearstinimistute põhisenä. Ämmamandusabi, koduõenduse ja füsioteraapiateenuste rahastamine toimub samuti nimistupõhiselt. Nende rahastamise (piir)mahud lepitakse kokku nimistusse kuuluvate isikute arvust ja soolis-vanuselise jaotusest tulenevalt teenusepõhiselt (st nt füsioteraapia lahus täiendavalt finantseeritavate protseduuride täiendava finantseerimisele seatud osakaalu piirist). Laiendatud üldarstiabi teenusega liidetakse seni rehabilitatsiooniteenuse raames osutatav ja SKA poolt finantseeritav füsioteraapiateenus.

ETTK üldkulude rahastamisel on vajalik „baasrahastamisel“ arvesse võtta ruumiprogrammi muutusi (sh filiaalid). Samuti on vajalik tagada ETTK juhi ja kliinilise assistendi töökoha kulude täiendav rahastamine.

Mudeli tugevused ja võimalused

- ▶ Esmatasandi teenus on sisulise töö ja vastutuse mõttes lõimitud ja koordineeritud läbi perearstide, kes näevad kõige paremini inimeste esmatasandi teenuse reaalset vajadust üksikindiviidist lähtuvalt.
- ▶ Tööjõu optimaalsem kasutus eriti maapiirkondades piiratud spetsialiseeritud tööjõu tingimustes
- ▶ Ruumide efektiivsem kasutus
- ▶ Töövahendite soetamismaksumus mahuefekti kaudu
- ▶ Füsioteraapia-, koduõe- ja ämmaõendusteenus inimesele lähemal s.o kergemini kättesaadav
- ▶ Puudub vajadus füsioteraapia kui iseseisva tervishoiuteenuse kehtestamiseks

- ▶ Mudel võimaldab järjepidevat arengut kehtivast süsteemist, vajalik on üksnes võimaldada seadustes füsioterapeudi töötamist perearstiga koos.

Mudeli nõrkused ja ohud

- ▶ Kuivõrd oluline osa ämmaemandatest, koduõdedest ja füsioterapeutidest eelistavad töötada eriarstiabi või õendusabi meeskondades, siis muutub raskemaks ülesanne tagada kõigi esmatasandi teenuste vajaduse rahuldamiseks nõutav personal ETTK'des ja seega ka autonoomse esmatasandi mudeli rakendamine praktikas.
- ▶ Ämmaemandatel, koduõdedel ja füsioterapeutidel, kes eelistavad teenuse võimalikult iseseisvat osutamist, on võrdluses iseseisvate teenuste ETTK'ga väiksem motivatsioon ETTK'desse koonduda. See on eriti oluline maakonnakeskustes ja väikelinnades, kus iseseisvalt tegutsemine (võrdluses haiglates tegutsemisega) on olulisele osale spetsialistidest tähtis motivatsioon töökoha valikul.
- ▶ Perearstide pädevus koordineerida ämmaemandate, koduõdede ja füsioterapeutide tööd on ebaühtlane ning praktika puudumisel hetkeseisus ka ebapiisav. Perearsti poolt juhitud esmatasandi meeskonna töö kvaliteedi tagamiseks on vajalik nii perearstide kui ka ämmaemandate, koduõdede ja füsioterapeutide pädevuste tõstmine.
- ▶ Ei looda eeldusi esmatasandi füsioteraapia kui iseseisva ja teiste esmatasandi põhiteenustega võrdse tervishoiuteenuse välja kujunemiseks.

2.2.4 KOV piirkondlik ETTK

Mudel realiseerib TTKS pg 15, lõikes (1) punktis 2 sätestatud võimalust, et üldarstiabi osutava äriühingu osanik või aktsionär võib olla kohalik omavalitsusüksus, mille haldusterritooriumil asub üldarstiabi osutava äriühingu tegevuskoht. Kuivõrd ETTK'de teenuspiirkond hõlmab paljudel juhtudel mitut KOV-üksust, siis on vajalik seaduse seda punkti laiendada selliselt, et võimalik on ETTK paiknemine ka vastava KOV asulate tõmbekeskuse KOV-üksuses. Vastav ettepanek on Terviseameti poolt Sotsiaalministeeriumile ka saadetud. Kaalumist väärib teenuspiirkondade mõiste sidumine sellise õigusega – st. et õigus on ühise äriühingu loomiseks teenuspiirkondade siseselt.

Mõistlik on kasutada mudeli lahendust siis, kui esmatasandi spetsialistide initsiatiiv ja korralduslikud oskused ei ole piisavad põhiteenuste piirkonnas osutamise kvaliteetseks tagamiseks. See on võimalus, kuidas HK ja KOV rahastamisel tagada spetsialistide olemasolu perifeersemates regioonides. Mudel on sarnane Soome tervisekeskuste süsteemile.

Esmatasandi tervisteenuse osutajad

Esmatasandi tervisteenuste osutajateks on esmatasandi tervisekeskuse tegevusloaga ühing, ning teenuseid iseseisvalt osutavad ühingud.

Esmatasandi meeskonna suurus ja lõimitus

Laiendatud üldarstiabi teenust osutava ETTK meeskonna minimaalseks suuruseks on 3 perearsti, 3 pereõde, 1 füsioterapeuti, 1 ämmaemandat ja 1 koduõde ning ETTK keskuse juhataja ja kliiniline assistent/registraator. Kõik esmatasandi spetsialistid tegutsevad ühingus lepinguliste (palga)töötajatena. KOV (KOV ühiselt) asutab juriidilise isiku, millele leitakse juht, kes komplekteerib meeskonna.

ETTK taristu, omanikud ja varad

ETTK kui teenuseid osutava juriidilise isiku omanikuks on kohaliku omavalitsuse üksus või mitu üksust ühiselt, samuti võib omanikeks olla perearst. ETTK eelistatud asukohaks on paiknemine samas hoones või hoonestus KOV poolt loodud õendusabi, eriarstiabi ja sotsiaalteenuste osutavate ühingute ja asutustega.

KOV või selle ühing on ka ruumide omanik. Asutuse loomisel rakendub KOKS § 6. Omavalitsusüksuse ülesanded ja pädevus lõige (2) tingimuslik kohustus: „Omavalitsusüksuse ülesanne on korraldada antud vallas või linnas ...tervishoiuasutuste ... ülalpidamist, juhul kui need on omavalitsusüksuse omanduses. Nimetatud asutuste osas võidakse seadusega ette näha teatud kulude katmist kas riigieelarvest või muudest allikatest.“ Kaalumist vajab võimalus, kui KOV on ka hooldusravi või õendusabi asutuse omanik – kas sellisel juhul oleks selle ühendamine esmatasandi põhiteenuseid osutav asutusega teenuse korralduse, teenuste kvaliteedi ja klientide rahulolu seisukohast põhjendatud või mitte.

Teenuste territoriaalne kättesaadavus ja teenuspiirkonnad

Mudel ühtlustab teenuse kvaliteedi ja ajalise kättesaadavuse kogu teenuspiirkonna elanikkonnale – elanike nimistupõhine kuuluvus kindla perearsti juurde kaotatakse.

Mudel kehtestab selgemini kohaliku avaliku võimu vastutuse teenuste tagamiseks piirkonna elanikkonnale. ETTK omanikuna on KOV-üksustel võimalik kujundada teenuse territoriaalset kättesaadavust erinevates asukohtades (filiaalides) vastavalt demokraatliku võimu otsustele (sh täiendav rahastamine).

Lepingud rahastajaga ja teenuste rahastamine

Rahastamise aluseks on teenuspiirkonna ühtne nimistu kõigile neljale põhiteenusele. Leping sõlmitakse HK ja ETTK vahel konsolideerituna – isikute jagunemine nimistutesse, jms on ETTK sisemise tööjaotuse küsimus. Muus osas on rahastamise loogika sarnane laiendatud üldarstiabi osutava ETTK mudelile.

Lepingupartnerite valikul eelistab rahastaja koduõenduse, iseseisva ämmaemandusabi ja esmatasandi füsioteraapia teenuse rahastamislepingute sõlmimisel esimeses järjekorras ETTK'sid, teises järjekorras iseseisvalt esmatasandi teenuseid osutavaid ühinguid.

ETTK üldkulude rahastamisel on vajalik „baasrahastamisel“ arvesse võtta ruumiprogrammi muutusi (sh filiaalid) ning tagada ETTK juhi ja kliinilise assistendi töökoha kulude täiendav rahastamine, sarnaselt laiendatud üldarstiabi osutava ETTK rahastamisele.

Mudeli tugevused ja võimalused

- ▶ On määratud piirkondlikul tasandil selge vastutaja teenuste olemasolu ja kättesaadavuse osas avalikus sektoris.
- ▶ Mudel loob eeldused KOV’de suuremaks motiveerituseks täiendavalt panustada esmatasandi tervishoiuteenuste arengusse.
- ▶ Esmatasandi spetsialistide staatus kogu piirkonda teenindavate palgatöötajatena muudab lihtsamaks ETTK sisese töökoormuse jaotamise, filiaalide teenindamise, asendamise puhkuste ajal.
- ▶ Noortel spetsialistidel (sh perearstidel), kel puudub ettevõtlushuvi, on lihtsamalt võimalik erialasele tööle asuda.
- ▶ Võimaldab ühendada ETTK KOV omandis oleva õendusabiteenuseid osutava üksusega, samuti sotsiaalteenuseid osutavate ühingutega, mis positiivne isikukeskse teenuste kvaliteedi tagamisel.

Mudeli nõrkused ja ohud

- ▶ ETTK teenuspiirkond sisaldab paljudel juhtudel rohkem kui ühte KOV-üksust. ETTK loomine ja majandamine eeldab KOV koostöövõimet ja –tahet. Võib eeldada vähemalt osade KOV-üksuste vähest huvi ja ressursipuudust – katse rakendada KOV-põhist mudelit Eestis üldise lahendusena annaks ilma muudatusteta seadustes eeldatavalt ebahühtlase tulemuse Eestis tervikuna.
- ▶ Hetkel ei ole esmatasandi terviseteeenuste kättesaadavuse tagamine, ETTK-pidaja roll, KOV kohustuslik ülesanne, küll on KOV ülesanne tervishoiuasutuste töö korraldamine juhul kui selline asutus/ühing on KOV poolt loodud. Vajalik on tingimuslikult (nt. juhul kui teenuse osutajad ise ei suuda luua ETTK’d, milles töötaks elanike teenindamiseks piisaval hulgal esmatasandi spetsialiste) määratleda ETTK ühise loomise kohustus.
- ▶ Väheneb perearsti keskne roll esmatasandi terviseteeenuste osutamisel, korraldamisel ja nende eest vastutamisel.
- ▶ Ei sobi iseseisvust eelistavatele, ettevõtlikele spetsialistidele. Juhul kui KOV piirkondlik ETTK on ainus esmatasandi teenuseid osutav asutus piirkonnas, vähendab see nende motivatsiooni piirkonda tööle tulemiseks.

3 ESMATASANDI TERVISETEENUSTE SISU, SIHTRÜHMAD JA MÄÄRATUD TEENUSVAJADUS

ETTK teenuspiirkondade ja keskuste asukohtade määratlemise aluseks on teenuste vajadus töökohtade mõistes, mida modelleeritakse esmatasandi põhiteenuste lõikes ükshaaval. Teenuste kohta on arvatud töökohtade arvu muutus üksnes struktuurset rahvastikuarengut arvesse võtva 0-stsenaariumi alusel (v.a ämmaemandusabi teenuse kohta), teenuse normatiivset arengut (sisulises või territoriaalses mõttes) eeldavad põhistsenaariumid ning välisriikide või riiklike eesmärkidega võrdluskonteksti loovad tugistsenaariumid. Käesolevas koondraportis esitatakse põhistsenaariumi eeldused ja tulemused (vt. täiendavalt osaraport 2).

3.1 ETTK teenusevajaduse määratlemise sisendid

Teenusvajaduse prognoosimise esimeseks aluseelduseks on teenuse mahu sõltuvus ETTK teenuspiirkonna elanike arvust ning rahvastiku struktuurist. Tulenevalt on kõigile teenusevajaduse mudelitele ühiseks sisendiks potentsiaalsete teenuspiirkondade rahvastikuandmed, milleks on:

- ▶ 2011. a. rahvaloenduse andmed
- ▶ Käesoleva uurimisprojekti raames rahvastikuloenduse andmetest lähtuvad prognoosid aastateks 2020 ja 2030 (vt. osaraport 1).

Kasutatavad rahvastikuandmed on struktureeritud vastavalt kolmele tunnusele:

- ▶ sooline tunnus – mehed ja naised eraldi
- ▶ vanuseline tunnus – 1-aastaste rühmade kaupa, mis on mudeli arvutustes liidetud vastavalt teiste sisendandmete ja asjakohaste väljundite vanusjaotusele (üldjuhul 5 aastaste rühmadena)
- ▶ territoriaalne tunnus - KOV-üksused 2011.a seisuga (226 üksust).

0-stsenaariumina arvatatakse teenuste vajaduse muutus lähtudes üksnes rahvastiku arvu ja soolis-vanuselise struktuuri muutustest, eeldades, et esmatasandi põhiteenuste kasutus ja sellele vastav töökohtade arv 2013 .a. novembri seisuga Eestis tervikuna oli optimaalsel tasemel.

Kuivõrd Eesti esmatasandi tervishoiu arengudokumentide analüütilised osad ja seatud eesmärgid, välisriikide kogemus, koostatud hindamisraportid ja käesoleva uurimisprojekti käigus läbi viidud konsultatsioonid osundavad vastupidisele - et kõigi mudelisse kaasatud esmatasandi põhiteenuste osutamisel on sihtrühmade kaetuse, teenuse osaks olevate tegevuste piisavuse või territoriaalse kättesaadavuse osas olulisi lahknevusi soovitud esmatasandi teenuse kvaliteeditasemest (vt. täpsemalt projekti eelmine vahearuanne), siis on vajalik teenusvajaduse mudelite täpsustamine kooskõlas iga teenuse normatiivse olemusega. Sellest lähtuvalt on teiseks teenusmahtude modelleerimise

aluseelduseks teenuse vajaduse sõltuvus teenuse olemasolevast ja normatiivsest (soovitavast) sisust nii tegevuste kui ka sihtrühmade mõttes.

Teenusevajaduse määratlemise mudelites kasutatakse teenuste ja sihtrühmade kirjeldamise eelduslike sisendandmetena järgmisi andmeid:

1. Esmatasandi tervise teenuste jaotus põhitegevusteks
2. Tegevusühikute tegelik ja normatiivne ajakulu
3. Terviseprobleemide või haiguste juhtumite käsitlemise ajakulu põhitegevuste lõikes.
4. Esmatasandi tervise teenuste peamised sihtrühmad ja nende arvukus (osakaal elanikkonnas ja soolis-vanuselistes rühmades)
5. Elanikkonna ja selle soolis-vanuseliste rühmade haigestumuse ja tervise teenuste kasutuse andmed
6. Hinnangud haigestumuse muutuste ning esmatasandi käsitlemise normatiivse osakaalu osas.

Neile andmetele tuginedes on võimalik arvutada teenuse ajakulu suhtarvud sihtrühma liikme teenusevajaduse kohta. Ühendades need tulemused rahvastikuandmetega saame teenusvajaduse hinnangud iga KOV-üksuse ja potentsiaalse ETTK piirkonna populatsiooni kohta.

Koduõenduste ja esmatasandi füsioteraapiateenuse vajaduse prognoosimisel rakendatakse põhistsenaariumina mitte sihtrühmadest ja tegevustest lähtuvat mudelit, vaid eeskujupiirkondade meetodit. Põhjuseks on juhtumite halb standardiseeritus vanusrühmade, haiguste ja diagnooside mõttes ning teenuste väga ebaühtlane kättesaadavus Eesti erinevates piirkondades, mis muudab teenuse kättesaadavuse ühtlustamise prioriteetseks arenguvajaduseks. Stsenaariumites võetakse eelduseks see, et teenuse osutamine on lähedane optimaalsele tasemele osades Eesti piirkondades, kuid mitte Eestis tervikuna. Eeskujupiirkondadena käsitletakse suuremaid, valdavalt linnalise asustusega Eesti KOV-üksuseid, kus vastavate teenuste kasutus ületab Eesti keskmist taset ning elanikkonna territoriaalne kaugus ei ole eeldatavalt seni olnud majanduslikuks takistuseks teenuse osutamiseks kehtivate rahastamismudelite alusel.

Lisaks sellele on teenuste kohta arvatud ka teenuseid osutatavate spetsialistide vajadus rahvusvahelise võrdluse ja riiklikes arengudokumentides seatud eesmärkide alusel:

- ▶ Rahvusvaheliseks võrdluseks on valitud 6 OECD riiki, milles on ekspertteadmise alusel esmatasandi tervise teenused hästi arenenud ja/või asuvad riigid Eestile sarnases sotsiaal-majandusliku arengu staadiumis (Soome, Taani, UK, Holland, Tšehhi Vabariik, Poola). Võrdlusobjektiks on esmatasandi tervishoiutöötajate arv elanike arvu (perearstid ja füsioterapeudid, ämmaemandad) ja sündide (ämmaemandad) kohta kasutades OECD andmebaasi kõige värskemaid andmeid.
- ▶ Riiklikes arengudokumentides on seatud sihtväärtused teenuste või teenuse osutajate osas seoses perearstiteenuse ja koduõendusabi teenusega.

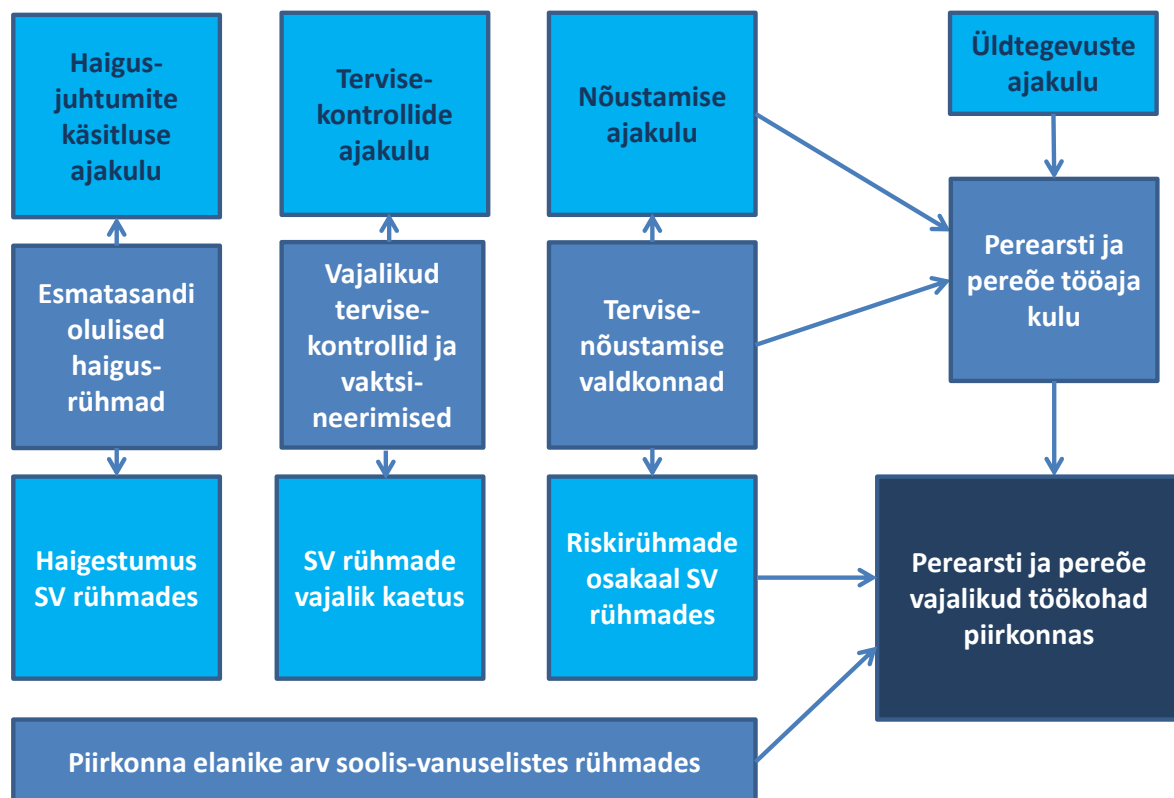
Kõigi mudelite ja stsenaariumite puhul arvutatakse teenusvajaduse mahud esmalt KOV-üksuste territooriumite (2011. seisuga) kohta, mis on arvestades asustussüsteemi keskus-tagamaa loogikat ühendatud suuremateks ETTK potentsiaalseteks teenuspiirkondadeks kooskõlas projekti koondraportis ja organisatoorse mudeli osaraportis määratletud kriteeriumitega.

Juhul kui teenusvajaduse mahtusid kirjeldatakse mudelites tundides ja minutites, siis taandatakse need lõpptulemustes esmatasandi tervishoiuspetsialistide töökohtadeks, võttes arvesse täiskohaga tööaega päevas, nädalas ja aastas, vastavalt üldvalemile:

Vajalik esmatasandi spetsialisti töökohtade arv = teenuse ajakulu kokku minutites / tööpäeva minutite arv (480 min) / 2013.a. tööpäevade arvestuslik arv (253 tööpäeva - 20 puhkusepäeva tööpäevadel (28 kalendripäeva)=233 tööpäeva)

3.2 Perearstiteenus

Perearstiteenuse vajaduse põhistsenaariumi arvutused tuginevad sihtrühmade suuruse ning sihtrühmadele teenuse osutamiseks vajalike põhitegevuste ajakulu mõõtmistele ja hinnangutele. Vajadus töökohtades arvutatakse eraldi perearsti ja pereõe kohta.



Joonis 3. Perearstiteenuse põhistsenaariumi töökohtade vajaduse modelleerimise üldloogika

Perearstiteenuse mahu modelleerimise seisukohast on esmane ülesanne määrata sihtrühmade vajadustest tuleneva töö ajakulu ja üldise taustatöö ajakulu (mõistlik) proportsioon. Selle proportsiooni määratlemise lähtekohana on võimalik kasutada päevikumeetodi abil kaardistatud perearstide ja pereõdede tööaja keskmistatud jaotust olulisemate tegevusrühmade lõikes ning eksperthinnanguid tööaja kasutuse eeldatavate ja soovitatavate muudatuste osas.

Perearstide ja pereõdede tööaja kaardistus päevikumeetodi abil viidi läbi perioodil jaanuar-märts 2014. Nädala jooksul (5 järjestikust täistööpäeva) täitsid päeviku 48 perearsti ja 62 pereõde, lisaks veel 5 asendusarsti ja 1 assistent, kokku 562 tööpäeva ja 116 tönädala kohta. Tegevusrühmade kaupa jagunes tööaeg keskmistatult vastavalt allolevas tabelis esitatule.

Tabel 1. Perearstiteenuse osutajate tööaja jaotus päevikuuringu alusel

Tegevuse rühm	perearst	pereõde
1) Patsientide vastuvõtt praksises	49%	34%
2) Kodu-visiit	4%	2%
3) Patsiendi teenindamine sidevahenditega	9%	18%
4) Patsienditeenuseid (1.-3.) toetavad tegevused	19%	26%
5) Perearstipraksise töö juhtimine ja tegevuse korraldamine	6%	2%
6) Tööd kajastav aruandlus	3%	2%
7) Muud tegevused	10%	4%
Tööpäevas kajastamata tegevused	0%	12%
Kokku	100%	100%
Tegevuste keskmine ajakulu päevas (tunnid)	8,4	7,8

Tulemused on kooskõlas ka varasemate hinnangutega perearsti keskmise vastuvõttude ajakulu osas - 24-25 tundi nädalas, kuid ületavad Haigekassa teenuse kirjelduses sisalduva perearsti minimaalse vastuvõttude ajakulu nädalas, milleks on 20 tundi. Tegevuste keskmine summaarne ajakulu päeva kohta oli perearstidel 8,4 tundi ja pereõdedel 7,8 tundi ehk täistööaja normkoormusele lähedane väärtus. Haigekassa kulumudel eeldab perearsti töötundide arvuks päevas 7 ning pereõdel 8 tundi.

See on hetkeseisu kaardistus, mida on tulevikuvajadusi arvatavates mudelites asjakohane täpsustada erinevates arengudokumentides, auditites ja eksperthinnangutes tehtud soovitustega selle osas, kuidas tööaeg peaks optimaalselt jaotunud olema. Olulisimateks normatiivseteks suundumusteks, mida on vaja arvestada, on:

- ▶ Perearsti töökoormuse vähendamine asjaajamises ja operatiivjuhtimises;
- ▶ Pereõde iseseisvate vastuvõttude arvu suurendamine (sh nii tervisenõustamisel kui ka krooniliste haigete käsitlemisel) ning asjaajamiskohustuste vähendamine.

Suundumusi toetavad ja võimaldavad ETTK organisatsioonimudeli koosseisu kavandatud ETTK juhataja ja kliinilise assisendi töökohad, millest esimene vähendab perearsti juhtimiskoormust ning teine pereõde

registraatoritöö ja muu asjaajamise koormust. Kuigi teenuse sihtrühmades ja teenust osutavate meeskondades kavandatavate muudatuste mõju hindamiseks iga spetsialisti ajakulule täpsemad andmed puuduvad, on olemasolevale olukorrale ja soovitatavatele muudatuste suunale ja sisule tuginedes asjakohane määratleda tugiteenuste ja patsiendikontakti sisaldavate tegevuste ajakulu üldine soovitatav proportsioon, millest edasisel modelleerimisel eeldusena lähtutakse.

Lähtudes hetkeseisu ajakasutuse mustritest perearstipraksistes keskmiselt ning kooskõlas normatiivsete suundumuste ja kavandatavate muudatustega tööjõus (ETTK juhataja ja kliinilise assistendi palkamine) **arvestatakse mudelites üldiste tugitegevuste ajakulu proportsiooni vähenemist 7 ja 9 protsendipunkti võrra vastavalt perearstide ja pereõdede tööajas**. Otseselt patsiendikontakti sisaldavate tegevuste ja nende mahuga seotud tugitegevuste tööaja keskmine osakaal tööaja mudelites arvestatakse seega vastavalt 88% ja 90%. Teiste sõnadega tuleb arvutustes, mis lähtuvad sihtrühmadele teenuse osutamise ajakulu arvestamises potentsiaalsete patsientide ja klientide arvust jagada ajakulu 0,88 ja 0,90'ga ehk hinnanguline ajakulu koos üldiste tugitegevustega on 12% ja 10% suurem. Kohustusliku iga-aastase enesetäiendamise ajakulu 60 tundi tähendab tööaja osakaalu arvestuses näiteks u. 3,2%. Juhul kui sisendandmed ajakulu osas võtavad arvesse üksnes patsiendikontakti tegevusi (vastuvõtt, koduvisiit, konsulteerimine sidevahenditega) on hinnanguline ajakulu koos üldiste tugitegevustega 36% ja 35% suurem.

Tabel 2. Perearstiteenuse tööaja mahu mudelites rakendatav tööaja jaotus patsienditeenuste ja üldiste tugiteenuste vahel

Tegevuse rühm	Olemasolev tööaja jaotus		Mudelis aluseks võetav tööaja jaotus	
	perearst	pereõde	perearst	pereõde
(1-3) Patsiendisuhet sisaldavad tegevused	62%	55%	67%	65%
(4) Patsiendisuhet sisaldavaid tegevusi (1.-3.) toetavad tegevused	19%	26%	21%	25%
(1-4) kokku	81%	81%	88%	90%
5) Perearstipraksise töö juhtimine ja tegevuse korraldamine	6%	2%	2%	2%
6) Tööd kajastav aruandlus	3%	2%	2%	2%
7) Muud tegevused (sh enesetäiendus, üldine terviseedendus, koostöö KOV-ga)	10%	4%	8%	6%
Üldised tugitegevused kokku	19%	19%	12%	10%
Kokku	100%	100%	100%	100%

Sihtrühmadega (patsientidega, klientidega) otseselt seotud tegevuste (vastuvõtt, koduvisiit, sidevahenditega nõustamine) omavaheline proportsioon sõltub oluliselt sisulistest teenusevajadustest

muutustest – nt pereõdede iseseisvate vastuvõttude arvu kasv, nõustamisega seotud vastuvõttude arvu kasv, krooniliste haigete käsitlemise mahtude kasv – ning olemasolevast tööaja jaotusest tegevuste lõikes lähtumine ei oleks tööaja prognoosimisel korrektne. See on tööaja vajaduse modelleerimise väljundiks.

Tegevuste sisu poolest on patsientidega vahetult seotud tegevused mudelites jagatud kolmeks: a) haiguste ravi, b) tervisekontrollid ja vaktsineerimine ning c) tervisenõustamine. Nende sihtrühmade teenusevajaduse hindamisel kasutatakse erinevaid lähenemisi. Tulemused summeeritakse omavahel.

Põhimudeli valem perearsti ja pereõe vajaliku tööaja kohta on seega järgmine:

$$\text{Tööaeg} = \text{sihtrühmadega seotud tegevuste ajakulu} + \text{üldiste tugitegevuste ajakulu} \\ (\text{arvestatuna \% sihtrühmadega seotud tegevuste ajakulust})$$

kus

$$\text{Sihtrühmadega seotud ajakulu} = \text{haiguste ravi ajakulu} + \text{tervisekontrolli ja vaktsineerimise} \\ \text{ajakulu} + \text{nõustamise ajakulu}$$

Edasine perearstiteenuse tööaja modelleerimine põhistsenaariumis keskendub ajakulu arvutustele, mis sõltuvad sihtrühmade suuruselt ning teenuse osutamise ajakulust. See ajakulu muutub proportsionaalselt sihtrühmade ja nende käsitlemisega seotud tegevuste kogumi mahuga.

3.2.1 Haiguste raviga seonduv teenusevajadus

Perearstiteenuse osutamiseks vajaliku tööaja arvutamise põhistsenaariumi põhimudeli olulisimaks ja kõige keerukamaks komponendiks on haiguste raviga (a) seonduvad tegevused. Mudel tugineb normatiivsele lähenemisele esmatasandi kompetentsis olevate levinuimate haiguste ravis.

