Eesti tervishoiu suundumused

Millisteks muutusteks peaks inimesed olema lähitulevikus valmis tervishoiusüsteemi korralduse, teenuste kättesaadavuse ja taseme asjus? Koondpilt Riigikontrolli audititest

Riigikontrolli aruanne Riigikogule
Tallinn, november 2022

Eesti tervishoiu suundumused

Millisteks muutusteks peaks inimesed olema lähitulevikus valmis tervishoiusüsteemi korralduse, teenuste kättesaadavuse ja taseme asjus? Koondpilt Riigikontrolli audititest

Kokkuvõte

Ennekõike tervishoiutöötajate ja osalt rahapuuduse tõttu on tõenäoline, et juba lähitulevikus tuleb Eesti inimestel olla valmis aktsepteerima reaalsust, et tervishoiuteenuste kättesaadavus ja/või kvaliteet ei pruugi olla ühtlaselt ootuspärasel tasemel. Uuenenud oludes toimimiseks ja ümberkorraldusteks vajalikud otsused ootavad aga endiselt tegemist.

* * *

Et Eesti on väheneva rahvaarvu ja vananeva rahvastikuga riik, kus prognooside kohaselt on aastal 2035 iga neljas inimene pensioniealine ja tervena elatud eluaastate kasvutempo on olnud aeglasem, kui seni oodatud, on tulevikus ette näha senisest suuremat vajadust meditsiiniteenuste ja ressursside järele.

Riigikogus heaks kiidetud riigi pikaajalises arengustrateegias „Eesti 2035“ on nenditud, et Eesti panustab tervishoiu kuludesse 6,7% SKPst, kuid see on ligi kolm protsendipunkti väiksem kui Euroopa Liidu keskmine ning isegi praegust teenuste taset hoides kasvavad Eesti Haigekassa kulud aastaks 2035 ligi 24% kiiremini kui tulud.[1] Arenguseire Keskus – ühiskonna ja majanduse pikaajalisi arenguid analüüsiv mõttekoda Riigikogu juures – tõdeb aga 2020. aastal valminud analüüsis, et kui süsteemis muudatusi ei tehta, siis 2035. aastaks võib inimeste omaosalus kahekordistuda, ravijärjekorrad pikenevad veelgi ja haigekassa eelarve jõuab 900 miljoni euro suurusesse defitsiiti.[2] Arutelu ravi-kindlustuse rahastamispõhimõtete ülevaatamise teemal muutub seetõttu lähiajal ilmselt üha pakilisemaks (vt ülevaadet rahastamise kohta lisas A).

Riigikontroll on tervishoiusüsteemi hädadele aastate jooksul sageli tähelepanu juhtinud, rõhutades, et tervena elatud eluea pikendamisel ja inimeste elukvaliteedi parandamisel on kesksel kohal õigel ajal terviseprobleemide avastamine ja ravi alustamine ning õige ravi saamine. Tervishoid on valdkond, mis mõjutab ühiskonna elu kõigis aspektides, sest inimvara on iga riigi kõige suurem väärtus, mida hoida ja arendada.

Tänavune aastaaruanne annabki parlamendile koondülevaate muutustest ja tulevikusuundumustest neis küsimustes, mida Riigikontroll on alates 2015. aastast tehtud tervishoiuauditites analüüsinud.

Teadmiseks, et

oodatav eluiga on Eesti iseseisvuse taastamise järgsetel aastakümnetel kasvanud (2021. aastal oli langus seoses COVID-19-ga). Sünnihetkel tervena elada jäänud aastate näitaja on samuti paranenud.

Mõlemad näitajad on viimastel aastatel kasvanud loodetust tagasihoidlikumas tempos ja mõlema puhul on lõhe meeste ja naiste vahel:



Allikas: Statistkaamet

[1] Strateegia „Eesti 2035“. 2021.

[2] Eesti tervishoiu tulevik. Stsenaariumid aastani 2035. Arenguseire Keskus, 2020.

1. Tervishoius on rahanappusest suuremaks probleemiks kujunenud tervishoiutöötajate süvenev puudus.

Tervishoiutöötajate vähesus on kujunenud üheks tervishoiu keskseimaks probleemiks. Eriti suur puudus on õdedest, psühhiaatritest, erakorralise meditsiini arstidest ja perearstidest. Tervishoius on levinud ka ületundide tegemine. Erinevad kriisid on nii tervishoiutöötajate põuda, ületöötamist kui ka läbipõlemise riski veelgi suurendanud. Tervishoiutöötajate puudujäägist ja nende ületöötamisest on kaua räägitud, ent kiiret lahendust ei paista – probleemid pigem süvenevad. Mõned näited.

Teadmiseks, et

2022. aasta I poolaastal oli asendusarstidega nimistuid 54, kus patsiente oli kokku *ca* 72 500.

Võrdluseks: piirkondade kaupa vaadates oli 2022. aastal asendusarstiga nimistuid näiteks Lääne-Virumaal 9, Harjumaal 8, Võrumaal 6, Pärnu, Valga ja Saare maakonnas 5, Rapla- ja Viljandimaal 4 ning teistes maakondades vähem.

- **Perearstideta nimistute arv kasvab ja ajutine asendusarst perearstiabis on muutumas üha püsivamaks nähtuseks.** 2020. aasta aastaaruandes tõi Riigikontroll välja, et pensionile siirduvaid perearste on rohkem kui neid, kes võiks vabad kohad täita. Ligi pooled perearstidest olid ja on 60-aastased või vanemad ehk on juba praegu pensionieas või saavad soovi korral lähiajal pensionile minna. Üha raskem on leida perearsti nimistule uusi arste: 2022. aasta I poolaastal luhtus ligi 75% perearsti konkurssidest. Samal perioodil oli asendusarst 54 nimistul, millest 13 nimistul on ajutine lahendus kestnud viis või enam aastat. Inimesele võib see tähendada, et asendusarst ei pruugi tema jaoks vajaduse korral olemas olla ega tunda nimistu patsiente piisavalt hästi. Asendusarstide osakaalu kasv on vastuolus perearstiabi olemusega.

  Eesti Perearstide Selts, Terviseamet, Eesti Haigekassa ja Sotsiaalministeerium peavad perearsti nimistu optimaalseks suuruseks 1600 inimest. Selle järgi on Eestis puudu vähemalt 45 perearsti.

- **Psühhiaatreid ja teisi vaimse tervise spetsialiste oleks vaja juurde, samas on praegustki taset keeruline hoida.** Tervise Arengu Instituudi andmetel töötas 2021. aastal Eestis 222 psühhiaatrit, sh oli laste ja noorukite psühhiaatreid 18. Seega oli 100 000 inimese kohta *ca* 15 psühhiaatrit. 2019. aastal oli see suhtarv 16 ja siis hindas Eesti Psühhiaatrite Selts, et juurde on vaja 30–40 psühhiaatrit. Esmatasandile oleks lisaks vaja 130–160 kliinilist psühholoogi. Samuti on puudus koolipsühholoogidest ja vaimse tervise õdedest.

  Kirjeldatud tegeliku vajaduse kõrval on saanud probleemiks ka spetsialistide praeguse arvu säilitamine. Pooled psühhiaatritest on juba pensioniealised või lähiajal pensioniikka jõudmas. Seega on psühhiaatrite puudus väga suur ja valdkonnas saab rääkida tööjõu kriisist.

Riigikontrolli tervisevaldkonna aruanded:

- „Pahaloomuliste kasvajate avastamine ja patsiendi ravile suunamine“ (2021);
- „Täiskasvanute hambaravihüvitis“ (2021);
- „Riigikontrolli aastaaruanne parlamendile“ (2018, 2019, 2020);
- „Erakorraline meditsiin“ (2018);
- „Riigi tegevus laste tervise hoidmisel ja ravimisel“ (2016);
- „Riigi tegevus iseseisva õendusabi korraldamisel“ (2015).

Oluline on olnud tervishoiutöötajate koolitustellimuse hiljutine suurendamine, aga seda tehti liiga hilja. Raskusi on ka mõnedel erialadel õppekohtade täitmisega, kuna töö on pingeline ja see heidutab noori elukutse valikul. Lisaks ei lõpeta kõik õppurid õpinguid ja väljaõpe kestab kaua. Seetõttu ei aita suurem õppekohtade arv lähitulevikus tervishoiutöötajate vajadust leevendada. Koolitustellimus vajab tulevikus järjepanu suurendamist ning on oluline muuta vähem populaarsed erialad atraktiivsemaks. Panustada on vaja innovatsiooni, mille abil saab mõnevõrra vähendada vajadust inimtööjõu järele.

2. Haiguste ennetamisele ja varajasele avastamisele on viimastel aastatel vähe tähelepanu jagunud.

Ravimata haigused kajastuvad tulevikus inimeste kaotatud elu- ja tööaastates. Selle tagajärjena pikeneb ravimise aeg, kasvab tüsistuste oht, inimesed on aktiivsest elust eemal ning suureneb tervishoiusüsteemi rahaline koormus.

Riigikontroll uuris muutusi laste osalemises tervisekontrollides, koolitervishoius ja vaktsineerimises ning täiskasvanute osalemises sõeluuringutes ja hambaarsti külastamises. Neis küsimustes pole viimastel aastatel olukord paranenud. Lisaks ei jõutud COVID-19-pandeemia ajal piisavalt tegeleda terviseedendusega ja edaspidi on sellele valdkonnale vaja rohkem tähelepanu pöörata.

- **Laste terviseprobleemid jäävad märkamata, kuna suur hulk lapsi ei käi tervisekontrollis.** Haiguste varajaseks avastamiseks on riik ette näinud kindla aja tagant tervisekontrollis käimise. Kui kuni 2-aastastest lastest läbis regulaarselt tervisekontrolli 88–96%, siis 3–6-aastastest jõudis regulaarsesse kontrolli vaid 6%. Lastest vanuses 3–6 aastat jäi aga tervishoiutöötaja vaateväljast aastateks täiesti eemale 43%, sest nad ei jõudnud kordagi tervisekontrolli.

- **Terviseprobleemide varast märkamist pärsib ka kooliõdede vähesus.** Kuna koolieale laps viibib suure osa päevast koolis, peaksid nii terviseedendus kui ka tervise jälgimine olema osa kõigi laste koolielust. Kehtestatud nõuet – üks kooliõde 600 õpilase kohta – ei suudeta kõikjal täita. Näiteks oli 2021. aastal 90 kooli hulgas 55 kooli, kus oli üle 600 õpilase ja teenust osutas vaid üks kooliõde. 2016. aastal oli selliseid koole 42. Olukorra halvenemise üks põhjus on üldine õdede puudus.

- **Laste vaktsineerimisest keeldumine kasvab ning see võib kaasa tuua ohtlike haiguste tagasituleku.** Varasema eduka vaktsineerimise tulemusena on nii mõnigi ohtlik haigus Eestist peaaegu kadunud. Paraku on vaktsineerimisest äraütlemine kasvanud. Olenevalt vaktsiinist oli 2014. aastal keeldujaid 1,9–3,5%, kuid 2021. aastal juba 3,8–7,8%.[3]

- **Kõiki võrdselt kohtlev hambaravihüvitis on ebavõrdsust hambaravis suurendanud.** Pärast täiskasvanute hambaravihüvitise jõustumist 2017. aastal suurenes hambaarsti esmavisiidil käinute ja sagedamini arsti külastanud inimeste hulk. Ent hüvitist on kasutanud pigem suurema sissetulekuga inimesed, kes suudaksid hambaravi eest ka ise tasuda. Seevastu *ca* 40% täiskasvanutest, enamjaolt väiksema sissetulekuga inimesed, ei käinud aastatel 2016–2021 kordagi hambaarsti vastuvõtul. Toimetulekutoetuse saajatest kasutas hambaravihüvitist vaid ligikaudu 4%.

  Ebavõrdsus hambaravis on suurenenud, sest hüvitise praegused tingimused ei kaitse suure ravivajadusega inimesi suurte tervishoiukulude eest. Inimesel, kes on suure ravivajadusega ja peab arsti külastama korduvalt, ulatub koguomaosalus 70–85%-ni.

Teadmiseks, et

Maailma Terviseorganisatsioon on nelja vaktsiiniga vaktsineerimisele kehtestanud eesmärgid, millest Eesti ei täida ühtegi.

Haigus, mille vastu vaktsineeritakse	WHO eesmärk	Vaktsineeritute osakaal 2021. a
Difteeria ja teetanus	95%	89,5%
Läkaköha	90%	89,5%
Poliomüeliit	95%	89,5%
Leetrid, mumps ja punetised	95%	89,4%

[3] Silmas on peetud põhilisi riiklikus immuniseerimiskavas nimetatud haigusi, nende hulka ei kuulu COVID-19.

Väiksema sissetulekuga inimesed ei suuda nii kõrget omaosalust tasuda. Nendele oleks abiks, kui hüvitise saamisel arvestataks iga inimese sissetulekut ja tervishoiukulusid.

- **Vähi sõeluuringutest osavõtt on vähene ning vähiravi algus venib.** Ehkki iga raviga viivitatud nädal vähendab vähihaige ellujäämise võimalust 1–3%, avastatakse Eestis vähk tihti hilisemas faasis. Vähene osavõtt sõeluuringutest on üks põhjusi, miks pahaloomuline kasvaja avastatakse liiga hilja. Sõeluuringust osavõtu määr jääb tunduvalt alla vähitõrje tegevuskavas kokkulepitud 70%, ulatudes 2021. aastal 59%-ni rinnavähi, 51%-ni emakakaelavähi ja 48%-ni jämesoolevähi korral.

  Ka siis, kui pahaloomuline kasvaja on juba avastatud, tekib raviga alustamisel eri etappides viivitusi. Patsiendi teekonna kestus vähikahtlusest esmase ravini peaks olema vähitõrje tegevuskava alusel kokku maksimaalselt 63 päeva. Tegelikkuses algas vähiravi õigel ajal vaid rinnavähiga patsientidel (keskmiselt 52 päevaga). Emakakaela- ja kopsuvähiga patsientidel kulus selleks *ca* 100 päeva ning jämesoolevähiga patsientidel 122 päeva.

3. Tervishoiuteenuste kättesaadavus on endiselt maakonniti ja erialati ebaühtlane.

Rahvusvahelises võrdluses hindavad Eesti inimesed oma katmata ravivajadust selliseks, mis võrrelduna teiste Euroopa Liidu riikidest pärit hinnangutega on suurim. Samas on õigel ajal alustatud ravi tõhusam ja vähem kulukas, hilisem ravi vähendab tervena elatud aastate arvu, suurendab hilisemat tervishoiuteenuste mahtu ja tingib vajaduse komplekssema ravi järele. Juba praegu toob eriarsti- ja perearstiabi piiratud kättesaadavus statsionaarsesse õendusabisse ja erakorralise meditsiini osakonda (EMO) haiged, keda tuleks ravida kas haiglas või perearsti juures.

- **Eestis on hinnanguliselt Euroopa Liidu suurim katmata ravivajadus**. Kuigi Eesti inimeste taju järgi vähenes võrreldes varasemate aastatega 2021. aastal katmata ravivajadus veidi, on see endiselt Euroopa suurim (12,6%, Euroopa Liidu riikide keskmine oli 4,8%). Kuna puudu on tervishoiutöötajaid jm ressursse, ei pääse inimesed õigel ajal arsti juurde – ravijärjekorrad on pikad.

  Eestis on ambulatoorse eriarstiabi järjekorra maksimumpikkuseks kehtestatud 42 päeva. 2021. aastal ei jõudnud selle ajaga vastuvõtule 23% esmase broneeringu teinud patsientidest. Tegelikkuses võib vastuvõtule saamise ooteaeg kujuneda pikemaks kui mõõdetav järjekorra pikkus, kuna mõningatel juhtudel ei ole vabade visiidiaegade puudumise tõttu võimalik broneeringut teha.

- **EMO on jätkuvalt koht, kus lahendatakse teiste tervishoiu-tasandite kitsaskohti, kuid see on kallis ja koormab süsteemi.** Erakorralise meditsiini osakonda pöördujaist on 57% kergemate tervisehädadega ja enamasti ei vaja EMO teenust. Peamiseks põhjuseks on perearstiabi lünklik kättesaadavus ja ebaühtlane kvaliteet ning eriarstiabi pikad järjekorrad. Selle tagajärjeks on aga erakorralise meditsiini osakondade ülekoormus, mis takistab erakorralist abi vajavate patsientide kiiret vastuvõttu.

- **Statsionaarsesse õendusabisse jõuavad järjest keerukama seisundiga patsiendid.** Selle trendi põhjuseks on eri- ja perearstiabi lünklik kättesaadavus. Statsionaarse ravi lühema kestuse tõttu suunatakse patsient kiiremini õendusabisse. Perearstid ei hinda sageli, kas nende raskemate terviseprobleemidega patsiendid vajavad õendusabi, ega uuenda nende raviskeeme.

  Lisaks on inimeste jaoks õendusabi korral probleemiks suur omaosalus, mistõttu nad ei saa endale alati soovitud ajal või vajalikus mahus teenust lubada. Ka COVID-19 mõjutas statsionaarse õendusabi kättesaadavust, sest osa haiglaid vähendas mõnel perioodil voodikohti, et neid kasutada COVID-19-haigete raviks.

  Eeltoodud kitsaskohad tekitavad aga õendusabile lisakohustusi. Positiivne on, et koduõenduse kättesaadavus on kasvanud. Selle edasisele laienemisele seab siiski piirid õdede puudus.

4. Tervishoiuvaldkonna eesmärkide ning tegelike võimaluste ja tulemuste vahel on suur lõhe.

Strateegias „Eesti 2035“ ja rahvatervise arengukavas sõnastatud tervisepoliitika suundade ja sihtpunktide suhtes valitseb võrdlemisi lai konsensus. Pealispinna all on aga varjus mitmeid lahendamata küsimusi või isegi vastuolusid. Teisisõnu, plaanid on lennukad, kuid eesmärkideni jõudmise marsruut ei ole kindlalt paigas ja/või ei jõuta kaasuvatel põhjustel (nõrk eestvedamine ja koordineerimine, ressursside vähesus) kokku leppida, kuidas finišisse jõuda.

- **On suuri väljakutseid, näiteks tervishoiu rahastamise kestlikkuse tagamine või haiglavõrgu reform, millele lahenduse leidmine on olnud liiga aeglane**. Haiglavõrgu arendamine on üks kriitiline valdkond, kus poliitikakujundamine on takerdunud uuringute või analüüside etappi. Viimane haiglavõrgu arengukava lõppes 2015. aastal, kuid pole teada, millal uus valmib. Probleem on selles, et kokku ei ole lepitud Eestile praegu ja tulevikus optimaalses haiglate arvus ja nende paiknemises. Samal ajal on maakonnahaiglates erialade arv tervishoiutöötajate vähesuse tõttu kahanenud.

- **Tervishoiuvaldkonda iseloomustab probleemide lahendamine väikeste sammude haaval, ent inimesed ootavad enamat**. Näiteks on e-lahenduste ja kaugteenuste arendamine ning raviteekondade ülevaatamine teretulnud areng, mis aitab tervishoiuteenuse ebaühtlase kättesaadavuse muret leevendada. Kuid peamist kitsaskohta, mis tervishoiuteenuste pakkumist kammitseb, see ei lahenda – tervishoiu-töötajaid on ikka puudu. Järkjärgulised muutused viivad meid küll eesmärkidele lähemale, ent seni, kuni põhimõttelised süsteemitasandi otsused on tegemata, on üksikute arendusprojektide mõju piiratud, ajutised lahendused muutuvad püsivaks, tekib dubleerimise oht vms.

Kuidas edasi?

Kõige üldisem küsimus on, kuidas vähendada lõhet tervisevaldkonna arengukavade visiooni ja tegelike tulemuste vahel.

Eestis ei ole puudus analüüsidest ega suurest pildist, vaid vajaka on just kokkulepitud eesmärkide rakendamise oskusest, võimekusest ja julgusest. Suurte probleemidega tuleb aktiivselt ja kompleksselt tegeleda igal otsustamistasandil. See eeldab esiteks väga head haldusvõimekust.

Võimekuse väljaarendamine peab olema teadlik ja süsteemne tegevus, latt tuleb tõsta kõrgemale kõikides haldussuutlikkuse tahkudes: ekspertide olemasolu, nende teadmised ja oskused, hästi toimivad institutsioonid ja protsessid, raha jm. Teiseks eeldab tervishoiu suurte väljakutsetega edasiminek selget tahet ja kindlat eestvedajat.

Lõpuks taandub küsimus sellele, kas ühiskonnal on aega teada-tuntud otsusekohtade lahendamist edasi lükata või mitte. Edu ei ole tegutsemise korral alati garanteeritud. Samas on üsna kindel, et otsuste tegemata jätmine toob kaasa vajaduse teha mööndusi tervishoiuteenuste kvaliteedis ja kättesaadavuses.

Sisukord

Haiguste ennetamine vajab süsteemsemat hindamist ja arendamist 8
Laste osalemine tervisekontrollides on teatud vanuserühmades endiselt kasin 8
Laste vaktsineerimisest keeldumine on tõusutrendis 13
Täiskasvanute hambaravihüvitis ei ole jõudnud inimesteni, kes vajavad riigi tuge kõige enam 14
Vähi sõeluuringutes käivad ainult pooled kutsututest 15

Tervishoiuteenuste kättesaadavus on piirkondlikult ja erialati lünklik 17
Sotsiaalministeerium ei ole otsustanud, millised tervishoiuteenused peavad maakondlikult kättesaadavad olema 17
Kõik ei pääse õigel ajal eriarsti vastuvõtule 19
Vältimatut abi mittevajavad inimesed koormavad endiselt erakorralise meditsiini osakondi 22
Tööjõupuuduse tõttu on muutused perearstiabi korralduses paratamatud 24
Statsionaarses õendusabis on järjest raskemad haiged, koduõenduse maht on tunduvalt kasvanud 29
Ühtse raviteekonna kujundamiseks on vaja süsteemset lähenemist, sh e-tervise tuge 33

Tervishoiu personaliprobleeme ei ole võimalik kiiresti lahendada 37
Tervishoiutöötajate vajadus on ülisuur 38
Töötajate vähesust kompenseeritakse ületunnitööga, aga see võib viia ravikvaliteedi halvenemiseni 41
Tervishoiutöötajate järelkasvu ettevalmistamist on takistanud nii õppijate huvipuudus kui ka õppekohtade vähesus 43

Riigikontrolli varasemaid tervishoiuauditeid 47

Lisa A. Ülevaade tervishoiu rahastamisest 48

Lisa B. Laste vaktsineerimise statistika 51

Lisa C. Eriarstiabi järjekorrad 52

Lisa D. Perearsti nõuandetelefon 53

Lisa E. Statsionaarse õendusabi kättesaadavus maakonniti 65-aastase ja vanema inimese kohta ning voodipäevade arv patsiendi kohta 2021. aastal 57

Haiguste ennetamine vajab süsteemsemat hindamist ja arendamist

Teadmiseks, et

tõenduspõhised ja läbimõeldud ennetustegevused koos vajaliku raha, personali ja kvaliteedisüsteemiga aitavad riigi rahvatervisealaseid eesmärke saavutada. Tarvidust nende järele rõhutas Riigikontroll 2016. aasta auditis „Riigi tegevus laste tervise hoidmisel ja ravimisel." Kvaliteedisüsteemi rakendamise tarvidust käsitleb ka 2021. aasta audit „Pahaloomuliste kasvajate avastamine ja patsiendi ravile suunamine".

Teadmiseks, et

lastele on nende terviseseisundi järgimiseks ette nähtud regulaarsed tervisekontrollid. Eesmärk on avastada võimalikud terviseprobleemid ja vajaduse korral nõustada peret, et kujundada lapse tervislikke toitumis- ja liikumisharjumusi.

Tervisekontrollide sagedus ja läbiviija on kindlaks määratud **laste tervise jälgimise juhendis.**

Eelkooliealiste laste tervisekontrolle teeb kas perearst või -õde igal aastal. Kuni kaheaastaste laste tervisekontrollide intervall on tihedam.

Kooliealiste laste tervist kontrollivad nii kooliõed kui ka perearstid.

Eelkooliealiste laste osalemine tervisekontrollides

Patsiendiportaal – e-tervise süsteemi osa, mille kaudu patsiendid näevad oma terviseandmeid, saavad esitada oma tahteavaldusi jne. Portaali pealeht on https://www.digilugu.ee.

1. Riigikontroll uuris, kas viimastel aastatel on laste tervisekontrolli ja vaktsineerimise olukord paranenud ning kas täiskasvanud osalevad sõeluuringutes ja külastavad hambaarsti. Aruande esimeses peatükis selgub, et olukord ei ole paranenud. Laste vaktsineerimisel on toimunud isegi teatav tagasiminek. Lisaks selgub, et COVID-19-pandeemia tingimustes ei jõutud tegeleda ka terviseedenduslike tegevustega. Järgmisena on kirjeldatud neid tähelepanekuid põhjalikumalt.

Laste osalemine tervisekontrollides on teatud vanuserühmades endiselt kasin

2. 2016. aastal hindas Riigikontroll riigi tegevust laste tervise tagamisel. Auditi „Riigi tegevus laste tervise hoidmisel ja ravimisel" kohaselt ei toimunud laste tervise jälgimine koordineeritult, tervisekontrollides osalesid teatud vanuserühmad väga vähe ja koolilapsed ei saanud ühesugust koolitervishoiuteenust. Samuti ei olnud tagatud laste tervise süsteemset jälgimist ja järjepidevat ravi.

3. Eestis puudub tervisekontrollides osalemise kohustus. Lapse tervise eest hoolitsemise ja tervisekontrollides osalemise vastutus lasub lapsevanemal. Vanemate teadlikkuse suurendamisega nii tervisekontrollide vajalikkuse kui ka muude lapse tervise hoidmise küsimustes tegelevad nii perearstid ja õed kui ka riigiasutused, sh Sotsiaalministeerium, Terviseamet ja Eesti Haigekassa. Näiteks saavad arstid ja õed vanemaid nõustada ning tervisekontrolli tähtaegu ja vajadust meelde tuletada.

4. 2016. aastal valminud laste tervise hoidmise ja ravimise auditis soovitas Riigikontroll haigekassal ja Sotsiaalministeeriumil vaadata koostöös erialaspetsialistidega üle tervisekontrollide läbiviimise juhend, et paremini koordineerida laste tervise jälgimist ning tagada tegevuste regulaarsus ja täpsem sihitus. 2019. aastal valmis laste tervise jälgimise juhendi uus versioon, milles on täpsustatud teenuse sisu, tervisekontrollis osalevate laste vanust jms.

5. Perearstide hinnangul peaks järgmise sammuna kõnealuses juhendis täpsustama lapse tervise hindamise küsimustikke ja lisaks integreerima diagnoosimiseks vajalikud algoritmid perearstide infosüsteemidesse.

6. Tervisekontrolli kiiremat läbiviimist ja laste põhjalikumat läbivaatust toetaks see, kui vanem täidab eelnevalt lapse tervise hindamise küsimustiku, mis oleks tervisekontrolli tegijatele patsiendiportaali kaudu kättesaadav. Praegu see nii ei ole. Samuti puudub meeldetuletussüsteem, mis enne tervisekontrolli tähtaega saadaks lapsevanemale automaatse (kordus)kutse ja aitaks seekaudu suurendada tervisekontrollides osalemist.

7. Perearstide kvaliteedisüsteem sisaldab näitajaid, mille alusel hinnatakse kindlas vanuses laste tervisekontrollides käimise taset. Perearstil on võimalik saada lisatasu juhul, kui laste osalemine tervisekontrollis on kvaliteedisüsteemis kindlaksmääratud vanuserühmades vähemalt keskmine. Varem on kvaliteedisüsteemi osaks

olnud laste vanuserühmade osalemine tervisekontrollis olnud heal tasemel.

Teadmiseks, et

Riigikontroll ei hinnanud perearsti kvaliteedisüsteemis (vt lisa haigekassa kodulehelt) määratud sihtrühmade (1., 3. ja 12. elukuu ning 2. eluaasta kontroll; koolieelne tervisekontroll 6-, 7- või 8-aastaselt) osalemist tervisekontrollis, sest haigekassal on selline analüüs perioodi 2017–2019 kohta olemas. Haigekassa andmetel oli nimetatud sihtrühmade osalemine tervisekontrollides *ca* 88,7–96,1%.

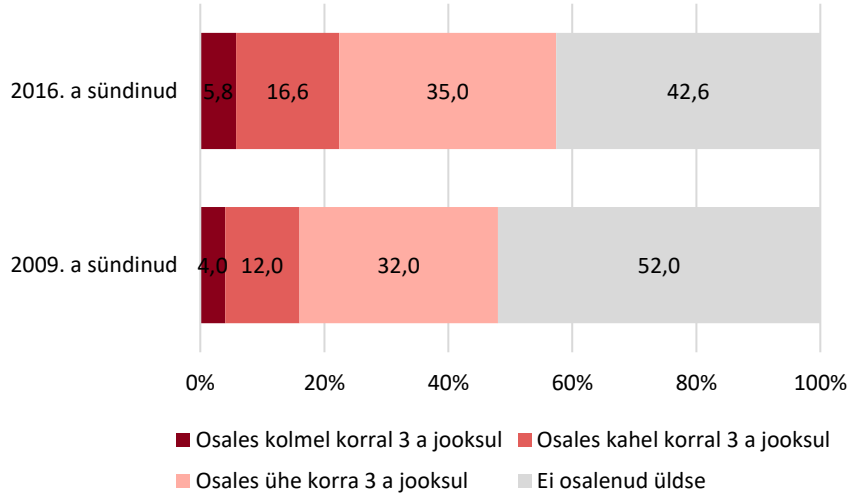
Riigikontrolli 2016. aasta auditis ilmes, et kuni 2-aastastest lastest osales tervisekontrollis 85–93%. Koolieelses tervisekontrollis osalemist Riigikontroll tookordses auditis eraldi ei hinnanud. Ent võib üldistada, et kuni 2-aastaste osalemisprotsent ei ole vahepealsel perioodil oluliselt muutunud, see on endiselt suur.

