

„Estonian Hospital Master Plan 2015“ – kümme aastat selle valmimisest

Väino Sinisalu – Eesti Arst

Rootsi konsultatsioonifirma Scandinavian Care koostas 2000. aastaks Eesti haiglavõrgu arendamise plaani aastani 2015, mis sai nimeks „Estonian Hospital Master Plan“ (EHMP). Tänavu möödub 10 aastat selle kava valmimisest. Traditsioonilisel TÜ Kliinikumi kevadkonverentsil 2010 analüüsiti haiglavõrgu praegust seisut ja muutusi seoses EHMP rakendamisega.

Firma eksperdid, tuginedes rahvusvahelisele kogemusele ja Eesti rahvastiku arengu prognoosidele, soovitasid haiglavõrgu reformikava, et tagada kvaliteetse arstiabi kättesaadavus, optimeerida ravi-asutuste toimimiskulutusi ja kindlustada nende jätkusuutlikkus. Kava aluseks oli prognoos, et järgneval kümnendil Eesti rahvaarv väheneb, olles jõudnud 2010. aastaks 1,34 miljonini (1,423 mln 2000. a), ning suureneb vanemaegaste isikute osakaal. Aeg on näidanud selle prognoosi paikapidavust. HMPs hinnati optimaalseks 13 haigla olemasolu Eestis.

Esitatud soovitusi arvesse võttes töötas Sotsiaalministeerium 2002. aastal välja Eesti haiglavõrgu arengukava (1). Selle kohaselt on Eestis 4 eri taseme haiglatüüpi:

- a) piirkondlik haigla (Põhja-Eesti Regionaalhaigla, Tallinna Lastehaigla, TÜ Kliinikum), mis on kõrgem ravietaapp kõikidel meditsiinierialadel;
- b) keskhaigla, mis teenindab 100 000 – 200 000 elanikuga piirkonda, kus osuta-

takse abi põhierialadel (sisehaigused, kirurgia, sünnitusabi, intensiivravi) ja lisaks sellele veel kitsamatel erialadel (nt neuroloogia, kõrva-nina-kurguhaigused, ortopeedia jms). Eestis peaks olema selliseid haiglaid neli: Ida-Tallinna Keskhaigla, Lääne-Tallinna Keskhaigla, Ida-Virumaa haigla, Pärnu Haigla;

- c) üldhaigla, mille teeninduspiirkonnas on 50 000 – 100 000 elanikku ja kus antakse ööpäev läbi abi põhierialadel (sisehaigused, kirurgia, sünnitusabi). Eestis oleks 9 üldhaiglat: Paides, Kuressaares, Haapsalus, Rakveres, Võrus, Narvas, Viljandis, Valgas ja Hiiumaal;
- d) kohalik haigla (kuni 40 000 elanikuga piirkonnale), kus on ööpäev läbi valvearst. Need asuksid Jõgeval, Põlvas ja Raplas. Kokku oleks arengukava kohaselt Eestis 16 haiglat.

Aastaks 2007 kinnitas tegelik elu, et piirkondlikud ja keskhaiglad on arenenud jõudsalt, nad on varustatud kvalifitseeritud personaliga, moodsa diagnostilise ja raviaparatuuriga, nad on võimelised tegema vajalikke investeeringuid. Häta jäi aga 8 üldhaiglat, mille teeninduspiirkonnas oli vähem kui 40 000 elanikku (siis töötasid Jõgeva, Põlva ja Rapla haigla üldhaiglana). Neil ei olnud piisavalt erakorralist tööd ja vastavalt ka finantse. Keskmiselt pöördus 2006. aasta andmeil nende haiglate EMOSse 24 tunni jooksul 13 haiget, kellest 3 hospitaliseeriti. Erakorralise kirurgilise töö maht oli minimaalne, näiteks keskmiselt 1 apendektoomia nädalas, üks seedetraktiverejooksuga haige hospitaliseeriti kesk-

miselt 3 nädala tagant (2). Arusaadavalt ei säili sellises olukorras arstide ametioskused, kannatab abi kvaliteet, väike on tööjõu ja aparatuuri rakendamise kulutõhusus.

Sotsiaalministeerium, analüüsinud üldhaiglate töönäitajaid, leidis, et erakorralise töö vähene maht ei õigusta neis nelja arsti ööpäevase valve korraldamist, see on ebamajanduslik ning tegi 2008. aastal muudatusi haiglalikiide nõuetes (3). Üldhaiglatelt hakati nõudma kahe arsti ööpäevast valvet, kusjuures üks arstidest on erakorralise meditsiini arst või anestezioloog. Vajaduse korral peavad haiglad tagama ka teiste erialaarstide kättesaadavuse erakorraliseks tööks.

