

# Perearstisüsteem ise vajab ravi

Perearstiabi on Eesti tervishoiusüsteemi nurgakivi, sest tugeva perearstiabita peavad haiglad osaliselt võtma üle nn igapäevapatsientide ravimise ja ülevaatamise rolli. Riigikontroll auditeeriski perearstiabisüsteemi toimivust selleks, et teada saada, kas perearstid täidavad oma rolli tervishoiusüsteemis – olla väravavalvur ja ravi koordineerija –, ning leidis, et nii see kahjuks tihtipeale ei ole.

Seetõttu jõuabki perearsti juurest eriarsti juurde rohkelt ka näiteks kroonilisi haiged või külmetushaiguste põdejad, kelle ravimine on ennekõike perearsti kohustus. Nii ei jää aga selliste patsientidega üle ujutatud haiglaarstidel aega tegelda eriarsti teadmisi vajavate patsientidega ning järjekorrad üha pikenevad.

Eesti alustas oma perearstisüsteemi väljatöötamist 1993. aastal, kui oli selge, et nõukogudeaegse suure haiglavõimekusega riik jätkata ei jaksa ning asemele peab tulema inimesele lähedal asuv ja kättesaadav arstiabitasand, mis erineks oluliselt senisest jaoskonnaarstide süsteemist.

2010. aastal oli avatud 803 perearstinimistut, nii on igal ravikindlustatud inimesel üldjuhul olemas oma perearst, kelle ta on kas ise valinud või kelle on talle määranud maavanem. Perearstiabi peale kulub aastas ligikaudu 70 miljonit eurot, see on 9,2 protsenti ravikindlustuse rahast, mis on muide väga väike osakaal kogu ravikindlustuse eelarvest – süsteem on meil väga palju eriarstiabi ja haiglate poole kaldu (55,7 protsenti rahast), harjutud on panustama pigem tagajärgedega võitlemisse kui algpõhjustega tegelemisse.

Ennetustööle, mis võimaldab haigusele teatud vanuses või riskirühmas patsientidel (näiteks rinnavähiskriiningud) õigel ajal jaole saada, kulub üldse olematu üks protsent rahast. Terviseedendamisele ehk tervisliku eluviisi motiveerimisele ja propageerimisele aga vaid 0,1 protsenti.

## Ei kinnihoidja ega saatekirjamasin

Perearst on inimesele tavaolukorras esmane kokkupuutepunkt tervishoiusüsteemiga. Ja kui me räägime juba eespool mainitud väravavalvuri rollist, siis see tähendab, et perearsti ülesandeks on sortida välja need patsiendid, keda ta ise aidata ei suuda, ning saata nad kindlasti eriarsti konsultatsioonile.

Tuleb aga endale teadvustada, et mõlemad äärmused on halvad: ühest küljest on patsiendi õigel ajal suunamata jätmine ja nii-öelda kinnihoidmine nii patsiendile kui ka tervishoiusüsteemile halb; teisest küljest on halb aga ka kõikide soovijate suhteliselt valimatu edasisaatmine, mis paljude inimeste arvates kipub olema hea perearsti tunnuseks.

Paraku on patsientidel tihti ootus, et perearst, kes nende ravimise ja jälgimisega suurepäraselt hakkama saaks, võiks neid siiski kas või igaks juhuks eriarsti konsultatsioonile saata. Nii nagu Juhan Smuuli polkovniku lesk teatas, et arstid ei tea midagi, leiab tänapäeva patsient tihti, et perearstid ei tea midagi.

Perearstisüsteemi nõrkusi tulebki otsida omaaegselt Nõukogude süsteemist, kus jaoskonnaarsti peamine ülesanne oli saata patsient edasi eriarsti juurde: sisuliselt oli tegu dispetšeriga – n-ö saatekirjamasinaga.

Riigikontrolli vast lõppenud auditist selgus, et näiteks kõrgvererõhktõvega patsientidest, kelle ravimine ja jälgimine on perearsti pädevuses, olid pooled (51,2 protsenti) põhjendamatult kardioloogi juurde saadetud. Need patsiendid ei vajanud tegelikult kardioloogi konsultatsiooni.

Arstid ise on kurtnud, et paljudel juhtudel on saatmise taga nõudlik patsient, kes ei lepi perearsti raviga, vaid nõuab kardioloogi juurde suunamist – on tal seda siis vaja või mitte. Vaja ikka professori enda juurde minna vererõhku mõõtma!