Sisendid põhimudeli arvutamiseks on:

- ▶ Haigestumus valitud esmatasandi käsitlemise haigusrühmadesse soolis-vanuseliste rühmade lõikes - Haigekassa poolt rahastatavate tervishoiuteenuste kasutuse andmete alusel – diagnoositud isikute arv kogu süsteemi peale (st üld- ja eriarstiabi) kokku;
- ▶ Teenuse osutamise optimaalne ajakulu eksperthinnangute alusel;
- ▶ Haigete isikute optimaalne osakaal esmatasandi käsitlel (protsent kõigist vastavate diagnoosidega inimestest);
- ▶ Soolis-vanuseliste rühmade suurus.

Eristades olulised haigusjuhtumid ja vastavad sihtrühmad osutus ekspertseminaride tulemusel võimalikuks kirjeldada perearstiteenuse juhtumite käsitlemise ajakulu mitte senise teenuse osutamise praktika või aruandluse alusel, **vaid nii nagu perearstiteenuse osutajad seda asjakohaseks ja optimaalseimaks peavad**. Selleks viidi esmalt 2014.a. kevadel läbi 3 perearstide ja –õdede seminari (Tallinnas Diana Ingeraineni juhtimisel, Tartus Ruth Kalda ja Anneli Rätsepa juhtimisel) - selliselt, et eelnevate seminaride tulemused olid sisendiks järgnevatele. Tulemused üldistati ja keskmistati ning esitati 2014.a. sügisel uuesti samade juhtivekspertidele ja nende poolt kutsutud rühmadele hindamiseks ja

täpsustamiseks. Kokkuvõtted ekspertkonsultatsioonide tulemustest on esitatud siinse alapeatüki järgnevates tabelites. Samuti määratleti seminaridel ja neile järgnenud konsultatsioonidel esmatasandi optimaalne osakaal vastavate haigusrühmade käsitlusel (arvestati ka olemasolevat olukorda, st üldarstiabis käsitletud isikute osakaalu kõigist diagnoositud isikutest Haigekassa 2013. aruandluse alusel) – vastav protsent osundab **isikute osakaalule, keda esmatasandil oleks vajalik käsitleda** (sh ei välistata, et isikuid käsitletakse samal perioodil ka eriarstiabis või teistel esmatasandi teenustel).

Peamiste krooniliste haiguste käsitlemise keskmine summaarne ajakulu juhtumi kohta aastas vaates on mudelis arvestatud perearsti ja pereõe osas vastavalt alljärgnevale tabelile.

Tabel 3. Perearstiteenuse ajakulu (minutid aastas) esmatasandi olulisemate sihtrühmade lõikes vastavalt ekspertseminaride ja konsultatsioonide tulemusele: kroonilised haigused

RHK-10 koodid	Diagnoositud haigused	Perearst	Pereõde
I10-I13	Kõrgvererõhutõbi	30	70
E11	2. tüüpi diabeet	50	61
E00-03, E 89.0	Hüpotüreoos	20	10
I21-I23, I63-I64, I69	Infarkti läbi teinud haiged	56	56
I26, I48, I74, I82	Marevaniseeritud patsiendid, kes vajavad antikoagulantravi (varfariiniga)	20	120
J45-J46	Astmahaiged	20	60
J40-J44	Kroonilised obstruktiivsed kopsuhaigused (bronhiidid, emfüseemid)	20	60
C00-C99	Vähk (surmaeelne ja pikaajase raviprotsessi käsitlus kokku keskmisena)	111	83
F33	Krooniline depressioon (test ja u. 60% medikamentoosne ravi; vt ka nõustamine)	114	
M07-M09, M15-M19, M45-M54	Kroonilised luuliigeskonna haigused (sh artriit, artroos ehk liigeste kulumine, spondüliidid)	40	80
M80-82	Osteoporoos	20	40
D50-64	Aneemia (kehvveresus)	40	60

Diagnoosirühmade lõikes on keskmise ajakulu arvestuses võetud aluseks krooniliste haiguste käsitlus järgmises sisus ja mahus:

- ▶ Kõrgvererõhutõbi - Praegune keskmine praktika on 1 õe vastuvõtt 30 minutit ja 1 perearsti vastuvõtt 30 minutit aastas. Täiendav vajadus on lisaks 1 pereõe vastuvõtt (30 min). Lisandub ka pereõe ajakulu patsientide kutsumiseks vastuvõtule telefoni teel (10 min).
- ▶ 2. tüüpi diabeet - Praegune keskmine praktika on 1 kord aastas õe vastuvõtt 30 minutit ja 1 perearsti vastuvõtt 30 minutit. Tegelikult oleks hea ka elustiilinõustamine - sel juhul tuleks 75% inimestel käia lisaks veel pereõe vastuvõtul 3 korda aastas. Samuti peaks lisanduma 30% juhtudest 2 korda aastas visiit perearstile ravi korrigeerimiseks. Lisandub ka pereõe ajakulu patsientide kutsumiseks vastuvõtule telefoni teel, kuid kuivõrd diabeedihai- gused on

90% ulatuses multidiagnoosiga ning kutsumine on ühine, siis lisandub selle arvelt tööaega minimaalselt (1 min).

- ▶ Hüpotüreoos - 1 perearsti 20 minutit vastuvõtt ja 10 minutit öendustoiminguid (sh. patsiendi kutsumine vastuvõtule ja vereanalüüs).
- ▶ Infarkti läbi teinud haiged – Tavapatsient vajab aastas vähemalt 1 kord pereõe nõustamist, 30 minutit. Lisandub ka pereõe tööaeg patsiendi kutsumiseks vastuvõtule ning arsti ajakulu 20 minutit. Esimesel infarktjärgsel aastal on teenuse vajadus suurem - kuni 6 visiiti aastas - arst ja õde mõlemad 20 min vastuvõttud; lehe pikendamine tööealisel perearsti poolt - 6 visiiti. Lisandub ka pereõe ajakulu patsientide kutsumiseks vastuvõtule telefoni teel (10 min).
- ▶ Marevaniseeritud patsiendid, kes vajavad antikoagulantravi – Nõuab pereõe igakuiseid vastuvõtte – aastas 12 visiiti, üks visiit 10 minutit. Lisaks on asjakohane perearsti 1 vastuvõtt aastas patsiendi seisundi hindamiseks, diagnoosi täpsustamiseks, ravi vahetamiseks; 25% juhtumitest võivad nõuda perearsti lühinõustamist, 3 minutit.
- ▶ Astmahaiged - Praegune süsteem sisaldab ühte 20 minutilist vastuvõttu aastas õe poolt ja ühte 20 minutilist vastuvõttu aastas arsti poolt. Optimaalne oleks aastas patsiendile pühendada 60 minutit õe (3 visiiti) ja 20 minutit arsti tööaega. Eelduseks on eriarstiabi otsus, et kopsuõdedelt koormust vähendada.
- ▶ Kroonilised obstruktiivsed kopsuhaigused - Praegune süsteem sisaldab ühte õe ja ühte arsti vastuvõttu aastas, mõlemad 20 minutit. Optimaalne oleks aastas patsiendile pühendada 60 minutit õe (3 visiiti) ja 20 minutit arsti tööaega. Vajalik on samaaegne füsioteraapia – hingamisharjutused.
- ▶ Vähk – Surmaeelsel käsitlusel on 3 kuuline arvestuslik periood, mis sisaldab valuravi, haavaravi, psühholoogilist nõustamist ja tuge. Tegevus on väga ajamahukas, kohati mitu korda nädalas, ning olemuslikult juhtumipõhine. Teenus sisaldab ja eeldab koostööd kodusõega. Soovitud lahendus oleks 2-4 (keskmine arvestus - 3) visiiti kuus perearstile, iga ajakulu 20 minutit (aga võib olla ka telefonikontakt), ning 1,5 korda nädalas pereõe vastuvõtt, a 20 minutit (kokku 360 minutit). Esmatasandi käsitluse protsent on arvestatud aastase vähisurmade osakaalu alusel C00-C99 diagnoositud isikute arvust (u 10%). Tüüpilise keemiaravi korral, mis kestab 6 kuud, peaks toimuma kord kuus visiit perearstile, 20 minutit. Perearst nõustab, teostab sümptomaatilist ravi ning pikendab onkoloogi poolt määratud ravimite retsepte, toimub vähiga kaasneva jälgimine.
- ▶ Krooniline depressioon - sisaldab EMS testi tegemist esimesel visiidil (30 min). U. 60% suunatakse medikamentoossele ravile - 2 nädala pärast visiit, kuu aja pärast ja siis üle 2 kuu, vastuvõttude pikkus 20 minutit; ravi ise kestab aasta. 40% suunatakse nõustamisesse, ja neist 50% tulevad tagasi - 1 kord aastas (vt. tervisenõustamine allpool ja Kleinberg jt, 2011)
- ▶ Kroonilised luuliigeskonna haigused – Arsti vastuvõttud 2 korda aastas, a 20 minutit. Lisaks on vajalik pakkuda liikumise ja valu nõustamist õe poolt kord kvartalis, 4 korda aastas 20 minutit. Patsient vajab üldjuhul lisaks ka füsioterapeudi samaaegset tegevust.
- ▶ Osteoporoos - Üks visiit aastas perearstile - 20 minutit. Pereõe ülesanne on nõustada ning läbi viia riskitesti (2 x 20 min).
- ▶ Aneemia - 4 korda aastas pereõe 15 minutiline vastuvõtt ja 1 kord aastas arsti 20 minutiline vastuvõtt.

Mudelid eeldatakse, et kroonilistest haigetest jõuab esmatasandile käsitlemisele isikuid haigusrühmade lõikes vastavalt alljärgnevas tabelis kirjeldatud normatiivsetele osakaaludele.

Tabel 4. Perearstiteenuse käsitluses olevate isikute osakaal kõigist diagnoositud kroonilisest haigetest: normatiivne vajadus (mudeli eeldus) ja olukord Haigekassa 2013.a. aruandluse alusel

RHK-10 koodid	Diagnoositud haigused	Esmatasandi normatiivne osakaal	Perearsti-teenusel käsitletavate isikute osakaal vastuvõttudes (HK, 2013)	Isikud perearsti ja eriarsti käitluses (HK, 2013)	Isikud perearsti-teenuse käitluses (HK, 2013)	Isikud üksnes eriarsti visiidil
I10-I13	Kõrgvererõhutõbi	100%	95%	225 071	212 840	12 231
E11	2. tüüpi diabeet	100%	86%	40844	34986	5 858
E00-03, E89.0	Hüpotüreoos	100%	81%	24 589	19 856	4 733
I21-I23, I63-I64, I69	Infarkti läbi teinud haiged	75%	52%	13890	7219	6 671
I26, I48, I74, I82	Marevaniseeritud patsiendid, kes vajavad antikoagulantravi (varfariiniga)	90%	77%	22 859	17 551	5 308
J45-J46	Astmahaiged	80%	72%	33046	23900	9 146
J40-J44	Kroonilised obstruktiivsed kopsuhaigused (bronhiidid, emfüseemid)	80%	61%	15957	9764	6 193
C00-C99	Vähk (surmaeelne käsitlus ja pikemaajalisem ravi kokku)	43%	42%	35 158	14 815	20 343
F33	Krooniline depressioon	50%	37%	10 873	4 039	6 834
M07-M09, M15-M19, M45-M54	Kroonilised luuliigeskonna haigused (sh artriit, artroos ehk liigeste kulumine, spondüliidid)	90%	77%	159 774	122 960	36 814
M80-82	Osteoporoos	90%	69%	7 421	5 139	2 282
D50-64	Aneemia (kehvveresus)	90%	84%	16 811	14 053	2 758

Peamiste ägedate haiguste käsitlemise keskmine summaarne ajakulu juhtumi kohta aastases vaates on mudelis arvestatud perearsti ja pereõe osas vastavalt alljärgnevale tabelile.

Tabel 5. Perearstiteenuse ajakulu esmatasandi olulisemate sihtrühmade lõikes vastavalt ekspertseminaride tulemusele: ägedad haigused

RHK-10 koodid	Diagnoositud haigused	Perearst	Pereõe
J00-J06	Ülemiste hingamisteede infektsioonid	15	50
I00-01, 20, 24, 30, 33, 40, 47-50	Vereringeelundkonna ägedad haigused	40	30
F41	Ärevushäired	40	60
R10,11,13,17	Seedeelundkonna kaebused (st äge kõhuvalu)	30	20
N20	Neerukivid	20	10
N30	Tsüstiit (põiepõletik)	5	30
N10	Neeruvaagnapõletikud	40	15
A37,38,84, 60.0, 69.2 B01-02	Tuulerõuged, sarlakid, puukborrelioos, puukentsefaliit, võtohatised, genitaalherpes	20	30
A00-09, B01.9	Soolenakkus, mittetüsistulised tuulerõuged	4	10
E06.0	Ainevahetushaigused (st türeoidiit, veresuhkrutaseme probleemid)	20	5
A46, L01, L03,	Nahahaigused (st lööbed, põletikud, mädad, jne)	20	30
G43-44	Närvisüsteemi haigused (st kolmiknärvivalu, migreen)	40	5
H60, H65-66, H70, H72, T16	Kõrva ja nibujätke haigused (st kõrvavalud, võõrkeha kõrvas, väliskõrvapõletikud)	40	20
S00-99, T00-T14, T36-99	Vigastused, mürgitused (va põletused)	20	100
T20-35	Põletused ja külmumised	10	300

Diagnoosirühmade lõikes on keskmise ajakulu arvestuses võetud aluseks ägedate haiguste käsitus järgmises sisus ja mahus:

- ▶ Ülemiste hingamisteede infektsioonid – Perearsti vastuvõtule (20 min) jõuab u. 50% patsientidest, millele lisandub ajakulu esmasele telefonikontaktile. Ülemiste hingamisteede infektsioonid tulevad reeglina 2 korda tagasi, soovitatavalt pereõe juurde (2 x 20 min). Pereõe ajakulule lisandub samuti telefoni teel juhtumi käsitlemine.
- ▶ Vereringeelundkonna ägedad haigused – Keskmiselt 2 perearsti 20 minutilist vastuvõttu ja 1 pereõe 20 minutilist vastuvõttu, millele lisanduvad pereõe telefonikonsultatsioonid; sageli kaasnevad ärevushäired, vt. allpool.
- ▶ Ärevushäired – Diagnoos on peaaegu kroonilise iseloomuga, vajalik on vähemalt 4-5 eraldi visiiti perearstile ja pereõele. Perearsti juurde 2 visiiti (esmane 20 min, korduv 20 min). Pereõe juurde 3 visiiti (esmane 20 min, korduvad 15 min). Pereõe töös lisandub keskmiselt 2 telefonikõne juhtumi kohta – kokku 10 minutit.
- ▶ Seedeelundkonna kaebused (st äge kõhuvalu) - Telefonikontakt esmalt pereõega (5 min). Siis esmane arsti vastuvõtt (20 min). Korduv arsti vastuvõtt (15 min) vajalik u. 2/3

haigetest. [Kui tuleb korduvalt vastuvõtule, siis vähemalt 1 korra]. Õde teeb arsti vastuvõtuga kaasnevaid protseduure, keskmine ajakulu 10 min.

- ▶ Neerukivid – Perearsti 20 minutiline vastuvõtt diagnoosiks, lisaks pereõetoimingud (10 min). Edasi läheb haiglasse statsionaari.
- ▶ Tsüstiit (põiepõletik) - Esmane õe vastuvõtt (20 min), millele lisandub kordusanalüüsi ajakulu 10 minutit. Perearsti roll on retsepti välja kirjutamine (5 min), retseptiõiguse korral võiks seda teha ka pereõde.
- ▶ Neeruvaagnapõletikud - 2 visiiti arsti juurde (20 min); pereõde teeb vajalikud analüüsid keskmise ajakuluga 15 minutit kokku.
- ▶ Tuulerõuged, sarlakid, puukborrelioos, puukentsefaliit, vöötohatised, genitaalherpes - Arsti vastuvõtt (20 min). Osade puhul tuleb teatis saata (ajakulu on u 5 min). Õde teostab analüüsid, koostab anamneesi - 2 x 15 minutit.
- ▶ Soolenakkus, mittetüsistulised tuulerõuged – Sisaldab keskmiselt 2 telefonikontakti ning osadele tuleb saata teatis (ajakulu on u 5 min).
- ▶ Ainevahetushaigused (st türeoidiit, veresuhkrutaseme probleemid) - Esmane vastuvõtt on arsti juures (20 min) ja siis saadetakse edasi. [Osad satuvad eriarstile ka läbi EMO.] Pereõde teeb vereanalüüsi.
- ▶ Nahahaigused (st lööbed, põletikud, mädad, jne) - Keskmiselt on vajalik 2 arsti ja õe ühist vastuvõttu, ajakuluga 10 minutit. Õe tööajale lisanduvad sidumised.
- ▶ Närvisüsteemi haigused (st kolmiknärivalu, migreen) - 2 perearsti visiiti (a 20 min). Edasi kiirabi. Korduvad patsiendid sobivad sisulises mõttes käsitlemiseks ka pereõdede poolt (testi kasutus; ka töövõimetuslehe uuendamine).
- ▶ Kõrva ja nibujätke haigused (st kõrvalalud, võõrkeha kõrvas, väliskõrvapõletikud) – Vajalik 1 perearsti 30 minutiline vastuvõtt ning korduskontroll - 2 x 10 minutit arsti või õe vastuvõttu. Õde tegeleb kõrvaloputusega.
- ▶ Vigastused, mürgitused (va põletused) - Esmane abi tavaliselt kiirabi tegevuses. Hilisem abi (nt sidumine) võtab õe aega päris palju (min 2-3 korda nädalas). Sidumine pereõel võtab u 20 min. Eeldus on, et 20% ei vaja perearsti/õde sekkumist (nt. koduõe teenusel või ise toime tulevad); perearsti töö on töövõime määramine ja funktsionaalne hindamine.
- ▶ Põletused ja külmumised - Põletusega patsiendil vaja u 10 korda pereõe visiidil käia - kui kõik on 20 min, siis summaarne ajakulu 300 minutit. Eeldus on, et 20% ei vaja perearsti/õde sekkumist (nt. koduõe teenusel). Perearst kirjutab ravimeid; õde seob ja nõustab.

Mudelis eeldatakse, et perearstiteenuse käsitleda on haigusrühmade patsientidest valdav osa, vastavalt allolevale tabelile.

Tabel 6. Perearstiteenuse käsitluses olevate isikute osakaal kõigist diagnoositud akuutsetest haigetest: normatiivne vajadus (mudeli eeldus) ja olukord Haigekassa 2013.a. aruandluse alusel

RHK-10 koodid	Diagnoositud haigused	Esmatasandi normatiivne osakaal	Perearsti-teenuses käsitletavate isikute osakaal vastuvõttudes (HK, 2013)	Isikud perearsti ja eriarsti käitluses (HK, 2013)	Isikud perearsti-teenuse käitluses (HK, 2013)
J00-J06	Ülemiste hingamisteede infektsioonid	100%	96%	252 285	241 115
I00-01, 20, 24, 30, 33, 40, 47-50	Vereringeelundkonna ägedad haigused	100%	78%	60 680	47 622
F41	Ärevushäired	75%	56%	18 542	10 319
R10,11,13,17	Seedeelundkonna kaebused (st äge kõhuvalu)	50%	47%	33 779	16 027
N20	Neerukivid	50%	51%	4 700	2 377
N30	Tsüstiit (põiepõletik)	100%	85%	29 392	25 004
N10	Neeruvaagnapõletikud	90%	63%	3 454	2 182
A37,38,84, 60.0, 69.2 B01-02	Tuulerõuged, sarlakid, puukborrelioos, puukentsefaliit, vöötohatised, genitaalherpes	100%	83%	11 508	9 513
A00-09, B01.9	Soolenakkus, mittetüsistulised tuulerõuged	75%	72%	22 403	16 080
E06.0	Ainevahetushaigused (st türeoidiit, veresuhkrutaseme probleemid)	70%	64%	25	16
A46, L01, L03,	Nahahaigused (st lööbed, põletikud, mädad, jne)	60%	54%	14 001	7 510
G43-44	Närvisüsteemi haigused (st kolmiknärvivalu, migreen)	80%	57%	18 060	10 272
H60, H65-66, H70, H72, T16	Kõrva ja nibujätke haigused (st kõrvaavalud, võõrkeha kõrvas, väliskõrvapõletikud)	75%	66%	42 370	28 039
S00-99, T00-T14, T36-99	Vigastused, mürgitused (va põletused)	40%	29%	151 158	44 412
T20-35	Põletused ja külmumised	50%	45%	4 065	1 830

Põhimudeli teenuse ajakulu arvutamise üldvalem on järgmine:

Teenuse osutamise ajakulu kokku = haigusrühmade summa (diagnoosiga isikute osakaal SV rühmas x SV rühma suurus x esmatasandi käsitlemise normatiivne osakaal x käsitlemise normatiivne ajakulu)

Diagnoosiga isikute osakaal SV rühmas = diagnoosiga isikud SV rühmas / elanike arv SV rühmas

Lähememist võimaldab asjaolu, et esmatasandi arstiabi koondub suures osakaalus piiratud arvule tüüpilistele haigusjuhtumitele. Oluliste haigusrühmade eristamine kõigist haigustest toob samas kaasa endaga täiendava ülesande, määrata nende haiguste sihtrühmade käsitlemise tööaja kulu suhe kõigi haigustega patsientide esmatasandil käsitlemise mahust. Selle osakaalu määramisel lähtutakse Haigekassa teenuse mahtude statistikast 2013.a., mida täiendatakse krooniliste haiguste normatiivse suundumusega kooskõlas oleva täiendusega. Hinnang raviteenuse osutamise ajakulule kokku võrdub seega põhimudeli summaarne arvestuslik ajakulu korrutatuna teenuse mahu osakaal, mis esmatasandi mudelisse valitud põhihaiguste ravile kogu haiguste ravist üldarstiabi lepingupartneritel 2013. aastal kulus.

Teenuste kasutamise aruandluse alusel moodustas selliste haigustega seonduvalt tehtud perearsti vastuvõttude arv 62,1% ja pereõde vastuvõttude arv 71,3 % kõigist nende poolt tehtud vastuvõttudest (va. Z rühm). Kooskõlas alternatiivses mudelis (vt allpool) esitatud krooniliste haiguste lisandumise arvestusega arvutatakse perearsti ja pereõe põhihaiguste vastuvõttude sisse nõ ettevaatavalt ka nende üksnes eriarstil viibivate isikute vastuvõttud, kes normatiivse käsitlemise alusel peaks saama olulises mahus tegelikult esmatasandil käsitletud saama ning on normatiivses mudelis ka sellisena ajakulu mõttes kajastatud. Valemid on järgmised:

Haiguste ravi ajakulu = valitud haiguste summaarne ajakulu x oluliste esmatasandi haiguste käsitlemise osakaal kogu haiguste käsitlemises esmatasandil

kus

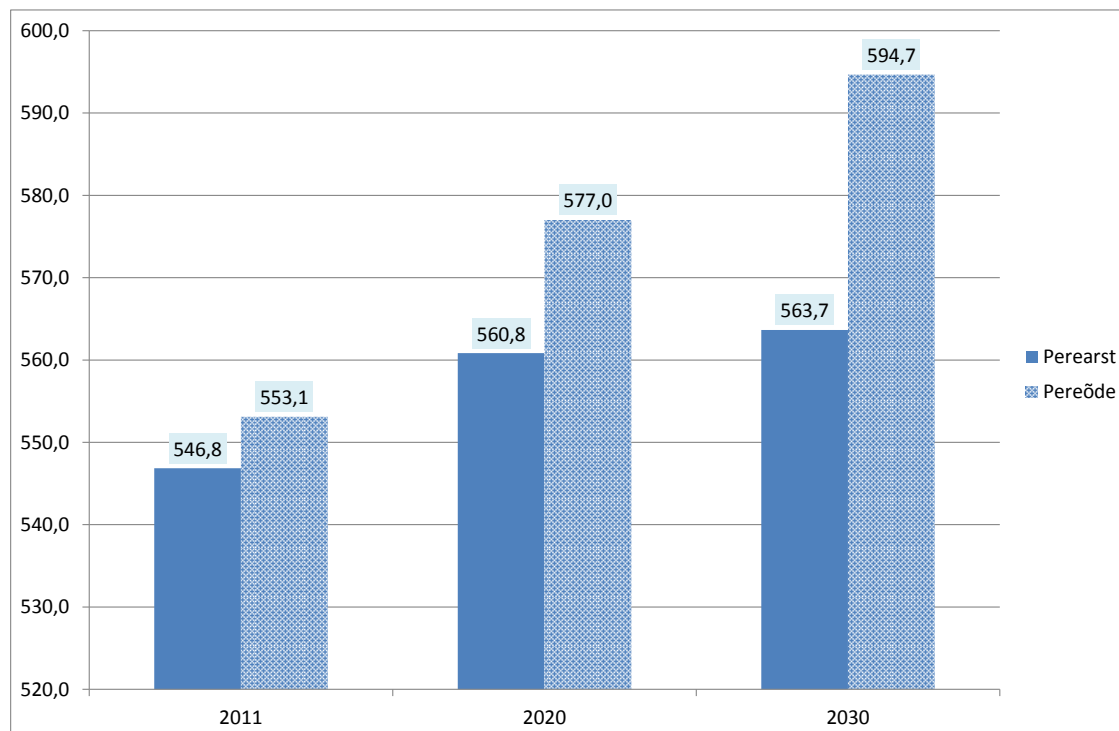
Põhimudeli sihtrühmade osakaal kogu esmatasandi haiguste ravis = (Esmatasandi põhihaiguste vastuvõttude arv esmatasandil + eriarstibist põhilistest kroonilistest haiguste arvelt esmatasandile nihutatavate teenuste maht) / teenuste maht kokku kõigi RHK-10 haigusrühmade (va. Z) lõikes

Tulemuseks on, et normatiivsesse mudelisse haaratud põhihaiguste osakaal haiguste ravi vastuvõttudes on 66,2% ja pereõdedel 83,4%. Vastavalt sellele proportsioonile tuleb põhihaiguste normatiivse käsitlemise alusel arvutatud teenusvajaduse mahtude hinnangut korrigeerida.

Tabel 7. Põhimudelis sisalduva haiguste ravi teenusmahu osakaalu hinnangu arvutuse sisendid

	Kõik vastuvõttud	Põhihaigustega diagnoosidega seotud vastuvõttud	Põhihaiguste vastuvõttude osakaal	Eriarstidelt lisanduvad krooniliste haiguste vastuvõttud	Kokku põhihaiguste vastuvõttud	Põhimudelis sisalduva haiguste ravi teenusmahu osakaalu hinnang
Perearst	3135583	1946250	62,1%	129451	2075701	66,2%
Pereõde	849094	605471	71,3%	102666	708137	83,4%

Neile eeldustele tuginedes oleks haiguste raviks vajalik töökohtade arv 2011. aasta rahvastiku kohta arvestatuna 547 perearsti ja 553 pereõde töökohta. Rahvastikuarengu struktuurset iseloomust tulenevalt perearstiteenuse töökohtade vajadus haiguste raviks aastaks 2030 Eestis suureneb 17 perearsti ja 42 pereõde töökoha võrra.



Joonis 4. Haiguste normatiivse ravi tööaja maht Eestis kokku arvestatuna perearsti ja pereõde töökohtadena põhistsenaariumi põhimudeli alusel

3.2.2 Tervisekontrolli ja ennetusega seonduv teenusevajadus

Tervisekontrolli ja vaksineerimise (b) puhul lähtutakse töökohtade vajaduse modelleerimisel suures osas välja kujunenud hetkepraktikast tegevussuundade mõttes. Mudelis kajastatakse ka väljatöötamisel olevaid programme.

Perearsti profülaktilisi vastuvõtte oli 2012. aastal Haigekassa andmetel 273 tuhat. Elanike küsitluse andmetel on ennetavate tervisekontrollide osakaal perearsti poole pöördumiste põhjusena aga väga tagasihoidlik.

Tabel 8. Perearsti poole pöördumise põhjused praksiste tüübi lõikes (Andmed: Paat jt, 2008)

Külastuse põhjus	Üksikpraksis (%)	Grupipraksis (%)	Pol tüüpi praksis (%)
Ennetav tervisekontroll	0	4,2	3,1

Tervise teenuste osutamise aruandluse alusel on perearstid olulisel määral kaasatud nelja tüüpi sõeluuringutesse. Kokku kasutasid perearstid 2012. aastal sõeluuringute koode 347 tuhat korda, mis moodustas vastavatest kasutustest 27%.

Tabel 9. Tervise teenuse osutamine perearstide poolt, 2012: sõeluuringud (Andmed: Haigekassa)

TERVISHOIUTEENUSE KOODI NIMETUS	Eriarst	Perearst	Kokku	Perearsti osakaal
SÕELUURINGUD, HORMOONUURINGUD, ...	590 849	232 423	823 272	28,2%
HÜÜBIMISJADA SÕELUURINGUD: PT, APTT*	207 121	109 768	316 889	34,6%
VÄLJAHEITE SÕELUURINGUD	5 773	4 115	9 888	41,6%
KUULMISE SÕELUURING	1 946	607	2 553	23,8%
ERÜTROTTSÜTAARSETE ANTIKEHADE SÕELUURING	95 353	14	95 367	0,0%
AINEVAHETUSHAIGUSTE SÕELUURINGUD	607	7	614	1,1%
NARKOOTILISTE AINETE JA RAVIMITE SÕELUURINGUD	14 353	1	14 354	0,0%
Kokku	916 002	346 935	1 262 937	27,5%

Haiguste ennetamise riiklik tegevuskava aastaks 2013 sisaldab 4 ennetava tervisekontrolli projekti, mille sihtrühmaks on täiskasvanud. Haigekassa lepingupartneriteks nende prioriteetidega tegelemiseks on erineval hulgal raviasutusi:

- ▶ Rinnavähi varajane avastamine - 7 raviasutust
- ▶ Emakakaela- vähi varajane avastamine – 20 raviasutust
- ▶ Fenüülketonuuria ja hüpotüreooosi uuringud -17 raviasutust
- ▶ Pärilike haiguste sünnieelne diagnostika - 5 raviasutust

Perearstikeskused projekti tegevusega seotud asutuste nimekirjadest puuduvad. Perearstide ja -õdede roll on projektide üldkirjelduste alusel assisteeriv ja teenusele suunav.

