

2021



Euroopa Liit
Euroopa Sotsiaalfond



Eesti
tuleviku heaks

praxis | mõttekoda

Omavalitsuste rolli suurendamine üldarstiabi kättesaadavusel

Analüüs viiakse läbi Riigikantselei strateegiabüroo tellimusel ja seda rahastatakse ühtekuuluvusfondide 2014-2020 rakenduskava prioriteetse suuna 12 „Haldusvõimekus“ meetmest 12.2 „Poliitikakujundamise kvaliteedi arendamine“. Projekti algataja on Rahandusministeerium ning koostööpartner uuringu sisulisel konsulteerimisel on Sotsiaalministeerium.

Autorid:

Gerli Paat-Ahi

Priit Purge

Kadri Tillemann

Anne Randväli

Käesoleva töö valmimisse on andnud olulise panuse ka: Kaupo Koppel, Märt Masso, Laura Mallene, Liis Kasemets

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



Euroopa Liit
Euroopa Sotsiaalfond



Eesti
tuleviku heaks

Lühitutvustus

Keskmine perearstide vanus suureneb Eestis iga aastaga ning vajadusele vastava tempoga perearstide juurdekasv praegu puudub. See seab tervishoiusüsteemi järjest suureneva surve alla ning kannatavad patsiendid, kes perearstide puuduse tõttu abi ei saa. Eestis üldarstiabi korraldamisel lähtutakse eeldusest, et see on kättesaadav võimalikult kodu lähedal. Seega on oluline roll üldarstiabi korraldamisel ka omavalitsustel ning selle rolli täitmise edukus võib osutada oluliseks otsustuskohaks perearsti tööle asumise valikutes. Seetõttu on käesoleva analüüsi fookuses omavalitsuste rolli suurenemise hindamine üldarstiabi kättesaadavuse parandamisel. Analüüsi eesmärk on anda hinnang sellele, milliseid täiendavaid ülesandeid (eelkõige infrastruktuuri toetamise ja juriidilise isiku loomisega seotud ülesandeid) omavalitsused seoses üldarstiabi korraldamisega endale juurde saaksid võtta ning kas nende ülesannete täitmine tooks kaasa üldarstiabi parema kättesaadavuse ja kvaliteedi.

Selleks, et välja selgitada üldarstiabi korralduse praegune olukord ja välja töötada olukorra parendamiseks võimalikke tegevuskohti, viisime läbi erinevate valdkonna spetsialistidega intervjuud (perearstid, keskvalitsuse ametnikud, omavalitsuste töötajad), analüüsisime nelja erineva Euroopa riigi praktikaid ja OECD ja WHO soovitusi ning viisime ellu fookusrühma. Eelpool nimetatud meetodikate tulemusel jõudsime kolme omavalitsuste rolle ja tegevusi koondava mudelini, mille ellu rakendamine toetab praeguse süsteemi senisest tõhusamat toimimist:

- **KOV kui haldusteenuse pakkuja**, kus KOV tagab perearstidele sobiliku hoone olemasolu, kuhu perearstid saavad koonduda ja teenust osutada, kuid KOV üldarstiabi teenuse osutamisse ei sekku.
- **KOV kui juriidiline isiku looja üldarstiabi teenuse osutamiseks**, kus KOV võtab endale vastutuse üldarstiabi teenuse osutamises ja palkab tööle perearsti(d).
- **KOV kui (eelkõige finantsidega) toetaja**. KOV toetab perearste finantsiliselt (sh investeerib tervisekeskuste loomisesse) ja/või kaasab perearste erinevatesse projektidesse.

Analüüsi käigus jõudsime peamise järelduseni, et suurendamiseks vaatlusalustes valdkondades omavalitsuste rolli üldarstiabi tagamises, ei ole otstarbekas läbi viia ulatuslikke süsteemseid ümberkorraldusi - vajadus nende järgi on vähene ning nende mõju üldarstiabi kättesaadavusele pigem väike. Tänapäevane õigusruum ja haldussüsteem võimaldavad omavalitsustel soodustada teenuste kättesaadavust, tagades nii perearstidele vajalikku infrastruktuuri kui ka luues teenuseid osutavaid juriidilisi isikuid. Siiski kasutatakse olemasolevaid võimalusi Eesti omavalitsustes vähe ja ebaühtlaselt ning omavalitsuste potentsiaal üldarstiabi kättesaadavust parandada on valdavalt kasutamata. Analüüsi tulemusena jõudsime järeldusele, et täiendavate kohustuslike ülesannete üleandmine omavalitsustele üldarstiabi valdkonnas ei ole otstarbekas, selle asemel on vaja keskenduda tegevustele, mis soodustaksid olemasolevate võimaluste aktiivsemat ja laiaulatuslikumat kasutamist. KOVide potentsiaali ulatuslikum rakendamine üldarstiabi tagamiseks võimaldaks toetada muid võimalikke perearstisüsteemi tõhustamise meetmeid ning avaldada positiivset mõju teenuse kättesaadavusele.

Abstract

The average age of family physicians in Estonia increases and new general medical care providers' increment does not meet society's needs. It puts growing pressure on the health service system and deteriorates the patients who cannot access needed services because of the lack of family physicians.

In Estonia, there is an expectation that general medical care services are provided to the citizens as close as possible. Therefore, local authorities should play a vital role in arranging general medical care services. Furthermore, municipalities have the potential to create preconditions to attract family physicians to work in their territories.

Therefore, the current analysis assesses the aspects of increasing the role of local authorities in improving the accessibility of general medical care services. The study's objective is to evaluate what kind of additional functions could be performed by municipalities and whether local authorities' increased role could enhance service accessibility and higher quality. The analysis focuses on the tasks related to infrastructural support and the establishment of the legal person.

To describe the current situation in the general medical care system and to come up with suggestions to improve it, we conducted the following research activities:

- Expert interviews with family physicians, relevant civil servants, and specialists from central government institutions and municipalities.
- Comparative analysis of practices from four different European countries.
- Desk review of OECD and WHO suggestions.
- Focus group interview with different experts.

The result of our research was a set of three models that local authorities could implement, and these models can supplement the current general medical care system:

- **The municipality as a maintenance unit**, whereas it provides a physical infrastructure (building or another type of premises) for the family physicians but does not have any role in actual service provision;
- **The municipality as a legal person creator** offering general medical care services, whereas it takes responsibility in service provision and hires family physicians as employees of this legal person;
- **The municipality as a supporter** (mainly in financial terms) provides financial support for family physicians (incl. investments into health care centres) and includes them in various local development projects.

We concluded that as far as our focus areas are concerned, there is no need for comprehensive and systematic rearrangements to increase local authorities' role in providing general medical care services. There is no vital need for these rearrangements, and we estimate the expected impact low. The current Estonian legislative and administration system provides necessary tools and mechanisms for municipalities to provide infrastructural support and establish legal persons to provide general medical care services. However, Estonian municipalities' actual use of these options remains relatively low and inconsistent. Therefore, local authorities' potential should be executed more comprehensively to support other measures to make the general medical care system more effective and improve services' accessibility.

Töös kasutatud mõisted ja lühendid

Lühendid

EHK	Eesti Haigekassa
EL	Euroopa Liit
ELVL	Eesti Linnade ja Valdade Liit
ETTK	esmatasandi tervisekeskus
FIE	füüsilisest isikust ettevõtja
Helfo	Norwegian Health Economics Administration
KELA	Soome Sotsiaalkindlustusamet
KOV	kohalik omavalitsus
MUPAK	munitsipaalperearstikeskus
OÜ	osaühing
SKA	Sotsiaalkindlustusamet
STAR	sotsiaalteenuste ja toetuste andmeregister
TK	Töötukassa
TTL	tervishoiuteenuste loetelu
TTKS	tervishoiuteenuste korraldamise seadus

Mõisted

KOV kui haldusteenuse pakkuja – defineerime seda analüüsis kui olukorda, kus KOV tagab perearsti(de)le ruumid, sh võib ruumide tagamine sisaldada ruumide heakorraga seotud tegevusi nagu remont, koristamine jms, vajadusel ruumide sisustust (va meditsiini seadmed), turvalisuse tagamist (turvaseadmed, turvamees).

Sisukord

Lühituvustus	3
Abstract	4
Töös kasutatud mõisted ja lühendid	5
Metoodika	7
1. Analüüsi lähtekohad	9
2. Kuidas toimib perearstiabi korraldus valitud Euroopa riikides.....	13
2.1. Detsentraliseerimise olemus perearstiabi osutamise kontekstis.....	13
2.2. Esmatasandi korraldus võrdlusriikide näitel	14
3. Eesti üldarstiabi korraldus rahvusvahelises võrdluses.....	19
3.1. Nimistute haldamine.....	19
3.2. Tervisekeskuste loomine ja sellest tulenevad kohustused omavalitsustele.....	20
4. Omavalitsuste võimalik roll üldarstiabi tagamisel	24
4.1. Võimalikud toetavad mudelid üldarstiabi tagamiseks läbi omavalitsuste rolli suurendamise	24
4.2. Üldarstiabi korraldamist toetavad ja takistavad argumendid KOV tasandil	26
4.2.1. Perearstide olemasoleva infrastruktuuri kirjeldus.....	26
4.2.1.1. Omavalitsuste võimekus üldarstiabi infrastruktuuriga toetamises.....	27
4.2.2. Omavalitsuste roll üldarstiabi osutava juriidilise isiku loomisel	28
4.2.2.1. Omavalitsuste võimekus üldarstiabi osutava juriidilise isiku loomiseks	30
4.2.3. KOVi rolli suurendamist soodustavad ja takistavad tegurid infrastruktuuri ja juriidiliste aspektide võrdluses 31	
4.3. KOV tasandil eelduste olemasolu üldarstiabi korraldamiseks.....	33
4.4. Rahastamine.....	35
4.5. Muudatuste vajadused KOV tasandil üldarstiabi korraldamises.....	36
4.5.1. Ekspertide ettepanek muudatusteks.....	37
4.6. Otsustuskohad üldarstiabi korraldust toetavate täiendavate meetmete kasutuselevõtus.....	38
5. Analüüsi kokkuvõte	41
5.1. Järeldused.....	42
5.2. Soovitused	43
Kasutatud kirjandus	45
Lisa 1. Intervjuu kavad	49

Metoodika

Käesoleva uuringu teostamisel kombineeriti erinevaid kvalitatiivseid meetodeid. Vastavalt uuringu lähteülesandele rakendati töös järgnevalt kirjeldatud meetodeid.

Dokumendianalüüs

Uuringu lõpptulemusena antavatele poliitikasoovitustele annab sisendi dokumendianalüüs (kirjanduse ülevaade). Kirjanduse ülevaate eesmärk on toetada analüüsi kontseptuaalse raami välja töötamist ning koguda tõendeid ja argumente süsteemide toimivuse ja mõju kohta, mida saab kasutada analüüsi eelduste ja poliitikasoovituste põhjendamisel.

Süvaintervjuud ekspertidega

Süvaintervjuude läbiviimiseks koostati poolstruktureeritud intervjuukavad. Kuigi intervjuukavade põhistruktuur oli kindel, jätsime sisse piisavalt paindlikkust ja valikuvõimalusi, et käsitleda teemasid ja esitada küsimusi viisil, mis intervjuueeritava puhul oleks tulemuslik ja informatiivne. Kokku intervjueriti seoses üldarstiabi osutamise valdkonnaga 30 inimest KOVidest, ministriumitist (Rahandusministeerium ja Sotsiaalministeerium), Terviseametist, Eesti Linnade ja Valdade Liidust (ELVL), patsiendiorganisatsioonidest ja perearstipraktisistest.

Fookusrühm

Senise analüüsi tulemuse valideerimiseks ning üldarstiabi korraldamise võimaluste ja väljakutsete selgitamiseks korraldas analüüsimeeskond fookusgrupi arutelu kaheksa valdkondliku eksperdiga Rahandusministeeriumist, Sotsiaalministeeriumist, Eesti Haigekassast, kohalikest omavalitsustest (Väike-Maarja vald, Võru linn, Saue vald, Tallinn) ja Eesti Perearstide Seltsist. Arutelu sisendina tutvustas Praxis peamisi tekkinud praktikaid ja mudeleid KOV rollist üldarstiabi tagamisel, mida ekspertidega valideeriti. Seejärel arutleti ühiselt iga mudeli võimalike positiivsete ja negatiivsete mõjude üle. Järgmise sammuna moodustati kaks gruppi, kus ajurünnaku käigus otsiti lahendusi, kuidas toime tulla negatiivsete mõjudega ehk milliseid võimalusi saaks KOV kasutada negatiivsetele mõjudele vastamiseks. Arutelud olid toetatud töölehtedega, fookusrühma arutelu tulemustest ja suuliselt kõlanud mõtete ülestähendustest valmis ka kokkuvõtte.

Võrdlusriikide valik

Eesti omavalitsussüsteem on kujundatud peamiselt põhja-euroopaliku omavalitsusmudeli eeskujul (mille keskseks strateegiaks kohaliku omavalitsuse ja selle autonoomia arendamisel on läbi detsentraliseerimise, elanike omaosaluse ja vastutuse kujundada omavalitsuse rolli ja kuvandit). Seetõttu oli välisriikide kogemuse analüüsimisel mõistlik kasutada näiteid Põhjamaadest, ent mitte ainult sealt. Välisriikide detsentraliseerimise kogemuse hindamisel pöörati tähelepanu ka sellele, kuidas on riigis korraldatud perearstiabi andmine KOVi tasandil, millised on olnud selle eelised ja takistused ning kas ja kuidas see on mõjutanud üldist perearstiabi teenuse kättesaadavust ja kvaliteeti. Võimalusel analüüsiti ka KOVi kohustusi ja ülesandeid.

Välisriikide analüüsi kaasati järgmised riigid:

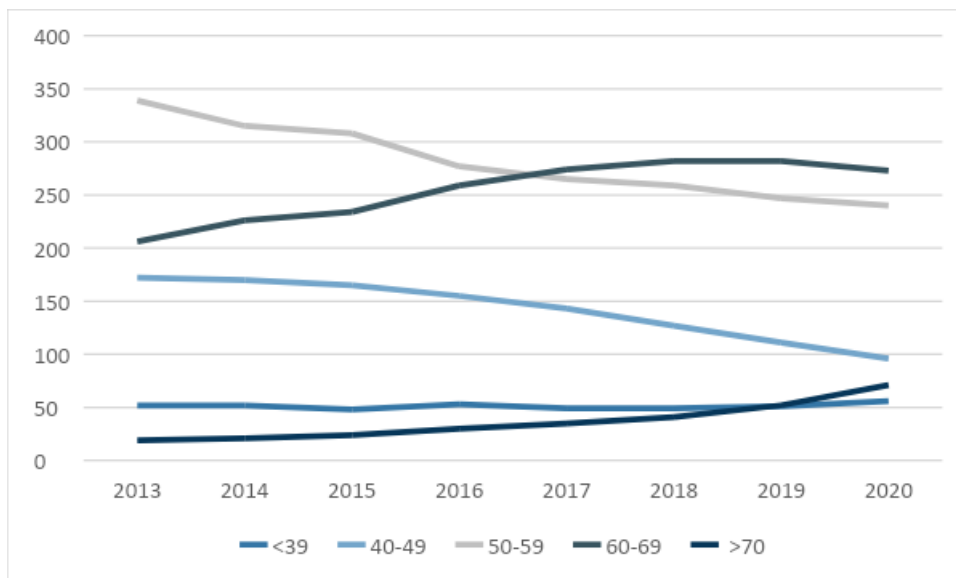
- Soome valiti eelkõige Eestiga sarnase tervishoiu- ja sotsiaalhoolekande korralduse tõttu. Samuti on Soomes palju rõhku pandud teenuste detsentraliseerimisele ja ka omavahelisele integreerimisele.
- Norra on paljuski sarnane Soomega, perearstiabi ja hoolekande teenuste korraldus on KOVi vastutada.

- Hollandi valisime antud analüüsi, sest seal on Euroopas kõige edukamalt suudetud rakendada integreeritust tervishoiu- ja sotsiaalhoolekande teenuste vahel.
- Ühendkuningriigi ja täpsemalt Inglismaa valisime analüüsi, sest seal pannakse suurt rõhku teenuste (sh sotsiaalvaldkonna ja tervishoiu) integreerimisele ja inimkesksusele.

Käesoleva üldarstiabi korraldamise raportiga on paralleelselt koostatud erivajadusega inimeste abivajaduse hindamise ja teenuste osutamise raport. Seetõttu kasutati intervjuude läbiviimisel samu omavalitsusi ja omavalitsuste profileerimise meetodika on ära toodud abivajaduse hindamise ja teenuste korraldamise temaatilises raportis. Üldjuhul olid intervjuueeritavateks küll erinevad inimesed, kuid väiksemate omavalitsuste puhul võisid need kattuda. Võrdlusriikide analüüsis kasutati samu riike, eelkõige eesmärgiga selgitada välja teemade kattuvus omavalitsuste tasandil (nt esmatasandi koostöömudel, kus on integreeritud nii perearstiabi kui sotsiaalhoolekanne).

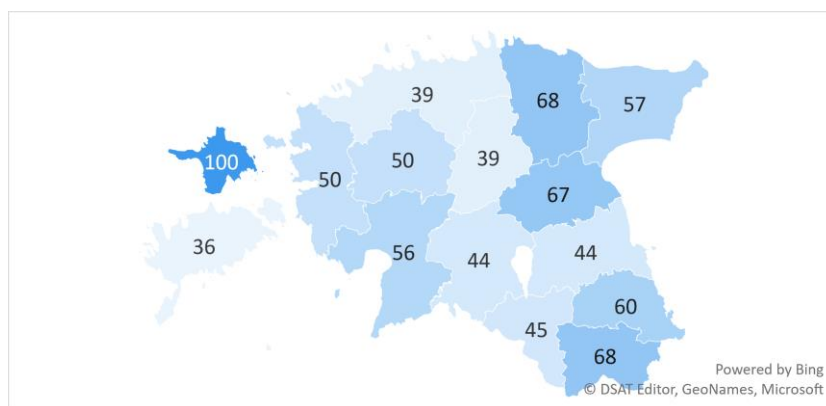
1. Analüüsi lähtekohad

Perearstide vajadus suureneb iga aastaga, mistõttu on oluline leida viise, kuidas tagada piirkonnas perearsti olemasolu. Viimase 8 aastaga on Terviseameti andmetel tõusnud perearstide keskmine vanus kolm aastat ja on käesolevaks hetkeks 57 aastat. See tendents toob kaasa järjest suureneva vajaduse uute perearstide järgi. Paljud perearstid on jätkanud (suuresti arstide puuduse tõttu) tööd pensionieas. 2020. aastal on 10% perearstidest 70 aastased ja vanemad. Nagu järgnevalt jooniselt nähtub, siis see osakaal suureneb iga aastaga. Kolmandik perearstidest kuulub vanuserühma 60-69 aastat ja vaid 7% kuulub kõige nooremasse vanuserühma ehk kuni 39 aastat.

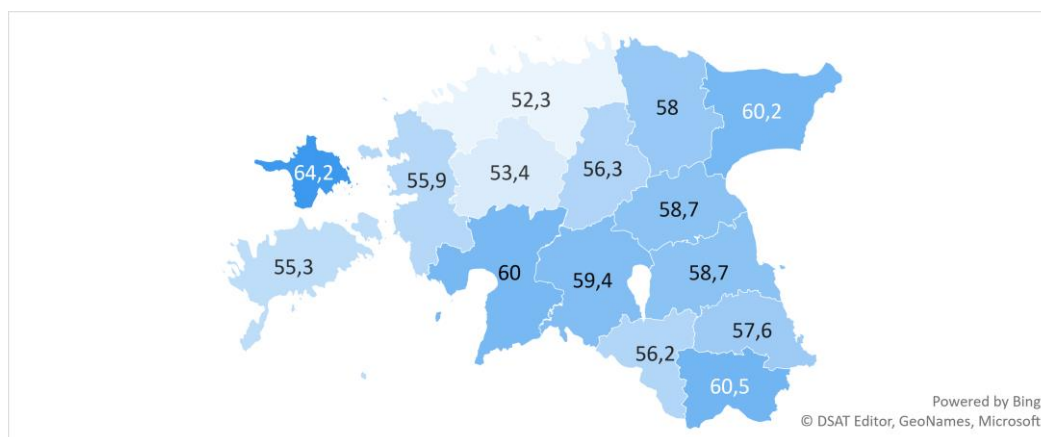


JOONIS 1. PEREARSTIDE ARV VANUSEGRUPPIDE LÖIKES

Perearstide keskmine vanus erineb suuresti piirkonniti, sealjuures on kõige haavatavamad piirkonnad need, kuhu on niigi keeruline perearsti leida. Nimelt on leitud, et vaatamata erinevatele meetmetele (nt lähtetoetus) eelistavad perearstid töötada teatud piirkondades (populaarsemad on Tallinn ja Tartu) (1). Hiiumaa on praegu ainuke maakond, kus kõik perearstid on 60-aastased ja vanemad, kuid lähiajal võib selliseid maakondi veel lisanduda. Samas vanusegrupis on üle poolte perearstidest ka Võrumaal, Põlvamaal, Ida-Virumaal ja Jõgevamaal (vt joonis 2). Kõige paremas olukorras (st leidub kõigis vanusegruppides perearste) on Saaremaa, Harjumaa ja Järvamaa. Joonisel 3 on esitatud perearstide keskmine vanus maakonna lõikes.



JOONIS 2. 60-AASTASTE JA VANEMATE PEREARSTIDE OSAKAAL MAAKONNA LÖIKES



JOONIS 3. PEREARSTIDE KESKMINE VANUS MAAKONNA LÖIKES

Ehkki arstiõppe vastuvõtukoote on järk-järgult suurendatud (nt 2000. aastal võeti arstiteaduskonda vastu 100 üliõpilast, 2020. aastal aga 185), on seda tulevikuvajaduste katmiseks liiga vähe ja Sotsiaalministeeriumi hinnangul peaks vastuvõtukoort olema minimaalselt 200. Selleks, et lahendada perearstide nappuse probleemi, tuleks Eestis vähemalt järgmise kümne aasta vältel koolitada praeguse 35 perearsti asemel aastas 50 perearsti (2).

Vastavalt TTL-le on üldarstiabi ambulatoorne tervishoiuteenus, mida osutavad perearst ja temaga koos töötavad tervishoiutöötajad. Perearst on vastava hariduse saanud eriarst, kes töötab kas perearsti nimistu alusel või ilma nimistuta. Perearsti teeninduspiirkond on Terviseameti poolt määratud kohaliku omavalitsuse üksuse või kohaliku omavalitsuse üksuste ala, mille piires peavad perearst ja temaga koos töötavad tervishoiutöötajad teenust osutama. Sealjuures arvestab Terviseamet piirkonna eripära ning mõningatel juhtudel võib perearsti teeninduspiirkond jääda ka erinevate KOVide ja/või maakondade alale (3).

