

# Perearstiabi korraldus

*Kas süsteem täidab sellele pandud ülesandeid?*



# Perearstiabi korraldus

*Kas süsteem täidab sellele pandud ülesandeid?*

## Kokkuvõte auditeerimise tulemustest

### Mida me auditeerisime?

Riigikontroll hindas oma auditi käigus, kuidas perearstisüsteem täidab talle pandud ülesandeid. Riigikontroll peab perearstisüsteemi hästi toimivaks, kui

- perearstid osutavad teenuseid, mis on õigusaktide kohaselt ennekõike nende osutada;
- perearstid ravivad ja jälgivad ennekõike ise oma nimistu krooniliste tervishädadega patsiente;
- väga väike osa perearstiabi vajajatest pöördub abi saamiseks erakorralise meditsiini poole;
- on loodud eeldused „Esmatasandi tervishoiu arengukava 2009–2015“ õigeaegseks täitmiseks.

### Miks on see maksumaksjatele oluline?

Kuigi perearstiabile kulub ravikindlustuse rahast vaid 9,2% ehk 70 miljonit eurot, on perearstidel tervisesüsteemis kanda võtmeroll. Perearst on inimesele esmane kontakt tervishoiuga, vajaduse korral suunaja ja raviprotsessi koordineerija tervishoiusüsteemis. Ühtlasi toimub just perearsti juures terve lapse ja enam levinud krooniliste haigete peamine jälgimine, tervise edendamine ja haiguste ennetamine iga üksiku inimese tasemel.

### Mida me auditi tulemusel leidsime ja järeldasime?

**Riigikontrolli hinnangul ei suuda perearstisüsteem täita tervishoiusüsteemis kõiki talle pandud ülesandeid, kuna perearstid ei osuta alati kokkulepitud teenuseid, suunavad patsiente põhjendamatult sageli eriarsti konsultatsioonile ning süsteem ei taga kõigis piirkondades perearsti kättesaadavust. Perearstisüsteemi probleemide peamiseks põhjusteks on patsientide vähese teadlikkuse kõrval perearstide puudus piirkonniti, nende erinev kompetentsus ning süsteemi piiratud arenguvõimalused.**

**Eestis perearstisüsteemi tugevuseks on, et kõigile kindlustatutele on tagatud peaaegu tasuta arstiabi ning igal inimesel on oma perearst. Samas peab riik süsteemi toimivuse parandamiseks senisest enam tähelepanu pöörama perearsti ülesannete täpsemale kindlaks-määramisele, perearstide kvalifikatsiooni ühtlustamisele, perearsti töö kvaliteedi tagamisele, perearstiabi kättesaadavuse parandamisele ning teistele arengukavas toodud meetmete elluviimisele.**

**Perearstid ei täida kõiki neile pandud ülesandeid.** Riigikontroll leidis perearstide tegevust analüüsid, et enam kui pooltel juhtudel on perearstid kõrgvererõhkõvega patsiente kardioloogi juurde suunanud põhjendamatult. Lisaks ei osuta mitte kõik perearstid teenuseid, mida nad peaksid õigusaktide kohaselt osutama, vaid suunavad patsiendi samu

teenuseid osutava eriarsti juurde. Peale selle on problemaatiline, et paljud patsiendid pöörduvad perearsti asemel oma kergete tervisehädadega erakorralise meditsiini osakonda. Riigikontrolli uuritud erakorralise meditsiini osakondadesse pöördumistest moodustasid 39% juhtumid, mille korral pidanuks patsiendid abi saama eelkõige oma perearstilt.

**Perearstiabi poolik töö toob kaasa lisakulusid ravikindlustuse eelarvele.** Riigikontroll analüüsis, kui palju lähevad patsientide põhjendamatud eriarsti külastused maksma, ning leidis, et ainuüksi auditis analüüsitud kahe eriala (kardioloogia ja erakorraline meditsiin) mõne diagnoosi puhul ulatusid kulud pea pooleteise miljoni euroni. Pole põhjust arvata, et seda probleem ei esine teiste erialade puhul kui neid täpsemalt uurida.

**Perearstiabi kättesaadavus on halvenenud.** Aasta-aastalt on vähenenud nende patsientide hulk, kes on saanud perearsti vastuvõtule samal päeval, ja suurenenud on nende hulk, kes on saanud vastuvõtule mitte varem kui 3.–4. päeval. 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.

**Perearstide arv väheneb veelgi.** Isegi kui perearstina asuvad tööle kõik perearstiõppe läbinud, on meil 20 aasta pärast 60 perearsti vähem, sest selle aja jooksul jõuab pensionikka 72% praegustest perearstidest. Sotsiaalministeerium on seadnud endale eesmärgiks vähendada ühe perearsti nimistusse kuuluvate patsientide arvu ning parandada sellest tulenevalt perearsti töö kvaliteeti. Riigikontroll leiab, et seda eesmärki ei ole võimalik praeguse perearstiõppe korralduse juures täita.

**Perearstisüsteem ei motiveeri perearste maale tööle minema.** Analüüs näitas, et perearstide nimistud on maapiirkondades üldjuhul väiksemad, mistõttu on ka perearstide tulubaas kasinam. Sellest tulenevalt teenivad maaperearstid oma linnas töötavatest kolleegidest vähem. Perearstide maale tööleminekut takistab lisaks veel see, et nad töötavad valdavalt üksi, mis teeb raskemaks nende võimaluse leida endale koolituseks ja/või puhkuseks asendajaid. Samuti muudab töö väikese nimistuga võimatuks osa teenuste osutamise, kuna selleks ei kujune välja vajalikku kogemust. Ka kipub üksikpraksiste arstidel kuluma enam aega mitteametlikule tegevusele.

**Rahastamissüsteem ei motiveeri perearste oma võimeid täiel määral rakendama.** Ülaltoodud tähelepanekud näitavad, et praegune suures osas pearahal põhinev rahastamine ei motiveeri kõiki perearste ühtmoodi kvaliteetset teenust osutama. Kvaliteeditasu on õige algatus, kuid kõikide perearstide motiveerimiseks on selle osakaal kogurahastusest praegu liiga väike.

**Sotsiaalminister ei ole teinud piisavalt pingutusi esmatasandi tervishoiu arengukava elluviimisel.** Enamik Riigikontrolli leitud probleemidest on kajastatud ka valdkondlikus arengudokumendis „Esmatasandi tervishoiu arengukava 2009–2015“. Arengukavas esitatud meetmed ühtivad suures osas Riigikontrolli soovitustega ja mitmeid neist on ministeerium rakendama asunud, kuid osa ettevalmistatud süsteemi muutvaid eelnõusid pole poliitilistel põhjustel heakskiitmiseni jõudnud. Riigikontrolli hinnangul on arengukava rakendamise peamine probleem selles, et selle elluviimine on olnud palju aeglasem kui ajakavas ette

nähtud. Seetõttu ei ole mitmed 2015. aastaks seatud eesmärgid realselt saavutatavad ning mitmed 2010. aastaks seatud vahe-eesmärgid ei ole praeguseks ellu viidud.

### **Riigikontrolli soovitusd sotsiaalministrile:**

Et vähendada põhjendamatult patsientide eriarsti vastuvõtule suunamist, soovitas Riigikontroll auditi tulemusena sotsiaalministril tööle rakendada e-saatekirja ning selle põhjal hiljem ka e-konsultatsiooni süsteem, mis annaks võimaluse perearstidel eriarstidega konsulteerida, ilma et patsienti oleks vaja ilmtingimata eriarsti juurde saata. Riigikontroll soovitas ka luua perearstidele kohustusliku pädevuse hindamise süsteemi.

Et hõlbustada perearstide tööd maapiirkondades, soovitas Riigikontroll luua meetmed, mis lihtsustaks maal praksise avamist (sooduslaenude või riiklike toetuste näol). Samal eesmärgil soovitas Riigikontroll analüüsida võimalusi maapiirkondade perearstinimistud ühendada, luua võimalus täiendavalt tasustada teatud piirkondadesse tööle minevaid perearste ning rakendada riiklik ajutise asendamise süsteem ennaktempo.

### **Sotsiaalministri vastus:**

Sotsiaalminister teatas oma vastuses Riigikontrolli soovitustele, et tervise infosüsteemi osana töötab nüüd digiregistratuur, mis võimaldab saada ja saata saatekirju ning nende vastuseid. Praegu on katsefaasis e-visiidi teenus, kus eriarst saab saatekirju sortida patsiendi seisundist lähtudes.

Perearstide pädevuse kohustusliku hindamise süsteemi kohta arvas minister, et sellise süsteemi idee vajaks laiemat tutvustamist valdkonna võtmeisikutele ning tuleks kaaluda, kas see oleks tarvilik luua kõikide tervishoiutöötajate hindamiseks.

Sotsiaalminister teatas, et maapiirkonna perearstide töö hõlbustamiseks tehtud soovitusd on juba rakendamisel, kusjuures riikliku ajutise asendamise süsteem hakkab tööle 2012. aastal. Riikliku stardiabisüsteemi ja/või riigi tagatisega laenude andmine perearstidele, et motiveerida neid maal töötama, vajab ministri hinnangul laiemat kaasatust ja poliitilist toetust. Samas ei täpsustanud minister, kuidas ja millal ta laiemat kaasatust ja toetust nimel tööle hakkab.

### **Riigikontrolli soovitusd Eesti Haigekassa juhatusd esimehele:**

Riigikontroll soovitas Eesti Haigekassa juhatusd esimehel muuta perearstide rahastamist, kaaludes uuringufondi raha suurendamist ja osa seni pearaha sees osutatavate teenuste eest eraldi tasumist. Lisaks soovitas Riigikontroll analüüsida, milliste tegevuste rahastamisega võiks täiendada perearstide kvaliteeditasusüsteemi.

### **Eesti Haigekassa juhatusd esimehe vastus:**

Haigekassa juhatusd esimees teatas, et aastate jooksul on analüüsitud uuringufondi kasutamist ja leitud, et fondi kasutamine sõltub perearsti ratsionaalsest ja kulutõhusast käitumisest. Juhatusd esimees lubas siiski jätkata perearstide uuringufondi kasutamise jälgimist. Haigekassal on kavas, lähtudes Eesti Perearstide Seltsi rahastamistingimuste muutmise ettepanekust, analüüsida perearstiabi hinnamudelit ning lisada kvaliteeditasu hulka mitmeid uusi tegevusi.

## Sisukord

<b>Valdkonna ülevaade</b>	<b>5</b>
<b>Perearstiabi osutamine</b>	<b>7</b>
Perearstid ei täida kõiki neile pandud ülesandeid	7
Perearstid jälgivad vaid pooli südamehaigeid patsiente	11
Erakorralise meditsiini osakonda pöördub palju patsiente, kes peaksid ennekõike abi saama perearstilt	13
Perearstide poolik töö kulutab eriarstiabi raha	19
<b>Takistused perearstisüsteemi paremal toimimisel</b>	<b>21</b>
Perearste ei jätku kõikjale	21
Perearstiabi kättesaadavus on halvenenud	27
Perearstide rahastamissüsteem ei motiveeri piisavalt perearste paremat teenust osutama	28
Perearstid ei suuda piisavalt investeerida ruumidesse ega seadmetesse	33
Perearsti tööajast kulub suur osa patsiendi ja ravitööga otseselt mitteseotud ülesannetele	35
Järelevalve ei keskendu perearstide töö kvaliteedile	37
<b>Riigikontrolli soovitusel ja auditeeritu vastused</b>	<b>40</b>
<b>Auditi iseloomustus</b>	<b>46</b>
Auditi eesmärk	46
Hinnangu andmise kriteeriumid	46
<b>Riigikontrolli varasemaid auditeid tervise valdkonnas</b>	<b>50</b>
<b>Lisa A. Perearstide ülesanded tasustamise liigist lähtudes</b>	<b>51</b>
<b>Lisa B. Perearstide veebiküsitluse tutvustus</b>	<b>53</b>
<b>Lisa C. Erakorralise meditsiini osakondades korraldatud uuringu kirjeldus</b>	<b>54</b>
<b>Lisa D. Kardioloogiliste patsientide perearstipoolse ravikäsitluste uuringu kirjeldus</b>	<b>55</b>
<b>Lisa E. Perearstide sissetulekute analüüsi kirjeldus</b>	<b>56</b>
<b>Lisa F. Asulad, kust perearsti külastamine ühistranspordiga on raskendatud</b>	<b>57</b>

## Valdkonna ülevaade

1. 5. veebruaril 2009 kinnitas sotsiaalminister „Esmatasandi tervishoiu arengukava 2009–2015“, mis on praegu kehtiv esmatasandi tervishoiu valdkonna arengu alusdokument. Arengukava sisaldab valdkonna eesmärke ja eesmärkide täitmise indikaatoreid 2010. ja 2015. aasta seisuga. Samuti on arengukaval rakenduskava 2009.–2012. aasta kohta. Riigikontroll hindas auditis mitmete arengukava näitajate täitmist 2010. aasta seisuga.

2. Esmatasandi tervishoiu arengukava järgi on esmatasandi tervishoid iga inimese terviseprobleeme lahendav töö-, kooli- ja elukohajärgselt kättesaadav esmavajalike ambulatoorsete teenuste kogum. Esmatasandi tervishoid toimib tihedas koostöös teiste tervishoiuteenustega ning sotsiaalhoolekande- ja haridussüsteemiga. Esmatasandi tervishoiu teenused on

- perearsti ja -õe teenused,
- kodune õendusabi teenus,
- füsioteraapiateenus,
- ämmaemandusabi teenus,
- koolitervishoiu teenus,
- apteegiteenus,
- töötervishoiuteenus,
- hambaraviteenus,
- vaimse tervise õe teenus.

3. Perearstiabi on osa esmatasandi tervishoiust. Perearst on inimese jaoks n-õ esmane kontakt tervishoiuga, vajaduse korral suunaja ja raviprotsessi koordineerija tervishoiusüsteemis. Ühtlasi toimub just perearsti juures terve lapse ja kroonilise haige peamine jälgimine, tervise edendamine ja haiguste ennetamine iga üksiku inimese tasemel. Perearst on tervishoiusüsteemis n-õ väravavalvur, kelle ülesanne on patsientidele anda abi perearsti kompetentsi kuuluvates küsimustes ning suunata patsient vastava eriala eriarsti konsultatsioonile siis, kui patsiendi terviseprobleem seda nõuab.

4. Sotsiaalministri määruse järgi on Eestis võimalik avada 837 perearstinimistut. 2010. aastal oli Eestis 803 perearstinimistut. Igal ravikindlustatud inimesel on üldjuhul olemas oma perearst, kelle ta on kas ise valinud või kelle on talle määranud maavanem. Haigekassa hinnangul jääb perearstita kindlustatud isikute arv vahemikku 4500–5000, kellest kolmandik on vastsündinud ning ülejäänud on maavanemate poolt aastate jooksul jäänud perearsti nimistusse määramata, kuna isiku täpne elukoht pole selge.



Perearsti ülesannete hulka kuulub terve lapse jälgimine. Pildil vaksineerib last perearst dr Eret Jaanson.

Foto: Andres Teiss, Postimees, Scanpix Baltics

5. Perearstiabi peale kulub aastas peaaegu 70 miljonit eurot ravikindlustusraha, mis moodustab kogu ravikindlustusrahas 9,2% (vt tabel 1). Kui 2009. aastal oli osakaal 8,8%, siis suurenemine on toimunud eelkõige seaduse muudatustest ajutise töövõimetuse hüvitamise korraldamisel.

Tabel 1. Ravikindlustuse eelarve kulude jagunemine aastatel 2009–2011 (tuhandetes eurodes)

Kulu liik	2009	2010. a eelarve	2010. a eelarve täitmise prognoos	2011. a eelarve	Osakaal ravikindlustuse kogukuludest, %
<b>Tervishoiuteenuste kulud</b>	<b>514 456</b>	<b>503 325</b>	<b>501 340</b>	<b>523 349</b>	<b>70,4</b>
Haiguste ennetuse kulud	7 293	7 030	6 870	7 081	1,0
Üldarstiabi (= perearstiabi) kulud	67 504	66 153	64 937	68 357	9,2
Eriarstiabi kulud	406 157	397 522	397 477	414 528	55,7
Hooldusravi kulud	15 148	14 528	14 218	15 115	2,0
Hambaravi kulud	18 354	18 092	17 838	18 268	2,5
<b>Terviseedendamise kulud</b>	<b>840</b>	<b>831</b>	<b>830</b>	<b>831</b>	<b>0,1</b>
<b>Kindlustatutele kompenseeritavate ravimite kulud</b>	<b>88 411</b>	<b>92 809</b>	<b>92 994</b>	<b>97 440</b>	<b>13,1</b>
<b>Ajutise töövõimetuse hüvitiste kulud</b>	<b>140 868</b>	<b>107 880</b>	<b>91 905</b>	<b>93 008</b>	<b>12,5</b>
<b>Muude rahaliste hüvitiste kulud</b>	<b>10 266</b>	<b>12 791</b>	<b>9 181</b>	<b>9 838</b>	<b>1,3</b>
<b>Muud kulud</b>	<b>9 495</b>	<b>12 310</b>	<b>11 468</b>	<b>11 847</b>	<b>1,6</b>
<b>Ravikindlustuse kulud kokku</b>	<b>764 336</b>	<b>729 946</b>	<b>707 718</b>	<b>736 313</b>	<b>99,0</b>
<b>Haigekassa tegevuskulud kokku</b>	<b>6 841</b>	<b>7 272</b>	<b>7 286</b>	<b>7 441</b>	<b>1,0</b>
<b>EELARVE KULUD KOKKU</b>	<b>771 177</b>	<b>737 218</b>	<b>715 004</b>	<b>743 754</b>	<b>100,0</b>

Allikas: Eesti Haigekassa 2011. aasta eelarve seletuskiri

6. Nimistu perearsti kinnitab maavanem. Perearstide tegevust rahastatakse Eesti Haigekassaga sõlmitud lepingu alusel, mille üldtingimustes lepib haigekassa kokku Eesti Perearstide Seltsiga.

Perearstide rahastamissüsteem koosneb mitmest osast: baasrahast, pearahast, uuringfondist, kaugusetasust ja kvaliteeditasust. Täpsem ülevaade tasude jagunemisest on antud aruande järgmises peatükis (vt ka tabel 3).

7. Juriidiliselt on perearstid ettevõtjad, kes osutavad nimistu teenindamiseks teenuseid üldarstiabi osutava äriühingu kaudu või füüsilisest isikust ettevõtjana. Perearsti tegevuskoha sisseseade ja aparatuur on perearsti või temale kuuluva üldarstiabi osutava äriühingu omand. Enamus perearstiabi teenuse osutajatest (76,7%) tegutseb üksinda FIE või OÜna (vt tabel 2). 55% ühe nimistuga perearstipraksiste tegevuskoht ei ole suures linnas.

**Tabel 2. Perearstiteenuse osutajate jagunemine nimistute arvu järgi**

Perearstide arv perearstiteenuse osutaja juures	Hulk	Osakaal, %
Perearst töötab üksinda	359	76,7
Koos töötab 2 perearsti	42	9,0
Koos töötab 3 perearsti	28	6,0
Koos töötab 4 perearsti	17	3,6
Koos töötab 5 perearsti	9	1,9
Koos töötab 6–29 perearsti	13	2,8
Kokku	468	

Allikas: Riigikontrolli analüüs haigekassa andmete põhjal

## Perearstiabi osutamine

### Perearstid ei täida kõiki neile pandud ülesandeid

8. Perearstiabi rahastatakse kombineeritud tasustamissüsteemi kaudu, mille aluseks on
- baasraha, mida makstakse igal kuul praktilise käigushoidmiseks;
  - pearaha, mis sõltub nimistus olevate inimeste arvust ning mis peaks katma kulud praktilise sisustusele, igapäevastele tarvikutele ja palkadele;
  - uuringufondi tasu, millega rahastatakse tegevusi, mille sooritamist ei ole pearaha eest ette nähtud. Uuringufondi tasu makstakse välja osutatud teenuste eest arve alusel ning selle kogusumma aastas ei saa olla suurem kui 32% pearahaks arvestatud summast (27% neil, kes pole ühinenud kvaliteedi lisatasu süsteemiga);
  - täiendavad üksikud teenused ja uuringud (nt normaalraseduse jälgimine, lahangud), mis makstakse välja sõltumata uuringufondi kasutamise ulatusest;
  - lisatasu, mis sõltub kaugusest lähimast haiglast (nn kauguse lisatasu); ning

- kvaliteedi lisatasu. Lisatasu makstakse kord aastas, kui perearst on teatud tegevusi (vt lisa A) teinud kindlaksmääratud mahus. Kvaliteedi lisatasu võib küündida kuni 3067,76 euronni aastas.

Erinevate komponentide osakaal kogurahastusest on toodud tabelis 3.

**Tabel 3. Perearstiabi rahastuse komponentide maksumus ja osakaal perearstiabi kogurahastusest aastatel 2009–2011 (tuhandetes eurodes)**

Tasu komponent	2009 tegelik		2010 täitmise prognoos		2011 eelarve	
	Summa	Osakaal kogurahastusest, %	Summa	Osakaal kogurahastusest, %	Summa	Osakaal kogurahastusest, %
Baasraha	7 559	11,2	7 153	11,0	7 408	10,8
Kauguse lisatasu	326	0,5	303	0,5	337	0,5
Kuni 2aastaste pearaha	2 335	3,5	2 234	3,4	2 304	3,4
2–70aastaste pearaha	36 768	54,5	34 504	53,1	35 648	52,1
Üle 70aastaste pearaha	6 852	10,2	6 645	10,2	6 840	10,0
Pearaha kokku	45 955	68,1	43 383	66,8	44 792	65,5
Uuringute fond	12 280	18,2	12 534	19,3	13 886	20,3
Nõuandetelefon	599	0,9	572	0,9	615	0,9
Perearsti kvaliteedi lisatasu	785	1,2	992	1,5	1 190	1,7
Üldarstiabi reserv	–		–		129	0,2
Kokku	67 504		64 937		68 357	

Allikas: Eesti Haigekassa 2011. aasta eelarve seletuskiri

9. Riigikontrolli hinnangul on perearstisüsteem mõjus, kui perearstid osutavad kõiki neid teenuseid (sh teevad protseduure ja uuringuid), mida nad määruse kohaselt peaksid osutama. Riigikontroll küsis perearstidelt veebiküsitluses (vt ka lisa B), milliseid pearaha eest ette nähtud ning milliseid kvaliteeditasuga rahastatavaid teenuseid

- osutavad perearstid ise (või -õed), s.t patsient saab teenuse (sh protseduuri või uuringu) samas perearstikeskuses;
- ostavad perearstid teiste teenuseosutajate käest, s.t patsient pöörduv teenuse saamiseks (näiteks röntgenipildi tegemiseks) teenust osutava firma poole ning teenuse eest tasub selle osutajale perearst;
- perearst ise ei osuta ega osta, vaid saadab patsiendi teenuse saamiseks eriarsti juurde.

### Palju perearste ei osuta pearaha eest tasustatavaid teenuseid

10. Pearaha eest ette nähtud teenuste osutamise eest perearstile täiendavalt ei maksta. Probleemaatiline on aga, et samu teenuseid saab osutada ka eriarst, kes esitab sellisel juhul teenuse osutamise kohta Eesti Haigekassale arve. Seega makstakse teenuse eest, mida peaks osutama perearst saadud pearaha arvelt, veel ka eriarstile ning seda ei saa pidada alati raha tõhusaks kasutamiseks. Täpset piiri perearsti ja eriarsti ülesannete vahele on aga keeruline tõmmata, kahjustamata patsiendi huve. Kui patsient on juba eriarsti juurde jõudnud, on põhjendamatu saata ta uuesti perearsti juurde tegema neid lihtsamaid uuringuid/protseduure,

mida oleks võinud teha perearst. Mis puudutab aga tervise seisundeid, mille diagnoosimine ja ravimine on perearsti ülesanne ja eriarsti juurde suunamise vajadus puudub, on Riigikontroll seisukohal, et neid teenuseid võiks enamikul juhtudel osutada perearst ning eriarsti vastuvõtule suunatakse patsient vaid raskematel/keerulisematel juhtudel.

11. Küsitlus näitas, et pearaha eest ette nähtud teenuseid teevad perearstid enamikul juhtudel ise. Samas on teenuseid, mille saamiseks suunatakse patsient pigem eriarsti juurde. Nendeks on silmapõhja vaatlus (79% suunab eriarsti vastuvõtule), kuulmislanguse määramine või sõeltest (39% suunab eriarsti juurde, 13% ostab teise tervishoiuteenuse osutaja käest). Lisaks ei tee perearstid enamasti ise ka perifeerseid närviblokaade ja kusepõie loputust.

12. Õele on enim delegeeritud või temaga jagatud patsientide sidumist (98%), terviseedenduslikku tööd (76%), kuulmekäigu loputust (71%), EKG tegemist (63%) ja väikelapse psühhomotoorse arengu hindamist (55%). Mida suurem on perearstipraksis, seda rohkem teevad terviseedenduslikku tööd õed.

