

Erakorraline meditsiin

*Kas erakorralise meditsiini osakonnas ravitakse
neid patsiente, kelle tervislik seisund vajab
vältimatut abi?*

Head lugejad

Meil kõigil on tulnud ette olukordi, kus meie või keegi meie lähedastest vajab ootamatult erakorralist arstiabi. Sel juhul soovime seda saada võimalikult kiiresti ning asjatundlikult. Selleks et erakorralise meditsiini osakond saaks meid kiiresti abistada, on oluline, et sinna pöörduks patsiendid, kelle jaoks erakorralise meditsiini osakond loodi – vältimatut abi vajajad.

Tegelikkuses pöördub aastas erakorralise meditsiini osakonda pea iga 4. eestimaalane ehk kokku ligi 300 000 inimest. Paljudel juhtudel pöörduvad patsiendid kergemate terviseprobleemidega, mille puhul saaks aidata ka perearst.

Miks ikkagi inimesed pöörduvad erakorralise meditsiini osakonda, kui nende terviseprobleem ei ole erakorraline?

Esiteks, erakorralise meditsiini teenus on erinevalt perearstiabist alati kättesaadav – sinna võib ööpäev läbi igaüks kohale minna ja saada arsti vastuvõtule. Seejuures tehakse patsiendile vajalikud uuringud, mille tulemused koos edasiste ravijuhistega saab kätte samal visiidil.

Auditi käigus korraldatud küsitlusest selgus, et 40% kergemate kaebustega EMOsse pöördujatest tõid põhjuseks, et nad ei saanud õigel ajal perearsti vastuvõtule. Samuti tehakse tööajaväliseid vastuvõtte Eestis vähe – 9% kõigist perearstidest. Näiteks ei võta haigekassa raha eest tööajaväliselt vastu mitte ükski perearst Tartus ja Pärnus.

Seega on erakorralise meditsiini osakond paljudes piirkondades ainuke võimalus õhtusel ajal ning nädalavahetusel arstiabi saada ka lihtsamate, kuid kiiret lahendust vajavate tervisemurede korral.

Teiseks põhjuseks on perearstiabi ebaühtlane kvaliteet. Eestis on perearstipraksistest hinnatud kõrgemale kvaliteeditasemele vastavaks 43%, ülejäänud praksised on madalaimal kvaliteedistasemel. Samas on täielikult hindamata umbes kolmandik kõigist praksistest ehk puudub ülevaade, milline on nende võimekus patsienti abistada. Perearstipraksist tase on seotud pöördumistega erakorralise meditsiini osakonda – kui patsient ei saa perearsti juurest vajalikku teenust või ei ole sellega rahul, otsib ta abi mujalt.

Kolmandaks põhjuseks on jätkuvalt pikad ravijärjekorrad eriarstiabis. Näiteks on ambulatoorses ravis ligi kolmandiku erialade puhul järjekord üle lubatud ooteaja. Probleemile viitab ka võrdlus teiste riikidega, mille kohaselt on Eestis katmata arstiabi vajadus pika ravijärjekorra tõttu Euroopa suurim. Kui inimesed ei saa ettenähtud aja jooksul arsti vastuvõtule, siis võib nende tervislik seisund halveneda ning pöördutakse sinna, kust kiiremini abi saab – paljudel juhtudel erakorralise meditsiini osakonda.

Patsiendi ravimine erakorralise meditsiini osakonnas on praeguses tervishoiusüsteemis kalleim viis seda teha. Teisisõnu on erakorralise

meditsiini osakonnast saanud koht, kus lahendatakse teiste tervishoiutasandite kitsaskohad, kuid kallimalt.

Lahendused selleks, et erakorralise meditsiini osakond saaks toimida eelkõige vältimatu abi pakkujana, peituvad teistes tervishoiutasandites ning ei seisne ainult lisaraha juurde andmises. Vaja on lühendada eriarsti ooteaegu, kasutades senisest enam e-konsultatsiooni ning rakendades ühtset digiregistratuuri; perearstiabi kvaliteeti tuleks parandada, kaasates mentorid, kes aitaksid järele kehvema tasemega perearstipraksiseid; uute tervisekeskuste loomine annab võimaluse pikendada vajadustele vastavalt nende lahtiolekuaega nii tööpäevaõhtuti ka kui nädalavahetuseti.

Tähelepanuta ei saa jätta ka patsientide teadlikkust ja käitumise suunamist. Selle üheks võimaluseks on hakata kergemate terviseprobleemidega patsiente telefoni teel nõustama enne erakorralise meditsiini osakonda pöördumist, et suunata nad sobivaimasse erakorralisse vastuvõttu, perearsti juurde või anda juhtnöörid, kuidas terviseprobleemile kodus lahendus leida.

Nende lahenduste teostumise esimeseks eelduseks on, et Sotsiaalministeerium võtab koos Eesti Haigekassaga senisest suurema juhtrolli tervishoiusüsteemi arendamise juhtimisel.



Janar Holm
riigikontrolör

oktoobris 2018

Erakorraline meditsiin

Kas erakorralise meditsiini osakonnas ravitakse neid patsiente, kelle tervislik seisund vajab vältimatut abi?

Kokkuvõte auditeerimise tulemustest

Mida me auditeerisime?

Riigikontroll hindas auditi käigus, kas

- EMOSse pöörduvad vältimatut abi vajavad patsiendid;
- EMOSse pöördunud patsiendid said enne pöördumist õigeaegset ning vajalikku arstiabi;
- EMOSse pöördumise järel said patsiendid vajaduse korral õigeaegset ning vajalikku järgnevat ravi.

Miks on see maksumaksjatele oluline?

Tervishoiu ressursse tuleb kasutada tõhusalt ja säästlikult, et tagada ravikindlustusraha eest teenuste võimalikult hea kättesaadavus. See eeldab, et patsiente ravitakse õigel ravitasandil. Juhul kui EMOs ravitakse patsiente, kes ei vaja vältimatut abi, toob see kaasa lisakulud ja pikenenud teenindusajad. Eestis tehti 2017. aastal erakorralise meditsiini osakonda ca 462 000 pöördumist, mida on 13% enam kui 2010. aastal.

2017. aastal kulus eriarstiabile 629 miljonit eurot, sh oli EMO raviarvete maksumus ca 153 miljonit. Samal aastal kulus perearstiabile 114 miljonit.

Mida me auditi tulemusel leidsime ja järeldasime?

Riigikontrolli hinnangul ei taga tervishoiusüsteem, et EMOs ravitakse eelkõige vältimatut abi vajavaid patsiente. Suur osa EMOSse pöördujatest võiksid abi saada perearsti juurest. See võimaldaks vähendada EMOs ootejärjekordi ja kokku hoida kulusid.

Selle saavutamist takistavad eelkõige perearstiabi ebaühtlane tase, eriarstiabi ravijärjekorrad, ebapiisavad infotehnoloogilised lahendused ning patsientide erinevad hoiakud ja teadlikkus.

- **Enamik EMOSse pöördujatest ei vaja vältimatut abi.** 2017. aastal määrati 57%-le EMOSse pöördunud patsientidest roheline või sinine triiaažikategooria, mis ei eelda vältimatu abi osutamist. Eesti Erakorralise Meditsiini Arstide Seltsi tehtud eksperditöö näitas, et seljavalu, hüpertoonia ja alumiste hingamisteede infektsioonidega pöördunudest ei vajanud 66% vältimatut abi. Ühtlasi selgus 8 haiglas korraldatud ankeetküsitlusest, et 49% kollase, roheline ja sinise triiaažikategooria patsientidest oleksid EMOSse pöördumise asemel võinud saada abi perearstilt. Pöördumiste suur arv viib EMO ülekoormuseni ning seetõttu ei jõua osa patsiente piisavalt kiiresti arsti vastuvõtule ning pikeneb teenindusaeg.
- **Patsiente on erakorraliselt kallid ravida.** EMOs on patsiente kallim ravida kui perearsti juures. EMO ambulatoorne raviarve on keskmiselt ligikaudu 4 korda suurem kui perearsti visiidi keskmine

maksumus. EMO muudab kulukamaks eriarsti vastuvõtt ning seal tehtavad täiendavad uuringud ja protseduurid.

- **Ravikindlustamata isikud jõuavad EMOSse kehvema tervises seisundiga, mistõttu on ravi kulukam.** Ravikindlustamata isikutele on riik taganud vältimatu abi. Kuna muule arstiabile on neile ligipääs piiratud, pöörduvad ravikindlustamata isikud EMOSse sageli alles siis, kui terviseprobleem on süvenenud. Seetõttu on ravikindlustamata isikute ravi kulukam. Haigekassa andmetel oli 2017. aastal nende keskmine EMO ambulatoorse raviarve maksumus ca 27% ning EMOST hospitaliseeritud patsientide statsionaarse raviarve keskmine maksumus ca 33% suurem kui ravikindlustatutel.
- **Terviseametil ja haigekassal puudub ülevaade perearstiabi täpsest kättesaadavusest.** Kasutusel olev metoodika ei võimalda hinnata, kas inimesed pääsevad perearsti vastuvõtule nõuetekohase aja jooksul ja nende vajadustele vastavalt. 40% kergemate kaebustega EMOSse pöördujatest tõid pöördumise põhjuseks, et nad ei saanud enda hinnangul õigel ajal perearsti vastuvõtule. Lisaks oli vähemal kui 10%-l perearstidest vastuvõtt tööpäeval enne kl 8 hommikul, pärast kl 18 õhtul või nädalavahetustel. Praeguse tervishoiukorralduse juures ei ole patsiendil terviseprobleemi lahendamiseks töövälisel ajal üldjuhul võimalik pöörduda mujale kui EMOSse.
- **Perearstiabi ebaühtlane kvaliteet suurendab EMO koormust.** Perearstipraksiste 2017. aasta kvaliteedihindamine näitas, et kõrgemale tasemele (A- ja B-tase) vastavaid praksiseid oli 43%. Alates 2009. aastast ei ole kordagi hinnatud 1/3 praksistest, mistõttu puudub nende taseme kohta info. Erinev tase mõjutab ka EMOSse pöördumisi: auditi käigus Eesti Erakorralise Meditsiini Arstide Seltsi tehtud eksperditöö tulemused näitasid, et ca viiendikul juhtudest oli seljavalu, hüpertoonia või alumiste hingamisteede infektsioonidega EMOSse pöördunud patsiendi perearsti varasem tegevus olnud ebapiisav. Üheks varieeruva taseme põhjuseks on perearstipraksiste erinev valmisolek tulla toime kasvava töökoormusega. Teisalt võib rolli mängida rahastamissüsteem, sest perearstiabi rahastatakse pearahapõhiselt ning perearsti sissetulek ei sõltu sellest, kas ja kui kiiresti ta ägeda terviseprobleemiga patsiente vastu võtab.
- **Katmata ravivajadus eriarstias toob kaasa ravijärjekorrad.** Eriarstiabi rahastamine ei kata Eesti inimeste vajadust teenuste järele – 2018. aastal jääb rahastamata ca 245 000 ravijuhtu, mille ostmiseks kuluks 52 miljonit eurot. Katmata ravivajadus tähendab patsiendile ravijärjekordi. 2017. aastal oli ambulatoorses ravis 33 erialast 9 järjekord üle lubatud ooteaja. Rahvusvahelises võrdluses on Eesti inimeste katmata arstiabi vajadus pika ravijärjekorra tõttu Euroopa suurim. Pikad ooteajad eriarstias võivad põhjustada rohkem EMOSse pöördumisi.
- **EMOSse pöördumised on seotud patsientide teadlikkuse ning suhtumisega tervishoiusüsteemi.** Osa patsiente ei pöördu terviseprobleemi ilmnedes perearsti poole. Selle põhjuseks on sageli patsiendi hoiakud, eelnevad kogemused või teadmatuse. Ka pärast EMO-visiiti ei pöördu osa patsiente järgnevaiks raviks perearsti poole ega järgi etteantud raviskeemi. Eesti Erakorralise Meditsiini Arstide Seltsi tehtud eksperditööst selgus, et seljavalu, hüpertoonia ja

alumiste hingamisteede infektsiooniga patsientide EMOSse pöördumisele eelnenud tervisekäitumine (sh pere- ja eriarsti külastamine, ravimite võtmine, uuringutel käimine) oli puudulik 49%-l juhtudest. EMO-le järgnev tervisekäitumine oli puudulik 34%-l juhtudest. Patsiente tuleks enam juhendada ja neile selgitada, millise terviseprobleemiga kuhu pöörduda. Seejuures peaks patsient saama tervishoiusüsteemi kõigilt tasanditelt selle kohta ühesuguse sõnumi.

- **Puudulikud infosüsteemid takistavad perearstide ning EMO koostööd patsientide ravimisel.** Perearst ei tea, kas, millal ning millise diagnoosiga on tema nimistu patsiendid EMOSse pöördunud. Visiidi järel laaditakse üldjuhul EMOs koostatud epikriis küll tervise infosüsteemi üles, kuid perearstile selle kohta ühtegi teavitus ei tule. Perearst saab EMO-visiidist teada ainult siis, kui patsient teda sellest teavitab. Vajaliku info puudumise korral ei oska perearst EMO-visiidi järel õigel ajal sekkuda ning patsiendile vajalikku järgnevat ravi määrata. Samuti ei ole EMOs vastu võtval arstil võimalik alati saada ülevaadet patsiendile varem tehtud uuringutest, protseduuridest ning määratud raviskeemist, sest tervise infosüsteemi jõuab info viitajaga. Eelnev teave oleks aga vajalik nii diagnoosi kui ka ravi määramisel.

Mida me auditi tulemusel soovitasime?

Riigikontrolli peamised soovitused:

- luua rahastamissüsteemi kaudu perearstidele ajend tegutseda selle nimel, et nimistu patsiendid pöörduksid kergemate terviseprobleemidega ennekõike perearsti juurde. Madalamale kvaliteeditasemele hinnatud perearstide aitamiseks võtta kasutusele mentorlussüsteem;
- leida lahendus, et ravikindlustamata isikutel oleks võimalik saada nii haiguste ennetuse teenuseid kui ka esmast ravi, vältides sellega terviseseisundi muutumist erakorraliseks, mis toob kaasa kõrgemad ravikulud;
- kaaluda, kas hakata patsiente telefoni teel nõustama enne EMOSse pöördumist, et suunata nad lähtuvalt asukohast ning hetke ooteaegadest sobivaimasse EMOSse, paluda neil pöörduda perearsti juurde või anda juhtnöörid, kuidas terviseprobleem kodus lahendada. Selline lahendus oleks võimalik siduda juba olemasoleva perearsti-nõuandetelefoniga 1220. Seejuures jääks kiirabiteenus jätkuvalt telefoninõustamisest eraldiseisvaks;
- luua infotehnoloogiline lahendus, mille kohaselt jõuaks perearstini igapäevaselt info selle kohta, kes tema nimistu patsientidest on eelneva päeva jooksul pöördunud EMOSse või kiirabisse.

Auditeeritute vastused: Tervise- ja tööminister nõustus vajadusega töötada välja infotehnoloogilised lahendused. Seejuures tõi minister välja, et oluline on tegeleda patsientide teadlikkuse parandamisega ning osa probleemide lahendamisele aitavad kaasa loodavad tervisekeskused.

Eesti Haigekassa juhatuse esimehe hinnangul on auditi soovitused väärtuslikud ning ta täpsustas, et perearstide mentorlussüsteemi planeeritakse rakendada alates aastast 2020. Ühtlasi lubas juhatuse esimees koostöös Sotsiaalministeeriumiga üle vaadata kindlustuskaitse ulatuse ja sellega kaetuse reeglid.

Sisukord

Enamik erakorralise meditsiini osakonda pöördujatest ei vaja vältimatut abi	7
Osa erakorralise meditsiini osakonda pöördunud patsientidest võiksid abi saada ka perearstilt	7
Pöördumisi erakorralise meditsiini osakonda rahastatakse plaanilise eriarstiabi arvelt	12
Patsientide ravimine erakorraliselt kasvatab kulusid	14
Erakorralise meditsiini osakonna koormus sõltub esmatasandi toimimisest	19
Perearstiabi rahastamise süsteem ei soodusta, et patsiendid saaksid esmatasandilt õigeaegset arstiabi, vältimaks visiiti erakorralise meditsiini osakonda	19
Terviseametil ja haigekassal puudub ülevaade perearstiabi täpsest kättesaadavusest	21
Perearstide võimekus patsiente aidata on erinev	24
Osa patsientidest ei pöördu esmaseks diagnoosimiseks ega järgnevas raviks perearsti poole	27
Puudulikud infosüsteemid takistavad perearstide ja erakorralise meditsiini osakonna koostööd patsientide ravimisel	30
Eriarstiabis ei ole kaetud kogu vajadus teenuse järele	38
Katmata ravivajadus eriarstiabis suurendab pöördumiste arvu erakorralise meditsiini osakonda	38
Osa patsientidest ei pääse õigel ajal eriarsti juurde	42
Riigikontrolli soovitusel ja auditeeritute vastused	47
Auditi iseloomustus	55
Riigikontrolli varasemaid auditeid erakorralise meditsiini valdkonnas	63
Lisa A. Valdkonna ülevaade	64
Lisa B. Ankeetküsitluses kasutatud ankeet	71
Lisa C. Perearsti nõuandetelefon	73
Lisa D. EMOsse pöördumised kindlustusstaatuse ja diagnoosikategooriate järgi	75
Lisa E. Perearstiabi kättesaadavuse kriteeriumid	78
Lisa F. OECD andmetel kolme operatsiooni ooteajad seisuga 2006 – 2014/2015	79
Lisa G. Erakorralise meditsiini osakonnad 2017. aastal	80

Enamik erakorralise meditsiini osakonda pöördujatest ei vaja vältimatut abi

Vältimatu abi – tervishoiuteenus, mida tervishoiutöötaja osutab olukorras, kus abi edasilükkamine või selle andmata jätmine võib põhjustada abivajaja surma või püsiva tervisekahjustuse.

Igal Eesti territooriumil viibival inimesel on õigus saada vältimatut abi.

Auditis on käsitletud termineid „vältimatu abi“ ja „erakorraline abi“ sünonüümidenä.

Allikas: Tervishoiuteenuste korraldamise seadus, § 5, 6

Erakorralise meditsiini osakond

(EMO) – haigla liikide nõuetele vastava aparatuuri ja sisustusega haigla osakond, kus osutatakse kõiki erakorralise meditsiini tervishoiuteenuseid. EMOs tegeletakse erakorraliste tervisehäirete esmase diagnoosimise ja raviga patsientide surma või töövõime välistamiseks.

Allikas: Tervise Arengu Instituudi veebileht ja erakorralise meditsiini eriala arengukava aastani 2020

Pöördumiste arv erakorralise meditsiini osakonda

Osa erakorralise meditsiini osakonda pöördunud patsientidest võiks abi saada ka perearstilt

1. Eesti Vabariigi põhiseaduse § 28 kohaselt on Eesti elanikel õigus tervise kaitsele. Nimetatud õigus hõlmab põhimõtet, et inimesele tuleb pakkuda tema seisundile vastavat terviseabi.¹
2. **Vältimatut abi** osutab üldjuhul haiglaväliselt kiirabi ning haiglas **erakorralise meditsiini osakond (EMO)**.^{2, 3, 4} „Erakorralise meditsiini arengukavas aastani 2020“ on täpsustatud, et EMO sihtühm on erakorraline haige ägeda haigestumise, trauma või mürgistusega. Seejuures on arengukavas ühe eesmärgina välja toodud, et vähendada tuleb põhjendamatu pöördumisi EMOSse. Valdkonna ülevaadet loe lisast A.
3. Eelnevast tulenevalt eeldas Riigikontroll, et EMOs ravitakse peamiselt vältimatut abi vajavaid patsiente.
4. Tegelikult olukorra väljaselgitamiseks korraldati auditi käigus kolm olulisemat analüüsi:
 - ankeetküsitlus kaheksa haigla EMOs,
 - eksperditöö koostöös Eesti Erakorralise Meditsiini Arstide Seltsiga (EEMAS) ja
 - statistiline analüüs EMOga haiglatelt (edaspidi ka HVA-haiglad, vt täpsemalt lk 8 vasakult äärelt) küsitud andmete põhjal.⁵
5. Ankeetküsitlus ja eksperditöö ei hõlma traumapatsientide ega laste EMOSse pöördumisi.
6. EMOSse pöördumiste arv on aastatel 2010–2017 kasvanud 13%. Kui 2010. aastal oli pöördumisi 410 000, siis 2017. aastal 462 000. Viimastel aastatel on pöördumiste arv stabiliseerunud.
7. Haiglali on EMOSse pöördumistes arvestatavad erinevused (vt joonis 1). Selgelt eristuvad nn suured haiglad, mille EMOD katavad suurema osa Eesti inimeste vajadusest vastavate teenuste järele. Näiteks hõlmavad Põhja-Eesti Regionaalhaigla ja Ida-Tallinna Keskhaigla kokku ligikaudu kolmandiku kõigist pöördumistest.

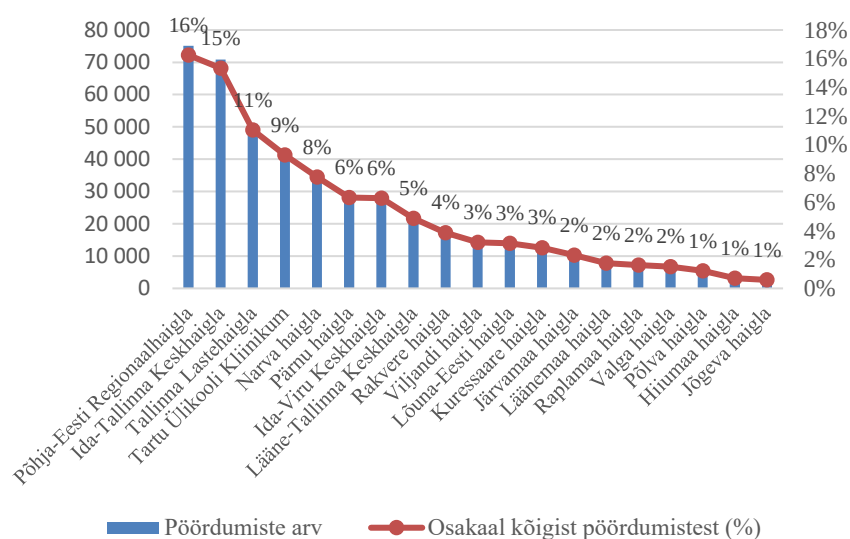
¹ Eesti Vabariigi põhiseadus. Kommenteeritud väljaanne. 4. parandatud ja täiendatud väljaanne. Tartu Ülikool, 2017, lk 391.

² Tervishoiuteenuste kättesaadavuse ja ravijärjekorra pidamise nõuded, § 4.

³ Auditis on keskendunud erakorralise meditsiini osakonnas patsiendi abistamisele. Auditis ei käsitleta kiirabi. Samuti ei hõlma audit laste erakorralist abi.

⁴ Vältimatut abi võib pakkuda lisaks EMO-le ka eriarst, kelle puhul saatekiri pole nõutav, või perearst.

⁵ Vt teisi auditis kasutatud analüüsi ja nimetatud analüüside täpsemat metoodikat auditi iseloomustusest.

Joonis 1. EMOSse pöördumised 2017. aastal HVA-haiglate kaupa⁶

Allikas: HVA-haiglate statistika

Erakorralise meditsiini osakonda pöördumised triaazikategooriate kaupa

Triaazikategooria – patsiendile triaazi käigus antud tase, mis viitab patsiendi käsitlemise kiirusele ning määrab maksimaalse aja arsti vastuvõtuni. Triaaz on haigete jaotamine kategooriatesse abivajamise kiiruse alusel, lähtudes patsiendi seisundist ning võimalikust ohust tema elule ning tervisele.

EMOdes kasutatakse üldjuhul neljaastmelist triaazisüsteemi, kus patsiendid jagunevad „punasteks“, „oranžideks“, „kollasteks“ ja „rohelisteks“. Mõnes haiglas kasutatakse ka „sinist“ triaazikategooriat.

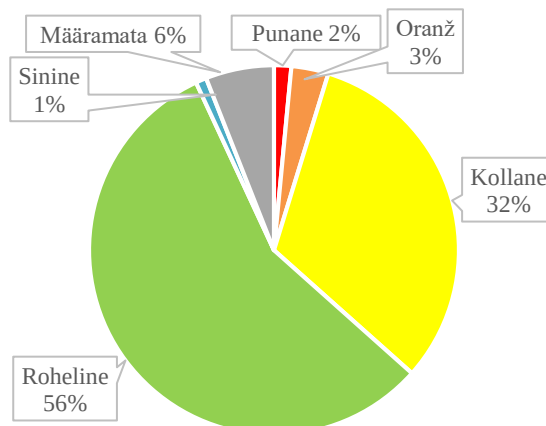
Punase ja oranži kategooria patsient vajab abi kohe. Kollase kategooria patsiendi seisund on küll erakorraline, kuid stabiilne. Rohelise või sinise triaazikategooriaga patsiendid ei vaja üldjuhul erakorralist abi. Vt täpsemalt lisast A.

Teadmiseks, et

jaotades kõik sinise ja rohelise triaazikategooria patsiendid kõikide perearstide vahel, tähendaks see igale perearstile 1–2 lisavastuvõttu päevas.

8. Patsiendi erakorralise abi vajadus EMOs selgub **triaazikategooria** kindlaksmääramise järel. Kuna ülevaade EMOSse pöördunud patsientide jaotusest triaazikategooriate kaupa on olemas vaid piirkondlike haiglate kohta, palus Riigikontroll kõigil HVA-haiglatel koostada selline jaotus.

9. Tulemused näitasid, et 57% patsientide seisund, kes EMOSse pöördusid, ei olnud erakorraline. Tegu oli sinise või rohelise triaazikategooriaga patsientidega, kes üldjuhul peaksid abi saama muult tervishoiutasandilt (vt joonis 2).

Joonis 2. EMOSse pöördumiste osakaalud triaazikategooriate järgi 2017. aastal^{7, 8}

Allikas: HVA-haiglate statistika

⁶ Siin ja edaspidi on statistikast välja jäetud Ida-Tallinna Keskhaigla rasedate, sünnitajate ja naistehaiguste vastuvõtu ning Lääne-Tallinna Keskhaigla naistekliiniku andmed.

⁷ Määramata patsiendid on peamiselt silmahaigustega patsiendid. Nt Ida-Tallinna Keskhaigla silmakliiniku vastuvõtul ei kasutata triaazi.

⁸ Andmed sisaldavad üldjuhul kõige viimast triaazikategooriat, ehk juhul kui on tehtud retriageerimine, siis on andmetes viimase triaazi kategooria.

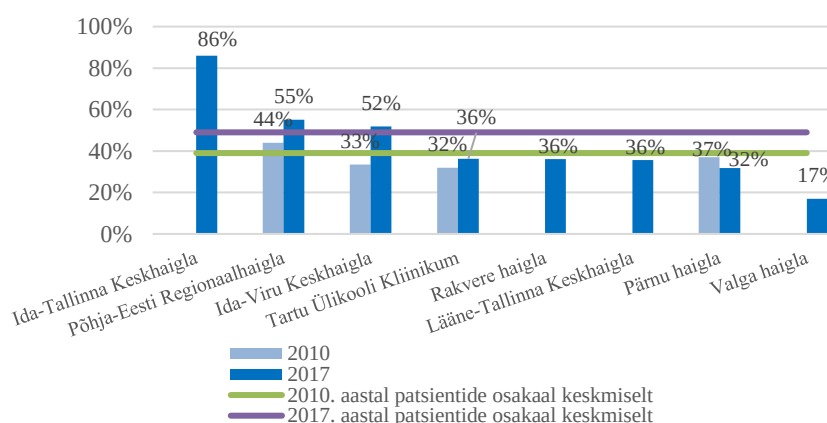
10. Riigikontroll viis koostöös kaheksa HVA-haiglaga läbi ankeetküsitluse,⁹ et selgitada välja, kui paljude EMOSse pöördunud rohelise, sinise ja kollase triaazikategooria patsientide seisund oli selline, et nad oleksid võinud abi saada perearstilt.

Esmatasand – ambulatoorse arstiabi tasand, kus lahendatakse inimese sagedasemaid terviseprobleeme ning kus teenuseid pakub perearst koos pereõe ja teiste toetavate spetsialistidega.

Allikas: Sotsiaalministeeriumi veebileht

11. Tulemusena selgus, et 49% patsientide terviseprobleemi oleks saanud lahendada **esmatasandil**. Võrreldes tulemusi 2010. aastaga, mil Riigikontroll korraldas samasuguse ankeetküsitluse¹⁰, on osakaal kasvanud: 2010. aastal oleks 39% patsientidest võinud abi saada esmatasandilt (vt joonis 3).

Joonis 3. Patsientide osakaal kõigist ankeetküsitluses osalenutest, kes oleksid võinud abi saada ka perearstilt¹¹



Allikas: Riigikontroll ankeetküsitluse andmetel

12. Samal ajal pöördus neist ankeetküsitluses osalenud patsientidest, kes oleks saanud abi esmatasandilt, 57% EMOSse tööpäeval kella 8.00–18.00 vahel.¹² Seega pöörduti enamasti ajal, mil perearstikeskused on avatud ja patsient oleks saanud pöörduda perearsti poole. Vt EMOSse pöördumisi kellaaegade kaupa lisa A jooniselt 8.

Erakorralise meditsiini osakonda pöördunute vältimatu abi vajadus

Hüpertoonia – kõrgevererõhktõbi.

Alumiste hingamisteede infektsioon – kopsupõletik ja bronhiit.

Muu meditsiiniabi kättesaamatus on nt olukord, kus perearst ei saa teenust osutada, kuna tal ei ole vastuvõtuaeg või ta ei ole muul põhjusel kättesaadav.

13. Ühtlasi viis Riigikontroll koos EEMASiga auditi käigus läbi eksperditöö. See hõlmas 2016. a I poolaastal EMOSse kolme haigusega – seljavalu, **hüpertoonia** ja **alumiste hingamisteede infektsioonid** – pöördunud patsientide haiguslugude analüüsimist. Eksperditöö eesmärk oli välja selgitada, kas patsiendid pöördusid vältimatu abi vajadusega. Eksperditöö täpsemat metoodikat vt auditi iseloomustusest.

14. Tulemustest selgus, et keskmiselt pöördus EMOSse vältimatu abi vajadusega 34% patsientidest. Ülejäänud patsiendid ei vajanud vältimatut abi: **muu meditsiiniabi kättesaamatuse** tõttu pöördus 9% ning 57%-l oleks terviseprobleemi saanud ravida perearst.

⁹ Vt ankeetküsitluse metoodikat auditi iseloomustusest ja ankeeti lisast B.

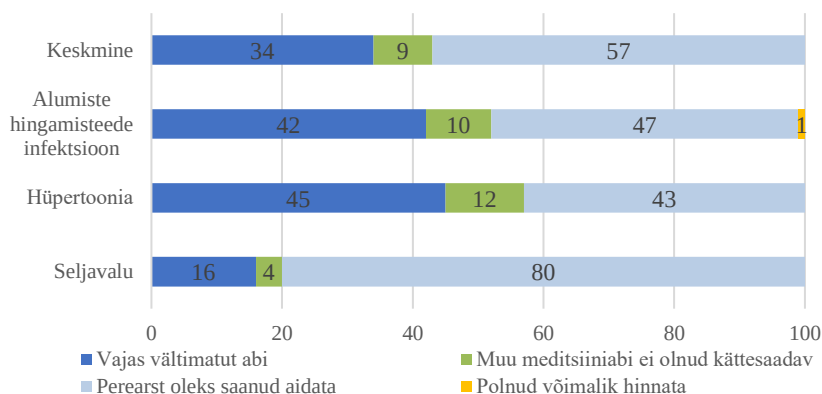
¹⁰ Oluline on silmas pidada, et 2010. a ja 2017. a oli ankeetküsitlusesse hõlmatud erinev arv haiglaid. Kui võrrelda neid nelja haiglat, kus küsitlus toimus mõlemal korral, siis 2017. a ankeetküsitluse põhjal oli 44% selliseid patsiente, kes oleksid oma seisundiga abi saanud esmatasandilt.

¹¹ Vt täpsemalt metoodikat „Auditi iseloomustusest“.

¹² Siiski tuleb arvestada, et kuigi perearsti keskus on avatud tööpäevadel 8 tundi, toimub perearsti vastuvõtt lepingu järgi vähemalt 4 tundi päevas. Väljaspool perearsti vastuvõtu aega peab olema tagatud muu tervishoiutöötaja (nt pereõe) vastuvõtt.

15. Näiteks oleks enamiku seljavaluga patsientide esmast valuravi saanud alustada perearst, kes oleks patsiendi saanud seejärel vajaduse korral suunata edasistele uuringutele. Hüpertoonia kui kroonilise haiguse puhul on vaja järjepidevalt raviskeemi järgida, patsiendi seisundit hinnata ja vajaduse korral ravi korrigeerida – seda kõike saab teha ka perearst (vt joonis 4).

Joonis 4. EMOSse pöördunud patsientide vältimatu abi vajadus, osakaal



Allikas: Riigikontroll EEMASi eksperditöö andmete alusel

Erakorralise meditsiini osakonna teenindusajad

Teadmiseks, et

HVA-haiglad jaotuvad taseme põhjal piirkondlikeks, kesk-, üld- ja kohalikeks haiglateks.

Kõige kõrgema etapi haiglate ehk piirkondlike haiglate hulka kuuluvad SA Tallinna Lastehaigla, SA Tartu Ülikooli Kliinikum ja SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla.

Järgmise taseme ehk keskhaiglate hulka kuuluvad AS Ida-Tallinna Keskhaigla, AS Lääne-Tallinna Keskhaigla, SA Pärnu Haigla ja SA Ida-Viru Keskhaigla.

Üldhaiglad on AS Rakvere Haigla, AS Valga Haigla, SA Narva Haigla, AS Järvamaa Haigla, SA Viljandi Haigla, SA Läänemaa Haigla, SA Hiiumaa Haigla, Kuressaare Haigla SA, AS Põlva Haigla, Lõuna-Eesti Haigla AS, SA Raplamaa Haigla.

Kohalik haigla on SA Jõgeva Haigla.

2018. aasta aprillist lisandus HVA-haiglate loetellu ka SA Haapsalu Neuroloogiline Rehabilitatsioonikeskus, mille andmed ei ole auditis ei kajastatud.

16. Kui üldistada tulemusi kõigi 2016. aastal nende haigustega EMOSse pöördunutele, siis selgub, et ca 6420 seljavalu, 4306 hüpertoonia ja 4290 alumiste hingamisteede infektsioonidega patsienti oleks võinud pöörduda nende haigustega perearsti vastuvõtule, mitte EMOSse. See oleks taganud kulude kokkuhoiu (vt täpsemalt alaptk „Patsientide ravimine erakorraliselt kasvatab kulusid“).

17. Tulenevalt suurest hulgast EMOSse pöördunud patsientidest, kes ei vaja erakorralist abi, on **kõrgemate etappide** haiglate EMOd ülekoormatud ega suuda patsiente käsitleda ettenähtud aja jooksul.

18. Haigekassa analüüsis olukorda ja leidis, et ca 20%-l juhtudest ei jõutud triaazi tegemiseni õigel ajal ning ca 10%-l juhtudest ei jõudnud EMOSse saabunud patsient arsti vastuvõtule triaazikategooriale kehtestatud aja jooksul (vt triaazikategooriale kehtestatud aegu lisast A). Nendest, kes ei jõudnud kehtestatud aja jooksul arsti juurde, olid 56% kollase, 18,5% oranži ja 6,2% punase triaazikategooriaga patsiendid.¹³ Arstliku sekkumise viivitus võib kaasa tuua patsiendi seisundi halvenemise ning tüsistuste ilmnemise tõenäosuse suurenemise.

19. HVA-haiglad ei kogu ühtsetel alustel andmeid EMO teenindusaja kohta, kuid suuremate haiglate andmed viitavad selle aja pikenemisele. Näiteks selgus Tartu Ülikooli Kliinikumi EMOs korraldatud analüüsist, et EMOst hospitaliseeritud patsient viibis 2017. aastal EMOs keskmiselt 22 minutit kauem kui 2010. aastal. EMOSse pöördumiste kasv ja hospitaliseerimist vajavate haigete pikem EMOs viibimine on seotud patsientide halvemate ravitulemustega.¹⁴

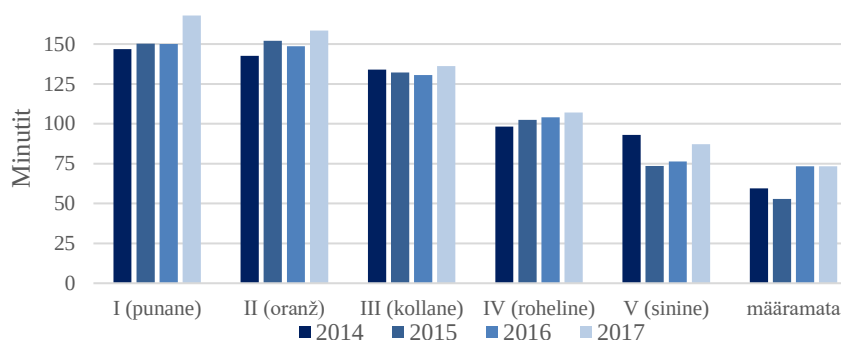
¹³ Haigekassa analüüs „EMO teenuste 2016. a I pa rakendamine ja kodeerimise õigsus“. Analüüsiti aega triaazi määramisest arstiga kohtumiseni 9 asutuse 780 juhu põhjal.

¹⁴ Kuido Nõmm. Crowding, overcrowding ja boarding EMOs. Kliinikumi Leht, 12.2017.

Teenindusaeg – aeg triaazist kuni lõppotsuse väljastamiseni.

20. Samuti näitavad Ida-Tallinna Keskhaigla andmed, et patsientide EMOs viibitud aeg on pikenenud. Kõige rohkem on ajavahemikul 2014–2017 kasvanud punase ja oranži triaazikategooriaga patsientide **teenindusaeg** (vastavalt 21 ja 16 minuti võrra). Nende puhul on abi saamise aeg aga kõige kriitilisem. Rohelise triaazikategooriaga patsientidel, kes moodustasid 2017. aastal 53% pöördujatest, kasvas teenindamise aeg 9 minuti võrra (vt joonis 5). Põhja-Eesti Regionaalhaiglas kasvas samal perioodil keskmine teenindusaeg 6 minuti võrra. Mainitud haiglad on teenindusaja pikenemise põhjustena toonud välja nii EMO ülekoormuse ja personalipuuduse kui ka patsientide raskema seisundi.

Joonis 5. Keskmine EMOs viibimise aeg triaazikategooriate kaupa Ida-Tallinna keskhaiglas (minutites) 2014–2017



Allikas: Ida-Tallinna Keskhaigla

Teadmiseks, et

Eesti Perearstide Seltsi hinnangul aitaks kergemate terviseprobleemidega EMOsse pöördumisi vähendada kohustusliku perearsti-saatekirja nõue, s.t et patsient saaks EMOsse pöörduda, kui perearst on talle eelnevalt saatekirja andnud.

Teiseks EMOsse jõudmise võimaluseks oleks kutsuda kiirabi.

Perearsti nõuandetelefon – ööpäevaringne telefon (1220), kuhu patsient saab pöörduda, kui tal on tervist puudutav küsimus.

21. Kergemate terviseprobleemidega pöördunute olukorda aitaks leevendada õe vastuvõtu rakendamine EMOs, millele ei järgne arsti vastuvõttu. Praegu kehtiva triaazijuhendi järgi peab patsiendi läbi vaatama arst, mistõttu pole selle kasutamine levinud.¹⁵ See võimaldaks vähendada ooteaegasid, sest paljusid rohelise ja sinise triaazikategooriaga patsiente saaks arsti asemel vastu võtta õde. Ühtlasi soodustaks see ressursside (sh raha ja arstide tööaeg) tõhusamat kasutamist.

22. Teiseks lahenduseks võiks olla patsientide eelnev nõustamine. Näiteks tuleks patsiendil enne EMOsse pöördumist helistada teatud kesksel telefoninumbri ja tema kirjeldatud tervisemure põhjal suunatakse ta lähtuvalt asukohast ning hetke ooteaegadest sobivaimasse EMOsse, palutakse minna perearsti juurde või antakse juhtnöörid, kuidas terviseprobleem kodus lahendada. See ei hõlmaks kiirabi kutsumist, mis jääks eraldiseisevaks teenuseks. Samas oleks võimalik EMO üldnumber siduda juba olemasoleva **perearsti-nõuandetelefoniga** (vt lisa C). Selline lahendus võimaldaks vähendada pöördumisi, mille põhjuseks on patsientide vähenenud teadlikkus.¹⁶

23. Auditi käigus tehtud analüüside tulemustest lähtudes ei ole Riigikontrolli hinnangul praegu tagatud, et EMOsse pöördusid valdavalt vältimatut abi vajavad patsiendid. See suurendab EMO töökoormust ning

¹⁵ Sotsiaalministri 19.01.2007. a määruse nr 9 lisa 26 „Juhend triaazi teostamiseks Eesti erakorralise meditsiini osakondades“.

