

**Eesti haiglate arengukava
aastani 2015**

**Põhiseisukohtade kokkuvõte
18. aprill 2000**

Maailmapanga poolt rahastatud ja Sotsiaalministeeriumi poolt läbiviidud konkursi põhjal sõlmiti kahe Rootsi firmaga - Scandinavian Care Consultants AB ja SWECO International AB - leping Eesti haiglate arengukava väljatöötamiseks.

Scandinavian Care Consultants AB on konsulteerimisfirma, mille töötajateks on kogenud tervishoiuplaneerijad ja -eksperdid ning spetsialistid tervishoiuinvesteeringute, haiglate ja teiste tervishoiuasutuste juhtimise, organiseerimise ja koolituse alal.

SWECO on ehitus- ja tehnokonsultatsiooniteenuseid osutav firma, mille struktuuris tegutseb nii haiglate planeerimise ja projekteerimise üksus kui ka mehaaniliste ja elektriliste süsteemide osand.

Haiglate rekonstrueerimise arengukava moodustab osa kogu Eesti tervishoiusüsteemi reformist, millega alustati 1990. aastate algul. Projektikirjelduse kohaselt peab arengukava sisaldama ettepanekuid tulevase haiglavõrgu kohta, võttes arvesse teiste riikide parimaid kogemusi.

Haiglavõrgu rekonstrueerimise arengukava töötati välja ajavahemikus november 1999 kuni 15. aprill 2000 tihedas koostöös sotsiaalministeeriumi projekti juhtkomiteega, mida juhtis sotsiaalministeeriumi kantsler Hannes Danilov.

Projekti elluviimise jooksul on koostatud järgmised aruanded:

Sissejuhatav aruanne	21. detsember 1999
I vahearuanne	7. veebruar 2000
II vahearuanne	3. märts 2000
Lõpparuanne	20. aprill 2000

Allpool on toodud lõpparuande põhilised järeldused ja seisukohad

TERVISHOIU ARENGUSUUNAD MAAILMAS

Kaasaegset tervishoiukorraldust iseloomustavad järgmised tunnused:

- lihtsamate raviprotseduuride detsentraliseerimine
- keeruliste raviprotseduuride tsentraliseerimine
- erakorralise ravi eri vormide eraldamine
- ambulatoorse ravi osakaalu suurendamine ja esmatasandi arstiabi edendamine
- haiglaravi osakaalu vähendamine ja haiglaravi kestvuse märgatav lühenemine
- päevakirurgia
- uued mitteinvasiivsed ravimeetodid
- rõhk plastilisel kirurgial, mis tõstab elukvaliteeti
- uued efektiivsemad ravimid

Meditsiinitehnoloogia arengutempo pidev kasv võimaldab paljusid lihtsamaid laboratooriumianalüüse teha arstid iseseisvalt samas kui keerulisemaid analüüse töödeldakse

tsentraliseeritud korras. Tänu sellisele uuele tehnoloogiale nagu magnetresonantstomograafiale (MRI) on oluliselt paranenud diagnostikavõimalused.

Patsientide ravi peaks mõne aasta pärast muutuma veelgi tõhusamaks ka tänu mikrobioloogias ja geenitehnoloogias toimuvale arengule.

Arenenud lääneriikides kasvab elanike keskmine eluiga ja suureneb eakate inimeste arv. See toob endaga kaasa uued nõuded vanurite hooldusele ja rõhutab vajadust eristada selle hoolduse erinevaid vorme.

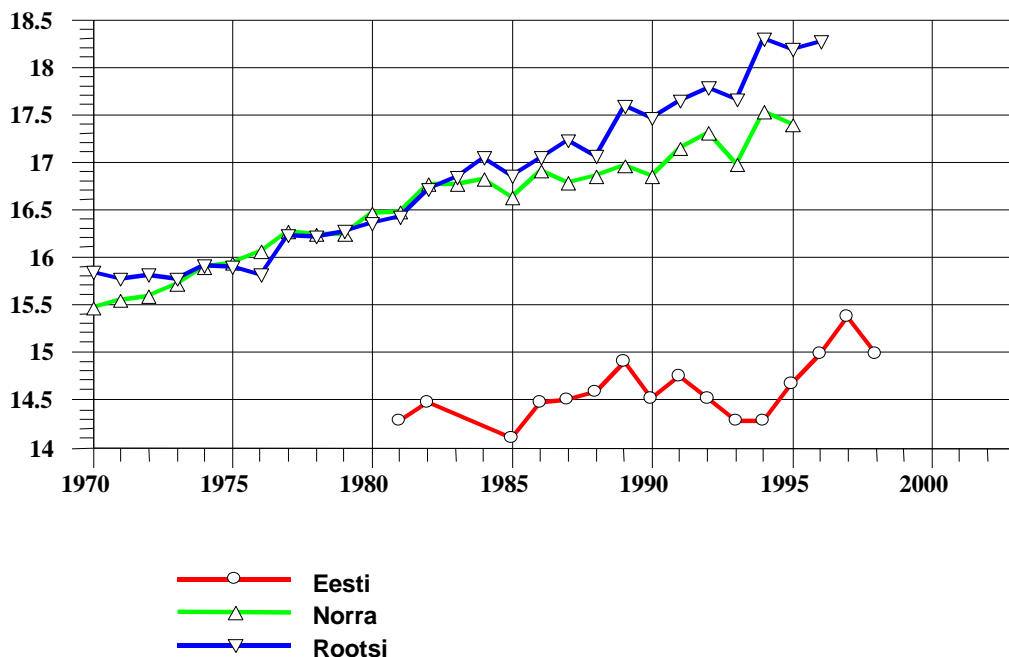
Ravi arengut mõjutab ka tervishoiukorraldus ise, mis peab muutuma üha paindlikumaks. Tulevikus peaks vähenema kliinikute eriosakondade osatähtsus. Osakondadevahelised piirid hajuvad ja olulisemaks muutub meeskonnatöö põhimõttel osutatav ravi.

Teise tasandi haiglates on rohkem raskeid haigusi põdevaid patsiente. See esitab kõrgendatud nõudmised haiglapersonalile ja rõhutab vajadust tõsta palatite kvaliteeti.

TÄNANE OLUKORD EESTIS

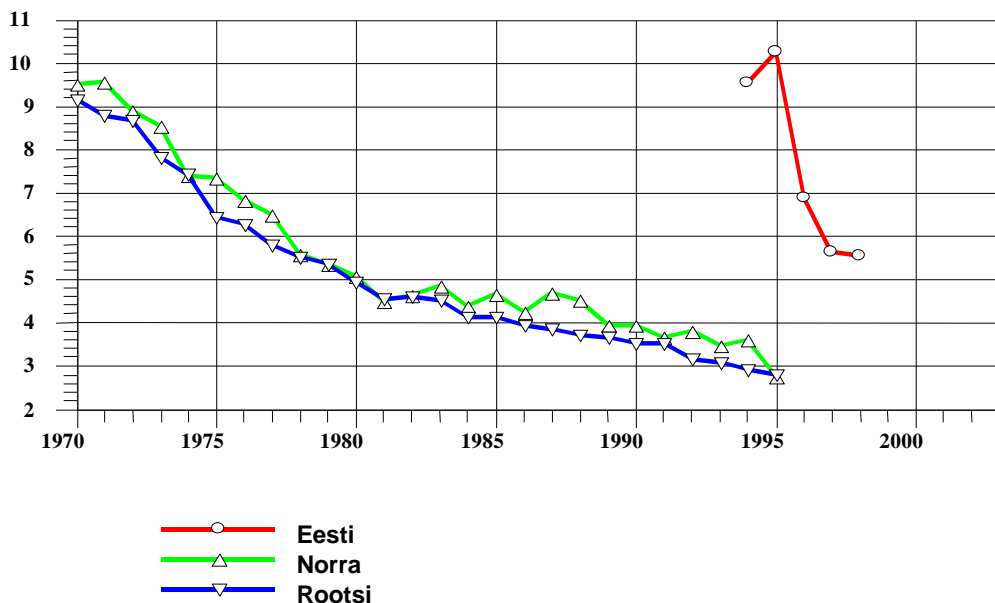
Erinevused Eesti ja Skandinaavia riikide keskmise eluea vahel on toodud järgmisel graafikul

Keskmine oodatav eluiga 65-aastaste inimeste hulgas (aastates)



On julgustav, et neonataalne suremus Eestis on viimastel aastatel näidanud langustendentsi (vt joonis).

Neonataalse suremuse määr 1000 elusalt sündinud imiku kohta



Võrreldes Norra ja Rootsiiga on Eestis palju rohkem levinud haigused ja surmapõhjused, mis on seotud sotsiaalmajandusliku olukorraga ja tulenevad alkoholismist, suitsetamisest ja rasvade tarbimisest.

VAJADUS MUUDATUSTEKS

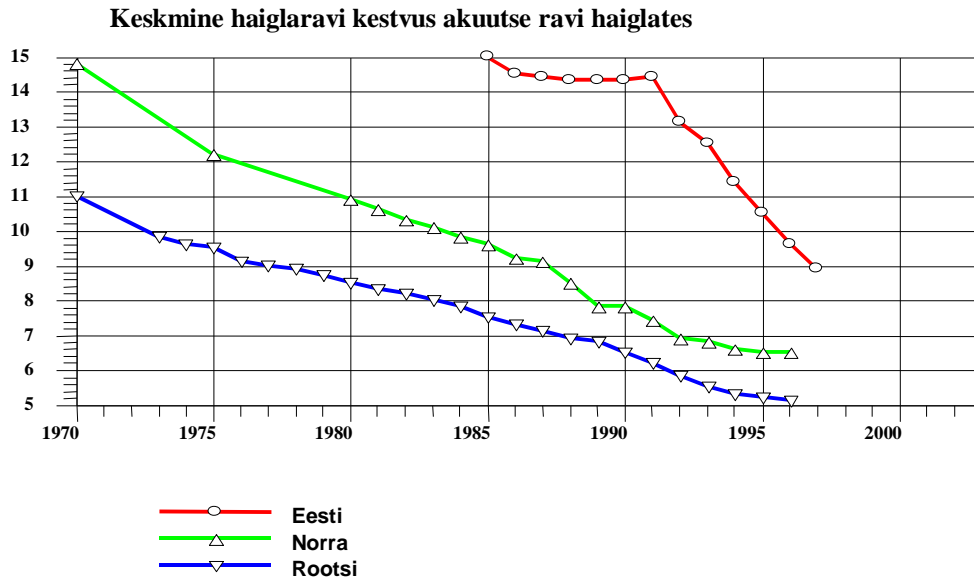
Nõukogude Liidus kehtinud vertikaalne tervishoiusüsteem põhines monoprofilsetel spetsialiseeritud haiglatel. Üldiselt võttes oli see süsteem madala kvaliteediga ja ebaefektiivne. Praegu lääneriikides kasutatavad horisontaalsed süsteemid on lähtuvad elanikkonna vajadustest.

1999. aasta detsembris alustasid konsultandid Eesti tervishoiusüsteemi kohta käivate andmete analüüsi ja külastasid kokku 60 haiglat Eesti eri paikades. Enne haiglate külastamist saadeti neile vastav küsimustik. Arutelud toimusid nii haiglajuhtide kui ka personaliga ning mõnede kohalike omavalitsuste liikmetega, sotsiaalhoolekande spetsialistidega ja Sotsiaalministeeriumite ametnikega.

Praegu on Eestis 78 haiglat, mis on äärmiselt erinevad oma vanuse, suuruse ja ehitusliku seisukorra poolest. Enamik haiglaid on ehitatud 20 või rohkem aastat tagasi. Paljud veel varem ehitatud haiglahooneid on ajale hästi vastu pidanud, samas kui 60ndatel-80ndatel ehitatud haiglahooneid on üldiselt väga kehvast seisukorras. Haiglate ümberehitusi ei ole tehtud pikaajaliste arengukavade põhjal, vaid hetkevajadusi arvestades. Peaaegu kõik haiglad vajavad põhjalikku rekonstrueerimist ja infrastruktuuri uuendamist: eriti on vaja suurendada üldpinda ühe haiglavoodi kohta, parandada sanitaarruumide, ventilatsiooni ja liftidega varustatust, tuleohutust, jne.

Teise tasandi haiglad on üldjuhul liiga suured ja nende voodihõive on tavaliselt madal. Ehkki nendes haiglates on palju vaba pinda, on palatid sageli ülerahvastatud. Teise tasandi haiglates valitsevad tingimused ei rahulda ei patsiente ega haiglapersonali.

Hospitaliseeritud patsientide arv ja keskmine haiglaravi kestvus on Eestis küll vähenemas, kuid ikkagi palju kõrgem kui Norras ja Rootsis. Tõenäoliselt etendavad siin oma osa nii haiglate käsutuses olevad meditsiiniseadmed kui ka ravimeetodid, kuid kõige rohkem ehk käitumisharjumused.



Nii meditsiinilisest kui ka majanduslikust seisukohast on selge, et praegune olukord Eesti haiglates ei ole rahulda kedagi.

Koondades patsientide kvalifitseeritud ravi vähematesse haiglatesse paraneb ka ravi kvaliteet. Suurem patsientide arv aitab haiglapersonalil (arstidel ja õdedel) säilitada oma professionaalsust. Ökonoomsuse seisukohast on otstarbekas koondada keerulisemad ja kallimad meditsiiniseadmed vähematesse haiglatesse.

Uued kaasaegsed diagnostikameetodid ja -seadmed on üldjuhul kallid. Samas on angiograafialaborid ja radiodiagnostikaseadmed (kompuutertomograafia) väga vajalikud insuldi ja südameveresoonehaiguste diagnoosimisel. Angiograafialabori teeninduspiirkonnaks peaks olema 250 000 elanikku ja kompuutertomograafia (CT) puhul 50 000 elanikku.

Akuutse ravi koondamine vähematesse haiglatesse võimaldab suurendada investeeringuid meditsiiniseadmetesse.

Teise ja kolmanda tasandi haiglate puhul on kõige kuluefektiivsem kaasajastada hooneid.

UUS HAIGLATE STRUKTUUR

Meie ettepanek haiglate paiknemise kohta põhineb sellistel teguritel nagu rahvastiku demograafilised näitajad, teenindatava piirkonna suurus ja infrastruktuur (juurdepääs, teedevõrk, jne.)

Teeme ettepaneku jaotada Eesti neljaks peamiseks teeninduspiirkonnaks ja korraldada haiglavõrk ümber vastavalt sellele. Igas piirkonnas hakkab paiknema keskhaigla või regionaalne haigla / ülikoolihaigla. Praegu Eestis tegutsevad teise ja kolmanda tasandi arstiabi andvad haiglad korraldatakse ümber järk-järgult järgmise 10-15 aasta jooksul. Teeninduspiirkondade kaart on toodud lisas L.

Kavandatavate piirkondade haiglad on Eesti elanikule arstiabi kättesaadavuse seisukohalt ükskõik millisest geograafilisest punktist võetuna 70 km raadiuses ehk 60 minuti autosõidu kaugusel.

Aastaks 2015 vähendatakse akuutset ravi andvate haiglate arvu 27-lt 13-ni. Voodite arvuks jääb orienteeruvalt 3100. Oleme veendunud, et sellist vähendamist ei ole raske läbi viia. Ühtlasi lüheneb keskmine hospitaliseerituse aeg ja oluline osa ravist muudetakse ajapikku ambulatoorseks.

Kirde-Eesti

Uus keskhaigla Kohtla-Järvel või Jõhvis
Teise tasandi haiglad Narvas ja Rakveres

Loode-Eesti

Üks regionaalne haigla ja kaks keskhaiglat Tallinnas
Teise tasandi haiglad Haapsalus (Läänemaal) ja Paines (Järvamaal)

Kagu-Eesti

Üks ülikoolihaigla Tartus (soovitavalt uusehitus)
Teise tasandi haiglad Võrus ja Viljandis

Edela-Eesti

Uus Pärnu haigla
Teise tasandi haigla Kuressaares

See kava hõlmab 13 haiglat: ühte ülikoolihaiglat Tartus, ühte regionaalset haiglat Tallinnas Mustamäel, 4 keskhaiglat Kohtla-Järvel või Jõhvis, Tallinna keskhaiglat, Tallinna Läänehaiglat ja Pärnu haiglat), 7 teise tasandi haiglat (Haapsalus, Paines, Rakveres, Narvas, Kuressaares, Viljandis, ja Võrus.)

VARASEMAD TEISE TASANDI HAIGLAD

Haiglad, mis enam ei paku teise tasandi statsionaarset ravi saab muuta tervishoiukeskusteks või tervishoiuasutusteks, mis pakuvad esmatasandi arstiabi, spetsialiseeritud ambulatoorset ravi, päevakirurgiat, päevahoolet koos pikaravivõimalusega või hooldekodudeks.

MONOFUNKTSIONAALSED HAIGLAD

Enamik praegu tegutsevaid spetsialiseeritud haiglaid integreeritakse teise ja kolmanda tasandi arstiabiteenust andvate haiglatega. Spetsialiseeritud haiglad jäävad ainult tuberkuloosi raviks, teatud psühhiaatriliseks raviks ja taastusraviks.

ERIKÜSIMUSED

Eesti haiglates on kokku 18 sünnitusabi osakonda. Kaheteistkümnes haiglas oli möödunud aastal 500 või vähem sündi, kusjuures mõnedes haiglates isegi vähem kui üks sünd päevas. Seda on liiga vähe sünnitusabiarstide ja ämmaemandate professionaalsete oskuste säilimiseks ja patsientide turvalisuse tagamiseks. Teeme ettepaneku, et sünnitusabi osutataks tulevikus vähemates haiglates.

Tuberkuloosi alal valitsev olukord Eestis on murettekitav. Toetame plaani, mille kohaselt Kose haigla ehitatakse ümber multiresistentse tuberkuloosijuhtudega patsientide raviks.

Ka psühhiaatriaiglaid tuleks rekonstrueerida, samas vähendades nendes olevate voodite arvu, kuna üha rohkem psühhiaatrilise diagnoosiga patsiente hakkavad saama ambulatoorset ravi.

KOHALIKUD HAIGLAD

Mõned kohalikud haiglad on liiga väikesed ja halvas seisukorras, et nad ei sobi haiglaravi osutamiseks pikas perspektiivis ka peale rekonstrueerimist ning tuleks sulgeda. Teisi rekonstrueeritud kohalikke haiglaid saaks muuta hooldekodudeks pikaravihaigete jaoks ja aktiivse taastusravi jaoks. Koos perearstide kliinikute ja mõnede spetsialistidega võib nendest kujundada tervisekeskusi.

HAIGLATE STRUKTUUR TALLINNAS

Tallinna jaoks oleks optimaalne 3 haiglat: üks regionaalne ja kaks keskhaiglat. Parim viis selle eesmärgi täitmiseks on grupeerida haiglad kolmeks ning käivitada haiglate liitumine iga grupi sees ja jõuda seeläbi soovitud tulemusteni.

Linna edelaosas võtab Mustamäe haigla enda kanda regionaalse haigla rolli. Lastehaigla ja sünnitusosakond liidetakse Mustamäe haiglaga. Nahahaiguste haigla tuleks sulgeda ja ühendada Mustamäe haiglaga; pikas perspektiivis viiakse samasugune protseduur läbi ka onkoloogiahaiglaga. Mustamäe haigla tuleb renoveerida ja ehitada ka uus hoone, mis ühendab nii peamaja kui ka Lastehaiglat. Tallinn-Järve haigla liidetakse administratiivselt Mustamäe haiglaga taastusravihaiglana.

Tallinna lääneosa keskuseks on Pelgulinna haigla koos Meremeeste haiglaga. Siia gruppi tuleb lisada ka Keila haigla, kuna Keila on liiga väike omamaks eraldiseisvat teise tasandi haiglat ja kuna kaugus eelpoolnimetatud kahe haigla vahel on kõigest 30 km. Need haiglad koos psühhiaatriahaiglaga tuleks liita üheks keskhaiglaks (Läänehaigla). Keskuseks sobib kas Pelgulinna või Meremeeste haigla.

Kesklinna piirkonnas paiknevad Keskhaigla ja Magdaleena peaks liidetama ühtse juhtimise alla ning pakkuma teise tasandi arstiabi teenust linna kesk- ja idaosas. Magdaleena haigla liidetakse Keskhaiglaga, hooneid kasutusele võtta teistel eesmärkidel nt pikaravihaiglana.

Ülaltoodud plaan Tallinna haiglate konsolideerimise osas on saavutatav suhteliselt vähese aja – 2 kuni 3 aasta - jooksul. Pikas perspektiivis vajab ka Keskhaigla täielikku ümberehitust.

Praegust hoonet saab ümberehituste ja parandustega kasutada veel järgmised 10-15 aastat, kuid hiljemalt siis on vaja uut hoonet. Uue hoone puhul on väga oluline ka selle asukoht – praegune haiglate struktuur Tallinnas pole tasakaalus. Kõik olemasolevad institutsioonid on linna geograafilises lääneosas, idaosas pole ühtegi rajatist. Seetõttu tuleks kaaluda tulevase Kesksaigla ehitamist just linna idaosas.

VANURITE RAVI

Vanurite ravi tuleb tõhustada, kuna vanurite osakaal rahvastikus kasvab pidevalt. See seab uued nõudmised mitte ainult kaasaegsele pikaravile, vaid ka heal tasemel teise tasandi arstiabile. Täna valitsevad veel suured erinevused eakate inimeste hospitaliseerimises Eestis ja Skandinaavias.

Suurenevad ka eakate nõudmised kaasaegsete ravimeetodite järele nagu näiteks puusa- ja põlveliigete operatsioon, südameoperatsioon ja silmakirurgia (katarakt). Need ravimeetodid aitavad oluliselt parandada just eakate elukvaliteeti.

Teise tasandi haiglate võrk lähtub põhimõttest, et patsiendid, kes peale akuutravi vajavad järelravi, suunatakse elukohalähedasse tervisekeskusesse.

Tuleb tõsta pikaravi kvaliteeti. Tallinnas ja Tartus asuvad pikaravihaiglad on väga halvas seisukorras ning nad tuleb asendada võimalikult kiiresti kaasaegsemate haiglatega, mis on kohandatud vanurite kaasaegsele ravile. Reorganiseerida tulevad ka haiglatesisesed “pikaravi” osakonnad.

Pikaravivoodikohtade arvu aastal 2015 on raske ennustada, kuna see sõltub paljudest teguritest (rahvatervisealane areng, sotsiaalhoolekande areng). Hindame pikaravivoodikohtade vajaduseks aastal 2015 6000-7000.

HOONED

Üldjuhul on Eesti haiglahooned väga halvas seisukorras. Lähema 10-15 aasta jooksul on vaja enamik nendest rekonstrueerida ja teha kapitaalremonti. Haiglate rekonstrueerimise kogukulud koos uusehitistega on hinnanguliselt 5,5 miljardit krooni.

Teeme ettepaneku, et Sotsiaalministeerium lähtuks iga haigla kapitalimahutuste plaani koostamisel haiglavõrgu arengukavast. Ehitusstandardid ja meditsiiniseadmete standardid tuleb ühildada jooksvalt kaasaegsete Lääne-Euroopa standarditega.

ÜLDPIND ÜHE VOODI KOHTA

Üldpind ühe voodi kohta on vahemikus 18 m² Tartu pikaravikliinikus ning 22,5 m² Tallinna pikaravihaiglas ja Kallavere haiglas kuni 113 m² Pärnusse ehitatavas haiglas. On märkimisväärne, et isegi Tartu Ülikooli haiglas on see näitaja vahemikus 50-70 m², arvestades seal sooritataavaid keerukaid protseduure ning pakutavat meditsiinilist koolitust.

Enamikes Rootsi haiglates on üldpind ühe voodi kohta vahemikus 150-190 m² ja Taanis 150 m².

Eesti haiglates on vaja üldpinda ühe voodi kohta suurendada. Rohkem on vaja ühe ja kahe voodiga palateid ning suurendada tualettide ja dushiruumide arvu. Enamik nendest peaksid asuma palatite juures. Eriti tuleb parandada puuetega patsientide sanitaarseid tingimusi. Üldpinna ja voodite suhtarvu parandamine lihtsustaks ka personali tööd, tagades meditsiinitehnika parema juurdepääsu vooditele ja võimaldades patsientidel külastada sanitaarruume ilma kõrvalise abita.

Teeme ettepaneku kehtestada sõltuvalt haigla tüübist uutes ja rekonstrueeritud haiglates allpool toodud põrandapinna määr voodi kohta.

	Uusehitus	Rekonstrueeritud haigla
Ülikoolihaigla	130 m ²	120 m ²
Regionaalne haigla	130	120
Keskhaigla	120	110
Teise tasandi arstiabi osutav haigla	100	90
Pikaravi ja taastusravi	90	80
Psühhiaatriline hooldekodu	80	70

VOODIKOHTADE ARV

Täna on Eestis 10500 haiglavoodit. Nendest 8200 on akuutravivoodid. Meie soovitus on vähendada aastaks 2015 neid 3100 voodini. Ülejäänud tuleb ümber profileerida pikaravi- või hooldusvooditeks.

HAIGEKASSAD

Praegune haigekassasüsteem, mis koosneb 17 haigekassast ja 17 teeninduspiirkonnast on ebaefektiivne riigi jaoks, kus elab ainult 1,5 miljonit elanikku.

Keskhaigekassa positsiooni on vaja säilitada ja seda tugevdada. Vastavalt arengukavale hakkavad uusi teeninduspiirkondasid teenindama kohalikud haigekassad, mis juhinevad kohalikest vajadustest ja annavad Keskhaigekassale aru.

Sotsiaalministeeriumi ülesandeks jääb sotsiaalkindlustuse alase tegevuspoliitika ja seaduseelnõude väljatöötamine. Ministeerium vastutab ka tervishoiupoliitika ja riikliku tervishoiusüsteemi toimimise eest.

HAIGLATE LITSENSEERIMINE

Vaja on tõhustada haiglate litsentseerimise süsteemi. Olemasolevatele haiglatele tuleb kehtestada teatud normid nagu elanike arv haigla teeninduspiirkonnas, elanike arv perearsti kohta, jne. Peaks juurutama haiglate litsentseerimise süsteemi haiglatüübi alusel, mitte ainult üksikute erialade kaupa. Seadusandlust tuleks täiendada, et anda sotsiaalministeeriumile õigus jätta litsentseerimata uus osakond või haigla isegi juhul kui nad täidavad nõudeid. Kui sotsiaalministeerium leiab, et teatud liiki teenust antud teeninduspiirkonnas pakutakse juba piisavas mahus, peab tal olema võimalus keelduda väljastamast vastavat litsentsi.

KVALITEET JA LITSENSEERIMINE

Eesti tervishoiusektorit peaks reguleerima sõltumatu ametiasutus, mis tegutseks valitsuse otsealluvuses ja aitaks ette valmistada seadusandlikku baasi. Tulevikus peab haigekassade ja teenuse pakkujate vahel sõlmitud lepingutes sätestama ka nõuded ravikvaliteedile. Selle ametiasutuse ülesandeks oleks meditsiinilise auditi läbiviimine.

Kvaliteedistandardid tuleks välja töötada järgmiste haigusseisundite jaoks

- Rabandus
- Kopsuvähk
- Rinnavähk
- Kopsupõletik
- Suhkruhaigus
- Infarkt
- Südamerabandus

RAVIKULUDE KOMPENSEERIMINE

Ravikulude kompenseerimise süsteem peab põhinema tegelikel kuludel. Enamikes riikides annavad raviteenuse osutajad nende poolt kantud kulude kohta aru kindlustajale, kes teeb kuluarvutuse ja määrab kindlaks hinnakirja. Kulud peavad olema arvatud patsiendi kohta.

Projekti konsultandi arvates peaks hinnakirja valmistama ette sõltumatu ametiasutus haiglatelt ja teistelt raviteenuse osutajatelt saadud andmete alusel. Oma kogemustele toetudes võime öelda, et kõige optimaalsem tulemus saadakse siis kui hinnakirju ei koosta ei kindlustusandja ega ka seadusandlik võim. On vaja, et hinnakirja määraks kindlaks täiesti sõltumatu ametiasutus, mis ei allu erinevate huvirühmade soovile mõjutada hinnakirja vastavalt oma huvidele.

PRIORITEEDID

Arengukava elluviimise võib jagada meetmeteks, mida saab ellu viia koheselt ja meetmeteks, mida on vaja kavandada.

Koheselt elluviidavad meetmeteks on näiteks Tallinnas ja Tartus asuva pikaaravihaiglate järkjärguline likvideerimine ja ümberasustamine, samuti Pärnu uue haigla ehituse lõpetamine, spetsialiseeritud tuberkuloosihaigla loomine ja Valgas kõikide haigla voodikohtade koondamine uude hoonesse.

Samaaegselt peaks alustama uue keskhaiigla projekteerimist Kohtla-Järvele, uue Tartu Ülikooli haigla projekteerimist ja Mustmäe regionaalse haigla rekonstrueerimist ja laiendamist.

1. SISSEJUHATUS

1.1 Taust

22 novembril 1999 sõlmisid Eesti Sotsiaalministeerium ja SC Scandinavian Care Consultants AB koostöös SWECO AB-ga lepingu, mille kohaselt koostatakse Eesti Haiglavõrgu rekonstrueerimise kava.

Haiglavõrgu rekonstrueerimise kava annab Eestile soovitusi, toetudes mujal maailmas omandatud kogemustele ning töövõtetele. Tõusnud kvaliteeti ja paranenud tõhusust saab saavutada vaid praeguse haiglavõrgu märkimisväärse konsolideerimisega. Erilise tähtsusega saab seega olema küllaldase kiirabiteenuse tagamine ääremaadel ning hõredalt asustatud piirkondades. Kuigi kiirabi transpordi külg ei ole haiglavõrgu arengukava üheks uurimisobjektiks, tuleb seda siiski praegust süsteemi arvestada tulevase haiglate struktuuri määramisel.

1.2 Oodatavad tulemused

HSK metodoloogia sisaldab tervishoiuteenuse võrdlusmomente või standardeid, mis tuginevad maailmas kasutatavale tõhusale praktikale Eesti vajaduste ja võimaluste kontekstis.

Lõppraport annab nõu järgmistes küsimustes:

- ◆ Olemasoleva haiglavõrgu SWOT analüüs
- ◆ Elanikkonna vajaduse võrdlusmoment järgneva 10-15 aasta teise ja kolmanda tasandi ning pikaravi osas
- ◆ Soovitused haiglavõrgu restruktureerimiseks, mis sisaldab järgnevaid võrdlusmomente:
 1. minimaalne teise ja kolmanda tasandi haiglate arv ning jaotus millega tagatakse arstiabi kättesaadavus
 2. optimaalne hooldekodude arv ja jaotus
 3. optimaalne haiglaväliste rajatiste arv ja jaotus
 4. haiglate struktuur erialade lõikes
 5. haiglavõrgustiku ümberkorraldamisest tulenev vajadus meditsiinitehnoloogia järele
 6. “voodikohti elaniku kohta üld/ülikoolihaiglates”
 7. “voodikohti elaniku kohta hooldekodudes”
 8. “teise ja kolmanda tasandi haiglate erialade profiil”
 9. “eriarste elanikkonna kohta erialati”

Projekti kirjeldus annab ka selged suunised riikliku tervisesektori investeerimisprogrammideks järgneva 10-15 aasta jooksul.

Samuti annab projekti kirjeldus selgelt teada, et konsultant nõustab ka küsimustes, mis puudutavad poliitilise raamistiku kindlustamist, haiglavõrgu reformi elluviimiseks. Need raamistikud on:

- ◆ Otsuste tegemise õigus (haigla omandiküsimused)
- ◆ Võtmemängijate osalus HSK arendamisel (haigekassad, kes ostavad kindlustatud elanikkonnale teenust, kohalikud omavalitsused)
- ◆ Investeerimis-, finantseerimis- ning kapitali maksumusega seonduvad küsimused
- ◆ Normide ja standardite kasutamine
- ◆ Sotsiaalse kulu ümberpaiknemine tulenevalt rajatiste sulgemisest

2. INFOKOGUMISE METODOLOOGIA

Konsultant organiseeris andmete kogumise kolme alaprojekti raames:

- ◆ Projektijuhtimine/planeerimine
Vastutus: küsimustiku ettevalmistamine ning faktide kriitiline hindamine, haiglate külastamine ning info kogumine HSK raames
- ◆ Arhitekt/insener/planeerimine
Vastutus: küsimustiku ettevalmistamine ning faktide kriitiline hindamine, haiglate külastamine ning info kogumine HSK raames
- ◆ Demograafia/epidemioloogia/finantsid
Vastutus: vajaliku statistika kogumine analüüside tegemiseks, võrdlused ning vastavad võrdlusmomendid
Töörühma liikmed olid arstid Göran Hellers ning Göran Lundegardh; haigladirektor Stig Nyberg; arhitektid/planeerijad Aare Saks ja Olle Sutinen ning tervishoiuökonomist/statistik Magnus Sundberg. Projektijuht oli Göran Hellers.