Perearstid võivad tegutseda füüsilisest isikust ettevõtjana või üldarstiabi osutava äriühingu kaudu. Üldarstiabi osutava äriühingu osanik või aktsionär võib olla sama äriühingu kaudu tervishoiuteenuseid osutav perearst või ka kohaliku omavalitsuse üksus(ed), kui vähemalt ühel nende territooriumidest asub üldarstiabi osutava äriühingu tegevuskoht (3). Valdav osa perearstidest on loonud ise juriidilise isiku ja KOV on selleks olnud üksikudel juhtudel (4). Selline korraldus tagab perearstile oma töö iseseisva korraldamise, mis on üldjuhul olnud motivaatoriks perearsti eriala valikul (5). Kogu perearstipraksise sisustus ja aparatuur tuleb pakkuda praksise omaniku poolt. Selle soetamise toetamiseks on perearstid pakkunud ühe lahendusena, et EHK võiks võimaldada praksise alustamiseks suuremat ettemaksu krediidina vm moel (5). KOV praksise omanikuna saaks hüvitada ise kõik alustamisega seotud kulud.

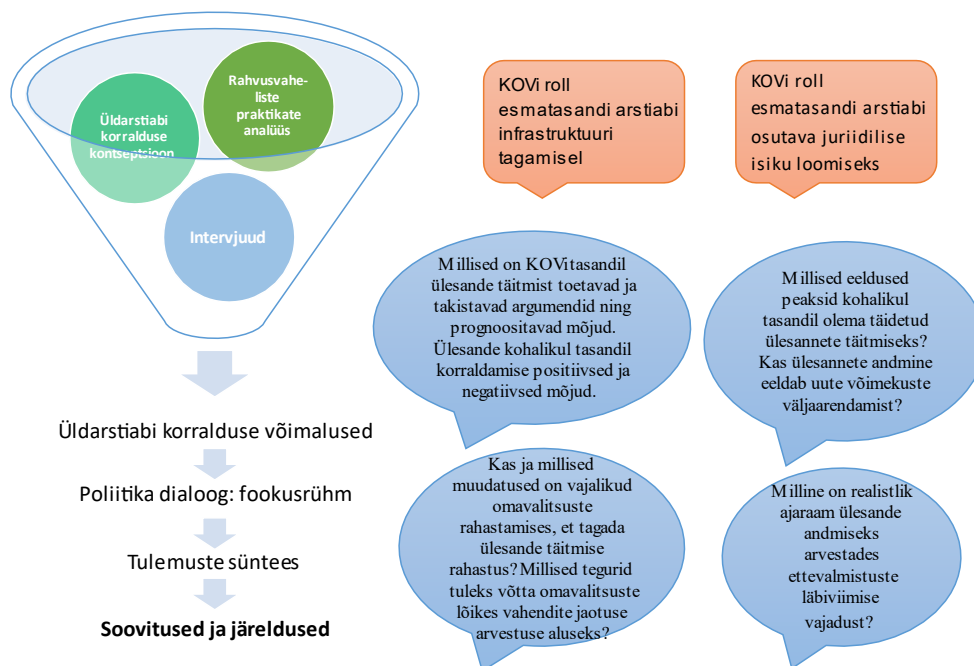
Käesoleva analüüsi fookuses on hinnata, kas ja kui, siis millisel moel tagaks omavalitsuste rolli suurendamine parema üldarstiabi teenuse, sh selle kättesaadavuse. Analüüsi **eesmärk** on anda hinnang valdkonna ülesannete kohalikul tasandil täitmise sobivusele ja elanikele kaasnevale võimalikule kasule ning täitmise tasandi sobivusel kaardistada poliitikamuudatuste vajadused.

KOVide tegevuse analüüsimisel seoses üldarstiabi korraldamisega lähtutakse järgmistest mõõdikutest:

- Kuivõrd muutuvad teenused elanikule paremaks – nt kättesaadavus, paindlikkus ja parem vastavus elanike vajadustele;
- Kuivõrd kasutatakse ära võimalused, mis kaasnevad ülesande kohalikul tasandil korraldamiseks andmisega, nt kohalikul tasandil on parem teadlikkus vajadustest, enam vahetat infot, võimalus arvestada piirkondlike eripäradega.

Võttes arvesse, et mudelite ellu rakendamine võib vajada pikemat ettevalmistust nii regulatsioonideks, omavalitsuse poolseks ettevalmistuseks kui ka täiendava kompetentsi kujundamiseks, lähtutakse analüüsi koostamisel ja hinnangute andmisel pikaajalisemast vaatest (vähemalt viis aastat). Seejuures peab arvestama omavalitsuste haldusreformi järgse järjepideva võimekuse kasvuga ning võimalusega omavalitsustes uued võimekused välja arendada.

Joonisel 4 on poliitikaanalüüsi kontseptuaalne mudel koos sisendite, väljundite ja analüüsi peamiste küsimustega.



JOOINIS 4. POLIITIKAANALÜÜSI KIRJELDUS (AUTORITE KOOSTATUD)

Käesoleva analüüsi uurimisülesanded on:

- Analüüsida KOVi rolli esmatasandi arstiabi infrastruktuuri¹ tagamisel;
- Analüüsida KOVi rolli esmatasandi arstiabi osutava juriidilise isiku loomisel, kui see on vajalik abi kättesaadavuse tagamiseks.

Uurimisülesannetest tulenevatelt on peamised uurimisküsimused:

- Millised on KOVi tasandil ülesande täitmist toetavad ja takistavad argumendid ning prognoositavad mõjud? Millised on ülesande kohalikul tasandil korraldamise positiivsed ja negatiivsed mõjud?
- Milline on ülesande andmise otstarbekus? Millised eeldused peaksid kohalikul tasandil olema täidetud ülesannete täitmiseks? Kas ülesannete andmine eeldab uute võimekuste väljaarendamist?
- Kas ja millised muudatused on vajalikud omavalitsuste rahastamises, et tagada ülesande täitmise rahastus? Kui muudatused on vajalikud, siis millised tegurid tuleks võtta omavalitsuste lõikes vahendite jaotuse arvestuse aluseks?

¹ Käesoleva analüüsi kontekstis ei kuulu IT infrastruktuuri hulka.

- Milline on realistlik ajaraam ülesande üleandmiseks, arvestades ettevalmistuste läbiviimise (sh võimekuse väljakujundamise) vajadust?

Käesoleva uuringu raames kasutatakse kolme erinevat mõistet: üldarstiabi, perearstiabi ja esmatasand. Üldarstiabi mõiste tuleneb otseselt Eesti seadusandlusest, mille kohaselt on perearstid üldarstiabi teenust osutavad arstid. Perearstiabi mõistet kasutatakse laialdaselt välisriikides (sh antud analüüsi kontekstis võrdlusriikides), samuti on perearstiabi mõiste laialdaselt kasutatav Eesti perearstide seas. Seetõttu on jäetud ka intervjuude tsitaatides sisse just perearstide endi poolt kasutatud mõiste. Esmatasandi mõiste on laialdaselt kasutatav nii välisriikides kui Eestis, kuid peab arvestama, et enamasti tähendab see lisaks perearstidele täiendavaid teenuseid, nt apteegiteenus, vaimse tervise teenus vms.

Lähimuspõhimõte ehk subsidiaarsusprintsip on põhimõte, mille kohaselt tuleb avalikke funktsioone täita eelistatult elanikule kõige lähemal asuval avaliku halduse tasandil, kus see on ülesannete loomu, ulatust ning täitmise tõhususe nõuet arvestades kõige sobivam (6). Käsitleme siinses raportis omavalitsust kui administratiiv-poliitilist haldustasandit, mitte territoriaalset haldusüksust.

Käesolev analüüs on sisend keskvalitsuse edasistele otsustele detsentraliseerimise suunal. Ülesande üleandmine eeldab Vabariigi Valitsuse otsust, läbirääkimisi Eesti Linnade ja Valdade Liidu, omavalitsuste osapoolte kokkuleppeid tingimuste ja edasiste tegevuste osas ning rakendusplaani väljatöötamist ja elluviimist.

2. Kuidas toimib perearstiabi korraldus valitud Euroopa riikides

Käesolevas peatükis antakse ülevaade detsentraliseerimise olemusest perearstiabi osutamise kontekstis, eelkõige KOVide rollist perearstiabi osutamisel.

2.1. Detsentraliseerimise olemus perearstiabi osutamise kontekstis

Euroopa, sh Eesti esmatasandi tervishoiu eesmärk on tagada igale kodanikule ilma suunamiseta kättesaadav perearstiabi. Riikide lõikes on Euroopas esmatasandi tervishoiusüsteemis mitmeid erinevaid praktikaid. Euroopa esmatasandi tervishoiu üldine kontseptuaalne lähenemine toimub põhimõttel, et esmatasandi tervishoiuteenused peavad olema ühetaoliselt kättesaadavad kõigile abivajajatele. Kuigi esmatasandi tervishoid definitsioonina võib riikide vahel olla sõnastatud erinevalt, sisaldavad enamik definitsioone siiski järgnevaid aspekte: kättesaadavus, kvaliteet, koordineerimine ja järjepidevus. Sealjuures võib erinevusi olla ka esmatasandi teenuste osas, nt Inglismaal kuulub esmatasanditeenuste alla ka apteegiteenus, Hollandis vaimse tervise teenused jne.

Paljud Euroopa riigid on esile toonud oma esmatasandi tervishoiusüsteemi edukad aspektid. Näiteks Inglismaal on esmatasandi tervishoid kättesaadav kõigile (sh ravikindlustuseta) kodanikele ja seal osutab esmatasandi tervishoiuteenuseid laia spektriga meeskond, mis vähendab nõudlust kallimale spetsialiseeritud/ hospitaliseerimisega ravile. Šotimaa esmatasandi tervishoid põhineb tugeval koostööl ja suurepärasel laial esmatasandi tervishoiuteenust pakkaval meeskonnal. Hispaania on oma tugevuseks pidanud tugevat tiimitööd esmatasandi tervishoius ja seda, et esmatasandi planeerimine on poliitiliselt kesksel kohal. Taanis on pandud esmatasandi tervishoius palju vastutust kohalikele omavalitsustele ning nende vahel valitseb tugev koostöö (sh peavad nad vastutama kogu ennetustöö eest). Prantsusmaa on esile toonud hea esmatasandi tervishoiu kättesaadavuse ja teenusepakkujate koolituse (7). (OECD, 2020)

Detsentraliseerimine on paljude tervishoiusüsteemide põhiomadus, kusjuures tervishoiuteenuste osutamise ja rahastamise eest vastutavad sageli piirkondlikud või kohalikud omavalitsused. Ehkki see võib olla ajaloolise konteksti, näiteks föderalse või unitaarse süsteemi mõju, on detsentraliseerimise põhjuseks sageli keskvalitsuse vajadus leevendada eelarvesurvet (8). OECD riikide seas varieerub tervishoiu detsentraliseerituse tase olulisel määral. Detsentraliseerimine tervishoius saab sageli alguse soovist leevendada survet eelarvele või nähakse selles mehhanismi tervise tulemuslikkuse näitajate parandamiseks (nt stimuleerides efektiivsust või pöörates tähelepanu vajaduspõhisele teenuste pakkumisele). Keskvalitsuste peamiseks rolliks on tagada tervishoiuteenuste efektiivsus ja võrdne kättesaadavus. Seetõttu on KOVi tasandi standardid ja kulutused tervishoiule enamasti mõjutatud kesketest regulatsioonidest, seadusandlusest ja kokkulepetest, mis vähendavad KOVi tasandi vabadust tervishoiupoliitikat ja teenuste pakkumist teostada oma äranägemise järgi. (9). (OECD, 2019a)

Detsentraliseerimine on üha populaarsem mõiste, mida kasutatakse ka paljudes riikides esmatasandi tervishoiupoliitika põhielemendina (st eesmärgiks on teenuse kodulähedane osutamine ja teenuse planeerimine/korraldamine kohalikul tasandil). Detsentraliseerimisel on siiski ka negatiivseid tagajärgi, mida tuleb arvesse võtta (10). Näiteks võib üks negatiivne aspekt olla perearstisüsteemi erastamine, mille tagajärjel nõrgeneb riiklik strateegiline esmatasandiga seotud poliitika ning samuti võib kannatada perearstiabi kvaliteet ja kättesaadavus (11). Mõnes riigis (eelkõige arengumaades, aga ka mõnes endises Nõukogude Liidu riigis) on perearstiabi erastamine toimunud detsentraliseerimise argumendi abil, kuigi need on erinevad tegevused, mida ei tohiks segi ajada (12). Samas on organisatsioone (nt Maailmapank), mis propageerivad esmatasandi detsentraliseerimist, kuid on välja jätnud koordineerimise tugevdamise kohalikul tasandil ning juhtimissuutlikkuse võimendamise (13). Üldiselt on leitud, et esmatasandi

ressursside jaotamisel ja planeerimisel peab tagama teatud tsentraliseerituse, muidu on suur risk, et teenust saadakse ebavõrdsetel alustel (nt ei tohiks detsentraliseerimise korral jääda rahastamine ja teenuse korraldus vähemvõimekatele omavalitsustele) (14). Poliitikakujundajad peavad tõsiselt kaaluma, kas teenuste detsentraliseerimine tagab kõigile osapooltele õigluse, teenusevajajatele võrdsetel alustel teenuse kvaliteedi ja kättesaadavuse ning kas see ei lõhesta kuidagi ühiskonda tervikuna (nt ühe omavalitsuse inimestele on teenus kättesaadav, aga teisele mitte) (15).

2.2. Esmatasandi korraldus võrdlusriikide näitel

NORRA

Norra tervishoiusüsteemi organisatsiooniline struktuur on üles ehitatud teenustele võrdse juurdepääsu põhimõttel, sõltumata patsientide sotsiaalsest staatusest, asukohast ja sissetulekust. Riigi roll on riikliku tervishoiupoliitika väljatöötamine, õigusaktide ettevalmistamine, järelevalve teostamine ning rahaliste vahendite eraldamine. Põhiline vastutus tervishoiuteenuste osutamise eest asub neljal regionaalsel tervishoiuasutusel ja 356 omavalitsusel.

KOVi ülesandeks on tagada läbi esmatasandi tervishoiu tervise edendamine ning haiguste ja vigastuste ennetamine, sealhulgas koolitervishoiuteenuste ja tervisekeskuste ja sealsete teenuste korraldamine, lastele koduste arstivisiitide ja arstivastuvõttude korraldamine, ämmaemandate ja arstiabi teenuste pakkumine, raseduse kontroll ja väikelaste vaksineerimine vastavalt soovitatud immuniseerimisprogrammidele.

KOVi poolt loodud tervisekeskustes asub lisaks erinevatele meditsiiniteenustele ka perearstipraxis. Seadusest tulenevalt on KOVi kohustus tagada igale inimesele perearst, kes üldjuhul on eraettevõtja. Enamik perearste töötavad füüsilisest isikust ettevõtjatena ühiselt koos samades perearstipraxisites. Perearstipraxisis töötab tavaliselt koos 1-6 arsti, lisaks töötavad seal õed, laborandid ja assistendid (16). Koos töötavatel perearstidel on lihtsam ühiselt maksta nii tugistruktuuri, materjalide jmt eest. Mõnes piirkonnas pakub KOV ise munitsipaalettevõttena tervisekeskuses esmatasandi arstiabi teenust, kuid see moodustab ligikaudu 6% kogu tervishoiuteenuste mahust (16).

Piirkondlikel tervishoiuasutustel ja omavalitsustel on seadusest tulenevalt õigusaktide ja olemasolevate majandusressursside piires vabadus kavandada ja korraldada tervishoiuteenuseid vastavalt oma soovidele. Praktikas piiravad iseseisvat tegutsemisvabadust olemasolevad rahalised ressursid. Perearstidele eraldatud rahastusest ei piisa kõigivõimalikeks teenusteks. Omavalitsused sõlmivad perearstidega lepingud, mis reguleerivad suhteid, tasustamist ja ülesandeid perearstide ja kohalike omavalitsuste vahel. Näiteks on KOVil tulenevalt sõlmitud lepingust õigus nõuda perearstilt omavalitsuses tervishoiutöö tegemist (maksimaalselt 7,5 tundi nädalas) (17).

Riigi või KOV poolt loodud perearstikeskuste palgatud perearstide osakaal on Norras 7%. 93% perearstidest on füüsilisest isikust ettevõtjad, kelle tööülesandeid reguleerivad kohalike tervishoiukeskustega (omavalitsustega) sõlmitud lepingud. Perearstid saavad tasu patsientide arvu põhjal kombineerituna, mis koosneb KOV poolt makstavast põhitasust oma elanike teenuste eest, teenustasudest läbi Helfo ja patsientide omaosalusest (16). KOV poolt makstav põhitasu sõltub perearsti nimistusse kuuluvate elanike arvust. Summa suurus lepitakse kokku ministeeriumi, KOV liidu, regionaalsete tervishoiu asutuste ja meditsiinitöötajaid esindavate organisatsioonide läbirääkimistel. Ülejäänud esmatasandi arstiabi töötajatele, näiteks õed, ämmaemandad ja füsioterapeudid, maksavad omavalitsused kindlat fikseeritud palka (17).

Norras kulub esmatasandi arstiabile 5,8% kogu tervishoiukuludest. Enamiku tervishoiuteenuste jaoks kehtib omaosalus, kuid kui mõne tervishoiuteenuse aastased kulud ületavad teatud taseme, kaeti kõik selle

künnise ületanud teenuste kulutused riiklikust kindlustusest. See kulude ülemäär ei sõltu patsiendi sissetulekust. Kui patsiendid on jõudnud aastase ülempiirini (2019. aastal määrati selleks 2 369 Norra krooni), vabastatakse nad edasise kulude tasumisest ja ravi on neile Euroopa regioonis tasuta (16).

Ehkki esmatasandi tervishoiuteenuste eest vastutavad omavalitsused, on keskvalitsusel lisaks kolm rahvatervise valitsemisasutust – haldusorganid, mis on tervishoiu- ja hooldusteenuste ministeeriumi alluvuses. Kuigi keskvalitsus on andnud valitsemise üle kohalikele omavalitsustele, kontrollib ta tervishoiuteenuseid jätkuvalt juhiste, direktiivide, suuniste, õigusaktide, eelarvestamise ja erinevate keskvalitsuse asutuste kehtestatud rahaliste stiimulite kaudu (18).

SOOME

Soomes on loodud munitsipaal-tervisekeskused, kus perearstid on tööl töölepingu alusel. Tervisekeskus koosneb erinevatest meditsiinitöötajate rühmadest (nt perearstid, koduhooldusõed, füsioterapeudid, tegevusterapeudid ja logopeedid), kes kõik töötavad koos samas ettevõttes. See tähendab, et perearstil pole oma kindlat nimistut ja tervisekeskusesse pöördujad suunatakse esimese vaba perearsti juurde. Tervisekeskused on omavalitsuse haldusalas ja neid finantseeritakse läbi teenuste hinnastamise. Kui tervisekeskus teenindab mitut omavalitsust, jagatakse kulud tulenevalt osutatud teenuste mahule. Omavalitsused ja haiglapiirkonnad saavad ise otsustada, kuidas rakendatakse valikuvabadust esmatasandi arstiabi osutamisel (19).

Esmatasandi tervishoiuteenuseid osutab Soomes umbes 150 tervisekeskust. Esmatasandi tervishoiuteenuseid võivad omavalitsused pakkuda kas üksi või koostöös teiste omavalitsustega või hankida teenusena erasektorist. Samas ei ole pakutavad teenused ja uuringud ühtselt reguleeritud ning võivad olla erinevates tervisekeskustes ja piirkondades erinevad (20). Inimesed määratakse üldjuhul oma piirkonnas asuvasse tervisekeskusesse, kuid soovi korral saavad nad pöörduda keskuses asuva konkreetse perearsti juures. Umbes pooled Soome elanikest külastavad alati oma kindlat perearsti. Teine pool ei kohtu oma visiidi ajal kunagi sama perearstiga. Keskmine patsientide hulk Soomes ühe perearsti kohta on 1900 isikut. Samas võib see erinevates omavalitsustes erineda.

Omavalitsused saavad ka erasektorist teenuseid hankida ja omavalitsustes on lepingutes sätestatud kriteeriumid sisu, personali ja teenuse kvaliteedi osas. Maksemehhanismid võivad varieeruda, kuid tavaliselt makstakse lepingulistele pakkujatele põhikirja alusel või vähemal määral kogueelarve alusel (21). Tervisekeskustes saavad patsiendid valida, kas maksavad iga perearsti visiidi eest eraldi või perearsti vastuvõtu aastatasu, mis on ühekordne tasu aastas perearsti külastuste eest. Omavalitsustel on tervishoiuteenuste rahastamisel võtmeroll. Riik subsideerib omavalitsusi maksutuludest. Mitme omavalitsuse omanduses olevates tervisekeskustes koostatakse eelarved sarnaselt, kuid kulude jagamine liikmes-omavalitsuste vahel määratakse tavaliselt osutatavate teenuste mahu põhjal (22).

2018. aastal oli tervishoiukulude riikliku rahastamise osakaal 75,8%, erarahastamine moodustas 24,2%. Riikliku rahastuse osakaal kasvas võrreldes 2017. aastaga 0,5%.

HOLLAND

Hollandis osutatakse esmatasandi tervishoiuteenust perearstide poolt loodud esmatasandi arstiabi praksistes. Perearstid on praksiste omanikud, omades või rentides tegevuseks vajalikku infrastruktuuri. Perearstid teevad meditsiinilist läbivaatust ja ravivad enamlevinud haigusi, vajadusel suunavad patsiendid eriarsti juurde.

Hollandis pakuvad esmatasanditeenuseid perearstid, kes palkavad endale appi õe ja muu meeskonna. Meeskonda kuuluvad ka tervishoiuassistendid, kes võtavad vereproove ja täidavad muid rutiinseid

ülesandeid ning osalevad vaksineerimise programmides. Tänu sellise tööjõu kasutamisele on teenuste kättesaadavus suurenenud (23). KOV sõlmib perearstidega esmatasandi arstiabi osutamiseks koostöölepingu, mis kohustab perearsti KOVi elanikele esmatasandi arstiabi osutama. Omaavalitsused võivad sõlmida koostöölepinguid oma elanikele esmatasandi tervishoiuteenuste osutamiseks üksi või koostöös teiste omaavalitsustega, samuti on neil võimalik hankida teenuseid erasektorist. Kindlaksmääratud meditsiiniliste juhtumite korral võivad patsiendid kasutada saatekirjasid ka eratervishoiuteenuse hankimiseks (24).

Kõik Hollandi elanikud peavad olema registreeritud omal valikul kohaliku perearsti juurde. Ühe täiskohaga perearsti nimistusse kuulub keskmiselt 2350 isikut. Enamik perearste töötab väikestes praksistes (2–5 arsti), mis asuvad nimistu lähedal. 2017. aastal oli registreeritud 13 364 esmatasandi arsti ja 23 236 meditsiinispetsialisti. 82% arstidest töötas 2016. aastal väikestes praksistes ja 18% üksikpraksises (23). Üha tavapärasemaks on muutunud koostöö suurenemine, tendents liigub suuremate meeskondade ja organisatsiooniliste võrgustike poole. Võrgustikega on liitunud ka teiste erialade spetsialistid, näiteks füsioterapeudid, psühholoogid ja kogukonnaõed (25).

Tervishoid on Hollandis rahastatud 72% ulatuses kodanikele kohustusliku tervisekindlustuse kaudu, millele lisandub 13% üldisest riiklikust maksutulust, ülejäänud osa moodustab omaosalus või vabatahtlik tervisekindlustus. Perearstiteenuse pakkujad on iseseisvad mittetulunduslikud ettevõtjad. Perearstide tasustamine toimub kombinatsioonis, mis sisaldavad teenusetasusid, pearaha, komplekstasusid integreeritud teenuste eest ning tulemustasu, mis näiteks sõltub kättesaadavusest ja saatekirjade arvust (26). Pearaha suurus sõltub nimistu suurusest, vanusest, koduvisiitidest ja õeteenustest. Komplekstasu on ravikindlustuse pakkujaga kokkulepitud raviks vajalikud teenuste tasu. Perearsti poolt vaadatuna peaks pearaha suurus katma umbes 77% praksise käibest ning komplekstasud ja tulemustasu 23% käibest (27).