¹⁶ Vt täpsemalt alapeatükist „Osa patsientidest ei pöördunud esmaseks diagnoosimiseks ega järgneva raviks perearsti poole“.

pikendab teenindusaegu. Patsiendile võib pikem viivitus kaasa tuua seisundi halvenemise ning kehvemad ravitulemused.

24. Eelnevast tulenevalt uuris Riigikontroll, miks EMOSse pöördub palju vältimatu abi vajaduseta patsiente. Põhjused on välja toodud peatükkides „Erakorralise meditsiini osakonna koormus sõltub esmatasandi toimimisest“ ja „Eriarstiabis ei ole kaetud kogu vajadus teenuste järele“.

Pöördumisi erakorralise meditsiini osakonda rahastatakse plaanilise eriarstiabi arvelt

Plaaniline ravi – ravijärgkorra alusel osutatav arstiabi.

Erakorralise meditsiini osa plaanilise eriarstiabi rahastamisel

Ambulatoorne ravi – tervishoiuteenus, mis hõlmab arsti vastuvõttu, mille käigus vaadatakse patsient läbi, tehakse mõni protseduur kohapeal ning vajaduse korral määratakse edasine ravi. Haiglasse patsient pikemalt ei jää.

Päevaravi – tervishoiuteenus, mille puhul viibib patsient raviasutuses pikemalt kui tavapärase vastuvõtu korral, kuid ei jää ööseks haiglasse.

Statsionaarne ravi – tervishoiuteenus, mida osutatakse haiglas ja mille puhul peab patsient haiglas vähemalt korra ööbima.

Ravijuht – üks haigusjuhtum, mis hõlmab ühele isikule ühe haigusjuhu käigus tehtud terviseuuringuid ja osutatud teenuseid ning mille kohta koostatakse üks raviarve.

25. Arstiabi kättesaadavuse seisukohast on oluline, et **plaaniline** eriarstiabi oleks tagatud võimalikult suures mahus, lähtudes haiglale lepingutes ette nähtust.

26. See eeldab, et EMOSse pöördumiste rahastamise arvelt ei vähene plaanilise ravi maht.

27. Erakorralise meditsiini ja plaanilise eriarstiabi rahastamine on omavahel tihedalt seotud. Igal aastal on raviasutustele lepinguga ette nähtud **ambulaatoorses**, **päevaravis** ja **statsionaarses ravis** teatud summa ja ravijuhtude arv, mille eest haigekassa tasub. EMO-le eraldi osa lepingus määratud ei ole ehk EMO vastuvõttude, sh uuringute ja protseduuride kulud kaetakse haigla muude lepingujärgsete teenuste arvelt – ambulatoorsete EMO vastuvõttude osa ambulatoorsest lepingukulust ning EMOST hospitaliseeritud patsientide kulud vastavalt statsionaarsest lepingukulust. Lisaks makstakse EMO eest valmisolekutasu (vt täpsemalt lisast A).¹⁷

28. Haiglad on kohustatud esitama haigekassale tasumiseks esmajärgkorras vältimatu abi osutamise raviarved, seejärel muude teenuste raviarved. Kui vältimatu abi **ravijuhtusid** on palju ning osa plaanilisest ravist ei mahu seetõttu lepinguga ette nähtud summa piiresse, tasutakse lepingumahtu ületavate plaaniliste ravijuhtude eest ületöö koefitsiendist lähtudes (vt p 147).

29. Haiglatel raskendab see plaanilise ravi korraldamist, kuna erakorraliste pöördumiste arvu ei saa täpselt ette näha. Osa haiglaid on välja toonud, et peavad plaaniliste vastuvõttude arvu tihti vähendama EMOSse pöördumiste tõttu.¹⁸ Tulenevalt sellest, et haigekassa on viimastel aastatel vähendanud statsionaarse ravi rahastamist, mõjutavad EMO kaudu lisanduvad ravijuhud haiglate sõnul eriti plaanilise haiglaravi kättesaadavust.¹⁹

30. Samas puudub haiglatel rahaline motivatsioon vähendada välditavate pöördumiste arvu. Kuna haiglad saavad EMOSse pöördumiste eest tasu samadel alustel kui plaanilise visiidi korral, võivad nad planeerida vähem plaanilise ravi vastuvõtuaegu ning kasutada lepingus ette nähtud raha erakorraliste vastuvõttude tarbeks.²⁰

¹⁷ Vt kahe piirkondliku haigla EMO rahastamissüsteemi muudatuse kohta p-st 34.

¹⁸ Triin Tabur. Haiglatel jääb ületöö eest miljoneid saamata. Äripäev, 26.03.2017.

¹⁹ Imbi Moks, Anžela Popova. Lääne-Tallinna Keskhaigla: EMO rahastamine vajab ümbervaatamist. Meditsiiniuudised, 01.04.2016.

²⁰ Intervjuu Eesti Haigekassaga.

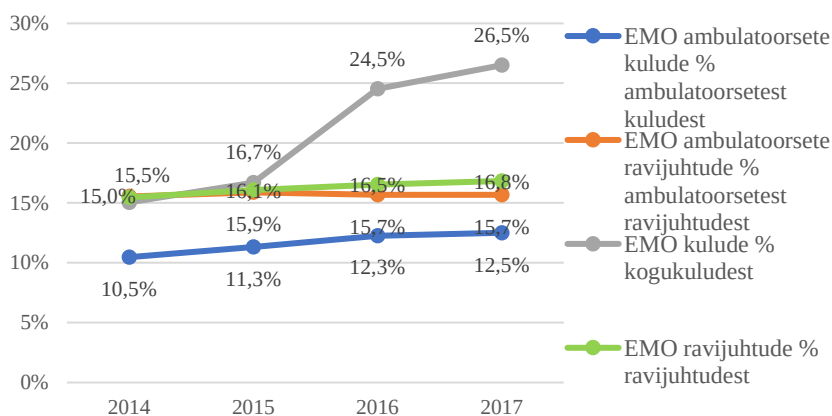
31. Kuigi haiglate sõnul ei kata praegune rahastamine raskemate EMO-juhtude puhul tegelikke ravikuluseid, on enamiku EMOSse pöördumiste puhul tegu kergemate tervisemuredega (roheline ja sinine triiažikategooria) ning nende visiitide tegelik maksumus on pigem väiksem kui eriarstiabi patsientide puhul. Kui patsient pöördub EMOSse lihtsa, sisuliselt perearsti pädevusse kuuluva tervisemurega, siis saab haigla sellegipoolest tasu teenusepõhiselt ehk eriarsti vastuvõtu eest.

32. Ühtlasi tähendab see, et rohkem plaanilisi ambulatoorseid vastuvõtte tehakse ületööna. Haigekassa sõnul on haiglad huvitatud ambulatoorse ja päevaravi ületööst, kuna suures osas on üldkulud kaetud lepingu raames osutatud teenuste kuludega. Selline rahastamissüsteem soodustab EMOS nende patsientide vastuvõttu, kes oleks võinud abi saada ka perearstilt.

33. Tartu Ülikooli Kliinikumi esindaja²¹ on kritiseerinud ravi rahastamise lepingu tingimusi, mille järgi maksab haigekassa haiglate lepingus kokkulepitust enama töö eest vaid juhul, kui ambulatoorsete ravijuhtude tarbeks poolaastas ette nähtud raha on ära kasutatud. Kliinikumi esindaja hinnangul suunab selline süsteem haiglaid osutama palju väiksema maksumusega ambulatoorset ravi, et lepingus ettenähtust enama töö eest statsionaarses ravis saaks haigla tasustatud.

34. Eelnev võib olla põhjuseks, miks EMO ravijuhtude ja kulude osakaal on kasvanud²² (vt joonis 6). Nimelt on haigekassa andmetel EMO ravijuhtude²³ osakaal HVA-haiglate eriarstiabi ravijuhtudest aastatel 2014–2017 suurenenud 15,5%-lt 16,8%-ni ning EMO raviarvete kogumaksumus kasvanud 15%-lt 26,5%-ni haiglate kogukuludest (vt ka p 40).

Joonis 6. EMO ravijuhtude ja kulude osakaal HVA-haiglate eriarstiabi ravijuhtudest ja kuludest



Allikas: Riigikontroll Eesti Haigekassa andmete alusel

35. Seega, tulenevalt sellest, et EMO tööd finantseeritakse haiglate eriarstiabi lepingutes ettenähtud raha arvelt, toob EMOSse pöördumiste suur arv kaasa plaanilise eriarstiabi kättesaadavuse halvenemise. EMO

²¹ Mart Einasto. Suur haigla ja suur raha. Mis ja miks jääb puudu. Ettekanne konverentsil „Meditsiin 2018“, 13.12.2017.

²² EMO teenuste kasutusanalüüs. Eesti Haigekassa, 2016.

²³ Põhineb A95 tunnusega raviarvetel ehk tervishoiuteenus on osutatud või selle vajadus on määratud erakorralise meditsiini osakonnas. Seoses ravi rahastamise lepingu muudatusega, kus täpsustati EMO tähendust ja mõistet, hakati EMO raviarvete seda tunnust märkima alates 2014. aastast, seega ei tarvitse 2014. aasta andmed olla täielikud.

osakaal haiglate kuludest on kasvutrendis. Kui patsiendid ei pääse õigel ajal plaanilisele ravile, siis võib nende tervises seisund halveneda. Viimane võib omakorda soodustada erakorraliste pöördumiste kasvu.

36. Riigikontrolli hinnangul loob lepingumahul põhinev EMO rahastamissüsteem olukorra, kus haiglatel puudub rahaline motivatsioon vähendada välditavate EMOsse pöördumiste arvu ning patsientide jaoks halveneb plaanilise ravi kättesaadavus. Olukorda aitaks parandada erakorralise meditsiini osakondade rahastamise muutmine nii, et plaanilise ravi kättesaadavus ei oleks lepingu tingimuste tõttu otseselt sõltuv EMO ravijuhtudest.

Patsientide ravimine erakorraliselt kasvatab kulusid

37. „Rahvastiku tervise arengukavas 2009–2020“ on toodud eesmärgina välja, et tervishoiuteenuste kättesaadavus tuleks tagada ressursside optimaalse kasutuse kaudu. Lisaks on Sotsiaalministeerium juhtinud tähelepanu, et patsientide läbivaatamine ning ravimine EMOs on tervishoiusüsteemi jaoks üldjuhul kalleim viis seda teha.²⁴

38. Tervishoiu rahastamissüsteemi optimaalse toimimise seisukohast on oluline ravida patsienti tasandil, kus see on säästlikum.²⁵

39. Riigikontroll uuris, kui palju maksab patsiendi vastuvõtt, diagnoosimine ja ravi EMOs ning kuidas on kulud muutunud võrreldes perearstiabi kuludega.

40. Tulemused näitasid, et keskmise EMO raviarve²⁶ suurus oli 2017. aastal 341 eurot. Perioodil 2014–2017 kasvas EMO arve keskmine maksumus 24% aastas. Lisaks tervishoiuteenuste kiirele hinnatõusule tehnoloogilise arengu ja kiire palgakasvu tõttu²⁷ on täiendavaks kasvu põhjuseks ka EMO rahastamise muutus kahes piirkondlikus haiglas (vt täpsemalt lehe vasakult äärelt) ning patsientide raskem seisund.²⁸

41. Kuigi perearstiabi rahastatakse pearaha põhiselt²⁹ ja EMO kulusid visiidi põhiselt ning seetõttu ei ole need täielikult võrreldavad, on erinevused visiidi maksumuses märkimisväärsed. Näiteks oli EMO ambulatoorse raviarve keskmine maksumus 2017. aastal 67 eurot, samal aastal oli perearsti visiidi keskmine maksumus 17 eurot³⁰ (vt joonis 7). Võrdluseks oli Põhja-Eesti Regionaalhaiglas ja Tartu Ülikooli

Teadmiseks, et

pilootprojektina kehtestati Põhja-Eesti Regionaalhaiglas ja Tartu Ülikooli Kliinikumis 2016. a eraldi teenusehind EMO teenustele triaazikategooriate järgi. Lisaks tasutakse EMOs tehtud uuringute ja protseduuride eest.

Muudatuse eesmärk oli motiveerida patsientide efektiivset käsitlust EMOs. Selle tulemusena sooviti vähendada hospitaliseerimist ja EMO liigset kasutamist plaanilise ravi asemel. Teistele haiglatele makstakse EMO ambulatoorse teenuse eest nagu eriarstiabi ambulatoorse visiidi eest. EMOst hospitaliseeritud patsientide puhul makstakse haiglatele eriarstiabi statsionaarse teenuse eest. Lisaks tasutakse neile ka valmisolekutasu.

Kuna haigekassa sõnul ei ole näha, et rahastamine oleks aidanud kaasa eesmärgi saavutamisele, on uue süsteemi rakendamine kahtluse all.

²⁴ Valitsuskabineti istungile esitatud memorandum lisa „Tervishoiu lisarahastamise võimaluste analüüs ja ettepanekud tervishoiu rahastamise jätkusuutlikkuse tagamiseks“ juulis 2016.

²⁵ Ka OECD käsitleb ressursside ebaefektiivse kasutamisenähtust olukorda, kus tervishoiuteenust oleks saanud pakkuda väiksemate kuludega (nt raviges patsienti tasandil, kus seda teha on soodsam), säilitades sama tulemuse. Näiteks käsitleb OECD välditavaid EMO-visitite tervishoiuresursside ebaefektiivse kasutamisenähtust.

²⁶ Hõlmab EMO ambulatoorseid raviarveid ning EMOst hospitaliseeritud patsientide statsionaarseid raviarveid. EMO raviarvete kohta loe lähemalt lisa A.

²⁷ Tervishoiu rahastamise jätkusuutlikkuse analüüs. Sotsiaalministeerium, 2016.

²⁸ Vt täpsemalt lisast A, lk 65.

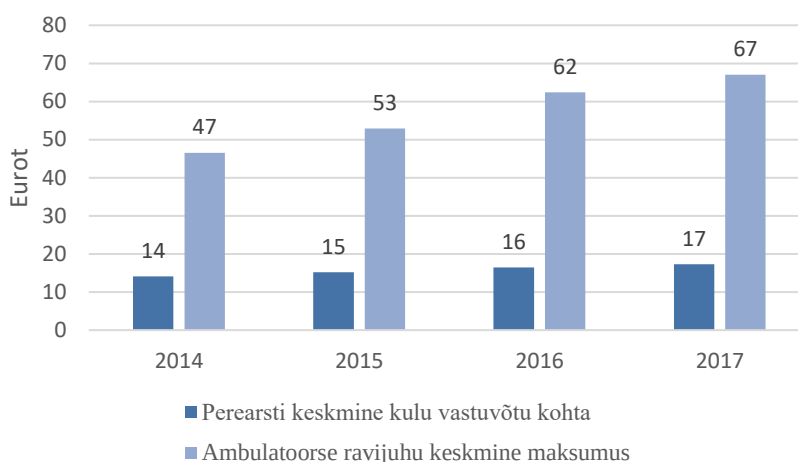
²⁹ Vt lähemalt alaptk „Perearstiabi rahastamise süsteem ei soodusta, et patsiendid saaksid esmasatasandil õigeaegset arstiabi, vältimaks visiiti erakorralise meditsiini osakonda“.

³⁰ Arvestatud on kogu perearstiabi kulud jagatuna visiitide arvuga, sh profülaktilised visiidid, mis moodustavad kõikidest pöördumistest 5,6%. Kui neid visiite kulude arvutamisel mitte arvestada, tõuseks perearsti keskmine kulu vastuvõtu kohta 1 euro võrra.

Kliinikumis 2017. aastal rohelise ja sinise triiažikategooriaga patsientide ambulatoorse raviarve keskmine maksumus 60 eurot.

42. Kui kõrvutada perearsti keskmist kulu visiidi kohta EMO ambulatoorse ravijuhu keskmise maksumusega, siis on EMO kulud märgatavalt kõrgemad ning kasvanud kiiremini. 2014–2017 kasvas EMO ambulatoorse raviarve suurus 44%, perearsti keskmise visiidi maksumus 23%.³¹ Seega muutub EMOs patsiendi ravimine iga aastaga kallimaks võrreldes sellega, kui teha seda perearsti juures. Samal perioodil kasvas EMO ravijuhude arv 6%. Ühelt poolt muudab EMO kulukamaks eriarsti vastuvõtt, teisalt on EMOs kättesaadavamad uuringud ja protseduurid.

Joonis 7. Perearsti keskmine kulu vastuvõtu kohta ja EMO ambulatoorse ravijuhu keskmine maksumus aastatel 2014–2017 eurodes



Allikas: Riigikontroll Eesti Haigekassa andmete alusel

Teadmiseks, et

eriarstiabi ambulatoorse raviarve keskmine suurus oli 2017. a 77 eurot ja kasv 2014.–2017. a kohta 22%.

Ravikindlustatud ja ravikindlustamata patsientide kulude erinevus

Teadmiseks, et

Eestis on hinnanguliselt 120 000 ravikindlustuskaitseta inimest, kellest ca 30 000 võib tegelikult elada välismaal. Ravikindlustuskaitseta on peamiselt noored tööealised isikud, kellest suurema osa moodustavad mehed.³³

43. Märkimisväärselt kallim on EMO kaudu diagnoosida ja ravida ravikindlustamata isikuid, kelle jaoks on tasuline nii perearsti ja eriarsti vastuvõtt kui ka haiguste ennetamise teenuste saamine. Riik on kõigile ravikindlustamata isikutele taganud vältimatu abi.³²

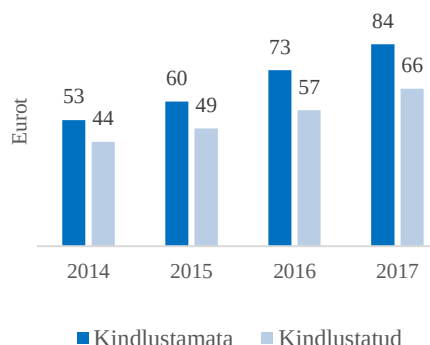
44. Haigekassa andmetel oli 2017. aastal ravikindlustamata patsientide keskmise ambulatoorse raviarve maksumus 84 eurot, mis on üle veerandi suurem kui tööealiste ravikindlustatud patsientide keskmise ambulatoorse raviarve maksumus. EMOst hospitaliseeritud ravikindlustamata patsientide statsionaarse raviarve keskmine maksumus oli 2395 eurot, mis on kolmandiku võrra enam kui tööealistel ravikindlustatud patsientidel (vt joonised 8 ja 9).

³¹ EMO raviarvete jaotuse ja maksumuse kohta ravitüübi kaupa vt lisa A joonis 3 ja 4.

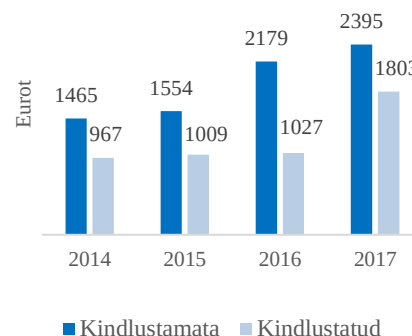
³² Tervishoiuteenuste korraldamise seadus, § 6.

³³ Kaupo Koppel, Magnus Piirits, Märt Masso jt. Ravikindlustus valitutele või ravikaitse kõigile – kuidas täita lüngad Eesti ravikindlustuses? Tallinn: Poliitikauuringute Keskus Praxis; 2018.

Joonis 8. Tööealiste EMO-patsientide ambulatoorsete raviarvete keskmine maksumus eurodes



Joonis 9. EMOst hospitaliseeritud tööealiste patsientide statsionaarsete raviarvete keskmine maksumus eurodes



Allikas: Eesti Haigekassa

Ravikindlustatud ja ravikindlustamata patsientide erinev perearsti poole pöördumine

45. Üks oluline põhjus, miks ravikindlustamata isikute ravi on kallim, tuleneb sellest, et EMOsse jõutakse kehvas tervislikus seisundis. Riigikontrolli analüüs näitas, et ravikindlustamata isikuid on arstid vähem uurinud, mistõttu püsib risk, et nende terviseprobleeme ei avastata piisavalt vara. Näiteks on sama terviseprobleemiga³⁴ ravikindlustamata isikutest käinud aasta jooksul enne EMO-visiiti perearsti vastuvõtul 3,5%, ravikindlustatute puhul oli vastav näitaja 20%.³⁵

46. Ka pärast EMO-visiiti oli perearsti vastuvõtul käinud ravikindlustamata isikute osakaal märgatavalt väiksem kui ravikindlustatute puhul. Nimelt käis aasta jooksul pärast EMO-visiiti arsti juures 11,3% ravikindlustamata isikutest, ravikindlustatute puhul oli vastav näitaja 30%. Ebapiisav EMO-le järgnev ravi võib viia teistkordse EMOsse pöördumiseni.

47. Tõenäoliselt tuleneb peamine põhjus, miks ravikindlustamata isikud ei ole varem arsti poole pöördunud ning võivad EMOsse jõuda juba halvenenud tervisliku seisundiga, nende väiksest sissetulekust. Nimelt näitas Riigikontrolli analüüs, et 87% ravikindlustamata inimestest, kes pöördusid 2016. a I poolaastal EMOsse (v.a traumapatsiendid), ei olnud samal perioodil deklareerinud sissetulekut (ei Eestist ega välismaalt) ning neil tõenäoliselt puudus võimalus oma raviteenuste eest ise maksta.

Isemaksjad – isikud, kes ravikindlustuse puudumise tõttu tasuvad EMOs osutatud teenuse eest ise.

48. HVA-haiglatelt kogutud statistika kohaselt oli 2017. aastal ravikindlustamata (sh isemaksjate) isikute pöördumisi EMOsse 19 187, millest Sotsiaalministeerium tasus 12 819 juhul. Ravikindlustamata isikute pöördumiste arv on ajavahemikul 2014–2017 vähenenud, kuid selle põhjus võib olla ministeeriumi ja haigekassa karmim järelevalve teenuse pakkumise üle (vt ravikindlustamata isikute pöördumiste kohta täpsemalt lisast D).

³⁴ Analüüs põhineb diagnoosijaotiste võrdlusel. Diagnoosijaotis on ilma laienditeta diagnoosikood.

³⁵ Analüüsiti 2016. a I poolaastal EMOsse pöördunud ravikindlustatud ja ravikindlustamata isikute selliseid pöördumisi perearsti vastuvõtule, mis olid toimunud aasta enne ja aasta pärast EMO-visiiti.

Ravikindlustamata isikutele osutatud tervishoiuteenuste eest tasumine

49. Kindlustamata isikute vältimatu abi eest tasutakse riigieelarvest Sotsiaalministeeriumi kaudu. Raviarvete õigsust kontrollib haigekassa. Kui osutatud tervishoiuteenus ei olnud tegelikult vältimatu abi, siis selle raviarve eest ei tasuta. Näiteks kui haigla esitab arve ning selgub, et EMOsse pöördumisel polnud tervises seisund erakorraline, on haigla kohustatud teenuse eest ise maksma.

50. Selline korraldus on viinud praktikani, kus haiglad küsivad EMO-visiidi eest patsiendilt raha. Kuna paljudel ravikindlustamata isikutel sissetulek puudub, võib see tähendada, et vaatamata terviseprobleemile loobutakse EMO-visiidist. Terviseprobleem võib ägeneda ning sel juhul pöördub patsient EMOsse juba vältimatu abi vajadusega. Sellisel juhul on ravi maksumus sageli kallim. Olukorda aitaks parandada esmase ravi kättesaadavuse parandamine kindlustamata isikutele, et terviseprobleemi korral saaks varakult sekkuda ning ära hoida tervises seisundi halvenemine.

51. Probleemi on teadvustanud mõned kohalikud omavalitsused, kes on teinud ravikindlustamata isikutele soodustusi ravimite soetamiseks ja katavad tervishoiuteenuste kulusid. Näiteks on sellised võimalused Tallinna, Tartu ja Narva elanikel. Siiski puudub terviklik ülevaade, kui palju omavalitsusi ja millises ulatuses ravikindlustamata isikuid toetab.

Ravikindlustuskaetuse rahvusvaheline võrdlus

52. Majanduskoostöö ja Arengu Organisatsiooni (OECD) andmetel on Eesti üks vähesi Euroopa Liidu riike, kus osa inimesi on kindlustuskaitseta.³⁶ Nt on täielik ravikindlustuskaetus nii Soomes, Rootsis kui ka Taanis. Täpsemalt vt lisa D joonis 2.

Teadmiseks, et

Eesti Perearstide Selts on seisukohal, et kindlustamata isikutel peaks olema omaosaluseta juurdepääs esmatasandi teenustele.

53. Sotsiaalministeerium on välja arvutanud, et võrreldes kehtiva süsteemiga ei läheks ravikindlustusekaitse täies ulatuses laiendamine kokkuvõttes oluliselt kulukamaks. Näiteks kui muudatus oleks jõustunud 2017. aastal, oleks rahaline kulu haigekassa eelarvele olnud ca 59 miljonit eurot. Arvestades aga riigieelarvest tagatud muid kulusi ravikindlustamata isikutele, ei kaasneks lõpptulemusena suures ulatuses kulusid, sest paraneb võimalus pakkuda kindlustamata isikutele ennetavaid tervishoiuteenuseid, nt perearstiabi ja soodusravimeid, selle asemel et rahastada abi osutamist erakorralise meditsiini osakondades.³⁷

54. Riigikontrolli hinnangul ei diagnoosita ega ravita isikuid alati sel ravitasandil, kus seda on säästlikum teha, sest paljud EMOsse pöördunud võiksid abi saada perearstilt. Lisaks on abi kättesaadavus piiratud neile ravikindlustamata isikutele, kellel puudub sissetulek, et tervishoiuteenuste eest tasuda. Tagajärjena võivad ravikindlustamata isikud pöörduda EMOsse siis, kui abi vajadus on vältimatu ning isiku ravimine juba kallim ning pikaajalisem.

55. Riigikontrolli soovitused tervise- ja tööministrile:

- Kaaluda, kas hakata patsiente nõustama telefoni teel enne EMOsse pöördumist, et suunata nad lähtuvalt asukohast ning hetke ooteaegadest sobivaimasse EMOsse, paluda neil pöörduda perearsti juurde või anda juhtnöörid, kuidas terviseprobleem

³⁶ Kindlustuskaetus on osas riikides saavutatud erakindlustuse kaudu.

³⁷ Valitsuskabineti istungile esitatud memorandum lisa „Tervishoiu lisarahastamise võimaluste analüüs ja ettepanekud tervishoiu rahastamise jätkusuutlikkuse tagamiseks“ juulis 2016.

kodus lahendada. Selline lahendus oleks võimalik siduda juba olemasoleva perearsti nõuandelefoniga 1220. Seejuures jääks kiirabiteenus jätkuvalt telefoninõustamisest eraldiseisvaks.

Tervise- ja tööministri vastus: Telefoni teel nõustamine enne EMOSse pöördumist on võimalik ka täna toimiva perearsti nõuandelefoni kaudu, mis hetkel on küll anonüümne. Samas on nõu andmine patsiendilt saadud info põhjal võimalik. Arendamisel on ka infotehnoloogiline lahendus nõustatavate isikute identifitseerimiseks, mis võimaldaks vajadusel vaadata ka isiku kohta tervise infosüsteemis olevaid terviseandmeid. Eesti Haigekassa hinnangul saab isikustatud nõustamise käivitada järgmise aasta teisel poolaastal.

Riigikontrolli kommentaar: Nõustume, et ka praegu on patsiendil võimalik helistada enne EMOSse pöördumist perearsti nõuandelefonile, kuid praktikas seda siiski sageli ei tehta. Selleks, et telefoninõustamise abil saaks vähendada välditavate EMOSse pöördumiste arvu ja seeläbi EMODE töökoormust, on vaja teenust edasi arendada. Ühest küljest tuleks selleks suurendada patsientide teadlikkust selle kohta, et telefoni-nõustamine enne EMOSse pöördumist on soovitatav ja kasulik. Teisalt annaks võimalus saada infot EMO ooteaegade kohta erinevates haiglates patsientidele vajalikku teavet, et otsustada, kas ja kuhu pöörduda.

Eesti Haigekassa juhatuse esimehe kommentaar: Haigekassa on alustanud nõustamisteenuste ülevaatamist, et laiendada neid senise perearstinõuande telefoni 1220 baasil. Valmistume hankeks, et alates 1. augustist 2019 alustada isikustatud nõustamisega, mille kliinilise töö ulatus on kokkuleppimisel Eesti Perearstide Seltsi ja teiste sidusorganisatsioonidega.

- Leida lahendus, et ravikindlustamata isikutel oleks võimalik saada nii haiguste ennetuse teenuseid kui ka esmast ravi, vältides sellega terviseseisundi muutumist erakorraliseks, mis toob kaasa kõrgemad ravikulud.

Tervise- ja tööministri vastus: Hetkel on Sotsiaalministeeriumi tellimusel valmimas täpsustav uuring ravikindlustamata isikute kindlustuse puudumise põhjuste kohta, millest järgnev samm on kaaluda kindlustuskaitse laiendamise võimalusi. Lahendused sõltuvad suures osas riigieelarve võimalustest, aga ka poliitilistest eelistustest. Seni on kindlustuskaitset laiendatud üksikute probleemsete sihtgruppide kaupa, kes seni on olnud kaitseta (nt loovisikud, mitme võlaõigusliku lepingu alusel töötavad isikud jt). Samas tuleb ka silmas pidada, et ka praegu on ravikindlustamata isikutele tasuta perearstiabi paljudes piirkondades omavalitsuste toel võimaldatud. Eesti suurim omavalitsus Tallinn on korraldanud kindlustamata isikutele eraldi ambulatoorsete ja statsionaarsete tervishoiuteenuste saamiseks võimaluse, mitmes väiksemas omavalitsuses on koostöös perearstidega sõlmitud kokkuleppeid kindlustamata isikutele perearstiteenuste tagamiseks, kasutades perearstidele selle töö hüvitamiseks soodsamaid renditingimusi või muid lahendusi.

Eesti Haigekassa juhatuse esimehe kommentaar: Haigekassale teadaolevalt on Sotsiaalministeeriumis valmimas uuring ravikindlustuse puudumise põhjustest, mis kätkeb ka kindlustuskaitse laiendamise võimaluste kaalumist. Koostöös Sotsiaalministeeriumiga vaatame üle reeglid täiendava kindlustuskaitse ulatusest ja kaetusest.

- Muuta sotsiaalministri 19.01.2007. a määrust nr 9 ja selle lisa 26 „Juhend triaazi teostamiseks Eesti erakorralise meditsiini osakondades“ selliselt, et EMODEs oleks võimalik kasutada õe vastuvõttu ilma sellele järgneva arsti vastuvõtuta. See võimaldaks vähendada ooteaegsid ning kasutada ressursse (sh raha ja aeg) tõhusamalt.

Tervise- ja tööministri vastus: Õe iseseisvat vastuvõttu on võimalik haiglates osutada ka praegu. Ka rahastamise aluseks olevas Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetelus on õe iseseisva vastuvõtu teenus olemas. Küsimus on pigem korralduslik, juhend siin täiendavaid õigusi ei loo. Kui triaaziõde on patsiendi üle vaadanud ja triaazikategooria hinnanud roheliseks või siniseks ning soovib tal pöörduda järgmisel päeval perearsti poole, siis on see meie hinnangul täielikus kooskõlas nii õigusaktide kui ka juhenditega. Samas võib juhendi täpsustamine selle koostajate poolt vajadusel olla ka asjakohane.

Riigikontrolli kommentaar: Kehtivas juhendis on määratud kindlaks patsiendi käsitlemise ajakulu arsti vastuvõtuni. Seega ei saaks praeguse juhendi kohaselt patsienti vastu võtta ainult õde. Õe vastuvõtt ilma sellele järgneva arsti vastuvõtuta EMOs aitaks lühendada kergemate tervisekaebustega patsientide ooteaegu ning kasutada arsti aega tõhusamalt.

56. Riigikontrolli soovitus Eesti Haigekassa juhatuse esimehele: muuta erakorralise meditsiini osakondade töö rahastamist nii, et plaanilise ravi kättesaadavus ei sõltuks lepingu tingimuste tõttu EMO ravijuhtudest.

Eesti Haigekassa juhatuse esimehe vastus: Erakorralise meditsiini osakondade töö põhineb suures osas valmisolekul, mis tähendab, et personali ja inventari olemasolu ning sellega seotud kulu on olenemata patsientide arvust vajalik. Sellest tulenevalt on haigekassa koos Eesti Erakorralise Meditsiini Arstide Seltsiga alustanud arutelusid, et kaaluda tasuda erakorralise meditsiini osakondade töö eest edaspidi fikseeritud kuise tasuna, mis kataks EMOde valmisoleku ja patsientide esmase käsitlemisega seotud kulusid. Sel juhul ei oleks enam otseselt seotud EMOs osutatud raviteenus ja plaanilise ravi kättesaadavus. Erinevatele ettepanekutele ja sellega kaasnevatele võimalikele mõjudele annab hinnangu ka Maailmapanga läbiviidav analüüs septembris 2018.

Erakorralise meditsiini osakonna koormus sõltub esmatasandi toimimisest

Perearstiabi rahastamise süsteem ei soodusta, et patsiendid saaksid esmatasandilt õigeaegset arstiabi, vältimaks visiiti erakorralise meditsiini osakonda

57. Terviseurega inimese esimeseks kontaktiks tervishoiusüsteemis peaks üldjuhul olema tema perearst või pereõde. Esmatasandi ülesanne on pakkuda arstiabi ka ootamatult tekkiva tervisehäire korral.³⁸

**Perearstide sissetuleku seos
nimistu patsiendi
pöördumisega erakorralise
meditsiini osakonda**

³⁸ Haigekassa veebileht <https://www.haigekassa.ee/inimesele/arsti-ja-oendusabi/perearstiabi>.

Pearahast kaetakse personali töötasud, meditsiinitarvikute, lihtsamate analüüside ja uuringute ning ravimite kulud.

Baasrahast kaetakse perearsti tegevuseks vajalike ruumide, meditsiiniseadmete, IT- ja majapidamiskulud.

Uuringufond on perearstile ette nähtud tervishoiuteenuste loetelus olevate analüüside, uuringute ja protseduuride tegemiseks ja tellimiseks.

Kvaliteedisüsteem hõlmab ennetustöö, vaktsineerimise ja krooniliste haigustega patsientide jälgimisega seotud näitajaid, aga ka perearstikeskuse töökorraldust ja ravitöö kvaliteeti.

Perearstide praktika patsiendi suunamisel erakorralise meditsiini osakonda

58. Selleks et esmatasand seda ülesannet täidaks, peaksid perearstid olema motiveeritud patsiente kiiresti vastu võtma ja võimaluse korral abistama, et ära hoida vältimatu abi vajaduseta patsiendi visiiti EMOSse.

59. Perearsti peamised sissetulekuallikad on **pearaha**, mida makstakse vastavalt nimistu isikute arvule, ning kindlas summas **baasraha**. Lisatasu on võimalik saada **kvaliteedisüsteemi** kaudu, mis kõiki lisatasusid saaval perearstil võib moodustada 7,5% sissetulekust.³⁹ Perearsti kasutada on ka **uuringufond**, kuid see ei avalda olulist mõju tema sissetulekule.⁴⁰

60. Seega sõltub perearsti sissetulek peamiselt pea- ja baasrahast ning seda ei mõjuta see, kas patsient saab vajalikku arstiabi oma perearsti juures või pöörduv selleks mujale, näiteks EMOSse. Üldjoontes ei sõltu sissetulek ka patsientidele pakutud vastuvõttude arvust, kui välja arvata teatav kulu meditsiinitarvikutele.

61. Ka perearstide kvaliteedisüsteemis puudub seos EMOga ehk kvaliteeditasu maksmine ei olene sellest, kas ja kui tihti konkreetse perearsti patsiendid pöörduvad EMOSse. Niisiis puudub perearstide tasustamissüsteemis komponent, mis suunaks perearsti vältima oma nimistu patsiendi visiiti EMOSse.

62. Ka HVA-haiglate esindajad viitasid, et perearstiabi praegune korraldus ei loo perearstidele piisavat motivatsiooni tegeleda patsientidega ise ning vältida nende EMOSse pöördumist. Seetõttu suunab osa perearste EMOSse patsiente, kelle tervises seisund selleks alust ei anna.⁴¹

63. Kuigi haigekassa andmetel on ca 4% ravikindlustatud patsientidest EMOSse suunatud perearsti saatekirjaga, puudub ülevaade selle kohta, kui paljusid patsiente suunavad perearstid EMOSse suuliselt. Samuti pole teada, kui paljud otsustavad EMOSse pöörduda, kuna nad ei saa perearsti kätte või pole perearstil võimalik piisavalt kiiresti patsienti vastu võtta. Haigekassa on kinnitanud, et perearstiabis on vaja paremat korraldust kiiret abi vajavate patsientide jaoks.

64. Eesti Perearstide Seltsi hinnangul on perearste, kes saavad patsiente EMOSse neid läbi vaatamata, ning perearstide praktika on siin küllaltki erinev. Seda kinnitas ka Riigikontrolli korraldatud analüüs, millest selgus, et EMOSse pöördunud patsientide osakaal perearsti nimistu suurusel varieerus vahemikus 1–13%.⁴² Kõige enam oli nimistuid (41%), kus EMOSse pöördus 5–6% nimistu patsientidest. Siiski tuleb silmas pidada, et EMOSse pöördumisi mõjutab ka see, milline on

³⁹ Andres Lasni, Eesti Perearstide Seltsi juhatuse liikme koostatud hüpoteetilisel näitel põhinev arvutus, milles on kasutatud järgmisi eeldusi: keskmise nimistuga perearst, kes asub haiglast 30 km kaugusel ning on palganud teise pereõe; perearst saab lisatasu krooniliste haigete jälgimise ja ennetustegevuse, erialase lisapädevuse, jämesoolevähi sõeluuringu riiklikus programmis osalemise ning auditeeritud ja kvaliteetse perearstikeskuse juhtimise eest (A. Lasni vastus Riigikontrolli päringule 13.05.2018).

⁴⁰ Mõnel juhul saavad perearstid laboriuuringuid soodsamalt kui tervishoiuteenuste loetelus kehtestatud hind, mis läbi võib uuringufondi kasutamine tekitada kasumit.

⁴¹ Intervjuud Pärnu haigla, Ida-Viru Keskhaigla, Põhja-Eesti Regionaalhaigla, Lääne-Tallinna Keskhaigla, Järvamaa haigla, Valga haigla, Läänemaa haigla, Rakvere haigla, Viljandi haigla, Raplamaa haigla, Põlva haigla esindajatega.

⁴² Riigikontrolli analüüsis, millisesse nimistusse kuulusid 2016. a I poolaastal EMOSse pöördunud patsiendid, ja arvutas osakaalu nimistu suurusel.

nimistu koosseis (nt kui palju on nimistus vanemaealisi, kroonilisi haigeid jt riskirühmadesse kuuluvaid isikuid).

65. Ka OECD⁴³ on välja toonud, et esmatasandi arstiabi pearahapõhine rahastamine võib viia valikulise lähenemiseni patsientide probleemide lahendamisel ning põhjustada puudulikku raviteenuste osutamist, mis omakorda viib ebavajalike EMO-visiitideni.

66. Kuigi riigis puudub tervikülevaade selle kohta, milline triaazikategooria määrati pereearsti saatekirjaga patsientidele, kinnitasid Põhja-Eesti Regionaalhaigla andmed, et perearstid saadavad EMOSse erakorralist abi mittevajavaid patsiente. Näiteks määrati 2016. aastal neist patsientidest, kelle perearst oli suunanud haigla EMOSse, 51%-le roheline ja 47,3%-le kollane triaazikategooria.

67. Haigekassal on küll plaanis esmatasandi rahastamismudelit edasi arendada, kuid muudatused keskenduvad peamiselt süsteemi kohaldamisele tervisekeskuste jaoks, kvaliteedisüsteemi arendamisele ning rahastuse diferentseerimisele nimistu struktuuri põhjal. Lisaks kaalutakse võimalusi motiveerida perearste võtma vastu neid patsiente, kelle perearst on teises piirkonnas. Kavandatavad muudatused ei suurenda otseselt perearstide motivatsiooni vältida oma nimistu patsientide EMOSse pöördumist.

