



riigikontroll
National Audit Office of Estonia

Tervishoiutöötajate pädevushindamine

Millised on Eesti tervishoiutöötajate pädevushindamise kitsaskohad ja arendamise vajadused?

Ülevaate „Tervishoiutöötajate pädevushindamine“ tulemusel valmis kaks aruannet, esimeses on käsitletud tervishoiutöötajate pädevushindamist ja teises nende tegutsemisõiguse piiramise probleematikat.

Kokkuvõte

Teadmiseks, et

tervishoiutöötajate pädevushindamise peamised eesmärgid on

- suunata tervishoiutöötajaid oma teadmisi ja oskusi hoidma ning järjepidevalt täiendama;
- anda inimestele kindlust, et tervishoiuteenuseid pakuvad tõendatud pädevusega tervishoiutöötajad.

Allikas: Riigikontrolli küsitlus tervishoiutöötajate kutse- ja erialaühenduste seas

„Riigi huvi peaks olema see, et inimeste eest vastutavad spetsialistid on kompetentsed ja seda mitte ainult vahetult peale residentuurieksami sooritamist, vaid ka kümnete aastate möödudes.“

Allikas: Eesti Hematoloogide Seltsi vastus Riigikontrolli küsitlusele

Teadmiseks, et

teenuste kvaliteedi ja ohutuse tagamise vajaduse tõttu on riskiks need tervishoiutöötajad, kes oma pädevust ei ajakohasta või ei järgi tõenduspõhise meditsiini põhimõtteid vms.

Maaailma Terviseorganisatsiooni (WHO) hinnangul on tõenäoline, et just n-õ kõrge riskiga töötajad ei pruugi vabatahtlikult pädevushindamisest osa võtta.

Allikas: Riigikontrolli intervjuu WHO esindajatega

Tervishoiutöötajate pädevushindamine on osa nende teadmiste ja oskuste arendamisest ning seekaudu ravikvaliteedi tagamisest.

Eestis on pädevushindamine vabatahtlik, seda korraldab osa kutse- või erialaühendustest oma äranägemise järgi.

Tervishoiutöötajatel puudub hindamise läbimiseks praktiline tarve: pädevustõend ei anna neile tööandjate silmis olulisi eeliseid.

Seetõttu on vaid väike osa tervishoiutöötajatest hindamise läbi teinud ja pole tõendust, mil määral pädevust tegelikult täiendatakse. Lisaks ei ole kõikidel tervishoiutöötajatel võimalik õigusaktiga ettenähtud mahus täienduskoolitustel osaleda, mh asendajate puuduse tõttu. Ka patsientidel pole kindlust, et tervishoiuteenuseid osutavad ainult pädevad tervishoiutöötajad. Seega ei toimi pädevushindamise süsteem tervikuna piisavalt hästi, vaja on muutusi. Sotsiaalministeerium peaks võtma muudatuste juhi rolli ning tegema pädevuse hindamise sisuliseks ja argiseks tervishoiutöötajate arendamise osaks.

Tähelepanekud

Eestis osaleb pädevushindamises väike osa tervishoiutöötajatest.

Töötavatest arstidest on 01.01.2024. a seisuga kehtiv pädevushindamise tõend vähem kui veerandil, hambaarstidest ca 60%-l, õdedest ja ämmaemandatest alla 10%-l. Üldjuhul pole tervishoiutöötajatel oma pädevuse hindamiseks ka praktilist ajendit. Hindamise läbimine annab eelise üksikutel juhtudel, näiteks eratervishoiuasutustele, kes osalevad Tervisekassa tervishoiuteenuste hangetel. Lisaks ei ole igal arstlikul erialal võimalik pädevushindamist läbida, sest selle korraldamine sõltub ühenduse tahtest ja võimalustest. Pädevushindamine on toimunud 41 arstlikust erialast¹ 27-l ja 20-st lisapädevusega erialast 4-l. Paljud tervishoiutöötajad, kes ei osale pädevushindamises, kindlasti arendavad oma teadmisi ja oskusi. Riigiasutustel ja patsientidel ei ole aga tõendust selle kohta, mil määral pädevust tegelikult täiendatakse.

Pädevushindamise kriteeriumid on eriala- ja kutseühingutes nii erinevad, et pädevuse tõendamine pole erialati võrreldava põhjalikkuse ja sisukusega. Pädevushindamise korralduse panevad paika ühingud ise. Hindamise kriteeriumites on sarnasusi, näiteks täienduskoolitustel osalemine või publikatsioonide avaldamine, juhendamine. Kuid veel rohkem on erisusi, sh tegevuste (nt täienduskoolituse või eelneva perioodi praktilise töö) nõutava mahu osas. Teatud variatiivsus kriteeriumides on erialade olemuse tõttu paratamatu (nt

¹ Eriala on näiteks sisehaigused, selle eriala lisapädevused on allergoloogia, kliiniline farmakoloogia ja geriaatria. Vt [eriarstiabi erialade ja erialade lisapädevuste loetelu](#).

kirurgidel on praktika väga olulisel kohal), kuid ühtlustamine on ka ühenduste endi hinnangul vajalik.

Tervishoiuteenuste osutajatel on kohustus tagada tervishoiutöötajatele aastas vähemalt 60 tunni ulatuses täienduskoolitust, kuid kõik tervishoiutöötajad ei saa nõutud mahus koolitustel osaleda. Täpselt ei ole teada, kui paljud tervishoiutöötajad nõutud mahus koolitusi ei saa. Ühenduste sõnul on levinumad takistused järgmised: töötajate puudusest tulenev asendajate nappus; koolituste kehvem kättesaadavus keskustest kaugemate tervishoiuteenuse osutajate jaoks; täienduskoolituse raha, mis sisaldub Tervisekassa tervishoiuteenuste rahastuses, kuid mis ei kata kogu koolitusvajadust.

Teadmiseks, et

tervishoiutöötajad saavad pärast tasemehariduse omandamist tähtajatu tegutsemisõiguse. Riigi tasandil järgnevate aastakümnete jooksul üldjuhul ei kontrollita, kas töötaja oma pädevust arendab ja ajakohastab, et see oleks meditsiini kiire arenguga kooskõlas.

Kui ühendustel tekib kahtlus, et tervishoiutöötaja pole teenuste kvaliteedi ja ohutuse tagamiseks piisavalt pädev, on neil vähe valikuid: juhtida asutuste tähelepanu isikuga seotud küsimustele või keelduda kandidaadile pädevustõendi väljaandmisest. Samas ei takista pädevustõendi puudumine tervishoius töötamist. Tegevuse piiranguid saab seada riiklikku järelevalvet teostav Terviseamet ja/või kohus, kuid Terviseamet pole seni tervishoiutöötajate töö kvaliteedi ja nende pädevuse küsimustega sisuliselt tegelenud. Ühendustel puudub õigus (ja soov) tervishoiutöötajate töö üle tegelikku järelevalvet teha.

Pädevushindamise kohustuslikuks muutmise vajadust on arutatud juba aastaid tagasi, osapooled on vastakatel seisukohtadel.

Riigikontrolli küsitlusele vastanud ühendustest 73% näevad vajadust kohustusliku hindamise järele tingimusel, et riik pakuks ühendustele selle korraldamiseks tuge (vt järgmine lõik). Riiklik tugi oleks ühenduste hinnangul peamine viis, kuidas suurendada hindamises osalemise määra. Teisalt eelistab ligikaudu veerand ühendustest vabatahtliku süsteemi jätkumist. Sotsiaalministeerium peab pädevushindamist tugevalt soovituslikuks, kuid selle kohustuslikuks muutmist teostamatuks. Põhjuseks on ühenduste erinev võimekus ja ebaselgus, milline ühendus pädevust peaks hindama. Ühendused ootavad riigilt hindamise kui töömahuka tegevuse rahastamist.

Nii vabatahtliku kui ka kohustusliku süsteemi korral on Sotsiaalministeeriumil, Terviseametil ja Tervisekassal mitmel moel võimalik pädevushindamise arendamist toetada. Sotsiaalministeerium võiks võtta eesmärgiks, et see muutuks tervishoiutöötajate arendamise sisuliseks ja tavapäraseks osaks. Selleks tuleb hindamise protsess teha nii taotlejatele ja kui ka pädevuse hindajatele võimalikult lihtsasti hallatavaks. Ministeeriumi põhiülesanne on seejuures ühtsemate hindamiskriteeriumide kujundamine. Terviseamet peaks eest vedama digilahenduse (s.t teabe ja dokumentide vahetamise rakenduse) arendamist, hindamise tulemuste info kokkukogumist ja avalikkuse teavitamist. Tervisekassa peaks veenduma, et rahastatavad tervishoiuteenused on kvaliteetsed ja neid pakuvad pädevad tervishoiutöötajad.

Lisaks on vaja tagada, et tervishoiutöötajad saaksid nõutud mahus täienduskoolitusi ja Terviseamet teeks täienduskoolituse mahu nõude täitmise üle sisulist järelevalvet.

Lõpuks on pädevushindamise sisukuse saavutamiseks vaja, et Sotsiaalministeerium koostöös Tervisekassa ja Terviseametiga parandaks ravikvaliteedi jälgimise ja analüüsimise süsteemi tervikuna, et pädevuse hindamisel saaks ka ravikvaliteedi andmeid kasutada, ning tõstaks nimetatud asutuste üldist suutlikkust lahendada ravikvaliteediga seotud kahtlusi, kaebusi ja probleeme.

Sotsiaalministeeriumi, Terviseameti ja Tervisekassa vastused:

- Sotsiaalministeerium lubas integreerida Riigikontrolli aruandes tehtud ettepanekud tervishoiu kvaliteedisüsteemi väljaarendamise töökavva. Uuenevas määruses „Tervishoiuteenuste kvaliteedi ja patsiendiohutuse tagamise nõuded“ peab ministeerium jätkuvalt pädevushindamist vajalikuks osaks teenuste kvaliteedist.

Samuti koostab Sotsiaalministeerium hiljemalt 2025. aasta III kvartali lõpuks analüüsidokumendi „Tervishoiuteenuste kvaliteedi ja järelevalve korraldamine Eestis – analüüs ja ettepanekud“, mis täpsustab erinevate asutuste rolle ja vastutust kvaliteedi tagamisel ning aitab rakendada ka käesolevat määrust.

Sotsiaalministeerium näeb lisaks pädevushindamise protsessi ühtlustamise vajadusele, et on oluline nõuda senise 60 tunni täienduskoolituse tulemuslikku ja eesmärgipärast kasutamist ning tuleb luua selle tagamiseks tervikvisioon (vastutused ja rollid) ning toetav raam ka järelevalves.

- Tervisekassa on valmis teenuste ostmisel arvestama pädevuse olemasolu ja vajalik süsteem valmib eeltingimuste täitumisel kvartalite jooksul. Eeltingimusteks on Sotsiaalministeeriumi eestvedamisel pädevushindamise protsessi süsteemi loomine ja Terviseameti järelevalve tugevdamine, sh Terviseameti poolt digilahenduste loomine pädevushindamise registri haldamisel.
- Terviseamet nõustus, et tervishoiuteenuste kvaliteedi oluliseks osaks on ravikvaliteet ja koolitatud personal. Tervishoiuteenust osutava töötaja koolitamine ja pädevuse tõstmine annab ka patsientidele kindluse, et teenust osutavad pädevad ja ajakohaste oskustega tervishoiutöötajad. Ühtlasi juhime tähelepanu, et Eestis hindavad tervishoiutöötajate pädevust kutse- ja erialaühendused. Hindamine ja selles osalemine on Eestis vabatahtlik ning ei toimu erialadeüleselt, vaid kutsete või erialade puhul, kus ühendused on pidanud seda oluliseks.

Sisukord

Tervishoiutöötajate pädevushindamise olukord Eestis	5
Pädevushindamises osalemine	6
Pädevushindamise kriteeriumid	8
Tervishoiutöötajate täienduskoolituse korraldus	10
Riigi roll pädevushindamises	14
Praeguse süsteemi kitsaskohad	14
Pädevushindamise vabatahtlikkus või kohustuslikkus	20
Pädevushindamise arendamise võimalused	23
Sotsiaalministeeriumi, Terviseameti ja Tervisekassa vastused	32
Ülevaate iseloomustus	36
Riigikontrolli varasemaid auditeid tervishoiutöötajate pädevuse ja tervishoiuteenuste kvaliteedi valdkonnas	39
Lisa A. Valdkonna ülevaade	40
Lisa B. Pädevushindamise läbinud tervishoiutöötajad erialati	43
Lisa C. Tervishoiutöötajatega võrdsustatud isikute ja teiste spetsialistide pädevuse küsimused	45

Tervishoiutöötajate pädevushindamise olukord Eestis

Teadmiseks, et

tervishoiutöötajate erialade ja kutsete maastik on mitmekesine. Üksikasjadesse laskumata, arstid omandavad residentuuris mingi eriarstiabi eriala. Seejuures võib eriarstiabis eristada nn põhi-erialasid (nt sisehaigused) ja erialade lisapädevusi (nt sisehaiguste puhul allergoloogia või geriaatria) (vt ka sotsiaalministri määrust „[Eriarstiabi erialade ja erialade lisapädevuste loetelu](#)“).

On ka selliseid lisapädevusi, mida viidatud määrus ei kajasta, nt n-ö erialadeülesed lisapädevused nagu toitmisravi, valuravi jms.

Tervishoiutöötajate kutsed jagunevad järgmiselt: arst, hambaarst, õde (kusjuures need õed, kes omandavad magistrikraadi (vähemus), saavad selle mingil kindlal eriole erialal) ja ämmaemand.

Õdedel ja ämmaemandel on olemas oma kutseühendused. Arstid on ühendustesse organiseerunud peamiselt erialade põhjal, kuid neil on ka kutseühendusi (nt Eesti Arstide Liit). Kuuluda võib mitmesse ühendusse.

1. Tervishoiutöötaja pädevus on tema tõendatud võime rakendada tervishoiuteenuse osutamisel vajalikke oskusi ja teadmisi.² Tervishoiutöötajate pädevushindamise (edaspidi ka lihtsalt hindamine) eesmärk on toetada tervishoiutöötajate professionaalset arengut ja arstiabi kvaliteedi parandamist,³ see aitab tervishoiutöötajate pädevust hoida ja tõsta. Siinses ülevaates on vaatluse all tervishoiutöötajate tasemeõppe (diplomiõppe ja/või residentuuri) järgne pädevushindamine.

2. Pädevushindamise korraldust Eestis on põhjalikumalt iseloomustatud lisas A. Kokkuvõtlikult: Eestis hindavad tervishoiutöötajate pädevust kutse- ja erialaühendused (edaspidi ka ühendused).⁴ Hindamine ja selles osalemine on Eestis vabatahtlik ning see toimub kutsete või erialade puhul (vt ka vasakkasti), kus ühendus on pidanud seda oluliseks.

3. Ühel eriarstiabi erialal võib eksisteerida mitu ühendust, näiteks seetõttu, et eriala sees on võimalik keskenduda mitmele kitsamale valdkonnale. Seega toimub pädevushindamine erialade ning ühenduste sisemiste arusaamade ja kokkulepete kohaselt.

4. Riigiasutuste roll pädevushindamises on tagasihoidlik ja vastutuse jaotusest saab rääkida kas väga üldiselt või vaid kindla ülesande mõttes:

- Sotsiaalministeeriumi ülesanne on tervishoiupoliitika kujundamine, sh pädevuse hindamise poliitika kujundamine;
- Terviseamet on tervishoiu korralduse ja järelevalve asutus. Ameti konkreetseks ülesandeks on koondada ühendustelt saadud tervishoiutöötajate pädevuse info tervishoiukorralduse infosüsteemi;
- Tervisekassa tasub osutatud tervishoiuteenuste eest ja tervishoiutöötajate pädevus on üks kvaliteediaspekt teiste seas, mida Tervisekassa peab rahastatud teenuste kvaliteedi ja lepingute täitmise tagamiseks seirama. Mõne teenuse puhul on Tervisekassa kehtestanud pädevushindamisega seotud tingimusi (vt p 40).

5. Käesoleva ülevaate koostamise metoodikat on kirjeldatud peatükis „Ülevaate iseloomustus“. Siinkohal on oluline, et lisaks intervjuudele osapooltega korraldas Riigikontroll ühenduste seas küsitluse, millele vastas 48 organisatsiooni ehk valdav osa tervishoiuvaldkonna kutse- ja erialaühendustest. Aruandes kajastatud ühenduste seisukohad on pärit nii intervjuudest kui ka küsitlusest.

² Tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamise nõuded, § 2 lg 7.

³ Eesti Arstide Liidu seisukoht, 20.10.2014.

⁴ Tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamise nõuded, § 4 lg 2.

Pädevushindamise statistika

Teadmiseks, et

viimase kuue aasta vältel ei ole pädevushindamises osalenud tervishoiutöötajate koguarv oluliselt muutunud. Kui võrrelda 2018. ja 2024. a alguse seisuga, siis on pädevustõendiga

- eriarstide arv kahanenud 1307-lt 1228-le;
- hambaarstide arv kasvanud 708-lt 879-le;
- õdede arv kasvanud 280-lt 399-le;
- ämmaemandate arv kasvanud 28-lt 76-le.

Allikas: Riigikontroll tervishoiukorralduse infosüsteemi ja ühenduste andmetel

Pädevushindamises osalemine

6. Kehtiva pädevustõendiga eriarste oli 01.01.2024. a seisuga kokku 1228, nende osakaal töötavatest eriarstidest (tervishoiutöötajad, kes on tervishoiukorralduse infosüsteemi (nn MEDRE) andmetel seotud konkreetse asutusega) oli 23%. Kehtiva pädevustõendiga hambaarste (sh erihambaarste) oli 879 ja nende osakaal töötavatest hambaarstidest on 62% (vt ka vasakkasti). Pädevustõend oli olemas 399 õel ja 76 ämmaemandal, mis moodustas töötavate õdede ja ämmaemandate koguarvust alla 10%⁵ (vt tabel 1).

Tabel 1. Töötavate tervishoiutöötajate ja kehtiva pädevustõendiga tervishoiutöötajate arv ja osakaal 01.01.2024. a seisuga kutsete kaupa

Kutse	Töötavate tervishoiutöötajate arv	Kehtiva pädevustõendiga töötajate arv	Osakaal (%)
Arst	5 227	1 228	23
Hambaarst	1 427	879	62
Õde	10 699	399	4
Ämmaemand	886	76	9

Allikas: Riigikontrolli analüüs tervishoiukorralduse infosüsteemi andmete alusel, mida on eriaseltsidega täpsustatud

7. Eestis on ühendusi (nt kirurgiliste erialade esindajad, naistearstid ja anestezioloogid), kes peavad pädevushindamist väga vajalikuks. Samal ajal on ühendusi, kes pädevushindamisega ei tegele või korraldavad seda vaid kitsama alameriala või lisapädevuse raames. Näiteks ei pea endokrinoloogid hindamist enda põhikirjaliseks ülesandeks, kuid taotleja soovi korral viivad seda läbi. Kardioloogid hindamist ei korralda ja ootavad riigilt hindamise vajalikkuse asjus suuniseid.

8. Oli ka selliseid ühendusi (nt töötervishoiuarstid, allergoloogid), kel oli valmisolek pädevust hinnata, aga viimasel viiel aastal ei olnud selleks soovijaid. 2024. a alguse seisuga oli Eestis pädevust hinnatud 41 arstlikust erialast⁶ 27-l ja 20-st lisapädevusega erialast 4-l.⁷ Seejuures oli enamikus ühendustes pädevushindamise läbinud alla 50% selle

⁵ Protsent on umbkaudne, sest osa ämmaemandatest on kirjas ka õdedena ja kajastub statistikas mitu korda.

