

Tervishoiu arendamise suundi  
1991 - 1993

Personel

- Arstid
- Diplomijärgse ettevalmistuse täiustamine
- Heasestuse erialalise internatuuri muutmise kaheastaseks üldinternatuuriks (liseseisvaks tšehhi arstina seadakse õigus peale internatuuri lõpetamist)
- Spetsialiseerumine peale 2 aastast internatuuri residentuuris (kliinilises residentuuris) 2-3 a., edasiselt mõnel erialal kuni 4 a.
- Perearstide ettevalmistus kursustel, edaspidi residentuuris
- Plandöpe viimasel vastavalt kokkulepetele

Keskmeditsiinipersonal

- Üleminek meditsiinkooli vastuvõtmisele meditsiini ja hammendamis erialal peale 12 aastast keekhariduse omandamis
- Meditsiinkoolis õpetaja pikendamine 1 a. võrra (seega peale keskkooli 3 a. meditsiini erialal)
- Kõrgema astme meditsiiniõpetajate (õpetajad jt.) ettevalmistus Tartu ülikooli arstiteaduskonna meditsiiniõpetajate osakonnas

Seadusloome

- Tervisekindlustusseadus
- Tervishoiukorraldusseadus (Tervishoiu juhtimine, personal, ravi-asutused jne.)
- Töötervishoiuseadus
- Nakkushaiguste seadus
- Puuhäire seadus
- Tervisekaitse seadus
- Patonnatoomise seadus

Tervisekaitseseadus  
Kõhtumeditsiini seadus  
Revimabiseadus

Teadus

Teadusnõukogu töö ümberkorraldus  
Teadusprioriteetide määramine

Polikliiniline abi

- Arstide õiguste ja vastutuse suurendamine vastavate instruksioonide muutmise, kehtetuks tunnistamise ja uute otstarbekate väljendamise kaudu
- Õigused täiendavate teenuste väljastamiseks
- Liiklusvahendite juhtide meditsiini- ja läbivastuste kord
- Koolitustajate (kõrgkooli, keskeri jt.) tervisetöendite väljastamise kord

Polikliinilise abi diaspasooni laiendamine (diagnostika, ravi, rehabilitatsioon, hoolidus)

Patsiendi õigus valida arsti

Perearstide järkjärguline tööle rakendamine

Haigusi ennetava tegevuse ja tervise dünaamilise jälgimise arendamine

CINDI programmi edasine täiendamine

Stationsaarne abi

- Haigla voodikohtade viimane vastavusse reaalsete vajaduste ja võimalustega
- Haiglate otsustavaks struktuuri kujundamine (mitte lähtuda endistest formaalsetest eeskirjadest)
- Haigla ravieffektiivsuse tõstmine
- Ravija lühendamine ravi-diagnostilise tegevuse skiviseerimise ja kvaliteedi tõstmise kaudu

Eikaravi osakondade organisatsiooniline

Süstitusabi, laste meditsiinilise abi arendamine

Alustada sünniregistri juurutamist 1991.a.

Sünnitusabi progressiivse tervikvalduse arendamine

- ema-lapsa palatid
- peresünnitused
- pare ettevalmistus (psühholoogilises ja meditsiinilises aspektis)

Abordivastase tegevuse tähusustamine

Ravikindlustussüsteemi rakendamine

Finantseerimine

- Ravikindlustusmakse
- Polaarveline - tervisekaitseteooria, kohtumeditatsioon, raamatukogu, muuseum, ehitus, koostöö, väljajäpe, toetus tervishoiu arendamiseks ja sihtprogrammidele, välissuuhete arendamiseks AINSI programmidele.
- Sponsorlus
- Annetused (humanitaarabi)

Võltsuhted

- Koostöö arendamine
- Lepingute sõlmimine, koostöö, ekspertide kasutamine jne.