Väheoluline pole siiski ka perearstide endi käitumine. Audit näitas, et kui üle 45-aastased perearstid on kardioloogi konsultatsioonile põhjendamatult suunanud 62 protsenti patsientidest, siis nooremad perearstid vaid 29,4 protsenti. Kui noorematest perearstidest on pooled õppinud perearstiks residentuuris, siis paljud vanemad perearstid on ümberõppinud jaoskonnaarstid, kes on varasemast töökogemusest harjunud sellega, et kroonilise haigega tegeleb eriarst.

Patsientide pöördumisest eriarstide poole seisundi korral, mida saaks ravida perearst, on auditis ka teine näide. Nimelt näitas Riigikontrolli korraldatud uuring nelja haigla erakorralise meditsiini osakonnas, et ligi 40 protsenti neist patsientidest, kelle probleem kuulub perearsti töövaldkonda, pöördus erakorralise meditsiini osakonda põhjendamatult (näiteks kõha, putukahammustuste, jäseme- ja seljavalu tõttu). See oli 14 protsenti kõikidest erakorralise meditsiini osakonda pöördunud patsientidest.

Valdav osa sellistest patsientidest ei olnud enne perearsti poole pöördunud põhjusel, et ei soovinud seda teha või ei olnud teadlik, et perearst nende probleemiga tegeleb. Seega on meil suur osa inimesi, kellele pole praegune tervishoiusüsteem suutnud selgeks teha, mis põhjusel, millal ja kelle poole pöörduda tuleb.

Võiks ju küsida, et mis siis. Kui patsient leiab, et tal on mugavam käia erakorralise meditsiini osakonnas või eriarsti juures, las siis käib! Asi on aga rahas. See kõik ju maksab. Kui eriarst osutab patsiendile teenust, mida peaks perearst osutama juba saadud pearaha eest, siis on see haigekassale lisakulu.

Ainuüksi nende kahe toodud näite kulu on aastas peaaegu poolteist miljonit eurot: kaks protsenti kogu perearstiabile igal aastal kulumvast niigi napist rahast. Pole põhjust arvata, et hinnates eriarstide tööd mõne teist tüüpi haiguse ravimisel, oleksid tulemused hoopis teistsugused.

## **Miks perearst ei ravi neid, keda võiks?**

Olukorra teeb nii perearsti, patsiendi kui ka ravi rahastaja ehk haigekassa jaoks keerulisemaks see, et perearsti ja eriarsti ülesannete vahele ei ole tõmmatud kindlat joont, vaid pigem hägus piir. On tekkinud nn hall ala ning selle raames peab perearst otsustama, milliseid patsiente peaks ta ise jälgima või ravima ning millised konsultatsiooniks või uuringuteks edasi saatma.

Patsientide hulk, keda perearst edasi suunab, sõltub perearsti väljaõppest, kogemusest ja oskustest. Perearstile makstav raha koosneb mitmest komponendist: baasraha (11 protsenti kogu perearstiabile minevast rahast); pearaha (66 protsenti), mida saadakse kõigi oma kindlustatud patsientide pealt; uuringufond (20 protsenti), mis mõeldud nende uuringute jaoks, mida pearahast tegema ei pea; lisaks veel

kaugusetasu (0,5 protsenti), mis oleneb kaugusest lähimast haiglast; ning kvaliteedi lisatasu (1,7 protsenti).

Viimane on loodud selleks, et perearstid võtaksid suurema vastutuse ning tegeleksid üha enam näiteks krooniliste haigete või rasedate jälgimisega, laste tervisega. Sellega liitumine on vabatahtlik, kuid liitunudel on heade tulemuste korral (st süstemaatiline töö oma patsientkonnaga) võimalik saada lisatasu.

Riigikontrolli auditi tulemused näitasid, et perearstid ei täida kõiki neile pandud ülesandeid. Üks põhjuseid on kindlasti rahastamissüsteemis puuduvad motivaatorid. Praegu on ainuke sisuliselt kvaliteedist lähtuv rahastamiskomponent kvaliteedi lisatasu, kuid see moodustab vaid paar protsenti perearstiabisse suunatavast rahast.