68. Riigikontrolli hinnangul ei soodusta praegune perearstiabi rahastamine, et patsient saaks perearsti juures õigeaegset ja vajalikku mahus arstiabi, sest perearstide sissetulekut ei mõjuta see, kas ja kui kiiresti ta erakorralisi patsiente vastu võtab, ega see, kui palju tema nimistu patsiente mitteerakorraliste kaebustega EMOSse pöördub.

Terviseametil ja haigekassal puudub ülevaade perearstiabi täpsest kättesaadavusest

69. Esmatasandi tervishoiuteenuste vähene kättesaadavus ja tööajaväliste vastuvõttude vähesus on pöördvõrdeliselt seotud suurema vajadusega erakorralise abi järele.⁴⁴ Kui perearstiabi kättesaadavus ei vasta vajadustele, võib see suurendada tervishoiusüsteemi koormust, sh võivad kasvada pöördumised EMOSse. Ühtlasi on „Rahvastiku tervise arengukavas 2009–2020“ rõhutatud vajadust tagada tervishoiuteenuste kättesaadavus esmatasandil.

70. Eelnevast tulenevalt eeldas Riigikontroll, et perearstiabi on kättesaadav.⁴⁵

Perearstiabi kättesaadavuse hindamine

71. Riigikontroll uuris, milline on perearstiabi kättesaadavus ning kuidas seda hinnatakse. Perearstiabi üle teeb järelevalvet Terviseamet. Haigekassa kontrollib perearstidega sõlmitud lepingute täitmist.

72. Nii haigekassa kui ka Terviseameti⁴⁶ hinnangul ei ole Eestis perearstiabi kättesaadavusega olulisi probleeme. Haigekassa aruannete

⁴³ Health at a Glance 2016. OECD, 2017.

⁴⁴ Caroline Berchet. Emergency Care Services. OECD Health Working Papers No. 83, 2015.

⁴⁵ Täpsemalt perearstiabi kättesaadavuse hindamise kriteeriumite kohta vt lisast E.

⁴⁶ Intervjuu Terviseametiga.

Teadmiseks, et

2016. aasta oktoobris pöördus Eesti Perearstide Selts tervise- ja tööministri poole palvega muuta nõudeid, mille kohaselt pikendatakse mitteägeda tervisehäirega patsiendi puhul aega pöördumise hetkest vastuvõtuni senise 5 päeva asemel 10 päevani.

Seltsi sõnul polnud seoses krooniliste haigete osakaalu kasvuga nimistutes võimalik sama ressursi juures tagada nõuetekohast vastuvõttu.

Seni pole ministerium palutud muudatust algatanud.

Allikas: Eesti Perearstide Seltsi 06.10.2016. a pöördumine nr 5-3/91

Perearstide tööajavälised vastuvõtud

Tööajavälise vastuvõtt – perearsti vastuvõtt, mis toimub tööpäeval enne kella 8 hommikul, pärast 18 õhtul või nädalavahetusel.

kohaselt täitis 2017. aastal täielikult kättesaadavusega seotud nõuded 82% kontrollitud perearstipraksistest.⁴⁷ Siiski on nõudeid mittetäielikult täitvate praksiste osakaal kasvanud – 2014. aastal oli see näitaja 10%.⁴⁸

73. Terviseameti hinnangul esineb perearstiabi kättesaadavusega probleeme hooajaliselt – nt kui on ülemiste hingamisteede haiguste periood, siis on ödede ja arstide koormus suur.⁴⁹ Eesti Perearstide Seltsi hinnangul tulenevad kättesaadavusega seotud probleemid peamiselt perearstiabi ebaühtlasest kvaliteedist (vt täpsemalt alates p-st 90).⁵⁰

74. Samas on nii Terviseameti kui ka Eesti Perearstide Seltsi arvates perearstiabi kättesaadavuse tegelik hindamine keeruline ning praeguse meetodika alusel antud hinnangud ei pruugi olla adekvaatsed. Perearsti vabade vastuvõtuaegade kohta küsimine võimaldab anda formaalse, mitte sisulise hinnangu kättesaadavusele.⁵¹

75. Riigikontroll uuris ankeetküsitluse abil, kui paljud kergemate kaebustega (triaažikategooria sinine, roheline ja kollane) EMOSse pöördujatest tõid pöördumise põhjuseks, et nad ei saanud enda hinnangul õigel ajal perearsti vastuvõtule ning pöördusid tervisliku seisundi halvenedes erakorralise meditsiini osakonda. Tulemused näitasid, et 40% pöördujatest tõid põhjuseks perearstiabi ebapiisava kättesaadavuse.

76. HVA-haiglale esindajad⁵² on samuti EMOSse pöördumiste puhul rõhutanud, et roheline triaazikategooriaga patsiendid on toonud ühe olulise haiglasse pöördumise põhjusena perearstiabi halva kättesaadavuse. Seejuures saadavad perearstid nende hinnangul oma patsiente liiga kergekäeliselt EMOSse. Seega ei pruugi senise meetodika abil antud hinnangud perearstiabi kättesaadavusele kajastada tegelikku olukorda ning vaja oleks meetodika üle vaadata.

77. Lisaks perearstiabi kättesaadavusele tööajal mõjutab EMOSse pöördumisi ka see, millised on võimalused pöörduda perearsti poole väljaspool tööaega.⁵³ Eestis ei ole perearstidel seadusest tulenevat kohustust võimaldada **tööajaväliseid vastuvõtte**.

78. Riigikontroll uuris, kui paljud perearstid võtavad patsiente vastu väljaspool tööaega. Selgus, et 2016. aastal oli tööajaväliseid vastuvõtte võimaldavaid perearste 55 ning nende arv on küll võrreldes 2017. aastaga kasvanud (73 perearsti), kuid see moodustab ca 9% kõigist perearstidest. Näiteks ei ole suurematest linnadest Tartus ja Pärnus ühtki perearsti, kel oleks haigekassa rahastatud tööajavälise vastuvõtt (vt joonis 10).

⁴⁷ Perearstide kättesaadavuse kontrolli tulemused 2017.

⁴⁸ Perearstide kättesaadavuse kontrolli tulemused 2014.

⁴⁹ Intervjuu Terviseametiga.

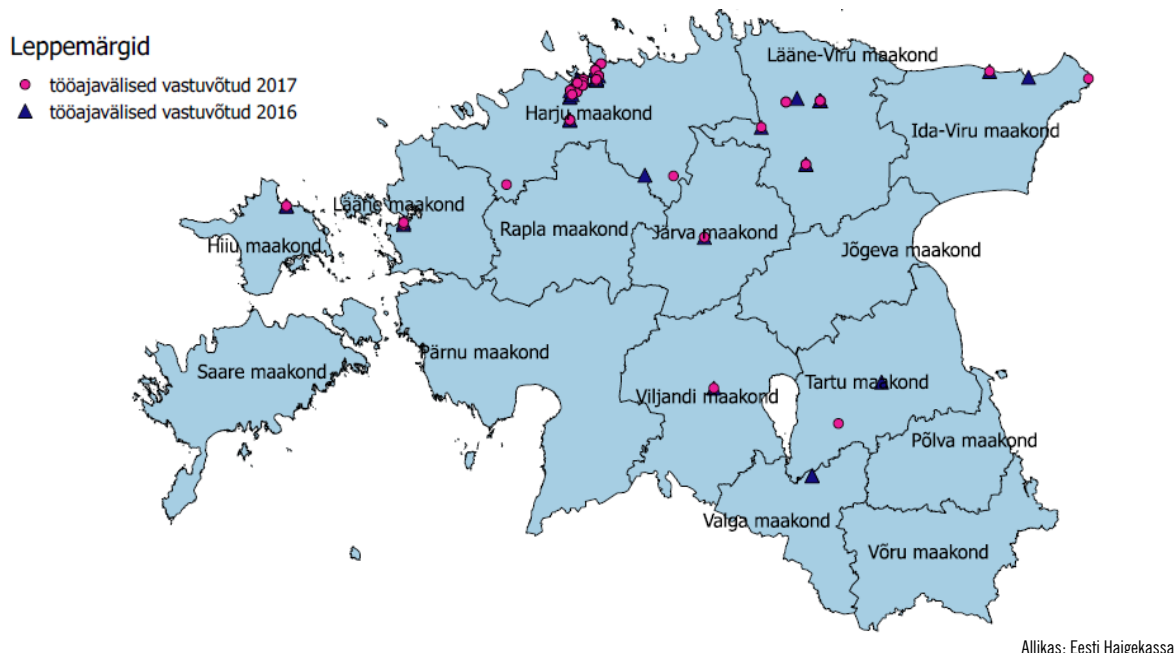
⁵⁰ Intervjuu Eesti Perearstide Seltsiga.

⁵¹ Perearstiabi kättesaadavuse kontroll toimub perearsti tegevuskohas. Hindaja palub näidata, kas ägeda seisundiga patsiendil on võimalik samal päeval perearsti juurde aega saada ning kas kroonilist haiget on võimalik teenindada viie päeva jooksul. Kui registratuuris näidatakse, et on võimalik aeg saada, siis peetakse teenust kättesaadavaks. See aga ei kajasta patsientide vastuvõtule pääsemise tegelikku aega, kuna seda ei dokumenteerita. Teisisõnu puudub teadmine selle kohta, millal patsient soovis aega ja millal ta realselt vastuvõtule pääses. Lisaks puuduvad osas praksistes vastamata kõnesid salvestavad vastuvõtjad ning sel juhul ei tea perearst, et patsient on aega soovinud.

⁵² Intervjuu Valga, Raplamaa, Rakvere, Pärnu, Põlva, Läänemaa haigla, Lääne-Tallinna Keskhaigla, Järvamaa haigla, Ida-Viru Keskhaigla, Viljandi haiglaga.

⁵³ Caroline Berchet. Emergency Care Services. OECD Health Working Papers No. 83, 2015.

Joonis 10. Perearstide arv, kes teevad tööajaväliseid vastuvõtte asukoha järgi



79. Haigekassa⁵⁴ hinnangul on praegu tööajaväliseid vastuvõtte võimaldavaid perearstikeskusi vähe. Ühtlasi on erinevused piirkonniti väga suured. Seejuures on olukorra parandamisel peamiseks väljakutseks see, et teenust ei pakuta mitte vajaduse järgi, vaid võimekuse põhjal.

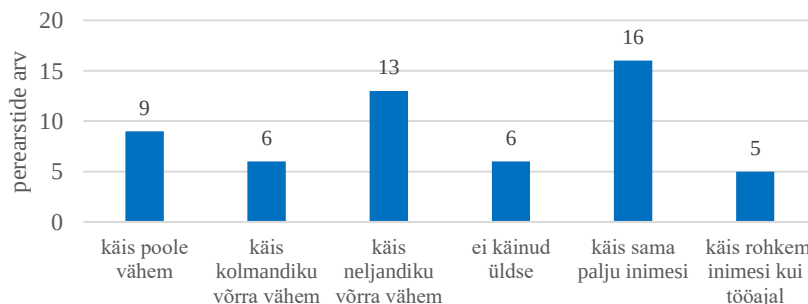
80. Haigekassa ei ole seni analüüsinud tööajaväliseid vastuvõtte täituvust. Samuti ei kogu tööajaväliseid vastuvõtte kohta andmeid perearstiabi korralduse eest vastutav Terviseamet. Kuna perearstidel puudub kohustus esitada haigekassale andmeid tööajaväliseid vastuvõtte täituvuse kohta, ei peeta ka perearstikeskustes täpset arvet, kui palju inimesi seda võimalust kasutab. Seega puudub haigekassal ülevaade, kas lisavastuvõttudest on kasu ja kas need aitavad EMO koormust vähendada.

Teadmiseks, et

üks perearstipraksis, kes andis vastuse, et patsiendid ei pöördunud üldse töövälisel ajal (vt joonis 11), selgitas, et tegelikkuses sel ajal patsientide vastuvõttu ei toimunud – sel ajal toimus pereõe ületunnitöö (administratiivsete ülesannete täitmine).

81. Eelnevast tulenevalt uuris Riigikontroll, kui palju pöördub patsiente töövälisel ajal nende perearstide juurde, kellel on tööajaväliseid vastuvõtte. Selgus, et peaaegu 40% perearstide puhul oli pöördujate arv sama või suurem kui tööajal. 60%-l juhtudest oli pöördujaid vähem (vt joonis 11).

Joonis 11. Perearstide hinnangud tööajaväliseid vastuvõtte kasutuse kohta võrreldes tööajal toimuvate vastuvõttudega



Allikas: Riigikontrolli päring perearstidele

⁵⁴ Intervjuu Eesti Haigekassaga.

82. Lisaks peab 48% Eesti inimestest oluliseks, et perearst või -õde võtaks vastu ka pärast kella 18 õhtul.⁵⁵ Eelnev näitab, et teatav nõudlus teenuse järele on ka töövälisel ajal.

83. Intervjuudest HVA-haiglate esindajatega ilmneb, et EMO töötajate ja haigla juhtide arvates võiksid perearstikeskused olla tööpäevadel kauem lahti ning avatud ka nädalavahetuseti.⁵⁶ Perearstide hinnangul aga ei pruugi tööajaväliselt töötavad perearstikeskused EMOSse pöördumiste arvu tingimata vähendada.

84. Siiski pöördub arvestatav osa (39%) kergemate terviseprobleemidega patsientidest EMOSse tööpäeva õhtul ning nädalavahetusel (vt täpsemalt lisa A joonis 7). See näitab samuti, et teatav vajadus teenuse järele on ka töövälisel ajal. Üheks lahenduseks on pikendada loodavates tervisekeskustes perearsti vastuvõtuaega.

85. Riigikontrolli hinnangul ei võimalda kasutusel olev metoodika hinnata vajaliku täpsusega perearstiabi tegelikku kättesaadavust. Kontrollisüsteem annab hinnangu sellele, kas ja kuidas on perearstikeskused loonud patsientidele võimalused vastuvõtule registreerida, kuid see ei võimalda hinnata, kas inimesed reaalselt pääsevad perearsti vastuvõtule nõuetekohase aja jooksul ning nende vajadustele vastavalt.

Perearstide võimekus patsiente aidata on erinev

86. „Rahvastiku tervise arengukavas 2009–2020“ on kirjas, et oluline on tagada kvaliteetsed tervishoiuteenused esmatasandil. Puudujäägid perearstiabis soodustavad EMOSse pöördumist. Kui patsient ei saa vajalikku teenust või ei ole sellega rahul, otsib ta abi mujalt.

87. Riigikontroll eeldas, et patsiendid saavad sarnase kvaliteediga tervishoiuteenust olenemata sellest, millise perearsti nimistusse isik kuulub.

88. Haigekassa teeb järelevalvet perearstidega sõlmitud lepingute täitmise üle. Terviseameti roll on korraldada esmatasandi arstiabi ning kontrollida, kas perearstid täidavad õigusaktidega kehtestatud nõudeid. Lisaks hinnatakse Eesti Perearstide Seltsi juhtimisel ning koostöös nimetatud osapooltega perearstipraksiste kvaliteeti.

89. Perearstipraksiste kvaliteedihindamine koosneb 20 kriteeriumist, mille alusel jaotatakse praksised kolmeks: A-, B- ja C-tase. Iga täidetud kriteeriumi eest antakse 1 punkt ning kriteeriumid puudutavad muu hulgas perearstikeskuse töökorraldust ja ravitöö kvaliteeti. A-taseme saavutamiseks peab perearstikeskus koguma 19–20 punkti, B-taseme jaoks 16–18 punkti ning C-taseme puhul 0–15 punkti.

90. Perearstipraksiste⁵⁷ kvaliteeti on hinnatud alatest 2009. aastast. Viimasel, 2017. aasta hindamisel saavutas A-taseme 21% praksistest (66 praksist), B-taseme 22% (68 praksist) ning C-taseme 57% (174 praksist). Alates 2009. aastast on hindamistes osalenud kaks kolmandikku praksistest, seega on kolmandikule praksistest hinnang andmata ning

⁵⁵ Elanike hinnangud tervisele ja arstiabile 2016. Sotsiaalministeerium.

⁵⁶ Intervjuu Tartu Ülikooli Kliinikumi, Lääne-Tallinna Keskaigla, Rakvere, Raplamaa, Narva, Pärnu, Valga, Põlva haiglaga.

⁵⁷ Perearstipraksiste all on mõeldud haigekassa lepingulisi üldarstiabi teenuse osutajaid.

puudub kontrollitud teadmine selle kohta, millise kvaliteediga teenust patsient sealt saab.

91. Seni on kvaliteedihindamises osalemist motiveeritud peaaugjalikult tublimata premeerimise kaudu, s.t igal aastal kokkulepitud näitajate täitmise korral makstakse praksisele kvaliteedi lisatasu. Neile praksistele, kes on kehvema tasemega ega vasta kriteeriumitele või ei osale hindamises, sanktsioone ei rakendata. See on ka peamine põhjus, miks suur osa perearstipraksistest ei osale kvaliteedihindamises ning tervikülevaade praksiste taseme kohta puudub.

92. Sanktsioneerimise asemel aitaks olukorda parandada mentorlussüsteem, mille kaudu saab suunata rohkem perearstipraksiseid hindamises osalema. Mentoriteks on eelnevatel aastatel A-tasemele hinnatud praksistes töötavad perearstid, kes annavad nõu, kuidas kehvema hinnangu saanud praksiste töökorraldust parandada.

93. Eesti Perearstide Seltsi hinnangul võib Eestis olla 30–40 praksist, mis ei vasta ka kvaliteedi miinimumnõuetele. Seega võib teenuse kvaliteet oleneda sellest, millisest praksisest patsient teenust saab.

94. Perearsti praksiste ebaühtlast taset kinnitasid ka auditi käigus läbi viidud EEMASi eksperditöö tulemused. Eksperdid hindasid perearstide tegevust kuni aastase perioodi vältel, enne kui nimistu patsient oli pöördunud EMOSse. Tulemustest selgus, et 21% analüüsitud patsientide puhul ei olnud perearsti tegevus enne patsiendi EMO-visiiti olnud piisav.⁵⁸

95. Näiteks töid eksperdid ebapiisava tegevusena välja olukorrad, kus perearst ei suunanud patsienti uuringu(te)le ja/või protseduuri(de)le, kuigi see oleks olnud vajalik. Vajalikule uuringule ja/või protseduurile ei suunatud 36% analüüsitud patsientidest.⁵⁹ Samuti selgus EEMASi eksperditööst, et ravimit vajanud patsientidele oli jäänud ravim välja kirjutamata 13%-l juhtidest. Perearsti ebapiisav sekkumine võib olla üheks teguriks, mis on viinud patsiendi EMOSse pöördumiseni.

96. Eksperdid hindasid perearstide tegevust ka pärast patsiendi visiiti EMOSse. Kokkuvõtvalt näitasid tulemused, et perearsti tegevus oli ebapiisav 19%-l hinnatud juhtudest. Nendel juhtudel, kui tegevust hinnati ebapiisavaks, põhjendati seda muu hulgas arstide tegematajätmistega. Näiteks ei suunatud 22% patsientidest uuringu(te)le ja/või protseduuri(de)le ning 6% patsientidele ei kirjutatud välja ravimit, kuigi ekspertide hinnangul oleks see olnud vajalik. Perearsti ebapiisav tegevus võib viia korduva EMOSse pöördumiseni.

97. Perearstide erinevat taset ja suutlikkust patsienti aidata kinnitasid ka haigekassa perearstide hindamise tulemused, mille kohaselt 32% perearstidest ei tegele piisavalt haiguste ennetamise ega krooniliste haigete jälgimisega.⁶⁰

⁵⁸ Osakaal on võetud nendest analüüsitud juhtumitest, mille puhul oli võimalik perearsti tegevuse piisavust hinnata.

⁵⁹ Osakaal on võetud nendest patsientidest, kes vajasisid uuringuid.

⁶⁰ 2017. aastal perearstide kvaliteedisüsteemis osalenud ja lisatasu taseme saavutanud perearstide nimekiri. Eesti Haigekassa, 2018.

Peararsti tegevus enne patsiendi pöördumist erakorralise meditsiini osakonda

Peararsti tegevus pärast patsiendi pöördumist erakorralise meditsiini osakonda

Teadmiseks, et

Eestis tehakse keskmiselt üle 6 miljoni perearsti ja -õe vastuvõtu aastas. Vastuvõttude koguarv on aastatel 2012–2017 kasvanud 21%.

Perearstide arv ja töökoormus

OSKA on tööjõuvajaduse seire- ja prognoosisüsteem, mille eesmärk on õppe parem seostamine tööturu vajadustega.

OSKA analüüsib Eesti majanduse arenguks vajalike oskuste ja tööjõu vajadust lähema 10 aasta jooksul.

Teadmiseks, et

haigekassa tõi perearstiresidentide arvu suurendamise vajaduse välja juba 2009. aastal, kuid seni ei ole midagi ette võetud.

Kliiniline assistent – perearstikeskuse halduspersonalist hulka kuuluv töötaja, kelle ülesanne on jagada patsientidele infot perearstikeskuse ja üldise tervishoiukorralduse kohta ning registreerida patsiente vastuvõtule nende terviseprobleemist lähtudes.

Allikas: Eesti perearstipraksiste kvaliteedijuhis 2018

98. Seega on patsientide käsitlemise varieeruva kvaliteedi üheks põhjuseks perearstide erinev praktika ja pädevus, mille algpõhjused vajavad täiendavat väljaselgitamist. Ka Eesti Perearstide Selts on rõhutanud, et perearstide tase on väga erinev ning sõltub nii piirkonnast, pädevusest, sh ravijuhendite ja perearstipraksiste kvaliteedi mõõdikutega kursis olemisest, kui ka keeleoskusest.⁶¹

99. Teiseks kitsaskohaks on perearstide vähesus. Kui tervishoiutöötajate arv on Terviseameti andmetel hakanud kasvama, siis perearstide arv on võrreldes 2016. aastaga vähenenud 2% võrra. Perearstide keskmine vanus oli 2016. aastal 55 aastat, mis on kõrgem ka Eesti arstide keskmisest vanusest (51 aastat). **OSKA**⁶² ja Terviseameti⁶³ hinnangul ei rahulda peremeditsiini residentuuri vastuvõtuarv perearstide pensioniikka jõudmisest tingitud vajadust uute perearstide järele.

100. Perearstide puudust peegeldavad eelkõige luhtunud perearsti-konkursid ja nimistutest loobunute arvu võrdlus uute tööd alustanud perearstide arvuga. Kui 2014. aastal luhtus Terviseameti andmetel kolmandik perearstikonkurssidest, siis 2017. aastal 45%. Nimistutest loobumiste arv ületab nimistuga tööd alustanud perearstide arvu. 2014. aastal alustas nimistuga tööd 23 ning nimistust loobus 19 perearsti. 2017. aastal alustas nimistuga tööd 9 ning nimistust loobus 16 perearsti.

101. See on viinud olukorrani, kus Terviseametil puudub võimalus valida nimistule perearsti. Praegu rahastatakse kõiki perearste sõltumata kvaliteedist, sest sisuliselt puudub võimalus lõpetada nimistuga töötava perearsti leping. Haigekassa hinnangul oleks vaja lisaks 10% perearste, et tekiks võimalus valida ning rakendada sanktsioone kehvema kvaliteediga töötavatele perearstidele.

102. Samuti on perearsti nimistud suured. Pooltes nimistutes oli 2017. aasta lõpu seisuga üle 1736 inimese.⁶⁴ Eesti Perearstide Seltsi sõnul on nimistu optimaalne suurus 1600 patsienti. Seetõttu suureneb perearstide töökoormus ning praksistel on erinev võimekus sellega toime tulla.

103. Samas on perearsti praksises töid, mis ei nõua arsti ega õe kvalifikatsiooni, näiteks telefonikõnede vastuvõtmine, dokumentatsiooni korrastamine, aruannete koostamine.⁶⁵ Neid ülesandeid võiks täita **kliiniline assistent**, kelle tunnitasu on väiksem. See aitaks vabastada perearsti ja -õe mittemeditsiinilistest tegevustest ning muuta perearstiabi efektiivsemaks.

104. Perearstile makstav pearaha sisaldab küll abilise tööjõukulu, kuid see ei pruugi väiksemate praksiste puhul olla piisav. Praegu ei ole kliinilise assistendi kutsestandardis kokku lepitud ning asjakohast eriväljaõpet pakuvad tööandjad ise. Koolituskavas kokkuleppimine on vajalik, kuna

⁶¹ Intervjuu Eesti Perearstide Seltsiga.

⁶² Urve Mets, Vootele Veldre. Tulevikuvaade tööjõu ja oskuste vajadusele: tervishoid. SA Kutsekoda, 2017.

⁶³ Terviseameti tegevuste kokkuvõtte aastast 2016.

⁶⁴ Terviseameti andmed, mis hõlmavad nii ravikindlustatud kui ka -kindlustamata isikuid.

⁶⁵ Peremeditsiini arengukava 2012–2020.

arstide ja õdede puudus ning pikk koolitusaeg vajavad tööjõuressursi otstarbekat kasutamist.⁶⁶

105. Riigikontrolli hinnangul soodustab perearstiabi ebaühtlane kvaliteet EMOSse pöördumist. Kõikidele patsientidele ei ole tagatud võrdse kvaliteediga perearstiabi, sest hinnatud praksiste tase on erinev. Lisaks on osa praksistest kontrollimata. Juhul kui patsient ei saa kvaliteetset tervishoiuteenust oma perearstilt, otsib ta seda mujalt. Praeguses süsteemis on kõige kiirem ja soodsam alternatiiv pöörduda EMOSse.

Osa patsientidest ei pöördu esmaseks diagnoosimiseks ega järgnevaks raviks perearsti poole

106. „Rahvastiku tervise arengukavas 2009–2020“ on kirjas, et ravi järjepidevuse tagamiseks peab tervishoiusüsteem olema patsiendikeskne. See hõlmab erinevate tervishoiutasandite koostööd ning koordineeritust. Teine oluline aspekt on patsiendi informeeritus, mis tähendab nii oskust orienteeruda tervishoiusüsteemis kui ka teadlikkust oma terviseprobleemidest ning ravivõimalustest.

107. Optimaalse ravitulemuse saavutamiseks peab patsient terviseprobleemi ilmnedes pöörduma esmalt perearsti poole (v.a traumad, mürgistused jm erakorralist abi vajavad juhtumid).⁶⁷ Pärast EMO-visiiti tuleb patsiendil vajaduse korral pöörduda perearsti poole, et haigus oleks kontrollitud või välja ravitud. Samuti on eduka ravi eelduseks ettekirjutatud raviskeemi järgimine.

108. Riigikontroll uuris, kui paljud EMOSse pöördunud patsientidest on sama terviseprobleemiga⁶⁸, mis isikul EMOs tuvastati, eelnevalt pöördunud perearsti poole. Tulemused näitasid, et 21,5% kõigist 2016. a I poolaastal EMOSse (v.a traumapatsiendid ja lapsed) pöördunud patsientidest oli käinud sama terviseprobleemiga eelneva aasta jooksul perearsti vastuvõtul.

109. Ühtlasi näitasid analüüsi tulemused seda, et 11% patsientidest ei olnud EMO-visiidile eelneva aasta jooksul kordagi perearsti külastanud (osakaal ei hõlma traumaga või mürgistusega EMOSse pöördunuid, millele üldjuhul ei eelnegi perearsti külastust).

110. Ka Riigikontrolli ja EEMASi koostöös tehtud eksperditöö tulemused kinnitasid, et paljud patsiendid ei pöördu enne EMO-visiiti oma perearsti poole. Näiteks selgus, et 35% hüpertoonia, seljavalu ning alumiste hingamisteede infektsiooniga EMOSse pöördunud patsientidest olid eelnevalt selle probleemiga perearsti poole pöördunud.

111. Kokkuvõtvalt oli eksperditöö tulemusel EMOSse nimetatud kolme haigusega pöördunud patsientide eelnev tegevus ebapiisav 49%-l juhtudest. Näiteks hõlmab ebapiisav tegevus nii perearsti vastuvõtule õigeaegset pöördumata jätmist, uuringutele minemata jätmist kui ka ravimite väljaostmata jätmist.

⁶⁶ Urve Mets, Vootele Veldre. Tulevikuvaade tööjõu ja oskuste vajadusele: tervishoid. SA Kutsekoda, 2017.

⁶⁷ Rahvastiku tervise arengukava 2009–2020.

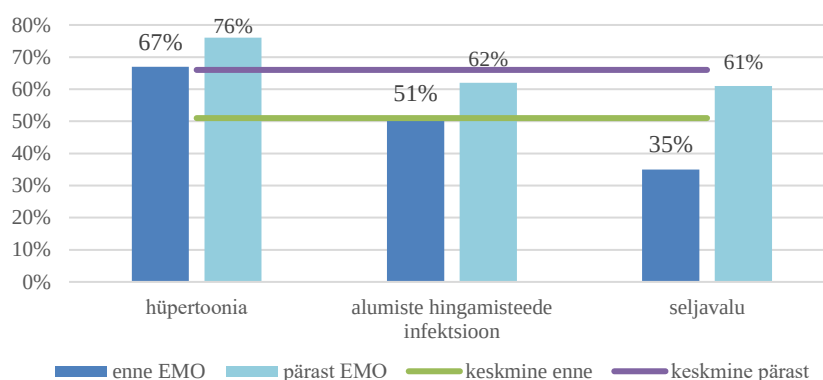
⁶⁸ Analüüs põhineb diagnoosijaotiste võrdlusel.

Patsiendi tegevus pärast visiiti erakorralise meditsiini osakonda

112. Ühtlasi uuriti sama eksperditöö käigus, kas patsiendid pöörduvad EMO-le järgneva ravi või haiguse kontrolli all hoidmise eesmärgil pärast EMO-visitit perearsti juurde. Tulemused näitasid, et patsientide tegevus pärast EMO-visitit on terviseteadlikum, sest perearsti juurde pöördus 61% patsientidest.

113. Samuti hinnati sama eksperditöö käigus kokkuvõtvalt EMOSse pöördumisele järgnevat patsiendi tegevust ebapiisavaks 34%-l juhtudest ehk 2/3 juhtudest oli käitumine piisav (vt jaotust haigusrühmade kaupa jooniselt 12).

Joonis 12. Patsientide osakaal, kelle tegevus oli piisav haiguse ravimisel enne ja pärast EMO-visitit



Allikas: Riigikontroll EEMASi eksperditöö andmete alusel

114. Ebapiisavaks tegevuseks pidasid eksperdid näiteks juhtumeid, kus patsient vajab EMO järel seoses täiendava raviga arstivisiiti, kuid patsient vastuvõtule ei jõudnud. Selliseid patsiente oli kokku 18%.⁶⁹ Samamoodi peeti tegevust ebapiisavaks, kui arst oli patsiendi suunanud uuringule, kuid patsient ei käinud seal. Selliseid patsiente oli kõigist uuringutele suunatutest 5%. Patsientidest, kellele ravim kirjutati, ei otnud seda välja 9%. Seega on patsiente, kes arsti etteantud raviskeemi ei täida.

115. Patsiendile ravi meeldetuletamiseks praegu hoovad puuduvad, kuna perearst ei saa teavet selle kohta, kui tema nimistu patsienti raviti EMOs. Vastava info olemasolu korral oleks perearstil võimalus ise patsiendiga ühendust võtta ning vajalikud juhised anda (vt järgmine alapeatükk). See eeldab ka õigusaktide täpsustamist, kuna praegu ei ole perearstil õigust patsiendi kohta infot saada väljaspool patsiendi enda pöördumist.

116. Lisaks eelnimetatud eksperditööle näitasid ka Riigikontrolli analüüsi tulemused, et kõik patsiendid ei lähe pärast EMO-külastust perearsti juurde. Kõigist patsientidest, kes olid pöördunud 2016. a I poolaastal EMOSse (v.a traumapatsiendid ja lapsed), oli pärast EMO-külastust aasta jooksul perearsti juurde jõudnud sama terviseprobleemiga 29%.⁷⁰ Üldse ei olnud pärast EMO-külastust aasta jooksul perearsti vastuvõtule jõudnud 12% patsientidest. Nii patsiendi kui ka perearsti ebapiisav

⁶⁹ Hüpertoonia diagnoosiga patsientidest 12%, alumiste hingamisteede infektsiooniga patsientidest 25% ja seljavalu diagnoosiga patsientidest 18%.

⁷⁰ Analüüs põhineb diagnoosijaotiste võrdlusel. Sama täpsustus käib ka kahe järgneva lõigu kohta.

Patsientide korduvad pöördumised erakorralise meditsiini osakonda

Teadmiseks, et

kõige enam pöördus üks patsient sama terviseprobleemiga (ehk talle määrati sama diagnoosijaotis) 2016. a I poolaastal EMOSse 23 korda.

Patsiendi hoiakud ja teadlikkus tervisekäitumise kujundamisel

tegevus EMO-visiidi järel võib viia patsiendi tervise halvenemiseni ning uue pöördumiseni EMOSse.

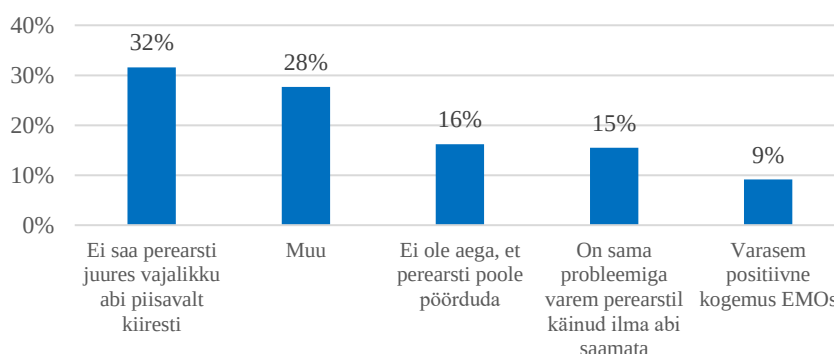
117. Riigikontroll uuris, kas ja kui palju on selliseid patsiente, kes on rohkem kui ühe korra aasta jooksul EMOSse pöördunud. Tulemused näitasid, et 1 aasta jooksul pöördus kõigist EMOs käinutest sinna tagasi 21% ehk 17 375 patsienti. Märkimisväärne on see, et sama terviseprobleemiga pöördus korduvalt EMOSse 10% ehk 8073 patsienti.

118. Korduvaid sama terviseprobleemiga pöördumisi oli 2016. a I poolaastal 19 420 (18% pöördumistest). See viitab, et sama terviseprobleemiga pöördutakse aasta jooksul ka rohkem kui kahel korral. Siiski tuleb silmas pidada, et osa nendest pöördumistest võivad olla EMO-arsti tehtud tagasikutsed, s.t teatud aja möödudes võib EMO-arst soovida patsiendi uuesti üle vaadata.

119. Üks oluline põhjus, millest tuleneb puudulik tervisekäitumine, on patsientide erinevad hoiakud, teadmised ning varasemad kogemused tervishoiusektori erinevate tasandite, sh esmatasandi ehk perearstiga.

120. Riigikontroll uuris EMOSes ankeetküsitluse abil, miks kergemate kaebustega pöördunud patsiendid ei läinud EMO asemel oma perearsti juurde. Tulemustest selgus, et ligi veerand ei soovinud perearsti poole pöörduda. Neist omakorda 15% oli sama probleemiga varem perearsti juures käinud ilma abi saamata ning 9%-l vastajatest oli eelnev positiivne kogemus EMOSse pöördumisest. Enim vastanutest ehk 32% oli seisukohal, et perearsti juures ei saa abi piisavalt kiiresti (vt joonis 13).⁷¹

Joonis 13. Patsientide põhjendused selle kohta, miks nad ei soovinud perearsti poole pöörduda, osakaalu järgi⁷²



Allikas: Riigikontroll ankeetküsitluse andmete alusel

121. Kõigist vastajatest 40% töid välja, et perearst ei olnud nende hinnangul kättesaadav. 25% vastajatest oli perearst selle terviseprobleemiga näinud ja läbi uurinud, kuid sellele vaatamata oli patsient otsustanud EMOSse pöörduda. Samas ei teadnud 6,2% kõigist ankeetküsitlusele vastanutest seda, et perearst oleks saanud neid probleemi korral aidata, ega seda, et perearsti vastuvõtule saab ka erakorraliselt minna (uurigus kasutatud küsimusi vt lisast B).

⁷¹ Vt täpsemalt ankeedivormi lisas B.

⁷² Kategooria „muu“ hõlmab peamiselt patsiente, kelle haigus ägenes, kuigi eelnevalt olid nad lootnud, et see läheb ise üle, vt ka lisas B olevat ankeeti.

Erakorralise meditsiini osakonda pöördumise kriteeriumid

Teadmiseks, et

esimene samm, selgitamaks patsiendile, millise probleemiga ja kuhu pöörduda, on tehtud.

2017. a andis Eesti Perearstide Selts koostöös Eesti Erakorralise Meditsiini Arstide Seltsiga välja juhendi „Perearst või EMO“, kus on toodud soovitusel, milliste probleemide korral pöörduda EMOsse ning milliste puhul perearsti poole.

Allikas: Eesti Perearstide Selts

122. Ka HVA-haiglate esindajatega tehtud intervjuudest⁷³ selgus, et oluline roll selles, kuhu patsiendid otsustavad pöörduda, on patsiendi teadlikkusel ja hoiakutel. Seejuures on probleem, et mõnikord pöörduakse kergete terviseprobleemidega, kus arsti sekkumist ei olegi vaja. Samuti on sage probleem, et kõik patsiendid ei järgi raviskeemi.

123. Samas võib üheks patsientide käitumist kujundavaks teguriks olla see, et erakorralise tervise seisundi kriteeriume, mille alusel otsustada, millal patsient peaks pöörduma EMOsse ja millal perearsti poole, ei ole Sotsiaalministeerium koos haldusala asutustega kindlaks määranud. Praegune tervishoiukorraldus on jätnud selgitustöö peamiselt arsti, õe või tervishoiuteenust osutava asutuse hooleks, mistõttu võib eeldada, et selgitus lähtub pigem konkreetse asutuse töökorraldusest.⁷⁴

124. Esmatasandi rolli on kirjeldatud kui esmast kontaktpunkti tervishoiusüsteemis, kuid samas võib inimesele olla arstiabi kiiremini kättesaadavam EMOs. Kui perearsti vastuvõtule tuleb eelnevalt broneerida aeg ja vajalikele uuringutele tuleb üldjuhul eri ajal minna, siis EMOs on võimalik teenuseid saada samal päeval.

125. Patsientide teadlikkuse parandamisega peaksid tegelema kõik osapooled, sh patsiendile edastama sama sõnumit. Sellele aitaks kaasa, kui koondada patsiendile suunatud teave erinevate sümptomite ja haigusseisundite, meditsiiniteenuste, tervisedenduse ning haiguste ennetuse jms kohta ühtsesse veebiportaali (mis võib kuuluda nt patsiendiportaali või haigekassa kodulehe juurde). See võimaldaks inimestel leida usaldusväärset ja süsteemset infot. Muu hulgas peaks selline veebileht pakkuma patsiendile tuge, et otsustada, kuhu oma murega pöörduda.

126. Riigikontrolli hinnangul on vajalik täiendavalt patsiente juhendada ja selgitada, milliste terviseprobleemidega tuleks pöörduda esmalt perearsti juurde ning millistega EMOsse. Tervishoiusüsteemi kõik tasandid peaksid inimestele andma ühese sõnumi, kuidas arstiabi on korraldatud, selgitama millise murega ja kuhu pöörduda ning üle kordama raviskeemist kinnipidamise olulisuse. Praegu sõltub patsiendi teadlikkuse parandamine konkreetsest tervishoiuteenuse osutajast. Samuti ei jõua perearstini info nimistu patsiendi EMO-visiidi kohta, et vajaduse korral järgnevat ravi õigel ajal alustada ja seeläbi tagada raviskeemist kinnipidamine.

Puudulikud infosüsteemid takistavad perearstide ja erakorralise meditsiini osakonna koostööd patsientide ravimisel

127. „Rahvastiku tervise arengukava 2009–2020“ 2015. aasta rakendusplaanis on seatud alaeesmärgiks tõhustada e-riigi põhimõtete rakendamise kaudu teenuse osutajate koostööd ja parendada infovahetust. Lisaks on „E-tervise strateegilises arenguplaanis 2020“ eesmärk, et terviklik info patsiendi tervise seisundi ja osapoolte tegevusplaani kohta peaks olema olema nii tervise teenuse osutajatel kui ka isikul endal.

128. Riigikontroll eeldas, et perearstid saavad operatiivselt infot, kui nende nimistu patsient on pöördunud EMOsse. Niisama oluline on, et EMOs

⁷³ Intervjuu Põhja-Eesti Regionaalhaigla, Lääne-Tallinna Keskhaigla, Järvamaa, Narva, Pärnu, Rakvere, Raplamaa, Põlva, Valga, Viljandi, Läänemaa haiglaga.

