

Tartu Ülikool
Sotsiaalteaduskond
Avaliku halduse ja sotsiaalpoliitika osakond

Siiri Suits, BA

**ESMATASANDI TERVISHOID EESTIS: PEREARST
TERVISHOIUTEENUSTE KOORDINEERIJANA**

Magistritöö (MPA)

Juhendajad: prof Marju Lauristin
prof Raul Kiivet

Tartu 2003

Lühikokkuvõte

Käesolev magistritöö keskendub Eesti esmatasandi tervishoiu korraldusele. Täpsemalt käsitletakse perearstiabi koordineeriva funktsiooni ehk nn väravavalvuri rolli täitmist teiste tervishoiuteenuste suhtes. Magistritöös kirjeldatakse esmatasandi suurenevat osakaalu ja tähtsust tervishoiureformides ning uuritakse selle põhjuseid. Samuti analüüsitakse valitud Euroopa riikide perearstisüsteemide korraldust ning meetmeid väravavalvuri rolli tõhususe tagamiseks. Eesti väravavalvurisüsteemi korralduslikke eripärasid hinnatakse neid teooria ning teiste riikide kogemusega võrreldes. Magistritöös jõutakse järeldusele, et kuigi Eesti tervishoius toimunud esmatasandi reformide tagajärjel on aset leidnud mitmed positiivsed muutused, ei ole neist mitmed otseselt seotud perearstide väravavalvuri rolliga, vaid tervishoiu esmatasandi üldise arendamisega. Lisaks järeldatakse, et praegune väravavalvurisüsteemi ja pearaha tasustamise meetodi kombinatsioon on Eesti tervishoiusüsteemile sobivaim lahendus. Süsteemi saab täiustada eelkõige lisamotivatsiooniteguritega pearaha alusel tasustades, samuti perearstiabi ajalise ja geograafilise kättesaadavuse parema tagamise läbi.

Abstract

Current thesis concentrates on the administration of Estonian primary health care, more specifically on the gatekeeper function of family practitioners to the other health care services. Master thesis describes the increasing importance of primary care in health care sector and analyses the reasons of that phenomena. Thesis also analyses the administration of selected European countries in rising the effectiveness of health systems based on gatekeeping. The administrative features of Estonian gatekeeping system are evaluated by comparing them to the theory and experiences of other countries. On the basis of the study the conclusion is reached that though many positive changes have taken place as a result of primary care reforms, many of them are not directly related to the gatekeeping role of family practitioners, but the general development of primary care. In addition it is concluded that current combination of gatekeeping and capitation payment is most effective scheme for Estonian health care. The system could be improved mostly by extra motivational factors added to the capitation payment system, and by improving the regional and out-of-hours access to the family practice services.

Sisukord

<i>Sissejuhatus</i>	6
1. Esmatasandi suurenev roll riikide tervishoius	8
1.1. Vajadus reformi järele	8
1.1.1. Demograafilised põhjused reformiks	8
1.1.2. Kasvavad avalikkuse ootused.....	9
1.2. Tervishoiu tasandid ja nende vahekorra muutumine	10
1.2.1. Teise ja kolmanda tasandi tervishoid. Haiglaravi.	11
1.2.2. Esmatasand	11
1.2.3. Rahvatervishoid	12
1.2.4. Madalamate tervishoiutasandite osatähtsuse tõus.....	14
1.3. Esmatasand tervishoiuteenuse koordineerijana	16
1.3.1. Vajadus teenuse koordineerimiseks	16
1.3.2. Riikide erinevad valikud.....	17
2. Perearstid väravavalvuri rollis	18
2.1. Perearstiabi iseloomustus	18
2.1.1. Peremeditsiini ja perearstiabi mõisted	18
2.1.2. Perearstiabi omadused	19
2.2. Väravavalvuri olemus tervishoius	21
2.3. Väravavalvurisüsteemi tõhususe tagamine	22
2.3.1. Perearstiabi kättesaadavus	23
2.3.2. Perearstide rahastamine ja nimistud – järjepidevuse ja vastutuse tagamine.	25
3. Eesti perearstiabi väravavalvuri rollis	31
3.1. Esmatasandi tervishoiureformid Eestis, nende eesmärgid	31
3.2. Väravavalvurisüsteem Eestis	33
3.2.1. Perearstide infovahetus teiste tervishoiuteenuse osutajatega.....	34

3.2.2. Perekarsti suunamistegevus	37
3.3. Teenuse kättesaadavuse tagamine	39
3.3.1. Geograafiline kättesaadavus.....	39
3.3.2. Ajaline kättesaadavus	40
3.3.3. Rahaline kättesaadavus	42
3.4. Rahastamine ja perekarstide nimistud	44
3.4.1. Tervise edendamine ja haiguste ennetamine	45
3.4.2. Konkurents patsientide pärast	47
<i>Kokkuvõte.....</i>	50
<i>Kasutatud materjalid.....</i>	54
Kasutatud kirjandus	54
Intervjuud.....	63
Seadusandlikud aktid	64
<i>Lisa 1. Tabelid.....</i>	66
<i>Lisa 2. Esmatasandi reformid</i>	70
<i>Lisa 3. Digitaalse tervise loo infosüsteem.....</i>	71
<i>Lisa 4. Väljavõtted perekarstide küsitlusest.....</i>	72
<i>Lisa 5. Väljavõtted eriarstide küsitlusest</i>	74
<i>Summary</i>	76

Sissejuhatus

Viimaste aastakümnete jooksul on paljud Euroopa riigid – nende hulgas ka Eesti – pidanud oma tervishoiusüsteeme reformima. Reformivajaduse peamisteks põhjuseks on olnud elanikkonna vananemisest, nakkushaiguste suuremast levikust ning tervishoiutehnoloogiate arenemisest tingitud tervishoiukulutuste pidev kasv ning riikide vajadus neid kulutusi kontrolli all hoida. Muutuseid tervishoiusektoris iseloomustab suhteliselt kallimate kõrgemate tervishoiutasandite teenuste osakaalu järjepidev vähenemine (eriti peegeldub see haiglaravis) ning madalamate ja kuluefektiivsemate – esmatasandi ja rahvatervise – tähtsuse tõus.

Kooskõlas esmatasandi osakaalu suurenemisega on peamistele esmatasandi teenuseosutajatele perearstidele omistatud uued ülesanded ja uus vastutus. Enamikes Euroopa riikides täidavad perearstid tervishoiuteenuste koordinaatori ehk väravavalvuri rolli, kandes hoolt selle eest, et patsienti ravitaks optimaalses tervishoiutasandis. Eestis asusid perearstid väravavalvuri ülesandeid täitma 1998. aastast alates.

Magistritöö eesmärgiks on analüüsida Eestis rakendatud perearstide väravavalvurisüsteemi otstarbekust, reformile pandud ootuste rakendumist ning praeguseid probleeme, võttes kokku võimalikud lahendused ning hinnates nende sobivust. Selleks hinnatakse Eesti väravavalvurisüsteemi korralduslikke eripärasid, tugevusi ja võimalikke nõrkusi, võrreldes seda teooria ning teiste riikide kogemusega. Uurimustöö keskendub perearsti väravavalvuri rollile ning vaatleb teisi tervishoiukorralduse aspekte vaid seisukohast, kuivõrd nad toetavad perearsti väravavalvuri rolli või tulenevad sellest.

Uurimustöö koosneb kolmest osast. Esimene osa toob välja üldise tervishoiupoliitilise tausta: reformivajaduse ning esmatasandi osakaalu tõusu riikide tervishoiusüsteemides ning selle põhjuseid. Esmatasandil osutatavat arstiabi peetakse kõige kuluefektiivsemaks raviteenuseks ning mida rohkem patsientide terviseprobleeme lahendavad perearstid esmatasandis, seda tõhusamalt tervishoiuressursse kasutatakse. Ühtlasi tuuakse välja üha suurenev

vajadus tervishoiuteenuse koordineerimiseks ning patsiendi vajaduste hindamiseks.

Teises osas iseloomustatakse ja kirjeldatakse peremeditsiini arstliku erialana ja perearstiabi tervishoiuteenuse osana ning tuuakse välja ideaalse perearstiabi mudel ja selle tagamiseks vajalikud kriteeriumid. Järgnevalt keskendutakse perearstiabi väravavalvuri rollile, kus esmatasandi arstiabile ehk perearstidele antakse õigus juhatada patsiente kõrgemate tervishoiutasemete juurde ning kohustus patsiente oma võimaluste ja oskuste korral ise ravida. Antud meetodit nähakse parima meetodina hea arstiabi ja tervise tagamisel ning tervishoiuteenuste kuluefektiivsel kasutamisel. Teises osas kirjeldatakse ja analüüsitakse ka riikide peamisi administratiivseid meetodeid väravavalvurisüsteemi tõhususe tagamiseks riikide lõikes, kelle perearstisüsteemi aluseks on väravavalvuri funktsiooni täitmine. Administratiivsete meetoditena uuritakse kättesaadavuse tagamist perearstiabis ja optimaalse rahastamismudeli valikut.

Kolmas osa käsitleb perearstisüsteemi Eestis. Kirjeldatakse perearstireformi ning selle oodatavaid tulemusi ning uuritakse, milliste meetoditega tagab Eesti riik väravavalvurisüsteemi toimimise. Samuti analüüsitakse, mil määral suudavad Eesti perearstid neile pandud väravavalvuri kohustusi täita.

Magistritöö kirjutamisel on kasutatud Euroopa ja Eesti tervishoiuproblematikat, riikide tervishoiusüsteeme ning esmatasandit ja perearstiabi käsitlevat teoreetilist ja praktilist kirjandust, samuti erinevaid statistilisi materjale ja andmebaase. Eesti materjali moodustavad peamiselt Eesti tervishoiusüsteemi kirjeldavad materjalid, õigusaktid, Eesti Haigekassa töödokumendid, tervishoiuasutuste koduleheküljed ja muud materjalid, meediaartiklid, läbiviidud uuringud ning intervjuud perearstiabi korraldajatega. Kasutatud on ka autori poolt läbiviidava Riigikontrolli auditi "Ambulatoorse eriarstiabi nõudluse jälgimine" materjale ning auditi raames läbi viidud pere- ja eriarstide küsitlusi.

1. Esmatasandi suurenev roll riikide tervishoius

1.1. Vajadus reformi järele

Viimaste aastakümnete jooksul on Euroopa riikide tervishoiupoliitikas kasvanud vajadus tervishoiureformide järele. Erinevate tegurite survele on tervishoiukulutuste osakaal võrreldes ülejäänud kulutustega viimastel aastatel järjest kasvanud ning enamik Euroopa maid on hakanud uuesti üle vaatama ja hindama oma olemasolevaid tervishoiusüsteeme. Enamiku Lääne-Euroopa riikide mure seisneb nende tervishoiukulutuste suurenevas osas sisemajanduslikust koguproduktist (SKP), samal ajal kui väljund jääb samaks (WHO 1996: 3). Samas on enamike Ida-Euroopa maade SKP aastatel 1989-1996 vähenenud, st majanduslik kasv on olnud negatiivne (*Ibid*: 4) ning hoolimata viimaste aastate tõusust sunnib majanduslik kitsikus nende riikide valitsusi oma tervishoiukulutusi säästlikumalt jagama. Tervisega seonduvate kogukulude kasvule avaldavad kõikides riikides enim survet esiteks inimkonna vananemine, millega kaasneb kõrgem krooniliste haiguste ja toimetulematuse tase, ning teiseks kasvavad avalikkuse ootused (vt. ka WHO 1997a: 5-8).

1.1.1. Demograafilised põhjused reformiks

Olulise tähtsusega tegurid, mis tõstavad reformivajadust tervishoiusfääris, on nakkushaiguste suurenenud levik seoses inimeste suurema mobiilsusega ning rahvastiku vananemine. Nendest demograafilistest teguritest tulenevad põhiliselt ka majanduslikud vajadused tervishoiureformi järele.

Inimeste suurenenud mobiilsus nii riigisisisel kui riikidevahelisel liikumisel on kaasa toonud ka suurema nakkus- ja suguhaiguste leviku. Seetõttu tuleb tervishoius üha rohkem pöörata tähelepanu nende haiguste leviku piiramisele ja tõkestamisele, mis ühtlasi suurendab kulutusi tervishoiusektoris veelgi.

Vananemine on enamasti märk ühiskonna suurenevast heaolust, paranenud elutingimustest ning sotsiaal- ja tervishoiupoliitikast. Siiski käsitletakse seda sageli probleemina, sest vananemisest tulenevad paljud praegu veel lahenduseta sotsiaalsed, poliitilised ning majanduslikud raskused. Kuigi see protsess toimub igas riigis erineva kiirusega, seab see ometi samu probleeme kõikide rahvaste ette. Euroopa Komisjoni ja Euroopa Rahvatervise Assotsiatsiooni¹ ühisuurimus Euroopa Liidu liikmesriikide tervishoiuprioriteetidest tõi esile fakti, et kokkuvõttes peetakse vananemist alkoholi, narkootikumide ja keskkonna ees kõige prioriteetsemaks ja kiiremat lahendust nõudvamaks küsimuseks (Weil, McKee 1998: 257-258). Ka Eesti elanikkond vananeb, kuid see ei peegelda praegusel hetkel mitte suurenenud heaolu, vaid pigem selle vähenemist, mis väljendub sündide arvu suures languses ja suurenenud negatiivses iibes (Statistikaamet 2003).

1.1.2. Kasvavad avalikkuse ootused

Poliitilised nõudmised tulenevad otseselt ühiskonna normidest ja ootustest ehk mida väärtustatakse, seda nõutakse ka poliitikutelt. Demokraatlikes riikides on elanike normide, väärtuste ja ootustega arvestamine väga oluline, sest prioriteetide seadmine ja otsuste langetamine ei saa põhineda ainult majanduslikul efektiivsusel (WHO 1997a: 8). Tervishoiu olemus näitab, kas antud ühiskond peab tervist sotsiaalseks kaubaks (Euroopa riigid) või on selles valdkonnas radikaalselt turule orienteeritud (USA). Eesti, nagu ka teiste endiste sotsialismimaade, ühiskond on tervishoius aastakümneid harjunud täieliku riigipoolse toetusega ning praegune patsiendi omaosaluse järkjärguline tõstmine (hambaravi, ravimite tõusnud hinnad, lubatud visiiditasu tõstmine jne) kutsub esile rahuolematust, eriti vaesemas elanikkonnakihis. Samal ajal on seoses meditsiini arenguga suurenenud inimeste ootused tervishoiule. Uued tehnoloogiad on reeglina küll efektiivsemad, aga ka kallimad. Et riigid, kus elanikud väärtustavad tasuta tervishoidu, saaksid seda põhimõtet võimalikult

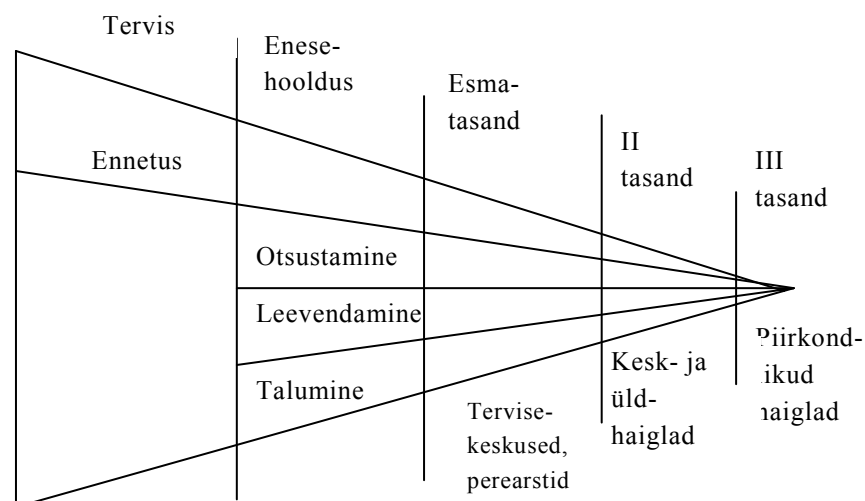
¹ EUPHA - *European Public Health Association* (i.k.)

suurel määral järgida ka kasvavate ootuste taustal, on riigil vaja sisse viia tervishoiumudel, kus tekiks võimalikult vähe põhjendamatuid kulutusi, samal ajal kahjustamata võrdsust teenuse kättesaadavusel.

1.2. Tervishoiu tasandid ja nende vahekorra muutumine

Tervishoiuteenuse võib üldiselt jagada neljaks: esimese, teise ja kolmanda tasandi arstiabi ning rahvaterviseks. Teist ja kolmandat tasandit võib pidada kõrgemateks tasanditeks, nende poolt osutatav arstiabi on spetsiifilisem ning seda pakutakse suuremates haiglates. Madalamad tervishoiutasandid on esmatasand ja rahvatervis, mis asuvad inimesele suhteliselt lähemal.

Käesolevas peatükis kirjeldatakse erinevaid tervishoiutasandeid ning tuuakse välja põhjused madalamate tasandite tervishoiuteenuse osakaalu suurendamiseks. Joonis 1 iseloomustab esmatasandi paiknemist teiste tasandite suhtes, inimeste arvu, kes sisenevad erinevatesse tervishoiutasanditesse ning näitab, millises piirkonnas asuvad tavaliselt vastava tasandi tervishoiuteenust osutavad asutused.



Joonis 1. Erinevad tasandid tervishoiusüsteemis ja nende piirkondlik paiknemine (RCGP 1996: 2; Anell, Barnum 1998: 183-184).

1.2.1. Teise ja kolmanda tasandi tervishoid. Haiglaravi.

Kõrgemad tervishoiutasandid teenindavad reeglina laiemaid piirkondi ja rahvahulkasid, tegeldes suhteliselt väikese hulga haigusjuhtudega, mis on sellevõrra keerulisemad ja suhteliselt kallimad. Kolmanda tasandi raviasutused asuvad tihedalt asustatud linnapiirkondades ning täidavad sageli ka õppefunktsiooni ülikooli kliinikumidena. Selliste haiglate teeninduspiirkonnaks loetakse 0,5 kuni 2 miljonit elanikku (Sotsiaalministeerium 2000, Einasto 1999). Eesti kontekstis on kolmanda taseme raviasutused piirkondlikud haiglad, mida on kaks – Põhja-Eesti Regionaalhaigla ja Tartu Ülikooli Kliinikum. Teise tasandi raviasutused e Eestis kesk-, üld- ja kohalikud haiglad paiknevad tihedamalt ning teenindavad väiksemaid piirkondi ja neis pakutav erialade valik on reeglina kolmanda tasandiga võrreldes piiratum (vt ka RTL 2002, 18, 238, LHV 2001: 10-11). Haiglate teeninduspiirkond on erinevates riikides 200 kuni 500 tuhat elanikku, Eesti mõistes pigem 100-200 tuhat elanikku (Sotsiaalministeerium 2002, Koppel, 2003: intervjuu). Teise tasandi haiglad on esmatasandi arstiabi pakkujale haigete suunamisel esimeseks etapiks. Võrreldes Eesti kohalikke haiglaid Soome tervisekeskustega, võib neid pidada oma funktsioonidelt suhteliselt sarnasteks asutusteks, Soome tervisekeskustes töötavad aga esmatasandi arstid ning tagatud on ööpäevaringne perearstiabi, Eesti kohalikus haiglas töötavas eriarstid (Koppel 2003: intervjuu).

1.2.2. Esmatasand

Esmatasand on tervishoiusüsteemi osa, mis paikneb tavaliselt inimese enda lähikonnas ja kus toimub tema esimene kokkupuude tervishoiuprofessionaali ehk arstiga (WONCA 2002: 19). Selle definitsiooni taustal võib esmatasandi arstideks pidada ka erinevate erialade spetsialiste nendes riikides, kus patsiendil on võimalik arstiabi saamiseks pöörduda otse eriarsti vastuvõtule ning tema esmane kokkupuude arstiabiga toimub mõne eriala spetsialisti juures (Eesti puhul näiteks günekoloogid, silmaarstid, naha- ja suguhaiguste arstid ning traumatoloogid). Peamiseks esmatasandi

tervishoiuteenuseks on enamikes riikides siiski perearstiabi (*Ibid*: 19) ning seda käsitletakse ka käesolevas uurimustöös. Perearstiabi on suunatud tervikuna inimesele ja tema normaalseisundile vastupidiselt eriarstiabile tervishoiu teisel ja kolmandal tasemel, mis keskenduvad konkreetsetele organitele, organite gruppidele või patoloogiatele ning nende seisundi kõrvalekalletele normaalsusest ehk konkreetsetele haigusepisoodidele (*Ibid*: 18). Esmatasandi piirkonnana arvestatakse maailmapraktikas 10-50 tuhande elanikuga piirkondi ning sellel tasandil osutavad tervishoiuteenust üldarstid e perearstid² või tervisekeskused (Einasto 1999, Anell, Barnum 1998: 184).

