

MEDITSIINILISE TÕENDUSPÕHISUSE HINNANG

Teenuse nimetus	Lastearsti ambulatoorne vastuvõtt – uus teenus
Taotluse number	1267
Kuupäev	18.12.2017 <i>EHK töötaja kommentaar: hinnangu andja eksinud kuupäevaga, hinnang koostatud mais 2018 ja allkirjastatud 21.05.2018</i>

1. Tervishoiuteenuse meditsiiniline näidustus

Teenuse näidustusi kirjeldavas taotluse lõigus näidustused ei ole otseselt väljatoodud. Märgitud ainult sihtrühm – 0-19 aastaset lapsed ja noorukid, millest võib järeldada, et teenuse saajateks on mõeldud kõik lapsed sõltumata diagnoosidest. Tervishoiuteenuse tõenduspõhisuse kirjeldusest selgub, et mõeldud on just kõik mitte-kirurgilised ja mitte-pühhaatrilised ambulatoorsed laste arsti visiidid.

Konkreetsete näidustuste toomata jätmise antud taotluse puhul on põhjendatud, kuna sisuliselt on mõeldud kõik erialast pediatrilist abi vajavad kliinilised probleemid. Esmatasandil arstiabi lastele Eestis osutavad hetkel ainult perearstid, teisel tasemel (maakonna haiglad) kas haiglaajuures töötavad pediatrid või teiste erialade haiglaarstid (EMO-arstid, sisearstid), kodeerides teenust kui „esmast või korduvat eriarsti vastuvõttu“ koodidega 3002 ja 3004 vastavalt. Kolmandas etapis (Tallina Lastehaiglas ja SA TÜK Lastekliinikus) lapsed on valdavalt ambulatoorselt teenindatud pediatrite poolt ja teenust kodeeritud samuti kui „esmast või korduvat eriarsti vastuvõttu“.

2. Näidustuse aluseks oleva haiguse või tervises seisundi iseloomustus

Ei ole antud taotluse puhul hinnatav, vastav osas taotluses täitmata, kuna taotletakse teenust konkreetsele vanus-grupile, mitte tervises seisundile.

3. Tervishoiuteenuse tõenduspõhised andmed ravi tulemuslikkuse kohta kliiniliste uuringute ja metaanalüüside alusel

Taotluses on esile toodud kaks põhilist argumenti, miks pediatri ambulatoorne vastuvõtt peab olema eristatud teistest eriarsti või perearsti ambulatoorsetest vastuvõttudest:

- Pediatri ambulatoorse vastuvõttu optimaalne kestus ületab paljude teiste erialade ja ka perearsti vastuvõtu optimaalset kestust, vajab pikendamist
- Pediatri ambulatoorses vastuvõtus on väga palju spetsiifilisi elemente, mida ei ole teiste eriarsti ja ka perearsti ambulatoorsetes vastuvõttudes, vajab eraldamist

Nagu taotluses õigesti märkitud, pediatri ambulatoorse vastuvõttu optimaalset kestust ja teenuse sisu iseloomustust sisaldavaid publikatsioone on vähe. Klassikalises mõttes tõenduspõhised uuringud kus oleks erinevaid käsitlusi võrreldud või kasutatud kontrollgruppe

praktiliselt ei ole. Samas tuleb märkida, et olulisi vastavasisulisi publikatsioone on siiski rohkem, kui taotluses toodud. Taotluse hindamise protsessis suhteliselt lühikese otsingu järel leitud terve rida aktuaalseid publikatsioone, mis antud hinnangus bold ja kursiivina toodud.

