

TARTU ÜLIKOOL

Sotsiaalteaduste valdkond

Johan Skytte poliitikauuringute instituut

Laura Kivilo

**Esmatasandi tervishoiuteenuste kättesaadavus keskmise suurusega valla  
perspektiivist Vastseliina valla näitel**

Bakalaureusetöö

Juhendaja: Kristina Muhhina, Ph.D.

Tartu 2016

Olen koostanud töö iseseisvalt. Kõik töö koostamisel kasutatud teiste autorite tööd, põhimõttelised seisukohad, kirjandusallikatest ja mujalt pärinevad andmed on viidatud.

Olen nõus oma töö avaldamisega Tartu Ülikooli digitaalarhiivis DSpace.

Laura Kivilo

## Sisukord

SISSEJUHATUS .....	4
1. EESTI TERVISHOIU SÜSTEEMI ÜLEVAADE.....	6
1.1. Esmatasandi tervishoiuteenused.....	8
1.2. Tervishoiu rahastamine .....	8
2. PROBLEEMI KIRJELDUS.....	11
3. TERVISHOIUSÜSTEEMI REFORM JA ESMATASANDI TERVISEKESKUSTE LOOMINE .....	15
3.1. Teiste riikide kogemused.....	16
3.2. Eesti tervishoiusüsteemi reform .....	18
4. ESMATASANDI TERVISEKESKUS (ETTK) KUI PEREARSTIABI KORRALDUSE ALTERNATIIV .....	20
4.1. Esmatasandi tervisekeskuste mudel ja alammudelid.....	21
5. JUHTUMIANALÜÜS .....	23
5.1. Metodoloogia.....	23
5.2. Juhtumi kirjeldus .....	24
5.3. Juhtumianalüüs kättesaadavuse kriteeriumite kontekstis .....	26
5.3.1. Patsiendikesksus .....	26
5.3.2. Kvalifitseeritud tervishoiutöötajate olemasolu .....	28
5.3.3. Apteegiteenuse kättesaadavus.....	29
6. POLIITIKASOOVITUSED.....	31
KOKKUVÕTE.....	34
SUMMARY .....	36
KASUTATUD ALLIKAD.....	38
LISA 1 Intervjuude skeemid .....	44

## SISSEJUHATUS

Esmatasandi tervishoidu peetakse üheks olulisemaks tervishoiusüsteemi osaks, sest nagu nimi juba ütleb, siis just esmatasandi tervishoid peaks olema inimese esimene kokkupuude tervishoiuga oma probleemide lahendamisel. Eestis on hetkel käimas esmatasandi tervishoiu ümberkorraldamine, mis muudab käesoleva bakalaureusetöö teema relevantseks.

Bakalaureusetöö eesmärgiks on anda ülevaade praeguse Eesti esmatasandi tervishoiu teenuste kättesaadavusest ja analüüsida sellega seonduvaid probleeme, hõlmates keskmise suurusega maa-asulatest koosnevat valda.

Maa-asula all mõeldakse käesolevas bakalaureusetöös alevikku või küla (Statistikaameti andmebaas. Arstiabi kättesaadavus). Keskmise suurusega vallaks loetakse valda, kus elanike arv jääb vahemikku 1500-3000 (Viks 2012, 7).

Bakalaureusetöö uurimuse keskmeks tõstatatakse küsimus, kuidas on võimalik parandada esmatasandi tervishoiu põhiteenuste kättesaadavust keskmise suurusega vallas. Täpsustavateks alaküsimusteks on:

1. Kuidas tagada keskmise suurusega valdade elanike võrdne juurdepääs perearsti ja –õe, koduse õendusabi, füsioteraapia ja ämmaemandusabi teenustele?
2. Kuidas leevendada kvalifitseeritud tervishoiutöötajate puudust maa-asulates?
3. Mil viisil suurendada juurdepääsu üldarstiabi teenusele perearstide töövälisel ajal?
4. Millised on tervishoiuteenustele parema geograafilise juurdepääsu tagamise viisid?
5. Kuidas tagada ühtlane apteegiteenuse kättesaadavus maa-asulates?

Bakalaureusetöö uurimisdisainina kasutatakse poliitikaanalüüsi, kuna niisugune meetod aitab analüüsida erinevaid poliitika alternatiive ning aitab valida eelissuunda ehk parimat varianti. Käesolevas töös on kasutusel lihtsam kuuest etapist koosnev poliitikaanalüüs, kuid kuues etapp ei leia käesolevas töös rakendust, sest töös ei pakuta välja relevantseid mõõdikuid, mille abil poliitika monitooringut läbi viia. Bakalaureusetöö eeskujuks on võetud Pattoni ja Sawicki (1993) poolt välja töötatud poliitikaanalüüsi teooria, mis koosneb järgmistest punktidest:

1. Probleemi kindlaks tegemisest (Patton & Sawicky 1993, 54).
2. Hindamiskriteeriumite määramisest (*ibid*, 57). Hindamiskriteeriumid, mis aitavad erinevad alternatiivsed lahendused pingeritta seada on elanike juurdepääs esmatasandi tervishoiuteenustele, kvalifitseeritud tervishoiutöötajate olemasolu, esmatasandi tervishoiuteenuste juurdepääs perearstide töövälisel ajal ning apteegiteenuse kättesaadavus.
3. Poliitikaalternatiivide väljaselgitamistest, mis tähendab poliitilist meedet, millega on võimalik osaliselt või täielikult lahendada olemasolev probleem (*ibid*, 58-59).
4. Alternatiivide hindamisest, mis sisaldab endas alternatiividele pandud ootusi ja nende täitmist (*ibid*, 60-61). Käesolevas töös viiakse siinkohal läbi juhtumianalüüs.
5. Alternatiivide pingereastamisest, mis tähendab alternatiivide esitamist kujul, mis annab otsustajale võimaluse hinnata alternatiive (*ibid*, 61-63).
6. Väljavalitud poliitika seirest, mis tähendab nõuannete andmist poliitika ellu viimiseks (*ibid*, 63-64).

Käesoleva bakalaureusetöö eesmärgiks ei ole läbi viia süstemaatilist poliitikaanalüüsi, vaid kaardistada esmatasandi tervishoiuteenuste kättesaadavuse probleemid ning juhtumisanalüüsi põhjal pakkuda välja mõningad võimalikud lahendused probleemide lahendamiseks.

Bakalaureusetöö koosneb kuuest peatükist ja nende alapeatükkidest. Esimeses peatükis antakse ülevaade Eesti tervishoiusüsteemist, sellega seotud institutsioonidest ning lühidalt süsteemi rahastamisest. Teises peatükis kirjeldatakse bakalaureusetöö probleemi ning tuakse välja uurimisküsimused. Kolmandas peatükis käsitletakse erinevate tervishoiureformide võimalusi, kirjeldatakse teistes riikides (Kanada, Portugal, Austraalia, Soome, endised NSVL-i riigid üldiselt) läbi viidud reforme ja Eestis käimasoleva tervishoiusüsteemi reformi ülevaatest. Neljas peatükk keskendub esmatasandi tervisekeskuste loomisele ning selle alammudelitele. Viidendaks peatükiks on juhtumianalüüs, kus antakse ülevaade juhtumianalüüsi metodoloogiast, üksikjuhtumist, milleks on Vastseliina vald, ning analüüsitakse üksikjuhtumit hindamiskriteeriumite kontekstis. Kuues peatükk sisaldab juhtumianalüüsist tulenevaid järeldusi ja poliitika soovitusi.

# 1. EESTI TERVISHOIU SÜSTEEMI ÜLEVAADE

Tervishoiusüsteemi eesmärgiks on aidata inimestel hoida ja parandada oma tervist. Tervishoiusüsteemid Euroopas põhinevad ühistel väärtustel, milleks on universaalsus, kvaliteetse ravi kättesaadavus, võrdsus ja solidaarsus (Euroopa Komisjon 2014, 2). Tugeva tervishoiusüsteemi tagab tugev tervisealane juhtimine ja poliitika (WHO 2008, 11).

„Eesti tervisesüsteem on üles ehitatud kohustuslikule solidaarsuse põhimõttest lähtuvale ravikindlustusele ja eraõiguslike teenuseosutajate poolt pakutavate teenuste üldisele kättesaadavusele“ (Koppel et al. 2008, 51). Tervishoiusüsteemi ja tervisepoliitikate juhtimine ning arendamine on Sotsiaalministeeriumi ja selle asutuste ülesandeks. Sotsiaalministeeriumi alla kuuluvad valitsusasutused on Terviseamet, Raviamet, Tööinspeksioon ja Sotsiaalkindlustusamet ning riigiasutused on Tervise Arengu Instituut ja Astangu Kutserehabilitatsiooni Keskus (Sotsiaalministeeriumi põhimäärus).

Sotsiaalministeeriumil on 3 tervisega seotud osakonda, milleks on:

- Rahvatervise osakond, mille peamisteks ülesanneteks on kodanikele tervisliku elukeskkonna tagamine, haiguste ennetamine ja tervisepoliitika kujundamine (Rahvatervise osakonna põhimäärus).
- Ravimiosakond, mis vastutab ravimite, meditsiiniseadmete ja veretoodete koordineerimise ja arengu eest (Ravimiosakonna põhimäärus).
- Tervisesüsteemi arendamise osakond, mille põhiülesanneteks on tervishoiupoliitika kavandamine ja elluviimine, tervishoiuteenuste kättesaadavuse, kvaliteedi ja ohutuse tagamine (Tervisesüsteemi arendamise osakonna põhimäärus).

Institutsioon	Ülesanded
Terviseamet	Nakkushaiguste seire ja leviku tõkestamine; terviseohutuse järelevalve; kiirabi tegevuse korraldamine; tervishoiuteenuse osutajatele tegevuslubade väljastamine; tervishoiutöötajate registreerimine; pädevuse piires esmatasandi arstiabi

	korraldamine
Ravimiamet	Vastutab Eestis kasutatavate ravimite toimivuse, ohutuse ja kvaliteedi eest; annab ravimitele müügilubasid; jälgib ravimite liikumist üle Eesti piiri; teostab inimeste ravis kasutatavate rakkude, kudede ja organite järelvalvet
Tervise Arengu Instituut	Pakub üleriigilist teavet Eesti rahvastiku tervise kohta; jagab terviseteadmisi; korraldab tervise- ja sotsiaalteenuseid; rahva tervise hoidmine ja edendamine; tervisepoliitika nõustamine ja mõjutamine

**Tabel 1.** Sotsiaalministeeriumi tähtsamad hallatavad institutsioonid ja nende ülesanded (autori koostatud Tervisemati põhimääruse; Terviseameti kodulehe; Ravimiameti kodulehe; Tervise Arengu Instituudi kodulehe; Piiriüleste tervishoiuteenuste riiklik kontaktpunkt. Eesti tervisesüsteemi kirjelduse põhjal).

Lisaks Sotsiaalministeeriumile on tervishoiusüsteemi oluliseks osaks avalik-õiguslik juriidiline isik Eesti Haigekassa. Eesti Haigekassa ülesandeks on korraldada ravikindlustust, osaleda tervishoiu planeerimisel, lepingute sõlmimine tervishoiuteenuste osutajatega, nõustamine ravikindlustusega seotud küsimustes ja kontrollida Eesti Haigekassa poolt tasutavate teenuste kvaliteeti (Eesti Haigekassa seadus).

Eesti tervishoiusüsteemi üldisemateks osadeks on üldarstiabi, eriarstiabi, kiirabi, õendusabi ja ämmaemandusabi (Tervishoiuteenuste korraldamise seadus).

Tervishoiuteenuste korraldamise seaduse kohaselt on kiirabi teenus, mida antakse eluohtliku olukorra diagnoosimiseks ja raviks ning vajadusel abivajaja transportimiseks haiglasse ning kiirabi esmaseks ülesandeks on anda abivajajale erakorralist abi ning vajadusel transportida isik haiglasse. Eriarstiabi on teenus, mida osutavad eriarst või hambaarst koos temaga töötavate tervishoiutöötajatega (Tervishoiuteenuste korraldamise seadus). Eriarstide ülesandeks on pakkuda patsiendile selliseid teenuseid, mis ei leia lahendust perearsti juures ning vajavad täpsemaid uuringuid (Eesti Haigekassa koduleht. Arsti- ja õendusabi). Õendusabi all mõeldakse teenust, mida osutavad õde ja ämmaemand koos pere- või eriarstiga või iseseisvalt

(Tervishoiuteenuste korraldamise seadus). Õendusabi eesmärgiks on patsiendile võimalikult hea elukvaliteedi ja toimetuleku tagamine ning enamasti vajavad õendusabi vanurid (Eesti Haigekassa koduleht. Arsti- ja õendusabi). Ämmaemandusabi on teenus, mida osutab ämmaemand kas iseseisvalt või koos pere- või eriarstiga (Tervishoiuteenuste korraldamise seadus). Ämmaemandusabi esmasteks ülesanneteks on pakkuda hooldust kogu naise viljaka perioodi vältel, jälgida ja toetada emaduseks valmistumist ja lapsevanemaks olemist (Eesti Haigekassa koduleht. Arsti- ja õendusabi).

### **1.1. Esmatasandi tervishoiuteenused**

Enne Esmatasandi tervishoiu arengukava 2009–2015 (edaspidi ETA) koostamist ei kasutatud Eesti õigusruumis sellist terminit nagu esmatasand. Esmatasandi all mõeldakse üldarstiabi (ETA 2009, 6). Esmatasandi tervishoid on esmavajalike ambulatoorsete teenuste kogum, mis peaks olema inimese jaoks esmane kokkupuude tervishoiuga ning kättesaadav igale kodanikule tema elukohajärgselt (*ibid*, 3).

