RAPORT D: HAIGLAVÕRGU ARENGUKAVA 2040

Patsiendikeskne integreeritud haiglavõrgu arengukava (REFORM/SC2019/140)

See projekt viiakse ellu Euroopa Liidu rahastamisel struktuurireformi toetuse kaudu Programmi ja koostöös reformi peadirektoraadiga

Projekti viib ellu Euroopa Liit struktuurireformide toetusprogrammi kaudu ja koostöös Euroopa Komisjoni peadirektoraadiga.

Raportis väljendatud seisukohad on konsultantide seisukohad ega pruugi kajastada Euroopa Liidu seisukohti.

Projekti viib ellu AARC.

Lühendid	
ALOS	Keskmine haiglas viibimise aeg
EHL, EMR	Elektrooniline haiguslugu
EL	Euroopa Liit
EMO	Erakorralise meditsiini osakond
Haigekassa	Eesti Haigekassa
HVA	Haiglavõrgu arengukava
IRP, ICH	Integreeritud ravi piirkond
KT	Kompuutertomograaf
MRT	Magnetresonantstomograaf
OECD	Majanduskoostöö ja Arengu Organisatsioon
PACS	Piltdiagnostika arhiveerimise ja kommunikatsiooni süsteem (ehk Pildipank)
PERH	Põhja-Eesti Regionaalhaigla
SOM	Sotsiaalministeerium
TAI	Tervise Arengu Instituut
TTO	Tervishoiuteenuse osutaja
TÜK	Tartu Ülikooli Kliinikum
UE	Kasutajakogemus
UI	Kasutajaliides

Sisukord

1. SISSEJUHATUS 5

2. KAARDISTATUD PROBLEEMID 5

2.1 TERVISHOIUSÜSTEEMI INTEGREERITUS JA TÕHUSUS 5
2.2 ANDMED JA DIGITAALSED TERVISHOIUTEENUSED 6
2.3 HAIGLASÜSTEEM 6
2.3.1 Haiglate infrastruktuur 6
2.3.2 Töötajad haiglates 6
2.3.3 Finantsiline jätkusuutlikkus ja stiimulid 7

3. EESTI HAIGLAVÕRGU ARENGUKAVA 2040 7

3.1 EESTI TERVISHOIU VISIOON AASTAKS 2040 7
3.2 INTEGREERITUD RAVI PIIRKONNAD 9
3.3 KOGUKONNA HAIGLAD 11
3.4 ARSTIABI KÄTTESAADAVUSE KRITEERIUMID 11
3.5 HAIGLAVÕRK 12
3.6 HAIGLATE RESSURSID 14
3.6.1 Inimressurss 15
3.6.2 Infrastruktuur 17
3.7 HAIGLATE JUHTIMINE 19
3.8 ANDME- JA DIGITEENUSTE HALDAMINE 20

4. HVA 2040 RAKENDUSKAVA 22

5. LISADE LOETELU 25

1. Sissejuhatus

Eesti tervishoiu peamised eeldatavad väljakutsed lähikümnenditel tulenevad paradoksaalsel kombel Eesti senisest edust nii ühiskonnana laiemalt kui ka tervishoius kitsamalt. Eesti elanike keskmine oodatav eluiga on sel sajandil Euroopa Liidus kõige enam kasvanud. Alates 1990. aastast on üle 65-aastaste inimeste osakaal rahvastikus kasvanud keskmiselt 1,4% aastas, ületades 2020. aastal 20% piiri (266 tuhat inimest) ning Statistikaameti prognoosi kohaselt suureneb see 2040. aastaks 26%-ni (kuni 332 tuhande inimeseni). Tervishoius tähendab selline demograafiline muutus mitte ainult kasvavat nõudlust tervishoiu teenuste järele, vaid ka haiguste struktuuri olulist muutust. Mitmete samaaegse kroonilise haiguse all kannatavate inimeste arv on juba praegu kasvamas. Vaatamata Eesti inimeste terviseteadlikkuse ja tervislike harjumuste paranemisele tuleb Eesti tervishoiu strateegilises planeerimises arvestada pikaajalist ravi ja hooldust vajavate inimeste arvu märgatava suurenemisega.

Rahvusvahelised tervisejuhtimisealased kogemused kinnitavad, et kõige tõhusam ja inimkesksem viis eespool nimetatud muutustega toime tulla on vähendada haiglaravi vajadust. Selleks tuleb ühendada kõigi tervishoiupartnerite ja sotsiaalsüsteemi jõupingutused, et ära hoida haigestumisi ja, kui haigus on juba avaldunud, ennetada ägenemisi ja toetada pikaaegse haigusega elamist. Samas on oluline, et diagnostika ja ravi, rehabilitatsioon ja tugiteenused oleks korraldatud terviklikult ja inimkeskselt, ühtse kontaktpunkti põhimõtet järgides. Selleks peab inimest toetama asjakohaste teadmiste ja oskustega tervisekoordinaator. Arvestades Eesti tänast tervishoiusüsteemi korraldust oleks kõige efektiivsem, kui seda funktsiooni täidaks inimese enda perearst ja tema meeskond.

Käesoleva projekti ülesandepüstitus on keskendunud haiglavõrgule, mistõttu ei olnud võimalik sügavuti analüüsida esmatasandi arstiabi toimimist. Samal ajal on hästi teada, et esmatasandi arstiabis, ravi järjepidevuses, samuti esmatasandiarstiabi, haiglaravi ja sotsiaalsüsteemi koordineerimises on mitmeid probleeme, mis mõjutavad oluliselt vajadust haiglaravi järele. Neid süsteemseid puudusi kinnitasid ka projekti käigus läbi viidud intervjuud fookusgruppidega ja arutelud sidusrühmadega.

2. Kaardistatud probleemid

2.1 Tervishoiusüsteemi integreeritus ja tõhusus

Eesti tervishoiusüsteem on haigla- ja arstikeskne ning tervishoiu ja sotsiaalteenuste osutamises puudub koordineerimine ja järjepidevus. Haiglatel, esmatasandi arstiabi osutajatel ja sotsiaalsüsteemil ei ole patsiendi ravis ühiseid eesmärke ning ei eksisteeri ühiste ravi- ja hoolduskavade süsteemi. Samuti ei eksisteeri ühtset rahalist motivatsioonisüsteemi teenuste planeerimiseks ja koordineerimiseks. Teenused ei ole enamasti integreeritud ja on suunatud teenuse osutamise episoodile, ja mitte tervisetulemile.[1]

Puudub tulevikku suunatud isikustatud haigusriskide hindamine ja vastav ennetustegevuste ning ravi planeerimine ja juhtimine. Lisaks puudustele andmete kogumises ja teabevahetuses ei toeta praegune teenuse lepingute- ja rahastamissüsteem terviklikku lähenemist erinevate tervishoiuteenuste ja sotsiaalhoolekandeteenuste koordineerimisele. Umbes 50% erakorralise

[1] "Hoolduse suurem integreerimine ja suurem tõhusus" https://haigekassa.ee/haigekassa/eesti-haigekassa/uuringud-ja-analuusid; "Hoolduskoormuse vähendamine Eestis" https://www.elvl.ee/documents/21189341/22261833/07_+Pkp+7+Hoolduskoormuse_rakkeruhma_lopparuanne.+Riigikantselei+2017.pdf/61c41a54-b73f-4d4a-ab5a-99926002ac4c

meditsiini osakondade külastustest ei ole meditsiiniliselt põhjendatud ja neid saaks lahendada perearsti tasemel. Perearstid ei ole informeeritud oma patsientide haiglaravilt väljakirjutamisest ning varajane taastusravi on puudulikult korraldatud. Koduhoolduse, vaimse tervise koduõenduse ja kodurehabilitatsiooni ning digiteenuste ja -lahenduste rakendamisel on rohkelt arenguruumi.[2]

2.2 Andmed ja digitaalsed tervishoiuteenused

Oluliseks eelduseks, et tervishoiusüsteem saaks toime tulla kasvava nõudlusega tervishoiuteenuste järele, on reaalajas kättesaadavad ja normaliseeritud digitaalsed terviseandmed, mis loovad võimaluse erinevateks digilahendusteks (personaalsete haigusriskide hindamine, kliinilised digitaalsed otsusetoed, kaugseire ja -nõustamine jne). Projekti raames läbiviidud terviseandmete esmase ja teisese kasutamise ning terviseteabe juhtimise kaardistamine tõid esile tõsiseid probleeme kliiniliste andmete kvaliteedis ja teabe kättesaadavuses: andmete kogumine on enamasti vabateksti vormis (standardimata ja struktureerimata); teave saab teistele tervishoiusüsteemi osapooltele ja patsiendile kättesaadavaks alles peale haigusjuhu lõpetamist; digitaalsed enesehindamise vahendid, kaugseire ja e-konsultatsioon ei ole piisavalt kättesaadavad ja neid kasutatakse piiratud ulatuses. Lisaks on terviseandmete teisene kasutamine piiratud, mis võib olla tingitud sektoriülese reguleerimise ning koordineerimise ja andmete standardimise piiratusest või puudumisest.

2.3 Haiglasüsteem

Eelkõige tänu HVA 2015 edukale rakendamisele toimib Eesti haiglasüsteem suhteliselt optimaalselt ja jätkusuutlikult. Erandiks on väiksemad üldhaiglad, mille jätkusuutlikkus ja teenuse kvaliteet on praeguse teenusemudeli jätkumisel küsitav. Eelkõige arvestades elanikkonna jätkuvat koondumist Tallinna ja Tartu piirkonda.