Koostöö ilmeaailmse organisatsiooniga

- WTO Euroopa Regionibürooga koostöö teostamine
- Ilmeaailmse Tervishoiuorganisatsiooni liikmeks vastuvõtmise teostamine

Ilmeaailmse Tervishoiu Organisatsiooni programm "Tervis kõigile aastaks 2000"

Eesti programmi (tervise loomise programm) väljatöötamine ja rakendamine, eraldi viljelatav esimeses etapis:

- suitsetamisestastane programm
- alkoholisestastane programm
- õnnetusjuhtumite, traumade vältimise programm
- vähiprogramm
- tervislike toitumise programm

Jätkuvad varem alustatud programmid - südameveresoontehaiguste jt. kohta.

## EESLI TERVISHOIUST TÄNAPEVAL

Eestis elab praegu 1,5 miljonit elanikku. Riiklikus korralduses arendatakse ulatuslikult demokraatlikku süsteemi. Eesti on jaotatud 15 maakonnaks ja 6 vabariiklikuks linnaks.

### Tervishoiukorraldus

Riiklikul tasandil on tervishoiministerium ja tervisekaitse-teenistus (sanitaarteenus) eesotsas peasanitaariga.

Maakondades ja linnades - on kohaliku omavalitsuste juures maakonna (linna) arstid või on need ülesanded maakonna (linna) keskhaigla peaarstil.

Regionaalsel ja kohalikul tasandil on haiglad ja polikliinikud.

Kõrgema astme raviasutused on kahes keskses - Tallinnas ja Tartus.

### Finantseerimine

Tervisekaitse (sanitaar) teenistus, ehitus, tervishoiuase, raamatukogu, institutid, kohtumeditiin on riiklikul eelarvel.

Raviasutusi finantseeritakse ravikindlustusmaksest saadud summadest haigekassade kaudu. Lisandub riiklik toetus ca 10 % ulatuses.

### Demograafias

Sündimus on viimastel aastatel olnud languse tendentsiga ning oli 1991.a. 12,3 (1000 elaniku kohta).

Suremus 1991.a. 12,6.

Imikute 1991.a. suremus 12,6.

Keskmine eluiga 71 a., meestel 66 ja naistel 75 a.

### Peemised surmapõhjused

Esikohal on südame-veresoonkonnahaigused 57,7 %. Teisel kohal kasvaja 17,8 %, kolmandal kohal traumad ja mürgistused 11,2 %. (Viimane on tõusnud 3 a. jooksul 8,6-lt 11,2 %-le).

### Polikliiniline abi

Eestis on 254 ambulatoor-polikliinilist asutust. Aastas oli ühe elaniku kohta 6,5 külastust polikliinikus ja 0,6 kodukülastust.

Hambaarstide juurde oli aastas 1,7 külastust 1 elaniku kohta.

Polikliiniline töö toimub põhiliselt territoriaalse jaoskonna põhimõttel.

Erameditiin on veel vähe arenenud moodustades polikliinilises tegevuses ainult 1 %.

### Haigla abi

Haiglaid oli 120. Haiglavoodeid oli 1988.a. 18 754 (119 voodit 10.000 elaniku kohta). See oli ülepaisutatud tooleaegsüsteemi nõuete ja näitajate huvides. Toimub haiglavoodite arvu vähendamine ja praegu on 15 701 haiglavoodit, s.o. 100 voodit 10.000 elaniku kohta (psühhiaatriavoodideta 85).

Suund on haiglaravi intensiivistamiseks ja ravieja lühendamisele.

### Personal

Tervishoiustateemis töötajate arv on vähenenud aasta jooksul 2 tuhande võrra.

Arstidega kindlustatus on hea. 34 arsti 10.000 elaniku kohta; keskeriharidusega meditsiinikõrgetajaid (õed, õhnaemanded jt.) 87 10.000 elaniku kohta.

