

Ülevaade arstlike erialade arengukavadest

Korrigeeritud versioon seisuga 1.10.2014

2013

Ülevaate valmimist toetas Sotsiaalministeerium

Käesoleva töö valmimisse on andnud olulise panuse:

Heli Laarmann, Riina Sikkut, Reelika Ermel, Gerli Paat-Ahi, Vootele Veldre, Priit Kruus, Ain Aaviksoo

Poliitikauuringute Keskus Praxis on Eesti esimene sõltumatu, mittetulunduslik mõttekeskus, mille eesmärk on toetada analüüsile, uuringutele ja osalusdemokraatia põhimõtetele rajatud poliitika kujundamise protsessi.



Poliitikauuringute Keskus Praxis

Tornimäe 5, III korrus

10145 Tallinn

tel 640 8000

www.praxis.ee

praxis@praxis.ee

Väljaande autoriõigus kuulub Poliitikauuringute Keskusele Praxis. Väljaandes sisalduva teabe kasutamisel palume viidata allikale: Praxis. Ülevaade arstlike erialade arengukavadest. Tallinn: Poliitikauuringute Keskus Praxis, 2013.

ISBN 978-9949-507-15-3

Sisukord

Sisukord	3
1. Arstlike erialade arengukavade uuendamise protsess	4
2. Ülevaade erialade arengukavadest	6
2.1. Arstlikud erialad ja täiendav spetsialiseerumine	6
2.2. Erialade prioriteedid	8
2.3. Teenuste osutamise korraldus.....	15
2.3.1. Teenuste jaotumine	15
2.3.2. Valvekorraldus.....	20
2.3.3. Ravi korraldamine haruldaste haiguste ja harvaesinevate haiguseisundite puhul.....	23
2.3.4. Teenusevajaduse prognoos.....	27
2.3.5. Voodikohtade arvu prognoos.....	28
2.3.6. Meditsiinitehnoloogia roll eriala arengus	31
2.3.7. IT-lahendused ja registrid.....	33
2.4. Personal ja koormus	35
2.5. Pätevus ja õpe	37
2.6. Erialaorganisatsioonid ja nende kaasamine tervishoiupoliitikasse	40
3. Kokkuvõte	43
Lisad	46
Lisa 1. Arengukava koostamise juhend ja taustamaterjalide loetelu	46
Lisa 2. Arstlike erialade arengukavade loetelu	50
Lisa 3. Eriarstide arv	51
Lisa 4. Eriarstide vajadus	57
Lisa 5. Koormusstandardite kirjeldus erialade lõikes.....	63

1. Arstlike erialade arengukavade uuendamise protsess

2011. aasta maikuu algatas Sotsiaalministeerium arstlike erialade arengukavade kaasajastamise aastani 2020. Kaasajastamise eesmärk oli saada erialaseltside ühtlustatud vaade oma valdkonna arengutest, mida ministeeriumil ja teistel osapooltel oleks võimalik kasutada järgnevate aastate tervishoiupoliitika planeerimisel ja kujundamisel, sealhulgas:

- eriarstiabi kättesaadavuse ja kvaliteedi parandamise meetmete planeerimisel;
- tervishoiupoliitika kujundamisel ja rakendamisel;
- meditsiinitehnoloogia tulevikuvajaduste hindamisel;
- tervishoiutöötajate koolitustellimuse planeerimisel.

Varem on arstlikud erialad koostanud arengukavad 2001. aastal ja neid uuendanud 2004. aastal. Erialade arengukavade uuendamise protsessi kavandamisel seati sihiks koostada arstlike erialade arengukavad, millel oleks võimalikult lai toetuspind arstlike erialade esindajate seas. Seetõttu pöörduiti arstlike erialade arengukavade uuendamise palvega vastava eriala esindajaid ühendavate seltside või erialaliitude poole. Arengukavade uuendajatele esitati palve, et arengukava kooskõlastataks võimalikult paljude vastava eriala esindajatega ning koostataks lühiülevaade sellest, kui paljudele eriala esindajatele arengukava arvamus avaldamiseks saadeti ja millised eriarvamused üles jäid.

Arengukava koostamise hõlbustamiseks ja struktuuri ühtlustamiseks töötas protsessi algfaasis Praxise tervisepoliitika programm koostöös Sotsiaalministeeriumiga välja soovitusliku arengukava struktuuri ning ühtlustatud taustamaterjalid (vt lisa 1). Eriala esindajad võisid kasutada väljatöötatud materjale või neid muuta vastavalt eriala eripäradele või vajadustele. Küsimuste või täiendavate andmete vajaduse tekkimisel abistasid erialade esindajaid pöördumise korral nii Praxis, Haigekassa kui ka Sotsiaalministeerium. Lähtuti peamiselt avalikult kättesaadavatest materjalidest ja andmetest.

Arengukavad on koostanud erialade esindajad perspektiiviga aastani 2020. Käesoleva dokumendi koostamisel on tuginetud 38 arstliku eriala arengukavale, valminud arengukavade loetelu on toodud lisa 2.

Tehniliselt toimetatud arengukavade põhjal koostas Praxis käesoleva dokumendi, et esitada arengukavades käsitletud teemade lõikes erialadeülene koondvaade. Iga teema puhul töötati läbi valminud arengukavad ning koondati kokku vastavat teemat käsitlevad kirjeldused ja ettepanekud. Seejärel sünteesiti konkreetset teemat käsitlevad materjalid, et tuua välja ühisosa ja esitada peamised probleemkohad ja arengusuunad. Erialade poolt väljendatud seisukohtadele ei antud omapoolseid hinnanguid.

Arengukavade ülevaade annab koondpildi sellest, kuidas arstlike erialade esindajad tervishoiusüsteemi ja oma eriala arengut näevad ning milliseid probleemkohti oleks vaja ületada. Käesolev dokument annab esmalt ülevaate arstlikest erialadest ja soovitud muutustest erialade defineerimisel. Seejärel on rühmitatult esitatud erialade prioriteetid aastani 2020, ülevaade teenuste osutamise korraldusest ja personali puudutavatest teemadest. Kokkuvõtte ja järelduste peatükis võetakse kokku käsitletud teemad. **Tegemist on arengukavades käsitletud aspektide kirjeldusega, tuuakse esile suurema rõhuasetuse saanud teemad. Samas ei ole eesmärk anda hinnanguid konkreetsete erialade ettepanekute kohta, vaid võimaldada lugejal paremini mõista arstlike erialade hinnanguid tervishoiusüsteemi arengule ning muutuste vajadusele.**

Seega on käesolev töö erialade arengukavades sisalduva info nõ kasutusjuhend, mis annab aimu, mida erialade arengukavades kirjeldatakse ning millised on erialaülesed kokkupuutepunktid. Samas iga spetsiifilise tervishoiupoliitilise otsuse puhul tuleb süveneda täpsemalt arengukavadesse ning konsulteerida erialade esindajatega, eriti olukorras, kus erialad ei jaga ühist seisukohta (näiteks resertifitseerimise kohustuslikkus, koormusstandardite rakendamine).

2. Ülevaade erialade arengukavadest

2.1. Arstlikud erialad ja täiendav spetsialiseerumine

Tervishoiu valdkonna õigusliku ruumi põhiraamistik tuleneb Tervishoiuteenuste korraldamise seadusest, kus sätestatakse tervishoiuteenuste osutamise korraldus ja nõuded ning juhtimise, rahastamise ja järelevalve kord. Selleks piiritletakse muuhulgas ka teenused, mis kuuluvad tervishoiuteenuste hulka ning neid teenuseid osutavad isikud. Vastavalt Tervishoiuteenuste korraldamise seaduse § 20 lg 1 on eriarstiabi ambulatoorne või statsionaarne tervishoiuteenus, mida osutavad eriarst, hambaarst ja temaga koos töötavad tervishoiutöötajad. Arstlikud erialad on kinnitatud Sotsiaalministri 28.11.2001 määrusega nr 110 „Eriarstiabi erialade loetelu“, mis on kehtestatud sama seaduse §20 lg 2 alusel. Viimati mainitud erialade loetelus on 37 eriala, nendest 3 erihambaarsti eriala ja 34 eriarstide eriala. Seega koos seaduses mainitud hambaarsti erialaga on Eestis ametlikult 38 arstlikku eriala ehk eriarstiabi osutavat eriala.

Ametlike arstlike erialade arv ei ole olnud alati sama. Näiteks aastal 2006 oli erialasid vaid 33. Erialade nimekirja on kohandatud vastavalt põhjendatud vajadustele (osutatavate teenuste maht ja iseärasused) ja arstlike erialade esindajate ettepanekutele. Sotsiaalministri määrusega kinnitatud arstlikest erialadest räägitakse ka kui põhierialadest. Lisaks põhierialadele on erialasisest spetsialiseerumist kajastavad kõrvalerialad (nimetatakse ka lisa-, ala- või alamerialadeks). Kõikide arstlike põhierialade lõikes on välja töötatud ja toimivad erialade residentuuri programmid Tartu Ülikooli arstiteaduskonnas¹, mille läbinud omandavad vastava eriarsti kutse. On olemas ka kõrvalerialade residentuuriprogrammid, mille läbimisel on võimalik omandada lisaks põhierialale ka kõrvaleriala.

Lisaks üldtunnustatud kõrvalerialadele on ka mitmeid praktikas väljakujunenud spetsialiseerumisi arstlike erialade siseselt, mis seni ei ole leidnud ühegi eriala kõrvalerialana tunnustamist. Näiteks unemeditsiin, mis saaks olla näiteks pulmonoloogia kõrvaleriala. Samas on kõrvalerialasid, mille esindajate hulgas on arvamusi, et vajalik oleks põhieriala staatus (näiteks kliiniline farmakoloogia).

Kõrvalerialad ja täiendava spetsialiseerumise vajadus

Enamiku arstlike erialade puhul eristatakse mitmeid kõrvalerialasid ning erialade siseselt arendatakse uusi kõrvalerialasid. Näiteks füsioteraapia ja taastusravi erialal on suunaks nii spordimeditsiini kui ka taastusravi kõrvaleriala teadvustamine ja seadustamine. Unemeditsiini esindajad on avaldanud soovi saada tulevikus pulmonoloogia kõrvaleriala staatust. Otorinolarüngoloogid toovad välja, et Eestis järjest suureneb nõudlus audioloogilise teenuse järele, kuid audioloogia ei ole seni leidnud tunnustust kõrvalerialana (ei toimu vastavasisulist õpet Tartu Ülikoolis).

Arengukavades on välja toodud ka erialasiseseid valdkondi, mis peaksid olema eriala esindajate hinnangul iseseisvad arstlikud erialad. Näiteks hambaravis on selline valdkond parodontoloogia, mis hetkel on restauratiivse hambaravi alla kuuluv. Ka endodontia väärib nende sõnul iseseisva erialana tunnustamist. Hematoloogias on erialasiseselt selgelt eristuv valdkond transfusioloogia. Üldkirurgid toovad välja kirurgilise onkoloogia, mida on püütud käsitleda eraldi erialana, mis oleks haigusel baseeruv lähenemine eriala piiritlemisel ning peaks haarama kõiki vähipaikmeid,

¹ Põhierialadest ja nende kõrvalerialadest, mille osas on võimalik kutse omandada residentuuri läbimisel, saab ülevaate Tartu Ülikooli arstiteaduskonna kodulehelt.

kuid leiavad, et kirurgiline onkoloogia on üldkirurgia oluline osa, kuid ta ei ole eraldi eriala. Onkoloogid leiavad, et vaja on luua onkokirurgia kõrvaleriala üldkirurgia, uroloogia ja günekoloogia baasil. Südamekirurgid tõdevad, et tänapäeval ei ole kardiokirurgil ja veresoontekirurgil märkimisväärset ühisosa ning peavad põhjendatuks nende kahe eriala lahutamist südamekirurgiaks ja veresoontekirurgiaks. Pigem võib nende hinnangul tulevikus aset leida kardiokirurgide ja interventsionaalkardioloogide lähenemine seoses uute ravivõtete (TAVI, hübriidoperatsioonid) rakendamisega.

Mitmed erialad on välja toonud kõrvalerialad lähtuvalt patsientide vanusest, põhjendades seda peamiselt ealiste füsioloogiliste ja morfoloogiliste eripäradega (ortopeedia, hematoloogia, infektsioonhaigused, psühhiaatria, hambaravi). Ortopeedid toovad välja laste traumatoloogia, mis tänaseks on välja kujunenud eraldiseisva erialana. Hambaravi eriala esindajad leiavad, et residentuuris tuleks koolitama hakata lastele spetsialiseerunud hambaarste. Samuti toovad hematoloogid välja, et Eestis ametlikult puudub laste hematoloogi/onkoloogi eriala. Samas peavad seda oluliseks, sest laste onkoloogiline patoloogia erineb täiskasvanute patoloogiast. Ka infektsionistid eristavad kõrvalerialasid sõltuvalt east. Reisimeditsiini kõrval eristatakse kõrvalerialadena ka täiskasvanute ja laste infektsioonhaiguste kõrvaleriala. Samamoodi on eristanud kardioloogid kõrvalerialadena lastekardioloogia ja täiskasvanute kardioloogia teiste kardioloogiliste kõrvalerialade kõrval. Samas on lastekardioloogia puhul Eestis tegemist pediaatria kõrvalerialaga. Eestis töötavad piirkondlike haiglate juures lastekardioloogidena pediaatrid, kellel on lisaettevalmistus lastekardioloogia erialal. Psühhiaatria erialal on kõrvalerialana eristatud laste- ja noorukitepsühhiaatria, mis tegeleb üldjuhul kuni 18-aastaste isikute psühhiaatriliste häirete diagnostika ja ravi ning rehabilitatsiooniga.

Samas mitte kõik erialad ei pea vajalikuks kõrvalerialade defineerimist, sest see ei ole mõistlik arvestades erialaarstide ja elanike arvu ning haiguste levimust (gastroenteroloogid, nefrooloogid).

Lisaks erialasisesele spetsialiseerumisele on kõrvalerialasid, mille puhul on oluliseks tunnuseks interdistsiplinaarsus ehk mitmete erialade alla kuuluva pädevuse omamine (endokrinoloogia, lastekirurgia) või ka kahe eriala piirilal asumine (näiteks hematopatoloogia).

Kõrvaleriala probleemiks on mitmetel juhtudel vajaliku koolituse puudumine ja spetsialistide vähesus. Näiteks lastepsühhiaatrite järelkasvu piiras kuni 2011. aastani eriresidentuuri puudumine. Üldkirurgid samas leiavad, et kõrvalerialadel residentuuri läbiviimine pole alati võimalik ega põhjendatud, sest üldkirurgias toimub subspetsialiseerumine töökohal sõltuvalt sellest, millises osakonnas üldkirurg tööle hakkab, ning täienduskoolituse abil. Näiteks kui üldkirurg asub tööle osakonda, kus valdavalt tegeletakse endokriinkirurgiaga, on võimalik tal saada pädevus endokriinkirurgia alal, olles seega üldkirurg, kes omab pädevust opereerida endokriinkirurgilisi haigeid. Kõrvalerialade residentuuri läbiviimise otstarbekust tuleb kindlasti hoolikalt kaaluda, sest väikese patoloogiate arvu puhul võib see olla ebaefektiivseks lahenduseks, arvestades eriala spetsialistide väikest arvu ja võimalikku migratsiooni Eestist välja või liikumist teisele erialale.

Seega toimub eksisteerivate erialade siseseid spetsialiseerumisi, muutuvad kokkupuutepunktid teiste erialadega ning erialade spetsialiseerumise tase. See, kuhu erialade vahelised piirid tõmmatakse, on paljuski kokkuleppeline ning peab arvestama võimalusi, mis puudutavad muuhulgas arstide väljaõpet, rahastamist, teadus- ja arendustegevust, väliskoostööd ja üldist tervishoiukorraldust. Nähtub, et selliste piiritluste tegemine eeldab selgeid kokkuleppelisi kriteeriumeid, mille põhjal vastavad otsuseid teha.

2.2. Erialade prioriteedid

Erialade esindajad võtsid oma arengukavas kajastamist leidnud eesmärgid ja arenguvajadused kokku prioriteetidena, mida kokku oli rohkem kui 250. Samas eristusid selgelt alateemad:

- teenuste kättesaadavuse parandamine;
- teenuste kvaliteedi tagamine;
- diagnostika ja ravivõimaluste kaasajastamine;
- teenuseosutamise optimeerimine, sealjuures taastusravi ja rehabilitatsiooni arendamine;
- arstlike erialade koolituse, täiendõppe ning teadustöö süsteemi kaasajastamine ja tõhustamine;
- tervishoiuteenuste pakkumiseks eriarstile vajaliku meeskonna väljaarendamine;
- erialade vahelise koostöö parandamine;
- IT-lahenduste arendamine ning andmete ühtlustamine ja kättesaadavuse parandamine;
- haiguste ennetamine;
- tervishoiupoliitika, sh valdkonna rahastamise kujundamine.

Teenuste kättesaadavuse parandamine

Enamikus arengukavades on ühe prioriteedina välja toodud tervishoiuteenuste kättesaadavuse tagamine. Erialase tervishoiuteenuse võrdse geograafilise ja rahalise kättesaadavuse puhul tuuakse olulisena välja:

- piirkondlikul tasemel olemasolevate võimaluste tagamine;
- erakorralise abi võimaldamine;
- finantsbarjääride vähendamine;
- transporditeenuse võimaldamine.

Teenuste kättesaadavus on tihedalt seotud haiglavõrgu arengutega. Mõnes arengukavas on välja toodud, et kohalikes haiglates tuleks eelistatult arendada ambulatoorset ravi, mitte rõhku panna haiglaravile (siin ja edaspidi märgitakse sulgudes seda rõhutanud eriala(d): sünnitusabi ja günekoloogia, psühhiaatria). Ambulatoorse abi osutamisel on oluline, et oleks tagatud vastavad vahendid (nt gastrointestinaalne endoskoopia) ning erialased konsultatsioonid (gastroenteroloogia). Samas puuduvad mitmetes maakonnakeskustes mõne eriala esindajad, nagu näiteks infektsionistid, nefroloogid, onkoloogid. Sealjuures ei ole probleem ainult maakonnahaiglates vaid ka keskhaiglates, näiteks Ida-Viru Keskhaiglas ja Pärnu haiglas peaks tagama ambulatoorse ja päevakirurgilise uroloogia. Samas on mõne eriala puhul optimaalse töökoormuse saavutamiseks mõistlik pakkuda kombineeritud teenust näiteks väiksematele haiglatele ühiselt (infektsioonhaigused).

Vastavalt haiglate võrgustikule peab kaasajastama ka kiirabisüsteemi, mis tagaks patsiendile parima kvaliteedi ja abi kättesaadavuse (erakorraline meditsiin, kardioloogia). Oluline on panustada kiire ja kvaliteetse reanimobiiliteenistuse (maa- ja õhustransport) toimimisse, et kõigile oleks tagatud kõrgetasemeline erakorraline abi (anestesioloogia).

Teenuste kättesaadavus peab olema õigeaegne (endokrinoloogia) ning elanikkonnale peab tagama võimaluse teenuseid tarbida ja teenus ei tohiks olla finantsiliselt kättesaamatu (hambaravi, suu-, näo- ja lõualuukirurgia).

Kuna erinevaid maakonnahaiglaid kas suletakse või mõne erialad teenuste osutamine lõpeb, siis paratamatult peavad patsiendid sõitma kõrgema etapi haiglasse. Välja tuleks arendada ja rahastada patsientide mittemeditsiinilise transpordi süsteem (erakorraline meditsiin, uroloogia,

peremeditsiin). Tagamaks teenuse võrdväärset kättesaadavust, võiks näiteks ravikindlustuse vahenditest katta haige hemodialüüsil käimise transpordikulud (uroloogia).

Mitmed erialad töid välja päevaravijuhtude ja/või ambulatoorselt teostatavate protseduuride osakaalu suurendamise vajalikkuse (sünnitusabi ja günekoloogia, ortopeedia, kardioloogia, hematoloogia, gastroenteroloogia). Teatud erialaspetsiifilisi teenuseid võiks pakkuda spetsiaalse eriväljaõppe saanud teine tervishoiutöötaja. Näiteks võiks teostada hemodialüüsi ilma nefroloogi pideva juuresolekuta. Samuti peaks suurenema ämmaemanda iseseisev roll sünnitusabis ja günekoloogias ning raseduse jälgimise saaks viia senisest rohkem esmatasandile, mis tagaks ka teenuse kodulähedase osutamise.

Tagamaks esmatasandi teenuse jätkusuutlikkust maapiirkondades, on oluline püsivate motivatsioonimehhanismide loomine. Sellise mehhanismina tuuakse esile maapiirkonnas töötavale perearstile püsivalt kõrgema koefitsiendiga pearaha või muu lepingupõhise tasu maksmist, kuna praegu kehtiv kaugusetasu ei ole perearstidele piisavaks motivatsiooniks maal töötamise jaoks.

Samuti toodi esile probleeme hooldus- ja sotsiaalteenuste koordineerituse ja piisava pakkumisega. Katmata sotsiaalteenuste vajadus kulutab tarbetult tervishoiusüsteemi ressursse. Vajalik oleks kehtestada loend, millised teenused peavad riigi või kohaliku omavalitsuse poolt olema igas piirkonnas tagatud (peremeditsiin).

Teenuste kvaliteedi tagamine

Kvaliteetse ja tulemusliku ravi tagamise jaoks oleks vajalik:

- rakendada kvaliteediindikaatorid, sealjuures kriteeriumid arstide pädevusele ja raviasutustele;
- koostada kaasaegsed ravijuhised;
- tegeleda oma tegevuse tulemuslikkuse hindamisega.

Mitmete erialade esindajad seavad selgesõnaliselt prioriteetseks erialateenuse kvaliteedi parandamise (infektsioonhaigused, hematoloogia, hambaravi, sünnitusabi ja günekoloogia). Ravis peaks kasutama ainult tõenduspõhiseid ja parimat elukvaliteeti tagavaid ravimeetodeid ning seda arusaama tuleks juurutada kogu arstkonnas (lastekirurgia, sünnitusabi ja günekoloogia).

Esile tuli vajadus tegevus- ja ravistandardite ning käitumisjuhiste väljatöötamiseks, kaasajastamiseks või täiendamiseks (uroloogia, erakorraline meditsiin, sünnitusabi ja günekoloogia). Samuti peetakse vajalikuks, et seadusandluses oleks sätestatud ning Euroopas kehtestatud vastava eriala töökoha standardite järgimine ja sisuline kontroll Eesti raviasutustes (anestesioloogia). Oluline on juurutada üleriigiliselt järgitavad kvaliteedistandardid igapäevasesse praktikasse. Need kvaliteedistandardid peaksid arvesse võtma erinevate haiglaliikide ravidagnostilistele võimalustele kehtestatud nõudeid, personalipoliitikat, jätku- ja täiendõpet. (kardioloogia)

Teenuste kvaliteedi tagamisel on oluline ka korrektne ravi (sünnitusabi ja günekoloogia) ja diagnostika dokumentatsioon. See võimaldaks kontrollida ravikvaliteeti. Peetakse oluliseks välja töötada ka regulaarne kvaliteediindikaatorite kogumine ning nende analüüsimine (sünnitusabi ja günekoloogia, otorinolarüngoloogia). Samas peab arvestama seda, et ravikvaliteedi hindamine ja parandamine vajab sihtfinantseerimist (anestesioloogia).

Soovitakse ravikvaliteedi ja arstipraksise toimimise kvaliteedi jätkuvat arendamist ning diferentseeritud lepingute kaudu arste motiveerida kvaliteedistandardeid järgima. Kvaliteedisüsteemi senist tulemuslikkust arvestades on selle arendamist vaja jätkata, kaasates ka üha rohkem perearste. (peremeditsiin)

Diagnostika ja ravivõimaluste kaasajastamine

Teenuse kaasajastamisel tuuakse välja:

- uute ravimite, diagnostikavõtete ja ravivõimaluste kasutamine;
- fookus vähem invasiivsete, vähem valu ja ebameeldivusi põhjustavatele ravimeetoditele;
- vajalik personali väljaõpe;
- võimalusel teha (rahvusvahelist) koostööd.

Uute uurimismeetodite ja ravivõimaluste rakendamisel tuleb leida tasakaal parema ravitulemuse ja majanduslike võimaluste vahel.

Erialaseltsid peavad oluliseks kaasaegsete tõenduspõhiste ennetus-, diagnostiliste ja ravimeetodite rakendamist ja kättesaadavust (dermatoveneroloogia, hambaravi, endokrinoloogia, kardioloogia). Samuti peetakse oluliseks, et ravi oleks vähem kannatusi tekitav ning kirurgia peaks võimalusel olema endoskoopiline. Oluliseks peetakse ka kaasaegsete kirurgiliste instrumentide, haavaravitoodete ja õmblusmaterjalide kasutamise võimaluste laienemist (lastekirurgia). Lisaks on leitud, et vaja oleks kaasajastada neuronavigatsiooni tehnoloogia rakendamist, intraoperatiivset tuumorikoe visualiseerimist ning neurofüsioloogilist monitooringut (neurokirurgia).

Meditsiinitehnoloogia arenguga seoses on mitmeid seadmeid ja ravivõtteid, näiteks seljaaju elektrostimulatsioon (neurokirurgia), transaortaalne aordiklapi implantatsioon (TAVI) ja vatsakest toetavate seadmete (VAD) ravi, mida praegu ei rahastata. (kardiokirurgia) Seetõttu on erialaseltsidel vajalik tegeleda uute teenuste lisamisega Haigekassa rahastatavate teenuste hinnakirja.

Erinevad erialaseltsid on välja toonud ka selle, et Eestis tuleks arendada hästitoimivaid keskusi. Tallinnasse ja Tartusse tuleks luua kaasaegsete ja hästivarustatud kõrgema taseme operatiivset ja multimodaalset onko-uroloogilist abi osutavad keskused (uroloogia). Samuti peaks haiglatesse looma preoperatiivse- ja valuravi konsultatiivsed kabinetid (anestesioloogia). Oluline on edasi arendada ka kopsusiirdamisprogrammi ning aastaks 2020 jõuda Eestile optimaalse 6-8 kopsusiirdamiseni aastas (torakaalkirurgia).

Arvestades Eesti väiksust ja aktiivset piiriülest liikumist, siis võib koostööd teha ka teiste maade haiglate ja arstidega. Näiteks puudub Eestis südamesiirdamisprogramm ja Eesti väiksust arvestades tekib küsimus ka selle vajaduse ja mõttekuse kohta. Samas on kirurgid aga astunud mitmeid samme elundivahetuse organisatsiooni *Scandiatransplant*'iga liitumiseks ja kokkuleppe saavutamiseks siirdamiste läbiviimiseks Helsingi Ülikooli haiglas. (kardiokirurgia) Mitmete vähem esinevate haiguste ja seisundite puhul oleks vajalikud ametlikud referentskeskused ja lepingud nendega (kardioloogia).

Teenuseosutamise optimeerimine, sealjuures taastusravi ja rehabilitatsiooni arendamine

Teenuste pakkumise optimeerimiseks tuleks tegeleda (põhjalikumalt kajastatud alapunktis 2.3):

- taastusravi ja rehabilitatsiooni arendamise ja senisest suurema rahastamisega;

- teenuseosutajate võrgustiku arendamisega;
- tööjaotuse parandamisega;
- patsientide liikumise koordineerimisega;
- ambulatoorse abi ja päevaravi osakaalu suurendamisega;
- koormusstandardite juurutamisega.

Vajalikus mahus taastus- ja järelravi väljaarendamine on oluline, sest taastus- ja järelravi puudulikkus mõjutab voodikohtade arvu statsionaaris, patsiendi ravitulemust ja töövõime taastumist. Paljud erialad peavad oluliseks taastus- ja järelravisüsteemi väljaarendamist suuremas mahus. Näiteks puudub siiani rahalistel põhjustel pulmonaalne rehabilitatsioon ehk kopsuhaiguste taastusravi, mis on patsiendi paranemise seisukohast aga väga oluline. Samuti puudub praktiliselt patsientide juurdepääs torakaalkirurgia rehabilitatsioonile, mis on aga muuhulgas väga oluline kopsusiirdamise eel ja järel. Mõnel erialal taastusravi ja rehabilitatsioon küll toimuvad, kuid need vajaksid kaasajastamist (pediaatria, reumatoloogia).

Arstlike erialade esindajate koolituse, täiendõppe ning teadustöö süsteemi kaasajastamine ja tõhustamine

Erialateenuse osutamisel on kesksel kohal personal ning prioriteetsena on esile tõstetud järgmised personali puudutavad aspektid:

- vajaliku arvu arstide ettevalmistamine;
- arstkonna kaasaegse ja kvaliteetse väljaõppe kindlustamine;
- piisava doktorikraadiga erialaarstide järelkasvu tagamine erialase teadustöö arendamiseks;
- tervikliku jätku- ja täiendõppe süsteemi loomine;

Peetakse oluliseks suurendada investeeringuid õppesse, teha residentuur kaasaegseks ja atraktiivseks, kasutada jätkuvalt erialaseltside osalust täiendkoolituste ettevalmistamisel ja läbiviimisel ning kaaluda e-õppe kasutamist täiendõppes

Eriala jätkusuutlikkuse saab tagada kompetentsete ja motiveeritud töötajate kaudu. Praegust tötöotäsu ja võimalusi enesetäiendamiseks ei peeta piisavaks. Seepärast on erialase taseme ja töötötöoturul konkurentsivõime säilitamiseks äärmiselt oluline enesetäiendamise võimaluste avardamine (lastekirurgia, sünnitusabi ja günekoloogia, dermatoveneroloogia). Arstide erialased täiendused peaksid toimuma nii Eestis kui ka väljaspool Eestit (nefroloogia, endokrinoloogia, uroloogia).

