

# Eesti hooldusravivõrgu arengukava 2004 - 2015

**1. Arengukava elluviimise periood** hõlmab ajavahemikku 2004 – 2015.

**2. Valdkonna hetkeolukorra kirjeldus, probleemide ja lahenduste analüüs ning keskkonnast tulenevad riskid.**

## **2.1. Lähteolukord**

Eesti tervishoiu- ja hoolekandesüsteemide lahusus on viinud olukorrani, kus elanikel on raskendatud nende tervislikust seisundist või sotsiaalsest olukorrast tulenevate vajaduste rahuldamiseks mõeldud teenuste kasutamine. Põhijoontes on probleemid järgmised:

- haiglates on patsiendid, kes ei vaja ööpäevaringset professionaalset arstiabi vaid kvaliteetset õendusabi;
- hoolekandeesutustes elavad inimesed, kellel on peale hooldusvajaduse ka vajadus tervishoiuteenuste (õendusabi) järele;
- haiglates pakutavate raviteenuste finantseerimine on ajaliselt piiratud (hooldusravi vooditel kuni 120 päeva);
- haiglavõrgu olemasolev struktuur töötab aktiivravi osutamiseks ning hooldusravi teenuse osutamine ei ole prestiižne;
- puuduvad või on vähearenenud päevaste ja koduteenuste vormid, mistõttu on inimesed sunnitud minema haiglasse või hooldekodusse.

Eesti haiglavõrgus oli seisuga 2003 aasta 30.september Sotsiaalministeeriumi statistiliste andmete põhjal 8084 ravivoodit, neist aktiivravi voodeid 6076 (koos taastusravi, psühhiaatria ja tuberkuloosi vooditega 7163), hooldusravi voodeid oli 921. Sealjuures teenuseosutajate telefoniküsitluse andmetel oli hooldusravi voodeid 2003. aasta oktoobris ravikindlustuse rahastamisega kaetud 875 (vt lisa 1 lk 14). Eesti Haiglavõrgu Arengukava 2002 järgi peaks aktiivravi voodite arv vähenema aastaks 2015 3200-ni. Selleks tuleb luua võimalused suunata haiged, kes kulukat ja kõrgtehnoloogilist aktiivravi enam ei vaja, ravivõrgu järgmistesse etappidesse, mis kataksid vajaduse teenuste järele. Selliste teenuste pakkumine on hooldusravivõrgu ülesanne. Eeltoodust lähtuvalt on toimiva hooldusravivõrgu olemasolu tihedas seoses kogu haiglavõrgu arenguga.

Arvutuste kohaselt (10 voodit 1 000 65-aastase ja vanema elaniku kohta) vajab Eesti 2015. aastaks 2100 hooldusravi voodikohta, 2003 aasta oktoobri seisuga on neid koos nn tasuliste vooditega 1134. Praegustel kohtadel võib patsient viibida vaid 120 päeva, aastaks 2015 peaksid kõik 2100 voodikohta olema ilma ajalise piiranguta ning hooldusravi kestus sõltub vajadusest.

**Tabel 1. Ravikindlustuse kulud hooldusravile (tuh krooni)**

Ambulatoorse ja statsionaarse hooldusravi eelarve	2002	2003 eelarve	2003 täitmine	2004 eelarve	Muutus 2004E/2003E %
Statsionaarne hooldusravi	48 064	73 028	68 567	88 216	20,8%
Ambulatoorne hooldusravi, sh	942	7 032	6 452	7 496	6,6%
<i>Koduõendus</i>	-	4467	4742	4196	-6,1%
<i>Vähihaigete kodune toetusravi</i>	942	1575	1710	1400	-11,1%
<i>Geriaatrilise hindamine</i>	-	990	0	1900	91,9%
Hooldusravi kokku	49 006	80 060	75 019	95 712	19,6%

Haigekassa andmetest selgub, et ravikindlustuse kulutused hooldusravile on aasta-aastalt suurenenud. 2003 aasta eelarve täitmine geriaatrilise hindamise teenuse osas ei käivitunud nagu algselt planeeriti ning vabanenud vahendid suunati statsionaarse hooldusravi teenuse rahastamiseks. 2004 aastal planeeritakse suurendada kogu hooldusravi rahastamist 19,6% võrra 2003 aastaga võrreldes.

Ajaliselt piiramatu statsionaarse hooldusravini jõudmine tähendab uue rahastamisskeemi leidmist, kus oleksid kaasatud nii omavalitsused kui ka omaosalus sarnaselt hooldekodu kohtade rahastamisega. Kõige olulisemaks riskiks hooldusravi arengukava rakendamisel saab pidada võimalust takerduda kõiki osapooli rahuldava rahastamisskeemi leidmisel. Ilma selleta aga – vaid ravikindlustuse vahenditest rahastatuna – ei ole võimalik jõuda lõppeesmärgini.

Statsionaarse hooldusravi kõrval tuleb oluliselt tõsta koduõendusabi teenuste mahtu ning luua päevase õendusabi teenuste võrk. Need ambulatoorse hooldusravi teenused aitavad vähendada vajadust statsionaarse ravi järele, olles samas tunduvalt odavamad. Sealjuures otsuse, milline teenus kõige paremini rahuldab patsiendi vajadusi, peavad langetama pädevad spetsialistid ning otsus peab põhinema seisundi igakülgisel hindamisel.

Hooldusravi teenuste ja nende osutajate konkreetne paigutus tuleb otsustada maakonna tasandil tulenevalt piirkonna vajadusest ning arvestades ressursside otstarbekaks kasutamiseks ka hetkel olemasolevaid võimalusi. Sellest tulenevalt on hooldusravi arengukava rakendamise eelduseks maakondlike arengukavade väljatöötamine ühtsete kriteeriumite alusel. Lisaks kohapealsete vajaduste ja ressursside heale tundmisele on planeerimise maakondlikule tasemele viimisel oluline osa ka omavalitsustele ja selle valdkonna eest vastutavatele isikutele hooldusraviga seotud probleemide ning nende mitmekülgsete lahendusvõimaluste teadvustamisel.

