

Haiglavõrgu jätkusuutlikkus

*Kas riik on, arvestades rahvaarvu,
tervishoiuteenuseid, tervishoiutöötajaid ja raha,
suutnud kujundada optimaalse ja jätkusuutliku
haiglavõrgu?*

AK kuni avalikustamiseni Riigikontrolli veebilehel
Avaliku teabe seadus, § 35 lg 1 p 19

Haiglavõrgu jätkusuutlikkus

Kas riik on, arvestades rahvaarvu, tervishoiuteenuseid, tervishoiutöötajaid ja raha, suutnud kujundada optimaalse ja jätkusuutliku haiglavõrgu?

Kokkuvõte auditeerimise tulemustest

Mida me auditeerisime?

Riigikontroll auditeeris, kas praegune aktiivravihaiglate võrk on optimaalne, jätkusuutlik ning kujundatud kooskõlas „Eesti haiglavõrgu arengukavaga 2002“.

Haiglavõrk on optimaalne ja jätkusuutlik, kui kõigile haiglatele jätkub praegu ja ka tulevikus patsiente, kvalifitseeritud meditsiinitöötajaid ning raha haiglate korrastamiseks ja meditsiiniseadmete ostmiseks.

Miks on see maksumaksjatele oluline?

2002. aastal valmis Sotsiaalministeeriumi eestvedamisel haiglavõrgu arengukava, millega nähti ette toonase haiglavõrgu korrastamine eesmärgiga tagada optimaalsete kuludega kvaliteetse arstiabi kättesaadavus ning haiglate jätkusuutlik toimimine tulevikus.

Eestis sõltub tervishoiu rahastamine kogutud ravikindlustusrahast. Kuna riigi kulud tervishoiule on pidevalt suurenenud, ei pruugi ravikindlustusrahast enam piisata senises mahus tervishoiukulude katmiseks, sh kõigi haiglate ülalpidamiseks. Seetõttu on oluline, et haiglate arv ja nendes osutatavad raviteenused vastaks riigi rahalistele võimalustele. 2009. aastal kutsus Eesti Haigekassa kokku kõrgetasemelise töörühma tervishoiu rahastamise jätkusuutlikkuse hindamiseks.

2008. aastal moodustas 54% (6,6 miljardit) ravikindlustuse kuludest eriarstiabi: 6,6 miljardi krooni eest sai ravi 819 055 inimest ehk 61% kogu Eesti rahvastikust. 90% eriarstiabirahast kulus raviks arengukava haiglates.

Mida me auditi tulemusel leidsime ja järeldasime?

Riigikontrolli hinnangul on haiglavõrgu arengukavas ette nähtud aktiivravi haiglavõrk liiga suur ning jätkusuutmatu, sest kõigile haiglatele ei jätku tulevikus patsiente, kvalifitseeritud arste ega raha haiglate korrastamiseks. Nii riigi kui ka haiglapidajate huve on kahjustanud sotsiaalministri selgete otsuste puudumine soovitava haiglavõrgu kohta. Halvimas olukorras on maakonnahaiglad, kes teenuste osutamise ja rahastamise piiratud tingimustes ning elanike väikese arvu tõttu maakonnas ei suuda võtta põhikohaga tööle vajalikke arste ning kelle investeerimisvõimekus on kehvem kui suurematel haiglatel.

Olulisemad tähelepanekud:

- **Eesti haiglavõrgu arengukava ja praegune haiglavõrk ületab Eesti vajadusi ja ennekõike riigi võimalusi.** Praeguseks ei ole saavutatud isegi Eesti haiglavõrgu arengukava järgset haiglate arvu

haiglaliigiti. Sotsiaalministeerium ei ole kasutanud oma võimalusi haiglavõrgu kujunemist suunata. Vastupidi, ministrite senised otsused üldhaiglate loetelu ja haiglaliikide nõuete kehtestamise kohta on viinud selleni, et praegune haiglavõrk on suurem isegi haiglavõrgu arengukavas toodust.

- **Üldhaiglate maakondade niigi väike elanike arv on vähenenud oodatust kiiremini.** Haiglavõrgu arengukavas on kirjas soovituslikud teeninduspiirkondade suurused ehk elanike arv maakonnas, mis võimaldaksid haiglates säilitada piisava teenuste mahu, et tagada arstiabi kvaliteet ja haigla majanduslik toimetulek. Kättesaadavuse tagamiseks on mitu haiglat üldhaigla mahus jäetud alles ka maakondadesse, kus elanike arv on väiksem, kui teeninduspiirkonnas soovituslikult olema peaks. Kuna Eesti rahvaarv on järjest vähenenud ning rohkem inimesi on asunud elama Tallinna ümbrusse, on kogu rahvaarvu vähenemisest (2,9%) kiiremini kahanenud just üldhaiglate teeninduspiirkonnas elavate inimeste arv (7,9%). Seetõttu on enamikus üldhaiglates sünnitusi ja erakorralist kirurgilist tööd liiga vähe, et tagada personali professionaalsus, patsiendi turvalisus ja ressursside kasutamise tõhusus.
- **Patsiendid käivad järjest vähem ravil oma kodumaakonna üldhaiglas.** Ravil käimise osakaal oma kodumaakonna üldhaiglas (67%) on juba praeguseks väiksem, kui 2015. aastaks prognoositi (72%). Seetõttu võib patsientide ja teenuste hulk neis haiglates väheneda kiiremini kui rahvaarv. Lisaks osutavad mitmes maakonnas märkimisväärse osa ambulatoorsetest teenusest teised kohapealsed raviasutused ja see nõrgestab sealse üldhaigla jätkusuutlikkust veelgi.
- **Kõikidele haiglatele ei jätku tervishoiutöötajaid.** Tervishoiutöötajaskond vananeb ja pensioniealiste töötajate osakaal kasvab. Probleem on teravaim just arstide hulgas. 2008. aastal oli 16% arengukavahaiglate arstidest pensionieas (tervishoiusektoris tervikuna 19%). Prognoosi järgi ei asu tervishoiusektoris tööle nii palju residentuuri lõpetajaid, kui arstidest lähitulevikus pensioniikka jõuab. Samuti siirdub osa arste, sh residentuuri äsja lõpetanud, tööle välismaale: tõenäoliselt välismaal töötavate arstide arv ulatus 2008. aastal 8,3%-ni. Enim on lahkunud tõenäoliselt välismaale viimastel aastatel residentuuri lõpetanud arstid (2004.–2007. a lõpetajatest 9%).
- **Haiglahooneid ei ole suudetud korrastada kavandatud mahus.** Riik planeeris haiglavõrgu arengukava koostamisel haiglavõrgu investeerimisvajaduse, kuid riigi ja Euroopa Liidu eraldiste abil on investeerimissüste arengukavahaiglate hoonete kordategemiseks saanud seni ainult mõned suured haiglad. Praegustesse aktiivravihaiglate hoonetesse oleks vaja hinnanguliselt investeerida veel vähemalt 8 miljardit krooni. Haiglatel endal seda raha ei ole.
- **Maakonnahaiglate (sh üld- ja kohalik haigla) olukord ja väljavaated on kõige halvemad.** Kuigi haiglati on erinevusi, on enamiku maakonnahaiglate jätkusuutlikkus perspektiivis küsitav. Nende teeninduspiirkonnas elavate inimeste arv väheneb, põhikohaga töötavate arstide arv väheneb (sõltutakse järjest rohkem nn külalisarstidest), arstide keskmine vanus (54 a) ja pensioniealiste osakaal (26%) on suur, noori arste asub tööle harva, personalikulude

osakaal kogukuludest on väga suur ning haiglate investeerimisvõimekus on seega veel väiksem kui suurematel haiglatel.

Mida me soovitasime?

Riigikontrolli soovitused sotsiaalministrile:

- Ajakohastada Eesti haiglavõrgu arengukava aastal 2010. Plaanitav aktiivravi haiglavõrk peab olema mõistlik kompromiss eriarstiabi piirkondliku pakkumise ja ressursiliste võimaluste vahel ning arvestama seotud võrgustikega (sh kiirabi, esmasand, hooldusravi). Praegune aktiivraviteenuste pakkumine nii paljudes kohtades ei ole auditi aruandes toodud tegureid arvestades mõistlik ega jätkusuutlik.
- Parandada esmasandi arstiabi ja hooldusravi kättesaadavust. See korvab aktiivraviteenuste osutamise kohtade vähendamist.
- Kaaluda varianti, kus piirkondlikul ja keskhaiglal on kohustus osutada teatud ambulatoorseid ja/või päevastatsionaarseid teenuseid üldhaiglaga maakondades. See tagab kvaliteetse eriarstiabi parema kättesaadavuse.
- Lisada loodavasse haiglavõrgu arengukavasse realistlik aktiivravi võrgu investeerimisplaan ning näha ette ajakava ja raha selle elluviimiseks.
- Hinnata üle personalivajaduse prognoos, lähtudes uuest haiglavõrgust, ning viia sellega vastavusse nii arstide erialade arengukavad kui ka koolitustellimus.

Sotsiaalminister nõustus Riigikontrolli soovitustega. Minister kirjeldas tehtud ja käimasolevaid tervishoiu esmasandi tegevusi ning hooldusravi- ja haiglavõrgu investeringuid. Minister selgitas ka haiglavõrgu kontseptsiooni väljatöötamise senist käiku, kuid ei esitanud konkreetseid meetmeid ega ajakava, kas ja kuidas kavatseb Riigikontrolli soovitusi ellu viia.

Sotsiaalminister nõustus ka Riigikontrolli järelduste ja kriitikaga. Samas rõhutas minister, et haiglavõrgu arengukava otsustuspädevus ei ole ainuisikuliselt sotsiaalministri võimuses, vaid arengukava kehtestab Vabariigi Valitsus. Riigikontrolli hinnangul peab aga nii haiglavõrgu arengukava loomise kui ka muutmise initsiatiiv tulema sotsiaalministrilt.

Eesti Haigekassa juhatuse esimees nõustus auditi aruandes väljendatud seisukohaga, et kindlustatud isikute raviteenuste vajaduse peavad eeskätt suutma katta arengukava haiglad. Samas tõi juhatuse esimees välja, et selline tegevus ei pruugi igal pool anda soovitud tulemust, oleneb konkreetse maakonna teedevõrgust ja liikluskorraldusest.

Sisukord

Praeguse haiglavõrgu kujunemine	5
Enamikus Euroopa riikides, sh Eestis, on haiglate ja voodikohtade arv 10 aasta jooksul vähenenud ning haiglate tegevusnäitajad paranenud	5
„Eesti haiglavõrgu arengukavaga 2002“ loodi ulatuslikum haiglavõrk, kui „Hospital Master Plan“ 2015 ette nägi	6
Haiglavõrgu arengukava elluviimine	8
Praegune haiglavõrk ei vasta Eesti haiglavõrgu arengukavale	8
Samas tempos liikudes haiglavõrgu arengukavas seatud eesmärkide täitmiseni ei jõuta	9
Sotsiaalministeerium ei ole kasutanud kõiki võimalusi haiglavõrgu arengukava elluviimiseks	10
Patsiendid ja teenused	12
Elanike arv maakondades ehk haiglate teeninduspiirkondades väheneb	12
Ravijuhtude arv on kasvanud rohkem, kui prognoositi, kuid üldhaiglate osakaal on vähenenud	13
Oma kodumaakonna haiglate teenuseid kasutatakse järjest vähem	16
Haiglavõrguvälised raviastutused osutavad teenuseid oluliselt suuremas mahus, kui arvestati	18
Sünnitusi ning erakorralisi operatsioone on mitmes üldhaiglas liiga vähe ööpäevaringse valve säilitamiseks	21
Hooldusravisüsteemi arendamine suurendaks haiglate jätkusuutlikkust	24
Esmatasandi arendamine vähendaks haiglate koormust	26
Tervishoiutöötajad	29
Arstide arv on Euroopa Liidu keskmisel tasemel, õdesid ja ämmaemandaide on vähem	29
Haiglavõrgu arengukava ja arstide erialade arengukavad ei ole omavahel kooskõlas	29
Pensionieas töötab järjest rohkem arste	31
Üldhaiglate väljavaated vajalikke tervishoiutöötajaid palgata on halvad	34
Investeeringud haiglate hoonetesse	38
Eestis on kapitaliinvesteeringute osakaal tervise kogukuludest jätkuvalt väike	38
Senist haiglate rahastamist arvestades ei suudeta hoonetesse piisavalt investeerida	39
Riigikontrolli koondhinnang riigi tegevusele ja soovitused	43
Riigikontrolli soovitused ning sotsiaalministri ja Eesti Haigekassa juhatuse esimehe vastused	46
Auditi iseloomustus	48
Auditi eesmärk	48
Hinnangu andmise kriteeriumid	48
Riigikontrolli varasemaid auditeid tervishoiuvaldkonnas	51
Lisa A. Intervjueeritud isikud	52
Lisa B. Raviteenuste tarbimine	55
Lisa C. Investeeringud haiglate hoonetesse	62
Lisa D. Haiglavõrgu optimeerimise kontseptsioon	66

Praeguse haiglavõrgu kujunemine

Enamikus Euroopa riikides, sh Eestis, on haiglate ja voodikohtade arv 10 aasta jooksul vähenenud ning haiglate tegevusnäitajad paranenud

1. Eesti tervishoiusüsteemis on avalikul sektoril märkimisväärne roll tervishoiu korraldamises ja tervishoiuteenuste kättesaadavuse tagamises. Samas on tervishoiusüsteemi toimivuse ja paindlikkuse suurendamiseks rakendatud mitmeid erasektori põhimõtteid. Seetõttu tegutsevad kõik tervishoiuteenuse osutajad eraõiguse alusel. Perearstid on valdavalt kas füüsilisest isikust ettevõtjad või äriühingute omanikud ja palgatöötajad ning haiglad sihtasutused või aktsiaseltsid. **Haiglate** omanikeks on kas riik, kohalik omavalitsus ja/või muu avalik-õiguslik organisatsioon, kes haiglate nõukogu kaudu suunab nende strateegilist juhtimist.

2. 2008. a lõpu seisuga osutas Eestis tervishoiuteenuseid kokku 1315 iseseisvalt tegutsevat tervishoiuteenuse osutajat (sh 60 haiglat), kusjuures erasektori osakaal oli 95%. Erasektoris arvatakse asutused, kus riigi või kohaliku omavalitsuse kapitaliosalus puudub või on alla 50%, avaliku sektori asutustes on aga enamusosalus riigil või kohalikul omavalitsusel. Haiglatest kuulub erasektoris vaid kolmandik, perearsti- ja hambaraviteenuse osutajatest peaaegu kõik.

3. Erinevate riikide tervishoiuarengut vaadates on näha, et peaaegu kõikides Euroopa riikides, sh Eestis, on haiglate arv viimase 10 aasta jooksul vähenenud. 2008. a lõpu seisuga oli Eestis kokku 60 haiglanimelist tervishoiuasutust (sh taastusravi-, hooldus- ja erihaiglad) ning neis oli kokku 7662 ravivoodit.

4. Voodikohtade arv Eestis kokku oli 2007. aastal võrreldav ELi riikide keskmisega. ELi uutes liikmesriikides, näiteks Leedus, Lätis ja Tšehhis, oli voodikohtade arv suurem, Taanis ja Norras aga Eestist palju väiksem. Samamoodi oli vähenenud ka aktiivravivoodite arv, mis 2007. a oli ELi keskmisel tasemel. Koos haiglate arvuga on kõik riigid voodikohtade arvu viimase 10 aasta jooksul vähendanud. Viimaste aastate näitajad on esitatud tabelis 1.

Tabel 1. Voodikohtade ja aktiivravi voodikohtade arv riigiti 100 000 inimese kohta

Riik	Voodi	2000	2002	2004	2006	2007
Tšehhi Vabariik	Kõik voodid	854,9	860,2	847,4	825,1	810,5
	Aktiivravivoodid	634,2	631,3	620,3	603,9	595,5
Taani	Kõik voodid	429,6	413,5	382,2	364,5	349,5
	Aktiivravivoodid	346,7	336,5	310,6	—	—
Eesti	Kõik voodid	717,6	607,1	581,8	564,8	557,0
	Aktiivravivoodid	554,9	450,3	426,2	393,5	380,2
Soome	Kõik voodid	753,6	731,2	690,2	696,1	682,5
	Aktiivravivoodid	241,8	229,9	223,3	241,7	233,6
Saksamaa	Kõik voodid	911,9	887,4	857,9	829,1	—
	Aktiivravivoodid	636,5	611,9	593,2	572,9	—

Haigla on ambulatoorsete ja statsionaarsete tervishoiuteenuste osutamiseks moodustatud majandusüksus.

Allikas: tervishoiuteenuste korraldamise seadus

Haiglate arv on vähenenud ja tegevusnäitajad paranenud

Kas teadsite, et Eesti haiglate ja voodikohtade arv on olnud järgmine:

1991. a oli ligikaudu 120 haiglat 18 000 voodikohaga;

1995. a 83 haiglat 11 994 voodikohaga;

1998. a 78 haiglat 10 509 voodikohaga;

2001. a 68 haiglat 9320 voodikohaga;

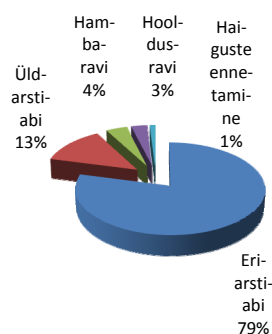
2002. a 51 haiglat 8248 voodikohaga.

Allikas: Sotsiaalministeerium

Läti	Kõik voodid	873,5	775,4	773,6	760,8	757,1
	Aktiivravivoodid	610,8	547,7	538,0	527,4	523,3
Leedu	Kõik voodid	975,7	894,5	843,3	798,9	814,0
	Aktiivravivoodid	665,2	604,1	554,6	510,1	509,3
Norra	Kõik voodid	433,2	433,6	429,3	411,8	391,2
	Aktiivravivoodid	312,0	312,0	309,9	297,6	284,2
EL	Kõik voodid	630,7	610,0	583,8	570,9	570,2
	Aktiivravivoodid	437,3	419,7	400,5	395,4	–
ELi liikmesriigid kuni maini 2004	Kõik voodid	611,7	590,4	567,7	554,2	–
	Aktiivravivoodid	412,8	397,5	382,5	375,3	–
ELi liikmesriigid 2004. või 2007. a-st	Kõik voodid	698,6	681,5	643,6	633,5	625,5
	Aktiivravivoodid	538,5	513,1	477,2	481,7	464,8

Allikas: WHO

Tervishoiuteenuste kulude osakaal 2008. a



Allikas: Eesti Haigekassa majandusaasta aruanne 2008

5. Haiglate voodikohtade arvu kõrval mõõdetakse rahvusvahelise kokkuleppe alusel haiglate töö optimaalsust ja efektiivsust veel mitme olulise näitaja – voodihõive, voodikäibe, voodikoormuse, keskmise haiglasviibimise jm – kaudu. Ka kõik need näitajad on Eestis viimase 10 aasta jooksul oluliselt paranenud.

6. Nii nagu enamikus riikides, moodustab ka Eestis tervishoiuteenuste kuludest enamuse haiglates osutatavate tervishoiuteenuste kulu. 2008. a moodustasid ravikindlustuse kuludest **tervishoiuteenuste** (sh eriarstiabi, üldarstiabi, hambaravi, hooldusravi ja haiguste ennetamine) **kulud** kokku 68% (8,3 miljardit). Tervishoiuteenuste kuludest omakorda moodustas enamuse (79%) eriarstiabi kulu. 2008. aastal olid eriarstiabi kulud Eesti Haigekassa (edaspidi ka haigekassa) andmetel 6,6 miljardit krooni. Sellest 90% moodustas haiglates osutatud eriarstiabi kulu.

„Eesti haiglavõrgu arengukavaga 2002“ loodi ulatuslikum haiglavõrk, kui „Hospital Master Plan“ 2015 ette nägi

7. Tervishoiusüsteemi korrastamise ja efektiivsuse suurendamise eesmärgil jätkati Eestis 1998. a perearstikeskse esmatasandisüsteemi käivitamise järel eriarstiabi reformimist. 2000. aasta aprillis valmis Sotsiaalministeeriumi tellitud „Hospital Master Plan 2015“ ehk Eesti haiglate arengukava aastani 2015 (edaspidi HMP). HMPs kirjeldati Eesti haiglavõrku 1999. aasta seisuga ja anti soovitusel haiglavõrgu arendamiseks 2015. aastani. HMPs märgiti, et väikese rahvaarvuga Eestis on haiglavõrk liiga suur ja ebaefektiivne.

8. HMPs soovitati 2015. aastaks vähendada aktiivravihaiglate arvu 13-ni ning voodikohtade arvu 2 voodikohani 1000 inimese kohta. HMPs lähtuti haiglate arvu määramisel rahvastiku arvule tuginevast teeninduspiirkonna suurusest ja arstiabi kättesaadavuse ajalisest kriteeriumist. HMPs jaotati Eesti 4 piirkonnaks, kus igaühes pidi asuma vastutav aktiivravihaigla. Aktiivravihaiglad jaotati 3 liiki: piirkondlikud, kesk- ja üldhaiglad (vt tabel 2). **Haigla liik** määrab, missuguseid tervishoiuteenuseid võib haiglas osutada.

Haigla liigid on piirkondlik haigla, keskhaigla, üldhaigla, kohalik haigla, erihaigla, taastusravihaigla ja hooldushaigla.

Allikas: tervishoiuteenuste korraldamise seadus

Haiglate arvu vähenemises ei suudetud kokku leppida

Piirkondliku haigla teeninduspiirkond peab olema küllalt suur, et tagada piisav arv patsiente kõige kõrgemal tasandil osutatava arstiabi erialadele. Lääne-Euroopas teenindab kolmanda tasandi haigla 0,5–1 miljonit inimest. Eestis on 2 seda tüüpi institutsiooni: üks Tartus ja teine Tallinnas.

Keskhaigla tavaline teeninduspiirkond on 100 000 kuni 200 000 inimest, nendes haiglates osutatakse lisaks üldhaigla teenustele näiteks ortopeedia, otorinolaringoloogia ning oftalmoloogia teenuseid. Teeninduspiirkonna suurus sõltub eelkõige geograafilistest ja logistilistest tingimustest.

Üldhaigla tavaline teeninduspiirkond on 50 000 kuni 100 000 inimest. See on piisav suurus, et tagada pädevus ning patsientide arv ööpäevaringse erakorralise arstiabi andmiseks. Üldhaigla meditsiiniline pädevus on sisehaigused, üldkirurgia ja sünnitusabi. Terapeutilised alamerialad on sisehaiguste, kirurgia erialad, näiteks on ortopeedia ja uroloogia üldkirurgia all.

Kohalik haigla on vajalik keskustes, mille kaugus kõrgema tasandi haiglatest on kuni 70 km ja mille teenindada on kuni 40 000 inimest. Sellises haiglas on võimalik tagada ööpäevaringse arstiabi osutamine valvearsti tasemel, kuid ei ole piisavalt patsiente ööpäevaringse erakorralise kirurgilise valveteenistuse tagamiseks.

Allikas: Eesti haiglavõrgu arengukava 2002

9. Arvestades, et 1998. a lõpu seisuga oli Eestis 78 haiglat, tulnuks 65 iseseisvat haiglat kaotada või ümber kujundada. Sellises aktiivravihaiglate ja voodikohtade arvu vähenemises ei suudetud HMP valmimisel 2000. a kokku leppida. HMP rakenduskavana valmistati kõigi maakondlike ja arstlike erialade arengukavade põhjal ette „Eesti haiglavõrgu arengukava 2002“ (edaspidi HVA ja ka Eesti haiglavõrgu arengukava), millega otsustati aktiivravihaiglate arvuks jätta 19 (vt tabel 2). Vabariigi Valitsus Eesti haiglavõrgu arengukava kinnitanud ei ole.

10. HMPs ja HVAs toodud kolm üldist eesmärki on ühesugused: tagada kvaliteetse arstiabi kättesaadavus, optimeerida kulutused haiglavõrgu rajamiseks ja toimimiseks ning tagada haiglavõrgu jätkusuutlikkus. Lisaks seati nii HMP kui ka HVAs eesmärgiks korrastada haiglavõrk ning määrati 2015. aastaks aktiivravivoodide, keskmise ravikestuse ja voodihõive soovitud tase (vt tabel 2). Nagu tabelist näha otsustati HVAs võrreldes HMPga haiglavõrk jätta ulatuslikumaks. HVAs otsustati jätta aktiivravihaiglate arv suuremaks, kui HMP ette pani, ning efektiivsuse näitajad pidid paranema vähem, kui HMPs ette nähti. Lisaks otsustati HMPs välja pakutud kolmele haiglaliigile lisada veel üks aktiivravi haiglaliik – kohalik haigla. HMP nägi ette võimaluse kujundada ülejäänud haiglad ümber kas hooldushaiglateks või päevaravikeskusteks.

Tabel 2. Haiglate arv, asukoht ja eesmärgid HMP ja HVA järgi*

Haigla liik ja arengukavade eesmärgid	Kirde-Eesti	Loode-Eesti	Kagu-Eesti	Edela-Eesti	Eestis kokku HMP järgi	Eestis kokku HVA järgi
Piirkondlik haigla	–	Tallinnas	Tartus	–	2	2
Keskhaigla	Kohtla-Järvel või Jõhvis	Tallinnas 2	–	Pärnus	4	4
Üldhaigla	Narvas ja Rakveres	Haapsalus ja Paides	Viljandis ja Võrus (Valgas)	Kuresaares (Kärdlas)	7	9
(Kohalik haigla)	–	(Raplas)	(Põlvas ja Jõgeval)	–	0	3
Voodikohtade arv	–	–	–	–	3120	3200
Keskmine ravikestus	–	–	–	–	4,5	4,6
Voodihõive	–	–	–	–	85%	83%

*Sulgudes on toodud Eesti haiglavõrgu arengukavaga 2002 lisatud haiglad võrreldes HMPga.

Allikas: „Hospital Master Plan 2015“ ja „Eesti haiglavõrgu arengukava 2002“

Riigikontroll uuris, kuidas on riik haiglavõrgu korraldamisega hakkama saanud

11. Arvestades, et kõigist tervishoiusüsteemi komponentidest on kõige kulukam ja kõige ulatuslikuma mõjuga haiglavõrk, keskenduski Riigikontroll käesolevas auditis riigi tegevuse hindamisele haiglavõrgu korraldamisel ning haiglavõrgu optimaalsuse ja jätkusuutlikkuse hindamisele. Konkreetsete haiglate tegevust ei hinnatud. Hinnangu andmisel haiglavõrgu optimaalsusele ja jätkusuutlikkusele käsitletakse

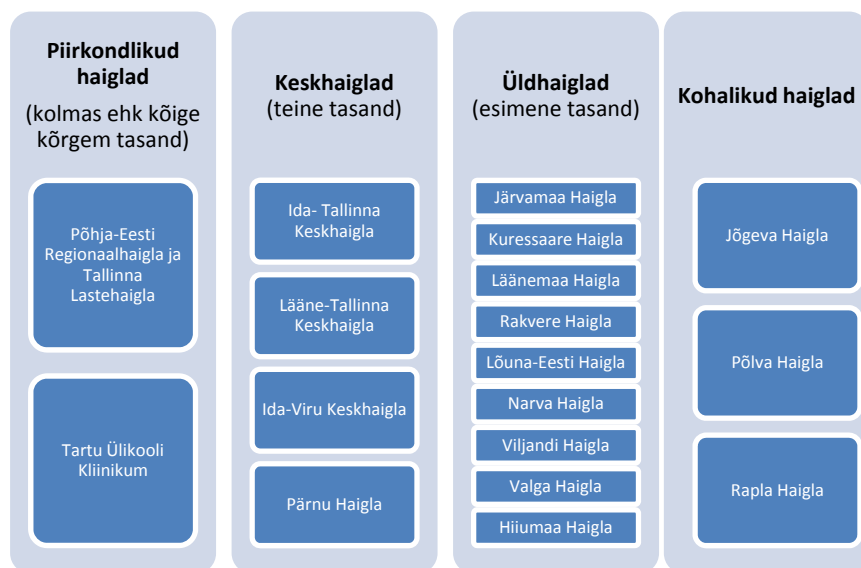
auditis haiglavõrguna Eesti haiglavõrgu arengukavaga 2002 ja Vabariigi Valitsuse määrusega kinnitatud haiglavõrgu arengukavas loetletud haiglaid. Teenuste mahu osas analüüsiti kogu teenuse osutajate võrku. Haiglavõrgu optimaalsust ja jätkusuutlikkust hinnati auditis kolme, Riigikontrolli hinnangul peamise jätkusuutlikkuse tingimuse – patsientide ja tervishoiuteenuste, tervishoiutöötajate ja investeeringute – kaudu. Kuigi Eesti haiglavõrgu arengukava 2002 ei ole Vabariigi Valitsuse praeguses tähenduses riikliku arengukavana kinnitanud, on Riigikontrolli hinnangul see riigi tegevusele hinnangu andmiseks oluline, sest riik on asunud seda arengukava ellu viima.

Haiglavõrgu arengukava elluviimine

Praegune haiglavõrk ei vasta Eesti haiglavõrgu arengukavale

12. Haiglavõrgu arengukava koostamist korraldab tervishoiuteenuste korraldamise seaduse järgi Sotsiaalministeerium. Haiglavõrgu arengukavas nimetatud haiglate loetelu võib täiendada ning muuta sotsiaalministri ettepaneku alusel, mis on kooskõlastatud Eesti Haigekassaga. Riigikontrolli hinnangul peaks Sotsiaalministeeriumi tegevus haiglavõrgu kujundamisel olema kooskõlas Eesti haiglavõrgu arengukavaga 2002. HVAg seati üheks eesmärgiks vähendada haiglate arvu ja neis osutatavate teenuste hulka, lähtudes haigla liigist. Eesmärgiks oli kahe üldhaigla muutmine **kohalikuks haiglaks**. HVAs soovitatud haiglate loetelu on esitatud joonisel 1.

Joonis 1. Haiglavõrgu arengukavas ette nähtud haiglad



Allikas: Eesti haiglavõrgu arengukava 2002

Kohaliku haigla peamine erinevus üldhaiglast seisneb selles, et kohalikus haiglas ei pea osutama kõiki teenuseid, mida peab osutama üldhaiglas (üldkirurgia, pediatría, sünnitusabi ja günekoloogia) ja seal ei pea olema erakorralist kirurgilist valveteenustust, vaid piisab ühest erakorralise meditsiini arsti või erakorralise meditsiini täiendusõppe läbinud arsti valve olemasolust. Kohaliku haigla puhul ei ole haigekassal kohustust osta tervishoiuteenuseid rohkem, kui haigla liik ette näeb.

Allikas: sotsiaalministri 19.08.2004. a määrus nr 103 „Haigla liikide nõuded“

Haiglavõrgu arengukava kehtestab Vabariigi Valitsuse määrusega, milles määratakse

1) tervishoiuteenuste ühtlase kättesaadavuse tagamiseks piirkondlike haiglate, keskhaiglate, üldhaiglate, kohalike haiglate, taastusravihaiglate ja hooldushaiglate loetelu;

2) vajalikud investeeringud haiglate loetelus nimetatud haiglate ehitamiseks, renoveerimiseks ja ümberkorraldamiseks.

