

SÜNNITUSABI JA GÜNEKOLOOGIA ERIALA ARENGUKAVA.

I Sissejuhatus.

Käesolev sünnitusabi ja günekoloogia arengukava toetub Sotsiaalministeeriumi ja Eesti Haigekassa statistikale ning sünnitusabi ja günekoloogia arengusuundade analüüsile. Töös on kasutatud ka erialanõunike poolt esitatud projekte ning Scandinavian Care Consultants AB ja SWECO International AB poolt valmistatud "Estonia Hospital Master Plan 2015", Eesti sünniregistri, Eesti raseduskatkestuse andmekogu ja Eesti vähiregistri andmeid.

1. Eriala kirjeldus.

1.1 Eriala ja võimalike alaerialade definitsioonid.

Sünnitusabi ja günekoloogia on ühtne meditsiinidistsipliin, mis koosneb naissuguelundite haiguste ennetamisest, diagnostikast ja ravist ning günekoloogilisest endokrinoloogiast ja reproduktiivsest meditsiinist.

1.2. Sihtgrupi kirjeldus.

Sihtgrupiks on kõik Eestis elavad naissoost isikud - 781 416 (01.01.1997 seisuga EMSB).

Sihtgrupi võib jagada vanusest lähtuvalt kolme gruppi: tüdrukud sünnist puberteedini (141 453), fertiilses eas naised (312 634), üleminekueas ja postmenopausis naised (327 329).

Elanikkonna reproduktiivtervise olukorda saab hinnata mitmete näitajate järgi nagu abortide arv, emade ja imikusuremus, haigestumine sugulisel teel ülekantavatesse haigustesse. Nende näitajate järgi pole Eesti elanike reproduktiivtervis sugugi hea võrreldes naabritega Lääne-Euroopas ja Põhjamaades.

Legaalsetel indutseeritud abortide üldarv ja abortide arv 1000 fertiilses eas naise kohta Eestis on viimastel aastatel küll tunduvalt langenud, kuid ületab siiski elusalt sündinute arvu ligi 1,2 kordselt. 1999. aastal oli 117 legaalselt indutseeritud aborti 100 elussünni kohta (Tellman et al, 2001). 1980. aastal oli Eestis 1000 fertiilses eas naise kohta abortide koguarv 94,0, 1999. aastal indutseeritud abortide arv 39,8, jäädes siiski kõrgeks võrreldes arenenud maadega - näiteks Hollandis oli 1991. a. vastav arv 5,6, Taanis 1993. aastal 14,3 ja naabermaal Soomes 1992. aastal alla 10 (EmsB; Ketting et al 1994, Knudsen, 1997; Ketting, 1993). Abortide taseme järgi jaotatakse riike nelja gruppi: väga madal – alla 10 indutseeritud aborti 1000 fertiilses eas naise kohta, madal – 10-19 indutseeritud aborti, kõrge 20-49 ja väga kõrge tase – üle 50 indutseeritud aborti 1000 fertiilses eas naise kohta (Ketting, 1993). Kuni 1995. aastani kuulus Eesti väga kõrge tasemega abortide arvuga riikide hulka. Kuigi täpne statistika rasestumisvastaste meetodite kasutamise kohta Eestis puudub, näitavad ka kättesaadavad andmed, et võrdeliselt abortide arvu vähenemisega on suurenenud rasestumisvastaste vahendite kasutamine. 1996. aasta lõpuks oli 1000 fertiilses eas naise kohta 69,7 suukaudse hormonaalse kontratseptsiooni ja 179,28 emakasisese vahendi kasutajat (EMsB). Kondoomide ja teiste meetodite kasutamise kohta riiklik statistika puudub. Võrreldes arenenud Euroopa riikidega on efektiivsete rasestumisvastaste vahendite kasutamine tagasihoidlik. Näiteks hollandi naistest (fertiilses eas s.o. 15-44) kasutas 1980. aastal umbes 60% usaldusväärset rasestumisvastast vahendit, Taanis 42% (s.o. rasestumisvastased hormoonitahvletid, emakasisene vahend või sterilisatsioon). (Ketting, Visser, 1994).

Samal ajal, kui soovimatute raseduste arv on vähenenud, on alates 1990-ndast aastast haigestumine sugulisel teel levivatesse infektsioonidesse (STLI) oluliselt tõusnud. Hoolimata sellest, et viimastel aastatel on haigestumise tõus peatunud (v.a. HIV), on olukord murettekitav. Seda illustreerivad kõnekalt andmed süüfilise uute juhtude kohta: 1990. aastal 53, 1995. aastal 1034 ja 1996. aastal 972 uut süüfilise juhtu (EMsB). Kuna on teada, et inimese seksuaalpartnerite arv on suurim kuni umbes 25 eluaastani, on enim ohustatud noored. Eestis oli 1995. aastal registreeritud süüfilisse, gonorröasse, klamüdioosi ja trihhomonoosi esmashaigestumus suurim eagrupidis 20-24 eluaastat (Vessin, 1997). Rahvusvahelised uuringud noorte reproduktiivtervisest ja selle seosest seksuaalkasvatusega on näidanud, et nendes maades, kus noorte seksuaalsust aktsepteeritakse, seksuaalkasvatus on integreeritud koolisüsteemi, massiteabevahendites edastatakse objektiivset ja positiivset teavet inimese seksuaalsusest ning selle kõigega kaasnevad hästikorraldatud ning kättesaadavad nõustamisteenistused, on väga vähe soovimatuid rasedusi teismeliste hulgas ning esineb vähem riskikäitumist, seksuaalelu algus lükkub hilisemasse ikka.

Viimase kümne aasta jooksul on maalimas jõutud arusaamisele, et lastetus puudutab igat viiendat kooselavat paari (18% paaridest, kes sooviksid last omada). Lastetuse põhjused on 40%

naisepoolsed, 40% mehepoolsed ja 20% tingitud mõlemapoolsest patoloogiast (Nieschlag, 1998). Olukorra kohta Eestis täpseid uuringuid pole tehtud.

(Eeltoodud andmed on võetud reproduktiivtervise riiklikust programmist aastateks 2000-2009).

Eluea pikenedes suureneb postmenopausis naiste arv ja järjest enam soovitakse hakata kasutama hormoonasendusravi (HAR) elukvaliteedi parandamiseks ja östrogeenpuudusest tingitud haiguste vältimiseks ja raviks. Kui aastal 2000 kasutas HAR-i 3-5% postmenopausis olevatest naistest, siis teiste riikide eeskujul on võimalik HAR-i kasutajate 10 kordne tõus.

Uriinipidamatus on ühiskonnas laialt levinud probleem, mida Eestis on veel vähe teadvustatud.

Soome perearstide praksiste põhjal selgus, et 57% naistel esineb ühel või teisel määral urineerimisprobleeme. Eluea pikenedes suureneb probleemidega naiste arv.

2. Erialaste tervishoiuteenuste planeerimine.

2.1 Olukorra analüüs.

2.1.1 Eriala tervishoiuteenuse osutamise kirjeldus maakonniti demograafiliste ja elanikkonna haigestumise näitajate alusel.

Lühiläbilõike erialasest tööst saab tabelitest 1-11.

Sünnitusabi:

1990 aastast on sündimus Eestis järsult langenud, suuremus tõusnud ja loomulik juurdekasv muutunud negatiivseks (1997.a. loomuliku iibe üldkordaja -4,1; EMsB).

1999 aastal sündimus veidi tõusis. Sündide üldarv oli 12 470 ja sündide arv 1000 fertiilses eas naise kohta 34,0. Ajavahemikul 1992-1999 on sünnitajate keskmine vanus tõusnud (25,5 aastalt 26,5 aastani). Keskmine vanus on tõusnud nii esmas- kui korduvsünnitajatel.

1992-1999 on märgatavad muutused toimunud sünnitamisviisis, vähenenud on vaginaalsete sünnituste ja suurenenud keiserlõigete osatähtsus. Kui 1992. aastal tehti keiserlõige 6,4%-le, siis 1999.aastal 14,1%-le sünnitajatest. Tõusnud on epiduraal/spinaalanesteesia kasutamine sünnitusabis: 1992 aastal sai seda 0,2%, 2000 aastal 11,25% sünnitajatest. Enneaegsete sünnituste osakaal ~6%.

1992-1998 perinataalne suuremus Eestis langes: 1992 oli perinataalsuremus-kordaja 1000 sünni kohta 20,1; 1999 aga 10,8.(Eesti meditsiiniline sünniregister 2001).

1999 aastal 99,5% sünnitustest toimus haiglas, 0,1% teel haiglasse, 0,1% haiglast väljaspool planeeritult ja 0,4% haiglast väljaspool planeerimatult või andmed puudusid (EMSR 2001). Need näitajad on olnud samad alates 1992 aastast.