Viimase 2 a. jooksul on muudetud arstide ja õdede ettevõtmist. Alates 1991.a. on peale arstiteaduskonna (5 a. õppesega) lõpetamist ettenähtud 2-aastane üldinternatuur ning selle järel 2-3-aastase residentuuri kaudu spetsialiseerumine. Meditsiinilõpetuste õppeaeg on pikendatud 1 a. võrra. Peamine õdede ettevalmistus toimub peale 12 a. üldhariduskooli 3 a. vältel. 1991.a. alates töötab Tartu Ülikooli Arstiteaduskonna juures meditsiinilõpetuste osakond.

Tänu Soome, Rootsi, Taani, Saksa, Kanada, USA jt. abile on viimastel aastatel saanud arstid ja õed täiendõppeta neis maades.

#### Ravimabi ja meditsiiniline operatuur

Ravimivarustamisel on nüüd ühe keskuse asemel mitu organisatsiooni.

Eestis on 217 apteeki. On alustatud apteekide privatiseerimisega.

Esineb tõsiselt finantsilisi raskusi, mistõttu ei suudeta hankida vajalikke ravimeid. On tõstatatud välja baasaravimite loetelu (473 nimetust), et suuta kindlustada kõige hädavajalikumaga.

Haiglatele ravimite ja meditsiiniliste abivahenditega kindlustamisel on tõhus olnud humanitaarabi (Rootsi, Soome, Saksa, Taani, USA, Kanada, Šveits, Hollandi, Inglismaa jt.) poolt. Aparatuuri muretsemiseks on minimaalsed võimalused rahalis-tejrasuste tõttu. Tänu välisabile on suudetud mõningaid probleeme lahendada. Olukord on raske ja vajadused suured.

#### Ümberkorraldused ja probleemid

Polikliinilise töö korraldus on muudetud, ratsionaliseerimiseks varem kehtinud formaalsete koostamisega. Elanikele on esmane arstiabi kättesaadav.

Arendatakse perekonnanarstide süsteemi rakendamist. Vastavate arstide ettevalmistusega alustati Tartu Ülikooli juures 1991.a.

1991.a. võeti vastu ravikindlustusseadus ning sellekohaselt ravikindlustussüsteemi elluviikimise algas 1992.a. Selle aluseks on kohustuslik ravikindlustusmaks, mida maksab töötaja 13 % palga üldsummalt.

Seoses majanduskriisi ning inflatsiooniga ei suuda see kindlustada raviasutuste vajadusi. Vabatahtlik ravikindlustus on võimalik, kuid praktiliselt seda elanikud siiani ei kasuta.

Ravikindlustussüsteemi kasutamisel raviasutused saavad halduskassadelt raha vastavalt nende poolt välja töötatud meditsiinilise töö eest (vastava hindepunktide süsteemi järgi).

Väljatöötamisel on tervishoiuseaduse projekt, millest lähtudes on asutud küsimusi lahendama.

On kavandatud tervisehoone programmi "Tervis aastaks 2000" välja töötamine, mille suhtes on kokkuleppeid välisspetsialistide abiga suhtes.

1992.a. veebruarikuus töötas Eestis Ülemaailmse Tervishoiuorganisatsiooni Euroopa Büroo ekspertide grupp, kes tutvus meie tervishoiuolukorraga ning tegi omaspoolsed ettepanekud, mida me oma tegevuses oleme arvestanud.

nõud ettevalmistada.

Vabatahtlik haiguskindlustus tööandjate poolt oleks hea, kuid raskenduks heal juhul küllaldase kasumiga töötavate ettevõtete osas. Kui müüd 15% ravikuludest peaksid makema teiste ettevõtete (kel ei ole vabatahtlikku täiendavat ravikindlustust) töötajad oma taskutest, oleks asi üpris keerukas.

Praktiliselt sotsiaalsfääri töötajad peaksid sel juhul ise maksuma 15% ravikuludest (kuna sotsiaalsfääris finantsiliselt raskused on hästi teada).

Majanduslikud raskused aastate jooksul mõõduvad ja siis on see täiesti mõeldav. Vastavate seadusandlike aktide väljatöötamisega võib alustada.

