

EAL EESTSEISUSE KOOSOLEK 18. JUULIL 1996
DIPLOMIJÄRGNE KOOLITUS - PROBLEEME JA PERSPEKTIIVE
ENÜ SEISUKOHAD

Põhiküsimused.

1. Internatuur ja residentuur: hetkeseis

Praegu on **üldinternatuuri** 2-1 õppeaastal kokku 350 internit. TÜ AT-l on kavatsus internatuuri sisu muuta selliselt, et teise aasta intern õpib juba teat. suunilusega, võimalikke suundi oleks 5;

Intern saab stipendiumi 800 kr. kuus ning SM määrusega detsembrist 1995 ka tasu ravitöö eest 9 kr./tunnis, millest arvatakse maha lisaks tulumaksule ka sotsiaalmaks.

Residente on praegu kõikidel õppeaastatel kokku 116: *riiklikus residentuuris* (s.o. haridusministeeriumi stipendiumiga) 44 inimest, 58 on *haiglate poolt suunamisega* ja ülejäänud nn. *isefinantseerimisel*. Edaspidi on nende residentuuri vormide tähistamiseks kasutatud lühendeid - vastatvalt **R**, **H** ja **I**.

Õppeaastaks 1996/97 on stipendiumifond olemas 18-le riiklikule residendile, residentuuri lõpetab 4 arsti. TÜ AT jaoks on probleemiks erisused kahte liiki residentega:

- **R** puhul juhendustasusid ei maksta ja pääs sellisesse residentuuri on võistluse korras;
- **H** puhul juhendustasusid makstakse, sissepääsemiseks pole vaja võistelda; Residentuuri programmid on olemas 34 erialal.
- Interni ja residendi arstlikud õigused on määratlemata. (Vajaks käsitlemist seaduses "Arstist ja arstimisest".)
Probleem: Kas intern võib täita dokumente ja töötada üksi I. Tasandil?
Kuidas võib rakendada residentit haiglas?
Nende küsimustega on seotud internide ja residentide lisasissetuleku võimalused.

2. Kui palju on vaja eriarste aastas koolitada? Mis vormis seda teha?

SM ja TÜ AT (kes on tervishoiukorralduse seaduse järgi arstide koolitust koordineerivad instantsid) on jõudnud kokkuleppele, et minimaalne eriarstide juurdekasv aastas peab olema 50. Arvestades residentuuri keskmiseks kestuseks 3 a. tähendab see, et ühekorraga on tarvis finantseerida 150 arsti spetsialistikoolitust.

ENÜ seisukoht on, et 50 eriarsti saamist aastas tuleks seega käsitleda riikliku tellimusena ja läbi viia riikliku residentuuri **R** vormis. Oleme seisukohal, et residentuuri **R**, mille aluseks on riiklik tellimus ja mille finantseerimine toimub erinevatest allikatest (vt. tabel), tuleb tervishoiupoliitilistel kaalutlustel pidada prioriteetseks alternatiivsete vormide suhtes, milleks täna on:

- 1) **H** - residentuur suunava raviastutusega sõlmitud lepingu alusel, ja
- 2) **I** - residentuur isefinantseerimisel.

Põhjendus: praeguse olukorra edasi kestmisel:

- pääseb riiklikku residentuuri liiga väike arv internatuuri lõpetanuid (1996/97- 18 inimest),
- baasasutused pole huvitatud ei internidest ega residentidest, veel vähem lisakulutustest seoses nende koolitamisega. Nooremasti töökohtade loomine pole praegu juriidilistel põhjustel võimalik,
- peaarstid võtavad spetsialisti kohale tööle üldarsti ja annavad talle spetsialisti ülesanded.
- Riiklikku residentuuri minekuga viivitatakse kuna residendi stipendium on 1200 EEK kuus, aga üldarsti palk ~ 3000 EEK.
- otsitakse muid võimalusi residentuuri sooritamiseks, näit. Haiglate suunamine. Suurem osa spetsialistikoolitusest huvitatud arstidest jääb lootma, et leidub haigla, kes neid residentuuri suunaks, s.t. põhiline osa residentuurist jääks toimuma vormis **H**. Sel juhul on residentuuri suunajad vaid jõukamad haiglad, vaesemate piirkondade haiglad ei saa endale hea ettevalmistusega spetsialiste lubada, tulemuseks on regionaalsed erinevused arstiabi kvaliteedis. Võib juhtuda, et ühel aastal suunatakse ühte baasasutusse ühele erialale liiga palju residente, millega kaasneb kohe koolituse kvaliteedi langus. Kes koordineerib ?

Ometi on spetsialistide juurdekasvuvajadus regiooniti ja Eesti kohta teat. täpsusega ette planeeritav ja vastava riikliku huvi olemasolul saab neid vajalikul arvul vormis **R** pidevalt juurde koolitada. Residentuuri kaks ülejäänud vormi (**H** ja **I**) jääksid kättesaadavaks paralleelselt riikliku residentuuriga.