Täiendõppe kõrval tuuakse prioriteetsena välja ka teadus- ja arendustegevust, just teadustötötöoga tegelemise soodustamist. Ravikvaliteedi tagamiseks on ülioluline, et praktiseerivate arstide hulgas oleks piisav hulk teadustötötöo kogemusega ja jätkuvalt teaduslikult aktiivseid arste (endokrinoloogia, dermatoveneroloogia, nefroloogia, infektsioonhaigused) ning tuleb tagada piisav doktorikraadiga järelkasv (gastroenteroloogia). Peetakse oluliseks ka erialade sees kõrvalerialade arendamist (sünnitusabi ja günekoloogia, hematoloogia).

Oluliseks peetakse residentuuriprogrammi kaasajastamist ja atraktiivsemaks muutmist (meditsiinigeneetika). Samuti on leitud, et residentuuriperiood on liiga lühike (sünnitusabi ja günekoloogia, hematoloogia, uroloogia) ja et väljaõpet tuleks ühtlustada Euroopas levinud printsiipidega (anestesioloogia).

Tervishoiuteenuste pakkumiseks eriarstile vajaliku meeskonna väljaarendamine

Erialase tervishoiuteenuse osutamine on järjest rohkem meeskonnatöö. Seega on eriarstil vaja kompetentseid meeskonnaliikmeid ning esile tuuakse:

- õdede ja teiste tervishoiutöötajate piisava arvu tagamine;
- spetsiifiliste erialaõdede õpe, vajadusel selleks uute õppekavade loomine;
- õdede rolli suurendamine;
- erinevate spetsialistide staatuse reguleerimine;
- tööülesannete jaotamine vastavalt väljaõppele.

Teenuste kvaliteedi tagamiseks on oluline pädeva personali olemasolu. Kvaliteetse ambulatoorse teenuse jaoks tuleb rakendada haiglavälises abis (eeskätt maapiirkondades) rohkem muu meditsiinipersonali potentsiaali (näiteks sünnitusjärgne jälgimine, haiguste ennetus) (sünnitusabi ja günekoloogia). Töökoormuse planeerimisel on vaja tagada eriarstidele ajalist ressursi erialase täienduse, sealhulgas simulatsioonide ja kriisikoolituste tarvis (anestesioloogia).

Mitmed erialad peavad õdede õpet prioriteetseks. Tuntakse vajadust õdede täiendõppe järele vastavalt erialale, mis võimaldaks õdedel osa arsti funktsioone üle võtta (kardioloogia, infektsioonhaigused, hematoloogia, psühhiaatria, nuklearmeditsiin). Samuti leitakse, et õde ei peaks tegelema mittemeditsiiniliste ülesannetega (peremeditsiin) ning oleks mõistlikum koolitada näiteks keskharidusega meditsiinilist personali ehk assistente, kes oleksid võimelised iseseisvalt läbi viima ka teatud teenuseid (nõustamine, professionaalne profülaktika) (restauratiivne hambaravi). Samuti peaks arendama õdede laiahaardelisemat tegevust (õe pädevusse kuuluvate ägedate ja krooniliste haigustega patsientide vastuvõtt, õigus avada töövõimetuslehte, retsepti ja tõendite väljastamine) ning selleks on vajalik laiendada ja legaliseerida õe tegevused (retseptiõigus, töövõimetuslehte ja tõendite väljastamine) (peremeditsiin).

Erialade koostöö parandamine

Mitmed arengusoodid on erialade esindajatel ühised ja seega on eesmärkide saavutamiseks oluline omavaheline koostöö. Kuid kvaliteetse ja sujuva arstiabi osutamiseks on vajalik ka koostöö esmatasandi tervishoiutöötajate, hooldusravivõrgu ja sotsiaaltöötajate vahel ning teatud haiguste ja seisundite puhul ka rahvusvahelisel tasandil.

Näiteks tuuakse olulisena välja koostöö parandamine ja rollide määratlemine erakorralise meditsiini arstide, anestesioloogide/intensiivraviarstide, perearstide, sisearstide ja teiste erialade esindajatega ravi kvaliteedi ja järjepidevuse tagamiseks kardioloogiliste haigete puhul (kardioloogia). Neurokirurgide jaoks on aga oluline koostöös suu-, näo- ja lõualuukirurgidega arendada välja kraniosünostooside kirurgiline ravi (neurokirurgia). Siduserialadega ladusa koostöö osas on võtmesõnadeks perearstide oskuste piisav tase, diagnostiliste uuringute kiire kättesaadavus, kirurgilise ravi ja isotoopravi küllaldane maht (endokrinoloogia).

Tervishoiusüsteem peab arvestama ka erinevate vajadustega, näiteks vajadus sisehaiguste kui eriala järgi kasvab: inimeste eluea pikenedes haigena/haigustega elatud aastate arv suureneb, samaaegselt mitut haigust põdevate inimeste osakaal suureneb, arstiabi sügavama spetsialiseerumisega kaasneb vajadus erinevate erialade enama integreerituse järele, haigla tasemel on selleks arstiks sisearst (sisehaigused). Sealjuures on oluline kõigi erialade esindajate koostöö parandamine esmatasandi arstiabiga, sotsiaaltöötajate ning hooldusravivõrguga (sisehaigused).

IT-lahenduste arendamine ning andmete ühtlustamine ja kättesaadavuse parandamine

IT-lahendused ja elektroonilised andmed toetavad arstide igapäevatööd, võimaldavad hinnata tegevuse kvaliteeti ja tulemuslikkust ning seega peetakse prioriteetseks:

- IT-lahenduste arendamist (näiteks e-saatekiri, e-konsultatsioon);
- dokumenteerimise ühtlustamist ja infovahetuse parandamist;
- registrite loomist, arendamist ja nende kasutamise võimaluste parandamist.

Paljudes arengukavades oli toodud välja, et oluline on erialaspetsiifiliste andmete dokumenteerimise ühtlustamine raviasutustes ja riiklikul tasandil. Väga oluliseks peetakse IT-lahenduste ühtlustamist, nende ühilduvust ja e-haigusloa arendamist (sh elektrooniliste saatekirjade juurutamine). Kuna protseduuri käsitsi paberile dokumenteerimine on väga ebaühtlane ja ebatäpne, siis on oluline juurutada elektroonne andmesalvestis, mis oleks kättesaadav ka teistele olulistele osapooltele (anestesioloogia, kardioloogia, sünnitusabi ja günekoloogia, lastekirurgia).

Samuti peeti oluliseks erialadega seotud andmekogude ja registrite loomist ning nendele juurdepääsu (nt müokardiinfarkti register, hematoloogiliste haiguste register). Ravikvaliteedi seisukohast peetakse oluliseks ka tüsistuste riikliku registri juurutamist ning ravitüsistuste täpsemat analüüsi (anestesioloogia). Ühe negatiivse aspektina toodi välja ka see, et erinevaid registreid ei ole praegu võimalik omavahel linkida (nt puuduvad raseduskatkestus andmekogus isikukoodid ning see takistab linkimist teiste registritega ja andmete analüüsi) (sünnitusabi ja günekoloogia). Sünnitusabi ja günekoloogia esindajate sõnul on prioriteetne ka IVF registri loomine. See võimaldaks hinnata kunstliku viljastamise tulemuslikkust ja jälgida sel viisil eostatud laste tervist. Aastaid on plaanitud luua ka emakakaela vähi sõeluuringute register (sünnitusabi ja günekoloogia).

Haiguste ennetamine

Arstide pädevust tuleks kasutada ka haiguste süstemaatilises ennetustöös ja elanikkonna teadlikkuse tõstmisel. Eriti kuna arstid näevad olulist rolli ennetusel ja haigustunnuste õigeaegsel äratundmisel, mis ajapikku peaks vähendama ajakadu esmase meditsiinilise kontaktini ning seeläbi ka asjakohase ravi alguseni (kardioloogia). Ennetustegevused peaksid toimuma igal erialal, näiteks süsteemne riikliku suuhaiguste ennetustegevuse rakendamine (hambaravi), kroonilise neeruhaiguse süvenemise ennetusalane töö (nefroloogia), soovimatu raseduse, seksuaalsel teel levivate infektsioonide ja naissuguelundite vähkkasvajate ennetus (sünnitusabi ja günekoloogia), igemehaiguste süstemaatilise ennetamise kättesaadavuse parandamine elanikkonnale (restauratiivne hambaravi), elanikkonna terviseteadlikkuse tõstmine igemehaiguste olemuse, profülaktika ja ravivajaduse osas (restauratiivne hambaravi) jne. Oluliselt tõhusamalt võiks perearsti meeskond tegeleda ennetustegevusega, mis on suure töökoormuse tõttu jäänud seni tagaplaanile. Koostöös perearstidega tuleks tagada laste piisav immuniseerimine (pediaatria).

Tervishoiupoliitika, sh valdkonna rahastamise kujundamine

Üheks võtmekohaks on tervishoiupoliitikas tervishoiuteenuste rahastamise otsuste tegemine. Sellega seoses toodi arengukavades välja:

- Haigekassa hinnamudeli ja hinnakirjade ajakohastamine;
- rahastatavate teenuste loetellu täienduste tegemine;
- uute tehnoloogiate ja teenuste rakendamise põhimõtete paika panemine.

Leiti, et arstiabi rahastamise maht peab kvaliteedi saavutamiseks lähtuma enam patsientide vajadusest, mitte tänasest ebapiisavast finantseerimise tasemest (endokrinoloogia). Samuti toodi välja aspekt, et Haigekassa raviteenuste hinnakujundus ning teenuste eest DRG-põhine tasumine ei võimalda kaasaegsete ravivõtete juurutamist, näiteks laparoskoopiliste või uro-günekoloogiliste operatsioonide tarvikute maksumuse katmise ja loote EKG-monitooringu (sünnitusabi ja günekoloogia). Toodi välja ka asjaolu, teenusega teenitav tulu ei vasta tehtud kulutustele (anestesioloogia). Juba kasutusel olevad tõestatud efektiivsusega turvalisust suurendavad jälgimismeetodid moodustavad sageli ebaproportsionaalselt suure osa teenuse hinnast ning praeguse finantseerimise juures ei ole edasine areng enam võimalik (anestesioloogia).

Suu-, näo- ja lõualuukirurgia esindajate jaoks on prioriteetne Haigekassaga kokkuleppe saavutamine, et kaasasündinud huule- ja suulaelõhedega laste ravi ja rehabilitatsioon oleks täielikult ravikindlustuse vahenditest kaetud.

Toodi välja ka see, et peaks kaaluma üldiste rahastamise põhimõtete muutmist. Täna eelistatakse haiglavõrgu arengukava (HVA) meditsiinasutusi, jättes HVAsse mittekuuluvad asutused Haigekassa lepingute sõlmimisel ebakindlasse olukorda, mis raskendab eriala arenguks vajalike investeeringute ning arenduste teostamist (ortopeedia). Samuti tuleks arvestada teenuste erinevat töömahukust ning intensiivsust ning vastavalt sellele peab erineva etapi haiglate rahastamine olema ka Haigekassa poolt diferentseeritud (EMO). Leiti ka, et vajalik oleks leida uusi raviteenuse rahastamise võimalusi ja uusi meditsiini finantseerimise allikaid (ortopeedia).

Probleemsena nähti ka uute raviteenuste hinnataotluste koostamist, mis on seatud erialaseltside kohustuseks. Meedikute ettevalmistus ja erialaseltsi ressursid ei võimalda seda ülesannet täita (sünnitusabi ja günekoloogia). Haigekassa peaks võtma senisest aktiivsema rolli uute teenuste juurutamisel. Selles nägemuses oleks Haigekassa ülesanne algatada, koostada ja menetleda uute teenuste sisseviimiseks vajalik dokumentatsioon. Erialaseltsi ülesandeks oleks pakkuda Haigekassale kliinilist hinnangut teenuse vajalikkuse ja efektiivsuse kohta. Arstiabi osutajate ülesanne oleks abistada tekkivate kulutuste prognoosimisel. (endokrinoloogia)

Üheks probleemiks on ka uute ravimite soodusnimekirja lisamise protsessi aeglus. Sotsiaalministeerium peaks võtma aktiivse rolli nende ravimite lülitamiseks kompenseerimisskeemi, mille puhul tootjafirma ei ole majanduslikult huvitatud soodustaotluse algatamisest. Riik peab kindlustama patsientidele vajalike ravimite kättesaadavuse ja piisava rahalise kompenseerimise. Selleks, et tagada need põhilised õigused kõigile patsientidele, tuleb luua riiklik süsteem orbravimite hankimiseks ja kompenseerimiseks (endokrinoloogia).

Mitmed erialad tõid välja ka üldiseid tervishoiukorralduslikke probleeme. Nii näiteks mainisid erakorralise meditsiini esindajad, et oluline on püsiva valmisoleku tagamine ja selle rahastamine, personali koolitamine ning õppuste korraldamine. Vähendamaks põhjendamatuid pöördumisi kiirabisse või EMOsse ning optimeerimaks tervishoiukulutusi, on vajalik arendada esmatasandi arstiabi, mis tegeleks kiirabis või EMOs käsitlemist mittevajavate ootamatute haigestumistega või pisitraumadega. Selleks tuleb luua perearstikeskuste või perearsti valveringid. Arvestades erinevaid võimalusi nii meditsiini personali kui ka meditsiinitehnika osas eritasemelistes haiglates, tuleb kujundada diferentseeritud tasemega kaasaegsed EMOd piirkondlikes, kesk- ja üldhaiglates, kus on tagatud haigla liigile vastavalt kehtestatud konkreetset personali, ruumide ja tegevuse standardid (erakorraline meditsiin).

Erialaseltsidel ja -esindajatel nähakse prioriteetset rolli tervishoiupoliitika kujundamisel. Soovitakse, et erialaühendused võiksid olla mõjukad ja usaldusväärsed hääled erinevatele partneritele (arstid, ametkonnad, poliitikakujundajad, avalikkus), erialaselt elujõulised, erialaseltsi

liikmed võimestatud (sh liikmete erialase arengu toetamine, erialaste eeskirjade, juhiste jmt mõjutamine, erialase pädevuse kinnitamine, regulaarsete erialakonverentside ja koolituste korraldamine, kaasaegsete infotehnoloogiliste võimaluste kasutamise toetamine), eriala oleks nähtav ja väärtustatud (sh panus ühtse tervishoiusüsteemi loomisesse ning eetiliste küsimuste lahendamine). (sünnitusabi ja günekoloogia, dermatoveneroloogia)

2.3. Teenuste osutamise korraldus

2.3.1. Teenuste jaotumine

Suhe ambulatoorse ja statsionaarse eriarstiabi vahel

Statsionaarsete kohtade järsk vähenemine on jäänud minevikku, praegu hindavad erialaseltid ambulatoorse ja statsionaarse arstiabi suhet suhteliselt stabiilseks, kuid pikas perspektiivis toimub üldiselt ambulatoorse ja päevaravi osakaalu suurenemine. Eriala spetsiifikast tulenevalt on aga arengud erinevad.

Mõnel juhul on ambulatoorse abi maht piiratud (südamekirurgia), aga mitmed erialad on valdavalt just ambulatoorsed. Viimaste puhul suurt muutust ambulatoorse ja statsionaarse arstiabi suhtes ei toimu (dermatoveneroloogia, endokrinoloogia, hambaravi, infektsioonhaigused, meditsiinigeneetika, ortodontia, töötervishoid, taastusravi, neuroloogia). Samuti ei prognoosi lähiaastateks muutust neurokirurgia, pulmonoloogia, sisemeditsiin, suu-, näo- ja lõualuukirurgia, torakaalkirurgia, kuid muutuda võivad arstiabi mahud (pulmonoloogia) või ambulatoorse abi struktuur (gastroenteroloogias näiteks kasvab ambulatoorsete endoskoopiate arv jne). Kuid paljude erialade jaoks kasvab ambulatoorse arstiabi osakaal seoses uute ravimite ja raviviisidega (anestesioloogia, hematoloogia, infektsioonhaigused, kardioloogia, meditsiinigeneetika, nefroloogia, neuroloogia, oftalmoloogia, ortopeedia, psühhiaatria, reumatoloogia).

Ka mujal arenenud maailmas on suund ambulatoorse abi osakaalu suurendamisele, kuid „Eesti praegune arstiabi traditsioon, rahastamine, transpordi korraldus ja patsientide majanduslik olukord ei võimalda Eestis veel liikuda samas suunas“ (kardioloogia). Ka onkoloogia esindajad toovad välja, et ligi 50% onkospetsiifilisest teenusest osutatakse praegu ambulatoorselt, aga võiks kuni 80% tsütostaatilist ja kiiritusravi, kui oleks olemas toetav infrastruktuur (patsientidele kompenseeritud transport, patsientide hotellid).

Seoses ambulatoorse abi osatähtsuse suurenemisega leidis korduvalt märkimist teenuste kvaliteedi säilitamise olulisus. Ehk siis rakendada ka ambulatoorsel tasandil kvaliteedistandard (psühhiaatria), soovitavaks peetakse ambulatoorse töö tegemist statsionaariga seotud arstide poolt, kel võimalused patsiendi kaasaegseks uurimiseks ja ravimiseks on paremad (kardioloogia) ning teenuse standardiseerimist (sh ravijuhiste abil), et säilitada patsiendi ohutus (anestesioloogia). Kvaliteedi seisukohalt pidasid näiteks kardioloogid ka otstarbekamaks patsientide transportimist kardioloogide juurde (vastupidi siis sellele, et arst läheb vastuvõtte tegema nt maakonnahaiglatesse), kellel on kasutada kogu vajalik aparatuur ning harvem esinevate juhtude korral ka kolleegide abi.

Probleemina kerkis esile ambulatoorse abi kättesaadavus olukorras, kui selle osatähtsus veel kasvab, sest juba praegu esinevad järjekorrad. Parema ambulatoorse abi kättesaadavus parandaks patsientide elukvaliteeti, vähendaks mittetöövõimelist aega ning tagaks tihti ka odavama ravi, kuna liiga hilja diagnoositud haigusi on kulukam ravida. (ortopeedia) Samuti restauratiivse hambaravi arengukavas toodi spetsiifilise patsiendirühmana välja erivajadustega lapspatsiendid,

kelle jaoks ravi kättesaadavus on kehv (vaid Tallinna Lastehaigla operatsiooniblokis) ning tehakse ettepanek vastava kabineti loomiseks ka Lõuna-Eestisse.

Vaatamata ambulatoorse arstiabi osakaalu kasvule rõhutati, et statsionaarse arstiabi absoluutmaht tõenäoliselt ei vähene. Endiselt vajavad haiglas uuringuid ja ravi raskete kaasuvate haigustega haiged, kelle uuringud ja ravi ei ole ambulatoorselt teostatavad, nii et ei ole ette näha olulist haiglas viibijate arvu vähenemist. (gastroenteroloogia)

Teenuste tsentraliseerimine ja detsentraliseerimine

Tendents on keeruliste kõrgtehnoloogiliste diagnostika- ja ravimeetodite tsentraliseerumine kesk- ja piirkondlikesse haiglatesse ning erihaiglatesse, kus oma meetodite keerukuse tõttu säilib endiselt kõrge statsionaarse ravi osakaal. (anestesioloogia, laborimediitsiin, neurokirurgia, otorinolarüngoloogia, üldkirurgia). Radioloogia kirjeldab ka eriradioloogia kompetentsikeskuste loomist.

Vastukaaluks keerukamate protseduuride tsentraliseerimisele on laborimediitsiinis päevakajaline detsentraliseerimine. Seoses vastava tehnoloogia arenguga on üha rohkem laboriuuringuid hakatud tegema laboriväliselt ehk patsiendi lähedal - perearstikeskustes, ambulatoorses praktises ja haigla osakondades. Laborivälised uuringud aitavad operatiivselt suunata patsiendi ravi, võib saada varasemast ravi alustamisest tingitud parema ravitulemuse, tekib aja kokkuhoid patsiendile ja kasvab mugavus personalile. Samas on laboriväliste uuringute puudusteks analüüsi kõrgem hind, vajadus vastava personali väljaõppe ja infosüsteemi järele ning uuringu kvaliteedi tagamise probleemid. Lisaks laborimediitsiinile kirjeldatakse lihtsamate diagnostika- ja raviprotseduuride detsentraliseerumist ehk senisest suuremas mahus osutamist üldhaiglates ja erihaiglates ambulatoorselt või päevaravis (otorinolarüngoloogia).

Päevaravi roll

Kuigi on erialasid, kus päevaravi on piiratud või peaaegu puudub (lastekirurgia, ortodontia, suu-, näo- ja lõualuukirurgia, torakaalkirurgia, neurokirurgia, pulmonoloogia), siis erialadel, kus paljusid protseduure saab ja tehaksegi päevaravis, on praeguseks päevaravi roll välja kujunenud (otorinolarüngoloogia, pediaatria, sünnitusabi ja günekoloogia). Kõige suurem osa erialasid aga näeb päevaravi rolli kasvu tulevikuks (dermatoveneroloogia, endokrinoloogia, gastroenteroloogia, infektsioonhaigused, kardioloogia, nefroloogia, neuroloogia, oftalmoloogia, ortopeedia, reumatoloogia, plastika- ja rekonstruktiivkirurgia, psühhiaatria, taastusravi, töötervishoid, uroloogia ja üldkirurgia). Gastroenteroloogias on päevaravi kasvuks prognoositud 1,5 korda, kardioloogias oleks suurt osa mitteinvasiivsest diagnostikast võimalik ja otstarbekas teostada ambulatoorselt või päevaravi käigus, infektsioonihaiuguste puhul saaks päevaravi moodustada hinnanguliselt 1-5% statsionaarse mahust ja taastusravi puhul üldmahust 10-15%. Üldkirurgias võiks 50% üldkirurgilistest plaanilistest operatsioonidest teha päevakirurgias. Reumatoloogias kasvab päevaravi parenteraalse bioloogilise ravi arvel. Psühhiaatrias vajaks päevaravi juurutamist enam teatud psüühikahäired (näiteks söömishäired, kaksikdiagnoosid, halva ravisoostumusega rasked psüühikahäired), kus päevane ravivorm oleks oluliseks lüliks haiglavälise ja haiglaravi vahel.

Stardiplatvormid päevaravi kasvuks on erinevad - kui uroloogias on plaan rühma endoskoopiliste protseduuride viimiseks päevaravisse, ortopeedia näeb olulist rolli erihaiglatel ja päevakirurgia keskustel, siis näiteks taastusravi ja töötervishoiu jaoks oleks tegemist uue teenusega. Nefroloogia jaoks on oluline, et maakondades oleksid hemodialüüsi kabinetid üldhaigla tasemel või erameditsiini põhimõttel.

Päevaravi laiemat rakendamist soodustab väheminvasiivsete meetodite kasutuselevõtt. (neurokirurgia) Päevaravi ulatuslikumat kasutuselevõttu peaks toetama ka raviteenuste hinnakiri - päevaravi teenus tuleb muuta raviausutusele majanduslikult atraktiivseks kompenseerimaks haiglaravi juhtude vähenemisest tekkivat sissetulekute langust ning ta peab olema vastavuses teenuse tegeliku ressursikuluga (sünnitusabi ja günekoloogia, psühhiaatria, kardioloogia). Ehk siis tuleb arvestada, et päevaravi suuremamahulisem osutamine tähendab enamasti ka haiglates täiendavat aparatuuri, ruumide lisandumist, senise ruumikasutuse ümberkorraldamist või ümberehitusi, täiendavaid investeeringuid personalikoolitusse ning teisalt tuleb arvesse võtta ka haiglaperioodi lühendamisega seotud riske (kardioloogia). Majanduslikult ei pruugi olla otstarbekas päevaravi jaoks iseseisvat üksust luua igal erialal, mõttekam on see luua teiste erialadega koos (plastika- ja rekonstruktiivkirurgia).

Esmatasandi roll eriala arengus

Teenuste osutamises toimub peremeditsiini ja eriarstiabi arenguga seoses pidev ülesannete ümberjaotamine. Esmatasandi rolli suurenemine peaks lühendama eriarstiabi järjekordi (dermatoloogia), vältima põhjendamatuid pöördumisi EMOsse (erakorraline meditsiin) ja seeläbi efektiivistama ressursikasutust. Perearstiabi eriala loomisest alates on perearstid edukalt asunud osutama teenuseid haiguste korral, millega tegelesid varem vaid eriarstid (ägedad ülemiste hingamisteede haigused, II tüüpi diabeedi, kõrgvererõhutõve ja hüpotüreosiga patsiendid jt). Osaliselt selle tõttu on eriarstiabi saanud enam arendada spetsiifilisi eriarstiabi teenuseid. Peremeditsiin ja hambaravi on osa esmatasandist, kuid „peaks mõtlema ka esmatasandi arstiabi meeskonna moodustamisele, kuhu kuuluks peale perearsti/pereõe teenuste ka kodune õendusabi teenus, füsioteraapia teenus, ämmaemandusabi teenus, koolitervishoiu teenus, apteegi teenus, töötervishoiu teenus, hambaravi teenus, vaimse tervise õe teenus“ (peremeditsiin). Seda eriti olukorras, kus eriarstiabi spetsialistid näevad täiendavate ülesannete andmist esmatasandile.

Eriarstiabi erialad peavad esmatasandi oluliseks ülesandeks eriarsti konsultatsiooni või statsionaarset ravi vajavate patsientide väljaselgitamist, esmaste patsientide õigeaegset suunamist eriarstile ehk vastava abi korraldamist ning patsientide järelravi ja jälgimist vastavalt soovitudele (kardioloogia, onkoloogia, ortopeedia, plastika- ja rekonstruktiivkirurgia, pulmonoloogia, sisehaigused, suu-, näo- ja lõualuukirurgia, südamekirurgia, reumatoloogia, uroloogia). Paljudel juhtudel võib parem perearsti teoreetiline ettevalmistus ja/või motiveeritus oluliselt vähendada asjatuid visiite ja parandada eriarstiabi kättesaadavust (lastekirurgia, neuroloogia). Patsientide selektsioon esmatasandil on olulise tähtsusega patsiendi vajadustele vastava taastusravi ja ravikulude optimeerimise seisukohalt (taastusravi). Ka esmane (teavitamine) ja teisene (haiguse varajane avastamine) preventatsioon saab olla edukas vaid esmatasandi oskusliku panusega (onkoloogia).

Ka esmane ravi, lihtsamad haigusjuhud või tüsistumata haigused on juba praegu esmatasandil käsitletavad, näiteks stabiilsed kroonilise südamepuudulikkusega haiged, laste arengu jälgimine (reumatoloogia, uroloogia, infektsioonhaigused, kardioloogia, pediaatria). Esmatasandi parem kaasamine lihtsamate ning sagedasemate oftalmoloogiliste probleemide ravisse võimaldaks vähendada silmaarstide koormust (oftalmoloogia).

Seega eeldatakse perearstilt ette nähtud „väravahi“ rolli täitmist ja lihtsamate juhtumite käsitlemist. Perearste julgustatakse südamekirurgias uuringutele ja ravile saatma eakamaid inimesi, keda suudetakse samuti adekvaatselt aidata ning restauratiivse hambaravi puhul suunama lapspatientide hambaravi profülaktilistele läbivaatustele tihedamini.

Kui esmatasandil on nii paljude haiguste puhul vaja õigesti edasi suunata või järelravi pakkuda, siis on oluline vastavate teadmiste olemasolu. Tuuaksegi välja, et perearstidele on vajalik väljaõpe ja täiendkoolitus ning ravimiseks ja patsientide jälgimiseks on vaja ravijuhendeid (neurokirurgia, neuroloogia, ortodontia, taastusravi) ning juba residentuuri raames tõhustada väljaõpet (otorinolarüngoloogia). Perearstide väljaõppes ja täiendkoolituses peaks vaimse tervise teemade osakaal suurenema (psühhiaatria).

Üha rohkem peavad esmatasandil otorinolarüngoloogilist teenust osutama pere- ja üldarstid (otorinolarüngoloogia). Kroonilise nahahaigusega või pikaajalist ravi vajavate patsientide ravi ja jälgimine peale dermatoveneroloogi poolt diagnoosi püstitamist ja raviplaani koostamist toimuks koostöös perearstidega (dermatoloogia). Suhkurtõve (eelkõige 2. tüüpi diabeediga patsientide) ja rasvtõvega patsientidega tegelemisel nähakse kasvavat rolli perearstidel, ka türeoosi patsientide jälgimise saaks üle anda (endokrinoloogia). Tõenäoline on psühhikahäirete (kerge ja mõõduka raskusastmega meeleolu- ja ärevushäirete osas) esmase diagnostika, ravi ja jälgimise senisest suuremas mahus liikumine esmatasandile (psühhiaatria). Pulmonoloogidel on lähiaastatel plaanis spirograafia ja sellega seotud mõõtmiste osas perearstide kompetentsi tõstmine obstruktiivsete kopsuhaiguste pädevaks diagnostikaks, jälgimiseks ja tulemuste interpreteerimiseks.