Seega on praeguse perearstiabi rahastamise juures tekkinud olukord, kus heal perearstil on võimalik patsientidega ise tegeldes teenida enam, kuid oluliselt raha kaotamata on võimalik perearstidel ka süsteemi nõrkusi ära kasutades sellel liugu lasta. Haigekassa ees lähiaastatel seisev suurim ülesanne perearstiabi finantseerimisel on leida lahendus, kuidas panna nõrku perearste paremini ja kvaliteetsemalt oma tööd tegema.

## **Tööaeg kulub ravivälistele asjadele**

Audit näitas ka, et perearstiabisüsteemi paremaks toimimiseks tuleb analüüsida ajakasutust: süsteemi heaks toimimiseks peaks perearst kulutama valdava osa oma tööajast otseselt ravimisele. Riigikontroll uuris, millele perearstide ja õdede endi hinnangul nende tööaeg kulub.

Küsitletud perearstide hinnangul kulub neil nädalas tööle keskmiselt 53,3 tundi ja pereõdedel keskmiselt 39,5 tundi. Selgus, et mitte just väike osa – üle 20 protsendi – kulub ülesannetele, mis ei ole patsiendi ja ravitööga otseselt seotud. Seega täidavad perearstid nädalas enda hinnangul ligi poolteise tööpäeva jagu lisaülesandeid.

Suurem osa arsti mittemeditsiinilise töö ajast kulub arstide endi hinnangul puude raskusastme määramise dokumentide vormistamisele sotsiaalkindlustusameti tarbeks. Sellele järgnevad haldustöö ja vastuvõtuväline dokumenteerimine.

Kõige rohkem saab perearst meditsiinitööl keskenduda kahe kuni nelja nimistuga praksises, kus tõenäoliselt on haldustöö mitme arsti vahel efektiivsemalt jaotatud. Samas on neis praksistes keskmine töötundide arv perearsti kohta (51 tundi) ligikaudu niisama suur kui

suurtes praksistes (48 tundi). Ühe nimistuga praksistes hindavad perearstid oma töötundide arvuks nädalas 57 tundi.

Kõige enam kulub muule aega just üksikpraksiste arstidel, kes on niigi kehvemas olukorras, sest tegutsevad tihti maapiirkonnas, kus on väiksemad nimistud, seetõttu ka vähem raha ning piiratud võimalused asendajat leida. Selline olukord demotiveerib veelgi noori perearstiks õppima ning oma praksist (maal) avama. Et Riigikontrolli andmed põhinevad vaid perearstide hinnangulistel vastustel, vajaks täiendavat uurimist, mis on perearstide suure töökoormuse põhjuseks.

## **Kättesaadavus läheb kehvemaks**

Riigikontroll tõi juba oma 2010. aasta algul lõppenud auditis välja, et Eesti praegune haiglavõrk ei ole jätkusuutlik, kuna selle võrgu jaoks ei ole meil arste, patsiente ega raha. Kõik need trendid on paraku näha ka perearstiabi puhul. Samas peab arvestama, et rohujuuretasandi arstiabi on patsiendi kõige esimene kokkupuutepunkt tervishoiusüsteemiga ning selle tugevdamisel ei tohi alla anda.

Kui algul püüti perearstist teha üksiküritajat, kes peab vastu võtma igas külas, siis nüüd on hakatud aru saama, et üksi, ilma tugistruktuurita ei ole patsiendil perearstist nii palju kasu kui seal, kus kõrval on võimalus analüüsi teha ja ka kolleegidelt nõu küsida. Praeguseks suunaks on arendada tervisekeskuste taristut, mis võimaldaks mitmel perearstil koonduda maakonna tõmbekeskustesse.

Nii mõnigi ütleb, et siis väheneb maapiirkondades perearstide kättesaadavus veelgi. Riigikontroll küsis maavalitsustest, millistest maakonna asulatest on ühistranspordiga perearsti külastamine raskendatud kas ühistranspordi puudumise või bussiaegade sobimatus tõttu (patsiendil ei ole ühe päeva jooksul võimalik arsti juurde ja koju tagasi sõita).

See probleem esines 11 maakonnas, kokku 78 omavalitsuses, kusjuures maavalitsuste esindajad nimetasid kokku rohkem kui 200 küla, kust perearsti juures ei saa ühistranspordiga käia, sest ühistransporti pole üldse või käib see harva ja bussiajad ei sobi.