1.2.3. Rahvatervishoid

Tulenevalt esmatasandi tervishoiu olemusest, mis on suunatud inimese normaalseisundile ja selle säilitamisele, ei ole esmatasandi ülesanne ainult haiguste ravimine, vaid võimalikult suure hulga inimeste tervena hoidmine ehk rahvatervishoid. Rahvatervishoid e rahvatervis jaguneb tinglikult kaheks - tervise ja enesehoolduse kategooriaks (Joonis 1)³.

² Euroopas on valdavaks inglisekeelseks terminiks *general practitioner (GP)*, mis otsetõlkes tähendab üld- e (praktiseerivat) arsti; Ameerika Ühendriikides ja Kanadas näiteks tähistatakse sedasama arsti mõistega *family physician* või *family doctor*, mis otsetõlkes tähendab perearsti. Eestis on mõlemal mõistel kindel, teineteisest erinev tähendus. Põhierinevuseks Eestis üld- ja perearstide vahel on koolituse erinevus: esimesed neist on spetsialiseerumata arstid, teised on omandanud perearsti eriala. Perearst on spetsialist, kes on vastava eriala omandanud diplomijärgse koolitusega (residentuur või perearstiks spetsialiseerumise kursused) ning pärast vastava erialaeksami sooritamist. Üldarsti mõiste on Eestis kasutusel kahe erineva arstiderühma puhul: a) jaoskonnaarstid, kes on ülikooli lõpetanud enne 1991.a. ja kes on Sotsiaalministeeriumi poolt atesteeritud üldarstideks, oma koolituse poolest on nad valdavalt sisearstid (läbinud sisehaiguste alase üheaastase internatuuri), enne 1966.a. Tartu Ülikooli arstiteaduskonna lõpetanud internatuuri ei läbinud; b) ülikooli peale 1991.a. lõpetanud arstid, kes on läbinud kahe- või üheaastase üldinternatuuri. (Maaroos 2001:5)

³ Üksikasjalikumalt on rahvatervishoiu ja tervise mõistet käsitletud autori bakalaureusetöös "Eesti rahvatervis rahvusvahelisel taustal" (Suits 1999: 6-13)

Tervis

Tervise kategooria sisaldab kõiki inimesi, kes on vaadeldaval ajahetkel terved ning kellega tervishoid tegeleb sellistes rahvatervise distsipliinides nagu tervise edendamine, tervisekaitse ja haiguste ennetus. Vana tervisekäsitluse järgi on tervis organismi seisund, mille puhul kõigi elundite ja elundkondade talitlus on tasakaalus väliskeskkonnaga ning puuduvad haiguslikud muutused (ENE: 552). Selles mõistetakse tervist kui kehalist heaolu ja haiguste puudumist. Uuema tervisekäsitluse määratlemiseks on enim kasutatud ja tsiteeritud definitsioon esitatud Maailma Tervishoiuorganisatsiooni (WHO - World Health Organization) konstitutsioonis (WHO, 1946), mille järgi tervis on organismi täieliku kehalise, vaimse ja sotsiaalse heaolu seisund, mitte ainult haiguste või kehaliste defektide puudumine. Vana tervise käsitlus on ajalooliselt iseloomulik kõikidele riikidele - kuni käesoleva sajandini käsitleti tervist vaid haiguse puudumisena. Viimasel ajal on selline käsitlus olnud eelkõige iseloomulik endistele Nõukogude Liidu maadele, kus raviteenus oli inimestele niivõrd kättesaadav ja odav, et rahva tervise taseme tõstmine polnud aktuaalne. Hüveks ei peetud ei rahva ega riigi poolt mitte niivõrd hea tervise olemasolu, kuivõrd võimalust oma halva tervise tasuta raviks. Praegu on olukord siiski muutumas ning tervishoiusüsteemi ülesandeks peetakse võimalikult terve elanikkonna saavutamist.

Tegureid, millest sõltub inimese tervis, on liigitatud ning nendele omistatud ligikaudsed osakaalud järgmiselt: pärilikkus 20%, eluviis 50%, keskkond 20%, arstiabi 10% (Saava: 5, vt ka Suits 1999: 6-13).

Enesehoolitsus

Igal ajahetkel on inimesi, kes tegelevad enesehoolitsusega terviseprobleemides, mis otsest arsti sekkumist ei vaja. Siia kategooriasse võiksid kuuluda nii plaasterdamine ja haava desinfitseerimine väiksemate vigastuste puhul, iseenda külmetuse ravimine kui ka näiteks ravivõimlemine. Sellel tasemel peab inimene otsustama, mida oma hädaga ette võtta (kas külastada arsti või mitte), leidma oma hädale levendust või seda välja

kannatama. On leitud, et nii Euroopas kui ka Põhja-Ameerikas viivad inimesed ilma arsti sekkumiseta läbi 80-90% terviseiga seotud tegevustest, diagnoosides ise haigusi, ravides neid ning teostades järelravi ning ennetades haigusi; seda peegeldab ka retseptita ostetud ravimite palju suurem kogus võrrelduna ostetud retseptiravimitega (Levin 1989: 112-114; AESGP 1998, viidatud Jepson 2001: 296). Enamasti mõjub nii riigi tervishoiukulutusele kui inimesele endale soodsalt tema otsus arsti mitte külastada (inimene ei kuluta oma aega ja/või raha). Probleemaatiline on olukord juhul, kui inimene otsustab mingil põhjusel (teadmatus, raviteenuse halb kättesaadavus) ennast ise ravida ka siis, kui vajalik oleks professionaali nõusolek. Siis võivad terviseprobleemid õige ravi puudumisel ägeneda, ning kaotus (kulutatud ajas ja rahas) on suur nii inimesele endale kui tervishoiusüsteemile.

1.2.4. Madalamate tervishoiutasandite osatähtsuse tõus

Erinevate tasandite tervishoiuteenust kasutavate inimeste arvulised vahekorrad sõltuvad konkreetse riigi tervishoiukorraldusest, samuti inimeste hoiakutest. Läbi ajaloo on suured kolmanda tasandi haiglad olnud prestiižseimad ning usaldusväärseimad tervishoiuteenuse pakkujad, olles samal ajal ka uuemate meditsiinilahenduste väljatöötajateks ning saades sellega endale suurema osa tervishoiuinvesteeringutest (Anell, Barnum: 184). Haiglaravi puhul on tegemist kõige kulukama raviviisiga. Haigla- e statsionaarsele ravile suunatakse Euroopas keskmiselt 2,4 % ambulatoorsetest⁴ visiitidest (vt lisa 1 tabel 1), kuid kulutused haiglaravile varieeruvad riikides 30 kuni 55% kogu

⁴ Ambulatoorseks tervishoiuteenuseks nimetatakse teenust, mille osutamiseks inimese ööpäevaringne viibimine haiglas ei ole vajalik, vastupidiselt statsionaarsele tervishoiuteenusele, mille osutamiseks on vajalik inimese ööpäevaringne viibimine haiglas (Tervishoiuteenuste korraldamise seadus RTI 2001, 50, 284).

tervishoiukulutustest (Lisa 1, tabel 2).⁵ Tugevalt arenenud perearstisüsteemiga Suurbritannias katsid esmatasandi tervishoiuteenused 1990-tel rohkem kui 90% arstiabi üldisest mahust, kulutades selleks vaid 10% tervishoiuteenustele kuluvast ressursist (Jepson 2001: 270).

Peatükis 1.1. “Vajadus reformi järele” välja toodud põhjustest tulenevalt on riigid üha enam hakanud otsima võimalusi vähem kulukate tervishoiuteenuste osakaalu suurendamiseks, mis peegeldub ka haiglaravi kulude osakaalu vähenemises üldistest tervishoiukulutustest ja haiglasolemise aja lühenemises (Lisa 1, tabel 2). Osalt on sellele kaasa aidanud meditsiinitehnoloogia ja ravimeetodite areng, mis lubab paljud varem pikka haiglasolekut nõudnud operatsioonid viia läbi ambulatoorse ühepäevakirurgiana.

Teiseks oluliseks teguriks on esmatasandi tervishoiu osakaalu suurendamine, mis võimaldab nii lahendada suuremat osa tervishoiuprobleemidest kõige tõhusamalt ning vähendada suhteliselt kallimate teise ja kolmanda tasandi asjatut koormamist probleemidega, mis keerulist tehnoloogiat ei vaja. Samal ajal on esmatasandi ülesandeks saanud võimalikult paljude inimeste hoidmine rahvatervise tasandil, kus nad arstiabi ei vaja ehk tegelda rahvatervishoiuga hoidmaks teatud piirkonna inimesi võimalikult tervena. Arvestades punktis 1.2.3. “Rahvatervishoid” välja toodud erinevate tegurite osakaalude suurust tervise kujunemisel, võime näha, et kõige rohkem võib riik oma rahva tervise tasemes võita just soodsa tervisekäitumise kujundamisega, mida on võimalik teha rahvale kõige lähemal asuvates tervishoiutasanditel.

⁵ Andmed on välja toodud võrdluseks, täpseid järeldusi riikide tervishoiuteenuste kasutamise ja kulude kohta on raske: esiteks toimub statsionaarne ravi ka teise tasandi haiglates, teiseks ei defineeri riigid ühtselt ambulatoorseid visiite, osa riike arvestab sinna nii perearsti- kui eriarsti ambulatoorsed visiidid, teine osa aga ainult ühe neist. Seetõttu võib haiglaravi osakaal kulutuste samaks jäädes olla ambulatoorsete visiitidega võrreldes veelgi väiksem.

1.3. Esmatasand tervishoiuteenuse koordineerijana

Samaaegselt esmatasandi osakaalu suurenemisega on just sellele tasandile hakatud omistama koordineerivat rolli kõrgemate tervishoiutasemete suhtes. Enamike Euroopa riikide tervishoiusüsteemides otsustavad perearstid esmatasandi tervishoiutöötajatenä patsientide vajaduse üle pöörduä teisele või kolmandale tervishoiutasemele (vt ka lisa 1 tabel 3).

1.3.1. Vajadus teenuse koordineerimiseks

Vajadus tervishoiuteenuse koordineerimise järele tuleneb peamiselt kahest tegurist: patsiendi vähestest meditsiinalastest teadmistest ning tervishoius oleva ressursi nappusest. Esiteks ei peegelda nõudlus tervishoiuteenuse järele täielikult vajadust, sest potentsiaalsel patsiendil puudub reeglina kompetents oma tervisliku seisundi ning arstiabi vajaduse hindamiseks. Patsiendi meditsiinispetsiifiliste teadmiste vähesuse kompenseerimiseks on otstarbekas institutsioon, mis teeb professionaalseid otsuseid patsiendi tasemel, arvestades tema soove ja hinnates meditsiinilist vajadust. Teiseks on tervishoiuteenuste kogus piiratud tervishoiule eraldatud rahahulgaga, samuti meditsiinipersonaliga ning meditsiinitehnoloogiliste vahenditega.

Rahalised piirangud ilmnevad rohkem riiklikult või sotsiaalmaksu abil rahastatavates tervishoiusüsteemides, inimressursi piirangud pigem erakindlustuse puhul. Nõudluse vähendamine turumajanduslike mehhanismide ehk patsiendipoolse kaasfinantseerimise abil toob kaasa ohu, et arstiabi jääb saamata olulisel osal nendest patsientidest kelle puhul see toob kaasa hilisema haiguse süvenemise ning kallima ravi, samal ajal kui algselt oleks haigust saanud ravida kergemini ja vähem kulukamalt (vt ka pt 2.3.2 “Väravavalvuri olemus tervishoius”). Seega on tervishoius olulise tähtsusega tagada võimalikult hea kättesaadavus esimeseks kontaktiks arstiga, kes suudab määrata patsiendi tegeliku vajaduse arstiabi järele ning selleks sobivad vahendid.

1.3.2. Riikide erinevad valikud

Enamike riikide tervishoiusüsteemides on esmaseks kontaktiks arstidega perearst e üldarst. Osa riikidest näeb perearsti kui paralleelset tervishoiuteenuse osutajat eriarstide kõrval ning patsientidel on võimalik vabalt valida perearsti või eriarsti külastamise vahel (vt ka lisa 1 tabel 3). Selline süsteem on kasutusel näiteks Saksamaal (Busse 2002a), Prantsusmaal (Sandier *et al* 2002) ja Belgias (Oexley ja MacFarlan 1994). Sellega kaasneb risk, et patsiendid külastavad ühe haigusepisoodi vältel mitmeid erinevaid arste, mis lisaks põhjendamatule arstiabi üleekspluateerimisele vähendab koordineeritud arstiabi võimalikkust (Jepson 2001: 272).

Teine osa riike kasutab perearsti kui patsiendi seisundi esmast ja kohustuslikku hindajat, andes talle nn väravavalvuri funktsiooni ning ülesande patsiente vastavalt nende meditsiinilisele näidustusele võimalusel ravida, prioritseerida ning vajadusel vastavatele eriarstidele edasi suunata. Sellised maad on näiteks Suurbritannia (WHO 1999b, Dixon, Robinson 2002) ja Holland (Busse 2002b), kus teise taseme eriarstiabi saab patsient ainult läbi esmatasandi perearsti suunamiskirja ning vajalik on kuulumine kindla perearsti nimistusse. Perearstisüsteemil põhinevale arstiabile on suundumas mitmed Kesk- ja Ida-Euroopa maad, samuti endise Nõukogude Liidu liikmesriigid (WONCA Europe 2002: 13). Sarnane väravavalvuri roll on perearstil ka Eesti tervishoiusüsteemis, erandiks vaid mõned erialad, kus eriarsti vastuvõtule pääseb ilma perearsti suunamiskirjata (lähemalt vt pt 3.2 “Väravavalvurisüsteem Eestis”). Üldiselt täidavad perearstid väravavalvuri rolli riikides, kus on suhteliselt vähe eriarste: nendes riikides on suurem ka väravavalvurisüsteemide sotsiaalne aktsepteeritus, samal ajal kui suhteliselt suurema eriarstide arvuga maades näevad inimesed väravavalvurina töötavat perearsti pigem nende valikuvabaduse piirajana (Forrest 2003: 694).

2. Perearstid väravavalvuri rollis

2.1. Perearstiabi iseloomustus

Peremeditsiin ehk perearstiteadus iseseisva erialana on maailmas võrdlemisi uus ning seda on erinevates riikides hakatud arstliku erialana õpetama erinevatel aegadel⁶. Seoses kasvava esmatasandi osakaaluga on kasvanud ka perearstide roll ja kuigi erinevates EL riikide tervishoiusüsteemides on perearstidel erinevad ülesanded, on Euroopa Perearstide Ühendus⁷ välja töötanud tänapäevase peremeditsiini definitsiooni ning seda iseloomustavad omadused.

2.1.1. Peremeditsiini ja perearstiabi mõisted

WONCA definitsiooni kohaselt on peremeditsiin akadeemiline ja teaduslik distsipliin ning kliiniline eriala, millel on omaenda hariduslik sisu, uuringud, teaduslik tõendusmaterjal ning kliiniline praktika ning mis on orienteeritud esmatasandi tervishoiule (WONCA Europe 2002: 8). Kui WONCA peremeditsiini ehk perearstiteaduse mõiste hõlmab ka akadeemilist ja teaduslikku mõõdet, siis Eesti regulatsioonides rõhutatakse selle korraldusliku aspekti tervishoiuteenuse pakkujana. Eesti peremeditsiini arengukava projektdokumendis tuuakse välja perearstiteaduse mõiste, mille kohaselt perearstiteadus on: “Meditsiinieriala, mis osutab järjepidevat ja laialdast tervishoiualast abi indiviidile ja perele. Perearstiteadus hõlmab kliinilise meditsiini kõrval inimese tervisega seostuvaid muid alasid (psühholoogia, sotsioloogia, käitumisteadus, keskkond jne). Perearstiteadus asub

⁶ Esimese riigina asutas Inglismaa aastal 1952 Perearstide Kuningliku Kolledži⁶, Ameerika Ühendriikides loodi vastav õppeasutus 1969. a., Iirimaal alustati iseseisva peremeditsiini õpetamist 1989. a. ning Eestis ja Taanis 1993. a. (Maaroos, 1998).

⁷ WONCA *Europe* (i.k.)

tervishoiusüsteemis esmase kokkupuutepunkti rollis ja peab olema inimestele kättesaadav, efektiivne ja ökonoomne.” (Ilves, Maaros, Tiik 2001: 4). Sotsiaalministri määrus “Arstide erialade arengukavad” sätestab lühidalt, et “peremeditsiin on meditsiinieriala, mis osutab järjepidevat üldarstiabi indiviidile ja perele ning peab olema inimestele kättesaadav, efektiivne ja ökonoomne” (RT L 2002, 8, 79, § 101). Maarosi hinnangul käsitleb mõiste “perearstiabi” vaid vastava tervishoiuteenuse osutamist ning on kitsam kui “perearstiteadus” või “peremeditsiin”, mis on arstlik eriala ning mille alla kuuluvad ka nii akadeemiline ja teaduslik osa ning perearstide erialaselti tegevus (Maaros: intervjuu). Käeolevas töös analüüsitakse perearstiabi korraldust ning käsitletakse peremeditsiini laiemalt vaid siis, kui see on vajalik üldise konteksti kirjeldusena.

2.1.2. Perearstiabi omadused

Perearstiabi definitsiooni täpsustamiseks ja laiendamiseks loetleb WONCA Europe ühised omadused, millele peremeditsiini eriala ning perearstiabi korraldus Euroopas üldiselt vastab. Antud omadused on kirjeldatavad ka perearstiabi ülesannetena ning nendest lähtuvalt peremeditsiin:

- on reeglina esimeseks kokkupuutepunktiks tervishoiusüsteemiga, mis tagab avatud ning piiramatut juurdepääsu süsteemi kasutajatele ning tegeleb kõikide probleemidega, hoolimata inimese vanusest, soost või teistest omadustest;
- tagab tervishoiuressursside efektiivse kasutamise läbi teenuse koordineerimise, koostöö teiste esmatasandi tervishoiutöötajate ja teiste erialadega, nõustades patsienti vajaduste korral teiste tervishoiutasandite ja erialade suhtes;
- on orienteeritud inimesele, tema perekonnale ja kogukonnale;
- omab ainulaadset konsulteerimisprotsessi, mis põhineb efektiivsel suhtlemisel arsti ja patsiendi vahel ning rajab pikaajalise suhte;

- on vastutav pikaajalise ja jätkuva ravi eest, mis vastab patsiendi vajadustele;
- omab spetsiifilist otsustamisprotsessi, mis sõltub haiguse levikust ja juhtude arvust vastavas kogukonnas;
- tegeleb samaaegselt patsientide krooniliste ja ägedate terviseprobleemidega;
- tegeleb haigustega mis ilmnevad eristamatul moel oma varajases staadiumis ja võivad vajada kohest sekkumist;
- edendab tervist ja heaolu sobivate ja efektiivsete meetmetega;
- vastutab kogukonna tervise eest;
- lahendab terviseprobleeme nende füüsilistes, psühholoogilistes, sotsiaalsetes, kultuurilistes ja eksistentsiaalsetes dimensioonides.

(WONCA Europe 2002: 5-10)

Ülalmainitud ülesannete täitmiseks peaksid Euroopa riigid tagama oma perearstiabisüsteemide vastamise omavahel seotud viiele kriteeriumile – perearstiabi peab olema kättesaadav, laiahaardeline, koordineeritud, järjepidev ning tagatud peab olema perearsti vastutus.

Kättesaadavuse nõue tähendab, et perearst peab olema patsiendile kättesaadav nii geograafiliselt ehk asuma tema lähipiirkonnas; ajaliselt ehk patsient saab tema poolt pöörduda igal ajal ning rahaline ehk visiidi maksumus patsiendi jaoks ei tohiks takistada patsiendi perearsti poole pöördumist. Laiahaardelisuse tagamiseks peab perearst tegelema kõikide vanusegruppide ja haigusseisunditega. Koordineerituse kriteeriumi kohaselt peab perearst tegema koostööd teiste spetsialistidega ning saatma patsiente vajalike arstide juurde. Perearstiabi järjepidevuse kindlustamiseks tuleks perearstil ravida inimest pikaajaliselt (“sünnist surmani”), samuti jätkata patsiendi eriarsti vastuvõtule saatmise korral eriarsti poolt alustatud ravi, sh tegelda patsientide krooniliste haigustega. Ühtlasi peab perearst olema vastutav kogukonna (või defineeritud hulga inimeste) tervise eest, samuti tervishoiuressursi tõhusa kasutamise eest.