8. Riigikontroll uuris terviskontrollides käimist eelkooliealiste (3–5(6)-aastased) laste seas. Need vanuserühmad ei ole perearsti kvaliteedisüsteemi sihtrühmade hulgas ja nende eest lisatasu ei maksta.[4] Haigekassa andmetel käis 2016. aastal sündinud lastest (kes vanusest tulenevalt ei ole perearsti kvaliteedisüsteemi sihtrühmade seas) aastatel 2019–2021 tervisekontrollis

- ühe korra – 35%;
- kaks korda – 16,6%;
- kolm korda – 5,8%.

9. Varem on need osalusprotsendid olnud pisut väiksemad. Sellegipoolest on praegune 3–6-aastaste laste tervisekontrollis osalemise määr liiga vähene, arvestades, et varem kvaliteedisüsteemi kuulunud vanuserühmades on hõlmatus *ca* 90% (vt joonis 1).

Joonis 1. 3–6-aastaste laste osalemine tervisekontrollides aastatel 2012–2014 ja 2019–2021, %



Allikas: Riigikontrolli analüüs Eesti Haigekassa andmete alusel

Koolieelse laste osalemine tervisekontrollides

10. Koolieelse laste tervisekontrollide osalemine on heal tasemel nendes vanuserühmades, kus tervisekontrolli tegi kooliõde, ja üsna kasin vanuserühmades, kus kontrolli tegi perearst.

11. Laste tervise jälgimise juhendi kohaselt peaks koolieelsest lastest käima perearsti juures tervisekontrollis 5. ja 9. klass. 2020/2021. õa osales 5. klassi lastest tervisekontrollis 15%[5] ja 9. klassi lastest 8%. Riigikontrolli varasemas auditis olid vastavad protsendid vahemikus 10–

[4] 2021. aastal lisati perearsti kvaliteedisüsteemi ka kolmeaastastele lastele tervisekontrolli tegemine. See samm ei mõjutanud siinse analüüsi tulemusi, sest 2021. aastal olid 2016. aastal sündinud lapsed juba vanemad kui kolmeaastased.

[5] Alates 2021. aastast on perearstide kvaliteedisüsteemis sees ka 5. klassi õpilaste tervisekontroll, mis võib tulevikus selle vanuserühma tervisekontrollis osalemist suurendada.

12%. Tervisekontrollides vähese osalemise tõttu on tarvis leida viis, et ka need lapsed, kelle puhul haigekassa osalemist ei jälgi, ei jääks tervisekontrollidest kõrvale.

12. Laste tervise jälgimise juhendi kohaselt peavad kooliõed koolieliste laste tervist kontrollima 1., 3., 7. ja 10. klassis. Koolieliste laste osalemine kooliõe tehtud tervisekontrollis on veidi vähenenud: kui 2020/2021. õa osales keskmiselt 74%[6] lastest tervisekontrollis (vt tabel 1), siis 2016. aasta auditi ajal oli see protsent 79%.[7]

13. 75 koolis ei olnud 1., 3., 7. ja 10. klassi õpilastel kooliõe juures tervisekontroll üldse läbitud. Nende koolide vastavate klasside õpilastest oli samal perioodil perearsti juures tervisekontrolli läbinud vaid 10%.

14. Klasside kaupa vaadates oli kõige kehvem tervisekontrollidega hõlmatus 10. klassi õpilaste seas. Ülevaate koostamise käigus tehtud intervjuudes väideti, et põhjus on õpilaste soovimatus puududa tervisekontrolli tõttu tundidest.

Tabel 1. 1., 3., 7. ja 10. klassi õpilaste koolitervishoiuteenust saanute ja perearsti juures tervisekontrollis osalenute osakaal (%) 2020/2021. õa (perioodil 01.09.2020–31.08.2021)

Näitajad	1. klass	3. klass	7. klass	10. klass	Kokku
2016. aasta auditi andmetel kooliõe tervisekontrollis käinute osakaal	76	85	84	73	79
2020/2021. õppeaastal kooliõe juures tervisekontrollis käinute osakaal	76	79 ↓	73 ↓	64 ↓	74 ↓
Protsent sihtrühmast, kel oli mingi kokkupuude kooliõega (vaktsineerimine, tervisekontrollid või muu) (2020/2021. õa)	78	81	84	70	79
Nende laste osakaal, kel polnud kokkupuudet kooliõega ja kelle tervisekontrolli tegi perearst (2020/2021. õa)	4	1	2	1	2
Nende laste osakaal, kes ei käinud tervisekontrollis ei perearsti ega kooliõe juures (2020/2021. õa)	20	20	25	35	24

Allikas: Riigikontrolli analüüs Eesti Haigekassa raviarvete ja Haridus- ja Teadusministeeriumi õpilaste nimekirja alusel

15. Riigikontroll moodustas koolitervishoiuteenuse osutajatest nende tervishoiuteenuste põhitegevusala (nt koolitervishoid või perearstiabi jne) järgi rühmad ja ning võrdles nende kaupa tervisekontrollis osalemist (vt joonis 2). Selgus, et suurem tervisekontrollis osalemise määr oli asutustel, kelle põhitegevusala oli koolitervishoid (olenevalt kooli klassist oli osalusprotsent 75–93%) ja kõige väiksem asutuse rühmas, kelle põhitegevus on perearstiabi ja koolitervishoid lisategevusala (olenevalt klassist oli osalusprotsent 43–64%).

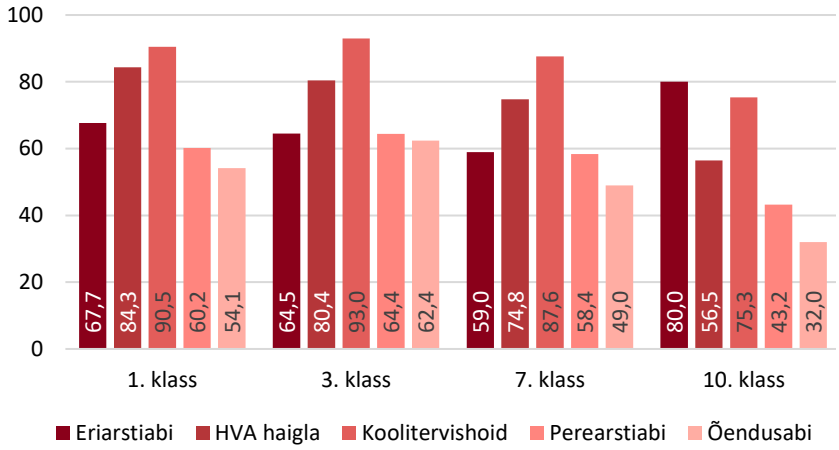
16. Seega mängib tervisekontrolli teenuse osutamisel rolli see, kas koolitervishoid on asutuse põhitegevus või mitte. Nendes asutustes, kelle jaoks koolitervishoid on lisategevusala, jagub sellele vähem tähelepanu. See võib osa lastest asetada teenuse saamisel ebavõrdsesse olukorda ehk

[6] Koolitervishoiuteenuste arved on jaotatud kirjas olnud teenuse järgi kolmeks: tervisekontroll, vaktsineerimine ja muu.

[7] Juhendit on vahepeal uuendatud, vaadeldud perioodil pidid tervisekontrollis käima kümnenda klassi asemel üheteistkümnenda klassi õpilased, teised klassid pole muutnud.

kui osas koolides tehakse vähe tervisekontrolle, on teenuse kättesaadavus ebaühtlane ning haigekassa peaks teenuse osutamist lähemalt jälgima.

Joonis 2. Õpilaste osalemine tervisekontrollides koolitervishoiuteenuse osutajate põhitegevusala järgi 2020/2021. õa-l, %



HVA – haiglavõrgu arengukava haigla

Allikas: Riigikontrolli analüüs Eesti Haigekassa raviarvete ja Haridus- ja Teadusministeeriumi õpilaste nimekirja alusel

Teadmiseks, et

paljudes koolides on tervishoiuteenuse osutamise probleemiks ruumipuudus, ent see ei tähenda automaatselt vastuolu järelevalvealuseks olevate nõuetega. Näiteks, kui koolis on õppurite arvust tulenevalt kaks kooliõde, siis sageli peavad nad ühte ruumi jagama. Sel juhul pole võimalik tervisekontrolle ja individuaalnõustamisi samal ajal mitmele lapsele teha, aga kehtivaid nõudeid justkui ei rikuta.

Ruumid annab kooliõele kool. Loa teenuse osutamiseks annab Terviseamet. Loas on esitatud ka ruuminõuded (ruutmeetrites, mitte kooliõdede arvu põhjal). Seega, isegi kui ruumi suuruse ja kooliõdede arvu nõudeid täidetakse, siis teenuse kättesaadavus ja kvaliteet võib ikkagi kannatada põhjusel, et kaks kooliõde ei saa samal ajal ühes ruumis töötada.

Terviseamet ei saa järelevalve käigus olukorrale midagi ette ei heita, sest lähtub kontrollimisel ruutmeetrites ette antud ruuminõuetest. Ruumikitsikuse probleemi saab lahendada vaid koos koolipidajaga.

Koolitervishoiu üldine korraldus

17. Koolitervishoiuteenuse kvaliteet on jätkuvalt ebaühtlane. Eestis kehtib nõue, et iga 600 õpilase kohta peab olema üks kooliõde.[8] Paljudes koolides ei suudeta seda nõuet täita – 2021. aasta novembri seisuga oli 90 koolist 55-s õpilasi üle 600 (neist 52-s oli lapsi rohkem kui 650), aga teenust osutas vaid üks kooliõde.[9] 2016. aasta auditi käigus ilmnes selliseid koole 42. Halvenenud olukorra üheks põhjuseks on üldine õdede puudus (vt ka p-d 156–158), mis mõjutab koolitervishoiuteenuse kättesaadavust. Lisaks on olemasolevate kooliõdede töökoormus suur, mis avaldab negatiivset mõju teenuse kvaliteedile.

18. 2016. aasta auditi aruandes nimetati mitmeid muid koolitervishoiu-teenuse kitsaskohti: ebaühtlane tase piirkonniti, ruumikitsikus, ebapiisav ühendus tervise infosüsteemiga jms. Riigikontroll vaatas käesoleva ülevaate koostamise käigus koolitervishoiu viimaste aastate üldist arengut ka neis küsimustes ja leidis, et probleemid ei ole lahenenud.

19. Terviseameti 2019. aasta koolitervishoiuteenuse järelevalves tuvastati puudusi vastuvõturuumi vastavuses nõuetele, õpilastele osutatud teenuste dokumenteerimises või kooliõe koolitusnõuete täitmises. Mitmetes tegevuskohtades puudusid osaliselt kas sisseseade, aparatuur, töövahendid või ravimid. Probleeme esines rohkem väiksemates koolides.

20. Kooliõdede sõnul takistavad nende tööd probleemid, mis tulenevad tervise infosüsteemide killustumisest. Seetõttu ei ole laste terviseandmed (sh info varasema vaktsineerimise kohta) piisavalt kättesaadavad. Suure töökoormuse põhjustab vajadus koguda vaktsineerimiseks lapsevanemate

[8] Sotsiaalministri 13.08.2010. a määrus „Koolitervishoiuteenust osutava õe tegevused ning nõuded õe tegevuste ajale, mahule, kättesaadavusele ja asukohale“.

[9] Statistika on tehtud selle põhjal, kui mitu kooliõde ühest koolist esitas raviarveid.

nõusolekuid käsitsi. Seesuguseid muresid saaks lahendada e-lahenduste kasutuselevõtu või edasiarendamisega.

21. Vaktsineerimise korraldamisest täpsemalt: kooliõed peavad laste re-vaktsineerimisel teadma varasemat vaktsineerimise seisu, ent praegune tervise infosüsteem ei võimalda sellest kiiret ja ülevaatlikku infot saada. Seetõttu kulub teabe otsimiseks palju aega. Infosüsteemi ajakohastamisel ja teabevahetuse standardiseerimisel (loe ka p 146) probleem loodetavasti laheneb. Lisaks kavatsetakse Tervise ja Heaolu Infosüsteemide Keskuse (TEHIK) sõnul edaspidi riikliku vaktsineerimise kohta statistikat koguda ja ülevaadet teha tervise infosüsteemi edastatud andmete põhjal ning kooliõed võivad vabaneda kohustusest esitada Terviseametile vaktsineerimise aruandeid.

22. Vaktsineerimiseks vajaliku loa andmisest või sellest keeldumisest võiksid lapsevanemad soovi korral teada anda patsiendiportaali kaudu, mis samuti vähendaks kooliõdede töökoormust. Hetkel selline võimalus puudub.

Teadmiseks, et

2022. aasta sügisel juurutati ka koolitervishoiuteenuse kvaliteedisüsteem. See annab võimaluse siduda meetmed paremini rahastamisega ja seekaudu ühtlustada ja tõsta teenuse taset eeldusel, et rakendatavad kvaliteedinäitajad on realistlikud.

23. Positiivsete muutustena on haigekassa koostöös Sotsiaalministeeriumi ja kooliõdedega 2020. aastal ajakohastanud kooliõenduse tegevusjuhendi, alustanud teenuse kasutamise jälgimist raviarvete aruandluse kaudu ning muutnud aastal 2021 rahastuse kulumudelit. Sellega ajakohastati õdede töö jaoks vajalike vahendite nimekirju ja maksumust (sh ravimid, tarvikud, meditsiiniseadmed, riist- ja tarkvarakulud ning juhtimiskulud) ja lisati juurde juhendaja/nõustaja personalikulu.

COVID-19-pandeemia mõju

24. COVID-19-pandeemia tõi koolitervishoius kaasa keerulise aja, kus tuli samal ajal ja operatiivselt tegeleda nii pandeemiaga (testimine, informeerimine, vaktsineerimine jms) kui ka n-ö rutiinsete tegevustega. Koolilaste periooditi distantsõppel viibimine on tervisekontrollides osalemist vähendanud. Kuid teenuseosutajad kinnitasid Riigikontrollile antud intervjuudes, et pidasid tervisekontrollide tegemist oluliseks ja kutsusid lapsi osaliselt kontrolli ka distantsõppe ajal.

Teadmiseks, et

Riigikontrolli auditis (2020) „Hariduse tugiteenuste kättesaadavus“ oli lasteaedade ja koolide hinnangul praeguse korralduse jätkudes kokku vaja juurde üle 1000 täiskoha jagu tugispetsialiste (st koguarv taandatud täistööajale).

25. Küll on teenuseosutajate sõnul murekohaks see, et pandeemia tõttu ei jagunud aega terviseedenduslikele tegevustele (tervisekasvatuse tunnid vms), mis on oluline koolitervishoiuteenuse pakkujate ülesanne. Lapsed vajasid koolide sõnul olulisest rohkem tuge ka vaimsete probleemide tõttu, õigeaegse toe puudumine võib kaasa tuua hilisema haigestumise. Lisaks kooliõele peaksid laste vaimset tervist toetama ka tugispetsialistid, kuid neidki ei ole koolides piisavalt.

26. **Kokkuvõtteks** pole tervisekontrollides osalemine laste hulgas oluliselt kasvanud: 3–6-aastastest lastest on järjepidevalt käinud tervisekontrollis vaid 6%; koolieelistest käivad perearsti juures kontrollis 8–15% sihtrühmadesse kuuluvate klasside õpilastest. Samas kooliõdede tehtavates tervisekontrollides on osalemine suhteliselt hea ehk keskmiselt 74%.

27. Enamik koolitervishoiu varasematest probleemidest on jäänud samaks, arengut takistab kooliõdede puudus. Seetõttu ei ole kõigile lastele terviseedendus, nende seisundi jälgimine ja haiguste ennetus tagatud. Probleemide lahendamiseks on siiski astutud samme (nt loodud koolitervishoiuteenuse kvaliteedisüsteem), mis eduka rakendamise korral

võiks edaspidi teenuse kvaliteeti ühtlustada ja suurendada laste osalemist tervisekontrollides.

Laste vaktsineerimisest keeldumine on tõusutrendis

28. Vaktsineerimine on tõhus ja ohutu viis kaitsta rasketesse nakkushaigustesse haigestumise või nende raskekujulise põdemise eest. Varasema eduka vaktsineerimise tulemusena on nii mõnigi ohtlik haigus Eestist peaaegu kadunud.[10] Seega on oluline hoida vaktsineerimisega hõlmatus kõrgel tasemel.

29. Laste vaktsineerimiseks on kehtestatud riiklik immuniseerimiskava, mille alusel perearstid ja pere- ning kooliõed lapsi vaktsineerivad. Perearstidel on muu hulgas kohustus selgitada patsiendile või tema seaduslikule esindajale immuniseerimise vajalikkust, teavitada teda kaasneda võivatest kõrvaltoimetest ja nõustada muudes immuniseerimisega seotud küsimustes.[11]

Teadmiseks, et

Riigikontrolli auditis „Riigi tegevus laste tervise hoidmisel ja ravimisel“ tõdeti, et vaktsineerimisest keeldujate osakaal on kasvanud, ulatudes 2014. aastal olenevalt vaktsiinist 1,9%-st kuni 3,5%-ni. Keeldumise üheks põhjuseks oli see, et Sotsiaalministeerium ei suutnud lapsevanematele tulemuslikult teadvustada vaktsineerimiste vajalikkust.

30. Maailma Terviseorganisatsioon (WHO) on nelja vaktsiini suhtes kehtestanud eesmärgi vaktsineerida

- difteeria ja teetanuse vastu 95% lapsi;
- läkaköha vastu 90% lapsi;
- poliomüeliidi (lastehalvatustõve) vastu 95% lapsi;
- leetrite, mumpsi, punetiste vastu 95% lapsi.

31. 2021. aasta andmetel ei täitnud Eesti nendest eesmärkidest ühtegi: läkaköha vastu vaktsineerimise osakaal oli 0,5 protsendipunkti sihttasemest väiksem ja teiste haiguste puhul 5,5–5,6 protsendipunkti väiksem (vt täpsemalt lisa B). 2014. aastal olid eesmärgid täitmata kahe vaktsiini (difteeria/teetanus ning poliomüeliit) puhul 0,5 protsendipunkti ning ühe vaktsiini (leetrid, mumps ja punetised) puhul 1,5 protsendipunkti. Läkaköha vastu vaktsineerimise kriteerium oli toona täidetud.

32. Kõigi immuniseerimiskavas nimetatud nakkushaiguste vastu vaktsineerimisest keeldujate arv on Terviseameti andmetel alates 2010. aastast igal aastal *ca* 0,3% tõusnud, sh oli 2021. aastal olenevalt vaktsiinist keeldujaid vahemikus 3,8–7,8%[12] (vt täpsemalt lisa B). Terviseameti sõnul on peamised vaktsineerimisest äraütlemise põhjused järgmised:

- kahtlus vaktsiinide efektiivsuses ja ohutuses;
- kõrvaltoimete tekke hirm;
- vaktsineerimisega tegelevad tervishoiuteenuse osutajad ei paku piisavalt teavet (sh puudub neil endil info);

[10] Terviseameti koduleht vaktsineerimise teemal, https://ta.vaktsineeri.ee/et/

[11] Nakkushaiguste ennetamise ja tõrje seadus, § 8, lg 1.

[12] HPV (inimese papilloomiviirus) vaktsiin on ülevaatest välja jäetud, sest sellega alustati alles 2018. aastal (vaktsineeritakse 12–14-aastaseid tütarlapsi).

- alahinnatakse nakkushaiguste ohtu ja avalikes allikates leidub vastuolulist infot.

33. Seega, kuigi keeldumiste põhjused on teada, ei ole Sotsiaalministeeriumi, Terviseameti ega perearstide selgitused vaktsineerimise vajalikkuse kohta kõigi lapsevanemate teadvusesse jõudnud. Sestap on jätkuvalt vaja suurendada inimeste teadlikkust ja tervishoiuteenuse osutajate teabe pakkumise võimekust.

34. **Kokkuvõtvalt**, laste vaktsineerimisest keeldujate osakaal on järjepidevalt suurenenud. 2021. aastal keeldus vaktsineerimisest olenevalt sihtrühmast ja vaktsiinist juba kuni 7,8%. Seda on tervishoiuekspertide hinnangul liiga palju. Ka WHO seatud sihttasemele ei vastanud Eesti inimeste vaktsineerimise osakaal ühegi vaadeldud vaktsiini puhul ja laste hõlmatus vaktsineerimisega on veel väiksem kui Riigikontrolli 2016. aasta auditi ajal.

Täiskasvanute hambaravihüvitis ei ole jõudnud inimesteni, kes vajavad riigi tuge kõige enam

35. Suutervisel on tugev seos inimese üldise terviseseisundiga. Suuõõne haigused mõjutavad tervist ja võivad soodustada teatud haiguste teket või halvendada juba olemasolevate haiguste kulgu. Täiskasvanute suutervis Eestis on kehv: haigekassa 2022. aasta uuringu kohaselt vajab hambaravi kolmveerand üle 35-aastastest inimestest.

36. Alates 1. juulist 2017 saavad ravikindlustatud täiskasvanud kasutada hambaravihüvitist. Hüvitise eesmärk on kompenseerida täiskasvanutele esmavajalikud ravikulud ning julgustada inimesi hambaarsti külastama ja seeläbi motiveerida neid oma suutervise eest paremini hoolt kandma ning terviseprobleeme ennetama.

Teadmiseks, et

2021. aasta auditis „Täiskasvanute hambaravihüvitis“ tõi Riigikontroll välja, et pärast hüvitise jõustumist 2017. aastal suurenes hambaarsti esmavisiidil käinute ja sagedamini hambaarsti külastanud inimeste hulk.

Ent hüvitist kasutavad rohkem suurema sissetulekuga inimesed, kes suudaksid hambaravi eest ka ise tasuda.

Suur hulk väiksema sissetulekuga inimesi (toimetulekutoetuste saajaid) ei ole viimase viie aasta jooksul kordagi hambaarsti juures käinud.

37. Hüvitis on toonud inimesi esmavisiidile ja pannud sagedamini hambaarsti juures käima, ent hüvitist kasutavad pigem need, kes seda oma sissetuleku järgi otseselt ei vaja. Kaks viiendikku täiskasvanutest, enamjaolt väiksema sissetulekuga inimesed, ei ole käinud viimase viie aasta jooksul kordagi hambaarsti visiidil. Seega pole hüvitis jõudnud piisaval määral inimesteni, kes vajavad riigi tuge kõige enam.

38. Ebavõrdsus hambaravis on suurenenud, sest hüvitise praegused tingimused ei kaitse suure ravivajadusega inimesi suurte tervishoiukulude eest. Inimesel, kes on suure ravivajadusega ja peab arsti külastama korduvalt, ulatub koguomaosalus 70–85%-ni.

39. Hüvitis hõlmab esmavajalikke hambaraviteenuseid. 30 hüvitatavast teenusest üks on suunatud ennetavale ravile. Kui hüvitatavate teenuste valikus oleks suurem rõhk ennetusel, aitaks see ühe meetmena haigusi vältida või neid varakult avastada. Hambaarstide soovitus on, et täiskasvanud võiks kord aastas käia suutervise kontrollis.

40. 2020. aastal kasutas hüvitist *ca* 284 500 inimest, mis moodustab ligi kolmandiku (29%) ravikindlustatud täiskasvanud elanikkonnast. Olulisi piiranguid 2021. aastal pandeemiaga seoses hambaravile ei olnud. Hüvitise kasutajate arv kasvas 2021. aastal 12% ja jõudis *ca* 318 900 inimeseni, mis moodustab jätkuvalt vaid kolmandiku (ligi 32%) ravikindlustatud täikasvanutest.

41. Alates 2022. aastast saavad hüvitist kõrgendatud määras kasutada ka töötud ja toimetulekutoetuse saajad. 2022. I poolaastal kasutas hüvitist 243 171 täiskasvanut, neist 8905 olid töötud ning 433 toimetulekutoetuse saajad.

42. **Kokkuvõtteks**, töötud on hüvitise kasutamise võimaluse hästi vastu võtnud, hinnanguliselt ligi viiendik neist on hüvitist kasutanud. Samas on kõiki võrdselt kohtlev hüvitis ebavõrdsust hambaravis suurendanud – kõige enam riigi tuge vajavad inimesed kasutavad hüvitist endiselt väga vähe. Toimetulekutoetuse saajatest kasutas hambaravihüvitist ligikaudu 4%. Lisaks keskenduvad hüvitatavad teenused rohkem olemasolevate terviseprobleemide ravimisele ega pööra piisavalt tähelepanu ennetamisele.

Vähi sõeluuringutes käivad ainult pooled kutsututest

Sõeluuring – terviseuuring, mis on mõeldud eelkõige tervetele, ilma kaebuste ja sümptomiteta kindlas vanuserühmas inimestele rinna-, emakakaela- või jämesoolevähi varaseks avastamiseks.

43. Vähiravis toob iga viivitus kaasa vähipatsiendi eluea vähenemise. Riigikontrolli 2021. aasta auditis nenditakse, et Eestis avastatakse vähk liiga hilja, lisaks algab ka vähiravi hiljem, kui peaks. Vähi varase avastamise tõhus meetod on sõeluuringud, kuid Eestis on sõeluuringutes osalus vähene.

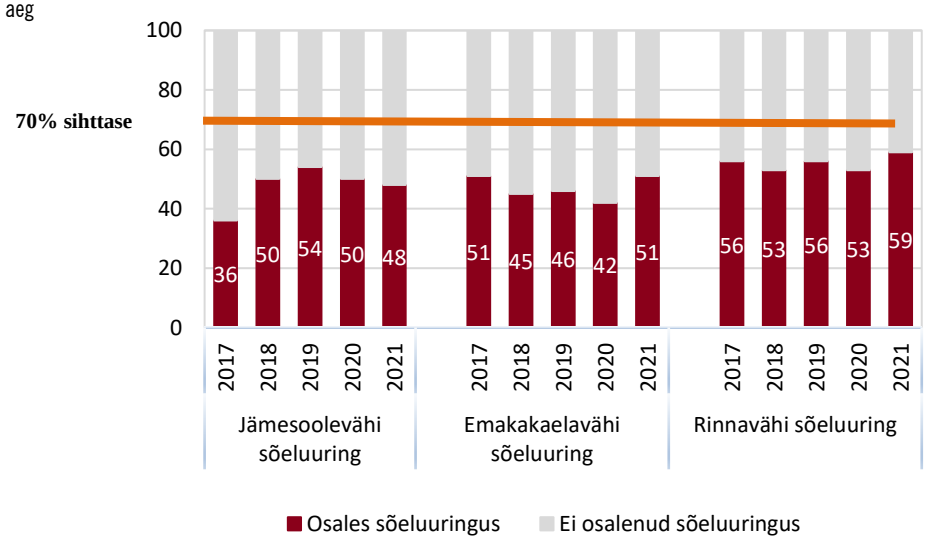
Teadmiseks, et

2021. aasta auditis „Pahaloomuliste kasvajate avastamine ja patsiendi ravile suunamine“ tõi Riigikontroll välja, et Eestis avastatakse vähk liiga hilja – näiteks ainult *ca* 29% emakakaelavähist, 35% jämesoolevähist ja 49% rinnavähist avastati 2018. aastal haiguse algjärgus.

Eestis on ka sõeluuringutest osavõtt vähene. Seda olulisem on õigeaegne ravi, mis peab olema tagatud. Eestis on aeg vähikahtluse tekkest ravi alguseni soovitatust pikem.

44. Hõlmatus ehk sihtrühma liikmete sõeluuringust osalemise määr jääb tunduvalt alla Eesti vähitõrje tegevuskavas 2021–2030 kokkulepitud 70% sihttaseme, ulatudes 2021. aastal 59%-ni rinnavähi, 51%-ni emakakaelavähi ja 48%-ni jämesoolevähi korral (vt joonis 3). Võrreldes 2020. aasta näitajatega on emakakaela- ja rinnavähi sõeluuringus osalemise määr veidi tõusnud. Samal ajal on jämesoolevähi sõeluuringus osalemine õige pisut langenud.[13]

Joonis 3. Sihtrühma osalemine sõeluuringutes aastatel 2017–2021, %



Allikas: Riigikontroll Tervise Arengu Instituudi andmete põhjal

[13] Eesti Haigekassa peab raviarvete põhjal lisaks tavapärasele sõeluuringus osalemise arvestusele ka kolme aasta jooksvat arvestust. Viimane näitab, kui suur osa sihtrühmast on kontrollitud aasta enne ja pärast sõeluuringut. Lisaks, olenevalt vähipaikmest on hõlmatuse arvestusse kaasatud mõned täiendavad teenusekoodid (nt emakakaelavähi sõeluuringu korral 66807, 66809, 66811 jms). Andmed on leitavad haigekassa kodulehel.