Esmatasandi tervishoiuteenustena käsitletakse üldarstiabi teenuseid, milleks on perearsti- ja õe teenused, kodune õendusabi teenus, füsioteraapiateenus, ämmaemandusabi teenus, koolitervishoiu teenus, apteegi teenus, töötervishoiu teenus, hambaravi teenus, vaimse tervise õe teenus, millest põhiteenuste hulka kuuluvad esimesed neli (*ibid*, 3).

Esmatasandi tervishoiu teenuseid osutab perearst koos temaga koos töötavate tervishoiutöötajatega vastavalt perearsti nimistule, kuhu kuuluvad perearsti teenindamisele kuuluvad isikud (Tervishoiuteenuste korraldamise seadus).

### **1.2. Tervishoiu rahastamine**

Eestis loodi pärast iseseisvuse taastamist ühe rahastajaga süsteem, kelleks on Eesti Haigekassa (Evetovits et al. 2010, 3). Selline süsteem, kus toimub keskne tulude kogumine suurendab ja lihtsustab ravikindlustusvahendite kasutust ning parandab üld- ja eriarstiabi kättesaadavust ja muudab selle võrdsemaks kõigile kindlustatutele.

Vahendid Eesti tervishoiusüsteemi rahastamiseks laekuvad läbi riigieelarve peamiselt kodanikele kohustuslikust sotsiaalmaksu kaudu. Tööandja maksab iga töölise

brutopalgast 33% sotsiaalkindlustusmaksu, millest 20% läheb riiklikku pensionikindlustusse ja 13% läheb ravikindlustusse (Sotsiaalmaksuseadus). See moodustab kaks kolmandikku tervishoiu kuludest, ülejäänud raha tuleb mujalt riigieelarvest (ligi kümnendik), linna- või vallaeelarvest ning veerandi moodustab patsiendi omaosalus (Tervishoiuteenuste korraldamise seadus; Evetovits et al. 2010, 2).

Tervishoiu teenuste korraldamise seaduse kohaselt rahastatakse riigieelarvest:

- Sotsiaalministeeriumi kaudu kiirabi osutamist, riiklikuid tervishoiuprogramme, ravikindlustuseta isikute vältimatut abi;
- Justiitsministeeriumi kaudu kinnipeetavate tervishoiuteenuste osutamist, kohtuarstlikku ekspertiisi, vangistuse asemel määratud 9-kuulist sõltuvusravi;
- Kaitseministeeriumi kaudu tervishoiuteenuste osutamist Kaitseministeeriumi valitsemisalas, kaitseväekõlblikkuse astme määramist arstlikes komisjonides, investeringuid kaitseväge meditsiinikeskuste ehitamiseks ja renoveerimiseks.

Valla- või linnaeelarvest rahastatakse tervishoiukulusid vastavalt otsustele ja patsiendi poolt Tervishoiuteenuste korraldamise seaduses § 52 ja §53 sätestamata juhtudel (Tervishoiuteenuste korraldamise seadus).

Eesti tervishoiusüsteemi rahastamise tugevustena on rahvusvahelisel tasandil tunnustatud läbipaistvust, pidevat arendamist ja madalaid tegevuskulusid, aga nõrkusteks on tervishoiukulude madal protsent riigi sisemajanduse koguproduktist (SKP) ja liiga vähene riigipoolne toetus, mis võib tulevikus osutada probleemiks (Evetovits et al. 2010, 3).

Esmatasandi tervishoiuteenuseid rahastatakse riigieelarves ettenähtud vahenditest ning selle tasumise kohustuse on endale võtnud Eesti Haigekassa ja ravikindlustuseta isikud tasuvad oma üldarstiabi eest ise (Tervishoiuteenuste korraldamise seadus). Perearsti rahastamissüsteem koosneb kindlustatud isiku pearahast, baasrahast, lisatasust, uuringfondist, kaugusetasust ja kvaliteeditasust (Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetelu; Riigikontroll 2011, 7).

- Pearaha – tasu, mida Eesti Haigekassa maksab perearstile perearsti nimistus olevale kindlustatud isikule tervishoiuteenuste osutamise jaoks (Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetelu).
- Baasraha – tasu, mida makstakse Eesti Haigekassa poolt perearstile, kelle nimistu on kinnitatud maavanema poolt (Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetelu; Tervishoiuteenuste korraldamise seadus).

- Lisatasu – tasu, mida maksab Eesti Haigekassa juhul, kui kinnitatud nimistuga töötava perearsti tegevuskoht asub lähimast haiglast 20-40 km kaugusel või kaugemal kui 40 km (kaugusetasu), kui perearsti nimistut teenindab täiskohaga teine pereõde, perearstil on tulemuslik töö haiguste ennetamises ja krooniliste haigete jälgimises, perearstil on erialane lisapädevus (kvaliteeditasu) (Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetelu).
- Uuringufond, mille eest ostab perearst teenuseid ja uuringuid, mida pole ettenähtud pearahas (Riigikontroll 2011, 9).

## 2. PROBLEEMI KIRJELDUS

Bakalaureusetöö eesmärgiks on analüüsida praeguse Eesti esmatasandi tervishoiu teenuste kättesaadavusega seonduvaid probleeme keskmise suurusega vallas, mis koosneb maa-asulatest. Kuna bakalaureusetöö sisaldab juhtumianalüüsi Vastseliina valla näitel, siis on läbi töötatud Vastseliina ja naabervaldade Misso, Haanja ja Rõuge terviseprofiilid, mis ilmestavad „Esmatasandi tervishoiu arengukava aastateks 2009-2015“ välja toodud probleeme.

Kättesaadavuse all mõistab autor võrdset ligipääsetavust esmatasandi tervishoiuteenustele, kättesaadavust tulenevalt tööjõu olemasolust, kättesaadavust tulenevalt perearstikeskuse lahtiolekuaegadest ja esmatasandi tervishoiuteenuste kättesaadavust tulenevalt geograafilisest asukohast (nt kaugust perearstikeskusest) ning apteegiteenuse kättesaadavust.

„Esmatasandi tervishoiu arengukava aastateks 2009- 2015“ toob välja, et kättesaadavuse osas on peamisteks probleemideks esmatasandi tervishoiu piirdumine ainult perearsti ja -õe teenustega, mis ei vasta elanikkonna ootustele ega vajadustele (ETA 2009, 5). See tuleneb elanikkonna vananemisest ning sellega seoses suurenevast koormusest perearstidele ja vajadusest eriarstide olemasolule. See probleem on iseloomulik maa-asulates, kus on väiksemad nimistud ja seega ka rahastus väiksem, mis tõttu ei olegi rahalisi vahendeid rohkemate tervishoiutöötajate palkamiseks (Riigikontroll 2011, 36). Näiteks Rõuge vallas on lisaks perearsti- ja õe teenustele võimalik kasutada ka massaaži- ja maniküüripediküüriteenust ning koduõendusteenust („Rõuge valla terviseprofiil“ 2014, 49). Samas aga Misso ja Haanja vallas piirdub perearstiteenus perearsti ja -õe poolt pakutavate teenustega ning Misso vallas pakutakse 2 korda aastas massööri teenuseid („Misso valla terviseprofiil. Tegevuskava 2011-2015“ 2011, 32; „Haanja valla terviseprofiil 2010-2018“ 2010, 42). Ääreala jaoks võib olla see saatuslik, sest elanikkond on vananev ning teenused peaksid olema mitmekesisemad, et muuta piirkonda atraktiivsemaks ka noorte inimeste jaoks.

Puudus on kvalifitseeritud tööjõust ning see vähendab teenuste kvaliteeti keskustest eemale jäävatel äärealadel (ETA 2009, 5). Lisaks on äärealadel paiknevate ja teiste suuremate keskustest eemale jäävate asulate probleemiks uute perearstide ja -õdede leidmine ja asendamine. Põhjusena on toodud välja, et äärealad ning kaugus

keskustest ei ole töökohana atraktiivne (ETA 2009, 6). Seda näitab ka asjaolu, et perearstide keskmine vanus Võrumaal jääb vanusesse 51–61 aastat (Terviseamet 2015, 1).

Esmatasandi tervishoiu teenuste alla kuuluvate teenuste (nt kodune õendusabi, füsioteraapia) puhul tuuakse välja ebapiisav ja –ühtlane kättesaadavus, mis ravi vajava inimese jaoks tähendab, et ravi ei pruugi olla järjepidev ning võib mõjuda halvasti lõpptulemusele. Samuti tuuakse välja, et perearstide töövälisel ajal on erakorraliste haigestumiste puhul üldarsti abi raskesti kättesaadav, kuigi juhtub võib sisult olla esmatasandil ravitav (ETA 2009, 5). Statistikaameti andmete põhjal ei saanud Lõuna-Eestis 2015. aastal vajadusel abi 2,4% perearsti poole pöördunud 16-aastatest ja vanematest. Maa-asulas on see protsent 3,1 (Statistikaameti andmebaas. Arstiabi kättesaadavus).

Probleemina nähakse ka perearstiabi kättesaadavust perearsti töövälisel ajal (ETA 2009, 8). Perearsti tööaeg peab olema 20 tundi nädalas ning tööpäeviti vahemikus 8.00-18.00 (Perearsti ja temaga koos töötavaate tervishoiutöötajate tööjuhend). Praegusel juhul pöörduvad elanikud õhtustel aegadel ja nädalavahetustel lähima haigla erakorralise meditsiini osakonda või kutsuvad kiirabi ning sageli on need seisundid, mis peaksid kuuluma perearsti pädevuste alla (ETA 2009, 8).

Ravikindlustatud isikutele on tagatud rahaline kättesaadavus ilma omaosaluseta, kusjuures visiiditasu võib perearst ja -õde võtta ainult koduviisi eest. Kuid probleemideks on esmatasandi teenuste halb kättesaadavus ravikindlustamata isikutele, kes moodustavad umbes 6% elanikkonnast ning kellele on tagatud ainult vältimatu abi ning mõningates omavalitsuses ka esmatasandi tervishoiuteenused (Eesti Patsientide Esindusühing; Arstiabi Eestis; ETA 2009, 10). Misso vald on lahendanud ravikindlustuseta isikute probleemi, tasudes nende arstiabi kulud perearsti poolt esitatud arvete alusel, mis teeb teenuste kättesaadavuse oluliselt võrdsemaks („Misso valla terviseprofiil. Tegevuskava 2011-2015“ 2011, 32). Sarnaselt on olukorra lahendanud ka Rõuge vald. Mittetöötavate kodanike esmatasandi tervishoiuteenuste kulud tasub vald perearsti poolt esitatud arvete alusel („Rõuge valla terviseprofiil“ 2014, 49). Käesoleva bakalaureusetöö uurimisküsimustes ei kajastu ravikindlustamata isikutega seotud küsimused, sest ravikindlustamata isikute protsent Võrumaal on madal ning autor ei näe vajadust selle uurimiseks.

<b>Maakond</b>	<b>Elanike arv</b>	<b>Kindlustamata isikute arv</b>	<b>Kindlustamata isikute % elanikkonnast</b>
Võrumaa	33 172	1329	4%

**Tabel 2.** Võrumaa ravikindlustamata elanikud (autori koostatud Statistikaameti andmebaasi rahvastiku ja ravikindlustatud isikute andmete põhjal)

Probleeme on mitmeerakorralise transporditeenuse kättesaadavusega ning maa-asulates on apteegiteenus ebaühtlaselt kättesaadav ning arendamiseks puuduvad vahendid (ETA 2009, 5). Haanja valla suurimaks probleemiks saab nimetada apteegiteenuse puudumist keskuses. 21. märtsi 2016. aasta seisuga sulges oma ukseid Misso apteek, mis tähendab, et apteegiteenus puudub nüüd ka Misso vallas (Misso valla koduleht).

Probleemiks on erinevate piirkondade perearstide ebavõrdne võime investeerida kohalikku taristusse ning maa-asulates on probleemiks ka hajaasustus, mis raskendab teenuste kättesaadavust. Kui praeguse trendi järgi julgustatakse perearste koonduma grupipraksistesse, siis maa-asulates ei pruugi see olla kõige otstarbekam teenuste kättesaadavuse vaatepunktist (ETA 2009, 7).

Kokkuvõtteks on maa-asulates mitmeid kitsaskohti, mis puudutab tervishoiuteenuseid. Esimese probleemina tooksin välja, et esmatasandi tervishoid piirdub ainult perearsti- ja õe teenusega, mis ei rahulda järjest vananeva rahvastiku olukorda. Teiseks probleemiks on puudus kvalifitseeritud tööjõust, mis vähendab teenuste kättesaadavust. Kolmandaks on esmatasandi tervishoiuteenuste kättesaadavus ebaühtlane ja –piisav. See väljendub selles, et esmatasandi arstiabi on väljaspool vastuvõtuaega raskesti kättesaadav ning mõjutab ravi lõpptulemust. Neljandaks probleemiks on ravikindlustamata isikute esmatasandi tervishoiuteenuste halb rahaline kättesaadavus. Viienda probleemina tooksin välja apteegiteenuse ebaühtlase kättesaadavuse maa-asulates ja selle teenuse arendamiseks puuduvad vajalikud vahendid. Viimaseks probleemiks on perearstide ebavõrdne võime panustada kohalikku taristusse, mis tähendab, et hajaasustuse korral on perearstiabi raskemini kättesaadav.