1992-1999 on pidevalt suurenenud nende sünnitajate osatähtsus, kes võtavad ennast naistenõuandlas arvele juba enne 12. rasedusnädalat. Kui 1992. aastal moodustasid need naised kõikidest nõuandlas arvel olnutest 49,7%, siis 1999. aastal 67,9%.raseduse ajal tehtud uuringutest on oluliselt suurenenud ultraheliuuringute arv enne 21. rasedusnädalat. 1992. aastal tehti iga 100 sünnitaja kohta ultraheliuuring 30-le, 1999. aastal 84-le sünnitajale. Rasedusaegsete riskitegurite ja tüsistuste hulgas on suurenenud aneemia, ähvardava raseduse katkemise, varasema keiserlõike ning vähenenud hüpertooniatõve ja preeklampsia osatähtsus.

Abordid:

Ajavahemikul 1992-1999 on Eestis nii abortide üldarv kui ka abortide arv 1000 fertiilses eas naise kohta pidevalt vähenenud. 1992. aastal oli legaalsest indutseeritud (st. naise omal soovil või meditsiinilistel näidustustel tehtud) abortide üldarv 25 803 ja abortide arv 1000 fertiilses eas naise kohta 69,1, 1999. aastal olid need näitajad vastavalt 14 503 ja 39,8. Aborte teostati mõnes haiglas päevastatsionaari tingimustes, kuid väga mitmel pool kajastuvad abordid statsionaarse töö osana.

Günekoloogia:

Günekoloogia osakondades raviti 1999. aastal 22 335 haiget (tabel 7), 2000 aastal 21 051 haiget (tabel 9).

1994a. 28 116, 1995a. 27 509, 1996a. 26 420 haiget (EMsB 1997).

Mittekirurgiliste günekoloogiliste haigete hospitaliseerimises puudub Eestis ühtne poliitika, siiski on nende osakaal günekoloogia osakondades langenud.

Opereeritud haigete osakaal günekoloogia osakondades varieerub II etapi haiglates 5,6-37,2%-ni ja III etapi haiglates 16,8-63,9%-ni.(Tabel 7).

1999 aastal teostati Eestis 6597 günekoloogilist operatsiooni, s.h. 1572 laparoskoopilist (EMsB). vt. Tabel.6.

Vältimatu kirurgilise diagnoosina esineb meie eriala statistikas emakaväline rasedus, mida 1995.a. oli 418, 1996.a. 486 ja 1997.a. 433 juhtu.

Emakaabrasioone tehti 1999. aastal 12 467, suurem enamus neist haigla tingimustes (vt. Tabel 6).

Ravivoodid:

1999. aastal oli avatud 314 sünnitus-, 131 raseduspatoloogia- ja 342 günekoloogiavoodit. Keskmine ravikestvus 1999. aastal oli sünnitusosakonnas 4,2 (2,9-6,8), raseduspatoloogiaosakonnas 3,5 ja günekoloogiaosakonnas 3,2 päeva (1,0-6,7) tabelid 9-11.

Ravivoodite arvu vähendamine ei ole olnud kooskõlas ravikestvuse lühenemise ja haiglaravi vajavate patsientide struktuuri muutumisega. Tulemuseks on põhjendamatult madal voodihõive. Kõikide voodite osas 54% (16%-77%), günekoloogia osakondades 50,5% (10%-69%), sünnitusosakondades 52,7% (30%-88%) ja raseduspatoloogia osakondades 52,7% (35%-71%) (tabelid 8-11). Kehtiv ravikindlustuse hinnakiri, mis on seotud voodite arvuga osakonnas, ei motiveeri voodifondi korrigeerimist.

2.1.2 Tervishoiuteenuste jaotus etappide kaupa, ambulatoorse ja statsionaarse eriarstiabi vahel.

Meditsiiniline abi sünnitusabis ja günekoloogias jaguneb ennetavaks tegevuseks ja ravitööks, selle osutamisest võtavad lisaks naistearstile osa ka perearst ja ämmaemand (vastavalt oma kutsestandarditele).

AMBULATOORNE TÖÖ:

- Perearstid ja ämmaemandid tegutsevad rasedate jälgimise, kontratseptsiooni ja hormoonasendusraviga veel väga vähe. 2000. aastal on vaid 4% rasedatest külastanud perearsti ja 9% ämmaemandat raseduse ajal vähemalt 1 kord. Enamus ambulatoorsest günekoloogiast ja rasedate jälgimisest tehakse täna naistearsti poolt.
- Ambulatoorse töö maht on suurenenud statsionaarse töö arvelt, samuti kontratseptsiooni ja HAR-i patsientide arvelt ning tõuseb tulevikus veelgi. Osa ambulatoorsest tegevusest läheb üle perearstile ja ämmaemandale.
- HAR-i määrab ja igaaastast günekoloogilist kontrolli teostab naistearst, perearst ordineerib ravi vahepeal.
- Naistearstide preventiivse ja ravitöö mahust moodustab ambulatoorne tegevus suurema osa. Oluline on säilitada naise õigus pöörduda naistearstile ilma perearsti suunamiseta.

PÄEVAKIRURGIA:

- Päevakirurgia tingimustes tehakse täna osa abortidest ja emakaõõne abrasioonidest, samuti väiksemaid operatsioone välissuguelunditel. Aborte tehti 2000.aastal 54 kohas (Abordiregister).
- III etapi haiglates tehti 36% abortidest, ülejäänud teistes haiglates, polikliinikutes ja erakabinettides. (Sünniregister, lk.59).
- Päevakirurgia laialdasemat rakendamist on pidurdanud raviteenuse hinnakiri.

STATSIONAARNE TÖÖ:

Patsientide suhe sünnitusabi ja günekoloogia statsionaaris on praegu ~1:1 (sest palju aborte ja abrasioone on veel statsionaari kirjas).

III ravitasand

- SA Tartu Ülikooli Kliinikumi Naistekliinik
- Tallinna Keskhaigla Naistekliinik
- Pelgulinna Haigla Sünnitusmaja

Onkoloogilised haiged ravitakse peamiselt Tartu Ülikooli Kliinikumi Onkoloogiakliinikus ja Eesti Onkoloogiakeskuses Tallinnas.

Kõikidest lõikust vajavatest haigetest opereeriti 1999. a. kolmanda etapi raviasutustes 52%. Eesti Meditsiinilise Sünniregistri andmetel jagunesid sünnitused II ja III etapi haiglate vahel aastal 1992 58:42 ja aastal 1999 49:51. (EMSR 2001). Valdav osa patsientide liikumisest toimub omal soovil (81% Harju-, 34% Rapla-, 29% Läänemaa sünnitajatest sünnitab Tallinnas, 51% Jõgeva- ja 29% Valgamaa sünnitajatest Tartus). Ilma Harju-, Rapla- ja Jõgevamaa sünnitajateta on liikumine kolmanda etapi suunas 11% (tabelid 4,5). Viimane protsent on oluline seoses sünnitajate liikumise planeerimisega, see peegeldab tegelikku vajadust kõrgema sünnitusabi etapi kui niisuguse järele.

II ravitasand.

16 haiglat osutab II tasandi sünnitus- ja günekoloogilist abi:

- Kohtla-Järve + Puru Haigla
- Narva Haigla
- Pärnu Haigla
- Viljandi Maakonnahaigla
- Keila Haigla
- AS Valga Haigla
- MTÜ Võrumaa Haigla

- Jõgeva Haigla
- SA Kuressaare Haigla
- AS Järvamaa Haigla
- AS Põlva Haigla
- MTÜ Rakvere Haigla
- SA Rapla Haigla
- Läänemaa Haigla
- Hiiumaa Haigla
- Nõmme Erihaigla AS Fertilitas

Günekoloogilisi operatsioone tehakse vähesel määral ka:

- Magdaleena Haiglas
- Eesti Meremeeste Haiglas
- AS Tapa Haiglas

Viis haiglat – Narva, Pärnu, Keila, Viljandi ja Kohtla-Järve – annavad 28% ja ülejäänud 14 haiglat 20% opereeritustest Tabel 6.

Sündide arv ülaltoodud haiglates tabelis 4.

2.1.3 Eriarstide arv maakonniti.

Eestis töötas 1999. aastal 2 günekoloogi 10 000 elaniku kohta (viide: SM). Suurem tihedus on täheldatav Tallinnas ja Tartus (2,9 ja 2,4). Mõnes maakonnas (Järva-, Pärnu-, Rapla-, Viljandi- ja Võrumaa) on vastav näitaja 1,2-1,3, Jõgevamaal koguni 0,78. (tabel 12). Onkogünekoloogiale on spetsialiseerunud Tallinnas 5 ja Tartus 3 arsti. Ämmaemandaid oli 1996. aastal 653, mis teeb 4,4 10 000 elaniku kohta.