⁶ Erialade arv lähtub sotsiaalministri 28.11.2001. a määrusest nr 110 „Eriarstiabi erialade ja erialade lisapädevuste loetelu“ ja statistika põhineb tervishoiukorralduse infosüsteemi andmetel, mida on üksikute erialade puhul täpsustatud eriaseltsidelt saadud info alusel. Määruses nimetatud erialadest on välja arvatud kardiovaskulaarkirurgia, sest sellist eriala residentuuris enam ei õpetata (varasemast ajast on selle erialaga arstid infosüsteemis). Suu-, näo- ja lõualuukirurgia on arvestatud ainult hambaarstide erialana. Hambaarstid, kes ei ole erihambaarstid, on samuti arvestatud eraldi erialana.

⁷ Riigikontroll saatis küsitluse 58 ühendusele, vastas 48. Need ühendused esindavad 1) nn põhierialasid (NB! erialade ja ühenduste vahele ei saa võrdusmärki panna: osal erialadest on mitu ühendust ja mõni ühendus esindab mitut eriala ja/või lisaks ka lisapädevust), 2) eelmises joonealuses märkuses nimetatud määruses toodud lisapädevusi (kõigil neist ei ole oma seltsi) ja ka 3) erialaüleseid lisapädevusi.

eriala arstidest (vt joonis 1). Täpsem statistika töötavate arstide ja hambaarstide ning pädevushindamise kohta on toodud lisas B.

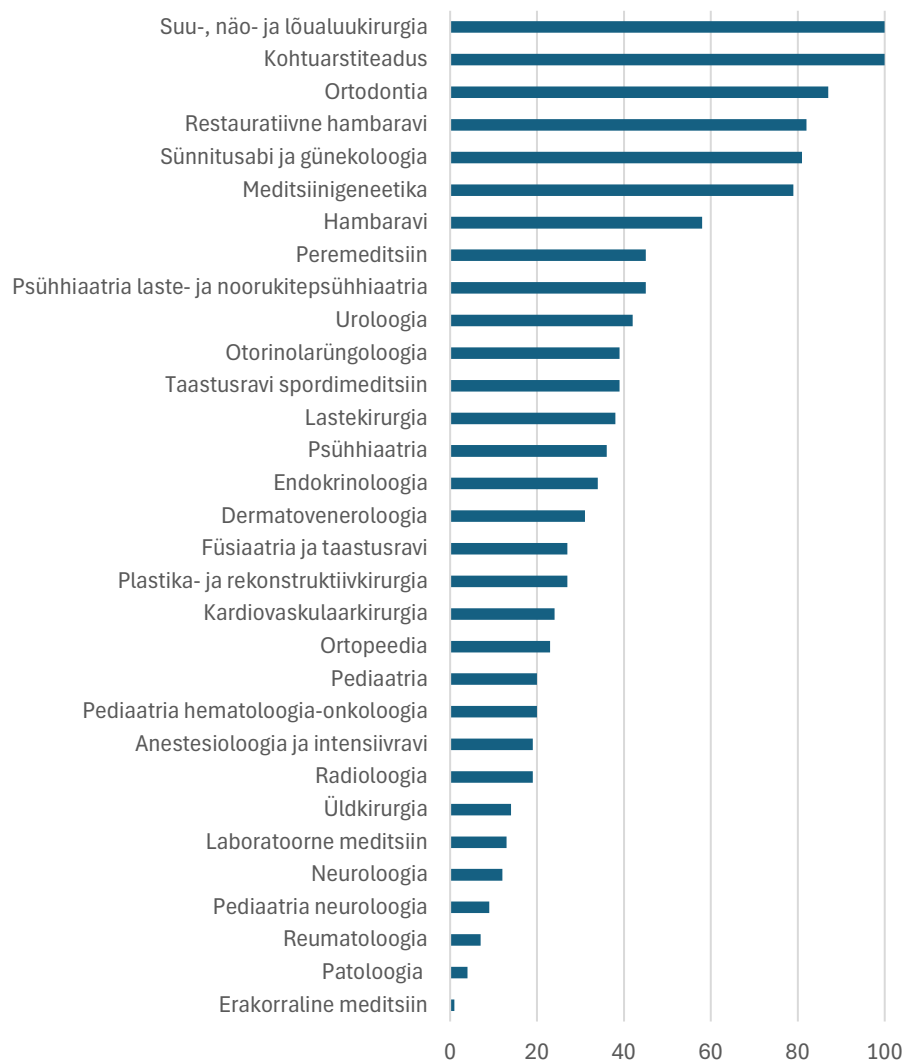
9. Mõned ühendused eeldavad n-ö kokkuleppeliselt, et enamik või lausa kõik selle eriala tervishoiutöötajad osalevad pädevushindamises (nt kohtuarstid või günekoloogid). Tervishoiutöötajate endi pädevushindamises osalemise motivatsiooni on selgitatud punktis 39–40.

Joonis 1. Pädevushindamise tõendiga arstide ja hambaarstide (sh nii töötavad kui ka mittetöötavad isikud) osakaal töötavatest tervishoiutöötajatest (kel infosüsteemis on märgitud seos konkreetse tööandjaga) erialati 01.01.2024. a seisuga (vt vasakkasti)

Joonise 1 statistika lähte-kohtadeks on töötavate tervishoiutöötajate arv (et mitte arvestada mitte-aktiivseid isikuid, sh pensionäre jt) ja kehtiva pädevushindamise tõendiga tervishoiutöötajate arv.

Tervishoiukorralduse info-süsteemi pädevushindamise statistikat on parandatud erialaselt saadud info alusel.

Kehtiva pädevushindamise tõendiga isikute andmed sisaldavad nii töötavaid kui ka mittetöötavaid tervishoiutöötajaid, sest erialaselt saadud täpsustavates andmetes ei olnud võimalik neid eristada, kuid hinnanguliselt on kehtiva tõendiga mittetöötavaid tervishoiutöötajaid siiski vähe. Ent suu-, näo- ja lõualuukirurgia pädevustõendiga inimeste osakaal oli seetõttu hoopis 118% (kuigi joonise skaala ulatub 100%ni).



Allikas: Riigikontrolli analüüs tervishoiukorralduse infosüsteemi andmete alusel, mida on erialaselt saadud täpsustatud

Pädevushindamise andmed tervishoiukorralduse infosüsteemis

10. Info pädevushindamise tõendi kohta võib ühendus saata Terviseametile, kes kannab teabe tervishoiukorralduse infosüsteemi. Seal on kõigil soovijatel, sh patsientidel, võimalik pädevushindamise infoga tutvuda. Kõik ühendused sinna aga infot ei saada, sest see on vaba- tahtlik – Riigikontroll tuvastas, et vähemalt seitse ühendust ei ole üldse või pole täielikku infot Terviseametile saatnud. Sh põhjusel et, kui

ühendus on hinnanud tervishoiutöötaja pädevust alamerialal või tema lisapädevust, pole alati peetud vajalikuks seda infot ametile saata.

11. Täpsed registriandmed on vajalikud, et tervishoiutöötaja pädevuses oleks võimalik veenduda kõigil osapooltel. Praegu see nii ei ole. Seejuures puudub tervishoiukorralduse infosüsteemis võimalus lisada info kitsama või alameriala pädevuse ja/või kutsetaseme kohta, sest teave kajastatakse eriala tasemel. Seetõttu võivad infosüsteemi andmed olla pisut ebatäpsed (ka Riigikontroll pidi tabelis 1 ja joonisel 1 toodud andmeid erialaseltsidega eraldi üle täpsustama).

12. Sellega seondult märkis Eesti Kirurgide Assotsiatsioon, et infosüsteemis peaks olema näha täpne pädevusvaldkond ja tervishoiutöötajal ei tohiks olla lubatud teha seda tööd, milleks tal (lisa-) pädevus või ajakohane praktiline kogemus puudub.

13. Kui aga eriala nimi on aja jooksul muutunud, võivad infosüsteemis sisult sama eriala töötajad olla nii vana kui ka uue nimetuse all. Näiteks õendusjuhtide esindajate sõnul on tervishoiukorralduse infosüsteemi põhjal keeruline hinnata, kas tööle kandideeriva õe erialane ettevalmistus on see, mida tööandja vajab, sest tulenevalt õendusvaldkonna muudatustest kajastub infosüsteemis mitmesuguseid eri aegadest pärit õdede kvalifikatsiooniga seotud nimetusi.

Järeldused

14. Arvestades tervishoiuvaldkonna riske, on tervishoiutöötajate teadmiste hoidmine ja arendamine kriitilise tähtsusega. Eestis on probleemiks, et pädevushindamises osaleb vähe tervishoiutöötajaid ja seetõttu pole ka tõendust, mil määral tervishoiutöötajad oma pädevusi tegelikult arendavad. Samuti ei näita tervishoiukorralduse infosüsteem, mis võiks kajastada tervishoiutöötajate pädevushindamise tulemusi, neid täpselt. Samas on see info vajalik, et nii patsiendid kui ka teised tervishoiu valdkonna osapooled saaksid veenduda, kas ja mis pädevust konkreetsete tervishoiutöötajate puhul hinnatud on.

Teadmiseks, et

enamasti peab tervishoiutöötaja ise avaldama soovi osaleda pädevushindamises, sh saatma e-posti teel või laadima e-keskkonda üles (kui ühendusel on vastav lahendus) pädevushindamise kriteeriumitele vastavust tõendavad dokumendid (koolitustel osalemise tõendid, tööanalüüsid, viited publikatsioonidele jms) ning tasuma osalustasu. Seejärel alustab ühendus hindamise protsessi.

Allikas: intervjuud ühendustega, ühenduste kodulehtede info

Pädevushindamise kriteeriumid

15. Kutse- ja erialaühendused otsustavad pädevushindamise kriteeriumide üle ise. Sotsiaalministeerium pole poliitikakujundajana määratlenud, millest lähtudes ja kuidas pädevust peaks hindama. Samuti ei rahasta riik pädevushindamise läbiviimist.

16. Ühenduste väljastatud pädevustõend kehtib enamasti viis aastat. Erandina hinnatakse kohtuarstide pädevust Eesti Kohtuekspertiisi Instituudis üheaastase intervalliga.

17. Kuna riik ei ole universaalseid pädevushindamise põhimõtteid või kriteeriume määranud, erinevad need erialati. Siiski kasutavad mõnesid kriteeriume peaaegu kõik ühendused, kes hindamisi teevad. Näiteks on hindamise kriteeriumite seas alati täienduskoolitustel osalemine.

Enamasti hinnatakse ka erialast pädevust suurendavaid tegevusi nagu publitseerimine, juhendamine, koolitustel või konverentsidel ettekannete pidamine jms. Kriteeriumite kasutamist kirjeldab tabel 2.

Tabel 2. Pädevushindamise kriteeriumide kasutamine

Kriteerium	Ühendused, kes kriteeriumit kasutavad (n)*	Erandid
Läbitud koolitustundide arv	28	
Teised erialast pädevust tõstvad tegevused: publikatsioonide koostamine, juhendamine, koolitustel või konverentsidel ettekannete pidamine jms	26	Kriteeriumit ei kasuta plastika- ja rekonstruktiivkirurgid ning gastroenteroloogid
Praktilise töö maht	24	Kriteeriumit ei kasuta ämmaemandad, ortodondid, hambaarstid, laboriarstid
Osalemine üleriigilisi ravijuhendeid, ravikvaliteedi indikaatoreid, õigusakte vms välja töötavates töörühmades	21	Kriteeriumit ei kasuta endokrinoloogid, gastroenteroloogid, neuroloogid ja neurokirurgid, plastika- ja rekonstruktiivkirurgid, hambaarstid ja ortodondid
Hindamisperioodil ilmnunud erialaste vigade, meditsiini-eetika rikkumiste vms probleemide käsitlemine/arvessevõtmine	2	Kriteeriumit kasutavad gastroenteroloogid ja kohtuarstid
Kirjalik või suuline teadmiste kontroll (osale või kõigile taotlejatele)	3	Kriteeriumit kasutavad ämmaemandad, günekoloogid ja kohtuarstid

* Tabelis on Riigikontrolli küsitlusele vastanud põhierialaühenduste, Eesti Õdede Liidu ning Eesti Ämmaemandate Ühingu vastused, kes pädevushindamisi korraldavad. Neid on kokku 28.

Allikas: Riigikontrolli küsitlus kutse- ja erialaühenduste seas

18. Kriteeriumid erinevad üldjuhul selle poolest,

- kas ja millises vormis on nõutud kirjalik enese- või tööanalüüs hindamisperioodil tehtud tegevuste ja oma arenguvajaduste kohta;
- kas ravitöö tegemine (praktiseerimine) ja selle maht on oluline;
- milliseid pädevust tõstvaid tegevusi hinnatakse;
- kui palju punkte saab mingi kindla kriteeriumi täitmise eest;
- kas on määratud, mis tüüpi täienduskoolitusi hindamisel arvestatakse ja mida mitte.

19. On ühendusi, mis on hindamise läbimise tingimuseks seadnud ainult täienduskoolitustel osalemise (nt hambaarstid) ja kellel hindamine ei nõua palju tööd. Või vastupidi – mõne ühingu pädevushindamine on väga töömahukas (nt Eesti Ämmaemandate Ühing, Eesti Anestesioloogide Selts ning Eesti Naistearstide Selts) ja üsna keerukas. Näiteks on Eesti Õdede Liidu ja Eesti Ämmaemandate Ühingu

Teadmiseks, et

Eesti Hambaarstide Liidu hinnangul piisab pädevuse tõendamisel sellest, kui hambaarst on osalenud täienduskoolitustel 5 aasta jooksul 150 tunni ulatuses.¹⁰

Samas koguneks täienduskoolituse nõude täitmisel koolitustunde viie aasta jooksul 300.

Allikas: intervjuu Eesti Hambaarstide Seltsiga

Järeldused

Koolitustel osalemise võimaldamine

hindamine astmeliselt üles ehitatud, s.t hindamise kriteeriumid erinevad kutsetasemeti⁸ ja pädevustunnistus väljastatakse samuti taseme kohta.

20. Edukad pädevushindamise süsteemid sisaldavad lisaks täienduskoolituste ja praktilise töökogemuse jälgimisele ka ravikvaliteedi jälgimise ja probleemide tuvastamise süsteemi.⁹ Eestis käsitlevad vaid paar ühendust enda sõnul erialaseid vigu või teevad teadmiste kontrolle.

21. Samas puudub üleriigiline ravikvaliteedi jälgimise süsteem, mille andmeid või tulemusi hindamisel arvesse võtta. See vajadus on aga ühingute hinnangul olemas (vt täpsemalt p-d 57–60). Ravikvaliteedi jälgimise aluste kokkuleppimine on Sotsiaalministeeriumi ülesanne ja kvaliteediindikaatoreid arendab (koostöös osapooltega) Tervisekassa.¹¹

22. Sotsiaalministeerium ei ole pädevushindamise kriteeriumite ühtlustamist vajalikuks pidanud ning on jätnud nende üle otsustamise kutse- või erialaühingutele. Probleemiks on see, et kriteeriumid on ühendustes nii erinevad, et pädevuse tõendamine ei ole erialati/kutseti võrreldava põhjalikkuse ja sisukusega. Teatud variatiivsus kriteeriumides on erialade erineva olemuse tõttu paratamatu (nt kirurgidel on praktika väga olulisel kohal), kuid kriteeriumide ühtlustamine on ka ühenduste endi hinnangul vajalik (vt ka p 49).

Tervishoiutöötajate täienduskoolituse korraldus

23. WHO esindajate sõnul on tervishoiutöötajate koolitus- ja arendustegevustes osalemine ning pidev erialane areng olulisteks tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamise komponentideks. Pädevushindamine motiveerib tervishoiutöötajaid oma professionaalsuse arendamisega süsteemsemalt tegelema.

24. Eelmises alapeatükis selgus, et täienduskoolitustel osalemine on kõikidel ühendustel üks olulisematest pädevushindamise kriteeriumitest. Seejuures on oluline tähele panna, et tervishoiuteenuse osutajatel (TTO) on kohustus tagada tervishoiutöötajate arendamiseks ja pädevuse tõstmiseks igal aastal vähemalt 60 tunni ulatuses erialaseid koolitusi.¹²

25. Praktikas ei võimaldata igas asutuses alati koolitusi nõutud mahu. Koolitusvõimalused sõltuvad muu hulgas tööandja suhtumisest, (asendus-) töötajate olemasolust või nappusest. Seejuures on koolitustel osalemine keerulisem maapiirkondades asuvate väikeste TTOde

⁸ Näiteks on ämmaemandatel olemas kutsepädevuse tase 6 ja tase 7, kus tasemete kirjeldused ja kompetentsioskused mõnevõrra lahknevad.

⁹ Riigikontrolli intervjuu WHO esindajatega, 6. mai 2024.

¹⁰ Eesti Hambaarstide Liit on 2022. aastal välja andnud „Hambaravi kvaliteedijuhendi“, mida hambaravi pakkujad saavad kasutada asutuse kvaliteedisüsteemi ülesehitamiseks.

¹¹ Ravikvaliteedi jälgimise süsteemi analüüsis Riigikontrolli oma 2024. aasta aruandes „Riigi tegevus tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamisel“.

¹² Tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamise nõuded, § 8 lg 2.

töötajatel, sest pisikeses kollektiivis on asendaja leidmine raskem ning koolitused toimuvad kaugemal.

26. Näiteks ei saa Eesti Õdede Liidu hiljutise küsitluse andmetel¹³ ca 25% õdesid ja hooldustöötajaid alati kokkulepitud minimaalses mahus koolitusi. Sellele, et haiglad ei võimalda õdedele alati piisavas mahus koolitusi, viitas 2022. aastal ka Eesti Perearstide Selts oma kvaliteedihindamise tulemusi tutvustavas artiklis.¹⁴

27. TTOde esindajate sõnul mõjutab koolitusvõimaluste pakkumist tervishoiutöötajate vähesus: tööandjatena lähtutakse sellest, et esmalt tuleb tagada ravitöö, alles seejärel saab koolitustel osaleda. Samas püütakse koolitamise nõudega siiski arvestada. Ka tervishoiutöötajad ise on koolituse nõudest teadlikud ja soovivad tööandjalt selle täitmist.

28. Ühenduste arvates on täienduskoolituste puhul tähtis, et neid oleks piisavas mahus ning et nende sisu oleks erialane ja asjakohane. Pädevushindamise kontekstis tõid ühendused välja, et nad üldjuhul jälgivad koolituste sisu ehk asjakohasust. Alati pole see lihtne, sest ühendus peab vaatama koolituse kirjeldust ja otsustama, kas seda pädevushindamises arvesse võtta või mitte.

29. Ühendused märkisid, et eksisteerib risk, et koolitustel osaletakse passiivselt, vaid nõude täitmiseks. Sel juhul on saadav kasu väike, mistõttu koolitused võiksid olla üles ehitatud viisil, mis nõuavad osalejalt aktiivset kaasalöömist.

Teadmiseks, et

määruses „Tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamise nõuded“ ei ole selgelt kirjas, kas nõutud täienduskoolituste tundide mahtu arvestatakse astronoomilistes või akadeemilistes tundides.

Uue määruse eelnõus räägitakse akadeemilistest tundidest.

Koolituskulu arvestamise alused

30. Sotsiaalministeeriumil on plaanis praeguseid koolitusnõudeid osaliselt muuta ja erialati pisut diferentseerida. Näiteks võib ministeeriumi plaani jõustumise korral koolitustundide hulka arvata ka aktiivseid töötajat arendavaid tegevusi nagu ravijuhendite väljatöötamisel ja rakendamisel osalemine või eksperdina täienduskoolitustel ettekannete pidamine. Sellised tegevused võivad täienduskoolituse tundide mahust moodustada siiski kuni veerandi. Samas peaks hambaarstidele TTO tulevikus iga-aastase koolitamise tagama vähemalt 40 (praeguse 60 tunni asemel) akadeemilise tunni ulatuses.

