

26. aprill 2000

Eesti haiglate arengukava aastani 2015

Põhiseisukohtade kokkuvõte

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

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

SWECO on ehitus- ja tehnokonsultatsiooniteenuseid osutav firma, mille struktuuris tegutseb nii haiglate planeerimise kui projekteerimise üksus.

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

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

Projekti elluviimise jooksul on koostatud järgmised aruanded:

sissejuhatav aruanne 21. detsember 1999;

I vahearuanne 7. veebruar 2000;

II vahearuanne 3. märts 2000;

lõpparuanne 20. aprill 2000.

Allpool on toodud lõpparuande põhilised järeldused ja seisukohad

Tervishoiu arengusuunad maailmas

Kaasaegset tervishoiukorraldust iseloomustavad järgmised tunnused:

- lihtsamate raviprotseduuride detsentraliseerimine
- keeruliste raviprotseduuride tsentraliseerimine
- ambulatoorse ravi osakaalu suurendamine ja esmatasandi arstiabi edendamine
- haiglaravi osakaalu vähendamine ja haiglaravi kestvuse märgatav lühenemine

- päevakirurgia
- uued mitteinvasiivsed ravimeetodid
- rõhk plastilisel kirurgial, mis tõstab elukvaliteeti
- uued efektiivsemad ravimid

Meditiinitehnoloogia arengutempo pidev kasv võimaldab paljusid lihtsamaid laboratooriumianalüüse teha arstidel iseseisvalt, samas kui keerulisemaid analüüse töödeldakse tsentraliseeritud korras. Tänu sellisele uuele tehnoloogiale nagu magnetresonantstomograafia (MRI) on oluliselt paranenud diagnostikavõimalused.

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

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

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

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

Vajadus muudatusteks

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

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

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

Teise tasandi haiglad on üldjuhul liiga suured ja nende voodihõive on tavaliselt madal. Ehkki nende haiglate üldpind on suur, on palatid sageli ülerahvastatud. Teise tasandi haiglates valitsevad tingimused ei rahulda ei patsiente ega haiglapersonali.

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

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

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

Uued kaasaegsed diagnostikameetodid ja -seadmed on üldjuhul kallid. Samas on angiograafialaborid ja radiodiagnostikaseadmed (kompuutertomograafia) väga vajalikud insuldi ja südameveresoonehaiguste diagnoosimisel. Angiograafialabori teeninduspiirkonnaks peaks olema 250 000 elanikku ja kompuutertomograafia (CT) puhul 50 000 elanikku. Akuutse ravi koondamine vähematesse haiglatesse võimaldab suurendada investeeringuid meditsiiniseadmetesse.

Uus haiglate struktuur

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

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

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

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

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

Tervisekeskuse ehk kohaliku tähtsusega haigla kontseptsioon on viimastel aastatel lääneriikides väga kiiresti arenenud ning moodustab tulevikus kahtlematult väga olulise osa mistahes tervishoiusüsteemist. Väga tõhusaks on osutunud päevaravi ning vaid esmaspäevast reedeni plaanilist haiglaravi osutavad haiglad. Väike/kohaliku tähtsusega haigla hõlmab:

- esmatasandi arstiabi
- valikulist plaanilist eriarstiabi
- päevaaegset ambulatoorset erakorralist abi
- meditsiinilist päevahoodust ja päevakirurgiat
- põhilisi diagnostilisi teenuseid (laboratoorsed uuringud, radioloogia)
- eakate statsionaarset hooldust (hooldekodud, taastusravi)
- paar ravivoodikohta lühiaegseks patsientide jälgimiseks

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

Teise tasandi haigla tavaline teeninduspiirkond on umbes 100 000 inimest. See on piisav suurus kindlustamiseks meditsiinipersonali pädevust. Teatavatel juhtumitel tuleb kõne alla ka väiksem teeninduspiirkond, nagu näiteks Saaremaa, kus elanike arv on 40 000. Hiiumaal on vaid 10 000 elanikku. See arv on liiga väike kindlustamiseks teise tasandi haigla või mistahes erakorralise abi vajalikul tasemel hoidmist. On palju odavam, kuluefektiivsem ja meditsiiniliselt põhjendatud kasutada väheste kohest transporti vajavate juhtude jaoks helikopteriteenust.

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

Haiglasüsteemis on järgmisel tasandil **keskhaigla**. Seda tüüpi haiglad on suuremad ning hõlmavad eraldi osakondi teatud erialade jaoks, nagu ortopeedia, günekoloogia (sh sünnitusabi), otorinolarüngoloogia, oftalmoloogia, jt. Teeninduspiirkonna suuruseks on 100-200 000 inimest sõltuvalt geograafilistest tingimustest.

Kõige kõrgemal tasemel ravi osutab **kolmanda tasandi haigla**, milleks on **ülikoolihaigla** või **regionaalne haigla**. Nende omavaheline erinevus on ainult selles, et ülikooli haigla on seotud arstiteaduskonna ja selle prekliiniliste institutsioonidega. Seda tüüpi institutsioonide juures on oluline silmas pidada, et kolmanda tasandi haiglate teeninduspiirkond peab olema piisavalt suur tagamaks piisava arvu patsiente kolmanda tasandi erialadele. Lääne - Euroopas peetakse kolmanda tasandi haigla teeninduspiirkonnaks 0.5 kuni 1 miljonit inimest. Eesti puhul on seega selge, et Eestis saab olema kaks seda tüüpi institutsiooni – üks Tartus ja teine Tallinnas.