Tervishoiu lähema perioodi arengusuundades on ka prioriteetid märgitud: ennetava meditsiini arendamine (tervise loome), emade-laste abi, poliiklinilise abi diapasooni laiendamine (kõigile ettesaadav abi, preventiivne tegevus, varane diagnostika, efektiivne ravi, rehabilitatsioon), perearstide süsteemi rakendamine, seadusloome jne.

Ökonoomsus, otstarbekus, efektiivsus; on täiesti loomulik, et prioriteetide määramisel tuleb arvestada vajadusi ja tingimusi, mis on kujunenud muutuste tõttu ühiskonnas ja tervishoius. Seoses sellega kuuluvad ka prioriteetidid läbiivaatamisele.

Finantspoliitilise raskused on tingitud majanduslikust madal-seisust. Ravikindlustusmakse ei kata raviasutuste kulusid, kuna hinnad on tõusnud võrreldavalt kiiremini kui palgad. Ka makeedistsipuliin jätab soovida.

Prague finantseeritakse riigieelarvest tervisekaitse teenis-

Riigikoogu saadikuile ja Eesti Vabariigi Valitsusele  
29.10.92 saadetud kirja kohta.

Kirjas toodud küsimused vajavad tähelepanu ja need probleemid on ka varem ülestõstetud.

Arengukavade kohta võiks märkida, et 5-6 a. tagasi töötati välja väga mahukas tervishoiu arengukava, kuid ebareaalne, nõukogulik - kokkuvõtlikult öeldes mõttetu. 4-5 a. tagasi töötati välja Eesti tervishoiu IME programm (autorid ja nõuandjad A. Kork, J. Herodes, V. Ilmoja, A. Tamm, L. Karu, A. Ellamaa, M. Tarum, A.-E. Kaasik, J. Proosa, V. Tuppts, A. Sirendi, Ü. Vooglaid, E. Roose).

1989 töötati välja tervishoiuministeeriumi poolt lühem arengukava.

1990-91 koostati tervishoiu arendamissuunad lähemaiks aastaks.

Viimases kolmes ei ole põhimõttelisi vastuolusid, küll on ühiseks jooneks patsiendi kesksus. Arvestades olukorra muutusi on otstarbekas välja töötada ka nüüd tervishoiu arengukava.

22.05.1992 määrati kindlaks riiklikud tervishoiuasutused (11 riiklikki haiglat ja asutust ning 12 ülikooli kliinikumi kuuluvat asutust).

Maakondades ja linnades valmistatakse ette tervishoiu asutuste munitsipaalomandisse võtmist (näit. Tallinna Tervishoiuametil on vastav projekt olemas). On selge, et siia tekib rida keerukaid probleeme omanike õiguste tõttu.

Ravikindlustusseaduse kohaselt on võimalik vabatahtlik tervisekindlustus. Haigusühvitiise suhtes võiks seda rakendada. Haigekassade Assotsiatsioon võiks seadusandlike aktide eel-

bust, kohtumeditšini, ehitust, tervishoiuuseumi, meditsiini, raamatukogu, arenduskust, statistika büroo.

Kutsekomisjonide töö eest tasutakse Kaitseministeeriumi poolt. Sundravi täiendav finantseerimine peaks toimuma siseministeeriumi poolt.

Arstide ja õdede väljaõpe toimub haridussüsteemis eelarveliste vahendite arvel. Oleks vaja et diplomijärgne koolitus oleks finantseeritud samuti kui õppeprotsess. Täienduskoolitus finantseeritakse eelarvest ca 80% ulatuses.

Raskuseks on finantseerimise vähesus, mis ei kata hädavajalikke kulusid. Kapitaaalremondid on seisunud, jooksvast remondist tehakse ainult avariiremonti, aparatuur amortiseerub, seda ei ole võimalik asendada jne.

Tervishoiu ministeeriumi poolt esitatud eelarve projektis on taotlused olemas. Loodame, et mõistetakse meie hädaparaseid vajadusi ja muresid ning toetatakse meie taotlusi.