31. Täienduskoolituse kulu on Tervisekassa tervishoiuteenuste rahastamisse n-ö sisse kirjutatud. Seejuures

¹³ Intervjuu Eesti Õdede Liiduga, 25.01.2024.

¹⁴ Elle-Mall Sadrak. Perearstikeskuste kvaliteedihindamine ja rakendusjuhised. Eesti Arst 2022; 101 (10): 534–536.

Teadmiseks, et

Tervisekassa sõnul oli teenusepõhistes (FFS ehk *fee-for-service*) hindades arvestuslik koolituskulu 2023. aastal ligikaudu 7,8 miljonit eurot.

Allikas: Tervisekassa

Teadmiseks, et

suurematel tervishoiuteenuse osutajatel on olemas enda koolituskeskused. See lubab töötajatele lihtsamini pakkuda nende spetsiifikale või asutuse vajadustele suunatud koolitusi.

Järeldused

- eksisteerib eraldi komponent koolituste kulu hüvitamiseks, mis lähtub tegelikest kuluandmetest¹⁵;
- arvestatakse ka koolitustele kuluva tööaja hüvitamise vajadusega. Koolitusel osalemise tööaja eest tasumise alused on eri teenuste hinnamudelites erinevad: teenusepõhises hinnamudelil kaetakse koolitusi ajaliselt 40 töötunni ulatuses, ent perearstiabi rahastamise mudelis ja perioodipõhiste tasude (nt valved) rahastamise mudelis 60 töötunni ulatuses aastas.

32. Seega pole teenusepõhise hinnamudeli efektiivse tööaja arvestuses võetud arvesse, et tervishoiutöötajale peaks olema aastas tagatud vähemalt 60 tunni ulatuses erialast koolitust. Sellele vastuolule juhtis PwC oma uuringus tähelepanu juba 2014. aastal¹⁶.

33. Tervisekassa sõnul on teenusepõhises hinnamudelil koolituse ajalisele kulule antud kokkuleppeline väärtus, ja isegi kui koolituse ajaline kulu hinnamudelil korrektselt (s.t 60 tunni mahu) kajastuks, ei muutuks teenusepõhise hinnamudeli meetoodikast tulenevalt tervishoiuteenuse eest tasutav hind. Samuti pole Tervisekassa sõnul perioodipõhise ja teenusepõhiste hinnamudelite erinevus oluline, sest nende arvestuste alus pole võrreldav.¹⁷

34. Teenuseosutajate ning kutse- ja erialaühenduste sõnul aitab täienduskoolituste eest Tervisekassalt saadav summa katta pigem Eesti-sisestel koolitustel osalemise tasu. Väliskoolitustel osalemiseks nendest summadest aga ei piisa, ehkki ühenduste sõnul oleks väliskoolituste rahastamine kohati vajalik.

35. Eestis ei ole alati tagatud, et tervishoiutöötajale võimaldatakse täienduskoolitustel osaleda vähemalt 60 tunni ulatuses aastas, sest

- takistuseks on tervishoiutöötajate üldisest puudusest tulenev asendajate nappus ehk vajadus esmalt tagada tervishoiuteenuste kättesaadavus ja alles seejärel töötajate koolitamine;
- keskustest kaugematel TTOdel on koolituste kättesaadavus kehvem;
- Tervisekassa rahastus ei kata ühenduste sõnul kõikide tervishoiutöötajate koolituste kulu.

¹⁵ Tervisekassa on koolituskulu komponendi välja arvutanud kuue haigla (TÜK, PERH, ITK, Pärnu, Rakvere, Viljandi) 2019. aasta töötajate koolitamisele kulunud kogusummale toetudes. Sellest lähtuvalt arutati ühtne koolituskulude komponendi rahaline väärtus kõigile asutustele. Hiljem on seda summat korrigeeritud hinnaindeksiga (määruse "Kindlustatud isikult tasu maksmise kohustuse Tervisekassa poolt ülevõtmise kord ja tervishoiuteenuse osutajatele makstava tasu arvutamise meetoodika" § 36 lg 4 alusel).

¹⁶ Eesti Haigekassa eriarstiabi tervishoiuteenuste hinnakujundusmeetoodika analüüs. PwC, 2014.

¹⁷ Perioodipõhise tasu arvestamise mudeli puhul on tundide alusel arvutatud koolitus-tasu suurus ühe ametikohta kohta, teise puhul on tasu suurus ametikoha kohta eraldi määratud ning koolitustunde kasutatakse üksnes ühe ametikoha hinnangulise tööaja arvutamiseks.

36. Et täienduskoolitustel osalemine tõepoolest viiks pädevuse tõusule, peaksid koolitused olema erialased ja asjakohased ning eeldama aktiivset kaasalöömist.

Terviseministri vastus: Lisaks pädevushindamise protsessi ühtlustamise vajadusele on oluline nõuda senise 60 tunni täienduskoolituse tulemuslikku ja eesmärgipärast kasutamist ning tuleb luua selle tagamiseks toetav raam ka järelevalves. Oluline on töötada välja valdkonnaga täienduskoolituse ja enesearengu soovitusel, et vältida pädevushindamist vormitaitmise eesmärgil. Määruses „Tervishoiuteenuste kvaliteedi ja patsiendiohutuse tagamise nõuded“ on lisaks täpsustatud nõudeid koolitusele, on näitena toodud koolitustundide täiendavaid arendavaid tegevusi, mida tervishoiuteenuse osutaja võib arvestada tervishoiutöötaja ja tervishoiu töötavate spetsialistide koolitustundide hulka. Loetletud on enim kasutatud tegevusi, mida ühendused on pädevuse hindamisel arvestanud ja mis on osaks tervishoiutöötajate pideva arengu tagamisel. Need tegevused peavad olema tõendatavad kirjalikult taasesitatavas vormis.

Tervisekassa juhatuse esimehe vastus: Rõhutame veel kord, et kulumudeli muutmisel peab Tervisekassa lähtuma sotsiaalministri määrusest „Kindlustatud isikult tasu maksmise kohustuse Tervisekassa poolt ülevõtmise kord ja tervishoiuteenuse osutajatele makstava tasu arvutamise metoodika“ ning analüüsima kulumudeli vastavust tervishoiuteenuste osutajate (TTO) tegelikele kuludele tervikuna, kõiki kulukomponente arvestades. Kulumudelit ei ole korrektne tõlgendada nii, justkui oleks iga üksik kulukomponent ettekirjutus individuaalsele TTO-le, kui palju vastav asutus konkreetse sisendi peale saab kulutada või peab kulutama. Ei ole mõistlik vaadata, et kulumudelis on näiteks ühe kõrgharidusega spetsialisti keskmiseks koolituskuludeks arvestatud 953,12 eurot aastas, ja teha järeldus, et see ei kata ühe inimesi väliskoolitusi. Arvestada tuleb, et osa töötajaid samal aastal väliskoolitustele ei lähe, mõni ehk ei koolitu konkreetset aastal üldse. Mudel püüab keskmistada kõikide TTOde kulusid üle Eesti ja ei saa eeldada, et iga individuaalne vaatlus klappib mudelis arvestatuga.

Kuluarvestus toimib metoodikamääruses sätestatud põhimõtete järgi ja kõikide kulukomponentide arvestus peab samuti lähtuma metoodikamääruses sätestatud protsessist, analüüsides seejuures tervikpilti. Seejuures tegime 2023. aastal 2022. aasta kuluandmete pealt üldkulude analüüsi, kus kogusime kuluandmed PERHilt, TÜKilt, ITK-lt, LTKH-lt, lastehaiglalt, Pärnult ja Viljandilt. Kaalutud keskmine koolituskulude rahastatuse tase oli 99,13%. Ehk siis asutused kulutasid koolituste peale keskmiselt sisuliselt täpselt selle summa, mis ka mudelis ette nähtud, ent asutused olid käärid mõistagi suured – mõnes asutuses olid kulud kaetud enam kui topelt. Tervikuna sai aga järeldada, et koolituskulud ei ole mudelis kehtiva metoodika kohaselt ei üle- ega alahinnatud.

Tervisekassal on sel aastal töös eraldi analüüs, kus me testime tavametoodikaga sarnaselt üldkulude, sh koolituskulude rahastustaset mudelis erinevate HVA-väliste teenuseosutajate peal. Saime referentsandmed 8 asutuselt (andmeid küsiti 39 asutusel). Andmed esitasid Smile ID Hambakliinik OÜ, Tamme Hambaravi OÜ, MPPK OÜ, E.G.U Erapraksis OÜ, Medicum (taastusravi ja hambaravi eraldi), Logopeediakliinik, OÜ Logopeedilise Teraapia Keskus Kõnekoda, Kõne- ja kommunikatsiooniteraapia keskus OÜ. See analüüs valmib aasta lõpuks, ning kui sellest järeldub, et üldkulude arvestamise metoodikat tuleks väiksemaid asutusi silmas pidades kohendada, siis teeme ettepaneku metoodikamääruse muutmiseks 2025. aasta jooksul. Kulumudelisse saame muudatused sisse viia üksnes siis, kui metoodikamääruses vajalikud muudatused kinnitatakse. Kui sobivad pädevushindamise süsteemid on loodud, on võimalik antud analüüsi käigus mh kaaluda ka mudelit, kus osa teenuste puhul sõltub koolituskomponendi hüvitamine asutuse võimest tõendada töötajate pädevust.

Riigi roll pädevushindamises

Praeguse süsteemi kitsaskohad

Pädevushindamises osalemise ajendid

Teadmiseks, et

rahvastiku tervise arengukava 2020–2030 kohaselt on tervisesüsteemi kvaliteedi arendamisel ja patsiendihutuse toetamisel üheks prioriteetseks sekkumiseks ravi ja organisatsiooni kvaliteedi, sealhulgas tervishoiutöötajate pädevuse seiramine koos sellealase järelevalvesüsteemi arendamisega.

Allikas: [rahvastiku tervise arengukava 2020–2030](#), lk 37

37. Riik on pädevushindamise jätnud kutse- ja erialaühenduste ülesandeks. Tervishoiutöötajate jaoks on pädevushindamises osalemine vabatahtlik. Selline süsteem on kehtinud veidi üle kahekümne aasta: 2002. aastal kaotati Eestis NSV Liidu ajast pärinev riiklik tervishoiutöötajate regulaarne atesteerimine. Sellest ajast alates on tervishoiutöötajatel tähtjatu tegutsemisõigus.

38. Ühendused näevad süsteemis mitmeid kitsaskohti, mille tulemusena see ei täida oma eesmärki (vt vasakkasti). Kõige olulisemaks probleemiks peavad ühendused seda, et tervishoiutöötajatel puudub praktiline vajadus pädevushindamist läbida. Samuti, kuna pädevust hindab vaid väike osa tervishoiutöötajatest, siis pole tõendust, mil määral tervishoiutöötajad oma teadmisi ja oskusi tegelikult täiendavad.

39. Pädevushindamise läbitemgemise motivatsioon on madal põhjusel, et pärast pädevustunnistuse omandamist ei saa tervishoiutöötaja üldjuhul juurde hüvesid või õigusi ning eeliseid töökoha leidmisel. Vaid üksikud tööandjad annavad töötajale pädevushindamise tunnistuse korral palgalisa (nt Tallinna Lastehaigla oma töötajatele ja Lõuna-Eesti Haigla õdedele).

40. Motiveerivaid tegureid, mille tõttu mõnede erialade töötajad lasevad oma pädevust hinnata, on üksikuid:

- Näiteks arvestab Tervisekassa perearstide ja -õdede pädevushindamise läbimist perearstide kvaliteedisüsteemi järgimise hindamisel, milles teatud kriteeriumite täitmise korral antakse lisaraha. Ca 45%-l töötavatest perearstidest on kehtiv

Eriõdede tegevus- ja vastutusalala on võrreldes õe vastutusega laiem. Eriõded on lisaks õe õppele läbinud tervishoiukõrgkooli üheaastase erialase koolituse või terviseteaduse magistriõppekava vähemalt ühel neljast erialast: terviseõendus, kliiniline õendus, intensiivõendus või vaimse tervise õendus.

Allikas: Eesti Õdede Liit

Vaidluste lahendamine ja riigi tegevus probleemide korral

Teadmiseks, et

„Juhul kui ühendus ei ole inimese pädevuses kindel või vastupidi, on kindel, et pädevus puudub, siis edasine tegutsemine on väga keeruline.“

Allikas: Eesti Perinatoloogia Selts Riigikontrolli küsitluses

pädevushindamise tunnistus ja Eesti Õdede Liidu sõnul osalevad ka pereõed pädevushindamises aktiivselt.

- Õdede pädevushindamise populaarsuse suurenemine võib olla seotud ka sellega, et eriõdedel on kollektiivlepingu kohaselt (alates 01.04.2024) palga alammäär kõrgem kui üldõdedel. Need õed, kes muu hulgas läbivad eriõe pädevushindamise, saavad eriõdedega võrdsed õigused (v.a retseptide väljastamise õigus)¹⁸.
- Samuti on Tervisekassa seadnud pädevushindamise tõendi olemasolu üksikute teenuste (nt toitmisravi) rahastamise lisatingimuseks.
- Lisaks annab pädevustunnistusega töötajate olemasolu teatava eelise (rohkem punkte) Tervisekassa hangetel. Seetõttu jälgivad hangetel osalevad eratervishoiuasutused rohkem, et nende töötajatel oleks pädevushindamine läbitud.
- Eesti Hambaarstide Seltsi sõnul on üsna oluliseks pädevushindamises osalemise motivaatoriks konkurents, sest patsiendid jälgivad, kas hambaarstil on pädevushindamine läbitud või mitte.
- Mõned ühendused arvavad ka, et uue vastutuskindluse süsteemi jõustudes võib pädevuse tõendamine muutuda senisest olulisemaks.

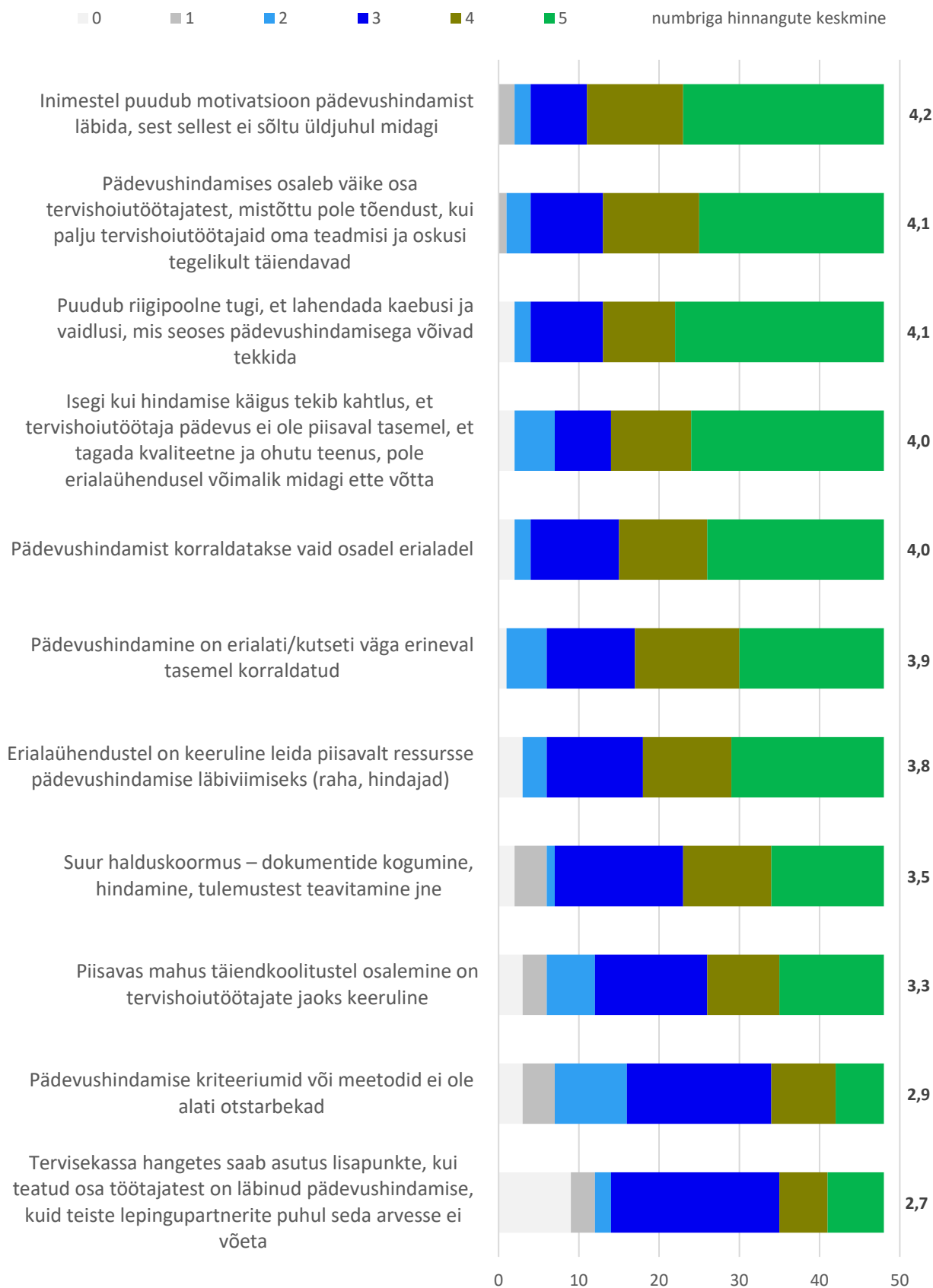
41. Lisaks kesisele motivatsioonile on kutse- ja erialaühenduste hinnangul pädevushindamise korralduses ka teisi kitsaskohti (vt joonis 2). Näiteks on paljude ühenduste arvates oluline puudujääk see, et pädevushindamise asjus vaidluste või kaebuste tekkimisel (nt taotleja pole rahul pädevuskomisjoni otsusega) ei paku riik ühendustele (ja/või pädevuse taotlejale) erimeelsuste lahendamiseks tuge.

42. Veel on ühenduste silmis probleemiks, et isegi kui tekib kahtlus, et konkreetne tervishoiutöötaja pole teenuste kvaliteedi ja ohutuse tagamiseks piisavalt pädev, pole kahtluse põhjalikum uurimine ja käsitlemine üldiselt võimalik. Ühendused saavad vaid TTOsid ja riigiasutusi oma kahtlustest teavitada ja/või keelduda kandidaadile pädevustõendi väljastamisest, kui ta hindamist ei läbi.

43. Samas kui pädevus on varem ära hinnatud, siis ei saa ühendused enda sõnul tulemusi tühistada. Samamoodi, kui vormiliselt on inimene hindamiskriteeriumid täitnud, siis on tunnistuse väljastamisest keeruline keelduda. Seegi viitab vajadusele pädevuse hindamise kriteeriumid üle vaadata eesmärgiga neid ühtlustada ja hindamine sisukamaks teha, pidades seejuures silmas, et võib tekkida vajadus tunnistada ebapädeva tervishoiutöötaja pädevustõend kehtetuks.

¹⁸ Õdede liit väljastab pädevustunnistust tasemel „Eriõde III“ õdedele, kel on vajalik kliinilise töö kogemus olemas, kuid magistriõpe ei ole veel lõpetatud. Seda taset on võimalik taotleda aastani 2027.

Joonis 2. Peamised kitsaskohad pädevushindamise korralduses kutse- ja erialaühenduste hinnangul (ühenduste hinnangud skaalal 0–5, kus 0 tähendab, et ühendus ei nõustu väitega üldse, ja 5 tähendab, et nõustub täiesti)



Allikas: Riigikontrolli küsitlus kutse- ja erialaühenduste seas

44. On üksikud näited, kus ühendused (nt Eesti Kirurgide Assotsiatsioon) on keeldunud tervishoiutöötajale pädevustunnistuse andmisest. See on juhtunud, kui ühenduse hinnangul on isikul puudunud teatud teenuse osutamiseks piisav erialane töökogemus ja/või väljaõpe. Puuduv pädevustunnistus aga ei takista tervishoiutöötajat oma ametikohal jätkamast.

