

# Kas riik on, arvestades rahvaarvu, tervishoiuteenuseid ja -töötajaid ning raha, suutnud kujundada optimaalse ja jätkusuutliku haiglavõrgu?

Meelis Peerna, Siiri Suits, Raina Loom –  
Riigikontroll

**Võtmesõnad:** rahvaarv, ravijuhud, tervishoiutöötajad, investeeeringud, Eesti haiglavõrgu arengukava 2002, „Hospital Master Plan“, tervishoiu esmatasand, hooldusravi, Riigikontrolli audit

**Riigikontroll uuris lõppenud auditis „Haiglavõrgu jätkusuutlikkus“, kuidas on alates praeguse haiglavõrgu tekkimisest muutunud patsientide, arstide ja raha liikumine ning kas kujundatud haiglavõrk on kooskõlas „Eesti haiglavõrgu arengukavaga 2002“ (HVA). Selgus, et haiglavõrgu arengukavas ette nähtud aktiivravi haiglavõrk on liiga suur ning jätkusuutmatu, sest kõigile haiglatele ei jätku tulevikus patsiente, kvalifitseeritud arste ega raha haiglate korrastamiseks.**

Eesti on viimaste aastakümnete jooksul tervisesüsteemi jõuliselt ümber korraldanud. Samas on Eesti tervishoiusüsteemis jätkuvalt probleeme ja uusi väljakutseid. Üheks olulisemaks neist on tervishoiukulude ja inimressursi säilitamine tasemel, mis tagab arstiabi kättesaadavuse ja kvaliteedi.

Eelmiste aastate majanduskasvu tingimustes ravikindlustuse eelarve suurenes, samuti kasvas ravijuhtude arv. 2008. aasta 3,033 miljonit ravijuhtu ületas kõik kunagised Sotsiaalministeeriumi prognoosid ning paistis, et raha ja ravijuhte jätkub kõigile. Viimaste aastate majandussuru-

tise tõttu järsult vähenenud riigieelarve on aga toonud hüppeliselt lähemale vajaduse tervishoius ja muudes valdkondades midagi muuta (mitte ainult Eestis, vaid ka paljudes teistes riikides). Et Eesti tervishoiukulutused on piiratud ning vähenevad tulevikus veelgi, on oluline teha õigel ajal ettevaata- vaid ja mõistlikke otsuseid.

## PATSIENDID LIIGUVAD SUURTESSE HAIGLATESSE

Patsient tähendab haiglale ühtaegu nii tööd kui ka raha, sest haiglale rahaallikas on patsiendi raviga kaasas käiv ravikindlustus- raha. Eesti rahvaarv väheneb pidevalt, seega kahaneb nii maksumaksjate kui ka potentsiaalsete patsientide arv. Võrreldes 1999. aastaga on Eesti rahvaarv praeguseks kahanenud ligikaudu 30 000 inimese võrra, olles 1,34 miljonit. See on mõjutanud eelkõige väiksemaid maakondi, mille elanike arv on ühtekokku vähenenud 8%. Ainuke maakond, mille rahvaarv viimase kümnendi jooksul on kasvanud, on Harjumaa.

Lisaks rahvaarvu vähenemisele väikestes maakondades on seased elanikud hakanud käima eriarstide juures rohkem Tallinnas ja Tartus. Riigikontrolli analüüs näitas, et üldhaiglatega maakondadest on aastatel 2002–2008 kodumaakonnas ravil käijate osakaal vähenenud 77%-lt 67%-ni (vt jn 1). See arv on juba praegu väiksem nii Sotsiaalministeeriumi arengukava valmimisel tehtud kui ka hiljem uuendatud prognoosist.