2.2 Tervishoiuteenuste prognoos.

2.2.1-2.2.2. Eriala teenuse vajaduse muutuse prognoos ja põhjendus lähtuvalt haigestumise struktuurist ja ravivõimaluste muutustest.

Günekoloogia.

Aastaks 2015 on oodata elanikkonna jätkuvat vähenemist ja vanuselise struktuuri muutust seoses sündide languse ja keskmise eluea pikenedamisega. Haigusjuhtude arv ilmselt ei vähene, küll aga võib muutuda haigestumise struktuur. Menstruaalfunktsiooni häired ja põletikud ilmselt ei vähene, seoses raseduse edasilükkamisega vanemasse ikka võivad lisanduda lastetuse probleemid. Jätkuvalt suureneb kontratseptsiooni küsimustes pöörduvate naiste arv (s.h. sterilisatsiooni soovijate arv). Näeme ette vanemaeaa terviseprobleemide sagenemise. Kõrgenenud nõudlus elukvaliteedile tingib täiendava vajaduse hormoonasendusravile nii preventiivsel kui ravi eesmärgil. Vähesel määral võib tõusta kasvajate esinemissagedus. Ravi vajatakse suguelundite allavaje, inkontinentsi jms. tõttu. Günekoloogiliste operatsioonide struktuur muutub aastaks 2015 oluliselt. Järjest kasvab endoskoopiliste lõikuste osakaal. Endoskoopilise kirurgia areng võimaldab olulist osa mitteonkoloogilistest haigustest ravida päevakirurgia tingimustes. Uued inkontinentsi ravivõtted vähendavad haiglaravi vajadust jne.

Abordid: aastaks 2015 eeldame abortiivsuskordaja (st. indutseeritud abortide arv 1000 fertiilses eas naise kohta) vähenemist alla 25 (1999 oli vastav näitaja 39,8 Abordiregistri andmetel).

Abrasioonide (eriti kordusabrasioonide) arv tõenäoliselt väheneb teiste ravimeetodite arvel (hüsteroskoopia, medikamentoosne ravi).

Päevakirurgia osakaalu kasv ja voodis viibimise lühenemine eeldavad sotsiaal- ja avahooldussüsteemi väljaarendamist.

Sünnitusabi

Olulist sünnituste arvu muutumist aastani 2015 me ette ei näe. Sünnituste arv võib kõikuda 10-15% võrreldes praegusega. Sünnitajate keskmine vanus tõuseb jätkuvalt, millega kaasnevalt suureneb riskirasedate arv. Operatiivse abi osakaal sünnitusel tõuseb veelgi (aastaks 2015 ilmselt kuni 20%). Sügavalt enneaegsete vastsündinute elulemuse kasv tingib senisest suuremaid rahalisi kulutusi.

Eriala teenuse vajaduse prognoosimisel on võetud aluseks Eesti meditsiinilise sünniregistri 1992-1999 ja raseduskatkestusandmekogu 1996-1999 andmed, günekoloogiliste operatsioonide arv.

2.3. Teenuste jaotumine.

2.3.1 Patsientide ja teenuste optimaalne jaotus haiglas ja haiglavälise eriarstiabi vahel.

Prognoosime ambulatoorse abi osakaalu jätkuvat tõusu. Statsionaari osa väheneb päevakirurgia arvelt (uued tehnoloogiad). Osa tänasest ambulatoorsest eriarstiabist läheb üle perearstile.

2.3.2 Patsientide arvu ja teenuse osutamise jaotus aktiivravi haiglate vahel vastavalt haiglavõrgu arengukava printsiipidele (piirkondlikes, kesk- ja üldhaiglates).

Statsionaarset antenataalset-, sünnitus- ning günekoloogilist abi osutatakse aktiivravihaiglates.

Ööpäevaringne kirurgiateenistuse ja anestezioloogiateenistuse valve jääb pärast 2015.a.

järgmistesse aktiivravihaiglatesse:

Üldhaiglad:

- Narva Haigla (teeninduspiirkond 75 000)
- Rakvere Haigla (76 000)
- Viljandi Haigla (62 000)
- Kuressaare Haigla (43 000)
- Järvamaa Haigla (41 000)
- Võrumaa Haigla (43 000 + osa Valga maakonnast, mis jääb Võrule lähemale kui Tartule)
- Läänemaa Haiglasse (32 000) kirurgia ööpäevaringset valveteenistust ei jää ning Läänemaa Haigla juhtkond on otsustanud sulgeda oma sünnitusosakonna alates juunist 2001.
- Oleme seisukohal, et Valka peaks sünnitusosakond jääma, kuid see nõuab kirurgilise teenistuse säilumist.

Keskhaiglad:

- Tallinna Keskhaigla + Magdaleena Haigla (Ida-Tallinna KH)
- Meremeeste Haigla + Pelgulinna Haigla (Lääne-Tallinna KH)
- Pärnu Haigla
- Jõhvi (Kohtla-Järve) Haigla (uus haigla)

Tallinna Keskhaigla Naistekliinik ja Pelgulinna Sünnitusmaja on praegu III ravitasandi haiglad.

Piirkondlikud haiglad:

- SA Tartu Ülikooli Kliinikum

Eesti Haiglate arengukava näeb Tallinnas ette kolme sünnitusmaja, mis aga ei ole otstarbekas, kuna praegu olemasolevad III ravitasandi sünnitusmajad Tallinnas (Keskhaigla ja Pelgulinna Haigla) rahuldavad sünnitusabi vajadused piirkonnas ja on võimelised suurendama oma töömahtu.

Kui planeeritakse ehitada Põhja-Eesti Regionaalhaigla koosseisu uus sünnitusmaja, siis tuleks üks praegu töötavatest sinna üle viia ja teine jääks keskhaigla funktsioonidesse.

Väiksemaid Lõuna-Eesti sünnitusosakondi (eeskätt Valga ja Põlva) ei saa sulgeda varem kui Tartu Ülikooli Kliinikumi Naistekliiniku uus hoone on valminud.

2.3.3 Järeldravi vajavate patsientide arvu ja järeldravi kestuse prognoos.

Sünnitusabis ja günekoloogias toimub järeldravi peamiselt ambulatoorselt.

Järeldravi haiglas vajavad tõenäoliselt osad patsiendid onkogünekoloogiliste lõikuste järel, samuti üksi elavad eakad patsiendid postoperatiivses perioodis (~5% günekoloogia statsionaarsetest patsientidest).

2.3.4 Päevaravi osakonna vajalikkus erialal. Protseduuride loetelu, mille puhul on näidustatud päevaravi kasutamine.

Päevaravi kasutamise võimalust on vajalik peamiselt günekoloogias, vähemal määral raseduspatoloogias. Sünnitusabis ei ole see otstarbekas.

Päevaravi voodid on jaotatud proportsionaalselt elanikkonna arvuga.

Eraldi päevakirurgia osakond on otstarbekas avada vaid piirkondlikes ja keskhaiglates.

Raseduse katkestamisi, emakaabrasioone ja väiksemaid operatsioone teostatakse kõikides haiglates päevakirurgia operatsioonitoa tingimustes.

Kasutusala:

- Diagnostiline laparoskoopia;
- Laparoskoopiline sterilisatsioon jt. IV grupi laparoskoopilised operatsioonid;
- Diagnostiline hüsteroskoopia;
- Hüsteroskoopilised operatsioonid (limaskestast ablatsioon, polüübi eemaldamine jne);
- Osad uriinipidamatust korrigeerivad operatsioonid;
- Väiksemad operatsioonid välissuguelunditel;
- Emakaõõne abrasioonid;
- Abordid;
- Uuringud lootes seisundi hindamiseks;

- Teatud raviprotseduurid rasedatele.

2.3.5 Valveteenistuse vajalikkus ja korraldus haigla liikide kaupa.

Günekoloogia ja sünnitusosakond (voodid) asuvad aktiivravihaigla koosseisus ja sel puhul on vajalik statsionaarne günekoloogi ja ämmaemanda ööpäevane valve koos operatsioonitoa, vere- ja diagnostika-teenistuse valmidusega.

Piirkondliku ja keskhaigla puhul on lisaks vajalik lastearsti ööpäevane valve.

2.3.6 Arstide optimaalse töökoormuse planeerimine.

Meie erialal on suur ambulatoorse töö osakaal, seega on paratamatu, et oluline osa naistearstidest töötab ainult ambulatoorselt, teeb vastuvõtte, uuringuid ja protseduure.

Töökoormuse planeerimisel ühe arsti ametikoha kohta aastas arvestatakse 3000-3500 ambulatoorset visiiti (2-3 patsienti tunnis ja 12-18 patsienti/päevas) ning statsionaaris on arvestatud üks arst 6-8 voodikoha kohta.

2.4 Voodikohtade arvu prognoos.

Voodikohtade (k.a. päevaravi) arvu prognoos haiglaliikide kaupa on toodud tabelites 15-17.

