



Ressursijuhtimine haiglates 2011. Kokkuvõte intervjuudest osapooltega

Uringuaruanne

Version 1.1

Tallinn 2011

Sisukord

Sissejuhatus	3
1. Uuringu fookus ja metoodika	4
2. Tulemused	6
2.1. Ressursijuhtimise eesmärk	6
2.2. Ressursijuhtimise protsess ja osapoolte rollid	7
Muutuse vajadus tuleb enamasti meditsiinilistelt struktuuriüksustelt.....	7
Otsustuskriteeriumid on jäänud paljuski mitteformaalseks	7
Otsuste <i>ex post</i> hindamine ja koormatuse mõõtmine on olulised arengukohad	8
Haigla infosüsteemi arendamine on oluliselt toetanud otsustamise tõenduspõhisust.....	9
Osapoolte rollid olukorras, kus soovid on mitu korda suuremad kui võimalused.....	10
Otsustusprotsess on haiglas pigem läbipaistev ja tsentraalne	11
Haigla infosüsteemi ja kuluarvestussüsteemi arendamise roll	11
Haiglate vahel liiguvad küll patsiendid, kuid võrdlusandmed vaid vähestel juhtudel	11
Riik suunab haiglate ressursijuhtimist kaudselt	12
Arenguvajadused.....	13
3. Kokkuvõtte ja järeldused	15
Lisad.....	17
Lisa 1. Intervjuu struktuur	17
Lisa 2. Intervjuude loetelu	19
Lisa 3. Haiglate finantsandmete võrdlus	20

Sissejuhatus

Pärast kiire maksulaekumise kasvu aastaid on seoses majandusolukorra olulise halvenemisega aeglustunud ka ravikindlustuse tulude kasv ning raha lisandub tervishoidu vähem. 2009. aastal kehtestati ajutiselt ka raviteenuste hindadele 6% kärbe (kaotati 2012. aastast), kuid haiglad on teinud olulisi investeeringuid, mille majandamisega tuli ka madalamate teenusehindade tingimustes tegeleda. Ilmselt on sellises olukorras muutunud tähtsamaks ka ressursside juhtimine nende efektiivsemaks kasutamiseks. Ressursijuhtimise arendamist toetab üldine infosüsteemide ja analüüsivõimekuse areng. Sealjuures on koormatuse hindamine ja juhtimisinfosüsteemi arendamine võimalused ressursside juhtimiseks infot saada ja nende kasutamist optimeerida, kuid haiglad on erineva investeerimise ja meetodikate arendamise võimekusega.

Uuringut alustati kahe hüpoteesiga:

- a) haiglad pööravad tähelepanu ressursijuhtimisele peamiselt suurema efektiivsuse saavutamiseks,
- b) kuigi kulusurve on tugev ja vajadus paremaks ressursside juhtimiseks on teadvustatud, on arusaam sellest ebaühtlane ning vaja oleks läheneda ressursijuhtimisele terviklikult.

Uuringu eesmärk on luua arusaam haiglate ressursijuhtimise parandamise vajadustest ja võimalustest Eestis. Sealjuures kaardistatakse olemasolev otsuste tegemise protsess meditsiiniseadmete ja meditsiinipersonali osas ehk vaadatakse, kuidas toimub otsuste tegemine, mille alusel otsuseid tehakse, kuidas hinnatakse koormatust ning milline on infovajadus ressursijuhtimiseks. Eesmärgi täitmiseks viidi läbi intervjuud haigla juhtkonna, ökonomistide, arstide ja õdede esindajatega.

Käesolev aruanne võtab kokku projekti „Diagnoosipõhised grupid Euroopas: efektiivsuse ja kvaliteedi tõstmine“ (edaspidi lühendatult EuroDRG)¹ kaasfinantseeringu projekti, mis tegeleb haiglate ressursijuhtimisega, tulemused. EuroDRG rahastaja on Euroopa Komisjon, kaasfinantseerija Sotsiaalministeerium. Haiglate ressursijuhtimise teema on jätkuks EuroDRG projektile ning sissejuhatus ressursside koormatuse ja haiglate kuluarvestussüsteemide uurimisega edasi tegelemiseks. Teema on aktuaalne ka seoses Riigikontrolli järelauditiga meditsiiniseadmete soetamisest ja kasutamisest meditsiinasutustes².

Aruandes antakse kõigepealt ülevaade uuringu meetodikast, siis tuuakse välja peamised tulemused. Seejärel esitatakse järeldused ning soovitused poliitikakujundajatele ja haiglatele ressursijuhtimise arendamiseks. Aruande lisades on toodud intervjuueeritute nimekiri ja intervjuude struktuur, samuti haiglate finantsandmete võrdlus, mis aitab ressursikasutust kirjeldada.

Intervjuud ja analüüs viidi läbi 2011. aasta teisel poolel. Töö teostamist juhtis projektijuht Heli Laarmann, projekti analüütikud olid Riina Sikkut (intervjuud ja analüüs) ja Priit Kruus (finantsandmete ülevaade), abiks oli praktikant Kaidi Liivak. Eksperdina oli kaasatud Praxise tervisepoliitika programmi juht Ain Aaviksoo.

Praxis tänab kõiki intervjuueerituid kohtumisteks aja leidmise ja väärtusliku sisendi andmise eest. Kõigi aruandesse sattunud ebatäpsuste eest vastutavad koostajad.

¹ Projekti info <http://www.eurodrge.eu/>, raamat tulemustega <http://www.mcgraw-hill.co.uk/html/0335245579.html>.

² Riigikontrolli aruanne Riigikogule, Tallinn 20. september 2011. Järelduit meditsiiniseadmete soetamisest ja kasutamisest meditsiinasutustes. Mida riik on ette võtnud pärast 2008. aasta auditit kallite radioloogiliste meditsiiniseadmete vallas ja milliseid tulemusi on see andnud?
[<http://www.riigikontroll.ee/tabid/206/Audit/2197/Area/21/language/et-EE/Default.aspx>]

1. Uuringu fookus ja meetodika

Varasematel aastatel tegeleti Eesti haiglasektori analüüsimisel peamiselt haiglareformiga, mille käigus liigse võimsusega haiglavõrk korraldati ümber ning haiglad muudeti eraõiguslikeks autonoomseteks üksusteks, kes vastutavad oma majandustulemuse eest.^{3,4} Viimastel aastatel on tähelepanu nihkunud haiglate sees toimuvale – tulemuslikkuse ja kvaliteedi mõõtmisele⁵, diagnoosipõhiste teenuste hindadele⁶ ning haiglate juhtimisega seotud aspektidele.^{7,8} Lisaks on konkreetsete haiglate juhtimise, kuluarvestuse ja personalitöö erinevaid aspekte kaetud üliõpilaste lõputöodes.⁹

Selle uuringu puhul keskenduti inimressursi (eelkõige meditsiinipersonal) ja infrastruktuuriga (eelkõige meditsiiniseadmed) seotud otsustele haiglas, et luua arusaam haiglate ressursijuhtimise parandamise vajadustest ja võimalustest. Sealjuures kaardistati senine praktika ja kirjeldati arenguvõimalusi. Ülevaate saamiseks praegusest olukorrast keskenduti järgmistele aspektidele: koormatuse hindamine, otsustusprotsess, otsuskriteeriumid ja osapoolte rollid. Vaadeldi haiglajuhi, arsti, õe ja ökonomisti rolli info liikumisel ja otsuste tegemisel haiglas.

Ressursijuhtimine on lai mõiste ning fookuse hoidmiseks piirduti peamiselt meditsiinipersonali ja -tehnikaga seotud otsustega töökorralduse, võimsuse ja koormatuse osas. Töös ei vaadeldud otseselt strateegilisi otsuseid (näiteks milliseid tervishoiuteenuseid haigla üldse osutab), igapäevatööd puudutavaid väikeseid otsuseid (töögraafiku muutmine töötaja haigestumisel) ega personalipoliitikat (töötajate arendamise, koolitamise ja palgapoliitika tähenduses). Samuti ei mõisteta ressursside all otseselt eelarvet kui rahalist ressursi, kuid eelarvet puudutatakse kaudselt, sest otsused ressursside osas on seotud ka eelarveprotsessi ja eelarveliste võimalustega.

Haiglates on ka ravimite ja tarvikute kulu märkimisväärne ning efektiivse ressursikasutuse saavutamiseks nende otstarbekas juhtimine oluline. Kuna selle uuringu puhul oli huviks ka koormatuse mõõtmine ja tehtud otsuste hindamine tagantjärele, siis kitsendati teema suurematele ja konkreetsematele ühikutele nagu ametikohad ja aparaadid. Ressurssidele tervikliku lähenemise huvides tuleks edaspidi analoogselt käsitleda ka ravimeid ja tarvikuid puudutav.

³ Habicht, T., Aaviksoo, A., Koppel, A. (2006). Hospital sector reform in Estonia: Summary. Tallinn, PRAXIS Center for Policy Studies.

⁴ Palu, T., Kadakmaa, R. (2001). Estonian hospital sector in transition. Eurohealth Special Issue, 7(3).

⁵ Guisset, A.-L., Kjaergaard, J., Habicht, J. (2009). Performance management, developing a culture of measurement and continuous quality improvement in Estonian hospitals: recommendations on alternative entry points and ways forward. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.

⁶ Busse, R., Geissler, A., Quentin, W., Wiley, M. (2011): Diagnosis-Related Groups in Europe: Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals. Maidenhead: Open University Press and WHO Regional Office for Europe.

⁷ Hewenet - Health and Welfare Institutions Cooperation Network [<http://hewenet.eu/>]

⁸ Habicht, T., Habicht, J., Jesse, M. Chapter 7. Estonia kogumikus Saltman, R. B, Duran, A., Dubois, H. F. W. Governing Public Hospitals. Reform strategies and the movement towards institutional autonomy. European Observatory on Health Systems and Policies study Series 25, World Health Organization 2011.

⁹ Näiteks: Viira, J. (2005). Tervishoiusüsteemi organisatsioonilise reformi mõju haigla organisatsioonilise struktuuri komponentidele (SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla näitel), bakalaureusetöö, Tallinna Tehnikaülikool. Kontkar, R. (2005). Äriühingu valitsemise probleemide uurimine aktsiaseltsis Ida-Tallinna Keskhaigla, magistratöö, Tallinna Tehnikaülikool.

Mölder, H. (2005) Kuluarvestuse süsteemi täiustamine sihtasutuses Pärnu Haigla, magistratöö, Tartu Ülikool.

Kikas, J. (2009). Keskjuhi rollid ja kompetentsid Pärnu Haigla näitel, magistratöö, Tartu Ülikool.

Liblik, R. (2010). Tööstress ja töökoha ebakindlus AS Rakvere Haigla meditsiinitöötajatel, magistratöö, Tallinna Ülikool.

Eesti haiglate ressursijuhtimist ja selle raames toimuvat otsustamist ei ole uuritud, nii oli esmalt vajalik analüüsisisendiks andmed koguda. Selleks viidi läbi poolstruktureeritud intervjuud (intervjuu struktuur on toodud Lisas 1). Väljatöötatud intervjuu kava kasutati vestluse juhtimiseks, küsimusi kohandati vastavalt vestluse suunale ja antud vastustele. Enamasti kaeti intervjuu käigus kõik struktuuris mainitud teemad ning küsiti vastuseid täpsustavad küsimusi, kuid intervjuu fookus võis vastavalt intervjuueeritava kokkupuutele ressursijuhtimisega kujuneda erinevaks. Samuti küsiti arvamust eelnevate intervjuude käigus tekkinud rõhuasetuste kohta. Intervjuu orienteeruv kestus oli üks tund. Kokku viidi läbi 17 intervjuud: neli haiglajuhtidega, neli ökonomistidega, neli arstidega, kolm õdedega ja kaks riigi esindajatega (toimunud intervjuude loetelu on esitatud Lisas 2). Sealjuures kahel intervjuul osales korraka kaks intervjuueeritavat.

Intervjuu käigus selgitati välja haiglate ressursijuhtimise otsuste tegemisel (a) praegune olukord, (b) arenguvajadused ning (c) võimalikud arenguteed ehk võimalused liikuda praegusest olukorrast tegeliku vajaduseni. Intervjuude abil kogutud informatsiooni põhjal tehti üldistus, eesmärk ei olnud võrrelda konkreetseid haiglaid või erinevate inimeste arvamusi ühe haigla juhtumikirjeldust. Praeguse tegutsemispraktika ja arenguvajaduste põhjal koostati järeldused ja soovitused haiglajuhtidele ning tervishoiupoliitika kujundajatele haiglate ressursijuhtimise parandamiseks.

2. Tulemused

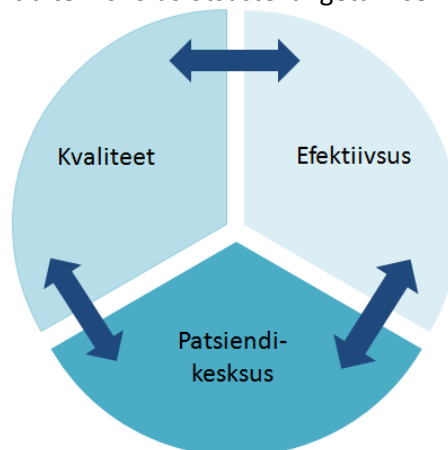
Tulemused esitatakse intervjuudes kaetud teemade kaupa, sealjuures tuuakse eraldi välja ressursijuhtimise eesmärgiga seonduv. Intervjuude käigus kogutud teadmisi toetab ja aitab selgitada haiglate finantsandmete ülevaade, mis on toodud lisa 3.