Detailsem analüüs näitas, et üldhaiglaga maakondadest liigutakse ravile kõrgema tasandi haiglaga maakondadesse. Senisest

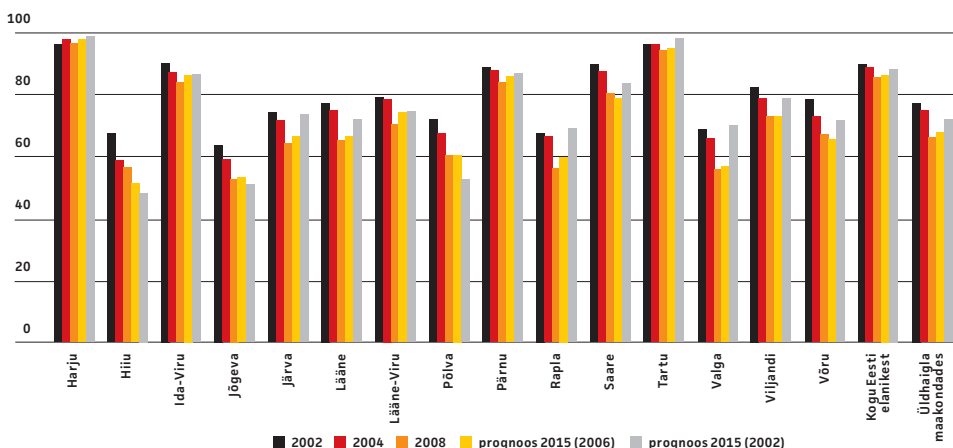
rohkem käivad teiste maakondade patsiendid Tartu ja Harju maakonna raviasutustes. Keskhaiglaga maakondadest on suurenenud vaid liikumine Pärnu maakonda (peamiselt Lääne, aga pisut ka Rapla maakonnast), Ida-Viru maakonda tullakse teistest maakondadest ravile jätkuvalt vähe.

Võib vaielda selle üle, millest täpselt on põhjustatud see, et üha rohkem patsiente saab ravi kõrgema tasandi haiglates. Kindlasti on see seotud nii kohapealse haigla võimalustega (kas on olemas erialapersonal) abi osutada kui ka tervishoiupoliitiliste ja ravi rahastamise otsustega. Samas peegeldab see ka patsiendi valmisolekut või soovi minna ravile kodust kaugemale, kuna kodumaakonnas käiakse kõige vähem just ambu-

latoorsel ravil, mida patsient saab statsionaarse raviga võrreldes rohkem valida ja planeerida.

**VÄIKESTE HAIGLATE ROLL ON JÄRJEST VÄHENENUD**

Kuigi kõikides haiglates on majanduskasvu ajal nii töö- kui ka rahahulk suurenenud, on üldhaiglate ja kohaliku haigla osa haiglaravis võrreldes suuremate haiglatega järjest vähenenud. Tabel 1 näitab haiglavõrgu arengukava haiglaliikide omavaheelist jaotust (välja on jäetud haiglavõrguvälised raviasutused) ning seda, et väiksemate haiglate roll on järjest vähenenud ning juba praegu kunagi 2015. aastaks prognoositust palju väiksem.



**Joonis 1.** Kodumaakonna raviasutustes ravil käimise osakaal (%) maakonniti aastatel 2002, 2004 ja 2008 ning Sotsiaalministeeriumi 2002. ja 2006. aasta prognoosi kohaselt aastaks 2015. Allikas: Eriarstiabi tarbimine maakonniti aastatel 2002 ja 2004 Eesti Haigekassa andmetel, Eesti Haigekassa 2008. a raviarved, haiglavõrgu arengukava aastani 2015 lisad ning Sotsiaalministeeriumi 2006. aastal koostatud uued prognoosid, Riigikontrolli analüüs

**Tabel 1.** Eesti Haigekassa ostetavate eriarstiabi ravijuhtude jagunemine (%) aastatel 2001 ja 2005–2008 HVA haiglaliikide vahel

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

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

Kui n-õ headel aegadel oli patsiente rohkem kõikides haiglates, sest haigekassa sai tänu suuremale eelarvele tasustada patsientide ulatuslikumat ravi, siis nüüd, kui raha on vähem, kahaneb patsientide (ravi-juhtude) arv kõikjal. Mõnevõrra võiks arengukava haiglaid aidata see, kui haiglavõrguvälised raviasutused annaksid osa teenuseid üle haiglavõrgu haiglatele. Kui Eestis kokku on HVA-väliste asutuste teenuste osakaal 8,2%, siis mitmes maakonnas on see osa tunduvalt suurem, nt Lääne-Viru (2008. a 19% teenuste mahust), Jõgeva (23%) ja Võru (13%) maakonnas. Jõgeva ja Rakvere haigla sõnul on selline olukord tingitud eeskätt sellest, et haiglate loomisel eraldati ambulatoorne eriarstiabi haiglast. Haigekassa juhatuse esimees nõustus Riigikontrolli soovitusel suurendada haiglavõrgu arengukava haiglate teenustemahtu haiglavõrguväliste haiglate arvel, kuid arvas, et tulenevalt piirkondlikust eripärast ei pruugi selline lahendus igale poole sobida.