Elmiste aastate majanduskasvu tingimustes suurenes jõudsalt ravikindlustuse eelarve, kasvas ravijuhtude arv. 2008. aasta 3,033 miljonit ravijuhtu ületas kõik kunagised prognoosid ja tekitas mulje, et raha ja ravijuhte jätkub kõigile haiglatele. Majandussurutises järsult vähenenud riigieelarve annab märku sellest, et samas vaimus jätkata ei saa. Tuleb kriitiliselt vaadelda tehtut ja adekvaatselt teha muutusi, lähtudes olukorrast.

2010. a veebruaris avaldas Riigikontroll auditi "Haiglavõrgu jätkusuutlikkus" tulemused (4). Analüüs tõi esile, et maakondade elanikud pöörduvad eriarstiabi saamiseks sagedamini Tallinna või Tartu raviasutusse (2002. a külastas kodumaakonna eriarsti 77% abivajajatest, 2008. a 67%), väiksemate haiglate osa arstiabi andmisel väheneb pidevalt. Praeguse hooldusravi ja hoolekandesüsteemi puuduste tõttu on aktiivravi kohtadel sageli patsiendid, kes seda ei vaja. Eriti ilmneb see sisehaiguste erialal. Väiksemate haiglate roll arstiabi osutamisel järjest väheneb ja oli juba 2009. a ministeeriumi kunagi 2015. aastaks prognoositust palju väiksem. Need haiglad ei ole jätkusuutlikud.

Samas tõi audit välja, et seoses rahvastiku vananemisega suureneb järjest vajadus hooldusravi järele, mida seni pole olnud võimalik vajalikus mahus pakkuda ja aktiiv-

ravivõoideid kasutatakse paratamatult hooldusravi vajajate abistamiseks. Hooldusravi jaoks ei jätku ka finantse.

Auditi hinnangul vajab arendamist ka arstiabi esmatasand. Kui aga viiakse ellu esmatasandi tervishoiu arengukava, väheneb väiksemate haiglate seni kahanenud töömaht veelgi ja üha küsitavamaks muutub senise haiglavõrguga jätkamine (4). Riigikontroll on seisukohal, et mingi seni haiglas osutatava teenuse kaotamise või vähendamisega peab samal ajal seda kompenseerima esmatasandi teenusega (nt perearstivalvega).

Kliinikumi konverentsil esinenud Scandinavian Care'i spetsialist Göran Hellers, kes osales EHMP väljatöötamisel, märkis, et omal ajal Eesti jaoks pakutud 13 haiglat oli ka siis liiast. Praegu ta soovitaks tulevikus Eesti jaoks 6 haiglat: kaks Tallinnas, üks Tartus, Pärnus, Kirde-Eestis ja Kuressaares. Need peaksid olema vähemalt praeguse keskhaigla tasemega asutused, keskmiselt 1 haigla 216 000 inimese kohta. G. Hellers põhjendas seda seniste ja tulevikus jätkuvate suundumustega tervishoius: enam rakendatakse veretuid manipulatsioonide (radioloogilise, ultraheli kontrolliga), vähiravis suureneb kiiritus- ja keemiaravi osakaal, uued diagnostilised meetodid võimaldavad haiget uurida teda hospitaliseerimata. Kokkuvõttes tähendab see, et haiguste diagnoosimine ja paljude ravivõtete rakendamine saab võimalikuks väljaspool haiglat ka esmatasandil. Seega n-õ lihtsad, sagedasti ettetulevad haigused muutuvad veel lihtsamaks ja lihtsate juhtude hulk kasvab, rasked juhud muutuvad veelgi raskemaks (komplitseeritud, kulukas diagnoosimine ja ravi), kuid nende hulk väheneb. Lihtsaid juhte saab ravida kohapeal, rasked tuleb koondada. Ka erakorralise abi jaguneb lihtsaks ja raskeks. Erakorraliste juhtude adekvaatne käsitlemine eeldab kiiret, head ja meditsiiniliselt kompetentset transpordisüsteemi.

Sotsiaalministeerium on tõsiselt võtnud haiglavõrgu edasise arengu küsimusi ja

2009. a lõpul loodi laiapõhjaline ministri juhitud töörühm, mis formuleeris haiglavõrgu arendamise põhimõtted:

- igas maakonnas (kas haigla või tervisekeskuse tasemel) on tagatud pidev ööpäevaringne arsti valve;
- vähemalt keskhaigla tase peab olema tagatud Eestis neljas piirkonnas (Tallinn, Tartu, Pärnu, Ida-Virumaa);
- haiglaravi kättesaadavuse ajaliseks kriteeriumiks sagedamini esinevate haiguste puhul on üks tund autosõitu;
- haige tuleb hospitaliseerida võimalikult kiiresti õige tasemega haiglasse;
- kesk- ja piirkondlikel haiglatel on kohustus tagada ambulatoorse eriarstiabi kättesaadavus.

Nende eesmärkide elluviimiseks näeb töörühm kolm erinevat varianti, mille nõrgad ja tugevad küljed vajavad põhjalikku analüüsi.