Arengukava realseks elluviimiseks on oluline kaasata kõik osalevad instantsid protsessi selle alguses.

Rakendamise õnnestumise seisukohalt on oluline ka kindlasti asjaolu, et teenuseosutajate poolt järgneks huvi ja soov reageerida sedavõrd kiirele mahtude tõusule, nagu arengukava ette näeb. Eriti peab seda arvestama kodu- ja päevaõendusabi teenuste puhul ning õigeaegselt rakendama vastavaid meetmeid

(teavitamine, koolitusvõimaluste edasiarendamine, paindlik rahastamine, teenusepakujate huvi tõstmine läbi avalike konkursside).

## 2.2. Sihtgrupp

Hooldusravi sihtgruppi kuuluvad kõik püsiva tervisekahjustuse ja funktsionaalsete häiretega inimesed, kes vajavad pidevalt või perioodiliselt õendusabi ning hoolekannet. Sihtgrupi enamuse moodustavad 65-aastased ja vanemad inimesed, kes moodustavad 25% ka praegustest haiglasviibijatest. Aastal 2000 oli Eestis 208 574 elanikku vanuses 65 aastat ja üle selle, mis moodustas 14,5% elanikkonnast, kuid rahvastikuteadlaste prognoosi kohaselt kasvab eakate hulk aastaks 2014 kuni 17%-ni ning nende seas kasvab üle 80-aastaste osakaal 70%võrra. Seda tõendab asjaolu, et 2003 aastal moodustasid 65-aastased ja vanemad inimesed 15,9% elanikkonnast. Seega kolme aastaga on eakate osakaal suurenenud 1,4%, mis annab põhjust arvata, et aastal 2014 võib see olla suuremgi kui 17%.

Tüüpiline hooldusravi vajaja on enamasti eakas ja mitme kroonilise haigusega inimene, kes vajab abi ravi protseduuride tegemisel ning ei saa hakkama igapäevaelu toimingutega ehk **multiprobleemne toimetulekuhäirega täiskasvanud inimene (vanusepiirideta) ehk geriaatriline patsient**.

## 2.3. Mõisted

**Hooldusravivõrk** koosneb aktiivravihaiglate geriaatriaosakondadest, hooldushaiglatest (õenduskodudest), päevase ja koduse õendusabi üksustest.

**Geriaatriaosakond** on aktiivravihaigla spetsialiseeritud osakond, mille tegevuse sihiks ja eripäraks on meditsiiniliste ja sotsiaalsete vajaduste diagnostika ning edasise hooldusravi/hoolduse vajaduste määramine. Osakonnas osutatakse geriaatrilist arstiabi ja hindamisteenust ning kõrgemal tasemel õendusabi. Ravikestvus on kuni 30 päeva.

**Hooldushaigla**<sup>1</sup> on statsionaarne hooldusraviasutus, kus patsiendi viibimine on ajaliselt piiramata. Osutatakse nii tervishoiuteenuseid (õendusabi) kui ka hoolekandeteenuseid.

**Päevase õendusabi keskus** on õendusabi osutamiseks loodud hooldushaiglaga, haiglaga, perearstipraksisega või päevase õendusabi seotud või iseseisev majandusüksus, kus patsiendile pakutakse päevase külastuse ajal erinevaid tervishoiuteenuseid.

**Koduse õendusabi keskus** on õendusabi osutamiseks loodud hooldushaiglaga, haiglaga, perearstipraksisega või päevase õendusabi keskusega seotud või iseseisev majandusüksus. Koduõe ülesandeks on osutada patsiendile tervishoiuteenuseid visiidi vältel tema kodus.

**Interdistsiplinaarne (geriaatriline) hindamismeeskond ehk geriaatriameeskond** on töörühm, kes teostab kliendi vajaduste hinnangut ja koostab individuaalse hooldusraviplaani. Meeskonna koosseisu kuuluvad arst (geriaater või geriaatria-alase ettevalmistusega sisearst), õde, sotsiaaltöötaja ning vajadusel teised spetsialistid. Reeglina teostatakse esmane vajaduste hinnang haigla geriaatriaosakonnas, aga ka

---

<sup>1</sup> Tervishoiuteenuste korraldamise seaduses on fikseeritud termin "hooldushaigla", kuid meditsiiniterminoloogia komisjoni soovitusel on kasutusele võetud täpsema terminina "õenduskodu". Üleminekuperioodil võib kaaluda mõlema termini kasutamist sünonüümidena.

päevase hooldusravi tasandil või isiku elukohas perearsti, raviarsti või sotsiaaltöötaja suunamisel.

**Üldhooldekodu ja avahooldus** ei kuulu otseselt hooldusravivõrku, kuid on sellega tihedas seoses ning seetõttu käsitletakse käesolevas arengukavas teenustevõrgu osana ka hooldekodu.

**Üldhooldekodu** on vanuritele ja puuetega isikutele elamiseks ja hooldamiseks loodud asutus, kus ei osutata tervishoiuteenuseid.

**Avahooldus** hõlmab isikule kodustes tingimustes osutatavad hoolekande teenused, mis aitavad tal harjumuspärasel keskkonnas toime tulla.

**Rohkete ja mitmekesiste probleemidega** inimeste juurdepääs kõigile teenindustasanditele toimub interdistsiplinaarse meeskonna poolt teostatud hinnangu alusel, mis tagab kliendi liikumise just sellele tasandile, mida ta vajab ning tagab ressursside optimaalse kasutuse.

**Ühe kindla probleemi** (väheste probleemide) korral annavad hinnangu raviarst (perearst) ja sotsiaaltöötaja. Mõlemal juhul kaasatakse otsustamisprotsessi klient ja tema perekond.

