

Ravi terviklik käsitus ja osapoolte koostöö Eesti tervishoiusüsteemis

*Kokkuvõttev aruanne
Maailmapanga Grupp
Jaanuar 2015*



**Estonian
Health Insurance
Fund**



WORLD BANK GROUP

Sisukord

Eesti Haigekassa eessõna	4
Maailmapanga Grupi eessõna	5
Tänuavaldused	6
1. Sissejuhatus	8
2. Eesti tervishoiusüsteemi ülevaade	9
3. Uuringu lähtekoht	11
4. Uuringu metoodika	13
5. Tulemused	19
I. Statsionaarsele aktiivravile orienteeritus, millega kaasnevad olulises osas välditavad, kuid sellegipoolest pikale venivad haiglas viibimised	19
II. Orienteeritus ambulatoorsele eriarstiabile, mis on olulises osas välditav	26
III. Perearstidel on küll patsientidega järjepidev kontakt, kuid patsiendikäsitlus ei vasta heale kliinilisele standardile, samas täiendav eriarsti külastamine ei paranda tulemust.	28
IV. Aktiivravi eelne ja -järgne raviteenuste puudulik koordineerimine	36
V. Integreeritusega seotud probleemid erinevate rahvastikurühmade puhul	42
6. Järeldused	46
7. Kasutatud materjalid	49
Lisa. Patsientide ja teenuseosutajate lood	51

Eesti Haigekassa eessõna

Kõik tervishoiusüsteemid seisavad 21. sajandil uute väljakutsete ees. Üheks suurimaks neist on krooniliste haigustega elavate inimeste aina suurenev hulk. Keskmise oodatav eluiga kasvab ja tänapäeva teadus on võimeline pakkuma uusi ja tõhusaid ravimeetodeid. See omakorda loob eeldused, et ühe või mitme kroonilise haigusega inimesel on oluliselt suurem tõenäosus elada kvaliteetset ja pikemat elu kui aastakümnete eest. Seda muidugi eeldusel, et tervisesüsteem on suuteline kiiresti kohanduma uute väljakutsetega.

Eesti Haigekassa on Eesti suurim tervishoiuteenuste ostja. Haigekassa kindlustatutele osutatud raviteenused moodustavad ligi 90% Eesti eriarstiabist ning peaaegu kogu perearstiabi süsteemi eelarve liigub läbi meie. See paneb meile suure vastutuse, sest olemasolevat raha kasutades tuleb meil olla veendunud, et iga patsient saab oma vajadustele vastavat parimat võimalikku tervishoiuteenust ning kõik süsteemi osapooled tegutsevad selle nimel, et meil kõigil oleks võimalikult hea tervis. Meil tuleb endalt küsida, kas meie tänane tervishoiukorraldus ja strateegilise ostmise mudel arvestab muutunud vajadustega või on tarvilikud muudatused.

Küsimusele – kui hästi tänane Eesti tervisesüsteem järgib krooniliste patsientide käsitluses integreeritud ravi põhimõtteid – vastamiseks pöördusime Maailmapanga poole. Terve aasta väldanud koostöö Maailmapangaga on olnud suurepäraseks võimaluseks töötada rahvusvaheliselt tunnustatud ekspertidega ja saada maailmatasemel ekspertiisi meie süsteemile. Tegu on unikaalse uuringuga nii Eesti kui ka rahvusvahelises kontekstis, kuna esmakordselt on hinnatud standardiseeritud indikaatorite abil riigi tasemel, kuidas järgitakse integreeritud ravi põhimõtteid patsiendi käsitluses tervishoiusüsteemi siseselt. Lisaks väga põhjalikule andmeanalüüsile viidi läbi ka põhjalik kvalitatiivuurimise, mis võimaldas saada ülevaade nii patsientide kui ka tervishoiusüsteemi osapoolte arvamusest. Ühtlasi andis see kinnitust, et Eesti ravikindlustuse andmekoguandmestik on väga kvaliteetne ja detailne, võimaldades igakülgset analüüsida patsiendikäsitluse eri aspekte ning võrdlust rahvusvahelise praktikaga.

Oleme viimaste aastakümnetega ehitanud üles tugeva raamistiku meie tervisesüsteemile, millele võime täie kindlusega tugineda asudes seda edasi arendama. Meil on toimiv esmatasand, tugev haiglavõrk, kompetentsed tervishoiutöötajad ja stabiilne rahastusmudel. Valminud analüüs oma järeldustega andis meile vastuse, et tänane süsteem ei ole veel valmis parimal võimalikul moel toime tulema integreeritud ravi põhimõtete järgimisega ja muutused on hädavajalikud. Meil kõigil tervishoiusüsteemi osapooltena on ühine huvi pakkuda meie inimestele parimat võimalikku tervishoidu. Käesolev analüüs toob välja need aspektid, mis vajavad meie kõigi ühist pingutust selle nimel.

Tanel Ross
juhatuse esimees
Eesti Haigekassa

Maailmapanga Grupi eessõna

Eesti tervishoiusüsteemi ülesehitusel on suunitlus olnud positiivsete tervisetulemite saavutamisele madalate kuludega. Maailmapanga Grupp on tänulik Eesti Haigekassale võimaluse eest uurida tuleviku väljakutseid, mis võivad ees oodata tervishoiusüsteeme rahvastiku vananemise ja krooniliste haiguste üha kasvava leviku tõttu. Neile trendidele reageerimiseks peavad paljud riigid, k.a. Eesti, hindama ümber oma tervishoiusüsteemi võimekuse reageerida radikaalsetele muutustele tervishoiuteenuste nõudluses. Eeskätt eeldavad need muutused ravi paremat integreeritust, st raviteenuste osutamist sobival tervishoiusüsteemi tasemel, nagu ka ravi piisavat koordineerimist ja järjepidevust kõigi süsteemi osapoolte poolt.

Käesolev aruanne tutvustab esimest katset hinnata tervishoiuteenuste integreeritust tervishoiusüsteemi perspektiivist Maailmapanga Grupi ja Eesti Haigekassa ühise uuringu osana. Uuringus kasutati ravi integreerituse mõõtmisel uuenduslikku lähenemist, mis tugineb erinevates OECD riikides kasutusel olevatele tervishoiusüsteemide tulemuslikkuse hindamise raamistikele ja kirjanduses toodud meetoditele. Taolist uuringut on võimalik korrata regiooni kõikides riikides. Lisaks annab see uuring võimaluse näidata, kuidas on võimalik ravikindlustuse andmekogus olevate kvaliteetsete andmete põhjal läbiviidud analüüsi kasutada poliitika kujundamisel. Loodame, et analüüsi tulemused on kasutatavad sisendina selliste poliitikamuutuste väljatöötamisel, mis aitavad tugevdada Eesti tervishoiusüsteemi tuleviku väljakutsetega paremaks toimetulekuks.

Töö kvaliteedile oli oluliseks kasuks Maailmapanga Grupi ja Eesti Haigekassa vaheline tihe partnerlus kogu uuringu vältel. Kuivõrd analüüs käsitleb süvitsi valdkonda, mis pakub kasvavat huvi paljudele oma tervishoiusüsteemi täiustada soovivatele riikidele, siis on see partnerlus eeskujuks sarnastele ettevõtmistele Euroopas, Kesk-Aasia piirkonnas ja mujal.

Daniel Dulitzky
Tervis, toitumine ja rahvastik
Globaalse tegevuse juht
Maailmapanga Grupp

Tänuavaldused

Aruande „Eesti tervishoiuteenuste integreeritus“ koostas Christoph Kurowski juhitud meeskond. Meeskonda kuulusid Amit Chandra, Elyssa Finkel ja Marvin Plötz.

Projekt viidi läbi juhtrühma nõuandeid arvestades ning kooskõlas Eesti Haigekassa ja Maailmapanga Grupi vahelises lepingus kokku lepitud eesmärkidega. Juhtrühma kuulusid: prof Ruth Kalda (Tartu Ülikooli peremeditsiini osakond), prof Margus Lember (Tartu Ülikooli arstiteaduskond), dr Urmas Sule (Eesti Haiglate Liit), Anneli Habicht (Eesti Puuetega Inimeste Koda), dr Heli Paluste (Sotsiaalministeerium), Pille Saar (Terviseamet), dr Diana Ingerainen (Eesti Perearstide Selts), dr Maris Jesse (Tervise Arengu Instituut), Tanel Ross (Eesti Haigekassa). Aruandes sisalduvad tulemused, tõlgendused ja järeldused ei peegelda tingimata juhtrühma vaateid ning Maailmapanga Grupp võtab endale vastutuse lõpparuandes esinevate vigade eest.

Meeskond on tänulik paljudele inimestele nende panuse ja märkuste eest aruande koostamise erinevates etappides. Meeskonnale oli abiks koostöö Ranit Mishoriga (Georgetowni Ülikool) ning novembris 2014 Washington DC-s toimunud seminaril „Tervishoiuteenuste parema integreerituse suunas Eestis“ peetud arutelud esinejate ja osalejatega. Sellel seminaril esinesid ettekannetega järgmised asjatundjad: Ian Forde (OECD), Ellen Nolte (WHO Euroopa Vaatluskeskus), Peter Fitzgerald, Robert Murray (Global Health Payment LLC), Sarbani Chakraborty, Safir Sumer, Jack Langenbrunner, Julian Pettengill, Cheryl Cashin (Results for Development) ja Steve Kenny.

Meeskond avaldab tänu Eesti Haigekassa personalile ja eriti Tanel Rossile, Triin Habichtile ja Kaija Lukkale tiheda koostöö eest kogu projekti jooksul.

Meeskond tänab ka retsensente Toomas Palut, Armin Fidlerit ja Antonio Giuffridat märkuste eest nii aruande kontseptsiooni väljatöötamisel kui ka lõplikul ülevaatusel ning Layla McCayd suurepärase toimetajatöö eest.

Maailmapank ei ole selle aruande eestikeelse tõlke autor, mistõttu ei saa seda pidada Maailmapanga ametlikuks tõlkeks. Maailmapank ei vastuta tõlke sisu ega vigade eest.

Tänuavaldused

Käesolev raport on kirjutatud Maailmapanga Grupi poolt ning koostöös väliste osapooltega läbiviidud uuringu andmetele tuginedes. Töös kirjeldatud tulemused, tõlgendused ning järeldused ei väljenda Maailmapanga Grupi, selle direktorite nõukogu või grupi poolt esindatavate valitsuste seisukohti.

Maailmapanga Grupp ei garanteeri töös toodud andmete täpsust. Trükises kasutatud geograafilised kaardid, ning neil kujutatud kujunduselemendid, värvigamma ja piirjooned, ei väljenda Maailmapanga Grupi seisukohti ühtegi riigi või territooriumi õigusliku seisundi osas ega peegelda grupi seisukohti, toetust või nõustumist.

I. Sissejuhatus

See aruanne kirjeldab kokkuvõtlikult Eesti tervishoiuteenuste integreerituse ja seda soodustavate tegurite analüüsi. Laialdaselt tunnustatud definitsiooni puudumisel on tervishoiuteenuste integreeritus määratletud selle uuringu raames kui:

- i) tervishoiuteenuste osutamine sobival tasandil ja
- ii) ravi koordineerimine ja järjepidevus kõikidel teenuste osutamise tasemetel.

Uuring keskendub krooniliste haiguste ennetuse ja raviga seotud integreerimise kitsaskohtadele, pöörates erilist tähelepanu esmatasandi arstiabi rollile ja toimimisele ning patsientide õiglase kohtlemisega seotud küsimustele. Seetõttu ei anna analüüsi tulemused kõikehõlmavat hinnangut tervishoiuteenuste osutamise tasemete (st esmatasandi arstiabi, statsionaarne aktiivravi jne) kvaliteedile ega tervishoiusüsteemi üldisele toimimisele. Ometi moodustavad need ühe mitmest sisendist, mis võivad olla olulised poliitikamuutuste kujundamiseks tulevikus.

Uuringu tulemused põhinevad Eesti Haigekassa raviarvete andmete analüüsil ning sidusrühmadega tehtud intervjuudel ja fookusrühmade aruteludel, mis olid osa Eesti Haigekassa (EHK) ja Maailmapanga Grupi (MPG) ühise projekti tegevuskavast.

Aruande ülesehitus on järgmine: II osa annab ülevaate Eesti tervishoiusüsteemist, III osa kirjeldab uuringu raamistikku, IV osa annab ülevaate meetodilisest lähenemisest, V osa vaatlleb uuringu tulemusi seoses põhiliste väljakutsete ja ka võimalike põhiprobleemide ja -põhjustega ning VI osa lõpetab aruande järeldustega.

2. Eesti tervishoiusüsteemi ülevaade

Eesti tervishoiusüsteem on olnud suunatud heade tervisetulemuste saavutamisele madalate kuludega (WHO, 2010). Erinevalt paljudest teistest pärast Nõukogude Liidu lagunemist tekkinud iseseisvatest riikidest on oodatav eluiga Eestis püsivalt kasvanud ELi 15 riigi keskmise suunas¹, sellal kui laste (alla 5-aastased) suremus on ELi 15 keskmisest madalam (Tabel 1). Samal ajal moodustasid 2013. aastal tervishoiu kogukulud 6,0% SKT-st, mis jääb kaugelt alla ELi 9,6%-lisele keskmisele. Tervishoiuteenuseid rahastatakse põhiliselt avaliku sektori vahenditest (umbes 77% aastal 2013). ELi keskmisele sarnane patsientide 22,3%-line omaosalus tuleb peamiselt omaosalusest ravimite ja hambaraviteenuste eest tasumisel. Sellised rahastamise proportsioonid lubavad arvata, et rahastamissüsteem tagab leibkondadele kaitse ebamõistlikult suurte tervisekulutuste eest (Lai et al, 2013).

Tabel 1: Oodatav eluiga ja laste suremus

Tervisetulemi näitaja	Eesti		EL
	1991	2011	2011
Oodatav eluiga sünnihetkel (kõik kokku)/aastaid	69,8	76,6	80,33
Oodatav eluiga sünnihetkel (naised)/aastaid	75,0	81,4	83,19
Oodatav eluiga sünnihetkel (mehed)/aastaid	64,4	71,3	77,37
Laste suremus/1 000 elussünni kohta	16,7	3,1	4,8

Allikas: WHO Health for All, 2014

¹ Üks olulisemaid põhjusi, miks oodatav eluiga jääb ikka alla ELi 15 keskmisele, on meeste suhteliselt madal oodatav eluiga, mis on naiste oodatavast elueast umbes 10 aastat lühem.

Eesti tervishoiusüsteemi aluseks on osapoolte lahusus: süsteemi peamisteks osalisteks on Sotsiaalministeerium ja selle allasutused, Eesti Haigekassa ning eraõiguse alusel toimivad iseseisvad teenuseosutajad (nn autonoomsed üksused). Sotsiaalministeerium täidab koos oma allasutustega Eesti tervishoiusüsteemis valdkonna eestvedaja rolli, k.a riikliku tervishoiupoliitika ja seadusandluse kujundamine, järelevalve õigusaktidele vastavuse üle, andmete kogumine ja analüüsimine teenuseosutajate tegevuse ja majandusnäitajate kohta ja ka tervishoiutöötajate registreerimine ja tervishoiuasutuste litsentseerimine. Sotsiaalministeerium vastutab ka kindlustamata isikute vältimatu arstiabi rahastamise ning kiirabi teenuste ja rahvatervise programmide eest. Sotsiaalteenuseid rahastavad nii Sotsiaalministeerium kui ka kohalikud omavalitsused.

Eesti Haigekassa (EHK) korraldab riiklikku kohustuslikku ravikindlustust ja viib teatud ulatuses ellu tervishoiuteenuste kvaliteedi arengut toetavaid tegevusi. Riiklik ravikindlustus katab olulises ulatuses elanikkonnale vajalikud haiguste ennetuse ning aktiivravi teenused, samuti kuuluvad ravikindlustuspaketti mitmed rahalised hüvitised. Kindlustusega on hõlmatud ligi 95% rahvastikust. Tuluallikateks on peamiselt töandjate tasutav ning töötava inimese sissetulekul põhinev sotsiaalmaksu osa, millele lisandub riigipoolne panus teatud rahvastikurühmadele ravikindlustuse võimaldamisel. EHK tegutseb tervishoiuturul peamise ostjana, kasutades selleks erinevatest komponentidest koosnevat rahastamismudelit (Infokast 1). EHK sõlmib teenuseosutajatega lepingud, millega määratakse kindlaks ravijuhtude ja kulude ülempiirid ning miinimumnõuded teenuse kvaliteedile (k.a ooteajad). Lepingu tingimused ja rahastamise meetodid tagavad omavahel kombineerituna efektiivse kontrolli kulude üle.

Kõik tervishoiuteenuste osutajad on eraõiguse alusel tegutsevad iseseisvad üksused. Perearstid töötavad eraettevõtjatena, samuti perearstide või kohalike omavalitsuste omanduses olevate ettevõtete palgatöötajatena. Enamik haiglaid on kohalike omavalitsuste omanduses piiratud vastutusega äriühingud või riigi, omavalitsuste või muude avalik-õiguslike asutuste asutatud sihtasutused. Ülejäänud on eraomanduses.

1990ndate aastate struktuursete reformidega seati perearstid tervishoiusüsteemi keskmesse. Perearstid on tervishoiusüsteemis esimeseks kontaktiks ja „väravavalvuriks“². Eestis on ligi 800 perearsti nimistut ning grupipraksiste arvu kasvatrendile vaatamata töötab umbes 70% perearstidest jätkuvalt ühe perearstiga praksistes. Perearstid vastutavad oma patsientidele esmatasandi teenuste osutamise eest. Elanikud on oma vabal valikul perearstide nimistusse registreerunud (praksiste nimistute süsteemi alusel). Perearsti praksise nimistus ei tohi olla üle 2 000 ega alla 1 200 inimese. Perearstide ja -õdede juurde tehakse üle poole ambulatoorsetest visiitidest, sellal kui ülejäänud visiidid tehakse ambulatoorsete eriarstide juurde.

Teise ja kolmanda tasandi tervishoiuteenuseid osutavad haiglaid ja ambulatoorse eriarstiabi osutajad. Praegu on Eestis umbes 65 avaliku sektori ja erahaiglat, k.a 35 õendus- ja taastusravihaiglat. EHK-l on lepingud 19 avaliku sektori haiglaga, mis kuuluvad haiglavõrgu arengukavasse (HVA). See 2003. aastal kinnitatud kava loetleb nimetatud haiglate investeerimisvajadused tööruumide renoveerimiseks ja teenuste restruktureerimiseks. ELi struktuuritoetuste jaotamine aastatel 2007–2013 põhines haiglavõrgu arengukava investeerimisvajadustel. HVA haiglaid jagunevad piirkondlikeks, kesk-, üld- ja kohalikeks haiglateks. Piirkondlikud haiglaid pakuvad täielikku teenuste valikut, keskhaiglaid enamikku teenustest (v.a mõned üksikud protseduurid). Üldhaiglaid tagavad ööpäevaringse erakorralise arstiabi ja intensiivravi ning neis on esindatud mõned kirurgilised ja meditsiinilised erialad. Kohalikud haiglaid tagavad ööpäevaringse erakorralise arstiabi ja teevad teatud üldkirurgia protseduure. EHK-l on lepingud ka muude HVA-väliste haiglatega, k.a iseseisvale õendusabile ja taastusravile spetsialiseerunud haiglatega.

2 Väravavalvur on tervishoiutöötaja, tavaliselt esmatasandi arst, kes koordineerib ja juhhib kõiki ravikindlustusega kaetud isikule osutatavaid tervishoiuteenuseid.

Suurem osa ambulatoorsest eriarstiabist osutatakse haiglates, vähesel määral ka eraldiseivate eriarstiabi-teenuste osutajate poolt. Päevaravi defineeritakse teenusena, mis nõuab vähemalt 4-tunnist raviastutuses kohalviibimist, sealjuures ei pea patsient raviastutuses ööbima. Päevaravi pakuvad haiglad ja päevaravi litsent-siga ambulatoorse eriarstiabi osutajad.

Taastusravi (statsionaarset ja ambulatoorset) pakuvad litsentseeritud haiglad. Taastusravi peetakse Eestis eriarstiabi lahutamatuks osaks ning see hõlmab teenuseid, mis keskenduvad kahjustunud funktsioonide taastamisele, taastunud funktsioonide säilitamisele ja puudega kohanemisele. Õendusabi teenuseid osuta-takse litsentseeritud õendusabiasutustes (haiglates) või patsiendi kodus. EHK rahastatud iseseisva õendu-sabi teenuste hulka kuuluvad statsionaarne ja kodune õendusabi (ka vähihaigete kodune toetusravi).

INFOKAST I: Eesti tervishoiuteenuste osutajate tasustamise süsteem

Tasustamismeetodid, teenuste hinnad ja hüvitiste pakett sätestatakse valitsuse kinnitatud tervishoiuteenuste loeteluga. Hinnad sisaldavad kapitalikuluseid, sätestavad maksimumpiiri (võimalusega, et teenuseosutajad pakuvad sellest madalamat hinda) ja kehtivad samadel alustel kõigile (st ei kasutata korrigeerimisi teenuseosutaja profiilist lähtuvalt).

Perearstid

Igakuseid ettemakseid arvestatakse ümber neli korda aastas ja need hõlmavad:

- Teenusepõhine tasu: uuringute eest kuni 42% ulatuses pearahast, eraldi „terapiafond“ kuni 3% ulatuses pearahast (katab psühholoogide ja logopeedide teenuseid) ja ilma ülempiirita tegevusfond, mis hõlmab väikeseid kirurgilisi ja günekoloogilisi protseduure, mida perearst saab ise teha.
- Perearsti kvaliteedisüsteem (PKS): 2015. aastast on kvaliteedisüsteemis osalemine kohustuslik. Tasutakse fikseeritud summa aastas ja miinimumnõue on tagada 80%-line vastavus ühtekokku 38 (i) haiguste ennetuse, (ii) krooniliste haiguste kontrolli ja (iii) muu indikaatori lõikes.
- Baasraha: tööruumid ja transport, täiendavad tasud teenuste osutamise eest kaugetes piirkondades (st kaugus lähima haiglani).

Ambulatoorne eriarstiabi

Raviarvete rahastamise alus:

- Ravi rahastamise lepingus kokku lepitud ravijuhud. Sätestatakse kulude ülempiirid erialade lõikes.
- Teenusepõhine rahastamine.

Statsionaarne aktiivravi ja ambulatoorne kirurgia

Raviarvete rahastamise alus:

- Ravi rahastamise lepingus kokku lepitud ravijuhud. Sätestatakse kulude ülempiirid erialade lõikes. Juhupõhine rahastamine DRG (diagnoses related groups) põhineb Põhjamaade DRG süsteemil, kus keskne grupeerija moodustab 70% iga ravijuhu maksumusest, eranditega³.
- Teenusepõhine tasu, mis moodustab 30% iga ravijuhu puhul, v.a DRG erandid (nt kemoterapia, elundite siirdamine), mille puhul on tasu 100%.
- Voodipäevapõhised tasud, mis katavad põhiläbivaatuse, diagnoosimise ja raviplaani, õenduse, toitlustuse, lihtsad raviprotseduurid, laboritestid ja ravimid.

Taastusravi

Raviarvete rahastamise alus:

- Ravi rahastamise lepingus kokku lepitud ravijuhud. Sätestatakse kulude ülempiirid erialade lõikes.
- Teenusepõhine tasu, mis sisaldab voodipäevapõhiseid tasusid.
- Statsionaarne taastusravi, mis on osa statsionaarsest eriarstiabist.
- Ambulatoorne taastusravi, mis on osa ambulatoorsest eriarstiabist.