Bakalaureusetöö keskseks uurimisküsimuseks on kuidas on võimalik parandada esmatasandi tervishoiu põhiteenuste kättesaadavust keskmise suurusega vallas ning täpsustavate alaküsimusteks on kuidas tagada keskmise suurusega valdade elanike võrdne juurdepääs perearsti ja –õe, koduse õendusabi, füsioteraapia ja ämmaemandusabi teenustele; kuidas leevendada kvalifitseeritud tervishoiutöötajate

puudust maa-asulates; millisel viisil suurendada juurdepääsu üldarstiabi teenusele perearstide töövälisel ajal; millised on tervishoiuteenustele parema geograafilise juurdepääsu tagamise viisid ning kuidas tagada ühtlane apteegi teenuse kättesaadavus maa-asulates.

### 3. TERVISHOIUSÜSTEEMI REFORM JA ESMATASANDI TERVISEKESKUSTE LOOMINE

Maailma Terviseorganisatsioon jagab oma maailma tervise raportis *Primary Care – Now More Than Ever* esmatasandi tervishoiu reformid nelja gruppi:

Reform	Eesmärk
Kõikehaarava ulatusega reform	Parandada tervise erapooletust, sotsiaalsel õiglusel ning liikuda universaalse kättesaadavuse poole.
Teenuse osutamise reform	Teha tervishoiusüsteemid patsiendikeskseks ning ümber organiseerida, et teenused vastaksid inimeste vajadustele ja ootustele.
Juhtimise reform	Muuta terviseiga seotud ametivõimude usaldusväärsemaks.
Avaliku poliitika reform	Edendada ning kaitsta kogukonna tervist.

**Tabel 3.** Tervishoiu reformid (autori poolt koostatud WHO. *Primary Care – Now More Than Ever* 2008, 16 põhjal)

Antud raporti põhjal on Eestis toimuv tervishoiu teenuste reform seotud teenuste osutamisega ning süsteemi muutmisega patsiendikesksemaks. Eesti rahvastik on vananev ning seega suureneb krooniliste ehk pidevat jälgimist vajavate haiguste esinemine ning nende raviga on kõige mõistlikum tegeleda esiti perearstil.

Piirkonna tüüp	Elanike arv	Vanemate kui 63. aastaste elanike arv	Vanemate kui 63. aastaste elanike %
Maa-asula	413 121	82 993	20%

**Tabel 4.** Maa-asulate elanike arv (autori poolt koostatud Statistikaameti andmebaasi rahvaarvu ja rahvastiku koosseisu koospõhjal)

Pikemas perspektiivis on näha statsionaarse ravi vähenemist ning päevaravi osakaalu suurenemist. Sellega muutub esmatasandi tervishoiuteenuste roll üha tähtsamaks. Eesmärgiks on seatud läbi tervisekeskuste esmatasandi tervishoiu tugevdamine (RAKE 2015a, 5).

Et tervishoiuteenused oleksid kõigile võrdselt kättesaadavad, tuleb luua toimiv perearstide võrgustik; tervisekeskuste võrgustik, mis lähtuks tõmbekeskustest; lahendada tervisekindlustuseta isikute probleemid teenuste rahastamise näol; perearstiabi muuta kättesaadavamaks ka õhtustel aegadel ja puhkepäevadel; julgustada tervishoiutöötajaid töötama ka äärealadel ja keskustekst kaugemale jäävates asulates ning arendada mitteerakorralist transpordi süsteemi (Aaviksoo et al. 2008, 6). Tervisekeskused parandavad tervishoiuteenuste kättesaadavust läbi asjaolu, et patsient satub oma tervisemurega kohe õigesse kohta, tervisekeskuste ruumide kaasajastamine tagab võimaluse kvaliteetsemate tervishoiuteenuste osutamiseks, suureneb tervishoiuteenuste valik ning paraneb erinevate üksuste koostöö („Esmatasandi tervishoiuteenuste geograafilise kättesaadavuse vajaduse hindamine ja esmatasandi tervishoiuteenuste optimaalse korralduse mudeli loomine“ 2015, 20).

### **3.1. Teiste riikide kogemused**

Järgnevalt antakse ülevaade välismaal läbi viidud sarnastest esmatasandi tervishoiu reformidest. Artiklite otsinguks on kasutatud EBSCO andmebaasi. Otsinguks kasutati fraase „primary health care reform“, „primary health care system“ ja „access“. Leitud materjalist jäeti välja arengumaades läbi viidud uuringud ja enne 2000. aastat läbi viidud uuringud.

Kuna Eestis asetleidvaks reformiks on esmatasandi tervishoiuteenuste pakkujate koondumise ühistesse keskustesse, siis selle heaks näiteks on Kanada. Tulenevalt esmatasandi tervishoiu süsteemi kriisist on Kanadas välja töötatud mitmeid erinevaid reformi mudeleid, vaatluse all on 2005. aastal rakendatud peretervise meeskondade mudel (*family health team model*) (Colwill et al. 2011, 165). Traditsioonilised olemasolevad esmatasandi mudelid muudeti ümber multiprofessionaalseteks mudeliteks, kus lisaks perearstidele pakuvad teenuseid ka pereõed, apteekrid, sotsiaaltöötajad ja teised tervishoiutöötajad (Conn et al. 2009, 152). Multiprofesionaalse mudeli eesmärgiks on pakkuda patsiendi keskset ravi, mille kohaselt perearst on vastutav patsiendile kogu ravivõimaluste pakkumise eest ja ravi kvaliteet ning ohutus on esmatasandi ravi kõrge kvaliteedi tunnusteks (Colwill et al. 2011, 167). Uuringute tulemused näitavad, et tervishoiuteenuste pakkujad, kes töötavad üksteisele parajalt lähedal, on rohkem interaktiivsemad ja töötavad paremini meeskonnas (Conn et al.

2009, 161). Lisaks on patsientide heaolu tõusnud, sest spetsialistide meeskondadesse koondumine tähendab paremat haiguse ohjamist arstide poolt (Colwill et al. 2011, 170). Sarnaselt Kanadas loodud peretervise meeskondadele loodi Portugalis 2005. aastal läbi viidud reformi käigus peretervise üksused (*family health unit*) ning olemasolev süsteem organiseeriti ümber ja tervishoiuteenuseid hakati pakkuma nimistu põhiselt (Redondo et al. 2014, 5).

Spetsialistide koondumine ühistesse keskustesse toimus ka Austraalias. Poliitika nägi ette, et üle Austraalia luuakse üle 60 superkliiniku, mis hoiaksid inimesed tervena, mitte ei aitaks ainult haiguse korral (Australian Government. Department of Health). Esmatasandi superkliinikute eesmärgiks on suurem fookus krooniliste haigustega võitlemisel, mugavuse suurendamine patsientide jaoks pannes kõik spetsialistid ühte keskusesse ja haiglate koormuse vähendamine (van Gool 2008, 1).

Soomes pakutakse tervishoiuteenuseid erinevatest süsteemidest lähtuvalt. Olemasolevad süsteemid on kohalike omavalitsuste süsteem, töötervishoiusüsteem ja eratervishoiusüsteem (Chydenius et al. 2016, 228). Töötavatel kodanikel on võimalik valida nende süsteemide vahel ning seetõttu ongi enamus inimesi valinud töötervishoiusüsteemi ning kõige vähem on valitud eratervishoiusüsteemi (Vuorenkoski et al. 2008, 1). Soomes pakutakse esmatasandi tervishoiuteenuseid kohalike omavalitsuste tervisekeskustes (Holmberg-Marttila et al. 2014, 2). Tervisekeskus on organisatsioon, mis pakub esmatasandi tervishoiuteenuseid oma elanikkonnale, kuid see ei pea ilmingimata olema üks hoone, vaid teenuseid saab pakkuda erinevates kohtades (Vuorenkoski et al. 2008, 105). Soome puhul jääb silma elaniku suur valikuvõimalus, mida Eesti kodanikul ei ole. Inimene saaks ise otsustada, millise süsteemi järgi ta teenust tarbida tahaks. Sarnasuseks on tervisekeskuse mõiste, mida Eesti kontekstis mõtestatakse sarnaselt.

Oluliseks osaks on anda lühike ülevaade endiste Nõukogude Liidu riikide esmatasandi tervishoiu taastamisest pärast Nõukogude Liidu lagunemist 1991. aastal. Taasiseseisvunud riikides valitses enamasti tsentraliseeritud ja hierarhiliselt organiseeritud süsteem, kus teenuseid pakuti äärealadel kliinikutes ja velskripunktides ning linnades polikliinikutes (Kühlbrandt 2014, 111). 1990. aastate alguses oli ravi mitmetes riikides väga raskesti kättesaadav, näiteks Valgevenes, Gruusias ja Armeenias, kus oli aset leidnud raske majanduse kokkuvarisemine ning isegi relvastatud konfliktid, oli võimatu abi saada ning kui isegi oli võimalik, siis maksti selle eest oma viimsed hoiused tühjaks (Balabanova et al. 2012, 843). Lisaks rahalisele kättesaadavusele on

probleeme ka geograafilise kättesaadavusega. Kuna äärealastel kliinikutes pakutakse ainult esmatasandi tervishoiuteenuste hulka kuuluvaid teenuseid, siis tuleb juhtudel, mis vajavad spetsialisti abi sõita polikliinikutesse, mis asuvad suuremates asulates või linnades ning kus lisaks esmatasandi tervishoiuteenuste pakkujatele on võimalik saada ka spetsialisti abi koos laboriteenustega (Kühlbrandt 2014, 116). Seega hakati mõtlema rohkem detsentraliseeritud ja paremini jaotatud ressurssidega esmatasandi tervishoiusüsteemile (Belli 2001, 27).

Reformide üleüldisteks eesmärkideks oli vähendada spetsialistide ja haiglate tööd, suurendada tehnilist efektiivsust, võimaldada paremat kättesaadavust ja parandada erapooletust tervisesüsteemide korraldamisel (Kühlbrandt 2014, 113). Reformide oluliseks osaks on õpetada pidevalt välja uusi perearste, mis loob aluse jätkusuutlikule esmatasandi tervishoiusüsteemile ja toob häid tulemusi tervele tervishoiusektorile (Belli 2001, 33). Kättesaadavuse osas on oluliseks aspektiks taskukohasus, seega oli tervisesüsteemi reformi oluliseks osaks rahastamine. Enamus riike kehtestas tervisekindlustussüsteemi, mida rahastati valitsuse ja maksudega ning see aitas tuua arstiabi kodanikele lähemale (*ibid*, 29).

Endistes Nõukogude Liidu riikides toimunud reformid saab laias laastus jaotada kolmeks: riigid (Eesti, Tšehhi, Poola), kes olid pühendunud reformijad ja rakendati laiaulatuslik tervisereform; riigid (Ukraina, Sloveenia, Bulgaaria), kes reformisid tervishoidu minimaalselt ja ainult siis, kui see muutus vajalikuks, ning nende kahe grupi vahele jäid enamused endisi Nõukogude Liidu riike, kes muutsid osasid oma tervishoiusüsteemist, aga tähtsamad aspektid jäid puutumata (*ibid*, 29).

### **3.2. Eesti tervishoiusüsteemi reform**

Eestis on järjest süvenevaks probleemiks vananev elanikkond ja selle eest hoolitsemine ning krooniliste haiguste leviku suurenemine (Kahur et al. 2008, 263). Need tegevused nõuavad järjest rohkem ressursse – nii raha kui ka tervishoiutöötajate näol. Krooniliste haigete ja vanuritega peaks esmajärjekorras tegelema perearst. Praeguse süsteemi tugevusteks on suur perearstiroll haigete ravimises ja laia teenusevalikuga esmatasandi arstiabi koos lühikeste ooteaegade ja omaosaluseta (*ibid*, 266).

Siiski leitakse, et teenuste kättesaadavuse osas oleks vaja kogu tervishoiusüsteem optimeerida ning muuta teenuste pakkumine patsiendikeskseks ja suurendada esmatasandi arstiabi rolli lisades sinna juurde õendus- ja taastusraviteenuseid (*ibid*, 267). Lisaks kättesaadavusele on vaja arstiabi pakkumist muuta järjepidevamaks ning tuua kõrge kvaliteediga teenused patsientidele lähemale (*ibid*, 267).

Esmatasandi tervishoiuteenuste reform seisneb ühtse taristu loomisel, et muuta kõik teenused inimese jaoks mugavamaks ning tuua ühte kohta (Esmatasandi tervisekeskuste kaasajastamine). Selline tegevus muudab teenuste pakkumise rohkem patsiendikeskseks ning muudab teenuste tarbimise lihtsamaks, sest kõik asub ühes kohas. Samuti muudab tervisekeskuste loomine patsiendi ravi järjepidevamaks ning tulemuslikumaks, kuna ka teised tervishoiuteenuse pakkujad (füsioterapeut, ämmaemand, hambaarst) asuvad samal taristul.