### HOOLDUSRAVI JA ESMATASAND VAJAB TUGEVDAMIST

On tõenäoline, et praeguse hooldusravi ja hoolekandesüsteemi korralduse puuduste tõttu saab osa patsiente aktiivravi, mida neil tegelikult vaja ei ole. Senini korras- tamata hooldusravisüsteem on avaldanud survet haiglate aktiivravile kõige rohkem sisehaiguste erialal. Haigekassa 2002. ja 2007. a kliinilised sisehaiguste eriala auditid maakonnahaiglates näitasid, et peaaegu

pooled patsientidest olid kas põhjenda- matult hospitaliseeritud või jäid haiglasse põhjendamatu kauaks. Paljudel juhtudel vajas patsient tegelikult hooldusravi.

Sisehaiguste erialal on kahanenud vaid kõrgema etapi haiglate ravijuhtude arv, üldhaiglates ja kohalikus haiglas ületab juhtude arv prognoositut oluliselt. Ühest küljest peegeldab sisehaiguste eriala ravi-juhtude kuhjumine üldhaiglatesse kõrgema etapi haiglate väiksemaid võimalusi (või motivatsiooni) selliste patsientidega tege- leda. Veelgi enam näitab see aga Riigikont- rolli arvates rahvastiku vanemate inimeste osakaalu kasvuga kaasnevat järjest suuremat vajadust hooldusravi järele, mida ei ole aga seni olnud võimalik vajalikus mahus pakkuda.

Auditi lõpetamise ajal oli Sotsiaalmi- nisteeriumil käsil hooldusravi põhimõtete uuendamine ning ELi tõukefondide raha eraldamine haiglatele hooldusravi infra- struktuuri tugevdamiseks. Samas ei ole Sotsiaalministeeriumi sõnul veel otsus- tatud, kust tuleb lisaraha hooldusravi- vooditel osutatavate teenuste rahastami- seks. Ainuke lisatulu allikas on patsient, kes 2010. aastast kehtiva hinnakirja järgi maksab hooldusravist ise 15%. Sellest aga ei tule Riigikontrolli hinnangul piisa- valt lisaraha, et teenuste mahtu oluli- selt suurendada. Lisaks on oht, et kui patsiendil omaosaluseks võimalust ei ole, jääb ta hooldusravist ilma. Teiseks ohuks on, et omaosaluse vältimiseks näidatakse,

**Tabel 2.** Näiteid esmatasandi arengukavas toodud eesmärkidest, mis vähendavad eriarstiabi raviteenuste hulka

Indikaator	2006	2010	2015
Tervisekeskuste arv, kus ka õhtusel ajal ja puhkepäeval on kättesaadav üldarstiabi teenus	1	2	15
Perearstiabi osakaal kõikidest vastuvõttudest ja visiitidest	51%	52%	56%
EMOst koju pöördunute osakaal	72%	69%	63%
Ootamatu terviseprobleemi korral omal käel või perearsti (nõuandetelefoni) abil hakkama saajate osakaal	78%	82%	85%
Diabeedi tõttu hospitaliseeritute arv 100 000 inimese kohta	221,5	207	185
Hüpertoonia tõttu hospitaliseeritute arv 100 000 inimese kohta	618	570	510
Esmatasandil (perearsti või ämmaemanda poolt) jälgitud rasedate osakaal	15,9%	vähemalt 20%	50%

et patsient saab hoopis aktiivravi. Sel juhul mahub haiglatesse omakorda vähem tegelikke aktiivravi vajajaid.