Eestipoolne koordinaator Katrin Saluvere on aidanud töörühma nende töös. Regulaarselt on toimunud kohtumised juhtkomiteega.

Haiglate külastamisel on olnud esindatud nii arst kui arhitekt.

3. SENISED UURINGUD EESTIS

Antud alal on toimunud juba mitmeid uuringuid. Kaks neist on eriti olulised.

3.1. Danish Health Consultant A/S

Taani konsultatsioonifirma viis läbi “Haiglate Hindamise Projekti”. Osana sellest uurimusest saadeti kõikidesse haiglatesse küsimustikud ning tulemused koondati andmebaasi. Me töötasime läbi nii küsimustiku kui andmebaasi ning seoses sellega on meil teha mõned kommentaarid:

Andmebaas pole lõplik. Kõik haiglad sisalduvad küll andmebaasis, kuid andmete vorm haiglate vahel on erinev. Mõningad haiglad on vastanud vaid osadele küsimustele.

Andmeid ei kontrollitud kvaliteedi seisukohalt, kuid hoolimata sellest oli andmebaasis sisalduv info suureks abiks meie haiglakülastuste ajal. Samuti oleme me suutnud teataval määral viia läbi ka kvaliteedikontrolli.

3.2. Solve

Tartu Ülikooli kohta käiv Solve uuring on ehitatud hästi üles. Sisalduv informatsioon oli väga kasulik Taru piirkonna uurimisel. Jääme aga eriarvamusele Solve järelduste osas ning usume, et Tartusse on vaja märgatavalt vähem voodeid, kui seda näitab Solve uuring.

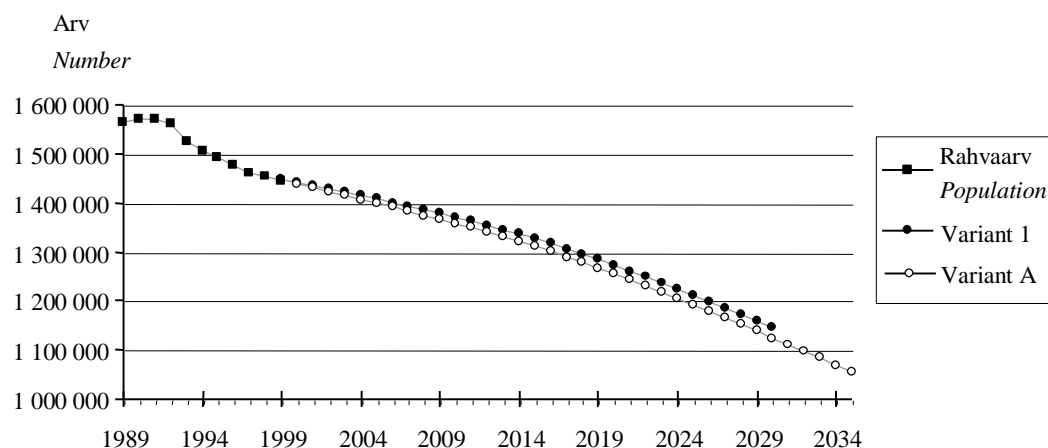
4. OLUKORRA ANALÜÜS

Töö organiseerimiseks ning kohtumiste ja intervjuude korraldamiseks määras klient kontaktisikud Sotsiaalministeeriumis. Meil oli mitmeid kohtumisi asjassepuutuvate institutsioonide esindajatega, kust hankisime infot ning teadmisi Eesti tervishoiusüsteemi kohta.

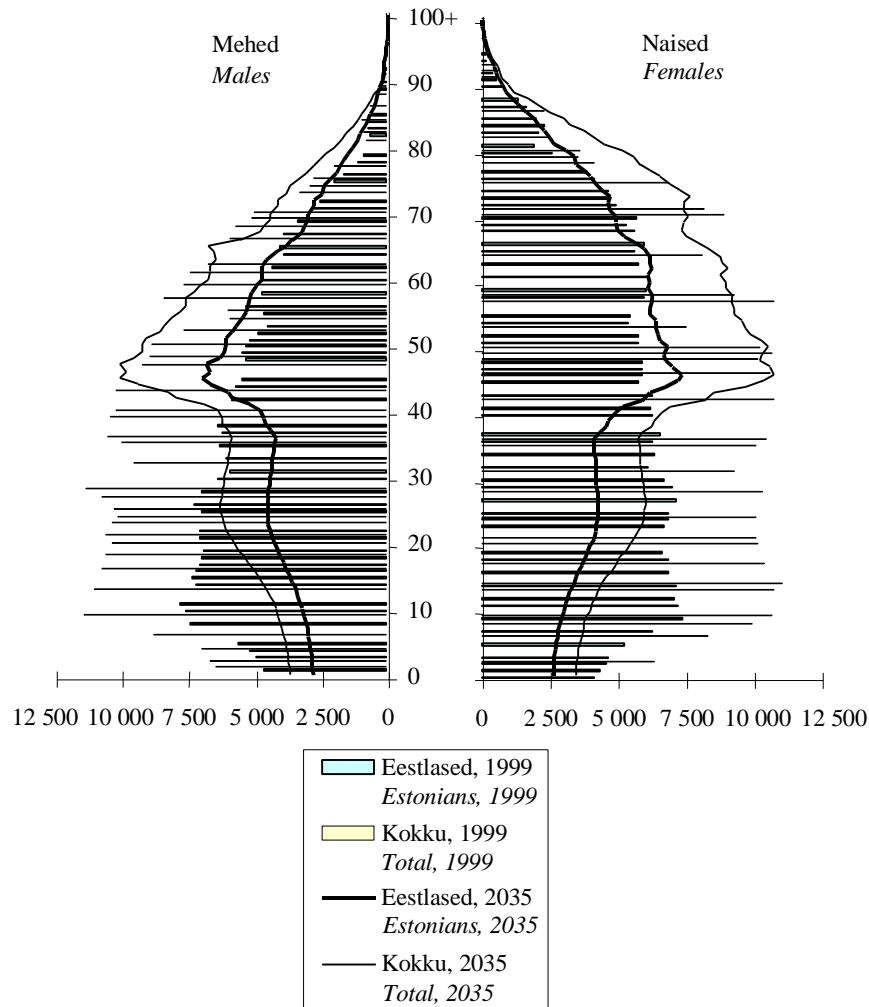
4.1 Eesti elanikkond

Statistikaameti andmete ja prognoosi kohaselt väheneb Eesti elanikkond lähiaastatel veelgi. Eeldatav inimeste arv aastal 2015 on pisut üle 1.3 miljoni. Allpooltoodud joonis näitab prognoositavat Eesti elanikkonna suurust järgmise 30 aasta jooksul.

Hinnang põhineb peaaesjalikult sündide määral ning sisserändel. Käesoleval ajal sünnib Eestis 12 000 last aastas. Me eeldame, et järgmise 5-10 aasta jooksul kasvab see arv 15 000. Valitsuse võimuses on teha palju ära sündimuse tõusmisel. Seega – sellist hinnangut ei saa võtta absoluutse tõe pähe. Eesti peaks igal juhul püüdlema sündide arvu suurendamise suunas.



Statistikaamet on koostanud ka Eesti rahvastiku püramiidi aastani 2035. Püramiidist nähtub selgelt, et Eesti on vananeva elanikkonnaga riik. Tervishoidu silmas pidades tähendab see seda, et tervishoiuteenust tarbitakse elanikkonna vananemisel rohkem.



4.2. Tervishoiu finantseerimine ja tervishoiukorraldus

Alates Eesti tervishoiusüsteemi rekonstrueerimise algusest 1992 aastal on tehtud palju Eesti tervishoiusüsteemi moderniseerimiseks vastavalt kaasaegsele Lääne-Euroopas kasutusel olevale mudelile. Meie üldmulje on, et muutused on siiani olnud õiges suunas eriti just tervishoiufinantseerimise osas, kus teenuse pakkuja ja finantseerija on eraldiseisvad.

Eesti tervishoidu finantseeritakse 90% ulatuses ravikindlustus eelarvest ning ülejäänud osa ulatuses kohalikest eelarvetest. Patsient peab maksma teatud juhtudel osutatava ravi eest, kuid patsiendipoolne finantseerimise ulatus on marginaalne.

Eesti tervishoiusüsteem oli sarnaselt paljudele teistele riikidele haiglatele orienteeritud. Alates perearstireformi käivitumisega 1997 on enam rõhku pandud esmatasandi arstiabile. Samal ajal töötavad paljud spetsialistid koos perearstidega tervishoiukeskustes. Paljudes kohtades on perearstidel vastuvõturuum haiglates või haigla lähedal asuvates polikliinikutes/ambulatoriumites ning spetsialistid töötavad nii haiglas kui haiglaväliselt.

Eesti tervishoiu kogukuludest läheb 60% haiglaravile, 20% esmatasandi arstiabile ja 20% eriprogrammide alusel erihooldusele.

Eestis on 78 haiglat. Patsientide ravimiseks haiglasiseselt on vaja litsentsi. Finantseerimine toimub läbi haigekassadega sõlmitud lepingute. Osad haiglad kuuluvad riigile, osad kohalikule omavalitsusele, osad muudele organisatsioonidele.

Eestis on palju erinevat tüüpi haiglaid, nii kesk- kui üldhaiglaid, mis osutavad akuut ja muud ravi mitmetel erialadel teisel ja/või kolmandal tasandil.

Eestis on samuti palju monofunktsionaalseid haiglaid, mis keskenduvad ühe kindla haiguse ravile, nagu näiteks tuberkuloos, vaimuhaigused, onkoloogia jne. Nad on osad riiklikust tervishoiukorraldusest.

Eestis on palju kohaliku tähtsusega väikeseid haiglaid. Enamikel juhtudel pakuvad nad mitte akuutset ravi ja järelhooldust ümbruskonnas elavatele patsientidele. Sellistes haiglates on kõige tavalisem eriala pikaaravi (vt 8.10). Mõningates kohalikes haiglates on ka pediaatriaosakonnad, kus enamasti on diagnoosiga "bronhiit".

4.3. Keskhagekassa

Järgnevaid küsimusi arutati koos keskhagekassa esindajatega:

4.3.1 Haigekassade arv

Eesti on jagatud mitmete haigekassade vahel. Mõned neist on väga väikesed nagu Hiiumaa, mille nimekirjas on vaid 10 000 inimest. See pole sugugi mõistlik 1.5 miljoni elanikuga riigis. Uus Haigekassa seadus on hetkel ettevalmistamisel ning ta võetakse vastu 2001 aasta jooksul.

Uue seaduse kohaselt peaks Eestisse jääma üks keskne haigekassa ning neli kohalikku kassat, kuigi lõplik otsus ses suhtes on veel tegemata. Konsultantide arvamus on, et Eesti väikse elanikkonna juures rohkem kui ühe haigekassa omamiseks on vaja väga põhjendatud argumente.

4.3.2 Lepingud teenuse pakkujatega

Ravikindlustust juhitakse haigekassast, kes sõlmib lepinguid teenuse osutajatega (haiglad, perearstid).

Lepingute kvaliteet on tõusnud märgatavalt alates esimeste lepingute sõlmimisest 1992. Kohalikud haigekassad on tervishoiuteenuse osutamise "planeerijad". See tähendab, et haigekassad vastutavad riiklike standardite ja meetodika arendamise eest. Et seda teha on vaja andmeid koguda.

Kohalike haigekassade ning teenuse pakkujate vahel on lepingute sõlmimine kohustuslik. Alguses sisaldasid lepingud vaid rahasummat ilma konkreetsete eesmärkideta. Praegused lepingud on aga rohkem jaotatud erialade lõikes ning selgemini sõnastatud pakkujapoolsete eesmärkidega.

Keskhagekassa on valmistanud standardvormis lepingud. Kohalikud haigekassad on kohustatud kasutama lepingute sõlmimisel teenuste pakkujatega standardlepingut. Praegused lepingud on detailiseeritud ning võivad hõlmata muuhulgas ka prioriteetseid küsimusi.

Teenuse pakkuja on kohustatud lahendama järjekordade probleemid ning täitma seatud eesmärgid, mis seotud visiitide arvuga erialati.

Kohalike haigekassade küpsusaste erineb suurel määral. Mõned neist vaatavad vaid eelnenud aasta tegevust ning pikendavad automaatselt lepingut ka tulevasele aastale. Teised seevastu on hakanud töötama kõrgemal professionaalsuse tasemel ning nad proovivad sõlmida selliseid lepinguid, milledest saaks elanikkond suurimat kasu. Erinevad harjumused tulenevad iga konkreetse haigekassa töötajate pädevusest ning haridustasemest.

Ka teenuse pakkujate küpsuseaste varieerub suurel määral. Sobiv näide on Tartu Ülikooli Haigla, mil on õnnestunud sõlmida lepinguid nii teise kui kolmanda tasandi arstiabi osutamiseks ka Tartust kaugel asuvate maakondadega.

4.3.3 Teenuse osutaja eelarvedefitsiit

Pakkuja poolne puudujääk ning selle eest vastutamine on keskne küsimus igas tervishoiusüsteemis. Küsimus on, mis juhtub siis, kui pakkuja osutab rohkem teenuseid, kui lepitud kokku või kui pakkujat tabab rahaline kaotus eelarveaasta jooksul. Kulutuste piirmäära defineerimine lepingutes on selle probleemi lahendanud. Siiani pole olnud ühtegi juhtumit, kus haigekassa oleks katnud pakkuja poolse rahalise kaotuse ning kui mingeid kaotusi ongi olnud, siis on mõningatel juhtudel selle katnud kohalik omavalitsus, teistel juhtudel on haigla piiranud oma tegevust.

Konsultanti informeeriti ka sellest, et Keskhaigekassa puudujääk 1999 eelarveaastal oli 500 miljonit EEK. Osaliselt põhjustas seda ravikindlustusmaksu kogumise uus kord. Senini tegelesid maksu kogumisega kohalikud haigekassad, kuid alates 01.01.1999 kuulub see maksuameti pädevusse.

4.3.4 Statistika

Keskhaigekassa kogub info visiitide jms kohta kohalike haigekassadelt. Seega on neil täielik tervishoiustatistika andmebaas olemas.

Kogutud statistika on siiani olnud suhteliselt halvas korras, eriti just Tallinnas. Peamine põhjus selleks on, et erinevad haigekassad kasutavad erinevat tarkvara. 2000 aasta jaanuaris läksid kõik, kaasaarvatud ka Tallinna haigekassa üle samale tarkvarale, mida kasutavad ka teised haigekassad. Seega tõuseb andmete kvaliteet märkimisväärselt.

Uurimuse tarbeks kasutasime me üle Eesti 2000 aasta jaanuarikuu statistikat (kaasaarvatud Tallinna kohta). Andmete kvaliteet oli väga hea. Me kasutasime seda informatsiooni ekstrapoleerimiseks ning tegime selle põhjal kogu Eestit hõlmava analüüsi. Analüüsi tulemus, millega võrreldi keskmist haiglas viibitud päevade arvu (ALOS) põhiliste diagnooside kohta vanuseti võrdlusmaades, on toodud lisa D.

4.4 Sotsiaalministeerium

Sotsiaalministeeriumis toimusid mitmed kohtumised, millede tulemusena saime me infot Eesti tervishoiusüsteemi kohta.

4.4.1 Haiglate litsentsibüroo

Litsentseerimine algas 1990 arstide litsentseerimisega. Selle põhjuseks oli teadmatus vene päritoluga Eestis töötavate arstide hariduslikust taustast. Programmi selles faasis tegi haiglate litsentsibüroo koostööd Hollandi konsultatsioonifirmaga.

Esimeste haiglate litsentseerimise ajal puudusid kriteeriumid, mille alusel hindamisi läbi viia. Iga haigla sai kolmeaastase litsentsi. Litsentseerimise teiseks ringiks 1994 olid põhikriteeriumid juba määratud. Kehtiv tervishoiukorralduse seadus ei määra kindlaks aastast 1994 pärinevate litsentside kehtivuse lõppemise, kuid ilmselt see säte tulevikus muutub.

Ka iga eriala tarbeks antakse eraldi litsentse. Eestis on 46 litsentseerimisele kuuluvat eriala. Litsentsi saamiseks on vaja täita teatud kriteeriumid, nagu küllaldase varustuse olemasolu, minimaalne protseduuride arv ning teatavatel juhtudel ka küllaldase ettevalmistusega töötajad.

Iga haigla võib oma erialade nimekirja laiendada juhul, kui nad vastavad toodud kriteeriumitele ning saavad litsentsi. Sotsiaalministeerium ei saa määrata millist eriala on vaja avada mingis linnas või maakonnas. Uute erialade avamine on võimalik seni, kuni täidetakse kriteeriume. Teoreetiliselt on litsentsi kestvuseks viis aastat, kuid praktikas pikendatakse nad automaatselt ilma uue taotluseta.

Kui uus litsentseerimise süsteem 1994 aastal juurutati, tõi see enesega kaasa haiglate arvu vähenemise 120lt 85ni. Litsentsi mittesaanud haiglad ei nurisenud, kuna nad said midagi selle asemel: nt said nad raha pikaaravi osakonna rajamiseks või hooldekodu loomiseks.

4.2.2 Hinnakiri

Praegune hinnakiri on sisuliselt tasu-teenuse-eest hinnakiri. Mõningatel harvadel juhtudel kasutatakse ka DRG süsteemile sarnast lähenemist.

1991 aastal eksisteeris Tervishoiu Arendamiskeskus, valmistati küsimustik, mis saadeti kõikidele Eesti haiglatele ning millega üritati määrata voodipäeva maksumus erinevates osakondades. Tõllal tegeles hinnakirja küsimustega kaks inimest, täna on see arv null.

Pea kõik protseduurid hüvitatakse. Süsteemi arendamisel võeti eeskujuks Saksa punktide mudel. Hoolimata sellest ei arvatud mitte kunagi hindu radioloogiliste uuringute või laboratoorsete testide tarbeks.

1994-1996 aastal vaadati hinnakiri läbi, kuid see ei põhinenud üksiku toote hinna kalkuleerimisel. Selle asemel küsiti erialaliitude arvamust kulude kohta (nt materjalid) ning muudatused tehti sellest tulenevalt.

Protsess, mille käigus haiglad ja erialaliidud soovivad hinnakirja muuta ning saada suuremat hüvitist teatud protseduuride eest jätkub. Muutmaks hinda haiglas, peab haigla koos erialaliiduga täitma vastava avalduse ning esitama selle hinnakomiteele.

Reeglina soovivad haiglad suurendada tulu voodipäeva eest. Teistel juhtudel, nt uue tehnika ostmise soovivad haiglad suuremat hüvitist konkreetse tehnilise vahendi kasutamise eest. Hinnakomitee ei tunne huvi palgakulude kohta.

Kuni viimase ajani on hindade muutmine olnud suhteliselt hõlbus. Haigekassad on alates 1992 aastast pidevalt suurendanud oma põhikapitali. Olukord on aga keerulisem eelarveaastal 2000.

Siiani pole olnud ühtegi juhtumit, kus ülemäära osutatud teenuste tasumisel oleks kasutatud teise teenuse eest tasumiseks mõeldud finantse. Aastal 2000 sõlmivad aga haigekassad esmakordselt lepinguid väiksemas mahus kui eelnenud aastatel.

Haiglates kasutatav hinnakiri on peaasjalikult tasu-teenuse-eest nimekiri. Praktikast tähendab see seda, et mida rohkem uuringuid ja protseduure patsiendi peal läbi viiakse, seda rohkem saab haigla hüvitist.

Hinnakiri eristab protseduurid voodipäevadest ning kehtiv hinnakiri hüvitab paremini suurema arvu vooditega osakondi. Eesti tundub olevat ainuke riik Euroopas, kus voodipäevade arv tõusis 1999. Selle põhjuseks on ilmselt tõsiasi, et uued osakonnad avavad enam ja enam litsentseeritud voodeid. Tehes seda tõstavad nad oma tulubaasi.

Olemasolev hinnasüsteem on saavutanud teatava küpsuseastme. Eksisteerivad suhteliselt kaasaegsed tasumise süsteemid, mis kasutavad DRGd või sellele sarnaseid süsteeme hüvitamisel. Mõningate ravimeetodite puhul (kroonilised haigused) arvutatakse pearaha iga aasta.

Eesti hinnakiri liigub õiges suunas. Liiga vähe on tehtud aga hinnaanaluüsi ning siin on arenguruumi.

4.4.3 Hinnakirja kujundamise poliitika

Hinnakirjaga tegeleb hinnakomitee. Hinnakomiteel on nõuandev roll. Sotsiaalministeerium on hindasid määrav ametiasutus. 2000 aasta hinnakiri määrati detsembris 1999.

Kuna Sotsiaalministeerium on hindade üle otsustav institutsioon, siis on ilmselge, et poliitilised eesmärgid mõjutavad hindade kujundamist. Perekassade pearaha on suhteliselt suur. Suuremaid haiglaid kompenseeritakse paremini kui väiksemaid. Üldmeditsiinis on voodipäeva kompensatsioon 30 voodiga osakonnas tavaliselt kõrgem, kui 20 voodikohaga osakonnas.

4.4.4 Võltsingud ja kuritarvitused

Haiglaarvete kontrollimiseks on loodud kontrollimehhanism. Maakonnaarst peab vaatama haiglatelt laekuvad arved läbi ning otsustama, kas haiglad soovivad saada kompensatsiooni rohkemate protseduuride sooritamise eest, kui vajalik või isegi protseduuride eest, mida pole kunagi sooritatud. Tundub siiski, et kuritarvitusi on olnud väga vähe. Teisalt pole olnud märgata ka maakonnaarstide erilist aktiivsust sel alal. Puudub ametlik statistika võltsingute ja kuritarvituste kohta.

4.4.5 Tulevik

Hinnakirja muutmist arutatakse, kuid selleks puudub konkreetne tegevuskava. Otsus tehakse käesoleva aasta jooksul. Küsimus on, kes hakkab uut hinnakirja koostama.

Mõned haiglad on vihjanud, et nad sooviksid näha DRG-l põhinevat tagantjärele maksmise süsteemi. Nad on arvamusel, et vaid tagantjärele maksmise süsteemi juurutamine tagab tõhususe.

4.5 Sotsiaalministeeriumi meditsiinistatistika büroo (MSB)

Meditsiinistatistika büroo on Sotsiaalministeeriumi struktuuriüksus, mis tegeleb peaaesjalikult tervishoiustatistikaga riiklikul tasandil.

4.5.1 MSB poolt kogutavad andmed

MSB vastutab mitmete registrite pidamise eest (kasvajad, nakkushaigused, tuberkuloos). Igal aastal saadetakse haiglatesse küsimustikke. Me analüüsisime nii küsimustikke kui statistikat. Kasutasime haiglast väljakirjutamiste arvu põhiliste diagnoosigruppide lõikes (MDC) võrdlusmomendina võrreldavate riikide suhtes. Tulemused on toodud lisas C.

MSB-sse laekuvad haiglatest ka igakuised statistilised aruanded. Igakuine statistika tegeleb küsimustega nagu voodikohtade arv erialati, voodikohtade täituvus jne.

4.5.2 Rahvaarv

MSB varustas konsultanti Eesti rahvaarvu prognoosidega kuni aastani 2035. Prognoosid koostas Statistikaamet.

4.5.3 Finantsinformatsioon haiglatest

MSB varustas konsultanti mõningate Eesti haiglate kulu- ja tuluaruannetega. Kulu- ja tuluaruandeid koguvad maakonnaarstid aastase intervalliga ning seejärel esitatakse nad MSB-le. Konsultant kohtus kolme maakonnaarstiga ning arutas finantsinformatsiooni kogumisega seonduvat.

Maakonnaarstid informeerisid meid, et nad koguvad infot ning esitavad selle Sotsiaalministeeriumi MSB-le. Tehes seda, ei sooritanud nad kvaliteedikontrolli, kuna neil puudub eelarveline vastutus haiglate ees. Alates eelarveaastast 2000 on haiglad kohustatud esitama oma kulu- ja tuluaruanded Sotsiaalministeeriumile.

Haiglad ise vastutavad oma tulu- ja kuluaruannete eest. Sisuliselt tähendab see seda, et Eesti haiglates puudub hinnakontroll. Teoreetiliselt on võimalik, et haigekassadepoolsed hüvitised ja muude teenuste müümine võimaldavad haiglal teenida märkimisväärset kasumit.

Me ei ole teadlikud, et Eestis oleksid seatud riiklikud eesmärgid tervishoiu kogukulude suurendamiseks.

4.5.4 Kogutavate andmete spetsifikatsioon

Lisas B on toodud kogu konsultandi poolt kogutud statistika.

4.6 Haiglate külastused

Me külastasime umbes kuutkümmet haiglat Eesti erinevates osades. Külastused planeeriti koostöös Sotsiaalministeeriumiga. Me valmistasime spetsiaalse küsimustiku, mis tõlgiti eesti keelde ning saadeti haiglatesse enne meie tulekut. Süsteem toimis hästi. Enamikel juhtudel oli küsimustik põhjalikult läbi töötatud enne meie saabumist.

Konsultant töötas kahe rühmana, mõlemas neis oli nii SC Scandinavian Care Consultants AB kui SWECO AB esindaja. Haiglates kohtuti peaarstide ning teiste võtmeisikutega. Kohtumistel arutati küsimustikku ning esitati lisaküsimusi.

Iga külastuse lõpetas tutvumine haiglaga. Keskmiselt kestis üks külastus 2.5- 3 tundi. Rühmad said hästi ettevalmistatud informatsiooni ning toimunud arutelud olid informatiivsed ning tulemuslikud.

Teise tasandi haiglad on reeglina liiga suured. Haiglate füüsiline standard on väga erinev, nagu näidatud peatükis 7. Voodihõive on enamikes haiglates samuti madal. Kuid isegi liiga suurtes haiglates, kus voodihõive on madal, on palatid ülerahvastatud ning keskkonnatingimused pole kõlblikud ei patsientide ega töötajate jaoks.

Keskmine haiglas viibitud päevade arv (ALOS) on aastatega vähenenud, kuid on mitmel erialadel märkimisväärselt kõrgem kui paljude teiste riikide haiglates. Päevakirurgiat sooritatakse vaid mõnedes haiglates. Me arvame, et siin on takistuseks hinnakiri. Haiglasisesse raviga kaasneb palju suurem hüvitis.

Sünnituste arv on paljudes haiglates 300 aastas või isegi alla selle. See on liiga madal, et kindlustada kõrget kvaliteeti ja töötajate pädevust.

Kohaliku tähtsusega haiglad asuvad reeglina vanades hoonetes. Standard on madal või väga madal. Lifte on väga vähe. Palatid on väikesed ning ühes toas on sageli 3 või 4 inimest. Mõnedes haiglates on tubade kütmiseks ahjud. Aktiivse taastusravi võimalused on väga piiratud. Hoolimata kõigest, valitseb puhtus ning me oleme veendunud, et olemasolevates tingimustes hoolitsetakse patsientide eest hästi.

Lisas A on toodud nimekiri haiglatest, mida külastasime.

4.7 Ehituslik standard

Järgnev on kokkuvõte meie muljetest, mis tekkisid pärast 60 haigla külastamist.

4.7.1 Üldmulje

Haiglad on väga erinevad. Varieeruvad nii vanus, tingimused, sobivus kui teised faktorid. Enamus haiglaid on vanemad kui 20 aastat, paljud märgatavalt vanemad. Mõned haiglad on algupäraselt ehitatud teistel eesmärkidel. Paljud vanad hooned on hästi ehitatud, kuid 1960-80ndatel ehitatud hooned on väga halva ehituskvaliteediga. Peaaegu kõiki hooneid on mõnel määral renoveeritud. Vähesed haiglad vastavad eesmärgile arvestades kaasaegseid standardeid.

On ilmselge, et paljud haiglad on liiga suured. Haiglates on liiga palju voodeid, aga ka operatsioonisaale, sünnitusvoodeid, radioloogia laboratooriume jne.

4.7.2 Asukohatingimused

Paljud maakohtades asuvad haiglad on raskesti juurdepääsetavad ühistranspordi abil. Mõnedel haiglatel, eriti Tallinna piirkonnas on piiratud laienemisvõimalused ning täielikult vajadusele mittevastavad parkimistingimused.

4.7.3 Ruumi ja hügieeni standardid

Raviosakonnad võtavad enda alla enamuse haiglapinnast ning sellest tulenevalt on suurimat tähelepanu pööratud just neile. Madal standard mõjutab suuresti tulevast investeringute vajadust. Nõukogude ruumistandard, 28 ruutmeetrit neljakohalise palati jaoks on vaid 60% kaasaegsest läänelikust standardist.

Raviosakondade üldpinnastandard on sageli madal. 1-2 kohaliste palatite osakaal on üsna madal ning paljud neist on väga kitsad. Uksed on sageli liiga kitsad võimaldamaks voodite transporti. See põhjustab probleeme nii patsientidele kui töötajatele. Kitsad töö- ja hoolekandetingimused võivad põhjustada tööõnnetusi.

Hügieenistandard on madal arvestades nii vastavate ruumide arvu ja suurust kui ka varustatust. Vähesed tualettruumid on ühendatud magamistubadega. Enamus tualettidest paiknevad koos, vähesed arvu kabiinidega. Dushshiruumidega on olukord sarnane. Tulemuseks on see, et patsiendid vajavad töötajatepoolset abi rohkem kui seda vaja oleks.

Vastuvõtutoad ja ooteruumid on sageli pisikesed ja ebamugavad. Tüüpiline pilt on inimesed ootamas koridorides ja treppidel. Ka patsientide puhketoad on tähelepanu alt väljas, mistõttu patsiendid veedavad enamuse ajast voodites ning see mõjutab nende tervislikku seisundit negatiivselt.

4.7.4 Puuetega inimestega arvestamine

Tualettruumid ja dushshid puuetega inimestele praktiliselt puuduvad ning olemasolevad ei vasta Lääne-Euroopa standarditele. Puuetega inimeste vajadustega peab tuleviku senisest enam arvestama. Kõrguste erinevused koridoride ja palatite vahel on tavalised ning see raskendab transporti. Haiglate peasissepääsud on harva kohandatud puuetega inimeste jaoks.

4.7.5 Ühendused

Liftid on vanad, neid on liiga vähe ja nad on liiga väiksed. Enamikel juhtudel puuduvad 2-3 korruselistes hoonetes liftid ning patisente tuleb kanda käsitsi ülemistele korrustele.

4.7.6 Ehitised

Tavapärase konstruktsiooni põhineb sammastala süsteemil, kandes eeltöödeldud põranda elemente, 6x6 meetrise mõõdus. See raamistik kannab Nõukogude aegseid ehituselemente, kuid kaasaegse tervishoiuasutuste jaoks liiga kitsas. Sobivaks võre mõõduks on vähemalt 7,2x7,2 m.

1960-80ndatel ehitatud ruumide kõrgus on liiga väike. Nõukogude standard nägi ette standardit 3 meetrit, kuid see põhjustab raskusi mehhaanilise ventilatsiooni installeerimisel.

Paljudes haiglates on kitsad koridorid. Kulunud põrandakatted ja muud pinnad teevad puhastamise keerukaks.

4.7.7 Tehnilised teenused

Paljudel hoonetel on probleeme vananenud süsteemidega. Torustik, kanalisatsioon, elektrisüsteemid, liftid ja teised tehnilised installatsioonid on sageli halvas korras ja vajavad tulevikus märgatavaid investeeringuid ja suuremat tähelepanu. Peaaegu kõikides haiglates puudub kaasaegne mehhaaniline ventilatsioon. See on suur probleem, arvestades ka piiravat ruumide kõrgust ja suurt arvu patsiente ühes ja samas ruumis.

Paljud haiglad on paigaldanud enese tarbeks uued reserv elektrigeneraatorid, samas kui paljudes on nad jätkuvalt puudu või kasutatakse siiani vana veneaegset tehnoloogiat. Soojusallikad on väga erinevad, enamikel juhtudel on tegu kaugküttega, kuid kasutatakse ka uue sisustusega individuaalseid katlamaju. Oleme näinud ka pisikesi maahaiglaid, kus igas toas on ahi. Radiaatoreid pole uute vastu väga harva vahetatud.

Lisaks sellele on väga vähestes haiglad jagatud tuletõkkealadeks. Pea kõikides haiglates on oma toitlustussüsteem ja pesukoda.

4.7.8 Toimunud renoveerimised

Enamus haiglatest on oma hooneid renoveerinud ja kaasajastanud. Põhitähelepanu on pööratud hügieeni ja sanitaarstandardi tõstmisele ning põhiliste ravifunktsioonide paremale osutamisele. Mõningatel erandjuhtumitel on investeeritud täiesti uutesse rajatistesse (Valga haigla). Probleemiks on, et investeeringuid on tehtud ilma pikaajalise investeeringute plaanita ning ilma koordineerimiskeemita teiste haiglatega.