45. Alates 2021. aastast saavad tasuta sõeluuringutes osaleda ka ravikindlustamata isikud. Tervise Arengu Instituudi andmetel on olenevalt sõeluuringust neis osalenud *ca* 10–18% kindlustamata isikute sihtrühmast. Varem jäi see osakaal vahemikku 3–10%. Seega osalesid 2021. aastal ravikindlustamata inimesed sõeluuringus varasemast enam.

Vähipatsiendi raviteekond

46. Patsiendi teekonna kestus vähikahtlusest esmase ravini peaks olema kokku maksimaalselt 63 päeva.[14] Riigikontrolli auditi põhjal algas vähiravi õigel ajal neljast paikmest vaid rinnavähiga patsientidel (keskmiselt 52 päevaga). Emakakaela- ja kopsuvähiga patsientidel kulus selleks *ca* 100 päeva ning jämesoolevähiga patsientidel 122 päeva. Hilinemist tuli ette igas raviteekonna etapis, nii pere- ja eriarstiabis kui ka vähikeskustes.

47. Hilinemise põhjused olid erinevad: arstid ei tundnud haigust ära, uuringute/kiiritusravi järjekord oli pikk, patsient ise hilines või keeldus ravist, liikumine eri tervishoiutasandite vahel võttis aega jms.

48. Vähiravi ja ennetuse juhtimiseks koostati Sotsiaalministeeriumi eestvedamisel ja ekspertide kaasabil Eesti riiklik vähitõrje tegevuskava aastateks 2021–2030. Tegevuskava kinnitati 2021. aasta mais. Selle rakendusplaan aastaks 2024 pidi valmima 2021. aasta I kvartalis, kuid käesoleva ülevaate valmimise ajaks rakendusplaani veel ei olnud.

49. **Kokkuvõtteks** jääb Eesti inimeste osalemine vähi sõeluuringutes alla soovitusliku / eesmärgiks seatud sihttaseme. Lisaks ei ole poolteist aastat pärast vähitõrje tegevuskava kinnitamist suudetud vastu võtta selle rakendusplaani, mida on vaja, et peale vastutajate leppida kokku ka konkreetsed tegevused, tähtajad ja ressursid.

Haiguste ennetamise probleemide kokkuvõte

50. Riigikontrolli arvates ei ole haiguste ennetamine ja terviseedendus laste ja täiskasvanute seas jätkuvalt tõhus ning selle kvaliteet on ebaühtlane. Riigikontroll leidis, et tervisekontrollides osalemine pole viimase kuue aasta jooksul olulisel määral kasvanud ja üldiselt on tervisekontrollis osalemine vähene. Väärib tähelepanu, et kehvemaks on läinud olukord laste vaktsineerimisega – see on igal aastal järjepidevalt veidike vähenenud ja on oht, et immuniseerimiskavas nimetatud haigustesse haigestumine hakkab jälle kasvama.

Teadmiseks, et

Riigikontrolli tähelepanekud on kooskõlas Tervise Arengu Instituudi (TAI) 2020. aasta analüüsiga selle kohta, kuidas parandada ennetuse kvaliteeti Eestis. TAI märgib, et probleemide lahendamiseks tuleks otsustada, kes ennetust juhib, ja panna paika vastutused ning valdkonnaülesed koostöömehhanismid; teha sihtrühmale vajalikud meetmed kättesaadavaks ja hinnata (ning parandada) süsteemselt nende kvaliteeti ja rahastamist.

51. Laste tervise tõhusamat jälgimist takistab kooliõdede jt spetsialistide nappus. Lisaks on koolitervishoius endiselt lahendamist vajavaid kitsaskohti nagu teenuse ebaühtlane kvaliteet, ruumipuudus, ebaühtlane ligipääs terviseandmetele jms. Vähi sõeluuringute ja täiskasvanute hambaravi auditi tulemused näitavad, et ka täiskasvanute osalemine ennetuses on vähesem, kui see võiks olla.

52. Riigikontroll lisab täiendavalt, et kui plaanide tasandil on haiguste ennetuse tõhustamise meetmed kokku lepitud, siis nende rakendamine peaks olema süsteemsem ja toimuma tihedas institutsioonide koostöös. Muu hulgas tuleks toetada asjaosalisi kasutajakesksete e-lahendustega. Kokkuvõtteks, valdkonna edendamisel on samal ajal tarvis tegeleda nii suure kaalu ja pikaajalise mõjuga otsustega kui ka lühema aja vältel rakendatavate ülesannetega. Ülevaade neist on tabelis 2.

[14] Vähitõrje tegevuskava 2021–2030.

Tabel 2. Põhimõttelised otsusekohad ja kiiremini lahendatavad ülesanded haiguste ennetuses

Strateegilised küsimused
▪ Mida senisega võrreldes tuleks teistmoodi teha, et haiguste ennetuses ja varasel avastamisel paremaid tulemusi saavutada? ▪ Kuidas tagada tõhusaks ennetuseks vajalikud tervishoiutöötajad ja raha?
Taktikalised ülesanded
▪ Oluline proovikivi on tervisekontrollides, vaktsineerimises ja sõeluuringutes osalemise määra suurendada. Selleks on vaja selget ennetuse juhtimise ja vastutuse korraldust ja toimivat ennetusmeetmete „planeeri-rakenda-hinda-uuenda“ tsüklit. ▪ Ennetusega tegelevatele õdedele ja arstidele pakuks kohe tuge kasutajakesksed e-lahendused, nt meeldetuletussüsteem patsientidele, vaktsineerimiseks vajalike nõusolekute küsimine patsiendiportaalis jt rakendused. ▪ Vähitõrje tegevuskava rakendusplaan peab olema elluviimist dünaamiliselt toetav dokument, mis tuleb esimesel võimalusel heaks kiita ja hiljem tagada selle süsteemne ülevaatus ning uuendamine. ▪ Täiskasvanute hambaravihüvitise tingimusi tuleks muuta nii, et need arvestaks inimese ravivajadust ning väiksemat sissetulekut teenivate inimeste võimalusi hambaravi eest tasuda.

Tervishoiuteenuste kättesaadavus on piirkondlikult ja erialati lünklik

53. Rahvatervise arengukavas 2020–2030 on Eesti tervishoiusüsteemi ühe peamise probleemina välja toodud tervishoiuteenuste ebaühtlus. Aruande teine peatükk käsitleb ravivajaduse katmist, eri- ja perearstiabi kättesaadavuse tegureid, laialdast pöördumist erakorralise meditsiini osakondadesse ja muutusi õendusabis. Nende tervishoiuteenuste kättesaadavus on endiselt ebaühtlane, kuigi e-konsultatsiooni ja kaugteenuste laialdasem kasutuselevõtt on teatud määral olukorda leevendanud.

Sotsiaalministeerium ei ole otsustanud, millised tervishoiuteenused peavad maakondlikult kättesaadavad olema

Tervishoiuteenuste kättesaadavus maakonniti

54. Hea juurdepääs tervishoiuteenustele aitab tagada ravi õigeaegsuse ja tõhusama ravitulemuse. Praegu on enamiku osutatavate teenuste valik jäetud iga üldhaigla enda otsustada, mistõttu on see piirkonniti kõikuv.

55. Riigikontroll võrdles haigekassa lepingute põhjal haiglavõrgu arengukava[15] haiglate osutatud teenuseid perioodil 2019–2021. Selgus, et mitmed maakonna- ehk üldhaiglad on viimastel aastatel vähendanud nende teenuste arvu, mille osutamine on sotsiaalministri määrusega „Haigla liikide nõuded“[16] jäetud teenuseosutaja otsustada[17]. Näiteks 2019. aastal oli pediaater 11 üldhaiglas, kuid 2021. aastal vaid viies (vt tabel 3).

[15] Haiglavõrgu arengukava haiglad on haiglad, mis kuuluvad tervishoiuteenuste ühtlase kättesaadavuse tagamiseks Vabariigi Valitsuse 02.04.2003. a määrusega nr 105 kehtestatud piirkondlike haiglate, keskhaiglate, üldhaiglate, kohalike haiglate ja taastusravihaiglate loetellu.

[16] Sotsiaalministri 19.08.2004. a määrus nr 103 „Haigla liikide nõuded“. RT I, 28.06.2022, 11.

[17] Üldhaiglas peab osutama ambulatoorseid ja statsionaarseid tervishoiuteenuseid järgmistel erialadel: erakorraline meditsiin, sisehaigused, üldkirurgia, anestesioloogia, laborimeditsiin, radioloogia. Ülejäänud erialad on valikulised.

Eesti Haiglate Liidu sõnul on selle peamiseks põhjuseks eriarstide puudus.

56. Haigekassa täpsustas, et tabelis 3 esitatud andmete tõlgendamisel tuleb arvestada, et üldhaiglates osutavad sisehaiguste eriala teenuseid lisaks sisehaiguste arstidele ka teised arstid. Näiteks võib sisehaiguste osakonnas töötada ka endokrinoloog või uroloog. Teisisõnu esitatakse mõnikord sisehaiguste eriala teenusena arveid ka muude erialade teenuste eest. Seega võivad tabelis 3 toodud andmed mingil määral tegelikkusest erineda.

Tabel 3. Haiglavõrgu arengukava (HVA) üldhaiglate osutatud tervishoiuteenused erialade kaupa 2019. ja 2021. aastal

Eriala	Teenust pakkuvate HVA üldhaiglate arv		Teenust pakkuvate haiglate arvu muutus 2019. ja 2021. aastate võrdluses
	2019	2021	
Pediaatria	11	5	–6
Pulmonoloogia	9	4	–5
Neuroloogia	11	6	–5
Kardioloogia	10	6	–4
Nefroloogia	7	4	–3
Uroloogia	9	6	–3
Ortopeedia	9	6	–3
Endokrinoloogia	9	6	–3
Gastroenteroloogia	4	2	–2
Reumatoloogia	6	4	–2
Infektsioonhaigused	1	0	–1

* Tabelist on välja jäetud need erialad, kus seis on jäänud samaks. Teenuste pakkumine ei laienenud ühelgi erialal.

Allikas: Eesti Haigekassa

57. Kuigi erialade lõikes on sätestatud, mis teenuseid iga haigla lähtuvalt oma tüübist peab osutama ja mida soovi korral võib osutada, ei ole Sotsiaalministeerium otsustanud, millised teenused ja mis mahus peavad igas maakonnas esindatud olema. Haigekassa juhtkond on küll oma otsusega[18] määranud teenuste kättesaadavuse tasemed, kuid Eestis ei ole valitsuse või ministri tasandil heaks kiidetud dokumenti, mis sätestaks, milliseid tervishoiuteenuseid, millises piirkonnas ja millises mahus on vaja osutada, et tagada patsientide optimaalne juurdepääs ravile.

Haiglavõrgu arendamine

58. Enamiku eriarstiabist osutavad haiglavõrgu arengukava haiglad. Arvestades tervishoiuteenuste tarbimise ja rahvastiku vananemise trende, tervishoiutöötajate vanuselist struktuuri ja töökoormust, tuleks riigi ravivõimalused ja -vajadused uuesti üle vaadata ja eesmärgid ajakohastada. Samas ei ole haiglavõrgu arengukava siiani uuendatud. Viimane haiglavõrgu arengukava lõppes 2015. aastal.

[18] Haigekassa juhatuse 04.05.2018. a otsus nr 185 „Eriarstiabi piirkondliku kättesaadavuse põhimõtted“.

Teadmiseks, et

Riigikontrolli 2010. a auditis „Haiglavõrgu jätkusuutlikkus“ tehtud soovitused olid muu hulgas järgmised:

- ajakohastada Eesti haiglavõrgu arengukava;
- lisada loodavasse haiglavõrgu arengukavasse realistlik aktiivravivõrgu investeerimisplaan ning näha ette ajakava ja raha selle elluviimiseks;
- hinnata üle personalivajaduse prognoos, lähtudes uuest haiglavõrgust, ning viia sellega vastavusse nii arstide erialade arengukavad kui ka koolitustellimus.

59. 2000. aastal, haiglavõrgu arengukava ettevalmistamisel, soovitasid eksperdid vähendada haiglate arvu 13-ni. 2002. aastal vastu võetud arengukava[19] kohaselt kuulus haiglavõrku 19 haiglat, millele 2018. aastal lisandus veel üks haigla. 2022. aastal on haiglavõrgu arengukava haiglaid Eestis kokku 20. Seda on kolmandiku võrra enam, kui eksperdid Eestile enam kui 20 aastat tagasi vajalikuks ja jõukohaseks pidasid. Probleem ei ole niivõrd konkreetses haiglate arvus, kuivõrd selles, et kokku ei ole lepitud Eestile praegu ja tulevikus optimaalses haiglate arvus ja nende paiknemises.

60. Uue haiglavõrgu arengukava ettevalmistamiseks tellis Sotsiaalministeerium Euroopa Komisjonilt struktuursete reformide toetamise meetme rahastamisel analüüsi „Inimkeskne ja integreeritud haiglavõrk 2040“. Projekt lõppes 2022. aasta juunis, valmisid haiglavõrgu arendamise ettepanekud. Ent edasised haiglavõrku puudutavad arutelud ning otsuste ettevalmistamine nõuavad veel aega ja haiglavõrgu arengukava vastuvõtmise tähtaeg ei ole teada.

61. **Kokkuvõtteks** võib tervishoiuteenuste koondumine suurematesse haiglatesse ravi kvaliteedi tagamise vajaduse tõttu olla paratamatu. Teisalt, kui kodukohajärgne üldhaigla teatud erialal enam teenust ei paku, siis võib õigeaegne ravi muutuda kehvemini kättesaadavaks ja maapiirkondade patsiendid võivad sattuda ebavõrdse kohtlemise ohvriks. Ravi koondamine võiks olla kõrgemal valitsemise tasandil läbi mõeldud ja koordineeritud tegevus. Teisisõnu peaks Sotsiaalministeeriumi eestvedamisel kokku leppima, millises mahus ja kuidas tagada tervishoiuteenuste regionaalne kättesaadavus.

Katmata ravivajadus ehk arstiabi hinnanguline kättesaadavus

Kõik ei pääse õigel ajal eriarsti vastuvõtule

62. Õigel ajal alustatud ravi on tõhusam ja vähem kulukas. Riigikontroll analüüsis, kui kiirelt pääsevad inimesed Eestis eriarsti juurde. Ravijärjekordade mõõtmise metoodika muutuse tõttu ei saa aga võrrelda, kas pärast eelmist Riigikontrolli auditit[20] on ootejärjekorra pikkus vähenenud.[21] Kuid öelda saab seda, et ravijärjekorrad ulatuvad endiselt teatud erialadel üle kehtestatud maksimumpikkuse.

63. Tervishoiuteenuste kättesaadavuse võrdlemisel riikide vahel on üks peamine näitaja katmata ravivajadus. See on ka oluline rahvatervise arengukava 2020–2030 näitaja. Eurostati andmete kohaselt[22] oli 2021. aasta seisuga Eesti inimeste katmata ravivajadus võrreldes varasemate aastatega veidi vähenenud, kuid endiselt ELi suurim (12,6%). ELi riikide keskmine oli samal ajal 4,8% (vt joonis 4). Eesti inimeste hinnangul on siin peamiseks takistuseks pikad ravijärjekorrad.

Katmata ravivajadus – inimeste hinnang saamata jäänud ravile ja arstiabile. Arstiabi mittesaanuteks loetakse need, kes viimase 12 kuu jooksul vajasid arstiabi, kuid mingil põhjusel ei saanud seda.

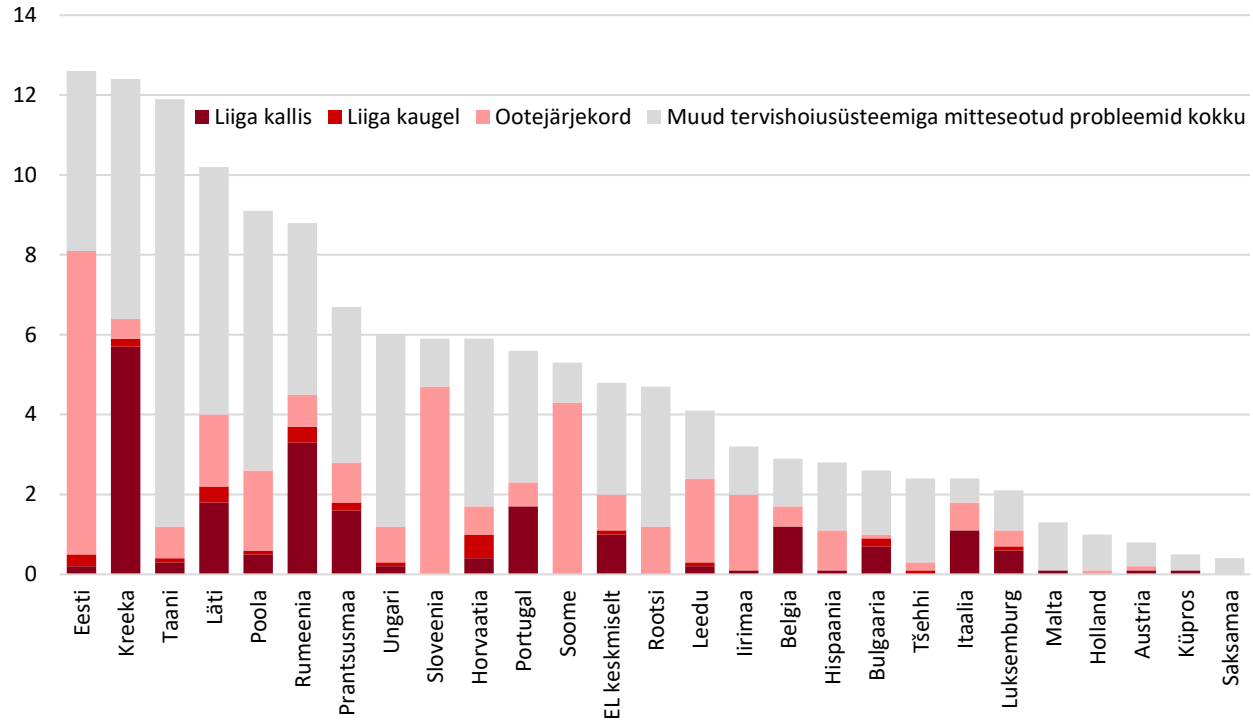
[19] Vabariigi Valitsuse 02.04.2003. a määrus nr 105 „Haiglavõrgu arengukava“.

[20] Riigikontrolli audit „Erakorraline meditsiin“, 23.10.2018.

[21] Ravijärjekordade kohta info kogumise ja esitamise metoodika on muutunud. Kuni 2020. aasta detsembrini esitasid raviasutused haigekassale ravijärjekordade kohta kvartaliaruandeid. Alates 2021. aasta jaanuarist mõõdetakse ravijärjekordi digisaatekirja andmete, broneeringute ja vastuvõtuteavituste põhjal. Ooteaegu esitatakse varasema keskmise asemel mediaanooteaegadena.

[22] Waiting Times for Health Services. Next in Line. OECD Health Policy Studies. 28.05.2020.

Joonis 4. 16-aastaste ja vanemate inimeste katmata ravivajaduse osakaal (%) ja selle peamise põhjused ELi riikides, 2019



Allikas: Eurostat, Unmet health care needs statistics, 2021

Mediaanooteaeg eriarstiabi järjekorras

64. Eestis on ambulatoorse eriarstiabi järjekorra maksimumpikkuseks kehtestatud 42 päeva.[23] Haigekassa andmetel oli 2021. aastal kuni 42-päevase ooteajaga esmaseid broneeringuid 77%.[24] 2022. aasta esimese kuue kuu jooksul jõudis eriarsti esmasele ambulatoorsele vastuvõtule kehtestatud aja piires keskmiselt 74% inimestest, seejuures olid kõige pikemad järjekorrad piirkondlikes haiglates, kuhu 42 päeva jooksul jõudis vaid 65% patsientidest.

Mediaan – punkt, millest suuremaid ja väiksemaid väärtusi on koguseliselt ühepalju.

65. Üld-, kesk- ja piirkondlike haiglate keskmisena eriarstiabi ootejärjekordade pikkuse (broneeringu tegemisest eeldatava vastuvõtuni) analüüs näitab, et 2022. aasta I poolaastal kasvas mediaanooteaeg võrreldes eelneva aastaga.[25] Kõikidest erialadest (kokku 37) ületati perioodil jaanuar-juuni 2022 haigekassa kehtestatud maksimumpikkust ehk 42 päeva ooteaega 18 eriala puhul. Tabelis 4 on näiteks toodud keskmine mediaanooteaeg haiglates nendel erialadel, mis ületavad järjekorra maksimumpikkust kaks korda (ravijärjekordade pikkuse detailsem teave on lisas C).

[23] Eesti Haigekassa nõukogu 11.01.13. a otsus nr 5.

[24] Eesti Haigekassa 2021. aasta majandusaasta aruanne.

[25] Vabariigi Valitsuse 02.04.2003. a määrusega nr 105 kehtestatud tervishoiuteenuste ühtlase kättesaadavuse tagamiseks piirkondlike haiglate, keskhaiglate, üldhaiglate, kohalike haiglate ja taastusravihaiglate loetelu.

Teadmiseks, et

ravijärjekordade pikkuse võrdlemise alusena kasutab OECD teatud kirurgilise ravi teenuseid. Nende näite kohaselt olid Eestis ootejad ühed pikemad. Nii olid Eestis 2018. aastal operatsioonide ootejad järgmised:

- põlveliigese vahetus – 461 päeva (Soomes 99);
- puusaliigese vahetus – 282 päeva (Soomes 77);
- silma hallkae eemaldamine – 187 päeva (Soomes 97).

Tabel 4. Üle 84 päeva ulatuv ooteaeg üld-, kesk- ja piirkondlike haiglate keskmisena 2021. ja 2022. aasta I poolaastal (märgitud roosaga)

Eriala	Asutus	Keskmine ooteaeg 2021. a I poolaastal päevades	Keskmine ooteaeg 2022. a I poolaastal päevades
Allergoloogia-immunoloogia	SA Tallinna Lastehaigla	63	87
Gastroentero-loogia	AS Ida-Tallinna Keskhaigla	69	106
Logopeedia	SA Pärnu Haigla	125	97
Nefroloogia	SA Ida-Viru Keskhaigla	85	88
Neurokirurgia	AS Rakvere Haigla	58	85
	SA Tartu Üli-kooli Kliinikum	101	76
Oftalmoloogia ja optomeetria	SA Läänemaa Haigla	22	89
Ortopeedia ja traumatoloogia	AS Ida-Tallinna Keskhaigla	70	102
	SA Ida-Viru Keskhaigla	78	89
Psühhiaatria	AS Lääne-Tallinna Keskhaigla	83	98
	SA Narva Haigla	102	100
	AS Järvamaa Haigla	78	88
Psühholoogia	SA Tartu Üli-kooli Kliinikum	52	94
	SA Raplamaa Haigla	85	31
Uroloogia	SA Läänemaa Haigla	72	113
Vaskulaarkirurgia	AS Ida-Tallinna Keskhaigla	66	100
	SA Ida-Viru Keskhaigla	85	38

Allikas: Riigikontroll, Eesti Haigekassa andmetel

Teadmiseks, et

kevadel 2022 käivitati pilootprojekt „Ajaleidja“, esialgu neljal erialal. Kui üleriigilises digiregistratuuris kohe sobivat visiidiaega pakkuda pole, avaneb inimesel võimalus end seal ootejärjekorda lisada. Ajaleidja annab seejärel SMSi ja e-kirja teel märku, kui sobiv aeg tekib. Rakendusega on liitunud kaks kolmandikku Eesti raviasutustest.

66. Järjekordade pikkuse hindamisel tuleb siiski arvestada, et see näitaja ei pruugi adekvaatselt kajastada tegelikku olukorda – mõnedel juhtudel ei ole võimalik aega üldse broneeridagi, sest vabu visiidiaegu ei ole saadaval. Ehk visiidiaegade avanemisele eelnevat ootamise aega ei mõõdeta, kuigi see inimese vaatenurgast mõjutab ooteaja kestust.

67. Eriarstiabi kättesaadavuse parandamiseks hakkas haigekassa 2020. aastast arendama kaugteenuseid, st patsient ja tervishoiuspetsialist suhtlevad distantsilt, telefoni, videokõne või veebivestluse teel. Tulemusena tehti aastal 2021 eriarstiabi 3,5 miljonist ambulatoorsest vastuvõtust 8% kaugvastuvõtuna.

68. Eriarstiabi kaugvastuvõttude arv siiski 2020. aastaga võrreldes vähenes 22% (80 250 vastuvõtu võrra), kuna arstid ja õed eelistasid tagasi pöörduda tavavastuvõttude juurde. Samuti rakendus haigekassa seatud kitsendus, millega võis eriarstiabis kaugvastuvõtte teha vaid tagasikutsumise korral ehk korduva visiidina.[26]

69. **Kokkuvõtteks**, kui võrrelda tervishoiuteenuste kättesaadavust teiste ELi riikidega, lähtudes katmata ravivajaduse näitajast, siis tunnetavad Eesti inimesed probleemi teravamalt kui mujal ELis. Kuna puudu on tervishoiutöötajaid jm ressursse, ei pääse inimesed õigel ajal arsti juurde – ravijärjekorrad on pikad. Eriarstiabi järjekorrad varieeruvad erialati ja on seotud ka teenuseosutaja populaarsuse ning teenindusvõimekusega.

70. Omaette probleem on see, et ravijärjekordade täpset tegelikku pikkust ei ole praegu võimalik kindlaks teha, kuna vabade visiidiaegade puudumise tõttu ei olegi alati võimalik broneeringut teha: teenuseosutajad avaldavad vabad ajad üldjuhul ette kuni kolmeks kuuks, need täituvad kiiresti ja võib juhtuda, et inimesed peavad seetõttu ootama uute vabade aegade väljakuulutamist.

Vältimatut abi mittevajavad inimesed koormavad endiselt erakorralise meditsiini osakondi

71. Pikad ravijärjekorrad, piiratud arstiabi kättesaadavus ja võimalus pöörduda erakorralise meditsiini arsti juurde ilma saatekirjata, on tegurid, mis suurendavad erakorralise meditsiini osakondade (EMO) koormust. See on probleem, sest EMO teenuse maksumus on näiteks perearsti omast oluliselt kallim. Andmete analüüs näitas, et olukord ei ole viimastel aastatel muutunud ja EMOde koormus on endiselt suurem, kui peaks.

EMO rahastuse muutus

72. 01.01.2020 muutusid EMO ja valvetubade rahastamise põhimõtted.[27] Muudatused algatati, lähtudes nii Riigikontrolli varasemast auditist kui ka Maailmapanga soovitusest asendada EMOde teenusepõhine rahastamine valmisolekutasuga nii, et see hõlmab kõiki EMOs tehtud ja määratud uuringuid.

73. Valmisolekutasu EMOs põhjendatakse sellega, et personali, aparatuuri ja ruumide olemasolu ei peaks sõltuma patsientide arvust. Samas osa EMOga seotud teenuseid, mis osutatakse tervishoiuteenuse osutaja teistes struktuuriüksustes (labor, radioloogia, muud uuringud ja protseduurid, mis on vajalikud raviotsuse tegemiseks), tasutakse jätkuvalt teenusepõhiselt.

74. 2020. aastal toimunud rahastusmudeli reformimine on Eesti Erakorralise Meditsiini Arstide Seltsi sõnul olnud mõneti problemaatiline. Kõik muutused ei toimi veel nii, nagu peaks, täpsemalt on murekohaks hinnakirja koostamise metoodika (eelkõige tööprotsesside hindamise ja analüüsi aluseks olevate andmete puudulikkus), nõrk kontrollisüsteemide osa (et oleks tagatud kõik lepingust tulenevad teenused) ja EMO koostöö teiste erialade osakondadega. Patsientide (eelkõige vanemaealiste)

[26] Eesti Haigekassa 2021. aasta majandusaasta aruanne.

[27] Vabariigi Valitsuse määrus „Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetelu“ (§ 46).

liikumine pärast esmaabi andmist EMOst edasi on osutunud üheks suuremaks murekohaks, sest näiteks õendusabis kohti napib jms.

75. Mudeli hinnakirja koostamise metoodikas on praeguseks vastav töörühm korrektuure teinud, kuid teiste eelmainitud probleemide lahendusi alles töötatakse välja. Ent EMO peamisi probleeme – personali nappus ja ülekoormus, vananenud infrastruktuur, järjest suurenev patsientide hulk, kes ei vaja vältimatu abi – rahastuse muudatus leevendanud ei ole.

76. Otsest eelmise auditeeritud perioodi (2017) ja nüüdse taseme võrdlust rahastamispõhimõtete ja tervishoiuteenuse osutajate muutuste tõttu teha ei saa. Ent kui vaadata kahte viimast aastat, siis on pöördumised EMOsse kasvanud 13 000 võrra ja raviarvete maksumus 37 miljonit (tabel 5).[28]

Tabel 5. EMO näitajate ülevaade

Näitajad	2020. aasta	2021. aasta	Kasv (%)
Pöördumisi EMOsse	418 787	431 823	3
EMO raviarvete maksumus (miljonites eurodes)	191	228	19
EMO valmisoleku tasu (miljonites eurodes)	31,7	33	4

Allikas: Riigikontroll, Eesti Haigekassa raviarvete põhjal

77. Silmas tuleb pidada, et EMOsse pöördumisi ja nende kulu on mõjutanud ka COVID-19-kriis – näiteks märkisid EMO arstid intervjuus, et pöördujate arv pandeemia alguses vähenes, seega hilisem suurem tase võib olla hoopis tavapärane külastajate arv.

