

# Eesti haiglavõrgu arengusuunad aastani 2040

Tallinn 2023

## Sisukord

Lühikokkuvõte .....	4
Taust ja lähtekoht.....	4
Rahvastiku Tervise Arengukava 2020-2030 visioonist uuendatud tervishoiukorralduse poole .....	4
Arengusuunad .....	5
Vajadus- ja tõenduspõhisus.....	5
Teenuskorralduse areng.....	5
Teenuste ja rahastusviiside areng .....	7
Professionaalsus, inimeste rollid ja panus tervikusse .....	8
Digitaalne tugi tervise parandamisele.....	8
1. Sissejuhatus ja taust .....	9
1.1. Tervishoiuteenuste osutamine laiemas tervisesüsteemi kontekstis.....	9
1.1.1. Sisenditest tulemusteni .....	10
1.1.2. Planeerimine ja korraldus lähtuvalt soovitud tulemustest .....	11
1.2. Rahvastiku tervise arengukava 2020–2030 suunised haiglavõrgule.....	11
1.2.1. RTA 2020-2030 põhimõtted .....	11
1.2.2. RTA 2020-2030 eesmärgid .....	12
1.2.3. Tõenduspõhine tervisepoliitika .....	12
1.2.4. Inimkeskne tervishoid – lähtekoht haiglavõrgu arengusuundadele .....	12
2. Peamised tuleviku haiglate trendid maailmas .....	13
2.1. Organisatoorsed muutused tervishoiu korralduses .....	13
2.2. Suurenev paindlikkus ja mitmekesisus teenuseosutamise mudelites ja korralduses.....	14
2.3. Taristu paindlikkus ja toetavad töövahendid .....	15
2.4. Tuleviku haigla lahenduste paljusus, avatus uutele tehnoloogiatele ning innovatsioonidele	15
3. Olukorra ülevaade ning sisendid arengusuundadele Eestis.....	16
3.1. Lühikokkuvõtte eelnevatest haiglavõrgu arengusuundadest 2015-2020 .....	16
3.2. Analüüsi „Inimkeskne integreeritud haiglavõrk 2040“ peamised soovitused .....	17
3.2.1 Üldised lähtekohad ja soovitused .....	18
4. Eesti haiglavõrgu arengusuunad aastani 2040.....	21
4.1. Vajadus- ja tõenduspõhisus.....	21
4.1.1 Teenuste arenduse võimekuse loomine ja kasv.....	22
4.1.2. Kvaliteedisüsteemide arenduse võimekuse kasv .....	22
4.1.3. Tervisetehnoloogiate hindamise võimekuse kasv.....	22
4.1.4. Vajaduste ja tervisetulemite mõõtmine ja analüüs .....	23
4.2. Tervisevaldkond kui tervik.....	23

4.2.1.	Piirkond ja kohalikud võrgustikud .....	24
4.2.2.	Tasandite ülene koostöö .....	27
4.2.3.	Sektorite ülene koostöö .....	28
4.2.4.	Kõrge intensiivsusega arstiabi osutamine .....	29
4.3.	Teenuste ja rahastusviiside areng .....	30
4.3.1.	Integreeritud tervisepiirkond kui iseseisev tervishoiuteenus .....	30
4.3.2.	Võrgustik kui eraldiseisev teenuseosutaja .....	31
4.3.3.	Kombineeritud rahastusmudelite areng .....	31
4.4.	Professionaalsus, inimeste rollid ja panus tervikusse .....	33
4.4.1.	Uutest teenusetüüpidest tulenevad tööjõu vajadused ja võimalused .....	33
4.4.2.	Vajalikud muudatused õppes .....	34
4.5.	Digitaalne tugi tervise parandamisele .....	34
4.5.1.	Inimestele suunatud lahendused .....	35
4.5.2.	Haiglate sisesed lahendused .....	35
4.5.3.	Teenuseosutajate ülesed lahendused .....	35

## Lühikokkuvõte

### Taust ja lähtekoht

Eesti haiglavõrku on alates 1990ndatest algusest reformitud mitmes laines – esmalt oluliselt vähendades aktiivravi haiglate arvu ja aktiivravi voodifondi, hiljem teenuseosutajaid ja teenuste osutamise kohti konsolideerides koos osalise reprofileerimisega.

Hetkel on riiklikus haiglavõrgus 3 piirkondlikku kõrgeima tasandi haiglat (Tallinn, Tartu), 4 keskmise taseme keskhaiglat (Tallinn, Pärnu, Kohtla-Järve) ning 13 üld- või muud haiglat erinevates Eesti osades. Kokku on Eestis Tervise Arengu Instituudi andmetel 30 avaliku sektori omandis olevat haiglat ning lisaks 18 erasektori omandis, samas kui aktiivravi ja pikaajalise ravi vooditest oli 2023. aastal vastavalt 96% ja 71% avaliku sektori omandis olevates haiglates koos hea regionaalse kaetusega samas kui erasektori haiglad on suures osas koondunud Tallinnasse ja Tartusse või nende lähiümbrusse.

Samas muutuvad rahvastiku tervisevajadused ja ootused, tekivad uued tehnoloogiad ja kasvavad teadmised, kuidas on kõige parem tegutseda rahvastiku ning iga inimese tervise toetamisel ning parandamisel. Sellest lähtuvalt on vajalik järjepidevalt arendada tervishoiu korraldust, pakutavaid teenuseid ja nende osutamise viise. Viimased suuremad muudatused haiglavõrguga, eriti seoses aktiivravi võrguga, toimusid aga 2000ndate alguses ning praegune olukord on kujunenud suures osas nende muudatuste tulemusena.

Eelnevalt tulenevalt on aeg süvitsi otsa vaadata, kas ja kui hästi vastab olemasolev haiglavõrk praeguse hetke ja tuleviku vajadustele ning millised on need arengusuunad koos esmatasandi, kiirabi ja muu tervisesüsteemi arengutega. Seega on Eestis paralleelselt uuendamisel nii esmatasandi, haiglavõrgu kui kiirabi arengusuunad kuni aastani 2040.

Vaadates tervisesüsteemi ja tervishoiukorraldust tervikuna annab võimaluse tervikuna üle vaadata, kas ja kuidas olemasolevaid ressursse saaks kõige paremini kasutada Eesti rahvastiku ning iga indiviidi tervise toetamiseks. Selline tervikvaade annab võimaluse ka paremini valmistuda järgmiste kümnendite võimalike pandeemia- ja julgeolekuriskidega toimetulekuks.

Haiglavõrgu kontekstis toetub käesolev dokument Euroopa Komisjoni struktuursete reformide toetamise programmi (*Structural Reform Support Programme*) toel ja koostöös Euroopa Komisjoni poolt valitud liri konsultatsioonifirmaga AARC aastatel 2021-2022 Eestis läbi viidud analüüsi „Inimkeskne integreeritud haiglavõrk 2040“ tulemustele. Lisaks toetasid käesolevate arengusuundade loomist lai valik teadus- ja muu kirjandust ning eelpool viidatud analüüsiga on olulisel määral edasi arendatud seal pakutud integreeritud ravi piirkondade kontseptsiooni.

Kokkuvõttes, käesolev dokument pakub välja visiooni ning üldised arengusuunad haiglavõrgu ja seda moodustavate haiglate ning kaude ka eriarstiabi võimalustest ja rollist laiemalt koostöös teiste tervisesüsteemi osadega. Lisaks on aastate jooksul üha selginenud vajadus ja küpsenud valmisolek ka sotsiaal- ja tervisevaldkonna koostöö ning integratsiooni suurendamiseks – käesolev dokument ja esitatud arengusuunad võtavad seda arvesse ja pakuvad välja esmase korraldusliku lähtekoha sellise koostöö arendamiseks inimeste tervise ja heaolu toetamisel.

### Rahvastiku Tervise Arengukava 2020-2030 visioonist uuendatud tervishoiukorralduse poole

Rahvastiku Tervise Arengukava 2020-2030 (RTA 2020-2030) seab tervishoiukorralduse visiooniks kvaliteetsete ja kättesaadavate, sotsiaalteenustega integreeritud tervishoiuteenuste tagamise, mille tulemusena aidatakse vähendada enneaegset suremust ning toetavad krooniliste haigustega elamist. Peamised viisid selle visiooni saavutamiseks RTA 2020-2030 sõnul on:

- Teenuste mudeli ümberkujundamine ning koostöö ja koordineerimine sektorite sees ja vahel
- Personali võimekuse kasvatamine, juhtimise ja vastutuse tugevdamine

- Tervisesüsteemi kvaliteeti ja patsiendiohutust toetavate tegevuste arendamine
- Inimeste terviseharitus ja põhiõiguste kaitse ning kogukondade võimestamine ja kaasamine

Need kõik neli viisi RTA 2020-2030 visiooni saavutamiseks on käesolevate arengusuundade keskmes, kusjuures teenusemudeli ümberkorraldamine, personali võimekuse kasvatamine, juhtimise ja vastutuse tugevdamine on veidi enam esiplaanil. Samas on teenuste kvaliteet, patsiendiohutus ja inimeste põhiõiguste kaitse kogu teenuskorralduse ja teenuste osutamise eeldus ning läbiv teema samamoodi nagu ka kogukondade võimestamine ja kaasamine koos inimeste terviseharitusega nii nagu aluspõhimõtte kui teenuskorralduse osana.

## Arengusuunad

### Vajadus- ja tõenduspõhisus

Allpool esitatud haiglavõrgu arengusuunad visandavad praegusest oluliselt erinevalt tegutseva ja oluliselt enam integreeritud maailma esirinnas oleva teenuste osutamise korralduse Eesti tervisesüsteemi jaoks. Sellise süsteemi loomise aluseks on erinevate osapoolte koosloome uute teenuste, rollide, koostöömehhanismide ja muu arendamisel.

Selleks on omakorda vaja tugevdada Eesti tervisesüsteemi võimekusi teenuste ja kvaliteedi arenduse, tervisetehnoloogiate hindamise ja vajaduste ning tervisetulemite mõõtmise ja analüüsi osas. Vajalik on tagada, et käesolevatest arengusuundadest lähtuvalt rakendatavad spetsiifilised lahendused vastaksid konkreetse olukorra vajadustele (nt. piirkonna rahvastiku, teenuseosutajate, spetsialistide, lahenduse rakendamise konteksti ja muudele vajadustele) ning et rakendamise tulemustest õpitaks ja õpitut rakendataks tervisesüsteemi edasiseks tugevdamiseks.

Üldnimetajana võib sellist lähenemist nimetada õppivaks ja innovaatiliseks organisatsiooniks kui antud juhul organisatsiooni all mõista tervisesüsteemi, kui tervikut. Protsessi vaatest on tegemist *monitoring, evaluation and learning* (MEL) ehk jälgimise, hindamise ja õppimise tsükliga, mis on olemuslikult poliitikakujunduse terviktsükli osa.

Arvesse võttes haiglavõrgu arengusuundade ajaraami kuni 2040, siis tasub nende arengusuundade praktilist rakendamist alustada arengusuundadega kooskõlas olevate tegevuste ja tegutsevate piirkondade ning teenuseosutajate toetamisega koos pideva õppimise ja järkjärgulise laienemisega. Alustada tasub lisaks eelnevale arusaamade ja mõistete ühtlustamisega ning praktilise poole pealt õigusruumi paindlikumaks muutmisega, nii et uusi algatusi ja ideid oleks lihtsam katsetada ning rakendada paralleelselt olemasoleva korralduse toimimisega.

## Teenuskorralduse areng

### Kohaliku piirkonna tasandi koostöö

Eelpool viidatud analüüs „Inimkeskne integreeritud haiglavõrk 2040“ pakkus RTA 2020-2030 visiooni ning eesmärges arvesse võttes välja integreeritud ravipiirkonna põhise esmatasandit ning haiglavõrku ühendava lähenemise teenuskorraldusele. Kuna kasutatud „ravi“ termin viitab eelkõige tervishoiuteenustele ning suures osas jäävad välja ülejäänud tervisesüsteemi tegevused nagu ennetus, tervisedendus, nakkushaiguste tõrje ja kõik sotsiaalsektori (aga ka muude sektorite) tervisesse panustavad tegevused, siis on käesolevates arengusuundades kasutatud integreeritud tervisepiirkonna mõistet.

**Integreeritud tervisepiirkonna** (ITP) eesmärk on osutada piirkonnas tervist parandavaid ja toetavaid teenuseid koordineeritud ja integreeritud moel, selleks et maksimaalselt toetada ja parandada piirkonna elanike tervist ning heaolu. Seega võivad ITP inimkeskses integreeritud teenuseosutamises osaleda kõik piirkonnas tegutsevad teenuseid osutavad isikud ja organisatsioonid, **kui nende tegevuste eesmärk on inimeste tervise parandamine või kui nende tegevustel on otsene mõju inimeste tervise parandamisele.**

Piirkonna defineerimise aluseks on rahvastiku paiknemine (koos erinevate üksikteenuste osutamise kohtadega) ja ITPd ei pea järgima administratiivpiire. Samuti on ITP sees võimalikud ka spetsiifilised võrgustikud näiteks peremeditsiini tegevuste koordineerimiseks, laiema esmatasandi teenuste osutamiseks ning üks teenuseosutaja võib kuuluda ka mitmesse ITPsse kui antud teenuseosutaja mingi konkreetse teenuse kasutajad paiknevad enamasti ühes ITPs.

**Piirkondlikku võrgustikku** peaksid miinimumina kuuluma piirkonna haigla ja perearstipraksised – üldjuhul üldhaigla maapiirkondades. Suuremates (tõmbe)keskustes võivad ITP võrgustikus osade oma teenustega (madalaima taseme teenused, mida on võimalik osutada üldhaiglas) osaleda ka keskhaiglad ning muude alternatiivide puudumisel ka piirkondlikud haiglad. Samas on eelkõige üldhaiglatega piirkondades oluline suurendada kohalikku võimekust, et maksimaalselt ennetada patsientide kõrgemas etappi suunamise vajadust tugevama ennetuse, madala intensiivsusega teenuste, krooniliste haiguste juhtimise, paremate kohapealse diagnostilise võimekuse ning tugevama kesk- ja piirkondlike haiglate (kaug)toe kaudu.

Oluline on piirkondliku teenuseosutajate võrgustiku puhul, et omavahel lepitakse kokku, kes võrgustikku kuuluvad, kuidas ja mil moel tehakse koostööd ning osutatakse teenuseid. Piirkonna võrgustiku juhtimine ning osaliste rollid lepitakse samuti kokku võrgustiku osaliste vahel. Samuti on oluline, et piirkondlik teenuseosutajate võrgustik vastaks piirkonna rahvastiku vajadustele ning seega võivad sellised võrgustikud piirkonniti erineda. Seega moodustub integreeritud teenuseosutajate võrgustik, mis võib põhineda lihtsal koostöökokkuleppel või olla mingil muul moel formaliseeritud.

#### *Tasandite ülene koostöö*

Tasandite ülese koostöö näiteid on mitmeid – raviteekonnad, kaugteenused, olemasolevad haiglate võrgustikud jne.

**Raviteekonna teenuseosutamise võrgustikud** lisavad vertikaalse integratsiooni komponendi ITP horisontaalsele integratsioonile – nii tagatakse patsiendi sujuv liikumine esmasest raviteekonda sisenemise punktist (nt. kogukond, perearst, sotsiaalteenused, kiirabi, vmt.) läbi kõigi vajalike tasandite tagasi tasandile, kus on tagatud inimese igapäevane toimimine ja hea tervises seisund. Raviteekond moodustab sarnaselt ITPle teenuseosutajate võrgustiku koos vastavate koostöökokkulepete, rollide ja protsessidega nii, et patsient saab vajadusel liikuda läbi kõigi teenuseosutamise tasandite alguses ülenevas suunas spetsialiseerituma abi poole ning tagasi oma igapäevasesse keskkonda.

Sealjuures tekib raviteekonna algatamisel konkreetse patsiendi jaoks terviklik ravimeeskond üle teekonna tasandite, nii et patsiendi raviotsuseid toetavad kõik teekonna osalised algusest peale ühtse tervikuna lähtudes oma kompetentsidest. Raviteekonnad võiksid tulevikus haarata endasse nii esmatasandi, õendushoolduse erinevad vormid, palliatiivravi, spetsialiseeritud arstiabi, sotsiaal ja kõik muud relevantsete teenused.

Oluline on märkida, et raviteekondi tasub luua seisunditele, mis on piisavalt laia levikuga ning kus patsiendi teekonda on võimalik selgelt defineerida ning vähemalt osaliselt standardiseerida. Olemasolevateks näideteks on Eestis insuldiravi ning endoproteesimise teekonnad.

#### *Sektorite ülene koostöö*

Sektorite ülese koostöö keskmes käesoleva dokumendi puhul on **tervise ja sotsiaalvaldkondade integratsioon**, kuigi lisaks sellele on sektorite ülene koostöö oluline ka tervise ning haridus, sisejulgeoleku, justiits, keskkonna sektorite ja kaitsejõudude vahel.

