

Tartu Ülikooli sotsiaalteaduslike rakendusüuringute keskus RAKE



RAKE

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

Esmatasandi tervisekeskuste organisatoorsed mudelid

Osaraport 5
Märts 2015

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., Kivi, L., Lees, K., Varblane, U., Espenberg, K. (2015). Uuring esmatasandi tervishoiuteenuste geograafilise kättesaadavuse vajaduse hindamine ja esmatasandi tervishoiuteenuste optimaalse korralduse mudeli loomine. Osaraport 5. Esmatasandi tervisekeskuste organisatoorsed mudelid. Tartu: Tartu Ülikool.

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

1.	Sissejuhatus: organisatoorse mudeli koostamise lähtekohad, ülesanne ja üldlahendus.....	5
2.	Esmatasandi tervishoiuteenuste pakkumise korralduse väliskogemus	8
2.1.	Soome	8
2.2.	Inglismaa	12
2.3.	Taani.....	14
3.	Mudeli ühisosa: esmatasandi tervishoiuteenuste olemus ja sisu	17
3.1.	Esmatasandi tervishoiuteenuste mõiste.....	17
3.2.	Esmatasandi tervise teenuste loetelu ja liigitus Eestis.....	18
3.3.	Esmatasandi tervishoiu põhiteenused Eestis.....	20
	Perearstiteenus	20
	Koduõendusteenus	21
	Ämmaemandusabi teenus	22
	Füsioteraapiateenus.....	23
	Mudelis sisalduvad muudatused põhiteenuste sisus.....	23
3.4.	Esmatasandi tervishoiukeskused (ETTK).....	26
4.	Esmatasandi tervishoiuteenuseid osutavad juriidilised isikud ning ETTK õiguslik vorm	28
4.1.	Lähteolukord.....	28
4.2.	Valikuvõimalused ja lahendused.....	30
5.	Esmatasandi tervishoiutöötajad ja ETTK meeskond.....	34
5.1.	Lähteolukord.....	34
5.2.	Valikuvõimalused ja lahendused.....	45
6.	Esmatasandi tervisekeskuste taristu	55
6.1.	Lähteolukord.....	55
6.2.	Valikuvõimalused ja lahendused.....	59
7.	Teenuste kliendibaas ja teenuspiirkonnad.....	68
7.1.	Lähteolukord.....	68
7.2.	Valikuvõimalused ja lahendused.....	82
8.	Lepingulised suhted teenuse riikliku korraldajaga ja rahastamise alused	87
8.1.	Lähteolukord.....	87
8.2.	Valikuvõimalused ja lahendused.....	104
9.	Kokkuvõte: ETTK organisatoorse mudeli neli alammodellit.....	109
9.1.	Ühtse taristu ETTK.....	109

Esmatasandi tervisteenuse osutajad.....	109
Esmatasandi meeskonna suurus ja lõimitus.....	109
ETTK taristu, omanikud ja varad.....	110
Teenuste territoriaalne kättesaadavus ja teenuspiirkonnad	110
Lepingud rahastajaga ja teenuste rahastamine	110
Mudeli tugevused ja võimalused.....	111
Mudeli nõrkused ja ohud	111
9.2. Iseiseivate teenuste ETTK.....	112
Esmatasandi tervisteenuse osutajad.....	112
Esmatasandi meeskonna suurus ja lõimitus.....	112
ETTK taristu, omanikud ja varad.....	112
Teenuste territoriaalne kättesaadavus ja teenuspiirkonnad	113
Lepingud rahastajaga ja teenuste rahastamine	113
Mudeli tugevused ja võimalused.....	114
Mudeli nõrkused ja ohud	115
9.3. Laiendatud üldarstiabi osutav ETTK	115
Esmatasandi tervisteenuse osutajad	115
Esmatasandi meeskonna suurus ja lõimitus.....	115
ETTK taristu, omanikud ja varad.....	116
Teenuste territoriaalne kättesaadavus ja teenuspiirkonnad	116
Lepingud rahastajaga ja teenuste rahastamine	117
Mudeli tugevused ja võimalused.....	117
Mudeli nõrkused ja ohud	118
9.4. KOV piirkondlik ETTK.....	118
Esmatasandi tervisteenuse osutajad.....	119
Esmatasandi meeskonna suurus ja lõimitus.....	119
ETTK taristu, omanikud ja varad.....	119
Teenuste territoriaalne kättesaadavus ja teenuspiirkonnad	119
Lepingud rahastajaga ja teenuste rahastamine	120
Mudeli tugevused ja võimalused.....	120
Mudeli nõrkused ja ohud	120
10. Kasutatud kirjandus	122

1 SISSEJUHATUS: ORGANISATOORSE MUDELI KOOSTAMISE LÄHTEKOHAD, ÜLESANNE JA ÜLDLAHENDUS

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 ressurssside 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:

- ▶ kõigi esmatasandi põhiteenuste koondumine ETTK'desse;
- ▶ ETTK taristu välja arendamine asustussüsteemi tõmbekeskustes (vt. osaraport 3)
- ▶ 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) (Boerma, 2006: 4; vt. Kurowski jt, 2015).

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 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. ETTK pluralistlik mudel:

- ▶ võimaldab pakkuda esmatasandi tervishoiutöötajatele mitmekesisemaid motivaatoreid, sh töötamaks 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 alammudelit:

1. **Ühtse taristu ETTK.** ETTK tähendab ühtsele taristule (hoone või hoonete kompleks) koondatud esmatasandi teenuseid osutavate organisatsioonide kogumit. Taotluseks 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, 2011; välisriikide kogemuse ptk 2).

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 osutajad, KOV, Haigekassa, Terviseamet) haarav piirkondlik kokkulepe.

Osaraportis kajastatava töö sisuks on esmalt kirjeldada ETTK organisatoorse mudeli põhikomponente, tuua välja põhilised valikuvõimalused ETTK organisatsiooni arendamisel ning sõnastada alammudelitega 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.

Käesoleval ajal ETTKd, 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; kodusõendusettevõtted; esmatasandi teenuste osutajad, kes töötavad haiglate juures eriarstide või õendusabi meeskondades (ämmaemandad koos naistearstidega; kodusõend hooldushaiglates; füsioterapeudid taastusrstide meeskonnas). Territoriaalselt on esmatasandi kõik 4

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

2 ESMATASANDI TERVISHOIUTEENUSTE PAKKUMISE KORRALDUSE VÄLISKOGE M U S

Soome, Taani ja Suurbritannia esmatasandi tervishoiuteenuste pakkumise korralduse ülevaates keskendutakse järgmistele aspektidele:

- ▶ milline on esmatasandi tervise teenuseid pakkuvate asutuste (perearstikeskuste, tervisekeskuste) õiguslik vorm ja kes on nende omanikud;
- ▶ millised teenused kuuluvad antud riigis esmatasandi tervise teenuste hulka, sh teenust pakkuv personal ja erinevate esmatasandi tervise teenuse pakujate vaheline tööjaotus ning selles kavandatavad muudatused;
- ▶ kuidas on esmatasandi tervise teenuste pakkumine rahastatud;
- ▶ kellele kuulub kinnisvara, millel esmatasandi tervise teenuseid pakutakse;
- ▶ millised kriteeriumid on kehtestatud esmatasandi tervise teenuste kättesaadavusele antud riigis.

2.1 Soome

Soomes valitseb tervise teenuste pakkumisel kolm erinevat süsteemi: kohalike omavalitsuste tervishoiusüsteem, eratervishoiusüsteem ja töötervishoiusüsteem. Kõik kolm süsteemi on mingil määral avaliku sektori poolt rahastatud. Töötaval täiskasvanul on üldiselt valida, millise süsteemi teenuseid ta neist kolmest kasutab. Samas peetakse töötute ja pensionäride jaoks praktikas ainsaks võimaluseks omavalitsuste tervishoiusüsteemi kasutamist, kuna töötervishoiusüsteemi teenuseid pakutakse vaid töötavatele inimestele ja eratervise teenuste kasutamisel on tõkkeks liialt suured teenuste ostukulud.

Mainitud süsteemidel võib välja tuua erinevaid eeliseid ja puudusi. Omavalitsuste tervishoiusüsteemi eelisena tuuakse välja, et ta pakub laiaulatuslikke teenuseid ja sellel on madalad klienditasud. Samas on patsientidel selles süsteemis väga vähe valikuvabadust tervise teenuse pakkuja valikul. Töötervishoiusüsteemi paremus seisneb lühemates ooteaegades ja asjaolus, et teenus on suures osas tasuta. Samas ei pruugi töötervishoiuteenused alati sisaldada raviteenuseid. Samuti on ka siinkohal patsiendi valikuvabadus piiratud, sest teenusepakkuja valib tööandja. Eratervishoiuteenuste eeliseks on samuti lühikesed ooteajad ja patsiendi vabadus teenusepakkujat valida, kuid puuduseks suured klienditasud (Vuorenkoski *et al.* 2008: 104-105). Seega erinevad süsteemid üksteisest nii teenuste laiahaardelisuse, teenusekasutaja otsuste kulude, ooteaegade pikkuse kui ka teenusepakkuja valikuvabaduse poolest.

Esmatasandi tervishoiu seadus sätestab esmatasandi tervishoiu valdkonnad, mille tööd omavalitsused peavad organiseerima. Kokkuvõtlikult peavad omavalitsused täitma järgnevaid esmatasandi tervishoiu funktsioone (Primary Health Care Act 1972: 6–7):

- ▶ pakkuma omavalitsuse elanikele tervisenõustamisteenuseid ja tervisekontrolle;
- ▶ jälgima omavalitsuse elanike tervise arenguid ja neid mõjutavaid tegureid;
- ▶ hoolitsema, et tervishoiu kaalutlusi võetaks arvesse kõigis omavalitsuse tegevustes ja tegema koostööd omavalitsuse avaliku ja erasektori asutustega, et tugevdada tervise edendamist;
- ▶ korraldama arstiabi omavalitsuse elanikele, mis hõlmab arsti poolt teostatud läbivaatusi, arsti poolt või tema järelevalve all antud abi ja meditsiinilist taastusravi;
- ▶ organiseerima vaimse tervise teenuseid ja sellealast ennetustegevust määral, mis on eeldatud tervisekeskustelt;
- ▶ kooskõlas kohalike oludega hoolitsema patsientide transpordi ja meditsiinilise päästeteenuste organiseerimise eest;
- ▶ hoolitsema hambaraviteenuste pakkumise eest;
- ▶ pakkuma koolitervishoiuteenuseid;
- ▶ organiseerima vajadusel töötervishoiuteenuseid;
- ▶ organiseerima sõeluuringuid ja muid mass tervisekontrolle vastavalt valitsuse määrustele;
- ▶ patsiendi elukohast sõltumata korraldama vältimatut ambulatoorse arstiabi, sealhulgas vältimatut hambaravi, andmise.

Seadusandlusest lähtuvalt peab nimetatud funktsioonide täitmiseks kohalikul omavalitsusel olema tervisekeskus. Vajadusel võib neid funktsioone organiseerida ka liikuvate üksustena. Kohalik omavalitsus võib organiseerida eelnimetatud funktsioonide täitmist ka koostöös teiste kohalike omavalitsustega ehk mitmel omavalitsusel võib olla ka ühine tervisekeskus (*Ibid.*: 2, 8).

Tervisekeskust võib määratleda kui ühte funktsionaalset üksust või organisatsiooni, mis pakub elanikele esmatasandi ravi-, ennetavaid ja rahvatervise teenuseid. Tervisekeskuse üksused ei pea tingimata asuma ühes hoones: mõningaid teenuseid, nt koolitervishoiuteenust, võib osutada tervisekeskuse arstivastuvõtuüksusest väljaspool. Tervisekeskused on avaliku sektori organisatsioonid: nad kuuluvad ja nende tööd juhivad kohalikele omavalitsusele või korruga mitmele kohalikele omavalitsusele (Vuorenkoski *et al.* 2008: 105–106).

Tervisekeskused pakuvad mitmesuguseid teenuseid: ambulatoorset vastuvõttu, statsionaarse ravi, ennetavaid teenuseid, rasedus- ja lastetervishoiuteenuseid, hambaraviteenuseid, koolitervishoiuteenust, vaimse tervise teenust, hooldusteenuseid (Primary Health Care).

Lähtuvalt tervisekeskustes pakutavatest laiapõhistest teenustest töötavad tervisekeskuses koos mitmed eri spetsialistid. Tervisekeskuse töötajad on (Vuorenkoski *et al.* 2008: 106):

- ▶ üldarstid,
- ▶ õed,
- ▶ rahvatervise õed,
- ▶ ämmaemandad,
- ▶ sotsiaaltöötajad,

- ▶ hambaarstid,
- ▶ füsioterapeudid,
- ▶ psühholoogid,
- ▶ administratiivtöötajad.

Niisiis on tervisekeskuses ühendatud nii tervishoiu- kui sotsiaalsüsteem.

Soomes on üldarst samasugune kliiniline eriala nagu teised kliinilised suunad, mille saamiseks tuleb läbida kuueaastane põhiõppejärgne täiendõpe. Samas ei pea tervisekeskuses töötav arst olema spetsialiseerunud üldarsti erialal. Tervisekeskuse arstide peamine ülesanne on ambulatoorse üldarstiabi andmine erinevas vanuses patsientidele. Nad konsulteerivad ka hooldekodudega ning on kaasatud ka teistesse tervisekeskuses pakutavatesse teenustesse ja mitmetesse rahvatervise teenuste tegevustesse. Tihti jaotavad tervisekeskuse arstid omavahel tööd vastavalt kogemustele ja huvidele (*Ibid.*: 106–107).

Erinevalt Eesti perearstikeskustest on Soome tervisekeskustele iseloomulik statsionaarse üksuse olemasolu tervisekeskuses. Statsionaarset üksust juhivad üldarstid ja ta tegutseb sarnaselt haigla statsionaarsetele osakondadele. Keskmiselt on tervisekeskuses 30–60 voodikohta. Statsionaarsete üksuste arv tervisekeskuseti võib varieeruda: suurematel tervisekeskustel võib olla ka mitu statsionaarset üksust. Suur osa tervisekeskuse statsionaarse osa patsientidest on eakamad krooniliste haigustega inimesed (*Ibid.*: 107). Tervisekeskuse statsionaarse osa patsientide keskmine vanus oli 2010. aastal 76 aastat. Enamus pakutavast ravist on pikaajaline: 2010. aastal oli patsiente, kes viibisid statsionaarses osakonnas rohkem kui kolm kuud, 56% (Terveyskeskusten ... 2012: 1). Samas on hõreda asustusega piirkondades tervisekeskustel oluline roll ka kogu elanikkonnale lühiajaliste raviteenuste pakkumisel. Viimasel ajal on aga kulude kokkuhoiu eesmärgil hakatud võtma tervisekeskuse statsionaarsetesse osakondadesse ka operatsioonijärgseid patsiente (Vuorenkoski *et al.* 2008: 107).

Õdedel on Soome tervisekeskustes väga oluline roll. Mõningatel õdedel on lisaks arsti abistamisele ka eraldi vastuvõtutajad, millal nad teevad süste, eemaldavad õmblusi ja mõõdavad vererõhku. Hetkel suureneb õdede roll ka akuutsete haigete ravimisel ja uute patsientide hindamisel. Kuigi õdedel ei ole nõ. värvavahi rolli, pöörduakse praktikas siiski tihti ka esimesena õe vastuvõtule. Rasedus- ja lastetervishoiuteenuseid pakuvad enamuses rahvatervise õed, kellel on spetsiaalne koolitus ennetusteelsete vallas. Peale rasedus- ja lastetervisteelsete tegelevad rahvatervise õed ka pereplaneerimise, koolitervishoiu, töötervishoiu, koduõenduse ja mitmesuguste erinevate terviseedenduslike tegevustega (*Ibid.*: 107).

Kohalike omavalitsuste tervishoiusüsteemist erineb nii rahastamiselt kui ka ooteaegadelt töötervishoiusüsteem. Töötervishoiuteenuste pakkumisele loob seadusliku aluse töötervishoiu seadus. Töötervishoiu seadus kohustab tööandjat korraldama töötervishoiuteenust omal kulul, et ennetada ja kontrollida terviseriske ja probleeme, mis on seotud töö ja töötingimustega, ning kaitsta ja edendada oma töötajate ohutust, töövõimet ja tervist. (Occupational ... 2001: 3) Töötervishoiuteenused on niisiis pigem ennetavad kui ravivad tervise teenused (Vuorenkoski *et al.* 2008: 57). Seadusandlusest lähtuvalt võib tööandja töötervishoiuteenuste pakkumist korraldada mitmel eri moel: kas hankima vajalikke teenuseid tervisekeskustelt, korraldama vajalike teenuste pakkumist ise või koostöös teiste tööandjatega või hankima vajalikke teenuseid mõnelt teiselt üksuselt või isikult, kellel on õigus pakkuda töötervishoiuteenuseid (Occupational ... 2001: 4).

Seadusandlusest lähtuvalt ei ole tööandjal kohustust pakkuda oma töötajatele raviteenuseid (*Ibid.*: 6–7). Samas praktikas korraldavad enamus tööandjad tervishoiuteenuse raames vabatahtlikult ennetus- ja muude kohustuslike teenuste kõrval ka raviteenuste pakkumise. Nimetatud juhul on kõik tervishoiusüsteemi raames pakutavad teenused patsiendile tasuta. Tervishoiuteenust pakutakse tervisekeskuses neile töötajatele, kelle tööandjad on valinud tervisekeskuse vastavat teenust edastama. Tervishoiuteenust pakutakse ühe või mitme tervisekeskuse arsti poolt, koostöös vähemalt ühe õega. Mainitud arst võib olla spetsialist tervishoiu vallas, mis on Soomes eraldi kliiniline eriala, või ta on läbinud täiendava koolituse tervishoiu valdkonnas. Teenuse pakkumisel tervisekeskuses hüvitab tööandja teenuse pakkumisega kaasnevad kulud omavalitsusele kogu ulatuses (Vuorenkoski *et al.* 2008: 105, 108). Seega kuigi süsteemselt on tervishoiuteenus omavalitsuste tervishoiusüsteemist eraldatud (teenuse pakkumise eest vastutab tööandja, mitte omavalitsus ja ka teenuse rahastamine on erinev) võib, juhul kui tööandja niimoodi otsustab, ka tervishoiuteenuse pakkumine toimuda tervisekeskuses.

Füsioteraapia ja meditsiinilise teraapia teenuseid pakuvad tervisekeskustes peamiselt füsioterapeudid, kelle juurde pääsevad inimesed läbi tervisekeskuse arsti suunamise. Nad ravivad individuaalseid patsiente ja korraldavad patsientide nõustamist. Tervisekeskuse füsioteraapia osakond pakub tavaliselt ka meditsiinilisi abivahendeid ja proteese. Tervisekeskused pakuvad tihti ka sotsiaaltöötajaid, kes tegelevad mitmete erinevate probleemidega, mis on haigusega seotud, nt aitavad patsientidel hüvitiste taotlemisel või koduabi organiseerimisel ja muudes teenustes, mida on vaja patsiendi haiglaravi lõppedes. Tervisekeskused töötavad koostöös omavalitsuse sotsiaalteenustega. Tervisekeskustes pakutakse ka ambulatoorseid vaimse tervise teenuseid, kuid ei pakuta apteegiteenust (*Ibid.*: 108).

Tervisekeskuse juhtimine on erinevates keskustes korraldatud erinevalt. Tavaliselt on juhiks tervisekeskuse peaarst, aga suuremates ja keskmise suurusega keskustes võib juhatuses olla rohkem liikmeid: üks või mitu vanemõde ja üks finants- ja/või administratsiooni juht, tihti ka rohkem kui üks on vastutav peaarst (*Ibid.*: 108).

Mõned omavalitsused kasutavad isikliku arsti süsteemi, mis töötati välja 1980–1990ndatel. Praegusel hetkel u. pooled tervisekeskuses töötavad arstid kuuluvad sellesse süsteemi. Nimetatud süsteem sarnaneb Eesti perearstisüsteemile, kus igal kindlustatud inimesel on oma kindel perearst. Soome süsteemis määratakse tavalisel elukoha alusel inimesele või perekonnale kindel tervisekeskuse arst. Need perearstid peavad korraldama oma tööd niimoodi, et nimistus olevad patsientidel on võimalik tulla vastuvõtule kolme päeva jooksul. Perearstid saavad valida oma tööaega ja jäävad ka selle süsteemi puhul avaliku sektori töötajateks. Selle mudeli puhul julgustatakse erinevate tervishoiutöötajate koostööd, sest arstid ja õed moodustavad meeskonna, mis vastutab teataval geograafilisel maa-alal elavate (1500–5000) inimeste ravi eest. Isikliku arsti süsteem loodi selleks parandada teenustele ligipääsu ja (iga patsiendil on kindel arst, kes vastutab tema ligipääsu eest) ja ravi järjepidevust (igal külastusel on sama arst) (*Ibid.*: 108–109).

Teenuste parema kättesaadavuse nimel on seadusandluses kehtestatud maksimaalsed ooteajad: patsiendi vajadust abi saada peab olema hinnatud maksimaalselt kolme tööpäeva jooksul pärast esimest kontakti. Kogu ravi, mille saamise vajadust hinnati, peab olema läbi viidud maksimaalselt kolme kuu jooksul ravivajaduse esmasest hindamisest. Erandjuhtudel (juhul, mis hõlmavad hambaraviteenuseid või eriarstiabi teenuseid, mida pakutakse koostöös esmatasandi teenustega) võib raviperioodiks olla kuni kuus kuud (Health Care Act 2010: 15).

Esmatasandi tervishoiuteenuste rahastamine ja kulud teenuse kasutajale sõltuvad sellest, millise süsteemi raames eelpoolnimetatutest - kohalike omavalitsuste tervishoiusüsteemi, eratervis-hoiusüsteemi või töötervishoiusüsteem - teenuseid saadakse. Terviseteenuste rahastamisel avaliku sektori poolt esineb kaks erinevat mehhanismi: kohalike omavalitsuste rahastamine, mis põhineb maksudel, ja riikliku ravikindlustusel põhinev rahastamine, mis põhineb kohustuslikel kindlustusmaksetel. Kohalike omavalitsuste tervishoiusüsteemis pakutavad teenused, v.a ambulatoorse ravi ravimid ja transpordikulud, on rahastatud omavalitsuste poolt. Riiklik ravikindlustus rahastab aga osaliselt töötervishoiusüsteemi ja eratervishoiusteemide poolt pakutavaid teenuseid ning samuti ambulatoorse ravi ravimeid ja transpordikulusid. Esmatasandi terviseteenuse osutajatele makstakse üldiselt töötasu kuupalga vormis. Tervisekeskuse arstidel lisandub kuupalgale lisatasud kindlate teenuste eest. Juhul kui keskuses kasutatakse isikliku arsti süsteemi, on arsti töötasu kombinatsioon põhipalgast, lisatasudest ja pearahast. Õdedele ja ämmaemandatele makstakse samuti kuupalka, millele lisandub kompensatsioon ületunnitöö eest (Vuorenkoski *et al.* 2008: 1, 69–70).

Soome esmatasandi tervishoiusüsteemi peamiseks erinevuseks võrreldes Eestiga võib pidada teenuste pakkumise suuremat integreeritust. Veel on Soome eripäraks statsionaarsete raviüksuste olemasolu tervisekeskuste juures. Süsteemi iseloomustab ka õdede rolli suur tähtsus. Lisaks võib erinevusena välja tuua isikliku perearstisüsteemi vaid osalise leviku Soomes.

2.2 Inglismaa

Inglismaa esmatasandi terviseteenuste pakkumine on peamiselt finantseeritud riikliku tervisesüsteemi "National Health Service" (NHS) kaudu (Roland *et al.* 2012: 6). NHS-i rahastamine toimub peamiselt maksude ja riiklike kindlustusmaksete kaudu (Boyle 2011: 69). Seadusandlusest lähtuvalt vastutavad terviseteenuste organiseerimise eest kliinilised volitatud grupid (CCGd) (Health and Social Care Act 2012). Igal aastal eraldab tervishoiuministerium NHS-i eelarvest raha CCG-dele, kes kasutavad saadud ressursse oma vastusalas oleva piirkonna terviseteenuste organiseerimiseks. Peale avaliku sektori poolse rahastamise on osa ravist finantseeritud ka patsientide otseste maksete ja eraterviskindlustuse kaudu. Kuigi enamik NHS-i poolt rahastatud teenustest on patsiendi jaoks kasutuskohal tasuta, tuleb patsientidel mõningatel juhtudel tasuda otseste makseid. Antud aspekt tuleneb sellest, et osad teenused ei ole kaetud NHS-iga, nt käsimüügiravimid, või nende teenuste puhul on ette nähtud vaid osaline NHS-i poolne finantseerimine, nt hambaraviteenuse puhul (Boyle 2011: 69, 96).

Peamiseks esmatasandi terviseteenuse pakkujaks on ka Inglismaal perearst või perearstipraksis, kus mitu perearsti töötavad koos (Boyle 2011: 225). Keskmiselt töötab ühes praksises koos 4 kuni 6 perearsti. (Roland *et al.* 2012: 6). Perearstid pakuvad laia valikut ennetus-, diagnostika- ja raviteenustest. Perearstid toimivad üldiselt patsientide esimese kontaktisikuna. Kõigile elanikel on õigus ennast kindla perearsti juurde registreerida ja saada antud arsti juures tasuta perearstiteenust. Praktikas on aga tavaline, et patsient konsulteerib praksise selle perearstiga, kelle juurde on esimesena võimalik vastuvõtule pääseda. Inimestel on õigus oma perearstipraksist vabalt vahetada (Boyle 2011: 225, 231). Enamik perearste töötab FIE-dena, kellel on sõlmitud lepingud CCG-ga, kes nende tegevust finantseerib. Lepingute alusel

tuleneb ligikaudu 75% prakse sissetulekutest pearahast, 20% tulemustasust ja 5% "tõhustatud teenuste" lepingute eest ehk spetsialiseerituma arstiabi andmise eest (Roland *et al.* 2012: 6–7).

Peale arstide on esmatasandi arstiabi andmisega seotud ka pereõed, koduõed, ämmaemandad, *health visitor'id*, jt tervishoiutöötajad, nende hulgas füsioterapeudid, kiropraktikud ja töötervishoiutöötajad. Pereõed töötavad perearstide juures ja on tavaliselt registreerinud ennast üldõdedeks. Pereõed pakuvad erinevaid tervise teenuseid: vaksineerimist, krooniliste haiguste ravi, terviseedendusteenust ja vanemate inimeste tervise seisundi hindamisi. Tüüpilises perearstipraksise meeskonnas on lisaks 5–6 perearstile üks õendusjuht, 2–3 pereõde ja 6–10 halduspersonali kuulajat. Lisaks töötavad perearstipraksised koostöös laiemal esmatasandi tervishoiuteenuste meeskonnaga, kes tihti paikneb praksisega samal kinnisvaral. Esmatasandi tervishoiuteenuse meeskonda võivad kuuluda koduõed, *health visitor'id*, kes hoolitsevad laste heaolu eest, ämmaemandad ja vaimse tervise õed. Palju harvematel juhtudel on meeskonda kaasatud ka sotsiaaltöötajad. Mainitud esmatasandi meeskonna liikmed on palgatud otse NHS-i poolt (Boyle 2011: 228; Roland *et al.* 2012: 7).

Koduõed on registreeritud üldõdedena ja pakuvad kvalifitseeritud hooldusteenust patsiendi kodus. Koduõed on tavaliselt palgatud piirkondlike tervise teenuste pakkujate poolt. Tihti tegutsevad nad perepraksistega samal pinnal. *Health visitor'id* on samuti registreeritud üldõdedena, kuid nad on läbinud täiendõppe, et spetsialiseeruda imikute ja väikeste lastega perede ja vanurite külastamisele eesmärgiga anda nõu terviseedendamise ja haiguste ennetamise osas. Ka nemad on tavaliselt palgatud piirkondlike tervise teenuste pakkujate poolt. Ämmaemandad on samuti registreeritud üldõdedena, kuid nad on läbinud naise rasedusaegse ja -järgse tervise ja sünnitusosalase täiendõppe. Ämmaemandad vastutavad ema ja lapse tervise eest 28 päeva pärast sünnitust (Boyle 2011: 229).

NHS-i poolt finantseeritud esmatasandi arstiabi pakuvad peale perearstipraksiste ka teised organisatsioonid: alternatiivsed pakkujad (vabatahtlik sektor ja kommerts pakkujad), NHS-i organisatsioonide poolt otse pakutavad tervise teenused, NHS-i ja erasektori *walk-in* keskused, hambaarstid, optikud ja farmatseudid (Boyle 2011: 228).

Walk-in keskused võeti kasutusele 2000. aastal ja praegu on neid Inglismaal üle 90. Keskuses pakutavaid teenuseid võib näha mõningate perearstiteenuste alternatiivina. Keskustes pakutakse ravi väiksemate vigastuste ja haiguste (sh infektsioonide, löövet, luumurdude, kergemate põletuste ja kõhuvalude) korral. Keskuste tööd juhivad enamasti õed ja nende külastamiseks ei ole tarvis eelnevalt vastuvõtuaega kinni panna. Enamus keskuseid on avatud 365 päeva aastas ka väljaspool tavapärasest tööaegast (Boyle 2011: 228; NHS walk-in centres).

Kokkuvõtlikult praktiseerivad Inglismaal järgmised esmatasandi tervise teenuste osutajad (Boyle 2011; Roland *et al.* 2012):

- ▶ perearstid,
- ▶ pereõed,
- ▶ koduõed,
- ▶ ämmaemandad,
- ▶ *health visitor'id*,
- ▶ füsioterapeudid,
- ▶ kiropraktikud,

- ▶ töötervishoiutöötajad,
- ▶ hambaarstid,
- ▶ optometristid,
- ▶ farmatseudid.

Inglismaa esmatasandi tervishoiusüsteemi peamiseks pakkujaks on sarnaselt teistele riikidele perearst. Perearstid töötavad pigem koos teiste perearstidega ning nende meeskonda kuuluvad kindlasti ka pereõed. Perearstipraksisega samal kinnisvaral võivad tegutseda ka teised esmatasandi tervise teenuste pakkujad. Esmatasandi tervishoiuteenuseid pakkuvate organisatsioonide töökorraldus ja rahastamine varieerub ning võrreldes Taani ja Soome kogemusega on süsteem selgelt ebaühtlasem.

2.3 Taani

Taanis on tervishoiuteenuste pakkumine jaotatud kaheks sektoriks: esmatasandi teenusteks ja haiglas pakutavateks teenusteks. Nimetatud jaotuse tõttu on Taanis esmatasandi tervise teenuste sektor võrreldes teiste riikidega ulatuslikum, kuna antud sektorisse kuuluvad kõik teenused, mida pakutakse väljaspool haiglat, nt erapraksistes pakutavad eriarstide teenused (Health... 2008: 6–7). Taani tervishoiusektoril nagu ka üldiselt riigil on kolm erinevat administratiivset tasandit: riiklik, regionaalne ja kohalik tasand. Esmatasandi tervise teenused on organiseeritud regionaalsel ja kohalikul tasandil (Olejaz *et al.* 2012: 1, 5).

Seadusandlusest lähtuvalt vastutavad kohalikud omavalitsused järgmiste teenuste osutamise eest (Sundhedsloven 2010):

- ▶ terviseedendus- ja ennetusteened;
- ▶ laste ja noorte ning puuetega inimeste hambaraviteened;
- ▶ koduõendusteenus;
- ▶ koolitervishoiuteenus;
- ▶ haigla järgne taastusraviteenus;
- ▶ alkoholismi ja narkomaania võõrutusravi.

Kohalikel omavalitsustel on kohustus pakkuda inimestele tasuta koduõendusteenust juhul kui perearst on teenuse vajaduse määranud (*Ibid.*). Alkoholismi ja narkomaania võõrutusravi ning kohalike omavalitsuste lastele ja noortele ning puuetega inimestele pakutavad hambaraviteened pakutakse patsientidele samuti tasuta (Olejaz *et al.* 2012: 115; Sundhedsloven 2010). Laste ja noorte hambaraviteenuste hulka kuuluvad perioodilised kontrolli- ja raviteened ning tervisehariduslikud tegevused. Laste ja noorte hambaraviteenuseid pakutakse koolipõhiselt, mistõttu on teenuse ulatus väga suur. Kohalikul tasandil teenuseid pakuvad tervishoiutöötajad on avaliku sektori töötajad, kellele makstakse kindlat töötasu (Olejaz *et al.* 2012: 115).

Taani on jaotatud viieks regiooniks, kelle vastutada on järgnevate esmatasandi teenuste korraldus (Olejaz *et al.* 2012: 27):

- ▶ perearstiteenused;
- ▶ erapraksistes pakutavad eriarstiteenused;
- ▶ füsioteraapiateenus;
- ▶ kiropraktikateenus;
- ▶ täiskasvanute hambaraviteenused;
- ▶ apteegiteenus.

Regionaaltasandil teenuseid pakuvad tervishoiutöötajad tegutsevad eraõiguslikult, kuid neid finantseeritakse regiooni poolt (*Ibid.*: 27).