78. EMOsse pöördumiste jaotus triaaži kategooriatesse on 2018. aasta auditi ja 2020. ning 2021. aasta andmete võrdluses jäänud muutumatuks. See tähendab, et ka praegu märgitakse 57% EMOsse pöördujatele roheline/sinine triaaž ehk tegu on pigem potentsiaalse perearsti klientuuriga, kes ei vaja vältimatut abi. Sotsiaalministeerium ja haigekassa ei ole rakendatud piisavaid meetmeid (nt ravikindlustamata inimestele esmase ravi tagamine, patsientide eelnev nõustamine telefoni teel, perearsti vastuvõtuaegade pikendamine), mis paneks inimesi eelistama EMO asemel perearsti poole pöördumist.

79. Erakorralise Meditsiini Arstide Seltsi esindajate sõnul on probleeme esmatasandi arstiabi kättesaadavusega mitmel pool, kuid suurim probleem on just Lõuna-Eestis, kus perearstiabis soovitatakse paljudel patsientidel uuringutele ja ravi saamiseks pigem EMOsse pöörduda.

80. Enim pöörduti kergemate tervisehädadega perearsti asemel EMOsse Järva- ja Raplamaa ning Jõgeva haiglas (vt joonis 5). Kui eeldus on, et suurte haiglate EMOsse peaks pigem koonduma raskemate traumadega patsiendid (punase, oranži ja kollase triaaži kategooriaga), siis joonisel 5 esitatud osakaalud seda ei toeta. Haigekassa leidis oma hindamise

Teadmiseks, et

2018. aasta auditis „Erakorraline meditsiin“ on Riigikontroll välja toonud, et Eestis pöörduti 2017. aastal erakorralise meditsiini osakonda *ca* 462 000 korral ja EMO raviarvete maksumus oli *ca* 153 miljonit eurot. Riigikontrolli hinnangul vajas süsteem reformi, kuna pöördumisi erakorralise meditsiini osakonda rahastati plaanilise eriarstiabi arvelt ja enamik EMOsse pöördujaist (57%) ei vajanud vältimatut abi.

Triaaž

Triaaž – haigete jaotamine kategooriatesse (sinine/roheline, kollane, oranž, punane) abivajamise pakilisuse järgi, lähtudes patsiendi seisundist ning võimalikust ohust tema elule ja tervisele.

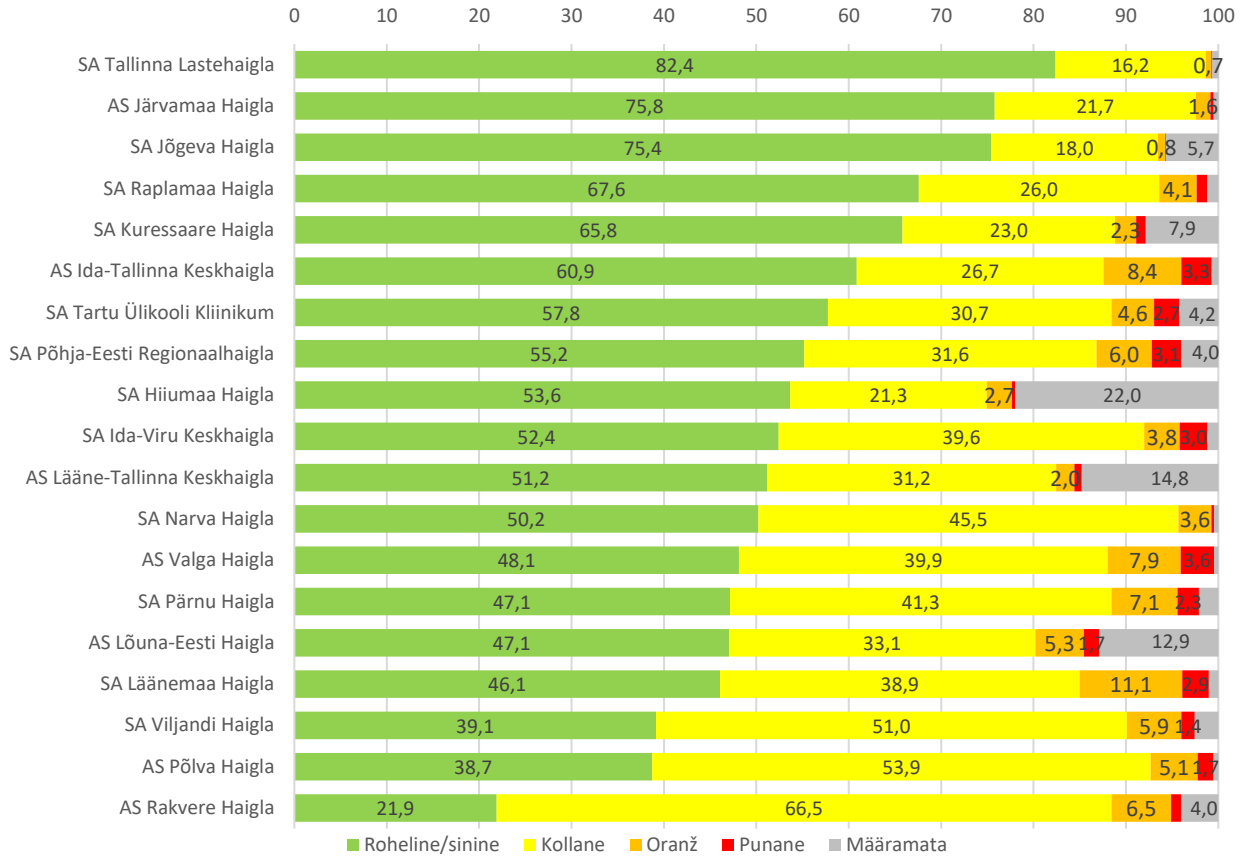
Teadmiseks, et

raviarvete analüüsi põhjal on mõned rohelise/sinise triaažiga märgitud patsiendid aasta jooksul EMOsse pöördunud lausa 57 korda. Patsiente, kes kasutasid EMO teenust regulaarselt (üle 10 korra aastas), oli 2020. aastal 299 ja 2021. aastal 315.

[28] Eesti Haigekassa 2021. aasta majandusaasta aruanne.

tulemustel[29], et triaažide määramise praktika on EMOdes erinev, sõltub patsientide arvust ja seisundi raskusest tingitud tööprotsessidest.

Joonis 5. EMOsse pöördumiste triaažikategooriate osakaal teenuseosutajate kaupa 2021. aastal, %



Allikas: Riigikontroll Eesti Haigekassa raviarvete põhja

81. **Kokkuvõtteks** ei ole EMO üht põhiprobleemi – et sinna pöörduksid vaid vältimatut abi vajavad inimesed – veel lahendatud. Inimestel on sageli mugavam perearsti asemel EMOsse pöörduda, eriti kui seal tehakse kohe kõik uuringud. Kuivõrd tegemist on kompleksse probleemiga, siis peaks selle lahendamine hõlmama perearstiabi võimekuse parandamist ja parem koostöö haigla teiste osakondade ning teiste teenuseosutajatega (sh sotsiaalvaldkonnaga) muudaks omakorda EMO töö tõhusamaks.

Teadmiseks, et

2018. a auditis „Erakorraline meditsiin“ hindas Riigikontroll, kas erakorraline meditsiini osakonnas ravitakse neid patsiente, kelle tervislik seisund vajab vältimatut abi.

Auditi koondhinnangu kohaselt võiks suur osa EMOsse pöördujaist abi saada perearsti juurest. Samal ajal puudus Terviseametil ja haigekassal ülevaade perearstiabi täpsest kättesaadavusest.

Tööjõupuuduse tõttu on muutused perearstiabi korralduses paratamatud

Rahvatervise arengukavas 2020–2030 on rõhutatud vajadust tagada tervishoiuteenuste kättesaadavus esmatasandil. Esmatasandi tervishoiuteenuste vähene kättesaadavus ja tööajaväliste vastuvõttude ebapiisavus on pöördvõrdeliselt seotud suurema vajadusega erakorralise abi järele.[30] Riigikontroll uuris, kas ja kuidas on perearstiabi

[29] EMO triaaž. Sihtvaliku teema kokkuvõte. Eesti Haigekassa, 2021.

[30] Andrea Posocco, Maria Paola Scapinello, Irene De Ronch *et al*. Role of out of hours primary care service in limiting inappropriate access to emergency department. Intern Emerg Med 13, 549–555 (2018); Caroline Berchet. Emergency Care Services. OECD Health Working Papers No. 83, 2015.

kättesaadavuse hindamine ning tööajaväliste perearsti vastuvõttude võimaldamine võrreldes 2017. aastaga muutunud.

Perearstiabi kättesaadavus

82. Alates 1. juulist 2022 võttis haigekassa Terviseametilt üle perearstiabi korralduse: nimistusse registreerimise, konkursside korraldamise, asendusarstide leidmise jms. Haigekassa kontrollib perearstidega sõlmitud lepingute täitmist ning perearstiabi nõuete täitmise üle teeb järelevalvet Terviseamet. Nii haigekassa kui ka Terviseameti hinnangul ei ole Eestis perearstiabi kättesaadavuse tingimuste täitmisega olulisi probleeme.[31] Haigekassa põhjendab seda sellega, et igal nimistul on olemas kas perearst või asendusarst.

Teadmiseks, et

2018. aasta auditis „Erakorraline meditsiin" märkis Riigikontroll, et haigekassa ei analüüsi tööajaväliste vastuvõttude täitumist. Kuna perearstidel puudub kohustus esitada andmeid tööajaväliste vastuvõttude täituvuse kohta, ei peeta ka perearstikeskustes täpset arvet, kui palju inimesi seda võimalust kasutab. Seega puudub haigekassal ülevaade, kas lisavastuvõttudest on kasu ja kas need aitavad EMO koormust vähendada.

2017. aastal oli tööajaväliseid vastuvõtte võimaldavaid perearste 73 (*ca* 9% kõigist perearstidest) 15 omavalitsuses. 2021. aastal tööajavälised vastuvõtte tegevate arstide arv langes ligi kolmandiku võrra (48 arsti ehk *ca* 6% kõigist perearstidest). Need arstid paiknesid 13 omavalitsuses.

83. Haigekassa aruannete kohaselt täitis 2017. aastal täielikult kättesaadavusega seotud nõuded 82% kontrollitud perearstipraksistest.[32] Kättesaadavuse kontroll toimus perearsti tegevuskohas ja hindaja palus näidata, esiteks, kas ägeda seisundiga patsiendil oli võimalik samal päeval perearsti juurde aega saada, ning teiseks, kas kroonilist haiget oli võimalik teenindada viie päeva jooksul. Kui registratuuris näidati, et oli võimalik vastavalt patsiendi seisundile ettenähtud perioodi sees visiidi aeg saada, siis hinnati teenus kättesaadavaks.

84. Selline lähenemine ei võimaldanud hinnata, millal patsient vajas aega ja millal ta reaalselt vastuvõtule pääses. Haigekassa on seesugusest hindamisest loobunud, praegu vaadatakse läbi vaid perearstiabi kohta tulnud kaebused või tehakse juhukontrolle. Andmeid perearstiabi kättesaadavuse kohta haigekassal ega Terviseametil ei ole. Seetõttu ei ole perearstiabi kättesaadavuse paranemist või halvenemist võimalik päris adekvaatselt hinnata. Samuti ei ole selge, millele haigekassa ja Terviseamet oma hinnangus tuginevad.

Teadmiseks, et

esmatasandi tervisekeskus – ühes keskuses töötavad perearstide meeskonnad – koondab minimaalselt kolme nimistut.

Lisaks perearstidele ja -õdedele töötavad tervisekeskustes ka ämmaemandad, füsioterapeudid ja koduõed.

Samuti on tervisekeskus avatud tava-pärasest kauem, tööpäeviti kella 8–18. Täpsemalt vt tingimusi haigekassa veebilehelt.

85. Haigekassa ja Terviseameti enda selgituste kohaselt on perearstiabi kättesaadavust parandanud esmatasandi tervisekeskuste arvu suurenemine. 2022. aasta oktoobris oli tervisekeskustega liitunud 43% (340) kõikidest perearsti nimistutest. Tervisekeskused tegutsevad vähem kui pooltes (35) omavalitsustes. Statistikaameti andmete kohaselt elab nendes omavalitsustes *ca* 77% Eesti inimestest.

86. Kui tervisekeskused tegutsevad 35 omavalitsuses, siis neist 27-s on üks tervisekeskus ja kaheksas omavalitsuses on neid rohkem: Tallinnas (17), Tartu linnas (4), Saue ja Viimsi vallas ning Kohtla-Järve, Paide, Rakvere ja Sillamäe linnas (igas 2). Seevastu 40 omavalitsuses ei olnud 2022. aasta oktoobris ühtegi tervisekeskust.

Tervisekeskus peab olema avatud tööpäeviti ajavahemikus kella 8.00–18.00. Teistes perearstipraksistes võib vastuvõtuaeg varieeruda vahemikus 8.00–18.00, kuid vähemasti ühel päeval nädalas peab vastuvõtt olema kella 18.00-ni.[33] Eestis ei ole perearstidel seadusest tulenevat kohustust võimaldada tööajaväliseid vastuvõtte.

Perearstide tööajaväline vastuvõtt

Tööajaväline vastuvõtt – perearsti vastuvõtt, mis toimub tööpäeval enne kella 8 hommikul, pärast 18 õhtul või nädalavahetusel. Haigekassa on rahastanud tööajaväliseid vastuvõtte alates 2014. aastast.

[31] Perearsti ja temaga koos töötavate tervishoiutöötajate tööjuhendi kohaselt peab perearst korraldama ägeda tervisehäirega patsiendile vastuvõtu pöördumise päeval, teistel juhtudel viie tööpäeva jooksul.

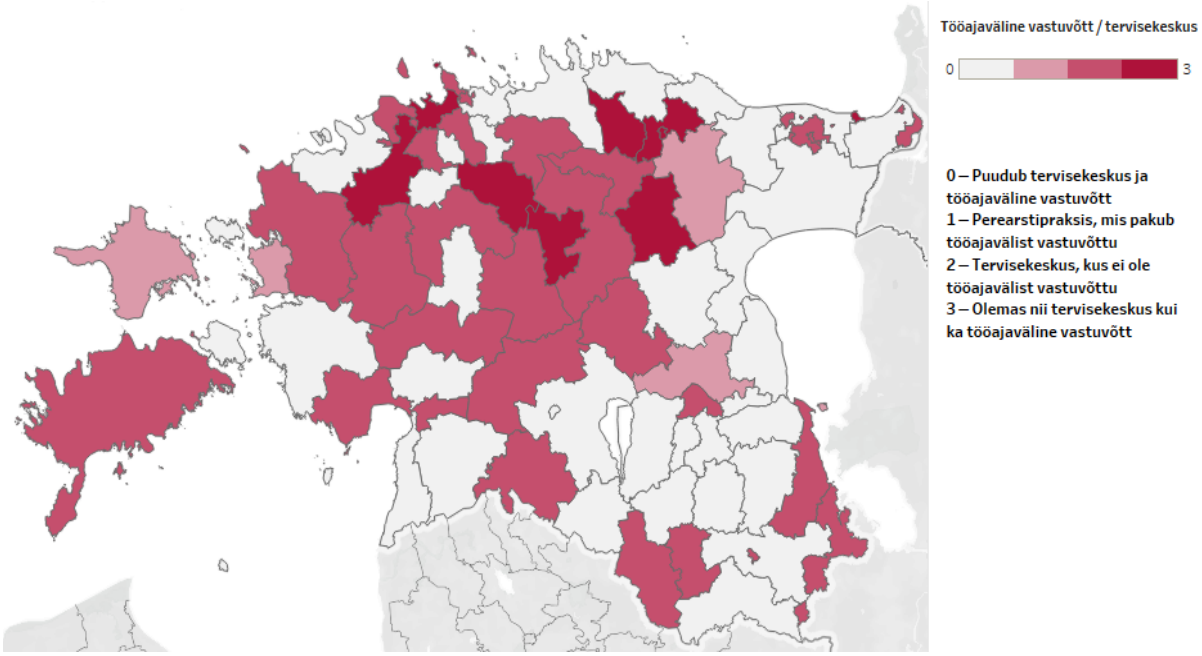
[32] Perearstide kättesaadavuse kontrolli tulemused 2017. aastal.

[33] Sotsiaalministri 06.01.2010. a määrus nr 2 „Perearsti ja temaga koos töötavate tervishoiutöötajate tööjuhend", § 5 lg 3.

87. Suurematest linnadest ei olnud 2022. aasta oktoobri seisuga Tartus, Pärnus ja Narvas ühtki perearsti, kellel oleks haigekassa rahastatud tööajaväline vastuvõtt. Samas on nendes linnades olemas tervisekeskused – Tartus neli, Pärnus ja Narvas üks.

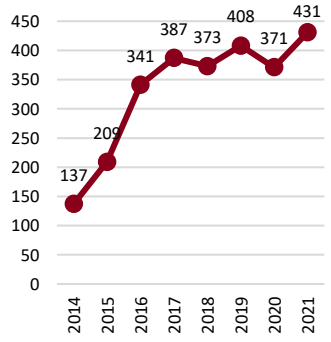
88. 2022. aasta oktoobris oli 27 omavalitsust, kus oli tervisekeskus, kuid haigekassa rahastatud perearstide tööajaväline vastuvõtt puudus. Üle poole omavalitsustest (40) pole ei tervisekeskust ega tööajavälise vastuvõtu võimalust (vt joonis 6). Seega on erinevused piirkonniti väga suured. Jätkuvalt on Riigikontrolli arvates tööajaväliste vastuvõttude vajalikkuse hindamisel väljakutseks see, et teenust ei pakuta mitte inimeste vajaduse järgi, vaid perearstide tööajavälise vastuvõtu pakkumise võimekuse alusel.

Joonis 6. Esmatasandi tervisekeskused ja tööajavälise vastuvõtuga perearstikeskused 2022. aasta oktoobri seisuga



Allikas: Eesti Haigekassa

Tööajaväliste vastuvõttude tasu, tuhandetes eurodes



Allikas: Eesti Haigekassa aastaaruanded

89. 2018. aastal hindas 40% perearstidest, kellel oli tööajaväline vastuvõtt, et töövälisel ajal oli pöördujate arv sama või suurem kui tööajal. 60% sellistest perearstidest leidis, et pöördujaid oli vähem kui tööajal. 2021. aastal käis perearstide hinnangul töövälisel ajal vastuvõtul rohkem või sama palju patsiente.

90. Alates 2014. aastast on haigekassa maksnud perearstidele tööajaväliste vastuvõttude eest lisatasu 2,6 miljonit eurot (*ca* 400 000 eurot aastas, vt joonist vasakul). Samas ei ole haigekassa lisatasu kehtestamisest alates hinnanud, kui palju inimesed seda võimalust on kasutanud ning kuidas tervisekeskuste lisandumine seda mõjutab.

Perearsti nõuandetelefon 1220 – üleriigiline ööpäevane meditsiinilise nõustamise telefon, mis mõeldud abi andmiseks ajal, mil perearstiabi ei ole kättesaadav (näiteks väljaspool tööaega, puhkepäevadel või riiklikel pühadel) või kui terviseprobleem ei ole selline, mille pärast on vaja kohe perearsti vastuvõtule minna.

91. COVID-19-pandeemia suurendas perearstide töökoormust. Lisaks haigete arvu kasvule vaktsineerisid perearstid inimesi ka COVID-19 vastu. Perearstide töökoormust ning EMOsse pöördumist aitas mõnevõrra leevendada perearsti nõuandetelefon 1220 (nõuandetelefoni kohta pikemalt vt lisa D).

92. Alates 2020. aasta jaanuarist saavad inimesed küsida perearsti nõuandetelefonilt isikustatud nõustamist (nt saab retsepte pikendada). Isikustatud nõustamist kasutas 2021. aastal 6229 inimest, mis moodustab ligi kolmandiku seatud eesmärgist.

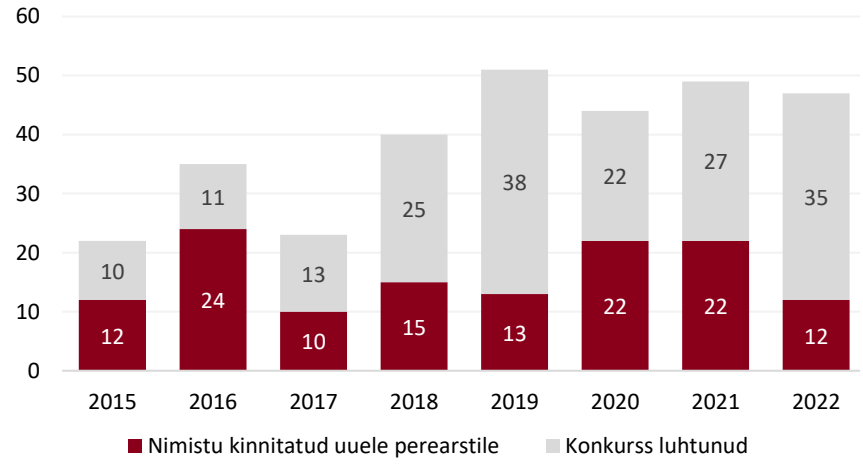
93. Täiendavalt saab nõuandetelefonil registreerida tervise infosüsteemis vajaduse töövõimetuslehe avamiseks. See tähendab, et patsient ei pea enam töövälisel ajal töövõimetuslehe avamiseks EMOsse pöörduma. Perearstide töökoormust see muudatus vähendanud ei ole, kuna automaatset teavitust töövõimetuslehe avamise soovi kohta perearstile ei tule ning patsient peab oma arsti sellest ise teavitama.

Teadmiseks, et

Eesti Haigekassa on kohustatud kõigile Eesti inimestele tagama perearsti teenuse. Sotsiaalministeerium on seadnud eesmärgiks, et ükski nimistu ei jää perearstita või ajutise asenduseta.

94. Perearstiabi jätkusuutlikkuse väljakutsed on ajas aina süvenenud. Näiteks on nimistule perearsti leidmine muutunud järjest raskemaks. Perioodil 2015–2022 I poolaasta on nimistule perearsti leidmiseks korraldatud 311 konkurssi (vt joonis 7). Alla pooltel juhtudel (42%) on õnnestunud leida nimistule uus perearst. Näiteks luhtus 2022. aasta I poolaastal ligi 75% konkurssidest.

Joonis 7. Nimistule perearsti leidmiseks korraldatud konkursid aastatel 2015–2022[34]



Allikas: Riigikontroll Terviseameti andmete alusel

Teadmiseks, et

perearsti nimistu piirsuurus on 1200–2000 inimest. Nimistus võib olla ka kuni 2400 inimest, kuid siis peab perearstiga koos töötama veel üks arst.

Keskmine nimistu suurus oli 2021. aastal *ca* 1650 inimest. 1600 inimest on Eesti Perearstide Seltsi, Terviseameti, Eesti Haigekassa ja Sotsiaalministeeriumi hea tahte leppe kohaselt nimistu optimaalne suurus, mis tagab kvaliteetse perearstiabi.

95. Kui konkursi tulemusena nimistule perearsti leida ei õnnestu, tuleb otsida ajutine asendaja. Perearsti asendamine peaks olema lühiajaline. Kui 2022. aasta I poolaastal oli asendusarst 54 nimistul, siis 13 nimistul on ajutine asendus kestnud viis või enam aastat. Niivõrd kaua kestnud asenduse puhul on seda raske ajutiseks nimetada.

96. Eesti Perearstide Seltsi hinnangul oleks korduvalt luhtunud konkursside probleemi lahendamisel või perearsti haigestumisel ajutise asendaja leidmisel abiks perearstikeskuste võrgustumine. See tähendab

[34] Luhtunud konkursside arv sisaldab korduvate konkursside arvu.

perearstikestuste vahel pikaajalist koostööd ja kokkuleppeid asenduste korraldamisel.

97. Kuna perearstiabi korralduse käigushoidmine seni sisseharjunud moel ei ole võimalik, peavad patsiendid kohanema uute oludega, näiteks saavad e-lahendused (kaugnõustamise hoogsam kasutamine) tõenäoliselt perearstiabi korralduse püsivaks osaks.

Inkubatsiooniprogramm – perearsti-teenuse järjepidevuse tagamise toetus-meede, mis võimaldab nimistust loobuval perearstil ühe aasta jooksul koos töötada perearstiga, kes on huvitatud nimistu ülevõtmisest. Toetus seisneb nimistuta perearsti palkamiseks lisatasu maksmises (3641 eurot kuus) ning seda saab kasutada kõikjal Eestis, v.a Tallinnas ja Tartus.

98. 2020. aastal käivitus perearstide inkubatsiooniprogramm. See võimaldab algaval perearstil töötada koos pensionile siirduva perearstiga ning tutvuda nimistu ning perearstikeskuse juhtimisega ühe aasta jooksul. Kui pensionile siirduv perearst otsustab programmi lõppedes nimistust loobuda, korraldatakse nimistule arsti leidmiseks avalik konkurss. Programmis osalenud perearst saab selles osaleda võrdselt teiste kandidaatidega.

99. Inkubatsiooniprogrammiga, mis on võrdlemisi uus perearstide põua leevendamise meede, on leitud uus perearst seitsmele nimistule. Samal ajal oli 2021. aastal 52 perearsti nimistut, kus perearst puudus (oli ajutine asendaja).

100. Sotsiaalministeerium koostöös haigekassaga on astunud samme, et julgustada alustavaid perearste nimistut võtma. Näiteks võib alates 01.07.2022 juhul, kui nimistu kinnitatakse perearstile esimest korda, ajutiselt (kuni kaheks aastaks) vähendada nimistusse kuuluvate inimeste arvu ülempiiri.[35] See võimaldab arstil põhjalikumalt tutvuda nii perearstikeskuse töö kui ka patsientide terviseandmetega.

Lähtetoetus – meede, mille eesmärk on (rahaliselt) motiveerida residentuuri lõpetanud arste asuma tööle perearsti-keskusesse või kohalikku, üld- või kesk-haiglasse piirkondades, kuhu kvalifitseeritud arstide leidmine on keeruline (s.o väljaspool Tartut ja Tallinna). Lähtetoetus on 15 000 – 45 000 eurot viie aasta jooksul.

Allikas: tervishoiuteenuste korraldamise seadus, § 54[1] ja § 54[2]

101. Täiendavalt on lähtetoetuse tingimused muudetud paindlikumaks: taotluse esitamise periood on pikem, toetuse summat võib suurendada ning toetust osaliselt kasutada.[36] Samuti leevendab perearstide koormust töövõimetuslehe väljakirjutamise õiguse andmine õdedele.[37]

102. Lisaks on haigekassa loonud koostöövõrgustiku kohalike omavalitsustega, et pakkuda tulevastele perearstidele eri piirkondades paremat tuge. Veel on haigekassa tihendanud koostööd Tartu Ülikooli perearsti õppetooliga. Selle eesmärk on tõsta tulevaste perearstide erialasele tööle siirdumise osakaalu.

103. Aprillis 2022 alustasid Sotsiaalministeerium ja Eesti Perearstide Selts esmatasandi tervishoiu arengukava koostamist, praegu peremeditsiini erialal ja esmatasandi tervishoius kehtivat arengukava ei ole. Arengukava peaks valmima 2023. aasta lõpuks, see keskendub perearstiabi- jt tervishoiuspetsialistide arenguvajadustele aastani 2030.

104. 2020. aastal tegi Sotsiaalministeerium ettepaneku (533 SE) muuta seadust nii, et olukorras, kus avalikud konkursid perearsti leidmiseks on korduvalt luhtunud ja nimistu on jäänud ootamatult arstita, võiks nimistut ajutiselt uue perearsti leidmiseni teenindada haiglavõrgu arengukava haigla.

[35] Tervishoiuteenuste korraldamise seadus, § 8 lg 4[1].
[36] Tervishoiuteenuste korraldamise seadus, § 35, § 54[1] ja § 54[2].
[37] Ravikindlustuse seadus, § 51 ja § 52.

105. See ettepanek võeti 2022. aastal Riigikogus eelnõust selle teisel lugemisel välja, kuna perearstide sõnul oleks muudatus vastuolus seniste põhimõtetega hoida perearstiabi ja eriarstiabi lahus. Head lahendust olukorrale, kui avalikud konkursid perearsti leidmiseks korduvalt luhtuvad, jätkuvalt ei ole.

106. **Kokkuvõtvalt,** terava tööjõuvajaduse tõttu on tõenäoline, et perearstiabi kättesaadavust ei suudeta tulevikus harjumuspärasel tasemel või viisil hoida. Perearstiabi süsteem ei suuda igal pool ühtlasel tasemel täita kõiki talle pandud ülesandeid. Tulevikus võib olla tavaline näiteks kaugnõustamine.

107. Sotsiaalministeeriumi eestvedamisel on perearstiabi jätkusuutlikkuse nimel siiski mitmeid samme astutud (nt inkubatsiooniprogrammi algatamine, nimistu ülempiiri ajutine langetamine, lähtetoetuste paindlikumaks muutmine). Olukorra põhimõtteliseks parandamiseks vajalikud süsteemiülesed otsused on aga eri põhjustel edasi lükkunud.