Täiskasvanute ennetava tervisekontrolli konkreetseks objektiks esmatasandil on südameveresoone-konnahaigused (SVH). Südame-veresoonekonna haiguste preventsiiooni kohta on koostatud asjakohased juhised (2006).

SVH preventsiiooni juhendi järgi on esmatasandi arstide ülesandeks:

30-60 aastaste isikute skriining ja kõrge riskiga isikute elustiili-alane nõustamine ning vererõhu, lipiidiparameetrite ja glükoositaseme monitoorimine. Perekondades, kus on esinenud südamelihase infarkte või ajuinsulte alla 55-aastastel meestel ja alla 65-aastastel naistel, on näidustatud SVH riskitegurite sõeltestid ka noorematel kui 30-aastastel ning väljendunud kõrge päriliku fooni korral ka lapseas.

Teenuse sisu vastavalt perearsti kvaliteedisüsteemi indikaatorite kirjeldustele (2012) piiritleb SVH sihtrühma vanuseliselt kitsamalt ning on järgmine:

- ▶ üldkolesterooli analüüs - perearsti nimistus olevad eelnevalt SVH diagnoosita 40-60-aastased kindlustatud: (2012.a. perearstide poolt määratud 17137 juhul)
- ▶ glükoosi analüüs - perearsti nimistus olevad eelnevalt SVH diagnoosita 40-60-aastased kindlustatud: (2012.a. perearstide poolt määratud 16109 juhul)
- ▶ kolesterooli fraktsioonide määramine - perearsti nimistus olevad eelnevalt SVH diagnoosita 40-60-aastased kindlustatud: (2012.a. perearstide poolt määratud 14460 juhul)
- ▶ pereõe nõustamine - perearsti nimistus olevad eelnevalt SVH diagnoosita 40-60-aastased kindlustatud

Peararsti kvaliteedisüsteemi indikaatorite kirjeldused 2013 sisaldavad indikaatorit:

- ▶ 40-60 aastastel sihtgruppi kuuluvatel isikutel määratud üldkolesterool - sihttase 80% perearsti nimistus olevatest eelnevalt SVH diagnoosita 40-60-aastastest kindlustatud isikutest, kel on määratud üldkolesterool vereseerumis vähemalt 1 x viimase 5 aasta jooksul

Tervise edendamise ja haiguste ennetamise pikaajalistest prioriteetidest tulenevalt on teiseks ennetavate tervisekontrollide sihtrühmaks pahaloomuliste kasvajate riskirühmad. Pereõe tegevusjuhend kirjeldab pereõe rolli rinnavähi ja emakakaelavähi sõeluuringute läbiviimisel:

- ▶ *Pereõde saab naise täiendavalt teavitada uuringul osalemise vajalikkusest, samuti kontrollida kutse saatmise sihtkohta. Kui naine on kutsutavate nimekirjas ja ei ole aadressimuutuse tõttu või mõnel muul põhjusel kutset kätte saanud, saab ta ennast uuringule registreerida isikut tõendava dokumendi alusel.*
- ▶ *Pereõde saab kontrollida ja ära märkida koostöös Haigekassaga andmebaasis naised, keda on uuringule kutsutud ning patsientide vastuvõtule pöördudes antud teemale tähelepanu pöörata. Samas saab patsientidelt paluda tuua andmed teostatud uuringute kohta.*

- ▶ *Pereõde õpetab patsientidele rindade enesekontrolli. Kõik üle 20 aasta vanused naised võiksid ise korra kuus oma rindu kontrollida. Kui naisel toimuvad menstruaatsioonid, siis sobib rindade kontrolliks kõige paremini 7. päev pärast menstruaatsiooni algust. Uuringu käigus tuleb jälgida, kas rinnas leidub tükke või on tunda ja/või näha midagi muud ebatavalist.*
- ▶ *Pereõde tuletab meelde, et naised peavad käima korrapäraselt günekoloogilises kontrollis, kus võetakse emakakaelt analüüs rakkude muutuste kohta testimiseks 2-3 aastase intervalliga.*

Peararstide osakaal selliste ennetavate tervisekontrollide teostamisel on võrdluses eriarstiabiga vähene.

Tabel 10. Rinnavähi ennetustegevuse tervishoiuteenuste hulk, 2012 (Andmed: Haigekassa)

Tervishoiuteenus	Eriarst	Perearst	Perearsti osakaal
Mammograafia	97926	4937	5,0%
PAP-testid	185234	513	0,3%
Kokku	283160	5450	1,9%

Peararstide ja -õdede tööaja määramise seminaride ja konsultatsioonide tulemusel on täiskasvanute ennetavate tervisekontrollidest ja sõeluuringutest mudelis kajastatud SVH haiguste, rinna- ja emakakaelavähi, eesnäärmevähi, jämesoolevähi, osteoporoosi ja melanoomi ennetamine riskirühmades. Täiskasvanute ennetavate tervisekontrollide käsitus mudelis on järgmine:

- ▶ SVH ennetus – sihtrühm on 40-60 aastased isikud; pereõde poolt viiakse läbi SVH hindamine ja analüüsid (30 min); nende puhul, kellel SCORE testi risk üle 5% (2012 - u. 5% testititest) toimub nõustamine (40 min)
- ▶ Emakakaelavähi ennetus – sihtrühm on naised 20-60; pereõde suunab nimistu liikmeid iga kahe aasta järel PAP-testile (20 min) ja annab oma pädevuse piires nõu; mudelis on arvestatud ka see, et 10% sihtrühma mahus korraldab uuringuid perearst (2 x 20 min).
- ▶ Rinnavähi ennetus - sihtrühm on naised 45-60; pereõde suunab nimistu liikmeid iga kahe aasta järel mammograafiasse (15 min) ja annab oma pädevuse piires nõu.
- ▶ Eesnäärmevähi ennetus - sihtrühm on mehed 50+; pereõde teostab 3 aastase intervalliga IBSS testi (20 min); perearst nõustab ja saadab PSA uuringutele (20 min) seniste tulemuste alusel u 15% IBSS testititest.
- ▶ Osteoporoosi ennetus – sihtrühm on naised 65+, pereõde viib kord aastas sihtrühmas läbi testi (10 min).
- ▶ Melanoomi ennetus – sihtrühm on 19+ isikud; kontroll (5min) viiakse läbi kord kahe aasta järel riskirühmas (esmane tunnus – hele nahk, u 25% populatsioonist); jaguneb võrdselt perearsti ja pereõde vahel.
- ▶ Jämesoolevähi ennetus – sihtrühm on 60-69; vastavalt programmiideele on sõeluuringule suunatavate sihtarv aastas 15 tuhat ehk u. 11% vanusrühmast; pereõde poolt tehtav töö sisaldab ka motiveerimist (10 min). Seniste tulemuste alusel vajab u. 7% testititest perearsti poolset nõustamist (20 min).

Elanikkonda ja selle vanusrühmi on täiskasvanute vaksineerimiskava (Kutsar, 2012) alusel soovitatav Eestis vaksineerida alljärgnevas tabelis sisalduvate vaktsiinivälditavate nakkushaiguste vastu.

Tabel 11. Täiskasvanute soovituslik vanuseline vaksineerimiskava (Kutsar, 2012)

Vaktsiinid	19-26	27-64	65+
Difteeria, teetanus, läkaköha (Td/Tdap)	1 annus Tdap ja iga 10 a. järel 1 annus Td/Tdap		
Leetrid, punetised, mumps	1 või 2 annust		
A-viirushepatiit	2 annust		
B-viirushepatiit	3 annust		
Gripp (inaktiveeritud)	1 annus igal hooajal		
Inimese papilloomiviiruse-nakkus	3 annust		
Pneumokoki-nakkus (polüsahhariid)			1 annus ja ≥5 a. järel 1 korduvannus
Pneumokoki-nakkus (konjugeeritud)			1 annus ja ≥5 a. järel 1 korduvannus
Vöötohatis			1 annus
Poliomüeliit (IPV)	1 annus		
Puukentsefaliit	3 annust ja 3-5 a. järel 1 korduvannus		

Tegelikult vaksineeritud täiskasvanute ja vaksineerimistoimingute arvu 2012. aasta seisuga kirjeldavad alljärgnevad tabelid.

Tabel 12. NH20: Täiskasvanute (18+) vaksineerimine nakkushaiguste vastu, 2012 (Andmed: TAI)

	Vaksineeritute arv	Revaksineeritute arv
Difteeria	165	27710
Teetanus	165	27714
..traumapuhune vaksineerimine teetanuse vastu	9	17700
B-viirushepatiit	1717	148
Poliomüeliit	51	178
Leetrid	115	38
Mumps	115	38
Punetised	115	38
Puukentsefaliit	8471	12145

Tabel 13. NH21: Vaktsineerimine gripi vastu vanusrühma järgi (Andmed: TAI)

	15-49.a	50-64.a	65.a ja vanemad
2008	12419	3812	2445
2009	18777	6826	3306
2010	12419	3812	2445
2011	9611	4029	2058
2012	7150	3509	2020

Tabel 14. Terviseteenuse osutamine perearstide poolt: revaktsineerimine 2012 (Andmed: Haigekassa)

TERVISHOIUTEENUSE KOODI NIMETUS	Perearst
DIFTEERIA I REVAKTSINEERIMINE	24 066
HAEMOPHILUS INFLUENZAE TÜÜP B I REVAKTSINEERIMINE	14 949
LÄKAKÖHA I REVAKTSINEERIMINE	23 454
POLIOMÜELIIT I REVAKTSINEERIMINE	23 304
TEETANUS I REVAKTSINEERIMINE	23 982
Kokku	109 755

Senise praktika ja perearstidega läbi viidud konsultatsioonide tulemusel on mudelisse kaasatud kolme tüüpi täiskasvanute vaktsineerimised järgmisel kujul:

- ▶ Difteeria, teetanus, läkaköha (Td/Tdap) revaktsineerimine – sihtrühm on 19+; vaktsineerimine toimub 10 aastase intervalliga
- ▶ Puukentsefaliidi vaktsineerimine – sihtrühm on 19+; arvestatakse 20% sihtrühma kaetust vaktsineerimine toimub 3 aastase intervalliga
- ▶ Gripi iga-aastane revaktsineerimine – sihtrühm 65+

Iga sellise vaktsineerimise keskmiseks ajakulaks on mudelis arvestatud 20 minutit pereõe tööaega.

Pearsti ja pereõe tegevus laste tervisekontrollis on oluliselt ulatuslikum kui täiskasvanute tervisekontrollis. Perearsti ja temaga koos töötavate tervishoiutöötajate tööjuhendi (2010) järgi:

Perearst teeb kuni 18-aastaste laste ennetavaid tervisekontrolle vastavalt käesoleva määruse lisas «0–18- aastaste laste ennetavate tervisekontrollide kava» kehtestatud. Lastele ennetava tervisekontrolli läbiviimiseks teeb perearst vajadusel koostööd kohaliku omavalitsuse lastekaitse- või sotsiaaltöötajaga.

Pereõe teeb kuni 18-aastaste laste ennetavaid tervisekontrolle vastavalt käesoleva määruse lisas «0–18- aastaste laste ennetavate tervisekontrollide kava» kehtestatud. Lastele ennetava tervisekontrolli läbiviimiseks teeb pereõe vajadusel koostööd kohaliku omavalitsuse lastekaitse- või sotsiaaltöötajaga.

Laste tervisekontrolli ülesanded on jagatud perearsti, pereõe, kooliõe ning eriarstide vahel ning toimuvad alljärgnevas tabelis kirjeldatud ajakava alusel.

Tabel 15. Kuni 18-aastaste laste ambulatoorse ennetava tervisekontrolli ajakava, teostajad

Lapse vanus	Klass	Arst	Õde	Hambaarst	Silmaarst	Kuulmisuuring	Vereanalüüs
1 nädal		X	X			X	
2 nädal		X					
1 kuud		X					
2 kuud			X				
3 kuud		X				X	
4,5 kuud			X				
6 kuud		X					
7 kuud			X				
9 kuud		X					X
12 kuud		X					
18 kuud		X					
2 aastat			X				
3 aastat		X		X	X		
4 aastat			X				
5 aastat		X					
6-7 aastat		X		X			
7-8 aastat	I		X	X			
8-9 aastat	II	X					
9-10 aastat	III		X	X			
11-12 aastat	V	X		X			
13-14 aastat	VII		X	X			
15-16 aastat	IX	X		X			
17-18 aastat	XI		X				

Laste läbivaatus ja väikelaste üldine tervisekontroll on perearsti lisatasusüsteemi osaks järgmises ulatuses:

- ▶ 1. elukuul - 90% hõlmatus
- ▶ 3. elukuul - 90% hõlmatus
- ▶ 12. elukuul - 90% hõlmatus
- ▶ 2 aasta vanuselt - 90% hõlmatus
- ▶ Kooliminevate laste läbivaatus (6-, 7- ja 8-aastastel) - 90% hõlmatus

2012. aastal osutati vastavaid tervishoiuteenuseid perearstide poolt mahus, mis on lähedane sünniaasta kohortide arvukusele Eestis.

Tabel 16. Tervishoiuteenuste osutamine: laste profülaktiline läbivaatus, 2012 (Andmed: Haigekassa)

TERVISHOIUTEENUSE KOODI NIMETUS	Eriarst	Perearst	Kokku	Perearsti osakaal
LASTE PROFÜLAKTILINE LÄBIVAATUS 1 ELUKUUL		14 683	14 683	100,0%
LASTE PROFÜLAKTILINE LÄBIVAATUS 3 ELUKUUL		15 554	15 554	100,0%
LASTE PROFÜLAKTILINE LÄBIVAATUS 2 AASTAT		15 396	15 396	100,0%
LASTE PROFÜLAKTILINE LÄBIVAATUS 12 KUUD		15 272	15 272	100,0%
LÄBIVAATUS VASTUVÕTUKS ÕPPEASUTUSSE		15 164	15 164	100,0%
Laste profülaktiline läbivaatus II klass		3 337	3 337	100,0%
Laste profülaktiline läbivaatus V klass		2 819	2 819	100,0%
Laste profülaktiline läbivaatus IX klass	10	2 625	2 635	99,6%
Kokku	10	84 850	84 860	100,0%

Laste vaktsineerimine on perearsti lisatasu süsteemi osaks järgmises ulatuses. 0–2-aastaste laste vaktsineerimine (hõlmatus):

- ▶ läkaköha - 90%
- ▶ difteeria - 90%
- ▶ teentanus - 90%
- ▶ poliomüeliit - 90%
- ▶ B-hepatiit - 90%
- ▶ Haemophilus influenzae tüüp b - 90%

1- ja 2- aastaste laste vaktsineerituse hõlmatus ületab kõigi haiguste osas kõigis maakondades 90% taset. Vaktsineerimine toimub tervisekontrolli visiitide raames ja vastav ajakulu sisaldub seal.

Sihtrühmade juhtumitega tegelemiseks kuluva tööaja muutus sõltub seega eelkõige soolis-vanuseliste rühmade arvukuse muutusest. Mudelisse kaasatud tegevused ning nende soolis-vanuselised sihtrühmad sisalduvad alljärgnevas tabelis.

Tabel 17. Laste tervisekontrolli tegevused ja sihtrühmad teenusvajaduse mudelis

SV rühm	Tegevus	Töökoht	Tegevuse normatiivne ajakulu (min)	Tegevuse normatiivne kordade arv aastas
M ja N 0	LASTE PROFÜLAKTILINE LÄBIVAATUS 1 ELUKUUL	perearst	40	1
M ja N 0	LASTE PROFÜLAKTILINE LÄBIVAATUS 1 ELUKUUL	pereõde	30	1
M ja N 0	LASTE PROFÜLAKTILINE LÄBIVAATUS 3 ELUKUUL	perearst	20	1
M ja N 0	LASTE PROFÜLAKTILINE LÄBIVAATUS 3 ELUKUUL	pereõde	20	1
M ja N 1	LASTE PROFÜLAKTILINE LÄBIVAATUS 12 KUUD	perearst	20	1
M ja N 1	LASTE PROFÜLAKTILINE LÄBIVAATUS 12 KUUD	pereõde	20	1
M ja N 2	LASTE PROFÜLAKTILINE LÄBIVAATUS 2 AASTAT	perearst	20	1
M ja N 2	LASTE PROFÜLAKTILINE LÄBIVAATUS 2 AASTAT	pereõde	20	1
M ja N 7	LÄBIVAATUS VASTUVÕTUKS ÕPPEASUTUSSE	perearst	20	1
M ja N 7	LÄBIVAATUS VASTUVÕTUKS ÕPPEASUTUSSE	pereõde	20	1
M ja N 9	Laste profülaktiline läbivaatus II klass	perearst	20	1
M ja N 9	Laste profülaktiline läbivaatus II klass	pereõde	20	1
M ja N 12	Laste profülaktiline läbivaatus V klass	perearst	20	1
M ja N 12	Laste profülaktiline läbivaatus V klass	pereõde	20	1
M ja N 16	Laste profülaktiline läbivaatus IX klass	perearst	20	1
M ja N 16	Laste profülaktiline läbivaatus IX klass	pereõde	20	1

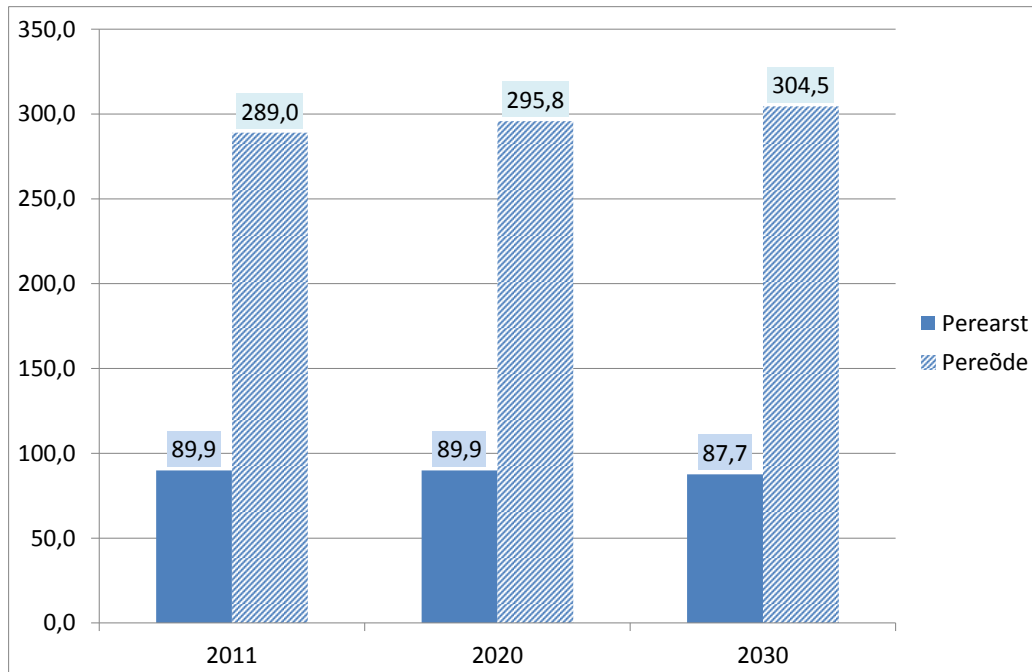
Lisaks arvestatakse mudelis perearstipraksiste senisele praktikale tuginedes täiendav töökoormus tervisetõendite väljastamiseks suhtena haiguste ravi ajakulust. Vastavat suhet mõõtvat koefitsiendi väärtus (tervisetõendite väljastamise summaarne ajakulu jagatuna akuutsete ja krooniliste haiguste ravi ajakuluga) on päevikuuuringu tulemuste põhjal 3,5% perearsti ja 5% pereõde haiguste ravi arvestusliku töö mahu kohta.

Tervisekontrolli tööaja kulu üldvalem on järgmine:

$$\text{Ajakulu tervisekontrolli osutamiseks kokku} = \text{summa (teenuste sihtrühma suurus} \times \text{ühiku ajakulu} \times \text{teenuse keskmine maht aastas)} + (\text{haiguste ravi ajakulu} \times \text{tervisetõendite väljastamise ajakulu koefitsient (0,035 ja 0,05)})$$

Taandatuna töökohtadeks (vt taandamise üldvalem eelpool) saame tulemuseks 2011. aasta rahvaloenduse andmete kohta töökohtade vajaduseks tervisekontrolli ja vaksineerimise teostamiseks

ülal esitatud eeldustel 90 pereearsti töökohta ja 289 pereõe töökohta Eestis kokku. Rahvastikuprotsessidest tulenevalt töökohtade vajadus nendeks tegevusteks väheneb 2 perearsti töökohta võrra aastaks 2030, pereõe puhul kasvab 15 töökohta võrra.



Joonis 5. Tervisekontrolli ja vaksineerimise tööaja maht Eestis kokku arvestatuna perearsti ja pereõe töökohtadena

3.2.3 Tervisenõustamisega seonduv teenusevajadus

Tervisenõustamine (c) on tegevusvaldkond, mis esmatasandi arengusuundade töödokumendis on määratletud eraldi teenusena, mida osutavad perearstid ja pereõed või eraldi tervisenõustajad ja spetsialiseerunud õed (nt vaimse tervise õed). Kuivõrd tervisenõustajate ja spetsialiseerunud õdede süsteem on Eestis väga varases arengujärgus, siis on siinses mudelis nõustamisteenust ja selle sihtrühmi käsitletud kui perearstiteenuse osa, mis laiendab võrreldes olemasolevaga nii pereõe kui ka perearsti töövaldkonda ja tööaega olulises ulatuses.

Nõustamine peaks prioriteedina olema suunatud riskirühmadele ja olemas on ka algoritmid nende käsitlemiseks (sh lühinõustamine ja pikem nõustamine) järgmiste sihtrühmade jaoks:

- ▶ Geneetilised soodumused
- ▶ Suitsetajad (Ani, 2012; Ani ja Ingerainen, 2012)
- ▶ Ülekaalulised (Maser jt, 2008)

Pereõe tegevusjuhendis sisalduv riskirühmade loetelu, keda oleks vajalik nõustada, on pikem:

- ▶ Ülekaalusis
- ▶ Düslipideemia
- ▶ Vähese kehalise aktiivsusega inimesed
- ▶ Aktiivsed suitsetajad ja passiivsed suitsetajad
- ▶ Alkoholi liigtarbijad
- ▶ Mõnuainete kasutajad
- ▶ Ülemäära stressis olevad inimesed.
- ▶ Eakad.

Riskirühmadesse kuuluvate inimeste osakaal elanikkonnas on ulatuslik, sõltub soolis-vanuseelistest ja piirkondlikest teguritest ning omab üldistanuna olulist esmatasandi tööaja vajadust suurendavat potentsiaali. Praegu esmatasandil toimiv riskirühmade nõustamistegevus ei suuda katta riskirühmadesse kuuluvaid inimesi ning piisavalt tõhusalt muuta nende elulaadi.

Eraldi nõustamisrühma moodustavad esmatasandi vaimse tervise teenuse sihtrühmad, mille käsitlus esmatasandil on võrdluses probleemide ulatusega selgelt ebapiisav. Käesolevas mudelis on arvesse võetud üksnes depressioonis isikute lühinõustamine perearstide poolt. Esmatasandi tervisekeskuste teenuste loetelu täiendamine universaalse vaimse tervise õendusteenusega eeldaks teenuse sisu ja sihtrühmade määratluse paremat välja kujundatust tervishoiusüsteemis (kuid vt. Bogdanov ja Pärtel, 2012) ning jääb käesolevast põhiteenuseid haaravast mudelist välja.

Mudelisse on ekspertidega läbi viidud konsultatsioonidele tuginedes kaasatud 4 tervise riskirühma, mis peaksid olema nõustamistegevuste esmasteks sihtrühmadeks perearstiteenuse osana:

- ▶ Igapäevasuitsetajad
- ▶ Alkoholi liigtarvitajad
- ▶ Depressioonis isikud
- ▶ Rasvunud isikud.

Nõustamistegevuste tööaja mahu arvutamise baasisendiks on riskirühmadesse kuuluvate isikute arv/osakaal soolis-vanuseelistes rühmades. Siin kasutatakse mudelis lähtekohana asjakohaste terviseprobleemide esinemise keskmisi väärtusi Eesti kohta soolis-vanuseliste rühmade lõikes 2012. aasta Eesti elanikkonna tervisekäitumise uuringu (Tekkel ja Veideman, 2013) alusel.

Tabel 18. Terviseprobleemi osakaal soolis-vanuselises rühmas, Eesti (Tekkel ja Veideman, 2013)

	Mehed						Naised					
	16-24	25-34	35-44	45-54	55-64	Kokku	16-24	25-34	35-44	45-54	55-64	Kokku
Rasvunud, kehamassiindeks üle 30	3,9	11,1	20,6	27,1	28,6	18,6	5,5	5,9	16,1	26	33,3	19,3
Depressioon	6,7	7,8	11	7,1	7,9	8,0	5,2	8,1	11,7	11,6	13	10,4
Alkoholi tarbimise sagedus: üks kord kuus; üks kord nädalas; peaaegu iga päev	44,2	50,0	46,0	41,3	34,1	43,8	21,9	14,4	14,5	7,6	6,4	13,9
Igapäevasuitsetaja	27,1	40,6	40,4	44,1	28,5	36,2	16,7	16,5	19,5	19,9	17,8	18,3

Nende riskirühmade osakaalud elanikkonna soolis-vanuselistes rühmades võivad tulevikus muutuda, muuhulgas väheneda tõhusa nõustamistegevuse tulemusena. Välistatud ei ole ka terviseprobleemidega isikute osakaalu kasv. Mudeli selle komponendi põhistsenaariumis eeldatakse täpsema teadmise puudumisel, et nõustamisest tulenevaid positiivseid muutusi tasakaalustavad muudest teguritest tulenevad negatiivsed muudatused. Siiski, alkoholi ja suitsetamisega seotud probleemide levimuse osas eeldatakse probleemsete isikute osakaalu vähenemist iga soolis-vanuselises rühmas 2020. aastaks 10% võrra ning 2030. aastaks veel 10% võrra.

Nõustamise ühiku ja ajakulu määratlemise aluseks mudelis on perearstide esindajate ja asjakohaste juhendmaterjalide koostajate eksperthinnangud probleemide tulemusliku käsitlemise iga-aastastest minimaalsetest mahtudest. Mudelis eeldatud nõustamise sihtrühmade kaetuse tase ning nõustamise sisu sihtrühmade alusel on järgmine:

- ▶ Igapäevasuitsetajate nõustamine – pereõe esmane lühinõustamine 90% igapäevasuitsetajatest (a 15 min), 40% lühinõustatutest suunatakse kestvale nõustamisele (36% igapäevasuitsetajatest) - esmane visiit 50 minutit ja 5 kordusvisiiti (a 15 min); perearsti poolt vajalik panus on seoses retseptiravimitega - 20% kestva nõustamise teenusel ehk 18% igapäevasuitsetajatest (6 visiiti, a 15 min). Keskmistatult tähendab see 65 minutit tööaega pereõele ja 18 minutit tööaega perearstile iga igapäevasuitsetaja kohta.
- ▶ Alkoholi liigtarvitajate nõustamine - sihtrühma määratlemise aluseks on tervist ohustav/kahjustav alkoholi tarbimine elanikkonnas TAI Elanikkonna tervisekäitumise uuringu (Tekkel ja Veideman, 2013) alusel, Tabel 68a: Alkoholi tarbimise sagedus Üks kord kuus; üks kord nädalas; peaaegu iga päev. Nõustamise lähtekohaks on AUDIT test, millega kaetava osa sihttase on 60% tervist ohustava või kahjustava tarbimisega isikutest (WHO max). Testimise ajaline kestvus on 10 minutit. Kõik testitud saavad 1 visiidi tulemuste tõlgendust ja lühinõustamist, a 20 min. Vastavalt Saame et al 2011 perearstiteenuse pilootuuringu tulemustele (Saame jt, 2011) vajab 84% testitutest lisaks laiendatud nõustamist, mis peaks sisaldama ka motiveeriva intervjuu, lisandub 20 minutit tööaega.

43% testitustest ja lühinõustatutest vajavad lisaks motiveerivale intervjuule veel 2 visiiti, a 20 minutit. 21% (Audit skoor 20+) testitustest ja lühinõustatutest vajavad perearsti konsultatsiooni, a 20 minutit ja suunamist eriarstile. Testimise ja nõustamise intervall sihtrühma kuuluva isiku osas on 2 aastat. Nõustamise tulemuslikkuse arvestamine - 2020.a. sihtrühmade osakaalu vähenemine 10%, ja 2030 veel 10%. On uuringutulemusi, mis räägivad 20% nõustamise edukusest (kui 60% kaetakse nõustamisega on tulemuslikkuse määr lähedane mudelis eelduseks võetuga). Sihtrühma kuuluva isiku kohta tähendab eelkirjeldatud nõustamisprotsess 2,1 minutit perearsti ja 17,3 pereõe tööaega aastas.

- ▶ Depressiooni tundvate isikute osas on nõustamise kaetuse sihttase 25% (oluline osa depressiooni diagnoosiga isikutest on kaetud haiguse (medikamentoosse) raviga). Mudelis on arvestatud lisaks esmase perearsti visiidile, mille raames tehakse EMS test (30 min), 1 täiendav 30 minutiline visiit perearsti juurde. Iga depressiooni tundva isiku kohta tähendab see keskmiselt 15 minutit perearsti tööaega aastas. Eeldatakse, et perearsti suunab patsiendi vajadusel psühhiaatri või psühhoterapeudi juurde, mis jäävad esmatasandi tervisekeskuste mudeli (põhi)teenuste loetelust siin välja. Vaimse tervise õendusabi teenuse välja kujunemisel ja esmatasandi tervisekeskuste teenuste valiku osaks saamisel lisandub selle arvelt tervisekeskuse töökohtade vajadus (vt ka Bogdanov ja Pertel, 2012; Kleinberg jt, 2011).
- ▶ Rasvunud isikud – sihtrühma kaetuse sihttase mudelis on 16-64 vanusrühmas 75% ning 11-15 vanusrühmas 100%. Keskmise nõustamisteenuse mahuks on 2 perearsti vastuvõttu (a 30 min), 4 30 minutilist pereõe vastuvõttu ning lisaks 6 pereõe poolt läbi viidavat 60 min grupinõustamise seansi aastas.

