

**TERVISHOIUTÖÖTAJATE
MIGRATSIOON EESTIST: migratsiooni
potentsiaalne suurus, mõju tervishoiutöötajate
vajadusele ja poliitikavalikud**

Andres Võrk

Marit Priinits

Epp Kallaste

Juuni 2004

Uurimuse eesmärk on leida, milliseks kujuneb Eesti tervishoiutöötajate migratsioon lähiaastatel ja milline on migratsiooni mõju tervishoiutöötajate vajadusele. Pakutakse välja raamistik, kuidas migratsiooni riikliku koolitustellimuse kujundamisel arvesse võtta.

Migratsiooni kavatsuste analüüsimiseks viidi 2003. aasta lõpul läbi juhuvalikul põhinev tervishoiutöötajate küsitlus, mille raames vastas 1416 tervishoiutöötajat ja resident. Küsitlustulemustest põhjal hinnati välismaale tööle minejate võimalik arv lähiaastateks. Koolitustellimuse raamistiku loomisel arvestati Sotsiaalministeeriumi poolt seatud eesmärgi. Arvestades väljarände ja tagasirände, loomuliku tööturult väljumise ja Statistikaameti rahvastikuprognosisega hinnatakse koolitusvajadust ning rände mõju sellele.

Uurimuse tulemusena leitakse, et tervishoiutöötajate välismaal töötamise kavatsused, selle põhjused ja takistused ei erine väga palju ülejäänud Eesti elanike kavatsustest. Välismaale tööle mineku kindel plaan on umbes 5% tervishoiutöötajatest. Peamine välismaale mineku põhjus on oodatav kõrgem sissetulek ja paremad töötingimused, peamiseks takistavaks teguriks on pere ja kodu Eestis.



SISUKORD

SISSEJUHATUS.....	8
1. TERVISHOIUTÖÖTAJATE RAHVUSVAHELINE RÄNNE JA SEDA MÕJUTAVAD MAJANDUSLIKUD NING INSTITUTIONAALSED TEGURID	10
1.1. TERVISHOIUTEENUSED JA NENDE RAHVUSVAHELINE LIIKUMINE	10
1.2. TERVISHOIUTÖÖTAJATE MIGRATSIOONI MÕJUTAVAD MAJANDUSLIKUD TEGURID	13
1.2.1. Migratsiooni tõmbe- ja tõuketegurid.....	13
1.2.2. Migratsiooni mõju päritolu- ja sihtriigile.....	17
1.3. TERVISHOIUTÖÖTAJATE MIGRATSIOONI MÕJUTAVAD INSTITUTIONAALSED TEGURID.....	19
1.3.1. Rahvusvahelised regulatsioonid.....	19
1.3.3. Riiklikud regulatsioonid	23
1.4. RAHVUSVAHELISED TERVISHOIUTÖÖTAJATE MIGRATSIOONIVOOD.....	27
2. EESTI TERVISHOIUTÖÖTAJATE MIGRATSIOONIKAVATSUSED	32
2.1. EESTI TERVISHOIUTÖÖTAJATE ARV	32
2.2. KÜSITLUSE KORRALDUS JA ANDMED	35
2.3. TÖÖTAJATE JA RESIDENTIDE VÄLJARÄNDE KAVATSUSED.....	36
2.3.1. Välismaal töötada soovijate osakaal ja töötamisperioodi eelistus	36
2.3.2. Välismaal töötamise soov sotsiaal-demograafiliste karakteristikute lõikes	39
2.3.3. Välismaal töötamise soovi põhjused ja takistused välismaale tööle minekul	42
2.3.4. Sihtriik.....	48
2.3.5. Sissetulekud ja välismaal töötamise soov	49
2.4. TUDENGITE VÄLJARÄNDE KAVATSUSED	52
2.4.1. Välismaal töötata soovijate hulk ja töötamisperioodi eelistus.....	52
2.4.2. Välismaal töötamise soovi põhjused ja takistused välismaale tööle minekul	54
2.4.3. Tudengite ootused palkade osas.....	56
2.4.3. Soovitav töö ja sihtriik.....	58
2.5. VÄLISMAALE TÖÖLE SOOVIJATE SÕLTUVUS ERINEVATEST TEGURITEST	59
3. EESTI TERVISHOIUTÖÖTAJATE MIGRATSIOONI PROGNOOS JA SELLE ARVESTAMINE KOOLITUSTELLIMUSE KUJUNDAMISEL.....	64
3.1. PROGNOOS KÜSITLUSE PÕHJAL	64
3.2. MIGRATSIOONI SUURUSE MÕJU KOOLITUSTELLIMUSELE	66
3.2.1. Analüüsi raamistik ja eeldused.....	66
3.2.2. Õdede koolitustellimus ja selle sõltuvus migratsioonist.....	70
3.3.3. Arstide koolitustellimus ja selle sõltuvus migratsioonist.....	73
4. JÄRELDUSED JA SOOVITUSED.....	77
4.1. VÄLJARÄNDE REGULEERIMISEGA SEONDUVAD	77
4.2. ANALÜÜSIMISE JA ANDMETE KOGUMISEGA SEONDUVAD	80
KASUTATUD KIRJANDUS	80

LISA 1. GATS JA SELLEST TULENEVAD REGULATSIOONID TERVISHOIUTÖÖTAJATE LIIKUMISELE	84
LISA 2. ÜLEVAADE KÜSITLUSE METOODIKAST	86
<i>L2.1. Üldkogum, loend ja valim</i>	<i>86</i>
<i>L2.2. Valimi moodustamine</i>	<i>86</i>
<i>L2.3. Töötajate ja residentide küsitluse korraldus ja vastamismäärad.....</i>	<i>89</i>
<i>L2.4. Erialade struktuuri analüüs</i>	<i>91</i>
<i>L2.5. Vanuse ja soo järgi jaotus.....</i>	<i>93</i>
LISA 3. ÜLEVAADE ÕPILASTE KÜSITLUSEST	96
LISA 4. JÄRELKÜSITLUSE KIRJELDUS	97
LISA 5	99
RÄNDE MÕJU PÄRITOLU- JA SIHTRIIGILE	99
KÜSITLUSTULEMUSI ILLUSTREERIVAD TÄIENDAVAD NUMBRID JA TABELID	101
LISA 6. KOOLITUSTELLIMUSE PROGNOOSIMISEL KASUTATUD EELDUSTE PÕHJENDUSED.....	105
L6.1. ÕED	105
L6.2. ARSTID	107
LISA 7. KÜSITLUSES MAINITUD SOOVITUSED	110

TABELITE LOETELU

Tabel 1.1. Tervishoiutöötajate aastased brutopalgad erinevates riikides (USA dollarites ostujõupariteeti arvestades)	14
Tabel 1.2. Arstide ja õendusalatöötajate arv 1000 elaniku kohta riigiti (Euroopa Liidu liikmesriigid, Norra ja USA 2000. aastal, liituvad riigid 2001. aastal)	15
Tabel 2.1. Eesti tervishoiutöötajad aastatel 1995-2002, aasta lõpu seisuga	32
Tabel 2.2. Välismaal töötavad Eesti tervishoiutöötajad	35
Tabel 2.3. Üldkogum, valim ja vastanute osakaal	36
Tabel 2.4. Tervishoiutöötajate ja kogu elanikkonna küsitluse võrdlus	41
Tabel 2.5. Soov välismaal töötada sõltuvalt vanusest ja töökoha kaotamise tõenäosusest (osakaal neist, kes soovivad välismaal töötada)	42
Tabel 2.6. Valmidus välismaal töötamise nimel... (% kõikidest vastanutest)	47
Tabel 2.7. Välismaale tööle minekut takistavad tegurid	56
Tabel 2.8. Migreerumissoovi mõjutavate tegurite analüüs logistilise regressioonimudeliga..	60
Tabel 2.9. Kokkuvõte Eesti tervishoiutöötajate migratsiooni mõjutavatest teguritest	63
Tabel 3.1. Välismaale kindlalt tööle minna soovivate tervishoiutöötajate arv	64
Tabel 3.2. Tervishoiutöötajate jaotus välismaale tööle mineku soovi kindluse ja kestuse järgi (%)	65
Tabel 3.3. Kindlalt minejad ajaperioodi lõikes (% vastava eriala inimestest)	66
Tabel 3.4. Eeldused tervishoiutöötajate arvu ja vajaduse prognoosimisel	69
Tabel L2.1. Valimi suurus	86
Tabel L2.2. Valimi võtmine tervishoiutöötajate registriandmetest.	88
Tabel L2.3. Küsitluse esimeses ja teises voorus saadetud ankeedid ja saadud vastused	90
Tabel L2.4. Arstide erialade jaotus üldkogumis, laiali saadetud ankeetides ja vastanute seas.	91
Tabel L2.5. Õdede erialade jaotuse võrdlus üldkogumis, laiali saadetud ankeetides ja vastanute seas.	92
Tabel L2.6. Tervishoiutöötajate soo-vanusjaotus kutsealade lõikes (välja arvatud residendid)	93
Tabel L2.7. Lõplikus valimis olnud tervishoiutöötajate soo-vanusjaotus kutsealade lõikes (v.a residendid)	93
Tabel L2.8. Vastanud tervishoiutöötajate soo-vanusjaotus kutsealade lõikes	93
Tabel L2.9. Kao kaalud erinevates vanusrühmades eri kutsete puhul	95
Tabel L3.1. Tudengite küsitlusele vastanud	96
Tabel L4.1. Ankeedile mittevastanud tervishoiutöötajate staatus järelküsitluses	97

Tabel L4.2. Järelküsitluses osalenud inimeste jaotus vastavalt ankeedi kättesaamisele ja vastamisele	97
Tabel L5.1. Esimene eelistus välismaal töötamise sihtriigina kutsete lõikes.....	102
Tabel L6.1. Lõpetanute osakaal vastuvõetud tudengitest Tallinna Meditsiinikoolis	105
Tabel L6.2. Meditsiinikooli lõpetanute osakaal, kes asus erialasele tööle	105
Tabel L6.3. Õdede osakaal vanusrühmades, kes lahkub erialalt.....	106
Tabel L6.4. Migratsiooni osakaal vanusrühmade lõikes	106
Tabel L6.5. Tartu Ülikooli vastuvõetud arsti eriala tudengeid ja lõpetanud	107
Tabel L6.6. Arstide osakaal vanusrühmades, kes lahkub erialalt	108
Tabel L6.7. Migratsiooni osakaal vanusrühmade lõikes	108

JOONISTE LOETELU

Joonis 2.1. Tervishoiutöötajate soo-vanusstruktuur 2004. aastal	33
Joonis 2.2. Tervishoiutöötajate kooli vastuvõtt ja lõpetajad.	34
Joonis 2.3. Välismaal töötada soovivate tervishoiutöötajate osatähtsus mineku kindluse lõikes.....	37
Joonis 2.4. Välismaal töötada soovivate tervishoiutöötajate osakaal küsitluse läbiviinud riikide lõikes	38
Joonis 2.5. Välismaal töötada soovivate tervishoiutöötajate töötamisperioodi eelistus.....	38
Joonis 2.6. Välismaal töötada soovivate inimeste ajaline eelistus riikide lõikes	39
Joonis 2.7. Välismaal töötamise soov vanuse lõikes	39
Joonis 2.8. Välismaal töötamise soov sõltuvalt laste või ülalpeetavate arvust (% kõikidest vastanutest)	41
Joonis 2.9. Esimesena nimetatud põhjus välismaal töötamiseks, kutsete lõikes (%).....	43
Joonis 2.10. Põhjuste jaotus välismaal töötamiseks olenemata nende nimetamise järjekorrast (%).....	44
Joonis 2.11. Peamine põhjus välisriiki tööle minekuks riikide lõikes (esimesena nimetatud põhjuse protsentuaalne jaotus)	45
Joonis 2.12. Takistuste jaotus välismaale tööle minekul olenemata nende nimetamise järjekorrast (%).....	45
Joonis 2.13. Esimesena märgitud takistav tegur välismaale tööleminekul.....	46
Joonis 2.14. Töötajate osatähtsus (% kõigist vastanutest), kes on nõus välismaal madalama kvalifikatsiooniga tööd tegema	48
Joonis 2.15. Välismaal töötamise soovitav sihtriik (esimene eelistus).....	48
Joonis 2.16. Palkade jaotus kutsete järgi (%)	50
Joonis 2.17. Soovitav minimaalne palk, et ei lahkuks Eestist kutsete lõikes	51
Joonis 2.18. Palga suuruse erinevus võrreldes praegusega kordades, et tervishoiutöötajad läheksid välismaale tööle (% välismaal töötada soovijaist)	51
Joonis 2.19. Õiglase palga soov praegusel töökohal (% vastava kutseala esindajatest)	52
Joonis 2.20. Õiglase palga erinevus võrreldes praegusega kordades (% kõikidest vastanutest)	52
Joonis 2.21. Välismaal võimalusel töötada soovivate tudengite osatähtsus.....	53
Joonis 2.22. Välismaal töötada soovivate tudengite töötamisperioodi eelistus.....	54
Joonis 2.23. Esimesena nimetatud põhjus välismaal töötamiseks.....	55
Joonis 2.24. Tudengite poolt nimetatud põhjuste jaotus välismaale tööle minekuks olenemata nende nimetamise järjekorrast.....	55
Joonis 2.25. Arvatava maksudejärgse töötasu jaotus pärast kooli lõpetamist Eesti tervishoiusektoris (% kõigist vastava eriala õppijatest)	57

Joonis 2.26. Nõutav maksudejärgne töötasu välismaal, et tudeng läheks välisriiki tööle (% nendest, kes soovivad välismaale tööle minna).....	58
Joonis 2.27. Välismaal töötamise soovitatav sihtriik (esimene eelistus).....	59
Joonis 2.28. Välismaal töötamise soovijate osakaalu sõltuvus soovitud ja tegeliku tulu suhtest vanusegruppide lõikes (kõik tervishoiutöötajad), simuleeritud logistilise mudeli põhjal.....	62
Joonis 3.1. Kindlalt minejate osakaalud kõikidest tervishoiutöötajatest migreeruda soovimise aja järgi (% kõikidest vastanutest, n=1415)	65
Joonis 3.2. Tervishoiutöötajate prognoosimise ja koolitusvajaduse hindamise loogiline skeem	68
Joonis 3.3. Vajalik koolitustellimuse, et hoida õdede arvu aastaks 2015 tasemel 6,0 õde 1000 inimese kohta migratsiooniga ja ilma.....	71
Joonis 3.4. Õdede arv tuhande inimese kohta migratsiooniga ja ilma.	72
Joonis 3.5. Vajalik koolitustellimuse, et suurendada õdede arv aastaks 2015 tasemele 8,0 õde 1000 inimese kohta migratsiooniga ja ilma.....	72
Joonis 3.6. Õdede arv ja koolitustellimus, et saavutada 2015 aastaks 8,0 õde 1000 inimese kohta, ilma migratsioonita (koolitustellimus vasakul teljel ja õdede koguarv paremal teljel).	73
Joonis 3.7. Arstide arv ja koolitustellimus, kui suhe elanikkonda on kolm arsti 1000 inimese kohta ilma migratsioonita.....	74
Joonis 3.8. Koolitustellimus tervishoiutöötajate migratsiooni esinemise ja mitte-esinemise korral (arstide suhe elanikkonda kolm arsti 1000 inimese kohta).....	75
Joonis 3.9. Arstide arv 1000 inimese kohta migratsiooni puudumisel ja esinemisel.	75
Joonis L2.1. Vastanute osakaal erinevates vanusrühmades kutsete lõikes.	94
Joonis L2.2. Arstide vastanute osakaalu soo-vanusrühmades.....	94
Joonis L2.3. Residentide sooline jaotus üldkogumis, valimis ja vastanute seas	95
Joonis L5.1. Soovitatav minimaalne palk välismaal, et töötaja läheks välismaale tööle.....	103
Joonis L5.2. Tervishoiutöötajate jaotus õiglase palga soovi ja minimaalse palga järgi välismaale tööle minekuks	103
Joonis L5.3. Välismaale tööle mineku soov sõltuvalt netopalgast (% vastavat palka teenivatest inimestest)	104
Joonis L5.4. Välismaale tööle mineku soov sõltuvalt sellest, kui palju peaks inimese hinnangul olema tema palk kõrgem, kui praegune (% vastavasse vahemikku kuuluvatest inimestest)	104
Joonis L6.1. Õdede netomigratsioon aastas	107
Joonis L6.2. Arstide netomigratsioon aastas	109

SISSEJUHATUS

Tervishoiutöötajate liikumist käsitletakse rahvusvaheliselt ühe tervishoiuteenuste liikumise vormina ning globaliseerumise tulemusena suureneb see tulevikus nagu ka üldine inimeste rahvusvaheline liikumine. Seega tuleb arvestada kasvava migratsiooniga. Kuigi Euroopa Liiduga liitumine ei too kaasa koheselt täielikult töötajate vaba liikumise võimalusi, oodatakse ikkagi tööjõu rahvusvahelise rände kasvu. Lihtsustuvad piiriületuse võimalused ning tööjõu rentimise kaudu on võimalik ka lihtsamalt välisriikide tööturul töötada. Euroopa Liidu raames peab toimima ka automaatne kvalifikatsioonide tunnustamine, mis peaks samuti tervishoiutöötajate liikumist lihtsustama. Tervishoiutöötajate näol on tegemist universaalsete teadmistega inimestega, kes võivad neid rakendada igas riigis ühte moodi ja seetõttu on tervishoiutöötajate ränne riikide vahel lihtsam.

Tervishoiutöötajate rahvusvaheline ränne on riikide erilise tähelepanu all seetõttu, et mitmetes riikides valitseb tervishoiutöötajate puudujääk. Need riigid hõlmavad nii Eesti naaberriike Skandinaavias, kui teisi ELi liikmesriike nagu näiteks Suurbritannia. Tekkinud tööjõupuudujäägi katmiseks püüavad need riigid värvata tööjõudu välismaalt ja uute Euroopa Liidu liikmesriikide madalama töötasuga tööjõud on valmis kergelt pakutavaid töökohti vastu võtma.

Käesoleva töö eesmärgiks on leida, milliseks võib kujuneda Eesti tervishoiutöötajate väljaränne lähiaastatel, milline on selle mõju tervishoiutöötajate puudu- või ülejäägile ja pakkuda välja raamistik, kuidas väljarännet võtta arvesse koolitustellimuse kujundamisel. Uuring on valminud koostöös Sotsiaalministeeriumiga.

Eesti tervishoiutöötajate välismaal töötamine ei ole uus nähtus. Esimene välismaal töötamise laine toimus pärast Eesti iseseisvumist, kui nooremad ja äsja kooli lõpetanud arstid läksid tööle välisriikidesse. Neist suur osa on tänaseks tagasi tulnud. Kahjuks ei ole täpseid andmeid, milline on tervishoiutöötajate ränne olnud. Seetõttu ei ole võimalik prognoosida väljarände suurust aegridade baasil. Käesolevas töös prognoositakse tervishoiutöötajate väljarännet arvamusküsitluse põhjal.

Arvamusküsitlus viidi tervishoiutöötajate ja residentide seas läbi 2003. aasta novembrist detsembrini. Õe, arsti, ämmaemanda ja hambaarsti eriala tudengeid küsitleti 2003. aasta detsembrist 2004. aasta jaanuarini. Töötajate küsitlemiseks koostati juhuvalikul põhinev valim Tervishoiutöötajate registris 2003. aasta novembri seisuga registreeritud töötajatest, residentide ja tudengeid küsitleti kõiksealt. Töötajaid küsitleti posti teel ja tudengeid auditoorse õppetöö ajal.

Küsitlus põhineb suures osas Prantsusmaa Tööministeeriumi poolt välja töötatud ankeedil, mille alusel viidi sarnane küsitlus läbi Poolas, Ungaris, Tšehhis ja Leedus. Eesti ankeeti täiendati töötasu ja tööga rahulolu küsimustega. Kus võimalik võrreldakse Eesti küsitluse tulemusi teiste riikide tulemustega.

Eestist väljarännanud töötajate arvu hindamiseks tegi Sotsiaalministeerium päringu teiste riikide tervishoiuga tegelevatele ministeeriumitele. Vastused selles osas saadi Soomest, Madalamaadelt ja Suurbritanniast.

Välismaale tööle mineku soovi sõltuvust erinevatest teguritest kirjeldatakse eelkõige risttabelitega. Lisaks tehakse regressioonanalüüs, mis näitab erinevate tegurite mõju kalduvusele välismaale tööle minna. Välismaale tööle minevate inimeste prognoos tuletatakse arvamusküsitluse baasil ja arvestatakse vaid neid, kellel oli kindel plaan välismaale minna.

Arvamusküsitluste tõlgendamisel tuleb alati arvestada, et need ülehindavad välismaale tegelikult minevate inimeste osatähtsust. Ja seepärast arvestatakse, et välismaale lähevad vaid need, kellel on kindel plaan välismaale minna ning need, kellel on edasiarendatud või umbemäärane plaan jäetakse välja.

Migratsiooni arvestamiseks tervishoiutöötajate vajaduse suurenemisel viiakse läbi voogudel põhinev stsenaariumite analüüs. Selle kohaselt tulevad tööturule uued inimesed läbi koolitussüsteemi ning turule sisenevad ning lahkuvad inimesed rahvusvahelise rände kaudu, ajutiselt tööturult eemale jäämise kaudu (nt lapsehoolduspuhkus), tervishoiusektorist teistesse sektoritesse liikuvate inimeste kaudu ja vanaduse tõttu tööturult lahkuvad inimesed. Arvestades kõiki voogusid, vaadatakse kuidas migratsioon suurendab tervishoiutöötajate vajadust. Analüüs põhineb eeldustel, mida tuleks täiendada informatsiooni lisandumisel muuta ning konstrueerida uusi stsenaariume.

Töö on jagatud kolmeks suuremaks peatükiks. Esimene peatükk annab varasematele uuringutele tuginedes ülevaate migratsiooni mõjutavatest teguritest ja tervishoiutöötajate migratsiooniga kaasnevatest mõjudest nii päritolu kui sihtriigile. Samuti kirjeldatakse rahvusvahelisi ja riiklike regulatsioone, mis migratsiooni mõjutamiseks on loodud.

Teine peatükk kirjeldab küsitluse tulemusi, mis on esitatud eraldi töötavate inimeste ja tudengite osas. Residente käsitletakse koos töötavate inimestega. Küsitluse tulemustena esitatakse esmalt välismaale tööle minna soovivate inimeste hulk, kui kindel nende soov on, kui pikaks ajaks nad soovivad minna ja millise aja pärast nad soovivad minna. Seejärel esitatakse välismaale mineku soov erinevate karakteristikutega inimeste lõikes. Lisaks esitatakse välismaale mineku soovi põhjused ja takistused, soovitav töö välisriigis ja sihtriik.

Kolmas peatükk esitab küsitlusest tuleneva välismaale minevate töötajate prognoosi ja raamistiku selle arvestamiseks koolitustellimuse kujundamisel. Lõpetuseks esitatakse alternatiive migratsioonist tuleneva täiendava tööjõuvajaduse juhtimiseks.

Abi eest küsitluse läbi viimisel tänavad autorid Tartu Ülikooli Majandusteaduskonna tudengeid Ann Rosenthali ja Riina Raed. Autorid tänavad töö valmimisel osutatud abi eest Ljudmilla Labzinat, kes varustas meid andmetega Tervishoiutöötajate registrist. Tartu Ülikooli Arstiteaduskonna dekanat, Tartu ja Tallinna Meditsiinikoolid olid samuti suureks abiks andmete hankimisel. Väärtuslike kommentaaride ja ettepanekute eest täname Ruta Kruudat, Maris Jesset, Jarno Habichtit, Raul-Allan Kiivetit, Pille Saart ja kõiki, kes osalesid PRAXISE uuringu meetodikat tutvustaval seminaril 2003. aasta oktoobris. Küsitluse läbiviimise ja suhteliselt kõrge vastamisprotsendi saamise osas kuulub meie tänu kõikidele erialaorganisatsioonidele, kes aitasid infot uuringu kohta levitada. Erialaorganisatsioonidest täname eriti Eesti Arstide Liitu, Eesti Ämmaemandate Ühingut ja Eesti Õdede Liitu. Lõpetuseks täname ka kõiki küsitlusele vastanud, ilma kelleleta ei oleks uuringu tegemine võimalik olnud.

1. TERVISHOIUTÖÖTAJATE RAHVUSVAHELINE RÄNNE JA SEDA MÕJUTAVAD MAJANDUSLIKUD NING INSTITUTIONAALSED TEGURID

1.1. Tervishoiuteenused ja nende rahvusvaheline liikumine

Globaliseerumine on nii otseselt kui kaudselt puudutanud ka tervishoiusektorit (osaliselt on sellele kaasa aidanud tehnoloogia areng). Tervishoiusektor on üks kiiremini kasvavaid sektoreid maailma majanduses. 21. sajandi algul on tervishoiuteenuste osutamine rahvusvahelisel tasandil veel küll suhteliselt tagasihoidlik, kuid arvestades sektori kiiret kasvu ning mõningate regulatiivsete barjääride kaotamist, võib tervishoiuteenuste osutamine rahvusvahelisel tasandil tulevikus tunduvalt suureneada. 1998. a hinnati tervishoiusektori aastaseks suuruseks ainuüksi OECD riikides ligi kolm triljonit USA dollarit (ligikaudu 10% SKPst), prognooside kohaselt suureneb see 2005. aastaks nelja triljoni USA dollarini (Chanda 2001, lk 1). Eestis moodustasid tervishoiukulud 2002. aastal vaid 5,5% SKP-st.

Tervishoiuteenuste globaliseerumise põhjuseks võib pidada paljusid erinevaid faktoreid, neist olulisemad on järgmised (Chanda 2001, lk 2).

- Avaliku sektori kulutuste langus ja erasektori osaluse suurenemine tervishoiuvaldkonnas.
- Tervishoiuga seotud sektorite (nt kindlustus ja telekommunikatsioon) tegevuse liberaliseerimine on suurendanud nii patsientide kui ka tervishoiutöötajate mobiilsust (sh reisikulude alanemine ja reisimise lihtsustumine).
- Tehnoloogia areng on võimaldanud hakata paljusid teenuseid pakkuma piiriülesele.

Lisaks on globaliseerumist mõjutanud tervishoiuteenuste maksumuse, kättesaadavuse ja kvaliteedi erinevused riigiti; investeerimisvõimalused tervishoiusektoris seoses investeerimisalaste regulatsioonide liberaliseerimisega; üldine nõudluse suurenemine teenuste järele, mis tuleneb nii sissetulekute taseme suurenemisest kui ka elanikkonna vananemise protsessist.

Tervishoiutöötajad ning nende teadmised on oma olemuselt universaalsed, kuna neid saab kasutada kõikjal maailmas. Tegemist on otseselt inimeste elusid mõjutavate elukutsetega ning seetõttu reguleeritakse tervishoiutöötajate rahvusvahelist migratsiooni nii riiklikel tasanditel kui ka globaalselt. Käesolevas alapeatükis antakse ülevaade tervishoiuteenustega kauplemisest ning tervishoiutöötajate migratsiooni eripärast võrreldes teiste majandusvaldkondadega.

Tervishoiutöötajate migratsiooni võib käsitleda ühe tervishoiuteenuste rahvusvahelise osutamise vormina. Tervishoiuteenuste rahvusvahelisel osutamisel eristatakse nelja vormi¹ (vt

¹ Tegemist on WTO teenuste kokkuleppes (GATS) määratud klassifikatsiooniga. Üldine kokkulepe teenuste vahetamise osas ehk GATS (*General Agreement on Trade in Services*) sõlmiti Maailma Kaubandusorganisatsiooni (*World Trade Organisation* – WTO) Uruguai läbirääkimiste voo lõpus 1995. a. GATS sõlmimise eesmärgiks oli järk-järgult liberaliseerida teenuste osutamine rahvusvahelisel tasandil. Senini on teenuste osutamise liberaliseerimise efekt olnud üsna piiratud, kuna enamike WTO liikmesriikide edusammud selles osas on olnud väikesed (WTO agreements...2002, lk 47). GATSi käsitlemine antud uurimuses on oluline, kuna sellesse on hõlmatud ka tervishoiuteenused.

ka kiil 1.1): tervishoiutöötajate ränne, patsientide liikumine, investeringutega sihtriigi turule sisenemine ja teenuste osutamine piiriülel. Neli erinevat teenuste osutamise vormi on omavahel tihedalt seotud, nt kui patsientide liikumine riiki on suur, siis on tervishoiutöötajate motivatsioon välja rännata väiksem.

Kiil 1.1

TERVISHOIUTEENUSTE RAHVUSVAHELISE LIIKUMISE VORMID

Tervishoiutöötajate ränne – tervishoiutöötajate liikumine teise riiki, et seal ajutiselt pakkuda teenust

Patsientide liikumine e tarbimine välismaal – inimesed liiguvad välismaale, et tarbida seal tervishoiuteenust

Välisinvesteringutega tervishoiuteenuste turule sisenemine – ettevõtte või mingi osa ettevõttest rajamine välismaale, selleks et pakkuda teenuseid välismaal

Tervishoiuteenuste osutamine piiriülel – teenust osutatakse pika vahemaa tagant, kus teenuse osutaja asub ühes riigis ja tarbija teises riigis (nt telemeditsiin)

Tervishoiutöötajate ränne (*movement of person supplying services*) on üha enam tähelepanu pälvinud teema tervishoiuteenuste liikumises. Tulenevalt tervishoiutöötajate puudujäägist paljudes arenenud riikides ja mitmete riikide poolt rakendatavast aktiivsest värbamispoliitikast on tervishoiutöötajate rände päritolumaades oht, et tervishoiutöötajaid jääb liiga väheks, et pakkuda piisaval tasemel teenuseid.

Arstide, õdede ja teiste tervishoiuvaldkonna töötajate liikumist kergendavate asjaoludena riikide vahel võib nimetada seda, et põhioluliselt on tegemist tööjõuintensiivse valdkonnaga, riikide vahel eksisteerivad palga- ja töötajaskonna erinevused ning tervishoiuteenused baseeruvad vastupidiselt paljudele teistele teenustele (nt raamatupidamis-, õigusalsed teenused) suuresti universaalsetel teaduslikel teadmistel ja tehnilistel oskustel. Tervishoiutöötajad liiguvad riikide vahel peamiselt selleks, et leida tasuvam töökoht (kõrgema palgaga) või siis parandada oma elu- ja töötingimusi (International Trade in... 1998, lk 6). Samuti võib neil olla soov omandada kõrgem erialane kvalifikatsioon või õppida tundma teistes riikides kasutusel olevat kaasaegsemat tehnoloogiat; makrotasandil mõjutab liikumist tööjõu nõudluse ja pakkumise mittevastavus migratsiooni päritolu- ning sihtriigis (vt ka migratsiooni tõmbe- ja tõuketegureid alapeatükist 1.2.) (Chanda 2001, lk 10).

Samas eristab tervishoiutöötajate rännet teistest erialadest see, et tegemist on väga reguleeritud valdkonnaga kõikide riikide poolt. Tervishoiusektoris on riiklikult reguleeritud nii koolitus kui töötamine ja seetõttu on võimalused riiklikuks sekkumiseks suuremad ja sagedasemad kui muudel aladel. Tulenevalt pika-ajalisest koolitustsüklist ja väga spetsialiseerunud ametitest võib ka väike väljaränne põhjustada suuri probleeme tervishoiusüsteemis (Bach, 2003, lk 3).

Tervishoiutöötajate rände ja piiriülese teenuste osutamise rände vahepealne vorm on tervishoiuteenuste piiriülelne osutamine (*cross border provision of services*). Sellisel juhul läheb töötaja välisriiki lühikeseks ajaks mingit tervishoiuteenust osutama. Sellise tegevuse puhul on tegutsemise reeglid erinevad sellest, kui inimene tahab hakata tervishoiuteenuseid välismaal kas iseseisvalt või mõne tööandja vahendusel püsivalt pakkuma. Teenuse ajutise osutamise korral ei tohi inimeselt nõuda ei registreerimist ega tegevusluba, samuti ei või teda koormata asutamiskohustusega (*establishment*), võib aga nõuda eelnevat teavitamist (TTKS muutmise seaduse eelnõu seletuskiri 16.06.2004).

Tervishoiuteenuste tarbijate liikumine (*movement of customers*) on üha kasvav tervishoiuteenuste osutamise vorm ning üldjuhul ei piirdu see enam arenenud riikide tarbijate poolt spetsiaalse ravi otsimisega arengumaades. Tarbijate liikumise all mõistetakse GATSis välismaal ravi otsivaid patsiente ning välisriikides õppivaid tudengeid. Mitmed riigid on "tervishoiu turismi" (*health tourism*) defineerinud enda jaoks kui majanduse arendamise võimaluse, seda nii madalate kuludega teenuste pakkumisega kui ka erinevate teenuste ühendamisega paketi- ning pakettide turustamisega välismaalastele (WTO agreements... 2002, lk 48).

Tervishoiuteenuste tarbijate liikumist rahvusvahelisel tasandil ajendavad paljud tegurid, sh teenuste maksumuse, kättesaadavuse ja kvaliteedi erinevused riigiti (nt on arengumaade tervishoiuteenuste hinnad suhteliselt madalamad võrreldes arenenud riikide hindadega); ressursside kasutamise võimalus patsientidel; alternatiivmeditsiini olemasolu; pikad ravijärjekorrad kodumaal; kultuuriline, keeleline ning geograafiline lähedus patsientide päritolu- ja sihtriigi vahel (Chanda 2001, lk 6). Patsientide liikumise põhjuseks arengumaade vahel võib olla ka esmase või haiglahoolduse puudumine kodumaal või nende teenuste madal kvaliteet (Adams, Kinnon 1998, lk 39).

Välisinvesteeringutega sisenemine välisriiki (*foreign commercial presence*) võimaldab tervishoiuga seonduvaid teenuseid pakkuda otse välisriigi klientidele nende kodumaal. Tervishoiusektori avamine väliskonkurentsile sõltub tihti vastava riigi valitsusepoolsest poliitilisest otsusest. Paljudes riikides on tervishoiusektoris tehtavatele välisinvesteeringutele seatud ranged piirangud või on tervishoiuga tegeleva firma loomine väliskapitali poolt üleüldse keelatud. Kuid üha enam riike on hakanud oma tervishoiusektoreid välismaisele kapitalile avama, et saavutada teenuste paremat kvaliteeti, tuua riiki kaasaegset tehnoloogiat, piirata teenuste hinnatõusu ning vähendada survet avalikule sektorile. Tihti ongi välisinvesteeringud tervishoiusektoris seotud tehnoloogia ülekandega. (International Trade in... 1998, lk 16)

Enamasti siseneb väliskapital tervishoiusektoris kohalike firmadega ühissetevõtte moodustamise vormis. Sellega kindlustab välisfirma endale ligipääsu kohalikele kvalifitseeritud tööjõule, maksevõimelistele klientidele ning tagatakse parem kontakt kohaliku keskkonnaga (Adams, Kinnon 1998, lk 44).

Teenuste osutamine piiriülel (*cross-border trade*) tundus alles hiljuti olevat meditsiiniteenustele mitte just kõige sobivam meetod, eriti kommertstasandil, kuid tehnoloogia ja tervishoiu-informaatika kiire areng on muutnud selle võimalikuks. Telemeditsiin (ehk interaktiivse audio-, visuaaltehnika ja andmekommunikatsiooni vahendusel antav meditsiiniabi) hõlmab endas arstiabi andmist, konsultatsioone, diagnoosimist ja ravi, aga ka hariduse andmist ja meditsiiniliste andmete vahetamist erinevates piirkondades paiknevate tervishoiuasutuste vahel. Telemeditsiin on võimalus arstiabi andmiseks vaestele riikidele või kaugetele regioonidele ühe riigi piires. Mingis ulatuses võib telemeditsiini pidada tervishoiuteenuse osutaja ja patsiendi vahelise otsekontakti asendajaks. Uue ning areneva piiriülese kaubanduse vormina võib siinkohal nimetada ka kindlustusnõuete ja -arvete töötlemist, mis aitab samuti kaasa tervishoiuteenuste piiriülesele osutamisele (International Trade in... 1998, lk 20). Reeglina on piiriülesest teenuste osutamisest võimalik kasu saada juhul, kui teenuste osutamiseks on loodud vajalik infrastruktuur.

Globaliseerumise tulemusena on tervishoiuteenuste kõikide vormide rahvusvaheline liikumine kasvanud. Tervishoiuteenuste rahvusvahelise liikumise mõju igas riigis sõltub riiklikust tervishoiusüsteemist ja teenuste liikumise regulatsioonidest. Üldises plaanis võimaldab

teenuste rahvusvahelistumine suurendada riigi valikuid tervishoiu korraldamisel. Samas muudab see tervishoiukorralduse planeerimise keerulisemaks. Arvestada tuleb nii tervishoiuteenuse iga liiki mõjutavate teguritega kui tervishoiuteenuste omavaheliste seostega.

1.2. Tervishoiutöötajate migratsiooni mõjutavad majanduslikud tegurid

1.2.1. Migratsiooni tõmbe- ja tõuketegurid

Migratsioon ei ole iseseisev ja sõltumatu nähtus, seda mõjutavad erinevad ühiskonnas toimuvad poliitilised, majanduslikud ja sotsiaalsed protsessid ning see mõju ei ole ühesuunaline. Alljärgnevas alapeatükis analüüsitakse töötajate migratsiooni mõjutavaid majanduslikke tegureid.

Rahvusvahelistes migratsiooniteooriates on välja toodud terve rida erinevaid tegureid, mis ühelt poolt võivad riigipiire ületavale tööjõu liikumisele kaasa aidata või siis teiselt poolt migratsioonile vastassuunalist mõju avaldada. Vastavalt sellele, kas mõjutegur lähtub migratsiooni siht- või päritoluriigist, eristatakse migratsiooni tõmbe- ja tõuketegureid. Siinkohal kirjeldatakse tavapärasemaid migratsiooni tõmbe- ja tõuketegureid, veidi põhjalikumalt ülevaadet migratsiooniteooriate kohta vt Philips *jt.* 2003.