Riigikontroll peab oluliseks, et võimalike muutustega aktiivravi haiglavõrgus kaasneks hooldusravi osakaalu suurendamine eelkõige maakondlikes aktiivravihaiglates, kus on juba olemas pädev personal ja eeldused väiksemate kulutustega infrastruktuuri (hooned ja meditsiiniseadmed) korrastamiseks. See võimaldaks ühtlasi suurendada ka nende haiglate finantsjätakuutlikkust.

Hooldusravi kõrval vajab arendamist ka esmatasand. Audit näitas, et Eestis on vältimatu ravi osa 2008. aastal võrreldes 2004. aastaga suurenenud just ambulatoorse ravi puhul, mis on kasvanud 14,5%-lt 16,8%-ni. Haiglate esindajate kommentaaride alusel tuleb suur osa vältimatut ravi vajavaid patsiente haiglasse vastuvõtule perearsti tööajal.

Praeguse rahastamise ja teenuse osutaja valiku tingimustes sisaldab vältimatu abi lisaks kohest sekkumist vajavate haigete ravile teenuste osutamist ka nendele, kes pöörduvad tervishoiusüsteemi tõrgete tõttu (kättesaadavus, perearsti võimalused probleemi lahendada) haigla erakorralisse vastuvõttu või osakonda arsti juurde. Need probleemid on välja toodud ka sotsiaalministri kinnitatud dokumendis „Esmatasandi tervishoiu arengukavad aastateks 2009–2015“, millest valik tulemusnäitajaid on toodud tabelis 2.

Nende eesmärkide saavutamine vähendaks nii haiglate erakorralise meditsiini kui ka teiste osakondade koormust. See tähendaks aga ka, et esmatasandi arengukava elluviimisel väheneb väiksemate haiglate seni kahanenud töömaht veelgi, mistõttu muutuks veelgi küsitavamaks senise haiglavõrguga jätkamine. Samas on Riigikontrolli arvates küsitav, mil määral suudetakse järgnevate aastate majandusurutise tingimustes esmatasandi arengukava elluviimist tagada. Riigikontroll peab aga väga oluliseks, et võimalikud muuda-

tused haiglate töö korralduses toimuksid samal ajal esmatasandi tugevnemisega. Mingis haiglas teenuse (näiteks valveringide) kaotamise või kokkutõmbamisega peab samal ajal kaasnema selle kompenseerimine esmatasandi teenusega (näiteks perearstivalvega). Samal ajal statsionaarsete teenuste kokkutõmbamisega peab kohapeal laiendama ambulatoorsete (sh esmatasandi) teenuste valik, maht ja kättesaadavus.

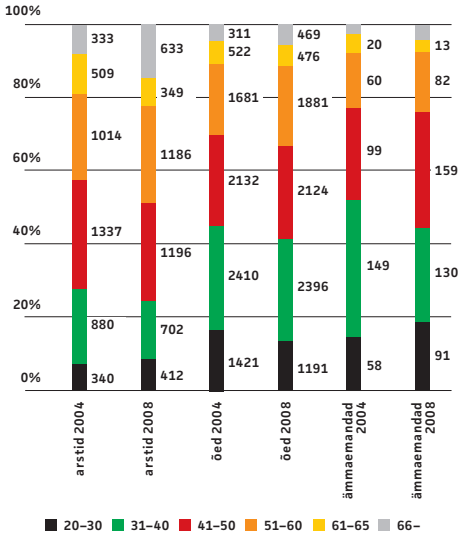
### TERVISHOIUTÖÖTAJASKOND VANANEB JA PENSIONIEALISTE ARSTIDE ARV KASVAB

Rahvusvahelist võrreldavat statistikat tervishoiutöötajate pensioniealiste osakaalu ja keskmise vanuse kohta ei ole. Erinevate uuringute ja WHO ülevaadete põhjal saab järeldada, et vähemalt arstide pensionieas töötamine ja keskmine vanus arenenud riikides on kasvanud. Nii on ka Eestis. Võrreldes Eesti andmeid nende üksikute riikide andmetega, mis on kättesaadavad, on Eestis arstide vanuseline olukord halvem. Riigikontrolli analüüs näitas, et võrreldes 2004. aastaga oli 2008. aastal tervishoiusektoris töötavate arstide, õdede ja ämmaemandate keskmine vanus suurenenud. Teravam on probleem arstide osas, sest nende keskmine vanus on õdedest ja ämmaemandatest märgatavalt kõrgem ning uute arstide koolitusperiood on samas oluliselt pikem (vt tabel 3).