Statsionaarses õendusabis on järjest raskemad haiged, koduõenduse maht on tunduvalt kasvanud

Statsionaarne õendusabi

108. Statsionaarse õendusabi ja koduõenduse eesmärk on patsiendi tervisliku seisundi ja toimetulekuvõime säilitamine ning võimalusel parandamine, samuti stabiilses seisundis patsiendi lühi- või pikaajaline ravi ja toetamine, vajaduse korral vaevuste leevendamine ning inimese ettevalmistamine hooldusasutusse või koju suunamiseks. Õendusabiteenust osutatakse patsiendi vajadustest lähtudes kas kodus, haiglas või hooldusasutuses. Patsiendi suunab ravile arst.

Teadmiseks, et

2018. aastal esitas Sotsiaalministeerium valitsusele kontseptsiooni ühtse pikaajalise hoolduse süsteemi loomiseks. **2019. aastal** pakuti valitsusele välja võimalik rahastusskeem. Sama aasta lõpus esitas Sotsiaalministeerium valitsusele uuendatud pikaajalise hoolduse korralduse ettepanekud. **2021. aastal** valmis memorandum, mille sisuks oli pikaajalise hoolduse teenuste süsteemi korrastamine omavalitsuste ja riigi koostöös ning tehti ettepanek koostada vastava seaduseelnõu väljatöötamiskavatsus. Valitsus võttis ettepanekud teadmiseks, kuid rahastusotsuseid ei tehtud.

2022. aasta Vabariigi Valitsuse tegevusprogrammi 2022–2023 kohaselt töötatakse välja pikaajalise üldhoolekande reformi kava. Siinse ülevaate kirjutamise ajal ei olnud teada, kas see hõlmab ka tervishoiuteenuseid.

Allikas: Sotsiaalministeeriumi koduleht, Vabariigi Valitsuse koduleht

109. Riigikontrolli 2015. aasta auditi „Riigi tegevus iseseisva õendusabi korraldamisel“ üks järeldusi oli, et iseseisva õendusabi ja hoolekande süsteem ei ole seotud tervikuks ning kolmepoolseid (haigekassa, omavalitsus, patsient) rahastamispõhimõtteid ei ole rakendatud, mistõttu valib patsient rahaliselt soodsama teenuse/lahenduse, kuid see ei pruugi olla talle alati sobivaim ja riigile tõhusam.

110. 2022. aastaks ei ole süsteemis olulisi muutusi toimunud. Iseseisev õendusabi ja hoolekanne ei toimi endiselt ühtse tervikuna, selleks vajalikud otsused on viibinud. Küll aga on astutud esimesed sammud, et luua pikaajaline hooldusmudel (vt ka vasakveerg), kus üheks vajalikuks teenuseks on ka tervishoiuteenused.

111. Eesti Gerontoloogia ja Geriaatria Assotsiatsiooni (EGGA) ning teenuse osutajate sõnul on statsionaarse õendusabi patsientide seisund läinud viimaste aastatega raskemaks järgmistel põhjustel:

- haigekassa on võtnud suuna keskmise statsionaarse ravijuhu kestuse lühendamisele aktiivravis, sestap suunatakse patsiendid kiiremini õendusabisse;
- patsientide seisundid muutis raskemaks COVID-19-sse haigestumine;
- samuti on COVID-19-pandeemia mõjutanud inimeste ligipääsu ravile ja abini jõutakse hiljem, mistõttu võib õendusabisse jõudvate patsientide seisund olla raskem;

- perearstid ei ole alati oma patsientidele teenust määranud ning pole patsiente ammu üle vaadanud. Teenuse osutajatele sõnul on perearstide kättesaamine mõnikord keeruline, kui määratud ravi on vaja täpsustada. EGGA sõnul on saatekirjadest näha, et *ca* 70% suunatavatest patsientidest ei ole perearsti juures käinud. Saatekiri võidakse näiteks patsiendi lähedase selgituste põhjal ja palvel välja kirjutada.

112. Peale selle võib ühe teenuseosutaja sõnul juba praegu pidada õendusabiteenust üld-siseosakonna teenuseks.[38] See tähendab, et õendusabisse ei jõua enam stabiilses seisundis patsiendid ning haiged vajavad arstiabi enam kui kord nädalas (mis on õendusabis ette nähtud regulaarsus).

COVID-19-pandeemia mõju

113. COVID-19-pandeemia põhjustas ka iseseisvas statsionaarses õendusabis kättesaadavuse probleeme – kui asutuses tekkis haiguspuhang, siis ei saanud uusi patsiente juurde võtta või haiglates suleti kohati statsionaarse õendusabi osakonnad, et viia sinna COVID-19-haiged.

Õendusabi-voodite arv

114. 2015. aastani kehtinud Eesti hooldusravi võrgu arengukavas aastateks 2004–2015 oli kirjas tõenduspõhise õendusabi teenuse vajadus, mis oli 10 voodit tuhande 65-aastase ja vanema elaniku kohta maakonnas. EGGA sõnul saab seda näitajat ka praegu kasutada voodikohtade vajaduse hindamise alusena.

115. Riigikontrolli tuvastas, et pärast 2015. aastal avaldatud auditit on voodikohtade arv kahanenud: kui 2013. aasta lõpu seisuga oli voodikohti tuhande 65-aastase ja vanema elaniku kohta 8,4; siis 2020. aastal oli see näitaja 6,6 ja 2021. aastal 6,32. Teisisõnu, 2021. aastal oli statsionaarse õendusabi voodikohti 1710, aga seda on 992 voodikohta vähem kui vaja.

116. Nii voodikohtade osakaal kui ka haigekassa rahastatud teenusemaht erineb maakonniti. See oli nii ka eelmise auditi ajal. Statsionaarse õendusabi saajaid oli 2021. aastal maakondades 3–6% vastava maakonna 65-aastaste ja vanemate elanike arvust (vt lisa E). Ka voodipäevade arv teenust saanud inimese kohta oli maakonniti erinev, varieerudes 17–45 päevani. Näiteks oli Hiiumaal patsiendi korraga ravil oleku aeg üle kahe korra lühem kui Harjumaal.

Teadmiseks, et

Riigikontrolli 2015. aasta auditi hinnang oli, et 25% statsionaarse õendusabi teenust saanud patsiente sai 2013. aastal valet ja kõige kallimat abi. Lisaks põhjustasid piirkondlikku erinevust teenuse osutamisel haigekassa rahastamise põhimõtted ja õendusabi arengut takistas personalipuudus.

117. Eelmises punktis toodud teabe mõtestamisel on oluline tähele panna, et haiglad ei erine õendusabiteenuse profiililt ning seetõttu ei tohiks ka varieeruvus olla nii suur. Võrdluseks, 2013. aastal sai teenust olenevalt maakonnast 4–8% vastava maakonna 65-aastaste ja vanemate elanike arvust. Voodipäevade arv patsiendi kohta varieerus vähem ehk olenevalt maakonnast oli see 26–45.

118. Samas on teenuse vajaduse ülevaade lünklik, sest ühest küljest ei kogu haigekassa statsionaarse õendusabi ja koduõenduse ravijärjekorra andmeid ja teisest küljest on patsientidel võimalik end ravijärjekorda kirja panna mitmesse asutusse. Samuti ei võtnud viimastel aastatel mitmed teenuse osutajad perearsti saadetud patsiente üldse vastu, sest hooti suleti õendusabi osakonnad, et paigutada sinna COVID-19-patsiendid.

[38] Siseosakond tegeleb haiglas siseelundite haigustunnuste analüüsimise ja ravimisega ning lähtub haige käsitluses organismist kui tervikust.

Teenuseosutajate endi sõnul oli viimastel aastatel teenus kättesaadavam pigem haigla aktiivravist tulevatele patsientidele.

119. Riigikontroll viis 2021. aastal statsionaarset õendusabi pakkunud teenuse osutajate seas läbi küsitluse ja uuris, milline oli ravijärjekord nende asutuses viimasel kolmel aastal. Riigikontroll leidis, et ravijärjekord oli asutuseti erinev – väiksemates asutustes oli järjekord 2021. aastal lühike (õendusabisse oli võimalik saada kohe või mõne päeva jooksul), kuid suurtes linnades/asutustes oli järjekord pikem ning ulatus kohati kuni 4 kuuni (nt Harjumaal). Keskmiselt oli vaid ligi kolmandikul asutustest järjekord pikem kui kaks nädalat.

120. Mõnede teenuseosutajate sõnul eelistatakse võimaluse korral ravile mitte võtta keeruliste ja teatud kaasuvate haigustega patsiente (nt kui kaasuvaks haiguseks on psühhiaatrilised diagnoosid või kontakt-isolatsiooni vajadus), sest teenuse hind ning vajalik ressurss ei ole sellisel juhul olemasoleva teenuse pakkumise ja rahastamisega kooskõlas. Et leida täpsem lahendus tulevikuks, oleks vaja erialaseltsidel ja haigekassal probleemi analüüsida ja teenuse osutamise tingimustes kokku leppida.

121. Üks takistus teenuse saamisel on osa patsientide jaoks liiga suur statsionaarse õendusabi omaosalus.[39] Omaosaluskoormuse analüüsi[40] põhjal on viimastel aastatel oluliselt kasvanud iseseisva statsionaarse õendusabi kulud, mis moodustavad kogu omaosaluskoormusest 19% (2019. a 17%).

122. Probleemi olemasolu kinnitasid mitmed teenuseosutajad, kes rõhutasid eriti seda, et omaosalust ei suudeta maksta, kui vajadus teenuse järele on pikaaegsem. Samas esineb ka olukordi, kus patsiente ei suunatagi ravile, sest neil pole omaosaluse tasumiseks raha.

123. Positiivne on see, et kui 2015. aastal valminud auditis toodi välja, et 25% patsientidest ei vajanud tegelikult statsionaarset õendusabi, siis nüüdseks on selliste patsientide arv vähenenud. See tähelepanek toetub EGGA hinnangule (arvudes väljendatavat täpset muutust ei saa välja tuua, sest see eeldaks eraldi eksperditöö tegemist).

124. Seega, kuigi statsionaarse õendusabi ravijärjekord on üsna lühike, jõuavad patsiendid seda teenust saama varasemast raskemas seisundis. Põhjused on selles, et patsiente hoitakse statsionaarse ravis (haiglaravi) võimalikult lühikest aega, misjärel suunatakse nad kohe õendusabisse; teenuse omaosalustasu on paljude patsientide jaoks liiga suur; perearst ei uuenda järjepidevalt patsientide raviskeeme, mistõttu võib arst avastada teenusevajaduse liiga hilja. Lisaks mõjutas teenust ja patsiente COVID-19. Teenuse osutajad eelistavad omakorda teenust osutada aga n-ö lihtsamatele patsientidele.

Koduõendus

125. Koduõendusteenust pakutakse patsientidele, kes saavad kodus hakkama, aga vajavad sellegipoolest õendustoiminguid. Koduõendus-teenust osutatakse saatekirja alusel. Viimastel aastatel on lisandunud uued

[39] Statsionaarse õendusabi omaosalus on 2021. aasta 1. aprillist alates patsiendi ühe õendusabi päeva eest 13,26 eurot. Seejuures on esimese kümne ravil oldud voodipäeva tasu 2,5 eurot ehk kokku 25 eurot.

[40] Kersti Esnar, Eleri Lapp. Kas Eesti elanikud saavad endale tervishoiuteenuseid lubada, arvestades nende sissetulekut ja omaosaluskoormust. Sotsiaalministeerium, 2021.

Koduõendus üldhooldekodus – hooldekodus elavatele klientidele pakutav koduõendusteenus päevasel ajal.

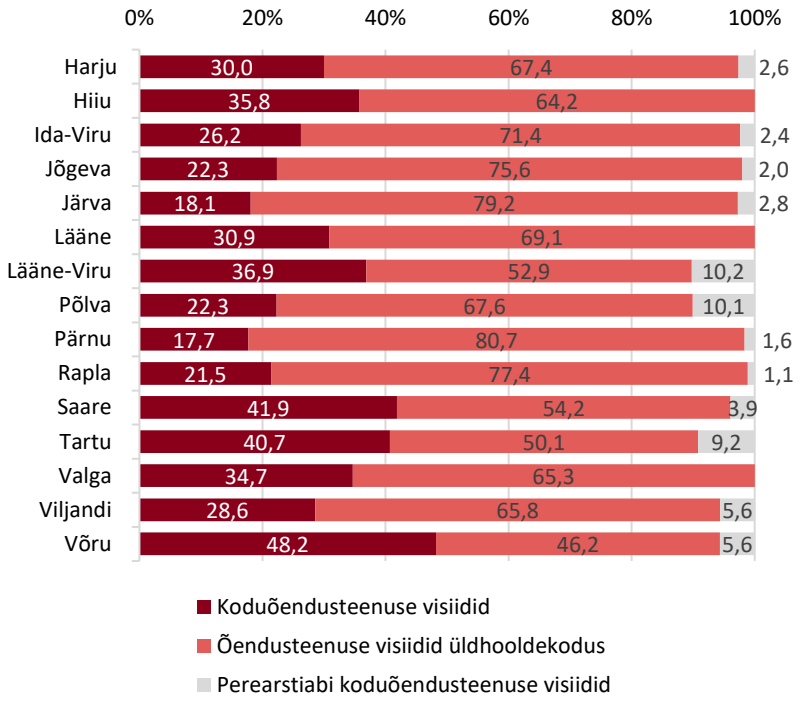
koduõendusteenused: koduõendus üldhooldekodus ja perearstiabi koduõendus. Viimast pakuvad esmatasandi tervisekeskused.

126. Lisandunud teenused on kahtlemata vajalikud, kuid teenuse osutajate ja EGGA sõnul pärsib üldist õendusabi pakkumise suurendamist õdede puudus (vt lähemalt p-d 156–158).

127. Haigekassa raviarvete põhjal oli 2013. aastal koduõenduses 214 442 ja 2021. a *ca* 276 000 visiiti ehk *ca* 30% rohkem kui 2013. aastal. Sellele lisandus 2021. aastal õenduse üldhooldusteenuse *ca* 616 000 visiiti ja perearstiabi koduõendusteenuse *ca* 33 000 visiiti (vt joonis 8). Visiitide arv on olulisel määral kasvanud ja seda peamiselt tänu uuele üldhooldekodus pakutavale teenusele.

128. Joonis 8 näitab, et perearstiabis pakutav koduõendusteenuse maht on üsna väike, näiteks pole Hiiu maakonnas (kus pole ühtegi tervisekeskust) toimunud ainustki visiiti. Samas saadakse üldhooldusteenuse kaudu koduõendusteenust üsna hästi igas maakonnas.

Joonis 8. Erinevate koduõendusteenuse visiitide osakaal maakonniti 2021. aastal*



* Andmetest on välja jäetud üksikud visiidid, kus patsiendi maakonda polnud märgitud.

Allikas: Riigikontrolli analüüs Eesti Haigekassa andmete alusel

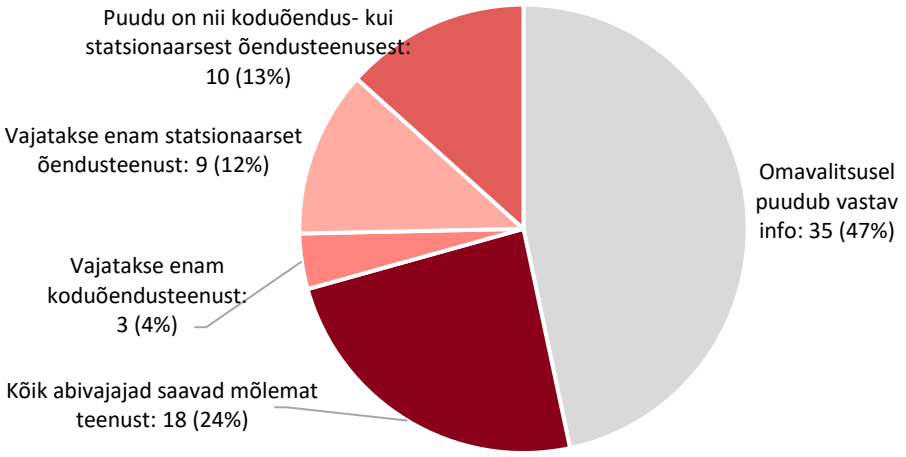
Omavalitsuste hinnang teenuse kättesaadavusele

129. Riigikontroll viis 2020. aastal 76 KOVis läbi küsitluse (vastas 75), millest ilmnes, et kõik vajajad õendusabi teenust ei saa (õendusabi kättesaadavust kajastab joonis 9). Õendusabi vähesuse põhjustena toodi välja järgmist:

- statsionaarsele ravile on järjekorrad;
- koduõendusteenust ei pakuta piisavalt;
- omavalitsuse territooriumil ei pakuta teenust;

- teenuse piiratud kättesaadavuse tõttu pöörduvad patsiendid hooldusteenuse juurde;
- statsionaarse õendusteenuse korraldus pole kliendikeskne ega paindlik.

Joonis 9. Küsitletud omavalitsuste arv selle järgi, kas vajaduse korral osutatakse statsionaarset õendusabiteenust või koduõendusteenust, mida rahastab Eesti Haigekassa



Allikas: Riigikontrolli küsitlus omavalitsustes, audit„ Eakate sotsiaalsete probleemide märkamine omavalitsustes“

130. **Kokkuvõtvalt**, täpne teave statsionaarse õendusabi vajaduse kohta puudub. Riigikontrolli küsitlus teenuseosutajate seas näitas, et õendusabi järjekord pole küll väga pikk, kuid samal ajal on ravile suunatud patsientide seisund üha raskem, mistõttu nõutakse õendusabilt seda, mida kehtiv standard ei eelda. Teenuse kättesaadavust ja patsientide seisundit on mõjutanud COVID-19-pandeemia, pere- ja eriarstiabi kättesaadavus ning teenuse omaosalus. Kui koduõendusteenuse varasemast oluliselt laiem kättesaadavus on positiivne, siis õendusabi edasisele laienemisele seab piirid õdede puudus.

Ühtse raviteekonna kujundamiseks on vaja süsteemset lähenemist, sh e-tervise tuge

131. Mitmed Riigikontrolli auditid ja ülevaated[41] on näidanud, et praeguses tervishoiusüsteemis ei ole patsiendi liikumisel erinevate spetsialistide ja arstide vahel tagatud süsteemsus ja koordineeritus ehk raviteekonna ühtsus. Ka olemasolevad e-tervise lahendused ei toeta raviarsti ravimisel ega tee patsiendi terviseinfo liikumist eri tasandite vahel piisavalt sujuvaks ja kättesaadavaks.

132. Rahvatervise arengukava 2020–2030 kohaselt on teenuste integreeritus oluline, sest see aitab muu hulgas suurendada inimeste suutlikkust oma haigusega paremini toime tulla ning samal ajal parandab see ka süsteemi tõhusust ja teenuste kättesaadavust.

Raviteekonna arendusprojektid

133. Kuna patsientide jaoks on nende liikumine tervishoiusüsteemis ehk raviteekond killustunud ja keeruline, on selle ühtlustamiseks haigekassa viimastel aastatel alustanud raviteekondade kaardistamist ning

[41] Riigikontrolli aastaaruanne parlamendile 2018–2019: e-riik; „Erakorraline meditsiin“, 2018; „Riigi tegevus laste tervise hoidmisel ja ravimisel“, 2016; „Riigi tegevus iseseisva õendusabi korraldamisel“, 2015.

kaugteenuste arendamist. Näited sellistest raviteekondade ülevaatamisest, arendamisest ja uute lahenduste testimisest on

- insuldi juhtprojekt ehk insuldijärgse raviteekonna parem korraldus (2019–2022);
- endoproteesimise raviteekond (2021–2022);
- vältimatu terviseabi raviteekond (2020);
- depressiooniga täiskasvanute raviteekond (2021);
- vähipatsientide rakendus OnKontakt (2020–2023);
- psoriaasiga patsiendi raviteekond (2020–2023).

134. Lisaks käivitas Sotsiaalministeerium 2022. aastal üle-eestilise projekti „Inimesekesksed sotsiaal- ja tervishoiuteenused“. Selle eesmärk on luua mudel, kus sotsiaal- ja tervishoiuteenuste pakkumine, korraldamine ja rahastamine on lõimitud. Projekt peaks lõppema aastal 2025, selle sihtrühm on patsiendid, kes vajavad ühtaegu nii sotsiaal- kui ka tervishoiuteenuseid.

PAIK – Viljandi haigla ja Sotsiaalministeeriumi algatatud ning haigekassa rahastatud pilootprojekt ehk PAIKkondlik tervisetoetuse teenus järjepideva ravi ning parima sotsiaalse toetuse tagamiseks Viljandi maakonnas.

135. Projekti üheks lähtekohaks on Viljandi PAIK-projektist saadud kogemus. PAIK-projektis testiti tervishoiu- ja sotsiaalteenuste ühildamist, lähtudes patsiendi vajadustest. Käesoleva ülevaate valmimise ajal on Sotsiaalministeeriumi uus projekt algusfaasis ja selle edukust ei saa veel hinnata. Olemuselt on aga tegu algatusega, mille käigus püütakse leida lahendus, kuidas sidustada inimese tervist toetavaid teenuseid.

136. Eelnimetatud arendusprojektid näitavad, et Sotsiaalministeerium on koostöös haigekassaga ette võtnud tervishoiusüsteemi killustatuse probleemide sammsammulise lahendamise. Projektipõhise lähenemise tõttu võtab raviteekondade ühtlustamine (ja eri teenuste integreerimine) siiski rohkelt aega jm ressursse. See on üks põhjus, miks kõiki haiguspõhiseid raviteekondi ei ole võimalik kaardistada. Lisaks sõltub kaugteenuste (arendus-)projektide valik ja elluviimine eeskätt tervishoiuteenuse osutajate ja/või erialaseltsi innukusest ja initsiatiivist.

137. Teisisõnu, algatatud projektid on vajalikud, sest uued lahendused võivad mõnele konkreetsele sihtrühmale/haigusgrupile tuua kaasa konkreetse positiivse muutuse (nt raviteekonna lühenemise). Ent terviklik muutus tervishoius seisab alles ees, sest väiksemad arendused ei pruugi veel põhimõtteliselt muuta patsientide liikumise süsteemi tervishoiu eri tasandite vahel.

E-konsultatsiooni kasutamine

E-konsultatsioon – peamiselt perearstidele loodud võimalus tervise infosüsteemi kaudu pidada nõu eriarstidega oma patsiendi diagnoosi täpsustamiseks ja ravi määramiseks.

138. E-konsultatsioon aitab patsienti kiiremini saata järgmisele tasandile, samuti on eriarstil võimalik selle kaudu toetada perearsti, kes patsienti ravib (anda ravi- jm soovitusi). Perearstid kasutavad e-konsultatsiooni järjest enam. Üha rohkem on ka erialasid, kus see võimalus on olemas – 2022. aasta algusest on e-konsultatsioon kättesaadav 31 erialal.

139. Statistika põhjal on e-konsultatsiooni osakaal kõigist saatekirjadest (perearsti digisaatekirjad ja e-konsultatsioonid kokku) siiski veel üsna vähene – kui 2020. aastal oli e-konsultatsioone 7% kõigist saatekirjadest, siis 2021. aastal 8% (*ca* 51 000 e-konsultatsiooni ja 620 000 perearsti digisaatekirja).

Teadmiseks, et

paaril erialal nagu hematoloogias ja psühhiaatrias kasutatakse haigekassa ja erialaseltside kokkuleppe tulemusel patsiendi edasisuunamiseks peamiselt e-konsultatsiooni.

140. E-konsultatsioonide statistika näitab, et 2021. aastal ei pidanudki *ca* 35% e-konsultatsioonide puhul patsient eriarsti vastuvõtule minema, vaid piisas sellest, et eriarst edastas ravisoovitused e-kanali kaudu. Kutse eriarsti juurde kuni 7 päeva jooksul edastati ehk teisisõnu kiireloomuline ravivajadus avastati 7%-l juhtudest (vt tabel 6).

Tabel 6. E-konsultatsiooni vastused kategooriatena aastatel 2020 ja 2021, %

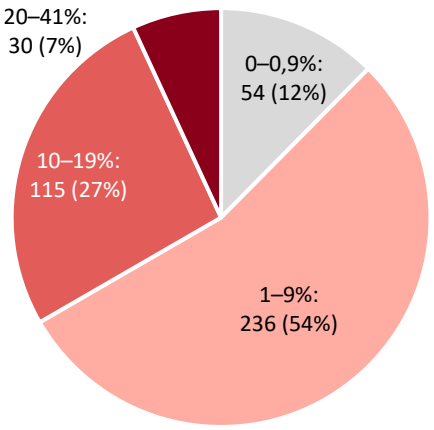
E-konsultatsiooni vastused	2020	2021
E-konsultatsioon	38,3	34,8
Vastuvõtt 7 päeva jooksul	8,0	7,1
Vastuvõtt 8–42 päeva jooksul	34,3	31,4
Vastuvõtt rohkem kui 42 päeva pärast	14,4	11,2
Muu	3,6	4,6
Ei ole võimalik öelda (andmed puuduvad)	1,5	10,9
Kokku	100	100

Allikas: Riigikontrolli analüüs Eesti Haigekassa ning Tervise ja Heaolu Infosüsteemide Keskuse andmete alusel

141. Kõik perearstid siiski e-konsultatsiooni ei kasuta või teevad seda vähe (vt joonis 10). Arvestades e-konsultatsiooni eeliseid, tuleks perearstide seas selle kasutamist tugevalt edendada. Haigekassa sõnul on nad uurinud perearstidelt e-konsultatsiooni mittekasutamise põhjuseid ja välja on joonistunud kaks põhjust:

- e-konsultatsiooni ei kasutata juhul, kui arst ei näe selle praktilist vajadust (nt osas maakondades on patsiendil võimalik lihtsalt ja kiiresti saada eriarsti vastuvõtule);
- eakamate ja nõrgema eesti keele oskusega perearstide jaoks võib e-konsultatsiooni saatekirja täitmine ja muu tehniline toimetamine olla liiga keeruline.

Joonis 10. Perearstikeskuste arvuline jagunemine selle põhjal, kui suur oli 2021. aastal nende e-konsultatsioonide kasutamise osakaal kõikidest digisaatekirjadest



Allikas: Riigikontroll Eesti Haigekassa ning Tervise ja Heaolu Infosüsteemide Keskuse andmete alusel

142. Lisaks eelmainitud arendusprojektidele ja e-konsultatsioonile on teenuste integreerimiseks tarvis toetavaid e-tervise lahendusi. Praegune süsteem raviteekonna ühtlustamist ja integratsiooni ei soosi, sest tervise

infosüsteemi ülesehitus ei võimalda saada kiiret ülevaadet patsientide terviseseisundist ega haigusloost. Lisaks ei edastata alati infot tervise infosüsteemi standardite kohaselt ja see takistab omakorda info kättesaamist.

E-tervis

Teadmiseks, et

e-tervise arendamisega tegeleb Eestis Tervise ja Heaolu Infosüsteemide Keskus ehk TEHIK, kelle jõupingutuste fookus 2020.–2021. aastal oli COVID-19-kriisi lahendamisele kaasa aitavate e-lahenduste arendamisel: vaktsiinipass (vaktsineerimistõend), COVID-19-analüüside kättesaadavaks tegemine arstidele, Politsei- ja Piirivalveametiga andmevahetus isolatsiooni jäänud ja/või haigeks jäänud inimeste küsimustes jne.

143. Raviteekonna ühtlustamiseks ja teenuste integreerimiseks oleks vaja leida lahendus, kuidas vahetada terviseinfot sotsiaal- ja tervisevaldkonna vahel, luua perearstidele ülevaade enda nimistu patsientide tervishoiu-teenuste kasutusest (nt regulaarne info EMO-visiitide, kiirabi väljakutsete või 1220 kaudu esitatud töövõimetuslehe avamise soovi kohta, et perearst saaks vajaduse korral patsienti toetada) ning kiirendada eriarsti-perearsti infovahetust jms.

144. Tervise infosüsteemi andmeid on püütud üksikprojektide abil paremini kättesaadavateks teha. Näiteks juurutati andmete leidmiseks e-lahendus „Andmevaatur“, mis lihtsustab andmete visualiseerimise kaudu arstide tööd infoga. Esimese sammuna visualiseeriti vastaval kuval patsiendi analüüsitulemused.

145. Pikas perspektiivis on plaanis luua uue põlvkonna tervise infosüsteem (upTIS). Praeguseks on olemas probleemide ülevaade, loodud on upTIS-i visioon ning arenduse tegevuskava (esialgu aastaks 2022). UpTIS-i juurutatakse üksikteenuste kaupa (teenused on eraldi infosüsteemid ühes suures süsteemis). UpTISil on arstide töö tõhustamisel, raviotsuste tegemisel ja andmete kättesaadavuse parandamisel oluline roll. Arenduse mõju avaldub siiski tulevikus, sest uuele süsteemile üleminek on pikk protsess.

146. **Kokkuvõtteks**, praeguseks ei ole raviteekonnad veel ühtlustunud ja teenused integreeritud. Töös on mitmed projektid ja meetmed. Eduka rakendumise või jätkumise korral aitavad need vähemalt osa patsientide raviteekonda lühendada. Kaugemat tulevikku arvestades tuleks aga mõelda, kuidas raviteekondade ühtlustamist veelgi süsteemsemalt teha ja kuidas e-tervis saaks seda protsessi toetada.