Allikas: tervishoiuteenuste korraldamise seadus

13. HVAs eesmärgiks seatud haiglate arv kinnitati Vabariigi Valitsuse 02.04.2003. a määrusega nr 105 „**Haiglavõrgu arengukava**“ (edaspidi haiglavõrgu arengukava määrus). Vastuvõtmise ajal oli määruses haiglate arv liigiti kooskõlas HVAg. 2004. a lõpuni võisid AS Põlva Haigla ja SA Rapla Haigla tegutseda üldhaiglana, 2005. aastast pidid aga tegutsemist jätkama kohaliku haiglana. Mõlemad haiglad tegutsevad siiani üldhaiglana, kuna sotsiaalminister on kahel korral (2004. a ja 2009. a) lükanud edasi haiglate staatuse muutmise. Haigekassa

kooskõlastas 2004. aastal haiglavõrgu arengukava määruse muudatuse, rõhutades samas, et ühtlase kvaliteedi tagamiseks on Eestis liiga palju aktiivravihaiglaid. Haigekassa ei pidanud otstarbekaks tervishoiuteenuse osutamise ja osutajate killustamist, vaid toetas kvaliteetsema ja tõhusamalt toimiva tervishoiusüsteemi arendamiseks spetsialistide ja aktiivraviteenuste osutamise koondamist suurematesse keskustesse. Haigekassa arvates võiksid Rapla ja Põlva haigla jääda hooldusraviteenuste osutajaks. Käesoleval, 2009. aastal ei nõustunud haigekassa Sotsiaalministeeriumi ettepanekuga veel kord pikendada Rapla ja Põlva haigla üldhaiglana tegutsemist. Haigekassa arvutuste järgi võimaldaks Põlva ja Rapla haigla kohaliku haiglana tegutsemine ravikindlustusele säästa 6,8 miljonit krooni aastas.

Arengukavahaiglad:

Hiiumaa Haigla SA
 Ida-Tallinna Keskhaigla AS
 Ida-Viru Keskhaigla SA
 Jõgeva Haigla SA
 Järvamaa Haigla AS
 Kuressaare Haigla SA
 Lõuna-Eesti Haigla AS
 Läänemaa Haigla SA
 Lääne-Tallinna Keskhaigla AS
 Narva Haigla SA
 Põhja-Eesti Regionaalhaigla SA
 Põlva Haigla AS
 Pärnu Haigla SA
 Rakvere Haigla AS
 Rapla Maakonnahaigla SA
 Tallinna Lastehaigla SA
 Tartu Ülikooli Kliinikum SA
 Valga Haigla AS
 Viljandi Haigla SA

Allikas: haiglavõrgu arengukava määrus

14. Praeguseks on haiglavõrgu arengukava määruse järgi aktiivravihaiglaid (edaspidi **arengukavahaigla**) küll niisama palju, nagu HVAs planeeriti (19), kuid haiglates osutatava aktiivravi maht erineb planeeritust oluliselt. Vaatamata sellele, et HVA ja haiglavõrgu arengukava määrusega püüti haiglate tegevuse ulatust haigla liigi abil piiritleda, on ühte liiki haiglad praeguseks ikkagi väga erinevad ja osutavad erinevas mahu tervishoiuteenuseid (vt täpsemalt ka ptk „Patsiendid ja teenused“). 2009. aastal haiglavõrgu arengukava määrust muutes märkis Sotsiaalministeerium ka ise, et tuginedes alla 40 000 elanikuga maakondi teenindavate üldhaiglate statsionaarsete tervishoiuteenuste (haiglaravi) mahtude võrdlusele ning ajalise (1 tund) ja geograafilise kättesaadavuse (70 km) kokkulepitud kriteeriumile, ei ole põhjendatud ainult Põlva ja Rapla haigla suhtes kohaliku haigla staatuse kehtestamine. Vabariigi Valitsuse 06.08.2009. a istungil tehti sotsiaalministrile ülesandeks 2009. aasta jooksul välja töötada uus haiglavõrgu arengukava kontseptsioon.

15. Arvestades, et tervishoiuteenuste korraldamise seaduse kohaselt töötatakse haiglavõrgu arengukava välja vähemalt 15 aastaks ning tegemist on olulise raamdokumendiga, ei ole Riigikontrolli hinnangul Sotsiaalministeerium haiglavõrgu arengukava määrust muutes tegutsenud kooskõlas tervishoiuteenuste korraldamise seaduse mõttega ega HVAg. HVA on muutmata kujul kehtinud 7 aastat, samas on haiglavõrgu arengukava määrust mitu korda (2004 ja 2009) muudetud. Määruse muutmisel pole arvestatud ühtegi HVAs toodud eesmärki ega haigekassa arvamust.

Samas tempos liikudes haiglavõrgu arengukavas seatud eesmärkide täitmiseni ei jõuta

16. Haiglate loetelule lisaks seati HVAg eesmärgiks jõuda aastaks 2015 aktiivravi haiglavõrgu järgmiste näitajateni:

- aktiivravivoodite arv 3200;
- keskmine ravikestus 4,6 päeva;
- voodihõive 83%.

Konkreetsmaid tegevuseesmärgi ega mõõdetavaid näitajaid HVA ei sisalda. Pole määratud ka ajalisi ega muid mõõdetavaid vahe-eesmärgi, mistõttu võttis Riigikontroll HVA rakendamise hindamisel aluseks ülal

nimetatud eesmärgid ja uuris, kas senist tempot arvestades on reaalne aastaks 2015 need eesmärgid täita.

Aktiivravivoodid ehk lüühevoodid on kõik voodid, näiteks kardioloogia, kirurgia ja sünnitusabi ravivoodid, välja arvatud psühhiaatria-, tuberkuloosi- ja hooldusravi-voodid.

Allikas: Tervise Arengu Instituut

17. Senine **aktiivravivoodite** vähendamise ja voodihõive suurendamise tempo 5 a jooksul (2003–2008) on olnud aastati ebauhtlane (vt tabel 3). Viie aasta keskmist vaadates on selge, et tempo on olnud väiksem kui eesmärgini jõudmiseks vajalik. Et eesmärki täita, peaks senist voodite arvu aastas keskmiselt vähendama 99 voodi võrra rohkem ja voodihõivet suurendama senise 0,4% asemel 1,45% ehk aasta keskmist tempot tuleks suurendada vastavalt 79% ja 364%. Keskmiseks ravikestuseks seatud eesmärgi poole liikumise tempo on olnud oodatav või isegi veidi kiirem.

18. Üheks põhjuseks, miks voodite arv ei ole planeeritud mahus vähenenud, on kindlasti olnud hooldusravi vähene kättesaadavus, mistõttu on hooldusravi vajavad patsiendid osaliselt ka aktiivravivooditel (vt täpsemalt ka ptk „Patsiendid ja teenused“).

Tabel 3. Haiglavõrgu arengukava haiglate voodite, keskmise ravikestuse ja voodihõive näitajad

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Senine (2003–2008) eesmärgini liikumise tempo aastas keskmiselt	Eesmärgini liikumiseks (2009–2015) vajalik tempo aastas keskmiselt	Eesmärk 2015
Aktiivravivoodite arv kokku	5950	5750	5140	5287	5101	5165	–	–	–
Aktiivravivoodite arv HVA haiglates	5367	5235	4742	4860	4703	4751	123	222 (+79%)	3200
Keskmine ravi-kestus HVA haiglates	6,5	6,3	6,1	6,2	6,1	5,6	0,18	–0,037 (–2%)	4,6
Keskmine voodihõive HVA haiglates	68%	66%	68%	68%	67%	70%	0,4%	1,45% (+364%)	83%

Allikas: Tervise Arengu Instituut, Riigikontroll Tervise Arengu Instituudi andmete põhjal

19. Üaltoodu näitab, et senine aktiivravi haiglavõrgu korraldamine ja eesmärgiks seatud näitajate poole liikumise tempo ei ole olnud selline, mis võimaldaks 2015. aastaks seatud eesmärgi täita.

Sotsiaalministeerium ei ole kasutanud kõiki võimalusi haiglavõrgu arengukava elluviimiseks

20. HVA elluviimiseks on Sotsiaalministeeriumil mitu võimalust, sest rahva tervise kaitse ja arstiabi korraldamine ning vastavate õigusaktide eelnõude koostamine kuulub Sotsiaalministeeriumi pädevusse. Tervishoiuteenuste korraldamise seadus võimaldab sotsiaalministril juhtida haiglavõrgu arengut näiteks haiglaliikide määruse, haigla funktsionaalse arengukavale nõuete kehtestamise ning haigla funktsionaalse arengukava kinnitamise, aga ka teiste korraldavate võimaluste kaudu.

Sotsiaalministeerium on olnud haiglate tegevuse korraldamisel liiga paindlik

21. HVAs sõnastati teeninduspiirkonna põhimõte. Piisava kvaliteeditaseme tagamiseks peab igal haiglal olema tema haiglaliigile ja tasandile vastav teeninduspiirkond ja teenustekomplekt (vt täpsemalt ka ptk „Patsiendid ja teenused“). Näiteks Lääne-Euroopa kogemuse järgi peaks piirkondliku haigla teenindada olema 0,5 kuni 1 miljon inimest ja seal osutatakse kõige kõrgema tasandi teenuseid kõigil erialadel. Eestis on 2 seda tüüpi institutsiooni: Tartus Tartu Ülikooli Kliinikum ja Tallinnas Põhja-Eesti Regionaalhaigla. Keskhaigla peaks teenindama kuni 200 000 inimest ja keskhaiglas tuleks osutada nn teise tasandi arstiabi, kõrgema tasandi tegevusi ei peaks arendatama. Üldhaiglate teenindada oleks kuni 100 000 inimest ja seal tuleks tagada ööpäevaringne arstiabi sisehaiguste, üldkirurgia ning sünnitusabi ja günekoloogia erialal. Teiste erialade teenuseid ei peaks arendama.

22. Praegune haiglate loetelu ja neis osutatavate teenuste maht ei vasta HVA eesmärgile: haiglate loetelus on piirkondliku haiglana ka Tallinna Lastehaigla ning Tallinnas osutavad piirkondliku haigla (ehk kolmanda tasandi) tervishoiuteenuseid mõnel erialal (näiteks kardioloogia, nefroloogia, sünnitusabi ja günekoloogia, oftalmoloogia) ka kaks keskhaiglat. Sellist teenuste killustamist erinevate haiglaliikide vahel võimaldab sotsiaalministri haiglaliikide määrus, mis sätestab, milliseid teenuseid tuleb kindlasti osutada, kuid ei keela osutada muid teenuseid. Haiglate ja haiglaliikide paljususe ning võimaluse arendada oma tasandist kõrgema tasandi teenuseid on viinud selleni, et üht ja sama teenust osutatakse liiga paljudes haiglates. Osa neist teenustest nõuab aga hinnalisi meditsiiniseadmeid ja suurt personalihulka ning on selleks liiga kallid, et neid mitmes haiglas paralleelselt osutada. Näiteks selgus Riigikontrolli möödunud aastal valminud auditist „Meditsiiniseadmete soetamine ja kasutamine tervishoiuasutustes“, et Eesti haiglad on röntgeniseadmete, kompuuter- ja magnetresonantstomograafidega hästi varustatud, kuid osas haiglates ei kasutata kompuutertomograafe efektiivselt.

Haigla funktsionaalne arengukava on haigla vastutuspiirkonna ravivajaduste analüüsi, osutatavate tervishoiuteenuste mahtu ja haigla ruumivajadust ning tervishoiuteenuse osutamise funktsionaalset lahendust sisaldav dokument.

Allikas: sotsiaalministri 31.12.2001. a määrus nr 166 „Haigla funktsionaalse arengukava ja ehitusprojekti meditsiinitehnoloogia osa kinnitamise kord“

23. Konkreetsete haiglate arengusuunad kiidab sotsiaalminister heaks, kinnitades **haiglate funktsionaalsed arengukavad**. Haigla funktsionaalse arengukava läbivaatamisel tuleks muu hulgas hinnata arengukava vastavust haiglavõrgu arengukavale ja haigla kavandatava töömahu vastavust haigla liigile ja vastutuspiirkonna ravivajadustele. Riigikontrolli hinnangul on haiglate esitatavad andmed kogumis võrreldamatud. Kuna praeguse korralduse juures on haiglal võimalik oma funktsionaalses arengukavas pakkuda välja laiem teenustering kui HVAs sellele haiglaliigile ette nähtud ning kuna funktsionaalseid arengukavu ei esitata korraga (eri haiglad esitavad oma kava etappide kaupa ning eri ajal), ei ole võimalik hinnata kõikide funktsionaalsete arengukavade mõju ja vastavust haiglavõrgu arengukavale.

24. Kokkuvõttes on Riigikontrolli hinnangul Sotsiaalministeeriumi tegevus haiglavõrku korraldades kahjustanud nii riigi, Eesti Haigekassa kui ka haiglapidajate huve, sest puudub selgus, milline on tervishoiuteenuste kättesaadavuse tagamiseks optimaalne aktiivravahaiglate võrk. Senine HVAs seatud eesmärkide täitmise tempo on olnud liiga aeglane, et järelejäanud aja jooksul neid täita. Sotsiaalministeerium ei ole seni kasutanud kõiki võimalusi haiglavõrgu arengukava eesmärkide elluviimiseks.

Patsiendid ja teenused

Haiglate teenindada olev elanike arv väheneb

Elanike arv maakondades ehk haiglate teeninduspiirkondades väheneb

25. Et tagada haigla äramajandamine ja teenuste kvaliteet, on vaja, et haigla teeninduspiirkonnas elaks piisav arv inimesi. HVAs on antud haiglaliikide nn mõistlikud teeninduspiirkonna suurused, milleks peetakse elanike arvu maakonnas. Piirkondliku haigla teenindada peaks tavaliselt olema 500 000 – 1 000 000, keskhaiglal 100 000 – 200 000, üldhaiglal 50 000 – 100 000 ning kohalikul haiglal kuni 40 000 inimest. Võrreldes neid kriteeriume tabelis 4 toodud elanike arvuga ei oleks 8 maakonnas otstarbekas pidada üldhaiglat, eriti kuna elanike arv on pärast HVA kinnitamist veelgi vähenenud.

Tabel 4. Elanike arv ning muutus aastatel 2001–2008 ja arengukava haiglate arv maakonniti

Piirkond	Maakond*	Rännet arvestamata			Arvestades ka rännet			Haiglate arv/liik
		Elanike arv 2001	Elanike arv 2008	Elanikkonna muutus (%)	Elanike arv 2001	Elanike arv 2008	Elanikkonna muutus (%)	
Loode-Eesti	Harju	524 972	523 277	–0,3	524 278	542 976	3,6	2 piirkondlikku haiglat, 2 keskhaiglat
	Järva***	38 682	36 208	–6,4	36 998	33 545	–9,3	üldhaigla
	Rapla	37 505	36 684	–2,2	37 558	36 225	–3,5	üldhaigla
	Lääne	28 548	27 552	–3,5	28 328	25 739	–9,1	üldhaigla
	Hiiu	10 438	10 118	–3,1	10 449	9 564	–8,5	üldhaigla
Kirde-Eesti	Ida-Viru	178 896	170 719	–4,6	178 424	162 395	–9,0	keskhaigla ja üldhaigla
	Lääne-Viru***	67 610	67 375	–0,3	69 244	63 867	–7,8	üldhaigla
Edela-Eesti	Pärnu	90 998	88 563	–2,7	90 971	87 508	–3,8	keskhaigla
	Saare	35 877	34 845	–2,9	35 885	33 479	–6,7	üldhaigla
Kagu-Eesti	Tartu	149 488	149 283	–0,1	149 894	144 458	–3,6	regionaalhaigla
	Põlva	32 527	31 175	–4,2	32 564	29 961	–8,0	üldhaigla
	Valga	35 683	34 265	–4,0	35 568	32 628	–8,3	üldhaigla
	Viljandi	57 798	55 877	–3,3	57 740	52 201	–9,6	üldhaigla
	Võru	39 714	38 072	–4,1	39 623	36 329	–8,3	üldhaigla
	Jõgeva	38 223	36 922	–3,4	38 109	34 533	–9,4	kohalik haigla
Eesti kokku		1 366 959	1 340 935	–1,9	1 365 633	1 325 408	–2,9	19
Üldhaiglate maakonnad**		384 382	372 171	–3,2	383 957	353 538	–7,9	10

*Piirkondlike ja keskhaiglate tingitud teeninduspiirkonnad on laiemad kui nende maakond.

**Üldhaiglate maakondade kokkuvõttest on jäetud välja Ida-Viru maakond ja Narva haigla, sest maakonnas asub ka keskhaigla.

***Lääne-Viru ja Järva maakonna elanike arvu muutusi mõjutab endise Lehtse valla üleminek Lääne-Viru koosseisu kolme valla ühinemise käigus 2005. aastal.

Allikas: Statistikaamet, Tervise Arengu Instituut, Riigikontrolli analüüs

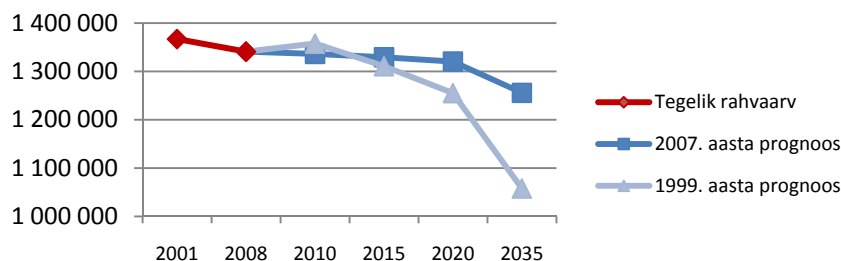
Kas teadsite, et praeguste haiglate paiknemist arvestades saab 95% inimestest minna ühistranspordiga elukohale kõige lähemal asuva haigla linna 1 tunniga ning 97% 1,5 tunniga. Analüüsis on arvestatud busside sõidugraafikut, kuid ei ole võetud arvesse, kas samal päeval ka tagasisõitvat bussi on.

Allikas: Riigikontrolli tellitud analüüs ASilt Regio

26. Põhjuseks, miks osa HVA-haiglaid teeninduspiirkonna väiksusest hoolimata üldhaigla mahus töötab, on toodud kauguse kriteerium: HMP järgi peaks enamik elanikkonnast saama haiglasse ühe tunni või 60–70 km autosõiduga. Defiineerimata jäeti aga, kui palju on „enamik elanikkonnast“, ning seda tõlgendati kahes arengukavas erinevalt. HMP järgi asub „enamik elanikkonnast“ haiglast piisavas kauguses ka siis, kui Jõgeva, Rapla, Hiiu, Põlva ja Valga maakonda aktiivravihaiglat ei jää. Need haiglad soovitati HMPs ümber kujundada kas päevaravikeskusteks või hooldusravihaiglateks. HVA kohaselt oli selle kriteeriumi täitmiseks vaja Hiiu ja Valga maakonnas üldhaiglad siiski alles jätta ning Jõgeva, Rapla ja Põlva haigla muuta kohalikuks haiglaks.

27. 2009. aasta alguseks oli Eesti rahvaarv kahanenud 1,34 miljonini, mis on ligi 30 000 inimest vähem kui 2000. aastal. 2007. aasta rahvastikuproгноos näitab, et lähitulevikus on rahvaarv vähenemas isegi rohkem, kui HMP seda ette nägi, kuid alates 2015. aastast on vähenemine HMP koostamise ajal tehtud prognoosist aeglasem (vt joonis 2).

Joonis 2. Rahvaarv aastatel 2001 ja 2008 ning selle prognoos



Allikas: Statistikaamet, „Hospital Master Plan. 2015“

28. Kuigi HMPd ja HVAd koostades on pikas perspektiivis elanike koguarvu vähenemisega arvestatud, ei ole arvesse võetud rahvastiku koondumist kahte suuremasse keskusse Tartu- ja Harjumaale. HVAs on raviteenuste mahtude prognoosimisel eeldatud, et maakondade elanike arvu proportsioonid püsivad muutumatuna. Statistika näitab aga, et kiiremini väheneb elanike arv nn maapiirkondades (vt tabel 4).

29. Kokkuvõttes on üldhaigla mahus haiglad kaheksas maakonnas, mille elanike arv on väiksem kui HVAs toodud minimaalne teeninduspiirkonna suurus. Rahvaarvu kiirem vähenemine üldhaiglaga maakondades on kaasa toonud selle, et nende üldhaiglate teenindada olevate inimeste niigi väike arv on teeninduspiirkonnas veelgi vähenenud.

Ravijuhtude arv on kasvanud rohkem, kui prognoositi, kuid üldhaiglate osakaal on vähenenud

30. Lisaks teeninduspiirkonna suurusele mõjutab tervishoiuteenuste tarbimist haiglates haigekassa, kes ostab enamiku pakutavatest tervishoiuteenustest. Haigekassa teenuste rahastamise planeerimise aluseks on eelmiste aastate ravijuhud, patsientide liikumise trendid (sh inimeste otsustused teenusepakkuja valikul) ning riigi senised tervishoiupoliitilised otsused, millises haiglas mingit raviteenust osutama peab. Muidugi on planeerimise aluseks ka rahalised võimalused, mis olid suuremad majanduskasvu tingimustes.

Eesmärk oli vähendada statsionaarset ning suurendada ambulatoorset ja päevaravi

Ravijuht sisaldab kõiki tegevusi, mis patsiendile ühe haiguse raames tervishoiuteenuse osutaja(te) poolt tehakse (näiteks uuringud, analüüsid, operatsioonid).

31. HVA üheks eesmärgiks oli suurendada ambulatoorse, sh päevaravi ja vähendada statsionaarse teenuse osakaalu. Prognoositud ravijuhtude arv ravitüüpide kaupa näitab, et päevaravi osa sooviti suurendada 0,4%-lt 2,3%-ni ning statsionaarse ravi osa vähendada 9,9%-lt 7,6%-ni (vt tabel 5).

32. Majanduskasvu ajal oli võimalik osta rohkem **ravijuhtusid**, kui prognooside koostamise ajal osati ette näha. Tabelis 5 on näha haigekassa raviteenuste ostmise aastatel 2001 ja 2005–2008 ning selle võrdlus Sotsiaalministeeriumi prognoosidega. Tabel näitab, et ravijuhtude koguarv on viimastel aastatel kiiresti kasvanud ning prognoositud ravijuhtude arv on juba praeguseks ületatud.

Tabel 5. Ravijuhud ravitüübi aastatel 2001 ja 2005–2008 ning nende võrdlus Sotsiaalministeeriumi prognoosidega

	Ravijuhtude arv haigekassa raviarvete alusel*					Ravijuhtude arvu kasv (%)	Prognoos aastaks 2015**	
Ravijuhtude arv	2001	2005	2006	2007	2008	2005–2008	HVAs (2002)**	Hilisem (2006)
Päevaravi	9 959	38 223	44 805	53020	55 939	41,1	47 802	65 377
Statsionaarne	270 730	236 270	243 260	241 512	242 689	2,7	213 344	21 6107
Ambulatoorne	2 442 004	2 402 251	2 511 196	2 614 109	2 735 334	13,3	2 155 476	2 544 073
Kokku	2 722 693	2 676 744	2 799 261	2 908 641	3 033 962	12,8	2 416 622	2 825 557
Osakaal (%)	2001	2005	2006	2007	2008		HVAs (2002)	Hilisem (2006)
Päevaravi	0,4	1,4	1,6	1,8	1,8		2	2,3
Statsionaarne	9,9	8,8	8,7	8,3	8		8,8	7,6
Ambulatoorne	89,7	89,7	89,7	89,9	90,2		89,2	90
Kokku	100	100	100	100	100		100	100

*Sotsiaalministeeriumi prognoos arvestas lisaks Eesti haigekassa ravijuhtudele ka kindlustamata isikute ravijuhte, kelle koguarv alla 1% ei mõjuta ravitüüpide omavahelist tasakaalu (nt 2005. a osakaalud olid samad).

** Prognoosi koostajate sõnul ei võetud 2002. aastal prognoosi koostades arvesse HVA-väliseid ravisutusi.

Allikas: Eesti Haigekassa raviarved aastatel 2001 ja 2005–2008, haiglavõrgu arengukava aastani 2015 lisad ning Sotsiaalministeeriumi 2005. aastal koostatud uued prognoosid, Riigikontrolli analüüs

Statsionaarse arstiabi osutamiseks on vajalik inimese ööpäevaringne viibimine haiglas, **ambulatoorse** ja **päevaravi** korral see vajadus puudub. Päevaravi (sh päevakirurgia) osutamiseks viibib inimene ravisutuses mitme tunni jooksul.

33. Prognoositud osakaalude põhjal võib öelda, et statsionaarsete ravijuhtude osakaalu vähenemine ning päevaravi juhtude osakaalu kasv on praeguseks saavutatud.

34. Kuigi eesmärgiks oli vähendada ka statsionaarse ravi osa, ei vähendatud majanduskasvu aastatel statsionaarsete ravijuhtude arvu, vaid isegi suurendati seda pisut. Eesmärgiks olnud proportsioonid saavutati seetõttu, et ambulatoorsete ja päevaravi juhtude arvu suurendati lihtsalt rohkem kui statsionaarse teenuse juhtude arvu. Seetõttu näeb Riigikontroll ohtu, et majanduskasvu tingimustes saavutatud proportsioonid võivad majanduslanguse ajal muutuda senisele arengule vastupidises suunas. Teiste sõnadega võib eelarve vähenemisest tuleneva teenuste üldmahu vähenedes hakata uuesti suurenema statsionaarse ravi osatähtsus (statsionaarses on suurem erakorraliste patsientide osa, kelle ravist ei ole võimalik loobuda ega seda edasi lükata) ning kaugenetakse eesmärgiks seatud statsionaarse ravi osakaalu vähenemisest.

Üldhaiglate ravijuhtude osakaal on prognoositust väiksem

35. Lisaks ravitüüpide osakaalu muutusele seab raviteenuste mahu senine suurenemine Eesti tervishoiu lähiaastatel veelgi suurema probleemi ette, kus senine harjumuspäraseks saanud teenustemaht väheneb järgmistel aastatel oluliselt ning kulutuste kokkutõmbamine vähendab veelgi haiglate võimekust tagada patsientide teenindamiseks piisavalt personali ning investeeringuid (personali ja investeeringute kohta vt lähemalt järgmistes peatükkides).

36. Senist haiglavõrku säilitada soovides tuleks kõikidele võrgu haiglatele tagada ka vajalik rahastamine. Kõige raskem on säilitada või suurendada praegust teenustemahtu väiksemates haiglates: üldhaiglates ja kohalikus haiglas.

37. Et saada teada, milliste haiglaliikide teenusemahte on haiglavõrgu arengukavas plaanis suurendada, uuris Riigikontroll, kuidas prognoositi haiglaliigiti ravijuhtude proportsioone. (Haiglavõrguväliste raviasutuste osakaalu Riigikontroll siinkohal ei analüüsinud, kuna võrdluseks olev HVA ravijuhtude 2002. aasta prognoos arvestab vaid haiglavõrgu haiglaid).

38. Võrdlus (vt tabel 6) näitab, et üldhaiglate praegune osakaal on prognoositust väiksem, lisaks on see jätkuvalt vähenemas. Prognoositust väiksem on ka kohaliku haigla ravijuhtude osakaal.

Tabel 6. Eesti Haigekassa ostetavate eriarstiabi ravijuhtude jagunemine (%) aastatel 2001 ja 2005–2008 HVA haiglaliikide vahel

	2001	2005	2006	2007	2008	Prognoos HVAs (2002)	Hilisem prognoos (2006)
Regionaalhaigla	34,0	37,6	37,5	37,4	37,3	34,0	34,1
Keskhaigla	41,0	39,9	40,1	40,0	41,4	39,9	41,1
Üldhaigla	23,7	21,6	21,6	21,7	20,5	24,7	23,4
Kohalik haigla	1,3	0,9	0,9	0,9	0,9	1,4	1,4
Kokku	100	100	100	100	100	100	100
Arv kokku	2 066 847	2 074 329	2 151 417	2 197 521	2 340 131	2 410 233	2 760 269

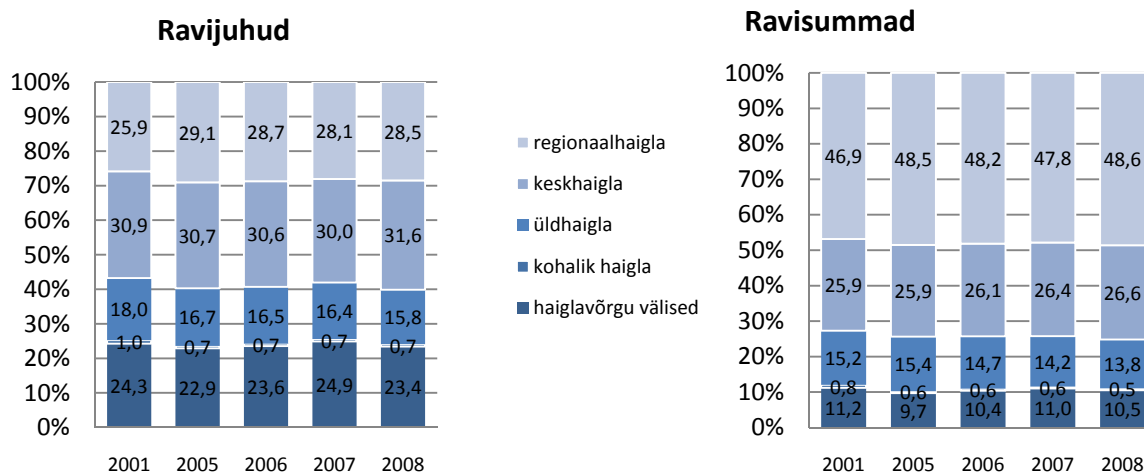
Allikas: Eesti Haigekassa raviarved aastatel 2001 ja 2005–2008, haiglavõrgu arengukava aastani 2015 lisad ning Sotsiaalministeeriumi 2005. aastal koostatud uued prognoosid, Riigikontrolli analüüs

39. Ravitüübiti on nii vanas kui ka uues prognoosis ette nähtud statsionaarsete ravijuhtude osakaalu vähenemist üldhaiglates (vt lisa B tabel 1). Selle poole on trend ka suundunud: nii statsionaarsete ravijuhtude arv kui ka osakaal on haiglaliikidest ainsana vähenenud üldhaiglates. Samas näevad mõlemad prognoosid ette, et ambulatoorse teenuse osakaal üldhaiglates ja kohalikus haiglas suureneb (24% ja 1,5%-ni), kuid tegelikult on see hoopis vähenenud (20% ja 0,9%-ni). Seega ei ole üldhaiglad täitnud arengukavas ennustatud tugevat rolli kohapealse ambulatoorse teenuse pakujana. Vähenenud on ka päevaravi osakaal, samas selles ravitüübis üldhaiglate osakaalu kasvu ette ei nähtud.

40. Ravijuhtude koguarv on majanduskasvu aastatel 2005–2008 suurenenud pea kõikides haiglaliikides (v.a üldhaiglate statsionaarne teenus). Majanduskasvu ajal ei ole olnud põhjust muretseda üldhaiglate teenusemahu säilitamise pärast.

41. Haigekassa raviarvete analüüs (vt joonis 3), kuhu on lisatud haiglavõrguvälised raviasutused ning ravitüüpidest hooldus- ja taastusravi, näitab samuti, et vähenenud on just üldhaiglate ravijuhtude osakaal ligikaudu 2 protsendipunkti ning raviraha osakaal 1,5 protsendipunkti võrra. Ka kohaliku haigla osakaal on vähenenud.

