

Tervishoiuvaldkonna töötajate vajadus ja koolitustellimus

KONTROLLIARUANNE

nr OSIII-2-6/05/28

15.04.2005

Tervishoiuvaldkonna töötajate vajadus ja koolitustellimus

Tallinn
2005

Kokkuvõte

Tervishoiuteenuste kättesaadavuse ja kvaliteedi aluseks on piisava hulga tervishoiutöötajate olemasolu. 2004. aasta lõpuks oli tervishoiutöötajate registrisse kantud 4972 arsti, 9414 õde, 1297 hambaarsti ja 448 ämmaemandat. Seega on Eestis praegu 1000 inimese kohta umbes 3,7 arsti, 7 õde, 1 hambaarst ja 0,3 ämmaemandat. Seoses ümberkorraldustega tervishoius on Sotsiaalministeerium tervishoiutöötajate vajaduseks aastaks 2015 hinnanud 2,9 arsti, 0,667 hambaarsti, 8–10 õde ja 0,55 ämmaemandat 1000 inimese kohta.

Võrreldes rahvaarvu ja tervishoiutöötajate suhtarve on Eestis praegu 1000 inimese kohta arste ja hambaarste keskmiselt rohkem ning õdesid vähem kui teistes arenenud riikides. Rahvusvaheline praktika on aga väga erinev ning olulisi järeldusi Eesti tervishoiutöötajate hulga kohta selle alusel teha ei ole võimalik, sest töötajate vajadus sõltub iga riigi tervishoiukorraldusest.

Riigikontroll auditeeris tervishoiuvaldkonna töötajate ressursi praegust olukorda, töötajate vajaduse hindamise süsteemi ja koolitustellimuse tulemuslikkust. Kuigi tervishoiutöötajate registri käivitamise tulemusel on ülevaade olemasolevatest tervishoiutöötajatest oluliselt paranenud ning töötatakse süstemaatiliselt töötajate vajaduse hindamise ning pikaajalise koolitustellimuse strateegia kujundamisega, järeldati auditi tulemusel, et olemasolevate ressursidega (eelkõige koolitusvõimsusega) ei suuda riik tagada tervishoiusüsteemi varustatust tervishoiutöötajatega vajaduseks hinnatud tasemel ja see seab ohtu Eesti tervishoiu jätkusuutlikkuse.

Tegelik tööjõuressurss tervishoiusektoris on oluliselt väiksem registreeritud tervishoiutöötajate hulgast. Paljud registreeritud tervishoiutöötajatest on pensioniealised, ei tööta erialal või on hõivatud mitmel töökohal. Samuti võib tulenevalt eluaegse registreerimise põhimõttest ja kohustusliku pädevuse hindamise süsteemi puudumisest osa registrisse kantud tervishoiutöötajate kvalifikatsioon olla aegunud. Töötavatest arstidest on 10% pensioniealised. Vanemate arstide peatse tööturult lahkumise kompenseerimiseks pole piisavalt juurdekasvu. Kõigist registreeritud tervishoiutöötajatest ligikaudu kümnendik (1660 inimest) ei töötanud auditeeritud perioodil (2004. aastal) tegelikult ühelgi tervishoiuteenuse pakkumisega seotud töökohal. Auditi käigus tehtud töökohtade analüüsist selgus, et 550 registreeritud tööalist tervishoiutöötajat (sh 256 arsti, 203 õde, 62 hambaarsti ja 29 ämmaemandat) ei ole saanud Eestist 2004. aasta jooksul mingisugust töötasu ega ole töötanud ka füüsilisest isikust ettevõtjana. Samuti ei ole nende tööturult eemalviibimise põhjuseks rasedus- ja sünnituspuhkus või lapsehoolduspuhkus. Tõenäoliselt töötavad paljud neist välisriigis. Mitmel töökohal töötab arstidest 46%, hambaarstidest 37%, ämmaemandatest 23% ja õdedest 12%. Kui kõik tervishoiutöötajad töötaksid ühel töökohal, jääks üksnes tervishoiusektoris täitmata ligikaudu 8000 töökohta (eeldusel, et kõik neist töökohtadest on vajalikud ja säilivad ka pärast tööjõuressursi vähenemist). Aktiivseid tööalisi arste, kellel vähemalt üks töökoht on tervishoiusektoris, on praegu tegelikult kokku seega vaid 3976 ehk tuhat arsti vähem kui registreeritud. Aktiivseid tööalisi hambaarste on kokku 1074, õdesid 8059 ja ämmaemandaid 376.

Arengukavades hinnatud tervishoiutöötajate vajadus ei ühti tegeliku olukorra ega olemasolevate haiglate vajadustega. 2001. aastal sotsiaalministri määrusega kinnitatud arstide erialade arengukavades hinnati, et aastaks 2015 peaks Eestis kokku olema umbes 4030 arsti. Käesoleva auditi valmimise ajal on Sotsiaalministeeriumis ülevaatamisel uued arstlike erialade arengukavad, mille alusel töötatakse välja ka pikemaajalisem koolitusstrateegia. Seejuures arvestatakse ka töö- ja puhkeaja seaduse täitmise nõuetest tuleneva täiendava personalivajadusega haiglavalvete korraldamisel, millele seni ei oldud personali planeerimisel tähelepanu pööratud. Võrreldes varasemate arengukavadega on oluliselt muudetud hinnanguid mitmete erialade arstide vajadusele, üldarvus aga olulist muutust ei ole.

Uuendatud vajaduse hinnangu kohaselt peaks aastaks 2015 Eestis olema 4051 töötavat tööalist eriarsti. Nüüdseks on aga registreeritud juba üle 700 eriarsti rohkem, kuigi tervishoiusektoris on töötavaid tööalisi eriarste praegu kokku vaid 3976 ehk 75 võrra vähem kui vajaduseks hinnatud. Samas on ainuüksi haiglavõrgu arengukavasse kuuluvates haiglates nende enda hinnangul lähema kolme aasta jooksul vaja täita 448 uut arsti ametikohta ning juba praegu on puudu üle 200 arsti. Seega on haiglate

poolt hinnatud arstide puudus mitu korda suurem kui erialade arengukavade põhjal tehtud arvutustes. Erialade kaupa vaadeldes selgub, et mõnel erialal (nt erakorraline meditsiin ja psühhiaatria) valitseb terav arstide puudus, kuid mõnel (nt pediaatria, üldkirurgia, neuroloogia) on samas suur arvestuslik ülejääk. Haiglates on aga puudus ka selliste erialade arstidest, keda meil on rohkem kui arvestuslikult hinnatud (nt neuroloogia, üldkirurgia, anesthesioloogia).

Koolitustellimuse kaudu ei ole võimalik säilitada olemasolevat arstide arvu ning õdede hulka ei suudeta piisavalt suurendada. Jätkates tervishoiutöötajate koolitust tänase võimsusega, on ka kõige optimistlikuma prognoosi järgi, ja arvestamata võimalikku väljarännet, aastaks 2025 Eestis ligikaudu 500 tööalist arsti vähem kui praegu ning õdede arv on praegusega võrreldes kasvanud vaid 8%. Koolitustellimuse suurendamist takistab aga lisaks rahapuudusele ka koolide võimsus (õpperuumid, -vahendid, õppejõud) ning võimalike kandidaatide puudus õppekohtadele. Kuigi eesmärgiks on seatud, et Eestis võiks olla 8–10 õde 1000 inimese kohta, suudaksime ka ideaalstsenaariumi järgi aastaks 2015 saavutada taseme, kus 1000 inimese kohta on vaid 7,5 õde. Sotsiaalministeeriumi uuendatud hinnangu järgi on meil aastaks 2015 vaja 4051 töötavat eriarsti, kuid ka ministeeriumi prognoosi kohaselt on meil selleks ajaks vaid 3769 töötavat eriarsti.

Üldarsti ning hooldusõe kutse omandanud koolilõpetajad lahkuvad tervishoiusektorist. Tervishoiutöötajad on suhteliselt kutsekindlad ning seega on investering nende koolitustellimusse riigile üldiselt kasulik. Erinevate meditsiinierialade lõpetajatest asub 70–90% erialasele tööle ning peaaegu niisama palju ka jääb sinna. Arstidest asub pärast lõpetamist erialasele tööle koguni 91%, kellest jääb tervishoiusektorisse keskmiselt 86%. Erandiks on üldarsti ja hooldusõe eriala lõpetanud. Pärast ülikooli arstiteaduskonna põhiõppe sooritamist asub üldarstina erialasele tööle keskmiselt 71% lõpetajatest, kuid mõne aasta pärast on neist tervishoiusektoris alles vaid 61%, mis võrreldes teiste arstlike erialadega on väga kehv näitaja. Hooldusõe kutse omandanud lõpetanutest asub tervishoiusektoris tööle vaid 43%.

Peamised ettepanekud sotsiaalministrile

- Kujundada tervishoiutöötajate register ja registreerimine ümber sellisel, et oleks võimalik hinnata, kui palju on Eestis tegelikult tervishoiuteenuse kvaliteetseks osutamiseks võimalisi tervishoiutöötajaid. Eesmärgiks on täpsema ülevaate saamine olemasolevast tervishoiutöötajate ressursist ning planeerimistegevuse parandamine.
- Tagada erinevate tasandite arengukavade omavaheline kooskõla ning ühtlustada hinnangud tervishoiutöötajate vajadusele. Lahendada olukord, kus erialaseltside arvamus, haiglate vajadus ning tegelik tööjõu hulk ei ole omavahel vastavuses, seades sellega ohtu tervishoiusüsteemi jätkusuutlikkuse.
- Koostöös haridus- ja teadusministriga sätestada selgem vastutus tervishoiutöötajate vajaduse hindamise ja planeerimise üle. Praegune ülesannete jaotus on viinud selleni, et vastutus on hajutatud ja delegeeritud erinevatele eraõiguslikele või vabatahtlikele ühendustele, kuigi piisava arvu tervishoiutöötajate olemasolu ja koolituse tagamine on riigi ülesanne.
- Koostöös haridus- ja teadusministriga tagada arstiteaduse põhiõppe lõpetajatele võimalus asuda edasi õppima residentuuri või leida neile senisest rohkem kvalifikatsioonile vastavat erialast rakendust. Eesmärgiks on vältida aastaid kestnud olukorda, kus suur osa riikliku koolitustellimuse alusel väga kulukalt koolitatud ja kõrgelt kvalifitseeritud tööjõudust lahkub tervishoiusektorist.
- Koostöös haridus- ja teadusministriga vaadata üle hooldusõe õppekava ning selgitada selle eriala lõpetajate nõrga kutsekindluse põhjuseid. Selle alusel kaaluda hooldusõe eriala ümberkorraldamise võimalusi nii, et investering koolitustellimusse oleks riigile kasulik.
- Vaadata üle olemasolev haiglavõrk ning hinnata võimalusi selle varustamiseks vajaliku hulga tervishoiutöötajatega olukorras, kus ka maksimumvõimsusel koolitustellimus ja erialaselt töölt lahkunud töötajate tagasitoomine sektorisse ei suuda praegust arstide hulka säilitada ega suurendada õdede arvu vajaduseks hinnatud tasemeni või täita haiglate vajadusi.

Sotsiaalminister nõustus oma vastuskirjas nende Riigikontrolli ettepanekutega, mis puudutasid vajadust vaadata üle hooldusõe õppekava ja analüüsida eriala ümberkorraldamise võimalusi, propageerida meditsiinierialasid (eriti õe põhiõppe osas), et tagada õppekohtade täituvus hea tasemega õppurikandidaatidega, ning leida võimalusi erialaselt töölt lahkunud töötajate tagasitoomiseks tervishoiusektorisse. Samuti pidas sotsiaalminister sarnaselt Riigikontrolliga vajalikuks hoida tasakaalus arsti eriala põhiõppe lõpetanute ja residentuuri õppekohtade arvu, kuid ei pööranud seejuures tähelepanu vajadusele leida rakendust juba varasematel aastatel üldarsti eriala omandanud spetsialistidele.

Sotsiaalminister ei pidanud vajalikuks täpsustada tervishoiutöötajate registris sisalduvaid andmeid ning ei nõustunud Riigikontrolli seisukohaga, et vastutus tervishoiutöötajate vajaduse hindamise ja planeerimise üle on hajutatud ning delegeeritud eraõiguslikele või vabatahtlikele ühendustele. Riigikontroll rõhutab siinkohal, et peab erinevate osapoolte vahelist koostööd tervishoiuvaldkonna töötajate vajaduse hindamis- ja planeerimistegevuses väga oluliseks ning koolituskomisjoni, erialaseltside ja ülikooli poolt tehtavat tööd seega äärmiselt tähtsaks, kuid vastutus selles küsimuses peab olema selgelt jaotatud ja sätestatud.

Vastuses Riigikontrolli väljatoodud probleemile, et tegelik tööjõu hulk tervishoiusektoris ei kata ära ministeeriumi, erialaseltside ning haiglate poolt hinnatud töötajate vajadust, pöörab minister tähelepanu üksnes sellele, et tuleks kriitiliselt suhtuda haiglate koostatud personalivajaduse plaani. Samuti on minister erinevate tasandite arengukavade omavahelise kooskõla tagamisel oluliseks pidanud vaid arstlike erialade arengukavade täpsustamist. Kahjuks on jäetud tähelepanu alt välja olulisim küsimus – erinevused olemasoleva tervishoiutöötajate arvu ja vajaduse hinnangute vahel ning fakt, et ka Sotsiaalministeeriumi enda prognooside kohaselt ei suudeta Eestis aastaks 2015 tagada piisavat hulka arste ja õdesid.

Sisukord

SISSEJUHATUS	6
Mõisted	6
Auditi iseloomustus	6
1. PRAEGUNE TERVISHOIUVALDKONNA TÖÖTAJATE RESSURSS.....	9
1.1. Arstkond vananeb	9
1.2. Kümnendik registreeritud tervishoiutöötajatest ei tööta tegelikult üheski tervishoiuteenust pakkavas asutuses	10
1.3. Osa registreeritud tervishoiutöötajaid ei tööta Eestis.....	11
1.4. Pooled arstidest töötavad mitmel töökohal.....	13
1.5. Puudub võimalus hinnata, kui suur hulk registris olevatest töötajatest on oma kvalifikatsiooni kaotanud.....	13
2. TERVISHOIUVALDKONNA TÖÖTAJATE VAJADUSE HINDAMINE.....	15
2.1. Rahvusvahelised võrdlusarvud ei ole oluliseks abiks tervishoiutöötajate vajaduse hindamisel.....	15
2.2. Arengukavades hinnatud töötajate vajadus ei ühti tegeliku olukorra ega haiglate vajadusega.....	16
2.3. Erineva tasandi arengukavad ei ole omavahel kooskõlas.....	19
2.4. Väikesed haiglad ei suuda leida vajalikku personali	20
2.5. Registrisse mitte kantud tervishoiuvaldkonna töötajate vajaduse hindamise alused on ebaselged	20
3. KOOLITUSTELLIMUS – TERVISHOIUVALDKONNA TÖÖTAJATE HULK TULEVIKUS	22
3.1. Vastutus tervishoiusüsteemi varustamise eest tervishoiuvaldkonna töötajatega on hajutatud.....	22
3.2. Heitlik koolitustellimus on tekitanud olulise puudujäägi tervishoiutöötajate juurdekasvus	23
3.3. Suur osa üldarsti ja hooldusõe eriala lõpetanutest ei tööta erialasel tööl	24
3.4. Praeguste koolitusvõimalustega ei ole võimalik säilitada olemasolevat arstide arvu ega piisavalt suurendada õdede hulka	25
LISAD.....	30
1. Tervishoiuvaldkonna töötajate kutsed ja erialad	31

2. Auditi käigus korraldatud intervjuud	32
3. Teiste riikide tervishoiutöötajate arv 1000 inimese kohta	33
4. Tervishoiuvaldkonna töötajate hõive analüüsis kasutatud töökohaliikide jaotus ja selgitus...	35
5. Riiklik koolitustellimus 1991–2004	36
6. Tervishoiutöötajate registrisse kantud töötajate tegelike töökohtade jaotus	37
7. Koolilõpetanute hõive.....	38
8. Arengutsenaariumite koostamise eeldused.....	45
SOTSIAALMINISTRI VASTUS.....	46

Sissejuhatus

Tervishoiusüsteemi olulisimaks osaks on tervishoiutöötajad. Ilma piisava arvu personalita ei ole võimalik pakkuda kvaliteetset ja õigeaegset tervishoiuteenust. Riik peab koolitama vajaliku arvu meditsiinipersonali, kuid samas tagama ka selle väga kalli ressursi efektiivse kasutamise. Arstide koolitus on äärmiselt kulukas ja pikaajaline tegevus, seetõttu ei suuda turumajanduslikud mehhanismid seda valdkonda reguleerida ning riigi seisukohalt on väga oluline õige planeerimine. Lisaks arstidele on vaja planeerida ka teiste tervishoiuvaldkonna töötajate (optometristide, tegevusterapeutide, radioloogiatehnikute jt) vajadust.

Mõisted

Tervishoiutöötajad – tervishoiuteenuste korraldamise seaduses nimetatud töötajad, kes võivad osutada tervishoiuteenuseid oma eriala ja pädevuse piires. Tervishoiutöötajad jagunevad kutsete järgi: arst, hambaarst, õde ja ämmaemand.¹ Arstide ja hambaarstide väljaõpe ja tegevus jaguneb 35 erialaks.² Õdede kutseala on kehtiva korra kohaselt jagatud 16 erialaks³, kuid valmistatakse üleminekuks neljale erialale: intensiivõendus, kliiniline õendus, vaimse tervise õendus ja terviseõendus. Tervishoiutöötajate registri andmetel oli 30. detsembri 2004. a seisuga Eestis registreeritud 4972 arsti, 1297 hambaarsti, 9414 õde ja 448 ämmaemandat.⁴

Meditsiinispetsialistid – meditsiinkoolides õpetatavad spetsiifilise väljaõppega spetsialistid, keda seadus ei nimeta tervishoiutöötajaks. Praegu õpetatakse meditsiinkoolides järgmisi spetsialiste: optometristid, hambatehnikud, radioloogiatehnikud, füsioterapeudid, tegevusterapeudid, hooldusõed, bioanalüütikud.

Tervishoiuvaldkonna töötajad – mõistet kasutatakse auditis, et hõlmata nii tervishoiutöötajaid kui ka meditsiinispetsialiste.

Kutse ja eriala – tervishoiutöötajad ja meditsiinispetsialistid jagunevad kutsete alusel rühmadesse (nt arst, õde, hambatehnik, füsioterapeut), mõned tervishoiutöötajad (arstid, hambaarstid ja õed) jagunevad veel erialade kaupa (nt kardioloog, perearst, sisearst, ortodont jne).

Kontrolliaruande lisa 1 “Tervishoiuvaldkonna töötajate kutsed ja erialad” on esitatud kokkuvõtlik joonis auditis käsitletud kutsetest ja erialadest.

Auditi iseloomustus

Auditi eesmärgiks oli hinnata, kas riik suudab tagada olemasoleva tervishoiusüsteemi piisava varustatuse tervishoiutöötajatega.

Auditi objektiks oli tervishoiuvaldkonna töötajate vajaduse hindamise ning koolitustellimuse kujundamise protsess ja selle tulemuslikkus ning selles protsessis kasutatavate andmete kvaliteet ning usaldusväärsus. **Auditeeritud asutused** olid Sotsiaalministeerium, Tervishoiuamet, Haridus- ja Teadusministeerium. Auditi käigus vaadeldi ka erialaseltside, raviasutuste ja meditsiinivaldkonna koolitusasutuste tegevust tervishoiuvaldkonna töötajate vajaduse kavandamisel ja koolitustellimuse kujundamisel.

¹ Tervishoiuteenuste korraldamise seadus, § 3

² Sotsiaalministri 28.11.2001. a määruse nr 110 “Eriarstiabi erialade loetelu” kohaselt on Eestis 33 eriarsti eriala ja 2 erihambaarsti eriala. Koolitustellimust esitatakse aga ka veel kliinilise (restauratiivse) hambaravi erialale.

³ Sotsiaalministri 11.06.2001. a määrus nr 58 “Õendusabi erialade loetelu”

⁴ Tervishoiuteenuste korraldamise seaduse § 27 kohaselt tuleb tervishoiutöötajal ennast hiljemalt 1. jaanuariks 2005 registreerida tervishoiutöötajate registris, et saada õigus osutada tervishoiuteenuseid. 30.12.2004. a seisuga võivad olla veel mõned tervishoiutöötajad, kes esitasid avalduse detsembri lõpus, registrisse kandmata.

- tervishoiutöötajate registri funktsioon ja puudused;
- töö- ja puhkeaja seaduse rakendamise võimalused haiglatele.

Intervjuud tervishoiuvaldkonna töötajate vajaduse ja koolitustellimuse hindamise protsessis osalejate ja tervishoiusektori asutustega (vt lisa 2 “Auditi käigus korraldatud intervjuud”).

Välispraktika analüüs, mille eesmärgiks oli

- teiste riikide tervishoiuvaldkonna töötajate vajaduse hindamise ja koolitustellimuse kujundamise protsessi tundmaõppimine;
- tervishoiuvaldkonna töötajate puuduse probleemiga tegelemise kogemuse uurimine.