Oleks vajalik ühtlustada printsiibid, kuidas toimub krooniliste haigustega patsientide jälgimine perearstide ja teiste eriarstide koostöös (sisehaigused). Krooniliste haigete jälgimisele kaasata senisest rohkem ka vastava väljaõppe saanud meditsiiniõed (oftalmoloogia) ning soodustada õdede iseseisvat vastuvõttu ja teatud retseptide väljakirjutamise õigust (peremeditsiin). Nagu eelpool nimetatud, võiksid perearstid pakkuda veelgi laiahaardelisemat tegevust erinevate krooniliste haigustega patsientide jälgimisel (peremeditsiin).

Õdede rolli kasv

Arvestades ehhokardiograafiaga tegelevate spetsialistide puudust, on oluline õde-ehhotehnikute riiklikult finantseeritava koolitusprogrammi avamine Tartu Tervishoiu Kõrgkooli juures. (kardioloogia) Lisaks on otstarbekas ka üldhaiglates ja suuremates perearstikeskustes õe haridusega preventsiioninõustajate olemasolu, kes nõustavad patsiente üldkehtivate juhendmaterjalide alusel. Tuleb luua üle-Eestiline võrgustik eriväljaõppega õdedel baseeruvatest südamepuudulikkuse kabinettidest haiglate ning suuremate perearstipraksiste juurde (kardioloogia). Vaimse tervise õdede rakendamine perearstipraksiste juures on heaks võimaluseks psühhiaatrilise abi osutajate ja esmatasandi töö seostamiseks vaimse tervise küsimustes. Vaimse tervise õdede väljaõpet oleks sellega seoses vaja märgatavalt suurendada, kuna hetkel napib neid psühhiaatrilise abi süsteemiski. (psühhiaatria)

Teenuste osutamise korraldus

Eriarstiabi alaste teenuste osutamise korralduse puhul on keskseks haiglavõrk, lisanduvad spetsiifilise funktsiooniga erateenuseosutajad (hambaravi, proteesimine, hemodialüüs) ja tugi esmatasandi teenuseosutajate võrgustikult. Arusaam teenuste osutamise korraldamisest on aluseks ka personali, meditsiinitehnika, valveteenistuse jne planeerimisele. Seega on erialade jaoks oluline selgus haiglavõrgu arengute osas. Teisalt on erialaseltside vaade sellest, milline peaks patsientide optimaalse teenindamise huvides haiglavõrk olema, sisendiks tervishoiupoliitika kujundamise protsessis.

Kirjeldades seda, kuidas erialateenuse osutamine peaks olema korraldatud, lähtusid erialaseltsid praegusest neljatasandilisest haiglavõrgust ja olemasolevatest aktiivravihaiglatest ning aja jooksul nende vahel tekkinud tööjaotusest teatud teenuste või protseduuride osas. Radikaalseid

muudatusi välja ei pakutud, teatud teenuste tsentraliseerimist ja tööjaotust esmatasandiga on kirjeldatud juba eespool.

Tabelis 1 on ülevaatlikult esitatud teenuste osutamine erialade ja haiglavõrgu tasandite lõikes. Välja on toodud, kas tegemist on ambulatoorse või statsionaarse abiga, lisaks tuleb arvestada seda, et üldiselt kõrgema tasandi haiglas on ka sama tüüpi abi puhul osutavate teenuste ja tehtavate protseduuride ring laiem. Samuti on anestesioloogia, laborimediitsiini ja radioloogia erinevate teenuste osutamine seotud kirurgilise tegevuse mahu ja keerukusega antud haiglavõrgu tasandil või haiglas.

Tabel 1. Eriala teenuse osutamine haiglavõrgus*

Eriala	Piirkondlik haigla	Keskhaigla	Üldhaigla	Kohalik haigla
Anestesioloogia	jah	jah	jah	jah
Dermatoveneroloogia	amb+stats	ambulatoorne	ambulatoorne	ambulatoorne
Endokrinoloogia	amb+stats	ambulatoorne, statsionaarne ITK	ambulatoorne	ambulatoorne
Erakorraline meditsiin	jah	jah	jah	erakorraline abi esmatasandi arstiabi tasemel
Gastroenteroloogia	amb+stats	ambulatoorne	ambulatoorne	ambulatoorne
Hematoloogia	amb+stats	ei	ei	ei
Infektsioonhaigused	amb+stats	amb+stats	vähemalt infektsioonhaiguste arst hospitaalinfektsioonide kontrolliks	
Kardioloogia	amb+stats	amb+stats	võib olla ambulatoorne	võib olla ambulatoorne
Laborimediitsiin	jah	jah	jah	jah
Lastekirurgia	amb+stats (TÜK, TLH)	praegu IVKH ja Pärnu, aga tulevikus?	ei	ei
Meditsiinigeneetika	TÜK osutab meditsiinigeneetika teenust üle Eesti			
Nefroloogia	amb+stats	ambulatoorne IVKH, Narva, Pärnu, statsionaarne LTKH	võib olla ambulatoorne	võib olla ambulatoorne
Neurokirurgia	amb+stats	ei	ei	ei
Neuroloogia	amb+stats	amb+stats	ambulatoorne	ambulatoorne
Oftalmoloogia	TÜK	ITK, IVKH, Pärnu	ambulatoorne	ambulatoorne
Onkoloogia	amb+stats	?	ei	ei
Ortopeedia	amb+stats	amb+stats	ambulatoorne, lihtsam kirurgiline tegevus	ambulatoorne
Otorinolarüngoloogia	amb+stats	amb+stats	ambulatoorne, lihtsam kirurgiline tegevus	ambulatoorne
Patoloogia	jah	jah	ei	ei
Pediaatria	amb+stats	amb+stats	amb+stats	amb+stats
Plastika- ja rekonstruktiivkirurgia	amb+stats	ambulatoorne, statsionaarne ITK ja LTKH	ambulatoorne	ambulatoorne
Psühhiaatria	amb+stats	amb+stats	ambulatoorne, statsionaarne (kui kesk- või regionaalhaigla tasandil vastava piirkonna teenindamise võimekus puudu)	
Pulmonoloogia	amb+stats	amb+stats	ambulatoorne	ambulatoorne
Radioloogia	jah	jah	jah	jah
Reumatoloogia	amb+stats	ambulatoorne, statsionaarne ITK	ambulatoorne	ambulatoorne
Sisehaigused	amb+stats	amb+stats	amb+stats	amb+stats

Suu-, näo- ja lõualuukirurgia	amb+stats	Pärnus esindaja erakorraliste juhtude jaoks, tulevikus mõned voodikohad IVKHs?	ei	ei
Südamekirurgia	amb+stats	ei	ei	ei
Sünnitusabi günekoloogia** ja	amb+stats	amb+stats	ambulatoorne, stationaarne (Rakvere, Narva, Kuressaare, Hiiumaa, Järva, Viljandi, Lõuna-Eesti, Valga)	ambulatoorne
Taastusravi füsiatria ja	amb+stats	amb+stats	ambulatoorne, võib olla erisus statsionaarne osutamiseks	ambulatoorne
Torakaalkirurgia	amb+stats	ei	ei	ei
Töötervishoid	ambulatoorne, statsionaarne (PERH)	ambulatoorne	ambulatoorne	ambulatoorne
Uroloogia	amb+stats	ambulatoorne, statsionaarne (sh LTKH ja ITK baasil Tallinnasse ühe tugeva keskuse loomine)	ambulatoorne, statsionaarne (Viljandi, Rakvere, Narva, Kuressaare)	ambulatoorne
Üldkirurgia	amb+stats	amb+stats	amb+stats	ambulatoorne

*Tabelist väljas hambaravi, ortodontia, restauratiivne hambaravi ja peremeditsiin

**Radikaalsema haiglavõrgu optimeerimise puhul lõpeks sünnitusabi ka IVKH, Järva ja Lõuna-Eesti või Valga haiglas

Haiglavõrgu ümberkorraldamise juures rõhutati transpordiaspektide läbi mõtlemise olulisust – ühelt poolt kiirabi ja reanimobiiltransport patsientide kiireks kvaliteetse erakorralise abini jõudmiseks ja teiselt poolt tuleks organiseerida transporditeenust, et parandada vähem kui 40 000 elanikuga maakondade elanikele ambulatoorse eriarstiabi kättesaadavust kesk- ja piirkondlike haiglate juures.

2.3.2. Valvekorraldus

On erialasid, mille puhul ei ole eriala valveteenistuse rakendamine vajalik. Näiteks meditsiinigeneetika, gastroenteroloogia², reumatoloogia, endokrinoloogia, dermatoveneroloogia, onkoloogia (v.a intensiivkemoterapias), ortodontia, patoloogia ja töötervishoiu erialal puudub ööpäevaringse valveteenistuse vajadus, sest enamik eriala poolt pakutavad teenuseid ei ole oma olemuselt nii aegkriitilised. Erakorralist abi vajavad patsiendid pöörduvad erakorralise meditsiini osakonda.

Valveteenistuse korraldamisel tuleb arvestada nii väikese erakorralist arstiabi vajavate haigete arvuga kui ka eriala spetsiifikaga ning vajadusel on seni rakendatud kodust valvet (spetsialistide kättesaadavusega haiglas 30 minuti jooksul). Kodune valve on statsionaarsete osakondade juures (enamasti piirkondlikes haiglates TÜKis ja PERHis) hematoloogia, torakaalkirurgia, suu-, näo- ja lõualuukirurgia, plastika- ja rekonstruktiivkirurgia, nefroloogia puhul. Selline praktika on hästi töötanud ja rahuldab erialade vajadusi. Ka lastekardioloogide ja laste hematoloogi/onkoloogi ööpäevaringne kättesaadavus koduse valvena on oluline kahes piirkondlikus haiglas (TÜK, TLH). Uroloogi ööpäevane valve peaks olema tagatud piirkondlikes ja kesonhaiglates koduse valvena.

² Piirkondliku tähtsusega haiglais ööpäevaringset gastroenteroloogi erialavalvet ei ole vaja. Neis haiglais on tagatud endoskoopia valve, kus gastroenteroloog on valves kui konsultant ja endoskopist, kes teeb erakorralisi diagnostilisi ja ravigastroskoopiaid eeskätt ägeda verejooksuga haigetel.

Suu-, näo- ja lõualuukirurgia valvetöö koormuse normaliseerimiseks ja väljakutsete vähendamiseks on vajalik eriala esindajate hinnangul korraldada ambulatoorse vältimatu abi osutamine hambaarstide poolt. Hambaravi esindajate sõnul on vajadus esmaabi teenuse järele kasvanud, seda on tinginud hambahaiguste ennetuse alarahastus ja sellest tingitud hambaravi teenuste kättesaadavuse vähenemine Eesti elanikkonnale.

Kohapealset valvet piirkondlikes haiglates peavad vajalikuks otorinolarüngoloogia (PERH, TLH, TÜK), neurokirurgia (TÜK ja PERH), lastekirurgia (TLH, TÜKis koduvalve) ja kardioloogia. Lisaks on piirkondlikes haiglates vajalik ka ehokardiograafia ja invasiivkardioloogia spetsialistide väljakutsevalve olemasolu, et tagada kõigi oluliste kardioloogia diagnostika- ja ravivõtete kasutamise võimaluse olemasolu erakorraliselt hospitaliseerivate südamehaigete abistamiseks ööpäevaringselt. Samuti on kardioloogide hinnangul piirkondlikes haiglates vajalik angiograafia aparatuuri ööpäevaringne kasutamise võimalus. Ööpäevaringne oftalmoloogiline valveteenistus toimib Tallinna Silmakliinikus, TÜ Kliinikumi Silmakliinikus ja Puru Haigla Silmaosakonnas ja oftalmoloogid peavad sellist valveteenistuse korraldust ka optimaalseks. Eriarstlik ööpäevaringne valve pulmonoloogia erialal on Eestis ette nähtud piirkondlikes haiglates (TÜK ja PERH). Seoses kopsusiirdamisprogrammiga on vajalik tagada TÜ Kis eraldi ööpäevaringne valmisolek tööks kopsusiirdamise meeskonna koosseisus.

Ööpäevaringne valve peab olema tagatud piirkondlikes ja keskhaiglates – ortopeedia puhul TÜK, PERH, TLH, ITKH, Pärnu KH ja IVKH. Erakorraline ambulatoorne ortopeediline abi tuleks ortopeedide hinnangul tagada lisaks piirkondlikele ja keskhaiglatele (v.a LTKH) ka Narva haiglas ja Kuressaare haiglas, kuna viimasest keeruline pääsemine mandrile ambulatoorse vigastuse raviks ning Narvas on kõrge elanikkonna kontsentratsioon. Pediaatriline ööpäevane valveteenistus peaks pediaatrite hinnangul olema tagatud piirkondlike- ja keskhaiglate tasemel.

Kodune valve võib toimuda võimalusel ka teistes haiglates. Üldhaiglates peaks olema vähemalt pediaatri kodune valve. Näiteks otorinolarüngoloogid soovivad väljakutsevalvete tagamist keskhaiglates, üldhaiglates, erihaiglates vastavalt eriala spetsialistide olemasolule ja võimalustele. Keskhaiglates on ööpäevaringne valveteenistus südamehaigete diagnostikaks ja raviks kaetud kardioloogide ja sisearstide poolt. Samad arstid ning anestezioloogid/intensiivraviarstid ravivad haigeid ka spetsialiseeritud intensiivravipalattides. Funktsionaaldiagnostiliste uuringute (ehokardiograafia) teostamiseks väljaspool vastava kabineti/osakonna tööaega on loodud võimalus vastavate spetsialistide väljakutseks.

Psühhiaatriline ööpäevaringne valveteenistus on vajalik suuremates statsionaarset psühhiaatrilist abi osutavates raviasutustes, mis osutavad tahtest olenematut psühhiaatrilist abi.

Kõikides kiirabiüksustes ja erakorralise meditsiini osakondades peab olema tagatud ööpäevaringne valveteenistus. Igas maakonnas peaks olema vähemalt üks kiirabi arstibrigaad. Ööpäevaringselt peab olema tagatud radioloogi valve ning laboriteenistus.

Üldkirurgide hinnangul võiks ööpäevaringne kirurgiateenistuse ja anestezioloogiateenistuse valve jääda piirkondlikesse haiglatesse (PERH, TÜK), keskhaiglatesse (ITK, Lääne-Tallinna Keskhaigla, Pärnu Haigla, Ida-Viru Keskhaigla) ja ka üldhaiglatesse (Narva Haigla, Rakvere Haigla, Viljandi Haigla, Kuressaare Haigla). Kirurgiline valveteenistus tähendab 24 tunni vältel operatsioonibloki kasutamise võimalust ning ööpäevaringse anestezioloogiateenistuse valvet, lisaks ööpäevaringne laboriteenistus ja radioloogiateenistus. Sellise teenistuse ülevõlpidamine on kulukas ning ökonoomsust silmas pidades ilmselt teeninduspiirkonnas, mis jääb alla 100 000 elaniku, ei tasu end ära. Eesti tingimustes võiks sellises piires olla siiski 50 000 elanikku. Lisaks on Eestis juba hetkel personalidefitsiit ning väiksemate haiglate valvekirurgidest suure osa moodustavad Tallinna ja Tartu suurhaiglate residendid.

Anestesioloogide hinnangul on piirkondlikes haiglates kindlasti vajalik anestesioloogi ööpäevane valve, samuti peab anestesioloogia valveteenistus olema kõikides haiglates, kus peetakse vajalikuks pidada kirurgia- ja/või sünnitusabi valveteenust. Eraldi valveringid peavad olema anesteesia-teenistuses ning III astme intensiivravi teostavates osakondades. Keskhaiglates peab seaduse kohaselt samuti olema anestesioloogi ööpäevane valve. Lisaks peab eraldi valvering olema III astme intensiivravi osakondades. Üldhaiglates on anestesioloogi valve majas kohustuslik III astme intensiivravi osutamisel. Muul ajal peaks anestesioloog olema kättesaadav 30 min jooksul.

Laborimediitsiini esindajad toovad välja, et 24-tunnine valvelabor (laborandi/ bioanalüütiku valve) on vajalik kõigis üldhaiglates, keskhaiglates ja regionaalhaiglates. Mikrobioloogia laborid peavad kindlustama ööpäevaringse analüüsivõime vastuvõtu koostöös valvelaboriga. Transfusioonmeditsiini valdkonnas on vajalik arsti valve referentlabori tasemel verekeskuses. Laboriarsti (või vastavat ettevalmistust omava laborispetsialisti) valve on vajalik piirkondlike haiglate vereteenistuses. Laboriarsti (vastavat ettevalmistust omava laborispetsialisti) või vastavat ettevalmistust omava laborandi/bioanalüütiku valve on vajalik keskhaiglate vereteenistuses. Laborimediitsiini esindajad soovivad väljakutsevalve korraldamist ka üldhaigla vereteenistuses.

Üld- ja kohalikes haiglates korraldatakse vältimatult uroloogiline abi üldkirurgilise valve sees. Sisehaiguste esindajate hinnangul peaks olema sisearstlik valve tagatud kõikides aktiivravi haiglates (seega kõikides piirkondlikes-, kesk-, üld- ja kohalikes haiglates). Sisearstlik valve tähendab sisearste, multiprofiilsetes haiglates ka teisi sisemeditsiini erialade esindajaid. Sisearstlik valve ei tohi olla asendatud üldarsti valveta ja eeldab laiapõhjalist meditsiini tundmist (sisehaigused).

Sünnitusabi ja günekoloogia ööpäevane valveteenistus peaks olema tagatud nii piirkondlikes-, kesk- kui ka üldhaiglates, kuid valvekorraldus ja valvepersonal kvalifikatsioon sõltub haigla tasemest. Üldhaiglates tähendab see ämmaemanda ööpäevaringset kohalolu ning naistearsti kodust valvet või kohalolu (sõltuvalt sünnituste arvust). Lisaks on üldhaiglates vajalik tagada sünnitusabi ja günekoloogia eriala esindajate hinnangul ka ööpäevaringne pediatriline konsultatsioonivõimalus (kodune valveteenistus haiglasse jõudmisega 30 minuti jooksul), ööpäevaringne anestesioloogiline valve (kodune valveteenistus haiglasse jõudmisega 30 minuti jooksul) ning vereteenistus või on tagatud verepreparaatide kättesaadavus kohapeal. Kesk- ja piirkondlikes haiglates peab olema tagatud lisaks üldhaigla nõuetele ka naistearsti ööpäevaringne valve kohapeal. Ida-Tallinna ja Lääne-Tallinna Keskhaiglates ja TÜKis, kuhu suunatakse kõrge riskiga sünnitajad, peavad vastavad spetsialistid olema kohapeal ööpäevaringselt. Lisaks on nendes haiglates nõutav ka ööpäevaringne laste intensiivravi võimalus. Valveteenituse korralduse puhul on määrav sünnitusabi ja günekoloogia esindajate hinnangul see, missugustes haiglates jätkavad sünnitusosakonnad tegevust. Eriarstide hinnangul oleks mõistlik korraldada haiglavõrk selliselt, et sünnitusosakondades oleks 500 sünnitust aastas. Esimese sammuna võiks viia sisse muudatuse, et riik ostab valveteenust ainult haiglatelt, kus toimub vähemalt 400 sünnitust aastas. Samal ajal on vajalik tagada sünnitusabi teenus Saaremaal ja Hiiumaal olenemata sünnituste arvust.

Psühhiaatrite hinnangul võiks rakendada printsiipi, et statsionaarset psühhiaatrilist ravi saavad osutada raviasutused, kus on tagatud ööpäevane psühhiaatriline valvering. Psühhiaatrid peavad vajalikuks psühhiaatrilise ööpäevaringse valve olemasolu tagamist ka haiglates, kus asuvad laste- ja noorukite psühhiaatriaosakonnad, mis osutavad vältimatult tahtest olenematult psühhiaatrilist abi.

Samas on erialasid, kes peavad valvet vajalikuks, kuigi valvet nende erialal ei toimu. Südamekirurgia erialal puudub kirurgide majasisene ja ka väljakutse valvegraafik, kuid vähemalt

väljakutsevalve olemasolu peab eriala oluliseks. Ka reumatoloogid ja endokrinoloogid leiavad, et eriarst peab vajadusel olema telefoni teel väljakutsutav. Suurte haiglate korral (PERH; TÜK; ITK) võib erandjuhtudel tekkida vajadus endokrinoloogi kaasamiseks töövälisel ajal ägeda endokriinkriisi ohjamiseks, selleks oleks mõistlik luua erakorralise väljakutse süsteem vastava töö ja valmisoleku tasustamisega. Psühhiaatrid leiavad, et juhul, kui valveringi tagab keskhaigla asemel haiglavõrgu arengukavasse mittekuuluv haigla (nt Ahtme haigla Ida-Virumaal; Wismari haigla Tallinnas), siis peab Haigekassa tagama valveringi tasustamise nendes haiglates. Onkoloogid leiavad, et kuigi piirkondlikes haiglates, kus haiglavälve on tagatud, üldjuhul eraldi onkoloogi ööpäevaringse valve vajadus puudub, siis erandiks on intensiivkemoterapia osakond ning vajalik oleks onkoloogi ööpäevaringne kodune valve.

Infektsionistid peavad vajalikuks senist valveteenistust laiendada - 2011. aastal oli eriarsti ööpäevane valveteenistus LTKHs ja koduvalve TÜKis, lisaks oleks vajalik luua tasustatud kodune valve PERHis, Pärnu Haiglas ja Ida-Viru Keskhaiglas konsultatsioonide vajaduse tõttu hospitaalinfektsioonide osas (multiresistentsete mikroobide pidev kasv ja sellest tingitud keerulised antibakteriaalsete raviskeemide valikud).

Erakorralise meditsiini esindajad teevad ettepaneku, et vältimaks asjatuid pöördumisi EMOSse tuleb luua perearstikeskuste või perearsti valveringid.

2.3.3. Ravi korraldamine haruldaste haiguste ja harvaesinevate haigusseisundite puhul

Osaliselt Eesti väiksusest on tingitud olukord, kus mitmeid haigusi esineb väga harva või juhuslikult, nii et teadlikkus nende osas on tagasihoidlik ega pruugi tekkida piisavat kompetentsi ja kogemust diagnoosimise ja ravimisega. Samas on mitmed protseduurid suure kogemussõltuvusega või väga uudsed ega pruugi protseduurid kuuluda Haigekassa hüvitatavate teenuste hinnakirja.

Ka definitsiooni järgi haruldastest haigustest³ saab suurt osa Eestis diagnoosida ja ravida, sealjuures toodi arengukavades välja, et ordodontilise ravi ja restauratiivse hambaravi protseduurid on kõik Eestis kättesaadavad, sisehaiguste ja pulmonoloogiliste haiguste puhul on enamasti Eestis ravi olemas, samuti südamekirurgia müksoomi ravi, torakaalkirurgia protseduurid jne. Samas on ka sel juhul otstarbekas vähemesinevate haiguste ravimine kontsentreerida teatud piirkondlike või keskhaiglate juurde (toodi välja järgmistes arengukavades: endokrinoloogia, neurokirurgia, oftalmoloogia, onkoloogia, ortopeedia, plastika- ja rekonstruktiivkirurgia, sisehaigused).

Haruldaste haiguste ja harvaesinevate haigusseisundite puhul, kui diagnostika või ravi ei ole Eestis võimalik, on vajalik korraldada teenuse osutamine välismaal. Kehtiv protsess on lühidalt järgmine: raviarst uurib diagnostika või ravi võimalusi, kutsutakse kokku konsiilium, kes otsustab välismaise kompetentsi kaasamise vajalikkuse. Plaanilise välisravi puhul haige täidab välisravi taotluse vormi (tegelikuses tihti haige jaoks keeruline ja vormi täidab arst), kaks korda kuus kogunev Haigekassa nõukogu otsustab rahastamise ja annab vastuse kuu jooksul ning positiivse otsuse korral väljastab garantiikirja vastavalt taotlusele. Raviarst või teenuseosutaja (näiteks labor uuringu tellimise korral) vormistab paberid ja korraldab patsiendi või proovi saatmise välisriiki.

³ Vastavalt Euroopa Liidu ühisele määratlusele loetakse haruldaseks haiguseks haigus, mis esineb kuni 5 inimesel 10 000-st (KOM (2008)726; KOM (2008)679)

Seega mitmete haiguste ja seisundite puhul on vajalik siiski korraldada ravi välismaal (lapseea maksasiirdamine, harvaesinevad parasiitide põhjustatud infektsioonid, laste kombineeritud südamerikete opereerimine, teatud hematoloogilised patsiendid jne), lähtudes kehtivast seadusandlusest. Senist praktikat rakendatakse (anestesioloogia, gastroenteroloogia, dermatoloogia, endokrinoloogia, hematoloogia, kardioloogia, laborimediitsiin, nefroloogia, oftalmoloogia, ortopeedia, plastikakirurgia, pulmonoloogia, suu-lõualuukirurgia, südamekirurgia, sünnitusabi, torakaalkirurgia) ja on välja tuua ka positiivseid kogemusi.

Samas on erialati olukord väga erinev. Haruldaste haiguste osakaal on suur hematoloogias, lastekirurgias, meditsiinigeneetikas, pediaatrias ja torakaalkirurgias. Lastekirurgia arengukavas tuuakse välja, kuidas ühelt poolt on selliste haiguste igapäevane ravi Eestis töömahukam ning nõuab pidevat enesetäiendamist, tavalisest põhjalikumalt oskusteabe hankimist ja operatsiooni planeerimist, aga sageli ka konsulteerimist suuremate kogemustega kolleegidega kodu- ning välismaal. Teiselt poolt on suurem tõenäosus välismaise nõu ja abi vajamiseks.

Arengukavades esitatud probleemkohad

- Senine välismaal ravi korraldamise protsess on aeglane ja vajaks kiirendamist (endokrinoloogia, sisehaigused). Kardioloogia arengukavas tuuakse välja, et väga probleemne on kiiret operatsiooni vajava vastsündinu ravi korraldamine välisriigis.
- Raviarstile langeb suur administratiivne koormus seoses taotluste vormistamise ja konsiiliumite kokkukutsumisega (kardioloogia, laborimediitsiin, meditsiinigeneetika, sisehaigused). Lisaks võib ette tulla, et raviarst lahendab välismaise ravi korraldamise organisatoorseid ja finantsprobleeme (kardioloogia).
- Välismaise ravi puhul on lahendamata transpordi- ja elamiskulude rahastamise küsimus (anestesioloogia, endokrinoloogia, kardioloogia). Ühelt poolt on olukordi, kus patsiendi transportimiseks välisriiki vajatakse meditsiinitransporti ja personali, teiselt poolt ei pruugi ravitava perekonnal või kohalikul omavalitsusel olla võimalik katta raviga seotud transpordi ja majutuskulusid. „Olukorras, kus on näidustatud (lapse) südameoperatsioon välismaises keskkuses, ei tohiks ravi kättesaadavus sõltuda vanemate majanduslikust seisust ja toimetulekust“ (kardioloogia).
- Väliskonsultatsiooni kulused seni ei kaeta, aga olukordades, kus ravi on võimalik pakkuda Eestis, kuid raviotsuse tegemiseks on vajalikud mõne väliseksperdi kirjalikud või suulised nõuanded, peaksid tasustatud saama nii välisriigiga kontakti looja kui ka välisekspert. Seni on taolised konsultatsioonid toimunud tänu headele isiklikele kontaktidele. (endokrinoloogia, hematoloogia, onkoloogia, patoloogia).
- Ortopeedia arengukavas tuuakse välja ka olukord, kus oskused on Eestis olemas, kuid protseduuri teostada ei ole võimalik ja haigeid suunatakse ravile välismaale (näiteks meniski transplantatsioon, mille vajadus 5-10 juhtu aastas), sest vastav teenus puudub Haigekassa rahastatavate teenuste loetelus.
- Lisaks ravile on harva vajaminevate diagnostika ja uuringute võimaluse puudumisel vajalik nende teostamine lähiriikides. Näiteks töötervishoiu puhul spetsiifiliste kemikaalide ja nende metaboliitide biomonitoring, teatud töökeskkonna allergeenide määramise võimalus. Ka hematoloogia ja infektsioonhaigused toovad välja probleeme diagnostikaga.

- Haruldaste haiguste ravimisel on suureks probleemiks kaasaegsete ravimite kättesaadavus (endokrinoloogia, infektsioonhaigused, meditsiinigeneetika, hematoloogia, reumatoloogia) – aeganõudev on nende soodusravimite nimekirja lisamine, samuti ravimite erandkorras maaletoomise ja kompenseerimise taotlemine.

Toodud probleemide ületamisel on senine praktika on põhinenud juhupõhisel lahendustel, sageli vastava eriala arstide isiklikel kontaktidel. Tööaja- ja rahakasutuse efektiivsust silmas pidades on mitmete probleemkohtade ületamiseks mõistlikud süsteemsemad lahendused.