ÜHENDKUNINGRIIK

NHS (*National Health Service*) rahastab riiklikult kogu tervishoiuteenust kogu Ühendkuningriigi elanikkonnale. Ühendkuningriigis on esmase ja eriarstiabi teenused kõigile kodanikele tasuta (sh kindlustamata inimestele). Valitsus eraldab raha igale piirkondlikule (kokku neli) tervisesüsteemile, sealjuures on igal piirkonnal õigus otsustada oma tervishoiupoliitika üle. Tervisesüsteemi rahastus tuleb enam kui 80% ulatuses üldisest maksutulust, ülejäänud osa moodustavad eratervisekindlustus ja omaosalusmaksed. Teenuste eest tasumise praktika on erinev: näiteks Inglismaal jaotab NHS nn kaalutud pearaha oma piirkondlikele kliinilistele üksustele, mille all pakuvad erapraksistes ja keskustes teenuseid perearstid ja teised esmatasandi teenuste pakkujad; Wales ja Šotimaa rakendavad samuti nn pearahameetodit, mida piirkondlikud tervisehoiu nõukogud kasutavad ise teenuste pakkumisel (28).

Inglismaal pakuvad perearstid esmatasandi tervishoiuteenuseid seega praksistes ja keskustes (GP). Perearstid on iseseisvad ettevõtjad, nad pakuvad teenuseid kas üksi või koos teiste perearstidega. Tavaliselt töötavad 4–6 perearsti koos ühise keskusena. Perearstikeskused põhinevad erakapitalil. Perearst töötab kas erapraksise partnerina või palgalise töötajana suuremas keskusel. Et pakkuda laiemat teenuste hulka ja integreeritumat ravi, on perearstikeskused ja praksised omakorda sageli koondunud regionaalsetesse võrgustikesse (*Primary Care Networks*) (29). Omaavalitsus osaleb partneri ja riigipoolse käepikendusena esmatasandi arstiabi kvaliteedi kontrollorganina (29).

Ühendkuningriigis on keskmine nimekirja suurus 1745 isikut, suurim on see Inglismaal ja madalaim Šotimaal (30). Inglismaa elanikel on õigus registreeruda nimistusse seal piirkonnas, kus nad parasjagu elavad. 2017. aasta septembris oli Inglismaal ligi 74 000 perearsti ja 7400 praksist, keskmiselt umbes 8000 patsienti praksise ja 1400 patsienti perearsti kohta (31). 11% praksistest olid 2017. aastal üksikpraksised,

samas kui 46% perearstidest töötas suuremates keskustes. Enamik perearste (59,4 %) olid eraettevõtjad (füüsilisest isikust ettevõtjad) (32).

Füüsilisest isikust ettevõtjatest perearstidele makstakse pearaha ja teenustasu, sealhulgas võeti 2004. aastal kasutusele kvaliteeditasu, mis moodustavad umbes 20% perearstide sissetulekust (33). Suurem osa (69%) praksistest töötab üldarstiabi lepingute alusel, mille üle peab läbirääkimisi Briti meditsiiniliit (esindades arste) ja valitsus. Arstile makstakse umbes 60% ulatuses pearaha nimistu eest, 15% teenustasu valikuliste lisateenuste eest (näiteks vaktsiinid riskirühmadele) ja 20% tulemuslikkusega seotud tasusid. Tasude mahtu kohandatakse vastavalt patsientide vanusele ja soole, haigestumuse ja suremuse tasemele, põetajate ja hooldekodude patsientide arvule, patsientide nimekirja käibele ja personalikuludele. Tulemusboonuseid antakse peamiselt tõendus põhiste kliiniliste sekkumiste ja krooniliste haiguste hoolduse koordineerimise eest (33).

Üldine tava on, et perearstid palkavad appi teisi spetsialiste, näiteks õdesid, kelle ülesandeks on pikaajaliste haigustega patsientide juhendamine ja väiksemate raviteenuste osutamine. 2017. aasta detsembris töötas üldpraksistes umbes 15 800 õde. Ühendkuningriigis on toimumas struktuurimuudatused, kus väikesed praksised koonduvad suuremateks võrgustatud multidistsiplinaarseteks keskusteks ja organisatsioonideks, kaasates oma tegevusse spetsialiste, proviisoreid ja sotsiaaltöötajaid (32).

RIIKIDE KOKKUVÕTE

Nelja riigi esmatasandi arstiabi teenuste võrdlemisel on näha nii sarnaseid kui ka erinevaid jooni. Soomes korraldab KOV esmatasandi arstiabi läbi neile kuuluvate munitsipaaltervisekeskuste. Perearstid töötavad tervisekeskustes palgatöötajatena ja neil pole kindlat nimistut. Teistes riikides on aga perearstid valdavalt ise ettevõtjad ja esmatasandi arstiabi korraldatud perearsti nimistu põhisel. Norras ja Hollandis on KOV esmatasandi arstiabi korraldaja ja sõlmib perearstidega teenuse osutamiseks lepingud, mis kohustavad perearste KOVi elanikele esmatasandi arstiabi osutama. Kahe riigi vaheline erinevus seisneb selles, et kui Norras loob KOV perearstidele infrastruktuuri tervisekeskuse kujul ja palkab neile appi abipersonali, siis Hollandis peavad perearstid palkama abipersonali ja leidma ruumid teenuse osutamiseks ise. Riikides, kus esmatasandi arstiabi korraldamine on omavalitsuste kohustus, on ka toimiv rahastussüsteem (kohalikel maksutuludel ja/või kindlustussüsteemil põhinev), mis loovad eeldused nende kohustuste täitmiseks. Ühendkuningriigis on esmatasandi arstiabi finantseeritud riiklikult, kuid erinevates piirkondades kehtib erinev süsteem. Inglismaal on nii riiklike haiglate juures töötavaid perearste kui ka nimistu põhjal töötavaid erapraksiseid, viimaseid on seejuures rohkem. KOVil esmatasandi arstiabi pakkumisel rolli ei ole. Kõigis riikides on toimumas struktuurimuudatused, kus väikesed praksised koonduvad võrgustatud suuremateks multidistsiplinaarseteks organisatsioonideks, kaasates oma tegevusse lisaks teisi spetsialiste. Lühikokkuvõtte riikide esmatasandi arstiabi korraldamise süsteemidest on toodud Tabelis 1.

TABEL 1. ESMATASANDI TEENUSTE KORRALDUS ERINEVATES RIIKIDES

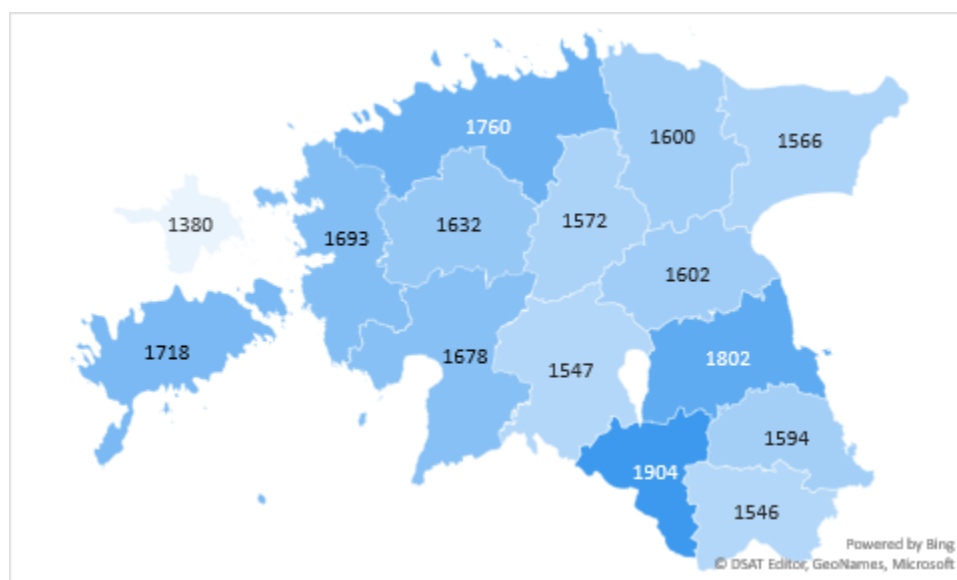
Riik	Esmatasandi arstiabi osutamise vorm	Nimistute suurused	Esmatasandi arstiabi osutamise lepinguline suhe	Rahastamine
Soome	Esmatasandi arstiabi osutavad munitsipaalperearstikeskused. KOV on perearstikeskuse omanik. Perearstid töötavad keskustes palgaliste töötajatena	Nimistud on keskusepõhised. Keskmiselt on keskuse nimistu suuruseks ühe perearsti kohta 1900 isikut.	KOVi alluvuses munitsipaal tervisekeskused.	KOV rahastab teenuste mahu ja hinnakirja põhjal.
Holland	Esmatasandi arstiabi osutatakse perearstidele kuuluvate praksiste kaudu. Perearstid on praksiste omanikud, omades või rentides tegevuseks vajalikku infrastruktuuri.	Praksistes töötab 2-5 perearsti koos. Täiskohaga perearsti nimistusse kuulub umbes 2350 isikut.	KOV on perearstidega lepingulises suhtes, mis kohustab perearste esmatasandi arstiabi osutama.	Rahastatakse läbi riikliku ravikindlustusfondi. Perearstide tasu moodustavad teenusetasud, pearaha, komplekstasud integreeritud teenuste eest ning tulemustasu.
UK	Perearstid osutavad esmatasandi arstiabi teenust praksistes ja keskustes. 59,4% perearstidest (praksised) on eraettevõtjad, teised töötavad palgalistena keskustes (riiklikud).	Praksistes töötavad koos 4-6 perearsti koos. Keskmine perearsti nimistu suurus on 1745 isikut.	NHS tagab esmatasandi arstiabi läbi perearstipraksistega ja keskustega sõlmitud lepingute ja fikseeritud teenushindade.	Finantseeritakse riiklikult otse NHS piirkondlikke kliinilisi üksuseid Erapraksiseid finantseeritakse samuti läbi NHS riiklikult pearahasüsteemi kaudu.
Norra	Esmatasandi arstiabi osutatakse KOVi omanduses olevates keskustes. Perearstid on keskustes tegutsevad eraettevõtjad.	Keskustes töötavad koos 1-6 perearsti. Nimistu suurus on 1900 patsienti.	KOV on perearstidega lepingulises suhtes, mis kohustab perearste esmatasandi arstiabi osutama.	Esmatasandi arstiabi finantseerib KOV. Tasu koosneb põhitasust, teenustasust ja patsientide omaosalusest.

3. Eesti üldarstiabi korraldus rahvusvahelises võrdluses

3.1. Nimistute haldamine

Tervishoiuteenuste korraldamise seaduse järgi on nimistu suurus 1200-2000 või erandite (kui perearstiga töötab veel vähemalt üks arsti kvalifikatsiooniga tervishoiutöötaja) puhul 2001-2400 patsienti (34).

2020. aasta detsembri seisuga on Eestis 784 perearstinimistut (võrdluseks 2013. aastal oli 803, ehk siis nimistute arv väheneb), 735 perearsti ja on väljastatud 515 üldarstiabi tegevusluba. Kokku töötab perearstinimistute juures 2890 töötajat, sh arsti kutsega 1247 ja õe kutsega 1643. Perearsti kutse on 786 inimesel, abiarsti oma 424 inimesel ning asendusarste on 37. Kuni 1200 patsiendiga nimistuid on 75, 1201-2000 patsiendiga 571 ja üle 2400 patsienti omavaid nimistuid on 12 (Terviseamet 2020). Maakonniti kõiguvad nimistute keskmised arvud 1380-1904 patsiendini (vt järgmine joonis), perearsti nimistus on keskmiselt 1699 inimest (1).



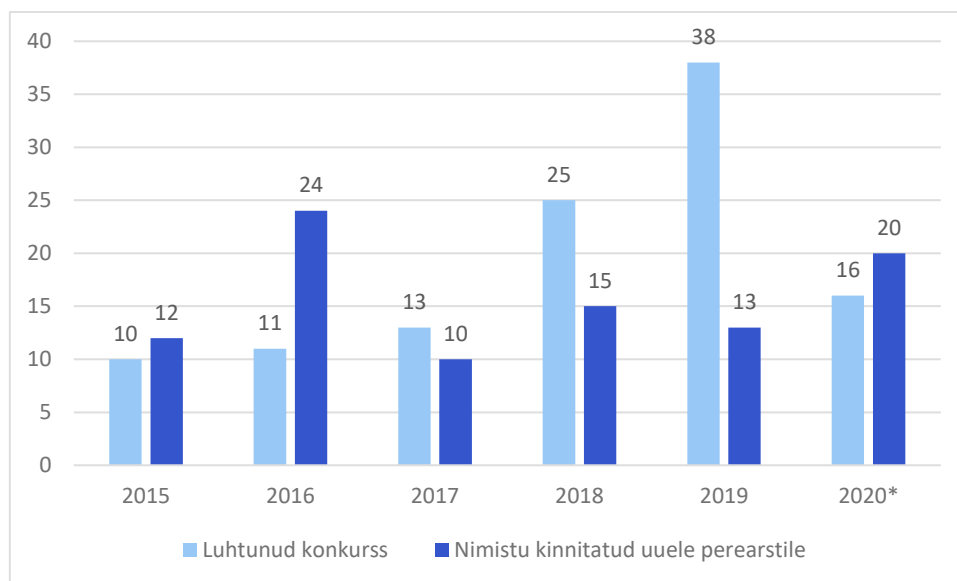
JOONIS 5. PEREARSTI NIMISTUTE KESKMINE SUURUS MAAKONDADE LÖIKES 2020 AASTAL (35)

Nimistute suurus tuleneb ka piirkonna iseärasustest ja seal elavast rahvaarvust. Seaduse järgi küll tohib olla nimistuid, kus on vähem kui 1200 patsienti, kuid üldiselt ei ole need kvaliteedi- ja finantsilises mõttes jätkusuutlikud. Standardist suuremate nimistute põhjuseks on peamiselt asjaolu, et antud piirkonna nimistule ei suudeta leida perearsti, mistõttu peavad teised perearstid teenindama optimaalsest tasemest suuremat hulka patsiente (1). Hea tahte koostöö leppes on kokku lepitud, et nimistusse määramisel lähtub Terviseamet nimistu optimaalsest suuruselt 1600 inimest, määrates inimese alternatiivsete valikute korral nimistusse, mis on sellest väiksem. Alternatiivsete valikute puudumise korral lahendatakse olukord juhtumipõhiselt (36).

Analüüsi kaasatud võrdlusriikide näitel riikides nimistute suurused varieeruvad mõningal määral. Soomes küll pole perearstil oma nimistut, kuid tervisekeskuses on tööl keskmiselt üks perearst 1900 inimese kohta. Hollandis kuulub ühe täiskohaga perearsti nimistusse umbes 2350 isikut ja Ühendkuningriigis keskmiselt 1745 isikut. Norras on nimistu suurus sarnaselt Soomega keskmiselt 1900 isikut. Ka nimistute suurused varieeruvad kõikides riikides tulenevalt regioonist ja elanike arvust. Samas varieeruvad riigiti ka perearsti

juurde pääsemise ootejärjekorrad, näiteks Norras on see 1-3 päeva (17), Soomes isegi üle mitme nädala (22), Eestis keskmiselt 1-3 päeva (37).

Üldarstiabi teenus peab riigi poolt olema tagatud kõigile inimestele. Kui mõnele nimistule on vaja leida uus perearst või luua piirkonda uus nimistu, siis Terviseamet kuulutab välja ametliku konkursi ning valib välja kandidaadi. Kui perearsti ei leita, siis otsitakse ajutine asendaja. 2015-2020 on kokku korraldatud perearsti leidmiseks 207 konkursi, neist 94 korral õnnestus perearst leida ja 113 konkursi ebaõnnestusid (vt joonis 6). Kuigi suurema tõenäosusega luhtub konkurss maapiirkondades, ei ole harvad juhud, kus konkurss on ebaõnnestunud ka Harjumaal. 2019. aastal õnnestus nimistule perearsti leidmise konkursis vaid 13 juhul, ebaõnnestus 38 korral (1). 2020. aastal viidi Terviseameti andmetel läbi 36 konkursi, millest 20 juhul on perearst ka nimistusse kinnitatud. Samas ei olnud raporti koostamise ajal veel kõik konkursid lõppenud, seega ei ole selle 2020. aasta andmed veel lõplikud.



JOONIS 6. PEREARSTI LEIDMISEKS KORRALDATUD KONKURSID KUUE AASTA LÖIKES (TERVISEAMET)

Samasugust perearstinimistut nagu Eestis (kus inimene saab pöörduda vaid oma perearsti poole), võrdlusriikides ei ole. Soomes on olemas esmatasandi tervisekeskused, kus inimene on küll keskuse nimekirjas, kuid perearstiabi teenust võib saada ükskõik millisel keskuse arstilt (22). Kui Soomes määratakse inimene perearsti nimistusse enamasti KOVi poolt, siis Hollandis peab inimene ise perearsti leidma, samas perearsti vahetamise süsteem on tehtud lihtsaks. Hollandis on nõue, et perearsti praksis ei tohi elukohast asuda enam kui 15 minuti autosõidu kaugusel. Inimene saab seal küll konkreetse arsti nimekirja, kuid sarnaselt Soomele võib ta keskuses sattuda ka mõne teise arsti vastuvõtule (38). Perearst tuleb patsiendil endal leida ka Ühendkuningriigis ja Norras, samas vajadusel saavad nad esmatasandi teenust teistelt perearstidelt (17,28).

3.2. Tervisekeskuste loomine ja sellest tulenevad kohustused omaavalitsustele

Esmatasandi tervishoiu tugevdamiseks on Eestis võetud suund laiema teenusevalikuga tervisekeskuste loomisele. See parandaks erinevate tervishoiuteenuste kättesaadavust ja koordineeritust ning krooniliste haigustega toimetulekut (37). Selleks kasutatakse „Ühtekuuluvuspoliitika fondide rakenduskava 2014–2020“ prioriteetse suuna 2 „Sotsiaalse kaasatuse suurendamine“ meetme 2.4 „Kättesaadavate ja kvaliteetsete tervishoiuteenuste tagamine tööhõives püsivuse ja hõivesse naasmise suurendamiseks“ tegevust 2.4.2 „Investeeringute toetamine tervisekeskuste infrastruktuuri tõmbekeskustes, tagades kättesaadavad ja mitmekülgsed tervishoiuteenused“. Meetme tegevusest toetatakse esmatasandi

tervishoiu kohustuslike põhiteenuste, esmatasandi tervishoiu teiseste teenuste ja esmatasandi tervishoiu teenuseid toetavate teenuste osutamiseks loodava esmatasandi tervisekeskuse ehitamise või rekonstrueerimisega seotud projektide elluviimist (39).

2023. aastaks on selle meetme toel kavandatud 57 ETTK rajamine üle Eesti. Seni rahastatud projektidest on 35 juhul olnud taotlejaks tervishoiuteenuse osutaja (kas perearst või haigla) ja 22 juhul KOV. Järgmises tabelis (vt Tabel 2) on esitatud taotluste arvud maakondade lõikes. Taotlusi tervisekeskuse loomiseks esitati kõigest maakondadest, kõige enam oli neid oodatavalt Harjumaalt. Maksimaalselt plaanitakse ühte keskusesse koondada 24 nimistut, need asuvad Harjumaal ja Tartumaal ning on seotud suurte haiglatega. Viies maakonnas on taotluse esitanud ainult tervishoiuteenuste osutajad, teistes maakondades on olnud taotluse esitajateks ka kohalikud omavalitsused.

Esmatasandi tervisekeskuse (ETTK) omanikuks saavad olla kohaliku omavalitsuse üksus; üldarstiabi osutamise tegevusloa omaja; haiglavõrgu arengukavasse kuuluv eriarstiabi osutamise tegevusloa omaja, kellega koos samas taristus või kellele kuuluvas taristus osutab tervishoiuteenust üldarstiabi osutaja (tervisekeskuste kaasajastamise alused: § 13). ETTK peab koondama minimaalselt 3 nimistut 4500 patsiendiga (suuremates kohtades 6 nimistut 9000 patsiendiga). ETTK peab olema käsitlev ühtse ja sõltumatu organisatsioonina, et tagada esmatasandi tervishoiuteenuste autonoomia (st sõltumatus ja selge eristus eriarstiabist). ETTK peaks üldjuhul tegutsema ühtsel taristul (vajadusel võib olla filiaale ka teistes asukohtades). Kuigi juriidiliselt peavad ETTKsse kuuluma minimaalselt 3 perearsti, siis täiendavate teenuste puhul on see nõue veidi paindlikum ning tervisekeskused võivad teha ka lepingu alusel koostööd (nt kui füsioterapeut ei taha oma ettevõttest loobuda) (40,41).

TABEL 2. ETTK RAHASTAMISEKS ESITATUD TAOTLUSTE ARV

Maakond	Esitatud taotluste arv	Koonduvate nimistute arv	Taotlejaks KOV
Harjumaa	17	154	7
Hiiumaa	1	4	0
Ida-Virumaa	7	51	1
Jõgevamaa	3	13	1
Järvamaa	3	17	2
Läänemaa	1	6	0
Lääne-Virumaa	4	21	3
Põlvamaa	2	14	0
Pärnumaa	2	17	1
Raplamaa	3	14	2
Saaremaa	1	12	0
Tartumaa	5	66	1
Valgamaa	3	15	0
Viljandimaa	3	21	2
Võrumaa	2	14	2

Eestis on perearstiteenuse osutamise levinuim vorm osaühing. 2020. aasta sügise seisuga oli 468 teenuseid osutavast juriidilisest isikust 363 osaühingud (neist 247 ühe nimistuga praksised), 103 füüsilisest isikust ettevõtjad, lisaks tegutsevad valdkonnas veel 1 aktsiaselts ja 1 täisühing. Kohaliku omavalitsuse omandis olevad üldarstiabi teenust osutavad asutused ja äriühingud on Eestis vähelevinud (teadaolevalt vaid 2: OÜ Väike-Maarja Tervisekeskus ja Tallinna Munitsipaalperearstikeskuse OÜ).

Välisriikide praktika (17,22,28,38) näitab, et perearstid koonduvad üha enam suurematesse keskustesse või võrgustikesse, kus koos töötatakse ja jagatakse abipersonali. Tervisekeskused on erineva suurusega, kuid tavaliselt on sinna koondunud 2-6 perearsti koos abipersonaliga. Tervisekeskuste loomisel on kasutatud erinevaid praktikaid.

3 enimlevinud praktikat on järgmised:

1. KOV loob abipersonali ja teenustega tervisekeskuse, mis haldab kohaliku nimistut. Perearstid on tervisekeskuse palgalised töötajad.
2. KOV loob abipersonali ja teenustega tervisekeskuse, perearstid haldavad seal oma nimistut füüsilisest isikust ettevõtjana, rentides tervisekeskusest endale ruume ja ostes teenuseid.
3. Perearstid loovad ühiselt praksise, palkavad tööle abipersonali ja jagavad ühiselt nii erinevaid meditsiinilisi ressursse (nt UH aparaat) kui ka tegevuskulusid.