Sellisele viiele kriteeriumile vastavat perearstisüsteemi võib lugeda ideaalseks ja maksimaalselt toimivaks. Milliseid mehhanisme kasutavad erinevad riigid antud perearstiabi kriteeriumide täitmiseks, käsitletakse lähemalt peatükis 2.3 “Väravavalvurisüsteemi tõhususe tagamine”.

2.2. Väravavalvuri olemus tervishoius

Väravavalvuri nimetust ei tohiks tähenduselt segi ajada spordis tuntud väravahahtidega, kelle ülesandeks on palli väravasse sattumast hoida (ehk haigete eriarstide juurde suunamist igal juhul vältida). Sel põhjusel välditakse käesolevas töös Eesti kirjanduses levinud mõiste “väravahaht” kasutamist perearstisüsteemi kontekstis võetakse kasutusele termin “väravavalvur”⁸. Väravavalvuri mõiste näol võiks tõmmata paralleeli muistsete kindluste valvuritega, kelle ülesandeks oli tagada, et väravast sisse pääseksid õiged ja ei pääseks valed inimesed (Corra, Willer 2002: 180).

Väravavalvurid asetatakse organisatsioonide ning inimeste vahele, kes soovivad organisatsioonide ressursi kasutada. Väravavalvurid on otsustajateks selle üle, kes pääsevad ressursi juurde ja kes mitte. Corra ja Willer rõhutavad, et tegemist peab olema ressursidega, mis ei kuulu väravavalvurile endale ning väravavalvur ei tohi kellegi ressursi juurde (mitte) lubamisest majanduslikku kasu saada, eristades sellega väravavalvuri vaheltkauplejast, kes kasumilootuses ressursi kokku ostab ja selle piiratuse tingimustes edasi müüb (*Ibid*: 180).

Perearstidest väravavalvurid selgitavad patsientidega koostöös välja nende vajadused ning valivad välja teenused, mis kõige rohkem patsientide vajadustele vastavad (Forrest 2003: 69, WHO). Väravavalvurist perearsti vaadeldakse kui kedagi, kes teeb tervishoiuvalikuid patsiendi tasemel (Willems 2001: 25), leevendades seega olukorda, kus patsiendil endal ei ole piisavalt infot sobiliku otsuse tegemiseks, kuid piirates ka samal ajal patsiendi ligipääsu soovitatavale tervishoiuteenustele. Väravavalvurisüsteemi nähakse tervishoius esiteks

⁸ Jalgpallis kasutatava väravahahi mõiste inglisekeelne vaste on *goalkeeper* ja kindluse valvuri vaste on *gatekeeper*. Eesti keeles tõlgitakse tihti mõlemat “väravahiks”.

võimalusena võimaldada patsiendile talle kõige sobivamat ravi, teiseks piirata tervishoiukulutusi ning kolmandaks tagada õiglus tervishoiuressursi jaotumisel (Willems 2001: 25, Maciejewsky 1998, OMA 1998).

Väravavalvuri funktsioon tuuakse esile ka tervishoiukorralduse meetodina, mille abil erinevad riigid tagavad ning tõstavad oma perearstisüsteemide tõhusust, suurendades vajaliku, optimaalse ja säästliku arstiabi hulka ebavajaliku ja ebasäästliku arvelt (Groenewegen, Dixon, Boerma 2002: 204; WHO 1999b: 37). Riikide tervishoiusüsteeme võrreldes on leitud, et perearstide kasutamine väravavalvuritena hoiab suhteliselt madalamal riikide tervishoiukulutused (Gertham, Jönsson 2002, viidatud Jönsson, Eckerlund 2003: 109; Jepson 2001; OMA 1998). Teatud määral toetab seda väidet ka lisa 1 tabelis 3 esitatud informatsioon, kus tervishoiukulutuste osakaal SKP-st on reeglina väiksem väravavalvuri süsteemi rakendavates riikides. (Teisest küljest võib aga väita, et riigi väikesed tervishoiuressursid on tinginud väravavalvurisüsteemi sisseviimise või et väiksemaid tervishoiukulutusi aitavad tagada ka teised tervishoiukorralduslikud aspektid.) Lisaks suuremale kuluefektiivsusele on paremad väravavalvurisüsteemi rakendavate riikide tervisenäitajad ning patsientide rahulolu nendes maades on suurem (Starfield 1994:120-126).

2.3. Väravavalvurisüsteemi tõhususe tagamine

Patsientidele juurdepääsu piiramine ei tohi vähendada nende võimalust saada arstiabi siis, kui see on vajalik, samuti ei tohi kannatada neile osutatava abi kvaliteet. Riigi väravavalvurisüsteem saab töötada seda tõhusamalt, mida lähedasem on perearstiabi punktis 2.1.2. "Perearstiabi omadused" kirjeldatud kriteeriumidele. Hea väravavalvurist perearstisüsteemi üheks aluseks on perearstide meditsiinilise kvaliteet ning koolitus. Tulenevalt käesoleva uurimustöö halduslikust suunitlusest keskendutakse järgnevalt aga kahele administratiivsele meetmele – perearstiabi kättesaadavuse tagamisele ning rahastamismudeli valikule.

Selleks, et perearstid tuleksid edukalt toime nendele antud väravavalvuri kohustustega, tuleb esiteks tagada perearstiabi maksimaalne kättesaadavus, et patsiendil ei jääks vajalik tervishoiuteenus saamata raskuste tõttu “värava” juurde saamisel. Teiseks oluliseks eelduseks on optimaalne perearstiabi rahastamise skeem, mis motiveeriks perearste oma patsiente võimalikult tervena hoidma, tõhusalt ravima, ning neid enda juures hoidma, tagades nii teenuse parima koordineerituse kui ka vastutuse kindla elanikkonna osa eest.

2.3.1. Perearstiabi kättesaadavus

Väravavalvurina on perearsti ülesanne hinnata patsientide vajadust meditsiiniteenuse järele ning otsida neile sobivaid ravilahendusi. Vajaduste hindamine perearsti poolt tekitab aga sageli olukorra, kus perearstil tuleb piirata tema juurde tulnud patsientide ligipääsu neile mittevajalikele teise ja kolmanda tasandi tervishoiuteenusele. Samal ajal ei ole väravavalvuri ideoloogiline ülesanne meelitada tervishoiusüsteemi uusi patsiente, kes ei ole veel külastanud perearsti (vt ka Willems 2001: 181). Perearst on aga esimene ja väravavalvurisüsteemis reeglina ainuke sisenemispunkt raviteenuse saamiseks. Seega võib väravavalvurisüsteemi piiravast olemusest tuleneda risk, et vajalik abi jääb saamata nendel haigetel, kes seda tegelikult vajavad (vt ka OMA 1998) ning selle ärahoidmiseks tuleks tagada perearstiabi kättesaadavus nii ajalises, geograafilises kui rahalises dimensioonis. Gronewegen, Dixon ja Boerma on leidnud, et hästifunktsioneerivad perearstisüsteemide üks aspekte on uute praktikate ja algatuste soodustamine esmatasandi arstiabi pakkumiseks piirkondades, kus perearste ei ole piisavalt (Gronewegen, Dixon, Boerma 2002: 204). Sellega püütakse võrdsustada esmatasandi arstiabi ja perearstipraksiste geograafilist paiknemist. Sama oluline on tagada perearstiabi kättesaadavus ööpäevaringselt, mis tõstab perearstiabi efektiivsust ning vähendab kiirabi ja traumapunktide koormust, seda eriti ebavajalike pöördumiste arvelt (Franco, Mitchell 1997: 66-67).

Ajaline ja piirkondlik kättesaadavus

Inglismaal (WHO 1999b: 53) ja Hollandis (WHO 1997b:34) on perearst kättesaadav 24 tundi ööpäevas, vastuvõtu töövälisel ajal korraldavad perearstid öövalvegruppideks ühinedes. 24-tunnist vastuvõttu nõutakse perearstidelt ka näiteks Rumeenias, kuid perearstid ei suuda seda veel täielikult tagada, tõenäoliselt on põhjus sealse perearstisüsteemi suhtelises nooruses (alates 1998. aastast) ning ka inimressursi ehk perearstide nappuses (Vladescu, Radulescu 2001: 74). Eestis ostab Haigekassa perearstidelt teenust 8 tundi tööpäevas ja 40 tundi nädalas (RTL 2001, 130,1887, § 4). Geograafilise kättesaadavuse tagamiseks makstakse Rumeenias ja Eestis maapiirkondades töötavatele perearstidele täiendavat lisaraha (vt tabel 1).

Lisaks pakub nt Inglismaa rahvuslik tervishoiusüsteem patsiendile esmatasandi arstiabi telefoni ja interneti vahendusel (NHS Direct). Telefoninõustamist plaanitakse rakendada lähitulevikus ka Soomes, teistes Euroopa riikides reeglina telefoninõustamist kasutusel ei ole, kuigi riikide üksikutes regioonides võib erinevaid nõuandetelefone olla pilootprojektidena sisse viidud (Koppel 2003: intervjuu).

Rahaline kättesaadavus

Rahaline kättesaadavus väheneb juhul, kui perearstiabile rakendatakse visiiditasu vm patsiendipoolseid kaasmakseid. Patsiendipoolseid kaasmakseid kasutatakse tervishoiusüsteemis turumajandusliku mehhanismina nõudluse vähendamiseks, sest tasuta teenuse puhul ületab nõudlus tervishoiuteenuste järele märkimisväärselt oma optimaalse taseme ja teenust võidakse tarbida palju rohkem kui on mõistlik ning vajalik (Kutzin 2000: 81-2). Sellisel juhul sõltub riigi heaolukaotuse suurus tervishoiuteenuse nõudluse hinnaelastsusest ehk sellest, kui palju mõjutab hinna tõus või langus nõutavate tervishoiuteenuste kogust. Arenenud maades on nõudluse hinnaelastsus suhteliselt madal (Hsiao 2000), mis tähendab, et teenuse hind ei mõjuta teenuse tarbimist olulisel määral.

Reaalselt vähendab tarbijapoolne tervishoiuteenuse kaasfinantseerimine küll pisut nõudlust teenuse järel, kuid see erineb oluliselt erinevate

teenuseliikide puhul: näiteks on preventiivsed tervishoiuteenused kõrgema hinnaelastsusega kui raviteenused (Kutzin 2000: 82-83). Samal ajal põhjustab just suhteliselt odavamatest ennetuslikest teenustest hoidumine hilisema nõudluse ja vajaduse suurenemist suhteliselt kallimate raviteenuste järele. Kutzin järeldeb ka, et patsiendipoolne kaasfinantseerimine vähendab pigem patsientide esimest pöördumist arsti juurde, kuid ei mõjuta oluliselt esimesena külastatud arsti poolt soovitatud hilisemaid visiite teiste arstide juurde (*Ibid*: 83) vt ka Nolan 1993, OECD 1994).

Tervishoiuteenuse suhteliselt madalat hinnaelastsuse tõttu just suhteliselt kulukamate raviteenuste osas võrreldes ennetavate ja esmatasandi tervishoiuteenustega on patsiendi kaasmaksed tegelikkuses efektiivsuse tagamiseks suhteliselt nõrk instrument. Üldalmainitud arvestades peaks patsienti kaasmakse olema võimalikult väike just esmatasandi tervishoiuteenuste puhul, eriti väravavalvurüsteemiga riikides. Perearstiabi kõrge hind (nt visiiditasu näol) võib mõjutada patsienti mitte arsti juurde pöörduma haiguse etapis, kus seda oleks võimalik ravida kõige vähimate kaotuste ja kuludega nii patsiendi kui riigi jaoks. Seevastu võib suhteliselt kõrgemaid visiiditasusid kasutada teise ja kolmanda etapi arstiabis, kus patsient on tervishoiusüsteemi juba sisenenud ning teenuse hind mõjutab patsiendi valikut suhteliselt vähem. Lisa 1 tabelis 3 toodud võrdlus näitab, et paljud Euroopa riigid on nii ka toimunud, kehtestades perearstiabile suhteliselt väiksema visiiditasu kui eriarstiabile, osutades kas perearstiabi või mõlemat teenust hoopis tasuta või kehtestanud vähekindlustatute jaoks madalamad tariifid.

2.3.2. Perearstide rahastamine ja nimistud – järjepidevuse ja vastutuse tagamine.

Perearstide tasustamisvõimalusi on kolm: rahastamine teenustasuna, kindla kuusissetulekuna (baasraha või kindla palgana) ning pearaha alusel. Kuigi arst peab patsiendi ravimisel käituma lähtuvalt oma kogemustest, kvalifikatsioonist ja paremast äranägemisest, mõjutavad arstide sh perearstide käitumist ikkagi

suurel määral nende tasustamise korraldus. Tõenäoliselt mõjutab rahastamismudel kõige enam perearste nendel juhtudel, kus tegu on “vahepealsete” valikuvariandiga.

Teenustasu

Teenustasuna rahastamisel makstakse perearstile teenuste eest, mis ta on osutanud kindlaksmääratud hinnakirja alusel, näiteks visiitide eest (BCMA). Positiivne selle rahastamise juures on, et perearst on aktiivne, töötab palju, on patsientidest väga huvitatud ning konkureerib nende pärast (vt ka Lember 1998: 32). Teenustasuna rahastamisel nähakse aga ohtu selles, et (pere)arst soovib suurendada enda poolt osutatavate sh mittevajalike teenuste mahtu (Or 2000: 16). Perearst võtab võimalikult palju patsiente vastu ning kasutab rohkesti uuringuid ja raviprotseduure, hoolimata sellest, kas patsiendid tegelikult seda vajavad või mitte, kasvatades sellise käitumisega riigi tervishoiukulutusi, kuid parandamata üldist tervishoiutaset. Ohuks peetakse ka seda, et soovi tõttu võimalikult palju raviteenust ise osutada ja teenustasu saada, võib perearst piirata patsientide suunamist teiste perearstide juurde, mis ei pruugi olla alati patsiendi huvides (Lember 1998: 32). Hoolimata võimalikest teenustasuga seotud ohtudest, kasutavad paljud riigid siiski perearstide rahastamisel kas osaliselt või tervenisti teenustasu maksmist Tervenisti kasutavad teenustasu Saksamaa, Prantsusmaa ja Belgia. Need on ühtlasi riigid, kus kasutusel ei ole väravavalvurisüsteemi ning nende tervishoiukulutuste osakaal sisemajanduse koguproduktist suhteliselt suurem (Lisa 1 Tabel 3). Saksamaa teenustasu süsteemis, kus hinnad kujundatakse ka teenuste keerukuse ja spetsialiseerituse astme alusel, on perearstidel lisaks ka rahaline motivatsioon suurema sissetuleku teenimiseks spetsialiseeruda ning osutada keerulisemaid teenuseid (Jepson 2001: 270). Riigid, kes kasutavad teenustasu osaliselt, rahastavad nendega kas eratervishoidu (nt Holland) või neid teenuseid, mille osutamist perearstide poolt soovitakse suurendada.

Kindel sissetulek

Palgana vm kindla sissetuleku alusel tasustamise plussideks on selle lihtsus planeerimisel ja kulude kontrollimisel (Oxley, MacFarlan 1994: 42). Samal ajal on palga alusel töötavatel perearstidel vähe rahalist huvi konkureerida üksteisega patsientide pärast ning kahjustatud võivad saada patsientide vajadused, näiteks ei pühenda perearst patsiendile piisavalt aega või suunab ta mittevajaliku spetsialisti juurde, et oma töökoormust vähendada. Hoolimata võimalikust riskist ei ole uuringud näidanud palgaliste perearstide oluliselt madalamat kvaliteeti diagnoosimisel ega suunamisel (Or 2000: 16), samas oli mõnevõrra lühem keskmine vastuvõtu pikkus (Gosden et al 2003: 418-420). Kindlat palka makstakse perearstidele Rootsis, Kreekas, Soomes, Islandil, Norras (segu palgast ja teenustasust), Portugalis, Hispaanias (kombineeritult pearahaga) ja Türgis (Oxley, MacFarlan 1994, vt ka lisa 1 tabel 3). Kuni viimase ajani on fikseeritud palk olnud maksustamise põhimeetodiks ka endistes sotsialismimaades (Lember 1998: 31, Groenewegen, Dixon, Boerma 2002: 205), praeguseks on aga paljudes Kesk- ja Ida Euroopa riikides – nagu ka Eestis – koos väravavalvurisyüsteemi arenguga mindud üle pearahal põhinevale tasustamisele.

Pearaha

Pearaha on peremeditsiinis laialt levinud rahastamisviis. Pearahasüsteemides saavad perearstid igal aastal kindlaksmääratud summa vastavalt nende nimistute suurusele ning enamasti ka vastavalt nimistu liikmete vanuselisele koosseisule (Oxley, MacFarlan 1994: 41). Kui teenuste eest tasu saavatel arstidel on rahaline huvi teenust üle toota ja kindlapalgalsed arstid võivad osutatud teenuste arvu vähendada ilma kaotuseta sissetulekus, siis pearahal baseeruv tasustamine asetub kahe eelmainitu vahele ning maandab nendes peituvaid riske (Or 2000: 16). Toimib mõõdukas konkurents patsientide, kuid mitte teenuste pärast, sest inimeste arvu vähenemine nimistus vähendab ka perearsti sissetulekut, visiitide arvu vähenemine aga mitte. Eeldatakse ka, et pearaha meetod soodustab perearstide koostööd patsientidega, sest patsientide

edasisuunamine eriarstidele ei mõjuta perearsti sissetulekut. Selle tasustamisviisi korral eksisteerib aga risk, et perearst registreerib enda nimistusse rohkem patsiente, kui ta suudab teenindada ning suunab seetõttu liiga kergekäeliselt edasi patsiente, kelle terviseprobleemid kuuluvad perearsti kompetentsi. Riski maandamist nähakse patsiendi vabaduses valida ja vahetada perearsti põhimõttel “raha järgneb patsiendile” (Oxley, MacFarlan 1994: 42). Siiski on patsiendi valik lahendatud riigiti erinevalt. Kui Eestis saab perearste vahetada kord kuu jooksul, siis Rumeenias on selleks ajavahemikuks kvartal ning Hollandis saab patsient perearsti vahetada vaid üks kord aastas (Tabel 1).

Eeldatakse, et pearaha meetodil tasustatavad perearstid on motiveeritud tegema tervist edendavat ja haigusi ennetavat tööd, et hoida oma patsiente võimalikult tervena. Patsientide tervise taseme tõstmine vähendaks perearstide töökoormust ning lubaks tal oma nimistusse registreerida rohkem patsiente, saades selle võrra rohkem ka pearaha. Siiski on osade riikide kogemus näidanud, et ainult pearaha ennetuslikku tööd reeglina ei motiveeri (Saluvere: intervjuu), selle põhjuseks võib tuua tervise edendamise suhteliselt pikaajalist efekti. Seetõttu on näiteks Inglismaal võetud kasutusele perearstidele lisatasu maksmine teatud ennetuslike tegevuste normide täitmise puhul, näiteks makstakse perearstile lisatasu, kui tema nimistus on vaktsineeritud teatud osakaal väikelastest (Department of Health). Selline motiveerimine võib põhjustada aga omakorda negatiivseid efekte, sest kui perearst kehtestatud vaktsineerimise piirmäära täita ei jõua, ei tööta see motivatsioonimehhanism tema jaoks üldse (Saluvere: intervjuu). Rumeenias rakendatakse ennetuslike toimingute hulga suurendamiseks nende rahastamiseks teenustasu (vt Tabel 1), sama on tehtud ka mõningate toimingute puhul Eestis.

