

Rahvastiku tervise arengukava 2009–2020 vahehindamine

Tervishoiu tööjõu valdkonna aruanne



Euroopa Liit
Euroopa Sotsiaalfond



Eesti
tuleviku heaks

2017

Uuringu tellis Riigikantselei koostöös Sotsiaalministeeriumiga. Uuringu teostamine on rahastatud ühtekuuluvusfondide 2014-2020 rakenduskava prioriteetse suuna 12 „Haldusvõimekus“ meetmest 12.2 „Poliitikakujundamise kvaliteedi arendamine“.

**RIIGIKANTSELEI****SOTSIAALMINISTEERIUM**

Autor

Vootele Veldre

Käesoleva uuringuraporti valmimisele aitasid kaasa:

Kadi Kallavus, Katrin Ruben, Katrin Smith

Poliitikauuringute Keskus Praxis on Eesti esimene sõltumatu, mittetulunduslik mõttekeskus, mille eesmärk on toetada analüüsile, uuringutele ja osalusdemokraatia põhimõtetele rajatud poliitika kujundamise protsessi.



Poliitikauuringute Keskus Praxis

Tornimäe 5, III korrus
10145 Tallinn
tel 640 8000
www.praxis.ee
praxis@praxis.ee

Väljaande autoriõigus kuulub Poliitikauuringute Keskusele Praxis. Väljaandes sisalduva teabe kasutamisel palume viidata allikale: Veldre, V. (2017) Rahvastiku tervise arengukava 2009-2020 vahehindamine. Tervishoiu tööjõu valdkonna aruanne. Tallinn: Poliitikauuringute Keskus Praxis.

Sisukord

Uuringu tulemuste lühikokkuvõte	4
Uuringu metoodika.....	5
Sissejuhatus	7
1. Tervishoiu tööjõu käsitus Rahvastiku tervise arengukavas.....	8
2. Planeeritud ja ellu viidud tegevused.....	13
2.1. RTA tegevussuund 'Laste ja noorte turvaline ning tervislik areng'	13
2.2. RTA tegevussuund 'Tervist toetav elu-, töö- ja õpikeskkond'	16
2.3. RTA tegevussuund 'Tervishoiusüsteemi areng'	17
2.4. RTA tegevuste koondanalüüs.....	25
3. Saavutatud muutused.....	29
3.1. Kvantitatiivsed muutused tervishoiu tööjõus	29
3.2. Peamised muutused õdede ja ämmaemandate käsitluses.....	33
3.3. Tervishoiu tööjõu indikaatorid RTA-s.....	34
4. Peamised järeldused ja soovitused.....	38
 Kasutatud kirjandus.....	 41
Lisa 1. Tervishoiu tööjõud ja selle planeerimine Soomes	42
Lisa 2. Ekspertide süvaintervjude kavad.....	46

Uuringu tulemuste lühikokkuvõte

RTA-s sedastatuna on Eesti tervishoiusüsteemi võtmeteguriks küllaldane hulk pühendunud, kvalifitseeritud ja enesejuhtimisoskusega tervishoiutöötajaid, kes on motiveeritud arendama inimkeskset, terviseprobleemile vastavat kvaliteetset tervishoiuteenust. Tervishoiutöötajatega seotult on RTA-s kaks seonduvat tulemusindikaatorit – õdede ja arstide suhtarv.

Analüüsisdes RTA raames planeeritud ja teostatud tervishoiutöötajate valdkonda hõlmavaid tegevusi ning valdkonnas toimunud arenguid, jõudis uurimismeeskond järgmiste peamiste **järeldusteni**:

1. RTA on tervishoiutöötajaid puudutavate strateegiliste arenduste ja tegevuste seisukohalt olnud teise-järguline strateegiadokument, olulised arengud on planeeritud mujal (Esmatasandi tervishoiu arengu-kavas ja Õendusala arengukavas).
2. RTA-s on seadmata jäänud eesmärgid, mis aitaksid tervishoiu tööjõu oskusliku juhtimise toel kaasa RTA üldeesmärkide saavutamisele.
3. Kuigi RTA eesmärk oli kasvatada aastaks 2020 õdede suhtarv 680-lt õelt 900 õeni (100 000 elaniku kohta), on selle eesmärgiga seostatavalt astunud RTA-s samme üksnes õeõppe vastuvõtuarvude suurendamise kaudu – töömotivatsiooni (sh töötasu), töökorralduse ja -koormusega seotud problemaatikale RTA tegevused lahendusi ei ole pakkunud.
4. Soov suurendada põhjamaade eeskujul jõuliselt õdede arvu ei ole olnud kooskõlas ravikindlustuse mahtude ja ostetavate tervishoiuteenuste struktuuriga. Kui käesolevaks aastaks oleks saavutatud loodetud sihttase (830 töötavat õendustöötajat 100 000 elaniku kohta), eeldaks see tööandjatelt üksnes palgakuludele 33–43 miljonit eurot lisaraha. Õendustöötajate arvu olulise suurendamise alus-eelduseks on nende laialdasem rakendamine ennetustegevustes.
5. Arstide-õdede kõrval on teised tervishoiu valdkonna kutsealad olnud teisejärgulised ja mitmed nendega seotud olulised probleemkohad on jäänud tähelepanuta, nagu näiteks erinevate spetsialistide nappuse, regionaalse ebavõrdse jaotumise ning ettevalmistuse problemaatika.

Peamised **soovitused** tervishoiutöötajate valdkonna RTA-s käsitlemiseks edaspidi:

1. Selleks, et tervishoiu tööjõudu saaks riiklikul, paikkondlikul ja organisatsioonide tasandil edukalt planeerida, on vajalik lahendada ebakõla ravikindlustusest rahastatavate tervishoiuteenuste mahu kahanemise ja vananeva elanikkonna kasvava ravivajaduse vahel. Ei ole mõistlik siduda tervishoiu tööjõu vajadust Haigekassa tänase rahastamissuutlikkusega ega ka planeerida tööjõudu reaalsest ravivajadusest lähtudes olukorras, kus neid mahte ei ole tegelikult võimalik rahastada. Seega soovitame tervishoiu tööjõu poliitika sisustamiseks esmalt töötada välja visioon, mis lahendaks pikas perspektiivis tervishoiu jätkusuutmatu rahastamise probleemi.
2. Tervishoiutöötajatega seotud RTA eesmärkide, indikaatorite ja meetmete kavandamiseks soovitame oodata ära Kutsekoja veetava OSKA projekti raames teostatava tervishoiu tööjõuvajaduse prognoosi tulemused. Töö raames antakse tavapäraste meditsiinitöötajate kõrval ülevaade ja soovitused ka teiste tervishoiu töötavate spetsialistide (nt hooldajate, füsioterapeutide, kliiniliste psühholoogide jne) lõikes. Nimetatud analüüs on märksa põhjalikum kui käesolev RTA hindamisuuring, mistõttu on seal pakutavad soovitused eelduslikult oluliselt sisukamad, kui on võimalik pakkuda käesoleva uuringu raames.

Uuringu metoodika

Uuringu eesmärgiks oli vastata järgmistele küsimustele:

1. Kuivõrd põhjendatud ja realistlikud olid arengukavas planeeritud eesmärgid ja millisel määral eesmärgid saavutati?
2. Kuivõrd objektiivsed ja mõõdetavad olid arengukavas planeeritud indikaatorid ja kui realistlikud olid määratud sihttasemed? Millisel määral indikaatorid täideti?
3. Kuivõrd aitasid planeeritud meetmed ja elluviidud tegevused saavutada arengukavas püstitatud eesmäärke? Juhul, kui arengukavas seatud eesmäärke ei saavutatud, siis millised on selle võimalikud põhjused?
4. Millised muudatused arengukava eesmärkides, indikaatorites ja tegevustes on vajalikud, et tulevikus saavutada arengukava eesmärgid?

Uurimusküsimustele vastuste leidmiseks kasutati järgmisi uurimismeetodeid: (a) dokumendianalüüs; (b) statistiline andmeanalüüs; (c) individuaalintervjuud ekspertidega; (d) ekspertide ja tellija uuringuraporti kvaliteedikontroll.

Dokumendianalüüs

Dokumendianalüüsi peamise osa moodustasid Rahvastiku tervise arengukava dokumendid (sh algne 2008. aastal koostatud ja 2012. aastal täiendatud versioon), rakendusplaanid ja iga-aastased tegevuskavad ja aruanded, kokku 34 dokumenti. Dokumentidele tuginedes koostati ülevaade valdkonnas planeeritud ja ellu viidud tegevustest ning analüüsiti nende vastavust RTA-s seatud eesmärkidele ja prioriteetidele. Täiendavad analüüsi kaasatud dokumendid on loetletud kasutatud kirjanduse nimekirjas.

Statistiline andmeanalüüs

Statistilise andmeanalüüsi teostamiseks saadi andmed Terviseametist ja Tervise Arengu Instituudi tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaasist. Analüüsi kaasati andmeid, mis võimaldasid hinnata eelkõige indikaatorite saavutustasemeid ja tegevuste tulemuslikkust.

Individuaalintervjuud ekspertidega

Koostöös uuringu tellijaga lepiti kokku intervjueritavate nimekiri, kuhu kuulus kolm Eesti eksperti ja üks välisekspert (Soomest), kelle kõigiga viidi läbi individuaalne süvaintervjuu 2016. aasta kevadel. Intervjuud helisalvestati ja transkribeeriti. Ühe intervjuu kestvuseks oli ligikaudu 1 tund ja intervjuu viidi läbi laiendatud poolstruktureeritud intervjuukava alusel (vt lisa 1). Uuringu tellija soovil oli intervjuu fookus õendustöötajatel. Intervjueritute nimekiri sisaldub koonraporti lisas.

Grupiarutelud ekspertidega

Koostöös uuringu tellijaga lepiti kokku grupiarutelusse kaasatud ekspertide nimekiri, kuhu kuulus 10 eksperti, kes esindasid erinevaid õendusvaldkondi. Grupiarutelu ei osalenud eksperte, kellega viidi

läbi süvaintervjuud. Ekspertide gruppi moodustades peeti silmas, et osalejatel oleks seos arutletava teemaga ja samuti püüti arvestada, et osalejad oleksid piisavalt homogeenised oma tausta, kuid mitte arvamuste poolest. Samuti valiti osalejateks eksperdid, kes suudavad esitada üldistusel põhinevaid seisukohti ning mitte jääda üksikute näidete tasandile. Intervjueeritute nimekiri sisaldub koonraporti lisan.

Grupiarutelule eelnevalt saadeti kõigile kutsututele tutvumiseks käesoleva raporti mustandversioon. Arutelu toimus augustis 2016, kestis kaks tundi ja osalesid 6 asutuse eksperdid. Osalejatega arutleti raportis esitatud üle ning osalejad said teha ettepanekuid raporti muutmiseks ja täiendamiseks. Grupiarutelu viidi läbi poolstruktureeritult – arutelule oli ette nähtud kindel struktuur arutelu teemade osas, kuid kavas jäeti ruumi ka osalejatele teemapüstitusteks. Kuigi ühelt poolt oli grupiarutelu vestlus asetatud kindlatesse raamidesse, andis ta samas vabaduse osalejatele arvamuste ja kontseptsioonide vabaks sõnastamiseks lähtuvalt grupiliikmete enda prioriteetidest.

Uuringuraporti kvaliteedikontroll

Uuringuraporti mustandversioon saadeti kirjaliku tagasiside kogumiseks uuringu tellijatele, intervjueeritud Eesti ekspertidele. Erilist tähelepanu paluti tagaside andmisel pöörata faktivigadele ja muudele puudustele, mida tuleks raportis parandada. Vastava tagasiside andsid raportile Sotsiaalministeeriumi, Tallinna Tervishoiukõrgkooli, Ämmaemandate Ühingu ja kooliõdede esindajad. Saadud tagasisidele tuginedes täiendati raportit ja esitati tellijale lõplik uuringu raport.

Sissejuhatus

Rahvastiku tervise arengukava 2009-2020 (edaspidi RTA) on esimene laiapõhjaline tervise valdkonna arengukava Eestis, milles püstitatud strateegilised eesmärgid on kavandatud olema erinevate tervisepoliitiliste otsuste lähtekohaks. Selle teemaraporti fookuses on RTA-s ja tema rakendus- ja tegevuskavades sisalduvate tervishoiu tööjõu teemavaldkonnaga seonduvate meetmete-tegevuste sobivus, sihipärasus ja tulemuslikkus. Raporti eesmärk oli anda poliitikakujundajatele ülevaade, kui adekvaatselt on RTA-s arvestatud tervishoiu tööjõu kui sektori strateegilise ressursiga, ning soovitusi **valdkonna strateegiliseks käsitlemiseks ning tegevussuundade seadmisel tulevikuks**. Analüüsi teostamisel on kombineeritud erinevaid uurimismeetodeid nagu dokumendianalüüs, Eesti ja rahvusvahelise teaduskirjanduse analüüs, statistiline andmeanalüüs, individuaal- ja grüpiintervjuud Eesti ja välismaa ekspertide ning õenduse ja ämmaemanduse eriala esindajatega. Tellija ootuseks oli saada selle teemaraporti vahendusel ka hinnang RTA-s tervishoiutöötajaid puudutava täitmata jäänud indikaatori sihttaseme sobivuse ja selle osas ellu viidud tegevuste tulemuslikkuse ja kaetuse kohta ning soovitusid edasiste tegevuste planeerimiseks indikaatoritega seotud sihtide saavutamisel.

Tervishoiutöötajate vajadust mõjutavad otseselt demograafilised muutused (elanikkonna vananemine suurendab tervishoiuteenuste vajadust), sotsiaalsed ja poliitilised faktorid (sh ressursitõhususe stimuleerimine), tehnoloogia ja innovatsioon (arengud ravis ning patsientide paranenud võimalused oma tervisekäitumise juhtimiseks), teenusekasutajate ja patsientide suurenenud ootused aga ka kultuuriliselt seotud (lähi)riikide tööjõuvajadus. Tervishoiusüsteemi suureks väljakutseks on tehnoloogiavõimaluste kasutamine ja vanadest mudelitest väljumine (Arengufond 2014). Tervishoid on tööjõumahukas majandussektor, mille töötajaskonna ettevalmistamine on kulukas ja ajamahukas. Nii seda kui ka töötajate universaalseid oskuseid arvestades – omandatud oskuseid on piisava keeleoskuse korral võimalik rakendada kõikjal maailmas – on riigi tööjõu optimaalne planeerimine ülioluline. Piisava pädevusega töötajate ettevalmistamine ebapiisaval arvul seab ohtu tervishoiuteenuste kvaliteedi ja kättesaadavuse. Töötajate ettevalmistamine liialt suure varuga on riigi vaatenurgast ressurside raiskamine – kulukas investering jääb rakendamata, kui töötaja asub end realiseerima teises riigis või valdkonnas, mis omandatud kutseoskuseid ei nõua.

Toetudes OECD (2016) värsketele raportile **peaks tervisevaldkonna tööjõupoliitika olema suunatud aja- ja asjakohaste oskustega tervishoiutöötajate optimaalse arvu ja koosluse saavutamisele ning teenuste osutamisele õigel tasandil, et vastata paremini muutuva vanusestruktuuriga elanikkonna tervise-vajadustele ja tagada kasvavate kulude eest parima väärtuse saavutamine**.

RTA-s sedastatuna on Eesti tervishoiusüsteemi võtmeteguriks küllaldane hulk pühendunud, kvalifitseeritud ja enesejuhtimisoskusega tervishoiutöötajaid, kes on motiveeritud arendama inimkeskset, terviseprobleemile vastavat kvaliteetset tervishoiuteenust. Eesti tervishoiusektori tööjõud on eripärane: domineerivad naised (89,5%), vanusstruktuur on kaldu vanemaealiste poole (üle 47% registreeritud tervishoiutöötajatest on vähemalt 50-aastased) ja sektori tööjõud on muust tööjõust oluliselt kõrgemini haritud. Arvukaimad kutsealad tervishoiuasutustes on õed (7906 töötajat), arstid (4659) ja hooldajad (3668). Tervishoiu valdkonnas on tervishoiu ametialadel töötavate inimeste arv perioodil 2008–2014 tõusnud 10,9% ehk 20,1 tuhandelt 22,3 tuhandeni.

1. Tervishoiu tööjõu käsitlemine Rahvastiku tervise arengukavas

Tervishoiu tööjõu teemavaldkond ei ole RTA-s selgepiirilisel eristatud, mistõttu sisustas uurimusmeeskond teemavaldkonna RTA ja selle rakendus- ja tegevuskavade esmase analüüsi järel. Terminit „tervishoiutöötajad“ on analüüsis käsitletud laiemalt kui sätestab tervishoiuteenuste korraldamise seaduse (edaspidi TTKS) §3. Selles töös hõlmab mõiste kõiki kutsealasid, mille esindajaid osutavad elanikkonnale teenuseid, mis on suunatud terviseprobleemide ennetamiseks, diagnoosimiseks ja ravimiseks.

RTA-s seatud eesmärged üheskoos seotud probleemkohtadega analüüsidest ilmneb, et tervishoiutöötajate teemavaldkond haakub vahetult vaid ühega RTA strateegilistest tegevussuundadest – ‘Tervishoiusüsteemi areng’. Töötajaskonnaga seotud probleemkohad on aga markeritud ka veel valdkonnades ‘Laste ja noorte turvaline ja tervislik areng’ ning ‘Tervislik eluviis’, kuid eesmärged probleemkohtade lahendamiseks pole neis valdkonnades seatud.

RTA-s on II valdkonna ‘**Laste ja noorte turvaline ning tervislik areng**’ käsitletutes nimetatud valdkonna peamiste probleemide all lastepsühholoogide, lastepsühhiaatriliste ravi- ja diagnostikameeskondade, sotsiaaltöötajate, koolipsühholoogide ja logopeedide pakutava abi ebapiisavat kättesaadavust. Probleemi lahendamiseks on soovitusliku tegevusena kohaliku omavalitsuse tasandil rakendamiseks välja käidud „suurendada arenguliste ja hariduslike erivajadustega lastele tugiteenuste (logopeediline, psühholoogiline, eripedagoogiline abi) kättesaadavust, vajadusel koostöös maakondlike nõustamiskeskustega ning kindlustada sotsiaalpedagoogide/sotsiaaltöötajate, koolimeedikute, terviseõpetuse õpetajate, logopeedide, psühholoogide jt spetsialistide osutatavate teenuste kättesaadavus paikkonna koolides“.

IV valdkonna ‘**Tervislik eluviis**’ käsitletutes on fookuses peamised terviseriskid ning tervisekäitumise kujundamine. Ent ka siin on valdkonna peamiste probleemide kirjeldamisel markeritud, et „Lastepsühhiaatrite, lastekaitse spetsialistide ja sotsiaaltöötajate arv on ebapiisav ning nende töökoormus on suur.“

Tervishoiutöötajate teemavaldkonda käsitletakse oluliselt põhjalikumalt RTA VI valdkonna ‘**Tervishoiusüsteemi areng**’ all. Ressursside ja teenuste alamjaotuses nenditakse peamiste probleemide kirjelduses, et „tervishoiuteenuste osutajate inimressursid ja infrastruktuuri võimsus on piiratud ning tervishoiutöötajate pädevushindamine pole piisavalt koordineeritud.“ Tervishoiuteenuste kontekstis on nimetatud probleemkohana pikki eriarsti ravijärjekordi ning esmatasandi tervishoiuteenuste kättesaadavuse ebaühtlust.

Valdkonna ühe **prioriteedina** on nimetatud, et: „Tervishoiusüsteem, kus töötavad kvalifitseeritud ja motiveeritud tervishoiutöötajad, peab olema patsiendikeskne.“

Alaeesmärgiks on seatud, et „Kõigile inimestele on tagatud kvaliteetsete tervishoiuteenuste kättesaadavus ressursside optimaalse kasutuse kaudu.“

Valdkonna alaeesmärgi saavutamist jälgitakse järgmiste **indikaatorite** abil:

- arstide arv 100 000 elaniku kohta;
- õendusala töötajate arv 100 000 elaniku kohta.