Probleemsete omavalitsuste hulgas on nii väikevaldasid (elanikke alla 2000) kui ka suuremaid valdasid (elanikke üle 5000). Erinevalt maavalitsuste esindajatest hindas 62st küsitletud perearstist 37 oma

piirkonnas perearstiabi ajalisel ja asukoha poolest kättesaadavaks ning 23 pigem kättesaadavaks.

Lahtistest vastustest selgus aga, et osaliselt peeti perearstiabi kättesaadavaks pigem autoga inimestele. Leian, et need probleemid tuleb omavalitsustel lahendada – isikliku sõiduki või ühistranspordi puudumine ei tohi takistada pääsu perearsti juurde!

Uuringud on aga näidanud, et perearstiabi kättesaadavus Eestis on halvenenud: üha pikemalt tuleb oodata, et perearsti juurde saada. Järjest on suurenenud nende inimeste hulk, kes on saanud vastuvõtule mitte varem kui 3.–4. päeval.

Eesti perearstisüsteemi edukuse võtmeks on aga piisava arvu perearstide olemasolu, sh ka maapiirkondades. Perearsti töö maal on raske. Kuna haiglat pole käeulatuses, siis peab perearst maapiirkonnas täitma suuremat hulka ülesandeid. Tihti on perearstid piirkonnas ka sotsiaaltöötaja rollis, kuulavad patsiente ja annavad nõu isegi siis, kui patsiendil otsest tervisehädä ei olegi.

Maal on perearst tihti kättesaadavam kui linnas, tema poole pööratakse ka väljaspool tema tööaega. See kõik teeb maaperearsti töö raskemaks võrreldes tema linnas töötava kolleegiga.

Auditist selgus, et rahaliselt on maaperearstid aga kehvemas seisus kui nende linnas töötavad kolleegid, sest nende nimistutesse kuulub tihti vähem patsiente. Kui lisada sinna veel võimatus minna puhkusele või koolitusele, kuna selleks ajaks ei leia asendajat, siis ohustabki perearste läbipõlemine.

Hiljuti võis Virumaa Teatajast lugeda, et Lääne-Virumaalt lahkus ületöötamisest tekkinud tervisehädade tõttu järjekordne perearst ning ennustatavalt on aasta lõpuks maakonnast lahkujaid kümme. Lääne-Virumaal on praegu perearstide keskmine vanus Eestis kõige kõrgem: 56 eluaastat (Eestis keskmiselt 52).

Riigikontroll uuris ka auditi käigus, kas kohalikud omavalitsused on perearste toetanud. Kuigi 61 protsenti omavalitsustest toetab perearste, andes neile ruumid kasutada väiksema üüriga või üürivabastusega, kommunaalkulude osalise katmisega vms, on need toetused tegelikult enamikus KOVides siiski väikesed.

Ka perearstide sissetulekute analüüs näitas, et maapiirkondade väiksemad kulutused ruumide üürile või kommunaalkuludele ei väljendu suuremas sissetulekus. Üürivabastus või kommunaalkulude katmine tihti amortiseerunud hoones ei ole seega perearsti jaoks määrav motiveerija.

Ka perearstide küsitluse tulemused näitasid, et 55 protsenti vastanud perearstidest ei saa KOVilt mingit toetust; 20 protsenti nimetas KOVi toetust rendi või kommunaalkulude tasumisel ning kaheksa protsenti nimetas tasuta ruume. Samas on ka mitmeid rõõmustavaid näiteid omavalitsustest, kes on suutnud perearstidele pakkuda korralikult remonditud ruume.

Perearstiabi kättesaadavuse ja kvaliteedi tagamisel on oluline, et kõigil perearstidel oleks võrdsed võimalused investeerida oma praktilise arengusse ja taristusse. 2008. aastal vajab pea kolmandik perearstikeskustest Eestis kapitaal- või sanitaarremondi.

## **Taristu olukord ebahühtlane**

Perearstikeskusi, mis paiknevad uutes hoonetes (praegu uuemad kui kaheksa aastat), on samuti peaaegu kolmandik. Ülejäänutes on erineva tasemega remont tehtud, kuid see ei tähenda alati, et ruumid oleks funktsionaalselt perearstikeskuseks kõige sobivamad.

Eestis ei ole reguleeritud riigi ja kohaliku omavalitsuse kohustused esmatasandi tervishoiu taristu rajamisel ja haldamisel. Praegu rahastatakse esmatasandi infrastruktuuri haigekassa eelarvest baasrahakomponendina.