2.3.1 Haiglate infrastruktuur

Eesti haiglate infrastruktuur ei vasta alati kaasaja nõudmistele. Vähem kui pooled haiglavooditest on eraldi duširuumi ja tualetiga palatites ja vaid 54% vooditest on 1-2 kohalistes palatites. See ei ole oluline mitte ainult patsiendimugavuse, vaid isegi enam haiglanakkuste vältimise, antimikroobse resistentsuse ja pandeemiate aspektist. Tublisti on ruumi haigla infrastruktuuri ja töötajate tööaja tõhusamaks kasutamiseks. Vaid vähestes haiglates on voodihõive üle 80% ja enamikus väiksemates üldhaiglates on see näitaja alla 70%. Kahes piirkondlikus ja osades keskhaiglatest ei ole põrandapinna standard ühe ravivoodi kohta kooskõlas EL toimunud arengutega. Vaid kolmandik haiglate netopinnast on kas äsja valminud või oluliselt renoveeritud ning 7% osaliselt renoveeritud hoonetes.

2.3.2 Töötajad haiglates

Eesti haiglasüsteem on liigselt arstikeskne. Kui näiteks OECD-s keskmiselt on 2,6 ja Hollandis 3,4 õde ühe arsti kohta, siis Eesti haiglates on see näitaja on 1,9. Muret tekitavalt kõrge ja jätkuvalt kasvav on arstide keskmine vanus üldhaiglates, kus järjest enam arste töötab osaajaliselt.

[2] „Statsionaarse aktiivravi järgne puudulik jätkuravi“ https://haigekassa.ee/eesti-tervishoiususteemi-integreerituse-hindamise-indikaatorid

2.3.3 Finantsiline jätkusuutlikkus ja stiimulid

Eestis kasutatavad eriarstiabi hüvitamise mudelid stimuleerivad pigem teenuste osutamist ja haiglaravi episoode kui tähtsustavad tervisetulemit ja erinevate tervishoiu- ja sotsiaalteenuste integreerimist. Väiksematel, alla 20 000 elanikuga efektiivse teeninduspiirkonnaga (vt allpool ptk 3.5) üldhaiglatel on praeguse teenuse- ja rahastamismudeli jätkumisel ees ootamas tõsised probleemid jätkusuutlikkusega.

3. Eesti haiglavõrgu arengukava 2040

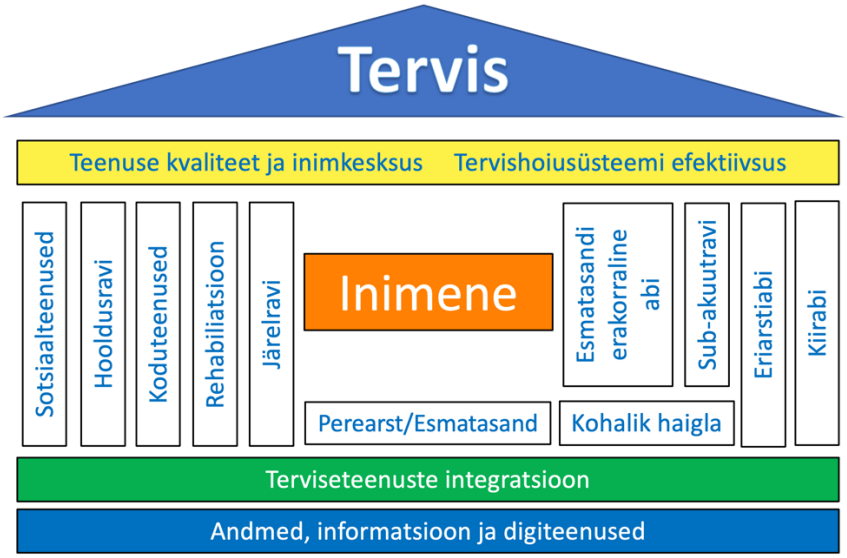
Eesti haiglavõrgu arengukava 2040 (HVA 2040) eesmärk on pakkuda poliitikakujundajatele välja optimaalne haiglasüsteemi arengustrateegia ja organisatsiooniline struktuur, mis jätkusuutlikul ja kuluefektiivsel viisil aitaks kaasa Eesti elanikele parima võimaliku tervisetulemi saavutamisele. Nagu juba eespool mainitud, tähendab see suuremat rõhku esmatasandi arstiabile ning tervishoiu- ja sotsiaalteenuste integreerimisele ning neid eesmärke tuleb arvesse võtta tervishoiusüsteemi ja haiglavõrgu planeerimisel.

Optimaalseim lahendus tervishoiusüsteemi jätkusuutlikuks toimimiseks on oluliselt suurendada esmatasandi koordineerivat rolli tervise säilitamisel, haiguste ennetamisel ja krooniliste haiguste ravimisel ning sellega vähendada vajadust haiglaravi järele. Eesti perearstisüsteemi hetkeseisu arvestades ei ole küll lähitulevikus sellise lahenduseni jõudmine võimalik, aga süsteemse planeerimise ja sihipärase tegevuse puhul on siiski realistlik saavutada esmatasandi tervishoiu võimestamine määral, mis võimaldaks pakutud lahendust rakendada, aastaks 2040. Sellisest eeldusest lähtudes modelleeris HVA 2040 töörühm haiglaravi teenuste ja haiglate tööjõu ja infrastruktuuri vajaduste pikaajalised prognoosid 2040. aastaks ning alljärgnevalt esitab ettepanekud asjakohasteks muutusteks Eesti tervishoiusüsteemis. Ühtlasi pakume välja lähi- ja keskpikad meetmed, mis võimaldavad järk-järgult liikuda eespool seatud eesmärkide suunas.

3.1 Eesti tervishoiu visioon aastaks 2040

HVA 2040 eesmärk on kaasa aidata lahenduste leidmisel, et Eesti tervishoiusüsteem oleks võimeline toime tulema elanikkonna vananemisega seotud krooniliste ja mitmikhaigustega inimeste arvu kasvust tuleneva suureneva vajadusega tervishoiuteenuse järele, seda geograafiliselt kättesaadaval, taskukohasel ja inimkesksel moel. Osutatav tervishoiuteenus peab olema tõenduspõhine ja turvaline, haiguste ennetamist soosiv ning innovaatiline. Tervisetulemile suunatud süsteem peab toetuma esmatasandi tervishoiu koordineerivale rollile ning andma inimestele parema tervisealase kirjaoskuse ja digitaalsete teenuste toel võimaluse kaasa aidata paremale tervisele ning võimekuse ise suuremal määral hallata oma teekonda tervishoiu- ja sotsiaalsüsteemis, sealjuures väärtustades patsiendi tagasisidet, patsiendi ohutust ja rahulolu. Näitlikustatud ülevaade tervishoiusüsteemi sidusrühmadest, võimaldajatest ning väärtustest eespool sõnastatud eesmärgi saavutamisel on esitatud Joonisel 1.

Joonis 1 Tervishoiusüsteemi sidusrühmad ja tegurid, mis aitavad kaasa paremale tervisele ja heaolule



Eesmärk on, et perearstidest peab saama Eesti tervishoiusüsteemi peamine tugisammas olles inimese esmaseks esindajaks ja juhendajaks terviseküsimustes. Perearst koos oma meeskonnaga oleks peamiseks kontaktiks ja koordineerijaks juhendamaks inimest tema teekonnal tervishoiu-ja sotsiaalteenustes. Esmatasandi poolt juhitud tervishoiusüsteemi peamised põhimõtted on järgmised: (1) inimkesksus ja inimese võimestamine parema tervisealase teadmise ja eneseabi oskustega; (2) kõigile võrdne erakorralise ja aktiivravi ning taastus-ja hooldusravi kättesaadavus; (3) koordineeritud ennetus-, diagnostika-, ravi- ja hooldustegevused. Nende eesmärkide saavutamiseks kutsutakse ellu uus organisatsiooniline struktuur Eesti tervishoiusüsteemis – **integreeritud ravi piirkond (IRP)**, mis regionaalsel printsiibil ühendab kõiki asjaomaseid sidusrühmi ja kus perearstidel on koordineeriv roll. Teine oluline välja pakutud uudne element Eesti tervishoiu süsteemis on **kogukonnahaigla**, mis pakuks statsionaarse ravi võimalust krooniliste haiguste ägenemistel ning ala-ägedatel episoodidel. Kogukonnahaiglad oleksid osa integreeritud esmatasandi tervishoiuvõrgust ja ei kuuluks aktiivravi haiglavõrgu süsteemi alla.

Pakutud muutuste eesmärk on läbi esmatasandi arstiabi suurenenud rolli ning tervishoiu- ja sotsiaalteenuste integreerimise optimeerida aktiivravi haiglavõrgu koormust[3]. See toimuks eelkõige läbi erakorralise meditsiini osakondadesse pöördumiste ja haiglaravi juhtude vähendamise, haiglas viibimise keskmise kestuse lühenemise ja päevaravi- ja koduteenuste mahu suurenemise.

Seatud eesmärgi saavutamiseks on vajalikud strateegilised sammud, mis peavad viima perearstisüsteemi võimekuse suurenemisele, digitaalsete standardiseeritud ja normaliseeritud terviseandmete reaalajas kättesaadavusele ning digilahenduste laialdasele rakendamisele.

[3] HVA 2040 eesmärk on tänasega võrreldes haiglates aktiivravi vajaduse ja voodikohtade arvu vähenemine umbes 10%.

3.2 Integreeritud ravi piirkonnad

Ravi- ja hooldusteenuste integreerimine ja koordineerimine on korraldatud valdade struktuuri arvesse võtval piirkondlikul printsiibil loodud kohalikke tervishoiu- ja sotsiaalteenuste pakkujaid koondavate (IRP) poolt.