Kiil 1.2
SAGEDAMINI VÄLJATOODUD MIGRATSIOONI MÕJUTAVAD TEGURID
Sissetulekute lõhe – sissetulekute erinevus päritolu- ja sihtriigis
Ootused – ootused elujärje osas kodu- ja välismaal
Olukord tööturul – töö leidmise võimalused kodu- ja välismaal
Nõudlus teenuste järele – välisriigi nõudlus teatud teenuse järele
Geograafiline lähedus – sihtriigi kaugus kodumaast
Traditsioonid ja võrgustikud – millised on riigi traditsioonilised väljarände sihtriigid ja kui suur on selle riigi kodanikkond sihtriigis
Etnilised ja poliitilised probleemid – poliitiline stabiilsus kodumaal
Kultuuri- ja keelebarjäärid – kodu- ja sihtriigi kultuuriline ja keeleline erinevus, keeleõppe traditsioonid

Sissetulekute lõhe ehk erinevused riikide sissetulekute tasemetes on peamiseks migratsiooni ajendiks. Peamiselt mõeldakse selle all riikidevahelisi palgaerinevusi. Välisriiki tööle minna soovivad inimesed peavad sissetulekute lõhe hindamiseks arvestama reeglina sihtriigi kõrgemat elukalliduse taset, kuid samuti rändega seonduvaid kulusi (nt eluaseme soetamine, kolimine jne). Samuti võrdlevad väljarännet kaaluvad inimesed praegust töökohta ja karjäärivõimalusi võimalike töökohtade ja karjäärivõimalustega teises riigis. Siinkohal tuleks arvestada, et migratsiooni sihtriigis ei pruugi inimene saada kvalifikatsioonile vastavat töökohta (tuleb leppida madalama taseme töökohaga) või üldse mitte tööd leida. Tervishoiutöötajaid puudutavaks näiteks võib siinkohal tuua asjaolu, et koduriigis erioena töötavad inimesed peavad välisriigis tihtilugu leppima üldöe töökohaga. Samuti võib juhtuda, et sihtriigis ei leia uut töökohta teised pereliikmed. Seega, et sissetulekute lõhe ajendaks inimesi teise riiki tööle minema, peab see olema teatud minimaalse suurusega.

Tervishoiutöötajate palgad on riigiti väga erinevad. Arvestades ka ostujõudu erinevates riikides saavad näiteks Tšehhis arstid ja õed üle kahe korra vähem palka kui Soomes (vt tabel 1.1). Kuigi teatav sissetulekute erinevus on vajalik, et migratsioon teoks saaks, ei pruugi palk olla peamine migratsiooniotsusele tõukav tegur. Mõnede autorite hinnangul ei ole sissetulekute tasemed Euroopa Liidu-sisese tervishoiutöötajate rände selgitamisel oluliseks teguriks (Jinks 2000).

Tabel 1.1. Tervishoiutöötajate aastased brutopalgad erinevates riikides (USA dollarites ostujõupariteeti arvestades)

	Arst	Esmatasandi arst (perearst)	Hambaarst	Õde
Taani (1998)	59378	91282	54162	34524
Soome (1999)	53203	48114	41626	23821
Rootsi (1998)	-	84184	-	-
Norra (1996)	44450	37836	30378	25796
Austraalia (1998)	66540	-	55937	34090
UK (1999)	42826	76909	45197	-
Iirimaa (1999)	-	-	-	26578
Prantsusmaa (1997)	60161	49606	57069	25058
USA (1996)	199000	139000	-	-
Belgia (1998)	-	133386	246842	-
Tšehhi (1999)	21280	-	-	10563
Ungari (1999)	1098	-	-	-

- andmed puuduvad

Allikas: OECD Health Data 2001

Ootused majanduskasvu ja seega ka sissetulekute osas mõjutavad oluliselt inimeste migratsiooniotsuseid. Kui migratsiooni päritoluriigis oodatakse suuremat majanduskasvu, siis on sellel migratsiooni pärssiv mõju, vastupidisel juhul on tegemist migratsiooni soodustava teguriga.

Olukord tööturul ehk tööjõu nõudluse ja pakkumise vahekord päritolu- ja sihtriigi tööjõuturgudel. Kõrge tööpuuduse tase migratsiooni päritoluriigis on migratsiooni soodustav tegur, samas kõrge tööpuuduse tase sihtriigis mõjub migratsiooniotsusele pärssivalt. Isegi kõrge tööpuuduse tingimustes võib teatud valdkondades eksisteerida tööjõu puudujääk, mis mõjub välismaisele vastavate oskustega tööjõule tõmbetegurina. Tööjõu vaba liikumise puudumisel võib selline olukord viia illegaalse tööjõu kasutamiseni või teenuste importimiseni. Paljude riikide tervishoiutöötajate turg ei ole tasakaalus, s.t valitseb spetsialistide ülejääk või siis puudujääk, mis enamasti erialade lõikes erineb (nt arste on liiga palju, kuid õendusala töötajaid liiga vähe) (vt näiteks Nicholas 2004).

Nõudlus teenuste järele ehk töötajate liikumine tulenevalt välisriigi nõudlusest mingi teenuse järele. Hõlmab endas ka töötajate üleviimist ühest riigist teise, kuigi sellisel juhul ei tulene väljarände soov inimese enda initsiatiivist, vaid tööandajast, kes soovib siseneda välisriigi turule. Tervishoiusektori spetsiifikat silmas pidades tuleks siin eelkõige kõne alla tervishoiutöötajate liikumine, kuid samuti teenuste piiriülene osutamine välisriigi tervishoiutöötajate poolt.

Tabel 1.2. Arstide ja õendusalatöötajate arv 1000 elaniku kohta riigiti (Euroopa Liidu liikmesriigid, Norra ja USA 2000. aastal, liituvad riigid 2001. aastal)

	Arste	Õendusalatöötajaid
Soome	3,3	14,7
Rootsi	2,8	8,8
Saksamaa	3,6	9,6
Suurbritannia	2,0	8,8
Iirimaa	2,5	14,0
Norra	2,9	10,3
Taani	3,6	9,5
Holland	3,2	13,4
USA	2,5	8,1
Poola	2,2	4,9
Tšehhi	3,8	8,9
Ungari	2,9	4,8
Eesti 2001	3,1	6,3
Eesti 2002	3,1	6,4

Allikas: arstid – Eurostat yearbook 2003, lk 102 ja Statistical yearbook on Candidate Countries 2003, lk 51; õendusala töötajad – Docteur, Oxley 2003, lk 68, 69; Eesti – Sotsiaalministeerium 2003.

Lähedus ehk migratsiooni päritolu- ja sihtriigi geograafiline lähedus. Lähedust ei peeta traditsioonilise e. alatise väljarände puhul eriti oluliseks teguriks. Riikide geograafiline lähedus on oluline faktor ajutiselt teise riiki tööle minevatele inimestele, kuna soovitakse säilitada sidemeid kodumaaga (perekond, lähedased). Riikide lähedus on tihtilugu aluseks pendelmigratsioonile (st ränne, mille puhul käiakse kas iga-päevaselt või sageli tööle teise riiki).

Traditsioonid ja võrgustikud – nende olemasolu on oluliseks eelduseks migratsioonile kindlast päritoluriigist (emigratsiooni traditsiooniga) konkreetsele sihtriiki. Perekonna, rahvuslike või etniliste võrgustike olemasolu migratsiooni sihtriigis on empiiriliste uuringute kohaselt üsna olulise tähtsusega, s.t immigrantide olemasolu riigis meelitas ligi sama päritoluga migrante. Rahvuslike või etniliste võrgustike olemasolul sihtriigis on tulevastel migrantidel tänu võrgustiku poolt antavale informatsioonile ja abile lihtsam tööd leida. Sellisel juhul on tavaliselt väiksemad ka migratsiooniga kaasnevad kulud, kuna suur osa nendest kuludest kaetakse vastava võrgustiku poolt või abil. Võrgustikud tihtilugu signaaliseerivad potentsiaalseid migrante tööturu olukorrast ning võimalikest negatiivsetest sotsiaalsetest ja etnilistest kogemustest, mis omakorda pärsib migratsiooni.

Etnilised ja poliitilised probleemid päritoluriigis on alalise migratsiooni allikaks. Reeglina ei ole sellistel põhjustel tehtud migratsiooniotsused seotud töö või sissetulekuga.

Kultuuri ja keelebarjäärid ehk teisisõnu psühholoogilised ja kultuurilised faktorid on migratsiooniotsuse tegemisel väga olulise tähtsusega, eriti kui migratsiooniotsus ei ole ajutine. Teise riiki rändamine eeldab eelkõige sealse keele omandamist, paljudele inimestele on aga uue keele õppimine suureks takistuseks. Samuti tuleb kohaneda sihtriigi kultuuri ja traditsioonidega. Eriti oluline on keelebarjäär ametites, mille eelduseks on suhtlemine inimestega.

Lisaks eelnimetatule on kirjanduses otseselt migratsiooni mõjutavate teguritena välja toodud veel järgmised (Borzeda jt 2002, lk 16-18; Martineau jt 2002, lk 12).

- Haridust tõendava diplomi väärtustamine – nimelt ei ole teatud teadmised, oskused ja kogemused teise riiki otseselt üle kantavad ehk sisuliselt teises riigis teatud erialal omandatud kogemust vm lihtsalt ei aktsepteerita. Tööloa saamine ning spetsialistina registreerimine nõuavad tihti aga lisakoolitust, mis on oluline aspekt just tervishoiutöötajate rahvusvahelisel liikumisel.
- Administratiivsed ja seadusandlikud barjäärid, näiteks elamis- ja tööloa taotlemine. Sama teguri ühe versioonina võib siinkohal mainida ka bürokraatiat, kuna tihtilugu erinevate lubade taotlemise protsessid venivad, mis omakorda võivad suurendada rändega kaasnevaid kulusid.
- Informatsiooni puudus – näiteks vähene informeeritus töövõimaluste ja elukoha kohta võib osutada migratsiooni takistavaks asjaoluks. Informatsiooni puudus migratsiooni takistava tegurina on aga seda väiksem, mida suurem on sihtriigis perekondlik, rahvuslik või etniline võrgustik.
- Hirm saada migratsiooni sihtriigis diskrimineeritud – reeglina on oht saada diskrimineeritud seda suurem, mida enam immigrandid kohalikest elanikest erinevad.
- Immigreeruva indiviidi vanus – noored kalduvad reeglina kergemini koduriigist lahkuma, kuna teatud eest alates on väljaränne komplitseeritum (rändamise suhtes on vastumeelsemad need, kes vajavad pensionieas enam perekonna toetust). Samuti võib migratsiooni pärssida asjaolu, et individid on teinud sissemaksid kodumaisesse pensionikindlustussüsteemi, mis ei ole aga välisriiki ülekantavad. EL piires liikudes viimast probleemi ei eksisteeri, kuna toimub rahvuslike sotsiaalkindlustussüsteemide koordineerimine ehk tööstaaži ja pensionikindlustuse sissemaksed on teise liikmesriiki ülekantavad.

Tervishoiutöötajate väljaränne ei ole tõmbe- ja tõuketegurite osas erinev teiste valdkondade väljarändest. Näiteks on peamiste arengumaade tervishoiutöötajate migratsiooni ajendavate põhjustena erinevates uurimustes (nt Chanda 2002, Oulton 1998) nimetatud madalat palka ja viletsaid töö- ja elamistingimusi. Tervishoiutöötajaid ajendab lisaks teistesse riikidesse tööle minema ka soov omandada uusi teadmisi, kogemusi ja oskusi ning võimalus praktiseerida innovatiivsemas keskkonnas. Väljarännet võivad ajendada ka isiklik turvalisus ning poliitilised põhjused (eelkõige arengumaadest pärit tervishoiutöötajate puhul). Uurimustulemused on näidanud, et madalamate astmete tervishoiutöötajaid (nt meditsiiniõed) ajendab emigreeruma ka juhtimispoliitika (vähene töötajate motiveerimine, täiendkoolituse pakkumine jne) (Oulton 1998, lk 127). Seega töövõtja ootustele mittevastava töö- ja palgatingimuste tulemuseks võib olla kvalifitseeritud tööjõu valik mitte töötada omal erialal või emigreeruda.

Eelneva kokkuvõtteks võib öelda, et teoreetilistes ja empiirilistes uurimustes on välja toodud terve rida erinevaid migratsiooni mõjutavaid tegureid. Erinevad tegurid võivad migratsiooni soodustada ja pärssida ning ühed ja samad tegurid võivad üheaegselt olla nii tõuketeguriteks päritoluriigis kui ka tõmbeteguriteks sihtriigis. Tegureid on tihtilugu raske arvuliselt määratleda ning need mõjutavad vastastikku teineteist, mis muudab migratsiooni konkreetse põhjuse välja toomise suhteliselt raskeks. Seetõttu ka kõiki eespool nimetatud tegureid empiirilistes uurimustes üheaegselt arvesse ei võeta, vaid piirduakse osadega, mistõttu võivad empiirilised tulemused üksteisest oluliselt erineda. Rahvusvahelise tööjõu liikumisega kaasneb nii migratsiooni päritolu- kui ka sihtriigile positiivseid ning negatiivseid mõjusid. Konkreetne mõju sõltub suuresti sellest, milline elanikkonna grupp emigreerub (nt noored või vanemad inimesed, oskustöölised või lihttöölised).

1.2.2. Migratsiooni mõju päritolu- ja sihtriigile

Migratsiooni mõju riigi arengule ei ole ühene. Lühiajalises perspektiivis (10-20 aastat) ei ole empiirilisi mõjusid üks ühele suudetud välja tuua. Migratsiooni mõju vaadeldakse harilikult eraldi päritoluriigile ja sihtriigile. Siinkohal toome tervishoiutöötajate rändega seonduvad olulisemad asjaolud, üldiseid rände mõjusid siht- ja päritoluriigile vaata Philips *jt.* 2003.

Migratsiooni mõju sihtriigile. Tervishoiutöötajate rände peamiseks positiivse mõju väljenduseks sihtriigile on tööjõupuudujäägi vähendamine. Immigrandid töötavad sageli ametitel või asukohtades, kuhu on raske kohalikku tööjõudu leida. Immigratsiooniga kaasneb sihtriigile enamasti suurem kasu kui päritoluriigile, kuna immigrantide palk on tavaliselt madalam kui nende töötamisega kaasnev lisandväärtus (Philips *jt.* 2003, lk 65). Sihtriik üldjuhul võidab migratsioonist, kuna saadakse ilma koolituskuludeta väljaõpetatud tööjõud, kellele saab sageli ka võrreldes kodumaise palgatasemega madalamat tasu maksta. Samuti on immigrandid enamasti paindlik tööjõud, mis on nõus töötama valdkondades, kus kohalikud väga ei soovi - halvemate tingimustega töökohtadel (nt öövahetused) või riigi vähemarenenud regioonides (Martineau *jt.* 2002, lk 9)

Migratsiooni nii positiivseid kui negatiivseid mõjusid sihtriigile võib välja tuua veel mitmeid. Positiivsete mõjude poolelt nimetatakse sageli rahvastiku vananemisega kaasnevate probleemide vähenemist, negatiivsete mõjude poolelt kohaliku tööjõu asendamiste võõrtööjõuga või etnilise koosluse mitmekesistumise tagajärjel tekkivad konflikte.

Kiil 1.3
TERVISHOIUTÖÖTAJATE RÄNDE MÕJU SIHT- JA PÄRITOLURIIGILE
Sihtriik
<ul style="list-style-type: none">• Tööjõupuudujäägi vähendamine, paindliku tööjõu pakkumine suureneb• Palkade kasvu vähendamine kiirelt kasvavates sektorites, kus on tööjõu puudujääk• Immigrantide olemasolu riigis soodustab täiendavate immigrantide tulekut• Riigi etnilise koosluse mitmekesistumine, mis võib viia erinevate negatiivsete ja positiivsete tagajärgedeni
Päritolu riik
<ul style="list-style-type: none">• Ajude väljavool ja keskmise produktiivsuse langus (vähemalt ajutiselt)• Tööjõu puudujääk, mille tagajärjel kannatab tervishoiuteenuste kvaliteet ja kvantiteet, halveneivad allesjäänud töötajate töötingimused (töökoormuse tõus)• Haridusse tehtud investeeringute väiksem tootlikkus riiklikult (riiklike ressursside raiskamine) • Kohalike suurenenud soov kõrgemat haridust omandada ja oskuseid parandada – võimalus oskuseid eksportida vähendab riski ja suurendab oodatavat tulu investeeringutest haridusse• Kodumaine majanduslik tulu haridusse investeerimisest võib samuti suurened• Rahalised ülekanded kodumaale jäänud pereliikmetele, võimalik riskikapitali allikas• Teadmiste ülekanne ja koostöö, tagasipöörduvad migrandid on välismaise töökogemuse ja suurenenud inimkapitaliga

Migratsiooni mõju päritoluriigile. Peamine tervishoiutöötajate väljarändega kaasnev mõju päritoluriigile tuleneb koolituseks tehtud kulutuste kaotusest riigile ja võimalikust tööjõupuudujäägist tervishoiusektoris.

Kui riiklikult koolitatud tervishoiutöötaja lahkub riigist alatiseks, siis selle tagajärjel ei tooda riigi poolt tehtud investeering tehtud kulust tagasi maksulaekumiste näol, mida selle inimese tuludelt selles riigis saaks. Juhul, kui koolitus ei ole finantseeritud avaliku sektori poolt (nagu nt õdede koolitus Filipiinidel), siis ei kaasne ka kutsealaseks koolituseks tehtud kulutuste kadu riigile. Siiski tuleb arvestada, et ka põhi- ja keskkharidus on finantseeritud riigi poolt ning see kulutus läheb kaduma (Bach 2003, lk 14). Samas on väljarände võimalus sageli motivaatoriks, mis inimesi vastava ala haridust omandama paneb. Seetõttu suurendab väljarände võimalus inimeste soovi vastava ala hariduse järgi ja suurendab ka kodumaale jäävate inimeste haridustaset selles valdkonnas.

Väga tähtsaks väljarände mõjuks sihtriigile tuleb lugeda mõju tööturule ja tööjõuvajadusele. Juhul, kui riigis tekib väljarände tõttu tööjõupuudujääk, siis kannatab selle all ka tervishoiuteenuste kvaliteet ja kvantiteet. Spetsiifiliste erialade spetsialistide lahkumisega võib kaasneda ka pakutavate teenuste valiku kahanemine. Kui mingi eriala spetsialistide arv on riigis piiratud, siis võib isegi paari inimese lahkumine muuta kogu valdkonna teenuste pakkumise pea olematuks. Tervishoiutöötajate väljarändega võib kaasneda ka tervishoiuteenuste kvaliteedi langus juhul, kui riigist lahkuvad oma ala parimad spetsialistid. Mingil määral võib töötajate väljaränne olla kompenseeritud välismaise tööjõu sissereändega, kuid kui nende kvalifikatsioon on madal, võib tervishoiuteenuste kvaliteet oluliselt halveneda (Adams, Kinnon 1998, lk 37).

Samas, kui riigi tervishoiusektoris tekib näiliselt väljarände tulemusena tööjõu puudujääk, ei saa tegelikult teada, kas juhul, kui väljarännet ei oleks toimunud, oleks need inimesed jäänud tervishoiusektoris tööle või suundunud (nt halbade töötingimuste tõttu) mõnda teise sektorisse (Bach 2003, lk 14). Eestis hinnatakse nt, et õdedest suundub pärast kooli lõpetamist erialasele tööle vaid ligi kolm neljandikku (vt ka ptk 3.3.1).

Tulenevalt väljarände tagajärjel tekkivast tööjõupuudujäägist, väga spetsialiseerunud ametitest ja pikast koolitustsüklist tervishoiusektoris ei ole võimalik koheselt asendada migratsiooni tagajärjel tekkivat puudujääki tööjõuvajaduses. See võib tähendada neile töötajatele, kes ei emigreeru, täiendavat töökoormust ja sellest tulenevat töötingimuste halvenemist (Bach 2003, lk 14).

Nende probleemide ulatus sõltub suuresti sellest, kas tegemist on ajutise või alalise väljarändega. Üldjuhul peetakse ajutist väljarännet positiivseks nähtuseks, mis suurendab välismaal käinute inimkapitali ja tööjõu kvaliteeti. Töötajate ajutine liikumine aitab üldjuhul kaasa oskustaseme paranemisele tervishoiusektoris, eeldusel, et väljarännanud töötajad jätkavad kodumaale naastes erialast tööd. Alaline väljaränne tähendab aga päritoluriigile inimkapitali kaotust. Suurbritannias tehtud uuringu kohaselt lahkuvad arengumaadest pärit tervishoiutöötajad riigist väga väikese tõenäosusega pärast seal mõne-aastast elamist. Seega on tervishoiutöötajate migratsioon suurte arenguerinevustega riikide vahel sageli alalise iseloomuga. Arenenud riikide vahel toimiv tervishoiutöötajate migratsioon on sagedamini ajutise iseloomuga (Bach 2003, lk 14).

Väljarände kompensatsioonina päritoluriigile vaadeldakse sageli väljarännanud inimeste ülekandeid kodumaale. Ülekannete abil on võimalik parandada kodumaale jäävate pereliikmete haridus- ja elatustaset. Samuti võib seda kasutada riskikapitalina (Cuellec jt 2002, lk 86). Selliste ülekannete suurust on sageli keeruline mõõta, kuna tegemist on mitteametlike ülekannetega (Bach 2003, lk 14).

Tervishoiutöötajate migratsioon võib riigi jaoks olla negatiivne, kuid migrandi jaoks on väljarändamine selgelt kasulik, vastasel korral inimesed ei teeks migratsiooniotsust. Paljud

väljarännanud spetsialistid on öelnud, et kui majanduslik olukord oleks olnud teistsugune, eelistanuks nad kodumaale jääda (Martineau jt 2002, lk 10). Kasu väljarändest on seotud asjaoludega, mida koduriigis pole võimalik saada, nt kõrgem palk, parem ja enam rahuldust pakkuv töö, avalikkuse tunnustus tehtud töö eest, parem haridus lastele, uute oskuste saamine ning seega võimalused parema töökooha saamiseks. Mõned inimesed lähevad välisriiki tööle teatud kindlal ajaperioodil elus ehk siis kui sellest kasu saamise võimalust peetakse suurimaks, nt lisaraha saamiseks enne perekonna rajamist või pensionile jäämist.

Alapeatüki kokkuvõtteks võib öelda, et tervishoiutöötajate liikumise erinevus võrreldes teiste erialade esindajatega rahvusvahelisel tasandil tuleneb eelkõige universaalsetest teadmistest tervishoiuvaldkonnas, mida saab kasutada peaaegu kõikides maailma riikides. Tervishoiutöötajate väljaränne on aktuaalne, kuna sellega kaasnevad võimalikud negatiivsed tagajärjed mõjutavad enamikku riigi elanikest läbi tervishoiuteenuste kättesaadavuse. Samuti seetõttu, et tervishoiutöötajate koolitus on üks kallimaid koolitusi ja emigratsiooniga kaasneb selle riikliku ressursi kaotus. Tuleb küll arvestada, et väljarändega võib kaasneda ka positiivseid tagajärgi päritoluriigile, kuid päritoluriigi jaoks on enamasti siiski tegemist negatiivsete tagajärgedega.

1.3. Tervishoiutöötajate migratsiooni mõjutavad institutsionaalsed tegurid

Tervishoiuteenuste ning seal hulgas tervishoiutöötajate vaba liikumist takistavad või soodustavad lisaks isiklikele ja majanduslikele teguritele mitmed regulatsioonid. Kõige levinumaks neist võib pidada regulatiivseid piiranguid just regionaalsetel ja riiklikel tasanditel. Tavaliselt püütakse regulatiivseid piiranguid vähendada erinevate standardite ühtlustamisega või siis lepitakse kokku diplomite ja teiste sertifikaatide vastastikusel tunnustamises. Samas võivad riigid kasutada ka teisi meetmeid tervishoiutöötajate sisserände soodustamiseks. Järgnevalt käsitletakse tervishoiutöötajate migratsiooniga seonduvaid meetmeid rahvusvahelisel tasandil, ELi tasandil ja enamlevinud tervishoiutöötajate väljarännet takistavaid või soodustavaid meetmeid riiklikul tasandil.

1.3.1. Rahvusvahelised regulatsioonid

Maailmas aset leidev globaliseerumine ei ole läinud mööda tervishoiusektorist ning on mõjutanud viimase arengut nii otseselt kui ka kaudselt (oma osa on siin olnud ka tehnoloogia arengul). Tulenevalt globaliseerumisest ning ka tervishoiusektori kiirest arengust on päevakorda tõusnud erinevad regulatsioonid ja meetmed (nt tervishoiutöötajate tegevuslitsentsid ja sertifikaadid), mis takistavad tervishoiuteenuste osutamist rahvusvahelisel tasandil. Seetõttu on tekkinud vajadus erinevate standardite harmoneerimiseks ja mitmepoolselt tunnustatud õppekavade juurutamiseks, et hoida ära diskrimineerivaid turule sisenemise barjääre (Chanda 2001, lk 76).

Mitmed rahvusvahelised organisatsioonid annavad soovitusi ja sätestavad standardeid tervishoiutöötajate rahvusvaheliseks värbamiseks ja töötingimusteks. Olulisemad organisatsioonid on Euroopa Liit, Maailma Kaubandusorganisatsioon (*World Trade Organisation* – WTO), Rahvusvaheline Tööorganisatsioon (*International Labour Organisation* – ILO), Rahvusvaheline Migratsiooni Organisatsioon (*International Organisation of Migration* – IOM) ja Maailma Terviseorganisatsioon (*World Health Organisation* – WHO). Tulenevalt Eesti astumisest EL-i on praegusel hetkel peamine huvi EL. Tuleb arvestada, et EL-il on ka WTOs oma ühtne esindatus. Seetõttu keskendumine käesolevas peatükis eelkõige EL-ile. WTO osas antakse lühike ülevaade Eesti praegusest

seisust GATS-i tervishoiuteenuseid puudutavate kohustuste osas (veidi põhjalikumalt on GATSi tervishoiuteenuste osa kirjeldatud lisa 1).

Euroopa Liidu liikmesriikide kodanike üks põhiõigustest, õigus EL piires vabalt liikuda, tuleneb EL asutamislepingu artiklitest 39, 43, 49 ja 50. Sisuliselt tähendab see ka töötajate õigust vabalt liikuda. Isikute vaba liikumise põhimõtte kohaselt peavad liikmesriigid kohtlema teiste liikmesriikide kodanikke võrdselt oma riigi kodanikega ning kõrvaldama kõik takistused teiste liikmesriikide kodanike õigustelt. Isikute vaba liikumine tähendab, et EL kodanikud saavad EL piires vabalt õppida, töötada ja elada. Peale inimeste vaba liikumise on EL põhiõigusteks kaupade, teenuste ja kapitali vaba liikumine. Kõik neli põhiõigust kehtivad ka tervishoiusektori ja –töötajate kohta. EL neli põhivabadust laienevad ka kõikidele Euroopa Majanduspiirkonna² (*European Economic Area – EEA*) kodanikele.

Kiil 1.4

EUROOPA LIIDU DIREKTIIVID KUTSEKVALIFIKATSIOONI VASTASTIKUSEKS TUNNUSTAMISEKS

Sektoraalsed direktiivid – sätestavad ELi riikides kutsekvalifikatsioonide vastastikkuse tunnustamise. Sektoraalsed direktiivid kehtivad tervishoiutöötajatest arstide, üldõdede, hambaarstide, ämmaemandate, farmatseutide ametitele.

Üldise süsteemi direktiivid (*general system directives*) – sätestavad kvalifikatsioonide vastastikkuse tunnustamise kõikidele reguleeritud elukutsetele, mis nõuavad kolm või enam aastat kõrgkoolis õppimist. Direktiiv kehtib elukutsetele, mis on tunnustatud ja reguleeritud nii lähte- kui sihtriigis.

EL-i asutamislepingu artikkel 39 raames on küll lubatud ka erandite kehtestamine avaliku sektori poliitika (*public policy*), turvalisuse ja tervisekaitse alustel, kuid see artikkel puudutab ainult üksikisikuid ning ükski EL liikmesriik ei või artiklit kasutada selleks, et piirata tervishoiuspetsialistide sisserännet riiki (Hervey 2002, lk 14). Samas tuleb EL liikmesriikidesse tööle minna soovijatel arvestada asjaoluga, et kõik EL liikmesriigid on kandidaatriikidest pärinevate töötajate vabale liikumisele kehtestanud üleminekuperioodid. Riigid, kas jätkavad endist töölubade süsteemi või on kehtestanud teatud piiranguid sotsiaalsete garantiide laienemisel (vt ka ptk 1.3.2).

Tööjõu vaba liikumise tagatised peavad hõlmama sotsiaaltagatisi, töötingimuste osas mittediskrimineerimist, aga ka tervishoiutöötajate jaoks kvalifikatsiooni vastastikkust tunnustamist riikide poolt ja võimalust registreeruda vastava riigi registris. Juba 1975. a võeti ELs vastu direktiiv, mis harmoneeris arstide ametiala standardid. 1977. a võeti sarnane direktiiv vastu ka üldõdede jaoks, lisaks on eraldi direktiivid vastu võtnud hambaarstidele (1978. a), ämmaemandatele (1980. a) ja farmatseutidele (1985. a). Need direktiivid on tuntud ka **sektoraalsete direktiividena** (*sectoral directives*). Direktiivide eesmärgiks on olnud kergendada tervishoiuspetsialistide kvalifikatsioonide ja koolituse ning kutsetegevuse vastastikkust tunnustamist liikmesriikide vaheliselt (Chanda 2001, lk 73). Direktiivid on aluseks iga tervishoiuvaldkonna erialase koolituse põhinõudmistele. Nendega keelatakse piirata erialal praktiseerimist tulenevalt asjaolust, et erialane kvalifikatsioon on omandatud mõnes teises EL liikmesriigis. Riiklikud võimuorganid, mis annavad tervishoiutöötajatele

² Peale EL liikmesriikide kuuluvad EEAsse veel Liechtenstein, Island ja Norra. ELga ühinedes peavad liituvad riigid (sh siis ka Eesti) liituma ka EEAgaga, mis leiab samuti aset 1. mail 2004. a.

volitusi oma piirkonnas praktiseerida, on kohustatud tunnustama teises liikmesriigis saadud kvalifikatsiooni. (Hervey 2002, lk. 14)

ELs lähtutakse tervishoiutöötajate kutsekvalifikatsioonide tunnustamisel kahest printsiibist³ (Saar 2003, lk 586):

- Automaatselt tunnustamisest – dokumenti, mis tõendab koolituse sisu vastavust EL nõuetele, tunnustatakse automaatselt ehk liikmesriiki tööle suunduva tervishoiutöötaja kvalifikatsiooni tõendab ainult diplom. EL koolitusnõuetega kooskõlas olevate diplomite nimekirjad on toodud iga eriala direktiivi lisas.
- Omandatud õiguse alusel tunnustamisest – selle printsiibi alusel tunnustatakse kvalifikatsiooni juhul, kui tervishoiutöötajal on sellise õppeasutuse diplom, mille koolituse sisu ei ole kooskõlas ELs tunnustatud koolitusnõuetega. Sellise diplomiga EL liikmesriiki tööle soovija peab esitama ka lisadokumente (sõltuvalt sellest, kuivõrd tema koolitus erineb EL nõuetest).

Sektoraalsete direktiivide süsteem põhineb liikmesriikide vastastikusel usaldusel. Lisameetmetena peavad koolitusprogrammid kõigis liikmesriikides vastama teatud miinimumstandarditele. Liikmesriikide kodanikest arstidel, kes on liikmesriigis saanud ka vastava erialase hariduse, on õigus saada tunnustatud teises liikmesriigis. (Nicholas 2004, lk 83)

Hoolimata näiteks arstide vaba liikumise direktiivist võivad vastastikku tunnustatud erialad EL liikmesriigiti varieeruda. Teatud eriala arste tunnustavad kõik liikmesriigid (nt üldkirurgia (*general surgery*), sisehaigused (*internal medicine*) jne), kuid ülejäänud erialad on reeglina tunnustatud kahe või enama liikmesriigi poolt (nt reumatoloogia (*rheumatology*) on tunnustatud kõikide EL liikmesriikide poolt v.a Austria, Saksamaa ja Prantsusmaa). Põhjuseks on asjaolu, et vastavat eriala direktiivis kirjapandud kujul teistes riikides ei eksisteeri (Borzeda jt 2002, lk 19). Kuna riikides on erinevad süsteemid arstide klassifitseerimisel, siis tekitab see piiranguid kvalifikatsioonide vastastikkusel tunnustamisel. Euroopa Komisjon on pakkunud välja, et kõiki selliseid kutseid käsitletakse üldise süsteemi raames (Nicholas 2004, lk 93).

Diplomite vastastikuse tunnustamise seisukohalt on oluline ainult kvalifikatsiooni vastavus ning liikmesriik ei tohi seada keeleoskuse testimist registreerimise eeltingimuseks. Sektoraalsetes direktiivides on sätestatud, et keeleoskus peab olema omandatud sellisel tasemel, mis võimaldab sihtriigis enda erialal praktiseerida. Selline nõue on täiesti arusaadav, kuna diplomite vastastikune tunnustamine iseenesest töökohta ju ei garanteeri ning töö saamine sõltub suuresti tööandjast. Seetõttu tuleb liikmesriiki tööle suundujal loomulikult arvestada kohaliku kultuuri eripäraga, mille hulka kuulub ka kohaliku keele valdamine, mis on aluseks patsientide ja kolleegidega suhtlemisele ning igapäevaelu toimetulekule (Saar 2003, lk 587).

Alates esimeste tervishoiutöötajaid puudutavate direktiivide vastuvõtmisest on oluliselt muutunud Euroopa Komisjoni lähenemine direktiivide vastuvõtmise osas. Varasem harmoneerimise põhimõte on järk-järgult asendunud vastastikuse tunnustamise printsiibiga, mis tähendab, et kui üks liikmesriik tunnustab mingi ametiala esindajat, siis peavad seda

³ Tunnustamisel tehakse vahet, kas õppekava, mille alusel väljastatakse kvalifikatsiooni tõendav dokument (tunnistus, diplom, sertifikaat või muu kvalifikatsioonitõend), vastab ELs vastava eriala õppekavale kehtestatud nõuetele või mitte.

tegeva ka teised liikmesriigid (eeldades loomulikult, et vastava ametiala esindajate tegevus on seadusandlikult reguleeritud). (Oulton 1998, lk 129)

Seetõttu võeti lisaks sektoraalsetele direktiividele 1989. a ELs vastu direktiiv, mis lõi seadusandliku raamistiku erialade kvalifikatsioonide (kolm või enam aastat kõrgharidust) vastastikuseks tunnustamiseks liikmesriikide vahel e **üldise süsteemi direktiivid** (*general system directives*) (Nicholas 2004, lk 82-83). Üldise süsteemi direktiivide kohaselt võib liikmesriik nõuda erialase kvalifikatsiooni tõendamist, kui teisest liikmesriigist pärit töötaja koolitus on vähemalt aasta võrra lühem kui liikmesriigis, kus ta tööd soovib saada. Sellisel juhul võib töökoha taotlejalt nõuda kohandumisperioodi (*adaptation period*) läbimist (praktiseerimine mitte pikemalt kui kolm aastat) või erialaseid oskuseid tõendava testi (*aptitude test*) tegemist, valiku tegemine nende kahe vahel peab aga jääma töökohta taotlevale inimesele. (Nicholas 2004, lk 83-84)

Hetkel on Euroopa Komisjon välja töötamas ühtset direktiivi, mis hõlmaks endas kõik senised tervishoiutöötajate kvalifikatsioonide tunnustamist puudutavad direktiivid. Põhjuseks on liikmesriigiti erinev bürokraatia tase ning registreerimisprotseduurid. Liikmesriigid on küll harmoneerinud oma siseriikliku seadusandluse erinevate tervishoiutöötajate tegevust puudutavate direktiividega, kuid vaatamata sellele puudub EL-keskne tervishoiutöötajate registreerimisprotseduur ja igal riigil on lisaks sellele veel omad formaalsused (Nicholas 2004, lk 94-95). Uus kõikehõlmav direktiiv peaks muutma regulatsioone senisest tunduvalt selgemaks.

EL direktiivide süsteem peaks võimaldama tervishoiutöötajatel (arstid, õed, ämmaemandad jne) asuda tööle teistes EEA liikmesriikides ilma, et neil tekiks suuri raskusi diplomite tunnustamise ning tervishoiutöötajana registreerimisega vastavas riigis. Vaatamata EL poolsele initsiatiivile on tänini edusammud ühtse tervishoiuteenuseid puudutava regulatiivse raamistiku sisseseadmiseks jäänud väikeseks. Tervishoiutöötajate tegevuse regulatsioonid on liikmesriigiti jäänud suhteliselt erinevateks, seega on tervishoiuspetsialistide regionaalne mobiilsus jäänud üsna piiratuks. (Chanda 2001, lk 74) Samas on teistest liikmesriikidest pärit spetsialistide tööle võtmine osa liikmesriikides üsna levinud (nt Suurbritannias).

Seoses riigiti erinevate registreerimissüsteemidega on inimestel vaja palju infot registreerimise protseduuride kohta. Tulenevalt registreerimisega seonduvast suurest bürokraatiast hinnatakse seda endiselt kui olulist takistust välismaale tööle minekul. Osaliselt püüab registreerimisprotseduure ühtlustada kavandatav direktiiv (Nicholas 2004, lk 88-94). Kokkuvõttes võib öelda, et kuigi ELi poolt on loodud alus tööjõu vaba liikumise toimimiseks, on siiski tööjõu liikumine seotud keerulise asjaajamise ning võimalike õpingute erinevusest tulenevate takistustega.

Täiendavalt tervishoiutöötajate-spetsiifiliste registreerimise ja koolituse nõuetele takistavad töötajate vaba liikumist ELi riikide poolt sätestatud üleminekuperioodid. Üleminekuperioodid on riigiti erinevate astmetega. Mõnes riigis nõutakse sarnaselt enne ELi kehtinud süsteemile tööloa taotlemist, teistes riikides kehtib üleminekuperiood vaid sotsiaalsete tagatiste piiratud laienemises.