Käesolevas töös mõeldakse tervisekeskuse all ühtse taristu ja kindla territooriumiga esmatasandi tervishoiuteenuseid osutav meeskond („Esmatasandi tervishoiu arengukava aastateks 2009-2015“ 2009, 4). Esmatasandi tervisekeskus asub tõmbekeskuses ning tervisekeskuse ülesandeks on tagada oma tõmbepiirkonna elanikele esmatasandi põhiteenused (*ibid*, 4) Tervisekeskuses peavad esindatud olema vähemalt üldarstiabi teenus vähemalt kolme nimistuga perearsti poolt vähemalt 4500 isikule või vähemalt kuue nimistuga vähemalt 9000 isikule (kui keskus asub Tallinnas, Tartus, Pärnus, Narvas või Kohtla-Järvel), õendusabi teenus vähemalt koduõendusteenusena, ämmaemandusabi teenus, füsioteraapia teenus (Esmatasandi tervisekeskuste kaasajastamine).

#### **4. ESMATASANDI TERVISEKESKUS (ETTK) KUI PEREARSTIABI KORRALDUSE ALTERNATIIV**

Reformides esmatasandi tervishoidu peab olema teadlik mitmetest aspektidest, näiteks kas olemasolev süsteem koos seadusandliku, rahastamise ja organisatoorse poolega ning traditsioonidega soodustavad uute poliitika suundade rakendamist, ning nendest aspektidest ülevaatamise korral parandatakse ainult ligikaudu 10% olemasolevast süsteemist (Gauld 2011, 386).

2008. aastal tuli Maailma Terviseorganisatsioon välja esmatasandi tervisehoiu neljapunktise raamistikuga, mis hõlmab esmatasandi tervishoiu universaalset reformi tagamaks tervislik võrdsus koos kaasatuse ja sotsiaalse võrdsusega; esmatasandi tervishoiuteenuste ümberkorraldamise reformi; rahvatervise ja tervise edendamise populariseerimise reformi ning juhtimisreformi, mille kohaselt peaks hakkama toimima vastastikune dialoog süsteemi ja rahastajate vahel (*ibid*, 386). Eesti puhul on praegu töös esmatasandi tervishoiuteenuste ümberkorraldamise reform, mis näeb ette spetsialistide koondumist ühisesse keskusesse, nagu on ka eelnevates peatükkides märgitud.

Esmatasandi tervisekeskuse eesmärk on ühise tiheda võrgustiku põhjal luua teenuste parem kättesaadavus, koordineeritus ja koostöö. Selle saavutamisel on suur roll perearstil ja temaga koos töötaval meeskonnal, kes peavad inimeste vajadustele ja ootustele vastavaid tervishoiuteenuseid ja raviprotsessi tagama. Selline võrgustikupõhine tegutsemisvorm sobib, kui elanikkond paikneb tõmbekeskustes (ETA 2009, 3-4).

Tervisekeskuste rajamine on kerkinud päevakorda, sest seoses linnastumisega muutub esmatasandi tervishoiuteenuste kättesaadavus maa-asulates järjest raskemaks ning seal asuvad perearsti üksikpraksised ei suuda tagada kättesaadavat ja kvaliteetset teenust (Sotsiaalministeerium 2014, lisa1). Seetõttu julgustatakse kättesaadavuse tagamiseks perearste liituma suurematesse praksistesse ehk tervisekeskustesse, kus oleks esindatud rohkem perearste ja temaga koostöötavaid tervishoiutöötajaid ning see tagaks patsientide parema teenindamise ning mitmekesisemad esmatasandi tervishoiuteenused (Sotsiaalministeerium 2014, 9).

Esmatasandi tervishoiu arengukava 2009–2015 kohaselt juhib arengukava, sealhulgas ka tervisekeskuste loomist Sotsiaalministeerium. Eelmainitud arengukava

rakenduskava 2009-2015 kohaselt rahastatakse tervisekeskustega seotud tegevusi Sotsiaalministeeriumi, kohaliku omavalitsuse, maavalitsuse ning Eesti Haigekassa vahenditest.

Võrumaal on esmatasandi tervisekeskuse loomise ja arendamise huvi Võru linna, Vastseliinal ja Rõugel (RAKE 2015b, 335). Võru ja Rõuge plaanivad mõlemad uusehitisi ning Vastseliina olemasoleva hoone rekonstrueerimist ja juurdeehitust aadressil Võidu tänav 32 (RAKE 2015b, 335).

#### **4.1. Esmatasandi tervisekeskuste mudel ja alammudelid**

Esmatasandi tervisekesksust iseloomustab ühine organisatsioon ning üldjuhul ka ühtne taristu, aga võib olla asukohti teistes asulates või hoonetes, mis tähendab, et tegemist on pluralistliku mudeliga, mille kohaselt võib esmatasandi tervisekeskusel olla erinevaid organisatoorseid lahendusi (RAKE 2015a, 10).

Pluralistlik mudel pakub esmatasandi tervishoiutöötajatele erinevaid võimalusi töötada nii iseseisvalt kui ka maakonnas ning motiveerib seetõttu töötajaid minema ka väiksematesse asulatesse ning elanikele tähendab see mitmekesisemaid tervishoiuteenuseid ja paremat kättesaadavust (*ibid*, 10).

Sellisest olukorrast lähtudes on välja töötatud esmatasandi tervisekeskuse neli alammudelit, milleks on (*ibid*, 11):

1. Ühtse taristu ETTK;
2. Iseseisvate teenuste ETTK;
3. Laiendatud üldarstiabi osutav ETTK;
4. KOV piirkondlik ETTK.

<b>Alammudel</b>	<b>Kirjeldus</b>	<b>Teenuse osutajad</b>	<b>Meeskonna suurus</b>	<b>Tugevused</b>	<b>Nõrkused</b>
<b>Ühtse taristu ETTK</b>	Hoone või hoonete kompleks, kuhu on koondatud esmatasandi teenuseid osutav organisatsioonide kogum	Kõik juriidilised isikud, kellel on teenuse osutamise luba ja tervishoiutöötajad, kellel on nõutav haridus	Määratud vastavalt teenuspiirkonna elanikkonnale; perearst, pereõde, vajadusel 2. pereõde, võib tööle võtta ka ämmaemandaid ja koduõdesid	Olemasoleva olukorraga sarnane, töötajatel säilib harjumuspärane töökeskkond, teenuseosutajad peavad vahetama ainult asukohta (puudub lepinguline koostöö)	Nõrgad eeldused ühtse meeskonna tekkeks, üksteise töö dubleerimine, vastutuse hajumine, säilib esmatasandi sõltuvus eriarstiabist
<b>Iseseisvate teenuste ETTK</b>	Hoone või hoonete kompleks, kuhu on koondatud esmatasandi tervishoiuteenuste ühine organisatsioon ning kõik teenuseid osutavad juriidilised isikud	Esmatasandi tervisekeskuse tegevusloaga ühing ning teenuseid iseseisvalt osutavad ühingud	Minimaalne suurus on 3 perearsti, 3 pereõde, 1 füsioterapeut, 1 ämmaemand, 1 koduõde, keskuse juhataja ja kliiniline assistent	Motiveerimine läbi täiendavate spetsialistide rahastamise ühisesse ETTK-sse, ühtse esmatasandi tervishoiuteenuste väljakujunemine, meeskonnatöö tasakaal	Perearsti piiratud roll, suur osa ämmaemandaatest ja füsioterapeutidest ei ole valmis iseseisvat teenust osutama, juhtumis- ja ruumikulud
<b>Laiendatud üldarstiabi osutav ETTK</b>	Juriidiline isik, mille all töötavad perearstid ja temaga koos töötavad esmatasandi spetsialistid	Üldarstiabi osutav juriidiline isik, teenust saavad osutada ka ämmaemandusabi ja koduõendusteenust osutavad ühingud	Minimaalne suurus on 3 perearsti, 3 pereõde, 1 füsioterapeut, 1 ämmaemand, 1 koduõde, keskuse juhataja ja kliiniline assistent	Lõimitus ja koordineeritus, tööjõu ja ruumide optimaalsem kasutamine, füsioteraapia-, koduõde- ja ämmaemandus - teenuse kättesaadavus parem	Raske tagada kõigi ootustele vastav personal, spetsialistide väike motivatsioon koonduda ETTK-sse, perearstide oskamatus koordineerida spetsialistide tööd
<b>Kohaliku omavalitsuse piirkondlik ETTK</b>	KOV on üldarstiabi osutava äriühingu osanik või aktsionär; kasutada kui esmatasandi töötajatel puuduvad vajalikud oskused ja initsiatiiv kvaliteetsete teenuste pakkumiseks	Esmatasandi tervisekeskuse tegevusloaga ühing ning teenuseid iseseisvalt osutavad ühingud	Minimaalne suurus on 3 perearsti, 3 pereõde, 1 füsioterapeut, 1 ämmaemand, 1 koduõde, keskuse juhataja ja kliiniline assistent	Teenuste olemasolu ja kättesaadavuse osas on selge vastutaja, KOVi motiveeritus panustamiseks esmatasandi teenuste arengusse, töötajate lihtsam töökoormuse jaotamine	Piirkond on suurem kui 1 KOV, eeldab KOVi koostöövõimet, väheneb perearsti roll, ei sobi iseseisvatele spetsialistidele

**Tabel 5.** Esmatasandi tervisekeskuse alammudelid (autori poolt koostatud RAKE koondraporti „Esmatasandi tervishoiuteenuste geograafilise kättesaadavuse vajaduse hindamine ja esmatasandi tervishoiuteenuste optimaalse korralduse mudeli loomine“ põhjal)

## 5. JUHTUMIANALÜÜS

Bakalaureusetöö uurib Vastseliina kui keskmise suurusega valla esmatasandi tervishoiuteenuste kättesaadavust lähtuvalt elanike juurdepääsust esmatasandi tervishoiuteenustele, kvalifitseeritud tervishoiutöötajate olemasolust, esmatasandi tervishoiuteenuste juurdepääsust perearstide töövälisel ajal ning apteegiteenuse kättesaadavusest. Vastseliina valla näitest peaks leidma ühiseid jooni ka teised keskmise suurusega vallad. Juhtumianalüüs annab ülevaate Vastseliina valla esmatasandi tervishoiuteenuste kättesaadavusest hindamiskriteeriumite kontekstis.

### 5.1. Metodoloogia

Uurimisstrateegiana kasutatakse käesolevas bakalaureusetöös juhtumianalüüsi. Juhtumianalüüs võimaldab kontseptuaalset kirjeldamist, klassifitseerimist, luua uusi hüpoteese ja testida teooriaid (Landman 2008, 87). Juhtumianalüüsi puhul on analüüsiühikuks üksikjuhtum (*ibid*, 86). Bakalaureusetöö põhiprobleemiks on kuidas on võimalik parandada esmatasandi tervishoiu põhiteenuste kättesaadavust keskmise suurusega vallas. Autori arvates on uurimisprobleemist lähtudes kõige otstarbekam valida üksikjuhtumianalüüs, sest tervet Eestit hõlmav uurimus oleks liiga mahukas ja aeganõudev. Seega on otstarbekas valida üks kindel juhtum. Autori arvates sisaldavad ühe kindla valla näitel tehtud uurimistöö tulemused lahendusi ka teiste sarnaste valdade jaoks. Töö autor on teadlik, et üksikjuhtumianalüüsil on ka teatavad piirangud. Näiteks üksikjuhtumianalüüsi puhul on raske teha täielikku üldistust, kuna kõik juhtumid on mingil määral erinevad (*ibid*, 93).

Üheks uurimismeetodiks on dokumendianalüüs, mis annab ülevaate juhtumi üldisest pildist, et selle põhjal oleks võimalik hinnata esmatasandi tervishoiuteenuste kättesaadavust. Põhilisteks dokumentideks on „Esmatasandi tervishoiu arengukava 2009-2015“ ja „Vastseliina valla terviseprofiil ja tegevuskava 2010-2018“. Dokumendid on valitud nii, et need annaksid piisavalt adekvaatset informatsiooni antud teema kohta. Teiseks uurimismeetodiks on bakalaureusetöös valitud poolstruktureeritud intervjuud, mis on kombinatsioon kindlalt ette antud küsimustest ja vabast vestlusest (Mikecz 2012, 485). Poolstruktureeritud intervjuud sobivad näost näkku intervjuu korral ning on

andmete kogumiseks paindlikumad ning vastavalt inimesele on võimalik küsimusi muuta ning küsida jooksvalt lisaks (Mikecz 2012, 487). Samas on töö autor valmistanud ette ka intervjuu skeem juhuks, kui intervjuueeritavaga pole võimalik näost näkku suhelda ning küsimused tuleb esitada võimalusel telefoni teel.

Intervjuueeritavad on valitud lähtuvalt bakalaureusetöö teemast. Intervjuueeritavate väljavõtustrateegiaks on eesmärgipärane valik (*ibid*, 486). Bakalaureusetöös on tegemist konkreetse probleemiga, milleks on kättesaadavus ning sellele küsimusele ei ole võimalik igalühel vastata. Seega tuleb leida inimesed, kellel on olemas vajalik informatsioon küsimustele vastamiseks. Intervjuu viidi läbi Võrumaa Omavalitsuste Liidu esindaja Mailis Kogeriga, kellel on ülevaade Võrumaa valdade esmatasandi tervishoiuteenuste kättesaadavust puudutavatest probleemidest. Lisaks kuuluvad intervjuueeritavate hulka lähtuvalt juhtumiuuringust Vastseliina vallavanem Raul Tohv ning sotsiaalnõunik Epp Jõgiste, kes omavad ülevaadet Vastseliina esmatasandi tervishoiuteenuste kättesaadavusest, käimasolevast reformist ning sotsiaalsest olukorrast vallas. Intervjuueeritavaks on ka Vastseliina ainsa perearsti praksise perearst Aune Rehema, kelle vastused on olulised, et saada perearsti ning teenuse pakkuja poolne seisukoht esmatasandi tervishoiuteenuste kättesaadavusest Vastseliina vallas ning intervjuu viidi läbi ka OÜ Vastseliina Apteek juhataja Ene Niiduga. Intervjuud Vastseliina vallavanema ja perearstiga toimusid 6. mail 2016 ja kestsid umbes 30 minutit. Intervjuud sotsiaalnõuniku ja apteegi juhatajaga toimusid 9. mail 2016 ja kestsid umbes 20 minutit. Intervjuu Võrumaa Omavalitsuste Liidu esindajaga toimus telefoni teel 13. mail ning kestis umbes 30 minutit. Intervjuudes keskenduti lähtuvalt bakalaureusetöös välja toodud kättesaadavuse hindamiskriteeriumite põhjal koostatud küsimustest (LISA 1).