45. Kuivõrd ühingud ei saa praeguses süsteemis võtta kahtluste korral järelevalve tegija rolli, peaks just keerukamates kaasustes nende arvates riigiasutus(ed) olukorda analüüsima ja selle pinnalt asjakohaseid otsuseid langetama. Praegu aga on Terviseameti võimekus lahendada juhtumeid, kus tervishoiutöötajate tegevus ei vasta tõendus põhise meditsiini põhimõtetele või heale käitumistavale, nõrk.¹⁹ Riigikontroll järeldas hiljutises auditis, et Terviseamet pole teinud TTOdes sisulist järelevalvet kvaliteedi tagamise üle.²⁰

Riikliku rahastuse ja ühtsete reeglite puudumine

Teadmiseks, et

„Pediaatrilisi hemato-onkolooge on Eestis ülivähe, täiskasvanute hematolooge ligikaudu 20. Meil puudub inimressurs, et täita erialaühendusena veel hindamise ülesandeid. Kohustusi on niigi palju seoses eriala üldise arengu, erinevate arengukavade koostamises osalemise, residentuurikavade jms-ga. Riigi huvi peaks olema see, et inimeste eest vastutavad spetsialistid on kompetentsed.“

Allikas: Eesti Hematoloogide Selts vastuses Riigikontrolli küsitlusele

46. Ühenduste hinnangul on oluliseks probleemiks veel riigipoolse rahastuse puudumine pädevushindamise korraldamiseks (nt pädevuskomisjoni liikmete töötasu katmiseks) ja ka suur töökoormus. Pädevushindamine on mahukas tegevus, see hõlmab muu hulgas komisjoni liikmete leidmist ja nende töö korraldamist, pädevushindamise alusdokumentide kogumist, talletamist ja läbivaatamist, punktide arvestamist ja järelduste fikseerimist, taotlejatega suhtlemist, raamatupidamist, tulemuste tervishoiukorralduse infosüsteemi edastamist jms.

47. Riigikontroll küsis ühingutelt ühe inimese hindamise hinnangulist ajakulu, sest osa ühenduste sõnul on töömaht suur ja see teeb pädevushindamise kulukaks. Ajakulu info andsid 20 ühendust 48-st küsitlusele vastanust (sh kaks seltsi, kes ei esinda põhierialasid):

- 5 vastajat hindas ajakuluks 20 min kuni 45 minutit;
- 9 vastajat hindas ajakuluks 1–3 tundi;
- 4 vastajat hindas ajakuluks 4–10 tundi;
- üks vastaja hindas ajakuluks 15 tundi;
- üks vastaja hindas ajakuluks 30 tundi.

48. Seega jääb hindamise aeg enamasti kolme tunni piiresse ühe taotleja kohta. Samas erineb ajakulu ühenduste vahel oluliselt – arvatavasti johtub see nii hindamise korraldusest kui ka kriteeriumitest.

¹⁹ Riigikontroll analüüsis Terviseameti järelevalvet tervishoiutöötajate tegevuse üle (mh tegutsemisõiguse piiramist) oma 2024. aasta aruandes „Järelevalve tervishoiutöötajate üle ja nende tegutsemisõiguse piiramine“ (tööpealkiri, dokument on eelnõu staatuses).

²⁰ Riigi tegevus tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamisel. Riigikontroll, 2024.

Teadmiseks, et

Eesti Psühhiaatrite Selts kirjeldas olukorda nii: „Pädevushindamise süsteemis on probleemiks kaootilisus – see põhineb ainult ühe mittetulundusühingu vabatahtlikul tööol. See töö pole tasustatud ega reguleeritud. Selle info pinnalt, mis seltsile vabatahtlikult antakse, on väga keeruline teha järeltusi arsti töö kvaliteedi kohta ja puudub ka võimalus midagi ette võtta, kui midagi tundub olevat valesti.“

Allikas: Riigikontrolli intervjuu Eesti Psühhiaatrite Seltsiga

Täienduskoolitustel osalemine

Tervishoiutöötaja aja- ja rahakulu pädevushindamise läbimiseks

49. Et pädevushindamine on kutse- ja erialati väga erinev (vt p-d 17–20), näeb ka osa ühendustest vajadust üleriigiliste aluspõhimõtete või kriteeriumite kokkuleppimiseks. Kuna erialad on spetsiifilised ja ühtsete reeglite kujundamine on keeruline, oleks esiteks vaja saavutada selgem kokkulepe hindamiskriteeriumite ja -meetodite asjus ning teiseks küsimuses, kuidas pädevushindamist alamerialadel või lisapädevuste puhul korraldada.

50. Ühenduste jaoks, mis pädevushindamist ei korralda, on võrreldes ülejäänud ühendustega järgmised probleemid veel suurema kaaluga: riigipoolse toe puudumine vaidluste ja kaebuste korral, raha ja hindajate leidmine pädevushindamise läbiviimiseks ning ühenduste piiratud tegutsemisvõimalused neil juhtudel, kui tekib kahtlus, et tervishoiutöötaja pädevus ei ole piisaval tasemel.

51. Mitmed ühendused peavad oluliseks süsteemi kitsaskohaks seda, et piisavas mahus täienduskoolitustel osalemine on nii ebapiisava rahastuse kui ka tervishoiutöötajate suure töökoormuse tõttu takistatud (vt alapeatükki „Tervishoiutöötajate täienduskoolituse korraldus“).

52. TTOdel on kohustus tagada tervishoiutöötajatele aastas vähemalt 60 tundi erialast koolitust, kuid pädevushindamine on ainus meede, mille kaudu koolituste läbimise kohta väljaspool TTOsid teavet kogutakse ja ühtlasi kontrollitakse või tõendatakse, et töötaja on tõepoolest nõutud mahus koolitusi läbinud.

53. Riikliku järelevalve tegemine tervishoiuvaldkonnas on Terviseameti ülesanne, kuid ka ameti enda hinnangul on koolitusnõudega seotud mitmeid lahendamata küsimusi, näiteks millised koolitused on erialased ja millised mitte ning kuidas rakendada kohustuslikus mahus koolitusel osalemise nõuet nende töötajate puhul, kes töötavad mitme TTO juures. Seetõttu on Terviseamet otsustanud koolitusnõude täitmist mitte kontrollida, kuni Sotsiaalministeerium neis aspektides selgust loob.

54. Kuivõrd täienduskoolituste läbimine on pädevushindamise üks peamine alus ja osa ühendustest leiab, et peamiselt koolitustunnistustel põhinev hindamine jääb vormiliseks (sest koolitusi on võimalik läbida ka passiivselt), on vajaka ka kokkulepe, kuidas pädevust sisuliselt hinnata.

55. Pädevushindamise läbimine peaks tervishoiutöötaja jaoks olema võimalikult kiire ja lihtne, kuid mõnede ühenduste hinnangul on see praegu keeruline ja ajamahukas protsess. Eelkõige kulub taotleja aeg dokumentide vormistamisele.

56. Lisaks peavad inimesed enamasti ise pädevushindamise eest maksma, mis võib vähendada motivatsiooni pädevushindamises osaleda. Tasud on erinevad, sageli jääb see ühenduste liikmete puhul vahemikku 10–50 eurot (siiski, mõnes ühenduses ulatub tasu ka 150 euroni); ühenduse mitteliikmed peavad aga tasuma ca 100–300 eurot.

Täiendav hindamissüsteem

Teadmiseks, et

riigi tasandi kvaliteedi-indikaatorite ja patsientide hinnangutel põhinevate indikaatorite süsteemi käsitles Riigikontroll 2024. a auditis „Riigi tegevus tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamisel“.

Järeldused

57. Pädevushindamise korralduse analüüsimisel on oluline meele pidada, et pädevuse hindamine on üks tööriist mitmete teiste omavahel seotud kvaliteedi tagamise meetmete seas. WHO hinnangul on tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamiseks vaja järjepidevalt kvaliteeti jälgida, pädevust arendada ja ebapädeva praktika juhtumeid tuvastada.²¹ Kvaliteedi jälgimiseks on vajalik kvaliteediindikaatore, ravijuhendite ja tõhusa kliinilise auditeerimise süsteemi rakendamine ning ka patsientide hinnangute arvesse võtmine.²²

58. Ent Eestis ei ole riigi tasandil toimivat indikaatoritepõhist või muud süsteemi, mis lubaks tervishoiutöötajate tegevust sisuliselt analüüsida või pädevuse taset kaudsete näitajate alusel hinnata. Näiteks võiks Eesti Psühhiaatrie Seltsi arvates riik arstide tegevust hinnata komplekselt, kasutades selleks erinevaid objektiivseid mõõdikuid, millest pädevushindamine moodustaks ainult ühe osa.

59. Pädevushindamist korraldavatel ühendustel puudub ligipääs konkreetse tervishoiutöötaja ravipraktika (koond)andmetele. Seega saaks sellist töö kvaliteedi jälgimist ja/või tulemuste analüüsi korraldada ainult koostöös riigiasutustega (vt vasakkasti).

60. Pädevushindamise protsess ei hõlma praegu ka patsientide tagasiside analüüsimist. Ühtlasi ei koguta Eestis üleriigiliselt andmeid patsientide rahulolu, teenuskogemuse või tervisetulemite kohta. Juhul kui seda asutakse tegema, võiks riigi eestvedamisel kaaluda, kas nimetatud andmeid saaks rakendada ka pädevushindamisel.

61. Pädevushindamise korralduses on hulk kitsaskohti. Kuna 20 aastat tagasi otsustati pädevushindamine muuta vabatahtlikuks ja anda see töö ühendustele, pole Sotsiaalministeerium ega Terviseamet valdkonna käekäigule tähelepanu pööranud. Süsteem põhineb ühelt poolt ühenduste ja teiselt poolt tervishoiutöötajate entusiasmil, mida osal erialadest napib. Puuduvad ühtsed hindamise reeglid, keskne rahastus ja tugi, sh nii ravipraktika jälgimiseks kui ka pädevushindamisel tekkivate vaidluste või probleemide lahendamiseks.

62. Kui pädevushindamise eesmärk on ergutada tervishoiutöötajate süsteemset enesetäiendamist, siis praktikas on neil vähe motivaatoreid, miks lasta oma pädevust hinnata. Ühtlasi on paljude tervishoiutöötajate probleemiks ebapiisavad täienduskoolituse võimalused. Osalt nende asjaolude tõttu on Eestis tervishoiutöötajaid, kes oma pädevuse arendamise ja tõstmisega piisavalt ei tegele. Viimast märkisid mitmed intervjuueeritud ühendid.

²¹ Riigikontrolli intervjuu WHO esindajatega 6. mail 2024.

²² Riigikontrolli intervjuu WHO esindajatega auditi „Riigi tegevus tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamisel“ raames 4. augustil 2023.

Tervishoiusüsteemi osapoolte seisukohad

HVA-haiglad – 20 nn haiglavõrgu arengukava (lühendatult HVA) haiglat, mis on Tervisekassa püsivad lepingupartnerid. Haiglate nimekiri on kehtestatud määrusega.

Allikas: Vabariigi Valitsuse määrus nr 105 „Haiglavõrgu arengukava“

Kohustusliku pädevushindamise plussid ja miinused

Pädevushindamise vabatahtlikkus või kohustuslikkus

63. Enamik Eestis tegutsevaid ühendusi (73% küsitlusele vastanutest ehk 35 ühingut) näeb vajadust kohustusliku pädevushindamise järele tingimusel, et riik pakub selle korraldamisel vajalikku tuge. Sealhulgas soovib osa ühingutest kindlalt pädevushindamise kohustuslikkust. Teised leiavad, et see oleks põhimõtteliselt vajalik, kuid kohustuslikuks muutmisel on mitmeid takistusi. Ligikaudu veerand ühingutest eelistab igal juhul, et pädevushindamine jääks vabatahtlikuks.

64. Näiteks nii Eesti Arstide Liidu kui ka Eesti Haiglate Liidu hinnangul on oht, et kohustuslikkus tooks kaasa liigse aja- ja rahakulu tervishoiutöötajatele ja riigile/tervishoiusüsteemile, mistõttu peaks eelistama vabatahtlikku süsteemi. Ka Eesti Õdede Liit on seisukohal, et tervishoiusüsteem pole kohustusliku pädevushindamise kehtestamiseks valmis.

65. Eesti Eratervishoiuasutuste Liit pigem ei poolda kohustusliku süsteemi loomist. Samas leiab liit, et eratervishoiu ja **HVA-haiglate** vahel ei peaks olema erinevust – praegu mõjutavad Tervisekassa hanke-tingimused eratervishoiuasutusi, et need oma töötajate pädevushindamise läbimist jälgiks ja toetaks, kuid HVA-haiglate puhul selliseid tingimusi pole.

66. Sotsiaalministeeriumi hinnangul on kohustusliku pädevushindamise nõude kehtestamine teostamatu, sest pädevust suudavad sisuliselt hinnata vaid kutse- ja erialaühendused (kes on väga erineva võimekuse, tahte ja liikmete arvuga). Pigem näeb ministeerium, et riik saab pädevushindamise läbimist kaudselt soodustada, näiteks Tervisekassa hanketingimuste kaudu.²³

67. Ministeeriumi hinnangul on pädevushindamise toetamisel oluline keskenduda eelkõige nendele teenustele, kus tervishoiutöötajad tegutsevad üksi, mitte osana suuremast organisatsioonist (nt koduõed), sest praegu ei jälgi ega toeta keegi nende pädevuse hoidmist ja arendamist.

68. Tervisekassa arvates annaks kohustuslik pädevushindamine kindluse, et rahastatakse pädevate töötajate pakutud teenuseid. Seejuures tuleb arvestada, et praegu pole pädevustunnistused erialati hindamiskriteeriumite suure varieeruvuse tõttu võrreldavad.

69. Tervishoiusüsteemi osapoolte seisukohtade eeltoodud kirjeldus näitab, et arvamused pädevushindamise süsteemi edaspidise arengu küsimuses on küllaltki erinevad. Kuivõrd üks olulistest küsimustest on see, kas muuta praegune vabatahtlik tervishoiutöötajate pädevus-

²³ Tervisekassa riigihangete üks hindamiskriteerium hankepartnerite leidmisel on pädevushindamise läbimine teenust pakkuvatel tervishoiutöötajatel.

hindamise süsteem kohustuslikuks või mitte, on tabelisse 3 koondatud kohustusliku mudeli peamised plussid ja miinused.

70. Kohustusliku mudelis puhul peetakse üldiselt silmas seda, et pädevust hindavad endiselt ühendused, mitte Terviseamet või mõni spetsiifiline pädevushindamise ekspertide kogu. Sotsiaalministeeriumi ülesanne oleks aga kehtestada selged reeglid ning kindlustada koostöös Tervisekassaga ja Terviseametiga hindamiseks vajalikud vahendid (raha, digilahendused jm vajalik). Terviseameti roll oleks selles mudelis ühenduste tegevuse koordineerimine (nõustamine, praktiliste küsimuste lahendamine) ja tugev järelevalve pädevushindamise reeglitest kinnipidamise üle.

Tabel 3. Pädevushindamise läbimise kohustuslikuks muutmine: plussid ja miinused

Plussid	Miinused
Kõikidel tervishoiutöötajatel oleks kohustus tegeleda enda pädevuse täiendamise, analüüsimise ja tõendamisega. Hõlmatud oleks ka isikud, kes praegu seda kõike vabatahtlikult ei tee. See võiks aidata jõuda tervishoiuteenuste parema ja ühtlasema kvaliteedini.	Kui pädevushindamise kriteeriumid ja protsess ei ole sisukad, siis pelk pädevushindamise läbitegemise nõude kehtestamine võib hindamise muuta vormi täitmiseks. Kui vabatahtlikus mudelis on pädevust hindaval tervishoiutöötajatel endil suurem tahe end arendada ja oma taset tõendada, siis kohustuslikus süsteemis peavad pädevust laskma hinnata kõik töötajad ja vähese motivatsiooni korral ongi oht kalduda formaalsusesse. Veel ei saa täienduskoolitustel osalemise ja enda sisulise täiendamise vahele võrdusmärki panna. Kui hindamises osaletakse vaid pädevustõendi hankimise nimel, siis võidakse leida viise omandada tõend ka ilma tegeliku pädevuse arendamiseta. Kohustuslikkus võib panna pensioniealisi tervishoiutöötajaid töötamisest loobuma, mistõttu tervishoiutöötajate puudus süveneb veelgi. (Selle vastu aitaks piisava pikkusega üleminekuperiood.)
Enamik kutse- ja erialaühendusi leiab, et kohustuslik pädevushindamine on põhimõtteliselt vajalik, s.t kohustuslikul mudelil on olemas toetuspind.	Ühenduste pädevuskomisjonide töö korraldamiseks, riigi poolt hindamise koordineerimiseks, digilahendus(t)e arendamiseks jm on vajalik riiklik rahastus. Lisaks tekiks surve eraldada lisaraha ka tervishoiutöötajate koolituste tarbeks. Pädevushindamise koordineerimisega tegeleks Terviseamet, kuid asutuses puudub praegu sügavam tervishoiuteenuste kvaliteedi ja/või tervishoiutöötajate pädevuste alane kompetents.
Vähendaks ebaühtlast pädevuse arendamise ja hindamise praktikat erialade, TTOde ja tervishoiutöötajate vahel (sh HVA-haiglate ja nende TTOde vahel, kes HVA-haiglate hulka ei kuulu).	Erialaühingute võimekus pädevushindamist korraldada on ebaühtlane, sest juba erialaseltside suurus (liikmete arv) on erinev. Osa erialaühingute vastuseis kohustuslikkusele on oluline takistus süsteemi toimima saamisel. Spetsiifilistel erialadel on vähe arste, kes tunnevad üksteist hästi, ja hindamise objektiivsust on raske saavutada. Teisalt on n-ö suurtel erialadel pädevushindamise halduskoormus päris suur (nt Eesti Õdede Liidul, sest õdesid on Eestis ca 9000).
Ühtse(ma)te kriteeriumite paikapanek annaks võimaluse pädevushindamise korraldust erialati ühtlustada.	Kohustuslik hindamine eeldaks väga selgeid kriteeriume, kuid nende kokkuleppimine võib olla keerukas, näiteks arvamuste lahknemise tõttu aastase täienduskoolitustundide optimaalse arvu asjus.
TTOdel oleks suurem surve võimaldada oma töötajatele vajalikul määral täienduskoolitusi.	Täienduskoolituste korraldamine (tellimine, koolitamine, tulemuste seire jm) ja nendel osalemine on ajamahukas, TTOdel on pahatihti keeruline leida koolituse ajaks asendustöötajat.