Tervishoiutöötajate teemavaldkonnaga seotult on perioodiks 2013–2016 kohandatud rakendusplaanis kavandatud valitsuse tasandile rakendamiseks meetmed (M), mille alaeesmärgid on järgmised:

- M2. Ühiskonna ootustele ja vajadustele vastava esmatasandi tervishoiu, sh õendus- ja ämmaemandusabi tagamine;
- M3. Eriarstiabi ja haiglavõrgu korraldamine tagamaks vajaduspõhised, kvaliteetsed ja kättesaadavad eriarstiabiteenused;
- M4. Piisavate ressursside tagamine tervishoiusüsteemi toimimiseks (sh motiveeritud ja pädevad töötajad).

Täiendavalt on peatükis käsitletud haiglavõrgu optimeerimisega seotud aspekte, nt on võetud plaani töötada välja ja viia ellu haiglavõrgu ja esmatasandi tervishoiu arengusuunad aastani 2020, kuid kitsamalt ei ole tervishoiutöötajate tasandit seejuures puudutatud.

Soovituslikud tegevused organisatsioonide tasandil rakendamiseks on RTA-s järgmised:

- analüüsida tervishoiutöötajate rahulolu ja suurendada seda motivatsioonisüsteemi kaudu;
- korraldada, hinnata ja toetada tervishoiutöötajate täiendusõpet;
- korraldada regulaarselt pädevushindamist;
- tõhustada koostööd Tartu Ülikooliga ja tervishoiu kõrgkoolidega personali planeerimiseks, koolitamiseks ja tööle värbamiseks.

+++

RTA-s sisalduv visioon tervishoiu tööjõust on mitmetahuline ja keskseid probleemkohti üldjoontes kõnetav, markeeritud on järgmised aspektid:

- töötajate piisavus;
- töötajate motiveeritus;
- töötajate pädevus/kvalifikatsioon;
- ressursside optimaalne kasutus, mis tööjõu kontekstis võiks tähendada, et abi osutatakse õigel teenusetasandil ja seda teevad sobiva kvalifikatsiooniga inimesed;
- kvaliteetse abi pakkumisel patsiendi vajadustest lähtumine.

Arvestades tervishoiusektori tööjõumahukust, on RTA alaeesmärgiks seatud *kõigile inimestele tagatud kvaliteetsete tervishoiuteenuste kättesaadavus ressursside optimaalse kasutuseni* võimalik jõuda üksnes juhul, kui **vajalike oskustega tervishoiutöötajaid on piisavalt**. Uurimismeeskonna hinnangul on suhtarvude põhine lähenemine arvukamatele kutsealadele olemuslikult asjakohane viis sihtide seadmiseks, kuid mõõdetavad sihid ei tohiks vaid nendega piirduda. Valitud arvuliste väärtuste osas ei saa tehtud valikuid lugeda lõpuni põhjendatuks (neid kitsaskohti on avatud ptk-s 3.2).

Töötajatele pakutav töötasu peab olema proportsioonis nende vastutuse ja ettevalmistuse ja oskustega. Töötasu ebapiisavus üheskoos ülekoormuse jt töötajate motivatsiooni kahandavate teguritega võib luua eeldused kvalifitseeritud inimeste lahkumiseks abiosutaja rollist, sektorist või riigist. Kuigi valdkonna 'Tervishoiusüsteemi areng' all sisalduv meede **M4 Piisavate ressursside tagamine tervishoiusüsteemi toimimiseks (sh motiveeritud ja pädevad töötajad)**, on see sulgudes lisandus osutunud RTA senise perioodi vältel mõneti deklaratiivseks. Väljaspool visiooni ehk rakenduskavas ja tegevusplaanides ei paku RTA ühtegi pidepunkti, kuidas tervishoiutöötajate motivatsiooni tõsta ning ülekoormust (või ka alakoormust üld- ja kohalikes haiglates) vältida.

Ressursside optimaalse kasutuse vaatevinklist on ootuspärane, et inimesele osutab tervishoiuteenust spetsialist, kelle ettevalmistus ja kvalifikatsioon seda ette näeb, ning teenust pakutakse optimaalsel tasandil. Ka tervishoiutöötajate eneseteostuslikust aspektist vaadates peaks kõik töötajad täitma süsteemis rolli vastavalt oma kvalifikatsioonile ning tööülesannete täitmisel ei esine üle- ja alakvalifitseeritust. Tagatud ja soodustatud peab olema kvalifikatsiooni hoidmise protsess. Ülal kirjeldatud ootustega näivad mõõndustega tegelevat valdkonna 'Tervishoiusüsteemi areng' all sisalduvad M2, M3 ja M4. RTA esimeses perioodis tervishoiu tööjõu valdkonnas toimunud muutustest on just rollides toimunud arengud olnud ilmselt kõige põhimõttelisemad. Nii on RTA perioodi mahtunud iseseisva õendus- ja ämmaemandusabi oluline laiendamine ning esmatasandi tugevdamine nt pereõe rolli laiendamise ja täiendava pereõe lisamise kaudu. Teisalt on ülalkirjeldatud muutuste taga pigem paralleelsed arengukavad (nt Esmatasandi tervishoiu arengukava ja Õendusala arengukava) või muud kokkulepped (nt Hea tahte koostöökokkulepe „Tervishoiusüsteemi jätkusuutlikkuse tagamine“) ning seotud arengud jõudsid RTA-sse pigem sekundaarselt.

Patsiendikeskne tervishoiusüsteem – autorid eelistavad ise konstrukti „inimkeskne tervishoiusüsteem“¹ – võiks tähendada, et inimene saab parimat abi (nõustamist, raviteenuseid, sotsiaalteenuseid) tema abivajadusest lähtuvalt ega sõltu ressurside, sh tervishoiutöötajate hõivatusel vmt süsteemikesksetest teguritest. Kuigi sedagi aspekti saab seostada valdkonna 'Tervishoiusüsteemi areng' all sisalduvate M2, M3 ja M4-ga, on tõsiasi, et seegi siht ei ole RTA-s sisukat käsitlust leidnud. Ka 2016. aasta viimases kvartalis valitsev olukord tervishoius viitab, et inimkesksus on pigem tagaplaanil olev väärtus.

Kokkuvõtteks saab küll öelda, et ülaltoodud printsiipide markeeritus RTA tasandil viitab, et poliitikakujundajatel on hea arusaamine, milline peaks tervishoiu tööjõud ideaalis olema. Põhimõtteliseks probleemkohaks on aga see, et nende printsiipide rakendamiseks päriselus ei ole tegevusplaani loodud ega süsteemseid samme astunud. Kuigi kirjeldatud printsiibid ei ole kunagi täielikult saavutatavad, peab nende poole toimuma järjekindel liikumine, vajalik on saavutatavate vahe-eesmärkide seadmine ja sõnastamine. Nagu järgnevad leheküljed demonstreerivad, on RTA rakendusplaanis ja tegevuskavades tervishoiutöötajaid käsitletud eelkõige kui enesestmõistetavat ressursi, mille toel toimub teenuste pakkumine. Vaid juhul, kui teatud kutseala või eriala esindajad peavad midagi täiendavalt tegema, kerkib esile vajadus neid selleks koolitada. Tegevusi, mille keskmes on siht, et seda „ressursi“ oleks piisavalt ning see oleks motiveeritud ja optimaalselt koormatud, RTAs napib. Pole ilmselt juhus, et RTA perioodi on jäänud laialatuslik tervishoiutöötajate streik – streigi järel koostatud hea tahte koostöökokkuleppes „Tervishoiusüsteemi jätkusuutlikkuse tagamine“ sisalduvad mitmed ootused, mis uurimismeeskonna hinnangul oleks pidanud sisalduma RTA-s, ning millega strateegilisel tasandil mittetegelemine oligi tõenäoliselt üks peamistest streigipõhjustest.

Väljaspool arstide-õdede suhtarvu on RTA-s jäänud kõnetamata teised tervishoiuvaldkonna tööjõuga seotud probleemkohad. Kuigi – nagu eespool öeldud – RTAs nenditi selle koostamise hetkel lastepsühholoogide, lastepsühhiaatriliste ravi- ja diagnostikameeskondade, sotsiaaltöötajate, koolipsühholoogide ja logopeedide pakutava abi ebapiisavat kättesaadavust, pole seda RTA-s nähtud valitsuse tasandi ülesandena vaid sellega tegelemist on esitatud soovitusliku KOV-tasandi tegevusena. Uurimismeeskond on seisukohal, et KOV saab tegeleda tervishoiupersonali nappusega üksnes piiratud ulatuses. Kui riigis on teatud kutseala esindajate hulk ebapiisav, toob see kaasa organisatsioonide jõulise konkureerimise samade töötajate pärast ning teatud organisatsioonid ja piirkonnad jäävad

¹ Inimkeskse tervishoiusüsteemi eesmärk on lükata edasi aega, mil inimesest saab raviteenuste tarbija ehk patsient.

selles võitluses kaotajaks. Kuigi KOV-tasand saab soodustada tervishoiutöötajate liikumist ja jäämist piirkonda (nt tagades esmase eluaseme, pakkudes lapsehoiuvõimalusi, soosides ootuspärase elukeskkonna kujunemist), on KOV võimalused võrreldes valitsustasandi hoobadega tagasihoidlik (vt Veldre & Kruus 2014). Seega peab töötajate piisavuse küsimuse lahendamine jääma – vähemalt Eestisuguses väikeriigis – alati valitsustasandi ülesandeks.

Olukorras, kus strateegiliseks sihiks on võimalikult optimaalne ressursikasutus, ei ole ka põhjendatud, et strateegia fookuses hoitakse vaid seadusega reguleeritud kutsealasi, käsitledes teisi teisejärgulisena. Näiteks võib selliste spetsialistide nagu psühhoterapeutide, tegevusterapeutide, füsioterapeutide aga ka hooldustöötajate ja kliiniliste assistentide olemasolu ja piisavus mõjutada oluliselt tervishoiuasutuste vajadust meditsiinitöötajate järele. Nii on üks tervishoiu tööjõuga seotud probleem, mis on RTAs jäänud käsitlemata, tõstetud üles hoopiski Laste ja perede arengukavas 2012–2020, kus nenditakse, et „*Eestis kehtivates õigusaktides ei defineerita psühholoogi ja psühhoterapeudi mõistet*“. /---/ *Eestis ei ole üheski seaduses kirjeldatud psühholoogilise abi ja psühhoteraapia sisu ning puudub standardiseeritud süsteem nimetatud teenuste osutamiseks.*“ Kuigi uurimismeeskond ei võta seisukohta, kas ja millises ulatuses peaks äsjanimetatud teenused olema reguleeritud just seaduse tasandil, leiame siiski, et riiklikul tasandil peaks olema kujundatud selge seisukoht, kas ja kuidas nende teenuste osutamist reguleeritakse ning probleemkoha kõnetamine oleks just RTA tasandil asjakohane. Sarnaselt ei ole RTA-s puudutatud kliiniliste psühholoogide ja logopeedide kutseaasta problemaatikat – nimelt ei taga haridussüsteem kliiniliseks psühholoogiks või logopeediks spetsialiseerumisel vajalikku väljaõpet nn kutseaasta näol, mis sisaldab bakalaureuse- ja magistriõppe läbimise järgselt spetsialiseerumiskursuseid ja juhendatud praktikat.² Ometi seab valitsuse tasandil kinnitatav Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetelu mitmete teenuste puhul tingimuseks, et Haigekassa saab teatud teenuseid osta üksnes juhul kui tegu on just kliinilise psühholoogi või logopeediga.³ Nõutava kvalifikatsiooni omandamine on seega võimalik üksnes tööandjate ja/või töövõtjate finantsilise panuse toel. Uurimismeeskond on seisukohal, et tervishoiusüsteem ei tohiks seada teenuste ostmisel selliste kvalifikatsioonide olemasolu, mille ettevalmistust riik koguulatuses ei võimalda. Seega on põhjendatud kas haridusliku ettevalmistuse kitsaskoha kõrvaldamine või teenuseostu reeglite leevendamine. Olukorras, kus viimane võib kaas tuua teenusekvaliteedi languse, on ootuspärane neist esimese rakendamine. Olles otseselt seotud teenuste kättesaadavuse ja spetsialistide piisavuse teemaga, oleks seegi probleem pidanud käsitlemist leidma RTAs.

² vt <http://www.kutsekoda.ee/et/kutseregister/kutsestandardid/10489529/pdf/kliiniline-psuhholoog-tase-7.5.et.pdf>

³ <https://www.riigiteataja.ee/akt/122122015054>

Järeldused

1. RTA-s sisalduv visioon tervishoiu tööjõust on mitmetahuline ja keskseid probleemkohti üldjoontes kõnetav, markeeritud on kõik olulised aspektid nagu töötajate piisavus, motiveeritus, pädevus ja kvalifikatsioon, ressursside optimaalne kasutus, ning kvaliteetse abi pakkumisel patsiendi vajadustest lähtumine.
2. Kuigi poliitikakujundajatel on hea arusaamine, milline peaks tervishoiu tööjõud ideaalis olema ei ole RTA-s ega üheski teises strateegilises dokumendis loodud tegevusplaani ega kavandatud süsteemseid samme, et visiooni realiseerida.
3. RTA fookuses on seadusega reguleeritud tervishoiu kutsealad ning kõnetamata on jäänud teised tervishoiuvaldkonna kutsealad ja nendega seotud probleematika.

Soovitused

1. Soovitame püüelda tervishoiu tööjõu poliitika strateegilisel juhtimisel terviklikuma käsitluse poole, mis arvestab järgmisi aspekte: a) hõlmab kõiki tervishoiuvaldkonnas tegevaid kutsealasid; b) pakub konkreetse tegevusplaani, kuidas sidusrühmadega kokkulepitud visiooni realiseerida.

2. Planeeritud ja ellu viidud tegevused

RTA elluviidud tegevusi analüüsidest ilmnes, et tervishoiutöötajate valdkonnaga haakusid tegevused kolmes RTA strateegilises tegevussuunas:

- laste ja noorte turvaline ning tervislik areng;
- tervist toetav elu-, töö ja õpikeskkond;
- tervishoiusüsteem.

Analüüsitud tegevused on alljärgnevalt grupeeritud RTA strateegilise tegevussuuna ja seejärel tervishoiuvaldkonna või muu kategooria lõikes. Kuigi valdkonnaga on seostatavad väga erinevad tegevused, on käesolevas analüüsis vaadeldud asjakohastena üksnes neid tegevusi, mis vastavad ühele järgmistest tunnustest:

- seotus kutseala pädevuspiiride laiendamisega (nt õdede iseseisvuse suurendamine),
- mõne kutsealaga otseselt seotud teenuse osutamise viimine ühelt teenusetasandilt teisele,
- kutseala esindajate arvu suurendamine või hoidmine,
- tegevus on seotud tervishoiutöötajate tegevuse olulise kohandamisega patsiendikesksemaks muutumisel.

Kuigi näiteks koolituste läbiviimine või tervishoiutöötajatele juhendmaterjalide väljatöötamine käib läbi kõikidest valdkondades, on selles analüüsis loetud asjakohasteks ainult need tervishoiutöötajate täiendkoolitused, mille näol on tegu kvalifikatsiooni tõstmise või nihkega patsiendikesksemale teenuseosutamisele (nt BFHI ehk beebisõbralike haiglate põhimõtete rakendamiseks meditsiinitöötajate ettevalmistamise koolitused). Samuti on RTA-s ja selle rakenduskavas mitmete teenuste puhul markeeritud teenuse kättesaadavuse parandamist ja mahtude suurendamist, mis võib omada olulist mõju ühe või mitme tervishoiu kutseala töötajate vajadusele. Uurimismeeskond on käesolevas töös pööranud kättesaadavuse aspektile tähelepanu üksnes juhul, kui see on eksplitsiitselt või ka uurimismeeskonna taustateadmiste kohaselt seostatav ootustega konkreetsele kutsealale⁴.

2.1. RTA tegevussuund 'Laste ja noorte turvaline ning tervislik areng'

Iseseisev ämmaemandusabi

2011. aasta tegevuskavas sisaldub **meetme „Suurendada rasedatele ja imikutega peredele tasuta kvaliteetsete tervishoiu-, nõustamis- ja tugiteenuste kättesaadavust“** all tegevused:

- toetada iseseisva ämmaemandusabi teenuse osutamist,
- alustada läbirääkimisi Ämmaemandate Ühinguga võimalike meetmete üle, mille abil suureneks ämmaemandate iseseisva teenuse pakkumise aktiivsus.

⁴ Kättesaadavus võib tervishoiutöötajate piisavusest hoolimata olla praktikas pärsitud ka rahastamiskeemide ebapiisavuse tõttu või tulenevalt probleemidest teenuste disainiga.

Tegevuste oodatav tulemus on, et ämmaemandate iseseisva teenuse osutamise läbi on vähenenud naistearstide ootejärjekorrad ja selle tulemusena on raseduse jälgimise kättesaadavus paranenud.

2012. aasta tegevuskavas on sama meetme all tegevused:

- toetada iseseisva ämmaemandusabi teenuse osutamist;
- jätkata läbirääkimisi Ämmaemandate Ühingu võimalike meetmete üle, mille abil suureneks ämmaemandate iseseisva teenuse pakkumise aktiivsus

Tegevuste oodatava tulemusena on märgitud: „*Läbirääkimiste tulemusel on tehtud ettevalmistused 2013. aastaks, et vormistada ämmaemandusabi teenuse osutamise täiendatud õiguslik regulatsioon.*“

Samasisuline tegevus on hilisemates tegevuskavades hõlmatud esmatasandi tervishoiuteenuste alaossa.

Esmalt tegevuste keskmes olevat arengut fookusesse võttes ilmneb, et tegu on olulise arenguga ämmaemanduse vastutusvaldkonna laiendamisel, mis läbi viiakse ämmaemandate vastutus vastavusse nende kvalifikatsiooniga, vabastades seeläbi eriarsti tööaega tegevuste arvelt, mis tema pädevust ei nõua (nt normaalselt kulgevate raseduste jälgimine, nõustamine jmt). Kõnealune areng on ühelt poolt tervishoiu ressursi optimaalse kasutuse küsimus, kuid teisalt on iseseisva ämmaemandusabi arendamisel otsene roll ka rasedatele ja imikutega peredele kvaliteetsete tervishoiu-, nõustamis- ja tugiteenuste kättesaadavuse suurendamisel ja seega on tegevuse käsitlemine alamvaldkonna *‘Laste ja noorte turvaline ning tervislik areng’* all igati asjakohane. **Seega on arengu kajastumine RTA-s vägagi asjakohane, see järgib teiste arenenud riikide trende ning on ka huvirühmadega kooskõlastatud – täpsemalt lähtub see Eesti Ämmaemandate Ühingu koostatud Ämmaemanduse arengukavast aastateks 2002–2015.**

Tegevusi endid vaadeldes ilmneb aga, et RTA tasandile on jäänud varem või mujal otsustatu tehniline vormistus. Ühelt poolt on tegevusteks „läbirääkimiste alustamine“ ja „jätkamine“ eesmärgiga „vormistada õiguslik regulatsioon“. Kuigi sõnastuslikult sobivad need pigem ühe ametniku tegevuskavva, ei saa siiski alahinnata pikaajaliste protsesside lõpule viimise juhtimise vajadust, mistõttu saab need tegevused mõõndustega lugeda asjakohaseks. Tänapäevaks on need ka teostatud. Tegevus tähistusega „toetada iseseisva ämmaemandusabi teenuse osutamist“ on RTA tegevusplaani tasandil täiesti ebakohane – strateegiline juhtimistööst ei tohiks sisaldada seisukohavõtte, mis kedagi millekski ei kohusta.