Joonis 3. Eesti Haigekassa ostetavate ravijuhtude ja -summade osakaal aastatel 2001 ja 2005–2008 (kõik ravitüübid, sh hooldus- ja taastusravi)



*Nüüd ja edaspidi on 2001. aastal arengukava haiglate hulka arvestatud ka need haiglad, mis tegelikult lisati hiljem (nt Kohtla-Järve ja Keila haigla).
Allikas: Eesti Haigekassa raviarved, Riigikontrolli analüüs

42. Kokkuvõttes võib öelda, et üldhaiglate (ja ka kohaliku haigla) ambulatoorsete teenuse osakaal on positiivsest prognoosist hoolimata juba praeguseks vähenenud. Kuigi üldhaiglate kogu teenustemaht ei ole majanduskasvu tõttu vähenenud, on väga oluline uuesti hinnata, kas üldhaiglate praegune teenustemaht suudetakse tagada ka uutes raskemates tingimustes.

Oma kodumaakonna haiglate teenuseid kasutatakse järjest vähem

43. Haigla teenuste maht sõltub nii patsientidest, kes pöörduvad just nimelt sellesse haiglasse, haigla enda võimalustest teenust osutada kui ka haigekassa lepingu suurusest.

44. Haiglavõrgu ümberkorralduste üheks eesmärgiks oli tuua lihtsamad raviprotseduurid patsiendile lähemale maakonnahaiglasesse ning keerulised ravijuhud suunata kesk- ja regionaalhaiglasesse. Ministeerium on HVAs koostatud ja hiljem uuendatud prognoosiga ette näinud oma kodumaakonnahaiglates käimise vähenemise, täpsemad prognoosid on toodud joonisel 4.

45. Riigikontroll analüüsis, millised muutused on patsientide liikumises toimunud aastatel 2002–2008 ehk

- kui suur osa patsientidest käib ravil oma kodumaakonnas,
- kui suur osa patsientidest käib ravil oma kodumaakonnas olevas arengukava haiglas või -haiglases;

Eesmärk: lihtsam ravi kohapeal, keerulisem keskustes

ning võrdles tulemusi Sotsiaalministeeriumi prognoosidega.

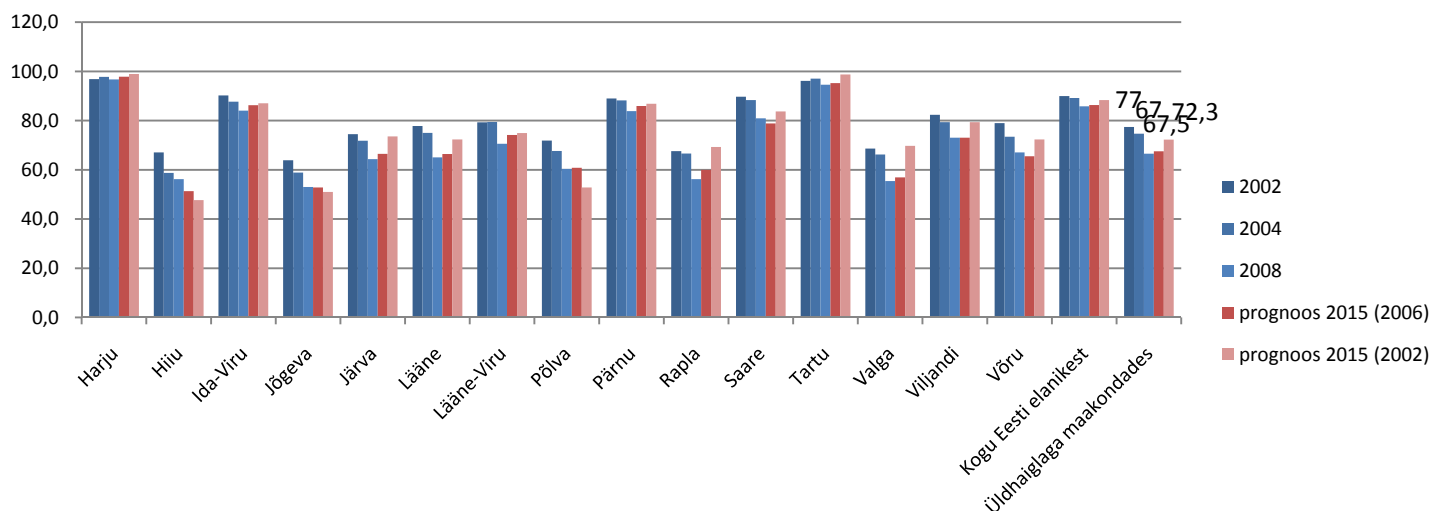
Selleks võrdles Riigikontroll haigekassa uuringu „Eriarstiabi tarbimine maakonniti aastatel 2002 ja 2004“ tulemusi 2008. aasta raviarvetega (metoodikast lähemalt vt lisa 2).

Suur osa patsientidest ei käi ravil kodumaakonnas, liikudes enamasti kõrgema tasandi haiglatesse

46. Võrdlus haigekassa varasemate analüüsidega (vt joonis 4, vt ka lisa B, tabel 2) näitab, et kodumaakonnas ravil käimine on vähenenud kõikides maakondades peale Tartu- ja Harjumaa (enim vähenenud Valga, Lääne, Võru, Rapla ja Põlva maakonnas). See tähendab, et inimesed käivad sagedamini ravil oma maakonnast väljaspool asuvates haiglates vm raviasutustes.

47. Ministeeriumi prognoosidega võrreldes (vt joonis 4) on nendes maakondades, kus asub ainult üldhaigla, oma kodumaakonna haigla külastatavus oluliselt väiksem. Ministeeriumi HVA-prognoosi järgi osutatakse 2015. aastal üldhaiglaga maakondades mingis kodumaakonna raviasutuses teenust 72,3%-l ja prognoosiuuenduse järgi 67,5%-l ravijuhtudest. Tegelikult on see osakaal viimase kuue aastaga vähenenud 77%-lt 67%-ni ning on juba praegu väiksem mõlemast prognoosist. Vähenemine on toimunud hoolimata sellest, et arengukavas kohalikuks haiglaks planeeritud kaks haiglat jätkavad endiselt teenuste osutamist üldhaigla mahus. Kui vähenemine jätkub senise kiirusega, võib aastaks 2015 üldhaiglatega maakondades tervishoiuteenuse osutamine kodumaakonna raviasutustes olla vähenenud juba 57%-ni.

Joonis 4. Kodumaakonna raviasutustes ravil käimise osakaal (%) maakonniti aastatel 2002, 2004 ja 2008 ning Sotsiaalministeeriumi 2002. ja 2006. aasta prognoosi kohaselt aastaks 2015



Allikas: Esnar, K, Ploom, K. Eriarstiabi tarbimine maakonniti aastatel 2002 ja 2004. Tln, 2005. Eesti Haigekassa 2008. a raviarved, haiglavõrgu arengukava aastani 2015 lisad ning Sotsiaalministeeriumi 2006. aastal koostatud uued prognoosid, Riigikontrolli analüüs

48. Analüüs näitab, et üldhaiglaga maakondadest liigutakse ravile kõrgema tasandi haiglaga maakondadesse. Senisest rohkem käivad teiste maakondade patsiendid Tartu ja Harju maakonna raviasutustes. Kesonhaiglaga maakondadest on suurenenud vaid liikumine Pärnu maakonda (peamiselt Lääne, aga pisut ka Rapla maakonnast), Ida-Viru

maakonda tullakse teistest maakondadest ravile jätkuvalt vähe (vt lisa B tabelid 2 ja 3).

49. See, et üha rohkem patsiente saab ravi kõrgema tasandi haiglatest, on seotud nii kohapealse haigla võimalustega (kas on olemas erialapersonal) abi osutada kui ka tervishoiupoliitiliste ja ravi rahastamise otsustega. Siiski peegeldab see ka patsiendi valmisolekut või soovi minna ravile kodust kaugemale.

Kodumaakonna haiglas käiakse prognoositust vähem ambulatoorsel ravil

50. Võrreldes prognoositud muutusi 2008. aasta andmetega käiakse kodumaakondades kõige vähem ambulatoorsel ravil (vt tabel 7).

Tabel 7. Kodumaakonna raviasutustes käimine ravitüübiti 2008. a ja Sotsiaalministeeriumi 2006. a prognoos aastaks 2015

	Piirkond	Tegelik 2008 (%)	Prognoos 2015 (2002)	Prognoos 2015 (2006)	Vahe 2002. a prognoosiga	Vahe 2006. a prognoosiga
Ambulatoorne	Kogu Eesti	86,8	89,6	87,4	-2,8	-0,6
	Üldhaiglaga mk-d	68,4	74,8	69,6	-6,4	-1,2
Statsionaarne	Kogu Eesti	76,7	79,0	76,9	-2,3	-0,2
	Üldhaiglaga mk-d	53,9	53,2	51,8	0,7	2,1
Päevaravi	Kogu Eesti	77,3	76,3	75,3	1,0	2,0
	Üldhaiglaga mk-d	49	52,8	45,1	-3,8	3,9

Allikas: Eesti Haigekassa 2008. a raviarved, haiglavõrgu arengukava aastani 2015 lisad ning Sotsiaalministeeriumi 2006. aastal koostatud uued prognoosid, Riigikontrolli analüüs

51. Kokkuvõtlikult on patsiendid hakanud liikuma ravile kõrgema tasandi haiglaga maakondadesse isegi rohkem, kui osati arvestada ravijuhtude prognoosis. Viimastel aastatel, kui ravijuhtude arv pidevalt kasvas, oli sellest hoolimata võimalik endist ravijuhtude arvu säilitada kõikides haiglates. Edaspidi kaasneb patsientide kõrgema tasandi haigladesse liikumisega aga järjest suurem risk, et kõikidele väikestes maakondades olevatele üldhaiglatele jääb patsiente ja ravijuhte oma töö mõistlikuks planeerimiseks liiga väheseks.

Haiglavõrguvälised raviasutused osutavad teenuseid oluliselt suuremas mahus, kui arvestati

Prognoos: 98% ravijuhtudest ostetakse haiglavõrgust

Haiglavõrguväliseks raviasutuseks on iga haigla, tervisekeskus vm asutus, kus osutatakse eriarstiabi ning mida ei ole loetletud haiglavõrgu arengukavas.

52. Arengukavasse kuulumine peaks haigla jaoks tagama ka kindlates piirides ostetava teenustemahu. Sotsiaalministeeriumi 2006. aasta prognoosi kohaselt peaks aastaks 2015 ostetama tervelt 97,7% ravijuhtudest haiglavõrgu haiglatelt ja vaid 2,3% peaks ostetama haiglavõrguväliselt raviasutustelt.

53. Praegu ostab haigekassa aga haiglavõrgu haiglatelt vaid 77,5% ravijuhtudest ning see osakaal ei ole viimastel aastatel suurenenud (vt tabel 8). Ravitüübiti ostetakse haiglavõrgust vaid statsionaarset teenust prognoositust rohkem, päevaravis ja eriti ambulatoorses ravis ostetakse haiglavõrgult teenust vähem, kui prognoositi.

Tabel 8. Haiglavõrgu haiglate osakaal haigekassa rahastatavatest teenustest ja Sotsiaalministeeriumi 2006. aasta prognoos aastaks 2015

	2001	2005	2006	2007	2008	Prognoos 2015. a-ks (2006)	2008. a erinevus prognoosist
Ambulatoorne	74,7	75,6	74,9	73,6	75,3	98,0	-22,7
Päevaravi	90,3	83,6	81,0	80,2	82,2	90,2	-8,0
Statsionaarne	94,1	97,5	97,5	97,3	97,8	96,2	1,6
Kokku	76,7	77,6	77,0	75,7	77,3	97,7	-20,4

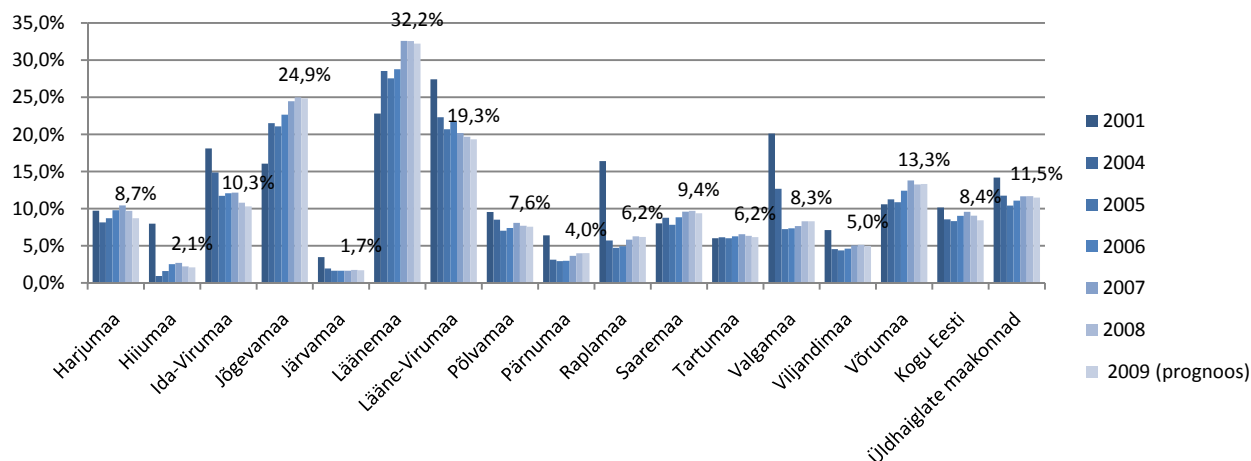
Allikas: Eesti Haigekassa 2008. a raviarved, Sotsiaalministeeriumi 2006. aastal koostatud prognoosid, Riigikontrolli analüüs

Väljastpoolt haiglavõrku ostetavate teenuste rahasummade jaotus erineb maakonniti

54. Haiglavõrgu arengukava haiglatele on antud tuleviku suhtes pisut suurem kindlus kui haiglavõrguvälistele raviastutustele, sest haigekassa sõlmib esimestega raamlepingu viieks, teistega kolmeks aastaks. Raamleping ei taga haiglale siiski nendeks viieks aastaks kindlat ravijuhtude arvu: kindlad arvud ja summad planeeritakse eelarveaasta kaupa. Ainukese kindluse tagab lepingu üldtingimustes sätestatud nõue tagada igal aastal 75% eelmise aasta lepingumahust.

55. Selle tulemusena erineb haiglavõrgu haiglatelt ostetavate teenuste osakaal maakonniti tunduvalt (vt joonis 5, arvestatud ei ole taastus- ega hooldusravi). Kui Eestis kokku on HVA-välise asutuste teenuste osakaal 8,2%, siis mitmes maakonnas on see osa tunduvalt suurem, nt Lääne-Viru (2008. a 19% teenuste mahust), Jõgeva (23%) ja Võru (13%). Jõgeva ja Rakvere sõnul on selline olukord tingitud eeskätt sellest, et haiglate loomisel eraldati ambulatoorne eriarstiabi haiglast.

Joonis 5. Haiglavõrguväliste raviastutuste osakaal eriarstiabi rahasummadest maakonniti aastatel 2001 ja 2004–2009



Harju ja Ida-Viru maakonnas on 2001. aasta korral arengukava haiglate koosseisu arvatud hiljem nendega liidetud raviastutused.

Allikas: Eesti Haigekassa raviarved aastatel 2001 ja 2004–2008 ning 2009. aasta prognoos lepingute täitmise kohta, Riigikontrolli analüüs

Erihaigla – haigla, kus osutatakse kõrgetasemelist eriarstiabi ühel kitsal erialal.

56. Kui näiteks Harjumaal on olemas ka haiglavõrku mittekuuluvad eriarstiabi aktiivravi haiglad ehk **erahaiglad** ja Läänemaal taastusravihaigla, siis Jõgeva, Rakvere ja Võru maakonna puhul on tegemist ambulatoorse nn erateenusega, mis võtab ära märkimisväärselt osa arengukava haigla teenuste rahast. Sellega seoses on ohus ka nende

haiglate rahaline jätkusuutlikkus, lisaks on sealt juba lahkunud ka osa personali, kes on asunud töötama osakoormusega haiglavõrguvälistes haiglates.

57. Haiglavõrku planeerides ei arvestatud eeldatavasti, et nii suur hulk teenuseid ostetakse haiglavõrguvälisest raviasutusest. Sellele viitab 2008. aasta raviarvete võrdlus ministeeriumi prognoosidega aastaks 2015.

58. Paljudel juhtudel on teenuste ostmise haiglavõrguväliselt asutustelt olnud seotud haigekassa eesmärgiga osutada teenust kindlas asukohas ja patsiendile võimalikult lähedal, samuti eesmärgiga suurendada konkurentsi teenusepakkujate vahel ning saada teenust odavama hinnaga. Haigekassa sõnul ei ole arengukava haiglad olnud valmis teenust väljaspool haigla asukohta osutama, sest see tooks kaasa liiga suuri lisakulusid. Riigikontrolli hinnangul on teenuse lähedus patsiendile ning kulude kokkuhoid olulised, kuid piiratud ressursside korral on siiski oluline eelistada arengukava haiglaid. Kui on kindlustunne teenustemahu optimaalse jätkumise suhtes, saavad arengukava haiglad oma personalivajadust ja investeringuid pikas perspektiivis paremini planeerida.

Ravikindlustuseelarve vähenedes kahanevad ka lepingumahud

59. 2009. aastal on haigekassa pidanud vähendama raviteenuste eelarvet ja sellest tulenevalt ka teenuste lepingumahtusid. Mõnevõrra rohkem on haigekassa vähendanud haiglavõrguväliste asutuste lepingumahtusid, mis on võimaldanud säästa arengukava haiglaid teenuste mahu vähendamisest. Riigikontrolli hinnangul on tegemist õige valikuga. Siiski näitab 2009. aasta prognoos (vt joonis 5), et haiglavõrguväliste asutuste osa ravisummadest on kahanenud peaaegu ainult kõrgema tasandi haiglate maakondades. Üldhaiglatega maakondades on haiglavõrguväliste asutuste osakaal jäänud aga samaks. Lisaks ütlevad haigekassa esindajad, et haiglavõrguväliste asutuste ravimahtu saab põhiosas vähendada alles 2011. aastal, sest kolmeaastased raamlepingud kehtivad 2010. aasta lõpuni.

60. Riigikontrolli soovitus Eesti Haigekassa juhatuse esimehele: suurendada järk-järgult lepingusummade osakaalu arengukava haiglates, eelkõige nendes üldhaiglatega maakondades, kus haiglavõrguväliste raviasutuste osakaal ravimahtudest on väga suur.

Eesti Haigekassa juhatuse esimehe vastus:

Haigekassa toetab auditis väljendatud seisukohta, et kindlustatud isikute raviteenuste vajaduse peab eeskätt suutma katta nn arengukavas nimetatud haiglate poolt. Seda seisukohta arvestades sõlmibki haigekassa nn raamlepingud arengukava haiglatega viieks aastaks. Haigekassa on lepingu läbirääkimistel eeskätt arengukava suurte haiglatega järjekindlalt osutanud vajadusele arendada välja võimalused pakkuda teenust ka väljaspool oma asukohta. Konkreetne koostöö on siiani selles osas olnud näiteks Ida-Viru Kesonhaigla juhatusega, kellega koostöös on vähenenud eriarstiabi teenuste ostmise mitmel erialal haiglavõrguväliselt teenuse osutajatelt.

Samas märgime, et selline tegevus ei pruugi igal pool anda soovitud tulemust tulenevalt konkreetse maakonna teedevõrgust ja liikluskorraldusest. Nii on näiteks Jõgeva maakonnas kõrvuti Jõgeva Haiglaga välja kujunenud eriarstiabi teenuste osutajateks Põltsamaal

asuvad pakkujad. Teenuste ostmise lõpetamine Põltsamaal asuvatelt haiglavõrguvälistelt teenuse osutajatelt ei too aga kaasa teenuste ostmise suurenemist Jõgevalt, sest tulenevalt liikluse korraldusest ei ole kindlustatud isikutel võimalik Jõgeval arsti juures käia ning suundutakse pigem Tartusse, kus piirkondliku haigla TÜ Kliinikumi ravijärjekorrad on pikad ning ravijuhu keskmine maksumus tunduvalt kõrgem.

61. Kokkuvõttes võib öelda, et haigekassa on erinevatel põhjustel ostnud mitmes maakonnas olulises mahus teenuseid haiglavõrguvälistelt haiglatelt. Vähenenud eelarve korral on Riigikontrolli arvates otstarbekas tagada arengukavahaiglatele stabiilsem teenustemaht.

62. Seega, kui jätkuvad senised trendid ehk kui

- väikeste haiglate teeninduspiirkonnas väheneb elanike arv veelgi;
- riigi senise tervishoiupoliitika tulemusena liiguvad patsiendid järjest rohkem kõrgema tasandi haiglatesse;
- prognoositust rohkem osutavad teenust haiglavõrguvälised asutused, seda eriti üldhaiglate maakondades; ning
- kui ravijuhtude arv enam ei kasva, sest tervishoiu praeguse rahastamissüsteemi korral ei ole 2005.–2008. aasta suurt ravikindlustuseelarve kasvu enam ette näha;

siis ei võimalda mitmete üldhaiglate teenustemahud enam haiglate endises mahus äramajandamist. Majanduslikku jätkusuutlikkust saab küll pisut tugevdada, ostes haiglavõrgu haiglatest osa ka sellest teenusest, mida praegu ostetakse nn erategijatelt, kuid ainult see abinõu jääb Riigikontrolli hinnangul praeguse haiglavõrgu jaoks ebapiisavaks.

Sünnitusi ning erakorralisi operatsioone on mitmes üldhaiglas liiga vähe ööpäevaringse valve säilitamiseks

Üldkirurgia statsionaarse ravi osakaal üldhaiglates on plaanitust suurem

63. Nii HVAs kui ka üldkirurgia arengukavas on soovitud üldkirurgias suurendada päevaravi osakaalu ning vähendada statsionaarset teenust. Kuigi prognoositud osakaaludeni on üldjoontes juba jõutud, jääb päevaravi osakaal seni veel prognoositule alla.

64. Üldkirurgia arengukava järgi jääb erakorraline kirurgiateenistus järgmistesse üldhaiglatesse:

- Narva, Rakvere ja Viljandi haiglas (suur teeninduspiirkond);
- Kuressaare ja Hiiumaa haiglas (isoleeritus);
- Järvamaa haiglas (tiheda liikluse korral Tallinna-Tartu maanteel ajaline kaugus regionaalhaiglatest suur);
- Lõuna-Eesti ja Valga haiglas, kui teeninduspiirkond laieneb.

Põlva, Läänemaa ja Rapla haiglast peaks kindlasti erakorraline kirurgiateenistus kaduma. Pakutud teenuste jaotus on kooskõlas HVAg, välja arvatud Läänemaa haigla, mille HVA nägi ette üldhaiglana, kus peaks asuma ka erakorraline kirurgiateenistus.

Vältimatute operatsioonide arv väheneb

65. Haiglaliigiti on suurimaks erinevuseks võrreldes ministeeriumi prognoosiga üldhaiglate suur osakaal üldkirurgia statsionaarses ravis. See on püsinud viimasel neljal aastal 47% juures, mis on aga tunduvalt suurem kui planeeritud 34% (vt lisa B tabel 4). Kokkuvõttes on kõikide ravitüüpide korral ravijuhte üldhaiglates prognoositust rohkem, kesk- ja piirkondlikes haiglates prognoositust vähem. Seega, kuigi ravijuhtude kogumahuks on üldhaiglate osakaal vähenenud, on üldkirurgia erialal see suurenenud just üldhaiglates.

66. Plaaniliselt opereeritute arv (statsionaar ja päevakirurgia kokku) on statistika andmetel aastatel 2003–2007 üld- ja kohalikus haiglas kasvanud kokku 6%. Vältimatus korras statsionaarselt opereeritute arv on aga vähenenud kokku 25% ja seda enamikus üldhaiglates.

67. Sotsiaalministeerium analüüsis 2006. aastal kolme üldhaigla (Läänemaa, Rapla ja Põlva haigla) erakorralist tööd. Selgus, et üldhaiglates tehakse keskmiselt 2 korda nädalas erakorralisi operatsioone, millest pooled on väljaspool tööaega.

68. Kuigi valves oleva kirurgi erakorraline töö ei seisne ainult opereerimises (kirurg paneb ka lahast jms), on üldkirurgia arengukava kohaselt enamiku üldhaiglate (8 üldhaiglat, mille teenindada on alla 40 000 inimese) teeninduspiirkond liiga väike, et tagada valves oleva personali piisav koormus. Suurema osa ajast võtab valvetöö.

69. Arvestades, et päevaravi osakaal kasvab tõenäoliselt veel ja erakorraliste juhtude arv väheneb, nõustub Riigikontroll üldkirurgia arengukavas tooduga, et erakorralise kirurgilise abi pakkumine nii paljudes üldhaiglates ei ole põhjendatud ja jätkusuutlik. Kuna erakorralise kirurgilise valveteenistuse tagamine nõuab palju personali ja samas on erakorralise kirurgilise töö maht paljudes üldhaiglates väike, võib kannatada nii personali professionaalsus kui ka patsiendi turvalisus ning ressursside (sh personal ja investeeringud) kasutus ei ole efektiivne.

Enamik üldhaiglad ei vasta kvaliteetse sünnitusabi kriteeriumile 500 sünnitust aastas

70. HVA alusdokumendiks olnud HMP järgi peaks haiglas olema vähemalt 500 sünnitust aastas, et tagada personali professionaalsus ja patsiendi turvalisus. Hiljem koostatud HVAs ega sünnitusabi ja günekoloogia arengukavas sellist miinimumpiiri ei kehtestatud, kuid piiritleti sünnitusabi osutamine üldhaiglatega. Sünnituste vastuvõtmine mingis haiglas vajab seal ööpäevaringse valve olemasolu. Riigikontrolli kokku kutsutud fookusrühm, kuhu kuulusid kõigi arengukava haiglate juhid, Eesti Haigekassa ja Sotsiaalministeeriumi esindajad, 500 sünnituse kriteeriumi paikapidavust ei vaidlustanud. Samal ajal nähti ohtu selles, et sünnitusabi kaotamine võib viia endaga kaasa günekoloogiapersonali, mis võib nendes haiglates tähendada ka ambulatoorse arstiabi kadumist. Läänemaa haiglas, kus sünnitusabi andmine kaotati 2001. aastal, seda seni juhtunud ei ole.

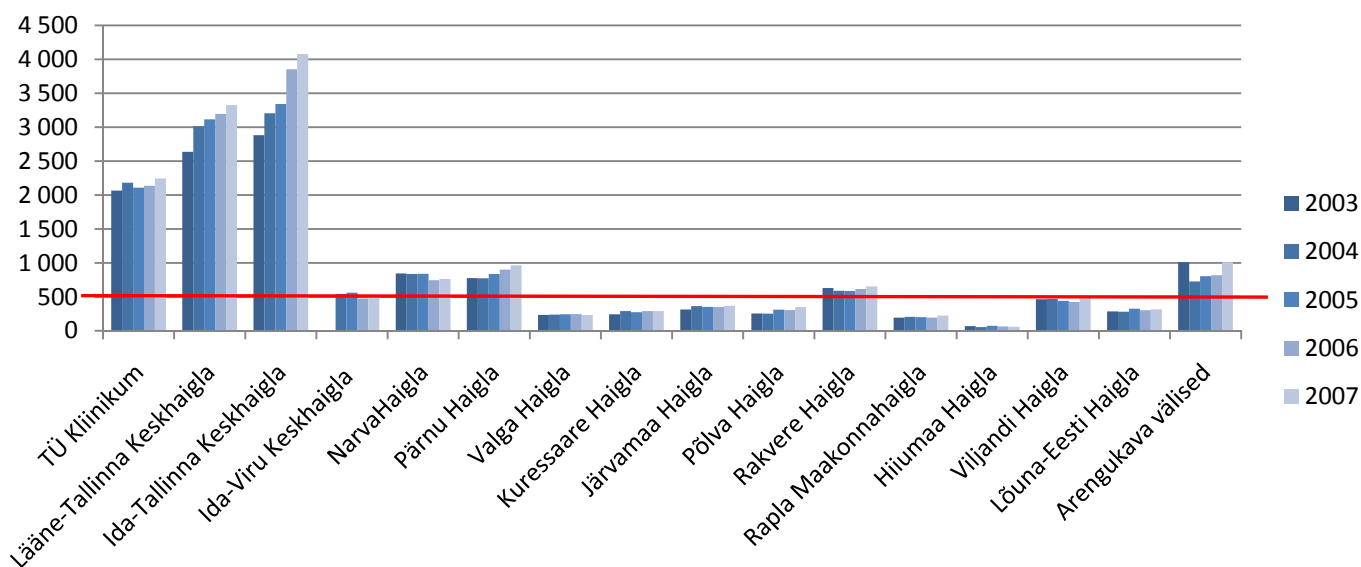
Haiglate jaotus günekoloogia ja sünnitusabi arengukavas on kooskõlas HVAg

71. 2004. aastal ajakohastatud sünnitusabi ja günekoloogia arengukava näeb ette, et sünnitusabi osutamine peaks jääma järgmistesse üldhaiglatesse: Narva, Rakvere, Viljandi, Kuressaare, Järvamaa, Lõuna-Eesti ja Valga haigla. Rapla ja Põlva haiglast sünnitusabi kaotamine oli kooskõlas ka HVAg, kuid sellest hoolimata võetakse ministeeriumi mõlema prognoosi järgi teatud arv sünnitusi vastu ka nendes haiglates.

72. Sünnituste arv aastatel 2003–2007 on kogu Eestis kasvanud 13 082-lt 15 864-ni ning seda ka enamikus haiglates. Joonisel 6 on toodud sünnituste arv arengukavahaiglate kaupa.

73. Üldhaiglates on üle 500 sünnituse ainult Narva ja Rakvere haiglas ning 500 lähedal Viljandi haiglas. Ülejäänud üldhaiglates jääb sünnituste arv aastas oluliselt väiksemaks. Ainsa üldhaiglana on sünnitusabi osutamisest loobunud Läänemaa haigla ja peamiseks põhjuseks oli haiglajuhi kinnitusel just liiga väike sünnituste arv. Fookusrühmas räägiti kohaselt ei ole Läänemaa haiglas sünnituse kaotamine toonud kaasa probleeme ambulatoorse arstiabi kvaliteedis, sest raseduse jälgimine ja vajaduse korral erakorraline sünnituse vastuvõtt on haiglas olemas.

Joonis 6. Sünnituste arv haiglali aastatel 2003–2007 võrreldes 500 sünnituse kriteeriumiga



Allikas: Tervise Arengu Instituut

74. Sünnide arv haiglates on seotud sündide arvuga maakondades: kui maakonnas ei ole piisavalt sünnitajaid, ei ole neid ka maakonna haiglas. Tabel 9 näitab, et ainult Järva- ja Põlvamaal oli 2007. aastal sündide arv vähem, kui maakonna haiglas sünnitusi vastu võeti, seega käidi sealsetes haiglates sünnitamas ka teistest maakondadest. Põlva haiglasse siirdus näiteks sünnitama palju Tartumaa elanikke. Järvamaa haiglasse suundus sünnitama märkimisväärselt Jõgevamaa, aga ka Lääne-Virumaa elanikke. Haigekassa esimese poolaasta analüüsid näitavad, et TÜ Kliinikumi uue sünnitusosakonna valmimise järel on vähenenud sünnituste arv teistes Lõuna-Eesti haiglates. Võrreldes sündide arvuga haiglas on sünnitusi palju enam Raplamaal, Valgamaal ja saartel ehk nende maakondade sünnitajad käivad rohkem sünnitamas maakonnast väljas (enim Tartus ja Tallinnas).