Sotsiaal-tervise integratsiooni peamiseks organisatoorseks väljenduseks on sotsiaalteenuste integreerimine ITPdesse ja raviteekondadesse. Samas on organisatoorse koostöö eelduseks osutatavate teenuste ühtlustamine koos korralduse ja rahastuse aluste ühtlustamisega. Näiteks on vaja leida sotsiaalse rehabilitatsiooni ning tervishoiu taastusravi ühisosad, puutepunktid ning erinevused koos mõistete ühtlustamisega ja selle alusel arendada välja terviklik lähenemine nendele teenustele nii, et nende osutamine on patsiendi/kliendi vaatest katkestusteta ja tõhus.

## Teenuste ja rahastusviiside areng

Tervishoiuteenuse määratlus on olemuslikult kirjeldus sellest, mida teenuse rahastaja ostab – olgu see siis inimene omast taskust, Tervisekassa inimesele, vmt. Eestis kirjeldatakse teenuseid pigem läbi tegevuste (nagu nt. eriarsti vastuvõtt), mitte läbi selle mil moel ja milliste oodatavate tulemustega teenust osutatakse. Ajalooliselt on sellisel lähenemisel väga selged ja loogilised põhjused, kuid see ei soodusta teenuste integratsiooni ega seisundite tekkimise ning raskenemise ennetamist (näiteks kasvõi selle pärast, et juhtude arv ja nende raskus mõjutab oluliselt teenuseosutaja sissetulekut).

Teenuseosutajate käitumise mõjutamiseks on seega vajalik üle vaadata ostetavate teenuste loetelu, kuidas teenuseid defineeritakse, kuidas ja kui palju nende eest makstakse ning kuidas neid ostetakse. Koos muude teguritega nagu näiteks koolitused, ühtse visiooni loomine, jne. moodustavad teenuste ülesehitus koos nende rahastusmeetoditega motivaatorite kogumi, mis toetab ühtsete eesmärkide rakendamist.

### *Võrgustikuteenused*

Eelnevalt nimetatud teenuste ja kvaliteedi arenduse ja tulemuste mõõtmise võimekuse arendamine saab selles kontekstis veelgi olulisema rolli, sest välja on vaja töötada ning rakendada teenused ja nende rahastusmeetodid, mis toetavad ja motiveerivad integreeritud teenuseosutamist vastavalt eelpool kirjeldatule.

Nii võiks ITPs integreeritud teenuste osutamisest ja erinevatest raviteekondadest ajapikku saada eraldiseisvad võrgustikuteenused. Selliste võrgustikuteenused peaksid ühelt poolt kirjeldama ja defineerima (miinimumnõuded), kuidas nende võrgustikuteenuste puhul ootuspärane koostöö ja integreeritud teenuste osutamine välja näeb koos oodatavate tulemustega inimeste ja piirkonna elanike tervisele ning heaolule.

### *Võrgustik kui teenuseosutaja*

Paralleelselt peaks nende teenuste rahastus motiveerima koostööd, integreeritud teenuste osutamist ja vajadusel katma senisest tihedama koostöö ja inimeste ravi juhtimiseks vajalike ressursside kulu.

Piirkonna või raviteekonna teenuseosutajate võrgustiku liikmetele võib võrgustikus osalemise ja vastavale teenusele seatud eesmärkide saavutamise eest tasuta individuaalsete lepingutega nagu siiani. Samas tasub kaaluda ka muid võimalusi, nt käsitleda võrgustikku kui eraldiseisvat teenuseosutajat (mis on moodustatud võrgustiku liikmete poolt) – sellisel juhul makstakse lepingu eesmärkide täitmise eest võrgustikule kui tervikule ja raha jaotus võrgustiku liikmete vahel on võrgustiku sisene otsus, näiteks tulenevalt võrgustiku liikmete vahel sõlmitud koostööleppest.

Võrgustiku käsitlemisel eraldiseisva teenuseosutajana on võrgustikuteenuse tasu kättesaadav vaid neile teenuseosutajatele, kes on mingi võrgustiku osad ning lisaks on võrgustiku liikmetel õigustatud ootused, et teised võrgustiku liikmed täidavad oma võrgustiku moodustamisel võetud rollid ja kohustused.

### *Kombineeritud rahastusmudelite areng*

Kombineeritud rahastusmudelit on Eestis siiani kasutatud peamiselt perearstisüsteemis, kus praktilise sissetuleku tervik koguneb erinevate rahastusmeetodite kombineerimisega – pearaha moodustab suurima osa, kuid oma roll on ka baasrahastusel, kaugustasul, teraapiafondil, kvaliteediboonusel jne.

Osade haiglate puhul on hetkel katsetamisel ettemaks 50% eelneva aasta lepingumahu ulatuses ja ettemaksu kasutamisel, makstakse esitatavad tegevuste põhised arved Tervisekassa poolt 50% ulatuses seega ettemaksu tasaarveldades. Samas võib tulevikus haiglate rahastus areneda kombineeritud mudeli poole, kus praegune ettemaks muutub paindlikuks baasrahastuseks sarnaselt perearstidega. Sellele lisanduksid piirkondlike ja raviteekonna võrgustike tasudega, mille osakaal haigla üldisest eelarvest sõltub haigla spetsialiseerituse tasemest ning võrgustikes osalemisest. Senisest

väiksemas mahus jääks kombineeritud rahastusmudeli osaks ka tegevuse ja juhtumi põhine rahastus ning valmisolekutasud.

#### Professionaalsus, inimeste rollid ja panus tervikusse

Uute teenuste, rahastusmehhanismide ning tervishoiukorralduslike muudatuste rakendamine kuni aastani 2040 on võimalik vaid koos arengute ning muutustega tervishoiu tööjõu vallas. Süsteemidisaini printsiibist lähtudes luuakse uus tervishoiu teenuste korraldus, millega on võimalik saavutada tervisesüsteemi eesmärgid tervise, finantskaitse ja inimkesksuse tagamisel. Teades oodatavat teenuste korraldust on parim võimalik leida lahendused sellise korralduse rakendamiseks vajalike ressursside (rahastus, tööjõud, ravimid ja tehnoloogiad, jne.) leidmiseks ja loomiseks.

#### *Uutest teenusetüüpidest tulenevad tööjõu vajadused ja võimalused*

Integreeritud teenuste osutamise üheks oluliseks aspektiks on **multi-distsiplinaarsete meeskondade** kasutamine – see toob endaga kaasa senisest erinevad rollid meeskondades osalevatele inimestele ning muutuvad töö tegemise viisid seoses uute ja muutunud rollide, töövahendite ning protsessidega. Kui tervishoiuteenuse osutajate ning tervisevaldkonna sisesele integratsioonile ning koordineerimisele lisanduvad piirkonna ning raviteekondade võrgustikku ka erinevad sotsiaalvaldkonna osapooled, siis suureneb koordineerimise roll veelgi ning sellega seoses tekib vajadus täiesti uute funktsioonide loomiseks võrgustikes koos neid täitvate spetsialistide leidmise või koolitamisega.

#### *Vajalikud muudatused õppes*

Seoses uute teenuste ja nendest tulenevate uute tegevuste ja rollide rakendamiseks on vaja koolitusi ja järjepidevat tuge erinevatele spetsialistidele. Samuti tasub kaaluda ka muudatusi arstide, õdede ja sotsiaaltöötajate baasõppes, nt. baasõppe baasosade praktiliste osade meekonnana läbimiseks nii, et uutel spetsialistidel oleks juba praktiline kogemus multi-distsiplinaarse meekonnana töötamiseks.

#### Digitaalne tugi tervise parandamisele

Inimkeskse integreeritud terviseteenuste osutamine üle tervishoiu tasandite ja sektorite on realistlik vaid **toetavate digitaalsete töövahendite ning infovahetuse** olemasolul. Inimeste teekonna ning teenuste juhtimine nagu ka erinevate võrgustike koostöö tagamiseks on samuti vajalikud digitaalsed töövahendid. Eelnevale lisaks on vajalikud ka senisest tõhusamad ja enam süvitsi minevad andmeanalüütilised lahendused, mis aitaks luua infot ja teadmust nii proaktiivse teenuseosutamise, kliinilises otsusetoe, tervishoiu korralduse ja teenuste arendamiseks. Omaette väljakutseks on sotsiaal- ja tervisevaldkonna infosüsteemide integreerimine nii, et kasutajate ja teenuseid saavate inimeste jaoks moodustaksid need sünergilise ja tajutavate piirideta terviku. Eelnevast tulenevalt tasub kaaluda praeguse e-tervise ning e-sotsiaalia kontseptuaalset taaslähetestamist.

## 1. Sissejuhatus ja taust

Tervishoid ja selle korraldus on pidevas arengus, kuna muutuvad vajadused, tekivad uued tehnoloogiad ning kasvavad teadmised, kuidas on kõige parem tegutseda rahvastiku ning iga inimese tervise toetamisel ning parandamisel.

Eesti haiglavõrku on alates 1990ndate algusest reformitud mitmes laines. Esimene neist toimus kohe kümnendi esimeses pooles kui 1990. aasta 105-st formaalselt aktiivravi haiglast jäi 1996. aastaks alles 69, kusjuures paralleelselt vähendati voodifondi. 2000ndate alguse haiglavõrgu korrastamise laines toimus pigem haiglate konsolideerimine ja ümber-profileerimine – kuigi (aktiivravi) haiglate arv vähenes, siis voodite arv vähenes oluliselt väiksemal määral võrreldes haiglate arvuga ja tunduvalt aeglasemas tempos võrreldes eelneva kümnendiga.

Kui 2010ndate teisel poolel toimus aktiivravi haiglate osaline võrgustumine kahe piirkondliku haigla ümber nagu seda kirjeldasid haiglavõrgu arengusuunad aastateks 2015–2020, siis haiglate arvu, paiknemise ja rollide loogika pärineb suurel määral 2000ndate alguse reformidest. See on ka täiesti ootuspärane kuna tollased reformid tegelesid veel taasiseseisvumise eelse tervishoiupärandi kaasajastamisega, samas kui praegu on Eesti täiesti võrreldav Euroopa Liidu keskmisega nii haiglate arvu kui voodikohtade osas.

Eelnevast tulenevalt on Eestis käesoleval hetkel võimalus koos esmatasandi ja kiirabi arengusuundade paralleelse valmimisega astuda samm edasi, et tervikuna üle vaadata, kas ja kuidas olemasolevaid ressursse saaks kõige paremini kasutada Eesti inimeste ning rahvastiku kui terviku tervise parandamiseks tulenevalt järgmiste kümnendite võimalike eesootavate pandeemia- ja julgeolekuriskidega toimetulekuks, arvestades rahvastiku tulevase tervisevajadusi ja ootusi.

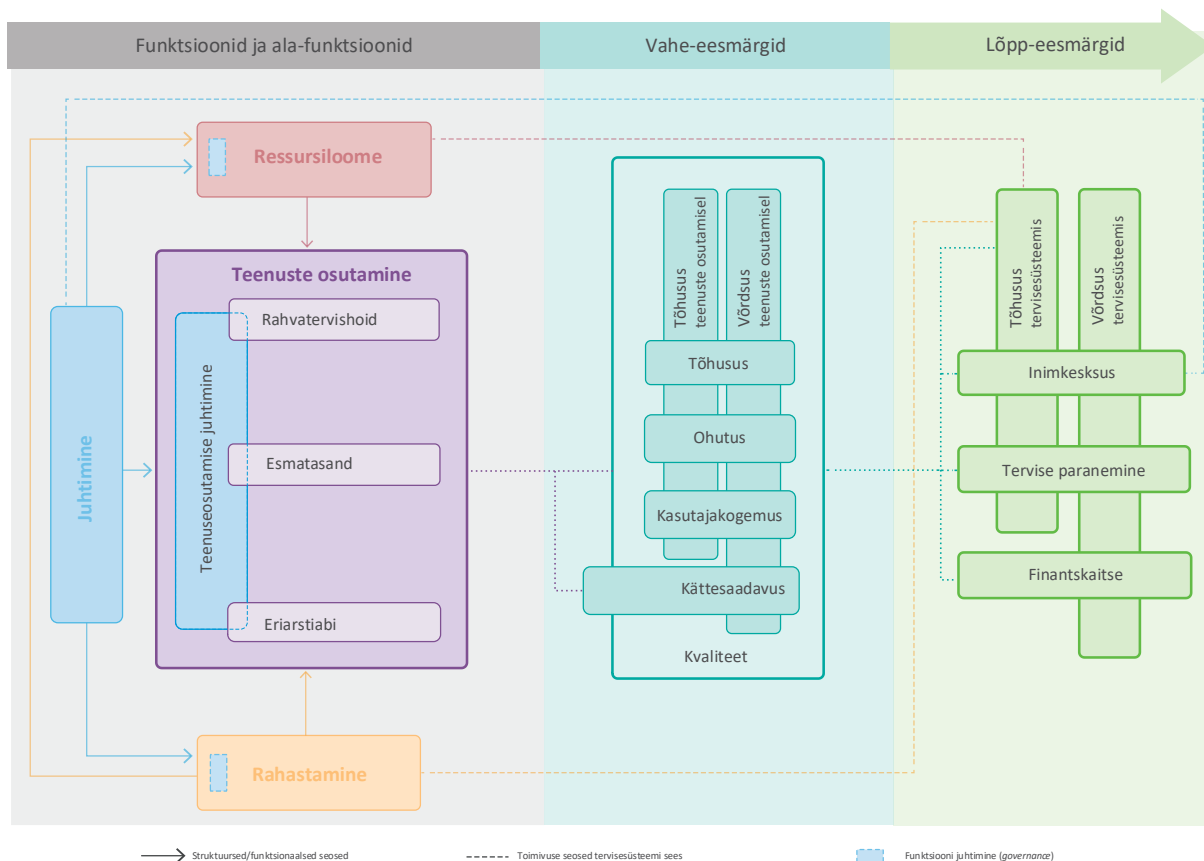
Kokkuvõttes, käesolev dokument pakub välja visiooni ning üldised arengusuunad haiglavõrgu ja seda moodustavate haiglate ning kaude ka eriarstiabi võimalustest ja rollist laiemalt koostöös teiste tervisesüsteemi osadega. Lisaks on aastate jooksul üha selginenud vajadus ja küpsenud valmisolek ka sotsiaal- ja tervisevaldkonna koostöö ning integratsiooni suurendamiseks – käesolev dokument ja esitatud arengusuunad võtavad seda arvesse ja pakuvad välja esmase korraldusliku lähtekoha sellise koostöö arendamiseks inimeste tervise ja heaolu toetamisel.

### 1.1. Tervishoiuteenuste osutamine laiemas tervisesüsteemi kontekstis

Pidevas arengus on ka arusaam sellest, kuidas tervisesüsteem, selle osad ja funktsioonid üksteist mõjutavad ning kuidas nende funktsioonide koosmõjus on võimalik paremini saavutada tervisesüsteemi eesmärged – rahvastiku ja inimeste tervise paranemist nii, et nad on kaitstud terviseprobleemidest tingitud finantsriskidest ja teenuseid osutatakse inimkeskselt lähtudes inimeste vajadustest. Paralleelselt tervisesüsteemi eesmärkide saavutamisele tuleb seda teha tõhusalt nii, et olemasolevate ressurssidega saavutatakse maksimaalne võimalik tulemus ja inimesi ning rahvastikurühmasid koheldakse võrdselt lähtudes nende vajadustest.

Joonis 1 kirjeldab praegust parimat globaalset teadmust tervisesüsteemi funktsioonidest ning sisenditest, mille kaudu saab tervishoiukorralduses saavutada tervisesüsteemi eesmärged. Tegemist on Maailma Tervishoiuorganisatsiooni (WHO), Maailmapanga (WB), ÜRO Lastefondi (UNICEF) ja paljude maailma teadlaste koostöös loodud tervisesüsteemi (ja selle toimivuse hindamise) raamistikuga, mis valmis 2022. aastal ja võtab arvesse eelnevate sarnaste raamistike kogemust ning uusimaid teadustöö tulemusi kogu maailmast.

Tervisesüsteemi funktsioonideks loetakse juhtimist (*governance*), ressursiloomet (*resource generation*), rahastamist (*financing*) ja teenuste osutamist (*service delivery*). Tervisesüsteemi funktsioonide ja ala-funktsioonide abil määratletakse igas tervisesüsteemis selle sisendid, korraldus ja protsessid, mille abil saavutatakse süsteemi oodatavad tulemid.



**Joonis 1.** Tervishoiuteenuste osutamine tervisesüsteemi funktsioonide ja eesmärkide kontekstis

Allikas: WHO / European Observatory on Health Systems and Policies / UHC2030 HSA TWG

### 1.1.1. Sisenditest tulemusteni

Käesoleva raamistiku puhul tuuakse varasemaga selgemalt välja, et süsteemi juhtimine, ressursiloomine ja rahastus on sisendid, millest teenuste osutamise protsess viib väljundite (süsteemi vahe-eesmärk, nt osutatud raviteenus) ja tulemusteni (lõpp-eesmärk ehk tervenemine).

Tervisesüsteemi raamistik aitab seega mõtestada ka seda, kuidas olemasolevaid ressursse parimal võimalikul viisil kasutada rahvastiku ja inimeste tervise parandamiseks – kuidas ressursse kasutada ning korraldada tervisesüsteemi toimivuse (*performance*) suurendamiseks.