Euroopa Liidu regulatsioonidest laiemat hulka riike hõlmavad on Maailmakaubandusorganisatsiooni regulatsioonid. Eesti on WTO liige alates 1999. aastast. Tervishoiutöötajate vaba liikumist reguleerib üks osa Üldisest Teenustega Kauplemise Kokkuleppes (GATS) (vt pikemat kirjeldust GATSi kohta lisa 1). Lühidalt on GATSi põhimõte, et tervishoiuteenustega kauplemine (sh ka tervishoiutöötajate rahvusvaheline liikumine (vt ka ptk 1.1)) tuleks avada võõrtööjõule ja välismaisele kapitalile. Teine oluline põhimõte on, et erinevate WTO-ga

ühinenud riikide vahel ei tohi diskrimineerida, st kui ühele riigile on antud õigus turule siseneda peab selle õiguse andma ka kõikidele teistele riikidele.

GATSi raames võtavad riigid endale kohustusi turg avada rahvusvahelisele konkurentsile ja vastavalt võetud kohustustele peab toimuma järk-järgult turu avamine. Võetud kohustusi on väga keeruline ümber muuta. Tervishoiuteenustega seotud kohustusi on näiteks haiglate teenuste kategoorias võtnud 42 riiki, 15 riiki on võtnud kohustusi kategoorias „muud inimeste terviseteenused” (EQUINET JT 2003, lk 1-2). Otseselt tervishoiutöötajate liikumisega või tervishoiuteenustega seotud kohustusi Eesti võtnud ei ole (WTO 1999).

Tulevikus võib GATSiiga seonduvalt Eesti tervishoiutöötajate praktiseerimine teistes riikides osutada lihtsamaks, kui see on praegu. Samas tuleb väga hoolikalt kaaluda GATSi raames võetavate kohustuste mõju Eesti tervishoiusüsteemile. Kuna tervishoiuteenuste pakkumine on riikides harilikult korraldatud avaliku teenusena, siis ei ole see enamasti valmis turukonkurentsiks, mis paratamatult turu rahvusvahelise avamisega kaasneb (EQUINET JT 2003, lk 2).

1.3.3. Riiklikud regulatsioonid

Tervishoiuteenuste liikumist riiklikul tasandil on võimalik piirata või soodustada mitmel erineval viisil. Mõned piirangutest on õigustatud tervishoiuteenuste kättesaadavuse ja kvaliteedi tagamisega, teised on motiveeritud puhtalt proteksionistlikest eesmärkidest ja majanduspoliitilistest põhjustest. Rahvusvahelised regulatsioonid püüavad riiklike regulatsioone vähendada või ühtlustada, et lihtsustada rahvusvahelist liikumist. Vaatamata sellele on riikidel võimalik kasutada mitmeid erinevaid meetmeid rahvusvahelise migratsiooni juhtimiseks.

Riiklikud regulatsioonid peavad tagama riigis tervishoiuteenuste jätkusuutliku ja piisava pakkumise ning see on ka peamine õigustus erinevate regulatsioonide seadmisel. Tervishoiutöötajate rännet reguleerivad nii kõikide töötajate liikumist mõjutavad meetmed (nt üldine töölubade süsteem) kui spetsiaalselt tervishoiutöötajate liikumise juhtimiseks kavandatud meetmed (registreerimise nõuded erinevates riikides). Järgnevalt tutvustatud piirangutest osasid kasutatakse eelkõige tarbijate kaitsmiseks, erialaste standardite säilitamiseks ning elanikkonna gruppidele võrdse juurdepääsu tagamiseks tervishoiuteenustele avalikus tervishoiusektoris. Osa barjääride eesmärgiks on piirata konkurentsi ja kaitsta kohalike teenuste pakujate sissetulekuid välismaalt sisserännanud spetsialistide arvelt. Riiklikke meetmeid vaadeldakse sihtriigi ja lähteriigi-poolsete meetmete lõikes.

Sihtriigi poolt takistavad tervishoiutöötajate rahvusvahelist liikumist bürokraatia piiriületusel ja siseriiklikud regulatsioonid, millega seatakse tingimused võõrtööjõu viibimisele ja tegutsemisele riigis.

VÕIMALIKUD RIIKLIKUD REGULATSIOONID TERVISHOIUTÖÖTAJATE RÄNDE
MÕJUTAMISEKS

Sihtriigi poolsed rännet takistavad või soodustavad regulatsioonid

- Sisserändajate arvuline reguleerimine (kvoot v keeld)
- Kvalifikatsioonitingimused (nt võimalik riigis viibimise kestus, keeleoskuse nõuded)
- Kohaliku turu vajaduste ja võimaluste tingimus riiki sisenemise ja tööloa saamiseks
- Akrediteerimist ja litsentseerimist puudutavad nõuded (eriala, keeleoskus)
- Soodustused/toetused keeleõppe ja kolimise osas
- Aktiivne välismaine värbamispoliitika
- Välismaise värbamise reeglistik

Lähteriigi poolt migratsiooni takistavad regulatsioonid

- Migratsiooni maks (õppekulude osaline või täielik kompenseerimine riigile kas töötaja või sihtriigi poolt)
- Kohustuslik töötamine koduriigis teatud aja jooksul

Lähteriigi poolt naasmist soodustavad ja väljarände tõuktegureid vähendavad meetmed/regulatsioonid

- Tervishoiu sektori eelisarendamine ja senisest tugevam riiklik toetus sektorile (palkade tõus, investeringud, sooduslaenuid jne)
- Tervishoiusektori ümberkorraldamine (juhtimisstruktuuride ümberkorraldamine, teenuste pakkumise efektiivsuse suurendamine, tööaja ja töötingimuste regulatsioonid)
- Maksusoodustused naasvatele töötajatele
- Naasvatele töötajatele muud soodustused (nt eluaseme tagamine, töökoha garanteerimine)

Piirületust takistavad immigratsiooni-alased regulatsioonid hõlmavad endas sisserändajate arvulist piiramist ning erinevaid kvalifikatsiooni tingimusi (*eligibility conditions*) riiki sisenemiseks. Tervishoiutöötajad saavad tööloa ametnikelt peale seda, kui see on heaks kiidetud vastutava riikliku ministeeriumi poolt, samas võidakse tööloa kestust piirata. Kui mõne eriala osas valitseb sihtriigi tervishoiutöötajate turul ülepakkumine, võib riik sisserände üleüldse keelata (Chanda 2001, lk 27).

Siseriiklikud regulatiivsed meetmed hõlmavad endas majanduse ja kohaliku turu vajaduste määramist (*economic and local market needs test*) ning inimressursside planeerimist. Selliseid meetmeid kasutatakse sihtriigis välismaise tööjõu vajaduse määratlemiseks ning ka välismaiste tervishoiutöötajate arvu kindlaks tegemiseks. Need regulatiivsed meetmed lubavad välismaalastel riigi tööturule siseneda, kui riigis puudub tööjõud vastavate tööülesannete täitmiseks. Kuna vajaduste määratlemine ei toimu reeglina mingite selgelt defineeritud kriteeriumite alusel, siis on sellised siseriiklikud regulatiivsed meetmed enamasti läbipaistmatud ja diskrimineerivad välismaise tööjõu suhtes.

Selleks, et tervishoiutöötaja saaks välisriigi tööturul tegevust alustada peab ta läbima riigi poolt nõutavad litsentseerimise ja registreerimise nõuded. Registreerimise nõuded on vältimatud, et tagada töötajate vastavus riigis sätestatud nõuetega ja et mitte ohtu seada tervishoiuteenuste kvaliteeti. Samas toimivad sellised registreerimise ja litsentseerimise nõuded barjäärina tööturule sisenemisel. Päritolu- ja sihtriigivahelise vastastikuse diplomite või litsentside tunnustamise kokkuleppe puudumisel satuvad tervishoiutöötajad reeglina silmitsi üsna rangete ja diskrimineerivate standarditega (nt selleks, et saada luba tervishoiusektoris töötada, peab tervishoiutöötaja selles riigis uuesti vastava kvalifikatsiooni omandama) (Chanda 2001, lk 27).

Sageli on tööle asumine seotud ka keele- või täiendkoolituse nõudega. EL tervishoiutöötajaid puudutavate direktiivide kohaselt on tervishoiutöötajate diskrimineerimine keeleoskuse baasil lubamatu, kuid praktikas liikmesriikide nõuded keeleoskuse tõendamisele erinevad. Näiteks ei nõua Rootsi EEA kodanikelt ametlikult keeleoskust tõendava testi tegemist, kuid osades riigi kommunides võidakse siiski nõuda keeles algetadmisi tõendava sertifikaadi olemasolu. Vastandina nõutakse Taanis aga keeleoskust tõendava sertifikaadi olemasolu kõikidele end registreerida soovivatelt tervishoiutöötajatelt. Norra, Taani, Rootsi ja Suurbritannia pakuvad samas end registreerida soovivatele EEA kodanikele ka keeltekursusi (Jakubowski, Hess 2004, lk 134).

Võõrtöajõu diskrimineerimise vältimiseks ja siht- ning päritoluriigi tervishoiusektori vajaduste ja võimaluste arvestamiseks on sihtriigi poolt kasutatud „eetiliste” värbamisreeglite kehtestamist. Näiteks Suurbritannias on vastuvõetud soovitusliku iseloomuga värbamise reeglid, mis aitavad kaasa sellele, et sihtriigid ei tekitaks otsust kahju võõrtöajõule ning ei tõmbaks ära tööjõudu neist riikidest, kus on sellest suur puudus (vt ka kiil 1.6). Kuna tegemist on soovituslike juhtnõuudega, siis ei saa tagada nende järgimist, siiski on neil oma mõju, kui sätestatud põhimõtteid üldiselt aktsepteeritakse (Bach 2003, lk 21-22).

Kui riigis on tekkinud või ähvardab tekkida oluline tööjõu puudujääk, siis võib riik toetada tervishoiuasutuste aktiivset värbamist välismaalt. Tulenevalt asjaolust, et tervishoiutöötajad on kõikides riikides reguleeritud tegevusala on riigi ja tervishoiuasutuste koostöö siinkohal oluline. Sellist poliitikat on kasutanud Suurbritannia. Selleks, et suurendada sissevõetavate tervishoiutöötajate arvu kiirendati töölubade saamise protsessi ja võimalusi jääda riiki alaliselt (Chanda 2001, lk 57). Aktiivse värbamise lihtsustamiseks on Suurbritannia sõlminud kahepoolseid leppeid, et oleks võimalik otse päritoluriigist värvata inimesi. Näiteks on Suurbritannial kahepoolne lepe Egiptusega, mis muuhulgas sätestab võimaluse Egiptuse arstidel praktiseerida Suurbritannias, et suurendada oskuste ja teadmiste taset. Samuti on eelpoolkirjeldatud „eetiliste reeglite” raamistik aktiivse värbamise üks osa (Bach 2003, lk 21).

Lähteriigi üks olulisemaid probleeme, mis tervishoiutöötajate väljarändega kaasneda võib, on ajude väljavool. Juhul, kui selline probleem on ette näha, siis võib riik võtta ette erinevaid meetmeid spetsialistide hoidmiseks kodumaal või siis soodustada väljarännanud isikute tagasirännet riiki. See eeldab, et riik võtab midagi ette väljarännet ajendavate põhjuste suhtes (madal palk, kehvad töötingimused, infrastruktuuri ja töövahendite halb seisukord, tervishoiusektorisse tehtavate investeeringute vähesus, teadmiste ja oskuste uuendamise võimaluste puudumine ning ka poliitilised ja sotsiaalsed tingimused, aga näiteks ka välisriigi aktiivne värbamispoliitika).

Enamikes riikides on tervishoiupersonalile hariduse andmine suures osas subsideeritud avaliku sektori poolt ning seetõttu nõuab olulisi investeeringuid. Seega kujutab tervishoiutöötajate väljaränne endast subsiidiumit migratsiooni sihtriigile. Mingil määral võivad kulutused riigile olla kompenseeritud väljarännanud töötajate suuremate rahaülekannete näol kodumaale, kuid see ei ole oma olemuselt otsene kompensatsioon avalikule sektorile. Seega kui riigist toimub tervishoiutöötajate väljavool, siis peab piisava tervishoiuteenuste pakkumise tagamiseks midagi ette võtta. Laiemas plaanis on võimalik kas ise juurde koolitada töötajaid, kasutada olemasolevat ressursi paremini (hoida võimalikult palju tervishoiutööd õppinud inimesed selles valdkonnas, pikendada ea tõttu töölt lahkumist, vähendada lapsehoolduse tõttu puhkuse pikkust jne), tuua sisse töötajaid välismaalt (välismaine värbamine) või püüda mõjutada väljarändajaid kodumaale jääda.

Samas on väljarände piiramise võimaluseks ka negatiivsete stiimulite kasutamine, milleks võivad näiteks olla migratsiooni maks, õppekulude osaline või täielik tagasimaksmine riigile

töötajate poolt, kes lahkuvad üsna varsti peale hariduse omandamist. Ette võib kujutada ka riikidevahelisi kahepoolseid lepinguid, mille kohaselt välismaale läinud töötaja hariduse maksab kinni sihtriik. Näiteks kaalub Leedu võimalusi, et sihtriik kuhu Leedus koolitatud tervishoiutöötajad tööle lähevad, maksaks nende töötajate koolituse kinni. Samuti kaalutakse võimalusi, et Lääneriigid telliksid otse Leedult omale tervishoiutöötajate koolituse. Kuna Leedus on koolitus odavam võiks see olla Lääneriikidele huvipakkuv (Krosnar 2004). Kuna tervishoiutöötajate väljaõpe on väga pika tsükliga, siis võib inflatsioon oluliselt vähendada tagasimakstava summa reaalkaalu. Selliste skeemide rakendamisel tuleb kaaluda maksuperioodi pikkust ja selle sõltuvust töötamise pikkusest välis- ja koduriigis. Lisaks on vaja kaaluda sellise skeemi „õiglusega” seotud aspekte võrrelduna teiste valdkondadega kui ainult tervishoiukoolituse kulude tagasimaksmist nõutakse.

Juhul, kui koolitus on finantseeritud erasikute poolt, siis ei ole koolituskulude tõttu kaotatud ressursid riigile probleemiks. Näiteks käsitletakse Filipiinidel välismaal töötamist kui võtmeküsimust majanduskasvuks. Üle 70% igal aastal lõpetavast 7000 õest lähevad välismaale tööle ja kokku on iga-aastane välismaale siirduvate õdede arv 15000. Kuna õdede õpe on tasuline, siis ei ole riiklik kutseõppeks kulutatud ressursid kadunud. Samas on siiski probleem tervishoiuteenuste pakkumisega, kuna umbes 30000 õdede ametikohta on täitmata (Bach 2003, lk 4).

Tervishoiutöötajate hoidmine kodumaal võib olla ka kohustusliku praktiseerimise vormis. Selliste skeemide erinevad variandid nõuavad umbes kolme aastast töötamist kodumaal pärast lõpetamist. Vahel on loodud sarnane skeem ka kodumaal töötamiseks, kus pärast lõpetamist peab tööle minema riigi vähem arenenud regioonidesse või maapiirkondadesse, enne kui saab tööle minna linna. Näiteks nõuab Trinidad ja Tobago oma tervishoiutöötajate töötamist kodumaal vähemalt kolm aastat, enne kui nad saavad välismaale tööle. Selliste skeemide edukuse jaoks on vajalik tagada, et ka sihtriik ei võtaks oma kohustusi täitmata töötajad tööle (Bach 2003, lk 14).

Teiselt poolt saab riik kasutada ka positiivseid stiimuleid väljarännanud töötajate naasmiseks kodumaale, nt maksuvabastuse andmine või maksude alandamine (Adams, Kinnon 1998, lk 38). Seega suhteliselt oluliseks hoovaks on siinkohal riigi maksupoliitika. Väljarännanud spetsialistide on võimalik kodumaale tagasi meelitada ka elu- ja töötingimuste parandamisega, infrastruktuuri edendamisega ning tööhõive võimaluste parandamisega tervishoiusektoris (Chanda 2002, lk 41). Võtmeküsimuseks tagasipöördumist soodustavate meetmete rakendamisel on tagada naasvate töötajate rakendamine ametikohtadel, mis vastavad nende inimkapitalile.

Paljude tervishoiuspetsialistide liikumisega kaasnevate probleemide põhjuseks võib pidada ebapiisavat investeringute mahtu tervishoiusektoris või ka investeringute ebaefektiivset kasutamist. Kui sektori inimkapitali ja füüsiliste ressursside kvaliteeti ning kättesaadavust soovitakse parandada, tuleks tulenevalt kitsaskohtadest suurendada kulutusi tervishoiule ning muuta sektoris tehtavate kulutuste jaotus tõhusamaks (ehk viia vastavusse kohalike vajaduste ja prioriteetidega). Muude meetmetena võib valitsussektor anda tervishoiuvaldkonnale finantsabi (nt sooduslaene haiglate ehitamiseks ja varustuse hankimiseks); korraldada ümber juhtimisstruktuurid, suurendada tervishoiuteenuste pakkumise efektiivsust ning vähendada teenuste maksumust; alandada linnapiirkondades oleva maa maksumust; pakkuda maad linnapiirkonnas haiglate rajamiseks subsideeritud hindadega jne (Chanda 2002, lk 42).

Kõige otsesem viis tervishoiutöötajate väljarännet mõjutada on vähendada väljarännet innustavaid tegureid. Näiteks, kui on ilmselge, et peamine välismaale liikumise tegur on palk, siis võib suurendada palgataset. Või kui peamine välismaale suundumise tegur on töö- või

residentuurikohtade puudumine, siis ehk ongi riigis tegemist tööjõuülejäägiga. Näiteks kavandab Leedu järgmiste aastate jooksul tõsta arstide keskmist palka 10% aastas järgmiste aastate jooksul ning seda just eesmärgiga vähendada palgaerinevust Lääne-Euroopa riikidega (Krosnar 2004).

Meetodite edukale rakendamisele riigi poolt aitavad kaasa **kahepoolsete, regionaalsete ja mitmepoolsete koostöölepingute** olemasolu. Üheks võimaluseks on kahepoolsete lühiajaliste lepingute sõlmimine migratsiooni päritolu- ja sihtriigi vahel tervishoiutöötajate rände reguleerimiseks ning kokkuleppe konkreetne sisu tuleneks riikide vastava ala spetsialistide pakkumise ja nõudluse olukorrast. Selliste meetmete alla kuuluvad spetsiaalsed viisarežiimid ja värbamisprogrammid (mõnikord ka ainult mingi konkreetse valdkonna töötajate värbamiseks). Näiteks on Ameerika Ühendriikides sisseviidud spetsiaalne viisasüsteem ning muudetud immigratsioonipoliitikat, et julgustada Indiast, Jamaikalt ja Filipiinidelt pärit meditsiiniõdede ja tehnikute ning Suurbritanniast ja Kanadast pärit spetsialistide sisserännet. Peale migratsiooni kontrolli all hoidmise toovad sellised lepingud kasu töötajate oskuste ja sisetulekute suurenemise näol. Alternatiivseks kahepoolse koostöö võimaluseks oleks ka päritoluriigile tehnilise ja finantsabi andmine migratsiooni sihtriigi poolt. Mitmepoolne koostöö immigratsiooni, tööturupoliitika, kutsestandardite, diplomite vastastikuse tunnustamise ning litsentsinormide osas on üles kerkinud ka GATSi tervishoiutöötajate liikumist puudutava raames. Sarnaseid valdkondi käsitletakse reeglina ka regionaalsete lepingute sõlmimisel (nt EL siseselt) (Chanda 2002, lk 38-41).

Sageli sõltub lähteriigi poolt soovitava migratsiooni mõjutava poliitika edukus sellest, kuidas potentsiaalne sihtriik käitub. Edukaks rakendamiseks on vajalik sageli ka kahepoolsete lepingute olemasolu ja sihtriigi poolne eetiline käitumine värbamise osas.

Kokkuvõtteks võib öelda, et tervishoiutöötajate liikumist rahvusvahelisel tasandil reguleerivad nii rahvusvahelised, EL taseme kui ka riiklikud regulatsioonid. Rahvusvaheliste regulatsioonide ja EL erinevate direktiivide eesmärgiks on üldjuhul muuta tervishoiutöötajate liikumist riikide vahel lihtsamaks. Riiklikud regulatsioonid on aga oma olemuselt rohkem migratsiooni piiravad kui soodustavad.

1.4. Rahvusvahelised tervishoiutöötajate migratsioonivood

Käesolevas alapeatükis antakse ülevaade sellest, millises ulatuses on tervishoiutöötajate liikumine rahvusvahelisel tasandil senini toimunud. Samuti tutvustatakse erinevates riikides tervishoiutöötajate potentsiaalse migratsiooni hindamiseks läbi viidud uuringuid. Tulenevalt migratsioonistatistika puudulikkusest ei ole ülevaadet praegustest tervishoiutöötajate rahvusvahelistest migratsioonivoogudest olemas.

Koloniaalse perioodi järgselt alustasid paljud arenguriigid tervishoiuteenuste valiku laiendamist ning selle tarbeks meditsiinipersonali väljaõpetamist. Kuid alates 1960-ndatest aastatest on arengumaade tervishoiutöötajad rännanud arenenud tööstusriikidesse, mis hakkasid samuti tervishoiusektorit arendama ning seega tekkis vajadus lisapersonali järele – mistõttu tervishoiutöötajate nõudluse ja pakkumise vahe arenenud riikide ja arengumaade vahel veelgi süvenes. 1970-ndatel viis Maailma Terviseorganisatsioon läbi uurimuse tervishoiupersonali rahvusvahelise liikumise hindamiseks. Uurimustulemuste kohaselt oli mõnda teise riiki liikunud ligi 16% kogu maailma tervishoiutöötajatest. Väljaspool oma sünni- või hariduse omandamise riiki töötas aga 4% kõikidest maailma õdedest ning suurem osa neist oli läinud Euroopasse ja Põhja-Ameerikasse. Koloniaalse perioodi lõppedes olid migratsiooni vormi ja sihtriigi valiku oluliseks mõjutajaks keelelised ning kultuurilised

sidemed (Martineau jt 2002, lk 2). Tulenevalt statistika puudulikkusest ei ole täpset ülevaadet sellest, milline on tervishoiutöötajate ränne riikide vahel maailmas tervikuna või ELi riikide vahel.

Arengumaade tervishoiutöötajate järele on viimasel ajal küll nõudluse kasv langenud (mõnikord ka mingi spetsiifilise eriala esindajate osas), kuid üldine nõudlus spetsialistide järele on maailmas siiski suurenenud. Majanduslik olukord on aga paljudes arengumaades muutunud halvemaks, mille tulemusena on palgad ja personali rahulolu tööga (tulenevalt sektori alafinantseeritusest) langenud ning seetõttu muutnud välisriigis töötamise veelgi atraktiivsemaks. 1970-ndatest alguse saanud turgude globaliseerumine ja vabakaubanduslepingute arendamine on samuti kergendanud rahvusvahelist migratsiooni ning vähendanud piiranguid inimeste liikumisele (Martineau jt 2002, lk 3-4). Paljudes arenenud riikides nõudlus teatud valdkonna tervishoiuspetsialistide järele üha kasvab. Näiteks on õendusala töötajatest puudujääk sellistes Euroopa riikides nagu Suurbritannia, Taani, Itaalia ja Norra. Tervishoiuspetsialistide puudujäägiga riikidel on välja kujunenud kindlad riigid, kust õendusala spetsialiste tööle värvatakse. Näiteks Euroopa riigid, kellel on puudus tervishoiutöötajatest, palkavad suurema osa personalist Argentiinast, Austraaliast, Belgiast, Taanist, Indiast, Irimaalt, Hollandist, Uus-Meremaalt ja Rootsist (Chanda 2001, lk 10).

Üsna tõenäoliselt migratsioon rikkastesse ja arenenud riikidesse lähimate kümnendite jooksul suureneb. Lisaks üldisele tervishoiuteenuste pakkumise suurenemisele, peavad arenenud riigid tulema toime ka elanikkonna vananemisega. Peale elanikkonna vananeb aga ka meditsiinipersonal. Mõningaid rikkaste riikide demograafilisi probleeme on võimalik lahendada tööjõu tõhusama planeerimisega, kuid mõningane nõudlus välismaise tööjõu järele tuleneb meditsiini töötajaskonna struktuursetest olemusest (palju nooremaste, kuid üksikud tippspetsialistid) (Martineau jt 2002, lk 7). Tulenevalt globaliseerumisest on vajalik migratsiooniga arvestada nii tervishoiu- kui muudes sektorites.

Mitmed tegurid EEA riikides viitavad asjaolule, et nõudlus tervishoiutöötajate järele lähimate kümnendite jooksul tõenäoliselt suureneb (Jakubowski, Hess 2004).

1. EEA liikmesriikide tööealine elanikkond osakaal suureneb kuni 2011.a-ni ning hakkab seejärel drastiliselt langema (Teise maailmasõjajärgse beebibuumi ajal sündinud jäävad pensionile). See omakorda tähendab ka meditsiinipersonali vananemist.
2. On oodata, et elanikkonna vananemisega kerkivad esile uued nõudmised tervishoiuteenuste osas (eriti seoses krooniliste haigustega).
3. Naissoost personali osakaal on järjepidevalt kasvanud, eriti just nendes liikmesriikides, kus varasemalt on arstide hulgas domineerinud mehed (nt Saksamaa, Rootsi). Kui perekondades ei saa lähiajal toimuma olulist soorollide muutumist, võib eeldada, et arstide töötundide arv hakkab nende karjääri jooksul langema (suureneb osalise tööaja osakaal ning naistöötajate ajutine töölt lahkumine).
4. Kuigi meditsiinist lahkuvate arstide osakaal on üle aastate püsinud suhteliselt stabiilsena, ei pruugi see olla enam nii tulevikus. Põhjuseks asjaolu, et noorte arstide valikud töö ja vaba aja tasakaalustamise osas on erinevad varem tööturule tulnud tervishoiutöötajate valikutest.
5. Euroopa haiglaid on ees ootamas suured muudatused seoses tööaja direktiivi (*working time directive*) rakendamisega 2004. aasta 1. augustist (üleminekuperioodiga viis aastat, mida on teatud asjaoludel võimalik veel paari aasta võrra pikendada). Direktiivi täielikul rakendamisel peaks arstide nädala lubatud töötundide arv langema praeguselt

enam kui 58 tunnilt 48 tunnile. Direktiiviga kehtestatakse lisanõuded ka vahetuste ja puhkepauside pikkustele. Kokkuvõttes tähendab direktiivi täielik rakendamine, et on vaja oluliselt enam töötajaid. Näiteks Saksamaal on sellest direktiivist ja vastavatest Euroopa Kohtu lahenditest tulenevalt vaja juurde 15-27000 arsti, Suurbritannias 12550 arsti ja Hollandis 10000 inimese jagu hooldavat personali (European Commission 2003, lk 20).

Tervishoiutöötajate liikumist rahvusvahelisel tasandil iseloomustab asjaolu, et töötajaid värvatakse peamiselt arengumaadest arenenud tööstusriikidesse ning teatud määral toimub töötajate liikumine ka arenenud riikide vahel. Hinnangute kohaselt liigub ligi 56% kõikidest arengumaade tervishoiutöötajatest arenenud riikidesse. Õendusala töötajate rände protsendid on reeglina suuremad (Chanda 2001, lk 11). Kui arengumaadest toimub tervishoiutöötajate väljaränne, siis arenenud riikides on netomigratsioon positiivne (Chanda 2001, lk 22).

Suurem osa tervishoiutöötajate liikumisest Euroopa piires on toimunud naaberriikide vahel ning seda asjaolu on tõenäoliselt mõjutanud riikidevahelised kultuurilised ja keelelised sidemed (nt Suurbritannia ja Iirimaa, Belgia ja Prantsusmaa ning Saksamaa ja Austria vahel). Piirialadel toimuva migratsiooni näiteks võib tuua Hollandi ja Saksamaa, nimelt osutavad paljud Hollandi hambaarstid oma teenuseid Saksamaal, kuna Holland on piiranud hambaarstide arvu teatud hulga elanike kohta, samas aga Saksamaal mingeid piiranguid ei eksisteeri (Hervey 2002, lk 15). Samuti on keelte sarnasuse ja kultuurilise lähedusega selgitatav Põhjamaade vaheline tervishoiutöötajate liikuvus, kuid peamiselt palgatakse tööjõudu siiski teistest riikidest, näiteks viis Rootsi 2000.a algul läbi kampaania, mille käigus värvati inimesi tööle Poolast (Jakubowski, Hess 2004, lk 139).

Kõige populaarsemateks tervishoiutöötajate sihtriigiks EEAs on Suurbritannia ja väiksemal määral ka Iirimaa. Suurbritannia ja Iirimaa populaarsust migratsiooni sihtriigina võib põhjendada sellega, et inglise keel on maailmas laialt levinud ning seda õpetatakse paljudes riikides juba teise keelena ehk teisisõnu viitab see, et teistesse liikmesriikidesse mineku suurimaks takistuseks on keeleoskus (Hervey 2002, lk 15).

SUURBRITANNIA NÄIDE TERVISHOIUTÖÖTAJATE RÄNDEST

EEA riikidest on nii tervishoiutöötajate sisse- kui ka väljaränne suurim Suurbritannias. Suurbritannia on teadlikult välja töötanud tervishoiuteenuste eksportimise poliitika. 1988. a lõi Riiklik Tervisteenistus (*National Health Services- NHS*) välismaale harukontori, mis tegutses seal riigi tervishoiuasutuste ja –institutsioonide turundusüksusena. Harukontori loomise eesmärgiks oli suurendada kodumaiste institutsioonide finantsvõimsust, tõsta riigi tervishoiustandardeid ja nende teenustega kaetust ning vahendada Suurbritannia tervishoiuspetsialistidele võimalusi osaleda välismaistes projektides ning koolitus- ja haridusprogrammides. Suurbritannia pakub oma tervishoiusektori teenuseid välismaalastele, paljud britid aga otsivad odavamalt ja alternatiivset ravi arengumaadest, toimub tervishoiutöötajate sisse- ja väljavool (Chanda 2001, lk 56-57).

Suurbritannia tähtsus tervishoiutöötajate liikumisel rahvusvahelisel tasandil on üsna oluline. Nagu paljudes arenenud riikides on ka Suurbritannias tervishoiuspetsialistide ülejääk, samas kui riigis pole piisavalt üldarste (*general practitioner*), õdesid ja tehnikuid. Seega on Suurbritannia peamine arstide, õdede ja tehnikute migratsiooni sihtriik. Enamasti on nende erialade esindajad pärit Lõuna-Aafrikast, Indiast, Pakistanist ja Ghanast, kes lähevad Suurbritanniasse majanduslike migrantidena või lühiajaliste lepingute alusel. Suurbritanniast liiguvad spetsialistid ja arstid Ameerika Ühendriikidesse ja Kanadasse. Tervishoiutöötajate sisserännet riiki on julgustanud ka NHS tegevus. Viimasel ajal on organisatsioon tunnistanud vajadust värvata arste ja õdesid (aga ka meditsiinitehnikuid ja kiirabi personali) aktiivselt Indiast ja Ida-Euroopa riikidest, et katta eriala esindajate puudus riigis, ning ajendada seda töölubade saamise protsessi kiirendamiseks ja võimalusega jääda riiki alaliselt (Chanda 2001, lk 57). Suurem osa teistest EEA riikidest Suurbritanniasse sisserännanud arstidest on pärit Saksamaalt, Kreekast, Iirimaa, Itaaliast ja Hispaaniast. 2000.a läbi viidud analüüsi tulemustest selgub, et ligi 5% Suurbritannias registreeritud tervishoiutöötajatest on omandanud oma kvalifikatsiooni mõnes teises EEA liikmesriigis (Nicholas 2004, lk 88).

NHS rõhutab kahte asjaolu välismaalt värbamisel: värbamine eetilises raamistikus ja riiklike kahepoolsete lepete sõlmimine, et oleks võimalik värvata otse soovitatavast lähteriigist. UK aktiivne värbamine välismaal tõstatab rahvusvaheliselt probleeme, kuna sellel on negatiivne mõju lähteriigi tervishoiusüsteemile. Selletõttu andis *Department of Health* välja juhised kõikidele tööandjatele, kuidas aktiivne värbamine välismaal peaks toimuma. Selle raames oli oluline, et aktiivselt ei tohi värvata arenguriikidest, kus on tööjõupuudus. Aktiivselt värvata tähendab selles kontekstis, et siiski võib vastu võtta töötajaid, kes ise (ilma kutsumata) soovivad tulla. Teatav mõju reeglitel oli, peamiseks puuduseks aga jäi see, et need ei kehtinud erasektori tööandjatele ja tööbüroodele. 2001. aastal anti täpsemad juhtnöörid, mis muuhulgas laienesid ka koostööle tööbüroodega. 2003. aastal täpsustati ka nimekiri, milliseid riike lugeda arenenud riikideks, kust ei tohiks aktiivselt värvata.

Käesoleva uurimistöö raames läbiviidava küsitluse, tervishoiutöötajate potentsiaalse migratsiooni väljaselgitamiseks ELga liitumisel, aluseks on varasemalt teistes Kesk- ja Ida-Euroopa riikides läbiviidud sarnased uurimused. 2001. a esimesel poolel viidi küsitlused läbi Poolas, Ungaris ja Tšehhi Vabariigis (vt Borzeda jt 2002). Kokku küsitleti neis riikides 4082 isikut (peamiselt arste ja õdesid, vähemal määral ka muud meditsiinilist personali). Tuginedes nende riikide eeskujule, viidi 2002.a keskel küsitlus läbi ka Leedus (vt Health human resource... 2002), kus küsitleti kokku 1042 inimest (sh 800 arsti, ülejäänud residendid). Eelnimetatud neljas riigis ning ka Eestis läbiviidud küsitluse ankeet on välja töötatud Prantsusmaa töö- ja solidaarsusministeeriumi (*Ministry of Labour and Solidarity*) poolt. Prantsusmaa huvi taolise küsitluse vastu on selgitatav asjaoluga, et Prantsusmaa on EEA riikidest Suurbritannia järel teisel kohal välismaalastest tervishoiutöötajate osakaalu poolest (Nicholas 2004, lk 88). Nimetatud küsitluste tulemusi võrreldakse käesoleva töö aluseks oleva küsitluse tulemustega peatükis 2.

Alapeatüki kokkuvõtteks tuleb tõdeda, et tervishoiutöötajate liikumine rahvusvahelisel tasandil toimub reeglina suunal arengumaadest arenenud riikidesse. EEA piires on tervishoiutöötajate liikumine jäänud siiski üsna madalale tasemele ning seda hoolimata ELs vastu võetud erinevatest direktiividest. Mitmete ühiskonnas asetleidvate protsesside (eelkõige elanikkonna vananemine) alusel võib väita, et tervishoiutöötajate liikumine EEA piires tulevikus tõenäoliselt suureneb. Ka erinevates Kesk- ja Ida-Euroopa riikides tervishoiutöötajate seas läbiviidud küsitlused näitavad, et tulevikus võib oodata tervishoiusektori töötajate suuremat mobiilsust EEA piires.

2. Eesti tervishoiutöötajate migratsioonikavatsused

2.1. Eesti tervishoiutöötajate arv

Alates 1995. aastast on tervishoiutöötajate arv Eestis vähenenud. Arstide arv on Sotsiaalministeeriumi andmetel vähenenud ligikaudu 400 inimese võrra (vt tabel 2.1), õendusala-töötajate arv ligi 1500 inimese võrra, samas hambaarstide arv on suurenenud umbes 200 inimese võrra. Oluliselt on alates 1995. aastast suurenenud perearstide arv, seda eelkõige perearstisüsteemi väljatöötamisega seonduvalt.

Tabel 2.1. Eesti tervishoiutöötajad aastatel 1995-2002, aasta lõpu seisuga

	1995	1998	2000	2001	2002	2004*	2015**
Arstid	4585	4311	4414	4275	4190	4296	3844
perearstid	104	299	448	557	701	655	
Arste 1000 elaniku kohta	3,22	3,13	3,23	3,14	3,09	3,18	3,0
Hambaarstid	867	985	1015	1094	1076	1054	
Hambaarste 1000 elaniku kohta	0,61	0,71	0,74	0,80	0,79	0,78	
Õendusalatöötajad jt meditsiinikooli lõpetanud	11416	10419	10095	9898	9939		
sh õendusalatöötajad	...	9055	8661	8503	8682	8185	10250
Õendusalatöötajad 1000 elaniku kohta	...	6,57	6,34	6,25	6,40	6,06	8,0
Kokku	16868	15715	15524	15267	15205		

... - andmed avaldamiseks ebausaldusväärsed

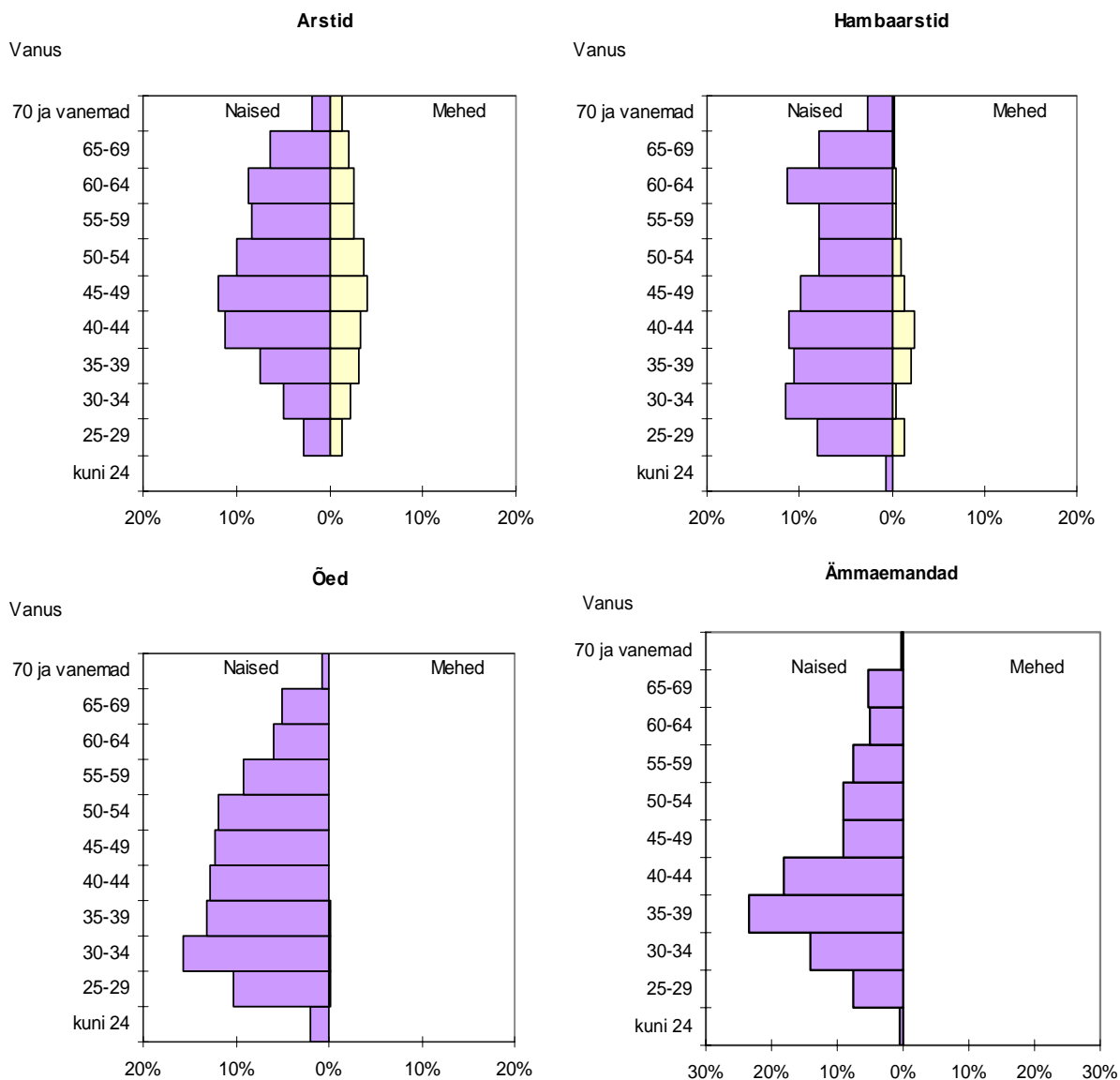
* Tervishoiuameti Tervishoiuregistri andmed seisuga 28.aprill 2004.