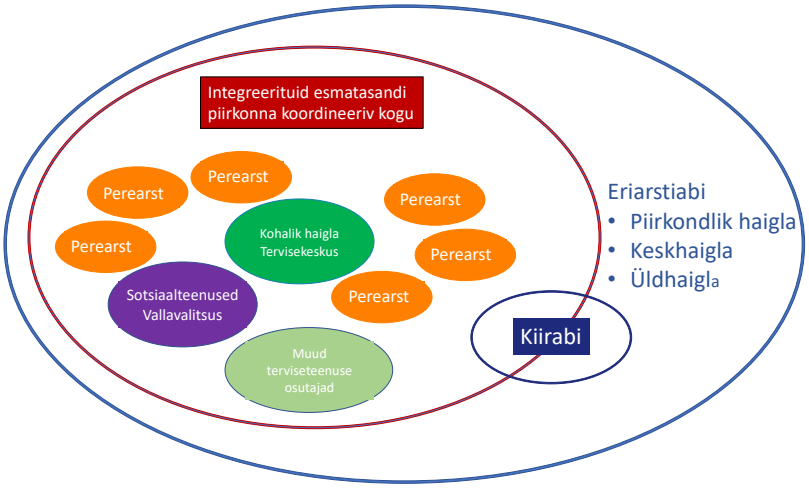
Integreeritud ravi piirkondadel on neli põhifunktsiooni:

1. Patsientide teekonna üldine koordineerimine tervishoiu- ja sotsiaalhoolekande-süsteemis.
2. Keskselt riigi tasandil hinnatud personaalsete haigusriskide põhjal kõrgenenud haigusriskiga patsientidele individuaalsete ennetus- ja raviplaanide koostamine ning nende rakendamise toetamine ja koordineerimine.
3. Diagnostika- ja raviprotsessi juhtimine, s.h. aktiivraviga seotud haiglaravile eelnevad ja haiglast lahkumise järel vajalikud diagnostika- ja ravitegevused, hooldus ning taastusravi.
4. Krooniliste haiguste ohjamine, mis hõlmab haiguse ägenemiste ja ala-ägedate episoodide ravi kohalikus kogukonnahaiglas, vajadusel toetatuna eriarstide poolt.

Ennetus- ja raviteenuste koordineerimine on eriti oluline erinevatesse riskirühmadesse kuuluvate patsientide puhul. Keskne üleriigiline erinevatest allikatest koonduvate andmete (Tervise infosüsteem, tervise- ja sotsiaalkindlustuse andmebaasid, patsientide poolt esitatud andmed, genoomiandmed jne) baasil arvutatakse igale elanikule haigusriskid. Samuti koordineeritakse keskselt tüüpiliste haigusriskide ennetus- ja raviplaanide koostamist. Nende sisendite põhjal töötavad kohalikud IRP-d välja ja rakendavad oma piirkonna elanikele suunatud personaalseid ennetus- ja raviplaane.

Lisaks perearstidele osalevad IRP-des ka teised tervishoiutöötajad, kohalike omavalitsuste sotsiaalteenuste osutajad, kogukonnahaigla, kohalik kiirabiteenuse osutaja ja rehabilitatsiooniasutused (Joonis 2). Samuti on kaasatud HVA haigla(d), mille teeninduspiirkonda vastav IRP kuulub, et anda eriarstiabi alast tuge ja konsulteerida diagnostika ja ravitegevust. Haiglate esindajate aktiivne osalemine IRP-des tagab ravi suurema patsiendikesksuse ning parema planeerimise, mille läbi saavutatakse teenuste tõusnud kvaliteet ja tõhusus.

Joonis 2 Integreeritud ravi piirkonna kontseptsioon



IRP poolt korraldatuna saavad piirkonnas elavad inimesed erakorralise terviseprobleemi puhul füüsilise või veebipõhise triaažiga ööpäevaringset abi, mille alusel suunatakse patsient vajaliku tervishoiuteenuse juurde. IRP tagab, et erakorralist abi osutatakse kõige optimaalsemal tasemel. Kergemate vigastuste ja traumadega tegelevad perearstid koostöös kohaliku tervisekeskusega või piirkonna eest hoolt kandva HVA haigla erakorralise meditsiini osakonnaga (EMO). Patsiendid ei saa ilma eelneva esmatasandi või kiirabi poolse triaažita EMO-sse pöörduda. Selline süsteem optimeerib tarbetuid külastusi haiglate erakorralise meditsiini osakondadesse, samas võimaldades maksimeerida inimeste kontakti oma esmatasandi TTO-ga. Kaugem eesmärk on, et digitaalsed otsusetoe ja triaaži süsteemid aitaks efektiivselt tagada inimestele õigeaegse ja optimaalsel tasandil tervishoiu- ja sotsiaalteenuse osutamise.

Tervisetulemile suunatud ja optimaalselt toimiva IRP süsteemi planeerimiseks ja edukaks rakendamiseks on vajalik riiklikku ja kohalikku tasandit tasakaalustav juhtimine:

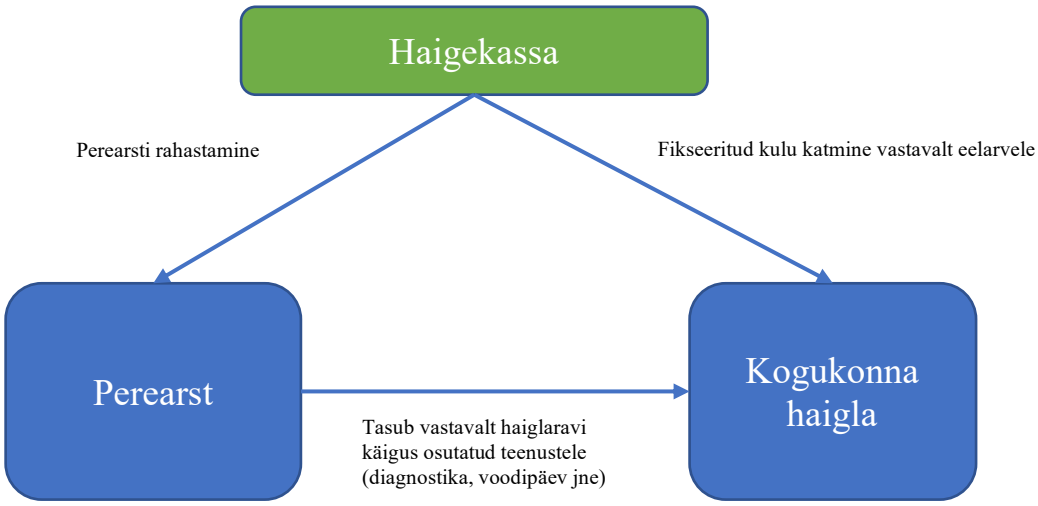
- Riiklikul tasandil on otstarbekas, et protsessi haldamist korraldab SOM. Lisaks üldisele juhtimise korraldusele tähendab see IRP-de geograafiliste piirkondade määratlemise koordineerimist, regulatiivset raamistikku ja järelevalvet; kaasa aitamist kohalikul tasandil tervishoiu- ja sotsiaalteenuste integratsioonile ning üldiste tegevuseesmärkide seadmist ja peamiste tulemusnäitajate kehtestamist jne. Ka haiglavõrgu ja IRP-süsteemi vahelise integreerituse saavutamist on raske ette kujutada ilma strateegilise koordinatsioonita riiklikul tasemel. Koostöös teiste asjaomaste institutsioonidega korraldatakse juba eespool mainitud personaalsete haigusriskide määratlemine ja sellekohase info kättesaadavus IRP-dele, tervise- ja heaolu eesmärkide püstitamist ja saavutamist ning selleks IRP osapoolte koostööd väärtustavate mõõdikute ning rahastamismudelite rakendamist.
- Kohalikul tasandil on oluline tagada IRP partnerite teenuste koordineerimine ja tulemuspõhine motiveerimine, ühtlustada partnerite võimalikke erihuvisid, teenuse tulemuslikkust ja kvaliteeti. IRP-de juhtimisse on lisaks kohaliku kogukonna esindajatele on soovitatav kaasata ka majanduse, juriidilise ja tervishoiu juhtimise taustaga eksperte.

3.3 Kogukonnahaiglad

Kogukonnahaiglate ülesanne on pakkuda kodu lähedast statsionaarset ravi krooniliste haiguste ägenemise või ala-ägedas faasis, aktiivravilt väljakirjutamise järgselt ning taastusravi ja palliatiivse ravi vajaduse korral. Ravi juhivad kohalikes haiglates patsientide perearstid, kes teevad ka otsuse haiglaravile võtmise kohta. Ravi ennast viib läbi multi-professionaalne meeskond, mis hõlmab vastavalt vajadusele õdesid, ämmaemandaid, füsioterapeute ja teisi tervishoiutöötajaid. Sotsiaaltöötajad on samuti kaasatud kas meeskonna liikmena või tihedat koostööd pakkuva osapoolena. Kuigi kogukonnahaiglad ei osuta erakorralist või statsionaarset eriarstiabi ning neis ei ole EMO-t üld- või keskhaigla mõistes, võib haigla vajadusel ja võimalusel visiteerivate eriarstide abil pakkuda plaanilist ambulatoorset või päevaravi. Haigla õendus- ja abipersonali ning haldusjuhtimise eest kannab hoolt haigla juhtkond.