Selles kontekstis on Eesti viimastel aastatel taasalustanud tervisesüsteemi toimivuse analüüsiga (*health system performance assessment, HSPA*), mille peamine eesmärk on analüüsida ja arutada, kas ja kuidas organiseerida süsteemi funktsioone (sisendeid ja korraldust) ja osapoolte rolle nii, et tagada olemasolevate ressurssidega parim võimalik tervisetulem.

Tervisesüsteemi tõhusus (*efficiency*) on osa selle toimivusest ning näitab? palju täpselt on võimalik tervisetulemit maksimeerida olemasolevatest sisenditest ja korraldusest lähtudes. Tervisesüsteemis on tõhususe olemuseks olemasolevaid ressursse kasutades maksimaalsete tulemuste ehk tervise saavutamine. Muudes sektorites mõistetakse tõhususe all vahel ka olemasolevate tulemuste saavutamist võimalikult väheste ressurssidega, kuid selline lähenemine on otseses vastuolus universaalse tervisekaitse ning hea tervise kui ülimalise inimliku eesmärgi saavutamise sooviga.

Seega on tervisesüsteemides kaks põhimõtetlikku võimalust lõpp-eesmärkide poole liikumiseks – raha ja muude ressursside lisamine tervisesüsteemi ning süsteemi korralduse ja sisendite kasutamise tõhusamaks muutmine. Eesti tervisesüsteem on juba praegu küllaltki tõhus olemasolevate sisenditega tervisetulemite saavutamisel võrreldes mitmete riikidega, mis investeerivad tervisesüsteemi Eestiga

võrreldaval määral. Arvestades seda on tervisetulemite paranemiseks lisaks tervishoiu korralduse tõhustamisele vaja lisaressursse – nii rahas, taristus, tööjõus, oskustes, jne. Samas on äärmiselt oluline, et lisanduvaid ressursse kasutataks uuenenud süsteemis võimalikult tõhusalt ja tervishoiukorraldus vastaks uutele vajadustele.

### 1.1.2. Planeerimine ja korraldus lähtuvalt soovitud tulemustest

Igapäevase tervisesüsteemi toimimise puhul lähtutakse enamasti loogikast sisend-protsess-väljund-tulem (ehk Joonisel 1 vasakult paremale), et aru saada, kas ja kuidas tervisesüsteem toimib. Samamoodi on võimalik läbi viia väiksemaid muudatusi ja reforme ning tegeleda muu peenhäälestamisega kuna selliste muudatuste mõju lõpptulemusele on enamasti piiritletud.

Aastatega üha kasvanud pinged ja sellest tulenevad vajadused ning ootused tervishoiu korralduses suuremate muudatuste tegemiseks. Osalt on selle väljenduseks Eesti tervishoius hetkel käsil olevad erinevate arengusuundade uuendamised ja võimaluste leidmine sotsiaal- ja tervisevaldkonna koostöö ning integratsiooni süvendamiseks.

Seega pakub praegune hetk võimaluse laiemate korralduslike muudatuste tegemiseks – mis täpselt ja kuidas, sõltub suurel määral ühiskondlikust kokkuleppes tervisesüsteemilt oodatavate tulemuste osas. Küsimus on seega, millist terviseseisundit tahame enda ja kogu rahvastiku jaoks saavutada, kuidas me mõistame ja tahame näha tervisesüsteemi inimkesksust, kui hästi tahame olla kaitstud terviseprobleemidega kaasnevate finantsriskide eest ja millist praktilist lahendust oleme valmis aktsepteerima arvestades ressursse, mille piirangud on tõsiasi kõigis maailma riikides.

Vaja on kasutada tulem-väljund-protsess-sisend loogikat (ehk paremalt vasakule Joonisel 1) – lähtuvalt oodatavatest tulemustest leida esiteks valik võimalusi uueks teenuste osutamise ja tervishoiu korralduseks, mis võimaldaksid oodatavad tulemused saavutada. Seejärel kaaluda erinevate lahenduste ning nende kombinatsioonide variante koos erinevate ressursivajadustega ning leida lahendus (koos selle erinevate variatsioonide ning kombinatsioonidega), mis on praktiliselt rakendatav Eesti kontekstis. Praktilise rakendatavuse kontekstis saab uue lahenduse sobivust hinnata näiteks tulenevalt vajalike muutuste suurusest (sobivus olemasoleva korralduse konteksti), lisaressursi vajadusest, üldisest oodatavast lahenduse tõhususest, poliitilisest ja ühiskondlikust vastuvõetavusest ning muudest teguritest.

## 1.2. Rahvastiku tervise arengukava 2020–2030 suunised haiglavõrgule

Rahvastiku tervise arengukava 2020–2030 (RTA 2020–2030) on Eesti tervisesüsteemi kui terviku strateegiline alusdokument ning seab üldise raamistiku ka tervishoiuteenuste osutamisele põhimõtete, eesmärkide ja suundadega. Tervishoiuteenuste arendamist käsitleb RTA inimkeskse tervishoiu alaeesmärk, mis on peamiseks raamistikuks haiglavõrgu arengusuundade loomisel.

Alljärgnevalt on esitatud RTA 2020-2030 peamised põhimõtted, eesmärgid ning inimkeskse tervishoiu poole liikumise peamised lahendused, millest käesolevate haiglavõrgu arengusuundade loomisel on lähtutud.

### 1.2.1. RTA 2020-2030 põhimõtted

Rahvastiku tervise arengukava 2020–2030 koostamisel ja elluviimisel on aluseks järgmised põhimõtted ning nendest lähtutakse ka haiglavõrgu arengusuundade koostamisel:

- tervis igas poliitikas;
- koostöö;
- ebavõrdsuse vähendamine tervises;
- innovaatilise lähenemise rakendamine;

- kogukondade kaasamine;
- inimkesksus;
- inimese vastutus oma tervise eest;
- tõenduspõhisus;
- elukaarepõhine lähenemine.

### 1.2.2. RTA 2020-2030 eesmärgid

Rahvastiku tervise arengukava 2020–2030 visioon on:

*Eesti elanikud elavad kaua ja on võimalikult terved kogu elukaare jooksul ning nende tervis ja heaolu on hoitud ja toetatud elukeskkonna ja tervisesüsteemi kujundamise kaudu avaliku, kolmanda ja erasektori koostöös.*

Rahvastiku tervise arengukava 2020–2030 eesmärgid on:

- Eesti inimeste keskmine oodatav eluiga kasvab 2030. aastaks meestel 78,0 ja naistel 84,0 eluaastani ning keskmine tervena elada jäänud aastate arv kasvab meestel 62,0 ja naistel 63,0 eluaastani.
- Tervena elada jäänud aastate arv kasvab kiiremini kui oodatav eluiga ehk inimesed elavad suurema osa oma elust tervisest tulenevate piiranguteta.
- Ebavõrdsus tervises (sugude, piirkondade ja haridustasemetel vahel) väheneb vähemalt selliselt, et 2030. aastaks ei ole eluiga üheski maakonnas Eesti keskmisest lühem kui kaks aastat ning põhiharidusega inimeste keskmine oodatav eluiga ei jää kõrgharidusega inimeste keskmisest oodatavast elueast maha rohkem kui kaheksa eluaastat.

### 1.2.3. Tõenduspõhine tervisepoliitika

Tervisepoliitika hindamiseks, kujundamiseks ja tulemuslikuks juhtimiseks on oluline, et otsuste tegemise aluseks kasutataks parimat olemasolevat teavet. Seetõttu on oluline, et osapooled oleksid motiveeritud tegema analüüse ja uuringuid, mis võimaldavad hinnata poliitika tulemuslikkust ja jälgida rahvastiku tervist ning annavad teavet esinevate probleemide kohta. Tervisealane teave peab jõudma tõhusamalt poliitika kujundamise protsessi. Seeläbi on võimalik tekkivaid probleeme paremini ennetada või neile varakult reageerida. Lisaks eespool nimetatule on oluline, et rahvastiku tervist parandada aitavad lahendused ja poliitikameetmed on tõenduspõhised ning et nende rakendumist jälgitakse ja tulemusi hinnatakse regulaarselt.

### 1.2.4. Inimkeskne tervishoid – lähtekoht haiglavõrgu arengusuundadele



**Joonis 2.** Inimkeskses tervishoius soovitud tulemuse poole liikumise lahendusteel.

RTA 2020–2030 poolt välja toodud lahendusteel inimkeskse tervishoiu poole liikumisel on järgnevad:

- Inimeste terviseharitus ja põhiõiguste kaitse ning kogukondade võimestamine ja kaasamine
- Personali võimekuse kasvatamine, juhtimise ja vastutuse tugevdamine
- Teenuste mudeli ümberkujundamine ning koostöö ja koordineerimine sektorite sees ja vahel
- Tervisesüsteemi kvaliteeti ja patsiendiohutust toetavate tegevuste arendamine
- Tervise ebavõrdsuse vähendamine

## 2. Peamised tuleviku haiglate trendid maailmas

Käesoleva arengusuundade dokumendi koostamiseks teostati teaduskirjanduse ülevaade eesmärgiga tuvastada ja kirjeldada peamisi tuleviku haiglate tunnuseid ning arengu trende maailmas. Kirjanduse ülevaade käigus vaadati üle erinevate riikide visioonidokumente haiglate ning haiglavõrgu arengust. Järgnev on kokkuvõtte kirjanduse ülevaatest ilmnenuid peamistest trendidest ja teguritest, mis enim mõjutavad tuleviku haiglate kujunemist lühikeses ja keskpikas ajaraamis.

### 2.1. Organisatoorsed muutused tervishoiu korralduses

Teenuste **samaaegne tsentraliseerimine ja detsentraliseerimine** jätkub ning süveneb – üha enam tsentraliseeritakse „kõrgtehnoloogilisi“ ja kõrge spetsialiseerituse või väikse teenusmahuga teenuseid, samas kui kõigi muude teenuste osutamisel toimub detsentraliseerimine ja inimestele lähemale liikumine. Viimane toimub osalt uute teenuseosutamise ja taristu lahenduste leviku kaudu, kus näiteks kombineeritakse eriarstiabi ja esmatasandi, aga ka sotsiaalvaldkonna teenuseid.

Üha suurem **organisatoorne ja struktuurne teenuseosutamise võrgustamine** selle erinevates vormides alates erinevatest koostöövormidest eriarstiabi ja esmatasandi teenuseosutajate vahel, kasutades seejuures erineva formaliseerituse astmega teenuseosutajate võrgustikke kuni ühtse organisatsiooni loomiseni, mis katab teenuseid alates kogukonnateenustest kuni kõrgelt spetsialiseeritud teenusteni. Sellest tulenevalt on muutuses ka haiglate staatus – üha enam

vaadeldakse ja planeeritakse neid ühe komponendina teenuste osutamise võrgustikes ning üha vähem eristaatust ja rolli omavate teenuseosutamise vormina. Selliste võrgustike formeerimine loob paremad alused ka eelpool kirjeldatud teenuste jätkuvalle tsentraliseerimisele ja detsentraliseerimiseni kuna ainult võrgustikus on võimalik leida ja kasutada ressursse, teadmisi ja oskusi, millele võrgustiku liikmetel iseseisvalt juurdepääsu ei pruugi olla.

Teenuseosutamise võrgustike arenguga peavad kaasas käima ka tervishoiu juhtimis- (*governance*) ja rahastamise mudelid. Juhtimise uuenemise vajaduse puhul on oluliseks teguriks üha süvenev **jagatud juhtimise** (*distributed governance*) **vajadus** – teenuseosutajate rollide muutudes ja nende iga üksiku süsteemi osa „hääle“ tugevnemine annab igale süsteemi komponendile ka üha suureneva mõju ja vastutuse võrgustiku ning kogu süsteemi tulemuste saavutamisel. Sellest tulenevalt on vajalik uuendada ka tervisesüsteemi poliitika kujunduse ja üldise juhtimise vahendeid ning lähenemisi. Käesolevas dokumendis on võimalik juhtimismudelite arengut vaid markeerida ning vajalik on laiem ning sügavam teema käsitlemine sellele keskenduvates dokumentides.

Nagu eelnevalt märgitud, on koos teenuseosutamise võrgustike arenguga tõenäoliselt vaja **uuendada ka teenuste ostmise ja rahastamise meetodeid**, mis kajastaksid jagatud vastutust teenuseosutamise tulemuste eest. Ühelt poolt on sellises olukorras üha süvenev vajadus liikuda rahastuse mehhanismide puhul edasi terviseteeuse kui toote paradigmast (nt haigusjuhtum või visiit) üha enam tervisetulemite ostule (nt tervisestaatuse säilitamine või paranemine). Lisaks liigutakse teenuseosutajate rahastusmudelitele, mis soodustavad omavahelist koostööd ja koordineerimist – kaaluda võib näiteks kogu raviteekonna käsitlemist ühe juhuna, mille eest makstakse kõigile raviteekonnas osalenud teenuseosutajatele korrana ning vaid siis, kui tagati patsiendi raviteekonna läbimine sujuvalt ning ilma ravitõrgeteta. Koostöö soodustamiseks võib kaaluda ka näiteks erinevaid variante (piirkonna) rahvastiku põhiseisest teenuste ostmisest, kus teenuseosutajaks on teenuseosutajate võrgustik kas koostöölepe, ühise organisatoorse keha või muu vormi näol ning selliselt võrgustikult ostetakse antud meetodiga eelkõige piirkonna rahvastiku tervise seisundi paranemist. Oluline on sealjuures, et parima tulemuse teenuste rahastamisel annab kõigi erinevate **rahastusmehhanismide kombineerimine ja tasakaalustamine** selleks, et anda võimalus konkreetsete inimeste vajadustest lähtuva teenuste paketi kokku panemiseks nii, et kaetud on üksikjuhtude, krooniliste haiguste, tervisedenduse ja muud teenuste tüübid ja variatsioonid.

Tuleviku organisatoorse teenuseosutamise mudelite puhul tuuakse kirjanduses välja ka vajadus üha **suuremale paindlikkusele** lisaks teenuse osutamise organisatoorsele vormidele ja nende vormide üha kiiremale muutumisele tulenevalt muutunud vajadustest, uutest tehnoloogiatest ja innovatsioonidest, jne.

## 2.2. Suurenev paindlikkus ja mitmekesisus teenuseosutamise mudelites ja korralduses

Üha suuremat organisatoorset, juhtimise ja rahastamise paindlikkust on vaja ka selleks, et üha paremini kohandada konkreetsele isikule ühtse tervikuna pakutavat teenuste kogumit vastavalt just selle inimese vajadustele. Sellele aitavad kaasa nii organisatsiooni kultuuri, taristu, juhtimise, infotehnoloogilise toe ja rahastamise meetodite üha kiirem areng ja paindlikkus.

Konkreetsele isikule sobivat teenuste kogumit kokku pannes tuleb tõenäoliselt tahes-tahmata uuendada arusaama sellest, mis on tervishoiuteenus ja kuidas seda pakutakse. Põhimõtteliselt on võimalik olemasolevaid teenuseid jagada üha väiksemateks ja spetsiifiliseks teenusteks, millest lähtuvalt saab tasustada näiteks iga ravimeeskonna liikme panust vastavalt tehtud tegevustele ja panusele. Sellisel juhul jäävad rahastamise ja koordineerimise meetodid samaks, kuid tegevuste eest tasumise ning arveldamise keerukus suureneb oluliselt. Teisalt on võimalik liikuda enam raviteekondade ja võrgustike tervikrahastuse poole, mille osana saab üha enam keskenduda rahvastiku tervisetulemite ostule ning teenuseosutajatele jääb suurem vabadus, kuidas täpselt nad

tervisetulemite paranemise saavutavad. Viimase eelduseks on loomulikult, et sellised tegevused on tõenduspõhised, mõõdetavad, standardiseeritavad, tõhusad ja kulutõhusad.

Nagu eelpool viidatud, on sellise **patsiendi vajadustest lähtuva tervikteenuse** kokku panemiseks ja osutamiseks vajalik üha tihedam **koostöö erinevate teadmiste ja oskustega spetsialistide ja mittespetsialistide osalusel** nii tervise- kui ka vajaduse korral sotsiaal- ja muudest sektoritest. Lisaks spetsiifilistele oskustele omal erialal on seega vajalikud ka üha paremad oskused laia ja muutuva meeskonnana tulemuslikuks töötamiseks. Üheks oluliseks sammuks sellel teel on arstide, õdede ja sotsiaaltöötajate ning laiemalt kõigi tervishoius töötavate spetsialistide koolituse osaline integreerimine, nii et juba õppurina on olemas arusaam teiste professionaalide lähenemistest ning kogemus multiprofiilse meeskonnana töötamisest.