**Tabel 3.** Tervishoiusektoris töötavate tervishoiutöötajate keskmine vanus aastal 2004 ja 2008

	2004	2008	Muutus aastates
Arstid	48,2	49,8	+1,6
Õed	43,2	44,6	+1,4
Ämmaemandad	41,9	42,3	+0,4

Tervishoiusektoris töötavate tervishoiutöötajate vanuseline jaotus näitab, et arstidest olid 2008. aastal pea pooled üle 50aastased. Üle 50aastaste õdede ja ämmaemandate osakaal on märgatavalt väiksem



**Joonis 2.** Tervishoiusektoris töötavate tervishoiutöötajate jagunemine vanuserühmiti 2004. ja 2008. aastal.

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

(vt jn 2). Samas on, tulenedes arstiõppe ja residentuuri vastuvõtu kasvust viimasel kümnendil, kuni 30aastaste arstide osakaal 2008. aastal kasvanud (sama tendents on ka ämmaemandatega).

Eesti tervishoiusektoris töötavatest arstidest oli 2004. aastal 15% pensionieas ja 2008. aastal oli see näitaja juba 19%. 2008. aastal oli tervishoiusektoris pensioniealisi

**Tabel 4.** Põhikohaga (rohkem kui 50% 2008. a töötasust saanud ühest haiglast) haiglates töötavate tervishoiutöötajate keskmine vanus 2008. aastal haiglaliigiti

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

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

õdesid 8% ja ämmaemandaid 5% (2004. a vastavalt 7,6% ja 5%). Pensioniealisi arste oli arengukavahaiglates 2008. aastal 16% (2004. a 14%). Pensioniealisi õdesid oli 7,4% ja ämmaemandaid 5% (2004. a olid osakaalud samad). Arstide keskmine vanus oli 2008. aastal 48,1; õdedel 43,7 ja ämmaemandatel 42,1 aastat (2004. a arstidel 48,2; õdedel 43,2; ämmaemandatel 41,9).

Haiglaliigiti on põhikohaga töötajate (tervishoiutöötaja on 2008. a töötasust rohkem kui 50% saanud ühest haiglast) pensioniealiste osakaal ja keskmine vanus väga erinev. Selgub, et põhitöökohaga töötavatest arstidest, õdedest ja ämmaemandatest noorimad töötavad piirkondlikes ja keskhaiglates ning vanimad üld- ja kohalikus haiglas (vt tabel 4).

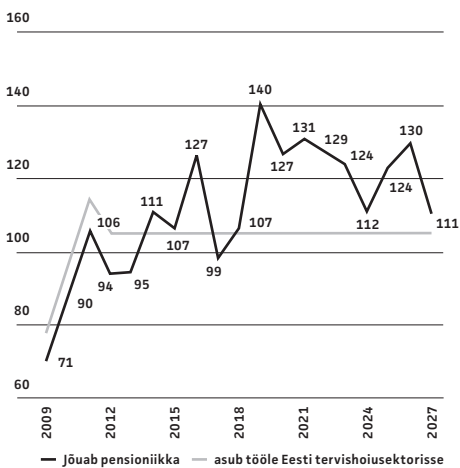
**ARSTIDE PEALEKASV EI OLE PIISAV**

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

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

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

Tulenevalt arstide vanuselisest struktuurist hakkab aga alates 2014. aastast jõudma igal aastal pensioniikka märgatavalt rohkem arste, kui prognoositavalt residentuuri lõpetajatest Eesti tervishoiusektorisse tööle



**Joonis 3.** Ajavahemikul 2009–2027 igal aastal pensioniikka jõudvate arstide arv ja prognoositav Eesti tervishoiusektorisse tööle asuvate residentuuri lõpetajate arv (v.a hambaarstid).