Eestis on täna kasutusel pigem teine ja kolmas praktika - perearstid tegutsevad ettevõtjatena. Ühel juhul on KOV loonud perearstidele tegutsemiseks vajalikud tingimused, teisel juhul on perearstid kas ise hankinud ruumid või leidnud tegutsemiseks vajalike ruumide leidmiseks partneri. Eestis on omavalitsuste poolt rajatud juba kaks tervisekeskust, kus süsteem toimib sarnaselt Soomega. Samuti esineb meil Norrale sarnanevaid süsteeme, kus KOV on rajanud endiste „polikliinikute“ asemele tugiteenustega keskse taristu, kus mitmed perearstid ettevõtetenähtena tegutsevad. Lisaks perearstidele on koondatud keskusesse sarnases ettevõtluvormis füsioterapeudid, psühholoogid, verevõtmise kabinetid, eriarstid jne, mis võimaldab lihtsamalt ja kiiremini patsiente edasi raviks vajalike teenusteni suunata. Kohalik omavalitsus kohustub olema koordineerija rollis, tagades teenustele juurdepääsu ja patsientidele meeldiva keskkonna. Teenuste kvaliteedi osas kohalikul omavalitsusel otsustusõigus puudub ja ei saa seega vastutust võtta. Siiski tegutsevad Eesti väiksemates omavalitsustes perearstid pigem üksikpraksistes, kus saavad lubada abiks ainult ühte öde. Vajalike uuringute tegemiseks peavad nad patsiendi saatma suurematesse keskustesse.

Erinevates riikides finantseeritakse tervisekeskuseid erinevalt. Soomes ja Norras kuuluvad tervisekeskused kohalikele omavalitsusele ja on nende hallata. Kui Soomes on nii arstid kui ka abipersonal tervisekeskuse palgal, siis Norras on tervisekeskuses palgalisteks töötajateks abipersonal (õed, assistendid jne). Soomes, Norras ja Hollandis käib esmatasandi arstiabi rahastamine läbi kohaliku omavalitsuse. See tähendab, et kohalikud omavalitsused peavad tagama riiklikult kokkulepitud tingimustel ja määratud rahalise toetusega esmatasandi arstiabi. Rahastuse skeemid ja praktikad on erinevates riikides erinevad. Eestis on perearstid lepingulises suhtes Haigekassaga, läbi mille finantseeritakse perearste tegutsemiseks vajalike ruumide rentimiseks ja abipersonali palkamiseks. Kui perearst soovib, saab ta tegutseda kohaliku omavalitsusega kokkupuutepunkte omamata. Välisriikide näitel võimaldavad tervisekeskused perearstidele nimistute organiseerimise erinevaid vorme:

1. Grupipraxis - kaks või enam perearsti jagavad ühist protseduuride ruumi, haldusteenuseid, tervishoiutöötajaid, ooteruumi ja laboreid. Kindel perearst vastutab konkreetse patsiendi ravi ja järelkontrolli eest. Kui see perearst pole ajutiselt saadaval, võib asendada teda mõni teine perearstidest.
2. Ühine nimistu - ühise nimistuga perearstid vastutavad ühiselt kõikide meditsiiniliste teenuste eest, kuid ühel perearstil on esmane vastutus patsiendi ravi ja järelkontrolli eest. Ravi võib osutada ka teine perearst. Patsiendil on võimalus valida, millise ühise nimistu taga oleva arsti poole pöörduda.
3. Jagatud nimistu - perearst, kes kavatseb oma tegevuse lõpetada, võib mõnda aega samas praksises oma nimistut teise arstiga jagada.

Tervisekeskuste struktuuri loomise kasuteguriks on perearstidele paindliku nimistute opereerimise võimaldamine ja ühiselt koormuse jagamine, mis omakorda tagab perearstile rohkem aega puhkuseks ja enesetäienduseks. Eestis on enamjaolt kasutusel grupipraksised ja ühe perearstiga töötavad praksised. Ühis

nimistu vormi ja jagatud nimistu vormi Eestis praegu ei kasutata. Eestis vastutab iga perearst oma nimistu eest, leides vajadusel endale asendaja puhkuse ajaks, haigestumisel või siis koolitusel osalemiseks. Hollandile on iseloomulikud Norrale sarnased tervisekeskuste vormid ja nimistute jagamised, kuid seal on keskuste omanikeks perearstid ise, abipersonali palgatakse appi ühiselt. Eestis esineb sarnast praktikat suuremates keskustes, kus perearstidele vajalike ruumide pakkujaks ei ole alati kohalik omaavalitsus. Perearstidel on võimalus tegevuseks vajalikud ruumid kas rentida või soetada. Ühendkuningriigis muutuvad üha enam populaarsemaks riiklike haiglate juures asuvad riiklikult finantseeritud tervisekeskused, kus palgalised perearstid töötavad sarnaselt Soomega. Iseseisvalt tegutsevad perearstid koonduvad järjest enam suurematesse võrgustikesse, et üksteist toetada. Sarnast koostöö vormi kohtab Eestis pigem eriarstiabi teenuseid osutavate haiglate puhul, kus väiksemates omaavalitsustes tegutsevad haiglad on koondunud Tartu või Tallinna suurhaigla alla. Eestis on toimiva võrgustiku näide Synlab, kus on loodud üle Eesti väiksemates praksistes ja suuremates perearstikeskustes toimiv võrgustik verevõtmise punktidega, keerulisemate analüüside tegemine toimub Tartu ja Tallinna pealaborites. Tänu sellele ei pea patsiendid alati sõitma analüüside tegemiseks Tartusse ja Tallinnasse.

Tervisekeskuste loomine perearstide enda poolt või KOVi juhtimisel ja toetusel parandab esmatasandi arstiabiga kaasnevate teenuste ja uuringute kättesaadavust ja on nii perearstidele kui ka patsientidele kulutõhus. Siiski puudub kohalikul omaavalitsusel kontroll teenuste kvaliteedi üle.

Peatüki kokkuvõte

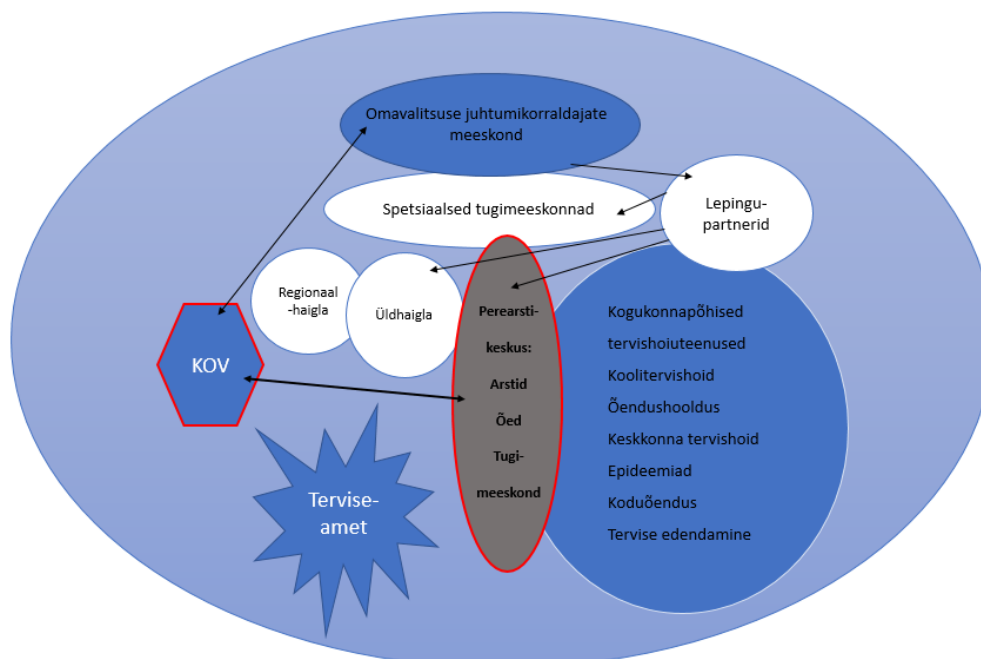
1. Eestisse rajatakse aastaks 2023 riikliku toetuse abil 57 tervisekeskust.
2. Tervisekeskuse rajajaks võib olla KOV, perearst või ettevõtja (tavaliselt haigla). Võimalikud on erinevad juriidilised vormid.
3. Tervisekeskuste loomine koondab kokku mitmeid perearste, kes saavad jagada oma ülesandeid ja toetada üksteist haigestumise korral, puhkusel olles või koolitustel viibides.
4. Tervisekeskused tagavad patsientidele kiirema ja mugavama ligipääsu tervisekeskustes pakutavatele tervise-teenustele ja uuringutele. Patsient saab enamiku teenuseid ühest kohast.
5. Välisriikide näitel on võimalikud nimistute jagamise erinevad praktikad.
6. Välisriikide praktika näitab, et tervisekeskused on kulutõhusamad kui üksikpraksised ning teenus on patsiendikeskem.
7. Võrdlusriikide seas on riike, kus KOVidel on esmatasandi tervishoiuteenuste pakkumise korraldamisel võtmeroll, kuid selle eelduseks on rahastamismudelid, mis põhinevad kohalikel tuludel (maksud, kindlustus).
8. Tervisekeskused ja praksised koonduvad kulude tõhususe ja teenuse kiire kättesaadavuse eesmärgil suurematesse võrgustikesse.
9. Tervisekeskuste loomine ei taga KOVile ülevaadet perearstiabi toimimisest piirkonnas ja kontrolli teenuste kvaliteedi üle.

4. Omavalitsuste võimalik roll üldarstiabi tagamisel

Käesolevas peatükis antakse ülevaade, milline võiks olla KOVide roll esmatasandi tervishoiuteenuse kättesaadavuse tagamisel ja kas KOVi suurem roll võimaldaks tagada parema perearstiteenuse kättesaadavuse. Seejuures ei keskenduta üldarstiabi osutamisega seotud süsteemsetele ümberkorraldustele, vaid pakutakse täiendavaid võimalusi, kuidas üldarstiabi osutamist saaks kättesaadavamaks muuta. Vaatluse all on kaks võimalikku KOV rolli: kui KOVi tagab perearstile infrastruktuuri ja kui KOVi loob juriidilise isiku üldarstiabi tagamiseks oma piirkonnas.

4.1. Võimalikud toetavad mudelid üldarstiabi tagamiseks läbi omavalitsuste rolli suurendamise

Järgmine joonis kirjeldab, milline võiks olla toimiv esmatasandi koostöömudel, et erinevaid tervishoiu- ja sotsiaalteenuseid saaks kohalikul tasandil osutada võimalikult proaktiivselt ja efektiivselt. Selle saavutamiseks on vaja paradigma muutust teenuseosutajate vahel ja ühist kokkulepet, et osutatavad teenused oleksid ennetavad, kogukondadele ja üksikisikutele suunatud, terviklikud ning osalusrohked. See tähendab muuhulgas ka tervisekultuuri loomist, inimeste kaasamist tervise ja heaolu parandamisse. Oluline on, et lähimuspõhimõttest lähtuvalt on KOVidel senisest kaalukam roll ja kõigil osapooltel teada ühine eesmärk (42). Lepingupartnerite all on mõeldud neid teenuseosutajaid, kes otseselt ei kuulu ei KOVi ega tervishoiusüsteemi alla, kuid kes osutavad lepinguliste suhete kaudu teenuseid (nt rehabilitatsiooniteenuse osutajad).



JONIS 7. ESMATASANDI KOOSTÖÖMUDEL (AUTORITE KOOSTATUD)

Perearstiabi on osa esmatasandi tervishoiust ning inimese jaoks esmane kontakt tervishoiusüsteemiga. Perearst on tervishoiusüsteemis n-ö väravavalvur, kelle ülesanne on patsientidele anda abi perearsti kompetentsi kuuluvates küsimustes ning suunata patsient vajadusel eriarsti juurde (37).

Praegused enamlevinumad praktikad

Järgnevalt on esitatud praegu enamlevinumad perearstide töötamise vormid.

- **Grupipraxis:** perearstid on moodustanud OÜ, iga perearst haldab ise oma nimistut, toimib asendussüsteem, haldusülesanded on kas jagatud või ostetakse sisse. Mõned keskused saavad endale lubada lisapersonali erinevate spetsialistide näol. Iga perearst saab dividende vastavalt oma nimistule. Sellisesse kooslusesse kuulub suurem osa perearstidest.
- **Üksikpraxis:** perearst töötab üksi, on moodustanud kas FIE või OÜ. Töötab reeglina maapiirkonnas ja asenduste korraldamine on keeruline. Peab üksi hakkama saama ka kogu halduse korraldamisega. Üldiselt püüavad perearstid järjest rohkem koostööd teha ning üksikperekarstid jääb vähemaks (43,44).
- **Asendusperearst:** asendusarstil ei ole oma nimistut, ta töötab mõne teise arsti nimistuga. Sealjuures saab asendusperearst töötada mitmes erinevas kohas, mis annab talle eelise nimistuga perearsti ees, kes ei saa mitme nimistuga töötada (isegi kui ta nimistu on väike). Asendusperekarstidel on suurem paindlikkus ning seetõttu see töötamise vorm kogub aasta-aastalt järjest rohkem populaarsust.

TABEL 3. PEREARSTIPRAKSISTE JURIIDILINE VORM (ALLIKAS: SOTSIAALMINISTEERIUM)

Tüüp	Arv
Üldarstiabi teenuseid osutavad isikud KOKKU	468
• OÜ-d	363
• Neist ühe nimistuga praksised	247
FIE	103
AS	1
Täisühing	1

Seoses uute tervisekeskuste loomisega on hakanud tekkima ka uusi vorme, kus KOVIDel on üldarstiabi osutamisel suurem roll. Teadaolevalt on 2020. aasta seisuga Eestis uue tervisekeskuse ehituse või reorganiseerimise juures taotlejaks olnud 35 juhul KOV, samas ei ole teada, millise ja kui suure rolli nad endale üldarstiabi teenuse osutamise juures võtavad (suur osa tervisekeskustest on veel valmimisjärgus ja seetõttu ei ole vastav info veel kättesaadav). Tulenevalt tervisekeskuste loomise esmastest kogemustest saame välja tuua kolm toetavat mudelit, mis seni on suuremal või vähemal määral rakendust leidnud.

- **KOV kui haldusteenuse pakkuja.** Sellisel juhul tagab KOV perearstidele sobiliku hoone, kuhu perearstid saavad koonduda ja teenust osutada. KOV teenuse osutamise protsessi ja sisulistesse küsimustesse ei sekku, perearstid nõ rendivad pinda, mille korrashoid on KOVi ülesandeks. Mõningatel juhtudel rakendatakse lahendust, et KOVi sotsiaaltöötaja(d) saab samas hoones ruumid. See suurendab tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna integratsiooni. Praegu on mitmed KOVID välja toonud, et just sellist rolli hakkavad nad loodavate tervisekeskuste juures täitma.
- **KOV kui juriidilise isiku looja üldarstiabi teenuse osutamiseks.** KOV võtab endale vastutuse üldarstiabi teenuse osutamiseks ja palkab perearsti(d) KOVi alluvusse. Perearstidel on küll oma nimistu ja nimistu haldamisest tulenevad õigused ja kohustused, kuid teenuse üldisest korraldamisest võivad nad eemale jääda (nt raamatupidamine, aruandlus jms). Sellise vormi puhul ei saa perearst dividende.
- **KOV kui (eelkõige finantsidega) toetaja.** Paljudel juhtudel esitasid taotluse kas perearstid või haiglad, kuid kohalik omavalitsus toetas olulisel määral omafinantseeringuga. Otsest rolli KOVID üldarstiabi teenuse osutamisel ei ole, omaosalusega püüdis KOV tagada perearstide olemasolu piirkonnas.

Esimese ja kolmanda mudeli puhul on perearst iseendale tööandja rollis, teise mudeli puhul aga töövõtja rollis. Mudelid ei ole üksteist välistavad, neid on võimalik vastavalt vajadusele kombineerida. Fookusrühmas osalenud valdkondlikud eksperdid kinnitasid kõigi kolme mudeliga edasi töötamise vajalikkust.

4.2. Üldarstiabi korraldamist toetavad ja takistavad argumendid KOV tasandil

4.2.1. Perearstide olemasoleva infrastruktuuri kirjeldus

Perearstidele on suureks väljakutseks tagada teenuse osutamine nõuetele vastavates ruumides (45). Perearstide hinnangul on vähesed neist võtnud selle riski ja kinnisvara haldamise finantseerimiseks laenu võtnud (43). Täna küll paljud perearstid koonduvad uutesse loodavatesse tervisekeskustesse, kuid suur osa perearstidest jätkavad töötamist senistes tingimustes (seda eelkõige just maapiirkondades).

Infrastruktuuri arendamisel on oluline arvestada demograafiliste arengute ning rändega (46). Kuigi haldusreform tõi kaasa mõningad muutused (näiteks võisid muutuda tõmbekeskuste/ametiasutuste asukohad), on siiski vajalik üle vaadata praegu kehtiv nimistute paiknemine omavalitsustes ning planeerida tervisekeskused piirkondadesse, kus on nimistu teenindamiseks piisaval hulgal inimesi. Sealjuures ei tohiks takistuseks olla omavalitsuse ja maakonna piirid. Kui perearstid lähevad patsientidest kaugemale, siis on kindlasti oluline kokku leppida, kes ja mil määral vastutab patsientide logistika korraldamise ja selle rahastamise eest.

EHKlt saadavad tasud peaksid katma perearstikeskuste ruumide kapitalikulud. Samuti toetavad perearstikeskuseid mitmed omavalitsused soodusüüri, tasuta ruumide või lisarahastamisega. Samas on näha, et perearstide tegevuskohtade haldamine on osutunud probleemseks ja on leitud, et ca 20% perearstikeskuste ruumidest ei vasta nõuetele (37). Perearstikeskuste ruumidele esitatud nõudeid reguleerib määrus, kus kehtestatakse nõuded nii ruumidele, sisseseadele kui aparatuurile. Perearstipraksise kvaliteedijuhend näeb muuhulgas ette, et ruumid peavad võimaldama nii perearsti kui -õe iseseisvat paralleelset vastuvõttu, ruumid peavad olema helikindlad ja nende paigutus peab võimaldama privaatsust (47,48).

Omavalitsused saavad perearste motiveerida piirkonnas teenust osutama kaasaegse ja vajaliku infrastruktuuri tagamise abil. Praegu on perearstide tegevuskohtade ruumide ja sisustuse nõuded suures osas küll täidetud, kuid ruumide kvaliteet on erinev. Esmatasandi infrastruktuuri rahastatakse EHK eelarvest baasraha komponendina, mis lähtub perearstide teenuse tasustamise mudelist. Kuna perearstidel ei ole otsest kohustust kasutada baasraha taristukomponenti hoonete ja ruumide tarbeks, siis on see kaasa toonud ebaühtlase olukorra Eesti esmatasandi taristus (41). Sama murekoht toodi välja intervjuudest - kuna paljud perearstid nagnii ootavad uut tervisekeskust ning ei näe mõtet enam praegusesse taristusse investeerida, on viimase paari aastaga ruumide olukord pigem halvenenud. Intervjuudest ilmnes, et väiksemate piirkondade perearstid loodavad infrastruktuuri osas omavalitsuste peale, kuna oma nimistu väiksuse tõttu nad lihtsalt ei suuda ruumidesse vajalikke investeeringuid teha (43,50).

Kuigi perearsti ruumidele kehtivad konkreetsed nõuded, siis selgus, et esmatasandi põhiteenuste tegevuskohad ja ruumid on valdavalt eraldatud ja mõnikord teineteisest liiga kaugel. Palju on samas asulas erinevates hoonetes tegutsevaid perearstipraksiseid. Kuigi grupipraksistes tegutsevad perearstid, ämmaemandad, koduõed ja füsioterapeudid ning teised asjakohased spetsialistid asuvad tihti ühtsel taristul (hoones või hoonekompleksis), siis üksikpraksiste korral see enamasti nii ei ole. See toob omakorda kaasa keerulisema koostöö osapoolte vahel. Perearstiteenuse osutajad kasutavad valdavalt siiski

rendipinda, sh KOV omandis olevat. Muid teenuseid (nt ämmaemand või füsioteraapia) osutatakse tihti haiglata omandis olevates ruumides (41). See, et perearst ja toetavate teenuste osutajad ei asu alati ühes hoones, oli murekohaks ka intervjueeritavatel. Selgitati, et sellega võib kaasneda rohkem omavahelisi kommunikatsiooniprobleeme ja ebamugavusi patsientidele. Eriti teravalt tõstatus see küsimus maapiirkondades, kus patsiendid peavad näiteks maakonnakeskusesse minema vereanalüüsi andma või röntgenpilti tegema (43).

Uute tervisekeskuste loomise protsessis on KOVide võimekus ja motivatsioon olnud erinev. Näiteks oleks võinud eeldada, et omavalitsused, kus on akuutne perearsti vajadus, on aktiivsemad ja avatud suuremale koostööle, siis alati see nii ei olnud. Samas tõid mitmed intervjueeritavad välja, et KOVid tundsid huvi perearstide tegemiste vastu ja aitasid nii nõu kui jõuga (rahaga) ning hindasid koostöö KOViga heaks. Sealjuures ei eelda perearstid alati, et KOV kuidagi rahaliselt panustama peaks, kuid leiavad, et KOV võiks lihtsalt huvi tunda, kuidas piirkonna perearstil läheb ja kas on murekohti. Mitmed perearstid tõid esile tugeva koostöö KOVi sotsiaaltöötajatega, kellega tuli tööalaselt tihedalt suhelda. Samuti kiideti mõne KOVi terviseedenduslikku tegevust ning perearstide ja KOVide koostööd selles vallas (43).

Kõige rohkem on intervjueeritavate sõnul KOVid panustanud siiski ruumide, transpordi ja sisustusega. Positiivse aspektina rõhutati, et seoses loodavate tervisekeskustega hakkasid paljud omavalitsused üldarstiabi teemaga tegelema. Kahjuks leiab see aset piirkondades, kus perearste on, ilma perearstideta väikesed KOVid jäävad ikkagi hätta. Tihti on perearsti olemasolu ja KOVi võimekus korrelatsioonis, seega küsitakse, kas ja kuidas KOVi poolne tegevus olukorda üldse muudaks (43,50).

4.2.1.1. Omavalitsuste võimekus üldarstiabi infrastruktuuriga toetamises

Omavalitsuste investeerimisvõimekuse jätkuva kasvuga (perioodil 2014-2016 kulutasid KOVid investeringuteks kokku ligi 200 miljonit eurot aastas, 2017. aasta valimiste järgselt tõusis see pea 400 miljoni euroni) on omavalitsustes välja kujunenud võimekused, mis on vajalikud investeringuprojektide elluviimiseks. See tähendab, et omavalitsustes on ülevaade kohalikust maa- ja ehitiste ressursist, mida on võimalik ja optimaalne perearstidele vajaliku taristu loomiseks või kohandamiseks kasutada. KOVid oskavad valida taristu jaoks kõige sobilikuma asukoha, mis sobitub piirkonna oludega, sh elanike liikuvustavade ja arvestab ka KOVi strateegilistest ja ruumilistest arengudokumentidest tulenevate tulevikuplaanidega.