2.1. Ressursijuhtimise eesmärk

Teoreetiliselt on ressursijuhtimise eesmärk efektiivsem ressursikasutus ja ressursside optimaalse koormatuse saavutamine. Samas haigla tegevuse eesmärk üldisemalt on patsientidele vajalike kvaliteetsete tervishoiuteenuste osutamine ja nende arendamine. Mõne haigla puhul lisandub tugevalt ka õpetamine ja teadustöö tegemine. See peegeldub ka selles, kuidas haiglates ressursijuhtimist vaadatakse. Valdav on arusaam, et ressursside efektiivne kasutamine on oluline ja tõenäoliselt kasvava tähtsusega, kuid pigem juhitakse ressursse selle nimel, et patsientidele kvaliteetset raviteenust osutada, töötajatele erialast arengut võimaldada ja meditsiini arenguga kaasas käia. Intervjueeritavate hinnangul on haiglate tegevuse efektiivsus üldiselt oluliselt suurenenud ning jätkub infotehnoloogiliste lahenduste ja töökorralduslike muudatuste abil ressursikasutuse parandamine.

Ühelt poolt ei ole kvaliteetse raviteenuse ja efektiivsuse eesmärgistamine vastuoluline – patsiendile ka pikas perspektiivis kvaliteetse raviteenuse osutamiseks peab haiglas olema professionaalne personal ja kaasaegsed meditsiiniseadmed, kuid neisse investeerimiseks vajalike vahendite loomiseks tuleb üldjuhul mõistlikult majandada ja teenuste hinnakirjas ette nähtud hindadega toime tulla. Seega pikas perspektiivis ei ole kvaliteetse tervishoiuteenuse osutamine ilma efektiivse ressursijuhtimiseta võimalik. Teiselt poolt tähendab efektiivsuseesmärgi allutamine kvaliteetsele teenuseosutamisele ja erialasele arengule seda, et otsuseid arstidele mugavamate meditsiiniseadmete, patsiendile väheminvasiivsete protseduuride ja kallima diagnoostikaaparatuuri soetamiseks tehakse suurema tõenäosusega ning teenuse osutamine läheb kallimaks ja surve hinnakirja hindade tõstmiseks kasvab.

Joonis 1. Klassikalised valikuaspektid tervishoius otsuste langetamisel



Allikas: kohandatud *Iron Triangle of Health Care* põhjal¹⁰

¹⁰ Improving Health Care: A Dose of Competition. A Report by the Federal Trade Commission and the Department of Justice. 2004. [http://www.justice.gov/atr/public/health_care/204694.pdf]

Tegemist on tervishoiuteenuse osutajate puhul palju kirjeldatud valikutega teenuste kvaliteedi, toimimise efektiivsuse ja patsiendikesksuse vahel (kujutatud ka joonisel 1). Kõiki aspekte korraga maksimeerida ei saa ning antud juhul on vajalik leida tasakaalupunkt patsientidele ja eriala arengule suunatud ning efektiivsema tegevuse puhul.

See, milliseid ressursijuhtimise otsuseid tehakse, sõltub eesmärgist ja sellest, mil määral erinevad osapooled seatud eesmärki jagavad. Oluline on selgelt sõnastatud, läbi mõeldud ning organisatsioonis üheselt arusaadav eesmärk ja arusaam neist valikutest, et jõuda tulemuseni, mis on optimaalne piiranguid arvestades. Ja arusaadavalt neid piiranguid on. Näiteks ei saa meditsiinis enamasti keskmise järgi optimeerida, oluline on toimetulek just tipukoormustega ja erakorraliste juhtudega; arstide puhul võib olla aastatepikkune periood, mille jooksul vanem kolleeg õpetab välja nooremat; oluline on erialase koolitusega arvestamine töökoormuse planeerimisel; Eesti väiksusest tingituna ei pruugi teatud erialade või meditsiiniseadmete puhul suurt koormatust saavutada, kuid eriala olemasolu või konkreetse protseduuri tegemisel seadme kasutamine on oluline teenuse kättesaadavuse jaoks. Seega ei olegi realistlik rangelt majandusliku efektiivsuse saavutamine, aga piirangute olemasolu ei tähenda, et efektiivse ressursikasutusega ei pea tegelema. Pigem on oluline, et teadmine neist piirangutest on olemas ja kriteeriumid, millega otsustamisel arvestada, on läbi mõeldud.

Ressursijuhtimise eesmärgi ebaselgus peegeldub praegu selles, et otsustamisel ei ole tihti kriteeriumid paigas, vaid otsustatakse vastavalt olukorrale, ressurside koormatust süstemaatiliselt ei hinnata ning tundub, et teenuste mahu suurendamine tagab piisava rahavoo, mille piires on võimalik kasumlikumaid ja mitte nii kasumlikke tegevusi tasaarveldades lükata edasi ressursikasutuse efektiivsusega tegelemist. Eesti ja Soome tervishoiu ja hoolekande organisatsioonides erineva taseme juhtide kompetentsust hindavas uuringus Hewenet, töid Eesti vastajad muuhulgas välja puudujäägi ressurside juhtimises.¹¹

2.2. Ressursijuhtimise protsess ja osapoolte rollid

Muutuse vajadus tuleb enamasti meditsiinilistelt struktuuriüksustelt

Seda, et meditsiiniseadmete või –personali osas on vajadus muudatuse järele, tunnetavad enamasti tervishoiutöötajad. Vajaduse tekitavad: a) puudused töökorralduses suurenenud töö mahu, pikenenud järjekordade, patsientide või töötajate kasvanud rahulolematuse tõttu; b) tehnoloogia areng ehk koolitustel või teistes haiglates nähtud kasulikud meditsiiniseadmed.

Lisaks seestpoolt tunnetatud vajadusele, mille signaal tuleb meditsiiniliste struktuuriüksuste poolt, initsieerivad muutusi: a) juhtival tasandil või finantsüksustes eelarve jälgimisel leitud ebakõlad, vahel võrdlus eelnevate perioodide või teiste teenuseosutajatega; b) riigi poolt kavandatavad muudatused ja e-Tervise areng. Alati on ka soetusi katkise aparraadi asendamiseks või lahkunud töötaja asendaja värbamist, millega võib kaasnevat suuremaid muutusi, kui uus aparaat ei ole sama spetsifikatsiooniga vaid täiuslikum või asendaja võetakse teise profiiliga ja tehakse muutusi töökorralduses.

Otsustuskriteeriumid on jäänud paljuski mitteformaalseks

Ressursijuhtimise otsuste tegemiseks ühtseid formaalseid kriteeriume ei ole, otsustamine toimub vastavalt olukorrale. Enim on formaliseeritud suurte investeeringute tegemine, millele eelneb tasuvusanalüüs. Samuti on suhteliselt paika pandud investeerimisotsuste prioritseerimine, kus

¹¹ Hewenet'i uuringu esmased tulemused on selgunud [<http://hewenet.eu/?p=235>]

järjestatakse näiteks soetuseid, mis võimaldavad praegusel tasemel teenuste osutamist jätkata, millega suurendatakse teenuste mahtu, millega kaasnevad uued teenused, mis parandavad teenust patsiendi jaoks ja mis teevad arsti töö mugavamaks.

Väiksemate otsuste puhul nii põhjalikku analüüsi ei tehta, kuid lisaks otsusega seotud kuludele on kindlasti ära toodud põhjendused, mida rahasse ei panda, kuid mis otsust mõjutavad. Vaikimisi arvestatakse nii ressursside koormatust, teenuse kvaliteedi tõstmist, kättesaadavuse parandamist patsiendi jaoks, patsiendi mugavust, protseduuri väiksemat invasiivsust, eriala säilitamise vajadust, uue ravimeetodi kasutuselevõttu ja teisi tegureid. Ehk siis patsiendi või eriala arengu huvi pehmemad kriteeriumid võivad kõrvale lükata tasuvuse või kasumlikkuse kaalutlused. Lisaks kui tegevus on tuludega kaetud, näiteks tasulise teenuse osutamine Haigekassa lepingu väliselt, siis vaadatakse seda leebemalt, kuna tasuvusega probleeme ei ole.

Personaliga seotud otsused on keerulisemad ning nende puhul on vähem tulude ja kulude analüüsimist ning rohkem põhjendamist näiteks teenuste mahu põhjal lisaametikoha soovija poolt otsustajatele. Õdede puhul vaadatakse rohkem standardeid ja norme, hinnatakse näiteks voodikohti või patsiente õe kohta. Arstide puhul on (eriti väiksemates haiglates) teine lähenemine – kui arst soovib tööle tulla, siis enamasti ära ei öelda, sest arst niiöelda toob töö kaasa ja võimaldab Haigekassa lepingumahu täitmist või suurendamist.

Seega numbritesse pannakse otsuse tasuvus või otsusega kaasnevad kulud, kvaliteeti ja teisi kriteeriume on keeruline numbritesse panna, kuid need kaalutletakse otsuste tegemisel läbi ja võetakse vajadusel arvesse.

Otsuste *ex post* hindamine ja koormatuse mõõtmine on olulised arengukohad

Kui suurte otsuste puhul tehakse enne otsuse tegemist kalkulatsioonid ning vaadatakse prognoositavaid tulusid-kulusid ja tasuvusperioodi, väikeste otsuste puhul põhjendust ja sellega kaasnevaid arvutusi või hinnanguid, siis tagantjäreli süstemaatiliselt ja pidevalt tehtud otsuste tulemuslikkust eraldi ei hinnata. *Ex post* hindamist tehakse pigem suurte investeeringute või mõne konkreetse kalli (arsti) ametikoha puhul, kui vaadatakse, kas tekkinud tulu katab kulud. Enamasti koormatust masinate ja töötajate kohta eraldi ei analüüsita, kuigi intervjuueeritavad nentisid, et prognoositud mahtude saavutamist oleks samuti oluline jälgida. Üldiselt vaadatakse regulaarse aruandluse käigus, et agregeeritud tasandil näitajad ei oleks halvenenud (näiteks kulud eelarves kavandatust suuremad), aga mitte otseselt otsuste hindamise eesmärgiga.

Masinate ja töötajate koormatuse mõõtmine oleks oluline sisendinfo nii otsustamiseks kui ka võimalus otsuste mõju hindamiseks. Ühtset koormatuse hindamise meetodikat meditsiinitehnika ega -personali puhul haiglates ei ole. Regulaarselt jälgivad kõik haiglad voodihõivet, mis on ka rahvusvahelisel tasandil pea ainuke levinud näitaja. Personali ja aparatuuri koormatust vaadeldud haiglates süstemaatiliselt ei mõõdeta, kuid on üksikuid näiteid ja algatusi, kus mõõdetakse operatsioonitoas kulunud aega või kallite seadmete koormatust. Seni on koormatuse mõõtmine olnud pigem tehnikat puudutav ja intervjuueeritavad oli ühel meelel, et üldiselt on töötajate puhul koormatust mõõta keerulisem. Kui mõõtmisega algust tehakse, siis sarnase profiiliga töötajate ja fikseeritava kestusega tegevuste puhul, näiteks operatsiooniõdedega.

Personali puhul rakendavad haiglad osaliselt enda paika pandud standardeid nii koormuse hindamiseks, mis võib olla aluseks tasustamisel, kui ka ametikohtade planeerimiseks. Näiteks õdede ja hooldajate puhul kasutatakse personali ja tööaja standardeid ametikohtade vajaduse hindamiseks – mitu töötajat päevas ja öises vahetuses voodite kohta osakonnas olema peab ning kui palju töötunde on vaja aastas ära teha teatud kvalifikatsiooniga personali poolt. Standardid on üldiselt õendustöötajatega kokku lepitud, kuid ühtsete ja põhjendatud normide järgi on selge vajadus olemas

ja väljendatud ka õenduse ja ämmaemanduse arengustrateegias - „Seni puuduvad riiklikult tunnustatud ühtsed meetodid ja mudelid, mille alusel reguleerida teenuste osutamiseks vajalikku personali hulka ja koosseisu. Õdede ja ämmaemandate töökoormused on patsientide arvu ja osakondade spetsiifika alusel normimata.“¹²

Arstide puhul on tehtud agregeeritult struktuuriüksuse tasandil töömahu (tehtud protseduuride ja vastuvõetud patsientide arv), tööaja ja töötajate arvu võrdlust või võrreldud töötajaid töömahu põhjal. Ka arstide jaoks kasutatavad normid on üksuses kokku lepitud või analüüsijal endal paika pandud. Analüüsi tegemine sõltub seni enamasti üksuse juhi soovist ja entusiasmist.

Tööl ajal või patsientide arvul põhinevad võrdlused ei pruugi näidata töö aktiivsust ega töötaja tegelikku koormatust. Alternatiiviks oleks rakendada punktisüsteemi, mis annab tegevustele koormatust arvestava kaalu. See kaal peaks siis peegeldama nii aega, mis on vaja tegevuse jaoks, kui ka tehnilisi oskusi ja füüsilist pingutust, vaimset pingutust ja otsustamise vajadust, psühholoogilist stressi. Eelduseks on aga erinevate tegevuste koormuse hindamine ja punktisüsteemi meetodika arendamine. Punktisüsteemi saaks sisendina kasutada nii töökoormuse juhtimisel, ressursside suunamisel, kuluarvestuses kui ka tasustamisel.

Samas vajaduses hinnata koormatust ning vaadata, kas tehtud tasuvusanalüüs täitus ja kas saavutati vajalikud mahud, on teadvustatud. Seda peetakse üheks oluliseks arendamist vajavaks kohaks. Koormatuse hindamise puhul soovitakse meetodika arendamist, analüüsil põhinevaid süsteemseid standardeid, mis võtavad arvesse erialade erinevusi ja oleks haiglate vahel võrreldavad. Seejärel muutuks usaldusväärsemaks meditsiinitehnika ja –personaliteetide vajaduse hindamine ning võimalikuks nende ressursside koormatusel põhinev juhtimine. Koormatuse mõõtmise eelduseks on nii IT-lahenduse kui ka meetodika olemasolu. Haiglate võimekus nende arendamise osas on väga erinev.