3. Mitmele arstile korraga saab pakkuda nõuetele vastavat residentuuri ? (olenemata residentuuri vormist - R, H või I).

See sõltub:

- III etapi mahust sellel erialal
- tööturu olukorrast sellel erialal
- finantseerimisest

ENÜ senise tegevuse kokkuvõte.

1. Korduvad pöördumised Sotsiaalministeeriumi poole kahe aasta jooksul.
2. SM Määrus nr. 65.(28.12.95.) millega kehtestati internide töö hinnakood 3026, mille abil saaks kompenseerida internide tehtavat ravitööd arvestusega 9kr/t.

Probleem: Toetust loodeti Keskhaigekassa kompensatsioonina, aga tegelikult makstakse iga raviasutuse lepingu seest. Seetõttu on raviasutustele väga kahjulik, eriti hetkesituatsioonis ja ei leia mõeldud kujul rakendamist.

Reaalselt saavad internid toetust 0-5kr/t.

3. Residentid ei saa ravitöö kompensatsiooni, kuna kehtivate seadustega ei ole seda peetud võimalikuks.

4. Parandusettepanekud Ülikooli Seadusesse.

Par. 30. Arstiõpe.

- 1) Arstiõpe koosneb põhiõppele järgnevast internatuurist ja residentuurist.
- 2) Internide ja residentide jaoks tagatakse raviasutuses õppe lõpetamiseks vajalik praktikakoht. Praktika läbiviimine reguleeritakse internatuuri ja residentuuri baasasutuse põhimääruse kaudu.

Par. 41. Üliõpilaskond.

- 1) Ülikooli üliõpilased, internid, residendid, magistrandid ja doktorandid moodustavad üliõpilaskonna.

Arutlusel.

1. Baasasutuste ühtse põhimääruse koostamine.
2. DJK rahastamise lahendusvõimaluste otsimine.
 - 2.1. Reaalsem lahendus võiks olla toetusraha baasasutusele iga residendi ja internide kohta õppepraktika läbiviimiseks, nn. *pearaha*.

Pearaha koosneks: a.) praktikandi ravitöö kompensatsioonist, residendil 13,5 kr/t ja internil 9 kr/t.

- b) juhendustasud, internide kohta 150 ja residendi kohta 300 kr/k.
- c) baasasutustele lisakulutuste katteks ~10% pearahast. (Töörõivaste kaitsevahendite jms. tarbeks.)

Töösuhet praktika sooritaja ja asutuse vahel reguleeriks praktika leping.

Probleem: Millistest allikatest saaks finantseeritud?

TABEL 1: Internid.

NIMETUS	ALLIKAS	SUMMA KUUS	SUMMA AASTAS	350 INT. AASTAS
INTERNI RAVITÖÖ KOMPENSATSIOON 9 kr/t 166,7 tundi	KESKHAIGEKASSA?	1 500.- (+33%) 1995.-	18 000.- 23 940.-	6 300 000.- 8 379 000.-
JUHENDUSTASUD	HARIDUSMINIST.?	150.-	1 800.-	630 000.-
ÕPPEBAASIDELE	TEISED RAVIASUT.?	215.-	2 580.-	903 000.-
STIPENDIUM	HARIDUSMIN.	800.-	9 600.-	3 360 000.-
		3 160.-	37 920.-	13 272 000.-

TABEL 2. Residendid.

NIMETUS	ALLIKAS	SUMMA KUUS	SUMMA AASTAS	350 INT. AASTAS
INTERNI RAVITÖÖ KOMPENSATSIOON 13,5 kr/t 166,7 tundi	KESKHAIGEKASSA?	2 250.- (+33%) 2 993.-	27 000.- 35 916.-	4 050 000.- 5 387 400.-
JUHENDUSTASUD	HARIDUSMINIST.?	300.-	3 600.-	540 000.-
ÕPPEBAASIDELE	TEISED RAVIASUT.?	330.-	3 960.-	594 000.-
STIPENDIUM	HARIDUSMIN.	1 200.-	14 400.-	2 160 000.-
		4 823.-	57 876.-	8 681 400.-

Puudub raha residentuurile summas 6 521 400.-

ja internatuurile 9 912 000.- (SM määrus ravitöö kompensatsiooniks internidele praktiliselt ei toimi.).

Positiivne: • Baasasutus on huvitatud haigekassa lepinguvälisest rahast ja seeläbi ka praktikantidest.

- Kedagi pole vaja kohe koondada.
- Valmistab ette internide ja residentide alaliste töökohtade tekkimise baasasutustes.
- Residentide arv on kontrollitud pearahade kaudu, ei teki residentide kuhjumist ühes osakonnas nagu suunamiste puhul võiks juhtuda.

- selliselt spetsialistikvalifikatsiooni omandanud arst töötab teatud minimaalse aja riigimeditsiinis või kui ta seda ei soovi, hüvitab oma õpetamisega kaasnenud kulud (v.a. tema poolt tehtud ravitöö kompensatsioon).