## **5.2. Juhtumi kirjeldus**

Üksikjuhtumiks on valitud Vastseliina vald, mis asub Kagu-Eestis Võrumaal. Valla territoorium on 222,8 km<sup>2</sup> ning elanikke on 01.01.2016 seisuga 2004 (Vastseliina valla koduleht). Esmatasandi tervishoiu teenuseid pakub Vastseliina vallas perearstikeskus, kus on 1 perearst, 1 üldarst ja 2 pereõde (Dr Aune OÜ koduleht). Seega on elanike arvu järgi Vastseliina valla puhul tegemist keskmise suurusega vallaga, mis tõttu sobib bakalaureusetöö juhtumianalüüsi üksikjuhtumiks. Lisaks sellele koosneb

Vastseliina vald ainult küladest ja alevikust ning seega esindab keskmise suurusega valda, mis koosneb maa-asulatest.



**Kaart 1.** Vallad (Maa-amet 01.01.2015).

Vastseliina valla puhul on näha, et esmatasandi tervishoid ei piirdu ainult perearsti ja –õe teenustega, vaid on olemas ka teisi teenuseid nagu massaaž ja koduõendusteenus, lisaks on Vastseliina Gümnaasiumis igapäevaselt kohal kooliõde („Vastseliina valla terviseprofiil ja tegevuskava 2010-2018“ 2010, 75). Lisaks sellele on Vastseliina vallas eakamate kodanike transpordimured lahendatud saatja teenusega ning selle eest hoolitsevad ka lähedased, hooldajad ja avahooldustöötajad ning kuuel päeval nädalas on avatud apteek (*ibid*, 75). Vastseliina valla terviseprofiili järgi on ühendus külade ja keskuse vahel on rahuldav ning pigem käiakse perearsti juures oma transpordiga. Siit saab järeldada, et suurimaks probleemiks võib olla teistest Vastseliina valla küladest oma transpordi puudumisel perearsti teenuse kättesaadavus.

Probleemina saab välja tuua asjaolu, et olemas on küll massaaži- ja koduõendusteenus, siis põhiteenustest puuduvad füsioteraapiateenus ja ämmaemandusteenus (*ibid*, 75).

Vastseliina valla puhul oleks kõige optimaalsemaks lahenduseks autori arvates ühtse taristu ETTK. Selle alammudeli korral säiliks tänasega sarnane olukord ning töötajatel oleks mugavam, kui säiliks harjumuspärane töökeskkond. Samas jätkuvad ka tänase olukorraga seotud probleemid, milleks on tööde dubleerimine ja eriarstiabist

sõltumise säilimine. Seega oleks teiseks lahenduseks iseseisvate teenuste ETTK mudel, mille korral oleks töötajatel parem meeskonnatöö ning juurde tuleks spetsialistide rahastamisesüsteem. Samas on keskmise suurusega valla puhul probleemiks kolme perearsti leidmine ning suureneksid administratiivkulud.

Töös on ilmestamiseks võrreldud Vastseliina valda Misso, Haanja ja Rõuge vallaga, et anda ülevaade Vastseliina valla naabervaldade olukorrast. Vastseliina ja Rõuge vallad on rahvaarvu poolest sarnased, Vastseliina vallas on 2004 elanikku ja Rõuge vallas seisuga 01.01.2016 2213 elanikku (Rõuge valla koduleht). Misso vallas on 645 elanikku (Misso valla koduleht) ning Haanja vallas on 1107 elanikku (Haanja valla koduleht). Nii Rõuge, Misso ja Haanja vallad on sarnase geograafilise asetusega, asudes kõik ääremaal ja neid saab nimetada maa-asulateks, sest sarnaselt Vastseliina vallale koosnevad vallad ainult küladest ja alevitest. Kuigi võrdlemiseks on kasutatud teisi valdasid, siis töö keskendub siiski üksikjuhtumile, milleks on Vastseliina vald.

### **5.3. Juhtumianalüüs kättesaadavuse kriteeriumite kontekstis**

Järgnevalt analüüsitakse esmatasandi tervishoiuteenuste kättesaadavust Vastseliina vallas hindamiskriteeriumite alusel, milleks on elanike juurdepääs esmatasandi tervishoiuteenustele, kvalifitseeritud tervishoiutöötajate olemasolu, esmatasandi tervishoiuteenuste juurdepääs perearstide töövälisel ajal ning apteegiteenuse kättesaadavus. Analüüsimisel lähtutakse juhtumiga seotud dokumentidest ja erinevate osapooltega tehtud intervjuudest.

#### **5.3.1. Patsiendikesksus**

Patsiendikesksuse all mõeldakse elanike juurdepääsu esmatasandi tervishoiuteenustele, geograafilist kättesaadavust ja teenuste kättesaadavust perearsti töövälisel ajal.

Võrumaa 13 kohalikus omavalitsuses on perearstiabi kättesaadavus üldiselt hea, ainsaks probleemiks oli Varstu vald, aga tänu elanike aktiivsusele on perearstiabi ka seal tänaseks taastatud. Käimasoleva reformi kaudu loodavad tervisekeskused tõstavad finantsvõimekust soetamiseks vajalikku tehnikat ja aparatuuri (Intervjuu Mailis Kogeriga, 13. mai). Võrumaa Omavalitsuste Liidu juhatuse esimees Mailis Koger: „Võrumaa

Omavalitsuste Liidu eelarves puuduvad otsesed vahendid parandamiseks patsientide juurdepääsu esmatasandi tervishoiuteenustele. Kui tegemist oleks ülemaakondliku probleemiga, siis kindlasti kaalutaks võimalust survestada riigitasandit ja leida vajalikke vahendeid.“

Vastseliina perearstikeskus asub Vastseliina aleviku keskel, Võidu tänav 30 ning keskuses töötavad 3 pereõde, 1 üldarst ja 1 perearst. Perearstikeskus on avatud viis päeva nädalas (Dr. Aune koduleht). Vastseliina perearst Aune Rehema: „Üheks probleemiks kättesaadavuse osas on, et perearstikeskuse ruumid asuvad 2. korrusel ning see muudab perearsti juures käimise raskemaks just vanematele inimestele ning liikumiskustega patsientidele. Kuid samas oleme lahendusena välja pakkunud vajadusel patsiente vastu võtta 1. korruse ruumides.“ Kättesaadavuse parandamiseks on loodud järjekorrasüsteem, kus inimesed panevad endale enne visiiti aja kinni ning see hoiab ära asjatud visiidid ning üks kord nädalas on perearsti vastuvõtt õhtusel ajal, et arvestada ka töötavate inimestega (Intervjuu Aune Rehemaga, 6. mai). Vastseliina valla sotsiaalnõunik Epp Jõgistega läbi viidud intervjuust selgus, et päris palju vanemaid inimesi pöördub valla poole probleemiga, et neil pole võimalik ise perearsti juurde saada ning ise transporti korraldada. Vald pakub selle mure lahendamiseks saatjateenust avahooldustöötaja elektriautoga neile, kes ise ei jõua perearstikeskusesse tulla. Vastseliina aleviku siseselt maksab sõit 1€ ning teistest valla asulatest 2€. Võrru uuringutele sõit maksab 5€. Kahjuks ei ole võimalik elektriautoga kaugemale sõita (Intervjuu Epp Jõgistega, 13.mai). Antud teenus muudab esmatasandi tervishoiuteenuste kättesaadavust kindlasti paremaks just vanemate inimeste jaoks, kellel pole võimalik ise transporti perearsti juurde korraldada. Lisaks perearstikeskusele asub samas majas ka hambaarst, massaažitooli ja dušši kasutamise võimalus (Vastseliina valla terviseprofiil ja tegevuskava 2010-2018 2010, 75).

Esmatasandi tervishoiuteenuste geograafilise kättesaadavuse all mõeldakse patsiendi kaugust perearstikeskusest. „Vastseliina perearstikeskuse asukoht Vastseliina keskel on õigustatud, sest Vastseliina kui vallakeskus asub üsna valla keskel“ (Intervjuu Raul Tohviga, 6. mai). Ühistranspordiühendust Vastseliina aleviku ja teiste külade vahel peetakse rahuldavaks, vajadusel on võimalik tellida saatjateenust (*ibid*, 75). Nii sotsiaalnõuniku kui perearstiga läbiviidud intervjuust selgus, et probleeme on üksikute küladega, kus on elama jäänud vaid vanemad inimesed ja bussiliiklus on olematu. Nendes külades on probleem lahendatud kas valla poolt pakutava saatjateenusega või

aitavad lähedased transpordiga (Intervjuu Aune Rehemaga, 6. mai; Intervjuu Epp Jõgistega, 9. mai).

Perearsti töövälisel ajal on võimalik probleemide korral pöörduda telefonitsi nii pereõde kui ka perearsti poole. Lisaks on võimalik konsulteerida ka emaili teel ning läbi sotsiaalmeedia, mida ka kasutatakse. Vastseliina perearst Aune Rehema räägib: „Tööväliste konsultatsioonide hulk ei ole märkimisväärne. Nädalas saan umbes 10 meili ja 5 sõnumit Facebooki.“

Esmatasandi tervishoiuteenuste reformi käigus loodavate tervisekeskuste rajamine muudab tervishoiuteenused mitmekesisemaks ning koondab ühte hoonesse, kuid olulist kättesaadavuse paranemist Vastseliina vallavanema sõnul ei nähta (Intervjuu Raul Tohviga, 6.mai). See võib tuleneda sellest, et juba praegu peetakse Vastseliina vallas tervishoiuteenuste kättesaadavust rahuldavaks. Kuigi probleem on teenuste geograafilise kättesaadavusega, kuid tervisekeskuste rajamine seda probleemi ei lahenda.

Kokkuvõtlikult võib öelda, et esmatasandi tervishoiuteenuste kättesaadavus on Vastseliina vallas rahuldav. Probleemiks on perearstikeskuse asumine 2. korrusel ning mõningate külade ja keskuse vaheline puudulik transpordiühendus. Vajadusel küll korraldatakse perearsti vastuvõtt ka 1. korrusel, kuid see tähendab patsiendi jaoks tema olukorra selgitamist ja põhjendamist ning ka perearsti meeskonna jaoks lisatööd vastuvõtu 1. korrusele viimiseks. Geograafiline kättesaadavus on lahendatud saatjateenusega, kuid antud teenus on suunatud rohkem vanematele inimestele ning teised puuduliku transpordiga külade elanikud peavad ise endale transpordi organiseerima. Tervishoiuteenuste kättesaadavus perearsti töövälisel ajal on hea, sest konsultatsioone saab läbi mitme kanali, milleks on telefon, email ja sotsiaalmeedia.

### **5.3.2. Kvalifitseeritud tervishoiutöötajate olemasolu**

2013. aasta seisuga on Võrumaal kokku 22 perearsti (Statistikaameti andmebaas. Tervishoiuasutused). Samas on suur hulk perearste pensioni eelikud või juba pensioni eas (Intervjuu Mailis Kogeriga, 13. mai). Vastseliina vallas on 2016. aasta seisuga 1 perearst, 1 üldarst ja 3 pereõde (Dr Aune koduleht).

Intervjuust Vastseliina valla perearstiga selgus, et siiani on olnud perearstikeskusesse tervishoiutöötajaid lihtne leida. Kuna perearst töötab ka Tartu Ülikoolis õppejõuna, siis on võimalik ka kutsuda suveperioodideks tööle praktikante.

Vajadusel aidatakse uusi töötajaid ja praktikante elukoha leidmisega. „Vastseliina perearstikeskuses on väga hea ja sõbralik töökeskkond. Meeskonna omavahelised suhted on väga head ning see on suureks motivaatoriks siia tööle tulemisel“ (Intervjuu Aune Rehemaga, 6. mai). Esmatasandi tervishoiuteenuste reformi käigus loodavate tervisekeskuste puhul ei kasva Vastseliina valla tervishoiutöötajate vajadus. Perearsti meeskond jääb sama suureks, juurde luuakse füsioteraapiateenus ühe füsioterapeudi kohaga (Intervjuu Aune Rehemaga, 6. mai). Ühe perearsti nimistu piirsuurus on  $1600 \pm 400$  patsienti, millest maavanem võib kooskõlastatult Eesti Haigekassaga lubada erisusi sõltuvalt piirkonna eripärast (Perearsti nimistu piirsuurus, perearsti nimistu moodustamine, muutmise ja võrdlemise alused ja kord). Vastseliina perearsti nimistu piirsuurus on 2000 patsienti ning nimistusuurus seisuga 2. mai 2016 on 1431 patsienti (Terviseameti registrid).