Enamus laboratooriumitest on ümber ehitatud, varustatud vastavalt kaasaegsele standardile ning sageli ka sertifitseeritud. Radioloogia osakondi moderniseeritakse hoogsalt. Paljud neist on piisaval tasemel nii ehitusliku standardi kui varustuse poolest. Sveitsi abiprogrammi raames on üles seatud mitmed uued tsentraalsed sterilisatsiooniseadmed. Mõningad raviosakonnad on ümber kujundatud. Pinnakatted, eriti põrandakatted on välja vahetatud. Vähesel määral on paigaldatud uusi aknaid ning mehhaanilise ventilatsiooni süsteeme, põhiliselt operatsioonisaalides ning intensiivraviosakondades.

Hoolimata viimasel kümnendil toimunud renoveerimistöödest, on vajadus tulevaste investeeringute järele suur. Praegustes tingimustes on koordineerimise puudumine erinevate haiglate poolt tehtud investeeringute puhul loomulik.

Hoolimata sellest oleme me tuvastanud vaid üksikuid kalleid "halbu" investeeringuid.

4.7.9 Üldpinnastandard

Võrreldes Lääne-Euroopa standardiga, on Eesti üldpinnastandard väga madal. Palatid on väga kitsad; hügieeniruumid on vähe ning nad on väikesed; haiglavälised osakonnad on patsiente täis tuubitud. Samas on operatsioonisaalide ja röntgenilaboratooriumite üldpinnastandardid reeglina head.

Brutoüldpind voodi kohta meie poolt külastatud haiglates on toodud lisas I. Haiglate vahel esinevad märgatavad erinevused. Vaid mõningad uuemad haiglad (Valga) või planeeritavad (Pärnu) või ka juba ehitatavad (Haapsalu Neuroloogiline Rehabilitatsioonikeskus) haiglad on ühel tasemel Lääne-Euroopa standarditega.

Üldpind voodi kohta ulatub 18 ruutmeetrist Tartu pikaaravihaiglas (22.5 ruutmeetrit Tallinna pikaaravihaiglas ja Kallavere haiglas) kuni 113 ruutmeetri Pärnus (planeeritav). Keila (124 m²), Rakvere (95 m²) ja Jõgeva (127,5 m²) haigla kohta esitatud arvud pole ilmselt õiged. Võrreldes neid teiste sarnaste haiglatega, peaks see ilmselt olema 70-80 m² voodi kohta.

Tartu Ülikooli haigla üldpinnastandard on väga madal (50-70 m²), eriti arvestades sealt osutatavat arenenud ravi.

Tallinnas asuvates suurtes haiglates (Mustamäe haigla, Keskhaigla) on samuti madal üldpinnastandard (67.5 ja 71.5 m²) nagu ka väga suures Narva haiglas (54m²).

Võrreldes Lääne-Euroopaga on need numbrid väga väikesed. Rootsis on kaasaegsetes haiglates umbes 150-190 m² voodi kohta, Taanis umbes 150 m² ja Inglismaal 100 m². Inglismaal on samas väga vähe haiglavälisest ravi haiglates.

Me soovime tungivalt, et kõik tulevased investeeringud tehtaks haiglavõrgu arengukava raames. Tulevased ehituslikud ja varustuslikud standardid peavad vastama kaasaegsetele Lääne-Euroopa standarditele. Teatav kesktasandi kontroll ehituslike investeeringute üle on ilmselt vajalik.

4.7 SWOT analüüs

Praegust Eesti teise ja kolmanda tasandi haiglate olukorda saab hõlpsalt kujutada lihtsa riskianalüüsimeetodi SWOT-analüüsi abil.

Meie analüüs (S= tugevus; W= nõrkus; O= võimalus; T= oht) põhineb meile jagatud infol, meie muljetest külastäikudest 60 haiglasse, aruteludest ja jutuajamistest erinevate ministriumitöötajate, haiglatöötajate ja teiste nii era- kui riikliku tervishoiusektori töötajatega.

TUGEVUSED

Olemasolev süsteem

- ◆ Haarab kohu Eestit
- ◆ On kõikjal piisavalt lähedal
- ◆ Edendab kohalikku initsiatiivi
- ◆ On kohapeal seotud

NÕRKUSED

Olemasolevas süsteem(is) on

- ◆ Ebavõrdsus
- ◆ Kvaliteedi erinevus
- ◆ Liiga palju "sotsiaalseid patsiente"
- ◆ Ebaselgus suhetes sotsiaalhoolekande süsteemiga
- ◆ Määratlemata pikaaravi ja geriaatria definitsioonid

- ◆ Puudulik koordineerimine
- ◆ Ressursside topeldamine
- ◆ Ebamajanduslik
- ◆ Halb töökeskkond
- ◆ Vähesobivad rajatised
- ◆ Komplekssed omandisuhted
- ◆ Liiga palju monofunktsionaalseid haiglaid

VÕIMALUSED

- ◆ Kohaliku oluga mугanemine
- ◆ Ettevõtluse edendamine
- ◆ Uue patsiendi vajadustel põhineva süsteemi loomine

OHUD

- ◆ Puudulik kvaliteet
- ◆ Raskused professionaalsete oskuste taseme säilitamisel
- ◆ Liiga vähe patsiente
- ◆ Raskused pädeva personali palkamisel
- ◆ Ressursi raiskamine

5. EESTI TERVISHOIUINDIKAATORID JA VÕRDLEV ANALÜÜS

5.1 Võrdlusmomentide valik

Võrdlusmoment on võrdlemine teise organisatsiooni või süsteemiga. Autotööstus on kasutanud sarnast analüüsi juba aastakümneid. Tavalisim võrdlusmoment autotööstuses on auto ehitamiseks kuluv aeg minutites.

Võrdlusanalüüsist on kujunenud ka tervishoiuanalüüsi instrument. Tavalisim selle meetodi rakendus on olukorra võrdlemine parima olemasolevaga.

Me leidsime, et Rootsi ja Norra sobivad mitmetel põhjustel võrdlusmomentideks. Üheks põhjuseks on Eestiga sarnane elanikkonna struktuur. Linnelanike protsent on võrreldav Norraga, Tallinna piirkond on võrreldav Stockholmi piirkonnaga Rootsis.

5.2 Rootsi

Rootsis on tervishoiuteenuste eest peamiseks vastutajaks maakonnanõukogud. Omavalitsused linnades vastutavad eakate hoolekande ja psüühiliselt haigete inimeste eest. 1990ndate esimesel poolel olid maakonnanõukogud tugeva surve all. Seda põhjustasid puudulik riigipoolne finantseerimine ning madal kohalik tulubaas. Olukord tingis vajaduse vähendada tervishoiukulutusi. Vahemikus 1992-1996 langesid kulutused püsivalt 1.3% aastas. Keskkvalituse praegune tegevuspõhimõte on edasiste kärbete vältimine suurendades riigipoolset toetust.

Tervishoiuteenuse osutajate poole peal on tulemuseks olnud haiglate ning haigla voodikohtade arvu märkimisväärne langus. Kasvanud on ka päevakirurgia ja esmatasandi visiitide osakaal. Tervishoiuteenuse pakkumine on piiratud.

5.3 Norra

Norra tervishoiusüsteem on ehitatud kolmele riiklikule sambale. Riik on vastutav tervishoiuteenuse osutamise ning rahastamise eest. Maakonnad vastutavad haiglate ning eriarstiteenuste eest. Omavalitsused linnades vastutavad perearstide eest.

Norra riigieelarve on olnud kogu aeg ülejäägiga alates 1970ndate keskpaigast. Seda põhjustab see, et Norra on suur naftatootja ulatuslike maardlatega. Norra majandus oli 1990ndatel väga inflatiivne ning tekkis vajadus maksude tõstmiseks, et katta kõrgenenud sotsiaalseid kulusid. 1996 aasta valimiste põhiküsimuseks oli tervishoiukulutused. Kulutused tervishoiule on kasvanud igal aastal, kuid tervishoiusüsteemi jõudlus on olnud samasugune või isegi langev.

Pärast 1996 aasta parlamendivalimisi juurutati tagantjärele tasumise süsteem tervishoiureformi raames. Norra haiglaid rahastati raameelarvetena ning tavapäraseim põhjendus uue eelarveaasta algul lisaraha küsimiseks oli viide järjekordadele.

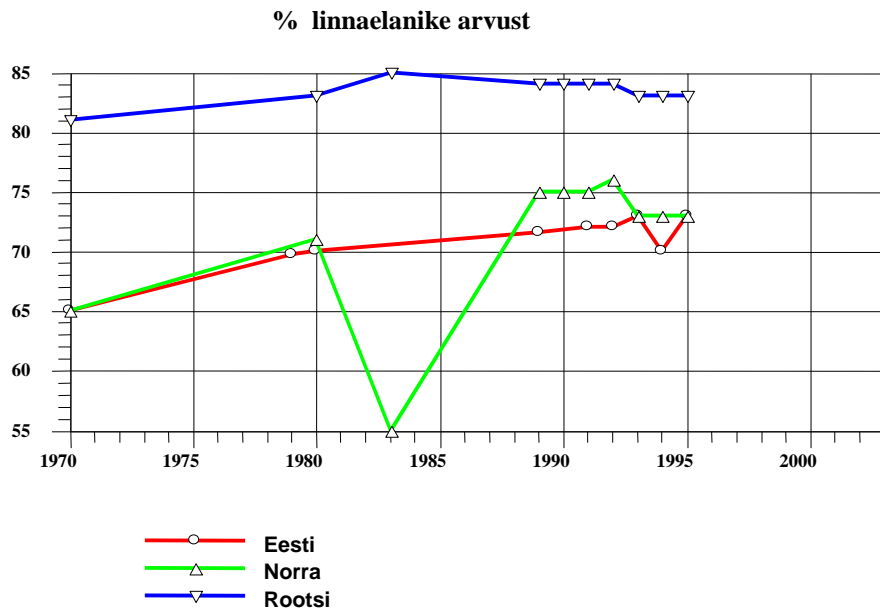
Pärast tagantjärele tasumise süsteemi juurutamist akuutravi haiglate jaoks 1997 aastal järjekorrad lühenesid. Senini akuutravi voodeid täitnud pikaravi ning geriaatria restruktureeritakse. Dramaatiliselt on kasvanud päevakirurgia osakaal ning vähenenud voodikohtade arv. Mõned haiglad on suurendanud vaid ühe aasta jooksul päevakirurgia osakaalu 30% 70%-le. Norra tervishoiusüsteem erineb Rootsi omast ühes väga olulises punktis. Perearstide arv võrrelduna eriarstide arvuga on väga suur. Rootsis on olukord vastupidine.

Norras on palju haiglaid (84 üldhaiglat 1998). Peamine põhjus on Norra hõre elanikkonna tihedus, eriti just riigi põhjaosas.

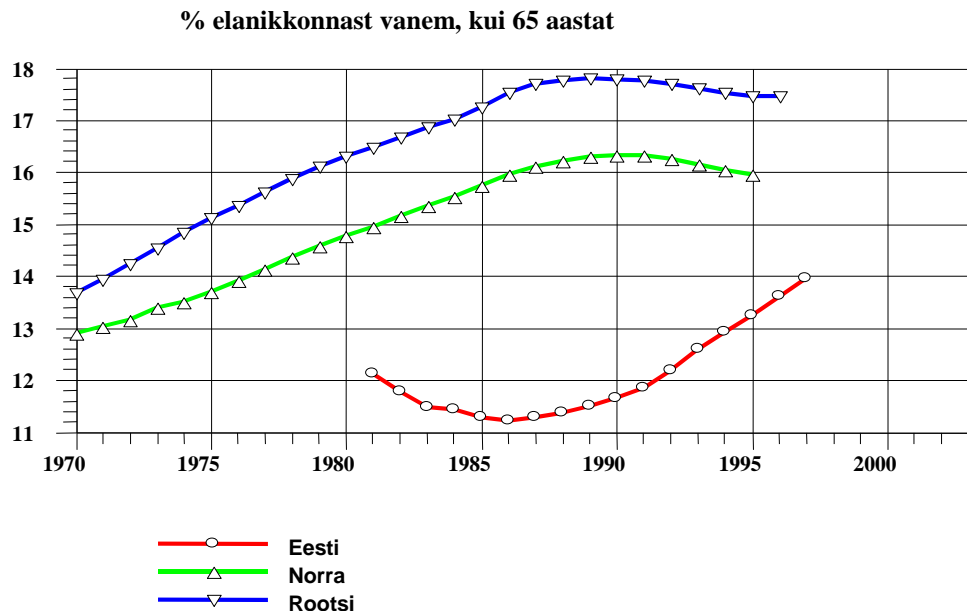
Haiglatelt ja polikliinikutelt tervishoiustatistikat koguv SINTEF UNIMED varustas meid andmetega võrdluste tegemiseks. Demograafilised andmed saime me Norra Statistikaametist.

5.4 Mõningad võrdlusmomendid

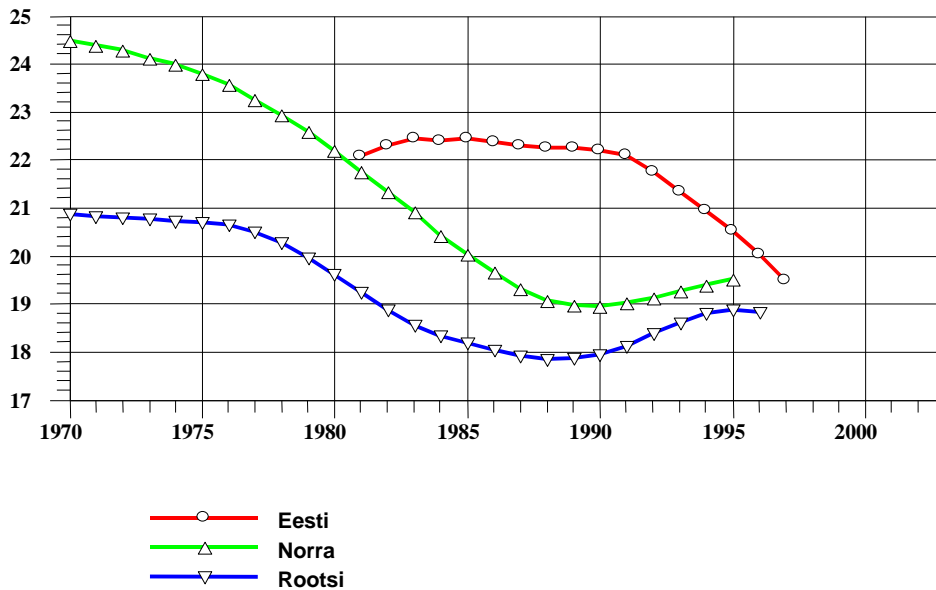
Kasutades ka Internetis üleval olevat WHO statistilist andmebaasi võrdlesime me mõningaid näitajaid Eesti ning Norra ja Rootsi vahel. Linnaelanike osakaal on võrreldav Eesti ja Norra vahel. Tallinna piirkonna analüüsimiseks on sobivam võrrelda andmeid Stockholm piirkonnaga, kus rahvastiku tihedus on suurem. Kõik joonised pärinevad WHO andmebaasist.



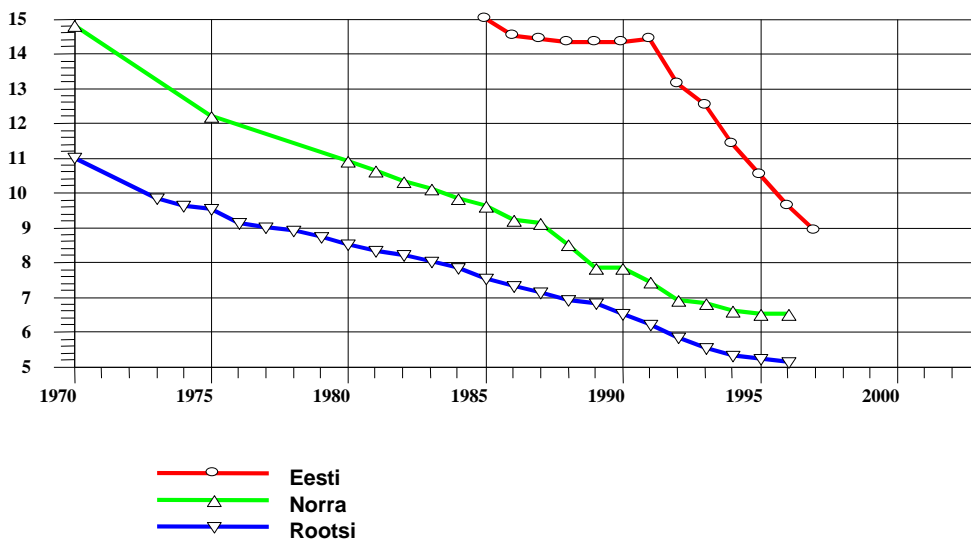
Veel üks põhjus Norra ja Rootsi valimiseks võrdlusriikideks oli sarnane demograafiline profiil. Nii Norra kui Rootsi on vananeva elanikkonnaga riigid ning Eesti on liikumas samas suunas. Langus Norra graafikul 1983 aastast alates on tehniline eksitus. Eelarveaastatel 1981-1989 ei varustanud Norra WHOd linnaelanikke puudutava informatsiooniga.



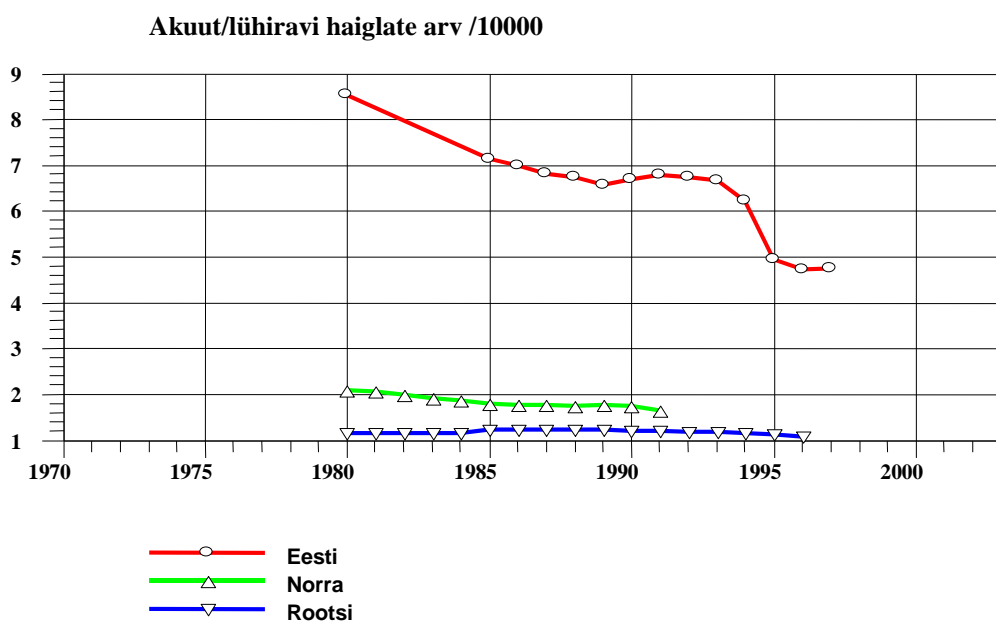
Alla 14-aastaste seas on olukord samasugune. 1995 aastal oli kõigis kolmes riigis umbes samaväärne osakaal alla 14 aastaseid

% elanikkonnast vanuses 0-14

Keskmine haiglas viibitav päevade arv erineb kolme riigi vahel väga suurel määral. Allpooltoodud joonis kajastab olukorda aastani 1995. Alates 1995 aastal alanud restruktureerimisprotsessist nii Rootsis kui Norras sooritatakse üha enam ja enam operatsioone päevakirurgia osana.

Keskmine haiglas viibitud päevade arv (akuutravi haiglad)

Riikide vahel on suur erinevus ka akuut/lühiaegsete hospitaliseerimiste arvus, kus Eesti olukord on väga erinev võrreldes Norra või Rootsiaga.



5.5 Tervisestaatust mõjutavad tegurid

Tänapäeval areneb meditsiin väga kiirelt. Meditsiinitehnoloogia arenemise kiirus kasvab aasta-aastalt. Märgata pole ka kiiruse vähenemist tulevatel aastatel. Vastupidi, kõik märgid näitavad, et tempo kasvab veelgi.

Isegi lühiajalisel skaalal omavad muutused tehnoloogias suurt mõju tervishoiuteenuse osutamisele ning tulevasele tervishoiustruktuurile.

Enne standardite määratlemist ning võrdlusmomentide toomist peab arvestama mõningaid olulisi faktoreid. Neid faktoreid peab võtma põhjapanevate faktoritena, mida tuleb arvestada enne Haiglavõrgu arengukava loomist.

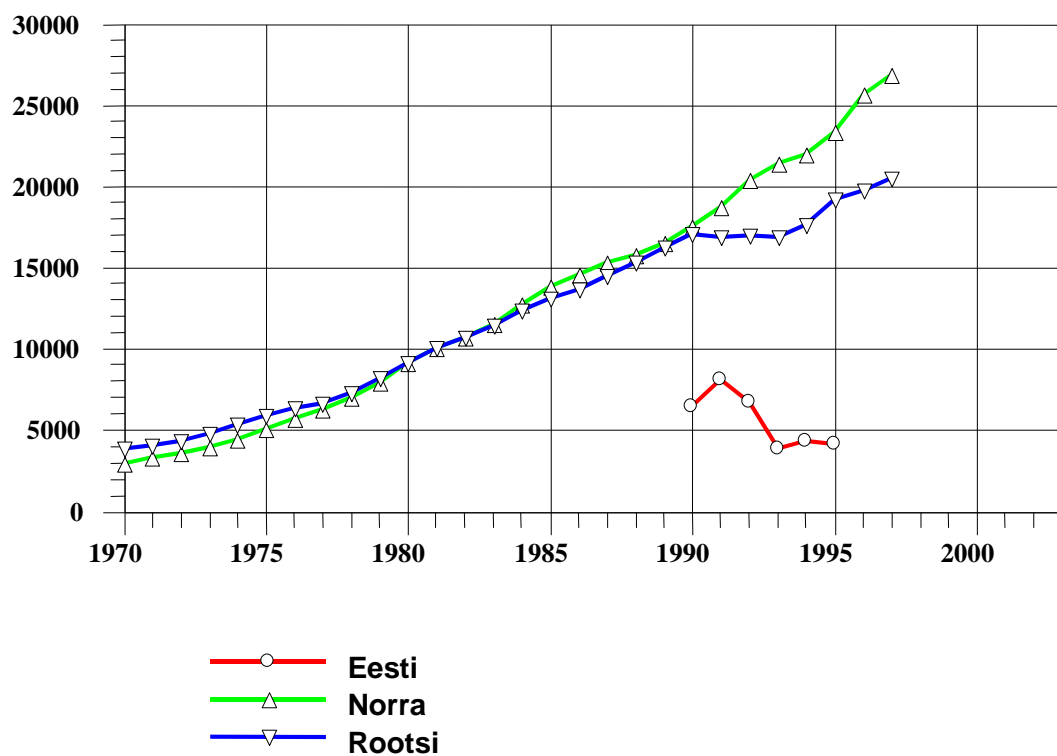
Rootsis ja Norras nagu ka igas teises Lääne-Euroopa riigis näitavad tervishoiuteenuse tarbimise määr ja surmade arvud segmenteeritust sotsiaalsete klasside vahel. Töölane staatus, sissetulekute tase ning haridus määravad ära sotsiaalse klaasikuuluvuse.

Eesti on viimastel aastatel olnud tegev heaoluprogrammide alal. Kaks näidet on :

1. Laste hoolekande arendamise programm. Alused ja põhisuunad 1998-2000. Programmi eesmärgiks on praeguse olukorra analüüsimine lastekaitse ning laste heaolu vallas, spetsiifiliste probleemide välja selgitamine ning tulevaste tegevuste määratlemine.
2. Erihoolduse arendamise programm. Alused ja põhisuunad 1998-2000. Üheks programmi prioriteetidest on hoolekandetasutuste elamistingimuste ning sanitaarse olukorra parandamine. Samuti töötajaskonna koolitamine, iseseisvaks toimetulekuks koolitamine 7 maakonnas, avahoolduse rakendamine Põlvamaal, Järvamaal, Läänemaal ja Pärnumaal ning institutsioonikeskselt rahastamiselt üleminek personaliseeritud rahastamisele.

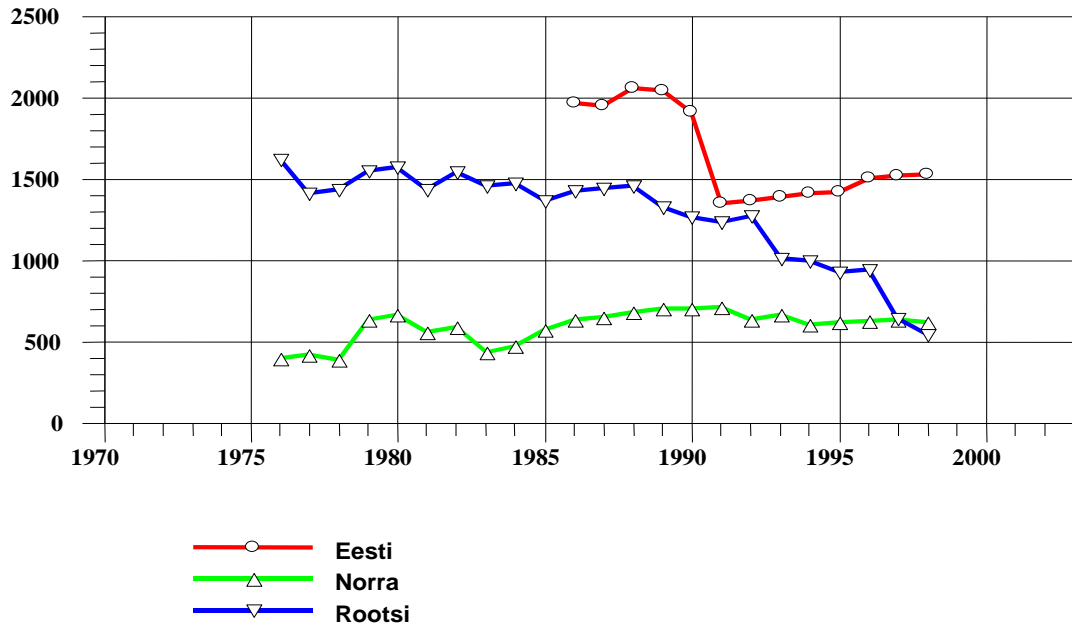
Klassikuuluvus on tihedalt seotud inimese eluea ja haigustele vastuvõtlikkusega. Võrreldes Eestit Norra ja Rootsi on hariduse taseme komponent väikese tähtsusega, kuna SKP *per capita* on niivõrd erinev riikide vahel.

Tegelik sisemajanduse kogutoodang \$ per capita



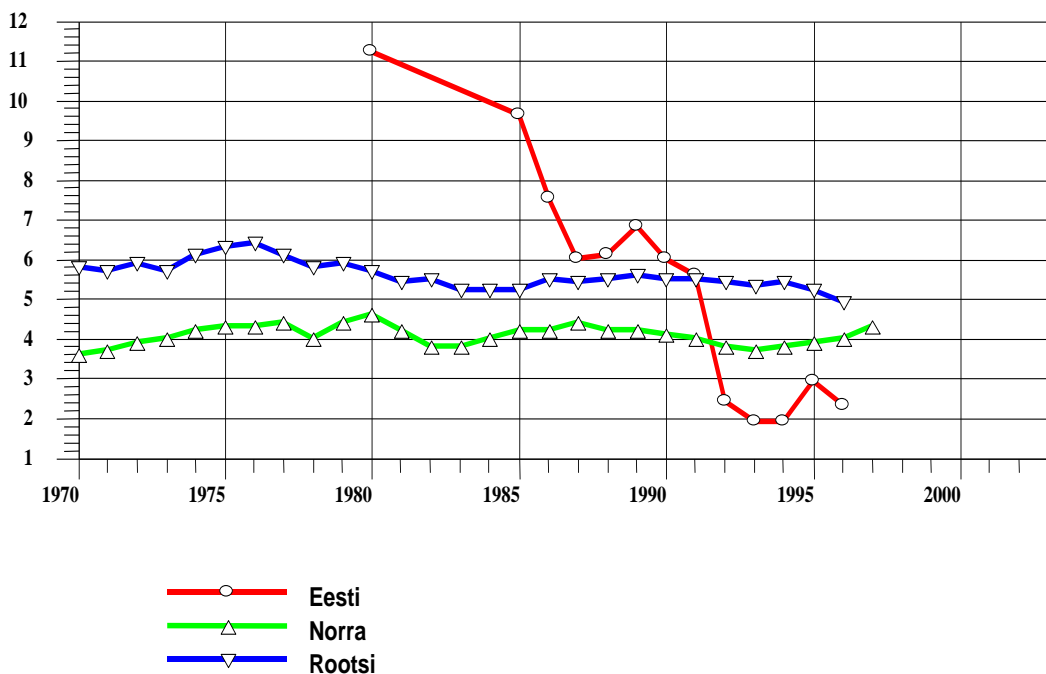
On selge, et Rootsis ja Norras on SKP per capita kõrgem kui Eestis.

Tarbitud sigarettide arv inimese kohta aastas



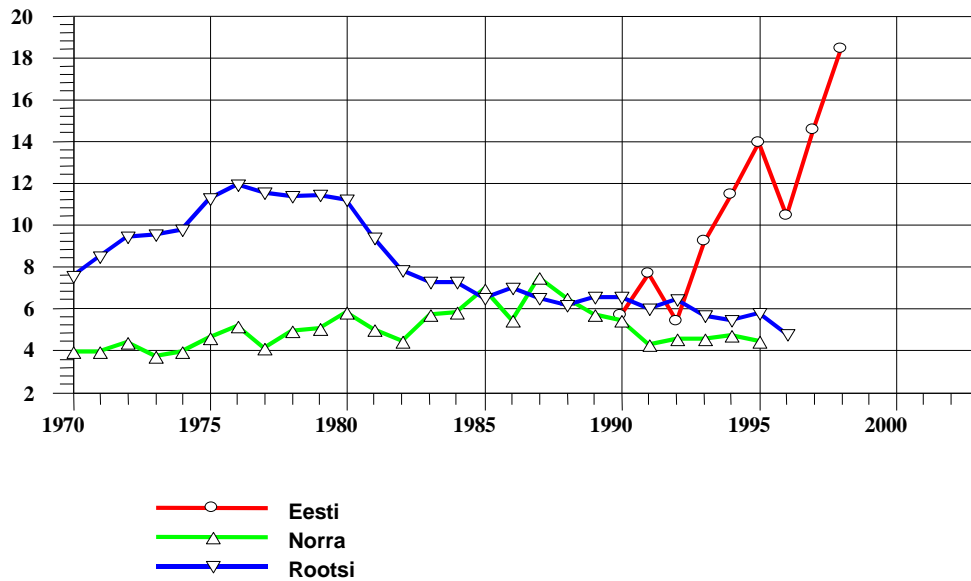
WHO statistika näitab, et Eesti suitsetatakse rohkem kui Rootsis või Norras. .

Tarbitav puhta alkoholi kogus inimese kohta liitrites ühel aastal



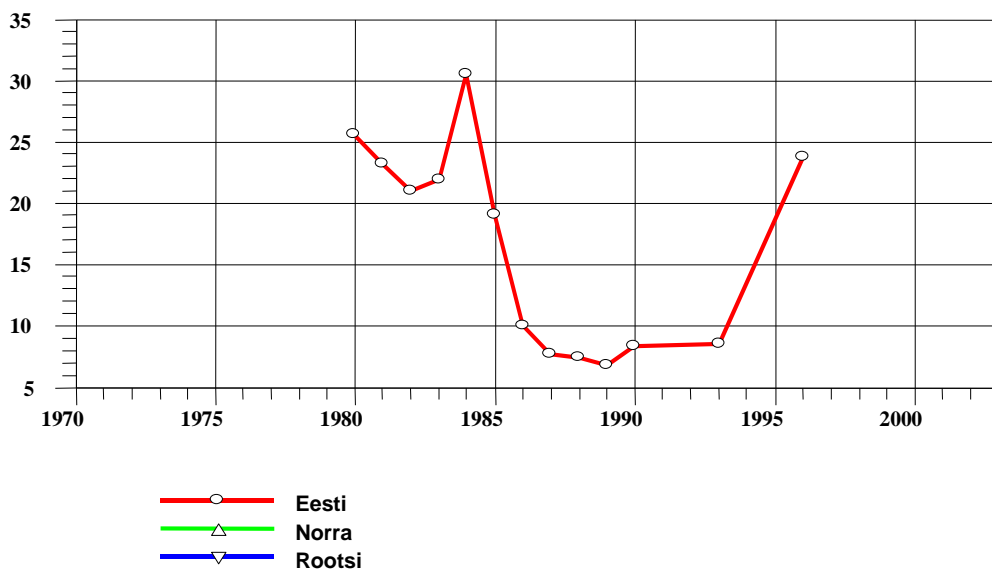
Ülaltoodud joonis näitab, et Eestis peaks olema alkoholi tarbimine märgatavalt langenud alates 1980, ning et alkoholi tarbitakse vähem, kui Rootsis või Norras. Arvud põhinevad legaalsel müügil, meie arvates on need arvud ilmselt täiesti valed.

