

Ülevaade haigekassa geograafilise kättesaadavuse põhimõtetest eriarstiabis

Eesmärk

Geograafilise kättesaadavuse meetodika väljatöötamise eesmärk on tagada, et ravikindlustuse strateegilised otsused toetaksid ka pikemas perspektiivis kaasaegse tõenduspõhise tervishoiusüsteemi jätkusuutlikku arengut, sh:

- tervishoiuteenuste ühetaolist kättesaadavust;
- tervishoiusüsteemi ressursside optimaalset ja efektiivset kasutust;
- ravikvaliteeti, st parimat tervisetulemit kindlustatule.

Nimetatud meetodika põhimõtteid rakendatakse paindlikult, arvestades geograafilisi eripärasid, perearstiabi ja õendusabi arengut jms. Geograafilise kättesaadavuse põhimõtete rakendamise aluseks on eeldus, et teenuse osutamise optimaalsus ja kvaliteet on saavutatav, kui meditsiinilisele ressursile on tagatud piisav töökoormus teenuse osutamise kohas. Eesti Haigekassa (EHK) tagab maakonnas kohapeal eriarstiabi eriala teenuse kättesaadavuse, kui kindlustatud isikute ravivajadus on piisav tagamaks sellel erialal meditsiinilisele ressursile vähemalt täiskoormusega kasutuse. Meditsiiniline ressurss on kombinatsioon meditsiinipersonalist, seadmetest ja ruumidest. Erinevate ravitüüpide puhul lähtutakse ravitüübile iseloomulikust kõige suurema kulu osakaaluga ressursist.

Ambulatoorses eriarstiabis on geograafilise kättesaadavuse põhimõtete määratlemise peamiseks eesmärgiks kasutada optimaalselt Eesti tervishoiutöötajate tööjõuresurssi (sh säästes arstide aega, kuna kõrgelt kvalifitseeritud personali aja kasutamine sõiduks paljudesse teenuse osutamise kohtadesse väga väikeste teenuse mahtude pärast ei ole otstarbekas).

Statsionaarses eriarstiabis on geograafilise kättesaadavuse põhimõtete määratlemise peamiseks eesmärgiks tagada raviastutuste statsionaarse ravi pakkumise, sh haiglahoone ja haiglaraviga seotud kallihinnalise meditsiinitehnoloogia optimaalne geograafiline paigutus haigekassa strateegilise ostuga, sh vältida spetsiifiliste erialade killustatusest tingitud efektiivsuse ja kvaliteedi vähenemist.

Päevaravis on eesmärgiks parandada oluliselt päevaravis osutatavate teenuste, sh kirurgilise ravi kättesaadavust ja kasutust statsionaarse ravi asemel, arvestades Eesti parimat praktikat ja meditsiini rahvusvahelisi arenguid ning vajadust säästa võimalusel patsiente haiglaravist.

Planeerimise aluseks on metoodiline lähenemine

Haigekassa kindlustatutel on õigus pöörduda haigekassa poolt hüvitatavaate tervishoiuteenuste saamiseks üle Eesti ükskõik millise haigekassa lepingupartneri poole vajalike tervishoiuteenuste saamiseks. Samas on eriarstiabi teenuste ühetaolise kättesaadavuse tagamisel oluline arvestada inimeste paiknemist Eestis, seetõttu lähtutakse ravi rahastamise lepingute mahtude planeerimisel maakondlikust haldusjaotusest. Analüüsis kasutame Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste senise kasutamise andmeid, mis võimaldab teenusekasutust erinevates lõigetes analüüsida.

Kättesaadavuse hindamisel ambulatoorses, päevaravis ja statsionaarses ravis eristame nelja eriarstiabi tervishoiuteenuste kättesaadavuse taset:

- **Tase I** – kättesaadavus on tagatud ainult ühes kohas Eestis;
- **Tase II** – kättesaadavus on tagatud kahes kohas Eestis;
- **Tase III** – kättesaadavus on tagatud maakondades, kus kindlustatute arv on suurem kui 70 000;
- **Tase IV** – kättesaadavus on tagatud igas maakonnas.