Kuna perearstidel ei ole kohustust kasutada baasraha taristukomponenti otseselt esmatasandi hoonete-ruumide tarvis, siis on esmatasandi taristu olukord üle Eesti äärmiselt ebahühtlane.

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

Sotsiaalminister on kinnitanud esmatasandi tervishoiu arengukava aastateks 2009–2015. Kava kohaselt on tervishoiusüsteemis plaanis perearstide rolli suurendada. Perearstide arv aga kahaneb: isegi kui perearstina asuvad tööle kõik perearstiõppe läbinud, on meil 20 aasta pärast 60 perearsti vähem, selle aja jooksul jõuab pensioniikka 72 protsenti praegustest perearstidest. Kuigi ka rahvaarv väheneb, ei ole meil mõne aja pärast, arvestades ka perearstile pandavate ülesannete ulatuse kasvu, piisavalt perearste ega õdesid.

Juba praegu näitas Riigikontrolli küsitlus perearstide seas, et perearstid töötavad suurel määral üle ettenähtud 40 tunni nädalas. Kui riik ja patsiendid ootavad perearstidelt enam, siis peab riik selleks ka võimalused looma.

Esmatasandi tervishoiu arengukavas toodud probleemid on sarnased auditis leitud. Paljudele arengukavas toodud lahendustele kirjutaks ka mina riigikontrolörina alla. Paraku on arengukava kinnitamisest möödas juba kaks aastat, kuid arengukava rakendamine ei kulge plaanitud tempos. Näiteks jäid mitmed 2010. aastaks ette nähtud tegevused poliitilistel põhjustel ellu viimata ning praegu pole tempo kasvu näha.

Perearstiabisüsteemi probleemide valguses lugesin murelikult uut valitsuse tegevusplaani, kus küll on kirjas kava pakkuda maakonnahaiglatesse tööle suunduvatele noortele arstidele 15 000 euro suurust lähtetoetust, kuid selleks, et soodustada perearste maale minema, niisugust rahalist meetet ette nähtud ei ole.

Ometi on vajadus maal perearstide järele suuremgi, sest haiglavõrgu kokkutõmbamisel (ja see on möödapääsmatu ning mõistlik) peab just esmatasandi roll maapiirkonnas kasvama.

Et hõlbustada perearstide tööd maapiirkondades, soovitas Riigikontroll valitsusele rakendada abinõusid, mis lihtsustaksid maal praktilise avamist (sooduslaenude või riiklike toetuste näol).

Samal eesmärgil soovitas Riigikontroll analüüsida võimalusi maapiirkondade perearstinimistud ühendada, luua võimalus maksta teatud piirkondadesse tööle minevatele perearstidele lisatasu ning rakendada arstide puhkuste ja haiguste ajaks riiklik ajutise asendamise süsteem ennaktempos.

Ühtlasi tuleb lahendada nn valveperearstide vastuvõtt, et patsient saaks perearstiabi ka öhtuti. Tuleks leida meetmed, et suuremates tõmbekeskustes oleks osa perearstipraksiseid avatud tööpäevadel kella 22ni ja nädalavahetustel.

Riigikontrolli hinnangul ei peaks esmatasandi tervisekeskused olema lahti ööpäev läbi, nagu praegu arengukavas on plaanitud, seda eriti kaheksas maakonnas, kus elab alla 50 000 inimese, kus erakorralise töö maht on väike ja 24-tunnise valvega haiglad on praegu olemas.

Plaanitavate esmatasandi tervisekeskuste paremad ja kiiremad uurimisvõimalused ning parem koostöö eriarstidega vähendaksid tõenäoliselt samuti visiite haiglate erakorralise meditsiini osakondadesse.



Loodan, et ametisse asunud valitsus ja sotsiaalminister astuvad kiiremas korras samme esmatasandi arengukava kiiremaks elluviimiseks. Perearstiabisüsteemi vaevavad mitmed haigused, mida tuleks süsteemselt ja põhjalikult ravida või kontrolli all hoida, enne kui need hädad eskaleeruvad ja võivad süsteemi tervist pöördumata kahjustada.

Kui õigel ajal õigeid otsuseid ei tehta, jõuame varsti olukorda, kus perearstiabisüsteem ise vajab erakorralist abi.