Tulenevalt investeringuprojektide elluviimise kogemustest (sh perearsti/tervisekeskuste rajamisel) ning süsteemsetest hankevõimekuse tõstmise algatustest on KOVides olemas vajalik kompetents viia läbi perearsti jaoks vajaliku taristu loomiseks nõuetekohased hankemenetlused, eelkõige ehitus- ja renoveerimise- ja sisustushanked (va spetsiaalne meditsiinitehnika- ja vahendid). Nende hangete koostamise ja hankelepingute elluviimise oskusi ja kogemusi perearstidel ei ole. Siinkohal on otstarbekas rakendada omavalitsuste kogemusi ja kompetentse. Ehitiste rajamine/renoveerimine ja sisustamine on ka perearstitaristu rajamisel piisavalt universaalse iseloomuga, st ei eelda eraldi võimekuste tekitamist omavalitsustes.

Ka läbiviidud intervjuudes õhutati, et KOVid võiksid (ja saaksid) panustada perearstide infrastruktuuri arendamisse. Hea näide on Võru linn, kus KOV tegeleb tervisekeskuse taristuga, aga meditsiiniküsimustesse ei sekku. Kahjuks selgus intervjuudest, et endiselt on KOVe, keda väga ei huvita, kas piirkonnas on perearst. Sellise ignorantsuse tõttu võiks mõned kohustused KOVil siiski olla (Perearstid 2020). Peab arvestama, et väga palju loevad osapoolte omavahelised suhted. Kui suhted ei ole head, siis perearst leiab vajadusel mujal ja kaotajaks jäävad KOVis elavad inimesed (44).

Intervjueeritavad nägidki KOVi peamiste ülesannetena infrastruktuuriga seotut. Kui KOV loob juriidilise keha ja hakkab perearstiabi teenust osutama, siis Tallinna näitel (kus paljud perearstid on mingi hetk siiski

hakanud ettevõtjaks) nähtub, et see pikemas perspektiivis ei toimi. See võib toimida lühiajaliselt, kuni perearst ei soovi ennast veel nimistu ja piirkonnaga siduda. Ühel hetkel tahavad nad seda siiski teha ja ettevõtjateks hakata (põhjuseks seotus patsientidega, juurdumine ja dividendid) (43).

Intervjueeritavad rõhutasid, et KOV on loonud perearstikeskusi ja saadud kogemustest peaks õppima. Kindlasti on nende keskuste eeliseks hea infrastruktuur. Kui KOV ehitab keskuse, siis peaksid perearstid soovima sinna minna, sundimine pole võimalik. KOV peaks siinkohal ise initsiatiivi võtma, et perearstid keskusesse minna tahaksid. Intervjueeritavad tõid esile hea koostöö Terviseameti ja EHKga. Et leida piirkonda perearst, teevad KOVid tihedat koostööd Terviseametiga. Uute perearstide leidmisel võiksid intervjueeritavate hinnangul nii KOVid kui Terviseamet käituda senisest proaktiivsemalt (otsida tulevasi perearste residentide seast ja neid tööle meelitada, konkursitingimusi atraktiivsemaks muuta jne). KOVid saaksid oma piirkonda aktiivselt reklaamida perearsti residentuuri lõpetavatele arstidele (43,44,50).

Intervjuudest selgus, et üldiselt ei ole KOVidel olemas alternatiivset plaani olukorraks, kus perearstid ootamatult lahkuvad või pensionile jäävad. Esmalt vaadatakse siiski riigi ja Terviseameti poole (43,44,50).

Ühe alternatiivina pakkusid mõned KOVid kaugteenuste rakendamise. Koroonaaeg näitas selgelt, et sellel on perspektiivi ning riik peaks sellesse panustama. Eialgu on elanikud sellele vastu, kuid kaugteenus on parem, kui teenuse puudumine. Teise alternatiivina pakuti ka nõ rendiperearste, kes töötaksid osajaga mitmes kohas. Praegune seadusandlus seda ei võimalda (43,44,50).

Omavalitsuste panus perearstidele vajaliku infrastruktuuri tagamiseks panustada on mõnevõrra seotud ka 2017. aastal läbiviidud haldusterritoriaalse reformiga. Toona vabatahtliku ühinemise teel moodustatud omavalitsusüksused on kuni 2021. aastani seotud ühinemisaegsete kokkulepete (sh investeeringud) elluviimise kohustusega. Ühinemislepingute raames fikseeriti mitmete administratiivsete-, haridus- ja sotsiaalobjektide tegevuse jätkamine senistes asukohtades ning lepiti siduvalt kokku perioodi 2017-2021 investeerimistegevused.

Kokkuvõtvalt saab öelda, et praegu on KOVide praktika perearste infrastruktuuriga toetada üpris erinev. On KOVe, kus perearstile on hangitud ruumid ja toetatud vajadusel sisustuse soetamisega, samas on KOVe, kus perearstide toetamise panustatud ei ole ja nendega kokku ei puututa. Selleks, et tagada piirkonnas perearsti olemasolu, peaksid KOVid minimaalselt mõtlema, kuidas toetada ja motiveerida perearste just selles omavalitsuses teenust pakkuma. Perearst, kes KOVi toetust ei tunne, võib piirkonnast lahkuda, sellisesse KOVi on tõenäoliselt ka uue perearsti leidmine raske.

4.2.2. Omavalitsuste roll üldarstiabi osutava juriidilise isiku loomisel

Praeguse seadusandluse järgi ei ole omavalitsustel ühtegi takistust, mis keelaks luua üldarstiabi osutamiseks juriidiline isik. Tervishoiuteenuste korraldamise seaduse märgitakse, missugustele tingimustele peab vastama üldarstiabi osutav ettevõtte. Üldarstiabi osutav äriühing või FIE võib tegeleda ainult üldarstiabi, õendusabi, ämmaemandusabi, ja sotsiaalteenuste osutamisega ning tervishoiualase õppe- ja teadustööga. Esmatasandi põhiteenustest on seega üldarstiabi osutaval juriidilisel isikul lubatud osutada üldarstiabi, koduõenduse ja ämmaemandusabi teenuseid. Füsioteraapiat käsitletakse ühe võimaliku protseduurina, mida perearst saab oma protseduuride eelarvet kasutades tellida.

Üldarstiabi osutava äriühingu (osaühing, aktsiaselts) osanikuks või aktsionäriks saab olla kas selle äriühingu kaudu tervishoiuteenuseid osutav perearst või kohalik omavalitsusüksus, mille haldusterritooriumil asub üldarstiabi osutava äriühingu tegevuskoht.

Kuigi valdavalt on üldarstiabi teenuse juriidiliseks isikuks perearstid, siis üldarstiabi osutavaid äriühinguid võivad asutada ja neile tegevusluba taotleda ka kohalikud omavalitsused. Sealjuures võib omavalitsus olla

äriühingu ainuosanik. Samas saab omavalitsuse asutatud äriühing osutada tervishoiuteenust üksnes koos perearstiga, kellele on Terviseameti otsusega antud nimistu (34). Samuti on leitud, et kohaliku omavalitsuse üksus, mille territooriumil puudub üldarstiabi teenuse osutaja, saaks moodustada ühise üldarstiabi osutava äriühingu teise valla- või linnavalitsusega, et tagada elanikele üldarstiabi kättesaadavus. See võimaldab olukordi, kus näiteks kaks kohaliku omavalitsuse üksust on moodustanud äriühingu, millel on mitu tegevuskohta ja perearst osutab teenust vähemalt ühe valla või linna territooriumil (51).

Praegu on juriidilise isiku üldarstiabi osutamiseks loonud Eestis vaid kaks omavalitsust ja seetõttu on selle võimalikke mõjusid analüüsida keeruline. Ühel juhul on tegu Tallinnaga, kus asub suur, praeguseks täiesti isemajandav munitsipaalperearstikeskus (MUPAK), mis enam omavalitsuselt toetust ei vaja. Perearstid töötavad seal töölepingu alusel ning ei pea tegelema halduse ega korraldusküsimustega, sellega tegeleb MUPAKi juhatus. Sellisel kujul keskuse loomine tuleks kõne alla vaid suurtes linnades, kus koonduvad suur hulk perearste, keskusel on kindel strateegia ja piisav hulk administratiivülesannetega tegelevaid spetsialiste. Arvestades, et suur osa perearste tahavad olla ettevõtjad, on vähetõenäoline, et mujale piirkondadesse MUPAKi sarnane asutus tekib, kuid see ei peaks olema omaette eesmärgiks ja saab kaaluda ka muid alternatiive. Teine omavalitsus, mis on üldarstiabi osutamiseks juriidilise isiku loonud, on Väike-Maarja, kuid selle näite edukust on keeruline hinnata ja üldistada, sest tegemist on olnud ühe omavalitsuse ja ühe selles omavalitsuses perearstiteenust pakkuva perearsti koostöökogemusega.

Intervjueeritavad leidsid, et paljudel juhtudel on asjakohane, kui KOV loob üldarstiabi teenuse pakkumiseks juriidilise isiku. Siinkohal on oluline juhtida kõigi osapoolte ootusi ja selgitada, et see ei pruugi olla pikaajaline lahendus. Ühel hetkel võivad perearstid soovida oma nimistut ja iseseisvust oma töö juhtimisel. Kui KOV ei ole seda teadvustanud ja ootused on teised, siis võib see tulla ootamatult ja pöörduda konfliktse reaktsiooniga ning halvimal juhul võib KOV jääda perearstist ilma (43,44,50).

Intervjueeritavad pakkusid, et täiendava võimalusena võiks KOV juriidilise isiku loomist üldarstiabi teenuse osutamiseks pakkuda, aga seda ei saa teha kohustuslikuks - piirkonnas ei pruugi vastava sooviga perearste olla ning see eeldab KOVilt täiendavat, meditsiinisisusteemi tundmise võimekust. Sellise toetava ülesande võtmise eelduseks on üldise tervishoiusüsteemi (millistel alustel tervishoiusüsteem toimib) ning tervishoiu rahastamise tundmine (kuidas toimub perearsti rahastamine, mis komponentidest koosnevad pearaha, baasraha, mis alustel kasutada teraapiafondi jne). Tallinna MUPAKil on olemas vastava kompetentsiga juhtkond ja juhataja, kuid väiksemates kohtades osutuks see ilmselt suureks väljakutseks (43,44,50).

Intervjueeritavad ei leidnud, et KOVi rolli suurendamine mõjutaks üldarstiabi teenuse osutamist. Mõningatel (pigem harvadel) juhtudel aitaks see ehk kaasa teenuse kättesaadavusele, kuid mitte kvaliteedile. Soome on näiteks välja toonud, et KOVide rolli suurendamine perearstiabi osutamisel viis hoopis märgatava teenuse kvaliteedi languseni (52,53). Seda tulekski käsitleda kui ühte toetatavat võimalust, kindlasti mitte asendust praegusele süsteemile (43,44,50).

Noorte perearstide hulgas on neid, kes ei soovi luua juriidilist isikut, sest nad ei soovi end veel sel määral siduda. Intervjueeritavad hindasid, et viimase 5 aasta residentuuri lõpetanutest on endale nimistut võtnud 50% perearstidest. Selgitati, et noored tahavad vabamat elu ja ei soovi kohustusi. Nimistut saamiseks on äriühingu olemasolu kohustuslik. Kui aga noor perearst soovib saada dividende, ei ole ta enam nõus KOVi alluvuses töötama (kuigi tahaks jätkata tööd samas piirkonnas) (43,44,50). Intervjueeritavad selgitasid, et teenuse kättesaadavus sõltub palju ka omavahelise koostöö kvaliteedist. Kahjuks on piirkondi, kus perearst ja KOV omavahel ei suhtle, kohti, kus perearstid keelduvad omavahel koostööd tegemast. Sellisel juhul on ka KOVil keeruline midagi teha. Kui KOV rajaks tervisekeskuse, siis perearstid ei oleks nõus sinna minema. Leiti, et väiksemates kohtades on koostöö KOVi ja perearsti vahel kohati parem, kui suuremates linnades (43,44,50).

4.2.2.1. Omavalitsuste võimekus üldarstiabi osutava juriidilise isiku loomiseks

Kohaliku omavalitsuse korralduse seadus annab omavalitsustele võimaluse äriühinguid ja sihtasutusi asutada ja nende tegevust lõpetada, samuti otsustada äriühingus, sihtasutuses ja mittetulundusühingus osalemise üle. Puuduvad andmestik ja analüüsid, mis võimaldaksid hinnata haldusterritoriaalse reformi mõju omavalitsuste suutlikkusele ja motivatsioonile olla äriühingute ja sihtasutuste asutajaks/osalejaks. Võib eeldada, et seoses üldise võimekuse kasvu ja ametnike/töötajate spetsialiseerumisega on omavalitsused senisest suutlikumad, et valida kohalike teenuste osutamiseks kõige optimaalsem vorm (omavalitsuse ametiasutus, ametiasutuse hallatav asutus, äriühing, sihtasutus või mittetulundusühing) ning teostada varasemalt tõhusamalt vastavad asutamistoimingud ning omaniku- ja asutajaõigusi.

Statistikaameti andmetel on Eestis 2019. aasta seisuga statistilise profiili kuuluvaid kohalike omavalitsuste omandisse kuuluvaid ettevõtteid 177. Põhjalikum ülevaade valdade ja linnade osalemisest äriühingutes ja sihtasutustes pärineb 2010. aasta Riigikontrolli aruandest (54). Siis oli Eestis kokku 382 äriühingut ja sihtasutust, mille omanikuks, asutajaks või liikmeks oli mõni vald või linn või nende loodud ühing - tõenäoliselt on munitsipaaltegevõtete arv haldusreformi käigus toimunud konsolideerumiste käigus vähenenud. KOVide äriühingute ja sihtasutuste tegevusmahud ei olnud sugugi väiksed: varasid oli 2009. aastal ca 15 miljardit eurot ja tulud küündisid ca 7 miljardi euron. Eeltoodust nähtub, et KOVIDel on pikaajalised kogemused ja võimekused juriidilise isiku asutaja ja omanikuõiguste teostajana ning olulisi formaalseid takistusi selleks ei esine. Siiski tõi viidatud aruanne välja mõned puudused ja sellest tulenevad valdkondlikud ohud, mis on ka käesoleval ajal aja- ja asjakohased.

Riigikontroll rõhutas, et valla- või linnajuhtide võimalus äriühingu või sihtasutuse tegevusse sekkuda on oluliselt piiratum kui võimalus korraldada omavalitsusasutuse tööd. Ilmnenuid puudujäägid olid seotud järgmistega valdkondadega:

- Osalemise põhjendamine ja eesmärgistamine;
- Puudulik juhtimiskorraldus - ühingu juhatuse, nõukogu ja valla- või linnavalitsuse seadusejärgset rollijaotust peetakse tihti formaalsuseks, sellest kinnipidamist ei tähtsustata;
- Seadusega antud kontrollivõimaluste kasutamisel ollakse passiivsed.

Omavalitsuste osalusega äriühingutes ja sihtasutustes kaasnevad täiendavad korrupsiooniriskid, millele juhtis tähelepanu õiguskantsler Ülle Madise 2017. aasta pöördumises Riigikogu põhiseaduskomisjoni poole (55). Muuhulgas rõhutas ta vajadust luua huvide konflikte vältiv õigusselgus olukorras, kus kohaliku omavalitsuse volikogu liige töötab omavalitsuse hallatava ametiasutuse juhina või kuulub sellise kohaliku omavalitsuse osalusega ühingu juhatusse või nõukokku, mille üle ta volikogu liikmena peab teostama järelevalvet. Selle vajaduse teadvustamine on asjakohane juhtudel, kus perearst on volikogus ja KOV loob perearstikeskuse ning perearst saab volikogu liikmena asuda keskuse juhtorganisse.

Nimetatud riskide maandamiseks saab riik esmatasandi meditsiiniteenuseid osutavate ühingute asutamisel võimaldada omavalitsustele täiendavaid juriidilisi ekspertteadmisi. Haldusterritoriaalse reformi järgselt on mitmeid näiteid omavalitsustest, kus on tekkinud võimekus tööle rakendada erinevatele õigusvaldkondadele spetsialiseerunud juriste ning eraõigusliku ekspertteadmise (vähemalt ajutine) kaasamine on kindlasti vajalik ja asjakohane.

Selleks, et omavalitsused oleksid motiveeritud ja suutlikud senisest enam perearste toetama (nii infrastruktuuri kui juriidilise poolega), on vajalik välja töötada osapoolte ootustele ja vajadustele vastav rahastusmudel või toetusmeede, mis hõlmaks kõike keskuse loomisest kuni sotsiaalteenustega integreerimiseni. Et tagada selle piisav paindlikkus ning vastavus osapoolte vajadusele, on siinkohal oluline, et võimaliku meetme disainimine toimiks koosloomes omavalitsuste ja perearstidega. Muuhulgas võiks toetusmeetme kaudu rahastada ka muid kohapõhiseid tegevusi (elukoha tagamine, stipendiumiprogramm

vms), mida KOV saaks perearstiteenuse kättesaadavuse parendamiseks rakendada. On oluline, et meede toetaks ka tervishoiu ja sotsiaalteenuste integreerimist, st soodustatud/abikõlblikud peaksid olema lahendused, kus rajatakse taristulahendusi, kus perearstide kõrval saavad kvaliteetsed, ajakohased ja hästi ligipääsetavad tööruumid KOV sotsiaalvaldkonna spetsialistid.

Selleks et KOV saaks edukalt luua üldarstiabi osutamiseks juriidilise isiku, on omavalitsuse tasandil vajalikud ka täiendavad kompetentsid. Ainult tehnilise poole pealt juriidilise isiku loomisel ei kaasnegi KOVidele täiendavalt kompetentsi vajadust, kuid see osutub vajalikuks tervisekeskuse juhtimise aspektist tulenevalt. Kui KOV tahab olla üldarstiabi teenuse osutaja, siis peab seal olema ka inimene, kes tunneb üldiselt tervishoiu toimimise süsteemi ja üldarstiabi korralduse põhimõtteid. Samuti peaks tal olema ülevaade Terviseameti ja EHK funktsioonidest ning EHK lepingute- ja rahastustingimustest. Omavalitsuste töötajate jaoks oleksid need üldiselt uued teadmised ja oskused, kuid samas ei ole need nii keerulised, et erinevate täiendkoolituste raames ei oleks neid võimalik omandada.

4.2.3. KOVi rolli suurendamist soodustavad ja takistavad tegurid infrastruktuuri ja juriidiliste aspektide võrdluses

Analüüsidest rahvusvahelist praktikat ja arvestades ka läbiviidud intervjuude tulemusi, joonistub suurima riskina välja omavalitsuste poolse arstiabi korraldamisega kaasneva võiv perearstiabi teenuse kättesaadavuse ja kvaliteedi langus. Kuigi Soomes on üldarstiabi osutamine siiani olnud väga detsentraliseeritud ja kohustus selle eest ongi KOVidel, siis saab siiski Soome näitel öelda, et piirkondade vaheline ebavõrdsus esmatasandi teenuste kättesaadavuses ja kvaliteedis oli väga suur (52). Näiteks kuigi seadus näeb ette, et inimene peaks perearsti juurde saama kolme päevaga, on kohati ooteajad pikenenud kolme kuuni (53). Siinjuures peab arvestama, et Soome näitel on tegu süsteemiga, kus ligi 50 aastat ongi kogu esmatasandi tervishoid olnud omavalitsuste korraldada ja vastutada, sh rahastamine (56,57), kuid nüüdseks on leitud, et see ei ole kulutõhus ega kvaliteetne ning liigutakse tagasi tervishoiu- ja sotsiaalteenuste konsolideerimise poole (58).

Intervjuudest selgus, et KOVid toetavad oma piirkonna perearstikeskusi infrastruktuuriga väga erinevalt. Ühest küljest on see tingitud perearstide puudusest konkreetses piirkonnas, teisalt on omavalitsusi, kus perearstide puudus on teravaks probleemiks, kuid KOV ennast selle probleemiga ei seosta. Peamine põhjus, miks KOVid ei taha üldarstiabi korraldamisega tegeleda, on seotud nii finantsilise võimekusega (eelkõige infrastruktuuriga toetamine), kuid vajaka jääb ka kompetentsist juriidilistes või meditsiinisisüsteemi tundmise küsimustes (vt pkt 4.2.2.1). Peamiseks argumendiks, miks omavalitsused peaksid rohkem üldarstiabi korraldusega tegelema, on perearstidele suurema valikuvõimaluse tekitamine, mis suurendaks ka nende motivatsiooni vähematraktiivsematesse piirkondadesse tööle minna. Samas kui kõik omavalitsused pakuksid sarnaseid võimalusi, jääb perearsti jaoks peamiseks otsustuskohaks ikkagi piirkonna atraktiivsus.

Kokkuvõtvalt saab öelda, et praegu on KOVide praktika perearste infrastruktuuriga toetada üpris erinev. On KOVe, kus perearstile on hangitud ruumid ja toetatud vajadusel sisustuse soetamisega, samas on KOVe, kus perearstidesse panustatud ei ole ja nendega kokku ei puututa. Selleks, et tagada piirkonnas perearsti olemasolu, peaksid KOVid minimaalselt mõtlema, kuidas toetada ja motiveerida perearste teenust pakkuma. Perearst, kes KOVi toetust ei tunne, võib piirkonnast lahkuda, sellisesse KOVi on tõenäoliselt uue perearsti leidmine raske. Eelpool näidatud kolme mudeli paindlik rakendamine loob perearstidele laiema valikuvõimaluse ja suurendab tõenäosust, et perearst piirkonda leitakse. Selleks, et aru saada, mis mõjutab perearstide otsust ühte või teise piirkonda tööle minna, peaks tegema lõpetavate residentide ja alustavate arstide seas vastava küsitluse. See aitaks ühtlasi veelgi täpsemalt välja selekteerida tuumikküsimused, millega KOV saaks tegeleda.

Käesoleva analüüsi raames tuleb silmas pida, et omavalitsustele suurema vastutuse andmine üldarstiabi korraldamisel infrastruktuuriga toetamise ja juriidilise isiku loomise näol ei kaota ära praegu kehtivat korraldust, vaid see on täiendavaks võimaluseks. Seetõttu on keeruline prognoosida, kui suur on nende tegevuste mõju. Täiendava meetmena hindame mõju siiski positiivseks. Võib eeldada, et omavalitsuste panustamine üldarstiabi korraldamisse soodustab piirkonnas perearstide töötamist ja seeläbi oleks tagatud parem perearstiabi kättesaadavus. Samas peab arvestama paljude muude mõjuteguritega, mida KOV muuta ei saa (nt üleüldine perearstide vähesus, omavalitsuse asukoht jne). Järgmises tabelis on ülevaade peamistest toetavatest ja takistavatest teguritest, mis võivad mõjutada omavalitsuste rolli suurenemist üldarstiabi korraldamisel ja millega tuleks osapooltel arvestada (vt tabel 4).