Tulenevalt kogukonnahaigla patsientuuri iseloomust on pakutavad raviteenused vähem komplekssed ja ühetaolisemad võrreldes multi-profiilsete aktiivtravi haiglatega. Seda tuleks arvesse võtta ka selle raviasutuse liigi finantseerimismudelit kavandades. Üheks võimaluseks on rakendada kombinatsiooni püsikulude katmisest vastavalt iga-aastaselt kokkulepitavale kulueelarvele ja muutuvkulude tasumist vastavalt osutatud teenustele (vt Joonis 3). Kogukonna haiglate toimise organisatsiooniline-, õiguslik- ja finantseerimismudel on vajalik läbi töötada ja kavandada esmatasandi arengukava raames (vt allpool ptk. 4).

Joonis 3 Kogukonna haigla võimalik finantseerimismudel



3.4 Arstiabi kättesaadavuse kriteeriumid

Õigeaegse ja kulutõhusa arstiabi kättesaadavuse tagamiseks ühtlaselt kogu riigis soovitame tervishoiuasutuste paiknemise ja teenuse ostmise planeerimisel järgmisi geograafilisi ja ajalisi standardeid:

Erakorraline abi

- Kiirabi saabumine -– 15 min kuni 1 tund
- Teekonna pikkus kiirabiautoga MRT või KT-ga varustatud haigla erakorralise osakonnani – kuni 1 tund (kuni 100 km)

Plaaniline arstiabi

- Visiit perearsti või eriarsti juurde üldhaiglas – koos sõiduajaga kuni 3 tundi (kuni 50 km)
- Visiit kesk- või regionaalhaigla eriarsti vastuvõtule – koos sõiduajaga kuni 5 tundi (kuni 100 km)

3.5 Haiglavõrk

Tähtis on saavutada haigla rolli muutus pelgalt aktiivravi statsionaarse eriarstiabi osutamisest aktiivseks partneriks esmatasandi tervishoiule. See tähendab, et lisaks tänastele funktsioonidele toimiksid haiglas töötavad arstid ja teised tervishoiutöötajad perearstide nõustajate ja partneritena, lüües pro-aktiivselt kaasa integreeritud raviteekondade ning haiglaravi eelse ja järgse etapi personaalsete raviplaanide koostamises. Siin on teenuste integreerituse saavutamisel tähtsaks eelduseks struktureeritud ja standardiseeritud digitaalsete andmete olemasolu, nende kättesaadavus ja tõhusalt juhitud andmevahetus, ravi järjepidevust toetavad digitaalsed raviteekonnad ning digitaalsete - ja kaugteenuste kasutamise võimalus.

Oma analüüsil põhinevalt teeb HAV 2040 töögrupp ettepaneku kasutada haiglate jätkusuutlikkuse hindamisel ja haiglavõrgu kavandamisel **efektiivse teeninduspiirkonna kriteeriumi**, mis tähendab et jätkusuutlikuks teenuse kvaliteedi (s.h. ööpäevaringne erakorraline eriarstiabi) tagamiseks ja finantsiliseks toimimiseks peab haigla teeninduspiirkonnas elama vähemalt 20 000 antud haiglas teenuseid saavat inimest[4]. Sellest lähtudes soovitame alla 20 000 efektiivse teeninduspiirkonna elanikuga üldhaiglad (Üldhaiglad grupp 2) hiljemalt aastaks 2040 ümber kujundada kogukonnahaiglateks, mis toimiksid esmatasandi arstiabisüsteemi, mitte eriarstiabi süsteemi osana (vt eespool peatükk 3.3). Selliselt ümberkujundatud haiglate teeninduspiirkondade elanikud saaksid erakorralist ja plaanilist eriarstiabi lähimas kesk- või piirkondlikus haiglas. Siinkohal on erandiks Hiiumaa Haigla, mis tänu oma geograafilisele eripärale jätkab eriarstiabiteenuste osutamist praeguses ulatuses.

Eeltoodust lähtuvalt ning selleks, et tagada geograafiliselt optimaalne juurdepääs kvaliteetsele, õigeaegsele ja adekvaatse tasemega eriarstiabile pakume välja alljärgneva haiglate teeninduspiirkondade jaotuse (vt. Joonis 4):

Põhja-Eesti Regionaalhaigla (PERH), Tallinna Lastehaigla[5], Ida-Tallinna Keskhaigla ja Lääne-Tallinna Keskhaigla (Tallinna Keskhaigla)[6]
Lääne maakond
Rapla maakond
Harju maakond
Järva maakonna põhjaosa
Hiiu maakond

Ida-Viru Keskhaigla

[4] Efektiivne teeninduspiirkond – teeninduspiirkonna elanike arv, kes saavad vastavas haiglas teenust. Näiteks oli 2020. aastal Põlva maakonna elanike arv oli 24 647. Haigekassa andmetel oli vaid 40% Põlvamaa elanike eest tasutud raviteenustest osutatud Põlva haiglas. See teeb Põlva haigla efektiivse teeninduspiirkonna populatsiooni suuruseks 24647x0,4=9859 inimest.
[5] HVA 2040 töögrupp ühineb juba HVA 2015 poolt välja pakutud soovitusega liita Tallinna Lastehaigla PERH-i koosseisu.
[6] Tallinna LV on teatanud plaanist ühendada Lääne-Tallinna Keskhaigla ja Ida-Tallinna Keskhaigla ühtseks Tallinna Keskhaiglaks.

Ida-Viru maakond

Kuressare Haigla
Saare maakond

Narva Haigla
Narva linn

Pärnu Haigla
Pärnu maakond

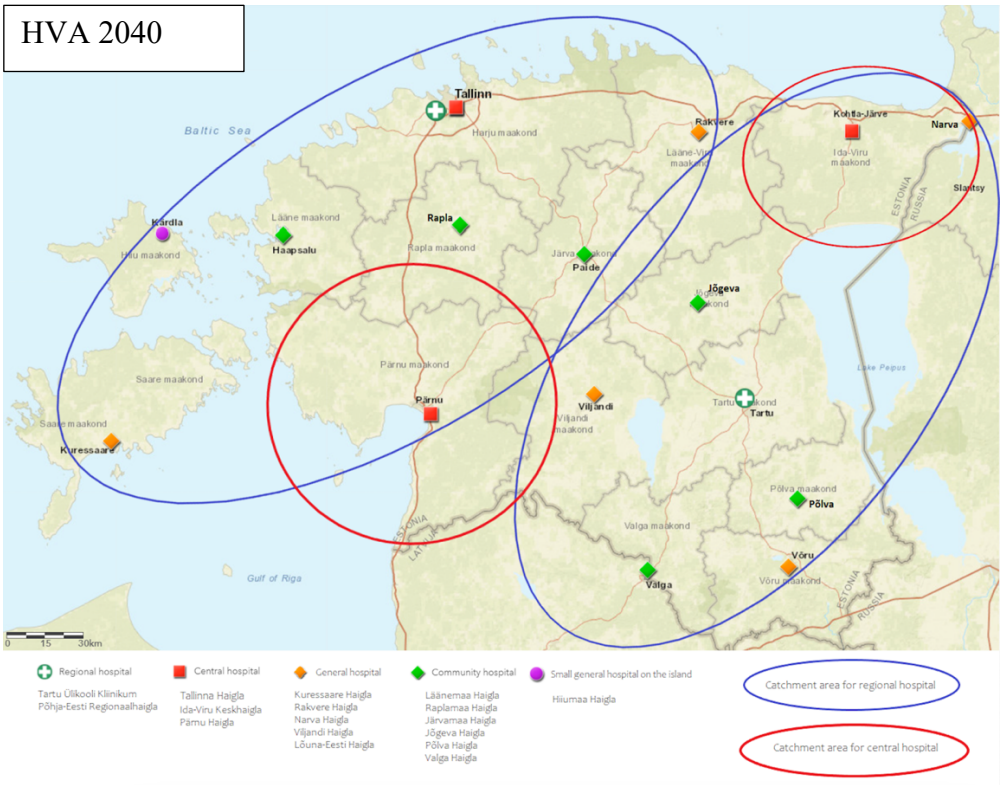
Rakvere Haigla
Lääne-Viru maakond

Lõuna-Eesti Haigla
Võru maakond

Viljandi Haigla
Viljandi maakond

Tartu Ülikooli Kliinikum (TÜK)
Valga maakond
Põlva maakond
Jõgeva maakond
Tartu maakond
Järva maakonna lõunaosa

Joonis 4 Haiglasüsteemi struktuur 2040



PERH[7] ja TÜK on lisaks eelpooltoodule ka kolmanda etapi teenuste suunamiskeskused kogu Eesti elanikkonnale ja lähtudes juba ajalooliselt välja kujunenud praktikast ning geograafilisest kaugusest ning teede võrgust jaguneksid kolmanda etapi teeninduspiirkonnad järgnevalt: PERH toimib Põhja- ja Lääne-Eesti ning TÜK vastavalt Lõuna- ning Ida-Eesti suunamiskeskusena. Ida- ja Lääne-Tallinna keskhaiglad on ajalooliselt samuti tegutsenud suunamiskeskustena ja jätkavad seda funktsiooni nendelerialadel nagu muu hulgas sünnitusabi, silmahaigused, kõrva-nina-kurguhaigused, nakkushaigused ja proktoloogia.

Jõgeva Haigla, Järvamaa Haigla, Valga Haigla, Raplamaa Haigla, Põlva Haigla ja Läänemaa Haigla, milliste efektiivne teeninduspiirkond on juba praegu või vastavalt rahvastiku prognoosile jääb aastaks 2040 alla 20 000 elaniku piiri, soovitab töögrupp ümber kujundada esmatasandi süsteemi kuuluvateks kogukonnahaiglateks, mis võivad ambulatoorset eriarstiabi pakkuda vastavalt nõudlusele ja spetsialistide kättesaadavusele, eelkõige silmas pidades visiteerivaid spetsialiste. Kuna sellise muutusega võib kaasneda erakorralise ja plaanilise eriarstiabi kättesaadavuse halvenemine, tuleb samaaegselt tõsta nende maakondade kiirabiteenistuste suutlikkust. Samuti on vaja kaaluda võimalusi ühistranspordi ühenduste parandamiseks.