### 2.3. Taristu paindlikkus ja toetavad töövahendid

Organisatoorse, teenusmudelite ja rahastamismeetodite suurema paindlikkuse tingimustes on vajalik tagada ka **haiglate taristu paindlikkus**, nii et neid on võimalik kasutada ja kohandada muutuvatele teenuse osutamise vajadustele ning uute esile kerkivate tehnoloogiate ja muude innovatsioonide rakendamiseks. Selles kontekstis kirjeldavad erinevad allikad näiteks üleminekut traditsioonilistelt haigla hoonetelt (sageli enam kui 3 korruse kõrgused, suhteliselt väikesele maa-alale koondatud hooned) modulaarsetele lahendustele. Selliste modulaarsete lahenduste puhul viidatakse pigem madalamatele, suhteliselt standardse kuju ja lahendustega hooneblokkidele, mida saab vastavalt vajadusele lisada ning lammutada nagu mesilaskärge. Sellise orgaanilise haigla taristu muutuste puhul viidatakse üha enam ka 3D printimise lahendustele, kus lammutatava hoonemooduli materjale saaks kasutada uute moodulite ehitamiseks.

Tuleviku haiglate puhul rõhutab kasutatud kirjandus vajadust haiglate inimlikumaks/inimkeskemaks? muutmisele nii patsientide kui ka personali jaoks. Näiteks võimaldavad modulaarsed lahendused luua rohelisi oaase või aedu moodulite keskele ja vahele ning samuti on võimalik haiglaid paremini asetada ümbristevasse looduslikku keskkonda. Paralleelselt rõhutatakse kirjanduses haiglate humaansuse suurendamise kontekstis vajadust ümber kujundada haiglate sisemist keskkonda vähem tehnokraatlikuks ja „tootmishoone“ laadseks ja enam inimeste koostööd ja heaolu tagavateks, näiteks inimlike kontaktide tekkimist toetavaks ning eelpool toodud loodusele avatust ning looduse haiglasse toomist võimaldavaks. Selline taristulahendus soodustaks ka praegu maailmas üha laiemalt levivat paradigma muutust teenuste (väljundi) ostmiselt tervise (tulemi) ostmisele vastavate rahastusmeetmete abil.

Lisaks taristule, mis peaks võimaldama ja kaasa aitama koostöö tugevnemisele inimeste vahel ja paindlikule tervise-teenuste osutamisele, suureneb üha ka digitaalsete lahenduste roll inimeste, teenuseosutajate, valdkonna professionaalide ja muude osapoolte kokku toomisel ning ühise eesmärgi nimel koostöö võimaldamisel ja toetamisel. Siia alla langevad nii spetsiifiliselt koostöö toetamiseks seotud lahendused, kaugteenuste sujuv seostamine klassikaliste teenuse osutamise vormidega, robotiseeritud sekkumised ja protseduurid, terviseseisundi kaugmonitoorimise integreerimine raviga seotud infovoogu, info automaatsed analüüsid ja andmekaeve koos AI lahendustega ravitoetuse lahenduste kasutamiseks ja muu taoline. Oluline on, et koos digitaalsete lahenduste kasvu ning rolli suurenemisele paralleelselt on vajalik investeerida ka IT taristu selle võimaluste paindlikuks skaleerimiseks koos infomahtude ja analüütiliste vajaduste plahvatusliku kasvuga.

### 2.4. Tuleviku haigla lahenduste paljusus, avatus uutele tehnoloogiatele ning innovatsioonidele

Kokkuvõttes viitavad paljud kirjanduse allikad, et piirid haiglate ning muude tervishoiuasutuste vahel muutuvad üha pehmemateks ja paindlikumateks ning senine teenuseosutajate grupeerimine selgepiirilistesse kategooriatesse on kaotamas mõtet. Näiteks, kas kogukonna haigla puhul, mida

juhivad pere- või üldarstid, on tegemist statsionaarse eriarstiabiga nagu nimetus „haigla“ eeldaks, või on hoopis tegemist esmatasandi asutusega. Kuidas käsitleda piirkondlikke tervisekeskusi, kus osutatakse võrdset perearsti ning eriarstide teenuseid ja lisaks on keskuses teatud hulk voodeid päevaravi või muude taoliste teenuste osutamiseks ja patsientide lühiajaliseks jälgimiseks? Kuidas klassifitseerida teenuseosutajat või erinevate teenuseosutajate võrgustikku, mis pakub kogu võimalikku teenuste valikut alates kogukonna tasandist kuni kõrgtehnoloogiste sekkumiseni? Eelnevalt tulenevalt on vajalik taas-mõtestada ja kaasajastada kogu seadusandluse ja regulatsioonide raamistik osana tervisesüsteemi juhtimise (*governance*) lahenduste uuendamisest.

Tehnoloogiline võidukäik ja üha uute innovaatiliste lahenduste ning tervishoiu mudelite esile kerkimine jätkub. Samas on pea võimatu täpselt ette ennustada selliste olemasolevat olukorda oluliselt muutvate ja raputavate lahenduste esile kerkimist, eriti kui vaadata mõnest järgnevalt aastast kaugemale tulevikku. See rõhutab veelgi vajadust muuta tervishoiu korraldus, organisatsioonid ja taristu paindlikumaks koos sellega sobitava organisatsioonikultuuri arenguga nii, et kõik inimesed süsteemis oleks maksimaalselt säilienõtked, teadlikud ja motiveeritud kohanema muutustega ning ise leidma uudseid lahendusi inimeste tervise üha paremaks toetamiseks ning parandamiseks.

Lõpetuseks, rääkides inimkesksest tervishoiust ja teenuste osutamisest, ei pruugitud algselt võib-olla hoomata, kui kardinaalseid muutuseid selline lähenemine nõuab. Erinevad tervisesüsteemid on pikalt püüdnud rakendada inimkesksuse printsiipi olemasoleva tervishoiukorralduse raamides, kuid praeguseks on üha ilmsem, et teistsuguste tulemuste saavutamiseks on vajalik tervisesüsteemi kui terviku muutmine ning uutesse raamidesse kasvamine ning uue paradigma loomine.

Kui püüda kokku võtta tuleviku haiglate kirjanduse ülevaate järeldusi, siis kõige täpsem on tõenäoliselt tõdemus, et **iga tuleviku haigla on täpselt oma konteksti jaoks loodud ning ajas muutuv lahendus**. Tuleviku haigla tüpoloogia aluseks on pigem see, kuidas haigla käitub ja areneb vastavalt vajaduste ning võimaluste muutumisele erinevalt praegusest suhteliselt staatilisest kirjeldusest haigla tüüpilise hoone, teenuste valiku jms osas.

### 3. Olukorra ülevaade ning sisendid arengusuundadele Eestis

#### 3.1. Lühikokkuvõtte eelnevatest haiglavõrgu arengusuundadest 2015-2020

Sotsiaalministeeriumi koostatud „Tervishoiu arengusuunad 2015-2020“ sisaldas ka haiglavõrgu arengusuundasid ning käesolev dokumendi osa esitab järgnevalt tollaste arengusuundade kokkuvõtte.

Hästi korraldatud **eriarstiabi eesmärkide ja tunnustena** toodi haiglavõrgu 2015-2020 arengusuundades all välja järgnevad aluspõhimõtted:

- tagada piiratud ressursse mõistlikult süsteemis jaotades **kvaliteetne eriarstiabi**, selle **jätkusuutlikkus** ja ühiskonna jaoks aktsepteeritav **kättesaadavus**;
- ambulatoorse ja statsionaarse eriarstiabi planeerimisel leida mõistlik ning ühiskonnale jõukohane ja vastuvõetav **tasakaal kvaliteedi, ratsionaalse ressursikasutuse ja koduläheduse vahel**;
- haiglavõrgu muudatuste planeerimine ja elluviimine peab toimuma **võrgustikupõhises koostöös**, et kõik vajalikud muudatused süsteemis toimuksid sujuvalt, pädevuskeskuste võimekust arvestavalt ning tagades katkematu eriarstiabi vajalikus mahus;
- suunduda eriarstiabi ja esmatasandi teenuste osutajate toimimisele ühisel taristul **maakonnakeskustes**, et paremini seostada ning koostöös osutada vajalikku abi ning saavutada ratsionaalne ressursikasutus.

Peamised haiglavõrgu arengusuunad olid:

- eriarstiabi kättesaadavuse tagamine;
- eriarstiabi kvaliteedi ja ohutuse tagamine;
- ressursside ratsionaalne kasutus tervisesüsteemis;

- süsteemi jätkusuutlik toimimine.

Tervishoiu arengusuunad 2015-2020 käsitlesid **võrgustumist** eelkõige haiglate kontekstis ning sõnastati peamiseks tegevussuunaks toetada õiguslikult ja rahastamisel haiglate omavahelist koostööd ja liitumisi vastutuspriirkondade printsiibil, mis võimaldavad süsteemis toimuvaid muudatusi ellu viia tasakaalustatult nii pädevuskeskuste kui väiksemate haiglate poolt aktsepteeritaval viisil. Rõhutati ka vajadust maakonnahaiglate ja esmatasandi koostööle, eeskätt ühise taristu ja maakondlike tervisekeskuste moodustamise kontekstis.

Haiglate võrgustikke nähti samas pigem hierarhilisena ning pädevuskeskustele pandi lisaks muutuste sisuliselt juhtimisele vastutus tagada eriarstiabi kättesaadavus maakondades. Koostöökokkuleppeid ning juriidilisi liitumisi pädevuskeskuste ning maakonnahaiglate vahel nähti võimalusena pädevuskeskuste juhtrolli võtmiseks ning eriarstiabi teenuste valiku tagamiseks kokkulepitud mahus.

Võrgustumise konteksti nähti ette, et piirkondlikud haiglad kui pädevuskeskused (SA TÜK ja SA PERH) tagavad üld- ja kohalike haiglatega koostöös vastutuspriirkondades reaalse võimekuse osutada vajalikke eriarstiabi teenuseid. Maakondliku vastutusega haiglatele nähti ette tihenev koostoitumine esmatasandiga ja võrgustumine suuremate haiglatega.

Eelnevast lähtuvalt oodati võrgustumisest positiivset mõju haiglavõrgule lisaks muutuste sisulise ja tasakaalustatud juhtimise, parema kättesaadavuse, teenuste kvaliteedi ja ressursside ning investeringute ratsionaalsema kasutusega. Parema kättesaadavuse pidi tagama pädevuskeskuse tugi kokkulepitud mahus eriarstiabi teenuste osutamiseks kohapeal või patsientide vajadusepõhiseks sujuvamaks suunamiseks pädevuskeskusesse. Parema teenuste kvaliteedi pidi tagama pädevuskeskuse spetsialistide konsultatiivse toe korraldus maakonnahaigla kolleegidele koos ühiste kvaliteedisüsteemide rakendumise. Ressursside ja investeringute ratsionaalsema kasutamise pidi tagama dubleerivate investeringute vajaduse vähenemine teatud tehnoloogia osas läbi suurema võimaluse kasutada pädevuskeskuste tehnoloogilisi ressursse.

Praktiliste lahenduste tasandil suunati pädevuskeskuste ja tervisekeskuste arendamiseks EL rahalisi vahendeid, toetati õiguslikult ja rahastamisel haiglate omavahelist koostööd ja liitumisi eelpool toodud printsiipidest lähtuvalt ning anti senisest suurem tehnoloogiline ja inimressursi tagamise roll pädevuskeskustele maakondades eriarstiabi osutamiseks.

Muudest praktilistest tegevustest haiglavõrgu arengusuundadel edasi liikumiseks tõsteti esile vajadust töötada välja ja rakendada lahendused ravijärjekorra väliste vastuvõttude rahaliseks hüvitamiseks, rakendada mittesüülise patsiendikahjude hüvitamise süsteemi patsiendiohutuse parandamiseks, reguleerida tervishoiu transporditeenust, jmt. Rõhutati ka kiirabiteenuse piisava kättesaadavuse tagamise vajadust, õendusabi teenuste arendamist ning õdede rolli suurendamist tervishoiuteenuste osutamisel, hospiitsi ning palliatiivse ravi arendamist koos kättesaadavuse suurendamisega.

Lisaks viidati vajadusele tagada piisava, pädeva ja motiveeritud personali koolitamine tervishoiusüsteemile paralleelselt vajadusega motiveerida töötamist Eestis ja eeskätt väljaspool suuri keskuseid. Lõpetuseks viidati vajadusele toetada IT ja innovatiivsete lahenduste enamat kasutamist ning teadus- ja arendustegevust.

### 3.2. Analüüsi „Inimkeskne integreeritud haiglavõrk 2040“ peamised soovitusel

Euroopa Komisjoni struktuursete reformide toetamise programmi (*Structural Reform Support Programme*) toel ja koostöös Euroopa Komisjoni poolt valitud liri konsultatsioonifirmaga AARC viidi aastatel 2021-2022 Eestis läbi analüüs „Inimkeskne integreeritud haiglavõrk 2040“. Analüüs telliti Sotsiaalministeeriumi poolt koostöös Euroopa Komisjoniga sisendiks Eesti haiglavõrgu arengusuundade loomisele. Analüüs oli jagatud nelja etappi (hetkeolukorra analüüs, analüütiliste prognoosimudelite koostamine, poliitikastenaariumid ja ettepanekud haiglavõrgu arendamiseks).

Järgnevad lõigud refereerivad ja võtavad kokku nimetatud analüüsi peamised soovitusel.

### 3.2.1 Üldised lähtekohad ja soovitused

Analüüsi autorite sõnul oli selle töö eesmärgiks pakkuda poliitikakujundajatele soovitusi, mis aitaks kaasa jätkusuutlikul ja kuluefektiivsel viisil Eesti elanikele parima võimaliku tervisetulemi saavutamisele.

#### *Väljakutsed ja vajadused*

Eesti tervishoiusüsteem peab arenema ning olema võimeline toime tulema **elanikkonna vananemisega seotud krooniliste ja mitmikhaigustega inimeste arvu kasvust** koos sellest tuleneva **suureneva vajadusega tervishoiuteenuse** järele. Sealjuures peavad tervishoiuteenused olema geograafiliselt kättesaadavad, taskukohased ja inimkesksed. Osutatav tervishoiuteenus peab olema tõenduspõhine ja turvaline, haiguste ennetamist soosiv ning innovaatiline.

Inimkesksuse põhimõttest lähtuvalt peab tervishoiuteenuste osutamine olema senisest enam orienteerunud tervisetulemite parandamisele. Tervisetulemitele 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.

#### *Peamised soovitused*

Eelnevast lähtudes on analüüsi peamiseks soovitusel **suurendada Eesti tervishoius rõhku esmatasandi arstiabile ja tervishoiu- ning sotsiaalteenuste integreerimisele.**

Analüüsi autorite sõnul on optimaalseim lahendus tervishoiusüsteemi jätkusuutlikuks toimimiseks oluliselt suurendada esmatasandi koordineerivat rolli tervise säilitamisel, haiguste ennetamisel, krooniliste haiguste ravimisel ning seeläbi vähendada vajadust haiglaravi järele.

Sellest tõdemusest lähtus analüüsi teostajate meeskond ka kõigi haiglaravi teenuste, haiglate tööjõu ja taristu ning muude seotud tegurite pikaajaliste prognooside, mudelite ja stsenaariumide loomisel. Samuti soovitatakse eelpool nimetatut aluseks võtta kõigi Eesti tervishoiusüsteemi ja haiglavõrgu planeerimisel tehtavates otsustes.

#### *Esmatasandi roll ja kohaliku tasandi ravivõrgustik*

Eesti tervishoiu peamiseks eesmärgiks on analüüsi autorite sõnul, 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. Eriarstiabi ning haiglavõrk joonduvad seega esmatasandi tugevnenud rolli järgi ning töötavad osana esmatasandi juhitud tervishoiusüsteemist.

Esmatasandi juhitud tervishoiusüsteemi peamised põhimõtted on:

- inimkesksus ja inimese võimendamise parema tervisealase teadmise ja eneseabi oskustega;
- kõigile võrdne erakorralise ja aktiivravi ning taastus- ja hooldusravi kättesaadavus;
- koordineeritud ennetus-, diagnostika-, ravi- ja hooldustegevused.

#### *Integreeritud ravi piirkonnad*

Ülaltoodud eesmärkide saavutamiseks pakuvad analüüsi autorid välja **integreeritud ravi piirkondade** (IRP) loomise. Integreeritud ravi piirkonna eesmärk on regionaalsel printsiibil ühendada kõik asjaomased sidusrühmad ja teenuseosutajad ühtseks teenuste osutamise võrgustikuks esmatasandi koordineeriva rolliga.

Samuti pakutakse välja kogukonnahaiglate funktsioon piirkondliku raviteenuste osutamise võrgustiku osana eesmärgiga pakkuda statsionaarset ravi krooniliste haiguste ägenemistel ning ala-ägedatel episoodidel. Kogukonnahaiglate loomise esmaseks vundamendiks võiksid analüüsi autorite hinnangul

olla üldhaiglad, aga kaaluda tuleks ka sarnasel mudelil põhineva teenuse osutamist muudes praegustes haiglavõrgu arengukava (HVA) haiglates nagu teistes era- või avaliku sektori teenuseosutajate baasil.