TABEL 4. PEAMISED TOETAVAD JA TAKISTAVAD TEGURID OMAVALITSUSE ROLLI SUURENDAMISEL ÜLDARSTABI KORRALDAMISES

	Infrastruktuuriga toetamine	Juriidilise isiku loomine
Üldine kasutegur	Üldine kasutegur väike kuni keskmine. Alustavate perearstide puhul võib olla taristuga toetamine positiivse tulemusega, samas ei tohiks perearstide vahel olla erinevat kohtlemist.	Piirkondade lõikes erinev (väike kuni keskmine). Kui perearst otsib tööd juba mõttega, et ta on ise ettevõtja, siis neid see ei mõjuta, küll aga kahevahel olijaid või neid, kes ei taha ettevõtjateks saada.
Üldarstiabi kättesaadavus, paindlikkus ja kvaliteet	Mõjutab kättesaadavust ja kvaliteeti perearsti olemasolu kaudu, perearsti töö paindlikkust otseselt ei mõjuta.	Mõjutab kättesaadavust ja kvaliteeti perearsti olemasolu kaudu, samuti saab perearst lubada endale veidi suuremat paindlikkust (nt KOV on kohustatud ise puhkuse asendaja otsima).
Parem teadlikkus elanike vajadustest, teenuste vastavus nendele	Mõju pigem väike, kuna KOV teenuste pakkumise sisusse ei sekku. Samas on potentsiaali sellel, kui erinevad perearstid jm teenusepakkujad koonduvad füüsiliselt ühte kohta.	Kui KOV on teenuse osutaja, peaks tal ülevaade olema ka teenuse saajatest ning teenuse osutamise tingimustest ja põhimõtetest (nt nõuded ja rahastustingimused).
Võimalus arvestada piirkondlike eripäradega üldarstiabi teenuse pakkumisel	Mõningatel juhtudel oleks KOVidel võimalik koostööd teha ja ühiselt tagada perearstidele ruumid teenuse osutamiseks.	Piirkondlikust eripärast tulenevalt saaks luua koos teiste omavalitsustega ühise juriidilise isiku üldarstiabi teenuse osutamiseks.
Võimalikud riskid	Omavalitsus ei ole piisavalt võimekas, et praksist infrastruktuuriga toetada. Kui KOVis on mitu perearsti, peaks tagama võrdse kohtlemise taristuga toetamisel, muidu tekitab see ebavõrdsust, mis võib takistada koostööd.	Omavalitsus loob juriidilise isiku üldarstiabi pakkumiseks, aga perearst läheb ära. Kui piirkonnas rohkem perearste ei ole, on KOVil keeruline teenust tagada.
Negatiivsed mõjud	Otseselt negatiivsed mõjud puuduvad, küll aga tekitab perearstide seas ebavõrdsust olukord, kus üks KOV toetab perearste infrastruktuuriga, teine mitte.	Perearst võib igal hetkel lahkuda – KOV saab neid rakendada tööõiguse põhimõtteid järgides - või soovib asutada enda ettevõtte. Eeldab koostöösoovi ja paindlikku reageerimise valmidust.
KOV tasandi sekkumise vajadus	Sekkumise vajadus on suurem nendes piirkondades, kus perearste ei ole, aitab luua eeltingimusi kvaliteetsema teenuse osutamiseks.	Sekkumise vajadus on suurem nendes piirkondades, kus perearste ei ole.

4.3. KOV tasandil eelduste olemasolu üldarstiabi korraldamiseks

Rahvusvaheliste soovitude järgi peaks esmatasandi teenusmudel olema võimalikult läbipaistvalt lahti seletatud ning selgelt näidatud, kuidas saaks esmatasand olemasolevate ressursidega hakkama muutuvate tervishoiuvajaduste ja ootuste keskmes. Eeldatakse, et perearstiasand on väga hästi integreeritud tervishoiu- ja sotsiaalhoolekandega ning vastutusvaldkonnad on selgelt reguleeritud (59). Samuti on oluline, et oleks olemas selge strateegia multidistsiplinaarse koostöö arendamiseks ja rakendamiseks, tähtis on kaasata sellesse protsessi ka KOVe (2).

Esmatasandi arstiabi korraldamise detsentraliseerimine võib kaasa aidata perearstiabi paremale kättesaadavusele. Sealjuures on oluline suur integreeritus KOVi ja sotsiaalteenustega ning kindel nägemus teenuste koordineerimisest. Arvestades järjest süvenevat tööjõukriisi, oleks detsentraliseeritud esmatasand heaks platvormiks nii KOVide omavahelise koostöö parandamisel kui ka uute tervishoiutöötajate värbamisel (2).

See, kui suur on kohalike omavalitsuste roll üldarstiabi teenuse osutamisel, sõltub väga palju konkreetse riigi üldisest tervishoiupoliitikast ja üldistest regulatsioonidest (60). Eestis ei ole omavalitsustel otsest kohustust esmatasandi teenuste osutamiseks seni pandud. Samas on perearstiabi osutamine igale KOVile oluline, kuna inimestel on õigus saada elukohajärgses omavalitsuses üldarstiabi teenust (34).

Selleks, et omavalitsused saaksid võtta suuremat rolli üldarstiabi korraldamisel, on vaja täita teatud eeldused. Infrastruktuuriga toetamise peamine eeldus on rahaliste ressursside või perearstipraksiseks kohandavate ruumide olemasolu. Intervjuudest selgus, et mõistlik oleks mõelda, kas omavalitsuses on ehk mitu perearsti, kes saaksid kasutada sama hoonet, sest omavalitsusel oleks seda kergem hallata.

Kui omavalitsuste infrastruktuuriga toetamine eeldab eelkõige vaid rahalisi ressursse ja ruume, siis juriidilise isiku loomiseks on lisaks rahale ja ruumidele oluline vastava kompetentsiga inimressursi olemasolu. Selleks, et omavalitsus saaks tegeleda üldarstiabi teenuse osutamisega ja seeläbi perearstilt võtta kogu haldus- ja korralduskoormus, on vaja, et omavalitsuses oleks inimene, kes tunneks tervishoiusüsteemi korraldust. Eriti oluline on üldarstiabi korraldamise tundmine. Sealjuures peab teadma nii üldisi nõudeid, mis on kehtestatud nii perearstipraksisele kui ka teenuse osutamisele (nt kvaliteedistandarditele vastavus) kui ka rahastuspõhimõtteid. Kuna EHK poolt tulevad rahastuslepingud, siis on vaja teada ka rahastuslepingu põhimõtteid ja EHK poolt seatud tingimustele vastavust (nt EHK poolt rahastatava baasrahastuse tingimused). Võib eeldada, et nendesse piirkondadesse, kuhu on keerulisem perearsti leida, on raskem ka eelpool nimetatud kompetentsiga inimeste leidmine. Mõningatel juhtudel tuleb kõne alla olemasoleva personali koolitamine (eelduseks vastavate koolituste olemasolu), kuid intervjuueeritavate sõnul vajavad nad pigem siiski vastavat täiendavat personali.

Omavalitsuste ressursside vajadust üldarstiabi korraldamisel mõjutab mastaabiefekt. Kui piirkonnas on mitu perearsti, siis nende koondumine lihtsustaks omavalitsusel infrastruktuuriga toetamist. See oleks ka omavalitsuse jaoks kokkuvõttes vähem kulukas, kui sama piirkonna iga üksiku praksise toetamine. Samuti aitaks see parendada perearstiabi kättesaadavust ja kvaliteeti, perearstid saaksid paremini korraldada oma puhkuseid ning sisse osta täiendavaid teenuseid. KOVi jaoks on keerulisem, kui omavalitsuse piirkonnas ongi vaid üks perearst (kui sedagi) ja seetõttu on vaja luua juriidiline isik. Seetõttu peaks omavalitsus vaatama läbi võimalikud koostöökohad kas samas omavalitsuses (kuigi teises piirkonnas) töötavate perearstidega või teises maakonnas (aga geograafiliselt lähemal) paiknevate perearstide ja omavalitsustega. Mõnel juhul võib õnnestuda erinevate omavalitsuste perearstide koondumine ja omavalitsuse toel ühise perearstipraksise loomine. Järgmises tabelis on peamised eeldused, mis on vajalikud selleks, et omavalitsus saaks üldarstiabi korraldamisel kas infrastruktuuriga toetamise või juriidilise isiku loomisega suuremat rolli täita.

TABEL 5. EELDUSED OMAVALITSUSTASANDIL ÜLDARSTIABI KORRALDAMISE ROLLI SUURENDAMISEKS

Eeldus	Infrastruktuuriga toetamine	Juriidilise isiku loomine
Uute võimekuste väljaarendamise vajadus	Ei eelda uue võimekuse väljatöötamist (st ei eelda uue kompetentsiga inimeste olemasolu).	Uue võimekuse väljaarendamine on väga oluline, kuna eeldab uut tüüpi tegevusi ja ka uusi teadmisi.
Inimressursi vajadus	Otseselt vajadus puudub. Samas kui tegemist on suurema keskuse rajamise ja haldamise, siis see võib kaasa tuua täiendava administratiivse- ja haldusressursi vajaduse.	Vaja on inimest või inimesi, kel oleks ülevaade tervishoiusüsteemi üldisest toimivusest, vastavast seadusandlusest, tervishoiuteenuste (esmatasandi) rahastamisest, EHK lepingutingimustest, üldarstiabi kvaliteedistandarditest, teenuse osutamise nõuetest jmt.-
Muude ressursside vajadus	Eelkõige üldarstiabi teenuse osutamiseks sobivate ruumide olemasolu, mõningate kokkulepete puhul ressursid ka ruumide sisustamiseks.	Üldarstiabi teenuse osutamiseks sobivate ruumide olemasolu, rahaliste ressursside olemasolu sisustuse tagamiseks.
Mastaabiefekt	Omavalitsusele on otstarbekam hallata ühte hoonet, kus on mitu perearsti (ja muud tervishoiu- ja sotsiaalteenused) <i>versus</i> iga perearstikeskust eraldi.	Vaid ühe perearsti olemasolu korral võib kogu korraldusliku poole tagamine minna omavalitsusele kalliks. Mida rohkem perearste, seda kuluefektiivsem.
Koostöövajadus	Kasuks tuleb nii perearstide omavaheline hea koostöö kui ka koostöö omavalituse ja perearstide vahel.	Kasuks tuleb nii perearstide omavaheline hea koostöö kui ka koostöö omavalituse ja perearstide vahel. Vajadusel tuleb mõelda ka regionaalse koostöö peale.

On erinevaid aspekte, millega omavalitsus peab üldarstiabi teenuse osutamiseks juriidilise isiku loomisel arvestama. Juriidilise isiku asutamine ei ole keeruline, selle registreerimine toimub sarnaselt ettevõtte registreerimisele. Nagu eelnevas tabelis nähtub, eeldab see suuremat juriidilist ja valdkonnapõhist võimekust, samuti peab KOV olema suuteline tihedaks koostööks rohkemate osapooltega. Juriidilise isiku loomise eelduseks on, et KOV tagab ise sobivate ruumide olemasolu koos nõuetele vastava sisustusega (siinkohal on oluline koostöö ka Terviseametiga, mis ruumide sobivuse peab kinnitama). Perearsti otsimisel saab KOV kaasa aidata (nt atraktiivsed töökuulutused, isiklik suhtlus jne), kuid lõpliku otsuse perearsti sobivuse kohta teeb Terviseamet. Siinjuures võib perearstil olla olemas oma nimistu (peab olema samas piirkonnas), aga võib alustada ka ilma ühegi patsiendita nimistuga. KOV arvestab perearstiga TL sõlmimisel, et oleks tagatud TTL-is kehtestatud nõuete täitmine. Kogu halduskoormus peaks jääma KOVile, sh lepingute sõlmimine ja aruandluse esitamine EHKle. KOV peaks suutma tagada perearstile puhkuse ajaks asendaja ja võimaldama perearstil käia koolitustel (mis on perearsti kvalifikatsiooni hoidmiseks hädavajalik). Kokkuvõttes kaasneb juriidilise isiku loomisega KOVile hulk täiendavaid ülesandeid, millega KOV peab arvestama. Suuremates kohtades on nendega kindlasti kergem toime tulla ja munitsipaalperearstikeskus võib Tallinna näitel saada isetoimivaks asutuseks, kuid väiksemates kohtades on see palju suurem väljakutse.

4.4. Rahastamine

TTKS kohaselt peab kõigil perearstidel, kellel on kinnitatud nimistu, olema EHKga ka rahastusleping. Põhimõtteliselt võivad perearstid osutada teenust ka ilma EHK lepinguta, kuid selleks peavad nad siiski omama vastavat tegevusluba (4). Eestis kasutatakse EHK poolt perearstide rahastamisel kombineeritud mudelit mis koosneb järgnevatest tasudest: pearaha, baasraha, uuringu-, teraapia- ning tegevusfondis sisalduvate teenuste teenusepõhine tasu, kauguse ja teise pereõe lisatasu, tulemustasu ning ületunnitöö tasu. Rahastuse arvutamise aluseks on EHK ja perearstide koostöös välja töötatud kulumudel. Mudelis on arvestatud riigis kehtivaid normatiive ja keskmise teenuseosutaja kulusid normatiivide katmiseks (37).

Pearaha hind sisaldab tööjõu kulusid, meditsiiniseadmeid, ravimeid ja bürookulusid. Kui varem oli üks pearaha suurus, siis 2012. aastal lepidi kokku viis uut pearaharühma: kuni 3-aastased, 3–6-aastased, 7–49-aastased, 50–69-aastased ja üle 70-aastased. Igal rühmal on oma pearaha hind. Lisaks saavad perearstikeskused igakuist baasraha ruumidega seotud kulude ja transpordikulude katteks ning seda saavad kõik perearstid võrdsetel alustel. Lisaks pearahale ja baasrahale makstakse kindlate tingimuste täitmisel perearstidele kauguse lisatasu (motiveerimaks perearste töötama maapiirkondades). Alates 2013. aastast on kasutusel teise pereõe lisatasu, kus saab endale taotleda teise pereõe rahastamist, kui tal on olemas selleks vajalikud ruumid. Lisaks on EHK alates 2014. aastast rahastanud perearstidele ja pereõdedele tööajaväliseid vastuvõtte, mida perearst saab taotleda juhul, kui vastuvõtte tehakse väljaspool perearstikeskuse kohustuslikku lahtioleku aega ehk enne kella 8.00 hommikul või pärast kella 18.00 õhtul. Samuti on ligi 15 aastat perearstidele makstud tulemustasu, mille suurus oleneb perearsti suutlikkusest täita EHK poolt kehtestatud kvaliteediindikaatoreid ennetavates tegevustes ning krooniliste haigete jälgimises (37,61).

Perearsti ruumidega seotud kulud on olenevalt piirkonnast väga erinevad ja teatud piirkondades aitab perearstil ruume rahastada ka kohalik omavalitsus. Sellest tulenevalt võib perearstipraksistel raha üle või puudu jääda, mis lõppkokkuvõttes taandub põhimõttele, et perearst eraettevõtjana peab endale ise leidma parimad lahendused ja kokkulepped teenuse osutamiseks (62).

EHK rahastab perearste teatud mahus ka teenusepõhiselt. Patsientidele õige diagnoosi ja ravi määramiseks on vaja teha mitmeid analüüse ning seetõttu rahastatakse perearstide tegevust uuringufondi, tegevusfondi ning teraapiafondi kaudu. Uuringufondi rahastamisega tasutakse perearstile EHK hinnakirja järgi uuringute kulu. Samas peab perearst arvestama, et täiendavaid teenusepõhiseid tasusid uuringute ja protseduuride eest tasutakse kuni 42% ulatuses pearahapõhise tasu eelarvest. Tegevusfond sisaldab teenuseid perearsti või -õe käeliste tegevuste kohta ja tegevusfondi teenuseid rahastatakse piiranguteta, selleks, et säilitada perearstide suutlikkus osutada günekoloogilisi ja pisikirurgilisi teenuseid ning selle kaudu vähendada suunamist. Teraapiafond loodi selleks, et perearst saaks suunata oma nimistu patsiente otse logopeedi või psühholoogi vastuvõtule. Uuringufondi, teraapiafondi ning tegevusfondi eesmärk on motiveerida perearste osutama rohkem teenuseid esmatasandil (37,62).

Kõige suurema osa (62%) moodustab perearsti sissetulekust pearaha. Teine suurem sissetulek on uuringufond (20%) ning baasraha moodustab perearsti tulust keskmiselt 12%. Teise pereõe lisatasu küll kõik nimistud ei saa, kuid EHK kulusid perearstiabile arvestades moodustab see 4%. Kvaliteedi lisatasu osatähtsus on 2%, mida samuti ei maksta välja kõigile perearstidele, kuid arvestatud on osatähtsus kogu perearstiabi kuludest. Ülejäänud tasud, sh kauguse lisatasu, tegevusfond ja tööajavälise lisatasu moodustavad keskmiselt perearsti sissetulekust vaid 2% (62).

Intervjueeritavad rõhutasid, et rahastamine on oluline mitmest aspektist. Kuna kulutused arstiabile tulevad EHK vahenditest, siis juhul kui KOV võtab riigi rolli (ka osaliselt) enda kanda, peab KOV saama ka riigilt kompenseeritud. Lisaks on rahastamise küsimus segane KOVi ja perearstide omavahelise rollijaotuse mõttes. Kui KOV võtaks näiteks üle kõik haldusteenused, siis kas raha peaks selle jaoks tulema perearsti

pearahast? Samuti tekitas intervjuueeritavate seas küsimusi dividendide osa, kellel ja millistel tingimustel oleks õigus neid välja võtta. Samas rõhutati ka seda, et tegelikult on mitmeid võimalusi ja seadusandlusega ei saagi seda paika panna, see peaks olema KOVi ja perearsti omavaheline otsus (43,44,50).

Vaadates olemasolevaid rahastusmudeleid ja võimalikke täiendavaid rolle KOV tasandil seoses üldarstiabi osutamisega, siis praeguse info baasilt suuri muutusi selles vallas tegema ei peaks. Üldarstiabi rahastamine võiks endiselt toimuda EHK poolt (arvestades ka sellega, et nad on teenuse kvaliteedi kontrolli ja valdkonna arenguga tugevalt seotud). Kui KOV aga loob üldarstiabi teenuse loomiseks juriidilise isiku, siis ta saab ka praegu EHKst selleks vahendid, kuid läbipaistvuse mõttes võiks EHK siis ka vastava rahastuslepingu (st eraldi leping KOVide toetamiseks üldarstiabiteenuse osutamisel) kirjelduse teha.

TABEL 6. VÕIMALIK RAHASTUSMUDEL TEGEVUSTE LÕIKES

Ülesanne	Rahastus	Eeldused
KOV kui haldusteenuse osutaja	Perearstid maksaksid KOVidele kokkulepitud summa enda vahenditest (mille nad peaksid muidu nagunii üüri jm peale kulutama).	Perearstid ootavad mõistlikke tingimusi ja kindlasti ei tohiks see minna perearsti jaoks kallimaks kui seni.
KOV kui juriidilise isiku looja	Kui KOV on ise juriidilise isiku loonud, siis saab EHK poolse rahastuse osast kasutada näiteks seda raha, mis on praegu perearstidele mõeldud ruumidele ja üldisele haldusele.	EHK peaks tegema oma rahastusmudelisse lisaselgituse juhtudeks, kus KOV on tervisekeskuse omanik (sealjuures ei ole eelduseks rahastuse põhimõtete erinevus perearsti ja KOVi puhul). See tagaks kõigile osapooltele rahastuse läbipaistvuse.
KOV kui toetaja	Kui KOV on ainult toetaja rollis, siis ta peaks valmis olema enda vahendites perearstikeskustesse panustama (nagu praegune süsteem põhimõtteliselt ka toimib).	Hea koostöö KOVi ja perearsti vahel loob eeldused omavalitsuse poolseks suuremaks toetuseks.

4.5. Muudatuste vajadused KOV tasandil üldarstiabi korraldamises

KOV-i rolli suurendamine üldarstiabi osutamisel eeldab KOVide proaktiivsust valdkonnaga tegemisel ja selle arendamisel. Kuna tervishoiusüsteem on keeruline, siis võivad KOVid tunda ebakindlust ja vastupanu sellega tegeleda. Samas peaks olema perearsti olemasolu oma piirkonna elanike jaoks KOVis prioriteetse tähtsusega, mistõttu tuleb KOVil võtta senisest suurem roll, olgu see haldusteenuse pakkujana, juriidilise isiku loojana või lihtsalt toetajana (nii ressurssidega kui koostöö eestvedajana).

Valdkondlike ekspertide fookusrühmas leiti, et KOVi kui infrastruktuuri pakkuja peamiseks tugevuseks on perearstide võimalus jagada haldus- ja finantskoormust. Tähelepanu vajab asjaolu, et sotsiaal- ja tervishoiu valdkondade integratsioon on küll füüsiline, ent mitte sisuline, mis toob kaasa keerukama ühistele otsustele ja kokkulepetele jõudmise protsessi. Samuti võib KOVile osutada parajalt pingutust nõudvaks nii piisaval

hulgal perearstide ühe katuse alla koondamine kui ka suurema tervisekeskuse juhtimine ja haldamine. Võtmesõnaks muutub kaasamine, et nii valdkondlik sisu kui haldus jõuaksid jätkusuutlike ja edasiviivate otsusteni (63).

4.5.1. Ekspertide ettepanek muudatusteks

Ekspertid, kes osalesid fookusrühmas, pidasid vajalikuks töötada edasi nii lahendusega, mille kohaselt KOV võtab endale infrastruktuuri pakkuja rolli, kui sellega, et KOV loob juriidilise isiku üldarstiabi pakkumiseks. Leiti, et KOV üldarstiabi pakkumise toetajana (sõltumata sellest, kas pakutakse ka infrastruktuuri ja/või juriidilist keha) oma piirkonnas väärrib samuti edasist tähelepanu. Otsiti vastust küsimusele, milliseid täiendavaid või toetavaid võimalusi saab KOV kasutada, et tagada oma elanikele üldarstiabi kättesaadavus. Võimalusena nähti eelkõige proaktiivse rolli võtmist oma piirkonna atraktiivsuse kasvatamisel ning kogukonna tasandi ja üldarstiabi tegevuste omavahelise sidususe suurendamist.