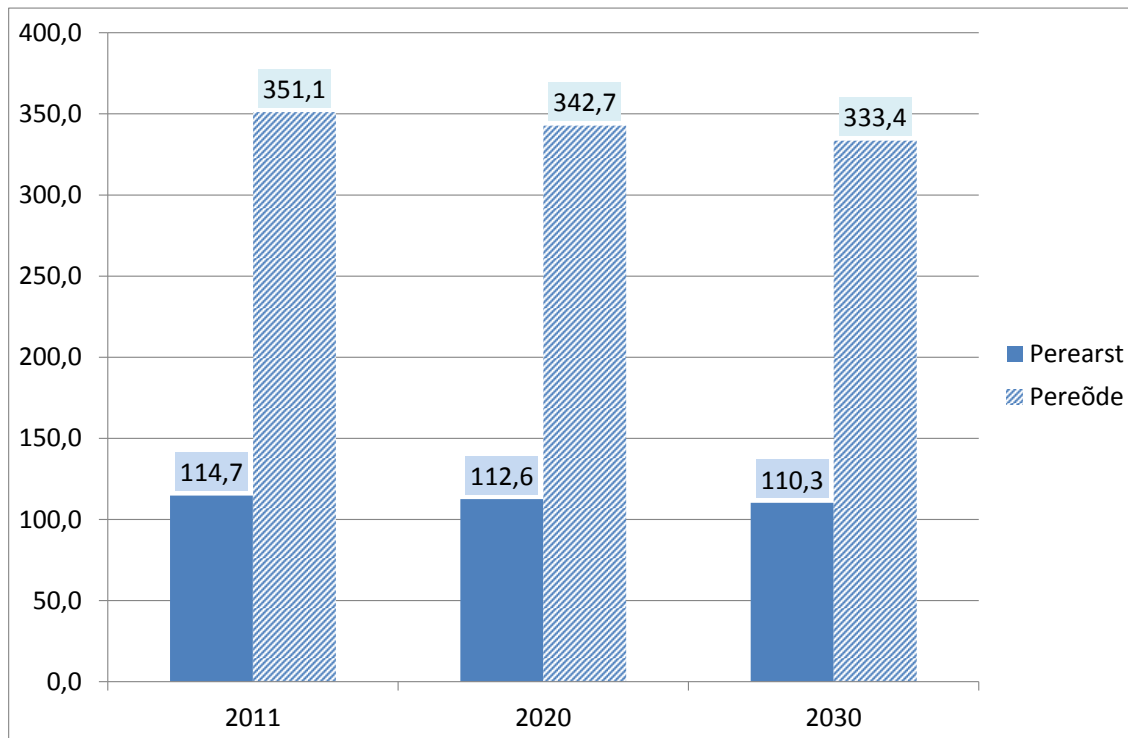
Nõustamistegevuste ajakulu arvutamise üldvalem on:

Ajakulu nõustamistegevuste osutamiseks kokku = summa (riskirühma suurus x ühiku ajakulu x tegevuse kordade arv aastas)

kus

Riskirühma suurus = rahvastikuprognoozi soolis-vanuselise rühma suurus x asjakohase terviseprobleemiga isikute osakaal (vt. Tabel ülal) x muutus (100% ehk sama tase või 90% ehk 10% paranemine)

Kokku oleks Eestis selliseks riskirühmade nõustamistegevuseks vajalik 2011. aasta rahvastiku arvu ja struktuuri jaoks 115 perearsti töökohta ning 350 pereõe töökohta. Vajalike töökohtade arv väheneb 2030. aastaks vastavalt 110 ja 333 töökohani.

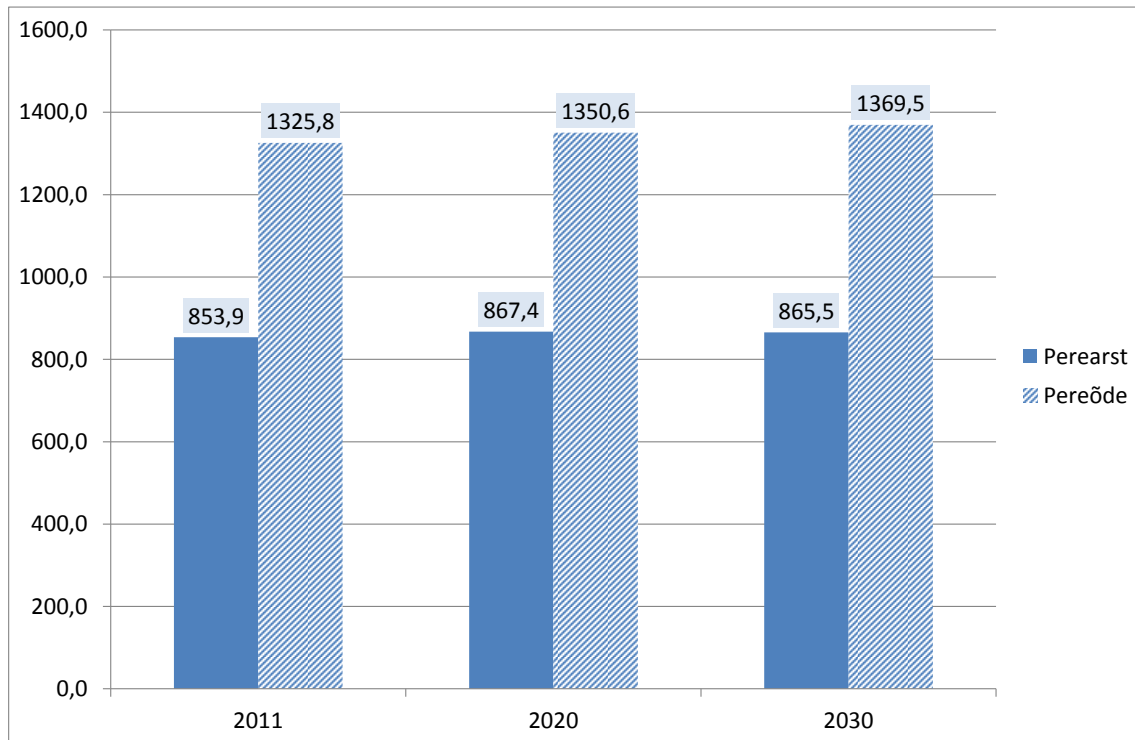


Joonis 6. Riskirühmade nõustamise tööaja maht Eestis kokku arvestatuna perearsti ja pereõe töökohtadena

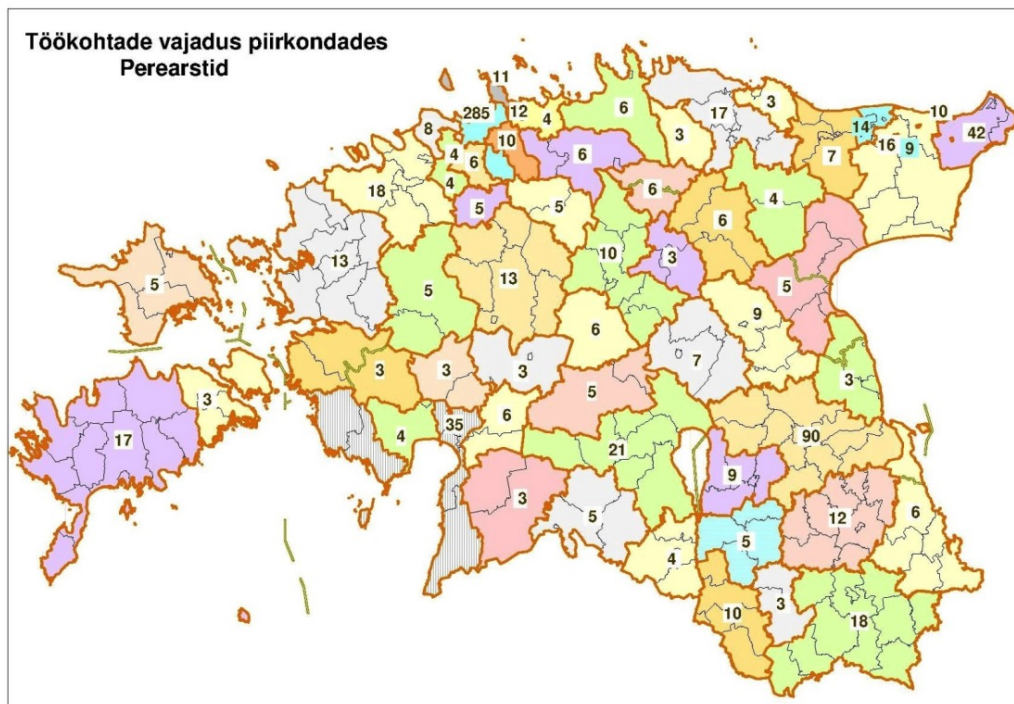
3.2.4 Põhistsenaariumi põhimudeli koondtulemused

Summeerides (a) haiguste ravi, (b) tervisekontrolli ja vaksineerimise ning (c) riskirühmade tervisenõustamise ajakulu ning arvestades nende tegevuste proportsiooni perearsti (88%) ja pereõe (90%) üldises tööajas saame tulemuseks perearstiteenuse osutamiseks vajaliku tööaja aastas ning sellele vastava töökohtade arvu.

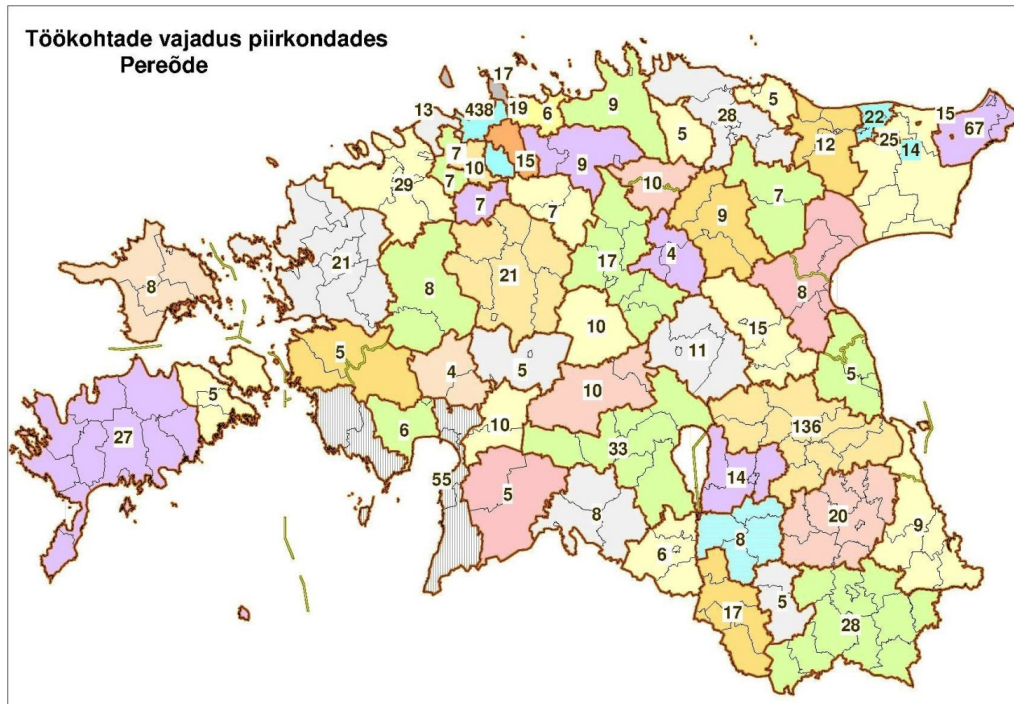
Alljärgnevalt on esitatud perearstiteenuse põhistsenaariumi tulemused põhimudeli eelduste alusel, kus esmajoonel krooniliste haiguste täiendava käsitlemise ning riskirühmade tervisenõustamise mahtude lisandumise tõttu ilmneb vajadus esmatasandi spetsialistide arvu suurendamiseks Eestis tervikuna. Põhiline erinevus olemasoleva (st 2013. aasta novembri seis) ja mudelis eeldatud teenuse mahule vastavas töökohtade arvus avaldub pereõdede osas. Kui 2013. a. novembris oli Eestis täidetud 978 pereõe töökohta, siis mudeli alusel oleks 2011.a. rahvastiku kohta vajalik 1326 pereõe töökohta. Perearstide puhul oleks vajadus võrdluses 2013. aasta novembri seisuga 5 töökoha võrra väiksem – 859 töökoha asemel 854 töökohta. Rahvastikuprotsesside mõju perearstiteenuse vajaduse muutusele oleks Eesti kohta tervikuna tagasihoidlik – rahvaarvu prognoositavat vähenemist kompenseerib teenusvajaduse mõttes elanikkonna vananemine. Perearstide töökohtade arv peaks selle arvelt kasvama 12 ja pereõdede töökohtade arv 44 töökoha võrra.



Joonis 7. Perearsti ja pereõde töökohtade vajadus Eestis kokku: põhistsenaariumi põhimudel



Joonis 8. Perearsti töökohtade vajadus teenuspiirkondades, 2020: põhistsenaariumi põhimudel

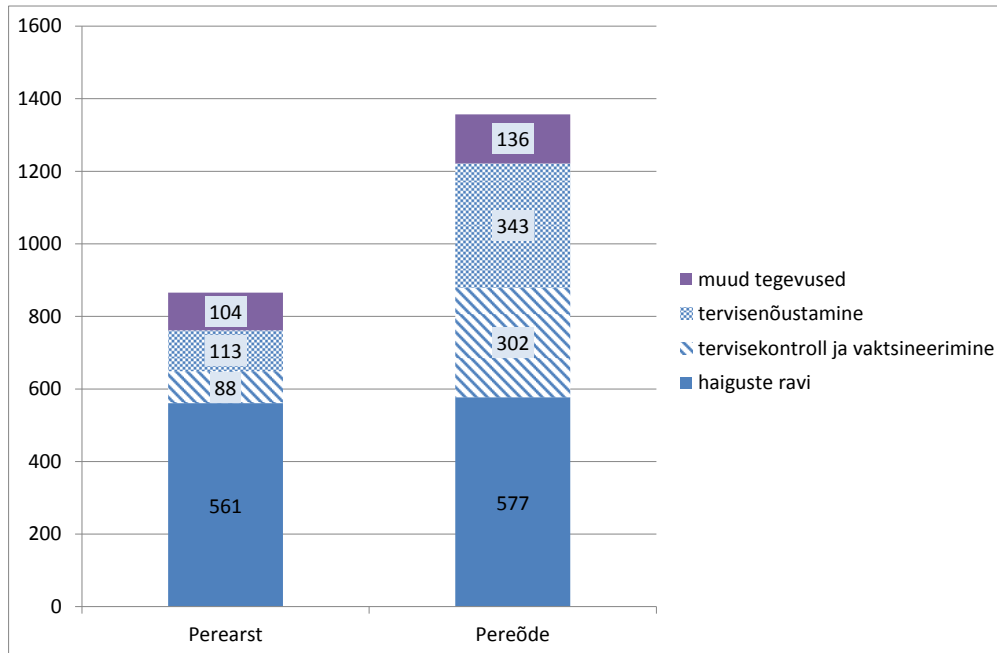


Joonis 9. Pereõde töökohtade vajadus teenuspiirkondades, 2020: põhistsenaariumi põhimudel

Taandades töö summaarse ajakulu standardseks 20 minutiliseks vastuvõtuks, sisaldab töökohtade mudel kokku 4,25 miljonit perearsti vastuvõttu ning ligi 7 miljonit pereõde vastuvõttu.

Tabel 19. Perearstiteenuse töökohtade mudeli põhistsenaariumis sisalduv standardiseeritud vastuvõttude arv

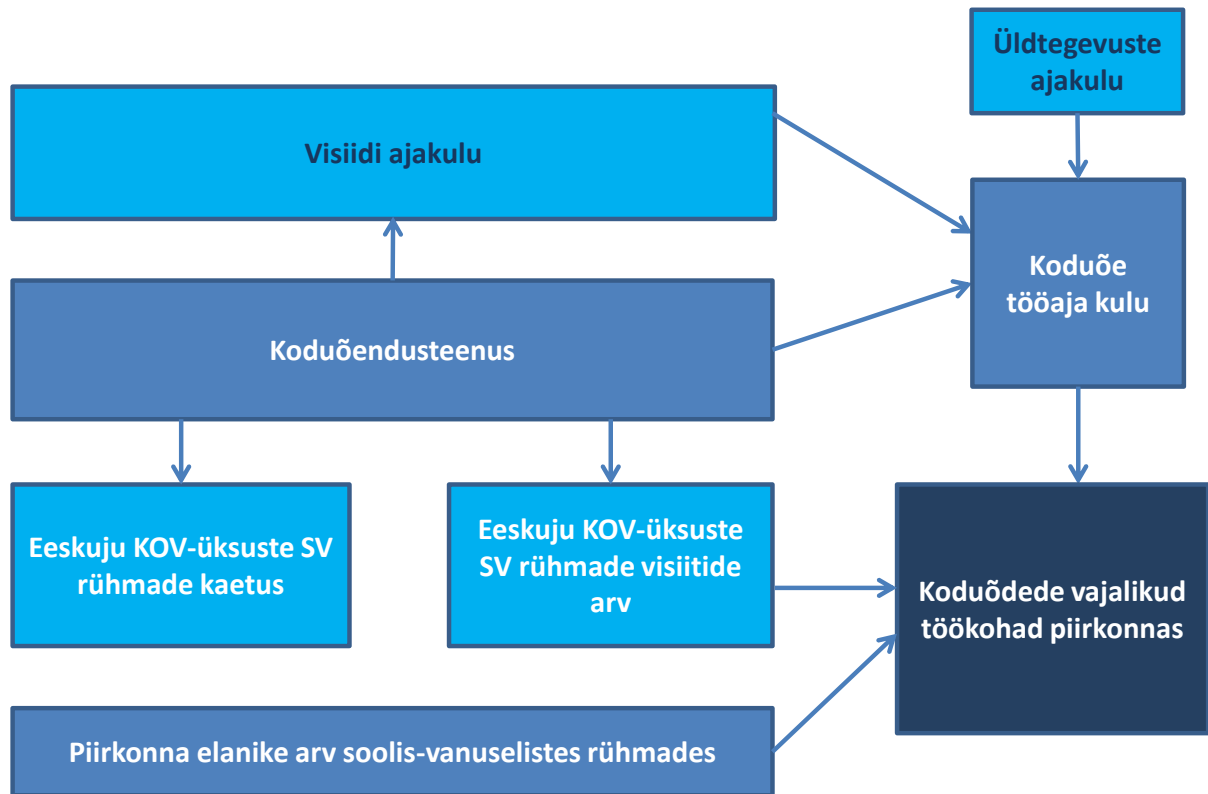
Töökoht ja tegevuste rühm	2020	2030
Perearst kokku	4 259 537	4 247 771
haiguste ravi tegevused	3 136 232	3 151 966
nõustamine	629 751	616 760
tervisekontroll ja vaksineerimine	493 554	479 045
Pereõde kokku	6 829 452	6 924 452
haiguste ravi tegevused	3 226 651	3 325 433
nõustamine	1 916 286	1 864 576
tervisekontroll ja vaksineerimine	1 686 515	1 734 444



Joonis 10. Töökohtade vajaduse mahu jaotus tegevusrühma alusel, 2020

3.3 Koduõendusteenus

Põhistsenaariumi mudelis eeldatakse, et toimiv süsteem võimaldab teenuse vajadust piisaval määral katta seal, kus teenuse osutajad on olemas ning Haigekassa poolt rahastatud – esmajoones suuremates linnades.



Joonis 11. Koduõendusteenuse põhistsenaariumi töökohtade vajaduse modelleerimise üldloogika

Mudeli arvutustes kõigi piirkondade kohta lähtutakse teenuse mahtudest nn eeskuju KOV-üksustes soolis-vanuseliste (SV) rühmade 2013. aasta tarbimise alusel. Eeskuju KOV-üksuste valiku kriteeriumiteks on: KOV elanike arv 5 tuhat ja enam ning teenuse maht üle Eesti keskmise. Valikusse kuulub 17 KOV-üksust.

Tabel 20. Koduõendusteenuse põhimudeli eeskju KOV üksuste teenuse maht, 2013.a. (Andmed: Haigekassa)

KOV üksus	Isikute arv teenusel	Teenusel isikuid 1000 elaniku kohta	Teenuse hulk kokku	Teenuse kordade arv 1000 elaniku kohta	Keskmine teenuse kordade arv teenust saanud isiku kohta
Elva linn	89	15,3	3233	556,7	36,3
Jõhvi vald	109	8,8	2358	190,9	21,6
Kiviõli linn	75	12,9	1157	199,0	15,4
Kohtla-Järve linn	511	13,4	9664	253,0	18,9
Kuressaare linn	86	6,1	2824	200,7	32,8
Kuusalu vald	69	10,4	1497	225,8	21,7
Narva linn	455	7,3	18047	290,7	39,7
Paide linn	75	8,8	1556	182,0	20,7
Pärnu linn	291	7,0	4081	98,3	14,0
Räpina vald	48	9,4	1279	251,2	26,6
Sillamäe linn	189	13,0	4027	276,1	21,3
Suure-Jaani vald	52	9,4	740	133,5	14,2
Tapa vald	61	7,5	1819	224,9	29,8
Valga linn	85	6,3	2523	187,9	29,7
Viljandi linn	187	10,1	4606	249,1	24,6
Võru linn	84	6,4	2253	171,1	26,8
Kokku	2 466	9,0	61 664	225,5	25,0

Mudeli üldvalem on:

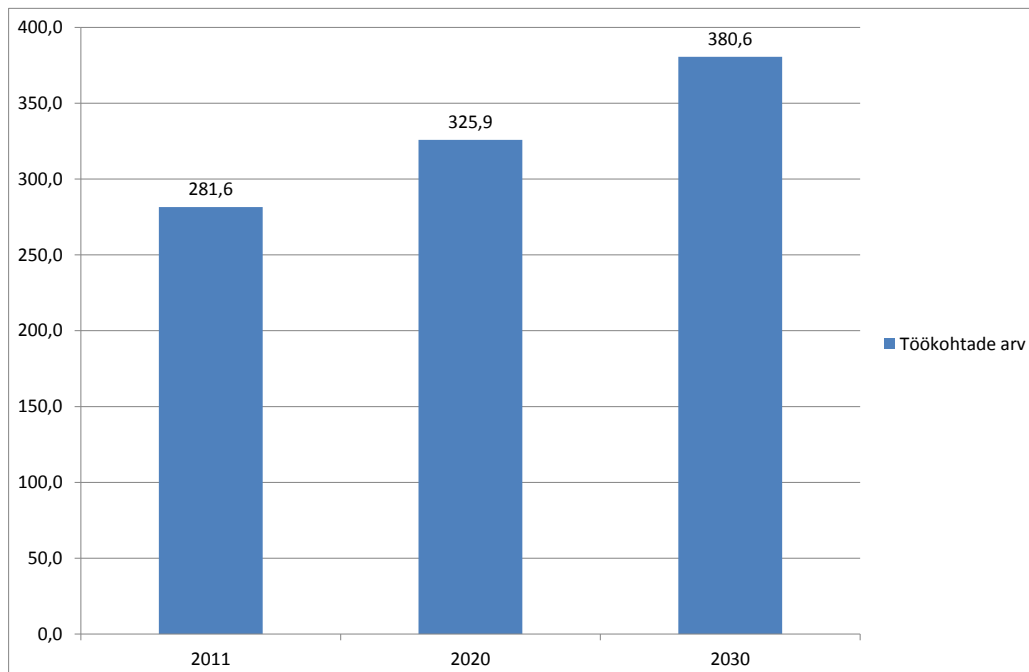
Ajakulu teenuse osutamiseks kokku = sihtrühma suurus x teenuse maht aastas (keskmine teenuse kordade arv eeskju KOV-des) x ühiku ajakulu + ajakulu kohustuslikuks enesetäiendamiseks (60 t) ja terviseedenduslikus töös osalemiseks (60 t), kokku 120 t = 6,5%

Kuigi praktikas on esmased visiidid tavaliselt selgelt suurema ajakuluga (isegi kuni u. 3 tundi) - siis koostatakse anamnees, raviplaan, tehakse esmased õendustoimingud - kui korduvad, ei ole mudelis tulenevalt konsultatsioonidest Eesti Õdede Liidu koduõenduse seltsingu juhiga algselt mudelisse sisse kirjutatud eristust esmaste ja korduvate visiitide kestvuse osas arvestatud. Kõik visiidid sisalduvad mudelis kui 1,5 tunnised visiidid, sisaldades ka kohalesõidu aja. Oluline probleem teenuse kättesaadavusel on teenust vajavate isikute kaugus teenuse osutajast. ETTK loomisel võib kauguse tähtsus teenuse tasuvuse osas isegi suureneda. Seetõttu on mudelis arvestatud KOV-üksustel, mille keskus asub ETTK potentsiaalsest asukohast üle 15 km kaugusel, igale visiidile lisanduvalt 30 min. Vastav koefitsient või täpsustatud lahendus (vt. osaraport 5) on soovitatav kättesaadavuse ühtlustamiseks kirjutada ka rahastamise kulumudelisse.

Tabel 21. Koduõendusteenuse tegevused ja nende ajakulu mudelis

Tegevus	Ühiku ajakulu (min)	Selgitus
esmane visiit	90	Esmase visiidi erisust mitte arvesse võttes ajakulu
korduv visiit	90	Haigekassa arvestuslik ajakulu ühe visiidi kohta, sisaldab ka kuni 10 km sõiduteed
kauguskoefitsent	30	ettepanek täiendava ajakulu arvestamiseks teenuse osana, kui teenuse saaja asub KOV-üksuses, mille keskuse kaugus ETTK asukohast jääb vahemikku 10-20 km (20 km võiks olla ETTK teeninduspiirkonna max raadius); arvestatakse mudelis KOV-üksuse põhiselt täiendava tunnusena

Ühtlustades koduõendusteenuse mahte eeskju KOV-üksuste tasemele suureneks koduõdede vajadus võrreldes olemasoleva töökohtade arvu ja 0-stsenaariumi tulemustega kahekordseks. Rahvastiku vananemise tulemusel kasvaks koduõdede vajadus Eestis 2030. aastaks veel 100 töökohta võrra 380-ni.

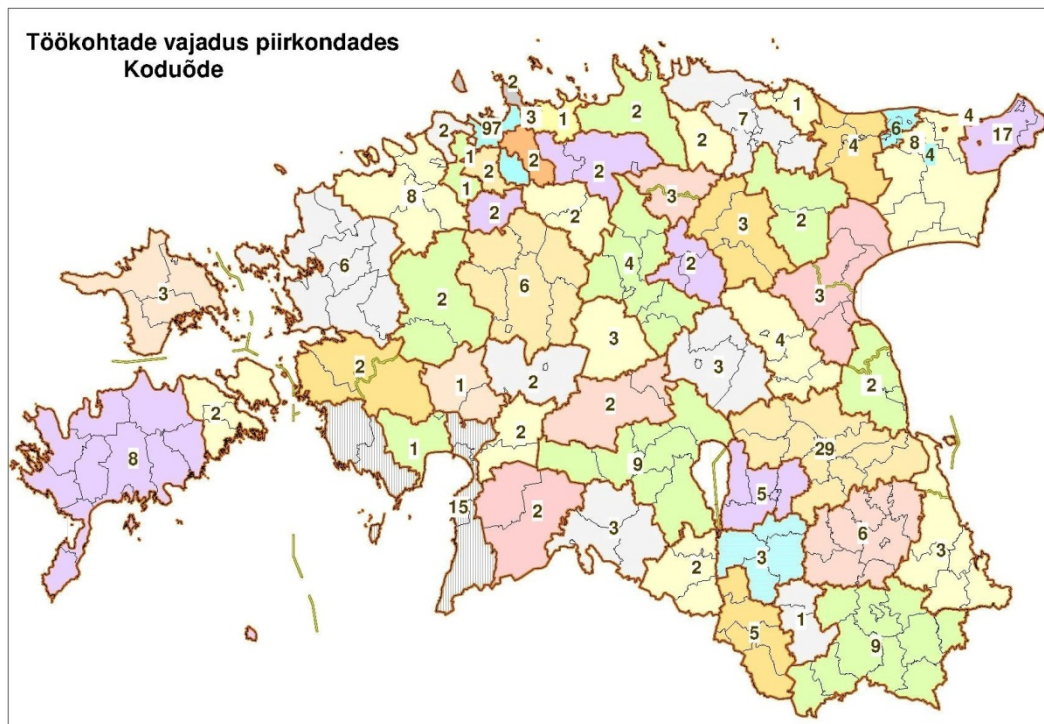


Joonis 12. Koduõdede töökohtade vajadus Eestis põhistsenaariumi alusel

Mudelis sisalduv koduviisiite arv läheneb võrdluse hetkeseisuga hooldusravivõrgu arengukava eesmärgile (aastaks 2015 - 0,5 miljonit koduviisiit aastas), kuid jääb sellele siiski veel alla.