Piirkondlik teenuseosutamise võrgustik peaks autorite nägemuses tegelikkuses olema laiem üksnes raviteenustest ning hõlmama endas ka integreeritud sotsiaalteenused, et tagada tõeliselt inimkeskne teenuste osutamine. Selline lähenemine võimaldaks autorite sõnul vähendada kõrgemate haiglavõrgu tasandite koormust näiteks erakorralise meditsiini osakondadesse pöördumise vähenemise, haiglaravi juhtude vähendamise ja haiglas viibimise keskmise kestuse lühenemise kaudu. Paralleelselt võiks piirkondlikes teenuseosutamise võrgustikes vastavalt suurenda ka päevaravi, koduteenuste ja muude taoliste teenuste maht.

Integreeritud ravi piirkondadel oleks autorite soovitusel neli põhifunktsiooni:

- patsientide teekonna üldine koordineerimine tervishoiu- ja sotsiaalhoolekande-süsteemis;
- keskselt riigi tasandil hinnatud personaalsete haigusriskide põhjal kõrgenenud haigusriskiga patsientidele individuaalsete ennetus- ja raviplaanide koostamine ning nende rakendamise toetamine ja koordineerimine;
- diagnostika- ja raviotsuse juhtimine, sh aktiivraviga seotud haiglaravile eelnevad ja haiglast lahkumise järel vajalikud diagnostika- ja ravitegevused, hooldus ning taastusravi;
- krooniliste haiguste ohjamine, mis hõlmab haiguse ägenemiste ja ala-ägedate episoodide ravi kohalik kogukonnanahaiglas.

Lisaks perearstidele osalevad IRP-des ka teised tervishoiutöötajad, kohalike omavalitsuste sotsiaalteenuste osutajad, kogukonnanahaigla, kohalik kiirabi teenuse osutaja ja rehabilitatsiooniasutused. Samuti on kaasatud erinevad eriarstiabi osutajad, et anda eriarstiabi alast tuge ja konsulteerida diagnostika ning ravitegevust.

IRP poolt korraldatuna võiksid piirkonnas elavad inimesed saada erakorraliste terviseprobleemide puhul füüsilise või veebipõhise triaažiga ööpäevaringset abi, vajadusel koos suunamisega vajaliku tervishoiuteenuse juurde. Selline suunamine võiks autorite soovitusel olla lisaks kiirabi triaažile aluseks EMO-sse pöördumisele. Selline süsteem optimeerib tarbetuid külastusi haiglate erakorralise meditsiini osakondadesse, samas võimaldades maksimeerida inimeste kontakti oma esmatasandi tervishoiuteenuse osutajaga.

#### *Aktiivravi haiglavõrgu uuenemine*

Analüüsi autorite sõnul on oluline saavutada haigla rolli muutus pelgalt aktiivravi statsionaarse eriarstiabi osutamisest aktiivseks partneriks esmatasandi tervishoiule. Näiteks võiksid haiglas töötavad arstid ja teised tervishoiuspetsialistid enam töötada perearstide nõustajate ja partneritena, lüües proaktiivselt kaasa integreeritud raviteekondade ning haiglaravi eelse ja järgse etapi personaalsete raviplaanide koostamises.

Kokkuvõttes on raviteenuste kulude kasvu ohjeldamiseks 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.

Haiglate tasandil on eelneva ellu rakendamiseks oluline tõhustada haiglate ja tervishoiu strateegilist juhtimist laiemalt, et toetada haiglate rolli ravisüsteemi integratsioonil. Selleks peavad haiglate nõukogud laiendama oma vaadet pelgalt 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 ökonomika ning 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 soovitusel haiglate halduse parendamiseks kokku võtta järgmiselt:

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

## 4. Eesti haiglavõrgu arengusuunad aastani 2040

Eelnevalt toodud info näitab selgelt, et Eesti haiglavõrk on koos ülejäänud tervishoiu korraldusega liikunud ja liikumas suurema integratsiooni, koostöö ja inimkesksuse poole. Sotsiaalministeeriumi tellitud analüüs „Inimkeskne integreeritud haiglavõrk 2040“ kinnitab valitud suundumuste õigsust ning kannustab tegema senisest kardinaalsemaid muudatusi ning Eesti tervishoiukorralduse raskuskese peaks selgelt veelgi enam liikuma piirkondlikule tasandile. Just nimelt seal on võimalik kõige loogilisemalt ja paremini liita inimkeskseks, paindlikuks ja dünaamiliseks tervikuks siduda kogukonna, esmatasandi, ennetuse ja tervisedenduse, psühhosotsiaalse abi, palliatiivravi, sotsiaalvaldkonna ning muud teenused ja tegevused. Sellist lähenemist toetavad ka muud käimasolevad tervisevaldkonna arengud nagu muudatused üldhaiglate rahastuses, raviteekondade ja -koordinatsiooni katseprojektid, sotsiaalvaldkonnaga liidestunud tervisepiirkondade areng Viljandi, Kuressaare ning Valga maakondades ning muud seotud arengud.

Kuna „Inimkeskne integreeritud haiglavõrk 2040“ analüüsis väljapakutud integreeritud ravipiirkondade ja kogukonnanahaiglate loomise ettepanek vajab analüüsis välja pakutud soovitustest enim uusi lahendusi nii seadusandluses, teenuste korraldustes, ravimudelites, rahastuse mehhanismides ja muudes seotud aspektides siis allpool esitatud Eesti haiglavõrgu arengusuunad aastani 2040 keskenduvadki suures osas just sellistele uutele lahendustele aluse panemiseks vajalikule nii, et need uued lahendused oleks võimalik sujuvalt ja paindlikult sobitada olemasoleva tervishoiukorraldusega. Teisisõnu, haiglavõrgu kontekstis ootavad suurimad muudatused ees pigem praegusi üldhaiglaid ja alles seejärel keskhaiglaid- ning piirkondlikke haiglaid. Tartu Ülikooli Kliinikum seejuures kannab oma piirkonnas nii piirkondliku kui keskhaigla rolli, Tartu linna ja maakonna jaoks ka üldhaigla rolli.

Terminoloogiast – tervishoiuteenuste korraldamise seaduse (TTKS) alusel on haiglate tasandite mõistes defineeritud 4 haigla tüüpi alustades madalaimast spetsialiseerumise tasemest ning väikseimast teeninduspiirkonnast: kohalik haigla, üldhaigla, keskhaigla ning piirkondlik haigla. Käesolevas dokumendi järgnevatel osades kasutatakse piirkondliku haigla sünonüümina ka mõistet „regionaalhaigla“. Integreeritud ravipiirkonna (IRP) või integreeritud tervisepiirkonna (ITP) teenuseosutamise võrgustikus osaleva haigla puhul kasutatakse mõistet „piirkonna haigla“ – peamiselt on nende all TTKS mõistes silmas peetud üldhaiglaid, teatud juhtudel ka kohalikke või keskhaiglaid. Juhul kui piirkonna haigla puhul on silmas peetud piirkondlikku ehk regionaalhaiglat, siis on see sellisel moel ka täpsustatud.

Veel, allpool toodud haiglavõrgu arengusuunad kirjeldavad eelkõige lõppeesmärki, kuhu poole kõigi osapoolte koostöös liikuda aastaks 2040. Seega, liikumine kirjeldatud visiooni poole toimub pigem järkjärguliselt – seda nii korralduse ja teenusmudeli samm-sammulise arendamise kui ka uute lahenduste samm-sammulise piirkondliku leviku näol, pidevalt seniste tegevuste tulemusi hinnates ja neist õppides ning sellest lähtuvalt vajadusel järgmisi samme kohandades.

### 4.1. Vajadus- ja tõenduspõhisus

Uute teenuste, korralduse lahenduste, rahastusmeetmete ja muu seonduva arendamiseks ja tulemuste hindamise ning nendest õppimise võimekuse suurendamine on kriitilise tähtsusega tervishoiukorralduse uuele tasemele tõstmiseks. Vajalik on tagada, et käesolevatest arengusuundadest lähtuvad rakendatavad spetsiifilised lahendused vastaksid konkreetse olukorra vajadustele (nt. piirkonna rahvastiku, teenuseosutajate, spetsialistide, lahenduse rakendamise konteksti ja muudele vajadustele) ning et rakendamise tulemustest õpitaks ja õpitud rakendataks tervisesüsteemi edasiseks tugevdamiseks (üldnimetajana *monitoring, evaluation and learning* (MEL)).

#### 4.1.1 Teenuste arenduse võimekuse loomine ja kasv

Tervishoiuteenuste arendamine on suurel määral toimunud Tervisekassa (TerK) rahastatavate tervishoiuteenuste loetelu täiendamise ja muutmise kontekstis, kus on eelkõige tegemist maailmas varasemalt välja töötatud ning tõhusaks hinnatud lahenduste Eesti konteksti kohandamisega. Samas on näiteid ka suuremamahuliste arenduste kohta nagu erinevad raviteekondade või ravikoordinatsiooni algatused.

Samas on TerK peamine roll teenuste rahastusmehhanismide arendus ning teenuste strateegiline ost ning Sotsiaalministeeriumi roll poliitikakujundus ning seadusloome – seega on Eestis sisuliselt puudu võimekus uute tõendus põhiste teenuste ja teenus mudelite arendamiseks ning rakendamiseks. Samas on välja pakutud integreeritud tervisepiirkondade, uute raviteekondade ning teenuste korraldus mudelite loomiseks ning tööle saamiseks vaja olulist *know-how'd* ning pidevat tuge teenuseosutajatele ning kõigile teistele osapooltele. Sellise võimekuse võiks Eestis luua näiteks Tervise Arengu Instituudi (TAI) baasil, mis juba tegeleb erinevate uuringute, statistika ja analüütiliste tegevustega ning hiljuti taas elustatud tervisesüsteemi toimivuse hindamise (*health system performance assessment*, HSPA) juhtroll liigub samuti TAI rollide hulka. Sellise võimekuse arendamine saab loomulikult toimuda koostöös erinevate tervisevaldkonna osapooltega ning teadusasutustega nii Eestis kui mujal maailmas.

#### 4.1.2. Kvaliteedisüsteemide arenduse võimekuse kasv

Praegune õigusraamistik paneb vastutuse tervishoiuteenuste osutamise kvaliteedi sh kvaliteedijuhtimise ja patsiendiohutuse eest tervishoiuteenuse osutajatele – haiglatele, perearstiabi-, õendus- ja ämmaemandusabi-, hambaravi ja kiirabiasutustele. Tervishoiukvaliteedi mõõtmist, arendamist ning toetamist on sarnaselt teenuste sisulisele arendusele suures osas vedanud peamiselt TerK koos erinevate teenuseosutajate ühenduste ja erialaseltsidega – seda just teenuseosutajate kvaliteedisüsteemide arengut, ravijuhendite koostamist toetavas osas, sisuliste kvaliteediauditite läbi viimisel jpm tegevuste kaudu. Kuna rahastamismudelitel on oluline mõju muuhulgas ka kvaliteedile, on Tervisekassal väga oluline roll, et teenuste rahastamise kaudu toetataks teenuste kvaliteedi arengut ning et ravikindlustusest rahastatud teenuste puhul oleks kvaliteet tagatud. Terviseameti rolliks on tegevus lubade väljastamise kaudu teenuste osutamise miinimum nõuetele vastavuse kontroll ja riiklik järelevalve õigusaktide tasemel reguleeritud kvaliteedi nõuete täitmise üle, kuid üldine teenuste ja tervishoiu kvaliteedi arendus ei ole samuti nende otsene roll ega vastutus.

Sarnaselt teenuste arenduse võimekusega võiks ka tervishoiu kvaliteedi arendamise võimekust tugevdada TA või TAI baasil koostöös erinevate tervisevaldkonna osapooltega ja teadusasutustega Eestis ning mujal maailmas. Kui TA praegune roll on miinimum nõuete kontroll ja riiklik järelevalve ning lähitulevikus ka patsiendiohtus, siis loodav uus võimekus keskenduks kvaliteedi pideva arengu toetamisele Eesti tervishoius.

#### 4.1.3. Tervisetehnoloogiate hindamise võimekuse kasv

Tervisetehnoloogiate hindamine (TTH ehk *health technology assesment*, HTA) on Eestis hetkel lahendatud SoM, TerK ja Tartu Ülikooli (TÜ) koostöös loodud ning TÜ Peremeditsiini ja rahvatervise instituudi juures töötava Tervisetehnoloogiate hindamise keskuse näol. Tervisetehnoloogia hindamist ravikindlustusest hüvitatavate ravimite puhul teeb Tervisekassa. Kuigi selle teema katmiseks on sihitatud ja selge mandaadiga võimekus juba loodud Eestis, siis TTH edasises arendamises peitub olulisi lisavõimalusi. Näiteks vajab kasvatamist tervisevaldkonna majanduslike hindamiste ja selles kontekstis ka inimeste (patsientide) terviseseisundite ja ravitulemite hindamise võimekus ja maht. Samuti on sellise võimekuse edasine kasvatamine vajalik, et vaadata otsa tervishoiuteenuste loetelule (TTL) tervikuna, et hinnata kas Eesti tervishoiu teenuste pakett tervikuna on tõhus ja kulutõhus, kuidas saaks teenuste paketti veelgi tõhusamaks muuta ja mis on üldse piirid, millest alates me ühiskonnana mingit

teenust kulutõhusaks peame. Lisaks on TTH tugi vajalik tervishoiuteenuste jätkuvaks arendamiseks, et juba iga teenuse arenduse alfaasist alates oleks tagatud jooksev teenuse tõhususe ning kulutõhususe hindamine ning sellise sisendi arvestamine teenuse edasises arenduses.

#### 4.1.4. Vajaduste ja tervisetulemite mõõtmine ja analüüs

Eelnevad kolm suunda vajadus- ja tõenduspõhisuse suurendamise kontekstis keskendusid suhteliselt spetsiifilistele lahendustele – käesolev on pigem üldpõhimõte, mida peaks tugedama läbivalt kõigis tervishoiu arendamise, korralduse ja osutamise tegevustes.

Hetkel käsitletakse rahvastiku tervise vajadusena sageli teenuste mahu puudujääki (ehk konkreetsete teenuste mahtu, mida rahvastik vajaks lisaks olemasolevale mahule). Samas on rahvastiku tervise vajaduse tähendus laiem – milliste teenustega saaks inimeste tervist toetada tulenevalt erinevate seisundite esinemisest rahvastikus nagu ka ühiskonna ootustest teenustele ja millised teenused peaksid sellest lähtuvalt teenuste paketi osana olemas olema. Ehk siis, tervisevajaduste hindamine peaks ideaalis algama rahvastiku epidemioloogilistest uuringutest, neist lähtuvalt valitakse parimad võimalikud teenused seisundite parandamiseks, järgnevalt hinnatakse võrdlevalt kõigi teenuste tõhusust ning kulutõhusust ning alles seejärel otsustatakse teenuste pakett ning üksikteenuste maht. Tulenevalt epidemioloogiliste uuringute sisulisest puudumisest Eestis, on tekkinud olukord, kus puudub hea info teenuste paketi koostamiseks ning pigem arutletakse vaid vajaduste hindamise lõpuosa ehk olemasolevate teenuste mahu üle. Sellega suureneb aasta-aastalt risk, et teenuste pakett ei vasta tegelikele rahvastiku tervise (epidemioloogilistele) vajadustele ning teenuste paketi kui terviku mõjususe ja tõhususe vähenevad hoolimata võimalikust olemasolevate teenuste mahtude suurendamisest.

Tervisetulemite mõõtmise kontekstis on Eestis juba aastaid peetud arutelusid seoses sündmuspõhise (juhtumipõhise) andmekogumisega, mille tulemusena ei ole tervishoius dünaamilist ajateljel ülevaadet indiviidide, patsiendirühmade ja kogu rahvastiku tervisetulemitest ning ravi mõjudest sellele. Klassikaliseks näiteks on antud juhul vererõhu näitajad, mille kohta puudub ülevaatlik info ning analüüs kas ja kui tõhusalt erinevad ravimid ja ravimeetodid on viinud vererõhu normaliseerumiseni. Hiljuti tööle hakanud tervisejuhtimise töölaud on samm õiges suunas kuid sarnaste andmete süvitsi analüüs näiteks indiviidi, erinevate patsiendi- ja ravi(mi)gruppide, teenuseosutajate ja arstide, piirkondade ja muude tunnuste alusel moodustatud gruppide lõikes annaks oluliselt parema baasi ravikvaliteedi parandamiseks, ressursside tõhusamaks kasutamiseks ning rahvastiku tervise parandamiseks üldiselt.