Sarnaselt teiste riikidele praktikale on ka Taanis perearstidel esmatasandi tervise teenuste pakkumisel keskne koht. Nad tegutsevad esmatasandi tervishoiusüsteemis n-ö värvavahtidena, st üldjuhul pääseb eriarstide ja füsioterapeudi juurde ning haiglasse perearsti suunamise kaudu. Erandiks on erakorralise meditsiini osakonnad, hambaarstid, kiropraktikud, nina-, kurgu-, kõrva- ja silmaarstid, kellega patsientidel on võimalik konsulteerida ilma perearsti saatekirjata. Perearstid omavad oma praksiseid ja tegutsevad seal kas üksi või koostöös teiste perearstidega. Hetkel võib näha grupipraksiste tõusu trendi ja üksikpraksiste arvu vähenemist. Tervishoiuministerium teotab seda trendi, et suurendada esmatasandi arstiabi kvaliteeti ja teadmiste vahetamist. Samas suureneb maapiirkondades perearstide koondumise tõttu patsientide kaugus teenusepakkujatest. Hooned, kus perearstiteenuseid pakutakse kuuluvad kas perearstipraksistele või on nende poolt renditud. Kulude kontrolli all hoidmiseks limiteerivad regioonid perearstide arvu, kelle tegevust nad rahastavad. Perearstide arv 1000 elaniku kohta lepitakse kokku iga regiooni ja antud regioonis töötavate perearstide esindajate vaheliste läbirääkimiste teel. Perearstide tegevus on rahastatud regioonide poolt, mis koosneb ligikaudu 1/3 ulatuses pearahast ja 2/3 ulatuses tasudest osutatud teenuste eest (tasu konsultatsiooni, koduviisiidi, telefonikonsultatsiooni kohta). Perearstipraksises töötavate õdede ja administratiivtöötajate palgakulu katab praksis, makstes neile kindlat töötasu (*Ibid.*: 41, 82, 112–114).

Kõik Taani elanikud on kaetud kohustusliku tervisekindlustusega. Inimesed saavad valida, kas nad kuuluvad kindlustusgruppi 1 või 2. Grupi valikust sõltuvad õigused arstide poole pöördumisel ning makstavad visiititasud (Health ... 2008: 17). Vaid väga väike osa elanikest (1%) kuuluvad gruppi 2 (Olejaz *et al.* 2012: 47). Gruppi 1 kuuluvad isikud peavad ennast registreerima kindla perearsti juures, samas kui grupis 2 olevatel isikutel on õigus, kuid mitte kohustus, ennast kindla perearsti juures registreerida (Health ... 2008: 18). Seadusandlusest lähtuvalt on gruppi 1 kuulujatel õigus tasuta perearstiteenusele oma registreeritud perearsti juures. Gruppi 2 kuulujad peavad tasuma osa antud teenuse kuludest ning neile makstakse hüvitist, mis on võrdväärne gruppi 1 kuulujatele teenuse osutamise kuludega (Sundhedsloven 2010). Grupiga 1 kaetud saavad tasuta eriarstiabi teenust juhul kui nad on eriarsti juurde suunatud, vastasel juhul peavad nad tasuma teenuse kogukulud. Gruppi 2 kuulujad tasuvad haiglatest väljapool praktiseerivate eriarstide puhul osa kuludest ja saavad hüvitist sarnaselt perearstiteenusega. Eeliseks on siinjuures asjaolu, et grupi 2 liikmed ei vaja eriarsti poole pöördumiseks perearsti saatekirja (Health ... 2008: 18; Olejaz *et al.* 2012: 41).

On väga vähe eriarste, kes töötavad ainult eraviisiliselt omamata regionaalset litsentsi, olles täielikult sõltuvad patsiendi poolt tehtavatest maksetest. Ei esine piiranguid selles osas kui palju võivad haiglas töötavad eriarstid oma vabal ajal eraviisiliselt vastu võtta. Piirangute puudumise põhjuseks peetakse asjaolu, et sellise tegevusega on seotud vaid väga väike hulk eriarste (Olejaz *et al.* 2012: 114).

Füsioterapeudid töötavad kas erapraksistes, mis on osaliselt regioonide poolt rahastatud, või haiglates, hooldekodudes ja teistes rahvatervise institutsioonides, kus nad on avaliku sektori töötajad, kellele makstakse kindlat töötasu (*Ibid.*: 99). Erapraksises ei pea patsient kandma kogukulusid siiski vaid juhul kui ta on suunatud füsioterapeudi juurde perearsti poolt (Health ... 2008: 19).

Kiropraktikud töötavad peamiselt FIE-dena. Nende tegevus on osaliselt regioonide poolt rahastatud, kuid selleks peab kiiropraktikul olema sõlmitud regiooniga vastav kokkulepe ning ta peab kuuluma Taani Kiiropraktikute Assotsiatsiooni (Health ... 2008: 19; Olejaz *et al.* 2012: 99).

Täiskasvanute hambaraviteenuseid pakutakse erapraksistes töötavate hambaarstide poolt, kelle tegevus on osaliselt regioonide poolt finantseeritud. Regioonid maksavad hambaarstidele hüvitisi kindlate teenuste eest (*fee-for-service payment*), et katta osa hambaarstide kulusid. Siiski on suur osa kuludest elanike kanda. Hambaraviteenuste puhul ei ole vajalik perearsti suunamine (Olejaz *et al.* 2012: 112, 135).

Apteegid tegutsevad Taanis eraõiguslikena, kuid on siiski valitsuse regulatsiooni all. Apteegi omaniku tulu sõltub nii apteegi käibest, apteegi kuludest kui ka riigipoolsest regulatsioonist, mis jaotab suure käibega apteekide tulu ümber suhteliselt madala käibega apteekidele. Apteegi töötajate palgad määratletakse ära tööandjate liitude ja asjakohaste ametiühingute vahelise läbirääkimiste tulemusena (*Ibid.*: 82, 97).

Taani tervishoiusektor on suures osas avaliku sektori poolt rahastatud. 2011. aastal hinnati avaliku sektori tervishoiukulutuste osakaalu kogu tervishoiukuludest 85%-ni (European health for all database). Kohalikud omavalitsused ja regioonid rahastavad täielikult või osaliselt neid teenuseid, mille korralduse eest nad vastutavad (vt loetelud lk 10–11). Kohalikud omavalitsused koguvad oma sissetuleku kohalikelt maksudelt ja riigipoolsete toetuskeemide kaudu. Regioonid on rahastatud nii valitsuse kui kohalike omavalitsuste poolt toetuskeemide ja tegevuspõhise finantseerimise kombinatsioonina. Inimesed võivad muretseda endale ka vabatahtliku tervisekindlustuse, mis katab osa patsientide poolt makstavatest teenustasudest (*Ibid.*: 53, 60).

Taani esmatasandi terviseteenustele on iseloomulik teenuste jagunemine regionaal- ja kohaliku tasandi poolt korraldatavateks. Kohaliku tasandi tervisteenuste pakkujad on avaliku sektori töötajad, kellele makstakse kindlat töötasu. Regionaaltasandi teenuseid pakuvad eraõiguslikel alustel tegutsevad spetsialistid, kelle tegevus on kas osaliselt või täielikult regioonide poolt rahastatud. Kuigi grupipraksiste arv on ajalooliselt suurenenud ei ole Taani esmatasandi tervishoiusüsteemile omane erinevate terviseteenuste pakkujate töö suur integreeritus.

3 MUDELI ÜHISOSA: ESMATASANDI TERVISHOIUTEENUSTE OLEMUS JA SISU

3.1 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; vt ka väliskogemuse ptk 2 siinses osaraportis).

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 ambulatoorsete 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 enamus seisundite korral ning vajadusel eesmärgistatud edasisuunamine eriarstiabi süsteemi. Esmatasandi tervishoiu teenuste oluliseks osaks on

tervise edendamine ja haiguste ennetamine, abi koordineerimine ja erinevate teenuste seostamine.

Esmatasandi 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”.

3.2 Esmatasandi tervise teenuste 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 tervise teenuseid on kaardistanud projektis EU PrimeCare, mille üheks partneriks on Tartu Ülikool. Projekti raportis „Report on methods for Primary Care cost measurement in EU“ (EU Primecare, 2011) defineeritakse riikide praktikate koondüldistusena 66 esmatasandi tervise teenust 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 määratlemisel 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 tervishoiuteenusena) ning osade teenuste puhul (nt vaimse tervise õe teenus) teenuste arengust ja välja kujunemisest iseseisvateks teenusteks.

3.3 Esmatasandi tervishoiu põhiteenused Eestis

3.3.1 Perearstiteenus

Perearstiteenus on Eesti seaduste mõistes üldarstiabi. **Tervishoiuteenuste korraldamise seaduse** (TTKS) § 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 piiramatut ja hea kättesaadavuse kogu elanikkonnale
- b) on abiks patsiendile tervishoiusüsteemis orienteerumisel, koordineerides meditsiiniabi ning tehes koostööd teiste erialade spetsialistidega, tagades sellisel viisil tervishoiuressursside efektiivset kasutust
- 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.

Perearsti 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.

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

3.3.2 Koduõendusteenus

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

Koduõendus on kvalifitseeritud õendushooldus, mida osutatakse koduses 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 põdevale või piiratud funktsionaalse võimekusega patsiendile raviks (arsti ettekirjutusel) ja/või efektiivseks toimetulekuks koduses 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 koduses 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.

3.3.3 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 günekoloogiasteenuse 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.

3.3.4 Füsioteraapiateenus

Füsioteraapia teenust osutatakse indiviidile 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 taastusarst 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 rehabilitatsiooniteenuse 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.

3.3.5 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).

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

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

Perearstiteenuse töökohtade mudelis on ajakulu arvestatud erinevate haigusrühmade ning nõustamis- ja tervisekontrolli sihtrühmade käsitusel määratletud juhtumipõhiselt üldistatuna (sh arvestades sihtrühmade erinevaid vajadusi) ja ühendatuna (nt. vastuvõttude ja sidevahenditega konsulteerimise aeg kokku). Taandades töö summaarse ajakulu standardseks 20 minutiliseks vastuvõtuks, sisaldab töökohtade mudel kokku 4,25 miljonit perearsti vastuvõttu ning ligi 7 miljonit pereõe vastuvõttu.

Tabel 1. 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

Esmatasandi ämmaemandusabi sisu on töökohtade mudeli põhistsenaariumis määratletud rasedate iseseisva jälgimise mudeli alusel, kus ämmaemand teostab mitteriskirasedatele kõik ante-nataalsed vastuvõttud, laiendatakse post-nataalset jälgimist ning teenuse osaks on ka süsteemne naiste nõustamisteenus ning ennetustegevus. Ämmaemanda tegevuste lõikes jaguneb töö vastavalt alljärgnevale tabelile. Üle poole mudelis sisalduva töö mahust seisneb regulaarses naiste nõustamis- ja tervisekontrollialases tegevuses.

Tabel 2. 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

Koduõenduses teenuse sisu ja sihtrühmade osas olulisi muutusi ei kavandata. Allpool esitatud tabelis sisalduva koduviitide eristusega esmasteks ja korduvateks ei kaasne ajalist eristust – kõik visiidid on mudelis kooskõlas kehtiva teenuse kirjeldusega 1,5 tundi. Mudelis sisalduv koduviitide arv läheneb võrdluse hetkeseisuga hooldusravivõrgu arengukava eesmärgile (aastaks 2015 - 0,5 miljonit koduviiti aastas), kuid jääb sellele siiski veel alla.

Tabel 3. Koduõendusteenuuse töökohtade mudeli põhistsenaariumis sisalduv tegevuste arv

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

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 rühmateenuse ja koduviitide osakaal teenuses, mille arv ja osakaal peaks võrdluses senisega kasvama. Kokku sisaldub mudelis ligi 500 tuhat esmatasandi füsioterapeudi tegevust, millest 2/3 moodustavad individuaalsed füsioteraapia seansid.

Tabel 4. 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

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

4 ESMATASANDI TERVISHOIUTEENUSEID OSUTAVAD JURIIDILISED ISIKUD NING ETTK ÕIGUSLIK VORM

4.1 Lähteolukord

Tervishoiuteenuse osutaja on TTKS § 4 alusel „tervishoiutöötaja või tervishoiuteenuseid osutav juriidiline isik”. Seaduse § 12 reguleerib **perearstina** tegutsemise õigusliku vormi:

Perearstid võivad tegutseda füüsilisest isikust ettevõtjana või üldarstiabi osutava äriühingu kaudu.

Perearstiteenuse osutamise levinuim vorm Eestis on osaühing. 2013. a sügise seisuga oli kokku 468 teenuseid osutavast juriidilisest isikust 363 osaühingud (neist 247 ühe nimistuga praksised), 103 füüsilisest isikust ettevõtjad; lisaks tegutsevad valdkonnas veel 1 aktsiaselts ja 1 täisühing.

Seadus § 14. piiritleb üldarstiabi osutava äriühingu või FIE tegevusalade ulatuse:

(1) Üldarstiabi osutaval äriühingul ei või olla teist tegevusala peale üldarstiabi, iseseisvalt osutatava õendusabi, iseseisvalt osutatava ämmaemandusabi, sotsiaalteenuste osutamise ning tervishoiualase õppe- ja teadustöö.

(2) Füüsilisest isikust ettevõtjana äriregistrisse kantud perearst võib äriregistrisse kantud ärinime all osutada ainult üldarstiabi, iseseisvalt osutatavaid õendusabi teenuseid, iseseisvalt osutatavaid ämmaemandusabi teenuseid, sotsiaalteenuseid ning tegeleda tervishoiualase õppe- ja teadustööga.

Esmatasandi põhiteenustest on seega üldarstiabi osutaval juriidilisel isikul lubatud osutada ka koduõenduse ja ämmaemandusabi teenuseid. Füsioteraapiat käsitletakse ühe võimaliku protseduurina, mis on perearstiteenuse täiendava rahastamise objektiks, kuid mitte iseseisva (esmatasandi) tervishoiuteenusena.

Seaduse § 15. lõige 1 piiritleb üldarstiabi osutava äriühingu osanike ja aktsionäride ringi, kelleks võivad olla:

1) selle äriühingu kaudu tervishoiuteenuseid osutav perearst;

2) kohalik omavalitsusüksus, mille haldusterritooriumil asub üldarstiabi osutava äriühingu tegevuskoht.

Kohaliku omavalitsuse omandis olevad üldarstiabi teenust osutavad asutused ja äriühingud on Eestis vähelevinud (kuid nt. Tallinna Munitsipaalperekliinik OÜ).

TTKS § 13 tulenevad piirangud üldarstiabi osutava äriühingu omandile ning ühinemiseks teiste äriühingutega:

(2) Üldarstiabi osutav äriühing võib ühineda ainult teise üldarstiabi osutava äriühinguga.

(3) Üldarstiabi osutav äriühing ei või olla osanikuks või aktsionäriks eriarstiabi osutavas äriühingus.

Seega keelab TTKS ka perearstipraksiste ühinemist iseseisvalt teisi esmatasandi põhiteenuseid – koduõendusabi ja ämmaemandusabi - osutatavate ühingutega.

TTKS § 25 sätestab **koduõendusteenuse** kui ühe õendusabi teenuse osutamise tingimused. Teenuse võimalike osutajate ring on lai - seda võib tegevusloa alusel osutada haigla, õendushaigla, sotsiaalteenuste osutaja või muu äriühing või füüsilisest isikust ettevõtja. Määruse "Iseseisvalt osutada lubatud ambulatoorsete õendusabiteenuste loetelu ja nende hulka kuuluvad tegevused" (Vastu võetud 13.08.2010 nr 55) § 3 lõige 1 täpsustab seadust koduõendusteenuse õigusliku vormi osas selliselt:

Koduõendusteenust võib osutada õendusabi osutaja kas koduõendusteenuse tegevusluba omava füüsilisest isikust ettevõtjana, sihtasutuses või äriühingus.

Erinevalt perearstiteenusest on niisiis lubatud koduõendusteenuse osutamine ka sihtasutuse vormis.

2014. aasta II poolaastal oli Haigekassal 59 koduõendusteenuse lepingupartnerit, mille hulgas oli ka 16 haiglavõrgu arengukava haiglat. Haigekassa valikupartnerite (43) seas oli nii õendushaiglaid kui ka spetsialiseerunud koduõendusettevõtteid. Suurimat klientide arvu omavad koduõendusteenusele spetsialiseerunud osaühingud – Koduõde, Depoo ja TNP Konsultatsioonid - kelle arvele jäi 2012. aastal umbes 1/3 kõigist teenindatud isikutest. Igakuiste ravijuhtude summeerimisel oli olukord teenusemahtude jagunemisel sarnane (Andmed: Haigekassa). Koduõendusteenust osutavad ka eri tüüpi haiglad ning üksikpraksised.

Ämmaemandusabi osutajate ringi piiritleb TTKS § 26¹:

Ämmaemandusabi on ambulatoorne või statsionaarne tervishoiuteenus, mida osutab ämmaemand koos pere- või eriarstiga või iseseisvalt.

Seaduse § 26² lõige 1 täpsustab ämmaemandusabi iseseisvalt osutamise tingimusi:

Iseseisvalt võib ämmaemandusabi osutada sellekohase tegevusloaga äriühing, sihtasutus või füüsilisest isikust ettevõtja.

2013. aastal osutas ämmaemandusabiteenuseid iseseisvalt 34 Haigekassa lepingupartnerit, sh 16 haiglavõrgu arengukava haiglat, kelle teenuseid (ämmaemanda iseseisev vastuvõtt) kasutas 81% kõigist teenuseid kasutanud isikutest. Suuremate vastuvõtuarvudega on ka Tallinnas ja Tartus asuvad seksuaaltervise kliinikud (Andmed: Haigekassa).

Füsioterapiateenuse osutamisel Eestis õiguslikud piirangud puuduvad - seda võib osutada iga asutus, ettevõtte või FIE. Tervishoiuteenusena on füsioterapiateenus taastusravi eriarstiabi osa, mida on võimalik osutada üksnes taastusraviarsti suunamisel, kelle kaudu toimub ka teenuse rahastamine.

Kaasnevalt on füsioteraapiateenus tervishoiuteenusena koondunud haiglate ja polikliinikute ümber. Haigekassa finantseeris 2013. aastal 26 ambulatoorseid füsioteraapiateenuseid osutanud tervishoiuasutust, sh 18 haiglavõrgu arengukava haiglat, kes osutas teenust 81% kõigist teenust saanud isikutest. Füsioteraapiateenuste osutamise mahud on tugevalt seotud taastusravi mahtudega (Andmed: Haigekassa).

Lisaks osutatakse füsioteraapiateenuseid Sotsiaalkindlustusameti poolt finantseerituna rehabilitatsiooni-teenuse raames. Teenuse osutajate ring kattub suures osas Haigekassa lepingupartneritega. Teenust saanud isikute arvu alusel on teenus väga dekonsentreeritud asutuste vahel. Kõige rohkem teenusel olevaid isikuid oli 2012.a SA Jõhvi Haiglal – 662, mis moodustas kõigist teenusel olnud isikutest Eestis 5,4% (Andmed: SKA, 2012).

Kokkuvõttes iseloomustab esmatasandi põhiteenuste osutamise organisatoorset korraldust käesoleval ajal järgmine:

- ▶ Esmatasandi tervishoiuteenuseid osutatakse erinevate juriidiliste isikute vormis TTKS sätestatud võimaluste piires ning füsioteraapiateenuseid ka TTKS väliselt.
- ▶ Perearstiteenuse osutamine on organisatoorselt killustatud, arvuliselt on Eestis kõige enam üksikpraksiseid.
- ▶ Koduõenduse valdkonnas on välja arenenud mitu tugevat erialaselt spetsialiseerunud territoriaalselt laienevat ettevõtet, mille turuosa ületab 1/3.
- ▶ Füsioteraapiateenust ja ämmaemandusabi teenuseid osutatakse valdavalt haiglates eriarstiabi (taastusravi ja günekoloogia) osana.
- ▶ Füsioteraapiateenus ei kuulu hetkel üldarstiabi osutava ühingu lubatud tegevusalade hulka.
- ▶ On olemas tugev suund asutada esmatasandi füsioteraapia erapraksiseid. Süsteem on nihkumas haiglateskestelt korralduselt erapraksiste suunas.
- ▶ Perearstiteenus on organisatoorselt lahutatud ülejäänud põhiteenuste osutamisest ning õigusaktides eksisteerivad mitmed lõimimist takistavad piirangud.
- ▶ Esmatasandi tervishoiukeskus kui spetsiifilise tegevusloaga juriidiline isik Eestis õiguslikus mõttes käesoleval ajal puudub.

4.2 Valikuvõimalused ja lahendused

Teenuste osutamise organisatsiooniline korraldus ETTK-s omab esmatasandi terviseteeenuste territoriaalse kättesaadavuse vaatepunktist tähtsust eeskätt mudelis sisalduvate lahenduste (vt osaraport 3) praktilise elluviimise teostatavuse mõttes.

Peamiseks küsimuseks on ETTK kui spetsiifilise õigusliku staatusega juriidilise isiku seadustamise vajadus. Võimalik on vähemalt kolm 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 kui üldarstiabi ja teiste esmatasandi tervishoiu (põhi)teenuste tegevuslubasid omavate erinevate juriidiliste isikute kogum – ei eelda muudatusi TTKS's, ega teistes õigusaktides.

Spetsiifilise ETTK tegevusloa üldiste tingimuste määramisel tuleb valida, kas (a) nõuda kõigi põhiteenuste osutamist ETTK meeskonna poolt või (b) on piisav, kui ETTK tagab teenuste osutamise, kuid saab ise valida osutamise viisi ja vormi:

- a) ETTK kui juriidiline isik osutab teenuseid ja omab vastava kvalifikatsiooniga töötajaid;
- b) ETTK kui juriidiline isik osutab teenuseid ja korraldab teenuste osutamist – klientidele on lepinguliselt tagatud teenuste osutamine.

Ühetaoliste ETTK-de, mis samas hoones pakub ühtse meeskonnaga kõiki esmatasandi põhiteenuseid, võrgustiku kujundamine üleriigiliselt oleks tõhusaim ETTK-de kui spetsiifilise tegevusvormi seadustamine esmatasandi tervise teenuste osutamiseks. Sellisel lahendusel on mitmed õiguslikud takistused – näiteks ei luba praegused regulatsioonid üldarstiabi osutaval asutusel tööle võtta füsioterapeute; seadus ei luba olemasolevate iseseisvalt erinevaid esmatasandi põhiteenuseid osutavate juriidiliste ühingute ühinemist perearstiasutusega põhiteenuste ühiseks osutamiseks. Ka esmatasandi tervise teenuste erialaseltid ja teenuseid osutavad asutused eelistavad tegevusvormide võimaluste mitmekesisust.

Eeldades, et esmatasandi põhiteenused on selgelt määratletud oma sisus ja sihtrühmades, on vaja täpsustada piiranguid neid teenuseid osutavate organisatsioonide omanike ringis. Esmatasandi autonoomia ja teenuse osutamise jätkusuutlikkuse tagamise kriteeriumid soosivad terviklike organisatsioonide välja kujundamist, mille asutajaks/omanikuks on kas esmatasandi tervishoiutöötajad või avalik sektor (KOV-üksused iseseisvalt või kohustuslikus koostöös). Selle põhimõtte muutmine ei ole põhjendatud ning tulenevalt on ETTK omanike ringi määratlemisel peamiseks valikuks võimalike omanike määratlemine järgmises ulatuses:

- ▶ ETTK omanikeks saavad olla perearstid (üldarsti tegevusloa omanikud) ja/või KOV;
- ▶ ETTK omanikeks saavad olla perearstid (üldarsti tegevusloa omanikud), teised iseseisvalt vastava tegevusloa alusel esmatasandi põhiteenuseid osutavad tervishoiutöötajad, ja/või KOV – eeldab füsioteraapiateenuse õigusliku staatuse ühtlustamine teiste esmatasandi põhiteenustega (iseseisvalt osutatav tervishoiuteenus vastava tegevusloaga) ja TTKS pg 13 ühinemiskiirangute leevendamist põhiteenuste koondumise soodustamiseks võrdsematel alustel.

Täiendavaks garantiiks ETTK jätkusuutlikkusele oleks avaliku sektori 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.

Tabel 5. Nelja alammudeli lõikes jaotuvad organisatoorse mudeli põhilised valikuvõimalused

Alammudel	ETTK juriidiline staatus	ETTK omanikud	Esmatasandi põhiteenuseid osutavad organisatsioonid
Ühtse taristu ETTK	ETTK kui ühtne organisatsioon ei ole nõutud ja puudub.	-	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.
Iseseisvate teenuste ETTK	Mudeli rakendamiseks on vajalik esmatasandi tervisekeskuse teenuse määratlemine TTKS's kui minimaalselt vähemalt kõiki 4 esmatasandi põhiteenust sisaldavat teenust ning vastava tegevusloa seadustamine.	perearstid, ämmaemandad, koduõed, füsioterapeudid	Esmatasandi tervisekeskuste osutajateks on esmatasandi tervisekeskuse tegevusloaga ühing ning teenuseid iseseisvalt osutavad ühinged. Tagamaks 4 esmatasandi põhiteenuse võrdsus ETTK's ning võimalus teenuse iseseisvaks osutamiseks tervishoiuteenusena on vajalik seadustada iseseisev esmatasandi füsioteraapiateenus (sarnaselt iseseisva koduõendusteenuse ja iseseisva ämmaemandusabiteenusega).
Laiendatud üldarstiabi ETTK	ETTK kui üldarstiabi tegevusloaga juriidiline isik.	perearstid	Teenuse osutajaks on üldarstiabi osutav juriidiline isik. Laiendatud üldarstiabi osutava ETTK kõrval saavad teenust osutada ka iseseisvad ämmaemandusabi ja koduõendusteenust osutavad ühinged. Keskpikas perspektiivis eriarstiabi ja statsionaarse õendusabi osutavad asutused lõpetavad esmatasandi teenuste osutamise.

(jätkub)

Alammudel	ETTK juriidiline staatus	ETTK omanikud	Esmatasandi põhiteenuseid osutavad organisatsioonid
KOV piirkondlik ETTK	Mudeli rakendamiseks on vajalik esmatasandi tervisekeskuse teenuse määratlemine TTKS's kui minimaalselt vähemalt kõiki 4 esmatasandi põhiteenust sisaldavat teenust ning vastava tegevusloa seadustamine.	kohaliku omavalitsuse üksused	Esmatasandi terviseteenuste osutajateks on esmatasandi tervisekeskuse tegevusloaga ühing.

5 ESMATASANDI TERVISHOIUTÖÖTAJAD JA ETTK MEESKOND

5.1 Lähteolukord

TTKS § 4 määratleb tervishoiuteenuse osutajana nii vastavat tegevusluba omava juriidilise isiku kui ka tervishoiutöötaja. Seaduse § 3 täpsustab tervishoiutöötaja mõistet ning pädevust:

(1) Tervishoiutöötajad käesoleva seaduse tähenduses on arst, hambaarst, õde ja ämmaemand, kui nad on registreeritud Terviseameti.

(2) Tervishoiutöötaja võib osutada tervishoiuteenuseid omandatud kutse või eriala piirides, mille kohta talle on väljastatud Terviseameti tõend tervishoiutöötajana registreerimise kohta.

Esmatasandi tervishoiu põhiteenuseid osutavatest spetsialistidest on seaduse ja tervishoiutöötajate registri mõttes tervishoiutöötajad perearst, pereõde, koduõde ja ämmaemand.

Perearstiteenust osutavateks tervishoiutöötajateks on perearst ja pereõde. TTKS § 7 lõige 2 järgi on perearst

...sellekohase eriala omandanud eriarst, kes tegutseb:

- 1) perearsti nimistu alusel;*
- 2) nimistuta eriarstina.*

ning lõige 4 järgi pereõde

...koos perearstiga töötav õde või ämmaemand, kes osutab tervishoiuteenust perearsti nimistusse kuuluvatele isikutele käesoleva seaduse § 8 lõike 61 alusel sätestatud ulatuses ja korras.

Pearsti definitsioon on ära toodud "Pearsti tööjuhendis" (kinnitatud sotsiaalministri poolt 2001. a. novembris):

Pearst on sellekohase eriala omandanud arst, kes on läbinud residentuuri või Tartu Ülikooli Arstiteaduskonna Täienduskeskuse spetsialiseerumiskursused ning sooritanud perearsti eksami.

Peremeditsiini eriala arengukava aastani 2020 (2012) täpsustab perearsti pädevusi:

Pearst on sellekohase eriala omandanud arst, kes osutab personaalset, laiahaardelist ja järjepidevat arstiabi igale isikule, sõltumata vanusest, soost ja haigustest. Ta tegeleb

patsiendiga, arvestades perekonna ja kogukonna konteksti ning kultuurilisi iseärasusi ning respektierides alati patsiendi autonoomiat. Ta tunnetab professionaalset vastutust kogukonna ees.

Pereõe kvalifikatsiooninõuded ja vajalikud pädevused on määratletud „Pereõe tegevusjuhendis“ (Ingerainen jt, 2008):

Pereõde on õe või ämmaemanda kutseharidust omav tervishoiutöötaja, kelle ülesanne on üksikisikul, perekonnal, kogukonnal määratleda ja suurendada oma füüsilisi, vaimseid ja sotsiaalseid võimeid sõltumata inimese soost, rassist, vanusest, keelest, religioonist, sotsiaalsest staatusest ning tervislikust seisundist.

Perearst ja pereõde moodustavad minimaalse suurusega meeskonna. „Perearsti ja temaga koos töötavate tervishoiutöötajate tööjuhendi“ üldnõuetes on määratud, et

Iga perearsti juures peab töötama vähemalt üks pereõde. Perearsti juures töötavate pereõdede summaarne tööaeg peab moodustama vähemalt ühe täistööaja.

Pereõdede nõude täitmise motiveerimiseks on Haigekassa rakendanud rahastamismudelit üles ehitades täiendavaid motivatsioonimehhanisme. Varasemast on rakendatud vähemalt ühe pereõe tagamiseks nimistu kohta „koefitsienti 0,8, mida arvestatakse perearstidele, kes töötavad ilma pereõeta“ (Koppel et al 2008). Uuemaks suunaks on meeskonna kujundamine, kus ühe perearstiga töötab koos kaks pereõde. Ka seda arengut toetab Haigekassa teise pereõe olemasolul lisatasu makstes. Lisatasu perearsti nimistut teenindava täistööajaga teise pereõe eest (kood 3059) oli 2014. aastal 1179,78 eurot. Samuti on lisatasu haigusi ennetava ja krooniliste haigete jälgimise tulemusliku töö eest teise pereõe olemasolul suurem. Haigekassa seab ka täiendavaid arvulisi piiranguid töö killustatuse vältimiseks lisatasu maksmisel:

Koodiga 3059 tähistatud lisatasu makstakse juhul, kui on täidetud järgmised tingimused:

- 1) perearsti nimistut teenindab mitte enam kui neli pereõde, kelle summaarne tööaeg kokku moodustab vähemalt kaks täistööaega;*
- 2) mitut nimistut teenindava pereõe summaarne tööaeg ei tohi ületada 52 tundi seitsmepäevase ajavahemiku kohta;*
- 3) pereõdede, kelle summaarne tööaeg kokku on vähemalt kaks täistööaega, iseseisev vastuvõtuaeg kokku on vähemalt 40 tundi nädalas;*

Tervishoiutöötajate (THT) registri andmetel töötas seisuga 1.10.2014. a esmatasandil 929 arsti, mis moodustab Eesti arstide üldarvust u. 20%. Esmatasandi 929 arstist töötas 148 abiarstina perearsti nimistut juures. Perearstide arv ja osakaal on alates 2004. aastast püsitud suhteliselt samal tasemel. Perearsti töökohtade arv oli TAI andmebaasi andmetel 2013.a. novembris 858,6 arsti töökohta. Osalise koormusega töötavad põhiliselt abiarstid.

THT registri andmetel töötas seisuga 1.10.2014 esmatasandil kokku 1082 pereõe keskmise koormusega 0,9 õde töökohta kohta. Pereõdede arv ja osakaal öendustöötajate seas on üldtrendina kasvanud, nii nagu

ka pereõdede suhe perearstide arvu. Kui 2001. aastal oli ühe perearsti kohta 0,5 pereõde, siis 2012. aastal ületas pereõdede arv esmakordselt perearstide arvu ning keskmiselt on Eestis ühe perearsti kohta 1,1 pereõde. Olukorrast, kus perearstiga koos töötaks kaks pereõde ollakse Eesti keskmisena siiski kaugel. Eeldusel, et perearstide arv ei vähene, vajaks esmatasandi tervishoid selle jaoks lisaks üle 700 pereõde. Käesoleva uuringu töökohtade vajaduse hindamisel perearstiteenuse töö iseloomust lähtuvalt jõuti tulemuseni, kus 1 perearsti töökohta kohta on vajalik u 1,5 pereõde töökohta ning täiendav vajadus kuni 400 pereõde.

Tabel 6. THT101: Täidetud ametikohtade ja tervishoiutöötajate üldarv (Andmed: TAI)

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Arstid kokku	4122	4033	4096	4534	4214	4194	4261	4291	4197	4204	4184	4134
..Perearstid	571	785	808	825	836	823	817	832	832	845	855	846
Osakaal	13,9%	19,5%	19,7%	18,2%	19,8%	19,6%	19,2%	19,4%	19,8%	20,1%	20,4%	20,5%
Õendustöötajad ja ämmaemandad kokku	8271	8417	8473	9431	8578	8535	8660	8578	8448	8368	8440	8627
....Pereõded	297	436	521	671	703	702	685	721	739	727	830	854
Osakaal	3,6%	5,2%	6,2%	7,1%	8,2%	8,2%	7,9%	8,4%	8,7%	8,7%	9,8%	9,9%
Suhe	0,52	0,56	0,65	0,81	0,84	0,85	0,84	0,87	0,89	0,86	0,97	1,01

Terviseameti kontrolli tulemused näitavad, et üks täistööajaga pereõde on üldiselt igas praksises olemas – 2013.a. II kvartalis oli tulemuseks 99%. Teise pereõega nimistuid oli 2013. a detsembri seisuga Eestis 181 ehk ligi 1/4 nimistutest. Selliste nimistute arv kasvab nimistusse kantud isikute arvu kasvuga seoses. Samas ei ole üle 40% suuremates, 2400 ja enama isikuga nimistutes, teist pereõde.