** 2015. aasta prognoos tugineb Sotsiaalministeeriumi nägemusele optimaalsest arstide ja õdede suhtest rahvastikku ning ESA rahvastiku prognoosi II stsenaarium (ESA "Rahvastik 2002", 2003.)

Allikas: Sotsiaalministeerium 2003, lk 44

2004. a aprilli lõpu seisuga oli Tervishoiuameti Tervishoiutöötajate registrisse kantud 13945 tervishoiutöötajat. Tulenevalt sellest, et Tervishoiutöötajate register on uuendamisel, ei ole veel kõik Eesti tervishoiutöötajad registrisse kantud. Hinnanguliselt oli uuringu tegemise ajal registris üle 90% kõikidest tervishoiutöötajatest. Tervishoiutöötajate register on käesolevas töö raames läbiviidud küsitluse aluseks. Töös eeldatakse (toetudes ka Tervishoiuameti spetsialistide hinnangutele), et süstemaatilist erinevust registrisse juba kantud ja mitte kantud inimeste vahel ei ole. 2003. a sügisel oli Eestis Tartu Ülikooli arstiteaduskonna residentide nimekirjas 405 inimest, neist osa on kantud ka Tervishoiutöötajate registrisse.

Vaatamata sellele, et Eesti tervishoiutöötajate arvu vähenemise taustal on vähenenud ka Eesti elanikkond, on tervishoiutöötajate suhe elanikkonda võrreldes 1990-ndate algusega langenud. Aastal 2002 oli Eestis arste 3,09 ja õendusalatöötajaid 6,4 1000 inimese kohta. Võrreldes Eesti arstide ja õendusalatöötajate arvu 1000 elaniku kohta teiste riikidega (vt tabel 1.2 peatükis 1), on näha, et Eesti arstide arv 1000 elaniku kohta on samas suurusjärgus arenenud riikide ja teiste tabelis toodud KIE riikidega – 2000. aastal Eestis 3,2 võrrelduna 2,9 OECD riikides keskmiselt. Osades riikides on arste 1000 elaniku kohta ka tunduvalt vähem kui Eestis 2000. aastal, näiteks Suurbritannias vaid 2 ning Poolas 2,2. Samas on Eestis tunduvalt vähem õendusalatöötajaid – 2000. aastal Eestis 6,34 ning OECD riikides keskmiselt 8,2. Vähem on õendusalatöötajaid 1000 elaniku kohta vaid Ungaris ja Poolas (vastavalt 4,8 ja 4,9).



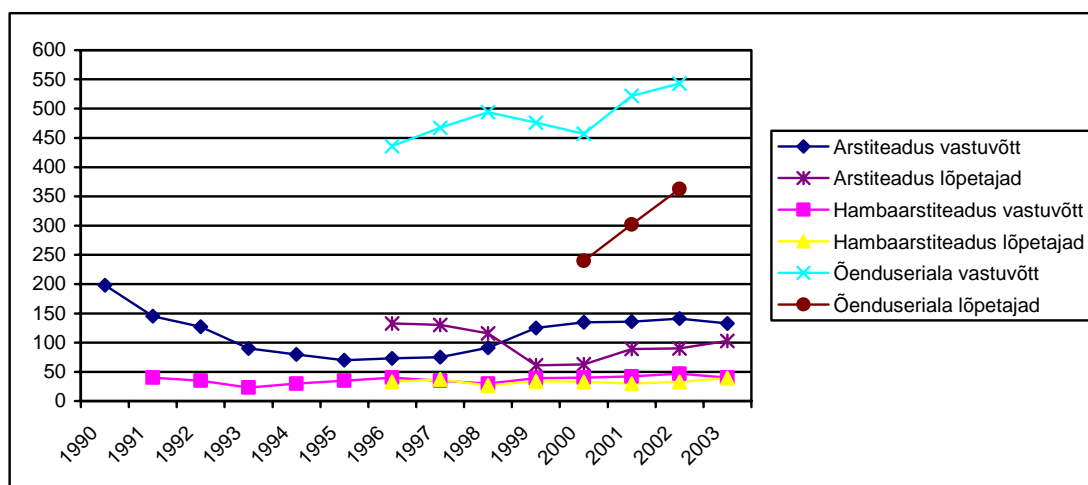
Joonis 2.1. Eesti tervishoiutöötajate soo-vanusstruktuur 2004. aastal

Allikas: Tervishoiutöötajate register, märtsi lõpp 2004.

Eesti tervishoiutöötajate arengukavades on toodud õdede optimaalseks koguvajaduseks 8,0 õde 1000 elaniku kohta (Sotsiaalministri määrus "Õendusala erialade arengukavad"). Vastavalt Haiglavõrgu arengukavale on arstide arvu eesmärgiks aastaks 2010 2,6 arsti 1000 elaniku kohta (Sotsiaalministeerium 2000). Sotsiaalministeeriumi ametlik seisukoht on, et arstide arv Eestis peaks olema 3,0 arsti tuhande elaniku kohta. Viimast suhtarvu kasutatakse ka hilisemas koolitustellimuse analüüsis. Eesti Statistikaameti rahvastikuprognooosi arvestades tähendab see, et optimaalne tervishoiutöötajate arv 2015. aastaks on 10 250 õde ja 3844 arsti (vt täpsemalt ptk 3). Seega on vajalik õdede arvu oluline suhteline tõus ning arstide arv võib suhteliselt isegi veidi langeda. Peatükis 3 on selgitatud, kuidas antud eesmärgid koolitustellimuse kavandamisele üle kanduvad.

Vanuselisel on Tervishoiutöötajate registri andmetele tuginedes on 60 aastased või vanemad 23% arstidest, 23% hambaarstidest, 10% ämmaemandatest ning 11% õdedest (vt ka joonis 2.1). Enamik nendest võivad lähemal ajal tööturult lahkuda seoses vanaduspensionile jäämisega. Suurem osa Eesti tervishoiutöötajatest on naised, kutsete lõikes järgmiselt – arstidest 74%, hambaarstidest 90%, ämmaemandad ja õed praktiliselt 100%. Tulenevalt sellest, et naised ei tööta oma karjääri vältel pidevalt, on tegevtervishoiutöötajate arv väiksem. Koolitustellimuse kujundamisel tuleb arvestada nii pensioni tõttu tööturult lahkuvate kui ajutiselt tööturult puuduvate inimestega.

Tervishoiutöötajate Täiendkoolituse uuringu (Eesti Tervishoiuprojekt 2015 jt, 2002) kohaselt on vastuvõtt Tartu Ülikooli arstiteaduskonna erialadele alates 1990-ndate algusest olnud oluliselt väiksem kui eelneval aastakümnel ja selle tulemusena väheneb lähitulevikus järsult arsti, hambaarsti, proviisori ja õeteaduse erialadel tööealiste spetsialistide arv Eestis. 1990-ndate algul arvati arste Eestis liiga palju olevat ning seega vähendati arstiteaduskonna üliõpilaste vastuvõttu ühe kolmandikuni 1980-ndate aastaste tasemest. Vaatamata sellele, et 1990-ndate lõpus suurenes arstide vastuvõtt võrreldes 1990-ndate keskpaigaga ligi kaks korda (vt joonis 2.1). Arstiteaduse areng on suurendanud arstiabi võimalusi ning elanikkonna vananemine on suurendanud vajadust arstiabi järele. Seetõttu on Euroopa riikides viimase kahekümne aasta jooksul arstide suhtarv elanikesse kahekordistunud ning arvatavasti on see nii ka tulevikus muuhulgas ka Eestis. Seega on leitud varasemates uuringutes, et Eesti arstide arvu säilitamiseks vajalik aastane juurdekasv oleks 100-110 arsti (st residentuuri lõpetanud inimest) (Tervishoiutöötajate... 2002, lk 70). Käesoleva töö baasil leitud prognoosid tervishoiutöötajate täiendava vajaduse osas on toodud peatükis 3.



Joonis 2.2. Tervishoiutöötajate kooli vastuvõtt ja lõpetajad.

Allikas: Arsti- ja hambaarstiteaduse andmed - Tartu Ülikool Arstiteaduskonna dekanaat; Õendus - Hariduse ja Tööhõive Seirekeskuse andmebaas

Oluliseks küsimuseks tervishoiutöötajate vajaduse hindamisel on nende inimeste hulk, kes sektorist lahkuvad mõnele teisele tööle või liiguvad välismaale. Käesoleva töö eesmärgiks on hinnata, kui paljud rändavad välja ja kuidas see koolitusvajadust mõjutab. Seni välismaale suundunute hulk ei ole väga suur. Välismaal töötavatest Eesti tervishoiutöötajatest ülevaate saamiseks tehti päring välisriikide vastavatele ministeeriumitele. Vaatamata asjaolule, et mitmetest riikidest vastust ei saadud on tulemused küllaltki illustratiivsed. Soomes on registreeritud Eesti arste 98 ja õdesid vaid 12 (vt tabel 2.2). Suurbritannias on 6 arsti ja

Hollandis ei ole praegu ühtegi, aga ühe farmatseudi ja nelja õe avaldused on kaalumisel. Suurbritannias on lisaks umbes 20 Eestis omandatud haridusega tervishoiutöötajat omanud litsentsi töötamiseks hiljuti. Kahjuks ei olnud võimalik saada informatsiooni Rootsis töötavate Eesti rahvusest arstide kohta, kuna sealne register ei võimalda seda väljavõtet teha. Tõenäoliselt on Eesti tervishoiutöötajaid märkimisväärse suuruses veel Rootsis, Norras ja USA-s.

Tabel 2.2. Välismaal töötavad Eesti tervishoiutöötajad

	Õdede arv	Arstide arv
Soome	12	98
Suurbritannia		6*
Holland		0

* Eestis kutse omandanud

Allikas: Soome Tervishoiuamet, Hollandi Tervishoiu-, Sotsiaal- ja Spordiministeerium, UK General Medical Council

Väljarände arvestamisel ja sellega seotud poliitikate kujundamisel on olulised asjaolud lisaks emigratsiooni suurusele, kui pikaks perioodiks tervishoiutöötajad lahkuvad, millistel põhjustel lahkutakse, millised takistused on väljarändel, millised töötajate grupid lahkuvad (nt kas naised või mehed, noored või vanad, linna- või maaelanikud) jne. Järgmistes peatükkides analüüsitakse täpsemalt tervishoiutöötajate väljarände kavatsusi.

2.2. Küsitluse korraldus ja andmed

Käesoleva töö aluseks on Eesti tervishoiutöötajate seas 2003. a novembris-detsembris läbiviidud küsitlus, mille eesmärgiks oli selgitada, kui suur on Eesti tervishoiutöötajate soov välismaale tööle minna. Sarnased küsitlused on varasemalt läbi viidud ka teistes Kesk- ja Ida-Euroopa riikides – 2002. aasta kevadel Leedus (vt Health human resource... 2002) ning 2001. aasta teisel poolel Poolas, Tšehhis ja Ungaris (vt Borzeda jt 2002). Eelnimetatud neljas riigis ja ka Eestis läbiviidud küsitluse ankeet on välja töötatud Prantsusmaa töö- ja solidaarsusministeeriumi (*Ministry of Labour and Solidarity*) poolt. Prantsusmaa töötas ankeedi välja Poola, Tšehhi ja Ungari tervishoiutöötajate küsitlemise jaoks. Prantsusmaa huvi taolise küsitluse vastu eelnimetatud kolmes riigis on selgitatav asjaoluga, et Prantsusmaa on EEA riikidest Suurbritannia järel teisel kohal välismaalastest tervishoiutöötajate osakaalu poolest (Nicholas 2004, lk 88). Eesti küsitluse ankeeti täiendati võrreldes prantslaste väljatöötatud ankeediga küsimustega palgast ja tööga rahulolust.

Riikide lõikes viidi küsitlused läbi erinevat metoodikat kasutades (ning ka kombineerides). Eesti andmed küsitluse läbiviimiseks pärinevad Tervishoiutöötajate registrist (seisuga november 2003) ja Tartu Ülikooli arstiteaduskonnast. Valim koostati eraldi arstide, hambaarstide, õdede ja ämmaemandate lõikes. Juhuslikult valitud töötavate inimeste ja kõikne residentide küsitlus viidi läbi posti teel kahes ringis (teise ringiga saadeti küsimustik nendele, kes esimesel korral ei vastanud). Ankeet saadeti töökoha (residentidel baasasutuse) aadressil. Kokku küsitleti 2182 tervishoiutöötajat ja kõiki residentide ning vastanute protsent oli kokku 56,5% (vt tabel 2.3 ja küsitluse metoodikast pikemalt vt lisa 2), mis on üks paremaid tulemusi võrreldes sarnaste uuringutega Kesk- ja Ida-Euroopa riikides. Tulemused on kaalutuna üldistatavad üldkogumile (kaalude moodustamise kohta vt lisa 2).

Tabel 2.3. Üldkogum, valim ja vastanute osakaal

	Üldkogum, millest võeti valim	Valimi suurus	Valimi osatähtsus üldkogumist	Vastused	Vastanute osakaal
Residendid	405	372	100%	196	52,7%
Töötajad	11855	2167	18,4%	1220	56,3%
Arstid	3520	899	25,8%	494	54,9%
Hambaarstid	781	118	15,4%	58	49,2%
Õed	7187	1074	15,0%	618	57,5%
Ämmaemandad	380	76	20,0%	50	65,8%
Kokku	12260	2539		1416	55,8%

Allikas: Tervishoiutöötajate register, autorite arvutused

Ungaris jagati küsitlusankeedid otse riigi erinevate regioonide haiglates töötavatele tervishoiutöötajatele, vastamisprotsent oli vaid 24%. Poolas saadeti ankeedid posti teel 15-sse erinevas regioonis haiglate järelevalvega tegelevatele asutustele, mis jaotasid küsimustikud laiali ja korjasid kokku, vastamisprotsent 41,1%. Tšehhis saadeti ankeedid riigi erinevate regioonide tervishoiutöötajatele posti teel, kuid et vastamisprotsent oli vaid 17%, siis lisaks viidi osa tervishoiutöötajatega läbi intervjuud. Kokku küsitleti eelnimetatud kolmes riigis 4082 indiviidi, peamiselt arste ja õdesid, vähemal määral ka muud meditsiinipersonali (Borzeda jt 2002, lk 34, 56, 81). Leedu arstidele saadeti küsitlused posti teel, residente aga intervjueriti. Leedus küsitleti kokku 1042 indiviidi (sh 800 arsti, ülejäänud residendid) ja küsitlusele vastamisprotsent oli kokku 62,1% (Health human resource...2002, lk 16).

Juhul, kui vastamisprotsent küsitlusele on väga väike (nagu näiteks Tšehhis) võib arvata, et vastanute seas on enam neid, kes on aktiivsemad ka välismaale minema. Vaatamata sellele, et Eestis läbi viidud küsitluse vastanute protsent oli suhteliselt hea, arvestades küsitluse meetodikat, viidi võimaliku nihke välja selgitamiseks läbi juhuvalikul põhinev järelküsitlus telefoni teel nende seas, kes küsitlusele ei vastanud. Järelküsitluse tulemustest ei saa otse välja tuua nihet küsitluste tulemustes, sest välismaale tööle soovijate ja ülejäänute suhe oli sarnane. Siiski oli nende inimeste osatähtsus telefoni-intervjuudes, kes ei osanud oma eelistust välismaale tööle mineku osas välja tuua suurem kui kirjalikult põhiküsitluse ajal vastanute seas.

Käesolevas töös püütakse hinnata arvamusküsitluse baasil, kui paljud tervishoiutöötajad välismaale tööle lähevad. Tulenevalt asjaolust, et inimesed kipuvad arvamusküsitlustes vastama, mida nad tahaksid teha, mitte aga seda, mida nad tegelikkuses teevad, hindavad arvamusküsitlused regulaarselt migratsioonipotentsiaali üle. Arvamusküsitluste kasutamise kohta migratsiooni uurimisel vaata Kallaste ja Philips (2004). Eesti tervishoiutöötajate küsitluse olulisemaid tulemusi võrreldakse Leedus, Poolas, Tšehhis ja Ungaris läbiviidud küsitluste tulemustega. Kuna Leedu küsitluse analüüsis on erinevaid tulemusi välja toodud suhteliselt vähem, siis võrreldakse Eestit peamiselt Poola, Tšehhi ja Ungariga.

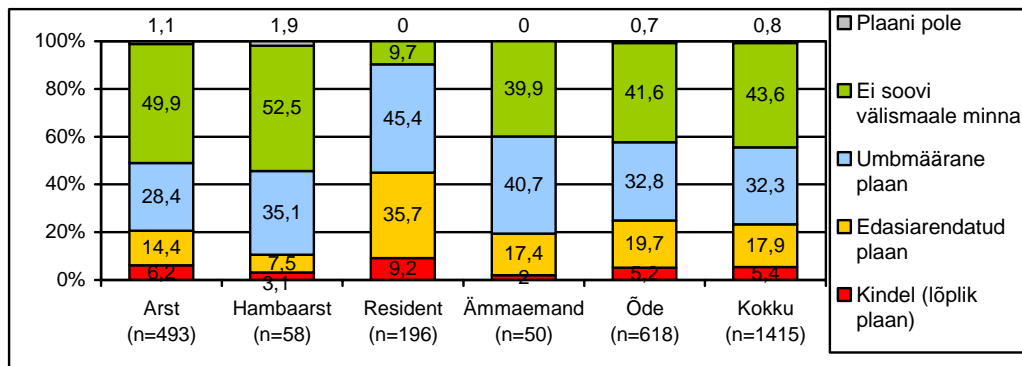
2.3. Töötajate ja residentide väljarände kavatsused

2.3.1. Välismaal töötada soovijate osakaal ja töötamisperioodi eelistus

Käesolevas peatükis kirjeldatakse tervishoiutöötajate kavatsusi välismaale minna, kavatsuste kindlust ning ajaperioodi eelistust välismaal töötamiseks. Tulemusi võrreldakse teiste KIE riikide tulemustega. Ankeedis esitati küsimus: „Kas Te töötaksite võimaluse korral

tervishoiuvaldkonnas mõnes välisriigis?” Täpsustavad küsimused hõlmasid järgnevaid: „Kas Te sooviksite välismaale tööle minna alatiseks? mõneks aastaks? mõneks kuuks? perioodiliselt (nt üle nädala)?” ja „Kas Teie soov välismaal töötada on kindel (lõplik) otsus? edasiarendatud plaan? umbmäärane plaan?”. Järgmistes alapeatükkides tuuakse välja küsitluse tulemused sotsiaal-demograafiliste karakteristikute, välismaale mineku põhjuste ja takistuste, soovitava sihtriigi osas ning kirjeldatakse ka sissetulekute ja välismaale mineku soovi seoseid.

Kindel plaan välismaale tööle minna on 5,4%-l tervishoiutöötajatest (s.o u 662 inimest) (vt joonis 2.3). Residentide seas on kindlasti välismaale tööle minejate hulk veidi suurem 9,2%. Ämmaemandate ning hambaarstide seas on kindlasti välismaale tööle minejaid vähem (2% ja 3% vastavalt). Kuigi need on töötajad, kellel on kindel plaan minna, võib juhtuda, et nende plaan ei saa tegelikkuseks. Samas võib olla oluline välismaale tööle suunduvate inimeste osatähtsus ka edasiarendatud plaaniga töötajate seas. Edasiarendatud või kindlaid plaane on teinud veidi rohkem tervishoiutöötajaid (23,3%) ning vähemalt umbmäärase plaani tasemel soovivad ligi pooled tervishoiutöötajad välismaale minna tööle. Välismaal töötamise soov on suurim residentidel ja väiksem hambaarstidel ning arstidel.



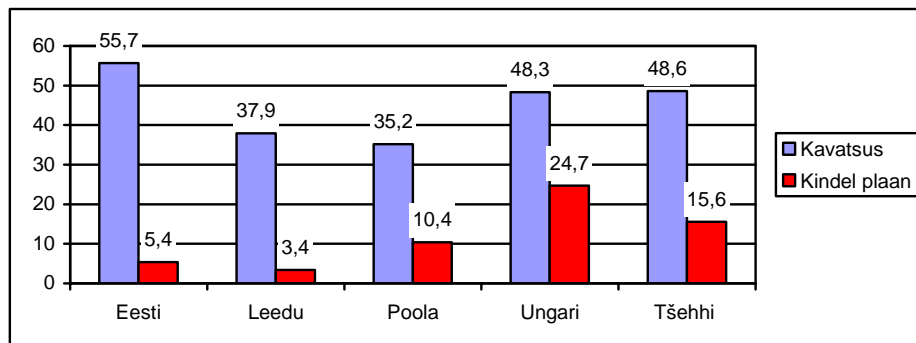
Joonis 2.3. Välismaal töötada soovivate tervishoiutöötajate osatähtsus mineku kindluse lõikes

On tõenäoline, et välismaale minna soovijatest lähevad tegelikult välismaale need, kellel on kindel plaan minna. Inimesed, kellel on umbmäärane plaan välismaale minekuks suure tõenäosusega ei tee seda plaani teoks. Tuleb aga eristada situatsiooni, kus välisriigi poolt rakendatakse aktiivset värbamispoliitikat, mis kirjeldab viimasel ajal Soome ja Rootsi tervishoiuasutuste tegevust Eestis. Sellisel juhul peab inimene sageli tegema ise minimaalseid pingutusi, et välismaale tööle minna ja kui ta juba on soovi avaldanud välismaal töötada, siis võib ka selliste inimeste väljavool osutada suureks.

Võrreldes omavahel nelja 1. mail 2004. aastal EL-ga liituvat riiki, siis on kõige enam valmis võimaluse avanedes mõne välisriigi tervishoiusektoris töötama eestlased (55,7%). Järgnevad juba veidi madalama valmidusega tšehhid ja ungarlased (48,6% ja 48,3% vastavalt) ning tunduvalt vähem on välismaal valmis töötama poolakad (35,2%) (vt joonis 2.4) (Borzeda jt 2002, lk 103). Leedus läbiviidud küsitluse tulemused näitavad, et ligikaudu 61%-l residentidel ja 27%-l arstidel on kavatsus EL-ga liitumisel minna tööle teise liikmesriiki, kuigi kindlalt on seda otsustanud teha 3,8% arstidest ja 2,5% residentidest. (Health human resource...2002, lk 16).

Kõige suurem valmidus võimaluse avanedes välisriiki tööle minna oli küll Eesti tervishoiutöötajatel, kuid Poola, Tšehhi ja Ungari tervishoiutöötajatel on selles osas tunduvalt kindlam plaan kui eestlastel (5,4%) (vt ka joonist 2.3). Kindla otsuse välisriiki tööle minna on

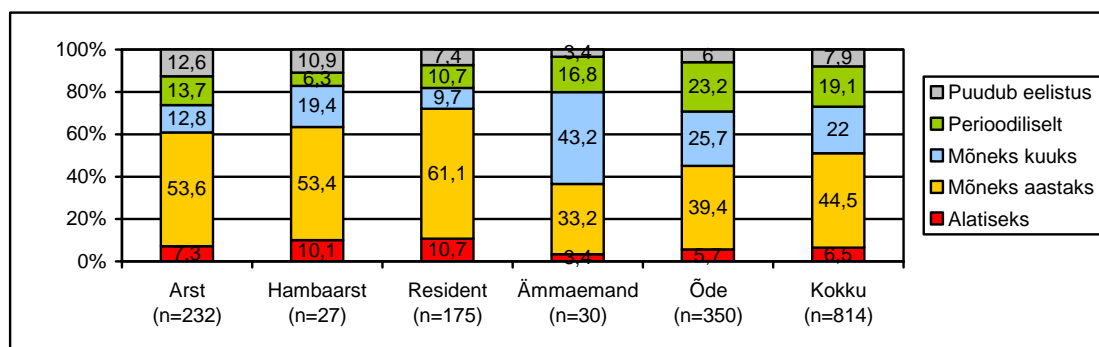
teinud koguni 24,7% ungarlastest, järgnevad tšehhid 15,6%-ga ning poolakad 10,4%. Leedulastest on kindel plaan aga vaid 3,4%.



Joonis 2.4. Välismaal töötada soovivate tervishoiutöötajate osakaal küsitluse läbiviinud riikide lõikes

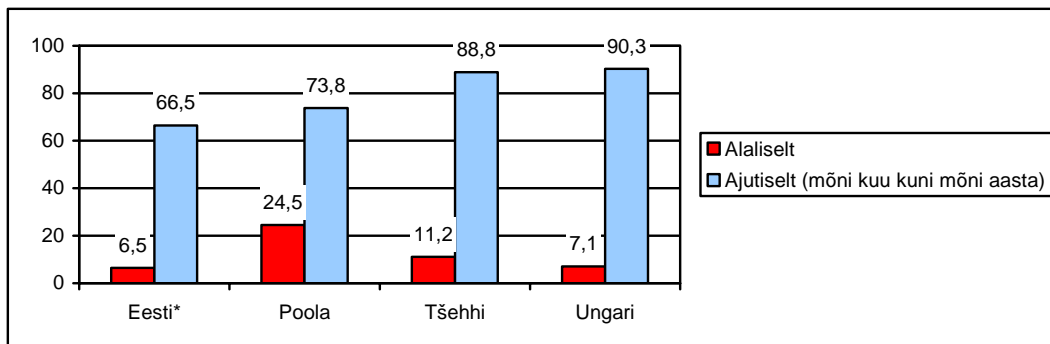
Allikas: Borzeda jt. 2002, lk 103; autorite arvutused

Suurem osa välismaal töötada soovivatest Eesti tervishoiutöötajatest (44,5%) läheks võimaluse korral välisriigi tervishoiusektorisse tööle mõneks aastaks ehk migratsioon oleks pigem ajutise iseloomuga (vt joonis 2.5). Kokku on nende osatähtsus, kes tahaksid käia ajutiselt välismaal tööl, 85,6% välismaal töötada soovivaist tervishoiutöötajaist. Alaliselt soovivad välisriiki tööle minna 6,5% Eesti tervishoiutöötajatest, kes tahavad välismaal töötada ning 7,9%-l ei ole tööle mineku perioodi suhtes kindlat eelistust. Kutsete lõikes on ajaperioodi eelistused erinevad. Kõikide kutsete lõikes, peale ämmaemandate on eelistatuim välismaal töötamise periood mõni aasta. Välismaal töötada soovivatest arstidest, hambaarstidest ja residentidest soovivad mõneks aastaks välismaale tööle minna üle poole. Ämmaemandatest, kes välismaal töötada soovivad, eelistaksid töötada suurim osa mõni kuu.



Joonis 2.5. Välismaal töötada soovivate tervishoiutöötajate töötamisperioodi eelistus

Ka teistes riikides ja teistes valdkondades läbiviidud küsitlused näitavad, et pigem läheksid inimesed välisriiki tööle ajutiselt. Võrreldes KIE riikide tervishoiutöötajaid on näha, et riikide vahel esineb päris suuri erinevusi alaliselt ja ajutiselt tööle minna soovijate vahel (vt jooni 2.6). Kui Eestist soovib alaliselt minna kõigest 6,5%, siis poolakatest soovib seda teha koguni 24,5%. Suhteliselt suur osa Eesti tervishoiutöötajatest ehk 19,1% töötaks välisriigis perioodiliselt, samas kui teistes riikides jääb see protsent kahe ringi või näiteks Ungaris ei soovikski keegi nii töötada. Põhjenduseks, miks alatiseks välisriiki tööle minemise soov on poolakatest tervishoiutöötajate seas nii kõrge, on Borzeda jt (2002) välja pakkunud asjaolu, et Poola arstide ja õdede suurem hirm, et nad ei saa naastes välismaalt Poolas enam töökohta.



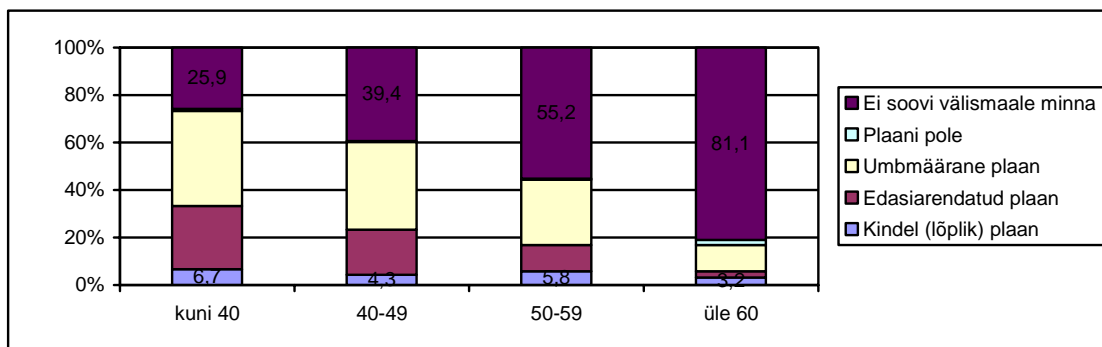
Joonis 2.6. Välismaal töötada soovivate inimeste ajaline eelistus riikide lõikes

* Need, kes tahaksid käia aeg-ajalt või igapäevaselt või kellel ei ole kindlat seisukohta ei kajastu joonisel.
Allikas: Autori arvutused; Borzeda jt 2002, lk 105.

Keskmiselt soovitakse välisriiki tööle minna kahe aasta pärast. Arstid ja õed soovivad minna veidi varem (1,8 aasta pärast) kui hambaarstid (2,4 aasta pärast) ja ämmaemandid (2,6 aasta pärast). Residentid soovivad minna välismaale kõige hiljem ehk keskmiselt 2,7 aasta pärast, põhjus võib olla selgitatav asjaoluga, et residentid soovivad Eestis kõigepealt residentuuri ära lõpetada ja konkreetse eriala omandada. Kuni ühe aasta jooksul lähemsi välismaale võimaluse avanedes tööle 21,7% residentidest, kuni poole aasta jooksul lähemsi 7% residentidest. Arvestades ainult neid residente, kellel on juba kindel plaan välismaale mineku osas (9,2% residentidest), siis kuni ühe aasta jooksul lähemsi neist välisriigi tervishoiusektorisse tööle 3,8%.

2.3.2. Välismaal töötamise soov sotsiaal-demograafiliste karakteristikute lõikes

Järgnevalt vaadeldakse migratsiooni soovi vanuse ja soo lõikes. Selgelt soovivad võimaluse korral välisriigis töötada enam nooremad inimesed (alla 40 aastastest). 73,5% alla 40-aastastest sooviksid välismaale tööle minna. Vanuse kasvades soov välisriiki tööle minna kahaneb (vt joonist 2.7). Näiteks 40-49 aastastest soovib välismaale tööle minna 60,2% ning üle 60-aastastest või vanematest ainult 16,8%. Kindel plaan välismaale minna on 6,7%-l alla 40-aastastest tervishoiutöötajatest, üle 60-aastastest on kindel plaan 3,2%.



Joonis 2.7. Välismaal töötamise soov vanuse lõikes

Reeglina soovivad enam välisriiki tööle minna **meessoost** töötajad. Küsitletud Eesti meessoost tervishoiutöötajatest soovib välisriiki tööle minna 61,5%, samal ajal naistest soovib

seda teha 55,1%. Kutsete lõikes on ainsaks erandiks hambaarstid – välisriiki tööle soovib minna 40,1% meestest ning 48% naistest.

Vaadates migratsiooni soovi **perekonnaseisu** lõikes, siis on kõige suurem kaldumus emigreeruda vallalistel inimestel. Vallalistest läheks võimaluse korral välisriiki tööle 69,3%, abielus/ vabaabielus olevatest inimestest 56,1%, lahutatutest 54,5% ning leskedest 32,5%. Kutsete lõikes on seaduspära reeglina samasugune, kuid mõningatel juhtudel võib lahutatud inimeste emigreerumise soov olla ka vallaliste omast kõrgem. Välisriiki tööle minekul ei ole oluline tegur see, kas küsitletu abikaasa on samuti tervishoiutöötaja või mitte.

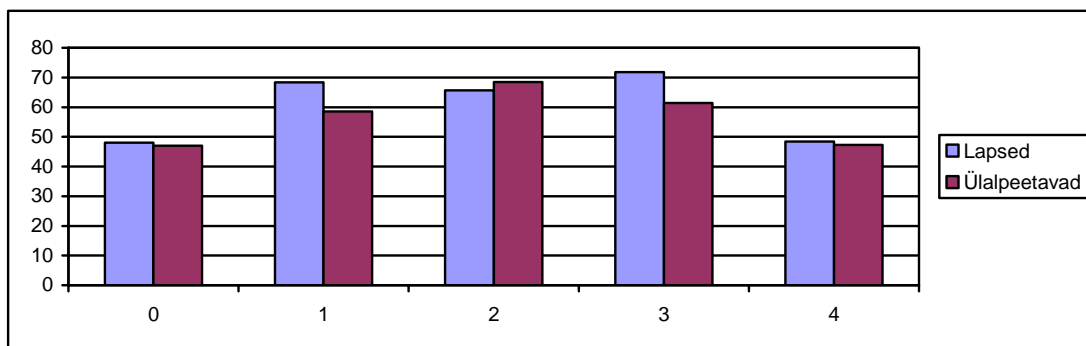
33,6% tervishoiutöötajatest, kes välismaale soovivad minna, läheks võimaluse avanedes välisriiki tööle **koos elukaaslase ja perega**. 20,6% läheks üksi ning 18,2% koos sõpradega, ülejäänud (27,6%) ei osanud selle osas oma selget eelistust öelda. Ka kutsete lõikes eelistatakse enim minna koos elukaaslase ja perega, näiteks residentidest koguni 52,3%. Kuigi see, kas tervishoiutöötaja elukaaslane on tervishoiutöötaja, pole välismaale minekul oluline, on siiski kolmandikul tervishoiutöötajatest välismaale minekul vajalik leida töökohta nii endale kui ka kaaslasele. Või peab sissetulekute kasv võimaldama kaaslase elu välismaal ilma töötamata.

Tallinnas elavatest meditsiinitöötajatest töötaks võimaluse korral välisriigis 58,8%. Kui võtta Tallinnale lisaks ka Tartus elavad tervishoiutöötajad tõuseb välismaal töötada soovijate protsent 59,4%-le. Kutsete lõikes on vastav näitaja vahemikus 51,7%-st (hambaarstid) 61,3%-ni õdedel (arvestades ainult Tallinna on protsendid veidi madalamad). Erandiks on siinkohal residentid, kõikidest Tallinnas ja Tartus elavatest residentidest läheks võimalusel välismaale 89%.

Väljaspool Tallinna ja Tartut elavate tervishoiutöötajate soov võimaluse korral välisriigis töötada on veidi madalam (55,7%). Kutsete lõikes on erinevused paari protsendipunkti suurusel, ainult arstide ja hambaarstide soov on oma suurlinnade kolleegidest väiksem (vastavalt 48,9% ja 47,5% väljaspool Tallinna ja Tartut, 55% ja 50,5% Tallinnas ja Tartus). Seega võib öelda, et puuduvad olulised regionaalsed erinevused tervishoiutöötajate migratsioonikavatsustes. Täiendava regionaalse aspektiga migratsiooni mõju tulemusena arvestama ei pea.

Suurem soov välismaal töötada on **mitte-eestlastest** tervishoiutöötajatel – eestlastest teeks seda võimaluse avanedes 53,1%, muulastest aga 60,7%. Ka kutsete lõikes on muulaste soov välismaal töötada valdavalt suurem kui eestlastel. Erandiks siinkohal hambaarstid (eestlastest 48,9%, muulastest 43,5%) ning residentid (eestlastest 91%, muulastest 80%).

Välismaale mineku soov ei sõltu oluliselt **ülalpeetavate või laste arvust**. Küsitluse tulemustest selgub, et nendel tervishoiutöötajatel, kellel on ülalpeetavad või lapsed on soov välismaale minna üldiselt suurem kui nendel, kellel lapsi või ülalpeetavaid pole (vt ka joonis 2.8). 47% neist, kellel ülalpeetavaid pole, soovib välismaale minna. Kuid neist tervishoiutöötajatest, kellel on näiteks 2 last või ülalpeetavat, soovib välismaale minna vastavalt 65,6% ja 68,5%. Selle põhjuseks on ilmselt asjaolu, et vanemad töötajad, kelle lapsed on juba iseseisvad ei läheks välismaale ngunii. Kutsete lõikes siin märkimisväärsed erinevusi pole, kõige madalam on laste ja ülalpeetavate olemasolul välismaale mineku soov hambaarstidel.



