

**TERVISHOIUTEENUSTE
KVALITEEDI TAGAMINE
EESTIS**

Tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamine Eestis
EV Sotsiaalministeerium
Tallinn, 2005

Koostajad:

Marina Kaarna – SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla ravikvaliteedi teenistuse juhataja;
Ruth Kalda – Tartu Ülikooli polikliiniku ja perearstiteaduse õppetooli dotsent;
Kalev Karu – AS Lasnamäe Tervisekeskuse peaarst;
prof Margus Lember – Taru Ülikooli sisekliiniku juhataja;
Evi Lindmäe – Tervishoiuameti registreeritud ja tegevuslubade osakonna juhataja;
prof Heidi-Ingrid Maaros – Tartu Ülikooli polikliiniku ja perearstiteaduse õppetooli juhataja;
Katrín Maiste – Eesti Haigekassa tervishoiuspetsialist;
Kaja Põlluste – Tartu Ülikooli tervishoiukorralduse vanemassistent;
Teete Raiend – SA Pärnu Haigla kvaliteedijuht;
Anneli Rätsep – Tartu Ülikooli polikliiniku ja perearstiteaduse õppetooli assistent

Projekti juhtrühm

Katrín Saluvere – Sotsiaalministeeriumist tervishoiu asekanstler
Ivi Normet – Sotsiaalministeeriumi tervishoiuosakonna juhataja
Alar Sepp – Sotsiaalministeeriumi tervishoiuosakonna tervishoiupoliitika juht
Jarno Habicht – Maailma Terviseorganisatsiooni Eesti esindaja
Üllar Kaljumäe – Tervishoiuameti peadirektor.

Projekti rahastaja – Maailma Terviseorganisatsioon
Projekti haldaja – Eesti Tervishoiujuhtide Kolleegium

Dokumendi koostajad tänavad Maailma Terviseorganisatsiooni eksperti Bruno Bouchet'd ja kõiki kvaliteedistrateegia seminarist osavõtjaid dokumendi täiendamiseks esitatud ettepanekute eest.

EV Sotsiaalministeerium ja Eesti Tervishoiujuhtide Kolleegium tänavad Maailma Terviseorganisatsiooni toetuse eest dokumendi koostamisel ja seminari korraldamisel.

Sisukord

1.	Dokumendis kasutatud mõisted	4
2.	Sissejuhatus.....	6
2.1.	Tervishoiu kvaliteedi tagamise areng Eestis.....	6
2.2.	Dokumendi eesmärgid ja sisu.....	7
2.3.	Dokumendi koostajad	8
3.	Tervishoiu kvaliteedi tagamine riiklikul tasandil	9
3.1.	Õigusaktides sätestatud tervishoiuteenuste kvaliteedinõuded	9
3.1.1.	Struktuuri kvaliteedi tagamine	9
3.1.2.	Protsessi kvaliteedi tagamine.....	12
3.1.3.	Tulemuste kvaliteedi tagamine	13
3.2.	Hea tava ja juhendid tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamisel	14
3.2.1.	Hea tava ja juhendite rakendamine struktuuri kvaliteedi tagamiseks.....	14
3.2.2.	Hea tava ja juhendite rakendamine protsessi kvaliteedi tagamiseks	14
3.3.	Muud tervishoiuteenuste osutamise kvaliteediga seotud dokumendid.....	15
3.4.	Tervishoiuteenuse osutajate juhtimiskvaliteedi arendamine	15
4.	Tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamisega seotud ülesannete jaotus	16
4.1.	Sotsiaalministeerium.....	16
4.2.	Tervishoiuamet	16
4.3.	Eesti Haigekassa	17
4.4.	Maavalitsused	17
4.5.	Tervishoiutöötajate eriala- ja kutseühendused.....	18
4.6.	Tervishoiuteenuste osutajad.....	18
4.7.	Õppeasutused	19
5.	Tervishoiuteenuste kvaliteedi kriteeriumid.....	20
5.1.	Tervishoiuteenuste kvaliteedi hindamise kriteeriumid ja meetodid	20
5.2.	Tervishoiuteenuse kvaliteedi hindamise kriteeriumide kasutamise valdkonnad	21
6.	Tervishoiuteenuste kvaliteedi kriteeriumide rakendamine haige käsitluse kvaliteedi hindamiseks teist tüüpi diabeedi näitel	23
6.1.	Struktuur: vajalikud eeldused patsiendi, teenuse osutaja ja organisatsiooni tasandil enne tervishoiusüsteemi sisenemist	23
6.1.1.	Patsiendi tasand.....	23
6.1.2.	Professionaalne tasand	24
6.1.3.	Organisatsiooni tasand	24
6.2.	Protsess: patsiendi sisenemine tervishoiusüsteemi ja patsiendiga tegelemine	25
6.2.1.	Professionaalne tasand	25
6.2.2.	Organisatsiooni tasand	26
6.3.	Patsiendi võimalik edasine liikumine tervishoiusüsteemis.....	27
6.4.	Tulemus.....	28
6.4.1.	Tulemus patsiendi tasandil.....	28
6.4.2.	Tulemus professionaalsel tasandil	28
6.4.3.	Tulemus organisatsiooni tasandil.....	29
6.5.	Diabeedihaige ravi kvaliteedi parandamise võimalused.....	29
7.	Kokkuvõte.....	31
7.1.	Senised saavutused tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamisel	31
7.2.	Tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamisega seotud probleemid.....	31
7.3.	Soovitused tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamise strateegia kavandamiseks	32
8.	Kirjandus.....	34
9.	Dokumendis kasutatud õigusaktide loetelu	35

1. Dokumendis kasutatud mõisted

Eriarstiabi – ambulatoorne või statsionaarne tervishoiuteenus, mida osutavad eriarst või hambaarst ja temaga koos töötavad tervishoiutöötajad. (Tervishoiuteenuste korraldamise seadus, edaspidi *TTKS*)

Kiirabi – ambulatoorne tervishoiuteenus eluohtliku haigestumise, vigastuse või mürgituse esmaseks diagnoosimiseks ja raviks ning vajaduse korral abivajaja transpordiks haiglasse. (*TTKS*)

Kliinilised ravijuhendid – süstemaatiliselt välja töötatud seisukohad tervishoiutöötaja ja patsiendi abistamiseks kliiniliste otsuste tegemisel spetsiifilise kliinilise olukorra lahendamisel asjakohase ravi ja/või tegevuse valimiseks. (*Field, M. J.; Lohr, K. N. (eds.) Institute of Medicine Committee to Advise the Public Health Service on Clinical Practice Guidelines. Clinical practice guideline: directions for a new program. Washington DC: National Academy Press; 1990. Inglisekeelne määratlus: "Clinical practice guidelines are systematically developed statements to assist practitioners and consumer decisions about appropriate health care for specific clinical circumstances."*)

Kvaliteet – määr, milleni olemuslike karakteristikute kogum täidab nõudeid. Nõue on vajadus või ootus, mis on üldiselt eeldatud või kohustuslik. (EVS-EN ISO 9000:2001)

Kvaliteedi tagamine – pidev ja dünaamiline protsess, mille eesmärk on parimate võimaluste ja meetodite leidmine pideva professionaalse enesehinnangu ja tegevuse tulemuslikkuse hindamise ja jälgimise alusel. (EVS-EN ISO 9000:2001)

Kvaliteedijuhtimissüsteem – vastastikku seotud või vastastikust mõju avaldavate elementide kogum organisatsiooni kvaliteedipoliitika ja kvaliteedieesmärkide kindlaksmääramiseks ja nende eesmärkide saavutamiseks. (EVS-EN ISO 9000:2001)

Patsient – terve või haige isik, kellel on kokkupuude tervishoiuteenuse osutajaga. (Euroopa patsientide õiguste edendamise deklaratsioon)

Perearst – sellekohase eriala omandanud eriarst, kes tegutseb perearsti nimistu alusel või nimistuta eriarstina. (*TTKS*)

Perearsti nimistu – perearsti teenindamisele kuuluvate isikute nimekiri. (*TTKS*)

Tasemekoolitus võimaldab õhtuses, kaugõppe õppevormis või eksternina omandada põhiharidust ja üldkeskharidust, õhtuses või kaugõppe õppevormis kutsekeskharidust põhihariduse baasil, osakoormusega või eksternina kutsekeskharidust keskhariduse baasil ja osakoormusega või eksternina kõrgharidust. Tasemekoolituse läbimist tõendab tunnistus või diplom. ([Täiskasvanute koolituse seadus](#))

Tervishoiuteenus – tervishoiutöötaja tegevus haiguse, vigastuse või mürgituse ennetamiseks, diagnoosimiseks ja ravimiseks eesmärgiga leevendada inimese vaevusi, hoida ära tema tervise seisundi halvenemist või haiguse ägenemist ning taastada tervist. (*TTKS*)

Tervishoiuteenuse kvaliteet – tervishoiuteenuse omaduste kogum, mis iseloomustab teenuse vastavust kehtestatud nõuetele, kaasaja teadmistele, olemasolevatele ressurssidele, kutse- ja erialastele nõuetele ning patsiendi rahulolule ja tervise seisundi vajadustele. ([Tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamise nõuded](#))

Tervishoiuteenuste kvaliteedijuhtimissüsteem – tervishoiuteenuse osutaja organisatsiooniline struktuur, ressursid, vastutus ja plaanipärane tegevus kvaliteedi tagamisel. ([Tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamise nõuded](#))

Tervishoiuteenuse osutaja on tervishoiutöötaja või tervishoiuteenuseid osutav juriidiline isik. (TTKS)

Tervishoiutöötaja – Tervishoiuametis registreeritud arst, hambaarst, õde ja ämmaemand. (TTKS)

Tööalane koolitus võimaldab kutse-, ameti- ja/või erialaste teadmiste, oskuste ja vilumuste omandamist ja täiendamist, samuti ümberõpet kas töökohas või koolitusasutuses. Tööalase koolituse läbimist tõendab tunnistus või tõend. ([Täiskasvanute koolituse seadus](#))

Õendusabi – ambulatoorne või statsionaarne tervishoiuteenus, mida osutavad õde ja ämmaemand koos pere-, eri- või hambaarstiga või iseseisvalt. (TTKS)

Üldarstiabi – ambulatoorne tervishoiuteenus, mida osutavad perearst ja temaga koos töötavad tervishoiutöötajad. (TTKS)

2. Sissejuhatus

2.1. Tervishoiu kvaliteedi tagamise areng Eestis

Kvaliteedi tagamine on läbi aegade olnud inimestele meditsiinilise abi osutamise lahutamatuks komponendiks, kuigi erinevatel ajaperioodidel on rõhuasetus olnud mõnevõrra erinev. Sarnaselt kogu maailmaga on ka Eestis väga pikka aega tegeldud meditsiiniabi professionaalse kvaliteedi küsimustega. Kuni 1990. aastate alguseni lähtuti Eestis professionaalse kvaliteedi tagamisel paljuski Nõukogude Liidus kehtestatud ravi- ja diagnostikajuhenditest, toimis arstide atesteerimise riiklik süsteem, arstide ja õdede koolitus toimus ühtsete õppekavade alusel. Samuti olid kasutusel mitmed statistilised näitajad, mis võimaldasid lisaks osutatud tervishoiuteenuste mahule hinnata ka kvaliteeti (suremus, kirurgiline aktiivsus, operatsioonijärgsete tüsistuste esinemissagedus ja operatsioonijärgne suremus, saate- ja lõplike kliiniliste diagnooside lahknevus, kliiniliste ja lahangudiagnooside lahknevus jt). Professionaalse kvaliteedi tagamisele aitas kaasa ka lahangu suur osatähtsus.

Tulenevalt tervishoiusüsteemi tsentraalsest planeerimisest ja juhtimisest puudus tervishoiuteenuste osutajatel Eestis kuni 1992. aastani sisuliselt vajadus tegelda juhtimise kvaliteeti puudutavate küsimustega. See ei olnud ainult Eesti eripära: ka Lääne-Euroopa riikides muutus juhtimiskvaliteedi täiustamine tervishoiuasutustes populaarseks alles möödunud sajandi 80ndate lõpus ja 90ndate alguses. Sellesse perioodi jääb ka patsiendi rolli suurenemine tervishoiusüsteemis ning patsiendi õiguste kontseptsiooni arenemine.

Alates 1992. aastast, kui kohustusliku ravikindlustuse rakendamise tõttu muutusid tervishoiusüsteemi rahastamise põhimõtted, hakati hindama ka arstiabi kvaliteeti seoses ressursikasutusega (Gross, 1994a ja 1994b).

Samal ajal algasid muutused ka arstiõppes. 1991. aastal muudeti Tartu Ülikooli arstiteaduskonna õppekava, mille kohaselt lõpetati varane spetsialiseerumine ning arstieriala lõpetanud said üldarsti kutse. 1992. aastal avati TÜ polikliiniku ja perearstiteaduse õppetool ning alustati perearstide koolitusega. 1992. aastal sai alguse ka tervishoiu instituudi reorganiseerimine ning rahvatervise õppekava ajakohastamine ja vastavusse viimine rahvusvaheliste nõuetega.