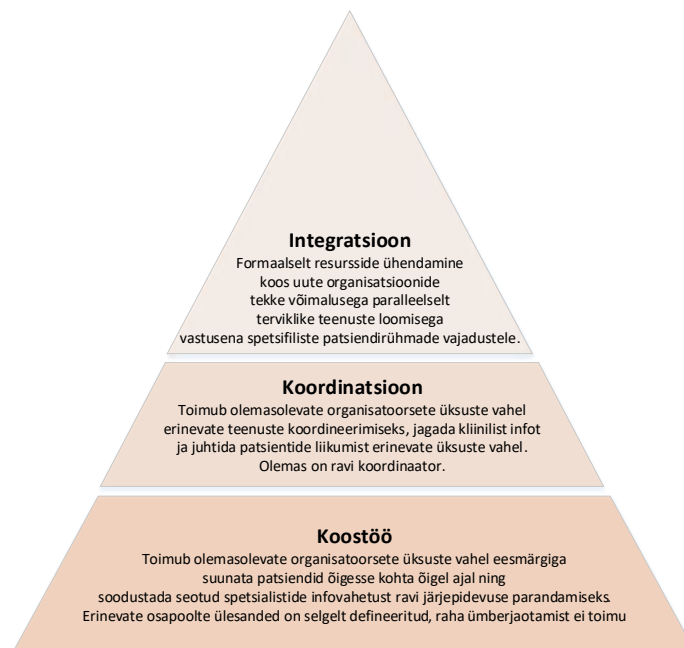
Kokkuvõttes, nii vajaduste kui tervisetulemite senisest parem mõõtmine ja analüüs aitavad loomulikult parandada kogu tervishoiu toimimist ja saadavaid ravitulemusi nagu teenuste, kvaliteedi ja HTA võimekuse parandamine, kuid on eriti olulised välja pakutud tervishoiukorralduse muudatuste elluviimiseks. Lõpetuseks, kõigi vajadus- ja tõenduspõhisuse teema all esitatud arengusuundade tegevused on kõik suunatud tervisesüsteemi võime- aukude täitmiseks ning teenuseosutajate ja töötajate, nagu ka poliitikakujunduse ja tervishoiu arendamise toetamiseks.

#### 4.2. Tervisevaldkond kui tervik

Inimkeskse tervishoiu keskmes on inimene ning vajalik on konkreetsele inimesele teenuste paketi kokku panemine vastavalt tema vajadustele konkreetsetes olukorras, kuid see eeldab paindlikkust ja koostööd erinevate osapoolte vahel ning osutatavate teenuste koondamist ühtseks tervikuks inimese vajaduste ümber.

Sellest tulenevalt on inimkeskse tervishoiu üks kesksemaid teemasid integreeritud teenuste osutamine. Integreerida saab samas erinevaid asju ning seda saab teha väga erineval moel ja ulatuses. Igas konkreetsetes olukorras on vajalik selgelt defineerida, mida integratsiooni mõistega täpselt silmas peetakse nt. kas tegemist on koostöö, koordinatsiooni või millegi kaugemale ulatuvaga (vt lisaks Joonis 3 integratsiooni tasemete kohta). Lisaks on vaja selgust, mille integratsiooniga tegemist on – kas

näiteks teenuste osutamise, administratiivsete protsesside, rahastusvoogude, organisatsioonide või millegi muuga.



**Joonis 3.** Integratsiooni tasemed alates koostööst

Mõistete definitsioonid ja üldine keelekasutus on olulised ka mujal kui tervishoiu integratsioonist rääkides. Näiteks on Eesti tervishoid kontseptuaalselt siiani defineeritud eelkõige tasanditena (üldarstiabi, kiirabi, eriarstiabi, õendusabi ja ämmaemandusabi) ning haiglad on samuti jagatud kohalikeks, üld-, kesk- ja piirkondlikeks haiglateks. Piirid nende erinevate gruppide vahel on tõmmatud üsna selgepiirilisel ning sarnaseid piire on teisigi. Samas, integreeritud teenuseosutamise kontekstis on vajalik sellistele piiridele otsa vaadata – võimalik, et selliste kategooriate vahelisi piire on vaja pehmenendada, et luua paremaid võimalusi tasandite üleseks ning sektorite vaheliseks koostööks ja integratsiooniks.

Sarnaselt Eesti Haigekassa nimemuutusega Tervisekassaks võiks ka integreeritud ravipiirkondade asemel rääkida integreeritud tervisepiirkondadest (ITP) väljendamaks seda, et nendes piirkondades ei tegeleta ainult raviga ning eesmärgiks on mitte ravi, vaid inimeste tervise paranemine nagu see on ka tervisesüsteemi kui terviku lõppeesmärk.

Järgnevalt neljast alalõigust kaks esimest käsitlevad teenuste osutamise integratsiooni horisontaalset (tervisepiirkonna) ja vertikaalset mõõdet (raviteekonnad) eelkõige haiglate vaatest, kuid asetades need üldisse tervisehoiukorralduslikku konteksti. Järgnevad kaks alalõiku vaatavad sügavamalt sisse sektorite ülesesse koostöösse ning kõrge intensiivsusega teenuste osutamise teemadesse.

#### 4.2.1. Piirkond ja kohalikud võrgustikud

**Integreeritud tervisepiirkond (ITP)** keskendub eelkõige **horisontaalsele integratsioonile** tulenevalt piirkonnast kui integratsiooni lähtekohast. Piirkonna sees on samas olemas nii horisontaalse kui ka vertikaalse integratsiooni komponendid – horisontaalse puhul näiteks koostöö erinevate perearstipraksiste ja vertikaalse puhul näiteks kogukonnateenuste, esmatasandi ja eriarstiabi vahel.

### *Piirkonna mõiste*

ITP moodustamine peab lähtuma rahvastiku paiknemisest, peamistest liikumisteedest ja tõmbekeskustest, mitte administratiivsetest piiridest. Sellisel moel saab erinevate teenuste osutamist määratleda ja korraldada nt järgneval moel:

- kogukond (küla/ümbrus, inimesed keda tead -> kogukonnateenused, esmatasand, ITP)
- piirkond (kogukond ja rahvastik (tõmbe)keskuse ümber -> ITP koos kohaliku, üld- või keskhaiglaga)
- regioon (nt praeguste keskhaiglate vastutusalad)
- riik (nt praeguste piirkondlike haiglate vastutusalad)

### *Piirkondlik teenuseosutajate võrgustik*

Kuna ITPs on teenuste osutamise integreerimise lähtepunktiks piirkond, siis võivad ITP inimkeskse integreeritud teenuseosutamises osaleda kõik piirkonnas tegutsevad teenuseid osutavad isikud ja organisatsioonid, **kui nende tegevuste eesmärk on inimeste tervise parandamine või kui nende tegevustel on otsene mõju inimeste tervise parandamisele**. Seega moodustub integreeritud teenuseosutajate võrgustik, mis võib põhineda lihtsal koostöökokkuleppel või mingil muul moel formaliseeritud (vt. lähemalt võrgutike formaliseerimisest lõigus 4.4.).

Kuna kuuluvus ITP teenuseosutamise võrgustikku sõltub peamiselt osalemise huvist ning oma tegevustega piirkonna inimeste rahvastiku tervisesse, siis võivad võrgustikku kuuluda väga erinevad teenuseosutajad alustades perearstipraksistest (nii üksikpraksiste, tervisekeskuste ning muude organisatoorse vormide näol) ja piirkonna haiglast (vastavalt piirkonnale näiteks üld, kohalikust või keskhaiglast) kuni hamba-, taastus-, palliatiivravi, erinevate eriarstiabi aga ka kogukonna-, psühhosotsiaalse toe, apteegi- ning sotsiaal- ja muude teenuste osutajateni.

Piirkondlikku võrgustikku peaksid miinimumina kuuluma perearstipraksised ning piirkonna haigla – üldjuhul üldhaigla maapiirkondades, kuid suuremates keskustes võivad osade oma teenustega piirkondlikus võrgustikus osaleda ka keskhaiglad ning muude alternatiivide puudumisel ka piirkondlikud haiglad. Samuti võivad piirkondlikes võrgustikes osaleda taastusravi ning õendushaiglad.

Samas on eelkõige üldhaiglatega piirkondades oluline suurendada kohaliku võimekust, et maksimaalselt ennetada patsientide mittevajalikku suunamist kõrgemasse etappi tugevama ennetuse, madala intensiivsusega teenuste, krooniliste haiguste juhtimise, paremate kohapealse diagnostilise võimekuse ning tugevama kesk ja piirkondlike haiglate (kaug)toe kaudu. Raviteekondade kontekstis võimaldaks piirkondade parem võimekus vähendada koormust järgmise etapi haiglatele nii diagnostiliste kui ravitegevuste osas, kuna vähenevad välditavad suunamised ja hospitaliseerimised järgmisele tasandile.

Oluline on piirkondliku teenuseosutajate võrgustiku puhul, et omavahel lepitakse kokku, kes võrgustikku kuuluvad, kuidas ja mil moel tehakse koostööd ning osutatakse teenuseid. Piirkonna võrgustiku juhtimine ning osaliste rollid lepitakse samuti kokku võrgustiku osaliste vahel. Samuti on oluline, et piirkondlik teenuseosutajate võrgustik vastaks piirkonna rahvastiku vajadustele ning seega võivad sellised võrgustikud piirkonniti erineda.

Piirkondlike haiglate (ning erihaiglate) roll piirkondade tervise-teenuste osutamisel avaldub pigem nende osalemises raviteekondades, aga ka kaugteenuste ja ambulatoorse eriarstiabi teenuste pakkumisega piirkondades, kus sealsed üldhaiglad neid ei paku (sellest veel lõikudes 4.1.2, 4.4. ja 4.7) nagu ka madalama etapi haiglate toetamine ning nõustamine (lisaks olemasolevale e-konsultatsiooni mehhanismile).

### *Kogukonnahaiglate võimalik ülesehitus ja roll*

Analüüs „Inimkeskne integreeritud haiglavõrk 2040“ pakkus välja uue haiglatüübi, kogukonnahaigla, loomise. Nimetatud analüüsis defineeriti kogukonnahaiglaid kui perearstide juhitud teenuseosutajaid, mis pakuvad mitte-akuutset ravi, eelkõige krooniliste haiguste ägenemiste korral. Samuti olid

kogukonnahaiglad paigutatud esmatasandi osaks ning selgelt eristatud muudest olemasolevatest haiglatest.

Maailmas nimetatakse teaduskirjanduse andmetel kogukonnahaiglateks väga erinevaid teenuseosutajaid, mille peamiseks ühisosaks on paiknemine peamiselt maapiirkondades ning keskendumine madala intensiivsusega statsionaarsete raviteenuste osutamisele. Kogukonnahaiglad võivad töötada iseseisvate asutuste või suuremate haiglate osakondadena. Kogukonnahaiglate juhtideks on sageli kogenud õed ning oluline roll teenuste osutamisel lisaks õdedele ja muule abipersonalile on Eesti mõistes pere- ja üldarstidel (spetsialiseerumiseta) koos roteeruvate eriarstide konsultatsioonidega. Samas on kogukonnahaiglateks nimetatud isegi Eesti mõistes üld- ja keskhaiglaid.

Sealjuures varieerub kogukonnahaiglate funktsionaalsus maailmas vast enamgi kui organisatoorsed vormid, kuna erinevate piirkondade rahvastike vajadused võivad suurel määral erineda ning sageli pakutakse laia teenuste spektrit. Näiteks osutavad kogukonnahaiglad ennetuse ja tervisedenduse, üldarstiabi, ambulatoorse eriarstiabi, üldkirurgia, statsionaarse eriarstiabi, traumatoloogia ja erakorralise meditsiini teenuseid. Nende laiade teenusgruppide sees varieeruvad osutatavad teenused samuti laial skaalal alates ämmaemandate juhitud sünnitusosakondadest norm-raseduste puhul, luumurdude kliinikute, kemoterapia osutamiseni. Samuti on kogukonnahaiglad sageli uute innovatiivsete teenuste, teenuseosutamise viiside ja teenusmodelite katsetamise ja arendamise platvormideks.

Seega, Eesti kontekstis saab kogukonnahaigla funktsioone arendada erinevate olemasolevate haiglate nagu näiteks üldhaiglate, aga ka õendushaiglate ja suuremates keskustes miks mitte ka keskhaiglate (ning ehk ka piirkondlike haiglate) baasil. Antud juhul on seega primaarne pakutav funktsionaalsus, selle vastavus piirkonna vajadustele ning roll piirkonna võrgustikus.

#### *Teenuste toomine patsientide juurde*

Piirkondliku inimkeskse integreeritud teenuseosutamise idee keskmes on teenuste toomine inimestele lähemale ning nende osutamine sujuvalt, katkestusteta ning inimest ja tema vajadusi tervikuna käsitledes. Terviklahenduste inimesele lähemale toomisele aitab kaasa eespool mainitud diagnostilise võimekuse suurendamine piirkondades kuid võimalusi selleks on veelgi.

Näiteks on Eestis juba kasutusel liikuvad mammograafid, psühhomobiil ja erinevad **mobiilsed eriarstiabi teenused**, mille ühiseks jooneks on mobiilsete eriarstikabinettide kasutamine piirkondade kaugemate asulate juurde teenuste toomiseks vajaliku regulaarsusega. Maailmas on palju näiteid ka mobiilsetest perearstikabinettidest, millega osutatakse üldarstiabi teenused kaugemates kogukondades.

Piirkondlike võrgustike kontekstis tasub kaaluda ka nn õepunktide loomist kogukondadesse piirkonna tervisekeskuste või perearstipraksiste „käepikendusena“ – sellised õepunktid võiksid funktsioneerida ka mobiilsete eriarstibiteenuste osutamise peatuspunktidenä. Piirkondlike võrgustike osana tasub arendada ka erinevaid kogukonnateenuseid – leida ja kasutada vabatahtlikke kogukondades, kes baastreeningu abil on võimelised osalema esmatasandi meekonna töös ja nt mõõtma vererõhku, jälgima ravimite tarvitamist kogukonna liikmetel või ning edastama spetsialistidele infot võimalike abivajajate kohta.

Teenuste patsientide juurde toomisel omavad olulist rolli ka **digitaalsed kaugteenused** – näiteks piirkonna üldhaigla videokonsultatsiooni võimalused, kus konsulteerivad spetsialistid võivad füüsiliselt asuda kesk või piirkondlikes haiglates. Sarnaseid konsultatsioone saab osutada ka piirkonnas töötavate spetsialistide toetamiseks ja nõustamiseks kui teha samm edasi olemasolevatest e-konsultatsioonidest nt virtuaalsete meeskondade loomiseks raviteekondade kontekstis. Digitaalsete kaugteenuste üheks liigiks on ka kaugmonitoring kasutades nutivahendeid.

Teenuste patsientidele lähemale toomisel omab olulist rolli ka näiteks koduõenduse tugevdamine (ka koostöös sotsiaalteenustega), aga ka näiteks võimalikud pereõdede ja ämmaemandate koduviisid (nt. laste ja emade tervise kontekstis). Samuti on koroona-aastatest ka positiivseid näiteid koduhaigla

teenusega ning sotsiaalvaldkonna poolt saab siia lisada erinevaid kodukeskkonda toetavaid tegevusi, mis parandavad isiku iseseisvat toimetulekut oma terviseseisundi tagajärgedega kodus keskkonnas.

Tervishoid ja selle võimalused arenevad pidevalt ning kiiresti ning on keerukas täpselt ennustada kõiki võimalusi, mis on tekkinud ja kättesaadavad aastal 2040. Seda enam on vaja panustada teenuste arendamise võimekusse Eestis, et tuvastada ja rakendada parimaid maailma praktikaid ning jätkuvalt arendada Eesti tervishoiu teenuste mudeleid ja pakutavaid teenuseid.

#### 4.2.2. Tasandite ülene koostöö

Tasandite ülese koostöö näiteid on mitmeid – raviteekonnad, kaugteenused, olemasolevad haiglate võrgustikud jne.

Raviteekondi tasub luua seisunditele, mis on piisavalt laia levikuga ning kus patsiendi teekonda on võimalik selgelt defineerida ning vähemalt osaliselt standardiseerida. Olemasolevateks näideteks on Eestis insuldiravi ning endoproteesimise teekonnad.

Praegused raviteekonnad on pigem eriarstiabi kesksed, kuid võiksid tulevikus haarata endasse ka esmatasandi, õendushoolduse erinevad vormid, palliatiivravi, sotsiaal ja kõik muud relevantssed teenused. Sarnaselt piirkondlike võrgustike moodustamisele peaks ka raviteekondade osalistel olema võimalik valida koostööpartnereid ning sõlmida koostöö kokkuleppeid vastavalt spetsiifilise raviteekonna definitsioonile ja nõuetele.

Raviteekonna osaliste rollide, teekonna juhtimise ja muude vastutuste kokkuleppimise võimalused peaksid samuti olema paindlikud, eeldusel, et raviteekonnale seatud eesmärgid täidetakse. Samas peab raviteekondade olemasolu ja kättesaadavus tulevikus olema tagatud kõikidele raviteekondade sihtrühmade liikmetele (patsientidele) oma piirkonna teenuseosutajate kaudu.

Kaugteenused nagu erinevad videokonsultatsioonid ja -vastuvõttud on samuti tasandite ülese koostöö näideteks nagu mainitud ITP-de kontekstis. Loomulikult võivad sellised kaugteenused olla osa ka raviteekondadest, nii et moodustuvad virtuaalsed tasandite ülesed meeskonnad.

Tasandite ülese koostöö näiteks on ka TerK kodulähedaste analüüside projekt vähiravi kontekstis, kus analüüs võetakse perearsti juures ja tulemused suunatakse onkoloogist raviarstile.