Tervishoiuvaldkonna töötajate vajaduse hindamise ja koolitustellimuse kujundamise protsessi analüüs, mille eesmärgiks oli hinnata selle protsessi adekvaatsust, erinevate osapoolte rolli, ülesandeid ja võimalusi protsessi mõjutada.

Auditirühma liikmed: auditijuht Liisi Uder, vanemaudiitor Aalo Kukk, audiitor Külli Nõmm.

1. Praegune tervishoiuvaldkonna töötajate ressurss

Tööjõu planeerimise juures on kõige olulisem omada õiget, aktuaalset ning detailset infot olemasoleva olukorra kohta. Kvaliteetse info kogumine on igasuguse planeerimisprotsessi aluseks.⁸ Eestis ei olnud kuni 2004. aasta lõpuni täpset ülevaadet olemasolevast tervishoiutöötajate ressursist. Keegi ei teadnud täpselt, kui palju ja millises vanuses tervishoiutöötajaid Eestis on. Veel halvem oli ülevaade sellest, kui suur hulk töötajaid tegelikult tervishoiusektoris töötab. Puudulikust informatsioonist tulenevalt erinesid ka näiteks Sotsiaalministeeriumi ja Statistikaameti väljastatavas ametlikus statistikas tervishoiutöötajate arvud.

Seoses uue tervishoiuteenuste korralduse seaduse rakendamisega ning tervishoiutöötajate registri käivitamisega peaks alates 1. jaanuarist 2005 olema riigil täielik ülevaade tervishoiutöötajate ressursist, kaasa arvatud sellest, kui paljud neist töötavad tegevusluba omavate tervishoiuteenuse pakkujate juures. Tervishoiutöötajate registri täieliku rakendamise tulemuste osas on veel vara lõplikke järeldusi teha, kuid planeerimisprotsessi edukus hakkab edaspidi palju sõltuma sellest, kuidas riik olemasolevat informatsiooni suudab ära kasutada.

2004. aasta lõpuks oli tervishoiutöötajate **registrisse kantud** 4972 arsti, 9414 õde, 1297 hambaarsti ja 448 ämmaemandat, s.t et **Eestis on 1000 inimese kohta 3,7 arsti, 7 õde, 1 hambaarst ja 0,3 ämmaemandat**. Tegelik tööjõu ressurss, mille abil tagada tervishoiusüsteemi jätkusuutlikkus, on aga oluliselt väiksem, kui see statistikas kajastub.

1.1. Arstikond vananeb

Registreeritud arstidest on 11% ja hambaarstidest 10% pensioniealised (65aastased või vanemad), kuid ainult umbes 1% neist ei tööta (vt tabel 1). See tähendab, et oluline osa arstidest ja hambaarstidest, kes praegu töötavad ja pakuvad tervishoiuteenust, siirduvad lähiaastatel pensionile ning jätavad paljud kohad tervishoiuasutustes tühjaks. Eriti suur probleem on see arstide puhul, sest nende juurdekasv ei suuda asendada vananemise tõttu tööturult lahkujaid (vt joonis 1). Kõige arvukamad vanuserühmad hakkavad pensionile siirduma umbes 15 aasta pärast. Hambaarstide vananemist aitab kompenseerida umbes samaväärne juurdekasv ning olemasolev piisav hulk töötajaid. Õdede ja ämmaemandate puhul on just viimastel aastatel juurdekasv oluliselt vähenenud, kuigi on ka võimalus, et erinevatel põhjustel (astutakse meditsiinikooli hiljem, ei lõpetata nominaalajaga vms) ei ole näiteks 24. eluaastaks kõigil veel meditsiinikool lõpetatud ning tööturule jõutakse hiljem.

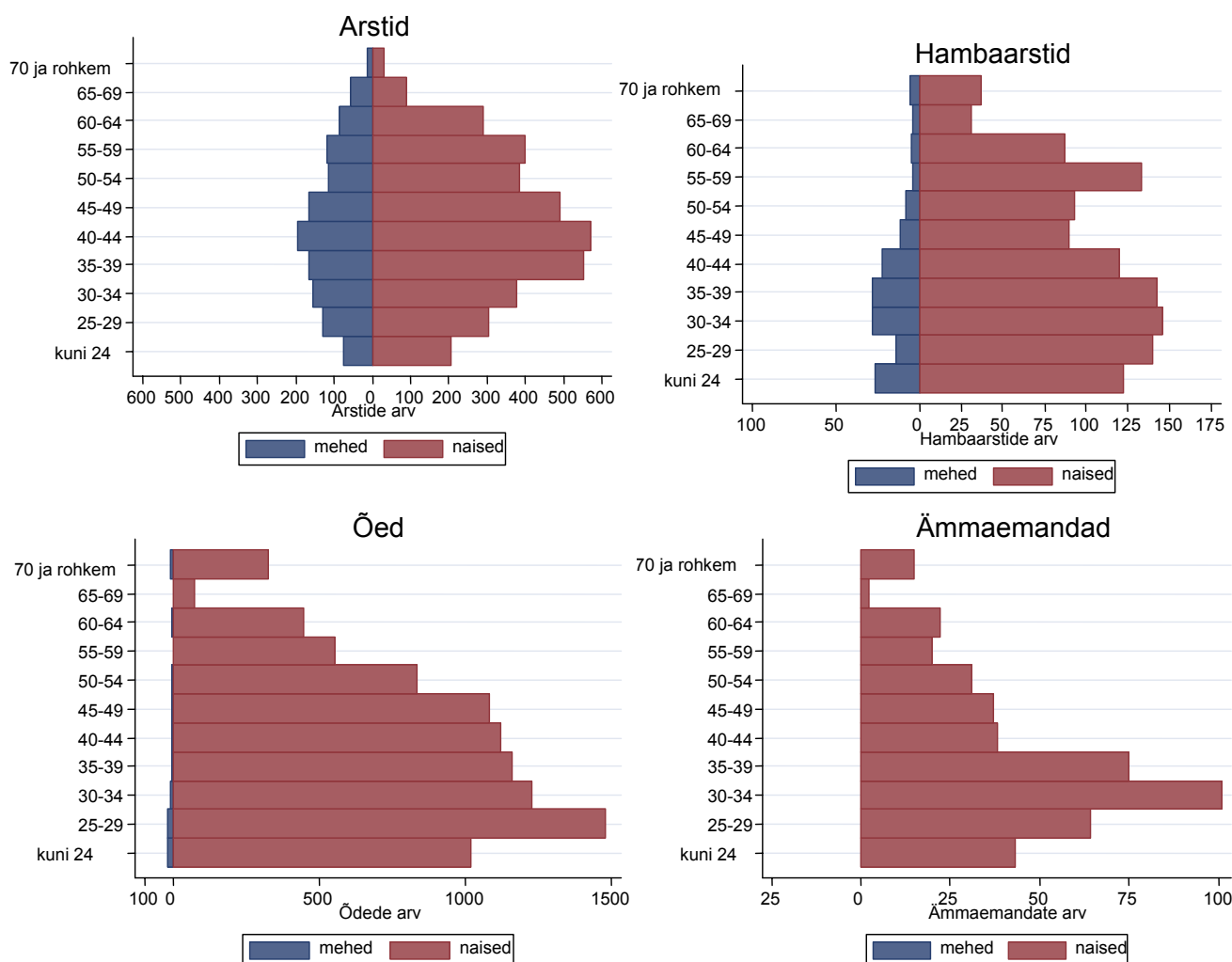
Tabel 1. Pensioniealised registreeritud tervishoiutöötajate hulgas

Kutse	Pensioniealisi registreeritud töötajate hulgas
Arst	525 (11%)
Õde	532 (6%)
Hambaarst	127 (10%)
Ämmaemand	24 (5%)

Allikas: Tervishoiutöötajate register

⁸ Australian Health Workforce Advisory Committee. 2004. "Nursing Workforce Planning in Australia: A Guide to the Process and Methods Used by the Australian Health Workforce Advisory Committee." AHWAC Report 2004.1.

Joonis 1. Tervishoiutöötajate soo- ja vanuspüramiidid



Allikas: Tervishoiutöötajate register

1.2. Kümnendik registreeritud tervishoiutöötajatest ei tööta tegelikult üheski tervishoiuteenust pakkuvas asutuses

Tervishoiutöötajate hõive analüüsis vaadeldi, millist liiki töökohtadel tervishoiutöötajad tegelikult töötavad. Töökohta liikide jaotus on välja toodud lisa 4 “Tervishoiuvaldkonna töötajate hõive analüüsis kasutatud töökohaliikide jaotus ja selgitus”. Analüüs tehti nii töökohtade kui ka isikute kaupa.

Töökohtade kaupa tehtud analüüsis (vt lisa 6 “Tervishoiutöötajate registrisse kantud töötajate tegelike töökohtade jaotus”) selgus, et kõige suurem hulk tervishoiutöötajate töökohtadest (keskmiselt 44% töökohtadest) on ootuspäraselt arengukava haiglates (v.a hambaarstidel, kes töötavad kõige rohkem erapraksistes või hambakliinikutes). Kõige rohkem on tervishoiuteenuse osutamise seotud töökohti hambaarstidel (93% kõigist hambaarstide töökohtadest) ja kõige rohkem tegelevad muude valdkondade töödega arstid (vaid 78% töökohtadest on seotud tervishoiuteenuse pakumisega). Samuti selgus, et potentsiaalselt oleks tervishoiusektorisse tagasitoomise teel kõige rohkem võimalik suurendada arstide ja õdede töötamist erialasel töö. Nii registreeritud arstide kui ka õdede kõikidest töökohtadest asub praegu umbes 600 töökohta väljaspool tervishoiuvaldkonda.

Isikute kaupa tehtud analüüs (vt tabel 2 ja joonis 2) näitas, et kuigi tervishoiutöötajate registris on registreeritud 4972 arsti, 9414 õde, 1297 hambaarsti ja 448 ämmaemandat, on selliseid tervishoiu-

töötajaid, kellel vähemalt üks töökohtadest on seotud tervishoiuteenuse osutamisega 1660 võrra vähem. Registreeritud töötajatest töötab praegu tegelikult oma erialal kokku 4414 arsti, 1186 hambaarsti, 8481 õde ja 390 ämmaemandat. Kui nende hulgast veel töötavad pensionärid välja arvata, jääb järele 3976 arsti, 1074 hambaarsti, 8059 õde ja 376 ämmaemandat.

Tabel 2. Tervishoiutöötajate registrisse kantud isikute tegelik hõive

		Arstid	Hambaarstid	Õed	Ämmaemandad	KOKKU
Töötab	KOKKU	4659	1211	8903	398	15171
	Vähemalt üks töökohtadest on seotud tervishoiuteenuse osutamisega	4414	1186	8481	390	14471
	Vähemalt üks töökohtadest ei ole seotud tervishoiuteenuse osutamisega	245	25	422	8	700
	Töötab ainult tervishoiuteenuse osutamisega seotud töökohtas	3388	1113	7488	344	12333
	Töötab ainult tervishoiuteenuse osutamisega <u>mitteseotud</u> töökohtadel (v.a avalik sektor või "muu" kategooria töökoht)	77	15	160	3	255
	Töötab ainult avalikus sektoris	86	2	169	1	258
	Töötab ainult "muu" kategooria töökohtal	52	6	58	2	118
	Ei tööta	KOKKU	313	86	511	50
65aastane või vanem	16	4	84	10	114	
Sünnitus- ja rasedus- või lapsehoolduspuhkusel	41	20	224	11	296	
Põhjus teadmata	256	62	203	29	550	

Allikas: Riigikontrolli analüüs

Praegu on tervishoiuteenuste pakkumise sektorist lahkunud 77 arsti ja 160 õde – nemad töötavad ainult era- või kolmanda sektori töökohtadel, mis ei ole seotud tervishoiuteenuste pakkumisega. Kui siia juurde liita veel ainult avalikus sektoris ning erialastes liitudes või seltsides töötajad, on lahkunud 215 arsti ja 387 õde. Selline oleks potentsiaalne hulk arste ja õdesid, kelle arvelt oleks võimalik tervishoiusektorisse töötajaid juurde tuua.

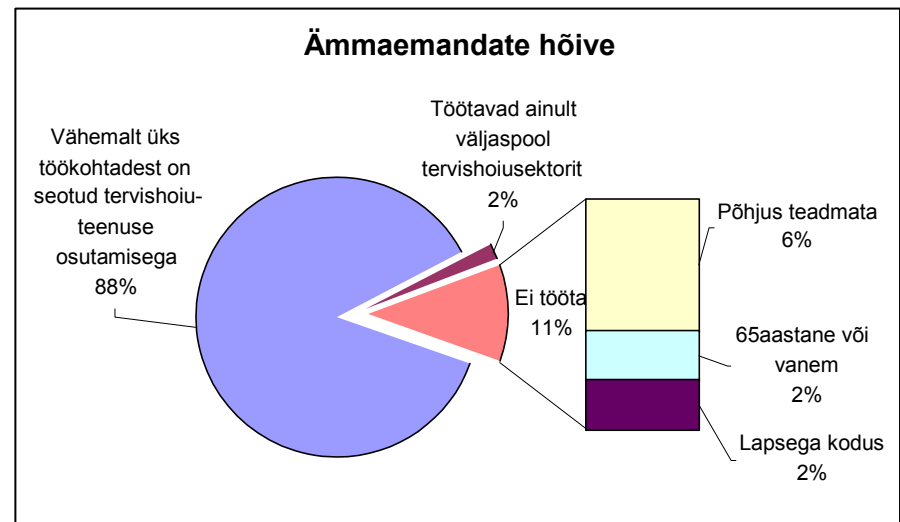
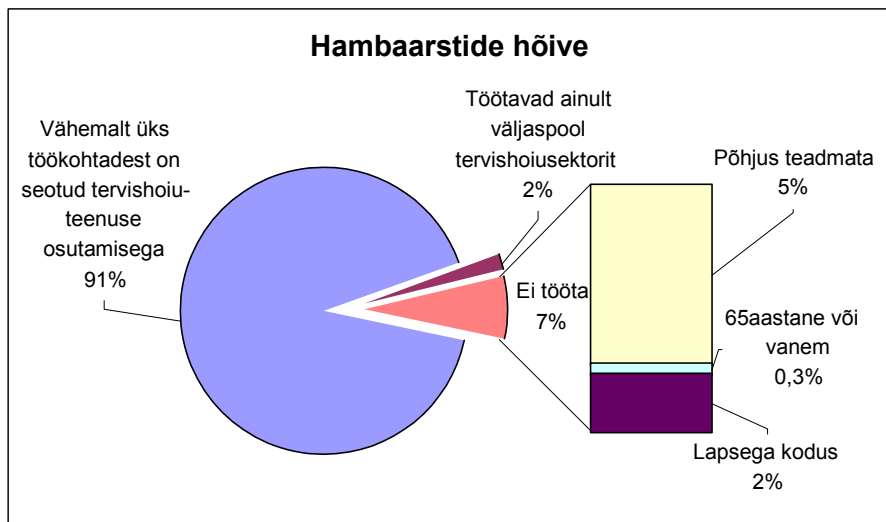
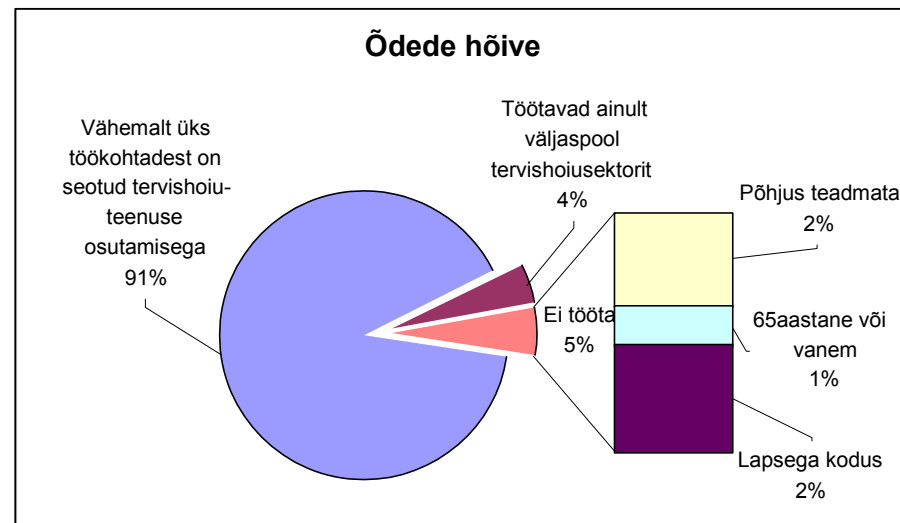
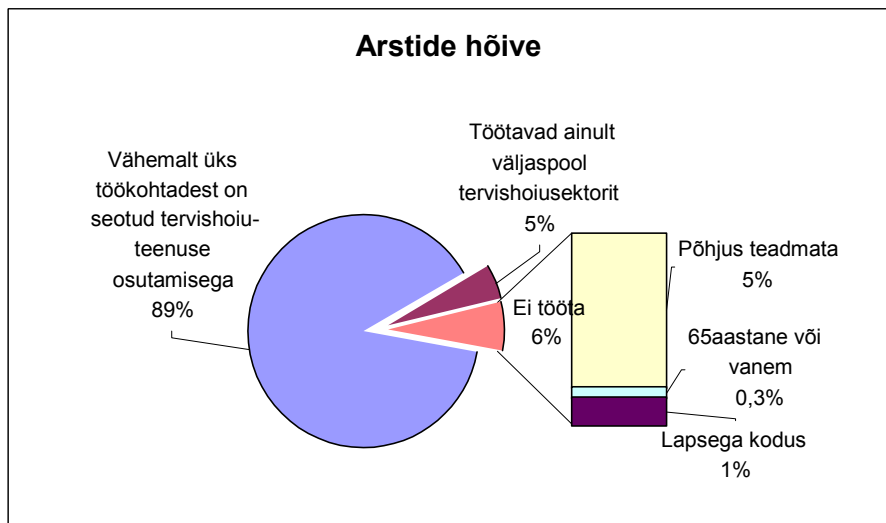
1.3. Osa registreeritud tervishoiutöötajaid ei tööta Eestis

Auditi käigus tehtud töökohtade analüüsist selgus, et 550 registreeritud töökohta (sh 256 arsti, 203 õde, 62 hambaarsti ja 29 ämmaemandat) ei ole saanud Eestist 2004. aasta jooksul mingisugust töötasu⁹ ega ole töötanud ka füüsilisest isikust ettevõtjana (vt tabel 2 ja joonis 2). Nende isikute töötamisest eemalviibimise põhjuseks ei ole ka rasedus- ja sünnituspuhkus või alla 3aastase lapse hooldamine¹⁰.

⁹ Maksu- ja Tolliameti maksukohuslaste registri väljamaksed TSD koodi 01 järgi: sotsiaalmaksuga maksustatavad rahalised tasud, mida makstakse töötajale või avalikule teenistujale (tulumaksuseaduse § 13 lg 1 alusel); stipendiumid, toetused ja pensionid, mida makstakse seoses töö- või teenistussuhtega (tulumaksuseaduse § 19 lg 2, lg 3 p 3 alusel); seaduse või muu õigusakti alusel töö tegemise eest makstavad tasud (sotsiaalmaksuseaduse § 2 lg 1 p 9 alusel); samuti muud tasud, mida makstakse isikule pärast töö- või teenistussuhte lõppemist.

¹⁰ Andmed rasedus- ja sünnitus- või lapsehoolduspuhkusel olevate tervishoiutöötajate kohta pärinevad Haigekassast ja Sotsiaalkindlustusametist.

Joonis 2. Tervishoiutöötajate hõive



Allikas: Riigikontrolli analüüs

Seega, märkimisväärne osa potentsiaalsest väljakoolitatud, registreeritud ja tervishoiuteenuse osutamise õigusega tervishoiuvaldkonna tööjõust on nii tervishoiuvaldkonna kui ka kogu tööturu jaoks kaduma läinud. Need isikud võivad olla ülalpeetavad, elatuda näiteks rendi- või üüritulust, intressidest vms sotsiaalmaksuga mittemaksustatavast tulust. Selliste isikute hulka võivad kuuluda ka need, kes töötavad välismaal ning kel Eestis sotsiaalmaksuga maksustatavat sissetulekut ei ole. Kuigi 2004. aastal võttis Tervishoiuametist välisriikidesse tööle suundumiseks tõendi välja 448 tervishoiutöötajat, sh 291 arsti, 30 hambaarsti, 125 õde ja 2 ämmaemandat¹¹, puuduvad andmed selle kohta, kui suur hulk neist tegelikult välismaale tööle asus.

1.4. Pooled arstidest töötavad mitmel töökohal

Maksu- ja Tolliameti maksukohustuslaste registri põhjal tehtud töökohtade analüüsist selgus, et väga suur hulk tervishoiutöötajaid on 2004. aastal töötanud mitmel töökohal. Tulemused (vt tabel 3) näitavad üksnes töökohtade arvu ega kajasta töökoormust ühel töökohal. Samas on näiteks Eesti Arstide Liidu hinnangul arstide keskmine koormus ühel töökohal umbes 1,25 kohta.¹² Analüüsi on sisse jäetud ka ajutised tööd (ühekordsed väljamaksed), mis muudab püsitöökohtade arvu küll esitatud tulemustest veidi väiksemaks (ühekordsete väljamaksete osakaal oli kõikidest väljamaksetest keskmiselt 8%), kuid annab täielikuma ülevaate tervishoiutöötajate koormatusest.