Tabel 22. Koduõendusteenuse töökohtade mudeli põhistsenaariumis sisalduv tegevuste arv

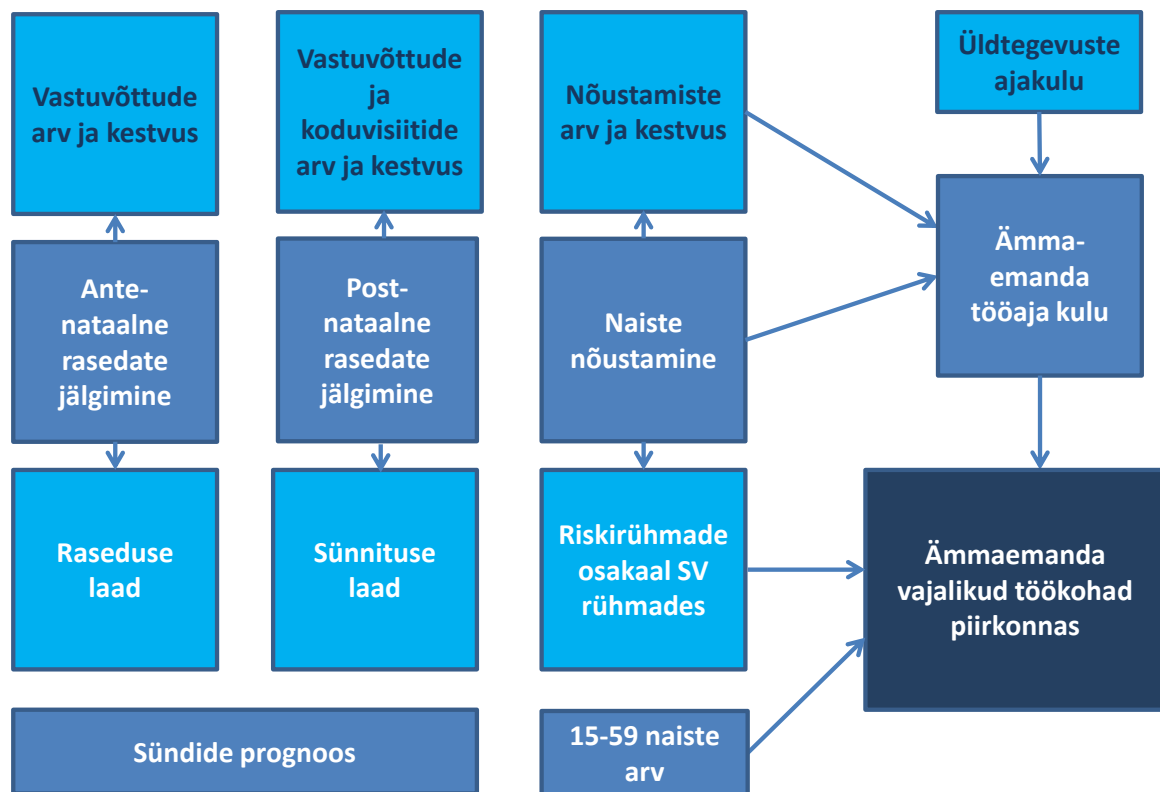
Tegevused	2020	2030
esmane visiit	14534	16994
korduv visiit	356080	416085
Kogusumma	370614	433080



Joonis 13. Koduõde töökohtade vajadus teenuspiirkondades, 2020

3.4 Ämmaemandusabiteenus

Esmatasandil osutatava iseseisva ämmaemandusabi teenuse vajaduse põhistsenaariumi mudel võtab aluseks teenuse jaotuse tegevusteks, nende normatiivse ajakulu ning sihtrühmade mahu.



Joonis 14. Ämmaemandusabi põhistsenaariumi töökohtade vajaduse modelleerimise üldloogika

Ämmaemandusabi vajadus on otseselt seotud kahe sihtrühma suurusel: sündide ja sünnitavate arv ning seksuaaltervise nõustamise sihtrühma kuuluvate isikute arv.

Teenuse mahu arvutamise üldvalem on:

Ajakulu teenuse osutamiseks kokku = sihtrühma suurus x tegevuse ühiku ajakulu x teenuse maht x + ajakulu kohustuslikuks enesetäiendamiseks (60 t) ja terviseedenduslikus töös osalemiseks (60 t), kokku 120 t = 6,5%

kus

Raseduse jälgimise sihtrühma suurus = rahvastikuprognosi sündivate laste arv x 98% (arvestab mitmiksünnituste osakaalu, ning

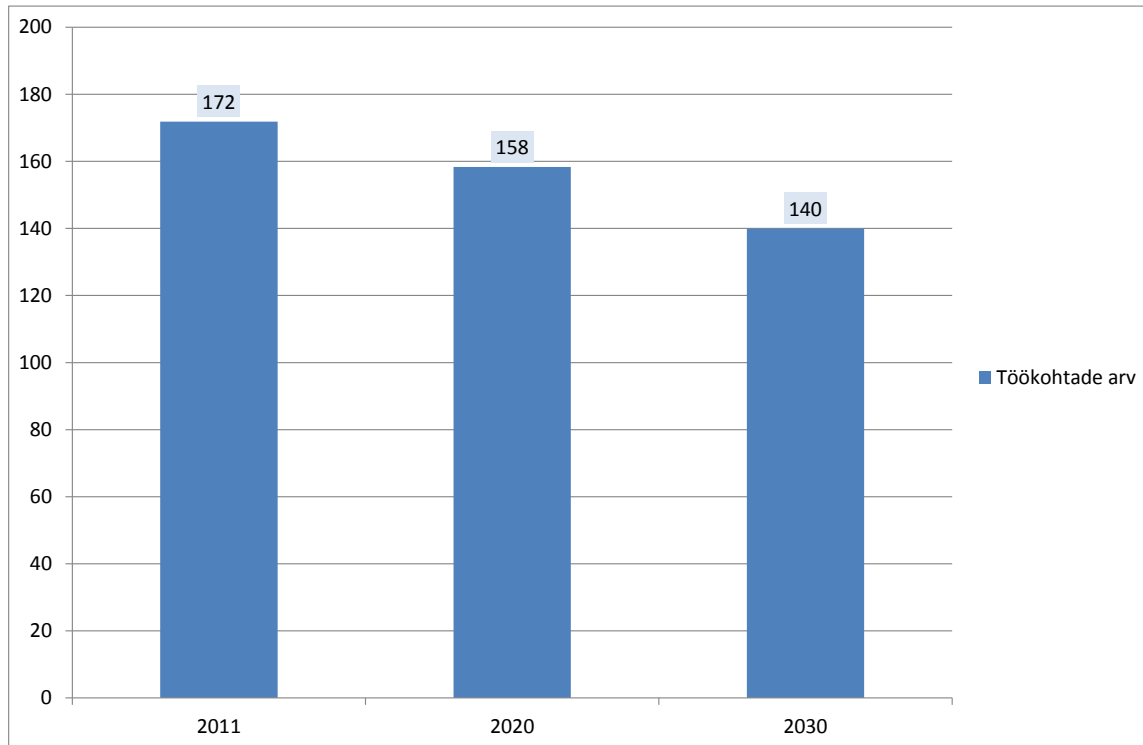
Nõustamise sihtrühma suurus = rahvastikuproгноosi 15-59 naised

Täiendavalt tuleb arvesse võtta iseseisva ämmaemandusteenuse kasutust erinevat laadi raseduste ja sünnituste vahel. Kas tegemist on normaalse või riskirasedusega, esmase või korduvsünnitusega.

Konsultatsioonide tulemusel Eesti Ämmaemandate Ühingu esindajatega sisalduvad ämmaemandusabi teenuse tegevused põhimudelil järgmiselt:

- ▶ Prenataalne rasedate jälgimine: Esmane visiit (60 min) toimub 100% ämmaemanda juurde. Edasi suunatakse 90% ämmaemanda jälgimise alla ning 10% naistearsti jälgimise alla (see tähendab olulist muudatust võrdluses olemasolevaga, kus proportsioon on u 50/50). Ämmaemanda jälgimisel patsiendid (90%) jagunevad selliselt: 50% kõigist rasedatest/sünnitajatest (st 100%-st) 8 ämmaemanda visiiti ja 1 arstile; 40% (nn riskirasedad) 4 arstivisiiti ja 5 ämmaemanda visiiti. Arsti jälgimisel olevast 10%-st rasedatest tehakse 4 visiiti ämmaemandale ja 8 arstile (kokku 12 visiiti).
- ▶ Postnataalne jälgimine: Kõigile sünnitajatele koduviit 90 min 1 kord; esmasünnitajatele, keda on 40%, lisaks üks koduviit 90 min. Kõigile ämmaemanda jälgimisel olevale isikule (90%) – 1 ämmaemanda ja 1 arsti visiit.
- ▶ Reproduktiivtervise alane naiste nõustamine: sihtrühm 15-59, igale sihtrühma liikmele 1 x 30 min aastas, sihttase 90% kaetus
- ▶ Imetamise nõustamine 2 x 30 min sünnitajatele. Sihtrühma katvus on arvestatud esmasünnitajatest 100% ja korduvsünnitajatest 50%.
- ▶ Perekooli nõustamine: sihtrühm on rasedad ja sünnitanud ja nende mehed/partnerid; rühma suurus keskmiselt u 10 sünnitajat. Perekool koosneb 8 loengust, a 90 min. (vastava teenuse rahastamiseks on ühing ette valmistamas taotlust Haigekassale).
- ▶ Lisanduv tööaeg enesearenduse ja kogukonna üldise terviseedenduse arvelt kokku 120t ehk 6,5% aasta töömahust – 60 t koolitust ja 60 t terviseedendust, sh koostööd kohaliku omavalitsuse ja koolidega.

Kirjelduses esitatud eeldustele vastavalt peaks 2011. a rahvastikusituatsiooni kohta Eestis esmatasandil olema 172 ämmaemanda töökohta. Tulenevalt sündivate laste arvu prognoositavast vähenemisest väheneks töökohtade vajadus 2030. aastaks 32 koha võrra.



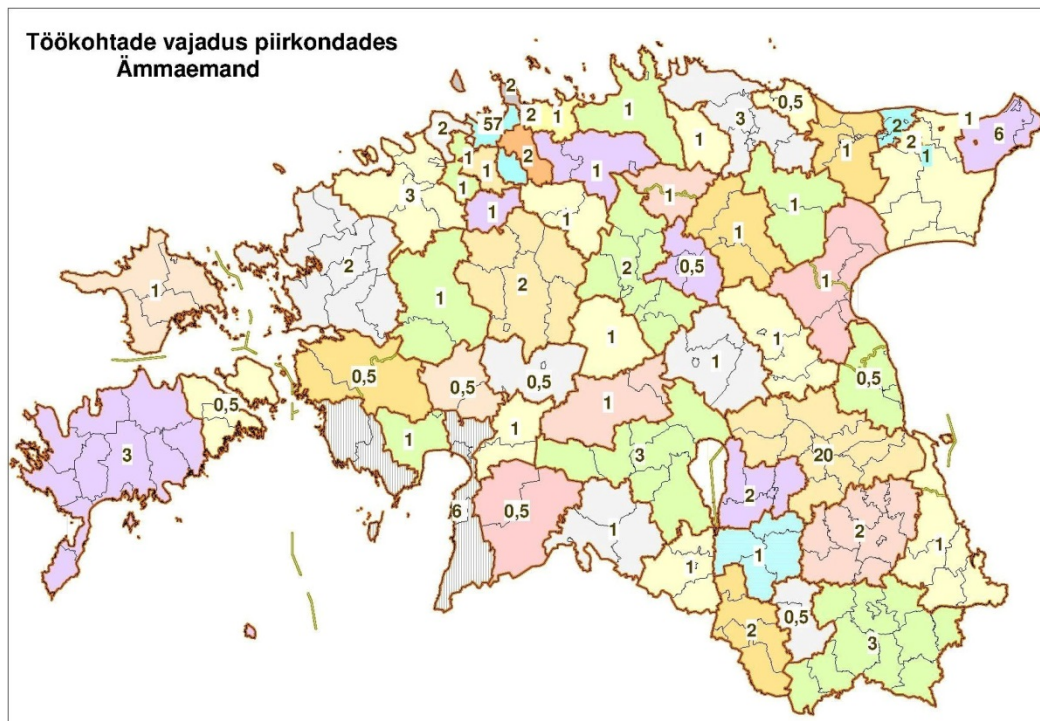
Joonis 15. Esmatasandi ämmaemandate töökohtade vajadus Eestis põhistsenaariumi mudeli alusel

Ämmaemanda tegevuste lõikes jaguneb töö vastavalt alljärgnevale tabelile. Üle poole mudelis sisalduva töö mahust seisneb regulaarses naiste nõustamis- ja tervisekontrollialases tegevuses.

Tabel 23. Ämmaemandusabi teenuse töökohtade mudeli põhistsenaariumis sisalduv tegevuste arv

Tegevused	2020	2030
esmane vastuvõtt	13273	10964
imetamise nõustamine	18582	15350
naistearsti jälgimisel olevate vastuvõttud	5309	4386
normaalse raseduse jälgimine - korduv vastuvõtt	53092	43856
perekool	1327	1096
reproduktiivtervisealane nõustamine	323220	299248
riskiraseduse jälgimine	26546	21928
sünnitusjärgne esmasünnituse koduvisiit	10618	8771
sünnitusjärgne esmasünnituse vastuvõtt	5309	4386
sünnitusjärgne korduvsünnituse koduvisiit	7964	6578
sünnitusjärgne korduvsünnituse vastuvõtt	7964	6578
Kogusumma	473206	423141

Ämmaemandusabi teenuse vajadus ETKK teenuspiirkondades on üldjuhul ämmaemanda töökohtade mõttes kõige väiksem ning sellisena ETKK organisatoorse mudeli (minimaalne meeskonna suurus) mõttes kõige kriitilisem tegur teenuspiirkondade määratlemisel. Seetõttu on mitme eristatud ETKK teenuspiirkonna puhul käesolevas töös (vt. osaraport 3) lubatud ka võimalus, et ämmaemanda põhjendatud koormus keskuses jääb alla 1 täiskoha (kuni 0,5 kohani), juhul kui Eesti asustussüsteemi iseloom seda nõuab ning teiste esmatasandi spetsialistide koormus on keskuses piisavas mahus tagatud.



Joonis 16. Ämmaemanda töökohtade vajadus teenuspiirkondades, 2020

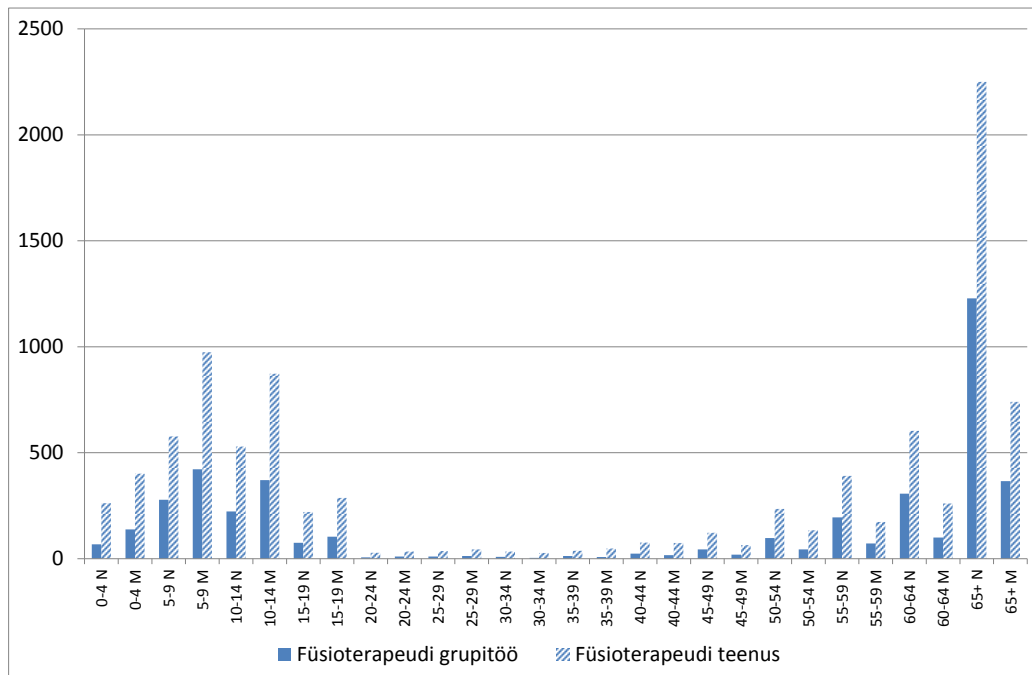
3.5 Esmatasandi füsioteraapiateenus

Esmatasandi füsioteraapiateenuse põhimudelis lähtutakse sarnaselt koduõendusteenusele parimate piirkondade eeskujust, milleks on KOV-üksused, kus ambulatoorse füsioteraapia teenust aastas saanud isikute osakaal elanikkonnast üle Eesti keskmise ning tegemist on vähemalt 5 tuhande elanikuga KOV-üksusega.

Tabel 24. Ambulatoorse füsioteraapiateenuse kasutus mudelisse valitud eeskuju KOV-üksuste elanike poolt, 2013.a. (Andmed: Haigekassa)

KOV üksus	Isikute arv teenusel	Teenusel isikuid 1000 elaniku kohta	Teenuse hulk kokku	Teenuse kordade arv 1000 elaniku kohta	Keskmine teenuse kordade arv teenust saanud isiku kohta
Elva linn	278	47,9	3 351	577,1	12,1
Põlva vald	789	78,8	10 474	1046,5	13,3
Rakvere linn	661	40,5	9 817	601,0	14,9
Tartu linn	4 285	43,8	56 636	578,8	13,2
Viimsi vald	778	43,4	9 299	518,5	12,0
Viljandi linn	748	40,4	11 388	615,8	15,2
Kokku	7 539	45,3	100 965	606,6	13,4
Eesti	32 028	23,6	391 680	289,1	12,2

Võrdluses teenuse osutamise keskmiste mahtudega Eestis on oluline erinevus nimelt teenust saavate isikute osakaalus, mis on peaaegu kaks korda suurem kui Eestis 2013. aastal tervikuna. Teenuse korduste arv teenust saavate isikute kohta on valitud eeskuju-KOV keskmisena 1 teenuse korra võrra suurem, ehk siin on erinevus teenuse rahastamistingimustest tulenevalt suhteliselt väiksem. Kui ülal esitatud tabel iseloomustas teenuse suhtelisi mahtusid üldiselt, siis põhistsenaariumi mudelis arvestatakse nende eeskuju-KOV teenusel olevate isikute ja teenuse keskmise mahu andmeid soolis-vanuseliste rühmade lõikes eraldi.



Joonis 18. Rehabilitatsiooniteenuse raames füsioteraapiateenust kasutanud isikute arv soolis-vanuselistest rühmades Eestis, 2013.a. (Andmed: SKA)

Mudelil liidetakse tervishoiusüsteemis Haigekassa poolt rahastatud teenuste kordadele rehabilitatsiooniteenuste saajate arv ja teenuse korduste keskmine arv eelneva loogika alusel – samade eeskuju KOV-de teenust kasutanud isikute keskmist osakaalu ja korduste arvu soolis-vanuseliste rühmade lõikes kõigile Eesti KOV-üksustele ekstrapoleerides.

Oluliseks sisendeelduseks põhistsenaariumi mudelisse on ka teenuse enda iseloom ja ajakulu. Ambulatoorsest füsioteraapiateenuse mahust moodustavad 2013. aasta seisuga 88% individuaalne teenus. Kui arvesse võtta, et grupiteenuse osutamisel füsioterapeudi tööaja kulu isikule osutatud teenuse kohta on grupis osalevate isikute arvuga seotuna kordades väiksem, siis moodustavad tööaja mõttes käesoleval ajal ambulatoorsest teenusest u 96% individuaalsed ja 4% grupiteenused (sh basseinis).

Ühelt poolt eeldatakse mudelis, et esmatasandil suureneb grupiteenuste osakaal, mis võimaldab tõsta füsioterapeudi töö ökonoomsust. Piiranguks, eriti väiksemates teenuspiirkondades, on sarnaste probleemidega patsientide puudus. Teiselt poolt on vajadus ka vastuvõttudest töömahukamate koduteenuste pakkumiseks. Koduteenuse puhul arvestatakse tööaja kulu mudelisse ka esialgse kauguskoefitsient sarnaselt teistele teenustele (vt ka osaraport 5). Koefitsient määratakse KOV-üksustele, mille keskuse kaugus kavandatavast ETTK'st on üle 15 km – iga koduteenuse puhul lisaks 30 min sõiduaega. Samuti eeldatakse mudelis, et igale patsiendile tehakse igal aastal keskmiselt üks füsioteraapiline hindamine.

Tabel 25. Esmatasandi füsioteraapiateenuse tegevuste arvu jagunemine füsioterapeudi tööna põhistsenaariumi mudelis

Tegevus	Tegevuse vajadus ja jagunemine	Ühiku ajakulu (min)
füsioteraapiline hindamine	100%	60
individuaalne füsioteraapiline seanss	70%	30
füsioteraapia grupiseanss (keskmiselt 5 isikut rühmas)	15%	60
füsioteraapia koduteenus	15%	90
kauguskoefitsent	100%	30

Võttes arvesse keskmist rühma suurust grupiseansil (5 isikut) jaguneb teenuse maht kliendi (sihtrühma) seisukohast järgnevalt: 44% individuaalseid teraapiaseansse, 47% grupiseansse, 9% koduseansse.

Põhistsenaariumi mudeli üldvalemid on kokku sellised:

Ajakulu teenuse osutamiseks kokku = sihtrühma suurus x tegevuse ühiku ajakulu x teenuse maht aastas + ajakulu kohustuslikuks enesetäiendamiseks (60 t) ja terviseedenduslikus töös osalemiseks (60 t), kokku 120 t = 6,5%

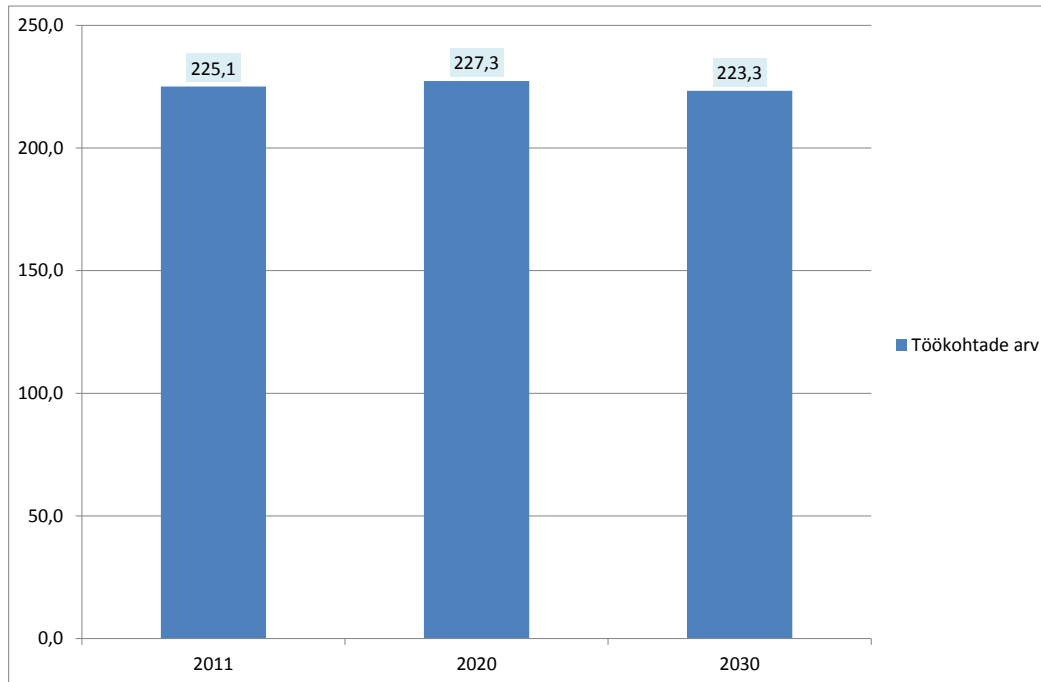
kus

Sihtrühma suurus = rahvastikuprognos x teenuseid saanud isikute osakaal sihtrühmas eeskju-KOV-des (KOV elanike arv vähemalt 5 tuhat, teenusega kaetud isikute osakaal üle Eesti keskmise taseme) (HK ja SKA süsteemis kokku)

Teenuse maht aastas = ambulatoorse teenuse keskmine kordade arv isiku kohta eeskju KOV-üksustes soolis-vanuserühmade lõikes (HK süsteemis kokku) x esmatasandi osakaal ambulatoorses füsioteraapiateenuses + rehabilitatsiooniteenuse raames füsioteraapiateenuse keskmine kordade arv isiku kohta eeskju KOV-üksustes soolis-vanuserühmade lõikes

Esmatasandi osakaal ambulatoorses füsioteraapiateenuses = 0,7

Neile eeldustele vastab 225 esmatasandi füsioterapeudi töökohta Eestis 2011. a. rahvastikuseisundi kohta ning 227 töökohta 2020. aasta ja 223 töökohta 2030. aasta prognoosi kohta.

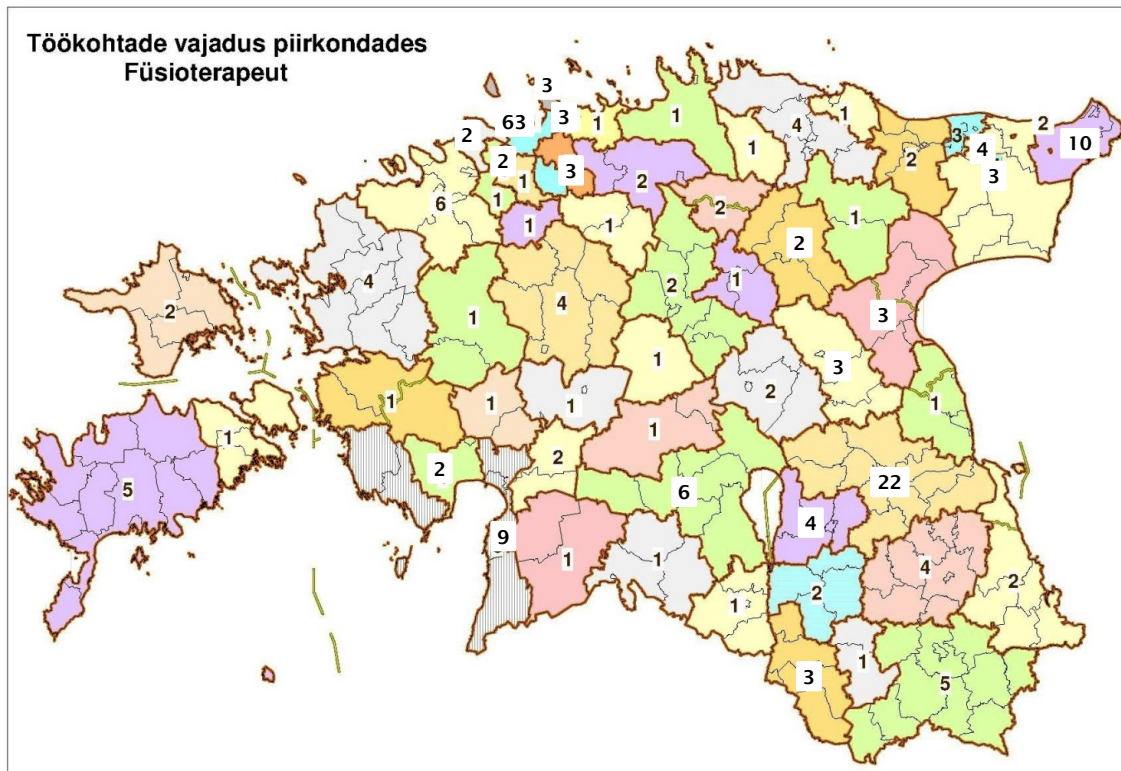


Joonis 19. Esmatasandi füsioterapeutide töökohtade vajadus Eestis põhistsenaariumi alusel

Kokku sisaldub mudelis ligi 500 tuhat esmatasandi füsioterapeudi tegevust, millest 2/3 moodustavad individuaalsed füsioteraapia seansid.

Tabel 26. Esmatasandi füsioteraapiateenuse töökohtade mudeli põhistsenaariumis sisalduv tegevuste arv

Tegevused	2020	2030
füsioteraapia grupiseanss	65752	64721
füsioteraapia koduteenus	62954	61967
füsioteraapiline hindamine	44410	43426
individuaalne füsioteraapiline seanss	307775	302950
Kogusumma	480891	473063



Joonis 20. Esmatasandi füsioterapeutide töökohtade vajadus teenuspiirkondades, 2020

3.6 ETK meeskondade suurus: põhiteenuste osutajad ja tugispetsialistid

Esmatasandi tervisekeskuste (ETK) meeskondade suuruse määrab olulises ulatuses teenusevajadusest lähtuv esmatasandi spetsialistide töökohtade vajadus. Lisaks sellele sisaldab ETK organisatoorne mudel juhataja ja kliinilise assistendi töökohti, mille arv Eestis sõltub ETK-de arvust, mida on rohkem kui 57 eristatud teenuspiirkonda. Suuremates teenuspiirkondades on mõistlik välja arendada rohkem kui üks ETK. Piirkondlike kavade alusel võib arvestada, et Eestis on optimaalne rajada kokku kuni 89 ETK'd, mis tähendab ka vajadust 89 keskuse juhataja järele. Igas keskusel on kavandatud ka vähemalt 1 kliiniline assistent, suuremates ka 2 assistenti. Võttes aluseks keskmise ETK perearstide arvu ning seades suure ETK piires üle 9 perearsti, saame nõ 2. kliinilise assistendi vajaduseks 49, ehk kokku 135 kliinilist assistenti.

Kokku oleks ETK'de töötajate arv 2011. a. rahvastiku kohta 3090 ning see kasvaks rahvastikuarengute tulemusel 2030. aastani 123 võrra. Täpsemad ettepanekud ETK arvu kohta teenuspiirkondades ja sellega

seotud juhatajate ja assistentide töökohtade arvu osas on esitatud ETTK teenuspiirkondade detailses käsitluses (vt. osaraport 3).

Tabel 27. Esmatasandi tervishoiuteenuste töökohtade vajadus teenuste põhistsenaariumi alusel

Töökoht	2011	2020	2030
perearst	854	867	866
pereõde	1325	1351	1370
koduõde	289	334	390
füsioterapeut	225	227	222
ämmaemand	172	158	140
<i>ETTK juhataja</i>	89	89	89
<i>kliiniline assistent</i>	136	136	136
Kogusumma	3090	3162	3213

3.7 ETTK tööruumide koondvajadus

ETTK ruumivajaduse määratlemise muutujad on ETTK mudelite teenuste loetelu, teenuseid osutavate esmatasandi meeskondade koosseis, teenuste osutamiseks vajalike ruumide loetelu, ruumide mõistlik kasulik pind ning ruumi vajadus töökohta või tervisekeskuse kohta tervikuna arvestades võimalusi ruumide ühiskasutamiseks.