Haigla infosüsteemi arendamine on oluliselt toetanud otsustamise tõendus põhisust

Valdav osa otsustamiseks vajalikust infost tuleb haigla enda infosüsteemist, mille arendamisega on aktiivselt tegeldud kõigis haiglates. Haigla infosüsteem hõlmab finantsinfot ja ka naturaalnäitajaid (voodihõive, protseduuride arv vms). Tulenevalt haiglate tasustamisprintsiibist on tegevusmahtude mõõtmine tehniliselt hästi välja arendatud, sest selle põhiseiselt esitatakse arveid Haigekassale. Kuna tegevusmahtude jälgimine on tasustamise tõttu oluline, siis on sarnaselt üles ehitatud ka haigla enda tegevuse analüüsi meetodika. Näiteks ka personalivajadust põhjendatakse enamasti muutunud teenusemahuga.

Kui varem oli haiglas info olemas erinevates süsteemides ja erineval kujul ning selle kokku panemine ja seostamine oli suur töö, siis järjest enam on andmekogumist tsentraliseeritud ja liigutud keske andmeida põhimõtte poole. Samuti tegeldakse andmete standardiseerimisega. Ühtlasi kogutakse järjest rohkem ja paremaid andmeid, kuid neist info saamisega tuleb vaeva näha. Näiteks on arusaam tegevusmahtude arengust osakonna tasemel olemas, kuid puudub teadmine, kuidas on tegevusmahud seotud efektiivsusega ning kas saavutatud on hea tulemus või mitte.

Haigla infosüsteemi kogutud andmed organiseeritakse ja aruandlus koostatakse enamasti tugiosakondade (enamasti finants-, analüüsi- või ökonomikaüksuste) poolt. Üldiselt toimub igakuine aruandlus nii struktuuriüksustele kui ka juhtkonnale. Osa andmeid tuleb kuulise või kahekuulise viitajaga, aga andmeid võib vajadusel ka oluliselt tihedamini saada. Näiteks igapäevast voodihõivet, kui see on üksuse töö planeerimiseks oluline. Keskne info on kõigile ühesugune ning vähemalt

¹² Eesti Õdede Liit, Eesti Ämmaemandate Liit (2011). Kaheksa sammu inimese tervise heaks. Eesti äenduse ja ämmaemanduse arengustrateegia 2011-2020. [http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumentid/Tervisevaldkond/Tervishoid/E%C3%95L_E%C3%84%C3%9C_Arengustrateegia.pdf]

päringu peale kättesaadav. Lisaks tsentraalsele andmekogumisele koguvad üksuste töötajad ka ise andmeid. Näiteks koondavad nemad andmed töökoormuse kohta. Samuti eriala spetsiifika jaoks olulised andmed, mida kesksesse infosüsteemi ei sisestata.

Info kättesaadavust parandavad tihti igakuised ülehaiglalised infotunnid, kus tehakse ülevaateid finantsaruannetest, olulistest arengutest ja juhatuse otsustest. Haiglasisesest regulaarset infot täiendab vajadusel kolleegidelt saadav info (näiteks tagasiside teatud seadme osas), haiglate võrdlusandmed (näiteks majandusaasta aruannetest, Haigekassa tagasiside teenusehindade muutmiseks antud kuluandmete põhjal, haiglate juhtkondade või erialainimeste kohtumistelt), rahvusvahelised võrdlusandmed (tavaliselt erialaselt või välismaiste kolleegide kaudu). See täiendav info on suuresti juhuslik ja suhteliselt kitsa näitajate või kaetud valdkondade arvuga.

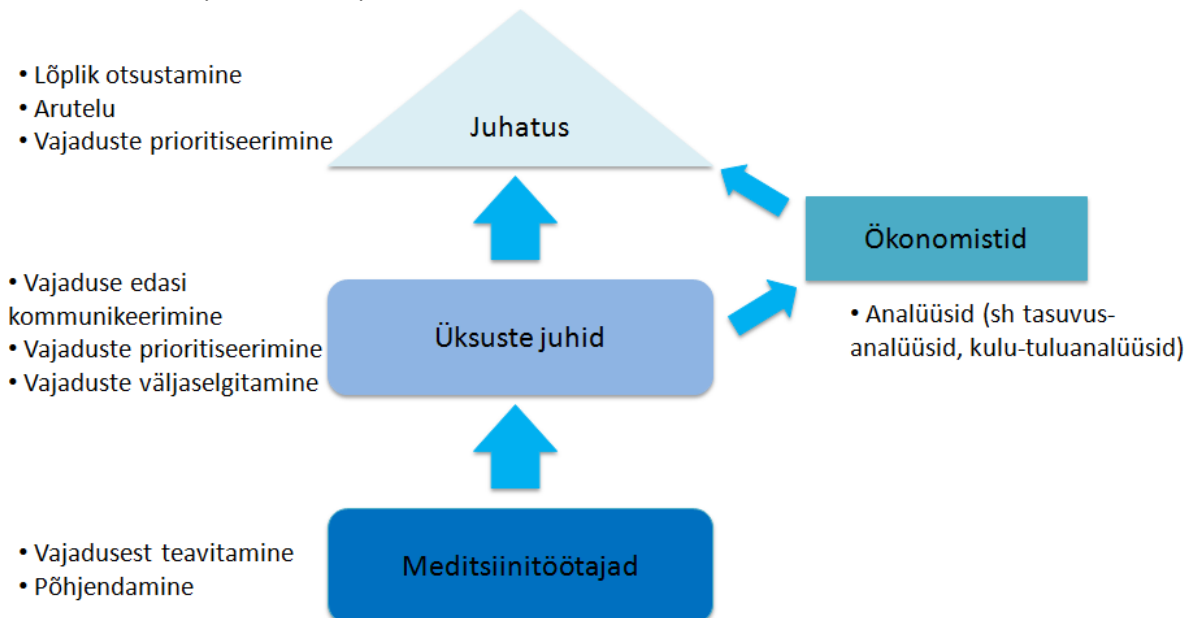
Osapoolte rollid olukorras, kus soovid on mitu korda suuremad kui võimalused

Nagu eespool selgus, siis arstid-õed ja teised töötajad on need, kes peamiselt muudatuse vajadusest teada annavad, seda selgitavad ja põhjendavad ning edastavad üksuse juhile. Üksuse juht selgitab välja üksuse vajadused, vajadusel prioritseerib soove, aitab põhjendada ja edastab juhatusele. Olenevalt haigla struktuurist võib ühe üksuse juhilt järgmise üksuse juhile see otsus veel edasi liikuda enne juhatusse jõudmist.

Ökonomistid (sõltuvalt andmete spetsiifikast ja haigla struktuurist võib olla tegemist finantsisti, analüütiku, ökonomisti, vahel ka personalitöötajaga, kes tegeleb personalistatistikaga) annavad andmeid põhjenduse koostamiseks, vajadusel teevad analüüse ja arvutusi, sh tasuvusanalüüse, ja prognoosivad teenusemahtude arengut.

Juhatus prioritseerib kõik soovid, kuulab põhjendusi, arutab ja teeb lõpliku otsuse. Osapoolte rollid on kujutatud ka joonisel 2.

Joonis 2. Otsustusprotsessi osapooled



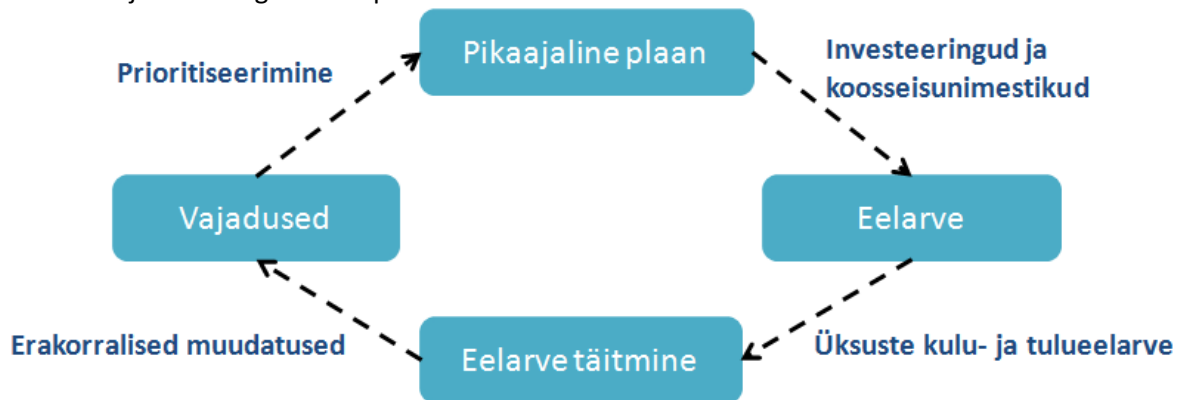
Allikas: autorite koostatud

Haiglates toimub suur osa soetusi ja muudatusi plaaniliselt (vaata ka joonis 3). Investeeringute puhul on tavaliselt olemas pikaajaline plaan, mis vaadatakse kord aastas üle. Enne eelarve koostamist panevad üksused oma soovid kokku, põhjendavad ja prioritseerivad. Prioritseerimised võivad

toimuda ühise arutelu vormis. Tavaliselt erinevad soovid võimalustest mitu korda ning vastavalt eelarvele siis selgub, kui suure osa soovidest saab rahuldada.

Teostamisele minevad soovid väljenduvad eelarves. Kui eelarve täitmisele läheb, siis eelarve piires on üksused vabad ise otsustama, sest need on varem kokkulepitud asjad. Kui on tegemist täiendavate kuludega, nagu erakorraline soetus või uue ametikoha loomine, siis on vaja juhatuse otsust.

Joonis 3. Vajadused regulaarses protsessis



Allikas: autorite koostatud

Otsustusprotsess on haiglas pigem läbipaistev ja tsentraalne

Kuna otsustamisprotsess on paigas, reeglid ühesugused ja hea tava välja kujunenud, siis otsustajatele ja seotud isikutele on süsteem pigem läbipaistev. Tehtud otsustest läheb info ka juhatusest allapoole, tihti koos põhjendustega. Läbipaistvust töötajatele, kes otsustamises ei osale, saab parandada, sest alati ei ole kindel, kuidas info ülevalt allpoole liigub ja kas kõigini jõuab ning infot ja otsuseid on suhteliselt palju.

Formaalne otsustamine on pigem tsentraalne – koosseisunimestike muutused, investeeringud ja eelarve vajavad juhatuse otsust, samuti kõik täiendavate kuludega seotud otsused teeb juhatuse. Aga info vajadustest ja nende põhjendused tulevad altpoolt ning otsused tihtipeale arutatakse läbi. Seetõttu tunnevad teised osapooled end otsustamisel osalisena ja see vähendab otsustamise formaalset tsentraalsust.

Haigla infosüsteemi ja kuluarvestussüsteemi arendamise roll

Kuna suur osa kasutatavast infost tuleb haigla enda infosüsteemist, siis infosüsteemi peavad intervjueeritud äärmiselt oluliseks abiks ressursijuhtimise otsuste tegemisel. Oluliseks teeb ta usaldusväärsete, kõigile kättesaadavate ja samadel alustel kokku pandud andmete olemasolu. Liigutakse sinnapoole, et finantsinfo kõrval oleks järjest rohkem naturaalinfort.

Samuti on oluline kuluarvestussüsteemi roll, mis annab just juhtimisotsusteks vajalikku infot. Praegu vaadatakse kulusid enamasti osakonna või kabinetide tasandil, teenusepõhist või patsiendipõhist kuluarvestust ei rakendata. Infosüsteemide ja elektroonilise haigusloo areng toetab niiõelda omahinna arvutamist ja kulude patsiendi tasandile viimist.

Haiglate vahel liiguvad küll patsiendid, kuid võrdlusandmed vaid vähestel juhtudel

Haiglatevahelise koostöö puhul toodi välja kolm aspekti.

- a) Haiglate võrdlus andmete alusel ja arutelud kolleegide vahel. Näiteks haiglate ökonomistide ja ülemõdede puhul, kes aegajalt kohtuvad ja enda valdkonna küsimusi arutavad. Või

kohtumised juhtkonna tasandil, kus võrreldakse tegevusmahtusid, voodihõivet või ravikestust.

- b) Koostöö kui kokkulepe spetsiifiliste ja kulukate teenuste osutamise osas ühes kohas, näiteks organisirdamised.
- c) Patsientide liikumine haiglate vahel, kui kohapeal ei ole võimalik protseduuri teha.

Haiglasisesse ressursijuhtimise seisukohalt oluline just esimene aspekt – haiglate infovahetus, omavaheline võrdlus ja ka koos teatud arenduste ette võtmine. Mõne haigla või eriala puhul koostöö mingil määral toimub ja andmeid vahetatakse meelsamini, eriti puudutab see meditsiinilist infot ja naturaalnäitajaid, tulud ja palgad on tundlikumad teemad. Teistel juhtudel tunnetatakse konkurentsi ning soovi ühiselt asju analüüsida või andmeid jagada ei ole. Koostööd heaks ei hinnata ning ta sõltub üksikutest algatustest, kuid asjad on liikunud paremuse poole. Koostöö on oluline perspektiiv just üldhaiglate puhul, kus ilmselt vähem võimekust metoodiliselt analüüsivõimekust ja infosüsteeme arendada (vaata ka joonis 19 lisas 3 - info- ja kommunikatsioonitehnoloogiate kulude osakaal tegevuskuludest).

Haiglateülese ressursijuhtimise seisukohalt olulisi kokkuleppeid teenuste tsentraalseks osutamiseks praktiliselt ei tehta ja soovitakse pakkuda kõiki teenuseid (arvestades haiglaliikide nõuetega), kuid koostöö patsientide liikumise osas haiglate vahel hinnati üldiselt toimivaks.