Oluline tähis tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamises oli Eesti Tervishoiuprojekti tegevus aastatel 1995–1998. Projekti üks ülesanne oli akrediteerimine, litsentsimine ja kvaliteedi tagamine tervishoius ning selle raames Eesti tervishoiu kvaliteedipoliitika koostamine. Projekti rahastasid Maailmapank ja Hollandi valitsus. Kvaliteedipoliitika dokument koostati koostöös Hollandi tervishoiu kvaliteedi tagamise organisatsiooni CBO ekspertidega. Dokumendi koostamise käigus oli võimalik õppida Hollandi kogemustest, mis on kindlasti mõjutanud ka tervishoiu kvaliteedi arengut Eestis (Sluijs & Wagner, 2003). Tervishoiu kvaliteedipoliitika dokument esitati kinnitamiseks Vabariigi Valitsusele. Valitsus vaatas dokumendi läbi, kuid ei kinnitanud seda. Põhjuseks oli dokumendi koostajate esitatud ettepanek, et Eestis tuleks asutada Tervishoiu Kvaliteedi Keskus, kes koordineeriks kvaliteedi tagamisega seotud tegevust, juhendaks ja nõustaks tervishoiuteenuste osutajaid ning teostaks kvaliteedi-uuringuid. Keskuse tegevuse rahastajana nähti nii riiki, tervishoiuteenuste osutajaid kui ka teenuse ostjat. Kuigi kvaliteedipoliitika dokument jäi kinnitamata, on see olnud paljudele Eesti tervishoiuasutustele nii õppematerjaliks kui ka töövahendiks kvaliteeditegevuste rakendamisel. Just 1990. aastate teisel poolel hakati intensiivselt tegelema ka patsientide ja töötajate rahulolu uuringutega.

Kvaliteedinõuded sõnastati esimest korda õigusaktis 2001. aastal, kui võeti vastu tervishoiuteenuste korraldamise seadus. Selle seaduse kohaselt kehtestab sotsiaalminister nõuded tervishoiuteenuse kvaliteedile ja kättesaadavusele. Lisaks sellele sätestati miinimum-

nõuded tervishoiutöötajatele ja tervishoiuteenuste osutajatele. Seadus hakkas kehtima 2002. aasta 1. jaanuarist ning kõigile tervishoiutöötajatele ja tervishoiuteenuste osutajatele anti aega kolm aastat (ehk 31. detsembrini 2004) oma tegevuse kooskõlla viimiseks kehtivate nõuetega.

Tervishoiuteenuste korraldamise seaduse kohaselt on tervishoiuteenuste osutajad eraõiguslikud isikud (nii juriidilised kui ka füüsilised) ning see on toonud kaasa ka lisanõudmised juhtimise kvaliteedi arendamiseks.

2.2. Dokumendi eesmärgid ja sisu

Käesoleva dokumendi **eesmärgid** on järgmised:

- anda ülevaade olemasolevatest tervishoiuteenuste kvaliteediga seonduvatest õigusaktidest ja muudest dokumentidest;
- selgitada täiendavate õigusaktide ja/või teiste dokumentide koostamise vajadus või olemasolevatega seotud probleemid (kattuvus, mittevastavus olukorrale, probleemid rakendatavusega);
- analüüsida olemasolevate riiklike ja mitteriiklike organisatsioonide ülesandeid tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamise valdkonnas ning hinnata nende võimet neid ülesandeid täita;
- esitada Sotsiaalministeeriumile riikliku tervishoiu kvaliteedistrateegia kavandamise ja rakendamise ajakava ettepanekud.

Dokumendi osad

1. peatükis on esitatud dokumendis kasutatud mõisted ning 2. peatükis on lühidalt tutvustatud käesolevat dokumenti.

3. peatükis “Tervishoiu kvaliteedi tagamine riiklikul tasandil” on kirjeldatud olemasolevaid tervishoiuteenuste struktuuri, protsessi ja tulemuste kvaliteedi tagamisega seotud õigusakte, juhiseid ja muid dokumente ning neis sätestatud reguleerimisalasid koos täitjate ja rakendatuse kontrollisüsteemi kirjeldamisega. Tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamisega seotud ülesannete jaotus on esitatud 4. peatükis.

5. peatükis on kirjeldatud kasutatavaid tervishoiuteenuste kvaliteedi hindamise kriteeriume, lähtudes struktuuri, protsessi ja tulemuste kvaliteedist. Dokumendis on antud hinnang sellele,

- missugused nimetatud kriteeriumidest sobivad ainult organisatsioonisiseseks kasutamiseks;
- missuguseid võiks kasutada üld- ja eriarstiabi osutajate töö kvaliteedi võrdluseks (näiteks perearstipraksiste akrediteerimiseks);
- missuguste kriteeriumide alusel võiks haigekassa hinnata tervishoiuteenuste osutajate kui lepingupartnerite töö kvaliteeti.

Tervishoiusüsteem toimib ainult siis kvaliteetselt, kui selle erinevad osad suudavad edukalt koos toimida ning süsteemi keskmes on patsient oma vajadustega. Selle hindamiseks on 6. peatükis kirjeldatud diabeedihaige ravijuhendi näitel võimalikke kvaliteedikriteeriume, mida saaks diabeedihaige ravi kvaliteedi hindamisel kasutada. Eriti oluline on hinnata erinevate teenuste osutajate kokkupuutepunkte – perearst-eri-arst (endokrinoloog)-haigla.

Kokkuvõtte punktis 7.2 “Tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamisega seotud probleemid ja võimalikud lahendused” on kirjeldatud probleeme, mille lahendamine vajab kõigi huvirühmade koostööd, et võimaldada tervishoiuteenuse osutajal pakkuda oma patsientidele nende vajadustele vastavaid ja ohutuid tervishoiuteenuseid. Pärast arutelu tervishoiusüsteemi huvirühmadega koostatud punktis 7.3 on esitatud ettepanekud riikliku tervishoiu kvaliteedi strateegia kavandamiseks.

2.3. Dokumendi koostajad

Tulenevalt dokumendi eesmärgist kutsus Sotsiaalministeerium kokku töörühma, kelle ülesandeks oli koostada dokumendi tööversioon ja pärast arutelu erinevate tervishoiusüsteemi huvipooltega teha ettepanekud tervishoiuteenuste kvaliteedistrateegia kavandamiseks.

Dokumendi ettevalmistavasse töörühma kuulusid

- 1) Marina Kaarna – SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla ravikvaliteedi teenistuse juhataja;
- 2) Ruth Kalda – Tartu Ülikooli polikliiniku ja perearstiteaduse õppetooli dotsent;
- 3) Kalev Karu – AS Lasnamäe Tervisekeskuse peaarst;
- 4) prof Margus Lember – Taru Ülikooli sisekliiniku juhataja;
- 5) Evi Lindmäe – Tervishoiuameti registrite ja tegevuslubade osakonna juhataja;
- 6) prof Heidi-Ingrid Maaroo – Tartu Ülikooli polikliiniku ja perearstiteaduse õppetooli juhataja;
- 7) Katrin Maiste – Eesti Haigekassa tervishoiuspetsialist;
- 8) Kaja Põlluste – Tartu Ülikooli tervishoiukorralduse vanemassistent;
- 9) Teele Raiend – SA Pärnu Haigla kvaliteedijuht;
- 10) Anneli Rätsep – Tartu Ülikooli polikliiniku ja perearstiteaduse õppetooli assistent.

Dokumendi ettevalmistajaid abistas projekti juhtrühm, kuhu kuulusid Sotsiaalministeeriumist tervishoiu asekanstler Katrin Saluvere, tervishoiuosakonna juhataja Ivi Normet ja tervishoiupoliitika juht Alar Sepp, Maailma Terviseorganisatsiooni Eesti esindaja Jarno Habicht ja Tervishoiuameti peadirektor Üllar Kaljumäe.

Dokumendi esimeses versioonis esitatud ettepanekuid arutati erinevate huvirühmade esindajatega kvaliteedistrateegia loomise seminaril 17. detsembril 2004. aastal. Seminaril osales Maailma Terviseorganisatsiooni ekspert Bruno Bouchet, kes seminari järel esitas eksperthinnangu tervishoiu kvaliteedi arengu kohta Eestis ja sellest tulenevalt soovitusel Eesti tervishoiu kvaliteedistrateegia kavandamiseks. Dokumendi lõppversiooni koostamisel on arvesse võetud nii seminari arutelude tulemused kui ka eksperthinnang.

Dokumendi koostamist rahastas Maailma Terviseorganisatsioon eesmärgiga toetada tervishoiu kvaliteedi arengut Eestis ja valmistada ette kõigi tervishoiusüsteemi huvirühmadega kooskõlastatud projekt Sotsiaalministeeriumile Eesti tervishoiu kvaliteedistrateegia väljatöötamiseks. Projekti haldamise eest vastutas Eesti Tervishoiujuhtide Kolleegium.

3. Tervishoiu kvaliteedi tagamine riiklikul tasandil

Selles peatükis on kirjeldatud olemasolevaid tervishoiuteenuste struktuuri, protsessi ja tulemuste kvaliteedi tagamisega seotud õigusakte, juhendeid ja muid dokumente ning nende reguleerimisala.

Struktuuri kvaliteedi tagamine ehk nõuded teenuse osutajale (inimestele, hoonetele, ruumidele, sisseseadele) on enamasti sätestatud õigusaktidega.

Protsessi kvaliteedi tagamine ehk nõuded teenuse osutamise viisile (diagnostika, ravi, õendustegevus, taastus, ennetus) on enamasti reguleeritud juhendite ja hea tava järgimisega. Õigusakte rakendatakse protsessi kvaliteedi tagamisel suhteliselt harva.

Tulemuste kvaliteet ei ole üldjuhul sätestatud õigusaktidega, enamasti sätestatakse tulemuste kvaliteet tervishoiuteenuse osutaja ja ostja vahelistes kokkulepetes.

3.1. Õigusaktides sätestatud tervishoiuteenuste kvaliteedinõuded

3.1.1. Struktuuri kvaliteedi tagamine

Tervishoiuteenuste osutajate pädevuse tagamise eelduseks on tänapäeva nõuetele vastav tervishoiutöötajate koolitus. Eestis toimub arstide ja hambaarstide väljaõpe Tartu Ülikooli arstiteaduskonnas. Tervishoiutöötajate koolituse nõuded on sätestatud järgmistes õigusaktides: [ülikooliseadus](#), [Tartu Ülikooli seadus](#) ja Vabariigi Valitsuse 25. oktoobri 2004. aasta määrus nr 312 "[Arstiõppe, loomaarstiõppe, proviisoriõppe, hambaarstiõppe, ämmaemandaõppe, õeõppe, arhitektiõppe ja ehitusinseneriõppe raamnõuded](#)". Vabariigi Valitsuse määrusega kehtestatud [kõrgharidusstandard](#) määrab kindlaks kõrghariduse üldnõuded Eestis ning on kõrghariduse omandamist võimaldavate õppeasutuste koolituslubade väljaandmise ja nende õppekavade hindamise üks alusdokumente. Kõrgharidusstandard kehtib kõrgharidus taseme kõikidele astmetele ja õppevormidele, olenemata õppeasutuse õiguslikust seisundist. Õdede koolitust reguleerib [rakenduskõrgkooli seadus](#).

Ülikooliseaduse kohaselt on arsti- ja hambaarstiõpe bakalaureuse- ja magistriõppe integreeritud õppekavadel põhinev õpe. Arstiõppe nominaalkestus on kuus ja hambaarstiõppe nominaalkestus viis aastat. Arstiõppe kliiniline õpe korraldatakse Tartu Ülikooli Kliinikumis, arsti- ja hambaarstiõppele järgneb kolme- kuni viieaastane residentuur ühel arsti- või hambaarsterialal. Residentuuri läbimise ja rahastamise tingimused ning kord on kehtestatud Tartu Ülikooli seadusega. Ämmaemandaõppe nominaalkestuseks on 4,5 aastat ja õeõppe nominaalkestuseks 3,5 aastat ning koos lisaspetsialiseerumisega 4,5 aastat (Vabariigi Valitsuse määrus "Arstiõppe, loomaarstiõppe, proviisoriõppe, hambaarstiõppe, ämmaemandaõppe, õeõppe, arhitektiõppe ja ehitusinseneriõppe raamnõuded"). Alates 1997. aastast on arstiteaduskonna arsti- ja hambaarstiteaduse õppekavad ning 1996. aastast õdede ja ämmaemandaõppe õppekavad viidud vastavusse Euroopa Liidu õppesisu koordineerivate direktiividega.

[Õdede erialase koolituse põhimõtted](#) töötas Sotsiaalministeeriumis kokku kutsutud töörühm välja 2003. aastal.

[Tervishoiuteenuste korraldamise seadus](#) sätestab tervishoiuteenuste osutamise korralduse ja nõuded. Seaduse järgi on tervishoiuteenuste kättesaadavuse ja kvaliteedi tagamise nõuete kehtestamine sotsiaalministri ülesanne.

1. Tervishoiutöötaja registreerimine (nii Eestis kui ka välisriigis kvalifikatsiooni omandamise korral)
 - Tervishoiuamet kui riigi esindaja annab tervishoiutöötajale õiguse osutada tervishoiuteenuseid kvalifikatsiooni tõendavas dokumendis ja registreerimisel väljastatavas tõendis märgitud erialal. Registreerimise aluseks on määrused, kus võetakse arvesse tervishoiutöötaja põhikoolitus, eriala omandamine, atesteerimine ja töökogemus, et tagada ainult kvalifitseeritud spetsialistide pääsemine registrisse. Erialade loetelu on kinnitatud sotsiaalministri määrustega (["Eriarstiabi erialade loetelu"](#) ja ["Õendusabi erialade loetelu"](#)).
 - Tervishoiuamet tunnistab registreerimistõendi kehtetuks, kui tervishoiutöötaja suhtes on jõustunud süüdimõistev kohtuotsus, millega on isikult ära võetud kvalifikatsiooni tõendavas dokumendis ja registreerimistõendis märgitud erialal tegutsemise õigus.