Arengukavades välja pakutud lahenduste ja muudatuste kirjeldused

Ravi korraldamise protsessi kiirendamiseks, igakordse välisravi taotlemise administratiivse koormuse vähendamiseks ja uuringute-analüüside teostamiseks välisriikides võiks sõlmida partnerluslepingu konkreetse välismaa asutusega (hematoloogia, töötervishoid) juhtudel, kui sama tüüpi Eesti-välist teenust kasutatakse korduvalt või suhteliselt prognoositava sagedusega. Näiteks on kardiokirurgia puhul välja toodud koostööd Helsingi Ülikoolihaigla ja Hannoveri aordikirurgia keskusega, pulmonoloogias Viini Ülikooli Haiglaga. Ravialane koostöö ELi suurte keskustega võiks kanda ka Eesti arstide täiendkoolituse eesmärki (otorinolarüngoloogia).

Analüüside puhul võib kaaluda ka näiteks Terviseameti kesklabori keskset analüüside edastamist teiste riikide laboritesse (infektsioonhaigused). Oftalmoloogia arengukavas tuuakse välja, et fotodünaamiline termoteraapia, mida seni osutatakse Eesti patsientidele meie lähiriikides, protseduuride arvu on võimalik prognoosida ning eraldi rahastamise taotluse esitamine võiks olla vajalik vaid prognoositud ravijuhtude ületamisel.

Samas üksikute ja spetsiifiliste juhtude puhul sõltub välismaise ekspertkeskuse valik konkreetsest haigusjuhust (torakaalkirurgia, pulmonoloogia). Sellised juhul tuleb endiselt koostööpartner otsida jooksvalt.

Lastekirurgia puhul, kus harvaesinevate haigusseisundite osakaal on suur, eelistavad eriarstid võimalusel külaliskirurgi Eestisse kutsumist patsiendi välismaale ravile saatmisele. Selline töökorraldus säästaks ressursse ja aitaks kaasa kohaliku meditsiinipersonali (arstid, operatsiooniõed jne) erialase pädevuse tõstmisele.

Lisaks erialase abi korraldamisele saaks tsentraliseerida ka organisatoorse ning transpordi ja majutusega kaasnevate finantsküsimuste lahendamist, et raviarst ei peaks tegelema raviväliste küsimustega, vaid need saaks korraldatud ametnike poolt (kardioloogia).

Eraldi olulisena teemana kerkis esile, et Eesti ravimituru väiksuse ja vähese vajaduse tõttu on haruldaste haiguste ravimiseks mõeldud preparaate kättesaadavus halb (endokrinoloogia, hematoloogia, infektsioonhaigused, meditsiinigeneetika, reumatoloogia). Ühelt poolt võiks füüsilise kättesaadavuse tagamiseks orbravimid olemas olla 2-3 piirkondlikus või keskhaiglas (endokrinoloogia), või keskne varu Terviseametis (infektsioonhaigused). Teiselt poolt põhjustab rahulolematust harvikravimite soodusravimite loetellu või Haigekassa teenuste hinnakirja kandmise protseduur, mis on ajamahukas, keeruka menetlusega, arstilt palju ressursi nõudev jne. Samuti tuleb vahel teha individuaalseid ravimite erandkorras maaletoomise lubasid Raviametile ja erandkorras kompenseerimise taotlusi Haigekassale (meditsiinigeneetika). Reumatoloogia eriala arengukavas kirjeldatakse ka olukordi, kus harvaesinevate haiguste puhul kasutatakse ravimeid sageli empiirilise kogemuse põhjal ja ametliku näidustuse väliselt, ning ka sellisel juhul on rahastamise otsuseid vaja teha erialaselt ja Haigekassa koostöös.

Haruldaste haiguste ravi korraldamise ja harvikravimitega seotud probleeme on korduvalt tõstatatud. Ühelt poolt arutatakse Haigekassa juurde täiendava konsiiliumi või komisjoni moodustamist, et harvikravimite erandkorras patsientidele määramist rakendada (meditsiinigeneetika). Teiselt poolt peab vastavalt Euroopa Nõukogu soovitusel liikmesriik looma ja juurutama haruldasi haigusi puudutava kava või strateegia 2013. aasta lõpuks. Eesti plaanib vastava strateegia välja töötada Rahvastiku tervise arengukava 2008-2020 raames (pediaatria).

Haruldaste haiguste teemat ei kajastatud erakorralise meditsiini, hambaravi, peremeditsiini, psühhiaatria, radioloogia, taastusravi, uroloogia ja üldkirurgia arengukavades.

Kokkuvõttes on haruldaste haiguste osakaal mõnel erialal suur ning diagnostika ja ravi korraldamise osas on probleemkohtadena välja toodud välismaise ravi korraldamise aeglane protsess, raviarsti suur administratiivne koormus (sh organisatoorsete ja finantsküsimumste lahendamisel) ning lahendamata transpordi-, elamis- ja väliskonsultatsioonikulude katmine. Erialadeüleselt kerkis esile kaasaegsete ravimite vähene kättesaadavus olukorras, kus erandkorras maaletoomist ja hüvitamist tuleb taotleda. Seni on suuresti kasutatud juhupõhiseid lahendusi, tuginedes osapoolte isiklikele kontaktidele, kuid ressursikasutuse efektiivsuse jaoks oleks vaja välja toodud probleemid erialadeüleselt lahendada.

2.3.4. Teenusevajaduse prognoos

Lähtuvalt Eurostati rahvastikuprognosist ning Haigekassa andmetest rahastatud ravijuhtude kohta aastatel 2008-2010⁴ on koostatud ravijuhtude prognoos diagnoosirühmade lõikes aastani 2020 (vt tabel 2). Prognoosi eesmärk on näidata rahvastiku vanusstruktuuri muutuste võimalikku mõju ravijuhtude arvule. Prognoosis ei ole arvesse võetud haigestumuse, inimeste käitumise, ravivõimaluste (ravimid, tehnoloogia) ega ka ravi rahastamise võimaluste muutumise mõju. Prognoosi eeldused:

- ravijuhtude kordaja soo-vanusgrupis jääb alates 2011. aastast 3 viimase aasta (2008-2010) keskmisele tasemele;
- ravijuhtude arvu aluseks on Haigekassa andmed, seega Haigekassa lepingute välised ravijuhud statistikas ei kajastu;
- eeldatakse, et ravijuhtude arvu ei mõjuta Haigekassa rahastamise muutused;
- mudel koondab nii ambulatoorse, statsionaarse kui ka päevaravi juhtusid.

Tabel 2. Ravijuhtude prognoos

Diagnoosirühm	2008	2009	2010	2020	muutus 2020 vs 2008/10
A00-B99 Nakkus- ja parasiithaigused	120 637	122 198	120 546	117 076	97%
C00-D48 Kasvajad	171 179	175 837	181 568	181 483	103%
D50-D89 Vere- ja vereloomeelundite ning immuunsüsteemi haigused	10 872	10 955	11 820	11 389	102%
E00-E90 Sisesekreetsiooni-, toitumis- ja ainevahetushaigused	118 119	120 501	122 615	121 029	101%
F00-F99 Psüühika- ja käitumishäired	245 187	244 435	256 186	246 007	99%
G00-G99 Närvisüsteemihaigused	89 914	87 389	87 717	88 747	100%
H00-H59 Silma- ja silmamanuste haigused	320 986	299 740	324 994	331 087	105%
H60-H95 Kõrva- ja nibujätkehaigused	84 103	80 009	81 432	85 230	104%
I00-I99 Vereringeelundite haigused	206 793	205 685	208 751	220 611	107%
J00-J99 Hingamiselundite haigused	198 316	190 408	187 741	193 700	101%
K00-K93 Seedeelundite haigused	422 638	416 359	424 422	434 018	103%
L00-L99 Naha- ja nahaaluskoe haigused	156 392	156 962	161 232	152 609	96%
M00-M99 Lihaskonna ja sidekoehaigused	267 822	264 526	281 533	272 099	100%
N00-N99 Kuse-suguelundite haigused	257 101	254 774	251 944	246 948	97%
O00-O99 Rasedus, sünnitus ja sünnitusjärgne periood	57 965	58 924	60 751	51 814	88%
P00-P96 Sünniperioodis tekkivad teatavad seisundid	6 749	6 235	6 343	6 537	101%
Q00-Q99 Kaasasündinud väärarendid	18 893	18 161	18 208	18 722	102%
R00-R99 Mujal klassifitseerimata sümptomid	72 147	74 690	81 384	76 397	100%
S00-T98 Vigastused, mürgistused jm välispõhjuste toime tagajärjed	259 101	245 676	255 787	250 488	99%
Z00-Z99 Tervise seisundit mõjutavad tegurid ja kontaktid terviseteenistusega	553 958	575 532	632 209	562 274	96%
Kokku	3 638 872	3 608 996	3 757 183	3 668 265	100%

Allikas: 2007-2010 Haigekassa andmed rahastatud ravijuhtude kohta, kuni 2020 prognoos

Olulist muutust ravijuhtude arvus lisaks rahvastikuprotsesside mõjul toimuvale ei prognoosi anestezioloogia, gastroenteroloogia, lastekirurgia, ortodontia, pediaatria. Hambaravi, neuroloogia, sisehaiguste ja üldkirurgia puhul eeldatakse, et teenusevajadus kindlasti ei vähene, pigem kasvab. Ühtlasi tuuakse välja, et hambaravi puhul puuduvad andmed ravivajaduse

⁴ <http://www.haigekassa.ee/haigekassa/statistika/tervishoiuteenused>

objektiivseks prognoosimiseks. Sisendandmete puudumist arvulise prognoosi tegemiseks mainivad ka teised erialad ning toovad välja vaid eeldatava muutuse suuna, kuid mitte suurusjärku. Ning psühhiaatrias ei võimalda olemasolev ravijuhtude käsitlus anda arvulisi prognoose ravijuhtude muutuse kohta. Nii hindavad kardioloogia, laborimediitsiin, nefroloogia, peremediitsiin, psühhiaatria, reumatoloogia, suu-, näo- ja lõualuukirurgia, südamekirurgia, taastusravi ja füsiaatria, töötervishoid ja uroloogia teenusevajaduse kasvu aastaks 2020. Sealjuures peremediitsiinis sõltub erialase teenuse vajadus suuresti perearstidele pandavate kohustuste hulgast.

Aastaks 2020 prognoosivad ravijuhtude arvu kasvu lisaks demograafilistest arengutest tulenevale muutusele võrreldes 2010. aastaga dermatoveneroloogia (+5%), infektsioonhaigused (+5%), neurokirurgia (+5%), endokrinoloogia (+6%), ortopeedia (+10%), otorinolarüngoloogia (+10% aastaks 2015), pulmonoloogia (+10%), erakorraline mediitsiin (+12%), torakaalkirurgia (+15%), hematoloogia (+20%), mediitsiinigeneetika (+20%), oftalmoloogia (+20%), plastika- ja rekonstruktiivkirurgia (+20%),

Rahvastikumuutuste mõju on suurim sünnitusabile ja günekoloogiale. Fertiilses eas naiste arvu vähenemise tõttu prognoositakse nii ambulatoorse kui ka päevaravi ravijuhtude vähenemist, kuid haiglaravi juhtude suurenemist elukvaliteeti parandavate teenuste osakaalu tõusuga.

Kui rahvastiku vähenemise ja vananemise mõju kajastub tabelis 1, siis teenusevajaduse täiendavalt prognoositavate muutuste põhjused on peamiselt järgmised:

- haiguste parem diagnoosimine (kompetentsi kasv, diagnostikameetodite täiennemine) ja varajase avastamise osakaalu suurenemine;
- ravivõimaluste paranemine uute tehnoloogiliste vahendite ja ravivõtete tõttu, mistõttu on võimalik ravida patsiente, keda varem ei suudetud sel määral aidata;
- varase avastamise ja paremate ravivõimaluste tingitud elulemuse pikenemine, haiged on seega pikema perioodi jooksul ravil või jälgimisel ning võivad vajada korduvaid operatsioone;
- tehnoloogia ja kirurgilise tehnika areng võimaldab rohkem pühenduda elukvaliteeti säilitavatele operatsioonidele (sh korduvad liigesproteesimised, bariaatriline kirurgia).

Samas tuuakse selgelt välja, et prognoosi mõjutavad otseselt tervishoiupoliitika ja üldine majanduse areng, sest prognoositud vajadus ei pruugi realiseeruda erialase teenuse osutamisenä, sest sõltub ravikindlustuse rahalistest võimalustest.

2.3.5. Voodikohtade arvu prognoos

Voodikohtade arvu prognoosimisel on üldiselt aluseks andmed senise voodikohtade arvu, voodihõive, eeldatavate ravivõtete muutuse ja rahvastikuarengute põhjal tulevase teenusevajaduse kohta, arvestades ka ravivõimaluste muutumise ja teenuse osutamise jagunemisega statsionaarse, ambulatoorse ja päevaravi vahel.

Erialad tõid välja prognoosimise keerukust tulenevalt olemasolevate andmete puudulikkusest ja ebakindlusest haiglavõrgu osas. Näiteks sisehaiguste voodikohtade koguarvu kindlaks tegemine on raske, kohati osutatakse neil ka järeldravi. Samuti katavad üld- ja kohalikes haiglates sisehaiguste voodid arvestuslikult ka teiste erialade voodeid (peamiselt neuroloogia, pulmonoloogia, pediaatria, kardioloogia, gastroenteroloogia), kuid see arvestuslik jaotus ei ole

teada. Samuti sõltub haiglavõrgu arengukava raames tehtavatest otsustest, millist statsionaarset abi ja millises mahus maakonnatasandil tulevikus tuleb osutada või millised teenused kontsentreeritakse piirkondlikesse ja keskhaiglatesse ning see määrab ka voodikohtade arvu. Ka II astme intensiivravi kajastamine eriala voodifondis võib olla problemaatiline – mõnikord pole voodikohad selgelt eristatud, ei vasta kõigile II astme intensiivravi osutamise tingimustele või on rahastamise mõttes kasulikum defineerida tavavoodeid (rahastamises ei ole lihtsam intensiivravi tavaravi päevast kallim). Samuti võib voodikohtade arv sõltuda uute ravimeetodite kasutuselevõtust ja rahvusvahelise koostöö arengust (nukleaarmeditsiin).

Usaldusväärse arvulise prognoosi saamiseks, mis annab tervikpildi riigis vajalikest statsionaarsetest voodikohtadest, on vajalik ühtsetel eeldustel ja andmetel põhinev lähenemine. Selline ühtse prognoosimudeli arendamine toimub Sotsiaalministeeriumis ning arengukavades kirjeldatud voodikohtade arvu muutused ja selle põhjused on hea sisend prognoosimudelisse.

Järgnevalt on esitatud arengukavades välja toodud tendentsid voodikohtade arvu osas prognoositava muutuse suuna alusel.

Arvestades rahvastikuarenguid, ravivõtete muutusi, ravikestuse lühenemist ning toimunud voodikohtade arvu vähenemist, sh ka viimastel aastatel, on enamasti välja toodud, et statsionaarsete voodikohtade arv erialal ei kasva, muutused piirduvad kuni 1-2 voodikohaga (anestesioloogia, dermatoveneroloogia, endokrinoloogia, gastroenteroloogia, lastekirurgia, neurokirurgia, oftalmoloogia, pediaatria, kardiokirurgia, neuroloogia, ortopeedia, suu-, näo- ja lõualuukirurgia, kardioloogia, sisehaigused, reumatoloogia (+2 voodit)). Samas rõhutatakse, et mingil juhul ei tohiks voodite arv ka väheneda. Kardioloogia arengukavas tuuakse lisaks välja, et senise „voodite arvuga on võimalik toime tulla vaid siis, kui varustatus kardioloogilise aparatuuriga ja väljaõppinud personaliga on optimaalne, suur osa mitteinvasiivsest diagnostikast tehakse ambulatoorselt ning järeldravi/taastusravi/hooldusravi korraldus tagab aktiivravi mittevajavate haigete kiire vastuvõtmise“.

Statsionaarsete kohtade arvu kasvu prognoosivad onkoloogia (+10), plastika- ja rekonstruktiivkirurgia (+5), psühhiaatria (üldiselt voodite arv samal tasemel, kuid mõnes valdkonnas vajalik voodikohtade arvu suurendamine, näiteks noorukitepsühhiaatria, söömisäired, sõltuvushäired, ebastabiilse remissiooniga patsiendid), pulmonoloogia, töötervishoid (+5), uroloogia (+20), nefroloogia (+4 intensiivis, +10 voodikohta hooldusravisse), erakorraline meditsiin, torakaalkirurgia (+9), hematoloogia (PERHis stats +8).

Voodikohtade arvu suurenemise põhjuseks on töötervishoius kutsehaiguste senine aladiagnoosimine ebasoodsa seadusandluse tõttu, uroloogias senine väga kõrge voodihõive (89%), nefroloogias tuleb kasv intensiivravivoodite arvel, sest neeruasendusravi haigete arvu kasvuga ja raskemate haigete (I ja II tüüpi diabeet, vanemad patsiendid) lülitamisega neeruasendusravi programmi vajatakse ka sagedamini hospitaliseerimist. Erakorralise meditsiini osakonnad (EMO) ja meditsiiniabi andmise võimalused on laienenud, paranenud haigete käsitlemise kvaliteet ja tegevuse süstemaatilisus, mis omakorda optimeerib haiglasviibimist. Pidevast haigla voodikohtade puudusest lähtuvalt tuleb II ja III astme EMOdes avada 24-48 tunni jälgimispatid (nn EMO statsionaar), mille eesmärgiks on haigla voodifondi efektiivsem kasutamine. Hematoloogias on voodihõive juba üle 93% ja eksisteerib voodikohtade puudus. Pulmonoloogias on voodikohtade nappus piirkondlikes haiglates, sest statsionaarselt ravitavad patsiendid on üha komplitseeritumad ja vanemad (sh rohkemate kaasuvate haigustega) ning intensiivravi vajadus ja kättesaadavus on möödapääsmatud. Ka torakaalkirurgias on voodikohtade nappus piirkondlikes haiglates.

Statsionaarsete kohtade arvu vähenemist prognoosivad erialad, kus päevaravi osakaalu suurenemine avaldab olulist mõju – otorinolarüngoloogia, infektsioonhaigused, üldkirurgia, sünnitusabi- ja günekoloogia. Otorinolarüngoloogias prognoositakse päevaravi ravijuhtude arvu kasvu 20% võrra, mõju avaldub eelkõige üld- ja erihaiglatele, kesk- ja piirkondlikes haiglates statsionaarsete voodikohtade arv ei vähene. Infektsioonhaiguste puhul püsib voodikohtade arv samal tasemel, kuid Lääne-Tallinna Keskhaigla Nakkuskliinikus võib prognoosida voodite arvu vähenemist 15 voodi võrra, juhul kui alustatakse rotaviirusinfektsiooni vastase laste massvaksineerimisega. Päevaravi suurendamine toimub suuresti seniste statsionaarsete voodikohtade arvel. Üldkirurgias nähakse päevakirurgia kasvu seniselt hinnanguliselt 20%lt 50%ni kõigist plaanilistest üldkirurgilistest operatsioonidest. Sünnitusabi ja günekoloogia eriala voodite arv on pidevalt vähenenud, sündide arvu vähenemise ja teenuse kontsentreerimisega saavutatava haiglasviibimise aja lühenemise tõttu prognoositakse ka voodikohtade arvu vähendamist (-69). Päevaravis seevastu voodite arv suureneb (+23).

Kui piirkondlikes haiglates on erialati voodikohad eristatud, siis juba keskhaigla tasemel ravitakse mitmete erialade patsiente sisehaiguste osakonnas. Arengukavades on välja toodud, et umbes 10% kõigist haigeist on gastroenteroloogilisi haigeid, lisaks kardioloogilised patsiendid, urooloogilised, nefrooloogilised, reumatoloogilised ja pulmonoloogilise patsiendid.

Statsionaarsete voodikohtade arvu mõjutab oluliselt võimalus osa teenuseosutamist viia päevaravisse. Päevaravi kasvu prognoosivad dermatoveneroloogia, endokrinoloogia, oftalmoloogia, onkoloogia, ortopeedia (+50-70 päevaravi voodit), otorinolarüngoloogia (+20% ravijuhtusid), infektsioonhaigused, üldkirurgia (+30% plaanilistest operatsioonidest), uroloogia (+15% patsientidest), sünnitusabi- ja günekoloogia (+23 voodit), reumatoloogia (+17 voodit), hematoloogia (PERH +8 voodit).

Ühtlasi tuuakse välja, et kuna päevaravi osutamine ei piirdu statsionaarset ravi osutavate asutustega, võib olla põhjendatud päevaravivoodite avamine ka teistes raviasutustes ning optimaalseks päevaraviüksuse suuruseks hinnatakse 5 voodit (dermatoveneroloogia, endokrinoloogia, gastroenteroloogia). Samas lastekirurgias päevastatsionaariks kohandatud voodeid ei ole ja teenust osutatakse statsionaari kohtade arvelt. Ka ortopeedias toimub suurtes haiglates päevakirurgiliste haigete teenindamine statsionaari baasil. On ka erialasid, kus päevaravivoodid puuduvad ja nende kasutuselevõttu ei ole ka ette näha - torakaalkirurgia, pulmonoloogia.

Statsionaarsete voodikohtade seas on 10-20% I-II astme intensiivravi kohti (endokrinoloogia, gastroenteroloogia, lastekirurgia, neurokirurgia, neuroloogia, ortopeedia, nefroloogia), III astme intensiivravi osutatakse patsientidele üldiselt intensiivravi osakonnas. Kardioloogias lisaks III astme kardiointensiivravi osakonnad vähemalt 12 voodiga piirkondlikes haiglates ning prognoositakse intensiivravivoodite osakaalu tõusu kogu voodite arvust kuni 50%-ni aastaks 2020. Erakorralises meditsiinis kõik osakonnad osutavad vähemalt lühiajaliselt III astme intensiivravi teenust. Mitmed erialad spetsialiseeritud intensiivravi voodikohti ette ei näe, haiged ravitakse sisehaiguse intensiivravi kohtades, üldintensiivis või intensiivravi osakonnas.

Statsionaarsete voodikohtade arvu mõjutab lisaks päevaravi osakaalu prognoositavale kasvule ka taastus-, järel- ja hooldusravi korraldus. Kardioloogia toob välja operatiivse järelravi vajalikkuse, ortopeedia ulatusliku taastusravi voodikohtade fondi loomise operatsioonijärgsetele haigetele, nefroloogia puhul on vajalik luua umbes 10 voodikohta hooldusravisse nefroloogia eriala haigetele koos samaaegse dialüüsravi osutamise võimalusega (rahastamisega ravikindlustuse eelarvest), et kulutõhususe eesmärgil vähendada kulukamate aktiivravi voodipäevade arvu.

Voodikohad ei ole mõne eriala töös asjakohased ja seetõttu arengukavas ei kajastatud hambaravi, laborimeditsiini, meditsiinigeneetika, ortodontia, patoloogia, peremeditsiini, radioloogia, restauratiivse hambaravi ja taastusravi puhul.

2.3.6. Meditsiinitehnoloogia roll eriala arengus

Praeguseks toetab „arstikunsti“ väga oluliselt meditsiinitehnoloogia ning haiguste diagnostikat, dokumenteerimist ja ravi mõjutab palju meditsiinitehnoloogia areng. Sealjuures avaldab see mõju ka statsionaarse, ambulatoorse ja päevaravi suhtele ning avaldab survet ravikindlustuse eelarvele.

Eriala spetsiifikast sõltuvalt on meditsiinitehnoloogia tähendus ja roll erinevad. Radioloogias on diagnostiline aparatuur muutunud järjest täpsemaks ning tehnoloogia areng laborimeditsiini valdkonnas on viimastel aastatel keskendunud automatiseerimisele ja erinevate meetodikate integreerimisele. Tehnoloogia arenduste fookus on nihkunud uuringute informatiivsuse ja spetsiifilisuse suurendamisele (erinevate diagnostikavaldkondade integratsioon, ekspertsüsteemide kasutamine, personaliseeritud meditsiin, molekulaardiagnostika). Diagnostika on kokkupuutekoht paljude erialade jaoks ja erialade areng on tihedas seoses siduserialade arenguga eelkõige just diagnostika vallas (oftalmoloogia, hematoloogia, psühhiaatria, pulmonoloogia, sisehaigused, torakaalkirurgia).

Samas tuuakse ka välja, et on tendents kõrgtehnoloogiliste uuringute ületähtsustamisele ja eriaparaatuuri (magnetresonants-tomograaf jne) liigkasutamisele. Ebaefektiivse ressursikasutuse vältimiseks oleks vajalik ühtse radioloogilise protokollide kehtestamine (ortopeedia) ning arusaam sellest, et tehnoloogia on abistavas rollis ega asenda spetsialisti (patoloogia).

Lisaks diagnostikale on mitmed erialad kõrgtehnoloogilised - anesthesioloogias ja erakorralises meditsiinis on tehnoloogiaga varustatus kvaliteetse erialateenuse osutamiseks elementaarne, ka kirurgiliste erialade tehnoloogiasõltuvus on suur. Näiteks uroloogia on kõrgtehnoloogiline eriala, kus 45% operatsioonidest on endoskoopilised, sh laparoskoopilised.

Radioloogia alla kuuluvas nuklearmeditsiinis on diagnostiliste ja raviprotseduuride lahutamatuks osaks radioaktiivsete märkainete kasutamine. Nuklearmeditsiini esmakasutusest alates on neid märkaineid Eestisse imporditud. Seetõttu on Eesti nuklearmeditsiin tugevas sõltuvuses maailmaturu seisukorrast ning logistilistest tarneahelatest. Probleemiks on kujunemas tootjafirmade valmidus märkainete registreerimiseks Eestis, kuna hetkel kehtivaid reegleid peetakse kohmakaks ja liiga kulukaks. Radioaktiivsete märkainete käitlemine eeldab seda, et neid käsitletakse korraka nii lahtiste kiirgusallikatena kui ka ravimitena. Seega, nendele võidakse kohaldada nii lahtiste kiirgusallikate kui ka ravimite käitlemise nõudeid, mis tavapraktikas mõnikord võivad vastuollu sattuda. Radioaktiivsete märkainete käitlemisega tegelevad hetkel nii arstid, tehnikud, õed kui ka meditsiinifüüsika ja biomeditsiinitehnika spetsialistid. Teema keerukuse tõttu on vajalik radiofarmaatsia spetsialistide rakendamine nuklearmeditsiini üksuste tegevusse. Täna tuleb neid spetsialiste otsida välismaalt. (nuklearmeditsiin)

Uute tehnoloogiate kasutuselevõtt võimaldab väheminvasiivsete meetodite rakendamist, instrumendid, tarvikud ja operatsiooni lisavahendid (spetsiaalsed liimid verejooksu efektiivselt sulgemiseks, mitteimmunogeensed ja koeomased täitematerjalid, nanopartiklid kemoterapeutikumi vähirakkudesse viimiseks) paremaid ravitulemusi ja patsiendisõbralikumaid protseduure (oftalmoloogia, onkoloogia, ortopeedia, torakaalkirurgia). See omakorda tähendab invasiivse ja suuremahulise kirurgilise ravi vajaduse vähenemist, seetõttu ka statsionaarse ravi vajaduse vähenemist ja võimaldab operatsioonide senises suuremas mahus teostamist ambulatoorsena või päevaravis (otorinolarüngoloogia).

Sisemeditsiini erialade puhul on tehnoloogia areng sageli seotud ravimitega, kuna suur roll on medikamentoosel ravil (pulmonoloogia). Uuemad ravimid on järjest enam nahaaluselt süstitavad või tablettvormis, mis võimaldab spetsialiseeritud eriarstiabi ravi läbi viia kas ambulatoorselt päevaravi osakondades või kodus (hematoloogia).

Olgu tegemist seadmete või ravimitega, keerukaks peetakse uute meditsiinitehnoloogiate lisamist Haigekassa poolt rahastatavate tervishoiuteenuste või hüvitatavate ravimite nimekirja⁵ tihti nende kalli hinna ja nimekirja lülitamise protsessi pika viitaja tõttu (dermatoloogia, infektsioonhaigused, kardioloogia, anestesioloogia, oftalmoloogia, suu-lõualuukirurgia). Ühiselt tuleks leida mõistlik tasakaal meditsiinitehnoloogiliste arenduste juurutamise ulatuse ja Haigekassa rahaliste võimaluste vahel (anestesioloogia, südamekirurgia).

Surve ravikindlustuse eelarvele kasvab, näiteks anestesioloogia, oftalmoloogia ja südamekirurgia prognoosivad kiireid muutusi, olulisi tehnoloogilisi uuendusi. Eriti kuna uued meetodid ei asenda suures mahus olemasolevat teenusvajadust vaid suure tõenäosusega lisanduvad olemasolevatele ja prognoositud ravijuhtudele, pakkudes võimalusi ka haigematele ja seni ravita jäänud inimestele, eeldusel et need protseduurid tagavad ravi ja kvaliteetse elu edaspidiseks (südamekirurgia). Onkoloogias peetakse vajalikuks süstemaatiline uute operatsioonimeetodite, uute registreeritud vähiravimite ja uute kiiritusravi meetodite kasutuselevõtt, et tagada rahvusvahelistelt tunnustatud ravijuhistele vastav ravi ka Eesti haigetele. Ja ortopeedia peab oluliseks uute operatsiooni lisavahendite kasutuselevõttu.