### 3. Üldeesmärgid

- **Paranenud on nii ambulatoorse kui statsionaarse hooldusravi teenuste kättesaadavus ja kvaliteet ning ravikindlustuse vahendite eesmärgipärane kasutamine.**
- **On võimalus pakkuda mitmekülgsemaid, elanike vajadustele vastavaid hooldusravi teenuseid.**
- **Teenuste pakkumisel arvestatakse igakülgset hinnatud vajadust.**

### 4. Rakendamise aja- ja tegevuskava

<i>AASTA</i>	<i>TEGEVUS</i>
2004	<ul style="list-style-type: none"><li>* Hooldusravi arengukavad töötatakse välja kõikides maakondades;</li><li>* Geriaatrilised hindamismeeskonnad Pärnus, Võrus, Tartus ja Tallinnas teostavad hindamisi tulemuslikult kogemuste omandamisel ja klientide võrku suunamisel;</li><li>* Analüüsitakse töötavate meeskondade tööd;</li><li>* Koolitatakse veel 4 hindamismeeskonda;</li><li>* Päevase õendusabi teenuse hinna kalkulatsioon ja taotlus esitatakse Vabariigi Valitsusele Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetelusse viimiseks;</li><li>* Töötatakse välja geriaatria eriala arengukava ja esitatakse geriaatria voodipäeva hinna taotlus tervishoiuteenuste loetelusse viimiseks;</li></ul>
2005	<ul style="list-style-type: none"><li>* 8 geriaatrilist hindamismeeskonda osutavad teenust;</li><li>* Koolitatakse veel 4 geriaatrilist hindamismeeskonda;</li><li>* Hooldusravi põhimõtted kajastatakse seadusandlikes aktides;</li><li>* Hooldusravi voodite arvu suurendatakse 1150-ni (juba praegu olemasolevate voodite rakendamise teel rahalisi vahendeid sinna suunates ja voodihõive parandamise teel) ;</li></ul>
2006	<ul style="list-style-type: none"><li>* Hooldusravi voodite arvu suurendatakse 1300-ni (haiglate vabanevate voodite ja hooldekodude kohtade reorganiseerimise teel);</li><li>* Koduse õendusabi teenuste maht võrreldes 2004 aastaga kahekordistub;</li><li>* Alustatakse päevase õendusabi teenuste osutamist;</li></ul>

2007 \* Jõustuvad hooldusravi (ja paralleelselt ka hoolekande) kontseptsioonist tulenevad muudatused seadusandluses;  
\* Hooldushaigla on kujunenud õenduskooduks, kus viibimine on ajaliselt piiramata, ravikindlustuse osalus hooldusravi eest tasumisel on vähenenud 65%-ni, lisandub omaosalus 50 krooni voodipäeva eest, omavalitsuse kanda jääb ~ 19% voodipäeva maksumusest;  
\* Statsionaarse hooldusravi kohtade arv on suurenenud 1400-ni;  
\* Vajadus koduse õendusabi järele kaetakse vähemalt 30% ulatuses arvutuslikust vajadusest;  
\* Vajadus päevase õendusabi järele kaetakse vähemalt 20% ulatuses arvutuslikust vajadusest;

2010 \* Ravikindlustuse osalus hooldusravi eest tasumisel on vähenenud 35%-ni, omaosalus 16%, omavalitsus 49% ravipäeva maksumusest;  
\* Hooldusravi voodikohtade arv on vähemalt 1800;  
\* Kodune õendusabi toimib ning aitab vähendada vajadust kalli asutushoolduse järele;  
\* Päevane õendusabi toimib ning aitab vähendada vajadust kalli asutushoolduse järele vähemalt 50% ulatuses arvutuslikust vajadusest;

**2015 Toimiv hooldusravi võrk on vastavalt arengukavas püstitatud eesmärkidele arenenud ning teenuste vajadus ühtlaselt kaetud kogu Eestis.**

**5. Strateegilised eesmärgid ja indikaatorid**  
**Tabel 2. Strateegilised eesmärgid ja indikaatorid.**

Strateegiline eesmärk	Indikaator	Aasta 2002	Aasta 2003	Aasta 2004	Aasta 2005	Aasta 2006	Aasta 2007	Aasta 2010	Aasta 2015
Hooldusravi statsionaarse võrgustiku loomine	Hooldusravi voodite arv	907 „pikaravi voodit“	~ 875	1000	1150	1300	1400	1800	2000
	Geriaatriliste voodite arv	0	0	0	0	80	160	280	360
Hooldusravi ambulatoorse võrgustiku loomine	Koduõendusabi teenuste osutajate poolt osutatavate teenuste maht (visiitide arv)	7916	38 300	37800	50 000	75 000	150000	250000	500000
	Päevaõendusabi teenuse osutajate poolt osutatavate teenuste maht (päevade arv)	0	0	0	10 000	50 000	100000	250000	500000
Geriaatriliste hindamismeeskondade rakendamise teenuste suunajana	Koolituse saanud meeskondade arv	0	4	8	12	12+n	12+n	12+n	12+n
	Meeskondade poolt osutatava teenuse maht (hindamiste arv)	0	0	2880	5700	8 650	10600	17 600	22 000

## 5.1. Planeerimise alused

Statsionaarse hooldusravi kohtade (voodite) vajadus on 10 voodit 1 000 65-aastase ja vanema elaniku kohta ning teeninduspiirkonna suuruseks on vähemalt 2 000 65-aastast ja vanemat elanikku. Hooldushaiglad paiknevad maakonnakeskustes või suurema elanikkonnaga asulates, haarates ümberkaudsed omavalitsusüksused.

Hooldekodude osas on kättesaadavuse eesmärgiks 20 kohta 1 000 65-aastase ja vanema elaniku kohta ning täna on 75% vajalikest kohtadest olemas.

Geriaatrilise hindamismeeskonna teenust vajab hinnanguliselt 10% üle 65 aastastest elanikest.