Tervishoiuteenuste korraldamise seaduse kohaselt on tervishoiutöötajad arstid, hambaarstid, õed ja ämmaemandid. Kõikide teiste kutsealade esindajate kvalifikatsiooninõuded on sätestatud [kutseseaduses](#). Kutseseaduse alusel on loodud [Kutsekvalifikatsiooni Sihtasutus \(Estonian Qualification Authority\)](#), mille üheks ülesandeks on ka tervishoiusüsteemis töötavate spetsialistide (nt füsioterapeudid, logopeedid, optometristid jt) kutsestandardite väljatöötamine.
2. Perearstina tegutsemise õigus ja perearstina tegutsemise õiguse äravõtmine
 - Perearstina tegutsemise õiguse andmine (nimistu kinnitamine ja perearsti teeninduspiirkonna määramine) ning selle õiguse äravõtmine toimub maavanema kui riigi esindaja korraldusel.
 - Perearsti kui eriarsti kvalifikatsiooni tõendab Tervishoiuamet perearstile registreerimistõendi väljastamisega. Nimistuta perearstil on võimalik taotleda tegevusluba.
3. Tegevusloa taotlemine ja väljaandmine
 - Tegevusluba on nõutav kiirabi, eriarstiabi ja iseseisvalt õendusabi osutamiseks. [Iseisvalt osutatavate õendusabi teenuste loetelu](#) on kehtestatud sotsiaalministri määrusega, mille kohaselt õde võib iseseisvalt osutada koolitervishoiuteenust ja koduõendus-hooldusteenust.
 - Tegevusloa väljastab riigi esindajana Tervishoiuamet viieks aastaks.

Struktuuri kvaliteedi nõuded, mis on esitatud tervishoiuteenuse osutamisega seotud ruumidele ja aparatuurile, on sätestatud järgmiste sotsiaalministri määrustega¹:

1. ["Nõuded haiglavälise eriarstiabi osutamiseks vajalikele ruumidele, sisseseadele ja aparatuurile"](#)
 2. ["Haigla liikide nõuded"](#)
 3. ["Haiglate majutuse standardtingimused"](#)
- Määrusega kehtestatakse nõuded, millele peavad vastama haiglate palatiosakondade palatid, puhke- ja toitlustusruumid ning tualettruumid.
4. ["Haigla funktsionaalse arengukava ja ehitusprojekti meditsiinitehnoloogia osa kinnitamise kord"](#)
 5. ["Nõuded õendusabi iseseisvaks osutamiseks vajalikele ruumidele, sisseseadele ja aparatuurile"](#)
 6. ["Nõuded perearsti tegevuskoha ruumidele, sisseseadele ja aparatuurile"](#)
 7. ["Rehabilitatsiooniasutusele osutatavad nõuded"](#)

Määrusega kehtestatud nõuetele peavad vastama asutused, kes

- osutavad rehabiliteerimise teenust isikule, kellel on sügav, raske või keskmine puue; ning

¹ Määrused reguleerivad teatud kindlaid valdkondi, mida üldjuhul kajastab määruse nimetus.

- koostavad rehabilitatsiooniplaani puude tuvastamist taotlevale inimesele, kui see on vajalik puude raskusastme määramiseks või isiku iseseisvaks toimetulekuks ja sotsiaalselt integratsiooniks.

8. ["Kiirabibrigaadi koosseisu ja varustuse nõuded ning tööjuhend"](#)

Määrus sätestab

- kiirabibrigaadi koosseisu ja varustuse nõuded (struktuur);
- kiirabibrigaadi liikmete õigused ja kohustused (struktuur);
- kiirabibrigaadi tegevuse (protsess) väljasõidueelsel perioodil ja väljasõidul sündmuskohale, sündmuskohal, patsiendi veol haiglasse, haiglas, tagasisõidul kiirabibaasi ja kiirabibaasis.

9. ["Tervishoiuteenuste osutamist tõendavate dokumentide loetelu ja vormid ning tervishoiuteenuste dokumenteerimise kord"](#)

Määrus sätestab

- tervishoiuteenuse osutamist tõendavate dokumentide loetelu ja vormid (struktuur);
- dokumentide vormistamise nõuded, sh elektroonilise dokumenteerimise nõuded (protsess);
- andmekogu asutamise, pidamise ja likvideerimise nõuded (protsess).

10. ["Vereteenistuse reformimine"](#)

Määrus sätestab vereteenistuse arengukava ja vereteenistuse struktuuri ning töökorralduse alused.

Alates 1. detsembrist 2004 kehtib Eestis ["Meditsiiniseadme seadus"](#), mis sätestab nõuded meditsiiniseadmetele, nende valmistamisele, meditsiiniseadmete turule laskmisele ja kasutuselevõtule, meditsiiniseadmele kliinilise hinnangu andmisele ja meditsiiniseadme professionaalsele kasutajale. Seaduse alusel on Vabariigi Valitsus andnud välja järgmised määrused:

1. ["Meditsiiniseadme vastavushindamise kord"](#)
2. ["Nõuded meditsiiniseadme kavandamisele, tootmisele, pakendamisele ja meditsiiniseadmega kaasnevale teabele"](#)
3. ["Meditsiiniseadmete liigitamise reeglid"](#)

Ka meditsiiniseadmete kasutamiseiga seonduvaid asjaolusid reguleerivad kaks sotsiaalministri määrust:

1. ["Meditsiiniseadme turule laskmisest ja meditsiiniseadmel tehtud olulistest muudatustest teavitamise tingimused ja kord"](#)
2. ["Ohujuhtumist teavitamise kord ja teavitamisvormid"](#)

Piisava hulga ning kvalifikatsiooniga personali ettevalmistusega seotud tegurid on sätestatud järgmistes määrustes:

1. ["Arstide erialade arengukavad"](#) on määrus, millega kehtestatakse tervishoiuteenuste prognoositavad mahud ja optimaalne jaotumine 2015. aastani.
2. ["Õendusala erialade arengukavad"](#) on määrus, millega määratakse kindlaks õenduserialade ja õdede koolituse ning ämmaemanduse eriala ja ämmaemandate koolituse arengusuunad 2015. aastani.
3. Ravimitega seonduvaid kvaliteedinõudeid reguleerivad ["Ravimiseadus"](#) ja selle alusel kehtestatud õigusaktid.

3.1.2. Protsessi kvaliteedi tagamine

Protsessi kvaliteedinõudeid sätestavad järgmised õigusaktid:

1. ["Perearsti tööjuhend"](#) on sotsiaalministri määrus, mis sätestab perearsti ja pereõe töövaldkonnad ning üldarstiabi kättesaadavuse nõuded (perearsti vastuvõtuaeg, üldarstiabi kättesaadavus väljaspool perearsti vastuvõtuaega ja perearsti vastuvõtule pääsemise kiirus).
2. ["Kiirabi, haiglate ning pääste- ja politseiasutuste kiirabialase koostöö kord"](#) on Vabariigi Valitsuse määrus, mis reguleerib kiirabi, haiglate ning pääste- ja politseiasutuste koostöö korda.
3. ["Kiirabibrigaadi koosseisu ja varustuse nõuded ning tööjuhend"](#) (vt p 3.1.1 "Struktuuri kvaliteedi tagamine").
4. ["Tervishoiuteenuste osutamist tõendavate dokumentide loetelu ja vormid ning tervishoiuteenuste dokumenteerimise kord"](#) (vt p 3.1.1 "Struktuuri kvaliteedi tagamine").
5. ["Vereteenistuse reformimine"](#) (vt p 3.1.1 "Struktuuri kvaliteedi tagamine").
6. ["Tervishoiuteenuste kättesaadavuse nõuded"](#) on sotsiaalministri määrus, mis kehtestab lisaks tervishoiuteenuste (üld- ja eriarstiabi, kiirabi, vältimatu abi ja õendusabi) kättesaadavuse nõuetele ka ravijärjekorra pidamise nõuded.
7. ["Tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamise nõuded"](#) on sotsiaalministri määrus, mis sätestab tervishoiuteenuse osutaja kohustused tervishoiuteenuse kvaliteedi tagamisel, tervishoiutöötaja pädevuse nõuded, nõuded tervishoiuteenuse osutaja kvaliteedijuhtimissüsteemile ja kohustused
 - patsientide rahulolu tagamisel ja tervishoiuteenuste osutamisega kaasneva riski juhtimisel,
 - tervishoiuteenuse kvaliteedi tagamisel ning
 - organisatsiooni töökorralduse ja juhtimise kvaliteedi tagamisel.
8. ["Tervishoiuteenuse osutamise kvaliteedile eksperdihinnangu andmise kord"](#) on sotsiaalministri määrus, mis sätestab Tervishoiuameti juures asuva arstiabi kvaliteedi ekspertkomisjoni
 - tegevuse eesmärgi, milleks on patsiendile osutatud tervishoiuteenuse kvaliteedile sõltumatu eksperdihinnangu andmine;
 - komisjoni ülesanded;
 - komisjoni ja eksperdihinnangu andjate õigused;
 - komisjoni koosseisu ja volituste kestuse;
 - komisjoni koosolekud ja koosolekute töökorra ning otsuste tegemise;
 - juhtumi teistkordse käsitlemise reeglid.
9. Teise arvamuse saamise võimalus ja kord on sätestatud ["Ravikindlustuse seaduses"](#), mille kohaselt tasub Eesti Haigekassa ühekordselt teise arvamuse saamisega seotud kulud (ka juhul, kui teise arvamuse saamiseks tuleb pöörduda välismaale).

Protsessi kvaliteedi tagamisega on seotud ka patsiendi õiguste aktsepteerimine ja nende õiguste tagamine. Patsiendi õigused kvaliteetse tervishoiuteenuse saamiseks on tagatud järgmiste õigusaktidega:

1. ["Võlaõigusseadus"](#) (41. peatükk "Tervishoiuteenuste osutamise leping", § 758–773) sätestab tervishoiuteenuse osutaja ja patsiendi kohustused, patsiendi informeerimise ja teenuse osutamiseks vajaliku nõusoleku saamise nõuded, tervishoiuteenuse osutaja saladuse hoidmise kohustuse ning tervishoiuteenuse osutaja vastutuse. ["Nakkushaiguste ennetamise ja tõrje seadus"](#) sätestab nakkushaigetele arstiabi andmise korra patsiendi

- nõusolekul, samuti patsiendi tahtest olenematu ravi kohaldamise tingimused ja korra (§ 3–5).
3. [”Psühhiaatrilise abi seadus”](#) sätestab isikule psühhiaatrilise abi andmise korra ja tingimused ning isiku õigused:
 - psühhiaatrilise abi vabatahtlikkus ja isiku õigused (§ 3–4)
 - vältimatu psühhiaatriline abi ja tahtest olenematu vältimatu psühhiaatriline abi (§ 10–14)
 4. [”Raseduse katkestamise ja steriliseerimise seaduses”](#) on määratud kindlaks raseduse katkestamise ja steriliseerimise tingimused ning kord:
 - raseduse katkestamise vabatahtlikkus, tähtaeg ja koht, naistearsti ainuõigus raseduse katkestamiseks, nõustamise kohustus;
 - steriliseerimise vabatahtlikkus, lubatavus, koht, arsti (naistearst, kirurg, uroloog) ainuõigus steriliseerimiseks, nõustamise kohustus.
 5. [”Kunstliku viljastamise ja embrüokaitse seadusega”](#) sätestatakse kunstliku viljastamise kord ja tingimused, toimingute vabatahtlikkus, meditsiinilise ja õigusliku nõustamise kohustus ning kehaväliselt loodud embrüo kaitse.
 6. [”Elundite ja kudede siirdamise seadus”](#) kehtestab inimpäritoluga elundite ja kudede siirdamise tingimused ja korra, v.a vere, verepreparaatide, sugurakkude, sugunäärmete ning embrüote siirdamine. Seaduses on reguleeritud ka eelnimetatud protseduuridega seotud teadva nõusoleku ja isikuandmete kaitse aspektid.
 7. [”Isikuandmete kaitse seadus”](#) sätestab delikaatsete isikuandmete mõiste (§ 4) ning delikaatsete isikuandmete töötlemise korra (§ 24–27).

3.1.3. Tulemuste kvaliteedi tagamine

Tulemuste kvaliteeti iseloomustab see, kuidas saadud tulemused on kooskõlas patsiendi, teenuse osutajate või rahastajate ootustega. Võrreldes struktuuri ja protsessi kvaliteediga puudub tulemuste kvaliteedi osas enamasti seadusandlik regulatsioon ja tõenäoliselt pole ka otstarbekas seda valdkonda õigusaktidega reguleerida. Teatud määral on siiski võimalik tulemuste kvaliteedi hindamisel lähtuda [”Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetelust”](#), mis on aluseks kindlustatud isikule osutatud tervishoiuteenuse eest tasu maksmise kohustuse ülevõtmisel Eesti Haigekassa poolt. Tasu maksmise kohustus võetakse üle tervishoiuteenuse piirhinna ulatuses, välja arvatud juhtudel, kui määruses on sätestatud kindlustatu omaosaluse määr.

Ka tervishoiuteenuse kättesaadavust võib vaadelda tulemusena ning tervishoiuteenuse osutajale esitatud kättesaadavuse nõuded on kirjeldatud järgmistes õigusaktides (milles küll peamiselt keskendutakse protsessi kvaliteedi tagamisele):

1. [”Perearsti tööjuhend”](#) määrab kindlaks üldarstiabi kättesaadavuse, s.o ägeda tervisehäirega patsient peab perearsti vastuvõtule pääsema pöördumise päeval, teistel juhtudel kolme tööpäeva jooksul.
2. [”Tervishoiuteenuste kättesaadavuse nõuded”](#):
 - kiirabi kättesaadavus – piirkonnas, mille asustustihedus on üle 20 elaniku km² kohta, peab olema vähemalt üks arstibrigaad 35 000 elaniku kohta ning maapiirkonnas, mille asustustihedus on alla 20 elaniku km² kohta, peab olema üks kiirabibrigaad 10 000–15 000 elaniku kohta;
 - eriarstiabi kättesaadavus – eriarstiabi piirkondlik kättesaadavus üldkirurgia, sisehaiguste, pediaatria ning sünnitusabi ja günekoloogia erialadel peab olema kuni 70 km või 60 minuti autosõidu kaugusel.