Riik suunab haiglate ressursijuhtimist kaudselt

Haiglatele anti autonoomsus ja eraõiguslik staatus, et panna tööle äriühingutes toimivad mehhanismid ja luua haigla juhtkonnale motivatsioon haigla majanduslikult heaks toimimiseks ning jõuda olukorda, kus haigla juhtkond ei peaks tegema majanduslikult ebamõistlikke otsuseid, näiteks ostma aparate, mida ta ei vaja ega suuda otstarbekalt kasutada. Lisaks õiguslikule vormile seab riik raamid haiglavõrgu arengukavaga (edaspidi lühendatult HVA)¹³, millega pannakse paika soovituslik haiglate loetelu liikide lõikes. Haigla liikidele on omakorda kehtestatud nõuded¹⁴ nii kohustuslike ja lubatud teenuste, vajaliku aparatuuri, seadmete, personali kui ka ruumide osas. Iseloomult on tegemist miinimumnõuetega ja piiranguga, et teatud teenuseid näiteks kohalikus haiglas osutada ei saa. Osutatavate teenuste valikul on arvestatud populatsiooni suurusega ja teatud patoloogiate tõenäosusega ning seda mitte ainult majanduslikust efektiivsusest vaid ka kvaliteedi tagamisest lähtuvalt.

Kui üldine raamistik on paigas, siis täiendavad hoovad riigi jaoks haiglate ressursikasutuse suunamiseks on esindaja olemasolu kahe suurema haigla nõukogus, juhtkondadele korraldatavad koolitused, see, et riigi konsolideerimisgrupis olivad ja struktuurifondide kaasfinantseerimise soovijad peavad oma finantsplaanid Rahandusministeeriumis kooskõlastama ning haiglate funktsionaalsed arengukavad kinnitab sotsiaalminister. Samas on need kõik suhteliselt pehmed hoovad. Seadmete ostu, töötajate värbamist ega ressurside koormatuse hindamist ei reguleerita. Samuti ei ole piisavat ülevaadet haiglate ressursidest tervikuna (kallite meditsiiniseadmete kohta kogub infot TAI, lisa 3 tabel 2).

Olulisimad riigi antavad stiimulid ressursikasutuseks tulenevad Haigekassa lepingutest ja kulumudelil põhinevatest tervishoiuteenuste hindadest. Lepingutega püütakse näiteks tõsta ambulatoorse ja päevaravi osa, hooldusravis koduõendust. Tervishoiuteenuste hindade aluseks on tegevuspõhine

¹³ Eesti Haiglavõrgu Arengukava 2002.

[http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/Tervisevaldkond/Tervishoid/HVA2002_1_.pdf]

¹⁴ Haigla liikide nõuded. Vastu võetud 19.08.2004 nr 103. RTL 2004, 116, 1816.

[<https://www.riigiteataja.ee/akt/793970?leiaKehtiv>]

kuluarvestus ja see, kui palju mingit ressursi iga teenuse jaoks on hinda arvestatud, on teada.¹⁵ See on haiglatele alus, millega oma ressursikasutust võrrelda. Nii nagu haiglas tuleb vajadus muutuseks enamasti altpoolt ehk meditsiinitöötajatelt, nii ka tervishoiuteenuste hindade või ressursikasutuse puhul tuleb signaal muutuseks tavaliselt meditsiinipoolelt ehk erialaselt.

Arenguvajadused

Haiglaselise töökorraldusega seotud muudatustest kirjeldati ressursikasutuse efektiivistamiseks järgmisi.

- Seoses elektroonilise haiguslooga on haiglates oluliselt sekretärade arv kasvanud, et andmete sisestamise koormust meditsiinipersonali jaoks vähendada (joonised 5-8 lisas 3 näitavad erinevat tüüpi töötajate töötasude osakaale). Kuid tööülesannete ümber jagamise osas nähakse veel arenguruumi, et arstile-öele jääks vähem ülesandeid väljaspool meditsiinivaldkonda.
- Tööaja paindlikkuse suurendamine - kõrge koormatusega tundidel on inimesed tööl, väiksema koormusega tundidel inimesed saab koju lasta, võimalusel rakendada koduvalvet ja rotatsiooni üksuste vahel. Näide rakendamiseks on olemas, kuid üldiselt kasutatakse standardpikkusega vahetusi ja tööd ühe üksuse piires.
- Tegelda edasi tugiteenuste efektiivsuse tõstmisega. Näiteks ravimite ja tarvikute puhul hankida suuremaid koguseid, tsentraliseerida laod, suurendada geneeriliste ravimi rolli ja rakendada elektrooniline laopidamissüsteem. (Erinevust varudega tegelemisel peegeldab joonis 20 lisas 3.)

Toodi välja, et efektiivsuse tõstmise kultuur tuleb viia töötaja tasandile. Ühelt poolt on oluline, et töötajad saaksid aru, kuidas nende otsused kulusid mõjutavad, teiselt poolt võiks viia juhtivtöötajate motivatsiooni selliseks, et neil on kasulik efektiivsuse ja kulude peale mõelda, näiteks tulemustasu abil. Samuti tegelda meetodilise arendamisega, et hinnata, kuidas on tegevusmahud seotud efektiivsusega ja milline on soovitud tulemus.

Haiglate infosüsteemide on oluliselt arendatud, kuid soovitakse nende arendamise jätkumist, et:

- jooksev aruandlus oleks võimalikult automaatne ning ei oleks palju manuaalset ja aeganõudvat tegevust, siis saaks vähem tegeleda andmete kokku panemisega ja rohkem analüüsiga;
- info kättesaadavus võiks olla kiirem, andmete viitaeg lühem (andmed jooksvalt olemas, mitte eelmise kuu või kvartali lõpu seisuga), ja juhtidele otse kättesaadavad, ilma et keegi peaks vahendama või eraldi küsimise peale kokku panema;
- vähendada üksustel eraldi peetava andmekogumise osa ja liita kõik infosüsteemi, mis muudaks need ka teistele kättesaadavaks ning võimaldaks rohkem siduda finants- ja naturaalandmeid.

Haiglatevahelise koostöö puhul toodi välja eelkõige omavahelise võrdluse ja ühiste meetodikate arendamise aspektid koormatuse hindamise, omahinna arvestuse ja patsiendipõhiste kulude puhul.

- Koormatuse hindamise puhul soovitakse meetodika arendamist, analüüsil põhinevaid süsteemseid standardeid, mis võtavad arvesse erialade erinevusi ja oleks haiglate vahel võrreldavad. Seejärel muutuks usaldusväärsemaks meditsiinitehnika ja –personali vajaduse hindamine ning võimalikuks nende ressurside koormatusel põhinev juhtimine.
- Praegu vaadatakse haiglates kulusid üldiselt struktuuriüksuste tasandil. Kasu nähakse omahinna põhimõtte arendamises, et täpsemalt vaadata, kuidas kulud suhestuvad tuludesse

¹⁵ Kindlustatud isikult tasu maksmise kohustuse Eesti Haigekassa poolt ülevõtmise kord ja tervishoiuteenuse osutajatele makstava tasu arvutamise meetodika. Vastu võetud 19.01.2007 nr 9. RTL 2007, 8, 135. [<https://www.riigiteataja.ee/akt/128062011030>]

ja kasutada seda oma juhtimisotsustes. Sealjuures võiks haiglates kuluarvestus olla sarnastel põhimõtetel, siis oleks seda võimalik kasutada Haigekassal hinnakujunduse protsessis.

- Samuti oleks arengukoht kulude patsiendi tasandile viimine. See nõuab IT tuge ning ei nähta mõtet eraldi infosüsteemi loomiseks, pigem selles, et siduda ka kulude aspekt patsiendi elektroonilise haigusloo külge.

Riigipoolsete arengukohtadena ilmnesid intervjuude käigus järgmised.

- Meditsiinipersonali Eestist lahkumise probleem on haiglate jaoks suur. Soovitakse, et riik tegeleks enam noorte arstide Eestisse jäämise motiveerimisega ja toetaks meditsiinitöötajate maakonnahaiglatesse tööle minemist, sest personaliga seotud riskid on suuremad väikeste haiglate jaoks (vaata ka joonis 4 lisa 3 - väikeste haiglate tööjõukulude osakaal kogukuludest on suurem).
- Nähakse tugevat vajadust otsuste järele HVA osas, mis annaks selguse ja kindluse tulevikuks. Seni kehtivat HVAd ei ole täielikult rakendatud, kuid venitamine ja ebakindlus mõjutavad noori arste ja teisi meditsiinitöötajaid töökoha valikul. Samuti toodi mitu korda välja, et arvestades populatsiooni suurust ja kallist tehnoloogiat oleks vajalik teatud teenuste kontsentreerumine, seitselliste teenuste hajutamine tähendab alakoormatud meditsiinitehnikat, konkurentsi töötajate pärast ning alamehitatuse tõttu küsitavaks jäävat teenuste kvaliteeti ja kättesaadavust. Usku sellesse, et haiglad omavahel teenuste kontsentreerumise osas kokkuleppele jõuavad, ei olnud, nii et otsuse, kus teatud teenuseid osutatakse, peaks tegema riik.
- Kulude võrdlemine Haigekassa kulumudeli ja haigla(te) vahel võiks toimuda pidevalt või vähemalt regulaarselt, mitte ebaregulaarselt ja ainult hinnakujundusprotsessi jaoks. Samuti hinnati liiga pikaks uute teenuste hinnakirja lisamise protsess ning see, et haiglal peaks investering olema tehtud ja reaalsed kulud tekkinud, kuluproгноosid ei ole piisavad hinna määramiseks.

3. Kokkuvõte ja järeldused

Uuringu alguses püstitatud hüpoteesidest esimene - haiglad pööravad tähelepanu ressursijuhtimisele peamiselt suurema efektiivsuse saavutamiseks – kinnitust ei leidnud. Kuigi ressursside efektiivset kasutamist peeti oluliseks ja kasvava tähtsusega olevaks, siis enamasti juhitakse ressursse selle nimel, et patsientidele kvaliteetset raviteenust osutada, töötajatele erialast arengut võimaldada ja meditsiini arenguga kaasas käia.

Teine hüpotees - kuigi kulurive on tugev ja vajadus paremaks ressursside juhtimiseks on teadvustatud, on arusaam sellest ebaühtlane ning vaja oleks läheneda ressursijuhtimisele terviklikult – pigem leidis kinnitust. Algatusi ressursside paremaks kasutamiseks tehakse ja areng on kindlasti toimunud, kuid näiteks ühtset arusaama ressursijuhtimisest ega selgeid otsustuskriteeriume ei ole ja süstemaatiliselt ressursside koormatust ei analüüsita. Ilma korraliku koormatuse ja omahinna infota on juhtimisotsuste tegemine keerulisem.

Kokkuvõttes selgus, et muutuse vajadus töökorralduse, töökohtade või seadmete osas tuleb enamasti meditsiinilistelt struktuuriüksustelt. Ressursijuhtimise otsuste tegemiseks ühtseid formaalseid kriteeriume ei ole, otsustamine toimub vastavalt olukorrale. Enim on formaliseeritud suurte investeeringute tegemine, millele eelneb tasuvusanalüüs. Kuigi tagantjärei tasuvusanalüüsi realiseerumist ja prognoositud mahtude saavutamist regulaarselt ei vaadata ning ressursside koormatust ei hinnata, siis vajadusest seda teha saadakse aru ning seda peetakse üheks oluliseks arendamist vajavaks kohaks.

Muutuse vajadus ja selle põhjendus tulevad struktuuriüksustelt, arvutused ja analüüs finantspöolelt ning otsused tehakse enamasti juhatuse tasandil. Otsustusprotsess on haiglas pigem läbipaistev ja tsentraalne. Haiglasisesed infosüsteemid on oluliselt arenenud ning on peamiseks allikaks otsuste tegemise jaoks vajaliku info saamiseks. Haiglasisesest regulaarset infot täiendab vajadusel kolleegidelt saadav info ja vahel haiglate võrdlusandmed, kuid see täiendav info on suuresti juhuslik ja suhteliselt kitsa näitajate või kaetud valdkondade arvuga.

Riigi poolt on üldised raamid haiglavõrgu ja haigla liikide nõuete näol ning olulisimad stiimulid ressursikasutuseks tulenevad Haigekassa lepingutest ja kulumudelil põhinevatest tervishoiuteenuste hindadest.

Arengukohtadest kirjeldati haiglasisesid ressursikasutuse efektiivistamise ja ressursijuhtimise parandamise võimalusi, haiglatevahelise koostöö arendamist ja riigi tuge vajavaid teemasid. Haiglasises töökorraldusega seotud muudatustest peeti oluliseks tööülesannete ümber jaotamist, et koolitatud meditsiinipersonalil oleks vähem ülesandeid väljaspool meditsiini valdkonda, töötaja paindlikkuse suurendamist, toetavate süsteemide (nagu laondus, haldus) efektiivsuse tõstmist, ressursikasutusest mõtlemise viimist töötaja tasandile ja haigla infosüsteemide arendamisega jätkamist. Haiglatevahelise koostöö puhul toodi välja eelkõige omavahelise võrdluse ja ühiste meetodikate arendamise aspektid koormatuse hindamise, omahinna arvestuse ja patsiendipõhiste kulude puhul. Ja riigipoolsete arenguvajadustena mainiti meditsiinitöötajate Eestisse jäämise motiveerimist, selgust HVA osas ja otsustamist teatud teenuste kontsentreerumise üle ning Haigekassa hinnakujundusprotsessiga seotud aspekte.

Peamiste järeldustena tulevad välja koostöö ja teatud otsuste vajadus.