Õendusabi

Raviarvete rahastamise alus:

- Ravi rahastamise lepingus kokku lepitud ravijuhud. Sätestatakse kulude ülempiirid erialade lõikes. Voodipäeva- ja teenustepõhine maksmine statsionaarses õendusabis, koduõendusabis

Allikas: Estonia Health System Review, European Observatory on Health Systems and Policies; isiklik kommunikatsioon

3 Erandiks võib olla a) hinnaerand (liiga madal või kõrge hind teenusepõhise rahastamise põhjal), b) erialaga (nt psühhiaatria) või tegevusega seotud erand.

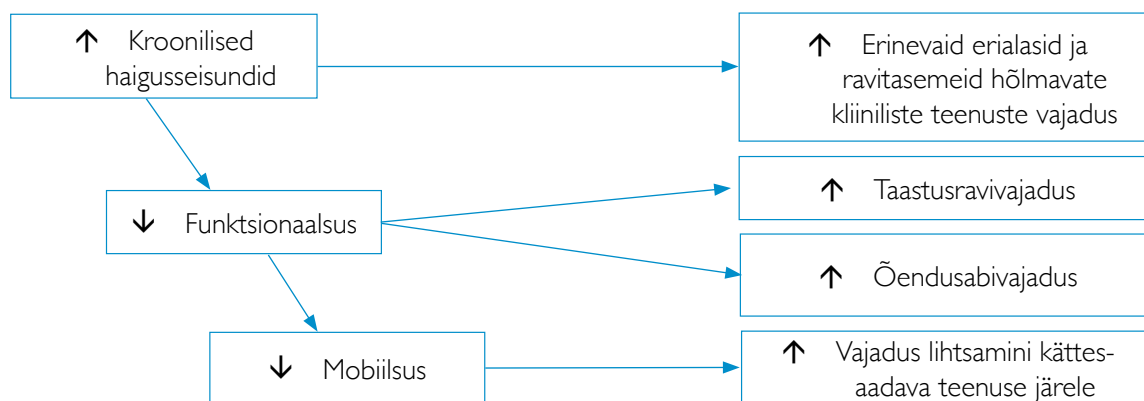
3. Uuringu lähtekoht

Hiljuti on parandatud tervishoiuteenuste kvaliteeti ja integreeritust ning seejuures on paljud tegevused olnud suunatud esmatasandi arstiabile. Olulisimad neist on EHK rahastatav teine pereõde, perearsti kvaliteedisüsteemi (PKS) rakendamine eesmärgiga tagada krooniliste haigusseisunditega patsientide parem jälgimine ja ravi koordineerimine, ilma rahalise ülempiirita tegevusfond väiksemate kirurgiliste ja günekooloogiliste protseduuride tarvis ja teraapiafond kuni 3% ulatuses pearahast psühholoogide ja logopeedide teenuste katteks.

Terviseküsimuste lahendamise parandamiseks esmatasandil ja tarbetute eriarstivisiitide vähendamiseks on üks regionaalhaigla rakendanud e-konsultatsiooni süsteemi. See võimaldab esmatasandi arstidel konsulteerida eriarstidega konkreetsete patsientide osas. Loodetavasti võetakse selline süsteem peagi laiemalt kasutusele ka teistes suuremates haiglates üle kogu riigi. Ambulatoorses ja statsionaarses eriarstias on ooteaegade lühendamiseks suurendatud teenustasupõhist finantseerimist üle ravi rahastamise lepingus kokku lepitud ravijuhtude ülempiiri. Suurendatud on ka statsionaarse õendusabi rahastamist, et parandada õendusabi kättesaadavust ning vähendada patsientide viibimist statsionaarses aktiivras. Ellu on rakendatud ka mitmed uued ja täiustatud kvaliteedi tagamise algatused, nagu käsiraamatute väljatöötamine ravijuhendite koostamiseks raviprotsessi standardiseerimiseks ja käsiraamat kliiniliste auditite läbiviimiseks, ravialgoritmid vähihaigetele ning vabatahtlik praksiste akrediteerimissüsteem perearstidele.

Viimastel aastakümnetel on mittenakkuslike haiguste koormus Eestis pidevalt kasvanud ja 2010. aasta seisuga moodustas see üle 80% summaarsest haiguskoormusest (DALY, disability adjusted life years) riigis (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2014). Sellise trendi põhjuseks on rahvastiku vananemine, kuna suudetakse senisest enam vältida enneaegset suremust ning oodatav eluiga kasvab. Eeldatavasti suureneb järgmise kahekümne aasta jooksul üle 65-aasta vanuste elanike osakaal rahvastikust praeguselt 18%-lt 22%-ni (Health for All, 2014).

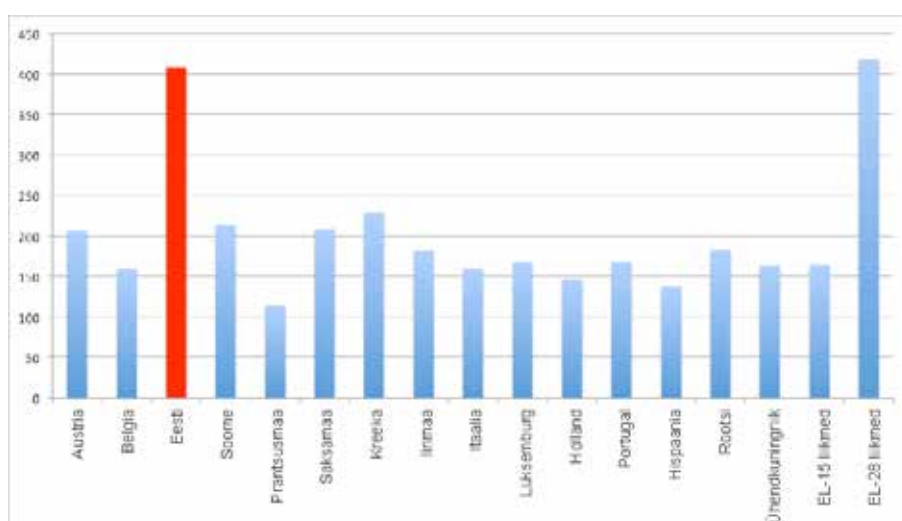
Nagu on näidanud teiste riikide kogemus, põhjustab kiiresti vananev rahvastik koos krooniliste haiguste arvu suurenemisega (eelkõige kahte või enam kroonilist haigust põdevate vanemate inimeste osakaalu kasvuga) nii tervishoiuteenuste nõudluse kasvu kui selle nõudluse olemuse muutumist. Näiteks Saksamaal kontakteeruvad mitut kroonilist haigust põdevad patsiendid arstidega kaks korda rohkem võrreldes teiste patsientidega ja seda igal aastal. Samuti on kontaktide arv patsiendi kohta otseses seoses nende krooniliste haiguste arvuga. See eeldab erinevate teenuseosutajate tihedat koostööd kõigil teenuse osutamise tasanditel. Saksamaal on mitut kroonilist haigust põdevad patsiendid igal aastal keskmiselt kontaktis 5,7 erineva arstiga võrreldes teiste haigetega, kes on keskmiselt kontaktis 3,5 arstiga (Van den Bussche et al, 2011). Nõudluse kasv erineb ka oma olemuselt, kuna krooniliste haigusseisundite kasv ja vananemine seostuvad suurema vajadusega õendusabi ja taastusravi järele. Samuti kasvab patsiendi kahanenud funktsionaalsuse ja mobiilsuse tõttu vajadus teenuste lihtsama kättesaadavuse järele (Joonis 1).



Joonis 1. Vajadus erinevate erialade ja tasemete teenuste järele

Allikas: Maailmapanga meeskond.

Kuna enneaegne suremus väheneb ja Eesti rahvastik vananeb jätkuvalt, siis on oluline riiklikul tasandil reageerimine. Süsteem tuleb kohandada kasvava ja muutuva nõudlusega ning samuti peab tegutsema selles suunas, et oodatav eluiga kasvaks ka edaspidi ning haiguskoormus väheneks. Hoolimata üldise oodatava eluea kasvust on teatud haigusrühmad jätkuvalt väljakutseks. Eeskätt jäävad Eestis ELi 15 keskmisest endiselt maha oodatav eluiga ja suremused südame-veresoonkonna ja vereringesüsteemi haiguste puhul. Südame-veresoonkonna haigused on põhjuseks peaaegu 50%-l kõikidest surmajuhtumitest, sellal kui standardiseeritud suremuskordaja vereringesüsteemi haiguste puhul on EL-15 keskmisest rohkem kui kaks korda suurem (Joonis 2).



Joonis 2. 2010. aasta standardiseeritud suremuskordaja, vereringesüsteemi haigused, kõik vanused, 100 000 elaniku kohta

Allikas: Euroopa Health for All andmebaas, WHO

Krooniliste ja multahaigustega inimeste arvu suurenemisest tingitud väljakutsetega tegelemine eeldab kaheksugust lähenemist. Esiteks eeldavad muutused tervishoiuteenuste nõudluses üha enam täiustusi kättesaadavate teenuste liikides ja kvaliteedis, nagu ka paremat integreeritust kogu tervishoiusüsteemis. Teiseks on vajalik jätkuvalt keskenduda haiguste ennetusele ja tervise edendusele enneaegse suremuse vähendamiseks eeskätt noorte meeste seas ja tulevase haiguskoormuse vähendamiseks üldisemalt.

Käesolev uuring hindas tervishoiusüsteemi integreeritust Eestis. Tulemused aitavad senisest paremini mõista, kus peituvad põhilised väljakutsed. Selleks otsiti vastuseid küsimustele, mis võimaldaksid järeltada, kas (i) tervishoiuteenuseid osutatakse sobival tervishoiusüsteemi tasemel ja (ii) kas tervishoiuteenuste koordineerimine ja järjepidevus on piisavad kõikidel erinevatel teenuste osutamise tasemetel.

Seoses tervishoiuteenuste sobival tasemel osutamisega esitati uuringu käigus järgmised küsimused:

- Kas statsionaarsed aktiivraviteenused või ambulatoorsed eriarstiabiteenused oleks osaliselt välditavad piisava esmatasandi arstiabiga?
- Kas statsionaarne aktiivravi kestab kauem, kui on soovitatav konkreetsete haigusseisundite puhul?

Küsimused tervishoiuteenuste piisava koordineerimise ja järjepidevuse kohta olid järgmised:

- Kas esmatasandi arstiabi puhul järgitakse piisavalt ravijuhenditega kehtestatud head kliinilist praktikat?
- Kas patsientide ja perearstide vahel on tugevad ja püsivad suhted (st ravi piisav järjepidevus)?
- Kas statsionaarse aktiivravi episoodidele eelneb ja järgneb teenuste piisav koordineerimine?

Neile küsimustele vastamiseks keskenduti uuringus riigi rahvastiku vananemise tõttu üha tähtsamaks muutuvatele krooniliste haiguste ennetuse ja raviga seotud teenustele. Uuringus vaadeldi ka seda, kas esineb ülemäärast mõju erinevate rahvastikurühmade puhul nagu madalama sissetulekuga inimesed, maapiirkondade elanikud, valdavalt venekeelse elanikkonnaga Ida-Virumaa elanikud, mehed ja enesega toimetulekut halvendavate haigusseisunditega patsiendid.

4. Uuringu metoodika

Uuringu läbiviimiseks kasutati mitme meetodi põhist lähenemist. Uuringu kvantitatiivses osas mõõdeti ravi nõrgast integreeritusest põhjustatud kehvade ravitulemuste tähtsust. Kvalitatiivses uuringuosas püüti leida kinnitust kvantitatiivanalüüsi järeldustele, samuti mõõta muude võimalike kehvade tulemuste tähtsust, mida ei saanud kvantitatiivse analüüsiga mõõta. Lisaks oli kvalitatiivuuringu eesmärk tuvastada võimalikke algpõhjuseid, mida tõendatakse olemasolevate andmete ja infoga Eesti tervishoiusüsteemi kohta.

Kvantitatiivsed indikaatorid

Kvantitatiivses analüüsis kasutati indikaatoreid, mida teised riigid kasutavad oma süsteemi toimivuse hindamiseks (Infokast 2). Lisaks töötati selle uuringu jaoks välja uued täiendavad indikaatorid, et arvestada Eesti süsteemi eripäradega ning need kiitis heaks Eesti Perearstide Seltsi esindaja.

Seoses tervishoiuteenuste osutamisega sobival tasandil tehti uuringu indikaatoritega kindlaks, kas ja mil määral esineb:

- a) välditavaid hospitaliseerimisi,
- b) pikaleveninud haiglaravi,
- c) välditavaid eriarstivisiite.

Seoses piisava koordineerimise ja järjepidevusega kõikidel teenuste osutamise tasemetel näitasid uuringu indikaatorid, kas ja mil määral esineb:

- a) ennetavate teenuste (vastavalt ravijuhenditega kindlaks määratule) ebapiisavat osutamist,
- b) teenuseosutamise järjepidevust esmatasandi arstiasis,
- c) puudujääke haiglast väljakirjutamisel statsionaarses aktiivras, ja
- d) statsionaarse aktiivravi järgset puudulikku jätkuravi,
- e) tarbetuid operatsioonieelseid diagnostilisi protseduure.

INFOKAST 2. Meetodid indikaatorite lõikes

Välditavad hospitaliseerimised⁴

See indikaator eeldab, et hospitaliseerimine teatud haiguste puhul (nagu need on defineeritud põhidiagnoosiga vastavalt Rahvusvahelisele Haiguste Klassifikatsioonile – ICD 10) ei ole õigustatud, välja arvatud juhul, kui on vajalik teatud protseduur (nagu see on defineeritud Põhjamaade Meditsiinistatistika Komitee Klassifikatsiooniga NOMESCO) või kui teatud täiendavad diagnoosid osutavad patsiendi haigusseisundi komplikatsioonile. Välditavad hospitaliseerimised leitakse kõikide hospitaliseerimiste osana teatud haigusrühma puhul (nt välditavad astmaga hospitaliseerimised hingamisteede haiguste tõttu hospitaliseerimiste osana) ja ka vanuse ja soo järgi standardiseeritud rahvastiku puhul.

Pikaleveninud haiglaravi⁵

See indikaator näitab, kui suurel osal patsientidest lubati pärast hospitaliseerimist konkreetse haigusseisundi esinemisel koju naasta ning seda rahvusvaheliselt tunnustatud maksimaalse haiglas viibimise aja jooksul. Lisaks sellele eristas uuring kolestüstektoomiaid, mis tehti minimaalselt invasiivsel viisil (st laparoskoopiliselt) vs muul invasiivsel viisil, mis eeldab palju pikemat haiglaravi.

Välditavad ambulatoorsed eriarstiviisidid⁶

Rahvusvahelisel tasandil puudub üldiselt tunnustatud indikaator eriarstiviisi põhjendatuse või vajaduse kindlakstegemiseks. See indikaator vaatleb nende patsientide eriarstiviisi, kellel on esmaste diagnooside põhjal ilma komplikatsioonideta haigusseisund. Visiite peeti välditavaks, kui patsiendid külastasid sellist eriarsti, kelle külastus ei ole Eesti ravijuhendites ette nähtud. Kui üks raviarve hõlmas mitut visiiti (nt ühe ravitsükli kohta), siis langetati otsus, kas need visiitid olid välditavad või mitte raviarvele märgitud esmase diagnoosi koodi põhjal.

Ennetavate teenuste ebapiisav osutamine⁷

Indikaator näitab nii kõrgvererõhktõve kui ka diabeedipatsientide puhul mitmele protsendile i) patsientidest ei tehtud ühtegi Eesti ravijuhendites soovitatud uuringut ja mitmele protsendile ii) patsientidest tehti kõik ravijuhendis soovitatud uuringud. Need protsendid leiti arvestades i) ainult perearstide tehtud uuringuid ja ii) nii perearstide kui ka ambulatoorsete eriarstide tehtud uuringuid.

Teenuseosutaja järjepidevus⁸

Järjepidevuse tuvastamiseks mõõdeti patsientide visiitide sagedust ja järjestust esmatasandi arstiabi osutajate vs ambulatoorsete eriarstide juurde. Selleks rakendati kogurahvastiku ja erinevate indikaatorrühmade suhtes järgmisi mõõdikuid: ambulatoorsete visiitide keskmine arv aastas, ambulatoorsete eriarstide juurde tehtud visiitide protsent, järjestikuste eriarstiviiside keskmine arv enne perearsti külastamist ja järjestikuste perearstiviiside keskmine arv enne eriarsti külastamist (sisaldab nii arstikabineti külastusi kui ka koduviisiite).

4 OECD tervishoiuteenuste kvaliteediindikaatorid (HCQI), esmatasandi arstiabi indikaatorid.

5 US Agency for Healthcare Research and Quality. Statsionaarse ravi kvaliteediindikaator #23: Laparoskoopilise kolestüstektoomia määr ja rahvastiku terviseindikaatorite kompendium. Ühendkuningriigi tervishoiu- ja sotsiaalhooldusinfo: Naasmine tavalisse elukohta pärast haiglaravi: reieluu proksimaalne murd/insult.

6 Töötatud välja Maailmapanga Grupi personali poolt koostöös USA meditsiiniasjatundjatega. Kontrollitud Eesti Perearstide Seltsi poolt. Selle protokollil edaspidisel rakendamisel oleks kasu digiretsepti andmete kasutusest, et eristada paremini eriarstiviisi õigustavaid juhtumeid ülejäänutest (st seisundi stabiliseerimiseks kolme või enam ravimit vajavad kõrgvererõhktõve patsiendid peaks eriarsti külastama vaatamata oma diagnoosikoodile, mis osutab ilma komplikatsioonideta kõrgvererõhule).

7 Kvaliteedisüsteem Eesti perearstidele.

8 The Canadian Health Services Research Foundation and the Canadian Institute for Health Information. Defusing the Confusion: Concepts and Measures of Continuity of Healthcare (2002). Sandra H. Jee & Michael D. Cabana. Indices for Continuity of Care: A Systematic Review of the Literature, Medical Care Research and Review, vol 63 nr 2, (aprill 2006) 158-188.

Puudulikud haiglast väljakirjutamised⁹

Indikaator võimaldab teha kindlaks, mil määral indikaatorhaigusega (i.k tracer condition) patsientidele kirjutati välja beetablokaatorid, ACE-inhibiitorid, statiinid, ei kirjutatud ühtegi ravimit või kõik kolm ravimit i) statsionaarse ravi ajal, ii) 30 päeva jooksul pärast haiglast väljakirjutamist ja iii) 90 päeva jooksul pärast haiglast väljakirjutamist. Arvesse võeti üksnes sellised statsionaarset aktiivravi saanud ja asjakohase esmase diagnoosi koodiga (st mitte teisese diagnoosiga) patsiendid, kes ei surnud 90 päeva jooksul pärast haiglast väljakirjutamist. Kogu statsionaarse raviepisoodi jooksul määratud ravimeid peeti nõuetele vastavaks ravimite väljakirjutamiseks.

Statsionaarse aktiivravi järgne puudulik jätkuravi¹⁰

Indikaator võimaldab teha kindlaks nende vastava haigusega patsientide määra, kes käisid järelvisiidil kas (i) perearsti või (ii) ambulatoorse eriarsti juures kas (a) 30 või (b) 90 päeva jooksul pärast statsionaarse aktiivravi järgset haiglast väljakirjutamist. Analüüsis arvestati üksnes statsionaarset aktiivravi saanud ja vastava esmase diagnoosi koodiga (st mitte teisese diagnoosiga) patsiente, kes ei surnud 90 päeva jooksul pärast haiglast väljakirjutamist. Ambulatoorne visiit läks arvesse järelvisiidina, kui see tehti enne järgmist statsionaarset raviepisoodi ja kui pandi mis tahes asjakohane diagnoos vastava haiguse seisukohast.

Tarbetud operatsioonieelsed diagnostilised uuringud¹¹

Indikaator tuvastab tarbetud operatsioonieelsed uuringud, mis tehti vastava operatsiooni läbi teinud patsientidele nii patsiendi individuaalsete omaduste (vanus ja kaasnevused) kui ka tehtud operatsioonide tüüpide ja uuringute põhjal. Uuringuid peeti tarbetuks, kui need tehti kuni 30 päeva jooksul enne operatsiooni patsiendile, kelle kirurgiline klass, vanus ja Ameerika Anestesioloogide Ühingu (ASA) kategooria (mille ülesehitus põhineb neeru-, südame-veresoonkonna ja hingamisteede kaasnevustel) ei õigustanud uuringu tegemist kasutatud liigituse põhjal. Patsiendid liigitati ASA kategooriatesse vastavate diagnoosikoodide alusel, mis pandi operatsiooni tegemiseks hospitaliseerimisel või mis tahes ajal operatsiooni tegemise kalendriaasta ja sellele eelnenud kalendriaasta jooksul.

9 New Zealand Best Practice Evidence-based Guideline on the Assessment and Management of Cardiovascular Risk (2003) ja OECD Health Technical Papers No. 14. Selecting Indicators for the Quality of Cardiac Care at the Health Systems Level in OECD Countries.

10 Lin, Barnato ja Degenholtz. Physician Follow-Up Visits After Acute Care Hospitalization for Elderly Medicare Beneficiaries Discharged to Non-institutional Settings (2011).

11 Kohandatud Maailmapanga Grupi personali poolt koostöös USA meditsiinasjatundjatega järgmise suunise põhjal: NHS Clinical Guideline 3 on Preoperative Tests. The use of routine preoperative tests for elective surgery. Evidence, Methods & Guidance. Kontrollitud Eesti Perearstide Seltsi poolt. I. Selle protokoll tulevased rakendused võiks kasutada digiretsepti andmeid, et eristada paremini mõõdukaid ja tõsisid kaasuvaid seisundeid patsiendile määratud ravimite põhjal (nt astma või KOKi patsiendid).

Indikaatorhaigused

Analüüsi läbiviimiseks kasutati indikaatorhaigusi, mis hõlmasid kroonilisi haigusi ja ägedaid haigusseisundeid (Tabel 2).

Tabel 2: Indikaatorhaiguste ülevaade indikaatorite lõikes

Indikaator	Kogurahvastik	Diabeet	Kõrgvererõhktõbi	Krooniline südamepuudulikkus	KOK	Astma	SVH	Äge südamelihase infarkt	Südamepuudulikkus	Ebastabiilne stenokardia	Insult	Puusamurd	Koletsüstektoomia	Songaoperatsioon	Katarakti operatsioon	Rinna lumpektoomia
Välditavad hospitaliseerimised		x	x	x	x	x										
Pikaleveninud haiglaravi											x	x	x			
Välditavad eriarstivisiidid		x	x													
Teenuseosutaja järjepidevus	x	x	x				x									
Ennetavate teenuste ebapiisav osutamine		x	x													
Puudulikud haiglast väljakirjutamised								x	x	x						
Statsionaarse aktiivravi järgne puudulik jätkuravi								x	x		x	x	x			
Tarbetud operatsioonieelsed diagnostilised uuringud												x	x	x	x	x

Jaotumine rahvastikurühmade järgi¹²

Uuriti ka tulemuste varieerumist rahvastikurühmades, k.a erineva sissetulekuga patsientide rühmad, maa-rahvastik vs linnarahvastik ja valdavalt venekeelse elanikkonnaga Ida-Virumaa elanikud, et võtta arvesse võimalikke erinevusi teenuste osutamise suutlikkuses ja tuvastada ebasoodsas olukorras olevaid rahvastikurühmi (Tabel 3). Analüüsis arvestati ka patsientide sooga, et leida võimalikke põhjuseid tavatult suurele erinevusele naiste ja meeste oodatavas elueas. Samuti arvestati analüüsis sellega, kas patsientidel oli mõni enesega toimetulekut halvendav haigusseisund, k.a (i) depressioon, (ii) dementsus või (iii) nägemis- või kuulmispuue.