Vastseliina vallavanema sõnul pakutakse valda tööle tulijatele vajadusel abi elukoha leidmisel ning tehakse omapoolt vajalik, et töökeskkond valla näol oleks atraktiivne (Intervjuu Raul Tohviga, 6. mai).

Kokkuvõttes, hetkel olulist tervishoiutöötajate puudust Vastseliina vallas ei ole. Hetkel olemasolev perearsti meeskond on vallaelanike vajadustele vastav. Uute töötajate motiveerimiseks on Vastseliina perearstikeskuses sõbralik töökeskkond ja vajadusel aidatakse elukoha leidmisega. Tervisekeskuste loomise korral on vaja meeskonda juurde füsioterapeuti, kuid teised kohad säilivad. Kuid ääremaastumist saab pidada Vastseliina valla puhul suureks probleemiks ning järjest raskem on uute töötajate leidmine maa-asulatesse.

### **5.3.3. Apteegiteenus kättesaadavus**

Võrumaal puudub apteegiteenus Haanjas, Lasval, Missos, Urvastes ja Sõmerpalus. Kindlasti on sellel mõju elanikkonna rahulolule esmatasandi tervishoiuteenustele. Kui apteegiteenus on planeeritud tõmbekeskusesse loodavasse tervisekeskusesse, siis see muudab apteegiteenus oluliselt kättesaadavamaks, sest tekib võimalus saada rohkem teenuseid ühest kohast (Intervjuu Mailis Kogeriga, 13. mai).

Vastseliina vallas pakub apteegiteenust OÜ Vastseliina Apteek asukohaga Võidu tänav 22 (Vastseliina valla koduleht). Vastseliina apteegis on kaks töötajat – juhataja-proviisor ja proviisor (Intervjuu Ene Niiduga, 9. mai).

OÜ Vastseliina Apteek on eraettevõtte ning Apotheka toetajaliige, mis tähendab, et Apotheka soodustused kehtivad ka Vastseliina apteegis (Intervjuu Ene Niiduga, 9. mai). „Vastseliina apteek on avatud kuuel päeval nädalas – esmaspäevast reedeni kella 9-17 ning laupäeviti kella 9-13. Ma arvan, et see on maa-asulas asuva apteegi kohta väga hea“ (Intervjuu Ene Niiduga, 9. mai). Vastseliina vallavanem Raul Tohv „Vastseliina apteegi käive on piisav, et apteeki töös hoida, kuid suurt kasu see sisse ei too“. Vastseliina vallas asub apteek ainult keskuses ning vanemad inimesed kasutavad apteegis käimiseks saatjateenust (Intervjuu Ene Niiduga, 9. mai). Apteegi ja perearstikeskusega on suhted tihedad ning suheldakse mitu korda nädalas. Perearst hindab Vastseliina apteeki sama kõrgelt kui lähima linna Võru apteeke, sest ka Vastseliinas on kõik vajalikud ravimid olemas. Tellida tuleb ainult kindlaid ravimeid, mida pole ka enamikes Võru apteekides koha peal olemas (Intervjuu Aune Rehemaga, 6. mai).

Vastseliina apteegi juhataja Ene Niidu: „Tervisekeskuste rajamise korral loodame külastatavuse suurenemist. Perearstiga ühes hoones asumine muudab teenuse oluliselt kättesaadavamaks, patsiendil on lihtsam rohud kohe ära osta ning need, kes muidu on ravimeid ostnud lähimast linnast Võrust oleksid nüüd potentsiaalsed kohaliku teenuse tarbijad.“ Ka Vastseliina vallavanem näeb, et tervisekeskuse loomise korral ja teenuste ühte hoonesse koondamisel muutuks apteegiteenus müüdavamaks (Intervjuu Raul Tohviga, 6. mai). Samas on apteegi juhataja murelik, sest kui praegu kuulub apteegihoone OÜ Vastseliina Apteegile ning üüri ei pea maksma, siis ühises hoones tuleks tõenäoliselt juurde ka üür. Selles osas ei olda kindlad, kas apteegi külastatavus tõuseks nii palju, et apteek suudaks majanduslikult toime tulla (Intervjuu Ene Niiduga, 9. mai).

Kokkuvõtlikult saab väita, et apteegiteenus Vastseliina vallas on hästi kättesaadav. Lahtiolekuajad ja keskuses asumine muudab teenuse lihtsasti ligipääsetavaks. Elanikud, kellel puudub transpordivõimalus, saavad tellida vallalt saatjateenuse. Tervisekeskuse loomise korral loodetakse külastatavuse suurenemist, aga samas kardetakse, et juurde tulevate kommunaalkulude korral ei suudeta apteeki enam töös hoida. Seega ongi küsimus pigem selles, kas apteek majandab ennast ära.

## 6. POLIITIKASOOVITUSED

Antud peatüki eesmärgiks on anda soovitusi nii ministeeriumi tasandile kui ka kohaliku omavalitsuse tasandile kuidas parandada esmatasandi tervishoiuteenuste kättesaadavust keskmise suurusega valdades, mis koosnevad maa-asulatest ning kuidas paremini esmatasandi tervishoiuteenuste reformi paremini läbi viia. Eesmärgiks on pakkuda välja lahendusi, mis aitaks parandada praegust olukorda, kus suuremaid probleeme on esmatasandi tervishoiuteenuste geograafilise kättesaadavuse ning apteegiteenuse kättesaadavusega.

Maa-asulatest koosneva keskmise suurusega valla probleemidena saab Vastseliina valla näite põhjal välja tuua elanike võrdse juurdepääsetavuse esmatasandi tervishoiuteenustele. Lisaks sellele ka teenuste geograafilise kättesaadavuse, mis väljendub ühistranspordi puudulikkuses. Üldiselt võivad probleemiks osutada ka perearstiabi kättesaadavus perearsti töövälisel ajal, kvalifitseeritud tervishoiutöötajate puudus maa-asulates ja apteegiteenuse kättesaadavus.

Kättesaadavuse parandamiseks pakuksin välja järgmised lahendused. Perearstikeskus võiks asuda kergesti ligipääsetavas kohas. Keskus peaks olema ligipääsetav nii jala kui ka autoga. Perearsti ruumid peaksid asetsema kas esimesel korrusel või peaks olema hoones lift vanurite ja liikumisraskustega patsientide liikumise lihtsustamiseks. Kohaliku omavalitsuse tasandil võiks kaaluda võimalust eelarvesse lisada ravikindlustamata isikute arvete tasumise, et kõigil elanikel oleks tagatud võrdne juurdepääs esmatasandi tervishoiuteenustele.

Lisaks võrdsele ligipääsetavusele võiks olla tagatud parem geograafiline kättesaadavus. Maa-asulatega asustatud keskmise suurusega vallas väljendub see enamasti paremas transpordiühenduses keskuse ja teiste vallaasulate vahel. Kohalik omavalitsus peaks üle vaatama transpordigraafikud ning vajadusel tegema selles parandusi, et kõigil vallaelanikel oleks võimalik külastada perearsti ühistranspordiga. Kaaluma peaks uute liinide avamist probleemsete asulate ja keskuse vahel. Kui seda võimalust ei ole, siis peaks vald lahendama probleemi mõne muu vahendiga. Alternatiivse lahendusena pakuksin välja mõnele olemasolevale liinile lisapeatuste lisamise, mis rahuldaks puuduliku transpordiühendusega külade vajadust. Vastseliina valla puhul on lahendatud probleem saatjateenusega. Autor leiab, et antud lahendus on otstarbekas ning pakub võimalust külastada perearsti siis, kui pole võimalik

ühistranspordiga keskusesse tulla või kui inimene pole suuteline ise endale transporti organiseerima.

Perearstiabi kättesaadavuse parandamiseks perearsti töövälisel ajal pakuksin välja, et kas ühel või kahel päeval nädalast võiks perearsti vastuvõtt toimuda õhtusel ajal. Kui ka see ei rahulda elanike vajadusi, siis võib kaaluda ka vastuvõtu nädalavahetuseti näiteks üks kord kuus. Vastseliina valla perearstikeskuses toimub vastuvõtt õhtusel ajal üks kord nädalas. Välja toodud alternatiividest parimaks ja odavamaks on autori arvates organiseerida perearsti vastuvõtt vähemalt ühel päeval nädalas õhtusele ajale. Perearsti vastuvõtt nädalavahetuseti on tõenäoliselt kallim alternatiiv ning see tähendaks alguses elanikele ümberharjumist. Võib juhtuda, et sellega ei harjutagi ning alternatiiv ei ole mõttekas.

Apteegiteenuse kättesaadavust maa-asulates saaks parandada apteegi ja perearstikeskuse koondamisega ühte hoonesse. Tõenäoliselt suurendaks see apteegi käivet, sest patsiendid ostaksid ravimid kohe välja. See omakorda toetab kohaliku apteegi püsima jäämist. Kui vallas puudub võimalus apteegi ja perearstikeskuse ühte hoonesse paigutamisel, siis oleks parim lahendus, kui apteek asuks perearstikeskusele võimalikult lähedal. Kuna elanikkond on vananev ja vanemate inimeste osatähtsus kogu elanikkonnast on suurenemas, siis on sihtgrupiks just vanemad inimesed ning neile on mugavam, kui kõik teenused on kättesaadavad ühest kohast või üksteisele võimalikult lähedalt. Lisaks eelpool mainitule võiks valla elanike hulgas teha teavitustööd, et ilma nende toeta apteek tulevikus püsima ei jää ning vallaelanikud võiksid võimalusel oma ravimeid otsa just kohalikust apteegist.

Kõik need lahendused on teostatavad kohaliku omavalitsuse või organisatsiooni tasandil. Kohalik omavalitsus saab esmatasandi tervishoiuteenuste kättesaadavuse parandamiseks vaadata üle transpordiühendus keskuse ja teiste asulate vahel, et ka kaugemate ja väiksemate asulate elanikel oleks võrdne teenuste kättesaadavus. Lisaks saab omavalitsus aidata perearstikeskusel ja apteegil leida hoonet, kuhu oleks võimalik mõlemad asutused ära mahutada, et elanikel oleks võimalus saada rohkem teenuseid ühest kohast.

Eestis käimas olevat esmatasandi tervishoiu reformi, mis seisneb tervisekeskuste rajamisel, koordineerib Sotsiaalministeerium. Seega on reformi puudutavad poliitikasoovitused suunatud Sotsiaalministeeriumile. Üheks kõige tähtsamaks soovitusena on hoida kogu esmatasandi tervishoiu reform ja selle käik võimalikult läbipaistvana. See vähendab probleemide ja segaduste teket erinevate osapoolte vahel.

Reformi läbiviijatele on soovitatav läheneda igale vallale, kuhu on plaanis rajada tervisekeskused individuaalselt ning lähtuvalt projektidele. Projektid võivad olla erinevad – uusehitised, juurdeehitised või hoopis olemasoleva hoone rekonstrueerimine. Tervishoiutöötajate põud puudutab nii Sotsiaalministeeriumit kui ka Haridus- ja Teadusministeeriumit. Sotsiaalministeerium saab kindlaks teha tervishoiutöötajate vajaduste piirkondades ning Haridus- ja Teadusministeerium saab andmete põhjal kindlaks teha, kas olemasolevad ülikooli kohad on piisavad vajaduse rahuldamiseks või on vaja neid juurde luua. Apteegiteenuse paremaks kaasamiseks esmatasandi tervishoiusüsteemi osaks oleks mõistlik apteegiteenust kajastada ka tervishoiu valdkondade arengukavades, sest seni on apteegiteenust võetud kui ravimipoliitika osa (Praxis 2013, 9). See ülesanne jääb Terviseameti valdkonda.

Esmatasandi tervishoiu reform õnnestub ainult siis, kui kõik osapooled on kursis oma ülesannetega ning juhtimine on läbipaistev. Kõik osapooled peavad olema valmis lahendama erimeelsusi ja vajadusel jõudma kompromissini.

## KOKKUVÕTE

Tervishoiusüsteem on abiks elanikele, et hoida ja parandada nende tervist. Eesti tervishoiusüsteemi peamised ja olulisemad osad on üldarstiabi ehk esmatasandi tervishoid, eriarstiabi, kiirabi, õendusabi ja ämmaemandusabi.

Elanike esimene kokkupuude tervishoiusüsteemiga peaks toimuma läbi perearsti. Seega on oluline, et esmatasandi tervishoiuteenused oleksid kõigile inimestele kättesaadavad. Sellest tulenevalt on ka käesoleva bakalaureusetöö keskseks uurimisküsimuseks: „Kuidas on võimalik parandada esmatasandi tervishoiu põhiteenuste kättesaadavust keskmise suurusega vallas?“ Uurimisküsimustele vastamiseks viidi läbi juhtumianalüüs, milleks oli Vastseliina kui keskmise suurusega valla esmatasandi tervishoiuteenuste kättesaadavuse uurimine ja analüüs lähtuvalt sissejuhatuses välja toodud hindamiskriteeriumitest, milleks on elanike juurdepääs esmatasandi tervishoiuteenustele, kvalifitseeritud tervishoiutöötajate olemasolu, esmatasandi tervishoiuteenuste juurdepääs perearstide töövälisel ajal ning apteegiteenuse kättesaadavus.