SDR kroonilised maksahaigused ja tsirroos, kõik vanusegrupid/100000



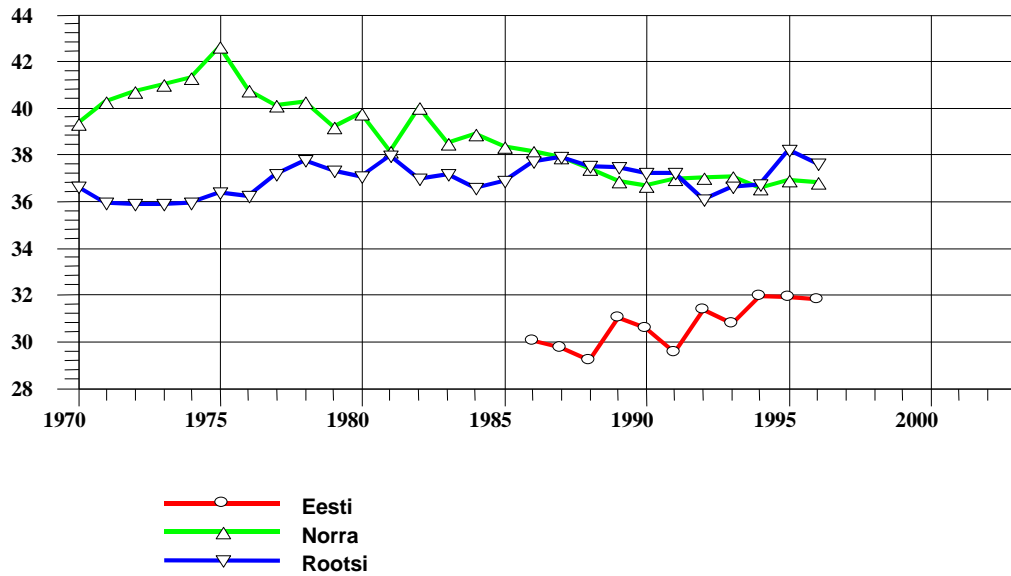
Ülaltoodud joonis näitab maksatsirroosi esinemise sagedust, mis on kasvanud alates 1990 (vastuolus alkoholimüügi andmetega). Teine on suurenenud alkoholipsühhooside arv alates 1990.

Alkoholipsühhooside arv 100000 kohta



Toetudes maksatsirroosi ja alkoholipsühhooside esinemise sagedusele jõudsimise järeldusele, et alkoholi tarbimine on Eestis tegelikult kasvanud (vaatamata müüginumbritele) ning on kõrgem kui Rootsis või Norras. .

% koguenergiast, mis saadud rasvast

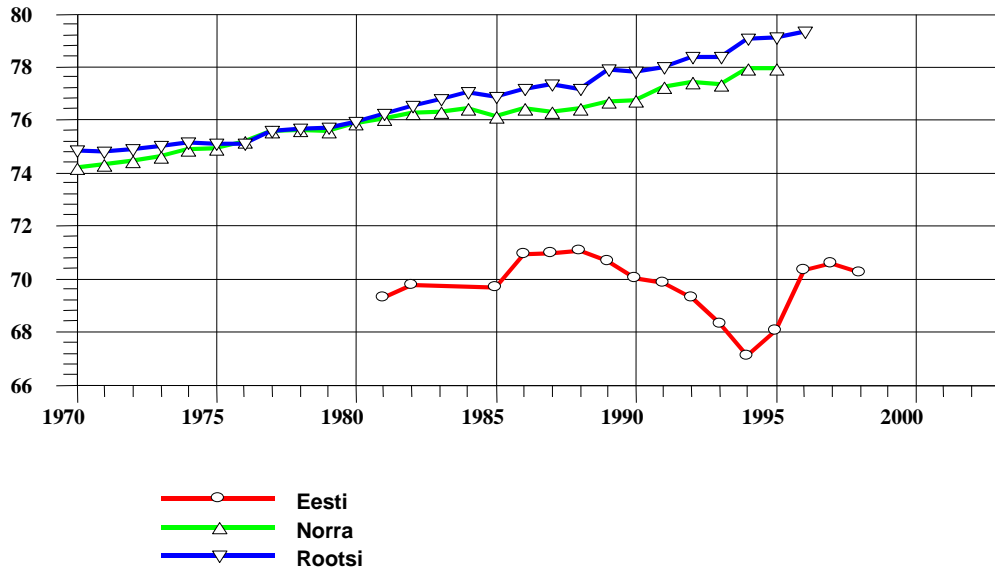


Ülaltoodud joonis näitab, et rasvast saadav energiakogus peaks Eestis olema märgatavalt väiksem kui Rootsis või Norras. See võib olla tõsi, kuid erinevus kolme võrreldava riigi vahel on liiga suur.

Toodud faktorite analüüsi järeldus ning nende mõju arvestamine tervishoiutarbimisel on, et Eesti peab märgatavalt arenema mitmetel aladel, mis on seotud tervisedendusega. Individuaalsed ning kollektiivsed suitsetamis- ning alkoholi tarbimise harjumused peavad muutuma. Eesti majandusliku tuleviku ennustamine pole küll konsultandi pädevuses, kuid meie arvamus on, et Eesti majandust ootab ees kasvuperiood, mille tulemusena paraneb nii üleüldine sotsiaalne staatus kui rahva heaolu.

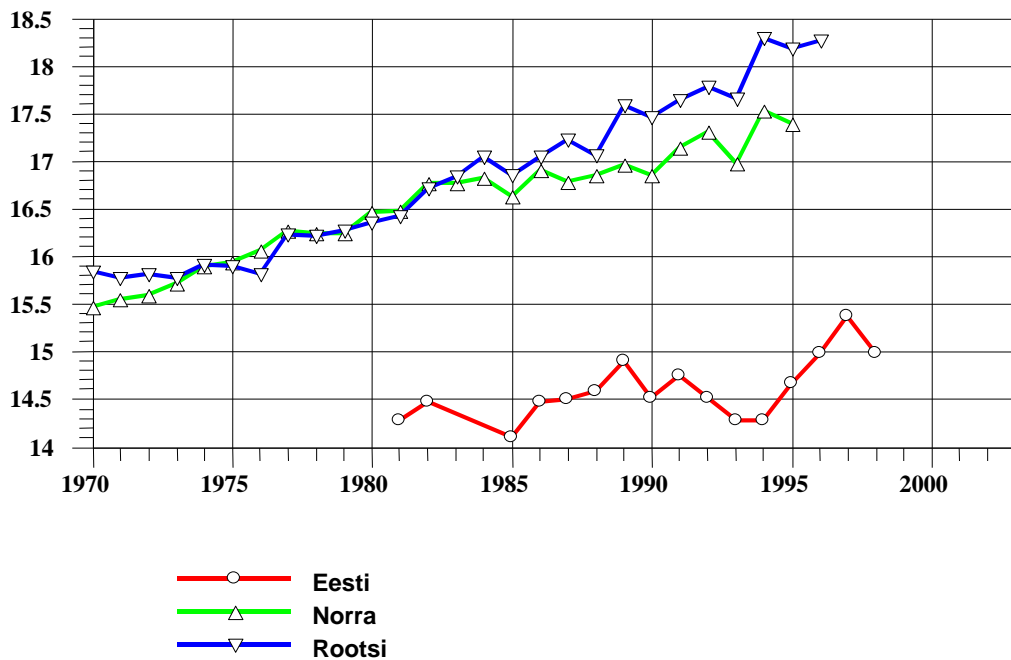
5.6 Keskmine oodatav eluiga

Keskmine oodatav eluiga aastates



Keskmise eluea arvestuses on Eesti teinud edusamme, kuid erinevus Eesti ning võrdlusriikide vahel on piisavalt suur.

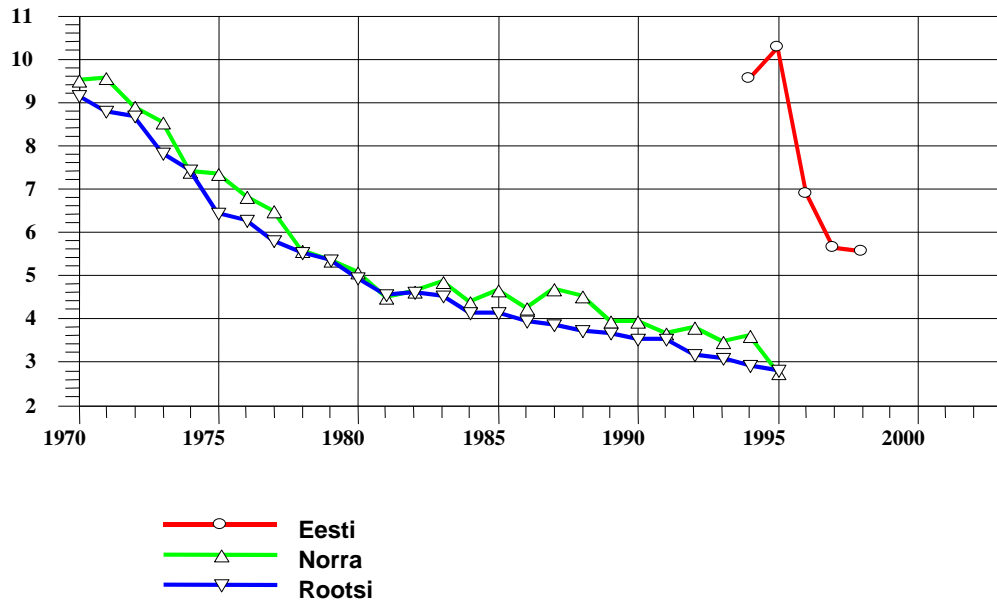
Oodatav eluiga aastates 65+



Võrreldes Eesti keskmist oodatavat eluiga 65 aastaste inimeste hulgas, on olukord üldiselt samasugune. Ka siin on Eesti arenenud.

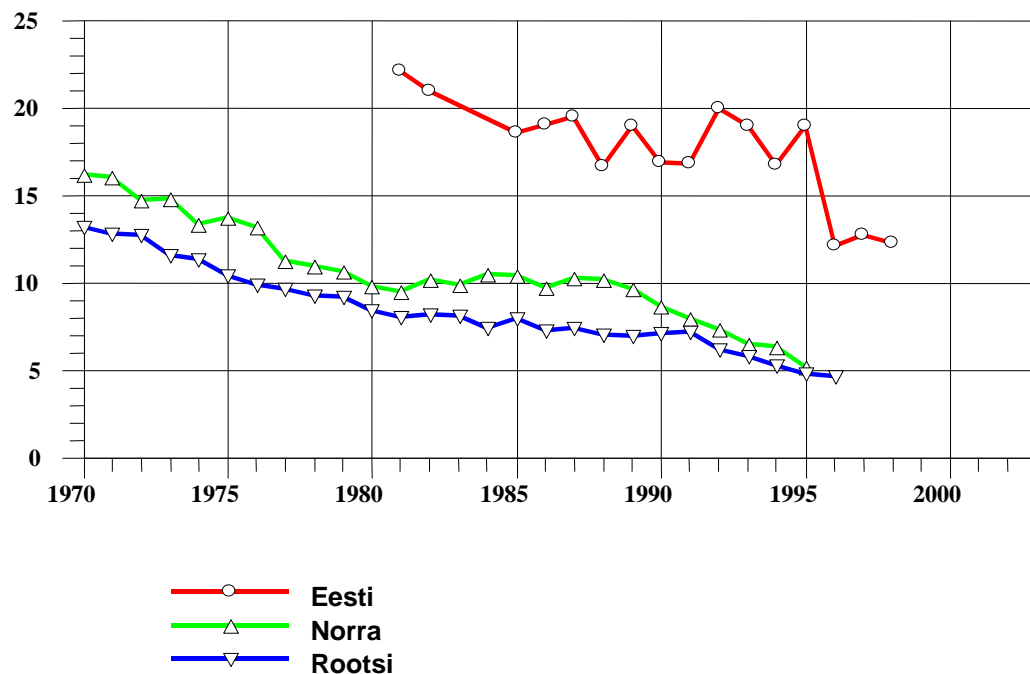
5.7 Neonataalne ning väikelaste suremus

Neonataalse suremuse määr 1000 elussünni kohta



Neonataalse suremuse määr on langemas, mis on väga julgustav. Laste heaolu programm on ilmselt suurimal määral seda langust mõjutanud.

Tõenäosus surra enne 5-ndat eluaastat /1000



Tõenäosus, et laps sureb enne viiendat eluaastat on vähenenud, kuid võrreldes seda Rootsi ja Norra vastavate näitajatega, on Eestil arenguruumi. Seda indikaatorit kasutatakse sageli elanikkonna üldise tervisestaatuse põhiindikaatorina.

Rasedate naiste varajane registreerimine ning nende tervise pidev jälgimine enne sünnitust vähendab neonataalse suremuse määra. Lapse tervisliku seisundi pidev jälgimine vähendab suremise riski.

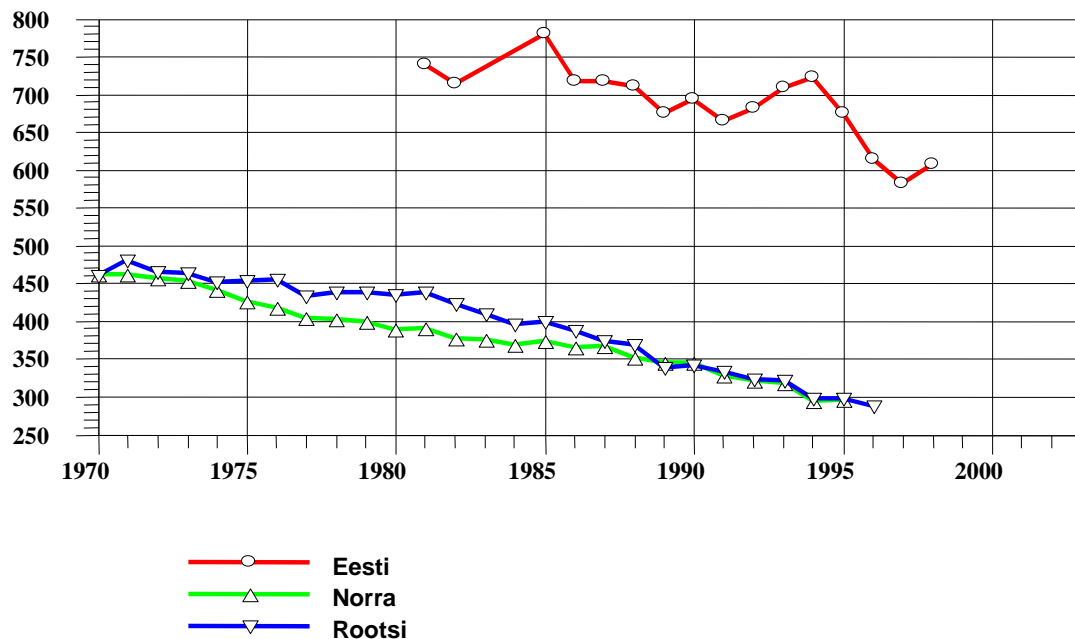
Eestis on olukord paranenud nii neonataalse suremuse kui enne viiendat eluaastat suremise lõikes, kuid palju on veel teha. Üheks olulisimaks sammuks on sünnituste koondamine vähemasse arvu haiglatesse. Rootsis on reeglina sünnitusosakonna piirmääraks 1500 sündi aastas. Pikaleveninud ja aegavõtvad sünnitused ebapiisava varustusega ning vähese pädevusega sünnitusosakondades põhjustavad sageli riske nii emale kui lapsele. Hädasünnitusi (isegi mis toimuvad kiirabiautos või taksos) seostatakse seevastu reeglina väga madala riskiastmega nii emale kui lapsele.

5.8 Põhilised surmapõhjused

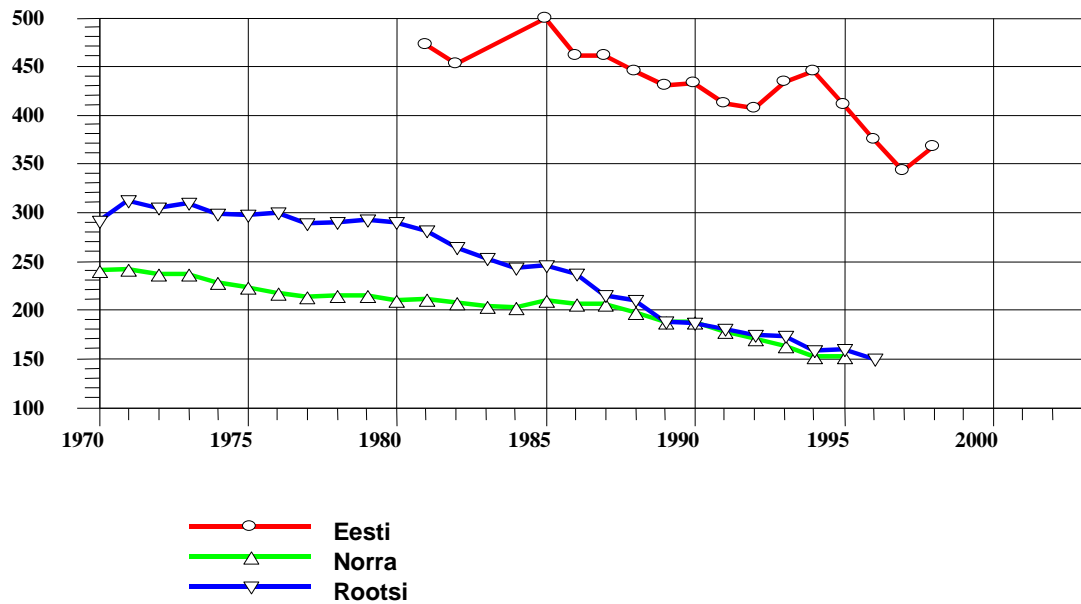
1997-98 olid Eestis enamlevinud surmapõhjused veresoonehaigused (63%) ja vähk (16%). Järgnev on lühike kokkuvõtte olulistest erinevustest Eesti ning Rootsi ja Norra vahel.

Kõigis kolmes riigis on südameveresoonehaigustesse suremine langemas. Eesti standardhälve südameveresoonehaiguste osas on tunduvalt kõrgem kui Rootsis või Norras.

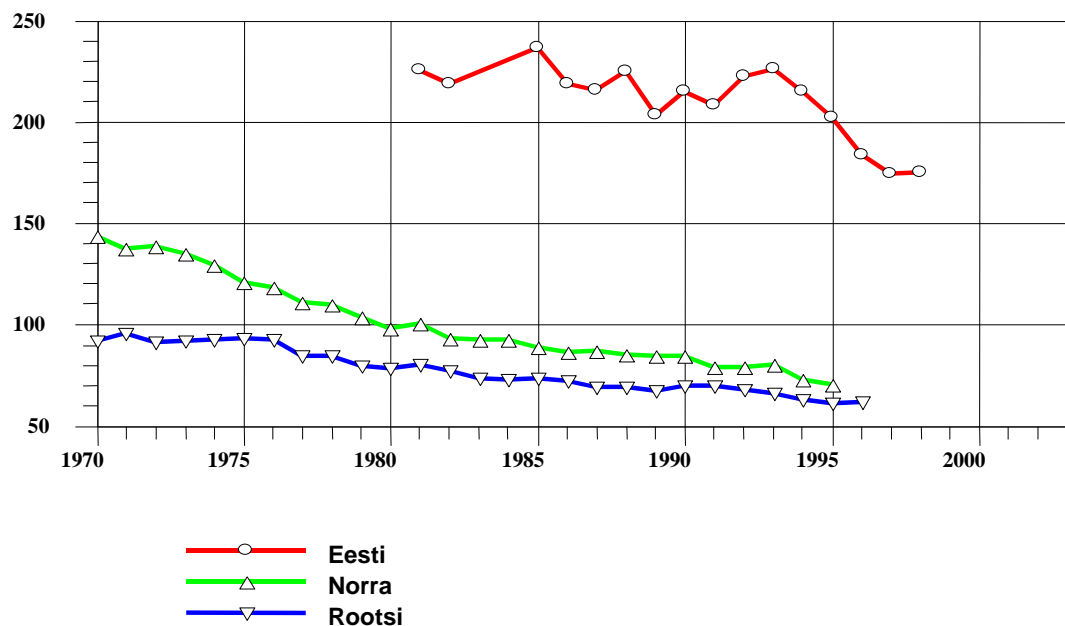
SDR, veresoonehaigused, kõik vanusegrupid/100000



SDR, südameisheemia, kõik vanusegrupid /10000



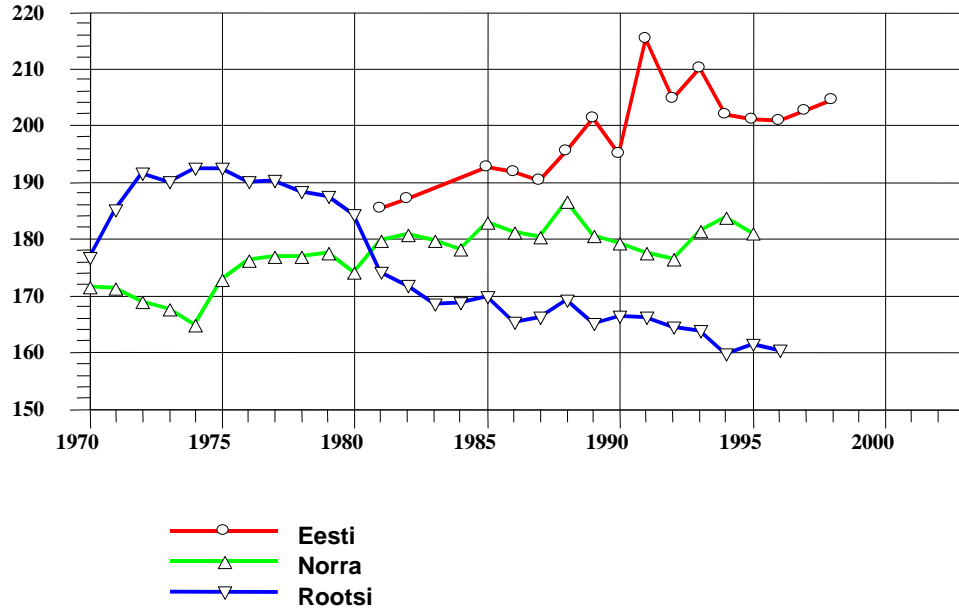
SDR, tserebrovaskulaarsed haigused, kõik vanusegrupid /10000



WHO on seisukohal, et peaaegu kõik surmad tingitud südameveresoonekonna haigustest on seotud individuaalsete või kollektiivsete harjumustega. Surmade arvu saab mõjutada mitmete tervisedenduslike ning haiguste ennetamisele suunatud tegevustega. WHO on jõudnud ka empiirilisele kogemusele toetuvale järeldusele, et suuremus südameveresoonekonna haigustesse ning inimese sotsiaalmajanduslik staatus on omavahel seotud. Madalama sotsiaalmajandusliku staatusega inimesed surevad sagedamini südameveresoonekonna haigustesse.

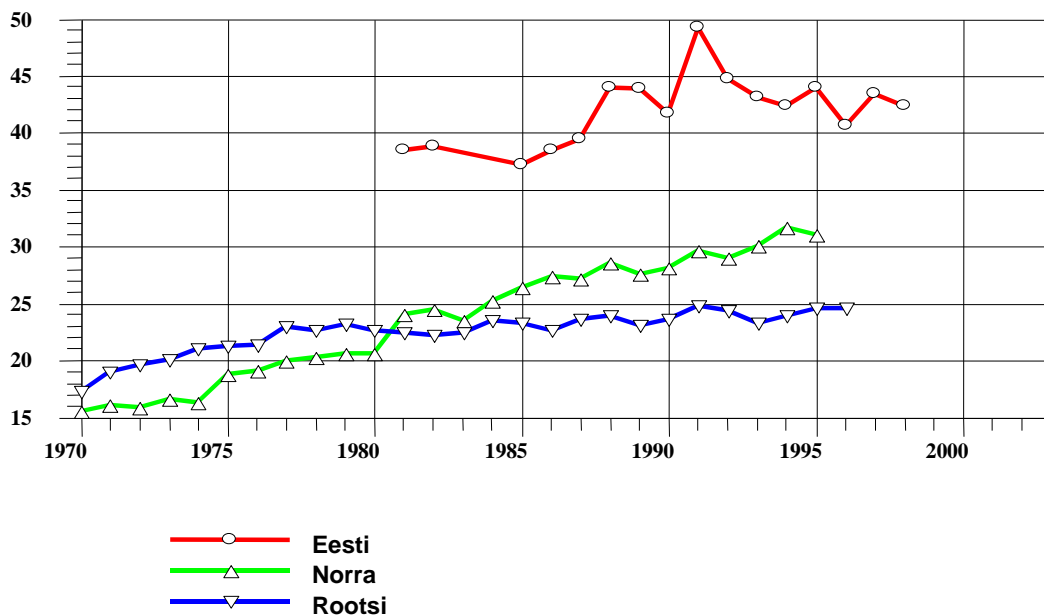
Üks oluline punkt südameveresoonehaiguste juures on ka ravimeetodid ning haiguste diagnoosimise tehnoloogiline tase. Paremad tingimused vähendavad riski.

SDR, pahaloomulised kasvaja, kõik vanusegrupid



Üleüldine vähi haigestumise määr näitab, et Eestis on haigestumise määr kõrgem kui Rootsis või Norras. Suurem vähi osakaal Norras on seletatav kõrgema määraga kopsuvähi osas.

SDR, bronhi/kopsuvähk, kõik vanusegrupid/10000



5.9 Võrdlusanalüüs

Käesoleva raporti võrdlusanalüüs on tehtud toetudes tegelikule demograafilisele situatsioonile Eestis ning selle võrdlusele Rootsi ja Norraga. Vajalik eestipoolne informatsioon saadi Sotsiaalministeeriumi Meditsiinistatistika büroolt. Andmed Rootsi kohta saadi Riikliku Tervise- ja Heaolu Ameti juures asuvast epidemioloogiakeskusest. Andmed Norra kohta saadi Norra patsientide registrist, mis on üks Norra Sotsiaalministeeriumi osakondi. Samuti jagasid infot ka Rootsi ja Norra arstide liidud. Oluline on silmas pida mõningaid momente.

Kõik võrreldavad maad kasutavad meditsiinikoodisüsteemi ICD10. Konsultantide kogemus, mis tugineb detailsetel uuringutel meditsiinikoodisüsteemi kohta on, et 20% kõigist koodidest on haiglates vale pidades silmas, et määratud peamine diagnoos ei ole õige võrreldes haiguslooga. Kuivõrd see mõjutab igal konkreetsel juhul tehtavaid üldisi järeldusi on pisut ebaselge.

Lisas C võrreldakse väljakirjutusi põhiliste diagnostiliste kategooriate lõikes Eestis, Norras ja Rootsis. Väljakirjutuste arv on jagatud tegelikus vanuserühmas olevate inimeste tegeliku arvuga. Joonised näitavad, milliseid patsientide rühmi tegelikult ravitakse.

Oluline erinevus Eesti ning Norra ja Rootsi vahel on, et Eesti elanikkonna kõige vanem osa, kes reeglina on ka kõige haigem tarbib vähem tervishoiuteenust kui võrreldavates riikides. See näitab, et eakate ravimise tase on Eestis madal. Küsimust peab käsitlema kui olulise eetilise probleemina. Meie arvamus on, et siin peab Eesti märkimisväärselt arenema jõudmaks järele Lääne-Euroopa tervishoiuteenuse osutamise süsteemile.

Lisa D võrdleb keskmist haiglas viibitud päevade arvu (ALOS) põhilistes diagnostilistes kategooriates. ALOS esitatakse vanuserühmade lõikes. Eesti ALOS on märgatavalt kõrgem kui Rootsis või Norras. See tuleneb erinevustest ravimetoodikas ning kasutada olevas tehnoloogias. Erinevuste selgitamise suurim tegur on ilmselt erinevused traditsioonides. Kulu (ALOSst lühendav tegur) pole kunagi olnud Eesti süsteemis tähtsal kohal seevastu kui Rootsis on see olnud üks olulisimaid tegureid.

5.10 “voodikohti elaniku kohta regionaalsetes/ülikoolihaiglates” võrdlusmoment

Allpool toodud tabel võrdleb praegust olukorda Eestis, Rootsis ja Norras. Tabelist nähtub, et Eesti arv on madal. Kui aga arvestada Mustamäe Haiglat regionaalse haiglana kahekordistub Eesti arv muutudes märgatavalt adekvaatsemaks.

	Rootsi	Norra	Eesti
Regionaalsete/ülikoolihaiglate arv	8	5	1
Arv 1 000 000 inimese kohta	1.1	0.9	0.7

Hetkel on Eestis vaid üks regionaalse/ülikoolihaigla staatusega haigla. Arv tundub olevat väike, kuid võrreldes Rootsi või Norraga, pole see sugugi väga madal. Sellest johtuvalt on meie arvamus, et Eestis peaks olema kaks sellist haiglat – ning seljuhul tõuseks suhtarv 1 000 000 inimese kohta 1.4-ni.

Lisas E on toodud võrdlusmoment “voodikohti elaniku kohta regionaal/ülikoolihaiglates”

5.11 “voodikohti elanike kohta hooldekodudes” võrdlusmoment

Lisa E annab ka võrdlusmomendi “voodikohti elanike kohta hooldekodudes”. Hooldekodude kohta antav võrdlusmoment aastaks 2010 on 6000. Hooldekodude tarbeks võrdlusmomentide leidmine on olnud äärmiselt keeruline. Seda seetõttu, et statistikas ei hõlmata mitte ainult hooldekodusid vaid eakate kodusid, koduhooldust jne. Ei selgu isegi, et hooldekodus viibiv inimene alustab visiidist teise tasandi haiglasse. Peatükis 8.11 tuuakse näide, kus esitletakse ka määra 5,1 hooldekodu 1000 inimese kohta. Eesti jaoks tähendaks see kokkuvõtlikult 7400 hooldekodu voodikohta. Vaadates WHO ametlikku statistikat pikaravi kohta, siis statistikast johtuvalt on keeruline anda hooldekodu täpset definitsiooni.

Statistikas toodud numbrid aitavad selgitada seda keerukust. Aastal 1998 oli vastavalt WHO statistikale järgnevates riikides järgnev arv voodikohti hoolde- ja vanadekodudes:

Prantsusmaa	970
Eesti	404
Saksamaa	443
Norra	985
Rootsi	42
Suurbritannia	333
Sveits	861

Nagu nähtub, on erinevused suured. Rootsis on toodud vaid geriaatria voodikohad – sellal kui Norras on hõlmatud kõikvõimalikud eakate hooldamise vormid, kaasa arvatud koduhooldus ja eakate kodud.

5.12 “teise tasandi haiglate “erialaprofiili” võrdlusmoment

Kaasaegses tervishoiu erialaprofiil pole sugugi või on väga vähe tegemist haiglavoodite korraldatusega. Erialad on korraldatud grupiti ning voodid ja ressursid ei ole jaotatud mingi kindla eriala jaoks.

Osakond haiglas võib olla moodustatud erinevate erialade spetsialistidest. Üldkirurgia osakond võib hõlmata uroloogiat, kuid puudub vajadus spetsiaalsete uroloogia voodite järele. Selle asemel et keskenduda teise tasandi haigla erialadele kui sellistele, on olulisem pöörata tähelepanu diagnostilistele võimalustele ja osutatavale ravile.

Üldkirurgia

Sisaldab: Ülemine ja alumine abdominaalne kirurgia, põhiline vaskulaarne ja endokriiniline kirurgia ning uroloogia. Samuti ortopeedia spetsialistid kiirabiks (murrud).

Sisehaigused

Sisaldab: kardioloogiat, hematoloogiat ja gastroentoloogiat, neuroloogiat, nefroloogiat ja nakkushaigusi

Ortopeediline kirurgia

Kavandatud ortopeediline kirurgia hõlmab asenduskirurgiat, põhilisi sidemete, jala-ja käelõikusi ning ka seljakirurgiat.