Tervishoiutöötajate täiendkoolitus

2011. aasta tegevuskavas sisalduvad **meetme „Tõhustada eelkooliealiste laste arengu- ja tervisehäirete varaseks avastamiseks, vanemate nõustamiseks, immuniseerimise hõlmatuse säilitamiseks ja hambahaiguste ennetuseks tehtavat regulaarset ennetavat tervisekontrolli“** all järgmised alategevused:

- a) Uute hambaraviõdede välja koolitamine lisandusega, et koolitatud õded erinevatest maakondadest teevad koostööd lasteaedadega ning viivad seal läbi asjakohaseid koolitusi ja praktilist õpet. Alategevuse oodatav tulemus oli: „Kaasata projekti vähemalt 30 uut õde ja 40 lasteaeda (igast maakonnast).“ Tegevuse üldeesmärk oli laste hammaste tervise paranemine.
- b) Hambaraviõdede iseseisva vastuvõtu arendamine.

Uute hambaraviõdede välja koolitamise tegevus kordub ka 2012 tegevuskavas.

Uurimismeeskonnal ei ole võimalik nimetatud tegevusi olemasolevate allikatele tuginedes adekvaatselt hinnata, kuna hambaravi eksperte uuringu intervjueritavate seas ei olnud. Kättesaadavate allikate toel ei ole võimalik vastata, kuidas „uute hambaraviõdede välja koolitamine“ toimus, kuivõrd olulist rolli mängis siinjuures õe kutse ja kuivõrd puudutas mittemeditsiinilise haridusega hambaraviassistente või suuhügieniste. Käesoleval hetkel formaalharidussüsteemis ega projektipõhiselt hambaraviõdesid ei koolitata, mistõttu on igal juhul tegu olnud jätkusuutmatu initsiatiiviga.

2013. aastal kinnitatud perioodi 2013–2016 rakendusplaanis sisaldus **meetme (M1) „Reproduktiiv- ja imikute tervise edendamine“** all tegevus „BFHI (Beebisõbralike haiglate) põhimõtete rakendamiseks meditsiinitöötajate ettevalmistamine“ eesmärgiga, et täiendõpet on võimaldatud 700-le meditsiinitöötajale (sünnitusosakondade personal ja pereõed). 2013. aasta kalendriaastapõhises tegevuskavas sisaldus alamtegevus (samasisulise eesmärgiga), mille kohaselt koostatakse koolituskava ja pakutakse täiendkoolitust kuni 600-le tervishoiutöötajale (sünnitusosakondade personal ja pereõed).

2014. aasta tegevuskavas oli sama meetme (M1) all samasisuline tegevus järgmiste alamtegevuste ja oodatavate tulemustega: a) täiendkoolituse võimaldamine 6-le imetamisnõustajale; b) täiendkoolituse võimaldamine kuni 400-le tervishoiutöötajale (sünnitusosakondade personal ja pereõed); c) vähemalt 2 sünnitusosakonna sertifitseerimise läbiviimine.

2015. aasta tegevuskavas on märgitud, et täiendkoolitused imetamisnõustajatele ja tervishoiutöötajatele jätkuvad ka 2015. aastal ja toimub sünnitusosakondade sertifitseerimine, mille oodatavaks tulemuseks on, et sihtgrupp on koolitatud (vähemalt 6 imetamisnõustajat, täiendkoolituse läbinud 400 tervishoiutöötajat) ja sünnitusosakonnad on läbinud sertifitseerimise (vähemalt 3 sünnitusosakonda).

2016. aasta tegevuskavas on planeeritud tegevusena „BFHI edasi arendamiseks nõukoja moodustamine haiglate hindamis- ja sertifitseerimisprotsessiks kahes haiglas (nõukoda varasemalt UNICEF all)“, mille eesmärk on: „BFHI arendamiseks on moodustatud nõukoda ning kaardistatud haiglad on läbinud sertifitseerimisprotsessi.“

BFHI (*Baby-friendly Hospital Initiative*) on WHO ja UNICEF-i poolt 1991. aastal käivitatud initsiatiiv, mille fookuses on rinnaga toitmise edendamine. Meede on mitmekülgset hinnatud ja tõendatud positiivse mõjuga lapse tervisele (WHO & UNICEF 2009). **Seega on tegevuste käsitlemine – eeldusel, et need on üle aastate olnud samasisulised – olnud RTA-s antud valdkonna all üheselt asjakohane. Analüüsidest aga initsiatiivi rakendamist, ilmneb, et tegevuse edukas rakendamine on viibinud. Koolitusi on küll läbi viidud, kuid teadaolevalt on Eestis üksnes ITK tunnustatud beebisõbralikuks sünnitushaiglaks⁵.**

⁵ vt <http://perekoool.beebi.eu/sunnitusmaja/> Teisalt on oluline märkida, et Esmane sertifikaat väljastati 2008. aastal 5 aastaks ja seega käesoleval hetkel kehtiv sertifikaat haiglal puudub.

2.2. RTA tegevussuund 'Tervist toetav elu-, töö- ja õpikeskkond'

Tervishoiutöötajate täiendkoolitus

RTA 2011. aasta tegevuskavas sisaldas **meede „Arendada perearstide koostööd töötervishoiuarstide ja tervisekaitsepetsialistidega, et tagada tervisehäirete ja haiguste ennetamine ja efektiivne ravi, arvestades negatiivsete tervisemõjude seotust elu-, töö- või õpikeskkonnaga“** järgmisi tegevusi:

- Koolitused perearstidele tööga seotud haiguste diagnoosimiseks;
- Perearstide koolitamine ja haiguste kodeerimine, võimaldamaks tuvastada võimalikku seost töökeskkonna ja haiguse esinemise vahel.

Tegevuste eesmärk oli koolitada 300 arsti.

2012. aasta tegevuskavas on sama meetme all tegevus:

- Arendada töötervishoiuarstide ja teiste töötervishoiuspetsialistide koostööd perearstidega, et tagada tervisehäirete ja haiguste ennetamine ja efektiivne ravi, arvestades negatiivsete tervisemõjude seotust elu-, töö- või õpikeskkonnaga

Tegevuste eesmärk on, et perearstide oskused ja teadmised võimaldavad koostööd töötervishoiuspetsialistidega. Järgnevate aastate tegevuskavadest on samalaadne tegevus välja jäänud.

Uurimismeeskonna hinnangul oli **kavandatud tegevus mõeldud lahendama probleemi viisil, mis ei olnud mõistlik ega teostatav, mistõttu on tegevuse nõ hägustamine 2012. aasta tegevuskavas ja kadumine edasistest kavadest üksnes tervitatav**. Uurimismeeskond on seisukohal, et kehtivas töötervishoiu korralduses on mitmeid põhimõttelisi probleemkohti (vt nt Veldre, Masso, Osila 2015 lk -d 81–83, 85–88), mida ei ole võimalik lahendada ega oluliselt leevendada ühe töötervishoiusüsteemist väljaspool asuva spetsialistide grupi võimestamisega olukorras, kus see spetsialistide grupp on kohustustega juba üle koormatud.

Kutsestandardite väljatöötamine

2012. aasta tegevuskavas on **meetme „Parandada töötervishoiu korraldust, parandada oluliselt töötervishoiuteenuste kvaliteeti ning nende teenuste kättesaadavust kõikidele töötajatele“** all alamtegevus „Ergonoomi ja tööpsühholoogi kutsestandardi väljatöötamise algatamine ja korraldamine.“ Alamtegevuse oodatavaks tulemuseks on, et *ergonoomi ja tööpsühholoogi kutsestandardid on välja töötatud ja Kutsekojas kinnitatud*.

Sarnaselt sisaldab 2013. aasta tegevuskavas meede (M3) „Tervist toetava töökeskkonna arendamine ja töökeskkonnast tulenevate terviseriskide vähendamine“ tegevuse „Töötervishoiuteenuste kvaliteedi oluline parandamine ning nende teenuste kättesaadavus kõikidele töötajatele ja töötervishoiu korralduse parandamine“ alamtegevust „Kutsestandardi 7. taseme tööhügieenik, tööergonoom, tööpsühholoogi väljatöötamine Kutsekojas“ oodatava tulemusega, et nimetatud tegevus on tehtud.

Tippspetsialistide uute **kutsestandardite väljatöötamine on uurimismeeskonna hinnangul oluline arendustegevus, mis paneb paika seadusega reguleerimata tervishoiutöötajate kvalifikatsiooni-piirid**. Teenuste kvaliteedi seisukohalt on oluline, et töötervishoiuarsti ja -õe kõrval oleks ka teiste toetavate tippspetsialistide kvalifikatsioonipiirid sätestatud. See võib motiveerida valdkonnas tegutsevaid spetsialiste oma kvalifikatsiooni tõstma. Enamasti tuleb kutsestandardite väljatöötamisel

initsiatiiv erialaorganisatsioonidelt – näiteks on samal aastal valminud/uuendatud ka kliinilise psühholoogi ja logopeedi kutsestandardid, kuid kumbki RTA-s ei kajastu. Olukorras, kus seotud erialaühendused initsiatiivi üles ei näita, on oluline, et valitsussektor pakuks kutsestandardini jõudmiseks korralduslikku ja analüütilist tuge. Tegevus teostati 2013. aasta viimases kvartalis.

2.3. RTA tegevussuund 'Tervishoiusüsteemi areng'

Õigusliku keskkonna üldine kohandamine

RTA meede: Töötada välja ja rakendada teenuste kvaliteediindikaatorite süsteem

Meetme tegevussuund 1: Tervishoiutöötajate ning tervishoiuteenuste osutamisse kaasatud kutsete pädevuse ja vastutuse ning järelevalve täpsem reguleerimine

RTA 2011. ja 2012. aasta tegevuskavas on planeeritud alamtegevus:

- täpsustatakse tervishoius töötavate spetsialistide erialast pädevust ja lisapädevust reguleerivaid õigusakte.

2013. aasta tegevuskavas on planeeritud:

- tervishoiuteenuse osutamisse kaasatud kutsete ja tervishoiutöötajate lisaeriala õigusliku staatuse täpsustamine.

2014. aastal eraldi alamtegevusi enam toodud ei ole, kuid oodatavaks tulemuseks on „Tervishoiutöötajate ning tervishoiuteenuste osutamisse kaasatud kutsete pädevuse ja vastutuse reguleerimise eelnõu Vabariigi Valitsusele esitatud.“

2015. aasta tegevuskavas on järgmised alamtegevused:

- Tervishoiutöötajate ning tervishoiuteenuste osutamisse kaasatud kutsete pädevuse ja vastutuse reguleerimise rakendusaktide ettevalmistamine ja jõustamine oodatava tulemusega tervishoiutöötajate ning tervishoiuteenuste osutamisse kaasatud kutsete pädevus ja vastutus reguleeritud ning eeldused loodud tervishoiutöötajate pädevuse pidevaks arenguks;
- Tervishoiutöötajate pädevushindamise ja tegutsemisõiguste uuendatud põhimõtete väljatöötamine oodatava tulemusega tervishoiutöötajate pädevushindamise ja tegutsemisõiguste uuendatud põhimõtted väljatöötatud.

2016. aasta rakenduskavas on planeeritud järgmised alamtegevused:

- Tervishoiutöötajate pädevuse tagamise süsteemi arendamine oodatava tulemusega süsteem toimib ja tagab elukestva pädevuse säilimise;
- Kolmandatest riikidest tervishoiutöötajate pädevuse hindamise ja abiarstide tegutsemisõiguste uuendatud põhimõtete väljatöötamine samasisulise oodatava tulemusega.

Käesolevasse tegevuste gruppi on koondunud mitmed nn täppishäälestamisena käsitletavad tegevused. Kuigi konkreetse sõnastusliku vormistuse pinnalt saab mitmeid tegevusi kritiseerida – tegevuste seas on *õigusaktide* või *õigusliku staatuse täpsustamine, rakendusaktide ettevalmistamine ja jõustamine*, ja abstraktne *süsteemi arendamine* – on nende tegevuste sisuks siiski olulised aspektid,

millele on põhjendatud strateegilisel tasandil tähelepanu tuua. Siinkohal on oluline ka arvesse võtta, et tervishoiutöötajate kvalifikatsioonide ja kutsete tasandil on mitmed olulised arengud enne RTA vastu võtmist juba aset leidnud ning printsiipiaalseid muutused on tõenäolised üksnes piiratud ulatuses mõnede spetsialistide rühmade lõikes, mistõttu on üldisel tasandil asjakohased just olemasoleva kohandused ja täiendused. Ülaltoodust on ehk strateegiliselt kõige tähelepanuväärsemad tegevused kolmandatest riikidest tervishoiutöötajate pädevuse hindamise ja abiarstide tegutsemisõiguste põhimõtete uuendamine, mis on tulenenud otseselt vajadusest kohandada regulatsioon nõu päriseluga, et aidata leevendada tööjõu nappusest tulenevaid kitsaskohti.

Tegevuste üldsõnalisus muudab raskeks nende teostatuse hindamise. 2011–2015 kavandatud tegevused saab grammatilises tõlgenduses lugeda tehtuks, kuid nagu sedastatud mitmes teiseski valdkondlikus raportis peaks uurimismeeskonna hinnangul olema RTA tegevuste fookuses alati võimalikult konkreetne mõõdetav poliitikamuudatus ehk *õigusaktide täpsustamise* või *rakendusaktide ettevalmistamise* jmt asemel võiks tulevikus olla sõnastatud huvirühmadele arusaadavalt, mis on tegevuse järel teisiti.

Kiirabi

RTA meede: Tagada kõigile abivajajatele optimaalse standardiseeritud kiirabiteenuse kättesaadavus

2011. ja 2012. aasta rakenduskavas on planeeritud järgmised tegevused:

- Tagatakse riigis ööpäeva- ja aastaringelt 90 nõuetekohase kiirabibrigaadi töö.
- Täpsustatakse kvaliteedinõudeid kiirabiteenuse osutajatele.
- Reguleeritakse mitteerakorralise transporditeenuse ja meditsiinilise julgestamise teenuste osutamine kiirabiteenuse osutajate poolt.
- Tagatakse kiirabiteenuse kättesaadavus ka väikesaartel vajadusel helikopteritranspordi abil.“

Järgnevatel aastatel tegevuskavades käsitletakse üksnes regulatsioonide koostamisi ja kaasajastamisi ning kiirabi kui teenuse kättesaadavuse tagamist tervishoiutöötajate aspektiga tegevusi vahetult seostamata.

Kiirabireform, mis suurendas õebrigadide hulka arstibrigadide arvelt, käivitus 2014. aastal. RTA uuendatud versioon seda enam sisuliselt ei käsitlenud. Ka ülalolevad tegevused on pigem vaadeldavad kui juba kavandatud tegevuste toomine RTA konteksti, mis arendustegevusena enam jõulist mõju ei omanud. Tegevused saab sellises sõnastuses lugeda tehtuks. Kiirabi tööjõuga seotud tegevused kajastuvad oluliselt detailsemalt kiirabi valdkonna vaheraportis.

Esmatasand/üldarstiabi

RTA meede: Arendada koduõendusteenust ja teisi esmatasandi tervishoiuteenuseid

2011. aasta tegevuskavas on all tegevused:

- Laiendatakse õendusteenuste valikut ressursside otstarbekaks kasutamiseks tervishoiu ning vananeva elanikkonna vajaduste katmiseks
- Täpsustatakse esmatasandil osutatava füsioteraapia teenuse sisu ja vajadus.

2012. aasta tegevuskavas on samasisulistest tegevustest füsioteraapiaga seotud tegevus kadunud ja asendunud järgmise tegevusega:

- Võimaldatakse teine pereõde perearsti meeskonda ja motiveeritakse ämmaemandusabi osutamist esmatasandil.

2013. ja 2014. aastal piirdusid alamtegevused teenuste osutamise ja kättesaadavuse tagamisega.

2015. aasta tegevuskavas olid eelmistel aastatel planeeritud tegevused kadunud ja asemele seatud uus tegevus:

- Õendusabi kättesaadavuse parandamine ja koduõendusteenuse võimestamine

RTA meede: Tagada üldarstiabi kättesaadavus perearsti töövälisel ajal

2011. ja 2012. aasta tegevuskavas sisalduvad tegevused:

- Töötatakse välja kontseptsioon üldarstiabi kättesaadavuse tagamiseks öhtusel ajal ja puhkepäeval suurtes elanikkonna tõmbekeskustes asuvates tervisekeskustes.
- Perearsti nõuandetelefoni kättesaadavuse tagamine 24h (oodatav tulemusega, et perearsti nõuandetelefoni 1220 teenus on kättesaadav 24h, kavandatud on ca 18 500 (2011. aastal) või 18 750 kõnet kuus (2012. aastal)).
- Rakendatakse perearstide ja -õdede asendussüsteemi pilootprojekt tagamaks personali parem asendamine puhkuste ajal ja teenuste kättesaadavus.

RTA meede: Ühiskonna ootustele ja vajadustele vastava esmatasandi tervishoiu sh õendus- ja ämmaemandusabi tagamine

Meetme tegevussuund 1: **Õiguslike aluste uuendamine perearsti ja pereõde rolli tugevdamiseks, kvaliteetse ja kättesaadava ning enam ennetusele suunatud üldarstiabi tagamiseks**

Tervishoiutöötajate kui ressursiga on 2013. aasta rakenduskavas planeeritud kaks alamtegevust:

- esmatasandi tervishoiuteenuste loetelu ja esmatasandi tervisekeskuse optimaalse meeskonna koosseisu ja suuruse kokku leppimine
- perearsti tegevuskoha ja meeskonna nõuete kaasajastamine.

2014. aastal sisaldasid järgmised tegevused:

- esmatasandi tervisekeskuste meetme rakendamise kriteeriumite koostamine
- perearstide asenduse ja nimistute haldamise põhimõtete täpsustamine õigusaktides.

2015. aastal olid asjakohasena käsitletavad järgmised kaks alamtegevust:

- esmatasandi tervishoiuteenuste toimemudelite uuendamine
- perearsti nimistu ja konkursi põhimõtete uuendamine kokku lepitud, väljatöötamiskavatsus kooskõlastatud.

2016. aastal olid tervishoiutöötajate teemavaldkonnaga seotud kaks alamtegevust:

- esmatasandi tervishoiuteenuste toimemudelite uuendamine ja esmatasandi arengu suundade kokku leppimine (sh nimistute ja konkursi põhimõtete uuendamine)
- pereõde retseptiõiguse rakendamine oodatava tulemusega pereõde retseptiõigus rakendamisel

Meetme tegevussuund 2: **Õendusabi korralduse ja nõuete kaasajastamine ning teenuste valiku laiendamine**

2013. aasta rakenduskavas oli planeeritud järgmine tegevus:

- Pereõdede retseptiõiguse reguleerimine (oodatava tulemusega, et pereõdede retseptiõiguse reguleerimine on ette valmistatud).

2014. aastal oli samasisulise alamtegevuse oodatav tulemus, et *pereõdede retseptiõiguse eelõu on VV-le esitatud*. Lisatud on uus alamtegevus ehk *ambulatoorse iseseisva õendusabi reguleerimine* oodatav tulemusega, et *ambulatoorse iseseisva õendusabi reguleeriv eelnõu on kooskõlastatud*.

2015. aastal olid alamtegevusteks:

- ambulatoorse iseseisva õendusabi reguleerimine (oodatava tulemusega ambulatoorse iseseisva õendusabi regulatsioon jõustatud rakendamiseks)
- koduõenduse integreerimine esmatasandile.

Meetme tegevussuund 3: **Ämmaemandusabi korralduse kaasajastamine sh kodusünnituse reguleerimine**

2013-2014. aasta rakenduskavades on planeeritud tegevusena:

- Ämmaemandusabi teenuste loetelu ja standardite, sh kodusünnituse reguleerimise ettevalmistamine ja menetlemine

Kui 2013.aastal oli oodatava tulemus, et kodusünnitus regulatsioon on ette valmistatud, siis 2014. aastal oli sihiks kodusünnituse rakendusaktide jõustamine.