Et tagada ühetaoline võimalus kogukonnahaigla taseme statsionaarseks raviks ka mujal Eestis kui pelgalt ülalmainitud ümberkujundatavate väiksemate üldhaiglate teeninduspiirkondades, tuleks luua motivatsioon sarnasel mudelil põhineva teenuse osutamiseks mõeldud üksuste loomiseks ka teistes HVA haiglates või luua eraldi era- või avaliku sektori kogukonnahaiglate/üksuste infrastruktuur.

Raviteenuste kulude kasvu ohjeldamiseks on vajalik leida teid vähendamaks haiglaravi kasutamist haigusseisundite puhul, mida on rahvusvahelise praktika kohaselt enamasti võimalik ravida ambulatoorselt (välditavad hospitaliseerimised). Sama kehtib ka eriarsti ambulatoorsete visiitide kohta paljude krooniliste haiguste puhul, mille ravi ja jälgimine peaks samuti suuremas osas toimuma perearsti ja tema meeskonna poolt. Võtmeks on siin haiglas töötavate eriarstide tihedam koostöö esmatasandi, ja tulevikus IRP-dega, mis peaks hõlmama ka perearstide aktiivset toetamist riskipatsientide ennetus-ja raviplaanide, haiglaravi eelse diagnostika ja ning haiglaravi järgsete rehabilitatsiooniplaanide kavandamisel. Selline integreeritud ennetus- ja ravitöö on efektiivselt võimalik vaid digitaalse platvormi olemasolul, mis võimaldab reaalajas patsiendi andmetele juurdepääsu, mitmesuguseid tehisintellektil põhinevaid digitaalseid diagnostika tugisüsteeme ja reaalajas suhtlemist.

Kokkuvõttes võimaldavad kõik ülaltoodud komplekssed meetmed paremini planeerida haiglaravi episoode ja lühendada haiglas viibimist, parandada haiglaravi kliinilisi ja funktsionaalseid tulemusi ning perearstide ja IRP-de poolt kureeritava järelravi efektiivsust.

3.6 Haiglate ressursid

Haiglate ressursside vajaduse hindamiseks viis töörühm läbi haiglaravi vajaduse modelleerimise aastaks 2040. See põhines eelkõige demograafilisel prognoosil, mida korrigeeriti võimalike oodatavate muutustega haiglaravi osutamises. Mudeldamisel eeldasime vastavalt sidusrühmadega peetud konsultatsioonidel heakskiidetule, et koordineeritud meetmete rakendamisel on võimalik saavutada välditavate hospitaliseerimiste ja EMO-sse

[7] Siin eeldame, et Tallinna Lastehaigla liitub organisatsiooniliselt PERH'iga

pöördumiste arvu 50%-list ja eriarsti visiitide 10%-list vähenemist võrreldes 2020. aastaga. Teisalt võime oodata päevaravi 15%-list ja koduteenuste 20%-list suurenemist (Tabel 1)[8].

Tabel 1 Eeldatavad haiglaravi vajaduse modelleerimisel sisendina arvesse võetud mahte mõjutatavad muutused haiglaravis

	Muutus aastaks 2040 võrreldes aastaga 2020
Otsepöödumised EMO-se	-25%
ALOS	-25%
Välditavad hospitaliseermised	-50%
Eriarsti visiidid	-10%
Päevaravi juhtumite arv	15%
Re-hospitaliseerimised	-50%
Õdede poolt osutatud koduteenused	20%

3.6.1 Inimressurss

Nagu eespool juba mainitud rajaneb inimressursside vajaduse hinnang haiglates 2040. aastaks prognoositaval demograafilise muutusel ning sellest tuleneval haigestumuse levimuse ja struktuuri muutusel. Demograafiliste trendide kohaselt eeldame Eesti rahvaarvu mõningast vähenemist, kuid sellest olulisem faktor on rahvastiku märgatav vananemine. Selline muutus mõjutab otseselt tervishoiuteenuste struktuuri ja vajadust eriarstide järele.

Lisaks nimetatule oleme haiglaravi mahtude ja inimressursi mudeldamisel eeldanud ka alljärgnevat:

- Suureneb esmatasandi võimekus;
- Kasvav tehnoloogiate roll diagnostika- ja raviprotsessis;
- Suureneb õdede ja teiste keskastme meditsiinitöötajate suutlikkus, mis võimaldab osade täna arsti poolt täidetavate tegevuste täitmist.

Prognooside kohaselt näeme ette haiglates õdede ja arstide suhte tõusu OECD ja EL keskmisele tasemele. Tulenevalt raviprotsessi eripäradest eri liiki haiglates oleme seda eesmärki kohandanud vastavalt haigla liigile. Nii näiteks on piirkondlike haiglate raviprotsess oluliselt arstikesksem kui üldhaiglates. Samuti on mudeldamisel eeldatud meditsiinitehnoloogia rolli kasvust tulenevalt tehnilise meditsiinipersonali ja arstide suhte kahekordset suurenemist võrreldes 2019. aastaga. Tabelis 2 on toodud hinnang inimressursi muutustele haiglates täistööaja ekvivalendina (FTE).

[8] Tabelis 1 toodud eesmärgid lepiti sidusrühmadega 2021.a. mais-juunis läbi viidud projekti virtuaalsetes töötubades.

Tabel 2 Haiglate personaliprognoos 2040

Haiglate võrdlev personaliprognoos 2040. aastaks täistööajale taandatuna			
PERSONALIKATEGOORIAD	**Võrdlusbaas 2019**	**Prognoos 2040**	**Muutus**
Arstid	**2775**	**2648**	**-5%**
Sisehaigused	654	621	**-5%**
Kirurgia	724	703	**-3%**
Günekoloogia	203	162	-20%
Pediaatria	117	96	-18%
Psühhiaatria	145	133	-9%
Silmahaigused	69	70	1%
Onkoloogia	89	102	14%
Taastusravi	58	64	9%
Muu	715	697	-2%
Meditsiiniõed	**5331**	**5479**	**3%**
Ämmaemandad	**340**	**288**	**-15%**
Meditsiiniline tehniline personal	**4697**	**6153**	**31%**
Hooldajad	3021	3144	4%
Radioloogiatehnikud	338	322	-5%
Muu	1338	2686	101%

Arstide vajadus on planeeritud johtuvalt mudeldatud tervishoiuteenuste mahtudele 2040. a. Õdede vajaduse planeerimisel kasutati mudelist tulenevaid andmeid arstide vajaduse kohta ning õdede ja arstide suhet. Sama metoodikat kasutati ka tehnilise meditsiinipersonali puhul. Tehnoloogia kasvav roll diagnostikas ja raviprotsessis ning digitaliseerimine suurendab oluliselt vajadust vastavate oskustega spetsialistide järele. Seetõttu on tehnilise meditsiinipersonali vajaduse prognoosis kasutatud suhte koefitsienti arstidesse üldiselt suurendatud vastavalt haiglaliigile 1,4–2,5 korda– enam piirkondlikes ja keskhaiglates ning vähem üldhaiglates (vt. Tabel 3).

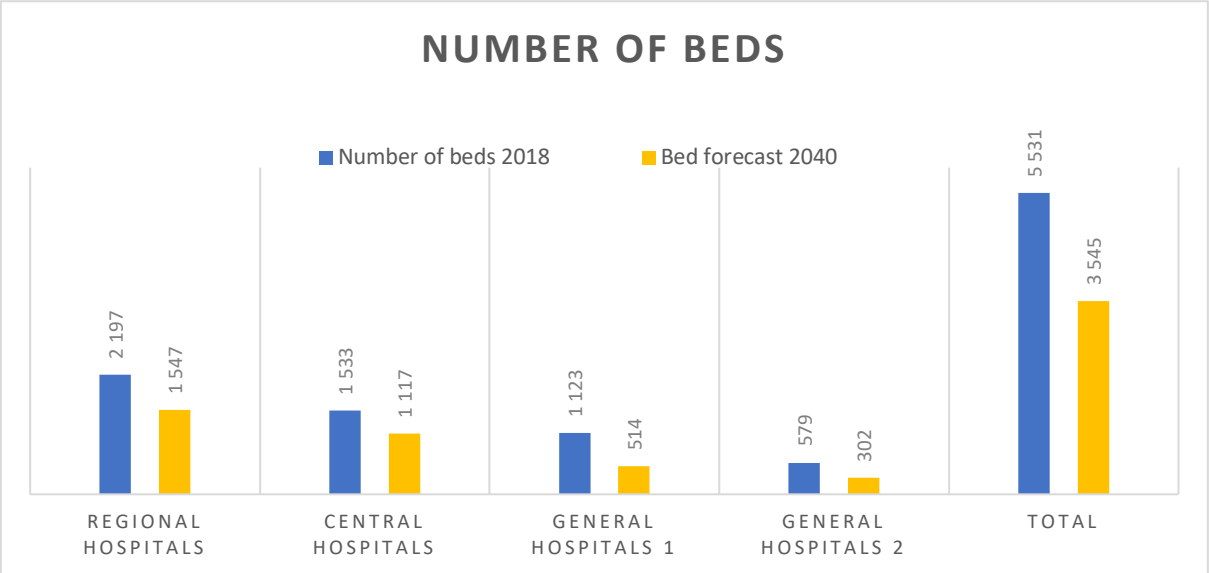
Tabel 3 Töötajate kategooriate ja arstide suhtarvude kohandamine tööjõu vajaduse planeerimisel haiglates