Geriaatriaosakonna teeninduspiirkonna optimaalseks suuruseks loetakse 25 000 65-aastast ja vanemat elanikku. Arvestades eakate elanike jaotumust paiknevad geriaatriaosakonnad Pärnus, Tartus, Võrus, Viljandis, Paides ja Ida-Virumaal, Tallinnas. Lisaks on võimalikud väiksemad geriaatriaosakonnad Haapsalus (seotud ühega Tallinna haiglatest), Kuressaares (seotud Pärnu haiglaga), Rakveres ja Narvas (mõlemad seotud Ida-Viru Kesonhaiglaga). Voodite arv ja osakondade paiknemine on toodud lisas 1, kus toodud andmed on pärit Eesti Haiglavõrgu Arengukavast. Geriaatriameeskonnad võivad osutada geriaatrilise hindamise teenust ka haiglates, kus puudub spetsialiseeritud geriaatriaosakond.

**Tabel 3. Kohtade vajadus 1000 elaniku kohta aastaks 2015**

	Üle 65-aastased elanikud	Kõik Eesti elanikud
Geriaatriaosakond	2	0,3
Hooldushaigla	10	1,4
Hooldekodu	20	2,9

## 5.2. Regionaalne planeerimine

**Tabel 4. Hooldusravi ja hooldekodu kohtade vajadus lähtuvalt üle 65-aastaste elanike arvust (elanikkonna andmed 2001 aasta alusel)**

Maakond	Kogu elanikkond	Elanikke vanuses 65+	% vanuses 65+	Geriaatria-osakonna kohad	Hooldus-haigla kohad	Hoolde-kodu kohad	Päeva-teenuste visiidid	Kodu-teenuste visiidid
Harjumaa	532 883	72 287	13,6	145	723	1 446	173 280	173 280
Läänemaa	31 822	4 357	13,7	9	44	87	10 560	10 560
Hiiumaa	11 723	1 531	13,1	3	15	31	3 600	3 600
Järvamaa	42 970	5 990	13,9	12	60	120	14 400	14 400
Raplamaa	40 086	5 543	13,8	11	55	111	13 200	13 200
Ida-Virumaa	198 610	29 233	14,7	58	292	585	70 080	70 080
Lääne-Virumaa	75 421	10 794	14,3	22	108	216	25 920	25 920
Pärnumaa	99 653	15 247	15,3	30	152	305	36 480	36 480
Saaremaa	39 971	5 867	14,7	12	59	117	14 160	14 160
Tartumaa	151 912	22 473	14,8	45	225	449	53 760	53 760
Jõgevamaa	40 992	6 085	14,8	12	61	122	14 640	14 640
Viljandimaa	61 933	9 757	15,8	20	98	195	23 520	23 520
Võrumaa	42 579	7 255	17,0	15	73	145	17 520	17 520
Põlvamaa	35 272	5 790	16,4	12	58	116	13 920	13 920
Valgamaa	38 370	6 365	16,6	13	64	127	15 360	15 360
Kokku	1 439 197	208 574	14,5	417	2 086	4 171	500 160	500 160

## 5. Meetmed eesmärkide saavutamiseks

### 5.1. Hooldusravi arengukavade väljatöötamine kõikides maakondades.

2003 aasta lõpuks rakendusid pilootprojektid 4 maakonnas: Tallinn ja Harjumaa, Tartumaa, Pärnumaa ja Võrumaa. Projektide sisuks oli vastavates maakondades geriaatriliste hindamismeeskondade käivitamine ning maavanema juhtimisel maakonna hooldusravivõrgu arengukavade koostamine. 2003 aasta lõpuks olid arengukavad maavanema poolt kinnitatud 3 maakonnas. Tallinna arengukavas sisalduv hooldusravi arengukava, mis puudutab hooldusravi teenuste planeerimist ka Harjumaal, kinnitatakse Tallinna volikogu poolt. Pilootprojektide rakendamine annab reaalseid kogemusi meie tingimustes parimate rakendusmudelite väljatöötamiseks.

Aastal 2004 on kavandatud maakondlike hooldusravivõrgu arengukavade koostamine ka ülejäänud 12 maakonnas. Pilootprojektidest saadud tulemuste kasutamine teistes maakondades annab piisava ja põhjendatud kindlusetunde selles, et hooldusravi teenuste regionaalne planeerimine ning rakendamine toimub samadel põhimõtetel ning samade kriteeriumide alustel, luues eeldused hooldusravi teenuste võrdseks kättesaadavuseks regiooniti.

Maavanemate kehtestatud hooldusravivõrgu arengukavad on edaspidi juhend-dokumendiks Haigekassale, kohalikele omavalitsustele ning teenuste pakkujatele hooldusraviteenuste arendamisel ja rahastamisel.

### 5.2. Geriaatriliste hindamismeeskondade koolitamine (koos hindamisinstrumendi interRAI rakendamisega) ja juba tegutsevate meeskondade töö analüüs.

Tartu Ülikooli Arstiteaduskonna baasil on koolitatud 4 hindamismeeskonda: Tallinnas, Tartus, Pärnus ja Võrus ning kõik meeskonnad on esimesed hindamised ka teostanud. 2004 aasta jooksul on planeeritud juba töötavate meeskondade töö analüüs ja veel 4 geriaatrilise hindamismeeskonna koolitamine. Juba tegutsevate meeskondade kogemuste põhjal on võimalik prognoosida täpsemalt hindamismeeskondade vajadust, mis esialgse arvestuse põhjal on 12.

### 5.3. Hooldusravi põhimõtete kajastamine seadusandlikes aktides.

Mitmetasandilise hooldusravivõrgu täies ulatuses rakendamine eeldab mitmete õiguslike regulatsioonide, mis on kavandatud teostada 2004-2005 aasta jooksul.

### 5.4. Hooldusravi teenuste audit.

Et hinnata arengukava rakendamise käiku ja vajadusel korrigeerida planeerimist, tuleb 2006 aasta jooksul läbi viia hooldusravi teenuste auditeerimine.