Tervishoiuteenuste kättesaadavuse probleemide kokkuvõte

147. Eestis on perearstide põud, eriarstiabi järjekorrad on pikad ja tervis-hoiuteenused pole kõikides maakondades ühtemoodi kättesaadavad. Lisaks kuhjuvad teiste ravitasandite probleemid õendusabis ja EMOs: statsionaarsesse õendusabisse jõuavad patsiendid varasemast raskemas seisus, samal ajal kui suur osa EMOsse pöörduvatest patsientidest võiks abi saada perearstilt. Kuigi Riigikontroll vaatas vaid mõningaid tervishoiuteenuste kättesaadavuse tahke, võib nende leidude pinnalt väita, et õigeaegne ravi pole maakonniti ja erialati kõigile inimestele ühtemoodi kättesaadav.

148. Tervishoiuteenuste kvaliteedi ja kättesaadavuse arendamine peaks hõlmama ka eri teenuste paremat integreerimist, sidus teenusekorraldus tähendab aga süsteemitasandi muutust (eri valdkonna teenuste seotud pakkumist, juhtimist ja rahastamist). Seda peaks toetama ka ajakohastatud tervise infosüsteem, milles on kokku lepitud infovahetuse standarditele vastav kvaliteetne andmestik. Praegu ei ole Eestis terviseinfo liikumine eri tasandite vahel veel piisavalt hästi korraldatud, näiteks ei saa perearstid seetõttu patsiente alati omaalgatuslikult ja õigeaegselt toetada.

149. Eriarstiabi kättesaadavuse parandamiseks hakkas haigekassa 2020. aastast arendama kaugteenuseid, kus patsient ja tervishoiuspetsialist

suhtlevad distantsilt telefoni, videokõne või veebivestluse teel. Selle tulemusena tehti aastal 2021 eriarstiabi 3,5 miljonist ambulatoorsest vastuvõtust 8% kaugvastuvõtuna. Positiivne on ka see, et Eestis tegeletakse võimaluste piires inimeste ja asutuste tasandil raviteekondade ühtlustamisega.

150. Samas puudub selgus, milline on tulevikus Eesti tervishoiu kui terviku ehk süsteemi tasandi protsesside korraldus. Näiteks kuidas lõimitakse esmatasandi teenused haiglate teenustega? Ülevaade tervishoiuteenuste korraldamise põhimõttelistest tulevikuvalikutest ja kiiremini rakendatavatest meetmetest on esitatud tabelis 7.

Tabel 7. Põhimõttelised otsusekohad ja kiiremini lahendatavad ülesanded õige ja õigeaegse ravi tagamisel

Strateegilised küsimused
▪ Kuidas nii perearstiabi kui ka haiglavõrgu korrastamisega edasi minna? Kuidas tagada nende kooskõla ja teenuste koordineeritus? Millised tervishoiuteenused peavad kättesaadavad olema väiksema rahvaarvuga piirkondades ja millised teenused koondatakse keskustesse? Kuidas lahendada patsientide liikumise/transpordi mured?
▪ Kas ja kuidas minna edasi perearstide võrgustamise ja võimestamisega, mis on konkreetsed sammud?
▪ Kuidas vähendada erakorralise meditsiini osakondade koormust?
▪ Kuidas tagada, et õendusabi saamine oleks õigeaegne?
▪ Kuidas kutsuda ellu laiem süsteemitasandi muutus ja tagada teenuste integreeritus tervishoiu eri tasemete vahel ning teiste halduspoliitika valdkondadega?
Taktikalised ülesanded
▪ Raviteekondade arendusprojektid parandavad olukorda konkreetsete sihtrühmade ja asutuste tasandil ning nendega tuleks jätkata.
▪ Perearstide koormust saab vähendada, jagades ülesandeid perearsti meeskonnas ümber. Sellega tegeletakse. Ent abi oleks ka n-ö väikeste asjade ärategemisest, näiteks perearsti teavitamine, et tema patsient on käinud eelmisel päeval erakorralise meditsiini osakonnas jms.
▪ Enam soodustada e-konsultatsioonide kasutamist, sest selle kaudu on võimalik patsienti saata tema tegelikust vajadusest lähtudes eriarsti vastuvõtule või anda perearstile edasise ravi kohta nõu.
▪ Tähtis on jätkata oluliste otsuste ettevalmistamist, näiteks perearstiabi ja haiglavõrgu arengukavade arutelud ja nende vastuvõtmine lähema ühe-kahe aasta jooksul.
▪ Jätkuvalt tuleb investeerida terviseinfo standardiseerimisse ja info liikumisse tervishoiu eri tasandite ja osaliste vahel.

Tervishoiu personaliprobleeme ei ole võimalik kiiresti lahendada

151. Kvaliteetse arstiabi kättesaadavuse alustala on piisava hulga väljaõppinud tervishoiutöötajate olemasolu. Kahjuks tervishoiutöötajate puudus aina süveneb. Eriti terav puudus on õdedest ja hooldustöötajatest, samuti perearstidest ning psühhiaatria ja erakorralise meditsiini valdkonna arstidest. Eesti tervishoius esineb ületöötamist, mille kõige suuremaks riskiks on kehv ravikvaliteet ja väljakutseks vajadus tagada patsiendiohutus.

Tervishoiutöötajate vajadus on ülisuur

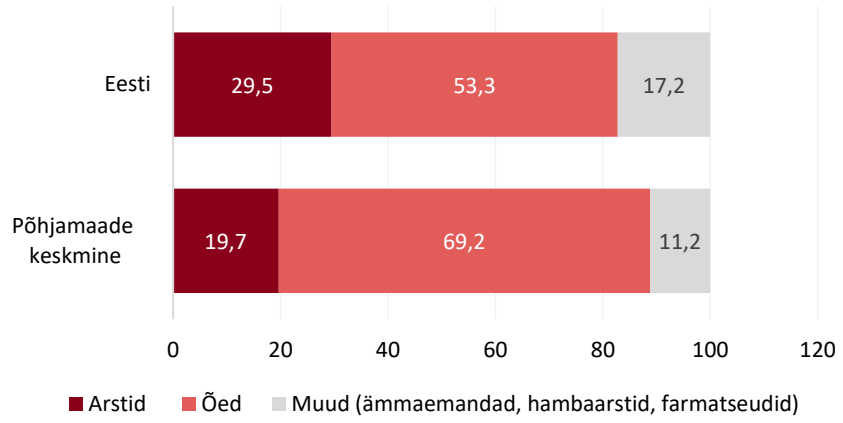
152. Et teha kindlaks praegune tervishoiutöötajate puudujäägi ulatus ja tuvastada viimaste aastate muutused, viis Riigikontroll läbi intervjuud mitmete terviseala erialaseltside ja asutustega, analüüsis mitmete registrite andmeid ja võrdles rahvusvahelist statistikat.

153. 2022. aasta I kvartali seisuga oli tervishoiutöötjate riiklikus registris registreeritud 7048 arsti, 15 014 õde, 1897 hambaarsti ja 1081 ämmaemandat. Kõik registris olevad isikud ei tööta Eestis või tervishoiuvaldkonnas. Välismaa päritolu arste on kantud registrisse aastatel 2008–2021 kokku 190, enim Ukrainast (72) ja Venemaa Föderatsioonist (90).

Rahvusvaheline statistika

154. Majanduskoostöö ja Arengu Organisatsiooni (OECD) riikidega võrreldes on Eestis arstide osakaal tervishoiutöötajatest suurem ja õdede arv oluliselt väiksem. Ka võrreldes põhjamaadega nagu Norra, Rootsi, Soome ja Taani on seis samasugune (vt ka joonis 11). Eestis on õdede-arstide suhtarv 1,8 ja põhjamaades 3,6 ning OECD riikide keskmine on 2,6.[42] OECD keskmise õdede-arstide suhtarvu tasemest jääb meil ligikaudsel hinnangul puudu üle 3000 õe (arvestades praegust arstide arvu).

Joonis 11. Õdede ja arstide osakaal tervishoiutöötajatest



Allikas: Riigikontroll; State of the World's Nursing Report 2020 – Country Profiles. WHO, 2020

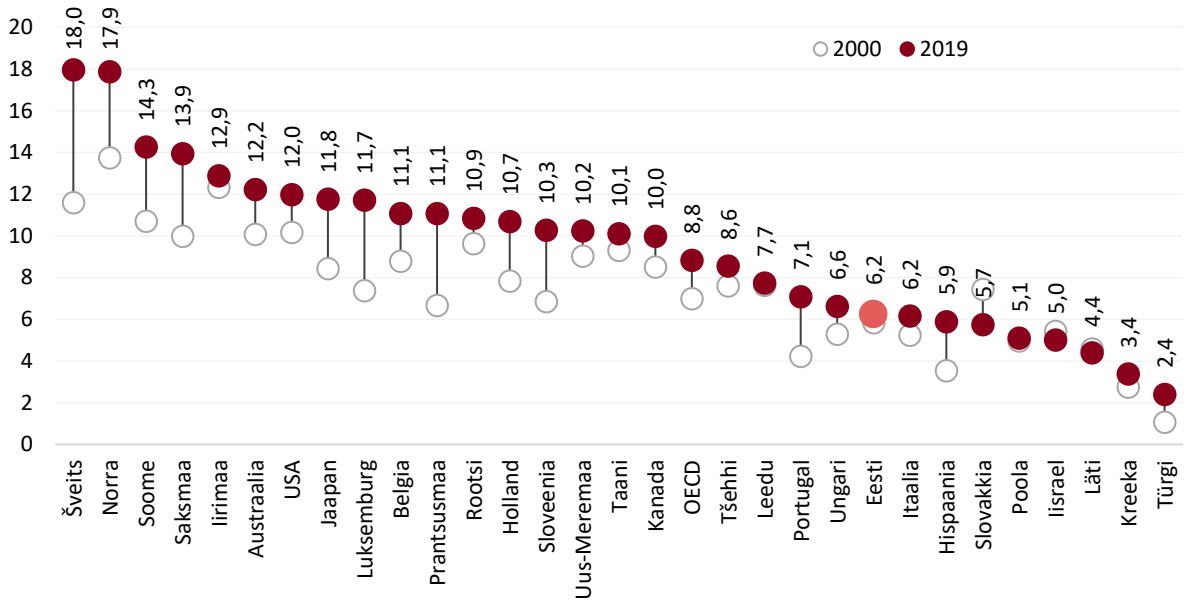
Õdede arv

155. WHO andmetel oli põhjamaa riikide keskmine õdede arv 1000 elaniku kohta 2020. aastal 13,7.[43] Eestis oli see näitaja Tervise Arengu Instituudi (TAI) andmetel 2020. aastal 6,3 ning 2021. aastal 6,48. Sellega oleme ka OECD riikide (keskmine 9,4) reas pigem tagapool. Õdede keskmiseks vanuseks on Eestis 46 aastat.

156. TAI info kohaselt oli Eestis õdesid 2021. aastal 8632 ja nende arv on kasvanud 2013. aastast alates keskmiselt 2% aastas. Sellele vaatamata on viimase paarkümne aasta jooksul õde arvu kasv kokku Eestis olnud võrdlemisi tagasihoidlik (vt joonis 12). Et jõuda põhjamaade tasemele, peaks Eestis õdede arv kasvama *ca* 9500 õe võrra ehk umbes kaks korda.

[42] Health at Glance 2021. OECD, 2021.
[43] State of the World's Nursing Report 2020 – Country Profiles. WHO, 2020.

Joonis 12. Õdede arv 1000 inimese kohta aastatel 2000 ja 2019



Allikas: Health at Glance 2021. OECD, 2021

Teadmiseks, et

õdede töökoormuse mõju analüüs näitas, et kui õdede töökoormus kasvas ühe patsiendi võrra, siis see suurendas statsionaarse patsiendi surma tõenäosust 30 päeva jooksul 7% võrra. Samuti mõjutas tulemust õdede haridus – haiglates, kus 60% õdedest oli kõrgharidusega ja õed hooldasid keskmiselt 6 patsienti, oli peaaegu 30% madalam suremus kui haiglates, kus ainult 30% õdedest oli kõrgharidusega ja õed hoolitsesid keskmiselt 8 patsiendi eest. Seega, suurem õdede arv patsientide kohta vähendab suremust, hilisemat ravikoormust ja on majanduslikult kasulikum, kuna muu hulgas väheneb ka haiglapäevade arv (ja õdede palgakulu on kokkuvõttes väiksem). Lisaks väheneb personali läbipõlemise risk.

Allikas: Effects of nursetopatient ratio legislation on nurse staffing and patient mortality readmissions and length of stay. The Lancet, 2021

157. Tervishoiutöötajate juurdekasv on mõnel perioodil olnud ka langustrendis. Näiteks lõpetas 2017. aastal tervishoiukõrgkooli 467 õde, aga 2020. aastal vaid 383 õde. Ka arstide puhul oli sama olukord – kui 2017. aastal lõpetas ülikooli 151 arsti, siis 2020. aastal 138.[44, 45]

158. Võrreldes teiste riikidega on meil ka väike mujalt saabunud õdede osatähtsus. OECD maades on keskmiselt 6,1% õdedest omandanud hariduse mujal, riikidest näiteks Šveitsis 25,9%, Austraalias 18,1%, Norras 6,2%, Rootsis 3,2%, Lätis 2,6% ja Soomes 1,8%. Eestis on mujal hariduse omandanud õdesid 0,2%.[46]

159. Kutsekoja OSKA tervishoiu-uuringust[47] ja Riigikontrolli intervjuudest ilmnes, et tervishoius nihkub järjest rohkem rõhuasetus edendus- ja ennetustegevusele ning see tekitab täiendava surve suurendada õendustöötajate arvu. Tuleb arvestada, et õdede töövaldkond ongi nüüdseks varasemast laiem ja tööd on rohkem – näiteks koduõendus, kiirabiteenus, koduõendus üldhooldekodus, õe iseseisvad vastuvõtud ja retsepti kirjutamise õigus, tervisekeskustesse kolmanda pereõe lisandumine – ning see suurendab omakorda vajadust õdede järele.

160. Eriti teravalt ilmnes vajadus õdede järele ootamatu kriisi ajal. Eesti Õdede Liidu hinnangul tegeles Eestis üks õde haiglas enne COVID-19-pandeemiat keskmiselt 12–14 patsiendiga, kuid pandeemia ajal vastutas õde vahetuse jooksul juba kuni 20 abivajaja eest.

161. Juba kümmekond aastat tagasi tehtud analüüsid ja hinnangud näitasid, et kui Eesti tahab jõuda 2032. aastaks üheksa õeni 1000 inimese kohta (mis oli OECD ja Euroopa Liidu keskmine 2010. aastal), oleks

[44] State of Health in the EU_Eesti_Riigi terviseprofiil 2021. OECD, 2021.

[45] Mõnedel erialadel ei olnud lõpetajaid, kuna residentuuri aeg pikenes.

[46] State of the Worlds Nursing Report_2020, Country Profiles. WHO, 2020.

[47] Eesti tööturg täna ja homme 2019–2027. Ülevaade Eesti tööturu olukorrast, tööjõuvajadusest ning sellest tulenevast koolitusvajadusest. Kutsekoda, 2020.

pidanud juba alates 2014. aastast kõigil järgnevatel aastatel Eesti raviasutustesse tööle minema 450–500 õde. Selleks oleks õeõppesse tulnud vastu võtta 700–800 üliõpilast aastas.[48]

162. Taolise vastuvõtu tasemeni jõutakse konsensusleppe[49] kohaselt alles järgmisel, 2023/2024. õppeaastal ehk üheksa aastat hiljem. Seega on Sotsiaalministeeriumi varasem siht, et tervishoius oleks aastal 2030 üheksa õde 1000 inimese kohta, nihkunud edasi aastani 2042.

Psühhiaatrid jt vaimse tervise spetsialistid

163. Arstide arvu poolest oleme OECD riikide tasemel. Eestis on 3,5 arsti 1000 elaniku kohta, mis on pea sama palju kui OECD keskmine ning veidi madalamal Euroopa Liidu riikide keskmisest (3,7). Seetõttu on arstide puudujääki asjakohane hinnata pigem üksikute erialade kaupa. Näiteks viitavad nii OSKA uuringud kui ka pikad ravijärjekorrad, et Eestis on terav puudus psühhiaatritest.

Teadmiseks, et

OECD statistika näitab, et depressioon on Eestis võrdlemisi levinud (oli ka enne COVID-19 pandeemiat). Pikaajalise depressiooniga võib kaasneda ennast kahjustav käitumine enesetapumõtete ja -katseteni välja. Enesetappude poolest on Eesti OECD riikide seas üsna kõrgel kohal.

Allikas: OECD Health at a Glance: Europe 2020 Adult mental health

164. TAI andmetel töötas 2021. aastal Eestis 222 psühhiaatrit, sh oli laste- ja noorukite psühhiaatreid 18. Seega oli 100 000 inimese kohta *ca* 15 psühhiaatrit. 2019. aastal oli see suhtarv 16. Võrdluseks, et 2019. aastal oli OECD andmetel psühhiaatrite arv 100 000 inimese kohta Norras 26, Soomes 24, Rootsis 23, Leedus 23 ja Lätis 16.

165. Eesti Psühhiaatrite Seltsi koostatud psühhiaatria eriala arengukava kohaselt oleks ootuspärane psühhiaatrite arv 30–40 võrra praegusest enam. Esmatasandile on täiendavalt vaja 130–160 kliinilist psühholoogi. Samuti on puudus koolipsühholoogidest ja vaimse tervise õdedest.[50]

166. Oluline on märkida, et üle poolte psühhiaatritest on pensioniealised või jõuavad pensioniikka lähiajal. Seega on vajadus uute psühhiaatrite järele väga suur ja valdkonnas saab rääkida tööjõu kriisist.

Perearstid

Teadmiseks, et

2010. aastal oli Eestis 803 perearsti-nimistut ja perearstita kindlustatud isikute arv jäi haigekassa hinnangul vahemikku 4500–5000.

Allikas: Riigikontrolli audit „Perearstiabi korraldus“, 08.04.2011

167. 2020. aasta detsembri seisuga oli Eestis 737 perearstinimistut, neist 48-l puudus püsiv perearst. See on probleem, sest enamikul asendus-arstidel on oma nimistu ja mitmes nimistus täies mahus panustada on keeruline; asendusarst ei pruugi tunda nii hästi teise nimistu patsiente jne. 2022. aasta juuniks oli perearstita (ehk asendusarstiga) nimistute arv kasvanud veel kuue võrra. Kokku oli 2022. aasta suveks asendusarstidega nimistuid 54 ja neis oli *ca* 72 500 patsienti.

168. Võrdluseks: piirkondade kaupa vaadates oli 2022. aastal näiteks Lääne-Virumaal 9 perearstita nimistut, Harjumaal 8, Võrumaal 6, Pärnu, Valga ja Saare maakonnas 5, Rapla- ja Viljandimaal 4 ning teistes maakondades vähem. Asendusarstiga nimistutesse kuuluvate inimeste arv maakonniti on esitatud joonisel 13.

169. Perearstide põua probleemi süvenemist näitab ka see, et näiteks nende nimistute asendusarstidest veerand on üle pensioniea (keskmine vanus 70 aastat) ning teine veerand läheneb pensionieale. Lisaks on

[48] Raul-Allan Kiivet jt. Õdede arvu prognoos aastaks 2032. Eesti Arst 2013;92:616–626. https://eestiarst.ee/odede-arvu-prognoos-aastaks-2032/.

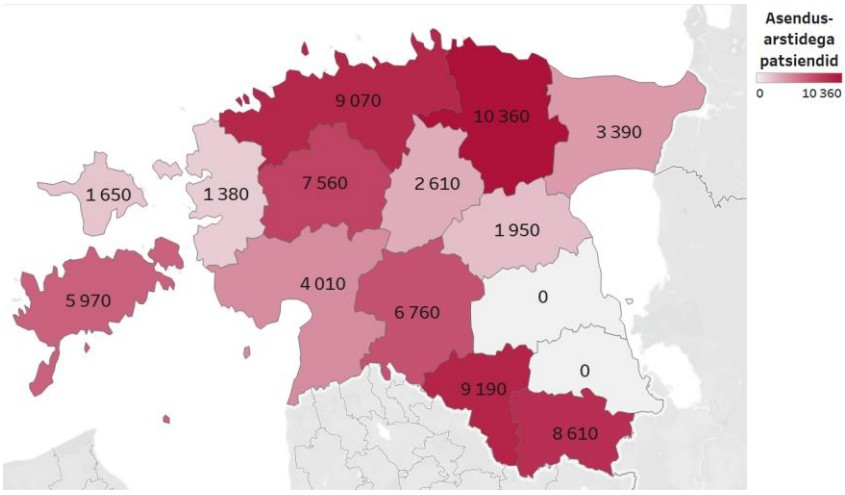
[49] Konsensuslepe sõlmiti 18.02.2022 ja sellele kirjutasid alla Sotsiaalministeerium, Haridus- ja Teadusministeerium, Tartu Tervishoiu Kõrgkool, Tallinna Tervishoiu Kõrgkool, Eesti Haiglate Liit, Eesti Perearstide Selts, Eesti Kiirabi Liit, Eesti Eratervishoiuasutuste Liit, Eesti Õdede Liit ja Eesti Tervishoiutöötajate Kutseliit.

[50] Vaimse tervise roheline raamat. Sotsiaalministeerium. Tallinn, 2020.

Eestisse viimastel kuudel saabunud ka tuhanded Ukraina sõjapõgenikud, kes samuti vajavad tervishoiuteenuseid.

170. Hea tahte kokkuleppe kohaselt, mille sõlmisid 2019. aasta märtsis Eesti Perearstide Selts, Terviseamet, Eesti Haigekassa ja Sotsiaalministeerium, peetakse optimaalseks, kui perearsti nimistus on 1600 inimest. Selle näitaja järgi on Eestis puudu vähemalt 45 perearsti.

Joonis 13. Asendusarstiga nimistutesse kuuluvate patsientide arv 2022. aasta juuni seisuga



* Tartu ja Põlva maakonnas oli kõikidel nimistutel perearst 2022. aasta juuni seisuga olemas

Allikas: Terviseamet

171. **Kokkuvõtteks**, probleeme tervishoiutöötajate olemasolu tagamisega on rohkesti. Arstidest on tööjõukriis perearstide, psühhiaatrite ja erakorralise meditsiini arstide seas (vt ka p 192). Eraldi väärib esiletoomist õdede puudus. Tervisevaldkonna strateegiadokumentides peetakse oluliseks suurendada märkimisväärselt õdede panust kogu tervishoius, sest õdede õppeaeg on lühem ja õdede laiem rakendamine aitab pikas vaates tervishoiu personalikulusid paremini ohjes hoida. Ent siinne Riigikontrolli analüüs näitab, et õdede sügav puudus takistab selle strateegia tõhusat rakendamist. Neid lihtsalt on liiga vähe nii praegu kui ka lähitulevikus.

Teadmiseks, et

2020. aastaaruandes „Esmatähtsate avalike teenuste tulevik“ tõi Riigikontroll välja, et

- pensionile siirduvaid perearste on rohkem kui peale tulevaid;
- ligi pooled perearstidest on 60-aastased või vanemad;
- üha raskem on leida perearsti nimistule uusi arste, konkursid luhtuvad;
- on nimistuid, kus perearsti asemel on ajutine asendaja olnud lausa 7 aastat;
- residentuuri lõpetajaid oli pikema aja jooksul olnud vähe ja neistki võtavad endale kohe nimistu vähem kui pooled;
- residentuuri lõpetajad ei soovi sageli töötada Tallinnast või Tartust eemal.

Töötajate vähesust kompenseeritakse ületunnitööga, aga see võib viia ravikvaliteedi halvenemiseni

172. Riigikontroll uuris erinevatelt tervishoiuvaldkonna institutsioonidelt esiteks seda, kas praegustest tervishoiutöötajatest kui tööjõuressursist on ülevaade ehk milliseid andmeid kogutakse, ja teiseks, kuidas töötajate puudust plaanitakse vähendada. Selgus, et valdkonnas puudub täpne ülevaade personalivajadusest, arstide ja õdede tööpäevade pikkusest ning nende töö intensiivsusest. Tervishoiutöötajate puudusele leevendust lähitulevikus ei paista.

Tervishoiutöötajate kohta kogutavad andmed

173. TAI kogub tervishoiuteenuse osutajatelt igal aastal tervishoiutöötajate statistikat (novembri seisuga) ja palgaandmeid (märtsi seisuga). Kui töötavate arstide ja õdede arvu kohta on info olemas, siis nende puudujäägi hindamine on keerulisem.

174. Ühe personalivajaduse näitajana võiks TAI sõnul kasutada tehtud ületundide infot (ehk mitu täistööajaga ametikohta on täidetud ületundide

arvelt). Sellest lähtudes oli tervishoiutöötajate statistika andmebaasi andmetel 2021. aasta novembris täitmata 365 õe ja 116 arsti ametikohta.

175. Üks näide: psühhiaatrite puhul täidaksid tehtud ületunnid 2,4 ametikohta (vt tabel 8), kuid tegelik vajadus psühhiaatrite järele on mitu korda suurem (vt vajaduse kirjeldust p-s 166). Teisisõnu ei ole tervishoiutöötajate vajadust võimalik katta ka siis, kui olemasolevad töötajad teeksid süstemaatiliselt ületunde. Ületundide arv ei näita ka kogu vajaminevat personali.

176. Ületundide andmetesse tuleb suhtuda ettevaatlikult ka sel põhjusel, et eri teenuseosutajad arvestavad ületunde erineval moel. Mitmetest Riigikontrolli tehtud intervjuudest ilmnes, et osas tervishoiuasutustes ei kajastata ametlikes tööajagraafikutes kõiki töötunde ning osa tööd ei arvestata tööaja sisse (nt töö dokumentatsiooniga, valvete üleandmine). Peale selle töötavad paljud tervishoiutöötajad mitme tööandja juures ja nende kogu töötundide arvu tööandjad ei näe. Lühidalt, ületundide arv on tõenäoliselt alaraporteeritud.

177. Tabelis 8 on toodud tervishoiutöötajate arv ja ületundide statistika mõne eriala kohta. Võrreldud on 2016. ja 2021. aasta andmeid, mis näitavad, et ületundide hulk on selle aja vältel oluliselt kasvanud. Järelikult süveneb järjest ka töötajate puudus, mida püütakse ületunnitööga leevendada.

Tabel 8. Tervishoiutöötajate arv ja ületundide arvelt täidetud ametikohad

Tervishoiutöötajad	Töötajate arv 2021, taandatuna täistööajale	Ületundidest tulenev täiendav täidetud ametikohtade arv	
		2016	2021
Tervishoiutöötajaid kokku	20 362,6	499,7	811,5
Arstid, sh	3 815,1	101,5	116,3
… arst-resident	452,9	4,6	4,2
… erakorralise meditsiini arst	131,8	7,3	6,4
… perearst	820,7	7,5	8,5
… psühhiaater	152,6	4, 0	2,4
Õed, sh	8 171,6	195,6	365,0
… erakorralise meditsiini õde	675,7	37,9	66,8
… koduõde	148,6	1,7	2,1
… kooliõde	225,9	0,8	1,8
… pereõde	1 283,1	3,4	9,5
Psühholoogid ja -terapeudid	166,7	0,2	0,9

Allikas: Tervise Arengu Instituudi statistika

178. Riigikontrolli arvates aitaks tervishoiutöötajate tegelikus vajaduses suuremat selgust luua tervishoiutöötajate koormusnormide kehtestamine ja nendest kinnipidamine. Praegu on koormusnormid kehtestatud vaid statsionaarses õendusabis ja intensiivravis.

179. Sotsiaalministeeriumi sõnul on töökoormuse jälgimine Eesti eraõiguslikus tervishoiusüsteemis tööandja ja töövõtja vaheline küsimus.

Koormuse ja ületundide kohta kogub infot TAI, tööintensiivsust mõõdab haigekassa teenuse hinna koostamisel. Ent probleem ei seisne vaid ületundide statistika vildakuses ja tööandja-töövõtja tasandi töösuhete reguleerimise nüanssides.

180. Sisuline probleem seisneb selles, et olukorras, kus töötajate nappuse tõttu on patsientide arv haiglas ühe õe või arsti kohta sageli ülemäära suur, võib koormusnormide puudumise tõttu ravikvaliteet ohtu sattuda. See on süsteemi ehk poliitikakujundamise tasandi küsimus. Kui ka ületundide statistika on ebatäpne, ei ole tervishoiu personalipoliitikas võimalik kogu süsteemi puudutavaid otsuseid adekvaatsel moel teha.

181. 2020. aastal osales Eesti Euroopa Liidu projektis SEPEN (*Support for the health workforce planning and forecasting expert network*), milles kaardistati Eesti jt riikide tööjõuplaneerimise korraldus ning anti soovitusi edasisteks arendusteks. Eesti probleem oli muu hulgas andmete killustatus, mistõttu asuti uuendama Terviseameti registreid. See peaks Sotsiaalministeeriumi sõnul looma paremad andmeanalüüsi võimalused ja aitama kaasa Eesti tervishoiu tööjõu planeerimise ja prognoosisüsteemi arendamisele.

182. **Kokkuvõtteks**, tervishoiutöötajate töö intensiivsus ja sage ületundide tegemine on ammu teada mure. Omaette probleem on, et ületundide kohta puudub usaldusväärne statistika. Siiani on nii osal tööandjatel kui ka Sotsiaalministeeriumil nappinud tahet nende teemadega tegeleda, sest ega täpsem statistika iseenesest valdkonda inimesi juurde ei too ja osa tervishoiutöötajaid eelistabki suure koormusega töötamist.