Joonis 2.8. Välismaal töötamise soov sõltuvalt laste või ülalpeetavate arvust (% vastava arvu laste või ülalpeetavatega tervishoiutöötajatest)

Kiil 2.1.

VÄLISMAALE TÖÖLE SOOVIVAD EESTI ELANIKUD JA TERVISHOIUTÖÖTAJAD

2004. aasta alguses valmis raport Eesti elanike kavatsustest välismaal töötada. Raporti aluseks oli 2003. aasta novembris-detsembri AS SaarPolli poolt läbi viidud küsitlus 1000 juhuslikult valitud 15-64 aastase inimese seas. Ka käesoleva töö aluseks olev küsitlus viidi läbi 2003. aasta lõpus seega on küsitluse tulemused hästi võrreldavad.

Välismaale tööle soovivate inimeste struktuur on tervishoiutöötajate ja kogu elanikkonna küsitluses sarnane. Sarnased on ka välismaal töötada soovivate inimeste osatähtsus ja alaliselt välismaale tööle minevate inimeste osatähtsus. Tervishoiutöötajad sooviksid võimaluse korral sagedamini välismaal töötada, samas on tervishoiutöötajate seas vähem neid, kes tahaksid alaliselt välismaale minna. Kogu elanikkonna küsitluse tulemused on võrrelduna käesoleva küsitluse tulemustega toodud alljärgnevas tabelis. Tulenevalt küsimuste erinevast püstitusest ei ole kõik tulemused otseselt võrreldavad, kuid annavad siiski üldise pildi.

Tabel 2.4. Tervishoiutöötajate ja kogu elanikkonna küsitluse võrdlus

	Tervishoiutöötajate küsitlus	15-64 aastaste küsitlus
Suure tõenäosusega või kindlasti välismaal töötada soovivad/ Võimaluse korral välismaal töötada soovivad	55,7% tervishoiutöötajaist	42% 15-64 aastastest elanikest
Alaliselt välismaale tööle soovivad	3,6% tervishoiutöötajatest	6% 15-64 aastastest elanikest
Soolises lõikes	Aktiivsemad* on mehed	Aktiivsemad on mehed
Vanuse järgi	Aktiivsemad on noored	Aktiivsemad on noored
Pereseis	Aktiivsemad on üksikud	Aktiivsemad on üksikud
Rahvus	Aktiivsemad on mitte-eestlased	Aktiivsemad on mitte-eestlased
Soovitatav sihtriik	Soome (30%), Rootsi (18%), Suurbritannia (17%)	Soome (34%), Saksamaa (18%), Suurbritannia (10%)
Peamine põhjus	Palk	Palk
Peamine takistus	Pere	Pere ja kodu

*Aktiivsemad tähendab, et vastava karakteristikuga inimestest suurem osatähtsus soovib välismaale tööle minna

Allikas: Tervishoiutöötajate küsitlus, Kallaste jt. 2004.

2.3.3. Välismaal töötamise soovi põhjused ja takistused välismaale tööle minekul

Järgnevalt on analüüsitud peamisi põhjuseid, miks soovitakse välismaale tööle minna, ning peamisi takistusi, miks ei soovita välismaale tööle minna.

Neist, kes hindasid **töö kaotamise võimalust** lähema 12 kuu jooksul kindlaks, sooviks enamik (77,3%) võimaluse korral välismaal töötada. Samas on nende hulgas, kes ei usu töö kaotamise võimalust, välisriiki tööle minna soovijaid 63,9%. Töö kaotamist üsna tõenäoliseks pidavate tervishoiutöötajate hulgast sooviks välismaal töötada aga 49,6%. Seega võib arvata, et töökoha kindlus tulevikus tagab osa inimeste soovi vähenemise välismaal töötada.

Erinevused töö kaotades välismaale tööle mineku valmiduses tulevad esile vanusegruppide lõikes (vt tabel 2.5). Tabelist on selgelt näha, et sõltumata töökoha kaotamise võimaluse kindlusest on võimalusel välismaal töötama enam valmis noored (alla 40-aastased) tervishoiutöötajad. Kahes esimeses vanusegrupis läheks võimaluse avanedes välismaale tööle 100% nendest, kes peavad oma töökoha kaotamise võimalust kindlaks, vastukaaluks üle 50-aastastest aga 62%.

Tabel 2.5. Soov välismaal töötada sõltuvalt vanusest ja töökoha kaotamise tõenäosusest (osakaal neist, kes soovivad välismaal töötada)

Vanusegrupp	Tõenäosus kaotada töö				
	Seda ei juhtu	Vähetõenäoline	Üsna tõenäoline	Kindel	Raske öelda
kuni 39	73,1	77,6	74,7	100	67,4
40-49	55,8	54,3	54,3	100	65,8
üle 50	48,3	32,2	36,8	62,0	23,6

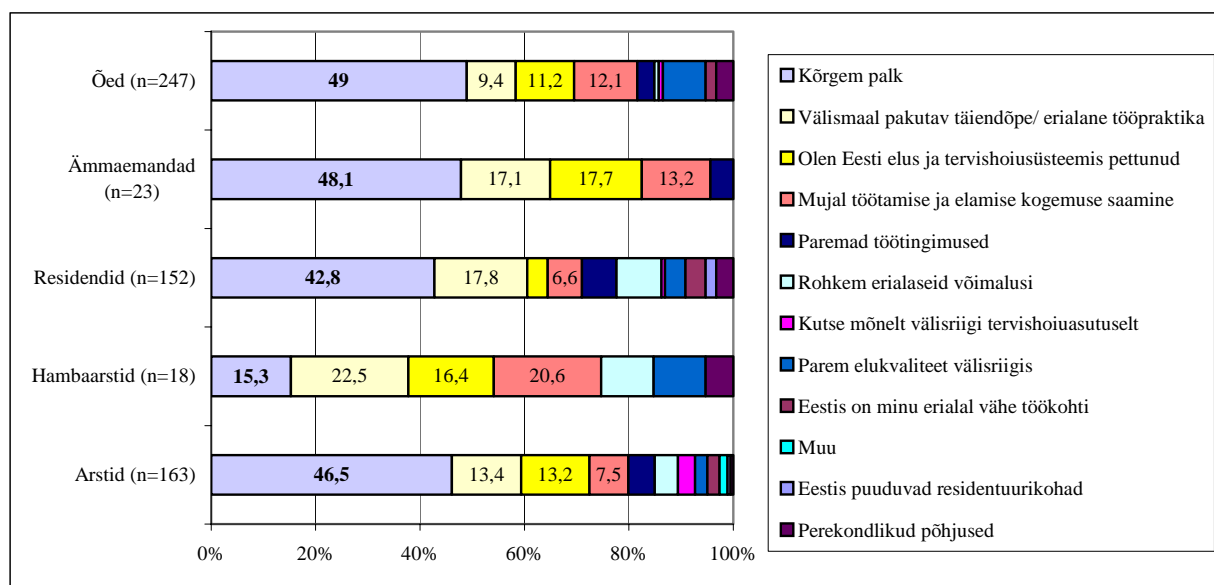
Neist, kes soovivad välismaal töötada, on kutsealastel põhjustel **viibinud varem välismaal** 75,2% arstidest, 58,1% residentidest ning tunduvalt vähem õdedest 30,6%, ämmaemandatest 24,2% ja hambaarstidest 22,5%. Välismaal on oma kutsealal töötanud 7,1% neist arstidest ja 7,6% õdedest, kes tahavad välismaale tööle minna. Neist tervishoiutöötajatest, kes on varem välismaal töötanud, soovib välismaale minna 84,6%, samas on varem välismaal töötanud kõikidest vastanutest vaid 6,2%. Seega võib öelda, et on üsna tugev seos varem välismaal töötamise ja välismaale tööle mineku soovi vahel. Selline tendents eksisteerib kõigi kutsete lõikes, eriti tugevalt aga hambaarstide ja ämmemandate puhul – välismaal varem töötanutest soovivad võimaluse avanedes kõik e 100% välismaale tööle minna.

Reeglina on tervishoiutöötajate **rahuolu töö erinevate aspektidega** võrdeliselt seotud nende sooviga võimaluse korral välisriigis töötada. Eriti selgelt tuleb see välja palga, töö eest tunnustamise ja tööandjaga rahulolematuse korral ehk mida suurem on tervishoiutöötajate rahulolematuse palgaga, töö eest tunnustusega ja tööandjaga, seda suurem on tervishoiutöötajate (kõikide kutsete lõikes) valmidus võimaluse avanedes välisriigi tervishoiusektoris töötada. Töö sisulisega poolega ja intensiivsusega rahulolu on valmidusega välismaal töötada vähem seotud. Teisest küljest ei ole toodud seosed nii ühesed. Kuna inimeste rahulolu palgaga seondub tõenäoliselt töö intensiivsusega, siis võib palgaga rahulolematust näidata kaudselt rahulolematust töö intensiivsusega.

Kindel seaduspära on ka **leibkonna üldisele majanduslikule olukorrale** antud hinnangu ja välismaal töötamise soovi vahel. Mida halvem on tervishoiutöötaja hinnang leibkonna majanduslikule olukorrale, seda enam on vastanu valmis võimaluse korral töötama mõne välisriigi tervishoiusektoris. Selline seaduspära on märgatav kõikide kutsete lõikes, v.a residentide hulgas, kelle soov välismaal töötada on kõrge sõltumata leibkonna majanduslikust

olukorrast. Seega ei ole residentide suure soovi taga välismaal töötada eelkõige halb majanduslik olukord Eestis, vaid mingid muud tegurid.

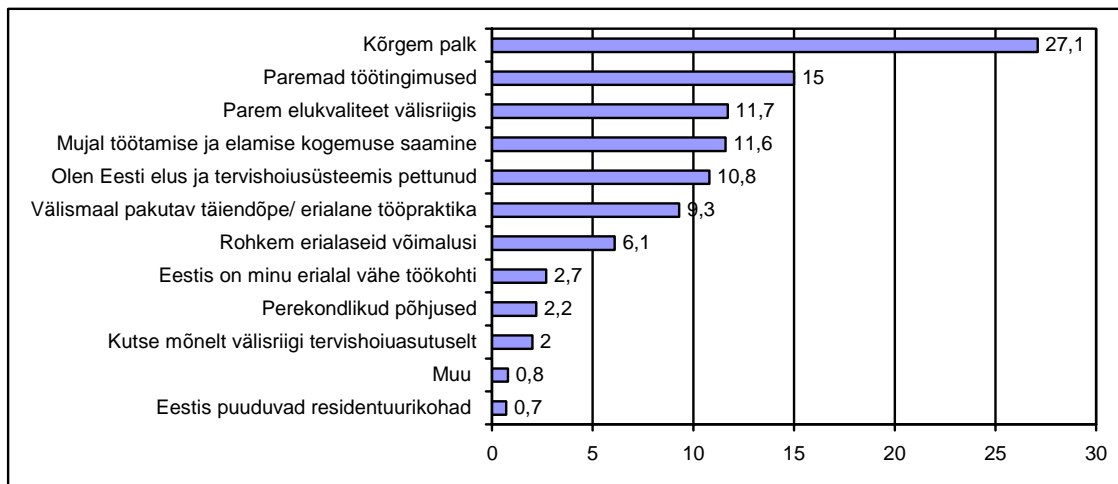
Järgnevalt analüüsitakse **põhjusi**, miks tervishoiutöötajad on valmis välisriiki tööle minema. Reeglina on esimese põhjusena nimetatud kõrgemat palka (46,5% välisriigis töötada soovivatest inimestest) (vt joonis 2.9), selle on esimese põhjusena ära märkinud 46,5% arstidest, 43,6% residentidest, 45,7% ämmaemandatest, 49,4% õdedest, samas aga kõigest 15,3% hambaarstidest. Nimetatud põhjustele järgnevad välismaal pakutav täiendõpe või erialane tööpraktika (11,8%) ning pettumus Eesti elus ja tervishoiusüsteemis (11,7%).



Joonis 2.9. Esimesena nimetatud põhjus välismaal töötamiseks, kutsete lõikes (%)

Nendest tervishoiutöötajatest, kes nimetasid esimese põhjusena välismaale tööle minekuks kõrgemat palka, mainisid 34,5% teise põhjusena paremaid töötingimusi ning 19,8% paremat elukvaliteeti välisriigis. Kui esimese põhjusena oli nimetatud välismaal pakutavat täiendõpet/erialast tööpraktikat, siis teise põhjusena olid 39,7% vastanutest märkinud mujal töötamise ja elamise kogemust ning 27,6% kõrgemat palka. Kui esimeseks põhjuseks oli märgitud pettumus Eesti elus ja tervishoiusüsteemis, siis koguni 63,8% olid teise põhjusena nimetanud kõrgemat palka ning 20,4% paremaid töötingimusi.

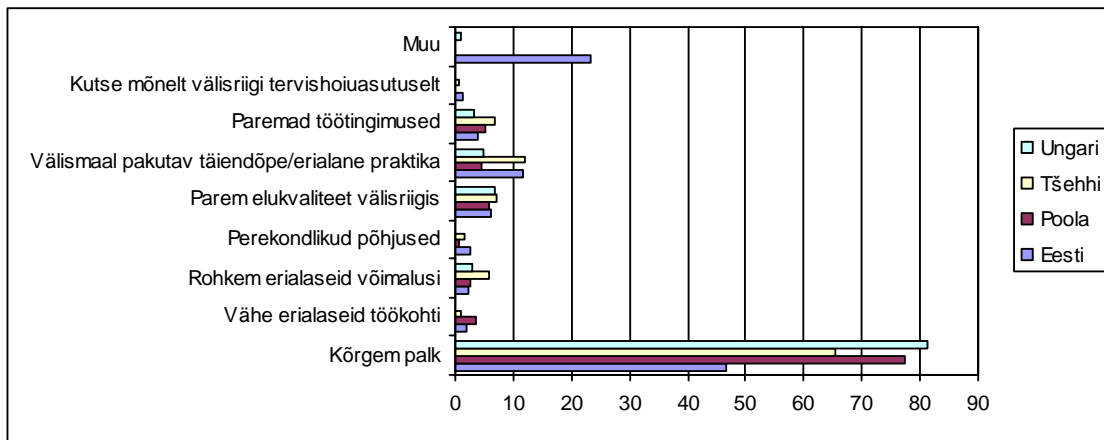
Muude põhjuste all on tervishoiutöötajad nimetanud näiteks arstiameti kõrgemat tunnustamist välisriikides ning üldist ühiskonna paremat suhtumist tervishoiutöötajatesse, aga samuti vaheldust ning soovi tegeleda teadustööga. Alljärgneval joonisel 2.10 on ära toodud kõikide tegurite protsentuaalne jaotus sõltumata nende nimetamise järjekorrast.



Joonis 2.10. Põhjuste jaotus välismaal töötamiseks olenemata nende nimetamise järjekorrast (%)

Palk on peamine migratsiooni tõmbetegur ka Poola, Tšehhi ja Ungari tervishoiutöötajatele (vt ka joonis 2.11), mis ei ole sugugi üllatav, kuna palgad nii nende riikide kui ka Eesti tervishoiusektoris on tunduvalt madalamad võrreldes EL teiste riikidega. Palka on esimese põhjusena välisriigis võimaluse korral töötamiseks nimetanud koguni 81,2% ungarlastest, 77,4% poolakatest ning veidi vähem kuid siiski 65,4% tšehhidest. Võrreldes teistega peab kõrgemat palka oluliseks tunduvalt väiksem osa eestlastest ehk 46,5%. Sarnaselt tšehhidega on ka eestlaste jaoks suhteliselt oluliseks põhjuseks välismaal pakutav täiendõpe/ erialane praktika. Kuna teistes KIE riikides viidi küsitlus läbi mitu aastat varem ning vahepeal on toimunud reaalspalgatõus, siis võivad ka inimeste eelistused praeguseks muutunud olla. (Palkade ja välismaale mineku soovi seost vaata ka alapeatükk 2.2).

Proportsioonid erinevate põhjuste lõikes riigiti on enam-vähem võrreldavad, suureks erandiks on siinkohal muu põhjus, mille on esimesena ära märkinud koguni 23,3% eestlastest võrreldes marginaalse protsendiga teiste rahvuste puhul. Selgituseks siinkohal, et muu põhjuse alla on Eesti tervishoiutöötajate puhul arvestatud ka need kolm põhjust, mida teiste riikide ankeetides eraldi välja ei toodud (Eestis puuduvad residentuurikohad, pettumus Eesti elus ja tervishoiusüsteemis ning mujal töötamise ja elamise kogemuse saamine). Võib arvata, et kui taolised põhjused oleks ka teiste riikide kontekstis eraldi välja toodud, siis oleks muude põhjuste osakaal mõnevõrra suurem. Peamiste teise EL liikmesriiki tööle minemise põhjustena märkisid Leedu tervishoiutöötajad samuti kõrgemat palka, paremaid erialaseid võimalusi ja kõrgemat elatusstandardit (Health human resource... 2002, lk 17).



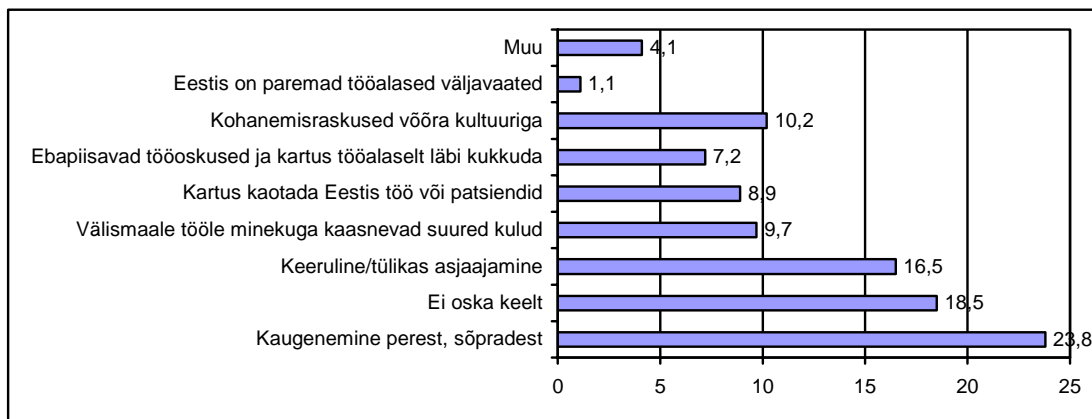
Joonis 2.11. Peamine põhjus välisriiki tööle minekuks riikide lõikes (esimesena nimetatud põhjuse protsentuaalne jaotus)

Allikas: Borzeda jt 2002, lk 108; autori arvutused

Kõikidest vastanutest on ülekaalukalt peamise **migratsiooni takistava tegurina** nimetanud kaugenemist perest ja sõpradest (42,3%). Esimese takistusena välisriigi tööle minekul järgnevad keeleoskuse puudumine (24,9%) ja keeruline/ tülikas asjaajamine (11,1%). Teisena nimetatud takistusest on olulisim keeleoskuse puudumine (21,4%), kolmandana märgitud takistusest on olulisim kohanemisraskused võõra kultuuriga (15,4%).

Muu takistusena on kõige enam nimetatud vanust, kokku on seda muude põhjuste all nimetatud 57,7% juhtudel ning reeglina üle 50-aastaste tervishoiutöötajate poolt. Samuti on välja toodud soovi elada ja töötada Eestis.

Sõltumata põhjuse järjekorrast, on tervishoiutöötajad välismaale minekut takistava tegurina kõige enam nimetanud kaugenemist perest ja sõpradest (23,8%). Järgmistena on nimetamist leidnud keeleoskuse puudumine (18,5%), keeruline asjaajamine (16,5%) ning kohanemisraskusi võõra kultuuriga (10,2%).

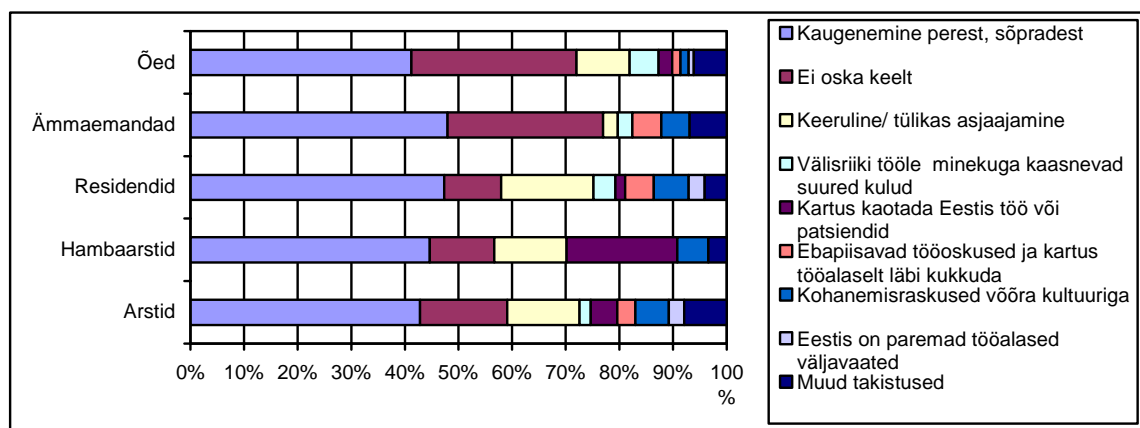


Joonis 2.12. Takistuste jaotus välismaale tööle minekul olenemata nende nimetamise järjekorrast (%)

Kaugenemist lähedastest on peamise välisriiki tööle minemist takistava põhjusena nimetanud samuti ligi 40% Poola, Tšehhi ja Ungari tervishoiutöötajatest (vastavalt 43%, 39,5% ja 42,1%). Samas tunduvat suurem osakaal nende riikide töötajatest on oluliseks takistuseks

pidanud keeleoskuse puudumist – 37,6% poolakatest, 32,1% ungarlastest ning 30,1% tšehhidest. Ungari ja Tšehhi tervishoiutöötajate osakaal, kes peab oluliseks takistuseks erinevaid administratiivseid piiranguid, on võrreldav Eestiga (14,6% ja 11,8% vastavalt). Samas poolakatest on administratiivseid piiranguid esimese takistava tegurina nimetanud vaid 5,9%. (Borzeda jt 2002, lk 50, 75, 97)

Nagu üldiselt on ka kutsete lõikes olulisemaks takistavaks teguriks välismaale tööle minekul kaugenemine perest ja sõpradest (vt joonis 2.13) – esimese takistusena on seda nimetanud 41,2% õdedest, 42,8% arstidest, 44,6% hambaarstidest, 47,3% residentidest ning koguni 47,9% ämmaemandatest. Takistava tegurina on tülikat asjaajamist nimetanud koguni 17,2% residentidest, põhjus võiks siin olla eelkõige selles, et residendid on ka kõige enam sellega tegelejad.



Joonis 2.13. Esimesena märgitud takistav tegur välismaale tööleminekul

Mingil määral võib takistuseks olla ka diplomite tunnustamine EL liikmesriikides. Poolas, Tšehhis ja Ungaris läbiviidud küsitluse tulemusena tõdeti, et üheks takistavaks teguriks võibki just kujuneda diplomite tunnustamine. Põhjuseks eelkõige ametivõimude ükskõikne suhtumine nendesse küsimustesse. Nendest, kes soovivad võimalusel välismaale minna, kavatsesid oma diplomi kindlasti tunnustada lasta 53,1% ungarlastest, 37,8% tšehhidest ning 30,8% poolakatest (Borzeda jt 2002, lk 111). Eestlastel ei tohiks diplomite tunnustamise probleemi tekkida. Eesti kõrghariduses on EL sektoraalsed direktiivid õppekavade kestuse ja õppe sisu osas kooskõlas ülikooliseaduse ja sellega seonduvate seaduste muutmise seaduse alusel kinnitatud õppekavadega. Arsti, hambaarsti ja ämmaemanda õppekavad on EL nõuetega vastavuses alates 1997. aastast ning üldõdede õppekava 1996. aastast (Saar 2003, lk 586). 2000-2001. aastal viidi Euroopa tavadele vastavusse ka arsterialade nimetused Eestis (Asser, Kiivet 2002, lk 315). Seega on Eesti tervishoiutöötajate koostamine ja kvalifikatsiooni tunnustamine vastavuses EL nõuetega ning seetõttu ei tohiks tervishoiutöötajate väljaõpet puudutav saada tulevikus takistuseks nende vabale liikumisele EL liikmesriikidesse. EL liitumisläbirääkimiste käigus taotles Eesti EL-lt ka nende inimeste kutseoskuste tunnustamist, kes on õppinud vanade õppekavade alusel ning kokkulepe selles osas ka saavutati (Sotsiaalministeeriumi koduleheküljel).

Ankeet sisaldas küsimust ka selle kohta, millised on olnud peamised infoallikad välismaal töötamise võimaluste kohta. Kõige suurem osakaal tervishoiutöötajaid on infoallikana nimetanud tuttavaid või sugulasi välisriigis, koguni 37,8%. Järgmisteks suuremateks infoallikateks on tuttav Eestis (21,7%) ning töandaja välisriigis (11,3%, neist enam kui pooltel

juhtudest Soome tööandjat). Ka muid infoallikaid on suhteliselt palju ära märgitud (9,2%), kuid üle poolte neist on selgitustes nimetatud Interneti. Peamiste infoallikate osas kutsete lõikes suuri erinevusi pole.

Teiste riikide kogemuse põhjal teevad immigrandid reeglina kehvemat tööd kui nende kvalifikatsioon võimaldaks ning ka halvemate töötingimustega, kui seda teevad kohalikud. Järgnevalt vaadatakse, millist tööd on nõus Eesti tervishoiutöötajad tegema välisriigis ning millistesse riikidesse soovitakse minna.

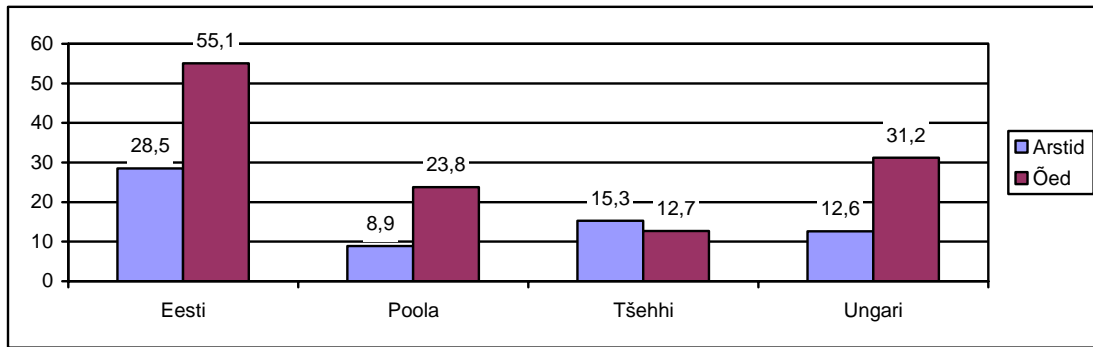
Väljaspool tervishoiuvaldkonda on valmis töötama (kõikidest küsitletutest) koguni 47% ämmaemandatest ja 43,5% õdedest, ligi poole vähem on neid hambaarstide (26%) ja arstide (21,9%) hulgas (vt ka tabel 2.6). Kõige vähem on väljaspool tervishoiuvaldkonda valmis töötama residendid (14,6%). Vaadates ainult neid, kes sooviksid välisriigis töötada, siis nende seas on üldiselt isegi rohkem inimesi nõus töötama väljaspool tervishoiusektorit (v.a arstid ja residendid). Ämmaemandatest 55,5% ning õdedest 49,5%, veidi vähem hambaarstidest 33,8% ning arstidest ja residentidest vaid vastavalt 19,6% ja 13%. Välismaal tervishoiuvaldkonnas lihtsamat tööd kui Eestis praegu on valmis tegema kõige enam taas õed ja ämmaemandad (55,1% ja 36,6% vastavalt), arstidest 28,5%, hambaarstidest 22,9% ning 20,5% residentidest.

Välismaal töötamise võimaluse avanedes on valmis selle nimel ühe keele ära õppima või siis ka keeleoskust täiendama kõik residendid (100%), suhteliselt kõrge on see protsent ka teiste kutsete esindajate hulgas (nt 95,5% õdedest ja 92,2% arstidest). Täiendõppel on valmis osalema kõikide kutsete lõikes üle 90% vastanutest.

Tabel 2.6. Valmidus välismaal töötamise nimel... (% kõikidest vastanutest)

	Arstid	Hambaarstid	Residendid	Ämmaemandad	Õed
töötama väljaspool tervishoiu valdkonda	21,9	26,0	14,6	47,0	43,5
tegema lihtsamat tööd tervishoiu valdkonnas, kui Eestis praegu	28,5	22,9	20,5	36,6	55,1
õppima ära ühe keele või täiendama keeleoskust	92,2	89,8	100,0	91,2	95,5
osalema täiendõppes	91,5	88,3	99,5	93,1	92,9

Võrreldes erinevate riikide tervishoiutöötajate valmidust teha välisriigi tervishoiusektoris madalama kvalifikatsiooniga tööd, siis võiks öelda, et Eesti tervishoiutöötajad on selleks tunduvalt enam valmis kui teiste riikide töötajad (vt ka joonis 2.14). Eesti arstidest on lihtsamat tööd valmis tegema 28,5%, kuid Tšehhis 15,3% ning Poolas kõigest 8,9% arstidest. Samas proportsioonis on vahe ka õdede lõikes – Eestis on selleks valmis üle poole õdedest, teistes riikides ligi veerand või ka alla selle. Kuna teistes riikides ei ole tulemusi eraldi residentide, hambaarstide ja ämmaemandate lõikes välja toodud, siis tulemusi kõrvutada pole võimalik.



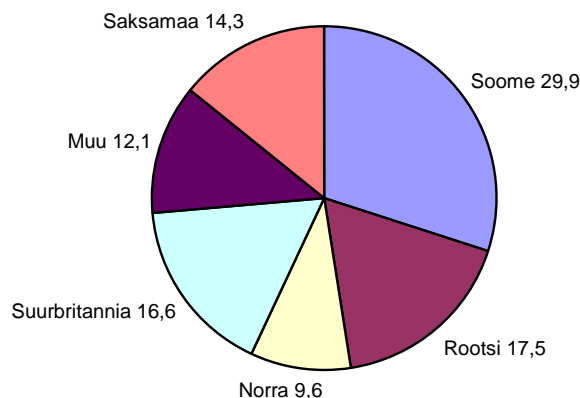
Joonis 2.14. Töötajate osatähtsus (% kõigist vastanutest), kes on nõus välismaal madalama kvalifikatsiooniga tööd tegema

Allikas: Borzeda jt 2002, lk 109; autorite arvutused

2.3.4. Sihtriik

Järgnevalt analüüsitakse lähemalt seda, millisesse riiki kõige enam tööle minna soovitakse. Sõltumata eelistuse järjekorrast soovitakse kõige enam minna Soome (56,5% vastanutest), järgnesid Rootsi (42%), Saksamaa (35,4%), Suurbritannia (30,7%) ning Norra (30%). Tunduvalt vähem märgiti ära Taanit (14,9%), Hollandit (12,3%) ja USA (5,4%). Iirimaa, Prantsusmaa ja Hispaania nimetasid ligikaudu 1% vastanutest. Muude riikidena olid vastajad ära märkinud kõik-võimalikke erinevaid maailma riike. Eksootilisematest võiks siinkohal nimetada Araabia riike, Brasiiliat ning ka Aafrika riike.

Esimesena nimetatud riikidest domineerib üle kõikide kutsete Soome (29,9%), järgneb Rootsi (17,5%), Suurbritannia (16,6%) ning Saksamaa (14,3%) (vt ka joonis 2.15). Suhteliselt palju on nimetatud ka Norrat (9,6%), kuid ülejäänud riike on esimese valikuna nimetatud tunduvalt vähem.



Joonis 2.15. Välismaal töötamise soovitatav sihtriik (esimene eelistus)

Võrreldes Eesti tervishoiutöötajate esimese eelistusena märgitud sihtriike teistes riikides läbi viidud küsitlustega on märgata seaduspära, et eelkõige soovitakse tööle minna naaberriikidesse. Eestis märkisid esimese eelistusena 29,9% vastanutest Soome ning 17,5% Rootsi. Poolas, Tšehhis ja Ungaris on sihtriigina eelkõige mainitud Saksamaad (vastavalt 32,2%, 23,1% ja 28,0%), veidi vähem ka Austriat (ungarlased 23,1% ning Tšehhid 17,5%) ja Prantsusmaad (poolakad 14,1%). Ungarlased on siiski peamise sihtriigina nimetanud

Suurbritanniat (31,4%). (Borzeda jt 2002, lk 112) Leedulased nimetasid esimese valikuna EL liikmesriikidest kõige enam Põhjamaid, Suurbritanniat ja Saksamaad (Health human resource... 2002, lk 17). Suurbritannia suhteliselt suur eelistus kõikides riikides tuleneb eelkõige sellest, et inglise keele oskus on kõige laiemalt levinud.

Ka kutsete lõikes on võimaluse korral välisriiki tööle minna soovivatest Eesti tervishoiutöötajatest peamise sihtriigina enam ära märkinud Soomet (nt 33,7% hambaarstidest ja 28,9% õdedest) (vt ka lisa 5). Teise riigina eelistavad hambaarstid (24,7%) ja residendid (20,9%) Suurbritanniat, arstid (17,9%) ning õed (19,5%) aga Rootsit.

Üsna oluline seos tuleb välja mõningate esimesena märgitud sihtriikide ja keeleoskuse vahel. Näiteks esimese võimalikus sihtriigina Suurbritannia märkinud tervishoiutöötajatest valdab inglise keelt koguni 92,7%. Esimese sihtriigina Soome märkinud tervishoiutöötajatest valdab mingil tasemel Soome keelt 63,6%, mis on samuti üsna kõrge näitaja. Esimesena Saksamaa märkinutest valdab saksa keelt 59,5%. Samas kui näiteks esimese sihtriigina Rootsi märkinutest valdab mingil tasemel rootsi keelt vaid 13,1%.

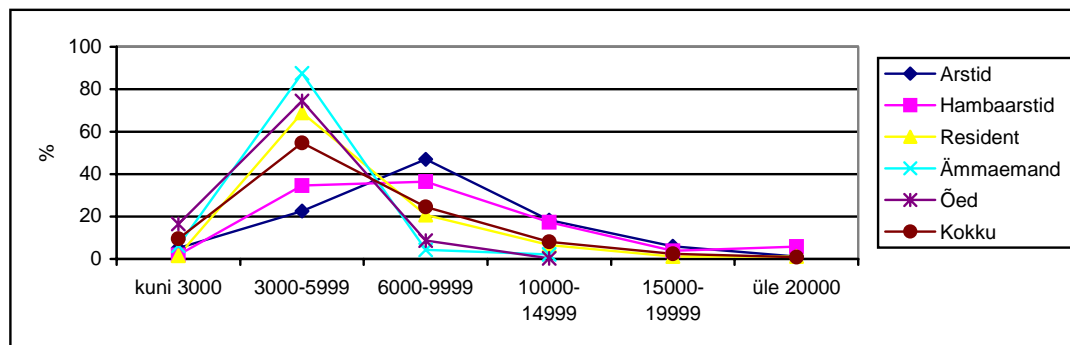
Kui vaadata Eesti keelelist ja kultuurilist keskkonda ning geograafilist asukohta, siis ei olegi Soome ja Rootsi mainimine peamiste sihtriikidena niivõrd üllatuslik. Ka alapeatükis 1.2 on sihtriigi poolsete tõmbeteguritena välja toodud migratsiooni siht- ja päritoluriigi geograafiline lähedus ning kultuur ja keel. Soome ja Rootsi on Eestile kõige lähemal asuvad atraktiivsete töövõimalustega riigid ning paljudel just Põhja-Eestis elavatel inimestel ei ole erilisi raskusi soome keelest arusaamisega. Ning nagu ka eespool tulemustes välja toodud on eestlased üsna meelsasti nõus välisriigis töökoha saamise võimaluse korral oma keeleoskust täiendama või koguni uue keele ära õppima.

Üsna palju võib sihtriigi valikut mõjutada ka **sugulaste või sõprade olemasolu välisriigis**, kes võiksid tervishoiutöötajal välismaale elama asumisel aidata. Välisriigis omab sugulasi või tuttavaid 60,6% residentidest, 56,8% arstidest, 43,4% ämmaemandatest, 41,8% hambaarstidest ning 37,6% õdedest. Väga paljudel on sugulasi ja sõpru Soomes, Rootsis, Suurbritannias ja Saksamaal. Samuti selgub vastustest, et sugulasi ja sõpru on reeglina enam kui ühes riigis. Nagu alapeatükis 1.2 toodud tõmbe- ja tõuketeguritest järeldub, on üheks oluliseks migratsioonile kaasa aitavaks teguriks perekonna, rahvuslike või etniliste võrgustike olemasolu sihtriigis. Seega mida enam on tervishoiutöötajatel välismaal elavaid sugulasi ja tuttavaid, seda suuremad on nende võimalused välismaal töö- ja elukoht leida.

2.3.5. Sissetulekud ja välismaal töötamise soov

Võrreldes teistes KIE riikides läbi viidud küsitlusega lülitati Eesti küsitlusesse mitmed sissetulekuid puudutavad küsimused. Sissetulekut puudutavad küsimused on migratsiooniotsuse tegemisel võtmetähtsusega, samas on väga keeruline leida nõ õiget sissetuleku mõõtu, mis migratsiooniotsust tegema ajendab, kas see on praegune sissetulek, välismaal oodatav sissetulek, välismaise ja kodumaise sissetuleku vahe või kodumaise ja välismaise sissetuleku suhe keskmisse sissetulekusse riigis jne. Käesoleva töö taustaks olnud küsitluses küsiti inimese eelmise kuu töötasu (tulenevalt küsitluse ajast kajastab see oktoobri või novembri sissetulekut), „õiglast” töötasu (milline peaks olema töötasu praegusel töökohal arvestades töökoormust ja muid tööga seotud asjaolusid) ja milline peaks olema minimaalne täiendav töötasu välismaal, et inimene välismaale tööle läheks. Järgnevalt analüüsitakse nende kolme töötasu variantide omavahelisi seoseid ja seoseid välismaale mineku sooviga.