## 6. Arengukava rakendamine

### 6.1. Arengukava rakendamise meetmete teostajad ja rahastamine.

Aasta	Meede	Teostaja	Kulu (EEK)	Allikad
2004	Hooldusravi arengukavade väljatöötamine kõikides maakondades	Sotsiaalministeerium EGGA	195 000	Sotsiaalministeeriumi eelarve
2004	Geriaatriliste hindamismeeskondade töö analüüs	Sotsiaalministeerium EGGA	34 000	Sotsiaalministeeriumi eelarve
2004	Koolitatakse veel 4 geriaatrilist hindamismeeskonda	TÜ, Sotsiaalministeerium	60 000	Teenuseosutajad

2004	Päevase õendusabi ja geriaatria voodipäeva teenuse hinna kalkulatsioon ja taotluse esitamine teenuse EHK hinnakirja viimiseks	EGGA	Ei tasustata	
2005	interRAI hindamisinstrumendi rakendamiseks vajaliku tarkvara soetamine ja juurutamine	Sotsiaalministeerium	2 miljonit EEK	Sotsiaalministeeriumi eelarve
2005-2006	Hooldusravi põhimõtete kajastamine seadusandlikes aktides	Sotsiaalministeerium	Töötasud	Sotsiaalministeeriumi eelarve
2005	Koolitatakse veel 4 geriaatrilist hindamismeeskonda	TÜ Sotsiaalministeerium	60 000 EEK	Teenuseosutajad
2005	Geriaatriliste hindamismeeskondade töö analüüs	Sotsiaalministeerium EGGA	34 000 EEK	Sotsiaalministeeriumi eelarve
2006	Koolitatakse vajadusel juurde geriaatrilisi hindamismeeskondi (analüüsist tulenevalt)	TÜ Sotsiaalministeerium	n	Teenuseosutajad
2006	Hooldusravi teenuste audit	Sotsiaalministeerium	45 000 EEK	Sotsiaalministeerium

## 6.2. Hooldusravi rahastamine

Hooldusravikulude põhilisteks katteallikateks on:

- tervishoiuteenuste osas ravikindlustuse vahendid;
- hoolekandeteenuste osas valla- ja linna eelarvetest sotsiaalteenuste ostmiseks eraldatavad vahendid;
- teenuste kasutajate omaosalus;
- muud rahastamisallikad – valitsusväliste organisatsioonide abi, sihtannetused, investeeringud kohaliku omavalitsuse vahenditest, investeeringud erasektorist jm.

**Tabel 4. Hooldusravi teenuste hinnad**

Teenindustasand	2004.aasta jaanuar (kr/päev)	Ekspert hinnang (kr/päev) 2001	Kohtade/visiitide arv	Voodihõive
Geriaatriaosakond	369 (järelravi)	450	417	85%
Geriaatriline seisundi hindamine	659 kr/teenus			
Hooldushaigla	310	310	2 086	100%
Hooldekodu	160 (keskmiselt)	140	4 171	100%
Päevane õendusabi	-	125	500 000 päeva	

Kodune õendusabi (kr/visiit)	151 (vähihaige kodune toetusravi 139)	175	500 000 visiiti	
------------------------------	---------------------------------------	-----	-----------------	--

**Tabel 5. Mitmetasandilise teenindusvõrgu kogukulude jaotus eri tasandite vahel**

Teenindustasand	Osakaal kuludest
Geriaatriaosakond (sisaldab ka hindamisteenust)	10%
Hooldushaigla	36%
Hooldekodu	32%
Päevane õendusabi	9%
Kodune õendusabi	13%
Kokku	100%

### 6.3. Rahastamise katteallikad

**Tabel 6. Hooldusravi rahastamisallikate suhteline osakaal erinevate teenuste eest tasumisel**

Teenindustasand	Ravikindlustus	Kohalik omavalitsus	Omavastutus
Geriaatriaosakond	100%	-	-
Hooldushaigla	35%	49%	16%
Hooldekodu	-	71%	29%
Päevane õendusabi	100%	-	-
Kodune õendusabi	100%	-	-
Kogukulud	56%	31%	13%

Toodud hinnanguline kulude jaotus tähendaks omavalitsustele aastas hinnanguliselt ~280 miljoni krooni kulu asutushooldusele (hooldekodu + hooldusravi) aastal 2015, seda loomulikult juhul kui koduse ja päevase õendusabi teenuseid osutatakse vajalikus mahus. Võrdluseks 2002 aastal kulutasid kohalikud omavalitsused hooldekodude teenuse eest maksmiseks ligi 102 miljonit krooni. Hooldusravi teenuste eest maksavad ka praegu osaliselt omavalitsused, need kulutused selles summas ei kajastu. Sealjuures makstakse nende inimeste ravi eest, keda ravitakse-põetatakse praegu nn tasulistel vooditel hooldushaiglates ning igal erineval juhul erinevas ulatuses. Võrdse kohtlemise seisukohast ei saa taolist olukorda pidada õigeks.

Hooldushaigla ümberkorraldamisel õenduskoduks, s.o. kliendi alaliseks elamispaigaks, on voodipäeva rahastamise põhimõtteline skeem järgmine:

- kohalik omavalitsus – 150 kr (~ analoogiliselt hooldekoduga),
- kliendi omavastutus – 50 kr (~ analoogiliselt hooldekoduga),
- haigekassa – 110 kr (vähem kui senise 120-päevase haiglas viibimise korral),
- kokku 310 kr ehk samal tasemel nagu praegu.

Selline rahastamisskeem eeldab vastavate kokkulepete seadustamist.

Sealjuures suure osa tulevase õenduskodu elanikest moodustavad praegused hooldekodu voodihaiged ning kohaliku omavalitsuse kulud nendele inimestele ei suurene, kuna rahastamise skeem on sama. Kliendi kulud jäävad samasse suurusjärku hooldekodudega, kuna jäävad ära senise elupaiga püsikulud.

Suuremat kulu kohalike omavalitsuste jaoks praegusega võrreldes toob osalus nende inimeste põetamise-hooldamise eest tasumisel, kes asuvad praegu

aktiivravihaiglates aktiivravi vajamata (nn *bed blockers*) või kes teenuseid lihtsalt ei saa, kuigi vajavad neid. Hooldushaiglates põetavate ravi eest maksab ravikindlustus praegu 120 päeva nende haiglas viibitud ajast ja selle ajalimiidi ületamisel on inimene sunnitud lahkuma või maksma ravi eest täies ulatuses - tasujateks on sellistel juhtudel klient ise (koos omavalitsusega mõnedel juhtudel).