Tabel 7. Teise pereõega nimistute arv ja osakaal, detsember 2013 (Andmed: Haigekassa)

Nimistu isikute arvu rühm	2. pereõega nimistute arv	Osakaal
alla 1000	1	3%
1000-1199	4	13%
1200-1499	12	10%
1500-1999	93	21%
2000-2399	57	38%
2400 ja enam	14	58%
Kokku	181	23%

Rahvusvahelist võrdlust võimaldab praktiseerivate perearstide (GP) kohta avaldatud tabelid OECD andmebaasis. Andmed näitavad, et perearstide suhtarv 1000 elaniku kohta ei ole Eestis ei äärmuslikult suur ega ka väike. See on väiksem kui näiteks Soomes ja Norras, kuid suurem kui Rootsis ja Tšehhi Vabariigis. Soome praktiseerivate perearstide suhtarvu elanike arvu aluseks võttes võiks Eestis olla u 1,5 tuhat perearsti ehk praegusest 350 võrra enam.

Tabel 8. Praktiseerivate perearstide (GP) arv 1000 elaniku kohta (Andmed: OECD Dataset: Health Care Resources)

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Tšehhi Vabariik	..	..	..	..	0,73	0,72	0,71	0,70	0,70	0,70	0,70
Taani	0,66	0,66	0,65	0,70	0,69	0,69	0,69	0,67	0,73	..	..
Eesti	0,92	0,95	0,97	0,98	0,81	0,82	0,85	0,86	0,82	0,82	0,84
Soome	..	..	..	..	1,01	1,02	1,01	1,03	1,02	1,13	1,17
Prantsusmaa	1,63	1,63	1,64	1,65	1,65	1,64	1,63	1,62	1,60	1,59	1,56
Saksamaa	1,49	1,49	1,48	1,47	1,46	1,47	1,48	1,50	1,52	1,57	1,61
Holland	1,18	1,18	1,20	1,21	1,17	1,21	1,20	1,24	1,26	1,25	..
Norra	..	0,73	0,70	0,77	0,78	0,81	0,82	0,82	0,81	0,83	0,99
Poola	..	..	..	..	..	..	..	0,45	0,44	0,45	0,41
Rootsi	0,55	0,56	0,57	0,58	0,59	0,61	0,62	0,62	0,63	0,63	..
Suurbritannia	0,65	0,66	0,68	0,71	0,73	0,74	0,74	0,77	0,80	0,81	0,82
USA	0,30	0,30	0,31	0,30	0,30	0,30	0,30	0,30	0,30	0,30	0,30

Praktiseerivate perearstide osakaalu alusel arstkonnast on Eesti tervishoiusüsteem lähedane Norrale ja Suurbritanniale (Andmed: OECD Dataset: Health Care Resources, 2011).

Euroopa keskmisest tasemest märkimisväärselt madalam on pereõdede arv perearstide kohta. Kui Euroopas on praktikute hinnangutel 1 perearsti kohta 3-4 pereõde, siis Eestis 1,1 pereõde. Pereõdede

täiendav vajadus sellise suhtarvu saavutamiseks perearstide arvu säilimisel oleks u. 1,6-2,4 tuhat, juhul kui perearstide arv suureneks Soome tasemele, siis ka kuni 3 tuhat. Teisest küljest, 2002. aastal koostatud dokument "Õendusala erialade arengukavad" hindas pereõdede optimaalseks vajaduseks Eestis 6 öde 10 000 elaniku kohta, milline tase on käesolevaks ajaks juba saavutatud.

Eestis domineerivad 1 perearstiga üksikpraksised. 2013.a. detsembri seisuga oli Eestis kokku 468 perearstipraktist, millest 75% oli üksikpraksised. Üksnes 14% Haigekassa lepingupartneritest on ühes praksises 3 või enam nimistut. Üksikpraksiste nimistutes on 43% ning 3 ja enama nimistuga praksistest 44% isikutest. Olulist erinevust kindlustatud isikute osakaalu alusel erineva suurusega perearstipraktiste vahel ei ole.

Tabel 9. Isikute arv perearstikeskuste nimistutes, detsember 2013 (Andmed: Haigekassa)

Nimistute arv praksises	Keskuste arv	Osakaal %	Isikute arv nimistutes	Osakaal %	Kindlustatud isikute arv nimistutes	Osakaal %	Kindlustatud isikute osakaal nimistutes
1	349	75%	597 540	43%	528 072	43%	88%
2	52	11%	182 933	13%	161 351	13%	88%
3	28	6%	150 419	11%	133 780	11%	89%
4	17	4%	125 478	9%	110 873	9%	88%
5	7	1%	61 327	4%	54 083	4%	88%
6	4	1%	42 617	3%	37 916	3%	89%
7	2	0%	18 684	1%	16 200	1%	87%
8	2	0%	27 560	2%	24 336	2%	88%
9	2	0%	30 526	2%	27 256	2%	89%
11	1	0%	21 487	2%	18 846	2%	88%
15	1	0%	25 033	2%	22 208	2%	89%
18	2	0%	61 410	4%	53 579	4%	87%
26	1	0%	49 387	4%	43 006	3%	87%
Kokku	468	100%	1 394 401	100%	1 231 506	100%	88%

Koduõendusteenust osutab koduõde, mis omandatud eriala mõttes üldõde. Koduõe kvalifikatsioon omandatakse kolmemoodulilisel koduõenduskoolitusel, mille eest nähakse Haigekassa poolt lepingus ette lisapunkte. Praktikute hinnangul on iseseisvat koduõenduse tööd äsja kooli lõpetanud õel raske kvaliteetselt teha. Koolitus on liiga teoreetiline ning koolitusest saadav kompetentsi tõus on formaalne – palju olulisem on õe haiglas töötamise kogemus, samuti suhtlusoskus. Koduõdede kvalifikatsiooninõudeid kavandatakse täpsustada väljatöötamisel olevas koduõendusteenuse osutamise kvaliteedistandardis, kus koduõendusteenuse osutamise juhtimisel eeldatakse kõrgharidust ja vähemalt viieaastast kliinilist töökogemust.

Koduõena võib tegutseda iseseisvalt ja üksinda või meeskonna liikmena. Eraldiseisvaid koduõendusettevõtteid on Eestis vähe ja need tegutsevad enamasti linnades. Esineb nii üksikpraksiseid kui ka suuremate meeskondadega ettevõtteid.

TAI andmebaasi alusel oli 2013. a novembris täidetud 147,2 koduõe töökohta, millel töötas kokku 238 isikut (keskmine koormus seega 0,62). Paljud koduõed jagavad oma töökoormust haigla või õendushaigla õe töökohaga. Koduõed moodustavad õdede üldarvust alla 2%.

Ämmaemandusabi teenust osutab ämmaemand, kes vastavalt tervishoiuteenuste korraldamise seaduse võib töötada koos perearstiga, naistearstiga või 2010. aastal jõustunud määruse alusel ka iseseisvalt.

Iseseisvat ämmaemandusteenu osutatakse ämmaemandate poolt iseseisvalt selles mõttes, et teenusele on võimalik registreerida ilma naistearsti vahendusega. Juhul kui ämmaemand avastab rasedusriski, siis suunatakse naine naistearstile. Domineeriv mudel on käesoleval ajal siiski jagatud emadushooldus, kus ämmaemand ja naistearst jälgivad patsienti iseseisvalt oma pädevuse piires kuid raseduse jooksul ühiselt.

Ämmaemanda kutse omandatakse Eestis rakenduskõrghariduse tasemel. Põhikoolituse läbinud ja ämmaemanda diplomi omandanud isik on pädev iseseisvalt ämmaemandusabi teenuseid osutama. Seaduse järgselt on igal ämmaemandal õigus erialasele täiendkoolitusele vähemalt 60 tunni ulatuses aastas. Toimib ämmaemandate kvalifikatsiooni hindamise süsteem. Kutsekvalifikatsiooni süsteem eeldab 300 täiendkoolituse tunni läbimist 5 aasta jooksul.

Vastavalt EÄÜ kutsekvalifikatsiooninõuetele (www.ammaemand.org.ee - kutsenõuded) on teenuse osutamise minimaalsed mahud kvaliteedi tagamiseks järgmised - täidetud praktilise töökogemuse nõuded viie aasta jooksul:

- ▶ vähemalt 150 raseda nõustamine, mis sisaldab vähemalt 500 sünnieelset läbivaatust;
- ▶ vähemalt 150 sünnitanud naise ja vastsündinu jälgimine, mis sisaldab vähemalt 500 ema ja lapse läbivaatust ning nõustamist;
- ▶ vähemalt 150 kliendi reproduktiivterviseteemaline nõustamine.

Neid praktilise töökogemuse nõudeid on võimalik täita juhul kui aastas toimuks teeninduspiirkonnas 30 normaalrasedusega sündi. Eeldusel, et normaalrasedusega sündide osakaal on u. 50%, tähendaks see kokku 60 sündi aastas. Eesti keskmine sündide arv tuhande elaniku kohta on 11 sündi, millest omakorda tuleneb, et 5-6 tuhande elanikuga teeninduspiirkond võiks, juhul kui valdav osa piirkonna normaalse rasedusega sünnitajatest kasutaks kohaliku esmatasandi ämmaemanda teenust, neid kvaliteedi tagamise nõudeid rahuldada.

Ämmaemandate ametikohtade arv oli Eestis 2012. aastal 382 ning see on viimase kümnendi jooksul püsinud suhteliselt sama tasemel. Iga naistearsti kohta on 1,4 ämmaemandat. Sünnitusabi ja günekoloogia eriala arengukava aastani 2020 (2012) hinnangul on „ämmaemandatega komplekteeritus enamuses piirkondades rahuldav, samas [on] maakondades [st väljapool Tallinnast ja Tartut] ämmaemandate iseseisva töö osakaal tagasihoidlik“. ENS küsitluse (2011) tulemuste järgi töötas 30% ämmaemandatest iseseisvana teenuse osutamise mõttes. Iseseisvalt tegutsevates iseseisva ämmaemandusabi asutustes töötab aga vaid 5 ämmaemandat. Eesti perearstipraksistes oli 2014.a. seisuga kokku üksnes 4,2 ämmaemanda töökohta, kuid lisaks töötas neis 39 õde-ämmaemandat pereõena.

Tabel 10. THT101: Täidetud ametikohtade ja tervishoiutöötajate üldarv (Andmed: TAI)

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Arstid kokku	4122	4033	4096	4534	4214	4194	4261	4291	4197	4204	4184	4134
..Günekoloogid	295	286	291	289	282	274	274	280	275	294	277	272
Osakaal	7,2%	7,1%	7,1%	6,4%	6,7%	6,5%	6,4%	6,5%	6,5%	7,0%	6,6%	6,6%
Õendustöötajad ja ämmaemandad kokku	8271	8417	8473	9431	8578	8535	8660	8578	8448	8368	8440	8627
..Ämmaemandad	368	361	353	354	368	357	372	382	366	369	384	382
Osakaal	4,4%	4,3%	4,2%	3,8%	4,3%	4,2%	4,3%	4,4%	4,3%	4,4%	4,5%	4,4%
Suhe	1,25	1,26	1,21	1,22	1,30	1,30	1,36	1,36	1,33	1,26	1,39	1,40

Ämmaemandad on tööl ka Eesti Seksuaaltervise Liidu koordineerimisel tegutsevates noorte nõustamiskeskustes, mis on mõeldud kuni 24-aastastele (kaasa arvatud) mõlemast soost noortele. Eestis on kokku 18 noorte nõustamiskeskust, mis asuvad maakonnakeskustes ning lisaks Narvas ja Elvas. Keskustes töötavad veel naistearstid, psühholoogid. Osa ämmaemandaid on keskustes tööl täiskohaga, osa tegelevad ka raseduse jälgimisega haiglates. Enamasti on tegemist iseseisvate asutustega, kuid mõned tegutsevad haiglate all. Ka ruumiliselt on erinevaid lahendusi - osad paiknevad haiglatega samades hoonetes, osa eraldi.

Rahvusvahelises võrdluses jääb Eesti praktiseerivate ämmaemandate suhtarvu alusel keskmisele tasemele mõnevõrra alla. Soome taseme saavutamise korral oleks Eestis näiteks 520 ämmaemandat ehk praegusest tasemest 140 võrra enam.

Tabel 11. Praktiseerivate ämmaemandate arv 1000 elaniku kohta (Andmed: OECD Dataset: Health Care Resources)

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Tšehhi Vabariik	0,48	0,48	0,47	0,42	0,42	0,41	0,42	0,41	0,42	0,42	0,43
Taani	0,24	0,25	0,24	0,24	0,25	0,25	0,26	0,27	0,28	..	..
Eesti	0,33	0,31	0,3	0,3	0,3	0,31	0,3	0,3	0,29	0,28	0,28
Soome	..	..	..	0,35	0,36	0,39	0,37	0,39	0,39	0,4	..
Prantsusmaa	0,18	0,19	0,19	0,21	0,21	0,21	0,22	0,22	0,23	0,23	0,23
Saksamaa	0,11	0,12	0,12	0,13	0,14	0,14	0,14	0,15	0,15	0,16	..
Holland	..	0,48	0,48	0,49	0,49	0,49	0,5	0,51	0,51	0,52	0,45
Norra	0,57	0,57	0,55	0,58	0,55	0,55	0,57	0,58	0,59	0,59	0,59
Poola	..	..	0,02	0,02	0,03	0,04	0,04	0,04	0,04	0,05	0,05
Rootsi	0,7	0,7	0,71	0,72	0,72	0,73	0,73	0,73	0,74	0,75	..
Suurbritannia	0,49	0,49	0,5	0,52	0,52	0,51	0,52	0,53	0,54	0,54	0,5

Tabel 12. Praktiseerivate ämmaemandate arv 1000 elussünni kohta (Andmed: OECD Dataset: Health Care Resources)

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Tšehhi Vabariik	53,96	53,34	50,94	44,43	42,26	39,87	37,7	36	36,84	37,87	41,22
Taani	20,18	20,67	19,91	20,31	20,77	21,22	22,1	22,49	24,59	..	..
Eesti	35,86	32,46	30,91	29,02	27,87	27,76	25,36	25,08	24,55	23,38	25,4
Soome	..	..	..	31,47	32,62	35,05	33,41	34,47	34,27	35,51	..
Prantsusmaa	20,44	22,25	22,63	24,08	24,78	25,26	26,28	26,35	28,57	28,02	28,66
Saksamaa	20,99	21,4	21,39	20,68	20,63	19,49	16,32	16,69	17,79	19,44	19,84
Holland	8,63	9,26	10,05	10,86	11,94	12,45	12,99	13,48	13,82	14,17	..
Norra	..	39,87	39,29	39,51	39,89	38,9	40,45	40,23	39,98	41,48	37,43
Poola	59,36	61,42	60,2	61,9	57,71	56,31	56,33	53,73	53,56	54,76	58,54
Rootsi	..	..	1,85	2,56	3,36	3,86	3,78	3,9	4,12	4,48	4,88
Suurbritannia	68,05	65,5	64,43	64,1	64,44	62,18	62	61,61	61,38	60,27	..
USA	43,3	43,57	43,07	43,21	42,85	40,9	40,2	40,15	41,29	40,71	38,51

Enamus ämmaemandaid tegutseb käesoleval ajal haiglate juures. Iseseisvat ämmaemandusteenust osutavad üldjuhul samad raviasutused, kes osutavad ka günekoloogiasteenust. Samas on võimalik tunnetada soovi ämmaemandate suuremaks iseseisvumiseks teenuse osutamisel, seda ka organisatoorselt.

Igal aastal võetakse vastu 55 ämmaemanda eriala tudengit. Aastane lõpetajate arv on 40 ämmaemandat, kellest erialasele tööle läheb 20. Terviseameti registris on 770 kutsega ämmaemandat ehk poole rohkem kui täidetud ämmaemanda töökohti. MTÜ Eesti Ämmaemandate Ühing on seisukohal, et ämmaemandaid on Eestis piisavalt ka 200 iseseisva töökoha täitmiseks. Reserv on nendes ämmaemandates, kes töötavad õena. Õena töötavad ja töötud ämmaemandad on võimaluseks esmajoones väiksematele keskustele, sest

suuremate linnade haiglatest on sinna eriaseltsi juhtide hinnangul spetsialiste pea võimatu üle meelitada. Oluliseks motivatsiooniks ETTK valikul töökohana võikski olla võimalus töötada õpitud erialal iseseisvalt.

Füsioterapia teenust osutab füsioterapeut, kes ei ole TTKS mõistes iseseisev tervishoiutöötaja. Füsioterapeutide õpetamine toimub alates 1997. aastast Tartu Ülikoolis ja 2004. Aastast Tartu Tervishoiu Kõrgkoolis. Lõpetajate nimekirjade alusel on Eestis u 800 koolitatud füsioterapeuti, neist 220 kehtiva kutsetunnistusega. Füsioterapeute litsentseerib Eesti Kaubandus- ja Tööstuskoda.

Füsioterapeutide töökohtade arv Eesti tervishoiuasutustes on märkimisväärselt kasvanud, nii nagu ka füsioterapeutide suhtarv taastusarstide kohta. Kui 1998 oli ühe taastusarsti kohta 0,7 füsioterapeuti, siis 2012. aastal 2,4.

Tabel 13. THT101: Täidetud ametikohtade ja tervishoiutöötajate üldarv (Andmed: TAI)

	1998	2008	2009	2010	2011	2012
..Taastusraviarstid	96,53	117,5	110,87	111,41	114,61	111,99
....Liikumisraviterapeudid	.	22,05	18,2	14,7	51,94	25,6
....Tegevusterapeudid	.	15,5	19,15	23,15	16,7	38,5
....Füsioterapeudid	67,27	198,9	209,04	234,05	271	273,4
Suhe	0,70	1,69	1,89	2,10	2,36	2,44

Praktiseerivate füsioterapeutide suhtarv tuhande elaniku kohta on Eestis siiski jätkuvalt oluliselt väiksem kui enamuses OECD riikides. Soome füsioterapeutide suhtarvu elaniku kohta aluseks võttes võiks Eestis olla 2,5 tuhat praktiseerivat füsioterapeuti. Arvestades, et esmatasandi teenuse vajadus on seotud kergemate ja mõõdukamate füsioterapeutiliste juhtumitega, mille osakaal on u. 70%, oleks esmatasandi füsioterapeutide vajadus Eestis 1750. 6 tuhande elanikuga teeninduspiirkonnaga ETTK kohta tähendaks see koguni 8 esmatasandi füsioterapeuti.

Tabel 14. Praktiseerivate füsioterapeutide arv 1000 elaniku kohta (Andmed: OECD Dataset: Health Care Resources)

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Tšehhi Vabariik	0,61	0,64	0,66	0,66	0,68	0,69	0,68	0,67	0,69	0,72	0,73
Taani	0,86	0,89	0,92	1,15	1,23	1,26	1,29	1,34	1,37	..	..
Eesti	..	..	..	..	0,1	0,09	0,08	0,18	0,19	0,21	0,23
Soome	1,64	1,69	1,72	1,77	1,81	1,83	1,88	1,92	1,93	1,95	..
Prantsusmaa	0,92	0,94	0,96	0,99	1,01	1,01	1,03	1,07	1,1	1,12	1,15
Saksamaa	0,77	0,82	0,9	0,95	0,99	1,07	1,14	1,19	1,27	1,36	1,43
Holland	0,14	0,15	0,16	0,17	0,21	0,23	0,22	0,29	0,31	0,3	0,3
Norra	1,44	1,48	1,51	1,51	1,55	1,62	1,66	1,73	1,77	1,82	..
Poola	..	1,78	1,85	1,88	1,97	2,08	2,13	2,18	2,2	2,24	1,61
Rootsi	0,35	0,36	0,37	0,42	0,42	0,47	0,5	0,57	0,59	0,56	0,57
Suurbritannia	1,09	1,13	1,16	1,18	1,19	1,22	1,23	1,25	1,24	1,26	..
USA	0,34	0,35	0,37	0,4	0,42	0,42	0,42	0,44	0,45	0,45	0,44
Tšehhi Vabariik	0,44	0,45	0,47	0,49	0,51	0,52	0,54	0,55	0,57	0,58	0,6

Füsioterapeutide piisavuse osas on erinevaid seisukohti. Eesti tervisesüsteemi ülevaates on tuginedes Riigikontrolli 2006. aasta auditile kirjutatud, et:

Vaatamata kõigele on taastusravi teenuste kättesaadavus piiratud spetsialistide vähesuse tõttu. Kuna kvalifitseeritud spetsialiste (sh füsioterapeute ja tegevusterapeute) on vähe, võiks ainult taastusravi eelarve suurenemine olukorda parandada vaid vähesel määral. 2006. aastal tegutses Eestis ainult 25% taastusravi arengukavas aastaks 2015 ettenähtud füsioterapeutidest ja 22% tegevusterapeutidest (Koppel, et al, 2008).

Erialaliitude esindajad leidsid intervjuu küsimustele vastates, et järk-järguliseks esmatasandi teenuse arendamiseks peaks füsioterapeute riigis piisavalt olemas olema. Lisaks 800 koolitatud füsioterapeudile õpetatakse igal aastal üle 30 uue spetsialisti juurde. Samas mõeldakse, et kindlasti ei ole koheselt võtta 2 füsioterapeuti 6 tuhande elaniku kohta – rääkimata Soome tasemele jõudmiseks 8 füsioterapeuti - ja need Eesti erinevatesse piirkondadesse tööle saata.

Kokkuvõtlikult iseloomustavad esmatasandi tervishoiutöötajate ja ETTK meeskondade olukorda Eestis järgmised punktid:

- ▶ Esmatasandi tervishoiuteenuste meeskonnad Eestis käesoleval ajal üldjuhul puuduvad – esmatasandi (põhi)teenuseid osutatakse teineteisest lahutatuna.
- ▶ Perearstiteenuse osutamisel domineerivad üksikpraksised. Kolme ja enama perearstiga praksiseid on Eestis 14%. Perearstide meeskonnas töötab teiste esmatasandi teenuste spetsialiste erandjuhtumitel.
- ▶ Ämmaemandad töötavad üldjuhul naistearsti meeskonnas, füsioterapeudid taastusrasti meeskonnas ning koduõed õendushaigla meeskonnas või iseseisvas koduõendusteenuseid osutavas meeskonnas.

- ▶ Perearsti üksikpraksiste kvaliteedi jätkusuutlikkus on problemaatiline – inimesed on kohati läbi põlenud, kohati resigneerunud ning arenemissoovita. Näiteks umbes 5-7% praksistest dokumenteerib jätkuvalt paberil, mis ei ole ammu aktsepteeritav. Konsultatsioonidest EPS esindajatega ilmnes seisukoht, et üksikpraksistes töötavad perearstid on süsteemselt juhtimata – protsesse ei suunata ega kavandata ette.
- ▶ Uute perearstipraksiste teke maapiirkondades on raske, kuivõrd noored ei soovi iseseisva ettevõtte ülesehitamisega riskida. Linnades (eriti Tallinnas) on takistuseks aga maa, hoonete ja rendi kõrge hind, mis suurendab finantsriski ja vähendab perearsti residentuuri läbinutel motivatsiooni oma praksise avamiseks. Peremeditsiini eriala arengukavas täpsustatakse personaliprobleemide regionaalset iseloomu: "... kõige keerulisemas olukorras [on] hetkel Valga, Pärnu ja Lääne-Viru maakonnad, kus hetkel perearsti nimistuga töötavate pensionieale lähenevate perearstide arv ületab viiendiku maakonnas töötavatest perearstidest. Suurim arv üle 63 aastastest perearstidest töötab aga Harjumaal (34 perearsti)".
- ▶ Regionaalseid eripärasid võimendavad noorte arstide nõudmised töökohale. Väiksemates kohtades on üksikpraksistes alustamine ja töötamine alustaval arstil nii sisulises kui ka psühholoogilises mõttes raske - eriti noorel arstil oluline on kolleegide olemasolu. Residentide küsitlustulemused osundavad sellele, et nende seas on vähe soovi võtta ettevõtja vastutust, küll aga meelitaks uus taristu, seda ka suurtest keskustest väljaspool.
- ▶ EPS initsiatiivil on käivitunud praksiste litsentseerimine Terviseameti poolt, mis peaks süsteemi nõrgemate praksiste arvelt tugevdama. Üksikpraksiste säilitamisel ETTK võrgustiku kõrval võib eeldada aga teenuse kvaliteedi erisuste jätkuvat suurenemist süsteemis - nende ja ETTK meeskondade vahel.
- ▶ Eestis on eriarstide osakaal arstikonnast ajaloolistel põhjustel suurem kui Euroopas keskmiselt. Perspektiivis on taotluseks ja mõneti ka paratamatuks arenguks see, et perearstide ja pereõdede arv kasvab ja eriarstide hulk väheneb.
- ▶ Esmatasandi tervishoiu arengukavas 2009-2015 määratletakse ühe olulise efektiivsuse probleemina õdede vähest kaasatust esmatasandis ning perearstide liigset koormatust sisult õe pädevusse kuuluvate tegevustega. Pere vastutuse suurendamine oma pädevuste raames eeldab omakorda seda, et „pereõde tuleks vabastada mittemeditsiinilistest tegevustest ning arendada senisest laiahaardelisemat õendustegevust (õe pädevusse kuuluvate ägedate ja krooniliste haigustega patsientide vastuvõtt, õigus avada töövõimetuslehte, retsepti õiguse legaliseerimine, tõendite väljastamine). Perearstiabi kättesaadavuse tagamiseks on vajalik laiendada ja legaliseerida pereõde tegevused (pereõdede retseptiõigus, töövõimetuslehe ja tõendite väljastamine)" (Peremeditsiini eriala arengukava aastani 2020 (2012)).
- ▶ Ämmaemandusabi ja koduõendust on lubatud osutada koos perearstiga ja eriarstiga või iseseisvalt.
- ▶ Ämmaemandate võimekus ja valmisolek iseseisvalt teenust osutada – erapraksises või ETTKs – on erialaselt esindajate hinnangul erinev ja kindlasti mitte üldine. See sõltub töötaja vanusest, aga mitte ainult. Uus õppekava, mida on kasutatud alates 2002. aastast, annab ämmaemandatele oskused ja pädevused – kuid siiski alati mitte valmisoleku - iseseisvalt teenuse osutamiseks. Ämmaemandate seas on hoiakuid, et nad on sünnituse vastuvõtjad ning laiemat rolli endal ei nähta. Vajalik on täiendav koolitus. Enamus

ämmaemandatest oleks võimelised naiste *well-woman* visiitide nõustamiseks peale väljaõpet.

- ▶ Koduõenduses on välja kujunenud mitmed tugevad iseseisvalt tegutsevad valdkondlikud ettevõtted.
- ▶ Füsioteraapiateenus ei kuulu hetkel üldarstiabi osutava ühingu tegevusalade hulka. ETTK meeskond saaks olemasolevas õigusraamistikus täies koosseisus tegutseda üksnes lepingulisel alusel. Sotsiaalministeerium on ette valmistanud TTKS muudatuse, milles lubatakse füsioterapeudi töötamine üldarstiabi osutavas asutuses või perearsti juures.
- ▶ Meeskondade komplekteerimine eriharidusega spetsialistidega on raskeim perearstiteenuse puhul (vt osaraport 4). Koolitatud füsioterapeutide ja ämmaemandate arv on Eesti piisav, kuid motiveerivate töökohtade puudumisest tulenevalt ei tööta kõik õpitud erialal ning tervishoiusüsteemis. Koduõdede puhul on probleemiks õdede üldine puudus Eesti tervishoiusüsteemis. Arvestades koduõe kvalifikatsiooni omandamise viisi (täiendkoolitus) ning koduõdede väga väikest osakaalu õdede koguarvust, siis on võimalikud paremal motivatsioonil põhinevad lokaalsed lahendused teiste tervishoiuasutuste arvelt.

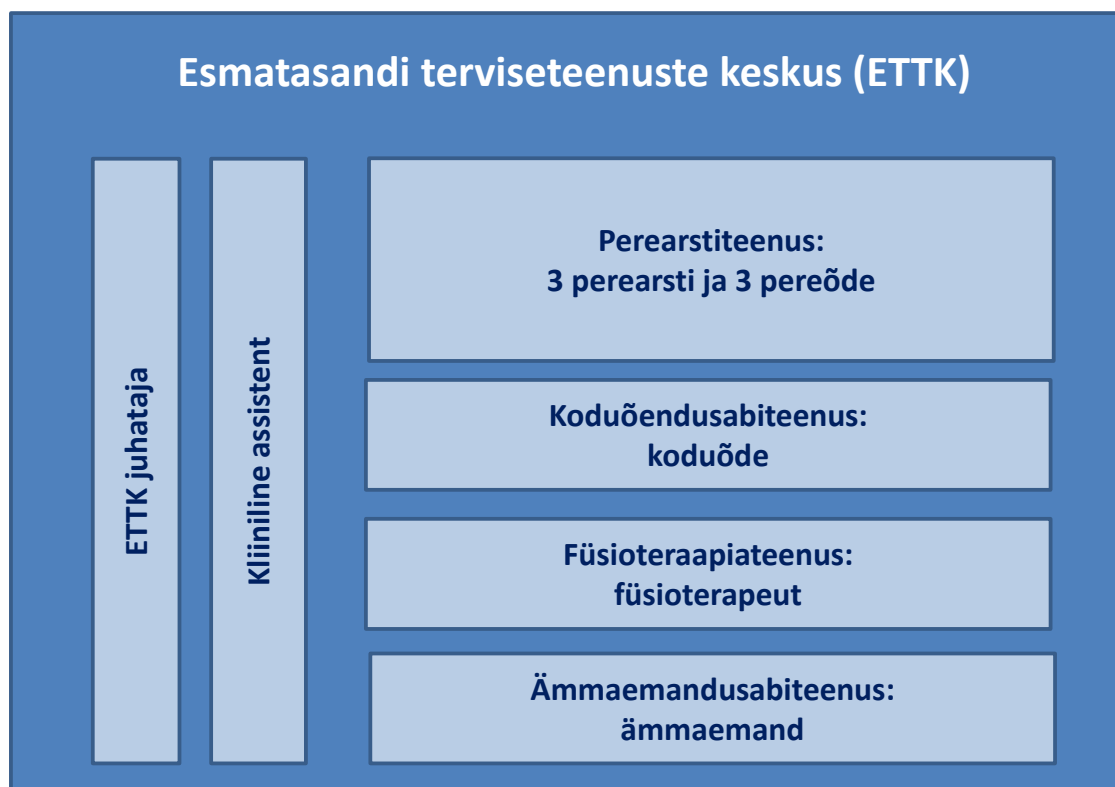
5.2 Valikuvõimalused ja lahendused

Esmatasandi tervisekeskuste toimimise eelduseks on teenuste osutamiseks vajalike spetsialistide olemasolu. Üldpõhimõttena on iga ETTK teenuse osutamiseks vaja erialaspetsialiste, kelle kvalifikatsiooni-nõudeid kirjeldavad ülal viidatud 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 pereõdest ning ämmaemandast, füsioterapeudist ja koduõdest. 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 sisest on valikute ja kaalumise küsimus (vt allpool). 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 1. ETTK kui iseseisva juriidilise isiku meeskonna minimaalne koosseis

Suuremate perearstipraksiste ning interdistsiplinaarsete ja integreeritud esmatasandi meeskondade suunas liikumine on läbivaks soovitusena teenuste kvaliteedi tõstmisel (Saltman jt, 2006; Masseria jt, 2009; Edwards, jt 2013). Eelistena loetletakse näiteks paremaid võimalusi lisatööjõu palkamisel, meeskonnasisest sotsiaalset kontrolli teenuse kvaliteedile, juhtumite terviklikumat käsitlust, ökonoomsuse kasvu varustuse ostmisel (vt. ka Boerma ja Dubois, 2006: 36). Konkreetselt 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.

Suuremate esmatasandi meeskondade tuumaks on üldjuhul perearst(id) (Boerma, 2006: 7), kes toimivad erineva mõjuala ja edukusega värvavahtidena tervishoiusüsteemi sisenemisel (Boerma and Dubois, 2006: 35). Tuginedes Euroopa riikide kogemusele on kaalutlemise kohaks perearsti värvavahi rolli tugevus – kas see on (a) üldine või (b) eristuv ja valikuline (Saltman, 2006: 76-77). Viimasel juhul on elanikel vähemalt osade tervishoiuteenuste puhul võimalik teenuse kasutamine otse teenuse osutaja vastuvõtule suundudes. ETTK kontekstis on küsimus selles, kas kõik koduõenduse, füsioteraapia või ämmaemandusabi patsiendid on alati haigusjuhtumi raames samaaegselt ka ETTK perearstide käsitleda, või on osad neist vastavate erialade spetsialistide „otsekliidid“, kus perearsti sekkumine vajalik ei ole.