Günekoloogiaosakondade operatiivne aktiivsus on aastaks 2015 planeeritud 50%, voodihõive 70%, keskmine viibimine 3 päeva.

Raseduspatoloogia voodite arvuks on planeeritud 50% sünnitusvoodite arvust. Voodihõive 70% ja keskmine viibimine 3,5 päeva.

Sünnitusvoodite arvu planeerimisel on arvestatud voodihõivega 70%, keskmise viibimisega 3,9 aastal 2005 ja 3,5 aastal 2010. Isade voodeid sünnitusvoodite hulka ei loeta.

Päevastatsionaari voodite planeerimisel on arvestatud, et tegemist on peamiselt plaanilise tööga ja voodid puhkepäevadel ei tööta. Voodihõiveks arvestatud 65%.

Günekoloogilistest vooditest 27 peaks olema intensiivvoodid (6000 patsienti, keskmine voodis viibimine 1,0 päeva, töötab põhiliselt tööpäevadel, voodihõive 61%). Sünnitusabis intensiivravi voodite arv tuleneb peamiselt keisrilõike sagedusest. Keiserlõigete sageduse puhul 20% sünnituste arvust, 1,0 päevase keskmise voodisviibimise ning 70% voodihõive puhul vajadus on 15 voodit sünnitusvoodite arvust.

2.5 Eriarstide vajadus.

2.5.1 Eriarstide vajadus 10 000 elaniku kohta aastatel 2005, 2010 ja 2015.

(1998. Eestis 1,87, Norras 0,9, Rootsis 1,36). Prognoosime Eestis:

2005	1,6/10 000 elaniku kohta.
2010	1,5
2015	1,4

Naistearstide arvu vähenemise eelduseks on perearstide ja ämmaemandate suurem osalus nimetatud töös.

2.5.2 Eriarstide optimaalne absoluutne arv aastatel 2005, 2010 ja 2015.

(1999. Eestis 275). Prognoosime Eestis juhul, kui rahvaarv jääb samaks (tabel 13):

2005	220
2010	208
2015	193

2.5.3 Ettepanek koolitustellimuseks.

Günekoloogide arv aastaks 2015 peaks vähenema kuni 193-ni (1,4/10 000 elaniku kohta). Aastaks 2015 jõuab pensioniikka 167 täna töötavatest naistearstidest (Tabel 14). Naistearstide vajaliku arvu tagamiseks oleks vaja igal aastal vastu võtta 4-5 uut residentit (2001-5, 2002-4, 2003-5 jne. uut residentit). Residentuur kestab 4 aastat. Korruga koolitatakse 18 residentit, 6 residentit ühes piirkondlikus haiglas (SA TÜK, TKH), vastavalt vajadusele keskhaiglates.

3. Olemasolev eriala regulatsioon ning ettepanekud vajalikeks muudatusteks ja täiendusteks.

3.1 Seadusandlus.

Vajalik seadusandlus, mis reguleerib raseduse katkestamist, steriliseerimist ja kunstlikku viljastamist, on olemas.

Emaduse sotsiaalne ja meditsiiniline kaitse väärriks eraldi seadust.

3.2 Ravijuhised.

Praeguseks on välja töötatud juhend normaalse raseduse ja sünnituse juhtimiseks, epiduraalanalgeesia kasutamise juhised sünnitusabis, hormoonasendusravi juhised, juhised gestatsioonidiabeedi avastamiseks riskigrupi rasedatel ja nende raseduse jälgimiseks, kehavälise viljastamise näidustused (fikseeritud SM määrusega).

Ravijuhised peaks koostama erialaselts ja ülikooli õppetool. Ravijuhiste väljatöötamise finantseerimises osalevad Sotsiaalministeerium, Haigekassa ja erialaselts.

3.3 Teised standardid.

Eriala kvaliteedi kindlustamise süsteem peaks garanteerima abi ühtlase hea taseme kõikides ravisutustes. Praegune Naistearstide Seltsi poolt välja töötatud indikaatorite süsteem on esimeseks sammuks sellel teel. Süsteem vajab edasiarendamist ning tagasisidet ja finantseerimist Sotsiaalministeeriumi ja Haigekassa poolt. Selles osas on suureks abiks ka ravijuhiste ja komplekshindade kehtestamine, mis reglementeerivad vajaliku ja finantseeritava töö mahu.

4. Ettepanekud eriarstide kvalifikatsiooni parendamiseks.

4.2 Täiendkoolitus.

ENS on toetanud 1999. aastal koostatud projekti arstide täiendkoolituse tagamiseks, mis oma põhiolemuselt on vabatahtlik. Arvestuse aluseks jääb punktide süsteem, mida kogutakse eeskätt täienduskoolitustelt, analoogiliselt praegu eksisteeriva atesteerimise süsteemiga. Seejuures ei ole arstide jagamine kategooriatesse vajalik, kuid see võib ka säilida.

4.3 Resertifitseerimise vajalikkus ja optimaalne sagedus.

Resertifitseerimine on vajalik ning selle optimaalne sagedus on kord viie aasta tagant. Tööd jääb korraldama Sertifitseerimisenõukogu, kus on esindatud seltsid, Arstide Liit, Sotsiaalministeerium, TÜ. Nimetatud organ määrab üldised põhimõtted, teostab järelevalvet ning lahendab vaidlused. Nõukogu korraldab ka arvestuspidamise ja tunnistuste väljastamise arstidele. Sisulise resertifitseerimise (testid, eksamid) viivad endiselt läbi erialaseltsid. Sertifitseerimisenõukogu võiks pidada ka arstide registrit. Nõukogu katusorganisatsiooniks on Arstide Liit, kellega Sotsiaalministeerium ja Eesti Haigekassa sõlmivad lepingud. Nõukogu (Arstide Liit) omakorda sõlmib lepingud eriala seltsidega. Sertifikaadid võiksid määratleda naistearsti pädevuse teatud protseduurideks, töötamise ambulatoorses või statsionaarses võrgus.

Finantseerimisel peaksid osalema nii sotsiaalministeerium (riik) kui ka Haigekassa, kelle huvides on samuti arstide kvalifikatsiooni järjepidevuse tagamine riigis. Osa kuludest võib jääda arstide/ ravisutuste omavastutuseks, kusjuures Arstide Liidul või erialaseltsidel on võimalus see osa kuludest katta liikmemaksudest laekuvate tulude arvelt.

4.4 Teised ettepanekud kvalifikatsiooni parendamiseks ja säilitamiseks.

Sünnitusabi ja günekoloogia kuulub kirurgiliste erialade hulka ja seetõttu on haiglas töötava arsti kvalifikatsiooni säilitamiseks vajalik regulaarselt teostatav operatsioonide hulk aastas. Ainult ambulatoorses võrgus töötav naistearst peaks kord aastas ennast täiendama statsionaaris vähemalt 1 nädala jooksul.

Arengukava on koostanud erialakomisjon koosseisus:

Dr. Aivar Ehrenberg

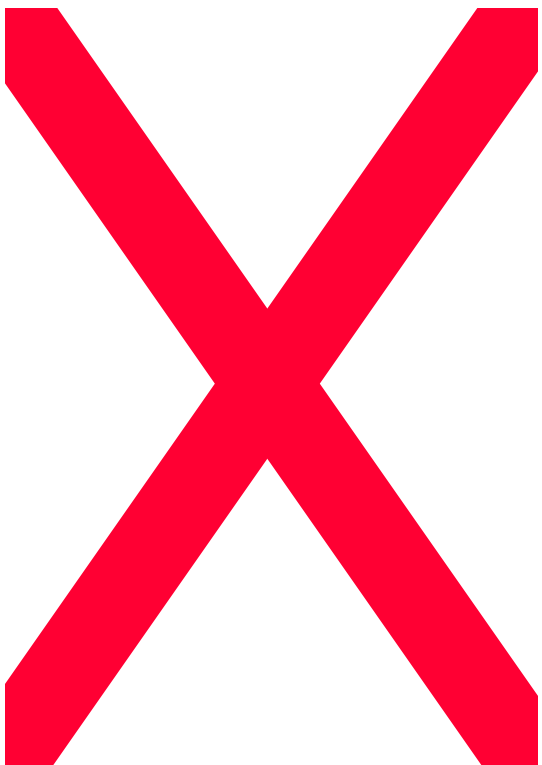
Dr. Lee Tammemäe

Dr. Eva-Kaisa Zupping

1. tabel. Haiglast lahkunud haiglaravi põhjuse järgi, 1999.