3. ["Kiirabi, haiglate ning pääste- ja politseiasutuste kiirabialase koostöö kord"](#) määrab kindlaks väljakutse prioriteetid ja kiirabibrigaadi väljasaatmise aja.

3.2. Hea tava ja juhendid tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamisel

3.2.1. Hea tava ja juhendite rakendamine struktuuri kvaliteedi tagamiseks

Struktuuri kvaliteedi tagamiseks on välja töötatud tervishoiutöötajate pädevuse hindamise põhimõtted. Tervishoiutöötajateks on [tervishoiuteenuste korraldamise seaduse](#) kohaselt arstid, hambaarstid, õed ja ämmaemandad, kes võivad tervishoiuteenuseid osutada, kui Tervishoiuametist on neile väljastatud kvalifikatsiooni tõendav registreerimistõend. Seaduse kohaselt on registreerimine ühekordne toiming, perioodilist kohustuslikku uuesti registreerimist seadus ei sätesta. Kuni 2001. aasta lõpuni toimus Eestis arstide, õdede ja ämmaemandate riiklik atesteerimine, alates 2002. aasta 1. jaanuarist muutus see süsteem kehtetuks ning sotsiaalministri kehtestatud määrusega "Tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamise nõuded" volitas riik eriala- ja kutseühendusi tegelema tervishoiutöötajate pädevuse perioodilise hindamisega. 2002. aastal töötati välja [eriarstide pädevuse hindamise põhimõtted ja süsteem](#) ning 2003. aastal [õdede ja ämmaemandate pädevuse hindamise põhimõtted ja süsteem](#). Pädevuse hindamine on tervishoiutöötaja jaoks vabatahtlik.

Eriarstide pädevuse hindamist korraldavad erialaseltsid. Pädevuse hindamise periood on viis aastat ning pädevuse hindamisel hinnatakse

- läbitud täienduskoolitust (soovitav maht 300 täienduspunkti 5 aasta jooksul; 1 täienduspunkt = 1 akadeemiline tund) ning
- praktilist töökogemust ja töö tulemuslikkust.

Õdede ja ämmaemandate pädevuse hindamise periood on samuti viis aastat. Õdede pädevuse hindamist korraldab Eesti Õdede Liit ja ämmaemandate pädevuse hindamist korraldab Eesti Ämmaemandate Ühing. Pädevuse hindamisel võetakse arvesse läbitud täienduskoolitust (soovitav koolituse maht 300 täienduspunkti viie aasta jooksul) ja praktilist tegevust kutsealal. Kuna viimastel aastatel on reformitud õdede ja ämmaemandate koolitust, on osa nimetatud tervishoiutöötajatest keskeri- ja osa kutsekõrgharidusega. Seetõttu kasutatakse õdede ja ämmaemandate pädevuse hindamisel erinevaid tasemeid, mille puhul üheks määravaks teguriks on pädevustunnistuse taotleja kõrghariduse olemasolu või puudumine.

2004. aasta lõpuks olid sertifitseerimise korraldanud järgmiste erialade seltsid: hambaarstid, perearstid, naistearstid, kirurgid, radioloogid, nahaarstid, laboriarstid, töötervishoiuarstid.

3.2.2. Hea tava ja juhendite rakendamine protsessi kvaliteedi tagamiseks

Ravijuhendid

Eestis koordineerib ja rahastab ravijuhendite koostamist Eesti Haigekassa. Otsuse ravijuhendi rahastamise ja tõenduspõhisuse kohta teeb Ravijuhiste Nõukoda. Eesti Haigekassa ravijuhendite koostamise põhimõtteid on kirjeldatud järgmistes dokumentides: ["Eesti Haigekassa ravijuhendite kontseptsioon"](#) ja ["Ravi- ja tegevusjuhendite koostamise käsiraamat"](#).

2004. aasta lõpuks olid välja töötatud järgmised ravijuhendid:

1. [Eesti Haigekassa poolt tunnustatud ravijuhendid](#) (10)
2. [Erialseltside poolt välja töötatud ravijuhendid](#) (84)

Lisaks olemasolevatele juhenditele toimub Eesti Haigekassa koordineerimisel [11 ravijuhendi väljatöötamine](#). Tulevikus on Eesti Haigekassal kavas hakata tegelema ka [patsiendijuhendite väljatöötamisega](#).

3. [Eesti Haigekassa poolt lepingupartneritele esitatavad kvaliteedinõuded](#), kus on käsitletud ka tervishoiuteenuse kättesaadavuse ja kvaliteedi tagamise tingimusi (ravi rahastamise lepingu üldtingimused, p 4 ja 5)

3.3. Muud tervishoiuteenuste osutamise kvaliteediga seotud dokumendid

1. Eesti tervishoiu kvaliteedipoliitika

Dokument valmis Eesti-Hollandi koostööprojekti “Eesti tervishoiu kvaliteet” raames. Projekti rahastas Hollandi välisministeerium. Dokumendi eesmärgiks oli teadvustada tervishoiuteenuste osutamise seotud huvirühmadele kvaliteedi tagamise võimalusi ning kvaliteedi tagamise tähtsust tervishoius. Dokumendis esitati ka erinevate organisatsioonide ja huvirühmade ülesanded ja vastutus tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamisel.

2. [Organisatsiooni juhtimise käsiraamatu / kvaliteedikäsiraamatu koostamine ja rakendamine tervishoiuteenuse osutamisel](#)

Juhend valmis 2003. aastal, juhendi koostamisel osalesid erinevate tervishoiuteenuste osutajate esindajad, kellel on kogemusi tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamise valdkonnas. Juhend koosneb kahest osast. Esimeses osas on antud ülevaade kvaliteedi tagamise ja kvaliteedijuhtimise põhimõtetest, teises osas on kirjeldatud organisatsiooni juhtimise käsiraamatu näidisstruktuuri, mille alusel tervishoiuteenuse osutaja võib koostada oma vajadustele vastava käsiraamatu.

3.4. Tervishoiuteenuse osutajate juhtimiskvaliteedi arendamine

Eestis ei ole peetud vajalikuks kujundada ühtset seisukohta, missugune on kõige sobivam viis tervishoiuteenuste osutajate kvaliteedijuhtimissüsteemi arendamiseks. On tervishoiuasutusi, kes kavatsevad oma kvaliteedijuhtimissüsteemi arendamisel aluseks võtta ISO 9001 standardi, kuid suuremate tervishoiuteenuste osutajate hulgas on rakendatud organisatsioonilise täiuslikkuse mudelit (Eesti juhtimiskvaliteedi auhinna mudel).

Alates 2001. aastast, kui Eestis hakati korraldama Eesti kvaliteediauhinna konkursse (alates 2004. aastast [Eesti juhtimiskvaliteedi auhinna](#) konkurs), on igal aastal konkursil osalenud ka mõni tervishoiuasutus. 2003. ja 2004. aasta jooksul osalesid sellel konkursil oma juhtimissüsteemi parendamise eesmärgil kõik Eesti piirkondlikud haiglad (SA Tartu Ülikooli Kliinikum 2003. a ning SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla ja SA Tallinna Lastehaigla 2004. a) ning üks kesonhaigla (SA Pärnu Haigla 2003. a).

4. Tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamisega seotud ülesannete jaotus

Peatükis on kirjeldatud erinevate organisatsioonide ülesandeid tervishoiu kvaliteedi tagamise valdkonnas. Enamasti tulenevad ülesanded organisatsioonide põhikirjast või on ülesannete täitmine määratud õigusaktidega. Lisaks tegevuste loetelule on välja toodud ka probleemid, mis ülesannete jaotuse või määratud ülesannete täitmisega võivad kaasneda.

4.1. Sotsiaalministeerium

[Sotsiaalministeeriumi põhimääruse](#) kohaselt on ministeeriumi üheks eesmärgiks tagada tervishoiuteenuste ja ravimite tasakaalustatud kättesaadavus; tervishoiuosakonna põhiülesandeks on kavandada tervishoiupoliitikat ja korraldada selle elluviimist eesmärgiga tagada tervishoiuteenuste ja ravimite kättesaadavus, kvaliteet ja ohutus; terviseinfo ja analüüsi osakonna põhiülesandeks on kavandada tervisealast infopoliitikat ja korraldada selle elluviimist eesmärgiga tagada vajaliku informatsiooni olemasolu ja selle turvaline ning kasutajasõbralik kättesaadavus tõendus põhiste tervise teenuste pakkumiseks.

Tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamisega seostuvad kõige otsesemalt järgmised tegevused:

- õigusaktide (sh tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamisega seotud) eelnõude väljatöötamine;
- tervishoiu arengukavade koostamine ja kinnitamine;
- riikliku tervishoiu kvaliteedipoliitika väljatöötamine;
- tervishoiuteenuste osutajatele soovituslike juhendmaterjalide koostamine (organisatsiooni juhtimise kvaliteedi arendamise juhiste väljatöötamine);
- tervishoiuteenuste osutajate tegevuse mahtu ja majandusnäitajaid iseloomustavate statistiliste andmete kogumine ja analüüs.

Praegu ei koordineeri Sotsiaalministeerium otseselt tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamisega seotud tegevust ega tegele ka tervishoiuteenuste kvaliteeti iseloomustavate statistiliste andmete kogumise ja analüüsimisega. Seetõttu võib olla raskendatud ka vastavate tõendus põhiste tervishoiupoliitiliste otsuste tegemine tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamiseks.

4.2. Tervishoiuamet

Tervishoiuamet on [põhimääruse](#) kohaselt Sotsiaalministeeriumi valitsemisalas tegutsev valitsusasutus, kellel on talle pandud ülesannete ulatuses juhtimisfunktsioon ja kes teostab riiklikku järelevalvet ning kohaldab riiklikku sundi õigusaktides sätestatud ulatuses ja korras.

Tervishoiuameti ülesandeks on eeskätt struktuuri kvaliteedi tagamine ja järelevalve:

- tegevuslubade väljastamine eriarstiabi, kiirabi ja õendusabi osutajatele;
- tervishoiutöötajate ja töötervishoiuteenuse osutajate registreerimine;
- tegevusloas esitatud struktuuri kvaliteedi nõuete täitmise järelevalve;
- tervishoiutöötajate pädevusnõukogu tegevuse koordineerimine ja korraldamine.

Lisaks struktuuri kvaliteedi tagamisele korraldab Tervishoiuamet ka arstiabi kvaliteedi ekspertkomisjoni tööd. Komisjoni ülesandeks on patsientide või nende esindajate kaebuste läbivaatamine ja tervishoiuteenuste kvaliteedile eksperdihinnangu andmine.

Praegu on tervishoiuteenuste kvaliteedi hindamine suures osas tagasisivaatav, s.t et arutatakse juba toimunud juhtumit ja selle põhjusi. Järk-järgult on suurenemas ka ennetav tegevus, mille eesmärgiks on tervishoiuteenuste osutajate teadlikkuse suurendamine ning komisjonis käsitletud probleemide ja lahenduste kohta tagasiside andmine. Oluline ei ole

analüüsida tehtud vigu mitte ainult meditsiinilisest seisukohast, vaid teadvustada ka organisatsiooni juhtimise ja töökorralduse tähtsust vigade ärahoidmisel.

Üheks probleemiks on ka Tervishoiuameti järelevalveametnike koolitus – praegu ei ole täpselt kindlaks määratud, missugused on tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamise järelevalvet teostavate spetsialistidele esitatavad nõuded.

4.3. Eesti Haigekassa

[Eesti Haigekassa seadusest](#) ja [Eesti Haigekassa põhikirjast](#) lähtudes on Eesti Haigekassal õigus ja kohustus kontrollida ravikindlustusraha kasutamise otstarbekust ning töövõimetuslehtede ja soodusretseptide väljastamise õigsust. Eesti Haigekassa ülesandeks on ka ravikindlustushüvitiste² kvaliteedi kriteeriumide väljatöötamine.

Eesti Haigekassa peamise tervishoiuteenuste rahastajana esitab tervishoiuteenuste osutajatele teatud nõuded tervishoiuteenuste kättesaadavusele ja kvaliteedile teenuste osutajatega sõlmitud lepingutes. Eesti Haigekassal on ka õigus kontrollida tervishoiuteenuste osutajate poolt väljastatud haiguslehtedel, retseptidel ja haigekassale esitatavatel arvetel ning haiguslugudes ja tervisekaartides oleva informatsiooni vastavust ning kontrollida seega arvetel esitatud tervishoiuteenuste osutamise seotud ressursside kasutamise otstarbekust. Alates 1999. aastast on haigekassa tellimisel igal aastal uuritud elanikkonna rahulolu tervishoiuteenuste kättesaadavuse ja kvaliteediga.

Alates 1997. aastast alustas Eesti Haigekassa ravikvaliteedi kontrolliga ning 2002. aastast alates hinnatakse ravi kvaliteeti perioodiliselt mitmel kliinilisel erialal, näiteks sisehaigused, kirurgia, intensiivravi, sünnitusabi ja günekoloogia. Ravikvaliteeti hindavad oma eriala tunnustatud spetsialistid.

Igapäevaselt kontrollivad tervishoiuteenuste ostu-müügi lepingus lepingupartnerile sätestatud formaalsete nõuete täitmist Eesti Haigekassa usaldusarstid. Üheks probleemiks on praegu täpselt kindlaks määramata usaldusarstide koolituse ja pädevuse kriteeriumid, samuti kriteeriumid, missugusel määral võiksid usaldusarstid kontrollida tervishoiuteenuse osutamise professionaalset kvaliteeti.