Negatiivne: • Meie arvates on DJK finantseerimine ka riikliku ravikindlustuse probleem (näit. USAs) , aga Keskaigekassa nii ei arva.

- ENÜ ei saa taganeda oma nõudest kompenseerida ravitöö stipendiumi lisana, sest meie nägemuse kohaselt võiks internisissetulek arvestada omandatud kõrgharidust ja erialakoolitusel oleva arsti sissetulek peaks olema vähemalt sama või veidi kõrgem üldarsti palgast. Juhendamine peab olema tasustatud.

2.2 DJK fond.

17.06.96 kohtumisel Sotsiaalministeeriumis (kus osalesid Keskaigekassa, SM, HM, TÜ AT ja ENÜ esindajad) soovitati diplomijärgse koolituse finantseerimiseks luua spetsiaalne koolitusfond (vt. ka "Postimees" 20.06.96 lk. 4). Uus kohtumine toimub 08.07.96.

Eeldus - fondil on regulaarsed laekumised mitmetest allikatest.

Potentsiaalsed allikad:

- Keskaigekassa
- Haridusministeerium
- Kõik Eestis litsenseeritud riiklikud raviasutused
- Eraasutused
- EAL
- Muud laekumised

Fondi kaudu tagatakse riiklik tellimus, mille koordinaatoriks on SM. Kuna tegemist oleks riikliku fondiga, siis on küsimus tagatistes.

1. Turumajanduslik tee.

Praktikant saaks fondist õppelaenu, leiab käendajad, kohustub tagasi maksma. Riigiasutustes töötades kustutatakse mingi osa laenust igal aastal.

2. Sundaeg.

Kohustus koolituse järel töötada fondi poolt määratud asutuses mingi kindel aeg sõltuvalt koolituse kestvusest.

Positiivne:

- Võimaldab paendlikumalt koolitust finantseerida.
- Võimaldab suunamise kaudu tagada ühtlasemad arstiabi võimalused regiooniti.

Negatiivne:

- Kes on fondi hoidja ja ka looja? Kas arstiteaduskond, Ülikooli Kliinikum, EAL, Sotsiaalministeerium?

- Fondi hoidmine vajab lisakulutusi.

- Fondi loomine võtab palju aega ja ei lahenda hetkeolukorda. Ikkagi vajame kohest muud lahendust.

- Sundaeg on õpilase seisukohalt puudus. (Erinevates asutustes erinevad töötingimused ja väga erinevad palgad, kitsama ala spetsialist jääb keskusesse, tekivad elamispiinnaga seotud raskused.)

ENÜ on veendunud, et lisarahade leidmine DJK jaoks on võimalik olemasolevate seaduste piires ning vajab vaid koostöötahet lahenduse seaduslikuks vormistamiseks.

ENÜ taotlused diplomijärgse koolituse finantseerimise osas:

Maksimumprogramm: töösuhe baasasutusega (s.t. tööleping tööandjaga ja seaduse ees töövõtja staatus)

- baasasutuse allüksustes on olemas nooremarsti ametikohad: vastavates II etapi allüksustes internidele ja III etapi allüksustes residentidele. Nooremarstidel on oma normkoormus, s.t. nad tagavad teatud protsendi osakonna tööjõuvajadusest.

Kompromissprogramm: juriidiliselt töösuhet pole, on praktikaleping baasasutusega,

- on ravitöö kompensatsioon nii internidele kui ka residentidele (Parem, kui kompensatsiooni maksmine oleks seadusandlikult tagatud.)

Kommentaariid: 1) On ebaloogiline, et ravitöö eest kompensatsiooni maksmine küll kehtestati SM käskkirjaga detsembrist 1995, kuid seda ainult internide osas. Riiklikud residendid, kelle tööpanus on oluliselt suurem kui internidel, ei saa tänaseni mingit ravitöö kompensatsiooni ja peavad leppima 1200-kroonise stipendiumiga

2) Peame nooremarsti koosseisuliste töökohtade loomist parimaks variandiks ja jätkame selle taotlemist

3) Nooremarstidel on töösuhe (s.t. nad on tööseadusandluse subjektid) järgmistes Euroopa Liidu riikides: Austria, Taani,

Soome, Saksamaa, Kreeka, Iirimaa, Holland, Portugal,

Hispaania, Ühendatud Kuningriik ja järgmistes Euroopa

Majandusruumi (EEA) riikides: Island, Norra, Sveits. Töösuhet

nooremarstidel Prantsusmaal ja Belgias.

pole

4) Meil välistab töösuhete ülikooliseaduse paragrahv 30, mis võrdustab internid ja residendid vastavalt magistrandide ja doktorantidega ja kehtestab neile üliõpilase staatuse.

Samal teemal : 1.) ENÜ seisukohad DJK küsimustes. EAL Teataja Nr. 5 (4-6).

2.) " Postimees" 20.06.96. lk 4

ENÜ diplomijärgse koolituse töögrupp.