13. Lisaks perearstide küsitlusele analüüsis Riigikontroll haigekassa raviarvete statistika põhjal, kuidas perearstid on astma ja kroonilise obstruktiivne kopsuhaiguse diagnoosiga patsiente jälginud ja ravinud. Koos Eesti Kopsuarstide Seltsi esindajatega otsustati hinnata perearstide tööd selliste patsientidega **spirograafia** (SPG) (uuringufondist tasustatav teenus) tegemise järgi, mis on hinnangu andmiseks parim näitaja. Tulemused näitasid, et perearstid teevad või ostavad SPGd ülivähe, sest vaid 3% kõikidest aasta jooksul Eestis tehtud SPG-uuringutest on perearstide tehtud või tellitud. SPG-uuringute analüüs tõi välja ka piirkondlikud erinevused: näiteks teevad või ostavad perearstid Ida-Viru maakonnas keskmisest rohkem uuringuid ise, aga Tartumaal suunatakse patsiendid uuringuteks eriarsti vastuvõtule.

14. Perearstide esindajate sõnul on SPG vähese tegemise põhjus väljakujunenud raviharjumus, mille tõttu vastutus nende patsientide ravi eest lasub enamasti eriarstil. Perearst ei saa praeguste reeglite kohaselt ravi määrata, tal on õigus vaid retsepti pikendada ning seetõttu eelistatakse patsient suunata eriarsti juurde juba uuringuteks.

15. Patsientide liigset suunamist eriarstiabi süsteemi ja nende töö ebahütlust on probleemina nimetatud ka „Esmatasandi tervishoiu arengukavas 2009–2015“. Siiski ei ole arengukavas detailseid meetmeid ega indikaatoreid, mille abil ühtlustada pearaha eest tehtavate teenuste osutamist perearstide poolt.

16. Pearahale lisaks makstakse perearstidele teenuste osutamise eest veel kolme liiki tasu. Esimene neist kuulub nn uuringufondi, mille eest on perearstil võimalik osta teenuseid ja uuringuid, mida pole ette nähtud pearaha eest osutada. Teise osa moodustavad üksikud teenused ja uuringud (nt normaalraseduse jälgimine, lahangud), mille eest makstakse perearstile sõltumata sellest, millises mahus on ta kasutanud uuringufondi. Kolmanda osa moodustavad tegevused (näit krooniliste haigete jälgimine ja ennetustöö, vt täpsemalt lisa A), mida rahastatakse küll samuti pearahast, kuid mille piisavas mahus ja kvaliteetse täitmise korral maksab haigekassa perearstile kvaliteeditasu.

**Spriograafia** – uuring, mille abil mõõdetakse kopsumahu suurust ja hingamisteede läbitavust maksimaalse sügavuse ja kiirusega hingamisel. Uuringuga on võimalik kindlaks teha kopsufunktsiooni halvenemine. Tegemist on olulise uuringuga selliste levinud haiguste nagu astma ja krooniline obstruktiivne kopsuhaigus (KOK) diagnoosimisel ja ravi jälgimisel.

Allikas: TÜ Kliinikumi patsiendi infoleht

**Perearstid ei osuta ka teenuseid, mille eest makstakse eraldi**

17. Paljud perearstid on juurutanud head praktikat kaasata tervise ennetustöösse ja krooniliste haiguste jälgimisse pereõdesid.

18. Enda sõnul perearstid kroonilisi haigeid enamasti eriarsti vastuvõtule edasi ei saada ning osutavad neile vajalikud teenused ise või ostavad mõne teenuseosutaja käest. Eriarsti juurde suunamise võimalus valitakse, et saata patsient günekoloogilisele läbivaatusele (73% vastanutest), normaalraseduse jälgimiseks (69%) ja pisikirurgilisteks manipulatsioonideks (55%). Kaks esimest tegevust ei peaks viiendiku perearstide arvates olema perearsti ülesanne. Eesti Haigekassa on aga näiteks normaalraseduse jälgimise toonud tervishoiuteenuste loetellu eraldi tasustatava tegevusena, et julgustada perearste seda tööd tegema. Paraku ei ole see vajalikku muutust kaasa toonud ning vaid väike osa perearstidest teeb seda regulaarselt.

19. Et uurida, miks perearstid patsientidele ise vajalikku abi ei paku, vaid saadavad nad edasi eriarstide juurde, küsis Riigikontroll, milliseks hindavad perearstid oma võimalusi uuringuid ise teha. 49 perearsti 62-st hindas oma võimalusi heaks või väga heaks, mistõttu võib järeldada, et uuringute tegemise võimaluse puudumine pole peamiseks põhjuseks, miks saadetakse patsiendid eriarsti vastuvõtule.

20. Perearstid pidasid eriarsti juurde suunamise põhjusteks eelkõige ajapuudust, vajaliku aparatuuri puudumist ja kogemuste vähesust, sest osa haigusjuhtude arv ühe perearsti kohta aastas on liiga väike arstliku pädevuse säilimiseks. Lisaks tõi osa perearste takistusena välja uuringufondi rahalise piiratuse ja sellest tuleneva vajaduse kokkuhoidlik olla. 2009. aastal töötas 54% perearstidest nende perearstiteenuse pakujate juures, kus uuringufondi kasutus oli vähemalt 90%. Pea kolmandik (31,2%) perearstidest töötasid nende teenuseosutajate juures kus uuringufondi kasutus oli 100% või üle selle. Eesti Haigekassa on koostöös Eesti Perearstide Seltsiga 2009. aastal perearstide uuringufondi kasutamist analüüsinud ja leidnud, et väga tihti kasutatakse uuringufondi raha ebamõistlikult (ei täideta ravijuhendeid ega -tavasid). Kinnitust sellele, et uuringufondi suurus ei võimalda perearstil patsientidele põhjendatud uuringuid teha, ei leitud.

**Kompuutertomograafia** on röntgenuuring, mida tehakse kompuutertomograafi abil. See on keerukas seade, mis registreerib röntgenikiirguse neeldumise uuritavas kehapiirkonnas, misjärel rekonstrueeritakse arvuti abil kihtkujutised inimkeha eri piirkondadest kolmemõõtmelisena.

**MRT ehk magnetresonantstomograafia** uuringul paigutatakse patsient tugevasse magnetvälja. Kujutise saamiseks pannakse patsiendi uuritava piirkonna lähedale antenn, mille abil tekitatakse raadiolaineid.

**Ehho-KG ehk ehhokardiograafia** on südame elektrilise aktiivsuse mõõtmise ehk elektrokardiograafia tulemusena saadud graafiline kujutis.

21. Põhjuseks, miks saadetakse patsient pigem eriarsti juurde, mainiti veel, et kui ise teenust ei osuta ja on vaja seda teistelt teenuseosutajatelt osta, siis võivad teenuse järjekorrad olla pikad. Samuti võib lähim teenuseosutaja asuda patsiendi elukohast kaugel ning see paneb patsiendi loobuma. Patsiendi kohalemineku tagamiseks suunab perearst patsiendi pigem eriarsti juurde, kes saab kohe teha ka kõik vajalikud uuringud. Enim tõi perearstid ise probleemseks välja **kompuutertomograafiat**, **MRTd**, **Ehho-KGd**. Viimast saab perearst osta mõne teise teenuseosutaja käest, kuid esimeste ostmist Eesti Haigekassa perearstile ei kompenseeri, sest neid kasutatakse keerulisemate ja vähem levinud haiguste korral.

22. 45% vastanutest leidis, et kui perearst saaks ise teha uuringuid, siis kaoks vajadus saata patsient eriarsti vastuvõtule. Ühe põhjusena, miks patsient pigem eriarsti juurde saadetakse, nimetasid perearstid patsiendi enda soovi saada perearsti tehtud uuringust hoolimata eriarsti vastuvõtule. Detailsemalt on probleeme seoses uuringute tegemisega kirjeldatud aruande järgmises peatükis.

23. Riigikontrolli hinnangul näitavad perearstide küsitluse tulemused, et perearstid tajuvad enda ülesandeid perearstiteenuse osutajana erinevalt (seda nii pearaha sees olevate teenuste kui ka eraldi tasustavate teenuste osas). Astma ja kroonilise obstruktiivse kopsuhaiguse diagnoosiga patsientide jälgimise analüüs näitab, et praegu on suur krooniliste haigustega patsiendirühm perearsti jälgimise alt suures osas üldse väljas.

### Perearstid jälgivad vaid pooli südamehaigeid patsiente

24. Riigikontrolli hinnangul on perearstisüsteem tõhus, kui perearstid jälgivad kõiki stabiilse haigusseisundiga kroonilisi haigeid ning eriarsti juurde suunatakse ainult keerulisemate juhtumite korral. Et kõrgvererõhktõbi on üks levinuimaid kroonilisi haigusi (ligi 50% üle 65aastastest kannatab kõrgvererõhktõve all), uuris Riigikontroll põhjalikumalt perearstidepoolset kõrgvererõhuga patsientide ravikäsitlust.

25. Auditi käigus hinnati kardioloogidest ekspertide kaasabil 411 kõrgvererõhudiagnoosiga patsiendi perearstipoolset ravikäsitlust. Hinnati seda, kas perearst suunas patsiendi kardioloogi juurde põhjendatult, ning seda, kas ainult perearsti jälgimisel olnud patsientide ravi oli adekvaatne. Ekspertide hinnatud ravilugudest oli 206 (50%) juhul patsient ainult perearsti jälgimisel ja 205 juhul oli patsient suunanud ka kardioloogi vastuvõtule. Uuringu kirjeldus ja kokkuvõte on toodud aruande lisas D.

26. Eksperdihinnang näitas, et 51,2% kardioloogi vastuvõtule suunatud patsientidest ei vajanud tegelikult kardioloogi konsultatsiooni ning 5,8% nendest, kes olid ainult perearsti jälgimisel, oleksid vajanud kardioloogi konsultatsiooni. Seega näitas analüüs selgelt, et perearstid saavad liiga kergekäeliselt patsiendi kardioloogi vastuvõtule. Iga põhjendamatu kardioloogi vastuvõtt tähendab aga lisakulu nii haigekassa eelarvele kui ka põhjendamatult kulutatud kardioloogide tööaega. (Vt ka ptk „Perearstide poolik töö kulutab eriarstiabi raha“.)

27. Riigikontroll uuris, kas perearstidel, kes põhjendamatult patsiente kardioloogi juurde suunasid, on ühiseid jooni. Analüüsi tulemusena selgus näiteks, et põhjendamatult kardioloogi juurde suunatud osakaal on sama nii suurtes linnades kui ka valdades tegutsevate perearstide seas. Kui uurida aga suunamisi perearsti vanuse alusel, siis võib märgata olulist erinevust. Vanemad kui 45aastased arstid suunasid patsiente põhjendamatult kardioloogi vastuvõtule kaks korda sagedamini kui 45aastased ja nooremad perearstid. Kui noorematel perearstidel oli põhjendamatute suunamiste osakaal 29,4%, siis vanematel perearstidel 62%. Ka ainult perearstide jälgimisel olnud kõrgvererõhudiagnoosiga patsientide ravikäsitluses oli probleeme rohkem vanematel perearstidel.

28. Noorematest perearstidest on ligikaudu pooled läbinud juba **perearsti residentuuri** ning vanematest perearstidest on enamik vastavatel spetsialiseerimiskursustel perearstiks ümber õppinud endised jaoskonnaarstid. Tõenäoliselt on vanemad perearstid harjunud varasemast töökogemusest sellega, et kroonilise terviseprobleemiga tegeleb eriarst. Sedasama pidasid erinevuse põhjuseks ka Riigikontrolli fookusgrupi arutelul osalenud kardioloogide ja perearstide esindajad. Siit võib järeldada ka seda, et perearstiks ümberõppinute koolitus ei ole andnud neile kõiki vajalikke oskusi, et töötada iseseisva perearstina.

### Vanemate perearstide ravikäsitlus on oluliselt halvem

**Perearsti residentuur** – arstiõppele järgnev praktiline ja teoreetiline koolitus perearsti erialal. Selle läbimisel omandatakse perearsti eriala ja kvalifikatsioon.

**Mida paremini perearst patsienti uurib, seda suurem on tõenäosus, et kardioloogi juurde jõuab patsient põhjendatult**

29. Ka perearstide kvaliteedisüsteemiga liitunud perearstidel oli põhjendamatu kardioloogi vastuvõtule suunamisi vähem kui nendel, kes 2009. aastal süsteemiga liitunud ei olnud. Mida suurema osa kvaliteeditasu perearstipraksise kogurahastamisest moodustas, seda vähem oli põhjendamatu kardioloogi juurde suunamisi. Kvaliteeditasu saavate perearstiteenuse osutajate juures töötasid ka suhteliselt nooremad arstid. Ka perearsti uuringufondi raha aktiivsemalt kasutanud perearstide hulgas oli põhjendamatu kardioloogi konsultatsioonile suunamisi mõnevõrra vähem.

30. Üldiselt töid perearstide ja kardioloogide esindajad Riigikontrolli kokkukutsutud fookusgrupi arutelul välja, et analüüsis hõlmatud kõrgvererõhudiagnoosiga patsiendid olid keskmiselt halvasti uuritud. Üheks põhjuseks võib olla ka see, et paljudel perearstidel jääb uuringufondi rahast puudu. Eesti Haigekassa ja Eesti Perearstide Seltsi koostöös korraldatud uuringufondi kasutamise analüüsi tulemustest lähtuvalt võib uuringufondi ebapiisavust põhjendada peamiselt sellega, et eiratakse ravijuhendeid ja tehakse ebamõistlikke uuringuid.

31. Riigikontrolli hinnangul ei täida perearstisüsteem oma rolli, kui üle poolte patsientidest satub perearstide kehva või tegemata töö tõttu eriarsti juurde. Põhjuseid selleks võib olla mitu: ühest küljest võib perearstil aasta lõpus jääda puudu uuringufondi rahast (põhjuseks võib olla uuringufondi ebamõistlik kasutamine), kuna tihti suunatakse eriarsti juurde korralikult uurimata patsiendid. Teisalt ja olulisemad probleemid on perearstide ebahätlases kvalifikatsioonis ja erinevates tööharjumustes.

32. Riigikontrolli fookusgrupi arutelul (osalesid perearstid ja kardioloogid) leiti, et põhjendamatu kardioloogi juurde suunamisi ja kokkuvõttes kardioloogi visiitidele kuluvat aega aitaks vähendada e-saatekirja süsteem, kus perearsti e-saatekirja põhjal hindab kardioloog kõigepealt, kas patsiendil on vaja tema vastuvõtule tulla või mitte. E-saatekirja positiivne mõju seisneks ka selles, et patsient ei saabuks enam eriarsti juurde ilma perearsti tehtud uuringuteta ja/või patsiendi nõudmisel, sh väheinformatiivsete saatekirjadega. Järgmine arenguetapp võiks olla perearsti ja eriarsti vahelise eraldi tasustatava e-konsultatsiooni võimaluse loomine, et ära põhjendamatu suunamisi eriarsti vastuvõtule olukorras, kus perearst tunneb ennast mõne haigusseisundi korral puuduliku praktika või väljaõppe tõttu ebakindlalt.

33. **Soovitus sotsiaalministrile:** luua kiiremas korras võimalused e-saatekirja rakendamiseks. Selle eelduseks on üleriigilise kõiki teenuseosutajaid hõlmava digiregistratuuri loomine (e-tervise osana). E-saatekiri annab eriarstile võimaluse veenduda, et perearst suunab talle vaid eriarsti kompetentsi nõudvate probleemidega patsiente, kelle kohta on saatekirjale lisatud vajalikud uuringud. E-saatekirja rakendudes on võimalik eriarstil keelduda vastu võtmast patsiente, kellega perearst ise pole piisavalt tegelema. E-saatekiri annaks pikemas perspektiivis võimaluse luua ka e-konsultatsiooni teenuse, mille puhul perearst küsib oma patsiendi kohta eriarstilt nõu, edastades talle e-saatekirjaga vajaliku info, mille põhjal eriarst saaks hinnata patsiendi vastuvõtmise vajadust ning anda perearstile tagasisidet ravi kohta.

**Sotsiaalministri vastus:** Tervise infosüsteemi osana on tänaseks loodud digiregistratuuri moodul, mille abil on arstidel võimalik saata ja saada nii saatekirju kui ka saatekirjade vastuseid. Lisaks võimaldab digiregistratuur

broneerida aegu arsti visiidile nende tervishoiuteenuse osutajate juurde, kes on kesksüsteemi edastanud oma eriarstide vabad ressursid. Käesoleval hetkel on ka piloteerimisel nn e-visitide teenus, mis võimaldab perearsti saatekirju sorteerida eriarsti poolt nii teenuse vajaduse kui ka aegkriitilisuse osas ja broneerida vajadusel kõigile sobiv eriarsti aeg. 25.03.2011. a. seisuga oli Tervise infosüsteemis 2181 saatekirja ja 498 852 saatekirja vastust.

**34. Soovitus sotsiaalministrile:** luua koostöös Eesti Perearstide Seltsiga perearstide kohustuslik pädevuse regulaarse hindamise süsteem, sest see tagaks perearstiteenuse parema ja ühtlasema kvaliteedi.

**Sotsiaalministri vastus:** Kuna tegemist on täiesti uue kvalitatiivse muudatusega, siis tuleb kohustusliku pädevuse hindamise süsteemi vajadust hinnata kõikide tervishoiutöötajate lõikes, mitte üksikute erialade (peremeditsiin) kaupa. Samuti vajab kohustusliku pädevuse hindamise süsteemi kehtestamise idee laiemat tutvustamist tervishoiuteenuse osutajatele ning tervishoiutöötajate kutseorganisatsioonidele.

Käesoleval ajal on tervishoiuteenuse osutaja kohustused töökorralduse ja juhtimise kvaliteedi tagamisel järgmised: tervishoiuteenuse osutaja tagab tervishoiutöötajate arendamiseks ja pädevuse tõstmiseks tervishoiutöötajate iga-aastase koolitamise. Tervishoiuteenuse osutaja koostab tervishoiutöötajate koolitusplaani (edaspidi koolitusplaan) iga kalendriaasta kohta. Koolitusplaanis peab tervishoiuteenuse osutaja tagama igale tervishoiutöötajale erialase koolituse vähemalt 60 tunni ulatuses (sotsiaalministri 15.12.2004. a määrus nr 128 „Tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamise nõuded“, § 8 lg 2).

### **Erakorralise meditsiini osakonda pöördub palju patsiente, kes peaksid ennekõike abi saama perearstilt**

**35.** Hästi toimivas perearstisüsteemis peaks patsient perearsti kompetentsi kuuluvate probleemidega saama abi esmajoonel oma perearstilt. Seda ka äkilise haigestumise korral. Sama on kirjas ka esmatasandi arengukavas.

**Erakorraline meditsiin** – eriala, mis tegeleb erakorraliste tervisehäiretega (ägedad haigused, traumad, mürgistused jm) esmase diagnoosimise ja raviga patsientide surma või töövõime kaotamise vältimiseks.

**36.** Arengukavas on üheks probleemiks peetud haiglate **erakorralise meditsiini** osakondade (EMO) koormatust patsientidega, keda tegelikult saaks ravida perearst. Seega peaks arengukava plaanide kohaselt EMOst kojupöördunute osakaal vähenema 73%-lt (2006. aastal) 63%-ni 2015. aastal.

**37.** Uurimaks, kas ja kui palju patsiente käib haiglate EMOdes perearsti kompetentsi kuuluvate probleemidega, korraldas Riigikontroll neljas haiglas kolmenädalase kergemate kaebustega täiskasvanud patsientide ankeetuuringu. Uuringu kirjeldus ja kokkuvõte on toodud aruande lisas C.

**Põhjendamata patsient** – Riigikontrolli uuringu kontekstis patsient, kes pöördus haigla erakorralise meditsiini osakonda, aga kelle probleem kuulus tegelikult perearsti töövaldkonda.

**38.** Kõigi haiglate peale kokku oli **põhjendamata** täiskasvanud patsiente 39% (vt tabel 4). Kõige suurem oli see osakaal PERHis ja kõige väiksem TÜKis (erinevus üle 10%).

Tabel 4. Patsientide jaotus haiglati ning põhjendamata patsientide osakaal

Haigla nimi	Patsiente kokku	Põhjendamata patsientide osakaal, %
Ida-Viru Keskhaigla (IVKH)	625	33,4
Põhja-Eesti Regionaalhaigla (PERH)	1870	43,6
Pärnu Haigla	601	37,1
Tartu Ülikooli Kliinikum (TÜK)	576	32,1
Kokku	3672	39,0

Allikas: Riigikontrolli uuring nelja haigla erakorralise meditsiini osakonnas.

39. Analüüsi käigus uuriti ka, millised patsiendid ning mis ajal erakorralise meditsiini osakonnadesse kergemate kaebustega pöörduvad. Analüüsist selgus näiteks, et EMOSse pöörduisid põhjendamata rohkem nooremad patsiendid. Selle peamiseks põhjuseks on ilmselt see, et noored on lahkunud õpingute tõttu oma kodulinnast, kus tegutseb ka nende perearst, ning õpingutelinnas neil oma perearsti pole.

40. Joonis 1 näitab, et põhjendatud ja põhjendamata patsientide EMOSse pöördumine kellaaegiliselt ei erine. Seega käiakse ka perearsti kompetentsi kuuluvate probleemidega EMOs peamiselt tööajal ehk kella 8–17. Seega ei saa EMO põhjendamatu külastamise peamiseks põhjuseks olla perearsti tööväliline aeg. Siiski tuleb arvestada, et kuigi perearstipraksis on küll avatud tööpäevadel 8 tundi, toimub perearsti vastuvõtt lepingu järgi vaid 4 tundi päevas, juhul kui arst suudab selle aja sees patsiendid vastu võtta. Väljaspool perearsti vastuvõtu aega peab olema tagatud muu tervishoiutöötaja (nt pereõde) vastuvõtt.

**Palju patsiente toob EMO eelistamise põhjuseks töövälisest aegast, kuigi lõviosa külastustest toimub tööajal**



Erakorralise meditsiini osakonnas käiakse peamiselt tööajal. Pildil patsiendid ootamas Tartu Ülikooli Kliinikumi Maarjamõisa haigla erakorralise meditsiini osakonnas.

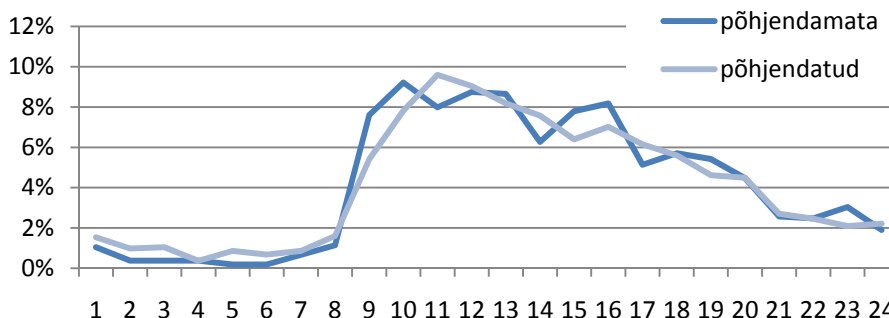
Foto: Margus Hansu, Postimees, Scanpix Baltics

41. Siiski moodustas see osa põhjendamata patsientidest, kes käis EMOs töövälisel ajal ja tõid selle ka EMOSse tuleku põhjuseks, 10% kõikidest uuritud patsientidest (368 patsienti). Küsitletud perearstid tõid töövälise aja välja kõige suurema põhjusena, miks põhjendamata patsiendid

EMOsse pöörduvad. Samas tuleb arvestada, et perearstideni tihti info patsiendi EMO-külastuse kohta ei jõuagi, kuna patsient ei teavita oma perearsti sellest.

42. Kuna perearst ei pea vastu võtma hiljem kui kell 18 ja vaid ühel päeval nädalas on õhtupoolne (kuni 18-ni) vastuvõtt kohustuslik, siis võib üheks märkimisväärseks põhjuseks, miks pöörduakse EMOsse perearsti kompetentsi kuuluvate probleemidega, olla perearsti kättesaamatus praktilise lahtiolekuvälisel ajal.

**Joonis 1. Põhjendatud ja põhjendamata patsientide jagunemine kellaaegade järgi tööpäevadel (kellaaeg 1 tähistab kellaaega 00.00–1.00 jne)**



Allikas: Riigikontrolli uuring nelja haigla erakorralise meditsiini osakonnas

43. Riigikontrolli uuring ei käsitlenud kuni 17aastaste laste EMOsse pöördumisi, mistõttu lastekülastuste iseloomustamiseks kasutas Riigikontroll A. Gretšenko Tallinna Lastehaigla EMO patsiendiuuringu tulemusi. Uuringus ei hinnatud otseselt patsientide EMOsse pöördumise põhjendatust, kuid toodi välja probleemset kohad, kus EMO liigtarvitatakse. Tallinna Lastehaigla EMOsse pöördunute moodustasid kõige suurema rühma 2–5aastased (40%), järgnesid 13–24 kuu vanused (12%) ja alla 1 aasta vanused patsiendid (18%). Patsiendid pöördusid lastehaigla EMOsse tööaja sees rohkem siis, kui haigus oli juba kaua kestnud (65%), ning lühemat aega väldanud haiguse korral pöörduti tööajal EMOsse 35%-l juhtudest.

44. Riigikontrolli tellitud uuringu tulemusi arutanud erakorralise meditsiini arstidest ja perearstidest koosnev eksperdirühm leidis, et töövälisel ajal perearsti kompetentsi kuuluva probleemiga EMO külastajate hulk väheneks, kui ka pärast kella 18 oleks patsientidel võimalik pöörduda nn perearstivalvepunktidesse ning EMO arstidel oleks neid võimalik sinna suunata (juhatada). Arvestades väikest patsientide osakaalu hilisõhtusel ja öisel ajal, ei oleks selleks vaja ööpäevaringset valvet, vaid piisab lahtiolekust kella 20.00 või 22.00-ni.