4.4. Maavalitsused

Tervishoiuteenuste korraldamise seaduse kohaselt on maavanema ülesandeks korraldada maakonnas üldarstiabi osutamine ja tagada üldarstiabi osutamise järelevalve. Seaduse järgi hindab maavanem ka üldarstiabi osutajate tegevuse mahtu ja majandustegevust.

Missugused on maavanema kohustused ja ülesanded üldarstiabi kvaliteedi hindamise osas ning missuguste kriteeriumide alusel kvaliteeti hinnata, on praegu täpselt kindlaks määramata ning seetõttu on maavanema roll üldarstiabi kvaliteedi hindamises maakonniti erinev.

² **Ravikindlustushüvitis** on kvaliteetne ja õigeaegne tervishoiuteenus, vajalik ravim ja meditsiiniline abivahend, mida kindlustatud isikule võimaldavad käesolevas seaduses sätestatud tingimustel haigekassa ja temaga vastava lepingu sõlminud isikud (mitterahaline hüvitis), ning rahasumma, mida haigekassa on kohustatud käesolevas seaduses sätestatud tingimustel maksma kindlustatud isikule tema tervishoiuks tehtud kulutuste eest ja ajutise töövõimetus korral (rahaline hüvitis). ([Ravikindlustuse seadus](#))

4.5. Tervishoiutöötajate eriala- ja kutseühendused

Alates 2002. aastast lõppes tervishoiutöötajate riiklik atesteerimine ning tervishoiutöötajate perioodiline pädevuse hindamine kuulub erialaseltside ja -liitude ülesannete hulka. 2002. aastal töötati välja ühised põhimõtted arstide pädevuse hindamiseks ning 2003. aastal õdede ja ämmaemandate pädevuse hindamiseks. 2004. aasta lõpuks oli pädevuse hindamine rakendunud rohkem kui pooltel arstierialadel.

Tervishoiutöötajate eriala- ja kutseühenduste teiseks oluliseks kvaliteedi tagamisega seotud tegevuseks on olnud ravi- ja õendusjuhendite väljatöötamine. Erialaseltsid tegelevad ka professionaalse kvaliteedi hindamisega (*peer review*), kuid selle kohta täpsemad andmed puuduvad.

4.6. Tervishoiuteenuste osutajad

Sotsiaalministri määruse “Tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamise nõuded” kohaselt peavad tervishoiuteenuste osutajad töötama välja kvaliteedijuhtimissüsteemi ning rakendama hulga tegevusi, mis tagavad patsiendile vajaliku ja ohutu teenuse saamise. 2003. aasta suvel rakendunud võlaõigusseadus (41. peatükk “Tervishoiuteenuste osutamise leping”) sätestab mitmeid patsiendi õigusi, näiteks patsiendi informeerimine ja teadva nõusoleku saamine tervishoiuteenuse osutamiseks.

Paljud tervishoiuteenuste osutajad tegelevad perioodiliselt oma patsientide rahulolu hindamisega ning kaebuste analüüsiga. Professionaalse kvaliteedi tagamiseks on töötatud välja hulk tegevusjuhendeid, näiteks haiglainfektsioonide kontroll, patsiendi operatsiooneelse seisundi hindamise juhend, vereülekand juhend jm. Tegeldakse tüsistuste dokumenteerimise ja analüüsiga, keerukamate haigusjuhtude analüüsiga ja ravitulemuste hindamisega, samuti kontrollitakse meditsiinilise dokumentatsiooni, sh ravikindlustusega seotud dokumentatsiooni täitmise korrektsust.

Tervishoiuteenuste osutajate ülesandeks on ka töötajate ametijuhendite väljatöötamine ja erinevatele ametikohtadele esitatavate nõuete kehtestamine, töötajate koolitusplaani koostamine, töötajate rahulolu hindamine, samuti organisatsiooni tegevusnäitajate hindamine. Üha rohkem on tervishoiuteenuseid osutavates organisatsioonides tähelepanu all organisatsiooni juhtimissüsteemi korrastamine ning juhtimiskvaliteedi põhimõtete rakendamine.

2002. aastal toimus “Eesti tervishoiuprojekt 2015” raames haiglate hulgas küsitlus, mille tulemused näitasid, et ligikaudu pooled haiglatest tegelesid eespool nimetatud valdkondadega. Seega on olemas eeldused, et tegevus on vastavuses kvaliteeditagamise nõuete määruuses esitatud nõuetega.

On uuritud ka perearstipraksiste varustatust. Juba 1998. aastal perearstide hulgas korraldatud uuringu tulemused näitasid, et rohkem kui pooled perearstipraksistest olid varustatud nõuetekohaselt (Kalda & Lember, 2000). Praegu vastab kõigi perearstipraksiste varustatus 2002. aastast kehtivatele sotsiaalministri määruses [”Nõuded perearsti tegevuskoha ruumidele, sisseseadele ja aparatuurile”](#) esitatud nõuetele.

Samas aga ei ole kvaliteedi tagamisega seotud tegevused veel paljudes tervishoiuteenuseid osutavates organisatsioonides süstemaatilised ning puuduvad andmed selle kohta, kui võrd kasutatakse kvaliteedihindamise tulemusi tegevuse parandamiseks. Eeskätt on probleemiks ühtselt aktsepteeritavate kvaliteedinäitajate puudumine, mistõttu on raske ka võrrelda tervishoiuteenuste osutajate tegevuse kvaliteeti riiklikul tasandil.

4.7. Õppeasutused

Tartu Ülikooli arstiteaduskonna, meditsiinikoolide ja tööalase koolituse pakkujate ülesandeks on tagada tervishoiutöötajate nõuetekohane koolitus. Arstide, õdede ja ämmaemandate põhiõpe, samuti arstide õpe residentuuris on kooskõlas Euroopa Liidus kehtestatud nõuetega. Koolituse kvaliteet on tagatud õppekavade hindamisega. Tulevastele arstidele ja õdedele tutvustatakse kvaliteedi juhtimise ja tagamise põhimõtteid nii tervishoiukorralduse kursuse kui ka teiste kliiniliste erialade õpetamise raames.

Mõnevõrra rohkem on ebaselgust tervishoiutöötajate tööalase koolitusega, kuna tööalase koolituse pakkujaid on Eestis üsna arvukalt. Tööalase koolituse puhul puuduvad ühtselt aktsepteeritud kvaliteedistandardid (k.a nõuded koolitajatele) ja seetõttu ei ole võimalik hinnata objektiivselt pakutavate koolituste kvaliteeti.

Tartu Ülikooli arstiteaduskonnas tehakse Sotsiaalministeeriumi ja Eesti Haigekassa tellimusel ka erinevaid tervishoiuvaldkonna, sh kvaliteedi tagamisega seotud rakendusuuringuid. Samas on aga selge, et ülikooli teadustöö on laiemapõhjaline ning nimetatud rakendusuuringud moodustavad suhteliselt väikese osa kogu arstiteaduskonnas tehtavast teadustööst.

Seetõttu on Eestis üheks probleemiks tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamise valdkonnas ka koordineeritud ja süstemaatiliste rakendusuuringute puudumine, mis võimaldaksid teha nii tervishoiuteenuste kvaliteedi kui ka kogu tervishoiu strateegia arendamisel tõendus põhiseid otsuseid ning analüüsida kogutava terviseinfo kvaliteeti.

5. Tervishoiuteenuste kvaliteedi kriteeriumid

5.1. Tervishoiuteenuste kvaliteedi hindamise kriteeriumid ja meetodid

Tervishoiuteenuste kvaliteedi kriteeriumide kirjeldamisel järgitakse patsiendikesksuse printsiipi. Tabelis 1 on kirjeldatud ainult neid kvaliteedi hindamise kriteeriumeid ja meetodeid, mida dokumendi koostajatele teadaolevalt praegusel ajal Eestis kasutatakse. Esitatud kriteeriumeid kasutavad peamiselt tervishoiuteenuste osutajad oma tegevuse hindamisel alates patsiendi saabumisest tervishoiuteenuse osutaja juurde kuni patsiendi lahkumiseni.

Tabel 1. Kvaliteedi hindamise kriteeriumid ja meetodid

Patsiendi liikumine	Teenuse kvaliteedi hindamise kriteeriumid	Hindamise meetod
1. Patsiendi soov või vajadus saada tervishoiuteenust	<ul style="list-style-type: none"> • Üld- ja eriarstiabi kättesaadavus <ul style="list-style-type: none"> • Ajaline kättesaadavus (ooteaeg ehk järjekorra pikkus) – nõuded kehtestab ja nõuete täitmist jälgib Eesti Haigekassa • Rahaline kättesaadavus – patsiendi omaosaluse määr on sätestatud ravikindlustuse seaduses • Geograafiline kättesaadavus – piiritletud haiglavõrgu arengukava ja perearstinimistutega • Kiirabi teenuse kättesaadavus 	<ul style="list-style-type: none"> • Elanikkonna küsitlus (Eesti Haigekassa) • Järjekordade analüüs (Eesti Haigekassa) • Kiirabi väljakutsete analüüs (Tervishoiuamet) • Patsientide küsitlus (tervishoiuteenuse osutaja)
2. Patsiendi sisenemine tervishoiuasutusse	<ul style="list-style-type: none"> • Juurdepääs üld- ja eriarstiabi teenustele • Informatsioon tervishoiuteenuse osutaja töötaja, vastuvõtule registreerumise võimaluste ja visiidi- või voodipäevatasu suuruse kohta • Ooteaeg registratuuris • Ooteaeg arstikabineti ukse taga 	<ul style="list-style-type: none"> • Patsiendi rahulolu hindamine • Ooteaja pikkuse mõõtmine
3. Kontakt tervishoiutöötajaga	<ul style="list-style-type: none"> • Patsiendi teavitamine • Patsiendi nõusolek teenuse saamiseks • Patsiendi privaatsuse tagamine • Patsiendiga suhtlemine 	<ul style="list-style-type: none"> • Patsiendi rahulolu hindamine • Kaebuste analüüs • Haiguslugude/tervisekaartide analüüs (patsiendi informeerimise ja nõusoleku saamise fikseerimine; hindab nii tervishoiuteenuse osutaja kui ka Eesti Haigekassa)
4. Tervishoiuteenuse osutamine	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnostika- ja ravi- ning õendusplani koostamine • Ravi määramine • Tervishoiuteenuse osutaja rakendatud tegevusjuhiste järgimine • Tegevuse vastavus olemasolevatele ja tunnustatud ravi- ja diagnostika- 	<ul style="list-style-type: none"> • Haigus- ja õenduslugude ning tervisekaartide täitmise kontroll • Arstliku ja õendustegevuse võrdlus tunnustatud ravijuhistega • Ravitulemuste

	juhenditele	individuaalne hindamine <ul style="list-style-type: none"> • Kliinilised konverentsid, arutelud • Ravitulemuste eksperdi-hinnang (arstiabi kvaliteedi ekspertkomisjoni otsuse alusel)
5. Ravimite kättesaadavus (üldarstiabi ja ambulatoorse eriarstiabi osutamisel)	<ul style="list-style-type: none"> • Arsti poolt määratud ravimi väljaostmine (rahaline kättesaadavus) 	<ul style="list-style-type: none"> • Ravimite kättesaadavuse analüüs (on uuritud Eesti Haigekassa tellimisel tehtud elanikkonnaküsitluse käigus)
6. Patsiendi lahkumine tervishoiuteenuse osutaja juurest	<ul style="list-style-type: none"> • Ravi lõpetamise ajakohasus (kliiniline otsus: patsiendi tervenemine või edasi-suunamine järgmise tervishoiuteenuse osutaja juurde) • Saatekirjade vastavus nõuetele 	<ul style="list-style-type: none"> • Patsiendi rahulolu • Kordushospitaliseerimiste osatähtsus • Saatekirjade analüüs
7. Patsiendiga tegelemise järjepidevus	<ul style="list-style-type: none"> • Patsiendi suunamine üldarstiabi osutaja juurest eriarstiabi osutaja juurde • Tagasiside saamine eriarstilt • Koduõendusteenuse osutamine • Puude ja/ või püsiva töövõimetuse määramine • Patsiendi suunamine hooldushaiglasse 	<ul style="list-style-type: none"> • Patsiendi rahulolu (hindab tervishoiuteenuse osutaja) • Tervisekaartide ja saatekirjade analüüs

5.2. Tervishoiuteenuse kvaliteedi hindamise kriteeriumide kasutamise valdkonnad

Tabelis 2 on esitatud ettepanekud, missugused võiksid olla erinevate kvaliteedi hindamise kriteeriumide kasutamise valdkonnad: ainult organisatsioonisisene kasutamine, organisatsioonidevaheline võrdlus (*benchmarking*), lepingupartneri töö kvaliteedi hindamine haigekassa jaoks, Tervishoiuameti järelevalve teostamiseks.