- Vastuvõttu optimaalsest kestusest: nagu eelnevalt mainitud, praegu ambulatoorset pediatrit vastuvõttu kodeeritakse kui „esmane või korduv eriarsti vastuvõtt“. Vastuvõttudeks on ettenähtud 25 ja 15 min vastavalt. Käesolevalt on taotletud nii esmasele kui ka korduval visiidile pediatrit juurde 30 min. Taotluses on toodud rida asjakohaseid argumente kohati koos toetavate kirjandusviidetega pediatrit vastuvõttu aja pikendamiseks.
 - viimaste aastakümnete ülemaailmne trend ambulatoorsete vastuvõtu aegade pikenemise osas (**Shaw MK et al, 2014; Mechanic D et al., 2001**). Täiendavalt tasub märkida, et pediatrit vastuvõtt on seejuures vastuvõttu aja pikenemise liidrite hulgas (esineljakus) (**Shaw MK et al, 2014**)
 - pediatrilise abi puhul on võrrelduna teiste erialadega väga suur nn. mitte-medikamentoosse ravi osakaal (nõustamine sh toitumisenõustamine, vaksineerimine, antropomeetrised mõõtmised, arengu hindamine jmt). Pediatrit vastuvõtt selles kontekstis on teisel kohal peale psühhiaatri vastuvõttu (**Katerndahl et al, 2015**), kelle ambulatoorne nii esmane kui ka korduv vastuvõtt on Eestis teiste erialade vastuvõttudest oluliselt pikem (60 ja 30 min vastavalt). Juurde peaks tooma ka **LeBaron WC et al, 1999** publikatsiooni, kus näidatud, et kuni 25% juhtudest laste profülaktilisele (ehk siis valdavalt esmatasandi) visiidile kulub üle 29 min.
 - viimase kümnendi muutuste trend: suurenenud krooniliste haiguste osakaal, enam kui kolmandikul pediatrit vastuvõtule pöördunud lastest esinevad erinevad arengu- ja käitumisprobleemid, mille käsitlemiseks jääb vastuvõtuaeg napiks (**Freed et al., 2013**)
 - elanikkonna vananemine viib perearsti tegevusfookust elanikkonna vanemate gruppidega tegelemisele ja lastele ning nende terviseprobleemidele kulutatud aeg lüheneb (**Freed et al., 2013**)
 - pediatrit kui eriala spetsiifikast lähtuvalt on ambulatoorne vastuvõtt ajakulukas. Selle argumendi juurde on toodud üksikasjalik pediatrit vastuvõtu spetsiifika kirjeldus, küll aga ilma toetavaid kirjandusviiteid. Viimaseid ei õnnestunud leida ka taotluse hindamise protsessis. Samas ei tulnud esile ka publikatsioone, mis antud vaided ümber lükkaks

Lisaks eelpool ülesloetud asjakohastele kommentaaridele on ka mõned nõrgad ja/või vastuolulised argumendid:

- pediatriline ambulatoorne vastuvõtt hõlmab paljusid komponente kuna teenust pakutakse erinevas vanuses lastele. Argumendile toetavaid kirjandusviiteid ei ole toodud. Vastuargumendiks võib esile tuua asjaolu, et paljude teiste erialade puhul on ka tegemist mitme-komponentse vastuvõtuga, mis on tingitud näiteks keskmiselt oluliselt suurema (võrreldes lastega) tõsiste kaasnevate haiguse ja kasutatavate ravimite arvuga.