Enese kui kodaniku ootused arstiabi korraldusele võttis minister H. Pevkur kliinikumi konverentsil esinedes kokku järgmiselt:

- perearst võtab vastu kodu lähedal;
- esmavajaliku abi sagedamini esinevate haiguste korral peaks saama maakonnakeskuses ööpäev läbi 7 päeva nädalas;
- kogu vajalik ja nüüdisajal võimalik arstiabi osutatakse Tallinnas ja Tartus, lisaks peab kiiret käsitlemist nõudvaid komplitseeritud juhte saama lahendada ka Kirde-Eestis (Jõhvi, Narva, Kohtla-Järve baasil) ja Edela-Eestis (Pärnu ja saared).

Elu on praeguseks selgeks teinud, et EHMPs toodud seisukohad ja prognoosid peavad paika ning neid põhimõtteid tunnustab ja peab järgimisväärseks ka Sotsiaalministeerium. Probleemiks jääb, kuidas neid ellu viia.

Tervishoid puudutab iga inimest ja selle korraldamine sõltub paljuski ka traditsioonidest, sellest, kus ja kuidas on inimesed harjunud abi saama. Seda kasutatakse osavasti ära poliitilistes debattides ja paraku tullakse välja ka populistlike lubadustega

sooviga erakonnale hääli püüda. Sellised kemplemised asja edasi ei vii ja haiglavõrgu areng peaks tuginema kanel analüüsil ning otsused arvestama reaalselt töömahtu ja võimalusi tagada parimat abi kvaliteeti ja majanduslikku otstarbekust.

TÜ Kliinikumi juhatuse esimehe Urmas Siiguri hinnangul peaks piltlikult öeldes haiglavõrk olema võrgustruktuur, mille sõlmedes on erineva suuruse ja funktsiooniga haiglad, mis on organisatoorselt seotud ühtseks tervikuks ühenduste kaudu, kus liiguvad nii patsiendid kui ka tervishoiuteenuste osutamiseks vajalikud inim- ja materiaalsed ressursid. Võrgu ülesanne on tagada, et iga patsient saaks optimaalse aja jooksul parima diagnostika ja ravi.

Seades eesmärgiks haiglate võrgustiku loomise, tuleb loobuda senisest standardmõtlemisest – kohalik-, üld-, kesk-, piirkondlik haigla kui ravietaapid. Samuti ei peaks arstiabi esmatasandit vaatama kui vaid perearste. Esmatasand kui tervisekeskus tulevikus osutab ilmselt peale üldarstliku abi ka teatud mahus eriarstiabi. Seal on võimalik haigeid vajaduse korral hospitaliseerida (nt pneumoonia, südamepuudulikkus jm). Võrgustik võimaldab operatiivsemalt korraldada tööd: arstid töötavad vahelduvalt ühe või teise taseme haiglates, teevad ambulatoorset vastuvõttu ka tervisekeskustes jm. Sellistes keskustes oleks vastuvõtt ka öhtutundidel, ka arsti või õe ööpäevane valve. Sellisest paindlikust töökorraldusest võidavad haiglad ja paraneb abi kvaliteet. Kuidas aga selleni jõuda? On kaks võimalust: ülevalt juhtimise või üksuste omavaheliste kokkulepete kaudu.

Praegu on raviasutused eraõiguslikud asutused: riik ei saa neid sundida, kuid võib mõjutada tegevuslubade andmise või äravõtmise või haigekassa lepingute kaudu. Kõik see on seadustega reguleeritud ja seaduste muutmine eeldab poliitilist üksmeelt. Üksmeelele jõudmine pole aga kerge. Küll aga võivad raviasutused omavahel kokku leppida funktsioonide, personali ja töömahu

jaotamises. Ka see pole kerge, kui aga terve mõistus ja majanduslik loogika appi võtta, võib ka üksmeelele jõuda.

Elu on mitmepalgeline, mitte ainult must ja valge. Meditsiin areneb ja uued võimalused avanevad viimastel aastatel

üha kiiremas tempos. Ka arstiabi korraldus ei saa paigal seista. See peab muutuma, muidu saab vananenud korraldus arengu piduriks.

eestiarst@eestiarst.ee

KIRJANDUS

1. Eesti haiglavõrgu arengukava 2002. http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/Tervisevaldkond/Tervishoid/HVA2002_1_.pdf.
2. Sinisalu V. Reformid Eesti tervishoius – edulugu ja õppetunnid. Eesti Arst 2007;86(6):428–32.
3. Sinisalu V. Muudatused haiglaliikide nõuetes. Eesti Arst 2008;83(3):170–2.
4. Peerna M, Suits S, Loom R. Kas riik on, arvestades rahvaarvu, tervishoiuteenuseid ja -töötajaid ning raha, suutnud kujundada optimaalse ja jätkusuutliku haiglatevõrgu? Eesti Arst 2010;89(2):139–47.