Paralleelseks teemaks on meeskonna moodustamise ja toimimise üldloogika valikud:

- ▶ Perearstikeskse üldarstiabi laiendatud meeskonna puhul võtavad perearstid ja perearstikeskused teisi esmatasandi teenuse osutajaid tööle. Kehtivate seaduste alusel on ämmaemandate ja koduõdede puhul selline võimalus ka olemas, füsioterapeutide osas puudub.
- ▶ Iseseisvate erialade meeskonna ning KOV piirkondliku ETTK mudeli puhul on tööle võtjaks ETTK ning perearstide värvavahi roll ETTK teenuste siseselt võib olla ka valikuline.
- ▶ ETTK kui ühtse taristu mudeli puhul tegutsevad teenuse osutajad olemasolevate seaduste raames iseseisvana või teiste organisatsioonide koosseisus ETTK ruumides ning esmatasandi meeskonnatöö ning perearsti koordineeriv roll on juhtumipõhine.

Lisaks sellele mõjutab ETTK terviklike ja lõimitud meeskondade välja kujundamist mitmed põhiteenuste sisesed valikud ja arenguvajadused.

Perearstiteenuse puhul on keskseks ja soovitavaks arengusuundumuseks meeskonnatöös see, et perearstid peaksid järjest enam tegelema ravitöös keerulisemate asjadega ja lihtsamate asjadega pereõde perearsti juhendamisel. Pereõde võib paljude haigustega juhendi piires tegeleda iseseisvalt, kuid juhul kui patsiendi seisund halveneb, siis tuleb kohe arst kaasata või määrata järgmine visiit perearsti juurde. Üldtendentsina u 20-30% jääbki pereõde käsitleda – need patsiendid ei pea perearstini jõudma. Patsientide esmane kontakt perearstikeskuses võiks järjest enam olla pereõega, kes teeb esmase selektsiooni. Pereõdede uueks laiaks tegevusväljaks on aina suurenev nõustamisvajadus.

ETTK kui integreeritud esmatasandi meeskonna puhul on vajalik kaalutleda aga seda, kas:

- a) parimaks lahenduseks on (kõigi) pereõdede sidumine konkreetse perearstiga, seda ka teise pereõde põhimõtte elluviimisel, või
- b) on parem vähemalt osade õdede spetsialiseerumine (nt. vaimse tervise õed, kindlale kroonilisele haigusele spetsialiseerunud õed, alkoholiprobleemide nõustamisele spetsialiseerunud õed jne) ning kõigi ETTK teenuspiirkonna patsientide/klientide käsitlemine oma kitsama pädevuse piires.

Koduõendusteenuse osutamisel on Eestis kolm põhilist organisatoorset võimalust, millel on oma tugevused ja nõrkused. Koduõendusteenust võib osutada:

- ▶ spetsialiseerunud koduõendusettevõtte, milles on hõivatud üks või enam koduõde;
- ▶ statsionaarse õendusabiasutusega (õendushaiglagi) seotud koduõed;
- ▶ perearstipraksise ja tulevikus ETTK-ga organisatoorselt seotud koduõde või koduõed.

Koduõendusteenuse kvaliteedi tõstmiseks spetsialiseerunud ettevõttes on vajalik meeskonnatöö parandamine. Suuremas meeskonnas on võimalik saavutada kompetentsi suurem mitmekesisus, mis võimaldab erinevate patsientide puhul teineteist professionaalselt toetada. Samuti pakub see võimaluse teineteise asendamiseks puhkuste ja haiguste korral, mis töövõtulepinguga töötava üksiku koduõde puhul on suureks probleemiks. Praktikute poolt on tunnetatud ohtu, et üksik koduõde ETTK-s ei saa hakkama. Soome näide toetab lahendust, kus piirkondades tegutsevad koduõed moodustavad laiema meeskonna - omavad ühiseid nõupidamisi keskustes, millel osalevad ka juhendavad õed. Ka Eesti suuremates ettevõtetes on välja kujunenud juhendavad-koordineerivad koduõed.

Auditi „Koduõendusteenuse kvaliteet 2010 aasta õendusdokumentatsiooni põhjal“ (2011) üheks ettepanekuks on:

Toetada asutusesiseselt teenuses osalevate liikmete meeskonnatöö toimivust ning tagada koduõdedele multimodaalne konsultatsiooni võimalus koduõenduse ravijuhtude kvaliteetseks käsitluseks.

Laiendada on vaja koduõendusteenusel oleva isiku abistamise teenuste valikut. Koduõenduse tegevusjuhendi (2005) ettepanekud koduõenduse korraldamiseks on:

Koduõenduskeskusel peaks olema võimalus kasutada kõikide spetsialistide abi ja pakkuda nende teenuseid koduseinte vahele aheldatud klientidele. Avahooldusteenustena tuleks pakkuda ka füsioteraapiat, tegevusteraapiat, kõneteraapiat, dieetnõustamist, jalaravi, kontinentsusnõustaja, diabeediõde vms eriettevalmistusega õdede konsultatsioone.

Osa loetletud teenustest on kavandatud ETTK-de koosseisu.

Suuremates linnades tegutsevad koduõendusettevõtted toimivad piisavalt hästi ja koduõendusettevõtete perspektiivist juhtimisteenust ETTK näol ei vaja. Juhul kui perearstipraksised säilitavad juriidilise iseseisvuse ETTK-des, siis tekib küsimus, kes konkreetselt perearstidest hakkab koduõendust ja koduõdesid koordineerima. Selleks, et ETTK koordineeriks tulemuslikult koduõendusteenust, on oluline saavutada selle organisatoorne ühtsus.

Koduõendusteenuse sidumist perearstiteenusega takistab asjaolu, et perearstil ja pereõel ei ole üldjuhul kompetentsi koduõde juhendada. Enamusel perearstidel puudub ka vastav praktiline kogemus. Koduõendusteenuse koordineerimise ülesande täitmiseks peaksid perearstid läbima vastava koolituse.

Koduõendusettevõtte tugevus perearstipraksisega liidetud koduõde ees on see, et teenuse osutaja on sõltumatu oma koostöövõrgustiku ülesehitamisel. See võrgustik võib parimal juhul sisaldada lisaks erinevatele perearstidele ka eriarste, kelle kõigiga saab koduõde konsulteerida suunatud patsientide osas. Koostöö perearstide ja koduõendusteenuse osutajate vahel tuleks sellest perspektiivist vaadatuna lahendada juba loodud ja tegutsevate teenuseosutajate võrdväärses partnerluses. Küll leitakse, et ETTKdest võiks olla kasu teenuse jõudmisel piirkondadesse, kus neid praegu ei ole.

ETTK ja iseseisva koduõendusettevõtte kõrval on elujõuliseks alternatiiviks integreeritud õendusteenuse rakendamise mudel. Selle mudeli alusel ei tohiks koduõendusteenust lahutada üldisest õendusabi süsteemist. Eeskätt maapiirkondades kasutatavaks lahenduseks, mis tagab kvaliteedi ja teenuste koordineerituse, on see, kui koduõed on seotud statsionaarse õendusabiasutusega. Ka patsiendi seisukohast on selline ühendus loogiline, kuna vastavalt vajadusele patsient liigub statsionaarse hooldusraviteenuse ja koduõendusteenuse vahel.

Eesti hooldusravivõrgu arengukava 2004 – 2015 kirjeldab koduse õendusabi keskusi kui osa hooldusravivõrgust, mis “koosneb aktiivravihaiglate geriaatriaosakondadest, hooldushaiglatest (õenduskodudest), päevase ja koduse õendusabi üksustest”.

Koduse õendusabi keskus on õendusabi osutamiseks loodud hooldushaiglaga, haiglaga, perearstipraksisega või päevase õendusabi keskusega seotud või iseseisev majandusüksus. Koduõe ülesandeks on osutada patsiendile tervishoiuteenuseid visiidi vältel tema kodus.

Koduõendusteenust on võimalik osutada ka eriarstiabi pakkuvate haiglate õdede poolt, töö kõrvalt, mis on toimivaks mudeliks linnades, kus haiglaõed kasutavad seda oma sissetulekute suurendamiseks. Haiglaõdede tugevuseks on kliiniline kogemus ning spetsialiseerumine, mis kindlate haiguste puhul on teenuse kvaliteeti tõstev - nt diabeediõed, onkoloogiaõed.

Koduõel peab olema võimalus konsulteerida arstiga, millal teenus lõpetada, milliseid muudatusi õendusplaani teha. Selleks arstiks võib olla perearst, kellel peaks olema piisav geriaatriline kompetents. Juhul kui patsiendi seisund halveneb tuleb pöörduda suunava arsti poole ja nõuda soovitusi. Üheks võimaluseks on näiteks patsiendi suunamine füsioteraapia teenusele. Vähihaigete koduse toetusravi – mis Haigekassa uues loetelus on liidetud koduõendusega - meeskond peab sisaldama eriarsti – perearst ei ole piisav. Seega on vajalik ETTK side haiglaga, kus töötab geriaatrilise kompetentsiga eriarst.

Teenuse territoriaalse kättesaadavuse suurendamise ühe lahendusena on maakondlike hooldusravi arengukavade väljatöötamisel eelmise kümnendi keskel nähtud võimalust pereõe ja koduõe töö ühildamiseks. See eeldaks pereõdede poolt vastava koolituse läbimist. Praktikast on näiteid selliste initsiatiivide ebaõnnestumisest. Ühel poolt on põhjuseks olnud töötajate huvi ebapiisavus, teiselt poolt ka nende piiratud kliiniline kogemus, mistõttu pereõde, erinevalt statsionaarse õendusabiasutuse õest, ei ole heaks asendajaks koduõele. Juhul kui koduõde või pereõde jääb osalise koormusega, on töökoha ühendamine siiski mõeldav.

Igal juhul peaks koduõde olema seotud laiema meeskonnaga. Üksinda koduõendusteenust osutav õde ei ole teenuse kvaliteetseks osutamiseks piisav, tema kompetents on piiratud. Vastavalt seadusele võib koduõe alluvuses töötada hooldaja. Ideaalne meeskond, mida ka Eestis on püütud juurutada, sisaldab endas koduõde, perearsti ja sotsiaaltöötajat, kes kõik peaksid osalema koduõendusteenuse esmasel visiidil. Juhul kui arst on patsienti äsja hinnanud ning see hinnang sisaldub korrektselt saatekirjas, siis piisab ka koduõe ja sotsiaaltöötaja ühisest visiidist. Igal juhul tuleks õenduse ja hoolduse hinnang anda ühiselt. See hinnang on geriaatrilise kogemusega arstile sisendiks, kes võib selle alusel oma raviplaani muuta. Oluline küsimus on, kas perearstid on valmis osalema sellistel hindamistel ja hindamisinstrumentide kasutamiseks.

Arenguruumi on koostöös teenusele suunavate arstidega, seda esmajoones saatekirjade sisukuse osas, ning sotsiaaltöötajatega. Auditi „Koduõendusteenuse kvaliteet 2010 aasta õendusdokumentatsiooni põhjal“ (2011) sisaldavad asjakohast ettepanekut:

Korraldada ümarlaud eesmärgiga arendada koduõdede koostöö võimalusi pereõe ja sotsiaaltöötajatega, et suurendada patsiendi üldist toimetulekut. Korraldada ümarlaud koduõendusteenusele suunajate ja teenuse osutajate vahel, eesmärgiga parendada koduõendusteenuse kvaliteeti. Teha pere- ja eriarstide seas laiemat selgitustööd koduõendusteenuse saatekirjade korrektse tegemise tähendusest ja vajalikkusest sh raviskeemi dokumenteerimise kohustusest. Alustavale teenuse pakkujale tagada juhendamine kokkulepitud ajaperioodil.

Linnad ja maapiirkonnad võivad vajada erinevaid organisatoorseid mudeleid. Kaalumist väärt lahenduseks on arendada välja süsteem, mis koosneks koduõenduskeskustest suuremates linnades ning stacionaarsete õendusabikeskustega või ETTK-dega seotud koduõenduskeskustest maakondades.

Juhul kui süsteemi kuuluvad ka koduõenduse väikepraksised ning perearstipraksiste koosseisus olevad koduõed, siis tuleks kaaluda võimalust panna maakonnahaiglatele teenuse koordineerimise kohustus. Maakonnahaiglate kasuks koordineerijana võrdluses perearstidega räägib ka geriaatrilise kompetentsiga spetsialistide olemasolu, geriaatrilise aktiivravivõimaluste olemasolu, mis on õendusabi süsteemi oluline osa.

Esmatasandi ämmaemandusabi teenuse organisatoorne ja ruumiline lahutamine naistearstidest ja toomine ETTK-de alla nõuab koostöö head korraldatust. Ämmaemanda suhe naistearstiga on oluliselt lähedasem kui perearstiga. Sellest hoolimata on iseseisev ämmaemandusteenus ETTK-des võimalik ja mõistlik valik, sest ämmaemandal on oma kompetents, mille piires ta saab esmatasandil tegutseda. Normaalse raseduse jälgimisel on juhendis rollide jaotus naistearsti ja ämmaemanda vahel hästi ära kirjeldatud ja oht probleemide tekkeks on hinnatud erialaselt juhtide poolt väikeseks.

Hinnates ämmaemandate valmisolekut iseseisvaks tegutsemiseks üksikpraksistes, leitakse erialaühingutes, et need võivad esialgu jääda nõrgaks. Ämmaemandate teadmised ja oskused on väiksemad kui naistearstil, samuti on piiratud retseptiõiguse tõttu osade retseptiravimite määramiseks vajalik arsti otsust. Perearst ETTKs saaks seda teha. Ka perearst on arst ja saab ämmaemandale arstipädevuse tuge pakkuda. Perearsti õigus rasedate jälgimiseks annab põhimõttelise võimaluse ämmaemanda asendamiseks ETTK-s puhkuse perioodiks. Naiste ja rasedate nõustamisel on kattuvaid teemasid pereõel ja ämmaemandal. Ämmaemandatel oleks võimalik jagada tööd haiglate juures ning ETTK-des.

Partnerlus naistearstiga peaks jääma tugevaks – üleminekuperioodil võiks soosida ETTK-des tegutsevate perearstide suhet konkreetse naistearsti või haiglagaga, hilisemalt uute rollide tundma õppimisel ei ole see nii tähtis. Peavad olema väga selged kokkulepped ämmaemandate ja arstide vahel – vaja on näidata kuidas esmatasandi ämmaemand teeb koostööd kõrgema tasandi arstiga, sest asjad toimivad kuni ilmnevad probleemid.

Ka ämmaemandusabis nähakse eriala siseselt vajadust erinevate organisatoorsete mudelite rakendamiseks linnades ja maapiirkondades. Sünnitusabi ja günekoloogia eriala arengukava aastani 2020 (2012) toetab arenguteed, kus

... lisaks jagatud emadushooldusele koos naistearstidega, oleksid ämmaemandad motiveeritud osutama tervishoiuteenust iseseisvalt või perearsti praktilise osana, seda peamiselt maapiirkondades. On oluline, et sagedamini kasutatavad teenused, sh naistearsti ambulatoorne abi, emadushooldus (antenataalne jälgimine), sünnitusjärgne nõustamine ja patronaaž ning haiguste ennetus, oleks tagatud võimalikult elukoha lähedal.

Noorte seksuaalnõustamise keskuste asendamise või liitmise vastu ETTK-dega räägib võrgustiku hea toimimine – sealsed spetsialistid on saanud hea väljaõppe, mida perearstidel või tavalistel ämmaemandatel ei ole. Liitmise vastuargument on ka konfidentsiaalsuse vähenemine.

Esmatasandi füsioteraapiateenuse osutamisel on füsioterapeudil võimalik tegutseda:

- ▶ Taastusravi teenust osutava asutuse koosseisus seotuna taastusarstiga
- ▶ Iseseisva füsioteraapiateenust pakkuva majandusüksusena
- ▶ ETTK koosseisus perearstiteenusega seotuna.

Füsioteraapia kui iseseisva esmatasandi tervisteenuse arendamise olulisim takistus on see, et füsioterapeut ei ole Haigekassa süsteemis määratletud kui iseseisvalt tegutsev meditsiinitöötaja. Füsioteraapiateenusele on võimalik saada läbi taastusarsti. Taastusravis 2006. aastal kasutusele võetud kontseptsioonis on füsioterapeut üks taastusravi meeskonna liige.

2006. aastal võeti kasutusele uus taastusravi kontseptsioon. Peamine muudatus oli seotud liikumisega protseduuripõhiselt lähenemiselt meeskonnapõhisele lähenemisele. Taastusravi meeskond koosneb eri spetsialistidest, sealhulgas füsiatria ja taastusravi arstist, füsioterapeudist ja sotsiaaltöötajast, aga ka tegevusterapeudist, logopeedist, psühholoogist, taastusraviõest ja muudest spetsialistidest ...

... taastusravi arst määrab vajaliku ravi ning protseduurid teostatakse füsioterapeudi ja teis(t)e spetsialisti(de) poolt vastavalt patsiendi olukorrale ja üldisest seisundist tulenevatele vajadustele. Füsioterapeut lülitati olulise liikmena taastusravi meeskonda 2002. aastal ning käesoleva ülevaate koostamise ajaks töötavad füsioterapeudid peamiselt haiglates. Edaspidise arengu osas tuleks ambulatoorset ravi osutavate füsioterapeutide ja teiste spetsialistide arvu suurendada, et parandada teenuste osutamist maapiirkondades (Koppel jt, 2008).

Olukord, kus füsioteraapiateenuse osutamine on võimalik üksnes taastusarsti kaudu, ei ole füsioterapeutide vaatepunktist pikas perspektiivis jätkusuutlik. Nende seisukohalt peaks teenus olema kättesaadav elanikele võimalikult lähedal esmatasandil ja ilma taastusarsti vahendamiseta. Iseseisva mudeli rakendamine aitaks (esmatasandi) füsioteraapiateenuse erialal tulemuslikumalt areneda. Vastuargument iseseisva tegutsemise osas on halduskoormuse kasv, mida lahendaks ETTK'sse kuulumine.

Füsioterapeutide Selts on teinud ettepaneku Haigekassale seada sisse iseseisev esmatasandi füsioteraapiateenus, mida saaksid osutada kõrgeima 5. kategooriaga füsioterapeudid. Need on

füsioterapeudid, kes peaksid oskama panna füsioteraapilist diagnoosi, oskama õpetada ja suunata teisi füsioterapeute. Taastusarstide Liidu seisukohast piiraks see liialt teenuse osutajate ringi, kuivõrd selliseid füsioterapeute on Eestis u 20, ning ei kataks esmatasandi teenuste vajadust. Ollakse seisukohal, et esmatasandi teenuseid suudaksid osutada ka vähemalt 3. kategooriaga füsioterapeudid, kuid seda süsteemis, kus füsioteraapiateenusele saadab patsiendi (taastus)arst.

Üheinimese praksised, mida on väiksemates keskustes tekkima hakanud, toovad erialaseltsi esindajate hinnangul kaasa probleeme ja ohte. Füsioterapeut tulenevalt oma haridusest ei ole üldjuhul õpetatud olema pädev muude terviseprobleemide mõistmiseks, mistõttu ta vajab tegelikult arstlikku nõuannet. Ta ei ole seaduse järgi tervishoiutöötaja, tal puudub õigus ravimeid, ka valuvaigisteid, välja kirjutada. Hetkel vastutab teenuse eest arst.

Kas siis, kui esmatasandi füsioteraapiateenus areneks ETTK meeskonna koosseisus ühe töötaja tasemel oleks oht, et eriala areng jääb vastutuse hajutatuse tõttu seisma. ETTK-s võiks ideaalis olla mitu füsioterapeuti. Klassikaliselt eristuvad laste ja täiskasvanute terapeudid, kusjuures üldjuhul laste terapeut suudab tegeleda ka täiskasvanutega, vähem levinud on vastupidine. Seega, lapse pädevus peab vähemalt ühel ETTK füsioteraapia spetsialistil olema. Teine füsioterapeutide liigitus on meditsiiniline - eristuvad:

- ▶ Neuroloogiliste probleemidega tegelev füsioterapeut;
- ▶ Luu-lihaskonna probleemidega füsioterapeut.

Neid liigitusi arvesse võttev füsioteraapia meeskond võiks seega ETTK-s koosneda minimaalselt kolmest spetsialiseerunud füsioterapeutist. Kuivõrd suurem osa füsioteraapiateenuse vajajatest kujutab endast kergeid või mõõdukaid juhte, mis võiks olla esmatasandi käsitleda, siis tähendaks see füsioteraapiateenuse lisamisel ETTK-desse, väga suurt täiendavat füsioterapeutide vajadust. Muuhulgas nõuab see füsioterapeutide ümberhäälestumist, kes seni on harjunud töötama haigla juures.

Perearstide poolt omatav meditsiiniline kompetents ETTK-des käegakatsutavas ulatuses tugevdaks ka esmatasandi füsioteraapiateenust. Konkreetseks koostöökohaks perearstidega on röntgenpiltide tõlgendamine, mille oskusi ja õigusi füsioterapeutil ei ole. Ka vastupidine koostöö, kus füsioterapeut konsulteeriks perearste ja -õdesid, võib osutada vajalikuks. Näiteks laste jälgimise ja tervisekontrolli on mõistlik kaasata füsioterapeut, kes aitaks läbi viia lapse motoorse arengu hindamist. Kuivõrd praegu esineb juhtumeid, kus jäädakse hiljaks lapse suunamisel taastusravisse, siis võiks selline meeskonnatöö – eriti keerukamate juhtumite puhul – teenuse taset tõsta. Pereõde võiks toetada füsioterapeute nõustamisel, kuid see eeldab nende kompetentsi tõstmist. Füsioteraapia tulemuslikkust suurendaks ka koostöö sotsiaaltöötajatega, milleks ETTK laiendatud mudel võimalusi loob.

Perearstide hetkekompetents füsioteraapiateenusele suunamisel on erinev. Küsimust on erialaseltside koostöös arutatud ning lahendusena on välja pakutud saatekirja vormi arendamine e-tervise süsteemis. Juhul kui perearst kahtleb, on alati võimalus saata patsient taastusarsti vastuvõtule. Koostöö aluseks perearstidega on raha, mida need saavad kasutada füsioteraapiateenusele suunamiseks. Seda on ebapiisavalt.

Heaks lahenduseks peetakse erialaseltsi esindajate poolt seda, kui võimalikud on mõlemad variandid – iseseisvad praksised ja füsioteraapiateenuse osutajad ETTK-de koosseisus. See pakuks erineva ambitsiooniga füsioterapeutidele võimaluse esmatasandil töötada. Alustada võiks järk-järguliselt,

sõlmides esmatasandi lepingud 4-5 praksisega. Füsioteraapiateenuse pakkuja iseseisva majandusüksusena saaks paremini oma tegevust planeerida, sealhulgas koordineerida ETTK-le osutatavaid teenuseid ja samal ajal osutada ka tasulisi teenuseid. Sellisel juhul sõlmitaks riikliku rahastamise leping füsioteraapiapraksisega. See eeldab tegevusloa väljastamise kaudu tingimuste seadmist neile, kes tohivad esmatasandi füsioteraapiateenust osutada.

Üldisem lahendus ETTK meeskondade välja arendamisel seisneb nende õiguslikus määratlemises kohustusliku miinimumi ja võimaliku koosseisu osas (vt. ülalpool), meeskonna suuruse sidumine teenuspiirkonna põhjendatud vajadusega (vt osaraport 3). Esmaselt vajab lahendust füsioterapeutide õigus töötada perearsti meeskonnas.

Lisaks õiguslikule alusele nõuab ETTK spetsialistide ühtse organisatsiooni välja arendamine finantsilist motiveerimist, kus üheks võimaluseks on keskuse juhatajate ja kliiniliste assistentide rahastamise sidumine koondumise ulatusega. Ettepanek on määrata ETTK juhi tööjõu kulu arutamise aluseks „muu kõrgharidusega spetsialisti brutopalk tunnis“ (Tervishoiuteenuse osutajatele makstava tasu arutamise meetodika pg 28) ning kliinilise assistendi tööjõu kulu arutamise aluseks abilise brutopalk (meetodika pg 41). Selliste ETTK juhtimis- ja administreerimiskulude rahastamine tagatakse proportsioonis, mille ulatuses ETTK teenuspiirkonna elanikkonda teenindab. Aluseks on ETTK'sse koondunud perearstide nimistutes sisalduvate isikute osakaal kõigi piirkonnas tegutsevate perearstide nimistute isikute arvust. Näiteks kui ühe ETTK'ga teenuspiirkonnas on ETTKsse koondunud 5 perearsti nimistutesse kuuluvate isikute koguarvuga 7500 ning eraldi tegutseb 1 perearst 1500 isikuga nimistus, siis rahastatakse 5/6 ETTK juhi ja kliinilise assistendi tööjõukuludest.

Mitme ETTK'ga teenuspiirkondades vastutavad ETTK'd keskustesse mittelõimitud praksiste eest solidaarselt, st juhi ja assistendi tööjõukulud kaetakse igas ETTK's proportsioonis, milles kõik ETTK'd kokku hõlmavad teenuspiirkonna nimistutesse kuuluvad isikud. Juhul kui ETTKsse on koondunud 8 või enam nimistuga perearsti tagatakse juhi ja assistendi tööjõukulude rahastamine täies mahus. Juhul kui ühtset organisatsiooni ei looda ning ETTK tegutseb ühtse taristu kujul, siis keskuse juhataja ja kliinilise assistendi töökohti ei rahastata.

Tabel 15. Nelja alammudeli lõikes jaotuvad organisatoorse mudeli põhilised valikuvõimalused

Alammudel	ETTK meeskonna minimaalne koosseis	Esmatasandi tervishoiutöötajate töökoht
Ühtse taristu ETTK	3 perearsti, 3 pereõde, koduõde, füsioterapeut, ämmaemand	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 keskustes töötavad ämmaemandid, füsioterapidid ja koduõed selle meeskonna koosseisus. Juhul kui erialameeskond (vastava eriarstiabi või õendusabi juriidilise isiku koosseisus) puudub, siis osutavad ämmaemandid, füsioterapidid ja koduõed teenust iseseisvalt (vastava juriidilise isiku koosseisus, iseseisva tegevusloa alusel või füsioterapeutide puhul ka ilma tegevusloata), ämmaemandid ja koduõed ka üldarstiabi osutavas ühingus.

Iseseisvate teenuste ETTK	ETTK juhataja, kliiniline assistent, 3 perearsti, 3 pereõde, koduõde, füsioterapeut, ämmaemand	ETTK kui vastavat tegevusluba osutava ühingu meeskonna minimaalseks suuruseks on 3 perearsti, 3 pereõde, 1 füsioterapeuti, 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.
Laiendatud üldarstiabi ETTK	ETTK juhataja, kliiniline assistent, 3 perearsti, 3 pereõde, koduõde, füsioterapeut, ämmaemand	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, koduõed, 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, koduviitide ja protseduuride teostamiseks nende spetsialistide pädevuse raames.
KOV piirkondlik ETTK	ETTK juhataja, kliiniline assistent, 3 perearsti, 3 pereõde, koduõde, füsioterapeut, ämmaemand	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.

6 ESMATASANDI TERVISEKESKUSTE TARISTU

Esmatasandi tervisekeskuste taristu käsitus mudelis katab 3 alateemat:

- ▶ Teenuste osutamiseks nõutud ja vajalikud ruumid ja seadmed;
- ▶ Tervisekeskuse ruumide omavaheline lõimitus ning lõimitus teiste teenustega;
- ▶ Tervisekeskuse ruumide omandikuuluvus.

6.1 Lähteolukord

Kehtivad nõuded esmatasandi 4 põhiteenuse osutamise ruumide ja seadmete kohta on kirjeldatud asjakohastes määrustes.

Perearsti tegevuskohas peavad määruse (Nõuded perearsti tegevuskoha ruumidele, sisseseadele ja aparatuurile, määrus nr 116, vastu võetud 29.11.2001) alusel olema vähemalt järgmised vajalikud ruumid (pg 2, lõige 3):

Ruumi nimetus	Pindala, m ²
Vastuvõturuum	12 x 2 või 16
Protseduuriruum	16
Ooteruum	9
WC	3
Abiruum	2x2

Kokku on nõutav minimaalne kasuliku pinna maht üksiku perearsti tegevuskohas seega **48-56 m²**.

Määruse sama paragrahvi järgmised lõiked seavad lisamõõndusi neile ruuminõuetele:

(4) Ruumide pindala võib olla kuni 5% väiksem lubatud suurusest.

(5) Koos töötavatel perearstidel peab olema vähemalt üks protseduuriruum kolme perearsti kohta.

(5¹) Kui perearstil on mitu tegevuskohta, mis asuvad erinevates haldus- või asustusüksustes, kohaldatakse käesoleva paragrahvi lõikes 3 vastuvõtu- ja protseduuriruumile sätestatud nõudeid vähemalt ühele perearsti tegevuskohale. Perearsti teistes tegevuskohtades võib olla ühine vastuvõtu- ja protseduuriruum.

Haigekassa perearsti kulumudelil on nimistu baasraha arvestamisel aluseks praktilise kasuliku pinna suurus **52 m²**.

Määrus ei nõua ning kulumudeli baasraha ei sisalda lisateenuste osutamiseks vajalikke ruume nagu näiteks röntgeniuringute või laboriuringute ruume. Selliste ruumide nõuded sisalduvad määruse „Nõuded haiglavälise eriarstiabi osutamiseks vajalikele ruumidele, sisseseadele ja aparatuurile“ (Vastu võetud 25.01.2002, nr 25) 6. ja 7. jaos ning vastavad kulud sisalduvad protseduuride ja uuringute hinnas.

Määruse „Nõuded perearsti tegevuskoha ruumidele, sisseseadele ja aparatuurile“ (määrus nr 116, vastu võetud 29.11.2001) pg 3 ja 4 kirjeldavad ka tegevuskohas nõutud sisustuse ja aparatuuri nomenklatuuri. Kulumudelil on määruse nõuetega kooskõlas kajastatud ja pearaha komponentidena eristatud:

- ▶ Ühekordse kasutusega meditsiiniseadmed ja ravimid
- ▶ Korduvkasutusega meditsiiniseadmed
- ▶ Üle üheaastase kasutusajaga meditsiiniseadmed.

Riikliku järelevalve tulemuste põhjal on perearstide tegevuskohtade ruumide ja sisustuse nõuded valdavalt täidetud, kuid ruumide kvaliteet on erinev. Terviklik ülevaade praksiste kasuliku pinna tegeliku suuruse osas siiski puudub, eriti mis puudutab miinimumnõudeid ületavat mahtu. Riigikontroll kirjutab oma 2011. a. raportis (pt 104), et:

Eestis ei ole reguleeritud riigi ja kohaliku omavalitsuse kohustused esmatasandi tervishoiu taristu rajamise ja haldamise osas. Praegu rahastatakse esmatasandi infrastruktuuri Eesti Haigekassa eelarvest baasraha komponendina, lähtudes perearstide teenuse tasustamise mudelist. Kuna perearstidel ei ole kohustust kasutada baasraha taristukomponenti otseselt esmatasandi hoonete-ruumide tarvis, siis on esmatasandi taristu olukord üle Eesti äärmiselt ebahühtlane.

Probleemi on kirjeldatud ka varasemalt, Esmatasandi tervishoiu arengukavas 2009-2015, seoses majanduslike põhjustega:

Infrastruktuuri ebahühtlane tase, mis tuleneb perearstide kui majandusüksuste piirkonniti erinevast võimest investeerida arendamisse ja mõjutab osutatavate teenuste kvaliteeti.

Koduõendusteenuse osutamisel on määruse „Nõuded ambulatoorse õendusabi iseseisvalt osutamiseks vajalikele ruumidele, sisseseadele, aparatuurile, töövahenditele ja ravimitele“ (vastu võetud 13.08.2010 nr 56) alusel nõutud (pg 5) „vähemalt dokumentide nõuetekohaseks hoidmiseks sobiva ja andmekaitse nõuetele vastava ruumi ning töövahendite ja aparatuuri hoidmiseks vastava ruumi olemasolu“. **Ruumi miinimumsuurust määrus ei sätesta.** Määruse pg 6 loetleb nõuded aparatuurile ja töövahenditele koduõendusteenuse osutamiseks. Koduõendusteenuse osutamise olulisim „taristu“ on sõiduauto ja koduõe töövahendeid sisaldav kohver.

Iseseisva ämmaemandusabi osutamiseks peavad määruse „Nõuded ämmaemandusabi iseseisvalt osutamiseks vajalikele ruumidele, sisseseadele, aparatuurile, töövahenditele ja ravimitele“ (vastu võetud 19.03.2010, nr 23) alusel olema vähemalt järgmised ruumid (pg 2, lõige 3):

- 1) vastuvõtu- ja läbivaatuse ruum või ruumid (pindalaga 12×2 või 16 m²);
- 2) ooteruum (pindalaga 9 m²);
- 3) tualettruum (pindalaga 3 m²);
- 4) abiruum (pindalaga 2 m²).

Kokku nõutakse iseseisva ämmaemandusabi osutamiseks seega tegevuskohas minimaalselt **30-38m²** kasuliku pinda. Sarnaselt perearstiteenusele võimaldab määrus kõrvalekaldeid üldistest nõuetest (lõiked 4 ja 5):

- ▶ Ruumide pindala võib olla lubatud suuruselt kuni 5% väiksem.
- ▶ Juhul kui ambulatoorse ämmaemandusabi osutaja ruumid paiknevad koos teise tervishoiuteenuse osutaja ruumidega, mis vastavad esitatud nõuetele, siis peab ambulatoorse ämmaemandusabi osutajal olema vähemalt vastuvõtu- ja läbivaatuse ruum.