Tabel 3. Tervishoiutöötajad mitmel töökohal

	Keskmiselt töökohti ühe töötaja kohta	Mitmel töökohal töötavate inimeste osa kõikidest sama kutse töötajatest, %
Arstid	1,6	46
Hambaarstid	1,3	37
Õed	1,1	12
Ämmaemandid	1,3	23

Allikas: Maksu- ja Tolliamet, väljamaksed maksukohustuslaste registri põhjal

Tulenevalt sellest, et töötatakse mitmel töökohal, võib tegelik tööjõupuudus tervishoiusektoris olla isegi suurem, kui välja paistab. Praegu täidavad tervishoiutöötajad (eriti arstid) väga erinevaid ametikohti ja rolle. Kui kõik tervishoiutöötajad töötaksid ainult ühel töökohal ning kõik olemasolevad töökohad säiliks, jääks tervishoiusektoris täitmata ligikaudu 8000 töökohta, kõikidest töökohtadest jääks täitmata üle 10 000 töökoha¹³. Selline arvestus on tehtud eeldusel, et kõik praegused töökohad on vajalikud ja normkoormus on ühesugune. Tööjõuressursi vähenemine võib aga kaasa tuua ka töökorralduse ülevaatamise ning mittevajalike ametikohtade kaotamise. Küsimusega, kas praegune töökohade arv tervishoiusüsteemis on optimaalne, käesoleva auditi ajal ei tegeletud.

1.5. Puudub võimalus hinnata, kui suur hulk registris olevatest töötajatest on oma kvalifikatsiooni kaotanud

Kuni 2001. aasta lõpuni hinnati tervishoiutöötajate pädevust perioodilise atesteerimise alusel. Uue tervishoiuteenuste korraldamise seaduse jõustumisega 2002. aastal kaotati senine atesteerimise ja pädevuse hindamise kord. Peamine vastutus kvaliteetse teenuse osutamise ning töötajate pädevuse eest on tööandjatel. Praegu toimub perioodiline ametialase pädevuse hindamine üksnes erialaseltside initsiatiivil ning on tervishoiutöötajatele vabatahtlik. Tervishoiuameti juurde loodud tervishoiutöötajate pädevuse hindamise nõukogu koostab käesoleva auditi valmimise ajal alles ülevaadet erinevate erialaseltside tegevusest ja põhimõtetest oma liikmete pädevuse hindamisel.

¹¹ Tervishoiuameti andmed

¹² Intervjuu Toomas Kariisiga, Eesti Arstide Liidu eestseisuse liikme ja Eesti Nooremärstide Ühenduse volinikuga, 07.09.2004

¹³ Sealhulgas osaaajaga, lühiajalised ja ühekordsed tööd ja töökohad. Riigikontrolli korraldatud hõive analüüs

Kehtiva korra kohaselt antakse isikule tervishoiutöötajate registrisse kandmisega õigus osutada kvalifikatsioonile vastavaid teenuseid tähtajatult. Registreerimistõendi saab kehtetuks tunnistada üksnes jõus-
tunud süüdimõistva kohtuotsuse alusel.¹⁴ Sellest tulenevalt ei ole võimalik hinnata seda, kui suurel hulgal registreeritud tervishoiutöötajatest võib erialal mittetöötamise või muude põhjuste tõttu kvalifikatsioon tegelikult aegunud olla, ega seda, kes ei ole enam pädevad tervishoiuteenust kvaliteetselt osutama. Kuna puudub ametlik pädevuse hindamise süsteem ning pole sätestatud, mis aja jooksul tervishoiutöötaja kvalifikatsioon aegub, siis pole võimalik hinnata, kui suur hulk neist ligikaudu 630 tervishoiutöötajast, kes praegu ei tööta üheski tervishoiuteenust pakkuvad asutuses (vt tabel 2), üldse ilma täienduskoolitusega erialal töötamiseks võimelised on.

Ettepanekud sotsiaalministrile

- Kujundada tervishoiutöötajate register ja registreerimine ümber selliselt, et oleks võimalik hinnata, kui palju on Eestis tegelikult tervishoiuteenuse kvaliteetseks osutamiseks võimelisi tervishoiutöötajaid. Eesmärgiks on täpsema ülevaate saamine olemasolevast tervishoiutöötajate ressursist ning planeerimistegevuse parandamine. Võimalikud tegevused selle eesmärgi saavutamiseks:
 - Töötada välja tervishoiutöötajate pädevuse hindamise ja kvalifikatsiooni aegumise alused. Kaaluda perioodilise ja kohustusliku pädevuse hindamise (resertifitseerimise) süsteemi juurutamist.¹⁵ Märge pädevuse hindamise tulemuste kohta kanda tervishoiutöötajate registrisse.
 - Alternatiivina perioodilisele ja kohustuslikule pädevuse hindamise süsteemile võiks sätestada tervishoiuteenuse osutamise tegevusloa omanikule kohustuse lisada Tervishoiuametile edastatavale töötajate nimekirjale andmed selle kohta, millisel ametikohal ja erialal ning kui suure töökoormusega need tervishoiutöötajad tema juures töötavad.
- Sätestada tervishoiuteenuse osutamise tegevusloa omanikule kohustus lisada Tervishoiuametile edastatavale töötajate nimekirjale andmed töötajate koormuse kohta. Selline kohustus võimaldaks hinnata tegeliku tööjõu hulka ja koormatust tervishoiusektoris.

¹⁴ Tervishoiuteenuse korraldamise seadus, § 32

¹⁵ Perioodilist ja kohustuslikku pädevuse hindamist on toetatud ka “Tervishoiutöötajate täiend- ja ümberõppe” projekti lõppraportis lk 78–79, 81.

2. Tervishoiuvaldkonna töötajate vajaduse hindamine

Tervishoiusüsteemi eri osade ja tasandite planeerimiseks on koostatud ning kinnitatud hulgaliselt arengukavasid, milles on esitatud prognoose tervishoiutöötajate vajaduse kohta. Tervishoiutöötajate vajadust on seni põhjalikumalt hinnatud järgmistes dokumentides:

- “Haiglavõrgu arengukava 2002”;
- arstierialade arengukavad¹⁶, mis ühtse dokumendina on kinnitatud sotsiaalministri 28.12.2001. a määrusega nr 159 “Arstide erialade arengukavad”;
- õenduserialade arengukavad¹⁷, mis ühtse dokumendina on kinnitatud sotsiaalministri 16.07.2002. a määrusega nr 99 “Õendusala erialade arengukavad”;
- haiglate arengukavad.

Lisaks valmis 2004. aastal Poliitikauuringute Keskusel PRAXIS koostöös Sotsiaalministeeriumiga uuring “Tervishoiutöötajate migratsioon Eestist: migratsiooni potentsiaalne suurus, mõju tervishoiutöötajate vajadusele ja poliitikavalikud”, mis käsitleb tervishoiutöötajate vajaduse hindamist, võttes arvesse töötajate migratsiooni.

2.1. Rahvusvahelised võrdlusarvud ei ole oluliseks abiks tervishoiutöötajate vajaduse hindamisel

Tervishoiutöötajate vajaduse hindamiseks ja väljendamiseks kasutatakse Eestis peamiselt laialt levinud töötajate ja rahvastiku suhte meetodit (nt 3 arsti 1000 inimese kohta). Sellise käsitluse eeliseks on lihtsus, arusaadavus ning rahvusvaheline võrreldavus, kuid tegelikult ei aita rahvusvahelise praktika võrdlus hinnata, kas meil on tervishoiutöötajaid liiga palju, vähe või piisavalt.

Teiste riikide suhtarve ei peeta sobivaks vahendiks tervishoiutöötajate vajaduse hindamisel seetõttu, et tervishoiusüsteemid on erinevad ning vajalik ja sobiv töötajate hulk sõltub oluliselt konkreetse süsteemi iseärasustest.¹⁸ Tervishoiutöötajate määratlus, rollid ja erialade jaotus on erinevates riikides väga erinevad. Seetõttu on eriti raske võrrelda suhtarve erialati. Tervishoiutöötajate vajaduse hindamine peab olema konkreetse riigi ja süsteemi keskne.¹⁹

Auditi käigus tehtud 34 riigi (31 Euroopa riiki + Kanada, Jaapan ja USA) suhtarvude võrdlev analüüs näitas, et **arste ja hambaarste** on meil 1000 inimese kohta **rohkem** kui teistes analüüsiks valitud riikides keskmiselt. Eestis on 1000 inimese kohta 3,7 arsti, muudes riikides keskmiselt 3 arsti. Praegu on Eestis 1 hambaarst 1000 inimese kohta, mujal on keskmiselt 0,6. **Õdesid on** Eestis küll **vähem** kui keskmiselt teistes riikides (Eestis 7, mujal 8), kuid vahe ei ole nii suur, nagu Eestis sellekohastes analüüsid väidetakse.²⁰ **Ämmaemandate** arv jääb Eestis suhtarvude võrdluses keskmise taseme lähedale (meil 0,3 ja mujal 0,4 (v.a Iirimaa)), kuid tulenevalt ämmaemandate väiksest absoluutarvust on ka erinevus 0,1 võrra tegelikult väga suur. Seega on ämmaemandaid meil märgatavalt **vähem kui mujal**.

¹⁶ Uuendamisel

¹⁷ Uuendamisel

¹⁸ Zurn, P., Dal Poz, M., Stilwell, B., Adams, O. (2002). “Imbalances in the health workforce” Briefing paper, World Health Organization, Evidence and Information for Policy, Health Service Provision.

Diallo, K., Zurn, P., Gupta, N., Dal Poz, M. (2003). “Monitoring and evaluation of human resources for health: an international perspective” Human Resources for Health, 2003, 1:3.

¹⁹ World Health Organization. (2004) “The health workforce: current challenges” WHO/EIP/HRH/2004.2.

²⁰ Sotsiaalministeeriumi projekti “Tervishoiutöötajate täiend- ja ümberõppe” lõppraportis on välja toodud, et Eestis on õendusametöötajaid elanikkonna kohta kaks korda vähem kui Euroopas keskmiselt (lk 74).

Oluline on rõhutada, et **rahvusvaheline praktika on väga erinev ning olulisi järeldusi Eesti tervishoiutöötajate hulga kohta selle pinnal teha ei ole võimalik** (vt lisa 3 “Teiste riikide tervishoiutöötajate arv 1000 inimese kohta”). Seetõttu ei ole ka rahvusvahelised võrdlusarvud oluliseks abiks tervishoiutöötajate vajaduse hindamisel. Näiteks arstide suhtarvud ulatusid 1,4 kuni 4,5 arstini 1000 inimese kohta. See tähendaks, et Eestis võiks olla umbes 1891 kuni 6080 arsti. Kui äärmused välja jätta (õdede puhul Türgi, ämmaemandate puhul Iirimaa), võiks teiste riikide praktika põhjal õdede arv Eestis ulatuda 4999st kuni 19 860ni ning ämmaemandaid võiks meil olla 135 kuni 1215. Nii laiad vahemikud ei võimalda lõplikke järeldusi teha. Ainsana võib välja tuua, et **hambaarste on Eestis 1000 inimese kohta teiste riikidega võrreldes suhteliselt palju**. Hambaarstide suhtarvud ulatuvad 0,2 kuni 1,2 hambaarstini 1000 inimese kohta, s.t Eesti rahvaarvu juures võiks olla kokku 270 kuni 1351 hambaarsti. Praegu on meil juba registreeritud 1297 hambaarsti (u 1 hambaarst 1000 inimese kohta).

2.2. Arengukavades hinnatud töötajate vajadus ei ühti tegeliku olukorra ega haiglate vajadusega

2000. aastal valmis *Hospital Master Plan* (HMP), mille põhjal koostati 2002. aastal Sotsiaalministeeriumis Eesti tervishoiu ümberkorralduste alusdokumendiks saanud “Eesti haiglavõrgu arengukava”. HMPs antud hinnangute järgi on eriarstide vajadus aastal 2010 kokku 3840 eriarsti (sh 240 üldkirurgi, 200 anesthesioloogi, 380 sisehaiguste arsti, 250 pediaatrit). Arstide vajaduse hinnangud on saadud võrdluses peamiselt Rootsi ja Norra arstide arvu suhtest inimese kohta.

Täpsemad hinnangud tegid arstide erialaühendused 2001. aastal eriala arengukavades, mis Sotsiaalministeeriumi initsiatiivil on 2005. aasta alguseks üle vaadatud ja uuendatud. Uutes hinnangutes on arvestatud 2003. a osutatud tervishoiuteenuste mahtu ja prognoositavaid mahtusid aastani 2015, prognoositud migratsiooni²¹ ning arstkonna vanuselist koosseisu. Samuti on arvestatud töö- ja puhkeaja seaduse nõuetest tuleneva täiendava arstide vajadusega valveringide täitmiseks.

Vanade arengukavade kohaselt on eriarstide vajadus 2015. aastaks kokku 4030 arsti, uuendatud hinnangute järgi peaks meil samaks ajaks olema kokku 4051 arsti. Juba praeguseks (10.01.2005. a seisuga) on aga registreeritud ligi 4800 arsti. Kui arvestada ka registrisse kantud enam kui 700 üldmeditsiini arstiga, ei tohiks arstidest puudust olla. Sellele vaatamata on enamikus haiglates hulk vakantseid arstitöökohti. Sellise olukorra üheks põhjuseks on kindlasti asjaolu, et paljud registreeritud arstid ei tööta tegelikult erialal. Üksikute erialade kaupa võib arvestuslikku ülejääki mõnevõrra suurendada ka see, et umbes 8% arstidest on registreeritud ühel ajal kahel erialal, umbes 0,3% arstidest kolmel ja üks arst neljal erialal. Ülejääki arstide üldarvus aga mitmel erialal registreerimine ei mõjuta.

Tabelis 4 on toodud võrdlusena välja tervishoiutöötajate registris registreeritud arstide arv ning vajaduseks hinnatud arstide arv vanade ja uuendatud arengukavade järgi. Võrdlusest selgub, et teatud erialadel on arstide puudus (nt psühhiaatria, erakorraline meditsiin, infektsioonhaigused) ja teatud erialadel suur arstide ülejääk (nt pediaatria, neuroloogia, üldkirurgia, taastusravi ja füsiaatria, sisehaigused, peremeditsiin). Samuti selgub, et uutes arengukavades on mitmetel erialadel arstide vajaduse osas tehtud olulisi ümberhindamisi, kuigi arstide vajaduse üldarv ei ole palju muutunud. Näiteks tervishoiu arstide vajadust on vähendatud 207-lt 82-le, sisehaiguste arstide vajadust 259-lt 171-le, anesthesioloogide vajadust aga suurendatud 181-lt 240-le. Kuna lühikese aja jooksul (3 aastat) on vajaduse hinnangutes tehtud niivõrd suuri muutusi, siis seab see kahtluse alla pikaajalise planeerimise võimalikkuse. Koolitussüsteemi kaudu ei saa sellistele radikaalsetele ümberhindamistele reageerida. Senine praktika hoiatab ka võimalike oluliste muutuste eest tulevikus.

²¹ Lähtuvalt Poliitikauuringute Keskuse PRAXIS tervishoiutöötajate migratsiooni uuringust

Tabel 4. Eriarstide vajadus ja registreeritud arstide arv

Eriala	Regist-	Vajadus	Vajadus	Erinevus	Erinevus	Erinevus
	ree- ritud arstide arv*	aastaks 2015 <u>vanade</u> arengu- kavade järgi**	aastaks 2015 <u>uute</u> arengu- kavade järgi***	vanade ja uute arengu- kavade hinnangute vahel C–B	registreeritud arstide arvu ja varasema vajaduse hinnangu vahel A–B	registreeritud arstide arvu ja uue vajaduse hinnangu vahel A–C
	A	B	C			
Anestesioloogia	269	181	240	59	88	29
Dermatoveneroloogia	89	56	70	14	33	19
Endokrinoloogia	46	18	36	18	28	10
Erakorraline meditsiin	112	168	180	12	-56	-68
Gastroenteroloogia	42	26	32	6	16	10
Hematoloogia	40	40	30	-10	0	10
Infektsioonhaigused	42	52	70	18	-10	-28
Kardioloogia	154	117	112	-5	37	42
Kardiovaskulaarkirurgia	26	30	25	-5	-4	1
Laboratoorne meditsiin	147	104	112	8	43	35
Lastekirurgia	18	19	21	2	-1	-3
Nefroloogia	14	16	17	1	-2	-3
Neurokirurgia	16	18	18	0	-2	-2
Neuroloogia	186	74	81	7	112	105
Oftalmoloogia	132	91	120	29	41	12
Onkoloogia	58	28	37	9	30	21
Ortodontia	34	60	56	-4	-26	-22
Ortopeedia	130	101	120	19	29	10
Otorinolarüngoloogia	110	65	70	5	45	40
Patoloogia (s.h. kohtuarstiteadus)	56	78	65	-13	-22	-9
Pediaatria	517	220	195	-25	297	322
Peremeditsiin	906	868	840	-28	38	66
Plastika- ja rekonstruktiivkirurgia	8	13	10	-3	-5	-2
Psühhiaatria	214	291	260	-31	-77	-46
Pulmonoloogia	78	52	56	4	26	22
Radioloogia	194	168	182	14	26	12
Reumatoloogia	46	26	40	14	20	6
Restauratiivne (kliiniline hambaravi)	4	60	84	24	-56	-80
Sisehaigused	239	259	171	-88	-20	68
Suu- näo- ja lõualuukirurgia	18	30	18	-12	-12	0
Sünnitusabi ja günekoloogia	304	181	305	124	123	-1
Taastusravi ja füsiaatria	152	117	76	-41	35	76
Torakaalkirurgia	9	8	8	0	1	1
Transfusioloogia	12	-	27	-	-	-15
Töötervishoid	81	207	82	-125	-126	-1
Uroloogia	52	26	35	9	26	17
Üldkirurgia	226	162	150	-12	64	76
KOKKU	4781	4030	4051	21	751	730

* 10.01.2005. a seisuga

** Kinnitatud sotsiaalministri 28.12.2001. a määrusega nr 159 "Arstide erialade arengukavad", vajadus absoluut-
arvudes arvatud Eesti Statistikaameti rahvastikuprognosi järgi aastaks 2015 (1,259 mln inimest).

*** Sotsiaalministeeriumi andmed

Kuigi hinnatud vajaduse ja tervishoiutöötajate registri andmete järgi peaks Eestis kokkuvõttes arste üle olema, näitab haiglate arengukavasse kuuluvates haiglates korraldatud küsitlus (vt tabel 5), et lähema kolme aasta jooksul on ainuüksi arengukava haiglates vaja täita 448 vakantset ametikohta. Teatud erialadel kajastab arvestuslik puudujääk (vt tabel 4) ka tegelikku vajadust (vt tabel 5). Näiteks on arvestuslikult suur puudus erakorralise meditsiini arstidest ja psühhiaatritest ning seda kinnitab ka haiglate poolt hinnatud vajadus. Samas esineb ka suuri vastuolusid. Näiteks neurolooge ja üldkirurge peaks meil arvestuslikult piisavalt jaguma, kuid haiglates on neist suur puudus. Lisaks struktuuraalse tööpuuduse probleemile võib selle olukorra põhjuseks olla arstide mittetöötamine erialasel tööl haiglates või ebamõistlik haiglate süsteemi ülesehitus ja korraldus, mis ei ühti erialaliitude seisukohtadega.