Tervishoiuasutuse asukoht	Emaka-leiomüoom	Naissuguelundite haigused	sh vaagna- ja emakaelundite põletikulised haigused	Endometriosis	Naissuguelundite väljalange	Munasarja, munajuna ja emaka aitsideme põletikuta naisesseisundid	Endomeetriumi polüüp	Endomeetriumi hüperplaasia	Menstruatsiooni häired ja anormaalised verejooksud	Menopausi ja muud perimenopausaalsed haigusesseisundid	Naise sigimatus	Rasedus, sünnitus ja sünnitusjärgne periood
	D25	N70-N98	N70-N77	N80	N81	N83	N84.0	N85.0, -1	N91-N94	N95	N97	O00-O99
Eesti	2143	9160	2 689	379	769	699	681	255	1 759	533	593	27 331
Harjumaa	909	4198	1 027	164	290	524	296	177	684	190	366	10 684
sh Tallinn	901	3773	862	150	251	503	280	175	592	166	357	9 914
Hiiumaa	11	34	3	-	4	1	6	1	11	5	1	157
Ida-Virumaa	389	1667	628	68	141	29	119	11	438	76	86	3 894
Jõgevamaa	8	109	51	2	4	-	2	3	23	13	-	577
Järvamaa	-	217	62	-	21	2	12	5	60	24	8	687
Läänemaa	85	165	36	2	7	4	8	12	48	10	4	684
Lääne-Virumaa	94	336	84	8	38	17	4	2	64	32	16	1 703
Põlvamaa	19	108	48	3	20	6	4	3	20	4	-	398
Pärnumaa	108	423	109	8	55	55	11	7	85	65	19	1 959
Raplamaa	6	311	209	-	10	1	27	-	21	8	5	632
Saaremaa	71	314	155	1	22	5	16	1	59	42	9	562
Tartumaa	299	862	177	107	100	41	141	26	130	17	64	2 910
sh Tartu	299	860	176	107	100	41	141	26	130	17	64	2 909
Valgamaa	49	101	29	3	16	3	5	1	30	11	-	558
Viljandimaa	58	196	22	12	25	6	29	2	61	29	10	1 080
Võrumaa	37	119	49	1	16	5	1	4	25	7	5	846

2. tabel. Naissuguelundite põletikud, hospitaliseeritud /10 000 naise kohta



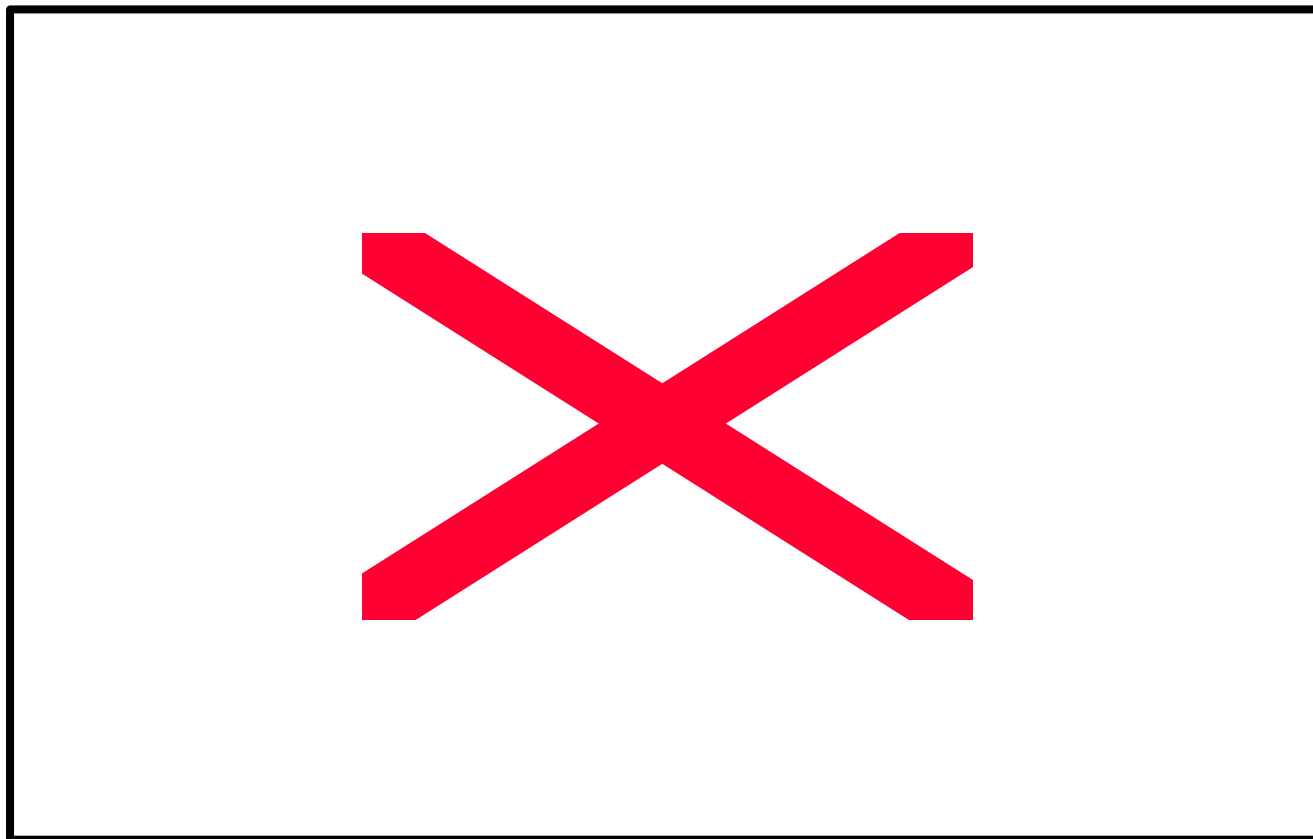
3. tabel. Haigla kirurgiline töö, 1999

Tervishoiuasutuse asukoht	Günekoloogilised operatsioonid	neist emaka operatsioonid	sealhulgas emaka ekstirpatsioon	emaka supravaginaalne amputatsioon	müomatoosete sõlmede eemaldamine	plastilised operatsioonid	emakaõõne abrasioon, reabrasioon	munasarja operatsioonid	munajuha operatsioonid	neist tupe-operatsioonid	günekoloogiline laparaskopia
Eesti	12 461	7 356	934	1 012	145	73	4 823	641	419	861	1 572
Harjumaa	5 709	3 377	555	506	67	11	2 227	274	166	283	1 070
sh Tallinn	5 021	2 909	509	461	67	11	1 850	240	126	221	1 003
Hiiumaa	33	26	1	5	1	-	19	1	1	5	-
Ida-Virumaa	1 553	1 162	116	83	32	23	885	54	64	127	43
Jõgevamaa	25	2	-	-	2	-	0	8	10	3	1
Järvamaa	254	175	6	26	2	1	140	18	16	18	-
Läänemaa	371	341	6	18	1	4	156	9	14	7	-
Lääne-Virumaa	624	350	4	22	-	5	299	35	23	28	19
Põlvamaa	115	47	4	21	1	-	18	26	18	15	1
Pärnumaa	616	372	21	79	4	-	239	37	37	52	70
Raplamaa	288	171	3	17	2	8	141	18	20	5	11
Saaremaa	289	220	2	35	-	-	172	12	12	2	-
Tartumaa	1 494	855	215	163	27	5	339	100	20	116	352
sh Tartu	1 494	855	215	163	27	5	339	100	20	116	352
Valgamaa	123	102	-	19	3	14	66	3	2	16	-
Viljandimaa	736	-	-	-	-	-	0	33	-	169	-
Võrumaa	231	156	1	18	3	2	122	13	16	15	5

4. tabel. Sünnid 1999 ja nende protsentuaalne jaotus

Haigla	Sündide arv	Haigla	Sündide arv	%
TPSM	1823	TKH	2707	21,7
TKH	2707	Tartu	1849	14,8
Keila	217	TPSM	1823	14,6
Rapla	242	Kokku III tasand	6379	51,2
Haapsalu	191	Narva	830	6,7
Paide	319	Pärnu	801	6,4
Kärdla	67	Rakvere	694	5,6
AS Fertilitas	280	Viljandi	547	4,4
vahesumma	5846	Puru	487	3,9
Puru	487	Võru	332	2,7
Narva	830	Paide	319	2,6
Rakvere	694	Kuressaare	305	2,4
vahesumma	2011	Põlva	300	2,4
Pärnu	801	AS Fertilitas	280	2,2
Kuressaare	305	Valga	251	2,0
vahesumma	1106	Rapla	242	1,9
Tartu	1849	Jõgeva	227	1,8
Viljandi	547	Keila	217	1,7
Võru	332	Haapsalu	191	1,5
Põlva	300	Kärdla	67	0,5
Valga	251	Kokku II tasand	6090	48,8
Jõgeva	227			
vahesumma	3506			
kokku	12469			

5. tabel. Sünnitajate liikumine haiglate vahel (% , 1999)