Suurim osakaal vastanutest ehk 54,8% teenisid oktoobris netopalka vahemikus 3000-5999 krooni, teise suurema grupi (24,5%) moodustasid 6000-9999 krooni teeninud inimesed⁴ (vt joonis 2.16). Suurema osa arstide (47,0%) ja hambaarstide (36,5%) netopalk oli vahemikus 6000-9999 krooni, teise suurema grupi moodustasid arstidest (22,5%) ja hambaarstidest (34,6%), kelle palk oli vahemikus 3000-5999 krooni. Residentidest 69% netopalk oli oktoobris vahemikus 3000-5999 krooni ning 20,7% töötasu 6000-9999 krooni. Enamiku ämmaemandate ehk 87,5% töötasu jäi vahemiku 3000-5999 krooni, samas vahemikus oli 74,5% õdede oktoobrikuu netopalk.

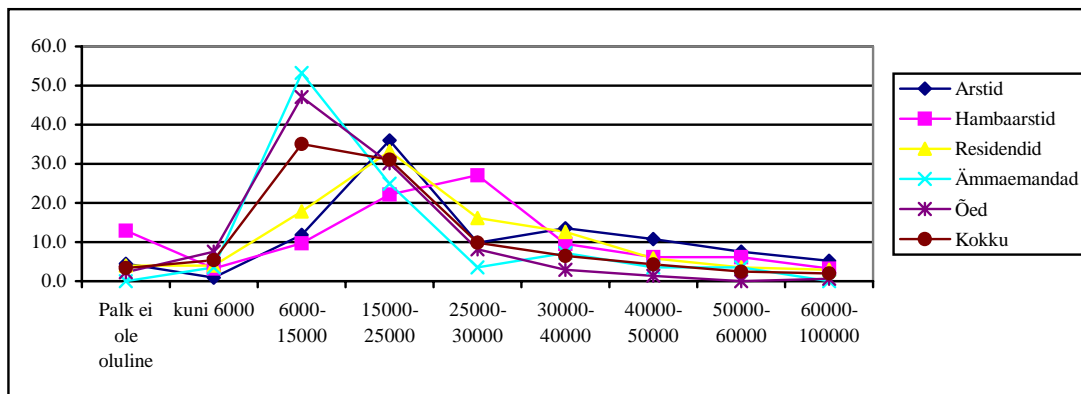


Joonis 2.16. Palkade jaotus kutsete järgi (%)

Võrreldes üldjoontes Eesti töötajate palkasid välisriikides pakutavate palkadega (vt tabel 1.1. peatükis 1) võib arvata, et oluliseks motiveerivaks teguriks välisriiki tööle suundumisel palkade erinevus Eestis ja välismaal. Samuti selgub kavandatava emigratsiooni põhjuste analüüsist, et peamine motivaator on palk.

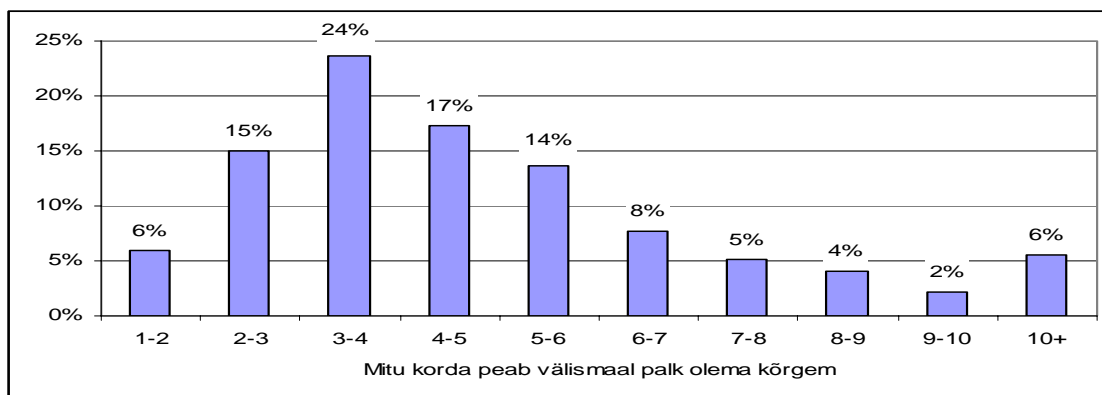
Eesti tervishoiutöötajate hinnang sellele, kui **palju suurem peaks vähemalt** olema maksudejärgne töötasu võrreldes praeguse palgaga, et **nad läheks välisriiki tööle** on suhteliselt tagasihoidlik. Palka ei pea oluliseks 3,4% vastanutest ning mitte keegi ei soovi enam kui 100000 krooni võrra suuremat palka. Kutsete lõikes on täiendava töötasu hinnang, et välismaale tööle minna, veidi erinev (vt joonis 2.17). Üldine täiendav palgasoov on 6000-15000 krooni. Arstide, residentide ja hambaarstide palgasoov on kõrgem (arstidest ja residentidest suurim osa sooviks juurde 15-20000 krooni, hambaarstidest 25-30000 krooni) ja õdedel ning ämmaemandatel väiksem (6000-15000 krooni).

⁴ Küsiti töötaja eelmise kuu netopalka, mis enamikel juhtudel vastab oktoobrikuu ja mõnel juhul novembrikuu palkadele. Eesti keskmine brutopalk 2003. aasta IV kvartalis oli täis- ja osaajaga töötajatel 7127 krooni (Statistikaamet), mis arvestades maksud maha vastab 5473 kroonisele netopalgale.



Joonis 2.17. Nõutav minimaalne palgaerinevus praeguse palgaga, et töötaja läheks välismaale tööle kutsete lõikes

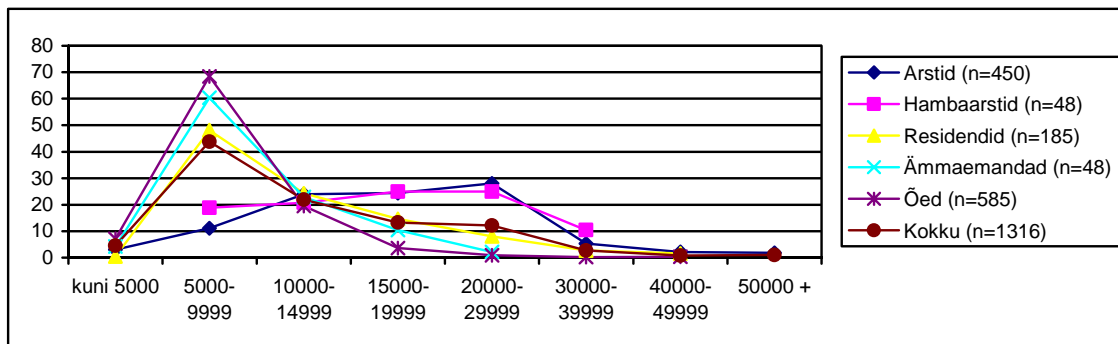
Veerand välismaal töötada soovivaist töötajaist kaalub välismaale minekut siis, kui nende palk seal on praegusega võrreldes kolm kuni neli korda suurem. Veerand töötajatest tahavad välismaal saada kuus või enam korda suuremat palka välismaal.



Joonis 2.18. Palga suuruse erinevus võrreldes praegusega kordades, et tervishoiutöötajad läheksid välismaale tööle (% välismaal töötada soovijaist)

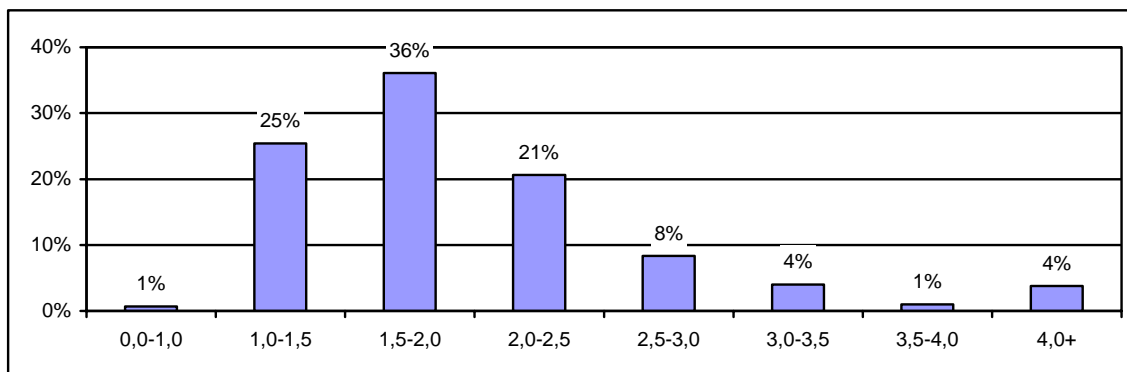
Testimaks, kui rahulolevad on inimesed oma töötasuga praegusel ametikohal küsiti, milline oleks teie praeguse töö eest „õiglane palk”. Õiglane palk praeguse töö eest oleks enamiku töötajate arvates väiksem, kui see palk, millega nad välismaale oleksid nõus minema. See näitab realistlikke vaateid, et välismaale minekul peab palk seal olema vähemalt nii suur, et see kataks ka ümberasumisega tekkivad kulud.

Arstidest leiavad 28%, et netopalk peaks olema vahemikus 20000-29999 krooni. Enam-vähem võrdselt on neid, kes arvavad, et palk peaks olema 10000-14999 krooni (24%) või 15000-19999 krooni (24,4%). Hambaarstide palgasoovid on enam-vähem samas suurusjärgus – veerand peavad õiglaseks palgavahemikku 20000-29999, sama palju on ka neid, kes arvavad, et maksudejärgne töötasu peaks olema 15000-19999 krooni. Ligi pooled residentidest ehk 48,1% leiab, et palk peaks olema 5000 ja 9999 krooni vahemikus, ämmaemandatest peab töötasu sellises vahemikus õiglaseks 60,4% ning õdedest 68,4%.



Joonis 2.19. Õiglase palga soov praegusel töökohal (% vastava kutseala esindajatest)

Ligi 60% leiavad, et õiglane oleks nende töö eest palk, mis oleks 1-2 korda suurem praegusest ja viiendik, et see peaks olema 2-2,5 korda suurem.



Joonis 2.20. Õiglase palga erinevus võrreldes praegusega kordades (% kõikidest vastanutest)

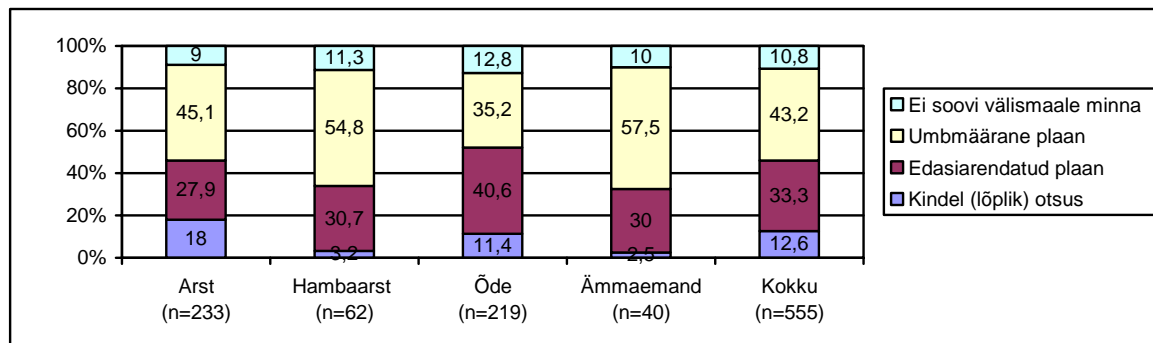
2.4. Tudengite väljarände kavatsused

Paralleelselt Eesti tervishoiutöötajate küsitlusega viidi küsitlus läbi ka meditsiinitudengite seas. Tulenevalt asjaolust, et noored inimesed ja õppurid on oluliselt altimad välismaale minema, on vajalik nende tulemusi eraldi vaadelda. Küsitleti Tartu Ülikooli arstiteaduskonna tudengeid alates kolmandast kursusest ning Tartu ja Tallinna meditsiinkoolide õe ja ämmaemanda eriala tudengeid alates teisest kursusest. Tudengeid küsitleti kõikselt õppetöö ajal Tartu Ülikoolis alates kolmandast kursusest ja Tallinna ning Tartu Meditsiinkoolis alates teisest kursusest (lähemalt küsitlusest vt Lisa 3). Tudengite puhul on reeglina tulemused välja toodud omandatava eriala lõikes, kuid olulisemate küsimuste puhul ka kursuse lõikes.

2.4.1. Välismaal töötata soovijate hulk ja töötamisperioodi eelistus

Tudengite valmidus võimaluse avanedes mõnes välisriigi tervishoiusektoris töötada on tunduvalt kõrgem kui tervishoiutöötajatel (vt alapeatükk 2.2.1), seda teeks koguni 85% vastanutest (vt ka joonis 2.21). Omandatava eriala lõikes on mõningaid erinevusi – arsti eriala õppivatest 91,2%, hambaarsti tudengitest 88,7% ning õe ja ämmaemanda eriala omandatavatest vastavalt 76,9% ning 90%. Tulemuste tõlgendamisel tuleb arvestada, et tegemist on noorte inimestega, kes ei ole veel peret loonud ning kooli lõpetanud. Juhul, kui

lõpetatakse kool, minnakse Eestis tööle ja soetatakse pere, väheneb nende huvi välismaale mineku osas ilmselt oluliselt.



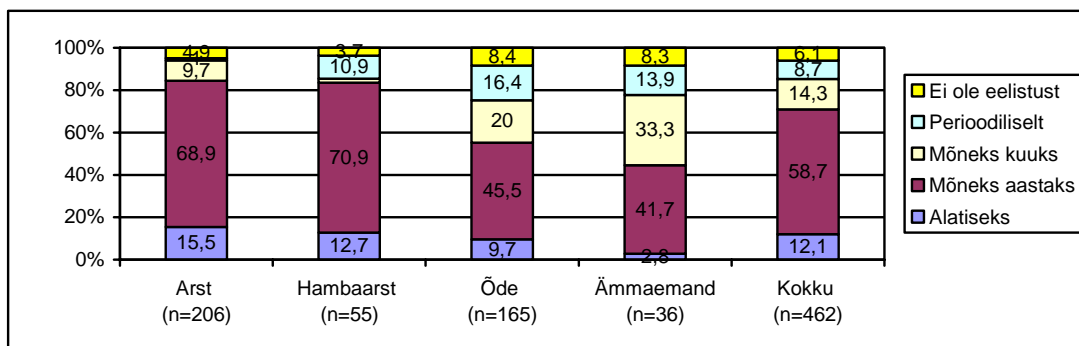
Joonis 2.21. Välismaal võimalusel töötada soovivate tudengite osatähtsus

Tulemustest selgub aga, et paljudel on kava välismaal töötada umbmäärase plaani tasemel (43,2%) (vt joonis 2.21). Erialade lõikes on kõige suurem osakaal umbmäärase plaaniga ämmaemanda erialal õppijatel (57,5%), järgnevad hambaarsti eriala tudengid 54,8%-ga. Arstieriala tudengitel on umbmäärane plaan 45,1% ning õdedel 35,2%. Jooniselt on näha, et kindlat või edasiarendatud plaani välismaale tööle mineku osas omab koguni 45,9% tudengitest. Väikseim on välismaale mineku kindel või edasiarendatud plaan ämmaemandatel (32,5%) ning hambaarstidel (33,9%), suurim õe eriala õppuritel (52%) ning arstieriala tudengitest 45,9%-l.

Kindlat (lõplikku) otsust välismaal töötada omab koguni 12,6% tudengitest võrreldes 5,4%-ga tervishoiutöötajatest. Enim on kindla otsusega arstitudengeid – koguni 18%, järgnevad 11,4%-ga õe eriala omandajad. Tunduvalt väiksem on kindla plaaniga hambaarsti ja ämmaemanda tudengeid, vastavalt 3,2% ja 2,5%.

Viimase kursuse tudengite välismaal töötamise kavatsused on väiksemad kui keskmiselt tudengitel. Viimase kursuse tudengitest on kindel plaan välismaale mineku osas 6,3% õdedest ning 15,2% arstidest, viimase kursuse ämmaemanda ja hambaarsti eriala tudengid selles osas kindlat plaani ei oma.

Üle poolte ehk 58,7% välismaal töötada soovivatest tudengitest läheks välismaale tööle mõneks aastaks (vt ka joonis 2.22), mõnekuuliseks perioodiks läheks 14,3% ning perioodiliselt teeks seda 8,7%, mis viitab sellele, et ka tudengid soovivad minna välismaale pigem ajutiselt. 6,3% on aga neid tudengeid, kellel kindel eelistus ajaperioodi suhtes puudub. Suur osakaal tudengitest (koguni 12,1%) soovib välismaale minna alaliseks, neid on pea poole enam kui töötajate seas (6,5%). Omandatava eriala lõikes sooviksid alaliseks välismaale minna 15,5% arsti- ning 12,7% hambaarsti tudengitest, õe eriala omandavatest 9,7% ning ämmaemandatetest vaid 2,8%. Üle kahe kolmandiku arsti- ja hambaarsti tudengitest (vastavalt 68,9% ja 70,9%) läheks välismaale tööle mõneks aastaks, õe ning ämmaemanda eriala õppijatest 45,5% ja 41,7% vastavalt.

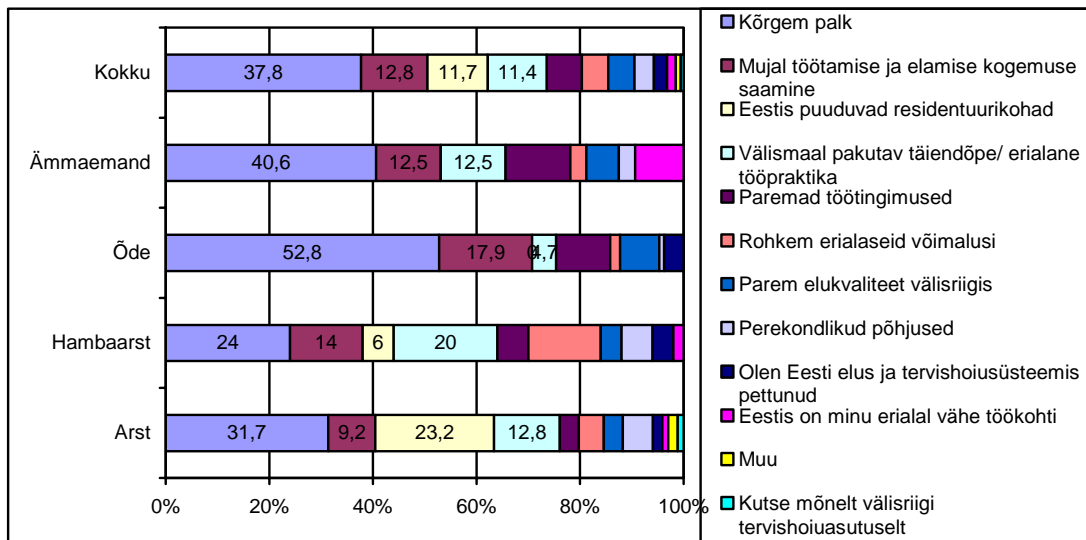


Joonis 2.22. Välismaal töötada soovivate tudengite töötamisperioodi eelistus

Tudengid läheksid võimaluse avanedes välismaale tööle keskmiselt kolme aasta pärast. Omandatava eriala lõikes siinkohal suuri erinevusi pole, ainsana soovivad kõige pikema perioodi pärast välismaale minna ämmaemandad (keskmiselt 4,5 aasta pärast). Teiste erialade omandajad soovivad seda teha umbes kolme aasta pärast (arstitudengid 3,4; hambaarstiks õppijad 3,3 ning õeks õppijad 2,9 aasta pärast). Üldiselt soovivad viimase kursuse tudengid välismaale tööle minna sama eriala õppijatest keskmiselt kiiremini. Üldjuhul on nii, et mida lühema tähtaja jooksul inimene kindlalt kavatses tööle minna, seda tõenäolisemalt see kavatsus ka ellu viiakse.

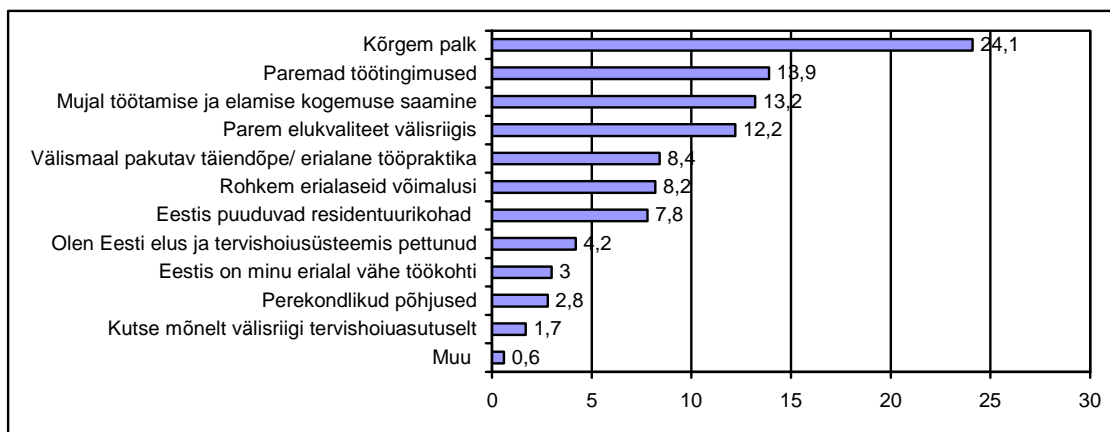
2.4.2. Välismaal töötamise soovi põhjused ja takistused välismaale tööle minekul

Nagu tervishoiutöötajad nii märkisid ka erinevate meditsiinierialade tudengid peamise ehk esimese põhjusena välisriiki tööle minekul kõrgemat palka välisriigis. Keskmiselt nimetati seda esimese põhjusena 37,8% juhtudel (vt ka joonis 2.23), põhjustest järgnesid mujal töötamise ja elamise kogemus (12,8%) ning välismaal pakutav täiendõpe või erialane tööpraktika (11,4%). Üsna palju nimetati esimese põhjusena ka residentuurikohtade puudumist Eestis (11,7%). Kõige olulisemaks peavad välisriiki tööle minemise põhjustest kõrgemat palka õe eriala õppurid, koguni 52,8%, poole väiksem oli seda põhjust esimeseks pidavate hambaarstide osakaal (24%). Arstitudengitest nimetasid kõrgemat palka esimese põhjusena 31,7% vastanutest ning ämmaemandaks õppijatest 40,6%.



Joonis 2.23. Esimesena nimetatud põhjus välismaal töötamiseks

Kui vaadata tudengite poolt nimetatud põhjusi välismaale minekuks sõltumata nende nimetamise järjekorrast, siis ka siin domineerib suhteliselt ülekaalukalt põhjusena kõrgem palk (24,1%) (vt joonis 2.24). Suhteliselt palju on tudengid põhjustena nimetanud ka paremaid töötingimusi (13,9%), mujal elamise ja töötamise kogemuse saamust (13,2%) ning paremat elukvaliteeti välisriigis (12,2%). Residentuurikohtade puudumist on märkinud 7,8% välismaale tööle soovivaist tudengitest.



Joonis 2.24. Tudengite poolt nimetatud põhjuste jaotus välismaale tööle minekuks olenemata nende nimetamise järjekorrast

37,9% viimase ehk VI kursuse arstitudengitest on esimese põhjusena välisriiki tööle minekuks nimetanud residentuurikohtade puudumist ning kõrgemat palka välisriigis vaid 17,2%. Ka viimase kursuse hambaarsti tudengite seas ei ole kõige enam mainitud esimeseks põhjuseks kõrgem palk, vaid välismaal pakutav erialane täiendõpe ning välismaal töötamise ja elamise kogemus (mõlemate osakaal 18,2%). Küsitlus viidi läbi suures osas 2003. aasta lõpus, mil ei olnud selgust residentuurikohtade arvust.

Teise põhjusena on kõige enam nimetamist leidnud paremad töötingimused (21,6%), kuid pea sama suur osakaal on nimetanud ka kõrgemat palka (21,3%), järgmisena on nimetatud

välismaal töötamise ja elamise kogemuse saamine (13,5%). Teisena märgitud põhjused on erialati erinevad. Arstitudengid on teise põhjusena enam ära märkinud kõrgemat palka (28,6%), hambaarsti eriala tudengid aga välismaal pakutavat täiendõpet/erialast tööpraktikat (20,4). 37,7% õe eriala õppuritest on teise põhjusena välismaale minekul nimetanud paremaid töötingimusi ning ämmaemandaks õppijad välismaal elamise ja töötamise kogemuse saamist (25%).

Esimese takistusena on enim ehk 44,1% võimalusel välismaale minevatest tudengitest nimetanud kaugenemist perest ja sõpradest, tunduvalt vähem on nimetatud keerulist asjaajamist (17,2%) ning keeleoskuse puudumist (16,6%). Õpitava eriala lõikes siin märgatavaid erinevusi ei ole, üle 40% on nimetanud kaugenemist perest ja sõpradest. Kuid õe ja ämmaemanda eriala õppijad on järgmisena enam märkinud keeleoskuse puudumist, samas kui arstiks ja hambaarstiks õppijad on nimetanud keerulist asjaajamist. Sõltumata järjekorrast on muude põhjustena enim märkimist leidnud kooli pooleliolek ning soov enne konkreetne eriala omandada, nimetatud on aga ka tugevamat konkurssi välisriigi tööturul, halba suhtumist võõrtöötajate jne.

Tabel 2.7. Välismaale tööle minekut takistavad tegurid

Takistav tegur	Esimesena nimetatud	Teisena nimetatud	Kolmandana nimetatud
Kaugenemine perest, sõpradest	44,1	15,8	15,2
Ei oska keelt	16,6	14,6	17,2
Keeruline/tülikas asjaajamine	17,2	22,7	17,8
Välismaale tööle minekuga kaasnevad suured kulud	10,1	21,2	15,2
Hirm tööalaselt läbi kukkuda	3,6	9,6	14,2
Kohanemisraskused võõra kultuuriga	6,8	14,6	17,2
Eestis on paremad tööalased väljavaated	0	0,3	1,0
Muu	1,8	1,2	2,3
Kokku	100	100	100

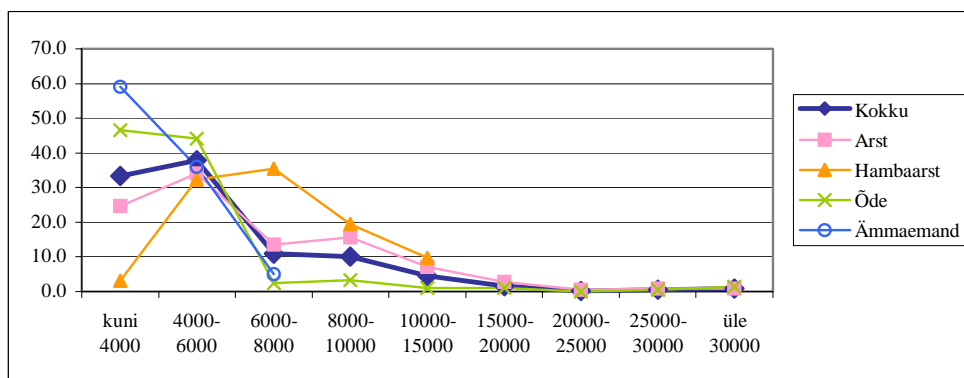
Tabelist 2.7 on näha, et teise takistava tegurina on enim märgitud tülikat asjaajamist (22,7%), kuigi pea sama palju on nimetatud ka välismaale minekuga kaasnevaid suuri kulusid (21,2%) ning järgneb taas kaugenemine lähedastest (15,8%). Erialati on arstitudengid enim teise põhjusena nimetanud asjaajamise tülikust, teiste erialade esindajad aga suuri kulusid. Kolmanda põhjusena on taas enam märkimist leidnud keeruline asjaajamine (17,8%), järgnevad keeleoskuse puudumine (17,2%) ning kohanemisraskused võõra kultuuriga (17,2%). Erialati on arstidel enim märgitud taas keerulist asjaajamist, hambaarstidel keeleoskuse puudumist, õdedel kaugenemist perest ja sõpradest ning ämmaemandatel kohanemisraskusi võõra kultuuriga.

Kokkuvõttes on tudengite ja töötajate nägemus välismaale tööle mineku põhjustest ja takistustest ühesugused. Olulisemate erinevustena on tudengid enam mures residentuurikohtade pärast ja võimalikest takistustest tähtsustatakse asjaajamise keerulisust enam. Samas on tudengite keeleoskuse probleem väiksem.

2.4.3. Tudengite ootused palkade osas

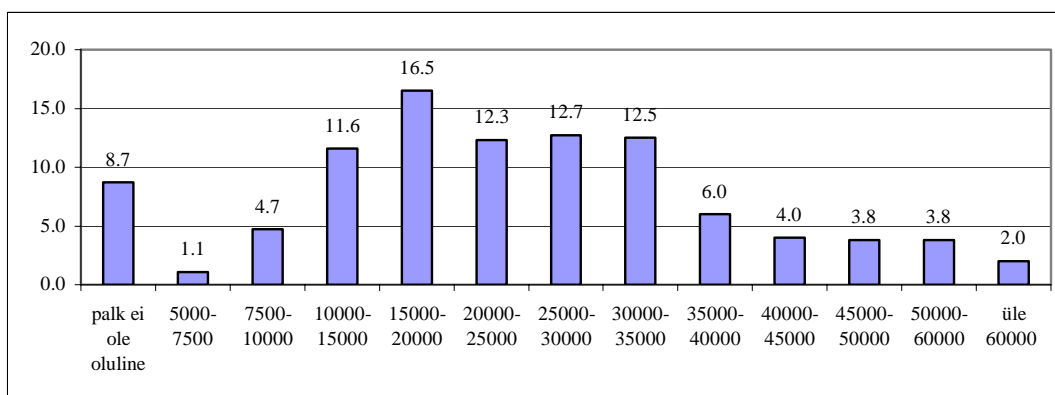
Ülaltoodu põhjal võib tõdeda, et ka tudengitel on välismaale tööle mineku peamiseks motiveerivaks teguriks kõrgem palk välisriigi tervishoiusektoris. Tudengitelt küsiti ankeedis arvamust selle kohta, kui suur saab olema nende maksudejärgne palk Eestis kooli lõpetades

tervishoiusektorisse tööle asudes. Kõigist ankeedile vastanud tudengitest 37,9% arvas, et nende töötasu saab olema vahemikus 4000-6000 krooni ning kolmandik (33,3%) arvas, et see saab olema alla 4000 krooni (vt ka joonist 2.25). Arstieriala tudengitest arvab 34,1%, et nende netotöötasu saab pärast kooli lõpetamist olema 4000-6000 krooni, hambaarsti eriala omandajatest 35,5% arvab, et 6000-8000 krooni. Õe ja ämmaemanda eriala omandajatest arvab kõige suurem enamus, et nende töötasu saab olema alla 4000 krooni (vastavalt 46,5% ja 59%). Üldiselt on suurema osa tudengite ootused kooli lõpetades saadava palga osas reaalsusele vastavad (vt ka alapeatükist 2.2.5 tervishoiutöötajate palkade jaotust). Loomulikult on ka neid, kelle ootused palga osas on suhteliselt ebareaalsed.



Joonis 2.25. Arvatava maksudejärgse töötasu jaotus pärast kooli lõpetamist Eesti tervishoiusektoris (% kõigist vastava eriala õppijatest)

Selleks, et tudengid välismaale tööle läheks, soovivad kõige suurem osa ehk 16,5% vastanutest, et nende maksudejärgne töötasu oleks seal vähemalt 15-20000 krooni. Üle 37% protsendi on neid, kes soovivad välismaal saada vähemalt 20-35000 kroonist netotöötasu. Üsna suur on ka nende tudengite osakaal (8,7%), kes ei pea palka oluliseks. Minimaalne palgasoov välismaale tööle minekuks on kõige kõrgem arstitudengitel, kellest 16,7% sooviks 30-35000 kroonist netotöötasu, hambaarstitudengitest 14,8% soovivad 25-30000 krooni suurust palka. Õe ning ämmaemanda eriala õpilased soovivad mõnevõrra madalamat palka, 15-20000 kroonist maksudejärgset töötasu soovivad välismaal teenida vastavalt 22,5% ja 19,4%. Kõrvutades tudengite arvates pärast kooli lõpetamist Eesti tervishoiusektoris saadavat netopalka ning nõutavat minimaalset netopalka välisriiki tööle minemiseks, siis ei olegi see vahe väga suur, keskmiselt 10000 krooni ringis.



Joonis 2.26. Nõutav maksudejärgne töötasu välismaal, et tudeng läheks välisriiki tööle (% nendest, kes soovivad välismaale tööle minna)

2.4.3. Soovitatav töö ja sihtriik

Suur osa tudengeid on nõus välismaal **töötama ka väljaspool tervishoiu valdkonda**, 43,6% välismaal töötada soovivaist tudengitest. Kutseti on selles küsimuses üsna suured erinevused. Väljaspool tervishoiu valdkonda on nõus töötama ligi veerand arstieriala tudengitest (25,7%) ning veidi enam ehk 34% hambaarsti tudengitest. Seda on nõus tegema aga peaaegu pooled ehk 47,1% ämmaemanda eriala omandajatest ning koguni 70,8% õe eriala omandajatest.

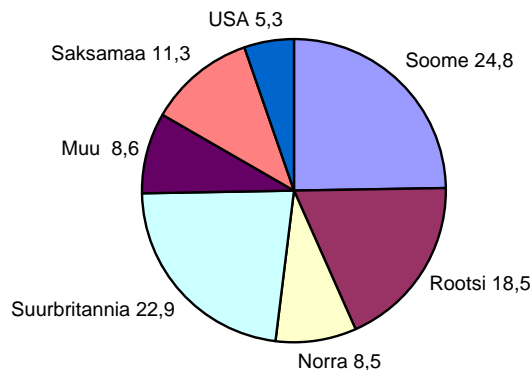
Välismaal väljaspool tervishoiu valdkonda on tänaseks töötanud ligi veerand (25,9%) tudengitest, kes võimaluse avanedes välismaale tööle läheks. Kutsealastel põhjustel on välismaal viibinud veidi üle viiendiku (21,5%) välismaal töötada soovivaist tudengitest (arstidest 27,9%, hambaarstidest 21,8%, õdedest 13,9% ning ämmaemandatest 19,4%). Kutsealastel põhjustel viibinutest 28,3% on olnud välismaal praktikal, 24,8% õppimas, 22,1% töötamas ning 21,4% konverentsil. Varem kutsealastel põhjustel välismaal viibinute ning välisriigis töötanute tudengite soov/kalduvus välismaale minna on mõnevõrra suurem kui nendel, kes seda teinud ei ole. Varem välismaal viibinutest töötaks võimaluse avanedes välisriigis üle 90%, samas nendest, kes seda teinud ei ole, soovib välismaale minna veidi üle 80%.

Lihtsamat tööd välisriigi tervishoiu valdkonnas on valmis tegema 40,2% välisriiki tööle minna soovivatest tudengitest. Taas eristuvad teiste erialade esindajatest õe eriala õppurid, kellest on lihtsamat tööd valmis tegema 56,1%. Teiste erialade esindajatest on seda nõus tegema üle 30% (arstidest 31%, hambaarstidest 34% ning ämmaemandatest 35,3%).

Välismaale tööle minna soovivatest tudengitest on selle nimel valmis ühe keele ära õppima või keeleoskust täiendama pea kõik vastanud ehk 99,1% välismaal töötada soovijaist. Omandatava eriala lõikes siinkohal erinevusi pole ning ämmaemandatest on seda kõik valmis tegema.

Ka täiendõppel on nõus osalema suhteliselt suur osa ehk 96,1% välismaal töötada soovivatest tudengitest. Enam on selleks valmis arstitudengid (97%), järgnevad õed (96,6%), ämmaemandad (94,3%) ning kõige vähem hambaarstidest (92,7%).

Võimaluse avanedes sooviksid enamik esimese eelistusena minna Soome (24,8% välismaal töötada soovivatest tudengitest). Järgnevad Suurbritannia (22,9%) ning Rootsi (18,5%). Esimese sihtriigina on arstieriala tudengid enim nimetanud Soomet (31%), hambaarsti eriala tudengid võrdselt Soomet ja Saksamaad (24,3%), õe eriala õpilased Suurbritanniat (24,5%) ning ämmaemandad Soomet (28%). Muude riikidena on sõltumata eelistuse järjekorrast nimetatud erinevaid loetelus puudunud Euroopa riike, nii Venemaad ning Lätit ja Leedut kui ka Austraaliat, Uus-Meremaad jm eksootilisemaid riike.



Joonis 2.27. Välismaal töötamise soovitatav sihtriik (esimene eelistus)

Teise soovitava sihtriigina on enim ära märkimist leidnud Suurbritannia (21%), järgneb Rootsit (20,7%) ning Soome (18,4%). Arstitudengid on enim teise soovitava sihtriigina märkinud Rootsit (20,7%), hambaarsti tudengid suhteliselt suures osas Suurbritanniat (40,5%) ning õed ja ämmaemandad taas Rootsit (vastavalt 24,5% ja 20%).

Välismaale tööleminekut võib hõlbustada **sõprade ja sugulaste olemasolu** potentsiaalses sihtriigis ning samuti varasem välismaal kutsealastel põhjustel viibimine või ka töötamine. Võimalusel välisriiki tööle minna soovivatest meditsiinieriala tudengitest omab sõpru või sugulasi 54,1% (arstidest 57,5%, hambaarstidest 52,8%, õdedest 52,4% ja ämmaemandatest 44,4%). Enamus tudengitest omab sõpru/tuttavaid kahes või enamaski riigis, kõige rohkem on taas sõpru/tuttavaid Soomes, seda on nimetanud 46% välismaale tööle minna soovivatest tudengitest. Aga üsna paljud omavad sõpru/sugulasi Rootsit, Saksamaal Suurbritannias ja USAs. Tulenevalt sõprade ja tuttavate olemasolust välisriikides on kõige olulisema **infoallikana** nimetanud tuttavat või sugulast välisriigis (31,3%) ning neist peaaegu pooled (49,6%) on seda infot saanud Soome sõbralt või tuttavalt. Olulisuselt järgmine infoallikas on tuttav Eestis (24,3%). Tunduvalt vähem on infot saanud välisriigi tööandjalt (12,1% ning neist omakorda 32,4% Soome tööandjalt; enam on välisriigi tööandjalt infot saanud TÜ tudengid) ning 11,2% on saanud infot õppeasutusest (kutse lõikes peamiselt õed, koolide lõikes erinevusi pole). Ka erialade lõikes on peamiseks infoallikaks tuttav või sugulane välisriigis.