	Nurse/MD		Midwife/gyneacologist**		Nursing staff/MD		Radiology technician/MD		Other technical medical	
Type of hospital	2040 target	2019 baseline	2040 target	2019 baseline	2040 target	2019 baseline	2040 target	2019 baseline	2040 target	2019 baseline
Regional	2,0	1,9	1,3	1,3	1,0	0,9	0,10	0,10	1,0	0,5
Central	2,3	2,1	2,2	2,1	1,0	1,0	0,13	0,13	1,0	0,4
Special	5,1	5,1			8,5	8,5			10,7	10,7
General 1	3,0	2,5	2,0	1,5	2,5	2,1	0,16	0,16	1,0	0,7
General 2	4,0	2,1	1,0	1,3	3,0	1,3	0,20	0,19	1,0	0,6
**Applicable for TUC among regional hospitals										

3.6.2 Infrastruktuur

Haiglate voodikohtade vajaduse prognoosimiseks kasutasime statsionaarsete haigusjuhtumite prognoosi 2040. aastaks ja haigusjuhu põhist keskmist voodis viibimise kestvust 2018. aastal, eeldades et voodikohtade täituvus oleks aktiivravi voodite puhul 85% ja õendusravi voodite puhul 95%. Nende sisendite põhjal võib 2040. aastaks prognoosida voodikohtade koguarvu vähenemist 36% võrreldes 2018. aasta tasemega (Joonis 5)

Joonis 5 Haiglavoodite arvu prognoos 2040. a. võrreldes 2018. a. tegeliku voodikohtade arvuga haiglaliikide kaupa



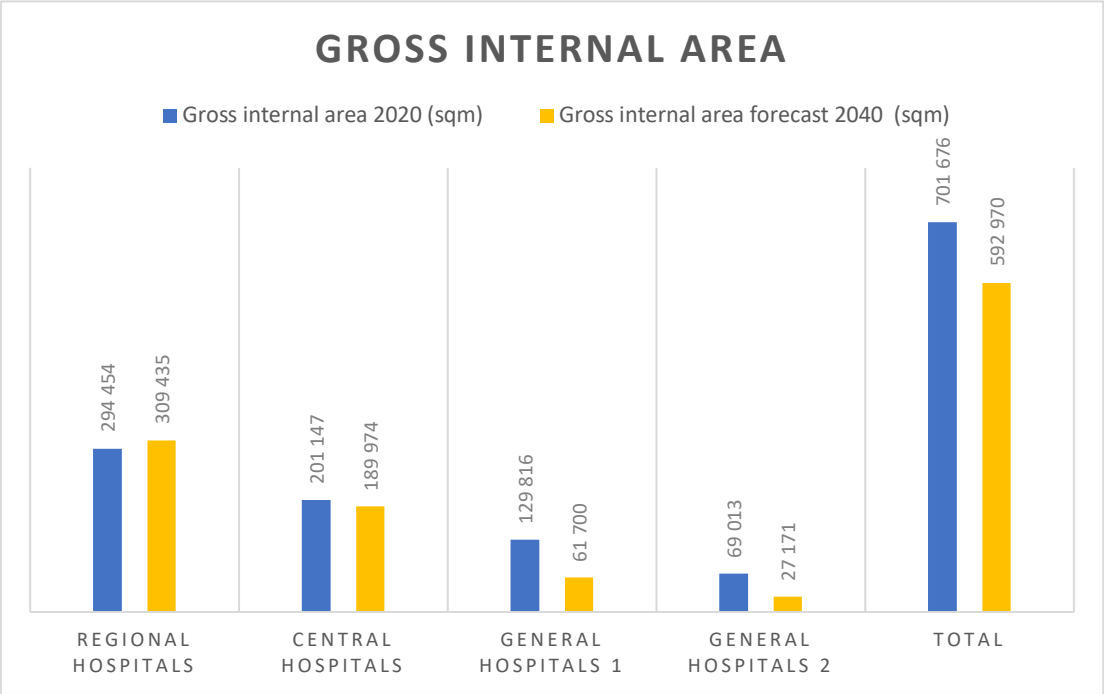
Haiglate kogupõrandapinna prognoosimiseks kasutasime põrandapinna standardil voodi kohta põhinevat meetodit viies selle vastavusse Euroopa Liidu riikide momendi keskmistele näitajatele (Tabel 4).

Tabel 4 Haiglate põrandapinna standard voodi kohta haiglaliikide lõikes

Haigla tüüp	**Põrandapind voodi eesmärgi kohta aastaks 2040 (m²)**	**Tegelik põrandapind voodi kohta 2020. aastal (m²)**
Piirkondlikud haiglad	200	134
Keskhaiglad	170	131
Üldhaiglad 1	120	116
Üldhaiglad 2	90	119
Muud tüüpi haiglad	73	73

Nende põrandapindade standardite ja prognoositava voodite arvu põhjal arvutatud prognoos näitab 2040. aastaks haiglate kogupinna vajaduse vähenemist 15% võrra (Joonis 6).

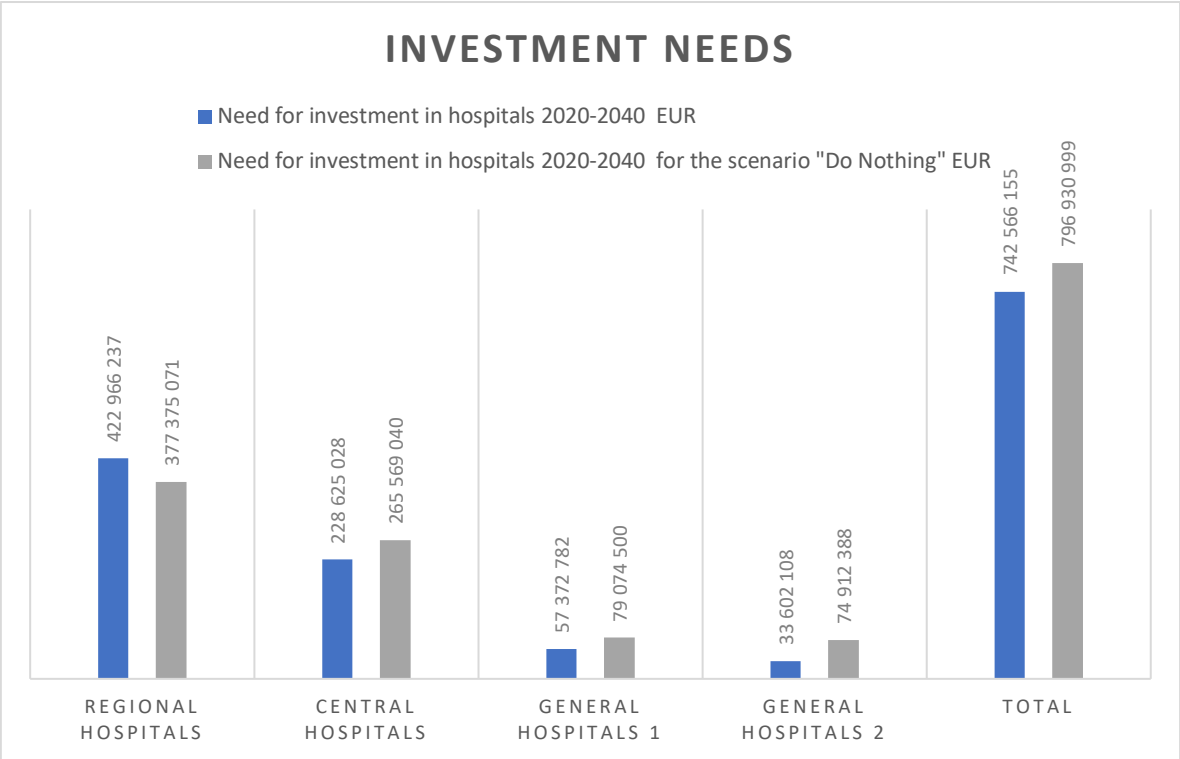
Joonis 6 Haiglate põrandapinna prognoos 2040. a. haiglaliikide lõikes



Saadud põrandapinna mahtude, haiglahoonete seisukorra ja eeldusliku investeerimiskulu 1m^2 põrandapinna kohta[9] baasil määrati hinnanguline kapitaliinvesteeringute vajadus haiglates, mis haiglaliikide lõikes on esitatud võrdluses stsenaariumiga, kui mingeid pro-aktiivseid muutusi Eesti tervishoiusüsteemis ette ei võetaks. Üksikasjalikuma haiglate kaupa vaatega on võimalik tutvuda Lisas 1.

[9] Piirkondlike ja keskhaiglate ehitusmaksumuseks ruutmeetri kohta on hinnatud 2500 eurot ruutmeetri kohta ja üldhaiglate puhul 2000 eurot ruutmeetri kohta, mõlemad 2019. aasta hindades. Suuremate renoveerimistööde maksumuseks on arvestatud 80% uue hoone hinnast ja seadmete kuluks 20% ehitustööde maksumusest.