Kuna arengukava rakendamine on seotud kohalikele omavalitsustele kulu suurenemisega, on käesolevas arengukavas pakutud ajakavas **järk-järgult** vähenev ravikindlustuse osalus statsionaarse hooldusravi eest tasumisel proportsionaalselt voodikohtade arvu suurendamisega ja muude teenuste arendamisega. Seoses hoolekandekontseptsiooni jõustumisega 2005-2006 aastal, mis näeb ette hooldajatoetuse summade omavalitsustele üleandmist, on kohalikel omavalitsustel ka rohkem vahendeid kõikide hoolekande- ja hooldusravi teenuste, sealhulgas avahoolduse ja uute, asutushoolduse (hoolekodude ja hooldusravihaiglate) teenustest odavamate teenuste rajamiseks. Samas on toimetulek oma kodus Eesti kultuuriruumile kõige omasem ja reeglina ka klientide poolt eelistatuim. Seega vajaksid kodustes tingimustes toimetulekut toetavad teenused lähiaastatel suurt tähelepanu.

Koduse õendusabi rahastamiseks katsid Haigekassa poolt 2003.aastal eraldatud vahendid kõik koduse õendusabi üksuste poolt esitatud taotlused (hetkel tegutseb Eestis 80 koduõde). Koduõdede arvestuslik vajadus piirkonniti on toodud lisa 2 tabelis.

Päevase õendusabi areng on alles algstaadiumis ning 2004. aasta 1. märtsiks esitati teenuse hinna kalkulatsioon. Selle teenuse rahastamine on üldjoontes sarnane koduse õendusabi omaga.

Kohalike omavalitsuste suhtumine hooldusravi kulude katmisse sõltub kohalikest prioriteetidest, ning on enamasti soodne, kuna hooldusravi arenemine vähendab teataval määral vajadust hoolekande järele, samas avahooldus-, koduse ja päevase õendusabi teenuste areng aga vajadust institutsionaalsete teenuste järele ning vastavalt on võimalik kohaliku eelarve summasid otstarbekamalt kasutada.

### 6.3. Kulud hooldusravile aastani 2015

Kuna geriaatriaosakond on osa aktiivravist, ei ole voodipäevade rahastamist järgnevas tabelis. Käsitletud on vaid kulusid geriaatrilisele hindamisteenusele. Vastavalt Eesti Haiglavõrgu Arengukavale (EHA) 2002 on planeeritud geriaatrilisi voodeid aastaks 2015 Eesti vajaduste katteks 360, mis praegust järelravi voodipäevahinda arvestades teeks aastaseks kuluks 41 213 610 EEK. Eksperthinnangu alusel pakutud voodipäeva hinda 450 EEK arvestades oleks see summa 50 260 500 EEK. Samas toimub see protsess aktiivravivoodite ümberprofileerimise teel paralleelselt summaarse voodifondi vähenemisega, mistõttu geriaatriliste voodite teke ei too kaasa kulutuste tõusu ravikindlustusele.

**Tabel 7. Hooldusravi teenuste rahastamine.**

Aasta	Teenuseliiik	Planeeritav kulu	Allikad
2004	Statsionaarne hooldusravi (~1000 voodit, voodihõive ~78%)	88 216 000	Ravikindlustus (100%)
		määratlemata	Omavalitsused
		määratlemata	Omaosalus
	Kodune õendusabi	5 596 000	Ravikindlustus
	Päevane õendusabi	0	Ravikindlustus
	Geriaatriline hindamine	1 900 000 (4)	Ravikindlustus
	<b>KOKKU</b>	<b>95 712 000</b>	
<b>sellest ravikindlustus</b>	<b>95 712 000 (tõus ~20% võrreldes 2003 aastaga)</b>		

<b>2005</b>	Statsionaarne hooldusravi (~1150 voodit, voodihõive 80%)	101 450 000	Ravikindlustus (100%)
		määratlemata	Omavalitsused
		määratlemata	Omaosalus
	Kodune õendusabi	7 500 000	Ravikindlustus
	Päevane õendusabi	1 250 000	Ravikindlustus
	Geriaatriline hindamine	3 800 000 (8)	Ravikindlustus
	<b>KOKKU</b>	<b>114 000 000</b>	
<b>sellest ravikindlustus</b>	<b>114 000 000 (tõus ~19% võrreldes 2004 aastaga)</b>		
<b>2006</b>	Statsionaarne hooldusravi (1300 voodit, voodihõive 80%)	98 696 000	Ravikindlustus
		määratlemata	Omavalitsused
		18 980 000	Omaosalus
		117 676 000	Kokku
	Kodune õendusabi	11 250 000	Ravikindlustus
	Päevane õendusabi	6 250 000	Ravikindlustus
	Geriaatriline hindamine	5 700 000 (12)	Ravikindlustus
<b>KOKKU</b>	<b>140 876 000</b>		
<b>sellest ravikindlustus</b>	<b>121 896 000 (tõus ~ 7% võrreldes 2005 aastaga)</b>		
<b>2007</b>	Statsionaarne hooldusravi (1400 voodit, voodihõive 85 %)	87 523 000	Ravikindlustus ( 65%)
		25 409 000	Omavalitsused
		21 718 000	Omaosalus
		134 650 000	Kokku
	Kodune õendusabi	22 500 000	Ravikindlustus
	Päevane õendusabi	12 500 000	Ravikindlustus
	Geriaatriline hindamine	7 000 000 (12)	Ravikindlustus
<b>KOKKU</b>	<b>167 850 000</b>		
<b>sellest ravikindlustus</b>	<b>129 523 000 (tõus ~ 7% võrreldes 2006 aastaga)</b>		
<b>2010</b>	Statsionaarne hooldusravi (1800 voodit, voodihõive 90%)	64 156 000	Ravikindlustus (35%)
		89 582 000	Omavalitsused
		29 565 000	Omaosalus
		183 303 000	Kokku
	Kodune õendusabi	75 000 000	Ravikindlustus
	Päevane õendusabi	31 250 000	Ravikindlustus
	Geriaatriline hindamine	11 598 000	Ravikindlustus
<b>KOKKU</b>	<b>301 151 000</b>		
<b>sellest ravikindlustus</b>	<b>182 004 000(tõus 40 % kolme aastaga ehk 13,3% aastas)</b>		
2015	Statsionaarne hooldusravi (1800 voodit, voodihõive 90%)	79 205 000	Ravikindlustus (35%)
		110 595 000	Omavalitsused
		36 500 000	Omaosalus
		226 300 000	Kokku
	Kodune õendusabi	75 000 000	Ravikindlustus
	Päevane õendusabi	62 500 000	Ravikindlustus
	Geriaatriline hindamine	14 498 000	Ravikindlustus
<b>KOKKU</b>	<b>378 298 000</b>		
<b>sellest ravikindlustus</b>	<b>231 203 000</b>		