⁷⁴ Diana Ingerainen. Juhtkiri. Perearst, veebruar 2015.

Info liikumine erakorralise meditsiini osakonna ja perearsti vahel

Epikriis – haigusloo kokkuvõte.

Tervise infosüsteem – riigi infosüsteemi kuuluv andmekogu, milles töödeldakse tervishoiuvaldkonnaga seotud andmeid.

TEHIK – Tervise ja Heaolu Infosüsteemide Keskus.

EMO e-kaart – digitaalne dokument, mis koostatakse EMOSse pöördumise kohta ja laaditakse tervise infosüsteemi.

Perearsti nõuandetelefon

vastuvõttu tegeval arstil oleks info patsiendi eelnevate visiitide, diagnooside, tehtud uuringute ning määratud raviskeemi kohta

129. Riigikontroll uuris, kuidas jõuab info patsiendi EMO-visiidi kohta tema perearstini ning kas EMOs vastuvõttu tegeval arstil on kiiresti kättesaadav patsiendi kogu eelnev ravilugu.

130. Intervjuust Eesti Perearstide Seltsiga selgus, et üks peamisi põhjuseid, miks patsiendi EMO-le järgnev ravi on sageli ebapiisav ning võib viia korduva pöördumiseni EMOSse, on see, et perearstid ei tea, kas, millal ning millise diagnoosiga on nimistu patsient EMOSse pöördunud. Visiidi järel pannakse EMO epikriisi üldjuhul küll tervise infosüsteemi, kuid perearstile selle kohta ühtegi teavitust ei tule. Perearst saab EMO-visiidist teada ainult siis, kui patsient teda sellest teavitab. Paljud patsiendid seda siiski ei tee. Ka ei ole TEHIK seni suutnud tööle rakendada spetsiaalselt EMOSse pöördumiste jaoks välja töötatud e-kaarti.

131. Lisaks ei tea perearstid, kui nende patsiendid on raskemate probleemidega helistanud perearsti nõuandetelefonile 1220 ning sealt on isik edasi suunatud näiteks EMOSse või patsiendi kõne hädaabinumbrile (vt lisa C). Nõuandetelefon on praegu anonüümne, s.t telefonile vastab meditsiinitöötaja, kes ei näe patsiendi eelnevat ravilugu. Alati ei mäleta patsiendid vajalikke detaile oma eelneva raviloo kohta ega esita oma tervisliku seisundi kohta korrektset infot. See teeb lahenduste pakkumise keeruliseks ning kaasneb risk, et soovitud ei aita patsienti. Samuti ei tea perearst, millist nõu on patsient nõuandetelefonilt saanud ning kuidas see mõjutab võimalikku pooleli olevat ravi. Olukorda parandaks, kui perearsti nõuandetelefonile helistajaid oleks võimalik vajaduse korral tuvastada.

132. Sageli ei ole ka EMOs vastu võtval arstil võimalik kätte saada kogu patsiendi eelnevat ravilugu, sest seda ei kuvata reaalajas. Nimelt on tervise infosüsteemi üles laaditud uuringuid ja analüüse võimalik vaadata teisel osapoolel hetkest, kui arst on epikriisi kinnitanud. Harvad ei ole juhtumid, kui epikriis kinnitatakse viitajaga, kuna arsti jaoks lõpeb haigusjuht patsiendi tervenemisega või konkreetse haigusepisoodi lõppedes. See kehtib nii eriarstiabi kui ka perearstiabi visiidi kohta. Vahepealsel pöördumisel teise arsti juurde, sh EMOSse, ei nähta tehtut ning arstil ei ole võimalust seda ei diagnoosimisel ega oma raviskeemis arvestada. Ühtlasi võib see viia uuringute ja analüüside dubleerimiseni.

133. Eesti perearstipraksiste kvaliteedijuhendis on toodud samuti välja, et kui patsiendi liikumisel ühest ravietapist teise on info vahetamine puudulik, võib see halvendada ravikvaliteeti.

134. Lisaks ei laadita tervise infosüsteemi üles kõiki visiite ja kontakte arstiga (nt telefoni kaudu konsulteerimist, ravimite väljastamist). Näiteks esitati TEHIKu hinnangul 2018. aasta I kvartali seisuga ca 50–55% perearstiabi epikriisidest tervise infosüsteemi.⁷⁵ Selle üheks põhjuseks on perearstide erinev praktika. Teisalt ei ole siiani täpsemaid reegleid⁷⁶

⁷⁵ Intervjuu TEHIKuga.

⁷⁶ Perearstid ei tea, milliseid andmeid tuleb ambulatoorsel epikriisil tervise infosüsteemi edastada. Sageli ei edastata kordusvisiitide ning kergemate ja korduvate diagnoosidega seotud andmeid. Mõningaid andmeid dubleeritakse, edastades andmeid ühe vastuvõtu kohta nii ambulatoorsel epikriisil kui ka tervisekontrolli teatisel.

andmete edastamise kohta pere- ja eriarstidega kokku lepitud ega juhendis kindlaks määratud.⁷⁷

135. Riigikontrolli hinnangul pärsivad nii ebapiisavad infotehnoloogilised lahendused kui ka nende puudulik kasutamine EMO ja perearstide koostööd patsiendi ravimisel, sest nimistu patsiendi EMO-visiiti puudutav info patsiendi seisundi ja edasise vajaliku järgneva ravi kohta ei jõua operatiivselt perearstini. Samuti ei ole EMOs vastu võtval arstil võimalik alati saada ülevaadet patsiendile varem tehtud uuringutest ning määratud raviskeemidest, mis võimaldaksid täpsemini diagnoosida ning oleksid vajalikud arvesse võtta ravi määramisel.

136. Riigikontrolli soovitused tervise- ja tööministrile koostöös Eesti Haigekassa juhatuse esimehega:

- Luua perearstidele rahaline ajend tegutseda selle nimel, et nimistu patsiendid pöörduksid kergemate terviseprobleemidega ennekoike perearsti poole. Seejuures veenduda, et rahastus ei väheneks nendel perearstidel, kes on taganud kvaliteetsed tervishoiuteenused ning nende kättesaadavuse ka erakorralise terviseprobleemi korral, kuid vaatamata sellele pöördub patsient kerge tervisekaebusega EMOsse (soovitus tuleks ellu viia koos p-s 137 toodud soovitusel).

Tervise- ja tööministri vastus: Otsuse pöördumise koha valikul ootamatu tervisehäire puhul langetab eelkõige patsient. Patsientide valikud on seotud nii teadlikkusega kui ka usaldusega teenuseosutaja vastu. Teadlikkuse suurendamiseks on Erakorralise Meditsiini Arstide Selts koostöös perearstidega töötanud välja patsiendijuhendi „Perearst või EMO?“, kus lihtsas keeles selgitatakse, kuhu oleks õige pöörduda sõltuvalt sümptomist. Juhend on kättesaadav nii elektroonselt kui ka paberkandjal.

Usalduse tõstmiseks esmatasandi vastu viime ellu tervisekeskuste projekti, mis koondab perearste suurematesse kaasaegse taristu ja võimalustega keskustesse koos toetavate teenustega ning üks tervisekeskuse tunnuseid hakkabki olema senisest pikem lahtiolekuaeg (vähemalt suuremates keskustes). Hetkel suures osas soolopraksistes tegutsevatelt perearstidelt ei ole võimalik eeldada või nõuda pikendatud lahtiolekuaega vajalikus mahu ega EMOga võrreldavat abi. Kehtiva Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetelu kohaselt saavad tervisekeskuse baasraha need keskused, mis on avatud tööpäeviti kell 08.00–18.00 ning kus tervisekeskuse lahtiolekuajal võtab vastu vähemalt üks perearst, kes tagab kõikide tervisekeskuses tegutsevate perearstide nimistusse kuuluvate patsientide vastuvõtu ägeda tervisehäire korral. See hakkab loodetavalt olema ka rahaliseks motivaatoriks, kuna tervisekeskuses tegutseva perearsti baasraha on oluliselt suurem mitteliitunud perearsti baasrahast.

Riigikontrolli kommentaar: Sotsiaalministeeriumi väljatoodud rahaline motivaator on seotud perearstide koondumisega tervisekeskustesse. Riigikontroll toetab perearstikeskuste pikemat lahtiolekuaega, et parandada perearstiabi kättesaadavust. Riigikontrolli üldtoodud soovitus

⁷⁷ Eva Anderson, Liisi Panov. Perearstiasutuste ambulatoorsed visiidid tervise infosüsteemi andmetes 2015. aastal. Tervise Arengu Instituut, 2017.

on aga suunatud kõigile perearstidele, mitte ainult neile, kes tegutsevad tervisekeskustes. Ühtlasi peab Riigikontroll silmas rahalist ajendit, mis oleks otseselt seotud sellega, kui tõhusalt perearst tagab oma nimistu patsientidele abi erakorraliste probleemide korral ning aitab seeläbi vältida nende EMOSse pöördumist.

Eesti Haigekassa juhatuse esimehe kommentaar: Üldarstiabis on rakendatud erinevad toimetamised ja haigekassale on teada teenuse osutajate erinev teenuse osutamise tase ja võimekus.

Haigekassa on alustanud uue raamlepingu koostamist, mis tagab senisest paremini kokkulepitud miinimumbaastaseme hoidmise ja motiveerib saavutama kõrgemat taset. Mentorlussüsteem on koostöös Eesti Perearstide Seltsi ja Maailmapangaga loomisel. Eeldatav rakendamine 2020. aastast kui uue üldarstiabi raamlepingu lahutamatu osa. Süsteemis osalemine on mentorlust vajavatele nimistutele kohustuslik.

Eesti Haigekassa juhatuse esimehe vastus: Perearstide tänane rahastusmudel sätestab perearsti ja pereõe vastuvõtuajad ning praktilise lahtiolekuaja. Tervisekeskuses on kõrgem baasraha, millega on tagatud nõuded pikemale lahtiolekuajale. Endiselt on patsientidel harjumuses ootamatu terviseprobleemi korral pöörduda EMOSse. Oleme arvamusel, et siinkohal aitab patsientide teadlikkuse suurendamine erinevate kampaaniate kaudu. Samuti aitab kaasa erinevate nõustamisteenuste laiendamine senise perearstinõuande telefoni 1220 baasil. Töötame selles suunas, et alates 01.08.2019 alustada isikustatud nõustamisega.

- Pikendada tervisekeskuste valmides vajaduse korral neis perearsti vastuvõtu aega tööpäevadel kella 20.00-ni. Ühtlasi tagada lühendatud vastuvõtt nädalavahetusel.

Seejuures alustada süsteemselt andmete kogumist tööajavälistel vastuvõttudel käimise kohta piirkondade kaupa ja hinnata, kas tööväliseid vastuvõtte pakkuvate keskuste nimistutes olevad patsiendid pöörduvad vähem EMOSse, ning kui vaja, korrigeerida vastuvõtuaegu patsientide pöördumistest lähtudes.

Tervise- ja tööministri vastus: vt eelmine vastus.

Riigikontrolli kommentaar: Riigikontroll on seisukohal, et tööajaväliste vastuvõttude planeerimiseks on oluline alustada andmete kogumist tööajaväliste vastuvõttude täituvuse kohta ning seejärel vajaduse korral vastuvõtuaega pikendada. Kuna perearstidel puudub kohustus esitada andmeid tööajaväliste vastuvõttude täituvuse kohta, ei peeta ka perearstikeskustes täpset arvet, kui palju inimesi seda võimalust kasutab ning kas need aitavad EMO koormust vähendada.

Eesti Haigekassa juhatuse esimehe vastus: Perearstidel on kolm erinevat toimetamist: üksikpraksis, grupipraksis ja tervisekeskus. Tervisekeskuses on sätestatud nõuded pikemale lahtiolekuajale:

- tervisekeskus on avatud tööpäeviti kell 08.00–18.00;
- tervisekeskuse lahtiolekuajal võtab selles vastu vähemalt üks perearst, kes tagab kõikide tervisekeskuses tegutsevate perearstide nimistusse kuuluvate patsientide vastuvõtu ägeda tervisehäire korral;
- tervisekeskuse lahtiolekuajal on selles tagatud vähemalt ühe pereõe iseseisev vastuvõtt.

- Koondada patsiendile suunatud teave haigusseisundite, erinevate sümptomite, meditsiiniteenuste, tervisedenduse jms kohta ühtsesse veebiportaali (mis võib kuuluda nt patsiendiportaali või haigekassa kodulehe juurde), et inimestel oleks võimalik leida usaldusväärset ja süsteemset infot. Muu hulgas peaks selline veebileht pakkuma patsiendile tuge, et otsustada, millise probleemiga pöörduda EMOsse, millisega perearsti juurde ning milliste probleemidega ja kuidas ise toime tulla.

Tervise- ja tööministri vastus: Eespool viidatud patsiendijuhend „Perearst või EMO?“ on saadaval nt perearstide seltsi ja suuremate haiglate kodulehelt, mis kindlasti on usaldusväärsed allikad, samas võib kahtlemata kaaluda täiendavaid riikliku kontrolli all olevaid digitaalseid infokanaleid. See aga paraku ei takista muude infokanalite tegutsemist.

Riigikontrolli kommentaar: Patsiendijuhendi „Perearst või EMO?“ koostamine on esimene samm, selgitamaks patsiendile, kuhu oleks õige pöörduda sõltuvalt sümptomist. Samas pole juhendi valmimisele järgnenud inimeste süsteemset teavitamist. Juhendi leidmiseks internetis peab olema kas teadlik juhendi olemasolust või teadma õigeid märksõnu. Paberil juhendi levitamine sõltub tervishoiuteenuse osutaja soovist juhend välja trükkida. Riigikontrolli hinnangul jääb ilma teavitusest juhendi mõju patsiendi teadlikkuse parandamisel tagasihoidlikuks.

Eesti Haigekassa juhatuse esimehe vastus: Ettepanek on igati asjakohane. Patsientidele paremaid tervisevalikuid teha abistav info võiks/peaks olema kättesaadav ühest allikast. Haigekassa võtab ettepaneku täiendavaks analüüsimiseks.

137. Riigikontrolli soovitusel tervise- ja tööministrile koostöös Tervise ja Heaolu Infosüsteemide Keskuse peadirektoriga:

- Luua 2020. aastaks infotehnoloogiline lahendus, mille abil jõuaks perearsti töölauale igapäevaselt info, millised tema nimistu patsientidest on eelneva päeva jooksul pöördunud EMOsse või kiirabisse.

Tervise- ja tööministri vastus: Oleme perearstide töölaamurega kursis ning koos arutanud võimalikke lahendusi. Arvestama peab, et perearstid eraõiguslike juriidiliste isikutena suhtlevad oma infosüsteemide arendajatega iseseisvalt, riigil saab siinjuures olla toetav roll, sh tervise infosüsteemiga haakuvuse poolelt. Meile teadaolevalt on väljatöötamisel Perearst 3 uus infosüsteemi lahendus perearstidele ning osapoolte ehk siis perearstide ja arendaja koostööst sõltub ka selle kasutajamugavus.

Tervise ja Heaolu Infosüsteemide Keskuse peadirektori vastus: Tehniline lahendus, mis võimaldab perearstil oma nimistu patsientide kohta laekunud uute dokumentide päringuid teha (ning vastavalt arsti tarkvarale ka teavitusi saada), on Tervise ja Heaolu Infosüsteemide Keskuses (TEHIK) loodud (standardid avaldatud 2016. aasta detsembris). Hetkel on vaja muuta õigusruumi, et teenused kasutusele võtta soovitud ulatuses. Täna võimaldab õigusruum teenust kasutada ainult avatud ravisuhtega patsientide uute laekunud dokumentide kohta info saamiseks (näiteks patsiendi kohta, kellele on arsti saatekiri väljastatud või on avatud haigusjuhtum). Täna õigusruumi kohaselt isiku nimistusse kuulumine ei ole perearstile aluseks tervise infosüsteemist isiku

terviseandmete pärimiseks. Õigusruumi muudatus on eelduseks, et perearst saaks pärida laekunud uute dokumentide andmed kõikide oma nimistu patsientide üleselt. Samuti on vaja perearstide tarkvaras teenus rakendada ja kasutusele võtta.

Eesti Haigekassa juhatuse esimehe kommentaar: Haigekassa toetab Riigikontrolli ettepanekut.

Terviseandmete näol on tegemist eriliigiliste isikuandmetega, mille töötlemisel on GDPR artiklis 9 sätestatud täpsed nõuded. Töötlemine saab olla võimalik üldjuhul vaid andmesubjekti nõusolekul. Eelkõige on oluline lõike 2 alapunkt h „töötlemine on vajalik ennetava meditsiini või töömeditsiiniga seotud põhjustel, töötaja töövõime hindamiseks, meditsiinilise diagnoosi panemiseks, tervishoiuteenuste või sotsiaalhoolekande või ravi võimaldamiseks või tervishoiu- või sotsiaalhoolekandesüsteemi ja -teenuste korraldamiseks, tuginedes liidu või liikmesriigi õigusele või tervishoiutöötajaga sõlmitud lepingule ja eeldusel, et lõikes 3 osutatud tingimused on täidetud ja kaitsemeetmed kehtestatud“. Ehk infotehnoloogiliste lahenduste loomisel tuleb järgida isikuandmete kaitse põhimõtteid.

Patsiendi ja tervishoiuteenuse osutaja vahel sõlmitakse teenuse osutamiseks leping. VÕS § 759 kohaselt loetakse leping sõlmituks ka teenuse osutamist alustades. Perearsti ja tema nimistu patsiendi vahel ei ole sõlmitud tähtajatut teenuse osutamise lepingut. Seega ei ole hetkel perearstil õiguslikku alust vaadata tema nimistu patsientide kohta andmeid ilma patsiendi teadmata. Ettepanekute elluviimine eeldab vastavate õiguslike regulatsioonide loomist.

Viljandi Haigla eestvedamisel on käimas pilootprojekt, mille eesmärk on optimeerida erinevate teenuste osutamise protsesse ja parendada infovahetust tervishoiu- ja sotsiaalhoolekandesüsteemi vahel, mis väldib ebaolulisi tegevusi ning dubleerimisi, vähendab kulusid ning tagab teenuse osutamise õiges kohas. Projekti on kaasatud erinevad teenuseosutajad (perearst, haigla, kiirabi, koduõde, apteeker, sotsiaaltöötaja) ning kaasatud on ka abivajaja lähedased.

- Arendada perearsti nõuandetelefoni selliselt, et patsiendi nõusoleku korral saaks meditsiinitöötaja ligi tema eelnevale haigusloole, sest see võimaldab veenduda telefonitsi antava soovitusel õigsuses. Seejuures töötada välja teavitussüsteem, et tõsisemate pöördumiste korral tuleks isiku perearstile teada tema nimistu patsiendi kaebuse ning välja pakutud lahenduse kohta.

Tervise- ja tööministri vastus: Vastav perearsti nõuandetelefoni täiendav võimekus on arendamisel ning uus teenus käesoleva aasta tervishoiuteenuste loetelu täiendamise protsessis menetluses.

Tervise ja Heaolu Infosüsteemide Keskuse peadirektori vastus: Perearsti nõuandetelefoni osas on nimetatud teemadel TEHIK teinud koostööd Arstliku Perenõuandla OÜ-ga. Arstliku Perenõuandla OÜ on kasutusele võtnud Perearst 2 tarkvara, mis võimaldab tervise infosüsteemi ning retseptikeskusega liidestamist. Nõuandetelefonile helistaja isikusamasuse tuvastamiseks võetakse kasutusele ID-kaardi ja mobiil-ID põhine süsteem, mis annab aluse tervise infosüsteemi pöörduja kohta päringuid teha (info pärineb Arstliku Perenõuandla OÜ-lt).

- Luua digitaalne infovahetuskeskkond, kus oleks võimalik reaalajas jälgida kõigi meditsiinitöötajate sissekandeid patsiendi diagnoosimisel ja ravis. Näiteks võimaldaks see EMOs vastu võtval arstil näha kohe kogu perearsti tegevust patsiendi diagnoosimisel ja ravimisel, sh tehtud uuringuid ja protseduure.

Tervise- ja tööministri vastus: Taolise võimekuse loomist tulevikus on tervise infosüsteemi pikema perspektiivi aruteludes puudutatud. Lähiaastatel sellise *on-line*'is kogu tervishoiusüsteemi tööd kajastava lahenduse loomine siiski reaalne ei ole.

Tervise ja Heaolu Infosüsteemide Keskuse peadirektori vastus: Reaalajalähedane raviinfo tervise infosüsteemis vajab lisaks tehnilistele arendustele tervise infosüsteemis ja arstide kasutatavas tarkvaras põhimõttelist muudatust arstide tööprotsessides. Täna on kõik tervishoiuteenuse osutajad kohustatud tervise infosüsteemi edastama ravi kokkuvõtte ning ühtlasi raviprotsessi jooksul tehtud uuringute, analüüside, protseduuride andmed. Vastavalt kehtivale õigusruumile on tervishoiuteenuse osutajatel kohustus ambulatoorse ravi kokkuvõtte edastada tervise infosüsteemi 1 tööpäeva jooksul peale dokumendi kinnitamist ning statsionaarse ravi kokkuvõtte 5 tööpäeva jooksul peale dokumendi kinnitamist.

Täna ei laeku tervise infosüsteemi andmeid patsiendi ravi kohta näiteks siis, kui tervishoiutöötaja ei ole dokumenti kinnitanud (nt patsient on tagasi vastuvõtule kutsutud) ja ravijuht on pikemalt lahti. Et tagada see, et terviseandmed laekuksid tervise infosüsteemi reaalajas ka siis, kui tervishoiutöötaja ei ole ravijuhtumit lõpetanud, eeldab põhimõttelist tervishoiukorralduslikku muudatust.

138. Riigikontrolli soovitusel Eesti Haigekassa juhatuse esimehele:

- Luua mentorlussüsteem perearstidele, kes järjepidevalt saavad kvaliteediindikaatorite põhjal kehvemaid tulemusi.

Eesti Haigekassa juhatuse esimehe vastus: Mentorlussüsteem on loomisel koostöös Eesti Perearstide Seltsi ja Maailmapangaga.

Terviseameti peadirektori kommentaar: Terviseamet toetab madalamale kvaliteeditasemele hinnatud perearstide aitamiseks mentorlussüsteemi sisseviimist.

- Kujundada perearstiabi rahastusmudelit nii, et see võimaldaks vajaduse korral täiendada perearsti meeskonda kliinilise assistendiga. Erialaspetsialiste kaasates töötada välja kliinilise assistendi kutsestandard ja koolituskava.

Eesti Haigekassa juhatuse esimehe vastus: Perearsti rahastusmudel on pidevas arengus ja peab vastama senisest enam erinevate teenuseosutajate vajadustele ja ka erinevate mittekliiniliste rollide määratlemisele esmatasandil. Viime läbi vastavad arutelud koostöös Eesti Perearstide Seltsiga haigekassa ostumudeli töögrupis.

- Kohustada kõiki perearste osalema kvaliteedijuhtimissüsteemi rakendamise hindamises (auditeerimises), et saada terviklik ülevaade kõikide perearstide tasemest ja puudujääkidest.

Eesti Haigekassa juhatuse esimehe vastus: Haigekassa on osalenud alates 2016. aastast Eesti Perearstide Seltsi praksiste auditeerimisel ning on selgelt väljendanud seltsile soovi auditeerida igal tasemel praksiseid. Alates 2019. aastast hinnatakse kõiki praksiseid juhuvalimi alusel olenemata sellest, kas perearst on eelnevalt selleks soovi avaldanud.

Riigikontrolli kommentaar: Eesti Perearstide Seltsi hindamistes on alates 2009. aastast osalenud kaks kolmandikku perearstikeskusest. Riigikontroll peab oluliseks, et hinnang antaks ka kolmandikule praksistest, mille kvaliteedi kohta teadmine puudub. Juhuvaimi alusel hindamine seda ei taga.

139. Riigikontrolli soovitus Terviseameti peadirektorile koostöös Eesti Haigekassa juhatuse esimehega: täiendada perearstiabi kättesaadavuse hindamise metoodikat nii, et see võimaldaks analüüsida perearstiabi tegelikku kättesaadavust. Seejuures analüüsida, kas perearstiabi töökorralduse põhimõtted (nimistu suurus ja ettenähtud vastuvõtuaeg) vastavad tegelikele vajadustele.

Terviseameti peadirektori vastus: Terviseameti tervishoiuteenuste osakonna üheks ülesandeks on nõustada isikuid perearsti kättesaadavuse teemal. Valdavalt on helistajateks Tallinna linnas elavad või ajutiselt resideeruvad inimesed. Samuti saame päris palju teabenõudeid perearsti vahetamise ja valimise kohta ning selleks, et anda inimestele kiiret ja operatiivset infot perearstiabi küsimustes, oleme loonud selliseks nõustamiseks ühe ametikoha. Registreerime ka kaebused, mis puudutavad üldarstiabi kättesaadavust ning vajadusel algatatakse järelevahtemenetlus

Tulenevalt kehtivast perearsti ja temaga koos töötavate tervishoiutöötajate tööjuhendist, peab üldarstiabi osutaja (perearstikeskus) korraldama ägeda tervisehäirega patsiendile vastuvõtu pöördumise päeval, teistel juhtudel viie tööpäeva jooksul. Sellest tähtajast kinnipidamiseks peab perearst vajaduse korral pikendama oma vastuvõtuaega. Tervisetöend, mis ei ole tervishoiuteenuse osutamisega seotud, tuleb patsiendile väljastada 15 päeva jooksul. Seega on perearstil juba täna kohustus pikendada vastuvõtuaega, et tagada seadusest tulenev üldarstiabi kättesaadavus.

Eesti Haigekassa juhatuse esimehe vastus: Üldarstiabi kättesaadavust jälgitakse, külastades perearstide tegevuskohti kohapeal, ette teatamata. Kontrolli eesmärk on hinnata kättesaadavusnõuete täitmist õigusaktides toodud ja haigekassaga sõlmitud lepingu tingimustel. Üldarstiabi teenuse kättesaadavuse kontrolli viivad läbi haigekassa usaldusarstid, alates 2016. aasta 1. oktoobrist uuendatud metoodika abil.

Ajavahemikul 01.10.2016 kuni 30.06.2018 teostati üldarstiabi kättesaadavuse kohapealseid kontrole 742 nimistu juures (s.o 93,7% kõikidest nimistutest vastavalt 18.06 nimistute arvule). Kontrolliti kõiki tegevuskohti, sh lisaks perearsti põhivastuvõtukohtadele ka kõrvaltegevuskohti. Ülalnimetatud perioodil külastati 807 tegevuskohta.

Tulemused. Veerand kontrollitud tegevuskohtadest vastas kõikidele kättesaadavuse nõuetele. 13,5% kontrollitud tegevuskohtadest leiti enam kui 10 puudust.

Kättesaadavuse nõuded on järgmised: teabe väljapanek (perearsti juurde pöörduvatele isikutele näha olev info arsti tegevuskohas ja internetis),

muudatustest teavitamine (haigekassa teavitamine vastuvõtuaegade muutusest, puhkustest, muudatustest personali koosseisus), pääsemine vastuvõtule (perearsti vastuvõtule registreerimise võimaldamine, nõutud aja sees vastuvõtule pääsemine jm).

Enamik kontrollide käigus tuvastatud puudusi olid seotud teabe väljapanekuga (näiteks tegevuskoha lahtiolekuajad, tasuliste teenuste hinnakiri jm). Muudatustest teavitamine (näiteks töökorraldus puhkuse ajal) oli enamikus tegevuskohtades nõuetekohaselt läbi viidud. Ägeda tervisehäirega pääsesid patsiendid perearstile pöördumise päeval enamikus (u 99%) kontrollitud tegevuskohtades.

Haigekassa jätkab kehtiva metoodika alusel kohapealsete kontrollide läbiviimist, kuni kõikide nimistute põhitegevuskohad ja vähemalt üks kõrvaltegevuskoht on külastatud.

Tuvastatud puuduste puhul selgitame kõrvalekallete põhjused ja lepime kokku parandusmeetmed.

Riigikontrolli kommentaar: Oleme seisukohal, et praegu ei võimalda kehtiv metoodika hinnata vajaliku täpsusega perearstiabi kättesaadavust, kuna see ei kajasta patsientide vastuvõtule pääsemise tegelikku aega.

Eriarstiabis ei ole kaetud kogu vajadus teenuse järele

Katmata ravivajadus eriarstiabis suurendab pöördumiste arvu erakorralise meditsiini osakonda

140. „Rahvastiku tervise arengukavas 2009–2020“ on seatud eesmärk tagada kvaliteetsete tervishoiuteenuste kättesaadavus kõigile abivajajatele.

141. Selle üheks eelduseks on eriarstiabi kättesaadavus. Viimane sõltub sellest, kui suures ulatuses on kaetud Eesti inimeste ravivajadus ehk nõudlus eriarstiabi järele.

142. Eriarstiabi kättesaadavuse eest vastutab haigekassa. Igal aastal hindab haigekassa kindlustatute ravivajadust tervishoiuteenuste järele, et sõlmida selle alusel lepingud raviasutustega. Nõudluse arvutamisel võetakse arvesse teenuste varasemat kasutamist ning rahvastiku sotsiaal-demograafilisi näitajaid (nt rahvastiku vananemine, naiste ja meeste osakaal), asustustihedust ning piirkondlikke erinevusi haigestumuses. Nõudlus planeeritakse erialade ja teenuse tüüpide kaupa ravijuhtudena, mille arvu piiratakse, lähtudes konkreetseks aastaks planeeritud ravikindlustuse eelarvest ja prioriteetidest.

143. Perioodil 2014–2018 on **rahastamata nõudlus** ravijuhtude osakaal eriarstiabis kasvanud 5,1%-lt 7,4%-ni. Rahalises plaanis on haigekassa 2018. aastal hinnanud rahvastiku nõudluseks ca 685 miljonit eurot ning rahastamata nõudlus moodustab sellest 7,6% ehk u 52 miljonit. See tähendab, et rahastamata jääb ca 245 000 ravijuhtu (vt joonis 14).

Inimeste ravivajadus eriarstiabis

Teadmiseks, et

haigekassa nõudluse hindamise metoodikat on kritiseeritud, sest see põhineb varasemal teenuste kasutusel ja puudub info, kui palju jäävad teenused kasutamata erinevate barjääride (omaosalus, ooteajad, kindlustusstaatus jms) tõttu.⁷⁸ Samuti on välja toodud, et nõudluse hindamisel ei hõlmata selliseid arstiabi- ja õendusteenuseid, hooldust ja toetust, mida oleks vaja, kuid mida tervishoiusüsteem praegu ei paku.⁷⁹

Rahastamata nõudlus – haigekassa väljaarvutatud hinnatud nõudluse ja rahastatava (ehk eelarvega kaetud) nõudluse vahe.

⁷⁸ Tervise- ja tööministri memorandum valitsuskabineti nõupidamisele 16.03.2017.

⁷⁹ Raul-Allan Kiivet. Eesti tervishoid vajab 500 miljonit lisaraha. Postimees, 05.04.2017.

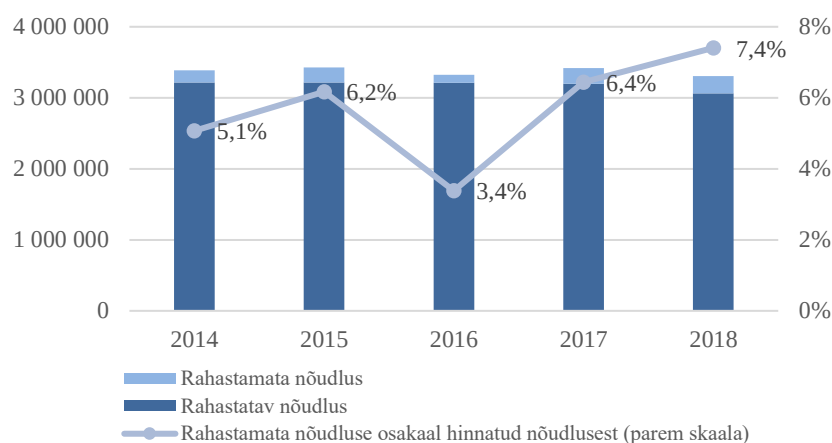
Teadmiseks, et

2018. aastal hinnati eriarstiabis nõudluseks 3,3 miljonit ravijuhtu, mis on ca 113 000 ravijuhtu vähem kui 2017. aastal.

E-konsultatsioon – perearstidele on loodud võimalus tervise infosüsteemi kaudu konsulteerida eriarstidega oma patsiendi diagnoosi täpsustamiseks ning ravi määramiseks.

Rahastamata nõudlus eriarstiabis

Joonis 14. Eriarstiabi hinnatud, rahastatava ja rahastamata nõudluse ravijuhtude arv ja osakaal hinnatud nõudlusest 2014–2018⁸⁰



Allikas: Eesti Haigekassa

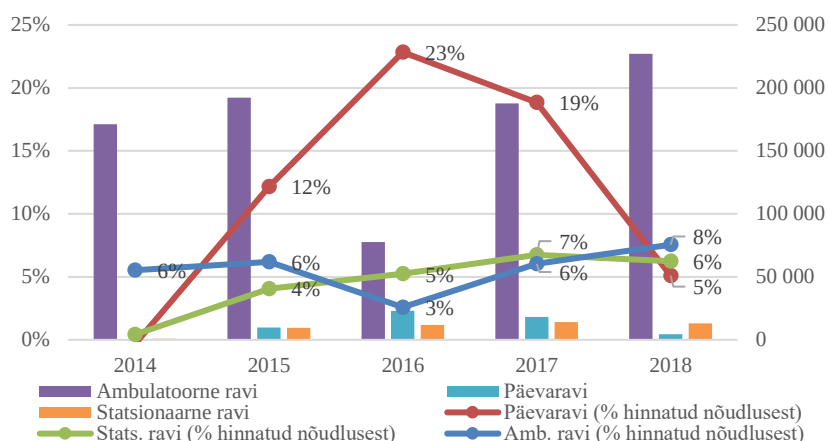
144. Haigekassa hinnangul ei saa ravijuhtude arvu ja arstiabi kättesaadavust üks ühele võrdsustada, sest osa eriarstiabi vastuvõttudest on välditavad ehk neid patsiente oleks saanud aidata perearst. Välditavate vastuvõttude arvu plaanib haigekassa vähendada **e-konsultatsioonide** laiema kasutuselevõtu abil.

145. Suurema osa rahastamata nõudluse ravijuhtudest moodustab haigekassa hinnangul ambulatoorne ravi. Rahastamata ravijuhtude osakaal ambulatoorses ravis on aastatel 2014–2018 kasvanud 5,5%-lt 7,6%-ni. Absoluutarvudes on 2018. aastal rahastamata 227 000 ravijuhtu, 2017. aastal oli see arv 188 000.

146. Statsionaarse ravi puhul on rahastamata nõudlus märkimisväärselt suurenenud, kasvades 0,4%-lt 6,2%-ni. Kuigi rahastamata ravijuhtusid on võrreldes ambulatoorsetega vähe, moodustab see rahaliselt 44% rahastamata nõudlusest. Päevaravis on rahastamata nõudluse osakaal oluliselt kõikunud, kuid see moodustab eriarstiabist küllaltki väikese osa (vt joonis 15).

⁸⁰ 2016. aastal ei tulnud rahastamata ravijuhtude väike osakaal niivõrd rahastatud ravijuhtude suurest arvust, vaid pigem sellest, et haigekassa hindas metoodiliste muudatuste tulemusel sel aastal nõudluse väiksemaks kui teistel aastatel. 2017. aastal muudeti taas metoodikat ning nõudlus hinnati sarnasele tasemele kui enne 2016. aastat.

Joonis 15. Eriarstiabi rahastamata nõudluse ravijuhtude arv ja osakaal hinnatud nõudlusest ravitüübi järgi 2014–2018⁸¹



Allikas: Eesti Haigekassa

Haiglate ületöö

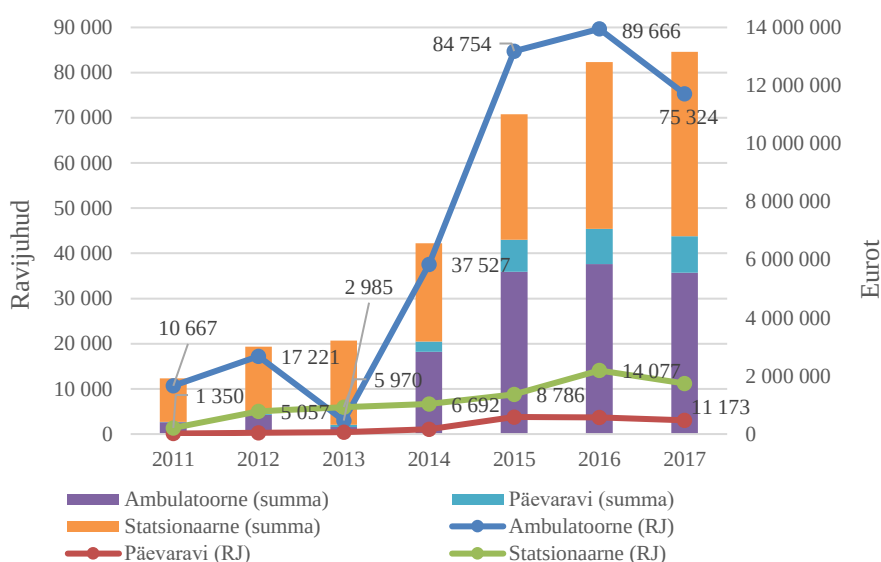
Ületöö – haiglate tehtud töö, mis ületab haigekassaga sõlmitud lepingus ettenähtud tööhulka. Kuni 5% ulatuses lepingus kokkulepitust enam osutatud teenus makstakse välja ambulatoorses ja päevaravis koefitsiendiga 0,7 ning statsionaarses arstias 0,3. Sellest edasine ületöö tuleb haiglal oma kuludesse kanda.

Ületöö rahastamise eesmärk on tagada, et vajaminev arstiabi ei jääks andmata haigekassa lepingust tulenevate piirangute tõttu.

147. Inimeste katmata ravivajadusele viitab ka haiglate ületöö. Aastatel 2011–2017 on ületöö ravijuhtude arv kasvanud ligikaudu 6 korda. Osaliselt mõjutas ületöö kasvu 2014. aastal suurendatud ambulatoorse ületöö koefitsient ning vähendatud statsionaarse ravi lepingumaht. Haigekassa hinnangul peegeldab ületöö kasv erinevust eriarstiabi rahastamises ning inimeste tegelikus ravivajaduses. Ravi rahastamise lepingute mahu kasvule seab piirid sotsiaalmaksu ravikindlustuse osa laekumine.⁸²

148. 2017. aastal olid ületöö ravijuhtudest 84% ning kogusummast 42% ambulatoorsed. Suur arv ambulatoorseid ületöö ravijuhtusid võib olla seotud EMOsse pöördumiste suure arvuga. Statsionaarseid ületöö ravijuhte oli küll vähem (13%), kuid nende kulu moodustas 48% ületöö kogusummast (vt joonis 16).

Joonis 16. Ületöö ravitüüpide kaupa, summad ja ravijuhud (RJ) 2011–2017



Allikas: Eesti Haigekassa

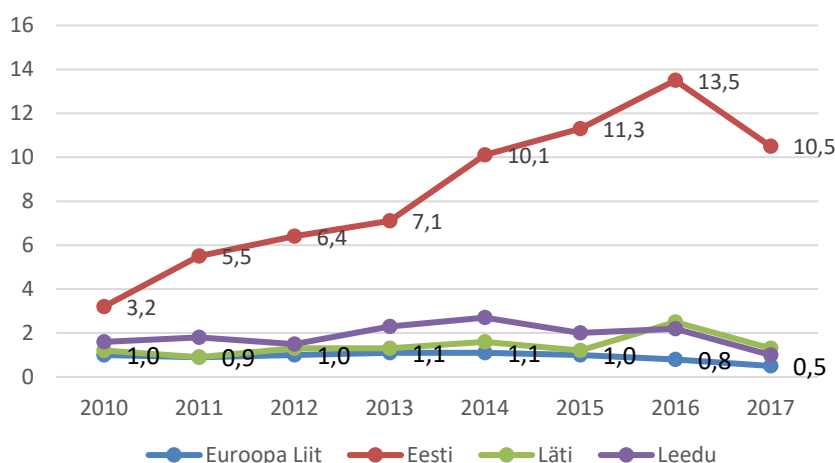
⁸¹ Vt eelmine joonealune viide.

⁸² Tanel Ross. Eesti ravikindlustuse hetkeseis ja tulevikuperspektiiv. Eesti Haigekassa, 2016.