Tabel 9. Sünnituste arv ja sündide arv üldhaiglaga maakondades 2007. a

Haigla nimi	Sündide arv haiglas	Sündide arv maakonnas	Sündide arv väljaspool oma maakonna üldhaiglat*	Osakaal maakonna sündidest (%)*
AS Valga Haigla	231	318	87	27
Kuressaare Haigla SA	290	349	59	17
Järvamaa Haigla AS	368	356	-12	-3
AS Põlva Haigla	350	281	-69	-25
Rakvere Haigla AS	653	717	64	9
SA Rapla Maakonna haigla	225	414	189	46
SA Hiiumaa Haigla	60	80	20	25
SA Viljandi Haigla	476	566	90	16
AS Lõuna-Eesti Haigla	316	378	62	16

*Kuna kõik sünnitajad ei sünnita oma maakonna haiglas, on tegelikult tegu näitajaga „vähemalt nii palju sündi oli väljaspool oma maakonda“.

Allikas: Statistikaamet, Tervise Arengu Instituut, Riigikontrolli analüüs

75. Arvestades HMPs toodud 500 sünnituse kriteeriumit ja sünnitajate liikumist maakondade vahel, ei ole Riigikontrolli hinnangul sünnitusabi pakkumine nii paljudes üldhaiglates põhjendatud ega jätkusuutlik. Kuigi sünnituste arv on sündimuse üldise kasvu tõttu viimastel aastatel suurenenud pea kõigis haiglates, on sünnitusi enamikus üldhaiglates liiga vähe, et tagada personali professionaalsus, patsiendi turvalisus ja ressursside (sh personal ja investeeringud) kasutamise tõhusus. Lisaks väheneb järk-järgult sünnituseas olevate naiste arv. Riigikontrolli Statistikaameti andmetele tugineva prognoosi kohaselt on aastaks 2019 sünnituseas (15–40aastased) naisi 32 000 võrra (13,5%) vähem kui 2009. aastal. Seetõttu väheneb järk-järgult ka sündide arv.

76. Kahe eriala analüüsi kokku võttes võib öelda, et kuna nii riigi kui ka haiglate jaoks on erakorralise abi osutamine üldhaiglates kallis ning sünnitusabi ja erakorralise kirurgiateenistuse tagamine nõuab paljuskü kattuvaid ressursse (anestesioloog, kirurg, operatsioonituba jm), on mõistlik nende teenuste osutamist ja võimalikku vähendamist väiksema teeninduspiirkonnaga haiglatest vaadata koos. Ehk kui mingist haiglast kaotatakse sünnitusabi ööpäevaringne valve, on sellest otstarbekas kaotada ka kirurgiateenus.

Hooldusravisüsteemi arendamine suurendaks haiglate jätkusuutlikkust

HVA eesmärgiks on suurendada hooldusravi

77. HVA üheks eesmärgiks oli ka hooldusravi osatähtsuse kasv. See on Riigikontrolli hinnangul ka aktiivravi juhtude vähendamise üheks eelduseks.

78. Aastatel 2005–2008 on küll nii haigekassa ostetavate hooldusravi juhtude arv kui ka hooldusravile kulunud ravisumma kasvanud teiste teenusetüüpidega võrreldes rohkem, kuid suurenemine ei ole olnud piisav. WHO 2008. aasta aruandes Eesti tervisesüsteemi jm

kohta on toodud välja, et aktiivravi voodikohtade arvu vähenemisega ei ole seni kaasnenud hooldusravi teenuste mahu olulist suurenemist, samuti on ebapiisavaks jäänud teenuse kvaliteet.

Hooldusravi puudumine mõjutab aktiivravi

79. Seega on tõenäoline, et praeguse hooldusravi ja hoolekandesüsteemi korralduse puuduste tõttu saab osa patsiente aktiivravi, mida neil tegelikult vaja ei ole. Mitmes haiglavõrgu arengukava haiglas ei eraldata hooldusravivooideid aktiivravivooditest, vaid kasutatakse vajaduse korral aktiivravivooideid hooldusravipatsientide raviks. Haiglajuhtide sõnul saavad haiglates aktiivravi jätkuvalt ka patsiendid, kes vajavad pigem kvaliteetset õendusabi kui ööpäevaringset arstiabi.

80. Senini korrapärase hooldusravisüsteemi on avaldanud survet haiglate aktiivravile kõige rohkem sisehaiguste erialal. Haigekassa 2002. ja 2007. a kliinilised sisehaiguste eriala auditid maakonnahaiglates on toonud välja, et peaaegu pooled patsientidest olid kas põhjendamatult hospitaliseeritud või jäid haiglasse põhjendamatult kauaks. Paljudel juhtudel vajas patsient tegelikult hooldusravi.

81. Sisehaiguste eriala on üks väheseid erialasid, kus statsionaarsete ravijuhtude arv on juba praegu prognoositust väiksem (vt lisa B tabel 4). Kahanenud on aga vaid kõrgema etapi haiglate ravijuhtude arv. Üldhaiglates ja kohalikus haiglas ületab juhtude arv prognoositut oluliselt.

82. Ühest küljest peegeldab sisehaiguste eriala ravijuhtude „kuhjumine“ üldhaiglatesse kõrgema etapi haiglate väiksemaid võimalusi (või motivatsiooni) selliste patsientidega tegeleda. Veelgi enam näitab see aga Riigikontrolli arvates rahvastiku vanemate inimeste osakaalu kasvuga kaasnevat järjest suuremat vajadust hooldusravi järele, mida ei ole aga seni olnud võimalik vajalikus mahu pakkuda.

Tõukefondide toel kosub ka hooldusravi

83. Auditi lõpetamise ajal oli Sotsiaalministeeriumil käsil hooldusravi põhimõtete uuendamine ning ELi tõukefondide raha eraldamine haiglatele hooldusravi infrastruktuuri tugevdamiseks. Riigikontroll leiab, et õige juhtimise korral annab see vajaliku lisarahasüsti hooldusravi infrastruktuuri arendamiseks, sh hooldusravivoodite juurdeloomiseks. Samas ei ole Sotsiaalministeeriumi sõnul veel otsustatud, kust tuleb lisaraha nendel vooditel osutatavate teenuse rahastamiseks. Ainuke lisatulu allikas on patsient, kes 2010. aastast kehtiva hakkava hinnakirja järgi maksab hooldusravist ise 15%, sellest aga ei tule Riigikontrolli hinnangul piisavalt lisaraha teenuste mahu oluliseks suurendamiseks. Lisaks näeb Riigikontroll ohtu, et kui patsiendil omaosaluseks võimalust ei ole, jääb ta hooldusravist ilma. Teiseks ohuks on, et omaosaluse vältimiseks näidatakse, et patsient saab hoopis aktiivravi. Sel juhul mahub haiglatesse omakorda vähem tegelikke aktiivravi vajajaid.

84. Riigikontrolli fookusrühma arutelul olid haiglajuhid arvamisel, et hooldusravi vajab enda kõrval ka aktiivravi. Seetõttu ei tohiks hooldusravivõrku lahutada aktiivravi haiglavõrgust, vaid mõlemad raviliigid peaksid jääma suures osas samadesse haiglatesse. Lisaks paindlikumale ravikorraldamisele tugevdab suurem hooldusraviteenuse ostmine ka väiksema aktiivravihaigla majanduslikku jätkusuutlikkust.

85. Kokkuvõttes peab Riigikontroll oluliseks, et võimalike muutustega aktiivravi haiglavõrgus kaasneks hooldusravi osakaalu suurendamine.

Eelkõige võiks seda osakaalu suurendada maakondlikes aktiivravihaiglates, kus on juba olemas pädev personal ja eeldused väiksemate kulutustega infrastruktuuri (hooned ja meditsiiniseadmed) korrastamiseks. See võimaldaks ühtlasi suurendada ka nende haiglate finantsjätkusuutlikkust ning kasutada paindlikumalt erinevate ravitüüpide võimalusi ühe raviasutuse sees.

Esmatasandi arendamine vähendaks haiglate koormust

86. Hooldusravi kõrval vajab arendamist ka esmatasand. Audit näitas, et Eestis on vältimatu ravi osa 2008. a võrreldes 2004. aastaga suurenenud vaid ambulatoorse ravi puhul, mis on kasvanud 14,5%-lt 16,8%-ni. Riigikontrollil puuduvad statistilised andmed selle kohta, kui paljud ambulatoorsetest visiitidest langevad perearsti tööajale ja kui paljud töövälisele ajale. Haiglate esindajate kommentaaride alusel tuleb suur osa vältimatut ravi vajavaid patsiente haiglasse vastuvõtule siiski perearsti tööajal. Elanike küsitluse kohaselt on perearstiabi ajaline kättesaadavus viimastel aastatel järjest vähenenud. Kui 2005. aastal pidi perearsti vastuvõttu 5 päeva või rohkem ootama 7% patsientidest, siis 2008. aastaks oli see kasvanud juba 10%-ni.

87. Praeguse rahastamise ja teenuse osutaja valiku tingimustes sisaldab vältimatu abi lisaks kohest sekkumist vajavate haigete ravile ka nendele teenuste osutamist, kes pöörduvad tervishoiusüsteemi tõrgete tõttu (kättesaadavus, perearsti võimalused probleemi lahendada) haigla erakorralisse vastuvõttu või osakonda arsti juurde. Ambulatoorse vältimatu abi osakaalu kasv arengukava haiglates võib Riigikontrolli hinnangul viidata esmatasandi vähenenud suutlikkusele patsienti käsitleda. Pealegi toimus see kasv aastatel, kus ambulatoorsete ravijuhtude arv kasvas. Praegusel ajal, kui rahalistel põhjustel ravijärjekorras olijate arv tõenäoliselt suureneb, langeb ka perearstile suurem töökoormus, mida tal on senisest raskem täita.

88. Sotsiaalminister on 05.02.2009. a käskkirjaga nr 16 kinnitanud „Esmatasandi tervishoiu arengukava aastateks 2009–2015“ ja selle rakenduskava. Muu hulgas on selles probleemidena välja toodud esmatasandi halb kättesaadavus töövälisel ajal, piiratud teenustevalik ning süvenev kvalifitseeritud töötajate nappus. Haiglate tööga seotud tulemusnäitajad, mida plaanitakse 2015. aastaks parandada, on toodud tabelis 10.

Tabel 10. Esmatasandi arengukavas toodud eesmärgid, mis vähendavad eriarstiabi raviteenuste hulka

Indikaatorid	2006	2010	2015
Tervisekeskuste arv, kus ka õhtusel ajal ja puhkepäevadel on kättesaadav üldarstiabi teenus	1*	2	15
Perearstiabi osakaal kõikidest vastuvõttudest ja visiitidest	51%	52%	56%
EMOst koju pöördunute osakaal	72%	69%	63%
Inimeste osakaal, kes ootamatu terviseprobleemi korral saavad omal käel hakkama või eelistavad pöörduda oma perearsti poole või helistada perearsti nõuandelefonil	78%	82%	85%
Suhkurtõve tõttu hospitaliseeritute arv 100 000 inimese kohta	221,5	207	185
Kõrgvererõhktõve tõttu hospitaliseeritute arv 100 000 inimese kohta	618	570	510

Maksimaalmääras tulemustasu saavate perearstide osakaal süsteemiga liitunudest	10%**	20%	50%
Ennetavate vastuvõttude osakaal ühes kalendrikuus pereõdede ja -arstide vastuvõttude üldarvust	8,4%	10%	15%
Keskmine perearsti vastuvõttude arv ühe inimese kohta aastas	3,1*	3,3	3,6
Koduõenduse visiitide arv 1000 inimese kohta	131,4*	200	300
Pereõe iseseisvate vastuvõttude arv 1000 inimese kohta	177	220	350
Esmatasandil (perearsti või ämmaemanda poolt) jälgitud rasedate osakaal	15,9%	Vähemalt 20%	50%

*2007..aasta andmed, ** 2008. aasta andmed

Allikas: Sotsiaalministeerium

89. Tabelis 10 toodud eesmärkide saavutamine vähendaks nii haiglate erakorralise meditsiini osakondade kui ka teiste osakondade koormust. See tähendaks aga ka, et esmatasandi arengukava elluviimisel väheneb väiksemate haiglate seni vähenenud töömaht veelgi, mistõttu muutuks veelgi küsitavamaks senise haiglavõrguga jätkamine. Samas on Riigikontrolli arvates küsitav, mil määral suudetakse järgnevate aastate majandussurutise tingimustes arengukava elluviimist tagada. Riigikontroll peab aga väga oluliseks, et võimalikud muutused haiglate töö korralduses toimuksid samal ajal esmatasandi tugevnemisega. Mingis haiglas teenuse (näiteks valveringide) kaotamise või kokkutõmbamisega peab samal ajal kaasnema selle kompenseerimine vastava esmatasandi teenusega (näiteks perearstivalvega). Statsionaarsete teenuste kokkutõmbamisega paralleelselt peab laienema ambulatoorsete (sh esmatasandi) teenuste skaala ja kättesaadavus.

Kokkuvõtteks

90. Haiglavõrgu arengukava tõi välja haiglate teeninduspiirkondade elanike arvu soovituslikud suurused, mis võimaldaksid säilitada piisava teenustemahu arstiabi kvaliteedi ja haigla majandusliku toimetuleku tagamiseks.

91. Et haiglaravi oleks ühtlaselt kättesaadav, jäeti soovitusliku teeninduspiirkonna väiksusest hoolimata mitmed üldhaigla mahus haiglad alles ka väiksematesse maakondadesse. Üldkirurgia ning sünnitusabi ja günekoloogia eriala arengukavad on toonud välja, et teenuste maht ei ole mitmes üldhaiglas piisav nende erialade erakorralise valve säilitamiseks. Kuna rohkem inimesi on asunud elama Tallinna ja Tartu piirkonda, on keskmisest kiiremini kahanenud elanike arv just üldhaiglate teeninduspiirkondades.

92. Isegi kui patsientide ravivajadus tulevikus kasvab, on tervishoiu rahastamise praeguse korralduse juures teenuste kogumaht piiratud haigekassa eelarvega. Lähitulevikus võib patsientide ja teenuste hulk väiksemates arengukavahaiglates väheneda rohkem, kui kunagi ette nähti, sest riigi tervishoiupoliitiliste otsuste tulemusena on patsiendid hakanud järjest rohkem saada ravi kodumaakonnast väljaspool asuvates kõrgema tasandi haiglates. Kodumaakonnas asuvates üldhaiglates käiakse juba praegu vähem, kui prognoos ette nägi. Lisaks patsientide liikumisele keskustesse osutavad mitmes maakonnas märkimisväärse osa

ambulatoorsetest teenusest haiglavõrku mittekuuluvad raviasutused. See jätab haiglavõrgu haiglatele veelgi väiksemad teenusemahud.

93. Rahvastiku vananemine tähendab ennekõike hooldusravivajaduse kasvu ning aktiiv- ja hooldusravi vajaduse ümberhindamist. Kuna hooldusravi ei ole arenenud arengukavas plaanitud kiirusega ja paljudes maakondades on hooldusravi võimalused piiratud, osutatakse aktiivraviteenust tihti hooldusravi vajadusega patsientidele näiteks sisehaiguste erialal.

94. Riigikontrolli hinnangul näitavad toimunud muutused ja nende võrdlus arengukavas plaanituga, et seniste aktiivraviteenuste säilitamine kõikides üldhaiglates ei osutu tulevikus jätkusuutlikuks, sest lähitulevikus sotsiaalmaks ja sellega seotud ravikindlustuse eelarve ning tervishoiuteenuste maht enam ei kasva, vaid pigem vähenevad. Samas peab Riigikontroll oluliseks tugevdada arengukava haiglate rolli kohapealse ambulatoorse teenuse osutajana ning hooldusraviteenuse senisest jõudsamat arendamist üld- ja kohalikes haiglates.

Tervishoiutöötajad

Tervishoiutöötajad on tervishoiuteenuste korraldamise seaduse tähenduses arst, hambaarst, õde ja ämmaemand, kui nad on registreeritud Tervishoiuametis.

Allikas: tervishoiuteenuste korraldamise seadus

Arstide arv on Euroopa Liidu keskmisel tasemel, õdesid ja ämmaemandaid on vähem

95. Rahvusvaheliselt võrreldakse **tervishoiutöötajate** üldarvu 100 000 inimese kohta. Nii Eestis kui ka vanades Euroopa riikides on arstide arv viimase 10 aasta jooksul pisut suurenenud (ca 10%). Arstide üldarv on Eestis ELi riikide keskmisel tasemel (Eesti 329, ELi keskmine 321) ja õdede arv jääb ELi keskmisele alla (Eesti 655, ELi keskmine 746). Ämmaemandaid on Eestis veidi vähem kui Euroopa Liidus keskmiselt (vt tabel 11).

Tabel 11. Tervishoiutöötajate arv 100 000 inimese kohta 2006. aastal

	Arstid	Õed	Ämmaemandid
Eesti	328,5	655,2	33,1
Euroopa Liit	320,6	745,6	35,6
ELi liikmed enne 2004. a maid	337,9	805,0	34,4
ELi liikmed alates 2004. või 2007. a	256,0	557,0	38,9

Allikas: WHO

96. Eestis töötas 2008. aastal kokku 4794 arsti (v.a hambaarstid), 9504 õde ja 522 ämmaemandat. Tervishoiusektoris töötas nendest arstidest 93%, õdedest 90% ja ämmaemandatest 95%.

97. Enamik Eesti tervishoiutöötajatest töötab arengukavahaiglates (64% arstidest, 63% õdedest ja 80% ämmaemandatest).

Haiglavõrgu arengukava ja arstide erialade arengukavad ei ole omavahel kooskõlas

98. Selleks, et haiglate tervishoiutöötajate vajadust hinnata ja koolitustellimust planeerida, peab riik teadma, kui palju haiglatesse planeeritud tervishoiuteenuse osutamiseks haiglavõrk tervishoiutöötajaid vajab.

99. HMP ega HVA eraldi ainult haiglavõrgu haiglate personalivajadust ette ei näe. Mõlemad plaanid näevad ette kogu Eesti tervishoiusüsteemi arstide vajaduse erialade kaupa. HVAs on erialati ette nähtud ka residentuuri vastuvõtu arvud kuni aastani 2015.

Arstide vajaduse prognoos haiglavõrgu arengukavas ei ole enam ajakohane

100. Eraldi aktiivravi haiglavõrgu tervishoiutöötajate vajadust ei ole Sotsiaalministeerium ka HVA koostamise järel täpselt hinnanud. Erialati on arstide vajadust mitu korda arstide erialade arengukavades ümber hinnatud ja võrreldes HVA-järgse vajadusega on mitmete erialade puhul olnud muudatused väga suured. Kuna vahepeal on erialati arstide vajadusi ümber hinnatud, ei vasta enam HVA-järgne residentuuri vastuvõtu prognoos vahepeal muutunud arstide vajaduse prognoosile. Tegelik residentuuri vastuvõtt on aastatel 2003–2008 olnud paljudel erialadel oluliselt erinev, kui HVAs planeeriti.

101. Et erialati on arstide vajaduse prognoosid HVA koostamise järel oluliselt muutunud, ei analüüsinud Riigikontroll HVA eesmärkide

Arstide erialade arengukavas planeeritu ei näita arstide tegelikku vajadust

täitmist arstide vajaduse ja residentuuri vastuvõtu osas, vaid hindas üldarvuliselt arstide pealekasvu piisavust.

102. Arstide erialade arengukavade alusel prognoositakse arstide vajadust erialati ja kujundatakse koolitustellimus. Arstide erialade arengukavad peavad omakorda olema kooskõlas haiglavõrgu ja teiste tervishoiuvaldkonna arengukavadega (esmatasandi tervishoiu arengukava jt).

103. Riigikontroll võrdles üldkirurgia, sünnitusabi ja günekoloogia, anestesioloogia ning erakorralise meditsiini erialade arengukavades hinnatud erialaarstide vajadust ja neil erialadel 31.12.2007. a seisuga täidetud ametikohtade arvu Eesti tervishoius. Selgus, et 31.12.2007. a seisuga oli Eesti tervishoiusektoris üldkirurgia ning sünnitusabi ja günekoloogia eriala arsti täidetud ametikohti rohkem, kui eriala arengukavades on vajalikuks peetud. Anestesioloogia ja intensiivravi ning erakorralise meditsiini eriala arengukavad hindavad aga oma eriala spetsialistide vajadust suuremaks, kui nende erialade arsti ametikohti 31.12.2007. a seisuga täidetud oli (vt tabel 12). Paljud maakonnahaiglate juhid kinnitavad, et lisaks anestesioloogia ja erakorralise meditsiini eriala arstidele on neil puudus ka üldkirurgidest ning sünnitusabi ja günekoloogia arstidest, keda töötab tervishoiusüsteemis aga rohkem, kui vajaduseks hinnatakse.

Tabel 12. Nelja eriala täidetud ametikohtade arv 31.12.2007. a seisuga ja vajadus aastaks 2015 arengukavade järgi

Eriala	Vajadus 2015. a-ks HVA järgi	31.12.2007. a seisuga täidetud ametikohtade arv	Arstierialade vajadus a-ks 2015 arengukavade järgi
Üldkirurgia	160	174	160
Sünnitusabi ja günekoloogia	193	274	220–260
Anestesioloogia	170	257	300
Erakorraline meditsiin	200	203	150–180

Allikas: Tervise Arengu Instituut, HVA, arstide erialade arengukavad

104. Ka Riigikontrolli 2005. a valminud auditi „Tervishoiuvaldkonna töötajate vajadus ja koolitustellimus“ tulemusel selgus seesama: paljudel erialadel, kus arste töötas 2004. aastal rohkem kui arengukavade järgi vaja, oli neist haiglatel ikkagi puudus.

Kas teadsite, et Riigikontroll juhtis juba 2005. aasta auditis „Tervishoiuvaldkonna töötajate vajadus ja koolitustellimus“ tähelepanu sellele, et paljude erialade arste, keda 2004. a töötas tervishoiusüsteemis erialaliitide vajaduse hinnangutega võrreldes rohkem kui vaja, oli neist haiglate hinnangul ikkagi puudus (näiteks neurolooge, üldkirurge, anestesiolooge, sünnitusabi ja günekoloogia eriala arste jt).

105. Riigikontrolli hinnangul peitub probleem tõenäoliselt selles, et erinevate erialade arstide vajadust on prognoositud eri alustel. Nii üldkirurgia kui ka sünnitusabi ja günekoloogia eriala arengukava näevad näiteks ette, et üldkirurgia erakorralist tööd ja sünnitusabi pakub väiksem arv üldhaiglaid, kui praegu haiglavõrgus on. Anestesioloogia eriala arengukava lähtub aga olemasolevast haiglavõrgust. Erakorralise meditsiini eriala arengukava seab haiglas töötava arsti kohta ööpäevas teenindatavate patsientide hulga optimaalsuse kriteeriumi, millele kõik üldhaiglad ei vasta.

106. Riigikontrolli hinnangul ei ole haiglavõrgu arengukava ja arstide erialade arengukavad omavahel kooskõlas. Riik ei tea, kui palju aktiivravivõrgus erialati arste vaja on. Olukord, kus erialati prognoositakse arstide vajadust eri alustel, viitab vajadusele arstide erialade arengukavad täiendada ja ühtlustada. Seda protsessi peab juhtima Sotsiaalministeerium. Kuna erialaseltside arvamusel on koolitustellimuse kujundamisele oluline kaal, siis võib olukord, kus osas arstide erialade arengukavadest on võetud aluseks praeguse tervishoiuteenuse osutamise struktuur ning teistes on arvestatud seda, et teenuse osutamise võrk on tulevikus väiksem, viia selleni, kus teatud erialade arste on meil tulevikus kas üle või hoopis puudu.

Pensionieas töötab järjest rohkem arste

107. Haiglavõrk on jätkusuutlik, kui pensioniealiste arstide osakaal ja arstide keskmine vanus püsib stabiilsena. Haiglaliigiti ja haiglati peaks pensioniealiste arstide osakaal olema sarnane.

108. Rahvusvahelist võrreldavat statistikat tervishoiutöötajate pensioniealiste osakaalu ja keskmise vanuse kohta ei ole. Erinevate uuringute ja WHO ülevaadete põhjal saab järeldada, et vähemalt arstide pensionieas töötamine ja keskmine vanus arenenud riikides on kasvanud. Nii on ka Eestis. Võrreldes Eesti andmeid nende üksikute riikide andmetega, mis on kättesaadavad, on Eestis arstide vanuseline olukord halvem.

109. Pensioniealisi arste oli arengukavahaiglates 2008. aastal 16% (2004. a 14%). Pensioniealisi õdesid oli 7,4% ja ämmaemandaid ja 5% (2004. a olid osakaalud sisuliselt samad). Arstide keskmine vanus oli 2008. aastal 48,1; õdedel 43,7 ja ämmaemandel 42,1 aastat (2004. a arstidel 48,2; õdedel 43,2; ämmaemandel 41,9).

110. Tervishoiusüsteemis tervikuna on olukord halvem. 2004. aastal oli arstidest 15% pensionieas ja 2008. aastal oli see näitaja juba 19%. 2008. aastal oli tervishoiusektoris pensioniealisi õdesid 8% ja ämmaemandaid 5% (2004. a vastavalt 7,6% ja 5%). Ka keskmine vanus oli tervishoiutöötajatel tervishoiusektoris tervikuna 4 aastaga kasvanud ja kõrgem kui arengukavahaiglates. Tervishoiusektoris töötavate arstide keskmine vanus oli 2008. aastal 49,8; õdedel 44,6 ja ämmaemandel 42,3 aastat (2004. a vastavalt 48,2; 43,2 ja 41,9 aastat).

111. Vaadates haiglaliigiti põhikohaga (tervishoiutöötaja on 2008. aasta töötasust rohkem kui 50% saanud ühest haiglast) töötajate pensioniealiste osakaalu ja keskmist vanust, selgub, et põhitöökohaga töötavatest arstidest, õdedest ja ämmaemandatest noorimad töötavad piirkondlikes ja keskhaiglates ning vanimad üld- ja kohalikus haiglas (vt tabel 13).

112. Murettekitavaim on pensioniealiste suur osakaal üld- ja kohalikes haiglates: põhikohaga töötavate pensioniealiste arstide hulk ulatub üldhaiglates keskmiselt 26% ning kohalikus haiglas 36%-ni (vt tabel 13).

**Üldhaiglates on
pensioniealiste arstide
osakaal kõige suurem**

Tabel 13. Põhikohaga (rohkem kui 50% 2008. a töötasust saanud ühest haiglast) haiglates töötavate tervishoiutöötajate keskmine vanus 2008. aastal haiglaliigiti

Haiglaliik	Kutse	Keskmine vanus	Pensioniealiste osakaal, %
Piirkondlik haigla	Arst	45,2	12
	Õde	41,5	6
	Ämmaemand	38,8	1
Keskhaigla	Arst	49,5	18
	Õde	44,8	9
	Ämmaemand	43,0	8
Üldhaigla	Arst	54,4	26
	Õde	47,1	8
	Ämmaemand	44,7	3
Kohalik haigla	Arst	56,6	36
	Õde	50,1	11
	Ämmaemand	47,8	0

Allikas: Tervishoiutöötajate register, Maksu- ja Tolliamet, Riigikontrolli analüüs

113. Kokkuvõttes on pensionieas töötamise osakaalu ja kõrge keskmise vanuse probleem teravaim arstide osas, kuna nende näitajad on võrreldes õdede ja ämmaemandatega märgatavalt kõrgemad ja aastatega on olukord tervishoiusektoris tervikuna halvenenud. Lisaks on uute arstide koolitusperiood oluliselt pikem. Kasvav pensionieas töötamine viitab sellele, et noori arste ei ole tervishoiusüsteemi tulnud juurde piisavalt.

114. Kui haiglavõrk ja nendes haiglates osutatavad teenused ning nende hulk jääb 2008. aastaga võrreldavale tasemele, siis võib Riigikontrolli hinnangul lähiaastatel arstide pensionieas töötamise osakaal ja keskmine vanus nii arengukavahaiglates kui ka tervishoiusektoris tervikuna suureneda, sest arstide vanuselisest struktuurist tulenevalt hakkab alates 2014. aastast jõudma pensioniikka igal aastal rohkem arste, kui on prognoositav residentuuri lõpetajate Eesti tervishoiusektoris tööle asumise tase (vt ptk „Arstide pealekasv ei ole piisav“).

115. Oluliselt halvemas seisus on maakonnahaiglad, kus pensionieas põhikohaga töötavate arstide osakaal ulatub keskmiselt juba 26%-ni.

Arstide pealekasv ei ole piisav

116. Kuna Eestis on arstide suhtarv 100 000 inimese kohta ELi keskmise tasemega võrreldav, siis on tõenäoliselt arstide arv Eestis mõistlikul tasemel ja oluliselt väiksema arstide arvuga vajalikku tervishoiuteenust pakkuda ei ole võimalik. Seega peab Eesti tervishoiusektorst lahkuvate (pensionile, välismaale jms) arstide arv olema tasakaalustatud tervishoiusektoris tööle asuvate noorte arstidega. Rahvaarvu vähenemine ja rahvastiku vananemine tähendab, et tervishoiuteenuse maht elanikkonna vähenemisega sünkroonis ei vähene (eakad vajavad rohkem tervishoiuteenust) ning arstide suhtarv 100 000 inimese kohta pigem kasvab. Euroopas keskmiselt on viimase 10 aastaga arstide suhtarv 100 000 inimese kohta kasvanud 10%.

13% residentuuri lõpetajatest ei asu tööle Eesti tervishoiusektoris

Riiklik koolitustellimus ei ole piisav arstide juurdekasvuks

117. Aastatel 2004–2007 residentuuri lõpetanutest (v.a hambaarstid) töötas 2008. aastal Eestis 91% (sh tervishoiusektoris 85% ja 2% sai vanemahüvitist või oli lapsehoolduspuhkusel). Võttes eelduseks, et kõik vanemahüvitise saajad või lapsehoolduspuhkusel olijad asuvad tööle tervishoiusektoris, oli 2004.–2007. aastal residentuuri lõpetajate keskmine tervishoiusektoris töötamise osakaal 87%.

118. Arstide vanuselisest struktuurist tuleneb, et järgmise 10 aasta jooksul (2009–2018) jõuab pensioniikka kokku 1007 aastal 2008 tervishoiusektoris töötanud arsti (igal aastal keskmiselt 101 arsti). Tartu Ülikooli residentuuri lõpetamise prognoose, uut vastuvõttu ja residentuuri lõpetajate Eesti tervishoiusektoris tööle asumise proportsiooni analüüsist saab järeldada, et Eesti tervishoiusektoris asub samal perioodil tööle ca 1025 resident (igal aastal keskmiselt 102,5 uut arsti), mis on enam-vähem võrdne pensioniikka jõudvate arstide arvuga.