Kirde-Eesti

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

Loode-Eesti

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

Kagu-Eesti

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

Edela-Eesti

- Uus Pärnu haigla
- Teise tasandi haigla Kuressaares

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

Varasemad teise tasandi haiglad

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

Spetsialiseeritud haiglad

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

Eriküsimused

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

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

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

Kohalikud haiglad

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

Haiglate struktuur Tallinnas

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

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

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

Kesklinna piirkonnas paiknevad Keskhaigla ja Magdaleena haigla peaks liidetama ühise juhtimise alla ning pakkuma keskhaiglana teise tasandi arstiabi teenust linna kesk- ja idaosas. Magdaleena haigla liidetakse Keskhaiglaga, Magdaleena haigla hooneid saab kasutada teistel eesmärkidel, nt pikaaravilise haiglana.

Ülaltoodud plaan Tallinna haiglate konsolideerimise osas on saavutatav suhteliselt vähese aja - 2 kuni 3 aasta – jooksul. Pikas perspektiivis vajab ka Keskhaigla täielikku ümberehitust. Praegust hoonet saab ümberehituste ja parandustega kasutada veel järgmised 10-15 aastat, kuid hiljemalt siis on vaja uut hoonet. Uue hoone puhul on väga oluline ka selle asukoht. Praegune haiglate struktuur Tallinnas pole tasakaalus. Kõik olemasolevad institutsioonid on linna geograafilises lääneosas, idaosas pole ühtegi rajatist. Seetõttu tuleks kaaluda tulevase Keskhaigla ehitamist just linna idaosas.

Vanurite ravi

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

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

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

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

Pikaravivoodikohtade vajaduseks aastal 2015 hindame 6000-7000.

Hooned

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

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

Üldpind ühe voodi kohta

Üldpind ühe voodi kohta on vahemikus 18 m² Tartu pikaravihaiglas kuni 113 m² Pärnusse ehitatavas haiglas. On märkimisväärne, et isegi Tartu Ülikooli haiglas on see näitaja vaid 50-70 m².

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

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

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

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

Voodikohtade arv ja tegevuskulud

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

Akuutse ravi haiglate iga-aastased tegevuskulud moodustavad orienteeruvalt 2,11 miljardit krooni. Vähendades voodikohtade arvu 8200-lt 3100-ni ja kasutades vabanevat pinda pikaraviks, taastusraviks või hooldekoduna vähendaks haiglate tegevuskulusid 1,445 miljardi kroonini ehk 665 miljoni krooni võrra aastas.

Samal ajal tõuseks oluliselt haiglate tehniline tase, suureneks üldpind ühe voodi kohta ning suureneks voodikohtade arv hooldekodudes.

Haiglate litsentseerimine

Vaja on tõhustada haiglate litsentseerimise süsteemi. Olemasolevatele haiglatele tuleb kehtestada teatud normid nagu elanike arv haigla teeninduspiirkonnas, elanike arv perearsti kohta, jne. Peaks juurutama haiglate litsentseerimise süsteemi haiglatüübi alusel, mitte ainult üksikute erialade kaupa. Seadusandlust tuleks täiendada, et anda Sotsiaalministeeriumile õigus jätta litsentseerimata uus osakond või haigla juhul kui teatud liiki teenust pakutakse antud teeninduspiirkonnas juba piisavas mahus.

Kvaliteet ja litsentseerimine

Tulevikus peab haigekassade ja teenuse pakkujate vahel sõlmitud lepingutes sätestama ka nõuded ravikvaliteedile.

Kvaliteedistandardid tuleks välja töötada vähemalt järgmiste haigusseisundite jaoks:

- insult
- kopsuvähk
- rinnavähk
- kopsupõletik
- suhkruhaigus
- infarkt
- südamepuudulikkus
- ravikulude kompenseerimine

Ravikulude kompenseerimine

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

Projekti konsultandi arvates peaks hinnakirja valmistama ette sõltumatu ametiasutus haiglatelt ja teistelt raviteenuse osutajatelt saadud andmete alusel. Oma kogemustele toetudes võime öelda, et kõige optimaalsem tulemus saadakse siis kui hinnakirju ei koosta ei kindlustusandja ega ka seadusandlik võim. On vaja, et hinnakirja määraks

kindlaks täiesti sõltumatu asutus, mis ei allu erinevate huvirühmade soovile mõjutada hinnakirja vastavalt oma huvidele.

Meetmed arengukava ellurakendamiseks

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

Koheselt elluviidavad meetmed on näiteks Tallinnas ja Tartus asuvate pikaravihaiglate järk-järguline likvideerimine ja ümberkolimine, samuti Pärnu uue haigla ehituse lõpetamine, spetsialiseeritud tuberkuloosihai gla loomine ja Valgas kõikide haigla voodikohtade koondamine uude hoonesse.

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