**2004** aasta ravikindlustuse poolt planeeritavate kulude osas on koduõendusele planeeritud summa ligilähedane aasta 2003 ravimahtude täitmisele selle teenuse

osas ning sisaldab ka kodusele vähihaige toetusravile planeeritud summat (1 544 000), mis sisuliselt on koduõendusabi ühe kindla diagnoosiga haigete kontingendile. Geriaatrilisele hindamisele planeeritud summa neljale tegutsevale meeskonnale arvestatuna tähendab vähemalt 1,8 hindamist igal tööpäeval iga meeskonna poolt. Statsionaarse hooldusravi rahastamise suurenemine 2004 aastal võrreldes 2003 aastaga on 20,8%. Arvestades, et hooldusravi voodeid oli 2003. aasta oktoobris teenuseosutajate telefoniküsitluse andmetel ravikindlustuse rahastamisega kaetud 875, peaks 2004 aastal planeeritud summa katma ~1000 voodi rahastamise praeguse skeemi alusel (maksimaalne RK poolt 100%-liselt kaetud voodis viibimise aeg 4 kuud) võttes voodihõiveks hooldusravis ~78%, mida saab pidada realistlikuks. (See vastavus on arvestuslik, kuna haigekassa arvestuste aluseks on ravijuhud mitte voodid).

**Aastaks 2005** on kulude suurenemisel statsionaarse hooldusravi rahastamiseks aluseks võetud voodite arvu suurenemist 1150-ni (~ 15%) ning voodihõive paranemist 80%-ni. Omavalitsuste kulusid ja omaosalust praegusel kujul ei ole arvestatud, kuna need on määratlemata. Koduse õendusabi visiitide arv tõuseb 50 000-ni. Päevase õendusabi kulude arvestamisel aastaks 2005 on võetud aluseks igas maakonnas 1 teenuseosutaja poolt teenuse osutamine mahus kokku 10 000 päeva (küllastust) ehk keskmiselt 666 päeva (küllastust) iga teenuseosutaja poolt aastas (mis teeks ~ 2,6 küllastust ehk päeva igas päevakeskuses). Selline prognoos peaks olema praegust olukorda arvestades reaalne. Mahtude jaotamine peaks toimuma muidugi proportsionaalselt teenindatavate arvuga piirkonnas ning suunates vahendeid vajadusel enam piirkondadesse, kus valmisolek teenuse osutamiseks on olemas ja kus ka vajadus reeglina on suurem (Tallinn, Tartu) .

**Aastaks 2006** toimub kulude kasv statsionaarsele hooldusravile eeldatavalt 13% koos voodite arvu suurenemisega 1300-ni, kuid ravikindlustuse kulud statsionaarsele hooldusravile ei suurene sama suurusjärgu võrra, kuna osa kuludest kaetakse omaosaluse poolt. Omaosaluse suurus on 50 krooni päeva eest, mis 80% voodihõive juures voodite arvuga 1300 tähendaks tabelis toodud summat. Ravikindlustuse kulutused kogu hooldusravile suureneksid 2005 aastaga võrreldes vaid ~ 7%. Koduõendusabi mahu suurenemine on planeeritud 75 000 visiidini. Päevase õendusabi mahu suurenemine 50 000 visiidini on 5 kordne teenuse mahu tõus. See tähendab keskmiselt ~13 küllastust igal tööpäeval igas maakonnas, mis eeldab kindlasti teenuseosutajate valmisolekut. Geriaatrilise hindamismeeskonna teenuse rahastamise planeerimisel on eeldatud, et 2005-l aastal on juurde koolitatud veel 4 meeskonda ning kokku töötavad keskmise efektiivsusega 1,8 hindamist igal tööpäeval 12 meeskonda.

**Aastal 2007** väheneb ravikindlustuse osa statsionaarse hooldusravi rahastamisel 65% - ni, 35 % teenuse rahastamisest jääb omaosaluse ja omavalitsuste katta seoses hooldusravi ja hoolekande kontseptsioonidest tulenevate seadusandluse muudatuste jõustumisega. Ravikindlustuse kulutused statsionaarsele hooldusravile vähenevad, samas kulutused kogu hooldusravile suurenevad 7%. Seda eelkõige koduõendusabi teenuse mahu suurendamise arvel 2 kordselt 150 000 visiidini aastas, mis õige ja suunatud personalipoliitika korral juba 2005 aastast alates peaks olema reaalne. 2005 ja 2006 aasta arengute analüüs võimaldab vajadusel neid summasid korrigeerida. Geriaatriliste hindamismeeskondade töö mahu suurenemine keskmiselt 3,5 hindamiseni igal tööpäeval on hinnanguliselt pool vaja minevast (10 % üle 65 aastast elanikkonnast ehk 22 000 hindamist)

**Aastaks 2010 ja 2015 planeeritud summad on pakutud vaid tendentsi hindamiseks, kuna arvestuste aluseks on tänased hinnad.** Arvestuste aluseks on voodite arv 1800 voodihõivega 90% aastal 2010 ja voodite arv 2000 voodihõivega 100% aastal 2015, koduõendusabi teenuste osutamine täismahus (500 000 visiiti aastas) mõlemal juhul, päevaõendusabi teenuste osutamine pooles mahus ehk 250 000 päeva aastal 2010 ja täismahus ehk 500 000 päeva aastal 2015, geriaatriliste hindamismeeskondade teenuste vajaduse katmist 80% ulatuses ehk 17 600 hindamist aastal 2010 ning täismahus ehk 22000 hindamist aastal 2015.