Päevaravi ja statsionaarse ravi kättesaadavus konkreetses geograafilises asukohas eeldab üldjuhul ka eriarsti ambulatoorse vastuvõtu olemasolu ja kättesaadavust samas geograafilises asukohas.

Kasutatud arvutusmeetod ambulatoorses eriarstiabis

Maakonnas elavate kindlustatute põhjendatud teenusekasutuse (ravijuhtude, RJ) leidmiseks eeldati olemasoleva teenusekasutuse ühtlast jaotust kõigis maakondades ja korrutati ühtlane kasutus geograafilise korrigeerimiskoefitsiendiga (mis võtab arvesse, et suuremate linnade piirkonnas on haiglas viibimise vajadus väiksem ja keskmisest mõnevõrra sagedasem ambulatoorne ravikasutus seetõttu põhjendatud). Tulemus jagati arsti keskmise ambulatoorse töökoormusega aastas (so keskmise ravijuhtude arvuga arsti kohta aastas haigekassa andmebaasi põhjal). Keskmist RJ arvu arsti kohta EHK andmebaasi põhjal kasutati kui arsti koormust, mille korral on põhjendatud arsti kohapealse kättesaadavuse tagamine.

Kasutatud arvutusmeetod statsionaarses eriarstiabis

Statsionaarse eriarstiabi analüüsil lähtuti üldpõhimõttest, et optimaalne ja jätkusuutlik on vähemalt 20 kohaga statsionaarne raviüksus, mille voodihõive on vähemalt 85%. 20 kohaga statsionaarne raviüksus võimaldab pidada normaalkoormusel ööpäevaringset öe valvet, annab arstile piisava statsionaarse töö koormuse ja on majanduslikult jätkusuutlik eraldiseisvalt tegutsema. Erisused peavad olema põhjendatud. Analüüsi ühikuks on seega 20 voodiga palatiosakond, kus voodihõive ja keskmine ravi kestus vastavad optimaalsele.

Haigekassa andmebaasi alusel leiti iga EHK lepingueriala¹ kohta statsionaarse ravijuhtu keskmine kestus nii, et võeti statsionaarse raviarve lõppkuupäev ja lahutati sellest alguskuupäev. Iga EHK lepingueriala osas leiti optimaalne RJ arv aastas 20 voodiga palatiosakonna kohta ning arvutati, kui mitu optimaalse suurusega statsionaarset raviosakonda erialal Eesti ravinõudlust arvestades vaja oleks (vt lisa 1). Selleks jagati iga eriala statsionaarse ravi kasutus 2013. aastal selle eriala optimaalse RJ arvuga aastas.

Arvestades Eesti elanikkonna ebaühtlast paiknemist on asjakohane rääkida põhjendatud maakondlikust kättesaadavusest statsionaarsel erialal, kui optimaalsete statsionaarse ravi osakondade vajadus Eesti ravinõudlust arvestades on kokku vähemalt 34. Lõpliku hinnangu andmiseks võrreldi igal erialal optimaalset RJ arvu aastas 20 voodiga raviosakonna kohta iga maakonna kindlustatute² ühtlustatud ravijuhtude kasutusega 2013. aastal. Võrdlus näitab maakonna

¹ EHK lepinguerialad on erialad, mille lõikes haigekassa oma lepinguga raviasutustelt tervishoiuteenuseid (ravijuhte)ostab

² info patsiendi elukoha maakonna kohta saadi 2013. aasta EHK andmebaasi alusel

kindlustatute teenusekasutuse tagamiseks vajalikku optimaalse koormatusega statsionaarsete osakondade vajadust erialati ja võimaldab arvestada ka voodifondi kasutamise paindlikkust.

Kasutatud arvutusmeetod päevaravis

Päevaravi on Eesti meditsiinipraktikas senini laialdasemalt levinud kirurgilistel erialadel. Seetõttu käsitletakse geograafilist kättesaadavust päevaravis erialade lõikes eelkõige kirurgilistel erialadel, mittekirurgilistel erialadel on käsitletud ainult Eesti praktikas laiemalt levinud päevaravi vormis osutatavad teenused. Analüüsi eelduseks on, et Eesti patsientide ravivajadused ei erine geograafiliselt olulisel määral ja päevaravi (sh kirurgia) on ravitaktikana rakendatav ühetaoliselt kõigis Eesti piirkondades.