Tuues välja edukate perearstisüsteemide ühiseid jooni, nimetavad Groenewegen, Dixon ja Boerma oluliste komponentidena nii perearstide rahastamist pearaha alusel (vähemalt osaliselt) ning personaalseid patsientide nimistuid (Groenewegen, Dixon, Boerma 2002: 204). Nimetatud meetodid on ka loogiliselt seotud, sest pearaha alusel saab tasustada ainult perearste, kellel on personaalsed nimistud. Riikide tervishoiusüsteemide võrdlused näitavad, et

pearahasüsteemid on keskmiselt madalamate kulutuste allikaks, võrreldes teenustasul põhineva rahastamisega (Gertham, Jönsson 2002, viidatud Jönsson, Eckerlund 2003: 109; Oxley, MacFarlan 1994: 56) Lisaks kuluefektiivsemale ressursikasutusele aitab pearahasüsteem tagada kaht peremeditsiinile omast ja vajalikku kriteeriumi: ravi järjepidevust ja vastutust (vt käesoleva uurimustöö pt 2.1.2. "Perearstiabi omadused"). Pearaha koos väravavalvuri rolli täitmisega perearsti poolt tagab patsiendi kõikide terviseandmete kogunemise ühe isiku (perearsti) kätte, luues sellega võimalused pikaajaliseks ning järjepidevaks raviks (Oxley, MacFarlan 1994: 43-44). Perearst on pearaha puhul huvitatud, et tema patsiendid jääksid tema nimistusse võimalikult pikaks ajaks. Nimistute abil on võimalik defineerida konkreetsemalt perearsti vastutust kindlaksmääratud hulga inimeste eest kui seda on käsitletud käesoleva uurimustöö punktis 2.1.2 "Perearstiabi omadused".

Kuigi üldiselt hinnatakse efektiivseimaks pearahal põhinevat tasustamisviisi, ei ole ideaalne süsteem siiski üheselt määratletav. Enamik riike on oma rahastamissüsteemid kombineerinud kahest või kolmest erinevast rahastamismoodusest ning üritavad niimoodi hajutada nendest skeemidest tulenevaid riske. Et ainult pearahal põhinevat tasustamist eksisteerib harva, tuuakse pearaha meetodi üheks plussiks just erinevate meetodite kombineerimist. Enamikes perearsti väravavalvurina kasutatavates tervishoiusüsteemides on sisse viidud pearaha element, Soomes rahastatakse pearaha alusel ainult 20%, samal ajal kui näiteks Eestis moodustab pearaha perearstide sissetulekust 74% (Tabel 1). Kuigi pearaha meetodit arvatakse motiveerivat ka perearste ennetuslikke tegevusi tegema, et hallata võimalikult suuri nimistuid, rakendavad mitmed riigid selleks siiski lisamotivatsioonimehhanisme.

Tabel 1. Esmatasandi korraldus, perearstiabi kättesaadavus ja rahastamise skeem viies värvavalvuri süsteemi rakendavas riigis.

	Suurbritannia	Holland	Soome	Rumeenia	Eesti
Riiklik rahastamine ja esmasandi korraldus	Tervishoiu rahastatakse riigieelarvest. Perearstid töötavad sõltumatult NHS-ga sõlmitud lepingu alusel.	Universaalne kindlustus, kohustuslik sotsiaalkindlustus madalama ja vabatahtlik erakindlustus kõrgema sissetulekuga töötajatele. Enamik perearste on iseseisvad lepingupartnerid.	Tervishoidu rahastatakse riigi (kohaliku omavalitsuse) eelarvest. Esmatasandi arstiabi on koondunud tervisekeskustesse.	Üks suur keskne tervisekindlustusega tegelev institutsioon. 14% palgast tervisekindlustusele, mis jaguneb võrdselt töötaja ja töandja vahel. Perearstidel on iseseisvad lepingud piirkondlike Haigekassadega.	Üks keskne tervisekindlustusega tegelev haigekassa. 13% palgast tervisekindlustus. Perearstidel on iseseisvad lepingud Haigekassaga (eraettevõtjad)
Kättesaadavus	24 h, NHS Direct pakub nõustamist telefoni ja interneti teel. Teenus on patsientidele tasuta.	24 h, teenus on patsientidele tasuta. Erakindlustatud maksavad teenuste eest.	Nõutakse 24-tunnist valvet piirkondade keskustes, perearstile peab saama 3 päevaga.	Tasuta, 24 h täiendav baasraha maapiirkondades	Tasuta, 40 h nädalas täiendav baasraha maapiirkondades
Nimistu ja rahastamise skeem	Keskmine registreeritud patsientide arv ühe perearsti kohta on ca 1800. Valitsus on kehtestanud reeglid, kus perearst võib tegutseda, millise ulatuseni võib kasseerida tasusid ja täpne eeskiri nende maksmiseks NHS-siseselt. Pearaha sõltub nimistu suuruselt ja vanuselisest koosseisust	Haigekassa liikmed registreerivad ennast konkreetse arsti juurde ning õigus vahetada kord aastas aastavahetusel. Keskmine nimistu suurus on 2300. Haigekassa tasub perearstile pearaha alusel.	Perearstidel on personaalsed nimistud. Nende alusel makstavad pearaha moodustab 20% perearstide kogu sissetulekust. Baasraha suurus on 60%, teenustasu 15%, kohaliku omavalitsuse toetus 5%	Jah, patsiendil õigus 3 tagant mõõdudes vahetada. Vähiim patsientide arv 500, optimaalseks peeti alguses 1500, hiljem 2000. Rahastamist vähendatakse üle 2000 olevate liikmete arvelt (defitsiitsetes piirkondades 3000) Pearaha makstakse vanusklasside alusel 60% ja teenustasu 40% (sh rahvatervise tegevused).	Nimistu olemas, selle alusel makstakse pearaha (74%). Praegu lubatud maksimum 2300, alates 2004 aastast 2000. Vahetamine pidevalt võimalik. Baasraha, pearaha (diferentseeritud kolmeks vanuseklassiks), teenustasud, eellepingud

Allikad: Busse 2002b; Dixon, Robinson 2002, Groenewegen, Dixon, Boerma 2002; WHO 1997b; Vladescu, Radulescu 2001,

WHO 1999a, WHO 2000a, WHO 2000b, WHO 2001.

3. Eesti perearstiabi väravavalvuri rollis

3.1. Esmatasandi tervishoiureformid Eestis, nende eesmärgid

Eesti tervishoiureformide peamiseks jooneks võib lugeda sarnaselt teiste Euroopa riikidega kõrgemate tervishoiutasandite osakaalu vähendamist ning madalamate tasandite tähtsuse tõusu. Tervishoiureformide eesmärkideks oli lisaks riikliku rahastamissüsteemi ümberorganiseerimisele ülepaisutatud haiglasüsteemi ümberorganiseerimine, haiglate arvu ja voodikohtade vähendamine, esmatasandi osakaalu suurendamine ning rahvatervise areng (WHO 2000a: 23-25).

Esmatasandi tervishoiu ümberkujundamise põhjusena tuuakse välja esmatasandi vähene osakaal võrreldes teiste tervishoiutasanditega. Polikliinikutes praktiseerivate jaoskonnaarstide prestiiž oli madal nii tavainimeste kui teiste erialade arstide hulgas, sest erinevalt teistest meditsiinilistest erialadest ei vajanud üldarstiks õppimine spetsialiseerumist ning reeglina valisid jaoskonnaarsti elukutse vähemedukad arstitudengid (Saluvere, intervjuu, WHO 2000a: 23). Jaoskonnaarstide vahendid ja võimalused olid väga piiratud ning patsiente tuli eriarstide juurde suunata ka väikeste protseduuride läbiviimiseks (Maaroos: intervjuu). Seetõttu eelistasid patsiendid jaoskonnaarstide asemel otse eriarstide poole pöördumist ning suurema osa esmatasandi arstiabist osutasid eriarstid. Praegugi soovivad eriti vanemad inimesed varasema harjumuse tõttu otse eriarstide poole pöörduda ja tihti ollakse üllatunud perearsti avaratest ravivõimalustest (Maaroos, intervjuu). Reformi üks suurematest väljakutsetest on selle harjumuse muutmine. Samuti oli esmatasandi arstide palk tunduvalt väiksem eriarstide palgast, mis põhjustas nende rahulolematust. Suurte üldarstiabi pakkuvate polikliinikute kulutused olid läbipaistmatud ja ebaefektiivsed (arstid kulude jaotuses kaasa ei rääkinud), ning

jaoskonnaarsti võimalused abi anda olid töökorralduse ja seadusandlusega piiratud, samuti käisid patsiendid sageli mitme erineva eriarsti juures, seda isegi ühe haigusjuhu piires (Maaroos, Saluvere: intervjuud).

Esmatasandi tervishoiu ümberorganiseerimine oli Eesti tervishoiureformi üks peamisi elemente. Muutused algasid 1991. aastal koos ümberõppekursuste rakendamise ja peremeditsiini eriala omandamiseks, peremeditsiini õpetamist akadeemilise erialana Tartu Ülikooli arstiteaduskonnas alustati 1993. aastal (Maaroos 1998: 13-15). 1998 aastast alates võeti kasutusele uued perearstisüsteemi finantseerimise põhimõtted, millest põhiosa moodustas pearaha, viidi sisse patsientide nimistud ning perearstid asusid teenust osutama eraettevõtjatena, sõlmides selleks lepingu Eesti Haigekassaga (vt ka WHO 2000a: 23). Kuni selle ajani osutati esmatasandi arstiabi peamiselt polikliinikutes, seda eriti Tallinnas, kus perearstireform käivitus ülejäänud Eestist mõnevõrra hiljem. Ülejäänud Eesti piirkondades oli praktiseerivate perearstide arv kasvanud ning järk-järgult polikliinikusüsteemi asendanud alates 1990 aastast, vastavalt perearsti täiendkoolituse läbimisele (Ilves, Maaroos, Tiik 2001: 6). Detailsem perearstireformide kronoloogiline kirjeldus on esitatud magistritöö lisas 2.

Reformi eesmärgid

Tulenevalt ülaltoodud põhjustest võib perearstireformi eesmärkidena välja tuua järgmist (WHO 2000a: 23-24, Sotsiaalministeerium, Koppel, Maaroos, Saluvere, Vask: intervjuud):

1. Arstiabi kvaliteedi tõstmine ja ühtlase kvaliteedi tagamine. Tulenevalt jaoskonnaarstide piiratumatest ravivõimalustest ning madalamast prestiižist võrreldes eriarstidega osutus vajalikuks arendada Eestis peremeditsiini iseseisva erialana ja korraldada jaoskonnaarstidele peremeditsiini alane ümberõpe.
2. Perearstide motiveerituse tõstmine. Seoses tehtavate muudatustega sooviti väärtustada perearsti elukutset, tõsta arstide enesehinnangut ja

motivatsiooni töötada, võimaldada perearstidel iseseisvalt otsustada oma kulutuste planeerimise üle.

3. Arstiabi järjepidevuse tagamine. Perearstide personaalsete nimistute ja väravavalvurisüsteemi rakendamist Eestis nähti ühe peamise meetodina arstiabi järjepidevuse tagamiseks, mis tähendab ühest küljest perearsti koostööd eriarstiga ning tema alustatud ravi jätkamist ning teisest küljest patsiendi “kinnistamist” tema perearsti juurde pikaks ajaks.
4. Arstiabi kättesaadavuse tagamine. Perearstiabisüsteemi rakendamisega sooviti tekitada patsiendile geograafiliselt, ajaliselt ja rahaliselt kättesaadav tervishoiuteenus.
5. Motiveerida perearste tegema ennetuslikke ja patsiendi tervist edendavaid toiminguid pearaha baasil rahastamise abil.
6. Tagada perearstide huvitatus oma patsientidest väärtustades iga üksiku patsiendi pearaha alusel.
7. Ökonoomne majandamine. Väravavalvuri funktsiooni rakendamisega sooviti vähendada kõrgemate tasandite tervishoiuressursside ebaökonomset kasutamist, lahendades patsiendi tervisemuresid esmatasandil neil juhtudel, mil see on võimalik ja efektiivne.

3.2. Väravavalvurisüsteem Eestis

Alates 1998. aastast hakkasid perearstid tegutsema väravavalvuritena ülejäänud tervishoiuteenuste suhtes ning eriarstide vastuvõtule pääseb ainult nende saatekirja⁹ alusel. Perearstid on eraldatud teise ja kolmanda tasandi raviasutustest nii juriidiliselt kui rahaliselt, et neil ei oleks kohustust suunata patsiente ainult teatud asutustesse, vaid oleksid vabad konsultante valima (Vask, intervjuu). Erinevalt paljudest teistest Euroopa riikidest ei ole Eesti kasutusele

⁹ Saatekiri on ambulatoorse tervishoiuteenuse osutamise käigus vormistatav dokument, mis on aluseks patsiendi suunamisele uuringule, teise arsti konsultatsioonile või statsionaarsele ravile (SMm RTL 22.05.2002, 59, 891).

võtnud täielikku väravavalvurisüsteemi, vaid valitud erialadele on patsientidel otsene juurdepääs. Perearsti suunamist ei ole vaja günekoloogi, silmaarsti, psühhiaatri, tuberkuloosi-, naha- ja suguhaiguste arsti ning traumatoloogi vastuvõtule. Põhjendusena, miks nende erialade puhul väravavalvurisüsteemi ei rakendata, tuuakse välja teatud erialade spetsiifilisust (silmahaigused, psühhiaatria), ohtlikku välismõju (tuberkuloos, naha- ja suguhaigused), delikaatset ja intiimset iseloomu (günekoloogia, psühhiaatria, naha- ja suguhaigused) ning ortopeedia-traumatoloogia puhul vältimatu arstiabi tagamist (Koppel, Saluvere, Tarien, Vask: intervjuud). Teiseks põhjenduseks on perearstisüsteemi suhteline noorus ning tõik, et Eesti inimesed, eriti Tallinna elanikud, pole väravavalvuri e saatekirjasüsteemiga veel harjunud. Seetõttu võib väravavalvurisüsteemi rakendamine tervikuna oluliselt vähendada tervishoiuteenuse kättesaadavust patsiendi jaoks.

Tulevikus võib saatekirja mittevajavate erialade hulk siiski väheneda. Näiteks näeb günekoloogia arengukava ette perearstide rolli suurenemist günekoloogiliste meditsiiniteenuste osutamisel, mille tulemusena günekoloogia eriala muutub spetsiifilisemaks ning ei vaja enam vaba juurdepääsu (Ehrenberg, Tammemäe, Zupping 2001: 3-5). Samal ajal nähakse ette ka günekoloogide koolitusvajaduse mõningast vähenemist (*Ibid*: 5, SOMm RTL 2002, 18, 238). Samuti harjuvad inimesed aja jooksul rohkem perearstisüsteemi ning selle väravavalvuri ülesannetega ning seetõttu võib olla lihtsam seda järk-järgult rohkem rakendada (Koppel 2003: intervjuu).

3.2.1. Perearstide infovahetus teiste tervishoiuteenuse osutajatega

Väravavalvurisüsteemi üheks loodetavaks tulemuseks oli perearstide informeerituse tõus, sest iga patsiendi raviinfo läbi kahe-suunalise infosüsteemi peaks kogunema tema perearsti kätte. Saatekiri on formaalseks kommunikatsioonivahendiks, millele perearst patsienti eriarsti juurde saates kirjutab omapoolse diagnoosi või konsulteerimisküsimuse ning mille teisele poolele märgib eriarst konsultatsioonivastuse või kinnituse perearsti pakutud

diagnoosi õigsuse kohta, saates selle perearstile tagasi (SMm RTL 22.05.2002, 59, 891). Praegune infoliikumine on siiski ebaühtlane, sest saatekirju täidavad nii perearstid kui eriarstid väga erinevalt. Riigikontrolli korraldatud küsitluse kohaselt saavad perearstid oma saatekirjadele tagasiside keskmiselt 65,6% juhtudel. (Lisa 4). Samuti ei ole perearstid ligi 30% juhtudest rahul eriarstide poolt antava tagasisidega, pidades seda väheinformatiivseks (Lisa 4). Samal ajal ei tunnista eriarstid seda alati enda süüks. Eriarsti pädevuses on diagnoosida patsienti vaid oma eriala piires ning perearsti ülesanne teda selleks ette valmistada, kuid mitte alati ei ole perearst seda teinud. Eriarstide arvates on saatekirjal olev info liiga üldine ning eriarst ei saa aru, mida talt konkreetselt tahetakse. Vahel ei teata, milline perearst saatekirja väljastas, sest allkiri pole loetav, perearsti nimi puudub ja patsient ise on liiga närviline, et adekvaatset infot anda (Riigikontroll 2003).

Ka Haigekassa usaldusarstide poolt tehtava kontrolli tulemustes tuuakse probleemidena välja perearsti suunamise vähene põhjendatus ja haige käsitus enne eriarsti juurde saatmist ning eriarstide vastuste ebakorrektsus, samuti haiglate tagasiside kvaliteedi ja piisavuse suur erinevus (Eesti Haigekassa 2003b: 3-4).

Peamine info edastaja eriarstilt perearstile on patsient. Küsitlusele vastanud perearstidest saavad alati või sageli infot patsiendi vahendusel suuliselt 63% ning kirjalikult 72% (Lisa 4). Patsiendile öeldakse lihtsalt tema diagnoos, mille ta perearstile edasi räägib, või antakse saatekiri vastusega patsiendi kätte. See tulemus näitab, et sageli ei pea eriarstid tagasiside andmisel kinni formaalsest (kirjaliku) saatekirja täitmise nõudest, samuti ei ole alati garanteeritud, et patsient info perearstile edastab. Väga sageli ei saa perearst infot nende erialade kohta, kuhu patsient on pöördunud ilma tema suunamiseta ning ei tea isegi, milliseid arste on patsient tema teadmata külastanud. Väga sageli ei vii patsiendid ka paber kandjal infot perearstile ning otsest kohustust selleks ka pole. Näitena võib tuua olukorra, kus 36 HIV viirusekandjast noorele emale anti sünnitusmajast kaasa vastav tõend, kuid perearstile on lapse HIV ohust rääkinud vaid üks ema (Tomberg: intervjuu).

Elektrooniline haiguslugu

Üldiselt arvatakse, et enamiku infoliikumisega seotud probleemidest lahendab elektroonilise e digitaalse haigusloo kasutuselevõtmine (Koppel, Tarien, Saluvere: intervjuud). Terviselugu e digitaalne terviselugu e digilugu on ühtne andmete kogum, mis kajastab terviseinfot sünnist surmani konkreetse inimese kohta, hõlmates andmeid näiteks tervisekaardist, haigusloost, kiirabikaardist, hambaravikaardist, lahanguloost (Aprote 2003: 3). Raviastutustes, kus on kasutusel majasisesed elektroonilised tervisekaardid¹⁰, on ka nende vormistamine nõuetekohane (Eesti Haigekassa 2003b: 2), tõenäoliselt on selle põhjuseks fakt, et arvutiprogramm nõuab kohustuslike väljade täitmist. Sotsiaalministeerium on välja töötanud digitaalse terviseloo infovahetuse analüüsi, selle alusel valminud potentsiaalsete terviseloo süsteemi kasutavad subjektid on välja toodud lisa 3. Elektroonilisse haiguslukku lisavad tulevikus meditsiinilisi jm vajalikke andmeid lisaks perearstidele nii eriarstid, haiglad, kiirabi kui ka näiteks Haigekassa ja rahvastikuregister. Haigusloo andmeid saavad vaadata ja kasutada nii patsient ise, Haigekassa teenuse osutamise kontrollimiseks, perearst kui ka teised antud isikule tervishoiuteenuse osutajad oma vajaduse piires (vt ka lisa 3). Praegu on perearsti elektrooniline informeerimine käivitunud teatud määral kiirabis, kus sotsiaalministri 19. detsembri 2001.a. määruses (RTL, 31.12.2001, 139, 2062) sätestatud elektroonilist kiirabikaardi ära kirja saatmist perearstidele nende nimistu patsientide kohta rakendatakse edukalt Tartu linnas (Saluvere: intervjuus). Tallinnas ei ole elektrooniline informeerimissüsteem veel laialdaselt käivitunud, sest arvutil töötamisega vähem harjunud perearstid eelistavad infot saada tavakujul (Tomberg: intervjuu).

¹⁰ Tervisekaart on perearsti poolt peetav isikupõhine andmete kogum isiku meditsiinilise info kohta (Aprote 2003:3).