Tabel 5. Eriarstide lisavajadus aastatel 2005–2007 haiglavõrgu arengukava haiglates

	2005	2006	2007	kokku
Anestesioloogia	23	5	10	38
Dermatoveneroloogia	1	4		5
Endokrinoloogia	15	4	1	20
Erakorraline meditsiin	22	7	5	34
Gastroenteroloogia	4	7	1	12
Geenitehnoloogia		1		1
Hambaravi	4	3	4	11
Hematoloogia	2		1	3
Infektsioonhaigused	8	4	4	16
Kardioloogia	9	5	2	16
Kardiovaskulaarkirurgia	2			2
Laborimediitsiin	8	2	1	11
Lastekirurgia	1		1	2
Nefroloogia	5		2	7
Neuroloogia	5	6	6	17
Oftalmoloogia	6	7	4	17
Onkoloogia		1	2	3
Ortodontia		1		1
Ortopeedia	11	6	4	21
Otorinolarüngoloogia	4	3	2	9
Patoloogia	4	3	1	8
Pediaatria	3	4		7
Psühhiaatria	10	8	3	21
Pulmonoloogia	3	2	2	7
Radioloogia	23	6	8	37
Reumatoloogia	3	2	1	6
Sisehaigused	11	7	6	24
Sünnitusabi ja günekoloogia	16	10	11	37
Taastusravi ja füsiaatria	1	7	2	10
Torakaalkirurgia	1			1
Traumatoloogia	1			1
Töötervishoid		1	2	3
Uroloogia	4		2	6
Üldkirurgia	20	6	8	34
KOKKU	230	122	96	448

Allikas: Eesti Haiglate Liit, haiglavõrgu arengukavasse kuuluvad haiglad

Vakantseid või lähiaastatel vakantseks jäävaid ametikohti haiglates ei ole võimalik täita ka uute koolilõpetajatega. Enamikul erialadel on uuringu tulemusena saadud arstide vajadus suurem, kui Tartu

Ülikooli arstiteaduskonna vastava eriala oodatav residentuuri lõpetajate arv ning mitmel erialal on erinevus kordades (anestesioloogia, neuroloogia, ortopeedia, sisehaigused, üldkirurgia, radioloogia).²²

2.3. Erineva tasandi arengukavad ei ole omavahel kooskõlas

Lisaks üldisele haiglate arengukavale ja erialade arengukavadele on koostatud ka maakondade ja haiglate arengukavasid. **Maakondade arengukavade** koostajateks olid enamasti maakonna arst või tervishoiuosakonna juht, kohalike raviasutuste juhid ja kohalike omavalitsuste esindajad. Vaatamata sellele et arengukavade koostamine ja kooskõlastamine toimus Sotsiaalministeeriumi koordineerimisel,²³ olid koostatud arengukavad väga erineva ulatuse ja sisuga. Esitatud 14 arengukavast on tervishoiutöötajate vajadust ja prognoose käsitletud vaid viies. Koostajate hinnangul puudusid töötajate vajaduse hindamiseks vajalikud koormusnormid ja lähteandmed.²⁴

Elanike arvult suurima maakonna, Harjumaa arengukava on koostatud Tallinna linna osa arvestamata. Tallinna Linnavalitsus on tegelenud tervishoiu arengu kavandamisega iseseisvalt. Selleks telliti 2003. aastal Stockholm Care AB-lt linna tervishoiu arengukava, et planeerida Tallinna elanikele vajalike tervishoiuteenuste kättesaadavus ning selleks vajalikud inim- ja materiaalsed ressursid. Töö hõlmab ainult Tallinna linnale kuuluvate raviasutuste, ASi Ida-Tallinna Keskhaigla ja AS Lääne-Tallinna Keskhaigla arengut. Piirkonna suurim tervishoiuteenuste pakkuja – Põhja-Eesti Regionaalhaigla – on Tallinna linna tervishoiu planeerimisest väljas. Suure osa Eesti inimeste vajadusi ei ole seega tervishoiu piirkondlikku planeerimisse haaratud ning samuti ei ole arvestatud kõigi Tallinnas tegutsevate tervishoiuasutuste ressursiga.

Kui maakondade tervishoiu arengukavade koostamise üheks eesmärgiks oli ühtlustada arusaamu eri tasanditel, siis ei ole seda paljudes maakondades ja omavalitsustes seni saavutatud. Nt nägi Harjumaa tervishoiuvõrgu arengukava ette Kallavere, Loksa ja Viimsi haiglate jätkamise aktiivravi haiglatena, kuigi haiglavõrgu arengukava seda ette ei näe. Alates selle koostamisest 2001. aastal ei ole Harjumaa tervishoiuvõrgu arengukava täiendatud. Vähesed maakonnad on arengukavasid perioodiliselt läbi vaadanud ja täiendanud. Piirkondliku planeerimise puuduste tõttu ei ole võimalik teha kokkuvõtteid arstide ja teiste tervishoiutöötajate vajaduse kohta kogu Eestis ega võrrelda nt arstide erialaliitude antud hinnanguga.

Kui haigla kavandab ümberprofileerimist, renoveerimist või uusehitusi, tuleb koostada **haigla funktsionaalne arengukava**²⁵ ning esitada see Sotsiaalministeeriumile läbivaatamiseks ja kinnitamiseks. Funktsionaalse arengukava koosseisus esitatakse ka tervishoiutöötajate vajadus. Arengukava vaatab läbi sotsiaalministri moodustatud komisjon, mis hindab muu hulgas arengukava vastavust haiglavõrgu arengukavale, haigla kavandatava töömahu vastavust haigla liigile ja vastutuspiirkonna vajadustele ning planeeritava töökorralduse vastavust uutele arengusuundadele. 2004. aasta lõpuks oli läbi vaadatud ja kinnitatud 14 haigla arengukava.²⁶ Komisjonis läbivaatamise staadiumis olid Lääne-Tallinna Keskhaigla ja Lõuna-Eesti Haigla arengukava.²⁷ Ida-Tallinna Keskhaigla, Valga Haigla, Põlva Haigla ja Rapla Haigla ei ole arengukavasid esitanud. Seega ei ole informatsiooni selle kohta, milliseid tegevusi arendavad ja teenuseid kavandavad Lõuna-Eesti regiooni kaks haiglat ning Tallinna üks suurematest tervishoiuteenuse pakkujatest.

Haiglate koostatud arengukavades on vastuolusid nii maakonna kui ka arstlike erialade arengukavadega. Nt kui Ida-Viru Keskhaigla näeb perspektiivis rakendust 10 sisehaiguste arstile ja 20

²² Tartu Ülikooli arstiteaduskond, "Residentuuri lõpetajate prognoositav arv 2005–2009", <http://www.med.ut.ee/Oppetoo/Residentuur/pognoos2005-2009.pdf>

²³ Arengukavade koostamist korraldas kuni 2003. aastani Sotsiaalministeeriumi juures Eesti Tervishoiuprojekt 2015.

²⁴ Viljandi maakonna tervishoiuvõrgu arengukava

²⁵ Sotsiaalministri 31.12.2001. a määrus nr 166 "Haigla funktsionaalse arengukava ja ehitusprojekti meditsiini-tehnoloogia osa kinnitamise kord"

²⁶ Haiglate arengukavad ja sotsiaalministri määrused nende kinnitamise kohta, vt <http://www.sm.ee/est/pages/goproweb0651>

²⁷ 2005. a jaanuari seisuga

anestesioloogile, siis Ida-Viru Maakonna tervishoiu arengukava järgi on kavandatud samas haiglas töötama vastavalt vaid 3 ja 14 arsti (kogu regioonis vastavalt 9 ja 23). Ida-Virumaa on üks vähestest piirkondadest, kus on tervishoiu arengukava perioodiliselt uuendatud.²⁸ Kuna mitmete haiglate arengukavad olid arstlike erialade arengukavade uuendamise ajaks veel kinnitamata, puudus Sotsiaalministeeriumil uue tervishoiutöötajate vajaduse hinnangu koostamise ajal koondülevaade haiglate hinnangust perspektiivsele personalivajadusele. Ministeeriumi jaoks on oluline eelkõige haiglates planeeritud teenuste maht ja voodikohtade arv, mille alusel arvutatakse vajalik tööjõu hulk. Haiglate enda hinnanguid personalivajadusele ministeerium planeerimisel aluseks ei võta.

2.4. Väikesed haiglad ei suuda leida vajalikku personali

Statsionaarse tervishoiuteenuse osutamine on Eestis korraldatud kolme tasandi haiglates²⁹: piirkondlikus haiglas (2 haiglat), keskhaiglas (4) ja üldhaiglas (9). Lisaks neile on ajutiselt haiglate loetelus 3 kohalikku haiglat.³⁰ Sotsiaalminister on kehtestanud tervishoiutöötajate minimaalse arvu, kes peavad vastava liigi haiglas töötama.³¹ Iga haiglaliigi jaoks on kehtestatud tervishoiuteenuste loetelud, mida vastav haigla on kohustatud osutama ja mida on lubatud osutada haigla võimalustest lähtuvalt. Nimeetatud minimaalne tervishoiutöötajate arv on vajalik selleks, et tagada vähemalt kohustuslike teenuste osutamine.

Üldhaigla jaoks kehtestatud kohustuslikud teenused on erakorraline meditsiin, sisehaigused, üldkirurgia, anestesioloogia, laborimeditsiin ja radioloogia. Lisaks loetletud teenustele võib üldhaiglas osutada veel pediatria, sünnitusabi ja günekoloogia ning patoloogia teenuseid. Kohustuslike teenuste tagamiseks peab üldhaiglas ööpäev ringi töötama vähemalt üks erakorralise meditsiini arst, sise-mediitsiini eriala arst ja kirurgilise eriala arst. Lisaks neile peavad ööpäevaringse teenuse tagamiseks töötama radioloog ja hematoloog³². Kui haigla pakub ka sünnitusabi teenust, siis peab ööpäev läbi haiglas töötama ka günekoloog. Töö- ja puhkeaja seaduse nõuetest tulenevalt on pideva ööpäevase töö tagamiseks vajalik vähemalt 4,5 töötajat. Arvestades lisaks ka korralist puhkust, on ühe pideva töökoha täitmiseks vajalik vähemalt 5 töötajat. Seega, iga üldhaigla koosseisus peaks olema vähemalt viis erakorralise meditsiini arsti, kirurgi, sisehaiguste arsti ja radioloogi. Tulenevalt aga väikesest teeninduspiirkonnast ning ravijuhtude arvust ei suuda väiksemad haiglad sellisele hulgale spetsialistidele piisavat töökoormust pakkuda.³³ Haiglate üleväljajamist ning töö- ja puhkeaja seaduse nõuete täitmisest tuleneva täiendava personalivajadusega ei ole varasemates erialade arengukavades aga arvestatud.

Arengukavade kohaselt on enamik üldhaiglaid planeerinud personali selliselt, et kehtestatud personali-nõuded on täidetud. Erandina on Läänemaa Haigla ja Kuressaare Haigla kavandanud radioloogide vajaduseks vaid 3 arsti. Haiglate arenguplaanid on personali osas liiga optimistlikud, sest auditi käigus küsitletud haiglates oli kõigis püsivalt täitmata arstikohti ja arstide keskmine töökoormus on praegu hinnanguliselt 1,25. Samas hindasid üldhaiglate juhid oma võimalusi arstidele motiveerivate töötingimuste loomiseks (töötasu, töötingimuste parandamine) suuremate haiglatega võrreldes halvemaks. Vajalike spetsialistide puudumine või nende ülekoormamine on riskiks tervishoiuteenuste kvaliteedile.

2.5. Registreeritud mittekantud tervishoiuvaldkonna töötajate vajaduse hindamise alused on ebaselged

Tervishoiuteenuse korraldamise seaduse mõistes on tervishoiutöötajad arstid, hambaarstid, õed ja ämmaemandad. Kõik tervishoiutöötajad registreeritakse tervishoiutöötajate registris. Lisaks neile

²⁸ Viimati täiendatud veebruaris 2004

²⁹ Vabariigi Valitsuse 02.04.2003. a määrus nr 105 "Haiglavõrgu arengukava"

³⁰ Kuni 31. detsembrini 2009. a

³¹ Sotsiaalministri 19.08.2004. a määrus nr 103 "Haigla liikide nõuded"

³² Hematoloogi võib asendada ka vereteenistuse alal täiendusõppe läbinud arst.

³³ Intervjuud haiglajuhtide ning arstierialade esindajatega

koolitatakse aga riikliku koolitustellimuse alusel meditsiinkoolides ka mitmeid teisi spetsialiste, kes töötavad tervishoiuvaldkonnas. Alates 1991. aastast peaks tänaseks olema välja koolitatud 59 optometristi, 28 radioloogiatehnikut, 14 füsioterapeuti, umbes 100 hambatehnikut ja 150 bioanalüütikut ning üle 300 hooldusõe.³⁴ Kõigil neil erialadel koolitus jätkub ning Tallinna Meditsiinkoolis on avatud ka uus tegevusterapeudi eriala.

Tervishoiuteenuste korraldamise seaduse järgi tervishoiutöötaja mõiste alt välja jäävate tervishoiuvaldkonna spetsialistide erialasid on arendatud peamiselt meditsiinkoolide ja erialaseltside initsiatiivil. Kuna registreerimiskohustus neile spetsialistidele ei laiene, siis puudub riigil selge ülevaade selliste erialade lõpetajatest. Siiani on ebaselged nimetatud spetsialistide koolitustellimuse koostamise alused. Probleemile lahenduse leidmiseks on Sotsiaalministeeriumil 2005. aastal kavas välja töötada tervishoiuvaldkonna töötajate kutsekvalifikatsiooni õigusliku regulatsiooni kontseptsioon. Ministeeriumi tööplaani kohaselt peaks kontseptsioon valmima juulis 2005.

Need spetsialistid töötavad samuti tervishoiusektoris ning peaksid osaliseltki asendama tervishoiutöötajaid teatud ülesannetes (nt radioloogiatehnikud radioloogiaõdesid, optometristid optikakauplustes silmaarste, füsioterapeudid taastusravi ja füsiaatria arste). Selliste spetsialistide koolitus on oluliselt lühemaajalisem ja odavam ning nende kaasamine võimaldab vähendada tervishoiutöötajate koormust. Siiani ei ole aga selge, kas ja kuidas on tervishoiutöötajate vajaduse hindamisel nende spetsialistidega arvestatud.

Ettepanekud sotsiaalministrile

- Tagada erinevate tasandite arengukavade omavaheline koosõla ning ühtlustada hinnangud tervishoiutöötajate vajadusele. Lahendada olukord, kus erialaseltside arvamus, haiglate vajadused ning tegelik tööjõu hulk ei ole omavahel vastavuses, seades sellega ohtu tervishoiusüsteemi jätkusuutlikkuse.
- Tervishoiuvaldkonna töötajate kutsekvalifikatsiooni õigusliku regulatsiooni kontseptsiooni väljatöötamisel määrata kindlaks tervishoiutöötajate registrisse mitte kantud tervishoiuvaldkonna töötajate ülesanded tervishoiusüsteemis ning nende võimalused asendada teatud funktsioonide täitmisel tervishoiutöötajaid. Ettepaneku eesmärgiks on välja selgitada muude tervishoiuvaldkonna töötajate õigused töötada tervishoiuga seotud ametikohtadel ja võimalused tervishoiutöötajate ressursi kokku hoida.

³⁴ Haridus- ja Teadusministeeriumi õppurite registri (1999–2004) ning meditsiinkoolide andmed

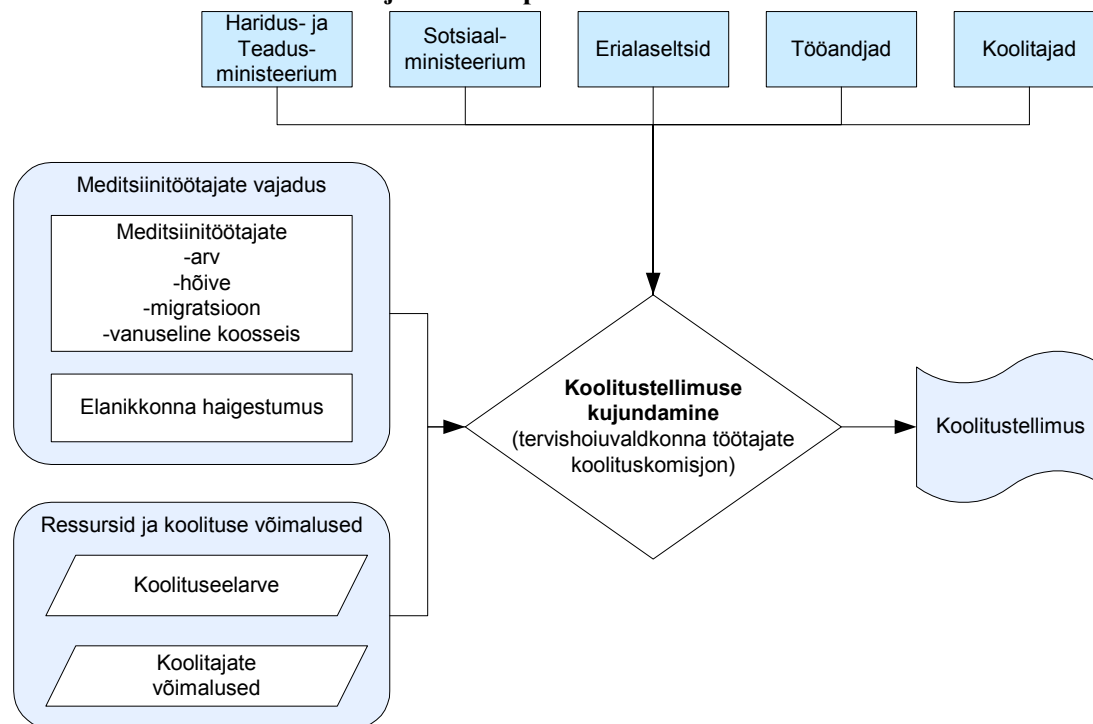
3. Koolitustellimus – tervishoiuvaldkonna töötajate hulk tulevikus

Tervishoiuvaldkonna töötajate koolitamine on riigi ülesanne. Riik peab tagama kodanikule kvaliteetse tervishoiuteenuse kättesaadavuse ning selle eelduseks on piisav hulk pädevaid tervishoiutöötajaid. Tervishoidu on võimalik uusi töötajaid juurde tuua üksnes koolituse kaudu. Riik ei saa ehitada tervishoiusüsteemi üles lootusele, et meditsiinitöötajate puudujäägi täidavad mujalt Eestisse tulevad spetsialistid. Pole kindlust, et olukorras, kus tervishoiutöötajaid on vaja väga paljudes arenenud ja soodsaid töötingimusi pakkuvais riikides, valiksid teiste riikide töötajad oma migratsiooni sihtkohaks just Eesti.

3.1. Vastutus tervishoiusüsteemi varustamise eest tervishoiuvaldkonna töötajatega on hajutatud

Rahva tervise kaitse ja arstiabi tagamine kuuluvad Sotsiaalministeeriumi vastutusalasse³⁵, kuid hariduse korraldus ning riikliku koolitustellimuse optimaalse mahu ja struktuuri tagamine on Haridus- ja Teadusministeeriumi ülesanne³⁶. Lisaks kahele ministeeriumile on oluline roll koolitustellimuse kujundamisel veel Tartu Ülikoolil ja meditsiinkoolidel ning erialaseltside ja haiglate esindajatel (vt joonis 3). Sotsiaalministeeriumi juurde on loodud nende erinevate huvide tasakaalustamiseks tervishoiuvaldkonna töötajate koolituskomisjon, mis tegutseb alates 2002. a veebruarist ning mille ülesandeks on tervishoiuvaldkonna töötajate koolitustellimuste põhimõtete läbivaatamine ning hinnangu andmine riikliku koolitustellimuse ettepanekute tervishoiuvaldkonna töötajate koolitust puudutavale osale enne selle esitamist Haridus- ja Teadusministeeriumile. Koolituskomisjoni koosseisu kuuluvad esindajad järgmistest institutsioonidest: Tartu Ülikooli arstiteaduskond, Tallinna ja Tartu Meditsiinkool, Eesti Haiglate Liit, Eesti Arstide Liit, Eesti Hambaarstide Liit, Eesti Õdede Liit, Eesti Ämmaemandate Ühing, samuti arsti ja hambaarsti erialade peanõunikud. Koolitustellimuse prognoosimisel arvestatakse erialade arengukavasid ning kaasatud osapoolte arvamusi. Oluliseks informatsiooniks koolitusprognooside koostamisel on olnud 2002. aastal MTÜ Tervishoiuselts poolt Sotsiaalministeeriumi ja Eesti Tervishoiuprojekti 2015 tellimisel korraldatud uuring “Tervishoiutöötajate täiend- ja ümberõppe raport”, kus on välja toodud tervishoiutöötajate koolitusvajaduse analüüs.

Joonis 3. Koolitustellimuse kujundamise protsess



³⁵ Sotsiaalministeeriumi põhimäärus

³⁶ Haridus- ja Teadusministeeriumi põhimäärus

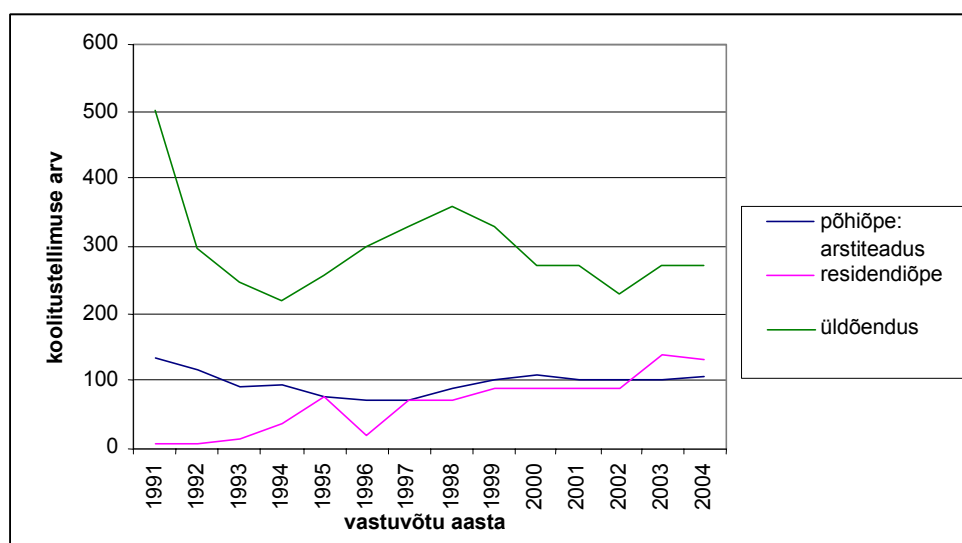
Kuigi Sotsiaalministeerium on peamine vastutaja selle eest, et tervishoiuvaldkonnas oleks piisavalt kvalifitseeritud töötajaid, on lõplik otsustusõigus koolitustellimuse osas Haridus- ja Teadusministeeriumil. Seetõttu ei saa üheselt öelda, kes vastutab tänaste probleemide eest tervishoiutöötajate puuduse osas.