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

**Tabel 5.** Tõenäoliselt ainult väljaspool Eestit töötavate tervishoiutöötajate hulk ja osakaal koguressursist aastatel 2004 ja 2008

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

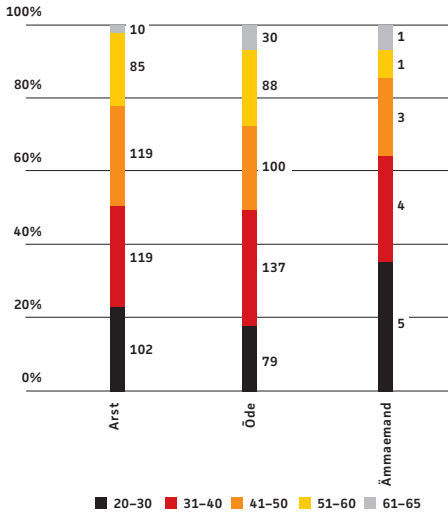
Allikas: tervishoiutöötajate register, Maksu- ja Tolliamet, Sotsiaalkindlustusamet, Riigikontrolli analüüs

asub. Prognoosis on arvestatud, et residentuuri vastuvõtt jääb edaspidi 2009. aasta tasemele. Näiteks jõuab aastatel 2014–2018 pensioniikka kokku 551 arsti ja residentuuri lõpetab samal perioodil prognoositavalt 526 arsti. Aastatel 2019–2027 kasvab pensioniikka jõudvate arstide arv aasta kohta veelgi (keskmiselt 125 arsti aastas). See ületab juba tunduvalt viimaste aastate residentuuri vastuvõttu (2007. a oli vastuvõtt 107, 2008. a 112 ja 2009. a 121). Kõik residentuuri lõpetajad ei asu aga tööle Eesti tervishoiusektorisse (vt jn 3).

**VÄLISMAAL TÖÖTAVATE ARSTIDE JA ÕDEDE ARV KASVAB**

Võrreldes 2004. aastaga on oluliselt kasvanud selliste tervishoiutöötajate registris olevate arstide ja õdede arv, kes 2008. aastal Eestist mingisugust sotsiaalmaksuga maksustavat tulu ei saanud (ei tegutsenud ka FIEna) ja vanemapuhkusel, lapsehoolduspuhkusel või pensioniealised ei olnud. Selliste arstide hulk on kasvanud 4 aastaga 256-lt 435-ni, õdede arv 203-lt 434-ni ja ämmaemandate arv vähenenud 29-lt 14-ni (vt tabel 5). Paljud nendest arstidest, õdedest ja ämmaemandatest võivad suure tõenäosusega töötada täiskohaga välismaal. Tulemustest saab järeldada, et arstide ja õdede hulgas on võimalik välismaal töötajate hulk 4 aastaga kasvanud kaks korda. Neile võimalikele välismaal töötavatele tervishoiutöötajatele lisanduvad veel need, kes töötavad korraka nii Eestis kui ka välismaal (valdavalt Soomes).

Võimalike välismaal töötajate seas on pooled arstid ja õed 40aastased või nooremad (vt jn 4). Seega on arvestusväärne hulk neist



**Joonis 4.** 2008. aastal võimalike välismaal töötajate jagunemine vanuserühmiti.  
Allikas: tervishoiutöötajate register, Maksu- ja Tolliamet, Riigikontrolli analüüs

parimas tööeas ning nad võivad tingimuste paranedes Eestisse tagasi tulla.

Alates 2004. aasta veebruarist väljastab Tervishoiuamet ELi riikidesse tööle minna soovijatele tõendi. Tervishoiuameti praktika näitab, et tõend küsitakse ka nendel juhtudel, kui soovitakse tööle asuda ELi-välisesse riikidesse. Ajavahemikul 2004–2008 väljastati arstidele (v.a hambaarstid), õdedele ja ämmaemandatele kokku 1085 tõendit. Kõik nendest ei ole välismaale tööle asunud või on nende töötamine välismaal olnud lühiajaline. Näiteks sai 2008. aastal nendest tõendi võtjatest Eestist mingisugust tulu 580 tervishoiutöötajat, seega töötasid

**Tabel 6.** Ajavahemikul 2004–2008 Tervishoiuametist tõendi võtnute töötamine Eestis 2008. a

	Arst	Õde	Ämmaemand
Tõend väljastatud 2004–2008	624	442	19
2008 sai töötasu Eestist	333 (53%)	236 (53%)	11 (58%)
2008 töötas tervishoiusektoris	305 (49%)	214 (48%)	11 (58%)

Allikas: Tervishoiuamet, Maksu- ja Tolliamet, Riigikontrolli analüüs

üle poole tõendi väljavõtjatest vähemalt osaliselt Eestis ning enamik sai tulu tervishoiusektorist (vt tabel 6).