3.2.2. Perearsti suunamistegevus

Teiseks väravavalvurisüsteemi oodatavaks tulemuseks on perearstide koordineeriva rolli täitmine ning efektiivne suunamistegevus järgmiste tervishoiutasandite suhtes. Perearst analüüsib tema poole pöördunud patsientide terviseprobleeme, lahendab probleemi ise, kui see kuulub tema kompetentsi, vabastades eriarstid lihtsast ja rutiinsest tööst (Tarien: intervjuu). Põhjendatud vajaduse korral suunab patsiendi sobivale eriarstile või vajalikku haiglasse. Sellist funktsiooni perearstid ka täidavad ning Eesti tervishoius on vähenenud kõrgemate tasandite põhjendamatute kulutuste osakaal (Koppel, Maaros, Tarien: intervjuud). Siiski nähakse probleemi selles, et perearsti suunamised toimuvad sageli piisava meditsiinilise põhjendusega, näiteks on tegemata vajalikud pearahast tasustatavad uuringud, mille alusel perearst eriarstilt konsultatsiooni või ravi määramist soovib (Eesti Haigekassa 2003b: 4). Küsimusele, kui palju patsiente on perearstid neile valesti suunanud, vastasid küsitletud eriarstid väga erinevalt, vastuste skaala ulatus 0%-st 50%-ni (keskmise 10%), kuid küsitluse tulemuste puhul on tõenäoliselt tegemist väga subjektiivsete hinnangutega. Hoopis tõsisemat probleemi näitab aga see, et 60% eriarstidest ei informeerinud (20%) või informeerinud harva (40%) patsiendi valesti suunanud perearsti (Lisa 5), mis tähendab, et perearst saab vähe tagasisidet, mille alusel oma suunamistegevust parandada. Perearsti kirjeldatakse ka kui "dispetšeri" kes väljastab saatekirju lihtsalt patsiendi nõudmise peale, soovist patsiendile vastu tulla, tüütust ravitavast vabanemiseks või soovist oma tööd kergendada (Riigikontroll 2003). Võrreldes kunagise jaoskonnaarsti tööga on sellise suunamise osakaal siiski tunduvalt vähenenud (Maaros: intervjuu).

Perearstide koordineerivat suunamistegevust takistab ka see, kui tal ei ole informatsiooni, millal tema poolt suunatud patsient eriarsti vastuvõtule pääseb ning kas ta sinna üldse pöördub. Enamus küsitletud perearstidest vastas, et haiglad informeerivad neid tõrgetest vastuvõttudel harva (30%) või mitte kunagi (53%). Küsitletud perearstid registreerivad oma patsiendi isiklikult

eriarsti vastuvõtule keskmiselt 48% juhtudest. Põhjusteks, miks patsienti isiklikult registreeritakse, on: patsiendi suutmatus end ise registreerida (kõrge vanus, laps, invaliidid, pole kodus telefoni, keeleoskus, puue); kardetakse, et patsient ise ei lähe; soov saada kindlasti tagasisidet ning teada, millal patsient eriarsti juurde pääseb, pikkade järjekordade puhul patsiendile kiirema vastuvõtuaja saamiseks, samuti registreeritakse reeglina ise erakorralised patsiendid. Takistavatest teguritest loetleti ajakulu perearsti jaoks ja selle võrra lühemat aega patsiendiga tegelemiseks, samuti rasket kättesaadavust (telefon kinni või ei vastata). (Lisa 4)

Perearsti suunamistegevuse hindamisel arvasid ligi pooled küsitletud Eesti elanikest, et eriarsti juurde suunamine peaks olema patsiendi otsustada – kas läbi perearsti või otse eriarstile; 35% leidis, et suunama peaks perearst ning 20%, et patsient ise peab leidma sobiva eriarsti (Emor 2002: 34). Samalaadne küsitlus viidi läbi 1998 aastal, kuid vastusevariantides puudus patsiendi enda otsustamise kriteerium – 49% eelistas terviseprobleemidega perearsti juurde pöördumist ning 38% soovis külastada eelnevalt eriarsti (Põlluste, Kalda, Lember 2000: 506) Tulemused näitavad, et arvestatav hulk inimesi saab aru perearsti rollist patsiendi esmase meditsiinilise nõustajana ning ei suutu väravavalvurisüsteemi kui arstiabi kättesaadavust piiravasse tegurisse.

Perearsti väravavalvuri rolliga on rahuolematud peamiselt suuremate linnade inimesed, kellele kahe arsti juures ootamine põhjustab suurema ajakulu (Emor 2002: 34). Seetõttu eelistavad Tallinna ja Tartu (kuigi seal on hästifunktsioneeriv esmatasand) inimesed sageli pöörduda eriarsti poole esmatasandi probleemidega, eriti otsepöördumistega erialade korral, põhjustades suuremat mittevajalikku koormust eriarstidele. Maainimesed pöörduvad reeglina eelnevalt perearsti poole ka saatekirja mittevajavate erialade puhul (Riigikontroll 2003).

Eeldatavalt perearstiabi populaarsus patsiendi esmase kokkupuutepunktina tervishoius tulevikus suureneb. Esiteks on selle põhjus inimeste usalduse ja rahulolu kasv, mis on seotud perearstide kasvava kogemuste hulgaga, täiendkoolitusega, ümberõppega ning erialaresidentuuri lõpetanud uute

perearstide pealekasvuga. Teise eeldatava põhjusena võib välja tuua eriarstiabi visiiditasude kehtestamise, mis kallutab esmase valiku odavamale ja kättesaadavamale ravi suunas (kui patsient veendub, et probleem lahendatakse ka perearsti poolt) ning kolmandaks mõjutavad patsienti eriarstiabi pikad järjekorrad (Maaroos: intervjuu).

3.3. Teenuse kättesaadavuse tagamine

3.3.1. Geograafiline kättesaadavus

Perearstinimistute piirkondlikku paiknemist kujundades 1997. aastal arvestas Sotsiaalministeerium maakonnaarstide ettepanekuid, kes koostasid oma maakondade rahvaarvust ja haldusjaotusest lähtuvalt perearsti nimistute jaotumise (Saluvere: intervjuu). Moodustatud piirkonnad võeti aluseks perearstipraksiste arvulise ülempiiri kehtestamiseks maakonniti (RTL, 13.12.2001, 130, 1883). Piirkondi moodustades lähtuti tolleaegsest sotsiaalministri 3. aprilli 1997. määrusega “Arstiabi esimese etapi korraldamine” kehtestatud nimistute suuruse piirmäärast, milleks oli 1500-2300 inimest (RTL 1997, 75, 430). Alates 2002. aastast on perearsti nimistu piirsuurust vähendatud ning selleks on 1200-2000 inimest (RTL, 2001,130,1883), mis võib tingida vajaduse ka piirkondlike nimistute arvu ülempiiride tõstmiseks.

Teenuse geograafilise kättesaadavuse tõstmiseks Eestis on vähemasustatud piirkondades töötavatele perearstidele kehtestatud lisatasud, et nende suhteliselt väiksemat patsientide nimistu suuruse alusel makstavat pearaha kompenseerida (VVm RT I 2003, 8, 41). Kauguse alusel lähimast tervishoiuasutusest makstavat lisatasu saab 2003. aastal 170 ehk viiendik perearstipraksistest (Eesti Haigekassa 2003a). Siiski on perearstide kättesaadavus maapiirkondades ohustatud, sest perearstid on sinna tööle asumiseks vähem motiveeritud. Põhjuseks on sealse elanikkonna kahanemine ning koos sellega ka perearstide nimistute vähenemine. Ka pole kauguse lisatasu suurendatud, kuigi viimaste

aastate jooksul on suurenenud nii perearstide baasraha kui pearaha (VVM RT I 2001, 41, 225; VVMRT I 2002, 7, 32; VVM RT I 2003, 8, 41, vt ka tabel 2).

Võimalikud lahendused oleksid väheasustatud piirkondades pakutavate lisatasude tõstmine või suuremate praksiste moodustamine koos perearstide abilistega (Saluvere, Vask: intervjuud). Haigekassa piirkondlikud osakonnad on aga seni lahendanud üksikjuhtumeid, näiteks Võru- ja Raplamaal on liidetud erinevates valdades asuvaid praksiseid (Tarien: intervjuu, Meditsiini Uudised 2003, Toomiste 2003), mille tulemusena võib aga väheneda nii ajaline kui geograafiline kättesaadavus. Perearsti oma valda töölemealitamiseks pakuvad omavalitsused perearstidele samuti lisasoodustusi, peamiselt tasuta ruumide näol (vt ka Toomiste 2003).

Perearstide soovimatus maapiirkondades praktiseerida on põhjustatud ka muudest teguritest kui lisatasude olemasolu või suurus. Näiteks makstakse perearstile või üldarstile, kes osutab üldarstiabi vähem kui 300 elanikuga saarel, pearaha summa koefitsiendiga kuni 3,0 (VVM RT I 2002, 7, 39). Sellest hoolimata pole nt Kihnu saarele täiskohaga perearsti leitud (Tarien, intervjuu). Maapiirkondades väheneb perearsti võimalus kolleegidega konsulteerimiseks ning tema arstlik kvaliteet võib langeda ka väheste ravijuhtude ning sellest tuleneva kogemuste puuduse tõttu (*Ibid*), samuti on raske leida endale puhkuste või täiendkoolituse ajaks asendajat. Perearstid võivad maalt linnadesse liikuda ka mugavusest. Suuremates linnades on töö kergem - kui Tallinna perearsti tööaeg on enamvähem limiteeritud, siis maal praktiseerivat perearsti tuntakse rohkem ning otsitakse teda sageli üles ka töövälisel ajal (Tarien, Tomberg: intervjuud).

3.3.2. Ajaline kättesaadavus

Erinevalt mitmetest teistest riikidest (vt tabel 1), kus patsiendil on perearstiabi võimalik saada ööpäevaringselt, ostab Haigekassa Eesti perearstidelt teenust vaid 8 tundi tööpäevas, seega 40 tundi nädalas ning ülejäänud osa ajast on patsiendil õigus pöörduda ööpäevaringselt lahti

olevatesse haiglate erakorralise meditsiini osakondadesse või kutsuda välja kiirabi. See on Eestis tekitanud palju vaidlusi teemal, kas kiirabi teeb öösiti perearstide tööd ja kas ta seda tegema peaks või mitte (Tomberg: intervjuu, Lenzner 2002, Rooväli 2002). Kiirabil on õigus perearstilt tagasi küsida raha nende visiitide eest, mida oleks pidanud tegema perearst, kui patsient ei saanud perearsti vastuvõtule küllalt kiiresti, kuid seda ainult perearstipraksise lahtioleku ajal (SOMm RTL, 31.12.2001, 139, 2062). Praktikas seda küsitud ei ole, näiteks Tallinna linn on kiirabiga kokku leppinud, et nad ei rakendaks seda võimalust enne 2004. aastat (Tomberg, intervjuu). Tartus on kiirabi küsinud perearstidelt transpordiraha kompenseerimist (Maaroos: intervjuu). Osaliselt võib tegemist olla patsiendi teadmatusena, mitte perearsti keeldumisega koduviidist, seega on nii perearstil kui linnal kohustus elanikke informeerida vältimatu abi näidustustest.

Ajalise kättesaadavuse suurendamiseks valmistab Haigekassa ette perearsti infotelefoni e meditsiinialast nõustamisteenust telefoni teel, tehtud on suunatud pakkumine projekti ettevalmistamiseks. Infotelefoni abil soovitakse pakkuda perearstiabi alast nõustamist ajal, mil perearsti ei ole võimalik kätte saada ehk öhtul kella 16-st 23-ni. Perearsti infotelefonis nõu andvate konsultantidena nähakse minimaalselt meditsiiniõe tasemega inimesi ning võimalus on saada ka valves oleva perearsti nõu (Tarien, Vask: intervjuud). Haigekassa on pidanud läbirääkimisi Eesti Perearstide seltsiga 24-tunnise valveteenuse sisseviimise üle. Peamiselt on sellele vastu olnud just suuremate linnade perearstid, sest linnades on tagatud erakorralise arstiabi kättesaadavus valveteenust osutavate haiglate kaudu (Tarien: intervjuu). Maal praktiseerivate perearstipraksiste korral on takistuseks inimressursi puudus. Erinevates Euroopa maades osutavad valveteenust 6-10-liikmelised perearstide grupid, kuid paljudes hõredalt asustatud Eesti maapiirkondades ei ole nii suuri gruppe võimalik moodustada.

On seisukohti, et Eestis ei peaks perearstid ööpäevaringset abi pakkuma. Öhtusel ajal ja nädalavahetustel on arstiabi tagatud kiirabi poolt ning perearstiabi arvelt lisanduvad kiirabiväljasõidud tekitavad suhteliselt vähem

täiendavaid kulutusi kui perearsti öövalve tagamine (Saluvere: intervjuu). Samuti suudavad vastaval ajavahemikul arstiabi tagada maakonnahaiglate erakorralise meditsiini osakondades valvavad arstid (Vask: intervjuu). Samal ajal osutavad maapiirkondade perearstid praegu sageli mitteametlikku valveteenust, sest annavad arstiabi ka väljaspool oma ametlikku lepinguaega, mida patsiendid neilt sageli ka nõuavad (Taim, 2003). Võimalik, et üheks täiendavaks lahenduseks vastuvõtuvälise ajavahemiku katmisele oleks perearstide koostöö kiirabi või haiglate valveosakondadega.

3.3.3. Rahaline kättesaadavus

Alates ravikindlustusseaduse jõustumisest 2002 aasta 1. oktoobril ei ole perearstidel õigust oma patsientidelt visiiditasu küsida, välja arvatud koduviisi korral, viimase maksimummääraks on 50 krooni (RTI, 18.07.2002, 62, 377). Eelnevalt kehtis perearstiabis 5-kroonise visiiditasu kehtestamise võimalus, mida enamus perearstidest ka rakendas (WHO 1995: 3). Visiiditasude süsteem on perearstide, Sotsiaalministeeriumi ja Haigekassa vahel põhjustanud palju erimeelsusi (vt ka Pärismaa 2001, Karja 2002), näiteks soovisid perearstid ka visiiditasu edasist rakendamist ning selle tõstmist, sest viiekroonine visiiditasu on suhteliselt väike võrreldes selle kogumise kuludega (Koppel, Tarien: intervjuud). Perearstide argumentideks olid perearstisüsteemi kuritarvitavate patsientide distsiplineerimine (Tiik 2002), osaliselt ka täiendava finantseerimise saamine oma praksise jaoks (Tarien: intervjuu). Samal ajal on perearstide ülesandeks ka profülaktilised tegevused, mis tähendab, et perearsti juurde võib tulla ka täiesti terve patsient ning perearsti ülesandeks on seda talle öelda, samuti on tema ülesanneteks nõustada patsienti tema tervise säilitamisel (SOMm, RTL 2001, 130, 1887). Seega võiks ideoloogiliselt olla täielikult tagatud perearstiabi rahaline kättesaadavus ehk visiiditasu puudumine (Maaroos: intervjuu), et julgustada patsienti igati perearsti poole pöörduma ja avastada haigused võimalikult varases staadiumis.

Viiekroonine visiiditasu patsiente oluliselt ei piiranud (Tarien, Maaros: intervjuud), seda enam, et visiiditasudest olid vabastatud pensionärid, lapsed ja (üli)õpilased. Töönimestel ei ole piiravaks teguriks enamasti raha, vaid visiidile kulutatud tööaeg. AS Emori korraldatud elanike küsitlusel vastas 42% inimestest, et nende perearsti juurde minekut piiraks 25 kroonine visiiditasu ning 67%, et seda teeks 50-kroonine visiiditasu. Koduviisiiditasu puhul märgib aga 25-kroonilist tasumist piiravaks 26% vastanutest ning 50- kroonist 59% (Emor 2002:34, 43-4). Tulemused näitavad, et juba 25-kroonine visiiditasu piirab perearsti kättesaadavust olulisel määral ning võib olla ohuks haiguste varajasele avastamisele, koduviisiiditasu 25-kroonine suurus ei piiraks inimesi väga oluliselt, praegu kehtestatud visiiditasu maksimummäär 50 aga küll. Osaliselt on just koduviisiiditasu tinginud käesoleva peatüki punktis 3.3.1. “Geograafiline kättesaadavus” nimetatud kiirabi suuremat kasutamist inimeste poolt, kes rahaliste piirangute tõttu ei soovi perearsti koju kutsuda. Kiirabil visiiditasu küsimise õigust ei ole.

Eriarstide visiiditasu mõjud

50-kroonise visiiditasu kehtestamise õigus eriarstiabile peaks suunama patsiente rohkemale perearstide kasutamisele ning vähemale eriarstide külastamisele ka neil erialadel, kus perearsti saatekirja kohustuslikuks pole tehtud (Maaros: intervjuu). Samal ajal on avaldunud oht, et patsient jätab eriarsti visiiditasu kartuses külastamata ka perearsti (Koppel: intervjuu), võib-olla kartes, et perearst ta sinna suunab. Riigikontrolli korraldatud küsitluses vastasid umbes pooled küsitletud perearstidest, et eriarstiabile kehtestatud visiiditasu on suurendanud patsientide soovi end pigem perearstide juures ravida ning pooled, et sellist muutust ei ole tekkinud (Lisa 4). Küsitlus oli aga läbi viidud kevadel ehk ajal, mil paljud suuremad eriarstiabi teenuse osutajad (nt Ida- ja Lääne-Tallinna Keskhaiglad) ei olnud visiiditasu maksimaalmäära kehtestanud, vaid kasutusel oli veel 5-kroonine tasu. Seetõttu on tõenäoline, et praegu sama küsimuse esitamisel oleks suurem nende perearstide osakaal, kes arvavad, et patsiendi käitumine on muutunud.

Eriarstidele kõrgema visiiditasu kehtestamine võrreldes perearstidega on üheks viisiks patsientide mõjutamiseks eriarsti asemel perearsti valida. Eesti Perearstide Selts rõhutab oma ettepanekus Riigikogu Sotsiaalkomisjonile aga vajadust perearstidele visiiditasu kehtestada ning toob põhjuseks (lisaks patsientide distsipliinerimise) vajaduse mõjutada patsiente perearstide asemel rohkem pereõde külastama (Tiik 2002).

3.4. Rahastamine ja perearstide nimistud

1998. aastast alates võeti kasutusele uued perearstisüsteemi finantseerimise põhimõtted ning perearstid asusid teenust osutama eraettevõtjatena, sõlmides selleks lepingu Eesti Haigekassaga. Peamiselt pearahal põhineva rahastamismudeli loomise eesmärk oli suurendada perearstide teenusepakkumise kuluefektiivsust, tõsta nende motivatsiooni haiguste ennetamiseks ning tervise edendamiseks. Samuti loodeti perearstide suurenevat konkurentsi patsientide pärast ning sellega seotud “kliendisõbralikumad” käitumist (WHO 2000a: 23-5).

Eesti perearste rahastati 2003. a I poolaastal keskmiselt ligi 74% pearaha meetodil, 11% moodustab kindel kuusissetulek (baasraha) ning 12% teenustasu uuringute eest. Väikese osa moodustavad lisatasud kauguse eest lähimast tervishoiuasutusest (0,4) ja perearsti tunnistuse eest (1,4) (vt tabel 2). Sarnased on osakaalud püsinud 1998. aastast alates, ning kõikumisi on esinenud vaid 1% piirides. Üldiselt hinnatakse peamiste komponentide – pearaha, baasraha ja teenustasu – vahekorda Eestis optimaalseks (Koppel, Maaros, Tarien: intervjuud, vt ka Vienonen 1997), on aga ka kaalutud pearaha osakaalu tõstmist baasraha arvelt (Saluvere: intervjuu).

Tabel 2. Üldarstiabi tervishoiuteenuste rahastamine 2002 aastal

Üldarstiabi tasustamise liigid	Eelarve täitmine (tuh EEK)	Tasustamisliikide osakaal
Baasrahad	48 274	12,1%
Kauguse lisatasu	1 974	0,5%
Tunnistuse lisatasu	7 131	1,8%
Pearaha kuni 2 a	6 862	1,7%
Pearaha 2 -70 a	249 693	62,4%
Pearaha üle 70 a	37 541	9,4%
Pearaha kokku	294 096	73,5%
Uuringute fond	48 750	12,2%
Kokku	400 225	100,0%

Allikas: Eesti Haigekassa aruanded.

2003. aasta septembriks töötas Eesti Haigekassa välja perearstide kulu-tulu mudeli, mille alusel suurendatakse kuni 2-aastaste laste pearaha tunduvalt võrreldes teiste vanusegruppidega ning pearaha osakaal perearsti sissetulekust kasvab ligikaudu 80%-ni (Eesti Haigekassa 2003d).

3.4.1. Tervise edendamine ja haiguste ennetamine

Üheks oodatavaks tulemuseks pearahal põhineva rahastamise sisseviimisel nähti terviseedendusliku töö suurenemist perearstide poolt (WHO 2000a, vt ka ptk 2.3.2. "Perearstide rahastamine ja nimistud"). Sotsiaalministri määrus "Perearsti tööjuhend" sätestab esimese punktina perearsti tööülesanneteks muuhulgas tervise edendamise ja haiguste ennetamise, mis hõlmab tervise riskitegurite hindamist, arstlikku läbivaatust, individuaalset tervisekasvatust, meditsiinilist nõustamist, immuniseerimist ja sõeluuringuid (RT 2001, 130, 1887) Praeguseks ei ole terviseedenduslik tegevus siiski oodatud mahus käivitunud. AS Emori läbiviidud uuring näitab, et teavet tervislikest eluviisidest

nende praktiliseks rakendamiseks saadakse paljudest erinevatest allikatest. Suur osa on meedial, rohkem teavet saadakse pigem lähedastelt/tuttavatelt kui oma perearstilt või teistelt arstidelt (Emor 2002: 54).