ETTK teenuspiirkondade jaoks vajalike ruumide kasuliku pinna arvestamisel lähtutakse kahest ruumiprogrammist. Esiteks arvutakse ETTK-de ruumivajadus kehtivate regulatsioonide ning Haigekassa rahastamismudelil aluseks võetud ruumide suuruse alusel. Alternatiivse lahendusena pakutakse käesolevas töös ETTK uuendatud ruumiprogramm, kus on täiendavalt arvestatud esmatasandi teenuseid osutajate erialaseltsoo soove ja ettepanekuid neile teenuse kvaliteetseks osutamiseks vajalike ruumide osas. Alljärgnevalt nimetatakse seda motiveerivaks ruumiprogrammiks. Põhiline mahuline erinevus kahe ruumimudeli vahel tuleneb siiski sellest, et motiveerivas ruumiprogrammis on ette nähtud mitmed ETTK üldruumid, mida üksikute iseseisvate teenuste ruuminõudeid sätestavates regulatsioonides ei saagi sisaldada.

Esmatasandi põhiteenuste ruumivajadus kehtivate regulatsioonide ja rahastamismudeli eelduste alusel sisaldab:

- ▶ Perearstiteenuse ruumid - 52,0 m² perearsti ja pereõe kohta kokku, vastavalt Haigekassa poolt arvestuslikult perearsti nimistu kohta rahastatud ruumide (sh abiruumide) mahule; täiendavalt 12 m² teise pereõe kohta (mudeli prognoosides aastateks 2020 ja 2030 on pereõdede töökohtade arvu suhe perearstide töökohtade arvu 1,55 ja 1,58; kehtivate

regulatsioonide alusel teise pereõena mõistetava pereõe töökoha arvelt arvestatakse mudelis seega lisaks 7 m² iga perearsti kohta.

- ▶ Koduõendusteenu ruumid - 12,0 m² dokumentide nõuetekohase hoidmise ruumi jaoks, vastavalt iseseisva õendusabi osutamiseks vajalike ruumide nõuetele.
- ▶ Ämmaemandusabi ruumid - 30,0 m² iga ämmaemanda töökoha kohta, vastavalt iseseisva ämmaemandusabi tegevuskoha kohustuslikele nõuetele
- ▶ Füsioteraapiateenus ruumid - 12,0 m² füsioteraapia ruum iga füsioterapeudi töökoha kohta ning 30,0 m² füsioteraapia rühmateraapia ruum iga ETTK kohta, vastavalt ambulatoorse eriarstiabi osutamise ruuminõuetele.

Tööruumide maht sõltub seega põhiteenuseid osutavate töötajate arvust ning keskuste arvust. Eestis aastateks 2020 ja 2030 prognoositavate töökohtade vajaduse ning 84 esmatasandi tervisekeskuse kohta on ruumivajaduseks 62 tuhat ruutmeetrit kasulikku pinda ning olulisel määral see 2020 ja 2030 võrdluses ei muutu.

Tabel 28. ETTK ruumivajadus Eestis põhiteenuste kehtivate regulatsioonide ja rahastamismudeli eelduste alusel

Aasta	Perearsti-teenus	Koduõendus-teenus	Füsioteraapia-teenus	Ämmaemandus-abi teenus	Põhiteenused kokku
2011	50268	1068	5400	5280	62016
2020	50976	1068	5400	5070	62514
2030	51153	1068	5376	4620	62217

ETTK motiveerivas ruumiprogrammis on lähtutud ruumide vajadusest vastavalt alljärgnevatele tabelitele.

Tabel 29. Perearstiteenuse ruumid ETTKs.

Ruum	Ruumi kasulik pind	Tervisekeskuse kohta	Spetsialisti töökoha kohta
perearsti vastuvõtu kabinet	16,0		1,0
pereõe vastuvõtu kabinet	12,0		1,0
perearsti meeskonna protseduuride tuba	16,0		1,0
personali WC	3,0	1,0	
patsiendi WC koos võimalustega uriini analüüsi andmiseks	9,0	1,0	
patsiendi WC	3,0	1,0	
sterilisatsiooniruum	8,0	1,0	

Tabel 30. Koduõendusteenuse ruumid ETTKs

Ruum	Ruumi kasulik pind	Tervisekeskuse kohta	Spetsialisti töökoha kohta
koduõdede kabinet ja hoiuruum	16,0	1,0	

Tabel 31. Füsioteraapiateenuse ruumid ETTKs

Ruum	Ruumi kasulik pind	Tervisekeskuse kohta	Spetsialisti töökoha kohta
füsioterapeudi kabinet ja individuaalne raviruum	20,0		1,0
patsientide protseduurijärgsed riietusruumid ja dušinurgad (rühma- ja individuaalteraapias)	30,0	1,0	
grupiteraapia ruum kuni 6 patsiendile	30,0	1,0	

Tabel 32. Ämmaemandusabi teenuse ruumid ETTKs

Ruum	Ruumi kasulik pind	Tervisekeskuse kohta	Spetsialisti töökoha kohta
vastuvõtu- ja läbivaatuse ruumid	24,0		1,0
abiruum	4,0	1,0	

Tabel 33. ETTK üldruumid

Ruum	Ruumi kasulik pind	Tervisekeskuse kohta	Spetsialisti töökoha kohta
polüfunktsionaalne töötajate ruum: puhketuba, töötajate garderoob, koolitusruum, kööginurk	25,0	1,0	
ooteruum koos avatud registratuuriga (assistendi töökoht)	40,0	1,0	
patsientide garderoob (sh lapsevankritele, abivahenditele)	12,0	1,0	
abiruum koristusvahenditele	6,0	1,0	
serveriruum	4,0	1,0	
personali duširuum koos WCga	12,0	1,0	
laoruum	8,0	1,0	
juhataja tuba	16,0	1,0	

Võttes aluseks ETTK arvu 89 ja töökohtade arvestusliku vajaduse Eestis vastavalt osas 2.5.2. esitatud tabelile, saame summaarseks vajalikuks ETTK kasuliku pinna ruutmeetrite arvuks Eestis u 72 tuhat m² esmatasandi põhiteenuste arvelt. Aastate lõikes muutub vajadus vähesel määral.

Tabel 34. ETTK ruumivajadus uue ruumiprogrammi alusel Eestis kokku

Aasta	ETTK ühine	Perearsti teenus	Koduõendus teenus	Füsioteraapia teenus	Ämma-emandusabi teenus	Kokku
2011	12994	43248	1424	9900	4584	72150
2020	12994	43920	1424	9900	4416	72654
2030	12994	44256	1424	9860	4056	72590

Arvestades ETTK ruumide välja arendamise keskmiseks maksumuseks 1500 eurot m² ning eeldades, et ruumide rekonstrueerimine, juurdeehitise rajamine või täiesti uue hoone rajamine on vajalik kõigi ETTK'de jaoks, on põhiteenuste osutamiseks vajalike ruumide investeringuvajadus kehtivate ruuminõuete puhul 92-93 miljonit eurot ning ETTK meeskonna vajadustest lähtuva ruumiprogrammi aluseks võtmisel 107-108 miljonit eurot.

Teenusvajaduse mahu alus	Kehvivad ruuminõuded	ETTK ruumiprogramm
2011 rahvastikule vastav	€ 92 340 000	€ 107 103 000
2020 prognoosile vastav	€ 93 069 000	€ 107 907 000
2030 prognoosile vastav	€ 92 506 500	€ 107 655 000

Tegelik investeringute vajadus selgub loomulikult siinses osaraportis alljärgnevalt kirjeldatud kohalike arendusideede täpsustumisel, millest lähtuvalt koostatakse ETTK teenuspiirkondades esmatasandi tervisekeskuste arengukavad koos äriplaaniga. Esitatavatest investeringutoetuste taotlustest moodustub riiklik EL investeringutoetuste kava esmatasandi tervisekeskuste võrgustiku välja arendamiseks.

Vastavalt Eesti tervishoiu arengusuundadele aastani 2020 võivad esmatasandi tervisekeskuse osaks olla ka teiste esmatasandi tervishoiuteenuste, apteekide ja sotsiaaltöötajate ruumid, samuti ka tervisekeskusele tugiteenuseid pakkuvate eriarstiabi spetsialistide ja seadmete ruumid (röntgen, laborid). See on ETTK täiendav ruumivajadus, mille määratlemine jääb käesoleva ETTK kohustuslike põhiteenustele keskenduva mudeli fookusest välja. Vastavad vajadused sõltuvad kohalikust olukorrast, võimalustest ning kokkulepetest eriarstiabi osutajate, sotsiaalteenuste osutajate, apteekide ja teiste osapoolt vahel.

4 ETTK ASUKOHAD JA TEENUSPIIRKONNAD EESTIS

Esmatasandi tervisekeskuste (ETTK) asukohtade ja teenuspiirkondade määratlemise aluseks on teenuste vajadus töökohtade mõistes, mida modelleeritakse esmatasandi 4 põhiteenuse – perearstiteenus, koduõendusabi, füsioteraapia, ämmaemandusabi - löikes ükshaaval.

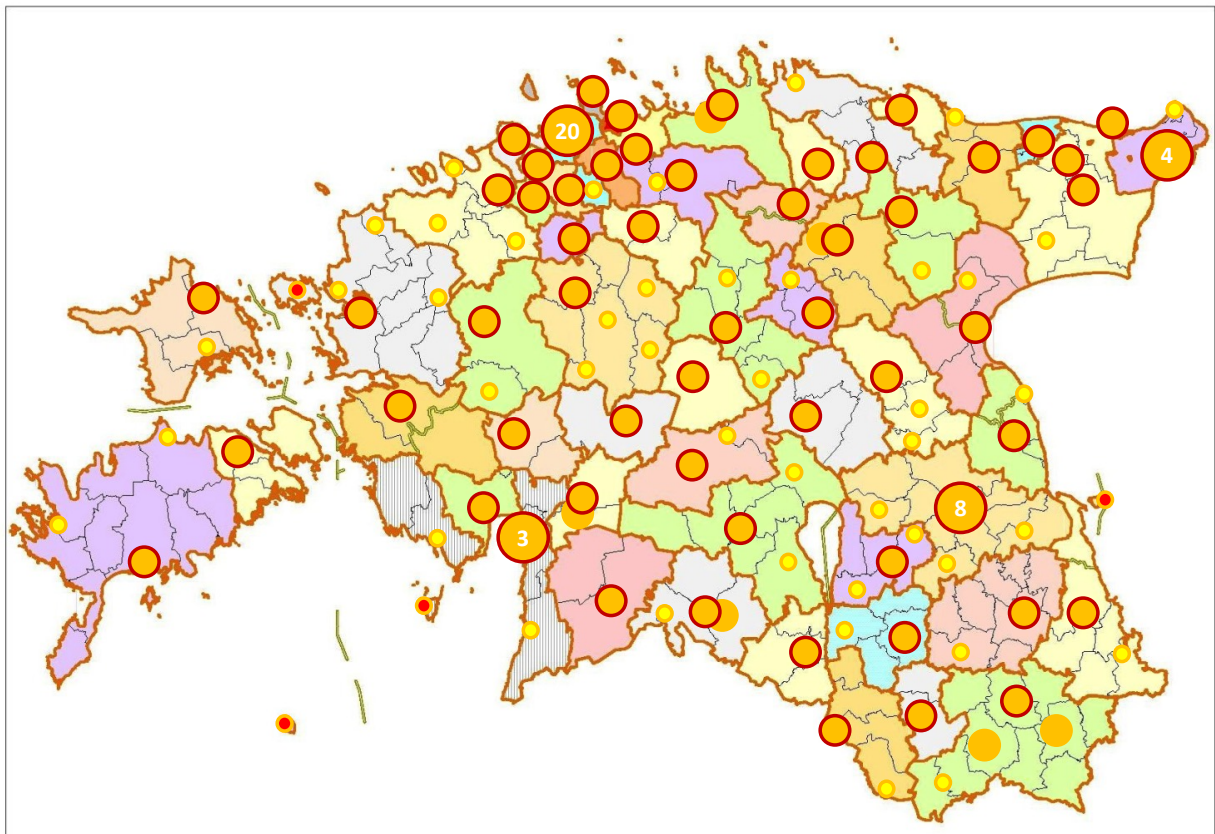
Esmatasandi terviseteeenuste territoriaalse vajaduse prognoosi koostamisel lähtutakse 2011.a. rahvaloenduse andmetest KOV-üksuste kohta ning töö raames koostatud rahvastikuprognosi tulemustest aastateks 2020 ja 2030 soolis-vanuseliste rühmade löikes (vt osaraport 1). Rahvastikuprognosi alusarvutused koostatakse 2011. aasta KOV-üksuste kohta, mis võimaldavad töö hilisemates etappides määrata kliendibaasi suuruse piisavalt täpselt iga esmatasandi terviseteeenuste keskuse teenuspiirkonna kohta.

Teiseks teenusmahtude modelleerimise aluseelduseks on teenuse vajaduse sõltuvus teenuse olemasolevast ja normatiivsest (soovitavast) sisust nii tegevuste kui ka sihtrühmade mõttes. Perearstiteenuse ja ämmaemandusabiteenuse põhistsenaariumites lähtutakse teenuse sihtrühmade ja teenuse olemasolevast ja normatiivsest sisust – teenuse osutamiseks vajalike tegevuste ajakulust. Koduõendusteenuse ja esmatasandi füsioteraapiateenuse vajaduse prognoosimisel rakendatakse põhistsenaariumina mitte sihtrühmadest ja tegevustest lähtuvat mudelit, vaid eeskujupiirkondade meetodit. Põhjuseks on juhtumite halb standardiseeritus vanusrühmade, haiguste ja diagnooside mõttes ning teenuste väga ebahühtlane kättesaadavus Eesti erinevates piirkondades, mis muudab teenuse kättesaadavuse ühtlustamise prioriteetseks arenguvajaduseks. Stsenariumites võetakse eelduseks see, et teenuse osutamine on lähedane optimaalsele tasemele osades Eesti piirkondades, kuid mitte Eestis tervikuna (vt modelleerimise eeldusi täpsemalt osaraportis 2).

Kõigi mudelite ja stsenaariumite puhul arvutatakse teenusvajaduse mahud esmalt KOV-üksuste territooriumite (2011. seisuga) kohta, mis on arvestades asustussüsteemi keskus-tagamaa loogikat ühendatud suuremateks ETTK potentsiaalseteks teenuspiirkondadeks. Piirkondade eristuse lisatingimuseks on, et piirkonnas on tagatud töökoormus esmatasandi terviseteeenuste meeskonna minimaalse koosseisu (3 perearsti, 3 pereõde, 1 koduõde, 1 füsioterapeut, 1 ämmaemand) jaoks (vt. koondraport ja osaraport 5). Siiski, juhul kui asustussüsteem seda võimaldab ning kaugused nõuavad lubatakse erandina ka esmatasandi tervisekeskuste piirkondi, kus ämmaemandusabi modelleeritud töökohtade vajadus jääb piirkonnas alla 1 töökohta.

Eesti territooriumil eristatakse kokku 57 ETTK teenuspiirkonda, milles kokku kavandatakse 89 ETTK'd (vt täpsemalt osaraport 3). Suuremates linnades jääb kavandatavate ETTK'de arv 2 ja 20 vahele, kuid valdavas osas teenuspiirkondades (52 piirkonnas) tehakse ettepanek rajada 1 ETTK. Keskuste täpne arv piisava teenusvajaduse korral on siiski piirkondliku kokkuleppe küsimus. Oluline on tagada esmatasandi põhiteenuste kvaliteetne osutamine ühtse meeskonna poolt elanikele sobivaimates asukohtades (asustussüsteemi keskustes; keskuste siseselt ruumiliselt lähedasena muu tervishoiu taristuga). Lisaks on teenuspiirkondades kauguse (üle 25 km, halb ühistranspordiühendus) ja teenusvajaduse lokaalse koondumise (asulad, milles elab vähemalt tuhat inimest) alusel määratletud ETTK'de filiaalid. Filiaali

mõistetakse alljärgnevalt kui ETTK'dega organisatoorselt (ühtne juriidiline isik ja meeskond) seotud tegevuskohti, milles on minimaalselt tagatud pereõe püsivad vastuvõtud. Perearsti ja teiste esmatasandi spetsialistide töö filiaalis toimub harvema regulaarsusega ning on kohalike kokkulepete küsimuseks.



Joonis 21. ETTK asukohad, filiaalid ja teenuspiirkonnad

5 TÖÖJÕUVAJADUSE PROGNOOS

5.1 Prognoosi meetodika ja andmed

Ökonoomse esmatasandi terviseteenuste võrgustiku väljaarendamiseks on vajalik teada, kuivõrd suuri muudatusi on vaja teha personali arendamisel. Sellel eesmärgil koostatakse esmatasandi põhiteenuste spetsialistide prognoos aastateks 2020 ja 2030.

Tööjõuvajaduse prognoosimine koosneb kolmest suurest sammust (vt. nt Willems, 1996; Bombach, 1965). Esiteks on vaja kaardistada sektoris praegu olemasolev tööjõud. Teiseks tuleb välja selgitada asendusnõudlus ehk töötajate asendamise vajadus hõivest lahkumise tõttu (nt suremus, pensionile jäämine, ränne jm). Kolmandaks on vaja välja selgitada kasvunõudlus ehk töökohtade arvu kasv/kahanemine, võrreldes praegusega (tulenevalt tootmis- või teenuste mahu muutustest, tehnoloogilistest arengutest jne). Asendus- ja kasvunõudluse summa annabki kokku kogunõudluse.

Kui asendusnõudlus ei saa kunagi olla negatiivne, siis kasvunõudlus võib olla ka negatiivne, juhul kui tulevikus vajatakse sektoris praegusega võrreldes vähem töötajaid. Olenevalt negatiivse kasvunõudluse ulatusest võib juhtuda, et see kompenseerib asendusnõudluse nii, et kogunõudlus osutub mittepositiivseks. Kui nt töökohtade vähenemist prognoositakse täpselt samas mahus kui töötajate lahkumist hõivest, siis ei ole täiendavaid töötajaid juurde vaja (kogunõudlus on null). Kui aga töökohti eeldatavalt kaob rohkem kui hõivest töötajaid lahkub, siis jääb tööjõudu võrreldes tänasega isegi üle (kogunõudlus on negatiivne). Igal muul juhul on kogunõudlus positiivne: kui prognoositakse sektori töökohtade arvu muutumatust või kasvu, või kui oodatav tööjõust lahkujate arv on suurem kui eeldatav töökohtade arvu kahanemine.

Tööjõuprognoosi aluseks on **tänase töötajaskonna struktuur soo, vanuse, hariduse ja/või ametikohtade lõikes**. Sageli on hariduse ja ametikohtade sidumine probleemiks, kuid käesolevas uuringus käsitletavate tervisetöötajate haridus on piisavalt spetsiifiline, et ei ole keeruline eriala kindla ametikohaga seostada. Perearstina töötamiseks peab läbitud olema perearsti residentuur, pereõena töötamiseks on vajalik õe kutse omandamine, ämmaemandana töötamiseks ämmaemanda kutse, koduõena töötamiseks koduõenduse tegevusluba ning füsioterapeudina töötamiseks peab lõpetatud olema füsioteraapia eriala (käesoleva uuringu seisukohalt ei ole vahet, kas tegemist on rakendusliku kõrghariduse, bakalaureuse- või magistrikraadiga).

Lähteolukorra kirjeldamisel kasutatakse erinevaid andmeallikaid. Perearstide, õdede andmed pärinevad Eesti Haigekassa ravikindlustuse andmebaasist (EHK andmekogu). Ämmaemandate andmed pärinevad Terviseameti tervishoiutöötajate riiklikust registrist (edaspidi THT register) ning koduõdede andmed Tervise Arengu Instituudilt. Nende ametialade puhul on tegemist mikroandmetega, st iga isiku kohta on teada tema sugu, vanus ja töökoormus. Füsioterapeutide kohta selliseid mikroandmeid saada ei ole ning soolis-vanuseline ja töökoormuse jaotus on kombineeritud erinevatest andmestikest, mis pärinevad Tartu Ülikoolilt, Tartu Tervishoiu Kõrgkoolilt, Kutsekojalt ning Eesti Füsioterapeutide Liidult.

Täpsustatud päring EHK ravikindlustuse andmekogusse tehti 06.03.2015. a, milles oli info perearstide ja -õdede tööhõivest perioodil 2006–2014. Väljavõttes olid esitatud iga perearsti ja -õe nimistu number, nimistu maakond, tervishoiutöötaja kood, nimi, sünniaasta, sugu, tervishoiutöötaja roll nimistuga töötamisel (asendusarst, perearst või -õde) ning nimistuga töötamise algus- ja lõppkuupäev.

Asendusnõudluse arvutamise aluseks on praeguse töötajaskonna soolis-vanuseline struktuur ja see leitakse eraldi kaheks perioodiks – aastani 2020 ja aastani 2030. Esmalt arvutatakse kummagi ajavahemiku jooksul oodatav tööjõust lahkumine suremuse tõttu, milleks kohaldatakse üldkogumile TH-mudeli projekti prognoositud suremuskordajaid soo ning 1-aastaste vanusegruppide lõikes (vt osaraport 1). Seejärel leitakse oodatav tööjõust lahkumine pensionile jäämise tõttu, kasutades Statistikaameti näitajat „15–74-aastaste hõiveseisund“ soo ja 5-aastaste vanusegruppide lõikes (käesolevas uuringus kasutatakse ämmaemandate, koduõdede ja füsioterapeutide tööjõust lahkumise prognoosimisel).

Viimasena leitakse oodatav tööjõust lahkumine rände tõttu, kasutades vastava kutse või eriala esindajate väljarände määra. Ämmaemandate ja koduõdede puhul eeldatakse vastavalt ämmaemandate või õdede üldist väljarände määra viimaste aastate jooksul, mis on leitud 2010. ja 2014. a THT registriandmete võrdlemisel. Koduõdede väljarände aluseks võeti õdede üldine ränne eeldades, et koduõdede ränne ei erine teistes sektorites töötavate õdede rändest. Õed loeti välja rännanuteks, kui nad omasid 2010. a töökohta ja olid perioodil 2010-2014. a võtnud välismaal töötamise tõendi ning 2014. a ei olnud neil THT registri järgi ühtegi töökohta. Ämmaemandate väljaränne arvutati sama meetodika kohaselt.

Nende eelduste rakendamisel on koduõdede väljarände määr 3,8% ning ämmaemandatel 1,7%. Füsioterapeutide kohta ei ole kahjuks saada korrektset infot selle kohta, kui suur osa Eestis töötavatest isikutest välismaale siirdub. Seetõttu eeldab mudel, et välismaale minnakse kas kohe pärast lõpetamist või üldse mitte (väljarände määr on 0).

Perearstina ja -õena töölt lahkumise eeldatavateks põhjuseks võisid olla surm, pensioneerumine, terviseprobleemid, töö alustamine väljaspool üldarstiabi süsteemi (erakorraline meditsiin, kaitsevägi, kiirabi, eriarstiabi või välisriik) või koduseks jäämine muudel põhjustel.

Perearstide ja -õdede iga-aastased üldarstiabis tööle jäämise tõenäosuste arvutamiseks jagati töötajad vanusegruppidesse. Analüüsis kasutati 10-aastase jaotusega vanusrühmi (kuni 34, 35–44, 45–54, 55–64, 65–74 ja üle 75 eluaastat). Analüüsiti töösuhte andmeid aastatel 2006–2014. Leiti perioodi keskmine tööle jäämise tõenäosus vanusegruppides. Kuna üks isik võis aasta jooksul olla nii asendusarst kui perearst või töötada erineval perioodil erinevas rollis, arvestati kõiki isikuid ühekordselt. Leiti esmane (minimaalne) tööle asumise ja viimane (maksimaalne) töölt lahkumise aeg isikutel, kellel oli vähemalt üks töösuhe nimistuga perearstina või asendusarstina. Pereõdede tööle asumine ja lahkumine leiti sarnase meetodiga.

Tööle jäämise tõenäosuste leidmisel kasutati järgmist valemit:

$$\text{Tööle jäämise tõenäosus} = \frac{\text{antud aasta töötajad}}{\text{antud aasta töötajad} + \text{antud aasta lahkujad (va surm)}}$$

Perearstide ja -õdede EHK andmekogust pärinevad andmed, mida käesolevas uuringus kasutati, võimaldavad hinnata töölt lahkumist ja tööturule sisenemise fakti, s.h. surma andmeid, kuid ei võimalda

hinnata tööturult lahkumise täpseid põhjuseid, s.h. emigratsiooni. Seega arvestatakse käesolevas uuringus perearstide ja õdede töölt lahkumise üheks põhjuseks ka emigratsioon, kuid väljarände osakaalu eraldi välja ei tooda. Väljarände tõenäosus sisaldub lahkumise tõenäosuses.

Asendusnõudluse mahu leidmiseks huvipakkuval perioodil summeeritakse suremuse, pensionile jäämise ning rände tõttu lahkujate arvud.

Kasvunõudluse aluseks on tõenäolised arengud uuritavas sektoris huvipakkuva perioodi jooksul. Sageli prognoositakse arenguid nt strateegiadokumentidele, varasematele uuringutele, intervjuudele ja eksperthinnangutele toetudes. Antud juhul on kasvunõudluse aluseks TerVe programmi TH-mudeli projekti teenusvajaduse arvutused, milles on esitatud soovitatav tervishoiutöötajate arv esmatasandil aastatel 2020 ja 2030 (põhi- ja 0-stsenaariumite järgi; vt osaraport 2). Lahutades tulevikus vaja olevast töötajate arvust tänase töötajate arvu, ongi tulemuseks kasvunõudluse maht huvipakkuval perioodil.

Prognoosides sektori kui terviku tööjõuvajadust, on võimalik see omakorda **siduda koolitusvajadusega**. Selleks tuleb tööjõu kogunõudlust võrrelda kogupakkumisega, võttes arvesse eeldatavat erialal õppima asujate arvu, õpingute katkestamise määra ning õpingute lõppedes erialasele tööle asumise tõenäosust. Kui nõudlus ja pakkumine ei ole tasakaalus, on võimalik tarvitusele võtta meetmeid, mis mõjutaks võrrandi kummagi poole tegureid ning viiks lisanduvate spetsialistide arvu vastavusse tegeliku koolitusvajadusega.

Eesti Hariduse Infosüsteemist (edaspidi EHIS) saadi statistika perearstide, õdede, ämmaemandate ja füsioterapeutide õppeinfo ehk info aastatel 2009 – 2014. a vastuvõetud üliõpilaste ning 2009– 2013. a õppe lõpetanud ja õppe katkestanud üliõpilaste kohta. EHIS-e andmete põhjal arvatati välja sisse astunute ja lõpetanute keskmised arvud ning õppe katkestamise määrad.

Tööjõu pakkumise reguleerimise osas võiks koolitustellimuse tõstmine teoreetiliselt olla pigem viimasena rakendatavaid meetmeid, kuna iga (ka osaliselt) koolitatud spetsialist, kes vastaval erialal tööle ei asu, tähendab riigile ja ühiskonnale ülemäärast kulu. Nt 2009. aasta seisuga töötas väljaspool tervishoiusektorit 25% Eesti õdedest ning 21% arstidest (Saar & Habicht 2011). THT registri andmetele tuginedes töötas 2014. a väljaspool esmatasandit 20 % perearstidest väljaspool sektorit, 30% õdedest ning 33,8% ämmaemandatest. Praktikas võib aga olemasolevate spetsialistide sektorisse töölesaamine osutada koolitustellimuse suurendamisest keerukamaks, kuna inimeste otsused katkestada õpingud, asuda tööle mõnes teises sektoris või riigist välja rännata põhinevad nii üldisel makrokeskkonnal (nt palgatase, töötingimused) kui ka paljudel isiklikel teguritel ja eelistustel.

Käesoleva uuringu eripära on, et mõned koolitavad erialaspetsialistid – osa õdedest, ämmaemandatest ja füsioterapeutidest – ei asu tööle esmatasandil, vaid ka tervishoiusektori teistes osades. Erandiks on peremeditsiini residentuuri lõpetanud, kelle kohta eeldatakse, et nad asuvad tööle nimistuga perearstidena esmatasandil. Kuna mitte-esmatasandi spetsialistide vajadust antud uuring ei käsitle, ei saa ka selle väljundiks olla soovituslikud erialade koolitustellimuse arvud, v.a. peremeditsiini residentuuri puhul. Teiste erialade puhul esitab uuring vaid esmatasandiga seonduva osa koolitusvajadusest, võttes arvesse esmatasandi kogunõudlust, mis sõltub teenusmahtude muutusest ja töötajate asendamise vajadusest. Seda võrreldakse tervishoiusektoris lisanduvate spetsialistide arvuga stsenaariumi põhjal, kus praegused koolitustellimuste mahud, katkestamise määrad ja sektorisse tööle asumise tõenäosused prognoosiperioodi jooksul ei muutu.