**RAHA INVESTEERINGUTEKS EI JÄTKU**

Auditi käigus analüüsis Riigikontroll ka riigi tegevust haiglahoonetes vajalike investeeringute tagamisel perioodil 2002–2009 ja haiglate majandustegevust perioodil 2004–2007. Juba 2002. aastal oli haiglavõrgu korrastamiseks tehtud töö tulemusel selge, et halvas olukorras haiglahoonete ümberehitamiseks ja renoveerimiseks vajalikud kulutused on väga suured ning ravikindlustusest ei ole võimalik vajalikeks investeeringuteks raha leida. Sellele vaatamata ei ole riik suutnud tänaseni haiglate ehitus- ja renoveerimiskulude tagamiseks jätkusuutlikke otsuseid langetada. Euroopa Regioonarengu Fondi raha on küll suunatud kõige olulisemate haiglate kordategemisse, kuid sellest ei piisa kõigi arengukavahaiglate tänapäeva nõuetega vastavusse viimiseks. Riigieelarvest ei ole investeeringuteks vajalikul hulgal raha leitud.

Probleem, et Eesti tervishoiusektoris ei toimu piisavat kapitali taastootmist, on ka praegu aktuaalne. Tabelist 7 on näha, et Eestis on võrreldes nende arenenumate Euroopa riikidega, kelle kohta andmed olemas on (Norra, Taani, Saksa, Tšehhi), kapitaliinvesteeringute osa jätkuvalt väga palju väiksem ning see on ka aastate jooksul vähenenud. Kõige suurem on kapitaliinvesteeringute kogusumma osakaal tervise kogukuludest Norras, ulatudes 2006. aastal 6,3%-ni. Eestis oli see näitaja 2007. aastal 1,5%. Rahasummana väljendades oli 2007. a kapitalikulu 191 miljonit krooni. Tegelik kapitaliinvesteeringute osakaal on mõnevõrra suurem, sest praeguse meetodika järgi on arvestamata haigekassa tervishoiuteenuste piirhinda arvestatud hoonete ja seadmete kulu komponent (2008. a oli see summa kokku 168 miljonit). Kuid võttes arvesse suurt investeeringuvajadust, ei ole ikkagi ka praegu kapitali säilitamine ja taastootmine piisav.

**Tabel 7.** Kapitaliinvesteeringute osakaal (%) tervise kogukuludest\*

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

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

Allikas: WHO

Samal ajal on haiglate hoonetesse investeerimise vajadus suur. 2009. a oktoobri seisuga on praegu nii haiglate funktsionaalsete arengukavadega kinnitatud kui ka ainult haiglate endi hinnatud investeerimisvajadus hoonetesse, arvestades haiglavõrgu arengukava kinnitamisest kuni praeguseni juba tehtud investeeringuid, veel vähemalt 8,6 miljardit krooni. Lisaks vajavad haiglad investeeringuid hooldusravisse hinnanguliselt vähemalt 1 miljardi krooni ulatuses (vt jn 5).

kergesti haavatav. Kõigi arengukavahaiglate tegevuskuludest kokku on perioodil 2004–2007 kõige suurem tööjõukulude osakaal, moodustades 2007. a 51%. Järgnevad tegevuskuludest ostetud kaubad ja materjalid 20% ning majanduskulud 10% (2007. a). Tegevuskuludest moodustavad väikese osakaalu ostetud tööd ja teenused, kulum ja allahindlus ning ärikulud. Koolituskulude osakaal on 2004. aastaga võrreldes koguni vähenenud. Kõik haiglate juhid on intervjuudes kinnitanud, et ilma riigi, kohaliku omavalitsuse või välisinvestorite rahalise toeta ei ole haiglate hoonetesse võimalik investeerida.