- Kujundada selge eesmärk ja jagatud arusaam. Kuni erinevad osapooled juhivad ressursse erinevatel eesmärkidel, teadmine praeguse ressursikasutusest ja seniste otsuste mõjust on lünklik ning puuduvad kokkulepitud otsustuskriteeriumid, on keeruline ressursikasutuse

efektiivsust tõstvad otsuseid teha. Ressursijuhtimise alane teadmine ei peaks piirduma juhtkonna tasandiga, vaid oma tegevusega kaasnevat mõjust peaksid aru saama ka meditsiinitöötajad.

- Arendada haiglatevahelist koostööd. Nii koormatuse hindamise, omahinna põhimõtete arendamise kui ka kulude patsiendi tasandile viimise puhul on vajalik meetodika arendamine ja IT-lahenduste välja töötamine. Selliste arenduste puhul nähakse praegu eelkõige nii aja kui ka rahaliste vahendite panustamist, kuid saadav kasu jääb abstraktseks (tulevikus saadav parem info ja selle alusel põhjendatumad otsused, efektiivsem ressursikasutus ja haiglate suurem omavaheline võrreldavus). Kui suund on kõigil haiglatel sama, siis oluline kokkuvõtte on võimalik saavutada meetodika ühisel väljatöötamisel ja infotehnoloogilisel lahendamisel. Ning kasu tekib ka sellest, kui hiljem on ühesugustel printsiipidel kogutud andmeid võimalik võrrelda ja näiteks Haigekassaga läbirääkimistes kasutada.
- Teha riigi tasandil otsused meditsiinitöötajate ja haiglavõrgu osas. Haigekassa lepingud ja teenuste hinnakiri on küll oluliseks kaudseks tegevuse suunajaks, kuid haiglad otseselt riigi sekkumist haiglasisesse ressursijuhtimisse ei tunneta ega pea ka vajalikuks. Pigem nähakse vajadust selguse järele kõiki haiglaid puudutaval üldisemal tasandil - meetmeid tulevase meditsiinitöötajate puuduse leevendamiseks, selgust haiglavõrgu osas ning läbirääkimisi teatud teenuste kontsentreerumiseks.
- Parima praktika jagamine ja võrdlus. Haiglad ja nende struktuuriüksused koguvad erinevaid andmeid ja kasutavad oma töös vajalike ressursijuhtimise otsusteni jõudmiseks erinevat meetodikat ning osapooled tunnetavad vajadust nii andmetest info kättesaamise kui ka suurema osapoolte vahelise võrdluse järele. Selgelt esineb vajadus parima praktika jagamise ja võrreldavate andmete järele. Suuremate haiglate või spetsiifiliste teenuste puhul ei pruugi piisata Eesti-sisest võrdlusest, vaid vaja oleks ka rahvusvahelist võrdlust.

Lisad

Lisa 1. Intervjuu struktuur

Sissejuhatus.

Lühike ülevaade projektist ja intervjuu eesmärgist. Korralduslikud teemad.

Projekti eesmärk on luua arusaam haiglate ressursijuhtimise parandamise vajadustest ja võimalustest. Jätk EuroDRG projektile, mis vaatles ka haiglate kulusid, võimalik sissejuhatus haiglate kuluarvestussüsteemide kaardistamise projektile ning praegu aktuaalne seoses Riigikontrolli auditiga.

Intervjuu käigus selgitatakse välja haiglate ressursijuhtimise otsuste tegemisel (a) praegune olukord, (b) arenguvajadus ning (c) võimalikud arenguteed ehk võimalused liikuda praegusest olukorrast tegeliku vajaduseni.

Töös ei keskenduta otseselt strateegilistele otsustele (näiteks milliseid tervishoiuteenuseid osutada), igapäevatööd puudutavatele väikestele otsustustele (töögraafiku muutmine töötaja haigestumisel) ega personalipoliitikale (töötajate arendamine, kompetentside kaardistamine), samuti ei mõisteta ressursside all eelarvet või rahalisi ressursse. Teema on kitsendatud arstide, õdede (vajadusel ka teiste meditsiinitöötajate) ja tehnika (vajadusel ka väiksemad hoonetega seotud otsused) koormatuse hindamisele, nende palkamise või ostmise või suuremate töökorralduslike otsuste tegemise protsessile, otsustuskriteeriumitele ja osapoolte rollidele.

Projekti käigus kogutud andmeid (intervjuud) kasutatakse anonümiseeritult mitte isikustatult.

Intervjuu põhiosa

(a) Praegune olukord.

Eesmärk. Milliseid eesmärke teie arvates ressursijuhtimisega soovitakse saavutada?
Riigi esindajatel lisaks - miks ja kuidas riik proovib anda stiimuleid haiglatele ressursijuhtimiseks?

Vajadus. Kuidas tekib vajadus otsustamiseks – mille järgi jõutakse arusaamale, et muutust on vaja?

Ex post analüüs. Kas tehtud otsuste tulemuslikkust mõõdetakse, näiteks ostetud aparatuuride hilisemat koormatust?

Otsustuskriteeriumid. Millistest kriteeriumitest lähtudes teete otsuseid? Koormatus, hind, kvaliteedi tõstmine, kättesaadavuse parandamine – milline olulisim?

Info. Millist infot otsustamiseks kasutate? Kust see info tuleb? Kas see on piisav? Kas erinevad inimesed kasutavad sama infot või on otsustamise aluseks erinev info?

Osapoolte rollid. Milliseid ressursijuhtimist puudutavaid otsuseid teete? Või kas annate sisendinfot ressursijuhtimise otsuste jaoks? Millised on teiste osapoolte rollid?

Milline on haigla infosüsteemi arengu ja kuluarvestussüsteemi roll? Kas näete vajadust paremaks omahinna arvutamiseks või kuluarvestuse viimiseks patsiendi tasandile?

Milline roll on haiglatevahelisel koostööl?

Milline on riigi roll?

Otsustamise läbipaistvus ja tsentraalsus. Kuidas hindate - kas ressursijuhtimise otsused on pigem läbipaistvad või läbipaistmatud ning kas otsustamine on pigem tsentraalsed või detsentraalsed?

Näide. Tooge konkreetne näide hiljutiste otsuste kohta - näiteks meditsiinitehnika soetamine, meditsiinitöötaja palkamine, töökorralduse suur muutmine!

(b) Vajadus.

Kirjeldage ideaalolukorda (aga mitte täiesti ebarealistlikku, pigem tänase olukorra parandatud pilti)!

(c) Võimalikud lahendused.

Millised on teie arvates võimalused ressursijuhtimise parandamiseks ehk praegusest olukorrast tegeliku vajaduseni jõudmiseks?

Lõppsõna

Kokkuvõtte intervjuu põhisõnumitest. Kas soovite midagi veel lisada?

Tänuõnad. Võimalik, et võtan ühendust üksiku selgituse saamiseks või küsimuse küsimiseks. Saadan teile aruande kommenteerimiseks.

Lisa 2. Intervjuude loetelu

Intervjuud toimusid järgmiste osapooltega:

- Kaja Aava, ökonomist, Rakvere Haigla
- Tõnis Allik, juhatuse esimees, Põhja-Eesti Regionaalhaigla
- Monica Kirspuu ja Ave Kaare, juhtimisarvestuse talituse juhataja ja finantsanalüütik, Põhja-Eesti Regionaalhaigla
- Rein Kuik, spordimeditsiini ja taastusravi kliiniku direktor, Tartu Ülikooli Kliinikum
- Leonhard Kukk, kirurgiakliiniku juhataja, Põhja-Eesti Regionaalhaigla
- Raina Liblik, ülemõde, Rakvere Haigla
- Heli Mölder, ökonomika ja raamatupidamise osakonna juhataja, Pärnu Haigla
- Heli Paluste, tervishoiuosakonna juhataja kohusetäitja, Sotsiaalministeerium
- Kaie Raedov, sisekliiniku ülemõde, Pärnu Haigla
- Kersti Reinsalu, juhatuse liige, Haigekassa
- Rain Sepping, juhataja, Rakvere Haigla
- Urmas Siigur, juhatuse esimees, Tartu Ülikooli Kliinikum
- Urmas Sule, juhatuse esimees, Pärnu Haigla
- Katre Zirel, anesthesioloogiakliiniku ülemõde, Põhja-Eesti Regionaalhaigla
- Merje Tikk ja Maret Tark, analüüsi-marketingiteenistuse direktor ja finantsteenistuse direktor, Tartu Ülikooli Kliinikum
- Katrin Tuttelberg, laborijuhataja, Rakvere Haigla
- Kadri-Liina Vahula, naiste- ja lastekliiniku juhataja, Pärnu Haigla

Lisa 3. Haiglate finantsandmete võrdlus

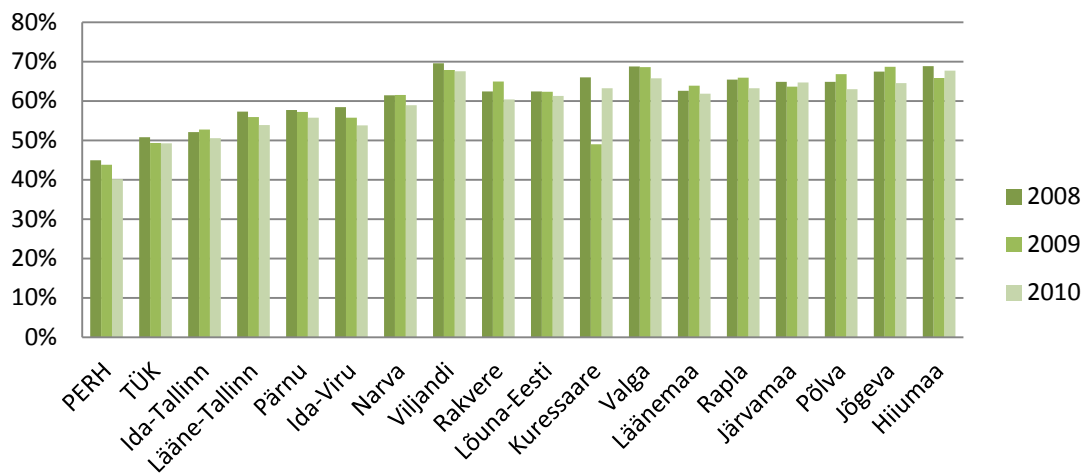
Haiglavõrgu arengukava (HVA) haiglate¹⁶ ressursikulutused saldoandmike andmebaasi põhjal aastatel 2008 – 2010

Haiglate finantsandmete võrdlus põhineb avalikult kättesaadaval saldoandmike infol (<https://saldo.fin.ee/>) ning kannab laiema ülevaate loomise eesmärki haiglate ressursikulutustest. Kuivõrd tegemist on auditeerimata andmetega¹⁷ ning erinevatel haiglatel võivad olla erinevad finantskulude tõlgendamise praktikad, siis tuleb antud ülevaadet ja detailseid määrasid vaadelda ettevaatlikkusega ning pigem kasutada seda üldistava pildi saamiseks.

Tööjõukulud

Joonisel 4 nähtub, et tööjõukulude osakaal on oluliselt väiksem piirkondlikes ja kesonhaiglates ning suurem üld- ja kohalikes haiglates. Näiteks PERHis oli 2010. aastal tööjõukulude osakaal 40% kõikidest kulutustest, samas kui üldhaiglates küündis see üksikudel juhtudel (Valga, Viljandi, Hiiumaa) 66-68%-ni. Ilmneb ka tendents, et kõigis haiglates on toimunud tööjõukulude osakaalu kogukuludest vähenemine võrreldes 2008. aastaga. Vaid Järvamaa haiglas on võrreldes 2008. aastaga tööjõukulude osakaal samaks jäänud. Tööjõukulude kaalumata keskmine osakaal kogukuludest oli 2008. aastal HVA haiglates 61%, 2009. aastal 60% ja 2010. aastal 59%. Kaalutud keskmine tööjõukulude osakaal HVA haiglatel on Tervise Arengu Instituudi hinnangul 2009. aasta seisuga 52% (määrat mõjutab suurte haiglate osakaal, mis mõjutavad keskmist negatiivselt).

Joonis 4. Tööjõukulude osakaal kogukuludest



Järgnevalt on välja toodud erinevate töötajate tööjõukulude osakaalud haigla kogutööjõukuludes haiglaliikide lõikes.¹⁸ Joonisel 5 on kajastatud kahe piirkondliku haigla tööjõukulude jaotus. TÜ Kliinikum (TÜK) on kulutused tippspetsialistidele (moodustavad 37%) väiksemad võrreldes PERHiga, kus need moodustavad 48% tööjõukuludest. Kusjuures TÜ Kliinikum on proportsioonid kolme aasta lõikes jäänud ligikaudu samale tasemele, kuid PERHis on kasvanud tippspetsialistide tööjõukulutuste osakaal ja samas vähenenud keskastmespetsialistide tööjõukulutuste osakaal (vastavalt 44%lt 48%ni

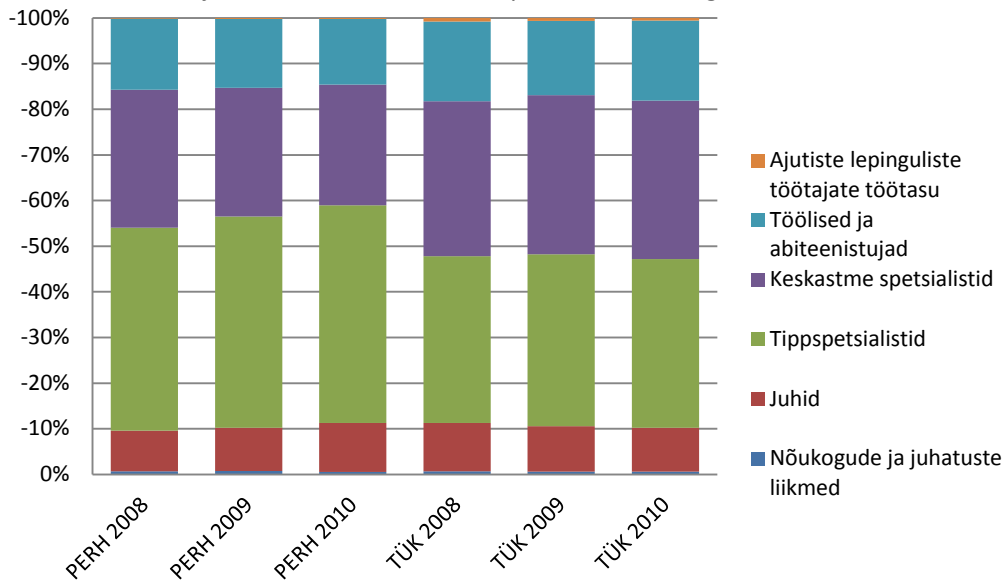
¹⁶ Analüüsist on välja jäetud SA Tallinna Lastehaigla kui spetsialiseeritud haigla

¹⁷ Rakvere haigla puhul on kasutatud MTÜ Rakvere haigla konsolideeritud majandusaastaaruande andmeid (v.a tööjõukulude osakaalude graafikute puhul)

¹⁸ Tippspetsialistid on eelkõige arstid ning keskastmespetsialistid õed. Samas võib olla varieerumisi sõltuvalt töökohast ning haiglate kirjendamispraktikatest.