Eeldades, et abi- ja ooteruumid on ETTKs ühised, piisab ämmaemanda tervisekeskuse tegevuskohas seega ka **16-24 m²** kasulikust pinnast.

Määruse pg 3 loetleb teenuse iseseisval ambulatoorsel osutamisel nõutud sisseseade, aparatuuri ja töövahendid. Sama paragrahvi lõige 3 lubab paragrahvides 2 ja 3 loetletud ruume, sisseseadet, aparatuuri ja töövahendeid koos töötavatel ämmaemandatel kasutada ühiselt.

Ämmaemanda vastuvõtu teenuse ABC kulumudelis sisaldub taristu komponentidena järgmised kulud:

- ▶ Vastuvõtukabinet ämmaemand;
- ▶ Günekoloogilise läbivaatuse komplekt;
- ▶ Günekoloogilise läbivaatuse instrumentaarium.

Ämmaemanda koduviisi teenuse ABC kulumudelis sisalduvad kulud on:

- ▶ Med transport;
- ▶ Günekoloogilise läbivaatuse komplekt;
- ▶ Günekoloogilise läbivaatuse instrumentaarium.

Ambulatoorse füsioteraapiateenuse osutamise nõudeid määrustes eraldi sätestatud ei ole. Määruse „Nõuded haiglavälise eriarstiabi osutamiseks vajalikele ruumidele, sisseseadele ja aparatuurile“ (Vastu võetud 25.01.2002, nr 25) jagu 8 käsitleb laiemalt taastusravi ruumide nõudeid, sh pt 7 liikumisravi ruume:

- ▶ ühekohaline raviruum **12 m²**;
- ▶ liikumis- või tegevusravi rühmateraapia ruum **5 m² kohale**, minimaalne **20 m²**;

Selleks, et tervisekeskuses oleks võimalik teostada nii individuaalseid, kui ka rühmateraapia seansse (6 inimesele), on seega vajalik ühe füsioterapeudi kohta vajalik **42m²** tööruume. Mitme füsioterapeudi töötamisel peab iga töötaja kohta lisanduma ühekohalise raviruumi kasulik pind.

Lisaks peab teenuse osutamisel olema (määruse pg 55, pt 8) patsientide protseduurijärgne puhkeruum **2 m²** puhketooli ja **4 m²** kušeti kohta. Arvestades rühmateraapia rühma suuruseks 6 isikut on minimaalseks puhkeruumi suuruseks **12m²**. Määruse pg 56 nõutakse samuti, et „vesi-, muda- ja liikumisraviruumide juures peavad olema patsientidele riietus-, tualett- ja duširuumid“. Lisaks peab (§ 57) „raviruumi või -koha lähedal vajadusel olema raviprotsessis kasutatavate vahendite puhastamise, pesemise või ettevalmistamise ruum“ ning (§ 58) „ravikohtade sisseseade peab vastama protseduuri eripäralt ning tagama personali ja patsiendi ohutuse. Igas eraldiasuvas raviruumis peab olema õe töökoht ja valamu. Aparaatse füsioteraapia ravikohad tuleb varustada erikušettidega, massaaži ja nõelravi töökohad

massaažilaudadega. Liikumisravi ruumis peab olema võimlemisredel ja seinapeegel liigutuste koordineerimiseks“.

Haigekassa füsioteraapiateenuse ABC mudelis sisalduvad ruumid, sisustus ja seadmed järgmisel viisil:

- ▶ Individuaalne füsioteraapia (30 min) (7050): Füsioteraapia ruum; Taastusravi füüsilise ravi komplekt
- ▶ Individuaalne füsioteraapia 2-3 patsiendile üheaegselt (30 min) (7051): Füsioteraapia grupiteraapia ruum; Taastusravi füüsilise ravi komplekt
- ▶ Grupifüsioteraapia (30 min) (7052): Taastusravi võimlemise ruum
- ▶ Individuaalne füsioteraapia basseinis (30 min) (7056): FT bassein riietus- ja pesuruumiga; Basseini kasutamise komplekt patsiendile

Individuaalse füsioteraapia ja grupifüsioteraapia teenuste puhul seega puhkeruume, riietus- ja pesuruume kuludes ei arvestata.

Käesoleval ajal on **esmatasandi põhiteenuste tegevuskohad ja ruumid valdavalt mittelõimitud**. Palju on ka samas asulas erinevates hoonetes tegutsevaid perearstipraksiseid. Perearstid, ämmaemandad, koduõed ja füsioterapeudid kõik tegutsevad ühtsel taristul (hoone või hoonekompleksi mõttes) erandlikel juhtumitel ning ka sellisel juhul ei moodusta esmatasandi põhiteenuste osutajad kliendi vaatepunktist ühtset keskust (sh nt ühtse ooteruumiga). Kuivõrd esmatasandi tervisekeskuste võrgustik on Eestis jätkuvalt kontseptsiooni ja kavandamise tasemel, siis puuduvad ka lõimituse nõuded ja tulemuslikud motivatsioonimehhanismid rahastamismudelites.

Valdavalt osutatakse esmatasandi tervisekeskuste ruumides, mille omanikeks on haiglad, statsionaarsed õendushaiglad, väiksemates asulates ka kohalik omavalitsus. Samuti on perearstikeskusi, mille omanikuks on teenuseid osutav juriidiline isik ja selle kaudu perearstid. Perearstiteenuse osutajad kasutavad valdavalt siiski rendipinda, sh KOV omandis olevat. Ämmaemandusabi teenust ja füsioteraapiateenust osutatakse üldjuhul haiglate omandis olevates ruumides.

Perearstikeskuste ruumide omandiküsimus ei ole õiguslikult piiratud. Olulised on TTKS pg 15 lõiked 2-5, mis reguleerivad üldarstiabi osutava äriühingu osade ja aktsiate võõrandamist. Juhul kui perearstilt võetakse ära õigus tegutseda perearstina või tema surma korral peab ta või tema pärija:

oma osa või aktsia võõrandama perearstile, kes hakkab selle ühingu kaudu tervishoiuteenuseid osutama, või kohalikule omavalitsusüksusele kolme kuu jooksul perearstina tegutsemise õiguse äravõtmisest alates. Kui osa või aktsiat ei ole kolme kuu jooksul võõrandatud, on äriühing kohustatud osa või aktsia tühistama ja hüvitama perearstile osa või aktsia väärtuse.

Juhul kui perearst on ainus osanik ning võõrandamine ei õnnestu, siis "lõpetatakse äriühing nimistu moodustamise õiguse andja nõudel kohtuotsusega". Võib eeldada, et tegevuskoha ruumide ja seadmete kuulumine teenuse osutaja omandisse, võib kinnisvara väärtuse suurema maksumuse läbi juriidilise isiku varades muuta keerukamaks aktsiate ja osakute võõrandamise. Uutel ja sageli noortel perearstidel ei ole rahalise vahendeid ja/või soovi finantsriske tööle asumisel endale võtta.

6.2 Valikuvõimalused ja lahendused

Esmatasandi tervisekeskuse ruumiprogrammi kehtestamisel on kaks põhimõttelist valikuvõimalust:

- lähjumine olemasolevatest nõuetest õigusaktides ning kehtivates rahastusmudelites;
- uue ruumiprogrammi välja töötamine ETTK võrgustiku jaoks, mis tugineks esmatasandi spetsialistide erialaseltside visioonil motiveerivast töökeskkonnast.

Variant A eeldused on järgmised:

- ▶ Perekarstiteenuse ruumivajadus määratakse perekarstide arvu alusel, vastavalt rahastamismudelil miinimumpraksise ruumikulude arvutamise alusväärtusele – **52 m²**.
- ▶ Koduõenduste ruumivajadus määratakse keskuste arvu alusel – igas keskkuses peab olema hoiuruum, mille suurusena arvestatakse (määrus suurus ei täpsusta) väikseima tervishoiuteenuste vastuvõturuumi pindala **12 m²**.
- ▶ Iseseisva ämmaemandusabi teenuse ruumivajadus määratakse kooskõlas ABC mudeli komponentide ning asjakohases määruuses nõutud ruumide minimaalsest suuruselt ämmaemanda kohta, mis on **30m²**.
- ▶ Füsioteraapiateenuse ruumivajadus määratakse ABC mudeli ja määruuse alusel ühe füsioterapeudi kohta ühekohalise raviruumi mahus, mis on 12 m², ning tervisekeskuse kohta 6-kohalise rühmaruumi mahus, mis on 30 m², kokku minimaalselt **42 m²**.

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 16. Olemasolevatest nõuetest ja rahastamismudelite eeldustest lähtuv ruumivajadus Eesti esmatasandi tervisekeskustes

Aasta	Perekarsti-teenus	Koduõendus-teenus	Füsioteraapia-teenus	Ämmaemandus-abi teenus	Põhiteenused kokku
2020	50976	1068	5400	5070	62514
2030	51153	1068	5376	4620	62217

ETTK ruumiprogrammi üles ehitamisel on olemasolevatest nõuetest ja rahastatud kuludest lähtumise eeliseks nõ realistlikkus. Kavandatavate ja välja ehitatavate tervisekeskuse ruumide üldmaht ei ole suurem kui kulumudelites teenuste finantseerimisel eeldatakse. Lähenumise nõrkuseks on see, et tegemist on üksikute esmatasandi teenuste nõuetega – ei arvestata täiendavate ruumide vajadust (sh nt ETTK tugipersonalile), ega ka võimalust ühiskasutuses ruumivajadust vähendada. Näiteks ei sisalda eraldi füsioteraapiateenuse kulumudelid puhke-, riietus- ja pesemisruumide komponenti. Perekarsti kulumudelil on ebapiisavalt arvestatud pereõdede iseseisva vastuvõtu vajadusi.

Käesoleva töö raames on erialaseltside esindajatega konsulteerides, õigusakte ja juhendeid aluseks võttes koostatud ka ETTK ruumiprogramm, mis arvestab põhiteenuste muutuvat iseloomu ning vajadust luua esmatasandi tervishoiutöötajatele kaasaegne motiveeriv töökeskkond. Eristatakse tervisekeskuse kui terviku jaoks vajalikke ruume ning ruume, mille vajadus tuleneb spetsialistide töökohtade arvust ETTK'des. Alljärgnevad tabelid kirjeldavad põhiteenuste lõikes ruumivajaduse arvutamise eeldusi ning samuti keskuses ühiselt kasutatavate ruumide vajadust.

Perearsti töökohaga on seotud vastuvõtu kabinet ning arvestades esmatasandi teenuste arengusuundumisi on iseseisvate vastuvõttude teostamiseks eraldi vastuvõtu kabineti vajadus ka igal pereõel. Vajalike protseduuride toa arv on määratud perearstide arvu alusel – üks protseduuride tuba ühe arsti ja temaga koos töötavate õdede (ja teiste esmatasandi spetsialistide) jaoks.

Tabel 17. Perearstiteenuse ruumivajadus ETTK ruumiprogrammi ettepanekus

Ruum	Ruumi kasulik pind	Tervisekeskuses	Töökoha kohta
perearsti vastuvõtu kabinet	16,0		1,0
pereõe vastuvõtu kabinet	12,0		1,0
perearsti meeskonna protseduuride tuba	16,0		1,0

Koduõendusteenuse osutamisel arvestatakse põhjendatud vajadusena keskuse koduõdede ühist kabinetti ja hoiuruumi.

Tabel 18. Koduõendusteenuse ruumivajadus ETTK ruumiprogrammi ettepanekus

Ruum	Ruumi kasulik pind	Tervisekeskuses	Töökoha kohta
koduõdede kabinet ja hoiuruum	16,0	1,0	

Iseseisva ämmaemandusabi teenuse osutamisel arvestatakse vajadusena kooskõlas määruse nõuetega eraldi vastuvõtu ja läbivaatuse ruume iga ämmaemanda töökoha kohta ning ämmaemandatele ühist abiruumi keskuses. Määruses kirjeldatud ooteruumi vajadus on liidetud keskuse ühiskasutusega ruumide vajaduse arvestusse.

Tabel 19. Iseseisva ämmaemandusabi teenuse ruumivajadus ETTK ruumiprogrammi ettepanekus

Ruum	Ruumi kasulik pind	Tervisekeskuses	Töökoha kohta
vastuvõtu- ja läbivaatuse ruumid	24,0		1,0
abiruum	4,0	1,0	

Füsioteraapiateenuse puhul on vajaduseks iga füsioterapeudi kohta ühendatud kabinet ja raviruum ning keskuse füsioterapeutide jaoks ühine grupiteraapia ruum. Samuti on patsientide kvaliteetseks teenindamiseks eraldi füsioteraapia vajadusi rahuldavad riietusruumid ja dušinurgad eri soost isikutele. Konsultatsioonide tulemusel on ruumiprogrammist välja jäänud füsioteraapia basseini, mis vesiteraapia läbiviimiseks on oluline taristu osa, kuid mille kulude katmine kulumudeli raames on hinnatud lähi- ja keskpikas tulevikus ebatõenäoliseks.

Tabel 20. Füsioteraapiateenuse ruumivajadus ETTK ruumiprogrammi ettepanekus

Ruum	Ruumi kasulik pind	Tervisekeskuses	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	

Lisaks on ruumiprogrammis määratletud ETTKs vajalikud ühised ruumid ja nende kasuliku pinna suurus.

Tabel 21. ETTK ühine ruumivajadus ETTK ruumiprogrammi ettepanekus

Ruum	Ruumi kasulik pind
polüfunktsionaalne töötajate ruum: puhketuba, töötajate garderoob, koolitusruum, kööginurk	25,0
ooteruum koos avatud registratuuriga (assistendi töökoht)	40,0
patsientide garderoob (sh lapsevankritele, abivahenditele)	12,0
abiruum koristusvahenditele	6,0
serveriruum	4,0
laoruum	8,0
juhataja tuba	16,0
personali duširuum koos WCga	12,0
personali WC	3,0
patsiendi WC koos võimalustega uriini analüüsi andmiseks	9,0
patsiendi WC	3,0
sterilisatsiooniruum	8,0

Nende eelduste alusel arvatud ruumivajadus Eesti tervisekeskustes kokku on 72,5 tuhat ruutmeetrit ehk 10 tuhat ruutmeetrit enam võrreldes hetkel nõutavate ja rahastatavate ruumidega – see juures lisandub 13 tuhat m² ühiseid ruume ning ühiskautusest saavutatakse kokkuhoidu ligi 3 tuhande m² mahus.

Tabel 22. Motiveeriv ruumiprogramm Eesti esmatasandi tervisekeskustes

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

Juhul kui ETTK koondab lisaks põhiteenustele veel teisigi esmatasandi tervishoiuteenuseid, siis suureneb keskuse minimaalne ruumivajadus vastavalt üksikute teenuste jaoks kehtestatud nõuetele. Samuti on juhul kui keskusesse soetatakse eraldi röntgeniaparatuur või teostatakse kohapeal laboriuuringuid, vajalikud selleks nõuetekohased ruumid.

ETTK võrgustiku väljakujundamine vajab lisaks sobivatele ruumidele ka tööks vajaliku ruumide sisustuse ja töövahendite soetamist. Ruumide ja töökohtade arvust sõltub otseselt ETTK sisustamiseks vajaliku inventari vajaduse mahud. Tööruumides vajaliku sisustuse esialgsed loetelud on koostatud EPS projekti materjalide alusel, mida on täpsustatud regulatsioonide ja ekspertkonsultatsioonide tulemusel.

Tabel 23. Tööruumides vajaliku sisustuse loetelu

Ruum	Sisustus
füσιο-terapeudi kabinett	töökoht (laud, tool, riulid) füsioterapeudile
	arvuti ja printer
	sadultool füsioterapeudile teraapiateenuse osutamiseks
	printer
	tool patsiendile
	imikulaud
	reguleeritava kõrgusega teraapialaud
	mänguasjad väikelastele
	kätepesu võimalus füsioterapeudile (kraan ja kraanikauss kabinettis)
	Teraapiavahendid: Tarkvara Physiotools
	Teraapiavahendid: teraapiapall, -rull, kummilindid
	Teraapiavahendid: veloergomeeter
	Teraapiavahendid: peegliid
	Teraapiavahendid: varbsein
Teraapiavahendid: mittelibisevad matid	
grupiteraapia ruum kuni 8 patsiendile	Peegel (55x110)
	Hantlid või raskusmansett
	Füsioteraapia tarvikute komplekt
	Füüsilise võimekuse mõõtmise seade
	Peegel (55x110)
	Veloergomeeter
	Teraapialaud
	Töökoha mööblikomplekt
	Füsioteraapia testid

Ruum	Sisustus
	Treadmill
	Varbsein
	Seisulaud
juhataja tuba	riiulid
	töölaud ja tool
	arvuti ja printer
	külaliste toolid
koduõdede kabinett	töölaud
	toolid koduõdedele
	lukuga kapp
	arvuti ja printer
koduõenduse hoiuruum	töölaud
	toolid koduõdedele
	lukuga kapp
	arvuti ja printer
ooteruum koos avatud regist-ratuuriga	valvesignalisatsiooniga uks
	registraatorilaud koos tooliga (töötasapinnaga istudes ja seistes)
	arvuti
	telefon
	istekohad patsientidele
	imikulaud- 2
	mängunurk väikestele lastele
	nagid
	diivanlaud
	koht lapsevankrite jaoks
	skanner
patsiendi riietusruum ja dushinurk	dushikomplekt koos alusega
	riidekapp koos riiuliga
	kraanikauss
patsiendi WC	WC pott
	invaliididele liigutatavad käetoed WC-poti kõrval
	bidee
	kraanikauss
patsiendi WC koos võimalustega uriini analüüsi andmiseks	WC pott
	invaliididele liigutatavad käetoed WC-poti kõrval
	bidee
	kraanikauss
perearsti vastuvõtu kabinett	arsti töölaud ja tool
	õe töölaud ja tool arsti kabinetis
	toolid patsiendi ja tema saatja(te) jaoks
	lukuga kapp
	meditsiiniline kušett
	imiku läbivaatuslaud
	töökoht nägemisteravuse määramiseks (silmatabel)
	algoritm elustamisskeemiga, seinal
	kaal täiskasvanutele ja lastele
	kaal imikutele

Ruum	Sisustus
	pikkusemöötur
	arvuti ja printer
	lae- või teisaldatav meditsiinivalgusti
	õe töölaud ja tool
	toolid patsiendi ja tema saatja(te) jaoks
	lukuga kapp
	meditsiiniline kušett
	imiku läbivaatuslaud
	töökoht nägemisteravuse määramiseks (silmatabel)
	kaal täiskasvanutele ja lastele
	kaal imikutele
	algoritm elustamisskeemiga, seinal
	pikkusemöötur
	arvuti ja printer
	lae- või teisaldatav meditsiinivalgusti
Ruum	Sisustus
personali dushiruum koos WCga	WC pott
	dushikomplekt koos alusega
	bidee
	kraanikauss
personali WC	WC pott
	bidee
	kraanikauss
polü-funktsionaalne töötajate ruum: puhketuba, töötajate garderoob, koolitusruum, kööginurk	töötajate riidekapid, eraldi igäühel
	peegel
	töötasapinnaga kapp nõude jaoks
	laud
	toolid
	kohvikann, veekeedukann
	toidu soojendamise võimalus, mikrolaineahi
	külmkapp
	diaprojektor
	ekraan
protse-duuride tuba	kapp instrumentide hoidmiseks
	külmkapp vaktsiinide hoidmiseks
	kapp ravimite hoidmiseks (lukustatud)
	läbivaatusvoodi või universaalne läbivaatuslaud, mida saab kasutada ka günekoloogilise toolina
	2 tooli patsiendi jaoks
	teisaldatav kohtvalgusti
	töökoht nägemisteravuse määramiseks (silmatabel)
	liigutatav instrumentide laud
serveriruum	lukustatav uks
	server
	tulekindel kapp serveri jaoks
	termoregulaator
	metallkapp paberkaartide hoiustamiseks

Ruum	Sisustus
vastuvõtu- ja läbivaatuse ruum	imiku läbivaatuslaud
	iste (istmed) patsiendile ja saatjale
	külmkapp
	lukustatud kapp dokumentide säilitamiseks
	meditsiiniotstarbeline teisaldatav koht- ja laevalgusti
	töölaud ja tool
	arvuti ja printer
	tööpinnaga kapp töövahendite paigutamiseks
	universaalne läbivaatuslaud või meditsiiniline kušett

Esmatasandi tervisekeskuse mudelis on **ETTK üheks defineerivaks omaduseks tegevuskohtade lõimitus tervisekeskustes** - see, et teenuseid osutatakse ühtsel taristul. Ühtse taristuna on minimaalses mõttes asjakohane määratleda hoone või hoonete kompleks, kus teenuste ühine kasutamine ja teenuste vaheline liikumine on patsiendile tehtud kiireks ja mugavaks. Põhilised valikuvõimalused seisnevad:

- a) Esmatasandi teenuste hoonesisese lõimituse määras – kas piisav on teenuste olemasolu ühes hoones ja hoonekompleksis (ühtse taristu mudel) või peavad olema loodud eeldused ühtse ruumiprogrammi elluviimiseks (nt ühised oote- ja abiruumid jms);
- b) Esmatasandi tervishoiuteenuste ruumilises lõimituses teiste tervishoiuteenustega ning sotsiaalteenustega.

Üldpõhimõttena on parimaks eesmärgipäraseks lahenduseks ETTK teenuste tegevuskohtade paiknemine ühisel taristul sellisena, et võimalik on ühisruumide ökonoomne kasutus ning ETTK on kliendi jaoks selgelt eristuv tervishoiuteenuseid osutav asutus, seda ka juhul kui tegutsetakse hoones, millel on laiem funktsioon. Samuti on asjakohane taotleda ETTK füüsilist lõimitust ühishoone kujul teiste tervishoiu- ja sotsiaalteenuseid osutavate asutuste ja ravimimüügiettevõtetega. Juhul kui ETTK asukohta asulas tegutseb HVA haigla või öendushaigla, on eelistatud lahenduseks vähemalt ühe ETTK paiknemine sellega samas hoones või hoonetekompleksis.

ETTK erilahenduseks on kahekeskuselised ETTK'd, mille piirkonna teenusvajadusele vastav ruumiprogramm on jaotatud 2 sarnase „tõmbejõuga“ asula vahel - lähtudes senisest teenuste kasutusest, spetsialistide olemasolust ning piirkondlikust kokkuleppest (vt. osaraport 3).

Samuti lubatakse ja soositakse kooskõlas „Eesti tervishoiu arengusuunad aastani 2020“ eesmärkidega organisatoorses mudelis ETTK filiaalide olemasolu:

Tagamaks hõreda asustuse piirkondades üldarstiabi geograafiline kättesaadavus kodulähedaselt, võib tervisekeskustel olla mõistlikus kauguses esmatasandi tervisekeskuste filiaale tegevuskohtadena, kus elanikkonna arvust lähtuvalt on igapäevaselt üldjuhul tagatud vähemalt pereõe teenused ning perearsti vastuvõtt toimub vajaliku sagedusega, kuid mitte harvemini kui 1 kord nädalas.

Ka filiaali minimaalse ruumivajaduse määratlemisel on kaks peamist lähtealust. Esimene neist tuleneb kehtivatest nõuetest perearsti tegevuskohale. Vastava määruse pg 2 lõige 5¹ lubab juhul kui „perearstil on mitu tegevuskohta, mis asuvad erinevates haldus- või asustusüksustes“ teistes tegevuskohtades kasutada ühist vastuvõtu- ja protseduuriruumi. Eeldades, et selle suurus vastab neist suurima ruumi - protseduuride ruumi – suurusele, milleks on 16 m² ning lisaks veel 3 m² WC tarbeks, oleks filiaali kasuliku pinna suuruseks minimaalselt **19 m²**. Alternatiivne „motiveeriv“ lähtekoh arvestab filiaali taristu võimalikku kasutust samaaegselt pereõe ja perearsti poolt, aga ka teiste esmatasandi spetsialistide võimalikke konsulteerivaid vastuvõtte filiaalis. Sellisel juhul oleks filiaali töö kvaliteedi huvides määrata selle minimaalseks ruumiprogrammiks järgmist: vastuvõturuum 12 m² ja protseduuride ruum 16 m² ja WC 3 m² – kokku **31 m²**.

Esiolgu ettepanekuna on ETTK võrgustikus kokku määratud 46 ETTK filiaali vajadus (vt. osaraport 3). Kehtivate minimaalsete ruuminõuete rakendamisel tähendab see 874 m² ning alternatiivse lahendusena 1426 m² täiendavat kasulikku pinda.

Filiaalid peaksid asuma ühises hoones teiste avalike teenustega (sh haruapteek) või ka äriteenustega (kauplused). Filiaalide kuulumine tervisekeskusesse ning kahe asukohaga tervisekeskuse toimimine eeldab ETTK kui ühtse organisatsiooni ja juriidilise isiku olemasolu.

Esmatasandi teenuse osutamiseks vajalike **ruumide võimalikud omanikud** on:

- ▶ Esmatasandi teenuseid osutav juriidiline isik;
- ▶ KOV;
- ▶ Kinnisvaraarendajad (RKAS; kinnisvara erainvestor);
- ▶ Haiglad ja õendushaiglad.

Esmatasandi teenuseid osutava organisatsiooni puhul on, eriti juhul kui tegemist on erialaspetsialistide omandis oleva juriidilise isikuga, võimalikuks probleemiks nende organisatoorne ja finantsiline nõrkus, ning sellega seotud võimalik kaasfinantseerimisvõime ja -tahte puudumine investeerimisel. Pikemas perspektiivis takistab ETTK ruumide omamine teenuse osutajate poolt meeskonna uuendamist. Juhul kui näiteks teenust osutavatele ja ETTK'd omavatele perearstidele kuulub ka olulises väärtuses kinnisvara (ETTK hoone või ruumid ning seadmed), siis tähendab perearsti lahkumine töölt (nimistust loobumine) ka keeruliste omandiküsimuste lahendamist, kus näiteks kohta üle võtval arstil ei pruugi olla majanduslikult võimalik osalust osta või siis ei soovita suuri finantsilisi kohustusi võtta.

Kohaliku omavalitsuse panustamine ETTK tegevuseks sobivate ruumide pakkumisel ja edendamisel oleks heaks alternatiiviks, kuid süsteemsema ja ühtlasema tulemuse saavutamiseks oleks vajalik vastava tingimusliku kohustuse panemine KOV-üksustele koos selle kohustuse täitmist võimaldava tulubaasi tagamisega – juhul kui piirkonnas ei ole ETTK terviklikku taristut erasektori poolt välja kujundatud siis on see KOV ülesanne. Arvestades paljude Eesti KOV-üksuste suhtelist väiksust võrdluses ETTK teenuspiirkondadega oleks vajalik ka üksuste kohustusliku koostöö sätestamine kindlates teenuspiirkondades, mille ulatuse ja piiride kohta käesolevas töös esitatakse ettepanek (vt osaraport 3).

Kinnisvaraarendajate, sealhulgas RKAS motivatsioon ETTK taristu arendamiseks ja haldamiseks sõltub tasuvusest/kasumlikkusest ehk siis teenuse osutajate ja Haigekassa lepingute iseloomust, kuivõrd motiveeriv selles on ruumide majandamise ja investeeringu komponent.

Haiglate ja muude tervishoiuasutuste seotus ETTK'dega võiks olla sarnane iga teise kinnisvaraomaniku huvidega - leida oma omandis olevatele ruumidele sobivat ja tulusat kasutust – ja mitte enam. Selliselt minimeeritakse ohtu esmatasandi teenuse autonoomiale. Muuhulgas pakub ETTK paiknemine haiglate hoonetes tervishoiuteenuse paremat kättesaadavust elanikele, aparatuuri ökonoomsemat kasutust, jms.

Tabel 24. 4 alammudeli lõikes jaotuvad organisatoorse mudeli põhilised valikuvõimalused

Alammudel	Ruuminõuded	Ruumide omanikud ja asukohad
Ühtse taristu ETTK	Kehtivad ruuminõuded	Haiglavõrgu arengukava haiglate või õendushaigla olemasolul teenuspiirkonna keskuses koondatakse esmatasandi teenuseid osutavad asutused nende taristule. Piisav on teenuste olemasolu ühes hoones ja hoonekompleksis. Taristu kuulub vastavatele tervishoiuteenust osutavale juriidilisele isikule, kes rendib neid esmatasandi teenuseid osutavatele juriidilistele isikutele.
Iseseisvate teenuste ETTK	ETTK ruumiprogrammi ettepanek	ETTK võib tegutseda nii olemasoleva HVA haigla, õendushaigla, KOV sotsiaalteenuste hoonetes või hoonekompleksis, kui ka üksnes ETTK vajadusi rahuldavas hoones. Vajalik on põhiteenuste tegevuskohtade koondumine hoone siseselt. ETTK ruume renditakse või omatakse. Selleks, et perearstinimistute ülevõtmisel ei kujutaks teenuse osutamiseks vajalike varade võõrandamine ja omandamine takistust uute perearstide ühinemiseks ETTK'dega, on eelistatud ruumide rentimine. Motiveerimaks esmatasandi teenuste osutajaid investeerimaks taristusse, on vajalik pikaajaliste rendilepingute olemasolu.
Laiendatud üldarstiabi ETTK	ETTK ruumiprogrammi ettepanek	ETTK võib tegutseda nii olemasoleva HVA haigla, õendushaigla, KOV sotsiaalteenuste hoonetes või hoonekompleksis, kui ka üksnes ETTK vajadusi rahuldavas hoones. Vajalik on põhiteenuste tegevuskohtade koondumine hoone siseselt. ETTK ruume renditakse või omatakse. Selleks, et perearstinimistute ülevõtmisel ei kujutaks teenuse osutamiseks vajalike varade võõrandamine ja omandamine takistust uute perearstide ühinemiseks ETTK'dega, on eelistatud ruumide rentimine. Motiveerimaks esmatasandi teenuste osutajaid investeerimaks taristusse, on vajalik pikaajaliste rendilepingute olemasolu.
KOV piirkondlik ETTK	ETTK ruumiprogrammi ettepanek	ETTK hoone ja ruumide omanikuks on kohaliku omavalitsuse üksus või mitu üksust ühiselt. ETTK eelistatud asukohaks on paiknemine samas hoones või hoonestus KOV poolt loodud õendusabi, eriarstiabi ja sotsiaalteenuste osutavate ühingute ja asutustega. Vajalik on põhiteenuste tegevuskohtade koondumine hoone siseselt.

7 TEENUSTE KLIENDIBAAS JA TEENUSPIIRKONNAD

7.1 Lähteolukord

Perearstiteenuse kliendibaasi määratleb TTKS § 8 nimistu mõiste kaudu alljärgnevalt:

(1) Perearsti nimistu on käesoleva seaduse alusel perearsti teenindamisele kuuluvate isikute nimekiri.

(2) Igal perearstil on üks nimistu.

(3) Igal Eesti kodanikul ja elamisloa alusel Eestis viibival välismaalasel on õigus registreeruda perearsti nimistusse ja vahetada kirjaliku avalduse alusel perearsti. Isiku üleminekut uue perearsti nimistusse arvestatakse järgmise kalendrikuu esimesest päevast.

(4) Perearsti nimistu moodustub perearsti juurde registreerunud isikutest ja Terviseameti poolt käesoleva paragrahvi lõikes 4¹ sätestatud nimistu piirsuurst arvestades Eesti rahvastikuregistri elukoha aadressi alusel määratud isikutest.

Seega ei ole teenuse osutamine rangelt territoriaalne rahvastikuregistri elukoha mõttes. Seaduse sama paragrahvi lõiked 4¹ ja 4² määravad nimistute piirsuurst väga avarates piirides:

(4¹) Perearsti nimistu piirsuurst on:

1) 1200–2000 isikut;

2) 2001–2400 isikut, kui nimistusse kantud isikutele osutab üldarstiabi koos perearstiga vähemalt üks arsti kvalifikatsiooniga tervishoiutöötaja.

(4²) Terviseamet võib Eesti Haigekassa nõusolekul kinnitada nimistu piirsuurst alammäärast väiksema nimistu, kui perearsti teeninduspiirkonna kohaliku omavalitsuse üksuses elab alaliselt vähem kui 1200 isikut.