45. Ligikaudu kolmveerand uuritud patsientidest ei olnud enne EMOsse tulekut perearstiga kontakteerunud (vt tabel 5). Seetõttu ei pruugi perearst nendest käikudest teadlik olla. Kuigi küsitletud perearstid väitsid enamasti, et neil pigem on ülevaade patsientide EMOs käimisest, tuli vastustest välja ka, et teave pärineb tihti vaid patsiendilt endalt ning muud infokanalid ei ole süsteemsed. Ka lastehaigla EMO patsientidest oli eelnevalt perearstiga ühendust võtnud vaid 45%.

**Valdav osa n-ö kergeid patsiente ei ole eelnevalt isegi perearstiga konsulteerinud**

46. Põhjendamatult pöördunud patsientide hulgas oli perearstiga mittekontakteerunute osakaal suurem (81 vs 72 %). Peamiseks põhjuseks toodi perearsti mittekättesaadavust, eelkõige ülalmainitud töövälisest aegast, aga ka pikka ooteaega ning perearsti mujal asumist. 20%-l juhtudest ei soovinud patsient perearsti poole pöörduda ajapuudusel (mitte usaldamatuse tõttu), ning 13%-l oli EMOSse pöördumise põhjuseks patsiendi teadmatus perearsti võimalustest. Riigikontroll küsis ka üleriigilise perearsti nõuandetelefoni rolli kohta patsientide EMOSse juhatamisel, kuid telefoninõuande peale EMOSse pöördunute osakaal oli vaid 1% ringis.

Tabel 5. Põhjused, miks patsiendid endi sõnul EMOSse pöörduvad

Põhjendamatata	Patsientide osakaal*, %
Patsient tuli EMOSse ise, pöördumata enne perearsti poole, sest	81,4
▪ perearst polnud kättesaadav,	50,7
▪ patsient ei soovinud perearsti poole pöörduda,	19,6
▪ patsient polnud sellest võimalusest teadlik.	13,2
Patsient oli eelnevalt sama probleemiga perearsti poole pöördunud ja	21,5
▪ perearst oli ta läbi vaadanud / temaga kohtunud	17,8
▪ perearst polnud läbi vaadanud / temaga kohtunud	3,9
Põhjendatud	Patsientide osakaal, %
Patsient tuli EMOSse ise, pöördumata enne perearsti poole	71,8
Patsient on eelnevalt sama probleemiga perearsti poole pöördunud	29,4

\*Osakaalude summa ei ole alati 100%, sest märgiti ka mitut vastust korraga.

Allikas: Riigikontrolli uuring nelja haigla erakorralise meditsiini osakonnas.

**Kas teadsite, et** kõige rohkem oli põhjendamatata patsiente nende hulgas, kes pöördusid putuka-, peamiselt puugihammustuse tõttu, lisaks erinevate külmetusnähtude, nahalööbe, paanikahäire, liigese-, selja-, jäsme- või hambavalu tõttu.

Lastehaigla EMOSse pöördumiste põhjuste hulgas domineerisid ülemiste hingamisteede infektsioonid ja kõrvaprobleemid.

47. Lisaks patsiendi teadmatusle nimetasid nii küsitletud perearstid kui ka EMO uuringu tulemusi arutanud arstid EMO külastamise põhjusena selle head kättesaadavust, mugavust ja uuringute kiirust. Sellest lähtudes pidasid arstid vajalikuks tegelda nii patsiendi teavitamise ja harimisega perearstistööst kui ka teatud määral distsiplineerimisega. Distsiplineerimise vahendina nimetati muu hulgas näiteks suuremat EMO visiiditasu juhul, kui tegemist on n-õ kerge patsiendiga. Samas oleks selle korraldamine keeruline ning kõrgema visiiditasu kartuses võib patsient alahinnata ka enda vältimatut abi vajavat terviseprobleemi ning jätta EMOSse õigel ajal minemata.

48. Põhjendamatata patsientide uurimise kõrval pööras Riigikontroll tähelepanu ka sellele, miks patsiendi EMOSse pöördumine põhjendatuks hinnati. Kõigist patsientidest viiendikku pidasid EMO arstid põhjendatuteks, sest perearstid ei saa ise kõiki uuringuid piisavalt kiiresti teha (kõige väiksem – 9% – oli selle põhjuse osakaal Ida-Viru maakonnas). 16%-l juhtudest ei vajanud patsient küll erakorralist sekkumist, kuid vajas kiiremini ja spetsiifilisemat arstiabi, kui seda oleks võimaldanud perearsti poole pöördumine.

49. Detailsem analüüs näitas, et samasugune oli kiiremini arstiabi vajavate patsientide osakaal ka siis, kui uuriti tööpäevadel kella 8–17 pöörduvad patsiente. Seega ei olnud nende patsientide puhul oluline perearsti tööväliline aeg. Parendades perearsti uuringuvõimalusi ja eriarstiga konsulteerimise võimalusi, saaks vähendada EMO koormust ka selliste patsientide võrra.

50. Uuringu arutelu fookusgrupp tõstis lahendustena esile paremate võimaluste loomist esmatasandi tervisekeskustes, mille loomine on ette nähtud ka esmatasandi tervishoiu arengukavas (vt ka soovitus p 43). Ühtlasi nimetati uuringufondi võimaluste laiendamist ja rahastuse suurendamist.

51. **Riigikontrolli soovitus sotsiaalministrile:** leida meetmed, et suuremates tõmbekeskuste osa perearstipraksised oleksid avatud tööpäevadel kella 22.00-ni ja nädalavahetustel. Riigikontrolli hinnangul ei peaks esmatasandi tervisekeskuste lahtiolekuajad kindlasti olema 24 tundi ööpäevas, nagu praegu arengukavas on plaanitud, seda eriti 8 maakonnas, kus elanike arv on alla 50 000 inimese, erakorralise töö maht väike ja kus on praegu ka 24tunnise valvega haiglad olemas. Plaanitavate esmatasandi tervisekeskuste paremad ja kiiremad uurimisvõimalused ning parem koostöö eriarstidega vähendaksid tõenäoliselt samuti haiglate EMODE külastamist.

**Sotsiaalministri vastus:** Nõustume, et selline korraldus on vajalik, et tagada üldarstiabi parem kättesaadavus õhtusel ajal ja nädalavahetustel. Tervishoiuteenuste korraldamise seadus annab juba täna võimaluse perearstipraksise lahtiolekuks väljaspool tööaega ja Eesti Haigekassale selle töö rahastamiseks. Kahjuks pole praegusel ajal selliseid lepinguid sõlmitud, kuigi Eesti Haigekassa on vastavasisuliselt ettepanekuid korduvalt teinud.

Tulenevalt tervishoiutöötajate ressursi piiratusest näeme ka edaspidi arstiabi pakkujatena väljaspool perearsti tööaega peamiselt kiirabi ja haiglate erakorralise meditsiini osakondi. Haiglatega on plaanis läbi rääkida, kas on vajalik korraldada ja rahastada lisaks erakorralise meditsiini osakonnale ka üldarsti või perearsti vastuvõtt.

Kaalumisel on olnud ka koheselt vajaminevat arstiabi (kuid mitte kiirabi) pakkuvate vastuvõttude korraldamine väljaspool perearstide tööaega õhtuti ja nädalavahetusesti suuremates tõmbekeskustes, kus puuduvad ööpäevaringselt teenust pakkuvad aktiivravi haiglad. Samas rakendamine nõuab lisavahendeid ravikindlustuse eelarvest ning ka inimressurssi kohtadel. Lisaks jääb perearstidele alati võimalus oma töö ümber korraldada ja vajadusel perearstipraksiste lahioleku aegasid pikendada.

52. **Riigikontrolli soovitus sotsiaalministrile:** arendada e-tervisesüsteemi võimalusi viisil, kus süsteemi rakendamisel oleks perearstil kohe ülevaade tema patsientide kiirabikutsetest ja EMO külastamistest.

**Sotsiaalministri vastus:** E-kiirabi- ja EMO kaart on standardiseerimisel ja kiirabikaardi tehniline võimalus on planeeritud valmis saada 2012. Aastal.

### 53. Riigikontrolli soovitus sotsiaalministrile koostöös Eesti

**Haigekassa juhatuse esimehega:** tegeleda n-õ patsiendikasvatusega, näiteks teha vastav kampaania; kohustada perearste patsientidele selgitama, millised on nende abi saamise võimalused ja millistel juhtudel pöörduda EMOSse; suurendada EMODEs patsientide informeerimist. Kui inimesed teavad, millal, mis põhjusel ja kelle poole pöörduda, siis väheneb ka ressursside ebaotstarbekas kasutamine.

**Sotsiaalministri vastus:** Soovitus on vaja läbi rääkida Haigekassa ja erialaliitudega.

**Eesti Haigekassa juhatuse esimehe vastus:** Eesti Haigekassa on erinevate teavitusprojektide kaudu pidevalt informeerinud elanikke nende õigustest, erinevate teenuste ja abi saamise erinevatest võimalustest nii meedia vahendusel (pressiteadetena, kampaaniatena, haigekassa terviselehekülgedel erinevate päevalehtede vahel) kui ka erinevate teemamaterjalide kaudu: erinevad infotrükised, kord aastas välja antav „Haigekassa teataja“ jne.

Eesti Haigekassa annab jätkuvalt oma panuse elanikkonna teavitamisse koostöös teiste osapooltega. Haigekassa arengukavas aastateks 2011–2014 ([http://www.haigekassa.ee/uploads/userfiles/otsus%20nr\\_01%20arengukava%202011-2014.doc](http://www.haigekassa.ee/uploads/userfiles/otsus%20nr_01%20arengukava%202011-2014.doc)) on üheks eesmärgiks kujundada inimeste teadlikkust ja suunata tervisekäitumist.

Rahastame ka erinevate patsiendijuhendite koostamist eesmärgiga suurendada patsientide ja nende pereliikmete teadlikkust haiguste olemusest, ennetamisest ja ravivõimalustest. Haigekassa toetavad tegevused viiakse ellu kooskõlas „Rahvastiku tervise arengukava 2009–2020“ eesmärkide ja meetmetega.

Elanikkonna teadlikkust ja selle muutust hindame koostöös sotsiaalministeeriumiga iga-aastaste elanikkonna küsitlustega ning uuringutest saadud andmed on oluliseks sisendiks teavitustegevuste kavandamisel ja elluviimisel.

2005. aastal käivitati üleriigiline perearsti nõuandetelefon 1220, mille eesmärgiks on esmase meditsiinilise nõu saamise võimalus telefoni teel eesti ja vene keeles 24 h ööpäevas. Telefonil vastav nõustaja saab soovitada, kas või kuhu peaks helistaja oma tervisemurega pöörduma (perearsti poole, haigla erakorralise meditsiini osakonda, kutsuma kiirabi vm). Nimetatud teenus teeb tihedat koostööd ka Häirekeskusega ning peaks eeldatavalt vähendama põhjuseta erakorralise meditsiini osakonda pöördumisi.

Juhime tähelepanu, et Riigikontrolli aruandes on punkt 40 ja 42 teatavas vastuolus – p. 40 ütleb: „põhjendatud ja põhjendamata patsientide EMOSse pöördumine kellaajaliselt ei erine. Seega käiakse ka perearsti kompetentsi kuuluvate probleemidega EMOs peamiselt tööajal ehk kella 8–17. Seega ei saa EMO põhjendamatu külastamise peamiseks põhjuseks olla perearsti tööväliline aeg.“ Ning p. 42: „Kuna perearst ei pea vastu võtma hiljem kui kell 18 ja vaid ühel päeval nädalas on õhtupoolne (kuni 18-ni) vastuvõtt kohustuslik, siis võib üheks märkimisväärseks põhjuseks, miks pöörduakse EMOSse perearsti kompetentsi kuuluvate

probleemidega, olla perearsti kättesaamatus praktilise lahtiolekuvälisel ajal“.

Oleme seisukohal, et põhjendamatu EMO-sse pöördumisi ei saa seostada ainult perearstide mittevastuvõtmisega tööajavälisel ajal, kuna põhiliselt leiavad nii põhjendatud kui ka põhjendamata pöördumised aset perearsti tööajal. Seega on vajalikud edasised täpsemad uuringud põhjendamata pöördumiste põhjuste väljaselgitamiseks. Haigekassa on juba asunud sellega tegelema, viies 2011. Aasta jooksul läbi vastava analüüsi.

Selgitame, et ka praegu on olemas õigusaktidega ja üldarstiabi lepingus kehtestatud võimalus, et perearstide ja haigekassa vahel sõlmitud üldarstiabi lepingus lepikse kokku abi osutamine tööajavälisel ajal ning samuti on perearstil kohustus panna välja teave, kuhu patsient võib pöörduda terviseprobleemiga vastuvõtuvälisel ajal.

#### **54. Riigikontrolli soovitus Eesti Haigekassa juhatuse esimehele:**

kaaluda võimalust suurendada uuringufondi mahtu, näiteks teistelt perearstidelt üle jääva osa kasutamise võimaldamist nendel perearstidel, kellel uuringufondi rahast puudu jääb. Fondi mõistliku ja säästliku kasutamise tagamiseks võib raha ülekulutamise korral uuringuid rahastada näiteks ühest väiksema koefitsiendiga. Uuringufondi kasutuse ja piisavuse jälgimiseks peaks haigekassa ka edaspidi auditeerima, kuidas on perearstid fondi kasutanud.

**Eesti Haigekassa juhatuse esimehe vastus:** Haigekassa on analüüsinud koos Eesti Perearstide Seltsi (edaspidi EPS) esindajatega uuringufondi kasutust erinevate parameetrite abil, leidmaks seost uuringufondi kasutamise tasemega. Analüüsi järeldus ja tulemus on koos läbi arutatud ning seisukoht on – uuringufondi täitmine sõltub perearsti ratsionaalsest ja kuluefektiivsest käitumisest. Sama kinnitavad ka haigekassa poolt analüüsi järgselt EPS-ilt tellitud kliiniliste auditite tulemused – nii perearstide uuringufondi ületajate auditi tulemused 2009. A kui ka alatäitjate auditi tulemused 2010. A.

Haigekassa planeerib kindlasti jätkata perearstide uuringufondi kasutamise jälgimist, tellides selleks nii kliinilisi auditeid kui ka tehes juhuvalikutel põhinevaid kontrole. Haigekassa peab oluliseks nii perearsti rolli väravavalvurina patsientide eriarstiabi süsteemi pääsemisel kui ka rolli nn fondihoidjana. Põhjendatud juhtudel, nt kui lisandub kohustusi perearstidele ja analüüsi tulemusena selgub, et senine uuringufond on ebapiisav, on võimalik asuda läbirääkimistesse uuringufondi piiri nihutamise üle. Haigekassa ei pea õigeks tasuda uuringufondiga mitte toime tulnud arstidele teiste perearstide arvelt – pigem on vajalik uurida, mis on uuringufondi alakasutamise põhjuseks ja leida mehhanismid, mis motiveeriksid ka neid perearste oma patsiente vastavalt vajadusele enam uurima.

#### **Perearstide poolik töö kulutab eriarstiabi raha**

**55.** Kui perearstisüsteem ei täida piisavalt etteantud funktsioone, toob see kaasa ebaotstarbeka rahakasutuse. Igasugune eriarstiabi on kallim kui perearstiabi osutamine. Riigikontrolli hinnangul ei saa välja tuua kogusummat, kui palju toob eriarstiasis lisakulu kaasa asjaolu, et perearstid ei osuta kõiki teenuseid ja suunavad patsiendid eriarsti juurde.

Riigikontroll uuris aga, kui palju läheb ravikindlustusele maksma see, et üle poole patsientidest suunatakse kardioloogi vastuvõtule põhjendamatult, ning kui palju kulus perearsti kompetentsi kuuluvate probleemidega patsientide ravimisele erakorralise meditsiini osakondades.

**Põhjendamatult kardioloogi vastuvõtule saatmine kulutab aastas üle poole miljoni euro**

56. Riigikontrolli analüüs näitas, et nendel uuringusse hõlmatud patsientidel, kes suunati kõrgvererõhudiagnoosiga kardioloogi juurde põhjendamatult, oli 2009. Aastal keskmine eriarstiabi kulu (kõrgvererõhudiagnoosiga) 82,64 eurot. Eeldades, et põhjendamatult kardioloogile suunatud patsientide proportsioon on samasugune ka üldkogumis (s.t põhjendamatult kardioloogile suunatud osakaal on 51,2%), siis saatsid perearstid 2009. Aastal põhjendamatult kardioloogi vastuvõtule hinnanguliselt 6459 patsienti. Kui kõikidel nendel patsientidel oli kõrgvererõhudiagnoosiga eriarstiabiartvete maksumus samuti 82,64 eurot, siis põhjustati aastas haigekassale põhjendamatut kulu hinnanguliselt 533 757 euro ulatuses. Kui kardioloog tegi patsiendile vajalikke uuringuid, mida perearst ei olnud teinud, siis võib põhjendamatut kulu haigekassale olla mõnevõrra väiksem.

**Põhjendamatut suunamine pikendab ka ravijärjekordi**

57. Iga põhjendamatut suunamine kardioloogi konsultatsioonile pikendab ravijärjekordasid. Analüüsis hõlmatud ja põhjendamatult kardioloogi vastuvõtule suunatud patsiendid tegid 2009. Aastal kõrgvererõhudiagnoosiga kokku 236 eriarsti visiiti. Keskmine visiitide arv patsiendi kohta oli 2,68. Võttes eelduseks, et 2009. Aastal suunati põhjendamatult kardioloogi vastuvõtule hinnanguliselt 6459 patsienti, kes käisid aasta jooksul kokku eriarsti vastuvõtul 2,68 korda, siis võib järeldada, et aastas tehti kardioloogi juurde 17 323 põhjendamatut visiiti. Kui arvestada kardioloogi vastuvõtu ajaks 20 minutit, siis tähendab 17 323 vastuvõttu ajaliselt kolme arsti aasta töötunde. Eestis tervishoiusektoris töötas 2008. Aastal 149 kardioloogi.

**Põhjendamatult EMOsse pöördunud patsientidele kulub aastas ligi 900 000 eurot**

58. EMOsse pöördunud põhjendamatute patsientide ravi (auditis analüüsitud 4 haiglas) on läinud 2010. Aastal maksma hinnanguliselt 894 000 eurot (14 miljonit krooni). Iga visiidi juurde kuuluvad lisaks arsti vastuvõtule ka uuringud, mis tähendab, et peale rahakulu kulub ka EMO arsti tööaeg. Ainult EMO arsti vastuvõtul käis uuritud kolme nädala jooksul 598 patsienti, mis teeb selliste visiitide arvuks aastas 10 209. Kui aga arvestada, et iga põhjendamatut patsiendi kohta oli vaid üks EMO arsti visiit, oli selliste visiitide arv oli nädalas 478 ja aastas 24 838. Võttes visiidi keskmise pikkuseks 20 minutit, kulub aastas ainuüksi põhjendamatute visiitidele uuritud neljas haiglas kokku 4,3 EMO arsti tööaeg<sup>1</sup>. Eestis tervishoiusektoris töötas 2008. Aastal 114 erakorralise meditsiini arsti.

59. Kuigi Riigikontrolli analüüs puudutas vaid väikest osa perearstitöö mõjust erakorralise meditsiini osakondadele ja kardioloogia erialale ning käsitleti vaid mõnda diagnoosi, on perearstide keskpärasest või tegemata tööst tulenev kulu märkimisväärne.

<sup>1</sup> Arvutus on tehtud uuringus käsitletud kolme nädala põhjal, leides nädala keskmise kulu ja korrutades seda 48-ga ehk nädalate arvuga aastas (4 puhkuse nädalat välja arvata)

## Takistused perearstisüsteemi paremal toimimisel

### Perearstide koolitustellimus ei ole piisav

**Abiarst** – üle 2300 inimesega nimistu korral peab perearst tööle võtma abiarsti. Abiarstil on perearsti, lastearsti vms kvalifikatsioon ja abiarst teeb iseseisvaid vastuvõtte.

### Perearste ei jätku kõikjale

**60.** Selleks et perearstide vajadust hinnata ja koolitustellimust planeerida, peab riik teadma, milliseid funktsioone perearstitasand täidab ning kui palju on perearste vaja. Esmatasandi tervishoiu arengukavas on seatud üheks eesmärgiks vähendada perearsti nimistu suurust võrreldes 2007. Aastaga, kui nimistus oli keskmiselt 1617 isikut. 2011. Aasta alguse seisuga oli perearstinimistu keskmine suurus aga kasvanud 1750-ni (sh 1557 kindlustatud isikut). Samuti on teada, et rahvastiku arv aastaks 2015 oluliselt ei vähene.<sup>2</sup> Arengukavas on ette nähtud esmatasandi funktsioonide laienemine (sh perearstiabi kättesaadavus töövälisel ajal), kuid samas ka õenduspersonaliseisva töö osakaalu kasv, mis vähendab mõnevõrra arstide koormust. Seega on Riigikontrolli hinnangul Eestis vaja edaspidi vähemalt niisama palju perearste kui 2010. Aastal.

**61.** 2010. Aasta alguse seisuga töötas Eestis 803 perearsti, kellel oli maavanema kinnitatud nimistu. Koos **abiarstidega** oli nimistutega seotud 920 arsti. 2010. Aasta seisuga oli perearstide keskmine vanus 52 aastat, mis on kõrgem kui arstide keskmine vanus Eestis tervikuna (2008. A 50 aastat). Samas oli pensioniealiste (65aastaste ja vanemate) töötavate perearstide osakaal väiksem kui Eestis arstidel keskmiselt. Töötavatest perearstidest oli 2010. Aasta seisuga 65aastaseid või vanemaid 7,4% (2008 oli kõikide erialade arstide 65aastaste ja vanemate keskmine osakaal 17,3%).

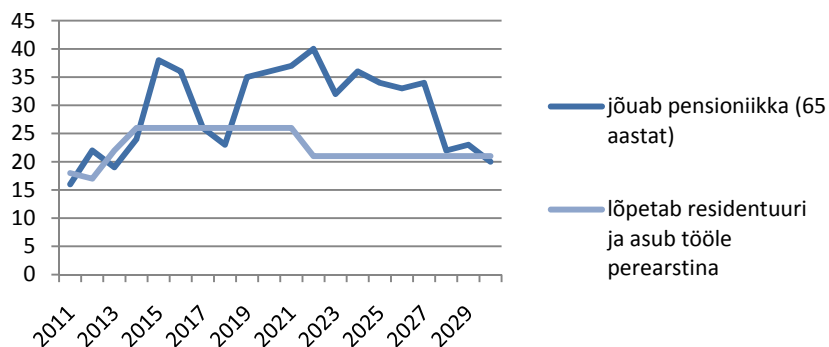
**62.** Pensioniealiste perearstide väike osakaal, kuid kõrge keskmine vanus tähendab, et perearstide hulgas on teatud eärühmades ebaproportsionaalselt palju arste ja teatud aastatel jõuab korraga pensioniikka palju arste korraga. Sotsiaalministeerium on planeerinud perearsti residentuuri igal aastal (2010–2018) vastu võtta 30 arsti (2010. A võeti vastu 25, 2009. A 20 residentuuri). Alates 2019. Aastast oleks vastuvõtu arv 24 residentuuri. Kui perearsti residentuuri vastuvõttu suudetakse hoida kavandatud tasemel, nii et edaspidi (2014–2021) lõpetab igal aastal residentuuri 30 perearsti, ning kui lõpetajatest asub igal aastal ca 26 perearsti Eestis tööle<sup>3</sup>, siis ei ole perearstide pealekasv piisav.

**63.** Nimelt jõuab järgmise 20 aasta jooksul (2011–2030) pea igal aastal pensioniikka rohkem perearste, kui noori perearste prognoositavalt juurde tuleb (vt joonis 2). Sellel perioodil jõuab pensioniikka 586 praegust perearsti (72% perearstidest). Noori perearste tuleb aga tööturule juurde prognoositavalt ainult 454. Perearste oleks tulevikus piisavalt, kui planeeritud residentuuri vastuvõtt (30) jätkuks ka pärast 2018. Aastat ja kõik residentuuri lõpetajad asuksid perearstina Eestis ka tööle. See on aga väga ebatõenäoline. Samuti on residentuuri lõpetajaid üldjuhul vähem kui õpingutega alustajaid. Seega ei taga perearsti residentuuri vastuvõtu hoidmine 2018. Aastani 30 tasemel tõenäoliselt veel piisavat perearstide pealekasvu.

<sup>2</sup> 2007. aastal Statistikaameti koostatud rahvastikuprognosis näitas, et rahvastik väheneb 2010. aastaga võrreldes 2015. aastaks 0,5% ja 2035. aastaks 6% (1 255 693-ni).

<sup>3</sup> Riigikontrolli auditi „Haiglavõrgu jätkusuutlikkus“ residentuuri lõpetajate Eestisse tööle asumise analüüsist selgus, et Eesti tervishoiusektoris töötas 2008. aastal 2004.–2007. aastal residentuuri lõpetanute 87%.