6. tabel. Günekoloogilised ja sünnitusabioperatsioonid, 1999

Haigla	Operatsioonid (sh. laparoskoopilised)	Emakaabrasioonid	Abordiooperatsioonid	Keisrilõiked
Tallinna Keskhaigla	1436	1000	2593	425
Tallinna Pelgulinna Haigla	572	1906	2285	256
Eesti Onkoloogiakeskus	338	300	0	0
Mustamäe Haigla	117	31	29	0
Magdaleena Haigla	32	159	92	0
Eesti Meremeeste Haigla	56	161	84	0
Kivimäe Haigla	1	4	0	0
Keila Haigla	307	764	362	60
Tallinna Lastehaigla	3	0	0	0
SA Rapla Maakonna Haigla	88	502	256	27
Läänemaa Haigla	57	227	239	25
Hiiumaa Haigla	14	24	61	9
AS Fertilitas	249	304	658	48
Nõmme Haigla	0	421	109	0
Kallavere Haigla	0	130	106	0
Loksa Tervisekeskus	0	16	6	0
AS Viimsi Haigla	0	46	0	0
Järvamaa Haigla	93	403	291	41
Põhja-Eesti	3363	6398	7171	891
TÜ Kliinikumi Naistehaigla	1129	1263	1358	251
TÜ Kliinikumi Maarjamõisa Haigla	2	0	0	0
TÜ Kliinikumi Onkoloogiahaigla	274	13	0	0
Jõgeva Haigla	24	54	177	14
AS Põlva Haigla	86	70	308	33
Otepää Haigla	0	7	17	0
Valga Haigla	118	69	248	38
Viljandi Maakonna Haigla	156	85	404	48
MTÜ Võrumaa Haigla	73	186	276	44
Mustvee Tervisekeskus	0	59	23	0
Põltsamaa Haigla	0	32	50	0
MTÜ Elva Haigla	0	0	83	0
Otepää Haigla	0	19	0	0
Tõrva Linna Haigla	0	4	6	0
Lõuna-Eesti	1862	1861	2950	428

Haigla	Operatsioonid (sh. laparoskoopilised)	Emakaabrasioonid	Abordioperatsioonid	Keisrilõiked
Narva Haigla	423	2567	1238	88
Puru	0	0	310	72
Kohtla-Järve Haigla	290	506	530	0
MTÜ Rakvere Haigla	123	287	579	85
AS Tapa Haigla	28	12	48	0
MTÜ Kiviõli Haigla	0	8	271	0
Märjamaa Haigla	0	49	2	0
Sillamäe Haigla	0	30	101	0
Abja Haigla	0	3	0	0
Kirde-Eesti	864	3462	3079	245
Pärnu Haigla	431	322	964	98
Kuressaare Haigla SA	77	194	171	45
Kilingi-Nõmme Haigla	0	230	0	0
Lääne- Eesti	508	746	1135	143
Kokku	6597	12467	14335	1707

7. tabel. Günekoloogia osakondade operatiivne aktiivsus, 1999

Haigla	Keskmine ravitud haigete arv	Operatsioonid (va abrasioon ja abort)	Operatiivne aktiivsus (%)
TÜ Kliinikum Naistekliinik	1767	1129	63,9
Tallinna Keskhaigla	3136	1436	45,8
Põlva Haigla	231	86	37,2
Keila Haigla	1152	307	26,6
Pärnu Haigla	1646	431	26,2
Kohtla-Järve Haigla	1148	290	25,3
Valga Haigla	481	118	24,5
AS Fertilitas	1230	249	20,2
Viljandi Maakonna Haigla	830	156	18,8
Narva haigla	2517	423	16,8
Tallinna Pelgulinna Haigla	3405	572	16,8
Läänemaa Haigla	399	57	14,3
Järvamaa Haigla	689	93	13,5
Rapla Haigla	656	88	13,4
Hiiumaa Haigla	107	14	13,1
Kuressaare Haigla SA	649	77	11,9
MTÜ Rakvere Haigla	1146	123	10,7
Võrumaa Haigla	720	73	10,1
Jõgeva Haigla	426	24	5,6
Kokku	22335	5746	25,7

8. tabel. Voodifondi kasutamine, koondtabel, 1999

Maakond	Avatud voodite arv aasta lõpul	Keskmine voodite arv kuus	Hospitali-seeritute arv	Voodipäevade arv	Keskmine ravitud haigete arv	Voodikoormus	Voodihõive	Voodikäive	Keskmine ravikestvus
Eesti (koond)	844	874,1	41681	172140	43853	197	54	50,2	3,9
Harjumaa	296	296,0	16942	60035	17931	203	56	60,6	3,3
s.h. Tallinn	261	261,0	15468	53468	16446	205	56	63,0	3,3
Hiiumaa	13	13,0	208	774	208	60	16	16,0	3,7
Järvamaa	25	25,0	1039	5114	1042	205	56	41,7	4,9
Läänemaa	35	43,8	1002	5245	1003	120	33	22,9	5,2
Raplamaa	33	29,8	1456	7199	1475	242	66	49,6	4,9
Vahesumma Põhja-Eesti	405	407,5	20647	78367	21658	192	53	53,1	3,6
Tartumaa	83	83,0	4112	17124	4384	206	57	52,8	3,9
Jõgevamaa	20	20,0	671	3076	673	154	42	33,6	4,6
Põlvamaa	20	20,0	558	3138	558	157	43	27,9	5,6
Valgamaa	21	21,0	730	3883	732	185	51	34,9	5,3
Viljandimaa	26	25,9	1557	5561	1634	215	59	63,0	3,4
Võrumaa	25	25,0	1047	5068	1051	203	56	42,0	4,8
Vahesumma Lõuna-Eesti	195	194,9	8675	37850	9031	194	53	46,3	4,2
Pärnumaa	72	72,0	2662	10693	2849	149	41	39,6	3,8
Saaremaa	10	19,2	1033	5384	1030	281	77	53,7	5,2
Vahesumma Lääne-Eesti	82	91,2	3695	16007	3879	176	48	42,5	4,1
Ida-Virumaa	120	131,7	6409	30853	6863	234	64	52,1	4,5
Lääne-Virumaa	45	48,8	2255	8993	2423	184	50	49,6	3,7
Vahesumma Kirde-Eesti	165	180,5	8664	39846	9286	221	60	51,4	4,3

9.tabel. Günekoloogiliste voodite kasutamine, 2000

Haigla	Avatud voodite arv aasta lõpul	Keskmine voodite arv kuus	Hospitaliseeritute arv	Üle toodud teistest osak.	Üle viidud teistesse osak.	Haiglast väljakirjutatute arv	Teistesse haiglatesse üleviidute arv	Surnute arv	Voodipäevade arv	Voodikoormus	Voodihõive	Voodikäive	Keskm. ravikestvus	Letaalsus	Keskmine ravitud haigete arv
Tallinna Keskhaigla	41	41,0	2166	725	929	1962	0	1	5928	144,6	39,5	50,35	3,0	0,1	2065
Eesti Meremeeste Haigla	8	8,0	118	41	38	119	0	0	598	74,8	20,4	14,81	5,0	0	119
Tallinna Pelgulinna Haigla	35	49,4	3256	378	360	3273	1	1	8468	171,6	46,9	66,16	2,6	0,0	3266
Mustamäe Haigla	3	3,8	86	60	52	94	0	0	397	103,7	28,3	23,5	4,2	0	90
Kohtla-Järve Haigla	30	30,0	1743	108	105	1746	2	1	6793	226,4	61,9	58,2	3,9	0,1	1746
Narva haigla	30	35,3	2410	42	38	2414	0	1	9621	272,3	74,4	68,28	4,0	0,0	2413
Pärnu Haigla	30	30,0	1722	31	42	1712	1	1	4972	165,7	45,3	57,27	2,9	0,1	1718
TÜ Kliinikum Naistekliinik	20	20,0	1738	782	772	1734	12	1	4593	229,7	62,8	87,13	2,6	0,1	1743
Valga Haigla	11	10,2	273	9	12	267	3	0	1321	129,9	35,5	26,7	4,9	0	272
Viljandi Maakonna-haigla	8	8,0	750	15	19	742	4	1	1636	204,5	55,9	93,56	2,2	0,1	749
Võrumaa Haigla	15	15,0	558	2	1	552	2	3	3716	247,7	67,7	37,17	6,7	0,5	558
Jõgeva Haigla	10	10,0	428	1	3	423	0	1	1484	148,4	40,6	42,6	3,5	0,2	426
Kuressaare Haigla SA	5	9,2	547	85	82	556	1	1	2050	223,6	61,1	60,25	3,7	0,2	553
Järvamaa Haigla	13	11,9	617	3	2	616	2	1	2585	216,9	59,3	51,85	4,2	0,2	618
Põlva Haigla	10	10,0	234	55	61	226	2	0	969	96,9	26,5	23,1	4,3	0	231
MTÜ Rakvere Haigla	15	12,9	1130	11	9	1130	1	0	3293	255,1	69,7	87,57	2,9	0	1131