183. Riigikontrolli arvates peaks Sotsiaalministeerium selle teemaga siiski tegelema. Riigikontroll on seisukohal, et ületunnitöö ei saa pikas vaates olla tervishoiutöötajate nappuse probleemi lahenduseks, sest süsteemne ületöötamine võib seada patsientide heaolu ohtu. Teiseks aitab adekvaatsem pilt tervishoiutöötajate vajadusest kavandada realistlikumaid personalipoliitika meetmeid.

Tervishoiutöötajate järelkasvu ettevalmistamist on takistanud nii õppijate huvipuudus kui ka õppekohtade vähesus

Õpe/koolitamine

184. Eesti tervishoiutöötajate riikliku koolitustellimuse koostamise süsteem on detsentraliseeritud. Õppekohtade arv räägitakse omavahel läbi, osalevad nii Sotsiaalministeerium, Haridus- ja Teadusministeerium, Tartu Ülikool, tervishoiu kõrgkoolid kui ka haiglad, erialaseltsid jt osapooled. Kuivõrd ressursid on piiratud, puudub kaugele vaatav plaan ja vastuvõtu arv lepitakse erialati igal aastal eraldi kokku.

Teadmiseks, et

2021. aastal oli õe ja ämmaemanda põhiõppe vastuvõtuarv Tallinna ja Tartu Tervishoiu Kõrgkoolides kokku 559. Selle taseme juurde jäädes oleks tööleasujaid alates 2026. aastast olnud 100 võrra enam kui pensionile siirdujaid. Sellise kasvutempoga kulub 40 aastat, et Eestis töötavate õdede koguarvu suurendada 4000 võrra.

Allikas: Eesti Arst, märts 2022

185. 2022. aasta 18. veebruaril sõlmiti uueks perioodiks tervisevaldkonna rakenduskõrghariduse õppekohtade konsensuslepe. Selle kohaselt on Sotsiaalministeerium Haridus- ja Teadusministeeriumi jt osapooltega uuesti kokkuleppele jõudnud selles, et õppekohtade paremaks planeerimiseks on igal aastal tarvis kokku kutsuda koolituskomisjon.

186. Uue konsensusleppe järgi on Haridus-ja Teadusministeeriumi ülesanne taotleda täiendavate õppekohtade tarvis sihtotstarbelist toetust ning Sotsiaalministeeriumil tuleb rahastada praktikabaase. Õe põhiõppes tõuseb 2022/2023. õa-l vastuvõtt 600 ja 2023/2024. õa-l 700 õppurini.

187. 2022. aastal suurendati Sotsiaalministeeriumi ja Tartu Ülikooli kokkuleppega ka eriarstide residentuuritellimust varasemalt 169 kohalt 186-le. Üle aastate suurima residentuuritellimusega kasvas vastuvõtt peremeditsiini, psühhiaatria ja radioloogia erialadel.

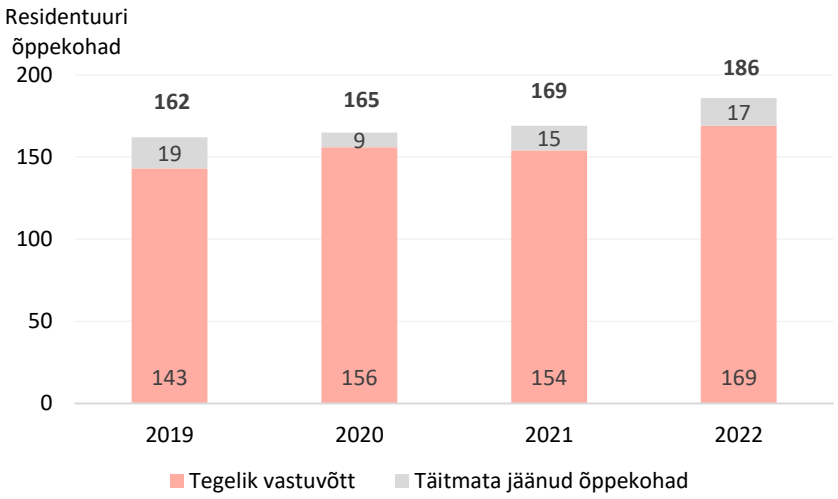
188. Perearstide juurdekasvu suurendamiseks tehti samme ka varem: 2021. aastal tõstis Tartu Ülikool koostöös Sotsiaalministeeriumi ning Haridus- ja Teadusministeeriumiga õppekohtade arvu peremeditsiini residentuuris varasema 35 asemel 40 õppekohani. See on viiendiku võrra enam kui 2013. aastal, mil õppekohti oli 32. Kuigi 2021. aastal lõpetas peremeditsiini residentuuri rekordilised 28 perearsti, ei ole see eelnevate aastate lõpetajate väiksemat arvu ning õpingute pikkust arvestades piisav, et perearstide põuda oluliselt leevendada.

Teadmiseks, et

dokumentide vastuvõtuperioodil juunis 2022 esitati Tartu Tervishoiu Kõrgkooli 524 õppekohale kokku 2037 avaldust, kandideerijatele pakkusid suurimat huvi radioloogiatehniku ning füsioterapeudi õppekavad. Radioloogiatehniku õppekohale oli 13,1 huvilist, füsioterapeudi õppekohale 11,8.

189. Vastuvõtuarvude suurendamine ei ole ainus vajalik meede. Üheks pudelikaelaks on ka tervishoiutöötajaks saada soovijate arv (vt joonis 14). Lisaks peab arvestama, et kõik õppurid ei lõpeta. Ajavahemikul 2019–2022 oli tervishoiuvaldkonnas õppetöö katkestajate osakaal kõrghariduses keskmiselt 7,2%.[51]

Joonis 14. Riiklikult finantseeritud residentuuri õppekohtade arv, tegelik vastuvõtt ja täitmata jäänud õppekohtade arv 2019–2022



Allikas: Sotsiaalministeerium

190. Eelnevaga seotud probleemideks on sisseastumisel nõrk konkurents ja mõne eriala ebapiisav populaarsus, praktikabaasi piiratus (igas haiglas ei ole õppeks vajalikke tingimusi ja piisavalt juhendajaid) ja residentide suur töökoormus.

191. Näiteks selleks, et lähema kümne aasta jooksul katta minimaalselt erakorralises meditsiinis uute töötajate vajadus, peaks residentuuri kohti aastas olema 30–40. Kandideerijaid on aga ainult 10–12. Eriala võrdlemisi väikse populaarsuse põhjuseid on mitmeid: töö EMOs on väga intensiivne, töötingimused rasked ja arengu väljavaated tagasihoidlikud.

Muud tööturgu kujundavad tegurid

192. Nii OSKA uuringud[52] kui ka intervjuud erinevate erialaseltsidega kinnitavad, et tervishoiusüsteem vajab tõhusaks toimimiseks praegusega

[51] https://www.haridussilm.ee/ee/korghariduse-tulemuslikkus

[52] Tulevikuvaade tööjõu- ja oskuste vajadusele. Tervishoid_ 2017. OSKA, 2017.

võrreldes erinevat tööjõustruktuuri. Nii haiglad kui ka perearstikeskused vajavad meditsiinialase väljaõppe saanud haldustöötajaid – näiteks sekretäre ja assistente –, kes võtaks arstidelt ja õdedelt üle tehnilist laadi ülesanded ja säästaks nende tööaega.

193. Tervishoiutöötajate tööturgu mõjutab viimasel ajal veel teravnev konkurents värbamisel, sh perearstikeskuste ja muud eriarstiabi pakkuvate erafirmade vahel. See tekitab täiendava surve palga tõstmiseks ja töötingimuste ülevaatamiseks.

Teadmiseks, et

personalistandardite väljatöötamise vajalikkuses lepiti kokku 2012. aastal. Plaan oli töökoormuse personalistandardid töötada välja 2013. aasta suveks.

Allikas: tervishoiutöötajate kollektiivleping, 29.12.2012

See lepe on siiani täitmata. Haiglates kasutatakse standardite puudumist ära ja kasutatakse ebamõistlikult suuri koormusnorme.

Allikas: Postimees Tervis, 22.01.2016

Sama probleemi kirjeldati taas mitmes Riigikontrollile antud intervjuus, personalistandardit pole kehtestatud.

194. Tervishoiutöötajatele on üha olulisem tööandja terviklik väärtuspakkumine ehk palga kõrval on olulised ka muud töötingimused (sh töötajat väärtustav töökultuur). Uue põlvkonna arstid ja õed tahavad sobivamat tööaega, koormusnormide kehtestamist, töökohustuste ja pädevusnõuete selget piiritlemist, karjäärimudeleid ja ka näiteks võimalust osaleda koolitustel ilma kohustuseta leida endale ise asendaja.

195. Eesti tervishoius ei ole välispäritolu tervishoiutöötajaid palju, sest Eestis nõutakse lisaks erialastele teadmistele ja oskustele ka eesti keele oskust. Töötajate põua leevendamine välispäritolu personali värbamise kaudu ei ole Eestis olnud aktuaalne, ent seoses Ukraina sõjapõgenike suure arvuga ja sellega, et tervishoiutöötajad siirduvad pigem muudele erialadele (nt toitlustussektorisse), on see küsimus päevakorda tõusnud.

196. **Kokkuvõtteks** oleme rahvastiku vananemise st tuleneva surve tõttu jõudnud punkti, kus tervishoiuteenuste osutamise üheks suuremaks takistuseks on saanud personalipuudus. Sellega seonduvalt jõutakse arsti visiidile ja alustatakse raviga hiljem, kui võiks, ja see omakorda võib põhjustada suuremat kahju tervisele (sh vaimsele) ja suurendada tervishoiukulusid. Kiiret leevendust personaliprobleemidele aga ei ole.

Tervishoiu personaliprobleemide kokkuvõte

197. Tervishoiutöötajate puudusest on kaua räägitud, kuid probleem ei ole lahenenud. Eriti suur puudus on õdedest, psühhiaatritest, erakorralise meditsiini arstidest ja perearstidest. Seda tõdedes tuleb siiski märkida, et olemasolevate andmete pealt ei ole adekvaatselt võimalik tervishoiutöötajate vajadust hinnata: tervishoius tehakse palju ületunnitööd, aga probleemi tegelikku suurust ei ole lihtne kindlaks teha, sest andmed ei ole täpsed.

198. Kindel on see, COVID-19-pandeemia ja Ukraina sõjapõgenike siiajõudmine on nii tervishoiutöötajate põuda, nende ületöötamist kui ka läbipõlemise riski veelgi suurendanud.

Teadmiseks, et

Tallinna Tervishoiu Kõrgkoolis pakutakse 2022. aasta sügisest rakenduskõrgharidusõpet 23-le Ukraina sõjapõgenikust õele, kel on õe kutseharidus.

Kõrgkoolis õppimise vastu on huvi tundnud ka mittekutseharidusega velskrid ja õed, ämmaemandad ning lõpetamata haridusega meditsiinivaldkonna üliõpilased.

199. Kuigi hiljuti on tervishoiutöötajate koolitustellimust suurendatud, ei ole kõik vabad õppekohad täitunud. Õieti saavad tervishoiu personaliprobleemid alguse juba töö iseloomust ja töötingimustest, mis tänapäeva noortele ei ole enam piisavalt atraktiivsed. Edasi, kuivõrd õpe kestab aastaid, on koolitustellimuse suurendamise tulemused näha kauges tulevikus. Seega ei ole head vastust, kuidas personalipuudusest üle saada.

200. Personaliprobleemide tõttu on tõenäoline, et lähitulevikus peavad Eesti elanikud olema valmis selleks, et tervishoiuteenuste kättesaadavus ja/või kvaliteet ei ole ootuspärasel tasemel. Tervishoiu personalipoliitikaga seotud põhimõttelised otsusekohad ning kiiremini elluviidavad meetmed on kokku võetud tabelis 9.

Tabel 9. Põhimõttelised otsusekohad ja kiiremini lahendatavad ülesanded tervishoiu personalipoliitikas

Strateegilised küsimused
▪ Kuidas tagada tervishoiutöötajate olemasolu ja järelkasv nii lähiaastatel (arvestades, et näiteks viiendik perearstidest on 65-aastased või vanemad) kui ka kaugemas tulevikus? ▪ Kuidas maandada ületöötamisest tulenevaid riske (ravikvaliteedi halvenemine, personali läbipõlemine jm)? ▪ Kuidas tagada tervishoiutöötajate töö atraktiivsus? ▪ Kuidas teha targemat tööd? Kui meil on vähe inimesi, siis kuidas pakkuda teenuseid teisiti (nt kasutada tehnoloogiat, et vähendada vajadust inimtööjõu järele)? ▪ Milline on personali olukorda arvestades tervishoiuteenuste kvaliteedi, kättesaadavuse ja mahu optimaalne tasakaal?
Taktikalised ülesanded
▪ Tervishoiutöötajate sügava puuduse tõttu on tõenäoliselt tarvis teha järeleandmisi tervishoiuteenuste mahus või nende (korralduslikus) kvaliteedis või neile juurdepääsus. Selleks on vaja selget plaani (vastasel juhul ei saa esmatasandi ja haiglavõrgu arengukavasid vastu võtta). ▪ Arvatavasti on vaja arutelu küsimuses, kas välispäritolu töötajate töölevõtmise paindlikumaks tegemine on vajalik ja võimalik või mitte. Kui seda soovitakse muuta, siis tuleb otsustada, mida on konkreetselt vaja teha (ehk kuidas lahendada töö kvaliteedi ja keeleoskuse tagamise küsimused). ▪ Leppida kokku tervishoiutöötajate lubatavad koormusnormid.

Riigikontrolli varasemaid tervishoiuauditeid

06.12.2021 – **Pahaloomuliste kasvajate avastamine ja patsiendi ravile suunamine**

16.11.2021 – **Täiskasvanute hambaravihüvitis**

06.11.2020 – **Riigikontrolli aastaaruanne parlamendile, esmatähtsate avalike teenuste tulevik**

11.11.2019 – **Riigikontrolli aastaaruanne parlamendile, #e-riik**

23.10.2018 – **Erakorraline meditsiin**

03.11.2016 – **Riigi tegevus laste tervise hoidmisel ja ravimisel**

03.02.2015 – **Riigi tegevus iseseisva õendusabi korraldamisel**

17.01.2014 – **Riigi tegevus e-tervise rakendamisel**

07.04.2011 – **Perearstiabi korraldus**

Kõik aruanded on kättesaadavad Riigikontrolli koduleheküljelt www.riigikontroll.ee

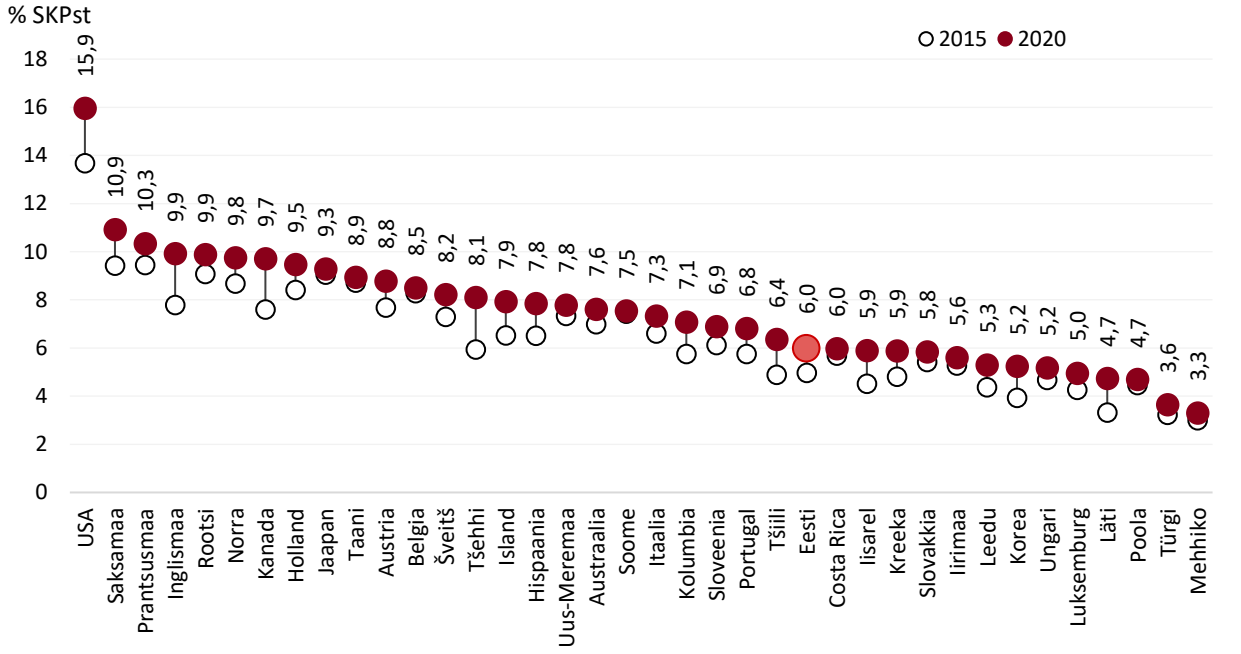
Lisa A. Ülevaade tervishoiu rahastamisest

Eesti on väheneva rahvaarvu ja vananeva rahvastikuga riik, kus prognooside kohaselt on aastal 2035 iga neljas inimene pensioniealine. Kuna tervena elatud eluaastate kasvutempo on olnud aeglasem, kui seni oodatud, on tulevikus ette näha meditsiiniteenuste ja ressursside vajaduse suurenemist. Riigikontroll koostas ülevaate sellest, kui kiiresti on Eesti tervishoiu kulutused võrreldes teiste riikidega viimastel aastatel kasvanud, milline on olnud rahastuse dünaamika ja kuidas on muutunud nõudlus eriarstiabi järele.

Üldine olukord

Hiljutise ajani oli Eesti tervishoiukulude osakaal SKPst aastati üsna stabiilne: kui 2010. aastal oli see 4,8% SKPst, siis 2018. aastal 5,0%. OECD riikide seas on Eesti selle tervishoiukulutuste määraga pigem tagapool olnud (vt joonis 15). 2020. aastal kasvasid Eesti kulutused aga oluliselt ja jõudsid 6%-ni SKPst.

Joonis 15. Riiklike ravikulude osakaal sisemajanduse koguproduktist (SKP) OECD riikides 2015. ja 2020. aastal



Allikas: Health expenditure and financing. OECD andmebaas

Strateegias „Eesti 2035“ on nenditud, et teenuste praegust taset hoides kasvavad haigekassa kulud aastaks 2035 ligi 24% kiiremini kui tulud. Arenguseire Keskus tõdes aga 2020. aastal valminud analüüsis, et kui süsteemis muutusi ei tehta, siis 2035. aastaks inimeste omaosalus kahekordistub, ravijärjekorrad pikenevad ja haigekassa eelarve jõuab 900 miljoni euro suurusesse defitsiiti.[53]

Enamiku haigekassa tuludest moodustab sotsiaalmaksu ravikindluste osa, kuid selline tööhõivel põhinev rahastamise mudel ei kata enam tervishoiukulutuste koguvajadust. Seetõttu on haigekassale alates 2018. aastast antud täiendavat tegevustoetust, mis arvestatakse mittetöötavate vanaduspensionäride vanaduspensionitelt. Näiteks moodustas see eraldis 2022. aastal 190 miljonit eurot, mis on 21% haigekassa eelarvest (vt ka joonis 16).

Peale selle eraldas Vabariigi Valitsus oma 2020. aasta otsusega sotsiaalmaksu laekumise vähenemise kompenseerimiseks:

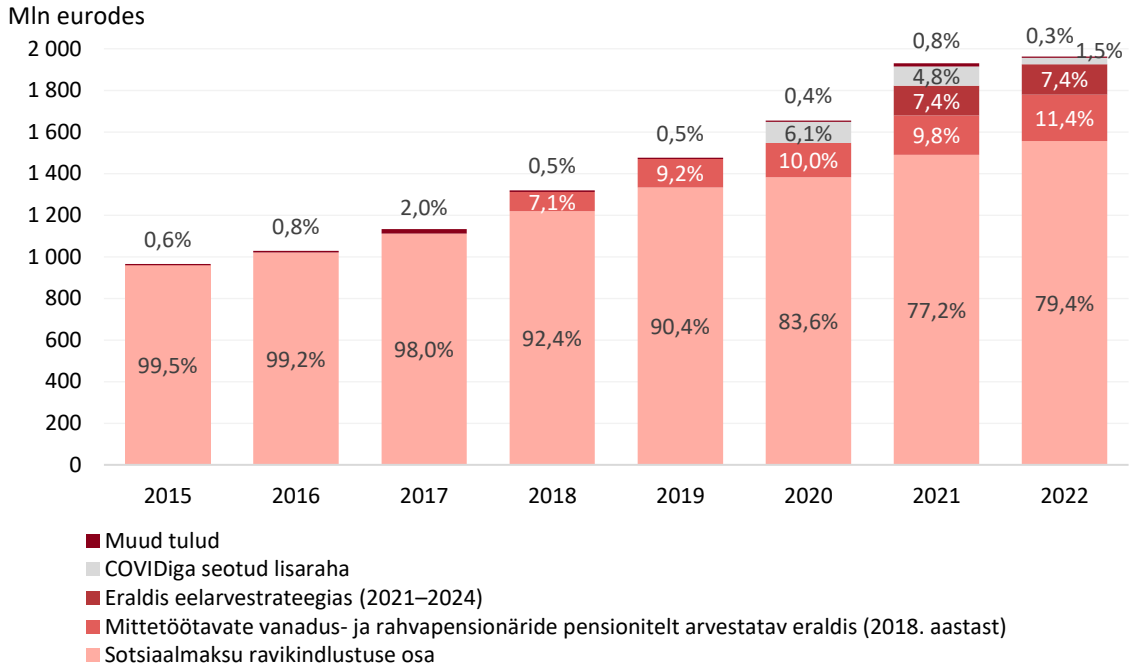
- 2021. aastaks 143,4 miljonit eurot;
- 2022. aastaks 142,7 miljonit eurot;

[53] Eesti tervishoiu tulevik. Stsenaariumid aastani 2035. Arenguseire Keskus, 2020.

- 2023. aastaks 131,0 miljonit eurot;
- 2024. aastaks 123,1 miljonit eurot.

Täiendavalt on COVID-19-pandeemiaga seotud kulude katteks haigekassale aastatel 2020–2022 eraldatud kokku *ca* 222 miljonit eurot.

Joonis 16. Haigekassa tulude allikad aastatel 2015–2022 miljonites eurodes ja osakaaluna kogutulust



Allikas: Eesti Haigekassa majandusaasta aruanded ja eelarved 2015–2022

Kõik need täiendavad eraldised on lükanud edasi puudujäägi tekkimist. Teisest küljest ei ole selline rahastamise mudel, milles sotsiaalmaksu osakaal väheneb ja eraldiste osakaal suureneb (nagu joonis 16 näitab), kestlik. Põhjus on selles, et kokkuleppeid tehakse piiratud perioodiks ja pikaajaline kindlus puudub. Tarvis oleks leida alaline lahendus tervishoiu rahastamiseks. Sellele vajadusele on Riigikontroll viidanud oma aastaülevaates Riigikogule 2018. aastal. Ka Sotsiaalministeerium on 2021. aasta tervishoiu rahastamise analüüsis märkinud, et lahendus peaks olema selline, mis vähendaks haigekassa eelarve sõltuvust vaid tööhõivel põhinevatest maksudest.

Eriarstiabi hinnatud, rahastatud ja rahastamata nõudlus

Tervishoiukulude planeerimisel hindab haigekassa igal aastal tervishoiuteenuste (ravivajaduse) nõudlust piirkondade kaupa. Hindamisel võetakse arvesse maakonnas elavate inimeste arvu, vastava eriala kulusid eelneval aastal, ravijärjekordade andmeid jm. Tulemust nimetatakse *hinnatud nõudluseks*. Selle alusel ning arvestades haigekassa eelarve võimaluste ja prioriteetidega planeeritakse nõudluse rahastamine ehk tekib *rahastatud nõudlus* (seejuures peetakse arvestust nii ravijuhtude kui ka nende maksumuse üle). Aasta lõpuks selgub, kui palju ravijuhte haigekassa reaalselt kinni maksis – seda nimetatakse *tegelikuks nõudluseks*. Kuna ressursid on piiratud, saab tegeliku nõudluse ja esialgu hinnatud nõudluse vahet nimetada *rahastamata nõudluseks*.

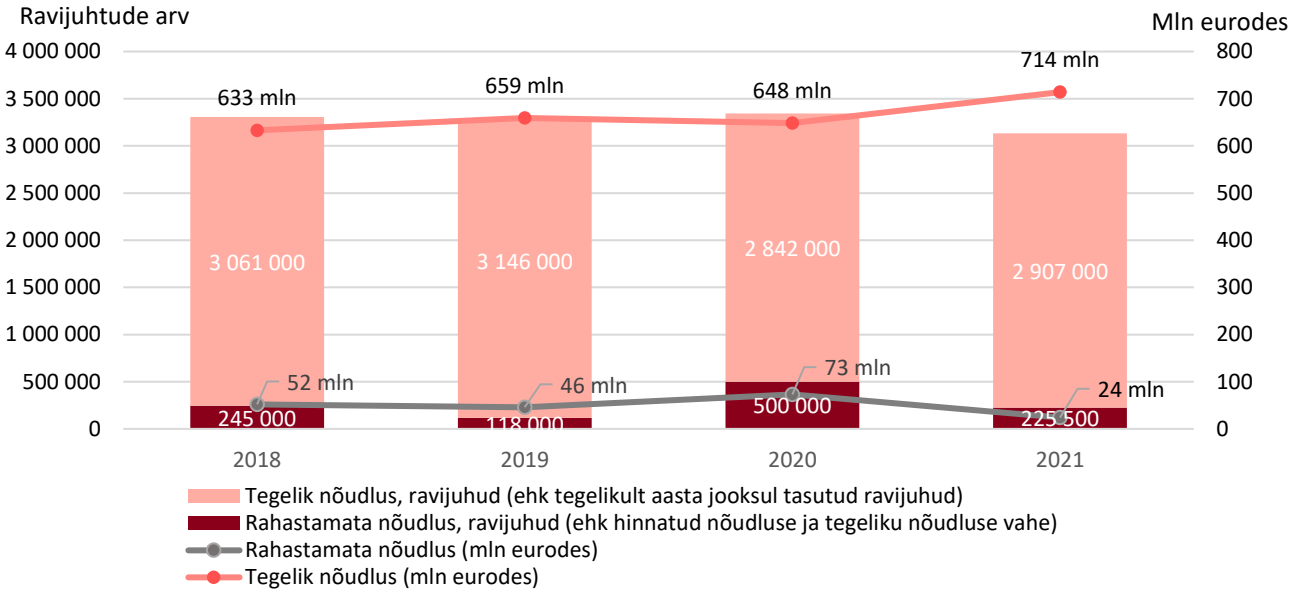
Ravijuhtude rahastamata nõudlus oli 2021. aastal eriarstiabis haigekassa andmetel 225 500 ravijuhtu (vt joonis 17). Sellest 77% moodustas ambulatoorne ravi. Suurim puudujääk oli sisehaiguste (94 000 ravijuhtu), kirurgia (54 000) ja günekoloogia erialadel (38 000).

Rahalises plaanis hindas haigekassa 2021. aastal eriarstiabi ravijuhtude hinnatud nõudluseks 738 miljonit eurot, raha eraldati selle tarvis 713 miljonit (rahastatud nõudlus) ja tegelikuks nõudluseks ehk ravijuhtude

maksumuseks aasta lõpuks kujunes 714 miljonit. Rahastamata jäänud nõudlus oli ligi 24 miljonit eurot, mis moodustas esialgsest hinnatud nõudlusest *ca* 3,3%. Ravijuhte vaadates on võrreldes 2018. aastaga hinnatud nõudlus kahanenud 5%. Languse põhjuseks on COVID-19-pandeemia mõjul vähenenud arstiabi kättesaadavus ja visiitide arv 2020. aastal.

Võrdluseks, et 2018. aastal hindas haigekassa tervishoiuteenuste nõudluseks *ca* 685 miljonit eurot ning rahastamata nõudlus moodustas sellest 7,6% ehk u 52 miljonit. Absoluutarvudes jäi 2018. aastal rahastamata 227 000 ravijuhtu.[54]

Joonis 17. Rahastatud ja rahastamata ravijuhud ning nende maksumus perioodil 2018–2021



Allikas: Eesti Haigekassa

COVID-19-pandeemia mõju

COVID-19-pandeemia ajal oli katmata ravivajaduste tase tavapärasest veidi kõrgem, kuigi madalam kui paljudes teistes Euroopa Liidu riikides. Juurdepääsu ravile kriisi ajal parandas kaugkonsultatsioonide kiire kasutuselevõtt, mida toetas Eestis olemas olnud digitaristu. COVID-19 pikaajaline mõju plaanilise ravi järjekordadele ei ole siiski veel selge.[55]

Seoses COVID-19-pandeemiaga vähenes eriarstiabi erialadel tegelike ravijuhtude arv *ca* 10% ehk ravijuhte oli 304 000 võrra vähem – 2019. aastal oli neid ligikaudu 3,1 miljonit ja 2020. aastal langes kuni 2,8 miljonini. Ka 2021. aastal jäi ravijuhtude arv varasemast väiksemaks: neid oli 2,9 miljonit (vt joonis 17).

Kui statsionaarses ravis jäi 2021. aasta lõpus rahastamata 44 100 ravijuhtu, siis hinnanguliselt ligi kolmandik sellest ehk 12 100 ravijuhtu oli konkreetselt COVIDiga seotud ravivõlg (mis arvutati eraldi metoodika järgi ja kooskõlastati haigekassa ning Eesti Haiglate Liidu vahel).