Esmalt analüüsiti, millise päevakirurgia lepingu erialaga iga DRG³-sse grupeerunud raviarve on peamiselt seotud olnud ja loodi selle alusel DRG ja eriala vaheline üksühene seos, st kõik sama DRG ravijuhud grupeeriti ümber ühele temaga peamiselt seotud lepinguerialale. Seejärel analüüsiti ümbergrupeeritud andmetel erialade lõikes päevaravi kasutust kindlustatute vaates lähtudes kindlustatu elukoha maakonnast. Analüüsi ühikuks võeti päevaravi ravijuhtude kasutus 10 000 kindlustatu kohta maakonnas konkreetset lepingu erialal. Analüüsitava päevakirurgiliste erialade osas võeti eelduseks, et kõigis maakondades on võimalik saavutada vähemalt selline päevaravi kasutus, mis vastab kolme 2013. aastal kõige suurema päevaravi kasutusega maakonna keskmisele 10 000 elaniku kohta. Ühetaolise kättesaadavuse planeerimine viidi läbi ainult erialadel, kus sel moel leitud nn eesmärk-kasutus oli 10 000 maakonna elaniku kohta 5 või rohkem RJ aastas (vt lisa 2).

Juhul, kui RJ arv 10 000 kindlustatu kohta on 5 või alla selle, ei ole põhjendatud kättesaadavust tagada rohkem kui kahes kohas. Juhul, kui RJ arv 10 000 kindlustatu kohta on 5-15, on põhjendatud kättesaadavus tagada neljas kohas. Kui RJ arv 10 000 kindlustatu kohta maakonnas on suurem kui 15⁴, on maakonnas vaja osutada aastas üle 200 RJ. 200 RJ aastas ehk ca 4 operatsiooni nädalas on teenusemaht aastas, mille korral võime eeldada, et on tagatud kvaliteetne teenuseosutamine päevaravis ühes geograafilises asukohas. Referentsväärtus 200 RJ lähtub Eesti praegusest tegelikust praktikast ja sama mahtu kasutati referentsväärtusena ka eriarstiabis täiendavate lepingupartnerite valiku läbiviimisel. Päevakirurgia kui ravimeetodi arenedes Eestis on otstarbekas selle referentsväärtuse ülevaatamine ja kaasajastamine lähtudes Eesti tingimustele kohandatud parimast rahvusvahelisest praktikast.

³ DRG (*Diagnose Related Group*) -põhine tasustamissüsteem, mis põhineb ravijuhtude klassifitseerimisel kliiniliselt ja ressursikuludelt sarnastesse rühmadesse. DRG näol on tegemist süsteemiga, kus teatud tunnustega ravijuhu eest saab haigla kindlat tasu olenemata sellest kui kaua patsient on haiglas viibinud või kui palju uuringuid ja protseduure talle on tehtud.

⁴ v.a. Hiiumaa, mis on selge erisus ja selles tulenevalt tuleks seal piirduda ainult üldkirurgia päevaravi kättesaadavuse tagamisega

Analüüsi tulemused

Eriarstiabi geograafilise kättesaadavuse põhimõtted kättesaadavuse tasemete lõikes on tulenevalt ülaltoodud arvutusmetoodikast kirjeldatud järgnevas tabelis:

EHK lepingueriala	Statsionaarne ravi	Päevaravi	Ambulatoorne ravi
Sisehaigused	maakondlik	maakondlik*	maakondlik
Üldkirurgia	maakondlik	maakondlik	maakondlik
Järeldravi	maakondlik		-
Ülejäänud kirurgilised erialad			
kardiokirurgia	2 kohta		2 kohta
lastekirurgia	2 kohta	2 kohta	2 kohta
neurokirurgia	2 kohta	2 kohta	2 kohta
näo- ja lõualuukirurgia	1 koht	2 kohta	2 kohta
organsiirdamised	1 koht		1 koht
ortopeedia	4 kohta	4 kohta	4 kohta
Otorinolarüngoloogia (LOR)	2 kohta	maakondlik	maakondlik
rindkerekirurgia	1 koht		2 kohta
uroloogia	2 kohta	4 kohta	4 kohta
veresoontekirurgia	2 kohta	2 kohta	2 kohta
Oftalmoloogia	1 koht	4 kohta	maakondlik
Onkoloogia	2 kohta	2 kohta	2 kohta
hematoloogia	2 kohta		2 kohta
Sünnitusabi ja günekoloogia	4 kohta	maakondlik	maakondlik
Pediaatria	4 kohta		4 kohta
Psühhiaatria	4 kohta		maakondlik
Sisehaiguste alamerialad			
dermatoveneroloogia	2 kohta		maakondlik
endokrinoloogia	1 koht		4 kohta
gastroenteroloogia	2 kohta	2 kohta	4 kohta
infektsioonhaigused	4 kohta		4 kohta
kardioloogia	4 kohta		4 kohta
kutsehaigused	1 koht		1 koht
nefroloogia	2 kohta		2 kohta
neuroloogia	4 kohta		4 kohta
pulmonoloogia	4 kohta		4 kohta
reumatoloogia	2 kohta		4 kohta
Taastusravi	4 kohta		maakondlik

* sisaldab ainult hemodialüüsi

Selgitused

Statsionaarses eriarstias on Eestis üle 34 optimaalse osakonna vajadus üldkirurgia ja sisehaiguste erialal, seega on nendel erialadel põhjendatud tagada statsionaarsete tervishoiuteenuste maakondlik kättesaadavus. Lähtudes voodifondi optimaalsest ja paindlikust kasutusest on maakonnas kohapeal otstarbekas tagada veel ka statsionaarne järelravi, st kui pole enam meditsiiniliselt vajalik ravi jätkamine kesk- või regionaalhaiglas, kuid patsienti veel koju saata ei saa, oleks otstarbekas tema ravi jätkata kodulähedases maakonnakeskuses asuvas üldhaiglas.

Laste statsionaarne ravi peaks edaspidi maakonna tasandil olema samuti kättesaadav sisehaiguste ja üldkirurgia erialade raames, spetsiifiline pediaatriline ambulatoorne ja statsionaarne ravi alates keskhaigla tasemest.

Sünnitusabi ei ole juba praegu iga maakonna tasemel kättesaadav, kvaliteetse sünnitusabi tagab [erialaseltsi hinnangul](#) ca 500 sünnitust aastas ja järgnevatel aastatel koondub sünnitusabi pakkumine ilmselt üha enam nelja kohta Eestis. Kui lähtuda kindlustatute arvust ja käsitleda sünnitusabi eraldiseisvalt, oleks seda optimaalne pakkuda ainult kolmes kohas Eestis – Tallinnas, Tartus ja Kohtla-Järvel. Kui lähtuda kindlustatute arvust ja käsitleda sünnitusabi ning günekoloogiat koos, oleks vajalik Harjumaale 6, Tartusse 3, Ida-Virumaale 2 ja Pärnusse 1 osakond ning arvestades geograafilist eripära ka Kuressaarde 1 osakond. Statsionaarne günekoloogia peaks jääma esmase abi mahus kindlustatutele kättesaadavaks enamikus maakondades üldkirurgia eriala raames. Ambulatoorne ja päevaravi peab olema kättesaadav igas maakonnas.

Psühhiaatria erialal oleks optimaalseid statsionaarse ravi osakondi arvestades kindlustatute paiknemist vaja Harjumaale 12, Tartumaale 3, Ida-Virumaale 3, Pärnusse 2, Viljandisse 1, Hiiu- ja Saaremaa kohta 1 ning ülejäänud Eesti kohta 6. Arvestades, et Viljandi maakonnas on väljakujunenud kompetentsikeskus, kus pakutakse praegu teenust ca 3 optimaalse osakonna mahus ja Tartus on kompetentsikeskus, mis pakub teenust ca 5 optimaalse osakonna mahus, võib sellega Lõuna-Eesti piirkonna vajaduse kaetaks lugeda. Psühhiaatria on seega III taseme eriala ehk teenuste statsionaarne kättesaadavus tagatakse neljas kohas. Erandina tagatakse psühhiaatrilise abi pakkumine psühhiaatrilise sundravi kompetentsikeskuses, mis asub Viljandis. Eriala ambulatoorsed teenused peavad olema kättesaadavad igas maakonnas.