- lapsevanemad paljudes olukordades eelistavad lastearsti vastuvõttu (**Freed et al poolt, 2017**). Argumendi toetuseks toodud kirjandusviide. Vastuargumendina tuleb märkida, et meditsiinilise hariduseta patsiendid ei ole pädevad ja ei ole objektiivselt tervishoiuteenuste kvaliteedi hindamisel. Patsientide eelistused on ootuspärased ja ei saa olla teenuse lisandumise või mitte-lisandumise puhul määrav argumendiks.
 - 30 minutit nii esmase kui ka korduva pediatrivi vastuvõtu jaoks tagab kvaliteetsema ja vähem kuluka pediatrilise teenindamise, hoides ära tarbetuid lisauuringuid ja konsultatsioone. Antud argumendile samuti ei ole toetavaid kirjandusviiteid toodud. Tuleb märkida, et pikem vastuvõtu aeg suure tõenäosusega tagab kvaliteetsema abi, tõenäoliselt vähendab ka tarbetuid konsultatsioone, kuid samas kulukuse kohta ennustusi raske teha, pigem jäävad samasse suurusjärku – mõnes komponendis suurenevad ja mõnes komponendis langevad.
- Pediatrivi ambulatoorses vastuvõttu spetsiifilisus ja oluline erinevus võrreldes teiste eriarsti ja perearsti vastuvõttudega. Selle argumendi alla on toodud eeskätt selliseid fakte ja tähelepanekuid, mis osutavad perearstisüsteemi töö puudujääkidele laste jälgimises. Toodud tähelepanekut ja näited kirjandust on asjakohased ja osutavad reaalsele probleemidele, mis on tingitud asjaolust, et spetsiifilist patsientide populatsiooni (lapsi) esmatasandil jälgivad ja käsitlevad ainult perearstid.
 - viimasel aastakümnel on ilmnunud kitsama alaerialaga pediatrile suunamiste arvu märgatav tõus. Tendentsi põhjuseks arvatakse olevat esmatasandi arstide kogemuse vähesus, mille on tinginud vähene kokkupuuteaeg lapsipatsientidega (**Freed et al., 2013**)
 - perearstipõhise esmataseme mudeli puhul on leitud, et laste pöördumiste arv erakorralise meditsiini osakondades suureneb (**Hamilton P et al., 2007**)
 - perearstipõhise esmataseme mudeli puhul on leitud, et lapsi suunatakse liigselt ja põhjendamatult haiglasse (**Vehviläinen et al., 1997**)
 - perearstipõhise esmataseme mudeli puhul kolmanda tasandi kitsa alaeriala lastearstid peavad tegema esmataseme ja teise tasandi tööd (**Hamilton P et al., 2007**)
 - perearstid ja teised mitte-pediatrid, kes osutavad pediatrilist abi, enamasti ei läbi täiendkoolitust n.ö. pediatrilise pädevuse säilitamiseks (**Hamilton P, 2007**). Selle tõsise argumendi juurde peaks märkima, et Eestis eksisteerib küll täiendkoolituse kohustus perearstidele, aga pole kohustust saada täiendkoolitust konkreetsetest valdkondades. Nii on väljakujunenud olukord, kus osa perearst aastaid ei läbi ühtegi pediatrilist täiendkoolitust. Lisaks tuleb märkida, et Euroopa Pediatria Akadeemia soovitus pediatrilise baaskoolituse kestuseks üldarstidele-perearstidele on 9-12 kuud (**Završnik J et al, 2018**). Eestis perearstid oma 3 aastase residentuur jooksul saavad pediatrilist koolitust kokku 5 kuud ehk ca 15% residentuuri ajast, samas kui lapsed moodustavad ca 20% perearsti nimistust.
 - 2016.a. avaldatud Riigikontrolli audit “**Riigi tegevus laste tervise hoidmisel ja ravimisel**” näitas, et perearsti juures kohustuslikus tervisekontrollis käivad lapsed väga ebaregulaarselt. Eelkooliealistest 3–6 aastastest lastest jõuab kord aastas toimuvale kontrollile alla 4%. Eelkooliealistest lastest kolme aasta jooksul ei jõua tervisekontrolli kordagi koguni üle 50% lapsi. Peab märkima, et riigikontrolli auditi

tulemus on väga alarmeeriv näitaja, mis osutab tõsisele puudujäägile laste käsitluses esmatasandil.

Pediaatri ambulatoorse vastuvõttu spetsiifilisuse väidet toetavaid vastuolulisi argumente otseselt ei näe. Põhiliseks nõrkuseks on teaduspõhise toetuse/publikatsioonide vähesus, enamus argumente baseerub ekspertide arvamustel, publikatsioonides on toodud statistilised numbrid, mis ei kajasta otseselt ravi tulemuslikust erineva pediatrilise ambulatoorse arstiabi mudeli kontekstis. Publikatsioonides toodud statistilised numbrid ainult kaudselt viitavad pediatrilise ambulatoorse abi suurele spetsiifilisusele.