2.5. Välismaale töötamise soovi sõltuvus erinevatest teguritest

Kirjeldamiseks erinevate tegurite mõju välismaal töötamise soovile hinnati logistilised regressioonimudelid. Regressioonimudel võimaldab, leitud seoseid kasutades, simuleerida potentsiaalse migratsiooni suurust. Mudelis sõltub soov välismaale tööle minna järgmistest muutujatest: vanus (vanusrühmad: kuni 39, 40-49, 50-59 ning 60 ja vanemad), sugu, maakond (omab kolme väärtust Harjumaa, Tartumaa ning ülejäänud maakonnad), alla 16 aastaste laste olemasolu, rahvus (eestlane või mitte-eestlane), soovitud ja tegeliku palga logaritmitud suhe, mis iseloomustab rahulolematust praeguse töötasuga. Muutujate valik tuleneb eelmistes alapunktides läbi viidud empiirilisest analüüsist ning teoreetilistest seisukohtadest, mille kohaselt on sissetulekute erinevus, inimeste vanus ja laste olemasolu ühed peamisi migratsiooni mõjutavaid tegureid.

Mudelid hinnati kõikide tervishoiutöötajate kohta koos ja kutsete lõikes eraldi. Pikemalt tõlgendatakse arstide, residentide ja õdede mudeleid, kus on valimid suuremad, ning vähem hambaarstide ja ämmaemandate mudeleid, kus valimid on väiksemad.

Mudeli tulemuste tõlgendamisel kasutatakse šansside suhet (*odds ratio*), kus šanss (*odds*) on sündmuse toimumise (migreerumise soovi esinemise) ja mittetoimumise (migreerumise soovi puudumise) tõenäosuste suhe. Tabelis on esitatud kategoorilise muutuja puhul šanss võrreldes võrdlusrühmaga, pideva muutuja korral näitab šansside suhe üheühikulise muutuse mõju šansile. Kui šansside suhe on väiksem kui üks, siis on migreeruda soovimise ja mittesoovimise tõenäosuste suhe uuritavas rühmas väiksem võrreldes võrdlusrühmaga, ja vastupidi. Kõiki tervishoiutöötajaid hõlmava mudeli puhul kasutatakse tõlgendamisel lisaks marginaalseid efekte, mis näitavad erinevust migreerumissoovi omavate inimeste osakaalus erinevates rühmades teiste muutujate keskvärtuse korral. Positiivne marginaalne efekt näitab, et tõenäosus, et soovitakse migreeruda, on suurem ja vastupidi.

Kõiki tervishoiutöötajaid ja residentide logistilises regressioonimudelil koos käsitledes, sõltub soov välismaale minna statistiliselt oluliselt vanusest, rahulolematusest palgaga ning elamisest Tartumaal (võrreldes väljaspool Tartumaad ja Harjumaad elavate inimestega). Nende tegurite arvestamisel ei mõjuta statistiliselt oluliselt soovi välismaale minna rahvus, sugu ega alla 16 aastaste laste olemasolu.

Tabel 2.8. Migreerumissoovi mõjutavate tegurite analüüs logistilise regressioonimudeliga

Tunnus	Kõik koos	Arstid	Hambaarstid	Residendid	Õed	Ämmaemandad	
	Šansside suhe	Marginaalne efekt (erinevus tõenäosuses)	Šansside suhe	Šansside suhe	Šansside suhe	Šansside suhe	
Sugu							
Võrdlusrühm on "naine"							
Mees	1,286	0,061	1,317	0,241	1,501	-	-
Vanus							
Võrdlusrühm on "kuni 39 a"							
40-49	0,439***	-0,203***	0,380**	0,069**	-	0,528**	0,359
50-59	0,253***	-0,329***	0,286***	0,159	-	0,251***	0,309
60 ja üle	0,062***	-0,555***	0,067***	0,011***	-	0,076***	-
Rahvus							
Võrdlusrühm on "mitte-eestlane"							
Eestlane	0,978	-0,005	1,010	13,588*	3,257**	0,88	1,206
Kuni 16 a laste olemasolu							
Võrdlusrühm on "pole lapsi"							
Laste olemasolu	0,908	-0,024	1,490	0,094**	0,371*	0,94	0,398
Elukoht							
Võrdlusrühm on "Muu maakond"							
Harjumaa	1,238	0,052	1,527*	0,322	1,024	1,194	0,810
Tartumaa	1,644**	0,117**	1,231	-	1,012	1,859*	-
Rahulolematus palgaga							
Ln(Soovitud palk/tegelik palk)	2,457***	0,221***	1,709*	14,283*	5,100*	3,294***	0,830
Pseudo R ²	0,144		0,160	0,310	0,094	0,138	0,050
Vaatluste arv	1258		424	43	172	562	43

Märkused:

Olulisusnivood: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Marginaalsed efektid on hinnatud kõikide teiste muutujate keskvaartuse kohal.

Hambaarstide mudelis kasutatud valimis oli ainult kaks Tartumaal elavat hambaarsti, kes mõlemad soovisid minna välismaale tööle ja need on mudelist välja jäetud. Õdede mudelis kasutatud valimis oli ainult kolm meessoost õde, kes kõik soovisid minna välismaale tööle, mistõttu on need mudelist välja jäetud. Ämmaemandate mudelis jäid välja üle 60 aastased (kaks inimest, kellest kumbki ei tahtnud minna) ja Tartumaal elavad inimesed (3 inimest, kes kõik tahtsid minna). Residentide mudelist jäid välja üle 40 aastased (6 inimest, kes kõik tahtsid minna välismaale tööle).

Vanus avaldab migreerumissoovile olulist mõju. Võrreldes kuni 39 aastastega, on 40-49 aastastel migreerumise soov 20% väiksem (šansside suhe 0,439), 50-59 aastastel on migreerumise soov 33% väiksem (šansside suhe 0,253) ja üle 60 aastastel 56% väiksem (šansside suhe 0,062).

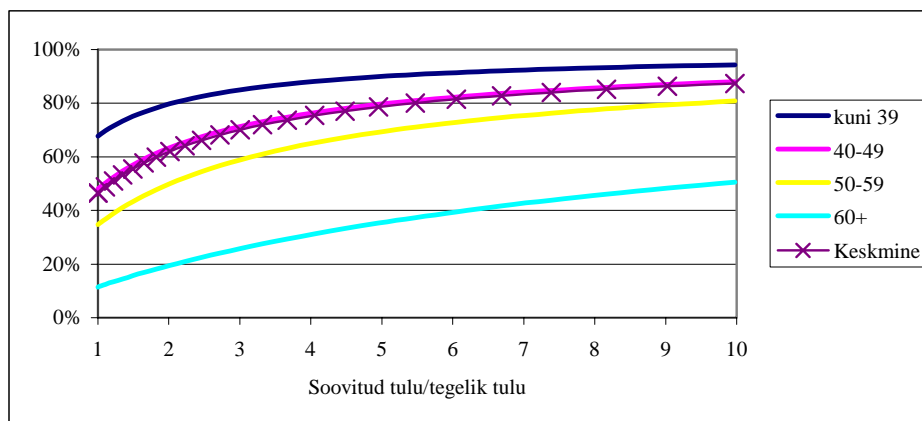
Tartumaal elavatel tervishoiutöötajatel on võrreldes mujal Eestis ja väljaspool Harjumaad elavate inimestega 12% suurem migreerumise soov (šansside suhe 1,644). Harjumaa elanikel migreerumise soov ei ole statistiliselt erinev muu Eestiga.

Rahuolematuse palgaga on samuti migratsioonisoovi selgitav tegur. Neil, kellel on soovitud palga ja tegeliku palga suhe 1% suurem, on migreerumise soovi tõenäosus 0,22% kõrgem (šansside suhe 2,46).

Arstide, õdede ja residentide mudelid näitavad üldjoontes sama, mida koondmudel, kuid on siiski mõningad erinevused. Esiteks selgub, et enam soovivad minna Harjumaa arstid ja Tartumaa õed. Residentide puhul piirkondlikke erinevusi migreerumissoovis ei ole. Töötasu suhtes on kõige tundlikum residentide migreerumissoov, järgnevad õed ja seejärel arstid. (Hambaarstid on kõige tundlikumad, kuid nende valim on väga väike.) Eestlastest residendid soovivad enam välismaale tööle minna kui mitte-eestlased. Arstide ja õdede puhul statistiliselt olulisi migreerumise erinevusi rahvuses ei ole. Residentidel vähendab migreerumise soovi oluliselt laste olemasolu. Arstide ja õdede puhul laste olemasolu statistiliselt olulist mõju ei oma. Samas tuleb tähele panna, et arstide ja õdede mudelis on sees vanusrühmad, mis laste mõju migreerumise soovile osaliselt juba arvestavad.

Seega võib ülaltoodud teguritest esile tõsta kaks, mis migratsioonisoovi kõige selgemalt mõjutavad: inimese vanus ja rahuolematuse palgaga.

Järgnevalt on simuleeritud logistilise mudeli tulemuste põhjal välismaal töötamise soovi sõltuvust soovitud (õiglase) ja tegeliku tulu suhtest. Joonisel 2.28 toodud simulatsiooni tulemused, mis kasutavad mudelit, kus kasutati kõiki andmeid. Kui soovitud ja tegeliku tulu suhe suureneb, siis suureneb ka tervishoiutöötaja soov välismaale tööle minna. Kui näiteks soovitud tulu on tegelikust tulust kaks korda suurem, siis soovib välismaale minna 62% tervishoiutöötajatest, kui aga tulude vahe on 10-kordne, siis soovib välismaale minna ligi 90% vastanutest. Jooniselt on ka näha, et sissetulekust enam mõjutab migreerumise soovi vanus. Mida vanem on inimene, seda väiksem on soov välismaale tööle minna (vt joonis 2.28).



Joonis 2.28. Välismaal töötamise soovijate osakaalu sõltuvus soovitud ja tegeliku tulu suhtest vanusegruppide lõikes (kõik tervishoiutöötajad), simuleeritud logistilise mudeli põhjal

Võib arvata, et migreerumissoovi seos soovitud palga ja tegeliku palga erinevusega ühelt poolt ning migreerumissoovi seos sissetulekute võidu vahel, mis saadaks välismaale tööle minemise korral, teiselt poolt on sarnased. See tähendab, et need, kellel oleks kõige enam võita migreerumisest, on ka need, kes on kõige enam rahuolematud praeguse palgaga. Analüüsitud suurematest rühmadest olid kõige tundlikumad sissetulekute muutusele residendid, järgnesid õed ja arstid.

Ülaltoodud eelduse paika pidades (mida kahjuks ei saa kontrollida üksnes küsitlusandmete tuginedes, vaid milleks oleks vaja teada ka välismaale tööle läinud Eesti tervishoiutöötajate võitu palgas), võime simuleerida, kui suur oleks muutus migratsioonis, kui Eesti tervishoiutöötajate palk suureneks, muude tegurite samaks jäädes. Võrreldes praeguse olukorraga, kus tervishoiutöötajate maksudejärgne palgaerinevus Soomega on ca 4-5 kordne, siis sissetulekute erinevuse vähenemisel kahekordseks, väheneks migreeruda soovijate arv ligi veerandi võrra.

Tabel 2.9 võtab kokku esimeses peatükis toodud teoreetilised seisukohad ja teiste riikide empiirilised kogemused ning teises peatükis läbi viidud küsitluse andmete analüüsi tulemused migratsiooniotsust ja sihtriigi valikut mõjutavate tegurite kohta.

Tabel 2.9. Kokkuvõte Eesti tervishoiutöötajate migratsiooni tõmbe- ja tõuketeguritest

	Tulenevalt teoreetilistest mudelistest ja teiste riikide kogemusest			Tulenevalt empiirilisest analüüsist (küsitlusest ja regressioonist tulenevad)	Hinnang teguri olulisuse muutumisele tulevikus
	Sihtriigi-poolne tõmbetegur	Eesti-poolne tõuketegur	Eesti-poolne tõmbetegur		
Sissetulekute lõhe	Väga oluline	Väga oluline		Väga oluline, rahuolematusest seotud migreerumissooviga	Vähenev
Majanduskasv ja ootused	väheoluline	Väga oluline		Oluline, teadmatusest Eesti tervishoiusüsteemi tuleviku kohta	Vähenev
Olukord tööturul	Väga oluline (tööjõupuudujääk lähiriikides ja selle katmiseks rakendatav aktiivne värbamispoliitika)	väheoluline (tööjõupuudujääk õdede osas)		Tervishoiutöötajate puudujääk Eestis, kuid töötasu madal, seetõttu ei ole oluline	Ebaselge (Eestis suureneb õdede vajadus, välismaal samuti)
Geograafiline lähedus	Väga oluline (eriti lühiajalise rände seisukohast)			Enamus inimesi tahab minna Skandinaavia riikidesse	Ei muutu
Traditsioonid ja võrgustikud	Väga oluline (välismaal töötamise info jõuab kiiremini ja paremini Eesti tervishoiutöötajateni)			Suurim infoallikas välismaal töötamise kohta olid tuttavad ja sugulased välismaal. Tahetakse minna enamasti Soome, kus juba on suur Eesti kogukond	Suurenev (Rohkem eestlasi välismaal)
Etnilised ja poliitilised probleemid		Väheoluline		Mitte-eestlaste migreerumise soov ei ole oluliselt suurem (regressioonanalüüsi järgi).	Ei muutu
Kultuuri- ja keelebarjäärid		Väga oluline (sihtriigi valik ja kultuurilised sidemed ning keeleoskus on tugevalt seotud migratsiooniootusega)		Soovitakse minna peamiselt Skandinaaviasse (lähedane kultuur) või Suurbritanniassa (inglise keel).	Suurenev (võõrkeelte oskus paraneb)
Tervishoiutöötajate vanuseline struktuur		Oluline (välismaale lähevad eelkõige noored)		Noorte soov minna välismaale tööle oluliselt suurem kõikide kutsete lõikes.	Suurenev (uutel noortel rohkem võimalusi)
Perekond ja sugulased			Oluline (ülalpeetavate olemasolu teeb migreerumise kulukamaks)	Residentidel, kellel laps, on migreerumissoov oluliselt väiksem.	Ei muutu
Töötingimused (peale palga)	Olulised	Olulised		Pärast palka teine tegur, mida nimetatakse peamise põhjusena välismaale minekul	Keeruline hinnata

3. Eesti tervishoiutöötajate migratsiooni prognoos ja selle arvestamine koolitustellimuse kujundamisel

3.1. Prognoos küsitluse põhjal

Välismaale tööle minejate arv sõltub paljudest ajas muutuvatest teguritest, mistõttu migratsiooni täpset suurusd lähiaastateks ennustada ühe arvamusküsitluse põhjal on väga raske. Alljärgnevalt on välja toodud peamised tulemused küsitlusuuringust, mida kasutatakse koos mõnede täiendavate eeldustega ka migratsiooni mõju hindamiseks koolitustellimusele.

Migratsiooni mõju koolitustellimusele analüüsimisel on vaja teada või eeldada järgmisi migratsiooni iseloomustavaid näitajaid:

- 1) välismaale tööle minevate inimeste arv,
- 2) millal inimesed välismaale tööle lähevad,
- 3) kas ja millal välismaale minevad inimesed tulevad tagasi,
- 4) kas välismaale minevate inimeste osakaal on ajas konstantne või vähenev.

Välismaale suunduvate tervishoiutöötajate arvu prognoositakse alljärgnevalt nende inimeste osakaalu põhjal, kes tahtsid välismaale minna tööle ja kelle plaan sinna minna oli kindel (tudengeid käesolevas prognoosis ei arvestata). Eelmise peatüki analüüsist selgus, et kindlalt soovib välismaale tööle minna 5,4% tervishoiutöötajatest. Kutsete lõikes on kindlalt minna soovijate osakaal erinev ning see jaguneb järgmiselt: 9,2% residentidest, 6,2% arstidest (ca , 5,2% õdedest, 3,1% hambaarstidest ning 2% ämmaemandatest (vt tabel 3.1). Neid osakaale kasutataksegi edaspidises analüüsis leidmaks välismaale tööle minevate tervishoiutöötajate hulka.

Tabel 3.1. Välismaale kindlalt tööle minna soovivate tervishoiutöötajate arv

	Arstid	Hambaarstid	Õed	Ämmaemandad	Residentid
Koguarv tervishoiutöötajate registris 28.04.2004	4296	1054	8185	410	400
Välismaale kindlalt tööle minejate osakaal	6,2%	3,1%	5,2%	2,0%	9,2%
Välismaale kindlalt tööle minna soovivate inimeste arv 2004. aasta alguse seisuga	266	33	426	8	37

Kindla plaaniga minejad võetakse migratsiooni suuruse prognoosi aluseks seetõttu, et nemad realiseerivad oma kavatsuse välismaale minna kõige suurema tõenäosusega. Edasiarendatud ja umbmäärase plaaniga töötajad jäeti välja seetõttu, et varasematele uuringutele tuginedes võib väita, et arvamusküsitlused hindavad välismaale minevate töötajate hulka üle. Seega eeldatakse, et kui osa kindla plaaniga välismaale minejatest tegelikult ei lähe, siis osa edasiarendatud ja umbmäärase plaaniga välismaal töötada soovijaist lähevad välismaale, ja need tasakaalustavad teineteist.

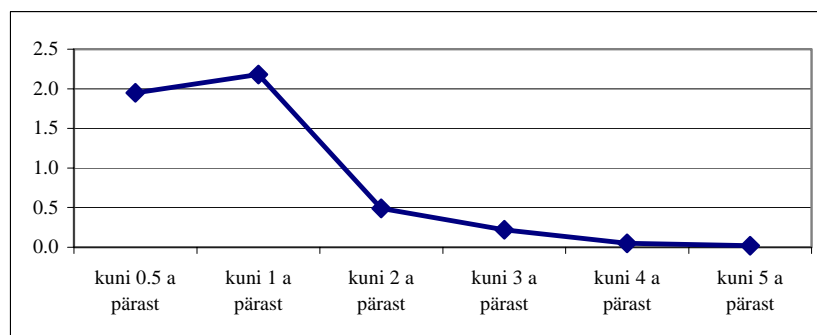
Mitte kõik välismaale tööle minejatest ei lähe sinna alatiseks. Jäädavalt soovib välisriiki tööle minna 6,5% tervishoiutöötajatest (joonis 2.4). Kutsete lõikes on siin mõningad erinevused. Enim on alaliselt minna soovijaid residentide (10,7%) ning hambaarstide (10,1%) hulgas, järgnevad arstid 7,3%-ga, õed 5,7%-ga ning ämmaemandad 3,4%-ga. Sealhulgas nende seas, kelle plaan minna välismaale on kindel või edasiarendatud, ainult ligi 10% soovib minna alatiseks, seega 90% soovib tagasi tulla. Pooled (51,2%) kindla või edasiarendatud plaaniga

inimestest soovivad minna välismaale mõneks aastaks. Ülejäänud, ligi 40%, soovivad minna, kas mõneks kuuks, perioodiliselt või ei oma kindlat seisukohta (vt ka tabel 3.2). Edaspidises analüüsis eeldatakse, et 90% välismaale tööle läinud inimestest tulevad tagasi.

Tabel 3.2. Tervishoiutöötajate jaotus välismaale tööle mineku soovi kindluse ja kestuse järgi (%)

Plaani kindlus Kestus	Kindel plaan	Edasi- arendatud plaan	Umb- määrane plaan	Ei tea	Ei läheks	Kokku
Alatiseks	1,1	1,2	1,0	0,1	0,2	3,6
Mõneks aastaks	2,6	9,3	12,3	0,2	0,4	24,8
Mõneks kuuks	0,4	2,9	9,1	0,1	0,3	12,8
Perioodiliselt	0,6	3,2	6,5	0,2	0,5	10,8
Ei tea	0,5	1,4	2,4	0,1	0,1	4,5
Ei läheks	0,1	0,0	1,0	0,2	42,2	43,5
Kokku	5,4	17,9	32,3	0,8	43,6	100,0

On ilmne, et mitte kõik tervishoiutöötajad, kellel on kindel plaan välismaale minna, ei lahku välismaale kohe. Küsitluse põhjal soovivad tervishoiutöötajad välismaale tööle minna keskmiselt kahe aasta pärast. Ka siin esineb kutsete lõikes mõningaid erinevusi. Residentid soovivad keskmiselt minna 2,7 aasta pärast, ämmaemandad 2,6, hambaarstid 2,4 ning arstid ja õed 1,8 aasta pärast. Enamik kindlalt välismaale tööleminejaid läheks välisriiki poole kuni ühe aasta pärast (vt joonis 3.1). See on 2,2% küsitletutest. Mõnevõrra vähem on neid, kellel on kindel plaan minna välismaale kuni poole aasta pärast. Nagu ka jooniselt näha pikema ajavahemiku peale kindlalt välismaale minna soovijate protsent langeb, kuni viie aasta pärast soovib kindlalt välismaale minna 0,02%. Samas on 0,5% neid, kellel on kindel plaan välismaale mineku osas, kuid kes ei ole küsitluses vastanud, millal nad välisriiki tööle minna sooviksid.



Joonis 3.1. Kindlalt minejate osakaalud kõikidest tervishoiutöötajatest migreeruda soovimise aja järgi (% kõikidest vastanutest, n=1415)

Kutsete lõikes on kindlalt minejate osakaalud vastavalt sellele, millal minna soovitakse, toodud tabelis 3.3. Küsitluse tulemused näitavad seda, et kindlalt välisriiki tööle minejad soovivad lahkuda Eestist pigem lähema kahe aasta jooksul kui pikemas perspektiivis, erandiks siinkohal residentid, kes soovivad minna tõenäoliselt pärast õpingute lõppu. Vanusegrupiti ei saa tulemusi eraldi välja tuua, kuna vastanute protsent on väga väike, kuid pigem on kindel plaan välismaale tööle minna vanuses 25-40 ning vanuses 50-55 tervishoiutöötajad.

Tabel 3.3. Kindlalt minejad ajaperioodi lõikes (% vastava eriala inimestest)

Ajaperiood	Arstid (n=493)	Hambaarstid (n=58)	Residendid (n=196)	Ämmaemandad (n=50)	Õed (n=618)
kuni 1 aasta pärast	4,82	0	3,06	1,97	4,39
2 aasta pärast	0,19	3,06	1,53	0	0,34
3 aasta pärast	0,21	0	2,04	0	0,17
4 aasta pärast	0	0	1,53	0	0
5 aasta pärast	0	0	0,51	0	0

Seega suunduvad need, kes täna kindlalt välismaale soovivad minna, sinna lähema viie aasta jooksul ja ligi 90% kindla või edasiarendatud plaaniga minejatest soovivad minna ajutiselt. Järgmistel aastatel tulevad seega mõned välismaale läinud tagasi, kuid samas tekib uutel inimestel soov välismaale minna ning ka kooli lõpetavad noored inimesed, kellel on selgelt kõrgem soov välismaale minna. Kokkuvõttes on migratsiooni näol tegemist dünaamilise ja muutuva protsessiga, mida ühe arvamusuuringu põhjal täpselt prognoosida on keeruline. Üldtoodud tulemusi küsitlusest koos täiendavate eeldustega kasutatakse migratsiooni mõju analüüsimiseks koolitustellimusele.

3.2. Migratsiooni suuruse mõju koolitustellimusele

3.2.1. Analüüsi raamistik ja eeldused

Tervishoiutöötajate migratsiooni mõju analüüsimiseks tervishoiutöötajate arvule, puudu-jäägile ja koolitustellimusele koostati iga-aastastel tööturule sisenemistel ja väljumistel põhinev voogude mudel, mida kirjeldab alljärgnev skeem (vt joonis 3.2).

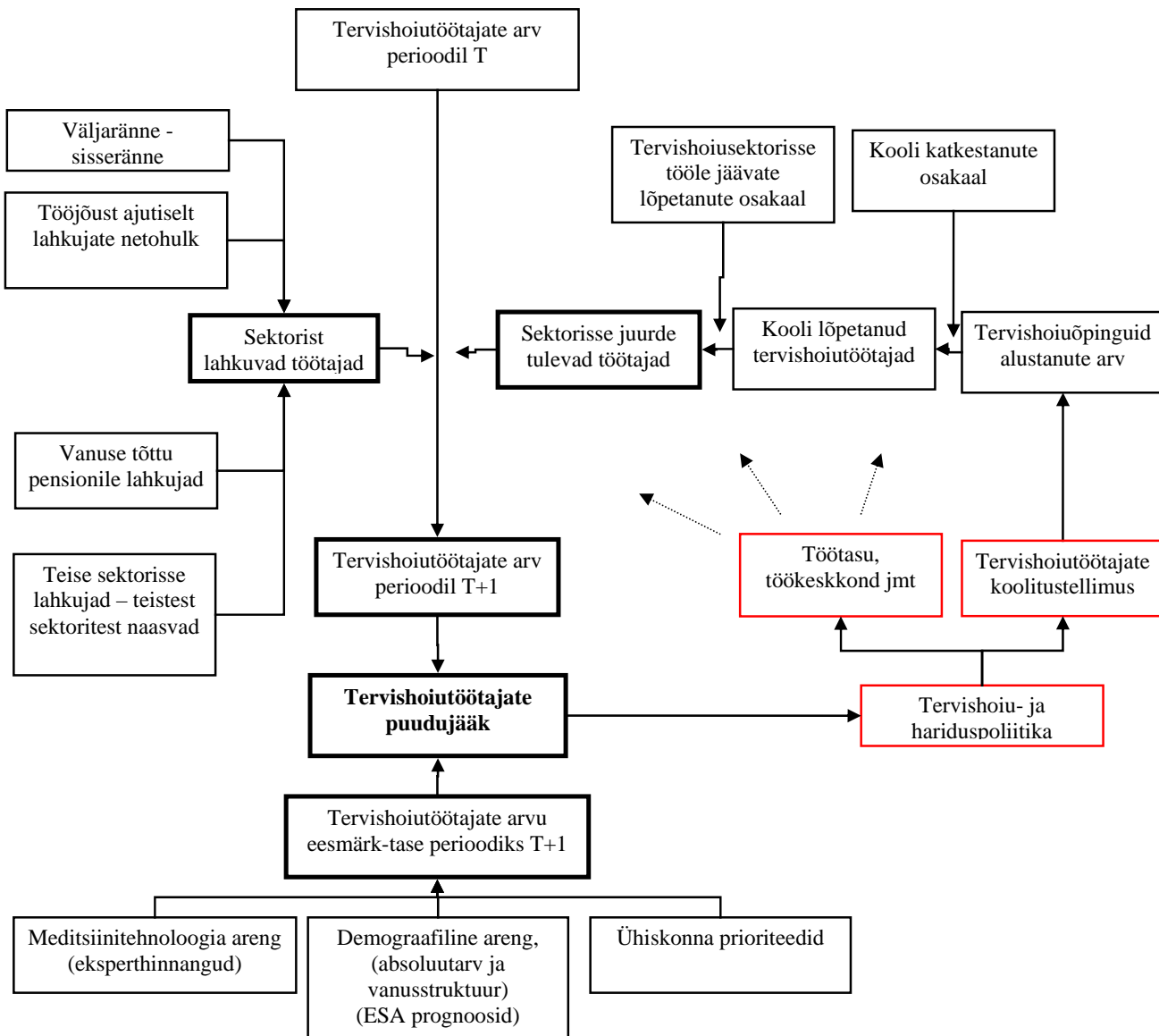
Tervishoiutöötajate arv järgneval aastal (ajahetk on tähistatud $T+1$) sõltub töötajate arvust antud aasta alguses (T) ning aasta jooksul sektorist lahkunud inimeste ning sektorisse juurde tulnud inimeste vahest. Kui on teada eesmärk, milline peaks olema tervishoiutöötajate arv riigis, siis erinevus tegeliku arvu ja eesmärgi vahel osutab töötajate puudu- või ülejäägile. Selleks, et tekkinud puudujääki katta, võib riik mõjutada kas koolitussüsteemi kaudu tööturule sisenevate töötajate arvu või muude meetmetega püüda mõjutada praegu tööturult lahkuda soovivate inimeste arvu või juba tööturult või sektorist lahkunud inimeste tagasitulemist.

Kuna tervishoid on väga reguleeritud valdkond, siis uusi inimesi sektorisse saab tulla vaid läbi koolitussüsteemi. See tähendab, et keegi, kes ei ole koolitatud tervishoiutöötajaks, ei saa sellena töötada. Läbi koolitussüsteemi tööle tulevate inimeste arvu määrab peamiselt koolitustellimus, lisaks õpib väiksem osa inimesi oma raha eest või finantseerib kool nende õpinguid selleks, et kompenseerida potentsiaalset väljalangevust. Koolitussüsteemist tervishoiu valdkonda tulevad tööle kooli lõpetanud inimesed, kes ei otsusta mõnel teisel eriala või teises sektoris töötada (näiteks ravimifirma müügiesindajana). Seda, kas inimesed, kes koolis tervishoiuvaldkonnas õppimist alustavad, ka kooli lõpetavad ja õpitud valdkonnas tööle asuvad, mõjutavad oluliselt antud valdkonnas makstav töötasu, töökeskkond ja muud töötingimused nagu näiteks töö intensiivsus ja tööaeg.

Üldises plaanis jagunevad juba tervishoiusektoris töötavate inimeste liikumised tervishoiu-sektorisse ja sellest välja järgmiselt: rahvusvahelise rände tõttu, ajutiselt sektorist lahkuvad (lapsepuhkusele või muul põhjusel ajutiselt), vanuse tõttu alaliselt töölt lahkuvad ja teise sektorisse tööle suunduvad (nt ravimifirmadesse, massööriks jne). Erinevate liikumiste põhjused ja neid mõjutavad tegurid on erinevad, kuid kõiki neid mõjutavad muuhulgas tervishoiutöötajatele pakutav töötasu ja muud töötingimused.

Riik saab mõjutada erinevaid liikumisi sektorisse ja sealt välja mitmel moel. Näiteks vanuse tõttu töölt lahkuvate inimeste väljumise tööturult määrab suures osas riiklikult sätestatud pensioniiga, samuti mängib siin rolli vanaduspensioni suurus. Sarnaselt võib riik mõjutada ka teisi tegureid näiteks ajutiselt laste kasvatamise tõttu tööturult eemal olevate inimeste kiiremat naasmist tööturule mõjutab lapsehooldustasu suurus või paindlike lapsehooldusteenuste olemasolu, mis võimaldavad töö- ja pereelu ühildada. Kõiki liikumisi sektorisse ja sektorist välja mõjutavad riiklik tervishoiu- ja hariduspoliitika. Tervishoiupoliitika määrab vajatavate tervishoiutöötajate struktuuri, töökoormuse ja tasustamise. Hariduspoliitika ja tervishoiupoliitika koostöös selgub koolitavate töötajate hulk, mis on aluseks täiendavale tööjõupakkumisele.

Käesoleva töö üheks eesmärgiks on analüüsida väljarände mõju koolitustellimusele. Seega vaadeldakse järgnevalt, kui palju peaks koolitustellimus muutuma, et tagada väljarännanud töötajate asendamine uute töötajatega. Käesoleval juhul vaadatakse vaid Eestis koolitatud töötajate väljarännet ja juhul, kui nad naasevad, siis ka nende tagasirännet. Välismaal koolitatud ja Eestisse tulevaid tervishoiutöötajaid ei käsitleta. Nende lülitamine analüüsi ei ole keeruline, kuid analüüsi läbiviimise ajal puudus igasugune võimalus hinnata selle suurust. Koolitustellimusele mõju leidmisel ei pöörata tähelepanu ka sellele, kuidas erinevate muude meetmetega saaks väljarände suurust mõjutada.



Joonis 3.2. Tervishoiutöötajate prognoosimise ja koolitusvajaduse hindamise loogiline skeem

Migratsiooni mõju hindamiseks koolitustellimusele viiakse esmalt läbi koolitustellimuse baasstsenaariumi analüüs. Seejärel analüüsitakse, kui palju peaks koolitustellimus olema suurem, et see kataks väljarännanud töötajatest tuleneva puudujäägi. Baasstsenaariumina käsitletakse praeguse taseme säilitamist. Alternatiivsete stsenaariumitena analüüsitakse Sotsiaalministeeriumi poolt seatud eesmärke optimaalse tervishoiutöötajate arvu kohta.

Tabel 3.4. Eeldused tervishoiutöötajate arvu ja vajaduse prognoosimisel

	Õde	Arst
Koolitus		
Lõpetanute osakaal õpinguid alustanutest (koolitustellimus on 100% lõpetanutest)	75%	90%
Lõpetanute osakaal, kes lähevad tervishoiusektorisse tööle/ arstide puhul lõpetavad residentuuri alustanutest	85%	90%
Residentuuri lõpetajate arv 2004-2007**		366
Tööturg		
Tervishoiutöötajate arv 2004. aastal (Tervishoiutöötajate registri andmed, 15.04.2004)	8185	4296
Tase 1000 elaniku kohta 2004. aastal (ESA rahvastiku andmed, 1351 tuh. inimest 01.01.2004)	6,06	3,18
Aastane tööjõust lahkumine pensionile, muule tööle ja ajutiselt tööjõust välja (neto) (eksperthinnang, soo-jaotuse alusel, tabelis 2004.a.)	3,8%	3,7%
Tervishoiutöötajate eesmärk-tase aastaks 2015, sealt edasi konstantne		
Soovitud tase Eestis aastaks 2015 Sotsiaalministeeriumi seisukoht	8,0*	3,00
Rahvaarv aastal 2015 (ESA prognoos II), tuhat	1 281,3	1 281,3
Soovitud tervishoiutöötajate arv aastaks 2015	10250	3 844
Keskmine arv 1000 elaniku kohta EL-i liikmesriikide + Norra keskmine aastal, 2000 (Andmebaasis WHO Health for All olemasolevate riikide keskmine)	10,5	3,44
Migratsioon küsitlusest		
Migreerujate osakaal kokku (küsitlusest kindlate minejate osakaal)	5%	6,5% Residendid 9,2%
Mitme aasta jooksul migreerutakse (küsitlusest migreerumise aeg)	5	5 Residendid 3
Aastane migratsioon keskmiselt 2004	1%	1,3% Residendid 3%
Tagasi tulijate osakaal	90%	90%
Tagasi tulevate töötajate keskmine tagasituleku aeg (küsitluse järgi soovib enamus minna mõneks aastaks, lisaks kombineeritud hinnang välismaal töötavatel inimestel ja ekspertide arvamuste põhjal)	5	5

Allikad: Peatükis 2 toodud analüüs, WHO Health for All Databas, <http://www.who.dk/hfadbe>

*Õendusala erialade arengukavad, Sotsiaalministri määrus 16. juuli 2002. a määrus nr 99 (RTL 2002, 85, 1336).

**Residentuuri lõpetajate arvu prognoos. Tartu Ülikool

<http://www.med.ut.ee/%D5ppet%F6%F6/Residentuur/prognoos2004-2008.pdf>

Koolitustellimuse kujundamise analüüs viiakse läbi tuginedes joonisel 3.2 esitatud skeemile õdede ja arstide lõikes. Et ämmaemandate ja hambaarstide seas oli kindla plaaniga väljarändajate osakaal väga väike, siis nende puhul eraldi analüüsi läbi viida. Tervishoiutöötajate vajaduse prognoosihorisondiks on võetud aasta 2025 ehk ligilähedaselt 20 aastat. Prognoosimisel kasutatud eeldused on toodud tabelis 3.4. Eelduste põhjalikumad selgitused on toodud Lisas 6.

Kooli lõpetanute osakaal alustanutest leiti viimastel aastatel lõpetanute keskmise suhtena vastuvõetud tudengite arvu. Koolilõpetanutest erialasele tööle suunduvate inimeste osatähtsus leiti Meditsiinkoolide poolt kogutud andmetest lõpetajate tegevuste kohta. Kuna arstiteaduskonna lõpetanute osas andmeid ei olnud, siis hinnati see ligilähedaseks meditsiinkoolist erialasele tööle minevate inimeste osatähtsusega. Mõlemaid tulemusi hinnati veidi üles, sest tulenevalt avanevatest võimalustest välismaal töötada ja kasvavast nõudlusest tervishoiutöötajate järgi võib arvata, et tudengite motivatsioon õppida ja kool lõpetada ning erialasele tööle minna kasvab.

Kõik need, kes lõpetavad kooli olles õppinud oma raha eest, eeldatakse, et lahkuvad Eesti tervishoiusüsteemist (nt välistudengid). Seega neid ei arvestata ei vastuvõtu numbrites ega tervishoiusektorisse tööle asunute numbrites. Riiklik koolitustellimus võetakse võrdseks tegeliku lõpetanute arvuga. Suurema arvu tervishoiutöötajate vastuvõtmine tagamaks riiklikku koolitustellimuse täitmist koolist väljalangemise korral, ei ole küll riigieelarvele otseselt täiendav kulu, kuid on siiski kaudselt, raisates haridussektori ressursse.

Tööjõust igal aastal pensioniea tõttu või muudel põhjustel lahkuvate inimeste arvutuse aluseks võetakse nende vanusjaotus ja eeldatakse tööjõust lahkujate osakaalu igas vanuses. Võrreldes Eesti keskmisega eeldatakse, et pensionieas või pensionieelses eas on tervishoiusektoris töötavate inimeste hõivest lahkumine tunduvalt aeglasem tingituna suurest nõudlusest antud erialal. 2004. aastal on keskmine tööjõust lahkumise määr 3,8% ja 3,7% vastavalt õdedel ja arstidel ning hiljem see alaneb, tulenevalt vanuselise struktuuri muutumisest.

Õdede ja arstide arv aastal 2015 tuletati erinevatest eesmärkidest, arvestades Eesti Statistikaameti rahvastikuprognosis (II) (vt Statistikaamet, 2002). Migratsiooni suurust puudutavad eeldused tuletati küsitlusandmetest, kasutades eksperthinnanguid (vt ka eelmist alapunkti).