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

**Joonis 5.** Haiglavõrgu arengukava haiglate planeeritud, praeguseks tehtud ja veel vajalikud investeeringud kokku (miljonit krooni).

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

Haiglatel on praeguse rahastamise juures väga keeruline investeerimise hoonetesse teha, sest haiglate tulu teenimise võimalused on piiratud ja haiglate tegevus ravi-kindlustusraha alalaekumise tõttu väga

**KOKKUVÕTTEKS**

Auditi tulemusena leidis Riigikontroll, et haiglavõrgu arengukavas ette nähtud aktiiv-ravihaiglate võrk on liiga suur ning jätkusuutmatu, sest kõigile haiglatele ei jätku tulevikus patsiente, kvalifitseeritud arste ega raha haiglate korrastamiseks. Halvimas olukorras on väiksemad haiglad, kes teenuste osutamise ja rahastamise piiratud tingimustes ning elanike väikese arvu tõttu maakonnas ei suuda võtta põhikohaga tööle vajalikke arste ning kelle investeerimisvõimekus on praegust rahastamist arvestades kehvem kui suurematel haiglatel.

Oleks suurepärane, kui riik suudaks tagada heal tasemel haiglaravi kõikides maakondades, olgu need siis nii väikesed kui tahes. Samuti on meeldiv saada parima kvaliteediga arstiabi oma kodukohas. Praktika näitab aga, et seni ei ole riik tahtnud või suutnud teha ühtki olulist sammu



väikehaiglate olukorra parandamiseks. Ka Eestiga sarnase asustustihedusega jõukamad riigid ei leia vahendeid nii suure haiglavõrgu ülalpidamiseks (näiteks Soome, Rootsi, Norra).

Riigi seniseid tegemisi ja praeguseid plaane analüüsid ei näe Riigikontroll, et riigis oleks tahet ja majanduslikult võimalik kõiki haiglaid tugevdada, jättes neile ülesanded, nagu neil seaduse kohaselt praegu on. Seetõttu oleks Riigikontrolli hinnangul õiglasem ja tõhusam korrastada tervishoiuteenuse pakkumine, jättes haiglatele alles need funktsioonid, mida nad perspektiivis suudavad täita. Riigikontroll soovitas sotsiaalministril ajakohastada aastal 2010 haiglavõrgu arengukava. See ei tähenda ilmtingimata uut haiglareformi, vaid alustada tuleks juba olemas olevate „Hospital Master Plan“i ja „Eesti haiglavõrgu arengukava 2002“ kriitilise pilguga ülevaatamisest. Aktiivravi haiglavõrk peab olema mõistlik kompromiss eriarstiabi piirkondliku pakumise ja ressursiliste võimaluste vahel.

Riigikontroll soovitas arengukava koostamisel silmas pidada eelkõige järgmist:

- Parandada tuleks esmatasandi arstiabi ja hooldusravi kättesaadavust. See korvab

aktiivraviteenuste osutamise kohtade vähendamist.

- Kaaluda varianti, kus piirkondlikul ja keskhaiglal on kohustus osutada teatud ambulatoorseid ja/või päevastatsionaarseid teenuseid üldhaiglaga maakondades. See tagab kvaliteetse eriarstiabi parema kättesaadavuse.
- Lisada loodavasse haiglavõrgu arengukavasse realistlik aktiivravivõrgu investimisplaan ning näha ette ajakava ja raha selle elluviimiseks.
- Hinnata üle personalivajaduse prognoos, lähtudes uuest haiglavõrgust, ning viia sellega vastavusse nii arstide erialade arengukavad kui ka koolitustellimus.

Detailsemalt saab analüüse lugeda „Haiglavõrgu jätkusuutlikkuse“ auditi aruandest Riigikontrolli kodulehelt [www.riigikontroll.ee](http://www.riigikontroll.ee).

#### TÄNUVALDUS

Täname kõiki haiglate juhte ja teisi haiglate esindajaid, kellega auditi käigus kohtusime ning kes andsid omapoolse panuse auditi valmimisele.

*meelis.peerna@riigikontroll.ee*