Ülejäänud erialad tavalises teise tasandi haiglas (toetudes teeninduspiirkonna suurusele) võiksid olla pediatría, sünnitusabi, otorinölarüngoloogia ja oftalmoloogia. Väiksemates teise tasandi haiglates võivad need erialad olla haiglavälised, nt päevakirurgia vormis.

5.13 “eriarst elanikkonna kohta erialati” võrdlusmoment

Lisa F annab võrdlusmomenti “eriarst elanikkonna kohta erialati” iga eriala kohta. Lisa G annab elanikkonna määra iga eriala kohta.

Võrdluse koostamisel arvestati võrreldavaid andmeid Rootsi ja Norra kohta 1998 aastal. Rootsi ja Norra erialaliitudest saadud informatsiooni probleemiks on, et osadel arstidel on kahekordne erialane pädevus. Andmeid korrastatakse ning näidatakse siiski inimeste arvu. Andmed Eesti kohta saime meditsiinistatistika büroolt.

Üldkirurgid, ortopeedid ja üldmeditsiin hoolitsevad kiirabiteenuse eest. Geriaatria või pikaraviarstid on uus eriala.

5.14 “haiglatestruktuur erialati” võrdlusmoment

Võrdlus on koostatud võrreldes tegelikku olukorda Rootsis ja Norras 1998 ning oodatavat olukorda Eestis aastal 2015.

	Norra	Rootsi	Eesti	Eesti 2015
Regionaalsed haiglad	5	8		2
Keskhaiglad	23	30		4
Teise tasandi haiglad	30	54		7
KOKKU	58	92	27	13

Haiglaid 1 000 000 elaniku kohta

	Norra	Rootsi	Eesti	Eesti 2010
Regionaalsed haiglad	1,1	0,9		1,4
Keskhaiglad	5,2	3,4		2,8
Teise tasandi haiglad	6,7	6,1		4,8
KOKKU	13,0	10,4	18,6	9,0

Toodud tabelid vajavad kommenteerimist. Eestis on praegu 78 haiglat. 27 neist on kesk/üldhaiglad. Me oleme üritanud seda arvu veelgi lahti kirjutada, kuid see pole võimalik.

Tundub, et Eestis puudub selge haiglate klassifitseerimise süsteem. Oluline on märkida, et Norras on lisaks tabelis toodud 58 haiglale 3 monofunktsionaalset haiglat ja 14 klassifitseerimata haiglat. Rootsis on kõik haiglad selgelt klassifitseeritavad.

Tabelis oleme pakkunud aastaks 2015 Eestisse 13 haiglat. Selle numbrini jõudmine on kirjeldatud järgnevates peatükkides. 13 haigla sees ei sisaldu mõningad monofunktsionaalsed haiglad (tuberkuloos), mis ilmselt veel funktsioneerivad aastal 2015.

Mõnevõrra madalamat koguarvu saab seletada sellega, et Eestis on suhteliselt rohkem kolmanda tasandi haiglaid. Teise tasandi haiglad on jällegi väiksemad.

6. DEFINITSIOONID

6.1 Esmatasand/tervishoiukeskused

Termineid esmatasand, teine tasand ning kolmas tasand kasutatakse erinevate tervishoiutasandite defineerimiseks. Mõistmaks käesoleva uurimuse järeldusi on vaja defineerida need terminid.

Esmatasandi arstiabi on põhiline üldmeditsiin. Sarnaselt WHO definitsioonile mõistetakse selle all mistahes vanuses mistahes haigusega patsientide sisenemist tervishoiusüsteemi. See haarab kogu elanikkonda ning on loomult ennetav. Tegevad on spetsiaalse koolituse saanud perearstid.

Nõukogude-aegne süsteem tugines väga suurteil multispetsiaalsetel polikliinikutel. See pole sobiv süsteem, kuna ta lahutab haiglasises ravi haiglavälisest. Enamikes lääneriikides tegutsevad spetsialistid haiglavälistes osakondades, mis reeglina küll asuvad haiglate juures. Samas on ka Lääne-Euroopas **tervishoiukeskused**, mis on peaaegjalikult kohaliku tasandi rajatised, milles peamiselt töötavad perearstid, kuid ka mõningad spetsialistid (günekoloogid, ortopeedilised kirurgid, pediaatrid). Meie arvamus on, et nõukogude-aegsed polikliinikud tuleks järk-järgult sulgeda. Tervishoiukeskustes pole mõtet omada ööpäevaringset kiirabi. Tervishoiukeskused on sageli kombineeritud hooldekodudega.

6.2 Teise tasandi arstiabi

Teise tasandi arstiabi on põhiline spetsialiseeritud arstiabi. Seda osutatakse haiglavälistes tingimustes (tervishoiukeskus või kohalik haigla) või üldhaiglas. Ööpäevaringne kiirabi on osa teise tasandi arstiabist. Tegevad on tunnustatud erialadel spetsiaalse koolituse saanud arstid.

6.3 Kolmanda tasandi arstiabi

Kolmanda tasandi arstiabi on eriarstiabi, mida vajatakse harva ning mida osutab erikoolituse saanud spetsialistid kasutades erivarustust. Kolmanda tasandi arstiabi sisaldab meeskonnatööd ning sõltub arenenud haiglasisesest meditsiinilisest toetusest (kliiniline keemia, füsioloogia, patoloogia, kliiniline farmakoloogia jne). Lisaks sellele on kolmanda tasandi arstiabi tihedalt seotud uurimistööga.

Antud uurimuse kontekstis on oluline mainida, et tõelisele kolmanda tasandi arstiabile kulub mitte üle 3-4% tervishoiu kogukuludest. Ülikoolihaiglates (kuhu on lääneriikides keskendunud peaaegu kogu kolmanda tasandi arstiabi) kasutavad kolmanda tasandi arstiabi patsiendid üle 10% rahast. Ülejäänud on isegi ülikoolihaigla baasil toimiv teise tasandi arstiabi kohaliku teeninduspiirkonna tarbeks.

6.4 Hooldekodud/geriaatria

Termin “hooldekodu” ei ole selgelt defineeritud. Tavapäraseim definitsioon hooldekodu tarbeks on järgmine: koht kuhu patsient viiakse pärast akuutravihaiglas olemist; nii somaatiline kui psühhiaatiline. Tundub, et “hooldekodu” hõlmab eneses isegi planeerijate ja poliitikute arvates nii pikaravi, vanadekodu, rehabilitatsiooniosakondi kui teisi institutsioone järeldravi teostamiseks.

Antud plaani kontekstis mõistame me “hooldekodu” all haiglavälise osakondade tähenduses, mis on sageli ühes hoones haiglaga, kus ravitakse patsiente, keda on vaja ravida väga pika aja jooksul, võimalik, et isegi kogu elu; samuti akuutravile järgneva rehabilitatsiooni ning sellega kaasneva regulaarse meditsiinilise järeldrvalve tähenduses. Me ei kasuta “hooldekodu” vanadekodu, sotsiaalkodu vms tähenduses, kus esikohal on sotsiaalne aspekt.

Geriaatria ja taastusravi on ülejäänud kaks olulist hoolduse liiki. Geriaatria oli kaua pikaravi sünonüümiks, kuid on nüüdseks arenenud üheks lühiajalise ravi vormiks (ALOS on sageli alla nädala). Geriaatria eesmärgiks on panna õige diagnoos. Ning määrata, milline järeldravi on igal konkreetsel juhtumil kõige efektiivsem. Pärast otsustamist viiakse patsient sobivasse asutusse.

Taastusravi on hoolduse aktiivne vorm, mis on suunatud patsiendi funktsionaalse staatuse optimeerimisele enne suunamist teise raviasutusse või tema saatmist koju. Tüüpiline patsient on puusamurruga. Ta opereeritakse akuutravi haiglas ning viibib seal 2-3 päeva. Seejärel viibib ta 10-14 päeva taastusraviüksuses, misjärel reeglina saadetakse ta koju.

6.5. Meditsiiniliste erialade definitsioonid

Meditsiiniliste erialade definitsioonid erinevad riigiti. Ka rahvusvahelisel tasandil valitseb segadus küsimuses millal on tegu põhierialaga ja millal alamerialaga. Eestisuguses väikeses riigis pole mõtet omada suurt arvu erialasid. Vastasel korral koosneksid mitmed erialad vaid mõnest spetsialistist ning sel juhul on raske tagada uutele spetsialistidele piisav ja asjakohane väljaõpe. Seega oleks Eestile parem omada väiksemat arvu erialasid ning toetuda alamerialade spetsialistide koolitamisel ja väljaõppel teistele riikidele.

Kirurgilised erialad

Kirurgia

Ortopeediline kirurgia

Uroloogia

Näo- ja lõualuukirurgia

Plastiline ja taastav kirurgia

Närvikirurgia

Rindkerekirurgia

Anestesioloogia

Sünnitusabi ja günekoloogia
 Otorinölarüngoloogia
 Oftalmoloogia
 Vaskulaarkirurgia

Sisehaiguste erialad

Sisehaigused
 Allergoloogia
 Kardioloogia
 Dermatoloogia ja veneroloogia
 Endokrinoloogia
 Gastroenteroloogia
 Nakkushaigused
 Neuroloogia (sh neurofüsioloogia)
 Nefroloogia
 Pulmanoloogia
 Reumatoloogia
 Onkoloogia (sh radioteraapia)

Pediaatria

Pediaatriline meditsiin
 Pediaatriline kirurgia

Psühhiaatria

Täiskasvanute psühhiaatria
 Laste ja noorukitepsühhiaatria

Teised erialad

Diagnostiline radioloogia
 Laboratoorne meditsiin
 Patoloogia
 Perearstiteadus
 Töötervishoid
 Geriaatria
 Taastusravi

Euroopa Liidu direktiiv 93/16/EEC sätestab 52 eriala. Käekirurgia on ainus ülaltoodud eriala, mida pole toodud EL direktiivis. Näo- ja lõualuukirurgia on osades riikides hambatehniline eriala, osades meditsiiniline eriala. Mõlemad variandid on õiged, valiku peab siin tegema Eesti valitsus. Meie esitasime ta siintoodud kujul selleks, et ta ei jääks kahe silma vahele. Tegu on olulise erialaga.

Me jätsime välja Eestis kasutatava eriala "traumatoloogia". Lääne-Euroopas hõlmavad kiirabiteenust kirurgia, ortopeediline kirurgia, sisehaigused ja neuroloogia.

Spetsialistide “õige” valiku tegemisel on loomulikult mitmeid eriarvamusi. Me ei taha Eestit sundida kasutama toodud nimekirja. Me tahame vaid näidata, et Eesti erialade loetelu vajab korrigeerimist – ning et seal peab olema vähem erialasid kui praegu.

7. TULEVANE TERVISHOIUSÜSTEEM

7.1 Institutsionaalne struktuur ja ressursid

Me teeme ettepaneku, et tervishoid oleks organiseeritud kolmetasandiselt.

Sotsiaalministeeriumi pädevuses on poliitika küsimused ning sotsiaalkindlustust puudutav seadusloome. Samuti on ministeerium vastutav tervishoiuteenuse pakkumise tagamise ning riigi tervishoiupoliitika eest.

Kohalik tasand on haigekassad ehk tervishoiuteenuse ostjad. Me teeme ettepaneku, et Kesksaigekassa jääks alles ning teda positsiooni tugevdataks. Kesksaigekassa töötab välja üldised suunised ning meetodika ja valmistab ette kohalike haigekassade poolt kasutatavad kohustuslikud lepingud. Haigekassa vastutab mistahes liiki institutsionaalse hoolduse eest, sh teise ja kolmanda tasandi arstiabi, taastusravi, hooldekodud ja tervishoiukeskused. Kesksaigekassa funktsioone on kirjeldatud täpsemalt peatükis 8.2.

Kohalikul tasandil tehakse koostööd kohaliku omavalitsuse (või omavalitsuste ühendustega) eakate hoolduse ning sotsiaalhoolekande vallas. Tervishoiule läheb 13% maksust. Osa sellest tuleb anda kohaliku omavalitsuse käsutusse, et nad suudaksid katta omi kohustusi.

Süsteemi jälgimiseks on vaja detailset informatsiooni kulutuste kohta. Tuleb luua mingisugune kulutuste kohta käiva info kogumise süsteem (vaata peatükk 7.6). Selle uurimuse tulemusena selgus, et kiirabihaiglad on üpriski kulukad sellal kui taastusravi ning hooldekodud on märgatavalt odavamad. Kulutuste kohta käivat informatsiooni saab hiljem kasutada mõjurina, mis sunniks kiirabihaiglaid vähendama oma ALOS-i.

7.2 Haiglate omandisuhted

Detsentraliseerimise protsessi raames on riik andnud osa haiglatest üle teistele omanikele. Riigile kuuluvad siiani monofunktsionaalsed tuberkuloosi, onkoloogia ja psühhiaatria haiglad, kuid samuti mõned kesksaiglad (Mustamäe haigla Tallinnas). Mõnede haiglate omanikuks on linn, kohalik omavalitsus või kohalikud omavalitsused. Sageli omab omavalitsus haiglahoonet, kuid haiglat juhib trust, era- või avalik-õiguslik firma. Teoreetilisest vaatekohast pole omandiküsimus eriti oluline. Mistahes finantsiliselt tugev institutsioon võib omada ja/või juhtida haiglat.

Praktikas on aga olukord komplitseeritum. Eesti on üleminekuriik. Rahalisi vahendeid napib. Toimima peab koordineerimine riiklikul tasandil. Sellises olukorras on oluline, et riigil oleks otsustav mõjuvõim üleminekuprotsessi korraldamisel. Vähemalt teatava aja jooksul ei tohi omandiküsimused takistada üleminekuprotsessi.

7.3. Haiglate litsentseerimine

Haiglate litsentseerimissüsteemi tuleb arendada. Olemasolevate haiglate tarbeks peavad eksisteerima kindlad normid, nt elanike arv teeninduspiirkonnas, elanike arv perearsti kohta

jms. Haiglate litsentseerimise süsteem peab spetsifitseerima ka haiglatüübi, mitte litsentseerima erialasid. Seadusandlust peab arendama andes Sotsiaalministeeriumile õiguse mitte litsentseerida uusi osakondi või ka tervet haiglat isegi siis, kui nad vastavad nõuetele. Kui Sotsiaalministeerium leiab, et mingit tüüpi teenust osutatakse juba piisavas mahus mingis teeninduspiirkonnas, peab tal olema võimalus keelduda litsentsi andmisest.

7.4 Kvaliteedi tagamine ning akrediteerimine

Eesti tervishoiusektor vajab sõltumatut asutust, mis oleks valitsuse otsealluvuses, toetaks finantseerijat (Keskhaigekassa) ja seadusandliku baasi ettevalmistajat (Sotsiaalministeerium). Tulevastes lepingutes haigekassade ja teenuse pakkujate vahel peavad sisalduma ka patsientide kohtlemise kvaliteedistandardid. Sõltumatu asutus peaks tegelema meditsiinilise revideerimisega teatud aladel. Sõltumatu asutus koosneks vaid mõnest (5-6) arstist, kes vajadusel kaasaksid oma töösse ka spetsialiste väljastpoolt revideerimiseks ja tööks kvaliteedistandarditega maailmas kasutusel olevate parimate tavadega.

Kui haigla ei suuda täita samu kvaliteedinõudeid, mida teised, siis tuleb teda karistada litsentsi tühistamise või peatamisega või vähemalt mitte hüvitamisega teenuste eest. Kaaluda tuleks ka trahvi juurutamist, st teenuse pakkuja maksab teenuse ostjale kokkulepitud summa, juhul kui tegevus ei vasta kriteeriumitele.

Litsentseerimine ja akrediteerimine hõlmab ka patsientide kohtlemiseks sõltumatu asutuse poolt välja töötatud kvaliteedistandardid. Alad, millega alustada:

- ◆ Rabandused
- ◆ Kopsuvähk
- ◆ Rinnavähk
- ◆ Pneumoonia
- ◆ Suhkruhaigus
- ◆ Südamepuudulikkus
- ◆ Infarkt

Kindlustamiseks, et teenuse osutaja peab kinni akrediteeritud kvaliteedistandarditest teostab sõltumatu asutus haiglate järelkontrolli (vt peatükk 7.7).

7.5. Võltsingud ja kuritarvitused

Keskhaigekassa peab looma süsteemi, mis välistaks võltsinguid ja kuritarvitusi. Parim viis selleks on statistiliste andmete kogumine riiklikul tasemel.

7.6. Hüvitamise printsiibid

Praegune hinnakiri on sisuliselt tasu-teenuse-eest hinnakiri. Väga vähestel juhtumitel kasutatakse ka DRG süsteemile sarnast lähenemist. Hindu ei arvutata igaaastaselt. Selle asemel vaadatakse korra aastas hinnakiri läbi. See tähendab, et juba olemuslikult pole hinnakiri kulutustel põhinev.

Alates 1980ndatest on paljud riigid hakanud kasutama tasu-teenuse-eest süsteemist erinevaid lähenemisi. DRG (**Diagnose Related Groups**) kasutamist alustati 1994. See süsteem kasutab vaid diagnoose ning lahterdab konkreetse juhtumi vaid ühe DRG külge.

Alguses oli 494 DRG gruppi. Praegusel hetkel on kasutusel mitmed erinevad DRG süsteemid umbes 1200 grupiga. DRG süsteemi eeliseks on, et mitte kõiki kulusid ega ka haiglas viibitud päevi ei kata kindlustus. Eeliseks on ka see, et DRG süsteem soodustab patsientide voolavust juhul, kui haigla üritab oma tulu suurendada. DRG mõõdab ka väljundit ning on sobilik tulemuslikkuse arvutamiseks.

Käesoleval aastal juurutati USAs ambulatoorse ravi jaoks APC süsteem. Tegu on samasuguse süsteemiga kui DRG, kuid mõjuala on vaid külastused, päevakirurgia ning päevameditsiin. Printsipi on tegu samasuguse süsteemiga kui DRG. Kasutatakse grupeerijat, mis annab APC-le koodi ja osakaalu.

Psühhiaatria ning geriaatria tarbeks on välja arendatud teistsugused tagantjärele tasumise süsteemid. Nende aluseks on patsiendi funktsionaalne staatus. Patsiendi funktsionaalne staatus võimaldab ressursside tarbimist mõõta paremini kui diagnoosid ja protseduurid. Üheks näiteks on geriaatriline hooldus, kus iga päev hinnatakse patsiendi käitumist ja sümptome näiteks söömisharjumusi ning sotsiaalset staatust.

Põhjamaade esindajad teevad pidevat omavahelist koostööd tagantjärele teenuse eest tasumise alal. Eestile tõuseks suur tulu, kui ta ühineks aktiivselt selle protsessiga. Tööd juhib WHO keskus Uppsalas, Rootsis.

7.7. Hindade arvutamine

Hüvitamise süsteem peab põhinema tegelikel kulutustel. Enamikes riikides annavad haiglad kindlustusele kulutuste kohta käivat informatsiooni, mille põhjal kindlustus arvutab hinna ja määrab ära hinnakirja. Hinnainformatsioon peab arvutatama patsiendi tasandil.

Tänapäeva Eestis, kus enamus hindu on tasud teenuse eest pole uute hindade lisamine uute testide või ravimeetodite eest sobiv. Uue ravimeetodi või laboratoorse testi lisamisel hinnakirja tuleb täita spetsiaalne taotlusvorm. Loomulikult tuleb uute hindade arvutamisel arvestada kõiki kulusid. Palgakulusid, kinnisvarakulusid ning üldkulusid tuleb samuti arvestada mistahes teenuste ja ravimeetodite hinna määramisel. Kui lisatakse kasvõi üksainus test või meetod, tuleb kõik kulud ümber arvestada.

USAs on loodud spetsiaalne sõltumatu Kongressile otse alluv asutus (MedPac), mis tegeleb hinnakirja analüüsimise ja arvutuste tegemisega. MedPac kogub infot kõikidelt haiglatelt sõltumata nende omandivormist. Haiglad, kes ei anna kulude kohta käivat informatsiooni, ei saa omale õigust allkirjastada lepinguid HCFA-ga (Tervishoiu Rahastamise Administratsioon). HCFA kindlustab alla 18-aastaseid, üle 65-aastaseid ning puuetega inimesi.

Meie soovitame sellise asutuse loomist ka Eestis. Asutus oleks mahult suhteliselt väike ning seal töötaks 3-5 ökonomisti, kes koguks finantsinformatsiooni teenuse osutajatelt ning koostaks hinnakirju. Põhimõtteliselt peaks see asutus olema valitsuse otsealluvuses ning eristatud kvaliteediküsimuste ning akrediteerimisega tegelevast asutusest.

Toetudes kogemusel on parim, kui hinnakirju ei koosta ei finantseerija ega ka seadusandja. Sõltumatu asutuse olemas olles avaldaksid kõik tervishoiusektori grupid talle mõju hinnakirja koostamisel.

7.8 Otsused hinnakirja kohta

Hinnakirjade koostamisel tuleb arvestada mitmeid küsimusi. Hinnakiri ei taga sarnase suurusega hüvitise sama DRG puhul igale haiglale. Ülikooli- ning õppetegevusele suunatud haiglad saavad suuremat hüvitist tulenevalt komplitseeritumatest juhtumitest ning kõrgematest kuludest. USAs hüvitatakse linnades asuvaid haiglaid kõrgemalt kui maahaiglaid. Seda seetõttu, et palgad ja renditasud on linnades kõrgemad. Ka Eesti olukorda tuleb põhjalikult uurida, enne individuaalsete kompensatsioonide üle otsustamist.

Sõltumatu asutus esitab omapoolsed ettepanekud hinnakirja suhtes Keskaigekassale ja Sotsiaalministeeriumile. Viimased kaks on vastutavad järgmise aasta hinnakirja üle otsustamise eest. Sel hetkel tuleb mängu poliitiline element: nt kas pisut ülekompanseerida päevakirurgiat ja alakompenseerida haiglasest kirurgiat mõjutamaks kasutama kuluefektiivsemaid hoolekande vorme.

7.9 Investeeringud varustusse

Meditsiinitehnoloogia areneb kasvava kiirusega. Muutused tehnoloogias mõjutavad tulevikus nii tervishoiu struktuuri, kui juhtimissüsteemi.

Laboratoorses meditsiinis valitsevad kaks osaliselt vastandlikku tendentsi. Jätkuv automatiseerimine teeb rutiinsete testide läbi viimise ja analüüsi võimalikuks tavalise arsti vastuvõtutoas. Teisalt on ka tendents senisest suurema tsentraliseerituse suunas, eriti keerukate ja ebatavaliste juhtumite puhul. Võimalik on ühendada mõlemad tendentsid. Laboratooriumite sisustuse osas peab võtma vastu otsuse. Enamus teenuseid peaks osutatama neljas-viies laboratooriumis. Ülejäänuid võiks osutada väga detsentraliseeritult. Selle tarbeks tuleks koostada tegevuskava.

Viimastel aastakümnetel on radioloogia arenenud väga kiiresti. ning arstide teadmised patsientide seisundist on kasvanud. Digitaal tehnoloogia saab domineerima radioloogia vallas juba lähiaastatel. CT ja MR-tehnoloogia vähendab senisest veelgi rohkem invasiivse radioloogia kasutamist. Areng telemeditsiinis pakub varsti võimalusi erinevate haiglate vaheliseks piltide kaughindamiseks.

Radioloogiateenuse puhul on vaja silmas pidada mõningaid võtmeindikaatoreid. Üldtunnustatud seisukoht on, et iga 50 000 inimese kohta peaks olema üks tiipstatemal ultraheli üksus; 100 000 inimese kohta üks CT või MR ning 200 000 inimese kohta üks angiograaf.

Eesti on hetkel väga kaugel nendest numbritest. Tuleviku eesmärk võib Eesti puhul olla isegi kõrgem. Läänes levivad tendentsid, et nimetatud numbrid vähenevad poole võrra väga lühikese aja jooksul, võib-olla juba järgmise 5 aasta jooksul. Nii on Stockholmis näiteks 24 MRI laboratooriumit 1.85 miljoni inimese kohta. Lisaks leidub ka CT-sid. Toodud numbrid peavad olema võetud Eesti eesmärkideks juba nii varakult kui 2005.

Kaasaegne meditsiin sõltub täiel määral korralikul kujutluse loomisel. Praktikas tähendab see seda, et igas haiglas, sh Kuressaares peab olema vähemalt CT skänner. Peatrauma või insuldi saanud patsiente on võimatu korralikult ravida ilma CT vahenditeta. Koheselt tuleb välja töötada riiklik diagnostikaga varustamise plaan.

Me soovitame spetsiaalse nõuandva keskasutuse loomist, mis avaldaks oma arvamust, juhul kui mõni haigla soovib osta kallist meditsiinitehnoloogiat. Keskasutus peab tõestama, et ost on strateegiliselt põhjendatud ning kooskõlas üldise Eesti haiglavõrgu arenguga.

7.10 Ehituslikud investeeringud

Me soovitame tungivalt, et kõik tulevased ehituslikud investeeringud lähtuksid Haiglavõrgu Arengukavast. Tulevaste ehitiste ehituslikud ja varustuslikud standardid peavad vastama kaasaegsetele Lääne-Euroopa standarditele. Ehituslike investeeringute üle peab toimima tsentraalne kontroll. Kui seda ei ole on risk raisata raha väga suur.

7.11 Tervisedendus

Eesti peab arenema veel märgatavalt tervisedenduslikes valdkondades. Individuaalsed ja kollektiivsed suitsetamis- ja alkoholitarbimisharjumused peavad muutuma. Nende harjumuste ja inimeste käitumise muutmiseks tuleb rakendada heaoluprogramme. Eesti peab jätkama tööd olemasolevate tervisekaitseliste programmidega. Need programmid on eluliselt tähtsad üldise tervisestaatuse, elukvaliteedi ja eluea tõstmisel.

7.12 Eakate tervishoid

Oluline erinevus Eesti ning Norra ja Rootsi vahel on, et Eesti elanikkonna kõige vanem osa, kes reeglina on ka kõige haigem tarbib vähem tervishoiuteenust kui võrreldavates riikides. See näitab, et eakate ravimise tase on Eestis madal. Küsimust peab käsitlema kui olulise eetilise probleemina. On väga tähtis, et ühiskonna eakaim ja kõige rohkem hoolt vajav elanikkonna osa saaks vajalikul määral hoolt.

7.13 Tervishoiu kogukulutustele eesmärkide seadmise ettevalmistamine

Lääne-Euroopa standarditele vastava tervishoiusüsteemi ja haiglate struktuuri arendamine läheb maksma märkimisväärse summa raha. Seega on fiskaalne kontroll väga oluline.

Rakendamise finantseerimiseks soovitame me Eestil sead omale tervishoiu kogukulutuste alased eesmärgid. Eesmärgid lahutatakse alleesmärkideks süsteemi madalatel tasemetel.

Tervishoiu kogukulutuste eesmärkide seadmiseks on mitmeid meetodeid. Üks mudel näeb ette tervishoiu kogukulutuste kasvu samas mahus haigekassa finantseerimise suurenemisega. Teine võimalus on siduda tervishoiukulutused SKP kasvuga.

Samuti võib kasutada mainitud meetodite kombinatsiooni. See on soovitatav olukordades, kus palk kasvab aeglasemini kui SKP. Seda juhtub aegajalt lääneriikides.

Sotsiaalministeerium peaks meie nägemuse kohaselt vastutama tervishoiu kogukulutustele eesmärkide seadmise eest. Eriti oluline on see üleminekuperioodil, kui tervishoiusektor

areneb. Range eelarveline distsipliin kombineerituna kesktaseme kulueesmärkidega on väga oluline Eesti finantsilise usaldatavuse tarbeks kuna paljusid arenguid rahastatakse rahvusvaheliste arenguprogrammide raames.

12. TULEVANE HAIGLATE STRUKTUUR

Haiglavõrgu arengukava eesmärgiks on Sotsiaalministeeriumi poolt sõnastatu: “suurendada säästmist ning suurendada tõhusust haiglaravis läbi haiglate süsteemi mõjutatavate takistuste leevendamise kaasa arvatud kasutamata maht, liiga pikk haiglas viibimine, puudujäägid juhtimises, eelarve, arvepidamine ning rajatiste ehitus”. Nõuandeid küsitakse “kuidas restruktureerida teise ja kolmanda tasandi haiglad ning haiglavälisi rajatise arvestades fakti, et haiglahoonete füüsiline rekonstrueerimine sisaldab ka teenuste ja personali ümberpaigutamist”. Hooldekodude võrgustikku on tulevase haiglavõrgu integreeritud osa.

Eestis on liiga palju voodikohti elanike arvu suhtes võrreldes teiste riikidega. Haiglaid on liiga palju, nad on liiga suured ning halvas korras. Patsiendid viibivad jätkuvalt liiga pikka aega haiglates, isegi kui ALOS on viimastel aastatel langenud.

Tervishoiusüsteemide struktuur (kaas arvatud haiglad ja haiglavälised rajatised) põhineb paljudes riikides mitte ainult patsientide, vaid ka tervishoiutöötajate traditsioonilisel käitumisel. Ajalooliselt on ehitatud väikeseid haiglaid maapiirkondadesse – vanasti elas seal rohkem inimesi, infrastruktuur oli puudulik ja ravi koosnes peaaesjalikult voodis viibimisest. Tänapäeval, kui elanikkond maapiirkondades väheneb, kui teedeühendus on parem jne, pole vahemaa eriarsti ja akuutravini enamikel juhtudel patsiendile takistavaimaks teguriks.

Keskmine eluiga kasvab. Üha enam ja enam inimesi elab vanemaks ja vanemaks. Varem või hiljem vajavad nad arstiabi ja mitte ainult tasemel pikaaravi, vaid ka akuutset teise tasandi ravi. Hetkel on suur erinevus Eesti ja Põhjamaade üle 65-aastaste tervishoiuteenuse tarbimise osas. Samuti kasvab patsientide nõudlus uute ja mitte alati saadaolevate teenuste järele nagu puusa ja põlveoperatsioonid, *by-pass* kirurgia ning katarakti kirurgia. Need meetodid parandavad ennekõike eakate elukvaliteeti. See kõik esitab suuri nõudmisi tervishoiu korraldamisele. Ressursse tuleb jätkuvalt ümber jaotada eesmärgiga rahuldada vajadust uute ja paremate meetodite järele.

Akuutravi ja eriarstiabi sõltub kaasajal meditsiinitehnoloogiast ja teadmistest. Samuti on vajalik piisav arv patsiente, et arstid oleksid piisavalt pädevad ning ravi kuluefektiivne.

Isegi kui enamikes haiglates “sotsiaalvoodid” puuduvad või on nende arv väga väike, on selge, et jätkuvalt on haiglates patsiente, kelle võiks meditsiinilistel põhjustel välja kirjutada. Loomulikult ei tohi neid haigeid “välja visata” akuuthaiglatest ja erihaiglatest, kuid paljude nende eest peaks hoolt kantama pikaravi osakondades, hooldekodudes, päevaholduses, rehabilitatsiooniteenust osutavates institutsioonides ning osa võiks saata ka koju, kui eksisteeriks organisatsioon, mis hoolitseks nende eest ka seal.

Olukord täna on osalt meditsiiniline – patsient viibib teise tasandi haiglas või ei kanta ta eest piisavalt hoolt -, kuid peaaesjalikult siiski sotsiaalne. Nagu paljudes teisteski riikides on Eestis konflikt vastutuse küsimustes (tervishoid või sotsiaalhoolekanne) ning kes maksab. Peab olema võimalik parendada koostööd ja koordineeritust haiglate, perearstide ja sotsiaaltöötajate vahel. Me oleme näinud juhtumeid, kus kõik sujub.

8.1 Haiglate definitsioonid

Saavutamaks piisaval tasemel kvaliteeti, peab eri tüüpi haiglatel olema erineva suurusega, konkreetse haigla profiilile vastav teeninduspiirkond. Järgnev on lühike kokkuvõte erinevat tüüpi haiglatele vajalikust teeninduspiirkonnast.

Tervishoiukeskuse ehk kohaliku tähtsusega haigla kontseptsioon on viimastel aastatel lääneriikides väga kiiresti arenenud ning moodustab tulevikus kahtlematult väga olulise osa mistahes tervishoiusüsteemist. Vaid päevaravi või isegi teatud juhtudel esmaspäevast reedeni plaanilist haiglaravi osutavad haiglad on väga tõhusad. 80-90% tehtavast saab ära teha 50-60% ressursidega. Väike/kohaliku tähtsusega haigla hõlmab:

- ◆ Esmatasandi arstiabi
- ◆ Valikulist plaanilist eriarstiabi
- ◆ Päevaaegset ambulatoorset erakorralist abi
- ◆ Meditsiinilist päevahooldust ja päevakirurgiat
- ◆ Põhilisi diagnostilisi teenuseid (laboratoorsed uuringud, radioloogia)
- ◆ Eakate statsionaarset hooldust (hooldekodud, taastusravi)
- ◆ Paar ravivoodikohta lühiaegseks patsientide jälgimiseks

Tervishoiukeskuse või kohaliku tähtsusega haigla teeninduspiirkond on 35 000 kuni 75 000 inimest. Väiksema teeninduspiirkonnaga üksuste juures töötab osakaalult vähem erialasid ning rohkem esmatasandi arste.