Lisaks rahastatavate teenuste nimekirja täiendamisele tuli probleemkohana välja ka juba rahastatavate teenuste kättesaadavus. Näiteks magnetresonants-tomograafia lastele ka erakorraliselt, narkoosis ja majaväliste uuringute korral (lastekirurgia), harva tehtavad laborianalüüsid ja geneetilised testid (neuroloogia), uued moodsad insuliinipumbad ja glükoosi pideva jälgimise süsteemid (pediaatria). Rahastamise kõrval on kättesaadavuse puhul patsientide võrdse juurdepääsu tagamiseks olemasolevatele uuringutele/ravivõtetele oluline eriarstide ja teiste meditsiinitöötajate teavitamine uutest tehnoloogiatest, nende oskused ja kvaliteetse teenuse osutamise tagamine. (sünnitusabi ja günekoloogia)

Seoses tehnoloogilise arenguga ja tehnoloogia olulisusega kvaliteetseks teenuseosutamiseks peetakse vajalikuks koostada ka arstiabi osutamiseks kasutatava varustuse kirjeldus ja nõuded teenuseosutajatele (anestesioloogia, peremeditsiin).

Meditsiinitehnoloogia teemat ei kajastatud arengukavas gastroenteroloogia, hambaravi, restauratiivse hambaravi, reumatoloogia, taastusravi ja üldkirurgia puhul.

Kokkuvõttes on uute tehnoloogiate, sealhulgas ravimite ja meditsiiniseadmete prognoositav surve ravikindlustuse eelarvele kasvav. Tuleb vastata küsimusele, milliste uute tehnoloogiate kasutuselevõtt on majanduslikult mõttekas, kuid mitmete erialade meelest on oluline tegeleda ka Haigekassa poolt rahastatavate tervishoiuteenuste või hüvitatavate ravimite nimekirja lülitamise protsessi kiirendamisega.

⁵ Meditsiinigeneetika, kardioloogia, neurokirurgia, neuroloogia arengukavades loetletud detailselt vajalikud tehnoloogilised vahendid jne.

2.3.7. IT-lahendused ja registrid

Tervise infosüsteem (TIS) ehk e-tervis on erinevaid IT-lahendusi hõlmav tervishoiusektori koostöömudel, mille üheks oluliseks osaks on riigi infosüsteemi kuuluv andmekogu. TIS hõlmab muuhulgas digiregistratuuri, digiretsepti, e-laborit, e-tõendeid ja elektroonilist ravilugu. Praeguste IT-lahenduste toimimise ning andmete kogumise, säilitamise, edastamise, jagamise, kasutamise ja haldamise osas kajastasid arstlike erialade esindajad nii e-tervist kui ka sellest eraldi toimivaid IT-lahendusi.

E-tervise puhul toodi esile tema olulisust vähendamaks dubleerimist ja teostamiseks suunitletud diagnostikat (hematoloogia), kogumaks andmed ühtsesse baasi, et luua eeldused üleriigiliseks analüüsiks tasemel, mis praegu puudub (laborimeditiin), et anda sisendit ka tervishoiupoliitiliste otsuste tegemiseks. Samuti on positiivse kogemuse andnud pildipanga, digiretsepti ja digiregistratuuri (haiglapõhiselt) rakendamine (sisehaigused).

E-tervise osas toodi välja nii sisulisi kui ka vormilisi kitsaskohti. Parandamist vajaks e-tervise funktsionaalsus ja kirjade struktureeritus (endokrinoloogia, sisehaigused, töötervishoid), tõsta võiks e-tervise süsteemi veebiteenuse töökindlust ja kasutajasõbralikkust (ortopeedia, kardioloogia). Näiteks oleks suure andmemahu juures vajadus otsingumootorite järele, mis võimaldaksid andmeid operatiivsemalt kasutada (peremeditiin), ja laboriandmete visualiseerimist, mis aitaks kasutajasõbralikul moel infot nii patsiendil kui ka arstidel kätte saada (laborimeditiin). Samuti tuleks tegeleda andmete kronoloogilise korrastamisega patsiendi digiloos, andmete sisestamise (ortopeedia, plastikakirurgia) ja andmete edastamise protsessi kiirendamisega (peremeditiin). Suurendada ja mitmekesistada võiks sissekannete tegemise viise - nii võiks olla operatsiooni kirjelduse juurde võimalik lisada ka jooniseid ja skeeme (kardioloogia) ning eksisteerida fotodokumentatsiooni salvestamise ja kasutamise võimalus (dermatoloogia)

Arengukavades ei ole otseselt toodud välja tervishoiuasutuste siseste andmete ja info edastamisega seotud probleeme. Küll aga on leidnud kajastamist probleemid tervishoiuteenuse osutajate vahelise andmete liikumisega - kogutud andmete kättesaadavuse ja kasutamise võimaldamisega teistele tervishoiuteenuse osutajatele. Patsiendi terviseandmeid puudutavate päringute teostamine tervishoiuteenuste osutajate vahel on praegu võimatu (sünnitusabi ja günekoloogia), oluline oleks ühtse epikriiside süsteemi käivitumine (psühhiaatria), terviseandmete kasutamine töötaja töövõime hindamiseks (töötervishoid) ja andmete riskasutuse parandamine, sealjuures sotsiaalteenuste ja -toetuste andmeregistri (STAR) ühildamine TISiga (taastusravi). Probleeme on erinevate haiglate vaheliste majaväliste uuringute tellimisega ja nende vastuste saamisega (lastekirurgia).

Seni on probleem suures killustatuses ning infosüsteemide arendajate paljususes, mis ei taga süsteemi terviklikku toimimist (peremeditiin, sisehaigused). Arstid töötavad erinevates programmides ja probleemiks on nende mitteühilduvus (suu-, näo- ja lõualuukirurgia). Oluline süsteemi parandamise võimalus oleks ühtsete standardite kujundamine tervishoiuteenuse osutajate infosüsteemide ja TISi vaheliseks infovahetuseks, näiteks laborianalüüsides tellimisvastuste süsteem (laborimeditiin). Samuti tuleks ühtlustada nõuded patsiendi seisundi, diagnostika ja ravi dokumenteerimiseks, nagu on olnud Haiglate Liidu standardimisprogrammid (erakorraline meditsiin, neuroloogia, plastikakirurgia). Tuleks pöörata suuremat tähelepanu sissekannete sisu harmoneerimisele ning sisulise informatsiooni kasutamisevõimalustele (sh analüüsitavusele) retrospektiivselt nii konkreetse patsiendi tasandil parima edasise käsitluse tagamiseks kui ka laiemalt toimivate arengute kaardistamiseks (kardioloogia).

Veel suuremaks sammuks oleks ühtsete süsteemide loomine nii statsionaarsete kui ka ambulatoorsete tervishoiuteenuse osutajate jaoks (hematoloogia). Digitaalsed diagnostilised

andmebaasid on Eestis olemas, osa neist on konkreetse raviasutuse sisesed, osa ka üle-Eestilise võimalusega, kuid kõik raviasutused ei ole nendega liitunud ja nendes sisalduvad andmed pole hetkel kõikidele neid vajavatele arstidele kättesaadavad (kardioloogia, plastikakirurgia, radioloogia). Kasutusele tuleks võtta rahvusvahelisel standardil põhinevad tsentraalsed arhiveerimise süsteemid, mis tagavad kiire juurdepääsu kõikidele kujutistele ja uuringu kirjeldustele kõigi kasutajate jaoks. (radioloogia) Analoogselt oleks vajalik tagada eriarsti juurdepääs haiguslugudele. (neuroloogia) Elektrooniliste dokumentide puhul peaksid olema raviasutustel ühtlustatud vormid, sealhulgas vajaks ühtlustamist sissekannete sisu. See tähendab ka erinevate arstide kodeerimispraktikate ühtlustamist.

Lisaks standardiseerimisele ja ühtsete süsteemide juurutamisele toodi konkreetsete arendamist vajavate rakendustena välja e-saatekiri ja e-visit (e-konsultatsioon). Ravikvaliteedi, meditsiiniressursi otstarbekama kasutuse ja patsientide otstarbekama suunamise aspektist oodatakse e-saatekirja/e-konsultatsiooni käivitumist, mille pilootprojekt hinnati end õigustanuks (kardioloogia, lastekirurgia). E-saatekirja põhjal saab eriarst anda ka e-konsultatsiooni ilma patsienti nägemata ning eriarsti konsultatsioonile jõuaksid patsiendid, kes seda tõesti vajavad. Kaks lahendamist vajavat kohta on – kokku leppida, kuidas toimub e-saatekirjade nn tiraaži tegemine (sisemeditsiin) ning tervishoiuteenusena reguleerida e-visit (anestesioloogia, kardioloogia, peremeditsiin, pulmonoloogia, uroloogia). E-visit on lahenduseks eriarstiabi järjekordade ja tervishoiuteenuste piiratud geograafilise kättesaadavuse olukorras patsientidele, kes vajavad kiireloomulisemat eriarsti otsust, kuid ei vaja erakorralist abi (peremeditsiin).

Perearstidele oleks abiks ka otsustustoe ja käsitusjuhiste võimalus, kus elektrooniliste tõenduspõhist infot sisaldavate kliiniliste seisundite käsitusjuhised võimaldaksid ühtlustada ja ratsionaliseerida diagnoosi- ja raviotsustust ning suurendada patsiendi ohutust. Sisehaiguste arstid peavad oluliseks haiglasüsteemides ravi, ravimite koostoimete, riskiskooride alaste abistavate moodulite võimaldamist.

E-tervise arendamise ja uute rakenduste kasutuselevõtuga peaks kaasnema digitaalse haigusloo kohustuslikkus (neuroloogia), IT-lahenduste juurutamisega kaasneva täiendava koormuse piisav finantseerimine (endokrinoloogia, kardioloogia) (näiteks teenuse hinna osana) ning personali väljaõpe. Sealjuures tuleb arvestada, et seni on väikestele tervishoiuteenuse osutajatele e-tervisega liidestumine osutunud kulukaks (töötervishoid). Samas oli ka seisukoht, et e-tervisesse andmete edastamise kohutuse puhul ei ole võimalikud hüved proportsioonis lisanduva koormusega ja kaasnevad kulud võiksid olla hüvitatavad (restauratiivne hambaravi).

Suures mahus tundlike andmete kogumisega seoses pöörati tähelepanu terviseandmetele ligipääsu piiramisele. Näiteks haruldaste haigustega patsientide soov terviseinfot (näiteks geenivea kandlus) salastada, mis on praeguse regulatsiooni järgi võimalik vaid psühhiaatrilise diagnoosiga patsiendi puhul. (meditsiinigeneetika), ning täpsustada aegkriitiliste andmete kogumine (tahtest olenematu ravi) (psühhiaatrias). Teisest küljest on problemaatiliseks osutunud kehtiv andmekaitse regulatsioon, mille tõttu on keerukaks diagnostika ja ravi seisukohalt oluliste registrite ja andmekogude kasutamine (kardioloogias müokardiinfarkti registri puhul näiteks).

Hinnati, et praegune e-tervis ei ole täies mahus potentsiaali ära kasutanud ning prioriteedina nähakse e-tervise arendamist haigusspetsiifiliste registrite pidamise suunal (hematoloogia, dermatoloogia), et võimaldada patsientide paremat jälgimist, teenuse kvaliteedi analüüsimist ja teadustöö tegemist. Ettepanekud uute andmekogude ja registrite loomiseks ning olemasolevate arendamiseks:

- luua anestesioloogia ja intensiivravi alase tegevuse register tervishoiuteenuse kvaliteedi analüüsimiseks (anestesioloogia);

- luua neeruasendusravi saajate register (nefroloogia);
- luua diabeediregister, mis ühtlasi annaks ülevaade diabeetikute skriinimisest silmaarsti poolt (oftalmoloogia);
- luua üleriigiline vähijuhtude registreerimise ja ravitulemuste analüüsi süsteem (onkoloogia);
- puudub ühtne hematoloogiliste haiguste register, vähiregistris registreeritakse pahaloomulistest hematoloogilistest haigustest vaid mõned (hematoloogia);
- luua harva esinevate haiguste andmekogu, mis sisaldaks ka huule-suulaelõhedega laste andmekogu patsientide paremaks jälgimiseks ja vajalike protseduuride tegemiseks õiges vanuses (ortodontia);
- luua sõeluuringute ja kunstliku viljastamise (IVF) registrid (sünnitusabi ja günekoloogia);
- täiendada Eesti Meditsiinilist Sünniregistrit emade suremuse infoga (sünnitusabi ja günekoloogia);
- muuta raseduskatkestusandmekogu rasedusregistriks, kus andmed oleksid isikustatud ja mis koguks andmeid ka raseduste katkemiste ja emakaväliste raseduste kohta (sünnitusabi ja günekoloogia);
- luua mitteinvasiivsete uuringute digitaalne andmebaas (kardioloogia);
- luua psoriaasi, nahahaiguste bioloogilise ravi jne andmekogusid (dermatoloogia);
- registreerida krooniliste haiguste info, mida saaksid mitmed erialad oma töö kasutada (kardioloogia).

IT-teemat ei kajastatud gastroenteroloogia, hambaravi, infektsioonhaiguste, otorinolarüngoloogia, reumatoloogia ja üldkirurgia arengukavadest.

Kokkuvõttes on e-tervise potentsiaali rakendamiseks vajalik parandada töötava lahenduse töökindlust ja kasutamismugavust, suurendada kogutava info standardiseeritust (ühtsed dokumendivormid, kodeerimine jne), et võimaldada infovahetust ja päringute tegemist tervishoiuteenuste osutajate vahel. Konkreetselt tuleks rakendada e-saatekiri ja e-visit ning arendada e-tervist haigusspetsiifiliste registrite pidamise suunal, et võimaldada patsientide paremat jälgimist, teenuse kvaliteedi analüüsimist ja teadustöö tegemist. IT-lahenduste arendamine ja juurutamine peaks olema adekvaatselt finantseeritud ja personalile tagatud vastav väljaõpe.

2.4. Personal ja koormus

Eestis töötab Terviseameti andmetel 2013. aasta mai seisuga kokku 6046 eriarsti ja 1031 perearsti. Erialaseltside andmed kolleegide arvu kohta on erinevad ja arstide koguarvu kohta on keeruline usaldusväärset hinnangut saada. Lisas 3 on toodud info arstide arvu kohta erialade lõikes koos kommentaaridega ja lisas 4 erialade prognoositud eriarstide vajadus aastaks 2020.

Lisaks pensionieale peaks arstide koolitamise planeerimisel arvestama ka teisi arstide arvu mõjutavaid tegureid, näiteks perearstide välismaale tööle siirdumine, lapsehoolduspuhkusele jäämine, arstiteaduskonna lõpetavate arstide koguarv, perearstisüsteemile uute tööülesannete lisandumine (peremeditsiin). Kõige keerulisemas olukorras on Valga, Pärnu ja Lääne-Viru maakonnad, kus hetkel perearsti nimistuga töötavate pensionieale lähenevate perearstide arv ületab viiendiku maakonnas töötavatest perearstidest (peremeditsiin). Sealjuures peab arvestama, et arstide puudust osaliselt suurendavad ka muudatused õppekorralduses. Nii on näiteks kardioloogia residentuuri kestvus alates 2011. aastast senise 4. aasta asemel 5 aastat, seega tekib 2015. aastal olukord, mil kardioloogia residentuuri ei lõpeta mitte ükski resident. Samas leiavad kardioloogid, et täiendava residentuuriaasta lisamine on meditsiinihariduse seisukohalt oluline.

Koormus

38 erialast 24 on kirjeldanud erialasiseselt väljakujunenud näitajaid koormusstandardite käsitlemiseks. Kümnel arstlikul erialal on eriala töökoormused kirjeldatud osaliselt. 4 eriala koormusstandardeid ei esitanud. Laborimeditiin ei pea koormusstandardite rakendamist eriala spetsiifikast lähtuvalt võimalikuks, onkoloogia eriala tõi välja, et eriala õppe korraldamise erimeelsuste tõttu pole võimalik kõiki pooli rahuldavaid standardeid välja tuua. Ortodontia esindajad ei esita kujunenud ega soovituslikke koormusstandardeid, kuid kirjeldavad siiski eriala esindajate üldist töökorraldust. Perearstid toovad välja, et töökoormuse määratleb perearsti nimistu suurus, mille piirid on kehtestatud ning on kohustus võtta vastu ägedad haiged samal päeval. Teiste probleemidega patsiendid viie tööpäeva jooksul. Perearstide hinnangul peaks olema vastuvõtutundide minimaalne arv päevas 4 tundi, kuid kohustus võtta patsiendid vastu nimetatud päevade jooksul võib tekitada olukorra, mil perearsti töötundide arv päevas kujuneb 10-12 tunniseks. (täpsem koormusstandardite kirjeldus erialati on ära toodud lisas 5 olevas tabelis)

Koormusstandardite või optimaalse koormuse kirjeldamisel on erialade esindajad arvestanud erinevaid komponente eriarsti töös (valve, iseseisev õpe, täiendkoolitused, operatsioonid, ambulatoorne ja statsionaarne töö) ning arvestanud koormust erinevalt (haigete arv, koormuspunktid, vastuvõtule kuluv aeg, erinevate komponentide protsent kogutööajast). Mitmed erialad on koormuste kirjeldamisel välja toonud, et esmase haige visiidi tuleks arvestada 30 minutit, korduva visiidi puhul võib see aeg olla lühem (reumatoloogia, sisehaigused, neurokirurgia).

Eriala ühtsete aktsepteeritud koormusstandardite puudumist nimetavad mitmed erialaseltsid (hematoloogia, lastekirurgia, neurokirurgia, dermatoveneroloogia, pulmonoloogia). Samuti tuuakse välja, et eriarstide töökoormus sõltub olulisel määral tööandjast ja tema kokkuleppes igaga konkreetse töötajaga, samuti valvekoormusest ja töö spetsiifikast (otorinolarüngoloogia, lastekirurgia, kardoloogia). Töökoormus sõltub ka teadustöös ja uuringuprojektides osalemisest ning võib kõikuda erinevatel perioodidel (nefroloogia). Otorinolarüngoloogia eriala esindajate hinnangu kohaselt on koormusstandardid kehtivad, kui arsti ümbritseb tema igapäevatöös meeskond, kuhu kuulub piisaval arvul õdesid, sanitarid, hooldajaid, sekretäre ja teisi spetsialiste.

Mitmed erialad toovad välja erinevaid probleemkohti. Kardiokirurgid tõdevad, et kirurg ei tohiks terve nädala teha kaks operatsiooni päevas, kuid koormusstandarditest kinni pidada ei ole võimalik, sest sellisel juhul pikeneksid lubamatult ravijärjekorrad. Psühhiaatrid leiavad, et koormusstandarditest ei ole võimalik kinni pidada Haigekassa madalate teenusehindade ja agressiivse vähempakkumispoliitika tingimustes.

Arengukavades on mitmeid ettepanekuid koormusstandarditega seonduva parandamiseks. Reumatoloogid leiavad, et vajalik oleks ambulatoorse esmase/korduva vastuvõtu kestvuse diferentseerimisele vastavalt ka tervishoiuteenuse hindu korrigeerida (põhjusteks esmase haige aeganõudev käsitlus, töömahukas andmesisestus elektroonsesse haiguslukku). Perearstid soovivad, et arstide maksimaalne päevane patsientide arv oleks reglementeeritud. Südamekirurgid leiavad, et tehnikud ja residendid peaks kandma suurema osa assisteerimise koormusest, nagu Tartus juba toimub.

Valdavalt on erialasiseselt aktsepteeritud koormusstandardid olemas ning võimalik nende ühtlustamisega ja rakendamisega edasi liikuda. Pääaegu kolmandik erialadest tõi prioriteetide või probleemkohtade all välja koormusstandarditega seotud teemad. Üheks oluliseks puutepunktiks on standardite olemasolu vajalikkus ülekoormatuse vältimiseks ja kvaliteetse arstiabi tagamiseks. Samuti peetakse kokkulepituid koormusstandardeid oluliseks aluseks Haigekassa

tervishoiuteenuste loetelus muudatuste tegemiseks: peamiselt esmase ja korduva ambulatoorse visiidi pikkuse (nt praeguse 20/15 asemel 30/20 minutit) ja seega ka hinna uuendamine.

Eriarstide siirdumine välismaale

Eesti arstide koormust mõjutavad ka arstid, kes siirduvad välismaale tööle. Mõne eriala esindajad mainivad eriala esindajate liikumist välismaale (laborimediitsiin, hambaravi, suu-, näo- ja lõualuukirurgia, patoloogia, oftalmoloogia), kuid ei ole välja toonud kasvutrende või kaasnevaid probleeme. Samas on selgelt näha välisriikidesse tööle siirdumise intensiivistumist. Algul minnakse välismaale osalise tööajaga ja siis juba täielikult (kardioloogia, pulmonoloogia).

Tänaste arengute jätkudes prognoosivad erialaseltsid, et Eesti tervishoiu peamiseks tervishoiuteenuste osutamist piiravaks faktoriks ei ole mitte Haigekassa lepingute maht, vaid eriarstide puudus (anestesioloogia). Samuti on probleemiks noorte erialaarstide ja muu mediitsiinipersonali migratsioon Euroopa Liidu riikidesse (ortopeedia). Mõnel erialal on kolmandik kuni pooled eriarstidest siirdunud juba välismaale tööle (uroloogia, psühhiaatria, sisehaigused). Arstide siirdumine välismaale on reaalsus ning selliselt ei ole tervishoiuteenuste osutamine Eestis jätkusuutlik (üldkirurgia).

Välismaale tööle minemise üheks põhjuseks on kordades suurem teenitav töötasu (hambaravi, sisehaigused, ortopeedia). Samuti põhjustavad mõne eriala "töö puudust" Eestis rahva väike ostujõud, mis on tingitud sellest, et täiskasvanud elanikkonnal tuleb teenuse eest ise tasuda (hambaravi). Lisaks madalale palgale on lahkumise põhjuseks ka motivatsiooni ja tulevikuperspektiivi puudumine (EMO) ning ebaefektiivne juhtimine (uroloogia).

Tuuakse välja, et abinõude leidmisega, mis stimuleeriks arstide töölejäämist Eestisse, tuleks tegeleda riiklikul tasandil (anestesioloogia, üldkirurgia, psühhiaatria). Võimalike motivaatoritena nähakse töötingimuste optimeerimist (koormusstandardid, superviseerimisvõimaluste juurutamine jms) ja Eesti tingimustes optimaalset palgakasvu (psühhiaatria, patoloogia). Arstide palkade tõstmise ressurside leidmiseks tuleks vähendada Haigekassa kohustusi või suurendada riigipoolseid makseid süsteemi ja näiteks mõned taristuga seotud kulud võiks katta riigieelarvest (ortopeedia).

2.5. Pädevus ja õpe

Tervishoiutöötajate õpe

Põhiõppe ja residentuuri korraldus

Põhiõpe ja residentuur on peamised komponendid Eesti tervishoiusüsteemile vajaliku arvu arstide ettevalmistamisel, sealjuures ka tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamise baaskomponendiks. Arstide põhiõpe toimub Tartu Ülikooli arstiteaduskonnas ning kestab kuus aastat. Õpe toimub kursustena loengute, praktikumide, seminaride ja praktikate vormis. Õppeained jagunevad kohustuslikeks ning valik- ja vabaaineteks. Kahel esimesel kursusel õpetatakse peamiselt prekliinilisi aineid (anatoomiat, histoloogiat, bioloogiat, mediitsiinilist keemiat, biofüüsikat, biokeemiat, füsioloogiat, immunoloogiat, mediitsiinilist mikrobioloogiat, epidemioloogiat, biostatistikat, tervisedendust, mediitsiinilist sotsioloogiat) ning on võimalik õppida paralleelselt ka inglise keeles. Teise kursuse õppekavasse on lülitatud esimene osa perearstiteadusest. Kolmandal kursusel on prekliiniliste ainete nagu patoloogia, farmakoloogia ja toksikoloogia, keskkonna- ja töötervishoid kõrval ka diagnostika alused. Alates neljandast kursusest õpitakse peamiselt kliinilisi distsipliine. Praktika hõlmab kirurgiat ja sisehaigusi, kuuendal kursusel aga lisaks eelpool nimetatutele ka perearstiteadust, lastehaigusi ning

sünnitusabi ja günekoloogiat. Stuudiumi täies mahus läbinud ja lõpueksami edukalt sooritanud saavad arstikraadi diplomi. Seejärel on võimalik spetsialiseeruda eriarstiks soovitud eriala residentuuris või jätkata õpinguid doktorantuuris teadusliku kraadi saamiseks. Põhiõppe läbinu ei saa hakata tervishoiuteenust osutama enne, kui on läbinud ka residentuuri ning on registreeritud Terviseameti Tervishoiutöötajate registris⁶.

Residentuuris toimub arsti või hambaarsti põhiõppele järgnev spetsialiseerumine. Residentuuri eesmärgiks on viia residendi teadmised, oskused ja praktilised kogemused iseseisva eriarsti tasemele. Residentuuri vastuvõtt toimub konkursi alusel ning kestab sõltuvalt erialast 3-5 aastat. Residentuur koosneb praktilisest ja teoreetilisest koolitusest vastavalt eriala programmile. Praktiline koolitus seisneb töötamises kvalifitseeritud eriarsti juhendamise ja järelevalve all ning moodustab vähemalt 80% residentuuri üldmahust. Auditorne töö toimub loengute, seminaride ja praktikumidena Tartu Ülikoolis ning seminaride, ettekandekoosolekute, kliiniliste konverentside ja haigusjuhtude analüüsina residentuuri baasasutustes. Õppe läbinud ja residentuuri lõpueksami sooritanud isikule antakse tunnistus residentuuri lõpetamise kohta ja selle alusel kutsetunnistus, mis tõendab eriarsti kutsequalifikatsiooni vastaval arsti või hambaarsti erialal.

Erialseltsid leiavad, et võiks suurendada koolituse mahtu põhiõppe osas (dermatoveneroloogia, radioloogia). Eelkõige võiks suurendada praktilise õppe osa viimasel kursusel (radioloogia). Samuti peaks põhiõppe sisaldama mittemeditsiinilisi vajalikke aineid nagu ettevõtluse ja ärijuhtimise kursused, mis aitaks omandada ettevõtja praktilised oskused ja teadmised (restauratiivne hambaravi).

Üldiselt ollakse residentuuri sisulise poolega üldjoontes rahul ja residentuuri õppekava on läbinud rahvusvahelise akrediteerimise (ortodontia, uroloogia). Samas on erialasid, mille esindajad leiavad, et residentuuri programm vajab sisulist täiendamist ning residendil peab olema ka piisav kliiniline kompetents, millest jääb praeguses residentuuri programmis vajaka (radioloogia). Samuti peaks osa erialaseltside hinnangul pikendada residentuuri kestust (pulmonoloogia, oftalmoloogia). Mõne eriala puhul on puudus spetsiifilistest kõrvalerialade esindajatest, kuna Eestis puudub kõrvalerialade koolitamiseks vastav kompetents (otorinolarüngoloogia).

Täiendõpe, doktorantuur ja teadustöö

Sotsiaalministri 15.12.2004 määruse nr 128 Tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamise nõuded § 8 lg 2 kohaselt on tervishoiuteenuse osutaja kohustus tagada tervishoiutöötajate arendamiseks ja pädevuse tõstmiseks tervishoiutöötajate igaaastane koolitus. Nimetatud sätte kohaselt peab tervishoiuteenuse osutaja koostama tervishoiutöötajate koolitusplaani iga kalendriaasta kohta. Koolitusplaanis peab tervishoiuteenuse osutaja tagama igale tervishoiutöötajale erialase koolituse vähemalt 60 tunni ulatuses.

Eestis korraldavad täiendkoolitusi nii erialaseltsid ja -ühendused kui ka Tartu Ülikooli arstiteaduskonna täienduskeskus. Mitmetel haiglatel on eraldi struktuuriüksused, mis pakuvad koolitusi (näiteks TÜK koolituskeskus, PERH, ITK). Lisaks vastavalt vajadusele ja uuendustele tervishoiusüsteemi korralduses pakub koolitusi eriarstidele ka Haigekassa.

Täiendõpet võetakse arvesse enamike erialaseltside ja -ühenduste poolt eriala esindajate pädevuse hindamisel. Pädevuse nõuded ning hindamise korraldus on vastavalt Sotsiaalministri

⁶ Tervishoiuteenuste korraldamise seadus §3 lg 2

15.12.2004 määruse nr 128 Tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamise nõuded § 4 lg 1 ja 2 kutse- ja erialaühenduste õlul, kes peavad välja töötama vastavad nõuded ja hindamise läbiviimiseks komisjoni moodustama.

Tartu Ülikooli arstiteaduskonna juures saab tegeleda ka teadustööga. Peamiseks teaduse finantseerimise vahendiks on Haridus- ja Teadusministeeriumi kaudu korraldatav sihtfinantseerimine, lisaks on sihtasutuse Eesti Teadusfondi poolt finantseeritavad grandid. Doktoriõpe toimub Tartu Ülikooli arstiteaduskonnas ning kestab 4 aastat.