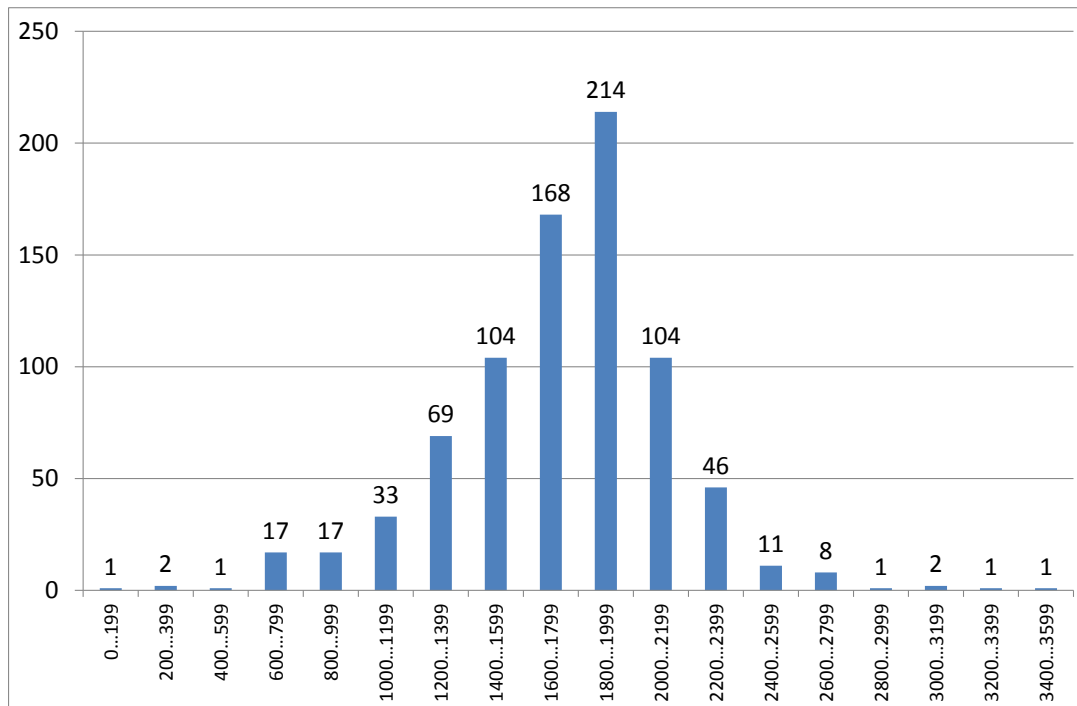
Terviseameti andmetel oli 2013.a. detsembri seisuga $\frac{3}{4}$ Eesti perearstide nimistute piirarvuks 1200–2000 isikut. Samas on Eestis ka 65 nimistut, mille piirarv on alla 1200 ning 142 nimistut, mille piirarv on 2000–2400.

Eraldi määrusega (Perearsti nimistu moodustamise, muutmise ja võrdlemise alused ja kord ning perearsti nimistute piirarv; Vastu võetud 07.12.2012 nr 47) on määratud nimistute arv järgnevas maakondlikus jaotuses: 1) Harjumaa (sh Tallinn) 338 (263); 2) Hiiumaa 8; 3) Ida-Virumaa 101; 4) Jõgevamaa 21; 5) Järvamaa 25; 6) Läänemaa 15; 7) Lääne-Virumaa 42; 8) Põlvamaa 20; 9) Pärnumaa 56; 10) Raplamaa 21; 11) Saaremaa 22; 12) Tartumaa 93; 13) Valgamaa 19; 14) Viljandimaa 33; 15) Võrumaa 23. Kokku on maakondlikes piirides määratud nimistute piirarvu summa 837, mis ületab nimistute tegelikku arvu (2014.a – 802) Eestis 35 nimistu võrra.

Nimistute piirarvu kehtestamise alused sätestab TTKS § 8 lõige 4⁷:

Nimistute piirarvu kehtestamisel lähtub valdkonna eest vastutav minister Eesti rahvastikuregistri objektiks olevate isikute arvust ning üldarstiabi parema korralduse ja kättesaadavuse tagamise kaalutlustest.

Nimistute (kindlustamata ja kindlustatud) isikute arv varieerub 115 isikust Vormsi nimistus 3533 isikuni Tartu linna ühes nimistus. Ligi pooled nimistutest sisaldavad 1600-2000 isikut.



Joonis 2. Perearstinimistute jaotus isikute arvu alusel, 2013 (Andmed: Terviseamet)

Nimistu suurus kindlustatud isikute mõttes on oluline tulukomponent perearsti rahastamismudelis. Määruse "Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetelu" (Vastu võetud 27.12.2013 nr 188) pg 2 lõige 2 sätestab pearaha piirhinna ühe kalendrikuu kohta (aastal 2014), sõltuvalt kindlustatud isiku vanusest järgmiselt:

Tabel 25. Pearaha piirhind ühe kalendrikuu kohta (aastal 2014)

Pearaha	Kood	Piirhind eurodes
Pearaha ühe alla 3-aastase kindlustatud isiku kohta	3044	5,84
Pearaha ühe 3- kuni alla 7-aastase kindlustatud isiku kohta	3045	4,37
Pearaha ühe 7- kuni alla 50-aastase kindlustatud isiku kohta	3046	2,72
Pearaha ühe 50- kuni alla 70-aastase kindlustatud isiku kohta	3047	3,67
Pearaha ühe 70-aastase ja vanema kindlustatud isiku kohta	3048	4,48

Oluliseks erisuseks on pearaha tasumine väiksemaid nimistuid teenindavatele perearstidele seoses kehtiva haldus-territoriaalse jaotusega valdadeks ja linnadeks. Määruse pg 2 lõige 3 täpsustab:

(3) Perearstile, kelle nimistus on vähem kui 1200 kindlustatud isikut ja kelle teeninduspiirkonnas, milleks on riigi territooriumi haldusjaotusel rajanev üks kohalik omavalitsus, elab alaliselt vähem kui 1200 isikut, tasutakse pearaha 1200 isiku eest. Nimistus olevate kindlustatud isikute arvu ületava osa eest tasutakse pearaha koodiga 3046 [Pearaha ühe 7- kuni alla 50-aastase kindlustatud isiku kohta] tähistatud tervishoiuteenuse piirhinna järgi.

Kokku tasutakse Eestis 1200 kindlustatud isiku piirmäärast väiksemate nimistute rahastamisel 25684 isiku eest (2014 a. kulumudeli alusel 838 325 eurot).

Perearsti teeninduspiirkonna mõiste on rangelt territoriaalsena avatud TTKS pg 9 üksnes seoses vältimatu abi ja koduvisiitide tegemise kohustusega:

(1) Perearsti teeninduspiirkond on Terviseameti poolt määratud kohaliku omavalitsuse üksuse või kohaliku omavalitsuse üksuste ala, mille piires perearst ja temaga koos töötavad tervishoiutöötajad teevad üldarstiabi osutamisel vajaduse korral koduvisiite. Teeninduspiirkonnas elavale või ajutiselt viibivale isikule, kes ei kuulu perearsti nimistusse, osutab perearst vältimatut abi.

(2) Kui perearsti teeninduspiirkond hõlmab mitme maakonna kohaliku omavalitsuse üksuse ala, peab teeninduspiirkonnas elavatele isikutele olema tagatud üldarstiabi nõuetekohane kättesaadavus. Terviseamet arvestab teeninduspiirkonna määramisel piirkonna eripärast tingitud üldarstiabi nõuetekohast osutamist ja kättesaadavust mõjutavaid asjaolusid, sealhulgas vajaduse korral elanike arvu ja ühistranspordi korraldust teeninduspiirkonnas.

Perearsti teeninduspiirkond võib olla määratud eksklusiivselt üksnes ühele perearstile (defineerituna väiksema elanike arvuga KOV-piirides või konkreetsete tänavate/aadresside kaupa suuremates linnades) või ühisena kõigi vastavas KOV-üksuses tegutsevate perearstide jaoks (nt Tartus).

Seadus eeldab, et perearsti faktiline tegevuskoht asub tema tegevusloaga seotud teenuspiirkonnas või siis on tagatud selle tegevuskoha hea kättesaadavus (TTKS § 9¹):

(1) Perearsti tegevuskoht on koht, kus asuvad perearsti ruumid ning kus perearst osutab üldarstiabi.

(2) Kui perearsti tegevuskoht ei asu perearsti teeninduspiirkonnas, peab perearsti nimistusse kantud isikutele olema tagatud üldarstiabi nõuetekohane kättesaadavus. Tegevuskoha ja teeninduspiirkonna vaheline vahemaa ei tohi olla ebamõistlikult pikk. Tegevuskoha ja teeninduspiirkonna vahel peab olema mõistlik ühistranspordiühendus.

Võttes aluseks Haigekassa lepingupartnerite tegevuskohtade andmed puudus 2012.a., mil Eestis oli 226 KOV-üksust, perearstipraksis 62 KOV-üksuses, millest 52 oli alla 2 tuhande elanikuga vallad ja väikelinnad. Elanike arv perearsti ja pereõe kohta varieerub maakondades 1,2 ja 1,8 tuhande vahemikus.

Tabel 26. Perearstide ja pereõdede arv 1000 elaniku kohta maakondades (Andmed: TAI, 2012)

	Peararstid	Elanike arv perearsti kohta	Pereõded	Elanike arv pereõe kohta
Eesti	846,3	1538	854,5	1515
Harju maakond	358,5	1538	364,0	1515
Hiiu maakond	7,0	1205	7,0	1205
Ida-Viru maakond	104,0	1429	101,2	1471
Jõgeva maakond	21,2	1471	23,4	1333
Järva maakond	19,3	1587	23,8	1282
Lääne maakond	14,0	1724	13,0	1852
Lääne-Viru maakond	35,0	1724	42,0	1429
Põlva maakond	18,1	1515	21,8	1266
Pärnu maakond	53,2	1563	49,0	1695
Rapla maakond	19,5	1786	20,8	1695
Saare maakond	18,7	1667	16,5	1887
Tartu maakond	106,0	1429	102,1	1471
Valga maakond	17,0	1786	17,5	1724
Viljandi maakond	32,0	1493	29,5	1613
Võru maakond	23,0	1449	23,0	1449

Riigikontrolli auditis perearstiabi korraldusest on valitud KOV-üksuste kohta kogutud detailsemat teavet kättesaadavuse probleemidest ja rakendatavatest lahendustest:

Auditi tulemusel selgus, et Eestis on 78 omavalitsuses külasid, kust ei ole võimalik ühistranspordiga ühe päeva jooksul perearsti juures käia. See aga halvendab nende inimeste võimalust arstiabi saada.

...Perearstiabi asukohast põhjustatud halva kättesaadavuse on omavalitsused paljudel juhtudel lahendanud eraldi bussiringidega, inimesed kasutavad ka õpilasi kooli vedavaid bussiliine või on omavalitsused korraldanud ka täiesti eraldi autotranspordi konkreetse inimese arsti juurde viimiseks. Kuid nagu on paljude teenustega, ei paku neid võimalusi mitte kõik omavalitsused.

Arvestades elanike enda hinnanguid perearstiabi kättesaadavuse mõningale halvenemisele, perearstiabi teenuse osutamise kohtade arvu mõningast vähenemist viimase viie aasta jooksul (ajavahemikul 2005– 2010 on perearsti vastuvõtukohtade arv vähenenud Valga-, Saare- ja Harjumaal) ning väga paljudes maapiirkondades esinevat probleemi ühistranspordiga perearsti juurde jõudmiseks, ei saa perearstiabi kättesaadavust pidada kogu Eestis piisavaks.

Perearsti kulumudelis sisaldub teenuse territoriaalne paiknemine baasraha kaugusetasude arvestuses. Tervishoiuteenuse osutajatele makstava tasu arvutamise meetodika määruse pg 48 alusel arvestatakse kaugusetasu:

väljasõidu keskmise pikkuse, väljasõitude keskmise arvu ja kütuse kulu alusel, kuid mitte enam kui on eksperdi poolt antud hinnang.

Määruse pg 40 lõige 5 järgi eristatakse kahte rühma perearstinimistute tegevuskohti vastavalt nende kaugusest haiglatest

Lisatasu, kui perearsti tegevuskoht asub lähimast «Tervishoiuteenuste korraldamise seaduse» § 55 lõike 1 alusel kehtestatud haiglate loetelus nimetatud haiglast 20–40 km kaugusel ja kaugemal kui 40 km (edaspidi kaugusetasu), sisaldab teenuse osutamisega seotud transpordikulu.

Tabel 27. Kaugusetasu 1 eeldused

Kulu liik	Kulu objekt	Mõõtühik	Kogus
koduvisiidi kulu maal	keskmiselt koduvisiite perearsti kohta	kordi	13
	keskmine koduvisiidi pikkus maal	km	40
analüüside esitamine	kaugus laborini	km	40
sõit koolitusele, nõupidamistele	kaugus koolituse toimumiskohani	km	70

Tabel 28. Kaugusetasu 2 eeldused

Kulu liik	Kulu objekt	Mõõtühik	Kogus
koduvisiidi kulu maal	keskmiselt koduvisiite perearsti kohta	kordi	25
	keskmine koduvisiidi pikkus maal	km	70
analüüside esitamine	kaugus laborini	km	70
sõit koolitusele, nõupidamistele	kaugus koolituse toimumiskohani	km	70

Kaugusetasusid määrati 2013.a. 188 nimistule, milles oli kokku 290 tuhat isikut, sh 260 tuhat kindlustatud isikut.

Tabel 29. Kaugusetasusid saavad nimistud ja isikute arv nimistutes, detsember 2013 (Andmed: Eesti Haigekassa)

Kaugusetasu rühm	Kaugus haiglast	Nimistute arv	Isikud nimistutes	Isikute keskmine arv nimistus	Kindlustatud isikud nimistutes	Kindlustatud isikute osakaal
1	20-40 km	130	206977	1592	184815	89,3%
2	40+km	58	83684	1443	74347	88,8%
0		613	1107968	1807	976572	88,1%
Kokku		801	1398629	1746	1235734	88,4%

Kauguse koefitsiendiga oli 23% perearstinimistutest, sh 8 maakonnas ületab kauguse koefitsiendiga nimistute osakaal 40% kõigist nimistutest. 468 perearstikeskustest omab kauguse koefitsiendiga nimistut 157 ehk 34%. Valdav osa neist on üksikpraksised.

Tabel 30. Perearstiteenust osutavate lepingupartnerite arv, detsember 2013 (Andmed: Haigekassa)

Nimistute arv praksises	Keskuste arv	Osakaal %	Kauguse koefitsiendiga nimistutega keskuste arv	Osakaal %
1	349	75%	133	38%
2	52	11%	15	29%
3	28	6%	3	11%
4	17	4%	2	12%
5	7	1%	1	14%
6	4	1%	1	25%
7	2	0%	1	50%
8	2	0%		
9	2	0%		
11	1	0%		
15	1	0%		
18	2	0%		
26	1	0%	1	100%
Kokku	468	100%	157	34%

Peremeditsiini eriala arengukavas aastani 2020 (2012) nenditakse, et „praegu kehtiv kaugusetasu Haigekassa lepingus ei ole perearstidele piisavalt motiveeriv maapiirkondadesse tööle asumisel“.

Esmatasandi tervishoiuteenuste osutamise korraldusele maapiirkondades seab täiendavad piirid hajaasustus. Uuringud näitavad, et nimelt maapiirkonna inimestele on kõige olulisem perearsti valiku kriteerium asukoha lähedus kodule:

Uuringus sooviti teada ka, mis on inimeste jaoks kõige olulisem tegur (uue) perearsti valikul. Elanike jaoks on kõige tähtsamateks teguriteks arsti kompetentsus (31% nimetas seda olulisimaks), asukoha lähedus kodule (26%) ning kuulnud positiivne info arsti kohta (21%) (GfK Custom Research Baltic, 2013).

Seega on vajalik ETTK võrgustiku osana kavandada täiendavaid lahendusi esmatasandi tervishoiuteenuste piisavalt hea kättesaadavuse tagamiseks.

Perearstiteenuse kättesaadavuse parandamiseks on arendatud perearsti nõuandetelefoni teenust kõigile abivajajatele. Uuringutulemused näitavad, et teenuse kasutaja on sellega üldiselt rahul. Aastate lõikes on rahulolu püsinud samal tasemel (GfK Custom Research Baltic, 2013).

Koduõendusteenuse territoriaalse kättesaadavuse kindlustamisel on olulisimaks riiklikuks regulatsioonivahendiks Haigekassa poolt sõlmitavad lepingud teenuse osutajaga. Seejuures on Haigekassa seni eelistanud lepingumahtude jagamisel esimeses järjekorras suurlinnades ja

maakonnakeskustes paiknevaid haiglavõrgu arengukava haiglaid, misjärel sõlmitakse ülejäänud põhjendatud teenusevajaduse alusel lepingud teiste koduõenduse tegevusloaga teenusepakkujate vahel.

Haigekassa juhatuse otsus 31. märts 2014. a nr. 145 „Valikule kuuluvate koduõendusteenuste ja statsionaarse õendusabi teenuste ning nende mahu ja osutamise kohtade kinnitamine ravi rahastamise lepingute sõlmimiseks“ kirjeldab valikupõhimõtete õiguslikku tausta ja põhjendab HVA eelistamist viitega seadusele ja Riigikohtu otsusele:

HVA haiglate eelistamisel on haigekassa juhindunud ka Riigikohtu poolt 29. novembri 2012. a asjas nr 3-3-1-29-12 tehtud otsuse punktist 21: „Riigi tervishoiupoliitika eesmärkide täitmiseks on TTKS § 55 alusel kehtestatud haiglavõrgu arengukava, kuhu kantud raviasutusi on vastustaja [haigekassa] kohustatud ka RaKS § 36 lg-st 5 tulenevalt ravi rahastamise lepingute sõlmimisel eelistama. Seetõttu lähtus vastustaja [haigekassa] sellest, kas haiglavõrgu arengukavasse kantud tervishoiuteenuse osutajaga sõlmitud ravi rahastamise leping katab ära vastavas kohas vajaduse ravikindlustuse vahendite arvel osutatava tervishoiuteenuse järgi.“

Ravi rahastamise lepingute sõlmimise teises etapis sõlmib haigekassa ravi rahastamise lepingud tervishoiuteenuse osutajatega, kes ei ole kantud arengukava määrusega kehtestatud haiglate loetellu. Need ravi rahastamise lepingud sõlmitakse RaKS § 36 lõike 4 alusel, mis sätestab, et ravi rahastamise lepingu sõlmimisel ning lepingu tähtaja üle otsustamisel hindab haigekassa järgmisi asjaolusid: 1) kindlustatud isikute vajadus teenuse järele ja teenuse kättesaadavus; ... 5) tervishoiuteenuse osutajate piirarv; 6) tervishoiuteenuse osutamise keskmise koormuse näitajad; ...

Koduõendusteenuse lepingupartnerite valiku ja lepingu mahtude põhjendus käesoleval ajal sisaldub Haigekassa juhatuse 31.03.2014. a otsuse nr. 145 lisas 1 (Õendusabi rahastamise lepingute sõlmimise ja teenuse osutamise kohtade määramise alused ning statsionaarse õendusabi ravi rahastamise lepingu miinimummaht):

Koduõendusteenuse kättesaadavus tagatakse maakondades ühtsetel alustel vastavalt hinnatud nõudlusele. Nõudluse hindamisel on lähtutud ravikindlustuse seaduses sätestatud ravi piirkondliku võrdse kättesaadavuse põhimõttest, üle 65-aastaste kindlustatute paiknemisest ning ravi senisest kasutamisest. Maakonnas elavate kindlustatud isikute koduõendusteenuse nõudluse hindamise aluseks on võetud 65-aastaste ja vanemate kindlustatute arv maakonnas rahvastikuregistri andmetel 31.07.2013 seisuga. Eeldatakse, et enamik kindlustatutest kasutab koduõendusteenust oma rahvastikuregistri järgses elukohas. ... Nõudluse hindamise aluseks on võetud koduõendusteenuse tegelikult osutatud ravijuhtude arv perioodil 01.01.2013–31.12.2013.

Tabel 31: Koduõendusteenuse kasutus ravijuhtudes 2013. aastal ja hinnatud nõudlus 2014-2015 aastatel (Allikas: Haigekassa, 2014)

Kindlustatu elukoha maakond	Kindlustatud isikuid 65+	Tegelik teenusekasutus maakonnas elavate kindlustatute poolt 2013 (RJ arv)	Hinnatud maakonnas elavate kindlustute nõudlus 2014. aastal (RJ arv)	Hinnatud maakonnas elavate kindlustute nõudlus 2015. aastal (RJ arv)	RJ 1000 65+ kindlustatu kohta 2015.aastal
Harju	93 903	15 652	16055	16788	179
Hiiu	1 745	30	87	167	96
Ida-Viru	30 589	4 844	4844	4889	160
Jõgeva	6 713	546	600	723	108
Järva	6 344	707	773	849	134
Lääne	5 168	304	400	495	96
Lääne-Viru	11 622	3 222	3073	3223	277
Põlva	5 788	571	630	747	129
Pärnu	17 127	626	738	1040	61
Rapla	6 131	207	338	475	77
Saare	6 754	854	815	910	135
Tartu	25 471	3 120	3120	3434	135
Valga	6 552	735	800	894	136
Viljandi	10 202	1 688	1570	1723	169
Võru	7 157	995	995	1094	153
<i>Kokku</i>	<i>241 266</i>	<i>34 101</i>	<i>34838</i>	<i>37451</i>	<i>155</i>

Teenuste lepinguline kättesaadavus on viimastel aastatel kiiresti paranenud. Alles 2013.a seisuga oli koduõendusteenus Haigekassaga lepingu sõlminud asutuste sihtpiirkondade mõistes kättesaadav 57 KOV-üksuses, mis on 25% kõigist Eesti KOV-üksustest. Kuulumine koduõendusteenuse sihtpiirkonda sõltus tugevalt KOV-üksuse elanike arvust. Kõik üle 15 tuhande elanikuga KOV-üksused olid vähemalt osaliselt Haigekassa lepingutega kaetud, samas kui vähem kui 2 tuhande elanikuga vallad ja väikelinnad olid sihtpiirkondadena hõlmatud alla 10% ulatuses.

2014. a teise poolaasta seisuga haarasid erinevat tüüpi lepingupartnerid 206 Eesti KOV-üksust 216-st. Seejuures on enamus KOV-üksusi teenusega tagatud mitme lepingu alusel. Seega on lepingutega kaetud valdav osa Eesti KOV-üksustest, territooriumist ja elanikkonnast. Täpsemad andmed selle kohta, kas hüppeline kasv KOV-üksuste kaetuses lepingupiirkondade mõttes on kaasa toonud ka teenuse kättesaadavuse tegeliku ühtlustamise, veel puuduvad.

Samas Haigekassa juhatuse otsuse lisas esitatud üldhinnangu järgi on võrreldes statsionaarse õendusabiga,

...koduõendusteenus Eestis oluliselt ebaühtlasemalt kättesaadav ja vähem arenenud. Eesti hooldusravivõrgu arengukava 2004–2015 kohaselt on vajadus 500 000 visiidi järele aastas, kuid 2013. aastal tehti ainult ca 232 000 koduviisi.

Tunnistatakse koduõendusteenuse territoriaalse kättesaadavuse oluliselt kesisemat kättesaadavust maapiirkondades ning selle seost lepingupiirkondade määratlemise põhimõtetega:

Probleemiks on koduõendusteenuse kättesaadavus eeskätt maapiirkondades ja hõreda asustusega maakondades tervikuna. Eestis on hajaasustus, mille tulemusel on meil umbes 2/3 valdadest nii väikese asustustihedusega, et seal jääb koduõendusteenuse vajadus aastas väiksemaks kui 641 visiiti, mis on Eesti hooldusravivõrgu arengukava 2004–2015 kohaselt 50% ühe koduõe optimaalsest töökoormusest aastas. Senine kogemus näitab, et kui vallas on nõudlus väga väike, siis on sinna keeruline leida teenusepakkujat.

Maakondliku teenusvajaduse hindamise raamistikus on uuema lahendusena eristatud teenuse osutamise kohana ühelt poolt suuremad linnad ning teiselt poolt väikelinnad ja vallad:

Seetõttu on teenuse kättesaadavuse tagamiseks väikestes valdades eristatud igas maakonnas teenuse osutamise kohana suuremad linnad, valdadest ning väikelinnadest on moodustatud kas üks või mitu nn maapiirkonda, mis on valikul väljakuulutatavaks teenuse osutamise kohaks (erisuseks saared, kus saar on tervikuna üks teenuse osutamise koht). Kõik moodustatud teenuse osutamise kohad (v.a saared) on piisavalt suured, et tagada ühele koduõele vähemalt 0,5 koormus (641 visiiti aastas).

Teenuseosutaja vaatepunktist on teenuse tasuvuse kaugus kehtiva kulumudeli kontekstis u. 10 km, kuid sõltub täpsemalt klientide paiknemisest ja võimalusest koostada mõistlik sõidugraafik. Hetkel ei arvesta teenuse rahastamine teenuspiirkonna ulatust ja klientide kaugust teenuse osutajast, kuigi vastava ettepaneku, et transpordikulu tuleks diferentseerida, on Õdede Liit Haigekassale esitanud. Klientide ja piirkondade valik on teenuse osutaja otsustada, mille tulemusel kaugematest ja vähemsobivatest klientidest loobutakse. On tõenäoline, et niikaua kui klientide kaugust teenuse rahastamisel ei arvestata, osutatakse teenust perifeersetes piirkondades oluliselt vähem, sõltumata teenuse liitmisest ETTK-dega või mitte.

Ämmaemandusabi teenuse piirkondlikku kättesaadavust käsitletakse Haigekassa teenusvajaduse hindamise kontekstis ambulatoorse eriarstiabi – günekoloogia - osana. Ambulatoorse eriarstiabi piirkondliku kättesaadavuse üldpõhimõtteid kirjeldatakse Haigekassa juhatusel 08.01.2014. a otsuse nr. 24 Lisa 1 (Ravi rahastamise lepingute sõlmimise ja valiku piirkondade määramise alused) järgmiselt:

Ambulatoorse eriarstiabi piirkondliku kättesaadavuse tagamise üldisteks põhimõteteks on tagada kindlustatud isikutele nende teenuste piirkondlik kättesaadavus, arvestades seejuures teenuse osutamise optimaalsust ja kvaliteeti. Kindlustatud isikutele kättesaadavuse tagamisel arvestatakse kindlustatud isikute paiknemist maakonniti ning senist teenusekasutust (sh kindlustatute liikumist). Teenuse osutamise optimaalsus ja kvaliteet on saavutatav, kui antud eriala arstile on tagatud piisav töökoormus teenuse osutamise kohas. ...

Ambulatoorse eriarstiabi kättesaadavuse tagamine konkreetses maakonnas sõltub peamiselt sellest, kas eriarstil on antud piirkonnas piisavalt tööd, et tema ressursid oleks optimaalselt kasutatud ning et eriarstil oleks võimalus oma kvalifikatsiooni säilitada.

Ämmaemandusabi günekoloogia osana kuulub kättesaadavuse tasemele IV ehk teenust osutatakse kõigis Eesti maakondades.

Kooskõlas sellega lähtub Haigekassa teenusvajaduse määramisel maakondlikust haldusjaotusest ning arvestab teenuse sihtrühma - naised üle 15. eluaasta - suurusega. Günekoloogia eriala maakondlik teenusvajadus on Haigekassa poolt hinnatud järgmiselt:

Günekoloogia on eriala, mis peaks olema igas maakonnas kohapeal kindlustatule kättesaadav (ei sisalda viljatusravi). Ühe arsti optimaalne koormus aastas on 3938 RJ. Valiku väljakuutamiseks on vajalik vähemalt pool koormust, mis on 1969 RJ aastas. Hinnatud nõudlus 2014 .aastal on 454053 ambulatoorset RJ, mis teeb keskmiselt 787,4 RJ 1000 üle 15 aastase naissoost kindlustatu kohta.

Iseseisva ämmaemandusabi osutamine toimub valdavalt nende lepingute raames ning valdavalt HVA haiglatega sõlmitud lepingute alusel. Teenuse osutamine on koondunud suurematesse linnadesse.

Tabel 32. Ämmaemanda iseseisvad vastuvõtud, 2013 (Andmed: Haigekassa)

Tegevuskoht	Lepingupartnerite arv	Teenust saanud isikute arv
Tallinn	5	20304
Tartu	5	7983
Pärnu	4	4594
Kuressaare	2	829
Rakvere	2	1388
Rapla	2	368
Valga	2	750
Elva	1	327
Jõgeva	1	134
Kohtla-Järve	1	615
Kärdla	1	176
Narva	1	914
Otepää	1	73
Paide	1	797
Põlva	1	204
Tallinn ja Tartu	1	4406
Viimsi vald ja Tallinn	1	134
Viljandi	1	705
Võru vald	1	1009
Kokku	34	45710

Ämmaemandusabi teenuse osaks on ka ämmaemanda koduvisiit, mida praktikas osutatakse ja rahastatakse väga väikeses mahus - 2012. aastal Eestis kokku 135 koduvisiiti. ABC kulumudelil on vastav kulukomponent „Med transport” OST4403, mille koguseks teenuse kohta on arvestatud 20 min.

Sünnitusabi ja günekoloogia eriala arengukava aastani 2020 (2012) toetab ämmaemandusabi teenuse arendamist maapiirkondades:

Lähitulevikus tuleb luua tingimused, kus lisaks jagatud emadushooldusele koos naistearstidega, oleksid ämmaemandid motiveeritud osutama tervishoiu-teenust iseseisvalt või perearsti praktilise osana, seda peamiselt maapiirkondades. On oluline, et sagedamini kasutatavad teenused, sh naistearsti ambulatoorne abi, emadushooldus (antenataalne jälgimine), sünnitusjärgne nõustamine ja patronaaž ning haiguste ennetus, oleks tagatud võimalikult elukoha lähedal.

Ka rahvusvahelised soovitused soosivad teenuse territoriaalse kättesaadavuse maksimeerimist (Pöllumaa, 2008).

Iseseisva ämmaemendusabiteenuse areng (sh ETTK raames) on võimalus, kuidas raseduse jälgimise ja naiste nõustamise teenuse kättesaadavust parandada. Esmatasandi ämmaemendusabiteenuse puhul on 15-20 km kaugus hinnatud rahuldavaks kättesaadavuse tasemeks, selleks et raseda ja sünnitusjärgse naise poolt tehtavad kuni 10 visiiti ei põhjustaks liigseid ebamugavusi, või et ämmaemanda koduviisid ei läheks liiga pikaks ja kulukaks.

Füsioteraapiateenus iseseisva esmatasandi teenusena Eesti tervishoiusüsteemis puudub ning **puuduvad ka välja kujunenud kättesaadavuse normid**. Füsioteraapiateenust rahastatakse taastusravi ja rehabilitatsiooniteenuse osana ning teenuspiirkonnad on haiglate tagamaad, rehabilitatsiooniteenuse mõttes ka maakonnad. Haigekassa rahastamisel kehtivad ambulatoorse eriarstiabi piirkondliku kättesaadavuse põhimõtted, kuid teenusvajaduse määramisel käsitleb Haigekassa ambulatoorset taastusravi (ja sh füsioteraapiat) erandina:

Üldiselt on ravi kasutus Eestis enamikul eriarstiabi valiku erialadel stabiilne. Erisusena käsitleti taastusravi, mille ambulatoorne kättesaadavus on Eestis paikkonniti veel väga ebahütlane ja tervikuna madal, kuna tegemist on arenemisjärgus erialaga (alates 2000. aastast on Eestis arstlike erialade nimistus iseseisva erialana füsiatria ja taastusravi ning eriarsti nimetuseks taastusarst¹). Haigekassa eesmärgiks on lähiaastatel oluliselt parandada ambulatoorse taastusravi kättesaadavust, mitte ainult ühtlustada olemasolevat kättesaadavust.

Konkreetsemalt on taastusravi kättesaadavus ja vajadus Haigekassa hinnangul Eestis järgnev:

Taastusravi on eriala, mis peab olema maakonnas kohapeal kindlustatule kättesaadav. Ühe arsti optimaalne koormus aastas on 3938 RJ. Valiku väljakuulutamiseks on vajalik vähemalt pool koormust, mis on 1969 RJ aastas. Hinnatud nõudlus 2014. aastal on 73716 ambulatoorset RJ, mis teeb keskmiselt 60 RJ 1000 kindlustatu kohta. Ravi kättesaadavus on praegu Eestis väga ebahütlane ja kohati väga madal.

Ka Eesti tervishoiusüsteemi varasemas ülevaates osundatakse taastusravi teenuse territoriaalselt ebahütlasele kättesaadavusele:

Kuna taastusravi kättesaadavus on geograafiliselt ebahütlane ning erineb piirkonniti oluliselt, on vaja suurendada taastusraviteenuste kättesaadavust maapiirkondades ja julgustada teenuseosutajaid osutama teenuseid patsientidele lähemal. Suuremates linnades elavad patsiendid saavad taastusraviteenuseid umbes kahe kolmandiku võrra rohkem võrreldes maapiirkondades elavate inimestega. Ainult 20% kõigist taastusravi vajavatest inimestest saavad neid teenuseid ka tegelikult ning vaid pooled neist meditsiiniliselt vastuvõetava aja jooksul (Riigikontroll, 2006). Taastusraviteenuste osutamine patsientidele lähemal suurendaks taastusraviteenuste saamise võimalust ja kättesaadavust; see oleks ka kulutõhusam kui statsionaarne ravi (Koppel, et al, 2008).

¹ Taastusravi ja füsiatria eriala arengukava aastani 2020

2013. osutas ambulatoorse ravi raames füsioteraapiateenuseid 26 Haigekassa lepingupartnerit kokku 17 asulas. Tallinnas, Tartus ja Viimsis tegutsevates tervishoiuasutustes osutati teenuseid 87%-le kõigist Eestis teenust saanud isikutest.

Tabel 33. Füsioteraapiateenused ambulatoorse ravi osana, 2013 (Andmed: Haigekassa)

Tegevuskoht	Lepingupartnerite arv	Teenust saanud isikute arv
Tallinn	7	3808
Tartu	2	2507
Viimsi vald ja Tallinn	1	569
Viljandi	1	314
Rapla	1	185
Pärnu	2	183
Rakvere	1	113
Paide	1	98
Kärdla	1	75
Kuressaare	1	23
Tallinn ja Tartu	1	13
Põlva	1	12
Võru vald	1	9
Haapsalu	1	8
Elva	1	6
Jõgeva	1	4
Narva	1	1
Valga	1	1
Kokku	26	7929

Füsioteraapia koduvisiiti Haigekassa teenuste loetelus ei sisaldu ning kaugusega seotud transpordikulu ABC kulumudelitest ei leia.