119. Tulenevalt arstide vanuselisest struktuurist hakkab aga alates 2014. aastast jõudma igal aastal pensioniikka märgatavalt rohkem arste, kui prognoositavalt residentuuri lõpetajatest Eesti tervishoiusektoris tööle asub. Näiteks aastatel 2014–2018 jõuab pensioniikka kokku 551 arsti ja residentuuri lõpetab samal perioodil prognoositavalt 526 arsti. Aastatel 2019–2027 kasvab pensioniikka jõudvate arstide arv aasta kohta veelgi (keskmiselt 125 arsti aastas). See ületab juba tunduvalt viimaste aastate residentuuri vastuvõttu (2007. a oli vastuvõtt 107, 2008. a 112 ja 2009. a 121). Kõik residentuuri lõpetajad ei asu aga tööle Eesti tervishoiusektoris.

120. Riigikontrolli hinnangul ei ole eelnevale tuginedes arstide juurdekasv piisav. Arvestades, et arstide arv 100 000 inimese kohta on Eestis Euroopa Liidu riikide keskmisel tasemel, ei ole tõenäoliselt võimalik väiksema arstide arvuga tervishoiuteenuse pakkumist tagada. Olukord, kus 16% haiglates töötavatest arstidest ja 19% kogu tervishoiusektoris töötavatest arstidest töötavad ka pensionieas, seab arstide piisavuse tulevikus suure kahtluse alla. Oluliselt halveneb juba lähiaastatel väiksemate maakonnahaiglate olukord, kus arstide keskmine vanus on oluliselt kõrgem ja pensioniealiste osakaal suurem.

Välismaale lähevad peamiselt noored arstid ja õed

Kas teadsite, et

kõige rohkem soovivad tervishoiutöötajad minna tööle järgmistesse riikidesse:

- Soome 66%;
- Inglismaale 10%;
- Norrasse 7%;
- Rootsi 7%.

Allikas: Tervishoiuamet

121. Võrreldes 2004. aastaga on oluliselt kasvanud tervishoiutöötajate registris olevate arstide ja õdede arv, kes 2008. aastal Eestist mingisugust sotsiaalmaksuga maksustavat tulu ei saanud (ei tegutsenud ka FIEna) ja vanemapuhkusel, lapsehoolduspuhkusel või pensionieas ei olnud (vt tabel 14). Paljud nendest arstidest, õdedest ja ämmaemandatest töötavad suure tõenäosusega täiskohaga välismaal. Neile võimalikele välismaal töötavatele tervishoiutöötajatele lisanduvad veel need, kes töötavad korraga nii Eestis kui ka välismaal (valdavalt Soomes). Võimalike välismaal töötajate hulgas on pooled arstid ja õed 40aastased või nooremad. Seega moodustavad võimalikest välismaal töötavatest tervishoiutöötajatest arvestusväärse hulga need, kes on parimas tööeas ja kes võivad tingimuste paranemise korral Eestisse tagasi tulla.

Tabel 14. Tõenäoliselt ainult väljaspool Eestit töötavate tervishoiutöötajate hulk ja osakaal aastatel 2004 ja 2008

	Arstid		Õed		Ämmaemandid	
	2004	2008	2004	2008	2004	2008
Töötavad tõenäoliselt välismaal	256	435	203	434	29	14
Välismaal töötajate osakaal, %	5,2	8,3	2,2	4,4	6,7	2,6

Allikas: Tervishoiutöötajate register, Maksu- ja Tolliamet, Sotsiaalkindlustusamet, Riigikontrolli analüüs

122. Arvestades võimalike välismaal töötavate tervishoiutöötajate arvu 2004. ja 2008. aastal, võib järeldada, et tervishoiutöötajate võimalik migratsioon välismaale on olnud tagasihoidlikum, kui 2003. aasta lõpus korraldatud PRAXISE tervishoiutöötajate migratsiooniuuringu põhjal eeldada võis. Migratsiooniuuringu järgi plaanis 2003. aasta lõpul kindlalt lahkuda 6,2% arstidest, 9,2% residentidest, 5,2% õdedest ja 2% ämmaemandatest. Kokku olid aga pea pooled uuringus küsitletud kaalumas välismaale tööle minekut. Kuna juba 2004. aastal ei töötanud märkimisväärne osa nende kutsete esindajatest Eestis, siis ei ole migratsiooniuuringule järgnenud perioodil (2004–2008) Eestist lahkunud tõenäoliselt rohkem tervishoiutöötajaid kui migratsiooniuuringus välja toodud „kindlalt lahkuda soovijad“.

123. Murettekitavam on aga residentuuri lõpetajate Eesti tervishoiusektoris tööle asumise tase: 2004.–2007. aastal lõpetanutest töötas 2008. aastal Eesti tervishoiusektoris (või oli vanemapuhkusel) 87% ning täiskohaga välismaal suure tõenäosusega 9%. Kuna tegemist on noorte arstidega, on residentide välismaale lahkumine vananeva arstkonnaga Eesti tervishoiusektori jaoks valus probleem.

124. Riigikontrolli hinnangul on tervishoiutöötajate väljarännet aidanud tõenäoliselt pidurdada tervishoiutöötajate keskmisest kiirem palgatõus ja ka töötingimuste paranemine. Kuna 2009. aastal on haigekassa lepingumahud arengukavahaiglatele ja haiglavõrguväliste teenuseosutajatele vähenenud ning see on kaasa toonud nii tervishoiutöötajate koondamisi kui ka sissetulekute vähenemise, võib tervishoiutöötajate migratsioon lähiaastatel taas hoogustuda. See omakorda suurendab tõenäosust, et arste meil praeguse haiglavõrgu jaoks edaspidi ei jätku.

Üldhaiglate väljavaated vajalikke tervishoiutöötajaid palgata on halvad

125. Selleks et üld- ja kohaliku haigla tegevus oleks jätkusuutlik, peab haiglasse tööle asumata noori arste ning haigla tervishoiutöötajate vanuseline struktuur peaks sarnanema suuremate haiglate omaga. Personalikulude osakaal kogukuludest peaks püsima aastati stabiilsena.

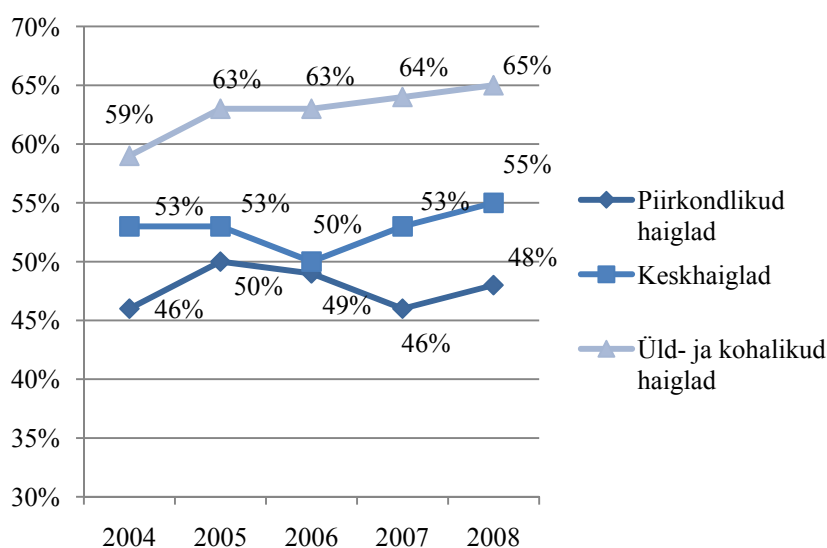
126. Maakonnahaiglate juhtide hinnangul on arstide palkamisel peamine probleem palgamaksmise piiratud võimalused ja noorte arstide (residentuurilõpetajate) haiglasse tööle saamine. Et teatud erialadel on osutatavate teenuste maht väike, sõltub väiksem haigla väga palju ühest arstist. Kui see arst lahkub töölt või jääb haigeks, siis võib see halvata kohe haigla tegevuse selle eriala raames.

Personalikulude osakaal kogukuludest on suur

127. Üld- ja kohalikes haiglates on tööjõukulude osakaal kogukuludest kõige suurem ning see on perioodil 2004–2008 kasvanud, ulatudes 2008. a juba keskmiselt 65%-ni (vt joonis 7). Keskhaiglates on tööjõukulude osakaal püsinud 10% väiksem, olles 2008. a 55%. Kõige madalamal suudavad tööjõukulusid hoida piirkondlikud haiglad: 2008. a oli seal tööjõukulude osakaal kogukuludest keskmiselt 48%.

128. Majanduslangusega aastatel vähenevad haiglate tulud tõenäoliselt rohkem, kui on võimalik kokku tõmmata kulusid (ennekõike tööjõukulusid ja hoonete ülalpidamisega seotud kulusid). See tähendab, et tõenäoliselt kasvab kõikidel haiglaliikidel tööjõukulude osakaal, mis raskendab enim üld- ja kohaliku haiglate olukorda, sest neil on tervishoiutöötajate kulude osakaal niigi suur.

Joonis 7. Tööjõukulude osakaal kogukuludest 2004–2008



Allikas: Riigikontroll Tervise Arengu Instituudi andmete põhjal

129. Riigikontrolli hinnangul näitab personalikulude kasvav osakaal üld- ja kohalikes haiglates, et väikestel haiglatel on järjest keerulisem vajalikku personali palgata.

Paljud arstid ei tööta maakonnahaiglates põhikohaga

130. Maakonnahaiglates töötas 2008. aastal põhikohaga (sai rohkem kui 50% aastatulist ühest haiglast) oluliselt vähem arste kui kesk- ja piirkondlikes haiglates (vt tabel 15). Põhikohaga töötavate ödede ja ämmaemandate osakaal on haiglaliigiti piisavalt suur (vähemalt 83%).

Tabel 15. Ühest haiglast üle 50% aastatulu saavate arstide osakaal haiglaliigiti 2008. aastal

	Piirkondlik haigla	Keskhaigla	Üldhaigla	Kohalik haigla
Tulu saajaid kokku	1674	1105	749	37
Üle 50% tulu saajaid	1288	839	501	22
Üle 50% tulu saajate osakaal, %	77	76	67	59

Allikas: Maksu- ja Tolliamet, Riigikontrolli analüüs

131. Vaadates arstide põhikohaga töötamist maakonnahaiglate kaupa, on tulemused haiglali väga erinevad. Kui Narva Haiglas sai 2008. aastal üle 50% oma tulust 91% arstidest, siis Läänemaa Haiglas ainult 35% arstidest (vt tabel 16).

Tabel 16. Üle 50% aastatulust 2008. aastal ühest haiglast saanud arstide osakaal, nendest pensioniealiste osakaal ja nende keskmine vanus

	Üle 50% tulu saajate osakaal, %	Pensioniealiste osakaal, %	Keskmine vanus, a
AS Rakvere Haigla	54	21	53,8
Jõgeva Haigla SA	59	36	56,6
Järvamaa Haigla AS	61	20	52,5
Kuressaare Haigla SA	81	21	53,3
Lõuna-Eesti Haigla AS	46	21	48,9
Läänemaa Haigla SA	35	24	54,4
Põlva Haigla AS	70	29	55,0
Rapla Maakonnahaigla SA	57	37	55,1
SA Hiiumaa Haigla	37	60	61,8
SA Narva Haigla	91	26	56,1
Valga Haigla AS	58	28	55,4
Viljandi Haigla SA	72	29	54,5

Allikas: Maksu- ja Tolliamet, Riigikontrolli analüüs

132. Eelneva põhjal saab järeldada, et enamik maakonnahaiglaid sõltub märkimisväärses osas väljastpoolt tööl käivatest arstidest. Haiglajuhtide sõnul tuleb väljast tööl käivatele arstidele maksta sama tööaja kohta kõrgemat palka, kui saab haiglas põhikohaga töötav arst. See avaldab omakorda survet niigi kõrgete tööjõukulude osakaalu kasvule. Olukorda pingestab lähitulevikus see, et maakonnahaiglates on põhikohaga arstidest pensionieas keskmiselt 26% (20–60%), s.o oluliselt rohkem kui piirkondlikes ja keskhaiglates ning tervishoiusektoris tervikuna.

133. Hoolimata sellest et mõnes maakonnahaiglas on põhikohaga töötavate arstide osakaal väga suur, ei näita see tavaliselt selle haigla personali head olukorda, sest pensioniealiste arstide suur osakaal ja kõrge keskmine vanus viitvad sellele, et noori arste asemele ei tule ja järjest rohkem on vaja hakata arstide tööaega väljast sisse ostma.

134. Riigikontrolli hinnangul on maakonnahaiglatel järjest raskem arstikohtasid täita ja seega tagada nende haiglate jätkusuutlikku toimimist.

Noored arstid ei asu tööle üldhaiglasse

135. Noore arsti põhikohaga tööle asumine (pärast residentuuri lõpetamist) üldhaiglasse on üldjuhul erand. Riigikontrolli analüüs näitas, et 2004.–2008. aastal residentuuri lõpetajatest sai 2008. aastal üle 50% töötasust üldhaiglatest 18 arsti, mis moodustas ainult 7% arengukavahaiglatesse põhikohaga tööle asunud residentidest. Piirkondlikest ja keskhaiglatest said samal ajal rohkem kui 50% töötasust 227 (93%) residentuuri lõpetajat. Üld- ja kohalikes haiglates moodustab aga haigekassa

ostetavate ravijuhtude hulk rohkem kui 20% arengukavahaiglatest ostetud ravijuhtude kogumahust, mis peaks tähendama, et üldhaiglatesse suundub samas suurusjärgus residentuuri lõpetajaid.

136. Andmed näitavad, et mitmed üldhaiglad on residentide tööle meelitamisega olnud siiski küllaltki edukad, kuid samas on 5 haiglat (Järvamaa, Rakvere, Valga, Hiiumaa, Jõgeva), kus ükski aastatel 2004–2008 residentuuri lõpetanutest 2008. aastal põhikohaga ei töötanud (vt tabel 17). Residentide tööle asumine ei ole probleem ainult üld- ja kohalikule haiglale, vaid ka Ida-Viru Keskhaiglale, kuhu asus samal perioodil põhikohaga tööle ainult 2 residentuuri lõpetanut.

Tabel 17. Ajavahemikul 2004–2008 residentuuri lõpetanute põhikohaga töötamine üldhaiglates 2008. aastal

Haigla	Residentuuri lõpetanut
AS Lõuna-Eesti Haigla	3
AS Põlva Haigla	2
Kuressaare Haigla SA	2
SA Läänemaa Haigla	3
SA Viljandi Haigla	5
SA Rapla Maakonna haigla	1
SA Narva Haigla	2

Allikas: Tartu Ülikool, tervishoiutöötajate register, Maksu- ja Tolliamet, Riigikontrolli analüüs

137. Haiglajuhid tõid üheks põhjuseks, miks nii vähe residentuuri lõpetanuid üldhaiglatesse tööle asub, selle, et residentuuri läbitakse üldhaiglates harva. Sellest tulenevalt puudub pärast residentuuri lõpetamist noorel arstil ettekujutus, et allpool piirkondlikku ja keskhaiglat on võimalik üldse tööd teha. Lisaks on haiglajuhtide hinnangul arstide palkamisel takistuseks ka ebakindlus ja ebaselgus haigla tuleviku suhtes: millist haiglavõrku riik vajab, millised haiglad jäävad püsima jms. Ka haiglate nõrk investeerimisvõime ja kehvad töötingimused halvendavad personali palkamise võimalusi.

138. Toetudes eelnevale, leiab Riigikontroll, et selline olukord ei ole maakonna haiglate jaoks jätkusuutlik: haigla saab teenust osutada vaid vajaliku personaliga, kuid arstide pealekasv ei ole piisav. Viimaste aastate areng on aga näidanud, et praegu töötavate arstide keskmine vanus ja pensionieas töötamise osakaal kasvab. Kuna noored arstid valivad töötamiseks endale ennekõike suurtes keskustes olevad piirkondlikud ja keskhaiglad või siirduvad sootuks välismaale, siis on maakonna haiglatel üha raskem endale vajalikku personali palgata. Kui seni on olnud võimalik arste meelitada väikestesse haiglatesse osakoormusega tööle, pakkudes neile suuremat palka, siis lähitulevikus, kus ravikindlustusraha on piiratumalt ja haigekassa ostab haiglatelt vähem teenust (või maksab selle eest vähem), kannatavad enam need haiglad, kelle kuludes moodustavad suurema osa personalikulud. Sellised haiglad on just maakonna haiglad.

Investeeringud haiglate hoonetesse

Eestis on kapitaliinvesteeringute osakaal tervise kogukuludest jätkuvalt väike

139. Haiglavõrgu optimeerimise eesmärgil töötati HVA kõrval Sotsiaalministeeriumi eestvedamisel välja „Tervishoiu investeeringupoliitika põhimõtted“, mis kiideti heaks 2002. a Vabariigi Valitsuse kabinetiistungil. Investeeringupoliitika pidi toetama haiglavõrgu kujundamist. Peamise probleemina toodi dokumendis välja see, et Eesti tervishoiusektoris ei toimu piisavat kapitali taastootmist: OECD riikide kogemuse põhjal peaks kapitali säilitamiseks tervishoiusektoris olema kapitaliinvesteeringute osakaal kogukuludest suurusjärgus 10%. Eestis oli see 2000. aastal 2,2%. Ilma vajalike investeeringuteta pole haiglavõrk jätkusuutlik: toimub kapitali pidev vähenemine ning sellest tulenevalt on tervishoiu infrastruktuur väga halvas olukorras. Kapitali taastootmiseks oleks OECD kogemust arvestades vaja 2002. a hindades suurusjärgus 400–500 miljonit krooni aastas.

Kapitaliinvesteeringute osakaal tervise kogukuludest on teiste Euroopa riikidega võrreldes väiksem

140. Riigikontroll uuris, kas Eestis on kapitaliinvesteeringute osakaal tervise kogukuludest teiste Euroopa riikidega võrreldaval tasemel. Tabelis 18 on näha, et praeguseks ei ole Eesti olukord paranenud: võrreldes nende arenenumate Euroopa riikidega, kelle kohta andmed olemas on (Norra, Taani, Saksa, Tšehhi), on Eestis kapitaliinvesteeringute osa jätkuvalt väga palju väiksem ning see on ka aastate jooksul vähenenud. Kõige suurem on kapitaliinvesteeringute kogusumma osakaal tervise kogukuludest Norras, ulatudes 2006. a 6,3%-ni. Eestis oli see näitaja 2007. a 1,5% (vt tabel 18). Rahasummana väljendades oli 2007. a kapitalikulu 191 miljonit krooni.

141. Tegelik kapitaliinvesteeringute osakaal on mõnevõrra suurem, sest praeguse metoodika järgi on arvestamata haigekassa tervishoiuteenuste piirhinda arvestatud hoonete ja seadmete kulu komponent (2008. a oli summa kokku 168 miljonit). Kuid arvestades suurt investeeringuvajadust, on ikkagi ka praegu kapitali säilitamine ja taastootmine ebapiisav. Et jõuda teiste Euroopa riikide lähedasele tasemele, oleks igal aastal vaja kapitaliinvesteeringuid hinnangulises suurusjärgus 500–600 miljonit krooni.

Tabel 18. Kapitaliinvesteeringute osakaal (%) tervise kogukuludest*

Riik	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Tšehhi Vabariik	8,9	8,3	4,9	3,7	4,6	4,0	3,5	3,5	3,1	–
Taani	3,0	2,8	2,6	2,9	2,6	4,5	4,5	–	4,1	–
Eesti	3,2	2,2	2,1	1,3	2,3	0,8	0,6	0,6	1,0	1,5
Saksamaa	4,0	4,0	3,9	4,0	4,0	3,8	3,8	3,8	3,7	–
Norra	7,1	7,7	6,8	7,2	6,4	6,4	6,5	6,5	6,3	6,3
ELi liikmesriigid aastast 2004 või 2007	5,6	5,5	4,8	4,8	–	–	–	–	–	–

*Toodud suhtarv ei kajasta kapitalikulu, mis on arvatud haigekassa tervishoiuteenuste piirhindadesse.

Allikas: WHO

Senist haiglate rahastamist arvestades ei suudeta hoonetesse piisavalt investeerida

142. Nii HMP kui HVA ettevalmistamise ajal tõdeti, et Eesti haiglate hooned on väga halvas olukorras ja vajavad suuri investeeringuid. Kuna aktiivravihaiglaid oli kokku palju (2000. a 68) (vt ka ptk „Praeguse haiglavõrgu kujunemine“) ja kõigi haiglate renoveerimis- ja ehituskulu oleks olnud ülemäära suur, seati muu hulgas mõlema arengukava eesmärgiks optimeerida kulutused haiglavõrgu rajamiseks ja toimimiseks. Riigikontroll lähtub hinnangu andmisel sellest, et 2015. aastaks tuleb haiglavõrgu haiglatesse praeguseks planeeritud mahus investeeringud tagada.

Investeeringud haiglate hoonetesse kavandati rahastada riigieelarvest

143. Tuginedes HVA-le, kinnitati Vabariigi Valitsuse 2003. a haiglavõrgu arengukava määрусega aktiivravi haiglate arv ja hinnanguliselt vajalik investeeringute suurus nende haiglate ehitamiseks, renoveerimiseks ja ümberkorraldamiseks. Optimaalseks aktiivravihaiglate arvaks kujunes 19 ja vajalike investeeringute hinnanguliseks maksumuseks kokku 4,3 miljardit krooni. Selle summa arvestamisel lähtuti haiglate aktiivravi üldpinnast ning 2002. a ehitus- ja renoveerimishindadest; arvestus ei sisalda hooldusraviteenuste osutamiseks vajalikke investeeringuid. See summa oli kavas haiglate hoonetesse investeerida 12 aasta jooksul (2015. aastaks). Raha planeeriti selleks haiglatele eraldada riigieelarvest.

144. Arvestades, et haiglate hooned olid väga erinevas seisukorras ja määрусega vastuvõtmise ajaks oli võimalik määrata vaid hinnanguline investeeringuvajadus, nähti haiglavõrgu arengukava määрусega ette, et investeeringute tegelik maksumus kinnitatakse sotsiaalministri käskkirjaga iga haigla puhul eraldi pärast haigla funktsionaalse arengukava kinnitamist. Seega on kinnitav haigla funktsionaalne arengukava riigipoolne heakskiit iga haigla investeeringuvajadusele. Praeguseks kinnitatud haiglate funktsionaalsete arengukavade järgi on planeeritud investeeringute vajadus 2015. aastani aktiivravis kokku ligikaudu 11 miljardit krooni (vt joonis 8). Ka Sotsiaalministeerium on 2009. aastal hinnanud tervishoiusektori haiglavõrgu (sh aktiivravi- ja hooldushaiglad) investeerimisvajaduseks 11 miljardit krooni. Seega on võrreldes esialgu planeerituga investeeringuvajadus praeguseks kasvanud vähemalt 6,7 miljardit krooni. Samas ei ole ka see suurusjärg lõplik, sest kõigi haiglate investeeringuvajadus ei ole veel täies mahus teada ja kõigi haiglate funktsionaalsed arengukavad ei ole kinnitatud.

Investeeringuvajadus ulatub praegusel ajal vähemalt 8 miljardi kroonini

145. Praeguseks ei ole sotsiaalminister veel erinevatel põhjustel kõigi haiglate funktsionaalseid arengukavu kas üldse või täies ulatuses kinnitanud ja funktsionaalsete arengukavadega raames esitatud investeeringuvajadus ei pruugi olla lõplik. Seepärast küsis Riigikontroll haiglatelt hoonetesse investeeringu vajaduse praegust kogusummat. 2009. a oktoobri alguse seisuga esitatud andmete järgi on praegu nii haiglate funktsionaalsete arengukavadega kinnitatud kui ka ainult haiglate endi hinnatud investeerimisvajadus hoonetesse, arvestades haiglavõrgu arengukava kinnitamisest kuni praeguseni juba tehtud investeeringuid, veel vähemalt 8,6 miljardit krooni. Lisaks vajavad haiglad investeeringuid hooldusravisse hinnanguliselt vähemalt 1 miljardi krooni ulatuses. Siin on oluline arvestada, et tegemist on hinnanguliste maksumustega ning mitu haiglat ei ole investeeringuid aktiiv- ja hooldusravisse eraldi esitanud. Samuti tuleb arvestada, et nii

funktsionaalsete arengukavadega kinnitatud investeeringuvajadus kui ka praeguseks tehtud investeeringute summas kajastub ka ERDFi raha (vt joonis 8). Haiglate kaupa on andmed esitatud lisas C, sh tabelis 5 on investeeringud haiglate hoonetesse.

Joonis 8. Haiglavõrgu arengukava haiglate planeeritud, praeguseks tehtud ja veel vajalikud investeeringud kokku (miljon krooni)

Investeeringute planeerimine ja praegune olukord	Aktiivravisse	Hooldusravisse
Haiglavõrgu arengukava määrusega kinnitatud investeeringud	4 295	732
Haiglate funktsionaalsete arengukavadega kinnitatud investeeringud	11 143	663
Haiglavõrgu arengukava kinnitamisest praeguse ajani tehtud investeeringud	2 716	44
Investeeringuvajadus praegusel ajal	8 577	1 055

Allikas: Vabariigi Valitsuse 02.04. 2003. a määrus nr 105 „Haiglavõrgu arengukava“, Riigikontrolli päring arengukavahaiglatele

146. Eeltoodu põhjal saab järeldada, et praeguseks on haiglate tegelik investeeringuvajadus hoonetesse kujunenud planeeritud hinnangulisest maksumusest (4,3 miljardit) oluliselt suuremaks (11,1 miljardit). Investeeringuvajaduse suurenemist nähti küll haiglavõrgu arengukavas ette, kuid seda, kui suureks see võib kasvada, üheski dokumendis kirjas ei ole.

Investeeringute katteallikad ei ole kindlad

147. Vajalike investeeringute tarvis oli kavas eraldada raha riigieelarvest. Tervishoiuteenuste korraldamise seaduse § 55 lg 8 näeb seniajani ette, et haiglate loetelus nimetatud haiglatesse riigieelarvest investeerimise tingimused ja korra kehtestab Vabariigi Valitsus. Koos haiglavõrgu arengukava määruse eelnõuga esitatigi 2003. a valitsusele ka Vabariigi Valitsuse määruse „Haiglatesse riigieelarve vahenditest investeerimise tingimused ja kord“ eelnõu, kuid seda ei kiidetud valitsuses raha puudumise ettekäändel heaks. Seega, raha haiglahoonete ehitus- ja renoveerimiskulude katteks haiglavõrgu arengukava määruse vastuvõtmisel riigieelarvest ei leitud. Praeguseks ei ole kehtestatud riigieelarvest haiglatesse investeerimise korda.

148. Et haiglatel oleks võimalik olemasolevate ehitistega seotud kulutusi katta, nähti ravikindlustuse seadusega 2003. aastast ette, et haigekassa tervishoiuteenuse hind hõlmab kõiki tervishoiuteenuse osutamiseks vajalikke kulusid, sh hoonete ülalpidamise, hoolduse ja kulumi (investeeringu, v.a intressi kulu) kulu, välja arvatud kulutused teadusele ning õpilaste ja üliõpilaste õpetamisele. Raha selleks tuli 2008. aastani ravikindlustuse rahast.

149. 2007. a võttis Riigikogu vastu tervishoiuteenuste korraldamise seaduse muudatused, mille kohaselt nähti ette tervishoiuteenuste nn investeeringukomponendi (nn tervishoiuteenuste osutajate ehitiste kulum) katmine riigieelarvest. Seda tehti vajadusest tagada tervishoiu rahastamise jätkusuutlikkus. Samas ei ole riik seda kohustust seaduse

Kas teadsite, et

2008. a tasus Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste piirhindade kaudu ehitiste kulumit järgmiselt (miljonit krooni):

- eriarstiabis 125,
- ennetuses 1,
- hambaravis 6,
- hooldusravis 9,
- perearstiabis 27,
- **kokku 168 miljonit krooni.**

Allikas: Eesti Haigekassa majandusaasta aruanne 2008

Kas teadsite, et

Euroopa Regionaalarengu Fondist on aastatel 2007–2013 eraldi infrastruktuuri arendamiseks ette nähtud „tervishoiu ja hoolekande infrastruktuuri“ prioriteetse suuna all kokku kuni 2,646 miljardit krooni, millele lisandub 805 137 251 krooni Eesti kaasfinantseeringut.

Prioriteetne suund on jagatud kolme eraldi meetmega haiglate, õendus- hooldusteenuste ning hoolekandeesutuste vahel.

Meetme rakendusasutus on Sotsiaalministeerium.

kohaselt täitnud. 2008. a eraldati haigekassale riigieelarvest sihtotstarbelise eraldisena tervishoiuteenuste osutajate ehitiste kulumi katmiseks 125,1 miljonit krooni. Haigekassa tasus aga tervishoiuteenuste osutajatele ehitiste kulumi eest piirhindade kaudu 43 miljoni krooni ulatuses enam: kokku 168,6 miljonit krooni. 2009. a ehitiste kulumi katmiseks riigieelarves aga enam raha ette ei nähtud.

150. Haigekassa nõukogu 11.09.2009. a otsuse järgi, millega kinnitati „Eesti Haigekassa 4 aasta kulude ja kulude katteallikate planeerimise põhimõtted aastateks 2010–2013“, peab haigekassa oluliseks „ehitiste kulumi katmist riigieelarvest, mis võimaldaks kasutada rohkem haigekassa rahalisi ressursse ravikindlustushüvitiste kättesaadavuse parandamiseks“.

151. Aastatel 2004–2006 toetati Eesti haiglahoonete renoveerimist ERDFist kokku 389 miljoni krooniga. Praeguseks on juba valminud Tartu Ülikooli Kliinikumi juurdeehitus ja valmimas Põhja-Eesti Regionaalhaigla juurdeehitus. Aastatel 2007–2013 on kavas kasutada veel 2,24 miljardit krooni ERDFi raha Põhja-Eesti Regionaalhaigla juurde- ja ümberehituse ning Tartu Ülikooli Kliinikum juurdeehituse rahastamiseks. Samuti otsustati toetada Ida-Viru Kesonhaigla juurdeehituse rahastamist.

152. Lisaks on kavandatud õendus- ja hooldusteenuste infrastruktuuri arendamise meetme kaudu eraldada ERDFist 431 miljonit krooni. Vabariigi Valitsuse 3. detsembri ka istungil otsustati korraldusega „Meetme „Õendus- ja hooldusteenuste infrastruktuuri arendamine” investeeringute kava kinnitamine“ toetada 20 projekti kogusummas 406,7 miljonit krooni.

153. Eeltoodu näitab, et praegustesse aktiivravihaiglate hoonetesse on tarvis investeerida hinnanguliselt veel vähemalt 8,6 miljardit krooni: 8 miljardit aktiivravis ja 600 miljonit hooldusravis. Kui soovitakse säilitada selline aktiivravihaiglate võrk, tuleb ka raha investeeringute katteks leida.

154. Riigikontrolli teostatud haiglate tulude ja kulude (vt täpsemalt lisa C; hoonetesse investeeringute kohta vt lisa C tabel 6 ja 7) ning tuleminäitajate ja haiglate põhivara aastalõpu jääkmaksumuste analüüs perioodil 2004–2007 näitas, et haiglatel on praeguse rahastamise juures väga keeruline investeeringuid hoonetesse teha. Haiglad on oma põhivara ja hoonete väärtust vaadeldud perioodil suurendanud, kuid vajalikud mahus investeeringuid kogu põhivarasse (hooned ja meditsiiniseadmed) ei suudeta teha.