Tabel 2. Kvaliteedi hindamise kriteeriumide kasutusvaldkonnad

	Organisatsioonisiseks kasutamiseks	Organisatsioonidevaheline võrdlus	Haigekassa / Tervishoiuameti poolt hinnatavad kriteeriumid
Tervishoiuteenuse ajaline ja rahaline kättesaadavus	Võib analüüsida organisatsiooni tegevuse planeerimiseks	Jah (järjekorra pikkus teenuse osutaja juurde, patsiendi omaosaluse rakendamine)	Jah
Patsiendi rahulolu teenuse osutajaga	Jah	Jah, kui on olemas ühtne meetodika	Võib hinnata süsteemi rakendatuse astet, mitte konkreetseid näitajaid

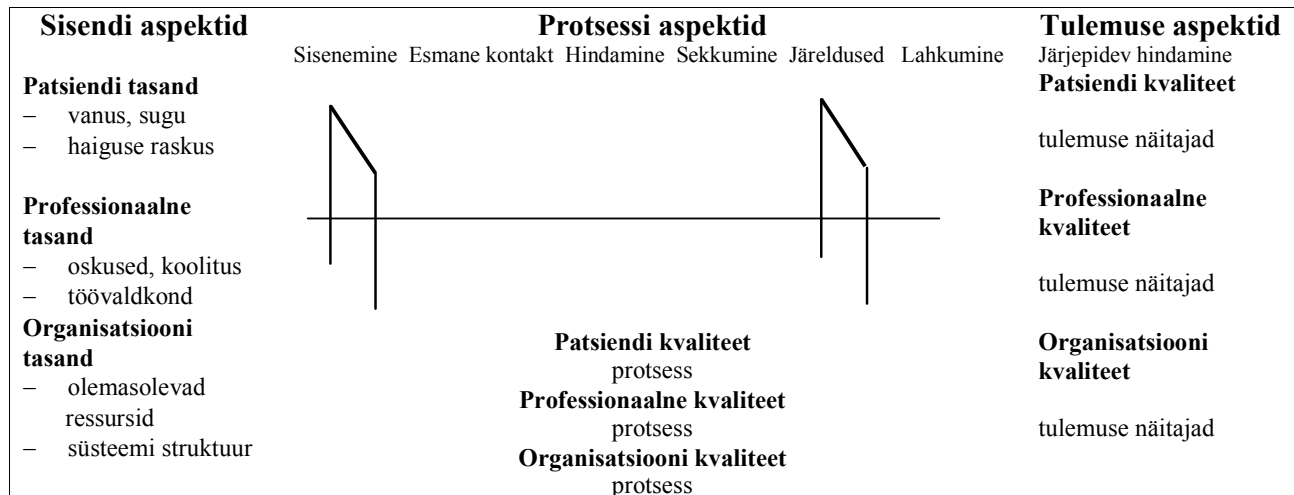
Ooteaeg tervishoiuteenuse osutaja juures (registratuuris, arstikabineti ukse taga, vastuvõtuosakonnas)	Jah	Võib hinnata	Võib hinnata
Ravimite kättesaadavus	Ei	Ei	Jah
Ravijuhendite järgimine	Jah	Võib hinnata	Jah
Ravitulemuste kvaliteet (tüsistused)	Jah	Võib hinnata	Võib hinnata süsteemi rakendatuse astet, mitte konkreetseid näitajaid

Praegusel ajal ei ole kasutusel ühtse metoodika alusel välja töötatud ja kõigi huvirühmade poolt tunnustatud tervishoiuteenuse kvaliteedi näitajaid. Ka tabelis 2 esitatud kriteeriumide osas ei ole senini saavutatud konsensust, mille üheks põhjuseks on kindlasti ka usaldusväärse ja üheselt arusaadava hindamismetoodika puudumine. Patsiendi vajadustele vastava ja ohutu tervishoiuteenuse osutamiseks on oluline välja töötada ning kasutusele võtta sobivad diagnostika, ravi ja õendustegevuse kvaliteedi hindamise indikaatorid eelkõige organisatsiooni sees. Kaugemas tulevikus on mõeldav ühesuguse metoodika alusel arvatud näitajate kasutamine ka organisatsioonide omavaheliseks võrdluseks ja tervishoiuteenuste kvaliteedi hindamiseks riiklikul tasandil.

6. Tervishoiuteenuste kvaliteedi kriteeriumide rakendamine haige käsitlemise kvaliteedi hindamiseks teist tüüpi diabeedi näitel

Teist tüüpi diabeedi (DM2) diagnoosiga patsiendi käsitlemise hindamisel lähtutakse struktuuri, protsessi ja tulemuste kvaliteedist nii patsiendi, teenuse osutaja (professionaalne kvaliteet) kui ka organisatsiooni tasandil nii üld- kui eriarstiabi osutamisel (vt joonis 1 ja Endokrinoloogia..., 2001; Peremeditsiini..., 2001).

Joonis 1. Kvaliteedimõõtmete mudel (Øvretveit, 1992)



6.1. Struktuur: vajalikud eeldused patsiendi, teenuse osutaja ja organisatsiooni tasandil enne tervishoiusüsteemi sisenemist

6.1.1. Patsiendi tasand

Patsiendi informeeritus ja teadlikkus

Patsiendi informeeritus ja teadlikkus sõltub patsiendi vanusest, soost, haridustasemest ja väljakujunenud tervisekäitumisest. Teadlikumad ja informeeritumad isikud, teades oma riskitegureid, pöörduvad arsti poole varakult, et saada nõustamist ja ennetada haiguse väljakujunemist. Haiguse raskusaste ja kaasuvate haiguste olemasolu on erinev ja lähtuvalt sellest võib osutatav teenuse maht olla erinev.

Patsiendi informeerituse ja teadlikkuse suurendamiseks on oluline

- tagada iga patsiendi õigus ja võimalus valida endale perearst ning registreeruda nimistusse (praegusel ajal tagatud õigusaktidega, kuid võib olla piiratud ravikindlustusega hõlmamata isikute jaoks);
- diabeedi kui 21. sajandi olulise terviseprobleemi teadvustamine ühiskonnas ning vastavate riiklike programmide olemasolu (sõltub riigi tervisepoliitika kavandamisest ja prioriteetide kindlaksmääramisest, praegusel ajal ei ole probleemi veel piisavalt teadvustatud).

6.1.2. Professionaalne tasand

1. Arstide ja õdede erialane koolitus

Toimub Eestis kehtivate akrediteeritud koolitusprogrammide kohaselt.

2. Perearsti ja pereõde töövaldkondade kindlaksmääramine

Nii perearsti kui ka -õde töövaldkonnad on piiritletud sotsiaalministri määrusega kehtestatud perearsti tööjuhendis. Selle juhendi kohaselt on perearsti töövaldkonnad järgmised:

- tervise edendamine ja haiguste ennetamine, mis hõlmab tervise riskitegurite hindamist, arstlikku läbivaatust, individuaalset tervisekasvatust, meditsiinilist nõustamist, immuniiserimist ja sõeluuringuid;
- haiguste diagnoosimine ja haigete ravimine;
- aktiiv- ja hooldusravile suunamine koostöös eriarstidega ja õdedega;
- meeskonnatöö – koostöö perearsti ja -õde vahel.

3. Üld- ja eriarstiabi kättesaadavus

Reguleeritud õigusaktidega. Eesti Haigekassa tehtud uuringute tulemused on näidanud, et üldarstiabi kättesaadavus on hea ja vastab määruses esitatud nõuetele. Eriarstiabi kättesaadavus on Eesti erinevates piirkondades erinev: suurtes keskustes töötavad endokrinoloogid, maakondades kas endokrinoloogid või sisearstid. Üldjuhul peetakse kinni haigekassa nõudest, mis on kehtestatud eriarstide kättesaadavuse suhtes.

Vastuvõtuvälisel ajal on patsiendil võimalus kutsuda kiirabi või pöörduda haiglate erakorralise meditsiini osakonda.

4. Järjepidevus

Nimistuprintsiip tagab haigete jälgimise järjepidevuse. Perearstil on hea võimalus preventiooniga tegelemiseks, kuna 50–60% nimistu inimestest pöördub aasta jooksul arsti vastuvõtule.

6.1.3. Organisatsiooni tasand

1. Nimistute süsteem

2004. a seisuga on 783st Eesti Haigekassa lepinguga nimistut omavast perearstist 757-l perearsti tunnistus (97%). Seni on avamata 55 nimistut. See ei tähenda, et perearstiabi ei oleks patsientidele kättesaadav, vaid on tingitud sellest, et paljud nimistud ületavad kehtestatud piirsuuruse.

Iga patsient saab valida perearsti ning neile, kes ise pole valinud oma perearsti, määratakse perearst territoriaalsel printsiibil, kuid patsiendil on alati õigus perearsti vahetada oma valiku kohaselt.

2. Ressursid

Nimistut omaval arstil on haigekassaga sõlmitud leping, mis tagab igale ravikindlustusega hõlmatud patsiendile tasuta pääsu arsti või õde vastuvõtule ning vajalike uuringute ja analüüside teostamise.

6.2. Protsess: patsiendi sisenemine tervishoiusüsteemi ja patsiendiga tegelemine

6.2.1. Professionaalne tasand

1. Arsti vastuvõtule registreerumine

Patsiendi sisenemine tervishoiuasutusse algab vastuvõtule registreerimisest ja patsiendi saabumisel registratuuri algab patsiendiga tegelemine.

2. Kommunikatsioon

Oluline osa patsiendiga tegelemises on patsiendiga suhtlemine, mis algab juba registratuuris. Tagamaks probleemideta suhtlemist on vastav koolitus lisatud nii arstide põhiõppe õppekavasse kui ka residentuuriõppesse.

3. Tervishoiuteenuse osutamise dokumenteerimine

Enamasti on kasutusel elektroonne tervisekaart, mis vastab määrusega kehtestatud dokumentatsioonile esitatavatele nõuetele. Elektroonse tervisekaardi abil on võimalik analüüsida nimistus olevate krooniliste haigustega patsientide, sh diabeedihaigete arvu. Tegelikult puudub diabeedihaike jälgimiseks oma elektroonne protokoll.

4. Nõuded perearstipraksise varustusele

Perearsti minimaalne praksises vajaminev varustus on sätestatud sotsiaalministri määrusega. Diabeedihaikele vajalike uuringute ja analüüside tegemiseks on perearstidel olemas sfügmomanomeeter, oftalmoskoop, EKG-aparaat, glükomeeter, uriini testiribad, helihark vibratsioonitundlikkuse hindamiseks, tarvikud vereanalüüside võtmiseks.

Laboratoorsete uuringute kättesaadavus on enamasti hea, paljudes keskustes on oma laboratooriumid, mitmes piirkonnas kasutatakse üle-eestilise logistikaga labori teenust.

5. Uuringute teostamine

Uuringute teostamist rahastab ["Tervishoiuteenuste korraldamise seaduse"](#) kohaselt Eesti Haigekassa. Rahastamise maht sõltub nimistu suuruselt ja Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetelust. Pearaha hulka kuuluvad järgmised perearsti poolt teostatavad diabeedihaike jälgimises olulised uuringud ja protseduurid: nägemisteravuse kontrollimine; silmapõhja vaatlus; EKG hindamine; veresuhkru analüüs; uriinianalüüs testiribadega, kreatiniini ja lipiidide määramine. Lisaks rahastatakse glükeeritud hemoglobiini ja mikroalbuminuuria määramist.

6. Teist tüüpi diabeedi ravijuhend

2. tüüpi diabeedi ravijuhendi (vt 2. tüüpi..., 1998–1999) on 2002. aastal tunnustanud Eesti Perearstide Selts ja Eesti Endokrinoloogide Selts ning selle aluseks on Euroopa IDF (*International Diabetes Federation European region*) juhised. Ravijuhendis on kirjeldatud diabeedi riskirühmad, diagnoosi kriteeriumid, ravi ja haigete jälgimise põhimõtted, eriarstile suunamise soovitusel. Nimetatud on uuringud, analüüsid ja protseduurid, mida on vajalik teha kindla sagedusega. Perearst tegeleb ravisoovituste jagamisega ning retseptide uuendamisega. Retseptide väljakirjutamine võib toimuda maksimaalselt 6 kuu järel, seega kohtub perearst patsiendiga vähemalt 2 korda aastas (vt ka tabel 3).

Pereõde nõustab patsiente toitumise ja liikumise osas, teeb veresuhkru analüüsi, kuid see tegevus ei ole täpselt reguleeritud, mistõttu õdede professionaalne tase diabeedihaigete jälgimisel ei ole kõikides perearstipraksistes ühesugune.

Tabel 3. Teist tüüpi diabeedihaike kliiniline jälgimine erinevatel visiitidel

Käsitletavad teemad	Esmane kontroll/ suunamine	Korrapärane kontroll	Iga-aastane kontroll
Anamnees			
Sotsiaalne anamnees / elulaad	jah	jah	
Pikaajaline/hiljutine diabeedi anamnees	jah	jah	
Tüsistuste anamnees/ sümptomid	jah		jah
Muud haigused	jah		
Diabeet ja veresoonekonna haigused suguvõsas	jah		jah
Varasemad/praegused ravimid	jah	jah	jah
Oskused ja enesetunne			
Diabeedi omakontroll	jah	jah	jah
Enesetestimise oskused ja tulemused	jah	jah	jah
Veresoonekonna riskitegurid			
HbA1c (glükohemoglobiin)	jah	jah	jah
Lipiidid	jah	probleemi korral	jah
Vererõhk	jah	probleemi korral	jah
Suitsetamine	jah	probleemi korral	jah
* Mikroalbuminuuria	jah	probleemi korral	jah
Kontroll ja tüsistused			
Üldine läbivaatus	jah		
Kaal / kehamassi indeks	jah	jah	jah
Jalgade läbivaatus	jah	probleemi korral	jah
Silmade kontroll	jah	probleemi korral	jah
Proteinuuria	jah	jah	jah
Seerumi kreatiniin	jah	probleemi korral	jah

* Proteinuuria puhul pole vajalik.

7. Töövõimekaotuse või puude raskusastme määramine

Näidustuse korral vormistab perearst kroonilise haigusega patsiendile, k.a diabeedihaikele töövõime kaotuse ja/või puude määramiseks vajalikud dokumendid ning saadab need arstliku ekspertiisi komisjoni (AEK). Kui patsiendil puudus eelnevalt ravikindlustus, siis on AEK otsuse alusel püsivalt töövõimetuks tunnistatud isik [ravikindlustuse seaduse](#) kohaselt kindlustatud isikuga võrdsustatud.