Haigla	Avatud voodite arv aasta lõpul	Keskmine voodite arv kuus	Hospitaliseeritute arv	Üle toodud teistest osak.	Üle viidud teistesse osak.	Haiglast väljakirjutatute arv	Teistesse haiglatesse üleviidute arv	Surnute arv	Voodipäevade arv	Voodikoormus	Voodihõive	Voodikäive	Keskm. ravikestvus	Letaalsus	Keskmine ravitud haigete arv
AS Tapa Haigla	5	4,1	72	7	8	71	0	0	158	38,8	10,6	17,57	2,2	0	72
Läänemaa Haigla	15	15,0	603	43	36	608	0	0	2496	166,4	45,5	40,37	4,1	0	606
Keila Haigla	25	25,0	1140	26	9	1155	1	2	4089	163,6	44,7	46,0	3,5	0,2	1149
Hiumaa Haigla	2	2,0	105	4	0	106	2	0	245	122,5	33,5	53,25	2,3	0	107
Nõmme erahaigla "Fertilitas"	11	11,0	1424	26	26	1427	0	0	1400	127,3	34,8	129,6	1,0	0	1426
KOKKU	342	361,8	21120	2454	2604	20933	34	15	66812	184,7	50,5	58,2	3,2	0,1	21051

10.tabel. Sünnitusvoodite kasutamine, 2000

Haigla	Avatud voodite arv aasta lõpul	Keskmine voodite arv kuus	Hospitaliseeritute arv	Üle toodud teistest osak.	Üle viidud teistesse osak.	Voodipäevade arv	Haiglast väljakirjutatute arv	Teistesse haiglatesse üleviidute arv	Surnute arv	Voodikoormus	Voodinõive	Voodikäive	Keskm. ravikestvus	Keskmine ravitud haigete arv
Tallinna Keskhaigla	39	39,0	2330	1220	597	9555	2949	1	1	245,0	66,9	67,7	3,2	2641
Tallinna Pelgulinna Haigla	35	37,5	1576	713	180	7755	2102	1	0	206,8	56,5	49,1	3,7	1840
Puru Haigla	10	10,0	500	52	7	2500	539	3	0	250,0	68,3	52,1	4,6	521
Narva haigla	15	15,0	578	338	30	3898	889	0	0	259,9	71,0	48,9	4,4	734
Pärnu Haigla	25	25,0	533	142	43	2747	624	0	0	109,9	30,0	23,1	4,4	579
TÜ Kliinikum Naistekliinik	37	37,0	1666	821	587	8200	1889	3	0	221,6	60,6	48,1	4,3	1779
Valga Haigla	10	10,0	354	6	4	2223	355	1	0	222,3	60,7	35,5	6,2	355
Viljandi Maakonna haigla	15	15,0	394	122	2	2209	502	11	0	147,3	40,2	30,2	4,3	454
Võrumaa Haigla	10	10,0	344	0	0	1232	348	0	0	123,2	33,7	34,6	3,5	346
Jõgeva Haigla	10	10,0	356	0	0	1665	355	1	0	166,5	45,5	35,6	4,7	356
Kuressaare Haigla SA	10	10,0	354	47	47	1920	354	3	0	192,0	52,5	35,6	5,4	356
Järvamaa Haigla	12	12,0	384	0	0	1928	381	2	0	160,7	43,9	32,0	5,0	384
Põlva Haigla	10	10,0	316	31	31	1450	305	7	0	145,0	39,6	31,4	4,7	314
MTÜ Rakvere Haigla	10	10,0	716	10	10	3230	723	0	0	323,0	88,3	72,0	4,5	720
SA Rapla Maakonna haigla	25	25,0	1109	6	6	4874	1104	7	0	195,0	53,3	44,4	4,4	1110
Läänemaa Haigla	20	20,0	365	1	1	2487	360	5	0	124,4	34,0	18,3	6,8	365
Keila Haigla	10	10,0	310	0	0	1656	304	3	0	165,6	45,3	30,9	5,4	309
Hiumaa Haigla	3	3,0	115	0	0	585	111	3	0	195,0	53,3	38,2	5,1	115
Nõmme erahaigla "Fertilitas"	8	8,0	315	0	0	915	315	0	0	114,4	31,3	39,4	2,9	315
Kokku	314	316,5	12615	3509	1545	61029	14509	51	1	192,8	52,7	42,9	4,2	13588

11.tabel. Raseduspatoloogia voodite kasutamine, 2000

Haigla	Avatud voodite arv aasta lõpul	Keskmine voodite arv kuus	Hospitaliseeritute arv	Üle toodud teistest osak.	Üle viidud teistesse osak.	Haiglast väljakirjutatute arv	Teistesse haiglatesse üleviidute arv	Surnute arv	Voodipäevade arv	Voodikoormus	Voodihõive	Voodikäive	Keskm. ravikestvus	Keskmine ravitud haigete arv
Tallinna Keskhaigla	25	25,0	1886	76	755	1208	0	0	6283	251,3	68,7	86,0	5,2	2151
Tallinna Pelgulinna Haigla	30	32,5	1438	80	551	963	0	0	5208	160,3	43,8	51,8	5,4	1682
Puru Haigla	10	10,0	492	2	47	427	24	0	2004	200,4	54,8	69,7	4,2	697
Narva haigla	15	15,0	811	24	337	497	5	0	3939	262,6	71,8	60,5	7,8	908
Pärnu Haigla	17	17,0	458	53	139	368	7	0	2225	130,9	35,8	35,5	5,8	604
TÜ Kliinikum Naistekliinik	16	16,0	895	328	574	642	2	0	2847	177,9	48,6	68,2	4,4	1092
Viljandi Maakonnahaigla	3	3,0	255	1	121	133	3	0	697	232,3	63,5	87,8	5,0	264
MTÜ Rakvere Haigla	15	15,0	581	0	11	567	5	0	2525	168,3	46,0	57,5	4,4	863
Kokku	131	133,5	6816	564	2535	4805	46	0	25728	192,7	52,7	55,3*	3,5*	8259