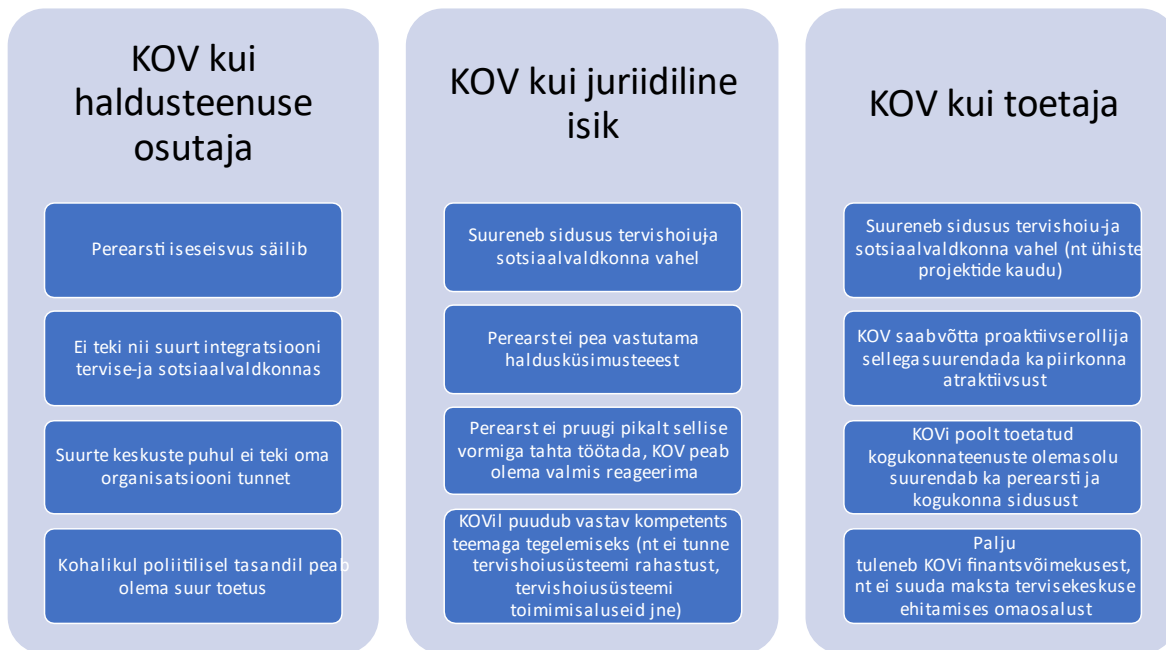
Piirkonnas üldarstiabi tagamiseks juriidilise isiku loomisega kaasneb KOVil ekspertide sõnul võimalus võtta aktiivne roll perearstide värbamisel, aga ka proaktiivselt nende motiveerimisel. See töötab eriti nende perearstide puhul, kes ei soovi kohe võtta alustava arstina suuri finantskohustusi ja vastutust ega soovi tegeleda haldusküsimustega. Juriidilise isikuna saab KOV panustada osapoolte sidususe suurendamisse, nt pöörates tähelepanu ennetustegevusele või algatades osapooli integreerivaid projekte. Väljakutsed, millega KOV peab juriidilise isiku rolli võtmise järel toime tulema, puudutavad kompetentsust (tervishoiusüsteemi toimimisalused, rahastus jmt) ning valmisolekut võtta valdkonnas tegutsemiseks aktiivne roll, sh koostöö teiste omavalitsuste ja riigiga. Ka perearstide huvi võib olla vähene (mistõttu ei pruugi KOVile tunduda sellisesse lahendusse panustamine mõttekana), sest nende iseseisvus töövõtjana väheneb ning kaob dividendide teenimise võimalus.

Väljakutsetega toimetulekuks tegid eksperdid järgmised ettepanekud:

- Et motiveerida perearste piirkonna inimestega töötama, peaks KOV kasutama ära võimaluse hakata pakkuma haldusteenuseid (sh toetada infrastruktuuriga ja muude kommunaal-haldusteenustega) või pakkuda juriidilist keha. On perearste, keda motiveerib tööle tulema, kui pakkuda rendile ruume, osasid ahvatleb see, et ei pea hakkama iseendale tööandjaks.
- Mõlemad võimalused vajavad perearstidele paremat tutvustamist. See aitab suurendada perearstide teadlikkust ja huvi. Tõdeti, et mõlemast mudelist teatakse vähe. Teadlikkuse tõstmise tegevuste kavandamist ja elluviimist on otstarbekas teostada maakondlikul tasandil. Mitmetes omavalitsusliitudes on tööl rahvatervise nõunikud, kelle ülesannete hulka kuuluvad muuhulgas terviseedenduslike ülesannete täitmine ja koordineerimine. Viimaseid saab siduda omavalitsuste ja perearstide koostöövõrgustike ja infovahetuse koordineerimisega.
- KOV saab proaktiivselt hakata hoidma sidet õppivate perearstidega.
- KOVi tegevuse puhul tuleb teadvustada valdkonna võimalikku politiseerimist ja sellest tulenevalt seatud prioriteete (st kas KOV on poliitiliselt seadnud esmatasandi valdkonna prioriteediks või mitte). Seda võib näha takistusena, kuid samal määral ka võimalusena. KOVil on võimalik seada tervishoid, sh üldarstiabi tagamine ja tervishoiu- ning sotsiaalteenuste integreeritud pakkumine prioriteetsele kohale ning seeläbi suurendada piirkonna atraktiivsust (potentsiaalsele) elanikule. Oluline on hoida pikemaajalist vaadet.
- Kohalikku omavalitsusse juriidilise isiku loomist üldarstiabi teenuse osutamiseks peaks käsitlema rangelt kui täiendavat võimalust, mitte asendust praegusele süsteemile ja võimalikku KOV täiendavat kohustust. Kuna teema on kohati tundlik, siis kommunikatsioonis on selle rõhutamine väga oluline.

4.6. Otsustuskohad üldarstiabi korraldust toetavate täiendavate meetmete kasutuselevõtus

Hetkel kehtivat üldarstiabi korraldamise praktikat on võimalik täiendada kolme mudeliga. Igal mudelil on oma tugevused ja nõrkused (vt joonis 7), kuid hindame, et üldarstiabi teenuse tagamiseks oma piirkonnas tuleb KOVil kaaluda kõigi joonisel toodud mudelite rakendamist.



JOONIS 7. ÜLDARSTIABI OSUTAMISE TÄIENDAVATE MUDELITE TUGEVUSED JA NÕRKUSED

Eelpool näidatud kolme erineva mudeli rakendamine loob perearstidele laiema valikuvõimaluse ja suurendab tõenäosust, et perearst piirkonda leitakse (eriti kahe esimese mudeli puhul). Selleks, et aru saada, mis mõjutab perearstide otsust ühte või teise piirkonda tööle minna, peaks tegema lõpetavate residentide ja alustavate arstide seas vastava küsitluse. See aitaks ühtlasi ka välja selekteerida tuumikküsimused, millega KOV saaks tegeleda. Selleks, et saaks eelpool toodud toetavaid mudeleid edukalt rakendada, peaksid olema täidetud teatud eeldused (vt tabel 7).

TABEL 7. KOLME MUDELI RAKENDAMISE EELDUSED

Eeldus	KOV kui haldusteenuse pakkuja	KOV kui juriidilise isiku looja	KOV kui toetaja
Finantsiline	Peab eelkõige vastutama hoonete korrasolu ja üldise halduse eest.	Vastutab nii hoonete kui sisustuse eest, aga ka personali olemasolu eest. Eeldab suuremaid finantsilisi väljaminekuid.	Võib olla nii finantsidega toetaja (nt tervisekeskuse omaosaluse tasu) kui ka toetada muul viisil (nt ühisprojektid perearstidega). Eeldab KOV-i huvi valdkonna arengu ja jätkusuutlikkuse vastu.
Kompetentsipõhine	Ei eelda KOVilt täiendavat kompetentsi.	Eeldab, et KOV-is oleks inimene, kes tunneks üldisel tasandil tervishoiusüsteemi rahastamise aluseid, EHK lepingupõhimõtteid,	Otseselt kompetentsi ei eelda, kasuks tulevad näiteks erinevad projektijuhtimise ja koostöö koordineerimise

		üldarstiabi osutamisega seotud juriidilisi aspekte jmt.	kogemused ja oskused, mille abil saaks edukalt tulevikus perearste kaasata.
Juriidiline	Tervisekeskuste loomise kontekstis pidi KOVIDel olema eellepingud uues hoones tööle asuvate perearstidega enne ehitustegevuse algust. Kuna see välistas mõnedes KOVIDes keskuse loomise, siis peaks uute meetmete raames arvestama suurema paindlikkusega.	KOV peab olema juriidiliselt pädev, et suuta tagada kõik TTL seadusest tulenevad nõuded teostada ettevõtte/sihtasutuse asutamine ja asutajaõiguste korrektne teostamine.	Eeldused puuduvad.
Koostöö	Füüsiline koondamine loob paremad eeldused koostööks, aga ei pruugi seda tingimata tagada. Kui perearstide jm teenuspakkujate omavaheline koostöö ei laabu, saab KOV võtta siin juhtiva, edendava rolli.	Väga oluline on koostöö perearstidega, EHKga, terviseametiga.	KOV võiks lisaks perearstidele tihedat koostööd teha vastavalt esmatasandi koostöö mudelile ka erinevate teenuseosutajate, sotsiaaltöötajate jt asjakohaste osapooltega.

Kõigi kolme mudeli (või nende kombinatsioonide) ellu rakendamine ei eelda, et olemasolevad üldarstiabi tagamisega seotud funktsioonid asendataks KOVIDe poolt täidetavate ülesannetega või viidaks tänases süsteemis läbi olulisi õiguslik-administratiivseid ümberkorraldusi. Mudelite elluviimine saab toimuda täiendavate tegevustena, millega seonduvad riskid on valdavalt madalad või keskmised. Vähesel määral on Eesti omavalitsustes mudelite elluviimisega seotud tegevusi rakendatud ning selle käigus ei ole märkimisväärseid negatiivseid mõjusid avaldunud.

TABEL 8. RISKID KOLME MUDELI RAKENDAMISEL

Riskid	KOV kui haldusteenuse pakkuja	KOV kui juriidilise isiku looja	KOV kui toetaja
Poliitiline korrupsioon	Madal, teatud riskid, mis on seotud hangete läbiviimisega.	Keskmine, KOV-ettevõtlusega seotud poliitilise korrupsiooni avaldumise võimalused.	Madal, võib avalduda juhtudel, kui perearst(id) osalevad aktiivselt kohalikus poliitikas.
Lahenduste jätkusuutlikkus	Keskmine, loodud taristulahendused vajavad pikaajalist majandamist perearstide ja/või KOVIDe poolt, vajalik on jätkusuutliku finantsmudeli olemasolu.	Keskmine, perearstide huvi loodud juriidilise isiku raames kokkulepitud vormis tegutseda võib ajas muutuda.	Keskmine, sõltub KOVIDe finantssuutlikkusest ja poliitilisest tahtest. Riigiabiks kvalifitseeruva toetuse puhul rakenduvad konkurentsiseaduse piirangud.
Teenusetaseme halvenemine	Madal. Haldusülesannete täitmisel KOVIDe poolt on teenusetasemele vähene mõju. Senine praktika, kus KOVID on haldusteenuste pakkujana tegutsenud, ei ole kaasa toonud teenusetaseme halvenemist.	Keskmine. KOVIDe kogemused valdkonnas on vähesed ja valdkonnakompetentsid madalad.	Madal.

Peatüki kokkuvõte

1. KOVIDel tuleb proaktiivselt oma piirkonnas tegeleda üldarstiabi teenuse tagamise küsimustega. Vastasel korral ei pruugi neil õnnestuda leida perearste, kes piirkonnas teenust pakuvad, ning sellel on oluline mõju kohalikule elukvaliteedile ja elukeskkonna atraktiivsusele.
2. Üldarstiabi korraldamine eeldab osapoolte koostööd, vajadus on mõlemapoolne. KOVID saavad võtta siin juhtiva rolli ja võtta teadlikult ette koostööd soodustavaid tegevusi. Sealjuures peavad väikesed KOVID antud teema kontekstis rohkem pingutama, kuna neil on perearstide puudus teravam. Koostöö tegemine võib siin anda hea tulemuse - nt luua juriidiline isik rohkem kui ühe KOVIDi peale.
3. KOVIDe teadlikkust saab tõsta nii võimalusest toetada kohalikke perearste infrastruktuuriga kui sellest, et nad saavad üldarstiabi tagamiseks oma piirkonnas luua juriidilise isiku, mis annab tööd perearsti(de)le.
4. Perearstid ootavad KOVIDelt suuremat toetust infrastruktuuri tagamises. See toob KOVIDele kaasa kulusid, kuid võimaldab toetada perearsti keerulisemas või vähem atraktiivses piirkonnas toime tulla ja tegutseda.
5. Paljud perearstid ei taha olla ettevõtjad (samal ajal on nõus nimistut omama), seega peab neile tagama töötamiseks vormi, mis oleks mugav ja millega osapooled rahul oleksid.
6. Juriidilise isiku loomine on võimalus, mida KOVID saavad senisest aktiivsemalt pakkuda kui täiendavat (ja võimalik, et ka ajutist) võimalust perearstidele.
7. Kahjuks on endiselt KOVIDe, kes ei näe endal vastutust üldarstiabi teenuse tagamisel. Sellised KOVID vajaksid motivatsioonipakette ja tugisüsteeme vms (paralleel haldusreformiga).

5. Analüüsi kokkuvõte

Käesoleva analüüsi tulemusena selgus, et kuigi KOVIDel ei ole otsest seadusest tulenevat kohustust tagada üldarstiabi teenust, siis lähtudes demograafilistest trendidest on varem või hiljem kõik KOVID sunnitud selle teemaga tegelema. KOVIDel on võimalik toetada üldarstiabi teenuse osutamist nii infrastruktuuri kui ka juriidilise isiku loomisega (viimase puhul kaasneb enamasti automaatselt ka infrastruktuur). Alustavat perearsti tuleb eelkõige toetada ruumidega (vajadusel ka nende sisustusega). Tihti on ootused KOVIDe juriidilise isiku loomiseks just noortel perearstidel, kes ei taha ennast veel ettevõtlusega siduda. Juriidilise isiku loomisega saab omavalitsus tagada perearstile nt finantsarvestuse, finantsplaneerimise jm tehnilise toe teenuseid. KOVIDi roll juriidilise isiku tagamiseks olukorras, kus sellest sõltub üldarstiabi kättesaadavus, täiendaks tänast süsteemi oluliselt.

Toimunud intervjuude ja fookusrühma arutelu tulemusel võib väita, et praegu on üldarstiabi osutamisel KOVIDi suurema rolli võtmise peamiseks eelduseks poliitiline tahe teemaga tegeleda. Praktika on näidanud, et kui poliitilisel tasandil puudub antud teema vastu huvi või kõik perearstikohad on täidetud, siis ei ole sellega tegelemine oluline (sealjuures ei nähta selles endal rolli). On ka vastupidiseid näiteid, kus KOVID on võtnud suure rolli üldarstiabi osutamisel (nt loonud juriidilise isiku teenuse osutamiseks, panustanud oluliselt finantsidega tervisekeskuse loomisesse jne). Viimane aspekt loob positiivse fooni selleks, et perearstid sooviksid sinna piirkonda tööle minna.

Analüüsi raames esitasime kolm mudelit, mille rakendamist võiksid KOVIDi piirkonna üldarstiabi teenuse kättesaadavuse tagamiseks kaaluda. Ühelt poolt saaks perearst suurema valikuvabaduse, mis soodustaks tema otsust asuda teatud piirkonnas tööle, teisalt oleks teenus kohalikele elanikele stabiilselt kättesaadav. Kolmest erinevast mudelist ressursinõudlikum, aeganõudvam ja riskantsem on üldarstiabi teenuse osutamiseks juriidilise isiku loomine, kuid sealäbi on võimalik saada suurem kindlustunne piirkonnas teenuse tagamiseks. Teiste mudelite rakendamise korral on põhieelduseks KOVIDi poolne poliitiline valmisolek teemaga tegelemiseks (sh. sellesse ressursside panustamiseks) ja väga hea koostöövalmidus osapooltega. Samuti tuleks kasuks, kui KOVID suudaks olla erinevate algatuste ja koostööprojektide eestvedajaks.

On selge, et ühel hetkel peavad KOVIDid hakkama antud teemaga senisest aktiivsemalt ja ulatuslikumalt tegelema. Oleks hea, kui nad suudaksid tagada piirkonnas vähemalt kahe mudeli olemasolu (üks peaks sealjuures olema juriidilise isiku loomise mudel). Juriidilise isiku loomise korral on KOVIDil vaja leida üldarstiabi teenuse osutamiseks täiendavaid ressursse nii finantside kui ka kompetentside näol. Kui esimene ei pruugi olla suureks takistuseks, siis täiendavateks kompetentsideks on vaja leida inimene(sed), kes tunneksid tervisesüsteemide üldist rahastamist, EHK rahastuslepingute põhimõtteid, seadusandlusest tulenevaid kohustusi tervishoiuteenuste osutamiseks jne. Nimetatud teadmistega inimeste leidmine võib mitmetes vähemsoodsates demograafilistes ja tööjõuturutingimustega piirkondades osutada suureks väljakutseks. Mõistlik oleks kokku leppida ka koolitusvajadus. Kindlasti tuleb kompetentside kontekstis mõelda omavalitsuste vahelisele koostööle - ehk on võimalik oskuste jagamine. Koostööd saaks teha ka teiste piirkonnas ettevõtjatena töötavate perearstidega ja sealt vastavat kompetentsi saada. Eelseisva EL-rahastusperioodi vahendite kasutamise planeerimisel näha ette toetus-skeem, mis võimaldab rahastada vajaliku ekspertteabe kättesaadavust omavalitsustele üldarstiabi osutava juriidilise isiku loomiseks. Siinkohal saab kaaluda, kas KOVID taotleb iseseisvalt selleks otstarbeks vajalikke vahendeid vastavast toetusmeetmest või hangib riik keskse raamhankega ekspertteenused, mida KOVID-id kasutada saavad.

Selleks, et omavalitsused saaksid omada suuremat rolli üldarstiabi teenuse osutamisel, on võimalik kasutada vastavaid toetusmeetmeid vms riiklikul tasandil. Nt kui arstidele makstakse maapiirkondadesse tööle asumisel lähtetoetust, siis omavalitsused võiksid saada sarnast toetust. Praegu võib mõnel omavalitsusel olla

keeruline leida eelarvest raha isegi perearstide ruumide sanitaarremondiks, uute ruumide leidmine ja sisustamine on veelgi keerulisem.

Praegune seadusandlus ei keela omavalitsustel üldarstiabi teenuse osutamiseks juriidilise isiku loomist ja KOVi saavad olla nii haldusteenuse pakkujaks kui toetajaks, seega ei ole vaja kehtestada täiendavate ülesannete ülevõtmiseks eraldi ajaraami ning pigem sõltub kõik omavalitsuse enda tahtest. Juriidilise isiku saaks e-keskkonnas luua minutitega, eelnevalt on vaja kokku leppida vastutavad osapooled ja rollid ning viia läbi asutamiseks vajalikud haldustoimingud. Küll aga võib aega võtta vajalike valdkondlike kompetentsidega inimeste leidmine või nende väljakoolitamine.

5.1. Järeldused

- Selleks, et vaatlusalustes valdkondades suurendada omavalitsuste rolli üldarstiabi tagamises, ei ole otstarbekas teha ulatuslikke süsteemseid ümberkorraldusi - vajadus nende järgi on vähene ning mõju üldarstiabi kättesaadavusele madal.
- Täiendavalt praegusele süsteemile saaks kasutada kolme erinevat mudelit (KOV kui haldusteenuse pakkuja, KOV kui juriidilise isiku looja ja KOV kui toetaja).
- Tänapäevane õigusruum ja haldussüsteem võimaldavad omavalitsustel soodustada teenuste kättesaadavust, tagades perearstidele vajaliku infrastruktuuri ja asutades teenuseid osutavaid juriidilisi isikuid. Siiski kasutatakse neid olemasolevaid võimalusi Eesti omavalitsustes pigem vähe ja ebaühtlaselt - KOVide potentsiaali ulatuslikum rakendamine üldarstiabi tagamiseks võimaldaks toetada muid võimalikke perearstisüsteemi tõhustamise meetmeid ning avaldada teenuse kättesaadavusele positiivset mõju.
- Riiklikud/EL toetused on omanud olulist rolli KOVide mõju suurendamises perearstiteenuse kättesaadavuse tagamisel. Rakendatud toetusmeetme raames on juba 22 KOVi võtnud juhtrolli esmatasandi tervisekeskuste rajamisel, mille rajajaks võivad olla nii omavalitsus, perearst kui ka haigla, sealjuures on võimalikud erinevad juriidilised vormid.
- Välisriikide näitel saab väita, et tervisekeskuste tüüpi praksised on üksikpraksistega võrreldes kulutõhusamad ja perearstiabi teenus on patsiendikeskem (sh perearsti kättesaadavus ja teenuse kvaliteet). Samuti rakendatakse mõnes riigis perearstide võrgustumist (nt Inglismaa), kus perearstid ei asu küll füüsiliselt samas hoones, kuid perearstide asendamist koordineeritakse piirkondlikul tasandil.
- Eesti praktika näitab, et järjest rohkem perearste sooviks töötada vähemalt alguses ilma nimistu ja konkreetse piirkonnata, mis aga tähendaks asendusrstide osakaalu suurenemist. Samuti leidub päris palju perearste, kes ei taha tegeleda ettevõtlusega, kuid on nõus omama nimistut.
- Perearstide järjest suurenev puudus sunnib omavalitsusi mõtlema erinevatele meetoditele, kuidas tagada piirkonnas üldarstiabi kättesaadavus. Üldarstiabi kättesaadavuse parandamine sõltub palju omavalitsuse tahtest ja kohati ka võimekusest, sealjuures on vajalik koostöö nii perearstide ja omavalitsuse kui ka perearstide endi vahel.
- Tihti jäävad koostööalgatused unarusse, kuna erinevad osapooled (omavalitsused, perearstid, kohati ka haiglad) ootavad välist sekkumist. Koostöötegevuste koordineerimist saab korraldada maakondliku omavalitsusliidu poolt ning selleks puhuks tuleks kavandada ka maakondlikele omavalitsusliitudele suunatud tugitegevusi, et neil tekiks võimekus ellu kutsuda ja toimimas hoida piirkondlikke KOVide ja perearstide koostöövõrgustikke. Võrgustike ülesandeks oleks muuhulgas aidata tõsta perearstide teadlikkust võimalustest, mida KOVi poolne juriidilise isiku moodustamine pakub ning leida koosloomelisi ja kohapõhiseid lahendusi perearstiteenuse kättesaadavuse tagamiseks.

- Isegi kui omavalitsused võtavad suurema rolli üldarstiabi korraldamisel (toetavad infrastruktuuriga ja loovad juriidilise isiku), ei pruugi see tagada piirkonnas perearsti olemasolu. Positiivse tulemuse saavutamiseks tuleb arvestada ka väliste faktoritega nagu konkreetse piirkonna atraktiivsus ja perearstide ebapiisav arv riigis.
- Tulenevalt rahvusvahelisest praktikast, intervjuude tulemustest ning Eesti praegusest olukorrast saab öelda, et seadusega ei ole veel mõistlik panna omavalitsustele kohustust üldarstiabi korraldada. Ressursi panustamine ümberkorraldustesse, mille positiivne mõju on vähene või ebatõenäoline, ei ole otstarbekas ja eesmärgipärane. Seepärast on oluline, et nii taristu kui töökorraldusega seotud võimalused oleksid perearstidele ja teistele esmatasandi tervishoiu valdkonna spetsialistidele paindlikud ja mitmekesised ning tugisüsteemi loomisesse panustaks jätkuvalt nii riik kui omavalitsused;
- Kolme väljapakutud KOV rollimudeli senisest ulatuslikumalt ja tõhusamalt ellu rakendamiseks ei ole vaja olulisi ümberkorraldusi omavalitsuste rahastamise süsteemis ja põhimõtetes. Riikliku keskse rahastuse, toetuste ja/või sihtotstarbeliste eraldiste kaudu saab finantseerida riigi ja regionaalse tasandi tegevusi, mis on suunatud osapoolte teadlikkuse tõstmisele ja koostöö soodustamisele. KOV rolli jätkuv tugevdamine taristu loomisel on võimalik EL struktuurifondide toel sarnaselt juba ellu kutsutud ja tulemuslikult rakendatud toetusmeetmega.
- Eelkõige KOVi poolse juriidilise isiku loomisel üldarstiabi teenuse osutamiseks tuleb arvestada ka täiendavate kompetentside vajadusega. Täiendavate kompetentside vajadus on seotud ühelt poolt valdkonna administreerimisega (töökorraldus, finantseerimine, õigusküsimused), kuid veelgi enam sisuliste meditsiinivaldkonna kompetentsidega. Selles saavad KOVi toetada ka olemasolevad perearstid, kuid teadmised tervishoiusüsteemi toimimisest ja üldarstiabi korraldusest on siiski olulised ka KOVile endale. Selleks on vaja tagada täiendõppe võimalused.