Rahastamata eriarstiabi nõudlus rahvusvahelises võrdluses

149. Eesti inimeste katmata nõudlust eriarstiabi järele näitab ka rahvusvaheline võrdlus. 2017. aastal nägi küsitletud 16aastastest ja vanematest inimestest 10,5% endal katmata ravivajadust (vt joonis 17). Kuigi võrreldes 2016. aastaga on osakaal veidi kahanenud, on see Eestis endiselt Euroopa riikide seas suurim. Seejuures oli teisel kohal Poola 3,9%-ga ning enamikus riikides jäi näitaja alla 1%.

Joonis 17. Eesti inimeste katmata ravivajadus (% vastajatest, kes näeb endal katmata ravivajadust pika ravijärjekorra tõttu) 2010–2017

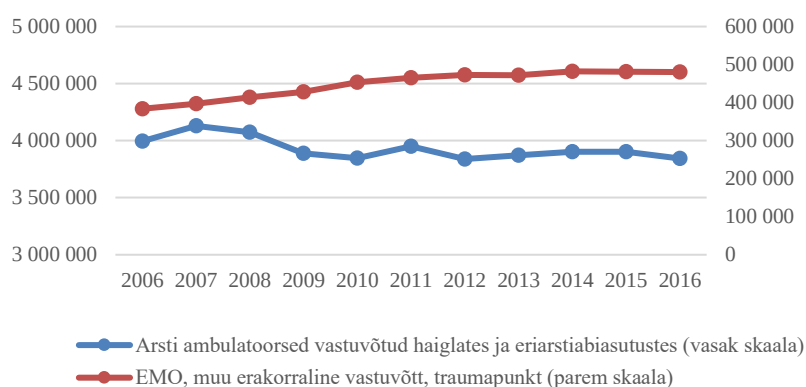


Allikas: Eurostat

Katmata ravivajaduse seos erakorralise meditsiini osakonda pöördumisega

150. Inimeste katmata ravivajadusel on selge seos EMOSse pöördumisega. Tervise Arengu Instituut⁸³ on välja toonud, et alates 2006. aastast on arsti ambulatoorsete vastuvõttude arvu vähenemine suurendanud EMO töömahtu (vt joonis 18). Analüüsi tulemusel leiti, et kui teiste erialade arstide ambulatoorsete vastuvõttude arv väheneb, siis kasvab EMOSse saabuvate patsientide arv. Tervise Arengu Instituudi hinnangul mängis arsti vastuvõttude arvu vähenemisel sel perioodil rolli eelkõige tervishoiu rahastamise vähenemine.

Joonis 18. Ambulatoorsed vastuvõttud ja EMOSse pöördumine 2006–2016



Allikas: Tervise Arengu Instituut

⁸³ Eva Anderson. Arsti ambulatoorsed vastuvõttud ja koduvisiidid 2004–2014. Tervise Arengu Instituut, 2016.

151. Samuti viitasid Riigikontrolli korraldatud intervjuudes mitme haigla ja Sotsiaalministeeriumi esindajad⁸⁴ sellele, et plaanilise arstiabi vähenemine kättesaadavus suurendab EMO-visiitide arvu. Kui inimestel pole võimalik pääseda eriarsti vastuvõtule piisavalt kiiresti, siis pöörduvad nad erakorralise meditsiini osakonda.

Ravikindlustuseelarve tulude ja kulude vahe

Teadmiseks, et

2018. aastal lisandub tervishoidu pensionäride eest makstav sotsiaalmaks prognoositavas summas 89 miljonit eurot. Sellest 55 miljonit kulub haigekassale pandud täiendavate kohustuste katteks ning 34 miljonit on tegelik lisatulu.

Aastaks 2021. prognoositakse pensionäride eest makstava sotsiaalmaksu arvelt tulu 176 miljonit, millest 100 miljonit läheb täiendavate kohustuste katteks ning 76 miljonit on tegelik lisatulu.

152. Tervishoiukulud on Eestis aasta-aastalt kasvanud (vt täpsemalt lisast A), kuid inimeste ravivajaduse ja pakutavate teenuste vahe suureneb. Perioodil 2013–2016 oli haigekassa tulemlisandus negatiivne: puudujääk jõudis 2016. aastal ligi 30 miljoni euroni. Seetõttu vähenesid haigekassa reservid. Tulenevalt oodatust suuremast sotsiaalmaksu laekumisest ning 10 miljoni suurusest riigieelarve eraldisest eriarstiabi kättesaadavuse parandamiseks oli haigekassa 2017. aasta tulemlisandus 6,8 miljonit eurot.

153. See tähendab, et sotsiaalmaksu ravikindlustuse osast ei piisa tervishoiukulude katmiseks. Põhjuseks on eelkõige tulude kahanemine tööealise rahvastiku vähenemise tõttu, kulude kasv rahvastiku vananemise tõttu ning raviteenuste kulude üldisest suurem kasv (uued ravivõimalused ja kiirem palgakasv).⁸⁵

154. 2017. aastal kinnitati haigekassa seaduse muudatused, mille järgi hakkab riik edaspidi tasuma mittetöötavate pensionäride eest sotsiaalmaksu ravikindlustuse osa. Samas lisandusid haigekassa kohustuste hulka ka kiirabi, HIVi- ja tuberkuloosiravimid, vaktsiinid jm, mida varem rahastati riigieelarvest eraldi ning mille kulude katmiseks läheb suurem osa tervishoidu suunatavast lisarahast. Seetõttu puudub selgus, mil määral aitab lisaraha parandada arstiabi kättesaadavust ja vähendada katmata ravivajadust.

155. Riigikontrolli hinnangul ei taga eriarstiabi praegune rahastamine, et inimeste vajadus eriarstiabi teenuste järele oleks kaetud. Puudujäägid eriarstiabi kättesaadavuses soodustavad patsientide EMOsse pöördumist.

Osa patsientidest ei pääse õigel ajal eriarsti juurde

156. Haigekassa nõukogu otsusega⁸⁶ on kehtestatud ambulatoorse eriarstiabi ravijärjekorra maksimumpikkuseks 6 nädalat (42 päeva). Plaanilise statsionaarse eriarstiabi, päevaravi (välja arvatud mõned operatsioonid) ja viljatusravi korral on ravijärjekorra maksimumpikkus 8 kuud (240 päeva). Ambulatoorse ravijärjekorra maksimumpikkust pikendati 2009. aastal ning seda pole uuesti üle vaadatud.

157. Riigikontroll eeldas, et ravijärjekorrad vastavad kehtestatud nõuetele ning patsiendid saavad lubatud aja jooksul vastuvõtule.

Ravijärjekordade üle arvestuse pidamine

158. HVA-haiglad esitavad iga kuu (teised teenuseosutajad kvartali) alguse seisuga iga lepingu ravitüübi (ambulatoorne, päevaravi, statsionaarne) ja eriala kohta ravijärjekorra andmed. Ambulatoorse ravi ooteaegade kohta esitavad HVA-haiglad ka tagasiulatava ooteaegade aruande. Alates 2014. aastast peab tervishoiuteenuse osutaja saatekirja

⁸⁴ Intervjuu Eesti Erakorralise Meditsiini Arstide Seltsi, Tartu Ülikooli Kliinikumi, Põhja-Eesti Regionaalhaigla, Ida-Tallinna Keskhaigla, Lääne-Tallinna Keskhaigla, Põlva, Valga, Viljandi ja Rakvere haiglaga.

⁸⁵ Tervishoiu rahastamise jätkusuutlikkuse analüüs. Sotsiaalministeerium, 2016.

⁸⁶ Haigekassa nõukogu 11.01.2013. a otsus nr 5 „Ravijärjekordade maksimumpikkused“.

nõudeta erialadel⁸⁷ võimaldama broneerida aega 3 kuud, teistel erialadel 4 kuud ette.⁸⁸ Järjekorra järjekorda haiglad ei pea, s.t kui patsient helistab, kuid kõik ajad on täis, siis selle kohta ülevaade haigekassal puudub.

Ooteajad ambulatoorses ravis

Oftalmoloogia – meditsiinieeriala, mis hõlmab silmahaigusi.

159. Üle lubatud ooteaja ehk lubatud ravijärjekorrast pikem ooteaeg oli 2017. aastal ambulatoorses ravis 9 erialal 33-st (vt tabel 1). Näiteks on oftalmoloogias pikem järjekord kui lubatud. See väljendub ka EMOSse pöördumistes, sest Ida-Tallinna Keskhaigla EMO silmaarstide poole pöörduti 2017. aastal 23 500 korral. See on ligikaudu veerand kogu Ida-Tallinna Keskhaigla oftalmoloogia ambulatoorsete ja statsionaarsete patsientide raviarvetest, mistõttu võib seda sisuliselt pidada silmaarsti ambulatoorseks vastuvõtuks.

Tabel 1. Ambulatoorse ravi keskmised ooteajad erialadel, kus ooteaeg oli lubatust pikem

Eriala	Kvartali keskmised ooteajad 2017. aastal, päevades	Päevade arv, mis on üle ooteaja
Endokrinoloogia	43,3	1,3
Psühhiaatria	43,4	1,4
Taastusravi	44,2	2,2
Ortopeedia	45,7	3,7
Uroloogia	52,5	10,5
Gastroenteroloogia	60,1	18,1
Oftalmoloogia	63,2	21,2
Näo- ja lõualuukirurgia	66,3	24,3
Neurokirurgia	104,1	62,1

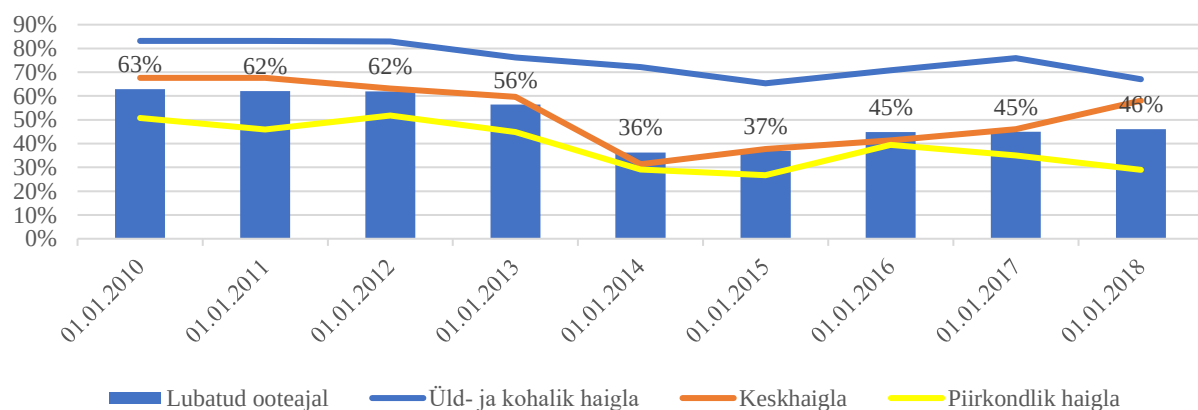
Allikas: Riigikontroll Eesti Haigekassa andmete alusel

160. Seisuga 01.01.2018 ei saanud 54% patsientidest ettenähtud ooteajal ambulatoorsele ravile (vt joonis 19). Ooteajad on põhjustatud nii nn võimsuse puudumisest, s.t personali, sh arstide vähesusest (15%) kui ka ebapiisavast rahastamisest (4%). Peamiseks põhjuseks on patsiendi valik (81%), s.t patsiendile ei sobinud vastuvõtu aeg või soov oli minna konkreetse arsti vastuvõtule. Samas võisid patsiendid loobuda ka pakutud aegadest, kuna ooteaeg eriarsti vastuvõtuni oli liiga pikk.

⁸⁷ Psühhiaatria, günekoloogia, naha- ja suguhaigused ning silmahaigused.

⁸⁸ Eelnevalt selline nõue puudus.

Joonis 19. Ambulatoorse ravijärjekorra lubatud ooteaja osakaal aasta alguse seisuga haiglate tasandite kaupa aastatel 2010–2018



Allikas: Riigikontroll Eesti Haigekassa andmete alusel

Ooteajad statsionaarses ravis

Ortopeedia – kirurgilise meditsiini eriala, mis on suunatud tugiliikumisaparaadi ehk luude, lihaste ja liigeste vigastuste diagnoosimisele ja ravile.

Otorinolarüngoloogia – meditsiini eriala, mis hõlmab kõrva-nina-kurguhaiguste diagnoosimist ja ravi.

161. Statsionaarses ravis ei ületatud ühegi eriala puhul kehtestatud aegu, küll aga üksikutel erialadel üksikutes haiglates, kus ooteaeg on mitu korda suurem, kui tohib. Näiteks oli 01.01.2018. aasta seisuga ooteaeg Ida-Tallinna Keskhaiglas **ortopeedia** erialal 658 päeva. Analoogne seis iseloomustab **otorinolarüngoloogia** eriala, kus ooteaeg Tartu Ülikooli Kliinikumis oli 608 päeva.

162. Statsionaarsele ravile ei saanud lubatud ooteajal 20% ja päevaravile 28% patsientidest.

163. Haigekassa hinnangul on üks ravijärjekordade põhjus selles, et HVA-haiglad planeerivad varasemast rohkem erakorralisi ja korduvaid vastuvõtte (vt ptk „Pöördumisi erakorralise meditsiini osakonda rahastatakse plaanilise eriarstiabi arvelt“). Näiteks on võrreldes 2015. aasta sama perioodiga esmaste plaaniliste vastuvõttude arv 2016. aastal HVA-haiglates kokku vähenenud 20 000 vastuvõtu võrra.⁸⁹ Teiseks põhjuseks on katmata ravivajadus (vt eelmine alapeatükk).

Eesti ravijärjekorrad rahvusvahelises võrdluses

164. OECD on eriarstiabi kättesaadavust analüüsinud kolme operatsiooni põhjal: puusaliigese asendamine, põlveliigese asendamine ja katarakti⁹⁰ eemaldamine. Kõigi nende kolme operatsiooni keskmise ooteaja järgi on Eesti üks pikima ooteajaga riik, ehkki ooteaeg ei ületa Eestis kehtestatud maksimumooteaega (vt lisa F). Seega tuleks Eestis üle vaadata ravijärjekordadele kehtestatud maksimumpikkused.

Eesti inimeste hinnang eriarstiabi kättesaadavusele

165. Ka uuringu „Elanike hinnangud tervisele ja arstiabile 2016“ tulemuste kohaselt on 73% vastajate arvates peamiseks põhjuseks, miks inimesed ei saanud eriarsti juurde, liiga pikad järjekorrad. Sellise põhjuse väljatoomine on viimase kolme aasta küsitluse põhjal saagenenud: 2014. aastal tõi selle põhjuseks välja 68% ja 2015. aastal 64%.

Digisaatekiri – tervise infosüsteemi kaudu eriarstile edastatav saatekiri.

166. Ravijärjekordi aitaks paremini ohjata nii **digisaatekirja** täielik rakendamine ja täiustamine kui ka digiregistratuuri kasutuselevõtt.

⁸⁹ Tervishoiuteenuste kättesaadavus 2016. a, 12 kuud. Eesti Haigekassa, 2017.

⁹⁰ Teisisõnu hallkae, mis on nägemiskaotuse üks enam levinud põhjusi.

167. Pabersaatekirja kasutades on patsiendil võimalik end panna ootejärjekorda ka mitme eriarsti juurde. Digisaatekirja puhul seotakse väljastatud saatekiri konkreetse broneeringuga ning patsiendil ei ole võimalik broneerida mitut aega. See on praegu juurutamisel.

168. Digisaatekirjade täielik rakendamine võimaldab kasutusele võtta haiglateülese digiregistratuuri, mille rakendamise tulemusel ooteajad tõenäoliselt vähenevad. Mõlemad arendusprojektid on seni edasi lükkunud, sest perearstide ja haiglate infosüsteemide täielik ühildamine ja digisaatekirjade tehnilise standardi täpsustamine on võtnud planeeritust rohkem aega. Samuti ei ole HVA-haiglad viinud tööprotsesside etappe ning töö sisulist planeerimist omavahel kooskõlla (nt vastuvõtu graafikute varajasem avamine) ega taganud andmevahetust.

169. Eesti Perearstide Seltsi sõnul võimaldab kiireloomuliste terviseprobleemidega patsiente rutem eriarsti juurde aidata e-konsultatsioon. Selle raames saab eriarst põhjaliku ülevaate patsiendi seisundist ning sellele tuginedes pakub enda erialast lähtuvalt patsiendi jaoks sobivaima ooteaja. E-konsultatsiooni eelise patsiente selekteerida tõid perearstid välja ka haigekassa 2016. aasta uuringus.⁹¹

170. Riigikontrolli hinnangul võib paljude inimeste nõuetest pikemalt ravijärjekorras ootamine kaasa tuua nende tervises seisundi halvenemise ja/või EMOsse pöördumise. Seejuures on Eestis ravijärjekordadele kohati leebemad nõuded võrreldes teiste OECD riikidega.

171. Riigikontrolli soovitusel tervise- ja tööministrile:

- Rakendada täielikult digisaatekirjad vältimaks, et patsient registreerib end ühel ajal mitme sama eriala arsti juurde.

Tervise- ja tööministri vastus: Üleminek pabersaatekirjadelt digisaatekirjadele on planeeritud etapiliselt. Selleks et üleminek oleks sujuv ja toimuks tõrgeteta, teevad Sotsiaalministeerium, Eesti Haigekassa, Tervise ja Heaolu Infosüsteemide Arendamise Keskus, Eesti Perearstide Selts ja Eesti Haiglate Liit omavahel tihedat koostööd.

Digisaatekirjade ülemineku ajakava on hetkel järgmine. 2018. aasta jooksul on kavas minna täielikult üle digisaatekirjade perearstiabis. Arendustegevuste keskmes on eriarstilt eriarstile esitatavate digisaatekirjade juurutamine. 2018.–2019. aastal on arendustegevuste keskmes digisaatekirjade kasutuselevõtt uuringutele ja protseduuridele ning mittetervishoiuspetsialistide vastuvõtule suunamisel. 2019. aastal arendatakse ja juurutatakse digisaatekirju õendusabis ja haiglaravile suunamiseks.

- Viia hiljemalt 2019. aasta I kvartali lõpuks sisse haiglateülene digiregistratuur, mis võimaldaks ravijärjekordi paremini hallata.

Tervise- ja tööministri vastus: Üleriigilise digiregistratuuri rakendamine on tõepoolest võtnud aega planeeritust enam. Pilootprojekti korras liitub digiregistratuuriga käesoleva aasta novembris SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla, järgmisel aastal ühinevad ka teised haiglad. Selleks et motiveerida raviasutusi digiregistratuuriga liituma, on kavas haiglatega sõlmitavasse ravi rahastamise lepingusse lisada liitumine

⁹¹ E-konsultatsiooni rakendamise barjäärianalüüsi läbiviimine. Saar Poll, 2016.

digiregistratuuriga aasta jooksul pärast üleriigilise digiregistratuuri lahenduse valmimisest ehk hiljemalt aastaks 2020.

- Selgitada välja, kas Eestis kehtestatud ravijärjekorra maksimumpikkused on õigustatud ning kas üldjuhul patsiendi tervislik seisund ooteaja vältel ei halvene.

Tervise- ja tööministri vastus: Ravijärjekordade maksimumpikkused on kinnitatud haigekassa nõukogu poolt administratiivse piirmäärana ning need ei ole mõeldud asendada meditsiinilist hinnangut. Igas ravijärjekorras on erineva seisundiga haigeid, kuigi formaalselt võib diagnoos olla sama. Patsiendi tervislikku seisundit ning seda, kui kiiresti ta ravi vajab, hindab arst. Haige ravijärjekorda registreerimine ei saa seega kunagi olla mehaaniliselt, vaid lubatud maksimumpikkusest lähtuv. Ravikindlustuse eelarvesse järgnevatel aastatel lisanduva eraldise kasvades mittetöötavate pensionäride eest saab järk-järgult suurendada teenuste hulka ja lühendada ravijärjekordi ning kindlasti on asjakohane lähiaastatel vaadata ka ravijärjekordade maksimumpikkused üle.

Riigikontrolli kommentaar: Praegune ravijärjekorda registreerimise süsteem ei arvesta patsiendi seisundi raskusastet. Pikkade ooteaegade puhul on oht, et patsiendi seisund halveneb tunduvalt, samal ajal ei pruugi tegelik ooteaeg aga kehtestatud ooteajast olla pikem. Seega on näiliselt kriteeriumid täidetud, kuid patsient võib vajada juba kallimat, komplekssemat ja aeganõudvamat abi.

/allkirjastatud digitaalselt/

Ines Metsalu-Nurminen
auditiosakonna peakontrolör

Riigikontrolli soovitused ja auditeeritute vastused

Riigikontroll andis auditi põhjal tervise- ja töministrile, Eesti Haigekassa juhatuse esimehele, Terviseameti peadirektorile ning Tervise ja Heaolu Infosüsteemide Keskuse peadirektorile mitmeid soovitusi. Tervise- ja töminister saatis oma vastuse Riigikontrolli soovitustele 27.08.2018 ja Eesti Haigekassa juhatuse esimees 22.08.2018. Tervise ja Heaolu Infosüsteemide Keskuse peadirektor ning Terviseameti peadirektor saatsid vastused 21.08.2018.

Üldised kommentaarid auditaruande kohta

Tervise- ja töministri tagasiside: Täname Teid tutvumiseks saadetud aruande „Erakorraline meditsiin“ eelnõu eest ning võimaluse eest anda omapoolset tagasisidet soovitustele, mis on tehtud tervise- ja töministrile. Olukord erakorralise meditsiini osakondades (EMO) on järjepideva tähelepanu all ning sekkumiste ja nende mõju jälgimisel teeme tihedat koostööd Eesti Haigekassaga.

Tervise ja Heaolu Infosüsteemide Keskuse peadirektori kommentaar: Punkt 130: TEHIKu väljaantava standardi aluseks on õigusruum. Tervise infosüsteemi edastatavad dokumendid kehtestatakse sotsiaalministri määrusega „Tervise infosüsteemi edastatavate dokumentide andmekoosseisud ning nende säilitamise tingimused ja kord“. EMO e-kaarti täna tervise infosüsteemi edastatava meditsiini dokumendina õigusruumis kehtestatud ei ole ning seega ei saa seda ka tervise infosüsteemis rakendada. Aastatel 2009–2011 on Eesti Haiglate Liit teinud analüüsi ja protsessikirjelduse, kuid see töösse ei ole läinud: https://haiglateliit.ee/wp-content/uploads/2015/04/standardimise_projekt_02_EMO_raport.pdf.

Riigikontrolli vastus: EMO e-kaarti on võimalik tõesti tööle rakendada vaid juhul, kui see on õigusaktides kehtestatud, samas on selle vajadus tuvastatud juba vähemalt 8 aastat tagasi. TEHIK kui tervise infosüsteemi volitatud töötaja saab teha ettepanekuid õigusruumi muutmiseks ja seista selle eest, et visiit erakorralise meditsiini osakonda ei jääks tervise infosüsteemi edastamata.

Tervise ja Heaolu Infosüsteemide Keskuse peadirektori kommentaar: Punkt 134: täpsustame, et intervjuu andmise ajal veebruari 2017 seisuga edastati ca 40% epikriisidest (võrreldes ravijuhtudega), edastavate perearstikeskuste hulk oli 100% lähedane (see tähendab, et põhimõtteliselt kõik Terviseameti registris olevad perearstikeskused edastasid mingil määral epikriise tervise infosüsteemi). 2018. aasta I kvartalis oli andmehõive ambulatoorsete epikriiside osas vahemikus 50 kuni 55 protsenti (ehk sellises vahemikus laekus kõikidelt perearstikeskustest epikriise võrreldes ravijuhtudega).

Tervishoiuteenuse osutamise dokumenteerimine on reguleeritud erinevate õigusaktidega. Kuidas tervishoiuteenuse osutaja dokumenteerib patsiendiga toimunud kontakti, reguleerib sotsiaalministri 18.09.2008. a määrus nr 56 „Tervishoiuteenuse osutamise dokumenteerimise ning nende dokumentide säilitamise tingimused ja kord“. Tervise infosüsteemi tuleb edastada andmed patsiendile osutatud tervishoiuteenuste kohta. Millised dokumendid ja mis andmekoosseisudes patsiendile osutatud tervishoiuteenuse kohta tuleb tervise infosüsteemi edastada, on reguleeritud sotsiaalministri 17.09.2008. a määrusega 53 „Tervise infosüsteemi edastatavate dokumentide andmekoosseisud ning nende säilitamise tingimused ja kord“. Tervise infosüsteemi põhimäärus sätestab tingimused, millal tuleb tervishoiuteenuse osutamist tõendav dokument tervise infosüsteemi saata.

Tervishoiuteenuse osutaja edastab tervise infosüsteemi andmed järgmiste põhimõtete kohaselt:

- ambulatoorse tervishoiuteenuse osutamise kohta ühe tööpäeva jooksul pärast seda, kui tervishoiutöötaja on asjakohase dokumendi kinnitanud;
- statsionaarse tervishoiuteenuse osutamise kohta viie tööpäeva jooksul pärast seda, kui tervishoiutöötaja on asjakohase dokumendi kinnitanud;
- tervishoiuteenuse osutamisel vormistatud saatekirja andmed kohe pärast saatekirja vormistamist;
- surmateatise andmed viivitamata pärast surma fakti tuvastamist ning surma põhjuse teatise ja perinataalsurma põhjuse teatise andmed ühe tööpäeva jooksul pärast seda, kui tervishoiutöötaja on asjakohase dokumendi kinnitanud;
- meditsiiniliste ülesvõtete kättesaadavaks tegemiseks viivitamata pärast ülesvõtte tegemist.

Seega ei ole tõene väide, et puuduvad reeglid andmete edastamise kohta. Nagu andmehõive protsent näitab, tuleb arstide hulgas teha teavitustööd ja järelevalvet, et neile õigusruumiga määratud kohustused andmete edastamise osas täidetud saaks. Seda ka TEHIK koostöös Eesti Haigekassa ja Tervisametiga teeb.

Riigikontrolli vastus: Lisame aruandesse perearstide saadetud epikriiside uued andmed. Info perearstide teadmatuse kohta, milliseid andmeid tervise infosüsteemi saata, tulenes 2017. aastal TAI väljaantud uuringust „Perearstiasutuste ambulatoorsed visiidid tervise infosüsteemi andmetes 2015. aastal“. Uuring tõi välja, et kuna patsientide pöördumiste hulk perearsti poole on väga suur, ei tundu arstidele otstarbekas igat visiiti ja tegevust tervise infosüsteemis (TIS) kajastada. Sageli ei saadeta TISi andmeid kordusvisiitide ning kergemate ja korduvate diagnooside (nt ülemiste hingamisteede ägedate nakkuste) kohta. Arstide arvates kasvaks andmemaht kogu info TISi edastamisel nii suureks, et olulist teavet patsiendi kohta oleks väga keeruline üles leida. Samuti ei tea arstid, kas laste tervisekontrolli teatistele (nt kasvamise ja immuniseerimise teatist) ja täiskasvanute tervisetõenditele tuleb TISi edastada lisaks ambulatoorne epikriis. Osas perearstiasutustes saadetakse iga teatise ja tõendiga koos ka epikriis. Seega vajavad perearstid täpsemat juhendit, milliseid andmeid ja millisel moel edastada.

Terviseameti peadirektori kommentaar: Ravikindlustamata isikutega peaks tegelema eraldi, et leida need põhjused, miks on isik ravikindlustamata, ja leida lahendus, kuidas ravikindlustus sellisel juhul tagada. Terviseamet ei toeta ideed, et ravikindlustus oleks automaatselt kõigil. Näiteks on ravikindlustust võimalik saada ka töötuna arvele võtmisel,

seega, kas kõik ravikindlustamata isikud ikka peaksid tasuta perearstiabi saama (näiteks ümbrikupalga saajad). Ainult tasuta perearstiabi tagamine kõigile ei lahenda ravikindlustamata isikute terviseprobleeme, sest edaspidine abi on sellisel juhul ikka tasuline. Paljud isikud ei pöördu perearsti poole sõltumata nende kindlustusstaatusast.

Riigikontrolli vastus: Nõustume, et vajalik on uurida põhjuseid ravikindlustuskaitse puudumise kohta. Tõepoolest on ravikindlustuskaitse võimalik saada ka nt töötutuna arvele võttes, kuid see on ühtlasi üks töötute abistamise süsteemi valemotivatsioon, mis moonutab ülevaadet tegelikust tööd otsivate inimeste hulgast ja toob endaga kaasa kulusid (nt menetlemiskulud, tööturuteenuste pakkumine).

Käesoleva auditi analüüsid näitasid, et ravikindlustamata isikute ravi EMOs on märgatavalt kallim, sest sinna jõutakse sageli kehvemas tervislikus seisundis. Selle põhjuseks on omakorda see, et ravikindlustamata isikud on eelnevalt harvem perearsti juurde jõudnud ning neid on vähem uuritud. Tõenäoliselt tuleneb peamine põhjus, miks ravikindlustamata isikud ei ole varem arsti poole pöördunud ning võivad EMOsse jõuda juba halvenenud tervisliku seisundiga, nende väiksest sissetulekust. Nimelt näitas Riigikontrolli analüüs, et 87% ravikindlustamata inimestest, kes pöördusid 2016. a I poolaastal EMOsse (v.a traumapatsiendid), ei olnud samal perioodil deklareerinud sissetulekut (ei Eestist ega välismaalt) ning neil tõenäoliselt puudus võimalus oma raviteenuste eest ise maksta.

Sotsiaalministeerium on välja arvutanud, et võrreldes kehtiva süsteemiga ei läheks ravikindlustusekaitse laiendamine kokkuvõttes oluliselt kulukamaks. Näiteks kui muudatus oleks jõustunud 2017. aastal, oleks rahaline kulu haigekassa eelarvele olnud ca 59 miljonit eurot. Arvestades aga riigieelarvest tagatud muid kulutusi ravikindlustamata isikutele, ei kaasneks lõpptulemusena suures ulatuses kulusid, sest paraneb võimalus pakkuda kindlustamata isikutele ennetavaid tervishoiuteenuseid, nt perearstiabi ja soodusravimeid, selle asemel et rahastada abi osutamist erakorralise meditsiini osakondades. Ka Eesti Perearstide Selts on seisukohal, et kindlustamata isikutel peaks olema omaosaluseta juurdepääs esmatasandi teenustele.

Lisaks on Majanduskoostöö ja Arengu Organisatsiooni (OECD) andmetel Eesti üks väheseid Euroopa Liidu riike, kus osa inimesi on kindlustuskaitseta. Nt on täielik ravikindlustuskaetus nii Soomes, Rootsis kui ka Taanis. Täpsemalt vt lisa D joonis 2.

Terviseameti peadirektori kommentaar: Toetame perearsti-nõuandetelefoniga 1220 isikupõhise nõustamise arendamist. Samas peaks isikul jääma EMOsse otsepöördumise võimalus. Arvestades personali nappust esmatasandil ei tohiks isikutelt võtta ära õigust vajaduse korral pöörduda abi saamiseks EMOsse.

Terviseameti peadirektori kommentaar: Eraldi vajab äramärkimist ja kommenteerimist Riigikontrollis välja toodu, et EMO-sse pöördumised on seotud patsientide teadlikkuse ning suhtumisega tervishoiusüsteemi.

Kui vaadata läbiviidud analüüsi, siis joonistub selgelt välja, et nn välditavate visiitidega käiakse piirkondlikes haiglates (Tallinn ja Tartu), samas väiksemates HVA-haiglates on selliste patsientide osakaal oluliselt väiksem. Kui me võtame üldarstiabi kättesaadavuse konteksti, mida auditis väga rõhutatakse, siis ei joonistu välja see tendents, et piirkondades, kus üldarstiabi korraldamisega on probleeme, oleks EMOsse pöördumiste arv suurem kui teistes HVA-haiglates (nimistutel vahetuvad ajutised asendajad või perearsti koormused on piirkonna ajutistest asendamisest tõusnud). Lääne-Virumaa, Raplamaa on piirkonnad, kus ajutiste asendajate hulk on suurim või perearstide töökoormus võrreldes tavapärasega tõusnud. Samas ei Rakvere ega Rapla haiga EMO külastuste arv ei ole võrreldes piirkondlike haiglatega märkimisväärt. Seega tasuks enam rõhku pöörata patsiendi teadlikkusele ja suhtumisele kui sellele, et üldarstiabi ei ole kättesaadav ja tuleks kehtestada tööajavälised ja nädalavahetuste vastuvõttud. Kui patsient ei soovi perearsti juurde minna või tal on mugavam EMOsse pöörduda, siis vastuvõtuaegade pikendamine ei muuda patsiendi käitumisharjumusi. Kokkuvõtvõtt tuleks sellega tegeleda esmajärjekorras. Lisaks tuleb arvestada, et patsiendid ei ole alati pädevad hindama oma tervise seisundit ja otsustama, kas konkreetne mure vajab erakorralist sekkumist või mitte.

Riigikontrolli vastus: Riigikontroll on seisukohal, et nii üldarstiabi kättesaadavus kui ka patsientide teadlikkus on EMOsse pöördumiste arvu puhul olulised tegurid.

Kaheksa haigla EMOs korraldatud ankeetküsitluse põhjal oli patsientide osakaal, kes oleksid võinud abi saada ka perearstilt, tõepoolest piirkondlikes haiglates suurem kui mujal. Samas on oluline vaadata ka andmeid kõigi HVA-haiglate EMOdes määratud triaazikategooriate kohta. Rohelise ja sinise triaazikategooria visiitide osakaal on kõige suurem (üle 80%) väiksemates HVA-haiglates: Jõgeva, Läänemaa, Lõuna-Eesti, Järvamaa, Raplamaa, Põlva ja Kuressaare haiglas (vt auditi lisa A joonis 5). Põhja-Eesti Regionaalhaiglas on selliseid visiite 63% ja Tartu Ülikooli Kliinikum 48%. Seega ei saa öelda, et välditavad visiidid toimuvad eelkõige piirkondlikes haiglates.

Rapla ja Rakvere haigla EMOs on pöördumiste üldarv küll väiksem kui piirkondlikes haiglates, kuid võrrelduna maakonna elanike arvuga on EMO külastuste arv seal vastupidi suurem kui nt Tallinna haiglate puhul. Selle üks põhjus võib olla Terviseameti väljatoodud üldarstiabi kättesaadavuse probleem nimetatud piirkondades.

Terviseameti peadirektori kommentaar: Punkt 12: perearst võtab vastu 4 tundi päevas, millest ühel päeval peab vastuvõtt olema kuni kella 18.00-ni. Paljud perearstid rakendavad oma keskuses nn imikute päeva, kus teisi patsiente üldse vastu ei võeta. Kuna perearsti vastuvõtt on 4 tundi päevas, ei ole õige järeldada, et kõik patsiendid, kes pöördusid EMOsse tööpäeval kella 8.00-18.00 vahel, oleks saanud pöörduda perearsti poole.

Riigikontrolli vastus: Arvestatud. Lisasime p 12 juurde täpsustava kommentaari.

Terviseameti peadirektori kommentaar: Punkt 21: õe iseseisev vastuvõtt ei saa asendada arsti vastuvõttu. Õe iseseisvale vastuvõtule suunab patsiendi eriarst ja teenust osutab erioode. Protseduure, mille läbiviimiseks ei ole vaja arstlikku otsust (nt puugi eemaldamine jms), võiks kahtlemata teha õde iseseisvalt, aga sellisel juhul ei ole tegemist õe iseseisva vastuvõtuga. Pigem oleks vaja luua EMOde juurde perearsti ööpäevaringne vastuvõtt.

Riigikontrolli vastus: Aruandes on peetud silmas, et õe vastuvõtu rakendamine EMOs, millele ei pea järgnema arsti vastuvõtt, aitaks vähendada EMOs töötava eriarsti koormust. Tervishoiuteenuse osutajad koostöös riigiasutustega võiksid kokku leppida, milliste kaebuste ja protseduuride puhul on see võimalik.

Terviseameti peadirektori kommentaar: Toetame tervisekeskuste arendamist esmatasandil, mille eesmärk on teenuse koondumine üksikpraksistest grupipraksistesse, terviklik lähenemine teenustele ja ressursside paindlik

kasutamine. Selline korraldus võimaldab integreeritud patsiendikäsitlust esmatasandil. Samuti toetame ühtse registratuuri loomist, mis parandaks teenuse kättesaadavust.

Mis puudutab ettepanekut pikendada tervisekeskuses perearstide vastuvõtuaegu tööajavälisel ajal või nädalavahetustel, ei pruugi praktilises tervishoiukorralduses tuua kiirelt loodetud lahendusi. Sellisele korraldusele tuleks üle minna paindlikult ja etapiviisi. Nimelt võivad paljud perearstid seetõttu loobuda tervisekeskusesse koondumisest, et ei soovi vastuvõtuaega pikendada. Samuti on Eestis palju üksikpraksiseid, kus perearstid ei suuda tagada tööajaväliselt vastuvõttu, seega pannakse perearstidele kohustus töötada kauem ja suurema koormusega, mis omakorda võib viia perearsti tööst loobumiseni. Sellist lahendust saab kasutada olukorras ja piirkondades, kus perearstide järelkasv on tõrgeteta tagatud ning perearstid tervisekeskustesse koondunud.

Riigikontrolli vastus: Riigikontrolli hinnangul on oluline alustada süsteemselt andmete kogumist tööajavälisel vastuvõttudel käimise kohta piirkondade kaupa ja hinnata, kas tööväliseid vastuvõtte pakkuvate keskuste nimistutes olevad patsiendid pöörduvad vähem EMOSse, ning kui vaja, korrigeerida vastuvõtuaegu patsientide pöördumistest lähtudes.