Sissetulekul¹³ põhinevas analüüsis oli sissetulekukvintii I vaeseim mõõdetuna leibkonna sissetuleku järgi täiskasvanu kohta ja kvintii 5 oli rikkaim mõõdetuna leibkonna sissetuleku järgi täiskasvanu kohta.

¹² Kuna rahvastiku erinevad jaotused erinesid üksteisest arvestavalt ealise ja soolise koosseisu poolest, siis kohaldati vanuse ja soo järgi standardiseerimist, nagu see on defineeritud järgmises allikas: OECD Health Care Quality Indicators (HCQI) 2012/2013. Methodology for the Calculation of Age/Sex Standardised Rates/Mean and Confidence Intervals.

¹³ Analüüsis kasutati Sõstra ja Aru sissetulekukalkulatsioonid (vt eespool). Leibkonna sissetulek täiskasvanu kohta saadi OECD korrigeeritud skaalat kasutades.

Linna- ja maarahvastiku analüüsis kasutati patsiendi registreeritud elukohta, mis on Eestis liigitatud linnaks või vallaks.

Patsientide elukohta Ida-Virumaal kasutati eesti ja vene rahvusest inimeste vaheliste erisuste analüüsimisel, kuna ligi 80% Ida-Virumaa rahvastikust on vene rahvusest ja vähese eesti keele oskusega.

Kolm patsiendi enesega toimetuleku võimet halvendada võivat seisundit tuvastati mis tahes sellist diagnoosikoodi kasutades, mis seostus patsiendi haiguslooga mis tahes ajal võrdlusaastal ja sellele eelneval kalendriaastal.¹⁴

Tabel 3: Ülevaade indikaatorite järgi tehtud jaotumisanalüüsist

	Teenuseosutaja tüüp	Sotsiaal-majanduslik staatus (sissetuleku-kvintilil)	Linn/maa	Ida-Virumaa/ülejäänud Eesti	Sugu	Enesega toimetulekut halvendavad seisundid
Välditavad hospitaliseerimised	x	x	x	x	x	x
Pikaleveninud haiglaravi	x					
Välditavad eriarstivisiidid	x	x	x	x	x	x
Teenuseosutaja järjepidevus		x	x	x	x	x
Ennetavate teenuste ebapiisav osutamine	x	x	x	x	x	x
Puudulikud haiglast väljakirjutamised	x	x	x	x	x	
Statsionaarse aktiivravi järgne puudulik jätkuravi	x	x	x	x	x	
Tarbetud operatsioonieelsed diagnostilised uuringud	x					

Andmeallikad

Uuringus kasutati Eesti Haigekassa ravikindlustuse andmekogu raviarvete anonüümseks muudetud andmestikku. Raviarvete andmed on olemas kõikide avalikult rahastatavate tervishoiuteenuste kohta Eestis. Arvestades, et tervisekulutustest moodustab umbes 80% avalik osa ja erarahastamine on peamiselt seotud hambaravi ja ravimitega (samuti osalise omaosalusega soodusravimite eest tasumisel) (Health Systems in Transition, 2013), siis sisaldab raviarvete andmebaas peaaegu kogu infot Eestis tarbitavate tervishoiuteenuste kohta. Raviarved sisaldavad andmeid statsionaarse ravi (k.a aktiivravi, õendusabi ja taastusravi), päevaravi ja ambulatoorse ravi (k.a ambulatoorne eriarstiabi, õendusabi, taastusravi ja esmatasandi arstiabi) kohta. Need andmestikud sisaldavad detailset infot patsiendi kohta (nt sünniaasta, sugu, elukoha omavalitsus jne), tervishoiuasutuse, arsti ja ravijuhu kohta, diagnoosikoode, kirurgiliste protseduuride koode ning infot kõikide Eesti Haigekassa pakutud tervishoiuteenuste kohta, nagu need on sätestatud ravikindlustuse seaduse

¹⁴ Krooniliste haigusseisundite liigitamisel järgiti järgmisest allikast pärit meetodikat: Van den Bussche *et al* - Patterns of ambulatory medical care utilization in elderly patients with special reference to chronic diseases and multimorbidity – Results from a claims data based observational study in Germany. BMC Geriatrics 2011, 11:54.

ja tervishoiuteenuste loeteluga. Lisaks sellele kasutati uuringu käigus ka retseptide andmeid¹⁵. Analüüsis kasutati ajaperioode 2007-2009 ja 2012-2014. Sissetulekuandmed saadi Eestis 2011. aastal läbi viidud rahva ja eluruumide loendusest ning Sõstra ja Aru (2013) koostatud leibkonna sissetulekukalkulatsioonidest elaniku kohta.

Andmete valimisse kaasamine ja valimist välja jätmine

Iga indikaatori jaoks kasutati analüüsi käigus kogu asjakohast infot kindlustatud patsientide kohta (kehtiva isikukoodiga), kui andmed ei olnud puudulikud (nt puuduv sugu, vanus või hospitaliseerimise/visiidi kuupäev). Kõrvale jäeti ka kõik valesti kodeeritud või puuduliku esmase diagnoosikoodiga (nt diabeetikood E10 ilma haigusseisundi vajaliku spetsifikatsioonita E10.9) andmed. Üldiselt oli puuduliku või valesti kodeerimise tõttu välja jäetud andmete arv ebaoluliselt väike (alla 0,15% kõikide indikaatorite puhul).

Intervjuud võtmeisikutega ja fookusrühmade arutelud

Kvalitatiivne uuring koosnes intervjuudest tervishoiusektori peamiste organisatsioonide esindajatega ja fookusrühmade aruteludest teenuseosutajate ja patsientidega. Intervjuud ja arutelud viidi läbi semistruktureeritud küsimustiku alusel, mille eesmärk oli leida kinnitust süsteemi toimivuse probleemidele ja tuua esile põhjusi, mis seostuvad tervishoiusüsteemi ülesehituse, lepinguliste- ja rahastamismehhanismidega, tervishoiusüsteemi sisendite ja kliiniliste protsessidega. Intervjuude ja arutelude tulemused trianguleeriti seejärel olemasolevate andmete ja Eesti tervishoiusüsteemi analüüsidega.

Intervjuud viidi läbi järgmiste tervishoiusektori organisatsioonide esindajatega:

- (i) Eesti Haigekassa,
- (ii) Sotsiaalministeerium,
- (iii) Terviseamet,
- (iv) Tervise Arengu Instituut,
- (v) Eesti Perearstide Selts,
- (vi) Eesti Kardioloogide Selts,
- (vii) Eesti Õdede Liit,
- (viii) haiglad – Tartu Ülikooli Kliinikum ja Põhja-Eesti Regionaalhaigla.

Fookusrühmade arutelud toimusid teenuseosutajate rühmadega (k.a eriarstid, perearstid ja -õed) ja krooniliste haigusseisunditega patsientidega (k.a linnas ja maal elavad ning vene rahvusest patsiendid). Igas fookusrühmas oli 8-10 osalejat.

¹⁵ Statiinidele, beetablokaatoritele ja ACE-inhibiitoritele. 2008. aasta kohta olid saadaval ainult andmed väljaostetud ravimite kohta, sellal kui 2013. aasta digiretsepti andmed sisaldasid nii väljakirjutatud retsepte, mille alusel olid ravimid välja ostetud, kui ka retsepte, mille alusel ei olnud ravimeid välja ostetud.

6. Tulemused

Uuringu tulemused kinnitavad algselt püstitatud hüpoteesi, mille kohaselt Eesti tervishoiusüsteem seisab silmitsi suure väljakutsega, et saavutada tervishoiuteenuste parem integreeritus. Need väljakutsed võib üldjoontes jagada nelja kategooriasse:

- I) Statsionaarsele aktiivravile orienteeritus, millega kaasnevad pikale venivad haiglas viibimised, mis on olulises osas välditavad.
- II) Ambulatoorsele eriarstiabile orienteeritus, mis on olulises osas välditav.
- III) Perearstidel on küll patsientidega järjepidev kontakt, kuid patsiendikäsitlus ei vasta heale kliinilisele standardile, samas ka täiendav eriarsti külastamine ei paranda tulemust.
- IV) Puudused aktiivravi eelsel ja -järgsel teenuste koordineerimisel.

Allpool vaadeldakse detailsemalt eelnimetatud väljakutseid iseloomustavaid toimivuse indikaatoreid ja võimalikke põhiprobleeme, mis on süsteemiga seotud. Samuti vaadeldakse põhjuseid ja variatsioone erinevate rahvastikurühmade puhul.

Oluline on märkida, et tulemused põhinevad valitud indikaatorhaiguste analüüsil ning ei võimalda analüüsida haiguste kogu spektrit. Ent kasutatud indikaatorhaigused hõlmavad Eesti haiguskoormuse olulist osa, mistõttu need osutavad tervishoiusüsteemi ees seisvatele olulisematele väljakutsetele.

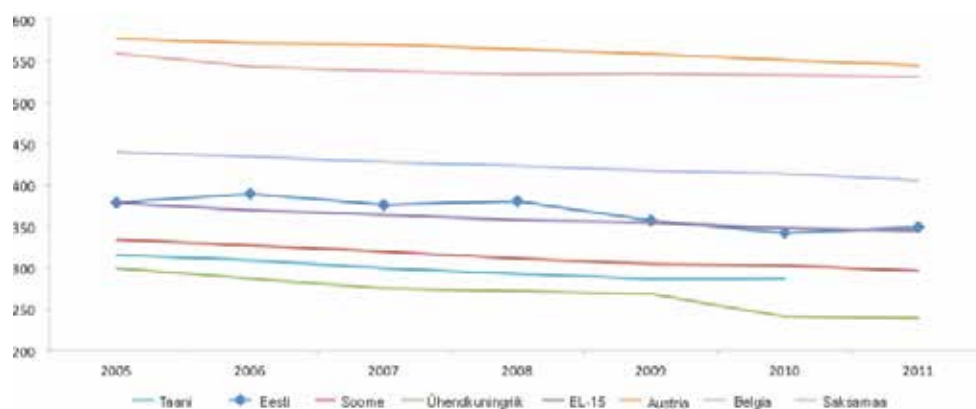
I. Statsionaarsele aktiivravile orienteeritus, millega kaasnevad olulises osas välditavad, kuid sellegipoolest pikale venivad haiglas viibimised

Eestis on jätkuvalt statsionaarse aktiivravi keskne süsteem, mis tuleneb tervishoiusüsteemi ajaloolisest fookusest statsionaarsele aktiivravile ja haiglates osutatavatele ambulatoorsetele eriarstiabiteenustele. Eestis on viimase kahekümne aasta jooksul tehtud suuri edusamme haiglaravi mahtude vähendamisel ning ressursside ja teenuste üleviimisel alternatiivsetele teenuste osutamise tasemetele (statsionaarsest ambulatoorseks arstiabiks, eriarstiabist esmatasandile, aktiivravist õendusabiks – toim). Nimetatud perioodil on vähendatud aktiivravi haiglakohtade koguarvu¹⁶ piisavalt, nii et see läheneb ELi keskmistele näitajatele (Joonis 3). Samal ajal on Eestis oluliselt vähendatud statsionaarset aktiivravi saanud patsientide arvu, osaliselt tänu sellele, et kirurgilisi protseduure viiakse üha enam läbi ambulatoorselt. Eestis on õnnestunud lühendada ka statsionaarse aktiivravi episoodide keskmist pikkust: Eesti näitaja on teiste EL liikmesriikidega võrreldes keskmisel tasemel.

Sellele vaatamata moodustavad haiglaravi kulud Eestis Põhjamaade ja Lääne-Euroopa riikidega võrreldes avaliku sektori kõikidest tervishoiukulutustest ühe suurema osa (Joonis 4). See lubab arvata, et olukorra parandamiseks võib olla veel ruumi. Aastal 2011 kulus Eestis 56,6% avaliku sektori tervishoiukulutustest haiglaravile, võrreldes 51,1% Taanis, 44,1% Norras ja 34,5% Saksamaal.

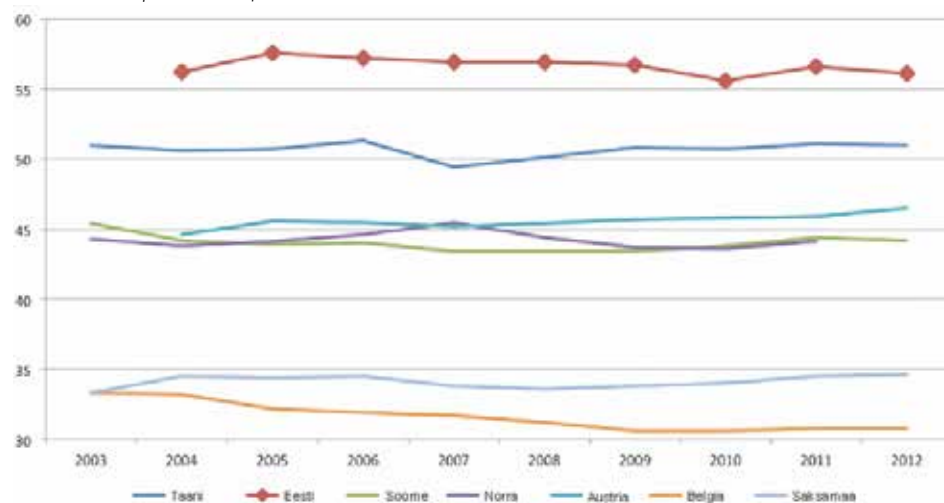
Uuringu tulemused näitavad, et suur osa statsionaarsest aktiivravist on välditav. See osutab esmatasandi arstiabi nõrkustele. Lisaks oleks võimalik vähendada ka suurt osa haiglas viibimistest teatud ägedate haigusseisundite puhul. Statsionaarses aktiivravist tekkinud olukorda võivad soodustada ka haiglate materiaalne huvitatus, patsientide ja teenuseosutajate käitumine ning ka õendusabi ja taastusravi vähene võimekus.

¹⁶ Märkus: Aktiivravi voodikohad ei sisalda voodikohti psühhiaatriaiglates.



Joonis 3. Aktiivravi haiglakohtade arv 100 000 elaniku kohta

Allikas: Euroopa Health for All andmebaas, WHO, 2014



Joonis 4. Haiglata kulude osakaal kogu avaliku sektori tervishoiukuludest

Allikas: OECD, 2014

Välditavad hospitaliseerimised

Välditavaks peeti uuringus hospitaliseerimisi teatud kroonilise haiguse komplikatsioonide puhul, mida oleks saanud piisava ambulatoorse raviga vältida.¹⁷ OECD protokoll kohaselt on selliste haigustega patsientide hospitaliseerimised välditavad, välja arvatud juhul, kui need on otseselt seotud teatud protseduuride tegemisega.¹⁸ Analüüsi kaasatud kroonilised haigused olid: astma, krooniline obstruktiivne kopsuhaigus (KOK), diabeet, südamepuudulikkus ja kõrgvererõhktõbi.

Nimetatud haigustega patsientide välditavad hospitaliseerimised moodustavad suure osa kõikidest hospitaliseerimistest vastavate haigusrühmade puhul (Tabel 4). Täpsemalt moodustavad need umbes 80% hospitaliseerimistest selliste haigusrühmade puhul nagu alumiste hingamisteede krooniline haigus, diabeet, kõrgvererõhktõbi ja muud südamehaigused. Samuti moodustavad välditavad hospitaliseerimised olulise osa ka muude asjakohaste haigusrühmade hospitaliseerimistest. Näiteks diabeedihaigete välditavad hospitaliseerimised moodustavad 47% kõikidest endokriin-, toitumis- ja ainevahetushaigustega hospitaliseerimistest. Neile järgnevad südamepuudulikkuse ja kõrgvererõhktõvega patsientide välditavad hospitaliseerimised, mis moodustavad umbes 23% vereringehaigustega hospitaliseerimistest. KOKi ja astmaga patsientide välditavad hospitaliseerimised moodustavad umbes 9% hingamisteede haigustega hospitaliseerimistest.

¹⁷ Hospitaliseerimised on defineeritud kui statsionaarseks aktiivraviks haiglasse sisse kirjutamised, v.a diabeedipatsientide hemodialüüs päevaravis.

¹⁸ Vt Tegevuskäsiraamat.

Tabel 4: Välditavate hospitaliseerimiste osakaal kõikidest hospitaliseerimistest erinevate haigusrühmade lõikes (2013)

Indikaatorhaigus ja seotud haigusrühm	Välditavad hospitaliseerimised
<i>KOKi ja astmaga patsientide välditavate hospitaliseerimiste osakaal alltoodud seisunditest:</i>	
<ul style="list-style-type: none"> Alumiste hingamisteede kroonilise haigusega hospitaliseerimised 	76,9%
<ul style="list-style-type: none"> Hingamisteede haigusega hospitaliseerimised 	8,7%
<i>Diabeedipatsientide välditavate hospitaliseerimiste osakaal alltoodud seisunditest:</i>	
<ul style="list-style-type: none"> Diabeediga hospitaliseerimised 	83,0%
<ul style="list-style-type: none"> Endokriin-, toitumis- ja ainevahetushaigusega hospitaliseerimised 	46,7%
<i>Südamepuudulikkuse ja kõrgvererõhktõvega patsientide välditavate hospitaliseerimiste osakaal alltoodud seisunditest:</i>	
<ul style="list-style-type: none"> Kõrgvererõhktõve ja muude südamehaigustega hospitaliseerimised 	84,3%
<ul style="list-style-type: none"> Vereringesüsteemi haigusega hospitaliseerimised 	22,35%

Allikas: Maailmapanga meeskonna arvutused.

Suurem osa kõikidest välditavatest hingamisteede, ainevahetus- ja vereringehaigustega hospitaliseerimistest leiab aset madalama taseme haiglates (Tabel 5). Kõige piiratumat teenuste valikut pakkuvatel üldhaiglatel oli kõigi kolme kroonilise haiguse kategooria puhul suurim välditavate hospitaliseerimiste osakaal (22,5%). Põhjuseks võib olla ka see, et need haiglad on kättesaadavamad ja seetõttu tihti paljudele patsientidele esimeseks kokkupuutepunktiks. Sealhulgas neile, kel puudub juurdepääs korrapärasele ambulatoorsele ravile või neile, kel puudub koduseks raviks vajalik sotsiaalne toetus. Nimetatud haiglad võivad tegeleda ennekõike keskmisest vähem komplitseeritud haigusseisunditega patsientega.

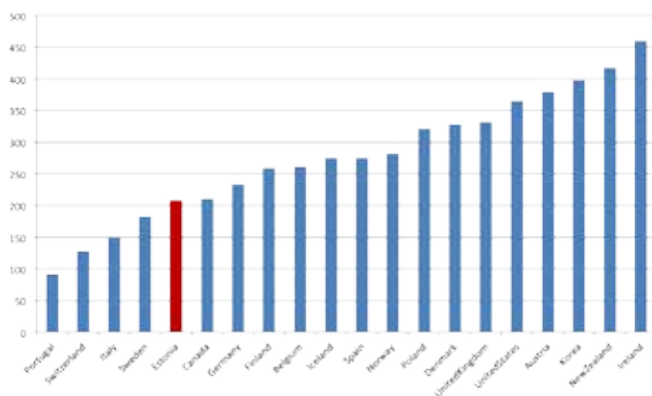
Tabel 5: Välditavad hospitaliseerimised haigla tüübi järgi

Teenuseosutaja tüüp	Hospitaliseerimisi kokku (2013): hingamisteede-, endokriin- ja vereringehaigused	Välditavate %
Piirkondlik haigla	22,903	14,69%
Keskhaigla	20,612	18,58%
Üldhaigla	18,144	22,33%
HVA-välised teenuseosutajad	10,138	14,01%
Kõik teenuseosutajad	71,797	17,64%

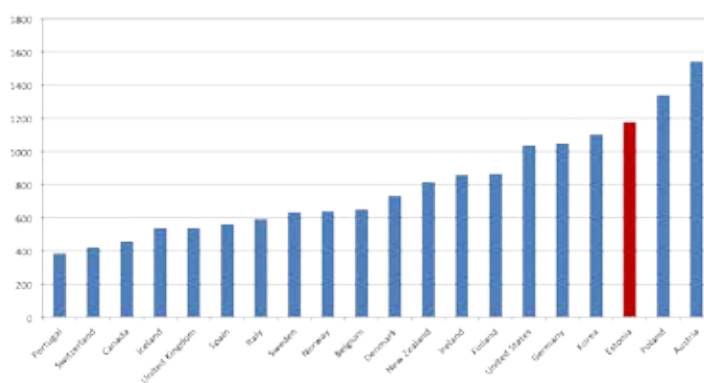
Allikas: Maailmapanga meeskonna arvutused.

Märkus: Analüüsist on välja jäetud suunamised ja teistesse raviasutustesse üleviimised.

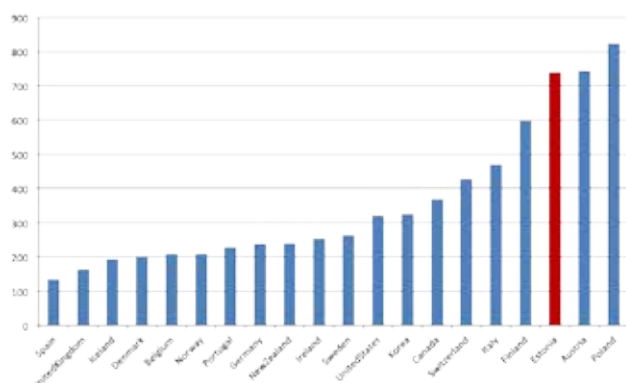
Eesti rahvastiku välditavate hospitaliseerimiste standardiseeritud määrad on oluliselt vähenenud ajavahemikus 2008-2013 (Tabel 6).



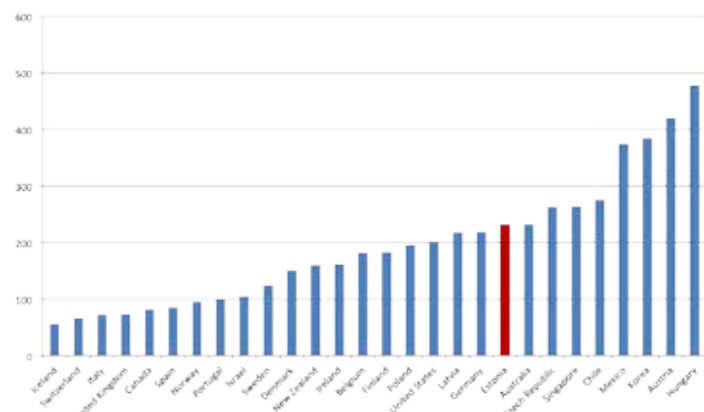
Joonis 5: Välditavate hospitaliseerimiste määrad kõikide indikaatorhaiguste puhul (2008)



Joonis 6: Välditavate hospitaliseerimiste määrad hingamisteede haiguste puhul (2008)



Joonis 7: Välditavate hospitaliseerimiste määrad diabeedi puhul (2008)



Joonis 8: Välditavate hospitaliseerimiste määrad SVH puhul (2008)

Allikas: Eesti andmed uuringu tulemustest, muude riikide andmed OECD-lt.

Tabel 6: Muutus välditavate hospitaliseerimiste standardiseeritud määrades aastatel 2008 ja 2013

Indikaator/ Aasta	Astma	KOK	Diabeet	Südame- puudulikkus	Kõrgvere- rõhktõbi
2008	78,0	133,0	232,0	403,0	343,0
2013	48,0	125,0	200,0	340,0	229,0

Allikas: Maailmapanga meeskonna arvutused.