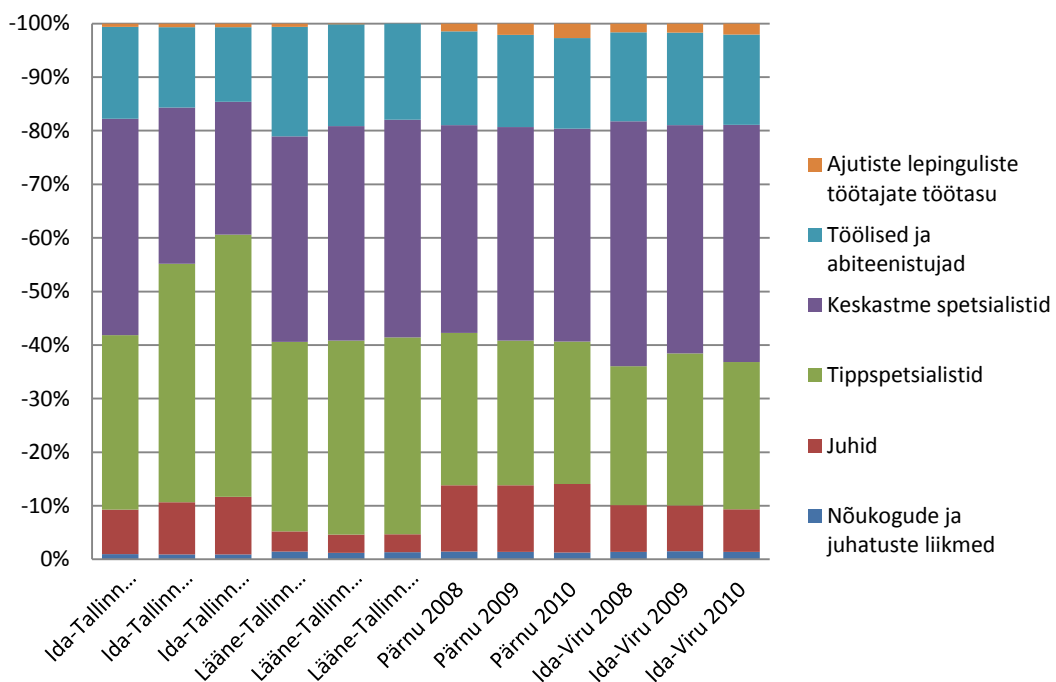
ja 30%lt 26%ni). Üldiselt on piirkondlikes haiglates tippspetsialistide tööjõukulutuste osakaal suurem kui keskhaiglates ning viimastes omakorda suurem kui üldhaiglates.

Joonis 5. Erinevate töötajate töötasude osakaalud piirkondlikes haiglates

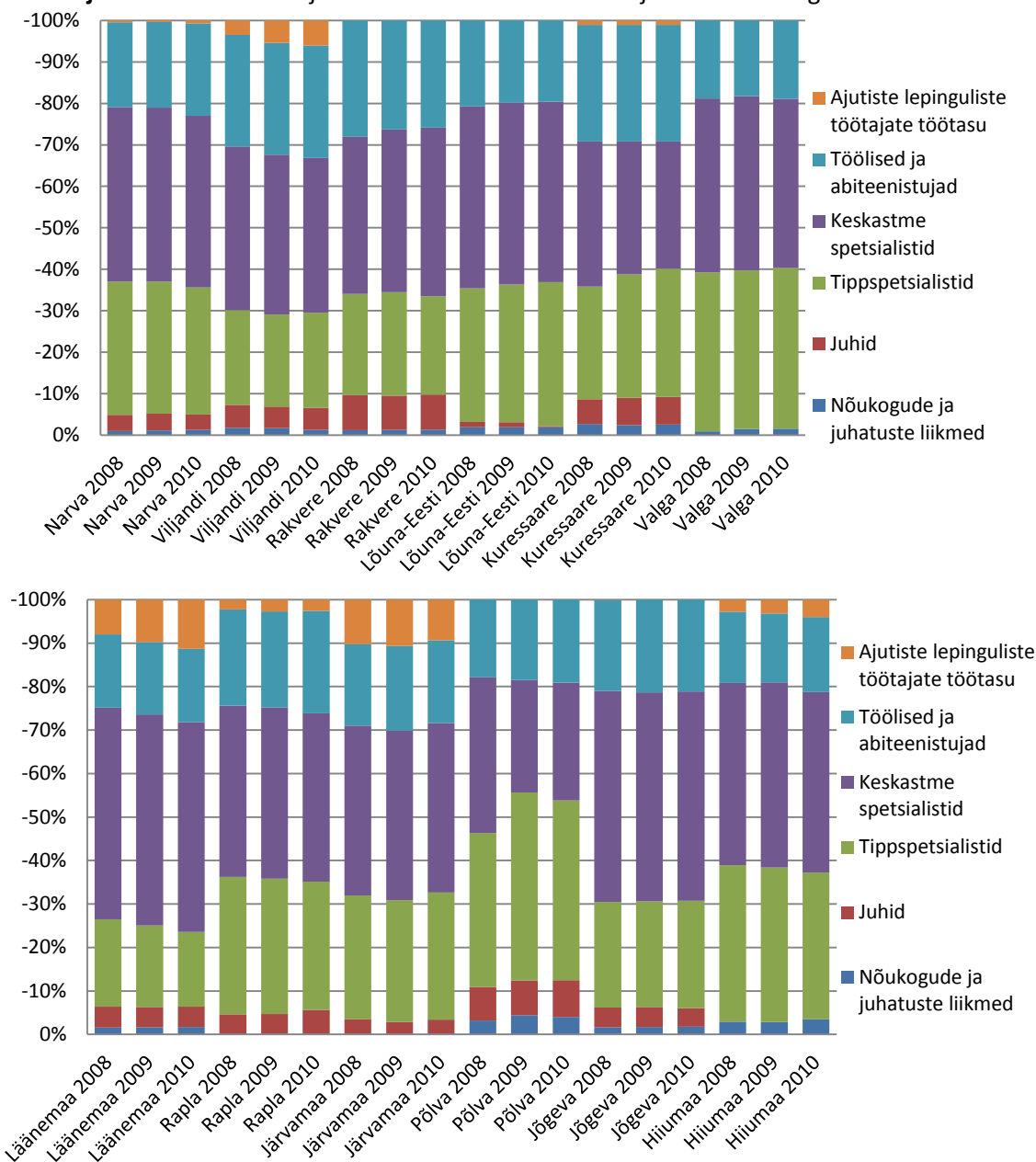


Joonisel 6 on toodud keskhaiglate tööjõukulutuste proportsioonid kolme aasta lõikes. Kui teistes haiglates on tippspetsialistide tööjõukulutuste osakaal ühtlane, siis näiteks Ida-Tallinna Keskhaiglas on toimunud märkimisväärne tippspetsialistide tööjõukulutuste osakaalu kasv (33%lt 49%ni) ja vastavalt keskastmespetsialistide (40%lt 25%ni) ja tööliste/abiteenistujate (17%lt 14%ni) tööjõukulutuste osakaalu vähenemine. Võrreldes teiste keskhaiglatega on Lääne-Tallinna keskhaigla juhtide tööjõukulude osakaal väiksem, kuid nimetatud proportsioonierinevus võib olla tingitud ka juhtide palkade erinevast kirjendamisest (näiteks keskastmejuhid tippspetsialistide all).

Joonis 6. Erinevate töötajate töötasude osakaalud keskhaiglates



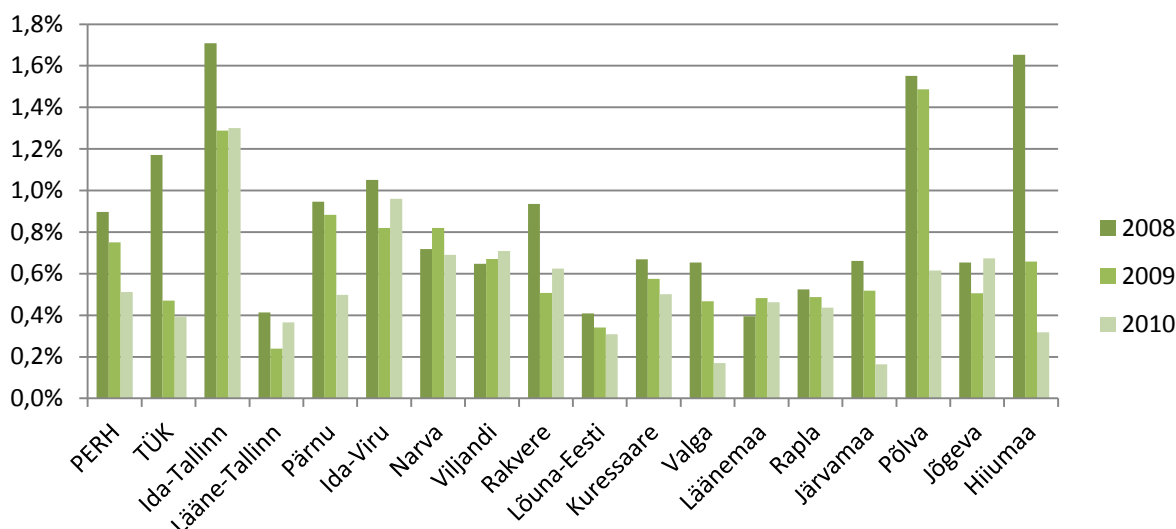
Joonised 7 ja 8. Erinevate töötajate töötasude osakaalud üld- ja kohalikes haiglates



Eespool toodud joonistel 7 ja 8 on toodud üldhaiglate ja kohalike haiglate töäjökulutuste jaotused kolme aasta võrdluses. Haiglate vahel on olulisi erinevusi, kuid tervikuna võib välja tuua, et üld- ja kohalikes haiglates on tippspetsialistide töäjökulude osakaal väiksem kui kesk- ja piirkondlikes haiglates (joonised 5 ja 6) ning vastavalt suurema osakaalu moodustavad tööliste/abiteenistujate ning keskastmespetsialistide töäjökulud. Täpsemate järelduste tegemiseks oleks siinkohal vajalik vaadata nimetatud näitajaid konkreetse haigla teiste näitajate ja ka töötajate arvu kontekstis.

Joonisel 9 on toodud koolitus- ja lähetuskulude (v.a tasemekoolitus) osakaal töäjökuludest. Kõige suuremad olid koolitus- ja lähetuskulud 2010. aastal suhtena töäjökuludes Ida-Viru, Viljandi ja Ida-Tallinna Keskhaiglas. Kõige väiksemad Järvamaa, Valga, Hiiumaa ja Lõuna-Eesti haiglates. Samas on võrreldes 2008. aastaga toimunud enamikus haiglates koolitus- ja lähetuskulude suhteline vähenemine aastaks 2010. Koolitus- ja lähetuskulud on võrreldes 2008. aastaga tõusnud vaid Viljandi, Läänemaa ja Jõgeva haiglates.

Joonis 9. Koolitus- ja lähetuskulude osakaal tööjõukuludest

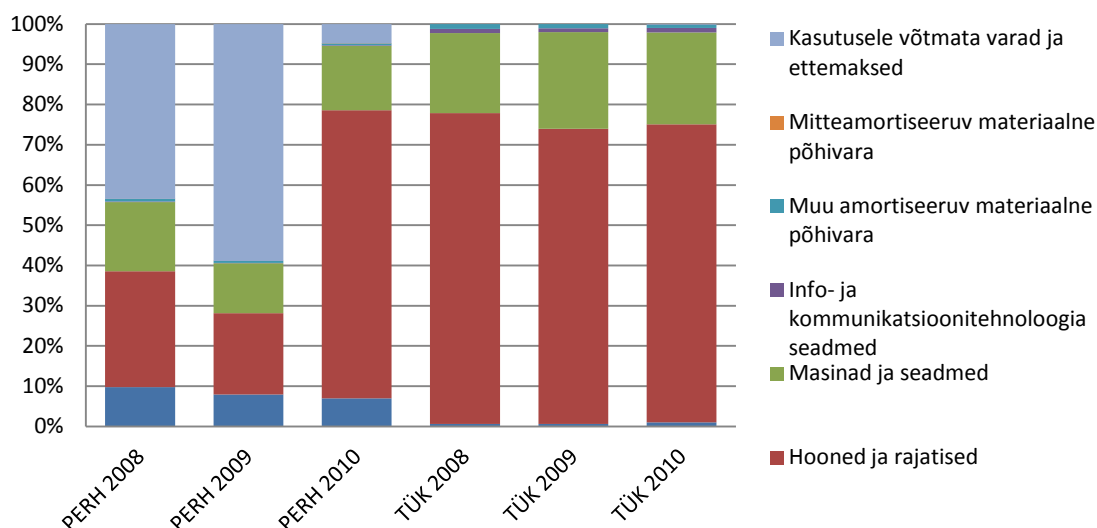


Märkus: Koolitus- lähetuskulusid on vaadeldud koos, sest tervishoiuteenuse osutajatel on tihti ka lähetused seotud koolitusega. Samas tuleb andmete tõlgendamisel arvestada, et asutustel, kel on sisekoolituste jaoks eraldi struktuuriüksus, on osa koolitustega seotud kulusid kajastatud mitte koolitus- ja lähetuskulude vaid muude kulukontode all.