Riigikontrolli soovitus	Auditeeritute vastused
Patsientide teadlikkuse suurendamine 55. Riigikontrolli soovitus tervise- ja tööministrile: kaaluda, kas hakata patsiente nõustama telefoni teel enne EMOSse pöördumist, et suunata nad lähtuvalt asukohast ning hetke ooteaegadest sobivaimasse EMOSse, paluda neil pöörduda perearsti juurde või anda juhtnöörid, kuidas terviseprobleem kodus lahendada. Selline lahendus oleks võimalik siduda juba olemasoleva perearsti nõuandelefoniga 1220. Seejuures jääks kiirabi teenus jätkuvalt telefoninõustamisest eraldiseisvaks; p 22	Tervise- ja tööministri vastus: Telefoni teel nõustamine enne EMOSse pöördumist on võimalik ka täna toimiva perearsti nõuandelefoni kaudu, mis hetkel on küll anonüümne. Samas on nõu andmine patsiendilt saadud info põhjal võimalik. Arendamisel on ka infotehnoloogiline lahendus nõustatavate isikute identifitseerimiseks, mis võimaldaks vajadusel vaadata ka isiku kohta tervise infosüsteemis olevaid terviseandmeid. Eesti Haigekassa hinnangul saab isikustatud nõustamise käivitada järgmise aasta teisel poolaastal. Riigikontrolli kommentaar: Nõustume, et ka praegu on patsiendil võimalik helistada enne EMOSse pöördumist perearsti nõuandelefonile, kuid praktikas seda siiski sageli ei tehta. Selleks, et telefoninõustamise abil saaks vähendada välditavate EMOSse pöördumiste arvu ja seeläbi EMODE töökoormust, on vaja teenust edasi arendada. Ühest küljest tuleks selleks suurendada patsientide teadlikkust selle kohta, et telefoninõustamine enne EMOSse pöördumist on soovitatav ja kasulik. Teisalt annaks võimalus saada infot EMO ooteaegade kohta erinevates haiglates patsientidele vajalikku teavet, et otsustada, kas ja kuhu pöörduda. Eesti Haigekassa juhatuse esimehe kommentaar: Haigekassa on alustanud nõustamisteenuste ülevaatamist, et laiendada neid senise perearstinõuande telefoni 1220 baasil. Valmistume hankeks, et alates 1. augustist 2019 alustada isikustatud nõustamisega, mille kliinilise töö ulatus on kokkuleppimisel Eesti Perearstide Seltsi ja teiste sidusorganisatsioonidega.
Ravikindlustamata isikute arstiabi leida lahendus, et ravikindlustamata isikutel oleks võimalik saada nii haiguste ennetuse teenuseid kui ka esmast ravi, vältides sellega tervise seisundi muutumist erakorraliseks, mis toob kaasa kõrgemad ravikulud; p-d 43–51	Tervise- ja tööministri vastus: Hetkel on Sotsiaalministeeriumi tellimisel valmimas täpsustav uuring ravikindlustamata isikute kindlustuse puudumise põhjuste kohta, millest järgnev samm on kindlustuskaitse laiendamise võimaluste kaalumine. Lahendused sõltuvad suures osas riigieelarve võimalustest, aga ka poliitilistest eelistustest. Seni on kindlustuskaitset laiendatud üksikute probleemsete sihtgruppide kaupa, kes seni on olnud kaitseta (nt loovisikud, mitme võlaõigusliku lepingu alusel töötavad isikud jt). Samas tuleb ka silmas pidada, et ka praegu on ravikindlustamata isikutele tasuta perearstiabi paljudes piirkondades omavalitsuste toel võimaldatud. Eesti suurim omavalitsus Tallinn on korraldanud kindlustamata isikutele eraldi ambulatoorsete ja statsionaarsete tervishoiuteenuste saamiseks võimaluse, mitmetes väiksemates omavalitsustes on koostöös perearstidega sõlmitud kokkuleppeid kindlustamata isikutele perearstiteenuste tagamiseks, kasutades perearstidele selle töö hüvitamiseks soodsamaid renditingimusi või muid lahendusi. Eesti Haigekassa juhatuse esimehe kommentaar: Haigekassale teadaolevalt on Sotsiaalministeeriumis valmimas uuring ravikindlustuse puudumise põhjustest, mis kätkeb ka kindlustuskaitse laiendamise võimaluste kaalumist. Koostöös Sotsiaalministeeriumiga vaatame üle reeglid täiendava kindlustuskaitse ulatusest ja kaetusest.
Õe vastuvõtt EMODEs muuta sotsiaalministri 19.01.2007. a määrust nr 9 ja selle lisa 26 „Juhend	Tervise- ja tööministri vastus: Õe iseseisvat vastuvõttu on võimalik haiglates osutada ka praegu. Ka rahastamise aluseks olevas Eesti

Riigikontrolli soovitus	Auditeeritute vastused
triaaži teostamiseks Eesti erakorralise meditsiini osakondades" selliselt, et EMOdes oleks võimalik kasutada õe vastuvõttu ilma sellele järgneva arsti vastuvõtuta. See võimaldaks vähendada ooteaegasid ning kasutada ressursse (sh raha ja aeg) tõhusamalt. p 21	Haigekassa tervishoiuteenuste loetelus on õe iseseisva vastuvõtu teenus olemas. Kõsimus on pigem korralduslik, juhend siin täiendavaid õigusi ei loo. Kui triaazide on patsiendi üle vaadanud ja triaazikategooria hinnanud roheliseks või siniseks ning soovib tal pöörduda järgmisel päeval perearsti poole, siis on see meie hinnangul täielikus kooskõlas nii õigusaktide kui ka juhenditega. Samas võib juhendi täpsustamine selle koostajate poolt vajadusel olla ka asjakohane. Riigikontrolli kommentaar: Kehtivas juhendis on määratud kindlaks patsiendi käsitlemise ajakulu arsti vastuvõtuni. Seega ei saaks praeguse juhendi kohaselt patsienti vastu võtta ainult õde. Õe vastuvõtt ilma sellele järgneva arsti vastuvõtuta EMOs aitaks lühendada kergemate tervisekaebustega patsientide ooteaegu ning kasutada arsti aega tõhusamalt.
EMO teenuste rahastamine 56. Riigikontrolli soovitus Eesti Haigekassa juhatuse esimehele: muuta erakorralise meditsiini osakondade töö rahastamist nii, et plaanilise ravi kättesaadavus ei sõltuks lepingu tingimuste tõttu EMO ravijuhutudest. p-d 27–35	Eesti Haigekassa juhatuse esimehe vastus: Erakorralise meditsiini osakondade töö põhineb suure osas valmisolekul, mis tähendab, et personali ja inventari olemasolu ning sellega seotud kulu on olenemata patsientide arvust vajalik. Sellest tulenevalt on haigekassa koos Eesti Erakorralise Meditsiini Arstide Seltsiga alustanud arutelusid, et kaaluda tasuda erakorralise meditsiini osakondade töö eest edaspidi fikseeritud kuise tasuna, mis kataks EMOde valmisoleku ja patsientide esmase käsitlemisega seotud kulud. Sel juhul ei oleks enam otseselt seotud EMOs osutatud raviteenus ja plaanilise ravi kättesaadavus. Erinevatele ettepanekutele ja sellega kaasnevatele võimalikele mõjudele annab hinnangu ka Maailmapanga läbiviidav analüüs septembris 2018.
Perearstiabi rahaline ajend 136. Riigikontrolli soovitus tervise- ja tööministrile koostöös Eesti Haigekassa juhatuse esimehega: luua perearstidele rahaline ajend tegutseda selle nimel, et nimistu patsiendid pöördusid kergemate terviseprobleemidega ennekõike perearsti poole. Seejuures veenduda, et rahastus ei väheneks nendel perearstidel, kes on taganud kvaliteetsed tervishoiuteenused ning nende kättesaadavuse ka erakorralise terviseprobleemi korral, kuid vaatamata sellele pöördub patsient kerge tervisekaebusega EMOsse (soovitus tuleks ellu viia koos p-s 137 toodud soovitusel); p-d 58–67	Tervise- ja tööministri vastus: Otsuse pöördumise koha valikul ootamatu tervisehäire puhul langetab eelkõige patsient. Patsientide valikud on seotud nii teadlikkusega kui ka usaldusega teenuseosutaja vastu. Teadlikkuse suurendamiseks on Erakorralise Meditsiini Arstide Selts koostöös perearstidega töötanud välja patsiendijuhendi „Perearst või EMO?“, kus lihtsas keeles selgitatakse, kuhu oleks õige pöörduda sõltuvalt sümptomist. Juhend on kättesaadav nii elektroonselt kui ka paberkanalil. Usalduse tõstmiseks esmatasandi vastu viime ellu tervisekeskuste projekti, mis koondab perearste suurematesse kaasaegse taristu ja võimalustega keskustesse koos toetavate teenustega ning üks tervisekeskuse tunnuseid hakkabki olema senisest pikem lahtiolekuaeg (vähemalt suuremates keskustes). Hetkel suure osas soolopraksistes tegutsevatest perearstidest ei ole võimalik eeldada või nõuda pikendatud lahtiolekuaega vajalikus mahus ega EMOga võrreldavat abi. Kehtiva Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetelu kohaselt saavad tervisekeskuse baasraha need keskused, mis on avatud tööpäeviti kell 08.00–18.00 ning kus tervisekeskuse lahtiolekuajal võtab vastu vähemalt üks perearst, kes tagab kõikide tervisekeskuses tegutsevate perearstide nimistusse kuuluvate patsientide vastuvõtu ägeda tervisehäire korral. See hakkab loodetavalt olema ka rahaliseks motivaatoriks, kuna tervisekeskuses tegutseva perearsti baasraha on oluliselt suurem mitteliitunud perearsti baasrahast. Riigikontrolli kommentaar: Sotsiaalministeeriumi väljatoodud rahaline motivaator on seotud perearstide koondumisega tervisekeskustesse. Riigikontroll toetab perearstikeskuste pikemat lahtiolekuaega, et parandada perearstiabi kättesaadavust. Riigikontrolli üldtoodud soovitus on aga suunatud kõigile perearstidele, mitte ainult neile, kes tegutsevad tervisekeskustes. Ühtlasi peab Riigikontroll silmas rahalist ajendit, mis oleks otseselt seotud sellega, kui tõhusalt perearst tagab oma nimistu patsientidele abi erakorraliste probleemide korral ning aitab seeläbi vältida nende EMOsse pöördumist. Eesti Haigekassa juhatuse esimehe kommentaar: Üldarstiabi osas rakendatud erinevad toimetamised ja haigekassale on teada teenuse osutajate erinev teenuse osutamise tase ja võimekus. Haigekassa on alustanud uue raamlepingu koostamist, mis tagab senisest paremini kokkulepitud miinimumbaastaseme hoidmise ja motiveerib saavutama kõrgemat taset. Mentorlussüsteem on koostöös Eesti Perearstide Seltsi ja Maailmapangaga loomisel. Eeldatav rakendamine 2020. aastast kui uue üldarstiabi raamlepingu lahutamatu

Riigikontrolli soovitus	Auditeeritute vastused
	osa. Süsteemis osalemine on mentorlust vajavatele nimistutele kohustuslik. Eesti Haigekassa juhatuse esimehe vastus: Perearstide tänane rahastusmudel sätestab perearsti ja pereõe vastuvõtuajad ning praktilise lahtiolekuaaja. Tervisekeskusel on kõrgem baasraha, millega on tagatud nõuded pikemale lahtiolekuaajale. Endiselt on patsientidel harjumuses ootamatu terviseprobleemi korral pöörduda EMOsse. Oleme arvamisel, et siinkohal aitab patsientide teadlikkuse suurendamine erinevate kampaaniate kaudu. Samuti aitab kaasa erinevate nõustamisteenuste laiendamine senise perearstinõuande telefoni 1220 baasil. Töötame selles suunas, et alates 01.08.2019 alustada isikustatud nõustamisega.
Perearstiabi töövälised vastuvõtud pikendada tervisekeskuste valmides vajaduse korral neis perearsti vastuvõtu aega tööpäevadel kella 20.00-ni. Ühtlasi tagada lühendatud vastuvõtt nädalavahetusel. Seejuures alustada süsteemselt andmete kogumist tööajavälisel vastuvõttudel käimise kohta piirkondade kaupa ja hinnata, kas tööväliseid vastuvõtte pakkuvate keskuste nimistutes olevad patsiendid pöörduvad vähem EMOsse, ning kui vaja, korrigeerida vastuvõtuaegu patsientide pöördumistest lähtudes; p-d 77–84	Tervise- ja tööministri vastus: vt eelmine vastus. Riigikontrolli kommentaar: Riigikontroll on seisukohal, et tööajavälise vastuvõtte planeerimiseks on oluline alustada andmete kogumist tööajavälise vastuvõtte täituvuse kohta ning seejärel vajaduse korral vastuvõtuaega pikendada. Kuna perearstidel puudub kohustus esitada andmeid tööajavälise vastuvõtte täituvuse kohta, ei peeta ka perearstikeskustes täpset arvet, kui palju inimesi seda võimalust kasutab ning kas need aitavad EMO koormust vähendada. Eesti Haigekassa juhatuse esimehe vastus: Perearstidel on kolm erinevat toimemudelit: üksikpraksis, grupipraksis ja tervisekeskus. Tervisekeskuses on sätestatud nõuded pikemale lahtiolekuaajale: - tervisekeskus on avatud tööpäeviti kell 08.00–18.00; - tervisekeskuse lahtiolekuaajal võtab selles vastu vähemalt üks perearst, kes tagab kõikide tervisekeskuses tegutsevate perearstide nimistusse kuuluvate patsientide vastuvõtu ägeda tervisehäire korral; - tervisekeskuse lahtiolekuaajal on selles tagatud vähemalt ühe pereõe iseseisev vastuvõtt.
Patsientide teadlikkuse suurendamine koondada patsiendile suunatud teave haigusseisundite, erinevate sümptomite, meditsiiniteenuste, tervisedenduse jms kohta ühtsesse veebiportaali (mis võib kuuluda nt patsiendiportaali või haigekassa kodulehe juurde), et inimestel oleks võimalik leida usaldusväärset ja süsteemset infot. Muu hulgas peaks selline veebileht pakkuma patsiendile tuge, et otsustada, millise probleemiga pöörduda EMOsse, millise perearsti juurde ning milliste probleemidega ja kuidas ise toime tulla. p-d 124–125	Tervise- ja tööministri vastus: Eespool viidatud patsiendijuhend „Perearst või EMO?“ on saadaval nt perearstide seltsi ja suuremate haiglate kodulehelt, mis kindlasti on usaldusväärsed allikad, samas võib kahtlemata kaaluda täiendavaid riikliku kontrolli all olevaid digitaalseid infokanaleid. See aga paraku ei takista muude infokanalite tegutsemist. Riigikontrolli kommentaar: Patsiendijuhendi „Perearst või EMO?“ koostamine on esimene samm, selgitamaks patsiendile, kuhu oleks õige pöörduda sõltuvalt sümptomist. Samas pole juhendi valmimisele järgnenud inimeste süsteemset teavitamist. Juhendi leidmiseks internetis peab olema kas teadlik juhendi olemasolust või teadma õigeid märksõnu. Paberil juhendi levitamine sõltub tervishoiuteenuse osutaja soovist juhend välja trükkida. Riigikontrolli hinnangul jääb ilma teavitusest juhendi mõju patsiendi teadlikkuse parandamisel tagasihoidlikuks. Eesti Haigekassa juhatuse esimehe vastus: Ettepanek on igati asjakohane. Patsientidele paremaid tervisevalikuid teha abistav info võiks/peaks olema kättesaadav ühest allikast. Haigekassa võtab ettepaneku täiendavaks analüüsiks.
Töötavad e-tervise lahendused 137. Riigikontrolli soovitus tervise- ja tööministrile koostöös Tervise ja Heaolu Infosüsteemide Keskuse peadirektoriga: luua 2020. aastaks infotehnoloogiline lahendus, mille abil jõuaks perearsti töölaual igapäevaselt info, millised tema nimistu patsientidest on eelneva päeva jooksul pöördunud EMOsse või kiirabisse; p-d 130, 133	Tervise- ja tööministri vastus: Oleme perearstide töölaumurega kursis ning koos arutanud võimalikke lahendusi. Arvestama peab, et perearstid eraõiguslike juriidiliste isikutena suhtlevad oma infosüsteemide arendajatega iseseisvalt, riigil saab siinjuures olla toetav roll, sh tervise infosüsteemiga haakuvuse poolelt. Meile teadaolevalt on väljatöötamisel Perearst 3 uus infosüsteemi lahendus perearstidele ning osapoolte ehk siis perearstide ja arendaja koostööst sõltub ka selle kasutajamugavus. Tervise ja Heaolu Infosüsteemide Keskuse peadirektori vastus: Tehniline lahendus, mis võimaldab perearstil oma nimistu patsientide kohta laekunud uute dokumentide päringuid teha (ning vastavalt arsti tarkvarale ka teavitusi saada), on Tervise ja Heaolu Infosüsteemide Keskuses (TEHIK) loodud (standardid avaldatud 2016. aasta

Riigikontrolli soovitus	Auditeeritute vastused
	detsembris). Hetkel on vaja muuta õigusruumi, et teenused kasutusele võtta soovitud ulatuses. Täna võimaldab õigusruum teenust kasutada ainult avatud ravisuhtega patsientide uute laekunud dokumentide kohta info saamiseks (näiteks patsiendi kohta, kellele on arsti saatekiri väljastatud või on avatud haigusjuhtum). Täna õigusruumi kohaselt isiku nimistusse kuulumine ei ole perearstile aluseks tervise infosüsteemist isiku terviseandmete pärimiseks. Õigusruumi muudatus on eelduseks, et perearst saaks pärida laekunud uute dokumentide andmed kõikide oma nimistu patsientide üleselt. Samuti on vaja perearstide tarkvaras teenus rakendada ja kasutusele võtta. Eesti Haigekassa juhatuse esimehe kommentaar: Haigekassa toetab Riigikontrolli ettepanekut. Terviseandmete näol on tegemist eriliigiliste isikuandmetega, mille töötlemisel on GDPR artiklis 9 sätestatud täpsed nõuded. Töötlemine saab olla võimalik üldjuhul vaid andmesubjekti nõusolekul. Eelkõige on oluline lõike 2 alapunkt h „töötlemine on vajalik ennetava meditsiini või töomeditsiiniga seotud põhjustel, töötaja tööväime hindamiseks, meditsiinilise diagnoosi panemiseks, tervishoiuteenuste või sotsiaalhoolekande või ravi võimaldamiseks või tervishoiu- või sotsiaalhoolekandesüsteemi ja -teenuste korraldamiseks, tuginedes liidu või liikmesriigi õigusele või tervishoiutöötajaga sõlmitud lepingule ja eeldusel, et lõikes 3 osutatud tingimused on täidetud ja kaitsemeetmed kehtestatud“. Ehk infotehnoloogiliste lahenduste loomisel tuleb järgida isikuandmete kaitse põhimõtteid. Patsiendi ja tervishoiuteenuse osutaja vahel sõlmitakse teenuse osutamiseks leping. VÕS § 759 kohaselt loetakse leping sõlmituks ka teenuse osutamist alustades. Perearsti ja tema nimistu patsiendi vahel ei ole sõlmitud tähtajatut teenuse osutamise lepingut. Seega ei ole hetkel perearstil õiguslikku alust vaadata tema nimistu patsientide kohta andmeid ilma patsiendi teadmata. Ettepanekute elluviimine eeldab vastavate õiguslike regulatsioonide loomist. Viljandi Haigla eestvedamisel on käimas pilootprojekt, mille eesmärk on optimeerida erinevate teenuste osutamise protsesse ja parendada infovahetust tervishoiu- ja sotsiaalhoolekandesüsteemi vahel, mis väldib ebaolulisi tegevusi ning dubleerimisi, vähendab kulusid ning tagab teenuse osutamise õiges kohas. Projekti on kaasatud erinevad teenuseosutajad (perearst, haigla, kiirabi, koduõde, apteeker, sotsiaaltöötaja) ning kaasatud on ka abivajaja lähedased.
Perearsti nõuandetelefon arendada perearsti nõuandetelefoni selliselt, et patsiendi nõusoleku korral saaks meditsiinitöötaja ligi tema eelnevale haigusloole, sest see võimaldab veenduda telefonitsi antava soovitusel õigsuses. Seejuures töötada välja teavitussüsteem, et tõsisemate pöördumiste korral tuleks isiku perearstile teada tema nimistu patsiendi kaebuse ning välja pakutud lahenduse kohta; p 131	Tervise- ja tööministri vastus: Vastav perearsti nõuandetelefoni täiendav võimekus on arendamisel ning uus teenus käesoleva aasta tervishoiuteenuste loetelu täiendamise protsessis menetluses. Tervise ja Heaolu Infosüsteemide Keskuse peadirektori vastus: Perearsti nõuandetelefoni osas on nimetatud teemadel TEHIK teinud koostööd Arstliku Perenõuandla OÜ-ga. Arstliku Perenõuandla OÜ on kasutusele võtnud Perearst 2 tarkvara, mis võimaldab tervise infosüsteemi ning retseptikeskusega liidestamist. Nõuandetelefonile helistaja isikusamasuse tuvastamiseks võetakse kasutusele ID-kaardi ja mobiil-ID põhine süsteem, mis annab aluse tervise infosüsteemi pöörduja kohta päringuid teha (info pärineb Arstliku Perenõuandla OÜ-lt).
Reaalajas toimiv tervise infosüsteem luua digitaalne infovahetuskeskkond, kus oleks võimalik reaalajas jälgida kõigi meditsiinitöötajate sissekandeid patsiendi diagnoosimisel ja ravis. Näiteks võimaldaks see EMOs vastu võtval arstil näha kohe kogu perearsti tegevust patsiendi diagnoosimisel ja ravimisel, sh tehtud uuringuid ja protseduure. p-d 132, 134	Tervise- ja tööministri vastus: Taolise võimekuse loomist tulevikus on tervise infosüsteemi pikema perspektiivi aruteludes puudutatud. Lähiaastatel sellise <i>on-line</i>'is kogu tervishoiusüsteemi tööd kajastava lahenduse loomine siiski reaalne ei ole. Tervise ja Heaolu Infosüsteemide Keskuse peadirektori vastus: Reaalajalähedane raviinfo tervise infosüsteemis vajab lisaks tehnilistele arendustele tervise infosüsteemis ja arstide kasutatavas tarkvaras põhimõttelisi muudatusi arstide tööprotsessides. Täna on kõik tervishoiuteenuse osutajad kohustatud tervise infosüsteemi edastama ravi kokkuvõtte ning ühtlasi ravi protsessi jooksul tehtud uuringute, analüüside, protseduuride andmed. Vastavalt kehtivale õigusruumile on tervishoiuteenuse osutajatel kohustus ambulatoorse ravi kokkuvõtte edastada tervise infosüsteemi 1 tööpäeva jooksul peale dokumendi kinnitamist ning statsionaarse ravi kokkuvõtte 5 tööpäeva jooksul peale dokumendi kinnitamist.

Riigikontrolli soovitus	Auditeeritute vastused
	Täna ei laeku tervise infosüsteemi andmeid patsiendi ravi kohta näiteks siis, kui tervishoiutöötaja ei ole dokumenti kinnitanud (nt patsient on tagasi vastuvõtule kutsutud) ja ravijuht on pikemalt lahti. Et tagada see, et terviseandmed laekuksid tervise infosüsteemi reaalajas ka siis, kui tervishoiutöötaja ei ole ravijuhtumit lõpetanud, eeldab põhimõttelist tervishoiukorralduslikku muudatust.
Perearstiabi kvaliteet ja kättesaadavus 138. Riigikontrolli soovitus Eesti Haigekassa juhatuse esimehele: luua mentorlussüsteem perearstidele, kes järjepidevalt saavad kvaliteediindikaatorite põhjal kehvemaid tulemusi; p-d 89–91	Eesti Haigekassa juhatuse esimehe vastus: Mentorlussüsteem on loomisel koostöös Eesti Perearstide Seltsi ja Maailmapangaga. Terviseameti peadirektori kommentaar: Terviseamet toetab madalamale kvaliteeditasemele hinnatud perearstide aitamiseks mentorlussüsteemi sisseviimist.
kujundada perearstiabi rahastusmudelit nii, et see võimaldaks vajaduse korral täiendada perearsti meeskonda kliinilise assistendiga. Erialspetsialiste kaasates töötada välja kliinilise assistendi kutsestandard ja koolituskava; p-d 103–104	Eesti Haigekassa juhatuse esimehe vastus: Perearsti rahastusmudel on pidevas arengus ja peab vastama senisest enam erinevate teenuseosutajate vajadustele ja ka erinevate mittekliiniliste rollide määratlemisele esmatasandil. Viime läbi vastavad arutelud koostöös Eesti Perearstide Seltsiga haigekassa ostumudeli töögruppis.
kohustada kõiki perearste osalema kvaliteedijuhtimissüsteemi rakendamise hindamises (auditeerimises), et saada terviklik ülevaade kõikide perearstide tasemest ja puudujääkidest. p-d 91–93	Eesti Haigekassa juhatuse esimehe vastus: Haigekassa on osalenud alates 2016. aastast Eesti Perearstide Seltsi praksiste auditeerimisel ning on selgelt väljendanud seltsile soovi auditeerida igal tasemel praksiseid. Alates 2019. aastast hinnatakse kõiki praksiseid juhuvalimi alusel olenemata sellest, kas perearst on eelnevalt selleks soovi avaldanud. Riigikontrolli kommentaar: Eesti Perearstide Seltsi hindamises on alates 2009. aastast osalenud kaks kolmandikku perearstikeskusest. Riigikontroll peab oluliseks, et hinnang antaks ka kolmandikule praksistest, mille kvaliteedi kohta teadmine puudub. Juhuvlimi alusel hindamine seda ei taga.
Perearstiabi järelevalve 139. Riigikontrolli soovitus Terviseameti peadirektorile koostöös Eesti Haigekassa juhatuse esimehega: täiendada perearstiabi kättesaadavuse hindamise metoodikat nii, et see võimaldaks analüüsida perearstiabi tegelikku kättesaadavust. Seejuures analüüsida, kas perearstiabi töökorralduse põhimõtted (nimistu suurus ja ettenähtud vastuvõtuaeg) vastavad tegelikele vajadustele. p-d 71–72, 74	Terviseameti peadirektori vastus: Terviseameti tervishoiuteenuste osakonna üheks ülesandeks on nõustada isikuid perearsti kättesaadavuse teemal. Valdavalt on helistajateks Tallinna linnas elavad või ajutiselt resideeruvad inimesed. Samuti saame päris palju teabenõudeid perearsti vahetamise ja valimise kohta ning selleks, et anda inimestele kiiret ja operatiivset infot perearstiabi küsimustes, oleme loonud selliseks nõustamiseks ühe ametikoha. Registreerime ka kaebused, mis puudutavad üldarstiabi kättesaadavust ning vajadusel algatatakse järelevalvemenetlus. Tulenevalt kehtivast perearsti ja temaga koos töötavate tervishoiutöötajate tööjuhendist, peab üldarstiabi osutaja (perearstikeskus) korraldama ägeda tervisehäirega patsiendile vastuvõtu pöördumise päeval, teistel juhtudel viie tööpäeva jooksul. Sellest tähtjast kinnipidamiseks peab perearst vajaduse korral pikendama oma vastuvõtuaega. Tervisetöend, mis ei ole tervishoiuteenuse osutamisega seotud, tuleb patsiendile väljastada 15 päeva jooksul. Seega on perearstil juba täna kohustus pikendada vastuvõtuaega, et tagada seadusest tulenev üldarstiabi kättesaadavus. Eesti Haigekassa juhatuse esimehe vastus: Üldarstiabi kättesaadavust jälgitakse, külastades perearstide tegevuskohti kohapeal, ette teatamata. Kontrolli eesmärk on hinnata kättesaadavusnõuete täitmist õigusaktides toodud ja haigekassaga sõlmitud lepingu tingimustel. Üldarstiabi teenuse kättesaadavuse kontrolli viivad läbi haigekassa usaldusarstid, alates 2016. aasta 1. oktoobrist uuendatud metoodika abil. Ajavahemikul 01.10.2016 kuni 30.06.2018 teostati üldarstiabi kättesaadavuse kohapealseid kontrole 742 nimistu juures (s.o 93,7% kõikidest nimistutest vastavalt 18.06 nimistute arvule). Kontrolliti kõiki tegevuskohti, sh lisaks perearsti põhivastuvõtukohale ka kõrvaltegevuskohti. Ülalnimetatud perioodil külastati 807 tegevuskohta.

Riigikontrolli soovitus	Auditeeritute vastused
	Tulemused. Veerand kontrollitud tegevuskohtadest vastas kõikidele kättesaadavuse nõuetele. 13,5% kontrollitud tegevuskohtadest leiti enam kui 10 puudust. Kättesaadavuse nõuded on järgmised: teabe väljapanek (perearsti juurde pöörduvatele isikutele näha olev info arsti tegevuskohas ja internetis), muudatustest teavitamine (haigekassa teavitamine vastuvõtuaegade muutusest, puhkustest, muudatustest personali koosseisus), pääsemine vastuvõtule (perearsti vastuvõtule registreerimise võimaldamine, nõutud aja sees vastuvõtule pääsemine jm). Enamik kontrollide käigus tuvastatud puudusi olid seotud teabe väljapanekuga (näiteks tegevuskoha lahtiolekuajad, tasuliste teenuste hinnakiri jm). Muudatustest teavitamine (näiteks töökorraldus puhkuse ajal) oli enamikus tegevuskohtades nõuetekohaselt läbi viidud. Ägeda tervisehäirega pääsesid patsiendid perearstile pöördumise päeval enamikus (u 99%) kontrollitud tegevuskohtades. Haigekassa jätkab kehtiva metoodika alusel kohapealsete kontrollide läbiviimist, kuni kõikide nimistute põhitegevuskohad ja vähemalt üks kõrvaltegevuskoht on külastatud. Tuvastatud puuduste puhul selgitame kõrvalekallete põhjused ja lepime kokku parandusmeetmed. Riigikontrolli kommentaar: Oleme seisukohal, et praegu ei võimalda kehtiv metoodika hinnata vajaliku täpsusega perearstiabi kättesaadavust, kuna see ei kajasta patsientide vastuvõtule pääsemise tegelikku aega.
Plaanilise ravi kättesaadavuse parandamine 171. Riigikontrolli soovitus tervise- ja tööministrile: rakendada täielikult digisaatekirjad vältimaks, et patsient registreerib end ühel ajal mitme sama eriala arsti juurde; p-d 166–168	Tervise- ja tööministri vastus: Üleminek pabersaatekirjadelt digisaatekirjadele on planeeritud etapiliselt. Selleks et üleminek oleks sujuv ja toimuks tõrgeteta, teevad Sotsiaalministeerium, Eesti Haigekassa, Tervise ja Heaolu Infosüsteemide Arendamise Keskus, Eesti Perearstide Selts ja Eesti Haiglate Liit omavahel tihedat koostööd. Digisaatekirjade ülemineku ajakava on hetkel järgmine. 2018. aasta jooksul on kavas minna täielikult üle digisaatekirjadele perearstiabi. Arendustegevuste keskmes on eriarstilt eriarstile esitatavate digisaatekirjade juurutamine. 2018.–2019. aastal on arendustegevuste keskmes digisaatekirjade kasutuselevõtt uuringutele ja protseduuridele ning mittetervishoiuspetsialistide vastuvõtule suunamisel. 2019. aastal arendatakse ja juurutatakse digisaatekirju õendusabis ja haiglaravile suunamiseks.
viia hiljemalt 2019. aasta I kvartali lõpuks sisse haiglateülene digiregistratuur, mis võimaldaks ravijärjekordi paremini hallata; p 168	Tervise- ja tööministri vastus: Üleriigilise digiregistratuuri rakendamine on tõepoolest võtnud aega planeeritust enam. Pilootprojekti korras liitub digiregistratuuriga käesoleva aasta novembris SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla, järgmisel aastal ühinevad ka teised haiglad. Selleks et motiveerida raviautusi digiregistratuuriga liituma, on kavas haiglatega sõlmida ravi rahastamise lepingusse lisada liitumine digiregistratuuriga aasta jooksul pärast üleriigilise digiregistratuuri lahenduse valmimisest ehk hiljemalt aastaks 2020.
selgitada välja, kas Eestis kehtestatud ravijärjekorra maksimumpikkused on õigustatud ning kas üldjuhul patsiendi tervislik seisund ooteaja vältel ei halvene. p-d 156, 170	Tervise- ja tööministri vastus: Ravijärjekordade maksimumpikkused on kinnitatud haigekassa nõukogu poolt administratiivse piimäärana ning need ei ole mõeldud asendada meditsiinilist hinnangut. Igas ravijärjekorras on erineva seisundiga haigeid, kuigi formaalselt võib diagnoos olla sama. Patsiendi tervislikku seisundit ning seda, kui kiiresti ta ravi vajab, hindab arst. Haige ravijärjekorda registreerimine ei saa seega kunagi olla mehaaniliselt, vaid lubatud maksimumpikkusest lähtuv. Ravikindlustuse eelarvesse järgnevatel aastatel lisanduva eraldise kasvades mittetöötavate pensionäride eest saab järk-järgult suurendada teenuste hulka ja lühendada ravijärjekordi ning kindlasti on asjakohane lähiaastatel vaadata ka ravijärjekordade maksimumpikkused üle. Riigikontrolli kommentaar: Praegune ravijärjekorda registreerimise süsteem ei arvesta patsiendi seisundi raskusastet. Pikkade ooteaegade puhul on oht, et patsiendi seisund halveneb tunduvalt, samal ajal ei pruugi tegelik ooteaeg aga kehtestatud ooteajast olla pikem. Seega on näiliselt kriteeriumid täidetud, kuid patsient võib vajada juba kallimat, komplekssemat ja aeganõudvamat abi.

Auditi iseloomustus

Auditi eesmärk

Auditi eesmärk oli välja selgitada, kas 1) EMOSse pöörduvad vältimatut abi vajavad patsiendid; 2) EMOSse pöördunud patsiendid said enne pöördumist õigeaegset ning vajalikku arstiabi; 3) EMOSse pöördumise järel said patsiendid vajaduse korral õigeaegset ning vajalikku järgnevat ravi.

Hinnangu andmise kriteeriumid

- EMOs ravitakse peamiselt vältimatut abi vajavaid patsiente.
- EMOSse pöördumiste rahastamise arvelt ei vähene plaanilise ravi maht.
- Patsiente ravitakse arstiabi tasandil, kus seda teha on säästlikum.
- Perearstid on motiveeritud patsiente kiiresti vastu võtma ja võimaluse korral abistama, et ära hoida vältimatu abi vajaduseta patsiendi visiit EMOSse.
- Perearstiabi on kättesaadav.
- Patsient saab sarnase kvaliteediga tervishoiuteenust olenemata sellest, millise perearsti nimistusse isik kuulub.
- Terviseprobleemi ilmnedes pöörduvad patsiendid esmalt perearsti poole (v.a traumad, mürgistused jm erakorralist sekkumist vajavad juhud).
- Pärast EMO-visitit pöörduvad patsiendid vajaduse korral perearsti poole, et haigus oleks kontrollitud või välja ravitud.
- Patsiendid järgivad ettekirjutatud raviskeemi.
- Perearstid saavad operatiivselt infot, kui nende nimistu patsient on pöördunud EMOSse.
- EMOs vastuvõttu tegeval arstil on info patsiendi eelnevate visitide, diagnooside, tehtud uuringute ja protseduuride ning määratud raviskeemi kohta.
- Eriarstiabi on kättesaadav.
- Eriarstiabi ravijärjekorrad vastavad kehtestatud nõuetele ning patsiendid saavad lubatud aja jooksul vastuvõtule.

Auditi ulatus ja käsitusviis

Auditeeritud asutused olid Sotsiaalministeerium, Eesti Haigekassa ja Terviseamet. Auditeeritud periood oli 2010–2017.

Auditi ulatuse kohta vaata osa „Auditi eesmärk“.

Auditi analüüsides ei ole käsitletud laste pöördumisi EMOSse ega nende perearstikülastusi. Samuti ei vaadeldud trauma, õnnetuse ja mürgistusega seotud EMOSse pöördumisi. Auditis ei ole käsitletud ka kiirabi väljakutseid.

Auditi metoodika

Auditis analüüsiti tervishoiukorraldust ja -rahastamist, pere- ja eriarstiabi ning erakorralise abi osutamist puudutavaid uuringuid, ülevaateid, arvamusi, arengukavasid, seadusi ja Vabariigi Valitsuse materjale. Analüüsimisel on kasutatud Maksu- ja Tolliameti, Eesti Haigekassa, Statistikaameti, Eurostati ning OECD andmeid. Ülevaade auditi käigus kasutatud olulisematest materjalidest on koondatud tabelisse 2. Lisaks tegi meeskond intervjuud eri osapooltega (vt täpsemalt tabelist 3).

Alljärgnevalt on käsitletud auditi käigus tehtud analüüse.

Eksperditöö koostöös Eesti Erakorralise Meditsiini Arstide Seltsiga (EEMAS) (vt p 13–15, 94–96, 110–114)

Eksperditöö oli isikupõhine juhtumianalüüs, mille eesmärk oli analüüsida,

- kas patsiendid said kuni 1 aasta (hüpertoonia, seljavalu) või 2 nädala (alumiste hingamisteede infektsioon) jooksul enne EMOSse pöördumist õigeaegset ja vajalikku mahus arstiabi, et vältida visiiti EMOSse;
- kas EMOSse pöörduvad erakorralist abi vajavad patsiendid eesmärgipäraselt (s.t et nende seisund ei võimalda saada abi mujalt);
- kas patsiendid said 1 aasta (hüpertoonia, seljavalu) või 2 kuu (alumiste hingamisteede infektsioon) jooksul pärast EMOSse pöördumist õigeaegset ja vajalikku mahus järgnevat ravi.

Haigusjuhte analüüsides hindasid eksperdid,

- kas patsiendid käisid enne ja pärast EMO-visitit pere- või eriarsti juures;
- kas nad suunati vajaduse korral uuringutele/analüüsidele ja kas nad käisid seal õigel ajal;
- kas neile kirjutati vajaduse korral välja ravim ja nad ostsid selle välja;
- kas arstide ja patsiendi tegevus oli enne ja pärast EMO-visitit piisav;
- kuidas patsient EMOSse pöördus;
- kas EMOSse pöördumine oli vältimatu;
- kas tehtud uuringud ja protseduurid oli vajalikud.

Analüüs hõlmas perioodi 2015. aastast kuni 2017. a I poolaastani. Eksperditöösse kaasati kaheksa HVA-haiglat (AS Ida-Tallinna Keskhaigla, SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla, SA Ida-Viru Keskhaigla, SA Tartu Ülikooli Kliinikum, AS Lääne-Tallinna Keskhaigla, AS Valga Haigla, SA Pärnu Haigla, AS Rakvere Haigla). Analüüs hõlmas kolme haigusrühma: hüpertoonia, seljavalu ja alumiste hingamisteede haigused. Kolm haigusrühma kaasati levinumate diagnooside seast, millega EMOSse pöörduetakse, lisaks oli valiku põhimõtte, et oleks esindatud erinevad terviseprobleemid: kroonilised haigused, valu, konkreetne haigusepisood. Analüüsitavate haigusrühmade valiku tegid Riigikontroll ja EEMAS koostöös.

Ekspertideks oli 19 arsti samadest haiglatest. Enamik neist olid erakorralise meditsiini arstid.

Eksperditöö üldkogumi moodustasid hüpertooniaga (rahvusvahelise haiguste klassifikatsiooni (RHK) 10. väljaande diagnoosikoodid I10–I13, I15), seljavaluga (RHK-10 diagnoosikoodid M54.0–M54.9) ja alumiste hingamisteede infektsioonidega (RHK-10 diagnoosikoodid J12–J18, J20–J22) 2016. a I poolaastal erakorralise meditsiini osakonda pöördunud. Eelnimetatud diagnoosigrupid võeti analüüsi koos alamdiagnoosidega. Pöördumiste analüüsi aluseks olid haigekassa raviarved. Haigekassa andmebaasi põhjal oli kolmes haigusrühmas ja kaheksas haiglas 2016. a I poolaastal kokku 6353 pöördumist. Haigusrühmade sees jäeti analüüsist välja korduvad isikud ning eristati ravikindlustatud ja ravikindlustamata isikud. Andmebaasis oli 6131 ravikindlustatud ja 177 ravikindlustamata isikut. Seejärel võeti mõlemast rühmast juhuvalim. Valimi võtmisel tagati, et igast haiglast ja haigusrühmast oleks kaasatud vähemalt 40 ravijuhtu (või kõik juhud, kui neid vastavas alamrühmas oli vähem kui 40).

Isikupõhiselt koguti raviarved perearsti- ja eriarstiabi visitide ja ravimite kohta, lisaks TEHIKust digisaatekirjade andmed 2015. aastast kuni 2017. a I poolaastani. Seejärel küsiti perearstidelt ja TEHIKust haiguslood. EMO-visitide epikriisiga tutvus iga ekspert oma haigla infosüsteemis.

Kokku sattus valimisse neist, kes pöördusid 2016. a I poolaastal EMOsse (vt tabel 1),

- 335 hüpertoonia diagnoosiga patsienti;
- 334 seljavalu diagnoosiga patsienti;
- 331 alumiste hingamisteede infektsiooniga patsienti.

Tabel 1. Ekspertitöö valim haiglate ja haiguste kaupa

Haigla	Hüpertoonia	Alumiste hingamisteede infektsioon	Seljavalu	Kokku
AS Rakvere Haigla	40	40	40	120
Ida-Tallinna Keskhaigla AS	41	43	43	127
Lääne-Tallinna Keskhaigla AS	40	44	41	125
Põhja-Eesti Regionaalhaigla SA	50	53	45	148
Pärnu Haigla SA	40	42	42	124
SA Ida-Viru Keskhaigla	41	38	42	121
SA TÕ Kliinikum	40	40	40	120
Valga Haigla AS	43	31	41	115

Allikas: Riigikontroll Eesti Haigekassa andmete alusel

Ankeetküsitlus erakorralise meditsiini osakondades (vt p 10–12, 0, 120–121)

Ankeetküsitlus viidi läbi ajavahemikul 15.09.–15.10.2017.

Küsitluse eesmärk oli selgitada, kui palju pöördub erakorralise meditsiini osakonda patsiente, 1) kellega peaks tegelema perearst ja 2) kellele ei olnud meditsiiniabi kättesaadav.

Ankeet täideti patsientide kohta, kellele antud triaazikategooria oli kollane, roheline ja sinine (sõltumata saabumise viisist). Välja jäid lapsed (0–18 a), trauma-, sünnitus- ja günekoloogiapatsiendid.

Uuringu ankeedi täitsid EMO töötajad. Ankeedis oli 9 küsimust (vt lisa B). Küsimustele 1–4 vastasid öde või arst patsiendi ütluste põhjal. Küsimustele 5–9 vastas patsiendi läbivaadanud arst.

Ankeetküsitlus viidi läbi kaheksa HVA-haigla erakorralise meditsiini osakonnas. Need haiglad olid Ida-Tallinna Keskhaigla⁹², Põhja-Eesti Regionaalhaigla, Ida-Viru Keskhaigla, Tartu Ülikooli Kliinikum, Lääne-Tallinna Keskhaigla, Valga haigla, Pärnu haigla, Rakvere haigla.

Ankeetküsitluse käigus täideti 6022 ankeeti, neist võeti analüüsimiseks 5513 ankeeti, sest 509 ankeeti oli täidetud poolikult või vastuoluliselt ning neid ei arvestatud.

Ka 2010. aastal korraldas Riigikontroll ankeetküsitluse, kasutades sama metoodikat.