Pärast residentuuri lõpetamist on esimestel tööaastatel vaja jätkata ja süvendada subspetsialiteedi alast kompetentsi (täiendkursused, osavõtt vastava eriala kliinilistest konverentsidest ja konsiiliiumidest, teadustöö tegemine koostöös kliiniliste partneritega). Nii oleks võimalik saavutada suure osa radioloogide kõrge tasemega subspetsialiseerumine (radioloogia). Olulisel kohal on täiendõpe välisriikides (radioloogia, nefroloogia, endokrinoloogia). Väga oluline on ka erialase kirjanduse pidev lugemine, erialastel seminaridel osalemine, täienduskursustest osavõtt, välismaiste lektorite kutsumine jne ning see peab toimuma regulaarselt (nefroloogia, gastroenteroloogia, hematoloogia, dermatoveneroloogia, erakorraline meditsiin, anestesioloogia, töötervishoid, infektsioonhaigused, endokrinoloogia, patoloogia). Oluline on arvestada ka seda, et e-tervise rakendamiseks vajavad arstid väljaõpet, milleks tuleb planeerida nii aega kui ka rahalisi vahendeid (dermatoveneroloogia).

Probleemiks peeti seda, et täiendkoolitussüsteemi finantseerimine pole Eestis korraldatud ning vajalik oleks luua riiklik koolitusfond (töötervishoid, kardioloogia). Tihti on tööandja poolt täienduskoolituseks ettenähtud rahalised vahendid olematud (lastekirurgia, anestesioloogia), kuigi erialase enesetäiendamise puhul lasub täiendkoolituse rahastamise kohustus ka tööandjal, samuti peaks tööandja soodustama erialase täiendkoolituse toimumist (dermatoveneroloogia). Täiendkoolituse finantseerimine peaks olema arvestatud Haigekassa hinnamudelisse nii, et tööandja kulul saaks iga arst kord aastas osaleda väliskoolitusel, et vabaneda ravimifirmade abi otsimisest selliste koolituste finantseerimiseks (üldkirurgia, gastroenteroloogia). Leitakse ka seda, et täiendkoolituse ja teadustöö finantseerimist puudutavad ettepanekud ja võimalikud lahendused tuleks leida koostöös teiste erialaseltside ja Eesti Arstide Liiduga (endokrinoloogia).

Lisaks finantsressurssidele leidis käsitlemist täiendõppe korralduse osas ka täiendõppeks jääv aeg. Näiteks ei ole võimalik viimaste aastate töökoormuse suurenemise valguses isegi ettenähtud koolituspäevi kasutada (lastekirurgia, dermatoveneroloogia).

Pädevuse hindamise süsteem (professiooni vastutuse tõstmine eriarstide pädevuse jälgijana)

Arstlike erialade pädevuse hindamise süsteemi reguleerib Sotsiaalministri 15.12.2004 määrus nr 128 Tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamise nõuded, mille § 4 lg 1 kohaselt töötavad tervishoiutöötaja pädevuse nõuded välja kutse- ja erialaühendused ning lg 2 kohaselt hindavad tervishoiutöötajate pädevust kutse- ja erialaühenduste poolt moodustatud pädevuskomisjonid. § 4 lg 3 täpsustab, et tervishoiuteenuste osutaja, Haigekassa ja Terviseamet võivad oma tööülesannete täitmiseks taotleda pädevuskomisjonilt tervishoiutöötaja pädevuse hindamist.

Sõltumata sellest, kas arstliku eriala esindaja on läbinud pädevuse hindamise või mitte, võib eriarst osutada tervishoiuteenuseid, kui ta on registreeritud Terviseameti tervishoiutöötajate registris. Tervishoiutöötaja registrikannet ei ole vaja perioodiliselt uuendada. Seega on Eestis eriarstide pädevuse hindamise süsteem vabatahtlikkuse printsiibil toimiv.

Ravikvaliteedi säilitamise ja tõstmise seisukohast on tegemist vaieldamatult ühe olulisema komponendiga tervishoiusüsteemis, kuid puuduvad üldised kriteeriumid pädevuse hindamiseks.

Samuti pole üheselt selge, missuguse eriala esindajaid üks või teine ühendus või erialaselts pädevuse osas peaks hindama või missugustel printsiipidel peaks oleks moodustatud pädevust hindavad komisjonid.

Mõned erialad leiavad, et meditsiinitöötajate pädevuse hindamine peab olema kohustuslik (ortotontia, lastekirurgia, onkoloogia, anestesioloogia, üldkirurgia, pulmonoloogia). Pädevuse hindamine peaks olema seadustatud, reguleeritud ja rahastatud riiklikult (üldkirurgia). Pädevuse hindamine peaks toimuma kindlatel alustel, see peab olema õigusaktides reguleeritud ning muudetud üheselt kohustuslikuks kõigile Eestis praktiseerivatele arstidele. Selgelt peavad olema defineeritud arstliku pädevuse kriteeriumid igal erialal ja pädevuse hindamise reeglistik. (pulmonoloogia, torakaalkirurgia, erakorraline meditsiin) Euroopa Liidu välistest riikidest Eestisse tööle tulevad arstid peaksid enne tööloa saamist läbima erialase pädevuse hindamise erialaseltsi komisjoni poolt või siis läbima Euroopa tasemel mõne võrdväärse eksami (otorinolarüngoloogia, ortopeedia, anestesioloogia).

Pädevuse hindamine toimub perioodiliselt, valdavalt hinnatakse pädevust viieaastase tsükliga. Enamik erialaühendusi, mis tegelevad pädevuse hindamisega, on välja töötanud pädevuse hindamise protseduuri, kriteeriumid/indikaatorid ja olemas on pädevuse hindamise komisjonid. Hindamiskomisjon moodustatakse tähtajaliselt, valdavalt viieks aastaks (radioloogidel kolmeks aastaks). Mõned erialad on välja töötanud ka nõuded kõrvalerialade osas pädevuse hindamiseks (kardioloogia). Enamasti toimub pädevuse hindamine dokumentide põhisel. Hinnatakse erialast kompetentsust, töökogemust, täiendkoolitust. Hindamiseks kasutatakse erinevaid skaalasid/punktisüsteeme (oftalmoloogia, peremeditsiin).

2.6. Erialaorganisatsioonid ja nende kaasamine tervishoiupoliitikasse

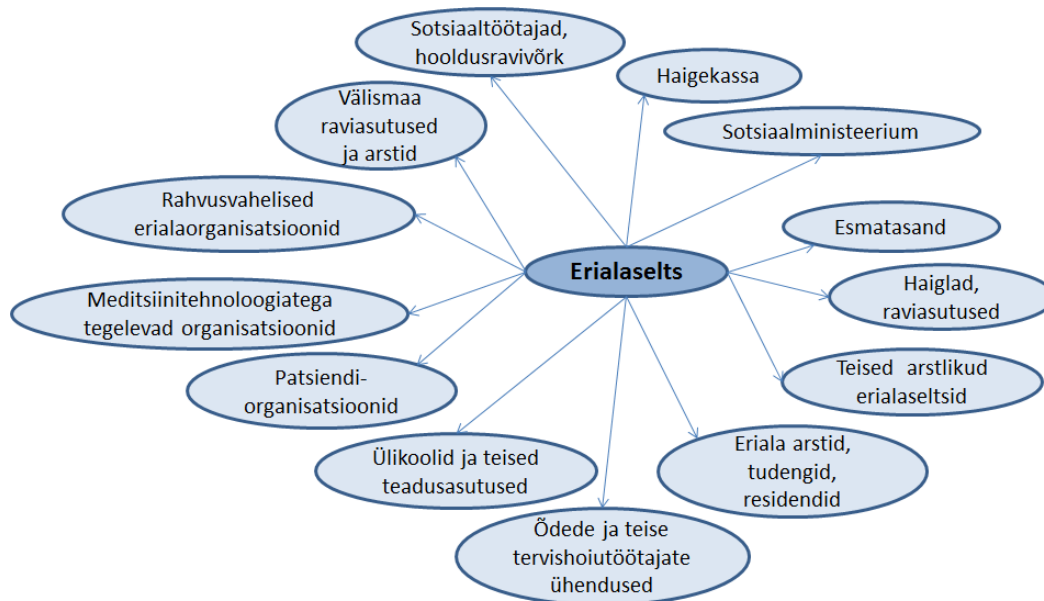
Eelnevast nähtub, et erialaseltsid täidavad tervishoiusüsteemi arengus ja korralduses väga olulist rolli ning erialaseltsidel on palju spetsiifilist sisendinfot tervishoiupoliitilisteks otsusteks. Samas aga tuleb arvestada, et erialaseltside võimekus seda infot süsteemselt ja pidevalt anda ning samal ajal teostada ka muid eriala arenguks vajalikke tegevusi võib olla väga ressursimahukas. Sestap on oluline välja tuua eelneva põhjal laiem ülevaade arstliku erialaühenduse kui organisatsiooni spetsiifikast ning nende tervishoiupoliitika kujundamisesse kaasamise praktikast.

Üldiselt tegelevad arstlikud erialaseltsid hulga erinevate tegevustega:

- korraldavad koostööd teiste erialadega (seotud erialad, kõrvalerialad, esmatasand, järelravi, õenduse erialad jt);
- koostöö välisorganisatsioonidega (haiglad, erialaorganisatsioonid), sh koostöö seoses haruldaste haiguste raviga;
- residentuuri, koolituste ja täiendõppe korraldamine;
- erialaseltsi tegevuse igapäevane korraldamine (administratiivtoimingud);
- arstlike erialade arengukavade koostamine;
- uute teenuste kasutuselevõtu vajaduse hindamine ja teenuste hinnakirja muutmiseks sisendi pakkumine;
-
- uute ravimite soodusnimekirja lisamiseks sisendi pakkumine ja ravimite erandkorras maaletoomisega seonduvad tegevused;
- eriala arendamine ja eriala esindajate töö suunamine (koormusstandardite väljatöötamine, pädevushindamine jne);
- erialaspetsiifilise statistika koostamine;

- tervishoiupoliitika kujundamises osalemine

Nende tegevuste käigus suhtlevad erialaseltsid erinevate osapooltega (vt joonis 1)



Joonis 1. Erialseltsi partnerid oma tegevuse eesmärkide täitmiseks

Erialseltsi ülesannete ja partnerite hulk on suur ning nende tegevuse tulemuslikkus sõltub palju erialaseltsi organisatsioonilisest võimekusest, liikmete arvust, rahalistest ressurssidest jms.

Kontekstis, kus haiguste käsitus muutub, töötatakse välja uusi ravimeetodeid ja võetakse kasutusse uusi tehnoloogiaid, muutub ravirraldus, erialad arenevad erinevates suundades, toimub eksisteerivate erialade siseseid spetsialiseerumisi ja muutuvad kokkupuutepunktid teiste erialadega, on mõnikord vajalik erialade ümberdefineerimine. Sisuliste muutustega ei pruugi aga kaasas käia organisatoorsed arengud. Olukorda kirjeldab peatükis 2.1 käsitletud uute erialade vajadus. Uute (kõrval)erialadega tegelemiseks on vaja sobivat organisatsioonilist korraldust, kuid seni ei ole reguleeritud erialade lisandumise protsessi, nii et muudatused erialade nimekirjas on läbipaistmatud. See kuhu erialadevahelised piirid tõmmatakse, on ühes väikses riigis paljuski kokkuleppeline ning peab arvestama võimalusi, mis puudutavad muuhulgas arstide väljaõpet, rahastamist, teadus-arendustegevust, väliskoostööd ja üldist tervishoiu korraldust. Selliste piiritluste tegemine aga eeldab selgemaid ja läbipaistvamaid kokkuleppelisi aluskriteeriumeid, mille põhjal vastavad otsuseid teha.

On küsitav, kas rohkemate praegusel organisatoorselt kujul erialaühenduste loomine võimaldab nende erialade häält tervishoiupoliitikas suurendada – erialade arvu kasvades muutub keerulisemaks ka nende kaasamine otsustusprotsessidesse ning erialade individuaalne võimekus (tulenevalt väiksemast liikmete arvust) kõiki tegevusi läbi viia võib väheneda. Samas nähtub eelnevast, et paljudel juhtudel kattuvad erialade prioriteedid ja probleemid, mis võib tähendada, et erialade koostöös on veel kasutamata võimalusi. Need koostöökohad võivad olla nii funktsionaalsed (administratiivtegevused, ühised läbirääkimised jmt) kui ka sisulised (ühtsed koormusstandardite aluspõhimõtted, ühtsed seisukohad seoses haruldaste haiguste raviga, väliskoostöö ja täiendõppe korraldus jmt).

Tuleb arvestada erialaseltsi liikme mitut rolli: 1) arst suhtluses patsiendiga ehk kliiniline töö, 2) arst kui haigla lepinguline töötaja, 3) arst kui erialaseltsi liige. Lisaks täiendavad rollid võimalikes

komisjonides, konsiiliumites, juhtorganistes, kolleegiumites jms. Kõikide nende rollide puhul ei pruugi stiimulid ja tegevuste eesmärgid otseselt kattuda ning võib olla keeruline enda tegevusi nii ajaliselt kui ka sisuliselt balansseerida. See on oluline ka erialade kui organisatsioonide arendamiseks vajaliku aja leidmise keerukuse mõistmisel.

Erialaseltsidel on olulist informatsiooni tervishoiupoliitilisteks otsusteks ja nende kaasamine mõjutab patsientide ravi korraldust ja kvaliteeti, kuid sisendi andmine sõltub seltsi võimekusest. Samal ajal toimub erialaseltside ja Sotsiaalministeeriumi (ja ka teiste organisatsioonide) vaheline infovahetus ühekaupa, mis võib raskendada tõstatatud teemade põhjalikku käsitlemist. Kuigi erialaseltsid ei ole välja toonud, võib siin olla lahenduseks ka erialaseltside katusorganisatsiooni loomine aga ka erialaseltside initsiatiiv pidevamate kommunikatsioonikanaline ja koostöövormide. Erinevad organisatsioonilised ja korralduslikud valikud vajavad seejuures täpsemat uurimist ja jäävad käesoleva töö fookusest välja.

Erialade kaasamine on sõltuv nii kaasava organisatsiooni kui ka kaasatava organisatsiooni võimekusest. Näiteks tuleks läbi mõelda, millist sisendinfot on mõistlik paluda erialaseltsidelt ning milliste küsimuste puhul on parem mõni teine infokanal. Kuna arvuline prognoos näiteks voodikohtade, teenuse mahu jms puhul sõltub andmetest, mis pärinevad erinevatest allikatest (Haigekassa andmed, haiglate andmed, TAI jne) ning peaks tuginema ühtsele meetodikale, siis on erialaseltsidel aeganõudev ja ebaotstarbekas seda eraldi teha. Samas näiteks koostöös on võimalik kokku leppida konkreetset andmepäringud, mida ühiselt teostada, ning see vähendaks üksikpäringute vajadust.

Lisaks otstarbekamale kaasamisele ja erialaseltside võimestamisele on oluline ka täpsem rollijaotus seni erialade poolt eraldi teostatavate tegevustega. Mõni erialaseltsi juhitud tegevus võib olla mõistlik riiklikul tasandil koordineerida ning erialaseltsidele saaks jääda konsultatiivne roll mitte asjaajamise korraldamine. Näiteks toodi arengukavades välja, et üksikute kontaktide asemel võiks välisravi korraldamise protsessi kiirendamiseks, igakordse välisravi taotlemise administratiivse koormuse vähendamiseks ja uuringute-analüüside teostamiseks välisriikides sõlmida partnerluslepingu konkreetse välismaa asutusega juhtudel, kui sama tüüpi Eesti-välist teenust kasutatakse korduvalt või suhteliselt prognoositava sagedusega. Samuti on erialad näinud mitmete andmekogude ja registrite loomise vajadust, teisalt on välja toodud, et vaja oleks registriandmete ühendamist – seega võib olla arengusuunaks ühtse tervise infosüsteemi põhise registrisüsteemi loomine, mille vajaduste, andmeväljade ja statistika kogumise standardite loomiseks saavad erialad anda läbimõeldud protsessi alusel sisendit. Ka täiendkoolituste võimaluste vähesuse probleem on paljude erialade jaoks sarnane ning ka seal nähakse muuhulgas lahendusena koostööd erinevate arstlike organisatsioonide vahel.

Seega ei ole võimalik arstlikele erialaseltsidele fikseerida staatilisi rolle, vaid tuleb arvestada Eesti konteksti spetsiifikat ning meditsiini muutumisest ja arengust tulenevaid vajadusi, mis annavad sisendit selleks, millega konkreetse eriala arste koondavad ühendused tegelevad. Erialaseltsidel on erinevaid ülesandeid, need muutuvad tervishoiupoliitikast tulenevalt ning väikses riigis tuleb otsida rollide ja tegevuste ühitamise ning koostöö võimalusi.

3. Kokkuvõte

Sotsiaalministri määrusega⁷ kinnitatud arstlikud erialad on põhierialad, millel on Tartu Ülikooli arstiteaduskonnas olemas ka residentuuriprogramm, mille läbinud omandavad vastava kutse. Arstlike erialade arv on aja jooksul muutunud - kui 2006. aastal oli 33 arstlikku eriala, siis 2012. aastal 38. Põhierialade sees on välja kujunenud kõrvalerialasid.

Erialseltsid uuendasid erialade arengukavasid, et need annaks edasi eriala esindajate hinnangu aastani 2020 toimuvatest arengutest, esinevatest probleemidest ja vajalikest muutustest. Käesolev arengukavade ülevaade annab 38 eriala arengukava põhjal koondpildi erialaseltside käsitletud olulisematest aspektidest.

Kokkuvõtte eelnevates alapunktides kajastatud teemadest:

1. Arengukavades toodi eriala spetsiifikast lähtudes välja eriala **prioriteetidid**. Eelkõige tähtsustati teenuste kättesaadavust, kvaliteeti ning diagnostika ja ravimeetodite kaasajastamist. Samuti peeti oluliseks, et pärast aktiivset ravi saaks patsiendile tagada järelravi. Välja toodi ka, et ravidokumentatsioon peaks olema ühtlase kvaliteediga ning kergesti lingitav ja kättesaadav, koolituse, täiendõppe ning teadustöö süsteemi tuleks kaasajastada ja tõhustada ning välja arendada eriarstile vajalik meeskond. Nimetati vajadust suurendada erialade vahelist koostööd ja võimalust kaasa rääkida tervishoiupoliitika ja õigusruumi kujundamisel. Palju rõhutatakse ka haiguste ennetamist.
2. Olulise osa erialade jaoks peaks kasvama **ambulatoorse arstiabi osakaal** seoses uute ravimite ja raviviisidega, samas nähakse sellele erinevaid süsteemseid takistusi (transpordi puudulik korraldus, praegune arstiabi osutamise traditsioon, rahastamine, patsientide majanduslik olukord). Oluline on tagada ambulatoorse ravi mahtude kasvades kvaliteedi säilimine. Ambulatoorsete teenuste osakaalu kasvul on mitmeid positiivsed mõjusid: kättesaadavuse paranemine, protseduuride mitteinvasiivsus, töövõime kiirem taastumine, suurem kuluefektiivsus.
3. Suur osa erialasid näeb ka **päevaravi rolli kasvu**, kuid seejuures tuleb arvestada, et päevaravi suuremas mahus osutamine võib kaasa tuua täiendava aparatuuri ja ruumide vajaduse, ning eeldab senise ruumikasutuse ümberkorraldamist (ka ümberehitusi ja täiendavaid investeeringuid personali koolitusse). Majanduslikult ei pruugi olla otstarbekas päevaravi jaoks iseseisvat üksust luua igal erialal, vaid pigem teiste erialadega koos.
4. Teenuste osutamises toimub **peremeditsiini- ja eriarstiabi** arenguga seoses pidev **ülesannete ümberjaotamine**. Teatud teenuste viimine esmatasandile võimaldab eriarstiabi tasandil enam arendada väga spetsiifilisi teenuseid. Samas on oluline kompleksse esmatasandi arstiabi juurutamine, mis sisaldaks perearsti/pereõe teenuste kõrval ka koduse õendusabi, füsioteraapia, ämmaemandusabi, koolitervishoiu, apteegi-, töötervishoiu, hambaravi ja vaimse tervise õe teenuseid. Krooniliste haigete arvu pidev kasv loob vajaduse ühtlustada printsiipe, kuidas toimub krooniliste haigustega patsientide jälgimine perearstide ja teiste eriarstide koostöös.
5. **Haiglavõrgu** puhul nähakse ühelt poolt keerukamate protseduuride tsentraliseerimise vajadust, teisalt aga teatud teenuste detsentraliseerimise vajadust, et pakkuda patsiendikesksemat teenust. **Voodikohtade** arvu kasvuprognosis erinevad erialati oluliselt – osa erialasid näeb voodikohtade arvu säilimist või kasvu, samas kui teised ennustavad voodikohtade arvu vajaduse vähenemist.

⁷ Sotsiaalministri 28.11.2001 määrusega nr 110

6. **Haruldaste haiguste** diagnostika ja ravi korraldamise osas on probleemkohtadena välja toodud välismaise ravi korraldamise aeglane protsess, raviarsti suur administratiivne koormus (sh organisatoorse ja finantsküsimumuste lahendamisel) ning lahendamata transpordi-, elamis- ja väliskonsultatsioonikulude katmine. Erandkorras ravimite maaletoomist ja hüvitamist tuleb taotleda – seni on suuresti kasutatud juhupõhiseid lahendusi, tuginedes osapoolte isiklikele kontaktidele, kuid ressursikasutuse efektiivsuse jaoks oleks vaja välja toodud probleemid lahendada erialadeülesest.
7. Uute **tehnoloogiate kasutuselevõtt** võimaldab väheminvasiivsete meetodite rakendamist, paremaid ravitulemusi ja patsiendisõbralikumaid protseduure. Eriala spetsiifikast sõltuvalt on meditsiinitehnoloogia tähendus ja roll erinevad. Ühiselt tuleks leida mõistlik tasakaal meditsiinitehnoloogiliste arenduste juurutamise ulatuse ja Haigekassa rahaliste võimaluste vahel. Tuleb vastata küsimusele, milliste uute tehnoloogiate kasutuselevõtt on majanduslikult mõttekas, kuid erialade jaoks on oluline tegelemine ka Haigekassa poolt rahastatavate tervishoiuteenuste või hüvitatavate ravimite nimekirja lülitamise protsessi ja selle keerukusega.
8. **E-tervise potentsiaali** paremaks rakendamiseks on vajalik parandada olemasoleva lahenduse töökindlust ja kasutamismugavust, suurendada kogutava info standardiseeritust (ühtsed dokumendivormid, kodeerimine, infoväljad jne), et võimaldada infovahetust ja päringute tegemine tervishoiuteenuste osutajate vahel. Konkreetsetelt soovitakse e-saatekirja/e-konsultatsiooni ja e-visiidi teenuste rakendumist ning e-tervise arendamist haigusspetsiifiliste registrite suunal, et võimaldada patsientide paremat jälgimist, teenuse kvaliteedi analüüsimist ja teadustöö tegemist. Samuti nähakse mõnel erialal kohta digitaalse otsustustoe ja käsitlusjuhiste kasutuselevõtuks. IT-lahenduste arendamine ja juurutamine peaks olema adekvaatselt finantseeritud ja personalile tagatud vastav väljaõpe.
9. Mitmed erialad on välja toonud vajaduse töötada välja, kaasajastada või täiendada **tegevus- ja ravistandardeid** ning käitumisjuhiseid. Rõhutatakse ka üleriigiliselt järgitavate kvaliteedistandardite igapäevasesse praktikasse rakendamise vajadust, mis võtaks arvesse erinevate haiglaliikide ravidiaagnostilistele võimalustele kehtestatud nõudeid, personalipoliitikat, jätku- ja täiendõpet. **Personalipuudust** tajuvad erialaseltid terava probleemina, kuid see varieerub erialade lõikes - juba paari spetsialisti lahkumine mõnelt erialalt võib oluliselt kahandada võimekust tervishoiuteenust osutada, teisel erialal on puudus eelkõige õdedest või teistest eriarsti meeskonna moodustavatest töötajatest. Samas sõltub arstide vajadus palju tervishoiu korralduslikust tervikpildist (teenusevajadusest, teenuste osutamise korraldusest, haiglavõrgu arengutest, ambulatoorse abi ja päevaravi mahtudest, ennetusest ja paljudest muudest teguritest). Erialade poolt esitati personalivajaduse prognoosid, mis on toodud koondülevaate lisa 4.
10. Enamikul erialaseltidel on erialasiseselt aktsepteeritud **koormusstandardid** olemas, kuid neid ei rakendata. Samas on mõne eriala puhul välja toodud, et koormusstandardite loomine on äärmiselt keeruline ning tuleb arvestada iga erialase töökoha spetsiifikat, aga ka abipersonali olemasolu ja üldist töö korraldust.
11. Oluliseks probleemiks peeti, et **täiendkoolituse** finantseerimine on Eestis madal, puudub riigi piisav toetus ning ka tööandja poolt täienduskoolituseks ettenähtud rahalistes vahendites on olulisi puudujääke. Kuna probleem on paljude erialade jaoks sarnane, nähakse muuhulgas selle lahendusena koostööd erinevate arstlike organisatsioonide vahel.
12. Mõned erialad leiavad, et meditsiinitöötajate **pädevuse hindamine** peab olema kohustuslik, samas ei pidanud osa erialasid pädevuse hindamise kohustuslikkust vajalikuks. Pädevuse hindamise pooldajad leidsid, et pädevuse hindamine peaks toimuma kindlatel alustel, see peab olema õigusaktides reguleeritud ning üheselt kohustuslik kõigile Eestis praktiseerivatele arstidele. Selgelt peavad olema defineeritud arstliku pädevuse kriteeriumid

igal erialal ja pädevuse hindamise reeglistik. Paljud erialad korraldavad pädevuse hindamist perioodiliselt, valdavalt hinnatakse pädevust viieaastase tsükliga. Enamik erialaühendusi, mis tegelevad pädevuse hindamisega, on välja töötanud pädevuse hindamise protseduuri, kriteeriumid/indikaatorid ja olemas on pädevuskomisjonid.

13. Tervishoiusüsteem peab arvestama paljude erinevate vajadustega. Inimeste eluea pikenedes suurenevad haigena/haigustega elatud aastate arv ning samaaegselt mitut haigust põdevate inimeste osakaal. Ühelt poolt kasvab meditsiini arenedes valdkondlik spetsialiseerumine (haiguste käsitus muutub pidevalt, töötatakse välja uusi ravimeetodeid ja tehnoloogiaid, muutub raviprotsess ja korraldus), teisalt suureneb vajadus ravi parema integreerituse järele, et patsientide käsitus oleks sujuv. Praegune erialade **organisatoorne** ja uute erialade lisamise korraldus võib olla probleemne nende kahe eesmärgi tasakaalustamisel. Puudub läbipaistev ja selgete kriteeriumitega mehhanism, et otsustada, milline peaks olema Eestis erialade spetsialiseerituse kooskõla erialade organisatsioonilise korraldusega.
14. Arstlikud erialad on tervishoiupoliitika kujundamisel olulised partnerid, kuid tuleb arvestada, et erialade võimekus sisendinfot süsteemselt ja pidevalt anda ning samal ajal teostada ka muid eriala arenguks vajalikke tegevusi võib olla väga ressursimahukas. Sestap on mõningaid protsesse, millega erialaseltsid seni eraldi tegelevad (näiteks suhtlus välisorganisatsioonidega, täiendkoolituse rahastus jms), võib olla mõistlik riiklikul tasandil ühtselt koordineerida. Erialadele saaks jääda konsultatiivsem roll, mitte asjaajamise korraldus. Samuti kattuvad paljudel juhtudel erialade prioriteedid ja probleemid, mis võib tähendada, et erialade omavahelises **koostöös** on veel kasutamata võimalusi.

Lisad

Lisa 1. Arengukava koostamise juhend ja taustamaterjalide loetelu

Juhend arstlike erialade arengukavade kaasajastamiseks ja täiendamiseks

Arstlike erialade arengukavasid aastani 2020 uuendades on kasulik teada, et Sotsiaalministeerium arvestab nendega tervisepoliitika kujundamisel, sealhulgas:

- haiglavõrgu optimeerimisel,
- tervishoiupoliitika õigusruumi uuendamisel (sh ettevalmistuste tegemine patsientide vaba liikumise direktiivi rakendamiseks Eestis),
- e-tervise senise rakendamise ja tulevikuvajaduste hindamiseks,
- koolitustellimuse planeerimisel,
- tervishoiuteenuste nimekirja muutmisel,
- kõrvalerialade loomise vajaduse hindamisel.

Arengukava struktuur

1. Eriala areng

1.1. Eriala definitsioon ja olemus

1.2. Eriala arengu prioriteedid

Tuua välja olulisemad lahendamist vajavad probleemid ja kriitilised arenguvajadused (sh teenuste, personali, tehnoloogia vms valdkonnas)

1.3. Võrdlus eriala arengu ning prioriteetidega Euroopa Liidu liikmesriikides ja mujal maailmas

Võimalusel hõlmata teenused, personal, tehnoloogia ja muu oluline. *Vt ka lisades esitatud taustamaterjali.*

2. Teenuste jaotumine

2.1. Patsientide ja teenuse osutamise jagunemine haiglas osutatava ja haiglavälise eriarstiabi ning esmatasandi arstiabi vahel.

Muuhulgas käsitleda järgmisi teemasid:

- suhe ambulatoorse ja statsionaarse eriarstiabi vahel ning päevaravi roll,
- protseduuride loetelu, mille puhul on näidustatud päevaravi kasutamine,
- tendentsid seoses uute ravimite kasutusele võtmisega ja ambulatoorse ravi parema kättesaadavusega,
- esmatasandi roll eriala arengus (sh mil määral saab esmatasand toetada eriarstide tööd; krooniliste patsientide jälgimise võimalus esmatasandil).