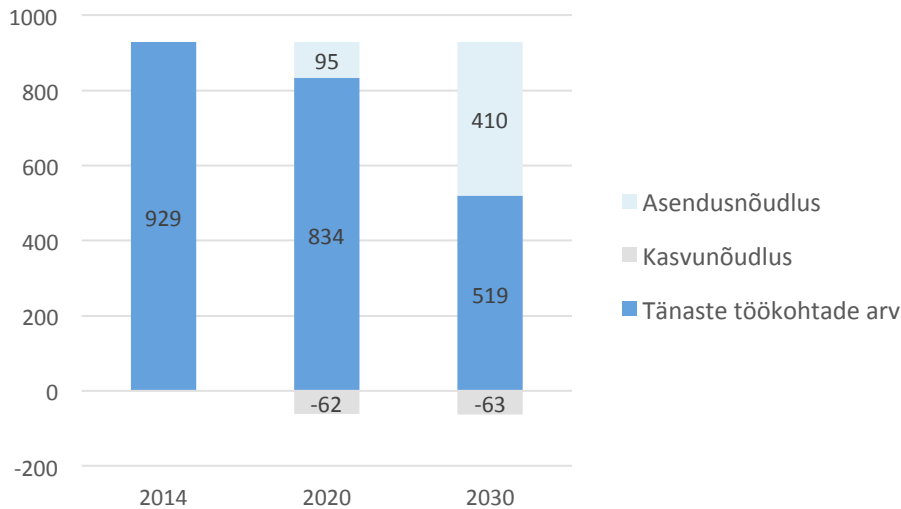
Kogu vastava eriala koolitusvajaduse väljaselgitamiseks tuleks prognoosida ka mitte-esmatasandi tööjõuvajadust. Mõnel juhul (nt ämmaemandate ja füsioterapeutide puhul) on seda ka tehtud, eeldades lihtsustatult, et esmatasandi ja mitte-esmatasandi töötajate osakaalud jäävad vaatlusaluse perioodi jooksul samaks. Uuringute jaoks, mis aga mitte-esmatasandi vajadust täpsemalt prognoosivad, annab käesolev uuring hõlpsa võrdlusaluse, kuna on juba leitud esmatasandi vajadus sektorisse lisanduvate spetsialistide järele. Samas ei tohi käesoleva uuringu tulemusi tõlgendada selles võtmes, et mitte-esmatasandile lisandub töötajaid ainult niipalju, kui neid esmatasandist n-ö üle jääb, kuna töökoha valik on koolilõpetaja isiklik otsus ja kindlasti ei saa väita, et esmajärjekorras täidetakse esmatasandil asuvad töökohad ning seejärel ülejäänud.

5.2 Prognoosi tulemused

5.2.1 Perearstide vajadus

Perearstiteenuse vajaduse põhistsenaariumi arvutused tuginevad sihtrühmade suuruse ning sihtrühmadele teenuse osutamiseks vajalike põhitegevuste ajakulu mõõtmistele ja hinnangutele (vt täpsemalt osaraport 2). Põhistsenaariumi kohaselt on Eestis vaja 2020. a 867 perearsti töökohta ning 2030. a 866 perearsti töökohta, mille tulemusena on võrreldes 2014. aastaga väheneb 2020 aastal töökohtade vajadus 62 võrra ning 2030 aastaks 63 võrra.

Täna esmatasandil töötavast arstkonnast on vaja 2020. aastaks asendada 95 töökohta ning 2030. aastaks 410 töökohta. Võttes arvesse 2014. a kõiki esmatasandis töötanud arste nende vanust, tööturul lahkumise prognoose ning tulevikus vajaminevaid töökohti on kogunõudluse täitmiseks vaja võrreldes tänasega 2020. aastani vaja täita 33 perearsti töökohta ja 2030. aastani 347 töökohta, mis teeb aastas vastavalt 11 ja 33 töökohta (vt joonis 2). Eeldusel, et 80% lõpetajatest alustab tööd esmatasandil, teeb see koolitusvajaduseks kuni 2020. aastani 15 perearsti ja perioodil 2020–2030 on vaja vastu võtta 45 peremeditsiini arst residentti.



Joonis 22. Esmatasandi perearstide tööjõuvajadus põhistsenaariumi järgi

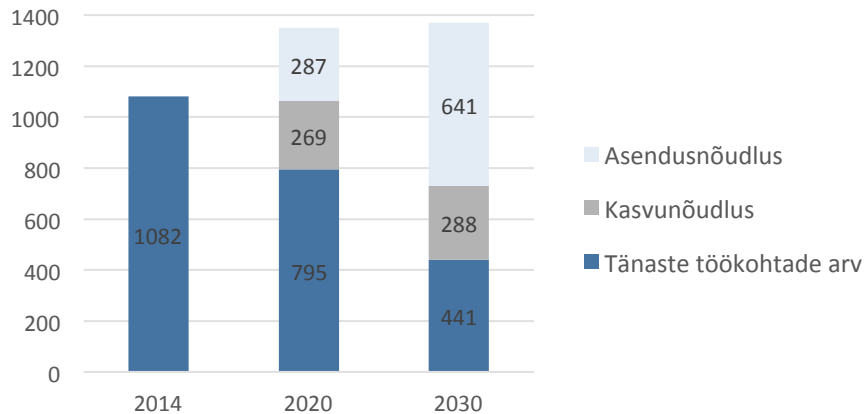
Võrreldes põhiõppe lõpetajate arvu keskmise residentuuri tellimuse suurusega perioodil 2010-2014 ning samal perioodil peremeditsiini erialale sisse astunute ja lõpetanute arvudega, võib koolitustellimus olla väiksem praegustest koolitusmahtudest, et täita vajadust kuni 2020. aastani (võttes arvesse kõiki arste, kes esmatasandil töötavad, siin kohal ei ole hinnatud nimistuga perearstide vajadust). Arvestades tulevikus vajaminevat personali ning seniseid residentuuri koolitusmahte ei ole realistlik 2020. aastast kuni 2030. aastani täita vajaminevaid koolitusmahte ainuüksi peremeditsiini residentuuri tellimusega.

Tulenevalt ülaltoodust tuleb alates 2020. aastast leida lisaks residentuuri tellimusele paralleelselt alternatiive personali vajaduse täitmiseks või vähendada nii residentuuri katkestavate kui ka väljaspool esmatasandit töötavate perearstide arvu. Lisaks sellele, kui soovitakse esmatasandile vajalikud mahus arste, on vajalik välja töötada riiklikul tasemel lisameetmed, mis tagaksid vajaliku iga-aastase personali juurdekasvu esmatasandile (vt. tegevuskava peatükki allpool).

5.2.2 Pereõdede vajadus

Põhistsenaariumi kohaselt on Eestis vaja 2020. a 1351 pereõe töökohta ning 2030. a 1370 pereõe töökohta. Selle tulemusena kasvab pereõdede vajadus võrreldes 2014. aastaga 2020. aastaks 269 võrra ning 2030. aastaks 288 võrra.

Võttes arvesse pereõdede tööturult lahkumist ning tulevikus vajaminevate töökohtade arvu, on vaja kogunõudluseks täita 2020. aastaks 556 töökohta, mis teeb keskmiseks vajaduseks 102 töökohta aastas, ning 2014–2030 a vajab täitmist 929 töökohta ehk alates 2030 aastast 72 töökohta aastas (joonis 5).



Joonis 23. Esmatasandi pereõdede tööjõuvajadus põhistsenaariumi järgi

Sellist õenduspersonali vajadust tuleb arvesse võtta üldise õdede koolitusmahu planeerimisel ning võrrelda seda kogu ülejäänud sektori õenduspersonali vajadusega. Erinevates poliitikadokumentides on rõhutatud vajadust suurendada esmatasandil otsustatavat teenuse mahtu; näiteks nähakse ette, et pereõded järgivad järjest enam kroonilisi haigeid ning väljatöötamisel on eelnõu, millega antakse pereõdedele piiratud retsepti väljastamise õigus. Tsiterides Tartu Ülikooli tervishoiu instituudi uuringus „Õdede arvu prognoos aastaks 2032“ välja toodud „...selleks, et Eestis oleks 2032. aastal 9 õde 1000 inimese kohta, peab Eesti raviasutustesse tööle minema 450–500 õde ning selle tagab vastuvõtt õe õppesse 700–800 üliõpilast aastas“ (Kiivet jt, 2013).

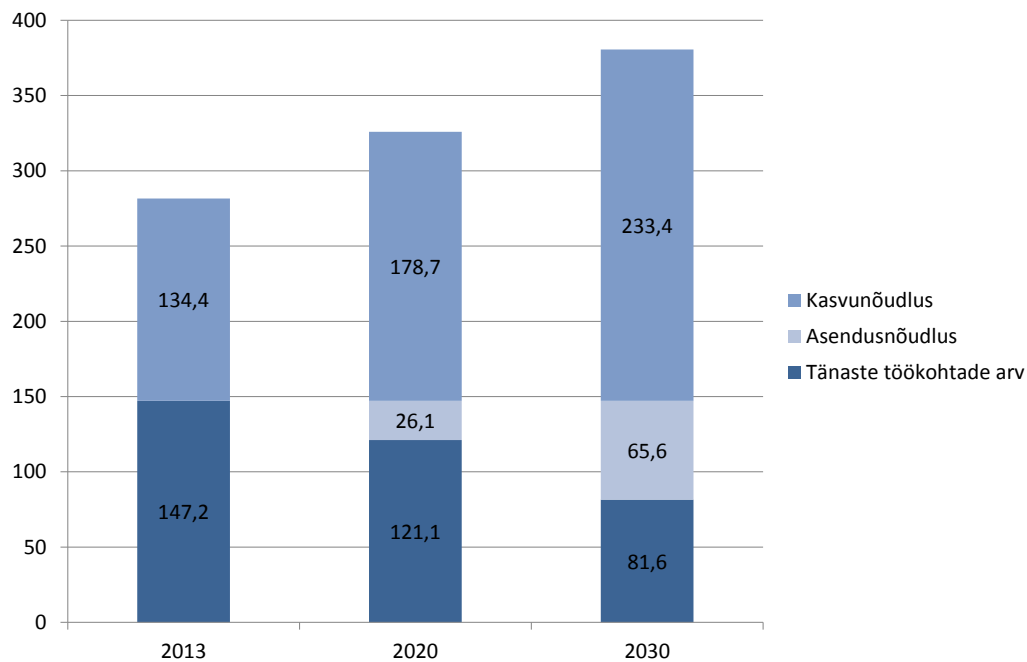
Periodi 2010–2014 lõpetajatest asus lõpetamise järgselt pereõena tööle ainult 5% õdedest. Pereõdede nõudluse kasvades on vajalik õe põhiõppe vastuvõtu arvu suurendamine 2020. a-ni 87 õppekoha võrra ning 2020–2030 aastatel 57 õppekoha võrra, et vältida teistes tervishoiu sektorites tööd alustavate õdede arvu vähenemist üldarstiabi sektori nõudluse arvelt.

Seega nõuab nii TH-mudeli põhistsenaarium õdede koolitusmahu suurenemist, selliselt, et see hoiaks ära teistes tervishoiu sektorites tööd alustavate õdede arvu vähenemist üldarstiabi sektori nõudluse arvelt. Õe põhiõppe kasvu vajadus, et täita esmatasandi nõudlust, on 2020. aastaks 87 ja 2030. aastaks 57 õppekohta.

5.2.3 Koduõdede vajadus

Koduõendusteenuse TH-mudeli põhistsenaariumi alusel, mis seisneb teenuse kasutatavuse ja kättesaadavuse ühtlustamises kogu Eesti ulatuses, oleks juba 2011. aastal tegelikult vaja olnud 281,6 töökohta, mis on peaaegu kaks korda rohkem kui 2013. a täidetud koduõe töökohtade arv (vt osaraport 2). Tulenevalt rahvastiku vananemisest on oodata teenuse mahu kasvu ja seega kasvab ka vajadus

koduõdede järele – 2020. aastaks 325,9 ja 2030. aastaks 380,6 töökohani, mis on 2013. aastaga võrreldes vastavalt 178,7 ja 233,4 töökohta võrra rohkem. Lisaks sellele tuleb prognoosi kohaselt asendada 2020. aastaks 18% ja 2030. aastaks 45% koduõe töökohtadest (vastavalt 17% ja 42% töötajatest). Absoluutarvudes tähendab see vastavalt 26,1 töökohta asendamist 2020. aastaks ja 65,6 töökohta asendamist 2030. aastaks. Kokku on 2020. aastaks vaja täiendavalt täita 204,8 ning 2030. aastaks 299,0 koduõe töökohta (vt Joonis 24.). Selle nõudluse katmiseks peaks kuni 2020. aastani keskmiselt täitma 34,1 koduõe töökohta aastas ja sealt edasi kuni 2030. aastani 9,4 töökohta aastas.



Joonis 24. Koduõdede tööjõuvajadus

Kuna koduõena töötamiseks tuleb läbida vastav täiendkursus, siis ei ole sisuliselt vahet, kas koduõena hakkab tööle just ülaltoodud „täiendav osa“ õe põhikoolituse läbinutest või läbib koduõe koolituse osa praegustest õdedest, kelle asemele tuleb ikkagi samal määral uusi õdesid koolitada. Seega koolitustellimuse muutus tulenevalt koduõdede nõudlusest on kummalgi juhul sama; kusjuures eelduseks on see, et töökohtade olemasolul ei teki probleeme nende täitmisega. Kahjuks ei ole saadaval andmeid selle kohta, kui palju õdesid on viimastel aastatel läbinud koduõe kursuse – see võimaldaks võrrelda, kui kaua läheks aega vajalikus mahus teenuse pakkumiseni, arvestades koduõdede lisandumist senises tempos.

Ülaltoodud aasta keskmist töökohtade täitmise vajadust võib pidada minimaalseks uute töötajate vajaduseks, millest piisaks eeldusel, et kõik lisanduvad koduõed töötavad täiskoormusega. Tegelikult on koduõdede keskmine töökoormus 0,62. Kui eeldada, et ka sektorisse sisenejad hakkavad tööle keskmiselt sama koormusega, on töökohtade täitmiseks 2020. aastani igal aastal vaja keskmiselt 55,2 isikut ning sealt edasi 2030. aastani 15,2 isikut. Suur erinevus aastakeskmistes tuleneb sellest, et koduõdede kasvunõudlus on suur ning eeldatavasti täidetakse 2020. aastaks.

Koolitustellimuse arvutamisel tuleb arvestada ka seda, et osa õppijaid katkestab ning osa lõpetajaid ei asu õena tööle. 2014. a registriandmete kohaselt töötab tervishoiu sektorist väljaspool lausa 30% õdedest. Eeldades, et ka tulevikus asub õena tööle kolmveerand õe põhiõppe lõpetanutest, peaks koduõdede täiendava vajaduse katmiseks igal aastal lõpetama keskmiselt 79,3 õde aastani 2020 ja edasi 21,9 õde aastani 2030. Eeldades, et ka õpingute katkestamine jääb viimaste aastate tasemele, peab sisseastujate arv olema veelgi suurem. Aastatel 2009/10 kuni 2012/13 katkestas õpingud keskmiselt 6,6% õe põhiõppe üliõpilastest. Seega oleks koduõdede nõudluse katmiseks vaja õe põhiõppesse igal aastal täiendavalt vastu võtta keskmiselt 85,0 õppurit aastani 2020 ning edasi 23,5 õppurit aastani 2030¹. Võrdluseks, aastatel 2009/10 kuni 2013/14 võeti keskmiselt igal aastal vastu 459 õde (2013/14 a vähenes vastuvõtt võrreldes eelneva aastaga 494-lt 356-ni). Seega peaks koduõde teenuse vajalik mahus osutamiseks² olema aastane koolitustellimus kuni 2020. aastani 19% suurem ning edasi 2030. aastani 5% suurem kui viimaste aastate keskmine.

Oluline on aga märkida, et õdesid on puudu ka teistes valdkondades ning koolitustellimuse kujundamisel tuleb vaadata eriala kui tervikut. Eestis on õdesid suhtena elanike arvu tunduvalt vähem kui OECD ning Euroopa Liidu riikides keskmiselt – 1000 inimese kohta keskmiselt 6,4, OECD/EL-i riikides keskmiselt 9. Viimase taseme saavutamiseks tuleks Tartu Ülikooli Tervishoiu Instituudi prognoosi kohaselt igal aastal õe põhiõppesse vastu võtta 700–800 üliõpilast, kellest Eesti raviasutustesse peab õena tööle asuma 450–500 (Kiivet jt, 2013). Seega üldises plaanis peaks vastuvõtt olema peaaegu kaks korda suurem viimaste aastate keskmistest. Arvestades õdede vaba valikut spetsialiseeruda, oleks ainult sellisel juhul tagatud, et ka koduõdesid on piisaval arvul (kuna ei ole võimalik ega ka mitte soovitatav eeldada, et eeskätt spetsialiseerutakse just koduõeks ning alles seejärel hakatakse kompenseerima ülejäänud õdede puudujääki).

5.2.4 Ämmaemandate vajadus

TH-mudeli põhistsenaariumi ehk iseseisva ämmaemandusabi mudeli kohaselt oleks 2011. aasta teenusevajadusele vastanud 172 ämmaemanda töökohta esmatasandil (vt osaraport 2). Kokku oli ämmaemanda ametikohti TAI andmetel 2013. a novembris täidetud 392,3. See tähendab, et 131,5 tänast töökohta saaks juba praegu ümber paigutada esmatasandile. Sel juhul asuks esmatasandil 44% kõigist ämmaemanda töökohtadest.

Tulenevalt sündimuse prognoositavast vähenemisest on langustrendis ka vajatavate ämmaemandate arv. Teenuse mahtudest tulenevalt oleks 2020. aastal esmatasandil vaja 158 ning 2030. aastal 140 ämmaemanda töökohta. Juhul, kui tänane esmatasandi töökohtade vajadus oleks kaetud (mitte-esmatasandi ämmaemandaid ümber paigutades), siis oleks kasvunõudlus 2020. aastani –14 ning 2030.

¹ Võrdluseks: kui eeldada, et iga uus koduõde hakkab tööle täiskoormusega, oleks vaja nõudluse katmiseks vaja vastu võtta keskmiselt 48,7 õde aastas kuni 2020. aastani ning edasi 13,5 õde aastas 2030. aastani.

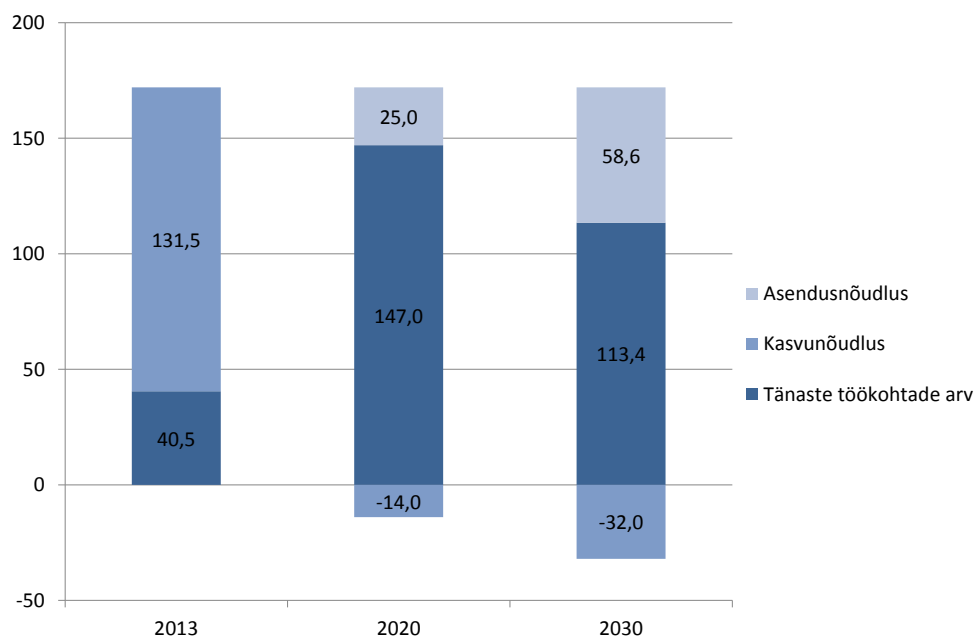
² Eeldusel, et ülejäänud õendusteenuse maht jääb samaks.

² Eeldusel, et ülejäänud õendusteenuse maht jääb samaks.

aastani –32 töökohta. Eeldades, et esmatasandi osakaal jääb samaks, oleks kokku vaja 360,4 ämmaemanda töökohta 2020. aastal ja 319,3 töökohta 2030. aastal (kasvunõudlus vastavalt –31,9 ja –73 töökohta).

Kõigist praegu töötavatest ämmaemandatest lahkub 2020. aastani prognoosi kohaselt 78 ämmaemandat (15%) ning 2030. aastani 182 ämmaemandat (34%), seega tänastest ämmaemandatest jääb nendeks aastateks alles vastavalt 456 ja 352. Rakendades lahkujate osakaale eeldatavale töökohtade arvule, selgub, et asendamist vajab 25 esmatasandi töökohta 2020. aastaks ja 58,6 esmatasandi töökohta 2030. aastaks. Kõigist ämmaemanda töökohtadest vajaks asendamist 57,0 aastaks 2020 ning 133,6 aastaks 2030.

Kogunõudlus esmatasandil võrreldes tänasega on seega 2020. aastani 142,5 ning 2030. aastani 158,1 ämmaemanda töökohta – kui tänane puudujääk juba praegu mitte-esmatasandi arvelt täita, siis oleks kogunõudlus 11 esmatasandi töökohta aastani 2020 ning 26,6 aastani 2030 (vt Joonis 25.). Üldine kogunõudlus ämmaemandate järele on aga 25,1 töökohta 2020. aastani ja 60,6 töökohta 2030. aastani.



Joonis 25. Esmatasandi ämmaemandate tööjõuvajadus³

Ka ämmaemandate puhul on mõistlik eeldada, et uued sektorisse sisenejad hakkavad tööle keskmiselt sama koormusega, millega töötavad praegused ämmaemandid – 0,73. Sel juhul oleks kõigi ämmaemanda töökohtade täitmiseks vaja 2020. aastani 34,1 isikut ning 2030. aastani 82,5 isikut.

³ Märkus. 2020. ja 2030. a kasvunõudlustes on arvestatud eeldusega, et 131,5 töökohta saab kohe esmatasandile tuua, st tänaste töökohtade arv oleks 171,5.

2014. a registriandmete kohaselt ei tööta oma erialal koguni 34% ämmaemanda haridusega isikutest. Eeldades, et ka lisanduvatest lõpetajatest sama suur osa ei hakka ämmaemandana tööle ning et õpingute katkestamise määr jääb viimaste aastate keskmisele tasemele (6,4% aastatel 2009/10 kuni 2012/13), siis peaks kuni 2020. aastani ämmaemanduse õppekavale igal aastal vastu võtma keskmiselt 9,2 ning edasi 2030. aastani igal aastal keskmiselt 7,8 tudengit⁴. Viimaste aastate keskmisest vastuvõttust, mis on 70 tudengit aastas (2009/10 kuni 2013/14), moodustab see vastavalt 13% ja 11%. Seega võiks nende eelduste kohaselt vastuvõttu oluliselt vähendada.

Väga oluline on aga veelkord rõhutada, et mitte kõik ämmaemanda eriala omandanud ei tööta ämmaemandana, vaid osa neist ka õena. Puuduvad aga andmed selle osa suuruse kohta. Ühest küljest võiks seega öelda, et kui sama trend jätkub, siis tuleks selle võrra ka ämmaemandate koolitustellimust suurendada. Teisest küljest aga tuleb läbi mõelda, kui palju on mõtet koolitada ämmaemanda haridusega õdesid ning kas ei oleks otstarbekam vähendada ämmaemandate ning suurendada õdede koolitustellimust.

5.2.5 Füsioterapeutide vajadus

Arvestades füsioterapeutide arvu ning füsioterapeudi töökohtade arvu kohta tehtud eeldusi, on täna Eestis kokku täidetud 468 füsioterapeudi töökohta. TH-mudeli põhistsenaariumi (teenuse kasutuse ja kättesaadavuse ühtlustamine Eesti parimate piirkondade eeskujul) kohaselt oleks 2011. a teenusemahtudest tulenevalt esmatasandil vaja 225 füsioterapeudi töökohta (48% tänastest töökohtadest), kuid tegelikult ei lähe praegusest ressursist ükski osa arvesse esmatasandi töötajatenä. Küll aga oleks võimalik osa tänastest füsioterapeutidest esmatasandile ümber paigutada.

Oletatavasti saaks esmatasandile viia kogu SKA rahastatava teenuse ja osa EHK rahastatavast teenusest. Mõeldav on ka väljaspool (EHK ja SKA) rahastust töötava ressursi ümberpaigutamine. Juhul, kui esmatasandile liiguks kõik SKA rahastatavat teenust pakkuvad füsioterapeudid ning 25% väljaspool rahastust töötavatest füsioterapeutidest, tuleks esmatasandi vajaduse katmiseks esmatasandile paigutada 55% EHK rahastatavatest füsioterapeutidest. Juhul, kui väljaspool rahastust töötavaid füsioterapeute esmatasandile tuua ei õnnestu, tuleks EHK rahastatavatest füsioterapeutidest esmatasandile ümber paigutada 76%.

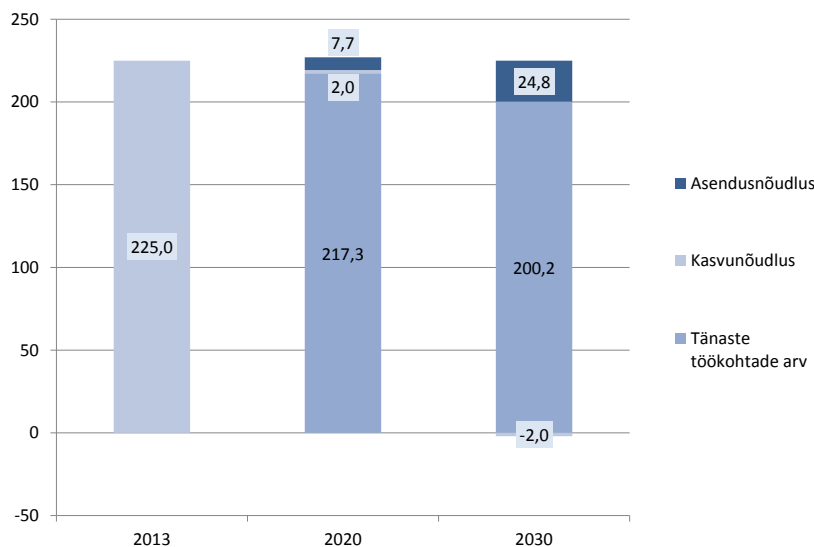
Prognoosi kohaselt, mis eeldab üksnes muudatusi elanike soolis-vanuselises jaotuses ning sellega seotud teenusvajaduses, mitte aga esmatasandi teenuse sisu ja sihtrühmade olulist teisenemist perioodi jooksul, ei ole füsioterapia teenuse esmatasandi teenuse mahtudes 2030. aastani olulisi muutusi oodata. 2020. aastal oleks esmatasandil vaja 227 ning 2030. aastal 223 füsioterapeudi töökohta. Juhul, kui tänane esmatasandi töökohtade vajadus oleks kaetud (olemasolevaid füsioterapeute ümber paigutades), siis oleks kasvunõudlus 2020. aastani 2 ning 2030. aastani –2 töökohta. Eeldades, et esmatasandi osakaal jääb

⁴ Võrdluseks: kui iga uus ämmaemand hakkaks tööle täiskoormusega, oleks 2020. aastani vaja vastu võtta keskmiselt 6,7 ning sealt edasi 2030. aastani keskmiselt 5,7 tudengit aastas, mis on vastavalt 10% ja 8% viimaste aastate vastuvõttust.

samaks, oleks kokku vaja 472,5 füsioterapeudi töökohta 2020. aastal ja 464,2 töökohta 2030. aastal (kasvunõudlus vastavalt 4,2 ja –4,2 töökohta).

Kõigist praegu töötavatest füsioterapeutidest lahkub 2020. aastani prognoosi kohaselt 17 füsioterapeuti (3%) ning 2030. aastani 55 füsioterapeuti (11%), seega tänastest füsioterapeutidest jääb nendeks aastateks alles vastavalt 483 ja 445. Rakendades lahkujate osakaale eeldatavale töökohtade arvule, selgub, et asendamist vajab 7,7 esmatasandi töökohta 2020. aastaks ja 24,8 esmatasandi töökohta 2030. aastaks. Kõigist füsioterapeudi töökohtadest vajaks asendamist 16,0 aastaks 2020 ning 51,7 aastaks 2030.

Kogunõudlus esmatasandil on seega 2020. aastani 234,7 ning 2030. aastani 247,8 füsioterapeudi töökohta – kui tänane puudujääk juba praegu mitte-esmatasandi arvelt täita, siis oleks kogunõudlus 9,7 esmatasandi töökohta aastani 2020 ning 22,8 aastani 2030 (vt Joonis 26.). Üldine kogunõudlus füsioterapeutide järele on aga 20,1 töökohta 2020. aastani ja 47,6 töökohta 2030. aastani.



Joonis 26. Esmatasandi füsioterapeutide tööjõuvajadus⁵

Füsioterapeutide keskmine koormus on peaaegu täiskoormuse lähedane – 0,94. Eeldades värskeste lõpetanute tööle hakkamist sama keskmise koormusega, peaks aastani 2020 lisanduma kokku 21,5 füsioterapeuti ning aastani 2030 kokku 50,8 füsioterapeuti.

Eelpool toodud eelduste kohaselt ei tööta koguni 37% füsioterapeudi haridusega isikutest oma erialal või Eestis. Eeldades, et ka lisanduvatest lõpetajatest sama suur osa ei hakka siin füsioterapeudina tööle ning et õpingute katkestamise määr jääb viimaste aastate keskmisele tasemele (8,3% aastatel 2009/10 kuni 2012/13), siis peaks kuni 2020. aastani füsioterapia õppekavadele igal aastal vastu võtma keskmiselt 6,2

⁵ Märkus. 2020. ja 2030. a kasvunõudlustes on arvestatud eeldusega, et 225 füsioterapeuti, mis on tänane esmatasandi vajadus, saab kohe esmatasandile tuua.

ning edasi 2030. aastani igal aastal keskmiselt 5,1 tudengit⁶. Viimaste aastate keskmisest vastuvõtust, mis on 70 tudengit aastas (2009/10 kuni 2013/14), moodustab see vastavalt 9% ja 7%. Seega võiks nende eelduste kohaselt vastuvõttu oluliselt vähendada.