#### *„Teemapakettide“ sobitumine tervishoiukorralduse konteksti*

Erinevates tervishoiu teemades, nagu näiteks vähi- ja palliatiivravi, vaimse tervise ja erinevate krooniliste haiguste jmt. puhul esitatakse üle tervishoiu tasandite, erialade ja teenuseosutajate ulatuvaid terviklikke, süsteemseid ja inimkeskseid lahendusi sageli püramiidi kujul.

Näiteks esitab Joonis 4 vaimse tervise püramiidi, kus antud teemaga seotud teenused algavad eneseabi ja kogukonna tasandilt ning ulatuvad välja kõrgelt spetsialiseerunud tasemele.



**Joonis 4.** Vaimset tervist toetavate tegevuste ja teenuste korralduse optimaalne jaotus

Püramiidi alumisel astmel on suurim hulk abi vajajaid ja saajaid ning madalaim kulu ühe abisaaja kohta, ülemisel astmel aga väikseim teenuse sihtrühm ja suurim kulu ühe abisaaja kohta. Nagu erinevad kirjandusest leitavad kulu jagunemise püramiidid välja toovad – enamasti on kõrgelt spetsialiseerunud teenuste kogukulu hoolimata teenuse saajate suhteliselt väiksest arvust enamasti suurem kui alumisel püramiidi astmetel. Seega on loomulik suunata võimalikult palju tegevusi sellele, et ennetada suure ressursivajadusega seisundite teket ning see loogika läbib ka kõiki käesolevas haiglavõrgu arengusuundade dokumendis välja pakutud suundi ja lahendusi.

Antud kohal on teenuste püramiidi esitlemisel lisaks ressursijaotuse loogika käsitlemisele ka teine põhjus – vaimse tervise, palliatiiv- ja vähiravi jmt. püramiidid esitavad mingi teema või valdkonna käsitlemise loomuliku ja loogilise terviku, ehk „teemapaketi“. Käesolevastes arengusuundades esitatud tervishoiukorraldus loogika üheks eesmärgiks on soodustada horisontaalset, vertikaalset ja valdkondade vahelist koostööd, mille tulemusena avanevad senisest paremad võimalused eelpool toodud teemapakettide sujuvaks ja katkestusteta rakendamiseks. Ehk teisiti sõnastades – mingis teemavaldkonnas terviklikku sektorite, tasandite ja teenuseosutajate ülest lahendust (ehk teemapaketti) välja töötades on sellise terviklahenduse ellu viimine varasemast sujuvam, kuna üldine tervishoiukorraldus soosib ja toetab terviklahenduste loomist ja rakendamist.

#### 4.2.3. Sektorite ülene koostöö

Sektorite ülese koostöö keskmes käesoleva dokumendi puhul on **tervise ja sotsiaalvaldkondade integratsioon**, kuigi lisaks sellele on sektorite ülene koostöö oluline ka tervise ning haridus, sisejulgeoleku, justiits, keskkonna sektorite ja kaitsejõudude vahel.

Nii integreeritud ravi- ja raviteekondade kui ka raviteekondade puhul on inimkesksete integreeritud teenuste osutamiseks väga oluline koostöö, koordineerimine ning integratsioon sotsiaalvaldkonna teenuste ja teenuseosutajatega. ITPde ning raviteekondade juhtimiseks ja osutamiseks loodavad teenuseosutamise võrgustikud annavad suurepärase võimaluse ka sotsiaalteenuste liidestamiseks, olgu need siis osutatud kohalike omavalitsuste (KOV-de), erasektori või riigiasutuste sotsiaalvaldkonna teenuseosutajate poolt.

Nimetatud teenuseosutajate võrgustike moodustamise ja juhtimise printsiipe on kirjeldatud eespool ning siinkohal tasub mainida vaid seda, et sotsiaalvaldkonna teenuseosutajad saavad nende võrgustikega liituda samadel alustel kui tervisevaldkonna osapooled kuna sotsiaalvaldkonna teenused mõjutavad oluliselt rahvastiku tervises seisundit.

ITP-de loomine koos vastavate teenuseosutamise võrgustike, uudsete teenuste ja rahastusmehhanismide arendamine annab sotsiaal-tervise integratsiooni tasandil realiseerida ka mitmeid Riigikantselei hoolduskoormuse vähendamise rakkerühma lõppraportis 2018. aastal tehtud poliitikasoovitusi. Näiteks soovitati ühtlustada tervishoiu- ja sotsiaalhoolekande teenuste korraldamist ja osutamist, eelkõige kohalikul tasandi aga ka kohalikes piirkondades tervise ja sotsiaalvaldkonna ühise (virtuaalse) eelarve loomist teenuseosutamise ühtseks ostmiseks. Samuti soovitati sotsiaal-tervisevaldkondade andmekogumise ja -vahetuse ühtlustamist ning laiendamist, ühist teenusevajaduse ning (ravi)teekondade koordineerimist, ühiste indiviidide teenusvajaduse hindamisvahendite kasutusele võttu, piirkonna teenuseosutajate ning tööjõu ühiseid koolitusi ning meeskonnatöö treeninguid ning palju muid seonduvaid tegevusi. Siiani ei leidnud paljud nendest soovitustest rakendamist, osalt tervisevaldkonna teenuseosutajate selgelt eristatud vastutuste ning seetõttu teatud piirini killustunud tegevuste tõttu. ITPde ja raviteekondade teenuseosutamise võrgustike kasutuselevõtt loob seega ka senisest paremad võimalused sotsiaal-tervise integratsiooni tugevdamiseks.

Sotsiaal- ja tervisevaldkonna integratsiooni senisest paremal rakendumisel tuleks laiendada integreeritud tervisepiirkondade mõistet integreeritud heaolu piirkondadeks (IHP), sest ühelt poolt on parema tervise lõppeesmärk inimeste paranenud heaolu ning kogu sotsiaalsektori katusstrateegia on sektori eesmärgiks samuti seadnud rahvastiku heaolu paranemise.

Kohalike omavalitsuste (kui oluliste sotsiaalteenuste osutajate ja ostjate) liitumine piirkondlike tervisevõrgustikega ning piirkondlike healuvõrgustike teke annab ka võimaluse senisest enam arendada kogukonna rolli piirkonna tervise ning heaolu suurendamisel. Eelnevalt on mainitud kogukonna vabatahtlike võimalikku kaasamist esmatasandi „käepikendusena“, kuid kogukonna liikmetel saab kindlasti olla senisest suurem roll ka rahvatervise teenuste osutamise ning tervise või sotsiaalsete probleemide varasel märkamisel ning abiprotsessi algatamisel näiteks vaimse tervise, hooldusvajaduse või muudes teemades.

#### 4.2.4. Kõrge intensiivsusega arstiabi osutamine

Tulles tagasi ITP ja raviteekondade eesmärkide ning tervishoiukorralduse püramiidi juurde, siis keskhaiglate puhul on vajalik silmas pidada, et lisaks oma lähima ümbruskonna rahvastikule pakutavale praeguse üldhaigla taseme teenusepaketi on nende rolliks ka funktsioneerimine kui laiema regiooni keskusena.

Seega saavad keskhaiglad mingis mahus toimida kui ITP haigla ning sellele lisandub laiendatud piirkonnale kõrgema taseme teenuste pakkumist nagu see on ka praegu. Sellele lisandub ka osalemine raviteekondades ning nende (virtuaalsetes) meeskondades vajadusel koos oma regioonis teiste ITP toetamine vastavalt oma pädevusele nii kolleegide nõustamise ja toetamise kui ka kaugteenuste osutamisega.

Piirkondlike haiglate puhul peaks fookus olema eelkõige teenuste osutamisel, mille vajadus, teenuste maht ning spetsiifiliste ressursside või ekspertiisi nõuded ei ole piisavad, et neid osutada kesk- ning üldhaiglates. Sellele lisandub osalemine raviteekondades (koos osalemisega nende (virtuaalsetes) meeskondades) sarnaselt keskhaiglatele, konsultatsioonide ja nõustamise pakkumine kolleegidele teistes asutustes, kaugteenuste pakkumine oma pädevusvaldkondades jne. Samas pole piirkondliku haigla osalemine ITPs vajalik, eelkõige kui selle rolli saavad enda kanda võtta üld- või keskhaiglad, nii et piirkondlik haigla saaks keskenduda kõrge intensiivsuse ja ressursivajadusega teenustele ja tegevustele, milleks üksnes neil on võimekus ning mille dubleerimine mujal ei ole mõttekas.

### 4.3. Teenuste ja rahastusviiside areng

Integreeritud ravipiirkondade ning raviteekondade edukus sõltub suurel määral sellest, kuidas ja mil määral erinevad osapooled on valmis koostööd tegema, võrgustikke moodustama ning uuel moel (integreeritud) teenuseid osutama.

Lõigus 4.1 oli juttu teenuste arendamise ja nende kvaliteedi tõstmise võimekuse suurendamisest Eestis ning võimest rakendamiseks õpitu kasutamisest tervishoiu toimivuse ja tõhususe järjepidevaks tõstmiseks. Selles kontekstis on oluline ka võimekuse kasvatamine, et toetada teenuseosutajaid ja töötajaid uute teenuste rakendamisel (ning loomisel) – see kehtib eelkõige ITP ja raviteekondade teenuseosutamise võrgustike loomisel ning kasutamise teenuste osutamiseks. Lõigus 4.2 oli aga juttu kuidas uued teenuseosutamise viisid ja erinevad võrgustikud välja võiksid näha ning kuidas need toimida võiksid.

Käesolev lõik keskendub esmalt sellele, milliseid rahastusmehhanisme saaks kasutada eelpool kirjeldatud võrgustike loomise ja toimimise motiveerimiseks. Samuti pakub käesolev lõik näitena välja ühe võimaliku viisi selliste uute rahastusmehhanismide kombineerimiseks olemasolevate rahastusmehhanismidega.

#### 4.3.1. Integreeritud tervisepiirkond kui iseseisev tervishoiuteenus

Tervishoiuteenused on Eestis peamiselt defineeritud tegevuste kaudu ning nende eest tasutakse samuti tegevuse, juhtumi või üksikteenuse põhjal. Samas, senise kogemuse nagu ka rahvusvahelise kirjanduse põhjal ei toeta sellised rahastusmeetodid olulisel määral teenuseosutamise koordineerimist ja integratsiooni.

Perearstisüsteemis kasutusel olev suures osas pearaha-põhine rahastusmeetod on küll enam suunatud terviseprobleemide ennetamisele ja ravi koordineerimisele, kuid samas motiveerib see patsiente suunama eriarsti vastuvõtule ja haiglaravile ning tegema patsientide selektsiooni nimistutesse pääsemisel – 2015. aastal tehtud Maailmapanga ning Tervisekassa uuringus leiti, et 2013. aastal ulatus kolmes indikaatorseisundite gruppides välditavate hospitaliseerimiste osakaal kuni 84%-ni kõigist kõrgvererõhktõve ja muude südamehaigustega hospitaliseerimistest. Kõigist diabeedist tingitud hospitaliseerimistest 83% olid välditavad, ehk esmatasandil lahendatavad ning alumiste hingamisteede krooniliste haigustega ulatus selliste hospitaliseerimiste arv 77%-ni.

Eelnevalt tuleneb, et vaja on uusi teenusemudeleid ja rahastusmehhanisme, mis aitaksid erinevaid osapooli kokku tuua ning toetada nende omavahelist koostööd, koordineerimist ning tegevuste integratsiooni ühtseks, terviklikuks inimkeskseks integreeritud teenuseosutamiseks. Sellest lähtuvalt peab tulevikus ITPst saama iseseisev tervishoiuteenus, mida osutatakse piirkonna teenuseosutajate võrgustiku poolt.

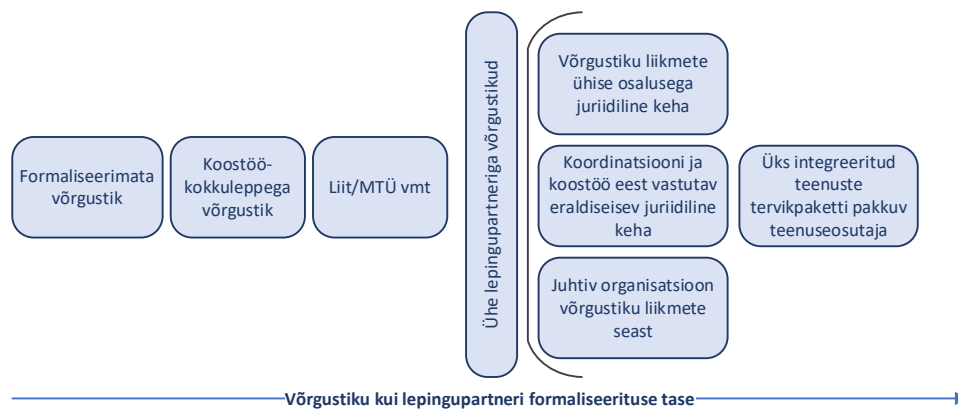
Raviteekondade puhul on TerK juba piloteerinud ja rakendamas uut rahastuse motiveerimismehhanismi, kus raviteekonnas osalenud teenuseosutajad võivad rahaliselt võita või kaotada võrreldes tavapärase rahastusega sõltuvalt sellest, kui edukalt nad iga konkreetse patsiendi puhul raviteekonda rakendanud on (ehk kui tõhusalt nad on raviteekonna koordineerimist korraldanud). Samas põhineb see lähenemine suuresti olemasolevale teenuse- ja juhupõhisele rahastusele ning raviteekond kui selline ei kajastu TTKSis (kuigi on mingil määral defineeritud TTL-is).

Kokkuvõttes on vajalik **korrastada Eesti tervishoiukorraldust ning rahastust käsitlevat seadusandlust**, viia see kooskõlla praeguse reaalsusega (nt. seadustada tervisekeskused, psühhosotsiaalne abi ning ennetustegevused tervishoiu osana) ning võimaldada uute teenusetüüpide teke ja areng. Seega võiksid ITP ja raviteekonnad aga ka erinevad muud meeskonnatöö vormid asutuste vahel muutuda eraldiseisvateks teenusteks, mida ka rahastatakse spetsiifiliste rahastusmeetoditega (sellest lähemalt järgnevatel alalõikudes).

#### 4.3.2. Võrgustik kui eraldiseisev teenuseosutaja

Piirkonna või raviteekonna teenuseosutajate võrgustiku liikmetele võib võrgustikus osalemise ning vastavale teenusele seatud eesmärkide saavutamise eest tasuta individuaalsete lepingutega nagu siiani. Samas tasub kaaluda ka muid võimalusi nt käsitleda võrgustikku kui eraldiseisvat teenuseosutajat (mis on moodustatud võrgustiku liikmete poolt) – sellisel juhul makstakse lepingu eesmärkide täitmise eest võrgustikule kui tervikule ning raha jaotus võrgustiku liikmete vahel on võrgustiku sisene otsus, näiteks tulenevalt võrgustiku liikmete vahel sõlmitud koostööleppest.

Joonis 5 kujutab erinevaid võimalusi võrgustiku moodustamiseks – kõige vasemal on kujutatud olukord, kus igal võrgustiku liikmel on individuaalsed lepingud võrgustikuteenuse osutamiseks ning kõige paremal on tegemist olukorraga, kus üks teenuseosutaja on võimeline pakkuma kõiki võrgustiku toimimiseks vajalikke tegevusi oma enda organisatsiooni siseselt. Arvestades, et nii ITP-des kui ka raviteekondades peaksid ideaalis osalema nii tervishoiu- kui sotsiaalteenuste osutajad, pakkuda tuleks nii esmatasandi kui eriarsti ning muid teenuseid, siis Eesti oludes on sellise täielikult integreeritud teenusepakkuja olemasolu või tekkimine hetkel ebatõenäoline. Samas kõiki teisi võrgustiku moodustamise variante on võimalik kaaluda vastavalt piirkonna ja seal asuvate teenusepakkujate või raviteekonnas osalejate eripäradele.



**Joonis 5.** Erinevaid võimalused võrgustiku moodustamiseks ning TerK piirkondliku või raviteekonna teenuseosutajate võrgustiku organiseerimiseks.

#### 4.3.3. Kombineeritud rahastusmodelite areng

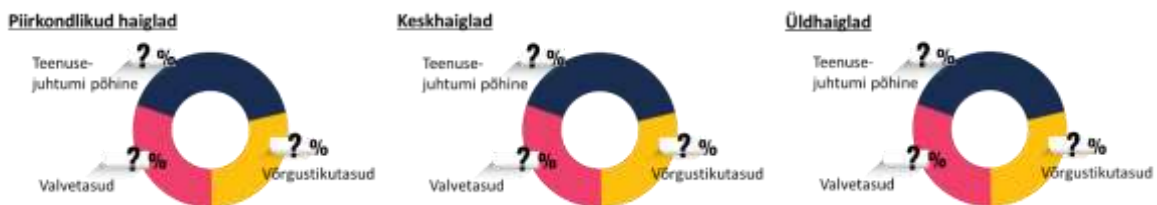
Kombineeritud rahastusmodelit on Eestis siiani kasutatud peamiselt perearstisüsteemis, kus prakse sissetuleku tervik koguneb erinevate rahastusmeetodite kombineerimisega – pearaha moodustab suurima osa, kuid oma roll on ka baasrahastusel taristu jmt tagamiseks ning kaugustasul (fikseeritud summa), teraapiafondil (teenusepõhine) ja kvaliteediboonus (lisatasu tulemuste saavutamise eest).