155. Arvestades, et haiglate tulu teenimise võimalused on piiratud, on haiglate tegevus ravikindlustusraha alalaekumise tõttu väga kergesti haavatav. Kõik haiglate juhid on intervjuudes kinnitanud, et ilma riigi, kohaliku omavalitsuse või välisinvestorite rahalise toeta ei ole haiglate hoonetesse võimalik investeerida. Samal ajal ei ole selge, kuivõrd realistlikult on haiglad oma investeeringuplaanide tegemisel hinnanud haigekassa suutlikkust neilt tulevikus teenust osta. Praegu puudub mehhanism, mis võimaldaks investeeringuid pikaajalisemalt planeerida. Ühe sellise meetmena, mis võimaldaks investeeringuteks raha koguda ja investeerimisplaan teha, on välja pakutud kapitalimaksu ideed.

156. Kokkuvõtteks on praeguseks selge, et haiglate hooned olid HVA ja haiglavõrgu arengukava määrase vastuvõtmise ajal ja on ka praegu väga erinevas seisukorras ning vajavad jätkuvalt suuri investeeringuid. Kuna haiglate tuludest moodustavad enamiku laekumised Eesti Haigekassalt, s.t et kuludest moodustavad suurima osa kulutused tervishoiuteenuste osutamiseks, on haiglate tegevus sotsiaalmaksu ravikindlustuse osa alalaekumise tõttu väga kergesti haavatav. Muude tuluallikate piiratus tõttu on haiglatel väga keeruline leida raha kõigi vajalike kulutuste katteks.

157. Kuigi juba 2002. a oli haiglavõrgu korrastamiseks tehtud töö käigus selge, et halvas olukorras haiglahoonete ehitamiseks ja renoveerimiseks vajalikud kulutused on väga suured ning ravikindlustusest ei ole võimalik vajalikeks investeeringuteks raha leida, ei ole riik suutnud haiglate ehitus- ja renoveerimiskulude tagamiseks jätkusuutlikke otsuseid langetada. ERDFi raha on küll suunatud kõige olulisemate objektide kordategemiseks, kuid sellest ei piisa kõigi arengukavahaiglate tänapäeva nõuete kohaseks ehitamiseks ja renoveerimiseks. Riigieelarvest ei ole olnud võimalik investeeringuteks vajalikus mahus raha leida. Investeeringupoliitikat sellisel kujul, nagu valituses heaks kiideti, pole ellu viidud. Uut investeeringupoliitikat pole Sotsiaalministeerium välja töötanud. HVA elluviimisel ei ole suudetud lahendada haiglavõrgu investeerimisvajadust. Investeeringupoliitika dokumendis sõnastatud probleemid –

- senine madal investeeringute tase,
- rahastamisotsustest tulenev kapitali puudus ja
- ebavõrdne kohtlemine –

on jätkuvalt alles.

158. Arvestades, et ei riigieelarve, Eesti Haigekassa ega Euroopa Liidu raha toel ei ole õnnestunud vajalikus mahus investeeringuid haiglavõrku teha, ei ole Riigikontrolli hinnangul aktiivravihaiglate nii suur arv optimaalne ega võrk tulevikus ka jätkusuutlik.

Riigikontrolli koondhinnang riigi tegevusele ja soovitused

159. Riigikontrolli hinnangul on Sotsiaalministeeriumi tegevus haiglavõrku korraldades kahjustanud nii riigi, Eesti Haigekassa kui ka haiglapidajate huve, sest puudub selgus, milline on riigi jaoks tervishoiuteenuste kättesaadavuse tagamiseks optimaalne ja jõukohane aktiivravihaiglate arv (haiglavõrk).

160. Eesti haiglavõrgu arengukava elluviimine käib riigile üle jõu. Riigikontrolli hinnangul on, arvestades riigi senist praktikat haiglavõrgu määramise muutmisel, patsientide tervishoiuteenuste tarbimisest, tervishoiutöötajate vanuselist struktuuri ja töökoormust ning aktiivravi haiglate investeeringuvajadust, jätkuvalt aktuaalne HMPs ja HVAs toodud eesmärk optimeerida haiglavõrk.

161. Arvestades rahvastikumuudatusi ja tervishoiusüsteemi senist arengut, ei piisa enam 2015. aastaks HVAs plaanitud eesmärkide elluviimisest, vaid aktiivravi pakkumise vajadus regiooniti ja riigi võimalused pakkumise tagamiseks tuleb uuesti üle hinnata ning eesmärgid ajakohastada.

162. Riigikontroll on seisukohal, et HVAs kokku lepitud haiglate liigile tuginev aktiivravihaiglate hulk on liiga suur, arvestades kogu Eesti vajadust. Arendamist vajab hooldusravi ja esmatasandi arstiabi.

163. Riigikontrolli soovitused sotsiaalministrile:

- Ajakohastada Eesti haiglavõrgu arengukava aastal 2010. Plaanitav aktiivravi haiglavõrk peab olema mõistlik kompromiss eriarstiabi piirkondliku pakkumise ja ressursiliste võimaluste vahel ning arvestama seotud võrgustikega (sh kiirabi, esmatasand, hooldusravi). Praegune aktiivraviteenuste pakkumine nii paljudes kohtades ei ole auditi aruandes toodud tegureid arvestades mõistlik ega jätkusuutlik.
- Parandada esmatasandi arstiabi ja hooldusravi kättesaadavust. See korvab aktiivraviteenuste osutamise kohtade vähendamist.
- Kaaluda varianti, kus piirkondlikul ja keskhaiglal on kohustus osutada teatud ambulatoorseid ja/või päevastatsionaarseid teenuseid üldhaiglate maakondades. See tagab kvaliteetse eriarstiabi parema kättesaadavuse.
- Kaaluda igale haiglaliigile kindlate piiride kehtestamist, mille ulatuses nad tervishoiuteenuseid osutada võivad. See võimaldab koondada kalleid seadmeid ja palju personali nõudvad teenused konkreetsetesse haiglatesse, kasutada ressursse efektiivsemalt ning arendada teenuseid. Samas peaks haiglal olema võimalus lubatava teenustepaketiga optimaalselt majandada.
- Lisada loodavasse haiglavõrgu arengukavasse realistlik aktiivravivõrgu investeerimisplaan ning näha ette ajakava ja raha selle elluviimiseks.
- Hinnata üle personalivajaduse prognoos, lähtudes uuest haiglavõrgust, ning viia sellega vastavusse nii arstide erialade arengukavad kui ka koolitustellimus.

Sotsiaalministri vastus:

Sotsiaalministeerium analüüsis 2009. a II poolaastal haiglavõrgu haiglate tegevuse efektiivsuse erinevaid näitajaid, mille tulemusena jõudsi järeldusele, et tänases majanduslikus olukorras praegu kehtiv haiglavõrk ei ole oma tegevuses ressursi (nii inim- kui rahalise ressursi) kasutusel kõige optimaalsem ja jätkusuutlikum. Samale erapooletule tulemusele jõudis ka Riigikontroll oma analüüsis.

Sotsiaalministeerium on koostöös haiglate liidu, arstide liidu, Tartu Ülikooli ja Riigikogu sotsiaalkomisjoni esindajatega ette valmistanud kontseptsiooni erinevate stsenaariumitega haiglavõrgu optimeerimiseks. Kontseptsiooni kohaselt oleme ette näinud, et uuenenud haiglavõrgus osutatavate tervishoiuteenuste struktuur ja osutatavate tervishoiuteenuste maht järgib elanikkonna vajadusi, suundumisi ja arenguid tervishoiusüsteemis tervikuna (vt täiendavat informatsiooni kirjale lisatud memorandumist). [Vt lisa D.]

Sotsiaalministeerium korraldab 1. veebruaril 2010. a haiglavõrgu haiglate juhtidega kohtumise, et tutvustada haiglavõrgu optimeerimise erinevaid stsenaariume.

Tervishoiu personalivajaduse prognoosi aluseks on 2005. a koostatud mudel, mis hetkel on uuendamisel. Mudel arvestab migratsiooni, arstide jõudmist pensionivanusesse ning erialadega täpsustatud spetsialistide vajadust lähtuvalt prognoositavatest teenuste mahtudest ja süsteemi korraldusest. Uuendamise käigus täpsustatakse ka haiglavõrgu haiglate personali vajadust erialade osas.

Investeeringute osas haiglavõrgu haiglate infrastruktuuri juhime tähelepanu, et perioodil 2004–2006 toetati Euroopa Regionaalarengu Fondist (ERF) haiglate hoonetesse tehtavaid investeeringuid 388 674 796 krooniga (24 840 847 eurot). Toetus SA Pärnu Haiglale oli 8 642 118 krooni ja SA Tartu Ülikooli Kliinikumile 380 032 678 krooni. SA Tartu Ülikooli Kliinikumi ERF projekti omaosaluse katteks eraldati 2007. a ja 2008. a riigieelarvest 227,9 miljonit krooni. SA Pärnu Haigla uue hoone ehitusse ning seadmetesse on riigieelarvest tehtud investeeringuid 273 miljonit krooni ulatuses.

ERF-st toetatakse perioodil 2007–2013 kesk- ja piirkondlike haiglate infrastruktuuri optimeerimiseks haiglate hoonetesse tehtavaid investeeringuid 1 724 809 000 krooniga. Toetus SA Põhja-Eesti Regionaalhaiglale on 1 334 502 000 krooni, SA Tartu Ülikooli Kliinikumile 510 miljonit krooni ja investeeringute kava kohaselt SA Ida-Viru Keskhaiglale 179 929 000 krooni. SA PER-i toetatakse ERF-st X- ja C korpuse ning patoloogia teenistuse 2 368 382 000 krooni maksumusega ehitusprojekti 1 033 880 000 krooniga. Projekti omaosaluse 1 334 502 000 krooni katab haigla laenudega, mille tagasimaksed teostatakse raviteenuste müügitulust. SA Tartu Ülikooli Kliinikumi Maarjamõisa II ehitusetappi, mis maksab 781 558 442 krooni, toetatakse ERF-st 510 miljoni krooniga. Projekti omaosaluse 271 558 440 krooni katab haigla laenudega, mille tagasimakse teostatakse raviteenuste müügitulust. SA Ida-Viru Keskhaigla esimest ehitusetappi toetatakse 282 900 000 krooni maksumusega ERF-st 179 929 000 krooniga. Projekti omaosaluse 102 971 000 krooni katab haigla laenudega, mille tagasimaksed teostatakse raviteenuste müügitulust.

Lähiaastatel on kavas suunata ERF vahendeid ka hooldusravi arendamiseks. ERF-st rahastatava tervishoiu meetme „Õendus- ja hooldusteenuste infrastruktuuri arendamine” toetusi kogusummas on 431 200 000 krooni õendus- ja hooldusteenuste parema kvaliteedi ja kättesaadavuse tagamiseks (Vabariigi Valitsuse 3. detsembri 2009. a korraldus nr 519 „Meetme „Õendus- ja hooldusteenuste infrastruktuuri arendamine” investeringute kava kinnitamine”). Meetmest toetatakse hooldusravi statsionaarse tegevusloaga teenuseosutajate investeringuid infrastruktuuri renoveerimisse või ehitusse. Enamus investeringute kavasse kuuluvaid haiglaid on haiglavõrgu haiglad. Õendus- ja hooldusteenuste kvaliteedi ning kättesaadavuse parandamiseks ja integreeritud õendushoolduse põhimõtete rakendamiseks kohandatakse olemasolevad haiglahooned, mis on tehniliselt ja funktsionaalselt vananenud, pikaajaliste õendus ja hooldusteenuste osutamiseks kaasaja nõuetele vastavalt.

Esmatasandi tervishoiu arendamiseks on Sotsiaalministeeriumis valminud esmatasandi tervishoiu arengukava 2009–2015, mis on 1. veebruaril 2009. a kinnitatud ministri käskkirjaga nr 16. Arengukava eesmärgiks on tagada perearsti abi ühtlane geograafiline ja ajaline kättesaadavus. Arengukava näeb ette ka esmatasandil osutatavate teenustepaketi laiendamist teenustega, mida täna esmatasandi tervishoiuteenustena ei osutata – lisaks perearsti ja -õe teenustele osutatakse esmatasandil füsioteraapia teenust, kodust õendusabi teenust, ämmaemandusteenust, koolitervishoiu, töötervishoiu ja vaimse õe tervishoiuteenust. Perearsti teenuse kättesaadavust võib tänasel päeval hinnata heaks, esmatasandi arengukava on rakendamisel.

Lisaks on käesoleva aasta alguses Eesti Perearstide Selts ja Sotsiaalministeerium sõlminud hea tahte koostöökokkuleppe, mille eesmärgiks on töötada välja muudatuste pakett kogu esmatasandi tervishoiusüsteemi korrastamiseks ja efektiivsemaks funktsioneerimiseks, pidades silmas esmatasandi tervishoiu arengukavas kirjeldatud lõpp-eesmärke. Kokkuvõtteks lubage Riigikontrolli veel kord tänada sisuka aruande eest ja loodame haiglavõrgu arengukava võimalike muudatuste otsustusprotsessis Riigikontrolli kaasamõtlemisele ning kaasabile.

Riigikontrolli soovitused ning sotsiaalministri ja Eesti Haigekassa juhatuse esimehe vastused

Riigikontroll andis auditi põhjal Sotsiaalministeeriumile ja Eesti Haigekassale mitmeid soovitusi. Minister saatis 27.01.2010. a ja haigekassa juhatuse esimees 14.12.2009. a oma vastuse Riigikontrolli soovitustele.

Üldised kommentaarid auditiaruande kohta

Sotsiaalminister: Täname sisuka kontrollaruande eelnõu „Haiglavõrgu jätkusuutlikkus“ eest ja võimaluse eest edastada arvamus eelnõu kohta. Sissejuhatuses soovime juhtida tähelepanu asjaolule, et aruandes toodud järeldus „Nii riigi kui ka haiglapidajate huve on kahjustanud sotsiaalministri selgete otsuste puudumine soovitava haiglavõrgu kohta“, ei ole korrektne, kuna haiglavõrgu arengukava otsustuspädevus ei ole ainuiskuliselt sotsiaalministri võimuses. Haiglavõrgu arengukava kehtestab tervishoiuteenuste korraldamise seaduse alusel Vabariigi Valitsus. Viimase aasta jooksul on sotsiaalminister viinud arutelu haiglavõrgu tuleviku üle nii Vabariigi Valitsuse kabinetiistungile kui ka arutanud võimalikke tulevikunägemusi nii ministeeriumis kui laiemalt erinevate huvigruppidega.

Kokkuvõtteks lubage Riigikontrolli veel kord tänada sisuka aruande eest ja loodame haiglavõrgu arengukava võimalike muudatuste otsustusprotsessis Riigikontrolli kaasamõtlemisele ning kaasabile.

Eesti Haigekassa juhatuse esimees: Haigekassa tänab tulemusauditi meeskonda asjatundliku töö eest.

Riigikontrolli soovitused	Ministri ja haigekassa juhatuse esimehe vastus
Patsiendid ja teenused 60. Soovitus Eesti Haigekassa juhatuse esimehele: suurendada järk-järgult lepingusummade osakaalu arengukavahaiglates, eelkõige nendes üldhaiglatega maakondades, kus haiglavõrguväliste raviasutuste osakaal ravimahtudest on väga suur.	Eesti Haigekassa juhatuse esimehe vastus: Haigekassa toetab auditis väljendatud seisukohta, et kindlustatud isikute raviteenuste vajaduse peab eeskätt suutma katta nn arengukavas nimetatud haiglate poolt. Seda seisukohta arvestades sõlmibki haigekassa nn raamlepingud arengukavahaiglatega viieks aastaks. Haigekassa on lepingu läbirääkimistel eeskätt arengukava suurte haiglatega järjekindlalt osutanud vajadusele arendada välja võimalused pakkuda teenust ka väljaspool oma asukohta. Konkreetne koostöö on siiani selles osas olnud näiteks Ida-Viru Keskhaigla juhatusega, kellega koostöös on vähenenud eriarstiabi teenuste ostmise mitmel erialal haiglavõrguväliselt teenuse osutajatelt. Samas märgime, et selline tegevus ei pruugi igal pool anda soovitud tulemust tulenevalt konkreetse maakonna teedevõrgust ja liikluskorraldusest. Nii on näiteks Jõgeva maakonnas kõrvuti Jõgeva Haiglaga välja kujunenud eriarstiabi teenuste osutajateks Põltsamaal asuvad pakkujad. Teenuste ostmise lõpetamine Põltsamaal asuvatelt haiglavõrguväliselt teenuse osutajatelt ei too aga kaasa teenuste ostmise suurenemist Jõgevalt, sest tulenevalt liikluse korraldusest ei ole kindlustatud isikutel võimalik Jõgeval arsti juures käia ning suundutakse pigem Tartusse, kus piirkondliku haigla TÜ Kliinikumi ravijärjekorrad on pikad ning ravijuhu keskmine maksumus tunduvalt kõrgem.
Haiglavõrgu korraldus 163. Soovitused sotsiaalministriale: - Ajakohastada Eesti haiglavõrgu arengukava aastal 2010. Plaanitav aktiivravi haiglavõrk peab olema mõistlik kompromiss eriarstiabi piirkondliku pakumise ja ressursiliste võimaluste vahel ning arvestama seotud võrgustikega (sh kiirabi, esmatasand, hooldusravi). Praegune aktiivraviteenuste pakumine nii paljudes kohtades ei ole auditi aruandes toodud tegureid arvestades mõistlik ega jätkusuutlik. - Parandada esmatasandi arstiabi ja hooldusravi kättesaadavust. See korvab aktiivraviteenuste osutamise kohtade vähendamist. - Kaaluda varianti, kus piirkondlikul ja kesonhaiglal on kohustus osutada teatud	Sotsiaalministri vastus: Sotsiaalministeerium analüüsis 2009. a II poolaastal haiglavõrgu haiglate tegevuse efektiivsuse erinevaid näitajaid, mille tulemusena jõudisime järeldusele, et tänases majanduslikus olukorras praegu kehtiv haiglavõrk ei ole oma tegevuses ressursi (nii inim- kui rahalise ressursi) kasutusel kõige optimaalsem ja jätkusuutlikum. Samale erapoolele tulemusel jõudis ka Riigikontroll oma analüüsis. Sotsiaalministeerium on koostöös haiglate liidu, arstide liidu, Tartu Ülikooli ja Riigikogu sotsiaalkomisjoni esindajatega ette valmistanud kontseptsiooni erinevate stsenaariumitega haiglavõrgu optimeerimiseks. Kontseptsiooni kohaselt oleme ette näinud, et uuenenud haiglavõrgus osutatavate tervishoiuteenuste struktuur ja osutatavate tervishoiuteenuste maht järgib elanikkonna vajadusi, suundumisi ja arenguid tervishoiusüsteemis tervikuna (vt täiendavat informatsiooni kirjale lisatud memorandumist). [Vt lisa D.] Sotsiaalministeerium korraldab 1. veebruaril 2010. a haiglavõrgu haiglate juhtidega kohtumise, et tutvustada haiglavõrgu optimeerimise erinevaid stsenaariume.

Riigikontrolli soovitus	Ministri ja haigekassa juhatuse esimehe vastus
ambulatorseid ja/või päevastatsionaarseid teenuseid üldhaiglate maakondades. See tagab kvaliteetse eriarstiabi parema kättesaadavuse. ■ Kaaluda igale haiglaliigile kindlate piiride kehtestamist, mille ulatuses nad tervishoiuteenuseid osutada võivad. See võimaldab koondada kalleid seadmeid ja palju personali nõudvad teenused konkreetsetesse haiglatesse, kasutada ressursse efektiivsemalt ning arendada teenuseid. Samas peaks haiglal olema võimalus lubatava teenustepaketiga optimaalselt majandada. ■ Lisada loodavasse haiglavõrgu arengukavasse realistlik aktiivravivõrgu investeerimisplaan ning näha ette ajakava ja raha selle elluviimiseks. ■ Hinnata üle personalivajaduse prognoos, lähtudes uuest haiglavõrgust, ning viia sellega vastavusse nii arstide erialade arengukavad kui ka koolitustellimus.	Tervishoiu personalivajaduse prognoosi aluseks on 2005. a koostatud mudel, mis hetkel on uuendamisel. Mudel arvestab migratsiooni, arstide jõudmist pensionivanusesse ning erialadega täpsustatud spetsialistide vajadust lähtuvalt prognoositavatest teenuste mahtudest ja süsteemi korraldusest. Uuendamise käigus täpsustatakse ka haiglavõrgu haiglate personali vajadust erialade osas. Investeeringute osas haiglavõrgu haiglate infrastruktuuri juhime tähelepanu, et perioodil 2004–2006 toetati Euroopa Regionaalarengu Fondist (ERF) haiglate hoonetesse tehtavaid investeeringuid 388 674 796 krooniga (24 840 847 eurot). Toetus SA Pärnu Haiglale oli 8 642 118 krooni ja SA Tartu Ülikooli Kliinikumile 380 032 678 krooni. SA Tartu Ülikooli Kliinikumi ERF projekti omaosaluse katteks eraldati 2007. a ja 2008. a riigieelarvest 227,9 miljonit krooni. SA Pärnu Haigla uue hoone ehitusse ning seadmetesse on riigieelarvest tehtud investeeringuid 273 miljonit krooni ulatuses. ERF-st toetatakse perioodil 2007–2013 kesk- ja piirkondlike haiglate infrastruktuuri optimeerimiseks haiglate hoonetesse tehtavaid investeeringuid 1 724 809 000 krooniga. Toetus SA Põhja-Eesti Regionaalhaiglale on 1 334 502 000 krooni, SA Tartu Ülikooli Kliinikumile 510 miljonit krooni ja investeeringute kava kohaselt SA Ida-Viru Keskhaiglale 179 929 000 krooni. SA PER-i toetatakse ERF-st X- ja C korpuse ning patoloogia teenistuse 2 368 382 000 krooni maksumusega ehitusprojekti 1 033 880 000 krooniga. Projekti omaosaluse 1 334 502 000 krooni katab haigla laenuudega, mille tagasimaksed teostatakse raviteenuste müügitulust. SA Tartu Ülikooli Kliinikumi Maarjamõisa II ehitusetappi, mis maksab 781 558 442 krooni, toetatakse ERF-st 510 miljonit krooniga. Projekti omaosaluse 271 558 440 krooni katab haigla laenuudega, mille tagasimaksed teostatakse raviteenuste müügitulust. SA Ida-Viru Keskhaigla esimest ehitusetappi toetatakse 282 900 000 krooni maksumusega ERF-st 179 929 000 krooniga. Projekti omaosaluse 102 971 000 krooni katab haigla laenuudega, mille tagasimaksed teostatakse raviteenuste müügitulust. Lähiaastatel on kavas suunata ERF vahendeid ka hooldusravi arendamiseks. ERF-st rahastatava tervishoiu meetme „Õendus- ja hooldusteenuste infrastruktuuri arendamine” toetusi kogusummas on 431 200 000 krooni õendus- ja hooldusteenuste parema kvaliteedi ja kättesaadavuse tagamiseks (Vabariigi Valitsuse 3. detsembri 2009. a korraldus nr 519 „Meetme „Õendus- ja hooldusteenuste infrastruktuuri arendamine” investeeringute kava kinnitamine”). Meetmest toetatakse hooldusravi statsionaarse tegevusloaga teenuseosutajate investeeringuid infrastruktuuri renoveerimisse või ehitusse. Enamus investeeringute kavasse kuuluvaid haiglaid on haiglavõrgu haiglaid. Õendus- ja hooldusteenuste kvaliteedi ning kättesaadavuse parandamiseks ja integreeritud õendushoolduse põhimõtete rakendamiseks kohandatakse olemasolevad haiglahooned, mis on tehniliselt ja funktsionaalselt vananenud, pikaajaliste õendus ja hooldusteenuste osutamiseks kaasaja nõuetele vastavalt. Esmatasandi tervishoiu arendamiseks on Sotsiaalministeeriumis valminud esmatasandi tervishoiu arengukava 2009–2015, mis on 1. veebruaril 2009. a kinnitatud ministri käskkirjaga nr 16. Arengukava eesmärgiks on tagada perearsti abi ühtlane geograafiline ja ajaline kättesaadavus. Arengukava näeb ette ka esmatasandil osutatavate teenustepaketi laiendamist teenustega, mida täna esmatasandi tervishoiuteenustena ei osutata – lisaks perearsti ja -õe teenustele osutatakse esmatasandil füsioteraapia teenust, kodust õendusabi teenust, ämmaemandusteenust, koolitervishoiu, töötervishoiu ja vaimse õe tervishoiuteenust. Perearsti teenuse kättesaadavust võib tänasel päeval hinnata heaks, esmatasandi arengukava on rakendamisel. Lisaks on käesoleva aasta alguses Eesti Perearstide Selts ja Sotsiaalministeerium sõlminud hea tahte koostöökokkuleppe, mille eesmärgiks on töötada välja muudatuste pakett kogu esmatasandi tervishoiusüsteemi korrastamiseks ja efektiivsemaks funktsioneerimiseks, pidades silmas esmatasandi tervishoiu arengukavas kirjeldatud lõpp-eesmärke. Kokkuvõtteks lubage Riigikontrolli veel kord tänada sisuka aruande eest ja loodame haiglavõrgu arengukava võimalike muudatuste otsustusprotsessis Riigikontrolli kaasamõtlemisele ning kaasabile.

Auditi iseloomustus

Auditi eesmärk

Auditi eesmärk oli hinnata, kas riik on, arvestades elanike arvu, tervishoiuteenuseid, tervishoiutöötajaid ja raha, suutnud kujundada optimaalse ja jätkusuutliku haiglavõrgu

Hinnangu andmise kriteeriumid

Hinnangute andmisel lähtus Riigikontroll järgmistest kriteeriumitest:

- Kas praegu ja tulevikus on kõikidel haiglatel nende teeninduspiirkonnale ja riigi prognoosidele vastav patsientide arv ja teenuste hulk, et tagada teenuse kvaliteet?
- Kas praegu ja tulevikus on olemas piisavalt tervishoiutöötajaid?
- Kas praegu ja tulevikus on raha vajalike investeeringute tegemiseks?
- Kas HMP ja HVA eesmärgid on täidetud või 2015. aastaks täidetavad?

Auditi ulatus ja käsitusviis

Auditiga hinnati Sotsiaalministeeriumi tegevust haiglavõrgu kujundamisel aastatel 2000–2009. Haiglavõrgu optimaalsusele ja jätkusuutlikkusele hinnangu andmisel uuriti valdavalt nn haiglavõrgu arengukava haiglate (19 haiglat) – piirkondlikud haiglad (3), keskhaiglad (4), üldhaiglad (11) ja kohalik haigla (1) – olukorda. Samas uuriti patsientide, tervishoiuteenuste ja tervishoiutöötajate teema raames ka olukorda Eestis tervikuna. Konkreetsete haiglate tegevusele hinnangut ei antud. Vaadeldud periood oli 2000–2008, s.o periood HMP valmimisest kuni praeguseni.

Auditi käigus otsiti vastust järgmistele põhiküsimustele:

- Kas kõikidesse haiglatesse jätkub piisavalt patsiente, et tagada teenuse kvaliteet?
- Kas kõikidesse haiglatesse jätkub piisavalt kvalifitseeritud personali?
- Kas haiglad suudavad piisavalt investeerida?
- Kuidas riik on järginud HMPd ja HVAd?

Metoodika

Põhiküsimusele vastamiseks

- intervjueriti kõiki haiglajuhte ja paljude teiste institutsioonide esindajaid (vt lisa A) ning
- kutsuti kokku fookusrühm haiglajuhtide, Sotsiaalministeeriumi ja Eesti Haigekassa esindajatest.

Patsientide ja teenuste piisavuse hindamiseks

- analüüsiti Statistikaameti statistika põhjal maakondades toiminud rahvastikumuutusi ning rahvaarvu ja rahvastiku vanuskoosseisu prognoose tulevikuks ning võrreldi neid HMP ja HVA prognoosidega;
- vaadeldi Eesti Haigekassa raviarvete andmete põhjal üldisi ravijuhtude arvuproportsioonide muutusi ravitüübiti ja haiglaliigiti aastatel 2001 ja 2005–2008 ning võrreldi neid

Sotsiaalministeeriumi HVA jaoks 2002. aastal tehtud ja 2006. aastal uuendatud prognoosidega aastaks 2015. Kõik Sotsiaalministeeriumi prognoosid kaasasid ka ravikindlustuseta inimeste eriarstiabi, kuid arvestades nende ravijuhtude väga väikest osakaalu üldmahust (2008. a 42 509 eriarstiabi arvet ehk kõikidest arvetest 1,4%) kasutas Riigikontroll oma analüüsides vaid kindlustatud isikute raviarveid;

- analüüsiti Eesti Haigekassa 2008. aasta andmete põhjal, milliste maakondade raviasutustes patsiendid ravi said ning kui suurel osal juhtudest saadi ravi oma kodumaakonna raviasutustes. Saadud osakaale võrreldi Sotsiaalministeeriumi 2006. aastal tehtud prognoosidega 2015. aastaks. Patsientide liikumises toimunud muutuste hindamiseks võrreldi analüüsi tulemusi Eesti Haigekassa 2005. aasta analüüsiga „Eriarstiabi tarbimine maakonniti aastatel 2002 ja 2004“;
- analüüsiti Eesti Haigekassa andmete põhjal sünnitusabi ja günekoloogia, üldkirurgia ja sisehaiguste eriala ravijuhtude ja ravisummade muutusi. Tervise Arengu Instituudi (TAI) kogutavate andmete ja Statistikaameti sünnistatistika põhjal analüüsiti sünnituste arvu haiglates ja maakondades ning võrreldi HMP 500 sünnituse kriteeriumiga. Võrreldi üldkirurgia ja sünnitusabi pakkumise kohtade arvu vastavust nimetatud erialade arengukavale.

Tervishoiutöötajate piisavuse hindamiseks

- analüüsiti Tervishoiuameti (THA) andmete põhjal tervishoiutöötajate vanuselist struktuuri ja pensioniealiste osakaalu ning võrreldi 2008. aasta andmeid 2004. aasta Riigikontrolli auditaruandes “Tervishoiuvaldkonna töötajate vajadus ja koolitustellimus” toodud andmetega;
- analüüsiti THA ning Maksu- ja Tolliameti (EMTA) andmete põhjal tervishoiutöötajate Eestis töötamist (tervishoiusektoris ja sellest väljas) ja tuluallikate arvu ning võrreldi 2004. a Riigikontrolli auditaruandes “Tervishoiuvaldkonna töötajate vajadus ja koolitustellimus” toodud andmetega;
- analüüsiti tervishoiutöötajate võimalikku välimaal töötamist 2008. aastal ja muutusi võrreldes 2004. aastaga (TÜ andmed residentuuri lõpetamise kohta, EMTA andmed Eestis töötamise kohta). Tulemusi võrreldi 2004. aasta PRAXISE analüüsiga „Tervishoiutöötajate migratsioon Eestist“;
- hinnati arstide pealekasvu piisavust (TÜ andmed residentuuri lõpetamise kohta, THA andmed tervishoiutöötajate vanuselise struktuuri kohta, EMTA andmed arstide Eestis töötamise kohta, residentide Eestisse tööle asumise kohta).