5.2. Soovitused

Riigi tasandil

- Süsteemseid muudatusi omavalitsustele üldarstiabi korraldamise rolli suurendamiseks ei ole praegusel hetkel mõistlik teha, küll aga peaks omavalitsused teadvustama oma võimalikku mõju ja rolli perearstiabi tagamises piirkonnas.
- Arvestades omavalitsuste ebavõrdsust tuleb leida lisaressursse, et kõik KOVid saaksid toetada perearste infrastruktuuriga, sh jätkata uute tervisekeskuste loomise meetmega (näiteks kaaluda väikestele KOVidele soodustatud tingimusi).
- Riiklikul tasandil toetada peatükis 4.3 esitatud tingimustele vastava kompetentsi tekkimist. Ühest küljest on Eestis erialasid, kus see kompetents on osaliselt kaetud (nt TÜ rahvatervise magistrantuur, TLÜ tervisejuht), kuid lisanduma peavad vastavad täiendkoolitused.
- Jätkata ka eeloleval EL finantsperioodil toetusmeetmega, mis võimaldab omavalitsustel üldarstiabi korraldamiseks vajaliku taristu loomiseks toetust taotleda, arvestades seejuures vajadusega soodustada tervishoiu- ja sotsiaalteenuste integratsiooni.
- Muuta perearsti nimistutega töötamist paindlikumaks: üks perearst võiks saada töötada mitme nimistu ja paindliku tööajaga.
- Koostöös riigi ja omavalitsustega luua lisameetmeid, et motiveerida perearste suunduma vähematraktiivsetesse piirkondadesse.

Omavalitsuste ja perearstide tasandil

- Tugevdada kolme väljatoodud mudeli (KOV kui haldusteenuse pakkuja, KOV kui juriidilise isiku looja ja KOV kui toetaja) rakendamist.

- Juriidilise isiku loomisel tagada omavalitsustes vastava kompetentsi olemasolu (näiteks regionaalse koostöö kaudu).
- Toetada erinevate osapoolte koostööd (perearstide ja omavalitsuste, aga ka mitme omavalitsuse vahel) näiteks erinevate motivatsioonipakettide ning võrgustumise abil.
- Teha koostööd haridusasutustega, et motiveerida (kohalikke) noori omandama üldarstiabi tagamisega seotud erialasid ning asuma piirkonda valdkonnaspetsialistina tööle (stipendiumiprogrammid vms).

Kasutatud kirjandus

1. Riigikontroll. Esmatähtsate avalike teenuste tulevik. 2020.
2. De Maeseneer J. Strengthening the model of primary health care in Estonia. 2016.
3. Riigi Teataja. Tervishoiuteenuste korraldamise seadus [Internet]. 2020 p. §-7-§ 15. Available from: <https://www.riigiteataja.ee/akt/121022017005?leiaKehtiv>
4. Riigi Teataja. Tervishoiuteenuste korraldamise seadus [Internet]. 2020 p. § 7-§ 15. Available from: <https://www.riigiteataja.ee/akt/121022017005?leiaKehtiv>
5. Kalda R, Maaros H-I, Rätsep A. Peremeditsiini eriala arengukava aastani 2020. 2012;
6. Lõhmus M, Sootla G, Noorkõiv R, Kattai K, Lõõnik J. KOHALIKU OMAVALITSUSE ÜKSUSTE ÜHINEMISE KÄSIRAAMAT - PDF Tasuta allalaadimine [Internet]. 2013 [cited 2020 Dec 22]. Available from: <https://docplayer.ee/167647275-Kohaliku-omavalitsuse-üksuste-ühinemise-käsiraamat.html>
7. OECD. The territorial impact of COVID-19: Managing the crisis across levels of government. 2020.
8. OECD. Fiscal Sustainability of Health Systems: Bridging Health and Finance,. 2015.
9. OECD. Decentralisation in the health sector and responsibilities across levels of government: Impact on spending decisions and the budget. DIRECTORATE FOR EMPLOYMENT, LABOUR AND SOCIAL AFFAIRS PUBLIC GOVERNANCE DIRECTORATE; 2019.
10. Collins C, Green A. Decentralization and Primary Health Care: Some Negative Implications in Developing Countries. *Int J Health Serv.* 1994 Jul;24(3):459–75.
11. Angell M. Privatizing health care is not the answer: lessons from the United States. *Canadian Medical Association Journal.* 2008 Oct 21;179(9):916–9.
12. Rechel B, editor. Trends in health systems in the former Soviet countries. Copenhagen: WHO Regional Off. for Europe; 2014. 217 p. (Observatory studies series).
13. European Commission, EuropeAid Co-operation Office. Supporting decentralisation and local governance in third countries. Luxembourg: EUR-OP; 2007.
14. Saltam et al. Decentralization in health care. Strategies and outcomes. [Internet]. 2007 [cited 2020 Nov 21]. Available from: <https://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/decentralization-in-health-care.-strategies-and-outcomes-2007>
15. OECD. Making Decentralisation Work A HANDBOOK FOR POLICY-MAKERS. 2019.
16. Commonwealth Fund. INTERNATIONAL HEALTH CARE SYSTEM PROFILES Norway [Internet]. 2020 [cited 2020 Dec 3]. Available from: <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/norway>
17. Europe WHORO for, Policies EO on HS and, Sperre Saunes I, Karanikolos M, Sagan A. Norway: health system review. 2020 [cited 2020 Aug 18]; Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331786>
18. Hasvold T, Christensen B. Norway [Internet]. Building primary care in a changing Europe: Case studies [Internet]. European Observatory on Health Systems and Policies; 2015 [cited 2020 Dec 6]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459031/>
19. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. FINLEX® - Ajantasainen lainsäädäntö: Sosiaalihuoltolaki 1301/2014 [Internet]. Oikeusministeriö, Edita Publishing Oy; 2014 [cited 2020 Nov 22]. Available from: <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2014/20141301>

20. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. Primary health care [Internet]. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. 2020 [cited 2020 Dec 3]. Available from: <https://stm.fi/en/primary-health-care>
21. Parhiala K, Hetemaa T, Sinervo T, Nuorteva L, Luoto E, Krohn M. Terveystieteiden avosairaanhoidon järjestelyt - Kyselytutkimuksen tuloksia 4: Erikoislääkärikonsultaatiot ja tutkimukset. In 2016.
22. Keskimäki I, Tynkkynen L-K, Reissell E, Koivusalo M, Syrjä V, Vuorenkoski L, et al. Finland: Health System Review. Health Syst Transit. 2019 Aug;21(2):1–166.
23. Commonwealth Fund. Netherlands | Commonwealth Fund [Internet]. 2020 [cited 2020 Dec 6]. Available from: <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/netherlands>
24. Kringos DS, Paap J van R, Boerma WGW. The Netherlands [Internet]. Building primary care in a changing Europe: Case studies [Internet]. European Observatory on Health Systems and Policies; 2015 [cited 2020 Dec 3]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459018/>
25. Expatica. A guide to healthcare system in the Netherlands | Expatica [Internet]. Expat Guide to The Netherlands | Expatica. 2020 [cited 2020 Dec 3]. Available from: <https://www.expatica.com/nl/healthcare/healthcare-basics/healthcare-in-the-netherlands-100057/>
26. Fultz E. Disability Insurance in the Netherlands: A Blueprint for U.S. Reform? Center on Budget and Policy Priorities [Internet]. 2015; Available from: <https://www.cbpp.org/research/retirement-security/disability-insurance-in-the-netherlands-a-blueprint-for-us-reform>
27. European Commission. The Netherlands: Health Care & Long-Term Care Systems [Internet]. Economic and Financial Affairs Economic Policy Committee; 2016. Available from: https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/file_import/joint-report_nl_en_2.pdf
28. Cylus J, Richardson E, Findlay L, Longley M, O'Neill C, Steel D. United Kingdom: Health System Review. Health systems in transition. 2015 Nov 1;17:1–126.
29. Roland M, Guthrie B, Thomé DC. Primary Medical Care in the United Kingdom. J Am Board Fam Med. 2012 Mar 1;25(Suppl 1):S6–11.
30. Chang J, Peysakhovich F, Wang W, Zhu J. The UK Health Care System. 2008.
31. GP Workforce Team. General and Personal Medical Services, England September 2017 [Internet]. 2018 [cited 2021 Jan 13]. Available from: https://files.digital.nhs.uk/pdf/r/4/general_and_personal_medical_services__england_september_2017.pdf
32. Tikkanen R, Osborn R, Mossialos E, Wharton GA. England | Commonwealth Fund [Internet]. 2020 [cited 2020 Dec 22]. Available from: <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/england>
33. NHS England. Better Care Fund Planning. [Internet]. London; 2015. Available from: <http://www.england.nhs.uk/ourwork/part-rel/transformation-fund/bcf-plan/>
34. Riigi Teataja. Nõuded perearsti tegevuskoha ruumidele, sisseseadele ja aparatuurile [Internet]. 2020. Available from: <https://www.riigiteataja.ee/akt/13252651?leiaKehtiv>
35. Terviseamet. Terviseameti statistika [Internet]. 2020. Available from: <https://mveeb.sm.ee/ctrl/ee/Statistika/show/4?statistika=7&otsi=N%C3%A4ita>
36. Eesti Perearstide Selts, Terviseamet, Eesti Haigekassa, Sotsiaalministeerium. Hea tahte koostöökokkulepe „Perearstiabi jätkusuutlikkuse tagamine“. Tallinn; 2019.
37. Habicht T, Reinap M, Kasekamp K, Sikkut R, Aaben L, van Ginneken E. Tervisesüsteemid muutustes. Health Syst Transit. 2018 Mar;20(1):1–189.

38. Kroneman M, Boerma W, van den Berg M, Groenewegen P, de Jong J, van Ginneken E. Netherlands: Health System Review. *Health Syst Transit*. 2016 Mar;18(2):1–240.
39. Sotsiaalministeerium. Tervise- ja tööministri .04.2018 käskkiri nr ... „Perioodi 2014–2020 struktuuritoetuse meetme 2.4 tegevuse 2.4.2 „Investeeringute toetamine tervisekeskuste infrastruktuuri tõmbekeskustes, tagades kättesaadavad ja mitmekülgsed tervishoiuteenused“ investeeringute kava koostamiseks esitatavate projektide hindamise juhendid“. 2018;
40. Haigekassa. Esmatasandi teenuste arendamine [Internet]. 2020. Available from: <https://www.haigekassa.ee/haigekassa/strateegiad-ja-arengusuunad-0/esmatasandi-teenuste-arendamine>
41. Sepp V, Kivi L, Lees K, Varblane U, Espenberg K. Esmatasandi tervishoiuteenuste geograafilise kättesaadavuse vajadusehindamine ja esmatasandi tervishoiuteenuste optimaalse korralduse mudeli loomine Esmatasandi tervisekeskuste organisatoorsed mudelid. RAKE; 2015.
42. TARSC. Strengthening primary care in the USA to improve health: Learning from high- and middle-income countries. Training and Research Support Centre; 2014.
43. Pereaarstid. Intervjuud perearstidega. 2020.
44. Ametnikud. Intervjuud esmatasandi teemaga kokkupuutuvate ametnikega. 2020.
45. Sepp V, Veenmaa J. Teenuste uuenduslikum ja säästlikum korraldamine toimepiirkondade keskuste tagamaal [Internet]. Tartu Ülikool RAKE; 2016. Available from: [file:///C:/Users/gerli/Downloads/2016-teenuste_uuenduslik_pakkumine_lopparuanne_20-12-2016_vs%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/gerli/Downloads/2016-teenuste_uuenduslik_pakkumine_lopparuanne_20-12-2016_vs%20(1).pdf)
46. Siseministeerium. Eesti Regionaalarengu strateegia 2014–2020. 2014.
47. Eesti Pereaarstide Selts. EESTI PEREARSTIPRAKSISTE KVALITEEDIJUHIS. Eesti Haigekassa; 2018.
48. Riigi Teataja. Kohaliku omavalitsuse korralduse seadus [Internet]. 2020. Available from: <https://www.riigiteataja.ee/akt/126032013006?leiaKehtiv>
49. Riigi Teataja. Kohaliku omavalitsuse korralduse seadus [Internet]. 2020. Available from: <https://www.riigiteataja.ee/akt/126032013006?leiaKehtiv>
50. KOV tasand. Intervjuud kohalike omavalitsuste töötajatega. 2020.
51. Eelnõu. Seletuskiri tervishoiuteenuste korraldamise seaduse muutmise seaduse eelnõu juurde. 2016;
52. Riekkinen M, Riekkinen P, Kozhabek K, Zhatkanbayeva A, Chebotarev G. Equal access to publicly funded health care services: The legal experiences of Finland and Kazakhstan. *International Comparative Jurisprudence*. 2015 Dec;1(2):121–32.
53. Kangas O, Kalliomaa-Puha L. ESPN Thematic Report on Inequalities in access to healthcare Finland. 2018.
54. Riigikontroll. Valdade ja linnade osalemine äriühingutes ja sihtasutustes [Internet]. 2010. Available from: Valdade ja linnade osalemine äriühingutes ja sihtasutustes
55. Õiguskantsler. Õiguskantsler: seadused ei võimalda ohjeldada korrupsiooni omavalitsustes. 2017.
56. Ensio A, Lammintakanen J, Härkönen M, Kinnunen J. Finland. In: Rafferty AM, Busse R, Zander-Jentsch B, Sermeus W, Bruyneel L, editors. Strengthening health systems through nursing: Evidence from 14 European countries [Internet]. Copenhagen (Denmark): European Observatory on Health Systems and Policies; 2019 [cited 2020 Dec 26]. (European Observatory Health Policy Series). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK545713/>

57. Hosia P. EDP in Primary Health Care in Finland. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 1984 Jan;2(3):117–9.
58. Finnish Government. Government amends its draft proposal on health and social services reform in response to comments received. Ministry of FinanceMinistry of Social Affairs and HealthMinistry of the Interior [Internet]. 2020 Oct 13; Available from: <https://valtioneuvosto.fi/en/-/1271139/government-amends-its-draft-proposal-on-health-and-social-services-reform-in-response-to-comments-received>
59. OECD. PRIMARY CARE REVIEW OF DENMARK. 2016.
60. European Commission. Directorate General for Health and Food Safety. A new drive for primary care in Europe: rethinking the assessment tools and methodologies : report of the expert group on health systems performance assessment [Internet]. LU: Publications Office; 2018 [cited 2020 Nov 24]. Available from: <https://data.europa.eu/doi/10.2875/58148>
61. Agris Koppel et al. Tervisesüsteemid muutustes - Eesti tervisesüsteemi ülevaade 2008 [Internet]. 2008 [cited 2015 Nov 19]. Available from: http://ee.euro.who.int/HIT_raamat_2008.pdf
62. Lukka K. ESMATASANDI TERVISEKESKUSE RAHASTUSMUDELITE VÕRDLUS OPTIMAALSE MUDELI LOOMISEKS Magistritöö. [Tallinn]: Tallinna Tehnikaülikool; 2015.
63. Fookusrühma intervjuu. Omavalitsuste roll ja väljakutsed üldarstiabi osutamisel. 8 eksperti. 2020.

Lisa 1. Intervjuu kavad

Intervjuu kava ametnikele

Et aru saada riigipoolsest vaatest ning võimalustest esmatasandi arstiabi korraldamises intervjuerisime teemaga seotud ametnikke. Küsimused, millele riigi tasandil vastust otsime, on järgmised:

- Kuidas näeksid esmatasandi arstiabiga seotud ülesannete üleandmist KOV-ile Terviseamet/SoM/RaM/HK?
- Kas ja millises mahus oleks mõistlik ülesandeid KOVidele anda?
 - Millised ülesanded oleksid delegeeritavad, millised peaksid perearstile edasi jääma?
- Milline on praegu KOVi roll perearstile infrastruktuuri tagamisel?
- Kui palju ja mida on riigi vaates praegu KOVid teinud, et tagada piirkonnas esmatasandi arstiabi kättesaadavus?
 - Kuidas see erineb piirkonniti (KOV-i tüübi lõikes)?
- Mis on olnud praegu peamised takistused KOVi tegutsemisel, et esmatasandi arstiabi piirkonnas tagada?
 - Millised juriidilised ja finantsilised takistused on esinenud?
- Milline võiks olla KOVi roll esmatasandi arstiabi ositava juriidilise isiku loomiseks, kui see on vajalik abi kättesaadavuse tagamiseks?
- Kui palju on KOVid kasutanud võimalust asutada ise juriidiline keha, et tagada esmatasandi arstiabi kättesaadavus?
 - Kas see võiks toimuda rohkem üksikpraksistega piirkondades?
 - Millised eeldused peaksid olema täidetud juriidilise isiku loomiseks?
- Kui palju kulusid tooks kaasa KOVile juriidilise isiku loomine selleks, et tagada esmatasandi arstiabi kättesaadavus piirkonnas?
 - Kuidas perearstid ise sellesse suhtuvad?
 - Mis eelised ja puudused oleksid sellel üksik- ja grupipraksiste ees?
- Millised on konkreetsed ülesanded, mida KOV saaks täita esmatasandi arstiabi tagamiseks?
 - Kes ja kuidas peaks kontrollima nende ülesannete täitmist?
 - Kes ja kuidas peaks tagama teenuse kvaliteedi jälgimise?
- Kuidas peaks toimuma KOVide, perearstide, TA koostöö?
- Eeldades, et KOV võtab perearstilt ülesandeid üle (või pakub uut teenust), millise ajaraamiga peaks arvestama ülesannete üleandmisel?
 - Kui palju kuluks KOVidel aega ettevalmistuste läbiviimiseks nii juriidilisi, finantsilisi kui võimendamise aspekte arvestades?
- Kas juriidilise isiku loomine esmatasandi arstiabi tagamiseks eeldaks ka eraldi finantsmudeli loomist riiklikul tasandil?
- Kuidas peaks ülesannete detsentraliseerimisel olema tagatud jätkusuutlik finantsmudel?
 - Sh kuidas vältida olukorda, et „vaesemate“ KOVide inimesed jäävad esmatasandi arstiabita?
 - Kas peaks välja töötama uue finantsmudeli? Milline see olema peaks?
 - Milline oleks rahastamisskeem nii perearsti kui KOVi vaatest, kui ülesanded nihkuvad? Kes mille eest tasub ja kellele?

Intervjuu kava KOV töötajatele

Et aru saada KOVi vaatest ning võimalustest korraldada esmatasandi arstiabi intervjuueerisime valimisse sattunud kohalike omavalitsuste spetsialistidega, . Küsimused, millele KOVi tasandil vastust otsime, on järgmised:

- Milline on KOVi roll perearstile infrastruktuuri tagamisel?
- Kui palju ja mida on praegu KOVid teinud, et tagada piirkonnas esmatasandi arstiabi kättesaadavus?
- Kas ja millises mahus oleks mõistlik ülesandeid KOVidele anda? Millised ülesanded oleksid delegeeritavad, millised peaksid perearstile edasi jääma?
- Kuidas peaks toimuma KOVide, perearstide, TA koostöö?
- Mis on olnud praegu peamised takistused KOVi tegutsemisel, et esmatasandi arstiabi piirkonnas tagada?
 - Millised juriidilised ja finantsilised takistused on esinenud?
- Milline võiks olla KOVi roll esmatasandi arstiabi osutava juriidilise isiku loomiseks, kui see on vajalik abi kättesaadavuse tagamiseks?
 - Millised on takistused selle loomisel?
 - Millised eeldused peaksid olema täidetud KOVi poolt?
- Kui palju on KOVid kasutanud võimalust asutada ise juriidiline keha, et tagada esmatasandi arstiabi kättesaadavus?
- Kui palju kulusid tooks kaasa KOVile juriidilise isiku loomine selleks, et tagada esmatasandi arstiabi kättesaadavus piirkonnas?
- Kas juriidilise isiku loomine esmatasandi arstiabi tagamiseks eeldaks ka eraldi finantsmudeli loomist riiklikul tasandil?
- Millised on konkreetsed ülesanded, mida KOV saaks täita esmatasandi arstiabi tagamiseks?
 - Kes ja kuidas peaks kontrollima nende ülesannete täitmist?
 - Kes ja kuidas peaks tagama teenuse kvaliteedi jälgimise?
- Eeldades, et KOV võtab perearstilt ülesandeid üle (või pakub uut teenust), millise ajaraamiga peaks arvestama ülesannete üleandmisel?
 - Kui palju kuluks KOVidel aega ettevalmistuste läbiviimiseks nii juriidilisi, finantsilisi kui võimendamise aspekte arvestades?
- Kuidas peaks ülesannete detsentraliseerimisel olema tagatud jätkusuutlik finantsmudel? Sh kuidas vältida olukorda, et „vaesemate“ KOVide inimesed jäävad esmatasandi arstiabita?
 - Kas peaks välja töötama uue finantsmudeli? Milline see olema peaks?
 - Milline oleks rahastamisskeem nii perearsti kui KOVi vaatest, kui ülesanded nihkuvad? Kes mille eest tasub ja kellele?

Intervjuu kava perearstidele: esmatasand

Et aru saada perearstide vaatest korraldada esmatasandi arstiabi KOV tasandil, intervjuueerisime valimisse sattunud perearste. Küsimused, millele perearsti tasandil vastust otsime, on järgmised:

- Kuidas näeksid esmatasandi arstiabiga seotud ülesannete üleandmist KOV-ile perearstid?
- Milline on KOVi roll perearstile infrastruktuuri tagamisel?
- Kui palju ja mida on praegu KOVid teinud, et tagada piirkonnas esmatasandi arstiabi kättesaadavus? Kuidas see erineb piirkonniti (KOV-i tüübi lõikes)?
- Kuidas saaks KOV panustada sobiva infrastruktuuri tagamisse, mis osadel juhtudel on määrava tähtsusega teenuse säilimiseks piirkonnas (eelkõige siis nendes piirkondades, kus ei ole

tervisekeskust ning tegutsemise lõpetanud perearstikeskuse ruumid kuulusid lahkunud perearstile või ei ole muudel põhjustel võimalik varasemat infrastruktuuri kasutada)?

- Mis on olnud praegu peamised takistused KOVi tegutsemisel, et esmatasandi arstiabi piirkonnas tagada? Millised juriidilised ja finantsilised takistused on esinenud?
- Milline võiks olla KOVi roll esmatasandi arstiabi osutava juriidilise isiku loomiseks, kui see on vajalik abi kättesaadavuse tagamiseks?
- Kui palju on KOVid kasutanud võimalust asutada ise juriidiline keha, et tagada esmatasandi arstiabi kättesaadavus?
 - Kas see võiks toimuda rohkem üksikpraksistega piirkondades?
 - Millised eeldused peaksid olema täidetud juriidilise isiku loomiseks?
- Kui valmis oleksid perearstid selleks, et KOV hakkab juriidiliseks isikuks esmatasandi arstiabi loomisel?
 - Milliseid eeliseid ja puudusi perearstid selles näeksid?
- Milliseid muudatusi ülesannete ümberjagamine tooks perearsti igapäevatöösse?
- Kuidas ülesannete ümberjagamine mõjuks perearstide motivatsioonile (oleks pigem takistav või toetav tegur)?

[Liitu uudiskirjaga](#)

praxis.ee