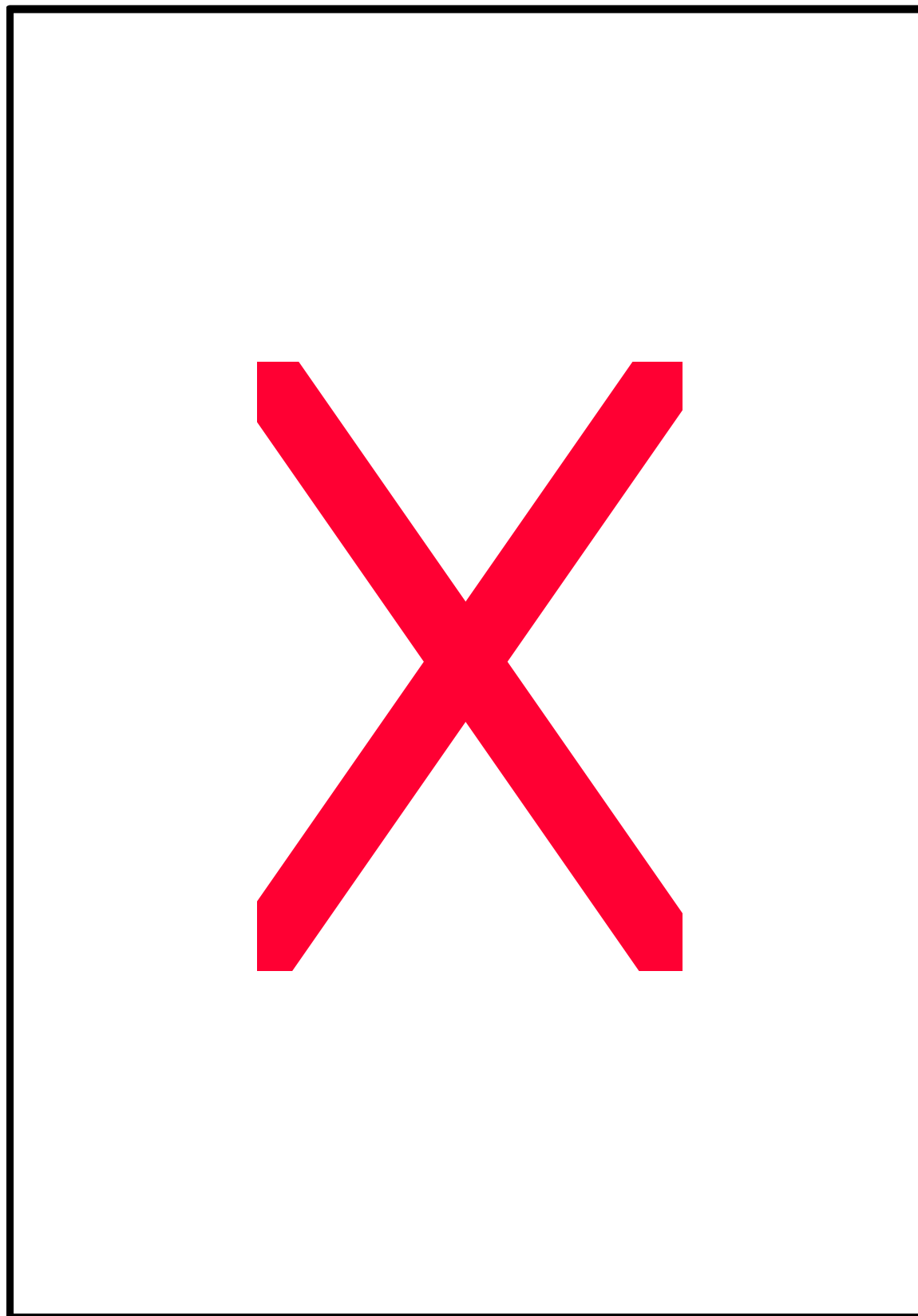
12. tabel. Naistearstide arv maakonniti

Tervishoiuasutuse asukoht	Günekoloogid	Reaalne kindlustatus /10000	Ühtlase paiknemise korral (2/10000)	Alaline rahvastik
Aasta	1999	1999	1999	1999
Eesti	275	2,00	275	1 376 700
Harjumaa	131	2,47	106	529 600
sh Tallinn	118	2,92	81	404 000
Hiiumaa	1	0,95	2	10 500
Ida-Virumaa	41	2,26	36	181 200
Jõgevamaa	3	0,78	8	38 500
Järvamaa	5	1,29	8	38 800
Läänemaa	5	1,74	6	28 700
Lääne-Virumaa	12	1,77	14	67 900
Põlvamaa	5	1,53	7	32 700
Pärnumaa	12	1,31	18	91 500
Raplamaa	5	1,33	8	37 600
Saaremaa	6	1,67	7	36 000
Tartumaa	29	1,94	30	149 800
sh Tartu	24	2,37	20	101 200
Valgamaa	7	1,96	7	35 800
Viljandimaa	7	1,20	12	58 100
Võrumaa	6	1,50	8	40 000

13. tabel. Naistearstide arv maakonniti (prognoos aastani 2015)

Tervishoiuasutuse asukoht	1999	2005	2010	2015	Alaline rahvastik
Eesti	275	220	208	193	1 376 700
Harjumaa	131	85	80	75	529 600
sh Tallinn	118	64.5	61	56.5	404 000
Hiiumaa	1	1.5	1.5	1.5	10 500
Ida-Virumaa	41	29	27	25	181 200
Jõgevamaa	3	6	6	5	38 500
Järvamaa	5	6	6	5.5	38 800
Läänemaa	5	4.5	4.5	4	28 700
Lääne-Virumaa	12	11	10	9.5	67 900
Põlvamaa	5	5	5	4.5	32 700
Pärnumaa	12	15	14	13	91 500
Raplamaa	5	6	5.5	5	37 600
Saaremaa	6	6	5.5	5	36 000
Tartumaa	29	24	22.5	21	149 800
sh Tartu	24	16	15	14	101 200
Valgamaa	7	6	5.5	5	35 800
Viljandimaa	7	9	9	8	58 100
Võrumaa	6	6.5	6	5.5	40 000

14. Naistearstide jagunemine vanuse järgi



15. tabel. Voodikohtade ja arstide arvu prognoos 2005

Haigla	2005							
	Voodid				Arstid			Maakond
	Sünnitusvoodid	Ras.patoloogia voodid	Günek. voodid	Päevastats voodid	haiglas tööl	Ambul.	Kokku	
Mustamäe Haigla								
Lääne-T.KH	50	22	26	25	45.0	40.0	85.0	Harju
Ida-T.KH	50	22	26	25				
Keila				5				
Rapla				4	1.0	5.0	6.0	Rapla
Haapsalu				3	1.0	3.5	4.5	Lääne
Paide	8	4	3	4	2.0	4.0	6.0	Järva
Kärdla	1	0		1	1.0	0.5	1.5	Hiiu
vahesumma	109	48	55	67	54.5	52	103	vahesumma
K.-Järve			5	8				
Puru	9	4			16	13	29	Ida-Viru
Narva	15	7	9	15				
Rakvere	12	5	8	5	6	5.0	11	Lääne-Viru
vahesumma	36	16	22	28	23.5	18	40	vahesumma
Pärnu	12	5	9	6	8.5	6.5	15	Pärnu
Kuressaare	5	2	2	2	4	2.0	6	Saare
vahesumma	17	7	11	8	15.0	8,0	21	vahesumma
Tartu	42	22	25	14	20.0	4.0	24.0	Tartu
Viljandi	10	5	3	3	6	3	9	Viljandi
Võru	10	5	3	2	4.5	2.0	6.5	Võru
Põlva	6	2	2	2	3	2.0	5	Põlva
Valga	6	2	2	2	4	2.0	6	Valga
Jõgeva				1	4	2	6	Jõgeva
vahesumma	74	36	35	24	46	25	56.5	Vahesumma
Kokku	236	107	123	127	138	104.0	220	Kokku

16. tabel. Voodikohtade ja arstide arvu prognoos 2010

Haigla	2010							Maakond
	Voodid				Arstid			
	Sünnitusvoodid	Ras.patoloogia voodid	Günek. voodid	Päevastats voodid	haiglas tööl	Ambul.	Kokku	
Mustamäe Haigla								
Lääne-T.KH	50	22	26	30	47	33	80	Harju
Ida-T.KH	50	22	26	25				
Keila								
Rapla				4	1	4.5	5.5	Rapla
Haapsalu				3	1	3.5	4.5	Lääne
Paide	8	4	3	4	2	4	6	Järva
Kärdla	1			1	1.0	0.5	1.5	Hiiu
vahesumma	109	48	55	67	56.5	41.5	97.5	vahesumma
K.-Järve			5	8	16	11	27	Ida-Viru
Puru	9	4						
Narva	15	7	9	15				
Rakvere	12	5	8	5	6	4	10	Lääne-Viru
vahesumma	36	16	22	28	23.5	13	37	vahesumma
Pärnu	12	5	9	6	8.5	5.5	14	Pärnu
Kuressaare	5	2	2	2	3.5	2.0	5.5	Saare
vahesumma	17	7	11	8	15.0	7.5	19.5	vahesumma
Tartu	42	22	25	14	20	2.5	22.5	Tartu
Viljandi	10	5	3	3	6	3	9	Viljandi
Võru	10	5	3	2	4.5	1.5	6	Võru
Põlva				1	3	2	5	Põlva
Valga	6	2	2	2	4	1.5	5.5	Valga
Jõgeva				1	4	2	6	Jõgeva
vahesumma	68	34	33	23	41.5	18	54	Vahesumma
Kokku	230	105	121	126	136.5	80	208	Kokku

17. tabel. Voodikohtade ja arstide arvu prognoos 2015

Haigla	2015							Maakond
	Voodid				Arstid			
	Sünnitusvoodid	Ras.patoloogia voodid	Günek. voodid	Päevastats voodid	haiglas tööl	Ambul.	Kokku	
Mustamäe Haigla								
Lääne-T.KH	48	22	26	30	48	27	75	Harju
Ida-T.KH	48	22	26	25				
Keila								
Rapla				4				
Rapla				4	1	4	5	Rapla
Haapsalu				3	1	3.5	4.5	Lääne
Paide	7	4	3	4	1.5	4	5.5	Järva
Kärdla	1			1	1.0	0.5	1.5	Hiiu
vahesumma	104	48	55	67	57.5	35.5	91.5	vahesumma
K.-Järve			5	8	16	9	25	Ida-Viru
Puru	8	4						
Narva	14	7	9	15				
Rakvere	10	5	8	5				
vahesumma	32	16	22	28	22.5	11	34.5	vahesumma
Pärnu	12	5	9	6	8.5	4.5	13	Pärnu
Kuressaare	5	2	2	2	3.5	1.5	5	Saare
vahesumma	17	7	11	8	15.0	5	18	vahesumma
Tartu	40	22	25	14	19	2	21	Tartu
Viljandi	9	5	3	3	5	3	8	Viljandi
Võru	9	5	3	2	4.5	1	5.5	Võru
Põlva				1	2.5	2	4.5	Põlva
Valga	5	2		2	4	1	5	Valga
Jõgeva				1	3	2	5	Jõgeva
vahesumma	63	34	31	23	41.5	13	49	Vahesumma
Kokku	216	105	119	126	136.5	64	193	Kokku