Eesti on OECD riikide seas välditavate hospitaliseerimiste standardiseeritud näitaja poolest kolmandal kohal (2008. aastal umbes 189 juhtu 100 000 elaniku kohta¹⁹, Joonis 5), see positsioon varieerub haigusseisundist sõltuvalt. Kuigi Eesti on välditavate hospitaliseerimiste osakaalu poolest südamepuudulikkuse ja kõrgvererõhktõve haiguste osas (Joonis 8) OECD riikide seas kolmandal kohal, läheneb diabeedi puhul osakaal mediaanile (Joonis 7). Hingamisteede haiguste puhul on Eestis välditavate hospitaliseerimiste osakaal madalaimate näitajate edetabelis viiendal kohal (Joonis 6).

Indikaatorhaiguste lõikes võivad tulemuslikkuse varieerumist mõjutada mitmed tegurid, k.a riigispetsiifiline haiguskoormus, tervisekulutuste tase, erinevused kvaliteedi tagamise süsteemides ja kodeerimispraktikates.

¹⁹ Vanuse ja soo järgi standardiseeritud määrad on arvutatud 2008. aasta kohta, et hõlmata suuremat OECD võrdlusriikide valikut, mille kohta on andmed olemas.

Pikaleveninud haiglaravi

Pikaleveninud haiglaravi esineb sagedamini puusamurruga patsientidel kui insuldipatsientidel (Tabel 7).²⁰ Umbes 32,6% puusamurruga patsientidest jääb haiglasse 28-päevasest rahvusvahelisest standardist kauemaks. Soovitavast 56-päevasest perioodist kauemaks jääb statsionaarset aktiivravi saama 6,91% insuldipatsientidest. Mõlema haigusseisundi puhul on pikaleveninud haiglaravi protsent võrreldes 2008. aastaga pisut suurenenud.

Tabel 7: Soovitavast ajast pikema haiglaravi osakaal insuldi ja puusamurru puhul

Indikaator	Juhtumeid kokku (2008)	Üle standardi %	Juhtumeid kokku (2013)	Üle standardi %	Protsentuaalne muutus
Puusamurd (28 päeva)	1374	29,33%	1529	32,6%	3,27%
Insult (56 päeva)	4054	5,56%	4335	6,91%	1,35%

Allikas: Maailmapanga meeskonna arvutused.

Insuldi tulemused ei näita olulisi seaduspärasusi piirkondlike, kesk-, üld- ja HVA-välise haiglate andmetes (Tabel 8), sellal kui puusamurdude puhul esineb pisut rohkem pikaleveninud haiglaravi (39,3%) üldhaiglates muude HVA haiglate ja HVA-välise haiglatega võrreldes (Tabel 9). Mõlema haigusseisundi puhul on pikaleveninud haiglaravi protsent pisut suurenenud 2008. aasta tasemega võrreldes.

Tabel 8: Pikaleveninud haiglaravi osakaal insuldi puhul haigla tüübi järgi (56 päeva)

Insult	Juhtumeid kokku (2008)	Üle standardi %	Juhtumeid kokku (2013)	Üle standardi %
Piirkondlik haigla	850	5,88%	1220	6,64%
Keskhaigla	1400	6,00%	1539	7,86%
Üldhaigla	1287	4,97%	1018	6,48%
HVA-välised teenuseosutajad	517	5,22%	558	5,73%
Kõik teenuseosutajad	4054	5,56%	4335	6,91%

Allikas: Maailmapanga meeskonna arvutused.

Tabel 9: Pikaleveninud haiglaravi osakaal puusamurru puhul haigla tüübi järgi (28 päeva)

Hip fracture	Juhtumeid kokku (2008)	Üle standardi %	Juhtumeid kokku (2013)	Üle standardi %
Piirkondlik haigla	594	26,26%	656	31,71%
Keskhaigla	457	29,98%	511	32,09%
Üldhaigla	251	37,05%	267	39,33%
HVA-välised teenuseosutajad	72	23,61%	95	22,11%
Kõik teenuseosutajad	1374	29,33%	1529	32,60%

Allikas: Maailmapanga meeskonna arvutused.

²⁰ Haiglaravi ehk haiglas viibimine on defineeritud statsionaarse aktiivravina, sisaldades ka haiglasest taastusravi kuni tavalisse elukohta naasmiseni.

Lisaks rahvusvahelisest standardperioodist pikematele hospitaliseerimistele vaadeldi analüüsis ka seda, mil määral põhjustas protseduuri metoodika valik haiglas viibimise kestuse pikenemist. Üldtunnustatud ravisoovituste kohaselt soovitatakse koletsüstektoomiat teha laparoskoopiliselt, mille puhul on optimaalne kolmepäevane haiglaravi. Ent uuring näitas, et 2013. aastal tehti Eestis üle 11% koletsüstektoomiatest HVA haiglates²¹, mille puhul ei kasutatud ikka veel minimaalselt invasiivset meetodit (MMIM), mis tähendab väga väikest vähenemist 2008. aasta 11,8%-lt (Tabel 10). MMIM protseduuridega kaasneb ka keskmiselt umbes 13,6-päevane haiglaravi, mis tähendab laparoskoopiliste protseduuridega võrreldes neljakordselt pikemat haiglas viibimist.

Tabel 10: MMIM protseduuride osakaal

Indikaator	Juhtumeid kokku (2008)	MMIMi %	Juhtumeid kokku (2013)	MMIMi %
Koletsüstektoomia	2924	11,81%	2706	11,12%

Allikas: Maailmapanga meeskonna arvutused.

Kuigi hüpoteesi kohaselt oleks üldhaiglatel pidanud olema suurim MMIMi %, kuna need haiglad kalduvad tegema vähem uusi tehnoloogiaid vajavaid protseduure, siis uuringu käigus leiti, et tegelikult on neil haiglatel kõige madalam MMIMi protsent (Tabel 11). Kontrastina on piirkondlikel haiglatel kõige suurem MMIMi osakaal – 19,5% kõikidest juhtumitest aastal 2013. Kuigi MMIMi üldised protsendid on vähenenud 2008. aastaga võrreldes nii kesk- kui üldhaiglates, on piirkondlike haiglate protsent suurenenud. Seda võib põhjustada asjaolu, et tõsisemad ja komplekssemad juhtumid nõuavad invasiivsemat avatud protseduuri parema nähtavuse ja juurdepääsu tagamiseks opereeritavale kohale ning nende juhtumitega tegeletakse suurema tõenäosusega piirkondlikes haiglates.

Tabel 11: MMIMi protseduuride protsent teenuseosutaja tüübi järgi

Koletsüstektoomia	Juhtumeid kokku (2008)	MMIMi %	Juhtumeid kokku (2013)	MMIMi %
Piirkondlik haigla	1011	12,85%	862	19,49%
Keskhaigla	1138	9,40%	1128	8,33%
Üldhaigla	775	9,30%	716	5,45%
HVA-välised teenuseosutajad	-	-	-	-
Kõik teenuseosutajad	2924	11,81%	2706	11,12%

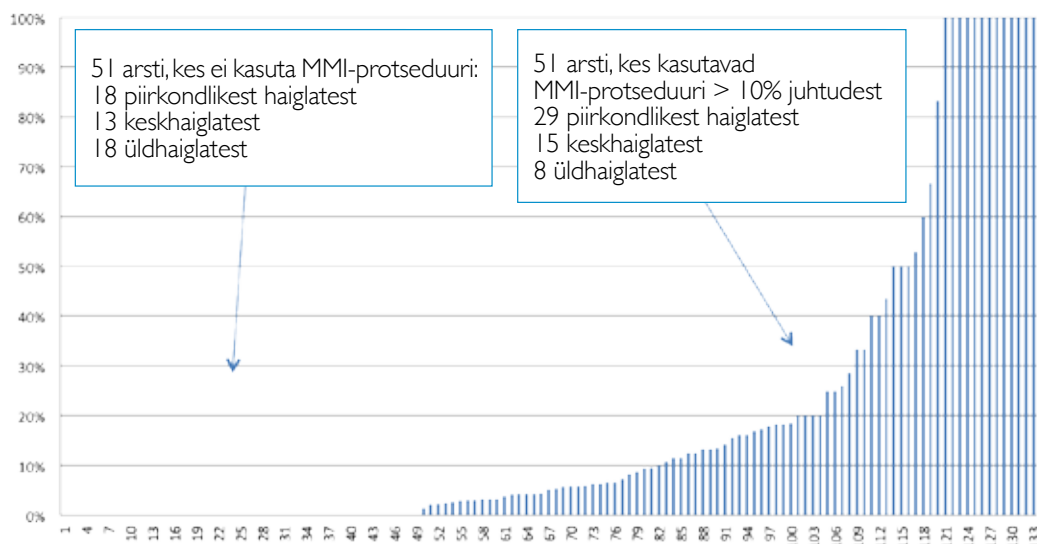
Allikas: Maailmapanga meeskonna arvutused.

Lisaks töötab vastupidiselt uuringu algele hüpoteesile enam kui 10%-l juhtudest enamik MMIMi operatsioone tegevaid arste kesk- ja piirkondlikes haiglates (Joonis 9), viidates taas võimalusele, et kõrgema taseme haiglad tegelevad komplekssemate juhtumitega. MMIMi mitte rakendavad arstid jaotuvad peaaegu ühtlaselt kõikide HVA haiglatüüpide vahel.

Peamised põhjused

Üsna suur välditavate hospitaliseerimiste osakaal krooniliste haigete puhul osutab võimalikele nõrkustele esmatasandil, mille tulemuseks on: i) põhjendamatud suunamise praktikad ja/või ii) patsiendi haiguse halvenemine,

21 Koletsüstektoomiat tehti nii 2008. aastal kui ka 2013. aastal ainult HVA haiglates.



Joonis 9: MMIMi protseduure tegevate arstide arv

Allikas: Maailmapanga meeskonna arvutused.

mis suurendab vajadust kõrgema taseme arstiabi järele. Esmatasandi nõrkusi vaadeldakse edasi III osas. Haigla tasandil võib välditavaid hospitaliseerimisi ja pikaleveninud haiglaravi soosida materiaalne motivatsioon teenuste mahtude suurendamiseks lepingus kokku lepitud ravijuhtude ülempiirini. Lisaks võivad õendusabi ja taastusravi ning sotsiaalteenuste ebapiisav võimekus takistada teenuste võimalikku välja viimist aktiivravist.

Mahtude maksimeerimise stiimulid statsionaarses aktiivravis

Rahastamise mehhanismid võivad statsionaarse aktiivravi puhul olla välditavate hospitaliseerimiste ja pikaleveninud haiglaravi ajendiks. Kuigi EHK lepingud sätestavad statsionaarse aktiivravi aastase mahu ja selle jaotuse poolaastate kaupa, võivad haiglad olla huvitatud mahtude suurendamisest. Rahastamismehhanismide kombinatsioon, mille puhul DRG põhised maksed moodustavad 70% ja teenustasupõhised maksed ainult 30%, soodustab teatud määral haiglaravi kestuse lühendamist ja osutatavate teenuste arvu vähendamist juhtumi kohta, kuid ajendab siiski juhtumite hulka suurendama kuni lepingus sätestatud ülempiirini. Mõju võib veelgi suurendada alla kokku lepitud mahu osutatud teenuste eest osalise tasumise poliitika puudumine, nt teenuste fikseeritud kuludele vastava määraga. Pealegi hakkas EHK 2006. aastal hüvitama üle lepingumahu osutatud teenuste hinnast 30%. Kuna lepingumahud lepatakse kokku kord aastas, siis võivad haiglad otsustada teenuseid üle lepingumahu ja kanda lühiajaliselt kahjusid, lootuses suurendada lepingumahusid järgmistel aastatel.

Eestis on pikaleveninud haiglaravi osakaal rahvusvahelises võrdluses suhteliselt madal. Siiski võib materiaalne huvitatus oluliselt takistada statsionaarse õendusabi- ja taastusraviteenuste üle viimist statsionaarsete aktiivraviteenuste osutamise kohast sobivemale tasemele, et vähendada pikaleveninud haiglaravi. Statsionaarse õendusabi lepingumahud määratakse kindlaks iga teenuseosutaja jaoks. Lepingumahu piires võivad kasutusel olevad rahastamismehhanismid olla motivatsiooniks osutatavate teenuste mahu suurendamisel.

Lisaks – kuigi peamiselt voodipäevapõhisest tasust koosnev statsionaarne õendusabi arvestab keskmise ravikestusega (umbes 21 päeva ühe juhtumi kohta), võivad haiglad vajadusel läbi rääkida perioodi pikendamises ja seda ajaloolistele andmetele tuginedes (mis näitavad patsientide pikemaid haiglas viibimisi) või patsientide seisundi keerukusele viidates.

Kõigele vaatamata võivad teenuseosutajad olla ajendatud pikendama patsientide haiglaravi kuni maksimaalse haiglaravi kestuseni. Statsionaarne aktiivtaastusravi on osa statsionaarsest aktiivravist ning selle eest tasutakse teenusepõhiselt, mis mh sisaldab voodipäevapõhist tasu ja mille suhtes kehtib lepingumahu ülempiir nagu statsionaarse aktiivravi puhul. Haiglad võivad seega olla materiaalselt huvitatud ka taastusravi jätkamisest statsionaarsete aktiivraviteenuste osutamise kohas kuni lepingumahu ülempiirini. Edasi suunamine toimub pigem sama haigla ambulatoorsesse või taastusraviosakonda, mitte haiglavälise teenusepakkuja juurde. Seda selleks, et aidata hoida optimaalsemast patsiendikäsitlusest tekkivaid täiendavaid tulusid samas haiglas ning kõrvaldada samal ajal kulud, mis seostuvad haiglavälise teenuseosutaja juurde üleviimise koordineerimisega.

Õendusabi, taastusravi ja sotsiaalteenuste piiratud võimekus

Peamiseks takistuseks õendusabi ja taastusravi viimisel statsionaarsetest tingimustest ambulatoorseks võib olla haiglavälise teenuse osutamise võimekuse puudumine. Kuigi viimastel aastatel on statsionaarse õendusabi teenuste mahud suurenenud, on koduõendus jätkuvalt ebapiisavalt arenenud. Taastusravi pakutakse praegu nii haiglates kui ka spetsialiseerunud ravikeskustes, kuigi selliste teenuste kättesaadavus on olnud ajalooliselt väga piiratud ja geograafiliselt ebaühtlane. See on põhjustanud raviteenuste õigeaegse kättesaadavuse vähesust ja suurt katmata vajadust. Ka sotsiaalteenuste kättesaadavus pärast haiglast väljakirjutamist on tõsiselt piiratud, kuna eraldiseisvad rahastamissüsteemid põhjustavad väga vähest koordineerimist tervishoiu- ja sotsiaalsüsteemi vahel (Lai et al, 2013).

II. Orienteeritus ambulatoorsele eriarstiabile, mis on olulises osas välditav

Eestis on jätkuvalt tendents ambulatoorse eriarstiabi eelistamisele. Ent uuringu tulemused näitavad, et oluline osa neist visiitidest võivad olla välditavad, osutades taas võimalikele nõrkustele patsiendi käsitluses esmatasandil. Välditavate eriarstiviisiitide arvu võivad suurendada ka võimalik materiaalne huvi ambulatoorse eriarstiabi mahu suurendamise vastu (lepingumaht) ning patsientide ja teenuseosutajate käitumine eelistuste ja tervishoiusüsteemi piirangute tõttu.

Välditavad eriarstiviisiidid

Uuringuga tehti kindlaks välditavate eriarstiviisiitide osakaal kõrgvererõhktõve ja diabeediga seotud diagnooside puhul. Ekspertidest koosnev uurimisrühm analüüsis nimetatud haigustega seotud diagnoosikoode ning jagas need komplikatsioonidega ja komplikatsioonideta haiguste kategooriasse. Läbi vaadati ka uurin-gusse kaasatud haiguste ravi juhiseid sisaldavad Eesti ravijuhendid, et teha kindlaks, millal on eriarsti juurde suunamine soovitatav (nt kõik diabeetikud peaks läbima kord aastas silmapõhja uuringu). Välditav eriarsti-visiit registreeriti, kui eriarsti külastas komplikatsioonideta diagnoosikoodiga patsient (koodid määratletud analüüsi suunistes).²²

2013. aastal osutus kõrgvererõhktõve puhul 67,5% eriarstiviisiitidest välditavaks. Kõrgvererõhktõve puhul esines kõige rohkem välditavaid eriarstiviisiite, ent ka diabeedi puhul oli umbes viiendik eriarstiviisiitidest välditavad (Tabel 12). Kõrgvererõhktõve puhul tehti üle 80% välditavatest visiitidest kardioloogi juurde ning diabeedi puhul üle 90% välditavatest visiitidest endokrinoloogi juurde. Välditavate visiitide osakaal on mõle-ma haigusseisundi puhul võrreldes 2008. aastaga marginaalselt kahanenud.

22 Vt Metoodikakäsiraamat.

Tabel 12: Välditavate eriarstivisiitide osakaal

Indikaatorhaigus	2008		2013		2008-2013
	Eriarstivisiidid	%	Eriarstivisiidid	%	Protsentuaalne muutus
Diabeet	39 520	26,03%	42 064	19,91%	-6,12%
Kõrgvererõhktõbi	60 302	70,81%	63 917	67,49%	-3,32%

Allikas: Maailmapanga meeskonna arvutused.

Kuigi 2013. aastal ei esinenud silmatorkavat seaduspärasust seoses välditavate visiitidega kõrgvererõhktõve puhul vastavalt haigla tüübile (Tabel 13), oli üld- ja kohalikel haiglatel kõrgeim välditavate visiitide osakaal diabeedi puhul (Tabel 14). Kuigi kõikide muude haiglatüüpide puhul on välditavad eriarstivisiidid alates 2008. aastast oluliselt vähenenud, suurenes üld- ja kohalikes haiglates nende visiitide arv umbes 10% võrra nii diabeedi- kui kõrgvererõhktõvega patsientide puhul.

Tabel 13: Välditavate eriarstivisiitide osakaal teenuseosutaja tüübi järgi kõrgvererõhktõve puhul

Kõrgvererõhktõbi	2008		2013	
	Eriarstivisiidid	Välditavate %	Eriarstivisiidid	Välditavate %
Piirkondlik haigla	12 697	78,58%	14 704	67,83%
Keskhaigla	26 262	69,58%	27 017	66,97%
Üldhaigla	10 440	53,75%	10 304	62,44%
HVA-välised teenuseosutajad	10 903	81,07%	11 893	72,62%
Kõik teenuseosutajad	60 302	70,81%	63 918	67,49%

Allikas: Maailmapanga meeskonna arvutused.

Tabel 14: Välditavate eriarstivisiitide osakaal teenuseosutaja tüübi järgi diabeedi puhul

Diabeet	2008		2013	
	Eriarstivisiidid	Välditavate %	Eriarstivisiidid	Välditavate %
Piirkondlik haigla	6 298	21,17%	6 172	13,09%
Keskhaigla	12 885	29,20%	17 073	13,75%
Üldhaigla	7 685	33,85%	7 344	43,60%
HVA-välised teenuseosutajad	12 652	20,47%	11 475	17,58%
Kõik teenuseosutajad	39 520	26,03%	42 064	19,91%

Allikas: Maailmapanga meeskonna arvutused.

Peamised põhjused

Lisaks puudulikule patsiendikäsitlusele esmatasandil võib välditavaid visiite soosida ka raviasutuste materiaalne motivatsioon suurendada ambulatoorse eriarstiabi teenuse osutamise mahtu. See võib põhjustada ebavajalikku suunamist või patsiendi tervisliku seisundi halvenemist, nii et suureneb vajadus kõrgema taseme tervishoiuteenuste järele. Välditavate visiitide suurt arvu mõjutab ka patsientide ebaotstarbekas tervishoiusteemi pöördumise praktika, kuivõrd eelistatakse kiiret või rohkem spetsialiseeritud ravi.

Mahtude maksimeerimise põhjused ambulatoorses eriarstiabis

Rahastamise mehhanismid võivad ambulatoorse eriarstiabi puhul olla ravijuhtude arvu suurendamise põhjuseks. Eriarstiabi eest makstakse teenusepõhiselt EHK-ga kokkulepitud mahu ülempiirini. Alates 2014. aastast hüvitab EHK 70% ambulatoorsete raviteenuste kulust (nagu ka päevaraviteenustest) kuni 5% ulatuses üle kokkulepitud lepingumahu, kui osutatud on kokkulepitud minimaalne ravijuhtude tase. Samaselt statsionaarsele aktiivravile võivad haiglad liigselt teenuseid osutada ja lühiajaliselt kahju kanda lootuses, et järgmistel aastatel õnnestub selle tulemusena lepingumahtusid suurendada.

Patsientide käitumismuster

Välditavate eriarstivisiitide suur osakaal viitab ka sellele, et patsiendid kipuvad eelistama eriarstile pöördumist. Eriti innukalt pöörduakse abi saamiseks erakorralise meditsiini osakondadesse (EMO-sse), mis pakuvad teenust ööpäevaringselt. EMO-sse on patsientidel juurdepääs väljaspool perearstide vastuvõtuaegasid ning lisaks pakub EMO esmatasandist suuremat diagnostiliste teenuste valikut. Selleks, et leevendada survet erakorralise meditsiini osakondadele ning eriarstiabile, on kehtestatud neile teenustele omaosalus. Siiski ei pruugi omaosaluse suhteliselt madal tase (5 eurot) olla patsientidele piisav takistus, et vähendada välditavaid visiite. Teisalt – võttes arvesse EHK hüvitavat tasu (18 eurot eriarsti esmase vastuvõtu ning 12 eurot korduva vastuvõtu eest) ning patsiendi omaosalust, võib teenuseosutajale tasuks kujunev teenuse hind olla oluline motivaator, et võtta vastu võimalikult palju patsiente oma sissetulekute suurendamiseks.

Teenuseosutajate käitumine

Patsiendid võivad pöörduda EMO-sse ka oma perearsti soovitusel ning mitte seetõttu, et nad vältimatult abi kohe vajaks, vaid et saada kiiremini ravile ja mööda minna vabade voodikohtade piirangutest, millega perearstid silmitsi seisavad, kui püüavad oma patsientidele tavakorras statsionaarse aktiivravi kohta saada.

III. Perearstidel on küll patsientidega järjepidev kontakt, kuid patsiendikäsitlus ei vasta heale kliinilisele standardile, samas ka täiendav eriarsti külastamine ei paranda tulemust

Nagu eelmises osas kirjeldatud, võib suhteliselt suure välditavate eriarstivisiitide ja hospitaliseerimiste arvu panna osaliselt esmatasandi arstiabi nõrkuse arvele. Selle tulemuseks on: i) sobimatu suunamis- ja abiotimiskäitumine ja/või ii) patsiendi haiguse või haigusseisundi halvenemine, nii et suureneb vajadus kõrge- ma taseme abi järele. Uuringu tulemused toetavad osaliselt seda arvamust, näidates, et kuigi krooniliste haigusseisunditega patsiendid on üldiselt tihedas kontaktis oma perearstiga, ei osuta perearstid piisavalt ennetavaid teenuseid. See omakorda põhjustab tervise halvenemist ning tekitab suuremat vajadust eriarstiabi ja haiglaravi järele. Eriarstiteenus pakub vähe lisandväärtust haiguste ennetamiseks mõeldud teenuste pakkumisel. Esmatasandi ebapiisavat patsiendikäsitlust põhjustavate võimalike nõrkuste hulka võivad kuuluda puudulik ravijuhendite järgimine, vähene tähelepanu patsiendi rollile eneseabis ja suutmatus probleeme lahendada. Probleemi võib süvendada ka selguse puudumine rollide ja kohustuste osas, mis puudutab patsiendikäsitlust tervishoiu- ja sotsiaalsektoris.