2016. aasta tegevuskavas oli alamtegevuseks:

- Esmatasandi ämmaemandusabi rakendamine muude esmatasandi teenustega integreeritult

Meetme tegevussuund 4: **Kättesaadavate ja kvaliteetsete üldarstiabi teenuste järjepidev osutamine, suurendades tervisedenduslike ja haiguste ennetustegevuste osutamist ning krooniliste haigete jälgimist esmatasandil**

2013. ja 2014. aasta tegevuskavas sisaldus alamtegevus:

- perearstide ja -õdede asendussüsteemi käivitamine

2016. aastal olid alamtegevused vastutajate lõikes eristatud. Haigekassa vastutada olevate alamtegevuste kirjeldus algas sedastusega, et *Haigekassa peab oluliseks tugevdada ja laiendada perearstide ravi koordineerija ja tervisenõustaja rolli; järgnesid mõneti konkreetsemad alamtegevused:*

- 2016. aasta eelarve planeerimisel on kestliku esmatasandisüsteemi tagamiseks kaasajastatud üldarstiabi teenuste piirhindu ning laiendatud esmatasandi teenuste paketti. Esmatasandil osutatavate teenuste laienemist on soodustatud 2015. aastal teraapia fondi loomisega ning uuringufondi piirmäära kasvuga;
- 2016. aastaks prognoosime II pereõde 300 nimistule;
- perearsti kvaliteeditasu paketti on lisatud täiendavaid indikaatoreid;
- teraapia fondiga laiendatakse 2016. aastal füsioteraapia teenusega.

Terviseameti vastutusallas olid toodud kaks alamtegevust:

- optimaalse suurusega teeninduspiirkondade ja nimistute loomine (sh alla perearsti nimistu piirsuurusest väiksemate nimistute liitmise regulatsiooni välja töötamine),
- esmatasandi personali strateegia välja töötamine ja sidumine esmatasandi organisatoorse mudeli põhimõtetega (sh asendussüsteem kaasajastamine, inkubatsioon, värbamise põhimõtete väljatöötamine).

+++

Kogu esmatasandi ja üldarstiabiga seotud tegevuste seas on tervishoiu tööjõu aspektist kõige olulisemad ehk järgmised perioodil 2009–2016 toimunud arenguist:

- esmatasandi võimestamine õendusteenustega,
- õdede ja ämmaemandate pädevuspiiride laiendamine,
- perearstide ja -õdede asendussüsteemi kujundamine,
- esmatasandi tervisekeskuste kontseptsiooni väljatöötamine,
- pereõe pädevuspiiride laiendamine.

Nagu ülalt nähtub, on kõnealuste arengute edasiviimine jaotunud mitmete alamtegevuste vahele. Uurimismeeskonnale **torkab teravalt silma oodatavate tulemuste üldsõnalisus ja/või tegevuspõhisus ning tegevuste fragmenteeritus**, mis lubab oletada, et mujal kavandatud tegevused on RTA-ga pigem tagantjärele seostatud, aimata on mitmete kavandatud tegevuste hilinemine. Uurimismeeskonna hinnangul **sisaldasid tervishoiupersonaliga seotud olulised arendustegevused teistes strateegiates (nt *Esmatasandi tervishoiu arengukava aastateks 2009–2015*), mis on olnud RTA suhtes primaarsemad ning mistõttu ei saa RTA-s sisaldunud tegevustele põhjalikemate hinnangute andmine olla kuigi asjakohane.**

Uurimismeeskonna tõlgenduses avaldub siingi ilmekalt RTA-le iseloomulik probleem, et hoolimata RTA presenteerimisest dokumendina, mis *koondab ühtseks tervikuks ja eesmärgistab vertikaalsed tervise valdkonna arengukavad ja strateegiad ning ühendab laia valiku juba toimivaid või loomisel olevaid strateegilisi dokumente teistest valdkondadest*,⁶ ei ole tegu tervisesüsteemi terviklikult vaatava strateegiaga ja tervisepoliitikat kujundatakse jätkuvalt mitmete paralleelsete dokumentide toel, millest nopitakse RTA tegevuskavadesse tegevusi tagantjärele. Autorid järeldavad, et nii Tervishoiu arengusuunad 2020 kui ka Hea tahte koostöökokkulepe „Tervishoiusüsteemi jätkusuutlikkuse tagamine“ on reaktsioonid RTA ebaühtlusele ja ebakonkreetsusele vähemalt ulatuses, mis puudutavad tervishoiusüsteemi ja selle ressursipoliitikat. Teisisõnu on RTA olnud pigem ebaühtlase üldistustasemega visioonidokument selmet olla arengukava selle sõna tegelikus tähenduses – tööriist valdkonna muutuste juhtimiseks.

⁶ vt <https://www.sm.ee/et/tervis>

Tervishoiutöötajate ettevalmistamine haridussüsteemist

RTA meede: Tagada motiveeritud töötajate optimaalne arv

2011. ja 2012. aasta tegevuskavas olid järgmised tegevused:

- toimub tervishoiutöötajate iga-aastase riikliku koolitustellimuse ja residentuuri tellimuse koostamine ja täpsustamine koostöös erialaühenduste ja teenuseosutajatega,
- arstide residentuuri rahastamine ja korraldamine (täiendusega 2012. aastal, et tõstetaks residentide arvu),
- pikaajalised kokkulepped kutsetega (2011) või pikaajalised kokkulepped kutsete kaupa stabiilse juurdekasvu tagamiseks, sh täpsustatakse proviisorite ja hambaarstide vajadust (2012).

Tegevuste oodatav tulemus on, et *tervishoiutöötajate iga-aastane riiklik koolitustellimus ja residentuuri tellimus tagab tervishoiusüsteemi jätkusuutlikkuse.*

2013. aasta tegevuskavas on samalaadsed tegevused koondatud **meetme M4 „Piisavate ressursside tagamine tervishoiusüsteemi toimimiseks (sh motiveeritud ja pädevad töötajad, optimaalne rahastamine ning kaasaegne infrastruktuur, ohutud, kvaliteetsed ja kättesaadavad ravimid veretooted ja meditsiiniseadmed)“** all sisalduvasse tegevussuunda „Kokkulepitud arvu pädevate tervishoiutöötajate koolitamine“, mis hõlmas 2013. aastal järgmisi tegevusi:

- Residentuuri rahastamine oodatava tulemusega piisav arv eriarste koolitatud,
- Arstide koolituse konsensusleppe üle vaatamine,
- Õdede ja kaasatud kutsete koolitusvajaduse konsensusleppe koostamine,
- Täpsustatakse arstiteaduse üliõpilaste tegevusulatusse põhimõtted,
- Tervishoiu kõrgkoolide üliõpilaste praktika korralduse ja rahastamise põhimõtete kaasajastamine,
- Koolitatakse kokkulepitud arv pädevaid tervishoiutöötajaid oodatava tulemusega vajalik arv tervishoiutöötajaid on alustanud koolituse või ettevalmistatud.

2014. aasta tegevuskavas on sama tegevussuuna all planeeritud järgmised tegevused:

- Arstide koolituse konsensusleppe üle vaatamine,
- Õdede ja kaasatud kutsete koolitusvajaduse konsensusleppe koostamine,
- Täpsustatakse arstiteaduse üliõpilaste tegevusulatusse põhimõtted,
- Tervishoiu kõrgkoolide üliõpilaste praktika korralduse ja rahastamise põhimõtete kaasajastamine,
- Residentuuri rahastamine ja arstid tagasi tervishoidu kursuste eest tasumine,
- Tervishoiutöötajate koolitamise rahastamine Tallinna Tervishoiu Kõrgkoolis, Tartu Tervishoiu Kõrgkoolis ja Tartu Ülikoolis,
- SA Tartu Ülikooli Kliinikumis õppekeskkonna tagamine kliinilise õppe läbiviimiseks Tartu Ülikooli arstiteaduskonna arsti- ja hambaarsti üliõpilastele ning arstiteaduse doktorantidele.

2015 ja 2016. aastal olid planeeritud järgmised tegevused:

- Residentuuri rahastamine ja "Õed tagasi tervishoidu" kursuste korraldamine.
- HTM eraldab tegevustoetust Tartu Ülikoolile, Tartu Ülikooli Kliinikumile, Tallinna Tervishoiu Kõrgkoolile ja Tartu Tervishoiu Kõrgkoolile; Tartu Ülikool eraldab tegevustoetust arstiteaduskonnale ja kehakultuuri teaduskonnale (füsioteraapia) õppetöök. Tegevuse oodatav tulemus oli, et vastu võetakse vähemalt 555 õde ja 160 arsti. (2015)
- Tartu Ülikooli arstiteaduskonnas ja Tartu ning Tallinna tervishoiu kõrgkoolides õenduse erialal

koolitatakse kokkulepitud arv tervishoiutöötajaid. (2016)

- Tervishoiu tööjõuvajaduse uuringu läbiviimine. (2016)

Meetme 'Tagada motiveeritud töötajate optimaalne arv' taga olev alamtegevuste komplekt peegeldab üheselt tervishoiu tööjõu poliitika puudulikkust juhtimist. Kuigi tööjõupoliitika kujundamise aluseks peaks olema pidev tööjõuvajaduse hindamine ja seiramine, on tervishoiu tööjõuvajaduse uuringuni jõutud alles 2016. aastal. Seega on seni terviklik vaade tervishoiu tööjõule ja selle vajadusele tulevikus puudunud. Eelnevatel aastatel on kalendriaastapõhistes tegevusplaanides kasutatud märksõnu nagu *riikliku koolitustellimuse ja residentuuri tellimuse koostamine ja täpsustamine, arstide residentuuri rahastamine ja korraldamine, kokkulepitud arvu tervishoiutöötajate koolitamine*. Tervishoiu tööjõu ettevalmistamine on toimunud suuresti koolide, kutsealade ja erialakesksete kokkulepete põhisel – on alust eeldada, et argumentatsiooni põhistas on läbirääkijate lõikes olnud varieeruv.

Enamike spetsialistide puhul, keda täna napib – perearstid, psühhiaatrid, erakorralise meditsiini arstid, sisehaiguste arstid, patoloogid, laborimeditsiini arstid, õed (sh eriti vaimse tervise õed ja intensiiviõed), bioanalüütikud, kliinilised psühholoogid, kliinilised logopeedid, kvalifitseeritud hooldustöötajad – oli nende nappus teada või ennustatav juba RTA koostamise ja täiendamise hetkel. RTA tegevusplaanides on töötajate nappust kõnetatud üksnes juhul, kui seda on võimalik olnud lahendada õppekohtade arvu suurendamise või muu tavapärase rahastamise suurendamise kaudu. Seevastu mõneti keerukamad probleemid nagu kliiniliste psühholoogide ja logopeedide arvu suurendamiseks nn kutseasta rahastamise printsiipide väljatöötamine-kokkuleppimine⁷ või ka uute õppekavade väljatöötamine on jäänud näiteks puudutamata. **Kuna teatud ametite puhul ei paku haridussüsteem piisavalt (hooldustöötajad) või üldse vajaliku ettevalmistusega spetsialiste (nt meditsiinilabori spetsialistid, hambaravi assistendid), peavad tööks vajaliku miinimumväljaõppe pakkumisega tegelema tervishoiuteenuste pakkujad.**

Tegevuste loetelust saab tavapärase koolitus- ja residentuurikohtade arvu ja rahastamise suurendamise kõrval käsitleda RTAs käsitlemisväärsede tegevustena üksnes arstide ja õdede tervishoidu tagasitoomise projekte – kuigi võrreldes tavapärase tasemeõppega on projektipõhiselt spetsialistide tagasitoomise arvuline mõju tööjõusse marginaalne, võivad need programmid pakkuda olulist leevendust valitud tööandjate jaoks.

Uurimismeeskonna hinnangul oleks meetme „Tagada motiveeritud töötajate optimaalne arv“ esmaseks tegevuseks pidanud olema kutsealade lõikes antud hetke optimaalse töötajate arvu väljaselgitamine ja võrdlus tegeliku olukorraga ning soovitud tulevikuseisundi visandamine-kokkuleppimine sidusgruppidega, millele toetudes oleks tervishoiutöötajate ettevalmistamine saanud edaspidi toetuda. Nimetatud puudujääk kõrvaldatakse RTA kehtivusperioodi viimases kolmandikus.

⁷ vt detailsemat käsitlust ptk-s 1 lk 10

Lähtetoetus

2012. aasta tegevuskavas on planeeritud tegevus:

- *Rakendatakse noorte arstide toetus (oodatava tulemusega rakendatud on noorte arstide toetus tööle suundumiseks üld- ja kohalikesse haiglasse haiglavõrgu jätkusuutlikkuse tagamiseks).*

2013–2015. aasta tegevuskavades on samasisuline tegevus hõlmatud meetme **M4 „Piisavate ressursside tagamine tervishoiusüsteemi toimimiseks (sh motiveeritud ja pädevad töötajad)“** all ja tegevuste oodatavaks tulemuseks on *piisav personaliressurs äärealadel on tagatud.*

2016. aastal on tegevussuund uues sõnastuses: *„Arsti ja apteekri lähtetoetuste jm rahaliste motivaatorite rakendamine personali tagamiseks väljaspool suuremaid keskusi“* ja tegevuste oodatav tulemus on sõnastatud varasemast märksa tagasihoidlikumalt – *laekunud taotlused on tähtaegselt menetletud.*

Lähtetoetuse meede valmis 2012. aastal ja sai tugevat kriitikat – esimesel aastal ei kasutanud seda teadaolevalt ükski noorarst⁸. Meetme rakendamine õnnestus alles hilisematel aastatel pärast toetuse arvestuspõhimõtete kohendamist. Uurimismeeskonna hinnangul on lähtetoetuse rakendamisega seonduv näide probleemsest poliitikakujundamisest, kus poliitiliselt lubatud lahendust rakendatakse enne, kui tekib arusaam probleemi tegelikust olemusest. **Hetkel ei ole võimalik öelda, kas meede töötab**, selle tõhususe hindamiseks on vajalik analüüs, kuidas täidab meede seatud eesmärgi, pakkudes piisavat tööjõudu äärealadel, kuidas on siirdumisel keskustest eemale roll lähtetoetusel, mis ulatuses on lähtetoetus olnud nõu tühikulu, kuna otsus siirduda keskustest eemale asuvasse sihtkohta langetati muudel põhjustel, ning kuidas on võimalik mõjutada täiendavaid valikuid lähtetoetuse suurust muutes või pakkudes muid teistsuguse loogikaga meetmeid. Teadaolevalt on personali otsuste mõjutamiseks töötatud välja meetmeid ka kohalike omavalitsuste ja organisatsioonide tasandil, pakkudes tervishoiutöötajatele näiteks (ajutiselt) eluaseme, eelisjärjekorras lasteaiakohti või soodsat lastehoidu. Küsimusekoht on, kuidas on vajalikud ja põhjendatud on selliste meetmete välja töötamine teiste kutsealade puhul arvestades näiteks esmatasandi tervisekeskuste väljakujundamist.

Poliitikakujundamise probleemid peegelduvad ka RTA tegevusplaanide sõnastuses. 2013. aastal on tegevuseks *„Lähtetoetuste jm rahaliste motivaatorite rakendamine personali tagamiseks väljaspool keskusi“*, 2015. ja 2016. aastal *„Lähtetoetuse maksimine“*, s.o ressursi kulutamine ja 2016. aastal oli oodatavaks tulemuseks *„Laekunud taotlused on tähtaegselt menetletud“* – seega ei olnud eesmärki muutuse saavutamise tervishoiusüsteemis vaid ametnikkonna enese tegevus, mis ei ole riiklikule strateegiadokumendile kohane. **Tegu on vaid ühe meetmega, mis mõjutab tervishoiutöötajate liikumist keskustest kaugemale. Uurimismeeskonna hinnangul peaks RTA tasandil käsitlema regionaalset aspekti oluliselt komplekssemalt** – siingi on esmalt asjakohane olukorra analüüs, mis loob usaldusväärse pildi tegureist, mis mõjutavad (noor)arstide regionaalset mobiilsust ning aitab kujundada võimalikku meetmestikku, mille abil arstide motivatsiooni võimalik mõjutada on.

⁸ <http://valvurid.err.ee/action/noore-arsti-lahtetoetus#tab=opinions>

2.4. RTA tegevuste koondanalüüs

Tervishoiutöötajate teemavaldkonnaga seotud tegevuste puhul torkab teravalt silma oodatavate tulemuste tegevuspõhisus ja/või üldsõnalisus, mis viitab üheselt teemavaldkonna formaalsele-pealiskaudsele käsitlusele RTA rakenduskavades.

RTA põhitekstis sisalduv teemavaldkonnaga seostuv eesmärgipüstitus seadis fookusesse järgmised aspektid:

- a) töötajate piisavus,
- b) töötajate motiveeritus,
- c) töötajate pädevus/kvalifikatsioon,
- d) ressursside optimaalne kasutus, mis töötajaskonna tasandil tähendab, et abi osutavad õige kvalifikatsiooniga inimesed tehes seda õigel teenusetasandil,
- e) kvaliteetse abi pakkumisel inimese vajadustest lähtumine,

Kõiki neid aspekte on tegevuskavades ja/või rakendusplaanis puudutatud, kuid ebaühtlase tasemega.

Töötajate piisavus on oodatavaks tulemuseks mitmete tegevuste puhul. Samas pole piisavuse aspekti väljaspool õdede ja arstide arvu kuidagi avatud. Kuigi tööjõupoliitika kujundamise aluseks peaks olema pidev tööjõuvajaduse hindamine-seiramine, on tervishoiu tööjõuvajaduse uuringu läbiviimine lisatud alles 2016. aasta tegevusplaani. Sotsiaalministeeriumi väitel⁹ kasutatakse tervishoiutöötajate ja tervishoiuvaldkonna spetsialistide koolitamise vajaliku mahu prognoosimiseks juba aastast 2004 analüütilist prognoosimudelit, mis arvestab järgmisi tegureid:

- 1) tervishoiutöötajate vajadust lähtuvalt rahvusvahelisest kordajast (spetsialistide arv 100 000 elaniku kohta riigis) arstlikul erialal või kutsealal Eesti tervishoiusüsteemi struktuuri arvestavalt,
- 2) registris olevate tervishoiutöötajate vanuselist struktuuri ning sellest tulenevat potentsiaalset prognoositavat lahkumist tööturult,
- 3) iga-aastast migratsiooni,
- 4) juba õppes olevaid noori.

Väidetavalt annab mudel väljundi, millise arvu üliõpilasi ja residente peab õppesse võtma igal aastal, et säilitada või jõuda soovitud spetsialistide arvuni. Reaalsuses ei ole mitmel arstlikul erialal (pemeditsiin, erakorraline meditsiin, patoloogia, laborimeditsiin, sisehaiguste eriala), õe kutsealal (nii üldkui ka erioõdede tasandil), teiste tervisevaldkonnas tegutsevate tippspetsialistide (bioanalüütikud, kliinilised psühholoogid, kliinilised logopeedid) ega ka keskastmespetsialistide tasandil (kvalifitseeritud hooldustöötajad) piisavat tööjõudu suudetud tagada. Siinkohal tekib küsimus, kas prognoosimudel on olnud ebatäpne, seatud väärtused ei ole kooskõlas RTA-s väljendatud ootustega, mudeli väljundit ei rakendata tööjõu ettevalmistamisel või korrigeeritakse mudeli soovitatavaid vastuvõtuarve välistest teguritest (nt ressursside olemasolu) sõltuvalt. RTA rakenduskavades sisalduvate tegevuste sõnastuste

⁹ vt https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmarqid_ja_tegevused/Tervis/lisa_1_ulevaade_hetkeolukorrast.pdf lk 3

toel on alust arvata, et tervishoiu tööjõuvajaduse planeerimine on toimunud seni suuresti kutsealade- või erialadekesksete kokkulepete põhisel ning puudunud on terviklik vaade tervishoiu tööjõule.