Põhivaraga seotud finantsnäitajad

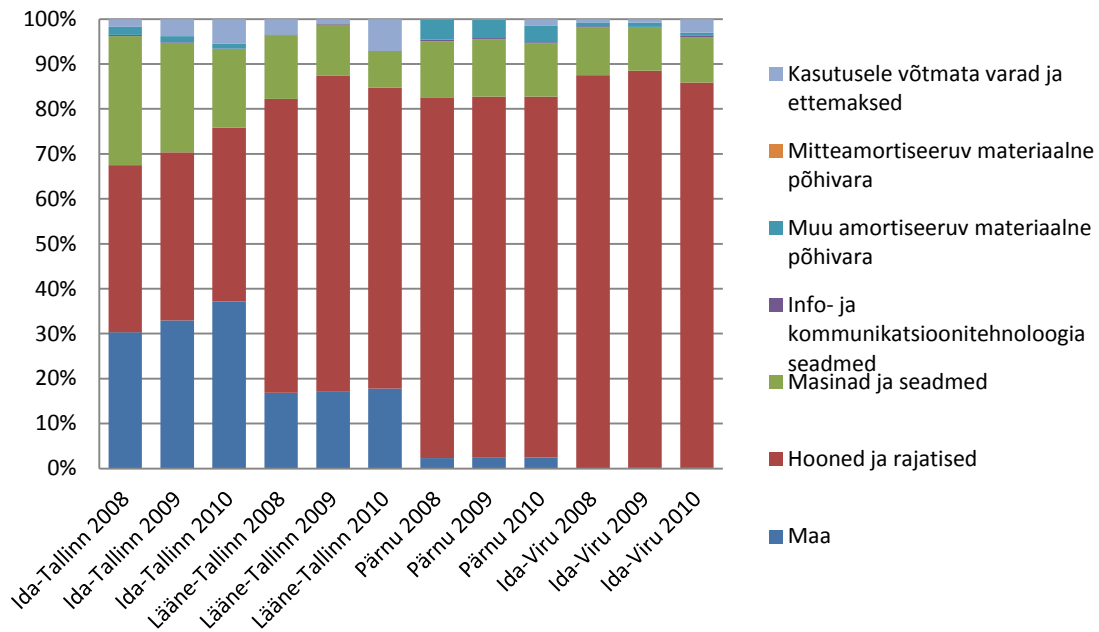
Joonistel 10 kuni 13 on välja toodud materiaalse põhivara jaotused põhivara liikide lõikes. Nähtub, et TÜ Kliinikum ja PERH moodustavad suurima osakaalu hooned ja rajatised ning seejärel tulevad masinad ja seadmed. Jooniselt 6 paistavad selgelt välja ka PERHi viimastel aastatel tehtud investeeringud, mis moodustavad suure osa põhivarast.

Joonis 10. Materiaalsete põhivarade osakaalud piirkondlikes haiglates



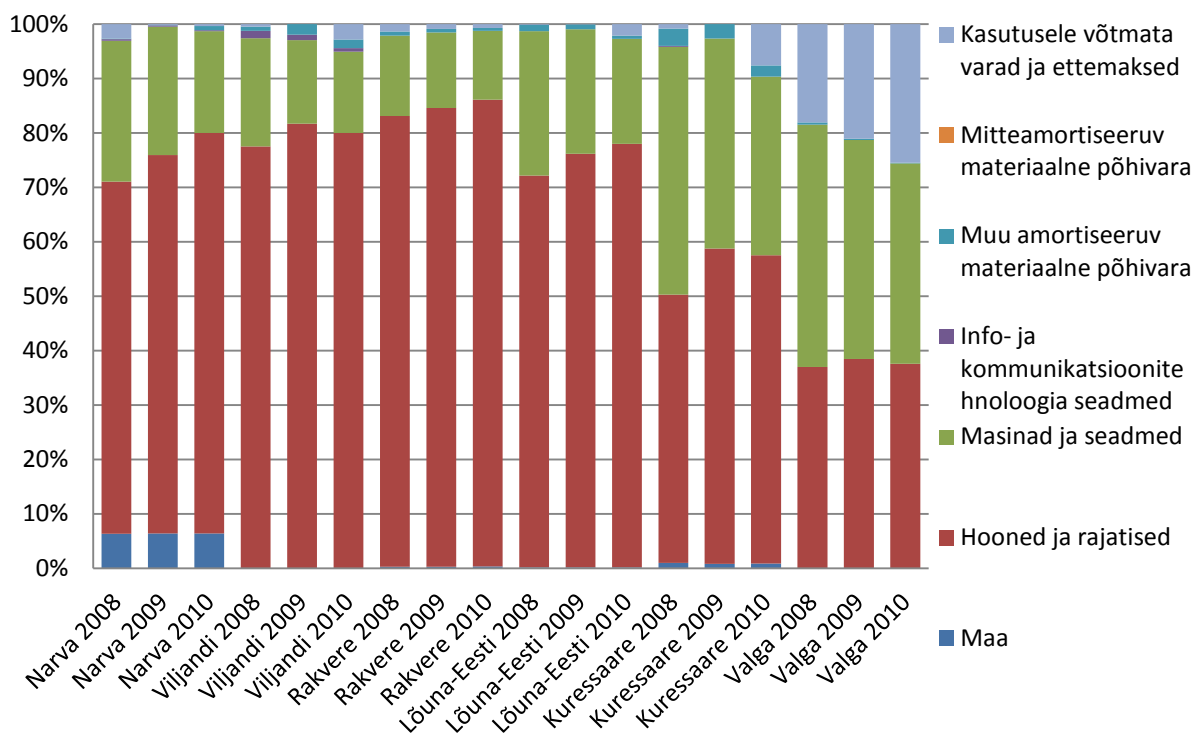
Ka keskhaiglates (joonis 8) moodustavad suurima osakaalu materiaalsest põhivarast hooned ja rajatised, kuid joonistel 9 ja 10 toodud üld- ja kohalikes haiglates on näiteks masinatel ja seadmetel suurem osakaal kui kesk- ja piirkondlikes haiglates, mis võib olla põhjustatud üld- ja kohalike haiglate hoonete ja rajatiste kõrgemast amortiseerituse astmest kui ka selle põhivaraliigi madalamast väärtusest. Tallinnas asuvate haiglate puhul on oluline ka suurem maa väärtus.

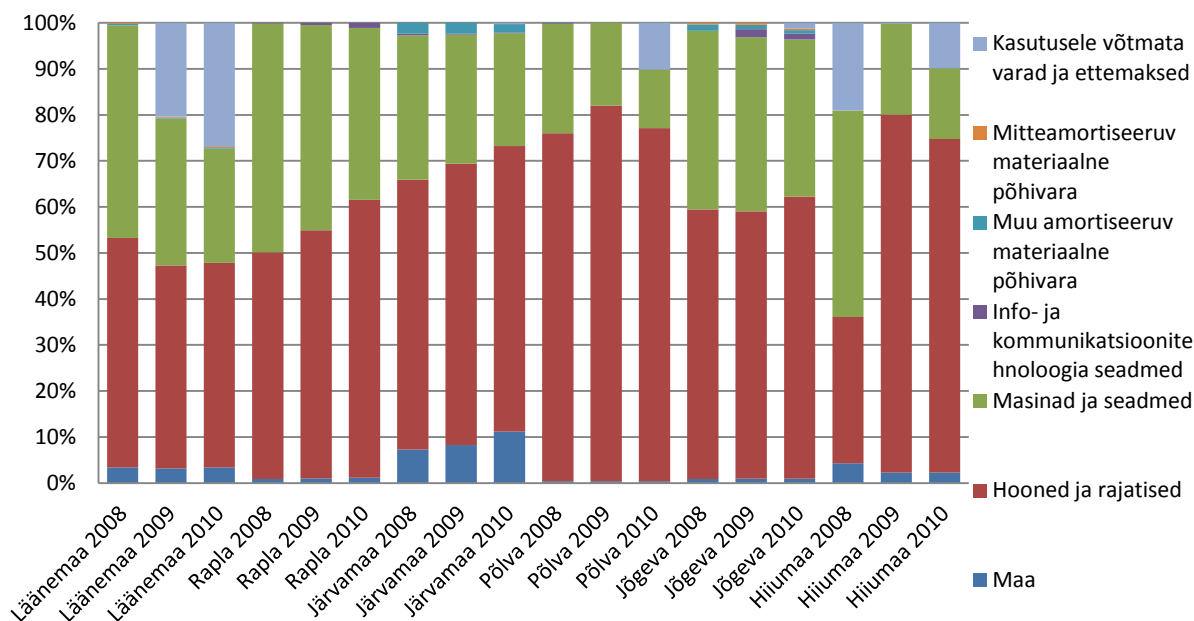
Joonis 11. Materiaalsete põhivarade osakaalud keskhaiglates



Joonistel 12 ja 13 toodud proportsioonide täpsema selgituse saamiseks on vajalik detailsem analüüs.

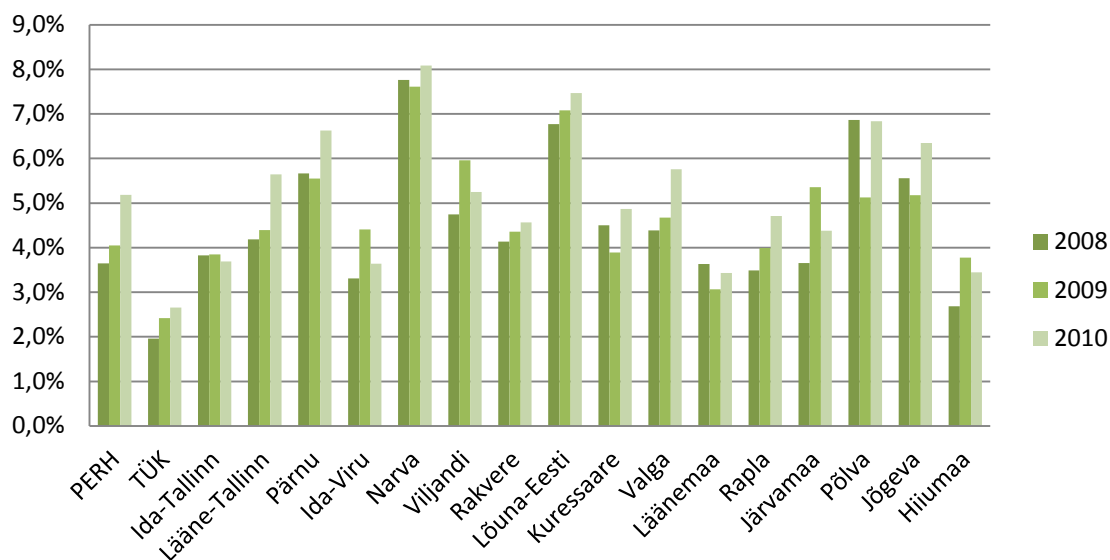
Joonised 12 ja 13. Materiaalsete põhivarade osakaalud üld- ja kohalikes haiglates





Joonisel 14 on toodud kinnistute ja hoonete majandamiskulude osatähtsus tegevuskuludest. Majandamiskulude osakaal on kasvanud viimase kolme aasta jooksul enamikus haiglates, mida võib põhjendada üldise inflatsiooniga. Samas ei ole võimalik tuua välja selgeid erisusi haiglatiikide lõikes. Kõikide haiglate kinnistute ja hoonete majandamiskulude keskmine osatähtsus tegevuskuludest oli 2008. aastal 4,5%, 2009. aastal 4,7% ja 2010. aastal 5,2%.

Joonis 14. Kinnistute ja hoonete majandamiskulude osatähtsus kogukuludest



Allolevas tabelis 1 on toodud Tervise Arengu Instituudi andmetel 2009. aasta majandamiskulude osakaalud haiglatiikide lõikes. Selgub, et mida kõrgema järgu haigla, seda väiksemad on majandamiskulud suhtena kogukuludesse.