2.2. Patsientide ja teenuse osutamise jagunemine aktiivravihaiglate vahel

Muuhulgas käsitleda järgmisi teemasid:

- patsientide ja teenuste jagunemine piirkondlike, kesk-, üld-, kohalike ja erihaiglate vahel ning vajadusel ka konkreetsete haiglate vahel,
- seos teiste erialade ja vajalike tugiteenustega,
- seos õendusabi ja meditsiiniseadmetega,
- ambulatoorsed teenused, mis peaksid olema kindlasti kättesaadavad ka vähem kui 40 000 elanikuga maakondades,
- hinnang tänasele olukorrale ja ettepanekud teenuste osutamise optimaalsemaks korraldamiseks.

Vt ka 26.05.2011 koosoleku SoMi slaide.

2.3. Haruldased haigused

Ettepanekud erialaga seotud haruldaste haiguste ravi korraldamise osas. (Vastavalt Euroopa Liidu ühisele määratlusele loetakse haruldaseks haiguseks haigus, mis esineb kuni 5 inimesel 10 000-st (KOM (2008)726; KOM (2008)679). Täiendav info haruldaste haiguste osas on kättesaadav aadressil <http://www.orpha.net/consor/cgi-bin/index.php>.)

2.4. Harvaesinevad haigusseisundid

Ettepanekud erialaga seotud harvaesinevate haigusseisundite, mille ravi Eestis ei ole võimalik, ravi korraldamise osas.

3. Valveteenistus

Eriarstide ööpäevaringse valve vajadus ja selle korraldus haigla liikide kaupa (piirkondlikes, kesk-, üld- ja kohalikes haiglates) koos põhjendustega.

4. Koormusstandardid

Arstide optimaalse töökoormuse planeerimine - eriarstide koormusstandard (selgitus allika, arvutuse, meetodika vms kohta) ja praegune olukord.

5. Prognoosid

Lisaks põhjendatud prognoosinumbritele tuua järgnevate teemade (teenusevajadus, voodikohtade arv, eriarstide arv ja medistiinitehnoloogia roll) puhul välja vabas vormis ka muud olulised arengud, probleemkohad, ettepanekud jne.

5.1. Teenusevajaduse prognoos

Eriala teenuse vajaduse muutuse põhjendatud prognoos (selgitused, viited allikatele, argumenteeritud põhjendus) aastateks 2015 ja 2020 lähtuvalt haigestumise struktuuri ja ravivõimaluste muutusest. Kui otstarbekas, siis tuua välja ka arengud olulisemate protseduuride arvus 100 000 elaniku kohta. *Aluseks võtta lisa A olev 2006-2010 ravijuhtudel ja demograafiliste arengute prognoosil põhinev hinnang teenusevajaduse kohta ja rahvastikuprognoos.*

	2015	2020
Ravijuhtude arvu muutus lisaks demograafilistest arengutest tulenevale muutusele (%)		

5.2. Voodikohtade arvu prognoos

Voodikohtade arvu põhjendatud prognoos haigla liikide lõikes aastateks 2015 ja 2020, sh välja tuua voodikohtade arv päevaravis(päevakirurgias) ja intensiivravis. *Vt ka lisa B, kus on toodud minevikuandmed voodikohtade arvu ja voodihõive kohta.*

	2015	2020
Voodikohtade arv (sh eraldi välja tuua päevaravi ja intensiivravi voodikohtade arv)		
- Piirkondlikud haiglad		
- Keskhaiglad		
- Üldhaiglad		
- Kohalikud haiglad		
- Erihaiglad		

5.3. Eriarstide vajadus

Eriarstide optimaalne absoluutne arv aastateks 2015 ja 2020 koos arvestuste selgitustega. Seos õdede arvuga.

Vt ka lisa C, kus on toodud SoMi senine koolitustellimuse prognoos ja arstide arv 100 000 elaniku kohta ELi riikides.

	2015	2020
Eriarstide optimaalne absoluutarv		

5.4. Meditsiinitehnoloogia roll eriala arengus

Uute tehnoloogiate (sh ravimite) ja meditsiiniseadmete vajadus koos põhjendustega.

6. Regulaatiivne keskkond ja vajalikud muudatused

Ülevaade olemasolevatest eriala regulatsioonidest ning ettepanekud muudatusteks ja täiendusteks koos põhjendustega:

6.1. Seadusandlus

6.2. Ravijuhised (sh olemasolevad ja koostamisel olevad ravijuhised, hinnang täiendavate ravijuhiste vajadusele)

6.3. Teised standardid ja regulatsioonid (nt vajadusel kommenteerida hetkel strateegilistes dokumentides jne leiduvaid plaane ja tegevusi).

Vt ka lisa D, kus on toodud erialasid puudutavate regulatsioonide loetelu, lühiülevaade trendidest tervishoiu valdkonnas jne.

7. Professiiooni vastutuse tõstmine eriarstide pädevuse jälgijana.

Arstide pädevuse hindamise süsteemi kirjeldus ja kriteeriumid teie erialal (või nägemus neist). Muudatusettepanekud.

8. E-tervis (probleemid, rakenduste täiendamise vajadus, soovitatavad tulevikuarengud)

9. Muid eriala probleeme ja ettepanekuid.

Taustamaterjalide loetelu

Lisa A

- Rahvastikuprognosis aastani 2020 soo- ja vanusgruppide lõikes.
- Andmed aastatel 2006-2010 Haigekassa rahastatud ravijuhtude arvu kohta (maakondade lõikes).
- Prognoos ravijuhtude kohta aastani 2020, mis põhineb mineviku ravijuhtudel ning rahvaarvu ja rahvastiku struktuuri muutustel. Seda prognoosi palutaksegi eriala ekspertidel korrigeerida oma parima teadmise alusel juhendi alapunktis 5.1. Teenusevajaduse prognoos. Alapunkti 5.1. tabelis on palutud hinnangut ravijuhtude arvu muutusele (%), mis toimub lisaks demograafilistest arengutest tulenevale muutusele, näiteks ravivõimaluste suurenemise tõttu.

Lisa B

- Andmed voodikohtade arvu ja voodihõive kohta aastatel 2003-2009 (üldvoodikohad maakondade lõikes ja erialade voodikohad tervikuna Eesti kohta).
- Voodikohtade arv ELi riikides.

Lisa C

- SoMi praegune koolitustellimuse prognoos (sisaldab eeldusi migratsiooni ja pensionile siirdujate kohta).
- Arstide arv 100 000 elaniku kohta ELi riikides.

Lisa D

- Arstlike erialasid puudutavate regulatsioonide loetelu.
- Lühiülevaade suundumustest tervishoiu valdkonnas ja selle regulatsioonis (sh patsientide vaba liikumise direktiiv).

Andmed esitatakse nii detailselt kui võimalik. Kui on olemas andmed erialade lõikes, siis esitatakse nii minevikuandmed kui ka prognoosid erialade lõikes. Kui erialade lõikes teatud näitajate jaotust ei leidu, siis esitatakse üldisemad andmed. Kui erialade jaotus on osaline, siis esitatakse puuduvate erialade puhul seotud või lähedase eriala andmed.

Ühtlasi tuleb arengukavade koostamisel arvestada 26.05.2011 Sotsiaalministeeriumis toimunud kohtumisel SoMi esitatud materjale (sh slaidid eriarstlike erialade arengukavade rollist ja taustast).

Kui eriarstlikul erialal on kõrvalerialad, mille puhul peetakse oluliseks põhjalikumalt tulevase arenguid kirjeldada või nähakse tulevikus eraldi eriala tekkimist, siis võib koos eriala arengukavaga esitada ka kõrvaleriala arengukava.

Kui eriala spetsifikast tulenevalt ei ole võimalik esitada juhendis soovitud infot (näiteks voodikohtade arvu prognoosi laborimeditiinis), siis võib teha kohandusi ning esitada eriala jaoks sobiv prognoos aastateks 2015 ja 2020.

Lisa 2. Arstlike erialade arengukavade loetelu

Anestesioloogia arengukava
Dermatoveneroloogia arengukava
Endokrinoloogia arengukava
Erakorralise meditsiini arengukava
Gastroenteroloogia arengukava
Hambaravi arengukava
Hematoloogia arengukava
Infektsioonhaiguste arengukava
Kardioloogia arengukava
Kardiokirurgia arengukava
Laborimeditsiini arengukava
Lastekirurgia arengukava
Meditsiinigeneetika arengukava
Nefroloogia arengukava
Neurokirurgia arengukava
Neuroloogia arengukava
Oftalmoloogia arengukava
Onkoloogia arengukava
Ortodontia arengukava
Ortopeedia arengukava
Otorinolarüngoloogia arengukava
Patoloogia arengukava
Pediaatria arengukava
Peremeditsiini arengukava
Plastika- ja rekonstruktiivkirurgia arengukava
Psühhiaatria arengukava
Laste- ja noorukitepsühhiaatria kõrvaleriala arengukava
Pulmonoloogia arengukava
Radioloogia arengukava
Nuklearmeditsiini arengukava
Restauratiivse hambaravi arengukava
Reumatoloogia arengukava
Sisehaiguste arengukava
Suu-, näo- ja lõualuukirurgia arengukava
Sünnitusabi ja günekoloogia arengukava
Taastusravi ja füsiaatria arengukava
Torakaalkirurgia arengukava
Töetervishoiu arengukava
Uroloogia arengukava
Üldkirurgia arengukava

Lisa 3. Eriarstide arv

Eriala	Eriala esindajate arv arengukava põhjal	Eriala esindajate arv Terviseameti registris (seisuga mai 2013)	Eriala esindajate kommentaar andmetele
Anestesioloogia	2011. aasta lõpuga töötas 201, täitmata ametikohti 17%	320	Terviseameti registris kajastatud 307 anestesioloogi ei näita päris täpselt hetkeolukorda. Neist 49 juhul pole andmeid Eestis töötamise kohta, kaudse hinnangu alusel veel vähemalt 10 ei tegele aktiivselt erialal. Ülejäänud 250 kolleegi koormus ei ole täpselt teada. Vähemalt ca 30 on teadaolevalt puhtad intensivistid. Üheks drastiliseks näiteks on PERHi Anesteesia keskus, kus 2011. a oli täidetud 63% arstide kohtadest. Kaadri voolavus anesteemas, intensiivravis ja erakorralises meditsiinis on kriitiliselt suur ja alarmeeriv. Löögi all on kogu aktiivravi jätkusuutlikkus. Erialalt lahkujate arv on mõnes haiglas kahe aastaga suurenenud 4,6 %-lt 11,4 %-le.
Dermatoveneroloogia	77 dermatoveneroloogi ja 4 dermatoveneroloogia resident	94	Kuuekümne seitsmest kuni 65-aastasest arstist ei tööta täiskoormusega kliinilisel tööl ja/või Tartu Ülikooli dermatoveneroloogia õppejõuna 19 arsti (reservis on 7,75 täiskoormusega töökohta ehk 11,6%), sealjuures ebaproportsionaalselt suur on reservi hulk vanuserühmas 41-45 a (28%)
Endokrinoloogia	44, nendest 9 osakoormusega	51	

Erakorraline meditsiin	137	139	Nendest vaid 41 on lõpetanud erakorralise meditsiini eriala residentuuri 1998-2012. Ülejäänud arstid on saanud erakorralise meditsiini eriala ümberregistreerimise tulemusena (varasemad kiirabiartid). Erakorralise meditsiini residentuuri lõpetanud arstid töötavad valdavalt piirkondlike ning keskhaiglate EMODEs. Üldhaiglate ja mõne keskhaigla EMODEs täidavad erakorralise meditsiini arsti rolli residendid, üldarstid ning teiste erialade arstid.
Gastroenteroloogia	-	53	
Hambaravi	-	1585	Andmed täisajaga töötavate hambaarstide ja välismaal töötavate hambaarstide kohta puudub. Erinevate andmebaaside hambaarstide arv varieerub suurtes piirides.
Hematoloogia	8+6+1+5	48	PERHis töötab 8 hematooloogi ja TÜKis 6 hematooloogi täiskasvanute ravis. SA Pärnu Haiglas töötab 1 hematoloog. Lastehematolooge on 5.
Infektsioonhaigused	2011. a seisuga on tegevaid infektsioonhaiguste eriarste 38, lisaks 9 resident, 6 arsti on lähitulevikus pensioneerumas.	57	
Kardioloogia	Töötavaid tööealisi kardiolooge 110	172	Puudub ülevaade tegutsevatest kardioloogidest. Kardioloogide andmetel on Terviseameti registri andmed ebatäpsed. Arvestades meie tervishoiukorralduse tänast mudelit (kardioloog teeb tööd, mida võiks teha hea väljaõppega perearst või sisearst), tuleks kardioloogide hinnangul pidada optimaalseks tööealiste kardioloogide arvuks ca 10 % suuremat arvu kui see täna on.
Kardiovaskulaarkirurgia	-	36	
Laborimeditsiin	94	156	Meditsiinilaborites 85 täidetud laboriarsti ametikohta. Laboriarstide vähenemise põhjuseks on suur pensioneerumine.
Lastekirurgia	22	21	Viimastel aastatel valmistatud ette 3 spetsialisti, kes pole täiskohaga erialast tööd leidnud. Arstide vajadus väheneb tõenäoliselt veelgi.

Lastepsühhiaatria***	Arvestatava mahuga töötab umbes 22 lastepsühhiaatrit, kelle keskmine vanus on 55 aastat	-	
Meditsiinigeneetika	10	10	Meditsiinigeneetikuna täieliku või osalise koormusega töötab 10 isikut ja üks arst on läbinud töökohal geneetikaalase koolituse (eriala pediaatria ja peremeditsiin).
Nefroloogia	18	21	Kõik töötavad TÜKis, PERHis, LTKH-s, Tallinna Lastehaiglas
Neurokirurgia	-	19	
Neuroloogia	190	192	31 190-st töötavad välismaal või töötavad teisel erialal (nt neurokirurg, perearstid, taastusarstid, lasteneuroloogid) ning 50 neuroloogi on vanemad kui 65 aastat. Alla 65 aasta vanuste, realselt neuroloogia erialal töötavate arstide arv on praegu 107.
Oftalmoloogia	158	160	Arstide arv on tervishoiutöötajate registrisse kantud 01.01.2012 seisuga, kellest 131 töötab Eestis.
Onkoloogia	-	75	
Ortodontia	62+4	61	Eestis 62 ortodonti ja õpivad veel 4 residentit, seega lähiaastatel 66 spetsialisti. Eestis on piisavalt ortodonti selleks, et raviteenust osutada. Eestis on piirkondi, kus on vähe ortodonti või polegi neid (Ida-Viru, Valgamaa). Sarnane probleem on ka teistel erialadel.
Ortopeedia	Umbes 70 statsionaaris tööl ja 25 ambulatoorsetel ametikohtadel+20 töötavat pensionäri. Seega kokku umbes 115.	159	Enamik neist töötab 1,5 ametikohaga või teeb vastavale koormusele vastavat tööd
Otorinolarüngoloogia	2010: 101	126	2010. a seisuga töötas Eestis 101 kõrva-nina-kurguarsti
Patoloogia	-	66	
Pediaatria	-	546	

Peremeditsiin	Terviseameti registreeritud 1022 perearsti erialaga arsti, neist 907 omab töökohta Eestis.**	1031	Eesti töötavate perearstide mediaanvanuse on 54 aastat, mis on kõrgem kui arstide vanus keskmisena. Samal ajal on perearstid ka üheks erialaks, kus üle 65 aasta vanuste ja töötavate arstide osakaal on üks väiksemaid, moodustades vaid 8,6%. See näitab, et väga suure tõenäosusega tuleb arvestada, et pensioniikka jõudnud perearst ka oma töö lõpetab.**
Plastika- ja rekonstruktiivkirurgia	-	12	
Psühhiaatria	185, nendest 32 on üle 65 aasta vanad	267	Terviseameti registreeritud psühhiaatrite arv 260, aga nendest 75 on migreerunud Soome või ei tööta enam Eestis.
Pulmonoloogia	58 täisametikohti, millel töötab 67	100	Sotsiaalministeeriumi andmetel
Radioloogia	2009 aastal: 59 (mehed) +130 (naised) Eestis on 11 osalise või täieliku nuklearmeditsiini alase väljaõppega arsti	236	
Restauratiivne hambaravi	-	-	
Reumatoloogia	4 lastereumatoloogi ja 42 täiskasvanute reumatoloogi	57	Probleemiks ei ole reumatoloogide nappus, vaid reumatoloogide ülisuur kontsentratsioon Tallinnasse ja Tartusse. See on kooskõlas asustustiheduse ja regionaalsete keskuste asukohaga. Tõsiseks probleemiks on Eestis (re)sertifitseeritud täiskohaga reumatoloogide puudumine Ida-Virumaal, Kagu-Eesti maakondades, Viljandi- ja Valgamaal, Hiiumaal ja Läänemaal
Sisehaigused	Haiglavõrgu arengukava haiglates 2009. aastal 76	258	2009. aastal Terviseameti registris 251 sisearsti, kellest 135 töötas haiglavõrgu arengukava haiglates, ülejäänud mujal. Andmed sisearstide arvu kohta, kes Eesti tervishoiusüsteemis töötavad, on üpris mitmekesised, ei ole võimalik teada saada ka koormusi, millega arstid töötavad.

Suu-, näo- ja lõualuukirurgia	19, osalise koormusega töötab neist statsionaaris 10 inimest, ainult ambulatoorses praksises töötab 7 spetsialisti, 2 on lapsehoolduspuhkusel	-	1 hiljuti suu-näo-ja lõualuukirurgia residentuuri lõpetanud spetsialist on siirdunud tööle välisriiki.
Südamekirurgia***	7 täiskohaga, 2 0,5 koormusega ja 2 resident	-	SA PERHis: täiskohaga 4, 0,5 kohaga 1 ja 1 resident; SA TÜK täiskohaga 3, 0,5 kohaga 1 ja 1 resident. Lisaks üks tehnik. Eestis on meil hetkel 9 südamekirurgi, neist 2 pensioniealist. Kuna nooremaid kui 55 a on vaid kolm, siis kujuneb eeloleval kümnendil teravaks järelkasvu tagamine. 2013. a lõpetab PERHis kardiokirurgia residentuuri üks kirurg, TÜKis 2015 teine. Eakamate kolleegide lahkumisel ei ole see asendus kindlasti piisav ning hädasti oleks tarvis noori juurde koolitada. Eriti ebakindlas seisus on kaasasündinud südamerikete kirurgiline ravi, sest seda katab realselt TÜK-s ainult üks kirurg.
Sünnitusabi ja günekoloogia	217 põhikohaga naistearsti+50 naistearsti mitte põhikohaga	334	Mitte põhikohaga töötavad naistearstid ehk need arstid, kes osutavad mõnes haiglas ainult valvearstiteenust või töötavad mittetäieliku tööajaga. Põhikohaga töötajatest 2020 aastaks pensioniealisi 105. Residente koolitub 2020 aastaks 70. Seega naistearstide defitsiit aastaks 2020 on 86 arvestamata Eestist lahkumist. Praeguse olukorra säilitamiseks oleks vaja koolitada igal aastal 15 resident.
Taastusravi ja füsiatria	2011: 187	186	Tervishoiuameti tervishoiutöötajate registrisse on 2011. aasta seisuga kantud 187 taastusarsti ja spordiarsti, kuid tuleb arvestada, et Eestis kuuluvad taastusarstide hulka ka nõelraviarstid, manuaalterapeudid ja muude alternatiivsete ravimeetodite valdkonnas töötavad arstid.
Torakaalkirurgia	-	14	
Töötervishoid	2012: 74	105	2012. aastaks on Terviseameti registris 102 töötervishoiuarsti, neist töötavad praktiseerivate arstidena 74. Töötervishoiuteenuseid osutavaid arste 49 (TAI 2010). Kuna Eesti riigi seadusandlik õigusruum ei toeta piisavalt töötervishoiuteenuste rakendamist praktikas ja töötervishoiuarstid on seatud riigi poolt ebastabiilsesse seisundisse (riigi tervishoiupoliitika mõistes), on paljud registreeritud töötervishoiuarstid sunnitud töötama osalise koormusega.

Uroloogia	38 uroloogi + 3 neerusiirdajat + 3 androloogi	58	
Üldkirurgia	113	252	Üldkirurgilistel erialadel töötab 2012. a statsionaaris 113 kirurgi. Polikliinikutes töötavate kirurgide arv on ebaselge.

*Kardiovaskulaarkirurgia üks osa

** Perekirurgide andmed, viitavad R.-A. Kiiveti, Helle Viski ja Toomas Asseri poolt tehtud Eestis töötavate arstide arvu prognoos aastaks 2032 (Eesti Arst 2012; 91(8):403-412

***Arstlike erialade hinnangul vajalikud kõrvalerialad

Lisa 4. Eriarstide vajadus

Eriala	2015	2020	Märkused
Anestesioloogia	240	240	Ilmselt oleks hea tulemus, kui koolitus tagaks <i>status quo</i>
Endokrinoloogia	44	44	Hetkeseisuga on Eestis töötavate endokrinoloogide arv piisav. Eelduseks on, et tagatakse piisav ja motiveeriv palgatõus ehk majanduslikel põhjustel lahkuvaid endokrinolooge on minimaalselt.
Dermatoveneroloogia	53	53	Suhteliselt väikese erialana võib iga üksiku eriarsti lisandumine või ärajäämine seda oluliselt mõjutada.
Erakorraline meditsiin	280	280	Arvestades arengukavas kirjeldatud erakorralise meditsiini arstide koormust ning vajadust erineva astmega EMODEs, on nii haiglate kui ka kiirabiteenistuse vajadus 140 EM arsti, kokku 280 EM arsti. Oluline on tagada EMODEsse piisav hulk personali (nii arste, õdesid kui ka hooldajaid ja klienditeenindajaid) ning pinda, et suuta tagada kõikidele abivajajatele kvaliteetne arstiabi.
Gastroenteroloogia	32	36	2015. aasta eriarstide optimaalne arv on kriitiline alampiir.
Hematoloogia	25	30	Eestis kokku 20 hematoloogi. PERH 8, TÜK 6, Pärnu Haiglas 1, lisaks 5 lastehematoloogi. PERHi vajadus on 6 hematoloogi statsionaaris, 1 hematoloog päevaravis ja 4 hematoloogi polikliinikus. Seega juba praegune vajadus on 3 hematoloogi lisaks. Vähemalt 1 hematoloog on lisaks vaja Ida-Viru Keskhaiglasse ja 2 hematoloogi TÜKi.
Laste hematoloog*	5	5	Hematoloogide hinnag, SA TLH 3 laste hematoloogi/onkoloogi, SA TÜK 2 laste hematoloogi/onkoloogi
Hambaravi	Suhe elanikkonna koguarvu võiks väheneda	Suhe elanikkonna koguarvu võiks väheneda	Praktikas ülikooli lõpetanud hambaarstidel kliinilist tööd napib, millest on mõneti tingitud nende lahkumine välismaale. Hambaarstide "töö puudust" põhjustab põhiliselt rahva väike ostujõud ja/ehk 100% omaosalus hambaraviteenuste eest tasumisel.
Parodontoloog*		27	Hinnang aastaks 2025
Endodontist*		15	Hinnang aastaks 2025
Hambaproteesimise		28	Hinnang aastaks 2025

eriarst*			
Lastehambaarst*		15	Hinnang aastaks 2025
Infektsioonhaigused	65	65	Ambulatoorsed vastuvõtud - eriarstide arv visiitide arvust lähtuvalt peaks täna olema 11. 2015. aastaks peaks arstide arv kasvama 14-ni ja 2020. aastaks 15-ni. Statsionaarne - arsti töökoormust arvestades peaks arstide arv täna olema 32 arsti. 2015. ja 2020. aastaks planeerime statsionaari kokku 34 arsti. Infektsioonikontrolli arstina töötab Eestis 2012. aastal 13 arsti, kellest osa on osalise koormusega. 2015 ja 2020 on vajalik arstide arv 16.
Kardioloogia	10% rohkem tööealiseid kardiolooge kui täna	10% rohkem tööealiseid kardiolooge kui täna	110 tööealist kardioloogi kardioloogide hinnangul, 172 TA registri alusel.
Lastekardioloog*	8	8	Kardioloogide hinnang
Laborimediitsiin	109	119	94 praegu töötavate arstide arv eriala hinnangul, täidetud ametikohti 85. Juurde vaja vahemikul 2011-2015 15 arsti ja 2016-2020 10 arsti.
Lastekirurgia	18	18	Praegu 22 arsti
Meditsiinigeneetika	11-13	16-18	Eestis on õigustatud töökoormus vähemalt 12-le täiskohaga meditsiinigeneetikule (1.0 konsultatiivse töö koormusega). Käesoleval hetkel töötab meditsiinigeneetikuna täieliku või osalise koormusega 10 isikut ja üks arst on läbinud töökohal geneetikaalase koolituse.
Nefroloogia	20	23	Praegune arv 18, prognoos täiskohaga töötavate arstide kohta.
Neurokirurgia	18	18	Neurokirurgilist abi vajavate patsientide arv püsib stabiilsena ning praeguse töökoormuse ning töötavate arstide vanust arvestades on optimaalne neurokirurgide arv Eestis 18.
Neuroloogia	114 + 20%	114 +20%	Kokku on senise neuroloogia arstiabi säilitamiseks vaja 114 neuroloogi, kuid tegelike töötegijate arv peaks olema arvestuslikust 20% võrra suurem arvestades arstide koolitusi, haiguspäevi, lapsehoolduspuhkusi.

Oftalmoloogia	125 töötavat arsti	130 töötavat arsti	
Onkoloogia	13 (15)	20	
Onkokirurgia*	20	25	Onkoloogide hinnang - vajadus onkokirurgia lisaeriala loomiseks üldkirurgia, uroloogia ja günekoloogia baasil.
Ortodontia	66	70	
Ortopeedia	115	120	Hetkeseisuga on statsionaarides tööl ca 70 ortopeedi ja ca 25 ortopeedia ambulatoorsetel ametikohtadel, töötavaid pensionäre 20, neist 7 statsionaaris või päevakirurgias. Seega realselt töötavaid ortopeede on Eestis 115. Enamik neist töötab 1,5 ametikohaga või teeb vastavale koormusel vastavat tööd. Prognos 2020ni sõltub Haigekassa finantsvõimalustest ortopeedia rahastamisel.
Otorinolarüngoloogia		83	Aastal 2020 praktiseerivate kõrva-nina-kurguarstide vanuseline jaotus võiks olla järgmine: vanusegrupis kuni 35 a. 11 arsti, vanusegrupis 36-40 a. 10 arsti, vanusegrupis 41-45 a. 6 arsti, vanusegrupis 46-50 a. 8 arsti, vanusegrupis 51-55 a. 13 arsti, vanusegrupis 56-60 a. 14 arsti ja vanusegrupis 61-65 a. 21 arsti.
Patoloogia	30	50	Eestis peab arvestama paratamatu spetsialiseeruminisega kitsamatele alaerialadele seoses teadusliku informatsiooni hulga tõusuga ning detailsematel morfoloogilistel kriteeriumitel põhinevate klassifikatsioonide, diagnostika-meetodite, algoritmide ja juhendite väljatöötamisega patoloogias.
Pediaatria	172 ametikohta (absoluutarv)	172 ametikohta (absoluutarv)	Prognosis on arvestatud, et 1 ametikoht on 1 arst
Peremeditsiin	Vähemalt sama taseme hoidmine (907), kuid tegelik vajadus sõltub perearstide vastutusala edasistest reformidest**	Vähemalt sama taseme hoidmine (907), kuid tegelik vajadus sõltub perearstide vastutusala edasistest reformidest **	Analüüsist nähtub, et hetkel on Terviseametis registreeritud 1022 perearsti erialaga arsti, neist 907 omab töökohta Eestis. Arvestades ka prof. Kiiveti ja kaasautorite tehtud analüüsi, oleks optimaalseks peremeditsiini residentuuri kohtade arvuks iga-aastaselt 40.