Järjepidevus esmatasandil

Piisava järjepidevuse tagamisel esmatasandil on oluline roll tarbetute hospitaliseerimiste ja eriarstivisiitide vältimisel, eriti krooniliste haigusseisunditega patsientide puhul. Kui patsient külastab esmatasandi arsti korrapäraselt, saab perearst osutada piisavalt ennetavaid teenuseid ning märkab suurema tõenäosusega haiguse ravimata jäämisel tekkida võivad tõsisemad komplikatsioonid. Patsiendid ja eeskätt krooniliste haigusseisunditega patsiendid saavad ambulatoorseid raviteenuseid suures osas eriarstidelt, ent on ometi tihedas kontaktis perearstiga. See on vastuolus üldise ettekujutusega, et kui patsiendid on juba eriarsti juurde suunanud, siis nad kalduvad sinna jääma (st esmatasandi arstiabi ja eriarstiabi on n-ö eraldi maailmad).

Käesoleva analüüsi jaoks võrreldi krooniliste haigustega inimesi üldise rahvastikuga alates 18. eluaastast. Täiskasvanud tavaelanikkond käis 2013. aastal keskmiselt 6,4 korda ambulatoorsel visiidil (võrreldes kõikide ravikindlustatute 5,64 visiidiga). Krooniliste haigustega patsiendid tegid umbes 10 visiiti (Tabel 15). Sellised keskmised näitajad on püsinud aja jooksul suhteliselt konstantsena, muutudes 2008. aasta vastavate näitajatega võrreldes väga vähe (vt Andmestik, lk 35).²³

Tabel 15: Keskmine ambulatoorsete visiitide arv alates 18. eluaastast üldrahvastikus ja krooniliste haigustega patsientidel (2013)

Haigus/haigusseisund ²⁴	Visiitide keskmine arv (2013)
	Riik
Kõik inimesed alates 18. eluaastast	6,4
Diabeet (18 ja vanem)	10,3
Kõrgvererõhktõbi (18 ja vanem)	9,8
SVH (18 ja vanem)	9,5

Allikas: Maailmapanga meeskonna arvutused.

Esmatasandi arstivisiitide osakaal on täiskasvanud elanikkonna puhul keskmiselt umbes 60% ning ülejäänud 40% visiitidest tehakse eriarstide juurde (Tabel 16). Laias laastus on suhe samasugune ka diabeedi, kõrgvererõhktõve ja SVHga patsientidel ning see ei ole 2008. aastast muutunud (vt Andmestik, lk 36).

Tabel 16: Esmatasandi vs ambulatoorsete eriarstivisiitide osakaal üldrahvastikus alates 18. eluaastast ja krooniliste haigustega patsientidel (2013)

Haigus/haigusseisund ²⁵	Esmatasandi arstiabi	Ambulatoorne eriarstiabi
Kõik inimesed alates 18. eluaastast	61,0%	39,0%
Diabeet	59,2%	41,8%
Kõrgvererõhktõbi	60,6%	39,4%
SVH	60,9%	30,1%

Allikas: Maailmapanga meeskonna arvutused.

Ravi järjepidevuse poolest erinevad krooniliste haigustega patsiendid samuti vaid pisut võrreldavast üldrahvastikust (Tabel 17). Järjepidevuse indeksi (*sequential continuity index*) puhul tähistab 1 sama tüüpi arsti hoole

²³ Andmestik on saadaval EHK kodulehel: www.haigekassa.ee.

²⁴ Kõik visiidid sünnitusabiandjate/günekoloogide juurde on välja jäetud (vt Metoodika käsiraamat).

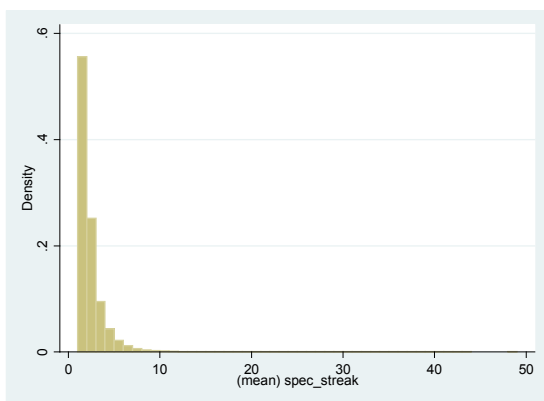
²⁵ Kõik visiidid sünnitusabiandjate/günekoloogide juurde on välja jäetud (vt Tegevuskäsiraamat).

alla jäämist (st esmatasandi või eriarstiabi) 100% järjestikuste visiitide puhul ja 0 tähistab arstitüübi pidevat vaheldumist. Üldise täiskasvanud rahvastiku järjepidevuse indeks on 0,79. See lubab järeldada, et umbes 80% järjestikustest visiitidest tehakse sama tüüpi teenuseosutaja juurde. Krooniliste haigusseisunditega patsientide järjepidevuse indeks on 0,72, mis osutab pisut väiksemale sama teenuseosutaja juurde tehtud järjestikuste visiitide osakaalule. Need näitajad on püsinud muutumatuna alates 2008. aastast (vt Andmestik, lk 38). Ent patsiendid ei kaldu üldiselt tegema mitut järjestikust visiiti eriarstide juurde – peaaegu 60% patsientidest pöörduvad perearsti juurde tagasi pärast ühte eriarstivisiiti ja üle 80% pärast kahte visiiti (Joonis 10). Selline seaduspärasus kehtib ka krooniliste haigusseisunditega patsientide puhul (vt Andmestik, lk 41-43). Need tulemused lükkavad ümber hüpoteesi, et patsiendid kipuvad pärast vastavat suunamist jääma eriarsti hoole alla.

Tabel 17: Järjepidevuse indeks alates 18. eluaastast üldrahvastikus ja krooniliste haigusseisunditega patsientidel (2013)

Haigus/haigusseisund	Järjepidevus
Kõik inimesed alates 18. eluaastast	0,79
Diabeet	0,2
Kõrgvererõhktõbi	0,72
SVH	0,72

Allikas: Maailmapanga meeskonna arvutused.



Joonis 10: Patsiendi järjestikuste eriarstivisiitide keskmine arv enne perearsti uuesti külastamist

Allikas: Maailmapanga meeskonna arvutused.

Ennetavate teenuste ebapiisav- ja liigosutamine

Vaatamata sagedasele kontaktile esmatasandiga ei saa krooniliste haigustega patsiendid piisavalt ravijuhendites ette nähtud ennetavaid teenuseid. Ainult 41% diabeedihaigetest saab perearstilt kõik soovitatavad iga-aastased diagnostilised uuringud ja 20% ei saa ühtegi uuringut (Tabel 18). Need tulemused on kooskõlas faktiga, et ainult pooled kvaliteeditasu süsteemis osalevatest arstidest osutavad vajalikul tasemel teenuseid boonuste saamiseks. Kui albuminuuria välja arvata, mille suhtes testitakse ainult 45,5% patsientidest, siis 70–75%-le patsientidest tehakse mõned soovitatavad diagnostilised uuringud. Lisaks nõustab öde 65% patsientidest.

Ambulatoorsete eriarstivisiitide puhul on täheldatav vaid vähene paranemine: 44,2%-le patsientidest tehakse kõik soovitatavad uuringud (kasv 3,1%) ja 13%-le patsientidest ei tehta ühtegi uuringut (vähenemine 7%). Ambulatoorsete eriarstide tellitud uuringutega kogukaetus kasvas kõikidel juhtudel vähem kui 10%. Lisaks ei saa patsiendid eriarstivisiitide käigus täiendavat nõustamist. Ennetavate teenuste

pakkumise vähene kasv seab veel enam kahtluse alla lisandväärtuse, mida peaks pakkuma (välditavate) eriarstivisiitide suur arv.

Sellele vaatamata on nimetatud uuringute ja nõustamisega kaetus aastatel 2008–2013 üldiselt paranenud (vt Andmestik, lk 50). Kui arvestada ka ambulatoorsete eriarstivisiitidega, siis tehti 2008. aastal kõik uuringud ainult umbes 25%-le patsientidest ja 20%-le patsientidest ei tehtud ühtegi uuringut. Lisaks ei pakutud üheski teenuste osutamise kohas õe nõustamist. Individuaalsed uuringud määrati perearsti visiidi käigus vähem kui 60%-le patsientidest ja ainult 25% testiti albuminuuria suhtes. Tulemuste paranemine ajavahemikus 2008–2013 näib uuringutega hõlmatuse suurenemist esmatasandil ja eriarstide rolli kahanemist nende uuringute määramisel.

Tabel 18: Vastavus diabeedi ravijuhendi soovitudele perearstide (PA) ja ambulatoorsete eriarstide (AE) osutatavate teenuste puhul (2013)

Uuring	Ainult PA	PA ja AE	Vahe
Glükosüülitud hemoglobiin	72,8%	79,6%	6,8%
Kolesterool	74,9%	79,8%	4,9%
Kolesterooli fraktsioonid	68,2%	72,9%	4,7%
Albuminuuria	45,5%	48,4%	2,9%
Kreatiniin	75,0%	82,7%	7,7%
Kõik	41,1%	44,2%	3,1%
Mitte ühtegi	20,0%	13,0%	-7,0%
Õe nõustamine	65,7%	NDA	NDA

Allikas: Maailmapanga meeskonna arvutused.

Kõrgvererõhktõve puhul tehti kõik soovitatavad diagnostilised uuringud esmatasandil ainult 9,5%-le patsientidest ning 24,6%-le patsientidest ei tehtud ühtegi uuringut (Tabel 19). Kui arvestada ka eriarstide määratud uuringuid, siis paraneb pilt ainult pisut: 10,2%-le patsientidest tehti kõik soovitatavad uuringud ja 19,4%-le ei tehtud ühtegi. Üksikute uuringute lõikes diagnostiliste uuringute määramine on pisut madalam kui diabeedipatsientide puhul: uuringuid tehti 60–65%-le patsientidest. See ei hõlma albuminuuria teste, mida tehti ainult 37%-le patsientidest ega EKG-d, mida tehti 20%-le patsientidest. Sarnaselt diabeedile pakuti ka kõrgvererõhktõve patsientidele õe nõustamist ainult perearsti juures (58%-le patsientidest).

Kõrgvererõhktõve puhul on diagnostiliste uuringutega kaetus aastate jooksul paranenud. Kui arvestada ka ambulatoorsete eriarstivisiitide käigus määratud uuringutega, siis kõik soovitatavad uuringud tehti 2008. aastal ainult 10%-le patsientidest. 20%-le patsientidest ei tehtud ühtegi uuringut (vt Andmestik, lk 53). Perearstid määrasid individuaalseid uuringuid vähem kui 55%-le kõrgvererõhktõve patsientidest ja üheski teenuste osutamise kohas ei pakutud õe nõustamist. Madalaim uuringutega kaetus oli kolesterooli fraktsioonide (38,6%), albuminuuria (17,4%) ja EKG (19,2%) puhul. Sarnaselt diabeedile näib kaetuse paranemise põhjus ajavahemikus 2008–2013 olevat esmatasandi rolli suurenemine.

Tabel 19: Vastavus kõrgvererõhktõve ravijuhendi soovitudele perearstide (PA) ja ambulatoorsete eriarstide (AE) osutatavate teenuste puhul (2013)

Uuring	Ainult PA	PA ja AE	Vahe
Glükoos	65,4%	65,6%	0,2%
Kolesterool	68,4%	71,7%	3,3%
Kolesterooli fraktsioonid	62,0%	65,2%	3,1%
Albuminuuria	37,3%	38,0%	0,7%
Kreatiniin	66,5%	74,0%	7,5%
EKG	20,3%	22,0%	1,7%
Kõik	9,5%	10,2%	0,7%
Mitte ühtegi	24,6%	19,4%	-5,2%
Õe nõustamine	58,4%	NDA	NDA

Allikas: Maailmapanga meeskonna arvutused.

Peamised põhjused

Kehv patsiendikäsitlus esmatasandil võib olla põhjustatud paljudest erinevatest teguritest. Neist mõned eeldaks praktika lihtsat korrigeerimist, sellal kui teised võivad vajada suuremaid muutusi tervishoiukorralduses.

Rahastamisstiimulite ebapiisavus tõhusaks ennetustegevuseks

Kuigi viimastel aastatel on oluliselt suurendatud esmatasandil teatud teenuste rahastamist, et perearstide rolli tugevdada, võivad rahastamisstiimulid olla ikka ebapiisavad, et soodustada krooniliste haiguste ennetamisel täielikku vastavust ravijuhenditele. Pearaha moodustab umbes 2/3 perearstide rahastamisest, mis on teiste Euroopa riikide perearstide tasustamise süsteemidega võrreldes suur. See võib ajendada perearste loobuma oma nn väravavalvuri funktsioonist ja eirama kohest abi otsivaid patsiente või suunama neid aktiivselt eraarstide juurde.

Kuigi EHK tõstis 2015. aastal uuringufondi ülempiiri 5% võrra 42%-le kogu pearahast ning rahastab ka 70% ülempiiri ületavate teenuste maksumusest, võivad rahastamispiirangud sellele vaatamata takistada perearste osutamast ennetavaid uuringuid krooniliste haigusseisunditega patsientidele. Osad perearstid ei kasuta siiski uuringufondi mahtu tervikuna, olenemata eraldatud vahenditest. Sõltuvalt perarstide suutlikkusest võivad nende sisseostetavad uuringud saada kas ala- või ülerahastatud võrreldes Haigekassa poolt perearstidele makstava hüvitisega.

Kuigi 2006. aastal juurutati kvaliteeditasusüsteem (PKS), et motiveerida perearste krooniliste haigusseisunditega patsientidega tegelemises suuremat rolli võtma, võivad piiratud uuringufond ja ka PKS-i ülesehitus takistada selle eesmärgi saavutamist. Näiteks tasustab punktipõhine PKS pigem üksikute uuringute tegemist või teenuste osutamist, mitte konkreetse haigusseisundiga patsientidele kõikide soovitatavate teenuste osutamise koordineerimist. Lisaks laseb PKS lati alla, makstes boonust perearstidele juba siis, kui kogutud on vaid 80% võimalikest punktidest. Pealegi ei jälgi süsteem teenuseid osutava arsti tüüpi, mis tähendab, et perearstid saavad kasu eriarstide ennetavate teenuste osutamisest. Boonuse rahaline

väärtus on väike – 2014. aastal moodustas see ainult umbes 2% keskmise pereearsti aastatulust. Teatud märgid viitavad ka sellele, et perearstid peavad süsteemi patroneerivaks ja see võib süsteemi järgimist igapäevases kliinilises praktikas ohustada.

Perearstide suur töökoormus

Ka perearstide suur töökoormus võib põhjustada ebapiisavat ravijuhendite soovitude järgimist ja raskusi patsientide vajaduste rahuldamisel. Kuna perearstid tegutsevad eraõiguse alusel sõltumatute äriomanikena, võib neil olla vaja pühendada aega praksise juhtimise administratiivsele poolele ning seega väheneb kliiniliseks tööks jääv aeg. See võib mõjutada pakutavate teenuste kvaliteeti ja põhjalikkust. Piisava kättesaadavuse kindlustamiseks on perearstipraksised seadusega kohustatud võtma patsiente vastu vähemalt neli tundi päevas ja olema igal tööpäeval avatud vähemalt kaheksa tundi ajavahemikus 8.00 kuni 18.00. Minimaalselt kord nädalas peab praksis olema avatud vähemalt kella kuueni õhtul. EHK kontrollib kohustuslikest töötundidest kinnipidamist korrapäraselt ning üldiselt järgitakse neid nõudeid hästi. EHK kontrollib ka perearstiabi suhtes kehtivast viiepäevasesest maksimaalsest ooteajast kinni pidamist, millega üldiselt probleeme pole. Ent see vajab veel täiendavat hindamist, kas selline ooteaja eesmärk vastab piisavalt patsientide ootustele ja väldib esmatasandist möödaminekut.

Perearsti eelistused

Lisaks stiimulite puudumisele ja suurele töökoormusele võivad ka perearsti eelistused takistada ravijuhendite järgset ennetavate teenuste osutamist. Osad selle uuringu jaoks intervjueritud perearstid eelistasid pigem pakkuda teenust, mis on rohkem individuaalsetele patsientidele sobitatud, mitte pidada kinni ravijuhendi soovitudest.

Lisaks arvasid mõned perearstid, et nende esmane roll on ravimine ja ennetus peaks kuuluma rahvatervise spetsialistide ja laiemalt kogukonna terviseedendajate kohustuste hulka. Eelistus ravida võib tuleneda paljude perearstide algsest eriarsti väljaõppest – nad õppisid perearstiks ümber alles 1990ndate alguses. Praegu on umbes 80% Eesti perearstidest ümber õppinud eriarstid.

Patsiendikeskse kommunikatsiooni puudumine ja puudulik tähelepanu patsiendi oskustel oma tervise seisundiga toimetulekuks

Selleks, et tugevdada suhet patsiendiga ning tagada see, et patsient peaks kinni ravijuhenditest ning oleks motiveeritud oma tervisega tegelema, on oluline patsiendikeskne kommunikatsioon. See tähendab arsti oskust selgitada patsiendile ravivalikuid mõistetaval viisil, reageerimist patsiendi muredele ja tema kohtlemist partnerina terviseotsuste tegemisel. Patsiendikeskse kommunikatsiooni väljaõppe puudumine võib aidata kaasa sellele, et paljud perearstid ei osuta profülaktilisi teenuseid piisavalt ja ei reageeri kohaselt patsientide vajadustele ja eelistustele.

Visalt püsiva kultuurilise arusaama järgi on perearstid autoriteedid ja patsiendid passiivsed ravi saajad. See takistab keskendumast patsiendi motiveerimisele enesejuhtimisega tegelemiseks. Seda olukorda põlistavad vastavate juhendite puudumine, soovitud vastupidist mõju avaldavad rahastamisstiimulid ja puudulikud aruandmise mehhanismid (accountability mechanisms), mis võivad takistada perearste õpetamast patsiente oma kroonilist haigusseisundit ise ohjama, et vältida eriarstiabi nõuda võivate komplikatsioonide tekkimist.

Seetõttu täiendati hiljuti Eesti arstiõpet ja arstide täiendõpet patsientide nõustamise ja motiveeriva intervjuerimise kursustega, mis on suunatud peremeditsiini residentidele ja ka juba praktiseerivatele perearstidele ja õdedele.

Püüdeid patsiente rohkem motiveerida, et nad ohjaks ise efektiivselt oma terviseseisundit, võib takistada ka paljude kohalike omavalitsuste terviseedenduse programmide süsteemipõhise rahastamise puudumine.

Ajale jalgu jäänud perearstide väljaõpe

Efektiivset patsiendikäsitlust võib nõrgendada ka ajale jalgu jäänud perearstide väljaõpe, mis ei peegelda täielikult kaasaegset tõenduspõhist praktikat. Vaatamata Eesti Perearstide Seltsi soovitusel kõiki perearste iga viie aasta järel uuesti sertifitseerida, osaletakse vähe arstide täiendõppe kursustel ja sertifitseerimise programmides. See võib põhjustada vanal harjunud moel tegutsemist. Nii on juhtunud eeskätt Eesti idaosas, kus enamik perearste on venekeelsed. Eestikeelsetel kursustel osalemist ja eestikeelse kirjanduse lugemist takistab keelebarjäär. Vähene osalemine arstide täiendõppes ja resertifitseerimisel on eriti murettekitav, kui arvestada, et perearstide keskmine vanus on 54,5 aastat. Kõrge keskmine vanus tuleneb meditsiinikõrgkoolide väikestest koolitusmahtudest, mida vähendati oluliselt 1990ndatel, kuna mahte peeti liiga suureks. Teine kõrge keskmise vanuse põhjus on arstide majanduslikel põhjustel toimuv väljaränne. Seega lubab vähene osalemine mistahes tüüpi koolituskursustel (v.a 1990ndatel alanud peremeditsiini ümberõppekursustel) arvata, et paljude perearstide formaalne meditsiiniharidus on tõenäoliselt suhteliselt ajale jalgu jäänud.

Esmatasandi tervishoiuteenuste piiratud ulatus

Perearstide probleemide lahendamise suutlikkus võib olla osaliselt tingitud ebapiisava aja ja paindlikkuse ning investeerimiseks vajalike ressursside puudumisest. Praegune süsteem on kujundatud nii, et ainult eriarstid võivad teatud juhtudel panna lõpliku diagnoosi ja algatada krooniliste haiguste ravi. See süvendab patsientide seas levinud trendi minna tervishoiuteenuste vajamisel perearstist mööda.

Teatud samme siiski astutakse, et laiendada esmatasandil osutatavate teenuste valikut. EHK võttis 2014. aastal kasutusele ülempiirita tegevusfondi väiksemate kirurgiliste ja günekoloogiliste protseduuride jaoks, mida perearstid saavad ise teha. 2015. aastal lisati eraldiseisev kuni 3%-line „teraapiafond“ psühholoogide ja logopeedide kulude katmiseks. Lisaks on juurutatud e-konsultatsiooni süsteem. Selle süsteemi kaudu hüvitatakse eriarstidele kulud perearstidele konsultatsiooniteenuste pakkumise eest, mis võimaldavad perearstidel panna diagnoosi ja teha kindlaks, kas edasine eriarstiteenus on vajalik. E-konsultatsiooni süsteemi laiendamise (praegu on see kasutusel põhiliselt ühes suures haiglas) võiks oluliselt vähendada välditavate eriarstivisiitide arvu, kuna probleemid lahendatakse juba esmatasandil.

Multiprofessionaalsete meeskondade ja grupipraksiste vähesus

Piiratud multiprofessionaalsus, k.a halb teenuste kättesaadavus ja teenuste koordineerimise puudulikkus teiste tervishoiutöötajatega (näiteks õdede ja füsioterapeutidega) võib samuti kaasa tuua esmatasandi teenuste soovitusel madalama kvaliteedi. Kuigi EHK on rahastanud üht õde praksise kohta alates 1990ndatest ja alustas hiljuti teise õe rahastamist praksise kohta, on õded ajalooliselt täitnud ainult administratiivseid ülesandeid. Selle tulemus on nii patsientide kui ka arstide vähene usk õdede kliinilistesse oskustesse, mistõttu

ei rakendata nende kogu potentsiaali. Pealegi on õdede üldarv ELi keskmistest madalam nii 1990ndatel vähendatud koolitusmahtude kui ka õdede suurema palga teenimise ootuses riigist lahkumise tõttu. Ühe uuringu tulemustest selgus, et ainult pooled 2004–2011 Eestis sertifitseeritud õdedest töötasid aastal 2012 veel mõnes Eesti tervishoiuasutuses.

Samamoodi napib Eestis ka kvalifitseeritud füsioterapeute (Lai et al, 2013). Perearstid võivad suhtuda tõrksalt täiendava meditsiinipersonali palkamise ja oma teenuste laiendamise taristupiirangute või raha puudumise tõttu. Kuna perearstid töötavad ettevõtjatena eraõiguse alusel, siis võivad nad vajada avalikult sektorilt mittetraditsioonilisi stiimuleid ja investeerimismehhanisme, nagu maksusoodustused, avalikus omandis olevate ruumide rentimine jne.

Ka grupipraksised võiks olla abiks teenuste kvaliteedi parandamisel, kuna need võimaldavad kolleegidelt õppida, parandavad teenuste kättesaadavust ja ravi järjepidevust. Samuti lubaks see perearstide omavahelist asendamist, näiteks haiguste või puhkuste ajal. Üha kasvavale grupipraksiste arvule vaatamata moodustavad ühe perearstiga praksised jätkuvalt üle 70% esmatasandi arstipraksistest. Peamiseks pudelikaelaks grupipraksiste arvu suurendamisel on taas ressursside puudumine taristusse investeerimiseks.