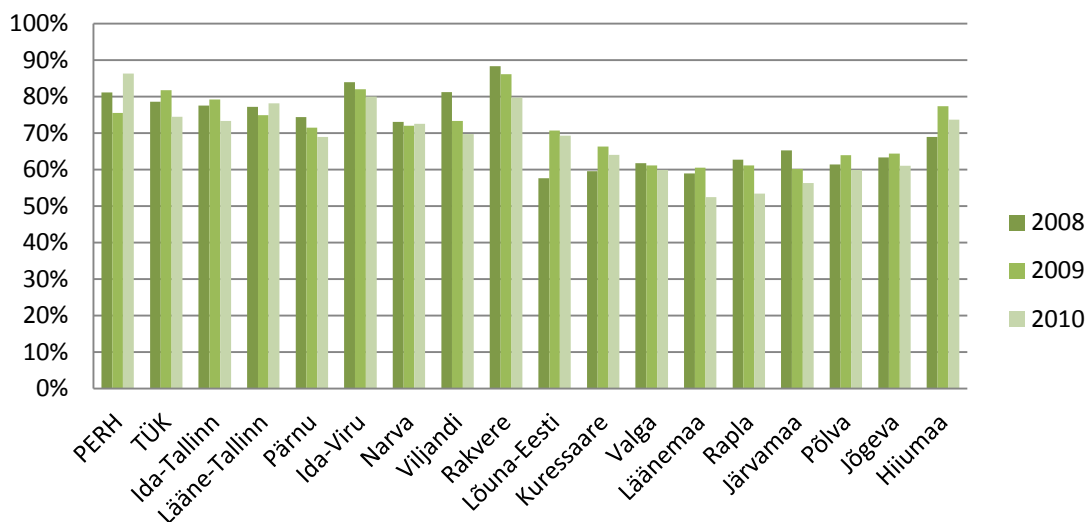
Tabel 1. Majanduskulude osakaal suhtena kogukuludesse

Piirkondlik haigla	Keskhaigla	Üldhaigla	Kohalik haigla
9%	10%	11%	15%

Allikas: Tervise Arengu Instituut (2011)

Joonis 15 näitab põhivara kogumahtu suhtena koguvaradesse. Selgub, et piirkondlikes ja keskhaiglates on nimetatud mahud kõrgemad kui üld- ja kohalikes haiglates. See võib olla tingitud põhivara kõrgemast amortiseeritusest üld- ja kohalikes haiglates, mida aitab selgitada joonis 16 (allpool) või kallima põhivara olemasolust kõrgema järgu haiglates (vt tabel 2).

Joonis 15. Põhivara kogumaht suhtena koguvaradesse



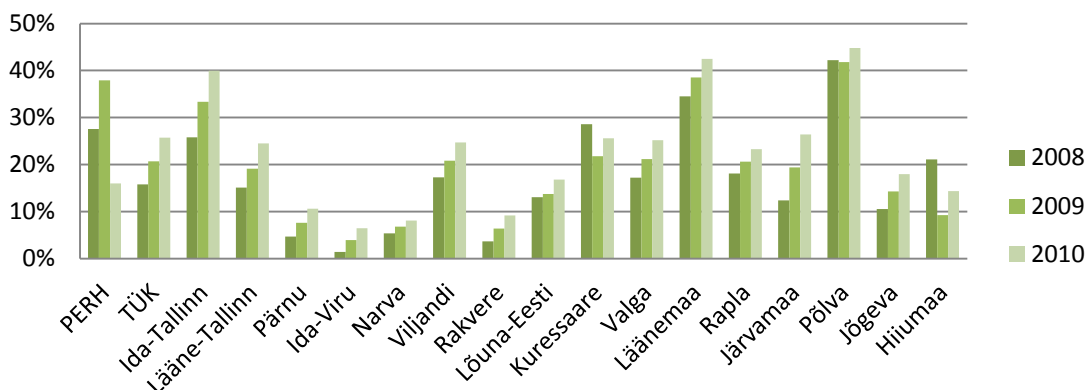
Tabel 2. Kõrgtehnoloogilised seadmed piirkondlikes, kesk- ja üldhaiglates aastal 2010

	Piirkondlikud haiglad	Keskhaiglad	Üldhaiglad
Kompuutertomograaf	8	4	7
Magnetresonantstomograaf	3	2	0
Gammakaamera	2	1	0
Digitaalse subtraktsiooniga angiograaf	6	3	0
Litotripsiaseade	1	1	0
Positronemissioonitomograaf	1	0	0
Kiiritusraviseade	4	0	0
Kokku	25	11	7

Allikas: Tervise Arengu Instituut (2011)

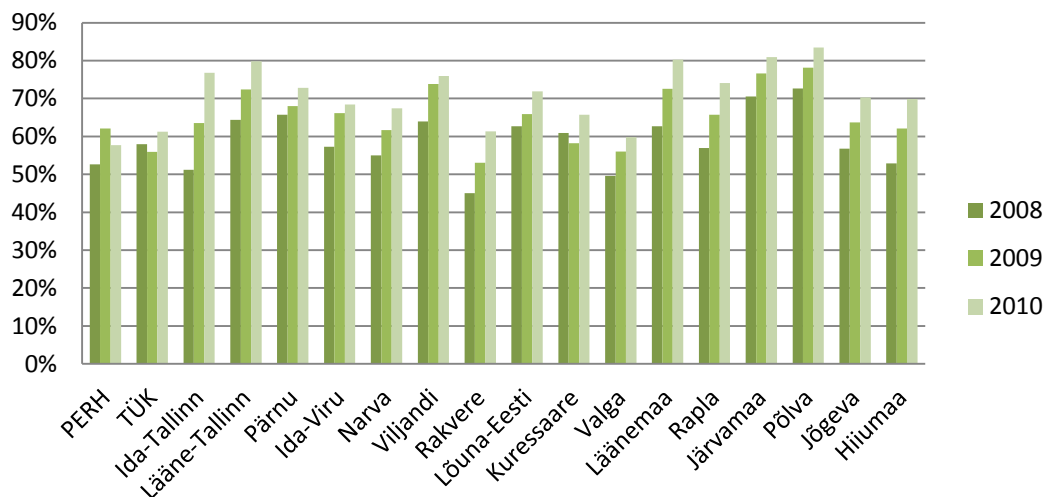
Joonisel 16 on välja toodud hoonete ja rajatiste kulumi osakaal soetusmaksumusest, mis sisuliselt näitab põhivara arvestuslikku amortiseerituse taset. Selgub, et enamikus haiglates on toimunud vastava osakaalu suurenemine (välja arvatud PERHis, Kuressaare ja Hiiumaa haiglates). PERHi puhul saab põhjuseks tuua uue põhivara arvelevõtmist ehk viimastel aastatel tehtud suuri investeeringuid (vt ka joonis 10).

Joonis 16. Hoonete ja rajatiste kulumi osakaal soetusmaksumusest (kulum/soetusmaksumus)



Sarnane tendents nagu hoonete ja rajatiste puhul, joonistub välja ka masinate ja seadmete puhul. Joonisel 17 toodud masinate ja seadmete kulumi osakaal soetusmaksumusest on samuti pea kõikides haiglates kolme aasta jooksul kasvanud (välja arvatud PERH, kus 2010. aastal on toimunud vähenemine ja TÜ Kliinikum, kus 2009. aastal on toimunud vähenemine). Nähtub, et PERHi, TÜ Kliinikumi, Rakvere ja Valga Haiglates on masinate ja seadmete amortiseerituse tase üks väiksemaid (ligikaudu 60%), samas kui Põlva, Järvamaa, Rapla ja Lääne-Tallinna haiglate puhul küündib masinate ja seadmete arvestusliku amortiseerituse tase 80%-ni.

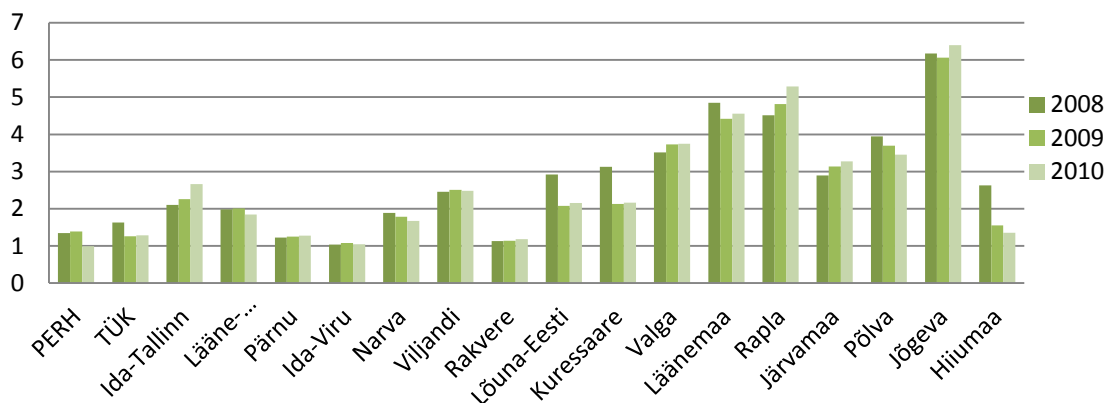
Joonis 17. Masinate ja seadmete kulumi osakaal soetusmaksumusest (kulumi/soetusmaksumus)



Joonis 18 toob välja põhivarade tootluse suhtarvu, mis näitab, mitu tsüklit läbivad ettevõtte põhivarad perioodi jooksul ning mitu käibe rahaühikut tootis üks põhivara all olev rahaühik. Sisuliselt näitab suhtarv, kui efektiivselt suudetakse põhivara kasutada. Selgub, et enamiku üld- ja kohalike haiglate põhivara tootlus on oluliselt suurem kui piirkondlikel ja keskhaiglatel. Põhjuseks võib tuua selle, et põhivara väärtus on üld- ja keskhaiglates oluliselt väiksem, samuti võib põhivara nendes haiglates olla rohkem amortiseeritud (vt joonis 17) – erandiks siinkohal Rakvere haigla, mille konsolideeritud majandusaasta aruande järgi on suhteline põhivara amortiseerituse tase madal ning sellest tulenevalt ka põhivara tootlus sarnane näiteks Ida-Viru Keskhaiglaga.

Oluline on, et vaadeldava näitaja suurus võib paljuski sõltuda ka konkreetsetest teenustest, mida haigla osutab. Näitaja ei anna indikatsiooni tulemuslikkuse, kvaliteedi või kättesaadavuse kohta. Näitaja on kooskõlas ka joonisel 4 toodud tööjõukulude näitajaga. Kuivõrd põhivara on väiksem, siis toob üld- ja kohalikes haiglates peamise tulu enamasti tööjõud.

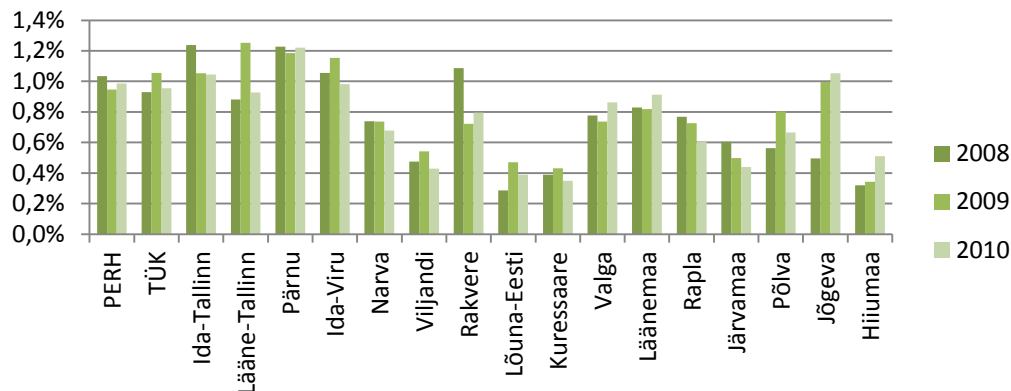
Joonis 18. Põhivarade tootlus (tegevustulud/põhivarade jääkmaksumus)



Infotehnoloogia kulutused

Kuivõrd infotehnoloogia mängib ressursijuhtimisel olulist rolli, siis on järgnevalt toodud info- ja kommunikatsioonitehnoloogia (IKT) kulude suhe tegevuskuludes. Jooniselt 19 selgub, et kõrgeim oli 2010. aastal IKT kulude suhe tegevuskuludesse Pärnu (1,22%), Jõgeva (1,05%) ja Ida-Tallinna keskhaiglas (1,04%). Väikseimad olid IKT kulud suhtarvuna Kuressaare (0,35%), Lõuna-Eesti (0,39%) ja Viljandi (0,43%) haiglas. Esineb tendents, et piirkondlikud ja keskhaiglad kulutavad IKT-le suhteliselt rohkem kui üld- ja kohalikud haiglad. Tervise Arengu Instituudi andmetel moodustasid infotehnoloogia inventari ja teenuste kulutused majandamiskulutustest 2009. aastal piirkondlikes ja keskhaiglates 10%, kuid üldhaiglates keskmiselt kaks korda vähem ehk 5%.

Joonis 19. Info- ja kommunikatsioonitehnoloogiatega kulude osakaal tegevuskuludest (ei sisalda muid kulusid ja amortisatsiooni)



Märkus: Tegemist on tulemiaruanandes kajastatud IKT kuludega. Samas kantakse oluline osa IKT kulutustest põhivarasse. Analüütiliselt terviklikuma pildi saamiseks oleks seega vajalik täiendavalt uurida IKT põhivara liikumisi ja soetusi (sh materiaalne ja immateriaalne põhivara).

Varud

Joonisel 20 toodud varude käibekordaja (tegevuskulud/keskmised varud) varieerub erinevate haiglate vahel oluliselt. Varude käibekordaja on väikseim Ida-Tallinna keskhaiglas, Pärnu haiglas ja PERHis ehk nendes haiglates uuendatakse varusid harvem kui näiteks Valga ja Lõuna-Eesti haiglas. Kuna keskmised varud on arvatud 2009. aasta lõpu ja 2010. aasta lõpu seisuga, ei pruugi nimetatud näitaja kajastada täpset varude olukorda. Täiendavalt oleks vajalik vaadelda varude muutusi terve aasta jooksul (kuude lõikes). Lisaks tuleb varude puhul arvestada, et erinevatel haiglatel võivad olla erinevad varude kajastamise praktikad ning varude konto ei pruugi peegeldada haiglas olevat materjaliressursi hetkeseisu. Tavaliselt ei oma haiglad ravimite ja meditsiiniliste materjalide jaoks suuri ladusid, vaid neid tuuakse sisse igapäevaselt. Varudena kajastatakse enamasti vaid kallihinnalisi implantaate, proteese jms.

Joonis 20. Varude käibekordaja (tegevuskulud/keskmised varud) 2010. aastal