Kõigi osapoolte kaasamine koolitustellimuse kujundamisse on õige ja vajalik, kuid riik ei saa panna vastutust töötajate vajaduse hindamise ja piisava tervishoiuvaldkonna töötajate koolitamise eest erialaseltsidele või koolidele. On loomulik, et erialaorganisatsioonide sooviks on vähendada uute erialaspetsialistide lisandumist ning koolitusasutuste sooviks on suurendada koolitustellimust³⁷, kuid riigi ülesanne on leida õige tasakaalupunkt, mis arvestaks kogu süsteemi vajadusi ning riigi võimalusi.

3.2. Heitlik koolitustellimus on tekitanud olulise puudujäägi tervishoiutöötajate juurdekasvus

Alates 1990. aastate algusest on meditsiinierialadele esitatavad koolitustellimuse arvud oluliselt kõikunud (vt joonis 4 ja lisa 5 “Riiklik koolitustellimus 1991–2004”). Tõllal arvati, et Eestis on liiga palju arste ja seetõttu otsustati vähendada arstiüliõpilaste vastuvõttu ühe kolmandikuni 1980. aastate tasemest.³⁸ Selle tulemusena on arstide vanuseline koosseis muutunud selliseks, et üksnes praegusel tasemel koolitustellimuse abil ei ole lähiajal võimalik arstide vananemisest tulenevat puudujääki korvata (vt ptk 3.4). Kuna koolitustellimuse mõju avaldub alles aastate pärast (arstidel koguni vähemalt 10 aasta pärast), siis on väga oluline koolitustellimuse piisavuse tõlgendamisel arvestada, millise perioodi koolitustellimuse mõjul olemasolev olukord on tekkinud. Mida rohkem koolitustellimuse arvud kõiguvad, seda raskem on leida optimaalset taset.

Joonis 4. Koolitustellimus aastatel 1991–2004



Heitliku koolitustellimuse tõttu ei ole olnud võimalik ka Tartu Ülikoolil ja meditsiinikoolidel pikaajaliselt koolituse korraldamist planeerida. Teatud hulga õpilaste koolitamine nõuab vastavat hulka õppejõude, ruume, õppematerjale jms. Koolitustellimust ei ole seetõttu võimalik järsult suurendada isegi siis, kui riik rahastaks koolitustellimuse kaudu oluliselt enam õppekohti. Samuti tekitab palju probleeme ka koolitustellimuse järsk vähendamine, sest ressursid (õpperuumid, materjalid, välja-koolitatud õppejõud) jääksid rakendusetu.

³⁷ Sotsiaalministeerium, Eesti Tervishoiuprojekt 2015. 2002. Projekti “Tervishoiutöötajate täiend- ja ümberõpe” lõppraport. 2002, lk 69.

³⁸ Sotsiaalministeerium, Eesti Tervishoiuprojekt 2015. 2002. Projekti “Tervishoiutöötajate täiend- ja ümberõpe” lõppraport. 2002, lk 70.

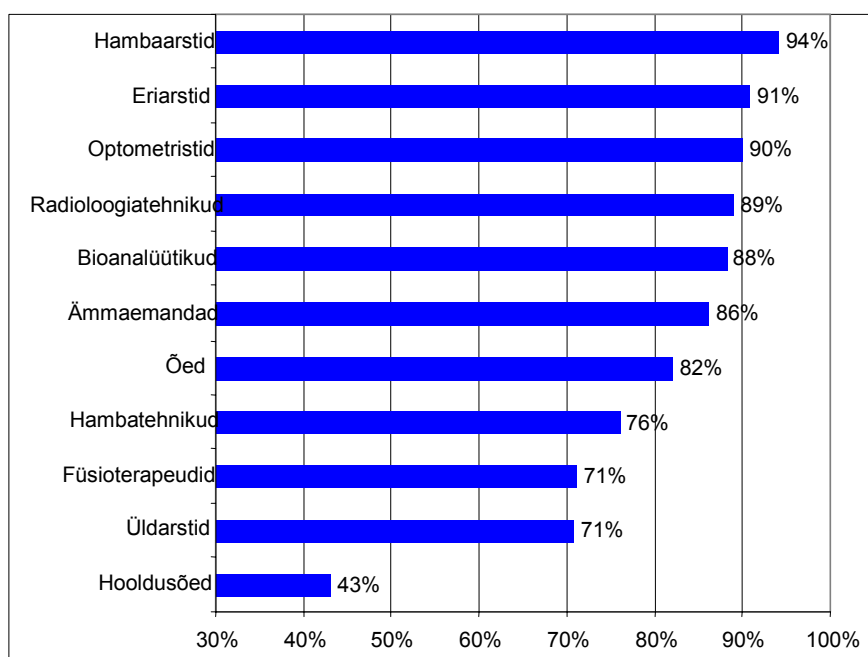
Nii Tartu Ülikool kui ka Tallinna ja Tartu Meditsiinkoolid on väitnud, et **lähiaastatel ei ole võimalik koolitustellimust oluliselt suurendada**, sest olemasolevad ressursid on maksimaalselt ära kasutatud, ning mis veelgi olulisem, uute õppekohtade täitmiseks ei leita piisavalt õpilasi. Eriti terav on see probleem üldõe erialal, sest juba praegu on konkurss sinna peaaegu olematu. Oluliselt enamate õppekohtade täitmise vastuargumendiks on ka vajadus säilitada vastuvõetavate õpilaste taset. Just arstiõppes ei peeta võimalikuks madalamate võimetega kandidaatide vastuvõtmist.³⁹

Viimastel aastatel on lisandunud meditsiinkoolide õppekavasse mitu **uut eriala** (vt lisa 5 “Riiklik koolitustellimus 1991–2004”), mis peaks just teiste tervishoiutöötajate töökoormust teatud tegevustes vähendama. Esialgu on nende spetsiifiliste erialade koolitustellimus ja lõpetajate hulk niivõrd väike, et nende mõju tervishoiusektori tööturule ning muude erialade koolitustellimusele on raske hinnata.

3.3. Suur osa üldarsti ja hooldusõe eriala lõpetanutest ei tööta erialasel tööl

Riigikontroll uuris meditsiinierialade lõpetanute kutsekindlust, vaadates, kui suur hulk lõpetanutest asub pärast lõpetamist erialasele tööle ning kui suur hulk töötas erialasel tööl aastaks 2004. Kasutatud andmete põhjal (Maksu- ja Tolliameti maksukohuslaste registri päring) oli võimalik välja selgitada ainult töökoht, mitte konkreetne ametikoht selles organisatsioonis, kust tulu on saadud. Valim hõlmas peamiselt aastatel 1999–2004 lõpetanuid, kelle kohta olid andmed olemas Haridus- ja Teadusministeeriumi lõpetajate registris. Tulemused erialade kaupa on esitatud lisa 7 “Koolilõpetanute hõive”.

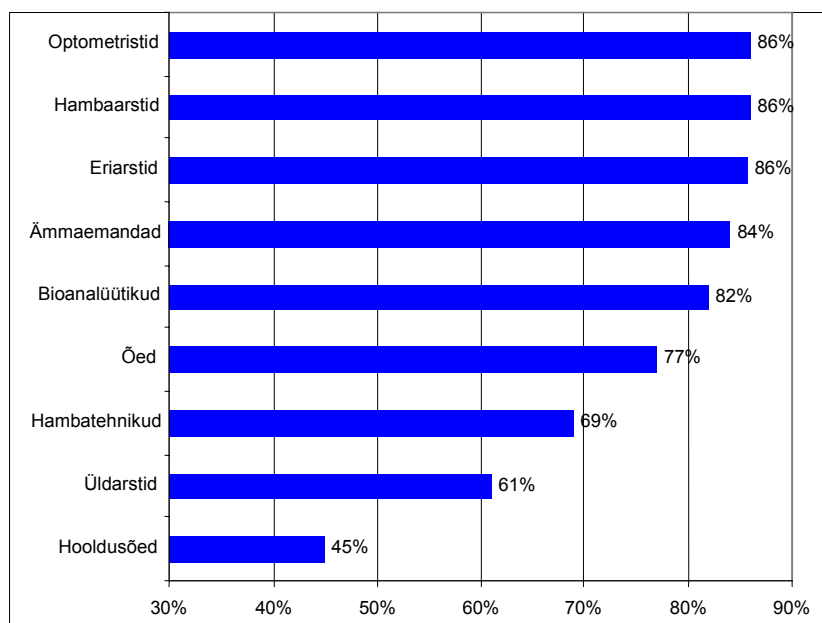
Joonis 5. Koolilõpetanud erialasel tööl aasta pärast lõpetamist



Allikas: Tolli- ja Maksuamet

³⁹ Intervjuud Tartu Ülikooli, Tallinna ja Tartu Meditsiinkoolide ja erialaseltside esindajatega

Joonis 6. Aastatel 1999–2004 koolilõpetanute hulk erialasel tööl aastaks 2004



Allikas: Tolli- ja Maksuamet

Analüüsist selgus, et arstidest asus aasta jooksul pärast lõpetamist erialasele tööle keskmiselt 85% lõpetanute ja 2004. aastaks oli erialasele tööle jäänud keskmiselt 78% lõpetanute. Õendustöötajatest ja teistest meditsiinikooli lõpetanute asus aasta jooksul pärast lõpetamist erialasele tööle keskmiselt 78% lõpetanute ja 2004. aastaks oli erialasele tööle jäänud keskmiselt 74% lõpetanute. Tulemustest võib järeldada, et **tervishoiuvaldkonna töötajad on üldiselt suhteliselt kutsekindlad**. Võrdluseks muude elukutsete esindajate kutsekindlusega võib tuua, et sarnase metoodika alusel korraldatud uuring üldhariduskoolide õpetajate kohta näitas, et erialasele tööle asub keskmiselt 69% õpetajakoolituse lõpetanute.⁴⁰

Teiste erialade lõpetanute eristuvad selgelt **hooldusõed**, kellest asuvad ja jäävad erialasele tööle vähem kui pooled lõpetanute. Hooldusõede puhul on kõige madalam ka üldine tööhõive. Oluliseks tähelepanekuks on ka **üldarstide**⁴¹ keskmisest madalam erialane hõive. Need on arstid, kes on läbinud 6aastase põhiõppe, kuid ei ole edasi läinud residentuuri. 2004. aasta seisuga töötas erialasel tööl üksnes 61% üldarsti kutse omandanud lõpetanute. Riigile on see tähelepanuväärne kaotus. Kui hooldusõe õppekoht maksis riigile 2004. aastal 13 600 krooni, siis üldarsti õppekoha maksumus alates 01.04.2004. a oli 105 000 krooni aastas.⁴² Lisaks rahalisele kaotusele on üldarstide puhul väga oluline ka koolitusvõimsuse raiskamine ja ajaline kaotus. Kui eriarstide ja hambaarstide hõive eristub selgelt teistest ajaliselt lühemate ja vähem ressursimahukate meditsiinispetsialistide erialade lõpetanute hõivest, paistes silma väga suure kutsekindlusega, siis üldarstide kutsekindlus jääb ka teiste spetsialistidega võrreldes madalale tasemele.

3.4. Praeguste koolitusvõimalustega ei ole võimalik säilitada olemasolevat arstide arvu ega piisavalt suurendada õdede hulka

Arvestades praeguseid andmeid tervishoiutöötajate hulga, vanuselise struktuuri, migratsioonikäitumise ja koolitusvõimaluste kohta ning auditi käigus tehtud analüüsist selgunud informatsiooni kutse-

⁴⁰ Riigikontrolli audit "Õpetajate puudus üldhariduskoolides" nr 2-5/04/14, 05.03.2004

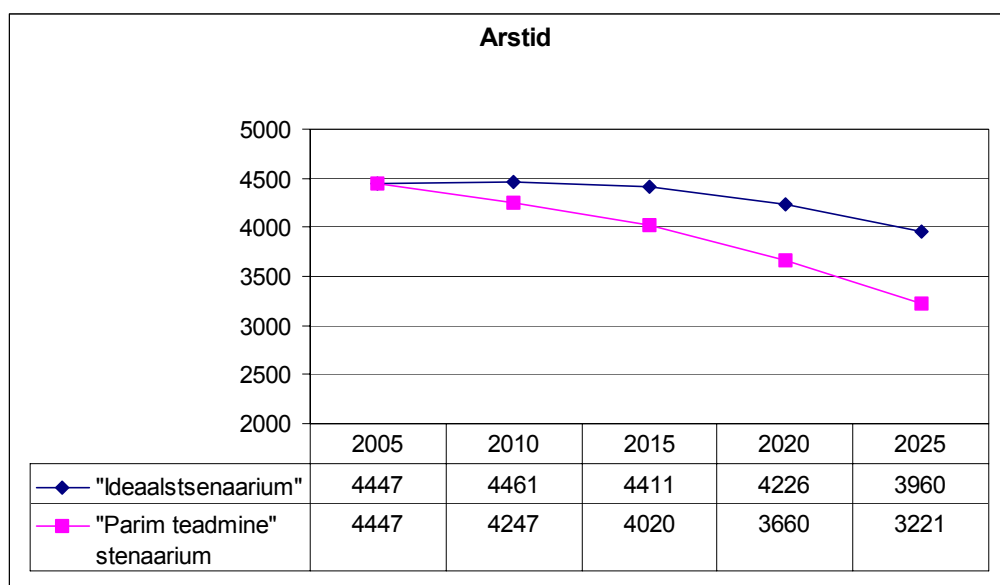
⁴¹ Iseseisvat tegutsemisõigust omavad arstid, kes pole eriarstid. Tartu Ülikooli arstiõppe süsteemi kohaselt võib üldarstideks pidada aastatel 1999–2002 internatuuri lõpetanuid ning aastatel 2003–2004 põhiõppe ja internatuuri lõpetanuid.

⁴² Vabariigi Valitsuse 01.04.2004. a määrus nr 93 "Riikliku koolitustellimuse alusel moodustatud õppekoha baasmaksumus 2004. aastal", Haridus- ja Teadusministeeriumi ning Tartu Ülikooli 2004. a riikliku koolitustellimuse leping, infopäring Kohtla-Järve Meditsiinikooli

kindluse kohta, on võimalik prognoosida tervishoiutöötajate ligikaudset arvu tulevikus. Riigikontroll korraldas aegridade analüüsi kuni aastani 2025, mille alusel koostati kaks võimalikku arengustsenaariumi. Esimese, nn ideaalstsenaariumi puhul on arvestatud igal aastal pensionile siirduvate arstide lahkumist ja koolist juurde tulevate arstide arvu nii, et koolitatakse igal aastal praeguse maksimumvõimsusega ning tööle asub keskmiselt selline hulk lõpetajaid, nagu on välja toodud Riigikontrolli tehtud lõpetajate hõive analüüsis, ja kõik pärast lõpetamist tööle asuvad ka jäävad tööle. Tervishoiusektori tööturult lahkumist muudel põhjustel peale pensionile mineku esimene stsenaarium ei arvesta. Tervishoiutöötajate koolitamise maksimumvõimsuseks on arvestatud viimase aasta koolitustellimust, sest kõikide intervjueeritud koolitusasutuste esindajad on öelnud, et oluliselt enam koolitavate isikute hulka aastas ei ole võimalik suurendada.⁴³ Koolitatavate tervishoiutöötajate maksimumhulk ei ole määratud mitte ainult koolipoolsete ressursside piiratusena (ruumid, õppejõud, õppevahendid, praktikabaasid, juhendajad), vaid ka meditsiinerialadele kandideerijate hulga ning teadmiste ja võimete kvaliteediga (vt ptk 3.2).

Teise, nn parima teadmise stsenaariumi juures on arstide ja õdede puhul arvestatud ka hinnangulise alatise migratsiooniga välismaale.⁴⁴ Hambaarstide ja ämmaemandate migratsiooni kohta andmed puuduvad ning nende puhul on kindla plaaniga väljarändajate osakaal väga väike.⁴⁵ Koolist lisanud tervishoiutöötajate arvu juures on arvestatud, et jäädavalt tööle siirduvad üksnes need lõpetajad, kes eelnevalt nimetatud analüüsi tulemustel on pärast lõpetamist tänaseks tööle jäänud. Arengustsenaariumite koostamise täpsemad eeldused on ära toodud auditi lisa 8 "Arengustsenaariumite koostamise eeldused".

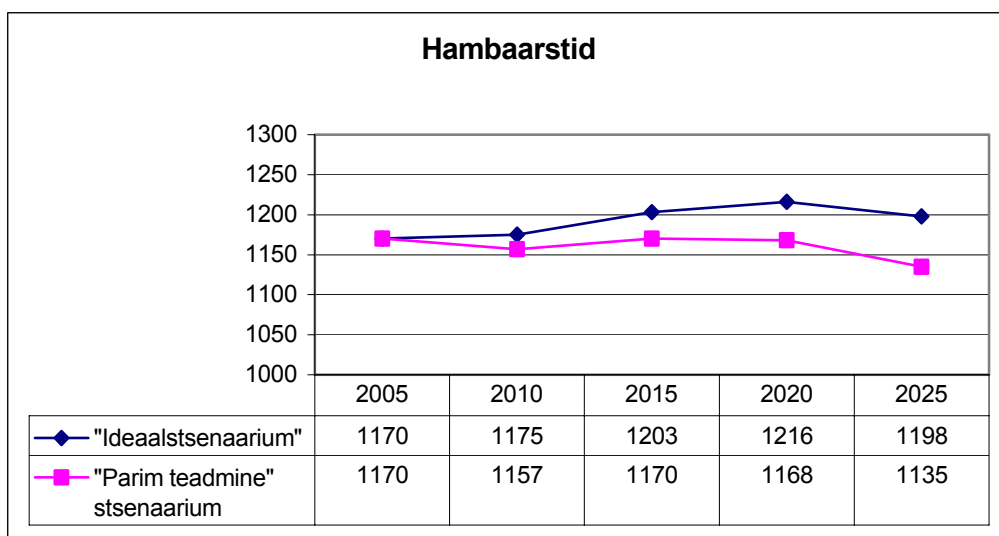
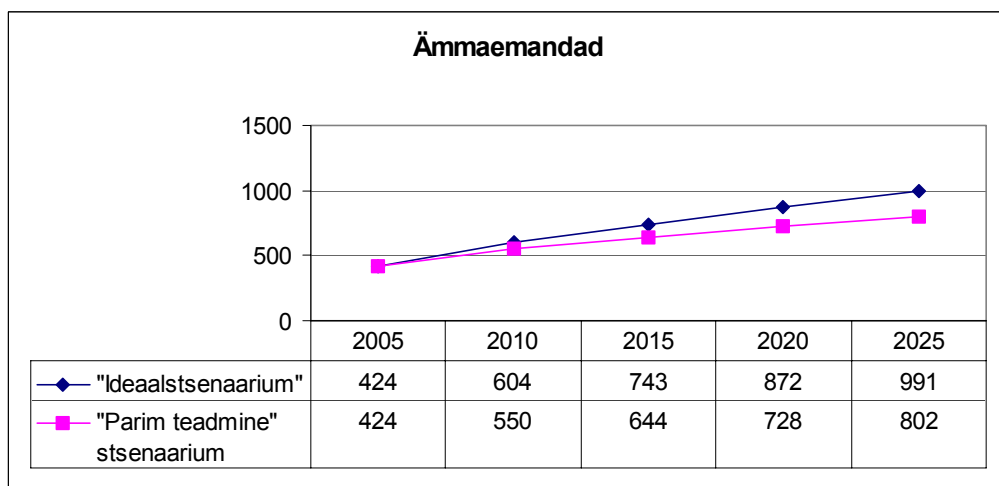
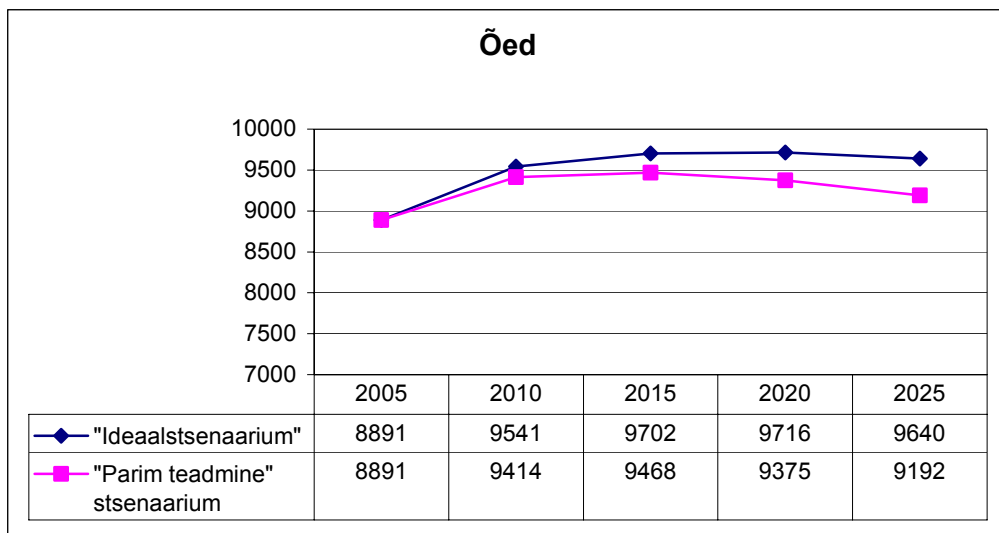
Joonis 7. Tööealiste tervishoiutöötajate arv Eestis aastatel 2005, 2010, 2015 ja 2025



⁴³ Intervjuud Tartu Ülikooli, Tallinna ja Tartu Meditsiinikooli esindajatega ning arstlike erialade põhinõunikega

⁴⁴ Migratsiooni andmed põhinevad Poliitikauuringute Keskuse PRAXIS korraldatud tervishoiutöötajate migratsiooniuringul, sest see on ainus allikas, mille põhjal on võimalik hinnata tervishoiutöötajate aastast jäädavat migratsiooni.