Haiglate investeerimisvõimekuse hindamiseks

- analüüsiti perioodil 2004–2007 TAI kogutavate andmete ja haiglate majandusaasta aruannete põhjal haiglate majandustegevust peamiselt põhivara liikumise, tulude, kulude ja tuleminäitajate kaudu;
- võrreldi haiglatelt saadud teabe põhjal seni hoonetesse tehtud ja vajalike investeeringute kogumahtusid ning võrreldi neid Vabariigi Valitsuse 02.04.2003. a määruses nr 105 „Haiglavõrgu arengukava“ toodud hinnangulise investeerimisvajadusega;
- analüüsiti õigusaktide ja nende menetlust kajastavate dokumentide ning Vabariigi Valitsuse otsuste põhjal riigi tegevust investeeringute tagamiseks raha leidmisel.

Riigi tegevuse hindamiseks haiglavõrgu kujundamisel

- võrreldi HMP ja HVA üldiste eesmärkide täitmist Statistikaameti, TAI ja eeltoodud alateemade juures välja toodud andmeallikate ja analüüside põhjal;
- hinnati konkreetsete eesmärkide (sh haiglate arv, voodite arv, keskmine ravipäeva pikkus, voodihõive) täitmist;
- võrreldi 2008. a Eesti Haigekassa andmetele tuginedes HVA prognooside (ravijuhud, ravitüübid: statsionaarne, päevaravi ja ambulatoorne ravi) täitumist.

Auditi lõpetamise aeg

Auditi toimingud lõpetati oktoobris 2009.

Auditi meeskond

Vanemaudiitor auditijuhi ülesannetes Meelis Peerna, vanemaudiitor Siiri Suits ja audiitor Raina Loom.

Kontaktandmed

Auditi kohta saab lisainfot Riigikontrolli kommunikatsiooniteenistusest
tel +372 640 0704 või +372 640 0777, e-post riigikontroll@riigikontroll.ee

Auditiaruande elektrooniline koopia (pdf) on saadaval koduleheküljel www.riigikontroll.ee.

Auditiaruande kokkuvõte on saadaval ka inglise keeles.

Auditiaruande number Riigikontrolli asjaajamissüsteemis on 2-1.7/10/30060/2.

Riigikontrolli postiaadress on:

Narva mnt 11a
15013 TALLINN
Tel +372 640 0700
Faks +372 661 6012
riigikontroll@riigikontroll.ee

Riigikontrolli varasemaid auditeid tervishoiuvaldkonnas

- 30.09.2008 – **Strateegiad tervislike eluviiside ja hoiakute kujundamiseks**
- 04.09.2008 – **Meditsiiniseadmete soetamine ja kasutamine tervishoiuasutustes**
- 13.09.2007 – **Riigi järelevalve tervishoiuteenuste osutajate tegevuse üle**
- 07.11.2006 – **Taastusravi korralduse tõhusus**
- 15.07.2005 – **Hangete korraldus SA Põhja-Eesti Regionaalhaiglas**
- 05.07.2005 – **Eelkooliealiste laste tervishoiu korraldus**
- 15.04.2005 – **Tervishoiuvaldkonna töötajate vajadus ja koolitustellimus**
- 10.03.2005 – **Eriarstiabi lepingute sõlmimise korraldus Eesti Haigekassas**
- 14.09.2004 – **Esmase erakorralise arstiabi korraldus**
- 16.06.2004 – **Oftalmoloogiateenuste kättesaadavus**
- 19.12.2003 – **Tervishoiuprojekt 2015**
- 11.12.2003 – **Ambulatoorse eriarstiabi nõudluse jälgimine**

Kõik aruanded on kättesaadavad Riigikontrolli koduleheküljelt www.riigikontroll.ee.

Lisa A. Intervjueeritud isikud

Kuupäev	Asutus	Nimi, ametikoht ja taust
05.09.2008	Sotsiaalministeerium	Heli Paluste tervishoiupoliitika juht Tiia Taevere tervishoiuosakonna peaspetsialist (haiglate arengukavad) Elen Ohov tervishoiukorralduse ressurside nõunik Inna Vabamäe tervishoiuosakonna peaspetsialist
10.09.2008	Tervise Arengu Instituut	Maris Jesse TAI direktor, endine Eesti Haigekassa juhatuse esimees
11.09.2008	WHO Eesti esindus	Jarno Habicht WHO esindaja Eestis
17.09.2008	AS Medicum	Arvi Vask peaarst, endine Eesti Haigekassa juhatuse liige.
18.09.2008	Pfizer H.C.P Corporation Eesti Filiaal	Maie Thetloff endine Eesti Haigekassa tervishoiuökonoomika osakonna juhataja. On töötanud TÜ Kliinikumi lastekliinikus statistikuna, Tartu Ülikooli tervishoiu instituudis assistendina ja Eesti Haigekassas analüütikuna, aastatel 2003–2006 Eesti Haigekassa tervishoiuökonoomika osakonna juhataja.
23.09.2008	SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla	Toomas Vilosius nõukogu esimees
17.09.2008	SA Ida-Viru Keskhaigla	Tarmo Bakler juhatuse esimees
15.10.2008	Eesti Haigekassa	Mari Mathiesen juhatuse liige Helvi Tarien tervishoiuteenuste osakonna juhataja Triin Habicht tervishoiuökonoomika osakonna juhataja Reet Kambla siseauditi osakonna juhataja
20.10.2008	Tööinspeksioon	Katrin Kaarma peadirektori, endine Sotsiaalministeeriumi tervishoiu asekanstler
28.10.2008	AS Põlva Haigla	Koit Jostov juhatuse esimees, tegevdirektor Margit Rikka juhatuse liige, ülemarst Alli Tilgre juhatuse liige, ülemõde
28.10.2008	AS Lõuna-Eesti Haigla	Rein Kermes juhatuse liige Jana Trolla juhatuse liige, ülemõde
30.10.2008	AS Lääne-Tallinna Keskhaigla	Boris Kirt juhatuse esimees Gennadi Timberg juhatuse liige, ravijuht Veiko Vetto juhatuse liige, finantsjuht
13.11.2008	AS Rakvere Haigla	Rain Sepping juhataja Sirje Kiisküla peaarst
19.11.2008	SA Narva Haigla	Olev Silland juhatuse esimees Pille Letjuka ülemarst Olga Togatova finantsjuht
04.12.2008	Eesti Kirurgide Assotsiatsioon	Jüri Teras sekretär, SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla kirurgiakliiniku üldkirurgia keskuse juhataja
09.01.2009	AS Ida-Tallinna Keskhaigla	Ralf Allikvee juhatuse esimees, kliiniline juht Ülle Rohi õendusjuht, juhatuse liige Kuldar Kuremaa finantsjuht, juhatuse liige Peeter Ross arendusjuht, juhatuse liige
13.01.2009	SA Kuressaare Haigla	Viktor Sarapuu juhatuse esimees
14.01.2009	SA Hiiumaa Haigla	Gennadi Aavik juhatuse liige
22.01.2009	SA Tallinna Lastehaigla	Mall-Anne Riikjärv juhatuse esimees

10.03.2009	SA Rapla Maakonnahaigla	Sulo Puusta Aili Laasner Liis-Mail Moora	peaarst ravitöö juhataja sisehaiguste arst, Rapla maakonnaarst
10.03.2009	SA Pärnu Haigla	Urmas Sule Raido Paasma Margit Seppik	juhatuse esimees, Eesti Haiglate Liidu juhatuse esimees anestesioloogia-, operatiiv- ja intensiivraviteenistuse juhataja ülemõde
11.03.2009	SA Viljandi Haigla	Ülle Lumi Enno Kase Harri Lepp	juhatuse esimees juhatuse liige juhatuse liige
11.03.2009	AS Valga Haigla	Marek Seer Merike Salumäe Jüri Teder	juhataja ülemarst haldusjuht
09.04.2009	Eesti Haigekassa	Mari Mathiesen Helvi Tarien Triin Habicht Reet Kambla	juhatuse liige tervishoiuosakonna juhataja tervishoiuökonomika osakonna juhataja siseauditi osakonna juhataja
04.05.2009	SA Ida-Viru Keskhaigla	Tarmo Bakler Kaljo Mitt Aleksi Rodin	juhatuse esimees juhatuse liige, ülemarst juhatuse liige, haldusjuht
25.08.2009	SA TÜ Kliinikum	Urmas Siigur Margus Ulst Maret Tark	juhatuse esimees juhatuse liige (ravi-, õppe- ja teadustöö) finantsteenistuse direktor
04.09.2009	SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla	Tõnis Allik	juhatuse esimees
31.08.2009	AS Järvamaa Haigla	Andres Mürsepp	juhataja
Fookusrühm 29.09.2009		Sotsiaalministeerium Liis Rooväli terviseinfo ja analüüsi osakonna juhataja Inna Vabamäe peaspetsialist Eesti Haigekassa Hannes Danilov juhatuse esimees Mari Mathiesen juhatuse liige AS Lääne-Tallinna Keskhaigla Gennadi Timberg ravijuht Imbi Moks ravikvaliteedi juht Urmas Sule SA Pärnu Haigla, juhatuse esimees Rain Sepping AS Rakvere Haigla, juhatuse esimees Ralf Allikvee AS Ida Tallinna Keskhaigla, juhatuse esimees Urmas Siigur TÜ Kliinikum SA, juhatuse esimees Tõnis Allik SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla, juhatuse esimees Peep Põdder Jõgeva Haigla SA, juhatuse liige Andres Mürsepp Järvamaa Haigla AS, juhatuse esimees Viktor Sarapuu Kuressaare Haigla SA, juhatuse esimees Rein Kermes Lõuna-Eesti Haigla AS, juhatuse liige Kai Tennisberg Läänemaa Haigla SA, ravijuht Koit Jostov Põlva Haigla AS, juhatuse esimees Sulo Puusta Rapla Maakonnahaigla SA, juhataja Olev Silland SA Narva Haigla, juhatuse liige	

		Mall-Anne Riikjärv SA Tallinna Lastehaigla, juhatuse esimees Marek Seer Valga Haigla SA, juhataja Ülle Lumi Viljandi Haigla SA, juhatuse esimees Hedy Eeriksoo Eesti Haiglate Liit, tegevdirektor
--	--	---

Lisa B. Raviteenuste tarbimine

Tabel 1. Ravijuhtude arvud ravitüüpide ja haiglaliikide kaupa ning nende võrdlus prognoosiga (eraldi on välja toodud haiglavõrgu haiglaliikide omavahelised osakaalud ning haiglavõrguväliste raviasutuste osakaal).

	Haiglaliik	2001	2005	2006	2007	2008	Prognoos HVAs (2002)	Hilisem prognoos (2006)	2001	2005	2006	2007	2008	Prognoos HVAs (2002)	Hilisem prognoos (2006)
Ambula- toorne	regionaalhaigla	599078	674797	695137	710513	757269	703625	812909	33,2	37,2	37	37	36,8	32,7	32,6
	keskhaigla	764605	738681	770378	783650	870255	874347	1046594	42,3	40,8	41	40,8	42,3	40,7	42
	üldhaigla	419496	381578	395950	408954	412223	540799	595062	23,2	21,1	21,1	21,3	20	25,2	23,9
	kohalik haigla	22996	17185	17013	17336	17623	31265	38636	1,3	0,9	0,9	0,9	0,9	1,5	1,5
	HVA kokku	1806175	1812241	1878478	1920453	2057370	2150036	2493201	100	100	100	100	100	100	100
	Kõik ravijuhud kokku	2417600	2398351	2507323	2609736	2731126		2544073							
Päeva- statsioonaar	regionaalhaigla	3792	10111	11735	14465	16416	20448	33667	46,4	31,6	32,3	34	35,7	43,3	58,9
	keskhaigla	2776	12842	14548	17505	19146	16509	16115	33,9	40,2	40,1	41,2	41,6	35	28,2
	üldhaigla	1589	8784	9745	10204	10085	9894	7232	19,4	27,5	26,9	24	21,9	21	12,7
	kohalik haigla	20	232	264	332	351	368	146	0,2	0,7	0,7	0,8	0,8	0,8	0,3
	HVA kokku	8177	31969	36292	42506	45998	47219	57161	100	100	100	100	100	100	100
	Kõik ravijuhud kokku	9056	38223	44805	53020	55939		63361							
Statsio- naarne	regionaalhaigla	99562	95741	99088	97410	99525	95566	94369	39,4	41,6	41,9	41,5	42	44,9	45
	keskhaigla	79364	75214	77274	76767	78660	71431	71631	31,4	32,7	32,7	32,7	33,2	33,5	34,1
	üldhaigla	69632	57486	58311	58448	56469	44548	42686	27,6	25	24,6	24,9	23,9	20,9	20,3
	kohalik haigla	3937	1678	1974	1937	2109	1433	1221	1,6	0,7	0,8	0,8	0,9	0,7	0,6
	HVA kokku	252495	230119	236647	234562	236763	212978	209907	100	100	100	100	100	100	100
	Kõik ravijuhud kokku	268209	235955	242822	240976	242068		218123							
Kokku	regionaalhaigla	15714	5836	6175	6414	5305	–	8216	5,9	2,5	2,5	2,7	2,2	–	3,8
	keskhaigla	702432	780649	805960	822388	873210	819639	940945	34	37,6	37,5	37,4	37,3	34	34,1
	üldhaigla	846745	826737	862200	877922	968061	962287	1134341	41	39,9	40,1	40	41,4	39,9	41,1
	kohalik haigla	490717	447848	464006	477606	478777	595241	644980	23,7	21,6	21,6	21,7	20,5	24,7	23,4
	HVA kokku	26953	19095	19251	19605	20083	33066	40003	1,3	0,9	0,9	0,9	0,9	1,4	1,4
	Kõik ravijuhud kokku	2066847	2074329	2151417	2197521	2340131	2410233	2760269	100	100	100	100	100	100	100
	HVA-välised	2694865	2672529	2794950	2903732	3029133		2825557							
	HVA-välised	628018	598200	643533	706211	689002	–	65288	23,3	22,4	23,0	24,3	22,7	–	2,3

Allikas: Eesti Haigekassa raviarved aastatel 2001 ja 2005–2008, haiglavõrgu arengukava aastani 2015 lisad ning Sotsiaalministeeriumi 2006. aastal koostatud uued prognoosid, Riigikontrolli analüüs.

Riigikontrolli aruanne Riigikogule, Tallinn, 2. veebruar 2010

Tabel 2. Eriarstiabi ravijuhtude osakaalud (%) patsiendi elukoha ja raviastutuse (RA) maakonna kaupa aastatel 2002, 2004 ja 2008

RA mk Patsiendi mk	Aasta	Harju	Hiiu	Ida- Viru	Jõgeva	Järva	Lääne	Lääne- Viru	Põlva	Pärnu	Rapla	Saare	Tartu	Valga	Viljandi	Võru	KOKKU
Harju	2002	96,9	0,0	0,5	0,1	0,2	0,2	0,2	0,1	0,3	0,1	0,2	1,1	0,1	0,2	0,1	100,0
	2004	97,8	0,0	0,2	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0	0,2	0,1	0,1	1,0	0,0	0,1	0,1	100,0
	2008	96,7	0,0	0,3	0,0	0,1	0,1	0,2	0,0	0,4	0,1	0,1	1,6	0,0	0,1	0,1	100,0
Hiiu	2002	22,9	67,1	0,0	0,1	0,1	1,0	0,1	0,1	0,3	0,1	1,4	6,7	0,0	0,1	0,0	100,0
	2004	30,1	58,8	0,1	0,0	0,0	1,3	0,1	0,0	0,4	0,1	0,5	8,5	0,0	0,1	0,0	100,0
	2008	35,8	56,2	0,1	0,1	0,2	2,8	0,2	0,1	0,7	0,1	0,6	2,7	0,0	0,2	0,1	100,0
Ida-Viru	2002	4,0	0,0	90,3	0,2	0,0	0,1	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0	4,8	0,0	0,0	0,0	100,0
	2004	4,4	0,0	87,7	0,3	0,0	0,1	0,9	0,0	0,0	0,0	0,0	6,6	0,0	0,0	0,0	100,0
	2008	6,9	0,0	84,1	0,2	0,0	0,0	1,2	0,0	0,1	0,0	0,0	7,3	0,0	0,0	0,1	100,0
Jõgeva	2002	2,2	0,0	0,3	63,9	0,3	0,1	0,2	0,1	0,2	0,0	0,1	32,0	0,1	0,3	0,1	100,0
	2004	1,9	0,0	0,1	58,9	0,2	0,1	0,2	0,1	0,1	0,0	0,0	37,8	0,1	0,4	0,1	100,0
	2008	4,4	0,0	0,3	53,0	0,4	0,0	0,3	0,1	0,3	0,0	0,1	40,1	0,1	0,5	0,3	100,0
Järva	2002	12,8	0,0	0,3	0,3	74,5	0,1	3,0	0,1	0,3	0,2	0,1	6,4	0,2	1,7	0,1	100,0
	2004	13,3	0,0	0,2	0,2	71,9	0,2	3,5	0,1	0,2	0,2	0,1	8,5	0,1	1,6	0,0	100,0
	2008	19,1	0,0	0,1	0,4	64,3	0,1	2,5	0,1	0,6	0,3	0,1	10,1	0,1	2,0	0,1	100,0
Lääne	2002	18,8	0,2	0,2	0,0	0,2	77,8	0,2	0,0	0,6	0,2	0,2	1,2	0,1	0,3	0,1	100,0
	2004	20,4	0,1	0,1	0,0	0,1	75,0	0,1	0,0	1,8	0,1	0,2	1,7	0,0	0,2	0,0	100,0
	2008	26,4	0,1	0,1	0,1	0,1	65,0	0,1	0,0	5,2	0,2	0,3	2,1	0,0	0,2	0,1	100,0
Lääne- Viru	2002	12,5	0,0	0,5	0,2	0,3	0,1	79,3	0,1	0,1	0,1	0,1	6,5	0,1	0,1	0,1	100,0
	2004	12,5	0,0	0,4	0,1	0,3	0,1	79,5	0,0	0,1	0,0	0,0	6,7	0,0	0,1	0,1	100,0
	2008	19,0	0,0	0,5	0,2	0,9	0,1	70,6	0,0	0,3	0,1	0,1	8,0	0,0	0,2	0,1	100,0
Põlva	2002	1,2	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	71,9	0,2	0,0	0,1	23,3	0,3	0,1	2,4	100,0
	2004	1,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	67,7	0,1	0,0	0,0	28,0	0,4	0,1	2,4	100,0

	2008	2,9	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	60,4	0,2	0,0	0,0	32,4	0,3	0,2	3,1	100,0
Pärnu	2002	6,5	0,0	0,2	0,1	0,2	0,2	0,1	0,0	89,0	0,2	0,2	2,6	0,1	0,6	0,1	100,0
	2004	6,0	0,0	0,1	0,0	1,1	0,2	0,1	0,0	88,2	0,1	0,1	3,2	0,1	0,8	0,0	100,0
	2008	9,6	0,0	0,1	0,1	0,9	0,1	0,1	0,0	83,9	0,2	0,1	3,9	0,1	0,9	0,1	100,0
Rapla	2002	27,5	0,0	0,1	0,1	0,3	0,2	0,2	0,1	1,9	67,6	0,2	1,4	0,1	0,4	0,1	100,0
	2004	28,8	0,0	0,1	0,0	0,2	0,3	0,1	0,0	2,2	66,6	0,1	1,3	0,1	0,3	0,0	100,0
	2008	37,4	0,0	0,1	0,1	0,3	0,2	0,2	0,0	2,8	56,2	0,2	2,1	0,0	0,2	0,1	100,0
Saare	2002	6,9	0,0	0,0	0,1	0,1	0,2	0,1	0,0	0,3	0,1	89,7	2,4	0,0	0,2	0,0	100,0
	2004	9,3	0,0	0,0	0,0	0,1	0,2	0,1	0,0	0,2	0,0	88,3	1,6	0,0	0,1	0,0	100,0
	2008	15,6	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0	0,6	0,1	80,9	2,1	0,0	0,2	0,0	100,0
Tartu	2002	1,5	0,0	0,3	0,3	0,1	0,1	0,2	0,3	0,2	0,0	0,1	96,2	0,2	0,2	0,3	100,0
	2004	1,2	0,0	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,3	0,1	0,0	0,1	97,1	0,2	0,2	0,2	100,0
	2008	2,5	0,0	0,2	0,3	0,1	0,0	0,2	0,4	0,2	0,0	0,1	94,6	0,2	0,3	1,0	100,0
Valga	2002	2,6	0,0	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,1	0,1	26,4	68,7	0,4	0,7	100,0
	2004	1,7	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,2	0,1	0,0	0,0	30,3	66,2	0,4	0,8	100,0
	2008	3,9	0,0	0,1	0,2	0,1	0,0	0,1	0,3	0,3	0,1	0,1	37,3	55,5	0,8	1,2	100,0
Viljandi	2002	2,7	0,0	0,1	0,4	0,3	0,1	0,2	0,0	0,4	0,1	0,1	12,6	0,2	82,4	0,2	100,0
	2004	2,8	0,0	0,1	0,5	0,2	0,1	0,1	0,0	0,3	0,1	0,1	16,0	0,1	79,3	0,2	100,0
	2008	5,4	0,0	0,0	0,8	0,3	0,1	0,1	0,1	0,9	0,1	0,1	18,5	0,1	73,0	0,3	100,0
Võru	2002	1,5	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,1	0,8	0,1	0,0	0,1	17,7	0,4	0,2	79,0	100,0
	2004	1,2	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,7	0,1	0,0	0,0	23,7	0,5	0,2	73,4	100,0
	2008	3,2	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,1	1,0	0,2	0,0	0,1	27,2	0,4	0,3	67,1	100,0

Allikas: Esnar, K, Ploom K. Eriarstiabi tarbimine maakonniti aastatel 2002 ja 2004. 2005.
Eesti Haigekassa 2008. a raviarved, Riigikontrolli analüüs

Tabel 3. Eriarstiabi ravijuhtude arvud patsiendi elukoha ja raviasutuse (RA) maakonna kaupa aastatel 2002, 2004 ja 2008

RA mk Patsiendi mk	Aasta	Harju	Hiiu	Ida- Viru	Jõgeva	Järva	Lääne	Lääne- Viru	Põlva	Pärnu	Rapla	Saare	Tartu	Valga	Viljandi	Võru	KOKKU
Harju	2002	1136934	584	5395	820	1783	2030	2666	673	3041	1292	2004	12876	734	1835	979	1173646
	2004	1095632	360	2744	347	778	1481	1658	378	1926	932	1192	10715	514	1012	567	1120236
	2008	1295263	462	4133	667	1175	1537	2261	472	4883	1711	1760	21914	572	1469	847	1339126
Hiiu	2002	4150	12162	8	12	18	184	12	26	56	13	254	1213	2	19	7	18136
	2004	5049	9849	17	2	6	215	14	1	70	11	82	1421	3	15	1	16756
	2008	6796	10662	10	23	42	536	38	11	129	25	115	509	4	45	13	18958
Ida-Viru	2002	13668	42	307457	746	61	199	1840	23	106	40	29	16301	42	94	21	340669
	2004	14700	21	292240	871	73	185	3020	18	85	13	34	21867	52	79	22	333280
	2008	25994	8	318722	897	91	85	4647	41	197	60	83	27777	24	162	291	379079
Jõgeva	2002	1424	21	176	41424	165	71	158	68	133	31	37	20722	75	226	88	64819
	2004	1303	9	83	40853	136	78	148	77	67	21	20	26205	35	261	60	69356
	2008	3573	13	232	42756	340	31	220	91	218	37	74	32350	48	383	266	80632
Järva	2002	8314	12	172	187	48335	91	1928	60	204	145	70	4145	105	1078	44	64890
	2004	7737	22	97	115	41860	99	2047	34	140	102	39	4941	62	933	29	58257
	2008	12741	14	71	277	42864	50	1660	53	420	222	54	6753	52	1335	60	66626
Lääne	2002	8762	79	94	15	104	36356	71	5	264	73	100	566	35	163	38	46725
	2004	9475	30	50	10	40	34773	35	7	855	57	104	776	15	109	17	46353
	2008	13989	37	77	55	60	34479	41	9	2749	106	142	1136	20	80	27	53007
Lääne-Viru	2002	13595	26	554	220	357	103	86513	93	113	131	60	7099	57	101	105	109127
	2004	13867	15	441	119	327	126	88101	36	82	29	42	7446	53	124	70	110878
	2008	23655	31	653	250	1066	78	87932	35	314	90	127	9962	33	194	137	124557
Põlva	2002	669	3	34	51	63	26	47	39893	103	24	41	12909	181	79	1350	55473
	2004	619	3	23	15	23	12	42	38271	50	13	6	15816	213	70	1376	56552
	2008	1852	9	85	72	44	8	55	38739	156	24	26	20757	222	123	1961	64133

Pärnu	2002	10743	41	272	136	287	396	166	76	147913	258	322	4281	113	1027	156	166187
	2004	10252	16	91	44	1813	323	126	26	149920	197	175	5459	121	1307	63	169933
	2008	17218	32	160	127	1539	174	177	75	151073	288	258	7045	99	1697	152	180114
Rapla	2002	16251	8	46	45	156	121	93	56	1118	39920	128	802	35	253	48	59080
	2004	17496	11	46	10	111	158	68	7	1330	40505	50	796	54	156	21	60819
	2008	27578	22	42	85	249	165	124	23	2100	41418	138	1523	26	159	51	73703
Saare	2002	5055	13	17	39	52	130	81	13	190	39	66084	1758	22	165	22	73680
	2004	6421	14	10	15	44	115	47	9	148	24	60912	1111	12	53	18	68953
	2008	11939	32	32	15	62	90	58	31	474	61	61876	1603	12	120	36	76441
Tartu	2002	4197	54	857	770	318	307	635	855	593	128	226	277402	627	720	739	288428
	2004	3568	38	468	678	210	279	332	836	396	51	161	290688	481	595	715	299496
	2008	8356	65	502	917	337	143	507	1373	746	89	298	314824	523	836	3324	332840
Valga	2002	1355	4	99	55	60	47	59	114	107	35	36	13695	35581	221	354	51822
	2004	991	6	55	31	14	45	36	140	78	7	12	18022	39442	232	465	59576
	2008	2554	12	82	122	78	29	72	196	221	51	53	24562	36482	501	762	65777
Viljandi	2002	2665	21	132	430	296	117	218	30	398	127	92	12311	157	80356	196	97546
	2004	2556	21	80	496	151	122	114	37	289	76	50	14802	121	73233	149	92297
	2008	5662	21	50	889	308	63	148	123	952	134	94	19471	146	76804	301	105166
Võru	2002	974	8	52	24	18	43	49	508	81	22	47	11907	278	109	52978	67098
	2004	795	2	39	21	14	24	40	450	47	9	15	15271	295	123	47387	64532
	2008	2328	10	22	114	32	20	81	762	164	26	46	19793	306	207	48785	72696
Kokku	2002	1228756	13078	315365	44974	52073	40221	94536	42493	154420	42278	69530	397987	38044	86446	57125	2677326
	2004	1190461	10417	296484	43627	45600	38035	95828	40327	155483	42047	62894	435336	41473	78302	50960	2627274
	2008	1459498	11430	324873	47266	48287	37488	98021	42034	164796	44342	65144	509979	38569	84115	57013	3032855

Allikas: Esnar, K, Ploom K. Eriarstiabi tarbimine maakonniti aastatel 2002 ja 2004. 2005.
Eesti Haigekassa 2008. a raviarved, Riigikontrolli analüüs

Tabel 4. Ravitüüpide ja haigaliikide osakaalud valitud erialadel ning nende võrdlus prognoosiga

	2001	2005	2006	2007	2008	Prognoos 2015	2001	2005	2006	2007	2008	Prognoos 2015	2001	2005	2006	2007	2008	Prognoos 2015
Sisehaigused kokku	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
- haiglavõrguvälised	40,1	5,3	5,0	5,6	4,6	6,7	8,8	6,8	0,0	9,6	7,1	60,9	17,0	7,2	6,9	5,6	3,4	3,2
- keskhaiglad	22,4	31,0	34,3	32,7	34,0	42,4	0,0	0,6	0,0	0,0	2,1	12,7	24,2	24,8	23,8	22,8	23,4	30,0
- kohalik haigla	1,5	1,8	1,4	1,4	1,4	1,8	4,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	4,2	4,6	5,1	4,9	5,5	3,5
- piirkondlikud	9,1	17,8	17,8	19,2	19,2	17,3	0,3	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	9,0	7,1	7,4	7,5	8,6	18,2
- üldhaiglad	27,0	44,1	41,6	41,1	40,8	31,8	86,4	92,6	99,9	90,4	90,8	26,5	45,6	56,3	56,8	59,1	59,2	45,1
Sünnitusabi ja günekoloogia kokku	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
- haiglavõrguvälised	30,0	33,8	33,8	34,7	32,6	2,4	5,5	10,8	9,2	8,7	7,8	8,6	2,5	2,1	2,6	3,4	3,7	2,9
- keskhaiglad	38,5	38,2	37,8	37,2	38,5	49,6	64,6	50,7	51,5	49,3	47,5	64,2	43,4	54,4	55,2	57,4	58,8	51,4
- kohalik haigla	1,3	0,9	0,8	0,7	0,7	1,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
- piirkondlikud	11,6	9,4	10,1	10,1	11,0	19,3	19,6	11,8	12,6	15,5	16,3	13,2	17,2	16,5	17,0	12,4	12,2	21,3
- üldhaiglad	18,6	17,8	17,5	17,3	17,1	29,5	10,2	26,7	26,7	26,5	28,4	22,6	35,6	26,9	25,2	26,8	25,4	27,3
Üldkirurgia kokku	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
- haiglavõrguvälised	22,2	18,1	18,0	18,1	14,7	3,7	10,9	13,0	11,3	10,7	10,3	7,2	1,2	0,1	0,0	0,0	0,0	4,4
- keskhaiglad	34,9	33,8	33,1	32,7	36,8	45,4	15,4	15,3	18,2	23,3	24,6	43,7	35,3	33,6	31,9	31,1	31,3	36,4
- kohalik haigla	1,4	1,4	1,4	1,7	1,6	2,6	0,0	4,5	4,0	4,5	4,9	1,7	2,1	0,3	0,7	0,8	1,0	0,4
- piirkondlikud	7,7	10,2	10,2	10,5	10,7	12,3	16,0	14,1	17,7	15,5	16,2	19,3	20,3	18,9	20,0	21,0	20,7	24,3
- üldhaiglad	33,8	36,4	37,2	37,0	36,2	36,1	57,7	53,1	48,7	45,9	44,1	28,1	41,0	47,1	47,4	47,0	47,0	34,4

Allikas: Eesti Haigekassa raviarved aastatel 2001 ja 2005–2008 ning Sotsiaalministeeriumi 2006. aastal koostatud uued prognoosid, Riigikontrolli analüüs

Lisa C. Investeeringud haiglate hoonetesse

Tabel 5. Haiglavõrgu arengukava haiglate planeeritud, praeguseks ajaks tehtud ja veel vajalikud investeeringud kokku (miljon krooni) *

Haigla	Haiglavõrgu arengukava määrusega kinnitatud investeeringud		Haiglate funktsionaalsete arengukavadega kinnitatud investeeringud		Haiglavõrgu arengukava kinnitamisest praeguse ajani tehtud investeeringud		Investeeringu- vajadus praegusel ajal	
	Aktiivravisse	Hooldus- ravisse	Aktiivravisse	Hooldus- ravisse	Aktiivravisse	Hooldus- ravisse	Aktiivravisse	Hooldus- ravisse
SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla	1 096,16	0	3 970,00	0	1 013,68	0	3 922,14	350,00
SA Tallinna Lastehaigla**	168,87	0	80,00	0	45,30	0	34,70	0
SA Tartu Ülikooli Kliinikum***	1 131,90	117,97	2 647,96	0	911,39	2,82	1 736,57	-
AS Ida-Tallinna Keskhaigla****	296,58	133,10	1 558,00	163,00	236,00	35,00	1 322,00	128,00
AS Lääne-Tallinna Keskhaigla	426,55	36,30	873,27	107,53	91,65	0	781,63	107,53
SA Ida-Viru Keskhaigla*****	354,51	51,42	970,00	29,07	21,67	0,008	970,00	29,07
SA Pärnu Haigla*****	228,25	70,78	94,26	0	256,22	0	94,26	61,67
AS Järvamaa Haigla	38,25	24,03	79,80	50,40	10,10	0,473	79,80	37,80
Kuressaare Haigla SA	51,31	43,89	92,80	43,89	12,29	0	80,514	43,89
SA Läänemaa Haigla*****	25,02	16,19	115, 650	Vt märkus	3,73	Vt märkus	115,65	Vt märkus
AS Rakvere Haigla	75,35	31,87	104,71	39,31	16,02	0	88,68	39,31
AS Lõuna-Eesti Haigla*****	65,98	56,43	163,95	139,66	24,72	2,88	139,22	136,77
SA Narva Haigla*****	147,84	28,73	182,60	33,80	37,92	1,14	161,17	53,84
SA Viljandi Haigla	115,62	39,710	271,45	27,44	45,53	0	225,91	27,44
AS Valga Haigla	0	0	0	0	2,09	0	0,500	0,500
SA Jõgeva Haigla	18,62	29,26	18,623	29,26	1,55	2,50	17,06	26,75
SA Hiiumaa Haigla*****	10,26	8,88	24,53	Vt märkus	17,81	Vt märkus	3,56	11,26

AS Põlva Haigla	14,76	22,46	Ei ole kinnitatud	Ei ole kinnitatud	24,94*****	Vt märkus	35,00	Vt märkus
SA Rapla Maakonna Haigla	28,76	20,90	Ei ole kinnitatud	Ei ole kinnitatud	1,89	0	90,11	1,52
Kokku	4 294,68	731,96	11 142,93	663,37	2 715,78	44,84	8 576,51	1 055,38

* Tabelis esitatud summade puhul tuleb arvestada, et need on hinnangulised, haiglate praeguseks ajaks planeeritud kogumahud hoonetesse.