Joonis 2. Perearstide pensioniikka jõudmine ja uute pealekasv järgmisel 20 aastal



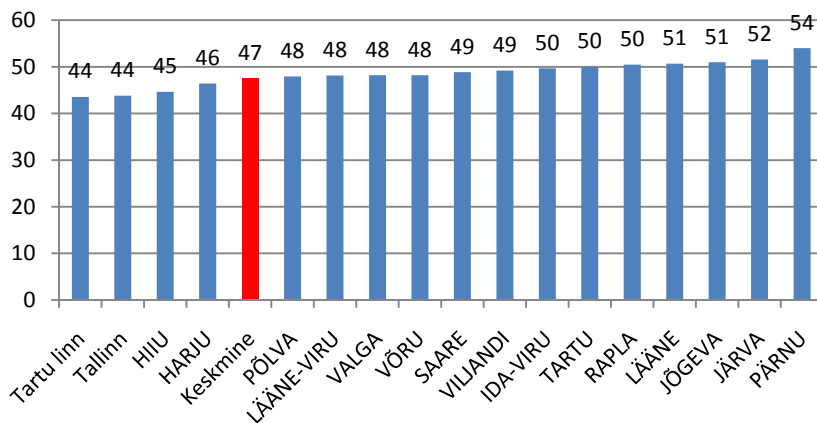
Allikas: Eesti Haigekassa, Sotsiaalministeerium, Riigikontrolli analüüs

## Puudu on ka pereõdesid

64. Esmatasandi tervishoiu arengukavas on ette nähtud, et õendus-töötajate roll esmatasandi meeskonnas suureneb. Aastaks 2010 kavandati 1,4 pereõde nimistu kohta. 2009. Aastal töötas perearstiteenuse osutajate juures (Maksu- ja Tolliameti andmetel) 1122 õekvalifikatsiooniga töötajat, mis teeb 1,4 õde nimistu (802 nimistut) kohta. Riigikontroll ei analüüsinud aga õdede töökoormust perearstiteenuse osutajate juures. Arvestades seda, et perearstide juures töötavad õded teenivad ainult 76% Eesti tervishoiusektoris töötavate õdede keskmisest sissetulekust (vt p 66), on väga tõenäoline, et paljud õded ei tööta perearsti juures täiskoormusega ja osa sissetulekust teenitakse mujalt. Tervise Arengu Instituudi perearstide juures töötavate õdede töökoormuse analüüs kinnitab, et nad ei tööta keskmiselt täiskoormusega (keskmine koormus on 0,9). Seega, 2010. Aasta vahe-eesmärk suure tõenäosusega täidetud siiski ei ole. Tõenäoliselt ei suudeta täita ka 2015. Aastaks seatud eesmärki 1,6 õde iga nimistu kohta.

65. Perearstiteenuse osutajate juures töötavate õekvalifikatsiooniga töötajate keskmine vanus 2010. Aasta seisuga oli 47,5 aastat, mis on märgatavalt kõrgem, kui on kogu tervishoiusektoris töötavate õdede keskmine vanus (2008. Aasta seisuga 44,62 aastat). Maakonniti on erinevused suured, kuid mitte nii suured kui perearstide korral (vt joonis 3). Noorimad õded töötavad Tallinna ja Tartu perearstide juures, vanimad Järva- ja Pärnumaal.

Joonis 3. Perearstide juures töötavate õdede keskmine vanus maakonniti 2010. A seisuga



Allikas: Eesti Haigekassa, Maksu- ja Tolliamet, tervishoiutöötajate register, Riigikontrolli analüüs

66. Perearstiteenuse osutajate juures töötavate õekvalifikatsiooniga töötajate vanuseline struktuur on küllaltki ühtlane ja järgmise 20 aasta jooksul jõuab pensioniikka keskmiselt 26 õde aastas. Küll on viimase 10 aasta jooksul perearstisüsteemi juurde tulnud keskmiselt 16,5 noort õde aastas, mis viitab pealekasvu puudusele või kooli lõpetanud õdede vähesele soovile asuda tööle perearsti juurde. Arvestades õdede suhtelist vähesust Eesti tervishoiusektoris tervikuna (võrreldes Euroopa Liidu keskmisega) ning plaanitavat õdede rolli suurenemist tervishoius, ei ole tõenäoliselt õdede pealekasv piisav.

67. Perearstide juures töötavad õed teenivad vähem, kui on tervishoiusektori keskmine õdede palgatase. 2008. aastal oli tervishoiusektoris töötavate õdede keskmine brutopalk 851,4 eurot. 2009 aastal maksid perearstiteenuse osutajad õdedele keskmiselt 645 eurot. Väikseim oli õdede sissetulek maapiirkonna (vallad, väikelinnad<sup>4</sup>) perearstide juures, kõrgeim Tallinnas. Palgaanalüüs ei arvesta küll seda, millise koormusega või mitu kuud õed on perearstide juures 2009. aastal töötanud. Kuigi perearsti juures töötavad õed võivad osakoormusega töötada ka mujal tervishoiusektoris (haiglates, kiirabis) ja teenida osa palka mujalt, võib siiski järeldada, et õdede palk perearstisektoris ei ole ülejäänud tervishoiusektoriga võrreldes konkurentsivõimeline. Ka õdede kõrgem keskmine vanus ja noorte õdede vähesus viitavad madalamale palgatasemele.

### Perearstid ei taha maapiirkonda tööle minna

68. Perearstidega on teravaim probleem maapiirkondades. Mitmes maakonnas (näiteks Valga maakonnas) on uute perearstide leidmise avalikud konkursid nurjunud, kuna perearstiks soovijaid lihtsalt ei ole. Kuigi praegu ei ole perearstide keskmine vanus valdades töötavatel perearstidel keskmisest kõrgem, on maapiirkondadesse perearstide leidmine kõige raskem. (Vt tabel 6.)

Tabel 6. Perearstide keskmine vanus tegevuskoha tüübi järgi 2010. Aasta seisuga

Tegevuskoht	Keskmine vanus	Perearste
Väikelinn*	54,4	70
Maakonnakeskuse linn**	53,5	253
Tallinn	50,3	260
Vald	51,8	220
Keskmine	52,1	

\*Linna staatuses kohalik omavalitsus (v.a maakonnakeskuste linnad, Ida-Virumaal lisaks veel Kohtla-Järve ja Narva).

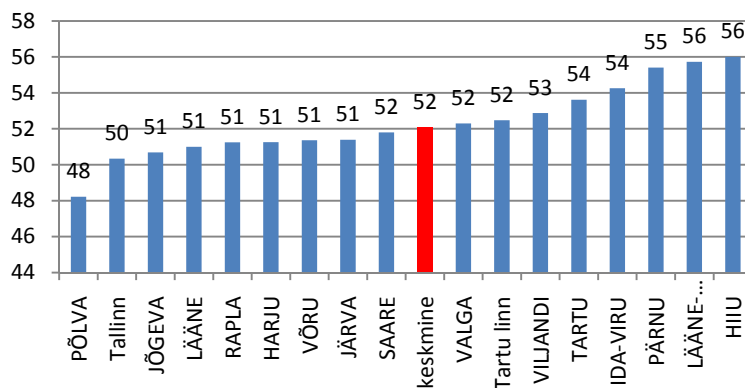
\*\*Ida-Virumaal on maakonnakeskuse linnadeks arvestatud Jõhvi, Kohtla-Järve ja Narva.

Allikas: Eesti Haigekassa, Riigikontrolli analüüs

69. Vaadates perearstide keskmist vanust maakonniti (Tallinn ja Tartu linn eraldi), paistavad paremini välja ka maakonnad, kus juba on probleemid või muutuvad need lähiajal suuremaks, kui noori perearste piisavalt juurde ei tule (vt joonis 4). Hiiu-, Lääne-Viru, Pärnu- ja Ida-Virumaa on 4 maakonda, kus perearstid on kõige vanemad. Keskmiselt kõige nooremad perearstid töötavad Põlva maakonnas ja Tallinna linnas.

<sup>4</sup> Linna staatuses kohalik omavalitsus, välja arvatud maakonnakeskuste linnad ja Ida-Virumaal veel lisaks Kohtla-Järve ja Narva.

Joonis 4. Perearstide keskmine vanus maakonniti 2010. Aasta seisuga



Allikas: Eesti Haigekassa, Maksu- ja Tolliamet, tervishoiutöötajate register, Riigikontrolli analüüs

70. Riigikontroll uuris põhjusi, miks perearstide leidmine maale on kõige probleemsem. Auditi käigus intervjueritud Eesti Perearstide Seltsi ja maavalitsuste esindajate ning üksikute perearstide hinnangul on väiksematesse asulatesse perearstide tööle asumise peamised takistused järgmised:

- Perearstitöö on maapiirkonnas raskem (patsientide sotsiaalsed ja majanduslikud probleemid on suuremad; neil ei ole võimalik linna eriarsti juurde sõita; eeldatakse, et perearst on vähemalt telefonitsi ka töövälisel ajal kättesaadav jms).
- Perearsti asendamine puhkuste, koolituste jm korral on väga keeruline. See toob aga kaasa nii arsti kvalifikatsiooni halvenemise (pole võimalik koolitustel osaleda) kui ka läbipõlemisohu (puhata ei saa kunagi pikka aega korraga).
- Perearsti pere liikmetele (abikaasa, lapsed) ei ole pruugi väikeasulas olla piisavat rakendust (töö, huviharidus jms).
- Noorel perearstil on väga keeruline alustada nullist uue nimistuga. Alginvesteeringud, mida tuleb praktilise avamiseks teha, on suured.

71. Kindlasti ei aita maapiirkondadesse perearstide leidmisele kaasa kohalike omavalitsuste väga erinev ja prognoosimatu tugi perearstidele. Omavalitsused ei ole seaduse järgi kohustatud perearste toetama.

72. Auditi käigus korraldatud perearstide küsitlusest selgusid suures osas sarnased probleemid. Põhilise motivaatorina, kuidas noori perearste maale tööle saada, on perearstid ise nimetanud suuremat sissetulekut, omavalitsuse toetust või eluaseme doteerimist. Sellest tulenevalt analüüsis Riigikontroll perearstide sissetulekuid.

73. Riigikontroll arvestas perearstide palka analüüsides nende erinevad sissetulekud (füüsilisest isikust ettevõtja kasum, dividendid ja palgatulu) ümber brutopalgaks. Selgus, et 2009. aastal teenisid perearstid keskmiselt 1836 eurot (28 727 krooni) kuus, mis on sama

## Maapiirkonna perearsti sissetulek on väiksem

tervishoiusektoris töötavate arstide üldise keskmise tasemega (2008. Aastal 1841 eurot ehk 28 811 krooni).

74. Suured olid aga perearstide sissetulekute erinevused eri tegevuskohtades (linn vs maa), erinevates praksisetüüpides (üksikpraksis vs grupipraksis) ja nimistu eri suurusega praksistes (väike vs suur nimistu).

**Üksikpraksis** – perearstiteenuse osutaja, kus töötab ühe nimistuga perearst koos õega.

75. Sissetulekut mõjutavad enim nimistu ja perearstipraksise suurus (mitu perearsti praksises töötab) ning samuti perearsti tegevuskoht. Analüüs näitas, et kõige vähem teenivad üksikpraksiste perearstid, kelle tegevuskoht on väikelinn või vald ja kellel on nimistu suurus alla keskmise (vt tabel 7). Väikelinnades ja valdades on proportsionaalselt kõige rohkem ühe perearstiga praksiseid, kus nimistu suurus on alla keskmise (vt tabel 8). Perearstide madalam sissetulek väikelinnades ja valdades on lisaks muudele takistustele kindlasti üks oluline põhjus, miks noored perearstid pole motiveeritud maale tööle asuma.

**Tabel 7. Ühe perearstiga praksiste perearstide keskmine sissetulek (eurodes) sõltuvalt nimistu suurusest ja perearsti tegevuskohast**

Perearsti tegevuskoht	Nimistu suurus			
	alla keskmise	üle keskmise, aga alla 2000	üle 2000	keskmise
Vald	1 327	1 732	1 887	1 469
Väikelinn	1 412	1 749	2 066	1 633
Maakonnakeskuse linn	1 528	1 668	2 202	1 821
Tallinn	1 547	1 952	2 229	1 923
Keskmine	1 387	1 752	2 109	1 659

Allikas: Eesti Haigekassa, Maksu- ja Tolliamet, Riigikontrolli analüüs

**Tabel 8. Nimistute suuruse ja ühe perearstiga praksiste osakaal perearsti tegevuskoha järgi**

Perearsti tegevuskoht	Nimistute suuruse osakaal, %			Ühe perearstiga praksiste osakaal, %
	alla keskmise	üle keskmise, aga alla 2000	üle 2000	
Vald	66,4	18,4	15,2	72,6
Väikelinn	48,6	32,9	18,6	55,7
Maakonnakeskuse linn	33,2	29,2	37,5	44,7
Tallinn	40,8	44,6	14,6	18,5

Allikas: Eesti Haigekassa, Riigikontrolli analüüs

#### 76. Soovitused sotsiaalministrile:

- luua koostöös majandus- ja kommunikatsiooniministriga perearstide maal töötamise motiveerimiseks riiklik stardiabi võimalus või soodustingimustel riikliku garantiiga laenude

andmine perearstipraksise alustamiseks näiteks KredExi kaudu või

- kaaluda alternatiivina võimalust omavalitsustele toetussüsteemi loomist, et nad saaksid perearstipraksiseid luua ning nendesse investeerida. Selle võimaluse kasutamine tagab, et perearsti lahkudes on vajalik taristu omavalitsusel olemas ning seetõttu lihtsam leida endale uus perearst, kes ei peaks sel juhul ise investeerima ruumidesse ega seadmetesse.

**Sotsiaalministri vastus:** Soovitus vajab laiemat kaasatust ja poliitilist toetust. Tervishoiuteenuste korraldamise seadus võimaldab kohalikul omavalitsusel (edaspidi KOV) olla soovi korral äriühingu ainuosanik. Nii näiteks on Rannu vald ja Tallinna linn asutanud üldarstiabi osutava äriühingu ning saavad kasutada haigekassa vahendeid perearsti tegevuskoha korras hoidmiseks ning töövahendite uuendamiseks. Samuti oleme planeerinud taotleda EL struktuurivahendeid 2014+ suuremate perearstikeskuste taristute uuendamiseks.

#### 77. Soovitused sotsiaalministrile:

- Analüüsida maapiirkondade perearstide nimistute suurust ja paiknemist ning võimaluse korral liita neid, et maapiirkondade elanikele oleks tagatud kvaliteetne arstiabi.
- Meelitamaks perearste tööle ebapopulaarsetesse piirkondadesse (valdavalt maapiirkonnad), kaaluda regionaalsetest eripärastest tulenevat täiendavat tasustamist. Alternatiivina kaaluda praeguse kaugusetasu suurendamist.
- Tagamaks perearstiteenuse võrdne kättesaadavus kõikides maakondades, teha ettepanek seaduse muutmiseks, et perearstiabi tagamine on edaspidi maavanema asemel sotsiaalministri või Terviseameti kohustus. See annaks ka paremad võimalused vajaduse korral maakonnaüleste nimistute tegemiseks ja perearstide riikliku ajutise asendamise süsteemi korraldamiseks (vt soovitus p 79).

**Sotsiaalministri vastus:** Toetame soovitusi ja need on võetud töösse.

#### 78. Soovitused sotsiaalministrile:

- Suurendada perearsti residentuuri vastuvõtt vähemalt planeeritud 30 residendi tasemele ja seda ka pärast 2018. Aastat, et tagada pensioniikka jõudvate perearstide asendamine ning esmatasandi arengukavas toodud eesmärkide (näiteks nimistu suuruse vähendamine) täitmine.
- Analüüsida lisaks perearsti residentuuri vastuvõtu suurendamisele võimalusi, kuidas meelitada perearstina tööle neid perearsti kvalifikatsiooniga arste, kes Eesti tervishoiusektoris ei tööta (on välismaal või töötavad sektorist väljas). 2008. Aastal oli selliseid tööalisi perearsti erialaga arste ca 60.
- Analüüsida õdede koolituse piisavust ja töötada välja meetmed, et muu hulgas tagada õekvalifikatsiooniga personali olemasolu

perearstiteenuse pakkujate juures (sh arengukava eesmärkide täitmine).

**Sotsiaalministri vastus:** Oleme võtnud eesmärgiks esitada igal aastal residentuuri tellimuse 25–30 uut perearstile, mis peaks tagama perearstide vajaliku juurdekasvu.

Ühtlasi on 2011. Aasta jooksul üle vaadata, milline on optimaalne perearsti nimistusse kuuluvate patsientide arv ning sellest tulenevalt nimistute, perearstide ja pereõdede arv, arvestades elanike arvu Eestis ja maakondade lõikes. Samuti planeerime alates 2012 käivitada perearstide asendussüsteemi, et perearstid saaksid puhata ning ei lahkuku Eestist või tervissektorist.

Sotsiaalministri 06.01.2010. a määruse nr 2 „Perearsti ja temaga koos töötavate tervishoiutöötajate tööjuhend“ § 2 lg 1 kohaselt peab iga perearsti juures töötama vähemalt üks pereõde. Perearsti juures töötavate pereõdede summaarne tööaeg peab moodustama vähemalt ühe täistööaja. Kuna see nõue hakkas kehtima eelmise aasta algusest, siis eeldame, et perearstid on õenduspersonali nõuded viinud kooskõlla määrusega.

Koostöös Eesti Perearstide Seltsiga on uuendamisel perearsti meeskonna standard ning eesmärgiks on võetud, et keskmise suurusega nimistut teenindavad edaspidi 2 pereõde. Igal aastal lõpetab tervishoiu kõrgkooli keskmiselt 190 õde. Kõige positiivsema stsenaariumi korral läheb 15% (30 isikut aastas) lõpetajatest esmatasandile tööle. Ainult uute lõpetajatega saab 10 aasta jooksul süsteem juurde 300 õde, siinkohal ei ole arvestatud migratsiooni ega pensioneerumist. Seega lisaks õdede koolitusele näeb Sotsiaalministeerium vajadust töötada välja meetmed mittetöötavate õdede tagasitoomiseks tervishoiusektorisse, sh esmatasandile.

**79. Soovitus sotsiaalministrile:** rakendada esmatasandi arengukavas planeeritud riiklik ajutise asendamise süsteem ennaktempos, et tagada perearstidele võimalus ennast täiendada ning puhata.

**Sotsiaalministri vastus:** Sotsiaalministeerium on tervishoiuteenuse kvaliteedi ja kättesaadavuse parandamiseks võtnud eesmärgiks alates 2012. Aastast pakkuda pilootprojektina perearstidele ja –õdedele võimalust riigi toetusel tellida endale asendusarst ja õde puhkuse, täienduskoolituse või muul põhjusel, mis nõuab ajutiselt tööst eemal olemist. Selleks planeerime sõlmida lepinguid üle Eesti arstide ja õdedega, kes ei soovi täiskoormusega töötada, kuid samas sobib neile töökorraldus, mis võimaldab aeg-ajalt praktiseerida. Rahastamine toimiks asenduse korral kahest allikast: perearst, kes vajab asendajat, maksab asendajale töötasu ja riik maksaks juurde motivatsioonitasu ning võtaks enda katta need kulud, mis puudutavad praktilist korraldamist.

### Perearstiabi kättesaadavus on halvenenud

#### Perearsti juurde saamiseks tuleb oodata kauem

**80.** Riigikontroll eeldab, et kõik inimesed saavad perearsti juurde sotsiaalministri kehtestatud määruse kohaselt ehk ägeda tervisehäirega pöördumise päeval, teistel juhtudel viie tööpäeva jooksul.

**81.** Sotsiaalministeerium ja Eesti Haigekassa on igal aastal tellinud uuringu inimeste hinnangute kohta tervisele ja arstiabile. 2010. Aasta

uuringust selgus, et perearsti kättesaadavus on mõnevõrra halvenenud. Vähenenud on nende patsientide hulk, kes on saanud perearsti vastuvõtule samal päeval, ja suurenenud on nende hulk, kes on saanud vastuvõtule 3.–4. Päeval. Samas muutusid 2010. Aastast ka kättesaadavuse nõuded: endise kolme päeva asemel peab perearst kroonilise haige vastu võtma viie päeva jooksul. Küsitluses ei eristatud kroonilisi haigeid ägedatest. Küsitletud inimesed nimetasid põhjusena, miks nad ei saanud ettenähtud aja jooksul perearsti vastuvõtule, kõige sagedamini pikki järjekordi ja teisena vastuvõtuaja mitesobimist. Kuna perearstiabi ajaline kättesaadavus on halvenenud, uuris Riigikontroll ka teisi võimalikke takistusi perearsti poole pöördumisel.

### Eestis on sadu külasid, kus ei saa ühistranspordiga perearsti juures käia

82. Riigikontroll küsis maavalitsustest, millistest maakonna asulatest on ühistranspordiga perearsti külastamine raskendatud kas ühistranspordi puudumise või bussiaegade sobimatuse (patsiendil ei ole ühe päeva jooksul võimalik arsti juurde ja koju tagasi sõita) tõttu. See probleem esines 11 maakonnas, kokku 78 omavalitsuses, kusjuures maavalitsuste esindajad nimetasid kokku rohkem kui 200 küla, kust perearsti juures ei saa ühistranspordiga käia, kuna ühistranspordi pole üldse või on probleeme harva käiva ühistranspordi ja ebasobivate bussiaegadega. Probleemsete omavalitsuste hulgas on nii väikevaldasid (elanikke alla 2000) kui ka suuremaid valdasid, kus elanike arv on üle 5000. Erinevalt maavalitsuste esindajatest hindas 62-st küsitletud perearstist 37 oma piirkonnas perearstiabi ajaliselt ja asukoha poolest kättesaadavaks ning 23 pigem kättesaadavaks. Lahtistest vastustest selgus aga, et osaliselt peeti perearstiabi kättesaadavaks pigem autoga inimestele.

83. 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.

84. 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.

### Perearstide rahastamissüsteem ei motiveeri piisavalt perearste paremat teenust osutama

85. Perearstide tasustamise süsteem peab aitama kaasa sellele, et perearstid täidavad n-ö väravavalvuri ülesannet. Kui perearstid ei ole motiveeritud osutama kõiki ette nähtud teenuseid, langeb suurem koormus eriarstiabile.

86. Esmatasandi tervishoiu arengukavas on seatud eemärgiks, et esmatasandi tervishoid on ressursidega kaetud ning ressurside kasutamine on optimaalne, töötamist motiveeriv ja jätkusuutlik. Teine alameesmärk sätestab, et esmatasandil toimub aktiivne terviseedendus, haiguste ennetamine ja krooniliste haigete jälgimine, et vähendada haigestumist ja tüsistuste teket. 2010. Aastal valmis Eesti Haigekassa,

Sotsiaalministeeriumi ja Maailma Terviseorganisatsiooni (WHO) koostöös analüüs „Võimalused Eesti tervisesüsteemi jätkusuutlikkuse tagamiseks“, kus on öeldud, et mõned Eesti esmatasandi probleemid on seotud raha eraldamise protsessiga, mis on kallutatud liialt eriarstiabi kasuks, ning arvestades perearstiabi probleeme, tundub ebatõenäoline, et seda valdkonda saaks tugevdada, muutmata ressurside eraldamist.

87. Riigikontroll uuris, mida arvavad perearstid rahastamissüsteemist ning kas see motiveerib neid patsientidele head teenust pakkuma. 62 perearstist vastas 7 sellele küsimusele „kindlasti jah“ ning 29 „pigem jah“ (kokku 36). Kommentaarides toodi välja üldist rahavähesust, aga ka vajadust hinnata teenuse kvaliteeti muu hulgas astmeliselt, kuna praegu on rõhk teenuse olemasolul ja kättesaadavusel.

### Pearaha osakaal perearstide töö rahastamises on suur

88. Viimastel aastatel on perearsti pearaha osakaal moodustanud ligikaudu kaks kolmandikku perearstiabi kogurahastusest (vt ka tabel 3 (1. Ptk)). Osakaal on aastatel 2009–2011 aeglaselt vähenemas (68%-lt 66-ni), seda peamiselt kvaliteeditasu ja uuringufondi osakaalu aeglase kasvamise tulemusena.

89. Esmatasandi tervishoiu arengukavas on probleemina välja toodud perearsti tööjuhendi ebaühtlane täitmine, kus pädevuse piires osutatavale abile eelistatakse liigselt suunamist eriarstiabi süsteemi. Nii Riigikontrolli läbiviidud raviarvete statistika analüüs (aruande p 13–14), perearstide küsitlus (aruande p 11–12) kui ka detailsem kardioloogiapatsientide analüüs (p 22–24) kinnitavad selle probleemi olemasolu.

90. Analüüsid näitavad, et perearstid teevad oma määruses kinnitatud tööülesandeid erinevalt ja erineva kvaliteediga (vt täpsemalt 1. Ptk): kõik perearstid ei soorita kõiki pearaha eest ette nähtud tegevusi, kuid pearaha saavad kõik ühtemoodi, lähtudes nimistu patsientide arvust ja vanusest. Sellest järeldas Riigikontroll, et kõik praeguse rahastamissüsteemi osad ei motiveeri perearste tingimata head tööd tegema. Seega võiks kaaluda, kas osutada vähemalt neid tegevusi, mida praegu enamikus praksistes ei osutata, kas uuringufondist või motiveerida kvaliteeditasuga.