Ankeetküsitlus viidi läbi auditi „Perearstiabi korraldus“ (2011) käigus. Vt täpsemalt:

<https://www.riigikontroll.ee/tabid/206/Audit/2172/Area/21/language/et-EE/Default.aspx>.

Ankeetküsitlus toimus ajavahemikul 06.–26.09.2010 nelja haigla – Põhja-Eesti Regionaalhaigla, TÜ Kliinikumi, Pärnu Haigla ja Ida-Viru Keskhaigla – erakorralise meditsiini osakonnas. Küsitlus

⁹² Ida-Tallinna Keskhaigla täitis 103 ankeeti, kuid tegelikult pöördus vastavaid patsiente 1005, seega on ankeetküsitluse vastuses selle haigla osa alaesindatud. Selleks, et hinnata siiski EMOsse pöördumise vajalikkust, vaatas haigla EMO juhataja läbi selle perioodi pöördujate analüüsid ja uuringud ning andis nende tulemuste pealt hinnangu, kas patsiendi seisund oli erakorraline. Seda hinnangut on arvestatud kahes küsimuses: kas pöördumine oli põhjendatud või oleks patsient saanud abi perearstilt ning mis kellaagadel ja päevadel patsiendid EMOsse pöördusid. Ülejäänud ankeetküsitluse tulemustes on arvestatud Ida-Tallinna Keskhaigla puhul 103 täidetud ankeeti.

hõlmas samu triaazikategooriaid ega hõlmanud lapsi, traumahaigeid ning sünnitus- ja günekoloogiapatsiente.

Andmeanalüüsid

Perearstiabivisiidid enne ja pärast EMO-visiiti (vt p 108–109, p 116)

Analüüsi aluseks olid haigekassa 2016. a I poolaasta EMOSse pöördumiste raviarved (v.a traumapatsiendid ja lapsed) ja samade isikute perearstiabi raviarved 2015. aastast kuni 2017. a II poolaastani. Analüüsis arvestati ainult neid perearstivisiite, mis toimusid kuni üks aasta enne ja üks aasta pärast EMO-visiiti. Seejärel analüüsiti raviarvete baasil, kas patsient käis enne või pärast EMO-visiiti perearsti juures, ning juhul kui käis, siis vaadati, kui paljudele neist oli määratud sama diagnoosijaotis. Sama analüüsi käigus vaadati eraldi ka kindlustatud ja kindlustamata isikute pöördumisi.

Ravikindlustamata isikute ja ravikindlustatud isikute pöördumiste võrdlus (vt lisa D)

Haigekassast saadi EMO raviarvete koondid perioodi 2014–2016 kohta, kus olid andmed kindlustusstaatus, diagnoosi, teenuseosutajate, pöördumisviisi, ravitüübi, vanuserühma ja summade kohta.

Nende põhjal analüüsiti pöördumisi kindlustusstaatus põhjal ja aluseks võeti RHK-10 kategooriad ning alamkategooriad. Alamkategooriate diagnooside erinevuse statistilise olulisuse hindamiseks kasutati hii-ruut-testi. Olulisusnivoo oli 0,05 ehk on 5% tõenäosus, et seos on tingitud juhusest, ehk 95% tõenäosusega on erinevus kindlustatud ja kindlustamata patsientide diagnooside vahel statistiliselt oluline. Vastuste seast eraldati need alamkategooriad, kus kolme aasta kohta kokku oli arvete arv väiksem kui 5.

Raviarvete keskmiste maksumuste analüüsimiseks kasutati haigekassa EMO-raviarvete koondeid 2014.–2017. aasta kohta.

Ravikindlustamata isikute sissetuleku analüüs (vt p 47)

Haigekassast saadi 2016. a I poolaasta EMOSse pöördumiste raviarved ravikindlustamata isikute kohta (v.a traumad). Samade isikute kohta küsiti Maksu- ja Tolliametilt 2016. a I poolaasta sissetuleku andmed.

Korduvate EMO-raviarvete võrdlus ja perearstiabi visiitide analüüs (vt p 117–118)

Analüüsi aluseks olid haigekassa 2016. a I poolaasta EMOSse pöördumiste raviarved (v.a traumad ja lapsed) ja samade isikute perearstiabi raviarved 2015. aastal kuni 2017. a I poolaastal. Analüüsi hõlmas isikud, kes pöördusid EMOSse sama diagnoosiga mitu korda ühe aasta jooksul pärast esimest EMO külastust 2016. a I poolaastal. Analüüsis ei arvestatud pöördumisi ühe nädala jooksul pärast esmast pöördumist, sest vaja oli välistada sama haiguslooga patsientide korduvad pöördumised. Patsientide puhul, kes pöördusid sama probleemiga mitu korda, uuriti, kas nad on külastanud oma perearsti pärast esimest EMO külastust. Analüüs ei hõlmanud traumasid.

Statistilised näitajad ja ülevaated

Tervishoiu rahastamine ja nõudlus (vt p 142–154)

Eriarstiabi rahastamise ja kättesaadavuse kohta ülevaate tegemiseks kasutati järgmisi koondandmeid:

- haigekassa andmed hinnatud, rahastatava ja rahastamata nõudluse kohta ambulatoorses, päevaravis ja statsionaarses ravis aastatel 2014–2018. Kuna nõudluse hindamise meetodika on oluliselt muutunud, pole varasemad andmed otseselt võrreldavad;
- haigekassa andmed haiglatega sõlmitud lepingus kokkulepitust enam tehtud töö kohta eriarstias aastatel 2011–2017 ravitüübi ja haigla tasandi kaupa;

- Tervise Arengu Instituudi andmed arsti vastuvõttude ja erakorralise meditsiini osakonda pöördumiste kohta (tabelid KE32 ja AV20);
- Eurostati andmed katmata ravivajaduse kohta (tabel hlth_silc_21);
- haigekassa finantsnäitajad aastatel 2004–2017.

Haiglavõrgu arengukava haiglate statistika (vt p 6–9, lisa A)

EMOsse pöördumistest ülevaate saamiseks koguti kõigilt HVA-haiglatelt andmed EMOsse pöördumiste kohta ja haigekassaga sõlmitud lepingutes ettenähtud teenuse osutamise kohta. Olenevalt küsimusest oli statistika ajavahemik kas 2010–2017, 2014–2017 või 2016–2017.

Küsimused hõlmasid järgmisi aspekte: pöördumised saabumisviisi ning aastate ja kuude kaupa, määratud triaazikategooriate, lahkumisviisi, kellaaja ja nädalapäevade (novembrikuu I täisnädala põhjal) kaupa, keskmine teenindusaeg (novembrikuu I täisnädala põhjal); EMOs tehtud uuringud ja analüüsid; ravikindlustamata isikute ja laste osakaal; haiglate lepingutingimused ravijuhtude ja summade järgi, sh EMO osakaal sellest.

Perearstiabi tööajavälised vastuvõttud (vt p 77–83)

Eestis ei ole perearstil seadusest tulenevat kohustust teha vastuvõtte tööajavälisel ajal (enne kella 8.00, pärast 18.00 või nädalavahetuseti) ning seetõttu ei kogu haigekassa andmeid, kui palju inimesed kasutavad võimalust käia töövälisel ajal perearsti vastuvõtul. Perearstide tööajavälise vastuvõttude kasutamise väljaselgitamiseks tegi Riigikontroll päringu kõigile perearstidele, kellel oli haigekassa andmetel 2016. a I poolaastal tööajaväliline vastuvõtt. Päringus palus Riigikontroll hinnata, kas nende kogemusel käib tööajavälisel vastuvõtul vähem või rohkem inimesi kui tööajal. Päringule vastasid kõik perearstid (55), kellel oli haigekassa andmetel 2016. a I poolaastal tööajaväliline vastuvõtt.

Perearstiabi nõuandetelefoni statistika (vt p 131, lisa C)

Perearstiabi nõuandetelefoni 1220 teenust korraldab OÜ Arstlik Perenõuandla. Nõuandetelefoni kasutamise ning inimeste teadlikkuse analüüsimiseks kasutati OÜ tegevusaruandeid haigekassale.

Ravijärjekordade analüüs (vt p 156–169)

Analüüsis kasutati HVA-haiglate ravijärjekorra andmeid ravitüübiti, lisaks uuringu „Eesti elanike hinnangud tervisele ja arstiabile“ tulemusi aastatel 2014–2016 ja OECD statistikat.

Tabel 2. Auditis kasutatud olulisemad materjalid

Andmetüüp	Allikad
Statistika	▪ Eurostat ▪ OECD ▪ Tervise Arengu Instituut ▪ Statistikaamet
Uuringud, analüüsid, aruanded	▪ Anderson, Eva. Arsti ambulatoorsed vastuvõttud ja koduviisiidid 2004–2014. Tervise Arengu Instituut, 2016 ▪ Anderson, Eva; Panov, Liisi. Perearstiasutuste ambulatoorsed visiidiidid tervise infosüsteemi andmetes 2015. aastal. Tervise Arengu Instituut, 2017 ▪ Berchet, Caroline. Emergency Care Services. OECD Health Working Papers No. 83, 2015 ▪ Eesti Haigekassa aastaaruanded 2012–2017 ▪ Elanike hinnangud tervisele ja arstiabile 2016. Sotsiaalministeerium, 2016 ▪ EMO teenuste 2016. a I pa rakendumine ja kodeerimise õigsus. Eesti Haigekassa, 2017 ▪ EMO teenuste kasutusanalüüs. Eesti Haigekassa, 2016 ▪ Valitsuskabineti istungile esitatud memorandum lisa „Tervishoiu lisarahastamise võimaluste analüüs ja ettepanekud tervishoiu rahastamise jätkusuutlikkuse tagamiseks“. 07.2016

	▪ Mets, Urve, Veldre, Vootele. Tulevikuvaade tööjõu ja oskuste vajadusele: tervishoid. SA Kutsekoda, 2017 ▪ Health at a Glance 2016. OECD, 2017 ▪ Perearstiabi kättesaadavuse koondaruanded 2013–2017. Eesti Haigekassa ▪ Eesti perearstipraksiste kvaliteedijuhis. Eesti Perearstide Selts, 2017 ▪ Tackling Wasteful Spending on Health. OECD Publishing, Paris, 2017 ▪ Tervishoiu rahastamise jätkusuutlikkuse analüüs. Sotsiaalministeerium, 2016 ▪ Tervishoiuteenuste kättesaadavus 2016. a, 12 kuud. Eesti Haigekassa ▪ Tervise- ja tööministri memorandum valitsuskabineti nõupidamisele 16.03.2017
Arengukavad	▪ Erakorralise meditsiini eriala arengukava aastani 2020 ▪ Peremeditsiini arengukava 2012–2020 ▪ Rahvastiku tervise arengukava 2009–2020 ▪ Tervishoiu arengusuunad aastani 2020
Õigusaktid	▪ Haigekassa nõukogu 11.01.2013. a otsus nr 5 „Ravijärjekordade maksimumpikkused“ ▪ Sotsiaalministri 06.01.2010. a määrus nr 2 „Perearsti ja temaga koos töötavate tervishoiutöötajate tööjuhend“ (RTL 2010, 3, 52) ▪ Sotsiaalministri 21.08.2008. a määrus nr 46 „Tervishoiuteenuse kättesaadavuse ja ravijärjekorra pidamise nõuded“ (RTL 2008, 73, 1019) ▪ Sotsiaalministri 19.01.2007. a määruse nr 9 „Kindlustatud isikult tasu maksmise kohustuse Eesti Haigekassa poolt ülevõtmise kord ja tervishoiuteenuse osutajatele makstava tasu arvutamise meetodika“ lisa 26 „Juhend triaazi teostamiseks Eesti erakorralise meditsiini osakondades“ (RTL 2007, 8, 135) ▪ Sotsiaalministri 19.08.2004. a määrus nr 103 „Haigla liikide nõuded“ (RTL 2004, 116, 1816) ▪ Tervishoiuteenuste korraldamise seadus (RT I 2001, 50, 284)

Tabel 3. Auditi käigus intervjueritud isikud

Asutus	Kuupäev	Nimi ja ametikoht
OÜ Meditiim	7. detsember 2016	Eero Merilind – perearst
SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla	13. jaanuar 2017	Vassili Novak – erakorralise meditsiini osakonna juhataja Georg Männik – nõukogu esimees
AS Ida-Tallinna Keskhaigla	31. jaanuar 2017	Märt Põlluveer – erakorralise meditsiini osakonna juhataja
Tervise ja Heaolu Infosüsteemide Keskus	1. veebruar 2017	Laine Mokrik – jurist Mari Asser – standardimise juht Mai-Liis Kullama – Sotsiaalministeeriumi digitaalvõimekuse arendamise osakond
Eesti Haigekassa	14. veebruar 2017 25. mai 2017	Tanel Ross – juhatuse esimees Maivi Parv – juhatuse liige Tiiu Rudov – lepingute haldamise talituse spetsialist Pille Banhard – juhatuse liige Erly Feld – siseauditi osakonna juht Triinu-Kreete Mägi – ravikindlustushüvitiste õigsuse kontrolli talituse juht Tiina Sats – eriarstiabi paketi arenduse talituse juht
Sotsiaalministeerium	27. veebruar 2017	Maris Jesse – terviseala asekancler Agris Koppel – tervisesüsteemi arendamise osakonna juhataja Anneli Taal – tervishoiuressursside juht
SA Tartu Ülikooli Kliinikum ja Eesti Erakorralise	28. veebruar 2017 30. märts 2017	Ago Kõrgvee – Eesti Erakorralise Meditsiini Arstide Seltsi juhatuse esimees, SA Tartu Kiirabi juhatuse esimees, Tartu Ülikooli Kliinikumi anestesioloogia ja intensiivravi kliniku direktor

Meditsiini Arstide selts	12. mai 2017 9. veebruar 2018	Kuido Nõmm – Eesti Erakorralise Meditsiini Arstide Seltsi juhatuse liige, Tartu Ülikooli Kliinikumi erakorralise meditsiini osakonna juhataja Veronika Reinhard – Eesti Erakorralise Meditsiini Arstide Seltsi juhatuse liige, Tartu Ülikooli Kliinikumi anestesioloogia ja intensiivravi kliniku vanemarst-õppejõud anestesioloogia erialal
SA Tartu Ülikooli Kliinikum	1. märts 2018	Raul-Allan Kiivet – rahvatervishoiu õppetooli tervishoiukorralduse professor
Terviseamet	19. mai 2017	Üllar Kaljumäe – peadirektori asetäitja tervishoiu alal Mihhail Muzõtšin – peadirektori asetäitja järelevalve alal Juta Varjas – järelevalveosakonna vaneminspektor Melita Sogomonjan – järelevalveosakonna vaneminspektor Kaidi Usin – esmatasandi tervishoiu osakonna peaspetsialist
AS Lääne-Tallinna Keskhaigla	22. mai 2017	Imbi Moks – juhatuse esinaine Anžela Popova – EMO juhataja Kai Zilmer – nakkuskliiniku juhataja Piret Veerus – naistekliiniku juhataja
AS Järvamaa Haigla	24. mai 2017	Andres Mürsepp – juhatuse esimees Tiit Aule – ravijuht Katrin Roosmaa-Tippi – EMO juhataja
Eesti Perearstide Selts	31. mai 2017	Le Vallikivi – perearst, Tallinna Perearstide Seltsi juhatuse esimees Karmen Joller – perearst Lembi Põlder – perearst, Tallinna Perearstide Seltsi juhatuse liige
AS Rakvere Haigla	9. juuni 2017	Aile Kaasik – EMO juhataja
SA Narva Haigla	12. juuni 2017	Olev Silland – juhatuse liige Pille Letjuka – ülemarst, erakorralise meditsiini kliniku juhataja
SA Ida-Viru Keskhaigla	13.06.2017	Aime Keis – juhatuse liige, ülemarst Arnold Persidski – EMO vanemarst
SA Pärnu Haigla	15. juuni 2017	Veiko Vahula – juhatuse liige Merike Lepp – EMO juhataja Marit Õun – erakorralise meditsiiniabi teenistuse juhataja
SA Raplamaa Haigla	20. juuni 2017	Kaire Adamssoo – juhataja Aili Laasner – ülemarst
AS Valga Haigla	13. juuli 2017	Marek Seer – juhatuse liige Kristel Kivisild – ravijuht Anastassia Org – õendusjuht
SA Põlva Haigla	14. juuli 2017	Margit Rikka – ülemarst
SA Läänemaa Haigla	25. juuli 2017	Tõnis Siir – peaarst, juhataja Kai Tennisberg – ravijuht Marju Lepmets – õendusjuht
SA Viljandi Haigla	august 2017	Priit Tampere – juhatuse esimees Margus Annuk – juhatuse liige Krista Valdvee – kommunikatsioonijuht Ülle Jaadla – statistik Eve Pärnaku – vanemõde Ülle Kumm – õendusjuhi kt Mati Kallas – ülemarst Andres Anier – IT- ja arendusjuht

Auditi lõpetamise aeg

Auditi toimingud lõpetati mais 2018.

Auditi meeskond

Auditijuht oli Mart Vain. Auditimeeskonda kuulusid audiitorid Eva-Maria Asari, Pille Kuusepalu ja Thea Teinemaa.

Kontaktandmed

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

Auditiaruande elektrooniline koopia (pdf) on saadaval koduleheküljel www.riigikontroll.ee.

Auditiaruande kokkuvõte on saadaval ka inglise keeles.

Auditiaruande number Riigikontrolli asjaajamissüsteemis on 2-1.7/70129/6.

Riigikontrolli postiaadress on:

Kiriku 2/4
15013 TALLINN
Tel +372 640 0700
Faks +372 661 6012
riigikontroll@riigikontroll.ee

Riigikontrolli varasemaid auditeid erakorralise meditsiini valdkonnas

08.04.2011 – Perearstiabi korraldus

14.09.2004 – Esmase erakorralise arstiabi korraldus

Kõik aruanded on kättesaadavad Riigikontrolli koduleheküljelt www.riigikontroll.ee

Lisa A. Valdkonna ülevaade

Eestis on arstiabi jaotatud kolmele tasandile:

- 1) esmatasandi ehk perearstiabi;
- 2) eriarstiabi, sh EMO teenused;
- 3) õendusabi.

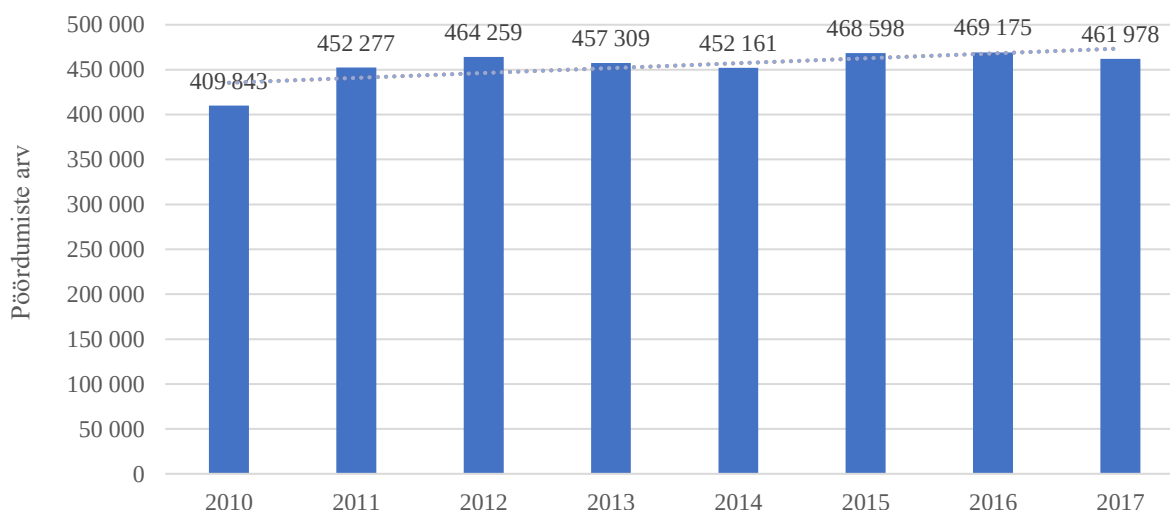
Arstiabi saamiseks tuleb üldjuhul esmalt pöörduda perearsti vastuvõtule, kus on patsientidele tagatud nõustamine, vajalikud uuringud ja ravi ning vajaduse korral suunatakse patsient järgmisele tervishoiutasandile (eriarstiasse või õendusabisse). Ootamatu ägeda haigestumise või trauma korral saab inimene ise pöörduda haigla EMOsse või kutsuda kiirabi.

Vältimatut abi ehk tervishoiuteenust, mida tervishoiutöötaja osutab olukorras, kus abi edasilükkamine või selle andmata jätmine võib põhjustada abivajaja surma või püsiva tervisekahjustuse, on õigus saada igal Eesti territooriumil viibival inimesel. Vältimatut abi ei pea olema EMOs antav abi. Vältimatut abi on kohustus anda ka näiteks perearstil. Vältimatut abi osutamise eest EMOs võib patsiendilt küsida visiiditasu kuni 5 eurot.

Erakorralise meditsiini osakondi ja vastuvõtupunkte on kokku 19 ning need asuvad haiglavõrgu arengukava haiglate (HVA) juures (vt lisa G).⁹³ HVA-haigla peab erakorralisi patsiente vastu võtma oma pädevuse ja võimekuse piires. Piirkondlike haiglate juures asuvad EMOd peavad osutama kõiki erakorralise meditsiini teenuseid. Need on kõige kõrgema tasemega haiglad, kus pakutakse ka neurokirurgilist ja kardiokirurgilist ravi. Keskhaiglad peavad osutama kõiki erakorralise meditsiini teenuseid, v.a neuro- ja kardiokirurgiline ravi. Üldhaiglad osutavad erakorralise meditsiini teenuseid, lähtudes haiglas esindatud erialadest. Kohalikus haiglas osutatakse vältimatut abi arsti pädevuse piires või kiirabibrigaadi saabumiseni ja patsiendi transpordini kõrgema tasandi haiglasse.

EMOsse pöördub aastas ca 462 000 patsienti. Pöördumiste arv on aastatel 2010–2017 kasvanud ca 13%, kuid viimastel aastatel on see püsinud stabiilne (vt joonis 1).

Joonis 1. EMOsse pöördumiste arv 2010–2017



Allikas: HVA-haiglate statistika

⁹³ HVA-haiglate kaudu on tagatud ambulatoorne, päevaravi ning haiglaravi kõikjal Eestis, samuti on neil kohustus tagada erakorraline arstiabi. Haigekassa sõlmib nende haiglatega viieaastased raamlepingud. Lisaks on Eestis ka teised tervishoiuteenuse osutajad ehk haigekassa valikupartnerid, kes täiendavad HVA-haiglate pakutavat. 2018. a I poolaastal oli haigekassal 293 eriarstiabi teenuseid pakkuvat valikupartnerit, kellest 8 pakkus haiglaravi.

EMO kulude osakaal ravikindlustuse kuludest on viimastel aastatel kasvanud, jõudes 2017. aastal 13%-ni (vt tabel 1). Ravikindlustuse eelarvest kaetavatele EMO kuludele lisanduvad EMOs vältimatut abi saanud ravikindlustamata isikute eest riigieelarvest makstavad kulud, mida 2017. aastal oli ca 5 miljonit eurot.

Tabel 1. Ravikindlustuse kulude jaotus koos EMO kuludega 2014–2017 (miljonit eurot)

Rahastamise allikas	Kulu liik	2014	2015	2016	2017	Osakaal ravikindlustuskuludest 2017 (%)
Ravikindlustuse eelarve	Ajutise töövõimetuse hüvitiste kulud	103,9	117,0	130,3	141,3	12,6
	Kindlustatutele kompenseeritavate ravimite kulud	109,8	112,8	131,2	125,7	11,3
	Muud kulud	29,7	30,2	31,9	37,0	3,3
	Tervishoiuteenuste kulud:					
	Üldarstiabi	82,2	92,5	103,2	113,7	10,2
	Muude tervishoiuteenuste kulud (sh õendusabi, haiguste ennetamine, hambaravi)	52,8	58,7	61,8	70,3	6,3
	Eriarstiabi	529,9	562,4	590,9	629,1	56,3
	...sh EMO (ravikindlustatud isikud)	74,0	87,5	132,4	147,6	12,9
	Kulud kokku		973,6	1049,3	1117,2	100
Riigieelarve	EMO (ravikindlustamata isikud)	2,7	2,7	4,9	5,0	

Allikas: Eesti Haigekassa

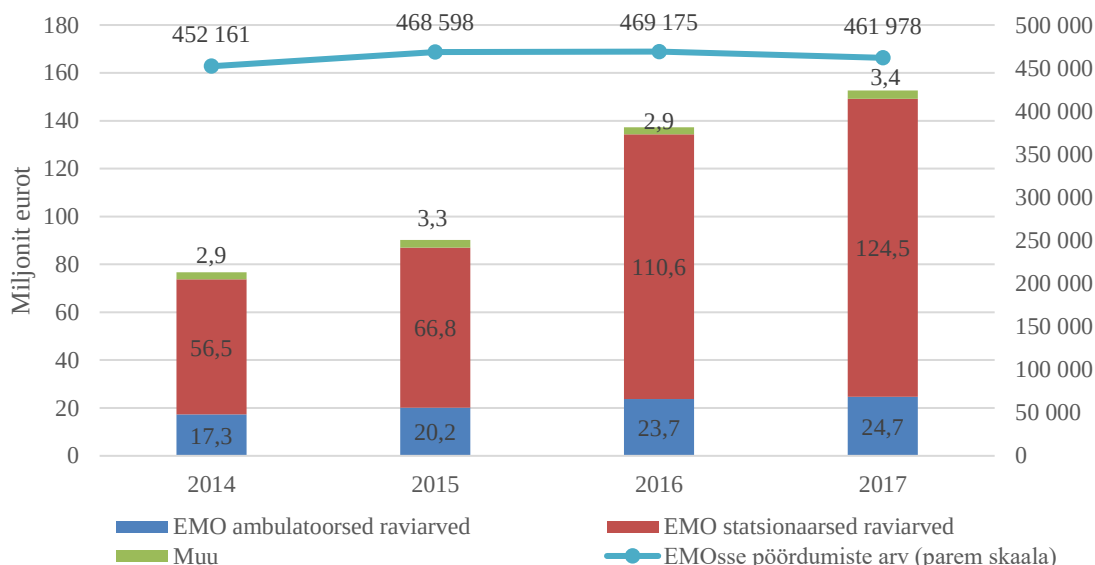
EMO raviarvete kulud jagunevad ambulatoorseteks ning statsionaarseteks kuludeks. Ambulatoorsete teenuste kulud on aastatel 2014–2017 kasvanud 17,2 miljonilt 24,7 miljoni euroni ehk ca 43% (vt joonis 2). Statsionaarsed kulud ehk EMOst hospitaliseeritud patsientide raviarvete maksumus on enam kui kahekordistunud, kasvades 56,7 miljonilt 124,5 miljoni euroni. Peale raviarvete tasumise maksab haigekassa EMO personali töö tasustamiseks ka valmisolekutasu, mis lisandub nende summadele. Valmisolekutasu tasub haigekassa vastavalt sellele, milliste erialade arstide teenused peavad eri haiglates olema ööpäev ringi kättesaadavad.⁹⁴

Raviarvete maksumuse kasv on seotud eelkõige tervishoiuteenuste üldisest kiirema kulude tõusuga, mis tuleneb nii tehnoloogilisest arengust (sh uued ravivõimalused ja seadmed) kui ka kiirendatud palgakasvust.⁹⁵ Näiteks on arstide keskmine palk perioodil 2014–2017 kasvanud 23%.⁹⁶ Kuna EMOsse pöördumiste arv on neil aastatel olnud küllaltki stabiilne, ei ole see oluline kasvu mõjutaja. Küll aga on patsientide seisund üldjoontes muutunud raskemaks. Kuigi punase ja oranži triaazikategooria patsiendid moodustavad endiselt väikese osa EMOsse pöördujatest, on nende arv sel perioodil suurenenud vastavalt 98% ja 51%. Lisaks mõjutas EMO kulude kasvu kahes suures haiglas uus rahastamissüsteem, mida hakati rakendama 2016. aastal (vt täpsemalt p 40).

⁹⁴ Sotsiaalministri 19.08.2004. a määrus nr 103 „Haigla liikide nõuded“.

⁹⁵ Tervishoiu rahastamise jätkusuutlikkuse analüüs. Sotsiaalministeerium, 2016.

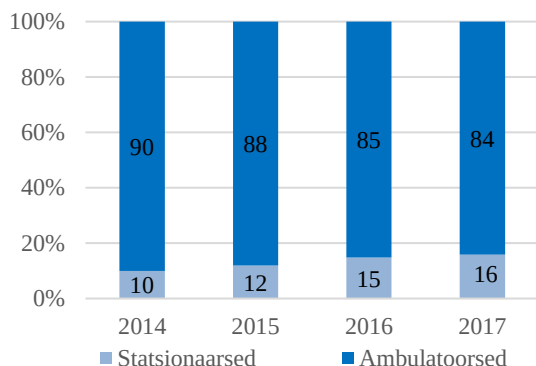
⁹⁶ Tervise Arengu Instituudi statistika: arstide keskmine kogutunnipalk eriarstiasutustes, mis sisaldab lisaks põhipalgale ka regulaarseid lisatasusid, lisatasu õhtuse töö, öötöö, puhkepäevadel ja riiklikel pühadel töötamise eest ning lisatasu ületundide eest.

Joonis 2. EMO kulud ja pöördumiste arv aastatel 2014–2017⁹⁷

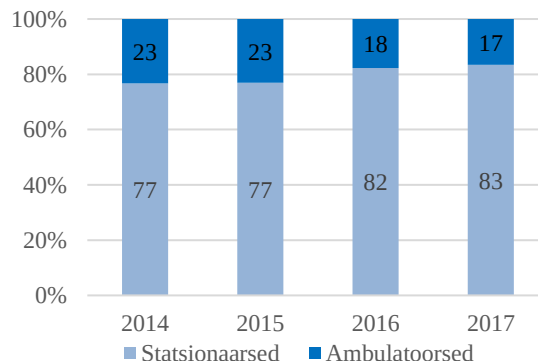
Allikas: Eesti Haigekassa ja HVA-haiglate statistika

2017. aastal oli ambulatoorsete raviarvete osakaal 84% kõigist EMO arvetest ja samal ajal moodustasid ambulatoorsed raviarved 17% EMO kogukuludest (EMO raviarvete suuruse kohta vt p 40–42). Seega lahendati enamik kaebusi EMOs ja vaid vähesed patsiendid hospitaliseeriti, samal ajal moodustasid rahaliselt enamiku EMO kuludest hospitaliseeritute ravikulud (vt joonis 3 ja 4).

Joonis 3. EMO raviarvete jaotus ravitüübi järgi, osakaal



Joonis 4. EMO raviarvete maksumus ravitüübi järgi, osakaal



Allikas: Eesti Haigekassa

Patsientide triaaz

EMOsse saabudes määratakse patsientidele triaazikategooria, sõltumata sellest, kas isik toodi kiirabiga või pöördus ise. Triaaz tuleb teha esimesel võimalusel ning vähemalt 80% osakonda pöördunud patsientidest peavad jõudma triaazini mitte hiljem kui 10 minuti möödudes osakonda pöördumisest. Triaazi teeb triaaziõde, kes vajaduse korral kutsub appi valvearsti. Triaazikategooria määramisel lähtutakse nii patsiendi kaebustest kui ka tema elulistest näitajatest. Triaazikategooria määrab patsiendi käsitlemise kiiruse ehk maksimaalse aja arsti vastuvõtuni ning patsiendi paigutuse erakorralise meditsiini osakonnas. Abivajajaid aidatakse, lähtudes triaazikategooriast, mitte saabumise järjekorrast.

⁹⁷ Kategooria „muu“ sisaldab peamiselt haiglatele makstud valmisolekutasusid. Haigekassa andmetel oli EMO ravijuhte 2014. aastal 414 000 ja 2017. aastal 439 000. Muudatuste kohta EMO raviarvete andmetes alates 2014. aastast vt joonealust viidet 23 lk-l 13.

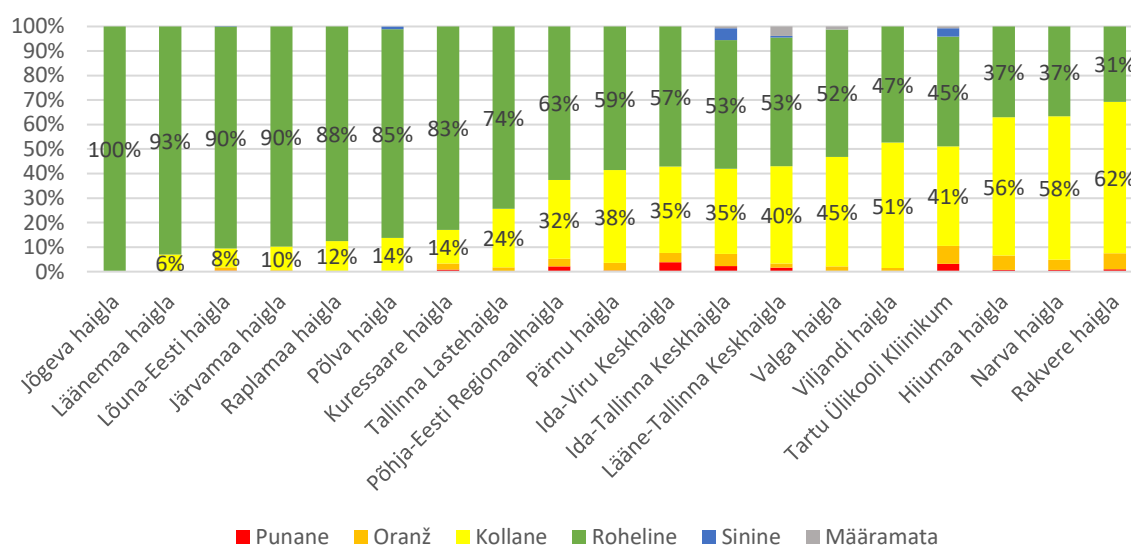
Triiaažijuhendi⁹⁸ kohaselt kasutatakse Eesti erakorralise meditsiini osakondades viieastmelist triiaaži-süsteemi, kus patsiendid jaotatakse „punasteks“, „oranžideks“, „kollasteks“, „rohelisteks“ ja „sinisteks“.

- Punane (I) triiaažikategooria tähistab eluohtlikus seisundis patsiente, kelle elu on otseselt ohus. Need patsiendid vajavad kohest arstipoolset käsitlemist.
- Oranž (II) triiaažikategooria tähistab erakorralisi patsiente, kelle seisund on potentsiaalselt eluohtlik. Aeg arsti vastuvõtuni on kuni 15 minutit.
- Kollane (III) triiaažikategooria tähistab patsiente, kelle haigestumine või trauma on erakorraline ning vajab diagnostikat ja/või ravi, kuid kelle seisund on stabiilne ning meditsiiniabi võib oodata. Aeg arstini on kuni 60 minutit.
- Roheline (IV) triiaažikategooria tähistab patsiente, kelle puhul on tegemist probleemidega, mis ei vaja kiiret erakorralist sekkumist ning aeg arstini on kuni 3 tundi.
- Sinine (V) triiaažikategooria tähistab patsiente, kes ei vaja erakorralist abi ja kelle tervise seisund ei kvalifitseeru eelnevate triiaažikategooriate alla. Aeg arstini kuni 6 tundi.

Rohelise ja sinise triiaažikategooriaga patsientide arstliku ülevaatuse alustamise aeg võib EMO ülekoormuse korral pikeneda.

Haiglali erineb triiaažikategooriate osakaal oluliselt (vt joonis 5).

Joonis 5. EMOsse pöördumine triiaažikategooriate järgi 2017. aastal, osakaal^{99,100}



Allikas: HVA-haiglate statistika

2017. aastal jäi roheline triiaažikategooriaga patsientide osakaal 31% (Rakvere) ja 93% (Läänemaa) vahele, kui välja jätta Jõgeva haigla, kus kõik patsiendid olid märgitud rohelisteks, ning Ida-Tallinna Keskhaigla erakorraline oftalmoloogia, kus patsientide triaazi üldiselt ei kasutata. Kui võrrelda piirkondlikke haiglaid, siis Põhja-Eesti Regionaalhaiglas on roheline triiaažikategooriaga patsientide osakaal 63% ja Tartu Ülikooli Kliinikumis märgatavalt väiksem – 45%. Üks võimalikest põhjustest on see, et kliinikumis on eraldi kõrva-, nina- ja kurguhaiguste ning laste vastuvõtt ning sealsed erakorralised

⁹⁸ Juhend triaazi teostamiseks Eesti erakorralise meditsiini osakondades. Sotsiaalministri 19.01.2007. a määrus nr 9, lisa 26.

⁹⁹ Jõgeva haiglas on kõik pöördumised määratud rohelse triiaažikategooriasse. Üldjuhul suunatakse raskemad juhtumid kohe kõrgema tasandi haiglatesse.

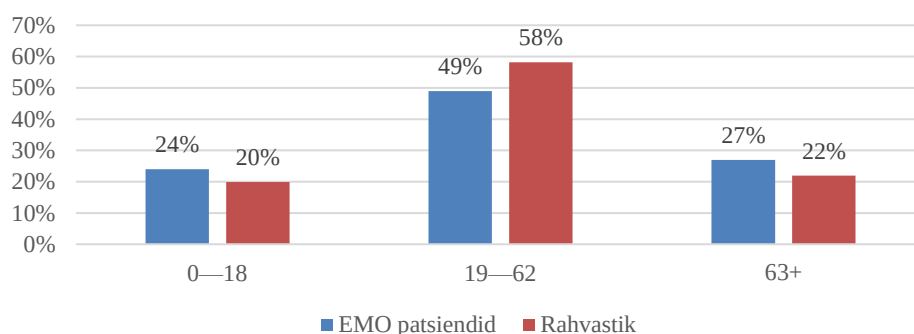
¹⁰⁰ Ida-Tallinna Keskhaigla arvudes ei sisaldu erakorralise oftalmoloogilise vastuvõtu andmed. Seal üldjuhul triaazi ei kasutata, mistõttu on valdavalt märgitud kategooria „määramata“.

patsiendid jäävad EMO statistikast välja. Samas ei seleta see kogu erinevust haiglate vahel ning täpsemad põhjused vajavad väljaselgitamist.¹⁰¹ Absoluutarvudes on suurem osa punase ja oranži triiaazikategooriaga patsientidest (ca 72% ehk 14 090) koondunud nelja haiglasse: Põhja-Eesti Regionaalhaigla, Tartu Ülikooli Kliinikum, Ida-Tallinna Keskhaigla ja Ida-Viru Keskhaigla.

Patsientide vanuseline jaotus

Ligi poole EMOSse pöördujatest moodustavad tööealised inimesed (vanuses 19–62). Laste osakaal EMOSse pöördujatest on suurem kui nende osakaal rahvastikus (vastavalt 24% ja 20%). Samuti kasutavad 63aastased ja vanemad inimesed EMO teenuseid suhteliselt tihti – nende osakaal EMOSse pöördujatest on 27% ning osakaal rahvastikust 22% (vt joonis 6).

Joonis 6. EMO patsientide vanuseline jaotus võrreldes rahvastiku jaotusega 2017. aastal

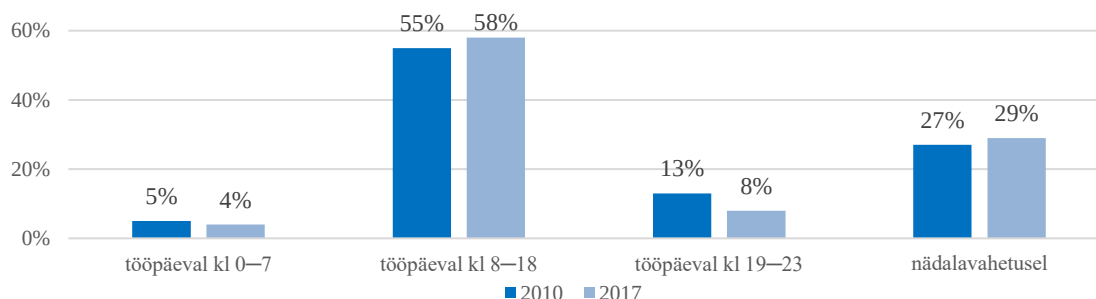


Allikas: Eesti Haigekassa, Statistikaamet

EMOSse pöördumiste iseloomustus

Kõige enam pöörduvad patsiendid EMOSse traumade ja mürgistustega, lihasluukonna- ja sidekoehaigustega (sh seljavaluga) ning mujal klassifitseerimata sümptomitega (sh kõhuvalu). EMOSse pöördumiste kohta diagnoosikategooriate kaupa vt täpsemalt lisa D tabel 1. Märkimisväärne osakaal (57%) kergemate kaebustega (sinine, roheline ja kollane triiaazikategooria) patsientidest pöördus EMOSse tööpäeval ja tööajal (kl 08.00–18.00, vt joonis 7). Võrreldes 2010. aastaga on tööpäeval tööajal pöördumiste arv kasvanud, samas on vähenenud pöördumiste arv tööpäeva õhtul. Öösiti on pöördumiste arv väike (4%). Samal ajal on võrreldes eelmise ankeetküsitlusega kasvanud patsientide osakaal, kes pöördusid EMOSse nädalavahetusel.