Piiratud väravavalvuri roll ja patsiendikäsitluse standardite puudumine

Välditavate eriarstivisiitide suur arv võib olla seotud nii perearstidele pandud piiratud väravavalvuri rolliga kui ka formaalsete patsiendikäsitluse standardite puudumisega. Patsientidel lubatakse perearstist mööda minna günekoloogi, dermatoveneroloogi, oftalmoloogi, psühhiaatri ning tuberkuloosi puhul pulmonoloogi ja trauma puhul kõikide vajalike eriarstide külastamiseks.

Eestis on formaalsed patsientide käsitluse standardid (n-õ algoritmid) välja töötatud günekoloogiliste vähipaikmete, eesnäärme-, rinna-, neeru- ja jämesoolevähi tarvis, ent need on üldiselt vähelevinud muude haiguste ja haigusseisundite puhul.²⁶ See võib põhjustada ebakindlust otsustamaks, milliseid teenuseid tuleks osutada esmatasandil ja eriti krooniliste haiguste puhul. Nii süveneb tendents, et patsientidel lubatakse perearstidest mööda minna. Riigi haiguskoormusega arvestades oleks Eestil tõenäoliselt kasu patsiendikäsitluse standarditest eeskätt järgnevatel erialadel: südameveresoonkonna-, peaju- ja perifeersete vaskulaarsed haigused ning psüühika- ja käitumishäired.

Ebaselged rollid ja kohustused patsiendikäsitluses tervishoiu- ja sotsiaalsektorite vahel

Lisaks esmatasandi arstiabi nõrkustele võib välditavate eriarstivisiitide ja hospitaliseerimiste suurt arvu soodustada ka selguse puudumine, millised on tervishoiu- ja sotsiaalsektori rollid ja kohustused patsiendikäsitluses. Kuna paljud krooniliste haigustega patsiendid vajavad nii tervishoiu- kui ka sotsiaalteenuseid, siis võiks selgelt defineeritud rollid ja nende kahe sektori vaheline koostöö parandada ravijuhistest kinnipidamist ning tagada õigeaegse tervishoiuteenuste kättesaadavuse. See on vajalik komplikatsioonide tekkimise vältimiseks, mis muidu vajaksid haiglaravi. Üks suuremaid takistusi partnerluse loomisel tuleneb tervishoiu- ja sotsiaalsektorite tegevuse eraldi korraldamisest ja rahastamisest.

²⁶ Patsiendikäsitluse standardid on haigusespetsiifilised, mida patsiendid peaks järgima alates esimesest kontaktist tervishoiusüsteemiga ning liikumisel läbi erinevate teenuste tasemetega ravi lõpetamiseni välja. Need määravad ka ära, milliseid teenuseid tuleks igas teenuste osutamise kohas pakkuda ning sobiva ajaperioodi, mille jooksul peaks teenuseid saama.

IV. Aktiivravi eelne ja -järgne raviteenuste puudulik koordineerimine

Analüüsist selgunud kitsaskohtade hulka kuulub aktiivravi eelne ja -järgne puudulik teenuste koordineerimine, mis peegeldub hospitaliseeritud patsientide suures arvus: i) patsiendid, kellele tehakse tarbetuid operatsioonieelseid diagnostilisi protseduure, ii) patsiendid, kes kirjutatakse haiglast välja sobivaid ravimeid määramata ja iii) patsiendid, kes ei saa järelravi piisava aja jooksul. Need probleemid näivad paljuski tulevat selguse puudumisest, kellel lasub koordineerimise kohustus ja samuti puudulikust info liikumisest statsionaarsete aktiivraviteenuste ja ambulatoorsete teenuste osutajate vahel.

Puudused haiglast välja kirjutamisel

Üldiselt on ägedate haigusseisundite nagu ebastabiilse stenokardia, ägeda südamelihase infarkti ja südamepuudulikkuse tõttu hospitaliseeritud patsientidele määratud ja välja ostetud ravimite arv suhteliselt väike. Vähem kui 3% 6 500-st nende haigustega patsientidest sai haiglast välja kirjutamisel retsepti kõigile kolmele rahvusvahelistes ravijuhendites soovitatud ravimile. Vähem kui 30% patsientidest sai retsepti mõnele neist ravimitest ja üle poole ei saanud ühegi vastava ravimi retsepti (Tabelid 20 ja 21). Eeskätt statiine määratakse nende teadaolevale efektiivsusele (Smith ja Nguyen, 2013) vaatamata vähem kui 15%-le patsientidest kõiki indikaatorhaiguste puhul. See osakaal paraneb marginaalselt 90 päeva jooksul pärast haiglast väljakirjutamist (Tabel 22).²⁷ Sobivad retseptid saanud patsientidest ostavad veel vähesemad ravimid ka tegelikult välja. See tähendab veel suuremat hulka patsiente, kes ei saa ägedate haigusseisundite puhul mingeid ravimeid.

Alates 2008. aastast on vähe muutunud nende patsientide protsent, kes ostsid välja kõik neile haiglast väljakirjutamisel määratud soovitatud ravimid. Mitte ühtegi ravimit välja ostnud patsientide hulk vähenes umbes 10 või vähema protsendi võrra (Andmestik, lk 61). Alates 2008. aastast on vähenenud nende patsientide osakaal, kes ostsid välja kõik või mitte ühtegi retseptiravimit 90 päeva jooksul pärast haiglast väljakirjutamist (Andmestik, lk 63).

Tabel 20: Indikaatorhaiguste juhtude arv (2013)

	Ebastabiilne stenokardia	Äge südamelihase infarkt	Südamepuudulikkus	Kõik indikaatorid
Juhtumite arv	700	4397	1 460	6 557

Allikas: Maailmapanga meeskonna arvutused.

Tabel 21: Patsientide protsent, kellele määrati haiglast väljakirjutamisel ravimid ja ravimid välja ostnud patsientide protsent (2013)

Retseptiravim	Ebastabiilne stenokardia		Äge südamelihase infarkt		Südamepuudulikkus		Kõik indikaatorid	
	Määratud	Välja võtnud	Määratud	Välja võtnud	Määratud	Välja võtnud	Määratud	Välja võtnud
Beetablokaator	20,43%	13,43%	27,66%	20,76%	17,60%	12,33%	24,65%	18,10%
Statiinid	2,57%	2,00%	11,10%	9,07%	0,89%	0,62%	7,92%	6,44%

²⁷ 90-päevane haiglast väljakirjutamise järgne ajavahemik valiti, kuna see on retsepti maksimaalne kehtivusaeg. See lubab arvestada ka selliste patsientidega, kellel on kodus ravimivaru olemas (kes vajavad retsepti uuendamist 90-päevase perioodi jooksul) ja kes saavad retsepti järelvisiidi käigus. Tulemuse paikapidavust kinnitasid tekstis kirjeldatud 2013. aasta andmed, mis näitavad statiinide üldist vähest määramist.

Retsepti-ravim	Ebastabiilne stenokardia		Äge südameelihase infarkt		Südame-puudulikkus		Kõik indikaatorid	
ACE-inhibiitor	13,71%	7,00%	24,65%	15,58%	15,75%	9,18%	21,50%	13,24%
Kõik	0,14%	0,14%	2,30%	2,00%	0,14%	0,00%	1,60%	1,36%
Mitte ühtegi	72,57%	82,71%	58,52%	69,66%	73,70%	81,71%	63,40%	73,74%

Allikas: Maailmapanga meeskonna arvutused.

Tabel 22: Patsientide protsent, kellele määrati 90 päeva jooksul pärast haiglast väljakirjutamist ravimid ja ravimid välja ostnud patsientide protsent (2013)

Retsepti-ravim	Ebastabiilne stenokardia		Äge südameelihase infarkt		Südame-puudulikkus		Kõik indikaatorid	
	Määratud	Välja võtnud	Määratud	Välja võtnud	Määratud	Välja võtnud	Määratud	Välja võtnud
Beetablokaator	29,86%	20,86%	34,86%	26,61%	30,82%	22,60%	33,43%	25,10%
Statiinid	3,57%	2,57%	12,71%	10,28%	1,71%	1,23%	9,29%	7,44%
ACE-inhibiitor	22,86%	11,86%	31,86%	19,81%	26,71%	16,44%	29,75%	18,21%
Kõik	0,14%	0,14%	3,32%	2,87%	0,21%	0,07%	2,29%	1,95%
Mitte ühtegi	60,57%	73,86%	49,74%	63,09%	57,60%	69,52%	52,65%	65,67%

Allikas: Maailmapanga meeskonna arvutused.

Erinevate haiglatüüpide seas näib piirkondlikel haiglatel olevat kõige rohkem patsiente, kes saavad ravimite retsepti haiglast väljakirjutamisel. Neile järgnevad keskhaiglad ja siis üldhaiglad (Tabel 23). Variatsioon on siiski väike ja hõlmatus madal ka paremate tulemustega haiglatel.

Tabel 23: Patsientide protsent teenuseosutaja tüübi järgi, kellele määrati ravimid haiglast väljakirjutamisel

Kõik indikaatorid	2013				
	Teenuseosutaja tüüp	Juhtumeid kokku	Beetablokaator	ACE-inhibiitor	Statiinid
Piirkondlik haigla		2 553	28,45%	25,33%	13,75%
Keskhaigla		1 474	23,70%	18,81%	5,46%
Üldhaigla		2 295	17,30%	15,99%	2,28%
HVA-välised teenuseosutajad		235	56,97%	45,42%	7,17%
Kõik teenuseosutajad		6 557	24,50%	21,32%	7,64%

Allikas: Maailmapanga meeskonna arvutused.

Tarbetu operatsioonieelne diagnostika

Enamik selle uuringu jaoks intervjueritud inimesi peab tarbetute operatsioonieelsete diagnostiliste uurin-gute küsimust suhteliselt vähetähtsaks ja arvab, et see mõjutab vaid väikest osa patsientidest. Ent andmea-nalüüsid näitavad, et arvestatav protsent plaanilisi kirurgilisi protseduure toob kaasa tarbetuid operatsioo-nieelseid diagnostilisi uuringuid.

Uuring keskendus järgmistele plaanilistele operatsioonidele: katarakti operatsioon, lumpektoomia, songaoperatsioon, koletsüstektoomia ja puusaliigese asendamine. Neist kõige sagedasem on katarakti operatsioon 16 933 juhtumiga 2013. aastal ja kõige harvaesinevam on lumpektoomia 597 juhtumiga (Tabel 24). Operatsioonieelsete uuringute protokollid väljatöötamiseks kasutati Ühendkuningriikide vastavaid ravijuhendeid, et määrata igale indikaatoroperatsioonile invasiivsuse põhjal klass ja igale patsiendile haiguskoor Ameerika Anestesioloogide Ühingu (ASA) klassifitseerimissüsteemi põhjal. Operatsioonieelne uuring defineeriti tarbetuna, kui protseduuri klass patsiendi ASA-skooriga kokku sobitatult ei õigustanud selle tegemist (näiteks muidu terve patsient, kellel seisab ees lumpektoomia, ei vaja hemostaasi/koagulatsiooni profiili).²⁸

Neil operatsioonidel käinud 20 692 patsiendist tehti 4 755 patsiendile (umbes 23%) mõni tarbetu uuring, arvestades selliseid tegureid nagu vanus ja süsteemse haiguse esinemine (Tabel 25). Neile patsientidele tehti kokku 15 972 uuringut, millest 7 767 (48,6%) olid tarbetud. Lisaks moodustavad sellised uuringud 30% kõikidest arvesse võetud uuringutest.

Tabel 24: Operatsioonide koguarv (2013)

Indikaatorid	Katarakti operatsioon	Lumpektoomia	Songaoperatsioon	Koletsüstektoomia	Puusaliigese asendamine
Kõik kokku	16 339	597	3 405	2 737	1 504

Allikas: Maailmapanga meeskonna arvutused.

Tabel 25: Tarbetud operatsioonieelsed uuringud (2013)

Operatsioonieelsete uuringute ülevaade	
Asjakohase operatsiooniga patsiendid	20,692
Mis tahes uuringuga patsiendid	8 046
Mõne tarbetu uuringuga patsiendid	4 755
Uuringute arv	25 466
Uuringute arv mõne tarbetu uuringuga patsientidel	15 972
Tarbetute uuringute arv	7 767
Tarbetute uuringute protsent osana mõne tarbetu uuringuga patsientide kõikidest uuringutest	48,6
Tarbetute uuringute protsent osana kõikidest uuringutest	30,5

Allikas: Maailmapanga meeskonna arvutused.

Üle poole kõikidest asjakohastest uuringutest tehakse haiglates ja ülejäänud esmatasandil (Tabel 26). Kõikide haiglate võrdluses tehakse enim tarbetuid uuringuid piirkondlikes haiglates, kuigi keskhaiglatel on suurim uuringute absoluutarv. Kõige levinumad tarbetud uuringud nimetatud operatsioonide puhul on glükoosi juhutest, neerufunktsiooni test ja hemostaasiuuring, mida tehti enam kui 1 500 juhul (Joonis 11). Kopsude röntgenuuring on samuti üsna levinud, 2013. aastal tehti neid tarbetult üle 500. Ülejäänud uuringuid (EKG, vereanalüüs, uriiniproov, verregaasid ja kopsufunktsioon) tehakse tarbetult oluliselt vähem, kõiki alla 100 uuringu aastas.

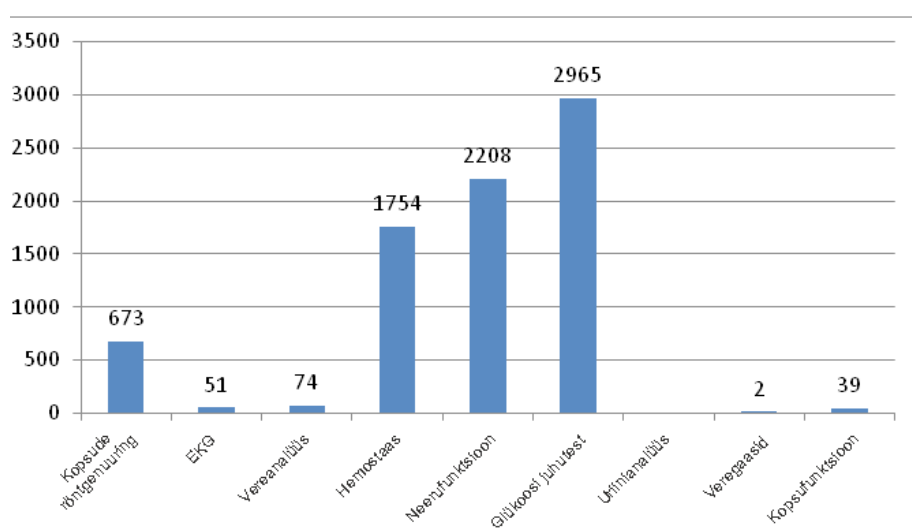
²⁸ Vt Metoodika käsiraamat.

Tabel 26: Tarbetud operatsioonieelsed uuringud teenuseosutaja tüübi järgi (2013)

Teenuseosutaja tüüp	Vastavate uuringute arv	Tarbetute uuringute %
Piirkondlik haigla*	2 634	33,9%
Keskhaigla*	8 623	27,1%
Üldhaigla*	2 126	23,8%
HVA-välised teenuseosutajad*	288	20,8%
Perearstid	11 802	33,6%
Kõik teenuseosutajad*	25 466	30,5%

Allikas: Maailmapanga meeskonna arvutused.

* Nii statsionaarsed kui ka ambulatoorsed teenused



Joonis 11: Tarbetud operatsioonieelsed uuringud (2013)

Allikas: Maailmapanga meeskonna arvutused.

Puudulik jätkuravi

Uuringu tulemused näitavad, et suur osa ägeda haigusseisundi või operatsiooni tõttu hospitaliseeritud patsientidest ei saa jätkuravi piisava aja jooksul. Vähem kui 36% uuritud haigusseisunditega patsientidest käis järelvisiidil perearsti juures 30 päeva jooksul pärast haiglast väljakirjutamist (Tabel 27). Kui lisada ka kõik ambulatoorsed eriarstivisiidid, siis paraneb olukord vaid pisut, umbes 5% või vähem kõikide indikaatorhaiguste puhul, välja arvatud mõõdukas kasv koletsüstektoomia järelravil. Koletsüstektoomia ambulatoorsete eriarsti järelvisiitide suurema arvu põhjus võib tuleneda kohestest järelvisiitidest kirurgi juurde pärast minimaalselt invasiivset operatsiooni.

90 päeva jooksul pärast haiglast väljakirjutamist ei saa nende haigusseisunditega patsientidest 50% jätkuravi. Selle aja jooksul kasvab järelvisiitide arv perearsti või eriarsti juurde vähem kui 15% kõikide ägedate haigusseisundite ja operatsioonide puhul. Väikseim kasv on koletsüstektoomia järelvisiitide puhul – vaid 2%.

Haiglast väljakirjutamisele järgneva 30 ja 90 päeva näitajad ei ole 2008. aastast oluliselt paranenud (10% või vähem) (Andmestik, lk 74).

Erinevaid haiglatüüpe võrreldes saavad piirkondlike haiglate patsiendid enim jätkuravi kõikide protseduuride puhul peale koletsüstektoomia, mille puhul on kõrgeim protsent keskhaiglatel (Tabelid 28-32).

Tabel 27: Statsionaarse aktiivravi jätkuravi ägedate haigusseisundite puhul (2013)

Indikaator	Äge südamelihase infarkt	Insult	Südamepuudulikkus	Puusamurd	Koletsüstektoomia
Ühe hospitaliseerimiseepisoodiga patsiendid	4428	2819	1453	929	2715
Järelvisiit 30 päeva jooksul (PA)	30,13%	35,79%	21,75%	21,10%	31,71%
Järelvisiit 30 päeva jooksul (PA/AE)	35,59%	38,77%	25,81%	25,73%	48,91%
Järelvisiit 90 päeva jooksul (PA)	40,92%	43,38%	30,97%	27,02%	33,52%
Järelvisiit 90 päeva jooksul (PA/AE)	49,23%	47,53%	38,06%	36,38%	50,98%

Allikas: Maailmapanga meeskonna arvutused.

Tabel 28: Statsionaarse aktiivravi jätkuravi ägeda südamelihase infarktiga patsientidele teenuseosutaja tüübi järgi (2013)

Äge südamelihase infarkt	2013			
	Teenuseosutaja tüüp	Juhtumeid kokku	PA/AE 30 päeva jooksul	PA/AE 90 päeva jooksul
Piirkondlik haigla		2,131	42,70%	55,04%
Keskhaigla		1,212	27,64%	43,07%
Üldhaigla		889	33,18%	46,46%
HVA-välised teenuseosutajad		185	23,78%	37,30%
Kõik teenuseosutajad		4 417	35,86%	49,29%

Allikas: Maailmapanga meeskonna arvutused.

Tabel 29: Statsionaarse aktiivravi jätkuravi insuldipatsientidele teenuseosutaja tüübi järgi (2013)

Insult	2013			
	Teenuseosutaja tüüp	Juhtumeid kokku	PA/AE 30 päeva jooksul	PA/AE 90 päeva jooksul
Piirkondlik haigla		617	44,73%	54,94%
Keskhaigla		979	40,65%	50,05%
Üldhaigla		714	32,21%	38,52%
HVA-välised teenuseosutajad		500	38,00%	47,60%
Kõik teenuseosutajad		2 810	38,93%	47,76%

Allikas: Maailmapanga meeskonna arvutused.

Tabel 30: Statsionaarse aktiivravi jätkuravi südamepuudulikkusega patsientidele teenuseosutaja tüübi järgi (2013)

Südamepuudulikkus	2013		
Teenuseosutaja tüüp	Juhtumeid kokku	PA/AE 30 päeva jooksul	PA/AE 90 päeva jooksul
Piirkondlik haigla	220	33,18%	45,00%
Keskhaigla	157	23,57%	38,22%
Üldhaigla	1 033	24,59%	37,17%
HVA-välised teenuseosutajad	37	24,32%	37,84%
Kõik teenuseosutajad	1,447	25,78%	38,49%

Allikas: Maailmapanga meeskonna arvutused.

Tabel 31: Statsionaarse aktiivravi järelravi puusamurruga patsientidele teenuseosutaja tüübi järgi (2013)

Puusamurd	2013		
Teenuseosutaja tüüp	Juhtumeid kokku	PA/AE 30 päeva jooksul	PA/AE 90 päeva jooksul
Piirkondlik haigla	307	27,36%	42,02%
Keskhaigla	228	25,88%	36,84%
Üldhaigla	218	24,77%	34,40%
HVA-välised teenuseosutajad	175	25,14%	29,14%
Kõik teenuseosutajad	928	25,97%	36,53%

Allikas: Maailmapanga meeskonna arvutused.

Tabel 32: Statsionaarse aktiivravi jätkuravi koletsüstektoomia patsientidele teenuseosutaja tüübi järgi (2013)

Koletsüstektoomia	2013		
Teenuseosutaja tüüp	Juhtumeid kokku	PA/AE 30 päeva jooksul	PA/AE 90 päeva jooksul
Piirkondlik haigla	869	34,41%	36,13%
Keskhaigla	1 125	60,00%	61,42%
Üldhaigla	717	48,81%	52,30%
HVA-välised teenuseosutajad	-	-	-
Kõik teenuseosutajad	2 708	49,00%	51,07%

Allikas: Maailmapanga meeskonna arvutused.

Peamised põhjused

Aktiivravieelne ja -järgne tervishoiuteenuste puudulik koordineerimine peegeldub tarbetus operatsioonieelses diagnostikas ja puudulikus haiglast väljakirjutamises. Samuti ebapiisava jätkuraviga patsientide suures osakaalus. Puuduliku koordineerimise põhjused on tõenäoliselt suur töökoormus, kommunikatsiooni puudumine ja erinevate teenuseosutajate ebaselged kohustused.

Suur töökoormus, ravijuhiste ja kvaliteediseire puudumine statsionaarses aktiivravis

Statsionaarses ravis esineb tõenäoliselt kolm peamist probleemi. Suurte mahtude ja patsientide suure ringluse põhjustatud ülemäärane töökoormus võib piirata arstide ja õdede võimekust tagada patsientidele haiglast väljakirjutamisel sobivate ravimite määramine ja juhiste andmine korraliku paranemise saavutamiseks ja haiguse taastumise vältimiseks. Ent kõik kolm soovitatavat retsepti saanud patsientide väike protsent ja väljakirjutamisel mitte ühtegi retsepti saanud patsientide suur protsent viitavad ka võimalikule ebaselgusele seoses sellega, millised on standardsed praktikad nende ägedate haigusseisundite ravimisel. Seda võib põhjustada rahvusvaheliste standarditele vastavate ajakohaste ravijuhiste puudumine. Lisaks võib probleemi süvenemisele kaasa aidata ka ravikvaliteedi puudulik seire ja aruandlus statsionaarse aktiivravi teenuste osutamisel.

Patsiendikäsitluse standardite puudumine ja ebapiisav infovahetus statsionaarse aktiivravi ja ambulatoorse teenuse osutajate vahel

Tarbetute operatsioonieelsete uuringute ja ebapiisava jätkuravi (k.a pärast haiglast väljakirjutamist sobivate ravimite ebapiisav määramine) üldist sagedast esinemist võivad põhjustada arstide ebaselged kohustused statsionaarsel aktiivravis ja ambulatoorsel ravil. Seda probleemi võiks leevendada patsiendikäsitluse standardite rakendamine, mis peegeldavad värskemaid tõendus põhiseid praktikaid ning defineerivad eri tasandite rollid ja kohustused.