91. Lisaks uuris Riigikontroll, kas perearstide hinnangul on kulused, millega praegune tasustamissüsteem ei arvesta. 44 perearsti 62-st vastas sellele „kindlasti jah“ või „pigem jah“. Kommentaarides nimetati näiteks lisatööjõu kulused, sh raha asendusrstide palkamiseks; rendikulused; kulused, mis tekivad puude raskusastme taotlemise korral, koostades terviseseisundi hinnangut; renoveerimist; aparatuuri muretsemist; suurema uuringuraha vajadust; mitmest vastuvõtukohest tekkivaid lisakulusid. Eesti Haigekassa hinnangul on juba praeguses tasustamissüsteemis arvestatud kuludega asendajale ja rendile, samuti on baasraha suurem, kui perearstil on mitu vastuvõtukohta.

### Perearstide kvaliteeditasu süsteemi saaks parandada

92. Esmatasandi arengukava ühe meetmena on kirjas, et esmatasandi rahastamisel jätkatakse tulemustasu süsteemi rakendamist. Eesmärgiks on motiveerida haiguste varast avastamist riskirühmades, krooniliste haigete jälgimist tüsistuste tekke ennetamiseks ning terviseedenduseks ja haiguste ennetamiseks. Meetme tulemuslikkust hinnatakse süsteemiga liitunud ja maksimummääras tulemustasu saavate perearstide osakaalu kaudu. Selliseid perearste oli 2008. Aastal 10% ja 2010. Aasta eesmärgiks oli seatud 20%.



Krooniliste patsientide jälgimine on üks oluline osa perearsti tööst. Pildil mõõdab Kihnu perearsti ülesandeid täitev kohtuarsti erialaga dr Enn Vellend patsiendi vererõhku.

Foto: Meeli Küttim, Äripäev

93. Haigekassa vastusest Riigikontrolli päringule selgus, et 2009. aasta tulemuste eest sai maksimummääras kvaliteeditasu 231 perearsti, mis on süsteemis osalejatest 34%, seega on arengukava eesmärk täidetud ja isegi ületatud.

94. Nagu näitas kardioloogiapatsientide analüüs, tegelesid kvaliteeditasu süsteemiga liitunud perearstid oma krooniliste haigetega põhjalikumalt ning suunasid patsiente põhjendamatult vähem eriarsti vastuvõtule.

95. Kvaliteeditasule antud hinnangutes oli 16 perearsti pigem rahul ning vaid üks väga rahul. Pooled (31) olid neutraalsel arvamusel. Mitu perearsti tõi kvaliteeditasu puudusena välja, et ei arvestata nimistu vanuselist koosseisu, sh krooniliste haigete hulka. Lisaks nimetati ajamahukat dokumenteerimist, süsteemi paindumatust ja liigset bürokraatiat. Haigekassa esindajad on seisukohal, et nende arvete esitamise süsteem ei ole bürokraatlik, vaid nõuab tavapäraselt ravidokumentide täitmist. Alljärgnevalt on esitatud mõned perearstide kommentaarid:

*Meditiinilisest küljest on tõepoolest parem ülevaade oma kroonikutest, kuid süsteem võtab palju aega ja palju on uuringute dubleerimist eriarstidega, mis on aga süsteemi algselt sisse kodeeritud.*

*Vahel on mõttetu linnukese tagaajamine ja mujal tehtud proovi kordamine.*

*On mitmed puudused, mis tulenevad nimistute omapärast, kuid kindlasti on see aidanud süstematiseerida tööd ja tõstnud esile õe rolli meeskonnas .*

*Tegevus on vajalik osa patsientide jälgimiseks, kuid rahastamine on mittemotiveeriv ja sihtrühmast, mille dikteerib haigekassa, ei vaja kõik sellist tegevust, uuringuid tehakse osalt näitajate pärast.*

96. Küsimusele, kas kvaliteeditasu motiveerib perearsti patsiendiga rohkem tegelema, antud vastustes sisalduvad hinnangud olid pisut paremad kui kvaliteeditasule antud üldised hinnangud: „kindlasti jah“ vastas 3 perearsti ja „pigem jah“ 19 perearsti. 24 jäi neutraalseks. Siingi tuuakse takistava tegurina nimistute ebavõrdsust ja suuri kulusid, kui nimistus on palju kroonilisi haigeid. Osa perearstide arvates on tegemist igapäevatööga, mis ei vajakski eraldi motiveerimist.

97. Riigikontroll küsis ka kvaliteeditasu süsteemiga mitteliitunud perearstidelt, mis põhjusel nad pole liitunud. Selliseid perearste oli vastanute hulgas 14 ehk 23%. Etteantud vastusevariantide hulgas jagunesid põhjused järgmiselt:

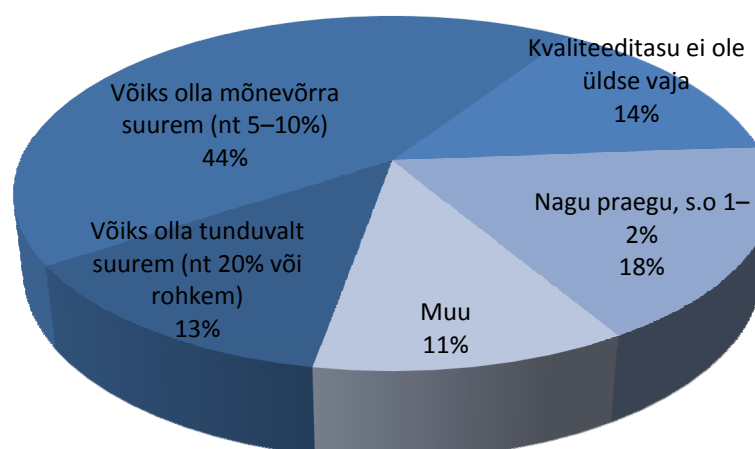
- 7 märkis, et patsiendi jaoks ei muutu sellest midagi;
- 6 tõi välja, et lisanduv dokumenteerimine võtaks liiga palju aega;
- 3 arvates võtaks lisanduv patsientide jälgimine liiga palju aega;
- 2 arvas, et lisanduv tasu on liiga väike;
- 2 vastajat nimetas muude vastuste hulgas, et patsiendi tervise hoidmine peaks olema tema enda kohustus ning et tema kui perearst on küll liitunud, kuid ei tegele sellega sihipäraselt.

### Kvaliteeditasu osakaal on liiga väike

98. Kvaliteeditasu osakaal kogu Eesti Haigekassa poolsest perearstirahastusest oli 2009. aastal ligikaudu 1,2% (vt ka tabel 3). Kui võtta arvestusse ainult need perearstiteenuse osutajad, kes 2009. aastal kvaliteeditasu said, siis neil küündis kvaliteeditasu osakaal 2,3%-ni. Näiteks Inglismaal on kvaliteeditasu osakaal esmatasandi kogurahastusest 20%<sup>5</sup>, kuid arvestama peab ka, et seal on nimistu suurus väiksem ning see võimaldab perearstil enam pühenduda igale patsiendile. Ka pole üheseid tõendeid, et perearstiabi kulutõhusus seetõttu suurenenud oleks.

99. Riigikontroll uuris ka, milline võiks boonustasu osakaal perearstide hinnangul Eestis olla, pakkudes välja omapoolsed variandid. Vastuste jaotus on toodud joonisel 5. Enamik vastanutest arvas, et see võiks olla praegusest kas mõnevõrra suurem (44%) või tunduvalt suurem (13%). Ligi viiendiku arvates võiks osakaal samaks jääda ning 14% arvates võiks selle tasuliigi ära kaotada. Ka Eesti Perearstide Seltsi esindajad on seisukohal, et perearste motiveeriks paremale tööle diferentseeritud rahastamine, kus tulemustest sõltuva rahastamise osakaal oleks oluliselt suurem kui praegu.

Joonis 5. Vastuste jagunemine küsimusele, milline osakaal võiks kvaliteeditasul perearstide rahastamisel olla



<sup>5</sup> Martin Roland, DM. Linking Physicians' Pay to the Quality of Care —A Major Experiment in the United Kingdom. The New England Journal of Medicine, 2004.

100. Lisaks küsisime, milliseid tegevusi võiks veel kvaliteedisüsteemi lisada ja selle kaudu rahastada. Vaid 10 perearsti arvas, et sinna võiks veel tegevusi lisada. Nimetati järgmisi tegevusi ja näitajaid:

*Patsientide rahulolu.*

*Krooniliste haigete remissioonis hoidmine, vastuvõtu koormused.*

*Krooniliste haigustega isikute lisagrupid (nt hüperkolesteroleemia, osteoporoos).*

*Raviindikaatorid, kooliealiste laste tervisekontrollid, kalendrivalised vaksineerimised, tegevused, mille eest praegu tasutakse pearaha alusel, aga millega osa perearste puhtast mugavusest lihtsalt ei tegele.*

*Vanemate laste profülaktilised läbivaatused, ka 2–6-aastased ja koolilapsed.*

*Veel profülaktilist tegevust (näiteks meestel PSA [prostatiidispetsiifiline antigeen] jälgimine vm).*

*Võiks hinnata üldist perearstikeskuse funktsioneerimist (patsientide liikumine keskses, registratuuri tase, tehtava töö mitmekülsust) Vt Eesti perearstipraksiste kvaliteediraamat.*

101. Seega võib öelda, et kvaliteeditasu süsteemi on hea uuendus ning sellega liitumine on aidanud perearstidel enama ja parema töö eest saada ka pisut suuremat tasu kvaliteeditasu näol. Ka auditis korraldatud südamehaigete patsientide analüüsist (vt 1 peatükk) selgus, et kvaliteeditasu süsteemiga liitunud perearstid tegid oma tööd paremini ja suunasid põhjendamatult patsiente kardioloogi vastuvõtule vähem. Samas on praegusel süsteemil arenguruumi, näiteks võiks kvaliteeditasu osakaal olla senisest suurem, sinna võiks lisada veel mõningaid tegevusi ning see võiks arvestada nimistu koosseisuga.

#### 102. Riigikontrolli soovitusel Eesti Haigekassa juhatuse esimehele:

- Täiendada perearstide rahastamissüsteemi selliselt, et osa pearaha sees osutatavate teenuste eest hakatakse tasuma eraldi, vähendades samal ajal pearaha osakaalu, sest see võiks motiveerida perearste hakata enam täitma neile pandud ülesandeid.
- Et Riigikontrolli andmed põhinevad vaid arvamusküsitluse tulemustel, soovitab Riigikontroll haigekassal analüüsida, milliseid teenuseid osutada jätkuvalt pearaha eest, ning sellest lähtuvalt hinnata, milliste teenuste osutamist oleks vaja eraldi tasustada.
- Analüüsida, milliste tegevuste lisamisega võiks kvaliteeditasusüsteemi laiendada, ning suurendada selle võrra tulemustasusüsteemi rahastust.

**Eesti Haigekassa juhatuse esimehe vastus:** 2011. a on EPS esitanud haigekassale ettepaneku muuta perearstiabi rahastamistingimusi.

Ettepaneku menetlemise käigus on kavas hinnata kehtivat perearstiabi hinnamudelit, mis muu hulgas võimaldab hinnata vahendite piisavust vajalikeks uuringuteks. Siinkohal peame vajalikuks tuua näitena perearstide rahastamist raseduse jälgimise eest 1998. aastast kuni käesoleva ajani. Raseduse jälgimise eest tasuti algselt pearaha arvelt, seejärel tõstis haigekassa selle uuringufondi vahenditesse ning praeguseks on see tegevus täiesti eraldi tasustatavaks (s.o uuringufondiväliselt teenusepõhiselt rahastatavaks) viidud, kuid see ei ole motiveerinud perearste rohkem rasedusi jälgima.

Haigekassa on teinud EPS-ile ettepanekuid lisada mitmeid uusi tegevusi perearstide kvaliteedisüsteemi, mis haigekassa arvates vajaksid suurema tähelepanu alla võtmist (nt kooliealiste laste terviseläbivaatused; krooniliste haigete poolt ravimite väljaostmine; toimeainepõhise retsepti väljakirjutamine jne). Perearstide tööühma praegune peamine ettepanek on olnud täiendava tasu maksmine EPS-i poolt väljatöötatud kvaliteedijuhiste täitmise eest. Haigekassa on vastavat juhust analüüsinud ja jõudnud arusaamisele, et selle sisu on üldkokkuvõttes praegu kehtivate õigusaktidega kehtestatud normnõuetest kinnipidamine, mille eest täiendava tasu maksmine ei ole põhjendatud. Oleme omalt poolt valmis jätkuvaks koostööks, et leida ja kokku leppida kindlustatute tervise seisukohalt olulisi uusi indikaatoreid.

### **Perearstid ei suuda piisavalt investeerida ruumidesse ega seadmetesse**

**103.** Riigikontroll leiab, et perearstiabi kättesaadavuse ja kvaliteedi tagamisel on oluline, et kõigil perearstidel oleks võrdsed võimalused investeerida oma praksise arengusse ja taristusse.

**104.** 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 ebahütlane. Perearstide keskmisest madalamad sissetulekud maapiirkondades viitavad ka sellele, et praeguse rahastamise juures ei ole vähemalt maaperearstid suutelised rohkem raha investeerima. Eesti Haigekassa hinnangul võib olla üheks põhjuseks, miks perearstid ei suuda vajalikke investeeringuid teha, ka nende piiratud oskused oma praksist majandada.

**105.** Kohalikes omavalitsustes, kes peavad esmatasandi arstiabi elanikkonnale oluliseks ning kes on toetanud esmatasandi taristut oma eelarvest, on olukord üldiselt parem. 2008. aastal valmis Sotsiaalministeeriumi tellitud esmatasandi tervishoiu infrastruktuuri ülevaade, millest selgus, et 2008. aasta seisuga vajas pea kolmandik perearstikeskustest Eestis kapitaal- või sanitaarremonti. Perearstikeskusi, mis paiknevad uutes hoonetes (praegu uuemad kui 8 aastat), on samuti peaaegu kolmandik. Ülejäänutes on erineva tasemega remont tehtud, kuid see ei tähenda alati, et ruumid oleks funktsionaalselt perearstikeskuseks kõige sobivamad. Seega on 2008. aastal valminud ülevaates esmatasandi taristu olukorda pigem üle hinnanud.



Pea kolmandik perearstikeskusi vajab kapitaal- või sanitaarremonti. Piirissaare perearstipunktis peseb käsi perearst dr Heima Aduson.

Foto: Veiko Tökman, Äripäev

## Omavalitsuste tugi perearstidele on vähene

106. Riigikontroll küsitles auditi käigus maavalitsusi, et uurida, kas kohalikud omavalitsused on perearste toetanud. Kuigi 61% omavalitsustest toetab perearste, andes neile ruumid kasutada madalama rendiga või rendivabastusega, kommunaalkulude osalise katmisega vms (vt tabel 9), on need toetused tegelikult enamikus KOVidest siiski väikesed. Ka perearstide sissetulekute analüüs näitas, et maapiirkondade madalamad kulutused ruumide rendile või kommunaalkuludele ei väljendu suuremas sissetulekus. Rendivabastus või kommunaalkulude katmine tihti amortiseerunud hoones ei ole seega perearsti jaoks määrav motivaator. Ka perearstide küsitluse tulemused näitasid, et 55% vastanud perearstidest ei saa KOVilt mingit toetust; 20% nimetas KOVi toetust rendi või kommunaalkulude tasumisel ning 8% nimetas tasuta ruume. Samas on ka mitmeid omavalitsusi, kes on suutnud perearstidele pakkuda korralikult remonditud ruume.

**Tabel 9. Omavalitsuste osakaal, kes perearste ja patsiente erinevate meetmetega toetavad**

Toetusmeede	Toetajate osakaal KOVidest, %
Perearsti(de)le ruumide andmine, rendivabastus, kommunaalkulude katmine vms	61
Toetus perearstile aparatuuri soetamisel	13
Transporditoetus patsiendile perearsti juures käimiseks	63

Muu toetus perearstile (valdavalt väikesed rahalised toetused perearstile, abitööjõu palkamise toetamine, ametikorterite pakkumine jms)	14
Muu toetus patsiendile (valdavalt ravimite ja abivahendite ostu rahaline toetamine ning arsti juurde jõudmiseks transpordi korraldamine või rahaline toetamine)	29

Allikas: Maavalitsuste küsitlus, Riigikontrolli analüüs

**107.** Esmatasandi tervishoiu arengukavas on ühe eesmärgina ette nähtud, et esmatasandi tervishoiu taristu olemasolu tagamisel teevad riik ja kohalikud omavalitsused koostööd. Aastaks 2015 soovitakse saavutada olukord, kus 65% esmatasandi teenuseosutajate taristust kuulub KOVile või kus investeeringuid on kaasfinantseeritud riigi või KOViga koostöös. Lisaks oli arengukavas 2010. aastaks ette nähtud tervisekeskuste võrgustiku mudeli ja selle rakenduskava väljatöötamine. 2011. aasta alguse seisuga seda mudelit veel välja töötatud ei ole. Samuti nägi arengukava ette 2010. aastaks ühe tervisekeskuse loomise ühte üle 6000 elanikuga tõmbekeskusesse, kus ka perearsti töövälisel õhtusel ajal ja puhkepäevadel on kättesaadav üldarstiabi teenus. Seda tervisekeskust samuti veel tehtud ei ole.

**108.** Riigikontrolli hinnangul on väga oluline arengukava eesmärkide täitmiseni jõuda ning leida raha esmatasandi taristu arendamiseks, kuid Riigikontroll kahtleb, kas senise tempo juures 2015. aastaks eesmärgid saavutatakse.

**109. Soovitus sotsiaalministrile:** planeerides järgmise Euroopa Liidu rahastamise programmiperioodi (2014–2020) raha kasutamist, töötada välja meede ja kavandada raha esmatasandi taristu ajakohastamiseks. Meetme rakendamisele peab eelnema perearstiabi võrgustiku planeerimine, et toetust saaksid vaid olulistest tõmbekeskustes asuvad perearstikeskused. Seejuures kaaluda vajadust ennekõike toetada kohalike omavalitsuste osalusega tegutsevate keskuste toetamist, et tagada taristu säilimine ja järjepidevus, kui perearst lahkub.

**Sotsiaalministri vastus:** Sotsiaalministeeriumil on 2011. aastal kavas koostada esmatasandi tervisekeskuste mudel, mis on ettevalmistav tegevus uueks EL struktuurvahendite perioodiks ning ühtlasi esmatasandi arengukava rakendamiseks. Eeltöö oluliste tõmbekeskuste kaardistamiseks on ka teostatud koostöös maavalitsustega. Tellitakse ühtlasi esmatasandi tervisekeskuse funktsionaalne plaan koos eeldava maksumusega. Eelkõige näeme vajadust toetada suuremaid perearstikeskusi, kus lisaks perearstidele töötavad ka teised esmatasandi spetsialistid.

### **Perearsti tööajast kulub suur osa patsiendi ja ravitööga otseselt mitteseotud ülesannetele**

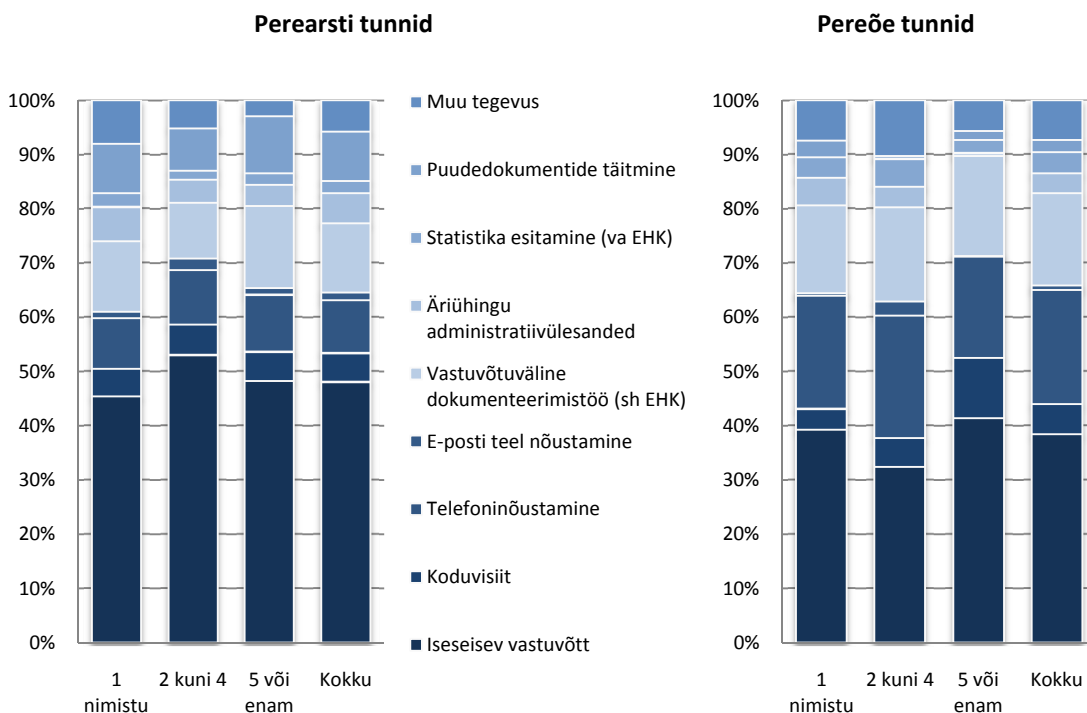
**110.** Perearstisüsteemi hästi toimimiseks peaks perearst kulutama valdava osa oma tööajast otseselt ravitööle. Seetõttu uuris Riigikontroll küsitlusega, millele kulub perearsti ja pereõe tööaeg.

**Enim meditsiinitöövälisest aegast kulub puudedokumentide täitmisele, aruandlusele ja haldustööle**

111. Küsitletud perearstid hindasid oma keskmiseks ajakuluks nädalas 53,3 tundi ja pereõe keskmiseks ajakuluks 39,5 tundi. (Kui lisada tegevuste hulka ka koolitervishoid, mida rahastatakse eraldi, on tunnind vastavalt 54,3 ja 43,9). Seega täidavad perearstid nädalas enda hinnangul ligi poolteise päeva jagu lisaulesandeid. Perearstide ajast üle 20% kulub muule kui otsene arstlik tegevus ehk vastuvõtud, koduviisiidid, telefoni-/e-nõustamine, ravidokumentide täitmine või koolitervishoid (mis on rahastatud eraldi haigekassa terviseedenduse eelarvest ega kuulu seega tingimata kõikide perearstide tööülesannete hulka).

112. Joonisel 6 on näidatud perearsti ja pereõe aja jagunemist erinevate tegevuste vahel. Nagu jooniselt näha, kulub suurem osa arsti mittemeditsiinilise töö ajast arstide enda hinnangul puude raskusastme määramise dokumentide vormistamisele Sotsiaalkindlustusameti tarbeks. Sellele järgnevad haldustöö ja vastuvõtuvälise dokumenteerimine. Jooniselt nähtub ka, et kõige rohkem saab perearst meditsiinitöele keskenduda 2–4 nimistuga praksises, kus tõenäoliselt on haldustöö mitme arsti vahel efektiivsemalt jaotatud. Samas on neis praksistes keskmine töötundide arv perearsti kohta (51 tundi) ligikaudu niisama suur kui suurtes praksistes (48 tundi). Ühe nimistuga praksistes hindavad perearstid oma töötundide arvaks nädalas 57 tundi. Tundide tõlgendamisel tuleb siiski arvestada, et tegemist on perearstide enda hinnanguga ajakasutusele, mitte dokumentaalselt tõestatud ajakuluga.

**Joonis 6. Perearsti ja pereõe ajakulu jagunemine (osakaalud) eri tegevuste vahel praksise nimistute arvu järgi ja kokku. Tumedate toonidega on tähistatud meditsiinilised tegevused ja heledatega mittemeditsiinilised tegevused**



Allikas: Riigikontrolli perearstiküsitlus

113. Riigikontroll leiab arstide küsitlusele toetudes, et perearstidel kulub nende enda hinnangul liiga palju aega muule kui otsesele ravitööle. Kõige enam kulub muule aega just üksikpraksiste arstidel, kes on niigi kehvemas olukorras, sest tegutsevad tihti maapiirkonnas, kus on

väiksemad nimistud, seetõttu ka vähem raha ning piiratumad võimalused asendaja leidmiseks. Selline olukord demotiveerib veelgi noori perearstiks õppima ning oma praksist (maal) avama. Et Riigikontrolli andmed põhinevad vaid perearstide hinnangulistel vastustel, vajaks täiendavat uurimist, mis on perearstide suure töökoormuse põhjuseks.

#### 114. Riigikontrolli soovitusel sotsiaalministrile:

- Luua mehhanism puude raskusastme taotlemiseks vajaliku arstliku hinnangu koostamise rahastamiseks sotsiaalkindlustuse rahast.
- Kiirendada e-tervise lahenduste rakendamist, et puude raskusastme määramiseks ei peaks enam eraldi dokumente täitma.
- Analüüsida täiendavalt, mis põhjustel on perearstide töökoormus nii suur, nagu näitas Riigikontrolli küsitlus; ning lahendada probleemid, mis sunnivad perearste sellises mahus töötama.