Statsionaarse taastusravi vajadusest ja selle kvaliteetseks pakkumiseks vajaliku ravimeeskonna olemasolu nõudest tulenevalt on põhjendatud tagada ravi kättesaadavus neljas kohas Eestis. Kvaliteetse teenuse pakkumiseks on vajalik vastava taastusravi meeskonna olemasolu. Erandina tagatakse täiendavalt statsionaarse taastusravi pakkumine väljakujunenud neurorehabilitatsiooni kompetentsikeskuses Haapsalus. Eriala ambulatoorsed teenused peavad olema kättesaadavad igas maakonnas.

Ortopeedia erialal (sh endoproteesimised) on optimaalne tagada ambulatoorse, päevaravi ja statsionaarse ravi kättesaadavus neljas kohas Eestis. Ortopeedia päevakirurgia teenuse osutamine eeldab artroskoopilise aparatuuri olemasolu ja selle kõrge maksumusega seadme optimaalne kasutus on suurem kui 200 korda aastas (seadme optimaalne kasutus on ca 1000 operatsiooni aastas, mis on ka haigekassa tervishoiuteenuste loetelus olevatesse tervishoiuteenuste

piirhindadesse arvestatud), mistõttu ei tagata ortopeedia päevaravi kättesaadavust maakondlikult, vaid neljas kohas Eestis.

Samuti on neljas kohas optimaalne tagada nii ambulatoorse kui statsionaarse ravi kättesaadavus kardioloogia, pulmonoloogia ja neuroloogia erialal. Lisaks on Viljandi haiglal pulmonoloogilise statsionaarse ravi osas erisus tuberkuloosipatsientide sundravi tõttu.

Onkoloogia erialal on statsionaarse ravi vajadus võrreldav kardioloogia ja pulmonoloogia erialaga, kuid kuna tegemist on tehnoloogiamahuka ning kompleksseid ravimeetodeid nõudva erialaga (kaasaegne tõendus põhine ravi eeldab sageli kirurgia, kiiritus- ja keemiaravi kombinatsiooni), on optimaalne tagada sel erialal ambulatoorse, päevaravi ja statsionaarse ravi kättesaadavus kompetentsikeskustes⁵ kahes kohas Eestis.

Kahes kohas Eestis on tulenevalt ravivajadusest optimaalne tagada statsionaarse ravi kättesaadavus järgmistel erialadel: kardiokirurgia, neurokirurgia, veresoontekirurgia, uroloogia, nefroloogia, hematoloogia ning lastekirurgia, dermatoveneroloogia, reumatoloogia ja gastroenteroloogia.

Erialad, kus olemasolev statsionaarse ravi kasutus EHK lepinguerialal ei ole piisav ühe optimaalse suurusega osakonna tööks ja ei eelda seega eraldi osakonna olemasolu, toimub patsientide ravi üldkirurgia või sisehaiguste eriala vm lähedase eriala osakonna tegevuse raames: organsiirdamised, rindkerekirurgia, näo- ja lõualuukirurgia, endokrinoloogia, kutsehaigused ja oftalmoloogia. Samas on oluline silmas pidada, et esimesel kahel erialal on ravi vajavate patsientide arv Eestis tervikuna kokku väga väike ja spetsialistide arv vähene ning seega oleks otstarbekas statsionaarne ravi koondada ainult ühte kohta Eestis.

Ka [infektsioonhaiguste eriala arengukava](#) kohaselt peaks eriala statsionaarset ja ambulatoorset eriarstiabi osutama alates keskhaigla tasemest. Igas maakonnas peaks olema küll vähemalt üks infektsioonhaiguste eriarst (kes tegeleb ka hospitaalinfektsioonide kontrolliga), samas võib ta erialateenuseid osutada sisehaiguste lepingueriala alt.