Pulmonoloogia	70	70	Hindame Eesti vajaduseks 1 pulmonoloogi täiskoormus 35 000 elaniku kohta (~0,3 täiskoormust puhtalt pulmonoloogia erialal tegutsemiseks 10 000 elaniku kohta). Pulmonoloogide täiskoormuste arv raviasutuses sõltub otseselt teenindatava rahvastikurühma suurusel, samuti ka töökorralduslikest iseärasustest, k.a. valvetöö, piirkondlikes haiglates ka arendustöö ja programmiline töö jne.
Plastika- ja rekonstruktiivkirurgia	6 + 2 (arvestatud nii plastikakirurge kui ka nn põletuseravi arste, kes on ortopeedid)	8-10	Tuginedes plastikakirurgias arenenud riikide (Soome, Suurbritannia) andmetele oleks Eestis nõudluse rahuldamiseks vajalik 8–10 arsti (4 – 6 Põhja-Eesti regioonis ja 3 – 4 Lõuna-Eesti regioonis).
Psühhiaatria	260	260	Näidustatud psühhiaatrite arvu vajadusele mõnevõrragi lähemale viimiseks oleks vajalik suurendada igal aastal residentuurikohtade arvu 8-lt 12-ni.
Laste-ja noorukitepsühhiaatria kõrvaleriala*	Minimaalne täiskoormusega töötavate arstide arv 60	Minimaalne täiskoormusega töötavate arstide arv 60	Arvestatava mahuga töötab umbes 22 lastepsühhiaatrit, kelle keskmine vanus on 55 aastat. Vajadus: 34 Eestis ambulatoorset tööd tegevat lastepsühhiaatrit praegusel ajahetkel ja 33 aastatel 2015-2020. Statsionaaris on vaja minimaalselt 10 statsionaarset tööd tegevat lastepsühhiaatrit.
Radioloogia			Kuna radioloogia on kõikide teiste erialadega lähedalt seotud, siis sõltub radioloogide arvu prognoos paljuski teiste erialade prognoosidest.
Reumatoloogia	orienteeruvalt 45 tegevreumatoloogi	orienteeruvalt 45 tegevreumatoloogi	Regioonidesse, kus praegu täiskohaga reumatoloogi pole, võiks lisanduda reumatoloog töökohtade ümberpaiknemise või uute reumatoloogide lisandumise arvel
Sisehaigused	134	134	Ilma uuringute ja valveteta 84 arsti Valveringid lisavad hinnanguliselt 40 arsti. Lapsepuhkusel olekud lisavad täiendavalt veel 12 arsti asendusteks. Samas võib selle osa ka arvesse võtmata jätta, sest sisehaiguste osakondades töötavad residendid katavad umbes 10 arsti töökohta.

Suu-, näo- ja lõualuukirurgia	18	25-30	Arvestades migratsiooni välismaale, pensioneerumisi, lapsepuhkusel viibimisi, PERHis ja TÜKis vajalikku valvetegevust 24/7 siis SM poolt arvestatud vajadus näo-lõualuukirurgide järgi kuni aastani 2020 ei ole piisav (18 spetsialisti).
Südamekirurgia***	14	14	Südamekirurge võiks olla Tallinnas 8 ja Tartus 6. Sõltuvalt tehnikute arvust võib ka Tallinna vajadus väiksem olla (6). Võiks kaaluda mõne talendi koju kutsumist. Teadaolevalt töötab Skandinaavias 3 nooremat eesti päritolu inimest südamekirurgia erialal.
Sünnitusabi ja günekoloogia	268 (260-300)	260-300	Kokku oleks prognoositavalt vaja (säilivad samad abiandmise kohad, arstide töökoormus on optimeeritud): 150 (s.t minimaalne ambulatoorsete naistearstide vajadus, eeldusel, et ämmaemandad võtavad üle 30% ambulatoorse vastuvõtu mahust) + 79,4 (erakorriline sünnitusabi koos valveringidega, arvestamata koduvalvet) + 5,6 (raseduspatoloogia minimaalne arstide arv) + 22 (operatiivse günekoloogia osutamiseks minimaalne naistearstide arv) + 11 (päevaravi patsientide, nii rasedate kui päevakirurgia osutamiseks vajalik minimaalne naistearstide arv) = 268 naistearsti.
Taastusravi ja füsiatria			
Torakaalkirurgia	7-8 täiskohaga arsti	7-8 täiskohaga arsti	Personali planeerimine torakaalkirurgias on arvestades Eesti väiksust seega väga keeruline. Hindame Eesti vajaduseks 8 põhikohaga torakaalkirurgi (4 Kliinikumis ja 4 Regionaalhaiglas). Sellise kirurgide arvuga on võimalik tagada igapäevane statsionaarne ja ambulatoorne töö, väljakutsevalve ning Kliinikumis ka õppetöö ja kopsusiirdamisprogrammi toimimine.
Töötervishoid	70-87	87-100	Töötervishoiuarstide vajaduse prognoosi mõjutab oluliselt mittemeditsiiniliste

			töötervishoiuspetsilistide ettevalmistamise korraldus riigis.
Uroloogia	35	40	Eestis töötab täis- või osalise tööajaga 38 uroloogi + 3 neerusiirdajat + 3 androloogi. Klassikalise opereeriva uroloogina töötab 32 arsti, neist vaid 24 täistööajaga <63 a. vana Prognosis: urooloogiliste operatsioonide arvu kasv 2020. aastaks 6000–ni, mistõttu optimaalne urooloogide arv 2020. a oleks 40 (tingimusel, et kõik urooloogid oleks ka opereerivad urooloogid ja töötaks täiskoormusega).
Androloogia*	3	5	Uroloogia alaeala
Üldkirurgia	130	130	Üldkirurgilistel erialadel töötab 2012 a. statsionaaris 113 kirurgi. Polikliinikutes töötavate kirurgide arv on ebaselge. Enamus hetkel Eestist töötavatest kirurgidest on 40-60 a vanused (60%), alla 40 a vanuseid on 18 (16%) ja üle 60 a 27 kirurgi (24%), viimastest üle 70 a vanuseid on 8%. 33% kirurgidest (37) on 51-60a vanused. Seega on kirurgide juurdekasv oluliselt väiksem lähiaastatel pensionile siirdujate osakaalust ning näeme 5 aasta perspektiivis olulist kirurgide defitsiiti.

*Erialseltside hinnangul vajalikud kõrvalerialad

**Koondanalüüsi autorite tõlgendus peremeditsiini arengukavas toodud info põhjal.

***Osa kardiovaskulaarkirurgiast

Lisa 5. Koormusstandardite kirjeldus erialade lõikes

Anestesioloogia	500 anesteasiat aastas, 1000 anesteasiatundi; üks anestezioloog ühe operatsioonitoa kohta, ärkamisruumis 4-6 voodikohta arsti kohta ambulatooris, 3-4 statsionaaris; 1 päev kuus muudest kohustustest vaba koolitusteks; intensiivravis kuni 10 III astme haiget arsti kohta, III-IIIa astme intensiivravi läbiviimisel 6 haiget arsti kohta.
Dermatoveneroloogia	Statsionaaris on optimaalne hoida 10 ravivoodi kohta 1 arsti ametikoht. Optimaalne koormus on võtta vastu 3 patsienti tunnis (ühele patsiendile kulub 20 min). Päevaravi osakonnas on optimaalne hoida 10 ravivoodi kohta 1 arsti ametikoht. 20% tööajast kulub erialaseks iseseisvaks tööks - analüüsimaks keerulisemaid haigusjuhte, dokumentatsiooni täitmiseks, jooksvaks enesetäiendamiseks.
Endokrinoloogia	Statsionaaris on optimaalne koormus 350 ravijuhtu aastas täiskohaga arsti kohta. Ambulatoorses töös on optimaalseks koormuseks kuni 4000 ambulatoorset visiiti aastas täiskoormusega arsti kohta. 20% tööajast kulub erialaseks iseseisvaks tööks - analüüsimaks keerulisemaid haigusjuhte, dokumentatsiooni täitmiseks, jooksvaks enesetäiendamiseks. Koormusstandardid on vastavuses Eesti Arstide Liidu poolt kokkulepitud optimaalsete normidega.
Erakorraline meditsiin	Keskmiselt 16-20 haiget ööpäevas, sõltub patsiendi triaaži-kategoriast. Optimaalne koormus paralleelseks käsitlemiseks ühele arstile on 1 punane või 2-3 oranži või 5 kollast või 8 rohelist haiget.
Gastroenteroloogia	Kui gastroenteroloog teeb ainult ambulatoorseid konsultatsioone, siis peaks ta konsulteerima kuni 3500 haiget aastas. Ainult statsionaaris töötava gastroenteroloogi koormuse ülempiir (ehk siis aastas statsionaaris ravitud haigete arv) peaks olema 300. Gastroenteroloogi optimaalse töökoormuse planeerimisel peab lähtuma statsionaarse ja ambulatoorse töö ning gastrointestinaalsete endoskoopiate lahutamatumust seosest. Seega gastroenteroloogi töökoormuse ülempiir kujuneb iga arsti jaoks individuaalselt määratavaks sõltuvalt tema tööülesannete jaotusest statsionaarse, ambulatoorse, valvetöö ja endoskoopiate vahel arvestades töökorraldust ja tehnilisi tingimusi töökohal (HK kulumudeli alusel).
Hambaravi	Hambaarsti optimaalseks töökoormuseks oleks 6 tundi kliinilist tööd päevas, ühe külastuse keskmine pikkus on 45 minutit (30-90 min.). Sellele lisandub 1-2 tundi administratiivset tööd, st paberite täitmine, raviplaanide koostamine (sh. ravimaksumus), konsultatsioonid kolleegidega jne.
Hematoloogia	6 haiglaravi haiget või 18 päevaravi ja/või ambulatoorset konsultatsiooni.

Infektsioonhaigused	Ambulatoorse koormuse normiks tuleks arvestada 4000 visiiti aastas (45 töönädala jooksul 7 tundi tööpäevas, millest igas võetakse vastu kuni 3 haiget, kokku kuni 90 visiiti nädalas). Keskmine visiitide arv ravijuhu kohta on 2 - esmane visiit ja selle järgnev analüüside, ravi jne tulemusi kokkuvõttev visiit. Statsionaaris 350 haiget arsti kohta aastas. Haiglas peab olema 250 voodikoha kohta üks infektsioonikontrolli arst. Infektsioonikontrolli arsti töökoormuse annavad tööpäeval konsultatsioonid teistele erialadele 50%, kogutava tervishoiuga seotud infektsioonide ja antibiootikumide kasutuse statistiline analüüs 10-15%, juhendite ülevaatamised ja korrigeerimised 10-15% tööajast, koolitused töötajatele 5-10%, mikrobioloogia laboriga koostöös andmete igapäevane ülevaatus kuni 5% tööajast ning koostöös apteegiga antimikroobsete ravimite kasutuse ülevaatus kuni 5% tööajast. Infektsionisti konsultatiivse töö koormus on 1000 punkti, mis tuleneb 45 töönädala jooksul tehtud konsultatsioonide arvust juhul kui nädalas 5 tööpäeva jooksul teha statsionaari patsientidele 5 konsultatsiooni päevas.
Kardioloogia	Statsionaaris on optimaalne koormus 350 ravijuhtu aastas täiskoormusega, kui lisanduvad valvetöö, erinevad uuringud ja ambulatoorne vastuvõtt, siis selle võrra on ravijuhtude arv väiksem. 20% tööajast kulub erialaseks enesetäiendamiseks, sealhulgas enda koolitamiseks, täiendkoolituse läbiviimiseks, keerulisemate haigusjuhtude analüüsimiseks ja dokumentatsiooni täitmiseks.
Kardiovaskulaarkirurgia*	Skandinaavias on keskmine operatsioonide arv südamekirurgidel 80-100 aastas. Eestis teevad kõik 100 või rohkem ja siis on mõned üksikud kes teevad 150-200. Siia lisanduvad assisteerimised, kui ei ole kasutada tehnikuid või residente. Üks kirurg ei tohiks kindlasti terve nädala teha kaks operatsiooni päevas.
Laborimediitsin	Labori töö spetsiifikast lähtuvalt (väga palju erineva sisuga alaerialasid, automatiseerimine) pole laborimediitsiinis võimalik koormusstandardeid rakendada.
Lastekirurgia	Täiskoormusega töötava lastekirurgi koormuseks võiks vastavalt sellele arvestusele aastas olla maksimaalselt 280 statsionaarset haiget või 4000 ambulatoorset visiiti. Võrreldes lähedaste erialadega (üldkirurgia, ortopeedia ja pediatría) peavad need vahekorrad paika. Igal põhikohaga töötaval lastekirurgil peaks erialase pädevuse säilitamiseks olema lisaks valvetööle ja muudele kohustustele töönädalas vähemalt 1 päev ambulatoorseteks vastuvõttudeks ja 2 päeva plaanilisteks operatsioonideks. Viimane ei tähenda 2x8 tundi ise opereerimist. Selle aja sisse peab mahtuma ka haigete operatsioonieelne ja -järgne läbivaatus ning ravi korraldamine, assisteerimine kolleegide lõikustel aga ka eelloetletud tegevuste dokumenteerimine.
Meditsiinigeneetika	Meditsiinigeneetiku töökoormuseks on maksimaalselt 250 perekonna geneetilist ekspertiisi aastas
Nefroloogia	Statsionaaris maksimaalselt 10 ravivoodit ja minimaalselt 6 ravivoodit. Ambulatoorset vastuvõtul maksimaalselt 3 patsienti tunnis kuni minimaalselt 2 patsienti tunnis.

Neurokirurgia	Neurokirurgilise (ning ka neuroloogilise) haigusega patsiendi esmaseks ambulatoorseks käsitluseks kulub 30 minutit; korduva haige käsitluseks 20 minutit. Keskmine ravikestus on 5,5–5,8 päeva, ning aastas peaks üks arst ravima umbes 150 statsionaarset haiget. Kirurgiline koormus ühe arsti kohta peaks olema 170 operatsiooni aastas. Töökoormuse planeerimisel statsionaaris peab arvestama töö erakorralisust ning intensiivsust.
Neuroloogia	Neuroloogia statsionaaris peaks olema ühel arstil ravida maksimaalselt 6 haiget päevas. Kui keskmine ravikestus on 6,5 päeva, siis aastas peaks üks arst ravima umbes 315 statsionaarset haiget. Neurofüsioloogia: optimaalne 1200 EEG või ENMG protseduuri ühe arsti kohta aastas.
Oftalmoloogia	Statsionaarne töökoormus: silma eesmise segmendi kirurgia – minimaalselt 200 operatsiooni aastas; silma tagumise segmendi kirurgia (võrkkesta irdumise operatsioonid, vitreoretinaalne kirurgia) – minimaalselt 75 operatsiooni aastas; kõik statsionaaris töötavad silmaarstid teevad vähemalt üks kord nädalas konsultatiivset vastuvõttu; statsionaarse ja/või ambulatoorse kirurgilise ja ambulatoorse vastuvõtu ja protseduuride koormuse vahetõttu on arsti individuaalsest kirurgilise töö koormusest; kõik statsionaaris töötavad silmaarstid teevad oftalmoloogilise vältimatu abi valveid.
Onkoloogia	Arvestades olulisi erimeelsusi eriala õppe korraldamises ei ole võimalik kõiki pooli rahuldavaid koormusstandardeid välja tuua.
Ortodontia	Keskmiselt on tavaks võtta vastuvõtule üks esmakordne patsient tööpäeva jooksul nendel ortodontidel, kes on töötanud pidevalt aastaid ja tema korduvvisiidile tulevad patsiendid moodustavad ülejäänud osa tööpäevast.
Ortopeedia	Ortopeedia erialal on arstide töökoormuses mitu komponenti: kirurgilise operatsiooni tegemine, assisteerimine operatsioonidel, ambulatoorne haigete vastuvõtt, raviplaani koostamine, haigete ravimine statsionaaris. Ortopeediliste operatsioonide mahud ja kestused on suure kõikumisega ja seoses sellega pole võimalik määrata optimaalset kirurgilist töökoormust. Samal põhjusel pole võimalik määrata ambulatoorset tööintensiivsust ortopeedias kuna ka siin tehakse valvetööd. Statsionaaris aastas vajalik teostada 100 operatsiooni ja 50 assisteerimist on olnud siiani normatiiviks.
Otorinolarüngoloogia	Töö struktuur peaks olema järgmine: planeerimine 10%, teostamine 65% --> 75% (vastuvõttud ja operatsioonid, osakonnatöö) – so 127h/kuus ehk 16 tööpäeva keskmiselt; koostöö kliiniliste partneritega 15% - 25h/kuus, so 3 päeva; täiendõpe 5-10%, so 8-16h/kuus, so 1 – 2 päeva; õpetamine ja selle ettevalmistamine, muud töökohustused 5%, so 1 tööpäev kuus. Ravitööks osakonnas on 0,5–1 tund ühele patsiendile päevas. Ühe päevastatsionaarse patsiendi raviks 1,5 h, siia lisandub operatsiooni kestvus. KNK arsti optimaalne töökoormus täiskoormusel töötamisel piisava erialalise pädevuse säilimiseks on alljärgnev: ainult ambulatoorset tööd tegevatel KNK arstidel vähemalt 4000 visiiti aastas; kirurgilise ravitööga tegelevatel KNK arstidel 1000-2000 visiiti aastas ja vähemalt 200 erialast operatsiooni aastas.
Patoloogia	Patoloogi koormusnorm on 6000 punkti aastas, millega võrdsustatakse diagnostilise tsütoloogia 5000 punkti aastas ja 150 lahangut aastas; üks uuring (Haigekassa kood) = 1 punkt; üks patoanatomiline lahang = 40 punkti; Tsütoskriinija päevanorm on 30 klaasi, kui ta ei tee tehnilist tööd.

Pediaatria	Üld- ja keskhaiglas 10-12 haiget (30 min haige kohta) 1 pediaatrile või kombineeritud kodune valve + ambulatoorne vastuvõtt ja töö haiglas tsüklikena; 2 tundi päevas kirjatöö. Regionaalhaiglates 8-10 haiget 1 pediaatrile arvestusega a 30 minutit haigele, 3-4 tundi nädalas töö konsultatiivses polikliinikus, 2 tundi päevas kirjatööle
Peremeditsiin	Töökoormuse määratleb perearsti nimistu suurus, mille piirid on kehtestatud ning on kohustus võtta vastu ägedad haiged samal päeval. Teiste probleemidega patsiendid viie tööpäeva jooksul. Vastuvõtutundide minimaalne arv päevas peab olema 4 tundi, kuid kohustus võtta patsiendid vastu nimetatud päevade jooksul võib tekitada olukorra, mil perearsti töötundide arv päevas kujuneb 10-12 tunniseks.
Plastika ja rekonstruktiivkirurgia	Plastikakirurgi soovitatav koormus oleks järgmine: operatsioonid 15% (s.o. 150 – 180 operatsiooni aastas); ambulatoorne vastuvõtt 30%; statsionaarne töö (visiidid, protseduurid) 30%, dokumentatsioon, enesetäiendamine, täiendõpe 25%.
Psühhiaatria	Täiskohaga ambulatoorne töö (st ilma statsionaarse ja valvetööta): 7 vastuvõttu päevas/1550 vastuvõttu aastas (Soomes ja Rootsis 3-4 vastuvõttu päevas); vahetu töö patsiendiga keskmiselt 40 min (4h 40min päevas); vastuvõtuga seotud kirjatöö 15 min (1h 45min päevas); personali juhendamine, meeskonnatöö, muu kirjatöö, töökoosolekud jms 1h 35min päevas. Täiskohaga statsionaarne töö (st ilma vastuvõttude ja valvetööta): optimaalseks koormuseks kuni 8 patsienti 1,0 arsti ametikoha kohta. Laste- ja noorukitepsühhiaater: täiskohaga ambulatoorne töö (st ilma statsionaarse ja valvetööta): 5 vastuvõttu päevas / 1000 vastuvõttu aastas; vahetu töö patsiendiga keskmiselt 60 min (5 h päevas); vastuvõtuga seotud kirjatöö 25 min (2h päevas); meeskonnatöö, personali juhendamine, muud töökoosolekud 1h päevas; Täiskohaga statsionaarne töö (st ilma vastuvõttude ja valvetööta): optimaalseks koormuseks kuni 6 patsienti 1,0 arsti ametikoha kohta
Pulmonoloogia	Statsionaarne töö: maksimaalselt 5 kureeritavat patsienti, kuni 300 patsienti aastas. Ambulatoorne töö: 2 patsienti tunnis, kusjuures juhul kui kogu tööpäev (8 tundi) on seotud ambulatoorsete vastuvõttudega, siis sellest patsientide vastuvõtule arvestatakse 5 tundi; ülejäänud tööaeg on arvestatud tööle dokumentidega, konsiiliumidele, haigusjuhtude aruteludele, teiste eriarstidega konsulteerimisele ja perearstide küsimuste vastamisele. Juhtudel, mil pulmonoloog on ühtlasi ka suitsetamisest loobumisenõustamise spetsialist, siis tubakast loobujale arvestatakse eraldi 1 tund vastuvõtuaega, arvestades arstile nimetatud vastuvõtuaega vähemalt 2 korda nädalas (mil nendel tööpäevadel on tavapatsientide vastuvõtule arvestatud 4 tundi). Ühe loobumiskatse kohta arvestatakse 1 tund esmast vastuvõttu ja järgnevalt kuni 5 korduvat vastuvõttu (igale korduvale vastuvõtule arvestatakse 15min). Juhul kui pulmonoloog teostab ühtlasi pulmonaalset rehabilitatsiooni, siis rehabilitatsiooni patsiendile arvestatakse eraldi 1 tund vastuvõtuaega (ehk 1 patsient tunnis), arvestades arstile nimetatud vastuvõtuaega vähemalt 2 korda nädalas (mil nendel tööpäevadel on tavapatsientide vastuvõtule arvestatud 4 tundi). Ühe rehabilitatsioonipatsiendi kohta arvestatakse kuni 5 arsti vastuvõttu jne. Päevastatsionaari töö pulmonaalse rehabilitatsioonipatsientidele: maksimaalselt 4 patsienti päevas ja ühele patsiendile arvestusega kokku 10 päeva.

Radioloogia	Radioloogi töö struktuur: uuringute või protseduuride planeerimine 5%; uuringute või protseduuride teostamine 15%; uuringute või protseduuride interpreteerimine 20%; koostöö kliiniliste partneritega 40% (kuni 50%) ajast; täiendõpe 10% ajast; õpetamine ja selle ettevalmistamine 2% (kuni 25%); muud kohustused (töökaitse jm.) 8 %. Hea töötava kohaselt on radioloogi ühe ametikoha töökoormus 5000±500 koormuspunkti aastas. Radioloogi ühe ametikoha maksimaalne töökoormus ei tohi ületada aastas 8000 koormuspunkti, ühe ametikoha minimaalne töökoormus ei tohiks olla alla 3000 koormuspunkti aastas.
Restauratiivne hambaravi	Hambaarsti optimaalseks töökoormuseks oleks 6 tundi kliinilist tööd päevas, ühe külastuse keskmine pikkus on 45 min. Sellele lisandub 1-2 tundi administratiivset tööd, st dokumentide vormistamine, ravi planeerimine, konsultatsioonid kolleegidega jne. Ühel vastuvõtu päeval on 8 visiiti. Millised võiksid olla hambaarsti standardkoormused on Eestis ebaselged. Majanduslikke põhjendusi koormusstandarditele ei ole senimaani välja selgitatud.
Reumatoloogia	Ambulatoorne vastuvõtt: esmane haige – 30 minutit; korduv haige – 20 minutit; ultraheliuuringuga vastuvõtt – 30 min. Päevastatsionaar: kuni 6 haiget ühe arstikoha kohta (päevaravi arst võib osalise koormusega teha ka profiilsete, näiteks subkutaansel bioloogilisel ravil haigete ambulatoorset vastuvõttu). Statsionaar: 6 haiget ühe arstikoha kohta. See on küllaldane, arvestades tänapäevast intensiivset voodikäivet (igapäevaselt 2-3 sissekirjutust ja 2-3 väljakirjutust, lisaks konsultatsioonid statsionaaris ja väiksemahuline ambulatoorne töö).
Sisehaigused	Haiglatöö planeerimiseks tuleks patsiendi esimese voodipäeva tarvis planeerida 45 min arsti tööaega, edasi kõigi voodipäevade kohta 30 min. Selliste normidega on võimalik töötada, kui arstil on üheaegselt haiglas vähemalt 4 haiget. Haigete arv, keda arst üheaegselt tegelikult ravib, sõltub selle arsti kõigist summaarsetest tööülesannetest. Haiglahaige ravimiseks planeeritav aeg päevas eri tüüpi haiglates (regionaal-, kesk- ja üld- ning kohalik haigla) ei peaks suuresti erinema: erinevates haiglatüüpides on arstide töö küll omad iseärasused, ent kui siseosakonnas on aktiivravi vajavad haiged, mitte pikaravil ega hooldusel viibivad krooniliste haigustega patsiendid, siis ajakulus vahet pole. Kvalifikatsiooni säilitamiseks oleks soovitatav, et sisehaiguste arst teeks igas kuus vähemalt 2 valvet. Arvutuseks 1,0 koormusega arstile 10 voodit, 10 t ambulatoorset vastuvõttu nädalas osakonna kohta ehk 180 t/nädalas ehk umbes 5,0 arsti töökoormust. Konsultatsioonid teistele osakondadele - see tööosa statistikas ei kajastu, ent see tööosa on kasvamas.
Suu-, näo- ja lõualuukirurgia	Statsionaarne- ja ambulatoorne töö on lahutamatud, st kirurg töötab nii statsionaaris kui ka ambulatoorses vastuvõtus ja päevakirurgias. Ambulatoorne vastuvõtt hõlmab nii esmatasandi kui ka kõrgema etapi konsultatsioone. Optimaalne töökoormus oleks ambulatoorselt 3-6 tundi nädalas tunnikoormusega 3-6 patsienti tunnis nii esmaste kui ka korduvate visiitide puhul. Statsionaarne töö hõlmab plaanilist-, erakorralist- ja valvetööd. Kirurg peaks vähemalt teostama ca 200 operatsiooni või kirurgilist protseduuri aastas, et tagada oma kvalifikatsioon. Kirurgi ülesannete hulka kuulub nii statsionaaris kui ambulatoorselt diplomi eelse ja järgse õppetöö korraldamine.

Sünnitusabi ja günekoloogia	Arstil koormuseks ambulatoorses töös: 6,5 tundi vastuvõttu, normaalselt 2 patsienti tunnis, 5 päeva nädalas, 45 nädalat aastas ehk 2925 (6,5x2x5x45) patsienti. Raseduspatoloogias: 350 patsienti aastas. Günekoloogias: 320 patsienti aastas. Päevaravi: 6,5 patsienti päevas (6,5*5*45), 1462 patsienti aastas.
Taastusravi	Tulemusi andva töö tagamiseks saab üks logopeed töötada 5-6 patsiendiga paralleelselt (teostada 5-6 kõneravi protseduuri päevas). Koormus sõltuks patsientide vajadustest. 60 patsiendiga neuroloogilises taastusravis võiks ideaalis olla 5-6 logopeedi, minimaalne koosseis oleks 4 logopeedi. Optimaalne tervishoiu sotsiaaltöötajate suhtarv taastusravimeeskondades aastaks 2015: 30 taastusravi voodikohta = 1 sotsiaaltöötaja (statsionaar); 1 taastusarst = 0,5 sotsiaaltöötaja (ambulatoorne); 1 füsioterapeut = 0,5 sotsiaaltöötaja (koduteenus).
Torakaalkirurgia	Torakaalkirurgia erialal tingib minimaalse arstide arvu (neli) mõlemas piirkondlikus haiglas just valveteenistuse tagamise võimekus. Torakaalkirurgi töökoormus jaotub ambulatoorse ja statsionaarse tegevuse vahel, mis sisaldab ambulatoorseid vastuvõtte, endoskoopilisi uuringuid ja raviprotseduure, tööd operatsioonitoas, invasiivseid protseduure, konsultatsioone haigla teistes osakondades ning teistes raviasutustes ja piirkondliku haigla valveteenistuses osalemist. Torakaalkirurgi kvalifikatsiooni säilimiseks on vajalik osalemine kõigis eelnimetatud tööloikudes, samuti pidev teoreetiline ja praktiline enesetäiendus. Optimaalne on 100 torakaalkirurgilise operatsiooni teostamine aastas.
Töotervishoid	Töotervishoiuarsti optimaalne koormus on keskmiselt 1600 töötaja teenindamine aastas, arvestades töotervishoiuarsti tegevuse eripära, millest 60% kulub ambulatoorsele vastuvõtule, 20% tööle tööandjaga ja töökohtade külastamisele, 20% tööle spetsiifilise dokumentatsiooniga. Statsionaarne tegevus töotervishoius tähendab kutsehaiguste diagnostikat. Töökoormus ühe arsti kohta 160 patsienti aastas.
Uroloogia	Tööaeg jaguneb üldjoontes: operatsioonid, assisteerimised 15%; ambulatoorne vastuvõtt 20%; urooloogilised protseduurid 20%; visiidid, dokumentatsioon 25%; enesetäiendus 20%. Kirurgilistel erialadel on kõige lihtsam arsti töökoormust mõõta operatsioonitoas viibitud aja (op+assisteerimised) järgi. Aastas on 47 täistöönädalat à 40 tundi. Sellest peab maha arvama sertifitseerimiseks vajaliku 60 täiendustundi aastas. Seega aastane töötundide arv on ~1800. Keskmise urooloogilise operatsiooni puhasaeg on 73-92 min (PERH 73, ITKH 74 ja TÜK 92 min). Sellele tuleb juurde liita operatsiooniks ettevalmistuse ja lõpetamise aeg ~20 min. Seega kulub urooloogil ühele operatsioonile keskmiselt 1 t 35 min. Siit järeldub, et urooloog peaks töötama operatsioonitoas keskmiselt 270 tundi aastas ehk osalema 170 operatsioonil.
Üldkirurgia	Kirurg võiks vähemalt 10-15% oma tööajast viibida operatsioonitoas, et tagada oma kvalifikatsiooni säilimine. Üldkirurgi töökoormus võiks olla 150 operatsiooni kirurgina ning 50 assisteerimist aastas.

*Kajastatud on südamekirurgia seisukohta, mis on kardiovaskulaarkirurgia üks osa.



2013