Kui kõik töötajad läbiksid hindamise, siis tuleksid välja ka probleemsed tervishoiutöötajad (vähemalt osa neist). Sellisel juhul saaks ja peaks riigiasutused ja/või TToD küsitavustega süsteemselt tegelema, et patsientide ohutus ja teenuste kvaliteet oleks tagatud.	Tervishoiutöötajate puuduse tingimustes on lahendamata küsimus, mida teha töötajatega, kes ei täida kõiki tingimusi, sest nende asemele pole kedagi võtta. Näiteks märkis Erakorralise Meditsiini Selts, et kohustuslik hindamine seaks ohtu teenuse toimepidevuse. Lisaks võib tekkida enam vaidlusi, mis suurendab halduskoormust. Riigi võimekus teha küsitava pädevuse või praktikaga tervishoiutöötajate üle järelevalvet ja juhtumeid adekvaatselt lahendada on vähene.
Kohustuslik pädevushindamine aitaks veenduda, et kõiki teenuseid, mida Tervisekassa rahastab, osutavad väljaõppinud ja ajakohaste oskustega tervishoiutöötajad.	Tervisekassa hinnangul on arstide ja õdede pädevusest tõsisemaks probleemiks muude spetsialistide (nt kutsestandardite alusel töötavad spetsialistid, tervishoiutöötajatega võrdsustatud isikud) pädevus. Neid kohustuslik pädevushindamine vähemalt senise arusaama järgi ei hõlmaks ning esmalt oleks vaja lahendada küsimus, kas ja millised pädevus- ja täienduskoolituse nõuded neile üldse kehtivad (vt lisa C „Tervishoiutöötajatega võrdsustatud isikute ja teiste spetsialistide pädevuse küsimused“).

Allikas: Riigikontrolli analüüs osapoolte seisukohtade alusel

Teadmiseks, et

kindlasti täiendavad paljud tervishoiutöötajad end vajalikul määral ka ilma pädevushindamises osalemiseta. Kuid kui küsimuse all on inimeste elu ja tervis, on oluliseks väärtuseks ka tõendid ja info selle kohta, et tervishoiutöötajal on olemas inimeste ravimiseks vajalikud teadmised, oskused ja kogemused.

Teadmiseks, et

kui pädevushindamise osalemise peamine ajend on kvaliteedi parandamine, patsientide kaitse ja erialase pädevuse tõstmine, siis on tõenäoline, et kutse- või eriala „kõrge riskiga“ töötajad ei pruugi vabatahtlikult sellest osa võtta.

Allikas: Riigikontrolli intervjuu WHO esindajatega

71. Tabelis 3 toodud argumentide alusel räägib kohustusliku mudeli kasuks ennekõike see, et suur osa ühendustest peab seda vajalikuks, sest tegemist on peamise viisiga, kuidas suurendada pädevushindamises osalemise määra. See paneks süstemaatiliselt enesetäiendamisega tegelema osa neist tervishoiutöötajatest, kes seda praegu ei tee. Samuti võimaldaks see järjepidevalt hinnata, kas töötajal on piisavalt praktikat kindlate protseduuride vm toimingute läbiviimisel, et tagada teenuste kvaliteet ja patsientide ohutus.

72. On ühendusi, kelle jaoks on pädevushindamine patsientide ohutuse tagamiseks väga vajalik ning kes on seetõttu pädevushindamise kohustuslikuks muutmise ettepanekuga korduvalt Sotsiaalministeeriumi poole pöördunud (nt Eesti Kirurgide Assotsiatsioon).

73. Üks kohustuslikkuse peamisi riske on see, et hindamine muutub osa tervishoiutöötajate jaoks pinnapealseks vormitäitmiseks, mis ei aita oluliselt kaasa tervishoiuteenuste kvaliteedi ja ohutuse suurendamisele. Sel juhul ei kasutata ka niigi piiratud ressursse tõhusalt: kohustusliku süsteemi korral kuluks praegusest oluliselt rohkem avalikku raha ja tervishoiutöötajate aega pädevushindamises osalemisele, hindamisele ning süsteemi haldamisele.

74. Seejuures on küsitav, kas kohustusliku pädevushindamise mõjul asuks oma pädevust sisuliselt arendama ja ravipraktikat parandama need tervishoiutöötajad, kes praegu seda ei tee (ehk n-ö kõrge riskiga töötajad, vt vasakkasti). Veel tuleks lahendada küsimus, mida edasi ette võtta nende tervishoiutöötajatega, kes mingil põhjusel kohustusliku hindamise nõuet ei täidaks.

75. Lisaks on oluline takistus, et veerand ühendustest pooldab vabatahtlikku pädevushindamist ning pigem kohustuslikkuse pooldajate seas näevad mitmed, et ühtseid reegleid ja objektiivset hindamis-

protsessi kõigil kutse- ja erialadel oleks siiski keeruline kehtestada. Ühtlasi on ühenduste võimekus pädevushindamist korraldada väga erinev. Teatud erialadel vajaks lahendamist küsimus, milline ühendus hindamist korraldaks.

Järeldused

76. Nii kohustuslikkuse kui ka vabatahtlikkuse poolt on kaalukaid argumente. Konkreetse mudeli valik on poliitiline otsus, sest kui soovitakse praegune vabatahtlik süsteem asendada kohustuslikuga, kaasneb sellega arvestatav ressursikulu raha ja tervishoiutöötajate (nii hindajate kui taotlejate) ajakuluna. Teisalt, kui kohustuslik süsteem hästi läbi mõelda ja tööle panna, võib saadav kasu tervishoiutöötajate professionaalse kõrgema taseme näol olla reformi väärt.

77. Pädevushindamise kohustuslikuks muutmise küsimust on aastate jooksul korduvalt tõstatatud. Kuigi varem on arvatud, et ühendused jagunevad oma seisukohtades umbes pooleks või enamik pooldab vabatahtlikkust²⁴, sooviks praegu enamik ühendustest kohustuslikku hindamist, kuid tingimusel, et sellega kaasneks riigi rahaline ja korralduslik tugi. Praktikaks oleks lähiaastatel keeruline leida kohustusliku süsteemi sisseseadmiseks vajalikku raha. Seejuures tuleb arvestada, et koos kohustusliku mudeli sisseseadmisega on vaja kõigile tervishoiutöötajatele tagada ligipääs nõutud mahus täienduskoolitustele.

Pädevushindamise arendamise võimalused

78. Ühendused peavad üldjuhul pädevushindamist oluliseks, sest see aitab motiveerida tervishoiutöötajaid arendama oma erialast pädevust. Kuigi hindamise ülesanne on ühendustel ja see on vabatahtlik, on patsientide ja riigi huvides, et inimelude eest vastutavad spetsialistid on kompetentsed. Seega oleks tarvis leida lahendus probleemile, et pädevushindamises osaleb vähe tervishoiutöötajaid ja hindamine ei ole erialati samalaadse põhjalikkuse ja sisukusega.

Pädevushindamise tähtsus patsientide jaoks

79. Tervishoiukorralduse infosüsteemis on näha, kas tervishoiutöötaja on läbinud pädevushindamise, kuid kõik patsiendid ei oska seda infot sealt otsida. Seetõttu tuleks avalikkusele selgitada pädevushindamise tähendust ja võimalust kontrollida infosüsteemis pädevustunnistuse olemasolu. Selle eelduseks on aga infosüsteemi andmestiku kvaliteedi parandamine (vt p-d 10–12).

80. Lisaks võiks pädevushindamise jm tervishoiutöötajate teadmisi ja oskusi dokumenteeriva info teha patsientidele mujal (nt TTOde veebilehtedel, digiregistratuuri kaudu) kättesaadavaks.

²⁴ Näiteks järeldas Terviseamet 16 ühenduselt saadud info põhjal 2014. a, et enamik eelistab vabatahtlikku pädevushindamist. Allikas: pädevuse hindamise ja residentuuri lisa-aasta 27.01.2014. a koosoleku protokoll, Sotsiaalministeerium.

81. Sotsiaalministeerium on näiteks planeerinud anda TTOdele ülesande pidada arvestust oma töötajate pädevushindamise läbimise kohta. Lisaks on kaalutud mõtet kohustada TTOsid avalikustama oma veebilehel töötajaskonna pädevushindamise koondinfo (s.t statistika pädevushindamise läbimise kohta). Need meetmed aitaks teatud määral kaasa ka patsientide teadlikkuse tõstmisele tervishoiutöötajate pädevuse küsimustes.

Riiklik eestvedamine ja tugi

82. Riigil on valida, kas muuta pädevushindamine kohustuslikuks või mitte. Ka juhul, kui jätkatakse vabatahtliku mudeliga, on võimalik see süsteem paremini tööle panna. Selleks on tarvis pädevushindamise korraldus teha ühtsemaks ja muuta hindamine nii ühendustele kui ka pädevuse taotlejatele vähem koormavaks. Riigi võimalikud meetmed on koondatud tabelisse 4 (v.a rahastamine, mida käsitletakse all eraldi).

Tabel 4. Pädevushindamise arendamise võimalused

Võimalikud meetmed	Selgitused ja täpsustused
Sotsiaalministeeriumil võtta liidrioll pädevushindamise kriteeriumite ja protsessi ülevaatamisel, et hindamise põhimõtted ja praktika oleksid selgemad ning ühtsemad.	Koos praeguste kriteeriumite ühtlustamisega tuleks analüüsida, kas pädevushindamise protsessis saab kasutada patsientide tagasisidet. Praegu ei koguta üleriigiliselt andmeid patsientide rahulolu, teenuskogemuse või tervisetulemite kohta.²⁵ Juhul kui riigi koordineerimisel hakatakse selliseid indikaatoreid koguma, saaks otsustada, kas ja kuidas saaksid ühendused neid hindamises hõlmata.
Sotsiaalministeeriumil reguleerida täpsemalt nii ministeeriumi kui ka Terviseameti ja Tervisekassa ning kutse- ning erialaühingute rollid ja ülesanded pädevushindamise korralduses ja luua kindlamad koostöö alused.	- Kokku leppida ja reguleerida, kuidas toimub pädevushindamist puudutavate vaidluste ja kaebuste lahendamine, sh milline asutus sellega tegeleb, millised on eri osaliste volitused ja ülesanded. - Pädevushindamise korraldamisse või vaidluste lahendamisse võib vajadusel kaasata ka teisi osapooli. Näiteks on mõned ühendused pakkunud, et mingi roll võiks olla Tartu Ülikooli ekspertidel. - Arendada tuleks riigiasutuste võimekust hinnata tervishoiuteenuste kvaliteeti, teha järelevalvet ning probleemide korral reageerida. - Kuivõrd ühendustel raviandmetele ligipääsu pole, on vaja, et Sotsiaalministeerium, Tervisekassa ja Terviseamet arendaksid tervishoiuteenuste kvaliteedi, sh tervishoiutöötajate ravipraktika seiramise ja probleemide lahendamise võimekust. Muu hulgas on vaja kokku leppida, kuidas toimida juhtudel, kui tervishoiutöötaja pädevuse asjus tekib kahtlusi.
Terviseametil pakkuda pädevushindamise läbiviimiseks digilahendusi: 63% Riigikontrolli küsitlusele vastanud ühendustest ootab riigilt tööriista, mis vähendaks töökoormust.	- Näiteks aitaks digikeskkond (koolitustunnistuste jm dokumentide üleslaadimise või meeldetuletuse süsteem, mille tarbeks saaks arendada olemasolevat tervishoiukorralduse infosüsteemi) nii taotlejate kui ka hindajate jaoks protsessi tõhustamaks teha. - Mõni ühendus juba kasutab e-lahendusi. Näiteks on Eesti Perearstide Selts pädevushindamiseks välja töötanud digilahenduse, mille nende sõnul võiks laiemalt kasutusele võtta.

Allikas: Riigikontroll ühenduste veebiküsitluse ja eri osapooltega tehtud intervjuude alusel

²⁵ Patsientide rahulolu, teenuskogemuse ja tervisetulemite info kogumise kohta saab lugeda Riigikontrolli 2024. a aruandest „[Riigi tegevus tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamisel](#)”.

Rahastamine

Teadmiseks, et

mõned kutse- ja eriala-ühendused näevad vajadust teha pädevushindamine kohustuslikuks konkreetsete lisapädevuste, protseduuride või ravimeetodite puhul, et tagada nende kvaliteet ja ohutus. Seda on pakkunud nt Eesti Gastroenteroloogide Selts, Eesti Kliinilise Toitmise Selts, Eesti Immunoloogide ja Allergoloogide Selts.

Allikas: Riigikontrolli küsitlus kutse- ja erialaühenduste seas

Pädevushindamine teistes riikides

83. Kohustusliku süsteemi loomine eeldaks riigilt senisest märksa suuremas mahus rahastamist. Samas, ka praeguse süsteemi jätkudes ootavad ühendused, et riik neid varasemast rohkem toetaks.

84. 79% Riigikontrolli küsitlusele vastanud ühendustest soovib, et riik rahastaks pädevushindamise korraldamist, ja 42% soovib, et riik leiaks uusi lahendusi pädevushindamise motiveerimiseks (ka selle all peavad paljud seltsid silmas eri rahastamise viise, nt et pädevushindamise läbinud töötajad saaksid palgalisa või et suurendataks koolituste rahastamist).

85. Üks pädevushindamise populaarsuse kasvatamise võimalus on siduda Tervisekassa rahastus senisest enam TTO töötajate pädevuse tõendamisega. Ka Sotsiaalministeeriumi hinnangul saab riik tervishoiutöötajate pädevushindamisel osalemist mõjutada eelkõige Tervisekassa poolt teenuste rahastamisele seatud nõuete kaudu (vt p 40). Seejuures võiks ministeeriumi arvates keskenduda teenustele, kus tervishoiutöötaja tegutseb üksi või väikeses meeskonnas, sest sellisel juhul puudub suure asutusega võrdne tugi ja jälgimine ning pädevuse ja kvaliteediga seotud riskid on suuremad.

86. Mitmete ühenduste hinnangul tõstakski pädevushindamises osalemist eelkõige lisaraha, näiteks pädevustunnistusest olenev palgalisa või ka suurem koolituseelarve. Tervisekassa hinnangul ei tagaks pelk raha juurdeandmine soovitud eesmärki, sest palgaotsuseid teevad TTOd ning neil on ka praegu võimalik töötajate töötasu pädevushindamise tulemustest lähtudes eristada.

87. Teisest küljest näitab praktika, et rahalised ajendid mõjutavad pädevushindamises osalemist positiivselt (vt p 40). Samas tuleb arvestada riskiga, et kui riik peaks pädevushindamise läbimist rahaliselt enam motiveerima, kuid hindamise põhimõtete ja korralduse asjus kokkuleppeid ei saavutata, võidakse hindamist ikka käsitleda n-ö vormitäitmisena. Tarvis on ennetada võimalikku ebavõrdsust ja vaidlusi, mis võivad tulla sellest, et igal erialal on pädevushindamine isemoodi või ei korraldata seda üldse.

88. Teistes riikides on pädevushindamine korraldatud väga erineval moel. On riike, kus see on kohustuslik (nt Läti, Ühendkuningriik), ja on riike, kus see on vabatahtlik (nt Soome, Norra). Samuti erineb see, millised institutsioonid pädevuste hindamist korraldavad ning kuidas seda rahastatakse. WHO sõnul tasuvad paljudes riikides tervishoiutöötajad nii koolituste kui ka pädevushindamise (resertifitseerimise) eest ise, kuid mõnes riigis pakutakse selleks ka riigi toetust.

89. Soomes puudub üleüldine pädevushindamise süsteem või nõue. Vastutus enese täiendamise eest on pandud tervishoiutöötajatele ja tööandjatele, samas on Soome Arstide Liit ja Õdede Liit välja töötanud täienduskoolituse ja enesearengu soovitused.

Teadmiseks, et

Soomes pole seaduses kohustuslikku täienduskoolituste läbimise mahtu määratud. Tervishoiutöötaja kohustus on oma pädevust hoida ja arendada ning tööandjal seda jälgida ja võimaldada. Siiski soovitab

- Soome Arstide Liit osaleda arstidel vähemalt 10 päeva aastas täienduskoolitustel;
- Soome Õdede Liit võtta õdedel vähemalt 6 päeva aastas täienduskoolitusi.

Allikas: Soome Riigikontrolli vastus Eesti Riigikontrolli päringule

Teadmiseks, et

Lätis on olnud juhtumeid, kus tervishoiutöötaja ei läbi pädevushindamist edukalt ja kaotab seetõttu õiguse töötada oma kutse- või erialal. Läti Arstide Liidu andmetel oli selliseid juhtumeid perioodil 2018–2023 kokku 18 ehk keskmiselt kolm juhtumit aastas.

Kuni õdede sertifitseerimisnõude kaotamiseni keeldus Läti Õdede Ühendus õdedele, hambahügienistidele ja ämmaemandatele pädevustõendit väljastamast keskmiselt 10–15 juhul aastas.

Allikas: Läti Riigikontrolli vastus Riigikontrolli päringule

Järeldused

90. Eesti Arstide Liidu sõnul andsid soomlased kunagi ka Eestile nõu, et parem on kasutada ressursse tervishoiutöötajate täienduskoolituseks kui pädevushindamiste läbiviimiseks. Oluline on tähele panna, et Soomes on järelevalve tervishoiutöötajate üle oluliselt tugevam kui Eestis ehk pädevushindamise asemel tegeletakse konkreetsete probleemide lahendamisega.

91. Soomes on siiski välja töötatud nn erikvalifikatsioonide süsteem, mille raames on soovijatel võimalik taotleda pädevustunnistust teatud oskuste või alamerialade osas. Siin on sarnasusi Eesti pädevushindamisega: peab olema läbitud teatud praktilise töö maht ja teoreetiline õpe, sageli ka eksam; tunnistuste andmist korraldavad kutse- ja erialaühendused. Ent Soome süsteemis ei ole hindamine piiritletud erialaga, vaid puudutab erialadeüleseid oskusi (nt valuravi, infektsioonide kontroll) või spetsiifilisi valdkondi (lastepsühhoterapia, muusikateraapia).

92. Arstide puhul kehtib erikvalifikatsioon tähtajatult ning õed peavad seda iga viie aasta tagant uuendama. Eriqualifikatsioone saavad taotleda ka mitmed teised tervishoiuvaldkonna spetsialistid, näiteks ämmaemandad, bioanalüütikud, füsioterapeudid.

93. Lätis on pädevushindamine/resertifitseerimine kohustuslik, tervishoiutöötajad peavad oma registreeringut seeläbi iga viie aasta tagant uuendama. Tervishoiutöötaja peab tõendama, et on läbinud nõutud mahus koolitusi. Kui ta seda pole teinud (või kui registreering on jäänud õigele ajale uuendamata), on tarvis teha pädevuseksam. Erandiks on õed, kelle puhul kaotati 2022. aastal pädevushindamise nõue, sest leiti, et see piiras õdede liikuvust tööturul.

94. Tervishoiutöötajate registrit haldab Läti Terviseinspeksioon, kuid resertifitseerimist korraldavad kolm seaduses määratletud kutseorganisatsiooni: Läti Arstide Ühendus, Läti Õdede Ühendus ja Läti Meditsiinitöötajate Kutseorganisatsioonide Ühendus. Resertifitseerimise korraldus on määrusega täpselt paika pandud.

95. Senine pädevushindamise süsteem on täitnud oma eesmärgi vähesel määral. Tarvis on saavutada olukord, kus rohkem tervishoiutöötajaid hindaks oma pädevusi ja patsientidel oleks võimalik veenduda tervishoiutöötajate pädevuses.

96. Selles on vaja, et Sotsiaalministeerium võtaks muutuste eestvedaja rolli. Tarvis on

- ühtlustada hindamise kriteeriume, et need oleks erialati ühtlasemad ja hindamistõend sarnasema kaaluga;
- teha hindamisprotsess nii hindajatele kui ka taotlejatele võimalikult vähe aega ja vaeva nõudvaks (nt digilahenduste pakkumise kaudu);

- muuta pädevushindamise info kogumine tõhusamaks, tervishoiukorralduse infosüsteemi andmed täpsemaks ja pädevust puudutav teave patsientidele paremini kättesaadavaks;
- tagada, et kõik tervishoiutöötajad saaksid nõutud mahus täienduskoolitust.

97. Ühendused ootavad riigilt lisaks rahalist tuge, et pädevushindamise kui töömahuka tegevuse kulud ei oleks kõik nende kanda.