⁴⁵ Poliitikauuringute Keskuse PRAXIS tervishoiutöötajate migratsiooniuring, lk 69



Alljärgnevas tabelis on toodud tervishoiutöötajate suhtarvud 1000 inimese kohta erinevate tulevikustsenaariumite puhul, praegu registreeritud töötajate hulk ning seni riigi poolt hinnatud vajadus. Arvu-

tuste aluseks on võetud Statistikaameti kõige optimistlikum rahvastikuprognosis, mille järgi on Eestis 2015. aastal 1,295 miljonit inimest ja 2025. aastal 1,238 miljonit inimest.⁴⁶

Tabel 6. Tervishoiutöötajate suhtarv 1000 inimese kohta

	Arstid	Hambaarstid	Õed	Ämmaemandid
Hinnatud vajadus	2,9*	0,667**	8***– 10****	0,55 (absoluut- arvuna 772)*****
Praegu registreeritud töötajaid	3,7	1	7	0,3
“Ideaalstsenaarium”, 2015	3,4	0,9	7,5	0,6
Stsenaarium “Parim teadmine”, 2015	3,1	0,9	7,3	0,5
“Ideaalstsenaarium”, 2025	3,2	1,0	7,8	0,8
Stsenaarium “Parim teadmine”, 2025	2,6	0,9	7,4	0,6

* Sotsiaalministeerium 2002, Eesti Tervishoiuprojekt 2015, projekti “Tervishoiutöötajate täiend- ja ümberõpe” lõppraport, lk 44–45. Poliitikauuringute Keskuse PRAXIS tervishoiutöötajate migratsiooniuringus (lk 33) on välja toodud Sotsiaalministeeriumi ametliku seisukohana, et Eestis oleks vaja 3 arsti 1000 inimese kohta.

** Sotsiaalministri 28.12.2001. a. määrus “Arstide erialade arengukavad”, § 128.

*** Sotsiaalministri 16.07.2002. a. määrus nr 99 “Õendusala erialade arengukavad”, § 4 lg 6.

**** Eesti Õdede Liidu XXI kongressi deklaratsioon

***** Sotsiaalministri 16.07.2002. a. määrus nr 99 “Õendusala erialade arengukavad”, § 39 lg 3.

Analüüsist selgus, et arstide arv tulevikus väheneb igal juhul oluliselt. Ideaaljuhul on meil praegusega võrreldes aastaks 2025 ligi 500 arsti vähem, kuid tõenäolisem on, et arstide koguarv väheneb 2025. aastaks Eestis enam kui 1000 arsti võrra. Siiani on väidetud, et arstide arvu säilitamiseks on vajalik aastane juurdekasv 100–110 arsti aastas, s.t et igal aastal peaks residentuuri lõpetama 100–110 inimest.⁴⁷ Riigikontrolli tehtud analüüsist selgus, et kui juurdekasv on 100 residentuuri lõpetajat aastas, siis ei ole võimalik olemasolevat arstide arvu säilitada. Selleks et ka nn ideaalstsenaariumi puhul säiliks praegune arstide arv aastaks 2025, peaks tegelikult igal aastal erialasele tööle asuma umbes 125 uut arsti.

Sotsiaalministeeriumi uuendatud hinnangu kohaselt peaks meil aastaks 2015 olema 4051 töötavat arsti, kuid ka ministeeriumi prognooside kohaselt on meil selleks ajaks vaid 3769 töötavat arsti. Seega ei suuda me ka ministeeriumi hinnangul aastaks 2015 vajalikku arstide arvu tagada.

Õdede arv koostatud arengustsenaariumite järgi küll tulevikus veidi kasvaks, kuid ka ideaaljuhul ei suudeta saavutada olukorda, kus 1000 inimese kohta oleks Eestis 10 õde ehk tegelik olukord vastaks hinnatud vajadusele. Lisaks, kui arstide osas on loodetud, et tervishoiureformi tulemusena võib nende vajadus väheneda, siis vajadus õdede ja hoolduspersonali järele suureneb aga kindlasti.⁴⁸ Samuti on paljud auditi käigus intervjueritud haiglajuhid, erialaliitide ja koolitajate esindajad väitnud, et juba praegu on õdede puudus Eestis tervishoius veelgi teravam kui arstide puudus.

Hambaarstide hulk püsib mõlema arengustsenaariumi puhul suhteliselt stabiilne, kuid kõige rohkem muutub ämmaemandate arv. Senise koolitustellimuse jätkumisel ja eeldusel, et ämmaemandid jäävad niisama kutsekindlaks kui seni ega migreeru, kahekordistub ämmaemandate arv aastaks 2025 võrreldes praegusega ja läheneb hinnatud vajadusele.

⁴⁶ Eesti Statistikaamet. Kogumik “Rahvastik 2002”, prognoos III, lk 93.

⁴⁷ Sotsiaalministeerium, Eesti Tervishoiuprojekt 2015. Projekti “Tervishoiutöötajate täiend- ja ümberõpe” lõppraport, 2002, lk 70.

⁴⁸ Sotsiaalministeerium, Eesti Tervishoiuprojekt 2015. Projekti “Tervishoiutöötajate täiend- ja ümberõpe” lõppraport, 2002, lk 68.

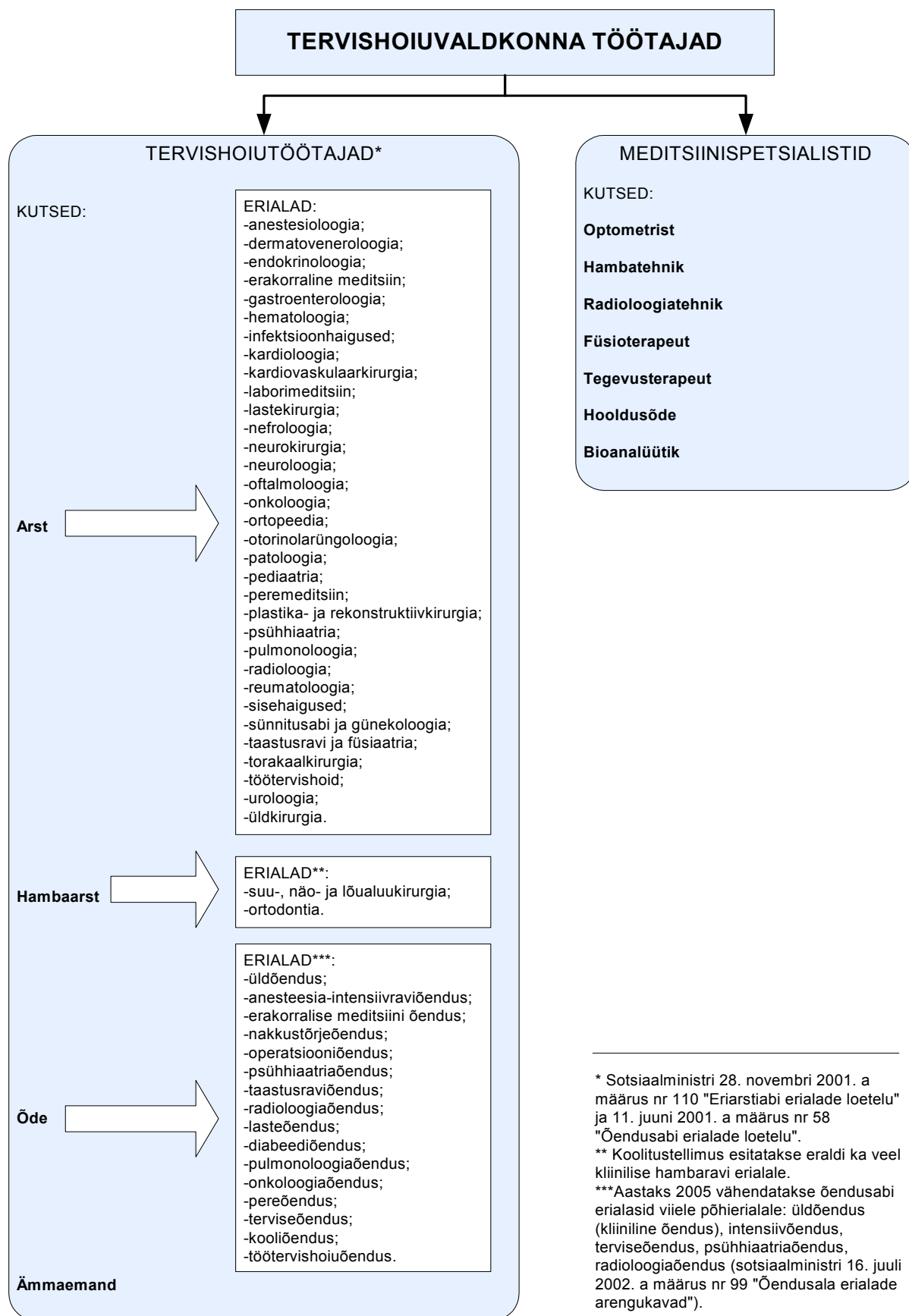
Ettepanekud sotsiaalministrile

- Koostöös haridus- ja teadusministriga sätestada selgem vastutus tervishoiutöötajate vajaduse hindamise ja planeerimise üle. Praegune ülesannete jaotus on viinud selleni, et vastutus on hajutatud ja delegeeritud erinevatele eraõiguslikele või vabatahtlikele ühendustele, kuigi piisava arvu tervishoiutöötajate olemasolu ja koolituse tagamine on riigi ülesanne.
- Koostöös haridus- ja teadusministriga tagada arstiteaduse põhiõppe lõpetajatele võimalus asuda edasi õppima residentuuri või leida neile senisest rohkem kvalifikatsioonile vastavat erialalist rakendust. Eesmärgiks on vältida aastaid kestnud olukorda, kus suur osa riikliku koolitustellimuse alusel väga kulukalt koolitatud ja kõrgelt kvalifitseeritud tööjõudu lahkub tervishoiusektorist.
- Koostöös haridus- ja teadusministriga vaadata üle hooldusõe õppekava ning selgitada selle eriala lõpetajate madala kutsekindluse põhjuseid. Selle alusel kaaluda hooldusõe eriala ümberkorraldamise võimalusi, nii et investering koolitustellimusse oleks riigile kasulik.
- Koostöös haridus- ja teadusministriga propageerida meditsiinierialasid ja muuta need gümnaasiumilõpetajatele atraktiivseks, et vältida õppekohtade täituvuse ning kandidaatide madala taseme probleemi.
- Leida võimalusi tervishoiutöötaja kutse omandanud, kuid erialaselt töölt lahkunud töötajate tagasitoomiseks tervishoiusektorisse. Ainult koolitustellimuse suurendamine ei võimalda korvata tänast ja tulevast töötajate puudust tervishoiusektoris. Olemasolevate töötajate tagasitoomise kaudu on võimalik isegi kiiremalt ja tõenäoliselt ka odavamalt kui koolitustellimuse teel pakkuda olukorrale osalistki leevendust.
- Vaadata üle olemasolev haiglavõrk ning hinnata võimalusi selle varustamiseks vajaliku hulga tervishoiutöötajatega olukorras, kus ka maksimumvõimsusel koolitamine ja erialaselt töölt lahkunud töötajate tagasitoomine sektorisse ei suuda praegust arstide hulka säilitada ega suurendada õdede arvu vajaduseks hinnatud tasemeni või täita haiglate vajadusi.

Jüri Kõrge
III auditiosakonna peakontrolör

Lisad

1. Tervishoiuvaldkonna töötajate kutsed ja erialad



2. Auditi käigus korraldatud intervjuud

Nimi	Ametikoht
Pille Saar	Sotsiaalministeeriumi tervishoiuosakonna peaspetsialist
Ülle Ernits	Tallinna Meditsiinikooli direktor, Sotsiaalministeeriumi tervishoiuvaldkonna töötajate koolituskomisjoni liige
Reine Kadastik Marika Asberg	Tallinna Meditsiinikooli asedirektor Tallinna Meditsiinikooli õdede-ämmaemandate osakonna juhataja
Arvo Mesikepp	Sotsiaalministeeriumi sisemeditsiini erialade põhinõunik ja tervishoiuvaldkonna töötajate koolituskomisjoni liige, Ida-Tallinna Keskhaigla sisekliiniku juhataja, Eesti Sisearstide Seltsi esimees
Viktor Vassiljev	Eesti Sisearstide Seltsi peasekretär
Toomas Kariis	Eesti Arstide Liidu eestseisuse liige, Eesti Nooremarstide Ühenduse volinik, Ida-Tallinna Keskhaigla gastroenteroloogia- ja endokrinoloogiaosakonna arst, Sotsiaalministeeriumi tervishoiuvaldkonna töötajate koolituskomisjoni liige
Sergei Nazarenko	Sotsiaalministeeriumi kliinilis-konsultatiivsete erialade põhinõunik ja tervishoiuvaldkonna töötajate koolituskomisjoni liige, SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla diagnostikakliiniku juhataja, Eesti Radioloogia Ühingu president
Anneli Kannus	Tartu Meditsiinikooli direktor, Sotsiaalministeeriumi tervishoiuvaldkonna töötajate koolituskomisjoni liige
Urmas Lepner	Sotsiaalministeeriumi kirurgiliste erialade põhinõunik ja tervishoiuvaldkonna töötajate koolituskomisjoni liige, Tartu Ülikooli kirurgiakliiniku peaarst, Eesti Kirurgide Assotsiatsiooni juhatuse liige
Rein Kermes	Lõuna-Eesti Haigla peaarst
Agnes Aart	Lõuna-Eesti Haigla ülemarst
Riho Tapfer	Valga Haigla juhataja
Raul-Allan Kiivet	Tartu Ülikooli internatuuri ja residentuuri prodekaan
Mare Saag	Tartu Ülikooli stomatoloogia õppetooli hoidja, suu- ja hambahaiguste dotsent, Eesti Stomatoloogia Seltsi president, Sotsiaalministeeriumi hambaravi erialakomisjoni liige
Kristjan Gutman	Eesti Hambaarstide Liidu president, Sotsiaalministeeriumi hambaravi erialakomisjoni liige
Piret Väli	Eesti Hambaarstide Liidu juhatuse liige
Tarmo Bakler	Ida-Viru Keskhaigla juhatuse esimees
Üllar Kaljumäe	Tervishoiuameti peadirektor
Evi Lindmäe	Tervishoiuameti registrite ja tegevuslubade osakonna juhataja
Ester Pruuden	Sotsiaalministeeriumi tervishoiuvaldkonna töötajate koolituskomisjoni liige, Eesti Õdede Liidu president
Tiina Tõemets	Eesti Õdede Liidu juhatuse liige
Merike Martinson	SA Tallinna Lastehaigla juhatuse esimees, Sotsiaalministeeriumi tervishoiuvaldkonna töötajate koolituskomisjoni liige Eesti Haiglate Liidu esindajana

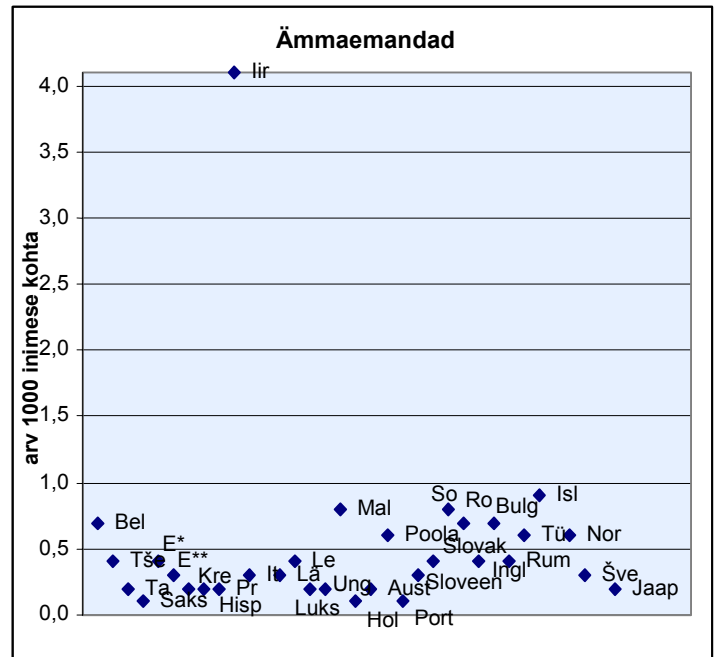
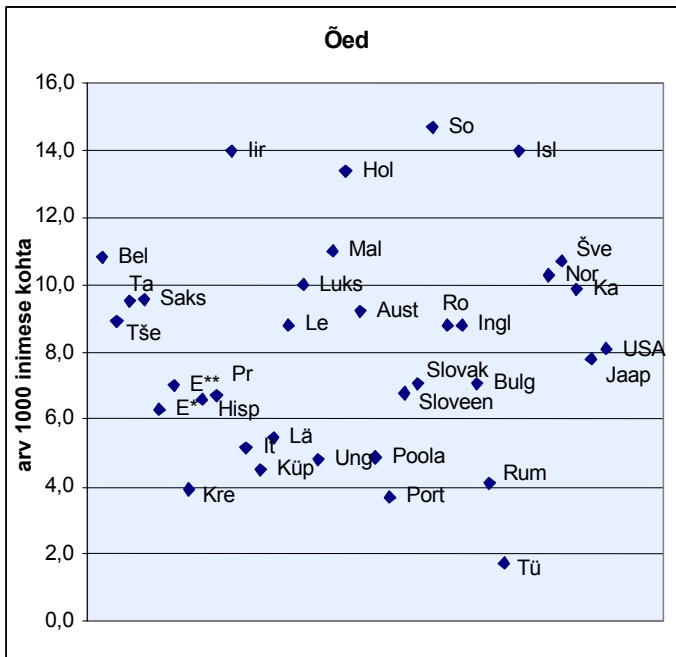
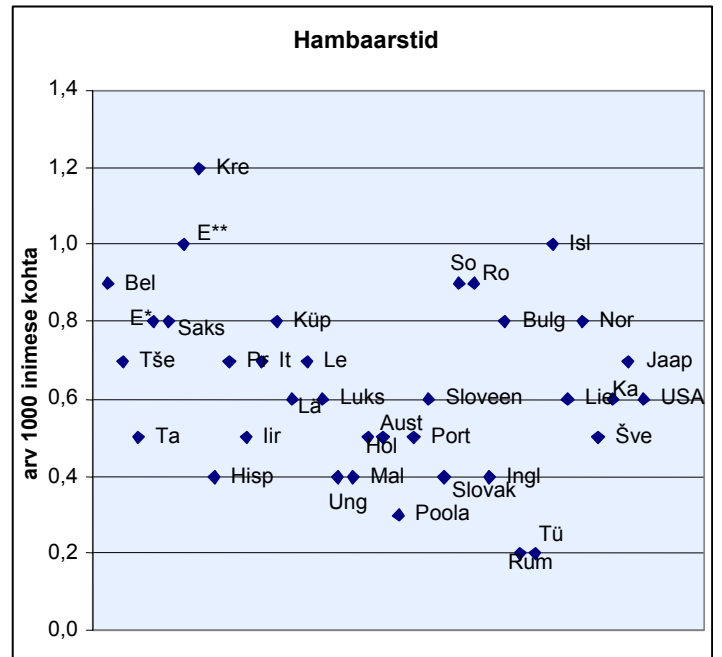
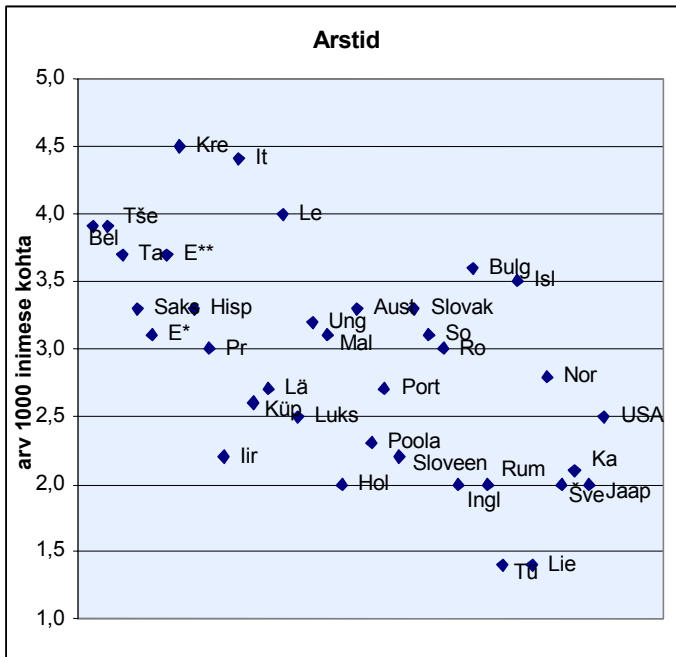
3. Teiste riikide tervishoiutöötajate arv 1000 inimese kohta