Uuringu sihtgrupp ja uuritavate arv uuringugruppide lõikes <i>Märkida uuringusse kaasatud isikute arv uuringugrupi lõikes ning nende lühiiseloostus, nt. vanus, sugu, eelnev ravi jm.</i>	Ei ole antud taotluse puhul hinnatav, vastav osa taotluses põhjendatult täitmata.
Uuringu aluseks oleva ravi/teenuse kirjeldus	Ei ole antud taotluse puhul hinnatav, vastav osa taotluses põhjendatult täitmata.
Võrdlusravi <i>Uuringus võrdlusena käsitletud ravi/teenuse kirjeldus</i>	Ei ole antud taotluse puhul hinnatav, vastav osa taotluses põhjendatult täitmata.
Uuringu pikkus	Ei ole antud taotluse puhul hinnatav, vastav osa taotluses põhjendatult täitmata
Esmane tulemusnäitaja <i>Uuritava teenuse esmane mõõdetav tulemus /väljund</i>	Ei ole antud taotluse puhul hinnatav, vastav osa taotluses põhjendatult täitmata.
4.2.6 Esmase tulemusnäitaja tulemus	Ei ole antud taotluse puhul hinnatav, vastav osa taotluses põhjendatult täitmata.
4.2.7 Teised tulemusnäitajad <i>Uuritava teenuse olulised teised tulemused, mida uuringus hinnati</i>	Ei ole antud taotluse puhul hinnatav, vastav osa taotluses põhjendatult täitmata.
4.2.8 Teiste tulemusnäitajate tulemused	Ei ole antud taotluse puhul hinnatav, vastav osa taotluses põhjendatult täitmata.

4. Tervishoiuteenuse tõenduspõhised andmed ravi ohutuse kohta

Ei ole antud taotluse puhul hinnatav, vastav osa taotluses põhjendatult täitmata, kuna taotletakse teenust vanus-grupile, mitte terviseseisundile ja/või konkreetsele haigusele või raviviisile.

5. Tervishoiuteenuse osutamise kogemus maailmapraktikas

Taotluses õigesti märgitud, et erinevates maailma riikides on tervishoiukorralduses (sh pediatrilise abi organiseerituses ja jaotus esmase, teise ja kolmandi tasandi vahel) väga heterogeenne, mis teeb mujal avaldatud uuringute tulemuste ülekandmist konkreetse riiki keerukaks (*Wolfe I et al., 2013*). Uuringuid, mis üritaks erinevaid süsteeme võrrelda mingite

kvaliteet-näitajate alusel (näiteks haiguste avastamismäär, ravi tulemused vms) taotluses ei ole toodud, samuti ei õnnestunud neid leida ka hinnangu tegemise ajal.

Taotluses ei ole toodud mõned selle teemalised olulised publikatsioonid. Näiteks 2 suurt USA uuringut, kus ajalooliselt on olnud pediatrilise emastaseme abi segamudel, viimase ~25 aasta jooksul on pediatrite roll laste käsitlemisel oluliselt kasvanud. Esmaste visiitide arv just pediatrile (vs üldarst/perearst) on kasvanud 56% kuni 71%, kusjuures esimese eluaasta visiitidest 84% - pediatrile, vanuses kuni 4 a nüüd kuni 80% tehakse ka pediatrile. Samas Euroopas, küll valdavalt endiste Idabloki riikide arvelt, on see trend olnud vastupidine (*Freed GL et al, 2004 ja 2010*). Samas Saksamaal, kus ajalooliselt esmatasemel oli suur pediatrite roll, on vastuvõttude osakaalu jaotuvus oluliste muutusteta ja sarnaneb praeguse USA situatsiooniga (*Ehrlich J et al. 2016*).

6. Tõendus põhisisus võrreldes alternatiivsete tõendus põhiste raviviisidega

Ei ole antud taotluse puhul põhjendatult täidetud, ei ole selle tõttu hinnatav. Alternatiiviks on nii praeguse olukorra/korralduse säilitamine, kui ka osaline muutmine. Nagu eelpool mainitud, tõendus põhiseid publikatsioone, mis otseselt toetaksid või siis vastupidi otseselt oleksid erinevate alternatiivide vastu, pole olemas.