Teise tasandi haigla tavaline teeninduspiirkond on umbes 100 000 inimest. See on piisav suurus kindlustamiseks piisavat pädevust ning patsientide arvu, ööpäevaringse erakorralise arstiabi andmiseks. Teatavatel juhtumitel tulevad kõne alla ka väiksemad numbrid. Eesti tingimustes on sobilik näide Kuressaare. Elanike arv Saaremaal on 40 000, mis toob enesega kaasa piisava hulga kiireloomulisi juhtumeid. Hiiumaal on jällegi vaid 10 000 elanikku. See arv on liiga väike kindlustamiseks teise tasandi haigla või mistahes liiki erakorralise abi vajalikul tasemel hoidmist. On palju odavam, kuluefektiivsem ja meditsiiniliselt põhjendatum kasutada väheste kohest transporti vajavate juhtude jaoks helikopteriteenust.

Teise tasandi haigla meditsiiniline pädevus on sisehaigused ning üldkirurgia. Meditsiinilised alamedialad kaetakse üldnimetusega sisehaigused. Kirurgilised erialad nagu ortopeediline kirurgia ja uroloogia on üldkirurgia osad. Reeglina hõlmab teise tasandi haigla vaid ambulatoorset günekoloogiat ja pediaatriat.

Haiglasüsteemis on järgmisel tasandil **Keskhaigla**. Seda tüüpi haiglad on suuremad ning hõlmavad eraldi osakondi teatud erialade, nagu ortopeedia, günekoloogia (sh sünnitusabi), otorinolarüngoloogia ning oftalmoloogia, samuti mõningad muud erialad. Teeninduspiirkond on vahemikus 100-200 000 inimest sõltuvalt geograafilistest tingimustest.

Kõige kõrgemal tasemel ravi osutab kolmanda tasandi haigla, milleks on **ülikoolihaigla** või **regionaalne haigla**. Nende omavaheline erinevus on ainult selles, et ülikooli haigla on seotud arstiteaduskonna ja selle prekliiniliste institutsioonidega. Ravi tasemelt aga võivad kasutada olla samasugused ressursid. Seda tüüpi institutsioonide juures on oluline silmas pidada, et kolmanda tasandi haiglate teeninduspiirkond peab olema piisavalt suur tagamaks piisava arvu patsiente kolmanda tasandi erialadele. Lääne-Euroopas peetakse kolmanda tasandi haigla

teeninduspiirkonnaks 0.5 kuni 1 miljonit inimest. Eesti puhul on seega selge, et Eestis saab olema kaks seda tüüpi institutsiooni – üks Tartus ja teine Tallinnas

8.2 Teeninduspiirkonna üldtingimused

Vana Nõukogude süsteem oli vertikaalne. See tähendab, et süsteem põhineb monofunktsionaalsetel haiglatel ning kategoriseeritud haiglatel (eraldi haiglad politseile, sõjaväele, raudteelastele jne). See süsteem on ebaefektiivne ning raiskab ressursse, kuna tegevusi dubleeritakse ning süsteemis puudub koordineerimine. Kaasaegne Lääne-Euroopa süsteem on elanikkonna vajadustel põhinev ja põhineb teeninduspiirkondadel. Lisaks sellele on kasutusel täpselt defineeritud hoolduse tasemed, mis vastavad defineeritud vajaduse tasemetele.

Esimene samm Eesti haiglavõrgu planeerimisel on seega sobivate teeninduspiirkondade määramine. Selleks koostasime me järgnevad kriteeriumid, millele toetuvad meie ettepanekud teeninduspiirkondade osas:

1. demograafiline struktuur
2. teeninduspiirkond ei saa olla liiga väike, kui eesmärgiks on parima kvaliteediga arstiabi garanteerimine ning ööpäevaringse teenuse olemasolu tasub ennast ära
3. vahemaa akuut/teise tasandi haigla vahel peab olema mõistuse piires. Enamikel juhtudel tähendab see kaugust 60-70 kilomeetrit ja aega 60 minutit.
4. nii akuutravi vajavate kui haiguse ajal transporti vajavate patsientide transportimiseks peavad olema organiseeritud heal tasemel transpordiskeemid
5. ühendused peavad olema piisavad – ennekõike maanteed, kuid ka ühistranspordi osas
6. teise tasandi / akuuthaiglad peaksid asuma kohtades (suundades), mille poole liigutakse muudel põhjustel (teised avalikud teenused, kaubanduskeskused)
7. detsentraliseeritud ressursside olemasolu, mis võimaldaks kanda hoolt akuutravi vajavate väikeste vigastustega patsientide eest

Pärast kriteeriumite põhjalikku vaagimist tegime me ettepaneku, et Eesti tuleb jagada neljaks põhiliseks teeninduspiirkonnaks. Laias laastus ühtivad need peamiste maanteedega nii et inimesed saavad hõlpsalt neile lähimasse haiglasse. Teeninduspiirkonnad on Loode-Eesti (keskuseks Tallinn), Kirde-Eesti (Kohtla-Järve/Jõhvi), Kagu-Eesti (Tartu) ja Edela-Eesti (Pärnu).

Vanuserühm	Kirre	Pärnu	Tallinn	Tartu	Kokku
0-4	15 572	6 513	25 625	16 902	64 612
5-9	22 442	9 998	36 889	23 346	92 675
10-14	28 331	11 143	46 683	25 390	111 547
15-19	27 159	10 368	44 282	24 424	106 233
20-24	25 449	9 747	43 168	24 531	102 895
25-29	24 707	10 461	46 645	24 952	106 765
30-34	22 441	9 428	43 521	22 030	97 420
35-39	26 563	10 153	47 189	22 248	106 153
40-44	26 845	9 048	48 046	21 656	105 595
45-49	25 756	8 450	45 000	20 046	99 252
50-54	18 948	7 787	37 846	17 130	81 711
55-59	18 930	8 441	36 524	18 726	82 621
60-64	20 889	7 804	34 853	17 740	81 286

65-69	19 696	7 198	28 968	16 675	72 537
70-74	15 469	5 827	24 556	14 522	60 374
75-79	8 483	3 799	14 358	9 772	36 412
80-84	4 358	2 108	7 976	5 373	19 815
85+	3 762	1 938	6 787	5 190	17 677
TOTAL	355 800	140 211	618 916	330 653	1 445 580

Lisa L on Eesti kaart, mis näitab ära teeninduspiirkonnad. Piirid ei tähenda, et patsiendid ei tohi neid ületada ning otsida abi teises piirkonnas. Jooned on tõmmatud vaid planeerimiseesmärkidel. Toetudes kogemusele väidame siiski, et patsiendid ületavad piire väga harva. Reeglina lähevad patsiendid lähimasse haiglasse, kui seal pakutav teenus on kõrgelt arenenud ja usaldusväärne.

12.5 Akuutravi haiglate valik

Eestis on liiga palju monofunktsionaalseid haiglaid, mida tuleks vältida nii arstiabi kvaliteeti kui kuluefektiivsust silmas pidades. Nagu mainitud eespool puudub monofunktsionaalsete haiglate puhul koordineeritus erinevate erialade vahel ning toimub asjatu ressursside kasutamise dubleerimine. Vaid teatavat tüüpi psühhiaatrilist ravi tuleks osutada monofunktsionaalses haiglas. Eestis on vajadus veel ka tuberkuloosihai glate järele. Eraldiseisvad tuberkuloosihai glad eksisteerivad seetõttu Eestis veel mõne aja. (vt peatükke 8.8 ja 8.9 tuberkuloosi ja psühhiaatrihai glate osas). Ka teatud liiki taastusravi jaoks võivad olla erihai glad.

Eraldi onkoloogia, nakkushaiguste, dermatoloogia ja veneroloogia ning lastehai glad tuleks integreerida üld- ja/või regionaalsete/ülikoolihai glate osadeks.

12.6 Teise ja kolmanda tasandi arstiabi teenust osutavad hai glad

Toetudes olemasolevatele andmetele (demograafilised näitajad, kommunikatsioonivahendid) kõikide nelja teeninduspiirkonna kohta, pakume me välja järgneva sobiva arvu ning jaotuse teise ja kolmanda tasandi arstiabi teenust osutavate hai glate kohta. Üks eeltingimustest on see, et iga Eesti elanik peab elama 70 kilomeetri raadiuses akuutravi hai glast. Igas teeninduspiirkonnas on üks kesk- või regionaalne hai gla.

Eesti kirdeosas on kolm ilmselget asukohta: Rakvere, Kohtla-Järve ja Narva. Rakveres on ligikaudu 75 000 elanikku, Kohtla-Järvel 125 000 ja Narvas 75 000. On selge, et Rakverre ja Narvasse jäävad teise tasandi hai glad. Olemasolevaid hooneid saab kasutada vähemalt osaliselt moderniseerides need vastavalt kaasaegsele standardile. Kohtla-Järvel peaks olema keskhai gla ning mõningad spetsialiteedid. Hetkel on Kohtla-Järve/Jõhvi piirkonnas mitu hai glat. Aja jooksul tuleb nad kõik sulgeda ning ehitada täiesti uus hoone. Selleks tuleb koostada eraldi plaan koos viieaastase rakendamisgraafikuga. Väiksemad hai glad, nagu näiteks Sillamäe hai gla tuleb sulgeda või muuta nende otstarvet.

Tartu piirkonnas ehitati uhiuus haigla Valgasse, kuid Valga piirkond on liiga väike, et seal oleks vaja teise tasandi haiglat. Seega tuleb leida olemasolevale hoonele muu rakendus, nt rehabilitatsioonikeskus, koduhoolduskeskus, tööteraapiakeskus koos koduviitidega. Haiglat saab kasutada ka tervisekeskusena esmaspäevast reedeni, mis hõlmaks ka päevakirurgiat ning võimalusel ka valikulist kirurgiat nagu ortopeedilised operatsioonid, mida praegu sooritatakse Elvas.

Põlva/Võru piirkond on piisavalt suur ühe teise tasandi haigla jaoks; see kehtib ka Viljandi kohta. Jõgeva on liiga väike, et omada haiglat ning vahemaa Tartu suhtes on liiga väike. Lahenduseks on ülikoolikliinik Tartus, teise tasandi haiglad Võrus ja Viljandis ja tervisekeskus Valgas. Ülejäänud haiglad tuleks sulgeda või kasutada muudel eesmärkidel.

Olukord ülikoolikliinikuga Tartus on äärmiselt keeruline. Praegune haigla asub 13 eri kohas üle linna. Hädavajalik on koostada plaan uue kliiniku jaoks, kus kõik spetsialiteetid paikneksid ühes kohas. Tartu ülikool on ainus meditsiinilist kõrgharidust pakkuv ülikool Eestis ja seega ka kogu meditsiinisüsteemi mootor. Uue rajatise ehitamine Tartusse omaks suurt mõju kogu Eesti tervishoiu arengule. Olukorra peab lahendama kiiresti.

Pärnu piirkonnas on olukord väga selge. Pärnus peab asuma keskhaigla (100 000 elanikku teeninduspiirkonnas) ning Kuressaares teise tasandi haigla (Saaremaa elanikkond on 40 000).

Pärnu haigla asub kolmes erinevas kohas linnas ning hooned on erinevast ajajärgust ning mõned neist on väga halvasti seisundis. Pärnu uue haigla kondikava on juba olemas. Pärnu haigla plaani tuleb koheselt kaasajastada ning lõpetada uue haigla ehitus nii ruttu kui võimalik.

Olukord Tallinna piirkonnas on samuti komplitseeritud. Tallinna linnas on liiga palju haiglaid. Ilma mingisuguse kahtluseta peaks Tallinnas olema üks regionaalne haigla, mille teeninduspiirkond on üle 300 000 elaniku. Ülejäänud vajaduse rahuldavad kaks keskhaiglat, mille teeninduspiirkonnas elab 100-150 000 inimest.

Hiiumaa on liiga väike eraldi haigla jaoks. Hiiumaa vajaduse peab rahuldama väike teise tasandi haigla Haapsalus kombineerituna helikopteriteenusega hädajuhtumiteks. Samuti on vaja teise tasandi haiglat Paldiskis. Praegused Keila ja Rapla haiglad suletakse teise tasandi haiglate mõttes.

8.5 Haiglate struktuur Tallinnas

Tallinna keskus asub Läänemere ning Ülemiste järve vahel. Keskus on kitsas ning hoolimata oma suhtelisest väiksusest, esineb Tallinnas suurel hulgal liiklusummikud.

Tallinna võib jagada kolmeks piirkonnaks: Edela-Tallinn, Lääne-Tallinn ja Ida-Tallinn. Kõik haiglad asuvad linna edela ja lääneosas, kuid mitte ükski ei asu idaosas.

Me teeme ettepaneku, et Tallinnas oleks 3 haiglat: üks regionaalne ning kaks keskhaiglat. Parim viis selle eesmärgi täitmiseks on grupeerida haiglad kolmeks ning alustada haiglate liitmist iga grupi sees ja jõuda seeläbi soovitud tulemuseni. Liitmist saab läbi viia määrates igale grupile ühendava juhi.

8.5.1 Edela-Tallinn

Mustamäe haigla võtab omale kanda regionaalse haigla rolli (tegu on sisuliselt Eesti teise haiglaga Tartu järel). Lastehaigla liidetakse Mustamäe haiglaga. Meditsiinilisest seisukohast ei ole mõistlik, et lastehaiglas puudub sünnitusabi osakond või vastupidi: sünnitusabi osakond ilma laste reanimatsioonita. Mustamäe haiglat regionaalse haiglana täiendatakse sünnitusabi ja günekoloogiaga.

Nahahaiguste haigla tuleks sulgeda ning ühendada Mustamäe haiglaga; pikas perspektiivis viiakse samasugune protseduur läbi ka onkoloogiahaiglaga. Tallinn-Järve haigla tuleb administratiivselt integreerida Mustamäe haigla taastusravi osaks.

Mustamäe haigla (“Läänehaigla”) tuleb ehitada ümber ning tuleb ehitada ka uus hoone, mis ühendab nii peamaja kui Lastehaiglat.

8.5.2 Lääne-Tallinn

Piirkonna keskuseks on Pelgulinna haigla koos Merimeeste haiglaga. Siia gruppi tuleb lisada ka Keila haigla. Keila on liiga väike omamaks eraldiseisvat teise tasandi haiglat, kuna kaugus eelpoolnimetatud kahe haiglaga on kõigest 25 km. Need haiglad koos Psühhiaatria haiglaga tuleks liita üheks keskhaiglaks ühe juhi alla.

Tuumikuks sobib kas Pelgulinna või Merimeeste haigla. Merimeeste haigla asub Psühhiaatria haigla läheduses ning viimase ümber on piisavalt vaba ruumi laienemiseks. Sellest tulenevalt arvame, et pärast ümberehitust on Merimeeste haigla parim variant Läänehaiglaks.

8.5.3 Keskus

Keskhaigla ja Magdaleena haigla peaks liidetama ühise juhtimise alla ning pakkuma keskhaiglana teise tasandi arstiabi teenust Kesk- ja Ida-Tallinnale. Magdaleena haigla liidetakse Keskhaiglaga, Magdaleena haigla hooneid saab kasutada teistel eesmärkidel, nt hooldekoduna.

8.5.4 Pikaajalised kaalutlused

Ülaltoodud plaan on saavutatav suhteliselt vähese aja - 2 kuni 3 aasta – jooksul, mille eesmärgina saadakse paremalt struktureeritud Tallinna haiglate süsteem. Pole kahtlustki, et voodikohti on liiga palju ning süsteemi tuleb tunduvalt konsolideerida.

Meie arvates on haiglate ühise juhtimise alla panemine ning seeläbi toimiv sisemine liitumine hea meetodika. Välimine liitmine kohalike võimude või riigi poolt võib kaasa tuua probleeme.

Haiglate omandisuhe peab olema siiski väga selge. Tegu on poliitilise otsusega, mille peab tegema ära ning millele järgneb uute juhtide ametisse nimetamine, kellele antakse vabad käed liitumise ellu viimiseks.

Pikas perspektiivis vajab ka Keskhaigla täielikku ümberehitust. Praegust hoonet saab ümberehituste ja parandustega kasutada veel järgmised 10-15 aastat, kuid hiljemalt siis on

vaja uut hoonet. Uue hoone puhul on väga oluline ka selle asukoht. Praegune haiglate struktuur Tallinnas pole tasakaalus. Kõik olemasolevad institutsioonid on linna lääneosas, idas pole ühtegi rajatist. Seetõttu tuleks kaaluda tulevase Keskhaigla ehitamist just linna idaossa.

8.6 Sünnitusabi

Hetkel on Eestis sünnitusabi osakonnad 18 haiglas, ulatudes 65 sünnist aastas Hiiumaal kuni 2664 sünnini Tallinna keskhaiglas. 12 haiglas oli aastas 500 või vähem sündi, mõningates haiglates isegi vähem kui üks sünd päevas. Need numbrid on liiga väikesed tagamaks sünnitusabiarstide ning ämmaemandate oskuste säilumise.

10 aastat tagasi oli Eestis ligikaudu 20 000 sündi, 1999 oli neid 12 000. Me ei usu, et sündide arv kasvaks kiirelt üle 15 000 ning kahtleme, kas see kunagi ületab 20 000.

Me oleme teinud oma arvutused 15 000 sünni põhjal ning teeme ettepaneku, et sünnitusabi osutatakse tulevikus vähemates haiglates.

8.7 Psühhiaatriline abi

Paljudes maades on psühhiaatriline abi viimastel aastatel muutunud väga palju. Paljud endised vaimuhaiglad on suletud. Psühhiaatriaiglaid planeeritakse sageli osana tavahaiglatest ning patsiente ravitakse üha enam haiglaväliselt. Sagenenud on päevaravi, mida viivad läbi selleks spetsiaalselt treenitud õed, füsioterapeudid ning teised spetsialistid. Kasutatakse erinevaid ravimeetodeid.

Eestis asuvad vaimuhaiglad Tallinnas, Tartus, Jämejalas ning Ahtmes. Mõningates tavahaiglates on psühhiaatriaosakonnad ning mõningatel juhtudel toimib ka haiglavälise grupiviisiline ravi.

Vaimuhaiglate hooned on vanad, nad on suured ning halvas korras isegi pärast ümberehitusi.

Me pakume välja, et tavahaiglates oleks vaja psühhiaatriaosakonda nii haiglasisestele kui haiglavälisestele patsientidele nii akuutse faasi kui haiglavälise ravi tarbeks. Me oleme veendunud, et tulevikus on vaja vaimuhaiglaid krooniliste haigete, psühhiaatrilise kohtueksperdiisi ning haigete jaoks, kes lisaks vaimuhaigusele kannatavad ka teiste haiguste (nt tuberkuloos) all. Vaimuhaiglates puudub vajadus praeguse suure arvu voodikohtade järele, kuid haiglad tuleb põhjalikult ümber ehitada kaasaegset psühhiaatrilist ravi silmas pidades.

Laste- ja noorukite psühhiaatria pole Eestis laialtlevinud. Klassikaline on küsimus, kuhu lastepsühhiaatria kuulub: on ta osa pediaatriast või psühhiaatriast. Me oleme arvamusel, et laste- ja noorukite psühhiaatriat tuleb käsitleda eraldiseisva alana. Patsientide raviks on oluline ka tihe koostöö sotsiaalhoolekandega.

8.8 Tuberkuloosihaglad

Kui seda plaani oleks koostatud 10 aastat tagasi, oleks meie kindel seisukoht olnud, et kopsuhaiguste ravi peab toimuma vaid üldhaiglates ning kõik sanatooriumid tuleks sulgeda.

Tuberkuloosi levimine Ida-Euroopas pärast Nõukogude Liidu lagunemist on olukorda aga märgatavalt muutnud ning hetkel on vajadus spetsiaalsete tuberkuloosihaiqlate järele.

Me oleme tutvunud tuberkuloosivastase võitluse programmiga ning külastanud nii tuberkuloosihaiqlaid kui ka osakondi haiqlates. Me oleme veendunud, et hetkel on vajadus tuberkuloosihaiqla järele multiresistentse tuberkuloosijuhtudega patsientidele. On pakutud, et selleks haiqlaks peaks olema Kose haiqla. Olles tutvunud Kose haiqla ümberehitusplaanidega, pole meil selles suhtes vastuväiteid.

Haiqlavõrgu Arengukava ellurakendamisel tuleb mõned haiqlad sulgeda. Seega vabanevad mõned hooned alternatiivseteks variantideks. Üks neist on planeeritavale Kohtla-Järve Kopsuhaiqla ümberehitamisele alternatiivne haiqla paigutamine kihugi mujale.

Mis puutub Kivimäe haiqlasse, siis kahtleme me sügavalt vajaduses patsiente seal opereerida ning seega ka eraldiseisvate kirurgia osakondades. Pakume välja, et selles küsimuses tuleb läbi viia spetsiaalne analüüs.

8.9 Pikaravi

Ametlikus erialade nimekirjas sisaldub ka “pikaravi”. See unikaalne eriala seletati meile lahti kui ennekõike pikaajaline ravi eakatele. Me märkasime, et mõningate haiquste puhul hõlmab “pikaravi” ka kuni 60 päevast taastusperioodi. Samuti tundub pikaravi hõlmavat konvalescentsi, järelhooldust, taastusravi ning paiguti ka pool-akuutravi, kuid mitte geriaatriat.

Osad patsiendid tunduvad olevat pikaravivoodites mitte meditsiinilistel, vaid pigem sotsiaalsetel põhjustel. Enamike nende eest kantaks teistes riikides hoolt mujal ning muid meetodeid kasutades. Uues haiqlastruktuuris on äärmiselt oluline eristada ravi pikaravi patsientide jaoks ning suurendada nii füüsilisi kui terapeutilisi ressursse. Paljude patsientide kõrgetasemeliseks raviks on vaja teha tihedat koostööd akuutravi, pikaravi, perearstide ja sotsiaaltöötajate vahel.

Meie jaoks on ilmselge, et pikaravi on pigem finantsiline distsipliin kui meditsiiniline, sest tegelikud põhjused patsiendi klassifitseerimiseks pikaravi patsiendina on lihtsalt see, et haigekassa poolt tasutav hüvitis muutub 9, 31 ja 60 päeva tagant.

8.10 Tervishoiukeskused

Peatükis 8.1 kirjeldatakse tervishoiukekust kui kohalikku tervishoiurajatist, mis võib sisaldada esmatasandi arstiabi, spetsialiseeritud arstiabi, päevakirurgiat, päevahoolekannet, eakate haiqlasisest ravi ning vahetevahel ka mõningaid vaatlusvoodeid, kuid mitte ööpäevaringset teise tasandi arstiabi. Tervishoiukeskus kohandatakse vastavalt kohalikele tingimustele ja olemasolevatele rajatistele.

Paljud üldhaiqlatest, mis tulevikus kaotavad selle funktsiooni saab muuta tervishoiukeskusteks. Neis kõigis on haiqlavälised osakonnad ning kui polikliinik ei paikne juba haiqla hoones, siis peaks see nii olema. Päevakirurgia ja päevahoolekanne võib alata, kui on olemas operatsioonisaal, radioloogiarajatised, kliiniline keemia, füsioteraapia jne. Palatitega osakonnad muudetakse samm-sammult pikaraviüksusteks või hooldekodudeks.

Mõningad väikesed kohalikud haiglad saab muuta tervishoiukeskusteks kui nad on ühendatud polikliinikuga või perearstipraksisega, kuid mõned neist on väga väikesed ja halvas seisukorras ning sobivad pikas perspektiivis vaevalt ka pärast renoveerimist haiglateks/hooldekodudeks.

Praegusel hetkel on mõningates kohalikes haiglates ka lasteosakonnad. Me ei näe mingit põhjust, miks see peaks nii olema. Lapsi peaks ravitama haiglavälistes tingimustes või teise tasandi haiglate pediaatriakliinikutes.

Eakate hoolekande planeerimisel tuleb arvestada mitmeid fundamentaalseid printsiipe nagu lähedus, kvaliteet ja väärikas hoolekanne.

Haige vanainimese jaoks on sageli parim variant tema hooldamine kodus. Et see pole aga alati võimalik peab patsient tulema kohta, mis saab nende koduks. Taoline institutsioon peab olema nii kodu lähedane kui võimalik. Samas ei saa ehitada hooldekodusid ka kõikjale nii et mõnikord tuleb minna kompromissile läheduse suhtes.

Järgmiste aastate põhiprobleemiks on lahenduste leidmine patsientidele, kes vajavad pikaaegset ravi ja haiglasviibimist. Oluline on, et ravi saadaks võimalikult kodu lähedal. Hoolekanne peab olema kõrgekvaliteediline, osutatud väärilt ning selleks sobivas institutsioonis.

8.11 Vajadus hooldekodude/geriaatria/rehabilitatsiooni järele

Vajaolevate hooldekodu voodikohtade arvu on raske määrata.

Enne 1992. aastat peeti Rootsis eraldi arvestust hooldekoduse suhtes, kuid pärast seda hõlmati hooldekodud eakate “erilise elamise” alla.

1991 oli Rootsis 44 000 hooldekodu voodikohta 8.6 miljoni inimese kohta, keskmiselt 5.1 voodit 1000 inimese kohta. Arvutades selle metoodika kohaselt peaks Eestisse jääma 7400 hooldekodu voodikohta.

Samas oli Rootsis ka märgatavalt vanem elanikkond kui Eestis, mis annaks põhjust oletada, et Eestis on vaja veelgi vähemat arvu hooldekodusid, kuid samas oli Rootsis 35 000 kohta vanadekodudes, 53 000 sotsiaalkorterit eakatele ning hästiarenenud meditsiiniline koduhooldus.

Kõike seda arvestades tundub 7400 hooldekodu voodikohta suhteliselt väikese numbrina. Meditsiinilise koduhoolduse, esmatasandi arstiabi ning teiste sellelaadsete institutsioonide arendamine on äärmiselt oluline, kui ei taheta ületada 7400 voodikoha arvu. Pikaravist ja taastusravist räägitakse täpsemalt peatükis 8.13.

8.12 Haiglate suuruse arvutamine

Haiglast väljakirjutamiste arv ja visiitide arv põhineb tegelikul tervishoiu tarbimisel Rootsis ja Norras. Me vaatasime toodud kahe riigi ametlikke andmeid ning töötasime põhjalikult läbi patsientide organiseerimise süsteemid kahes suures haiglas, veendumaks, et ei esine topelt registreerimisi osakondade või haiglate vahetamise tulemusena. Tulevane tervishoiuteenus

osutamise analüüs põhineb eeldusel, et Eesti osutab sama kvaliteediga samu teenuseid kui võrdlusriigid. See tähendab, et analüüsi on kaasatud ka eakate hoolekanne.

Selle konkreetse juhtumi puhul oleme kasutanud võrdlusmomendina Stockholmi maakonda. Põhjendused selleks on järgnev: enamus Rootsi ja Norra statistikat on “ebapuhas”, sisaldades patsientide üleminekuid ühest haiglast teise. See tähendab, et paljud patsiendid registreeritakse ühe haigusjuhtumi pugul kahekordselt. Stockholmis on 1.8 miljonit elanikku ja ainult viis haiglat; seega on sarnaseid üleminekuid seal väga vähe. Stockholm on järelikult selge pildi saamiseks ideaalne võrdlusmoment.

Saamaks võrdluste tegemiseks parimaid tingimusi, tegime me statistika osas järgnevaid korrekture:

- ◆ Norras on läbi viidud uurimus järjekorras olevate patsientide kohta. Rootsis sellist uurimust tehtud ei ole. Meile on jäänud mulje, et olukord Rootsis ja Norras on väga sarnane. Stockholmi puhul on järjekorras olevate patsientide arvu suurendatud 3% võrra.
- ◆ Tulevane keskmine haiglas viibitud päevade arv on Eesti puhul arvestatud 30% kõrgem, kui praegu Stockholmis. Seega on keskmine haiglas viibitud päevade arvu võrdlusmomendiks seatud 4.5 päeva.
- ◆ Paika on pandud päevakirurgia sageduse eesmärgid. Üldkirurgias on see 30%, ortopeedias 65%, **hand surgery** 60%, plastilised operatsioonid 30%, uroloogia 15%, günekoloogia 65%, silmaoperatsioonid 85%, nina-, kurgu- ja kõrvaoperatsioonid 50%. Need eesmärgid on madalamad kui praegused Stockholmis.

Arvutuste järeldused on toodud lisa K. Tabelites sisaldub informatsioon valitud erialade kohta mitmetes haiglates, prognoositud vastuvõttude arv, ravipäevade arv ning samuti ka eeldatav ravivoodite vajadus, mis põhineb 85% täitumisele. Akuutravi voodikohtade koguarv on 3120.

Arvutustes on keskmiseks haiglas viibitud päevade arvuks võetud 4.5. praktikas tähendab see seda, et vaja on arenenud muu tasandi hooldust pärast akuutravi. Taastusravi ja pikaarvuti pikkus on arvutatud toetudes keskmisele haiglas viibitud päevade arvule 4.5.

Akuutravi haiglast muudesse institutsioonidesse suunatud patsiendid

	>60 aastat	<60 aastat	ALOS	Voodeid
Günekoloogia	25	20	20	2
Südamehaigused	1870	350	20	111
Kirurgilised haigused	910	300	20	61
Kopsuhaigused	230	100	20	17
Sisehaigused	35	30	20	3
Neuroloogia	720	380	20	55
Neurokirurgia	360	380	20	37
Nefroloogia	70	15	20	4
Onkoloogia	300	100	20	20
Ortopeedia	1330	262	20	80
Plastiline kirurgia	20	25	20	2

Dermatoloogia	170	50	20	11
Rindkere kirurgia	920	5	20	46
Transplantatsioon	10	15	20	1
Uroloogia	185	20	20	10
Silm	15	10	20	1
ENT	45	20	20	3
Taastusravi	287	110	20	20
KOKKU	7502	2192	20	485
PIKARAVILE	1425	166	30	119

Tabelist selgub, et 3120 voodikoha puhul (meie soovitus) on vaja lisavoodeid akuutravi institutsioonidest lahkuvate patsientide tarbeks.

8.13 Haiglavälised visiidid

1998 toimus Eestis 5.6 haiglaväliselt visiiti inimese kohta. Koduviisitide arv oli seevastu 0.4 inimese kohta. Kokku teeb see 1.45 miljonilise elanikkonnaga Eestis 8 120 000 haiglaväliselt ning 580 000 koduviiti, lõppsummaga 8.7 miljonit visiiti.

Pakutav haiglate struktuur võtab enda kanda umbes 1.2 miljonit külastust. Kui arvestada ka radioterapiat, dialüüsi, päevahoolekannet ja päevakirurgiat, kasvab see arv umbes 1.3 miljonini. Ülejäänud visiidid jäävad perearstide kanda või tervishoiukeskustesse.

8.14 Eriravi

Järgnev tabel on näide mõningatest eriravi protseduuridest, mida hetkel osutatakse Eestis väikeses mahus. Tabel näitab ka Eesti vajadust, kui need oleksid samas suurusjärgus kui Rootsis ja Norras.

Diagnoos DRG põhjal	Juhtumite arv
105 Cardiac valve prothesis without catherization	355
106 Coronary bypass with catherization	305
107 Coronary bypass without catherization	1120
112 PCTA	1050
209 Major joint & limb reattachm proc low extr	3000
215 Back & neck proc wo cc	1100
481 Luuüdi transplantatsioon	100
302 Neerude transplantatsioon	65

Arvud kujutavad enesest tarbimismudelit Norras ja Rootsis võrreldes Eesti elanikkonnaga. Viimaste kahe grupi puhul on juhtumite arv madal. Hoolimata sellest oleme arvamusel, et

neid protseduure saab korraldada Eestis ja ka siis vaid ühes institutsioonis ning koostöös mõne teise tunnustatud rahvusvahelise keskusega, nt Helsingi.

Maksasiirdamine on jäetud nimekirjast välja. Eesti aastane vajadus on ligikaudu 15. Igal juhul ei peaks neid tehtama Eestis. Elanikkond on liiga väike. Tunduvalt parem on teha koostööd mõne muu linnaga, nt Helsingiga

9. ÜLDPINNASTANDARD JA EHITUSKULU

9.1 Üldised märkused

Nagu mainitud peatükis 7.9 on võrreldes Lääne-Euroopa standardiga Eesti üldpinnastandard väga madal. Palatid on väga kitsad; hügieeniruumide on vähe ning nad on väikesed; haiglavälised osakonnad on patsiente täis tuubitud. Samas on operatsioonisaalide ja röntgenilaboratooriumite üldpinnastandardid reeglina head.