Summades ei sisaldu käibemaks. Investeeringuvajadus põhineb haiglate esitatud praeguseks ajaks selgunud summal ja Riigikontrolli arvutustel nende haiglate puhul, kes investeeringuvajadust praeguseks ajaks eraldi ei esitanud, kuid kelle puhul olid funktsionaalsed arengukavad kinnitatud ja investeeringuid tehtud.

** SA Tallinna Lastehaigla puhul tuleb arvestada, et renoveerimisega alustati 1993. aastal. Haiglavõrgu arengukava vastuvõtmise ajaks oli renoveeritud ligi 2/3 hoonest, milles riigi osalus oli ca 1 mln kr. 2005. aastal jõuti renoveerimisega lõpule, riigi osalus ei suurenenud.

*** SA Tartu Ülikooli Kliinikumi puhul tuleb arvestada, et haiglavõrgu arengukava kinnitamisest alates praeguseni tehtud investeeringute summas sisaldub kliinikumi uue hoone I etapp summas 837 034 784 krooni. Funktsionaalsete arengukavadega kinnitatud summas sisaldub I–IV kliinikumi hoonete renoveerimise etapp.

**** AS Ida-Tallinna Keskhaigla riigi ega kohaliku omavalitsuse eelarvest investeeringuid saanud ei ole. Samuti ei ole AS Ida-Tallinna Keskhaigla eraldatud vahendeid ERDF meetme 4.4 „Haiglavõrgu reorganiseerimine“ raames. Haiglavõrgu arengukava kinnitamisest alates kuni praeguseni tehtud investeeringute summas on toodud välja investeeringud, mis on haigla teinud oma raha eest.

***** SA Ida-Viru Keskhaigla puhul tuleb arvestada, et praeguseks on haigla uue hoone (Puru korpuse juurdeehitus) ehituseks vajalik detailplaneering kehtestatud ja käivitatud projekteerimine. Sotsiaalminister on allkirjastanud määruse, mis võimaldab kasutada aktiivravikorpuse ehitamiseks Euroopa Regionaalarengu Fondi toetusraha 180 miljonit krooni, millele lisandub 100 miljonit krooni haigla omafinantseeringuna.

***** SA Pärnu Haigla puhul tuleb arvestada, et haigla uusehitus valmis 2005. aasta (s.o nüüdsetele) vajadustele vastavalt. Vajalike investeeringumahtude puhul on arvestatud neid vajalikke investeeringuid aktiivravisse (psühhiaatria ja dermatoveneroloogia kompleksne arendus), mis jäid funktsionaalse arengukava esimese etapiga ellu viimata ja pidid realiseeruma järgmises etapis. Lisaks on investeeringuvajadustes arvestanud veretalituses ja diagnostikateenistuses vajalike juurdeehitustega.

***** SA Läänemaa Haigla puhul tuleb arvestada, et see on kogu maja investeeringuvajadus "Funktsionaalse arengukava II etapi" alusel, s.t summa sisaldab ka investeeringuvajadust hooldusravisse. SA Läänemaa Haigla ei ole seni tehtud aktiiv- ja hooldusraviinvesteeringuid eraldanud.

***** AS Lõuna-Eesti Haigla märgib, et seni tehtud investeeringud ning planeeritavad investeeringud on tehtud olukorras, mida on kirjeldatud haiglavõrgu arengukavas 2002. Pärast viimast haiglavõrgu arengukava põhjendamatut muutmist ei ole selge, mis mahus jätkavad tegevusi kaks üksteisest 25 km kaugusel asuvat üldhaiglat: üks Põlvas, teine Meegomäel.

***** SA Narva Haigla puhul tuleb arvestada, et investeeringuvajadus erineb praegusel ajal funktsionaalse arengukavaga kinnitatud vajalikest investeeringutest selle poolest, et hoonest Karja tn 6 kavatakse loobuda. Hooldusravi teenuste osutamiseks kavandatakse rajada juurdeehitis korpusele Haigla tn 1. Peale selle on aktiivravi investeeringutesse lisatud helikopteri maandumisplatsi ning patsientide ja personali parklate ehitamine Haigla tn 1-9 territooriumil.

***** SA Hiiumaa Haigla puhul tuleb arvestada, et Hiiumaa Haigla funktsionaalses arengukavas ei ole eraldi välja toodud investeeringuid aktiivravisse ja hooldusravisse. SA Hiiumaa Haigla ei ole seni tehtud aktiiv- ja hooldusraviinvesteeringuid eraldanud.

***** AS Põlva Haigla ei ole seni tehtud aktiiv- ja hooldusraviinvesteeringuid eraldanud.

Tabel 6. Arengukavahaiglate tulud peamiste allikate kaupa ja tulude osakaal kogutuludest (miljon krooni)

Aasta	Tulud kokku	Laekumised haige-kassale osutatud teenustest*	Tulud riigi-eelarvest	Laekumised kohalikelt oma-valitsustelt	Laekumised juriidilistelt ja füüsilistelt isikutelt	Muud tulud majandustegevusest ja osakaal kogutuludest	Muud tegevus-tulud (äritulud) ja osakaal kogutuludest
2004	3 738,591	3 107,936 (83%)	151,497 (4%)	28,696 (2%)	288,159 (8%)	43,407 (1%)	54,730 (1%)
2005	4 321,923	3 536,767 (82%)	195,144 (5%)	16,296 (0%)	409,165 (9%)	50,221 (1%)	109,037 (3%)
2006	5 023,651	4 007,745 (80%)	207,235 (4%)	39,088 (1%)	462,146 (9%)	71,011 (1%)	222,901 (4%)
2007	6 838,191	5 086,192 (74%)	655,865 (10%)	84,843 (1%)	539,736 (8%)	117,663 (2%)	324,913 (5%)
Muutus 2004–2007	+ 3 099,600	+ 1 978,256	+ 504,368	+56,147	+251,577	+74,256	+270,183

Allikas: Riigikontroll Tervise Arengu Instituudi andmete põhjal

Tabel 7. Arengukavahaiglate kulud peamiste allikate kaupa ja kulude osakaal kogukuludest (miljon krooni)

Aasta	Tegevus-kulud	Ostetud kaubad, materjalid	Ostetud tööd ja teenused	Majandus-kulud	Kulum ja allahindlus	Tööjõu-kulud	Koolitus-kulu	Muud tegevus-kulud (ärikulud)
2004	3 690,176	848,488 (23%)	148,844 (4%)	486,490 (13%)	199,900 (5%)	1 856,882 (50%)	16,713 (0%)	124,741 (3%)
2005	4 292,763	918,387 (21%)	177,907 (4%)	471,856 (11%)	242,491 (6%)	2 292,179 (53%)	15,556 (0%)	165,055 (4%)
2006	4 984,216	1 087,539 (22%)	182,100 (4%)	523,795 (11%)	322,399 (6%)	2 593,784 (52%)	17,921 (0%)	242,838 (5%)
2007	6 307,619	1 269,784 (20%)	224,148 (4%)	623,367 (10%)	515,480 (8%)	3 242,388 (51%)	16,414 (0%)	378,499 (6%)
Muutus 2004–2007	+ 2 617,443	+ 421,296	+ 75,304	+ 136,877	+ 315,580	+ 1 385,506	-299	+ 253,758

Allikas: Riigikontroll Tervise Arengu Instituudi andmete põhjal

Lisa D. Haiglavõrgu optimeerimise kontseptsioon

Haiglavõrgu optimeerimise kontseptsioon

SISUKOKKUVÕTE:

Haiglavõrk on väga oluline osa tervishoiu süsteemist. 90% Eesti Haigekassa poolt rahastatud eriarstiabist osutatakse arengukava haiglates. Kulutused eriarstiabile moodustavad 79% tervishoiuteenuste kuludest, mis omakorda on kõige suuremaks osaks ravikindlustuse kuludest (Eesti Haigekassa 2008. a aastaaruanne).

Haiglavõrgu struktuur ja suurus – haiglate arv selles, erinevates haiglates osutatavate teenuste skaala ja voodite arv ning iga haigla teeninduspiirkonna suurus – on tihedas seoses nii ratsionaalse ressursikasutusega (inimressurss, tehnoloogia, raha) kui ka teenuste kvaliteedi ja ohutuse tagamisega (piisav teeninduspiirkonna suurus tagab vajaliku hulga kogemust ning tervishoiutöötajate pädevuse säilimise).

Haiglavõrgu suurus mõjutab oluliselt tarbitavate teenuste mahtu ja teenuseosutajate käitumist.

Seetõttu on optimaalne suurus ja struktuur haiglavõrgu jaoks võtmeküsimuseks.

Vabariigi Valitsuse 2007-2011. aasta tegevusprogrammi punkt 5.22 tegevuskava alapunkt 5.22.1 näeb ette haiglavõrgu arengukava alusdokumendi väljatöötamist (I kv 2009.a.)

1. Trendid ühiskonnas ja tervishoius, mis viitavad muudatuste vajadusele haiglavõrgus:

1) Elanikkonna vananemine – kogu elanikkonnast oli üle 65- aastaseid ja vanemaid inimesi 2000. aastal 14,5%, 2008. aastal juba 17,2%. Vananemisega seonduvad järkjärgulised muudatused tarbitavate tervishoiuteenuste struktuuris, mis teatud spetsiifiliste haiguste (nt südame- ja veresoonkonna, luu- ja liigessüsteemi haiguste, kasvajate) ja krooniliste haiguste esinemissageduste tõusuga paralleelselt väljendub nõudluse suurenemises hooldusravi (õendusabi) teenuste järele.

2) Üldine statsionaarsete ravijuhtude vähenemine paralleelselt ambulatoorsete ja päevaravi juhtude arvu kasvuga. Statsionaarsete juhtude arv on 8 aasta jooksul vähenenud 7% võrra, ambulatoorsete juhtude arv kasvanud 26% võrra. Päevaravi maht on sama aja jooksul kasvanud ~7 korda (Lisa *joonised 3,4,5*). Trend on mõnevõrra erinev haigla liikides - piirkondlikes ja keskhaiglates kokku on statsionaarsete RJ arv viimase 3 aastaga vähenenud 0,4%, üldhaiglates 2,4%. Päevaravi osakaalu suurenemise positiivne trend väljendub selgelt piirkondlikes ja keskhaiglates (Lisa *joonis 6*).

3) Statsionaarse eriarstiabi koondumine suurematesse keskustesse (meditsiinitehnoloogiate, raviviiside areng, linnastumine), mida toetab ka patsientide eelistuste muutumine (Lisa *joonis 7*). Trend näitab, et maakondades, kus on ainult kohalik või üldhaigla väheneb oma maakonnas osutatud ning suureneb väljaspool oma maakonda saadud statsionaarse arstiabi maht. Kui 2001 aastal neis maakondades raviti 85% ravijuhtudest oma maakonnas, siis 2005 aastal oli see osakaal 80% ning 2008 aastal 78%. Sealjuures võrreldud on nende erialade ravijuhte, mida saab osutada üldhaiglates (üldkirurgia, sisehaigused, pediatría, sünnitusabi ja günekoloogia). Trend on seotud ilmselt nii patsientide valiku kui ka haigete käsitlemise tava muutusega.

4) Sünnituste arv ei võimalda tööjõu jm ressursside ratsionaalset kasutust enam üldhaiglates – pooltes üldhaiglates oli viimase 3 aasta keskmine sünnituste arv alla 1 ööpäevas, vaid 3 üldhaiglas on sünnituste arv üle 400 sünnituse aastas (Lisa *joonis 8, 9*).

5) Haiglavõrgu voodikasutuse näitajad näitavad ebaratsionaalset voodikasutust üldhaiglates (Lisa *joonised 10,11, 12, 13*):

a) voodikoormus (päevade arv aastas, mille jooksul voodit kasutati): kui voodikoormuse näitajad kõrgema etapi haiglates on tõusva tendentsiga, siis üldhaiglates (eriti sünnitusabi osas) on see näitaja langeva tendentsiga,

b) voodikäive (aastas ravitud haigete keskmine arv 1 ravivoodi kohta): piirkondlike- ja keskhaiglate sünnitusabi ja günekoloogiliste voodikäive on tõusva trendiga, sama üldhaiglate samade voodite voodikäive on alaneva trendiga,

c) voodihõive (voodi aasta jooksul kasutusel olnud päevade % aasta päevade arvust)
: voodihõive üldhaiglates kõigi voodite osas on langeva trendiga ning sünnitusabi ja günekoloogia profiili voodihõive on langenud alla 40%.

6) Vananev personal eelkõige üldhaiglates - üld- ja kohalikes haiglates põhikohaga töötavatest arstidest oli pensionieas 26% (Lisa *joonis 14*). Haiglavõrgu arengukava haiglates tervikuna oli 2008. a 16 % pensioniealise arste. Noorte arstide eelistusi töökoha valikul illustreerib asjaolu, et 2004-2008 residentuuri lõpetanutest töötas 2008. a põhikohaga üldhaiglas 4 arsti (Riigikontroll 2009).

7) Suur tööjõukulude osakaal üld- ja kohalikes haiglates - tööjõukulude osakaal oli perioodil 2004-2008 kasvava trendiga, 2007.a moodustas see kuni 70% nende haiglate kogukuludest, samal ajal kui kesk- ja piirkondlikes haiglates oli see näitaja alla 60% (Lisa *joonis 15*). Personalikude osakaalu kasv haigla kogukuludest näitab, et väikehaiglatel on järjest keerulisem vajalikku personali palgata. (Riigikontrolli haiglavõrgu jätkusuutlikkuse audit, SoM analüüs). Riigikontrolli audit näitas ka, et enamus väikehaiglad sõltuvad märkimisväärses osas väljaspoolt tööl käivatest arstidest. Selline haiglavõrgu struktuur ei võimalda üld- ja kohalikel haiglatel suunata piisavalt vahendeid infrastruktuuri arendamisse ega ole pikas perspektiivis jätkusuutlik.

Eeltoodut arvesse võttes vajab haiglavõrk jätkuvalt korrastamist. Muutmist vajab eelkõige tänaste üld- ja kohalike haiglate tase, kus hetkel osutatavate teenuste skaala ja personalimahukus ei ole vastavuses jätkusuutlikkuseks vajaliku teenustemahuga ega ka reaalse vajadusega.

Riigikontroll viis 2008-2009. aastal läbi auditi „Haiglavõrgu jätkusuutlikkus”, mille analüüsi tulemused toetavad seisukohta, et haiglavõrgu arengukava vajab muutmist. Plaanitav aktiivravi haiglavõrk peab olema mõistlik kompromiss eriarstiabi regionaalse pakkumise ja ressursiliste võimaluste vahel. Praegune aktiivravi teenuste pakkumine nii paljudes kohtades ei ole mõistlik ja jätkusuutlik.

2. Lahendused

Haiglavõrgu ülesehitus tugineb järgmistele põhimõtetele:

- Jätkatakse VV poolt kinnitatud haiglavõrgu põhimõttel, mis koosneb kindla teenustepaketiga ehk eri liiki haiglate kindlast loetelust - riigi jaoks oluliste haiglate loetelu kehtestamine õiguslikult tagab sinna kuuluvatele haiglatele pikaajaliste investeeringute tegemiseks vajaliku stabiilse rahastamise ning annab riigile kindluse elanikkonnale tervishoiuteenuste kättesaadavuse tagamiseks nende haiglate näol.
 1. Haigla liigi määrab kindel piiritletud ja õiguslikult reguleeritud teenuste pakett, mida haigla reaalse teeninduspiirkonna suurusest tulenevalt osutab - kindel teenuste pakett (st haiglate liigitamine) tagab eraõigusel põhinevate teenuseosutajate optimaalse teenuste struktuuri ning seeläbi nii oluliste ühiskonna ressursside ratsionaalse kasutamise kui teenuste kvaliteedi, mis on sõltuv pädevuse säilimiseks vajalikust teenustemahust.
 2. 90-95% elanikele peab sagedamini esinevate haigestumiste puhul tervishoiuteenuse kättesaadavus olema tagatud 1 tunni jooksul.
 3. Igas maakonnas on arstliku abi saamise võimalus 7 päeva nädalas 24 tundi.
 4. Patsient tuleb hospitaliseerida nn „lõppravi” kohta haigusseisundite puhul, kus määravaks on ajafaktor (nt insult, infarkt, ajutrauma).
 5. Neljas Eesti piirkonnas peab olema tagatud tervishoiuteenused vähemalt keskhaigla tasemel.
 6. Kõrgema etapi tervishoiuteenuse osutajal peab olema vastutus tagada ambulatoorse eriarstiabi kättesaadavus niinimetatud „vastutuspiirkonnas”.

Lahendusvariandid haiglavõrgu optimeerimiseks:

Variant A - haiglavõrk 4 tasandiline

I tasandi haiglad (maakondlikud haiglad) teeninduspiirkonnaga kuni 40 000 elanikku, põhipaketis:

- a. valikuline ambulatoorne eriarstiabi – taastusravi füsioteraapia mahus, töotervishoiuteenus, hambaraviteenus; psühhiaater (või tulevikus vaimse tervise õde), silmaarst, kardioloog, neuroloog (kättesaadavuse tagamiseks rakendada kõrgema etapi haigla vastutuspiirkonnast tulenevat kohustus tagada teatud eriarstide vastuvõtt),
- b. valikuline plaaniline statsionaarne ravi (sisehaigused, üldkirurgia ja günekoloogia plaanilised teenused peamiselt päevakirurgiana I-IV grupi ulatuses, sünnitusabi ämmaemanda tasemel),
- c. päevaravi ja päevakirurgia,
- d. põhiline diagnostika – piiratud mahus laboriteenus, radioloogia, funktsionaaldiagnostika,
- e. erakorraline eriarstiabi 24h ning ööpäevaringse valmisoleku tasu ühel erialal
- f. statsionaarne õendusabi ehk hooldusravi ja hoolekanne,
- g. esmatasandi tervishoid samal infrastruktuuril (perearstid, koduõendus, ämmaemandusabi, koolitervishoid),

II tasandi haiglad (üldhaiglad) teeninduspiirkonnaga 40 000 kuni 80 000 elanikku, põhipaketis:

- h. ambulatoorne eriarstiabi - uroloogia, ortopeedia, oftalmoloogia, otorinofarülgoloogia, endokrinoloogia, gastroenteroloogia, reumatoloogia, kardioloogia dermatoveneroloogia, neuroloogia, nefroloogia, psühhiaatria, pulmonoloogia, infektsioonhaigused, taastusravi ja füsiaatria, töotervishoid,
- i. statsionaarne eriarstiabi - sisehaigused, üldkirurgia piiratud mahus (I-V grupi ulatuses) pediaatria, sünnitusabi ja piiratud mahus günekoloogia,
- j. põhiline diagnostika,
- k. statsionaarne õendusabi ehk hooldusravi ja hoolekanne,
- l. esmatasandi tervishoid (koduõendus, ämmaemandusabi, koolitervishoid),
- m. ööpäevaringne valmisolek kolmel erialal.

keskhaiglad - teeninduspiirkonnaga üle 80 000 elaniku (kusjuures samas maakonnas on mõeldav enam kui üks keskhaigla vaid juhul, kui maakonnas on üle 200 000 elaniku), II tasandi paketi lisanduvad teatud ambulatoorsed ja statsionaarsed erialad:

- n. ortopeedia, uroloogia, neuroloogia, kardioloogia (infektsioonhaigused, psühhiaatria)

piirkondlikud haiglad teeninduspiirkonnaga vähemalt 500 000

I tasemel jääks 8 haiglat: Võru, Valga, Põlva, Järva, Rapla, Lääne, Jõgeva maakondades ja Hiiumaal.

II tasemel 4 haiglat: Viljandi, Rakvere ja Narva maakondades, erisusena ka Saaremaal Kesk ja piirkondlike haiglate loetelu jääb praegusele tasemele.

Mõjud:

1. Säilib 4 tasandit haiglavõrgus ning õiguslik järjepidevus eelnevate reformidega.
2. Igas maakonnas on tagatud tervishoiuteenuste kättesaadavus enim esinevate haigestumiste puhul.
3. I tasandi haiglates tagatakse tervishoiuteenuste struktuur, mis vastab vananeva elanikkonna nõudlusele ja jälgib ka eelkirjeldatud trende tervishoius. Maakonnakeskustes paiknevate üld- ja kohalike haiglate baasil toetatakse järel- ja hooldusravi väljaarendamist aktiivravi mittevajavate patsientidele ravi ja põetuse järjepidevuse tagamiseks. Hooldusravi osutamine edaspidi peamiselt aktiivravi haiglate baasil tagab hooldusravi patsientidele arstiabi ja vajadusel ka uuringute kättesaadavuse ning ka vajaliku personali hooldusravi osutamiseks.

4. Teatud kirurgiliste tervishoiuteenuste osutamine tervishoiusüsteemis paigutuks ümber järgmistele tasanditele – üldkirurgilised ja günekoloogilised operatsioonid alates V operatsioonigrupist. I tasandi haiglates üldkirurgiliste tervishoiuteenuste mahu vähenemine seal toob kaasa rahalise mahu vähenemise 7 haiglas kokku ~ 2 887 341 krooni võrra, günekoloogiliste tervishoiuteenuste mahu vähenemine 7 haiglas kokku ~ 1 199 083 krooni võrra.
5. I tasandi haiglates väheneb personalimahukate teenuste maht (ööpäevaringne valmisolek üldkirurgia ning sünnitusabi/günekoloogia erialal ja tugiteenuste tagamisel - labor, röntgen) ning sellega seoses ka kulutused tööjõule. Personalimahukate teenuste mahu vähenemisel ühele haiglale eeldatav maksimaalne rahaline kokkuhoid aastas oleks ~ 2 543 808 krooni.
6. Üldhaiglate ööpäevaringne valmisoleku tasu kolme valveringi eest moodustas 2008. aastal 62 863 364 krooni. 7 üldhaigla valmisoleku tasu vähenemine vaid ühe valveringini vähendaks otseselt ühe haigla sissetulekut 2 920 592 krooni aastas, samas ravikindlustuses vabaneks 20 444 144 krooni aastas, mida on võimalik ja tuleb kindlasti suunata I tasandi haiglates vananeva elanikkonna nõudlustele vastavate teenuste rahastamiseks (esmane järelravi, statsionaarne hooldusravi, koduõendus), aga samuti kasutada täiendavate eriarstiabi RJ rahastamiseks, mis annab võimaluse parandada kvaliteetse arstiabi kättesaadavust.
7. I tasandi haiglates tekivad personalimahukate teenuste vähenemisel rahalised võimalused haiglas arendatavate teenuste (järelravi, hooldusravi) kvaliteedi tõstmiseks (investeeringud infrastruktuuri, olemasoleva ja täiendava personali koolitus).
8. I tasandi haiglate asukoha maakondades enam hoolduspersonali eeldavate teenuste mahu tõusmisel tekib vajadus teatud määral täiendava tööjõu osas, millega paraneb tööhõive maakonnas.

Rakendamine

1. Majandusliku jätkusuutlikkuse eelduseks on, et rahastamine toetab piisavas mahus ambulatoorsete, päevaravi, hooldusravi ja esmase järelravi teenuste osutamist I tasandi haiglates.
2. Ambulatoorse ja päevaravi teenuste tagamise eelduseks I tasandil on, et töötatakse välja ja reguleeritakse õiguslikult ja/või lepingute kaudu teatud eriarstiabi ambulatoorsete ja päevaravi teenuste kättesaadavuse osas vastutuspiirkondade printsiip kesk- ja piirkondlikele haiglatele.
3. Tegevuse optimeerimise eelduseks on täpselt õiguslikult reguleeritud 4 erinevat teenustepaketti eri tasemete haiglates, millest lähtutakse tegevusloa andmisel. Rahastamine omakorda lähtub tegevuslubadest ja tegevuslubadega fikseeritud teenustest.
4. Rakendamiseks tuleb läbi vaadata ja täpsustada kohaliku ja üldhaigla teenuste pakett üldkirurgia ning sünnitusabi ja günekoloogia erialal.
5. Eeldab teenuseosutajate, eelkõige üldhaiglate valmisolekut tegevuse ümberstruktureerimiseks ja statsionaarsete eriarstiabi teenuste mahu vähendamiseks.

Variant B – haiglavõrk 2-tasandiline

- maakondliku vastutusega haiglad (maakondlikud haiglad) - teeninduspiirkond ei ületa maakonna piire, üle 90% teenindatavatest on haigla asukoha maakonnast,
- piirkondliku vastutusega haiglad – osalise või täispaketiga haiglad, mille teeninduspiirkond enamuse erialadel on oluliselt laiem asukoha maakonnast

Teenustepaketid - maakondliku vastutusega haiglatel A variandi I või II taseme pakett, piirkondlikel haiglatel täispakett ehk kõik 33 eriarstlikku eriala (SA TÜK) või osaline pakett (SA PERH, SA TLH, AS ITK), kus kõrgeima taseme erialad on jaotunud 3 haiglat vahel.

Mõjud:

1. Haiglavõrk 2- tasandiline, kus jaotus oleks küll lihtsalt arusaadavatel põhimõtetel, kuid mitte seotud teeninduspiirkondade suurusega ega varasemate reformide põhimõtetega.
2. Haiglavõrgu optimeerimise võimalused selle variandi puhul on küsitavad. Motivatsiooni teenuste (mitte)osutamiseks saaks teataval määral reguleerida vaid läbi rahastamise, mis ei kattu siis alati täielikult tegevusloaga. Ööpäevaringse valmisolekutasud lähtuksid teenuste mahust (nt ööpäevaringse valmisoleku rahastamine sünnitusabi puhul oleks tagatud alates 400 sünnitusest aastas), millest allapoole kvaliteedi riski tõttu ravikindlustus ei rahastaks.
3. Mitmed lõplikud valikud tehaks selle variandi puhul rahastaja poolt. Ka haiglatel puuduks sellise lahenduse puhul kindlus teenuste osutamiseks ja arendamiseks pikemas perspektiivis.

Rakendamine

1. Et tagada haiglavõrgu optimeerimine, tuleks rahastamise alusena ravikindlustuse vahenditest täiendavalt reguleerida teatud teenuste puhul kvaliteedi ja kättesaadavuse kriteeriumid seotuna lävenditega vastavates õigusaktides (Ravikindlustuse seaduses, Tervishoiuteenuste korraldamise seaduses ja rakendusaktides), millega Eesti Haigekassa saaks õiguse mitte osta teenuseid haiglatest, kus maht on alla kriitilise miinimumi.
2. Eeldab teenuseosutajate, eelkõige üldhaiglate valmisolekut tegevuse paindlikuks ümberstruktureerimiseks ja statsionaarsete teenuste mahu vähendamiseks sh valmisolekut ka olukorraks, kus tegevusloa alusel lubatud, kuid väikesemahulisi teenuseid haigekassa poolt ei rahastata.

Variant C - haiglavõrk 3- tasandiline.

- üldhaiglad teeninduspiirkonnaga maakonnas kuni 70 (50) 000 elanikku, põhipaketis
 - tasandi I või II loetelu variandi A juures
- keskhaiglad teeninduspiirkonnaga 70 (50) 000 - 200 000, eelmisele pakatile lisanduvad teatud statsionaarsed erialad:
 - ortopeedia, uroloogia, neuroloogia, kardioloogia (infektsioonhaigused, psühhiaatria)
- piirkondlikud haiglad

Suureneks keskhaiglate loetelu Narva Haigla (või ka Rakvere ja Viljandi Haigla, sõltub piiri seadmisest 50 või 70 000 juurde) võrra. Jõgeva haigla saaks üldhaigla staatuse.

Mõjud:

1. Haiglavõrgus 3 taset - kaoks vahe tänaste üld- ja kohalike haiglate vahel, millede teenusepakett ei oleks sedavõrd seotud teeninduspiirkondade suurusega nagu variandi A juures.

2. Haiglavõrgu optimeerimise võimalused liiga väikese teeninduspiirkondadega üldhaiglate osas selle variandi puhul on küsitavad. Motivatsiooni teenuste (mitte)osutamiseks saaks teataval määral reguleerida vaid läbi rahastamise, mis ei kattu siis alati täielikult tegevusloaga. Ööpäevaringse valmisolekutasud lähtuksid teenuste mahust. (nt ööpäevaringse valmisoleku rahastamine sünnitusabi puhul oleks tagatud alates 400 sünnitusest aastas) ning teatud teenustele seataks miinimummahud, alla mille ravikindlustus kvaliteedi riski tõttu ei rahastaks.
3. Mitmed lõplikud valikud tehtaks sel puhul rahastaja poolt. Ka haiglatel puuduks sellise lahenduse puhul kindlus teenuste osutamiseks ja arendamiseks pikemas perspektiivis.
4. Keskhaiglate loetelu suurenemisel tekib loetellu lisatud haiglal/haiglatel kohustus tagada ööpäevaringne valmisolek 8 (+1) eriarstlikul erialal, millest tulenevalt suureneb surve ravikindlustusele 46 729 472 krooni võrra iga keskhaiglate loetellu lisanduva haigla kohta.

Rakendamine analoogne B variandiga.