Uuringu eesmärgiks oli leida lahendused maa-asulatest koosneva keskmise suurusega valla esmatasandi tervishoiuteenuste kättesaadavuse probleemidele. Keskmise suurusega vallas on võimalik parandada teenuste kättesaadavust läbi elanike esmatasandi tervishoiuteenustele juurdepääsetavuse parandamise, mis hõlmab perearstikeskuste asukohta patsiendile ligipääsetavas kohas. Lisaks sellele on võimalik parandada ka teenuste geograafilist kättesaadavust, mis tähendab paremat ühistranspordi ühendust või vajadusel saatjateenuse loomist. Elanikel peab olema võimalusel perearstiabi kättesaadavus neid rahuldavatel aegadel ning vajadusel ka õhtustel aegadel või nädalavahetusel. Perearsti meeskond peab olema kvalifitseeritud ning meeskonna suurus peaks olema vastavuses elanikearvuga. Lisaks sellele on lahenduseks apteegiteenuse suurem kaasamine perearsti tegevustesse ning võimalusel apteegi ja perearstikeskuse rajamine ühte hoonesse, mis võimaldaks patsiendil saada rohkem teenuseid ühest kohast.

Vastseliina valla näitel on keskmise suurustega valdade olukord rahuldav. Esmatasandi tervishoiuteenused on esindatud vähemalt perearsti ja –õe näol. Olemas on ka apteegiteenus, mis tuleb majanduslikult toime, kuid suuremat kasumit ei tooda. Paljud inimesed käivad lähedal asuvas linnas asju ajamas ning seega ostetakse ka

ravimeid seal asuvatest apteekidest. Vastseliina valla näitel käivad paljud inimesed kõige lähedamal asuvas linnas Võrus ravimeid ostmas. Esmatasandi tervishoiuteenuste geograafilise kättesaadavuse osas võib esineda probleeme, sest paljud külad on jäänud väikseks ning nende transpordiühendus keskusega on vähene või puudub. Perearsti töövälisel ajal on võimalik saada perearstiabi läbi telefoni-, emaili või sotsiaalmeedia konsultatsioonide. Kuigi teenus võiks olla organiseeritud nii, et vähemalt kord nädalas on vastuvõtt õhtusel ajal. Tööjõu probleem väga suur ei ole, aga vajadusel motiveeritakse uusi töötajaid töökeskkonnaga ja abiga elukoha leidmisel.

Kõige olulisemaks probleemiks peab autor maa-asulatest koosneva keskmise suurusega valla puhul esmatasandi tervishoiuteenuste geograafilist kättesaadavust. Kui sellega on probleeme, siis tähendab see enamasti, et transpordiühendus vallas on puudulik. Puudulik transpordiühendus muudab teenuse ebavõrdselt kättesaadavaks ning üldiselt muudab piirkonna ebaatraktiivseks. Puuduv transpordiühendus võib külad või piirkonna üldse välja suretada. Teiseks oluliseks probleemiks on apteegiteenuse kättesaadavus ja eelkõige püsima jäämine. Kuigi apteegiteenus on esindatud, siis peaks inimesed ravimeid ostma pigem kohalikust apteegist, et toetada apteegiteenuse püsima jäämist ka tulevikus. Apteegiteenuse kadumine suurendab kõige rohkem elanike väljaminekut tervishoiule.

Kuna käesoleva bakalaureusetöö hindamiskriteeriumite juures jäid välja intervjuud riigi tervishoiusüsteemi kõrgemate tasandite osapooltega nagu Sotsiaalministeerium ja Eesti Haigekassa, siis on võimalik bakalaureusetöö uurimisprobleemi edasi uurida. Suuremate probleemidena toodi töös välja transpordiprobleem ja apteegiteenuse jätkusuutlikkus, mis on suures sõltuvusest just riiklikust tasandist. Kuna lähiaastatega peaks olema esmatasandi tervishoiu reform läbiviidud, siis tulevastele uurijatele soovitan võrrelda antud bakalaureusetöös välja toodud andmeid ja analüüsi läbiviidud reformi tulemusega. Lisaks soovitab autor tulevikus tegeleda põhjalikumalt konkreetselt transpordipoliitikat ja apteegiteenust puudutavate meetmete analüüsimisega, kuna käesolevas töös tegeleti pigem probleemide kaardistamisega ja mõningate lahenduste väljatoomisega. Samuti võiks edasi uurida probleemi kirjelduse peatükis välja toodud teiste probleemide uurimisega, mis antud töös kajastamist ei leidnud, milleks on näiteks ravikindlustusega hõlmamata isikute tervishoiuteenuste kättesaadavus.

## **SUMMARY**

### **Accessibility of primary care services from the perspective of middle-sized municipality: Case study of Vastseliina municipality**

This Bachelor's thesis explores the potentials and limitations of the primary care system reform. The aim of the reform is to assemble different primary care services on one infrastructure. This study assesses the implications of the planned reform on the accessibility of the services from the perspective of middle-sized municipalities in Estonia. There is an overview of Estonian primary care system in the beginning of the Bachelor's thesis. The author also gives a brief review of the funding of primary care in Estonia. Thereafter, the description of the problem is given. This contains the main problems of today's primary care system. The third and the fourth chapters focus on the primary care reform in other countries like Australia, Canada, Portugal, Finland and the former Soviet Union countries and also gives an overview of ongoing reform of Estonia. In the end is the analysis of Vastseliina municipality and the policy recommendations.

The analysis is based on the interviews with the municipal mayor of Vastseliina, Vastseliina's social councillor, Vastseliina's general practitioner, the head of Vastseliina's pharmacy and the chairperson of the Union of Võru County Municipalities. The theoretical part of Bachelor's thesis is based on articles and documents related to the topic.

The results of the case study show that the accessibility of primary care services in middle-sized municipality is rather satisfying. The biggest problems the author would like to point out are the geographical accessibility and the accessibility and sustainability of the pharmacy service. The geographical accessibility can be solved by improving the public transport service. People of the municipality should have an opportunity to visit the general practitioner with public transport. If that is not possible then the municipality should figure out some other solution, like escort service for people who are not able to organise their own transport. The accessibility and sustainability of the pharmacy service is important especially from the patient's point of view. People should buy their medicine from local pharmacies, because when they do

not the pharmacies are not sustainable and people have to go to other places to buy medicine. That is extra expense for the consumer.

The author suggests for the future researchers to compare this analysis with the real outcome of the ongoing reform and analyze the transportation and pharmacy-related problems in depth.

## KASUTATUD ALLIKAD

### Õigusaktid

1. Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetelu, vastu võetud 20.02.2013, Vabariigi Valitsus.
2. Eesti Haigekassa seadus, vastu võetud 14.06.2000, Riigikogu.
3. Esmatasandi tervisekeskuse kaasajastamine, vastu võetud 12.08.2015, Tervise- ja tööminister.
4. Perearsti ja temaga koos töötavate tervishoiutöötajate tööjuhend, vastu võetud 06.01.2010, Sotsiaalminister.
5. Perearsti nimistu piirsuurus, perearsti nimistu moodustamine, muutmise ja võrdlemise alused ja kord, vastu võetud 07.12.2012, Sotsiaalminister.
6. Sotsiaalmaksuseadus, vastu võetud 13.12.2000, Riigikogu.
7. Tervishoiuteenuste korraldamise seadus, vastu võetud 09.05.2001, Riigikogu.
8. Terviseameti põhimäärus, vastu võetud 06.11.2009, Sotsiaalminister.

### Dokumendid

9. Aaviksoo, A; Lai, T; Paat, G. 2008. Perearstipraksiste funktsionaalsed korraldusmudelid Tallinnas ja Harjumaal. Poliitikauuringute keskus Praxis. Kättesaadav: <http://www.praxis.ee/wp-content/uploads/2014/03/2008-Perearstipraksiste-funktsionaalsed-korraldusmudelid.pdf> (külastatud 19.04.2016)
10. Esmatasandi tervishoiu arengukava aastateks 2009-2015. Kättesaadav: [https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid\\_ja\\_tegevused/Tervis/esmatasandi\\_arengukava\\_2009-2015.pdf](https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Tervis/esmatasandi_arengukava_2009-2015.pdf) (külastatud 27.04.2016)
11. Euroopa Komisjon. 2014. Komisjoni teatis tulemuslike, kättesaadavate ja paindlike tervishoiusüsteemide kohta. Kättesaadav: [http://ec.europa.eu/health/systems\\_performance\\_assessment/docs/com2014\\_215\\_final\\_et.pdf](http://ec.europa.eu/health/systems_performance_assessment/docs/com2014_215_final_et.pdf) (külastatud 19.04.2016)
12. Evetovits, T; Habicht, J; Habicht, T; Rooväli, L; Thomson, S; Vörk, A. 2010. Võimalused Eesti tervisesüsteemi rahalise jätkusuutlikkuse tagamiseks. Aruanne.

- Maailma Terviseorganisatsioon, Sotsiaalministeerium, Eesti Haigekassa. Kättesaadav: [https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Ministeerium\\_kontaktid/Uuringu\\_ja\\_analuusid/Tervisevaldkond/voimalused\\_ee\\_sti\\_tervisesusteemi\\_rahalise\\_jatkusuutlikkuse\\_tagamiseks.pdf](https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Ministeerium_kontaktid/Uuringu_ja_analuusid/Tervisevaldkond/voimalused_ee_sti_tervisesusteemi_rahalise_jatkusuutlikkuse_tagamiseks.pdf) (külastatud 22.04.2016)
13. Haanja valla terviseprofiil 2010-2018. 2010. Kättesaadav: <http://www.haanja.ee/upload/fck/Haanja-valla-terviseprofiil-2010-2018--2-.pdf> (külastatud 19.04.2016)
14. Misso valla terviseprofiil. Tegevuskava 2011-2015. 2011. Kättesaadav: [https://www.riigiteataja.ee/aktiisa/4220/3201/3069/11\\_09\\_lisa\\_%20terviseprofiil.pdf#](https://www.riigiteataja.ee/aktiisa/4220/3201/3069/11_09_lisa_%20terviseprofiil.pdf#) (külastatud 28.04.2016)
15. Praxis. 2013. Kaasaegse apteegiteenuse roll esmatasandi tervishoiu osana Eesti tervishoiusüsteemi jätkusuutlikkuse tagamisel. Analüüsiaruanne. Kättesaadav: [https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid\\_ja\\_tegevused/Tervis/Ravimid/kaasaegse\\_apteegiteenuse\\_roll\\_esmatasandi\\_tervishoiu\\_osana.pdf](https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Tervis/Ravimid/kaasaegse_apteegiteenuse_roll_esmatasandi_tervishoiu_osana.pdf) (külastatud 14.05.2016)
16. Rõuge valla terviseprofiil. 2014. Kättesaadav: <http://rouge.kovtp.ee/documents/822972/897735/R%C3%B5uge+valla+terviseprofiil.pdf/cf50ea01-195a-4ba8-b65c-ca51674ffe0c?version=1.0> (külastatud 19.04.2016)
17. Sotsiaalministeerium. 2014. Eesti tervishoiu arengusuunad 2020. <https://www.sm.ee/et/tervis> (külastatud 27.04.2016)
18. Sotsiaalministeerium. 2009. Esmatasandi tervishoiu arengukava 2009-2015 rakenduskava 2009-2015. Kättesaadav: [https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid\\_ja\\_tegevused/Tervis/Tervishoiususteed/rakenduskava\\_2009-2012.pdf](https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Tervis/Tervishoiususteed/rakenduskava_2009-2012.pdf) (külastatud 27.04.2016)
19. Sotsiaalministeeriumi põhimäärus.
20. Sotsiaalministeerium. 2015a. Rahvatervise osakonna põhimäärus. Kättesaadav: [https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Ministeerium\\_kontaktid/Ministeeriumi\\_tutvustus\\_ja\\_struktuur/UUSpohimaarus\\_ed/160\\_rto.pdf](https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Ministeerium_kontaktid/Ministeeriumi_tutvustus_ja_struktuur/UUSpohimaarus_ed/160_rto.pdf) (külastatud 22.04.2016)
21. Sotsiaalministeerium. 2015b. Ravimiosakonna põhimäärus. Kättesaadav: [https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Ministeerium\\_kontaktid/Ministeeriumi\\_tutvustus\\_ja\\_struktuur/UUSpohimaarus\\_ed/160\\_ro.pdf](https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Ministeerium_kontaktid/Ministeeriumi_tutvustus_ja_struktuur/UUSpohimaarus_ed/160_ro.pdf) (külastatud 22.04.2016)

22. Sotsiaalministeerium. 2015c. Tervisesüsteemi arendamise osakonna põhimäärus. Kättesaadav: [https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Ministeerium\\_kontaktid/Ministeeriumi\\_tutvustus\\_ja\\_struktuur/UUSpohimaarus\\_ed/160\\_tsao.pdf](https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Ministeerium_kontaktid/Ministeeriumi_tutvustus_ja_struktuur/UUSpohimaarus_ed/160_tsao.pdf) (külastatud 22.04.2016)
23. Tartu Ülikooli sotsiaalteaduslike rakendusuringute keskus RAKE. 2015a. Esmatasandi tervishoiuteenuste geograafilise kättesaadavuse vajaduse hindamine ja esmatasandi tervishoiuteenuste optimaalse korraldamise mudeli loomine. Koondraport. Kättesaadav: [https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/ESF/koondraport\\_terve\\_th\\_mudel.pdf](https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/ESF/koondraport_terve_th_mudel.pdf) (külastatud 27.04.2016)
24. Tartu Ülikooli sotsiaalteaduslike rakendusuringute keskus RAKE. 2015b. Esmatasandi tervishoiuteenuste geograafilise kättesaadavuse vajaduse hindamine ja esmatasandi tervishoiuteenuste optimaalse korraldamise mudeli loomine. Esmatasandi tervisekeskuste võrgustik Eestis. Osaraport 3. Kättesaadav: [https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/ESF/rake-osaraport\\_3\\_terve\\_th\\_jaanuar\\_2015\\_ett\\_piirkonnad\\_mk.pdf](https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/ESF/rake-osaraport_3_terve_th_jaanuar_2015_ett_piirkonnad_mk.pdf) (külastatud 14.05.2016)
25. Terviseamet. 2015. Ülevaade perearstidest ja perearstinimistutest Eestis aastal 2015. Kättesaadav: [http://www.terviseamet.ee/fileadmin/dok/Peremeditsiin/2015\\_aasta\\_ylevaade.pdf](http://www.terviseamet.ee/fileadmin/dok/Peremeditsiin/2015_aasta_ylevaade.pdf)
26. Vastseliina valla terviseprofiil ja tegevus kava 2010-2018. 2010. Kättesaadav: <https://www.riigiteataja.ee/aktiivisa/4040/4201/4007/Vastseliina%20valla%20terviseprofiil%202014.pdf> (külastatud 19.04.2016)

### **Artiklid ja raamatud**

27. Balabanova, D; Haerpfer, C; McKee, M; Roberts, B; Richardson, E. 2012. Health Care Reform in the Former Soviet Union: Beyond the Transition. Health Services Research. Vol. 47 Issue 2, lk 840-864.
28. Belli, P. 2001. Ten years of health reforms in former socialist economies: lessons learned and options for the future. Center for Population and Development Studies: Cambridge, MA, Harvard School of Public Health.
29. Chydenius, M; Keskimäki, I; Saloranta, A; Tynkkynen, L. 2016. Health reform monitor: Expanding choice of primary care in Finland: much debate but little change so far. In Health policy. Vol 120, nr 2. lk 227-234.