7. Taotletava teenuse ja alternatiivse raviviisi sisaldumine Euroopa riikides aktsepteeritud ravijuhistes

Ei ole antud taotluse puhul hinnatav, vastav osas taotluses põhjendatult täitmata

8. Tervishoiuteenuse osutamiseks vajalike tegevuste kirjeldus

Taotluses on esitatud igati asjakohased ja detailsed andmed teenuse tegevuse kohta. Ainsa kommentaarina/parandusena võib märkida, et kirjeldatud on universaalne vastuvõttu ruum, mis sobiks tegevuseks nii üldpediatritele kui ka kõikide kitsama ala pediatritele. Osa ülesloetletud seadmetest (nt. pulssoksümeeter või glükomeeter) ei pruugi olla vajalikud igas pediatri vastuvõttu kabinetis.

Kuluandmed taotleja poole on põhjendatult esitamata.

9. Tingimused ja teenuse osutaja valmisolek kvaliteetse tervishoiuteenuse osutamiseks

Taotluses esitatud andmed potentsiaalsete tervishoiuteenuse osutajate kohta on asjakohased ja üldjoontes ammendavad. Mõned alapunktid kommenteeritud täiendavalt.

9.1. Tervishoiuteenuse osutaja: suurte ja väikeste haiglate roll antud tervishoiuteenuse osutajatena on selge ja kindel. Raskesti hinnatav ja prognoositav on tulevaste tervisekeskuste ja/või suurte perearsti keskuste roll. Eesti Lastearstide Seltsi nägemuse kohaselt, mis kajastub ka antud taotluses, 1 esimese või teise taseme üldpediaater võiks teenindada 5000 last. Eeldusel, et ühes keskmises perearsti nimistus on 1600 patsienti, kellest ca 20% on lapsed (ehk 320 inimest), siis taolise kalkulatsiooni järgi esmasel tasemel võiks töötada üks üldpediaater kes aitab/konsulteerib ~15 perearsti nimistu lapsi. Milline oleks rollide jaotuvus – keda konsulteerivad/jälgivad ainult perearstid, keda suunavad nendega vahetult kõrval töötavale üldpediatrile, tuleks täpsustada. Tedaolevalt praegu käivad Eesti Perearstide ja Eesti Lastearstide seltsi läbirääkimised

rollide ja kompetentsuse piiride osas uue „ Laste profülaktilise läbivaatuse juhendi“ koostamise kontekstis.

9.2. Tervishoiuteenuse osutamise tüüp...

9.3. Raviarve eriala ...

9.4. Minimaalne tervishoiuteenuse osutamise kordade arv kvaliteetse teenuse osutamise tagamiseks....

9.5. Personali (täiendava) väljaõppe vajadus: taotluses on kirjeldatud kuidas käesolevalt lastega tegeleva personali koolitatakse, küll aga ei ole hinnatud täiendava väljaõppe vajadus. Praktiseerivad pediatrid antud tervishoiuteenuse tekke kontekstis olulist täiendavad koolitust ei vaja.

On ette näha residentuuri tellimuse vajaduse suurenemist üldpediaatrite vajaduse suurenemise tõttu. Käesolevalt maakonna haiglates töötavad valdavalt pensioniealised lastearstid (v.a. suuremad haiglad nagu Pärnu, Viljandi ja Puru haigla), kelle töömahud ei ole suured. Selle tõttu praeguse rahastamismudeli kontekstis maakonna haigla juhid ei ole huvitatud uusi lastearste palgata praeguste lastearstide pensioneerumisel ja ~5-10 aasta perspektiivis võib oodata pediatrilise arstiabi täieliku kadumist maakondade keskustest. Rahastamismudeli muutusel (ambulatoorse praegusest eriarsti vastuvõttust kallima esmase või korduva pediatrilise vastuvõttu tekkel) olukord võib muutuda. Olukorra muutus võib suurendada üldpediaatri taustaga residentuuri lõpetajate vajadust. Käesolevalt enamus pediatria residente läbivad õpet 3+2-3 aastat mudeli alusel ja omandavat kitsamat pediatrilist eriala. Uue tervishoiuteenuse tekke ilmselt suurendab üldpediatria residentuuri (õppe 4 aastat) lõpetajate vajadust.

9.6. Teenuseosutaja valmisolek: haiglate valmisolek teenuse osutamiseks on olemas. Perearstikeskuste võimalused on heterogeenset ja selle tõttu raskesti hinnatavad, tõenäoliselt mõnes keskusel võimalused on ja teistes mitte. Arvestades planeeringut 1 üldpediaater ~15 perearsti kohta, tõenäoliselt leidub mõni sobilik perearsti keskusel üldpediaatri vastuvõtt tekitada saab.