Uroloogia on kirurgia haru, mis tegeleb kuse-suguelundite kaasasündinud ja omandatud haiguste, sh. osaliselt vastava elundkonna kasvajate ja vigastuste diagnostika ning raviga. [Eriala arengukava](#) kohaselt on uroloogia alamerialad androloogia ja neerutrantsplantaatsioon. Piisav ambulatoorse töö maht on uroloogile meetodilise hindamise tulemusena tagatud neljas kohas Eestis. Uroloogia päevakirurgias võetakse nii mujal maailmas kui ka Eestis järjest enam kasutusele erinevaid päevakirurgilisi ravimeetodeid. See võiks analoogiliselt ambulatoorsele uroloogiale olla Eestis kättesaadav neljas kohas. Statsionaarne teenus peaks olema kättesaadav kahes kohas.

Oftalmoloogia on eeskätt ambulatoorne eriala, statsionaarse ravi vajadus on nii väike, et põhjendatud on ravi pakkumise koondamine kahte kohta. Ambulatoorne vastuvõtt peab olema tagatud igas maakonnas. Päevaravi sisaldab eeskätt kataraktioperatsioonide tegemist, mis eeldab oftalmoloogilise operatsioonimikroskoobi ja sellega seonduva instrumentariumi olemasolu.

⁵ Vähiravi kompetentsikeskused on defineeritud ka Eesti vähiravi kvaliteedi tagamise nõuetes:

<http://www.sm.ee/sites/default/files/content->

[editors/eesmargid_ja_tegevused/Tervis/Tervislik_eluviis/eesti_vahiravi_kvaliteedi_tagamise_nouded.pdf](http://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Tervis/Tervislik_eluviis/eesti_vahiravi_kvaliteedi_tagamise_nouded.pdf)

Seadme optimaalne kasutus on ca 1000 operatsiooni aastas, mis on ka haigekassa tervishoiuteenuste loetelus olevatesse tervishoiuteenuste piirhindadesse arvestatud, mistõttu ei ole põhjendatud tagada oftalmoloogia päevaravi kättesaadavust maakondlikult, vaid neljas kohas Eestis.

Gastroenteroloogia on sisehaiguste eriala alameriala. Metoodilise hindamise tulemusena ja [eriala arengukava](#) kohaselt ravitakse seedeelundihaikeid üldhaiglas sise- või kirurgiaosakonnas vastavalt kas sisearsti või kirurgi poolt. Gastrointestinaalseid endoskoopiaid teeb samuti kas sisearst või kirurg. Keskaigla tasemest alates peaks eriala ambulatoorseid teenuseid osutama vähemalt üks gastroenteroloog, kelle tööst põhiosa moodustavad gastroenteroloogiliste haigete ambulatoorsed uuringud. Kahes kohas on piirkondliku tähtsusega gastroenteroloogia osakonnad.

Nefroloogia on samuti sisehaiguste alameriala. Statsionaarse ravi vajadus on nii väike, et põhjendatud on ravi pakkumise koondamine kahte kohta. Ambulatoorse teenuse kasutus on maakonna tasemel väike ja jääb alla optimaalsele. Nefroloogi ambulatoorne vastuvõtt peab olema kättesaadav alates keskaigla tasemest, st. neljas kohas Eestis.

Nefroloogia eriala alla kuulub neerupuudulikkuse ravina hemodialüüs, peritoneaaldialüüs, samuti neerusiirdamise järgne patsientide käsitlus. Dialüüsi teostatakse eeskätt päevaravis ja see teenus on haigekassa eelarves ja lepingutes eraldi jälgitav. Hemodialüüsi ravi on pikaajaline ja patsient peab 4-6 tundi kestval protseduuril käima mitu korda nädalas. Seega on põhjendatud ravi pakkumise viimine patsiendile võimalikult lähedale. Hemodialüüs peab sellest tulenevalt olema kättesaadav igas maakonnas.

Hinnatud vajadus 20 voodiga optimaalsete osakondade arvu järele Eestis EHK lepinguerialade lõikes 85% voodihõive korral