Üldpinna voodi kohta ulatub 18 ruutmeetrist Tartu pikaravihaiglas (22.5 ruutmeetrit Tallinna pikaravihaiglas ja Kallavere haiglas) kuni 113 ruutmeetri Pärnus (planeeritav).

Tartu Ülikooli haigla üldpinnastandard on väga madal (50-70 m²), eriti arvestades sealt osutatavat arenenud ravi.

Tallinnas asuvates suurtes haiglates (Mustamäe haigla, Keskhaigla) on samuti madal üldpinnastandard (67.5 ja 71.5 m²) nagu ka väga suures Narva haiglas (54m²).

Võrreldes Lääne-Euroopaga on need numbrid väga väikesed. Rootsis on kaasaegsetes haiglates umbes 150-190 m² voodi kohta, Taanis umbes 150 m² ja Inglismaal 100 m². Inglismaal on samas väga vähe haiglavälise ravi haiglates.

Üldpinnastandardi tõstmine hõlbustab tööd. Paranevad tehnika kasutamise võimalused ning patsientide võimalused külastada hügieeniruumide ilma kõrvalise abita.

Arvestades Eesti praegust olukorda ning võrreldes seda Lääne-Euroopa standarditega soovitage me erinevat tüüpi haiglatele järgnevat üldpinnastandardeid:

HAIGLA LIIK	UUS EHITUS	REKONSTRUEERIMINE
Ülikoolihaigla	130 m ²	120m ²
Regionaalne haigla	130	120
Keskhaigla	120	110
Üldhaigla	100	90
Pikaravi, taastusravi	90	80
Psühhiaatria, hooldekodu	80	70

Rekonstrueerimise käigus on suhteliselt keeruline saavutada optimaalset üldpinnastandardit ning seega võib olla mõttekas kasutada sellistel juhtudel veidi madalamaid standardeid.

9.2 Hinna indikaatorid

Investeeringute mahu hindamisel arvestasime kolme faktoriga:

- Üldpinnastandard (m2 voodi kohta)
- Ehituskulu (EEK/m2)
- Haiglate tehniline standard

HAIGLALIIK	EHITUSKULU (EEK/M2)
Ülikoolihaigla	15 000
Regionaalne haigla	14 000
Keskhaigla	11 000
Üldhaigla	8 000
Pikaravi, taastusravi, psühhiaatria	8 000
Hooldekodud, tervishoiukeskused	7 000

Hinnad ei sisalda meditsiinitehnoloogia maksumust.

Ehituskulud põhinevad Solve raportis toodud hindadel ja informatsioonil Tartu Ülikoolihaigla kohta, planeeritava Pärnu haigla ehituskuludel, Valga haigla maksumusel, Tartu Biomeedikumi maksumusel, viimaste aastate suuremate investeeringute maksumus ning Rootsi viimaste aastate ehituskuludel.

Rekonstrueerimise puhul arvestatakse madalamat hinda, mis põhineb haiglate tehnilisel ja funktsionaalsel standardil. Kuna viimane on suhteliselt madal võrreldes Lääne-Euroopa standardiga (mehaanilise ventilatsiooni puudumine, vanad liftid, kitsad ja väike arv hügieeniruumi), siis on ka rekonstrueerimiskulud kõrged.

Hinnangulised maksumused põhinevad Eesti ehituskuludel EEK/ruutmeetri kohta uute ehituste puhul ning juba olemasolevate struktuuride korrastamisel kolme alternatiiv (80%, 60% ja 35% uues ehitusest). Kasvanud üldpinnastandard suurendab investeeringutevajadust ning vastupidi.

Hoolimata kasvanud üldpinnastandardist jääb enamike haiglate juurde ikkagi piisavalt ruumi ehitamiseks.

9.3 Haiglate kuluarvestus

Järgnev on hinnanguline investeeringutevajadus ülikooli, regionaalse, kesk-, ja teise tasandi haigla tarbeks (miljonit EEK):

Looderegioon	1.844
Kirderegioon	710
Edelaregioon	1.468
Kaguregioon	380
KOKKU	4.402

Detaille vaata lisast H.

Me teeme ettepaneku, et olemasolevad haiglad, mida tulevikus ei kasutata akuutraviks muudetakse pikaravihaiglateks, taastusravihaiglateks, hooldekodudeks või

tervishoiukeskusteks. See on tulus viis olemasolevate rajatiste kasutamiseks, kuna rekonstrueerimine on mõnevõrra odavam kui uute ehitamine.

Järgnev on eeldatav investeerimisvajadus haiglate muutmisel mitteakuutinstiitutsioonideks:

Uute hoonete ehituskulud	6000 EEK/m ²
Rekonstrueerimiskulud (80% uue hoone ehituskuludest)	4800 EEK/m ²
Üldpind	223 000 m ²
Kokku	1070 MEEK
Haiglate ehitus-ja rekonstrueerimisvajadus	4.402 MEEK
KOKKU	5.470 MEEK

10 MUUDATUSTE VAJADUS HOONETES

10.1 Üldine rekonstrueerimisvajadus

Rekonstrueerimisvajadus sõltub väga suurel määral iga konkreetse haigla tulevases suurusest ja mahust. Haiglad, kus üldpinnastandard on väga madal võivad vajada laiendamist juhul, kui voodite arvu vähendamise ega ei kaasne üldpinnastandardi piisav paranemine. Teine põhjus haigla laiendamiseks on haigla funktsioonide laienemine. See juhtub siis, kus osakondi tuleb paigutada ühest haiglast teise eesmärgiga saavutada soovitatav osakondade kontsentratsioon.

Vaba pinna olemasolu on väga oluline tegur haigla ümberstruktureerimisel.

Üheks ümberehitamise põhjuseks on ka vajadus paremate logistiliste võimaluste järele. Nii näiteks on vaja, et lähestikku asuksid intensiivravi osakond ja kiirabiosakond, kuid läheduses peavad olema ka radioloogia osakond, laboratooriumid ning operatsioonisaalid.

Lisaks sellele on vaja teha suuri investeeringuid ka infrastruktuuri osas. Uue mehaanilise ventilatsiooni paigaldamine tähendab ümberehitusi shahtides ja ventilatsiooniruumides.

Saavutamaks ettenähtud tuleohutuse taset, peab kõikides haiglates olema korralikud tulekindlad ukse ja teised tarvilikud tuleohutusevahendid. Puuetega inimestega arvestamine toob enesega kaasa ka uusi tualettruume puuetega inimestele, uusi lifte, kaldteid peasissekäikude juures, põrandate viimist ühele tasapinnale jms. Energia säästmiseks ja tõmbetuule vältimiseks tuleb vanad aknad asendada uutega. Lisaks sellele vajavad enamike haiglate fassaadid restaureerimist. Pikas perspektiivis vajab kogu väline ilme parandamist.

Külastades Eesti haiglaid märkasime, et peaaegu kõikjal puuduvad majavälised viitamissüsteemid.

10.2 Peamiste haiglate rekonstrueerimine ning tulevane kasutus

10.2.1 Kirde teeninduspiirkond

Uus Keskhaigla

Kohtla-Järvel peaks paiknema täiesti uus keskhaigla. Soovitame koheselt alustada planeerimis- ja ehitustegevusega.

Kohtla-Järve ja Puru haigla

Rekonstrueerimine ning muutmine hooldekoduks uue keskhaigla valmides

MTÜ Rakvere haigla ja Narva haigla

Mõlemat haiglat kasutatakse jätkuvalt teise tasandi haiglana, kuid vähema arvu akuutravi vooditega. Samuti paiknevad neis mõned pikaravivoodid ja hooldekodu. Praegused haiglahooned tuleb moderniseerida.

Sillamäe haigla

Haigla teise tasandi haigla mõistes tuleb sulgeda ning patsiendid paigutada Narva. Alternatiiviks on ka haigla muutmine hooldekoduks või tuberkuloosihaiglaks.

10.2.2 Loode teeninduspiirkondMustamäe Haigla

Mustamäe haiglast saab regionaalne haigla paljude erialadega. Praegune hoone ehitatakse ümber ning laiendatakse uute voodikohtade ja erialadega. Asukoht võimaldab uute hoonete ehitamist. Pärast ümberehitust ja laiendamist liidetakse onkoloogia, dermatoloogia ja nakkushaiguste haiglad Mustamäe haiglaga. Mustamäe haigla juures paiknev Lastehaigla liidetakse Mustamäe haiglaga ning Lastehaiglat täiendatakse sünnitusosakonnaga. See tähendab praeguse lastehaigla hoone ümberehitust. Nahahaiguste haigla saab paiknema Mustamäe haigla peahoones või ehitatavas uues hoones. Tallinn-Järve haigla ühendatakse administratiivselt Mustamäe haiglaga viimase taastusravi kliinikuna.

Tallinna Keskhaigla

Me oleme arvamusel, et nii Magdaleena haigla kui Keskhaigla jäävad eraldiseisvateks veel 10-15 aastaks. Sellel perioodil peab vajalikke parandustöid tegema, kui suuremahulisi investeeringuid tuleks vältida. Keskhaigla koos Magdaleena haiglaga moodustavad tulevase Ida Haigla. Nimetatud kaks haiglat moodustavad täiesti uue haigla, mis teenindab Tallinna idaosa. Praegused hooned võib müüa maha või kasutada ära muudel eesmärkidel. Nad mõlemad asuvad soodsatel kohtadel. Magdaleena haigla võib ehitada ümber ka hooldekoduks.

Lääne Haigla

Kolmas keskhaigla moodustatakse Meremeeste ja Merimetsa haiglate baasil. Võimalikuks tuumaks on ka Pelgulinna haigla. Meremeeste haigla on parim variant, kuna seal on vaba maad uute hoonete ehitamiseks. Psühhiaatria haigla lähedus on samuti plussiks. Ka viimase juures on ruumi uue haigla ehitamiseks. Pelgulinna haigla asub kahel pool peatänavat ning laienemisvõimalused on piiratud.

Läänemaa haigla (Haapsalu)

Rekonstrueeritakse ning jätkab tegevust teise tasandi haiglana. Voodikohtade arvu tuleb vähendada ning vabanenud pind kasutada hooldekoduna.

AS Järvamaa haigla

Haigla jätkab tegevust teise tasandi haiglana, kuid vähema arvu vooditega. Ülejäänud pinda saab pärast ümberehitust kasutada pikaravi tarbeks või hooldekoduna.

Rapla haigla ja Keila haigla

Kumbki neist haiglatest ei jää tegutsema teise tasandi haiglana. Neid võib kasutada tervishoiukeskustena, kus osutatakse päevahoolekande, päevakirurgia ja haiglavälisest teenust. Samuti võib neid kasutada pikaravihaiglatena, taastusravihaiglatena või hooldekodudena.

Hiumaa haigla

Elanike arv Hiiumaal on liiga väike õigustamiseks teise tasandi haiglat ööpäevaringse teenindusega. Hiiumaa haigla muudetakse tervishoiukeskuseks mõningate spetsialistide ning vaatlusvooditega. Teise tasandi arstiabi tarbeks jäävad Läänemaa haigla või haiglad Tallinnas. Kiiret reageerimist vajavate juhtude puhul kasutatakse helikopteriteenust. Osa vooditest saab kasutada hooldekoduna.

Kallavere haigla

Kallavere haigla muudetakse hooldekoduks.

10.2.3 Kagu teeninduspiirkond

AS Tartu Ülikooli Kliinikum

Uue ülikoolihaigla planeerimine ja konstrueerimine on hädavajalik. Kuna eeldatakse, et voodikohtade arv väheneb 1280lt 620ni (va psühhiaatriavoodid), on meie põhiliseks variandiks ehitada täiesti uus hoonetekompleks ja kasutada olemasolevatest vaid Maarjamõisa polikliiniku hoonet. See peaks olema parim variant ka nii funktsionaalsest kui logistilisest seisukohast.

Odavam, kuid mitte nii sobiv variant on kasutada Maarjamõisa haiglat uue ülikoolihaigla integreeritud osana. Kui praegune Maarjamõisa haigla jätkaks toimimist, mahutaks ta maksimaalselt 300 voodit. Üldpindala on 35 800 m² ning rekonstrueerimiseks kuluks umbes 429 miljonit EEK. Uue hoone ehitamine lisaks veel 320 voodit. Kogu üldpind on ligikaudu 41 860 m² ning ehituskuludeks läheb umbes 628 miljonit EEK.

See alternatiiv maksaks ligikaudu 1057 miljonit EEK võrreldes meie poolt pakutud põhivariandiga, mille maksumuseks kujuneks ligikaudu 1209 miljonit. Vahe on umbes 152 miljonit.

AS Võrumaa haigla

Rekonstrueerimine teise tasandi haiglaks koostöös AS Põlva haiglagaga. Voodikohtade arvu tuleb vähendada ning vabanev pind muuta hooldekoduks.

Viljandi maakonna haigla

Rekonstrueerimine teise tasandi haiglaks. Akuutravi voodikohtade arvu tuleb vähendada ning vabanev pind muuta hooldekoduks. Võimalikuks lahenduseks on ka psühhiaatria haigla liitmine.

AS Valga haigla

Valga haigla tuleb muuta taastusravikeskuseks, mis hõlmaks ka koduhoolduskeskust. Haiglahoonet võib kasutada ka tervishoiukeskuseks päevakirurgia otstarbel. Kuni uue haigla

valmimiseni Tartus võib haiglat kasutada ka valikulise kirurgia eesmärgil (nt ortopeedilised operatsioonid, mida praegu sooritatakse Elvas).

Põlva haigla

Haiglal puudub vajadus teise tasandi voodite järele. Hoonet võib kasutada tervishoiukeskusena päeva- ja ööhoolekande ja päevakirurgia spetsialistidega. Samuti tuleb teha ümberehitusi. Raviosakondi saab pärast ümberehitamist kasutada pikaaravi tarbeks, taastusraviks ja hooldekoduks.

Elva haigla

Haiglat saab kasutada tervishoiukeskusena koos pikaaravi ja hooldekoduga. Ortopeedia osakond tuleb üle viia Tartusse. Hetkel pole selleks Tartus vaba pinda. Vahepealse variandina tuleb kõne alla Valga.

Jõgeva haigla

Haiglat ei kasutata enam teise tasandi haiglana. Hoonet võib kasutada tervishoiukeskusena.

10.2.4 Loode teeninduspiirkond

Pärnu haigla

Pärnus on uue haigla karkass juba olemas. Haigla ehituslik plaan tuleb koheselt kaasajastada ning uue haigla ehitamine lõpetada võimalikult kiiresti.

Kuressaare haigla sihtasutus

Haigla tuleb rekonstrueerida teise tasandi haiglaks. Haiglavoodite arvu tuleb vähendada ning vaba pind muuta hooldekoduks.

10.2.5 Monofunktsionaalsed haiglad

Põhimõtteliselt tuleb sulgeda kõik monofunktsionaalsed haiglad ning liita nad teise ja kolmanda tasandi haiglatega, kuid on ka mõned erandid.

Psühhiaatria

Me soovime Tallinna, Jämejala ja Tartu psühhiaatria haiglad täiel määral rekonstrueerida. Voodikohtade arvu tuleb märgatavalt vähendada. Laste ja noorukite psühhiaatriakliinikud tuleb ühendada regionaalsete haiglatega Tallinnas ja Tartus.

Tuberkuloosahaiglad

Multiresistentsete patsientide tarbeks on vaja eraldi haiglat. Välja on pakutud Kose haigla rekonstrueerimine, mis meie arvates on sobiv lahendus.

Kohtla-Järve kopsuhaigla tuleb täielikult renoveerida või paigutada ümber mõnesse muusse rajatisse – Sillamäe haiglasse.

Kivimäe haigla tuleb täielikult renoveerida. Tema tulevane meditsiiniline profiil on ebaselge.

10.2.6 Väikestes maakohtades asuvad haiglad

Mitmed väikestes maakohtades asuvad haiglad nagu näiteks Lihula, Sindi, Võnnu ja Rõngu tuleb sulgeda, kuna hooned pole sobivad tervishoiuteenuse osutamiseks ja/või on liiga

kulukad ümberehituseks. Mõned neist sobiksid tervishoiukeskusteks, kuid vajadus nende järele on küsitav.

11 PRIORITEEDID JA ELLURAKENDAMINE

11.1 Prioriteedid

Haiglavõrgu arengukava ellurakendamise võib jagada kohesteks tegevusteks ja planeeritavateks tegevusteks.

Koheste meetmete all soovitame me Pärnu uue haigla ehitamise lõpetamist; Tallinnas ja Tartus asuvate pikaravihaiglate järg-järgulist ümberkorraldamist ja asendamist; spetsiaalse tuberkuloosahaigla loomist ja kõigi Valga haiglavoodite koondamist uute hoonesse.

Samaaegselt peaks algama (1) uue keskhaigla planeerimine Kohtla-Järvele; (2) uue Tartu Ülikooli haigla planeerimine (3) Mustamäe regionaalse haigla rekonstrueerimise ja laiendamise alustamine.

Prioriteedid baseeruvad järgneval:

Tallinna ja Tartu pikaravi haiglad on äärmiselt halvas olukorras ning seal puuduvad ka võimalused patsiendile vajaliku ravi osutamiseks.

Pärnu haigla on hetkel planeerimisel ning mõningate kohandamistega saab ta valmis paari aasta jooksul. Voodikohtade arvu peab aga vähendama. Teatud ajaperioodi jooksul võib vana haigla eksisteerida “puhvervooditega”, seni kuni keskmine haiglas viibitav päevade arv on langenud 4.5-ni.

Nagu mainitud, on kiiresti vaja erihaiglat multiresistentsete tuberkuloosihaigete tarbeks. Pärast plaanide koostamist võib Kose haigla kiiresti ümber ehitada ning selleks eesmärgiks kohandada.

Valgas kasutatakse jätkuvalt üht vanadest majadest, kuigi uues hoones on vaba ruumi. Majanduslikult pole see aktsepteeritav. Kõikide teenuste osutamine tuleb koheselt keskendada uude hoonesse.

Tartu Ülikooli haigla on jaotatud mitmete erinevate hoonete vahel, mis on sageli väga kitsad ja halvas olukorras. Arvestades kõrgelt arenenud ravi ning seal toimuvat meditsiinipersonali koolitamist, on olukorra parandamine uue haiglakompleksi ehitamise teel üks olulisi prioriteete. Planeerimise, ehitamise ja sisustamise perioodiks hindame me ligikaudu viit aastat.

Mustamäe haiglat näeme me Põhja-Eesti regionaalse haiglana. Seatud missiooni täitmiseks peab Mustamäele lisama erialasid – lasteosakond, sünnitusosakond, günekoloogia, dermatoloogia, onkoloogia, nakkushaigused, psühhiaatria. Mustamäe haiglaga seotud planeerimistegevused peab viima ellu enne kui sarnased tegevused lääne ja ida Tallinnas.

Olukord Kohtla-Järvel on peaaegu kaootiline oma mitmete suhteliselt halvas olukorras olevate haiglatega. Uus keskhaigla parandab olukorda märgatavalt ning annab võimaluse ebaefektiivsetest hoonetest vabanemiseks või nende sobivamaks muutmiseks.

11.2 Ellurakendamine

Meil on välja pakkuda kolm alternatiivi, mis sõltuvad suuresti ka Eesti tulevases finantsolukorrast:

Julge alternatiiv.

Kõik teeninduspiirkondade suurimad haiglad planeeritakse ning ehitatakse välja üheaegselt ning nii kiiresti kui võimalik. Kõik sellega kaasnevad evakuatsiooni ning reorganiseerimismeetmetega alustatakse samuti niipea kui võimalik.

Teise tasandi haiglad ehitatakse hiljem. Teise tasandi haiglatena enam mitte toimivad hooned ehitatakse ümber plaani ellurakendamise ajal.

Selle alternatiivi kasutamine eeldab, et enamus investeeringutest tehakse esimese viie aasta jooksul.

Kuldse kesktee alternatiiv

Neli suurt ja kõik teise tasandi haiglad ehitatakse välja järk-järgult tuleva 10-15 aasta jooksul.

Teise tasandi haiglad ehitatakse välja hiljem. Samamoodi ehitatakse ümber teise tasandi haiglatena enam mitte toimivad haiglad plaani ellurakendamise ajal.

Selle alternatiivi puhul jaotub investeerimismaht suhteliselt ühetaoliselt kõikide aastate peale.

Ettevaatlik alternatiiv

Põhineb paljude olemasolevate hoonete kasutamisele ja/või osade ehitusfaaside edasi lükkamisele.

Selle variandi kohaselt algab Pärnu, Mustamäe ja Tartu haiglate ehitamine otsekohe, kuid mõningate osakondade ümberpaigutamine jääb ootama (nt onkoloogia ühendamine Mustamäe haiglaga). Tallinnas tähendab see tulevase Ida haigla ehitusega viivitamist.

Tartus ei tähenda see uue haigla ehitamist, vaid praeguse Maarjamõisa haigla renoveerimist ja uue lisahoone ehitamist.

Kohtla-Järve haiglat kasutatakse veel mõne aja ja ehitatakse ümber hiljem.

Teise tasandi haiglatena enam mitte toimivad hooned ehitatakse üksteise järel ümber plaani ellurakendamise ajal.

Kuigi see alternatiiv on märgatavalt aeglasem, sisaldab ka see suuremahulisi investeeringuid esimese viie ellurakendamise aasta jooksul. Investeerimistempo on aga madalam ja maht väiksem, kui teistel juhtudel.

12. LISAD

Lisa A	Haiglate külastused
Lisa B	Kogutud andmed
Lisa C	Haiglatest väljakirjutused põhiliste diagnostiliste kategooriate lõikes
Lisa D	ALOS erialati
Lisa E	Ravivoodite arv
Lisa F	Spetsialistide arv
Lisa G	Spetsialiste 1000 elaniku kohta
Lisa H	Eeldatavad kulud
Lisa I	Üldpind
Lisa J	Toimimiskulud
Lisa K	Haiglad
Lisa L	Teeninduspiirkondade kaart

Haiglate külastused	Töörühma poolt külastatud haiglad	Ettevalmistatud küsimustik ja märkmed kohtumise kohta	SC / SWECO	Lõpetatud
	Narva Haigla	- " -	- " -	- " -
	Kohtla-Järve Haigla	- " -	- " -	- " -
	Rakvere Haigla	- " -	- " -	- " -
	Tallinna Magdaleena Haigla	- " -	- " -	- " -
	Mustamäe Haigla	- " -	- " -	- " -
	Nõmme Haigla	- " -	- " -	- " -
	Eesti Onkoloogiakeskus	- " -	- " -	- " -
	Nõmme Fertilitas	- " -	- " -	- " -
	Tallinna Nahahaiguste Haigla	- " -	- " -	- " -
	Tallinna Pelgulinna Haigla	- " -	- " -	- " -
	Eesti Meremeeste Haigla	- " -	- " -	- " -
	Tartu Kliinikum			
	- Maarjamõisa Haigla	- " -	- " -	- " -
	- Psühhiaatria Haigla	- " -	- " -	- " -
	- Onkoloogiahaigla	- " -	- " -	- " -
	- Nakkushaiguste kliinik	- " -	- " -	- " -
	- Lastehaigla	- " -	- " -	- " -
	- Naistekliinik	- " -	- " -	- " -
	Tartu Ülikool			
	- Biomedikum	- " -	- " -	- " -
	Võrumaa Haigla	- " -	- " -	- " -
	Põlva Haigla	- " -	- " -	- " -
	Räpina Haigla	- " -	- " -	- " -
	Võnnu Haigla	- " -	- " -	- " -
	Elva Haigla	- " -	- " -	- " -
	Rõngu Haigla	- " -	- " -	- " -
	Valga Haigla	- " -	- " -	- " -
	Tõrva Haigla	- " -	- " -	- " -
	Viljandi Haigla	- " -	- " -	- " -
	Jõgeva Haigla	- " -	- " -	- " -
	Puru Haigla	- " -	- " -	- " -
	Sillamäe Haigla	- " -	- " -	- " -
	Kallavere Haigla	- " -	- " -	- " -
	Tallinna Merimetsa haigla	- " -	- " -	- " -
	Hiumaa haigla	- " -	- " -	- " -
	Läänemaa haigla	- " -	- " -	- " -
	Haapsalu Neuroloogiline Rehab. Keskus	- " -	- " -	- " -
	Märjama haigla	- " -	- " -	- " -
	Rapla haigla	- " -	- " -	- " -
	Järve haigla	- " -	- " -	- " -
	Keila haigla	- " -	- " -	- " -
	Lihula haigla	- " -	- " -	- " -
	Kuressaare haigla	- " -	- " -	- " -
	Pärnu haigla	- " -	- " -	- " -
	Sindi haigla	- " -	- " -	- " -
	Vändra haigla	- " -	- " -	- " -

	Järvamaa haigla	- " -	- " -	- " -
	Tallinna Keskhaigla	- " -	- " -	- " -
	Tallinna Psühhiaatria haigla	- " -	- " -	- " -
	Kivimäe haigla	- " -	- " -	- " -
	Tallinna Hooldushaigla	- " -	- " -	- " -
	Vimsi haigla	- " -	- " -	- " -
	Jämejala Psühhiaatria haigla	- " -	- " -	- " -
	Taagapera haigla	- " -	- " -	- " -
	Ahtme haigla	- " -	- " -	- " -
	Kohtla-Järve Kopsuhaigla	- " -	- " -	- " -
	Kose haigla	- " -	- " -	- " -
	Tapa haigla	- " -	- " -	- " -
	Loksa haigla	- " -	- " -	- " -
	Tallinna Diagnostikakeskus	- " -	- " -	- " -
	Tallinna Lastehaigla	- " -	- " -	- " -
	Tallinaa Wismari Haigla			
	Iru hooldekodu	- " -	- " -	- " -
	Kohtumine Keila Südamekliinikus	- " -	- " -	- " -
	Kohtumine Medicover	- " -	- " -	- " -

Kohtumine	Liis Nüirk	Märkmed kohtumise kohta	Lõpetatud	Projejt/Estland/	
	(tegev Taani haiglaprojekti andmetega)			Märkmed kohtumise kohta	
	Ene Palo –Meditsiinistatistika büroo juhataja	Märkmed kohtumise kohta	Lõpetatud	- " -	
	Sotsiaalministeerium				
	Evi Lindmae – haiglate litsentseerimise büroo juhataja	Märkmed kohtumise kohta	Lõpetatud	- " -	
	Sotsiaalministeerium				
	Maris Jesse - Keskhagekassa	Märkmed kohtumise kohta	Lõpetatud	- " -	
	Maie Thetlof - Keskhagekassa	Märkmed kohtumise kohta	Lõpetatud	- " -	
	(analüüs)				
	Kolm maakonnaarsti -	Märkmed kohtumise kohta	Lõpetatud	- " -	
	(finantsinformatsiooni kogumise kohta)				
	Piret Laur (Sotsiaalministeeriumi rahvatervise osakonna juhataja)	Märkmed kohtumise kohta	Lõpetatud	- " -	
	hinnakiri				
	Kersti Rensalu (Keskhagekassa ökonomist	Märkmed kohtumise kohta	Lõpetatud	- " -	
	hinnakiri				
Küsimustikud ja kohtumised	Haiglate külastused	Märkmed kohtumise kohta	Lõpetatud	- " -	
Andmebaasid	Taani haiglate uuring	Andmebaas	Lõpetatud	Access / PC	
	WHO: Informatsioon liikmesriikide tervishoiust	Andmebaas	Lõpetatud	Internet	
	OECD:Informatsioon liikmesriikide tervishoiust	Andmebaas	Lõpetatud	CD-ROM	
	-Keskhagekassa	Andmebaas	Lõpetamata		
	(Tervishoiuteenuse osutamine Eestis 1998)				

	- Keskhagekassa	Andmebaas	Lõpetamata		
	(Tervishoiuteenuse osutamine Eestis jaanuaris2000)				
	- Meditsiinistatistika büroo	Andmebaas	Lõpetamata		
	(Tervishoiuteenuse osutamine Eestis 1999)				
	- Demograafiline Andmebaas	Andmebaas	Lõpetatud	Server	
	- Hospitaliseerimiste arv Norras ja Rootsis eelarveaastal 1999	Andmebaas	Lõpetamata		Will b Norwe EPC, S
	- Hospitaliseerimiste arv ning visiidid polikliinikutesse Rootsis eelarveaastatel 1997 ja 1998	Andmebaas	Lõpetatud	Server	
	- Norra Ostfoldi maakonna kogu tervishoiuteenuse osutamine 1997 ja 1998	Andmebaas	Lõpetatud	Server	
Informatsioon võrdlevaks uuringuks	- Informatsioon Rootsi maakonnanõukogude föderatsioonilt	Andmebaas	Lõpetatud		On Int
	- Fail Norra Patsiendiregistrist	Andmebaas	Lõpetatud	SC	
	-Info arstide kohta erialade lõikes Norra Arstide Assotsiatsioonilt	Fail	Lõpetatud	SC	
	Info arstide kohta erialade lõikes Rootsi Arstide Assotsiatsioonilt	Fail	Lõpetatud	SC	
	- Fail Epidemioloogilisest Keskusest Stockholmis, Rootsis	Andmebaas	Lõpetamata		
	- Informatsioon STAKES-ist, Soome	Paberkoopiad	Lõpetatud	Kustutatud	
	- Norra Tervishoiu Aastaraamat	Raamat	Lõpetatud	SC	
	- Rootsi Tervishoiu Aastaraamat	Raamat	Lõpetatud	SC	
	- Norra Tervishoiuvalitsus		Lõpetatud		Intern
	- Rootsi Riiklik Heaoluamet		Lõpetatud	SC	Info o
	- Rootsi Maakonnanõukogude Föderatsioon		Lõpetatud		Intern
	- Norra riiklik statistika				Popula
Informatsioon Meditsiinistatistika büroolt	Informatsioon, külastuste, vastuvõttude jms kohta				
	Voodikohtade arv, haiglaste sissekirjutamiste arv, väljakirjutamiste arv, voodipäevade arv, ALOS haiglati; info Eesti kohta	Paberkoopia	Lõpetatud	SC	
	Haiglaväliste külastuste arv ühe elaniku kohta	Paberkoopia	Lõpetatud	SC	

	maakonnati				
	Pediaatrite ja perearstide haiglavälise külastuste arv maakonniti	Paberkoopia	Finisehd	SC	
	Kodukülastuste arv maakonniti	Paberkoopia	Lõpetatud	SC	
	Informatsioon voodikohtade arvu, haiglasse sisse- ja väljakirjutamise, voodipäevade jms kohta				
	- Eestis	Paberkoopia	Lõpetatud	SC	
	- Igas konkreetses haiglas	Paberkoopia	Lõpetatud	SC	
	Informatsioon tervishoiutöötajate kohta				
		Paberkoopia	Lõpetatud	SC	
	Informatsioon tervishoiutöötajate kohta erialati ja maakonniti				
	Aktiivsete tervishoiutöötajate arv aasta lõpus maakonniti	Paberkoopia	Lõpetatud	SC	
	Arstide arv erialati aasta	Paberkoopia	Lõpetatud	SC	
	Tervishoiutöötajate arv kategooriate lõikes aasta lõpus haiglali	Paberkoopia	Lõpetatud	SC	
	Finantsinformatsioon				
	Eesti haiglate kasumi ja kahjumi aruanded	Fail	Lõpetatud	SC	
Teised raportid	Eest Tervishoiustatistika 1992 - 1998	Raport	Lõpetatud	SC	
	Paberkoopia laenatud Ene Palolt				
	Eest Tervishoiustatistika 1992 - 1996				
	Laenatud Ahti Kalikormilt	Raport	Lõpetatud	SC	
	Eesti Tervishoiustatistika 1997	2 Raportit	Lõpetatud	SC	
	Eesti Statistika 1997 (Eesti Statistikaamet)	Raport	Lõpetatud	SC	
	Ravikindlustus Eestis	Paberkoopia	Lõpetatud	SC	
	Süsteemi kirjeldus				
	Eesti Tervishoid – korraldus, ravikindlustussüsteem, teenuse osutajale maksmise mehhanism	Paberkoopia	Lõpetatud	SC	

	Eesti Tervishoiu kvaliteedipoliitika	Raport	Lõpetatud	SC	
	NHA	Raport	Lõpetatud	SC	
	Tervishoiusüsteemid muutuste ajajärgul (WHO)				
	Eesti : 1996	Raport	Lõpetatud	SC	Borrow
	Sweden : 1996	Raport	Lõpetatud	SC	Borrow
	* Teised Internetist tõmmatavad raportid	Raport	Lõpetamata		Will b
	Põhjamaade – Baltimaade tervishoiustatistika 1996	Raport	Lõpetatud	SC	
	Tervis Balti riikides 1997	Raport	Lõpetatud	SC	
	Eesti Sotsiaalsektor arvudes 1999	Raport	Lõpetatud	SC	
	Sotsiaalkindlustus Euroopas : Euroopa Komisjon	Raport	Lõpetatud	SC	
	Tervishoiureformid 1990ndatel kuues Euroopa Riigis:	Raamat	Finnished	SC	
	- Saksamaa, Prantsusmaa, Holland, Austria, Rootsi, Taani				

Voodite arv 1998

	Norra	Rootsi	Eesti	Eesti 2010
Ülikooli/regionaalne haigla	3 684	7 857	1 389	1280
Voodite koguarv	49 743	64 029	10 509	10400
Meditsiiniline lühiajaline ravi	6 597	11 117	3 677	1580
Kirurgiline lühiajaline ravi	6 608	9 901	3 326	1570
Pikaravi**	33 552	37 139	1 111	6000
Psühhiaatri	2 986	5 872	1 235	1000
a				
Nakkushaigused	0	0	258	0
Tuberkuloos	0	0	356	250
* Muu	537		546	
Rahvaarv (miljonites)	4,45	8,85	1,45	1,45

Voodikohti 100 000 inimese kohta

Ülikooli/regionaalne haigla	83	89	96	88
Voodite koguarv	1 118	723	725	717
Meditsiiniline lühiajaline ravi	148	126	254	109
Kirurgiline lühiajaline ravi	148	112	229	108
Akuutravi voodite koguarv	297	237	483	217
Pikaravi	754	420	77	414
Psühhiaatri	67	66	85	69
a				
Nakkushaigused	0	0	18	0
Tuberkuloos	0	0	25	17
* Muu	12	0	38	

* Muu. Rootsis ja Norras tähendab "muu" meditsiini ja kirurgia ühisosakondi; Eestis hõlmab see ka intensiivravi ja radioloogilisi voodeid.