30. Colwill, J; Kasperski, J; Rosser, W; Wilson, L. 2011. Progress of Ontario's Family Health Team Model: A Patient-Centered Medical Home. *Annals of Family Medicine*. Vol. 9 Issue 2, lk 165-171.
31. Conn, L; Jakubovicz, D; Karim, A; Kennie, N; Lingard, L; Miller, K; Oandasan, I; Reeves, S; Whitehead, C; 2009. The impact of space and time on interprofessional teamwork in Canadian primary health care settings: implications for health care reform. *Primary Health Care Research & Development*. 10, lk 151–162.
32. Gauld, R. 2011. The WHO and Primary Healthcare Reform. *International Journal of Clinical Practice*, lk 386-390.
33. van Gool, K. 2008. GP Super Clinics. *Health Policy Monitor*. vol 11, lk 1-6.
34. Holmberg-Marttila, D; Jääskeläinen, J; Mattila, K; Raivio, R. 2014. Decreasing trends in patient satisfaction, accessibility and continuity of care in Finnish primary health care - a 14-year follow-up questionnaire study. *BMC Family Practice*. Vol 15, nr 1. lk 1-14.
35. Kahur, K; Koppel, A; Habicht, J; Habicht, T; Saar, P; van Ginneken, E. 2008. Eesti: Tervisesüsteemi ülevaade. *Tervisesüsteemid muutustes*. Vol 10, nr 1. lk 1-312.
36. Kühlbrandt, C. 2014. „Primary Health Care.“ *In Trends in health systems in the former Soviet countries*, eds. Bernd Rechel, Erica Richardson, Martin McKee. United Kingdom: European Observatory on Health Systems and Policies, lk 111-128.
37. Landman, T. 2008. Chapter 5: Single-country studies as comparison. In *Issues and methods in comparative politics: An introduction*, New York: Routledge.
38. Mikecz, R. 2012. Interviewing Elites : Addressing Methodological Issues. *Qualitative Inquiry*. Vol 18, nr 6. lk 482-493.
39. Patton, C; Sawicki, D. 1993. *Basic methods of policy analysis and planning*. New Jersey: Prentice Hall.
40. Redondo, P; Santana, S; Szczygiel, N; 2014. Integration of care systems in Portugal: anatomy of recent reforms. *International Journal of Integrated Health*. Vol 14, lk 1-10.
41. Riigikontroll. 2011. Pearingstiabi korraldus. Kas süsteem täidab sellele pandud ülesandeid?
42. Vuorenkoski, L. 2008. Finland – Health system review. *Health Systems in Transition*. Vol 10, nr 4. lk 1-168.

43. World Health Organization (WHO). 2008. Primary Health Care – Now More Than Ever. Kättesaadav: [http://www.who.int/whr/2008/whr08\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf) (külastatud 18.04.2016)
44. Viks, A. 2012. Eestis aastatel 1996-2009 ühinenud kohalike omavalitsuste finantsmõjude analüüs. Kättesaadav: <http://haldusreform.fin.ee/static/sites/3/2015/08/kov-c3bchinemiste-finantsmc3b5jude-analc3bcc3bcs-1996-20111.pdf> (külastatud 4.05.2016)

### **Veebileheküljed**

45. Australian Government. Department of Health. <http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/pacd-gpsuperclinic-about> (külastatud 19.03.2016)
46. Dr. Aune koduleht. <https://sites.google.com/site/draune/> (külastatud 22.04.2016)
47. Eesti Haigekassa koduleht. Arsti- ja õendusabi <https://www.haigekassa.ee/et/inimesele/arsti-ja-oendusabi> (külastatud 27.04.2016)
48. Eesti Haigekassa koduleht. Kindlustus. <https://www.haigekassa.ee/et/inimesele/kindlustus> (külastatud 22.04.2016)
49. Eesti Patsientide Esindusühing. Arstiabi Eestis. <http://www.epey.ee/index.php?page=218> (külastatud 22.04.2016)
50. Statistikaameti andmebaas. Arstiabi kättesaadavus. [http://pub.stat.ee/px-web.2001/Database/Sotsiaalelu/13Tervishoid/01Arstiabi\\_kattesaadavus/01Arstiabi\\_kattesaadavus.asp](http://pub.stat.ee/px-web.2001/Database/Sotsiaalelu/13Tervishoid/01Arstiabi_kattesaadavus/01Arstiabi_kattesaadavus.asp) (külastatud 19.04.2016)
51. Statistikaameti andmebaas. Rahvaarv ja rahvastiku koosseis. [http://pub.stat.ee/px-web.2001/Database/Rahvastik/01Rahvastikunaitajad\\_ja\\_koosseis/04Rahvaarv\\_ja\\_rahvastiku\\_koosseis/04Rahvaarv\\_ja\\_rahvastiku\\_koosseis.asp](http://pub.stat.ee/px-web.2001/Database/Rahvastik/01Rahvastikunaitajad_ja_koosseis/04Rahvaarv_ja_rahvastiku_koosseis/04Rahvaarv_ja_rahvastiku_koosseis.asp) (külastatud 4.05.2016)
52. Statistikaameti andmebaas. Ravikindlustus. [http://pub.stat.ee/px-web.2001/Database/Sotsiaalelu/11Sotsiaalne\\_kaitse/04Sotsiaalkindlustus/04Ravikindlustus/04Ravikindlustus.asp](http://pub.stat.ee/px-web.2001/Database/Sotsiaalelu/11Sotsiaalne_kaitse/04Sotsiaalkindlustus/04Ravikindlustus/04Ravikindlustus.asp) (külastatud 4.05.2016)
53. Statistikaameti andmebaas. Tervishoiuasutused. <http://pub.stat.ee/px-web.2001/Database/Sotsiaalelu/13Tervishoid/04Tervishoiuasutused/04Tervishoiuasutused.asp> (külastatud 9.05.2016)
54. Haanja valla koduleht. <http://www.haanja.ee/> (külastatud 22.04.2016)

55. Maa-amet.  
[http://geoportaal.maaamet.ee/docs/haldus\\_asustus/ehakv.png?t=20150306092537](http://geoportaal.maaamet.ee/docs/haldus_asustus/ehakv.png?t=20150306092537)  
 (külastatud 22.04.2016)
56. Misso valla koduleht. <http://www.misso.ee/> (külastatud 22.04.2016)
57. Piiriüleste tervishoiuteenuste riiklik kontaktpunkt. Tervishoiusüsteemi korraldus Eestis. <http://kontaktpunkt.sm.ee/tervishoiususteemi-korraldus-eesis.html> (külastatud 19.04.2016)
58. Ravimiameti koduleht. <https://www.ravimiamet.ee/ravimiametist> (külastatud 19.04.2016)
59. Rõuge valla koduleht. <http://rouge.kovtp.ee/uldinfo> (külastatud 22.04.2016)
60. Sotsiaalministeerium. Töötus- ja ravikindlustus. <http://www.sm.ee/et/tootus-ja-ravikindlustus> (külastatud 19.04.2016)
61. (külastatud 4.05.2016)
62. Terviseameti koduleht. <http://www.terviseamet.ee/info/terviseametist.html>  
 (külastatud 19.04.2016)
63. Terviseameti registrid.  
<http://mveeb.sm.ee/ctrl/ee/Nimistud/vaata/Aune+Rehema/0/0/0/0/N0783> (külastatud 14.05.2016)
64. Tervise Arengu Instituudi koduleht. <http://www.tai.ee/et/> (külastatud 22.04.2016)
65. Vastseliina valla koduleht. <http://www.vastseliina.ee/> (külastatud 22.04.2016)

### **Intervjuud**

62. Vastseliina vallavanem Raul Tohv, 6. mai, Vastseliina
63. Vastseliina perearst Aune Rehema, 6. mai, Vastseliina
64. Vastseliina valla sotsiaalnõunik Epp Jõgiste, 9. mai, Vastseliina
65. OÜ Vastseliina apteek juhataja-proviisor Ene Niidu, 9. mai, Vastseliina
66. Võrumaa Omavalitsuste Liidu juhatuse esimees Mailis Koger, 13. mai, telefoni teel

## **LISA 1 Intervjuude skeemid**

### **Vastseliina vallavanem Raul Tohv**

1. Kuidas näete Vastseliina valla esmatasandi tervishoiuteenuste kättesaadavust?
2. Millisel moel saaks vald aidata elanikele võrdse esmatasandi põhiteenuste juurdepääsu tagamisel?
3. Kuidas toetab vald uute tervishoiutöötajate tööle asumist maa-asulasse?
4. Kas Vastseliina valla puhul on probleem arstiabi kättesaadavus perearsti töövälisel ajal?
5. Kas praegune teenuste geograafiline kättesaadavus on rahuldav?
6. Kas Vastseliina vallas on apteegiteenus?
7. Kui kaugel on Vastseliina tervisekeskuse projekt?

### **Vastseliina valla sotsiaalnõunik Epp Jõgiste**

1. Kui palju peate lahendama elanike transpordiprobleeme seoses perearsti külastusega?
2. Kuidas kirjeldaksite sotsiaalset olukorda vallas?
3. Milline on keskuse ja teiste külade vaheline ühendus?

### **Vastseliina valla perearst Aune Rehema**

1. Kas kõigile elanikel on võrdne juurdepääs esmatasandi tervishoiuteenustele?
2. Kui raske on uute tervishoiutöötajate leidmine?
3. Kas praegune perearsti praksise meeskond lähtub valla elanikkonna vajadustest?
4. Millised võimalused on perearstiabile perearsti töövälisel ajal?
5. Kas esmatasandi tervishoiuteenuste geograafiline kättesaadavus on piisav?
6. Kuidas olete rahul apteegiteenusega Vastseliina vallas?

### **OÜ Vastseliina Apteek juhataja-proviisor**

1. Kuidas on korraldatud apteegiteenus Vastseliina vallas?
2. Kas apteegi käive on piisav ära majandamiseks?
3. Kuidas muudaks tervisekeskuse rajamine Vastseliina apteegiteenust?
4. Kas naabervaldadest käiakse Vastseliina apteeki?
5. Kas apteegil on tegevuspunkte teistes vallaasulates?

### **Võrumaa Omavalitsuste Liidu esindaja Mailis Koger**

1. Milline on üldarstiabi kättesaadavus maa-asulates?
2. Kui suur on tervishoiutöötajate puudus Võrumaal?
3. Millise korralduse korral on tagatud parim geograafiline teenuste kättesaadavus?
4. Kas kõigis Võrumaa valdades on olemas apteegiteenus?
5. Kuhu on plaanis rajada tervisekeskused Võrumaal?

## **Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja lõputöö üldsusele kättesaadavaks tegemiseks**

Mina, Laura Kivilo,

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) enda loodud teose Esmatasandi tervishoiuteenuste kättesaadavus keskmise suurusega valla perspektiivist Vastseliina valla näitel,

mille juhendaja on Kristina Muhhina, Ph.D,

1.1.reprodutseerimiseks säilitamise ja üldsusele kättesaadavaks tegemise eesmärgil, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace-is lisamise eesmärgil kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni;

1.2.üldsusele kättesaadavaks tegemiseks Tartu Ülikooli veebikeskkonna kaudu, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace'i kaudu kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni.

2. olen teadlik, et punktis 1 nimetatud õigused jäävad alles ka autorile.

3. kinnitan, et lihtlitsentsi andmisega ei rikuta teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse seadusest tulenevaid õigusi.

Tartus, **16.05.2016**