**Sotsiaalministri vastus:** Sotsiaalministeerium on kursis, et perearstide koormus terviseseisundi kirjelduse vormide täitmisel püsiva töövõimetuse ja puude määramise protsessis on viimastel aastatel märgatavalt tõusnud ja mõistame perearstide muret. Ekspertiiside arvu tõusu üheks põhjuseks on ilmselt üldine majanduslangus ning töötus, millest tulenevalt on suurenenud surve sotsiaaltoetuste süsteemile, s.t ühe võimaliku sissetulekuallikana selles olukorras nähakse puude raskusastme ja/või püsiva töövõimetuse tuvastamist, mille tulemusena saaks taotleda puuetega inimeste sotsiaaltoetusi ja/või töövõimetuspensionit.

Oleme käesolevaks hetkeks jõudnud ühisele seisukohale, et puude raskusastme ja püsiva töövõimetuse tuvastamise aluseks olevad terviseandmed võiksid pärineda TIS-ist ning Sotsiaalkindlustusamet võiks tulevikus teha otsepäringuid TIS-i, saamaks sealt ekspertiisi tegemiseks vajalikke terviseandmeid. Vastavat ettepanekut toetab ka Eesti E-tervise Sihtasutus. Sellise lahenduse rakendumisel TIS-is olevad isiku terviseandmed kantakse tulevikus elektroonsele vormile, mis salvestatakse Sotsiaalkindlustusameti infosüsteemi. Vaiete korral on siis Sotsiaalkindlustusameti infosüsteemis salvestatud ka otsuse tegemise hetke terviseseisundi kirjeldus, mille põhjal on hiljem võimalik kontrollida otsuse õigsust. Sellise süsteemi käivitumise üheks oluliseks eelduseks on piisava põhjalikkusega kirjeldatud terviseandmete olemasolu TIS-is ning Sotsiaalkindlustusameti infosüsteemi uuendamine.

#### Järelevalve ei keskendu perearstide töö kvaliteedile

115. Riigikontroll leiab, et perearstiabi töö kvaliteedi tagamiseks peab riigi järelevalve keskendumise oluliste puuduste avastamisele ning tagama puuduste kõrvaldamise. Esmatähtis peaks järelevalvetöös olema tagada kvaliteet.

116. Eestis teevad perearstide tegevuse üle järelevalvet põhiliselt Terviseamet, maavanem ja Eesti Haigekassa. Valdav osa järelevalvest keskendub erinevate õigusaktidega kehtestatud nõuete (ruumid, sisseseade, jätmete käitlus, praktilise tööaeg, tervishoiutöötajate koolitused) täitmise

kontrollile. Haigekassa kontrollib regulaarselt juhuvaliku põhjal raviarvete õigsust ja teenuse kättesaadavust.

**Kliiniline audit** – on tervishoiuteenuse osutaja kliinilise tegevuse sõltumatu kontrollimine eesmärgiga süstemaatiliselt ja kriitiliselt analüüsida diagnostiliste ning raviprotseduuride vastavust nõuetele ja tulemusi patsiendi tervise seisukohalt.

117. Riigikontrolli 2007. aasta auditist „Riigi järelevalve tervishoiuteenuste osutajate üle“ selgus, et järelevalvet tehes ei hinnata piisavalt raviteenuse sisulist kvaliteeti. Auditis korraldatud perearstide küsitlusest selgus, et ka perearstid ise hindavad enim järelevalve seda osa, mis keskendub ravi kvaliteedile. Ennekõike hinnatakse ravi kvaliteeti Eesti Haigekassa tellitud **kliinilistes auditites**, mida tehakse keskmiselt 5 tükki aastas ja millest perearstiabi puudutab keskmiselt ainult 1.

118. Ka praegu keskendutakse järelevalves jätkuvalt liigselt sisendi kontrollile (taristu ja personali vastavus nõuetele) ning väga vähe hinnatakse tervishoiuteenuse osutajate töö väljundit (tulemust). Siiski võib ka perearstide kvaliteeditasusteemi pidada üheks kvaliteeti parandavaks järelevalvemeetmeks.

119. 2010. aastal valmis Eesti Haigekassa, Sotsiaalministeeriumi ja Maailma Terviseorganisatsiooni (WHO) koostöös analüüs „Võimalused Eesti tervisesüsteemi jätkusuutlikkuse tagamiseks“, mis puudutas samuti mõnevõrra teenuseosutajate järelevalve teemat. Ühe ettepanekuna soovitati haigekassal edaspidi pöörata rohkem tähelepanu tervishoiu teenuseosutajate (sh perearstide) tegevuse kliiniliste tulemusnäitajate hindamisele. Olulise abivahendina nähti siin e-tervise süsteemi arendamist ning selle laialdase kasutuselevõtuga avanevaid võimalusi.

120. Riigikontroll hinnangul on järelevalve rõhuasetuse muutus tervishoiuteenuse kvaliteedi hindamisele väga oluline. Niisamuti viitab ka käesoleva auditi raames tehtud EMO ja kõrgvererõhuga patsientide ravikäsitluse analüüs nii perearstide kui ka eriarstide töö kvaliteediprobleemidele.

121. Eesti Perearstide Seltsi esindajate hinnangul ning ka auditi käigus tehtud kõrgvererõhuga patsientide ravikäsitluse analüüs näitas, et perearstide tase on ebaühtlane, mistõttu oleks väga oluline regulaarselt hinnata perearstide osutatava abi kvaliteeti.

122. **Soovitus sotsiaalministrile:** kaaluda võimalust panna Terviseametile üldarstiabi kvaliteedi regulaarse hindamise kohustus.

**Sotsiaalministri vastus:** Tulenevalt tervishoiuteenuste korraldamise seaduse § 60 on Terviseametil juba täna võimalik teostada järelevalvet seaduses sätestatud nõuete täitmise, sh § 56 lg 1 punktiga 7 kehtestatud tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamise nõuete üle. Terviseamet saab vajadusel kaasata üldarstiabi kvaliteedile hinnangu andmisel erialaeksperte.

123. Soovitus Eesti Haigekassa juhatuse esimehele: pöörata suuremat tähelepanu üldarstiabi kvaliteedile, tellides üha rohkem perearstide töö kvaliteeti sisuliselt hindavaid kliinilisi auditeid.

**Eesti Haigekassa juhatuse esimehe vastus:** Haigekassa arengukava ja tegevuskulude eelarve kohaselt tellib haigekassa iga-aastaselt erialaseltsidelt viie kliinilise auditi läbiviimise. Proportsioon, kui mitu auditit teostatakse üldarstiabi või eriarstiabi valdkonnas, pole kindlaks määratud. Üldarstiabi teenuseid puudutab aastas üks kliiniline audit, mida

peame praegu optimaalseks. Kliiniliste auditite kokkuvõtted avaldatakse haigekassa kodulehel peale tagasiside koosoleku läbiviimist auditeeritutele alates 2008. aastast (vt <http://www.haigekassa.ee/raviasutusele/kvaliteet/kliinilised-auditid> ). 2010. aasta enamiku auditite arutelud on planeeritud 2011. aasta esimesse poolde, mistõttu kokkuvõtted avaldatakse hiljemalt poolaasta lõpuks.

Lisaks erialaseltsidelt tellitud audititele kontrollib haigekassa aastas 12 000 ravikindlustusdokumendi (raviarved, soodusretseptid, töövõimetuslehed) alusel ravidokumente (tervisekaarte/haiguslugusid), veendumaks ravikindlustushüvitise väljamaksmise põhjendatuses. Nimetatud kontroll puudutab nii eri- kui ka üldarstiabi. Kahe viimase aasta rahaliste kontrollide tulemustega on võimalik tutvuda <http://www.haigekassa.ee/raviasutusele/kvaliteet/ravikindlustushyvitiste-kontr>. Lisaks on rakendatud regulaarsete kontrollpäringute süsteem, mis võimaldab IT-vahendite abil teostada süstemaatilist järelevalvet.

/allkirjastatud digitaalselt/

Tarmo Olgo  
Tulemusauditi osakonna peakontrolör

## Riigikontrolli soovitused ja auditeeritu vastused

Riigikontroll andis auditi põhjal sotsiaalministrile ja Eesti Haigekassa juhatuse esimehele mitmeid soovitusi. Sotsiaalminister saatis 06.04.2011 ja Eesti Haigekassa juhatuse esimees 21.03.2011 oma vastuse Riigikontrolli soovitustele.

Üldised kommentaarid auditiaruande kohta	
<p><b>Eesti Haigekassa juhatuse esimehe kommentaarid:</b></p> <p>Haigekassa on nõus Riigikontrolli auditi järeldustega, et perearstiabi poolik töö toob kaasa lisakulusid ravikindlustuse eelarvele, kuna perearstid ei täida kõiki neile pandud ülesandeid. Samas on haigekassa arvamusel, et kooskõlas ravikindlustuse seaduse §-ga 70 on kindlustatud isikutel õigus pöörduda ilma saatekirjata otse eriarstiabi osutaja poole, kui eriarstiabi osutamine on vajalik kroonilise haiguse tõttu. Riigikontrolli auditis uuritud teema, kõrgvererõhktove patsientide käsitlus kardioloogide ja perearstide poolt, kuulub kindlasti nimetatud valdkonda. Haigekassa on juba 2009. aastal esitanud sotsiaalministeeriumile ettepaneku ravikindlustuse seaduse § 70 muutmiseks selliselt, et ka krooniliste haigustega inimesed pöörduksid eriarstile saatekirjaga ja oleksid seega üldjuhul perearsti jälgimisel, nagu ravijuhendid seda enamasti ka ette näevad.</p> <p>Ühtlasi peame vajalikuks rõhutada, et oleme koostöös sotsiaalministeeriumiga ette valmistanud tervishoiuteenuste korraldamise seaduse muudatused üldarstiabi korralduse tsentraliseerimiseks sotsiaalministeeriumi haldusalas oleva Terviseameti alla. Loodetavasti asutakse nimetatud ettepanekuid käesoleval aastal ka menetlema.</p> <p>Haigekassa peab oluliseks, et loodaks ühtne digiregistratuur, milles patsiendid ja arstid näeksid samas süsteemis arstide vastuvõtuaegu kõigis vabariigi raviasutustes ja saaksid valida registreerumiseks sobivaima aja ja asutuse. See parandaks oluliselt süsteemi läbipaistvust ja tagaks optimaalsema eriarstiabi teenuse kasutuse.</p>	
Riigikontrolli soovitused	Auditeeritu vastused
<p><b>E-saatekirja võimaluste loomine</b></p> <p><b>33. Soovitus sotsiaalministrile:</b> luua kiiremas korras võimalused e-saatekirja rakendamiseks. Selle eelduseks on üleriigilise kõiki teenuseosutajaid hõlmava digiregistratuuri loomine (e-tervise osana). E-saatekirja annab eriarstile võimaluse veenduda, et perearst suunab talle vaid eriarsti kompetentsi nõudvate probleemidega patsiente, kelle kohta on saatekirjale lisatud vajalikud uuringud. E-saatekirja rakendudes on võimalik eriarstil keelduda vastu võtmast patsiente, kellega perearst ise pole piisavalt tegelenud. E-saatekirja annaks pikemas perspektiivis võimaluse luua ka e-konsultatsiooni teenuse, mille puhul perearst küsib oma patsiendi kohta eriarstilt nõu, edastades talle e-saatekirjaga vajaliku info, mille põhjal eriarst saaks hinnata patsiendi vastuvõtmise vajadust ning anda perearstile tagasisidet ravi kohta.</p> <p>p 24–32</p>	<p><b>Sotsiaalministri vastus:</b> Tervise infosüsteemi osana on tänaseks loodud digiregistratuuri moodul, mille abil on arstidel võimalik saata ja saada nii saatekirju kui ka saatekirjade vastuseid. Lisaks võimaldab digiregistratuur broneerida aegu arsti visiidile nende tervishoiuteenuse osutajate juurde, kes on kesksüsteemi edastanud oma eriarstide vabad ressursid. Käesoleval hetkel on ka piloteerimisel nn e-visitidi teenus, mis võimaldab perearsti saatekirju sorteerida eriarsti poolt nii teenuse vajaduse kui ka aegkriitilisuse osas ja broneerida vajadusel kõigile sobiv eriarsti aeg. 25.03.2011. a. seisuga oli Tervise infosüsteemis 2181 saatekirja ja 498 852 saatekirja vastust.</p>
<p><b>Perearstide pädevuse hindamine</b></p> <p><b>34. Soovitus sotsiaalministrile:</b> luua koostöös Eesti Perearstide Seltsiga perearstide kohustuslik pädevuse regulaarse hindamise süsteem, sest see tagaks perearstiteenuse parema ja ühtlasema kvaliteedi.</p> <p>p 24–32</p>	<p><b>Sotsiaalministri vastus:</b> Kuna tegemist on täiesti uue kvalitatiivse muudatusega, siis tuleb kohustusliku pädevuse hindamise süsteemi vajadust hinnata kõikide tervishoiutöötajate lõikes, mitte üksikute erialade (peremeditsiin) kaupa. Samuti vajab kohustusliku pädevuse hindamise süsteemi kehtestamise idee laiemat tutvustamist tervishoiuteenuse osutajatele ning tervishoiutöötajate kutseorganisatsioonidele.</p> <p>Käesoleval ajal on tervishoiuteenuse osutaja kohustused töökorralduse ja juhtimise kvaliteedi tagamisel järgmised: tervishoiuteenuse osutaja tagab tervishoiutöötajate arendamiseks ja pädevuse tõstmiseks tervishoiutöötajate iga-aastase koolitamise. Tervishoiuteenuse osutaja koostab tervishoiutöötajate koolitusplaani (edaspidi koolitusplaani) iga kalendriaasta kohta. Koolitusplaanis peab tervishoiuteenuse osutaja tagama igale tervishoiutöötajale erialase koolituse vähemalt 60 tunni ulatuses</p>

	(sotsiaalministri 15.12.2004. a määrus nr 128 „Tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamise nõuded“, § 8 lg 2).
<p><b>Perearstiabi kättesaadavuse tagamine</b></p> <p><b>51. Riigikontrolli soovitus sotsiaalministrile:</b> leida meetmed, et suuremates tõmbekeskuste osa perearstipraksised oleksid avatud ööpäevadel kella 22.00-ni ja nädalavahetustel. Riigikontrolli hinnangul ei peaks esmatasandi tervisekeskuste lahtiolekuajad kindlasti olema 24 tundi ööpäevas, nagu praegu arengukavas on plaanitud, seda eriti 8 maakonnas, kus elanike arv on alla 50 000 inimese, erakorralise töö maht väike ja kus on praegu ka 24tunnise valvega haiglad olemas. Plaanitavate esmatasandi tervisekeskuste paremad ja kiiremad uurimisvõimalused ning parem koostöö eriarstidega vähendaksid tõenäoliselt samuti haiglate EMOde külastamist.</p> <p>p 35–50</p>	<p><b>Sotsiaalministri vastus:</b> Nõustume, et selline korraldus on vajalik, et tagada üldarstiabi parem kättesaadavus öhtusel ajal ja nädalavahetustel. Tervishoiuteenuste korraldamise seadus annab juba täna võimaluse perearstipraksise lahtiolekuks väljaspool tööaega ja Eesti Haigekassale selle töö rahastamiseks. Kahjuks pole praegusel ajal selliseid lepinguid sõlmitud, kuigi Eesti Haigekassa on vastavasisuliselt ettepanekuid korduvalt teinud.</p> <p>Tulenevalt tervishoiutöötajate ressursi piiratusest näeme ka edaspidi arstiabi pakkujatena väljaspool perearsti tööaega peamiselt kiirabi ja haiglate erakorralise meditsiini osakondi. Haiglatega on plaanis läbi rääkida, kas on vajalik korraldada ja rahastada lisaks erakorralise meditsiini osakonnale ka üldarsti või perearsti vastuvõtt.</p> <p>Kaalumisel on olnud ka koheselt vajaminevat arstiabi (kuid mitte kiirabi) pakkuvate vastuvõtude korraldamine väljaspool perearstide tööaega öhtuti ja nädalavahetuse suuremates tõmbekeskustes, kus puuduvad ööpäevaringselt teenust pakkuvad aktiivrii haiglad. Samas rakendamine nõuab lisavahendeid ravikindlustuse eelarvest ning ka inimressursi kohtadel. Lisaks jääb perearstidele alati võimalus oma töö ümber korraldada ja vajadusel perearstipraksiste lahtioleku aegasid pikendada.</p>
<p><b>E-tervisesüsteemi rakendamine</b></p> <p><b>52. Riigikontrolli soovitus sotsiaalministrile:</b> arendada e-tervisesüsteemi võimalusi viisil, kus süsteemi rakendamisel oleks perearstil kohe ülevaade tema patsientide kiirabikutsetest ja EMO külastamistest.</p> <p>p 35–50</p>	<p><b>Sotsiaalministri vastus:</b> E-kiirabi- ja EMO kaart on standardiseerimisel ja kiirabikaardi tehniline võimalus on planeeritud valmis saada 2012. aastal.</p>
<p><b>Patsientide informeerimine</b></p> <p><b>53. Riigikontrolli soovitus sotsiaalministrile koostöös Eesti Haigekassa juhatuse esimehega:</b> tegeleda n-ö patsiendikasvatusega, näiteks teha vastav kampaania; kohustada perearste patsientidele selgitama, millised on nende abi saamise võimalused ja millistel juhtudel pöörduda EMOsse; suurendada EMOdes patsientide informeerimist. Kui inimesed teavad, millal, mis põhjusel ja kelle poole pöörduda, siis väheneb ka ressurside ebaotstarbekas kasutamine.</p> <p>p 35–50</p>	<p><b>Sotsiaalministri vastus:</b> Soovitus on vaja läbi rääkida Haigekassa ja erialaliitudega.</p> <p><b>Eesti Haigekassa juhatuse esimehe vastus:</b> Eesti Haigekassa on erinevate teavituseprojektide kaudu pidevalt informeerinud elanikke nende õigustest, erinevate teenuste ja abi saamise erinevatest võimalustest nii meedia vahendusel (pressiteadetena, kampaaniatena, haigekassa terviselehekülgedel erinevate päevalehtede vahel) kui ka erinevate teemamaterjalide kaudu: erinevad infotrukkid, kord aastas välja antav „Haigekassa teataja“ jne.</p> <p>Eesti Haigekassa annab jätkuvalt oma panuse elanikkonna teavitamisse koostöös teiste osapooltega. Haigekassa arengukavas aastateks 2011–2014 (<a href="http://www.haigekassa.ee/uploads/userfiles/otsus%20nr_01%20arengukava%202011-2014.doc">http://www.haigekassa.ee/uploads/userfiles/otsus%20nr_01%20arengukava%202011-2014.doc</a>) on üheks eesmärgiks kujundada inimeste teadlikkust ja suunata tervisekäitumist.</p> <p>Rahastame ka erinevate patsiendijuhendite koostamist eesmärgiga suurendada patsientide ja nende pereliikmete teadlikkust haiguste olemusest, ennetamisest ja ravivõimalustest. Haigekassa toetavad tegevused viiakse ellu kooskõlas „Rahvastiku tervise arengukava 2009–2020“ eesmärkide ja meetmetega.</p> <p>Elanikkonna teadlikkust ja selle muutust hindame koostöös sotsiaalministeeriumiga iga-aastaste elanikkonna küsitlustega ning uuringutest saadud andmed on oluliseks sisendiks teavitustegevuste kavandamisel ja elluviimisel.</p> <p>2005. aastal käivitati üleriigiline perearsti nõuandetelefon 1220, mille eesmärgiks on esmase meditsiinilise nõu saamise võimalus telefoni teel eesti ja vene keeles 24 h ööpäevas. Telefonil vastav nõustaja saab soovitada, kas või kuhu peaks helistaja oma tervisemurega pöörduma (perearsti poole, haigla erakorralise meditsiini osakonda, kutsuma kiirabi vm). Nimetatud teenus teeb tihedat koostööd ka Häirekeskusega ning peaks eeldatavalt vähendama põhjuseta erakorralise meditsiini osakonda pöördumisi.</p> <p>Juhime tähelepanu, et Riigikontrolli aruandes on punkt 40 ja 42 teatavas vastuolus –</p>

	<p>p. 40 ütleb: „põhjustatud ja põhjendamata patsientide EMOsse pöördumine kellaaajaliselt ei erine. Seega käiakse ka perearsti kompetentsi kuuluvate probleemidega EMOs peamiselt tööajal ehk kella 8–17. Seega ei saa EMO põhjendamatu külastamise peamiseks põhjuseks olla perearsti töövälise aeg.“ ning p. 42: „Kuna perearst ei pea vastu võtma hiljem kui kell 18 ja vaid ühel päeval nädalas on õhtupoolne (kuni 18-ni) vastuvõtt kohustuslik, siis võib üheks märkimisväärseks põhjuseks, miks pööratakse EMOsse perearsti kompetentsi kuuluvate probleemidega, olla perearsti kättesaamatus praksise lahtiolekuvälisel ajal“.</p> <p>Oleme seisukohal, et põhjendamatu EMO-sse pöördumisi ei saa seostada ainult perearstide mittevastuvõtmisega tööajavälisel ajal, kuna põhiliselt leiavad nii põhjendatud kui ka põhjendamata pöördumised aset perearsti tööajal. Seega on vajalikud edasised täpsemad uuringud põhjendamata pöördumiste põhjuste väljaselgitamiseks. Haigekassa on juba asunud sellega tegelema, viies 2011. aasta jooksul läbi vastava analüüsi.</p> <p>Selgitame, et ka praegu on olemas õigusaktidega ja üldarstiabi lepingus kehtestatud võimalus, et perearstide ja haigekassa vahel sõlmitud üldarstiabi lepingus lepatakse kokku abi osutamine tööajavälisel ajal ning samuti on perearstil kohustus panna välja teave, kuhu patsient võib pöörduda terviseprobleemiga vastuvõtuvälisel ajal.</p>
<p><b>Uuringufondi mahu suurendamine</b></p> <p><b>54. Riigikontrolli soovitus Eesti Haigekassa juhatuse esimehele:</b> kaaluda võimalust suurendada uuringufondi mahtu, näiteks teistelt perearstidelt üle jääva osa kasutamise võimaldamist nendel perearstidel, kellel uuringufondi rahast puudu jääb. Fondi mõistliku ja säästliku kasutamise tagamiseks võib raha ülekulutamise korral uuringuid rahastada näiteks ühest väiksema koefitsiendiga. Uuringufondi kasutuse ja piisavuse jälgimiseks peaks haigekassa ka edaspidi auditeerima, kuidas on perearstid fondi kasutanud.</p> <p>p 35–50</p>	<p><b>Eesti Haigekassa juhatuse esimehe vastus:</b> Haigekassa on analüüsinud koos Eesti Perearstide Seltsi (edaspidi EPS) esindajatega uuringufondi kasutust erinevate parameetrite abil, leidmaks seost uuringufondi kasutamise tasemega. Analüüsi järeldus ja tulemus on koos läbi arutatud ning seisukoht on – uuringufondi täitmine sõltub perearsti ratsionaalsest ja kuluefektiivsest käitumisest. Sama kinnitavad ka haigekassa poolt analüüsi järgselt EPS-ilt tellitud kliiniliste auditite tulemused – nii perearstide uuringufondi ületajate auditi tulemused 2009. a kui ka alatäitjate auditi tulemused 2010. a.</p> <p>Haigekassa planeerib kindlasti jätkata perearstide uuringufondi kasutamise jälgimist, tellides selleks nii kliinilisi auditeid kui ka tehes juhuvalikul põhinevaid kontrole. Haigekassa peab oluliseks nii perearsti rolli värvavalvurina patsientide eriarstiabi süsteemi pääsemisel kui ka rolli nn fondihoidjana. Põhjustatud juhtudel, nt kui lisandub kohustusi perearstidele ja analüüsi tulemusena selgub, et senine uuringufond on ebapiisav, on võimalik asuda läbirääkimistesse uuringufondi piiri nihutamise üle. Haigekassa ei pea õigeks tasuda uuringufondiga mitte toime tulnud arstidele teiste perearstide arvelt – pigem on vajalik uurida, mis on uuringufondi alakasutamise põhjuseks ja leida mehhanismid, mis motiveeriksid ka neid perearste oma patsiente vastavalt vajadusele enam uurima.</p>
<p><b>Perearstipraksiste taristusse investeerimine</b></p> <p><b>76. Soovitused sotsiaalministrile:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ luua koostöös majandus- ja kommunikatsiooniministriga perearstide maal töötamise motiveerimiseks riiklik stardiabi võimalus või soodustingimustel riikliku garantiiga laenude andmine perearstipraksise alustamiseks näiteks KredExi kaudu või</li> <li>■ kaaluda alternatiivina võimalust omavalitsustele toetussüsteemi loomist, et nad saaksid perearstipraksiseid luua ning nendes investeerida. Selle võimaluse kasutamine tagab, et perearsti lahkudes on vajalik taristu omavalitsusel olemas ning seetõttu lihtsam leida endale uus perearst, kes ei peaks sel juhul ise investeerima ruumidesse ega seadmetesse.</li> </ul> <p>p 68–75</p>	<p><b>Sotsiaalministri vastus:</b> Soovitus vajab laiemat kaasatust ja poliitilist toetust. Tervishoiuteenuste korraldamise seadus võimaldab kohalikul omavalitsusel (edaspidi KOV) olla soovi korral äriühingu ainoosanik. Nii näiteks on Rannu vald ja Tallinna linn asutanud üldarstiabi osutava äriühingu ning saavad kasutada haigekassa vahendeid perearsti tegevuskoha korras hoidmiseks ning töövahendite uuendamiseks. Samuti oleme planeerinud taotlema EL struktuurivahendeid 2014+ suuremate perearstikeskuste taristute uuendamiseks.</p>