Sarnaselt teistele maadele (Rumeenia, Suurbritannia, vt ka pt 2.3.2 “Perearstide rahastamine ja nimistud”) ei ole pearaha meetodist piisanud perearstide ennetusliku töö osakaalu tõstmiseks ning kasutusele oleks vaja võtta täiendavaid motiveerimise meetodeid (Saluvere: intervjuu). Praegu on teenustasu hulka lisatud rohkem ennetavaid tegevusi, suurendades teenustasude protsenti pearahast 18,4-lt 20,5-le (RTL 2002, 118, 1719), samuti saavad ka perearstid taotleda lisaraha Haigekassa tervist edendavate projektide eelarvest (Eesti Haigekassa 2003c). Analüüsidest Eesti pearahasüsteemi ülevõtmist Suurbritannialt leiab Nõmm, et Eesti soovis võimalikult lihtsat rahastamisskeemi ning pearahaga seonduvaid probleeme põhjustas mittetäielik ülevõtmine (2003). Võimalik, et ennetuslike tegevustega seotud eesmärkide täitmiseks oleks olnud vajalik Suurbritanniaga sarnase keerulisema ning sooritusega seotud rahastamisskeemi sisseviimine.

Ennetusliku töö hindamine

Perearstide ennetuslikku tööd eraldi analüüsitud ei ole, kuigi suures osas on see juba praegu võimalik. Alates 2000. aastast kogub Haigekassa elektrooniliselt lisaks teenustasu alusel rahastatavatele tegevuste ka ravikoodidega kajastatud pearaha sees olevaid tegevusi (visiitide jaoks on võetud kasutusele eraldi koodid), arved esitatakse Haigekassale vaid statistika kogumiseks 0-kroonise hinnaga, (Koppel: intervjuu). Aruandes on eraldi koodi alusel kajastatud ka perearsti profülaktiline vastuvõtt (Eesti Haigekassa 2002) Lisaks sellele on Eesti Perearstide Selts välja töötanud perearsti tegevusaruande vormi projekti, kus tuuakse ära muuhulgas ka sellised ennetusliku tegevuse indikaatorid nagu: tervise edendamise ja haiguste ennetamise alase teabematerjali olemasolu perearsti ooteruumis ning väljaspool praksist teostatud koolitus, teavitamine või nõustamine (Eesti Perearstide Selts 2003). Sotsiaalministeerium koostöös Tartu Ülikooliga töötab 2003. aastal välja

perearstireformi hindamise mudelit, kus praeguste plaanide kohaselt mõõdetakse tervist edendavad ja haigusi ennetavate raviteenuste osutamist nii erinevate ennetuslike tegevuste arvu või osakaalu, selle meditsiiniliste auditite käigus hinnatava tulemuslikkuse kui ka riikliku tervisestatistikat silmas pidades (Saluvere: intervjuu). Tõenäoliselt on analoogilist hindamismeetodit võimalik kasutada ka üksikute perearstipraksiste ennetusliku tegevuse jälgimiseks. Olukorras, kus alates 2005. aasta 1. jaanuarist peab kõikidel perearstidel olema erialadiplom, ei ole diplomi eest lisaraha maksmine enam otstarbekas. Selle asemel võiks antud rahasumma siduda perearsti töö kvaliteediga, eeldades, et selleks ajaks on jõutud välja töötada kvaliteedi hindamise mudel (Saluvere: intervjuu). Üheks võimaluseks oleks siduda tulemustasu perearsti just tema ennetusliku tegevusega, milleks loob eeldused elektrooniline andmekogumine Haigekassas ning eriti elektroonilise haigusloo kasutusele võtmine.

3.4.2. Konkurents patsientide pärast

Pearaha on eelduseks iga üksiku patsiendi väärtustamiseks ning konkurentsi tekkimiseks patsientide pärast. See omakorda peaks motiveerima perearsti patsiendiga kliendisõbralikult suhtlema, talle tema erinevate soovide puhul vastu tulema ning sellega tekitama patsiendis soovi võimalikult kauaks ajaks tema nimistu liikmeks jääda (vt ka pt 2.3.2 “Perearstide rahastamine ja nimistud”). Patsiendi võimalused perearsti vahetada on teiste riikidega võrreldes lihtsamad: igal inimesel on võimalik vahetada perearsti jooksvalt ning tema üleminekut uue perearsti juurde arvestatakse järgmise kuu esimesest päevast (RT I 2001, 50, 284). Siiski leitakse praegust olukorda hinnates, et konkurentsi perearstide vahel ei ole tekkinud (Saluvere, Tarien, Tomberg: intervjuud). Konkurentsi puudumise peamiseks põhjuseks peetakse paljude nimistute suhteliselt suurt liikmete arvu ning sellega kaasnevat suurt töökoormust perearstile, mille tõttu perearstid ei ole lisanduvatest patsientidest huvitatud. Kuigi perearstide nimistute keskmine suurus on aastatel 1998-2003 langenud

(Tabel 3), on kasvanud patsientide visiitide arv praksiste kohta¹¹. Ka on keskmisest suuremad Tallinna ja Tartu perearstide nimistud ning suhteliselt madal keskmine tuleneb suhteliselt vähestest väiksematest nimistutest maapiirkondades (nt Kihnu) (Lisa 4).

Tabel 3. Perearstide nimistute arv, keskmine nimistu suurus ja visiitide arv ühe praksise kohta kuus aastatel 1997-2003.

Aasta	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Nimistute arv	174	299	370	480	670	697	796
Keskmine nimistu (praksise) suurus	-	1654	1651	1603	1667	1872	1598
Vastuvõtte 1 praksise kohta kuus	269	373	343	430	546	413	-

Allikad: 1997-1999.a. Koppel et al. 2003, 2000-2002.a. Eesti Haigekassa aruanded, 2003.a. Eesti Haigekassa 2003a.

Tallinna perearstide suured nimistud ja sellest tulenev suurem töökoormus võivad seega osaliselt olla patsientide väiksema rahulolu põhjuseks võrreldes Eesti keskmisega, samas võib põhjuseks olla ka pealinna elanike suurem nõudlikkus (Emor 2002: 19, 22). Üldiselt rõhutataksegi perearstiga seotud negatiivsetest seikadest enim nn klienditeeninduse standardeid (peab kaua ukse taga ootama) ja arsti suhtumist (ükskõiksus patsiendi suhtes), raviga seotud aspekte ei mainita (*Ibid*: 21). Haigekassa kodulehel oleva külalisteraamatu küsimuste-vastuste leheküljel kurdavad mitmed inimesed fakti üle, et Tallinna perearstidele avaldust kirjutades saadakse eitav vastus oma nimistusse võtmise kohta. Perearstil on õigus keelduda inimest oma nimistusse võtmast, kui tema nimistu piirarv on täis (RT I 2001, 50, 284). Samal ajal pole inimestel eelnevat

¹¹ Siinkohal võib esineda ka erinevast aruandlusest tingitud erinevusi antud statistikas.

Tõenäoliselt on võrreldavad andmed vastuvõttude kohta aastatel 2000-2003. Keskmise nimistu suuruse järsu tõusu 2002.a. (osaliselt ka 2001.a.) võis põhjustada perearstireformi sisseviimimine Tallinnas.

ülevaadet, millisel perearstil on nimistud täis ja millistel mitte ning tekib nn vaakumaeg, mil inimene ei ole veel uue perearsti nimistus, kuid ei saa või ei taha külastada oma vana perearsti (Haigekassa külalisteraamat).

Konkurentsi suurendamine

Konkurentsi suurendamise üheks võimaluseks oleks pearaha osakaalu kasvatamine perearstide rahastamismudelil, näiteks baasraha arvelt, mis tõstaks iga üksiku patsiendi rahalist väärtust perearsti jaoks (Saluvere: intervjuu). Teine tegur, mis perearstide konkureerimist tulevikus tõenäoliselt tõstab, on uute perearstide ametisseastumine (25 igal aastal, vt Ilves, Maaros, Tiik) ning sellega seotud nimistute suuruse vähenemine, millele loodi seadusandlik alus sotsiaalministri 29. novembri 2001 määrusega, vähendades seniseid nimistuliikmete arvu miinimum- ja maksimumpiire 400 võrra (RTL 2001, 130, 1883). Samuti plaanitakse nimistute vähenemisele kaasa aidata pearaha tõstmisega. Uue perearsti kulu-tulu mudeli alusel välja töötatud muudatuste tulemusena peaksid perearsti praksiste tulud katma kulusid alates 01.01.2004. 1200-liikmeliste nimistute korral, praeguse 1440-liikmeliste asemel. (Eesti Haigekassa 2003d).

Kokkuvõte

Kuigi Eesti perearstisüsteemi arenedes on paranenud ja ühtlustunud perearstide meditsiiniline kvaliteet ning inimeste usaldus perearstide suhtes on võrreldes endiste jaoskonnaarstidega suurenenud (Kalda 2001, Põlluste, Kalda, Lember 2000: 505), on väravavalvurisüsteemi rakendamine nimetatud muutuste põhjuseks ainult osaliselt. Perearstide erialase kvaliteedi tõusu peamiseks põhjuseks on erialane ümberõpe ning peremeditsiini õpetamine Tartu Ülikoolis. Osaliselt võis perearsti kvaliteedi tõusule kaasa aidata patsientide info koondumine perearsti kätte tänu saatekirja kohustusele väravavalvurisüsteemis. Saatekirja ebakorrekse täitmise tõttu, samuti haigusinfo perearstini mittejätmise tõttu ei koandu aga perearsti kätte kogu info tema patsientide kohta.

Perearstide motiveeritus ja rahulolu on reformi käigus suurenenud (Kalda 2001), kuid see on seotud esmatasandi üldise arenguga ja perearstide iseseisva ettevõtja staatusega. Väravavalvurisüsteemi rakendumine perearstide motiveeritusele otsest mõju ei oma.

Arstiabi järjepidevus on väravavalvurisüsteemi rakendamisega suurenenud, seda eelkõige seoses inimeste kuulumisega ühe perearsti nimistusse, mistõttu patsient pöörduv oma terviseprobleemidega peamiselt oma perearsti poole. Samas ei toimi osaliselt puuduliku tagasiside tõttu täielikult eriarsti alustatud ravi jätkamine perearsti poolt.

Perearstiabi kättesaadavuse tõstmisel on Eestis perearsti visiiditasu puudumise tõttu tagatud perearstiabi maksimaalne rahaline kättesaadavus, kuid problemaatiliseks on osutunud geograafilise ja ajalise kättesaadavuse kindlustamine elanikkonnale. Ei ole leitud töötavaid lahendusi perearstide töölemealitamiseks väheasustatud maapiirkondadesse ning ei ole lahendatud ka perearstiabi kättesaadavus pärast tööaega ning puhkepäevadel. Loodav perearsti nõuandetelefon vähendab seda vaakumit mõnevõrra ning võimaldab analüüsida perearstiabi ööpäevaringset vajadust.

Peamiselt pearahal baseeruv perearsti rahastamise mudel ei ole praeguseks kaasa toonud konkurentsi patsientide pärast, võimalikud põhjused sellele on suured perearstide nimistud linnades ning perearstide monopoolne seisund väheasustatud maapiirkondades. Konkurentsi tõusu võib kaasa tuua perearstide arvu kasv ning sellega kaasnev nimistute suuruse vähenemine. Pearaha ei ole suurendanud ka perearstide motivatsiooni ennetuslikuks tegevuseks.

Perearstireformi käigus on soovitataves eesmärkides välja toodud tõhus ja ökonoomne majandamine teatud määral saavutatud. Perearst on iseseisva ettevõtja ja Haigekassa lepingupartnerina motiveeritud oma tegevust ökonoomselt majandama. Samuti on perearstiabi kulud piiritletud ja hõlpsasti prognoositavad (suuri kõikumisi pole ette näha). Rahaline risk on riiklikult tasandilt delegeeritud perearstidele ehk mikrotasandile ning perearstiabile tehtavate kulutuste osakaal Haigekassa eelarves on langenud. (Saluvere, Vask, Koppel: intervjuud)

Võrreldes reformieelse seisuga on ökonoomsus perearstide koordineerimise tulemusena tõusnud, sest eelnevalt koordineerimist sisuliselt ei toimunud. Üldist tervishoiuteenuste kulutuste kokkuhoidu on aga raske majanduslikes terminites hinnata, sest paljud teised tegurid ei ole tervishoiusüsteemi jäänud konstantseks. Eesti tervishoiukulutuste osakaal SKP-st on küll perearstireformiaastate jooksul langenud, kuid see vähenemine ei ole põhjustatud perearstiabi väravavalvurisüsteemi arengust, sest tervishoiukulutused sõltuvad sotsiaalmaksu laekumisest. Samuti ei ole vähenenud teise ja kolmanda tasandi arstiabi kulutuste osakaal. Viimast ei saa aga hinnata kui perearstidest väravavalvurite ebatõhusat tegevust, sest nende tasandite teenuste ning ravijuhtude hinnad on tõusnud (Saluvere: intervjuu).

Ettepanekud süsteemi täiustamiseks:

- Väravavalvuri funktsiooni paremaks rakendamiseks tuleb tõhustada järelevalvemehhanisme perearsti üldise suunamistegevuse üle, eriti mõlemapoolse infovahetuse üle perearstide ja eriarstide vahel saatekirjade kaudu. Võimalik, et antud ettepanek nõuab ka saatekirjanõuete täpsustamist sotsiaalministri vastavasisulisel määruses.
- Lisaks saatekirjanõuete täitmisele tuleb tõsta perearstide informeeritust oma patsiendi külastustest eriarstiabi osutaja juurde, soodustades nii perearstide poolt patsientide registreerimise võimalust (peamiselt internetis) kui ka elektrooniliste tagasiside mehhanismide arendamist ja ühtlustamist.
- Ajalise kättesaadavuse tõstmisel on kõige olulisem leida lahendus esmatasandi arstiabi tagamisel väljaspool perearstide tööaega, selleks seadustades ja tasustades perearstide hetkel mitteametliku nädalavahetuse töö ja/või töötades välja selged alternatiivid, kuhu patsient perearsti vastuvõtu välisel ajal saaks pöörduda.
- Geograafilise kättesaadavuse parandamisel on lihtsaimaks administratiivseks meetmeks perearstide lisatasude suurendamine väheasustatud maapiirkondades. Lisatasud kauguse eest lähimast tervishoiuasutusest, mis on püsinud samal tasemel viimase viie aasta jooksul, ei ole praegu piisavaks motivatsiooniks perearstide sihtpiirkondadesse töötama asumisel.
- Konkurentsi soodustamiseks lisaks senistele teavitamismeetoditele on vaja inimeste paremaks informeerimiseks jagada teavet ka selle kohta, millistel perearstidel on nimistud täis. Vastavate andmete avaldamiskulud on sisuliselt olematud – andmed saab esitada Haigekassa veebileheküljel, samuti teha kohustuslikuks vastava info nähtavasse kohta ülespanek perearstipraktistes.

- Motiveerimaks perearste tegema ennetuslikke toiminguid on otstarbekas rakendada infokogumist ja kontrolli perearsti mõõdetavate ennetuslike tegevuste üle ning siduda osa perearstide rahastamisskeemist ennetustegevusega.

Kokkuvõtlikult võib öelda, et Eesti on tervikuna võtnud väravavalvurisüsteemi ja pearaha tasustamise meetodi kombinatsiooni näol kasutusele piiratud tervishoiuressursside tingimustes parima tervisekorraldusliku lahenduse. Süsteemi täiustamiseks ei pea seda enam tervikuna muutma, vaid tegelema selle üksikute osade arendamisega, näiteks ajalise ja geograafilise kättesaadavuse tõstmisega, inimeste teavitamisega, perearstide parema informeerituse tagamisega ning tulemusega seotud motivatsioonisüsteemide rakendamisega.

Kasutatud materjalid

Kasutatud kirjandus

AESGP (1998) "Economic and Legal Framework for NON-prescription medicines in Europe. Brussels", *AESGP & Arzneimittel Zeitung*: lk 1-230.

Anell, A., Barnum, H (1998) "The Allocation of Capital and Health Sector Reform" kogumikus Saltman, R.B. Figueras, J. and Sakellarides, C. (ed.) "Critical Challenges for Health Care Reform in Europe" Open University Press, pp. 179-195.

Aprote (2003) *Terviselugu: Infovahetuse analüüs*. EV Sotsiaalministeerium, Tervishoiuprojekt 2015. Töödokument, 16 lk.

BCMA – British Columbia Medical Association, <http://www.bcma.org>
(külastatud 07.08.2003)

Busse, R. (2002a) "Germany" kogumikus Dixon, A., Mossialos, E. (ed.) *Health Care Systems in Eight Countries: Trends and Challenges*. European Observatory on Health Care Systems. pp 47-60.

Busse, R. (2002b) "Netherland" kogumikus Dixon, A., Mossialos, E. (ed.) *Health Care Systems in Eight Countries: Trends and Challenges*. European Observatory on Health Care Systems pp. 61-73.

Corra, M., Willer, D. (2002) "The Gatekeeper" *Sociological Theory* 20:2 July, pp. 180-207.

Department of Health (2002) "GPs Fees and Allowances & Superannuation"
<http://www.doh.gov.uk/pricare/gpfeesapril2002.htm> (külastatud 10.08.03)

Dixon, A., Robinson, R. (2002) kogumikus Dixon, A., Mossialos, E. (ed.)
Health Care Systems in Eight Countries: Trends and Challenges. European
Observatory on Health Care Systems pp. 103-114.

Eesti Haigekassa aruanded (2000-2002). <http://www.haigekassa.ee/aruanded>
(külastatud 31.08.2003)

Eesti Haigekassa (2002) "Üldarstiabi rahastamise tüüplepingu tingimuste
kinnitamine ja volituste andmine 2003. a lepingute sõlmimiseks. Eesti
Haigekassa juhatuse 23. detsembri 2002. otsus nr 236.

Eesti Haigekassa (2003a) "Eesti Haigekassa 2003 aasta I poolaasta eelarve
täitmise aruanne: üldarstiabi". Avaldamata.

Eesti Haigekassa (2003b) "Ravikindlustushüvitiste õigsuse ja põhjendatuse
kontroll tervishoiuteenuste osutamist tõendavate dokumentide alusel: 2003 I
poolaasta koondaruanne". Tervishoiuteenuste osakond, Ravimiosakond, 17 lk.

Eesti Haigekassa (2003c) "Tervise edendamine ja haiguste ennetamine".
<http://www.haigekassa.ee/HK/Ravikindlustus/terviseedendus.htm> (külastatud
31.08.2003)

Eesti Haigekassa (2003d) "Perearsti kulu-tulu mudel", Eesti Haigekassa
finantsosakond. Töödokument (xls).

Eesti Perearstide Selts (2003) "Perearsti tegevusaruanne", Avaldamata
projektdokument.

Ehrenberg, A., Tammemäe, L., Zupping, E-K. (2001) "Sünnitusabi ja günekoloogia arengukava aastani 2015" Eesti Tervishoiuprojekt 2015
http://www.tervishoiuprojekt.ee/docs/est/Gunekoloogia_tt_20011210.doc
(külastatud 26.08.2003)

Einasto, M. (1999). Hoomamatu halduspoliitika. *Postimees* 15.03.1999.
<http://www.postimees.ee:8080/leht/99/03/15/arvamus.htm#teine>
(külastatud 21.09.2003)

Emor (2002) Haigekassa uuring elanikkonna tervisealasest suundumisest. Eesti Haigekassa, 75 lk.

ENE. 1975. VII köide, Tallinn, "Valgus", 576 lk.

Franco, S.M., Mitchell, C.K. (1997) "Primary care physician access and *gatekeeping*: A key to reducing emergency department use." *Clinical Pediatrics*, Feb97, Vol. 36, Issue 2, pp. 63-69.

Forrest, C.B. (2003) "Primary Care Gatekeeping and Referrals: Effective Filter or Failed Experiment?" *British Medical Journal*, Mar2003, Vol 326, pp 692-695.

Gertham, U.G., Jönsson, B. (2000) "International Comparisons of Health Expenditures: Theory, Data and Econometric analysis", kogumikus Culyer, A.J. and Newhouse, J.P (ed.), *Handbook of Health Economics*, Vol 1A, Elsevier, Amsterdam.