Puudustega ja ebajärjekindel infovahetus statsionaarse aktiivravi ja ambulatoorse ravi arstide vahel võivad veelgi kaasa aidata vähesele jätkuravile. Pudelikaelu infovahetuses võivad põhjustada haiglate süsteemide ja riikliku digiloo süsteemi ühildumatus. Samuti selgete juhiste puudumine selle kohta, milline konkreetne info tuleks patsiendi haigusloosse ja saatekirjadesse lisada.

Õendus- ja taastusravi piiratud võimekus

Kui patsiendid vajavad pärast haiglast väljakirjutamist õendusabi või taastusravi, siis võib ebapiisava jätkuravi põhjus olla ka vastavate teenuseosutajate piiratud jõudlus ja nende teenuste geograafiliselt ebaühtlane kättesaadavus. Selliste teenuste kättesaadavamaks muutmise eeldaks suuremaid investeeringuid teenuste osutamiseks vajalikesse inim- ja materiaalsetesse ressursidesse. Kuna suur osa nende ägedate haigusseisunditega patsientidest võivad olla ka sotsiaalteenuse saajad, siis võib ebapiisava ravi osutamist süvendada ka ebaselgus vastavate kohustuste suhtes jätkuravi koordineerimisel neis kahes sektoris.

V. Integreeritusega seotud probleemid erinevate rahvastikurühmade puhul

Integreeritusega seotud probleemid mõjutavad rahvastikurühmi erinevalt, eriti vaeseid, mehi, maarahvastiku ja enesega toimetulekut halvendavate haigusseisunditega isikuid.²⁹

Variatsioonid tervishoiuteenuste saamisel sissetuleku järgi

Madalama sissetulekuga inimesed saavad mõnevõrra vähem ja madalama kvaliteediga tervishoiuteenuseid (Joonis 12). Sellal kui välditavaid eriarstivisiite esineb oluliselt rohkem rahvastiku rikkaimal segmendil, esineb vaestel oluliselt suurema tõenäosusega välditavaid hospitaliseerimisi. Seda võib seostada esmatasandi arstiabi

29 Osadel juhtudel ei saanud neid rahvastikurühmi edasi liigendada valimi suurusega seotud piirangute tõttu.

madala kvaliteedi ja ka rahaliste barjääridega, mis takistavad neid saamast ambulatoorset ravi või ostmast ravimeid. Ambulatoorsete visiitide koguarv ja kõik ennetavad diagnostilised uuringud läbinud patsientide arv kalduvad olema madalamad väiksema sissetulekuga inimeste puhul, kuigi erinevus ei ole statistiliselt oluline. Sissetulekuvintiilide lõikes ei esine olulist varieerumist nende patsientide osakaalus, kes saavad soovitud retseptid pärast haiglaravi. Stacionaarse aktiivravi järgse piisava jätkuraviga patsientide arv näib olevat vaeste puhul väiksem, ent see on statistiliselt oluline ainult ägeda südamelihase infarkti, insuldi ja südamepuudulikkuse puhul.

Toimivuse indikaator	Sissetulekuvintiil				
	K1 vs K5	K2 vs K5	K3 vs K5	K4 vs K5	K5
Välditavad hospitaliseerimised	↑*	↑	↑	↑	-
Välditavad eriarstivisiidid	↓*	↓*	↓*	↓*	-
Visiitide arv	↓	↓	↑	↑	-
Eriarstivisiitide osakaal	↑	=	↓	↓	-
Kõiki ennetavaid teenuseid saanud diabeedipatsientide osakaal	↓	=	↑	↑	-
Mitte ühtegi ennetavat teenust saanud diabeedipatsientide osakaal	↑	=	↓	↓	-
Kõiki ennetavaid teenuseid saanud kõrgvererõhktõve patsientide osakaal	↓	=	↑	↑	-
Mitte ühtegi ennetavat teenust saanud kõrgvererõhktõve patsientide osakaal	↑	=	↓	↓	-
Jätkuravi pärast aktiivravi episoode ¹	↓ ↓* (Äge südamelihase infarkt, südamepuudulikkus, insult)	↓	↓	↓	-
Puudulikud haiglast väljakirjutamised: said kõik retseptid	=	=	=	=	-
Puudulikud haiglast väljakirjutamised: ei saanud ühtegi retsepti	=	=	=	=	-

Joonis 12: Toimivuse indikaatorid sissetulekuvintiilide lõikes (võrrelduna K5-ga) (2013)

* Tähistab >90% statistiliselt olulist erinevust

¹ Statistiliselt oluline erinevus ainult ägeda südamelihase infarkti, südamepuudulikkuse ja insuldi puhul

Allikas: Maailmapanga meeskonna arvutused.

Variatsioonid tervishoiuteenuste saamisel soo järgi

Mehed kalduvad saama naistest nii vähem kui ka madalama kvaliteediga ambulatoorset ravi. See võib osaliselt selgitada nende oluliselt suuremat välditavate hospitaliseerimiste arvu, ent need tulemused ei ole piisavad meeste oluliselt madalama oodatava eluea selgitamiseks (Joonis 13). Tegelikult võib meeste madalam oodatav eluiga Eestis olla otsesemalt seotud nende riskantse tervisekäitumisega, k.a suitsetamise ja alkoholi kuritarvitamise suurema levikuga. Meestel on oluliselt väiksem ambulatoorsete visiitide arv ja nad näivad saavat kehvemat ennetavat ravi (kuigi viimatimainitud erinevus ei ole statistiliselt oluline). Mehed külastavad väiksema tõenäosusega ka ambulatoorseid eriarste ja väiksem arv neist visiitidest on välditavad, kuigi kumbki erinevus ei ole statistiliselt oluline. Kontrastina võib meestel esineda vähem puudulikke haiglast väljakirjutamisi ja nad võivad saada paremat jätkuravi, kuigi taas ei ole need erinevused statistiliselt olulised.

Toimivuse indikaatorid	Mehed võrdluses naistega
Välditavad hospitaliseerimised	↑*
Välditavad eriarstivisiidid	↓
Visiitide arv	↓*
Eriarstivisiitide osakaal	↓
Kõiki ennetavaid teenuseid saanud diabeedipatsientide osakaal	↓
Mitte ühtegi ennetavat teenust saanud diabeedipatsientide osakaal	↑
Kõiki ennetavaid teenuseid saanud kõrgvererõhktõve patsientide osakaal	↓
Mitte ühtegi ennetavat teenust saanud kõrgvererõhktõve patsientide osakaal	↑
Jätkuravi pärast aktiivraviepisooide ¹	↑ ↓ (Koletsüstektoomia)
Puudulikud haiglast väljakirjutamised: said kõik retseptid	↑
Puudulikud haiglast väljakirjutamised: ei saanud ühtegi retsepti	↓

Joonis 13: Toimivuse indikaatorid soo järgi (2013)

*Tähistab >90% statistiliselt olulist erinevust
 1 Madalam ainult koletsüstektoomia puhul
 Allikas: Maailmapanga meeskonna arvutused.

Variatsioonid tervishoiuteenuste saamisel linna- ja maarahvastiku puhul

Maarahvastikul esines linnarahvastikust oluliselt rohkem välditavaid hospitaliseerimisi, mida võib selgitada madalama sissetulekuga ja halvema juurdepääsuga eriarstiabi teenustele. Tõepoolest on nii kogu- kui välditavate eriarstivisiitide esinemine maal elavatel patsientidel oluliselt madalam, ent ambulatoorsete visiitide koguarv kaldub neil olema suurem (Joonis 14). Maal elavad patsiendid saavad väiksema tõenäosusega kõikehõlmavaid ennetavaid teenuseid, kuigi mitte statistiliselt olulisel määral. Lisaks on aktiivraviks hospitaliseerimise jätkuravi vähem tõenäoline, kuigi see erinevus on statistiliselt oluline ainult südamepuudulikkuse puhul.

Toimivuse indikaatorid	Maarahvastik võrdluses linnarahvastikuga
Välditavad hospitaliseerimised	↑*
Välditavad eriarstivisiidid	↓*
Visiitide arv	↑
Eriarstivisiitide osakaal	↓
Kõiki ennetavaid teenuseid saanud diabeedipatsientide osakaal	↓
Mitte ühtegi ennetavat teenust saanud diabeedipatsientide osakaal	↑
Kõiki ennetavaid teenuseid saanud kõrgvererõhktõve patsientide osakaal	↓
Mitte ühtegi ennetavat teenust saanud kõrgvererõhktõve patsientide osakaal	↑

Toimivuse indikaatorid	Maarahvastik võrdluses linnarahvastikuga
Jätkuravi pärast aktiivraviepisooide ¹	↓ ↓*(Krooniline südamepuudulikkus)
Puudulikud haiglast väljakirjutamised: said kõik retseptid	↑
Puudulikud haiglast väljakirjutamised: ei saanud ühtegi retsepti	↑

Joonis 14: Toimivuse indikaatorid elukoha (linn/maapiirkond) järgi (2013)

* Tähistab >90% statistiliselt olulist erinevust

1 Statistiliselt oluline erinevus ainult südamepuudulikkuse puhul

Allikas: Maailmapanga meeskonna arvutused.

Variatsioonid tervishoiuteenuste saamisel Ida-Virumaal võrreldes ülejäänud piirkondadega

Ida-Virumaa elanikel, kellest peaaegu 80% on venekeelsed ja puuduliku eesti keele oskusega, esineb oluliselt vähem välditavaid eriarstivisiite (Joonis 15). Muus osas näivad süsteemsed erinevused sellest piirkonnast ja mujalt Eestist pärit patsientide vahel puuduvat.

Toimivuse indikaatorid	Ida-Virumaa võrdluses ülejäänud Eestiga
Välditavad hospitaliseerimised	↑
Välditavad eriarstivisiidid	↓*
Visiitide arv	↑
Eriarstivisiitide osakaal	↑
Kõiki profülaktilisi teenuseid saanud diabeedipatsientide osakaal	↑
Mitte ühtegi profülaktilist teenust saanud diabeedipatsientide osakaal	↑
Kõiki ennetavaid teenuseid saanud kõrgvererõhktõve patsientide osakaal	↓
Mitte ühtegi ennetavat teenust saanud kõrgvererõhktõve patsientide osakaal	↑
Järelravi pärast aktiivraviepisooide	↑
Puudulikud haiglast väljakirjutamised: said kõik retseptid	↓
Puudulikud haiglast väljakirjutamised: ei saanud ühtegi retsepti	↓

Joonis 15: Toimivuse indikaatorid geograafilise asukoha järgi

* Tähistab >90% statistiliselt olulist erinevust

Allikas: Maailmapanga meeskonna arvutused.

Variatsioonid tervishoiuteenuste saamises neuropsühhiaatriliste haiguste ja sensoorsete häiretega patsientide vs kogurahvastiku puhul

Neuropsühhiaatriliste haiguste ja sensoorsete häirete ohjamine paljastab oodatust nüansirohkema pildi (Joonis 16). Depressiooniga patsiendid näivad aktiivsemalt abi otsivat – seda näitavad kogurahvastikust oluliselt kõrgemad ambulatoorsete visiitide, välditavate hospitaliseerimiste ja välditavate eriarstivisiitide määrad. Depressiooniga patsiendid saavad kogurahvastikuga võrreldes küll rohkem ennetavaid teenuseid diabeedi ja kõrgvererõhktõve puhul, kuid see erinevus ei ole statistiliselt oluline.

Dementsusega patsiente näib vastupidiselt iseloomustavat väiksem aktiivsus abi otsimisel, mida näitab nende ambulatoorsete visiitide ja välditavate eriarstivisiitide oluliselt väiksem arv. Neil patsientidel näib olevat suurem välditavate hospitaliseerimiste arv ja nad näivad saavat vähem ennetavaid teenuseid, ent need tulemused ei ole statistiliselt olulised.

Viimaks näib, et tervishoiusüsteemist ja sotsiaalteenustest võib olla abi patsientide sensorsete häirete ja motoorsete puuete kompenseerimisel, et võimaldada neile paremat juurdepääsu tervishoiuteenustele. Kõgurahvastikuga võrreldes kaldub neil patsientidel olema suurem ambulatoorsete visiitide arv ja ka oluliselt kõrgem eriarstivisiitide osakaal. Kuigi neil patsientidel näib olevat suurem välditavate hospitaliseerimiste ja välditavate eriarstivisiitide arv, ei ole need tulemused statistiliselt olulised.

Toimivuse indikaator	Enesega toimetulekut halvendav haigusseisund võrdluses kogu rahvastikuga		
	Depressioon	Dementsus	Puue
Välditavad hospitaliseerimised	↑*	↑	↑
Välditavad eriarstivisiidid	↑*	↓*	↑
Visiitide arv	↑*	↓	↑
Eriarstivisiitide osakaal	↓	↓	↑*
Kõiki ennetavaid teenuseid saanud diabeedipatsientide osakaal	↑	↓	↑
Mitte ühtegi ennetavat teenust saanud diabeedipatsientide osakaal	↓	↑	↓
Kõiki ennetavaid teenuseid saanud kõrgvererõhktõve patsientide osakaal	↑	↓	↑
Mitte ühtegi ennetavat teenust saanud kõrgvererõhktõve patsientide osakaal	↓	↑	↓

Joonis 16: Toimivuse indikaatorid enesega toimetulekut halvendavate haigusseisundite järgi

* Tähistab >90% statistiliselt olulist erinevust
Allikas: Maailmapanga meeskonna arvutused.

7. Järeldused

Eesti tervishoiusüsteem toimib paljude muude Euroopa riikidega võrreldes hästi, kui vaadata näiteks laste suremuse ja oodatava eluea näitajaid. Seejuures on head tulemused saavutatud madalate tervisekuludega. Eestis on palju ära tehtud ka tervishoiuteenuste kvaliteedi ja integreerituse parandamiseks, näiteks on juurutatud PKS, e-konsultatsioon ja mitmed kvaliteedi tagamise mehhanismid.

Sellele vaatamata näitavad käesoleva uuringu tulemused, et tervishoiuteenuste integreerituse saavutamisel on mõned kitsaskohad. Nende lahendamata jätmisel võivad need pärssida eeskätt süsteemi võimet piisavalt tegeleda üha kasvava mittenakkuslike haiguste leviku ja vananeva rahvastiku vajadustega. Tervishoiusüsteemi erinevate sidusrühmade seas läbi viidud kvaliteetiuuringu tulemused osutavad nende kitsaskohtade põhjustele ja seega aitavad leida võimalikke lahendusi.

Uuring näitas, et suur osa statsionaarsest aktiivravist on välditav ning hospitaliseerimist võib oluliselt vähendada, kui tervishoiuteenuste osutamine sobivamale tasandile üle viia. Uuringust selgus, et ka suur osa

eriarsti visiitidest on välditavad. Välditavate statsionaarseks aktiivraviks hospitaliseerimiste ja eriarstivisiitide suur osakaal viitab võimalikele nõrkustele patsientkäsitluses esmatasandil. Seda tõestab uuringus kindlaks tehtud diabeedi- ja kõrgvererõhktõve patsientide vähene kaetus ennetavate teenustega. Sellised puudused esmatasandi arstiabi kvaliteedis võivad ajendada patsiente perearstist mööda minema. Seda vaatamata sellele, et uuringu tulemused näitavad eriarstide pakutavat vähest lisandväärtust krooniliste haigusseisundite halvenemise ärahoidmiseks. Patsiendid näivad siiski olevat järjekindlalt kontaktis oma perearstiga – see on hea eeldus esmatasandil patsientkäsitluse parandamiseks.

Esinevad ka koordineerimisprobleemid arstiabi erinevate tasandite vahel enne ja pärast statsionaarseid aktiivraviepisooide. Seda tõendavad uuringus kindlaks tehtud tarbetute operatsioonieelsete uuringute suur osakaal ja ebapiisav jätkuravi. Lisaks leiti, et suur osa patsientidest kirjutatakse haiglast välja neile soovitatavaid ravimeid määramata. See peegeldab haiglate nõrkust patsientkäsitlusel ja neile ravi piisava jätkuvuse kindlustamisel.

Hinnates nende probleemide mõju erinevatele rahvastikurühmadele, selgus uuringust, et kui patsiendid on juba abi saamiseks süsteemi sisenenud, siis ei esine erinevatele rahvastikurühmadele raviteenuste pakku-misel tervishoiuteenuste osutajate poolset süstemaatilist diskrimineerimist. Ometi näivad osad neist probleemidest teatud rahvastikurühmi ikkagi oluliselt mõjutavat. Näiteks välditavaid hospitaliseerimisi esineb oluliselt rohkem madalama sissetulekuga inimestel, meestel, maarahvastikul ja depressiooniga patsientidel.

Uuringu tulemused osutavad esmatasandi võimalike nõrkuste kõrvaldamisele kui lahendusele, mille abil vähendada välditavaid statsionaarseks aktiivraviks hospitaliseerimisi ja eriarstivisiite. Samas võivad probleeme süvendada ka mitmed statsionaarse aktiivravi ja eriarstiravi tegurid. Uuringu tulemuste kohaselt kuuluvad statsionaarses aktiivravis selliste tegurite hulka rahalised stiimulid ravijuhtude mahtude ja kulude suurendamiseks ning ka teenuste (st taastusravi ja õendusabi) teistele tasemetele üleviimise suutlikkuse puudumine. Üks lahendus välditavate hospitaliseerimiste ja pikaleveninud haiglaravi juhtude vähendamiseks on rahaliste stiimulite tekitamine ravijuhtude vähendamiseks ning õendusabi (eriti koduõenduse) ja ambulatoorse taastusravi mahtude ja geograafilise kättesaadavuse parandamine.

Sarnaselt statsionaarsele aktiivravile võib ka eriarstiteenuste puhul suurt välditavate visiitide osakaalu soodustada rahaline motivatsioon ravijuhtude mahtude suurenemisel. Lisaks võivad välditavaid visiite soodustada ka asjaolud, et patsiendid eelistavad eriarsti- ja erakorralise arstiabi asjatundlikkust ja mugavust, madalaid teenustasusid ja ka erakorralise meditsiini osakondade kasutamist haiglasse pääsemise vaheetapina. Välditavate eriarstivisiitide arvu võib vähendada muuhulgas patsientide prioritseerimist parandades, näiteks keskse registratuuri ja elektrooniliste saatekirjade süsteemi kaudu. Samuti võib välditavate eriarstivisiitide arvu vähendada, kui kehtestada kõrgem omaosalus eriarsti- ja erakorralise arstiabi eest, et ära hoida patsientide möödaminek esmatasandist. Välditavate statsionaarse aktiivravi episoodide, pikaleveninud haiglaravi ja eriarstivisiitide vähendamine aitaks omakorda lühendada ooteaegu, mis on eriti pikad ambulatoorse ravi puhul.

Esmatasandi nõrkused patsientkäsitluses võivad tuleneda struktuursetest, finants- ja kultuurilistest probleemidest. Selliste probleemide hulka võivad kuuluda ebapiisav materiaalne huvitatus ravijuhenditest täielikult kinni pidada, multidistsiplinaarsete meeskondade puudumine ning asjaolu, et osad perearstid eelistavad ravimist ennetusele. Võimalikud lahendused saab rühmitada vastavalt nende rakendamiseks kuluvale ajale kiiresti kuni aeglaselt saavutatavateks.

Lühiperspektiivis rakendatavate lahenduste hulka võivad kuuluda rahaliste stiimulite parandamine ning aruandluskohustuse suurendamine ennetavate teenuste osutamise ja tulemuste kohta. Sellega peaks paranema patsientide eneseabi oskused. Patsientide eristamine nende tervise ja sotsiaalteenuste vajaduste kompleksuse põhjal võimaldaks ümber defineerida perearstide-eriarstide rolle. Näiteks vähem komplitseeritud juhtumitega võiks tegeleda esmatasandil, sellal kui komplekssemaid juhtumeid ohjatakse eriarstitasandil. Lisaks väravavalvuri funktsioonilt paindlikumale tööjaotusele liikumisele tugevdaks esmatasandil probleemide lahendamise suutlikkust e-konsultatsiooni süsteem.

Keskmisses kuni pikas perspektiivis võivad lahendused keskenduda esmatasandi üldise kvaliteedi tugevdamisele ja perearstide rolli ümberkujundamisele. Näiteks regulatsioon ja/või materiaalne huvitatus võiks julgustada perearste rohkem osalema arstide täiendõppe kursustel. Samal ajal parandaks väljaõppe kvaliteeti veelgi tõenduspõhise meditsiini peavooluks muutmine ja standardiseeritud patsiendikäsitluse õpiprotsessis kasutamine. Suuremad koolitusmahud ja rohkem lõpetanuid noorendaks peremeditsiini töötajaskonda. Finantside kättesaadavamaks muutmine infrastruktuuri parandamiseks ja laiendamiseks võib julgustada liikumist multiprofessionaalsete ja grupipraksiste poole, nii et sobiva juhtimise all tegutsevad tervishoiutöötajad jagavad ja koordineerivad omavahel kliinilisi kohustusi. Perearstide rolli laiendamine kogukonna tervisealgatustesse ja sotsiaalteenustesse võib tõsta ennetavate teenuste ja patsiendikäsitluse üldist kvaliteeti. Kokkuvõttes peaks jõupingutused keskenduma esmatasandi suutlikkuse tugevdamisele tervishoiusüsteemis.

Aktiivravieelne ja -järgne raviteenuste puudulik koordineerimine võib põhjustada ebapiisavate ravijuhendite, patsiendikäsitluse standardite ning statsionaarse aktiivravi ja ambulatoorse ravi vahelise infovahetuse puudumist. Samuti õendusabi ja taastusravi vähest mahtu ja ebaühtlast geograafilist kättesaadavust. Aktiivravieelsete ja -järgsete raviteenuste koordineerimise parandamise võimaluste hulka võivad kuuluda ravijuhendite ajakohastamine, täiendavate patsiendikäsitluse standardite väljatöötamine krooniliste haiguste jaoks ning riikliku terviseinfosüsteemi täiustamine. Samal ajal võiks haiglates oluliselt täiustada ravikvaliteedi seiramise süsteeme, kuna vaid vähestel haiglatel on kvaliteedinäitajate seiresüsteemid ja neil puudub vajadus vastavatele asutustele aru anda, rääkimata selliste andmete avalikkusele kättesaadavaks tegemisest. Nende süsteemide tugevdamise katsed peaksid siiski toetuma haiglaravi kvaliteedi ning ravikvaliteedi ja ravi-/teenindusmahtude suhete ja ka võimalike põhjuste üksikasjalikumale analüüsile.

Nagu käesolev uuring näitas, ei pruugi tervishoiusüsteem osade rahvastikurühmade vajadustega piisavalt tegeleda. Eeskätt ei näi süsteem efektiivselt korvavat sotsiaalmajanduslikku ebavõrdsust teenuste kättesaadavuses, mida näitab välditavate hospitaliseerimiste oluliselt suurem arv madalama sissetulekuga inimeste seas. See võib tuleneda üldisest arusaamast, et ebavõrdsusega tegelemine on sotsiaalsüsteemi ülesanne, mis tõstab esile kahe sektori vahelise parema koordineerimise olulisuse. Pealegi hõlbustaks rahvastikurühmade eristamine teeninduspiirkondade siseselt vastavalt nende tervise- ja sotsiaalsetele vajadustele suunatud lähenemiste väljatöötamist, et rajada võrdsemat süsteemi, mis parandaks ka tõhusust, nagu rahvusvaheline kogemus lubab arvata.