Eriala	Ravijuhtude arv 2013	Keskmine ravi kestus päevades	Optimaalne RJ arv 85% voodihõivega ja 20 voodiga palati kohta aastas	Optimaalsete osakondade vajalik arv Eestis
Kirurgia kokku	66 316	4,73	1 312	50,5
Endoproteesimised	2 981	7,63	813	3,7
Kardiokirurgia	530	4,30	1 444	0,4
Kardiokirurgia op	817	18,39	337	2,4
Kusepõie sfinkteri op	9	5,33	1 163	0,0
Kuulmisimplantatsioonid	20	2,10	2 955	0,0
Lastekirurgia	3 250	3,08	2 017	1,6
Neurokirurgia	3 020	6,07	1 022	3,0
Näo- ja lõualuukirurgia	929	3,09	2 009	0,5
Organsiirdamised	89	15,00	414	0,2
Ortopeedia	10 456	4,58	1 355	7,7
Otorinolarüngoloogia	10 464	1,56	3 970	2,6
Rindkerekirurgia	611	7,58	818	0,7
Uroloogia	4 383	4,23	1 469	3,0
Veresoontekirurgia	2 448	6,78	916	2,7
Üldkirurgia	26 309	5,20	1 192	22,1
Oftalmoloogia kokku	1 765	1,52	4 083	0,4
Katarakti op	54	2,41	2 577	0,0
Oftalmoloogia	1 711	1,49	4 160	0,4
Onkoloogia kokku	14 960	7,11	872	17,2
Hematoloogia	3 482	6,14	1 011	3,4
Luuüdi transplantatsioonid	116	16,71	371	0,3
Onkoloogia	11 362	7,32	848	13,4
Sünnitusabi ja günekoloogia	29 799	2,67	2 320	12,8
Günekoloogia	16 419	2,42	2 561	6,4
Sünnitused	13 380	2,98	2 081	6,4
Pediaatria	27 401	4,15	1 495	18,3
Psühhiaatria	10 255	17,11	363	28,3
Sisehaigused kokku	71 685	6,78	915	78,4
Dermatoveneroloogia	1 336	8,04	771	1,7
Endokrinoloogia	1 160	4,70	1 320	0,9
Gastroenteroloogia	2 669	3,92	1 584	1,7
Infektsioonhaigused	11 226	4,27	1 454	7,7
Kardioloogia	14 319	5,38	1 153	12,4

Kutsehaigused	353	2,26	2 745	0,1
Nefroloogia	2 038	8,52	728	2,8
Neuroloogia	7 794	6,34	979	8,0
Pulmonoloogia	3 847	17,76	349	11,0
Reumatoloogia	1 841	4,56	1 361	1,4
Muud sisehaigused	25 102	7,58	818	30,7
Esmane järelravi	2 232	12,51	496	4,5
Taastusravi	7 191	11,06	561	12,8
Kokku	231 604	5,98	1 037	223,2

Lisa 2

Päevakirurgia eesmärk-vajadus 10 000 kindlustatu kohta aastas maakonniti

maakond	üld-kirurgia	LOR*	Günekoloogia	Ortopedia	Oftalmo- loogia**	Katarakti op.	Neuro- kirurgia	Veres. kirurgia	Uro- loogia	Kindlus- tatuid
<i>RJ 10000 kohta</i>	125	45	96	76	11	110	5	5	8	
<i>Ravijuhte aastas (eesmärk)</i>	15 482	10 404	11 890	9 413	1 362	13 624	619	619	991	1 238 548
HARJU	6 555	4 405	5 034	3 986	577	5 769	262	262	420	524 423
HIIU	114	76	87	69	10	100	5	5	7	9 105
IDA-VIRU	1 805	1 213	1 386	1 097	159	1 588	72	72	116	144 396
JÕGEVA	381	256	292	231	34	335	15	15	24	30 455
JÄRVA	377	254	290	229	33	332	15	15	24	30 179
LÄÄNE	297	200	228	181	26	262	12	12	19	23 788
LÄÄNE-VIRU	721	485	554	439	63	635	29	29	46	57 711
PÕLVA	344	231	264	209	30	303	14	14	22	27 508
PÄRNU	996	669	765	606	88	876	40	40	64	79 680
RAPLA	410	276	315	250	36	361	16	16	26	32 829
SAARE	400	269	307	243	35	352	16	16	26	31 993
TARTU	1 717	1 154	1 318	1 044	151	1 511	69	69	110	137 324
VALGA	372	250	286	226	33	327	15	15	24	29 751
VILJANDI	580	390	445	353	51	510	23	23	37	46 396
VÖRU	413	277	317	251	36	363	17	17	26	33 010

*Otorinolarüngoloogia

**Ilma kataraktioperatsioonideta