7.2 Valikuvõimalused ja lahendused

Esmatasandi tervise teenuste olemuslik tunnus on, lisaks sellele, et need pakuvad esmast kokkupuutepunkti tervishoiusüsteemiga, ka võimalikult lähedane asukoht elanike töö- ja elukohtadele. Võimalikult lähedast asukohta tuleb siin tõlgendada teenuse osutamise ökonoomsuse ja kvaliteedi kontekstis – need ei tohi territoriaalse kättesaadavuse arvelt (olulisel määral) halveneda.

Elanikele teenuste territoriaalse kättesaadavust võimalikult elu- ja töökohalähedaselt peab tagama lähtumine järgmistest põhimõtetest:

- ▶ Esmatasandi põhiteenuseid osutatakse üldpõhimõttena asustussüsteemi tõmbekeskustes ühtsel taristul;
- ▶ ETTK võrgustik ulatub madalaima asustussüsteemi hierarhia tasemele, mida võimaldavad kvaliteedi ja ökonoomsuse kriteeriumid – Eestis on selleks üldjuhul nn piirkonnakeskused ehk maakonnakeskustest järgmisel tasemel olevad asulad (nt. Kohila, Põltsamaa) ning kiire rahvastikuarenguga linnalähedaste KOV-üksuste keskasulad (nt. Jüri).

Ühtse ETTK territoriaalse võrgustiku loomise tingimuseks Eestis on ETTK teenuspiirkonna mõiste õiguslik kehtestamine ja defineerimine ning konkreetsete teenuspiirkondade territoriaalne määratlemine. Teenuspiirkonna õiguslikul määratlemisel on keskseks küsimuseks selle seos elaniku elukoha ja kuulumisega perearsti nimistusse. Võimalik on teenuspiirkonna määratlemine:

- a) Elanike elukoha alusel lähtudes rahvastikuregistri andmetest;
- b) 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.

Konkreetsete teenuspiirkondade määratlemise ettepanek KOV-üksuste jaotuses (2012. a. haldus-territoriaalse jaotuse alusel) sisaldub käesoleva töö osaraportis 3. Piirkondade eristamise aluseks on miinimummeeskonna töökohtadele vastav teenusvajadus piirkonnas ning asustussüsteemi tõmbekeskuse olemasolu piirkonnas. Täiendavaks tingimuseks on kohapealne tunnetatud vajadus ja valmisolek keskuse loomiseks.

Esmatasandi teenuste koduläheduse ja kvaliteedi tagamise kaalutlemisel on põhiliseks valikukohaks see, kas kujundada üle riigi ühetaoliste ETTK võrgustik, või kavandada ETTK võrgustikku hierarhiliselt, kus keskuste teenuste valik on erinev. Viimane võib olla vajalik, juhul kui ei soovita olemasolevat teenuste territoriaalset kättesaadavust halvendada. Arvestades teenuste senist kättesaadavust ja ka üldist vajadust teenuste koduläheduse tagamisel puudutab see küsimus esmajoonel üksikute perearstipraksiste säilimist väiksematest keskustest või ka nende asendamist muude perearstiteenuse territoriaalselt kättesaadavust säilitavate lahendustega. Üksikute perearstipraksiste või nende kohapealsete alternatiivide kuulumine

ETTK võrgustikku mõjutab läbi teeninduspiirkonna teenusevajaduse loomulikult ka nn. täisteenuste ETTK-de suurus – nende personali- ja ruumivajadust.

Piirkondade osas on oluline eristada väikepiirkonnad, kus on võimalik ühe ETTK rajamine, ning suuremaid piirkondi, kus teenusvajadus võimaldab mitme ETTK välja arendamist. Väikepiirkondades on põhiliseks väljakutseks piisava teenusvajaduse tagamine ETTK miinimumsuuruses meeskonna töökohtade jaoks. Sageli eeldab ETTK rajamine kõigi või enamuse piirkonna perearstide koondumist ETTK'sse. Piiratud piirkondliku teenusvajaduse korral võib iseseisvate praksiste jätkamine, sh keskusasulast väljaspool, saada takistuseks ETTK kui sellise välja arendamiseks piirkonnas. Pikemas perspektiivis oleks esmatasandi teenuste ühtlase kvaliteedi, süsteemi ökonoomsuse ja juhtimiskvaliteedi tagamiseks mõistlik ühetaoliste ETTK-de (kuid filiaale lubades) võrgustiku kujundamine kogu Eesti territooriumil.

Juhul kui teenuspiirkonnas on üle kolme perearsti, siis on põhimõtteliselt võimalik (üleminekuajal) ETTK meeskonna miinimumnõudeid ületavas mahus üksikpraksiste jätkamine piirkonnas. Suuremates piirkondades määrab ETTK'de maksimaalse arvu piirid miinimumsuuruses komplekteeritud meeskondade arv ning minimaalselt on selleks üks kõiki esmatasandi põhiteenuseid osutavaid spetsialiste koondav ETTK piirkonna kohta.

Territoriaalse kättesaadavuse tagamiseks asulates, mis asuvad keskustest kaugemal ning mille teenusvajadus koos tagamaaga ei ole ETTK rajamiseks piisav, nähakse täiendava lahendusena ette filiaalide loomise võimalust. Filiaal on keskusel asuva ETTK'ga organisatoorselt seotud (üks juriidiline isik) teenuste osutamise füüsiline koht, kus püsivamalt teostab vastuvõtte pereõde, kuid vajadusest ning ETTK töö korraldamise põhimõtetest sõltuvalt on võimalikud ka teiste esmatasandi tervisteenuste osutajate vastuvõtt. Eeldusel, et olemasolevat regulatiivset raamistikku ei muudeta, kehtib filiaalile ka Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetelus esitatud nõue, et perearsti vastuvõtuaeg teises või teistes tegevuskohtades on vähemalt 3 tundi nädalas.

ETTK asukoht teenuspiirkonna siseselt on osaraportis 3 määratud asula täpsusega. See peab asuma piirkonna loomulikus tõmbekeskuses kooskõlas töö „Uuring era- ja avalike teenuste ruumilise paiknemise ja kättesaadavuse tagamisest ja teenuste käsitlemisest maakonnaplaneeringutes“ (Sepp jt, 2015) tulemustega. Selle põhimõtte rakendamiseks vajab muutmist TTKS pg 9, kus lubatakse perearsti tegevuskoha asumist väljaspool teeninduspiirkonda ning ei ole reguleeritud keskuse asukohta piirkonna siseselt.

Lisaks on tungivalt soovitatav, et rajatav või välja arendatav ETTK paikneks keskusasula siseselt asukohas, mida iseloomustab:

- ▶ Paiknemine asulakeskuses - lähedus ühistranspordisõlmedele, teistele teenustele ja töökohtadele;
- ▶ Lähedus teistele tervishoiuteenuste pakkujatele;
- ▶ Lähedus elanike elukohale.

Parimad lahendused suuremates linnades pakuvad teenust kõiki kolme ülal loetletud põhimõtet arvesse võttes, st erinevates asukohtades. Selleks on Tallinnas, Tartus ja Kohtla-Järvel teenuspiirkonnad jagatud alampiirkondadeks ning määratud on keskuste arv nende piirkondade lõikes.

Koostöös Sotsiaalministeeriumiga on käesoleva projekti raames kaardistatud ka konkreetsed hooned ja krundid, kus ETTK'd võiksid paikneda ning investeeringute iseloom (uushoone, juurdeehitis, olemasoleva hoone rekonstrueerimine) ja arendajad (vt osaraport 3).

Esmatasandi tervishoiuteenuste hea kättesaadavuse kriteeriumi määramisel lähtutakse töö “Uuring era- ja avalike teenuste ruumilise paiknemise ja kättesaadavuse tagamisest ja teenuste käsitlemisest maakonnaplaneeringutes” (Sepp jt, 2015) ettepanekust, kus ETTK on määratletud kui üks kohalike kvaliteetteenuste taristust, mille hea kättesaadavuse ajaline kaugus on 45 min ning ühistranspordiühenduse keskmise ajakulu alusel 27 km.

Üheks lahenduseks kättesaadavuse ja kvaliteedi dilemmale on teenuse kättesaadavust toetava transpordi arendamine, mis väljub tervishoiukorralduse ülesannetest. Esmatasandi tervisekeskuste ruumilise paiknemise ülesande lahendamise seisukohast tähendas see esmajoones vajadust arvestada olemasoleva ühistranspordivõrguga ning asustussüsteemi üldloogikaga, mida toetavana ühistransporti tuleks arendada.

Hajaasustuse elanikkonnale tuleb kättesaadavus tagada erinevate transpordivõimalustega, sh individuaalne toetatud transport (sotsiaaltransport, nõudetransport) või kogukondlikud transpordilahendused (*carpooling*) kodust lähimasse tervisekeskusesse. Koduõenduses ja teiste põhiteenuste koduvisiitide tegemisel eeldab teenuse territoriaalse kättesaadavuse tagamine ökonomsete ja tõhusate tööautode olemasolu ning kõigi kulude katmist rahastamismudelitega.

Tabel 34. Nelja alammudeli lõikes jaotuvad organisatoorse mudeli põhilised valikuvõimalused

Alammudel	Teenuspiirkond	Teenuste osutamise asukohad
Ühtse taristu ETTK	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.	Esmatasandi tervise teenused on kättesaadavad teenuspiirkonna keskuses asuvas ETTK's ning iseseisvana tegutsevate teenuse osutajate tegevuskohtades.
Iseseisvate teenuste ETTK	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.	Esmatasandi tervise teenused on kättesaadavad teenuspiirkonna keskuses asuvas ETTK's ning sellele kuuluvates filiaalides. Filiaalides on tagatud pereõe teenuse kättesaadavus valdaval osal tööajast. Perearsti, ämmaemanda ja füsioterapeudi kohalolu filiaalis määratakse juriidilise isiku siseselt kohalikest vajadustest ja võimalustest (sh rahastamisest) lähtuvalt.
Laiendatud üldarstiabi ETTK	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 (vt. 3. mudel) kliendibaasi määratlemiseks).	Esmatasandi tervise teenused on kättesaadavad teenuspiirkonna keskuses asuvas ETTK's ning sellele kuuluvates filiaalides. 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.

Alammudel	Teenuspiirkond	Teenuste osutamise asukohad
KOV piirkondlik ETTK	Mudel ühtlustab teenuse kvaliteedi ja ajalise kättesaadavuse kogu teenuspiirkonna elanikkonnale – elanike nimistupõhine kuulumus 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).

8 LEPINGULISED SUHTED TEENUSE RIIKLIKU KORRALDAJAGA JA RAHASTAMISE ALUSED

8.1 Lähteolukord

Tervishoiuteenuste osutamisel rakendatavad rahastamismudelid ja teenuse osutajate lepingute laad rahastajatega mõjutab olulisel määral teenuste omavahelist lõimitust ja teenuse osutajate koostöö taset (Boerma, 2006: 14). TTKS eristab üldarstiabi rahastamist (§ 11), eriarstiabi rahastamist (§ 23), iseseisva õendusabi rahastamist (§ 26) ja iseseisva ämmaemandusabi rahastamist (§ 26¹), kuid kõigi nelja teenusrühma puhul tasutakse ravikindlustusega hõlmatud isikule osutatud teenuse eest ühtse mudeli alusel - „riigieelarves ravikindlustuseks ettenähtud vahenditest ulatuses, mille eest tasumise kohustuse on üle võtnud Eesti Haigekassa“. Ravikindlustusega hõlmamata isik tasub teenuse eest ise, välja arvatud vältimatu abi osutamise korral. Seega finantseeritakse esmatasandi tervishoiu põhiteenuseid valdavalt sotsiaalmaksu ravikindlustuse osast riigieelarvesse laekuvate vahendite arvelt. Eesti Haigekassa ülesanne on nende vahendite piires tervishoiuteenuseid osutavate asutuste finantseerimine, milleks haigekassa võtab vastava määruse alusel (Vastu võetud 19.01.2007 nr 9) kindlustatud isikutelt üle tasu maksmise kohustuse ning sõlmib juriidiliste isikutega (lepingupartneritega) lepingud. Füsioteraapiateenust rehabilitatsiooniteenuse raames rahastab SKA, kes sõlmib selleks ka lepingud. Esmatasandi põhiteenuste finantseerimine toimub hetkepraktikas seega üldpõhimõttena teineteisest lahutatuna.

Perearstiteenuse lepingupartnerid on juriidilised isikud, mis hõlmavad 1 või mitut perearsti nimistut. Kõik Terviseameti poolt avatud nimistud on arvestuslikult lepingu objektiks individuaalselt.

TTKS § 11 määrab üldarstiabi rahastamise kohustuse jagunemise järgmiselt:

(1) Ravikindlustusega hõlmatud isikule osutatud üldarstiabi eest tasutakse riigieelarves ravikindlustuseks ettenähtud vahenditest ulatuses, mille eest tasumise kohustuse on üle võtnud Eesti Haigekassa.

(2) Ravikindlustusega hõlmamata isik tasub üldarstiabi eest ise.

Üldarstiabi eest tasumine toimub “Kindlustatud isikult tasu maksmise kohustuse Eesti Haigekassa poolt ülevõtmise kord ja tervishoiuteenuse osutajatele makstava tasu arvutamise metodika” § 4 järgi selliselt, et

(1) Haigekassa tasub perearstile kindlustatud isikule osutatud teenuse eest tervishoiuteenuste loetelus kehtestatud pearaha, baasraha ja lisatasu.

Perearstiteenuse kulumudel sisaldab 4 põhikomponenti:

- ▶ Pearaha
- ▶ Baasraha

- ▶ Uuringute ja protseduuride raha
- ▶ Kvaliteeditasu

Vastavalt Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetelule (Vastu võetud 27.12.2013 nr 188) on pearaha tasu, mida haigekassa maksab perearstile perearsti nimistusse kantud kindlustatud isikule vajalike tervishoiuteenuste osutamise kulude katmiseks. Tasu arvutamise meetoodika määruse § 5 alusel toimub pearaha arvelt järgmiste tegevuste/teenuste rahastamine:

- 1) tervist edendav ja haigusi ennetav töö;
- 2) haige ambulatoorne vastuvõtt ning koduvisiidid;
- 3) haige läbivaatus, diagnostika ja raviplaani koostamine, diagnoosi määramine
- 4) nõustamine tervise säilitamise, taastamise, töö ja elukorralduse suhtes ning vajadusel ravi määramine;
- 5) ravimite soovitamise ja retsepti väljakirjutamine;
- 6) protseduuride tegemine;
- 7) teenuste osutamist tõendavate dokumentide vormistamine;
- 8) esmase arstliku ekspertiisi tegemine haige töövõime ja terviseseisundi kohta;
- 9) vajadusel haige veo korraldamine haiglasse.

Pearaha arvel tasutavate uuringute ning protseduuride ulatus on piiratud meetoodika § 5 lõigetes 2 ja 3 loetletuga.

Pearaha jaguneb kulumudeli aluseks kaheks – palgakuludeks ja muudeks kuludeks. Pearaha finantseerimisel tasub Haigekassa palgakulu vanusrühmade isikute arvu alusel ning muid kulusid võrdselt iga ravikindlustatud isiku kohta.

Tabel 35. Minimaalse suurusega (1200 kindlustatud isikut) nimistu palgakulude ja töötasu arvestus kulumudelis (Allikas: Haigekassa, 2014)

Palgakulu	0-2	3-6	7-49	50-69	70+	Kokku
Visiite pea kohta aastas (vastavalt raviarvete andmebaasi päringule)	8,39	5,7	2,67	4,42	5,89	
Visiite kokku peade kohta aastas	352	348	1665	1330	1017	4711
Kaalud	7%	7%	35%	28%	22%	
arsti aeg kuus, h	11,0	10,9	52,0	41,5	31,7	147
Õe aeg kuus, h	12,5	12,4	59,4	47,4	36,3	168
Arsti töötasu kuus, €	117,0	115,7	553,8	442,4	338,1	1567,0
Õe töötasu kuus, €	75,3	74,4	356,3	284,5	217,5	1008,0
Töötasu kuus kokku, €	192,32	190,07	910,07	726,90	555,65	2575,02
Peade arv nimistus	42	61	624	301	173	1200
Töötasu pea kohta kuus, €	4,59	3,12	1,46	2,42	3,22	2,15

Tabel 36. Muude kulude arvestus kulumudelis, 2014 (Allikas: Haigekassa)

Muud kulud	Kulu aastas, €	Kulu pea kohta kuus, €
arsti asendaja	1 567,02	0,11
õe asendaja	1 008,00	0,07
abiliste tööjõukulu	6 995,52	0,49
Ühekordse kasutusega meditsiiniseadmed ja ravimid	2 714,32	0,19
Korduvkasutusega meditsiiniseadmed	853,71	0,06
Üle üheaastase kasutusajaga meditsiiniseadmed	4 175,99	0,29
Muud kulud	791,34	0,05
KOKKU	18 105,89	1,26

Pearaha hinna arvestuse aluseks on perearstisüsteemi tööjõukulud (vastavalt palgakokkulepetele) ning seadmete kulud (eksperthinnangute alusel).

Tabel 37. Tööjõukulude arvestuse alused pearaha kulumudelis, 2014 (Allikas: Haigekassa)

Kulu liik	Kulu objekt	Mõõtühik	Kogus (töötunnid ühes kuus)	Ühiku hind, €	Summa kuus, €	Summa aastas, €
Tööjõukulu	Perearst	h	147	10,66	1 567,02	18 804,24
	Pereõde	h	168	6,00	1 008,00	12 096,00
	Abiline	h	168	3,47	582,96	6 995,52
	Perearsti asendaja puhkuse ajal	h	147	10,66	130,59	1 567,02
	Pereõde asendaja puhkuse ajal	h	168	6,00	84,00	1 008,00
	Tööjõukulu kokku					5 724,57	68 694,78

Tabel 38. Seadmete kulude arvestuse alused pearaha kulumudelil, 2014 (Allikas: Haigekassa)

Kulu liik	Kulu objekt	Mõõtühik	Kogus	Ühiku hind, €	Kasutus-aeg (aastad)	Hooldus-kulu aastas, €	Summa kuus, €	Summa aastas, €	
Ühekordse kasutusega meditsiini-seadmed ja ravimid	Meditsiinarvivid	tk					142,47	1 709,68	
	Muu meditsiiniline materjal	tk					4,10	49,25	
	Ravimid	tk					79,62	955,39	
Korduvkasutusega meditsiini-seadmed	Vastuvõtu instrumentide komplekt	tk	1				71,14	853,71	
Üle üheaastase kasutusajaga meditsiini-seadmed	täiskasvanute kaal	tk	1	213,41	2		8,89	106,71	
	imikute kaal	tk	1	161,03	2		6,71	80,52	
	pikkusemõõtur	tk	1	21,49	2		0,90	10,75	
	kärulaud	tk	1	226,25	5		3,77	45,25	
	imikulaud	tk	1	294,12	5		4,90	58,82	
	külmik	tk	1	527,91	7	14,12	7,46	89,54	
	vahesirm	tk	1	323,21	5		5,39	64,64	
	uuringu valgusti	tk	1	329,27	5	17,58	6,95	83,43	
	universaallaud	tk	1	861,89	8		8,98	107,74	
	protseduuride kapp	tk	1	574,60	8	15,34	7,26	87,16	
	töökoht nägemisteravuse määramiseks	tk	1	135,75	5	7,22	2,86	34,37	
	EKG aparaat	tk	1	2 135,77	5	114,02	45,10	541,17	
	arsti kohver	tk	1	198,32	5		3,31	39,66	
	hemoglobiromeeter	tk	1	359,12	6	19,17	6,59	79,03	
	tsentrifuug	tk	1	560,64	5	29,91	11,84	142,04	
	uriinialüsaator	tk	1	720,40	5	38,47	15,21	182,55	
	sterilisaator	tk	1	430,95	5	23,01	9,10	109,20	
	meditsiiniline kušett	tk	1	287,30	8		2,99	35,91	
	Arsti ja õe töökoht	tk	1	8 875,99	5	504,90			2 277,50
	s.h IT kulu								1 908,00
Seadmete kulu kokku							645,33	7 744,01	

Muude kuludena on mudelis arvestatud veel telefoni, kindlustuse, bürookuludena 65,95 eurot kuus ning 791,34 eurot aastas.

2014. a. oli pearaha keskmine hind kuus 3,40 eurot ning vanusrühmade liikmete kohta vastaval allolevale tabelile.

Tabel 39. Pearaha hind vanusrühmade lõikes, 2014 (Allikas: Haigekassa)

0-2	3-6	7-49	50-69	70+	Kokku
5,84	4,37	2,72	3,67	4,48	3,40

Kokku oli 2014. aastal pearaha perearsti minimaalse suurusega (1200 kindlustatud isikut) nimistu kohta arvestuslikult 6435,84 eurot kuus ja 77230,13 eurot aastas.

Kasutatud pearaha kogusumma oli 2013. aastal 47,4 miljonit eurot ning moodustas 64,5% kogu üldarstiabi rahastamisest. Pearaha osakaal on viimasel kümnendil u 9 protsendi võrra teiste kulukomponentide kiirema kasvu arvelt vähenenud.

Tabel 40. Üldarstiabi rahastuse maht ning pearaha maht ja osakaal (Andmed: Haigekassa)

Aasta	2005	2009	2013
Aastas keskmiselt lepingus rahastatud isikute arv	1 276 512	1 284 421	1 249 741
Kokku rahastatuse kasutus	37 661 889	66 881 787	73 556 686
Rahastuse kasutus isiku kohta	29,50	52,07	58,86
Lepingu pearaha kasutus (EUR)	27 638 407	45 955 033	47 439 107
Pearaha osakaal	73,4%	68,7%	64,5%
Pearaha siseste THT kasutuse kordi	6 065 750	6 578 207	7 826 045
sh vastuvõetud ja koduvisiidid	4 535 705	4 980 767	6 002 346
muude pearaha siseste THT kasutuse kordi	1 530 045	1 597 440	1 823 699

Üldarstiabi lepingupartnerite pearaha kasutus lepingus rahastatud isiku kohta aastas varieerus 2013. aastal 24 eurost kuni 42 euroni isiku kohta.

Lisaks pearaha arvelt tehtavatele uuringutele ja protseduuridele tasub Haigekassa 2015.a. täiendavalt 39% või teatud kvaliteeditingimuste täitmisel (haigusi ennetava ja krooniliste haigete jälgimise tulemusliku töö kriteeriumid) 42% perearsti nimistule pearahadeks arvestatud summast aastas rea uuringute, protseduuride ja laboriuuringute eest. Varasemalt on protsendid olnud väiksemad ning püsivalt kasvanud. Nende protseduuride seas on ka füsioteraapia erinevad teenused:

Teenus	Kood
Füsioteraapia individuaalne (kestus 30 min)	7050
Füsioteraapia 2–3 haigele samaaegselt (kestus 30 min)	7051
Füsioteraapia grupis (kestus 30 min)	7052
Füsioteraapia basseinis individuaalne (kestus 30 min)	7056
Füsioteraapia basseinis grupis (kestus 30 min)	7057

Seega on perearstidele loodud rahastamismudeliga põhimõtteline võimalus füsioteraapiateenuse osutamiseks perearstiteenuse osana. Vähemalt osadel perearstidel on selleks uuringufondi vahendite alakasutuse arvelt olemas täiendavad finantsilised võimalused.

Uuringufondist rahastatud kulude osakaal on 21% ning see on kümnendi jooksul oluliselt kasvanud.

Tabel 41. Uuringufondi kasutamise summa ja osakaal (Andmed: Haigekassa)

Aasta	2005	2009	2013
Lepinguline UF % pearahast (%)	23	31,26	35,46
Lepingu UF kasutuse summa (EUR)	5 232 105	12 204 649	15 282 348
UF osakaal üldarstiabi rahastuses	14%	18%	21%
UF võimalik max maht - 35% pearahast	9 673 442	16 084 262	16 603 687
UF võimalik max maht - 39% pearahast	10 778 979	17 922 463	18 501 252
UF võimalik max maht - 42% pearahast	11 608 131	19 301 114	19 924 425

Lisaks tasub haigekassa metodika määruse pg 6 lõige (5) alusel perearstile raviarvete esitamisel täiendavalt käesoleva määruse § 4 lõigetes 1, 11 või 12 kehtestatud summale rea uuringute eest vastavalt tervishoiuteenuste loetelus kehtestatud teenuste piirhindadele. Nende teenuste seas on ämmaemandusabi osaks olevad raseduse jälgimine ning mitmed günekoloogilised protseduurid ja uuringud:

Uuringud ja protseduurid	Tervishoiuteenuse kood
Raseduse tuvastamine ja jälgimise plaani koostamine	3063
Raseduse kulu jälgimine kuni 20. rasedusnädalani	3064
Raseduse kulu jälgimine 20.–36. rasedusnädalani	3065
Raseduse kulu jälgimine 36.–40. rasedusnädalani	3066
Emakasisese vahendi paigaldamine/instrumentaalne väljutamine, emakakaela laiendamine	7352
Günekoloogiline läbivaatus koos preparaadi võtmisega	7359
Karpaalkanali või ganglion stellatum'i või kolmnärvi perifeersetes harudes blokaad või epiduraalblokaad	6262
Papanicolaou meetodil tehtud ja skriinija hinnatud günekotsütoloogiline uuring	66807
Papanicolaou meetodil tehtud, skriinija ja patoloogi hinnatud günekotsütoloogiline uuring	66809
Papanicolaou meetodil tehtud ja patoloogi hinnatud patoloogiline günekotsütoloogiline uuring	66811

Baasraha maksab haigekassa perearstile, kellel on tervishoiuteenuste korraldamise seaduse § 35 lõike 2 alusel kinnitatud nimistu (edaspidi *kinnitatud nimistuga töötav perearst*), kindlustatud isikule vajalike tervishoiuteenuste osutamise kulude katmiseks. Baasraha arvestuse aluseks kulumudelis on määrustes nõutud ruumide pindala ja eksperthinnangu alusel määratud ruumide ruutmeetri kasutuse kogukulu, asjaajamisega seotud transpordikulud ning koolitusega seotud kulud. 2014. aastal oli baasraha väärtuseks nimistu kohta 959,13 eurot kuus ja 11 509,61 eurot aastas.

Tabel 42. Baasraha arvestus kulumudelis (Allikas: Haigekassa, 2014)

Kulu liik	Kulu objekt	Mõõtühik	Kogus	Ühiku hind, €	Summa kuus, €	Summa aastas, €
Ruumide kasutuskulu	ruumi pind	m ²	52			
	Ruumide kasutuse kogukulu	e/m ²		11,37	591,24	7 094,88
Asjaajamisega seotud transpordikulu	Asjaajamisega seotud transpordikulu	e		175,28	175,28	2 103,31
Koolituskulu					92,85	1 114,20
Perearsti asendaja koolituse ajal					53,30	639,60
Pereõe asendaja koolituse ajal					30,00	360,00
E-Tervise halduskulu					16,47	197,62
BAASRAHA KOKKU					959,13	11 509,61

Nimistupõhist lisatasu makstakse tegevuskoha kauguse ning teise pereõe eest.

Tabel 43. Kaugusetasu rakendamise tingimused ning piirhind ühes kalendrikuus

Baasraha ja lisatasu	Kood	Piirhind eurodes
Lisatasu, kui kinnitatud nimistuga töötava perearsti tegevuskoht asub lähimast haiglast 20–40 km kaugusel	3054	133,65
Lisatasu, kui kinnitatud nimistuga töötava perearsti tegevuskoht asub lähimast haiglast kaugemal kui 40 km	3055	382,94
Lisatasu perearsti nimistut teenindava täistööajaga teise pereõe eest	3059	1179,78

Teise pereõe lisatasu piirhind arvestab pereõe tööjõu- ja koolituskulu summat kuus. Kaugusetasu on arvestatud kahte tüüpi tegevuskohtade jaoks, sõltuvalt nende kaugusest haiglast ja koolituskohast.

Tabel 44. Kaugusetasu arvestuse eeldused

Kulu liik	Kulu objekt	Mõõt- ühik	Kogus	Ühiku hind, €	Summa kuus, €	Summa aastas, €
koduvisiidi kulu maal	keskmiselt koduvisiite perearsti kohta	kordi	13		22,98	275,81
	keskmine koduvisiidi pikkus maal	km	40			
analüüside esitamine	kaugus laborini	km	40		38,31	459,68
sõit koolitusele, nõupidamistele	kaugus koolituse toimumiskohani	km	70		3,09	37,13
	kütuse füüsiline kulu	l/km	0,065			
	kütuse rahaline kulu	e/l	1	0,68		
KAUGUSETASU1 KOKKU					44,55	534,62
koduvisiidi kulu maal	keskmiselt koduvisiite perearsti kohta	kordi	25		77,35	928,20
	keskmine koduvisiidi pikkus maal	km	70			
analüüside esitamine	kaugus laborini	km	70		67,04	804,44
sõit koolitusele, nõupidamistele	kaugus koolituse toimumiskohani	km	70		3,09	37,13
	kütuse füüsiline kulu	l/km	0,065			
	kütuse rahaline kulu	kr/l		0,68		
KAUGUSETASU2 KOKKU					127,65	1 531,77

Baasraha ja lisatasude maht on kümne aasta jooksul kahekordistunud, osakaal on püsinud samal tasemel.

Tabel 45. Baasraha ja lisatasude maht ja osakaal (Andmed: Haigekassa)

Aasta	2005	2009	2013
Lepingu baasraha ja lisatasude kasutus (va kvaliteedi lisatasu) (EUR)	4 767 467	7 885 283	9 523 304
Baasraha ja lisatasude osakaal	13%	12%	13%

Täiendavat lisatasu makstakse perearstile kvaliteedisüsteemi alusel, mida kirjeldab määruse pg 8. Lisatasu makstakse lisatasu süsteemi alusel, mille osaks on haigusi ennetav tulemuslik töö, krooniliste haigete jälgimise tulemuslik töö ning erialase lisapädevuse kriteeriumite täitmine. Selle osakaal üldarstiabi rahastamisel on u 2%.

Tabel 46. Haigekassa lepingute rahastuse kasutus, 2005-2013 (Andmed: Haigekassa)

Aasta	Lepingu pearaha kasutus (EUR)	Pearaha osakaal	Lepingu baasraha ja lisatasude kasutus (va kvaliteedi lisatasu) (EUR)	Baasraha ja lisatasude osakaal	Kvaliteedi lisatasu kasutus (tasumise aastal) (EUR)	Kvaliteedi lisatasu osakaal	Lepingu UF kasutuse summa (EUR)	UF osakaal
2005	27 638 407	73%	4 767 467	13%		0%	5 232 105	14%
2006	31 014 127	74%	4 817 224	11%		0%	6 274 361	15%
2007	38 991 240	69%	8 000 719	14%	257 705	0%	8 890 002	16%
2008	46 304 674	70%	7 946 749	12%	739 690	1%	11 372 104	17%
2009	45 955 033	69%	7 885 283	12%	784 579	1%	12 204 649	18%
2010	43 341 321	68%	7 455 170	12%	991 702	2%	12 082 684	19%
2011	44 225 501	67%	7 704 178	12%	812 672	1%	12 737 175	19%
2012	44 877 759	64%	9 473 201	14%	1 192 208	2%	14 006 920	20%
2013	47 439 107	64%	9 523 304	13%	1 245 741	2%	15 282 348	21%

Koduõendusteenuse kui ühe õendusabiteenuse finantseerimine toimub Eestis kaheastmeliselt – esimeses järjekorras sõlmib Haigekassa lepingu HVA haiglatega ning nende lepingutega katmata mahus valikpartneritega konkursi korras maakondlikult hinnatud põhjendatud vajaduse alusel.

Teenuse rahastamise aluseks on eriarstiabi rahastamises kasutatav tegevuspõhise kuluarvestuse meetodika (activity based costing – ABC). Teenuse osutamise eest makstava tasu arvestamise määruse pg 26 alusel põhineb see:

põhjuslikul seosel tervishoiuteenuse osutaja poolt osutatava teenuse, teenuse osutamiseks vajalike tegevuste ja tegevusteks vajalike ressursside (edaspidi ressurss) vahel;

Metoodikas arvestatavad ressursid on „tööjõud, üle üheaastase kasutusajaga meditsiiniseadmed, ruumid, korduvkasutusega meditsiiniseadmed, ühekordse kasutusega meditsiiniseadmed ja ravimid, tugiteenused” ning “ressursi kasutamise optimaalne maht on ühe kalendriaasta jooksul teenuste

osutamiseks vajalik ühe ressursi maht, mida mõõdetakse ajalistes mõõtühikutes (minut) või arvulistes mõõtühikutes (kasutuskordade arv, protseduuride arv, voodipäevade arv, euro)”.

Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetelu (vastu võetud 27.12.2013 nr 188) sisaldab määruse pg 7 alusel 2014. aastaks koduõendusteenuse ühe teenusena, mille sisuks on arvestuslikult 1,5 tunni pikkune koduvisiit:

Tervishoiuteenuse nimetus	Kood	Piirhind eurodes
Koduõendusteenus	3026	20,64

2013. a. finantseeriti Haigekassa poolt kokku 34 101 ravijuhtu ning 231 985 koduõendusvisiiti kogusummas 4151958 eurot.