<p><b>Perearstide motiveerimine töötamaks maal</b></p> <p><b>77. Soovitused sotsiaalministrile:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Analüüsida maapiirkondade perearstide nimistute suurust ja paiknemist ning võimaluse korral liita neid, et maapiirkondade elanikele oleks tagatud kvaliteetne arstiabi.</li> <li>▪ Meelitamaks perearste tööle ebapopulaarsetesse piirkondadesse (valdavalt maapiirkonnad), kaaluda regionaalsetest eripäradest tulenevat täiendavat tasustamist. Alternatiivina kaaluda praeguse kaugusetasu suurendamist.</li> <li>▪ Tagamaks perearstiteenuse võrdne kättesaadavus kõikides maakondades, teha ettepanek seaduse muutmiseks, et perearstiabi tagamine on edaspidi maavanema asemel sotsiaalministri või Terviseameti kohustus. See annaks ka paremad võimalused vajaduse korral maakonnaülest nimistute tegemiseks ja perearstide riikliku ajutise asendamise süsteemi korraldamiseks (vt soovitus p 79).</li> </ul> <p>p 68–75</p>	<p><b>Sotsiaalministri vastus:</b> Toetame soovitusi ja need on võetud töösse.</p>
<p><b>Perearstide ja -õdede pealekasvu tagamine</b></p> <p><b>78. Soovitused sotsiaalministrile:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Suurendada perearsti residentuuri vastuvõtt vähemalt planeeritud 30 residendi tasemele ja seda ka pärast 2018. aastat, et tagada pensioniikka jõudvate perearstide asendamine ning esmatasandi arengukavas toodud eesmärkide (näiteks nimistu suuruse vähendamise) täitmine.</li> <li>▪ Analüüsida lisaks perearsti residentuuri vastuvõtu suurendamisele võimalusi, kuidas meelitada perearstina tööle neid perearsti kvalifikatsiooniga arste, kes Eesti tervishoiusektoris ei tööta (on välismaal või töötavad sektorist väljas). 2008. aastal oli selliseid tööealisi perearsti erialaga arste ca 60.</li> <li>▪ Analüüsida õdede koolituse piisavust ja töötada välja meetmed, et muu hulgas tagada õekvalifikatsiooniga personali olemasolu</li> </ul>	<p><b>Sotsiaalministri vastus:</b> Oleme võtnud eesmärgiks esitada igal aastal residentuuri tellimuse 25–30 uut perearstile, mis peaks tagama perearstide vajaliku juurdekasvu.</p> <p>Ühtlasi on 2011. aasta jooksul üle vaadata, milline on optimaalne perearsti nimistusse kuuluvate patsientide arv ning sellest tulenevalt nimistute, perearstide ja pereõdede arv, arvestades elanike arvu Eestis ja maakondade lõikes. Samuti planeerime alates 2012 käivitada perearstide asendussüsteemi, et perearstid saaksid puhata ning ei lahkuku Eestist või tervisektorist.</p> <p>Sotsiaalministri 06.01.2010. a määruse nr 2 „Perearsti ja temaga koos töötavate tervishoiutöötajate tööjuhend“ § 2 lg 1 kohaselt peab iga perearsti juures töötama vähemalt üks pereõde. Perearsti juures töötavate pereõdede summaarne tööaeg peab moodustama vähemalt ühe täistööaja. Kuna see nõue hakkas kehtima eelmise aasta algusest, siis eeldame, et perearstid on õenduspersonaliga nõuded viinud kooskõlla määrusega.</p> <p>Koostöös Eesti Perearstide Seltsiga on uuendamisel perearsti meeskonna standard ning eesmärgiks on võetud, et keskmise suurusega nimistut teenindavad edaspidi 2 pereõde. Igal aastal lõpetab tervishoiu kõrgkooli keskmiselt 190 õde. Kõige positiivsema stsenaariumi korral läheb 15% (30 isikut aastas) lõpetajatest esmatasandile tööle. Ainult uute lõpetajatega saab 10 aasta jooksul süsteem juurde 300 õde, siinkohal ei ole arvestatud migratsiooni ega pensioneerumist. Seega lisaks õdede koolitusele näeb Sotsiaalministeerium vajadust töötada välja meetmed mittetöötavate õdede tagasitoomiseks tervishoiusektorisse, sh esmatasandile.</p>

<p>perearstiteenuse pakkujate juures (sh arengukava eesmärkide täitmine).</p> <p>p 60–69</p>	
<p><b>Perearstide ajutine asendamine</b></p> <p><b>79. Soovitus sotsiaalministrile:</b> rakendada esmatasandi arengukavas planeeritud riiklik ajutise asendamise süsteem ennaktempos, et tagada perearstidele võimalus ennast täiendada ning puhata.</p> <p>p 68–75</p>	<p><b>Sotsiaalministri vastus:</b> Sotsiaalministeerium on tervishoiuteenuse kvaliteedi ja kättesaadavuse parandamiseks võtnud eesmärgiks alates 2012. aastast pakkuda pilootprojektina perearstidele ja -õdedele võimalust riigi toetusel tellida endale asendusarst ja öde puhkuse, täienduskoolituse või muul põhjusel, mis nõuab ajutiselt tööst eemal olemist. Selleks planeerime sõlmida lepinguid üle Eesti arstide ja õdedega, kes ei soovi täiskoormusega töötada, kuid samas sobib neile töökorraldus, mis võimaldab aeg-ajalt praktiseerida. Rahastamine toimuks asenduse korral kahest allikast: perearst, kes vajab asendajat, maksab asendajale töötasu ja riik maksaks juurde motivatsioonitasu ning võtaks enda katta need kulud, mis puudutavad praktilist korraldamist.</p>
<p><b>Perearstiabi rahastamine</b></p> <p><b>102. Riigikontrolli soovitud Eesti Haigekassa juhatuse esimehele:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Täiendada perearstide rahastamissüsteemi selliselt, et osa pearaha sees osutatavate teenuste eest hakatakse tasuma eraldi, vähendades samal ajal pearaha osakaalu, sest see võiks motiveerida perearste hakata enam täitma neile pandud ülesandeid.</li> <li>■ Et Riigikontrolli andmed põhinevad vaid arvamusküsitluse tulemustel, soovitab Riigikontroll haigekassal analüüsida, milliseid teenuseid osutada jätkuvalt pearaha eest, ning sellest lähtuvalt hinnata, milliste teenuste osutamist oleks vaja eraldi tasustada.</li> <li>■ Analüüsida, milliste tegevuste lisamisega võiks kvaliteeditasusüsteemi laiendada, ning suurendada selle võrra tulemustasusüsteemi rahastust.</li> </ul> <p>p 85–101</p>	<p><b>Eesti Haigekassa juhatuse esimehe vastus:</b> 2011. a on EPS esitanud haigekassale ettepaneku muuta perearstiabi rahastamistingimusi. Ettepaneku menetlemise käigus on kavas hinnata kehtivat perearstiabi hinnamudelit, mis muu hulgas võimaldab hinnata vahendite piisavust vajalikeks uuringuteks. Siinkohal peame vajalikuks tuua näitena perearstide rahastamist raseduse jälgimise eest 1998. aastast kuni käesoleva ajani. Raseduse jälgimise eest tasuti algselt pearaha arvelt, seejärel tõstis haigekassa selle uuringufondi vahenditesse ning praeguseks on see tegevus täiesti eraldi tasustatavaks (s.o uuringufondiväliselt teenusepõhiselt rahastatavaks) viidud, kuid see ei ole motiveerinud perearste rohkem rasedusi jälgima.</p> <p>Haigekassa on teinud EPS-ile ettepanekuid lisada mitmeid uusi tegevusi perearstide kvaliteedisüsteemi, mis haigekassa arvates vajaksid suurema tähelepanu alla võtmist (nt kooliealiste laste terviseläbivaatused; krooniliste haigete poolt ravimite väljaostmine; toimeainepõhise retsepti väljakirjutamine jne). Perearstide tööühma praegune peamine ettepanek on olnud täiendava tasu maksmine EPS-i poolt väljatöötatud kvaliteedijuhiste täitmise eest. Haigekassa on vastavat juhust analüüsinud ja jõudnud arusaamisele, et selle sisu on üldkokkuvõttes praegu kehtivate õigusaktidega kehtestatud normnõuetest kinnipidamine, mille eest täiendava tasu maksmine ei ole põhjendatud. Oleme omalt poolt valmis jätkuvaks koostööks, et leida ja kokku leppida kindlustatute tervise seisukohalt olulisi uusi indikaatoreid.</p>
<p><b>Perearstiabi taristu kaasajastamise rahastamine</b></p> <p><b>109. Soovitus sotsiaalministrile:</b> planeerides järgmise Euroopa Liidu rahastamise programmiperioodi (2014–2020) raha kasutamist, töötada välja meede ja kavandada raha esmatasandi taristu ajakohastamiseks. Meetme rakendamisele peab eelnema perearstiabi võrgustiku planeerimine, et toetust saaksid vaid olulistest tõmbekeskustes asuvad perearstikeskused. Seejuures kaaluda vajadust ennekõike toetada kohalike omavalitsuste osalusega tegutsevate keskuste toetamist,</p>	<p><b>Sotsiaalministri vastus:</b> Sotsiaalministeeriumil on 2011. aastal kavas koostada esmatasandi tervisekeskuste mudel, mis on ettevalmistav tegevus uueks EL struktuurvahendite perioodiks ning ühtlasi esmatasandi arengukava rakendamiseks. Eeltöö oluliste tõmbekeskuste kaardistamiseks on ka teostatud koostöös maavalitsustega. Tellitakse ühtlasi esmatasandi tervisekeskuse funktsionaalne plaan koos eeldava maksumusega. Eelkõige näeme vajadust toetada suuremaid perearstikeskusi, kus lisaks perearstidele töötavad ka teised esmatasandi spetsialistid.</p>

<p>et tagada taristu säilimine ja järjepidevus, kui perearst lahkub.</p> <p>p 103–108</p>	
<p><b>Perearstide suure töökoormuse leevendamine</b></p> <p><b>114. Riigikontrolli soovitusid sotsiaalministrile:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Luua mehhanism puude raskusastme taotlemiseks vajaliku arstliku hinnangu koostamise rahastamiseks sotsiaalkindlustuse rahast.</li> <li>▪ Kiirendada e-tervise lahenduste rakendamist, et puude raskusastme määramiseks ei peaks enam eraldi dokumente täitma.</li> <li>▪ Analüüsida täiendavalt, mis põhjustel on perearstide töökoormus nii suur, nagu näitas Riigikontrolli küsitlus; ning lahendada probleemid, mis sunnivad perearste sellises mahus töötama.</li> </ul> <p>p 110–113</p>	<p><b>Sotsiaalministri vastus:</b> Sotsiaalministeerium on kursis, et perearstide koormus tervise seisundi kirjelduse vormide täitmisel püsiva töövõimetuse ja puude määramise protsessis on viimastel aastatel märgatavalt tõusnud ja mõistame perearstide muret. Ekspertiiside arvu tõusu üheks põhjuseks on ilmselt üldine majanduslangus ning töötus, millest tulenevalt on suurenenud surve sotsiaaltoetuste süsteemile, s.t ühe võimaliku sissetulekuallikana selles olukorras nähakse puude raskusastme ja/või püsiva töövõimetuse tuvastamist, mille tulemusena saaks taotleda puuetega inimeste sotsiaaltoetusi ja/või töövõimetuspensionit.</p> <p>Oleme käesolevaks hetkeks jõudnud ühisele seisukohale, et puude raskusastme ja püsiva töövõimetuse tuvastamise aluseks olevad terviseandmed võiksid pärineda TIS-ist ning Sotsiaalkindlustusamet võiks tulevikus teha otsepäringuid TIS-i, saamaks sealt ekspertiisi tegemiseks vajalikke terviseandmeid. Vastavat ettepanekut toetab ka Eesti E-tervise Sihtasutus. Sellise lahenduse rakendamisel TIS-is olevad isiku terviseandmed kantakse tulevikus elektroonsele vormile, mis salvestatakse Sotsiaalkindlustusameti infosüsteemi. Vaiete korral on siis Sotsiaalkindlustusameti infosüsteemis salvestatud ka otsuse tegemise hetke tervise seisundi kirjeldus, mille põhjal on hiljem võimalik kontrollida otsuse õigsust. Sellise süsteemi käivitumise üheks oluliseks eelduseks on piisava põhjalikkusega kirjeldatud terviseandmete olemasolu TIS-is ning Sotsiaalkindlustusameti infosüsteemi uuendamine.</p>
<p><b>Järelevalve ümberkorraldamine</b></p> <p><b>122. Soovitus sotsiaalministrile:</b> kaaluda võimalust panna Terviseametile üldarstiabi kvaliteedi regulaarse hindamise kohustus.</p> <p>p 115–121</p>	<p><b>Sotsiaalministri vastus:</b> Tulenevalt tervishoiuteenuste korraldamise seaduse § 60 on Terviseametil juba täna võimalik teostada järelevalvet teostavate seaduste sätestatud nõuete täitmise, sh § 56 lg 1 punktiga 7 kehtestatud tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamise nõuete üle. Terviseamet saab vajadusel kaasata üldarstiabi kvaliteedile hinnangu andmisel erialaeksperte.</p>
<p><b>Järelevalve tõhustamine</b></p> <p><b>123. Soovitus Eesti Haigekassa juhatuse esimehele:</b> pöörata suuremat tähelepanu üldarstiabi kvaliteedile, tellides üha rohkem perearstide töö kvaliteeti sisuliselt hindavaid kliinilisi auditeid.</p> <p>p 115–121</p>	<p><b>Eesti Haigekassa juhatuse esimehe vastus:</b> Haigekassa arengukava ja tegevuskulude eelarve kohaselt tellib haigekassa iga-aastaselt erialaseltsidelt viie kliinilise auditi läbiviimise. Proportsioon, kui mitu auditit teostatakse üldarstiabi või eriarstiabi valdkonnas, pole kindlaks määratud. Üldarstiabi teenuseid puudutab aastas üks kliiniline audit, mida peame praegu optimaalseks. Kliiniliste auditite kokkuvõtet avaldatakse haigekassa kodulehel peale tagasiside koosoleku läbiviimist auditeeritutele alates 2008. aastast (vt <a href="http://www.haigekassa.ee/raviasutusele/kvaliteet/kliinilised-auditid">http://www.haigekassa.ee/raviasutusele/kvaliteet/kliinilised-auditid</a>). 2010. aasta enamiku auditite arutelud on planeeritud 2011. aasta esimesse poolde, mistõttu kokkuvõtet avaldatakse hiljemalt poolaasta lõpuks.</p> <p>Lisaks erialaseltsidelt tellitud audititele kontrollib haigekassa aastas 12 000 ravikindlustusdokumendi (raviarved, soodusretseptid, töövõimetuslehed) alusel ravidokumente (tervisekaarte/haiguslugusid), veendumaks ravikindlustushüvitise väljamaksmise põhjendatuses. Nimetatud kontroll puudutab nii eri- kui ka üldarstiabi. Kahe viimase aasta rahaliste kontrollide tulemustega on võimalik tutvuda <a href="http://www.haigekassa.ee/raviasutusele/kvaliteet/ravikindlustushyvitiste-kontr">http://www.haigekassa.ee/raviasutusele/kvaliteet/ravikindlustushyvitiste-kontr</a>. Lisaks on rakendatud regulaarsete kontrollpäringute süsteem, mis võimaldab IT-vahendite abil teostada süstemaatilist järelevalvet.</p>

## Auditi iseloomustus

### Auditi eesmärk

Auditi eesmärgiks on hinnata, **kuidas perearstisüsteem täidab n-ö väravavalvuri rolli ja kas seda süsteemi arendatakse kestlikult?**

- Kui suur koormus langeb eriarstidele ja erakorralise meditsiini osakondadele seetõttu, et patsientide probleeme ei lahendata esmatasandil? Millised on selle peamised põhjused?
- Kui palju on seetõttu rohkem kulutatud ravikindlustuse raha?
- Kas perearstiabi on kättesaadav nüüd ja tulevikus ehk kas esmatasandi arendamine toimub arengukava kohaselt?

### Hinnangu andmise kriteeriumid

Riigikontrolli hinnangul on perearstisüsteem tulemuslik, kui perearstid täidavad väravavalvuri ülesannet:

- perearstid osutavad pearaha eest ette nähtud teenuseid;
- perearstid jälgivad kroonilisi patsiente.

EMOdesse jõuab perearsti kompetentsi kuuluvate probleemidega vähem kui 10% patsiente.

Perearstisüsteemi rahastamise süsteem toetab seda, et perearst teeks kõiki vajalikke tegevusi nii Eesti osapoolte hinnangul kui välispraktikat arvestades.

Esmatasandit arendatakse arengukavast lähtudes ja eesmärkide täitmine aastaks 2015 on realistlik.

### Auditi ulatus ja käsitusviis

**Hüpertensioonipatsientide perearstidepoolse käsitluse analüüsi** eesmärk oli hinnata 2009. ja 2010. aasta alguse ravilugude põhjal kõrgvererõhu ja südame-veresoonkonnahaiguste ennetuse Z13.6 diagnoosiga patsientide perearstidepoolset ravikäsitlust. Kokku analüüsiti 411 kõrgvererõhuga patsienti, kellest kardioloogi vastuvõtule suunati 205 ja ainult perearsti jälgimisel oli 206 patsienti. (Täpsemat metoodikakirjeldust vt lisast D.) Uuringu tulemused on avaldatud Riigikontrolli kodulehel.

Hindamiseks, kui palju **pöördusid patsiendid perearsti kompetentsi kuuluvate küsimustega erakorralise meditsiini osakonda**, korraldati ajavahemikul 06.–26.09.2010 nelja haigla (Põhja-Eesti Regionaalhaigla, TÜ Kliinikum, Pärnu Haigla ja Ida-Viru Keskhaigla) erakorralise meditsiini osakonnas uuring. (Täpsemat metoodikakirjeldust vt lisast C.) Uuringu tulemused on avaldatud Riigikontrolli kodulehel.

Hindamiseks, kui palju **läheb maksma** see, et perearstid saadavad patsiendid põhjendamatult kardioloogi konsultatsioonile ja patsiendid külastavad perearsti kompetentsi puutuvate probleemidega haiglate erakorralise meditsiini osakondi, hinnati valimisse langenud patsientide keskmisi ravikuluseid (maksumus saadud Eesti Haigekassast) ning tehti arvestused terve aasta kohta.

Riigikontroll kutsus analüüsi tulemusi arutama kaks fookusgruppi (vt tabel 9 ja 10).

Tabel 9. Erakorralise meditsiini osakonda pöördunud patsientide analüüsi fookusgrupi 27.12.2010. a peetud arutelul osalejad

Nimi	Ametikoht, taust
Dr Ago Kõrgvee	TÜ Kliinikumi anestesioloogia ja intensiivravi kliiniku direktor, Tartu Kiirabi juhatuse esimees, Eesti Kiirabi Liidu ja Eesti Erakorralise Meditsiini Arstide juhatuse esimees
Dr Kuido Nõmm	TÜ Kliinikumi anestesioloogia ja intensiivravi kliiniku EMO juhataja, Eesti Erakorralise Meditsiini Arstide Seltsi juhatuse liige
Dr Veronika Reinhard	Eesti Kiirabi Liidu ja Eesti Erakorralise Meditsiini Arstide Seltsi juhatuse liige, TÜ Kliinikumi anestesioloogia ja intensiivravi kliiniku EMO arst-õppejõud (erakorralise meditsiini eriala)
Valentina Kartašova	Ida-Viru Keskhaigla EMO vanemõde
Dr Vassili Novak	Põhja-Eesti Regionaalhaigla EMO ülemarst-juhataja
Dr Merike Lepp	Pärnu Haigla erakorralise meditsiiniabi osakonna juhataja
Dr prof Ruth Kalda	Eesti Perearstide Seltsi juhatuse esimees, perearst
Dr Anneli Rätsep	Perearst
Dr Urmas Takker	Perearst

Tabel 10. Hüpertensioonipatsientide perearstidepoolse käsitluse analüüsi fookusgrupi 11.01.2011. a peetud arutelul osalejad

Nimi	Ametikoht, taust
Dr Toomas Marandi	Eesti Kardioloogide Seltsi president, kardioloog
Dr prof Margus Viigimaa	kardioloog
Dr Anu Hedman	kardioloog
Dr Piret Asser	kardioloog
Dr Kerli Lindlaan	kardioloog
Dr Kairit Palm	kardioloog
Dr prof Ruth Kalda	Eesti Perearstide Seltsi juhatuse esimees, perearst
Dr Anneli Kalle-Talvik	Eesti Perearstide Seltsi juhatuse liige, perearst
Dr Olev Pikk	Perearst
Dr Tiina Jürgenson	Perearst
Dr Iris Koort	perearst

Hüpertensioonipatsientide ravikäsitluse analüüsi tulemustele hinnangu, järelduste ja soovitude andmiseks kutsuti kokku **eksperdirühm**, kuhu kuulusid erakorralise meditsiini arstid ja perearstid.

**Perearstide veebiküsitlusega** uuriti nende praksiste töökorraldust, konkreetsete ravitegevuste tegemist ning arvamusi perearstiabi rahastuse ja riikliku korralduse kohta, samuti seda, milline on perearsti ja eriarsti koostöö. (Täpsemat metoodikakirjeldust vt lisast B). Küsitluse tulemuste kokkuvõte on avaldatud Riigikontrolli kodulehel.

Intervjuudest on antud ülevaade tabelis 11.

Tabel 11. Intervjueeritud isikud ja intervjuudel käsitletud teemad

Asutus / perearsti tegutsemiskoht	Intervjueeritud	Kohtumise sisu	Kuupäev
Sotsiaalministeerium	Heli Paluste – tervisepoliitika juht	Auditi tutvustamine	22.10.2009
Meditiim OÜ	Dr Eero Merilind – perearst, esmatasandi tervisekeskuste infrastruktuuri väljatöötaja	Ülevaade perearstibist Eestis. Perearstipraksiste infrastruktuur	02.11.2009
Eesti Perearstide Selts	Dr prof Ruth Kalda – Eesti Perearstide Seltsi juhatuse esimees, perearst Dr Anneli Kalle-Talvik – Eesti Perearstide Seltsi juhatuse liige, perearst	Ülevaade perearstibist Eestis	11.11.2009
Valga perearstid	Dr Mare-Kirsti Rosenberg – perearst Dr Katrin Palover – perearst	Perearstiabi piirkondlik/kohalik korraldus ja probleemid  Perearstide tööpraktika. Veebiküsitluse küsimuste ettevalmistamine	13.01.2010
Valga Maavalitsus	Ülla Visnapuu – sotsiaal- ja tervishoiutalituse juhataja		13.01.2010
Võru Maavalitsus	Pille Liblik – haridus- ja sotsiaalosakonna juhataja Mare Udras – sotsiaal- ja tervishoiu talituse nõunik		14.01.2010
Vastseliina perearstid	Dr Aune Rehema – perearst Dr Ivi Seim – perearst Ene Uibokand – pereõde (füsioteraapia) Hiie Prants – pereõde (kooliõde)		14.01.2010
Lasva perearst	Dr Katrin Mölder – perearst		14.01.2010
Rapla Maakonnahaigla	Dr Liis-Mail Moora – sisearst, endine Rapla Maavalitsuse maakonnaarst		04.02.2010
Kohila Vallavalitsus	Argo Luik – abivallavanem Väino Maasalu – sotsiaalnõunik Piret Puun – finantsnõunik		04.02.2010
Järvakandi perearst	Dr Karin Lega – perearst Dr Anzela Jevstafjeva – pereõde		04.02.2010
Eesti Haigekassa	Mari Mathiesen – juhatuse liige Helvi Tarien – tervishoiuosakonna juhataja Triin Habicht – tervishoiuökonomika osakonna juhataja Janika Viilup – tervishoiuosakonna peaspetsialist Reet Kambla – siseauditi osakonna juhataja	Auditi plaani tutvustamine	19.02.2010
Eesti Sisearstide Selts	Dr prof Margus Lember – Eesti Sisearstide Seltsi juhatuse esimees, TÜ Kliinikumi sisekliiniku juhataja	Diabeedihaigete käsitlemine perearsti poolt, statistika valik analüüsiks	02.03.2010
Eesti Erakorralise Meditsiini Arstide Selts ja Eesti Kiirabi Liit	Dr Ago Kõrgvee – Eesti Kiirabi Liidu ja Eesti Erakorralise Meditsiini Arstide Seltsi juhatuse esimees, TÜ Kliinikumi anestesioloogia ja intensiivravi kliiniku direktor, EMO juhataja, Tartu Kiirabi juhatuse esimees Dr Kuido Nõmm – Eesti Erakorralise Meditsiini Arstide Seltsi juhatuse liige, TÜ Kliinikumi arst-õppejõud (erakorralise meditsiini eriala) Dr Veronika Reinhard – Eesti Kiirabi Liidu juhatuse liige, TÜ Kliinikumi arst-õppejõud (erakorralise meditsiini eriala) Svetlana Paderina – Eesti Erakorralise Meditsiini Õdede Seltsingu juhataja, TÜ Kliinikumi anestesioloogia ja intensiivravi kliiniku EMO vanemõde	Perearsti kompetentsi kuuluvad patsiendid haiglate EMOdes. Kokkulepped EMO-uuringu ettevalmistamiseks	02.03.2010

Eesti Kardioloogide Selts	Dr Toomas Marandi – Eesti Kardioloogide Seltsi president, Põhja-Eesti Regionaalhaigla kardioloog Dr Prof Margus Viigimaa – Eesti Kardioloogide Seltsi preventsiiooni töögrupi juht, Põhja-Eesti Regionaalhaigla kardioloogiakeskuse juhataja Dr Sulev Margus – Eesti Kardioloogide Seltsi juhatuse liige, Ida-Tallinna Keskhaigla angiograafiaosakonna vanemarst	Krooniliste südamehaigete jälgimine perearsti poolt. Kokkulepped eksperdiuuringu ettevalmistamiseks	09.03.2010
Eesti Kopsuarstide Selts	Dr prof Alan Altraja – Eesti Kopsuarstide Seltsi juhatuse esimees Dr Rain Jõgi – Eesti Kopsuarstide Seltsi juhatuse liige	Kopsuhaiguste (kroonilise obstruktiivne kopsuhaiguse ja astma) käsitlemine perearsti poolt, statistika valik analüüsiks	01.04.2010

Teiste riikide perearstisüsteemi rahastamismudeli kirjeldamiseks ja Eestiga võrdlemiseks ning küsimusele, kas rahastamissüsteem toetab perearsti n-ö väravavalvuri funktsiooni, vastamiseks **analüüsiti välispraktikat.**

Et anda **hinnangut, kas järelevalve toetab perearsti n-ö väravavalvuri rolli**, lähtuti peamiselt 2007. aasta auditis „Järelevalve tervishoiuteenuse osutajate üle“ välja toodud järeldustest.