Tervishoiutöötajate pädevuse hoidmine ja arendamine on ravikvaliteedi tagamise olemuslik osa. Sotsiaalministeeriumil, Tervisekassal ja Terviseametil tuleb tervikuna parandada ravikvaliteedi jälgimise ja analüüsimise võimekust ning tõsta suutlikkust lahendada sellega seotud kahtlusi, kaebusi ja probleeme. See info on samuti oluline, et tulevikus tervishoiutöötajate pädevust paremini hinnata.

Terviseministri vastused:

- Sotsiaalministeerium integreerib Riigikontrolli aruandes tehtud ettepanekud tervishoiu kvaliteedisüsteemi väljaarendamise töökavva.
- Peagi uuenevas määruses „Tervishoiuteenuste kvaliteedi ja patsiendiohutuse tagamise nõuded“ peame jätkuvalt pädevushindamist vajalikuks osaks teenuste kvaliteedist. Tervishoiuteenuste kvaliteedi esmavastutus on tervishoiuteenuse osutajatel, kelle võimekus on erinev, mistõttu tervishoiuteenuste kvaliteedi nõuded peavad olema selged ja asjakohased. Määrus saab kirjeldada kvaliteedinõudeid üldsõnaliselt, arvestades erinevat teenuste profiili ja organisatsiooni suurust, näiteks, kas tegemist on hambaarsti, perearstipraksise või regionaalhaiglaga.
- Vabariigi Valitsuse tegevusprogramm 2023–2027 näeb ette analüüsi ja ettepanekud tervishoiuteenuste kvaliteedi ja hindamis-instrumentide süsteemi loomise kohta. Selleks koostab Sotsiaalministeerium hiljemalt 2025. aasta III kvartali lõpuks analüüsidokumendi „Tervishoiuteenuste kvaliteedi ja järelevalve korraldamine Eestis – analüüs ja ettepanekud“, mis täpsustab erinevate asutuste rolle ja vastutust kvaliteedi tagamisel ning aitab rakendada ka käesolevat määrust.
- Mis puudutab analüüsi, kas pädevushindamises saab kasutada patsientide tagasisidet, siis patsiendikogemuse (sh PREM, PROM) süsteemne kogumine eeldab keskseid IT-lahendusi. Tervisekassa on välja töötamas teenuskogemuse ja tervisetulemite mõõtmiseks vajalikku tööprotsessi ja metoodikat, et seda lähiaastatel rakendada. Tervisesüsteemi toimivuse hindamise raamistik (HSPA) hindamisraamistikus töötame välja inimkesksust mõõtvad komponendid, sh patsiendi teenusekogemus (PRE, PREM) ja patsiendi hinnang tervisetulemile (PRO, PROM).

- Nõutud mahus täienduskoolituse tagamise vajaduse asjus näeme lisaks pädevushindamise protsessi ühtlustamise vajadusele, et on oluline nõuda senise 60 tunni täienduskoolituse tulemuslikku ja eesmärgipärast kasutamist ning tuleb luua selle tagamiseks terviknägemus (vastutused ja rollid) ning toetav raam ka järelevalves.
- Et arendada riigiasutuste võimekust hinnata tervishoiuteenuste kvaliteeti, teha järelevalvet ning probleemide korral reageerida, on plaanis teha järgmist: eelnõuga 448SE „Meditisiiniseadme seaduse muutmise ja sellega seonduvalt teiste seaduste muutmise seadus“ saab Terviseamet õiguse tervise infosüsteemi andmetele ligipääsuks, et paraneks järelevalve.

Analüüsime, kas ja kuidas vajab õigusruum muutmist, et tervishoiutöötajate pädevuse kahtluse kinnitamisel, korduvatel lepingurikkumistel ja mittetöenduspõhiste ravimeetodite kasutamise puhul oleks võimalik proportsionaalselt reageerida.

Ühtlasi peaks tooma selgust Sotsiaalministeeriumis planeeritav tegevuslubade analüüs. Tervishoiutöötajate ravipraktikate seiramist soodustab patsiendikindlustuse rakendumine ning tervishoiuteenuse osutajate kohustus registreerida patsiendiohutusjuhtumid ning seeläbi kvaliteeti parandada.

- Mis puudutab pädevushindamist toetavaid ja patsientide teavitamise digilahendusi, siis enne digilahenduste ärianalüüside koostamist peaks olema valminud poliitikaanalüüs, mis pakub Eestisse sobiva optimaalse tsentraliseerituse-detsentraliseerituse määraga digilahenduste võimalused kvalifikatsioonide-pädevuste fikseerimisel. Kaalume võimalusi integreerida nimetatud küsimused käimasolevatesse ja ettevalmistamisel olevatesse analüüsidesse.

Terviseamet plaanib ärianalüüsi, hindamaks viimaste õigusruumi muudatuste, TEHIKu juurdepääsuõiguste analüüsi, dokumenteerimisloogika analüüsi ning Riigikontrolli aruande põhjal, kas ja kuidas (millises ajaraamis ja milliste ressurssidega) on võimalik arendada välja pädevushindamise kuvamine ja sisestamine (TA-siseselt järelevalve/tegevuslubade jaoks; seltsidele dokumentide edastamiseks; kuvamine avalikul veebilehel). Vaja on hinnata, millistel põhimõtetel see on mõistlik ning kuidas lisapädevuste andmise ja kuvamise ühtlustamine toetaks võimestavat järelevalvet kvaliteedi osas.

Tervisekassa juhatuse esimehe vastused:

- Tervisekassa on valmis teenuste ostmisel arvestama pädevuse olemasolu ja vajalik süsteem valmib eeltingimuste täitumisel kvartalite jooksul. Eeltingimusteks on Sotsiaalministeeriumi eestvedamisel pädevushindamise protsessi süsteemi loomine ja Terviseameti järelevalve tugevdamine, sh Terviseameti poolt digilahenduste loomine pädevushindamise registri haldamisel.

- Tervisekassal on võimalik läbi teenuste ostmise protsessi mõjutada nende tervishoiuteenuseosutajate tööd, kellel on Tervisekassaga ravi rahastamise leping. Kõik Eesti tervishoiuteenuseosutajad pole Tervisekassa lepingupartnerid.
- Tervisekassa saab seaduse mõistes rahastada vaid tervishoiuteenuse osutajaid läbi tervishoiuteenuste ostmise, seega peab riik leidma võimalused lahendamaks erialaühenduste vajadusi pädevushindamiste läbiviimiseks vajalike lisaressursside näol ravikindlustuseelarve väliselt.
- Tervishoiuteenuste osutamise kvaliteedi määrus määratleb kvaliteetse tervishoiuteenuse, mille nõudeid tervishoiuteenuste korraldamise seaduse alusel peaks kontrollima Terviseamet. Tänapäevaste tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamise määrus ei defineeri selget erisust, millises tähenduses kvaliteeti ning milliste meetmetega Tervisekassa ja Terviseamet peaksid kontrollima. Sellest lähtuvalt on ebaselge ka auditi ettepanek „Sotsiaalministeeriumil ja Tervisekassal tuleb tervikuna parandada ravikvaliteedi jälgimise ja analüüsimise võimekust ning tõsta suutlikkust lahendada sellega seotud kahtlusi, kaebusi ja probleeme", kus vastutus oleks justkui ainult Sotsiaalministeeriumil ja Tervisekassal, ent mitte Terviseametil, kes peaks seaduse kohaselt teostama tervishoiuteenuste osutajatele kehtestatud nõuete täitmise üle järelevalvet. Samuti, ravikvaliteedi jälgimise ja analüüsimise võimekuse parandamine on oluline ka eratervishoiuasutuste puhul, kes ei ole Tervisekassa lepingupartnerid, kuid nendeks tegevusteks ei ole eratervishoiuasutuste puhul Tervisekassal mingit seaduslikku alust.

Mis saab nendest partneritest, kes täna ei ole Tervisekassa lepingupartnerid? Nõustume, et Tervisekassa peaks muu hulgas veenduma ehk tasuma tervishoiuteenuste eest, mida pakuvad pädevad tervishoiutöötajad, kuid Tervisekassa ei saa tervishoiutöötajate pädevuses veenduda, kui veendumise aluseks on puudulikud pädevuskriteeriumid, vabatahtlik pädevushindamine ning puudulik riiklik järelevalve. Kui näiteks pädevuskriteeriumid mõne eriala puhul on ebapiisavad, aga nende alusel on hinnatud tervishoiutöötaja pädevaks, siis pädevustõendi olemasolu arvestamine Tervisekassa poolt teenuste hankimisel võib viia olukorraneni, kus Tervisekassa tasub teenuste eest, mida osutavad tervishoiutöötajad, kelle tegelik pädevus siiski praktikas ei pruugi vastata patsientide ohutuse ja kvaliteedi nõuetele. Seetõttu on äärmiselt oluline, et pädevuskriteeriumid oleksid selged, objektiivsed ja järjepidevalt üle vaadatud, ning et pädevushindamine ja riiklik järelevalve tagaksid tervishoiutöötajate pädevuse. Auditist järeldub, et erialaühendused vajavad rohkem ressursse pädevushindamiste läbiviimiseks.

Terviseameti peadirektori vastus:

- Kuna tervishoiutöötajate pädevuse hindamine on vabatahtlik, ei ole Terviseametil konkreetset ülesannet koondada erialaühendustelt saadud tervishoiutöötajate pädevusega seotud infot. Seega ei saa Terviseamet tekitada ega arendada pädevuse hindamisega seotud digilahendusi. Need pädevusehindamised, mis Terviseametile edastatakse, koondab ja kannab ühendustelt saadud tervishoiutöötajate pädevuse info tervishoiukorralduse infosüsteemi.
- Terviseamet pakub tervishoiuteenuse osutajale nõustamist ja juhendamist tervishoiukorralduse infosüsteemis vajalike tegevuste teostamisel. Infosüsteem on pidevalt täiendamisel ja edasiarendamisel, et tagada teenuseosutajale ja patsientidele parem teabe kättesaadavus.

Riigikontrolli kommentaar: Riigikontrolli hinnangul on osapooled üldjoontes tervishoiutöötajate pädevushindamise arenguvajaduste asjus üht meelt. Kõik (sh Riigikontroll) nõustuvad, et kvaliteetsete teenuste osutamise eest on peamine vastutus tervishoiuteenuse osutajal. Samuti ollakse nõus, et kogu kvaliteedi tagamise süsteem peab olema üles ehitatud selliselt, et riiklikud kvaliteedi (sh pädevushindamise) nõuded ja eesmärgid oleksid selged, toimuks süsteeme tulemuste seire ning järelevalve nõuete täitmise üle.

Riigikontroll nõustub Tervisekassa märkusega, et Tervisekassa ja Terviseameti rollid kvaliteedi (sh tervishoiutöötajate pädevuse) seires ja järelevalves praegu kohati kattuvad, kuid õigusaktidega kehtestatud nõuete täitmise järelevalve eest vastutab siiski Terviseamet. Et rollid oleksid tulevikus praktikas täpsemalt jaotatud, peab Riigikontroll oluliseks, et Sotsiaalministeerium teeks teoks tervishoiuteenuste kvaliteedi ja järelevalve korraldamise analüüsi ning koostaks ettepanekud.

Samuti on Riigikontroll päri sellega, et enne digilahenduste ärianalüüside koostamist peaks olema valminud poliitikaanalüüs, mis pakub Eestisse sobiva optimaalse tsentraliseerituse-detsentraliseerituse määraga digilahenduste võimalused kvalifikatsioonide-pädevuste fikseerimisel. Riigikontrolli arvates peaks see analüüs vastama ka küsimusele, milline on eri osaliste konkreetset ülesanded ühendustes toimuva pädevushindamise toetamisel (sh võtma seisukoha selle Terviseameti väite kohta, et amet ei saa tekitada ega arendada pädevuse hindamisega seotud digilahendusi).

Kokkuvõtteks, kui kõik Sotsiaalministeeriumi, Terviseameti ja Tervisekassa ametlikus vastuses lubatud tegevused ellu viia, siis eeldused selleks, et tervishoiutöötajate pädevushindamise süsteem tulevikus paremini töötaks ja patsientidel oleks suurem kindlus, et neid ravivad pädevad tervishoiutöötajad, on loodud. Sotsiaalministeeriumi

vastutus on koostöös Terviseameti ja Tervisekassaga jälgida, kas elluviidavad tegevused toovad muutuse kaasa või on tarvis lähenemisviisi mingil moel muuta. Teisisõnu, plaanitavad analüüsid on vajalikud, ent Sotsiaalministeerium peaks tagama, et need riulile seisma ei jääks.

/allkirjastatud digitaalselt/

Ines Metsalu-Nurminen
auditiosakonna peakontrolör

Sotsiaalministeeriumi, Terviseameti ja Tervisekassa vastused

Terviseminister ja Tervisekassa juhatuse esimees ja Terviseameti peadirektor saatsid oma vastuse Riigikontrolli ülevaate eelnõu kohta vastavalt 20.09.24, 12.09.2024, 16.09.2024.

Riigikontroll	Vastus
Sotsiaalministeeriumil võtta liidriroll pädevushindamise kriteeriumite ja protsessi ülevaatamisel, et hindamise põhimõtted ja praktika oleksid selgemad ning ühtsemad. Koos praeguste kriteeriumite ühtlustamisega tuleks analüüsida, kas pädevushindamise protsessis saab kasutada patsientide tagasisidet. Praegu ei koguta üleriigiliselt andmeid patsientide rahulolu, teenuskogemuse või tervisetulemite kohta. Juhul kui riigi koordineerimisel hakatakse selliseid indikaatoreid koguma, saaks otsustada, kas ja kuidas saaksid ühendused neid hindamises hõlmata. Tagada, et kõik tervishoiutöötajad saaksid nõutud mahus täienduskoolitust. Sotsiaalministeeriumil reguleerida täpsemalt nii ministeeriumi kui ka Terviseameti ja Tervisekassa ning kutse ning erialaühingute rollid ja ülesanded pädevushindamise korralduses ja luua kindlamad koostöö alused. Kokku leppida ja reguleerida, kuidas toimub pädevushindamist puudutavate vaidluste ja kaebuste lahendamine, sh milline asutus sellega tegeleb, millised on eri osaliste volitused ja ülesanded.	Terviseministri vastused: - Sotsiaalministeerium integreerib Riigikontrolli aruandes tehtud ettepanekud tervishoiu kvaliteedisüsteemi väljaarendamise töökavva. - Peagi uuenevas määruses „Tervishoiuteenuste kvaliteedi ja patsiendihutuse tagamise nõuded“ peame jätkuvalt pädevushindamist vajalikuks osaks teenuste kvaliteedist. Tervishoiuteenuste kvaliteedi esmavastutus on tervishoiuteenuse osutajatel, kelle võimekus on erinev, mistõttu tervishoiuteenuste kvaliteedi nõuded peavad olema selged ja asjakohased. Määrus saab kirjeldada kvaliteedinõudeid üldsõnaliselt, arvestades erinevat teenuste profiili ja organisatsiooni suurust, näiteks, kas tegemist on hambaarsti, perearstipraksise või regionaalhaiglaga. - Vabariigi Valitsuse tegevusprogramm 2023–2027 näeb ette analüüsi ja ettepanekud tervishoiuteenuste kvaliteedi ja hindamisinstrumentide süsteemi loomise kohta. Selleks koostab Sotsiaalministeerium hiljemalt 2025. aasta III kvartali lõpuks analüüsidokumendi „Tervishoiuteenuste kvaliteedi ja järelevalve korraldamine Eestis – analüüs ja ettepanekud“, mis täpsustab erinevate asutuste rolle ja vastutust kvaliteedi tagamisel ning aitab rakendada ka käesolevat määrust. - Patsiendikogemuse (sh PREM, PROM) süsteemne kogumine eeldab keskseid IT lahendusi. Tervisekassa on välja töötamas teenuskogemuse ja tervisetulemite mõõtmiseks vajalikku tööprotsessi ja metoodikat, et seda lähiaastatel rakendada. - Tervisesüsteemi toimivuse hindamise raamistiku (HSPA) hindamisraamistikus töötame välja inimkeskust mõõtvad komponendid, sh patsiendi teenusekogemus (PRE, PREM) ja patsiendi hinnang tervisetulemile (PRO, PROM). - Lisaks pädevushindamise protsessi ühtlustamise vajadusele, on oluline nõuda senise 60 tunni täienduskoolituse tulemuslikku ja eesmärgipärast kasutamist ning tuleb luua selle tagamiseks toetav raam ka järelevalves. Oluline on töötada välja valdkonnaga täienduskoolituse ja enesearengu soovitusel, et vältida pädevushindamist vormitaitmise eesmärgil. Eelpoolnimetatud määruses on lisaks täpsustatud nõudeid koolitusele, on näitena toodud täiendavaid arendavaid tegevusi koolitustundidele, mida tervishoiuteenuse osutaja võib arvestada tervishoiutöötaja ja tervishoius töötavate spetsialistide koolitustundide hulka. Loetletud on enim kasutatud tegevusi, mida ühendused on pädevuse hindamisel arvestanud ja mis on osaks tervishoiutöötajate pideva arengu tagamisel. Need tegevused peavad olema tõendatavad kirjalikult taasesitatavas vormis. - Sotsiaalministeerium integreerib Riigikontrolli aruandes tehtud ettepanekud tervishoiu kvaliteedisüsteemi väljaarendamise töökavva. Peamine vastutus tervishoiuteenuste kvaliteedi

Pädevushindamise korraldamise või vaidluste lahendamise võib vajadusel kaasata ka teisi osapooli. Näiteks on mõned ühendused pakkunud, et mingi roll võiks olla Tartu Ülikooli ekspertidel. Arendada tuleks riigiasutuste võimekust hinnata tervishoiuteenuste kvaliteeti, teha järelevalvet ning probleemide korral reageerida. Kuivõrd ühendustel raviandmetele ligipääsu pole, on vaja, et Sotsiaalministeerium, Tervisekassa ja Terviseamet arendaksid tervishoiuteenuste kvaliteedi, sh tervishoiutöötajate ravipraktika seiramise ja probleemide lahendamise võimekust. Muu hulgas on vaja kokku leppida, kuidas toimida juhtudel, kui tervishoiutöötaja pädevuse asjus tekib kahtlusi. Terviseametil pakkuda pädevushindamise läbiviimiseks digilahendusi: 63% Riigikontrolli küsitlusele vastanud ühendustest ootab riigilt tööriista, mis vähendaks töökoormust. Näiteks aitaks digikeskkond (koolitustunnistuste jm dokumentide üleslaadimise või meeldetuletuse süsteem, mille tarbeks saaks arendada olemasolevat tervishoiukorralduse infosüsteemi) nii taotlejate kui ka hindajate jaoks protsessi tõhustamiseks teha. Mõni ühendus juba kasutab e-lahendusi. Näiteks on Eesti Perearstide Selts pädevushindamiseks välja töötanud digilahenduse, mille nende sõnul võiks laiemalt kasutusele võtta. Muuta pädevushindamise info kogumine tõhusamaks, tervishoiukorralduse infosüsteemi andmed täpsemaks ja pädevust puudutav teave patsientidele paremini kättesaadavaks.	tagamisel ja eriti arendamisel jääb tervishoiuteenuse osutajatele. Selleks koostab Sotsiaalministeerium hiljemalt 2025.a III kvartali lõpuks analüüsikokkuvõtte: „Tervishoiuteenuste kvaliteedi ja järelevalve korraldamine Eestis – analüüs ja ettepanekud“, mis täpsustab erinevate asutuste rolli ja vastutust kvaliteedi tagamisel ning aitab rakendada ka eelpoolnimetatud määruses toodud teemasid, sh pädevushindamine. - Näeme lisaks pädevushindamise protsessi ühtlustamise vajadusele, et on oluline nõuda senise 60 tunni täienduskoolituse tulemuslikku ja eesmärgipärast kasutamist ning tuleb luua selle tagamiseks tervik nägemus (vastutused ja rollid) ning toetav raam ka järelevalves. - Ühtlasi peaks tooma selgust Sotsiaalministeeriumis planeeritav tegevuslubade analüüs. - Tervishoiutöötajate ravipraktikate seiramist soodustab patsiendikindlustuse rakendumine ning tervishoiuteenuse osutajate kohustus registreerida patsiendiohutusjuhtumid ning seeläbi kvaliteeti parandada. - Eelnõuga 448SE „Meditsiiniõiguse seaduse muutmise ja sellega seonduvalt teiste seaduste muutmise seadus“ saab Terviseamet õiguse tervise infosüsteemi andmetele ligipääsuks, et paraneks järelevalve. - Analüüsime, kas ja kuidas vajab õigusruum muutmist, et tervishoiutöötajate pädevuse kahtluse kinnitamisel, korduvatel lepingurikkumistel ja mitte-tõendus põhiste ravimeetodite kasutamise puhul oleks võimalik proportsionaalselt reageerida. - Enne digilahenduste ärianalüüside koostamist peaks olema valminud poliitikaanalüüs, mis pakub Eestisse sobiva optimaalse tsentraliseerituse-decentraliseerituse määraga digilahenduste võimalused kvalifikatsioonide-pädevuste fikseerimisel. Kaalume võimalusi integreerida nimetatud küsimused käimasolevatesse ja ettevalmistamisel olevatesse analüüsidesse. - Terviseamet plaanib ärianalüüsi, hindamaks viimaste õigusruumi muudatuste, TEHIK juurdepääsuõiguste analüüsi, dokumenteerimisloogika analüüsi ning Riigikontrolli aruande põhjal, et kas ja kuidas (millises ajaraamis ja ressurssidega) on võimalik arendada välja pädevushindamise kuvamine ja sisestamine (TA siseselt järelevalve/tegevuslubade jaoks; seltsidele dokumentide edastamiseks; kuvamine avalikul veebilehel). Vajalik on hinnata millistel põhimõtetel see on mõistlik ning kuidas lisapädevuste andmise ja kuvamise ühtlustamine toetaks võimendavat järelevalvet kvaliteedi osas.
---	--

Üldised kommentaarid ülevaate kohta

Sotsiaalministeerium: Täna teid tervishoiutöötajate pädevuse hindamise ülevaate tulemusel põhjaliku aruande koostamise eest. Pean tehtud soovitusi väga oluliseks ning võimalusel lisame kerkinud küsimused käimasolevatesse ja ettevalmistamisel olevatesse analüüsidesse.