Ämmaemandusabi teenuse rahastamiseks on kolm põhimõttelist võimalust. Valdavalt toimub ämmaemandusabi teenuse rahastamine eriarstiabi (günekoloogia eriala) lepingute alusel. Ämmaemandusabi võivad osutada ka perearstid üldarstiabi lepingu alusel täiendavalt finantseeritava teenusena (vt. ülalpool) ning ämmaemandad iseseisvalt. TTKS 26³ sätestab iseseisva ämmaemandusabi rahastamise alused võrdsena teiste tervishoiuteenustega.

Sarnaselt koduõenduse ja taastusravi osaks olevale füsioteraapiateenusele toimub günekoloogiasteenuse osana ämmaemandusabi finantseerimine kaheastmeliselt – esimeses järjekorras sõlmib Haigekassa lepingu HVA haiglatega ning nende lepingutega katmata mahus valikpartneritega konkursi korras maakondlikult hinnatud põhjendatud vajaduse alusel. Teenuse rahastamise aluseks on eriarstiabi rahastamises kasutatav tegevuspõhise kuluarvestuse meetoodika (activity based costing – ABC).

Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetelu (vastu võetud 27.12.2013 nr 188) sisaldab määruse pg 27 alusel 2014. aastaks kahte iseseisva ämmaemandusabi teenust:

Tervishoiuteenuse nimetus	Kood	Piirhind eurodes
Ämmaemanda iseseisev vastuvõtt	3037	6,79
Ämmaemanda koduvisiit	3038	10,35

Ämmaemandate selts on koostanud Haigekassale taotluse eristada lisaks ämmaemanda esmane vastuvõtt ja korduv vastuvõtt, mida seni ei ole arvestatud. Taotluses on esitatud teenuste hinnaarvestus lähtudes ABC meetoodikast ning taotleja poolt esitatud kuluandmetest. Erinevus seisneb teenuse ajakulus.

Tabel 47. Ämmaemanda korduva vastuvõtu ettepaneku ABC mudeli ressursikulu arvestus

Kood	Ressurss	Ühik	Kogus	Ühiku hind, €	Kulu, €
PER0502	Ämmaemand	min	30	0,162	4,86
PIN	Vastuvõtukabinet_ämmaemand	min	30	0,023	0,69
YKM	Günekoloogilise läbivaatuse komplekt	tk	1	1,3055	1,31
KKM	Günekoloogilise läbivaatuse instrumentaarium	kord	1	0,1282	0,13
OST	Patsiendi haldus	tk	2	0,435	0,87
Hind					7,86

Tabel 48. Ämmaemanda esmase vastuvõtu ettepaneku ABC mudeli ressursikulu arvestus

Kood	Ressurss	Ühik	Kogus	Ühiku hind, €	Kulu, €
PER0502	Ämmaemand	min	45	0,162	7,29
PIN	Vastuvõtukabinet_ämmaemand	min	45	0,023	1,04
YKM	Günekoloogilise läbivaatuse komplekt	tk	1	1,3055	1,31
KKM	Günekoloogilise läbivaatuse instrumentaarium	kord	1	0,1282	0,13
OST	Patsiendi haldus	tk	2	0,435	0,87
Hind					10,64

Tabel 49. Ämmaemanda koduvisiidi ettepaneku ABC mudeli ressursikulu arvestus

Kood	Ressurss	Ühik	Kogus	Ühiku hind, €	Kulu, €
PER0502	Ämmaemand	min	60	0,162	9,72
OST4403	Med transport	€	20	0,064	1,28
YKM	Günekoloogilise läbivaatuse komplekt	tk	0,7	1,3055	0,91
KKM	Günekoloogilise läbivaatuse instrumentaarium	kord	1	0,1282	0,13
OST	Patsiendi haldus	tk	2	0,435	0,87
Hind					12,91

2013. aastal tehti Eesti tervishoiuasutustes 46 tuhandele isikule kokku 124 tuhat ämmaemanda iseseisvat vastuvõttu (neist 23 tuhat ennetavat vastuvõttu) ning vaid 159 koduvisiiti. Ämmaemandate iseseisvate vastuvõttude arv 2013.a. sündide (13,4 tuhat sündi) kohta oli seega keskmiselt 9,2 vastuvõttu.

Tabel 50. Haigekassa iseseisva ämmaemandusabi lepingute täitmine 2013.a (Andmed: Haigekassa)

Reasildid	TERVISHOIUTEENUSE HULK	ARVETE ARV	ISIKUTE ARV
Ämmaemanda iseseisev vastuvõtt	123 551	95 237	45 710
Ämmaemanda koduviisit	159	152	141
Kogusumma	123 710	95 389	45 851

Füsioteraapiateenuse finantseerimine taastusravi osana toimub kaheastmeliselt – esimeses järjekorras antakse leping HVA haiglatele, teises järgus konkursi korras maakondlikult hinnatud põhjendatud vajaduse alusel. Teenuse rahastamise aluseks on eriarstiabi rahastamises kasutatav tegevuspõhise kuluarvestuse meetoodika (activity based costing – ABC).

Tabel 51. Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetelus (vastu võetud 27.12.2013 nr 188) sisalduvad määruse pg 27 alusel 2014. aastaks füsioteraapia protseduurid taastusravi osana.

Tervishoiuteenuse nimetus	Kood	Piirhind eurodes
Füsioteraapia individuaalne (kestus 30 min)	7050	10,91
Füsioteraapia 2–3 haigele samaaegselt (kestus 30 min)	7051	7,07
Füsioteraapia grupis (kestus 30 min)	7052	4,39
Füsioteraapia basseinis individuaalne (kestus 30 min)	7056	11,22
Füsioteraapia basseinis grupis (kestus 30 min)	7057	5,23

Määruse sama paragrahvi lõige 5 kirjeldab teenuse sisu piirhinna mõttes. Füsioteraapia (kestus 30 min) (koodid 7050, 7051, 7052, 7056 ja 7057) piirhind sisaldab järgmisi tegevusi:

- 1) füsioterapeutiline hindamine;
- 2) füsioterapeutilise diagnoosi määramine;
- 3) füsioteraapia planeerimine;
- 4) füsioteraapia tegevuste läbiviimine;
- 5) teenuste osutamist tõendavate dokumentide vormistamine ning patsiendile tervishoiuteenuse osutamisega seotud andmete töötlemine tervise infosüsteemis.

Erialaseltsi esindajate hinnangul on 30 minutit füsioteraapiliseks (esma)hindamiseks selgelt ebapiisav aeg ning selle seisukohaga kooskõlas on töökohtade vajaduse mudelis eristatud füsioterapeutilise hindamise teenus eraldi, ajalise kestvusega 60 minutit.

Paragrahvi lõige 6 piiritleb tingimusi, mille täitmisel võib füsioteraapiateenust osutada:

- 4) koodidega 7050, 7051, 7052, 7056 ja 7057 tähistatud tervishoiuteenuste piirhinda rakendatakse, kui teenust osutab füsioterapeut;

5) koodidega 7050 ja 7056 tähistatud tervishoiuteenuste piirhinda rakendatakse ühele isikule osutatud tervishoiuteenuse korral kuni 60 korda kuue kuu jooksul (välja arvatud koodidega 8029, 8028 ja 8031 tähistatud statsionaarse taastusravi puhul);

6) koodidega 7050, 7051, 7052, 7056 ja 7057 tähistatud tervishoiuteenuste piirhinda ei rakendata monoteraapiana massaaži või füüsilise ravi protseduuride tegemise korral;

7) koodidega 7050 ja 7056 tähistatud tervishoiuteenuste kordade arvu võib suurendada tervishoiuteenuse osutaja ja haigekassa vahel ravi rahastamise lepingus kokkulepitud tingimustel ja korras, kui on dokumenteeritud senise ravi tulemuslikkus ja põhjendatud ravi jätkamise vajadus;

8) iseseisva statsionaarse õendusabi (kood 2063) osutamisel võtab haigekassa koodidega 7050, 7051, 7052, 7056 ja 7057 tähistatud tervishoiuteenuste eest tasu maksmise kohustuse üle eriarsti suunamisel;

Füsioteraapia 2014.a. kulumudelid sisaldavad kulukomponentidena füsioteraapia ruumi, füsioterapeuti, taastusravi füüsilise ravi komplekti ning patsiendi haldust.

Tabel 52. Individuaalne füsioteraapia (30 min) (7050/0)

Kood	Üksus	Nimetus	Käituri	Ühiku hind	Kogus
Kulu tegevustelt					
7050	0	Füsioteraapia läbiviimine ja patsiendi hindamine	min	0,34	30,00
PIN293009	29	Füsioteraapia ruum	min	0,15	0,25
PER0412	0	Füsioterapeut	min	0,31	1,00
Kulud materjalidest					
YKM ² 9KO06	29	Taastusravi füüsilise ravi komplekt	n#	0,22	1,00
OST4413	0	Patsiendi haldus	#	0,77	0,50

Tabel 53. Individuaalne füsioteraapia 2-3 patsiendile üheaegselt (30 min) (7051/0)

Kood	Üksus	Nimetus	Käitur	Ühiku hind	Kogus
Kulu tegevustelt					
7051	0	Füsioteraapia läbiviimine ja patsiendi hindamine 2-3 pt	tk	0,18	35,00
PIN293012	29	Füsioteraapia grupiteraapia ruum	min	0,13	0,25
PER0412	0	Füsioterapeut	min	0,31	0,50
kahele patsiendile kulub kokku 35 min st 25 teraapia ja 5+5 hindamine, ühele kulub seega 35/2=17,5 min					
Kulud materjalidest					
YKM ² 9KO06	29	Taastusravi füüsilise ravi komplekt	n#	0,22	1,00
OST4413	0	Patsiendi haldus	#	0,77	0,50

Tabel 54. Grupifüsioteraapia (30 min) (7052/0)

Kood	Üksus	Nimetus	Käitur	Ühiku hind	Kogus
Kulu tegevustelt					
7052	0	Füsioteraapia läbiviimine ja patsiendi hindamine-grupp	min	0,09	45,00
neljale patsiendile kulub kokku 45 min st 25 teraapia ja 4x5min hindamine, ühele kulub seega 45/4=11,25 min					
PIN293011	0	Taastusravi võimlemise ruum	min	0,13	0,10
PER0412	0	Füsioterapeut	min	0,31	0,25
Kulud materjalidest					
OST4413	0	Patsiendi haldus	#	0,77	0,50

Tabel 55. Individuaalne füsioteraapia basseinis (30 min) (7056/0)

Kood	Üksus	Nimetus	Käitur	Ühiku hind	Kogus
Kulu tegevustelt					
7056	0	Füsioteraapia läbiviimine basseinis ja patsiendi hindamine	min	0,36	30,00
PIN293010	29	FT bassein riietus- ja pesuruumiga	min	0,09	0,50
Eeldatud on, et kasutatakse väiksemat basseini					
PER0201	0	Hooldustöötaja	min	0,11	0,05
hooldustöötaja vajalik igal 10 patsiendil ca 15 min					
PER0412	0	Füsioterapeut	min	0,31	1,00
Kulud materjalidest					
OST4413	0	Patsiendi haldus	#	0,77	0,50
YKM ² 9KO12	29	Basseini kasutamise komplekt patsiendile	tk	0,12	1,00

Tabel 56. Grupifüsioteraapia basseinis (30 min) (7057/0)

Kood	Üksus	Nimetus	Käitür	Ühiku hind	Kogus
Kulu tegevustelt					
7057	0	Grupifüsioteraapia läbiviimine basseinis	min	0,10	45,00
PIN293010	29	FT bassein riietus- ja pesuruumiga	min	0,09	0,25
PER0201	0	Hooldustöötaja	min	0,11	0,05
hooldustöötaja vajadus igal kümnendal patsiendil 20 min					
PER0412	0	Füsioterapeut	min	0,31	0,25
Kulud materjalidest					
OST4413	0	Patsiendi haldus	#	0,77	0,50
YKM ² 9KO12	29	Basseini kasutamise komplekt patsiendile	tk	0,12	1,00

Haigekassa poolt finantseeriti 2013. a. ambulatoorse taastusravi raames kokku 326 tuhat füsioteraapiateenuse kasutust ja mujal ambulatoorses ravis lisaks 67 tuhat kasutust.

Tabel 57. Füsioteraapia ambulatoorses taastusravis, 2013 (Andmed: Haigekassa)

Kood	Teenus	Hulk
7048	Füsioteraapia (kestus 30 min)	65 639
7050	Füsioteraapia individuaalne (kestus 30 min)	199 921
7051	Füsioteraapia 2-3 haigele samaaegselt (kestus 30 min)	8 930
7052	Füsioteraapia grupis (kestus 30 min)	10 050
7056	Füsioteraapia basseinis individuaalne (kestus 30 min)	13 504
7057	Füsioteraapia basseinis grupis (kestus 30 min)	27 626
	Kokku	325 670

Tabel 58. Füsioteraapia mujal ambulatoorses ravis, 2013 (Andmed: Haigekassa)

Kood	Teenus	Hulk
7048	Füsioteraapia (kestus 30 min)	15 639
7050	Füsioteraapia individuaalne (kestus 30 min)	48 861
7051	Füsioteraapia 2-3 haigele samaaegselt (kestus 30 min)	413
7052	Füsioteraapia grupis (kestus 30 min)	40
7056	Füsioteraapia basseinis individuaalne (kestus 30 min)	689
7057	Füsioteraapia basseinis grupis (kestus 30 min)	1 440
	Kokku	67 082

Füsioteraapiateenust finantseeritakse ka rehabilitatsiooniteenuse raames. Teenuse hinda reguleerib määrus „Rehabilitatsiooniteenuse raames osutatavate teenuste loetelu, teenuste hindade ja teenuse maksimaalse maksumuse kehtestamine“ (vastu võetud 20.12.2007 nr 256). Eristatakse füsioterapeudi teenust ning füsioterapeudi grupitööd.

Füsioterapeudi teenus (kood 2001) sisaldab järgmisi tegevusi: motoorse sooritusvõime ja tegevuskeskkonna (sh lasteaia-, kooli-, kodu- ja töökeskkonna) hindamine, nõustamine ja kohandamise soovitusel; individuaalsete liigutuslikku arengut soodustavate/säilitavate programmide koostamine, terapeutiliste meetodite rakendamine ja tegevuse tulemuslikkuse hindamine koostöös kliendiga; abivahendi vajaduse hindamine ja kasutusõpetus. Teenuse hind eurodes ühe tunni kohta oli 2014.a. 18,73 eurot. 2013. aastal osutati rehabilitatsiooniteenuse raames kokku 89957,2 tundi füsioterapeudi teenust (arvestuslikud kulud 1684894 eurot).

Füsioterapeudi grupitöö (kood 2002) sisaldab tegevusi tugiliikumisaparaadi või organsüsteemi funktsionaalse võime taastamiseks grupis. Grupis on minimaalselt 4 ja maksimaalselt 7 inimest. Teenuse hind eurodes ühe tunni ja isiku kohta oli 2014.a. 4,99 eurot. 2013. aastal osutati rehabilitatsiooniteenuse raames kokku 20475,4 tundi füsioterapeudi grupitöö teenust (arvestuslikud kulud 102170 eurot).

Füsioteraapiateenuse maksimaalne maksumus eurodes ühes kalendriaastas määruse § 2 lõigetes 2 ja 4 nimetatud isikutele on 234,12 eurot ning lõigetes 1 ja 5 nimetatud isikutele 117,06 eurot.

Oluliseks rehabilitatsiooniteenuse kättesaadavuse tagamise osaks on sõidukulude hüvitamine teenust saavale isikule. Määruse § 5. täpsustab sõidukulude hüvitamise korda:

(1) Isikule ja vajaduse korral tema esindajale, kelle elukohad asuvad väljaspool seda kohaliku omavalitsuse üksust, kus on rehabilitatsiooniteenuse osutamise koht, hüvitatakse rehabilitatsiooniteenuse saamisega seoses isiku elukohast rehabilitatsiooniteenuse osutamise kohta ja rehabilitatsiooniteenuse osutamise kohast isiku elukohta sõitmiseks tehtud kulud.

(2) Isikule ja tema esindajale hüvitatakse lõikes 1 nimetatud sõidukulud, arvestades ühe hüvitatava kilomeetri maksumuseks 0,20 eurot.

(3) Kui isik või tema esindaja esitab kuludokumentina sõidupileti, hüvitatakse isikule ja tema esindajale sõidupileti maksumus.

(5) Hüvitatavate sõidukulude maksimaalne maksumus isiku kohta ühes kalendriaastas sätestatakse lisas 2.

8.2 Valikuvõimalused ja lahendused

Eesmärk luua tervisekeskuste võrgustiku kujul ühtne alus esmatasandi tervishoiuteenuste kvaliteetseks ja kättesaadavaks osutamiseks Eesti territooriumil nõuab olulisi muudatusi teenuse rahastamise alustes, lepingusüsteemis ning teenusvajaduse hindamise territoriaalses loogikas.

Esmaseks vajaduseks on **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 keskse 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 soolisevanuseliste rühmade suurus vastavalt iga teenuse sihtrühma iseloomule. Siinses uurimisprojekti lähtuti piirkonna rahvastikusituatsioonist tuleneva teenusvajaduse hindamisel rahvaloenduse andmetest eelkõige nende ühtlasema kvaliteedi ja parema kättesaadavuse tõttu. ETTK teenuspiirkondade lepingulise teenusmahu hindamisel on asjakohasem 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.

Kolmandaks alammudeleid eristavaks otsustuskohaks on **lepingute objekti (teenusvajaduse ja klientide) konsolideerituse määr rahastamislepingutes**, mis kujundab ETTK meeskonna sidusust, hierarhilisust, tööjaotust, aga ka erialaspetsialistide motivatsiooni ETTK'ga ühel või teisel viisil lõimumiseks. Võimalikud variandid on:

- ▶ Nimistupõhine rahastamine, kus rahastaja sõlmib sarnaselt kehtivale perearstide rahastamispraktikale ühtse lepingu ETTK'ga, kuid arvestus tulude-kulude arvestus on nimistute põhine. ETTK lepingu puhul on täiendavaks vajaduseks hinnata ka iga nimistu füsioteraapia, ämmaemandusabi ja koduõendusabi kliendibaasi suurus ning sellest tulenev finantseerimise vajadus. See rahastamisskeem on sobivaim laiendatud üldarstiabi ETTK alammudeli rakendamisel.

- ▶ Teenustepõhine rahastamine, kus rahastaja sõlmib ühtse lepingu ETTK'ga, kuid selle objektiks on perearstiteenus nimistute lõikes ning samuti muud põhiteenused piirkonna ühiste nimistutena või ka spetsialistide vahel jagatud „koondnimistutena“, st. et näiteks koduõendusteenuste kliendid ei ole ETTK perearstide vahel nimistupõhiselt jaotatud. See sobib iseseisvate teenuste ETTK'le.
- ▶ Piirkonnapõhine rahastamine, kus rahastaja sõlmib ühtse lepingu ETTK'ga kogu piirkonna teenusvajaduse peale tervikuna ning ETTK osutab neile teenust ühiselt. See on rakendatav KOV piirkondlikus ETTKs.
- ▶ Mittelõimitud teenuste rahastamine, kus eraldi lepingud sõlmitakse ETTK ühisel taristul tegutsevate iseseisvalt teenuseid osutavate juriidiliste isikutega.

Neljandaks valikukohaks on **pearaha, baasraha ja teenuse ühiku põhise rahastamise proportsioonide määratlemine**. 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, koduõendajate ja füsioterapeutide lisandumist ETTK meeskonda rahastatakse sarnaselt 2. pereõe lisatasu määramisele.
- 2) Täiendada perearsti 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 ülemmäär (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 perearsti 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 koduvisiidi eeldatavad kulud (lähteandmed: teenusel olevate isikute arv aastas); füsioteraapias füsioteraapilise hindamise kulud ning ämmaemandusabis naiste seksuaalnõustamise 1 vastuvõtu iga 15+ naise kohta aastas.

Viiendaks on teenuste **ühtlase kättesaadavuse motiveerimiseks vajalik täpsustada ja eristada kaugusetasude arvutamise eeldusi**. Kõige õiglasem on lähtuda iga konkreetse ETTK asukohast ja teenuspiirkonna rahvastiku paiknemisest keskuse suhtes. Perearsti 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
- ▶ (Perearsti, pereõe, ämmaemanda, koduõe ja füsioterapeudi) koduviisidi 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.

Tabel 59. Alamudelite lõikes jagunevad mõistlikud valikud

Alamudel	Lepingupartnerid	Rahastamise alused
Ühtse taristu ETTK	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 (ning/või registreeritud elukoha 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 töökoha kulusid. Kõigi teenuste osas täpsustatakse koduviisitidega seotud transpordi ja ajakulu rahastamist selliselt, et teenuse osutajal oleks samaväärne motivatsioon ka keskusest kaugemate asulate elanike teenindamiseks koduviisidi vormis. Teenuste koondamine ETTK'desse suurendab perearstiteenuse osutaja kaugust maapiirkondade elanikest, mida on vaja ka rahastatismudelil täiendavalt arvesse võtta.
Iseseisvate teenuste ETTK	HK 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. Lepingupartnerite valikul eelistab rahastaja esimeses järjekorras ETTK'sid, teises	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 teenuse maht määratakse põhjendatud vajaduse hinnangute alusel piirkonna elanike arvu ja soolis-

Alammudel	Lepingupartnerid	Rahastamise alused
	<p>järjekorras iseseisvalt esmatasandi teenuseid osutavaid ühinguid, ning kolmandas järjekorras eriarstiabi ja statsionaarse õendusabi teenuseid osutavaid ühinguid.</p>	<p>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 – (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?; ...</p> <p>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. <i>(jätkub)</i></p>
<p>Laiendatud üldarstiabi ETTK</p>	<p>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 põhisena. Ämmaemandusabi, koduõenduse ja füsioteraapiateenuste rahastamine toimub samuti nimistupõhiselt. Nende rahastamise (piir)mahud lepitakse kokku nimistusse kuuluvate isikute arvust ja soolis-vanuselisest 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.</p>	<p>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. ETTK juhtimis- ja administreerimiskulude puhul on juhi tööjõu kulu arvutamise aluseks „muu kõrgharidusega spetsialisti brutopalk tunnis“ (metoodika pg 28) ning kliinilise assistendi tööjõu kulu arvutamise aluseks 80% üldarstiabi õe brutopalgast (metoodika pg 41). Selliste ETTK juhtimis- ja administreerimiskulude rahastamine tagatakse proportsioonis, mille ulatuses ETTK teenuspiirkonna elanikkonda teenindab. Aluseks on ETTK'sse koondunud perearstide nimistutes sisalduvate isikute osakaal kõigi piirkonnas tegutsevate perearstide nimistute isikute arvust. Näiteks</p>

Alammudel	Lepingupartnerid	Rahastamise alused
	<p>Lepingupartnerite valikul eelistab koduõenduse, iseseisva ämmaemandusabi ja esmatasandi füsioteraapia teenuse osas rahastaja esimeses järjekorras ETTK'sid, teises järjekorras iseseisvalt esmatasandi teenuseid osutavaid ühinguid. Seni, kuni ETTK'd ja iseseisvad koduõenduse ja ämmaemandusabi teenuseid osutavad ühingud ei suuda katta teenuspiirkonna elanike vajadusi, rahastatakse kolmandas järjekorras eriarstiabi ja statsionaarse õendusabi teenuseid osutavaid juriidilisi isikuid.</p>	<p>kui ühe ETTK'ga teenuspiirkonnas on ETTKsse koondunud 5 perearsti nimistutesse kuuluvate isikute koguarvuga 7500 ning eraldi tegutseb 1 perearst 1500 isikuga nimistus, siis rahastatakse 5/6 ETTK juhi ja kliinilise assistendi tööjõukuludest. Mitme ETTK'ga teenuspiirkondades vastutavad ETTK'd keskustesse mittelõimitud praksiste eest solidaarselt, st juhi ja assistendi tööjõukulud kaetakse igas ETTK's proportsioonis, milles kõik ETTK'd kokku hõlmavad teenuspiirkonna nimistutesse kuuluvad isikud. Juhul kui ETTKsse on koondunud 8 või enam nimistuga perearsti tagatakse juhi ja assistendi tööjõukulude rahastamine täies mahus.</p>
KOV piirkondlik ETTK	<p>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.</p> <p>Lepingupartnerite valikul eelistab rahastaja koduõenduse, iseseisva ämmaemandusabi ja esmatasandi füsioteraapia teenuse rahastamislepingute sõlmimisel esimeses järjekorras ETTK'sid, teises järjekorras iseseisvalt esmatasandi teenuseid osutavaid ühinguid.</p>	<p>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.</p>

9 KOKKUVÕTE: ETTK ORGANISATOORSE MUDELI NELI ALAMUDELIT

9.1 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.

9.1.1 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.

9.1.2 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.

9.1.3 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.

9.1.4 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.

9.1.5 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, füsioteraapiateenuse ja koduõendusabi teenuse puhul eelistatakse HVA haiglaid (eeldusel, et sellised haiglad on piirkonnas olemas) ning teises järjekorras viiakse läbi konkursid teistele teenuse pakkujatele (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 töökoha 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.

9.1.6 Mudeli tugevused ja võimalused

- ▶ Organisatoorses mõttes kõige lähedasem olemasolevale olukorrale, saab arendada süsteemi nõooksvalt 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 lõimumine kui järgmine etapp (on, keda lõimida).

9.1.7 Mudeli nõrkused ja ohud

- ▶ Nõrgemad organisatoorsed eeldused ühtse esmatasandi meeskonna moodustumiseks, patsiendi terviklikumaks käsitluseks 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.

9.2 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.

9.2.1 Esmatasandi tervisteenuse osutajad

Esmatasandi tervisteenuste osutajateks on esmatasandi tervisekeskuse tegevusloaga ühing, ning teenuseid iseseisvalt osutavad ühinged. Mudeli rakendamiseks on vajalik esmatasandi tervisekeskuse teenuse määratlemine 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).

9.2.2 Esmatasandi meeskonna suurus ja lõimitus

ETTK kui vastavat tegevusloaga ositava 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.

9.2.3 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, ämmaemandad, füsioterapeudid). ETTK võib tegutseda nii olemasoleva HVA haigla, õendushaigla, KOV sotsiaalteenuste hoonetes või hoonekompleksis, kui ka üksnes ETTK vajadusi rahuldavas hoonetes.

9.2.4 Teenuste territoriaalne kättesaadavus ja teenuspiirkonnad

Esmatasandi terviseteenused on kättesaadavad teenuspiirkonna keskuses asuvas ETTK's ning sellele kuuluvates filiaalides. Filiaalides on tagatud pereõe 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 „jäab üle“ vähemalt ühe miinimummahu meeskonnaga ETTK poolt osutatavate teenuste mahust.

9.2.5 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 teenuse maht 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 mittekatuvuse 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.

9.2.6 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 keskses, lisaks filiaalides).

9.2.7 Mudeli nõrkused ja ohud

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

9.3 Laiendatud üldarstiabi osutav ETTK

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

9.3.1 Esmatasandi terviseenuse 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.

9.3.2 Esmatasandi meeskonna suurus ja lõimitus

Laiendatud üldarstiabi teenust osutava ETTK meeskonna minimaalseks suuruseks on 3 perearsti, 3 pereõde, 1 füsioterapeut, 1 ämmaemandat ja 1 koduõde ning ETTK keskuse juhataja ja kliiniline assistent/registraator. Füsioterapeutid, koduõed, 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, koduviitide 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.

9.3.3 ETTK taristu, omanikud ja varad

ETTK ruumivajadus määratakse ETTK üldkasutatavate ruumide ning iga põhiteenuse osutamise töökohtade arvu alusel keskuses. 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 keskuses ja igas teenuspiirkonnas välja töötada konkreetne laiendatud ruumiprogramm täiendavate teenuste koondamiseks ETTK hoonesse (sh nt. apteek, hambaravi).

ETTK omanikud on keskuses 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'lega, on eelistatud ruumide rentimine. Motiveerimaks esmatasandi teenuste osutajaid investeerimaks taristusse, on vajalik pikaajaliste rendilepingute olemasolu. ETTK taristu võib paikneda samas hoones eriarstiabi või statsionaarset õendusabi osutava ühingu.

9.3.4 Teenuste territoriaalne kättesaadavus ja teenuspiirkonnad

Esmatasandi tervise teenused on kättesaadavad teenuspiirkonna keskuses asuvas ETTK's ning sellele kuuluvates filiaalides. Teenuspiirkonna mõiste on vaja õiguslikult määratleda – koosõlas 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 koosõlas 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 „jäab üle“ vähemalt ühe miinimummahus meeskonnaga ETTK poolt osutatavate teenuste mahust.

9.3.5 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 ühinguid. Seni, kuni ETTK'd ja iseseisvad koduõenduse ja ämmaemandusabi teenuseid osutavad ühingud ei suuda katta teenuspiirkonna elanike vajadusi, rahastatakse kolmandas järjekorras eriarstiabi ja statsionaarse õendusabi teenuseid osutavaid juriidilisi isikuid.

Teenuse rahastamine toimub perearstinimistute alusel, sarnaselt praeguse üldarstiabi teenuse rahastamisele. HK leping ETTK'ga kui üldarstiabi osutava äriühinguga on ühtne, kuid arvestus toimub sarnaselt kehtivale olukorrale perearstinimistute põhisenä. Ämmamandusabi, koduõenduse ja füsioteraapia teenuste rahastamine toimub samuti nimistupõhiselt. Nende rahastamise (piir)mahud lepatakse kokku nimistusse kuuluvate isikute arvust ja soolis-vanuselisest 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 füsioteraapia teenus.

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.

9.3.6 Mudeli tugevused ja võimalused

- ▶ Esmatasandi teenus on sisulise töö ja vastutuse mõttes lõimitud ja koordineeritud läbi perearstide, kes näevad kõige paremini inimeste esmatasandi teenuse reaalselt vajadust üksikindiviidist lähtuvalt.
- ▶ Tööjõu optimaalsem kasutus eriti maapiirkondades piiratud spetsialiseeritud tööjõu tingimustes
- ▶ Ruumide efektiivsem kasutus
- ▶ Töövahendite soetamismaksumus mahuefekti kaudu

- ▶ Füsioteraapia-, kodusõde- ja ämmaemandusabiteenus 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.

9.3.7 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.

9.4 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.

9.4.1 Esmatasandi tervisteenuse osutajad

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

9.4.2 Esmatasandi meeskonna suurus ja lõimitus

Laiendatud üldarstiabi teenust osutava ETTK meeskonna minimaalseks suuruseks on 3 perearsti, 3 pereõde, 1 füsioterapeut, 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.

9.4.3 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.

9.4.4 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).

9.4.5 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.

9.4.6 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.

9.4.7 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 ebaühtlase tulemuse Eestis tervikuna.

- ▶ Hetkel ei ole esmatasandi tervise teenuste 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 tervise teenuste 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.

10 KASUTATUD KIRJANDUS

- 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
- 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. VV määrus. Vastu võetud 02.04.2003 nr 105
- Health and Social Care Act 2012. Parliament of the United Kingdom. [<http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2012/7/contents>]. 29.01.2014
- Health Care Act (1326/2010). Ministry of Social Affairs and Health. Finland, 2010, 23 p. [<http://www.finlex.fi/en/laki/kaannokset/2010/en20101326.pdf>]. 10.01.2014

Health Care in Denmark. Ministry of Health and Prevention. 2008, 62 p.

[http://www.sum.dk/Aktuelt/Publikationer/~media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2008/UK_Healthcare_in_dk/pdf.ashx]. 25.01.2014

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

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

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

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

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

Koduõendusteenu 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

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.

NHS walk-in centres. NHS Choices.

[<http://www.nhs.uk/NHSEngland/AboutNHSservices/Emergencyandurgentcareservices/Pages/Walk-incentresSummary.aspx>] 28.01.2014

Occupational Health Care Act (1383/2001). Ministry of Social Affairs and Health. Finland, 2001, 12 p.

[<http://www.finlex.fi/en/laki/kaannokset/2001/en20011383.pdf>]. 23.01.2014

Olejaz, M., Juul Nielsen, A., Rudkjøbing, A., Okkels Birk, H., Krasnik, A., Hernández-Quevedo, C. Denmark: Health system review. – *Health Systems in Transition*, 2012, Vol. 14, No. 2, pp. 1–192.

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.

Primary Health Care Act (66/1972). Ministry of Social Affairs and Health. Finland, 1972, 17 p.
[<http://www.finlex.fi/en/laki/kaannokset/1972/en19720066.pdf>]. 14.01.2014

Primary Health Care. Ministry of Social Affairs and Health. Finland.
[http://www.stm.fi/en/social_and_health_services/health_services/primary_healthcare]. 29.01.2014

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

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

Roland, M., Guthrie, B., Thomé, D. C. Primary Medical Care in United Kingdom. –Journal of the American Board of Family Medicine, 2012, Vol. 25, pp. 6–11.

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., Themmas, E., Valgma, Ü. (2015): Uuring era- ja avalike teenuste ruumilise paiknemise ja kättesaadavuse tagamisest ja teenuste käsitlemisest maakonna-planeeringutes. Tartu: Tartu Ülikool.

Sundhedsloven. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2010
[<https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=130455#K13>]. 26.01.2014

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

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

Tervishoiuteenuste korraldamise seadus. Vastu võetud 09.05.2001

Terveyskeskusten vuodeosastohoito 2010. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2012, 79 s.
[http://www.thl.fi/tilastoliite/tilastoraportit/2012/Tr02_12.pdf] 28.01.2014

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

Vuorenkoski, L., Mladovsky, P., Mossialos, E. Finland: Health system review. – Health Systems in Transition, 2008, Vol. 10, No. 4, pp. 1–168.

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

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