Kuigi see näib esmapilgul ekstreemne tulemus, on see hästi seletatav asjaoluga, et suurem osa füsioterapeudi haridusega isikutest on veel noored. Kuna sellest tulenevalt ei ole asendusnõudlus kuigi suur, on lähiajal vajaminev ressurss enamjaolt juba koolitatud. Oluline on aga tähele panna, et see kehtib eeldusel, et kogu füsioteraapia teenuse maht ei muutu kuigivõrd. Juhul, kui esmatasandi töökohti ei tekitata olemasoleva ressursi ümberpaigutamise, vaid ressursi (ja kogu teenusepakumise) suurenemise teel, on ka vajalik vastuvõtt selle võrra suurem.

⁶ Võrdluseks: kui iga lisanduv füsioterapeut hakkaks tööle täiskoormusega, oleks 2020. aastani vaja vastu võtta keskmiselt 5,8 ja sealt edasi 2030. aastani keskmiselt 4,7 tudengit aastas (vastavalt 8% ja 7% viimaste aastate keskmisest vastuvõtust).

6 TEGEVUSKAVA

6.1 Ettepanekud õigusaktide muutmiseks

- ▶ ETTK kui spetsiifilise õigusliku staatusega juriidilise isiku seadustamine. Võimalik on kaks lahendust: ETTK kui spetsiifiliste nõuete ja tegevusloaga juriidiline isik – nõuab vastava juriidilise isiku defineerimist TTKS'is, tegevusloa andmise tingimuste ja sellega kaasnevate õiguste määratlemist; ETTK kui üldarstiabi tegevusloaga juriidiline isik, kes osutab vastavate tegevuslubade alusel ka teisi esmatasandi tervishoiu põhiteenuseid või korraldab nende osutamist (nt. lepinguliselt).
- ▶ ETTK meeskondade õiguslik määratlemine kohustusliku miinimumi ja võimaliku koosseisu osas kooskõlas siinse uurimuse eeldustega. Esmaselt vajab lahendust füsioterapeutide õigus töötada perearsti meeskonnas.
- ▶ Määratleda avaliku sektori (KOV) tingimuslik ülesanne (kohustus) tagada teenuseid osutava meeskonna olemasolu (sarnaselt perearstinimistute) ka juhul kui piirkonnas esmatasandi spetsialistide initsiatiivil ETTK kui organisatsiooni ei õnnestu (koheselt) asutada või siis tekivad probleemid organisatsiooni tegevuses majandusüksusena.
- ▶ TTKS pg 13 ühinemispiirangute leevendamine selliselt, et üldarstiabi osutav juriidiline isik võib omandada teiste esmatasandi põhiteenuseid iseseisvalt osutavate ettevõtete osakuid või aktsiaid ETTK välja arendamiseks.
- ▶ ETTK teenuspiirkonna mõiste õiguslik kehtestamine ja defineerimine ning konkreetsete teenuspiirkondade territoriaalne määratlemine. Konkreetsete teenuspiirkondade määratlemise ettepanek KOV-üksuste jaotuses (2012. a. haldus-territoriaalse jaotuse alusel) sisaldub käesoleva töö osaraportis 3.
- ▶ Teenuspiirkonna õiguslikul määratlemisel on keskseks küsimuseks selle seos elaniku elukoha ja kuulumisega perearsti nimistusse. Võimalik on teenuspiirkonna määratlemine: elanike elukoha alusel lähtudes rahvastikuregistri andmetest; ETTK koondunud perearstide nimistutesse kuulumise alusel. Arvestades perearstiteenuse kesksust ETTK teenuste seas on mõistlik eelistada teist võimalust ning defineerida ETTK teenuspiirkond läbi perearsti nimistu mõiste. Täiendavaks valikukohas sellisel juhul on see, kas ETTK saab omama ühtset nimistut kõigi perearstide ja teiste põhiteenuste patsientide/klientide osas või säiluvad üksikute perearstide nimistud ning vastavalt on konkreetse perearstiga seotud ka teiste esmatasandi põhiteenuste kliendid ja nendega seotud teenusmahud.

6.2 Ettepanekud muudatusteks rahastamislepingutes ja kulumudelites

ETTK kui iseseisva juriidilise isiku puhul on vajalikud ja põhjendatud järgnevate täiendavate töökohtade loomine ja rahastamine:

- ▶ Perearstide ja teiste spetsialistide administratiiv- ja üldjuhtimise koormuse vähendamiseks **ETTK juhataja** töökoht igas ETTK's
- ▶ Esmajoones pereõe registraatoritöö ja muu asjaajamise koormust vähendav **kliinilise assistendi** töökoht

Esmatasandi tervisekeskuse ruumiprogrammi rahastamisel lähtuda käesoleva projekti raames välja töötatud lahendusele, mis arvestaks täiendavate töökohtade ning ühisruumide vajadust ning tugineks esmatasandi spetsialistide erialaseltside visioonile motiveerivast töökeskkonnast.

Kõigi nelja esmatasandi põhiteenuse rahastamislepingute sõlmimisel anda prioriteet ETTK'dele kui juriidilistele isikutele. Juhul kui ETTK'd ei ole suutlikud teenusvajadust rahuldama, siis on ETTK meeskonna ja perearstide keske rolli tugevdamiseks mõistlik järgmises valikus eelistada iseseisvalt teenust osutavaid koduõenduse, ämmaemandusabi ja füsioteraapia ettevõtteid, ning kolmandas järjekorras õendushaiglaid ja HVA haiglaid.

Teiseks üldiseks printsiibiks peaks olema **nelja põhiteenuse teenusvajaduse hindamise viimine ühtsele territoriaalsele alusele**, milleks üsna loomulikult on **ETTK teenuspiirkonnad** (vt. osaraport 3). Teenusvajaduse hindamise olulisim sisend on piirkonna elanikkonna suurus ning konkreetsete soolis-vanuseliste rühmade suurus vastavalt iga teenuse sihtrühma iseloomule. ETTK teenuspiirkondade lepingulise teenusmahu hindamisel on asjakohane võtta aluseks kas:

- ▶ Rahvastikuregistri andmed piirkonna elanike elukoha alusel (selles lähtutakse hetkel maakondlikes piirides koduõenduse ning eriarstiabi raames füsioteraapia ja ämmaemandusabi teenusvajaduse hindamisel);
- ▶ ETTK koondunud perearsti nimistute isikute loendid (perearstiteenuse põhjendatud vajaduse hinnang läbi pearaha suuruse).

Rahvastikuregistri andmed on sobivaimad KOV piirkondliku ETTK alammudeli rakendamisel, kuivõrd KOV kohustused on valdavalt seotud nimelt elanike rahvastikuregistri põhise arvestusega. Laiendatud üldarstiabi ja ka iseseisvate teenuste ETTK korral on mõistlik lähtuda olemasolevatest perearsti nimistutest.

Pearaha, baasraha ja teenuse ühiku põhise rahastamise proportsioonide määratlemine kõigile neljale põhiteenusele ühtsetel aluste. Siin on mõistlik aluseks võtta kehtiv perearsti rahastamismudel, kuid ka sellisel juhul võimalikud erinevad lahendusvõimalused:

1. Täiendada perearsti rahastamismudelit selliselt, et pearahas lisanduvad ämmaemandusabi, koduõenduse ja füsioteraapia teenuse osutamiseks vajalike seadmete

- kulud vastavalt kehtivatele nõuetele, baasrahas ETTK ruumiprogrammile vastav ruumide kasutuskulu (sh ka ETTK üldruumid) ning ämmaemandate, koduõdede ja füsioterapeutide lisandumist ETTK meeskonda rahastatakse sarnaselt 2. pereõe lisatasu määramisele.
2. Täiendada pereearsti rahastamismudelit selliselt, et ämmaemandusabi, koduõendusteenust ja füsioteraapiateenust rahastatakse kehtivate ABC mudelite alusel uurimisfondi vastavatest alamfondidest, millele on nimistutesse kuuluvate isikute soolis-vanuselisest jaotusest ja arvust lähtuvalt määratud põhjendatud teenusvajaduse ülemäär (eelneva perioodi teenuse kasutuse alusel või eksperthinnangutele tuginedes). See mudel sobib hästi olukorda, kus ETTK meeskonnas ei tööta (piisavalt) põhiteenuste spetsialiste ning vähemalt osa teenustest ostetakse teistelt teenuseosutajatelt lepinguliselt sisse.
 3. Laiendada pereearsti rahastamismudeli loogikat ning määrata ämmaemandusabi, koduõenduse ja füsioteraapia teenustele pearaha vastavate teenuste soolis-vanuselise kasutuse mustritele: koduõenduses oleks pearaha määramise lihtsustatuimaks aluseks 65+ elanike arv, mida võib aga laiendada ka teiste vanusrühmade lisamisega, kuivõrd koduõendusteenus ei ole olemuslikult üksnes eakatele suunatud teenus; füsioteraapiateenuse puhul saab lähtuda ambulatoorse füsioteraapia ja rehabilitatsiooniteenuse senistest kasutusest vanusrühmades (vt osaraport 2); ämmaemandusabi pearaha määramise aluseks saavad olla 15+ naiste arv ning prognoositav sündide arv. Kaasnevaks valikuks on pearaha proportsiooni määr kogu teenuste rahastamise mahus: koduõenduses võiks see katta esmase koduviisi eeldatavad kulud (lähteandmed: teenusel olevate isikute arv aastas); füsioteraapias füsioteraapilise hindamise kulud ning ämmaemandusabis naiste seksuaalnõustamise 1 vastuvõtu iga 15+ naise kohta aastas.

Teenuste **ühtlase kättesaadavuse motiveerimiseks on vajalik täpsustada ja eristada kaugusetasude arvutamise eeldusi**. Kõige õiglasem on lähtuda iga konkreetse ETTK asukohast ja teenuspiirkonna rahvastiku paiknemisest keskuse suhtes. Pereearsti kulumudeli kaugusetasu komponentide lõikes tuleks lähtuda järgnevast:

- ▶ Analüüside esitamine – ETTK kaugus lähimast HVA haiglast x 2
- ▶ Sõit koolitustele, nõupidamistele - ETTK kaugus Tartust või Tallinnast x 2
- ▶ (Pereearsti, pereõe, ämmaemanda, koduõe ja füsioterapeudi) koduviisi keskmine pikkus – (ETTK keskasula sihtrühma liikmete arv x 2 x 2km + mujal teenuspiirkonnas elavate sihtrühma liikmete arv x teenuspiirkonna paikkondade keskmine kaugus ETTK asukohast x 2)/teenuspiirkonna elanike arv.

6.3 Tööjõuvajaduse rahuldamise meetmed ETTK võrgustikus

Esmatasandi tervishoiutöötajate nõudlusest tulenev ülesanne jaguneb esmatasandi tervisekeskuste võrgustiku väljaarendamise kontekstis kolmeks osaks. Vajalik on:

- ▶ vastavate spetsialistide üldine piisavus Eesti tervishoiusüsteemis, mis tagatakse piisava koolitustellimusega ning süsteemis väljalangevuse vähendamise meetmetega;
- ▶ vastavate spetsialistide töötamine esmatasandil – oluline füsioteraapia ja ämmaemandusabi erialadel;
- ▶ spetsialistide regionaalne paiknemine selliselt, et kõigi esmatasandi tervisekeskuste meeskonnad oleksid vajalikul määral komplekteeritud.

Esmatasandil töötamise motiveerimisel on oluliseks:

- ▶ Töökeskkonna üldine parandamine, mis saavutatakse investeringutega esmatasandi tervisekeskustesse.
- ▶ Suurem iseseisvus töös – ämmaemandad ja füsioterapeudid saavutavad selle esmatasandi meeskonna koosseisus, pereõdede puhul on suunajaks üldine arusaamine perearstiteenuse muutuvast olemusest. Kõigil juhtudel eeldab see töötavate spetsialistide täiendkoolitust, muudatusi õppekavades.
- ▶ Suuremad mitmekesise kompetentsiga meeskonnad tervisekeskustes – töö kasvav tulemuslikkus, patsiendi ühtne käsitus keskuses, spetsialistide vastastikune professionaalne tugi, võimalus spetsialiseeruda, lihtsam puhkuse planeerimine, lühiajalised paindlikud asendusvõimalused
- ▶ Vähem halduskoormust ja ettevõtjariske – keskuse juhataja ja kliinilise assistendi töökohad esmatasandi tervisekeskustes vähendavad vastavalt perearstide juhtimiskoormust ning pereõe asjaajamiskoormust; kaob vajadus tegeleda ettevõtte tegevuse korraldamisega.

Piirkondlikke vajadusi arvestav tööjõu paiknemine:

- ▶ Esmatasandi tervisekeskuste võrgustik iseenesest loob eeldused tööjõu ühtlasemaks paigutuseks või vähemalt vastavate motivaatorite loomiseks – võrdväärne töökeskkond kõigis keskustes: kaasaegsed ruumid ja sisustus, aparatuur, suuremad meeskonnad.
- ▶ Teenuse koondumine suurematesse asulatesse – noorte valmisolek kulutada töölesõidule kuni 30 minutit ning tervisekeskuste paiknemine paremini ühendatud (maantee kvaliteet, kiire ühistranspordiühendus) asulates paiknevates keskustes loob maakonna/regiooni piires paremad võimalused töö käimiseks ka suuremas linnas asuvast kodukohast eemal paiknevas tervisekeskuses.
- ▶ Kohalike omavalitsuste osaluse suurendamine piirkondlike tervisekeskuste tegevuses: ruumide omand, osalus tervisekeskuse omanikuna, aktiivsus personali värbamisel ning soodsate elamistingimuste loomisel spetsialistidele.

Spetsiifiliselt perearstide vajaduse rahuldamisel on vajalik kaaluda järgnevate meetmete rakendamist:

1. Värbamine teistest liikmesriikidest või riikidest, mis eeldab värbamise põhimõtete ja kvaliteedi indikaatorite väljatöötamine kooskõlas kehtiva õigusruumi nõuetega.

2. Peremeditsiini arst residentidele nimistu omamise õiguse andmine juba residentuuri õpingute ajal, mis tagaks nimistu patsientidele üldarstiabi järjepidevuse. Meetme rakendamisel tuleb kaaluda residentide valmisolekut vastutada nimistu toimimise eest ning arvestada asjaoluga, et see võib õpinguperioodi veelgi pikendada. Töötades paralleelselt nimistuga ei pruugita lõpetada kõiki vajalike residentuuri tsükleid õigeaegselt. Selline meede eeldab ka nimistu asendaja olemasolu perioodil, kui resident peab tegema kohustuslikke tsükleid residentuuri õpingute raames. Meede sobib rakendamises suuremates perearstikeskustes, kus perearstide omavahelisi asendusi on kergem tagada.
3. Ühe meetmena võib kaaluda programmi, kus tulevikus nimistust loobuv perearst saab enda juurde võtta tööle teise perearsti või peremeditsiini residendi, kuni loobub nimistust. Nii rahastus, tingimused kui ka vajadus tuleb põhjalikult läbi vaadata ning kaaluda, kas seda saab piloteerida Terviseameti korraldatava perearsti asendussüsteemi kaudu. Tegemist oleks nn. inkubatsiooniprogrammiga. Programmi läbiviimiseks peaks küsitlema töötavaid perearste (millised on probleemid ja hirmud seoses nimistust loobumisega). Hetkel viib Terviseameti peremeditsiini osakond läbi uuringut, milles soovitakse välja selgitada, millistel tingimustel soovivad noored peremeditsiini lõpetanud arstid omada perearsti nimistut.
4. Riikliku lähtetoetuse suurendamine ja piirkondlikud boonused töö alustamiseks väljaspool Tallinna või Tartut (kaalutleda ka teiste esmatasandi erialade osas)
5. Juhul, kui esmatasandi tervishoiuteenuse arendamist peetakse prioriteetseks, kus patsiendi esmane kontakt on tema perearst ning krooniliste haiguste jälgimine liigub järjest enam esmatasandile võiks kaaluda peremeditsiini residentide erinevat rahastamist, võrreldes teiste residentidega. Residentuuri aegne tasu võiks olla võrreldes teiste erialadega kõrgem. Samas selline lähenemine vajab põhjalikumat analüüsi, kuna seab teiste erialade järelkasvu löögi alla.
6. Sektorist väljas olevate arstide sh perearstide nn tagasi värbamine tervishoiusüsteemi esmatasandil. Samuti tasub kaaluda nn üldarstide suuremat kaasamist esmatasandile ja nende õiguste laiendamist. Hetkel kehtiv õigusruum lubab arsti kvalifikatsiooniga tervishoiutöötajal asendada perearsti nimistut kuni kolm kuud. Arvestades tulevikus vajaminevat personali ning seniseid residentuuri koolitusmahte tuleks kaaluda võimalust lubada arstidel, kellel ei ole peremeditsiini kvalifikatsiooni senisest rohkem osutada teenust esmatasandi. Kindlasti on sellise meetme rakendamisel vajalik koostöös peremeditsiini õppetooliga töötada välja täiendkoolituse mahud ja võimalused.

6.4 Taristu arendusprojektid

ETTK ruumiprogrammi elluviimine osaraportis 3 kirjeldatud territoriaalse esmatasandi tervisekeskuste võrgustiku mudeli mahus. Võttes aluseks ETTK arvu 89 ja töökohtade arvestusliku vajaduse Eestis on tervisekeskuste summaarse vajaliku kasuliku pinna ruutmeetrite arvuks Eestis u 72 tuhat m² esmatasandi põhiteenuste arvelt. Arvestades ETTK ruumide välja arendamise keskmiseks maksumuseks 1500 eurot m² ning eeldades, et ruumide rekonstrueerimine, juurdeehitise rajamine või täiesti uue hoone rajamine on vajalik kõigi ETTK'de jaoks, on põhiteenuste osutamiseks vajalike ruumide investeringuvajadus kehtivate ruuminõuete puhul 92-93 miljonit eurot ning ETTK meeskonna vajadustest lähtuva ruumiprogrammi aluseks võtmisel 107-108 miljonit eurot.

Koostöös Sotsiaalministeeriumiga on käesoleva projekti raames kaardistatud ka konkreetsed hooned ja krundid, kus ETTK'd võiksid paikneda ning investeringute iseloom (uushoone, juurdeehitis, olemasoleva hoone rekonstrueerimine) ja arendajad (vt osaraport 3). Tegelik investeringute vajadus selgub nende kohalike arendusideede täpsustumisel, millest lähtuvalt koostatakse ETTK teenuspiirkondades esmatasandi tervisekeskuste arengukavad koos investeerimisvajadust sisaldava äriplaaniga. Esitatavatest investeringutoetuste taotlustest moodustub riiklik EL investeringutoetuste kava esmatasandi tervisekeskuste võrgustiku välja arendamiseks, mille ennetamine siinses töös ei ole vajalik.

7 KASUTATUD KIRJANDUS

Ani, Ülle (2012): Suitsetamisest loobumise meditsiiniline nõustamine. Metoodiline juhendmaterjal. Tallinn: Tervise Arengu Instituut.

Ani, Ülle; Ingerainen, Diana (2012): Suitsetamisest loobumise nõustamine tervishoiu esmatasandil. Metoodiline juhendmaterjal lühinõustamise läbiviimiseks. Tallinn: Tervise Arengu Instituut.

Avaliku konkursi kord perearsti nimistu moodustamise õiguse andmiseks. Sotsiaalministri määrus Vastu võetud 29.11.2001 nr 112

Boerma, Wienke (2006): Coordination and integration in European primary care. Teoses Primary care in the driver's seat? Organisational reform in european primary care (Toim. Saltman jt). Open University Press, lk 3-21.

Boerma, Wienke ja Dubois, Carl-Andy (2006): Mapping primary care across Europe. Teoses Primary care in the driver's seat? Organisational reform in european primary care (Toim. Saltman jt). Open University Press, lk 22-49

Bogdanov, Helen; Pertel, Tiia (2012): Vaimse tervise teenuste kaardistamine ja vajaduste analüüs. Tellija: Tervise Arengu Instituut.

Bombach, G. (1965). Manpower Forecasting and Educational Policy. *Sociology of Education*, 38(5), 343–374.

Boyle, S. United Kingdom (England): Health system review. – *Health Systems in Transition*, 2011, Vol. 13, No. 1, pp. 1–486.

Edwards, Nigel; Smith, Judith ja Rosen, Rebecca (2013): The primary care paradox. New designs and models. KPMG International.

Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetelu. Vabariigi Valitsuse määrus Vastu võetud 27.12.2013 nr 188

Eesti hooldusravivõrgu arengukava 2004 – 2015 (2004). Sotsiaalministeerium.

Eesti perearstipraksiste kvaliteedijuhis (2009): Eesti Perearstide Selts

Eesti rahvastiku tervise arengukava 2009–2020 (2012). Uuendatud versioon heaks kiidetud VV poolt 20.12.2012.

Eesti tervishoiu arengusuunad aastani 2020 (2014). Heaks kiidetud VV kabineti poolt 21.08.2014.

Esmatasandi tervishoiu arengukava 2009-2015 (2009). Kinnitatud sotsiaalministri 5. veebruari 2009. aasta käskkirjaga nr 16.

EUPrimecare (2011): Report on methods for Primary Care cost measurement in EU. EUprimecare – Grant Agreement No. 241595

European health for all database. WHO Regional Office for Europe. [<http://data.euro.who.int/hfad/>]. 29.01.2014

GfK (2013): Elanike hinnangud tervisele ja arstiabile 2012. GfK Custom Research Baltic. Veebruar 2013

Haiglavõrgu arengukava. Vabariigi Valitsuse määrus. Vastu võetud 02.04.2003 nr 105

Ingerainen, Diana; Sammul, Sirje; Kuldmäe, Inga; Kosula, Kätlin; Tohus, Irina; Leppik, Age; Tähepõld, Heli (2008): Pereõe tegevusjuhend. Tallinn: Tallinna Perekarstide Selts.

Iseseisvalt osutatavate ämmaemandusabi tervishoiuteenuste loetelu. Sotsiaalministri määrus Vastu võetud 19.03.2010 nr 22

Iseseisvalt osutatavate ämmaemandusabi tervishoiuteenuste loetelu. Sotsiaalministri määrus. Vastu võetud 19.03.2010 nr 22.

Kaheksa sammu inimese tervise heaks. Eesti õenduse ja ämmaemanduse arengustrateegia 2011–2020. (2011). Eesti Õdede Liit ja Eesti Ämmaemandate Ühing

Kalda, Ruth; Maaros Heidi-Ingrid; Rätsep, Anneli (2012): Peremeditsiini eriala arengukava aastani 2020.

Kiivet, Raul-Allan; Visk, Helle; Asser, Toomas (2012): Eestis töötavate arstide arvu prognoos aastaks 2032. Eesti Arst 91(8): 403–412.

Kiivet, Raul-Allan; Visk, Helle; Raag, Mait (2013): Õdede arvu prognoos aastaks 2032. Eesti Arst 92(11): 616–626.

Kindlustatud isikult tasu maksmise kohustuse Eesti Haigekassa poolt ülevõtmise kord ja tervishoiuteenuse osutajatele makstava tasu arvutamise meetodika. Sotsiaalministri määrus. Vastu võetud 19.01.2007 nr 9

Kleinberg, Anne; Jaanson, Peeter; Lehtmets, Andres; Aluoja, Anu; Vasar, Veiko; Suija, Kadri; Ööpik, Pille (2011): Depressiooni ravijuhend perearstidele. Eesti Arst 2011; 90(9):431–446

Koduõenduse tegevusjuhend (2004). Eesti Õdede Liit, Eesti Haigekassa, Eesti Gerontoloogia ja Geriaatria Assotsiatsioon.

Koduõendusteenuse kvaliteet 2010 aasta õendusdokumentatsiooni põhjal (2011): Audit. Tellija Eesti Õdede Liit.

Koppel, Agris; Kahur, Kristiina; Habicht, Triin; Saar, Pille; Habicht, Jarno; van Ginneken, Ewout (2008): Health system review. Health Systems in Transition 2008; 10(1): 1-230.

Kurowski, Christoph; Chandra, Amit; Finkel, Elyssa; Plötz, Marvin (2015): Ravi terviklik käsitlus ja osapoolte koostöö Eesti tervishoiusüsteemis. Kokkuvõttev aruanne. Maailmapanga Grupp

Kutsar, Kuulo (2012): Täiskasvanute vaksineerimise näidustused. Perekarst 2012; september: 61-66

Lember, M. (2014). Residentuur Eestis 2014 – kuidas edasi? Eesti Arst 93(9): 491–492.

Maser, Mai; Kiisk, Liidia; Oona, Marje; Sooba, Eve; Vaask, Sirje; Vihalemm, Tiiu (2008): Eeakate inimeste toitumine ja kehaline aktiivsus. Toitumis- ja toidusoovitused. Tallinn: Tervise Arengu Instituut, Eesti Toitumisteaduse Selts.

Masseria, Cristina; Irwin, Rachel; Thomson, Sarah; Gemmill, Marin ja Mossialos, Elias (2009): Primary care in Europe. Policy Brief. European Commission Directorate-General „Empoloyment, Social Affairs and Equal Opportunities“ Unit E1 – Social and demographic Analysis. December 2009. The London School of Economics and Political Science.

Nõuded haiglavälise eriarstiabi osutamiseks vajalikele ruumidele, sisseseadele ja aparatuurile. Sotsiaalministri määrus Vastu võetud 25.01.2002 nr 25

Nõuded perearsti tegevuskoha ruumidele, sisseseadele ja aparatuurile. Sotsiaalministri määrus Vastu võetud 29.11.2001 nr 116

Nõuded õendusabi iseseisvaks osutamiseks vajalikele ruumidele, sisseseadele, aparatuurile, töövahenditele ja ravimitele. Sotsiaalministri määrus Vastu võetud 13.08.2010 nr 56

Nõuded ämmaemandusabi iseseisvaks osutamiseks vajalikele ruumidele, sisseseadele, aparatuurile ja töövahenditele. Sotsiaalministri määrus Vastu võetud 19.03.2010 nr 23

Paat, Gerli; Aaviksoo, Ain; Lai, Taavi (2008): Perearstipraksiste funktsionaalsed korraldusmudelid Tallinnas ja Harjumaal. Tallinn: SA Poliitikauuringute Keskus PRAXIS.

Perearsti ja temaga koos töötavate tervishoiutöötajate tööjuhend. Sotsiaalministri määrus Vastu võetud 06.01.2010 nr 2

Perearsti nimistu moodustamise, muutmise ja võrdlemise alused ja kord ning perearsti nimistute piirarv. Sotsiaalministri määrus. Vastu võetud 07.12.2012 nr 47

Perearsti nimistute piirarv. Sotsiaalministri määrus Vastu võetud 04.08.2005 nr 93

Perearsti tööjuhend. Sotsiaalministri määrus. Vastu võetud 29.11.2001 nr 117.

Põllumaa, Siiri; Teesalu, Pille; Staafeldt-Rahumägi, Silja; Kirsch, Pirjo; Mahla, Marge (2013): Iseseisva antenataalse ämmaemandusabi kvaliteet. Kliiniline audit.

Põllumaa, Siiri (2008): Ämmaemandusabi mudelid ja nende kulutõhusus. Magistritöö rahvatervishoius. Tartu Ülikool: Tervishoiu instituut

Ravikindlustuse seadus. Vastu võetud 19.06.2002 RT I 2002, 62, 377

Reisberg, Sulev; Sirel, Raul; Kalda, Ruth; Merzin, Markko; Pruulmann, Jaan; Vilo, Jaak (2013): Elektrooniliste terviselogude analüüsimise võimalused Tartu perearstide infosüsteemi näitel. Eesti Arst 2013; 92(8): 452–459

Riigikontroll (2011): Perearstiabi korraldus. Kas süsteem täidab sellele pandud ülesandeid? Riigikontrolli aruanne Riigikogule. Tallinn 8. aprill 2011

Saame, Iisi; Gluškova, Natalja; Viilmann, Karl; Kalda, Ruth (2011): Prooviuring alkoholi liigtarvitamise varajase avastamise ja nõustamise meetodika hindamiseks Eesti perearstisüsteemis. Eesti Arst 2011;90(5): 216–224

Saar, P. & Habicht, J. (2011). Migration and attrition: Estonia, its health sector and cross-border mobility. In: Wismar et al. (ed.) Health Professional Mobility and Health Systems: Evidence from 17 European Countries. WHO Observatory Studies Series No. 23.

Saltman, Richard B; Rico, Ana ja Boerma, Wienke, toim (2006): Primary care in the driver's seat? Organisational reform in european primary care. Open University Press.

Sepp, V., Kivi, T., Puolokainen, T., Tali, T., Themas, E., Valgma, Ü. (2015): Uuring era- ja avalike teenuste ruumilise paiknemise ja kättesaadavuse tagamisest ja teenuste käsitlemisest maakonna-planeeringutes. Tartu: Tartu Ülikool.

Sünnitusabi ja günekoloogia eriala arengukava aastani 2020 (2012). Eesti Naistearstide Selts.

Taastusravi ja füsiatria eriala arengukava aastani 2020 (2012). Eesti Taastusraviarstide Selts.

Tekkel, Mare; Veideman Tatjana (2013): Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring 2012 Tallinn: Tervise Arengu Instituut.

Tervishoiuteenuste korraldamise seadus. Vastu võetud 09.05.2001

Tervishoiuteenuste kättesaadavuse ja ravijärjekorra pidamise nõuded Sotsiaalministri määrus Vastu võetud 21.08.2008 nr 46

Thomson, Sarah; Vörk, Andres; Habicht, Triin; Rooväli, Liis; Evetovits, Tamás ja Habicht, Jarno (2010): Responding to the challenge of financial sustainability in Estonia's health system. World Health Organization

Valikule kuuluvate koduõendusteenuste ja statsionaarse õendusabi teenuste ning nende mahu ja osutamise kohtade kinnitamine ravi rahastamise lepingute sõlmimiseks. Haigekassa juhatuse otsus 31. märts 2014. a nr. 145

Viigimaa, Margus (töörühma juht) (2006): Eesti südame- ja veresoonehaiguste preventsiiooni juhised.

Willems, E. (1996). Manpower Forecasting and Modelling Replacement Demand: An Overview. Maastricht.

Õendusabi erialade loetelu. Sotsiaalministri määrus. Vastu võetud 11.06.2001 nr 58

Õendusala erialade arengukavad. Sotsiaalministri määrus. Vastu võetud 16.07.2002 nr 99