**Lisa 1 Hooldusravi voodikohad seisuga oktoober 2003 (telefoniküsitluse andmed)**

Regioon	Asutus	Geriaatrilised EHA 2002	Hooldusravi EHA 2002	Osteti juhte 2002	Kohti praegu Okt 2003	neist haigekassa rahastatud	Vajadus arvutuslik
Tallinn ja Harjumaa	ITKH	60	100	896	150	150	<b>723</b> puudu 47%
	LTKH	60		49	0		
	PERH		120		70		
	Kallavere h.		50	308	90	90	
	Diakoonia h.		60	131	60	20	
	Loksa Ravikeskus		35	249	20	8	
Hiiumaa	Hiiumaa	2	15	24	0	0	<b>15</b> puudu 100%
	Haigla						
Ida Virumaa	IVKH	25	30				<b>292</b> puudu 57%
	Narva H.	25	30		0	0	
	Sillamäe H.		60	228	35	35	
	Almeda Kl.		20	72	30	24	
	Kiviõli TK		50	305	60	50	
Jõgevamaa	Jõgeva H.	10	46	85	66	41	<b>61</b> olemas 124%
	Mustvee Tk		20	104	10	10	
Järvamaa	Järvamaa H.	10	56	78	10	10	<b>60</b> puudu 83%
Läänemaa	Läänemaa H.	7	24	108	20	20	<b>44</b> puudu 20%
	Lihula TSK		25	132	15	11	
Lääne Virumaa	Rakvere H.	18	33	64	10	10	<b>108</b> puudu 63%
	Tapa h.		60	110	30	25	
Põlvamaa	Põlva Haigla	10	33	151	15	15	<b>58</b> puudu 28%
	Räpina h.		30	161	30	30	
Pärnumaa	Pärnu H.	25	62	37	15	15	<b>152</b> puudu 45%
	P-Jaagupi HPK		55	129	30	20	
	K-Nõmme Tk		40	91	28	18	
	Vändra h.		35	138	25	20	
Raplamaa	Rapla H.	10	60		0	0	<b>55</b> puudu 36%
	Märjamaa H.		40	93	35	25	
Saaremaa	Kuressaare	10	59		30	23	<b>59</b> puudu 50%
	Haigla						
Tartumaa	TÜK	40	115	136	60	60	<b>225</b> puudu 66%
	Alatskivi HPK		15	99	16	12	
	Rõngu H.		20	145	23	16	
	Elva H.		60	0	7	7	
	Võnnu H.		25	70	25	18	
Valgamaa	Valga H.	10	39	80	8	8	<b>64</b> puudu 61%
	Otepää TK		15	101	17	12	
Viljandi- maa	Viljandi H.	23	53	76	24	14	<b>98</b> puudu 24%
	Suure-Jaani Rk		30	93	30	25	
	Abja H.		25	105	20	13	
Võrumaa	Lõuna-Eesti	15	73	167	20	20	<b>73</b> puudu 73%
	Haigla						
<b>KOKKU</b>					<b>1134</b>	<b>875</b>	<b>2087</b> puudu 47%

**Lisa 2 Hooldusravi voodite ja hooldekodu kohtade võrdlus ning koduõdede vajadus piirkonniti**

Regioon	HR voodite vajadus ~arvestuslik	Hoolealuseid aastal 2003 / Hooldekodusid	Arvestuslik hooldekodu kohtade vajadus	Koduõdede vajadus ~arvestuslik
Tallinn ja Harjumaa	723 puudu 47%	683 hoolealust  10 hooldekodu	1146	137
Hiiumaa	15 puudu 100%	39 hoolealust 1 hooldekodu	31	3
Ida Virumaa	292 puudu 57%	652 hoolealust 12 hooldekodu	585	55
Jõgevamaa	61 olemas 124%	156 hoolealust 4 hooldekodu	122	11
Järvamaa	60 puudu 83%	145 hoolealust 3 hooldekodu	120	11
Läänemaa	44 puudu 20%	71 hoolealust 2 hooldekodu	87	8
Lääne Virumaa	108 puudu 63%	215 hoolealust 7 hooldekodu	216	20
Põlvamaa	58 puudu 28%	148 hoolealust 7 hooldekodu	116	11
Pärnumaa	152 puudu 45%	275 hoolealust 11 hooldekodu	305	28
Raplamaa	55 puudu 36%	211 hoolealust 9 hooldekodu	111	10
Saaremaa	59 puudu 50%	104 hoolealust 5 hooldekodu	117	11
Tartumaa	225 puudu 66%	307 hoolealust 6 hooldekodu	449	42
Valgamaa	64 puudu 61%	154 hoolealust 8 hooldekodu	127	12
Viljandi-maa	98 puudu 24%	235 hoolealust 10 hooldekodu	195	18
Võrumaa	73 puudu 73%	114 hoolealust 6 hooldekodu	145	13
<b>KOKKU</b>	<b>2087 hooldusravi voodit</b>	<b>3509 hoolealust</b>	<b>3872 hooldekodu kohta</b>	<b>390 koduõde</b>
	<b>puudu 47%</b>	101 hooldekodu	<b>puudu 9%</b>	<b>puudu ~ 80%</b>

Pluss -  
Kokku  
kasutusel

546 ha eritüüpi hooldekodudes vanuses üle 65 a.  
4055 üld- ja eri hooldekodukohta üle 65 a.v.