Terviseamet: Riigikontrolli aruanne „Tervishoiutöötajate pädevushindamine“ on asjakohane ülevaade ja konstruktiivne tähelepanu juhtimine riigipoolsetele kitsaskohtadele ning vähesele või puudulikule pädevushindamise süsteemile.

Terviseamet nõustub, et tervishoiuteenuste kvaliteedi oluliseks osaks on ravikvaliteet ja koolitatud personal, mida iseloomustab teenuse vastavus nõuetele. Tervishoiuteenust osutava töötaja koolitamine ja pädevuse tõstmine annab ka patsientidele kindluse, et tervishoiuteenust osutavad pädevad ja ajakohaste oskustega tervishoiutöötajad. Ühtlasi juhime tähelepanu, et Eestis hindavad tervishoiutöötajate pädevust kutse- ja erialaühendused. Hindamine ja selles osalemine on Eestis vabatahtlik ning ei toimu erialade üleselt, vaid kutsete või erialade puhul, kus ühendused on pidanud seda oluliseks.

Kuna tervishoiutöötajate pädevuse hindamine on vabatahtlik, ei ole Terviseametil konkreetset ülesannet koondada erialaühendustelt saadud tervishoiutöötajate pädevusega seotud infot. Seega ei saa Terviseamet tekitada ega arendada pädevuse hindamisega seotud digilahendusi. Need pädevusehindamised, mis Terviseametile edastatakse, koondab ja kannab ühendustelt saadud tervishoiutöötajate pädevuse info tervishoiukorralduse infosüsteemi.

Terviseamet pakub tervishoiuteenuse osutajale nõustamist ja juhendamist tervishoiukorralduse infosüsteemis vajalike tegevuste teostamisel. Infosüsteem on pidevalt täiendamisel ja edasiarendamisel, et tagada teenuseosutajale ja patsientidele parem teabe kättesaadavus.

Tervisekassa: Täname teid suure ja põhjaliku kontrolliaruande eest!

1. Läbiv tähelepanek. Digilahenduse loomine pädevuste haldamiseks ja kontrollimiseks on Terviseameti vastutuses. Kontrolliaruande hetkeversioonis Terviseamet ühes kohas, tervisekassa teises kohas. Palume ühtlustada.

Riigikontrolli vastus: P 70 tekst viitas sellele, et Sotsiaalministeerium vastutab pädevushindamise terviklikkuse ja arendamise eest ning et vajalikud vahendid (raha, digilahenduste arendamine jms) leitakse koostöös Tervisekassaga. Täpsustasime p 70 teksti selliselt, et Sotsiaalministeeriumil koostöös Tervisekassa ja Terviseametiga on vajalik kindlustada hindamiseks vajalikud vahendid.

Tervisekassa:

2. Tervisekassa on valmis teenuste ostmisel arvestama pädevuse olemasolu ja vajalik süsteem valmib eeltingimuste täitumisel kvartalite jooksul. Eeltingimusteks on Sotsiaalministeeriumi eestvedamisel pädevushindamise protsessi süsteemi loomine ja Terviseameti järelevalve tugevdamine, sh Terviseameti poolt digilahenduste loomine pädevushindamise registri haldamisel.

3. Tervisekassal on võimalik läbi teenuste ostmise protsessi mõjutada nende tervishoiuteenuseosutajate tööd, kellel on Tervisekassaga ravi rahastamise leping. Kõik Eesti tervishoiuteenuseosutajad pole Tervisekassa lepingupartnerid.

4. Palume selgitada või parandada auditi väidet „Tervisekassa vastutab rahastatavate teenuste kvaliteedi eest ja peaks veenduma, et teenuseid pakuvad pädevad tervishoiutöötajad“. Tervisekassa seaduse järgi on Tervisekassa üheks ülesandeks kontrollida Tervisekassa tasutavate teenuste kvaliteeti ja põhjendatust, kuid patsiendile osutatud teenuste kvaliteedi eest vastutab lähtuvalt Tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamise määrusest tervishoiuteenuse osutaja.

Riigikontrolli vastus: Oleme täpsustanud kokkuvõtte sõnastust, et ei jääks muljet, et tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamise vastutus on Tervisekassal, vaid Tervisekassal on vaja veenduda, et rahastatavad tervishoiuteenused on kvaliteetsed.

Lisaks täpsustasime punktis 97, et ravikvaliteedi jälgimise ja parendamise süsteemis on oluline roll lisaks Sotsiaalministeeriumile ja Tervisekassale ka Terviseametil.

Tervisekassa:

5. Tervishoiuteenuste osutamise kvaliteedi määrus määratleb kvaliteetse tervishoiuteenuse, mille nõudeid Tervishoiuteenuste korraldamise seaduse alusel peaks kontrollima Terviseamet. Täna tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamise määrus ei defineeri selget erisust, millises tähenduses kvaliteeti ning milliste meetmetega Tervisekassa ja Terviseamet peaksid kontrollima. Sellest lähtuvalt on ebaselge ka auditi ettepanek „Sotsiaalministeeriumil ja Tervisekassal tuleb tervikuna parandada ravikvaliteedi jälgimise ja analüüsimise võimekust ning tõsta suutlikkust lahendada sellega seotud kahtlusi, kaebusi ja probleeme“, kus vastutus oleks justkui ainult Sotsiaalministeeriumil ja Tervisekassal, ent mitte Terviseametil, kes peaks seaduse kohaselt teostama tervishoiuteenuste osutajatele kehtestatud nõuete täitmise üle järelevalvet. Samuti, ravikvaliteedi jälgimise ja analüüsimise võimekuse parandamine on oluline ka eratervishoiuasutuste puhul, kes ei ole Tervisekassa lepingupartnerid, kuid nendeks tegevusteks ei ole eratervishoiuasutuste puhul Tervisekassal mingit seaduslikku alust.

Mis saab nendest partneritest, kes täna ei ole Tervisekassa lepingupartnerid? Nõustume, et Tervisekassa peaks muu hulgas veenduma ehk tasuma tervishoiuteenuste eest, mida pakuvad pädevad tervishoiutöötajad, kuid Tervisekassa ei saa tervishoiutöötajate pädevuses veenduda, kui veendumise aluseks on puudulikud pädevuskriteeriumid, vabatahtlik pädevushindamine ning puudulik riiklik järelevalve. Kui näiteks pädevuskriteeriumid mõne eriala puhul on ebapiisavad, aga nende alusel on hinnatud tervishoiutöötaja pädevaks, siis pädevustõendi olemasolu arvestamine Tervisekassa poolt teenuste hankimisel võib viia olukorrani, kus Tervisekassa tasub teenuste eest, mida osutavad tervishoiutöötajad, kelle tegelik pädevus siiski praktikas ei pruugi vastata patsientide ohutuse ja kvaliteedi nõuetele. Seetõttu on äärmiselt oluline, et

pädevuskriteeriumid oleksid selged, objektiivsed ja järjepidevalt üle vaadatud, ning et pädevushindamine ja riiklik järelevalve tagaksid tervishoiutöötajate pädevuse. Auditist järeldub, et erialaühendused vajavad rohkem ressursse pädevushindamiste läbiviimiseks.

6. Rõhutame veel kord, et kulumudeli muutmisel peab Tervisekassa lähtuma sotsiaalministri määrusest „Kindlustatud isikult tasu maksmise kohustuse Tervisekassa poolt ülevõtmise kord ja tervishoiuteenuse osutajatele makstava tasu arvutamise meetodika“ ning analüüsima kulumudeli vastavust tervishoiuteenuste osutajate (TTO) tegelikele kuludele tervikuna, kõiki kulukomponente arvestades. Kulumudelit ei ole korrektne tõlgendada nii, justkui oleks iga üksik kulukomponent ettekirjutus individuaalsele TTO-le, kui palju vastav asutus konkreetse sisendi peale saab või peab kulutama. Ei ole mõistlik vaadata, et kulumudelis on näiteks ühe kõrgharidusega spetsialisti keskmiseks koolituskulukuks arvestatud 953,12 eurot aastas, ja teha järeldus, et see ei kata ühe inimesi väliskoolitusi. Arvestada tuleb, et osa töötajaid samal aastal väliskoolitustele ei lähe, mõni ehk ei koolitu konkreetsel aastal üldse. Mudel püüab keskmistada kõikide TTOde kulusid üle Eesti ja ei saa eeldada, et iga individuaalne vaatlus klappib mudelis arvestatuga. Kuluarvestus toimib meetodikamääruses sätestatud põhimõtete järgi ja kõikide kulukomponentide arvestus peab samuti lähtuma meetodikamääruses sätestatud protsessist, analüüsides seejuures tervikpilti. Seejuures tegime 2023. aastal 2022. aasta kuluandmete pealt üldkulude analüüsi, kus kogusime kuluandmed PERHilt, TÜKilt, ITK-lt, LTKH-lt, Lastehaiglalt, Pärnult ja Viljandilt. Kaalutud keskmine koolituskulude rahastatuse tase oli 99,13%. Ehk siis asutused kulutasid koolituste peale keskmiselt sisuliselt täpselt selle summa, mis ka mudelis ette nähtud, ent asutused olid käärid mõistagi suured – mõnes asutuses olid kulud kaetud enam kui topelt. Tervikuna sai aga järeldada, et koolituskulud ei ole mudelis kehtiva meetodika kohaselt ei üle- ega alahinnatud.

7. Tervisekassal on sel aastal töös eraldi analüüs, kus me testime tavametoodikale sarnaselt üldkulude, sh koolituskulude rahastustaset mudelis erinevate HVA-välise teenuseosutajate peal. Saime referentsandmed 8 asutuselt (andmeid küsiti 39 asutuselt). Andmed esitasid: Smile ID Hambakliinik OÜ, Tamme Hambaravi OÜ, MPPK OÜ, E.G.U Erapraksis OÜ, Medicum (taastusravi ja hambaravi eraldi), Logopeediakliinik, OÜ Logopeedilise Teraapia Keskus Kõnekoda, Kõne- ja kommunikatsiooniteraapia keskus OÜ. See analüüs valmib aasta lõpuks, ning kui sellest järeldub, et üldkulude arvestamise meetodikat tuleks väiksemaid asutusi silmas pidades kohendada, siis teeme ettepaneku meetodikamääruse muutmiseks 2025. aasta jooksul. Kulumudelis saame muudatused sisse viia üksnes siis, kui meetodikamääruses vajalikud muudatused kinnitatakse. Kui sobivad pädevushindamise süsteemid on loodud, on võimalik antud analüüsi käigus mh kaaluda ka mudelit, kus osa teenuste puhul sõltub koolituskomponendi hüvitamine asutuse võimest tõendada töötajate pädevust.

8. Tervisekassa saab seaduse mõistes rahastada vaid tervishoiuteenuse osutajaid läbi tervishoiuteenuste ostmise, seega peab riik leidma võimalused lahendamaks erialaühenduste vajadusi pädevushindamiste läbiviimiseks vajalike lisaressursside näol ravikindlustuseelarve väliselt

Ülevaate iseloomustus



Eesmärk

Töö eesmärk on anda ülevaade tervishoiutöötajate pädevuse hindamise olukorrast ning tuua esile selle kitsaskohad ja nende lahendamise võimalused või valikukohad.

Ülevaate ulatus ja käsitusviis

Ülevaade hõlmab perioodi 2018. aastast kuni 2024. aasta esimese poolaastani.

Ülevaates on käsitletud järgmiste riigiasutuste tegevust:

- Sotsiaalministeerium, kes tegeleb tervishoiupoliitika kujundamisega, sh pädevuse hindamise aluste ja korralduse kujundamisega, et ravi osutaksid pädevad tervishoiutöötajad ja pakutav tervishoiuteenus oleks kvaliteetne.
- Terviseamet, kes on tervishoiu valdkonnas korraldus- ja järelevalveasutus ning kelle ülesanne on koondada ühendustelt saadud tervishoiutöötajate pädevuse info tervishoiukorralduse infosüsteemi.
- Tervisekassa, kes kasutab tervishoiuteenuste hangetel pädevustõendi olemasolu ühe hindamiskriteeriumina hankepartnerite leidmisel ning on uute tervishoiuspetsialistide kaasamisel üks osapool, kelle valikutest sõltub, millised on tervishoiuteenuse kvaliteedi tagamiseks vajalikud spetsialisti pädevuse miinimumnõuded. Tervisekassa haldab ka tervishoiuteenuste hinnamudelit, mille sees on arvestusliku komponendina koolituskulud.

Ülevaate põhiküsimused

- Millistel erialadel pädevushindamine toimub ja millises vormis?
- Kui palju tervishoiutöötajaid on pädevushindamise läbinud ning millised on trendid aastati?
- Millised on praeguse pädevushindamise korralduse tugevad ja nõrgad küljed ning kuidas suurendada kindlust, et patsiente ravivad pädevad tervishoiutöötajad?

Ülevaate koostamise käigus toimus dokumentide analüüs, statistiline andmete analüüs, veebiküsitlus, intervjuueriti erinevaid osapooli, koguti andmeid Läti ja Soome pädevushindamise korralduse kohta ning tehti päringud nende riikide kõrgeimatele kontrolliasutustele.

Dokumentide analüüs

Dokumendianalüüsi aluseks oli järgmised materjalid:

- riiklikud ja valdkondlikud arengukavad;
- tervishoiuteenuste kvaliteediga ja tervishoiutöötajate pädevusega seotud seadused ning määrused;
- tervishoiutöötajate pädevuse hindamise teemalised uuringud ja artiklid;
- Terviseameti, Tervisekassa ja Sotsiaalministeeriumi vastused Riigikontrolli päringutele;
- Tervisekassa lepingud tervishoiuteenuste osutajatega ja täiendavate partnerite valiku kriteeriumid;

- Sotsiaalministeeriumi varasem pädevushindamisega seotud kirjavahetus ja arutelude protokollid.

Statistiline analüüs

Andmete allikaks oli tervishoiukorralduse infosüsteem. Kehtiva pädevushindamisega tervishoiutöötajate kohta küsiti andmed pseudonüümitult 01.01.2018. a ja 01.01.2024. a seisuga. Sama seisuga küsiti töötavate tervishoiutöötajate koondandmed kutsete ja erialade kaupa.

Veebiküsitlus ja intervjuud

Veebiküsitluse kutse saadeti 58 kutse- ja erialaühendusele. Küsitlusele vastas 48 ühendust, sh nii 37 nn põhieriala ühendust kui ka Eesti Õdede Liit ja Eesti Ämmaemandate Ühing. Intervjueeritute nimekiri on tabelis 5.

Tabel 55. Intervjueeritud osapooled

Intervjueeritud isikud	Asutus	Intervjuu aeg
Ulla Raid – tervishoiusüsteemi arendamise osakonna nõunik Katre Koppel – tervishoiusüsteemi arendamise osakonna tervishoiu inimressursi juht	Sotsiaalministeerium	19.12.2023
Anne Kleinberg – juhatuse esimees Peeter Jaanson – juhatuse liige Liisa Leppik – aseesimees	Eesti Psühhiaatrite Selts	05.01.2024
Ragnar Vaiknemets – peadirektori asetäitja Katrín Roosipuu – nõunik, tervishoiuteenuste osakond Margit Toop – peaspetsialist tervishoiuteenuste osakond Liina Saar – peaspetsialist, tervishoiuteenuste osakond	Terviseamet	09.01.2024
Chris Pruunsild – president	Eesti Lastearstide Selts	16.01.2024
Katrin Metstak – president Helen Lang – tegevjuht	Eesti Hambaarstide Liit	18.01.2024
Jüri Teras – juhatuse esimees/liige	Tallinna Arstide Liit, Eesti Onkoloogide Selts, Üldkirurgide Selts	18.01.2024
Pille Andresson – juhatuse liige	Tallinna Arstide Liit, Eesti Arstide Liit	
Andrei Uksov – president	Eesti Kirurgide Assosatsioon	
Anneli Kannus – president Gerli Kiivet – asepresident Marleen Mägi – põhja piirkonna juht	Eesti Õdede Liit	25.01.2024
Marko Tähnas – partnersuhtluse osakonna juhataja Kristel Kolga – partnersuhtluse osakonna vanemusalduarst Malle Avarsoo – raviteenuste osakonna peaspetsialist Signe Borissov – partnersuhtluse osakonna teenusejuht Elgi Lepik – partnersuhtluse osakonna vanemusalduarst	Tervisekassa	30.01.2024
Andres Lehtmets – eestseisuse liige	Eesti Arstide Liit	31.01.2024

Siiri Heinaru – tegevjuht Mikk Pärn – erapraksiste huvijuht Martin Argus – juhatuse liige Katrín Kõre – kutsekomisjoni liige	Eesti Füsioterapeutide Liit	02.02.2024
Andrus Loog – juhatuse liige	Eesti Eratervishoiuasutuste Liit	22.02.2024
Märt Elmet – president Alar Irs – sekretär	Eesti Kardioloogide Selts	04.03.2024
Arvi Vask – juhatuse liige Külvar Mand – juhatuse liige	Eesti Haiglate Liit	07.03.2024
Saima Hinnõ – juhatuse liige Aleksi Gaidajenko – juhatuse liige Ilona Pastarus – juhatuse liige Kätlin Pallo – juhatuse liige Mari-Liis Aus – juhatuse liige Kaie Kütt – juhatuse liige Katre Zirel – juhatuse liige	Eesti Õendusjuhtide Liit	05.04.2024
Kristina Köhler – sideohvitser, WHO esindus Eestis Valter Fonseca – tervisesüsteemide valdkonna ametnik, WHO Ateena ravikvaliteedi ja patsiendihutuse büroo Crispin David Paul Scotter – tervishoiuvaldkonna tööjõu poliitika- nõunik, tervishoiuvaldkonna tööjõu ja teenuste üksus, riikide tervise- poliitika ja -süsteemide osakond, WHO Euroopa esindus Kopenhaagenis	Maailma Terviseorganisatsioon (WHO)	06.05.2024

Tervishoiutöötajate pädevushindamise üleriigiline korraldus Soomes ja Lätis

Avalike andmete põhjal uuriti, kuidas on Soomes ja Lätis korraldatud tervishoiutöötajate pädevushindamine. Samuti tehti päringud nende riikide kõrgeimatele kontrolliasutustele, et kogutud andmeid täpsustada ja saada infot küsimustes, mida avalikest allikatest polnud võimalik leida.