Kuigi läbiviidud analüüs osutab mõnele võimalikule poliitikamuutuse vajadusele, tuleb järgmisena välja selgitada kõige teravamad integreerimise kitsaskohad ja kõige sobivamad tegevussuunad rahvusvahelise kogemuse ja Eesti konteksti sobivuse põhjal. Selle uuringu tulemustega tutvustatakse konkreetseid, ehkki kitsalt fookuseeritud süsteemi toimivuse indikaatoreid seoses probleemidega, mis tulenevad ravi integreerituse

puudustest. Seega saab neid näitajaid kasutada neis valdkondades rakendatavate meetmete mõju mõõtmiseks. Lisaks julgustavad need EHK raviarvete andmete aktiivsemat kasutamist sarnastes tulevikualgatustes tervishoiusüsteemi toimivuse seiramiseks ja hindamiseks.

8. Kasutatud materjalid

Euroopa Health for All andmebaas (HFA-DB). (2014). WHO/Europe. Saadaval aadressil: <http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/databases/european-health-for-all-database-hfa-db> [Kasutatud 7. jaanuaril 2015].

Institute for Health Metrics and Evaluation. (2014). Saadaval aadressil: <http://www.healthdata.org> [Kasutatud 8. jaanuaril 2015].

Lai, T., Habicht, T., Kahur, K., Reinap, M., Kiivet, R., van Ginneken, E. (2013). Estonia: health system review. *Health Systems in Transition*, 15(6), lk 1-196.

OECD Health Statistics. (2014). Saadaval aadressil: <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm> [Kasutatud 8. jaanuaril 2015].

Smith, O. & Nguyen, S. (2013). *Getting Better: Improving Health System Outcomes in Europe and Central Asia*. Washington, DC: The World Bank, lk 69-104.

Sõstra, K. & Aru, J. (2013). "Regional poverty mapping" väljaandes Narusk, E. (toimetaja), *Regional Development in Estonia 2013*. Eesti Statistika, Tallinn, lk 111-115.

Van den Bussche, H., Koller, D., Kolonko, T., Hansen, H., Wegscheider, K., Glaeske, G., von Leitner, E., Schäfer, I. & Schön, G. (2011). Which chronic diseases and disease combinations are specific to multimorbidity in the elderly? Results of a claims data based cross-sectional study in Germany. *BMC Public Health*, 11(1), lk 101.

WHO. (2010). *Estonia Health System Performance Assessment: 2009 Snapshot*. Copenhagen, Denmark: WHO Regional Office for Europe.

Patsientide ja teenuseosutajate lood

*Uuringu “Ravi terviklik käsitus ja osapoolte koostöö
Eesti tervishoiusüsteemis” kokkuvõtva aruande lisa*

*Maailmapanga Grupp
Jaanuar 2015*

Patsientide ja teenuseosutajate lood

Järgmised juhtumid põhinevad Maailmapanga poolt tehtud uurimuse tulemustel ravi integreerituse kohta Eestis. Need lood annavad lühiülevaate patsiendi ja teenuseosutaja kogemustest Eesti tervishoiusüsteemis. Kirjeldatud lood ei ole mingil juhul kõikide patsientide ega teenuseosutajate tüüpiliseks näiteks – tegelikus elus on iga patsiendi kogemus ja terviseseisund ning teenuseosutaja praktika erinev.

Patsiendi lugu 1: Erki P

Erki P on 60-aastane Ida-Eesti külakeses elav mees, kes töötab autojuhina põlevkivifirmas. Erki on abielus ja tal on kaks last, ta ei suitseta, ent tarbib rohkelt alkoholi – neli-viis ühikut alkoholi igal õhtul. Eelneva haigusloo kohaselt on mehel II tüüpi diabeet, mille ohjeldamiseks manustab ta suukaudset ravimit, lisaks on tal ravimata kergekujuline kõrgvererõhutõbi.¹

Erki hakkas kaalus juurde võtma neljakümnendate eluaastate lõpus. Tema kehamassiindeks (KMI) tõusis vähehaaval 29-le. Kui mees oli 50-aastane, diagnoositi tal veresuhkru taseme äkilise tõusu tõttu hospitaliseerimisel diabeet. Lühikese haiglas viibimise aja jooksul vaatas Erki üle endokrinoloog, kes kinnitas diabeedi diagnoosi, määras talle hüpopglükeemilise toimega metformiini tabletid ja kirjutas mehe haiglast välja.²

Sellest ajast saadik ei ole Erki oma ravirežiimi muutnud, kuigi ta külastab jätkuvalt kord aastas oma endokrinoloogi, kelle poolt 3 aastat tagasi tehtud viimane glükohemoglobiini (HbA1C) test tõendas veresuhkru taseme puudulikku kontrolli (8%). Ta külastab 3-4 korda aastas ka oma perearsti retsepti uuendamiseks ja konsultatsiooniks. Perearst tegi talle 5 aastat tagasi kolesteroolitesti, mis tuvastas madala nn "hea" kolesterooli (HDL) ja pisut tõusnud nn "halva" kolesterooli (LDL) taseme, ent statiinravi talle ei määratud. Diabeediga seotud neeruprobleemide tekke riskile vaatamata ei ole talle kunagi tehtud neerufunktsiooni testi.³

Ühel hommikul tekkis Erkil lund kühveldades hingeldus. Normaalne hingamine taastus mõne minuti jooksul, mistõttu ta jätkas oma igapäevaseid tegevusi. Järgmisel päeval külastas Erki oma perearsti, kes tegi EKG ja tellis kopsude röntgenuuringu. Kuna mõlemad uuringud andsid normaalse tulemuse, siis suunas ta Erki lähima keskhaigla juures töötava pulmonoloogi juurde mehe hingamisprobleemi edasi uurimiseks. Eelnevate uuringute tulemuste tõttu maha rahunenud Erki jättis siiski eriarsti juures käimata.

Kuu aega hiljem tundis Erki puhkamise ajal rinnus valu ning pereliikmed viisid ta keskhaigla erakorralise meditsiini osakonda (EMO). Tema seisund stabiliseerus tänu EMOs saadud ravile, ent nii EKG kui vereanalüüsid osutasid mõõdukale ägedale südamelihase infarktile. Erki võeti haiglasse sisse edasiseks raviks, kuhu ta jäi 8 päevaks. Haiglas viibimise ajal vaatas Erki üle kardioloog, kes soovitas ravimite, kaasa arvatud statiini, beetablokaatori, ACE-inhibiitori ja igapäevase aspiriini manustamist. Haiglast väljakirjutamisel sai Erki ret-

1 Eesti maapiirkonnas elavast madala sissetulekuga leibkonnast pärit mehena esineb Erki P-l eluajal rahvastiku muudest rühmadest pärit patsientidega võrreldes suurem välditava hospitaliseerimise risk. Lisaks on ka kõrgvererõhktõve esinemus suurem madala sissetulekuga leibkondadest pärit patsientidel.

2 Valdavat osa diabeedi tõttu asetleidvatest hospitaliseerimistest saaks vältida haiguse parema ohjamisega ning neid peetakse seetõttu välditavaks.

3 Arvestades, et Erkil ei ole diabeediga kaasnenud komplikatsioone, võiks teda ravida ka perearst. Ehkki meestel ei esine kuigi suure tõenäosusega välditavaid eriarstivisiite, võiks Eestis hinnanguliselt ühe viiendikuga diabeediga seotud eriarstivisiitidest tegeleda perearstid. Mehed külastavad Eestis naistest märgatavalt vähem ambulatoorseid teenuseid pakkuvaid arste (umbes 4,5 visiiti aastas vs umbes 6,5 visiiti). Samas muudab Erki diabeet tõenäolisemaks asjaolu, et ta külastab arste mitu korda rohkem (diabeedipatsiendid teevad Eesti üldisest rahvastikust arsti juurde umbes 5 visiiti rohkem). Sagedasematele visiitidele vaatamata ei tehta Eestis kõigile diabeedipatsientidele diagnostilisi profülaktilisi uuringuid, mida tuleks ravijuhendi kohaselt teha. 2013. aastal tehti kõik soovitatavad uuringud vähem kui 50%-le diabeedipatsientidest.

septid ning juhised võtta vaid aspiriini ja ACE-inhibiitorit. Erkile ei antud retsepti ei metformiini ega statiini ostmiseks. Enne haiglast väljakirjutamist ei nõustatud teda dieedi ega kehalise liikumise osas.⁴

Järgmise 3 kuu jooksul ei võtnud Erki talle määratud ravimeid järjekindlalt, kuna ei uskunud, et tal on vaja iga päev nii palju erinevaid tablette manustada. Samuti ei olnud ta enam rinnus valu tundnud, kuigi mõnikord esines pärast mõõdukat jõupingutust hingeldamist. Kui Erki naasis retseptide uuendamiseks perearsti juurde, siis ei olnud perearst teadlik mehe haiglas viibimisest. Ta ei olnud saanud dokumente Erki haiglas viibimise kohta ega raviplaani, mistõttu ta uuendas lihtsalt aspiriini, ACE-inhibiitori ja metformiini retseptid ning suunas Erki tagasi kardioloogi juurde edasiseks raviks. Kuna Erki tundis end paaril viimasel nädalal palju paremini, siis ei leppinud ta kardioloogi juurde järelvisiiti veel kokku.⁵

Teenuseosutaja lugu I: dr Triin K

Dr Triin K on 55-aastane naisperearst. Põlvast pärit Triinul on nüüd esmatasandi arstiabi erapraksis Ida-Eesti maapiirkonnas. Ta lõpetas Tartu Ülikooli 1988. aastal ning läbis neuroloogi väljaõppe ja töötas neuroloogina vana polikliinikusüsteemi alusel. 1990ndatel õppis ta ümber perearstiks ja kolis oma praegusesse asukohta. Tal on isiklik erapraksis ja palgal üks pereõde. Tema nimistus on üle 1800 patsiendi.⁶

Tema nimistus olevate patsientide arvu arvestades saab dr K pühendada igale kabinetti külastavale patsiendile vaid mõned minutid, mistõttu tal ei ole piisavalt aega nõustamiseks ega pikkadeks diagnostilisteks uuringuteks. Seetõttu suunab ta tihti keerukamad ja võimalikud uued diagnoosimist vajavad juhtumid lähedalasuva keskhaigla juures töötavatele eriarstidele. Enamik patsiente külastab teda haigestumisel ja järelraviks ning mõned külastavad erinevaid eriarste otse ilma esmalt tema poole pöördumata.

Dr K ei ole pärast perearstiks ümberõppimist osalenud ühelgi arstide täiendõppe kursusel, mille ta paneb oma prakse ja administratiivkohustustega hõivatusse arvele. Ta osaleb siiski perearsti kvaliteedisüsteemis (PKS) ning püüab järgida seonduvaid ennetuse-, skriiningu- ja ravisuuniseid. Ta leiab, et järjekindlusetud järelvisiidid ja patsientide temast möödaminek eriarstide külastamiseks muudavad suunistest kinnipidamise raskeks, kuna teised teenuseosutajad võivad juba olla patsientidele vajalikud uuringud teinud. Dr K eelistab tihti jätta spetsiifilisemate uuringute tegemise vajaduse eriarstide otsustada, et vältida dubleerimist ja et nende uuringute kulu ei ületaks talle laboritestide jaoks eraldatud summasid. Ta tunneb, et tal ei ole aega sõeluuringute ja elustiililase nõustamise pakkumiseks⁷ oma nimistu igale patsiendile.

Erki P on olnud dr K patsient peaaegu 15 aastat. Dr K on ravinud mehe diabeeti alates tema hospitaliseerimisest veresuhkru taseme tõusu tõttu palju aastaid tagasi. Ta suunab mehe endokrinoloogi juurde ravimi-

4 Madala sissetulekuga leibkondadest inimestel esineb kõrgema sissetulekuga leibkondadest pärit inimestega võrreldes suurema tõenäosusega ägedat südamelihase infarkti. Haiglast väljakirjutamisel määratakse neile sarnased ravimid. Aastal 2013 said ainult kolmandik ägeda südamelihase infarktiga patsientidest ülioluliste ravimite (beetablokaatorid, ACE-inhibiitorid või statiinid) retsepti. Eeskätt oli väga madal statiinide väljakirjutamise määr: statiinid määrati vähem kui 12%-le ägeda südamelihase infarktiga patsientidest.

5 Ainult umbes pooled ägeda südamelihase infarktiga patsientidest käisid järelvisiidil oma perearsti või vastava eriarsti juures 90 päeva jooksul pärast haiglast väljakirjutamist. Järjekindlusetud ja puudulikud infovood eriarstide ja perearstipraksiste vahel ei võimalda Erki arstil kontrollida, kas ta ka tegelikult järelvisiidil käis.

6 Keskmiselt on igale umbes 800st perearstipraksisest Eestis määratud umbes 1800 patsienti. Suur osa hetkel Eestis praktiseerivatest perearstidest läbis algselt eriarstiõppe ning õppis hiljem ümber perearstiks.

7 Fookusrühma arutluses osalejad märkisid, et arstide kaksikroll äri juhtivate eraettevõtjate ning raviteenuseid osutavate arstidena põhjustab suurt töökoormust ja konkureerivad prioriteete, jättes vähe aega patsientidega veetmiseks ja osalemiseks tegevustes nagu arstide täiendõppe kursused. Arutelud perearstidega töid välja piiratud rahastamise diagnostiliste uuringute tegemiseks põhipiiranguna uuringute tegemisel. PKS on perearstidele suunatud tasustamise vahend, et motiveerida enam pakkuma ennetavaid teenuseid kroonilistele haigetele, ent tegelikult saab boonust vaid pool kõikidest PKSis osalevatest perearstidest.

annuste korrigeerimiseks ja edasisteks uuringuteks. Ta teab, et Erki jätkab korrapäraselt selle endokrinoloogi külastamist ning seetõttu eelistab jätta diabeediga seotud uuringute tegemise tema hooleks. Dr K tellis siiski mitu aastat tagasi Erkile kolesteroolitesti ja kuigi selle tulemus ei olnud normikohane, ei algatanud ta statiiniravi ega suunanud teda edasistele uuringutele ega konsultatsioonidele.

Retseptide uuendamiseks kokkulepitud visiidil sai dr K üllatuslikult teada, et Erki oli mitu kuud tagasi ägeda südamelihase infarkti tõttu hospitaliseeritud. Ta uuendas mehe diabeedi- ja vererõhuravimite retseptid ja soovitas tal jätkata ka aspiriiniravi. Piisava järelravi tagamiseks suunas ta mehe ka Erki seisundit haiglas viibimise ajal hinnanud kardioloogi juurde edasiseks raviks ja nõutud iga-aastaste vereproovide tegemiseks.⁸

Patsiendi lugu 2: Kaie T

Kaie T on 45-aastane suures linnakeskuses elav naine. Tal on teaduskraad ja ta töötab vastutaval ametikohal ühe suure firma kontoris. Ta on vallaline, alkoholi juhutarvitaja ning suitsetab pool pakki sigarette päevas. Eelneva haigusloo kohaselt esinevad tal mõõdukas kõrgvererõhktõbi ja depressioon, mida mõlemat ravitakse suukaudselt manustatavate ravimitega.⁹

Kõrgvererõhktõbi diagnoosis Kaiel tema perearst 2 aastat tagasi. Perearst märkas naisel püsivalt kõrget vererõhku ja suunas ta kardioloogi vastuvõtule. Kardioloog kirjutas Kaiele välja ACE-inhibiitori. Depressioon diagnoositi tal üle 5 aasta tagasi ning ta külastab korrapäraselt psühhiaatrit, kes kirjutab talle välja antidepressanti. Ta külastab oma perearsti 4-5 korda aastas, kardioloogi 2-3 korda aastas ja psühhiaatrit 2-3 korda aastas. Sagedastele visiitidele vaatamata ei ole talle kunagi tehtud EKGd, neerufunktsiooni- ega albuminuuriatesti. Perearst kontrollis eelmisel aastal tema kolesteroolitaset ning täheldas normaalset HDL-i taset ja pisut tõusnud LDL-i taset.¹⁰

42-aastasena hakkas Kaiel pärast söömist sageli esinema kõhuvalu. Perearst diagnoosis tal sapikivid ja suunas ta lähedase piirkondliku haigla juures töötava üldkirurgi juurde. Kaie pidi ootama oma protseduuri üle 6 kuu. Operatsioonieelse visiidi käigus tehti talle mitu diagnostilist uuringut (kaasa arvatud glükoosi juhutest, hemostaasi-/koagulatsiooniuuring ja kopsude röntgenuuring), mis ei olnud patsiendi profiili arvestades kavandatava operatsiooni seisukohast vajalikud. Talle tehti lihtne laparoskoopiline koletsüstektoomia ning ta kirjutati haiglast 3 päeva pärast välja.¹¹

Ühel hommikul tundis Kaie tööl mõõdukat peavalu koos vasaku käe ja jala nõrkuse ja tuimusega. Kiirabi viis ta piirkondliku haigla EMOSse, kus tal diagnoositi äge isheemiline insult. Ta võeti haiglasse sisse edasiseks raviks ja neuroloogi poolt läbivaatamiseks, kes soovitas igapäevast aspiriiniravi. 10 päeva pärast lubati ta

8 Aruteludes ja intervjuudes peamiste sidusrühmadega nimetati adekvaatse jätkuravi olulise takistusena järjekindlusetuid ja puudulikke infovoogusid eriarstide ja perearstide vahel. Põhjuseks võib olla, et haiglate elektrooniliste haiguslugude süsteemist ei edastata infot riiklikku e-tervise süsteemi või tehakse seda viivitusega.

9 Linnakeskuses elava suure sissetulekuga naisena esineb Kaiel muudest rahvastikurühmadest pärit patsientidest suurema tõenäosusega välditavaid eriarstivisiite seoses kõrgvererõhktõvega. Sellise profiiliga patsientide seas on eriti suur ka ambulatoorsete visiitide arv (eriarstide või perearstide juurde). Asjaolu, et Kaiel on depressioon, muudab veel tõenäolisemaks, et tal esineb välditavaid eriarstivisiite seoses kõrgvererõhktõvega ning enam ambulatoorset ravi.

10 Kaie komplikatsioonideta kõrgvererõhktõbe võiks ravida perearst. Vaatamata kõrgvererõhktõvega seotud arvukatele arstivisiitidele aastas ei ole Kaiele tehtud kõiki kõrgvererõhktõvega inimestele soovitatud diagnostilisi ennetavaid teste. Tegelikult tehti aastal 2013 ainult umbes 10%-le kõikidest kõrgvererõhktõve patsientidest kõik soovitatud uuringud.

11 Koletsüstektoomia laparoskoopiline meetod (lukuaukukirurgia) on patsiendi jaoks vähem invasiivne protseduur ning lühendab seega koletsüstektoomia-patsientide haiglas viibimise keskmist kestust umbes 10 päeva võrra. Peaaegu 90% koletsüstektoomiatest tehakse Eestis nüüdseks laparoskoopiliselt. Ometi on umbes 30% kõikidest enne plaanilisi operatsioone tehtavatest diagnostilistest uuringutest tarbetud ning välditavad, nagu Kaie puhul.

haiglast koju aspiriini manustamise juhistega. Enne haiglast väljakirjutamist ei nõustatud teda dieedi, kehalise liikumise ega suitsetamisest loobumise osas.

Kaie täheldab jätkuvalt väga mõõdukat vasaku käe ja jala jääknõrkust. 60 päeva jooksul pärast haiglas viibimist külastas ta lisaks kardioloogile ja neuroloogile 3 korda ka perearsti. Talle ei ole ikka veel tehtud neerufunktsiooni testi ega EKGd ning kolesteroolitesti ei ole korratud, nii et ta ei saa statiiniravi.¹²

Teenuseosutaja lugu 2: dr Gustav R

Dr Gustav R on 40-aastane suures linnakeskuses asuva piirkondliku haigla meesneuroloog. Ta lõpetas Tartu Ülikooli 1998. aastal ning läbis pärast seda eriarsti väljaõppe.

Dr R annab statsionaarseid konsultatsioone oma koduhaiglasse sissevõetud patsientidele ning võtab uusi ja korduvpatsiente vastu haigla ambulatoorses osakonnas. Kord kahe nädala jooksul peab dr R sõitma ka tunnitee kaugusel asuvasse üldhaiglasse neuroloogiliste konsultatsioonide andmiseks. Ta võtab suurel hulgal patsiente vastu nii oma koduhaiglas kui kahes ambulatoorses osakonnas, kus ta töötab. Ta peab paljusid oma ambulatoorse osakonna patsiente lihtsateks juhtumiteks, kellega tuleks tegeleda esmatasandil, kaasa arvatud kroonilise peavalu ja peapöörituse juhtumid, kuigi ta saab esitada arve nende visiitide eest. Ta kurdab tihti, et perearstide suunamised on ebaselged kahtlustatava diagnoosi ja juba tehtud meditsiinilise hindamise poolest. Ta mõtleb tihti eriarstina tööle kandideerimisest kusagil välismaal, kus tema valdkonnas on palgad kõrgemad.¹³

Oma haiglaringkäiku tehes hindas dr R Kaiet seisundit päev pärast Kaiet tabanud kerget insulti. Kaiet sümptomid näisid paranevat ja tema aju kompuutertomograafiline uuring ei paljastanud mingeid ajuverejooksu sümptomeid, mistõttu määras dr R naisele igapäevase aspiriiniannuse ja soovitas järelvisiiti oma ambulatoorsesse osakonda ühe kuu jooksul pärast haiglast väljakirjutamist. Mõned nädalad hiljem ilmus Kaie dr R-i ambulatoorsesse osakonda korduslääbivaatuseks. Selle kiire visiidi ajal märkas dr R, et Kaiet sümptomid olid jätkuvalt paranenud. Ta soovitas Kaiel jätkata vererõhuravimi ja igapäevase aspiriini manustamist ning külastada teda uuesti mõne kuu pärast. Ta kaalus kolesteroolitesti tellimise võimalust, et näha, kas Kaie võiks vajada statiini, ent otsustas jätta selle naise perearsti hooleks.¹⁴

12 Kaie on pärast insulti käinud järelvisiidil nii oma perearsti kui eriarstide juures. Ta kuulub nende vaid 40% insuldipatsientide hulka, kes on järelvisiidil käinud esimese 30 päeva jooksul pärast haiglast väljakirjutamist. Kõrgenenud kolesteroolitasemetele vaatamata ei saa Kaie statiiniravi, mis võiks aidata tal neid tasemeid alandada. See peegeldab statiiniravi määramise madalat taset kogu Eestis. Aastal 2013 määrati statiiniravi vähem kui 3000 patsiendile: see on vaid murdosa patsientidest, kes oleks seda tegelikult vajanud.

13 Arutelud eriarstidega paljastasid levinud arusaama, et nad tegelesid juhtumitega, mida oleks tulnud käsitleda esmatasandil. Eriarstid avaldasid nende arutelude käigus oma pettumust perearstide mõnede suunamistega seotud selgusetuse üle. Vajadus külastada kord või kaks kuus väiksemaid üldhaiglaid suurendab osade eriarstide töökoormust. Lisaks on neil veelgi raskem püsida kursis oma patsientide haiguste ja raviga neis asukohtades. Kuna Eesti tervishoiutöötajad on saanud hea hariduse ja väljaõppe, ent teenivad oma muude Euroopa riikide kolleegidest vähem, kaaluvad paljud neist välismaale kolimise võimalust.

14 Intervjuud ja arutelud eriarstide ja perearstidega viitavad sellele, et nagu Kaiet juhtumi puhul, võib ennetavate diagnostiliste uuringute vähest tegemist põhjustada selgusetus seoses sellega, mis tüüpi arst on vastutav selliste uuringute tegemise eest.