Gosden, T., Sibbald, B., Williams, J., Petchey, R., Leese, B. (2003) "Paying Doctors by Salary: a Controlled Study of General Practitioner Behaviour in England". *Health policy* 64 (2003) Elsevier. pp 415-423.

Groenewegen, P. P., Dixon, J., Boerma, G.W. (2002) "The Regulatory Environment of General Practice: an International Perspective" kogumikus Saltman, R.B., Busse, R. and Mossialos, E. (ed). *Regulating Entrepreneurial Behaviour in European Health Care Systems*. Open University press, pp 200-14.

Hsiao, W. (2000) "What Should Macroeconomists Know About Health Care Policy? A Primer" IMF working paper
<http://www.imf.org/external/pubs/ft/wp/2000/wp00136.pdf>, (külastatud 02.08.2003)

Jepson, Guy M. H. (2001), "How do Primary Health Care Systems Compare Across Western Europe?" *Pharmaceutical Journal*; 267 (7162); pp 269-273.

Jönsson, B., Eckerlund, I. (2003) "Why do Different Countries Spend Different Amounts on Health Care? Macroeconomic Analysis of Differences in Health Care Expenditure" kogumikus "A Disease-based Comparison of Health Systems.: What is Best and at What Cost?" OECD, pp 106-119.

Kalda, R. (2001) Structure and Outcome of Family Practice Quality in the Changing Health Care System of Estonia. Dissertation No 68, University of Tartu, 71 p.

Karja, S. "Perearstid tahavad ühtset visiiditasu". *Postimees* 18.01.2002
<http://vana.www.postimees.ee/index.html?op=lugu&rubriik=31&id=44996&number=404> (külastatud 28.09.2003)

Koppel, A., Meiesaar, M., Valtonen, H., Metsa, A., Lember, M. (2003) "Evaluation of Primary Health Care Reform in Estonia" *Social Science and Medicine*, 56, p 2461-2466.

Kutzin, J. (1998) "The Appropriate Role For Patient Cost Sharing" kogumikus Saltman, R.B. Figueras, J. and Sakellarides, C. (ed.) "*Critical Challenges for Health Care Reform in Europe*", Open University Press, pp. 78-112

Lember, M. (1998) "Perearsti töökorraldus ja töö tasustamise meetodid" kogumikus Maaros, H-I., Lember, M. (toim) "*Peremeditsiin*". Elmatar, lk 27-38.

Lenzner, A. (2002) "Mille poole kihutab kiirabi?" *Postimees* 29.07.2002, <http://vana.www.postimees.ee/index.html?op=lugu&rubriik=31&id=65908&number=564> (külastatud 28.09.2003)

Levin L.S. (1989) "Self-medication in Europe: Some Perspectives on the Role of the Pharmacist" kogumikus Lunde, I., Dukes G. (ed). "*The Role and the Function of the Pharmacist in Europe*". Groningen: Styx Publications; pp 111-121.

LHV (2001) "Valikuline ülevaade Eesti tervishoiusektori problemaatikast ja lahendusvariantidest", 60 lk
http://finants.tervishoiuprojekt.ee/docs/est/tervishoiu_problemaatika.pdf
(külastatud 25.07.2003)

Meditsiini Uudised (2003). Võru maavalitsus liidab perearstipraksiseid. 17.06.2003. <http://www.mu.ee/a1.htm?id=720&d=17/06/2003> (külastatud 06.09.2003)

Maaros, H-I. (1998) "Perearstiteadus akadeemilise erialana" kogumikus Maaros, H-I., Lember, M. (toim) "*Peremeditsiin*". Elmatar, lk 11-14.

Maciejewsky, M.L. (1998) "How Are University Employees Affected by Health Plan Payments to Physicians?" <http://www.geom.uiuc.edu/usenate/payreport/> (külastatud 08.08.2003)

NHS Direct <http://www.nhsdirect.nhs.uk/> (külastatud 22.08.2003)

Nolan, B. (1993) "Economic Incentives, Health Status and Health Services Utilisation." *Journal of Health Economics*, 12, pp 151-169.

Nõmm, K. (2003) "Poliitika ülevõtmine: pearahasüsteem eesti perearstide rahastamisel", Bakalaureusetöö, TÜ, 60 lk.

OECD (1994) "The Reform of Health Care Systems: A Review in Seventeen OECD Countries. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development.,

OMA (Ontario Medical Association) (1998) "Primary Care Reform: A Strategy for Stability" <http://www.oma.org/phealth/pcare/pcare.htm> (külastatud 08.08.2003).

Or, Z (2000) "Exploring the Effects of Health Care on Mortality Across OECD Countries" Labour Market and Social Policy – Occasional papers No. 46. OECD 2000. 38 p.

Oxley, H. MacFarlan, M. (1994) Health Care Reform. Controlling Spending and Increasing Efficiency. OECD 1994, 125 p.

Põlluste, K., Kalda, R. Lember, V. (2000) "Primary Health Care System in Transition: the Patient's Experience." *International Journal for Quality in Health Care*, 2000, 12, pp 503-509.

Pärismaa, S. (2001) Palju segadust viie krooni pärast. *Maaleht* 01.03.2002.
<http://www.maaleht.ee/LEHT/2001/03/01/elu.html> (külastatud 31.08.2003).

RCGP (1996) "The Nature of General Medical Practice - Report from General Practice 27", London, Royal College of General Practitioners, 20 p.

Riigikontroll (2003) "Ambulatoorse eriarstiabi nõudluse jälgimine". Auditi materjalid. Kontrollülesanne nr 7040. Avaldamata.

Rooväli, K. (2002) "Kiirabi tohib perearsti töö eest tasu nõuda". *Postimees* 09.01.2002
<http://vana.www.postimees.ee/index.html?op=lugu&rubriik=3&id=44100&number=396> (külastatud 29.09.2003)

Saava, A. 1998. *Sissejuhatus rahvatervise õppeainesse*. TÜ Tervishoiu Instituut

Sandier, S., Polton, D., Paris, V., Thomson, S. (2002) "France" kogumikus Dixon, A., Mossialos, E. (ed.) "*Health Care Systems in Eight Countries: Trends and Challenges*." European Observatory on Health Care Systems pp 31-45.

Sotsiaalministeerium (2000) "Estonia Hospital Master Plan 2015", Scandinavian Care Consultants AB and SWECO International AB
<http://www.sm.ee/gopro30/Web/gpweb.nsf/pages/healthpolicy0001> (külastatud 25.07.2003)

Sotsiaalministeerium. (2002) "Eesti haiglate arengukava aastani 2015" Eesti Tervishoiuprojekt.
[http://www.sm.ee/gopro30/Web/gpweb.nsf/HtmlPages/HVA2002/\\$file/HVA2002.pdf](http://www.sm.ee/gopro30/Web/gpweb.nsf/HtmlPages/HVA2002/$file/HVA2002.pdf) (külastatud 25.07.2003)

Starfield, B. (1998) *Primary Care: Balancing Health Needs, Services, and Tehcnology*. Oxford University Press, 438 p.

Statistikaamet (2003) Demograafilised põhinäitajad. Statistika andmebaas.
<http://gatekeeper.stat.ee:8000/px-web.2001/Database/Rahvastik/Rahvastik.asp>
(külastatud 29.09.2003)

Suits, S. (1999) "Eesti rahvatervis rahvusvahelisel taustal" Bakalaureusetöö, TÕ, 93 lk.

Tiik, M. (2002) Riigikogu Sotsiaalkomisjonile. Eesti Perearstide Selts.
06.05.2003.
http://www.hot.ee/eelnou/Riigikogu_Sotsiaalkomisjonile_viisiiditasu.htm
(külastatud 12.09.2003)

Toomiste, M. (2003) "Vallad toetavad arste jõudumööda". *MeditSiini Uudised*
11.02.2003. <http://www.mu.ee/a1.htm?id=360&d=11/02/2003> (külastatud
28.09.2003)

Vienonen, M. (1997) "Primary Medical Care Organization; Profiles and Renumeration" WHO Advisory Support to Health Care Reform in Estonia, PHARE-WHO Collaboration. Tõlge eesti keelde.

Vladescu, C., Radulescu, S. (2001) Improving Primary Health Care: Output-based Contracting in Romania. *Public Policy For the Private Sector*. World Bank pp 73-79.
<http://rru.worldbank.org/Documents/13ch8.pdf> (külatatud 20.08.2003)

Weil, O., McKee, M. (1998) "Setting Priorities for Health in Europe: Are We Speaking the Same Language?" *European Journal of Public Health*, Vol. 8, No. 3, pp. 256-258.

WHO (1946) *Constitution of the World Health Organization*.

http://whqlibdoc.who.int/hist/official_records/constitution.pdf

(külastatud 21.09.2003).

WHO (1996) *Primary Health Care Reforms*. Edited by J. Goicoechea, WHO Regional Office for Europe, Scherfigsvej 8, DK-2100, Copenhagen, Denmark, 178 pp.

WHO (1997a) *European Health Care Reform: Analysis of Current Strategies*.

Edited and written by Richard B. Saltman and Joseph Figueras. WHO regional publications. European series, No. 72, 308 pp.

WHO (1997b) "Highlights on Health in the Netherlands." WHO Regional Office for Europe. <http://www.who.dk/document/e62040.pdf> (külastatud 23.08.2003)

WHO (1999a) *World Health Report 1999: Making a Difference*, WHO, 127 p.

WHO (1999b) "Health Care Systems in Transition (HIT). United Kingdom" European Observatory on Health Care Systems. 117 p.

WHO (2000a) "Health Care Systems in Transition (HIT). Estonia" European Observatory on Health Care Systems. 68 p.

WHO (2000a) "Health Care Systems in Transition (HIT). Romania" European Observatory on Health Care Systems. 68 p.

WHO (2001) "Health Care Systems in Transition (HIT). Finland" European Observatory on Health Care Systems. 92 p.

Willems, D. L. (2001). "Balancing Rationalities: Gatekeeping in Health Care" *Journal of Medical Ethics* 2001; 27, pp 25-29.

WONCA Europe (2002), Evans, P. (ed). "The European Definition of General Practice / Family Medicine", 34 p.

World Bank (2001) "Estonia – Health Sector Development"
http://www-wds.worldbank.org/servlet/WDSContentServer/WDSP/IB/2001/03/26/000094946_0103230951108/Rendered/PDF/multi0page.pdf
(kõlastatud 29.08.2003)

Intervjuud

Koppel, Agris: Eesti Haigekassa tervishoiuosakonna tervishoiu peaspetsialist. Autori intervjuu. Üleskirjutus. Tallinn, 26. august 2003.

Maaroos, Heidi-Ingrid: Tartu Ülikooli arstiteaduskonna peremeditsiini õppetooli juhataja. Autori intervjuu. Üleskirjutus. Tartu, 27. august 2003.

Saluvere, Katrin: EV Sotsiaalministeeriumi tervishoiu asekanstler. Autori intervjuu. Üleskirjutus. Tallinn, 30. august 2003.

Tarien, Helvi: Eesti Haigekassa tervishoiuosakonna juhataja. Autori intervjuu. Üleskirjutus. Tallinn, 15. august 2003.

Tomberg, Ene: Tallinna Sotsiaal- ja Tervishoiuameti juhataja asetäitja. Riigikontrolli auditiintervjuu. Läbiviijad Riigikontrolli audiitorid A. Kukk ja S. Suits. Üleskirjutus. Tallinn, 7. juuli 2003.

Vask, Arvi: Eesti Haigekassa juhatuse liige. Riigikontrolli auditiintervjuud. Läbiviijad Riigikontrolli audiitorid A. Kukk ja S. Suits. Üleskirjutus. 22. mai ja 9. juuli 2003.

Seadusandlikud aktid

Arstide erialade arengukavad. Sotsiaalministri 28. detsembri 2001. a määrus nr 159 (RTL 2002, 8, 79)

Eesti Haigekassa seadus RT I 2000, 57, 374

Eesti Haigekassa põhikiri. RT I 2001, 5, 14

Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetelu. Vabariigi Valitsuse 5. augusti 2003. a määrus nr 209 (VVm RTI, 12.08.2003, 56, 380).

Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetelu. Vabariigi Valitsuse 24. septembri 2002. a määrus nr 209 VVm RT I 2002, 78, 468

Haigla liikide nõuded. Sotsiaalministri 17. jaanuari 2002. a määrus nr 18 (SOMm RTL 2002, 18, 238)

Kiirabi ja perearstide koostöö ning tasaarveldamise kord. Sotsiaalministri 19. detsembri määrus nr 133 (SOMm RTL, 31.12.2001, 139, 2062)

Perearsti tööjuhend. Sotsiaalministri 29. novembri 2001. a määrus nr 117 (SOMm RTL 2001, 130, 1887).

Perearsti nimistu piirsuurus, perearsti nimistu moodustamise, muutmise ja võrdlemise alused ja kord. Sotsiaalministri 29. novembri 2001. a määrus nr 113 (SOMm RTL 2001, 130, 1883).

Kindlustatud isikult tasu maksmise kohustuse Eesti Haigekassa poolt ülevõtmise kord ja tervishoiuteenuse osutajatele makstava tasu arvutamise meetodika. Sotsiaalministri 3. oktoobri 2002. a määrus nr 121 (SOMm RTL 2002, 118, 1719),

Tervishoiuteenuste korraldamise seadus, RT I 2001, 50, 284

Vabariigi Valitsuse 24. septembri 2002. a määruse nr 302 "Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetelu" muutmine Vabariigi Valitsuse 21. jaanuari 2003. a määrus nr 22 " " RT I 2003, 8, 41.

Lisa 1. Tabelid

Tabel 1. Ambulatoorsete visiitide ja statsionaarsete e haiglaravi juhtude arvud 100 elaniku kohta ning statsionaarsed ravijuhud protsendina ambulatoorsete visiitide arvust aastatel 1990 ja 2003.

Riigid	Ambulatoorsete visiitide arv 100 elaniku kohta aastas		Haiglaravi juhtude arv 100 elaniku kohta aastas		Haiglaravi juhtude % ambulatoorsete visiitide arvust	
	1990	2001 ^a	1990	2001 ^a	1990	2001 ^a
Austria	590	670	23,42	29,23	4,0	4,4
Belgia	770	740	18,56	19,73	2,4	2,7
Bulgaaria	660	540	19,02	15,32	2,9	2,8
Horvaatia	824	700	15,35	15,79	1,9	2,3
Tsehhi	1390	1480	18,06	20,27	1,3	1,4
Taani	570	700	20,73	18,9	3,6	2,7
Eesti	790	650	18,48	19,7	2,3	3,0
Soome	390	430	22,35	26,02	5,7	6,1
Prantsusmaa	580	650	22,69	22,94	3,9	3,5
Saksamaa	-	650	20	23,5	-	3,6
Ungari	1317	2270	21,76	26,07	1,7	1,1
Läti	810	480	22,53	20,67	2,8	4,3
Leedu	780	650	18,68	24,03	2,4	3,7
Holland	550	580	9,9	9,27	1,8	1,6
Poola	580	540	12,06	15,54	2,1	2,9
Portugal	300	340	10,71	12	3,6	3,5
Rumeenia	826	540	20,13	24,36	2,4	4,5
Slovakkia	1361	1459	16,41	19,74	1,2	1,4
Rootsi	280	280	19,57	16,57	7,0	5,9
Suurbritannia	610	540	14,46	15,13	2,4	2,8
Euroopa keskmine	778	731	18,86	18,71	2,4	2,6

Allikas: Health for All Database, WHO

^a Tabelis on kasutatud 2001 või viimast aastat, mille kohta vastavad andmed olemas.

Tabel 2. Riikide kulutused statsionaarsele haiglaravile osakaaluna üldistest tervishoiukulutustest ja haiglasoleku pikkus.

Riigid	Haiglaravi kulude osakaal riikide tervishoiukulutustest (%)			Keskmine haiglaravi juhu pikkus päevades		
	1992	1996	2001 ^a	1990	1995	2001 ^a
Austria	20,40	47,00	-	13,00	10,90	7,60
Belgia	34,00	34,80	-	13,80	11,41	11,45
Bulgaaria	53,00	-	-	13,70	13,60	10,70
Tsehhi	-	33,80	33,80	16,00	13,10	11,50
Taani	55,80	55,30	52,20	7,90	7,20	6,60
Eesti	-	-	29,40	17,40	12,70	8,68
Soome	43,90	41,80	39,90	18,20	12,10	10,30
Prantsusmaa	45,10	45,50	42,80	13,30	11,20	10,80
Saksamaa	28,60	30,20	31,10	17,20	14,20	11,90
Ungari	62,60	52,40	32,20	12,70	10,80	8,73
Island	53,50	55,10	55,70	16,20	13,70	-
Itaalia	44,00	41,70	42,30	11,70	10,10	7,59
Läti	78,00	58,00	56,60	17,30	14,90	11,30
Luxembourg	26,90	32,40	29,80	17,60	15,30	-
Holland	49,70	49,60	49,20	16,04	14,28	12,50
Norra	59,60	37,40	39,50	-	8,20	7,70
Portugal	35,00	-	-	10,80	9,80	9,00
Rumeenia	57,00	58,00	53,00	11,40	11,00	8,60
Slovakkia	-	-	-	14,70	11,70	10,00
Rootsi	-	-	-	18,00	7,80	6,30
Suurbritannia	43,30	-	-	15,60	9,90	9,80
Euroopa keskmine	-	-	-	14,72	13,15	11,49

Allikas: WHO Health for All Database

^a Tabelis on kasutatud 2001 või viimast aastat, mille kohta vastavad andmed olemas.

Tabel 3. Valitud Euroopa riikide tervishoiu üldist rahastamist ja perearstisüsteeme iseloomustavad näitajad: vāravavalvurisüsteemi ja nimistu olemasolu, nimistute keskmine suurus, perearsti visiidi tasustamise skeem, perearsti visiidi tasu võrrelduna spetsialisti visiidi tasuga.

	Riiklik süsteem	Kulud tervishoiule 2000 a.	Vārava-vaht	Nimistu	Keskmine nimistu suurus	Rahastamine (TT-teenustasu PR-pearaha)	Perearsti visiidi tasu	Spetsialisti (eriarsti) visiidi tasu
Rumeenia	sotsiaal-kindlustus	2,9	Jah	Jah		PR	Ei	Ei
Eesti	sotsiaal-kindlustus	6,1	Jah	Jah	1600	PR + TT	Ei	kuni 3 EUR
Soome	riiklik rahastamine	6,6	Jah	Jah	1750	baasraha, PR, TT, rahastamine	20 EUR aastaks või 3x10 EUR kolm esimest visiiti	kuni 29 EUR
Iirimaa	sotsiaal-kindlustus	6,7	Jah	Jah (madalama sissetulekuga – I, II kat)	1800	PR + TT	I ja II kategooria tasuta, III sõltuvalt sissetulekust	I ja II kategooria tasuta, III sõltuvalt sissetulekust
Suur-britannia	riiklik rahastamine	7,3	Jah	Jah	1892	PR + TT	Ei	Ei
Hispaania	riiklik rahastamine	7,7	Jah	Jah	2500	palk/TT	Ei	Ei
Norra	riiklik rahastamine	7,8	Jah	Ei	1300	PR + TT (tervisekeskustes palk)	11 \$	17 \$
Austria	sotsiaalkindlustus	8	Mõningal määral	Jah	-	TT + baasraha	kõrgema sissetulekuga grupile	kõrgema sissetulekuga grupile

Itaalia	riiklik rahastamine	8,1	Jah	Jah	900	PR	Ei	7-8 \$
Holland	sotsiaal-kindlustus	8,1	Jah	Jah	2166	PR + TT	Ei va. Erakindlustus	Ei va. Erakindlustus
Portugal	riiklik rahastamine	8,2	Jah	Jah	1550	palk		91-213 \$
Kreeka		8,3	Ei	Ei	-	palk	Ei	Ei
Taani	riiklik rahastamine	8,3	Jah	Jah	1610	PR + TT	Ei, va 3% elanikkonnast	Ei, va 3% elanikkonnast
Rootsi	riiklik rahastamine	8,4	Ei	Ei	-	palk	11-15 EUR	GP suunatuna tasuta, muidu kõrgem visiiditasu kui GP-l
Belgia	sotsiaal-kindlustus	8,7	Ei	Ei	1200	TT	25%. Madalama sissetulekuga 10%	25%. Madalama sissetulekuga 10%
Island		8,9	Jah	Ei	-	palk + TT, PR	9 \$	17 \$ + 40% ülejäänud kuludest
Prantsusmaa	sotsiaal-kindlustus	9,5	Ei	Ei	-	TT	18.50 EUR, millest komp kuni 70% (väiksem madala sissetulekuga gruppidele)	25%
Saksamaa	sotsiaal-kindlustus	10,6	Ei	Ei	2000	TT	Ei	Ei

Allikad: OECD 1994, WHO 1997b, WHO 2001, WHO Health for All Database, WHO 1999a (World Health Report 1999), Groenewegen, Dixon, Boerma 2002, Vladescu, Radulescu 2001.