Perearstiabi jätkusuutlikkuse prognoosimiseks **analüüsiti perearstide ja -õdede vanuselist koosseisu** ning pealekasvu piisavust.

Riigikontroll **küsitles maavalitsuste ametnikke**, et saada ülevaadet, kas ja kuidas on muutunud perearstide paiknemine aastatel 2005, 2007 ja 2010. Sama küsitluse tulemusena saadi teada, millises ulatuses toetavad perearstide tegevust maapiirkondades kohalikud omavalitsused. Lisaks puudutasid küsimused patsientide võimalusi kasutada ühe päeva jooksul perearstil käimiseks **ühistransporti.**

Auditi käigus hinnati ka „Esmatasandi tervishoiu arengukava 2009–2015“ täitmise võimalusi.

### Auditi lõpetamise aeg

Auditi menetlustoimingud lõpetati jaanuaris 2011.

### Auditi meeskond

Auditi meeskonda kuulusid Liisi Uder (auditijuht), Siiri Suits ja Meelis Peerna.

### Kontaktandmed

Auditi kohta saab lisainfot Riigikontrolli kommunikatsiooniteenistusest tel +372 640 0704 või +372 640 0777, e-post riigikontroll@riigikontroll.ee

Auditaruande elektrooniline koopia (pdf) on saadaval koduleheküljel [www.riigikontroll.ee](http://www.riigikontroll.ee).

Auditaruande kokkuvõtte on saadaval ka inglise keeles.

Auditaruande number Riigikontrolli asjaajamissüsteemis on 2-1.7/11/70023/47.

Riigikontrolli postiaadress on:

Narva mnt 11a  
15013 TALLINN  
Tel +372 640 0700  
Faks +372 661 6012  
riigikontroll@riigikontroll.ee

## **Riigikontrolli varasemaid auditeid tervise valdkonnas**

- 02.02.2010 – Haiglavõrgu jätkusuutlikkus
- 30.09.2008 – Strateegiad tervislike eluviiside ja hoiakute kujundamiseks
- 04.09.2008 – Meditsiiniseadmete soetamine ja kasutamine tervishoiuasutustes
- 13.09.2007 – Riigi järelevalve tervishoiuteenuste osutajate tegevuse üle
- 07.11.2006 – Taastusravi korralduse tõhusus
- 15.07.2005 – Hangete korraldus SA Põhja-Eesti Regionaalhaiglas
- 05.07.2005 – Eelkooliealiste laste tervishoiu korraldus
- 15.04.2005 – Tervishoiuvaldkonna töötajate vajadus ja koolitustellimus
- 10.03.2005 – Eriarstiabi lepingute sõlmimise korraldus Eesti Haigekassas
- 14.09.2004 – Esmase erakorralise arstiabi korraldus
- 16.06.2004 – Oftalmoloogiateenuste kättesaadavus
- 19.12.2003 – Tervishoiuprojekt 2015
- 11.12.2003 – Ambulatoorse eriarstiabi nõudluse jälgimine

Kõik aruanded on kättesaadavad Riigikontrolli koduleheküljelt [www.riigikontroll.ee](http://www.riigikontroll.ee)

## Lisa A. Perearstide ülesanded tasustamise liigist lähtudes

### Haigekassa makstava pearaha eest sooritab perearsti järgmisi tegevusi:

- tervist edendav ja haigusi ennetav töö;
- haige ambulatoorne vastuvõtt ning koduvisiidid;
- haige läbivaatus, diagnostika ja raviplaani koostamine, diagnoosi määramine;
- nõustamine tervise säilitamise, taastamise, töö ja elukorralduse suhtes ning vajaduse korral ravi määramine;
- ravimite soovitamise ja retsepti väljakirjutamine;
- protseduuride tegemine;
- teenuste osutamist tõendavate dokumentide vormistamine;
- esmase arstliku ekspertiisi tegemine haige töövõime ja tervises seisundi kohta;
- vajaduse korral haige veo korraldamine haiglasse.

### Haigekassa makstava pearaha eest teeb perearst järgmisi uuringuid ning protseduure:

- verejooksu sulgemine;
- elustamine;
- lahastamine haige veoks;
- rinnanäärme palpatsioon;
- eesnäärme palpatsioon;
- kuulmislanguse määramine, kuulmise sõeltest;
- otoskoopia;
- välise kuulmekäigu loputus;
- rinoskoopia;
- nina-neelu tamponaad;
- nägemisteravuse kontroll;
- vaateväljade esmane määramine;
- värvitaju kontroll;
- silmapõhja vaatlus;
- PEF-meetria ehk väljahingatava õhuvoolu tippkiiruse mõõtmine;
- antropomeetria;
- elektrokardiogrammi tegemine ja hindamine;

- veeni punktsioon;
- süstimine;
- sidumine (v.a põletushaige sidumine);
- lokaalanesteesia;
- perifeersed närviblokaadid;
- kusepõie loputus;
- imiku/väikelapse psühhomotoorse arengu hindamine.

**Haigekassa tasub pearaha arvel järgmiste laboriuuringute eest:**

- glükoosianalüüs;
- erütrotsüütide settekiiruse uuring;
- hemogramm (vere automaatuuring leukogrammiga või kolmeosalise leukogrammiga);
- hemogramm viieosalise leukogrammiga;
- uriinianalüüs testribaga.

**Haigekassa makstava kvaliteeditasuga seotud tegevused:**

- 0–2aastaste laste vaksineerimine;
- laste läbivaatus ja väikelaste üldine tervisekontroll;
- kooliminevate laste läbivaatus (6-, 7- ja 8aastastel);
- südame-veresoonkonnahaiguste ennetus;
- krooniliste haigete jälgimine diagnooside puhul nagu
  - II tüüpi diabeet,
  - hüpertooniatõbi,
  - müokardiinfarkt,
  - hüpotüreooos;
- raseduse jälgimine;
- günekoloogiline läbivaatus;
- kirurgilised manipulatsioonid ja pisioperatsioonid.

## Lisa B. Perearstide veebiküsitluse tutvustus

Riigikontroll korraldas perearstide veebiküsitluse ajavahemikul 21.06–01.09.2010 (k.a ajapikendus).

Küsitluse eesmärgiks oli hinnata, kuidas perearstisüsteem täidab talle pandud ootusi ning millised on peamised võimalikud takistused arstide endi hinnangul.

Küsimustik saadeti 101 perearstile. Vastanuid oli 62, mis moodustab ca 62% valimisse sattunuist ning 7,7% kõikidest Eesti perearstidest (vt ka tabel 12–14).

Perearstide vastused on hinnangulised ega ole tõestatud dokumentidega.

**Tabel 12. Vastanute jaotus maakonniti**

Maakond	Arv	Maakond	Arv
Harju*	7	Pärnu	5
Hiiu	1	Rapla	2
Ida-Viru	4	Tallinn	19
Jõgeva	3	Tartu	8
Järva	1	Valga	2
Lääne	1	Viljandi	3
Lääne-Viru	1	Võru	3
Põlva	2	Kokku	62

\* NB! Tallinna linna perearstid ei kajastu Harju perearstide hulgas.

**Tabel 13. Vastanute jagunemine asukoha suuruse järgi**

Asukoht	Praksiste arv
linn	38
maa	17
väikelinn	7

**Tabel 14. Vastanute jagunemine nimistute arvu järgi**

Nimistute arv praksises	Praksiste arv
1 nimistu	34
2 kuni 4	16
5 ja rohkem	12

## Lisa C. Erakorralise meditsiini osakondades korraldatud uuringu kirjeldus

### Uuringu eesmärk

Otsiti vastust kahele küsimusele:

- Kui palju pöördub EMOSse patsiente, kellega peaks tegelema perearst?
- Kui palju see riigile maksma läheb?

### Metoodika

Tegemist oli prospektiivse uuringuga. Uuring korraldati ajavahemikul 06.–26.09.2010 nelja haigla erakorralise meditsiini osakonnas. Uuringus osalenud haiglad olid Põhja-Eesti Regionaalhaigla, TÜ Kliinikum, Pärnu Haigla ja Ida-Viru Keskhaigla.

Uuringu valimi moodustasid kõigis neljas haiglas EMOSse pöördunud või toodud kerge kaebustega patsiendid (triaažikategooria järgi „kollased“ ja „rohelised“). Välja jäid lapsed (0–17 a), ambulatoorsed traumahaiged ja välisriikide kodanikud. Kokku külastas nelja haigla EMO 3672 patsienti.

Andmekaitse Inspektsiooni hinnangul ei olnud uuringus osalemiseks vaja patsiendi nõusolekut.

Uuringu ankeedi täitsid EMO töötajad, s.o arstid ja õed, kes konkreetse valve ajal tööl olid. Ankeetide täitmine haigla EMOs korraldati, lähtudes iga haigla töökorraldusest. Hinnang EMOSse tuleku põhjendatuse kohta anti iga patsiendi olukorda analüüsid.

Ankeedid täideti ka nende patsientide kohta, kes vastustest keeldusid (ankeedis oli vastav märg). Need ankeedid võeti analüüsi, sest arsti hinnang EMOSse tuleku põhjendatusele oli olemas.

Andmete edasine sisestamine ning töötlemine toimus Riigikontrollis.

## Lisa D. Kardioloogiliste patsientide perearstipoolse ravikäsitluste uuringu kirjeldus

Uuringus võeti vaatluse alla kõrgvererõhutõvega patsiendid (diagnoosid I10-I15) ning südameveresoonkonnahaiguste ennetamise raames (diagnoos Z13.6) kontrollitud patsiendid.

### Uuringu eesmärk

Otsiti vastust kahele küsimusele:

- Kui palju kardioloogiliste haigustega patsientide eriarstivisiite ei olnud põhjendatud (probleemiga oleks pidanud tegelema perearst)?
- Kas suure riskiga patsiendid jõuavad õigel ajal eriarsti juurde?

### Metoodika

#### Valimi moodustamine

1. Eesti Haigekassa tegi juhuvalimi kõikidest 2009. aasta põhidiagnoosiga I10–I15 patsientide hulgast. Need patsiendid jagunevad kaheks:

- **Patsiendid, keda ravis ainult perearst** (valimi suurus 250 patsienti). Eeldused: a) patsient peab olema seoses selle diagnoosiga käinud 2009. aastal perearsti juures; b) patsient ei peaks sama diagnoosiga olema eriarsti juures käinud 6 kuud enne ja 6 kuud pärast perearstil käiku (või nii palju kui võimalik pärast 2009. aastat).
- **Patsiendid, kelle perearst suunas eriarsti vastuvõtule** (valimi suurus 250 patsienti). Valim võeti patsientide esmastest eriarstivisiitidest 2009. aastal. Kitsendused: a) eriarstivisiidile peaks olema eelnenud ka perearstivisiit eelneva 6 kuu jooksul; b) patsienti ei ole hospitaliseeritud 6 kuud pärast eriarsti esmast visiiti.

2. Eesti Haigekassa tegi juhuvalimi kõikidest patsientidest, kes 2009. aastal Z13.6 koodiga perearsti juures käisid (valimi suurus 500 patsienti).

#### Hindamise aluseks olnud ravidokumendid

Riigikontroll küsis kõikide valimisse sattunud patsientide kohta nende perearstidelt välja ravidokumentide koopiad: 2009.–2010. aasta jooksul kõrgvererõhudiagnoosiga tehtud visiitide sissekanded, uuringute vastused, saatekirjad eriarstile ja eriarstide konsultatsioonide otsused.

Lisaks küsis Riigikontroll Eesti Haigekassalt välja valimisse sattunud kõrgvererõhudiagnoosiga patsientide kohta eriarsti ja perearsti 2009.–2010. aasta raviarved koos maksumusega.

#### Ekspertide töö

Riigikontroll sõlmis Eesti Kardioloogide Seltsiga lepingu valimisse sattunud ravilugude hindamiseks.

Perearstidelt saabunud ravidokumentide koopiate ja haigekassa raviarve andmete põhjal andsid kardioloogid igale juhtumile hinnangu kahest aspektist: 1) kas suunamine oli põhjendatud, kui patsient oli suunatud kardioloogi vastuvõtule; ning 2) kui kas oli põhjendatud, et patsient oli ainult perearsti jälgimisel või oleks pidanud patsiendi kardioloogi vastuvõtule suunama. Ekspertid täitsid hindamise käigus iga juhtumi kohta ankeedi tehtud uuringute, nende tulemuste jm olulise info kohta.

Kokku hindasid eksperdid 411 ravilugu I10–I15 diagnoosiga ja 453 ravilugu Z13.6 diagnoosiga (kõigi valimi patsientide kohta ei saanud perearstidelt ravilugusid, seega ei saanud neid hinnata).

Edasine andmete töötlemine ja analüüs toimus Riigikontrollis.

## Lisa E. Perearstide sissetulekute analüüsi kirjeldus

Eesti Haigekassast küsiti kõikide perearstide isikukoodid 31.12.2009. a seisuga.

Maksu- ja Tolliametist küsiti nende perearstide tulu FIEna ja/või dividenditulu 2007., 2008., 2009. aasta kohta ning palgatulu 2009. aasta kohta (sissetulek, mis saadi perearstiteenuse osutajatelt).

2009. aasta perearstide arvestuslik keskmine sissetulek arvutati järgmiselt:

- 2007., 2008. ja 2009. aasta FIE- ja dividenditulu keskmine =  $2007 + 2008 + 2009 / 3$ .  
Kui 2009. aastal FIE- või dividenditulu puudus (põhjus võis olla selles, et Maksu- ja Tolliametil andmed puudusid, sest majandusaasta aruanded ei olnud kõigil veel esitatud, dividendid määratud vms), siis arvestati järgmiselt:  $2007 + 2008$  tulu / 2.  
FIE ja dividenditulu võeti kolme aasta keskmisena arvesse põhjusel, et dividenditulu ei maksta sageli igal aastal ning FIEna töötamise korral võib mõnel aastal olla tehtud mahukamad investeeringud ja siis tulu on väike ning teistel aastatel on jälle oluliselt suurem tulu.
- 2009. aasta brutopalk.

Kõik perearstiteenuse osutajatelt saadud sissetulekud teisendati maksustamispiirhindadele ja -määrade (2007. a oli tulumaksumäär 22%, edaspidi 21%) alusel näitlikult brutopalgaks, et perearstide sissetulekuid oleks võimalik omavahel ja arstide üldise palgatasemega võrrelda.

## Lisa F. Asulad, kust perearsti külastamine ühistranspordiga on raskendatud

Andmed rajanevad Riigikontrolli küsimustikul, mis saadeti maavalitsustele 2010. aasta kevadel. Omavalitsuste puhul, kus ei ole asulate/külade nimesid nimetatud, ei toonud maavalitsused konkreetseid asulaid välja, vaid mainisid, et osas nende omavalituste asulatest on probleeme ühistranspordiga perearsti juures käimisega.

**Tabel 14. Asulad/külad maakondade kaupa, kust ei ole võimalik või on probleeme käia ühistranspordiga perearsti juures**

Maakond	Vald	Asula/küla	Probleemi kokkuvõte
Pärnumaa	Varbla vald		perearsti kaugus rohkem kui 30 km
Valgamaa	Taheva vald	Hargla	perearsti kaugus rohkem kui 30 km
Saaremaa	Ruhnu saar		veetransport hooajaline
Tartumaa	Piirissaare vald		veetransport hooajaline
Läänemaa	Noarootsi vald	Dirhami, Tuksi, Suur- ja Väike-Nõmmküla	ühistransport (või otseliiklus*) puudub
Lääne-Virumaa	Kadrina vald	Salda-Kiku-Pariisi, Vohnja-Kõrvküla, Ridaküla, Vandu-Neeruti-Jõepere, Vandu-Neeruti-Jõepere, Kihlevere-Võipere	ühistransport (või otseliiklus) puudub
Lääne-Virumaa	Rägavere vald	Kantküla	ühistransport (või otseliiklus) puudub
Lääne-Virumaa	Tamsalu vald	Põdrangu (perearstini 4 km), Järvajõe, Naistevälja, Piisupi, Võhmetu, Lemmküla	ühistransport (või otseliiklus) puudub
Lääne-Virumaa	Vinni vald	Tudu, Kaukvere, Palasi, Obja, Tammiku, Inju, Koeravere, Kadila, Veadla	ühistransport (või otseliiklus) puudub
Lääne-Virumaa	Viru-Nigula vald	Metsavälja	ühistransport (või otseliiklus) puudub
Raplamaa	Kehtna vald	Allika ja Nõlva (6–8 km Järvakanti)	ühistransport (või otseliiklus) puudub
Raplamaa	Käru vald	Kullimaa, Jõeküla	ühistransport (või otseliiklus) puudub
Saaremaa	Orissaare vald	Väike-Rahula	ühistransport (või otseliiklus) puudub
Saaremaa	Pihlta vald		ühistransport (või otseliiklus) puudub
Valgamaa	Karula vald	Väheru	ühistransport (või otseliiklus) puudub
Valgamaa	Tõlliste vald	Tagula	ühistransport (või otseliiklus) puudub
Valgamaa	Õru vald	Õru	ühistransport (või otseliiklus) puudub
Võrumaa	Haanja vald	Söödi, Hurda, Tõnkova, Tuuka Puspuri, Uue-Saaluse, Ala-Suhka, Külma, Pressi, Mallika, Haavisto, Mäe-Tilga, Ala-Tilga, Hammkoti, Mäe-Suhka, Piitsema, Kääraku, Vänni, Kergatsi, Kammitsa, Saitka, Purka	ühistransport (või otseliiklus) puudub
Võrumaa	Lasva Vald	Tsolgo, Madala, Pindi	ühistransport (või otseliiklus) puudub
Võrumaa	Meremäe vald	Miiksi, Kuigi	ühistransport (või otseliiklus) puudub
Võrumaa	Misso vald	Mauri, Kivioja, Vungi, Kriiva küla	ühistransport (või otseliiklus) puudub
Võrumaa	Rõuge vald	Nursi, Säanna, Viitina, Kokemäe; Liistaku	ühistransport (või otseliiklus) puudub
Võrumaa	Sõmerpalu vald	Mustja, Heimtali, Lilli, Anne; Tappoja, Kuremäe, Liiva, Udsali	ühistransport (või otseliiklus) puudub

Võrumaa	Varstu vald	Kangsti, Kõrgepalu	ühistransport (või otseliiklus) puudub
Võrumaa	Vastseliina vald	Sookõla, Tabina, Loosi, Kõrveküla	ühistransport (või otseliiklus) puudub
Harjumaa	Anija vald		ühistransport käib harva või ajad ei sobi
Harjumaa	Jõelähtme vald	Neeme, Kaberneeme, Haapse, Jägala, Haljava, Ihasalu, Manniva	ühistransport käib harva või ajad ei sobi
Harjumaa	Kernu vald		ühistransport käib harva või ajad ei sobi
Harjumaa	Kõue vald		ühistransport käib harva või ajad ei sobi
Harjumaa	Nissi vald	Lepaste, Siimika, Turvaste, Munalaskme, Lehetu, Jaanika, Aude, Viruküla	ühistransport käib harva või ajad ei sobi
Harjumaa	Padise vald	Audevälja, Metslõugu, Keibu, Änglema, Vintse, Vihterpalu, Madise, Korbu, Laane	ühistransport käib harva või ajad ei sobi
Harjumaa	Raasiku vald	Pikavere, Mallavere	ühistransport käib harva või ajad ei sobi
Harjumaa	Saku vald		ühistransport käib harva või ajad ei sobi
Hiiumaa	Emmaste vald	Õngu	ühistransport käib harva või ajad ei sobi
Hiiumaa	Kõrgessaare vald	Kalana	ühistransport käib harva või ajad ei sobi
Hiiumaa	Käina vald		ühistransport käib harva või ajad ei sobi
Hiiumaa	Pühalepa vald	Salinõmme	ühistransport käib harva või ajad ei sobi
Läänemaa	Hanila vald	Pivarootsi, Vatla, Mõisaküla	ühistransport käib harva või ajad ei sobi
Läänemaa	Nõva vald	Variku	ühistransport käib harva või ajad ei sobi
Läänemaa	Ridala vald	Haeska, Puise, Kiideva	ühistransport käib harva või ajad ei sobi
Lääne-Virumaa	Rakke vald	Piibe küla, Lahu küla	ühistransport käib harva või ajad ei sobi
Lääne-Virumaa	Rakvere vald	Karitsa, Mädapea	ühistransport käib harva või ajad ei sobi
Lääne-Virumaa	Vihula vald	Karepa kant (Toolse, Kiva, Rutja, Eisma, Vainupea, Karepa), Vergi kant (Vergi, Altja, Pihlaspea, Koolimäe, Lahe, Lobi)	ühistransport käib harva või ajad ei sobi
Lääne-Virumaa	Vinni vald	Viru-Jaagupi piirkond	ühistransport käib harva või ajad ei sobi
Põlvamaa	Kanepi vald	Varbuse, Hurmi, Piigandi, Heisri	ühistransport käib harva või ajad ei sobi
Põlvamaa	Kõlleste vald	Prangli, Veskimõisa	ühistransport käib harva või ajad ei sobi
Põlvamaa	Mooste vald	Kastmekoja, Kadaja, Rasina, Savimäe	ühistransport käib harva või ajad ei sobi
Põlvamaa	Põlva vald	Holvandi, Uibujärve, Tromsi, Valgesoo	ühistransport käib harva või ajad ei sobi
Põlvamaa	Vastse-Kuuste vald	Lootvina küla	ühistransport käib harva või ajad ei sobi
Põlvamaa	Veriora vald	Timo, Kunksilla, Lihtensteini, Jõeveere, Vareste, Viira, Himmiste	ühistransport käib harva või ajad ei sobi
Põlvamaa	Värskala vald	Kolodavitsa, Kolossova	ühistransport käib harva või ajad ei sobi
Raplamaa	Kehtna vald	Koogiste, Kõrbja, Kenni, Ellamaa, Lellapere, Kalbu, Haakla, Ohekatku, Linnaaluste, Kumma, Eidapere, Lokuta, Haakla (9–15 km Järvakanti)	ühistransport käib harva või ajad ei sobi
Raplamaa	Rapla vald	Kodila	ühistransport käib harva või ajad ei sobi
Raplamaa	Vigala vald		ühistransport käib harva või ajad ei sobi

Saaremaa	Kihelkonna vald		ühistransport käib harva või ajad ei sobi
Saaremaa	Laimjala vald	Saaremetsa, Ruhve	ühistransport käib harva või ajad ei sobi
Saaremaa	Leisi vald		ühistransport käib harva või ajad ei sobi
Saaremaa	Pöide vald		ühistransport käib harva või ajad ei sobi
Saaremaa	Torgu vald		ühistransport käib harva või ajad ei sobi
Valgamaa	Puka vald	Priipalu	ühistransport käib harva või ajad ei sobi
Võrumaa	Antsla vald	Haabsaare, Jõepera, Ähijärve, Kaika; Latiku, Säre küla	ühistransport käib harva või ajad ei sobi
Võrumaa	Lasva Vald	Sooküla	ühistransport käib harva või ajad ei sobi
Võrumaa	Mõniste	Naha, Karisöödi, Villike, Koemetsa; Vastse-Roosa, Hüti	ühistransport käib harva või ajad ei sobi
Võrumaa	Sõmerpalu vald	Hänikese	ühistransport käib harva või ajad ei sobi
Võrumaa	Urvaste vald	Urvaste kandi külad	ühistransport käib harva või ajad ei sobi
Võrumaa	Vastseliina vald	Palovere, Voki	ühistransport käib harva või ajad ei sobi

\* Võimalus sõita perearsti vastuvõtule ühistranspordiga ilma ümberistumiseta.