Kuna selle raporti koostamise hetkel tehakse Kutsekoja eestveetavas OSKA projektis¹⁰ tervishoiuvaldkonna tööjõuvajaduse prognoosi, mis peaks andma tervikliku ja usaldusväärse pildi selle majandussektori tööjõuvajadusest põhikutsealade ja kesksete valdkondade lõikes nii praegu kui ka 10 aasta perspektiivis, **soovib uurimismeeskond enne tervishoiu tööjõuga seotud strateegiliste sammude kavandamist RTAs ära oodata nimetatud prognoosi tulemused. Sõltumata OSKA tulemustest tuleks aga astuda samme, et lahendada kliiniliste psühholoogide ja kliiniliste logopeedide kutsealase ettevalmistusega seotud probleemkohad.**

Töötajate motiveeritust on RTA-st puudutatud otsesõnu vaid regionaalpoliitilist mõõdet omava lähte- toetusega seotult; meede puudutab marginaalset osa tervishoiu tööjõust. Tervishoiutöötajate motivatsiooniga seostuvaid töötasu, töökoormust, töökorraldust, töökeskkonda, enesetäiendus- ja karjäärivõimalusi ning migratsiooni tõmbe ja tõuketegureid on RTA tasandil puudutatud vaid kaudselt ja/või puudutades väikseid töötajagruppe (nt residendid). Nagu sedastatud peatükis 1, on ilmselt just strateegilisel tasandil tervishoiu tööjõu motivatsiooniga tegelemata jätmine üks kesksetest põhjustest, miks leidis 2012. aasta lõpus aset tervishoiutöötajate streik.

Tervishoiutöötajate palgakokkulepete asjus käivad tervishoiutöötajate, tööandjate ja sotsiaal- ministeeriumi vahel regulaarselt läbirääkimised ning selliste tegevuste toomine RTA tasandile ei pruugigi olla põhjendatud. Teisalt on tervishoiutöötajate palgaootustele vastamine solidaarse ravikindlustusega riigis üheselt valitsustasandi ülesanne ja seega ka vähemalt üldisel tasandil RTA tasandi teema. Saab väita, et tervishoiutöötajate motivatsioon on väga vahetult seotud ravikindlustuse jätkusuutlikkusega, kuna viimasest sõltub tervishoiuasutuste võimekus mõjutada palga kõrval ka muid töötajate motivatsiooniga seotud tegureid. Ravikindlustussüsteemi kahanev suutlikkus ühes haigekassa lepingupoliitikaga mõjutab juba täna paljudes haiglates personali palkamist. Ebakindlus lepingumahtude osas pärsib nii Tallinna keskhaiglais kui ka maakonnakeskuste üld- ja kohalikes haigla- töötajate juurdepalkamist – kui oodatud lepingumahud osutuvad soovitud väiksemaks, võib olla vajalik koosseisude vähendamine. Ka vabade töökohtade olemasolul võivad potentsiaalsed töötajad peljata siduda end raviasutusega, mille tulevik on ebakindel. Seeläbi on omakorda olemasolevad töötajad sageli ülekoormatud, mis läbi kahaneb töötajate motivatsioon ja suureneb oht kvaliteedile.

Selleks, et tööandjad saaksid luua hea töökeskkonna „optimaalse töökorralduse ja eesmärgipärase kutsealase arengu tagamisega“¹¹, on vajalik lahendada ebakõla ravikindlustusest rahastatavate tervishoiuteenuste mahu kahanemise ja vananeva elanikkonna kasvava ravivajaduse vahel. Ratsionaalne ei ole seada tervishoiu tööjõuvajadust sõltuvaks Haigekassa rahastamissuutlikkusest ega planeerida ka tööjõu vajadust ravivajadusest lähtudes olukorras, kus neid mahte ei ole ravikindlustusest tegelikult võimalik katta. **Ülal öeldust tulenevalt soovivad autorid tervishoiu tööjõu poliitika sisustamiseks töötada välja visioon, mis lahendaks vähemalt kesk- pikas perspektiivis tervishoiu jätkusuutmatu rahastamise probleemi.**

Töötajate pädevuse ja kvalifikatsiooni tagamine/tõstmise teemaga on RTA tegevusplaanides tegeletud erinevate regulatsioonide uuendamise ning kutsestandardite väljatöötamise aga ka erinevate koolituste tagamise vormis. Tähelepanuväärsemad tegevused on näiteks kolmandatest

¹⁰ vt <http://oska.kutsekoda.ee/field/tervishoid/>

¹¹ Fraas pärineb Hea tahte koostöökokkuleppe „Tervishoiusüsteemi jätkusuutlikkuse tagamine“ osa III alajaotuse B punktist 3.

riikidest tervishoiutöötajate pädevuse hindamise ja abiarstide tegutsemisõiguste põhimõtete uuendamine, mis on tulenenud otseselt vajadusest kohandada regulatsioon nõu päriseluga, et aidata leevendada tööjõu nappust. Kuigi mitmed rakenduskavades sisalduvad tegevused on vaadeldavad peenhäälestamisena, on tervishoiutöötajate kvalifikatsioonide ja kutsete käsitluses mitmed olulised sammud tehtud enne RTA vastu võtmist ning jõulised arengud ei pruugigi olla tervitatavad. Tervishoiusüsteemis tegutsevate töötajate kvalifikatsiooni tõstmisel kutse nõudmise ja/või kvalifikatsiooni regulaarse hindamise kaudu tuleb arvestada, et liialt jäikade ja/või järskude nõuete kehtestamine võib halvendada hoopiski teenuste kättesaadavust nagu on täna juhtunud näiteks kliiniliste psühholoogide ja logopeedide pakutavate teenustega. Selles kontekstis on pädevuskriteeriumite käsitlemisel RTA-s asjakohased muude tegevustega võrreldes paindlikud ülesandepüstitused.

Ressursside optimaalne kasutus on seostatav eelkõige esmatasandile funktsioonide juurdetoomisega, mis peaks vähendama eriarstiabi koormust. Õdede ja ämmaemandate laialdasem rakendamine nii esma- kui eriarstiabi tasandil aitab säästa arstide aega visiitide arvelt, kus arsti vastuvõtt ei ole vajalik. Seega juhtumid, mille lahendamiseks on pädev õde või ämmaemand, peaks lahendatama iseseisva õendus- ja ämmaemandusabi raames ja ilma arsti sekkumata. Juhtumid, mis on olemuslikult perearsti pädevuses, ei peaks ilma vajaduseta jõudma teise eriarsti juurde. Ja ka vastupidiselt – kui inimese tervises seisund seda tingib, peab tal alati olema ligipääs kõrgema spetsialiseerumisega abile. Kaudselt võib esmatasandi teenuste laiendamist seostada ka patsiendikesksuse poole liikumisega.

Järeldused

4. Teemavaldkonnaga seostavad tegevused ja oodatavad tulemused RTA kalendriaastakesksetes tegevusplaanides on üldsõnalised ja protsessikesksed.
5. Kuigi tööjõupoliitika kujundamise aluseks peaks olema pidev tööjõuvajaduse seiramine ja prognoosimine, on tervishoiu tööjõuvajaduse uuringu nimetamiseni RTA-s jõutud alles 2016. aastal. Seni on tööjõuvajaduse planeerimine toimunud suuresti kutsealade- või erialadekesksete kokkulepete põhiselt ning puudunud on terviklik vaade tervishoiu tööjõule.
6. Tegevuste fragmenteeritus tegevuskavades lubab oletada, et mitmed olulised arengud tervishoiu tööjõu vallas on aset leidnud teistes strateegilistes dokumentides sedastatud otsuste toel (nt *Esmatasandi tervishoiu arengukava aastateks 2009–2015*), ning seotud tegevused on tõstetud RTA tegevuskavadesse tagantjärele.
7. Autorid järeldavad, et nii *Tervishoiu arengusuunad 2020* kui ka *Hea tahte koostöökokkulepe „Tervishoiusüsteemi jätkusuutlikkuse tagamine“* on reaktsioonid RTA ebaühtlusele, eba- piisavusele ja ebakonkreetsusele vähemalt ulatuses, mis puudutavad tervishoiusüsteemi ja selle ressursipoliitikat.
8. Selleks, et tööandjad saaksid luua hea töökeskkonna „optimaalse töökorralduse ja eesmärgipärase kutsealase arengu tagamisega“, on vajalik lahendada ebakõla ravikindlustusest rahastatavate tervishoiuteenuste mahu kahanemise ja vananeva elanikkonna kasvava ravivajaduse vahel. Ratsionaalne ei ole seada tervishoiu tööjõuvajadust sõltuvaks Haigekassa rahastamissuutlikkusest ega planeerida tööjõu vajadust ravivajadusest lähtudes olukorras, kus neid mahte ei ole ravikindlustusest tegelikult võimalik katta.

Soovitused

3. Soovitame oodata enne tervishoiu tööjõuga seotud strateegiliste sammude kavandamist RTAs ära Kutsekoja veetavas OSKA projekti raames teostatav tervishoiuvaldkonna tööjõu- ja oskuste vajaduse prognoosi tulemused, mis peaks andma tervikliku ja usaldusväärse pildi sektori tööjõuvajadusest põhikutsealade ja kesksete valdkondade lõikes nii praegu kui ka 10 aasta perspektiivis.
4. Sõltumata OSKA tulemustest soovitame välja töötada lahendused kliiniliste psühholoogide ja kliiniliste logopeedide nn kutse aasta rahastamise probleemidele.
5. Tervishoiu tööjõu poliitika sisustamise võimaldamiseks soovitame välja töötada visiooni, mis lahendaks vähemalt kesk-pikas perspektiivis tervishoiu jätkusuutmatu rahastamise probleemi.

3. Saavutatud muutused

3.1. Kvantitatiivsed muutused tervishoiu tööjõus

Tervishoiu valdkonnas on tervishoiu ametialadel töötavate inimeste arv perioodil 2008–2014 tõusnud 10,9% ehk 20,1 tuhandelt 22,3 tuhandeni.¹² Arvukaimad kutsealad on tervishoius õed, arstid ja hooldajad. Statistika kohaselt on seadusega reguleeritud kutsealadel (vt Tabel 1) toimunud suurim muutus RTA senise kehtivuse perioodil proviisorite ja farmatseutide hulgas, mõlema kutseala esindajate arv on nimetatud perioodil oluliselt kasvanud. Arstide, hambaarstide ja õdede arvus on toimunud väikene langus – ühelt poolt on siinkohal oluline arvestada, et referentsaastaks olev 2008. aasta oli nende kutsealade esindajate arvu osas viimase 10 aasta kõige arvukam aasta ja valides varasema või hilisema referentsaasta, oleksid erinevused olnud teistsugused.¹³

Tabel 1. Arvukamad kutsealad ja nende muutuse määr perioodil 2008 – 2014.

TTKS-ga reguleeritud kutsealad	2008	2014	Kasv (%)
Arst	4469	4364	- 2%
Hambaarst	1237	1215	- 2%
Õde	7724	7437	- 4%
Ämmaemand	402	422	+ 5%
RS-si reguleeritud kutsealad	2008	2015	Kasv (%)
Proviisor	869	952	+ 10%
Farmatseut	577	752	+ 30%
Teised tervishoiu valdkonna kutsealad	2008	2014	Kasv (%)
Bioanalüütik	590	600	+ 2%
Füsioterapeut	205	317	+ 55%
Hambaproteeside tehnik	145	123	- 15%
Kiirabitehnik	346	470	+ 36%
Radioloogiatehnik	365	364	- 0,3%
Massöör	..	229	..
Hooldaja	2644	3569	+ 35%

Märkus: võrdluse võimaldamiseks on kasutatud muutujat põhikohaga töötajad (mis on 2014. ja 2015. aasta andmete kohaselt kõikide kutsealade puhul vähemalt 98,5% kõikide töötajate arvust). Tabelis on kasutatud TAI tähistusi.

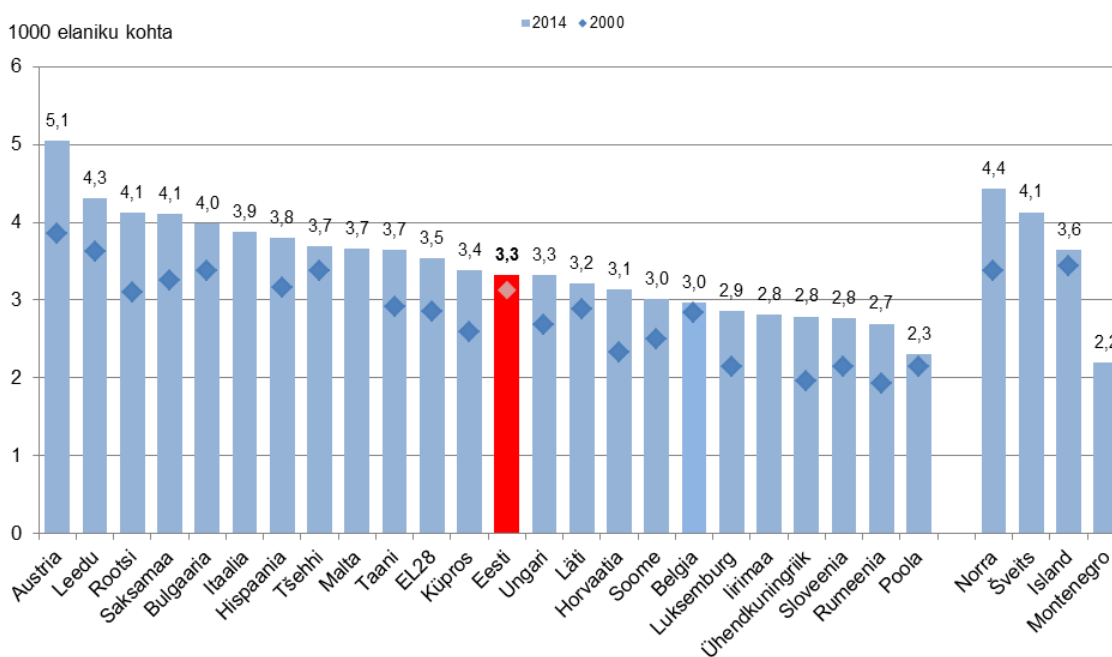
Allikas: Tervise Arengu Instituut, Praxise arvutused.

¹² Kui pole viidatud teisiti, on peatükis esitatud statistika aluseks TAI Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaasi alaosa 'Tervishoiutöötajad' andmestikud.

¹³ Lisaks on arstide ja õdede arvu languse taga ka muutused andmete raporteerimises või kogumises: võrreldes keskaiglate andmeid 2013. ja 2014. aastal, ilmneb, et samal ajal, kui arstide arv neis haiglais on kahanenud aastases võrdluses 101 võrra (11,4%) ja õdede arv 151 võrra (8,9%), on juhtkonna esindajate hulk suurenenud aastaga 5,6 korda ehk 39-lt 221-le. Välistamiseks mitteamajakohaseid järeldusi, ei ole peatükis esitatud eristusi keskaiglate ega neid hõlmavate tunnuste lõikes.

Terviseameti reaajas kättesaadavad andmed, mis ei ole küll üks-üheselt TAI statistiliste andmetega võrreldavad, lubavad samuti arvata, et selle raporti koostamise hetkeks on arstide, hambaarstide ja õdede arv võrreldes 2008. aastaga kasvanud. Pöörates tähelepanu suurematele muutustele, saab välja tuua, et statistika kohaselt on perioodil 2008–2014 põhikohaga töötavate arstide hulk kahanenud üld- ja kohalikes haiglates (vastavalt -17,1% ja -41,5%) ja suurenenud vaid ambulatoorset eriarstiabi pakkuvates asutustes (+13,3%) ning perearstiasutustes (+4%). Arst-residentide hulk on kasvanud nii piirkondlikes haiglates (+19,2%) ning keskhaiglates (+81,1%). Õdede arv on kahanenud kohalikes haiglates (-40%), üldhaiglates(-18,3%) ja vaid ambulatoorset eriarstiabi pakkuvates asutustes (-12,8%) ning suurenenud perearstiabi-asutustes (+16,6%), õendushaiglates (+29,9%) ja kiirabiasutustes (+54,8%). Viimatinimetatud kasvunumbrid tulenevad otseselt õdede laialdasemast rakendamisest tervishoiuteenuste osutamisel: esmatasandi võimestamise raames lisandus 2013. aastal kõikidele perearstidele teise pereõe rahastamise võimalus, enam rakendatakse iseseisvat statsionaarset õendusabi ning kiirabireformi käigus suurendati õebrigadide arvu.

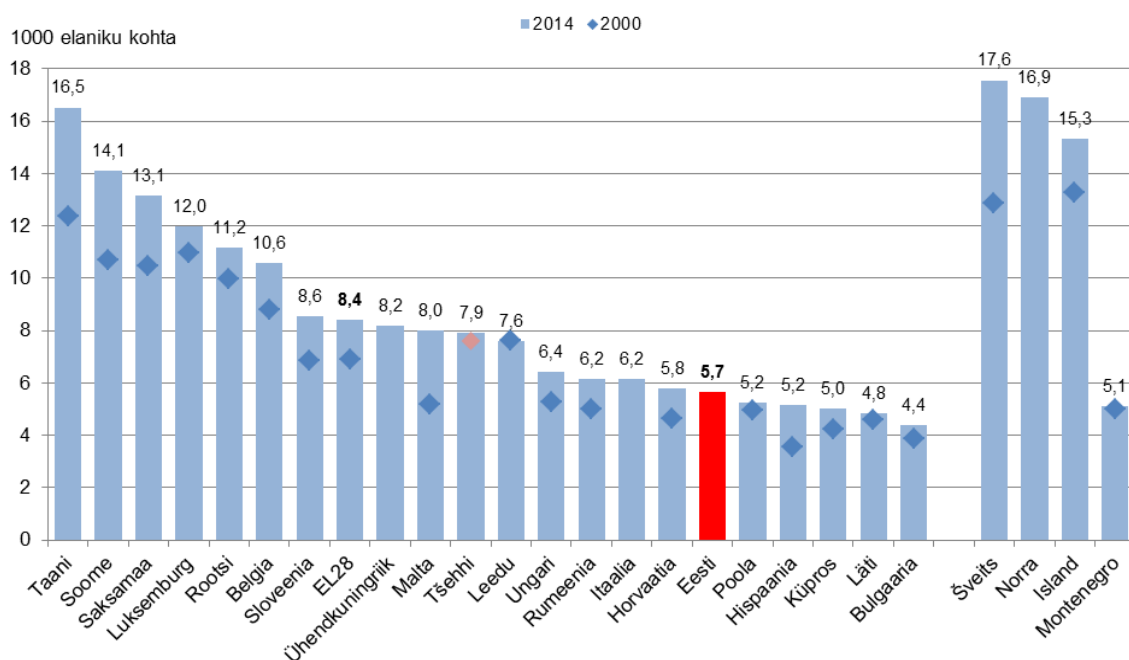
Võrreldes suhtarvude toel arstide ja õendustöötajate arve Eestis teiste Euroopa riikidega, ilmneb, et kui arstide arvu osas oleme EL keskmiste seas (vt joonis 1), siis õendustöötajate arvu poolest jääme teistele riikidele alla (vt joonis 2).



Joonis 1. Praktiseerivate arstide arv 1000 elaniku kohta Euroopa riikides, 2000, 2014.

Allikas: OECD Health Statistics 2016. <http://dx.doi.org/10.1787/888933429793>.