Kokkuvõttes on tervishoiu kulud viimastel aastatel COVID-19-pandeemia tõttu kasvanud varasemast kiiremini, samas kui teenuste kättesaadavus on halvenenud. See trend on oluline, sest hilisem ravi mõjutab negatiivselt tervena elatud aastate arvu, suurendab hilisemat tervishoiuteenuste mahtu ja tingib vajaduse komplekssema ravi järele. Kõik see kokku paneb pikemas perspektiivis tervishoiu rahastamise suure surve alla. Ravikindlustuse rahastamismudelite ülevaatamise vajadus on ajas järjest aktuaalsem.

[54] Erakorraline meditsiin. Riigikontroll, 2018.

[55] State of Health in the EU_Eesti_Riigi terviseprofiil 2021. OECD, 2021.

Lisa B. Laste vaktsineerimise statistika

Tabel 10. WHO soovitatud vaktsineerimisega hõlmatuse tase, vaktsineerimisega hõlmatus ja vaktsineerimisest keeldujate osakaal haiguste kaupa, mille vastu vaktsineeritakse, aastatel 2020–2021

Näitajad	Haigused, mille vastu vaktsineeritakse					
	Difteeria, teetanus	Läkaköha	Poliomüeliit	Leetrid, mumps, punetised	B-viirushepatiit	Hib-nakkus*
WHO 2-aastaste vaktsineerimise nõue (%)	95,0	90,0	95,0	95,0	–	–
Eesti 2-aastaste laste keskmine hõlmatus vaktsineerimisega 2020. aastal (%)	91,1	91,0	91,1	90,8	90,8	90,8
Eesti 2-aastaste laste keskmine hõlmatus vaktsineerimisega 2021. aastal (%)	89,5	89,5	89,5	89,4	86,4 (7 kuud kuni 6 aastat)	89,4
Keeldujate osakaal 2020. aastal (%)	5	5	5	5,3	5,3	6,9
Keeldujate osakaal 2021. aastal (%)	5,5	5,6	5,5	6	3,8	7,8

* Hib-nakkus – imikute ja väikelaste mädane ajukelmepõletik ehk meningiit.

Allikas: Riigikontroll Terviseameti andmete alusel

Lisa C. Eriarstiabi järjekorrad

Tabel 11. Eriarstiabi ambulatoorse esmavisiidi ooteajad (päevades) haiglates ja muude teenuseosutajate juures Eesti Haigekassa andmetel (roosaga on ooteajad, mis ületavad ambulatoorsele eriarstiabi järjekorrale kehtestatud maksimumpikkust ehk 42 päeva)

Erialad	Üldhaiglad			Keskhaiglad			Piirkondlikud haiglad			Muud teenuseosutajad		
	2021. a mai	2022		2021. a mai	2022		2021. a mai	2022		2021. a mai	2022	
		mai	I pool-aasta		mai	I pool-aasta		mai	I pool-aasta		mai	I pool-aasta
Allergoloogia-immunoloogia				23	62	49	37	75	54		7	22
Androloogia		15	24	15	20	25	6	35	29		12	16
Anestesioloogia	12	23	10	35	49	34	4	7	6	17	0	0
Dermatoveneroloogia	21	24	27	14	19	32	32	74	44	13	27	27
Endokrinoloogia	28	30	26	25	35	34	20	44	35	27	28	22
Gastroenteroloogia	22	23	25	38	58	48	15	74	56	31	55	32
Hematoloogia	41	33	27	45	42	45	37	37	37			
Infektsioonhaigused	2	9	7	9	14	13	6	9	7			
Kardiokirurgia	18	21	23				46	36	31			
Kardioloogia	23	43	30	35	39	35	24	41	34	11	29	23
Lastekirurgia	24	24	15	7	73	41	23	32	30			
Logopeedia	18	6	9	14	96	63	32	52	44		42	30
Mammoloogia		17	16	15	38	30	30	38	37	12	18	26
Meditsiinigeneetika		23	24			63	45	70	40			
Nefroloogia	33	49	39	54	63	56	21	33	35			
Neurokirurgia	41	95	69	19	14	31	73	44	58			
Neuroloogia	23	29	26	26	49	42	29	61	50	28	27	26
Oftalmoloogia ja optomeetria	25	37	35	23	41	38	18	62	56	31	34	27
Onkoloogia	20	20	18	15	12	15	20	32	28	5	14	6
Ortopeedia ja traumatoloogia	40	45	38	55	78	73	16	25	22	44	39	25
Otorinolarüngoloogia	8	19	18	8	19	17	7	13	15	3	11	12
Pediaatria	10	11	9	8	24	19	16	50	44	7	22	19
Psühhiaatria	40	46	45	53	87	70	17	29	23	38	30	29
Psühhiaatria ja psühholoogia	6	44	28	2		15	3	14	12			
Psühholoogia	37	17	22	28	33	31	19	60	54	8	5	7
Pulmonoloogia	22	21	21	33	29	27	9	10	13	22	3	14
Reumatoloogia	19	31	27	36	43	41	34	41	39	9	14	12
Rindkerekirurgia				15	14	18	7	14	10			
Sisehaigused	21	8	12	8	17	16	14	13	17			
Stomatoloogia							5	13	11	6	17	16
Suu-, näo- ja lõualuukirurgia							17	61	44	17	30	28
Sünnitusabi ja günekoloogia	16	17	17	15	16	17	23	47	37	8	11	13
Taastusravi ja füsiaatria	23	48	35	15	36	28	12	25	25	7	20	22
Töötervishoid	3	5	7	11	24	20	13	16	19	5		9
Uroloogia	30	45	43	16	30	33	17	64	55	6	16	16
Vaskulaarkirurgia	9	6	14	69	56	57	4	3	5	22	23	25
Üldkirurgia	8	9	8	10	24	18	8	18	21	5	12	13

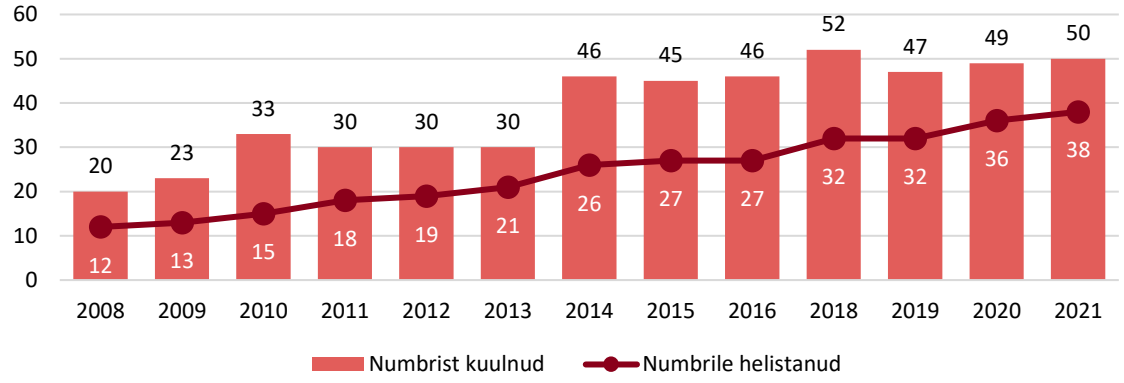
Lisa D. Perearsti nõuandetelefon

Perearsti nõuandetelefon 1220 on üleriigiline ööpäevane meditsiinilise nõustamise telefon, mis on mõeldud inimeste aitamiseks ajal, mil perearstiabi ei ole kättesaadav (näiteks väljaspool tööaega, puhkepäevadel või riiklikel pühadel); või juhul, kui terviseprobleemi tõttu ei ole kohe vaja perearsti vastuvõtule minna. Teenust on võimalik kasutada nii anonüümselt kui ka isikustatult ning see on kättesaadav ka ravikindlustamata inimestele. Nõu antakse nii eesti kui ka vene keeles ning kella 15.00 kuni 17.00 on võimalik saada abi ka inglise keeles.

Numbrile 1220 saab helistada kõikidelt sideoperaatoritelt üle Eesti ja välismaalt. Helistamisel kehtib alati kõneteenusenumbri tavatariif ja hind kujuneb helistaja telefonioperaatori (Elisa, Tele2, Telia jt) hinnakirja järgi. COVID-19 esimese laine ajal 2020. aastal oli nõuandetelefonile helistamine tasuta. Teenuseosutaja on haigekassale teinud korduvalt ettepaneku taotleda lühinumbri muutmist tasuta numbriks.

Eesti inimeste teadlikkus perearsti nõuandetelefonist 1220 on aastate jooksul kasvanud (vt joonis 18). Kui aastal 2010. aastal oli liinist kuulnud kolmandik Eesti elanikest ning numbrile helistanud 15%, siis 2021. aastal oli perearsti nõuandetelefonist kuulnud ligi pool eestimaalastest ning sellele helistanud 38%. 12% elanikest ei ole sellest üldse kuulnud. Viimase kolme aasta jooksul on vähenenud nende osakaal, kes ei ole nõuandetelefonist midagi kuulnud, ning kasvanud sellele helistajate osakaal.

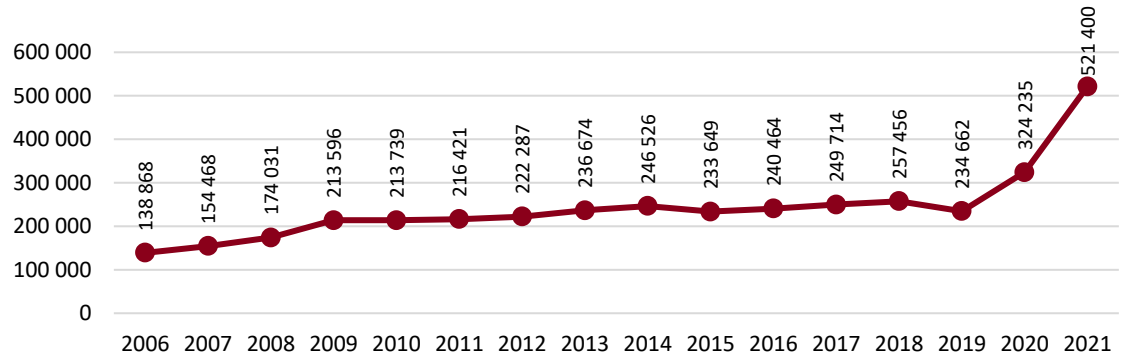
Joonis 18. Eesti inimeste teadlikkus perearsti nõuandetelefonist ja selle kasutamine 2008–2021, %



Allikas: Eesti Haigekassa uuringud elanike hinnangu kohta oma tervisele ja arstiabile 2008–2021

Koos nõuandeliini tuntuse kasvuga on suurenenud ka perearsti nõuandeliinile tehtud kõnede arv (vt joonis 19). Aastatel 2015–2019 tehti nõuandeliinile keskmiselt 240 000 kõnet aastas. 2020. aastal kasvas kõnede arv hüppeliselt. Kasv jätkus ka 2021. aastal (521 400 kõnet).

Joonis 19. Perearsti nõuandetelefonile tehtud kõnede arv aastas 2006–2021



Allikas: Perearsti nõuandetelefoni aruanded

Kõnede arvu märgatava kasvu põhjus oli COVID-19-pandeemia.[56] Keskmiselt on kogu perioodil olnud kõnesid kõige rohkem laupäeviti ja pühapäeviti (üle 800 kõne päevas).

Perearsti nõuandetelefoni eelarve oli 2021. aastal ligi 1,5 miljonit eurot, mis on ligikaudu kaks ja pool korda enam kui 2010. aastal. Eelarve on kasvanud samas tempos kõnede arvuga, umbes 8–9% aastas. Nõuandetelefoni eelarve moodustab ligi 1% üldarstiabi kuludest.[57]

Teenust osutavad nii õed- kui ka arstid-nõustajad. 2010.–2017. aastal oli keskmiselt 35 nõustajat, alates 2018. aastast 45 inimest aastas, kuid 2021. aastal kahanes nõustajate arv taas 34-ni. Nõustajate arvu vähenemine on tingitud sellest, et kasvas täiskoormusega töötajate arv. Paljud nõustajad töötavad lisaks nõuandetelefonile ka mujal, näiteks perearstikeskuses, EMOs või kiirabis. Lisaks suundusid 2020. aastal mitmed arstid pensionile, kuna koroonaviirusega kaasnenud töökoormus ei olnud neile jõukohane.

Aeg, kuni nõuandetelefonile tehtud kõne vastu võetakse, on kõnede arvu suuremise tõttu pikenenud (vt tabel 12). Punasega on märgitud näitajad, mis on jäänud alla seatud eesmärgi. N-ö kaotatud kõnede osakaal oli 2021. aastal 12%, mis on kuus korda enam kui 2019. aastal, ning neli korda enam, kui miinimumnõuetes sätestatud.[58] Ühe minuti jooksul vastatud kõnede osakaal oli 2021. aastal 71%, mis on kõige väiksem alatest teenuse osutamise algusest ja 17% enam kui miinimumnõuetes sätestatust.

Tabel 12. Nõuandetelefoni teenuse kättesaadavus 2015.–2021. aastal

Aasta	Kaotatud kõned (pärast 30 s), %*	Vastatud 1 minuti jooksul, %**	Vastatud 2 minuti jooksul, %***
2015	4	94	98
2016	3	93	97
2017	2	92	97
2018	3	91	96
2019	2	93	97
2020	7,5	83	91
2021	**12,3**	**71**	**85**

* Eesmärk mitte üle 3%. ** Eesmärk mitte alla 88%. *** Eesmärk mitte alla 93%.

Allikas: Perearsti nõuandetelefoni aruanded

Olulisi tõrkeid teenuse osutamisel viimastel aastatel olnud ei ole. Kuna kõnede arv on kiiresti kasvanud, oli 2020. ja 2021. aastal päevi, mil nõuandeliin oli üle koormatud. 2021. aastal mõjutas enim kõnede vastuvõtu kiirust COVID-19-pandeemia ning üleriigiline perearstide ülekoormus. Helistajatel ei olnud enamasti tervise või tervishoiukorraldusega seotud küsimusi, vaid vajati selgitusi piirangute kohta. Pärast riigiinfotelefoni 1247 avamist vähenes selliste pöördumiste hulk märgatavalt.

Kuigi kõnede mahul ei ole lage, piiratakse kõnede järjekorra pikkust. Aktiivselt ei saa kõnejärjekorras olla üle 41 inimese. Kui 40 helistajat on ootejärjekorras juba ees, saab helistaja teate, et teenus on üle koormatud, ning soovituse helistada hiljem uuesti. Kõne ootejärjekorra maht on loodud selleks, et inimesed ei peaks liiga kaua järjekorras olema ning ooteaja eest lühinumbri tasu maksma.

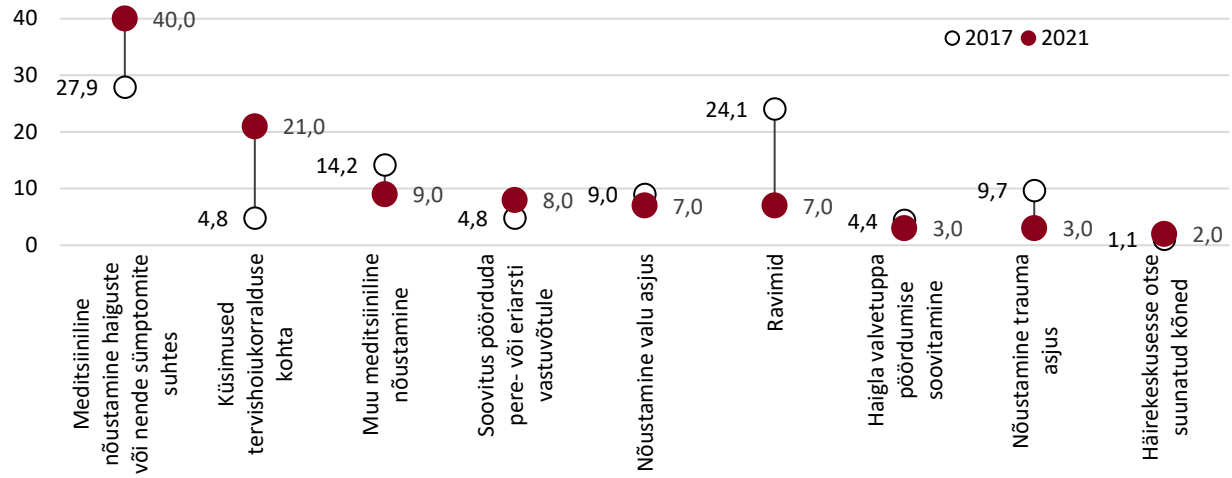
2017. aastaga kõrvutades kasvas 2021. aastal tervishoiusüsteemi korraldusega seotud küsimuste osakaal võrreldes muude teemadega märgatavalt (2017. aasta 5%-lt kõigist kõnedest 2021. aasta 21%-ni) (vt joonis 20). Haiguste või nende sümptomite suhtes nõustamisega seotud kõnede osakaal oli samuti võrreldes 2017. aastaga oluliselt kasvanud. See kasv tulenes peamiselt palaviku ja viirusega, sh COVID-19-ga seotud nõustamiste arvu suurenemisest.

[56] Üleriigilise perearsti nõuandetelefoni 1220 tegevusaruanded haigekassale 2020. ja 2021. aasta kohta.

[57] Haigekassa majandusaasta aruanded.

[58] Üleriigilise perearsti nõuandetelefoni teenuse tulemused 2019. aastal.

Joonis 20. Nõuandetelefonile pöördumise teemad 2017. ja 2021. aastal, %

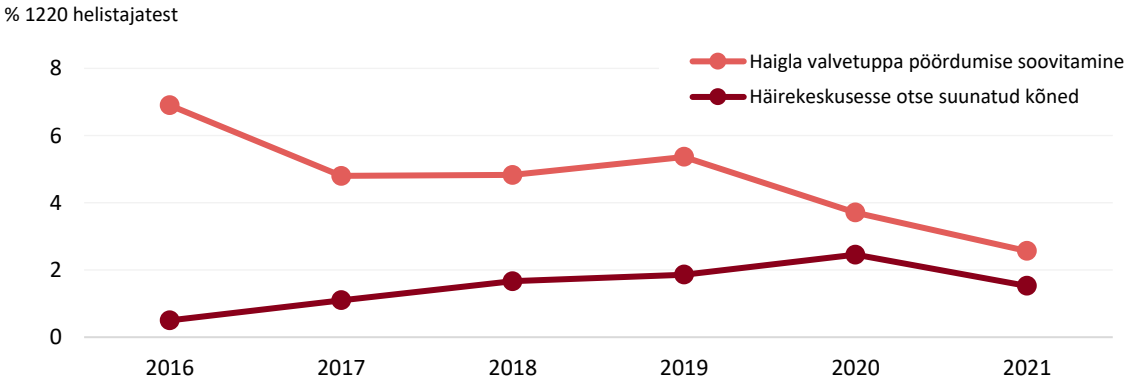


Allikas: Perearsti nõuandetelefoni aruanded

Kuni 2017. aastani kasvas kiiresti ravimitega seotud küsimuste osakaal (ajavahemikul 2011–2017 keskmiselt 72% aastas). Teenuseosutaja kohaselt helistavad üha sagedamini kodus iseseisvalt ja perearstiga konsulteerimata ennast ravima hakanud patsiendid, kes soovivad telefoni teel uurida, kas nende valitud ravim on sobiv. Seetõttu on nõustajad soovitanud üha enam inimesel iseravimise asemel pöörduda pere- või eriarsti poole.

Haigla valvetuppa soovitati 2016. aastal pöörduda 6%-l (*ca* 16 600) juhtudest (vt joonis 21) ning 2020. aastal 3,7%-l (12 000) juhtudest. Kui nad kõik oleks pöördunud EMOsse, siis nad oleks moodustanud *ca* 2,8% kõigist pöördujatest (424 289). 2020. aastal suunati häirekeskusesse 2,5% (*ca* 8000) kõnedest.[59] Kui kõik need suunamised oleks olnud põhjendatud, oleks need moodustanud *ca* 3% meditsiini-sündmustest. Häirekeskusesse suunatud kõnede osakaal on võrreldes eelmise perioodiga kasvanud, haigla valvetuppa pöördumise soovituse osakaal aga vähenenud.

Joonis 21. Perearsti nõuandetelefonile helistanutele haigla valvetuppa pöördumise soovitamine ja helistajate kõne suunamine otse häirekeskusesse 2016–2021



Allikas: Perearsti nõuandetelefoni aruanded

Haigla valvetuppa pöördumise soovituste arvu kahanemise põhjuseks on töökorralduslik muudatus, mille kohaselt selgitavad nõustajad esmalt helistajale EMO triaaži põhimõtetele tuginedes, kui pikk on nende kirjeldatud sümptomite puhul võimalik ooteaeg haigla valvetoas. Seejärel antakse enamasti koduse ravi soovitused ning lisatakse soovitus helistada tagasi, kui tervislik seisund ei lähe paremaks või muutub

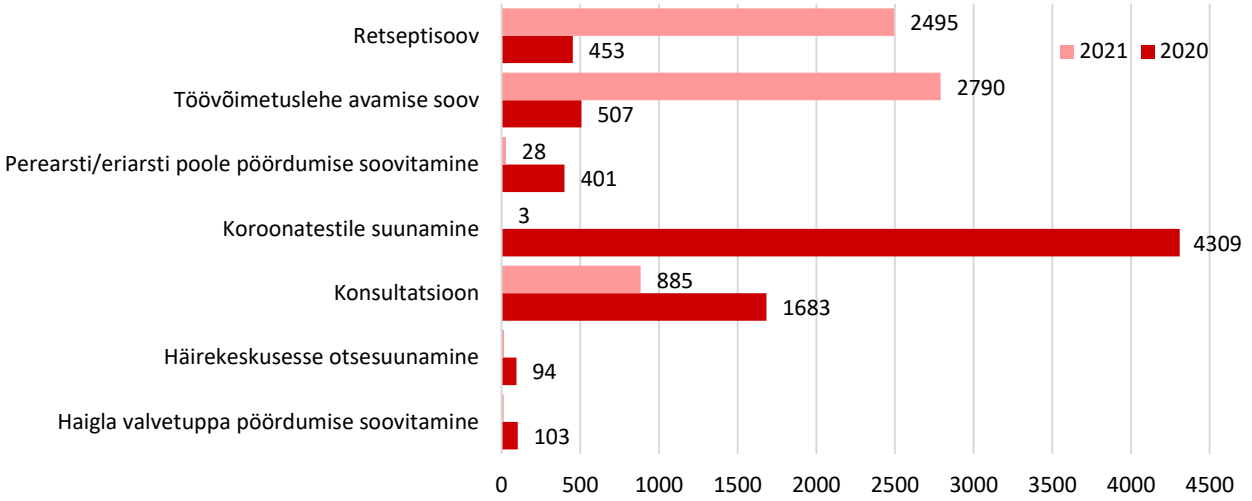
[59] 2020. aastal registreeris häirekeskus üle 408 000 hädaabisündmuse, kuhu abi välja saadeti. Meditsiinisündmused moodustasid enamuse (61%) registreeritud sündmustest. 2020. aastal registreeris häirekeskus keskmiselt 684 meditsiini-, 306 politsei-, 47 pääste- ja 82 komplekssündmust ööpäevas (häirekeskuse veebileht).

halvemaks. Häirekeskusesse suunamiste osakaalu kasvu põhjuseks on samuti töökorralduslik muudatus: nõustajal on kohustus suunata kõne häirekeskusesse, kui ta leiab, et kiire abi on vajalik. Varasematel aastatel on kiire abi vajaduse puhul sageli antud helistajale soovitus ise helistada häirekeskusesse.

Alates 2020. aasta jaanuarist saavad inimesed küsida perearsti nõuandetelefonilt isikustatud nõustamist (mobiil-ID või Smart-ID alusel). Isikustatud teenust osutavad ainult arstid. Kui helistaja annab selleks loa, siis saab nõuandetelefoni arst täpsema tervisenõu andmiseks vaadata isiku terviseandmeid nagu põetud haigusi, määratud ravimeid ja tehtud analüüse. Isikustatud nõustamisel edastab nõuandetelefoni arst kogu nõustamise info digilukku, et ka inimese perearst oleks teadlik tema patsiendile muret teinud terviseseisundist. Isikustatud konsultatsiooni osutatakse esmaspäevast reedeni ajavahemikul 8–22 ning reedest kella 22 kuni pühapäevani kella 22 ööpäev läbi. Nendel aegadel on isikustatud nõustamine kättesaadav nii eesti kui ka vene keeles.

2020. aastal oli peamine isikustatud nõustamise põhjus koroonatestile suunamine (57%). 2021. aastal oli aga peamine isikustatud nõustamise põhjus soov avada töövõimetusleht (45%) ning see on võrreldes 2020. aastaga oluliselt sagenenud (vt joonis 22). Retsepti väljastamisi ja retsepti väljastamise sooviga seotud isikustatud nõustamised olid 2021. aastal teisel kohal, mis on võrreldes 2020. aastaga samuti märgatavalt suurenenud. Perearsti nõuandetelefonilt saab pikendada varem välja kirjutatud korduvaid ravimiretsepte. Retsepti pikendamise ja töövõimetuslehe avamise sooviga pöördumiste osakaalu märgatava kasvu taga on võimalus kasutada teenuseid laupäeviti, pühapäeviti ning riigipühadel.

Joonis 22. Isikustatud nõustamise põhjused 2020.–2021. aastal



Allikas: Perearsti nõuandetelefoni aruanded

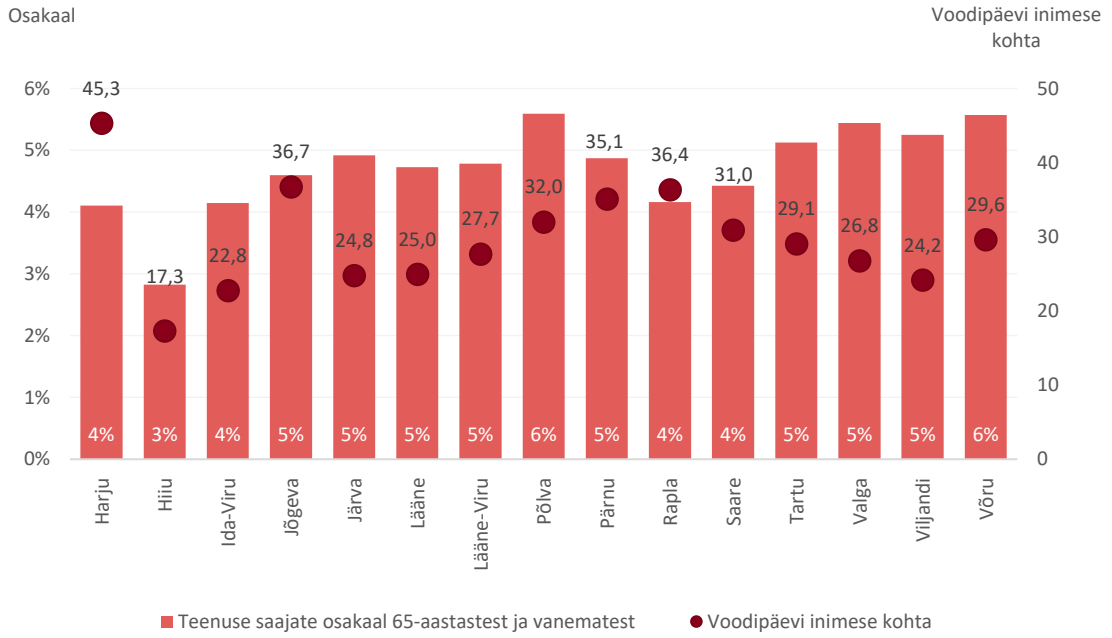
Vahetult pärast eriolukorra väljakuulutamist 13.–15.03.2020 esines kõnekanalite piirangust tulenevalt kõnekeskuse jaamas blokeerunud kõnesid (4% märtsi kõnedest).[60] Samuti esines ajavahemikul 24.–25.12.2020 blokeerunud kõnesid, mis moodustasid detsembrikuu kõnede mahust 1%. Väiksemas mahus esines blokeerunud kõnesid ka 2021. aastal. Eelnevatel aastatel pole selliste juhtumite arv suur olnud.

2020. aastal võttis teenuseosutaja kasutusele uue Telia kõnekeskuse, mis tagab stabiilsema ja tõrkevabama lahenduse. Uude kõnekeskusesse on sisse ehitatud tark tagavaralahendus kriisiolukordadeks (elektri -ja/või internetikatkestus), mille ajal suunduvad kõned automaatselt nõustajate kõnekeskuse välistele telefonidele ning teenuse osutamine ei katke. Uus kõnekeskus võimaldab isikutuvastamist teha helistaja soovi korral ka kõne ajal. Uuele kõnekeskusele üleminemise käigus võeti maha sisenevate kõnekanalite varasem piirang, et saaks teenindada veel enam kõnesid.

[60] Eesmärk mitte üle 0,01%.

Lisa E. Statsionaarse õendusabi kättesaadavus maakonniti 65-aastase ja vanema inimese kohta ning voodipäevade arv patsiendi kohta 2021. aastal

Joonis 23. Statsionaarset õendusabi saanud inimeste osakaal 65-aastaste ja vanemate inimeste kohta maakonniti ning voodipäevade arv ühe patsiendi kohta 2021. aastal



Allikas: Riigikontroll Eesti Haigekassa ja Statistikaameti andmete alusel