6.2.2. Organisatsiooni tasand

1. Infovahetus haigekassaga

Haigekassast on võimalik saada ülevaade teostatud analüüside ja uuringute ning väljakirjutatud ja ostetud retseptide kohta. Perearst esitab haigekassale igal kuul arved, kus

kajastuvad patsiendi visiidid, teostatud uuringud ja analüüsid. Eesti Perekarstide Seltsi ja haigekassa koostöös on valmimas kvaliteediboonuse süsteem, kus teiste näitajate hulgas hinnatakse ka seda, kuidas perekarstid on täitnud 2. tüüpi diabeedi ravijuhendit.

2. Ravimite ja enesekontrollivahendite kättesaadavus ja hinnad

Eestis on kehtestatud piirhinnasüsteem. Diabeedi ravis on peamiselt kasutusel biguaniidide ja sulfonüüluurea preparaadid, kuid neile kehtestatud soodusmäärad ei ole ekvivalentseid. Mõlemad ravimirühmad on võrdselt olulised ja kasutatavad erinevatel patsiendirühmadel. Ei oleks õige üht teisele eelistada, kuna see võib tekitada olukorra, kus soodustuse määrast lähtudes valitakse patsiendile ebasobiv preparaat. Insuliin on kõigile 100% soodustusega.

Haigekassa võtab üle tasu maksmise kohustuse diabeedihaikele kindlustatud isikule vajalike glükomeetrite testiribade eest järgmistel juhtudel ja ulatuses:

- alla 18aastasele lapsele ja rasedale 300 testiriba eest aastas;
- II tüüpi diabeedi haigele, kes saab raviks 3 ja enam insuliinsüsti päevas, ning I tüüpi diabeedi haigele 250 testiriba eest aastas.

Patsiendi omavastutus on ühe retsepti kohta 20 krooni, glükomeetri ja ribade hind tuleb tasuda täismahus, kui insuliini süstete arv päevas on alla kolme.

6.3. Patsiendi võimalik edasine liikumine tervishoiusüsteemis

1. Patsiendi tagasikutsumine

Patsiendi tagasikutsumine ja järjepidev abi on reguleeritud diabeedi ravijuhendiga. Patsiendil on võimalus pöörduda veresuhkru määramiseks, nõustamiseks ja ravimite kontrolliks pereõe iseseisvale vastuvõtule.

2. Eriarstile suunamine

Perekarstil on nn väravavahi-roll, s.t et endokrinoloogi poole pöördumiseks vajab patsient saatekirja. Saatekirjale on määrusega kehtestatud ühtsed nõuded. Endokrinoloogide kättesaadavus on Eesti erinevates piirkondades erinev.

Diabeet on multidistsiplinaarne haigus, seetõttu võib diabeedihaike vajada endokrinoloogi või sisearsti, nefroloogi, kardioloogi, veresoontekirurgi, neuroloogi, oftalmoloogi või stomatoloogi konsultatsioone. Stomatoloogi ja oftalmoloogi juurde pöördumiseks ei ole perekarsti saatekirja vaja.

Erialaarstide poole pöördumisel peab patsient tasuma visiiditasu, stomatoloogiline abi on patsiendile enamasti täies mahus tasuline. On võimalik pöörduda ka teiste erialaarstide poole ilma perekarsti saatekirjata, kuid siis on visiiditasu suurem ja tasuma peab ka tehtud uuringute eest

3. Tagasiside

Saatekirjaga suunates koondub tagasiside erialaarstidelt perekarsti kätte, v.a juhud, kui patsient saab eriarsti juurde pöörduda ilma perekarsti saatekirjata (stomatoloog, silmaarst).

4. Ravimite ostmine

Apteekide võrk on laialdane ja hea ligipääsuga, kuid ravimite hinnad võivad varieeruda suurtes piirides, kuna see ei ole riiklikult reguleeritud.

5. Haigla

Perekarst suunab diabeedihaike haiglasse saatekirjaga enamasti erakorralistel näidustustel või viiakse patsient haiglasse kiirabiga. 2. tüüpi diabeedi puhul on plaaniline haiglaravi harva näi-

dustatud. Haiglaravi näidustused ei ole ravijuhendiga reguleeritud. Kui plaaniline haiglaravi on patsiendile vajalik, toimub saatmine saatekirja alusel kokkuleppel osakonnajuhatajaga.

6. Diabeediõe ja jalaravi kättesaadavus

Diabeedihaigete jalaravi eest maksmise kohustuse võtab üle haigekassa. Seega on küll tagatud jalaravi rahaline kättesaadavus, kuid probleemiks on vähene jalaravikabinettide arv: jalaravikabinetid asuvad Eestis Tallinnas, Tartus ja Viljandis.

7. Koduõendus

Koduõendusteenuse kättesaadavus on Eestis piirkonniti erinev. Vajaduse korral võib perearst patsiendi suunata koduõendusteenuse osutaja juurde, kui piirkonnas on selle teenuse pakkuja. Teenuse eest tasub haigekassa, seda ei rahasta perearst oma vahenditest.

8. Sotsiaalvaldkond ja abivahendid

Vajaduse korral võtab perearst ühendust sotsiaaltöötajaga või teavitab teda abi vajavast patsiendist ja annab teatise abivahendite taotlemiseks, kui patsiendil on haigusest tingitud puue.

9. Rehabilitatsioon

Praegu puuduvad Eestis spetsiaalsed diabeedikeskused, kus osutatakse diabeedihaigele kompleksset teenust. Perearstidele krooniliste haigete, sh diabeedihaigete rehabilitatsiooniks ressursse eraldatud pole.

10. Arstiabi kättesaadavus väljaspool perearsti tööaega

Väljaspool perearsti tööaega tekkivate tervisprobleemide korral on patsientidel võimalik pöörduda haigla erakorralise meditsiini osakonda või kiirabi poole.

6.4. Tulemus

6.4.1. Tulemus patsiendi tasandil

Patsiendi jaoks on kõige olulisemaks tulemuseks elukvaliteedi paranemine. Lisaks elukvaliteedile võib diabeedihaige ravi tulemuste hindamiseks kasutada järgmisi näitajaid: patsiendi rahulolu saadud teenusega, tuisistuste puudumine, töövõime säilimine, veresuhkrunäitajate omakontrolli teostamine ja ravirežiimi järgimine.

6.4.2. Tulemus professionaalsel tasandil

Professionaalsel tasandil on võimalik valida mitmeid näitajaid, mis kajastavad nii hoolde tulemusi kui ka protsessi (vt tabel 4). Saadud tulemuste analüüsi järel peaks võrdlema andmeid ametlike ja avaldatud näitajatega või kehtivate standardite või teiste diabeedihoolde korraldajatega. Vajaduse korral peaks võimalike puuduste likvideerimiseks korraldama täienduskoolitusi ning tegema konkreetseid plaane tulemuste parandamiseks:

- sõeluuringu korraldamine riskirühmal,
- diagnostika parandamine,
- võimalikud kvaliteedinäitajad.

Tabel 4. Näiteid kvaliteedi parandamise ja jälgimise indikaatoritest

Mõõda	Arvuta
Vahetulemused	
HbA1c	Patsientide protsent, kellel >7,5 ja >6,5%
Albumiini eritusmäär	Ebanormaalse albumiinieritusega patsientide protsent
Silmakahjustused	Silma võrkkesta kahjustusega patsientide protsent
Lõpptulemused	
Amputeerimised põlvest kõrgemal	Juhtude arv
Infarktid	Juhtude arv
Insuldid	Juhtude arv
Jalahaavandid	Juhtude arv
Riskitegurite kontroll	
Hüpertensioon	Patsientide protsent, kellel vererõhk $\geq 140/85$ mm Hg
Suitsetamine	Suitsetavate patsientide protsent
Hooldus	
Nägemiskontroll	Aasta jooksul kontrollitud patsientide protsent
Koolitus	Aasta jooksul koolitust saanud patsientide protsent
Jalgade kontroll	Aasta jooksul kontrollitud patsientide protsent
Nägemiskontroll	Aasta jooksul kontrollitud patsientide protsent

6.4.3. Tulemus organisatsiooni tasandil

Organisatsiooni tasandil on olulisemateks tulemusteks järgmised näitajad:

- teenuse hinna/kulu vähenemine, eeskätt kulu vähenemine südame-veresoonkonna tüsistuste raviks;
- keskmiselt ühe patsiendi kohta tehtavate kulutuste vähenemine

6.5. Diabeedihaige ravi kvaliteedi parandamise võimalused

1. Diabeedihaigete jälgimise ja ravi kvaliteedi tagamiseks peaks perearstipraktises töötama vähemalt kaks õde, kuid statistika järgi on praegu 0,8 õde perearsti kohta. Seetõttu on perearsti abistav meeskond väike.
2. Diabeedihaigete arv ja vanuseline struktuur ei ole praegu teada. Vajalik oleks riiklik diabeediprogramm, mis hõlmaks ennetust ja kalkulasioone võimaliku efektiivsuse saavutamise kohta ennetusmeetoditega.
3. Riskirühmad DM2 varasemaks avastamiseks on nimetatud praeguses ravijuhendis, vajalik oleks ka süstemaatiline tulemuste registreerimine ja hindamine. Riskirühmal saaks väga põhjaliku nõustamisega ja sihipärase hindamisega ennetada haiguse kujunemist, kuid see nõuab suurt aja- ja tööjõukulu. Sellega saaks suurel määral tegeleda diabeediõde, kuid ühele pereõele nii suuremahulise lisakohustuse delegeerimine ei ole praeguse töökorralduse juures võimalik. Probleemiks on vajaliku ettevalmistusega diabeediõde teenuse kättesaadavus.

4. Spetsialiseeritud endokrinoloogiakeskused asuvad enamasti suuremates linnades – Tallinnas ja Tartus. Diabeediõdede eriala arengukava on vastu võetud sotsiaalministri 16. juuli 2002. a määrusega nr 99, mille kohaselt on Eestis vaja 15 erikoolitusega diabeediõde.
5. Varajane diagnostika ja ravi võib kulutusi esialgu suurendada, kuid võimalik kasu ilmneb 10–15 aasta pärast.
6. Vaja oleks välja töötada ülevaatlik diabeedi jälgimise struktureeritud elektroonne meeldetuletus- ja jälgimissüsteem.
7. Kalkulatsioonide kohaselt ei ole 2. tüüpi diabeedi ravijuhend praeguse rahastamis- mudeliga tegelikkuses järgitav.

Erialaarstile suunamise näidustused on nimetatud DM2 ravijuhendis. Spetsialistide kättesaadavus vajab täpsemat hindamist. Perearstide seisukohast oleks patsientidele vajalik diabeediõpetus (dieet, süstimine, jalgade hooldamine, füüsiline aktiivsus), kuid selle kättesaadavus pole tagatud. Oluline on suurendada inimeste teadlikkust diabeedi riskitegurite ja haiguse olemuse ning riski ja haigestumise vältimise meetmete kohta.

7. Kokkuvõte

7.1. Senised saavutused tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamisel

Eeltoodud peatükkides on kirjeldatud tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamisega seotud olukorda Eestis. Alates 1992. aastast on järk-järgult välja töötatud õigusakte, sealhulgas ka hulk tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamist sätestavaid nõudeid. Enamasti on õigusaktidega määratud struktuuri kvaliteedi nõuded, mõningal määral ka protsessi kvaliteedi nõuded. Aastatel 1996–1998 töötati välja Eesti tervishoiu kvaliteedipoliitika dokument, mis on olnud paljudele tervishoiuteenuste osutajatele abivahendiks kvaliteedi tagamise põhimõtete rakendamisel. Mitmed tervishoiuteenuste osutajad on alustanud süstemaatilist tegevust kvaliteedi tagamise valdkonnas, rakendades organisatsiooni juhtimisel tervikliku kvaliteedi juhtimise põhimõtteid. Valdav osa tervishoiuteenuste osutajatest on korraldanud patsientide rahulolu uuringuid, üha enam uuritakse ka töötajate rahulolu. Edusamme on tehtud professionaalse kvaliteedi arendamisel – erialaseltside ja Eesti Haigekassa koostöös on välja töötatud ja rakendatud hulk diagnostika- ja ravijuhendeid.

7.2. Tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamisega seotud probleemid

Siiski on praegusel ajal veel hulk lahendamata probleeme. 1998. aastal valminud Eesti tervishoiu kvaliteedipoliitika dokumendis toodi välja järgmised lahendamist vajavad valdkonnad: kvaliteedialase tegevuse koordineerimine riiklikul tasandil, tervishoiuteenuste osutajate nõustamine ja juhendamine ning rahvusvahelise koostöö edendamine tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamise valdkonnas. Nimetatud probleemid on aktuaalsed ka 2005. aasta alguses.

Maailma Terviseorganisatsiooni eksperdi hinnangul vajab 1998. aastal avaldatud Eesti tervishoiu kvaliteedipoliitika täiendamist, kuna puudub üldine kontseptuaalne raamistik. Dokumendis on kindlaks määrata kvaliteedi tagamise sihid ja eesmärgid, tulevikuvision ja sellest tulenev tegevuskava. Samuti on suhteliselt vähe pööratud tähelepanu patsientide õigustele ja nende kaasamisele tervishoiuteenuste kvaliteedi arendamisse, kliinilise tegevuse kvaliteedi arendamisele ning teenusepakujate kvaliteedialasele koolitusele. Eksperdi hinnangul on Eesti tervishoiusüsteemis kvaliteedialased tegevused praegu tasakaalustamata – ülekaalus on regulatiivsed ja kontrollimehhanismid, kuid nende valdkondade areng, mis ei ole reguleeritud õigusaktidega, on ebahütlane ja ebapiisavalt koordineeritud.

Tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamisega seostuvad ka mitmed kogu tervishoiusüsteemi arengut puudutavad valdkonnad, millele juhtisid tähelepanu kvaliteedistrateegia loomise seminaril osalenud spetsialistid. Üheks selliseks valdkonnaks on erialade arengukavade kooskõlastamine ja erialanõunike kaasahaaratus tervishoiusüsteemi arengut puudutavate otsuste tegemisse. Oluline on suurendada Sotsiaalministeeriumi eestvedamisel erialanõunike omavahelist koostööd tervishoiuteenuste kvaliteedi parendamisel ja kvaliteedi hindamiseks sobivate näitajate väljatöötamisel.

Lahendamata on ka küsimus, missuguseid motivatsioonimehhanisme (k.a rahalist) oleks võimalik rakendada tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamisel. Selleks on soovitatav välja töötada tervishoiuteenuste diferentseeritud hindade süsteem. Sellise süsteemi korral rakendatakse kõrgema koefitsiendiga hinda nende teenuseosutajate töö tasustamiseks, kes tõendavad, et osutatud tervishoiuteenus on parema kvaliteediga. Sellist motivatsioonisüsteemi on juba hakatud kasutama perearstide töö tasustamisel: perearstid, kes kasutavad oma töös teatud preventiivseid meetodeid ja osutavad laiahaardelisemat perearstiabi, saavad selle eest lisatasu.

Üheks tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamisega seotud probleemiks on ka digitaalse tervisekaardi ja haigusloo rakendumine. Ei ole selge, missugune peaks olema nõutav andmete hulk ning missugusel määral võib patsient otsustada oma andmete lubamise üle tervishoiu infosüsteemi andmebaasidesse. Viimati nimetatud asjaolu on suuresti seotud isikuandmete kaitse seadusega.

Hulk probleeme kerkib esile seoses krooniliste haigete jälgimise ja ravi järjepidevuse tagamisega. Peamiseks probleemiks on õendustöötajate vähesus, eeskätt teatud kliinilistele erialadele spetsialiseerunud õdede, aga ka pereõdede osas. Õdede ebapiisav arv ei võimalda sageli järgida ravijuhendites esitatud soovitusi. Ka vajakajäämised tervishoiu infosüsteemis kajastuvad krooniliste haigete käsitluses, näiteks puudub usaldusväärne info diabeedihaigete arvu ja diabeeti põdevate patsientide ravi kohta, samuti ravi tulemuste ja ennetustöö tõhususe kohta. Käesolevas dokumendis esitatud diabeedihaigete käsitluse näitel ilmnunud probleemid võivad esineda ka teiste krooniliste haiguste käsitlusel.

Suur osa tervishoiuteenuste soovitud kvaliteedi saavutamisel on patsientidel. Senini on tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamisel rõhutatud eeskätt teenusepakkujate ning tervishoiuteenuste rahastajate ja korraldajate rolli, kuid vähe on toonitatud patsiendi osa oma elukvaliteedi kujundamisel. Selles valdkonnas on palju võimalik ära teha nii riiklikul tasandil, viies ellu tervise edendamise programme ja projekte, kui ka teenusepakkujate tasandil, õpetades patsiente oma haigusega toime tulema.

7.3. Soovitused tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamise strateegia kavandamiseks

Soovituste aluseks on kvaliteedistrateegia loomise seminari arutelu tulemused ja Maailma Terviseorganisatsiooni eksperdi Bruno Bouchet koostatud aruanne "*Quality of Health System Policy and Strategy Development in Estonia*" (Bouchet, 2004). Abimaterjalina on kasutatud ka muid allikaid (Bouhet, 2003; Franco *et al.*, 2002; Shaw & Kalo, 2002).

Tervishoiuteenuste kvaliteedistrateegia (edaspidi *kvaliteedistrateegia*) on olulisel määral seotud kogu tervishoiupoliitika ja -strateegiaga: kvaliteedistrateegia peaks olema tervishoiupoliitika ja -strateegia väljatöötamise peamiseks lähtealuseks. Kvaliteedistrateegia väljatöötamise käigus tuleb esmajoones tähelepanu pöörata järgmistele valdkondadele:

- ühtse tervishoiusüsteemi arengukava väljatöötamine, et oleks tagatud patsiendi vajadusele vastava tervishoiuteenuse kättesaadavus ning üldarstiabi, õendusabi ja eriarstiabi tasakaalustatud areng;
- tervishoiusüsteemi arengukavast tulenevalt tervishoiusüsteemi kvaliteedistrateegia sõnastamine ning prioriteetsete valdkondade kindlaksmääramine;
- õenduserialade arengukavade ja õdede erialase koolituse põhimõtete rakendamise kaudu kvalifitseeritud õendustöötajate (pereõed ja kliiniliste erialade õendusspetsialistid) koolitamine, et tagada kroonilisi haigusi põdevatele patsientidele vajaliku õendusabi kättesaadavus;
- kvaliteedialase tegevuse, sh koolituse ja kvaliteedialaste rakendusuringute koordineerimine;
- ühtse ja kõigi huvirühmade poolt heaks kiidetud tervishoiuteenuste kvaliteedi hindamise näitajate süsteemi loomine, mis on lõimitud ühtsesse tervishoiu infosüsteemi;
- tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamiseks ja tervishoiutöötajate koolituseks vajalike ressursside leidmine ning tervishoiuteenuste osutajate motivatsioonimehhanismi väljatöötamine;
- patsiendi rolli ja vastutuse suurendamine tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamisel.

Võttes aluseks 1998. aastal valminud Eesti tervishoiu kvaliteedipoliitika, tuleb 2005. aasta jooksul välja töötada tervishoiuteenuste kvaliteedistrateegia, kus peab kindlaks määrama

- prioriteetsed valdkonnad tervishoiuteenuste kvaliteedi arendamisel ja sellest tulenevalt edasise tegevuskava kuni aastani 2010 ning
- vastutuse tervishoiuteenuste kvaliteedi arendamise koordineerimise eest.

Kvaliteedistrateegia raamistiku kavandamisel lähtutakse tervishoiuteenuste kvaliteedi mõistest ([sotsiaalministri 15. detsembri 2004. a määrus nr 128 "Tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamise nõuded"](#)), mille kohaselt "tervishoiuteenuse kvaliteet on tervishoiuteenuse omaduste kogum, mis iseloomustab teenuse vastavust kehtestatud nõuetele, kaasaja teadmistele, olemasolevatele ressurssidele, kutse- ja erialastele nõuetele ning patsiendi rahulolule ja tervise seisundi vajadustele." **Tervishoiuteenuste kvaliteedistrateegia juhindub patsiendi-kesksusest ja kvaliteedistrateegia üldine eesmärk on patsiendi vajadustele vastava ja ohutu tervishoiuteenuse osutamine.** Eesmärgi saavutamiseks peavad olema täidetud järgmised tingimused:

- tervishoiuteenuse osutaja peab olema piisavalt pädev ja motiveeritud,
- tervishoiuteenuse saaja peab oma võimaluse kohaselt protsessis osalema,
- tervishoiuteenuse rahastaja peab vajalike ressursside eraldamise kaudu kaasa aitama motivatsioonimehhanismi kujunemisele,
- kvaliteedi tagamisega seotud tegevused on plaanipärased ja koordineeritud ning põhinevad usaldusväärse informatsiooni kasutamisel ja tulemuste hindamisel.

Kvaliteedistrateegia põhisuunad määravad tegevused nii riiklikul kui ka tervishoiuteenuse osutaja ja patsiendi tasandil:

1. Riiklikul tasandil:

- kvaliteedialaste tegevuste koordineerimine,
- ühtse kvaliteedinäitajate süsteemi loomine ja
- tervishoiuteenuste osutajate motivatsioonimehhanismi väljatöötamine.

2. Teenuse osutaja tasandil:

- tervishoiutöötaja motiveerimine ja koolitamine,
- tervishoiuteenuste osutamisega kaasneva riski juhtimise rakendamine ja
- patsiendi kaasamine tervishoiuteenuse osutamise protsessi (patsiendi õiguste tagamine, patsiendi õpetamine, tervise edendamine).

3. Patsiendi tasandil

- Koostöö edendamine patsiendiorganisatsioonide, tervishoiuteenuste osutajate, Eesti Haigekassa ja Sotsiaalministeeriumi vahel.

8. Kirjandus

1. 2. tüüpi... 1998–1999 = 2. tüüpi diabeedi ravijuhend perearstidele. Koost. Euroopa diabeedi järelevalve töörühm; Rahvusvahelise Diabeediföderatsiooni Euroopa regioon, Hiie Tupits. <http://www.legeartis.ee/>
2. Bouchet, B. 2003. Development of the Quality Improvement Concept Paper in Kyrgystan. Trip report. September 15–19. Byshkek, Kyrgystan.
3. Bouchet, B. 2004. Quality of Health System Policy and Strategy Development in Estonia. Trip report. 15–18 December. Tallinn, Estonia.
4. Endokrinoloogia... 2001 = Endokrinoloogia arengukava. Koost. Tupits, H.; Podar, T; Kerge, J. Sotsiaalministeerium. [http://www.sm.ee/est/HtmlPages/endokrinoloogia/\\$file/endokrinoloogia.pdf](http://www.sm.ee/est/HtmlPages/endokrinoloogia/$file/endokrinoloogia.pdf)
5. Franco, L. M.; Silimperi D. R.; Zanten T. V.; et al. 2002. Sustaining Quality of Healthcare: Institutionalization of Quality Assurance. Center of Human Services.
6. Gross, J. 1994a. Arstiabi kvaliteet ägeda müokardiinfarkti ravimisel Eesti haiglates. – Eesti Arst 5, 371–2.
7. Gross, J. 1994b. Arstiabi kvaliteet ägeda bakteriaalse pneumoonia ravimisel Eesti haiglates. – Eesti Arst 5, 373–4.
8. Kalda R, Lember M. 2000. Setting national standards for practice equipment. Presence of equipment in Estonian practices before and after introduction of guidelines with feedback. – Int J Qual Health Care 12, 59–63.
9. Øvretveit J. 1992. Health Service Quality. Oxford, Blackwell Scientific Publications.
10. Peremeditsiini... 2001 = Peremeditsiini arengukava. Koost. Maaros, H-I.; Ilves, K.; Tiik, M. Sotsiaalministeerium. [http://www.sm.ee/est/HtmlPages/peremeditsiin/\\$file/peremeditsiin.pdf](http://www.sm.ee/est/HtmlPages/peremeditsiin/$file/peremeditsiin.pdf)
11. Shaw, C. D.; Kalo, I. 2002. A background for national quality policies in health systems. WHO.
12. Sluijs, E. M.; Wagner, C. 2003. Progress in the implementation of Quality Management in Dutch health care: 1995–2000. – Int J Qual Health Care 15(3), 223–34.

9. Dokumendis kasutatud õigusaktide loetelu

Seadused

Eesti Haigekassa seadus
Elundite ja kudede siirdamise seadus
Isikuandmete kaitse seadus
Kunstliku viljastamise ja embrüokaitse seadus
Kutseseadus
Meditiiniseadme seadus
Nakkushaiguste ennetamise ja tõrje seadus
Psühhiaatrilise abi seadus
Rakenduskõrgkooli seadus
Raseduse katkestamise ja steriliseerimise seadus
Ravikindlustuse seadus Tartu Ülikooli seadus
Ravimiseadus
Tervishoiuteenuste korraldamise seadus
Täiskasvanute koolituse seadus
Võlaõigusseadus
Ülikooliseadus

Vabariigi Valitsuse määrused

Arstiõppe, loomaarstiõppe, proviisoriõppe, hambaarstiõppe, ämmaemandaõppe, õeõppe, arhitektiõppe ja ehitusinseneriõppe raamnõuded
Eesti Haigekassa põhikiri
Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetelu
Kiirabi, haiglate ning pääste- ja politseiasutuste kiirabialase koostöö kord
Kõrgharidusstandard
Meditiiniseadmete liigitamise reeglid
Meditiiniseadme vastavushindamise kord
Nõuded meditsiiniseadme kavandamisele, tootmisele, pakendamisele ja meditsiiniseadmega kaasnevale teabele
Sotsiaalministeeriumi põhimäärus

Sotsiaalministri määrused

Arstide erialade arengukavad
Eriarstiabi erialade loetelu
Haigla liikide nõuded
Haigla funktsionaalse arengukava ja ehitusprojektide meditsiinitehnoloogia osa kinnitamise kord
Haiglate majutuse standardtingimused
Iseseisvalt osutatavate õendusabi teenuste loetelu
Kiirabibrigaadi koosseisu ja varustuse nõuded ning tööjuhend
Meditiiniseadme turule laskmisest ja meditsiiniseadmel tehtud olulistest muudatustest teavitamise tingimused ja kord
Nõuded haiglavälise eriarstiabi osutamiseks vajalikele ruumidele, sisseseadele ja aparatuurile
Nõuded õendusabi iseseisvaks osutamiseks vajalikele ruumidele, sisseseadele ja aparatuurile
Nõuded perearsti tegevuskoha ruumidele, sisseseadele ja aparatuurile
Ohujuhtumist teavitamise kord ja teavitamisvormid
Perearsti tööjuhend
Rehabilitatsiooniasutustele esitatavad nõuded

Tervishoiuameti põhimäärus
Tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamise nõuded
Tervishoiuteenuste kättesaadavuse nõuded
Tervishoiuteenuste osutamise kvaliteedile eksperthinnangu andmise kord
Tervishoiuteenuste osutamist tõendavate dokumentide loetelu ja vormid ning
tervishoiuteenuste dokumenteerimise kord
Vereteenistuse reformimine
Õendusala erialade arengukavad
Õendusabi erialade loetelu