Joonis 7 Haiglahoonete ja -seadmete investeerimisvajadused 2019. a. ehitushindades aastani 2040 võrrelduna stsenaariumiga, kui mingeid pro-aktiivseid muutusi tervishoiusüsteemis ette ei võetaks [10]



3.7 Haiglate juhtimine

Käesoleva arenduskava ülesandepüstituses esitatud raviteenuse integreerimise ja patsiendikesksuse põhieesmärke on võimalik saavutada ainult tõhusa rakendusprotsessi ja sihipärase juhtimise ning tervishoiuteenuste osutamise süsteemi edasise sidusa toimimisega. Seetõttu on ülioluline ökosüsteemi struktuuride ühtlustatud strateegiline riiklikul tasandil juhtimine, mis on võimalik vaid Sotsiaalministeeriumi koordineerimisel. Arengukava tõhusaks ja edukaks rakendamiseks ning integreeritud teenuste süsteemi juhtimiseks on vältimatu sidusrühmade ja sotsiaalpartnerite kaasamine ja toetus. Seetõttu teeb töörühm ettepaneku moodustada laiapõhjaline **Integreeritud ravisüsteemi juhtkomitee**, mis kannaks riiklikul tasandil hoolt tervishoiu ja sotsiaalsüsteemi integreeritusele suunatud muutuste rakendamise ja koordineerimise eest haarates järgmisi valdkondi: 1) IRP-süsteem ja esmatasand, 2) kogukonnahaiglate süsteem ja 3) HVA haiglavõrk. Protsessi terviklikkuse ja koordineerituse tagamiseks on ainuvõimalik, et komitee loomise ja toimimise üksikasjad töötataks välja paralleelselt, kuid samas interaktiivselt, esmatasandi arengukava tegevustega. Haiglavõrgu ja haiglate juhtimise seisukohast võib siiski juba praegu rõhutada komisjoni pro-aktiivse rolli tähtsust haiglasüsteemi strateegiliste eesmärkide seadmisel ja nende rakendamisel. Regulatiivsest seisukohast on ilmne, et komitee saab olla vaid nõuandvas rollis, samas kui vastutus täidesaatva funktsiooni korraldamise eest jääks ministeeriumile.

Haiglatasandil on oluline tõhustada strateegilist juhtimist, et toetada aktiivsemalt haiglate rolli ravisüsteemi integratsioonil. Selleks peavad haiglate nõukogud laiendama oma vaadet pelgalt

[10] Modelleeritud investeerimisprognoosides ei võeta arvesse võimalikke arutelu all olevaid uusarendusi Tallinnas ja Narva.

haigla finantstulemustelt ja organisatsioonilistelt küsimustelt haigla rollile ja tegevusele IRP-(de)s ja haiglate võrgustumisel. Üheks võimaluseks, et tugevdada juhtimises tervishoiualast ekspertiisi ja teenuste inimkesksust, on laiendada haiglate nõukogude võimekust kaasates lisaks poliitiliselt määratud liikmetele patisendiesindajaid ja sõltumatuid tervishoiu ökonoomika ja haiglate juhtimise eksperte, kes võiksid moodustada kuni 49% nõukogu liikmetest. Samuti on soovitatav kehtestada haigla nõukogude juhtimises tava, et nõukogu esimees oleks ärijuhtimise kogemusega nõukogu liige.

Kokkuvõtlikult võib soovitused haiglate halduse parendamiseks kokku võtta järgmiselt:

- Suurendada juhtimise läbipaistvust ja juurutada standarditel põhinev aruandlussüsteem, s.h. tulemusnäitajad, mida on võimlik võrrelda parimaid praktikaid viljelevate sarnast tüüpi haiglatega;
- Suurendada nõukogude juhtimissuutlikkust ja -kvaliteeti rakendades enesehindamise praktikaid ja juhtimisoskuste pidevat arendamist.

3.8 Andme- ja digiteenuste haldamine

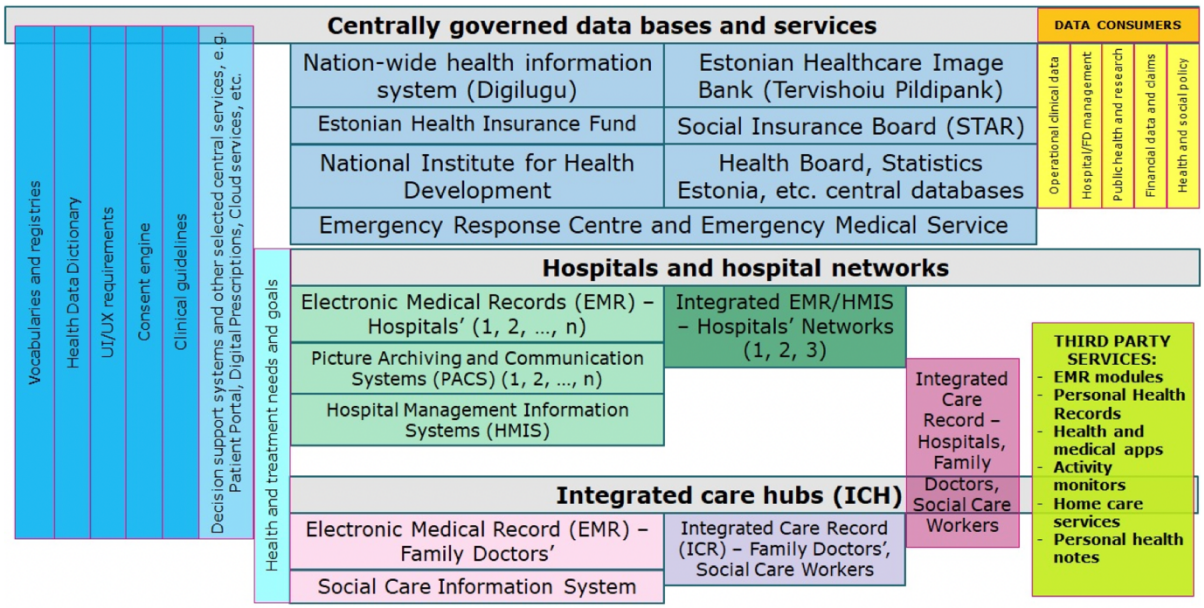
Andmehaldust on võimalik parandada sidusrühmade selge rollijaotusega jagades kohustused erinevate haldustasemete (riiklik tasand, haiglatasand ja IRP-d) vahel (Joonis 8), kus riigitasand vastutab andmekvaliteedi tagamise ja arendamise eest ühtsete taksonoomiate ja terviseandmete sõnastiku kehtestamisega kõigi tervishoiu- ja sotsiaalteenuseid osutavate osapoolte jaoks.

Andmehalduse rollid tuleb kokku leppida vastatavate organisatsioonide (SOM, Haigekassa, TAI jne) vahel. Kesksete üleriigiliste andmebaaside (Digilugu, Haigekassa, TAI jne) digitaalsed andmekogumid ja funktsioonid tuleb selgelt määratleda, piirates nende funktsioone ainult andmetarbijatele põhiliste tugiteenuste osutamisega, *nt* andmete salvestamine, pilveteenused, kliinilised juhised, otsusetoesüsteemid jne). Samuti hallatakse riigi tasandi platvormi kaudu kasutajate identifitseerimist ja nõusolekuid ning riigi tasandil on ka vastutus tarkvara akrediteerimine eest, pakkudes lõppkasutaja rakenduste kasutajaliidese (UI) ja kasutajakogemuse (UE) sertifitseerimist.

Inimese tervise- ja ravivajadusi ning -eesmärke hallatakse haiglavõrkude elektrooniliste haigulugude (EHL) ja digitaalsete integreeritud ravilugude (IRL) kaudu, mis suhtlevad üksteisega läbi standardiseeritud andmevahetuse.

Otsused isiku raviteekonna kohta tehakse ühise digitaalsete terviseandmete ruumi (EHL+IRL) alusel, kuhu isikul on veebipõhine juurdepääs. Kolmanda osapoole digitaalsed terviserakendused on integreeritud EHL-i ja/või IRL-i, pakkudes osapooltele erinevaid eneseabi- ja kaugteenuseid. Digitaalne integreeritud ravilugu (IRL) saab olema raviteenuse planeerimise ja läbiviimise baasiks ja EHL/IRL integreeritud sotsiaalteenuste infosüsteemide ja tsentraalsete riiklike andmebaasidega.

Joonis 8 Andmehalduse tasemed ja rollid



4. HVA 2040 rakenduskava

Nagu eespool mainitud, näevad arengukavas väljapakutud muudatused ette olulist kvantitatiivset kui ka kvalitatiivset esmatasandi võimekuse suurenemist, mis arvesse võttes perearstisüsteemi praegust olukorda ei ole lähiaja vaates realistlik. Esmatasandi tervishoiusüsteemi tugevdamine on võimalik vaid pikaajalise ja sihikindla poliitilise pühendumisega läbi mitme riigikogu valimistsükli. Ainuüksi vastavale poliitilisele konsensusele jõudmiseks ja tegevusplaani kokku leppimiseks võib kuluda aastaid. Perearsti kui eriarsti residentuuri kestvus pärast arstidiplomi omandamist on neli aastat. Seega ei ole isegi kõige optimistlikumas vaates võimalik saavutada pakutud vormis arengukava täielikku rakendamist enne 12-15 aastat alates arengukava heakskiitmisest ja kinnitamisest.

Teisalt on aga võimalik koheselt asuda kavandama vajalikke samme perearstisüsteemi suutlikkuse arendamiseks ning IRP-de ja kogukonnahaiglate organisatsioonilise ja regulatiivse raamistiku kujundamisel. Samuti saab koheselt alustada käesolevas raportis väljatoodud haiglasüsteemi probleemide lahendamisega ning tuua olulise teemana poliitiliste arutelude rambivalgusesse vajadus raviprotsessi integreerituse ja inimkesksuse suurendamiseks.