10. Teenuse osutamise kogemus Eestis

Taotluses esitatud andmed on korrektse ja asjakohased. Teenus (lastearstide ambulatoorne vastuvõtt) eksisteerib Eestis aastakümneid, peale Eesti taasiseseisvumist järk-järgult kadus esmatasandilt ja jäi alles teises ja kolmandas ravi etapil (ehk haiglatest). Samas tuleb arvestada sellega, et käesolevalt haiglas töötavad kitsa ala pediatrid tihti täidavad esmatasandi üldpediaatri rolli ehk siis perearstide poolt suunatakse konsultatsioonile selliseid patsiente, kes väga kitsa spetsialiseerinuga pediatri abi ei vaja.

11. Eestis tervishoiuteenust vajavate isikute ja tervishoiuteenuse osutamise kordade arvu prognoos järgneva nelja aasta kohta aastate lõikes

Antud lõik ei ole taotluses põhjendatult täidetud.

Mingil määral arv on hinnatav, kui Haigekassale esitatud arvete statistikast oleks võimalik lugeda kokku kõik mitte-kirurgilised eriarsti vastuvõtujuhud alla 19 aastastel isikutel. Number annaks õiget suurusjärku/prognoosi tervishoiuteenuse arvule.

12. Tervishoiuteenuse seos kehtiva loeteluga, ravimite loeteluga või meditsiiniseadmete loeteluga ning mõju töövõimetusele

Antud alapunkt taotluses on täidetud puudulikult. Enamusele arvulise prognoose nõudvatele alapunktidele on vastata raske kui mitte võimatu anda, kuid mõnele küsimusele võik anda ka väga konkreetse vastuse. Võiks seletada, et käesolev tervishoiuteenus laste puhul asendab praktiliselt täielikult koodidega 3002 ja 3004 eriarsti esmast ja korduvat ambulatoorset vastuvõttu enamuse mitte-kirurgiliste erialade puhul. Ravijuhtudele lisandub „esmane või korduv lastearsti vastuvõtt“. Ravijuhtude arv alguses tõenäoliselt praktiliselt ei muutu, pikemas perspektiivis ehk üldpediaatrite juurde tekkel tervisekeskuste või maakonna haiglate juurde on oodata mõningast ravijuhtude arvu suurenemist, mida osaliselt kompenseerib väiksem/harvem suunamine kõrgemasse etapi ja üleüldine demograafiline olukord/laste arvu vähenemine Eestis. Samuti nagu ka ravijuhtude arvuga, taotletava tervishoiuteenusega ei ole oodata olulist kaasnevate tervishoiuteenuste arvu suurenemist, suuremat soodusravimite või meditsiiniseadmete väljakirjutamist kuna hetkel see kõik sarnases mahus toimub eriarstarsti vastuvõttude kontekstis. Samuti tervishoiuteenuse lisandumise ei mõjuta olulisel määral töövõimetuste määramist.

12.1. Tervishoiuteenused, mis lisanduvad taotletava teenuse kasutamisel ravijuhule

12.2. Tervishoiuteenused, mis lisanduvad alternatiivse teenuse kasutamisel ravijuhule

12.3. Kas uus teenus asendab mõnda olemasolevat tervishoiuteenust osaliselt või täielikult?

12.4. Kui suures osas taotletava teenuse puhul on tegu uute ravijuhtudega?

12.5. Taotletava tervishoiuteenusega kaasnevad samaaegselt, eelnevalt või järgnevalt vajalikud tervishoiuteenused (mida ei märgita taotletava teenuse raviarvele), soodusravimid, ja meditsiiniseadmed patsiendi kohta ühel aastal.

12.6. Alternatiivse raviviisiga kaasnevad (samaaegselt, eelnevalt või järgnevalt) vajalikud tervishoiuteenused (mida ei märgita taotletava teenuse raviarvele), soodusravimid, ja meditsiiniseadmed patsiendi kohta ühel aastal.