Märkus: Arvestatud ei ole juhtival ametikohtadel töötavaid mittepraktiseerivaid arste

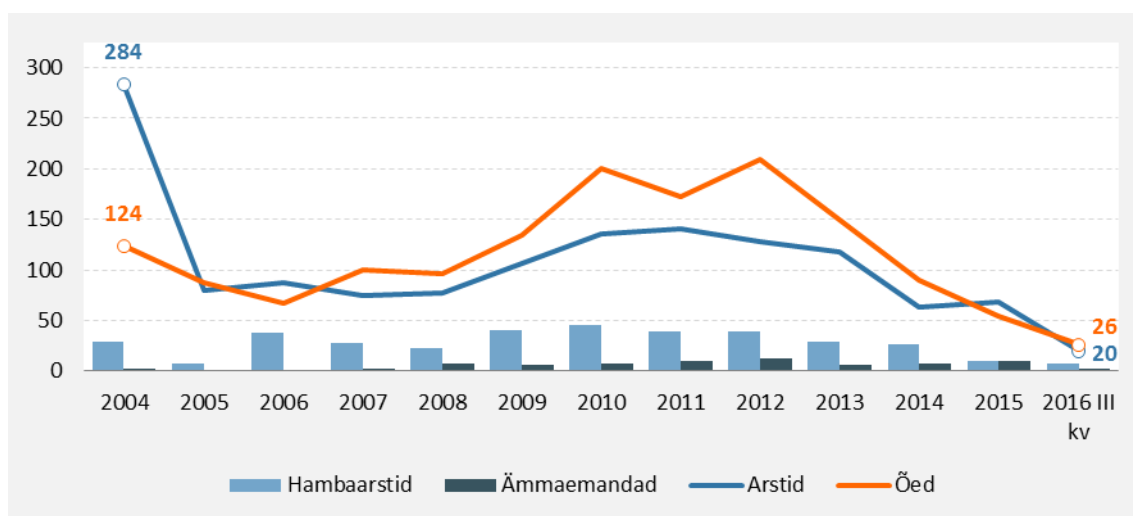


Joonis 2. Õendustöötajate arv 1000 elaniku kohta OECD riikides, 2000 ja 2014.

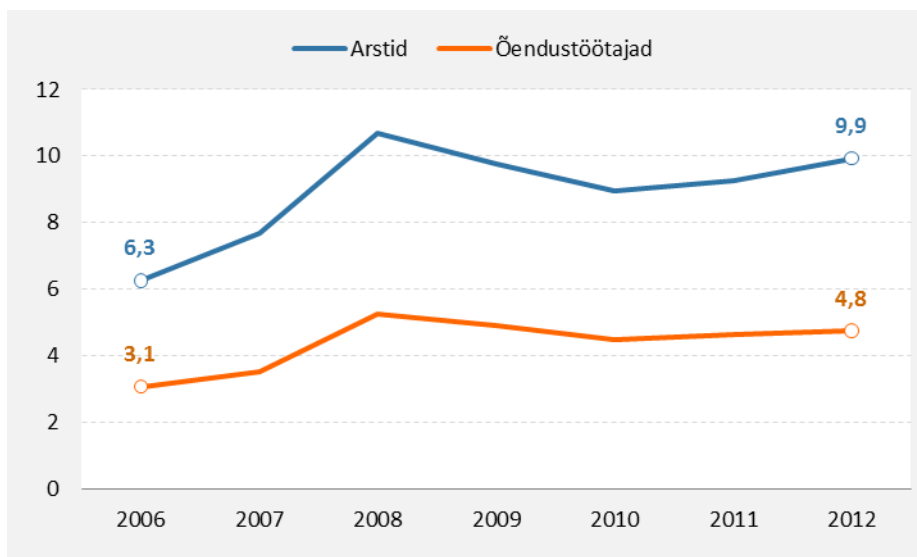
Allikas: OECD Health Statistics 2016. <http://dx.doi.org/10.1787/888933429812>.

Märkus: Arvestatud ei ole juhtival ametikohtadel töötavaid mittepraktiseerivaid õdesid

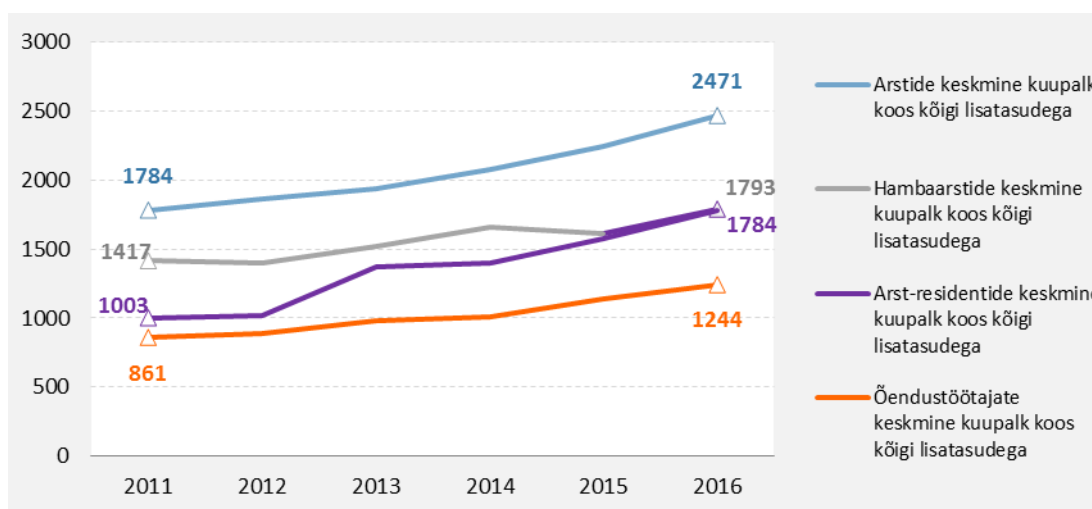
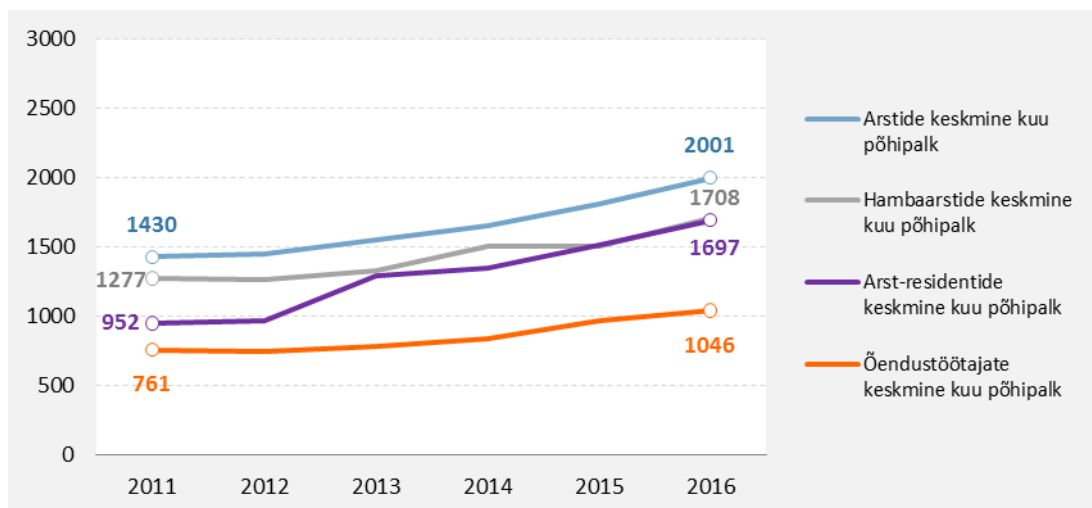
Tervishoiusüsteemi funktsioneerimisele on ohuks tervishoiutöötajate emigratsioon. Eesti tervishoiutöötajate migratsiooni peegeldab vaid Terviseameti andmestik välismaal töötamiseks kutsekvalifikatsiooni tunnustamise tõendi väljastamise kohta. Dokumendi väljastamise trendide põhjal (vt joonis 3) ilmneb, et kõige hoogsamalt võtsid arstid tõendeid Euroopa Liiduga liitumise aastal ning majanduskriisi järgselt, õed eelkõige majanduskriisile järgnenud viie aasta vältel. Mõlema kutseala puhul on tõendite väljastamise hulk viimastel aastatel jõuliselt kahanenud. Teisalt peab siinkohal arvestama, et terviseameti andmed ei peegelda kõiki välisriiki siirduvaid tervishoiutöötajaid. Näiteks on värskest lõpetanud õdedel võimalik siirduda välisriiki tööle ka vaid kõrgkoolist saadava lõputunnistuse ja ingliskeelse akadeemilise õiendi toel ning seda on praktikas ka tehtud.



Joonis 3. Välismaal töötamiseks kutsekvalifikatsiooni tunnustamise tõendi võtnud tervishoiutöötajad, 2005-2016. Allikas: Tervise Arengu Instituut



Joonis 4. Täis- ja osalise tööajaga töötavate tervishoiutöötajate keskmine brutotunnipalk 2006-2012.
Allikas: Tervise Arengu Instituut



Joonis 5. Arstide, hambaarstide, arst-residentide ja õendustöötajate keskmine töötasu 2011-2016.
Allikas: Tervise Arengu Instituut

Üheks hüpoteesiks, miks tervishoiutöötajate väljaränne RTA algusperioodile sattunud majanduskriisi tingimustes suurenes ja käesolevalt kahaneb, on palgateguri oluline mõju. Nagu nähtub jooniselt 4, kahanes nii arstide kui ka õdede töötasu majanduskriisi tingimustes kahe aasta vältel, ning on seejärel pöördunud tõusule. Jooniselt 5 nähtub, et töötasu on perioodil 2011 kuni 2016 jõuliselt suurenenud¹⁴: arstide keskmine kuupalk koos kõigi lisatasudega on sel perioodil kasvanud 38,5%, hambaarstidel 26,5%, arst-residentidel 77,9% ning õendustöötajatel 44,4%.

3.2. Peamised muutused õdede ja ämmaemandate käsitluses

RTA vahehindamise käigus viidi läbi ekspertintervjuud ja fookusgrupp õdede ja ämmaemandatega, kelle räägitu põhjal on välja toodud peamised edusammud ja kitsaskohad tööjõuvaldkonnas nende kutsealade perspektiivist.

Olulisemad edasimineked

1. Aset on leidnud õdede ja ämmaemandate iseseisvuse ja vastutuse suurenemine, sh iseseisvalt osutatud õendus- ja ämmaemandusteenuse oluline kasv.
2. Õenduse eriala õppekohtadele vastuvõtute arv on suurenenud.
3. Haiglate ja tervishoiukõrgkoolide vahel toimub hea koostöö, mis on haiglate vaatenurgast kõrgelt hinnatud – see võimaldab värskest õppe läbinud personalil sujuvalt tööle siirduda, sageli jätkavad senised tudengid just tööd oma peamises praktikabaasis.
4. Hooldustöötajate väljaõppe laiendamine tasemeõppes.
5. Õendustöötajate välisriikidesse siirdumise trendi aeglustumine.
6. Tervishoiutöötajate koguarvu kasv.

Kokkuvõtvalt saab öelda, et õenduse valdkonnas on intervjueeritavate hinnangul toimunud viimasel kümnendil hüppeline areng. Lähiaastatel on oodata selginemist selles osas, milliseid tulemusi olukorra parandamise tehtud tegevused toovad, kuid senised märgid on olnud positiivsed ja õdede üldarv on jõudsalt kasvanud.

Olulisemad kitsaskohad

1. Tervishoiutöötajate töökoormus ignoreerib tööajanorme (sh töötatakse mitmel ametikohal kokku rohkem kui 1,5-se koormusega).
2. Kvalifitseeritud hooldustöötajate nappus tervishoiuasutustes tähendab õendustöötajatele eeldatust suuremat koormust. Kvalifikatsioonita hooldustöötajad eeldavad õelt sagedamat juhendamist, hooldajate puudumisel peavad õed täitma ülesandeid, mida tavaolukorras täidaks kvalifitseeritud hooldustöötaja.
3. Erinevate spetsialistide lisandumisel tervishoiutöötajate meeskonda (nt abivahendi spetsialist, tegelusjuhid, tegevusterapeutid, füsioterapeutid) on läbirääkimata/täpsustamata jäänud kutsealade piirid, mistõttu organisatsiooniti võib praktika oluliselt erineda. Asutusesti erinevad

¹⁴ Kogu RTA senisel perioodil 2009–2016 iseloomustavaid võrreldavaid palgaandmeid kahjuks ei ole.

- ootused erinevate kutsealade esindajatele võivad töötajate vahetumisel seada ohtu kvaliteetse teenuseosutamise ja põhjustada töölaseid konflikte.
4. Personalipuudus mitmetes haiglates on tingitud sellest, et haiglate juhid (sh personalijuhid) ei julge personalile planeeritud eelarvemahte suurendada – põhjuseks ebakindlus Haigekassa lepingute osas (mis omakorda on seotud haiglavõrgu arengukava puudumisega). Mitmed haiglad palkaksid õdesid juurde ja tõstaks ka palkasid (ja sellega tooks tööle tagasi õdesid, kes teevad muud tööd või on Eestist lahkunud), kui Haigekassa lepingute osas oleks seis stabiilsem. Seni aga peavad õed töötama sageli ülekoormusega ja oma töökoha säilimise üle ebakindlust tundes.
 5. Koolitervishoiuteenus on läbinud üsna põhjaliku reformimise ja teenus ise on iseseisev õendusabi-teenus, mis on loonud õdedele võimaluse tegutseda iseseisvalt vastavalt omandatud pädevusele. Teisalt on suur probleem õdede nappus koolitervishoiuteenuse osutamiseks ja seda just äärealadel ja maapiirkondades, kus teenust on osutanud kohaliku perearstikeskuse õde. Sel moel osutatav teenus on ebaühtlaselt kättesaadav – kuigi lähtudes kehtivast koolitervishoiuteenuse juhendist peaks suur osa tööst toimuma koolis kohapeal, siis perearstid seda ei soosi ning teenuseosutamine toimub juhendiga vastuolus olles või pereõe initsiatiivil (ja osalt vabatahtliku töö korras).
 6. Ootusärevus on uute esmatasandi tervisekeskustega – on võimalik, et keskuste käivitamine viib haiglatest õdesid (sh vaimse tervise õdesid) ning finantsilise ebakindluse ja ülekoormuse tingimustesse on uusi õdesid raske palgata. Näiteks andsid mitmed intervjuueeritud mõista, et eelkõige pereinimesed on huvitatud stabiilsest 8–17 laadi tööst, mida haiglates pakutakse üksnes piiratud ulatuses – vabade ametikohtade tekkimisel siirdutakse neile.
 7. Mitmed piirkonnad (väljapool Tallinna ja Tartut) ei suuda keskustega tervishoiutöötajate värbamisel edukalt konkureerida, positiivsena on esitatud koostööd tervishoiuorganisatsioonidega; on väljendatud arvamust, et väljaõppe baaside laiendamine enamatel kutsealadel võib avaldada soodsat regionaalset mõju vmt.

3.3. Tervishoiu tööjõu indikaatorid RTA-s

Tervishoiu tööjõu teemavaldkonnaga seostuvad RTA-s kaks tervishoiusüsteemi arengu peatüki indikaatorit. Valdkonna alaeesmärgi – *kõigile inimestele on tagatud kvaliteetsete tervishoiuteenuste kättesaadavus ressursside optimaalse kasutuse kaudu* – saavutamist jälgitakse järgmiste indikaatorite abil:

- arstide arv 100 000 elaniku kohta,
- õendusala töötajate arv 100 000 elaniku kohta.

Uurimismeeskonna hinnangul on suhtarvudepõhine lähenemine tervishoiu tööjõu kõige arvukamatele kutsealadele olemuslikult asjakohane ja mujalgi maailmas rakendatav viis planeerida tervishoiu tööjõu ettevalmistamist. Arstide arvu baastase oli 2006. aastal 322 arsti 100 000 elaniku kohta¹⁵ ja RTA-s seatud sihttase alates 2012. aastast on hoida kuni 2020. aastani suhtarv tasemel 320. Tegelikult on seatud sihtarv ca 10% võrra ületatud ehk suhtarvu väärtus on TAI andmete kohaselt 2015. aastal 354. On vaatenurga küsimus, kas *status quo* hoidmisest paremat tulemust peaks vaatlema eduloo või

¹⁵ Autorite hinnangul piisaks suhtarvust 1000 elaniku kohta kümnendiku täpsusega.

planeerimisveana. Planeeritust suurem arstide arv aitab ühelt poolt vastata paremini elanikkonna ravivajadusele, kuid teisalt ületab arstide hulgast tulenev teenusepakkumise võimekus solidaarse ravikindlustuse pakutavat suutlikkust osta tervishoiuteenuseid. Tööjõuprognoside valguses (vt Kiivet, Visk & Asser 2012) aitab arstide arvu jõuline suurenemine tulla toime tervishoiusüsteemi tööjõuvajadusega ettenähtavas tulevikus. On reaalne, et peatselt tekib olukord, kus arvestatava perioodi vältel ei suudeta arstiõppe-residentuurist pakkuda tööjõuturule uusi arste määral, mis suudaks vastata tööjõust väljuvate spetsialistide arvule, mistõttu on ratsionaalne kasvatada arstiõppe lõpetajate arvu järk-järgult juba enne kui töökäte puudus avaldub. Arvestades arstide keskmise vanuse tugevat varieerumist erialati on ka selle negatiivse trendi realiseerumise aeg/tõenäosus erialati erinev. Tõenäolisemalt realiseerub tööjõu nappus arstlikel erialadel, mille esindajad on keskmisest kõrgema keskmise vanusega, nt neuroloogid (56,7)¹⁶, taastusarstid (56,3), tervishoiuarstid (56,3), neurokirurgid (55,8), lastekirurgid (55,6), sisehaiguste arstid (55,5), dermatoveneroloogid (55,2), kardioloogid (55,0).

Õdedega seondub RTA tulemuseesmärk kasvatada aastaks 2020 õendustöötajate suhtarv 100 000 elaniku kohta 680-lt õelt 900-ni. Seatud sihttase ei ole ilmselt saavutatav, sama kehtib ilmselt käesolevaks aastaks seatud sihttaseme 8,3 puhul – 2014. aastal oli Statistikaameti andmete kohaselt suhtarv 676 õendustöötajat 100 000 elaniku kohta. Uurimismeeskonna hinnangul on valitud sihttase lõpuni argumenteerimata. Sihttasemeks on võetud arenenud riikide keskmine õendustöötajate arv, kuid sisustamata on jäänud see, kuidas peaks kutseala esindajate arvu suurendamine 40% võrra suhestuma ravikindlustusest rahastatavate tervishoiuteenuste struktuuriga. Kuigi on alust eeldada, et lisanduvad õendustöötajad aitavad ühelt poolt leevendada tänase süsteemi tööjõupuudust (TAI andmetel oli 2015. aastal ületunde arvestades puudu 265 õdede ametikohta) jääb täna üle Eesti puuduolevate õdede arv kindlasti sadadesse ega ulatu paari tuhandeni nagu eeldaks RTA käesolevaks aastaks seatud sihttase 8,3 õendustöötajat 1000 elaniku kohta. Kui selle aasta sihttase (8,3) oleks täidetud, tähendaks see, et Eestis oleks praeguseks ligi 10 900 õendustöötajat, st ca 2000–2500 õendustöötajat tervishoius enam mis eeldaks tööandjatelt üksnes palgakuludele minimaalselt 33–43 miljonit eurot lisaraha aastas.¹⁷ Seega oleks sellise tööjõuhulga hõlmamiseks süsteemi pidanud tervishoidu ravikindlustusest vähemalt samaväärses summas ka täiendavalt rahastama.

Autorid leiavad, et RTA-s oodatud suhtarvu suurusjärgus õendustöötajate arv oleks käsitletav asjakohasena üksnes siis, kui õdede roll oleks sarnane õdede rolliga põhjamaades – see tähendab õendustöötajate senisest veelgi iseseisvamat ja vastutusrikkamat rolli nii perearstiabis, koduõenduses (sh pikaajalise hoolduse kontekstis), töö- ja koolitervishoius ning ka ämmaemandusabi pakkumisel. Teisõõnu on õdede ja ämmaemandate koguarvu suurendamise eeltingimuseks ennetustegevuste oluliselt jõulisem rahastamine ravikindlustusest, seda nii esmase, teise kui ka kolmandase ennetuse võtmes.

¹⁶ Siin ja järgnevatel kasutatud 2014. aasta andmeid TA andmebaasi andmetabelist THT008: Tervishoiutöötajate keskmine vanus ameti järgi.