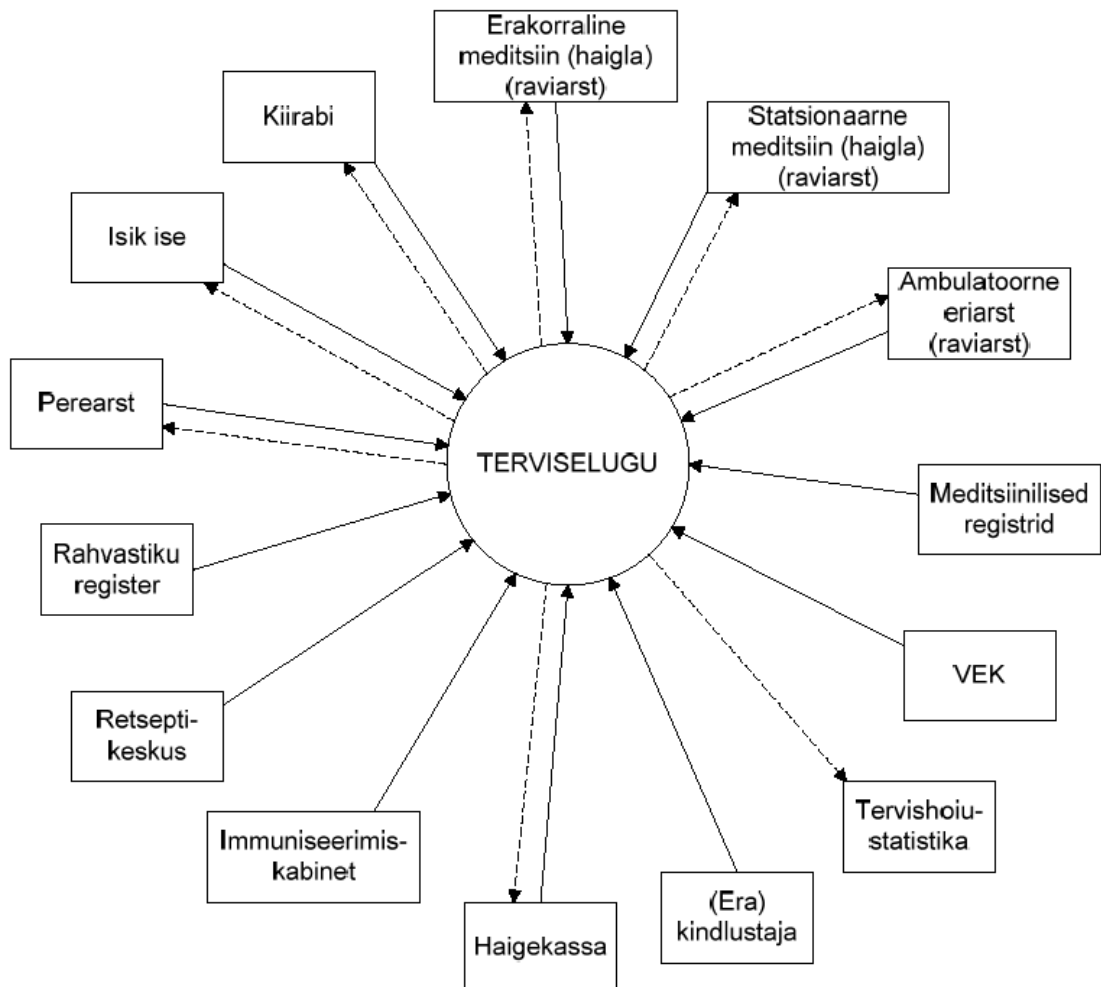
Lisa 2. Esmatasandi reformid

- 1980-ndate lõpp** Diskussioonid tervishoiusüsteemi ümberkorralduste vajadusest. Tutvumine erinevate tervishoiusüsteemidega maailmas, peremeditsiini õpetajate koolitus Soomes.
- 1991** Tartu Ülikooli Arstide ja Proviisorite Täiendusteaduskonna initsiatiivil ning rühma entusiastlike jaoskonnaarstide osavõtul algasid esimesed perearstikursused. Loodi Perearstide Selts.
- 1992** Tartu Ülikooli arstiteaduskonnas avati polikliiniku ja perearstiteaduse õppetool.
- 1993** Sotsiaalministeerium tunnistas perearsti erialaks, vastava tunnistuse said 25 esimest perearsti.
- 1994-1995** Sotsiaalministeeriumi poolt kokku kutsutud töörühm koostas perearstiseaduse eelnõu, eelnõud Riigikogule ei esitatud. Maailmapanga Eesti Tervishoiuprojektis loeti perearstiabi arendamine üheks prioriteediks.
- 1997** Sotsiaalminister kinnitas perepraksiste arvu (807) ja paigutuse Eestis, perearsti tööjuhendi ja uue rahastamise korra. Elanikkonnale anti võimalus oktoobrikuu jooksul valida perearsti ja registreeruda perearsti nimistusse.
- 1998** Perearstid alustasid tööd eraettevõtjatena. Haigekassa alustas perearstide rahastamist perearsti nimistusse kuuluvate inimeste pearaha (15 krooni kuus ühe inimese kohta) järgi.
- 1999** Elanikkonnale anti võimalus perearsti nimistutesse registreeruda aastaringselt. Perearstidele makstav pearaha kuus suurenes vastavalt: 0-2a: 20 kr; 2-70 a: 16 kr; üle 70 a: 18 kr. Tallinnas algas pilootprojekt "Esimese etapi arstiabi korraldamine perearstiabina".
- 2000-2003** Esimese etapi arstiabi korralduses on toimunud üleminek perearstiabile kogu Eestis. Tartu Ülikoolis on ettevalmistuse saanud vähemalt 807 perearsti. Perearstiabi teenuse mõiste on sätestatud tervishoiuteenuste korraldamise seadusega.

Allikas: EV Sotsiaalministeerium

Lisa 3. Digitaalse terviseloo infosüsteem

Joonisel on pideva joonega märgistatud süsteemi andmete lisajad ning katkendliku joonega süsteemi andmete kasutajad.



Allikas: Arote 2003, Terviselugu: infovahetuse analüüs. EV Sotsiaalministeerium.

Lisa 4. Väljavõtted perearstide küsitlusest

Perearstide uuring viidi läbi 2003 aasta mais-juunis. Vastanud perearstide arv 115 moodustab ligikaudu 14 % Eesti perearstide üldarvust. Valim moodustati proportsionaalse juhuvaliku alusel (vastamisprotsent ligikaudu 60). Juhuvallikut ei kasutatud Harju maakonnas, kus küsitlusankeedid jagati välja konverentsi raames kokkutulnud perearstidele. Küsitletud perearstidest 41 (36%) vastas küsimustikule internetis, ülejäänud esitasid vastused paberkujul. Tallinna ja Tartu perearstid moodustasid 43% ning ülejäänud piirkonnad 57%. Vastanute keskmine nimistu suurus oli Eestis üldiselt 1811, Tallinna ja Tartu nimistute suurus 1864 ning muude piirkondade nimistutel 1789 Maakonniti jagunesid vastanud perearstid järgmiselt:

	Vastanute arv	Vastanute protsent
Harju	43	37%
Ida-Viru	9	8%
Jõgeva	3	3%
Järva	4	3%
Lääne	4	3%
Lääne-Viru	7	6%
Põlva	2	2%
Pärnu	6	5%
Rapla	1	1%
Saare	4	4%
Tartu	14	12%
Valga	5	4%
Viljandi	5	4%
Võru	8	7%

Väljavõtted küsitluse tulemustest:

Kas Teil on jooksev ülevaade järjekordadest eriarstide vastuvõtule?

	Vastanute arv	Vastanute protsent
Jah, alati	22	19%
On jooksev info mõne arsti kohta	28	24%
On jooksev info mõne asutuse kohta	16	14%
Saan ainult juhuslikku infot	46	40%
Ei oma jooksvat infot	9	8%

Kas haiglad või eriarstid informeerivad Teid tõrgetest vastuvõtul nt arst haigestus, ootamatu järjekorra pikenemine?

	Vastanute arv	Vastanute protsent
Alati	3	3%
Sageli	16	14%
Harva	35	30%
Mitte kunagi	61	53%

Kui suure osa (%) patsientidest, kellele saatekirja annate, registreerite eriarsti vastuvõtule isiklikult?

Keskmine	48.32%
----------	--------

Kas sooviksite isiklikult registreerida patsiente?

	Vastanute arv	Vastanute protsent
Rohkem	17	15%
Sama hulga	58	50%
Vähem	40	35%

Kui paljudele Teie poolt väljastatud saatekirjadele antakse eriarsti poolt tagasisidet?

Keskmine	65,58%
----------	--------

Kuidas hindate eriarstide tagasisidet Teie poolt saadetud patsientide kohta?

	Vastanute arv	Vastanute protsent
Olen tagasisidega täiesti rahul	2	2%
Olen rahul enamiku eriarstide tagasisidega	79	69%
Ei ole rahul enamiku eriarstide tagasisidega	32	28%
Ei oska öelda	2	2%

Kuidas Te eriarstilt tagasisidet saate?

	Alati	Sageli	Harva	Mitte kunagi
Suuliselt patsiendi vahendusel	19%	43%	30%	7%
Kirjalikult patsiendi vahendusel	8%	64%	16%	12%
Kirjalikult otse eriarstilt	4%	37%	50%	10%
Telefoni teel otse eriarstilt	2%	5%	68%	25%
Elektroonselt otse eriarstilt	1%	0%	21%	78%

Kas visiiditasu kehtestamise võimalus eriarstiabile on Teie hinnangul vähendanud patsientide valmidust eriarsti külastada?

	Vastanute arv	Vastanute protsent
Jah	21	18%
Pigem jah	28	24%
Ei oska öelda	22	19%
Pigem ei	37	32%
Ei	7	6%

Allikas: Riigikontroll 2003

Lisa 5. Väljavõtted eriarstide küsitlusest

Eriarstide uuring viidi läbi 2003 aasta mais-juulis. Küsitlemisel keskenduti peamiselt neljale arstlikule erialale. Vastanud eriarstide arv on 77 ning see moodustab ligikaudu 9,5-12,4 % vastavate erialade registrites olevate arstide arvust. Valim moodustati auditeeritavate haiglate eriarstidest (TÜ Kliinikum, Põhja-Eesti Regionaalhaigla, Ida-Tallinna Keskhaigla, Viljandi Haigla ja Tervisekeskus, Rakvere Haigla, Silmalaser), lisaks saadeti internetiküsitlus ka teiste raviasutuste günekoloogidele. Erialati ja maakonniti jagunesid vastanud arstid järgmiselt:

Eriala	Vastanud arstide arv	Eriala arstide arv Tervishoiuameti arstide registris	Vastanute osakaal registris olevate arstide arvust
Günekoloogia	34	277	12,4%
Oftalmoloogia	11	100	11%
Ortopeedia-traumatoloogia	10	105	9,5%
Otorinolarüngoloogia	11	99	11,1%
Muu. Milline?	11	-	-
Kokku	77		

Maakond	Vastanute arv	Vastanute protsent
Harju	40	52%
Ida-Viru	2	3%
Lääne-Viru	10	13%
Tartu	13	17%
Valga	1	1%
Viljandi	11	14%
Kokku	77	100%

	Vastanute arv	Vastanute protsent
Linnad: Tallinn ja Tartu	53	69%
Muu Eesti	24	31%

Väljavõtted küsitluse tulemustest:

Palun hinnake, kui suur osa patsiente on perearstide poolt Teile ekslikult suunatud (nt vale diagnoos, vale eriala)? (Vastasid 55 arsti)

Keskmine hinnanguline protsent	9%
--------------------------------	----

Kas informeerite sellistel juhtudel valesti suunanud arsti?

	Vastanute arv	Vastanute protsent
Jah, alati	10	13%
Jah, enamasti	13	17%
Informeerin harva	32	42%
Mitte kunagi	10	13%
Ei pidanud vastama lähtuvalt eelmisest küsimusest (kui valesti suunatud polnud)	8	10%
Vastamata	4	5%

Kas Te saadate patsiendi kohta käiva raviinfo perearstile?

	Vastanute arv	Vastanute protsent
Jah, alati	23	30%
Enamasti saadan	28	36%
Enamasti ei saada	19	25%
Ei saada kunagi	6	8%
Vastamata	1	1%

Kuidas Te perearstile tagasisidet annate? (Palun hinnata kasutamise sageduse järgi)

	Alati	Sageli	Harva	Mitte kunagi	Vastamata
Suuliselt patsiendi vahendusel	26%	16%	19%	36%	3%
Kirjalikult patsiendi vahendusel	34%	32%	21%	10%	3%
Kirjalikult otse perearstile	12%	19%	35%	31%	3%
Telefoni teel otse perearstile	3%	16%	52%	27%	3%
Elektroonselt otse eriarstile	0%	0%	12%	86%	3%
Muul viisil	1%	1%	0%	95%	3%

Allikas: Riigikontroll 2003

Summary

The aim of the MPA thesis “Primary Health Care in Estonia: Family Practitioner as a Coordinator of Health Care Services” is to examine and analyze the rationality of gatekeeping system in Estonia, achievement of goals of the reforms and current problems, bringing out possible solutions. For this, diversities of scheme of the Estonian system as well as its weaknesses and strengths are examined, using the theory and comparing the situation to the experiences of other countries. Research concentrates on family practitioners’ role of gatekeeper and observes other aspects of health care system only as long as they support family practitioners’ gatekeeper role or result from it.

Thesis consists of three main chapters. First chapter describes the general health policy background, the need for reforms and the growth in importance of primary health care and the causes of these phenomena. In last decades many European countries – including Estonia – have had to reform their health care systems. Main reason for reforming needs was growth in health care expenditure emerging from aging of population, spreading of infectious diseases and development of health care technologies and the desire to control these high expenditures.

Changes in healthcare sector are characterized by consistent decrease in the share of higher level services (especially inpatient services and the growing importance of more cost-effective lower level services – primary care and public health. Primary health care services are seen as the most cost-effective type of health care services, therefore the more health problems are solved by family practitioners at the primary level the more effective is the use of health care budget. Also the growing need for coordination of health services and assessment of patients’ needs is brought out. In line with growing importance of primary health care, new functions and responsibility have been assigned to primary care providers – family practitioners.

Second part of the thesis characterizes and describes family medicine as medical specialty, family medicine as part of health services and brings out the model of ideal family medicine and the criteria for ensuring this perfection. Subsequently author focuses on the gatekeeping role of family medicine, which means the authority given to family practitioners to direct patients to higher health care levels and the obligation to treat the patients if it is in their competency to do so. Given method is commonly seen as the most effective in ensuring good health care and health and in cost-effective use of health care services. In most European Countries, family practitioners fulfill the role of gatekeeper of health care services, who has to ensure that patient is treated on optimum level of health care. Second part also describes and analyzes two administrative measures for guaranteeing the effectiveness of gatekeeping system in several countries in which gatekeeping function forms the basis for primary health care. As administrative methods guaranteeing the access to primary care and choice of optimal financing model are under research.

Third section covers the system of family medicine in Estonia describing primary health care reform and its expected outcomes, methods by which Estonian government guarantees the operating of gatekeeping and analyzing, to what extent the system succeeds in fulfilling the gatekeeping duties. In Estonia, family practitioners started to perform gatekeepers' functions in 1998. The main result of the analysis are as follows:

Although the quality level of family practitioners and the trust among patients towards them (compared with the trust towards former district practitioners has grown during the development of Estonian family medicine system, introducing the gatekeeping is only partly the reason for this change. The main cause for this shift in quality of family practitioners is special training for practicing practitioners and curriculum for family practitioners at the University of Tartu. Also the accumulation of patients' medical data to the family practice due to the obligatory referral notes in the gatekeeping system seems to have contributed to service quality.

The work motivation and satisfaction of family practitioners has increased since the beginning of the reform, but it is related more to the general development of primary care and their independent status. The gatekeeping role does not have great impact on motivation of family practitioners.

The continuity of health care has increased due to gatekeeping, mainly due to belonging to the personal list of one family practitioner and patients visiting mainly their personal practitioners with the health problems. At the same time, family practitioners have problems with continuing the treatment initiated by specialist doctor as a result of deficient feedback.

As a measure for ensuring better access to family health care absence of visit fee has contributed to maximum financial access, problematic areas are geographical and time-related access for all population. No effective measures for attracting practitioners to practice in rural areas with less population density have yet been found, also poor access to family practitioner services during nights and on weekends is still an unsolved problem. Family practitioner telephone counseling is being established to reduce that vacuum to some extent and it will also enable to analyze the need for out-of-hours primary health care services.

One of the expected goals of family medicine reform is cost-effective economics. What concerns the primary care, it is already achieved for two reasons. Firstly, family practitioner is independent entrepreneur and, as contractor to the Health Insurance Fund, is motivated to manage economically. Secondly, the finances for primary health care are limited to certain sum of money, in which large fluctuations over the years are not possible, and financial risks are delegated from state level to micro level. Also the share of expenditure on primary health care in overall Health Insurance Fund budget has shrunk.

Financing model that is mostly based on capitation for now has not resulted in competition between practitioners. Possible causes are, that in larger towns the personal lists of family practitioners are large and in rural areas they enjoy the monopolist status. The growth in the number of family practitioners

and following decrease in their personal lists can result in growing competition and patient orientation in the future. Also, the capitation financing has not motivated family practitioners to attach more importance to providing preventive health care measures and services.

Compared to the pre-reform situation, the coordination by family practitioners has raised the cost-efficiency of the use of health services, because formerly there was practically no coordination in primary care level. The overall economy in health care services is difficult to estimate in economic terms, because several other factors have not stayed constant. Health expenditure as % of GDP has fallen over the past reform years, but it has not been caused by development of gatekeeping system. Health expenditure by large is determined by amount of social tax cashed in. Also the share of expenditure on second and third level health care has not decreased. Latter cannot be seen as indicator of gatekeepers` inefficient activity as cost for these services and case prices have grown.

Proposals for improving the system

- For improving the gatekeeping function supervisory measures on family practitioners` referring activities should be enhanced, especially on two-way information exchange between family practitioners and specialists. It is possible that given proposal demands stricter or clearer wording of existing regulation, but more likely only stricter supervision over fulfillment of existing requirements.
- It is also necessary to guarantee the awareness of family practitioners about the visits to specialists, by enhancing the possibility to register the patients to specialist care (via internet and promoting electronic medical feedback systems.
- To improve time-related access to family practitioners, it is necessary to find a solution for ensuring primary care services out-of-hours by

legalizing and compensating family practitioners' work on weekends and/or elaborating alternative possibilities for patients on where to turn out-of-hours.

- The simplest administrative measure for improving regional access is to introduce extra payments for those practitioners practicing in sparsely populated areas. Existing remuneration for distance from nearest health care center, which has stayed constant for past five years, has lost its influence to attract practitioners to start practicing in those areas.
- For promoting the competition among practitioners further information should be disseminated in addition to that existing at the moment, such as information on "booking rate" of practitioners' personal lists. Publication costs of such information are almost nonexistent as data can be published on the website of Health Insurance Fund or by making it obligatory to post the data in visible place in family practitioners' offices with regulation.
- For motivating family practitioners to attach more importance to preventive and health promoting services stronger supervision should be applied on those activities and part of the remuneration should be set depending on these services provided.

As a conclusion one might say that Estonia has implemented the best primary care system in the conditions of restricted resources by introducing the combination of gatekeeping and capitation fee. For improving the system, it is not necessary to change it as a whole rather to develop its single parts such as improving access, ensuring better informing of patients and family practitioners and applying the motivation system related to results.

The materials used in writing the thesis are both theoretical and practical literature on European and Estonian health care issues, health care systems, primary health care and family medicine, as well different statistical publications and databases. Materials on Estonian situation consist of descriptions of Estonian system, legal acts, working documents of Estonian Health Insurance Fund, websites of health care institutions as well as of media articles, surveys and interviews with administrators of primary care. Author also uses the materials from audit “Monitoring the demand for specialist care services” conducted by State Audit Office including questionnaires for family and specialist practitioners.