Joonis 7. Patsientide pöördumiste jaotus kellaaegade järgi 2010. ja 2017. aastal¹⁰²



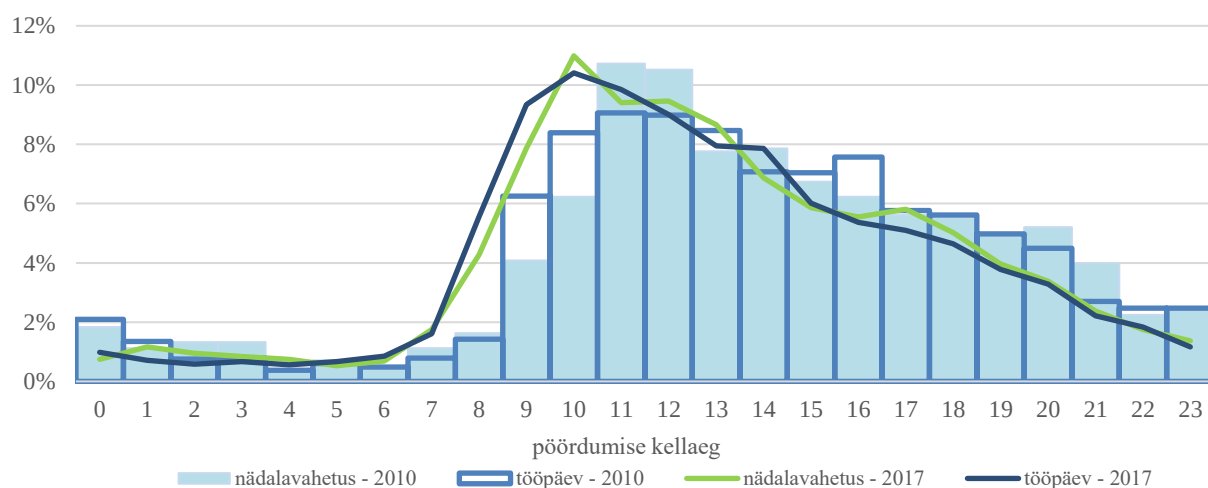
Allikas: Riigikontroll ankeetküsitluse andmete alusel

¹⁰¹ EMO teenuste kasutusanalüüs. Eesti Haigekassa, 2016.

¹⁰² Joonisel on esitatud andmed patsientide kohta, kelle triiaazikategooria oli kollane, roheline ja sinine. Välja on jäetud lapsed (0–18 a), ambulatoorsed traumahaiged, sünnitus- ja günekoloogiapatsiendid.

Kõige enam on pöördumisi tööpäeval kl 09.00–12.00 (vt joonis 8). Tööpäeviti pöördus 39% kollase, rohelise ja sinise triaazikategooria patsientidest EMOSse just sellel ajavahemikul. 2017. aastal moodustasid nädalavahetusel pöördumised kokku ligi kolmandiku (29%) nende triaazikategooriate patsientide pöördumistest. Nädalavahetusel on samuti kõige enam pöördumisi hommikupoolikul kl 10.00–13.00 (40% kollase, rohelise ja sinise triaazikategooria patsientide nädalavahetusel pöördumistest). Nende arv, kes tulid EMOSse nädalavahetustel öösiti ja hilisõhtutel, on võrreldes 2010. aastaga kahanenud.

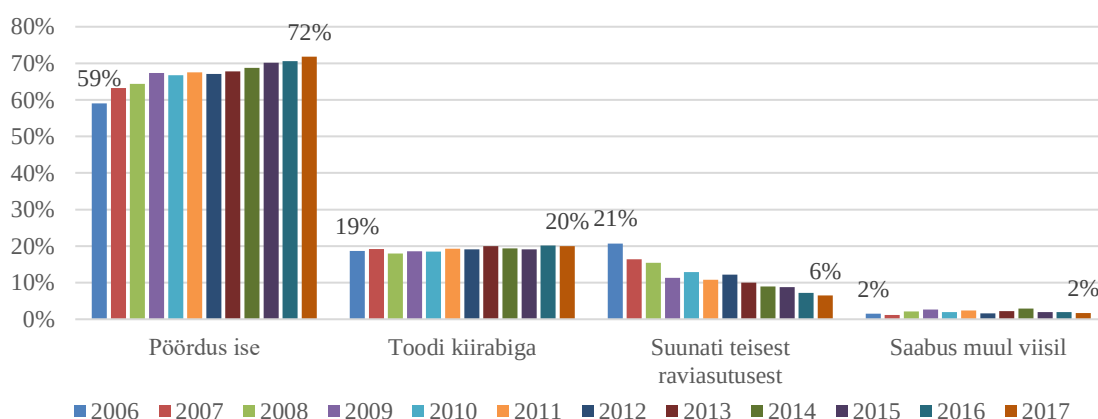
Joonis 8. EMOSse pöördumise aeg 2010. ja 2017. aastal¹⁰³



Allikas: Riigikontroll ankeetküsitluse andmete alusel

Enamik EMOSse pöördujatest saabub iseseisvalt (vt joonis 9). Tervise Arengu Instituudi statistika põhjal on ise pöördujate osakaal 2006.–2017. aasta jooksul kasvanud 59%-lt ligi 72%-ni. Seejuures oli kasv kiireim aastatel 2006–2009. Kui vaadata absoluutarvusi, siis ise pöördujate arv on perioodil 2006–2017 kasvanud enam kui 113 000 pöördumise ehk ligi poole võrra.¹⁰⁴ Iseseisvalt EMOSse pöördumiste osakaalu kasv on tulnud peamiselt selle arvelt, et vähenenud on teistest raviasutustest EMOSse suunatute osakaal – samal perioodil on see kahanenud 21%-lt 6%-ni.

Joonis 9. EMOSse pöördumine saabumise viisi järgi 2006–2017¹⁰⁵



Allikas: Tervise Arengu Instituut

¹⁰³ Vt eelmine joonealune märkus.

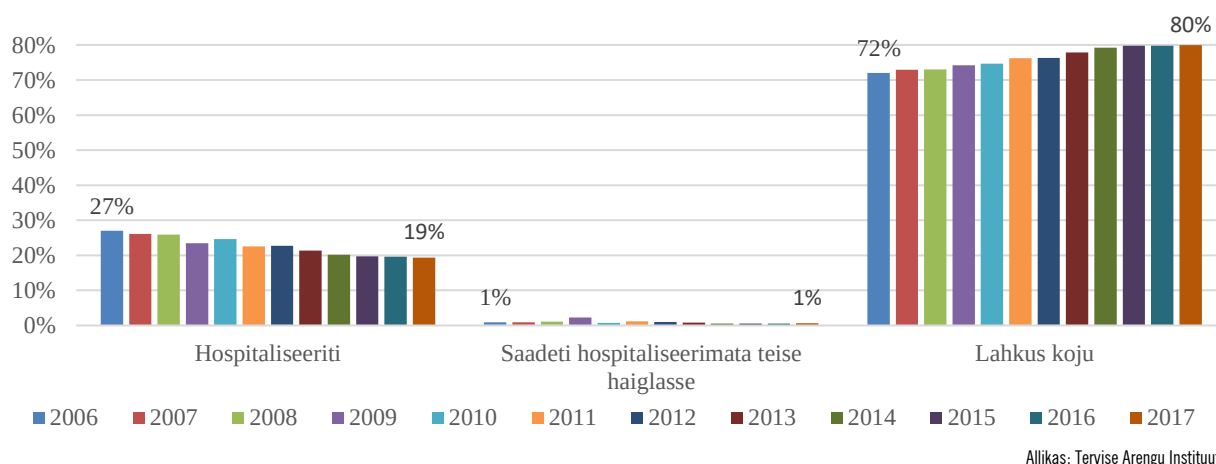
¹⁰⁴ Tervise Arengu Instituudi arvud erinevad mõningal määral arvudest, mille saatsid Riigikontrollile HVA-haiglad, vt p 6.

¹⁰⁵ Tervise Arengu Instituudi märkus: 2016. aastast muudeti erakorralist arstiabi vajavate patsientide saabumise viisi arvestuse meetodikat: kui varem arvestati tunnuse „suunati teisest raviasutusest“ alla ka oma haigla tervishoiutöötajate suunamised ja erakorralise meditsiini osakonna tagasikutset, siis nüüd on need kirjeldatud tunnuse „saabus muul viisil“ all.

Kiirabiga saabujate osakaal on aastate jooksul jäänud stabiilselt 19–20% juurde. Stabiilne on olnud ka muul viisil saabujate osakaal – sellesse kategooriasse kuuluvad need, kelle saabumise viisi pole andmetes märgitud ning samuti näiteks politseiga toodud või EMO arstide tagasikutsutud patsiendid.

Suurem osa patsiente saadetakse pärast EMO-visititi koju, sh suunatakse ambulatoorsele ravile. Nende osakaal on ajavahemikul 2006–2017 kasvanud 8% võrra. See on toimunud hospitaliseeritute arvelt, kelle hulk on vähenenud niisama palju (vt joonis 10) .

Joonis 10. Patsientide lahkumine EMOst 2006–2017



Lisa B. Ankeetküsitluses kasutatud ankeet

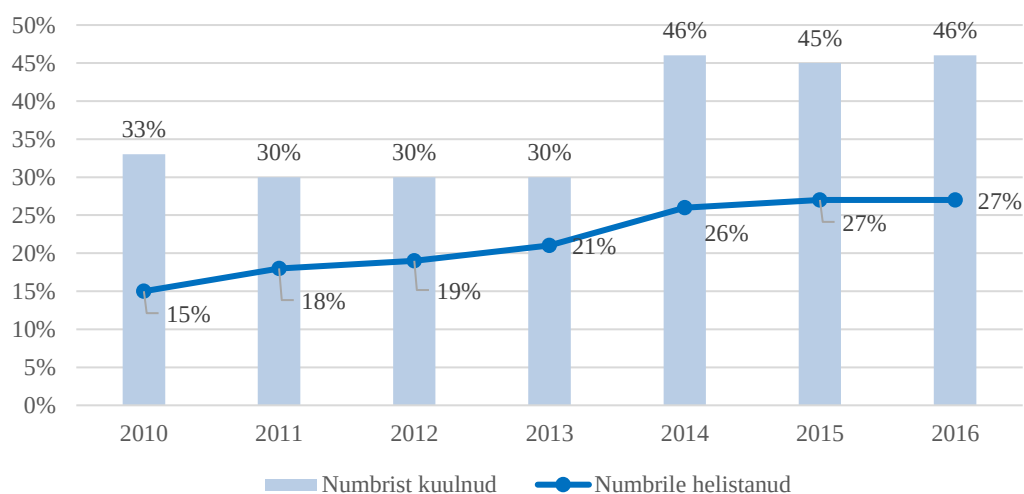
Need andmed täidab patsiendi vastuvõtja (triaažiõde, registraator vms).											
1. Patsiendi isikukood											
2. EMOSse pöördumise kuupäev (päev.kuu)	__	__	__	ja kellaaeg (t : m)	__	__	:	__	__	:	__
3. Patsient on ravikindlustatud ☐ , ravikindlustamata ☐ , ravikindlustamata, kuid tasub ise visiidi eest ☐											
4. Saabumisviis ☐ perearst saatis ☐ tuli (toodi) ise ☐ haigla saatis (nii teine kui ka sama haigla)											
5. Miks tuli patsient EMOSse? (Personal küsib patsiendilt, märkida üks vastusevariant – peamine põhjus!)											
a. <u>Patsient tuli EMOSse ise, pöördumata eelnevalt perearsti poole.</u>											
Perearst ei olnud kättesaadav.											
☐ Asub mujal. ☐ Tööväline aeg. ☐ Perearsti juurde liiga pikk ooteaeg. ☐ Muu (lisada äärmise vajaduse korral)											
Patsient ei soovinud perearsti poole pöörduda.											
☐ Ei saa perearsti juurest vajalikku abi piisavalt kiiresti (nt ei tehta uuringuid). ☐ Ei ole aega, et perearsti poole pöörduda. ☐ On sama probleemiga varem perearsti vastuvõtul käinud, kuid ei ole abi saanud (uuringuid tehtud). ☐ Varasem positiivne kogemus EMOSst, soovib uuesti EMOSse pöörduda. ☐ Muu (lisa äärmise vajaduse korral)											
Teadmatus.											
☐ Patsient ei tea, et perearst saab selle terviseprobleemi korral aidata või et perearsti vastuvõtule saab ka erakorraliselt minna. ☐ Muu (lisada äärmise vajaduse korral)											
b. <u>Patsient on eelnevalt sama probleemiga perearsti poole pöördunud.</u>											
Perearst on patsienti näinud/uurinud.											
☐ Andnud saatekirja EMOSse. ☐ Soovitanud pöörduda EMOSse, saatekirja ei andnud. ☐ Patsient otsustas ise EMOSse tulla. ☐ Patsient soovib saada teisest arvamust. ☐ Muu (lisada äärmise vajaduse korral)											
Perearst pole patsienti üle vaadanud.											
☐ Andis saatekirja EMOSse. ☐ Soovitas pöörduda EMOSse, saatekirja ei andnud. ☐ Muu (lisada äärmise vajaduse korral)											
c. ☐ Patsient helistas perearsti nõuandetelefonile, kust soovitati EMOSse minna. (Selle vastuse võib märkida ka juhul, kui on juba olemas märges mõnes punkti a või b jaotises.)											

d. ☐ Patsient ei pääsenud eriarsti vastuvõtule.	
<i>Need vastused kirjutab ankeeti patsiendiga EMOs tegelenud arst.</i>	
6. Patsiendi kaebused EMOsse pöördumisel (tuleks valida peamine kaebus).	
☐ Peavalu ☐ Vertiigo ☐ Nõrkus ☐ Valu rindkeres/rinnus ☐ Õhupuudus, hingeldus ☐ Köha ☐ Rütmihäire ☐ Kõrge vererõhk ☐ Minestus ☐ Tursed ☐ Palavik ☐ Mädapaise vms lokaalne infektsioon	☐ Kõhuvalu ☐ Seedehäired (kõhukinnisus/kõhulahtisus) ☐ Iiveldus/oksendamine ☐ Seljavalu ☐ Jäsemevalu ☐ Düsuurilised vaevused ☐ Liigesevalu ☐ Ärevus, paanikahäire ☐ Külmetushaigus ☐ Muu (kui ükski eelnev ei sobi) _____
7. EMOsse tuleku põhjuseks oleva diagnoosi kood RHK-10 järgi: _____.	
8. Vaeguse kestus (päevade arv)	
Kas patsiendi EMOsse tulek oli meditsiiniliselt põhjendatud? <i>(Küsimuse üle otsustamisel lähtutakse iga patsiendi kaebustest, diagnostikast ja patsiendile osutatud ravist.)</i>	
☐ Jah, EMOsse tulek oli põhjendatud (siin võib olla mitu valikut järgnevast loetelust): ☐ Esines põhjendatud kahtlus eluohtliku haigestumise suhtes. ☐ Patsiendi seisund vajab diagnoosimist, mida pole perearstil võimalik teostada või pole võimalik teostada piisavalt kiiresti. ☐ Patsient vajab ravi ajal kas kliinilist või instrumentaalset jälgimist. ☐ Patsient ei vajanud erakorralist sekkumist, aga vajab kiiremat arstiabi, kui plaaniline järjekord eriarsti juurde võimaldanuks. ☐ Muu (kasutada äärmise vajaduse korral)	
☐ Ei, EMOsse tulek ei olnud põhjendatud, probleemiga oleks võinud tegeleda perearst (see valida juhul, kui eelnevad kriteeriumid ei olnud täidetud).	
10. Kas patsient hospitaliseeriti? ☐ JAH ☐ EI	

Lisa C. Perearsti nõuandetelefon

Perearsti nõuandetelefon 1220 on üleriigiline ööpäevane meditsiinilise nõustamise liin, mis on mõeldud abi andmiseks ajal, mil perearstiabi ei ole kättesaadav (näiteks väljaspool tööaega, puhkepäevadel või riiklikel pühadel) või kui terviseprobleem ei vaja kohest perearsti vastuvõtule minemist. Nõuandeliini nõustajad aitavad analüüsida inimese tervise seisukorda ja annavad tegutsemisjuhised esmaseks abiks. Kuigi Eesti inimeste teadlikkus perearsti nõuandetelefonist 1220 on aastate jooksul kasvanud (vt joonis 1), ei ole neist jätkuvalt pooled sellest kuulnud. Kui 2010. aastal oli nõuandetelefonist kuulnud kolmandik Eesti inimestest ning 15% oli numbrile helistanud, siis 2016. aastal oli perearsti nõuandetelefonist kuulnud ligi pool eestimaalastest ning sellele helistanud 27%.

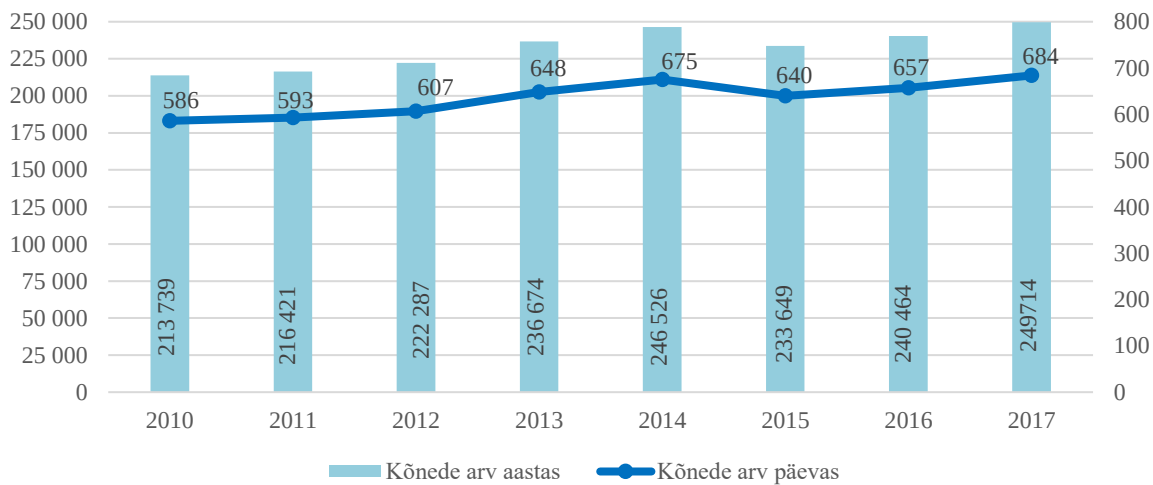
Joonis 1. Eesti inimeste teadlikkus perearsti nõuandetelefonist ja selle kasutamine 2008–2016, osakaal¹⁰⁶



Allikas: Perearsti nõuandetelefoni kohta koostatud aruanded

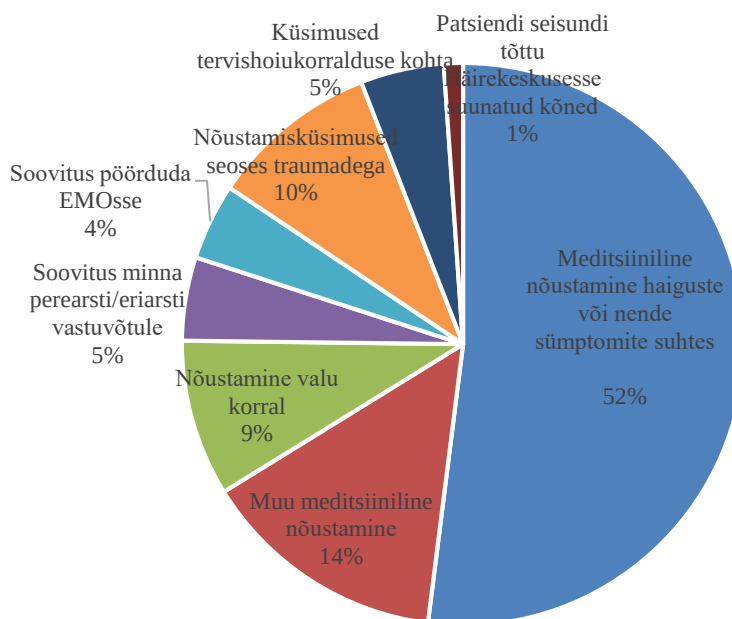
Koos nõuandetelefoni tuntuse kasvuga on suurenenud ka perearsti nõuandeliinile tehtud kõnede arv. Ajavahemikul 2014–2017 tehti nõuandeliinile keskmiselt 240 000 kõnet aastas (vt joonis 2). Seda on keskmiselt 640–680 kõnet päevas. Keskmiselt on kõnesid kõige enam laupäeviti (ca 720 kõnet) ja pühapäeviti (ca 700 kõnet). Kõige vähem oli aastatel 2010–2017 kõnesid kolmapäeviti (ca 560 kõnet). Nädalavahetuseti on kõnede arv keskmiselt viiendiku võrra suurem.

¹⁰⁶ 2017. aastal vastavat uuringut ei korraldatud.

Joonis 2. Perearsti nõuandelefonile tehtud kõnede arv 2006–2017

Allikas: Perearsti nõuandelefoni aruanded

Pooltel juhtudel soovivad inimesed meditsiinilist nõustamist haiguste või nende sümptomite suhtes. See on peamine põhjus nõuandelefonile helistamiseks. Haigla valvetuppa soovitasid nõustajad pöörduda keskmiselt 5%-l (2017. aastal ca 12 500 inimesel) juhtudest ning Häirekeskusesse suunati 1% (2017. a ca 2500) kõnedest (vt joonis 3).

Joonis 3. Nõuandelefonile esitatud küsimuste ja teemade kokkuvõte 2017. aastal, osakaal

Allikas: Perearsti nõuandelefoni aruanne 2017

Kui kõik haigla valvetuppa suunatudest pöörduks EMOsse, siis oleks nad 2017. aastal moodustanud ca 2,7% kõigist pöördujatest (462 000-st). Kui kõik Häirekeskusesse suunatud pöördumistest oleks olnud põhjendatud, siis oleks need 2017. aastal moodustanud ca 0,5% kiirabi väljakutsetest.

Lisa D. EMOsse pöördumised kindlustusstaatuse ja diagnoosikategooriate järgi

Riigikontroll analüüsis, kui palju erinesid ravikindlustamata ja ravikindlustatud isikute pöördumised aastatel 2014–2016. Analüüsist selgus, et ravikindlustamata isikute pöördumistest ca 53% moodustasid traumad, samal ajal ravikindlustatud isikute omadest 36% (vt tabel 1).¹⁰⁷ Samuti ilmnes, et RHK klassifikaatorite alampeatükkide kaupa analüüsides oli 51% tööealiste ravikindlustatud ja ravikindlustamata isikute pöördumiste korral 95% tõenäosusega erinevus statistiliselt oluline.¹⁰⁸

Tabel 1. Tööealiste ravikindlustatud (RK) ja ravikindlustamata (MK) isikute pöördumiste osakaalud rahvusvahelise haiguste klassifikatsiooni (RHK) diagnoosikategooriate kaupa 2014–2016

RHK kood	Nimetus	RK 2014 %	MK 2014 %	RK 2015 %	MK 2015 %	RK 2016 %	MK 2016 %
A00–B99	Teatavad nakkus- ja parasiithaigused	2,18	2,20	2,11	1,90	2,33	2,44
C00–D48	Kasvajad	1,14	0,52	1,15	0,59	1,28	0,70
D50–D89	Vere- ja vereloomeelundite haigused ning teatavad immuunmehhanismidega seotud haigusseisundid	0,21	0,16	0,22	0,20	0,24	0,31
E00–E90	Sisesekretsiooni-, toitumis- ja ainevahetushaigused	0,47	0,20	0,44	0,21	0,46	0,30
F00–F99	Psüühika- ja käitumishäired	1,33	2,45	1,36	2,24	1,30	2,66
G00–G99	Närvisüsteemahaigused	2,26	2,28	2,31	2,22	2,40	2,33
H00–H59	Silma- ja silmamanusehaigused	4,92	3,16	4,51	2,89	4,45	2,24
H60–H95	Kõrva- ja nibujätkehaigused	2,05	1,81	1,99	1,56	1,97	1,77
I00–I99	Vereringeelundite haigused	5,43	3,28	5,46	3,64	5,69	3,64
J00–J99	Hingamiseldundite haigused	4,22	4,72	4,19	4,70	4,69	5,26
K00–K93	Seedeelundite haigused	5,31	5,79	5,32	5,79	5,50	6,00
L00–L99	Naha- ja nahaaluskoehaigused	3,86	4,19	3,92	4,28	3,89	3,62
M00–M99	Lihaskonna- ja sidekoehaigused	7,68	5,89	8,08	5,23	7,89	4,65
N00–N99	Kuse-suguelundite haigused	4,74	3,22	4,59	3,06	4,68	3,01
O00–O99	Rasedus, sünnitus ja sünnitusjärgne periood	5,37	0,61	5,37	0,64	5,63	0,63
P00–P96	Perinataal- ehk sünniperioodis tekkivad seisundid	0,00	0,00	0,00	0,02	0,00	0,01
Q00–Q99	Kaasasündinud väärarendid, deformatsioonid ja kromosoomianomaaliad	0,04	0,01	0,04	0,02	0,05	0,09
R00–R99	Mujal klassifitseerimata sümptomid, tunnused ja kliiniliste ning laboratoorsete leidude hálbed	7,41	6,00	7,59	6,29	8,30	6,95
S00–T98	Vigastused, mürgistused ja teatavad muud välispõhjuse toime tagajärjed	36,11	52,11	35,93	53,47	35,86	52,57
V01–Y98	Haigestumise ja surma välispõhjused	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Z00–Z99	Tervise seisundit mõjustavad tegurid ja kontaktid tervise teenistusega	5,25	1,39	5,40	1,06	3,40	0,81
U00–U99	Koodid spetsiifiliste eesmärkide jaoks	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Allikas: Riigikontroll Eesti Haigekassa andmete alusel

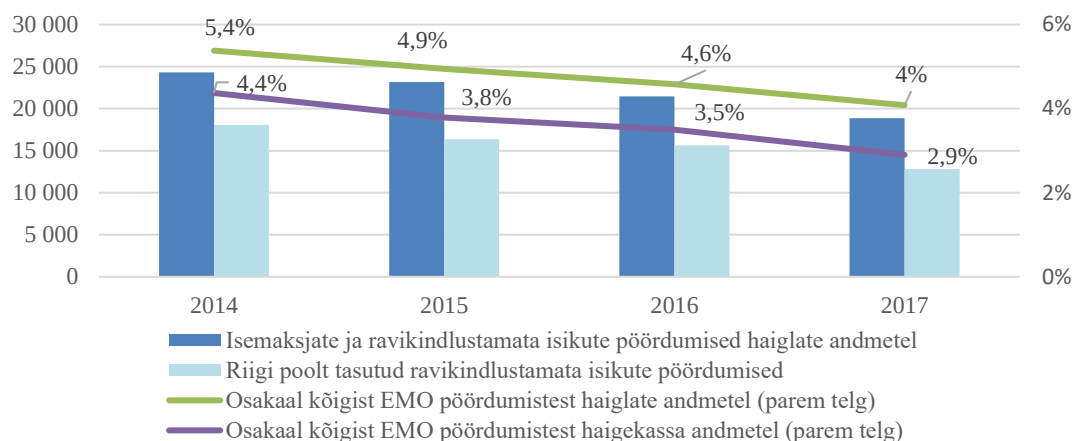
¹⁰⁷ Osakaalud on sarnased kõigil kolmel aastal (2014–2016).

¹⁰⁸ Alampeatükkide osas arvatati kolme aasta kohta kokku hii-ruut. Erinevus oli olemas, kui p väärtus oli väiksem kui 0,05.

Ravikindlustamata isikute pöördumised aastate kaupa on toodud joonisel 1.¹⁰⁹ Analüüsist selgus, et pöördumiste arv on vähenenud aeglaselt, kuid stabiilselt, keskmiselt on ravikindlustamata isikuid olnud kõigist pöördumistest 3–4% (haigekassa andmetel).

Nii tabelis 1 kui ka joonisel 1 toodud näitajad illustreerivad p-s 48–49 toodud hinnangut, et ravikindlustatud isikutel on palju enamate probleemide korral ligipääs erakorralise meditsiini osakonnas pakutavale teenusele ning ravikindlustamata isikute pöördumiste vähenemine viitab, et Sotsiaalministeerium tasub rangelt vaid vältimatu abi eest.

Joonis 1. Ravikindlustamata isikute arv ja osakaal EMOsse pöördumisest

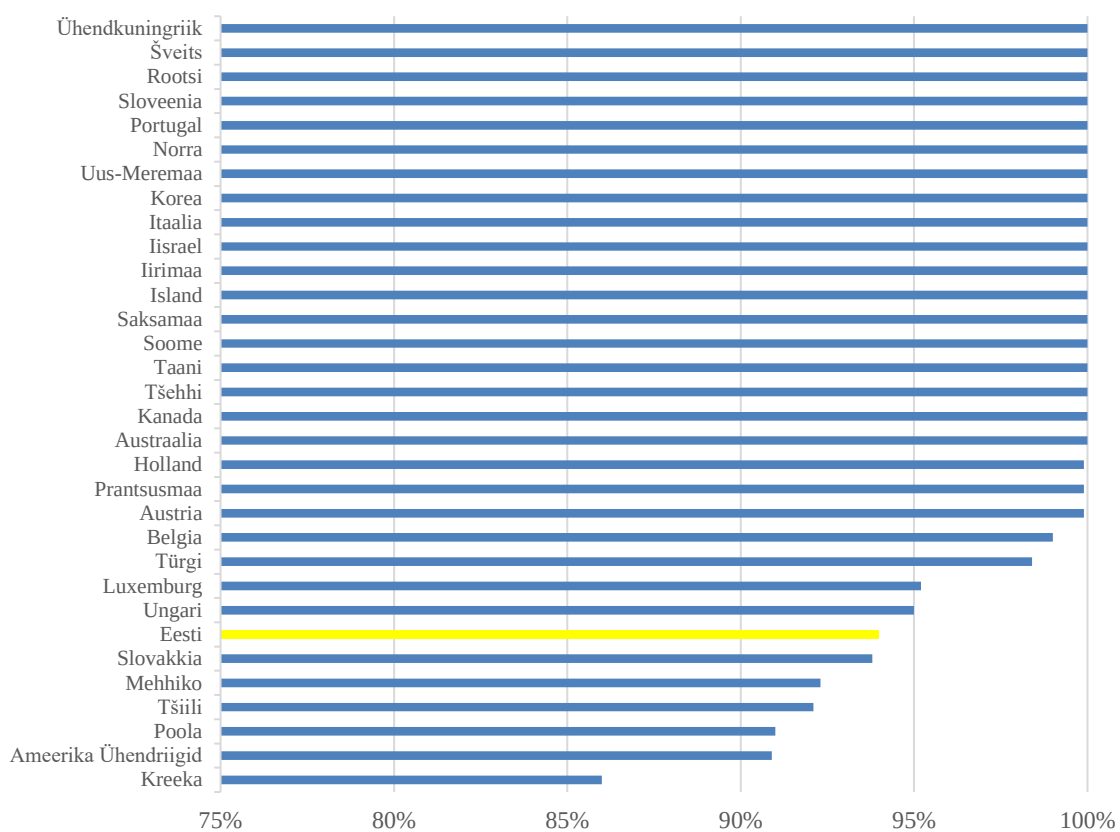


Allikas: Riigikontroll Eesti Haigekassa ja HVA-haiglate andmete alusel

OECD riikide võrdluses on Eesti üks neist vähestest, kus ei ole kõigil isikutel tervisekindlustust. Täpsemalt on riigid toodud joonisel 2.

¹⁰⁹ Haiglate ja haigekassa andmed erinevad; haigekassa andmetes on sees vaid erakorralise meditsiini osakonda pöördumised ning ravikindlustamata isikud, kelle teenuse eest on riik tasunud. Haiglate statistikas on sees ka teistes osakondades vältimatut abi saanud patsiendid ja ravikindlustamata isikute hulgas on need, kes on teenuse eest ise tasunud.

Joonis 2. Avaliku ja erasektori kindlustuse osakaal kokku kogu rahvastikust 2015. aastal



Allikas: OECD andmed

Lisa E. Perearstiabi kättesaadavuse kriteeriumid

Perearstiabi kättesaadavuse aluseks on kolm nõuet: 1) nimistute piirsuurus, 2) vastuvõtuaegade pikkus ja 3) vastuvõtu korraldamise kiirus erineva raskusastmega tervisehäirete korral.

1. Tervishoiuteenuste korraldamise seaduse § 8 lg 4¹ järgi on perearsti nimistu piirsuurus 1200–2000 inimest. Kui nimistu suurus on enam kui 2000 (2001–2400 inimest), on perearstil kohustus kaasata veel vähemalt üks arsti kvalifikatsiooniga tervishoiutöötaja (näiteks abiarst).

2. „Perearsti ja temaga koos töötavate tervishoiutöötajate tööjuhendi“ § 5 lg 1–3 kohaselt on perearsti vastuvõtuaeg vähemalt 20 tundi nädalas ning pereõe iseseisev vastuvõtuaeg on vähemalt 20 tundi. Vastuvõtuajad peavad olema igal tööpäeval ajavahemikul kella 8.00–18.00. Vähemalt ühel päeval nädalas peab vastuvõtt olema kuni kella 18.00-ni. Perearsti tegevuskoht peab olema avatud ja patsientide vastuvõtule registreerimine tagatud tööpäeviti vähemalt kaheksa tundi päevas.

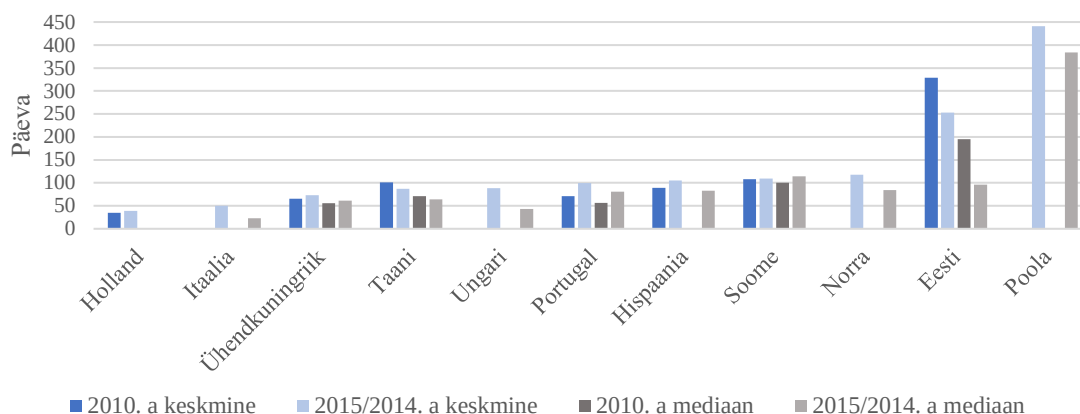
3. „Perearsti ja temaga koos töötavate tervishoiutöötajate tööjuhendi“ § 5 lg 4 tulenevalt on perearstil kohustus võimaldada patsiendile vastuvõtt ägeda tervisehäire puhul pöördumise päeval ning teistel juhtudel viie tööpäeva jooksul.

Eesti perearstipraksiste kvaliteedijuhendi kohaselt on kättesaadavuse kriteeriumitele vastavuse hindamise aluseks järgmised küsimused:

- Kas perearst tagab ägeda tervisehäirega patsiendile vastuvõtu samal päeval?
- Kas perearst tagab teistel juhtudel vastuvõtu 5 tööpäeva jooksul?
- Kas tegevuskoht on avatud vähemalt 8 tundi päevas?
- Kas kindlustatud isikutele on tagatud vastuvõtule registreerimise võimalus vähemalt 8 tundi päevas?
- Kas isikutele on tagatud vastuvõtt viiel tööpäeval nädalas vähemalt 4 tundi päevas, kusjuures vähemalt 1 vastuvõtt nädalas toimub kuni kella 18.00-ni?
- Kas pereõel on iseseisev vastuvõtt vähemalt 20 tundi nädalas?
- Kas teise pereõe olemasolu korral on kokku pereõe iseseisev vastuvõtt vähemalt 40 tundi nädalas?
- Kas perearst on võtnud tööle täistööajaga töötava pereõe või mitu pereõde, kelle tööaeg summaarselt on vähemalt üks täistööaeg?
- Kas perearst on võtnud tööle teise, nimistut mitteomava arsti, kui arsti nimistu on üle piirsuuruse?

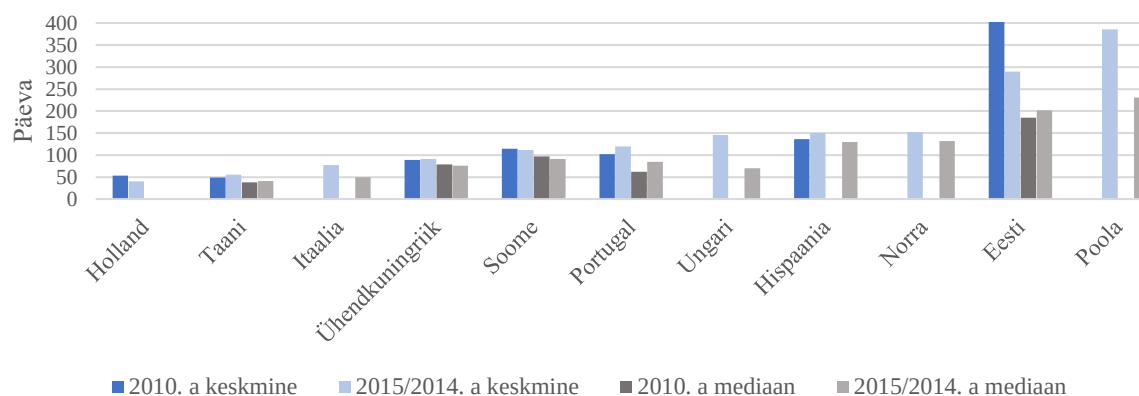
Lisa F. OECD andmetel kolme operatsiooni ooteajad seisuga 2006–2014/2015

Joonis 1. Kataraktioperatsiooni ooteaeg eriarsti vastuvõtust kuni operatsioonini



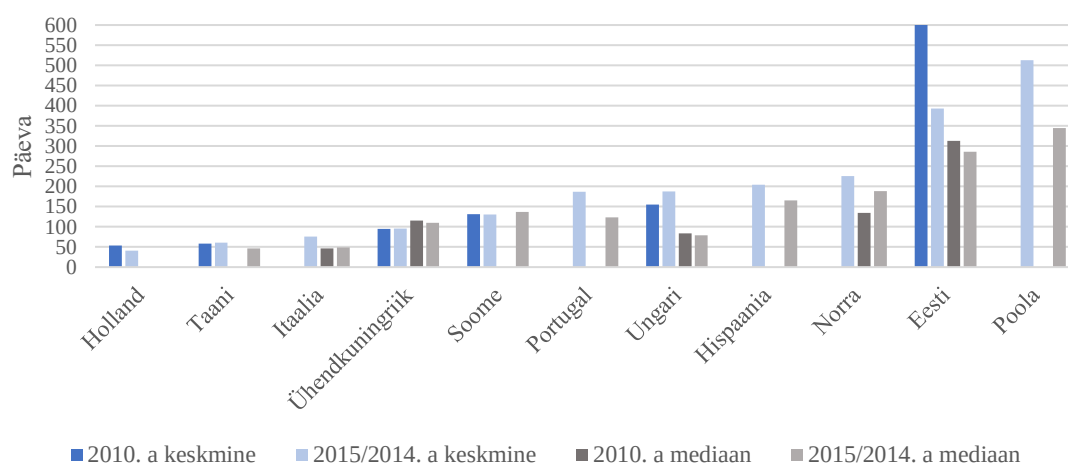
Allikas: Health at a Glance 2016. OECD, 2017

Joonis 2. Puusaliigese asendamise operatsiooni ooteaeg eriarsti vastuvõtust kuni operatsioonini



Allikas: Health at a Glance 2016. OECD, 2017

Joonis 3. Põlveliigese asendamise operatsiooni ooteaeg eriarsti vastuvõtust kuni operatsioonini



Allikas: Health at a Glance 2016. OECD, 2017

Lisa G. Erakorralise meditsiini osakonnad 2017. aastal