¹⁷ Arvestuse aluseks on õendustöötajate keskmine brutotunnipalk 1046 eurot 2016. aastal (TAI tabel TT09), mis tähendab tööjõukulu õe kohta aastas 16 800 eurot. (Olukorras, kus õdede arv oleks piisav, ei toimuks ilmselt lisatasude maksmist tänasel määral, mistõttu ei ole lisatasusid arvestatud). Võttes aluseks Terviseameti õdede arvu nov 2016. (s.o 8950) ja saades puuduolevate õdede arvestuslikuks arvaks 1972, oleks nende arvestuslik palgakulu aastas ca 33,1 miljonit eurot. Võttes aluseks TAI õdede arvu 2015. aastal (8357) ja puuduolevate õdede arvestuslikuks arvaks 2565, oleks õdede arvestuslik palgakulu ca 43 miljonit eurot.

Õdede vajalikkude arvu ei tohiks käsitleda lahus teiste tippspetsialistide ja tugipersonali arvust/rollist/rakendamisest. Näiteks on õdede ressursi oluliselt vabastanud meditsiinilise erihariduseta sekretäride ja kliiniliste assistentide rakendamine arstide assisteerimisel. Samuti vabastab õe aega kvalifitseeritud hooldustöötajate rakendamine – viimased nõuavad võrreldes kvalifitseerimata tööjõuga oluliselt vähem juhendamist ja saavad kanda suuremat vastutust.

Seega peaks tervishoiu kutsealade esindajate ettevalmistamise planeerimine toimuma oluliselt tihedamas seoses nii tervishoiusüsteemi teenustestruktuuri muudatustega kui ka arvestades teiste kutsealade rakendamise võimalusi. Eesti-suguses tsentraalse tervishoiukorraldusega väikeriigis võib olla põhjendatud ka alt-üle valdkonnapõhine lähenemine tervishoiu tööjõu kavandamisele (nt vaadates kutsealade kõrval eraldi perearstiabi, erakorralist arstiabi, vaimse tervise teenuseid jne), mis läbi oleks võimalik kavandatud muutuseid planeerida ja rakendada harmoonias tööjõu olukorraga. Näiteks on mitmed eksperdid viidanud, et mitmetes haiglates on lisaks väljarände tekitanud tööjõupuudust ka kiirabireform ning teise pereõe rahastamine – kogunud õed liikusid neile ametikohtadele, kuid haridussüsteem ei suutnud lahkuvale tööjõule asendust pakkuda. Sarnaselt võib lähitulevikus, ilma vastumeetmeid rakendamata mõjutada haiglaid ja teisi eriarstiabi pakkujaid ämmaemandate, füsioterapeutide ja vaimse tervise õdede toomine esmatasandile tervisekeskustesse.

Kui valdkondade-põhiselt tervishoiu tööjõule lähenedes on võimalik terviklikult katta kogu sektor, on võimalik kujundada ka riigi tööjõuvajadust täpsemalt peegeldavad tööjõu sihttasemed ning tuua arvukamate kutsealade puhul sihtide saavutamise RTA-sse juhtimisülesandeks. Arvestades nii arstide, spetsialiseerunud erioõdede kui ka mitmete teiste tippspetsialistide tööalase ettevalmistuse pikka perioodi, on otsustajatel oluline hoida pidevalt fookuses keskpikka perspektiivi, seirates spetsialistide tööjõust väljumise määra (sh pensioneerumise, suremuse ja väljarände tõttu) ning haridussüsteemi suutlikkust pakkuda neile asendust. Kuigi nagu ptk-s 2.4 markeeriti, on juba üle kümne aasta olnud tervishoiutöötajate ja tervishoiuvaldkonna spetsialistide koolitamise vajaliku mahu prognoosimiseks kasutusel prognoosimudel, peegeldab tervishoiutöötajate nappus mitmetel erialadel ja kutsealadel, et see mudel ei ole kuigi täpne või selle tulemusi ei kasutata otsuste langetamisel.

Tervishoiu tööjõu poliitika terviklikumaks juhtimiseks pakub ilmselt olulist tuge Kutsekoja veetava OSKA-projekt. Selle raames valmib 2017. aasta esimeses kvartalis tervishoiutöötajate oskuste ja tööjõuvajaduse prognoos, milles võetakse vaatluse alla kõik tervishoiuvaldkonnas rakendust leidvad kutsealad. **Selle töö autorid leiavad, et nii indikaatorite võimalikuks täiendamiseks kui ka tervishoiutöötajate arve puudutavate konkreetsete soovitude kujundamiseks on põhjust ära oodata nimetatud prognoosi tulemused.**

Siiski saab siinkohal markeerida, et nagu eelmine alapeatükk peegeldas, võib tervishoiutöötajate migratsioon olla tugevas sõltuvuses palgakomponendist, mistõttu on koolitatud ressursi hoidmiseks põhjendatud seirata strateegilisel tasandil erinevate kutsealade töötasu suhestumist riigi keskmise töötasuga. 2014. aasta esimeses kvartalis oli arstide palk riigi keskmisest töötasust 2,2 korda kõrgem, õendustöötajate palk ületas riigi keskmist 4,7% ja hooldajate tasu moodustas riigi keskmisest palgast 60%. Nagu jooniste 3, 4 ja 5 toel on võimalik järeldada, ei pruugi emigratsiooni pidurdamiseks olla vajalik tõsta töötasu samaväärseks peamiste sihtriikidega vaid oluline on pakkuda taset, mida asukohariigis tajutakse õiglasena. On tõenäoline, et töötasu paigalseisu korral olukorras, kus ülejäänud elanikkonna palgad kasvavad, või töötasu langemisel toimub taas väljarände hoogustumine.

Järeldused

9. Tervishoiu valdkonnas on tervishoiu ametialadel töötavate inimeste arv perioodil 2008–2014 ligi 11% võrra tõusnud.
10. Viimasel kümnendil on aset leidnud õdede ja ämmaemandate iseseisvuse ja vastutuse suurenemine, sh iseseisvalt osutatud õendus- ja ämmaemandusteenuste oluline kasv.
11. Tervishoiutöötajate emigratsiooni trend on viimastel aastatel aeglustunud, see on seostatav märkimisväärse palgakasvuga viimasel viiel aastal. Palgatrendide muutudes või emigratsioon taas kiirened.
12. Personalipuudus mitmetes haiglates on tingitud sellest, et haiglate juhid ei julge personalile planeeritud eelarvemahte suurendada – põhjuseks ebakindlus Haigekassa lepingute osas.
13. Eestis täna puuduolevate õdede arv jääb ilmselt sadadesse ega ulatu paari tuhandeni nagu eeldaks RTA käesolevaks aastaks seatud sihttase 8,3 õendustöötajat 1000 elaniku kohta. Kui selle aasta sihttase oleks täidetud, tähendaks see Eesti tervishoius ligi 10 900 õendustöötajat ehk ca 2000–2500 õendustöötajat enam, mis eeldaks tööandjalt üksnes palgakuludele minimaalselt 33–43 miljonit eurot lisaraha aastas.
14. RTA-s oodatud õendustöötajate arv on käsitletav asjakohasena üksnes siis, kui õdede roll oleks sarnane õdede rolliga põhjamaades – see tähendab õendustöötajate senisest iseseisvamat ja vastutusrikkamat rolli nii perearstiabis, koduõenduses (sh pikaajalise hoolduse kontekstis), töö- ja koolitervishoius ning ka ämmaemandusabi pakkumisel. Teisisõnu on õdede ja ämmaemandate koguarvu suurendamise eeltingimuseks ennetustegevuste oluliselt jõulisem rahastamine ravikindlustusest, seda nii esmase, teisese kui ka kolmandase ennetuse võtmes.
15. Tervishoiu kutsealade esindajate ettevalmistamise planeerimine peab toimuma oluliselt tihedamas seoses kavandatavate tervishoiusüsteemi teenustestruktuuri muudatustega ning teiste kutsealade rakendamise võimalusi arvestades.

Soovitused

6. Soovitame oodata indikaatorite võimalikuks täiendamiseks ning tervishoiutöötajate ootuspäraste arvude kujundamiseks ära OSKA tervishoiutöötajate tööjõu- ja oskuste vajaduse prognoosi tulemused.

4. Peamised järeldused ja soovitused

Selle teemaraporti fookuses on RTA-s ja tema rakendus- ja tegevuskavades sisalduvate tervishoiu tööjõu teemavaldkonnaga seonduvate meetmete-tegevuste sobivus, sihipärasus ja tulemuslikkus. Raporti eesmärk oli anda poliitikakujundajatele ülevaade, kui adekvaatselt on RTA-s arvestatud tervishoiu tööjõu kui sektori strateegilise ressursiga, ning soovitusi **valdkonna strateegiliseks käsitlemiseks ning tegevussuundade seadmisel tulevikuks**. Analüüsi teostamisel on kombineeritud erinevaid uurimismeetodeid nagu dokumendianalüüs, Eesti ja rahvusvahelise teaduskirjanduse analüüs, statistiline andmeanalüüs, individuaal- ja grüpiintervjuud Eesti ja välismaa ekspertide ning õenduse ja ämmaemanduse eriala esindajatega. Tellija ootuseks oli saada selle teemaraporti vahendusel ka hinnang RTA-s tervishoiutöötajaid puudutava täitmata jäänud indikaatori sihttaseme sobivuse ja selle osas ellu viidud tegevuste tulemuslikkuse ja kaetuse kohta ning soovitused edasiste tegevuste planeerimiseks indikaatoritega seotud sihtide saavutamisel.

Lähtudes OECD-st (2016) **peaks tervisevaldkonna tööjõupoliitika olema suunatud aja- ja asjakohaste oskustega tervishoiutöötajate optimaalse arvu ja koosluse saavutamisele ning teenuste osutamisele õigel tasandil, et vastata paremini muutuva vanusestruktuuriga elanikkonna tervise-vajadustele ja tagada kasvavate kulude eest parima väärtuse saavutamine**. RTA-s sedastatuna on Eesti tervishoiu-süsteemi võtmeguriks küllaldane hulk pühendunud, kvalifitseeritud ja enesejuhtimisoskusega tervishoiutöötajaid, kes on motiveeritud arendama inimkesket, terviseprobleemile vastavat kvaliteetset tervishoiuteenust. RTA kehtivusperioodil (2008–2014 võrdluses) on tervishoiu valdkonnas tervishoiu ametialadel töötavate inimeste arv kasvanud 10,9% ehk 20,1 tuhandelt 22,3 tuhandeni. Hoolimata tervishoiutöötajate arvu üldisest kasvust ei ole piisavust suudetud tagada mitmel arstlikul erialal (peremeditsiin, erakorraline meditsiin, patoloogia, laborimeditsiin, sisehaiguste eriala), õe kutsealal (nii üld- kui ka eriidede tasandil), teiste tervisevaldkonnas tegutsevate tippspetsialistide (bioanalüütikud, kliinilised psühholoogid, kliinilised logopeedid) kui ka keskastmespetsialistide tasandil (kvalifitseeritud hooldustöötajad)

Tervishoiutöötajate teemavaldkonnaga seostuvate sihtide ja tegevuste analüüs näitas, et tervishoiu tööjõu käsitus on olnud RTA-s ebasüsteemne ja formaalne, seotud tegevuste puhul torkab silma oodatavate tulemuste tegevuspõhisus ja/või üldsõnalisus. Kuigi tööjõuga seotud ootuste käsitus RTA põhitekstis viitab, et poliitikakujundajatel on hea arusaamine, milline peaks tervishoiu tööjõud ideaalis olema, ei ole soovitu rakendamiseks päriselus tegevusplaani loodud ega süsteemseid samme astunud. Tervishoiutöötajate struktuuri ja rolli muutuse osas on RTA olnud teisejärguline strateegiadokument – olulised strateegilised tegevused ja arengud on planeeritud pigem Esmatasandi tervishoiu arengukavas 2009–2015 ja Õendusala arengukavas 2002–2015, kust tegevused on jõudnud sekundaarselt ka RTA-sse.

Kuigi tööjõupoliitika kujundamise aluseks peaks olema pidev tööjõuvajaduse hindamine-seiramine, on tervishoiu tööjõuvajaduse uuringu läbiviimine lisatud alles 2016. aasta tegevusplaani. Pole ilmselt juhus, et RTA perioodi on jäänud laiaulatuslik tervishoiutöötajate streik – streigi järel koostatud hea tahte koostöökokkuleppes „Tervishoiusüsteemi jätkusuutlikkuse tagamine“ sisalduvad mitmed ootused, mis uurimismeeskonna hinnangul peaks sisalduma RTA-s, ning millega strateegilisel tasandil mittetegelemine oligi tõenäoliselt üks kesksetest streigipõhjustest.

Tervishoiu tööjõu planeerimine on seni toimunud suuresti kutsealade- või erialadekesksete kokkulepete põhisel ning puudunud on terviklik vaade tervishoiu tööjõule. Väljaspool arstide-õdede suhtarvu on RTA-s jäänud kõnetamata teised tervishoiuvaldkonna tööjõuga seotud probleemkohad.

Olukorras, kus strateegiliseks sihiks on võimalikult optimaalne ressursikasutus, ei ole põhjendatud, et strateegia fookuses hoitakse vaid seadusega reguleeritud kutsealasid, käsitledes teisi teisejärgulisena. Näiteks võib selliste spetsialistide nagu psühhoterapeutide, tegevusterapeutide, füsioterapeutide aga ka hooldustöötajate ja kliiniliste assistentide olemasolu ja piisavus mõjutada oluliselt tervishoiuasutuste vajadust meditsiinitöötajate järele.

RTA-s sisalduvad kaks tervishoiutöötajatega seotud tulemusindikaatorit – õdede ja arstide arv 100 000 elaniku kohta, neist esimeste arvu tahetakse ca kolmandiku võrra kasvatada, teiste arv samaks jätta. Suhtarvudepõhine lähenemine tervishoiu tööjõu kõige arvukamatele kutsealadele olemuslikult asjakohane ja mujalgi maailmas rakendatav viis planeerida tervishoiu tööjõu ettevalmistamist. Ometi seonduvad indikaatoritega mitmed probleemkohad. Arstide suhtarvu ületamine ligi 10% võrra viitab planeerimisveale – selleks, et tulla toime olukorraga, kus arstide arv hakkab ettenähtavas tulevikus kahanema, kui arstiõppe-residentuurist ei suudeta pakkuda uusi arste määral, mis suudaks katta tööjõust väljuvaid spetsialiste, on ratsionaalne arstiõppe lõpetajate arvu järk-järgult kasvatada juba enne kui töökäte puudus avaldub. Seega on praktikas toimunud kohandumine tervishoiu tuleviku vajadustele paremini, kui seda nägi ette RTA.

Õdedega seonduv RTA tulemuseesmärk kasvatada aastaks 2020 õendustöötajate arvu kolmandiku võrra ei ole seatud ajaks teostatav. Seatud sihttasemeks on võetud arenenud riikide keskmine õendustöötajate arv, kuid sisustamata on jäänud see, kuidas peaks kutseala esindajate arvu suurendamine suhestuma ravikindlustusest rahastatavate tervishoiuteenuste struktuuriga. Kuigi on alust eeldada, et lisanduvad õendustöötajad aitavad ühelt poolt leevendada tänase süsteemi tööjõupuudust, on robustsetel hinnangutel täna üle Eesti puuduolevate õdede arv kindlasti sadades, kuid mitte paartuhat nagu eeldaks RTA käesolevaks aastaks seatud sihttase 8,3 õendustöötajat 1000 elaniku kohta. Kui selle aasta sihttase oleks täidetud, tähendaks see, et Eestis oleks praeguseks ligi 2000–2500 õendustöötajat tervishoius enam mis eeldaks tööandjatel üksnes palgakuludele minimaalselt 33–43 miljonit eurot lisaraha aastas. Seega oleks sellise tööjõuhulga hõlmamiseks süsteemi pidanud tervishoidu ravikindlustusest vähemalt samaväärses summas ka täiendavalt rahastama. RTA-s oodatud suhtarvu suurusjärgus õendustöötajate arv oleks käsitletav asjakohasena üksnes siis, kui õdede roll oleks sarnane õdede rolliga põhjamaades – see tähendab õendustöötajate senisest veelgi iseseisvamat ja vastutusrikkamat rolli nii perearstiabis, koduõenduses (sh pikaajalise hoolduse kontekstis), töö- ja koolitervishoius ning ka ämmaemandusabi pakkumisel.

Tervishoiutöötajate motivatsiooniga seotuid töötasu, töökoormust, töökorraldust, töökeskkonda, enesetäiendus- ja karjäärivõimalusi ning migratsiooni tõmbe ja tõuketegureid on RTA tasandil puudutatud vaid kaudselt ja/või puudutades väikseid töötajagruppe (nt residendid). Tervishoiutöötajate palgaootustele vastamine on solidaarse ravikindlustusega riigis üheselt valitsustasandi ülesanne ja seega ka vähemalt üldisel tasandil RTA tasandi teema. Emigratsiooni pidurdamiseks ei pruugi olla vajalik tõsta töötasu samaväärseks peamiste sihtriikidega vaid oluline on pakkuda taset, mida asukohariigis tajutakse õiglasena. On tõenäoline, et töötasu paigalseisu korral olukorras, kus ülejäänud elanikkonna palgad kasvavad, või töötasu langemisel toimub taas tervishoiutöötajate väljarände hoogustumine.

Tervishoiutöötajate motivatsioon on otseselt seotud ravikindlustuse jätkusuutlikkusega. Ravikindlustussüsteemi kahanev suutlikkus ühes haigekassa lepingupoliitikaga mõjutab juba täna paljudes haiglates personali palkamist. Ebakindlus lepingumahtude osas pärsib nii Tallinna keskhaiglais kui ka maakonnakeskuste üld- ja kohalikes haiglais tööjõu juurdepalkamist – kui oodatud lepingumahud osutuvad soovituslikult väiksemaks, võib olla vajalik koosseisude vähendamine. Ka vabade töökohtade olemasolul võivad potentsiaalsed töötajad peljata siduda end raviasutusega, mille tulevik

on ebakindel. Seeläbi on omakorda olemasolevad töötajad sageli ülekoormatud, mis läbi kahaneb töötajate motivatsioon ja suureneb oht kvaliteedile.

Selleks, et tervishoiu tööjõudu saaks riiklikul, paikkondlikul ja organisatsioonide tasandil usaldusväärset planeerida, on vajalik lahendada ebakõla ravikindlustusest rahastatavate tervishoiuteenuste mahu kahanemise ja vananeva elanikkonna kasvava ravivajaduse vahel. Ratsionaalne ei ole seada tervishoiu tööjõuvajadust sõltuvaks Haigekassa rahastamissuutlikkusest ega planeerida ka tööjõu vajadust ravivajadusest lähtudes olukorras, kus neid mahte ei ole ravikindlustusest tegelikult võimalik katta. **Autorid soovivad tervishoiu tööjõu poliitika sisuga täitmiseks töötada välja visioon, mis lahendaks minimaalselt keskpikas perspektiivis tervishoiu jätkusuutmatu rahastamise probleemi.**

Enne tervishoiutöötajatega seotud eesmärkide, indikaatorite ja meetmete kavandamist RTA uuendamise protsessis soovib uurimismeeskond oodata olulise sisendina ära Kutsekoja veetava OSKA projekti raames teostatava tervishoiu tööjõuvajaduse prognoosi tulemused (avalikustatakse 2017. aasta märtsis). Nimetatud töö raames antakse tavapäraste nn meditsiinitöötajate kõrval ülevaade ja hinnangud ka teiste tervishoius töötavate spetsialistide tööjõuvajaduse kohta. OSKA uuring on tervishoiu tööjõu seisukohalt märksa mahukam kui käesolev RTA hindamisuuring, mistõttu on ka seal pakutavad hinnangud-järeldused eelduslikult oluliselt sisukamad, kui oleks võimalik pakkuda selle analüüsi raames.

Sõltumata OSKA tulemustest tuleks aga astuda samme, et lahendada kliiniliste psühholoogide ja kliiniliste logopeedidega kutsealase ettevalmistusega seotud probleemkohad.