**Rootsis ja Norras tähendab pikaravi pikaravi geriaatriana. Rootsi statistikaamet ja Norra Kohalike Omavalitsuste Assotsiatsioon on püüdnud anda võimalikult täpseid numbreid. Mõlemas riigis on hõlmatud ka vanadekodud ja koduhoolekanne. Eestis on kasutatud määra 400 voodit 100 000 elaniku kohta. Hollandis oli vastav arv 1998 aastal 368.

Allikad: Norra Samdata, Rootsi Maakondade Assotsiatsioon, Eesti Meditsiinistatistika Büroo, WHO statistika

Aktiivsed arstid erialati 1998

	Norra	Rootsi	Eesti
Eriala			
Kirurgilised erialad			
Üldkirurgia	864	1 631	191
Kiirabiarstid	0	0	82
Ortopeedia	291	977	133
hand surgery)	42	75	0
Uroloogia	109	303	46
Näo-lõualuu kirurgia	24	0	7
Plastiline kirurgia	86	117	5
Neuroloogiline kirurgia	54	96	16
Rindkerekirurgia	94	128	5
Anestesioloogia	444	1 156	241
Sünnitusabi ja günekoloogia	414	1 203	272
Otorinolarüngoloogia	264	590	105
Oftalmoloogia	264	590	117
Sisehaiguste erialad			
Sisehaigused	1 067	2 621	400
Kardioloogia	189	532	131
Hematoloogia	49	155	25
Dermatoloogia ja veneroloogia	110	339	67
Endokrinoloogia	63	148	31
Gastroentoloogia	145	169	31
Nakkushaigused	58	476	31
Neuroloogia	190	284	152
Nefroloogia	90	199	10
Reumatoloogia	149	218	28
Pediaatria			
Community medicine	571	0	0
Diagnostiline radioloogia	515	931	182
Perearstiteadus	2 352	3 173	988
Geriaatria	70	620	0
Laboratoorne meditsiin	545	1 071	205
Töötervishoid	0	734	5
Onkoloogia	111	268	38
Pediaatriline meditsiin	367	1 202	478
Pediaatriline kirurgia	26	109	0
Psühhiaatria	1042	1744	157
Kohtuarstlik meditsiin	16	23	17
Muu			98
Spetsialistide koguarv	10 656	23 936	4 311
Rahvaarv (miljonit)	4,45	8,85	1,45
Elanikke / spetsialistide koguarv	418	370	336

Allikas: Norra ja Rootsi arstide liidud ja Eesti Sotsiaalministeerium

Spetsialistide arv 1000 elaniku kohta

	Norra	Rootsi	Eesti	Eesti 2010
Eriala				
Kirurgilised erialad				
Üldkirurgia	0,17	0,16	0,17	0,17
Kiirabiarstid	0,00	0,00	0,06	0,00
Orthopeediline kirurgia (sh hand surgery)	0,07	0,12	0,09	0,11
Uroloogia	0,02	0,03	0,03	0,03
Plastiline ja taastav kirurgia	0,02	0,01	0,00	0,01
Neuroloogiline kirurgia	0,01	0,01	0,00	0,01
Rindkerekirurgia	0,02	0,01	0,00	0,01
Anestesioloogia	0,10	0,13	0,17	0,14
Sünnitusabi ja günekoloogia	0,09	0,14	0,19	0,14
Otorinolarüngoloogia(sh näo-lõualuu)	0,06	0,07	0,07	0,07
Oftalmoloogia	0,06	0,07	0,08	0,06
Vaskulaarkirurgia	0,03	0,02	0,00	0,02
Sisehaiguste erialad	0,00	0,00	0,00	0,00
Sisehaigused	0,24	0,30	0,27	0,26
Allergoloogia	0,01	0,01	0,00	0,01
Kardioloogia	0,04	0,06	0,09	0,07
Dermatoloogia ja veneroloogia	0,02	0,04	0,05	0,04
Endokrinoloogia	0,01	0,02	0,02	0,02
Gastroentoloogia	0,03	0,02	0,02	0,02
Nakkushaigused	0,01	0,05	0,02	0,07
Neuroloogia (sh neurofüsioloogia)	0,04	0,03	0,10	0,04
Nephrology	0,02	0,02	0,01	0,01
Pulmanoloogia	0,00	0,00	0,04	0,01
Reumatoloogia	0,03	0,02	0,02	0,03
Onkoloogia	0,02	0,03	0,03	0,03
Paediatrics				
Pediaatriline meditsiin	0,08	0,14	0,33	0,17
Pediaatriline kirurgia	0,01	0,01	0,00	0,02
Psühhiaatria				
Täiskasvanute psühhiaatria	0,23	0,18	0,11	0,19
Laste ja noorukite psühhiaatria	0,00	0,01	0,00	0,02
Teised erialad				
Diagnostiline radioloogia	0,12	0,11	0,13	0,14
Laboratoorne meditsiin	0,12	0,12	0,12	0,14
Patoloogia	0,04	0,02	0,02	0,01
Perearstiteadus	0,53	0,36	0,68	0,41
Töötervishoid	0,00	0,08	0,00	0,01
Geriaatria/Taastusravi	0,02	0,08	0,00	0,08
Muu	0,00	0,00	0,07	0,07
Arste tuhande elaniku kohta	2,3	2,5	3,0	2,6

**Haiglavõrgu
arengukava**

**Hinnangulised
kulutused teise ja
kolmanda tasandi
ravi tarbeks**

Haiglad1)	Voodik ohti praegu	Voodikoh ti tulevikus	Pindala/ voodi	Üldpind m2	tulevikus	Üldpind m2	täna	Erinevus üldpinnas	Uue kulud EEK/m2	ehituse EEK/m2	Rekonstrue erimise kulu, uuest ehitamisest (1-3) %	Rekonstrueerimise kulu EEK/m2
								+ = vajadus - = ülejääk				

Loode-Eesti

Mustamäe haigla, rekonstrueerimine ja leiendamine	630	120		75 600		41 310	34 290		14 000		3	11 200
Keskhaigla 1, uus ehitus	370	120		44 400		0	44 400		11 000			0
Keskhaigla 2, rekonstrueerimine ja laiendamine	290	120		34 800		20 482	14 318		11 000		3	8 800
Haapsalu üldhaigla, rekonstrueerimine	60	90		5 400		8 611	-3 211		8 000		3	6 400
Paide üldhaigla, rekonstrueerimine	60	90		5 400		7 395	-1 995		8 000		1	2 800
Summa	3 909	1 410		165 600		77 798						

Kirde-Eesti

Kohtla-Järve keskhaigla, uus hoone	330	120		39 600		0	39 600		11 000			0
Narva üldhaigla, rekonstrueerimine	120	90		10 800		28 037	-17 237		8 000		3	6 400
Rakavere üldhaigla rekonstrueerimine	120	90		10 800		20 910	-10 110		8 000		3	6 400

Summa	1 234	570	61 200	48 947					
<i>Edela-Eesti</i>									
Pärnu keskhaigla, uus hoone ja rekonstrueerimine	220	110	24 200	35 197	-10 997	11 000	3	8 800	
Kuressaare üldhaigla, rekonstrueerimine	60	90	5 400	22 573	-17 173	8 000	2	4 800	
Summa	767	280	29 600	57 770					

Kagu-Eesti

Tartu ülikoolihaigla, uus hoone	620	130	80 600	0	80 600	15 000		0
Võrumaa üldhaigla, rekonstrueerimine	110	90	9 900	24 975	-15 075	8 000	3	6 400
Viljandi üldhaigla, rekonstrueerimine	110	90	9 900	21 266	-11 366	8 000	3	6 400
Summa	2 369	840	100 400	46 241				
Kokku	8 279	3 100	356 800	230 756				

Märkused: ¹⁾ Ei ole arvestatud Psühhiaatriahaiglat 1200 voodikohta, TB_haiglat 356 voodikohta ja mõningaid väiksemaid haiglaid 300 voodikohta

2)	3 =	80%	Uuest ehitusest
	2 =	60%	"
	1 =	35%	"

Loode-Eesti

	Voodeid	Üldpind	Üldpind voodi kohta
<i>Tallinn pikaravi haigla</i>	200	4495	22,5
<i>Nõmme sisehaiguste haigla</i>	70	2239	32
<i>Nõmme lastehaigla</i>	75	4494	60
<i>Nõmme fertilitas</i>	23	1645	71,5
<i>Kallavere haigla</i>	106	2400	22,5
<i>Merimetsa nakkushaigla</i>	135	8394	62
<i>Meremeeste haigla</i>	210	13227	63
<i>Tallinn-Järve haigla</i>	195	7255	37
<i>Magdaleena haigla</i>	188	10800	57,5
<i>Tallinn lastehaigla</i>	273	17883	65,5
<i>Viimsi haigla</i>	71	5866	82,5
<i>Wismari haigla</i>	32	2350	73,5
<i>Märjamaa haigla</i>	55	2207	40
<i>Rapla haigla</i>	110	6444	58,5
<i>Mustamäe haigla</i>	612	41310	67,5
<i>Tallinna keskhaigla</i>	502	36000	71,5
<i>Pelgulinna haigla</i>	360	17472	48,5
<i>Dermatoloogiahai gla</i>	80	4019	50
<i>Onkoloogiahigla</i>	220	13496	61
<i>Psühhiaatriahai gla</i>	455	24000	53
<i>Keila haigla</i>	324	40201	124
<i>Haapsalu haigla</i>	153	8611	56
<i>Paide haigla(Järvamaa)</i>	144	7395	51
<i>Haapsalu taastusravikeskus</i>	90	7930	88
<i>Hiiumaa haigla</i>	54	2316	43

Kirde-Eesti

<i>Kohtla-Järve haigla</i>	208	1651	79,5
<i>Puru haigla</i>	166	13748	83
<i>Sillamäe haigla</i>	64	4298	67
<i>Narva haigla</i>	516	28037	54
<i>Kohtla-Järve kopsuhaigla</i>	45	1154	26
<i>Rakvere haigla</i>	220	20910	95

Kagu-Eesti

Tartu ülikooli haigla:

<i>- onkoloogia/hematoloogia</i>	65	3839	59
<i>-sünnitusabi</i>	89	4401	49,5
<i>-dermatoloogia</i>	65	2626	40,5
<i>-oftalmoloogia/ENT</i>	61	4100	67
<i>-pikaravi</i>	70	1251	18
<i>- nakkushaigused</i>	70	(no information)	-
<i>- neuroloogia/neurokirurgia</i>	80	5682	71
<i>- Maarjamõisa haigla</i>	630	35804	57
<i>- pediaatria</i>	121	10785	89
<i>- psühhiaatria</i>	140	9365	67

<i>Jõgeva haigla</i>	121	15448	127,5
<i>Valgamaa haigla</i>	139	15179	109
<i>Võrumaa haigla</i>	400	24975	62
<i>Põlva haigla</i>	145	12900	89
<i>Elva haigla</i>	75	3512	47

Edela-Eesti

<i>Pärnu haigla (planeeritav)</i>	310	35197	113
<i>Kuressaare</i>	227	22573	99
<i>Viljandi haigla</i>	240	21266	89

Voodite arv ja haiglate jooksvad kulud

Me teeme ettepaneku vähendada teise ja kolmanda tasandi voodite arvu praeguselt ca 8200lt 3100ni järgmise 10-15 aasta jooksul.

Me tegime ka ligikaudse arvutuse Haiglavõrgu arengukavas toodud akuutravi haiglate aastakulude kohta. Kulu päeva kohta põhineb külastatud haiglatest saadud informatsioonil. Numbrid erinevad sama kategooria haiglate lõikes palju. Kasutatud on järgnevaid hinnanguid:

Haiglatüüp	Kulu päeva kohta
Ülikooli/regionaalne haigla	1000 EEK
Keskhaigla	650
Üldhaigla	520
Pikaravi, taastusravi, hooldekodu	450

Investeeringuid meditsiinitehnoloogiasse pole arvestatud.

Arvutused nelja teeninduspiirkonna kohta annavad järgnevad hinnangulised tulemused:

Loode-Eesti

Haigla tüüp	Voodeid	Päevane kulu	Asatane kulu
Regionaalne haigla	630	1000 EEK	230 miljonit EEK
Keskhaiglad 1 ja 2	660	650	157
Keskhaiglad (2)	120	520	23

Kokku	1410	420 miljonit EEK
Voodeid praegu		3910
Kulu praegu		1018 miljonit EEK
Voodite arvu vähendamine		2500
Kokkuhoid		598 miljonit EEK

Kirde-Eesti

<u>Haigla tüüp</u>	<u>Voodeid</u>	<u>Päevane kulu</u>	<u>Aastane kulu</u>
Uus keskhaigla	330	650 EEK	79 miljonit EEK
<u>Kaks üldhaiglat</u>	<u>240</u>	<u>520</u>	<u>46</u>
Kokku		570	125 miljonit EEK
Voodeid praegu		1230	
Kulud praegu			270 miljonit EEK
Voodite arvu vähendamine		660	
Kokkuhoid			155 miljonit EEK

Edela-Eesti

Haiglatüüp	Voodeid	Päevane kulu	Aastane kulu
Keskhaigla	220	650 EEK	52 miljonit EEK
Üks kohalik haigla	60	520	12
Kokku	280		64 miljonit EEK
Voodeid praegu Kulud praegu	767		155 miljonit EEK
Voodite arvu vähendamine Kokkuhoid	487		91 miljonit EEK

Kagu-Eesti

<u>Haiglatüüp</u>	<u>Voodeid</u>	<u>Päevane kulu</u>	<u>Aastane kulu</u>
Ülikoolihaigla	610	1000 EEK	223 miljonit EEK
Üldhaiglad	250	520	48
Kokku	860		271 miljonit EEK

Voodeid praegu	2369	
Kulud praegu		667 miljonit EEK
Voodite arvu vähendamine	1509	
Kokkuhoid		396 miljonit EEK

Haiglavõrgu ellurakendamisega kaasneb teise ja kolmanda aga ka akuutravi haiglates pinna ülejääk. Me eeldame, et 2/3 vooditest saab muuta pikaravivooditeks, taastusravivooditeks või hooldekoduvooditeks. Selliste voodite päevaseks kuluks hindame me 450 EEK.

Pikaravi, taastusravi, hooldekodud:

<u>Teeninduspiirkond</u>	<u>Voodeid</u>	<u>Aastane kulu</u>
Loode-Eesti	1670	274 miljonit EEK
Kirde-Eesti	440	73
Edela-Eesti	324	53
<u>Kagu-Eesti</u>	<u>1000</u>	<u>164</u>
Kokku	3434	564 miljonit EEK

Voodite tulevane koguarv neljas teeninduspiirkonnas:

<u>Teeninduspiirkond</u>	<u>Akuutvoodid</u>	<u>Hooldusvoodid jms</u>	<u>Voodeid kokku</u>
Loode-Eesti	1410	1670	3080

Kirde-Eesti	570	440	1010
Edela-Eesti	280	324	604
<u>Kagu-Eesti</u>	<u>850</u>	<u>1000</u>	<u>1850</u>
Kogu Eesti	3110	3434	6544

Tuginedes toodud arvudele, tegime me ligikaudse hinnangu tulevaste aastaste tegevuskulude kohta võrrelduna tänastega:

Teenindus piirkond	<u>Akuutvoodid MEEK</u>	<u>Pikaravi MEEK</u>	<u>Kogukulu MEEK</u>	<u>Kulu praegu MEEK</u>	<u>Aastane säästmine MEEK</u>
Loode-Eesti	420	274	694	1018	324
Kirde-Eesti	125	73	198	270	72
Edela-Eesti	64	53	117	155	38
Kagu-Eesti	271	164	435	667	232
<hr/>					
Kokku	880	564	1444	2110	666

Seega säästab Haiglavõrgu arengukava ellurakendamine raha igas regioonis.

Teise ja kolmanda tasandi voodite arv langeb drastiliselt, kuid taastusravi, pikaaravi ja hooldekodu voodite arv tõuseb, kuna neid on praegu väga vähe.

Tehniline ning üldpinna standard tõuseb suurel määral.

Ligikaudne hinnang näitab, et märkimisväärne hulk tegevuskuludeks määratud raha hoitakse kokku Haiglavõrgu ellurakendamisega.

Haiglate suurus
Kirde-Eesti
teeninduspiirkond

Vastuvõttude arv		Haigla			
Erakorraline	Osakond	Kohtla-Järve	Narva	Rakvere	Kokku
	Sünnitusabi	3 600			3 600
	ENT	300			300
	Silm	50			50
	Kirurgia	3 400	2 300	2 300	8 000
	Günekoloogia	500	300	300	1 100
	Sisehaigused	6 100	3 700	3 700	13 500
	Pediaatria	2 200			2 200
Erakorraline vastuvõttude arv		16 150	6 300	6 300	28 750
Planeeritav vastuvõtt	Sünnitusabi	200			200
	ENT	800			800
	Silm	350			350
	Kirurgia	2 000	700	700	3 400
	Günekoloogia	450	300	300	1 050
	Sisehaigused	1 000	600	600	2 200
	Ortopeediline kirurgia	1 150			1 150
	Pediaatria	350			350
Planeeritavate vastuvõttude koguarv		6 300	1 600	1 600	9 500
Kõik kokku		22 450	7 900	7 900	38 250
ALOS		4,5	4,5	4,5	4,5
Voodipäevade arv		101 024	35 550	35 549	172 123

Voodite arv	331	117	117	564
-------------	-----	-----	-----	-----

Päevakirurgia arv	2 100	300	300	2 700
Päevameditsiini arv	320	200	200	700

Haiglate suurus
Kirde-Eesti
teeninduspiirkond

Külastuste arv		Haigla			
Erakorraline	Osakond	Kohtla-Järve	Narva	Rakvere	Kokku
	Pediaatria	5500			5500
	Sünnitusabi	700			700
	ENT	2000			2000
	Silm	1700			1700
	Sisehaigused	8000	5000	5000	18000
	Kirurgia	7600	6600	6600	20800
	Günekoloogia	1300	900	900	3100
Erakorraline külastuste arv		26800	12500	12500	51800

Planeeritud külastused	Pediaatria	14000			14000
	Sünnitusabi	4600			4600
	ENT	16200			16200
	Silm	20000			20000
	Sisehaigused	24000	14500	14500	53000
	Kirurgia	5000	2000	2000	9000
	Günekoloogia	6200	4000	4000	14200
	Ortopeediline kirurgia	11200			11200
Planeeritud külastuste arv		101200	20500	20500	142200
Kokku		128000	33000	33000	194000
Radioteraapia		0	0	0	0
Kemoteraapia		1 600	1 000	1 000	3 600
Dialüüs		2 300	2 200	2 200	6 700
Kõik kokku		131 900	36 200	36 200	204 300

Haiglate suurus
 Edela-Eesti
 teeninduspiirkon-
 d

Vastuvõttude arv		Haigla		
Erakorraline	Osakond	Kuessaare	Pärnu	Total
	Sünnitusabi		2 000	2 000
	ENT		250	250
	Silm		50	50
	Kirurgia	1 100	2 400	3 500
	Günekoloogia	150	400	550
	Sisehaigused	1 900	5 000	6 900
	Pediaatria		1 150	1 150
Erakorraline vastuvõttude arv		3 150	11 250	14 400
Planeeritud vastuvõtt	Sünnitusabi		100	100
	ENT		450	450
	Silm		200	200
	Kirurgia	500	1 200	1 700
	Günekoloogia	150	350	500
	Sisehaigused	250	600	850
	Ortopeediline kirurgia		600	600
	Pediaatria		200	200
Planeeritud vastuvõttude koguarv		900	3 700	4 600
Kõik kokku		4 050	14 950	19 000
ALOS		4,5	4,5	4,5

Voodipäevade koguarv	18 225	67 275	85 500
Voodite arv	60	221	280
Päevakirurgia arv	120	3 400	260
Päevameditsiini arv	75	200	260



Haiglate suurus
Edela-Eesti
teeninduspiirkond

Külastuste arv		Haigla		
Erakorraline	Osakond	Kuressaare	Pärnu	Kokku
	Pediaatria		2 800	2 800
	Sünnitusabi		400	400
	ENT		1 500	1 500
	Silm		1 300	1 300
	Sisehaigused	2 500	6 500	9 000
	Kirurgia	3 100	5 000	8 100
	Günekoloogia	400	1 000	1 400
Erakorraline külastuste arv		6 000	18 500	24 500
Planeeritud külastused	Pediaatria		7 150	7 150
	Sünnitusabi		2 400	2 400
	ENT		8 200	8 200
	Silm		10 000	10 000
	Sisehaigused	4 500	11 200	15 700
	Kirurgia	1 200	3 100	4 300
	Günekoloogia	2 000	5 000	7 000
	Ortopeediline kirurgia		5 700	5 700
Planeeritud külastuste arv		7 700	52 750	60 450
Kokku		13 700	71 250	84 950
Radioteraapia		0	0	0
Kemoteraapia		400	1 000	1 400
Dialüüs		750	1 900	2 650

Kõik kokku		14 850	74 150	89 000
------------	--	--------	--------	--------

Haigla
Tallinna Loode-Eesti
teeninduspiirkon
d

Vastuvõttude arv		Haigla					
Erakorraline	Osakond	Kesk-1	Kesk-2	Haapsalu	Paide	Regionaalne	Kokku
	Sünnitusabi	2 500	2 500			3 700	8 700
	Dermatoloogia					70	70
	ENT					650	650
	Silm					150	150
	Kirurgia	3 400	3 400	1 100	1 100	4 000	13 000
	Günekoloogia	550	550	150	150	1 150	2 550
	Nakkushaigused					1 400	1 400
	Sisehaigused	8 200	8 800	2 000	2 000	7 300	28 300
	Nefroloogia					250	250
	Neuroloogia					1 050	1 050
	Onkoloogia					900	900
	Ortopeediline kirurgia	1 250	1 250			1 000	3 500
	Pediaatria	2 500				3 000	5 500
	Pediaatriline kirurgia					2 150	2 150
	Plastiline kirurgia					50	50
	Pulmanoloogia					1 200	1 200
	Reumatoloogia					120	120
	Rindkerekirurgia					200	200
	Uroloogia					200	200
Erakorraline vastuvõttude arv		18 400	16 500	3 250	3 250	28 540	69 940
Planeeritud vastuvõtt	Sünnitusabi	100	100			300	500
	ENT		1 000			1 100	2 100

	Silm					850	850
	Kirurgia	1 800	1 800	400	400	2 100	6 500
	Günekoloogia	1 200				1 300	2 500
	Nakkushaigused					140	140
	Sisehaigused	800	800	200	200	1 750	3 750
	Nefroloogia					100	100
	Neuroloogia					700	700
	Onkoloogia					1 800	1 800
	Ortopeediline kirurgia		1 150			1 700	2 850
	Pediaatria	450				500	950
	Plastiline kirurgia					500	500
	Pulmanoloogia					350	350
	Reumatoloogia					300	300
	Rindkere kirurgia					850	850
	Uroloogia	500				1 300	1 800
	Planeeritud vastuvõttude arv kokku	4 850	4 850	600	600	15 640	26 540
	Kõik kokku	23 250	21 350	3 850	3 850	44 180	96 480
	ALOS	4,5	4,5	4,5	4,5	4,5	4,5

Voodipäevade koguarv	104 625	96 075	17 325	17 325	198 812	434 162
-----------------------------	----------------	---------------	---------------	---------------	----------------	----------------

Voodite arv	343	315	57	57	652	1 423
--------------------	------------	------------	-----------	-----------	------------	--------------

Päevakirurgia arv	1 600	1 600			15 000	18 200
Päevameditsiini arv	420	420			725	1 565

Haiglate suurus
Tallinna Loode-Eesti
teeninduspiirkon
d

Külastuste arv		Haigla						
Erakorraline	Osakond	Kesk-1	Kesk-2	Haapsalu	Järva	Regionaalne	Kokku	
	Pediaatria	4 000				9 000	13 000	
	Sünnitusabi	750				1 000	1 750	
	ENT					4 500	4 500	
	Silm					4 000	4 000	
	Sisehaigused	11 000	11 000	2 550	2 550	12 700	39 800	
	Kirurgia	9 600	9 600	3 500	3 500	12 100	38 300	
	Günekoloogia	1 350	1 350	400	400	2 850	6 350	
	Nakkushaigused					900	900	
	Pulmanoloogia					20	20	
	Nefroloogia					1 520	1 520	
	Onkoloogia					100	100	
	Ortopeediline kirurgia	2 800	2 800			5 950	11 550	
	Plastiline kirurgia					100	100	
	Reumatoloogia					30	30	
	Dermatoloogia					70	70	
	Rindkere kirurgia					10	10	
	Uroloogia					20	20	
Erakorraline külastuste arv kokku		29 500	24 750	6 450	6 450	54 870	122 020	
Planeeritud külastused	Pediaatria	10 000				25 000	35 000	
	Sünnitusabi	4 700				6 800	11 500	
	ENT		10 000			30 400	40 400	
	Silm					50 000	50 000	

Sisehaigused	14 300	14 300	4 100	4 100	28 700	65 500
Kirurgia	3 300	3 300	1 000	1 000	7 500	16 100
Günekoloogia	15 000				19 200	34 200
Nakkushaigused					6 600	6 600
Pulmanoloogia					2 500	2 500
Nefroloogia					16 500	16 500
Onkoloogia					49 500	49 500
Ortopeediline kirurgia		11 500			16 500	28 000
Plastiline kirurgia					2 800	2 800
Reumatoloogia					17 700	17 700
Rindkere kirurgia					400	400
Uroloogia					5 500	5 500
Planeeritud külastuste arv	47 300	39 100	5 100	5 100	285 600	382 200
Kokku	76 800	63 850	11 550	11 550	340 470	504 220
Radioteraapia	0	0	0	0	18 000	18 000
Kemoteraapia	1 100	1 100	500	500	3 100	6 300
Dialüüs	2 500	2 500	2 000	2 000	2 700	11 700
Kõik kokku	80 400	67 450	14 050	14 050	364 270	540 220

Haiglate
suurused
Kagu-Eesti
teeninduspiirkon
d

Vastuvõttude arv		Haigla					
Erakorraline	Osakond	Jõgeva	Tartu	Valga	Viljandi	Võru	Total
	Sünnitusabi		4 100		1 000		5 100
	Dermatoloogia		50				50
	ENT		500				500
	Silm		100				100
	Kirurgia	0	3 750	0	1 900	1 950	7 600
	Günekoloogia	0	900	0	300	300	1 500
	Hand surgery		150				150
	Nakkushaigused		1 050				1 050
	Sisehaigused	0	8 400	0	3 700	3 900	16 000
	Nefroloogia		200				200
	Neurokirurgia		320				320
	Neuroloogia		800				800
	Onkoloogia		300				300
	Ortopeediline kirurgia		1 400				1 400
	Pediaatriline kirurgia		1 250				1 250
	Pediaatria		3 125				3 125
	Plastiline kirurgia		50				50
	Pulmanoloogia		450				450
	Reumatoloogia		100				100
	Rindkere kirurgia		110				110
	Transplantatsioon		55				55
	Uroloogia		480				480
Erakorraline vastuvõttude arv		0	27 640	0	6 900	6 150	40 690
Planeeritud	Sünnitusabi		300				300

vastuvõtt							
	Dermatoloogia		50				50
----	ENT		1 250				1 250
	Silm		500				500
	Üldkirurgia	400	1 750	350	700	750	3 950
	Günekoloogia		1 500				1 500
	Hand surgery		130				130
	Nakkushaigused		50				50
	Sisehaigused	250	1 000	200	400	450	2 300
	Nefroloogia		100				100
	Neurokirurgia		300				300
	Neuroloogia		450				450
	Onkoloogia		1 050				1 050
	Ortopeediline kirurgia		1 700				1 700
	Pediaatriline kirurgia		400				400
	Pediaatria		575				575
	Plastiline kirurgia		300				300
	Pulmanoloogia		210				210
	Reumatoloogia		200				200
	Rindkere kirurgia		550				550
	Transplantatsioon		50				50
	Uroloogia		1 100				1 100
Planeeritud vastuvõttude koguarv		650	13 515	550	1 100	1 200	17 015
Kõik kokku		650	41 155	550	8 000	7 350	57 705
ALOS		4,5	4,5	4,5	4,5	4,5	4,5

Voodipäevade arv	2 925	185 198	2 475	35 999	33 075	259 671
Voodite arv	10	607	8	118	108	851

Päevakirurgia arv	0	12 000	0	0	0	11 950	
Päevameditsiini arv	75	350	75	150	150	800	

Haiglate
suurused
Kagu-Eesti
teeninduspiirkon
d

Külastuste arv	Osakonnad	Haigla					Kokku
		Jõgeva	Tartu	Valga	Viljandi	Võru	
	Pediaatria		7 600				7 600
	Pediaatriline kirurgia		5 800				5 800
	Sünnitusabi		1 000				1 000
	ENT		3 400				3 400
	Silm		3 000				3 000
	Sisehaigused	0	12 800	0	4 800	5 000	22 600
	Kirurgia	0	7 000	0	5 800	6 000	18 800
	Günekoloogia	0	2 200	0	700	740	3 640
	Hand surgery		200				200
	Nakkushaigused		700				700
	Pulmanoloogia		5				5
	Neurokirurgia		30				30
	Nefroloogia		1 165				1 165
	Neonataalne hooldus		10				10
	Onkoloogia		35				35
	Orthopeediline kirurgia		4 550				4 550
	Plastiline kirurgia		50				50
	Reumatoloogia		20				20
	Dermatoloogia		50				50
	Rindkere kirurgia		15				15
	Transplantatsioon		50				50
	Uroloogia		50				50
Erakorraliste külastuste arv		0	49 730	0	11 300	11 740	72 770

Planeeritud külastused	Pediaatria		23 000				23 000
	Pediaatriline kirurgia		2 900				2 900
	Sünnitusabi		6 000	1 000			7 000
	ENT		25 500				25 500
	Silm		30 000				30 000
	Sisehaigused	4 000	16 100	4 000	7 300	7 600	39 000
	Kirurgia	1 000	4 300	1 000	1 800	1 800	9 900
	Günekoloogia		2 100				2 100
	Hand surgery		13 600				13 600
	Nakkushaigused		2 000				2 000
	Pulmanoloogia		2 000				2 000
	Neurokirurgia		1 200				1 200
	Nefroloogia		16 000				16 000
	Neonataalne hooldus		5				5
	Onkoloogia		60 000				60 000
	Ortopeediline kirurgia		17 000				17 000
	Plastiline kirurgia		3 400				3 400
	Reumatoloogia		14 500				14 500
	Dermatoloogia		42 500				42 500
	Rindkere kirurgia		500				500
	Transplantatsioon		3 800				3 800
	Uroloogia		3 300				3 300
Planeeritud külastuste arv		5 000	289 705	5 000	10 100	9 400	319 205
KOKKU		5 000	339 435	5 000	21 400	21 140	391 975
Radioterapia		0	15 000	0	0	0	15 000
Kemoterapia		400	2 000	350	700	700	4 150
Dialüüs		400	4 650	400	400	400	6 250
Kõik kokku		5800	361 085	5750	22500	22 240	417 375