Esimese sammuks ja peamise eelduseks pakutud kujul HVA 2040 rakendamiseks on põhjaliku pikaajalise vaatega esmatasandi arstiabi arengukava ettevalmistamine, mis peab üksiti hõlmama kõiki vajalikke aspekte IRP ja kogukonnahaiglate süsteemi käivitamiseks[11]. Selle kava alusel tuleb välja töötada ja rakendada nende kahe uue organisatsioonilise struktuuri regulatiivsed ja rahastamise mudelid. Paralleelselt tuleb kavandada, kokku leppida ja jõustada esmatasandi võimestamise tegevuste rakenduskava. HVA 2040 töögrupi poolt soovitatud esmatasandi arengukava käigus läbitöötamist vajavate teemade üksikasjalikum loetelu on esitatud Lisas 2.

Antud arengukava rakendamise teine põhiline eeldus on terviseandmete standardimine ja normaliseerimine, mis võimaldaks reaalajas kvaliteetsete digiandmete vahetut kasutamist diagnostika- ja raviprotsessis ning terviseandmete teisest kasutamist statistika, poliitikate kujundamise, teadusuuringute ja rahvatervise tarvis. Juurdepääs normaliseeritud andmetele võimaldab rakendada tulemustel põhinevaid rahastamispraktikaid tervishoiuteenuste osutamisel ja toetab arenguid raviteenuste integreerimisel, samuti personaalsete haigusriskide hindamist, tehisintellekti lahenduste kasutamist e-triaažis ja diagnostikas. Terviseandmete normaliseerimine on oluline ka Euroopa Komisjoni poolt käivitatud Euroopa Ühise Terviseandmete Ruumi kontekstis[12].

Haiglavõrgu toimimise parendamisel on lähi- või keskpikas vaates võimalik ette võtta mitmeid samme:

1. Haiglajuhid peaksid tutvuma parimate praktikatega ja uurima võimalusi nende rakendamiseks ravitöö korraldamise tõhustamiseks, et parandada haiglate ressursikasutust ning saavutada arengukavas välja pakutud voodihõive. Haiglates, kus palatistandard (voodite arv palatis ning duširuumi olemasolu) ei vasta kaasaja nõuetele, pidada seda silmas infrastruktuuri investeeringute planeerimisel.

[11] Avalikest allikatest HVA 2040 töörühmale saadud teabe põhjal on SoM algatanud Eesti Perearstide Liiduga esmatasandi arengukava ettevalmistamist. Kahjuks ei ole arengukava ajaline perspektiiv 2030 kooskõlas HVA 2040 ajalise perspektiiviga. https://www.sm.ee/et/uudised/ministeerium-ja-perearstid-hakkavad-koostama-esmatasandi-tervishoiu-arengukava

[12] https://ec.europa.eu/health/ehealth-digital-health-and-care/european-health-data-space_en

2. Parenda haiglate haldamist vastavalt peatükis 3.7 toodule.
3. Grupp 2 üldhaiglate (Valgamaa, Põlva, Jõgeva, Järvamaa, Läänemaa) jätkusuutlikkuse tagamiseks on soovitatav piirata nende haiglate poolt osutatavate eriarstiteenuste nimekirja vaid sisehaigustega erialaga. Selle muudatusele eelnevalt tuleb läbi analüüsida kas ja milline on vajadus suurendada nende haiglate teeninduspiirkondades kiirabiteenuse osutamise suutlikkust, et tagada optimaalne erakorralise eriarstiabi kättesaadavus. Vaid sisehaiguste erialaga piirnevate eriarstiabi teenuseid osutavate haiglate rahastamisel on soovitatav kaaluda Hiiumaa haiglas juba kasutusel olevat eelarvepõhist rahastamismudelit.

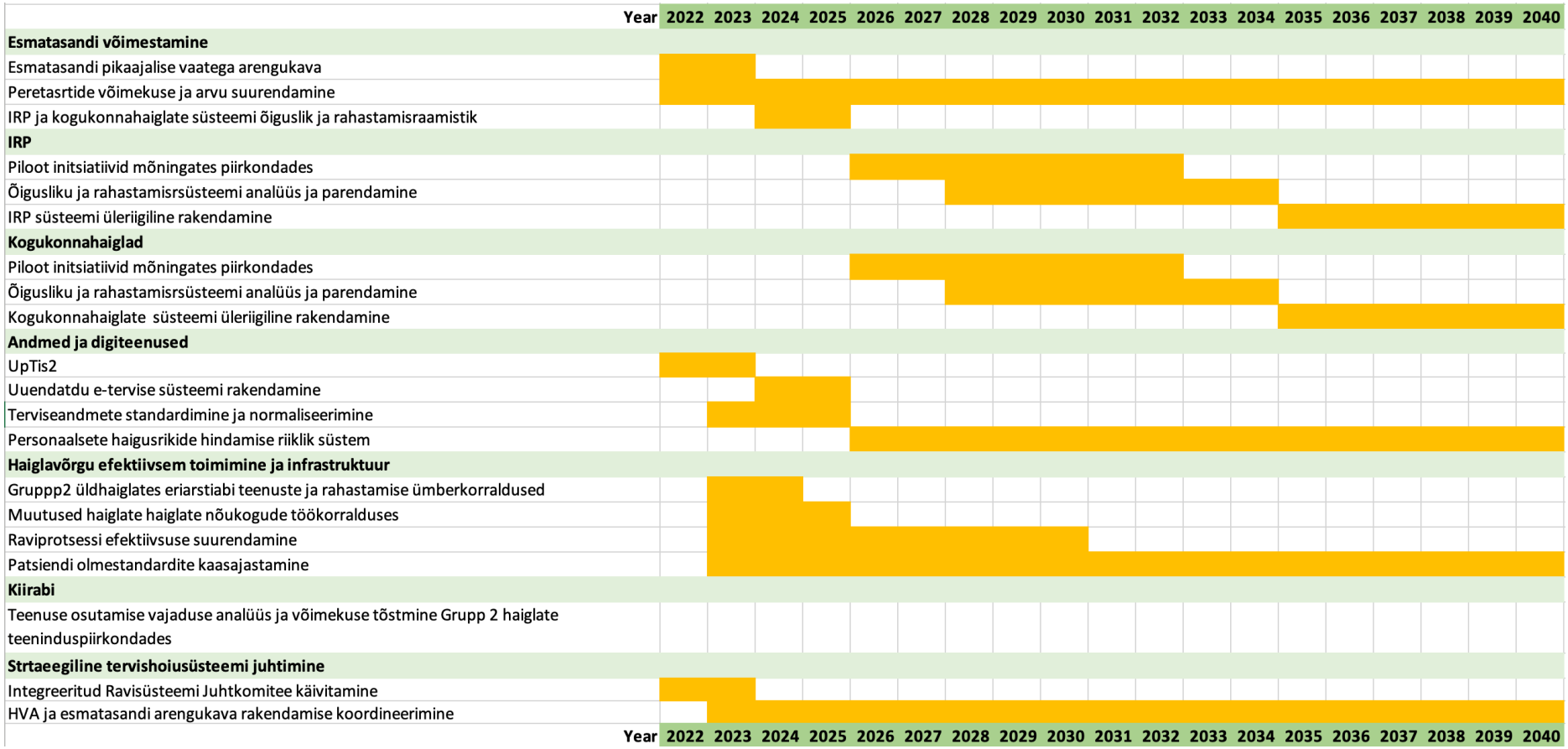
Eesti Perearstide Liidu esindajad on projekti käigus toimunud aruteludel teada andnud, et vaatamata üldistele probleemidele perearstiteenuse kättesaadavuses, võib Eestis olla piirkondi, kus perearstid on juba täna võimelised võtma suuremat rolli raviteenuste paremaks integratsiooniks. Seetõttu on soovitatav uurida võimalusi võtta nendes piirkondades pilootida perearstide poolt koordineeritud IRP ning kogukonnahaigla raviportsessi mudeleid. Selle sammu eelduseks on asjakohase õigus- ja rahastamisraamistiku olemasolu (vt eespool). Seetõttu ongi tungivalt soovitatav just need aspektid esmatasandi arengukava valmimisel eelisjärjekorras detailselt läbi töötada ja rakendusaktideni viia.

Vahepealse sammuna perearstide poolt koordineeritud integreeritud raviteenuste süsteemi suunas oleksid ka haiglate poolt rakendatavad meetmed parandamaks koostööd teiste raviteenuse osutajatega[13]. Samas on siiski oluline silmas pidada pikaajalist terviklikku strateegiat ja seetõttu peab selliseid lahendusi käsitlema vaheetapina saavutamaks muutust haiglaravi- ja eriarstikeskselt keskselt tervishoiusüsteemilt esmatasandi ja haiglavälise ravi kesksele süsteemile.

Kokkuvõtteks. Vaatamata tõsiasjale, et kulub vähemalt kümmekond või enamgi aastat perearstisüsteemi võimekuse tõstmiseks tasemele, mis võimaldaks pakutud haiglavõrgu arengukava lahenduse täiemahulist rakendamist, on mitmeid lähi- ja keskpikas perspektiivis elluviidavaid samme, et alustada teekonda soovitud eesmärkide saavutamiseks. Detailsem loetelu ja ajakava on välja pakutud Tabelis 9.

[13] Näiteks on juba käimas mõned algatused nagu PAIK-i projekt Viljandi Haiglas.

Joonis 9 HVA 2040 rakendamise tegevuskava



5. Lisade loetelu

Lisa nr	Sisu	Formaat
1	Detailne voodikohtade, haiglapinna ja investeeringute vajaduse hinnang aastani 2040.	Excel
2	Esmatasandi arengukavas käsitletavate teemade loetelu.	World