Ülevaate koostamise lõpetamise aeg: ülevaate toimingud lõpetati 07.06.2024.

Ülevaate koostamise meeskond: audiitorid Thea Teinmaa ja Pille Kuusepalu ning auditijuht Rauno Vinni.

Kontaktandmed

Ülevaate kohta saab lisainfot Riigikontrolli kommunikatsiooniüksusest
tel +372 640 0777, e-post riigikontroll@riigikontroll.ee

Ülevaate elektrooniline koopia (pdf) on saadaval koduleheküljel www.riigikontroll.ee.

Aruande kokkuvõtte on saadaval ka inglise keeles.

Ülevaate number Riigikontrolli asjaajamissüsteemis on 80145.

Riigikontrolli postiaadress on:

Kiriku 2/4, 15013 TALLINN

Tel +372 640 0700

riigikontroll@riigikontroll.ee

Riigikontrolli varasemaid auditeid tervishoiutöötajate pädevuse ja tervishoiuteenuste kvaliteedi valdkonnas

07.03.2024 – Riigi tegevus tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamisel

20.05.2015 – Märdukiri „Riigi tegevus tervishoiu järelvalve korraldamisel ja kvaliteedi hindamisel“

08.04.2011 – Perearstiabi korraldus

14.05.2005 – Tervishoiuvaldkonna töötajate vajadus ja koolitustellimus

Kõik aruanded on kättesaadavad Riigikontrolli koduleheküljelt www.riigikontroll.ee.

Lisa A. Valdkonna ülevaade

Tervishoiutöötajate pädevushindamise süsteemi kirjeldus

2002. aastal kaotati Eestis NSV Liidu ajast pärinenud riiklik tervishoiutöötajate atesteerimise süsteem.²⁶ Pärast seda muutust sai tervishoiutöötaja tähtajatu tegutsemisõiguse, kui ta on registreeritud tervishoiutöötajate infosüsteemis. Registreerimise aluseks on haridust tõendavad dokumendid (nt kõrgkooli diplom, residentuuri lõputunnistus, osal juhtudel ka töökogemust tõendavad dokumendid).

Edasist tervishoiutöötaja pädevuse arendamist ja pädevuse hindamist on reguleerinud sotsiaalministri määrus „Tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamise nõuded“. Määruse kohaselt töötavad tervishoiutöötaja pädevuse nõuded välja kutse- ja erialaühendused, kelle moodustatud pädevuskomisjonid on tervishoiutöötaja pädevuse hindajad. Tervishoiuteenuse osutaja (TTO), Tervisekassa ja Terviseamet võivad oma tööülesannete täitmiseks taotleda nendelt pädevuskomisjonidelt tervishoiutöötaja pädevuse hindamist. Lisaks võib TTO määruse järgi taotleda kutse- või erialaühenduselt tervishoiutöötajate pädevuse hindamist selleks, et objektiivselt hinnata tervishoiuteenuse kvaliteeti.

Ülevaate fookuses on peamiselt tervishoiutöötajad: arstid, hambaarstid, õed, ämmaemandad. Oluline on aga märkida, et tervishoius vaadatakse aasta-aastalt vastutuse jaotus üle ja ülesandeid antakse arstidelt nii õdedele kui ka nendele töötajatele, kes ametlikult tervishoiutöötajate hulka ei kuulu. Nendeks on näiteks kliinilised psühholoogid, logopeedid, füsioterapeudid ehk tervishoiutöötajatega võrdustatud kutsed. Valdkonnas on teisigi töötajate rühmi, vt ülevaadet eri rühmadest tabelis 6.

Tabel 6. Tervishoiutöötajad ja teised valdkonna töötajad

Tervis- hoiu- töötajad	Tervishoiutöötajatega võrdsustatud kutsed	Tervishoiutöötaja, kes ei osuta TTKSi mõistes tervishoiuteenuseid	Tervishoiuteenuse osutamisel osalev isik	TTOde töötajad, keda TTKS ei kata
Arst	Füsioterapeut	Proviisor üldapteegis	Arst-resident	Hooldaja
Hambaarst	Kliiniline psühholoog	Farmatseut üldapteegis	Hambaarsti eriala praktikant (üliõpilane)	Hambaraviassistent
Õde	Logopeed	Proviisor haiglaapteegis	Abiarst (üliõpilane)	Bioanalüütik
Ämmaemand		Farmatseut haiglaapteegis	Abiämmaemand (üliõpilane)	Erakorralise meditsiini tehnik / kiirabitehnik
			Abiõde (üliõpilane)	Massöör
			Abiradioloogiatehnik (üliõpilane)	Psühholoogid ja -terapeudid
			Radioloogiatehnik (sh endine radioloogiaõde)	Sotsiaaltöötajad ja nõustajad
			Tegevusterapeut	Teised TTO töötajad (hinge- hoidjad, toitumisnõustajad jt)

Allikas: Riigikontroll tervishoiuteenuste korraldamise seaduse (TTKS) ja Sotsiaalministeeriumi väljatöötamiskavatsuses esitatud tabeli 1 põhjal (TTKS muutmise seaduseelnõu väljatöötamise kavatsus 27.11.2023)

²⁶ Tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamine Eestis. Sotsiaalministeerium, 2005.

Sotsiaalministri määruse kohaselt peab TTO tervishoiutöötajate arendamiseks ja pädevuse tõstmiseks tagama talle iga-aastase koolitamise vähemalt 60 tunni ulatuses. Ei kõnealuses määruses ega teistes õigusaktides ei ole täpsustatud, kuidas pädevushindamine täpsemalt peaks toimuma.

Pädevushindamine, mida mõned ühendused nimetavad resertifitseerimiseks, on vabatahtlik, sest tervishoiutöötajatele pole õigusakti(de)ga pandud kohustust pädevushindamisi läbida. Terviseamet lisab tervishoiukorralduse infosüsteemi teabe läbitud pädevushindamiste kohta, kui erialaseltsid neile selle teabe saadavad.

Süsteemi reformimise katsed

2002.–2003. aastal koostas riigiasutuste, Tartu Ülikooli ja arstide ning haiglate ühenduste esindajatest koosnev töögrupp üldised põhimõtted, millest lähtuvalt võiks kutse- ja erialaühendused hakata pädevushindamisi korraldama. Töögrupp nägi vajadust kehtestada vana süsteemi asemel teatud ühtsed reeglid. Mitmetes ühendustes toimubki pädevushindamine toona kujundatud põhimõtete järgi: pädevushindamises arvestatakse viimase viie aasta töömahtu, akadeemilist tööd, täienduskoolitusi jms. 2002. aasta põhimõtted ei sisalda mõnda elementi, mida uue süsteemi ettevalmistamisel oluliseks peeti, kuid mille rakendamine oli (ja on) keerukas – näiteks professionaalse arstiabi kriteeriume, mille alusel hinnata arsti reaalseid ravitulemusi.²⁷

2002. aastal kogunenud töögrupp leidis veel, et vaja on luua Terviseameti (toona Tervishoiuameti) juurde pädevusnõukogu, mis koordineeriks ühenduste tegevust. Sellist institutsiooni ei asutatud. Pädevusnõukogu ülesanneteks oleks olnud

- oma eriala arstide pädevuse hindamise õigusega ühingute/erialaseltside nimekirja kinnitamine,
- ühtsete arstide pädevuse hindamise protseduuride kinnitamine,
- reeglitest kinnipidamise seire ning
- pädevushindamisega seotud kaebuste lahendamine.

2005. aastal tehti küsitlus, milles leiti, et pädevusnõukogu taoline tugi erialaseltsidele on puudu ning et riik peaks pädevushindamisel tuge pakkuma või protsessi juhtima²⁸. 2011. aastal loodi Sotsiaalministeeriumi juurde töögrupp pädevushindamise kriteeriumite ja hea tava väljatöötamiseks.²⁹

2014. aastal korraldasid Sotsiaalministeerium ja Terviseamet uue pädevushindamise arutelu.³⁰ Kokku kutsuti koosolek, kus osalenud ühendused esindasid erinevaid arvamusi pädevushindamise kohustuslikkuse või vabatahtlikkuse asjus. Samas oldi ühel nõul, et hindamise läbiviimise eelduseks on riigipoolne täiendav rahastamine. Erialaseltsid arvasid, et pädevushindamine on tervishoiu kvaliteedi-süsteemi osa, mis peaks olema riigi juhitud (kuigi pädevushindamise sisu ehk nõuded saavad määrata ühendused ise). Sotsiaalministeerium oli seisukohal, et määrusega „Tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamise nõuded“ on pädevuse hindamise ülesanne antud erialaühendustele ja kvaliteedi tagamine on TTOde ülesanne.

²⁷ Eriarstide vastavusresertifitseerimise projekt (1999).

²⁸ Riina Salupere, Üllar Kaljumäe. Olukorrad tervishoiutöötajate pädevuse hindamisel. Eesti Arst 2005; 84 (4): 297–301.

²⁹ Neve Vendt. Pädevuse hindamine kui eneseanalüüs. Eesti Arst 2018; 97 (8): 447–448.

³⁰ Pädevuse hindamise ja residentuuri lisa-aasta 27.01.2014. a koosoleku protokoll, Sotsiaalministeerium.

Nii 2011. kui ka 2014. aasta algatused hääbusid tulemusteta. Sestap tõi Riigikontroll oma 2015. aasta märgukirjas probleemina välja, et arstide erialase pädevuse hindamise süsteem on Eestis puudulik.

Ääremärkusena tasub mainimist, et 2002. aastast pärinevad üldised pädevushindamise põhimõtted leidsid audiitorid teadusajakirja Eesti Arst arhiivist.³¹ Teisisõnu, see info ei ole kergesti leitav. Samuti ei viidanud Sotsiaalministeeriumi ega Terviseameti ametnikud Riigikontrollile antud intervjuudes 2002. aasta põhimõtete olemasolule ega varasematele pädevushindamise süsteemi korrastamise algatustele. Niisiis ei ole ühenduste jaoks ühtsed juhiseid või suunised pädevushindamiste korraldamiseks praegu avalikult ja lihtsasti kättesaadavad.

Kokkuvõtteks, ajalugu viitab ühelt poolt sellele, et tervishoiusüsteemi pädevushindamise süsteemi muutmise vajadust on teadvustatud juba aastaid tagasi, teisalt ei ole süsteemi korrastamine olnud riigiasutuste prioriteetide seas.

³¹ Kaja Põlluste. Tervishoiutöötajate pädevuse hindamine ja tagamine. Eesti Arst 2002; 81 (12): 798–803.

Lisa B. Pädevushindamise läbinud tervishoiutöötajad erialati

Tabel 7. Pädevushindamise läbinud tervishoiutöötajad erialati/kutseti 01.01.2024. a ja 01.01.2018. a seisuga ning tervishoiukorralduse infosüsteemi andmetel töötavad tervishoiutöötajad erialati/kutseti 01.01.2024. a seisuga

Eriala/kutse	Töötavad tervishoiutöötajad 01.01.2024. a seisuga	Kehtiva pädevustõendiga tervishoiutöötajad 01.01.2024. a seisuga*	Kehtiva pädevustõendiga tervishoiutöötajad 01.01.2018. a seisuga
Õed	10 699	399	292
Ämmaemandad	886	76	35
Allergoloogia-immunoloogia	7	0	0
Anestesioloogia ja intensiivravi	290	56	1
Dermatoveneroloogia	78	24	24
Endokrinoloogia	47	16	9
Erakorraline meditsiin	130	1	0
Füsiatria ja taastusravi	135	36	51
Taastusravi spordimeditsiini lisapädevusega	18	7	0
Gastroenteroloogia	47	0	0
Hematoloogia	43	0	0
Infektsioonhaigused	53	0	0
Kardioloogia	155	0	0
Kardiokirurgia	3	0	0
Kardiovaskulaarkirurgia	29	7	6
Kohtuarstiteadus	2**	20**	0
Laboratoorne meditsiin	85	11	3
Laborimeditsiini kliinilise mikrobioloogia lisapädevusega	1	0	0
Lastekirurgia	24	9	14
Meditsiinigeneetika	14	11	7
Nefroloogia	22	0	0
Neuroloogia	158	19	13
Neurokirurgia	22	0	0
Oftalmoloogia	138	0	0
Oftalmoloogia silmakirurgia lisapädevusega	5	0	0
Onkoloogia	75	0	0
Ortodontia	69	60	60
Ortopeedia	155	36	64
Otorinolarüngoloogia	111	43	49
Patoloogia	52	2	4
Pediaatria	332	67	70
Pediaatria allergoloogia lisapädevusega	2	0	0
Pediaatria endokrinoloogia lisapädevusega	3	0	0

Pediaatria gastroenteroloogia lisapädevusega	1	0	0
Pediaatria hematoloogia-onkoloogia lisapädevusega	5	1	0
Pediaatria infektsioonhaiguste lisapädevusega	2	0	0
Pediaatria kardioloogia lisapädevusega	2	0	0
Pediaatria neonatoloogia lisapädevusega	5	0	0
Pediaatria neuroloogia lisapädevusega	11	1	0
Pediaatria reumatoloogia lisapädevusega	3	0	0
Peremeditsiin	938	421	498
Plastika- ja rekonstruktiivkirurgia	22	6	6
Psühhiaatria, sh laste- ja noorte psühhiaatria	264	97	103
Pulmonoloogia	75	0	0
Radioloogia	218	42	73
Restauratiivne hambaravi	61	50	53
Hambaravi	1 269	736	576
Reumatoloogia	42	3	5
Sisehaigused	194	0	0
Sisehaigused allergoloogia lisapädevusega	6	0	0
Sisehaigused geriaatria lisapädevusega	2	0	0
Sisehaigused kliinilise farmakoloogia lisapädevusega	3	0	0
Suu-, näo- ja lõualuukirurgia	28	33	19
Sünnitusabi ja günekoloogia	295	238	231
Torakaalkirurgia	15	0	0
Töötervishoid	88	0	1
Uroloogia	57	24	18
Uroloogia androloogia lisapädevusega	5	0	0
Vaskulaarkirurgia	5	0	0
Üldkirurgia	215	31	57
Üldarst	978	0	0

* Mõned numbrid on täpsustatud erialaseltsi statistika alusel.

** Tervishoiukorralduse infosüsteemi põhjal on kohtuarstiteaduse erialal kaks töötavat arsti. Eesti Kohtuarstide Seltsi andmetel on kehtiv pädevustunnistus 20 kohtuarst-eksperdil.

Allikas: Riigikontrolli analüüs tervishoiukorralduse infosüsteemi andmete põhjal

Lisa C. Tervishoiutöötajatega võrdsustatud isikute ja teiste spetsialistide pädevuse küsimused

Peale tervishoiutöötajate osalevad tervishoiuteenuste osutamisel ka teised spetsialistid: tervishoiutöötajatega võrdsustatud isikud, kutsesüsteemi alusel töötavad jm spetsialistid (vt ka selgitusi valdkonna ülevaates, lisas A, tabelis 6). Nimetatud sihtrühmad ei olnud ülevaate fookuses. Riigikontrolli tähelepanu juhtis aga sellele, et nende pädevuses ja selle hindamises on küsitavusi, sest tervishoiutöötajatega võrdsustatud isikute jt spetsialistide tegutsemisõigus pole nii selgelt ja ühtselt reguleeritud kui arstidel ja õdedel ning pädevushindamise nõuded on veel ebaselgemad ja ebaühtlasemad.

Tervishoiutöötajatega võrdsustatud isikud ei ole registreeritud tervishoiukorralduse infosüsteemi alla kuuluvas nn tervishoiutöötajate andmebaasis, kus neid saaks nime järgi otsida. Samas on nad tervishoiuteenuste osutamisel olulised osalised, kes tegelevad iseseisva ravimisega. Info nende kohta kajastub vaid asutuse tegevusloal, kus nad on töötajana kirjas.³²

Terviseamet saab TTO tegevusloa taotlemise menetlemisel kontrollida, kas töötajana märgitud isikutel on nõutud haridustunnistus. Hiljem kannab tegevusloale töötajad aga asutuse juht, kes võib sinna lisada ka isiku, kel pole nõutud haridust. Isikutega seotud tegevusloa muudatusi Terviseamet (automaatselt) kontrollida ei saa, sest tervishoiutöötajatega võrdsustatud isikud ei kajastu tervishoiukorralduse infosüsteemis. Tervisekassa sõnul on seetõttu risk, et teenuseid võivad osutada ka mittepädevad inimesed. Terviseamet saab vaid järelevalvemenetluse käigus veenduda, et pädevusnõuded on täidetud. Ka patsientidel puudub võimalus tervishoiukorralduse infosüsteemist kontrollida, kas isik on vajaliku pädevusega.

Mõnel tervishoiutöötajatega võrdustatud isikute rühmal puudub pädevushindamise süsteem. Samas on ka vastupidine näide - kliinilistele psühholoogidele esitatud pädevuse ja selle hindamise nõuded on üsna ranged. Nemad ei saa pärast magistrikraadi omandamist automaatselt kutset, enne tuleb läbida kohustuslik erialapraktika (vähemalt 1500 tundi) ja sooritada kutseeksam. Säilitamaks õigust osutada psühholoogilist ravi, peavad nad iga seitsme aasta tagant end resertifitseerima.

Lisaks ei olnud ühendustel selge, kas tervishoiutöötajatega võrdsustatud isikute puhul kehtib sotsiaalministri määruse „Tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamise nõuded“ § 8 lõikes 2 esitatud nõue tagada neile igal aastal vähemalt 60 tunni ulatuses erialaseid koolitusi.

Tervisekassa märkis veel, et tervishoiutöötajatega võrdsustatud isikute kõrval on küsitavusi ka teiste spetsialistide pädevuse asjus. Näiteks on murekohaks raseduskriisi nõustajate pädevus, sest neil ei pea olema meditsiinilist haridust. Piisab muust haridusest ja nõustamiskoolituste läbimisest. Raseduskriisi nõustamine hõlmab aga ka väga keerulises seisundis patsientidega tegelemist.

Kokkuvõtteks võiks Sotsiaalministeerium peale tervishoiutöötajate pädevushindamisega seotud küsimuste lahendamise pädevusega, selle hindamisega ja tõendamisega seotud küsimused 1) tervishoiutöötajatega võrdsustatud isikute puhul ja 2) nende spetsialistide puhul, kes seaduse järgi tervishoiutöötajate sekka ei kuulu, kuid siiski tervishoiuteenuste osutamisel kaasa löövad. See on vajalik, et tagada patsientidele kvaliteetsed ja ohutud teenused.

³² Logopeedidele, füsioterapeutidele ja kliinilistele psühholoogidele anti õigus hakata iseseisvalt ravi osutama eesmärgiga parandada nende pakutavate teenuste kättesaadavust. Ühtlasi andis seadusemuudatus teenuse osutajatele, kellel on iseseisva ravi osutamiseks tegevusluba, juurdepääsu patsiendi haigusloole, et tõhustada raviprotsessi.