12.7. Tervishoiuteenuse mõju töövõimetusele

13. Hinnang patsiendi omaosaluse põhjendatusele ja patsientide valmisolekule tasuda ise teenuse eest osaliselt või täielikult

Ei ole antud taotluses põhjendatult täidetud ja pole hinnatav.

14. Tervishoiuteenuse väär- ja liigkasutamise tõenäosus

Taotluses teenuse väärkasutamist on peetud vähetõenäoliseks ja see hinnang tundub tõepärane.

15. Patsiendi isikupära võimalik mõju ravi tulemustele

Ei ole antud taotluses põhjendatult täidetud ja pole hinnatav.

16. Tervishoiuteenuse kohaldamise tingimused

Ei ole antud taotluses põhjendatult täidetud ja pole hinnatav.

17. Kokkuvõte

Eesti Lastearstide Selts taotleb uue tervihoiuteenuse lisandumist teenuste loetellu. Taotletud teistest eriarsti visiitides eraldiseisev pediatriline ambulatoorne esmane ja korduv vastuvõtt, mille kestuseks taotletud 30 min. Meditsiinilisi näidustusi sõna otseses mõttes taotletud ei ole, vaid teenust soovitakse osutada lastele vanuses 0 kuni 19 aasta enamusel mitte-kirurgilistest erialadest kõigil kolmel tervishoiu tasemel (esmasel – perearsti keskuste juures, teisel tasemel – maakonna haiglate juures ja kolmandas etapis – spetsialiseeritud pediatrilist abi osutavates kliinikutes/haiglates). Teenuse tulemuslikuseks arvatud lastele suunatud arstiabi kvaliteedi üldist olulist paranemist, arvamus tugineb erinevates publikatsioonides presenteeritud ekspertarvamuste ja kaudsetele statistilistele näitajatele põhjal, Viimased osutavad puudujääkidele perearsti ja/või üldarsti keskses esmasel või teisel ravietapis baseeruvast laste arstiabis. Käesolevalt teenus ei ole ravijuhendites kajastatud. Teenuse kohaldamiseks tuleb selgelt piiritleda perearstide ja lastearstide kompetentsuse piire ja luua selgeid kriteeriume mille alusel lapsed oleksid suunatud pediatriline ambulatoorsele vastuvõtule esmasel, teisel või kolmandasse ravietappi.

18. Kasutatud kirjandus

1. Shaw MK et al. The duration of office visits in the United States, 1993 to 2010. *Am J Mang Care*, 2014; 20:820-826.
2. **Mechanic D et al. Are patients' office visits with physicians getting shorter? *N Engl J Med*. 2001; 18:344:198-204.**
3. Katerndahl D et al. Complexity of ambulatory care across disciplines. *Healthcare*, 2015, 3:89-96.
4. LeBaron WC et al. **How Much Time Is Spent on Well-Child Care and Vaccinations?** *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1999, 153:1154-1159.
5. Freed GL et al. Changes in longer consultations for children in general practice. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 2013; 49:325-329.
6. Freed GL et al. Children referred for specialty care: parental perspectives and preferences on referral, follow-up and primary care. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 2017; 53:18-25
7. Hamilton P, 18th Annual Congress of the European Society of Ambulatory Paediatrics, 2007
8. Vehviläinen AT et al. Reasons for referral from general practice in Finland. *Scand J Prim Health Care*, 1997, 5:43-7.
9. **Završnik J et al. Basic training requirements for health care professionals who care for children. *Eur J Pediatr*. 2018 Apr 25**
10. Riigikontrolli audit "Riigi tegevus laste tervise hoidmisel ja ravimisel". 3.11.2016, www.riigikontroll.ee.
11. **Wolfe I et al. Health services for children in western Europe. *Lancet*. 2013,6;381:1224-34.**
12. **Freed GL et al. Which Physicians Are Providing Health Care to America's Children? Trends and Changes During the Past 20 Years. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2004, 158:22-26.**

13. *Freed GL et al. Which pediatricians are providing care to America's children? An update on the trends and changes during the past 26 years. J Pediatr. 2010, 157:148-152.e1.*
14. *Ehrich J et al. The Child Health Care System of Germany. The Journal of Pediatrics 2016, S71-S86.*