	Arstid		Hambaarstid		Õed		Ämmaemandad	
	1000 inimese kohta	Andmed seisuga	1000 inimese kohta	Andmed seisuga	1000 inimese kohta	Andmed seisuga	1000 inimese kohta	Andmed seisuga
Belgia	3,9	2001	0,9	2002	10,8	1996	0,7	1996
Tšehhi	3,9	2002	0,7	2001	8,9	2000	0,4	1998
Taani	3,7	2002	0,5	1999	9,5	2000	0,2	1997
Saksamaa	3,3	2002	0,8	2001	9,6	2000	0,1	1997
Eesti*	3,1	2002	0,8	2001	6,3	1998	0,4	1998
Eesti**	3,7	2004	1,0	2004	7,0	2004	0,3	2004
Kreeka	4,5	2001	1,2	2001	3,9	1999	0,2	1993
Hispaania	3,3	2002	0,4	2000	6,6	2000	0,2	1988
Prantsusmaa	3,0	1997	0,7	2003	6,7	2000	0,2	1996
Iirimaa	2,2	1998	0,5	2000	14	2000	4,1	1998
Itaalia	4,4	2002	0,7	2001	5,2	1999	0,3	1982
Küpros	2,6	2002	0,8	2001	4,5	1996		
Läti	2,7	2001	0,6	2001	5,5	1998	0,3	1998
Leedu	4,0	2002	0,7	2001	8,8	1998	0,4	1998
Luksemburg	2,5	2003	0,6	2000	10,0	2000	0,2	1998
Ungari	3,2	2002	0,4	2001	4,8	2000	0,2	1998
Malta	3,1	2001	0,4	2001	11	1993	0,8	1993
Holland	2,0	1999	0,5	2001	13,4	2000	0,1	1997
Austria	3,3	2002	0,5	2001	9,2	2000	0,2	1997
Poola	2,3	2002	0,3	2001	4,9	2000	0,6	1997
Portugal	2,7	2000	0,5	2001	3,7	2000	0,1	1984
Sloveenia	2,2	2002	0,6	2001	0,3	1990	0,3	1990
Slovakkia	3,3	2001	0,4	2001	7,1	1995	0,4	1995
Soome	3,1	2002	0,9	2001	14,7	2000	0,8	1998
Rootsi	3,0	2000	0,9	2000	8,8	2000	0,7	1991
Inglismaa	2,0	2000	0,4	2000	8,8	2000	0,4	1989
Bulgaaria	3,6	2003	0,8	2003	7,1	1998	0,7	1998
Rumeenia	2,0	2003	0,2	2001	4,1	1998	0,4	1998
Türgi	1,4	2001	0,2	2000	1,7	2000	0,6	1998
Island	3,5	2001	1	1999	14	2000	0,9	1998
Liechtenstein	1,4	1998	0,6	1998				
Norra	2,8	1999	0,8	2001	10,3	2000	0,6	1998
Šveits	2,0	2002	0,5	2000	10,7	2000	0,3	1990
Kanada	2,1	2001	0,6	2002	9,9	2000		
Jaapan	2,0	2000	0,7	2000	7,8	1998	0,2	1996
USA	2,5	2000	0,6	2000	8,1	1999		

*Rahvusvaheline statistika

** Tervishoiutöötajate registri andmed (30.12.2004)

Allikad: Eurostat (2004) "Eurostat yearbook 2004: The statistical guide to Europe – Data 1992–2002"; WHO Statistics, Estimates of Health Personnel; Docteur, E., Oxley, H. (2003) "Health-care systems: lessons from the experience" OECD Economics Departments Working Papers, No 374, ECO/WKP (2003) 28, lk 66.



4. Tervishoiuvaldkonna töötajate hõive analüüsis kasutatud töökohaliikide jaotus ja selgitus

ÜLDJAOTUS	ALAJAOTUS	SELGITUS
Tervishoiuteenuse osutamine	tervishoid, arengukava haigla	Vabariigi Valitsuse 02.04.2003. a määruses "Haiglavõrgu arengukava" nimetatud haiglad.
	haigekassa lepingupartner	Haiglavõrgu arengukavas nimetamata haiglad, perearstid, muud FIED ja teised ravisutused, kes on Eesti Haigekassa lepingupartnerid, v.a hambaraviasutused.
	tervishoid	Tervishoiuteenust osutavad asutused või FIED, kes pole Eesti Haigekassa lepingupartnerid.
	hambaravi	Asutused (ja FIED), kelle peamiseks tegevusalaks on hambaravi.
	avalik sektor, tervishoid	Avaliku sektori asutused, mis on otseselt seotud tervishoiuteenuse osutamisega (nt kohtuarstlik ekspertiisibüroo, häirekeskused, vanglad, verekeskus, kiirabi).
	sotsiaal/haridus	Sotsiaal- ja haridusasutused, kus tervishoiutöötajad tegelevad tervishoiuteenuse osutamisega, nt üldhariduskoolid, lasteaiad, hooldekodud.
Avalik sektor	avalik sektor	Riigiasutused ja kohaliku omavalitsuse asutused.
Mitte tervishoiuteenuse osutamine	ravimite, meditsiini- tehnika või -vahendite müük	Ravimite või meditsiinikaupade müügiga tegelevad eraettevõtted.
	era- või kolmas sektor, mittetervishoiuteenus	Kõik muud era- või kolmanda sektori asutused, mis pole seotud tervishoiuga.
Muu	haridus/teadus	Tartu Ülikool, meditsiini- ja uurimisasutused.
	kolmas sektor	Peamiselt erialased või tervisedenduslikud seltsid, liidud, ühingud vms.
	pole teada	Peamiselt FIED, kellel pole muud töökohta ja kelle tegevusala pole teada, aga ka need üksikud asutused, mille tegevusala ei õnnestunud välja selgitada.

5. Riiklik koolitustellimus 1991–2004

KOOL	KUTSE/ERIALA	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	
Tartu Ülikool	põhiõpe: arstiteadus	135	116	92	95	77	70	70	90	100	110	100	100	100	108	
	põhiõpe: stomatoloogia	40	31	23	30	35	30	30	30	35	30	30	27	27	27	
	interniõpe (sh stomatoloogia)					562*	199	199	153	94	95	104	80	15		
	residendiõpe	6	5	14	36	76	18	72	72	90	90	90	90	140	130	
Tallinna Meditsiinikool	õde	293	116	158	131	164	150	180	180	180	150	150	120	150	150	
	ämmaemand	31	27	30	34		30	30	30		30	20	15	15	20	
	hambatehnik		17		17		15	15	15	12	12	12	12		12	
	radioloogiatehnik										20					
	optometrist								15	32	16	16	16	16	16	
	tegevusterapeut										20	20			15	
	sotsiaaltöö ja nõustamine (hooldusõde)													20	20	
	põetaja								30							
	sotsiaalhooldusõde								30	30						
velsker	34	22														
Tartu Meditsiinikool	õde	~90	~90	~90	~90	~90	~90	~90	120	90	90	90	90	120	120	
	ämmaemand	~30		~30		~30		~30		30		30	15	15	20	
	bioanalüütik (kuni 2001 laboratoorne diagnostika)	~30	~30	~30	~30	~30	~30	~30	30	30	30	30	20	16	16	
	füsioterapeut											30	15	15	15	
	radioloogiatehnik (-õde)									30		20	18	18	18	
	sotsiaaltöö ja nõustamine (sotsiaalhooldus)								30		30	30		30	20	
	tervisekaitse spetsialist												15	16	16	
Kohtla-Järve Meditsiinikool	õde	120	90				60	60	60	60	30	30	20			
	sotsiaalõde			30	30											
	põetaja			30	30	30	30		30							
	sotsiaaltöö ja nõustamine (hooldusõde)										60	60	60	90	90	
	sotsiaalhooldus					60										

* Enne 1995. a toimus Sotsiaalministeeriumi haldamisel ordinatuur haiglates. 1995. a-l muudeti süsteemi ning ordinatuuri nimekirjas olnud inimesed kanti Tartu Ülikooli internatuuri nimekirja.

Allikas: 1991–1997 Tartu Ülikooli ja meditsiinikoolid, 1998–2004 Haridus- ja Teadusministeerium

6. Tervishoiutöötajate registrisse kantud töötajate tegelike töökohtade jaotus

Töökohta liik		ARSTID		HAMBAARSTID		ÕED		ÄMMAEMANDAD	
		Töökohtade arv	Osakaal kõikidest töökohtadest, %	Töökohtade arv	Osakaal kõikidest töökohtadest, %	Töökohtade arv	Osakaal kõikidest töökohtadest, %	Töökohtade arv	Osakaal kõikidest töökohtadest, %
Tervishoiuteenuse osutamine	KOKKU	6175	78	1577	93	9859	85	446	84
	tervishoid, arengukava haigla	3201	41	197	12	5840	51	339	64
	haigekassa lepingupartner	1997	25			2139	19	73	14
	tervishoid	533	7	9	0,5	491	4	20	4
	avalik sektor, tervishoid	287	4	8	0,5	395	3	4	1
	hambaravi			1358	80	481	4	4	1
	sotsiaal/haridus	157	2	5	0,3	513	4	6	1
Avalik sektor		445	6	22	1	491	4	9	2
Mitte-tervishoiuteenuse osutamine	KOKKU	682	9	46	3	652	6	30	6
	era- või kolmas sektor, mitte-tervishoiuteenus	357	5	40	2	547	5	19	4
	ravimite, meditsiinitehnika või -vahendite müük	325	4	6	0,4	105	1	11	2
Muu	KOKKU	590	7	42	2	546	5	43	8
	haridus/teadus	316	4	28	2	154	1	18	3
	kolmas sektor	230	3	5	0,3	169	1	24	5
	muu	44	1	9	0,5	223	2	1	0,2
KOKKU		7892	100	1687	100	11548	100	528	100

7. Koolilõpetanute hõive

ÜLDARSTID*								
Lõpetamise aasta	Lõpetajate arv			Tulu saamise aasta	Töötajate hulk neist lõpetanutest, kes ei läinud eriala edasi õppima		Erialal töötajate hulk neist lõpetanutest, kes ei läinud eriala edasi õppima	
	Kokku	Läks eriala edasi õppima	Ei läinud eriala edasi õppima		Kokku	Kokku (%)	Kokku	Kokku (%)
1999	143	98	45	2000	31	69	10	22
				2004	26	58	12	27
2000	61	50	11	2001	7	64	2	18
				2004	4	36	6	55
2001	66	56	10	2002	5	50	4	40
				2004	2	20	3	30
2002	66	56	10	2003	4	40	3	30
				2004	2	20	3	30
2003	182	136	46	2004	40	87	6	13
2004	105	91	14	2004	9	64	5	36

* Iseseisvat tegutsemisõigust omavad arstid, kes pole eriarstid, s.t 1999.–2002. a internatuuri lõpetanud, 2003.–2004. a põhiõppe ja internatuuri lõpetanud.

ERARSTID						
Lõpetamise aasta	Lõpetajate arv Kokku	Tulu saamise aasta	Töötajate hulk lõpetanutest		Erialal töötajate hulk lõpetanutest	
			Kokku	Kokku (%)	Kokku	Kokku (%)
1999	55	2000	52	95	51	93
		2001	52	95	50	91
		2002	53	96	51	93
		2003	52	95	50	91
		2004	51	93	51	93
2000	37	2001	37	100	37	100
		2002	36	97	36	97
		2003	36	97	34	92
		2004	35	95	33	89
2001	89	2002	87	98	84	94
		2003	80	90	77	87

		2004	75	84	73	82
2002	101	2003	92	91	89	88
		2004	87	86	84	83
2003	116	2004	102	88	100	86

ERIASTID (ERIALADE KAUPA)									
Eriala	Kokku lõpetanuid (1999–2003)	Pärast lõpetamist				Tänaseks			
		Asus erialasele tööle	Asus mitte-erialasele tööle	Ei töötanud		Erialsel tööl	Mitteerialasel tööl	Ei tööta	
				Kokku	sh mehi			Kokku	sh mehi
Anestesioloogia ja intensiivravi	25	24	0	1	1	24	0	1	1
Dermatoveneroloogia	18	16	1	1		14	2	2	
Endokrinoloogia	4	2	1	1		2	0	2	1
Erakorraline meditsiin	13	13	0	0		13	0	0	
Gastroenteroloogia	3	3	0	0		3	0	0	
Hematoloogia	6	5	0	1	1	5	0	1	1
Kardioloogia	10	10	0	0		9	0	1	
Kardiovaskulaarkirurgia	3	2	0	1	1	1	0	2	2
Kliiniline hambaravi	2	2	0	0		2	0	0	
Lastekirurgia	1	1	0	0		1	0	0	
Lastestomatoloogia	4	3	1	0		2	0	2	
Laboratoorne meditsiin	6	6	0	0		6	0	0	
Meditsiiniline mikrobioloogia	5	4	0	1		4	0	1	
Nakkushaigused	7	6	0	1		6	0	1	
Nefroloogia	2	2	0	0		2	0	0	
Neurokirurgia	2	1	0	1	1	1	0	1	1
Neuroloogia	4	3	0	1		3	0	1	
Näo- ja lõualuukirurgia	2	2	0	0		2	0	0	
Oftalmoloogia	9	9	0	0	1	9	0	0	
Onkoloogia	6	5	0	1		5	0	1	
Ortodontia	15	14	0	1		14	0	1	
Ortopeediline stomatoloogia	6	6	0	0		5	0	1	
Otorinolarüngoloogia	8	8	0	0		8	0	0	

Patoloogia	11	11	0	0		11	0	0	
Pediaatria	14	13	0	1		10	0	4	1
Peremeditsiini	43	41	0	2		38	2	3	1
Plastika- ja rekonstruktiivkirurgia	1	1	0	0		1	0	0	
Psühhiaatria	23	19	2	2	1	18	0	5	1
Pulmonoloogia	22	20	1	1		19	2	1	
Radioloogia	20	20	0	0		17	0	3	2
Reumatoloogia	8	7	0	1		7	0	1	
Sisehaiguste	6	6	0	0		6	0	0	
Sünnitusabi ja günekoloogia	18	17	0	1		15	1	2	
Taastusravi ja füsiaatria	11	7	3	1		9	1	1	
Tervisekaitse	2	2	0	0		1	1	0	
Tervishoiukorraldus	10	10	0	0		10	0	0	
Torakaalkirurgia	3	3	0	0		3	0	0	
Traumatoloogia ja ortopeedia	9	7	0	2	1	7	0	2	1
Töötervishoid	7	6	0	1		6	0	1	
Uroloogia	5	5	0	0		5	0	0	
Üldkirurgia	24	19	0	5	2	17	0	7	3
KOKKU	398	361	9	28	9	341	9	48	15
KOKKU (%)		91%	2%	7%	2%	86%	2%	12%	4%

HAMBAARSTID						
Lõpetamise aasta	Lõpetajate arv Kokku	Tulu saamise aasta	Töötajate hulk lõpetanutest		Erialal töötajate hulk lõpetanutest	
			Kokku	Kokku (%)	Kokku	Kokku (%)
2000	32	2001	32	100	32	100
		2004	25	78	25	78
2001	31	2002	31	100	29	94
		2004	28	90	27	87
2002	31	2003	30	97	29	94
		2004	25	81	25	81
2003	39	2004	37	95	37	95
2004	33	2004	30	91	29	88

ÕED																							
Lõpetamise aasta	Lõpetajate arv				Tulu saamise aasta	Töötajate hulk lõpetanutest								Erialal töötajate hulk lõpetanutest									
	Kokku	Tln Mk	Trt Mk	K-J Mk		Kokku	Kokku (%)	Tln Mk	Tln Mk (%)	Trt Mk	Trt Mk (%)	K-J Mk	K-J Mk (%)	Kokku	Kokku (%)	Tln Mk	Tln Mk (%)	Trt Mk	Trt Mk (%)	K-J Mk	K-J Mk (%)		
1999	41	3	38	-	2000	35	85	1	33	34	89			32	78	1	33	31	82				
					2001	32	78	2	67	30	79			29	71	1	33	28	74				
					2002	38	93	3	100	35	92			34	83	2	67	32	84				
					2003	35	85	3	100	32	84			31	76	1	33	30	79				
					2004	37	90	3	100	34	89			34	83	2	67	32	84				
2000	245	118	73	54	2001	207	84	103	87	66	90	38	70	190	78	97	82	60	82	33	61		
					2002	215	88	105	89	66	90	44	81	194	79	95	81	61	84	38	70		
					2003	198	81	93	79	63	86	42	78	176	72	83	70	57	78	36	67		
					2004	196	80	96	81	57	78	43	80	169	69	85	72	47	64	37	69		
2001	275	166	65	44	2002	240	87	146	88	61	94	33	75	215	78	133	80	53	82	29	66		
					2003	227	83	139	84	57	88	31	70	200	73	125	75	48	74	27	61		
					2004	217	79	130	78	55	85	32	73	186	68	113	68	48	74	25	57		
2002	326	176	97	53	2003	298	91	163	93	94	97	41	77	280	86	152	86	89	92	39	74		
					2004	272	83	154	88	85	88	33	62	251	77	142	81	80	82	29	55		
2003	382	232	94	56	2004	338	88	207	89	88	94	43	77	303	79	186	80	82	87	35	63		
2004	302	170	95	37	2004	283	94	159	94	94	99	30	81	266	88	146	86	93	98	27	73		

ÄMMAEMANDAD																
Lõpetamise aasta	Lõpetajate arv			Tulu saamise aasta	Töötajate hulk lõpetanutest						Erialal töötajate hulk lõpetanutest					
	Kokku	Tln Mk	Trt Mk		Kokku	Kokku (%)	Tln Mk	Tln Mk (%)	Trt Mk	Trt Mk (%)	Kokku	Kokku (%)	Tln Mk	Tln Mk (%)	Trt Mk	Trt Mk (%)
1999	17	17	-	2000	13	76	12	71			9	53	9	53		
				2004	13	76	13	76			9	53	9	53		
2000	2	2	-	2001	2	100	2	100			2	100	2	100		
				2004	1	50	1	50			1	50	1	50		
2001	-	-	-	2002												
				2004												

2002	19	10	9	2003	19	100	10	100	9	100	18	95	10	100	8	89
				2004	17	89	8	80	9	100	17	89	8	80	9	100
2003	17	17	–	2004	15	88	15	88			15	88	15	88		
2004	38	17	21	2004	38	100	17	100	21	100	36	95	16	94	20	95

BIOANALÜÜTIKUD						
Lõpetamise aasta	Lõpetajate arv	Tulu saamise aasta	Töötajate hulk lõpetanutest		Erialal töötajate hulk lõpetanutest	
	Kokku		Kokku	Kokku (%)	Kokku	Kokku (%)
1999	15	2000	12	80	10	67
		2004	12	80	9	60
2000	–	2001				
		2004				
2001	10	2002	10	100	10	100
		2004	8	80	8	80
2002	12	2003	11	92	11	92
		2004	10	83	10	83
2003	13	2004	13	100	13	100
2004	24	2004	22	92	21	88

FÜSIOTERAPEUDID						
	Lõpetajate arv	Tulu saamise aasta	Töötajate hulk lõpetanutest		Erialal töötajate hulk lõpetanutest	
	Kokku		Kokku	Kokku (%)	Kokku	Kokku (%)
2004. a lõpetajad	14	2004	10	71	10	71

HAMBATEHNIKUD						
Lõpetamise aasta	Lõpetajate arv		Töötajate hulk lõpetanutest		Erialal töötajate hulk lõpetanutest	
	Kokku	Tulu saamise aasta	Kokku	Kokku (%)	Kokku	Kokku (%)
1999	12	2000	12	100	11	92
		2004	8	67	7	58
2000	–	2001				
		2004				
2001	13	2002	12	92	9	69
		2004	9	69	8	62
2002	10	2003	9	90	7	70
		2004	9	90	7	70
2003	35	2004	34	97	26	74
2004	–	2004				

HOOLDUSÕED																
Lõpetamise aasta	Lõpetajate arv			Tulu saamise aasta	Töötajate hulk lõpetanutest						Erialal töötajate hulk lõpetanutest					
	Kokku	Tln Mk	K-J Mk		Kokku	Kokku (%)	Tln Mk	Tln Mk (%)	K-J Mk	K-J Mk (%)	Kokku	Kokku (%)	Tln Mk	Tln Mk (%)	K-J Mk	K-J Mk (%)
1999	13	13		2000	9	69	9	69			6	46	6	46		
				2004	7	54	7	54			6	46	6	46		
2000	50	19	31	2001	28	56	14	74	14	45	17	34	12	63	5	16
				2004	30	60	15	79	15	48	20	40	12	63	8	26
2001	–	–	–	2002												
				2004												
2002	59	–	59	2003	45	76			45	76	34	58			34	58
				2004	47	80			47	80	35	59			35	59
2003	38	–	38	2004	17	45			17	45	12	32			12	32
2004	28	–	28	2004	14	50			14	50	12	43			12	43

OPTOMETRISTID						
	Lõpetajate arv		Töötajate hulk lõpetanutest		Erialal töötajate hulk lõpetanutest	
Lõpetamise aasta	Kokku	Tulu saamise aasta	Kokku	Kokku (%)	Kokku	Kokku (%)
2002	9	2003	9	100	9	100
		2004	8	89	7	78
2003	32	2004	28	88	27	84
2004	18	2004	17	94	17	94