Üldhaiglate puhul on hetkel kaalumisel eelarvelise rahastuse kombineerimine senise peamiselt teenuste-juhtumite põhise rahastusega – võimalik, et järgmisel viieaastasel lepinguperioodil (algab 2024) makstakse üldhaiglatele kuni 50% nende eelduslikust eelarvest (tuginedes eelmise aasta sama kuu kuludele) ühe maksena. Haiglad jätkavad raviarvete esitamist vanal moel, kuid TerK maksab arvete eest 0,5 koefitsiendiga tasakaalustamiseks juba tehtud ettemaksu. Kuigi ka varasemalt oli põhimõtteliselt tegemist kombineeritud rahastusmodeliga kuna lisaks teenuste-juhtumite põhisele rahastusele lisandusid valvetasud, siis uue rahastusmeetodi lisandumisel on tegemist olulise sammuga üldhaiglate kombineeritud rahastusmodeli arengus.

Piirkondlike ning raviteekonna võrgustike tasude lisandumisel olemasolevatele rahastusmeetoditele täienevad nii haiglate kui ka teiste teenuseosutajate rahastusmodelid veelgi. Erinevate rahastusmeetodite osakaalude muutmisel teenuseosutajate üldises sissetulekus on võimalik

kombineerida ja tasakaalustada erinevate rahastusmeetodite poolt tekitatud motivatsioone teenuseosutajatele. Lisaks muutustele ajas võivad rahastusmeetodite osakaalud üldises sissetulekus muutuda ka erinevate teenuseosutajate ning nende tüüpide vahel tulenevalt sellest, milline on nende senine rahastusmudel ning milliseid käitumismustreid soovib rahastaja erinevate teenuseosutajate puhul motiveerida.

Joonis 6 kujutab erinevaid haiglate tüüpe ning peamiste rahastusmeetodite osakaalusid – need tuleb järgnevatel aastatel jooksul uusi teenuseid ning rahastusmudeleid arendades alles määratleda. Samas võib eeldada, et võrgustikutasude osakaal on suurim üldhaiglate ning väikseim piirkondlike haiglate puhul, kuna esimesed osalevad nii ITPdes kui ka raviteekondades ning teised eelduslikult üksnes raviteekondades. Vastavalt jääb piirkondlike haiglate puhul suurimaks rahastuse komponendiks tõenäoliselt teenuse ja juhtumipõhine rahastamine, mis on eelduslikult suhteliselt suur ka keskhaiglates sõltuvalt sellest, kas ja mil määral osalevad need ravivõrgustikes. Lisaks joonisel esitatud rahastusmeetoditele on üldhaiglate puhul puudu eelarveline baasrahastus mille rakendamise arutelud hetkel veel käivad (hetkel ei ole ette näha, et sellist rahastusmeetodit rakendatakse kesk ja piirkondlike haiglate puhul).



**Joonis 6.** Erinevatest teenusetüüpidest (tulenevalt haigla asukohast, spetsialiseerumise tasemest ning teenindatava rahvastiku vajadustest) ning neist lähtuvate rahastusviiside osakaalud vajavad välja töötamist ning määratlemist

*Näide: kombineeritud rahastusmudel piirkonnas*

ITPs osaleva üldhaigla rahastusmudeli osadeks oleks eelnevalt kirjeldatust lähtuvalt näiteks:

- Eelarveline baasrahastus
- ITP võrgustikutasu, mis on seotud võrgustikule lepinguga seotud ravikoordinaatsiooni, piirkonna rahvastiku tervisetulemite või muude eesmärkide saavutamise
- Raviteekonnas või raviteekonna võrgustikus osalemise tasu kus rahastus põhineb individuaalsete edukalt läbitud raviteekondade keerukusel ning arvul
- Valmisoleku tasud
- Juhtumi-teenuse põhine rahastus

*Näide: kombineeritud rahastusmudel regionaalhaiglas*

Piirkondliku haigla rahastusmudeli osadeks oleks eelnevalt kirjeldatust lähtuvalt näiteks:

- Juhtumi ja teenusepõhine rahastus
- Raviteekonnas või raviteekonna võrgustikus osalemise tasu kus rahastus põhineb individuaalsete edukalt läbitud raviteekondade keerukusel ning arvul
- Madalama taseme haiglate ning muude spetsialistide nõustamise ning toetamise tasud (väljaspool raviteekonda) eelkõige kaugteenuste kujul (rahastusviis võib lähtuda nii juhtumi, eelarve kui ka võrgustiku tasude loogikast)
- Valmisoleku tasud

#### 4.4. Professionaalsus, inimeste rollid ja panus tervikusse

Koos uute teenuste tekkimise ja arenemisega ning üldiste tervishoiukorralduse ja rahastuse muutustega kuni aastani 2040 on võimalikud vaid koos arengute ning muutustega tervishoiu tööjõu vallas, kuna see on üks peamisi sisendeid teenuste osutamisele koos rahastuse ning ressursside loomisega. Käesolev alalõik käsitlebki võimalikke arengusuundi tervishoiu tööjõu vallas.

Lisaks allpool käsitletavatele tööjõu vajaduste ning koolituse teemadele on vajalik üldise tervishoiu tööjõu kontekstis uuesti viidata ka globaalsetes trendides mainitud heale töökeskkonnale kui ühele olulisemale tegurile tervishoiuteenuste osutamisel. Sealjuures pole tegemist üksnes füüsilise keskkonna, vaid ka üldise organisatsioonikultuuri, töökorralduse ning muude seotud teemadega. Nii tagab hea sissetulek vaid baas-motivatsiooni ning mingist piirist alates muutuvad heade töötulemuste saavutamisel olulisemaks just nimelt **organisatsioonikultuuri** ja **töökorraldusega** seotud tegurid. Samuti muutub üha olulisemaks töötajate **eneseteostusega** seotud tegurid nagu näiteks töötajate eneseteostuse ja professionaalse arengu võimalused. Kirjandusest võib leida viiteid, et parimad tulemused saavutavad inimesed keerukates ning vastutusrikastes töövaldkondades ja olukordades kui nad on sisemiselt motiveeritud ning neil on võimalik kasutada isiklikku autonoomiat (*autonomy*), liikuda järjest parema professionaalsuse poole (*mastery*) ning nad näevad ja tunnevad oma töö eesmärki (*purpose*).

Isiklik autonoomia viitab antud kontekstis peamiselt võimalusele ise otsustada ja valida parim võimalik lahendus erinevate olukordade lahendamiseks – selleks peaks töökorraldus ja organisatsioonikultuur olema piisavalt paindlikud, võimestavad ja toetavad. Liikumine järjest parema professionaalsuse või meisterlikkuse poole on suurel määral seotud inimeste tundega, et organisatsioon toetab nende arengut, annab selle kohta tagasisidet ning et selle tulemusel areneb ka organisatsioon, asjad lähevad paremaks ning paranevad töö tulemused. Ühine eesmärk, mille poole liikuda ning inimese tegevuste ja eesmärgistatus annavad eelnevatele asjadele konteksti ning mõtestab selle, miks üldse mingeid asju ja üleüldiselt tööd teha.

Oluline on märkida, et eelpool kirjeldatud autonoomia, professionaalsuse suurendamine, eesmärgistatus ja oma rolli tajumine on olulised mitte ainult indiviidide, vaid ka organisatsioonide käitumise puhul. Eestis avaliku sektori omandis olevad haiglad on oma igapäevatoos suhteliselt autonoomsed, kuid samas seavad teenuste loetelu ning nende rahastamise meetodid selge raamistiku ning organisatoorse käitumise motivatsiooni. Seega, soovides suuremat paindlikkust, inimkesksust ning integratsiooni on vajalik esmajoonel üle vaadata teenuste pakett, rahastuse meetodid ning tervishoiu juhtimise mehhanismid, et leida lahendused uue ning soovitud organisatsioonikäitumise realiseerimiseks. Käesolevate haiglavõrgu arengusuundade peamiseks rolliks on seega luua ühist arusaama ja leida lahendusi, millega iga organisatsioon ning isik saaks parimal võimalikul moel panustada ühiste eesmärkide saavutamisse.

##### 4.4.1. Uutest teenusetüüpidest tulenevad tööjõu vajadused ja võimalused

Integreeritud teenuste osutamise üheks oluliseks aspektiks on **multi-distsiplinaarsete meeskondade** kasutamine – see toob endaga kaasa senisest erinevad rollid meeskondades osalevatele inimestele ning muutuvad töö tegemise viisid seoses uute ja muutunud rollide, töövahendite ning protsessidega. Kui tervishoiuteenuse osutajate ning tervisevaldkonna sisesele integratsioonile ning koordineerimisele lisanduvad piirkonna ning raviteekondade võrgustikku ka erinevad sotsiaalvaldkonna osapooled, siis suureneb koordineerimise roll veelgi ning sellega seoses tekib vajadus täiesti uute funktsioonide loomiseks võrgustikes koos neid täitvate spetsialistide leidmise või koolitamisega.

Nagu eelnevalt viidatud, muutub iga teenuseosutaja roll võrgustikus suuremal või vähemal määral ning sellega muutuvad ka vajadused olemasolevate spetsialistide järele ning nende spetsialistide täpsed tegevused. Kui näiteks suurendada võrgustikes olevate üldhaiglate diagnostilist võimekust selleks, et raviteekonna kontekstis patsiendile võimaldada maksimaalset abi oma kodu lähedal ning mitte koormata järgmise etapi teenuseosutajaid, siis selleks on näiteks vaja rohkem radioloogiatehnikuid ja

muid sarnaseid spetsialiste piirkondades. Samas suureneb raviteekonna võrgustiku ning virtuaalse meeskonna sees tõenäoliselt arst-arstile konsultatsioonide vajadus koos kõrgeima etapi erialaspetsialistide suureneva toetava rolliga üldhaigla kolleegidele, jne.

Lisaks eelnevale on üha enam esiplaanile tõusmas laiem tervishoiu tööjõuvajaduse küsimus – arstidelt osade ülesannete üleandmine õdedele ja ämmaemandatele, neilt osade ülesannete üleandmine erinevatele meditsiinitehnikutele ja muudele tervishoiuteenuse osutamisel osalevatele spetsialistidele, jmt. Käesolevalt on arutluse all ka üldarstide rolli suurendamine nii haiglates kui ka esmatasandil ning esimeseks võimaluseks selles osas on põhiõppe praktikabaasi laiendamine ning üldarsti rolli senisest suurem väärtustamine. Koos kõrge intensiivsusega teenuseosutamise jätkuva koondumisega piirkondlikesse haiglatesse ning ITP-de tekkega on vajalik ka residentuuri vajaduste ülevaatamine koos residentuuribaasi laiendamisega koos teenuseosutamise vajaduste muutustega.

Kokkuvõttes, järgnevatel aastatel on lähtuvalt loodavatest uutest teenustest ja ravimudelitest vajalik defineerida millised teadmised ja oskused on vajalikud nende teenuste osutamiseks. Samuti milliseid spetsialiste on vaja ja kui palju ning kas ja milliseid funktsioone on võimalik ja vajalik üle anda ühelt spetsialistilt teisele (ning miks mitte kogukonna liikmetele nt krooniliste haiguste jälgimises ja ravis, esmaabi osutamisel, jmt-s).

#### 4.4.2. Vajalikud muudatused õppes

Seoses uute teenuste ja nendest tulenevate uute tegevuste ja rollide rakendamiseks on vaja koolitusi ja järjepidevat tuge erinevatele spetsialistidele.

Esmajärjekorras on seega vajalik uuendada täienduskoolituste programme (*Continuous Medical Education, CME*), kursusi ja koolituste uute oskuste ning rollide kinnitamiseks koos muu seonduvaga. Lisaks sellele on vajalik Eestis arendada ja rakendada supervisiooni-süsteemi. Supervisiooni tähendus antud kontekstis ei ole järelevalve vaid toetus – kõrgema taseme tervishoiuasutuste rollile võiks lisanduda teatud mahu madalama taseme asutustes töötavate kolleegide toetamise funktsioon lisaks valdkonna koolitusbaasidele tegutsemisele näiteks ka kolleegidele toe ja konsultatsioonide pakkumise näol (eriti raviteekondade kontekstis). Eelpool toodud kombineeritud rahastusviiside näidete puhul olid näiteks piirkondlike haiglate puhul sellised konsultatsiooni (kaug-)teenused ka eraldi välja toodud ühe võimaliku rahastuskomponendina.

Paralleelselt täienduskoolituste fookuse, mahu ja korralduse uuendamisele tuleb sisse viia ka muudatused tervishoius (ning sotsiaalvaldkonnas) töötavate spetsialistide baasõppesse, nii et uued spetsialistid sisenevad tööturule juba meeskonnatöö kogemuse ning oskustega. Parimad oskused ja kogemused selleks võiks luua vähemalt baaskoolituse praktilistes osades, mida võiks läbi viia ühiselt arsti, õenduse ning sotsiaaltöö tudengitele nii, et neil on juba õppe käigus omandatud meeskonnana tegutsemise teadmised, oskused ning kogemus. Lisaks praktilise õppe poolele oleks loomulikult kasu ka teoreetilises õppes lähtuda integreeritud sektorite ülese (ravi)teenuse osutamise vajadustest.

#### 4.5. Digitaalne tugi tervise parandamisele

Inimkeskse integreeritud tervisteenuste osutamine üle tervishoiu tasandite ja sektorite on realistlik vaid **toetavate digitaalsete töövahendite ning infovahetuse** olemasolul. Inimeste teekonna ning teenuste juhtimine nagu ka erinevate võrgustike koostöö tagamiseks on samuti vajalikud digitaalsed töövahendid. Eelnevale lisaks on vajalikud ka senisest tõhusamad ja enam süvitsi minevad andmeanalüütilised lahendused, mis aitaks luua infot ja teadmust nii proaktiivse teenuseosutamise, kliinilises otsusetoe, tervishoiu korralduse ja teenuste arendamiseks. Omaette väljakutseks on sotsiaal- ja tervisevaldkonna infosüsteemide integreerimine nii, et kasutajate ja teenuseid saavate inimeste jaoks moodustaksid need sünergilise ja tajutavate piirideta terviku. Eelnevast tulenevalt tasub kaaluda praeguse e-tervise ning e-sotsiaalia kontseptuaalset taaslähtestamist.

Peamised digitaalse toe arendamise suunad võib (lisaks muudele jaotustele) jagada näiteks selle alusel, kellele (millisele kasutajarühmale) need peamiselt suunatud on. Järgnevalt digiteenused esitatud kolme sellise suure kasutajagrupi kaupa. Allpool toodud digitaalsed vahendid on eelkõige toodud erineva tüpoloogiaga digivahendite näitlikustamiseks ning kindlasti ei ole tegemist täieliku loeteluga võimalikest vahenditest.

#### 4.5.1. Inimestele suunatud lahendused

Teenuseid kasutavatele inimestele suunatud teenuste näiteks on igasugused info jagamisele suunatud teenused nagu info patsientide õiguste, teenuste olemasolu ning juurdepääsu kohta, aga ka näiteks erinevad materjalid ja vahendid, mis toetavad inimeste oskusi ning teadmisi oma seisundit reguleerida ning juhtida a la toidu valmistamise koolitused diabeetikutele, vaimset tervist toetavad töövahendid jne. Viimastega osaliselt kattuvad ka erinevad kaugmonitoorimise vahendid, mida saab lisaks siduda raviteekondade ning krooniliste haiguste juhtimise (*chronic disease management (CDM)*) süsteemidega, kus patsiendid saavad lisaks oma seisundi jälgimisele osaleda oma raviprotsessis ja sellega seonduvate otsuste tegemisel.

#### 4.5.2. Haiglate sisesed lahendused

Sii gruppi kuuluvad kõikvõimalikud digitaalsed töövahendid alates näiteks ravi juhtimise ja planeerimise vahenditest, kliinilisest otsusetoest ja teavitustest, ennustavatest algoritmidest riskipatsientide tuvastamiseks, erinevad töö tulemuslikkuse ja kvaliteedi mõõtmise ja parandamise vahenditest kuni protseduuride kauglahenduste ning kirurgiliste sekkumiste robotikani.

#### 4.5.3. Teenuseosutajate ülesed lahendused

Teenuseosutajate ülesed vahendid on olulisel määral suunatud koordineeritud ning integreeritud teenuste nagu näiteks raviteekondade, juhtumikorralduse (ja laiemalt CDM-i), ITP võrgustike funktsioneerimise tagamiseks. Samuti aitavad teenuseosutajate ülesed digitaalsed töövahendid juhtida ning arendada teenuste üldist korraldust, (ravi)tulemuste ja kvaliteedi parandamist ning sisendina tervisesüsteemi toimivuse hindamisse (*health system performance assessment, HSPA*) aitavad parandada ka üldist tervisesüsteemi korraldust ning toimimist.