Kasutatud kirjandus

1. Arengufond (2014) Tervisetehnoloogiad. vt <http://ns.arengufond.ee/med-raport>
2. Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetelu. Vastu võetud Vabariigi Valitsuse 18.12.2015 määrusega nr 138. <https://www.riigiteataja.ee/akt/122122015054>
3. Hea tahte koostöökokkulepe „Tervishoiusüsteemi jätkusuutlikkuse tagamine“ (2013) <https://arstideleit.ee/wp-content/uploads/2013/02/Allkirjastatud-hea-tahte-koost%C3%B6%C3%B6kokkulepe.pdf>
4. Kiivet, R.-A., Visk, H., Asser, T. (2012) Eestis töötavate arstide arvu prognoos aastaks 2032. Eesti Arst, 91 (8), 403–412.
5. Kutsestandard 'Kliiniline psühholoog, tase 7. Kinnitatud Tervishoiu ja Sotsiaaltöö Kutsenõukogu 15.10.2013 otsusega nr 16. <http://www.kutsekoda.ee/et/kutseregister/kutsestandardid/10489529>
6. Kutsestandard 'Kliiniline logopeed, tase 7. Kinnitatud Tervishoiu ja Sotsiaaltöö Kutsenõukogu 27.03.2013 otsusega nr 13. <http://www.kutsekoda.ee/et/kutseregister/kutsestandardid/10463859>
7. OECD (2016) Health Workforce Policies in OECD Countries: Right Jobs, Right Skills, Right Places
8. Psühhiaatria eriala arengukava 2012–2020. https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Tervis/Tervishoiususteem/Arstide_erialade_arengukavad/psuhhiaatria_arengukava.pdf
9. Rahvastiku tervise arengukava 2009-2020. Kinnitatud 2008. aastal. https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Tervis/rahvastiku_tervise_arengukava_rta_2008.pdf
10. Rahvastiku tervise arengukava 2009-2020. (täiendatud 2012. aastal). https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Tervis/2012_rta_pohitekst_ok_5.pdf
11. Veldre, V., Kruus, P. (2014). ONE BSR Case study. The Estonian Case – Talent Retention in the Health Care System. Praxis Center for Policy Studies. Tallinn, Estonia http://www.praxis.ee/wp-content/uploads/2015/03/Veldre_Case_study_Retention_2014_10_02.pdf
12. Veldre, V., Masso, M., Osila, L. (2015) Vaimse tervise häirega inimesed avatud tööturul. Poliitikauuringute Keskus Praxis. http://www.praxis.ee/wp-content/uploads/2015/06/Vaimne_tervis_raport.pdf
13. WHO, UNICEF (2009). Baby-Friendly Hospital Initiative. Revised, updated and expanded for integrated care. http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi_trainingcourse/en/

Lisa 1. Tervishoiu töäjõud ja selle planeerimine Soomes

Prognoosisüsteem

Tervishoiu töäjõu planeerimine on Soomes osa üldisest majanduspõhisest töäjõu planeerimisest.¹⁸ Üldise töäjõu vajaduse hindamise ja töäjõu planeerimisega tegeletakse Haridusministeeriumi, Töäjõuministeeriumi, Sotsiaal- ja tervishoiuministeeriumi, Soome Statistikaameti ja kohalike omavalitsuste asutuste koostöös.¹⁹

Töäjõu planeerimise esimeses faasis tehakse Riigi Majandusuuringute Instituudi ja Töäjõu- ja majandusministeeriumi, Rahandusministeeriumi, Haridusministeeriumi ning Sotsiaalministeeriumi koostöös pikaajaline erinevate sektorite töäjõu prognoos. Pikaajalisele prognoosile tuginedes koostab Soome Riiklik Hariduskomisjon Haridus- ja kultuuriministeeriumi allasutusena prognoosi hariduse vajaduste kohta ning teeb ettepanekud koolidesse vastuvõetavate õpilaste arvu kohta. Haridus- ja kultuuriministeerium kutsub kokku erinevatesse sektoritesse kuuluvate ekspertide rühma, et hinnata tulevasi vajadusi hariduses. Valitsuses vaadatakse osana hariduse ja ülikoolide arenguplaanist iga nelja aasta järel üle koolide vastuvõtu sihid (vastuvõetavate arvud). Hetkel kehtiv pikaajaline töäjõu prognoos on aastate 2008–2025 kohta ning koolide vastuvõtu sihid on kehtivad aastate 2011–2016 kohta.²⁰

Töäjõuvajaduse prognoosi mudel kasutab tervisehoiukulu (*health expenditure*) prognoosi hindamiseks tuleviku tööhõive kasvu tervisesektoris. Tervisehoiu ja sotsiaalhoolekande (*social care*) kulude prognoos põhineb EL-i või Sotsiaal- ja tervishoiuministeeriumi projektsioonidel. Mudelisse lisatakse vaatluse all oleva perioodi majanduskasvu baasstsenaarium ning optimistlik stsenaarium. Hetkel kasutuses olevasse mudelisse on lisatud Sotsiaal- ja tervishoiuministeeriumi poolt kolmas, kulude prognoosi stsenaarium. Neid kolme stsenaariumit arvestades koostatakse hinnang, kui palju peaks koolidesse õpilasi vastu võtma, et katta tervisesektori vajadused. Esimeses etapis kujundatakse mudeli toel hinnang uute vajaminevate töötajate arvu kohta sektorite kaupa. Teises etapis võetakse juba täpsemalt arvesse iga sektori tegevusala struktuuri.²¹

Olukord valdkonnas

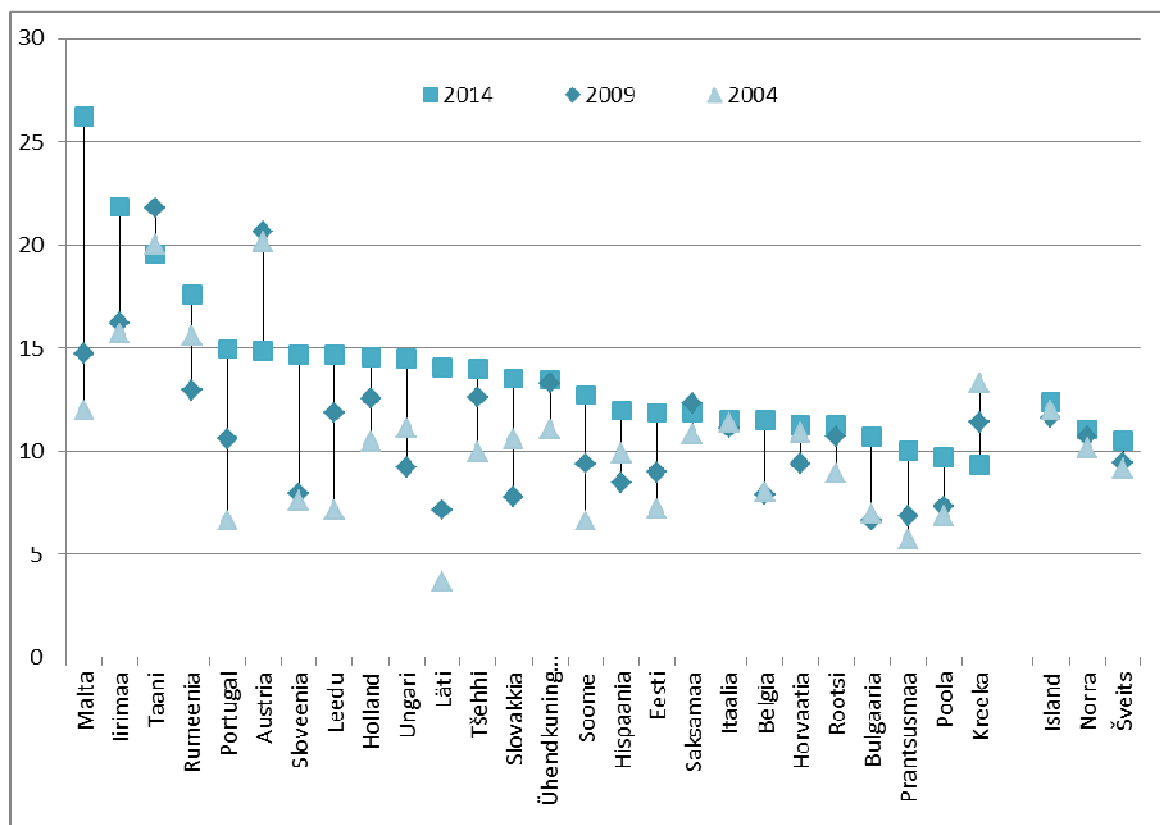
Kuni 1990ndateni arstide, hambaarstide ja õdede seas töötus sisuliselt puudus, kuid aastatuhande lõpus tabanud majanduslanguse tõttu vähenes ka tervishoiutöötajate hõivatus ning osa valdkonna spetsialistidest jäi tööta. Seetõttu vähendati ka 90ndate alguses meditsiinikoolides õppekohtade arvu. 90ndate lõpus hakati majanduslangusest taastuma, ning tekkis tervishoiutöötajate nappus, eriti arstide ja hambaarstide seas. Olukorra parandamiseks suurendati jõuliselt meditsiinikoolide vastuvõttu (vt joonised 2, 3, 4, 5) ning see on olnud tulemuslik – mõlema kutseala esindajate hulk on 15 aastaga ligi kolmandiku võrra kasvanud (vt tabel 2).

¹⁸ <http://www.aacp.org/resources/research/pharmacyworkforcecenter/Documents/OECD%20paper.pdf>

¹⁹ *Ibid.*

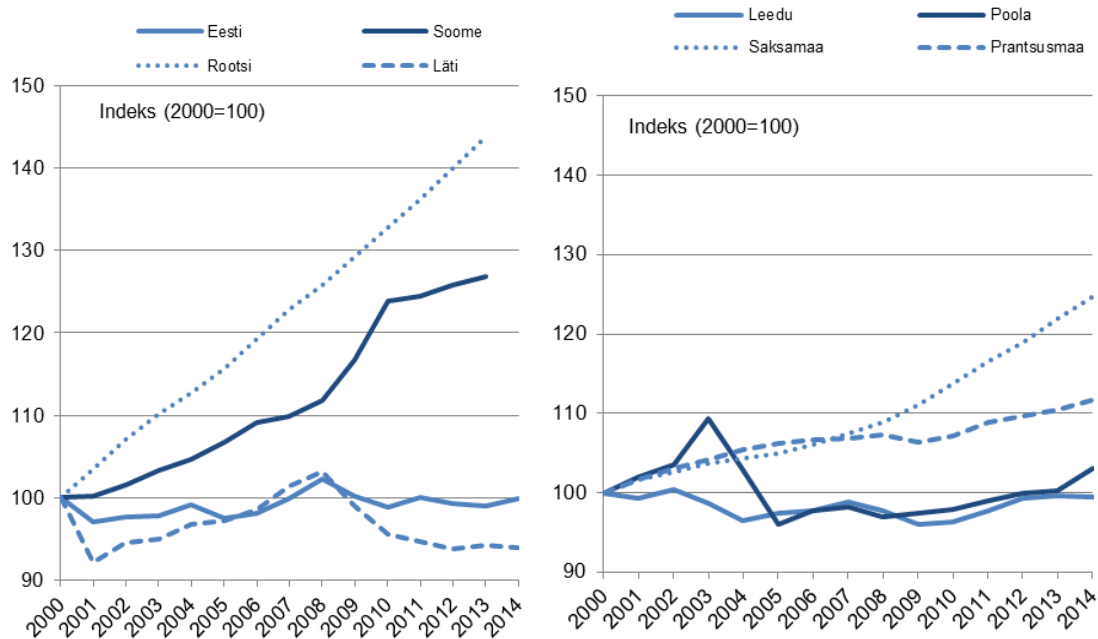
²⁰ *Ibid.*

²¹ *Ibid.*



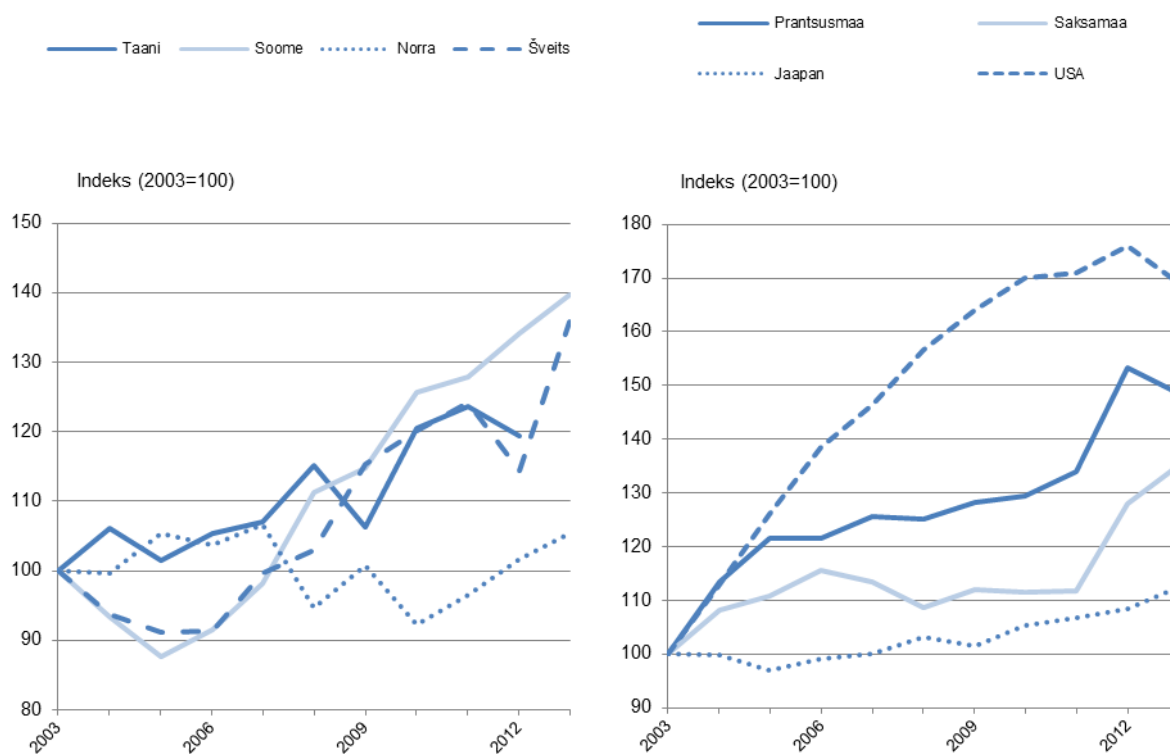
Joonis 3. Arstiõppe lõpetanud OECD riikides 100 000 elaniku kohta , 2004, 2009 ja 2014.

Allikas: Eurostat 2016.



Joonis 4. Praktiseerivate arstide arvu kasv valitud Euroopa riikides, 2000–2014.

Allikas: OECD Health Statistics 2016.



Joonis 5. Õenduse eriala lõpetamine valitud OECD riikides, 2003–2013.

Allikas: OECD Health Statistics 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

Tabel 2. Arvukamad tervishoiu valdkonna kutsealad Soomes, 2000 – 2015.

	2000	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Arstid	15 905	20 306*	20 734	21 106	21 404	21 714	21 980
Inimest arsti kohta	325	264*	260	257	254	252	249
Hambaarstid	4794	4699	4 878	4 983	5 069	4 976	5 000
Õed (sairaanhoitajia)	59 053	69 817	71 170	72 483	73 664	74 793	77 459
4. taseme hooldustöötajad (lähahoitajia)	36 363	87 006	93 946	101 384	108 663	116 815	124 257
Proviisorid	1902	2473	2 532	2 593	2 647	2 707	2 747
Farmatseudid	5758	6588	6 684	6 811	6 908	7 012	7 511

Allikas: Statistics in Finland, <http://stat.fi/finlandinfigures>.

Märkus: Täkniga (*) tähistatud muutujate puhul on võrreldes eelnenud perioodiga toimunud üleminek teistsugusele andmekäsitlusele.

Kuigi tervishoiu tööjõudu napib Soomes ka praegusel hetkel, on eelkõige tegu nn struktuursete ja regionaalsete probleemidega. Nii on näiteks Põhja-Soomes pidev (pere)arstide puudus, kuid teisalt oli 2016. aasta alguses Soomes registreeritud 231 arsti haridusega töötut.²² Tööjõu puudust on aidanud

²² https://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/27039/physicians_in_the_nordic_countries_2016.pdf

leevendada migratsioon lähiriikidest. Aastal 2015 töötas Soomes mitte-Soome päritolu arste ligi 830, kõige rohkem oli arste Eestist (292) ning Venemaalt (170).²³

Nagu eelpool öeldud on õendustöötajate hulk üks parimaid Euroopas. Lisaks tuleb arvestada, et lisaks rohkearvulisele õdede kontingendile on Soomes muljetavaldav hulk keskastmetspetsialistidest kvalifitseeritud hooldustöötajaid (*lähahoitajad*, tõlgitud vahel ka kui 'abiõed'), kes töötavad tervishoiusektori kõrval ka sotsiaalsektoris. Ekspertide sõnul napib neid suhtelisest arvukusest hoolimata, kuna paljud kutse omandanud ei tööta erialasel töökohal – hinnanguliselt töötab 20 000 kutseala esindajatest väljaspool tervishoiusektorit. Mujal töötamise põhjuseks on toodud madalat palka ning ebasoodsaid töötingimusi tervishoiusektoris.²⁴

²³ https://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/1011/vuositilastot_2015_en.pdf lk 6

²⁴ vt ka [Mapping and Analysing Bottleneck Vacancies in EU Labour Markets. Overview report. Final 2014](#)

Lisa 2. Ekspertide süvaintervjuude kavad

Eesti ekspertide intervjuu kava:

1. Kuivõrd adekvaatselt võimaldavad RTA indikaatorid seirata õenduse olukorda Eestis?
2. Milliste indikaatoritega võiks/saaks seirata õenduse olukorda Eestis?
3. Kuivõrd on RTA-s seatud õenduse eesmärgid realistlikud/saavutatavad/adekvaatsed?
4. Mis võivad olla põhjusteks, et saavutatud ei ole RTA-s eesmärgiks seatud õdede arvu kasvu?
5. Millised on olulisemad edasimineked Eesti õdede väljaõppes, töötingimustes ja -korralduses viimase 5 aasta jooksul?
6. Millised on olulisemad tagasimineked Eesti õdede väljaõppes, töötingimustes ja -korralduses viimase 5 aasta jooksul?
7. Kuivõrd on valdkonna arengud erinevad Eesti eri piirkondades?
8. Milline on olnud RTA roll Eesti õdede väljaõpet ja töötingimusi ja -korraldust puudutavates arengutes?
9. Millised õenduse valdkonna eesmärgid võiksid olla järgmise 10 aasta jooksul Eestis saavutatavad?
10. Milliseid õenduse valdkonna tegevusi/tegevussuundi võiks/peaks RTA kindlasti sisaldama, et Eestis oleks tulevikus õdesid piisavalt?

Väliseksperti intervjuu kava:

1. Milliste indikaatoritega seiratakse tervishoiutöötajate (eelkõige õdede) olukorda Soomes?
2. Kuivõrd adekvaatselt võimaldavad need indikaatorid seirata tervishoiutöötajate (eelkõige õdede) olukorda Soomes?
3. Millisel moel on Soomes korraldatud (sh rahastatud) õdede õpe ja praktika?
4. Millised on Soome õdede õppe ja praktika süsteemi peamised tugevused ja väljakutsed?
5. Milline on õdede roll Soome tervishoiusüsteemis praegu ja millises suunas arenemas, sh millised on õdede karjäärivõimalused?
6. Millised tegevused või tegevussuunad on olnud Soomes seni kõige edukamad õdede arvu suurendamisel?
7. Millised tegevused või tegevussuunad on olnud Soomes seni kõige edukamad õdede töötingimuste parandamisel?