RADIOLOOGIATEHNIKUD						
	Lõpetajate arv		Töötajate hulk lõpetanutest		Erialal töötajate hulk lõpetanutest	
Lõpetamise aasta	Kokku	Tulu saamise aasta	Kokku	Kokku (%)	Kokku	Kokku (%)
2003	17	2004	15	88	14	82
2004	11	2004	11	100	11	100

8. Arengustsenaariumite koostamise eeldused

	“Ideaalstsenaarium”	Stsenaarium “Parim teadmine”
Arstid	Algarv – tööealiste arstide arv tervishoiutöötajate registris 2004. aasta lõpus.	Algarv – tööealiste arstide arv tervishoiutöötajate registris 2004. a lõpus.
	Tööturult lahkuvad igal aastal 65aastaseks saavad arstid.	Tööturult lahkuvad igal aastal 65aastaseks saavad arstid.
	Igal aastal asub residentuurist tööle 100 lõpetajat, kes enne pensioniiga tervishoiusektorist ei lahku (v.a. ajutine eemalviibimine nt lapsehoolduspuhkuse tõttu).	Arstiteaduse põhiõppe lõpetab 100 inimest, kellest 20 asuvad magistri- või doktoriõppesse. Residentuuri lõpetab 80 inimest, kellest 86% asub jäädavalt erialasele tööle.
		Aastane migratsioon on keskmiselt 1,3%, kellest 90% tuleb tagasi (Poliitikauringute Keskuse PRAXIS korraldatud tervishoiutöötajate migratsiooniuring, lk 69).
Õed	Algarv – tööealiste õdede arv tervishoiutöötajate registris 2004. aasta lõpus.	Algarv – tööealiste õdede arv tervishoiutöötajate registris 2004. aasta lõpus.
	Tööturult lahkuvad igal aastal 65aastaseks saavad õed.	Tööturult lahkuvad igal aastal 65aastaseks saavad õed.
	Õe eriala lõpetab igal aastal meditsiini-koolides kokku 270 inimest (kahe viimase aasta koolitustellimus), kellest 86% läheb erialasele tööle ja enne pensioniiga tervishoiusektorist ei lahku.	Õe eriala lõpetab igal aastal meditsiini-koolides kokku 270 inimest (kahe viimase aasta koolitustellimus), kellest 77% asub jäädavalt erialasele tööle.
		Aastane migratsioon on keskmiselt 1%, kellest 90% tuleb tagasi (Poliitikauringute Keskuse PRAXIS korraldatud tervishoiutöötajate migratsiooniuring, lk 69).
Ämmaemandad	Algarv – tööealiste ämmaemandate arv tervishoiutöötajate registris 2004. aasta lõpus.	Algarv – tööealiste ämmaemandate arv tervishoiutöötajate registris 2004. aasta lõpus.
	Tööturult lahkuvad igal aastal 65aastaseks saavad ämmaemandad.	Tööturult lahkuvad igal aastal 65aastaseks saavad ämmaemandad.
	Õe eriala lõpetab igal aastal meditsiini-koolides kokku 40 inimest (viimase aasta koolitustellimus), kellest 86% läheb erialasele tööle ja enne pensioniiga tervishoiusektorist ei lahku .	Õe eriala lõpetab igal aastal meditsiini-koolides kokku 30 inimest (koolitustellimus eelmisel ja üle-eelmisel aastal), kellest 84% asub jäädavalt erialasele tööle.
Hambaarstid	Algarv – tööealiste hambaarstide arv tervishoiutöötajate registris 2004. aasta lõpus.	Algarv – tööealiste hambaarstide arv tervishoiutöötajate registris 2004. aasta lõpus.
	Tööturult lahkuvad igal aastal 65aastaseks saavad hambaarstid.	Tööturult lahkuvad igal aastal 65aastaseks saavad hambaarstid.
	Hambaarsti eriala lõpetab igal aastal 27 inimest (viimase 3 aasta koolitustellimus), kellest 94% läheb erialasele tööle ja enne pensioniiga tervishoiusektorist ei lahku .	Hambaarsti eriala lõpetab igal aastal 27 inimest (viimase 3 aasta koolitustellimus), kellest 86% asub jäädavalt erialasele tööle.

Sotsiaalministri vastus

Riigikontroll
 Narva mnt 11a
 15013 TALLINN

Teie 22. 03. 2004 nr OSIII-2-7.1/05/416

Meie 13.04, 2005 nr 13.1-5/2862

Vastus kontrollaruande eelnõule

Olles tutvunud Riigikontrolli kontrollaruande eelnõuga „Tervishoiuvaldkonna töötajate vajadus ja koolitustellimus“, esitame Teile auditi aruande eelnõus olevatele ettepanekutele omapoolsed vastused.

Seisukohad on esitatud küsimuste-vastuste vormis, kus Riigikontrolli ettepanekutele järgneb Meie vastus esitatud ettepanekule.

1. Kujundada tervishoiutöötajate register ja registreerimine ümber sellisel, et oleks võimalik hinnata, kui palju on Eestis tegelikult tervishoiuteenuse kvaliteetseks osutamiseks võimelisi tervishoiutöötajaid. Eesmärgiks on täpsema ülevaate saamine olemasolevast tervishoiutöötajate ressursist ning planeerimistegevuse parandamine.

Tulenevalt „Tervishoiuteenuste korraldamise seaduse“ (edaspidi *TTKS*) § 47 on tegevusloa omaja kohustatud teatama kirjalikult Tervishoiuametile muudatustest tervishoiutöötajate koosseisus alates 30 päeva jooksul, mis peaks tagama registriandmete uuenemise. Tegevuslubade registrist on võimalik teha väljavõtte, millised tervishoiutöötajad tervishoiuteenuse osutaja juures töötavad. Tegevusloa uuendamisel peab teenuse osutaja esitama asutuses töötavate tervishoiutöötajate nimed koos registreerimistõendi numbritega. Tegevusloa annab Tervishoiuamet välja viieks aastaks.

Vaatamata sellele, et tervishoiutöötajate registreerimise näol on tegemist ühekordse toiminguga, hinnatakse registreerimismenetluse käigus arsti või õe kvalifikatsiooninõuete vastavust oma kutsealal töötamiseks (*TTKS* § 28) ja alles seejärel langetatakse registreerimisotsus. Ainult kohtul on õigus tunnistada isiku kvalifikatsiooni tõendav dokument kehtetuks ning keelustada edasine tegutsemine erialal.

Pädevuse hindamine on Eestis vabatahtlik ja seda viivad läbi erialaseltsid. Euroopa Liidus on need kohustused jagatud erinevate subjektide vahel, kellest riik on üks teiste hulgas. Olulisteks partneriteks on siinkohal tööandjad ja erialaseltsid. Just viimaste roll tervishoiutöötajate pädevuse hoidmisel ja arendamisel on eriti tähtis. Seda arvestades on loodud Tervishoiuameti juurde ka pädevusnõukogu, kelle üheks ülesandeks on pädevushindamise süsteemide arendamise koordineerimine riigis.

Seega on Riigikontroll mõnevõrra erinevalt mõistnud tervishoiutöötajate registreerimise ja pädevuse hindamise vahelist seost ning ülatoodud arvestades on alusetu ka Riigikontrolli kartus, et tervishoiutöötajate riiklikusse registrisse kantud tervishoiutöötajate "kvalifikatsioon on aegunud".

Mis puudutab registri andmete kasutamist personali planeerimisel, siis 2005. aasta algul valminud tervishoiutöötajate koolitustellimuse prognoosi mudelit on võimalik kasutada nii, et iga aasta täpsustatakse registreeritud ja kutsealalt lahkunute arvu. See võimaldab täpsema ülevaate saamise olemasolevast tervishoiutöötajate ressursist ning aitab planeerimistegevust parandada.

2. Tagada erinevate tasandite arengukavade omavaheline kooskõla ning ühtlustada hinnangud tervishoiutöötajate vajadusele. Lahendada olukord, kus erialaseltside arvamus, haiglate vajadus ning tegelik tööjõu hulk ei ole omavahel vastavuses, seades sellega ohtu tervishoiusüsteemi jätkusuutlikkuse.

2005. aasta algul valminud tervishoiutöötajate koolitustellimuse prognoosi mudeli koostamisel vaadati üle kõikide arstlike erialade arengukavad ning koostöös erialaseltside esindajatega täpsustati personali vajadust. Prognoosi koostamisel arvestati arstide vanust, migratsiooni ning osutatavate tervishoiuteenuste mahtu.

3. Koostöös haridus- ja teadusministriga sätestada selgem vastutus tervishoiutöötajate vajaduse hindamise ja planeerimise üle. Praegune ülesannete jaotus on viinud selleni, et vastutus on hajutatud ja delegeeritud erinevatele eraõiguslikele või vabatahtlikele ühendustele, kuigi piisava arvu tervishoiutöötajate olemasolu ja koolituse tagamine on riigi ülesanne.

Sotsiaalministeerium ja Haridus- ja Teadusministeeriumi vaheline koostöö tervishoiutöötajate vajaduse hindamise ja planeerimise alal on kestnud aastaid. Sotsiaalministeeriumi juurde on tervishoiutöötajate vajaduse paremaks planeerimiseks loodud tervishoiuvaldkonna töötajate koolituskomisjon. Komisjoni ülesandeks on koolitustellimuste põhimõtete läbivaatamine ning hinnangu andmine tervishoiuvaldkonna töötajate koolitust puudutavale osale, enne selle esitamist Haridus- ja Teadusministeeriumile. Koolituskomisjoni koosseisu kuuluvad esindajad järgmistest institutsioonidest – Tartu Ülikooli arstiteaduskond, Tallinna ja Tartu Meditsiinkool, Eesti Haiglate Liit, Eesti Arstide Liit, Eesti Hambaarstide Liit, Eesti Õdede Liit, Eesti Æmmaemandate Ühing, samuti arsti ja hambaarsti erialade peanõunikud. Lisaks eelpoolnimetatule arvestatakse koolitustellimuse prognoosimisel tervishoiuvaldkonnas läbiviidud tervishoiutöötajate koolitusvajaduse uuringute ja 2005. aasta algul valminud tervishoiutöötajate koolitustellimuse prognoosi mudeliga.

Haridus- ja Teadusministeeriumi juurde on moodustatud riiklik koolitustellimuse komisjon kuhu kuulub esindaja ka Sotsiaalministeeriumist.

Koolitustellimuse esitamine on toimunud koostöös erialaseltside ja ülikooliga, Sotsiaalministeerium ei saa nõustuda Riigikontrolli auditi väitega, et vastutus koolitustellimuse täitmise eest on delegeeritud erinevatele eraõiguslikele või vabatahtlikele ühendustele. „Ülikooliseaduse“ (§ 13¹) ja „Rakenduskõrgkooli seadusega“ (§ 27) on juba täna selgelt sätestatud riikliku koolitustellimuse täitmise vastutus, mis puudutab kogu riiklikku koolitustellimust, seetõttu ei ole vajalik erisuste kehtestamine tervishoiuvaldkonna töötajate koolitustellimuse osas.

4. Koostöös haridus- ja teadusministriga tagada arstiteaduse põhiõppe lõpetajatele võimalus asuda edasi õppima residentuuri või leida neile senisest rohkem kvalifikatsioonile vastavat erialast rakendust. Eesmärgiks on vältida aastaid kestnud olukorda, kus suur osa riikliku koolitustellimuse alusel väga kulukalt koolitatud ja kõrgelt kvalifitseeritud tööjõudust lahkeb tervishoiusektorist

Juba täna on 90% põhiõppe lõpetajatest võimalus asuda edasi õppima residentuuri. Seda tingib Eesti Vabariigis kehtiv tervishoiukorraldus, kus ainult eriarst võib osutada iseseisvalt tervishoiuteenust. 2004. aastal esitatud 140 residentuuri kohast täitus ainult 130, seega peab põhiõppe lõpetajate ja residentuuri õppekohtade arv olema tasakaalus. Juhime siinkohal tähelepanu asjaolule, et ca 10% põhiõppe lõpetajatest peaks igal aastal suunduma edasi õppima kas magistri- või doktoriõppesse, et tagada vajalikul hulgal magistrikraadiga lõpetajaid avaliku teenistusse (näiteks Tervisekaitseinspeksioon) ning doktorikraadiga õppejõudude järelkasvu.

Põhiliseks põhjuseks, miks tervishoiutöötajad soovivad suunduda teistesse liikmesriikidesse tööle või lahkuda kutsealalt on palk (allikas 2004. a Praxsise tervishoiutöötajate migratsiooni uuring). Samas on riiklikul tasandil astutud samme, mis lahendaksid tervishoiutöötajate palgaprobleemid. Alates 1. jaanuarist 2005. a kehtestatud tervishoiuala töötajate miinimumtunnitasku kokkuleppe kohaselt on arstide tunnipalga alammääraks 66 krooni tunnis ja keskastme tervishoiutöötajatel 34 krooni tunnis. Alates 1. jaanuarist 2006. a tõuseb arstidel tunnipalga alammäär 75 kroonini tunnis ja keskastme tervishoiutöötajatel 39 kroonini tunnis.

5. Koostöös haridus- ja teadusministriga vaadata üle hooldusõe õppekava ning selgitada selle eriala lõpetajate nõrga kutsekindluse põhjuseid. Selle alusel kaaluda hooldusõe eriala ümberkorraldamise võimalusi nii, et investering koolitustellimusse oleks riigile kasulik.

Arvestatud Riigikontrolli märkustega. Käesoleva aasta 21. veebruaril toimunud tervishoiuvaldkonna koolituskomisjonis otsustati, et sel aastal vaatab Sotsiaalministeerium koos Haridus- ja Teadusministeeriumi ja meditsiinikoolidega üle hooldusõe õppekava ning analüüsib hooldusõe eriala ümberkorraldamise võimalusi, nii et hooldusõe õpet oleks võimalik läbi viia 1,5 aastaga senise 2 aasta asemel.

Selleks, et suurendada hooldusõdede kutsekindlust on Sotsiaalministeerium sisseastumise tingimuseks seadnud eelneva töökogemuse tervishoius, kas hooldaja või põetaja ametikohal. Nii nagu arstidele ja keskastme tervishoiutöötajatele, laieneb hooldusõdedele 1. jaanuaril 2005. a kehtestatud palgakokkulepe, mille kohaselt käesoleval aastal hooldustöötajate miinimumtunni tasu on 20 krooni tunnis ja järgmisel aastal 23 krooni tunnis.

6. Vaadata üle olemasolev haiglavõrk ning hinnata võimalusi selle varustamiseks vajaliku hulga tervishoiutöötajatega olukorras, kus ka maksimumvõimsusel koolitustellimus ja erialaselt töölt lahkunud töötajate tagasitoomine sektorisse ei suuda praegust arstide hulka säilitada ega suurendada õdede arvu vajaduseks hinnatud tasemeni või täita haiglate vajadusi.

Tervishoiutöötajate prognoosi mudeli koostamisel on arvestatud olemasolevat haiglavõrku ning haiglate poolt osutatavate tervishoiuteenuste mahtudega. Samuti haiglavõrgu arengukava 2015. aastaks püstitatud eesmärkidega ning tervishoiuteenuste mahtude prognoosidega.

Auditis esitatud väide, et arengukava haiglates on suur arstide puudus, on küsitav. Meie andmetel (allikas haiglate interneti koduleheküljed) oli aprilli alguse seisuga arengukava haiglates tööpakkumisi arstidele ainult 12 ametikohta (AS Ida-Tallinna Keskhaigla, TÜ Kliinikum, SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla, AS Lääne-Tallinna Keskhaigla, SA Virumaa Haigla, AS Järvamaa Haigla, SA Viljandi Haigla, SA Lõuna-Eesti Haigla, AS Valga Haigla, SA Jõgeva Haigla; kokku umbes 85% arengukava haiglate ressursist). Seepärast on aruandes esitatud number 200 puuduolevat arsti 2004/2005 aastavahetuse seisuga (aruandes on kasutatud väljendit "juba praegu"), ilmselgelt liialdatud. On väga vähe tõenäoline, et 2005. a I kvartali jooksul oleksid arengukava haiglad täitnud 180-190 arsti ametikohta.

Samuti tuleks kriitiliselt suhtuda haiglate koostatud personalivajaduste plaani. Kui Sotsiaalministeerium planeerib tervishoiuressurssi riigis tervikuna, siis iga haigla planeerib

oma turuosa suurenemist, mis tähendab seda, et mõnes teises haiglas peaks samaaegselt toimuma teenuse pakkumise langemine (üldine rahahulk jääb samaks). Haigla plaan iseloomustab seda, kui palju oleks haigla suuteline osutama olemasolevat materiaalselt baasi arvestades teenust, mille rakendamiseks optimaalsel tasemel vajatakse juurde personali. See osutab pigem sellele, et Eesti tervishoiuressurss, mis puudutab hooneid, aparatuuri, on jätkuvalt üledimenseeritud vaatamata selle olulisele vähenemisele viimase kümnendi jooksul (seda eelkõige realistliku ravikindlustuseelarve suhtes). Seepärast ei võrdu mitte üheski riigis teenuste pakujate poolne hinnangute summa (antud juhul tervishoiutöötajate vajaduse osas) süsteemi tervikplaneerimise hinnanguga (tervishoiusüsteemi planeerimisest - Maailma Tervishoiu Organisatsioon).

7. Tervishoiuvaldkonna töötajate kutsekvalifikatsiooni õigusliku regulatsiooni kontseptsiooni väljatöötamisel määratleda tervishoiutöötajate registrisse mittekantud tervishoiuvaldkonna töötajate roll ja ülesanded tervishoiusüsteemis ning nende võimalused asendada teatud funktsioonide täitmisel tervishoiutöötajaid. Ettepaneku eesmärgiks on välja selgitada muude tervishoiuvaldkonna töötajate õigused töötada tervishoiuga seotud ametikohtadel ja võimalused tervishoiutöötajate ressursi kokku hoida.

Sotsiaalministeerium on asunud välja töötama teiste tervishoiuvaldkonna töötajate kutsekontseptsiooni, mis peaks valmima käesoleva aasta juuliks. Mis puudutab mittereguleeritud tervishoiuvaldkonna töötajate rolli ja ülesandeid tervishoiusüsteemis, siis need on juba täpselt määratletud. Näiteks bioanalüütiku tööülesannete hulka kuulub laborianalüüside tegemine sh vere ja uriinianalüüside võtmine, mis ei kuulu reeglina õe põhiülesannete hulka. Varasema taastusraviõe funktsioone täidab suures osas füsioterapeut – taastusravi spetsialist, kes taastab või säilitab kliendi häirunud liikumis- ja tegevusvõimet.

8. Koostöös haridus- ja teadusministriga propageerida meditsiinierialasid ja muuta need gümnaasiumilõpetajatele atraktiivseks, et vältida õppekohtade täituvuse ning kandidaatide madala taseme probleemi.

Leiame, et arsti ja hambaarstiõpe on juba praegu gümnaasiumilõpetajate hulgas populaarsed, seda näitab konkurss õppekohale, mis oli arsti põhiõppes 3,19 ja hambaarsti õppes 5,15 ühele õppekohale. Samas nõustume Riigikontrolli ettepanekuga õe põhiõppe osas, kus oleks vajalik koostöös erialaliiduga senisest rohkem propageerida kutseala.

Samas tuleb tervishoiuvaldkonna töötajate prognoosimisel arvestada asjaoluga, et lähiaastatel väheneb keskkooli lõpetajate arv 60% võrra, mis võib mõjutada nii arsti kui teiste tervishoiuvaldkonna töötajate õppekohtade täituvust. Ülikool ega ka meditsiinikoolid ei pea otstarbekaks arsti- ja õeõppes madalamate võimetega kandidaatide vastuvõtmist.

9. Leida võimalusi tervishoiutöötaja kutse omandanud, kuid erialaselt töölt lahkunud töötajate tagasitoomiseks tervishoiusektorisse. Ainult koolitustellimuse suurendamine ei võimalda korvata tänast ja tulevast töötajate puudust tervishoiusektoris. Olemasolevate töötajate tagasitoomise kaudu on võimalik isegi kiiremalt ja tõenäoliselt ka odavamalt kui koolitustellimuse teel pakkuda olukorrale osalistki leevendust.

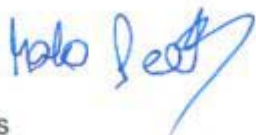
Arvestatud Riigikontrolli märkustega. Lahkunud töötajate tagasitoomiseks tervishoiusektorisse on mitu võimalust – töötingimuste ja töökeskkonna parandamine ning konkurentsivõimelise palga tagamine.

Käesoleval ajal toimub haiglate renoveerimine ning uusehituste rajamise planeerimine, millega püütakse lahendada ka töökeskkonna probleemid.

Seoses palgakokkuleppe sõlmimisega ja tervishoiuteenuste hinnas palgakomponendi suurenemisega on tervishoiuteenuste osutajatel senisest parem võimalus palgapoliitika tegemiseks.

Kavandamisel on ka ümberõpe, läbi residentuuri või täiendkoolituse, neile üldarstile, kellel ei ole eriarsti kutset.

Lugupidamisega



Marko Pomerants
Minister

Pille Saar 626 9128
pille.saar@sm.ee