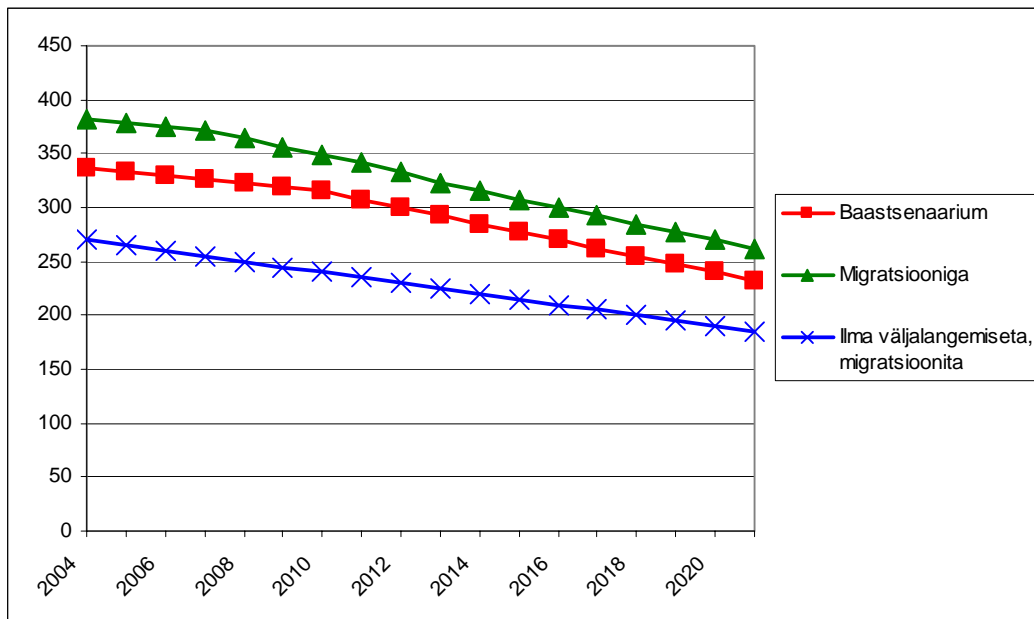
Käesoleva lähenemise näol on tegemist raamistikuga, mis võimaldab hinnata erinevate stsenaariumite mõju tervishoiutöötajate arvule Eestis. Erinevaid stsenaariume saab koostada muutes eelduseid, näiteks täiendava info lisandumisel või eesmärkide muutmisel. Järgnevalt koostatud stsenaariumid põhinevad ülaltoodud eeldustel. Analüüsi edasi arendades on vajalik jälgida tervishoiutöötajate puudu- või ülejäägi erinevaid aspekte, mis hõlmavad endas ka töötundide arvestamist, tervishoiutöötajate töö intensiivsust ja tegevusi (tööjaotust arstide/õdede vahel) (tervishoiutöötajate puudu- või ülejäägi defineerimise kohta vaata ka Zum *jt.* 2002).

3.2.2. Õdede koolitustellimus ja selle sõltuvus migratsioonist

Järgnevalt vaatleme migratsiooni mõju õdede koolitustellimusele lähtudes kahest alternatiivsest eesmärk-tasemest: esiteks, praeguse olukorra säilitamine (6 õde 1000 inimese kohta), ja teiseks, õendusala arengukavas toodud eesmärgi (8,0 õde tuhande inimese kohta) saavutamine 2015 aastaks.

Tulenevalt sellest, et koolitustellimus on väga aeglase toimega poliitikainstrument, siis lühiajaliselt ei ole võimalik vältida õdede välismaale tööle minekust tekkivat tööjõu vähenemist. Lähimatel aastatel tervishoiutöötajate arvu vähenemist suurendab ka see, et õdede vanusjaotuses on suhteliselt palju eakaid (üle 55 aastaseid) võrreldes alla 30 aastaste vanusrühmaga (vt joonis 2.1).

Migratsiooni puududes, säilitamaks praegust olukorda ligikaudu 6 õde 1000 inimese kohta, peaks koolitustellimus (tellimus lõpetanute arvule 4 aasta pärast) olema aastal ligikaudu 340 õde ja võib seejärel hakata vähenema, tingituna rahvastiku vähenemisest.



Joonis 3.3. Vajalik koolitustellimuse, et hoida õdede arvu aastaks 2015 tasemel 6,0 õde 1000 inimese kohta migratsiooniga ja ilma.

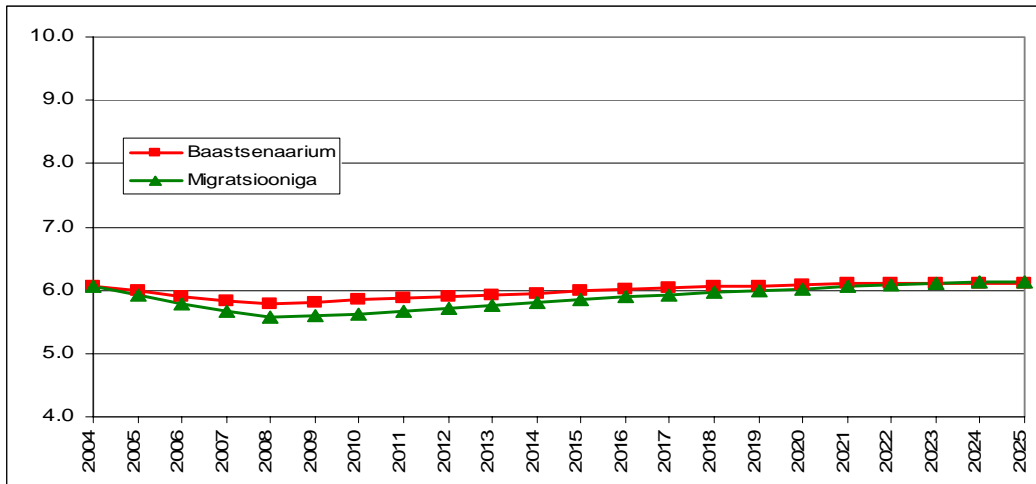
Migratsiooni tulemusena peaks koolitustellimus ja seega kulud koolituseks olema ligikaudu 10-13% suuremad (ca 380 inimest ja väheneb edasi). Migratsiooni mõju on suhteliselt suurem võrreldes välismaale tööle minna soovivate osakaaluga (ligi 5% õdedest) kahe teguri tõttu:

- 1) välismaale lähevad suurema tõenäosusega noored, keda just koolitati,
- 2) selleks, et üht välismaale läinud inimest asendada, peab riik tellima ligi 1,2 inimest sellepärast, et omandatud erialale ei minna tööle.

Viimaste puudumisel oleks vajalik koolitustellimus (kui migratsiooni ei oleks) 270 inimest aastas ja see väheneks sujuvalt.

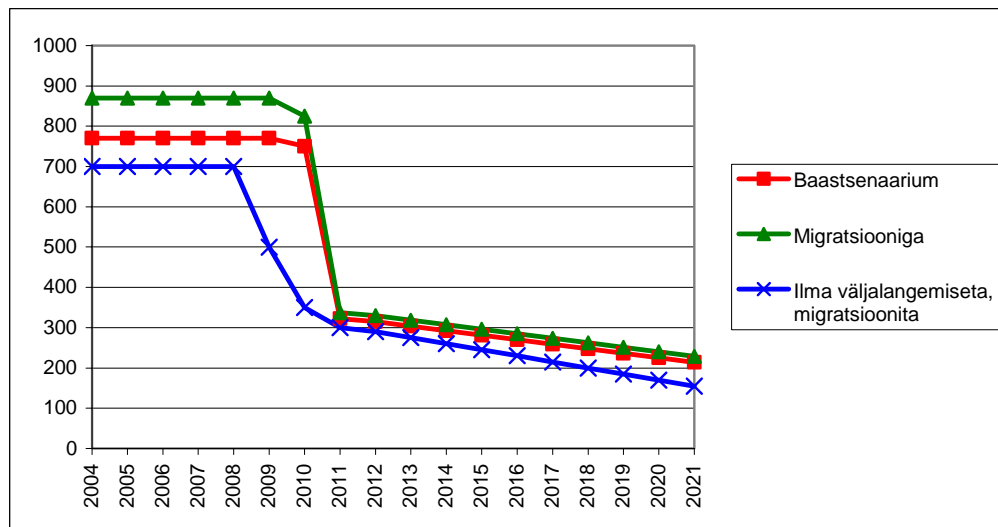
Tuleb tähele panna, et tingituna suurest väljalangemisest kooli ajal (ligi veerand õdedest), peab tegelik vastuvõttude arv kooli kõikidel juhtudel olema ligi kolmandiku võrra kõrgem. Joonis 3.3 iseloomustab ka seda, et välismaale tööle minemisega võrreldes on suurem probleem oma erialale mitte tööle minek.

Mõlema ülaltoodud stsenaariumi kohaselt (migratsiooniga ja ilma) lühiajaliselt meditsiini-õdede arv siiski väheneb (vt joonis 3.4). Migratsiooni tulemusena langeb õdede arv veelgi enam alla eesmärgiks seatud taset, sest baasõppe koolitustellimusega ei ole võimalik suunata lühiajalisi muutusi tööturul.



Joonis 3.4. Õdede arv tuhande inimese kohta migratsiooniga ja ilma.

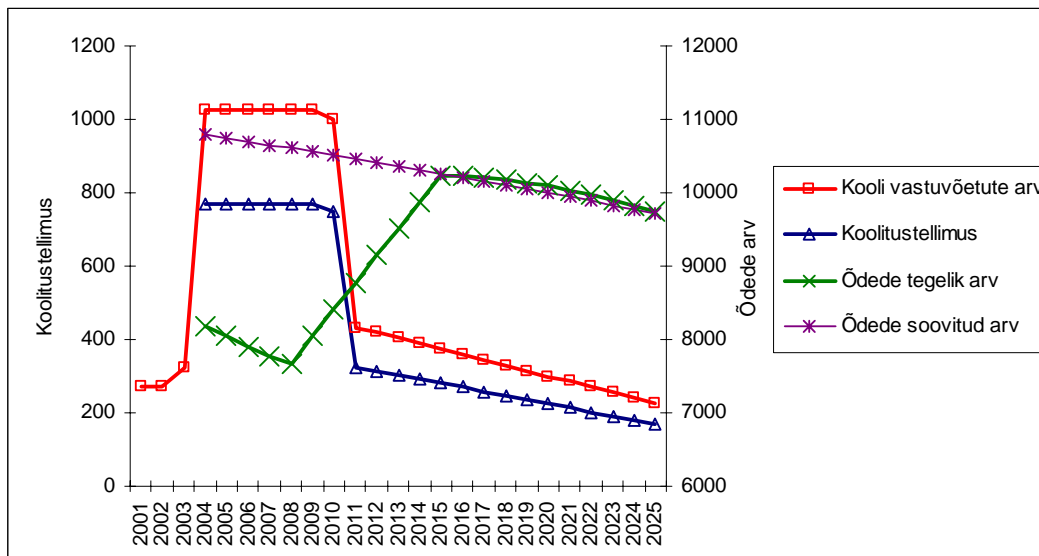
Kui võtta aga eesmärgiks 8,0 õde 1000 inimese kohta aastaks 2015, säilib migratsiooni suhteline mõju, kuid absoluutselt muutub palju olulisemaks hoopis soovitava eesmärgi täitmiseks vajalik täiendav koolitustellimus. Õdede koolitustellimus peaks olema (ilma migratsioonita) 770 õde aastas kuni aastani 2010 (vt joonis 3.5). Seejärel, et säilitada antud tase, on vaja edasi koolitustellimust alguses 320 õde aastas ja siis see väheneb vastavalt rahvaarvu vähenemisele mõne protsendi võrra aastas. On ilmne, et nii suur (enam kui kahekordne) koolitustellimuse suurendamine ei ole lühiajaliselt võimalik. Seega on vajalik teiste poliitikainstrumentide, sh töötasu ja teiste töötingimuste parandamise kaudu vähendada õdede koolist väljakukkumist ja erialasele tööle mitteminemist.



Joonis 3.5. Vajalik koolitustellimuse, et suurendada õdede arv aastaks 2015 tasemele 8,0 õde 1000 inimese kohta migratsiooniga ja ilma.

Migratsiooni kogumõju täiendavale koolitustellimusele sellise eesmärgi puhul on taas alguses ca 13% ja hiljem ligi poole vähem. Taas on migratsiooniga võrreldes olulisem sektorist väljalangemine vahetult peale kooli lõpetamist. Pikemas perspektiivis, kui osa õdesid hakkab

välismaalt töölt tagasi naasma, siis muutub sektorist lahkumine olulisemaks kui migratsioon välismaale tööle.



Joonis 3.6. Õdede arv ja koolitustellimus, et saavutada 2015 aastaks 8,0 õde 1000 inimese kohta, ilma migratsioonita (koolitustellimus vasakul teljel ja õdede koguarv paremal teljel)

Kokkuvõttes õdede koolitustellimuse osas: tulenevalt sellest, et koolitustellimus on väga aeglase toimega poliitikainstrument, siis lühiajaliselt ei ole võimalik vältida õdede välismaale tööle minekust tekkivat tööjõu vähenemist. Migratsiooni puududes, säilitamaks praegust olukorda ligikaudu 6 õde 1000 inimese kohta, peaks koolitustellimus (tellimus lõpetanute arvule 4 aasta pärast) olema aastas ligikaudu 340 õde ja võib seejärel hakata vähenema, tingituna rahvastiku vähenemisest. Migratsiooni tulemusena peaks koolitustellimus ja seega kulud koolituseks olema ligikaudu 10% suuremad (alguses ligi 380 inimest ja siis väheneb). Migratsiooni mõju on suhteliselt suurem võrreldes välismaale tööle minna soovivate õdede osakaaluga (ligi 5% õdedest) kahe teguri tõttu: esiteks, välismaale lähevad suurema tõenäosusega noored, keda just koolitati, ja teiseks, selleks, et üht välismaale läinud inimest asendada, peab riik tellima ligi 1,2 inimest sellepärast, et omandatud erialale ei minda tööle. Tuleb tähele panna, et tingituna suurest väljalangemisest kooli ajal (hinnanguliselt ligi veerand õdedest), peab tegelik sisseastujate arv kooli kõikidel juhtudel olema ligi kolmandiku võrra kõrgem. See ei ole küll otsene kulu riigile, sest koolitustellimus moodustatakse lõpetajate baasil, aga see on siiski kulu kogu ühiskonna seisukohast vaadatuna. Õdede koolitustellimus on praegu 270 õde aastas

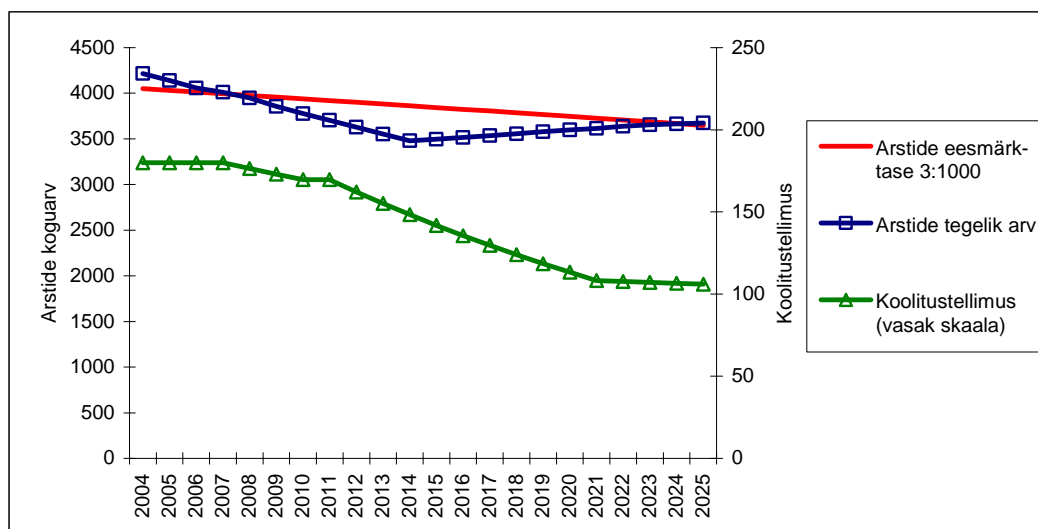
3.3.3. Arstide koolitustellimus ja selle sõltuvus migratsioonist

Migratsiooni mõju leidmine arstide koolitustellimusele on analoogne õdede kohta eelnevas alapunktis tehtud arvutustega. Migratsiooni mõju arstide koolitustellimusele analüüsimise võttes eesmärgiks, et optimaalne tase on 3,0 arsti 1000 inimese kohta, seega on lubatud väike arstide arvu suhteline vähenemine (praeguselt tasemelt 3,18). Sotsiaalministeeriumi seisukoht on, et see tase tuleks säilitada. Seega on baasstsenaariumiks praeguse taseme säilitamine.

Arstide suhtarvu kujunemist lähiaastatel mõjutab oluliselt arstide vanuskoosseis (vt alapeatükk 2.1), kus ligi veerand arste on vanemad kui 60 ning nooremaid alla 40 aastaseid arste on suhteliselt vähe. Samas residentide välismaale tööle mineku soov oli suhteliselt kindel

võrreldes teiste kutsealade esindajatega. Nende kahe koosmõju viib ilmselt lähiaastatel arstide-inimeste suhtarvu alanemisele. Et arstide koolitustsükkel on ligemale 10 aastat, siis koolitustellimusega ei ole võimalik lühiajalistele puudujääkidele kiiresti reageerida. Koolitustellimus mõjutab arstide arvu ligemale 10 aasta pärast, samas on selleks ajaks vähemalt osad välismaale läinud arstid juba tagasi tulnud.

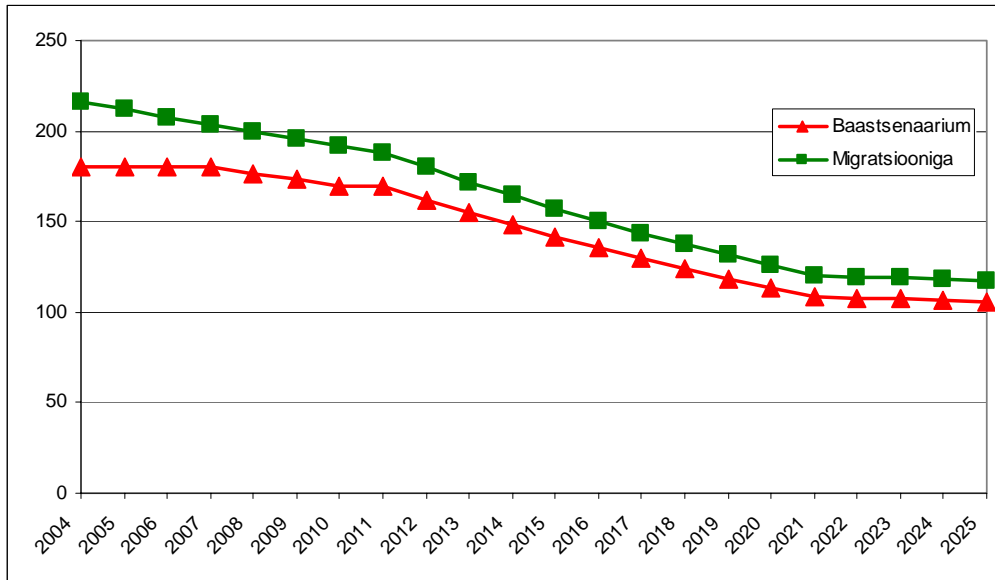
Arstide puhul võeti eelduseks, et ülikooli põhiõppe (6 aastat) lõpetab 90% alustanutest ning et põhiõppe lõpetanutest lõpetab residentuuri 90% nelja aasta pärast. Koolitustellimusena vaadatakse põhiõppe lõpetajate arvu. Seega ei ole riigi jaoks otsene kulu põhiõppe alustanud, aga mitte lõpetanud õpilased. Siiski on see kulu rahvamajanduse kui terviku jaoks. Selleks, et hoida arstide taset migratsiooni puudumisel soovitud suhtarvu 3,0 juures võiks arstide põhiõppe koolitustellimus olla lähiaastatel 180 kohta (millele vastaks antud eelduste puhul ligikaudu 160 residentuuri lõpetanut) ja seejärel alaneks see vastavalt rahvastiku prognoositud vähenemisele.



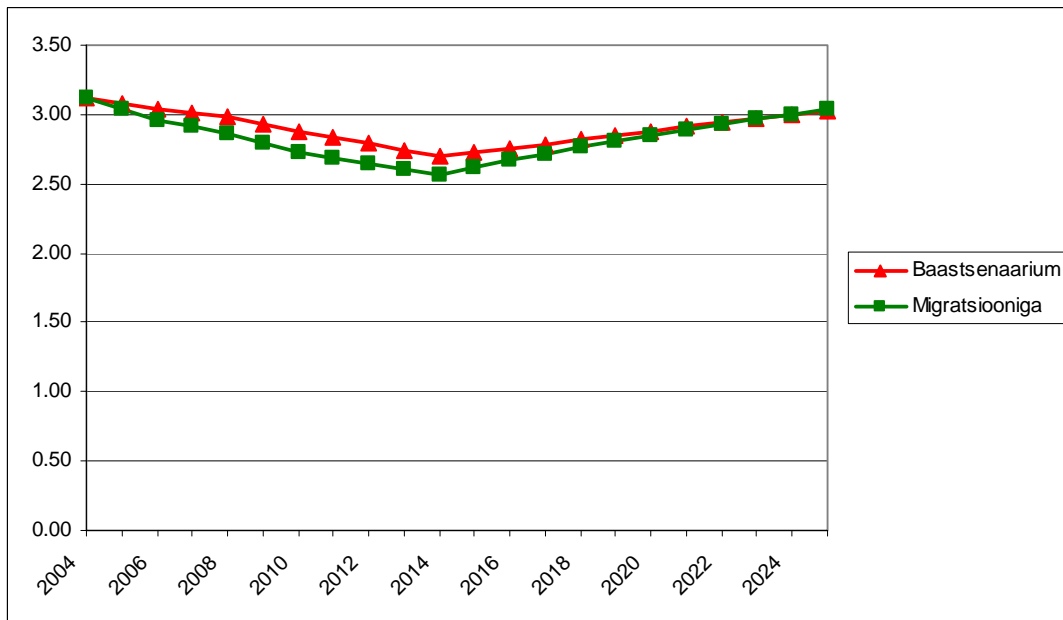
Joonis 3.7. Arstide arv ja koolitustellimus, kui suhe elanikkonda on kolm arsti 1000 inimese kohta ilma migratsioonita.

Antud prognoosi kohaselt tähendab see siiski arstide arvu langemist vahepealsel perioodil tingituna eakamate vanusrühmade tööturul kiiremas väljumises, kui nooremaid asemele tuleb.

Migratsiooni tulemusena väheneb arstide arv lühiajaliselt veelgi, sest koolitustellimusega ei ole võimalik mõjutada lühiajalisi protsesse tööturul. Kui koolitustellimus peaks katma migratsioonist tuleneva puudujäägi, siis peaks arstide koolitustellimus olla lähiaastatel kuni 1/5 võrra kõrgem ja seejärel ca 1/10 võrra kõrgem (vt joonis 3.8). Et koolitustellimuse mõju arstide koguarvule on alles väga pika-ajaline, siis tervishoiutöötajate lühiajalist vähenemist see mõjutada ei saa. Alles kümne aasta pärast hakkab migratsioonist tulenev vahe vähenema.



Joonis 3.8. Koolitustellimus tervishoiutöötajate migratsiooni esinemise ja mitte-esinemise korral (arstide suhe elanikkonda kolm arsti 1000 inimese kohta)



Joonis 3.9. Arstide arv 1000 inimese kohta migratsiooni puudumisel ja esinemisel.

Arstide koolitustellimuse simulatsioonitulemusi kokku võttes saab öelda, et migratsiooni mõju koolitustellimusele on alguses suurusjärgus kuni 20% ja hiljem 10%. Arstide suhtarvu kujunemist lähiaastatel mõjutab arstide vanuskoosseis oluliselt enam kui ödedel. Ligi veerand arste on vanemad kui 60 ning nooremaid alla 40 aastaseid arste on umbes viiendik. Samas residentide välismaale tööle mineku soov oli suhteliselt kindel võrreldes teiste kutsealade esindajatega. Nende kahe koosmõju viib ilmselt lähiaastatel arstide-inimeste suhtarvu alanemisele. Et arstide koolitustsükkel on ligemale 10 aastat, siis koolitustellimusega ei ole

võimalik lühiajalistele puudujääkidele kiiresti reageerida. Koolitustellimus mõjutab arstide arvu ligemale 10 aasta pärast, selleks on samas vähemalt osad välismaale läinud arstid juba tagasi tulnud. Selleks, et hoida arstide taset migratsiooni puudumisel soovitud suhtarvu 3,0 juures võiks arstide põhiõppe koolitustellimus olla lähiaastatel 180 kohta (millele vastaks antud eelduste puhul ligikaudu 160 residentuuri lõpetanut) ja seejärel alaneks see vastavalt rahvastiku prognoositud vähenemisele. Migratsioonist tulenevalt peaks koolitustellimus olema kohe alguses umbes 20% suurem kui ilma migratsioonita, et võimalikult vara reageerida, ja hiljem langeb taas migratsiooni mõju ligi 10% tasemeni. See teeb lähiaastatel koolitustellimuseks ligi 200 inimest, kuid seejärel langeb kiiresti 120ni aastaks 2020 ja stabiliseerub siis 110 juures. Praegu on koolitustellimus arstide osas olnud 100-110 põhiõppe lõpetanut.

4. JÄRELDUSED JA SOOVITUSED

4.1. Väljarände reguleerimisega seonduvad

Tervishoiutöötajate väljarände kavatsused ei ole arvamusküsitluse põhjal üldjoontes erinevad teiste töötajate väljarände kavatsustest. Samas on tervishoiu näol tegemist valdkonnaga, kus juba väikesel tööjõupuudujäägil (eriti mõnel kitsal erialal) võivad olla väga halvad tagajärjed tervishoiuteenuste kättesaadavusele. Samuti teeb tervishoiuvaldkonna eriliseks asjaolu, et tervishoiutöötajate vajadus välismaal mõjutab välismaise aktiivse värbamispoliitika tõttu oluliselt ka Eesti tervishoiutöötajate otsuseid.

Arvamusküsitlusest tuletatud migratsiooniproгноos näitab, et lähema viie aasta jooksul plaanib kindlasti välismaale suunduda umbes 5% tervishoiutöötajatest ja valdavalt on tegemist nooremate inimestega. Siiski ei ole võimalik arvamusküsitlusest hinnata aktiivse värbamise tagajärjel välismaale suunduvate inimeste hulka. Aktiivse värbamise tulemusena võivad välismaale minna ka need, kes muidu ei olekski valmis seda sammu astuma. Seega on aktiivne värbamine välismaalt oluliseks ebakindlust ja prognoosimatust põhjustavaks teguriks väljarände arvestamisel.

Tervishoiutöötajate väljarände mõju Eestile võib olla positiivne, juhul kui väljaränne on ajutine ja sellest ei tulene olulisi probleeme tervishoiuteenuste kvaliteedi ja kvantiteediga Eestis. Sellisel juhul saavad Eesti töötajad välismaal täiendavaid kogemusi, mis on kasulikud ka Eestis, kui neid on võimalik siin efektiivselt rakendada. Arvamusküsitlused näitavad, et üle 90% välismaale minna plaanivatest inimestest soovivad tagasi tulla.

Juhul, kui Eestis on juba praegu tööjõupuudujääk nagu näiteks õdede puhul, siis tekitab õdede arvu vähenemine väljarände kaudu täiendavaid probleeme. Need võivad väljenduda nii Eestisse jäävate tervishoiutöötajate täiendavas tööintensiivsuses kui laiemas plaanis kanduda üle tervishoiuteenuste kvaliteeti ja kättesaadavusse kogu Eesti elanikkonna seas. Samas suurendab võimalus töötada õena väljaspool Eestit soovi õe haridust omandada. See omakorda võib viia suurenenud konkursini õe eriala õppesse ning kvaliteetsema tööjõu tekkimiseni ka Eesti jaoks.

Alaline väljaränne toob kaasa Eesti jaoks tervishoiutöötajate õppele kulutatud riikliku ressursi raiskamise. Arstide koolitus on üks kallimaid õppevaldkondi. Juhul, kui riik maksab õpingute eest ja inimene otsustab välismaale tööle minna, siis on riik jäänud ilma planeeritud kallist ressursist. Eestisse jäädes tooks inimene riigi poolt tema õppesse paigutatud investeeringu tagasi läbi teenuste pakkumise Eesti elanikkonnale ja ka läbi maksutulude, mida ta sissetulekutelt maksaks (rände mõjude kohta vt ka ptk 1.2.2). Ajutine väljaränne teenib end tagasi vaid sellisel juhul, kui inimene, kes mõnda aega välismaal töötas saabub tagasi suuremate teadmiste ja kogemustega ning neid rakendatakse Eestis efektiivselt.

Millised on võimalikud käigud migratsiooni mõjutamiseks või selle tagajärgede vältimiseks, et tagada piisav tervishoiuteenuste kättesaadavus Eestis? (vt ka ptk 1.3.3). Järgnevate meetmete kirjeldus põhineb eeldusel, et riiklikult finantseeritud kutse- ega kõrgharidust ei muudeta eraisikute poolt finantseeritavaks. Lühidalt kirjeldatakse järgmisi võimalusi:

- Koolitustellimuse suurendamine,
- Tõuketegurite vähendamine (palkade tõstmine, muude töötingimuste parandamine),
- Negatiivsed stiimulid välismaale minekuks (kohustus tagasi maksta koolituskulud, kohustus töötada Eestis teatud perioodi jooksul),
- Olemasolevate ressursside parem kasutamine,

- Riikidevahelised lepingud migratsiooni juhtimiseks.

Suurendada koolitustellimust oodatava väljarände võrra. Käesolevas töös tehtud analüüsi kohaselt peaks see olema õdede puhul ligi 10% ning arstide puhul lühiajaliselt kuni 20% ja pikemas perspektiivis 10%. Ühest küljest võimaldaks see täita väljarändest tulenevat puudujääki tervishoiutöötajate vajaduses. Teisest küljest tähendab see siiski teise riigi tööturu jaoks toodetavat tööjõudu, mis on Eesti jaoks väga kallis. Antud meede tegeleb migratsioonist tulenevate tagajärgede likvideerimisega, mitte aga põhjuste muutmisega.

Kuna tervishoiutöötajate juurde koolitamine väljarände võrra on kulukas ning loob iseenesest väljarännet, siis on alternatiivseks võimaluseks püüda tervishoiutöötajaid hoida Eestis. Tavapärasem lähenemine on vähendada tüketegurite mõju väljarändele. Küsitlusest selgus, et peamine tegur välismaale minemiseks on palk. Tähtsuset teine tegur, mille pärast tervishoiutöötajad tahavad välismaale minna on paremad töötingimused ja muuhulgas kurdavad paljud ka üldise suhtumise pärast tervishoiutöötajatesse. Kuna ei ole võimalik tõsta ainult nende palka, kes välismaale tahavad minna, vaid peab tõstma kõikide tervishoiutöötajate palkasid, siis on see väga kallis võimalus migratsiooni mõjutamiseks.

Tabel 4.1. Palgakulu, mis oleks vaja, et tervishoiutöötajate palk oleks "õiglane"

	Soovitud netopalka suurenemine inimese kohta (krooni)	Arvestuslik palgakulu suurenemine inimese kohta (krooni)	Inimeste arv	Kogukulu aastas (mln krooni)
Arst	8857	16139	4296	832
Hambaarst	7178	13080	1054	165
Resident	6314	11506	400	55
Ämmaemand	4056	7392	410	36
Õde	3439	6267	8185	616
Kokku				1705

Märkus: Küsitluses küsiti, milline on tervishoiutöötaja praegune netopalk ja milline oleks „õiglane” netopalk tema praeguse töö eest. Käesolev number on tuletatud nende vastustest.

Arvestuslik täiendav palgakulu, mille tulemusena oleksid tervishoiutöötajad rahul, oleks 2003. aasta lõpu seisuga ligikaudu 1,7 miljardit (vt tabel 4.1) ehk tervishoiutöötajatele tuleks kulutada täiendaval samapalju, kui palju kulub praegu nende töötasudeks (küsitluse põhjal oli praegune kogu töötasu kulu samuti suurusjärgus 1,7 miljonit). Sellest arstide ja residentide kulu oleks suurusjärgus 887 miljonit krooni ja õdedel 616 miljonit krooni. Tegelikult ei saa palkade tõus olla selline, et kõik saavad nende poolt soovitud "õiglase" palga. Kuna käesoleva töö aluseks on küsitlus, millest saab vaid inimeste endi poolt öeldud palkade numbrid, mis ei pruugi olla samad, mida ametlik statistika annab, siis ei ole palkade tõusu põhjalikumalt võimalik analüüsida. Kindlasti ületab kõikide töötajate palkade tõstmise kulu täiendava koolitamise kulu.

Odavam oleks mõjutada mitte kõikide palkasid vaid nende oma, kes soovivad enam välismaale minna. Kuna enim soovivad minna välismaale noored, tuleks otsida võimalusi just nende töötingimuste mõjutamiseks. Näiteks oleks üheks võimaluseks tõsta residentide palkasid või muuta nende töötingimusi. Kuna juba tööle läinud kooli lõpetanud noori ei saa eristada vanemast tööjõust erinevate töötingimustega, siis võib otsida muid soodustusi, mis noori Eestisse jääma motiveeriks. Näiteks võib ühe sellise soodustusena tulla kaalumisele õppe-laenu kustutamine, kui inimene jääb tööle Eesti tervishoiusektorisse. Autorite hinnangul oleks see hea meede, kuna tervishoiutöötajate pika õppeperioodi tõttu on nende õppelaenu suhteliselt

kõrge ning see oleks paremini suunatud meede kui üldine palgatõus. Samuti motiveeriks see meede õpinguid mitte katkestama. Õppelaenu kustutamine oleks rahalises mõttes riigi jaoks odavam, kui kõikide töötajate palkade tõstmine.

Milliseid konkreetseid töötingimusi oleks vajalik muuta, tuleb täpset analüüsida, kuid siinkohal võivad tulla kaalumisele näiteks infosüsteemide arendamine, et vähendada tervishoiutöötajate paberitööd ja topelttööd. Töö- ja puhkeajaseaduse järgimine ning selle järgimise pidev kontrollimine võimaldaks töö intensiivsust kontrolli all hoida.

Alternatiiviks tõuketegurite vähendamisel oleks negatiivsete stiimulite rakendamine välismaale minekuks. Näiteks kohustus maksta tagasi oma õppega seotud kulud, kui inimene soovib välismaale tööle minna. Maksu või õppekulude kompenseerimist on väga keeruline ellu viia, kuna siinkohal tekivad õigustatud küsimused, mil määral see peaks kehtima teiste erialade puhul, kus riik samuti tasub õppekulud. Lisaks esinevad tehnilised probleemid, et kui pika perioodi jooksul ja millise määraga peaks neid kulusid katma. Tervishoiutöötajatele sellise maksu kehtestamine eeldab, et võrdväärselt koheldakse ka teisi riiklikult finantseeritud haridusega inimesi. Seega oleks tegemist laiemas küsimusega, kui vaid tervishoiutöötajad.

Kehtestada kohustus töötada Eestis teatud perioodi jooksul. Kohustus töötada Eestis teatud perioodi vältel eeldab, et kõikidele lõpetajatele tagatakse erialased töökohad ning seega on vajalik rakendada riikliku suunamise süsteem.

Migratsioonist tuleneva tervishoiutöötajate puudujäägi katmiseks on lisaks väljarände vähendamisele ja koolituse suurendamisele võimalik paremini kasutada juba olemasolevat ressursi ja/või hakata ise värbama tööjõudu välisriikidest. Olemasoleva ressursi parem kasutamine on positiivne nii migratsioonist tuleneva puudujäägi vähendamiseks kui üldse riiklike ressursside parema kasutamise eesmärgil. Sisuliselt tähendab see ajutiselt töölt eemal olevate inimeste kiiremat tagasipöördumist tööturule ja ka vananeva tööjõupotentsiaali paremat kasutamist. Näiteks ajutiselt töölt eemal olevate inimeste tööturule naasmisel mängivad olulist rolli paindlikud töö- ja pereelu ühildamise võimalused nagu laste päevahoiuteenuse kättesaadavus ja paindlikkus. Seda eelkõige just seetõttu, et 90% tervishoiutöötajatest on naised.

Riiklike ressursside parema kasutamise tagamisel tuleks hoida võimalikult madalal ka tervishoiusektorist teistesse sektoritesse suunduvate või õppest välja langevate inimeste osatähtsus. Tervishoiusektorist teistesse sektoritesse suunduvate inimeste vähendamiseks ja juba teistesse sektoritesse suundunud inimeste tagasi meelitamisel mängivad olulist rolli töötingimused ja tööjõuvajadus tervishoiusektoris. Üldises plaanis on tegemist samade probleemidega, mis inimesi välismaale tööle minema mõjutavad. Seda, kui palju tervishoiutöötajaid on tööjõust väljas, seetõttu et nad on teistesse sektoritesse suundunud või koduseks jäänud vajab täiendavat uurimist. Samuti on vajalik täiendavalt analüüsida, miks on õppest väljalangemine suur (eriti õdedel) ja kas õigeaegse kutsenõustamisega oleks võimalik seda probleemi vähendada.

Nagu eelnevalt öeldud, on üheks keerulisemaks ja ebakindlust tekitavaks asjaoluks tervishoiutöötajate väljarände puhul välismaalt rakendatav aktiivne värbamispoliitika. Ilma aktiivse värbamiseta oleks väljaränne tõenäoliselt oluliselt väiksem ja paremini ette ennustatav. Kui väljarändest tuleneb oluline kahju lähteriigi tervishoiusüsteemile, siis peaks aktiivset värbamist pidama ebaetiliseks ja tuleneb vajadus seda reguleerida. Juhul kui väljaränne ei ole väga suur ja ei tekita olulist kahju tervishoiusüsteemile, siis ei ole selle reguleerimiseks vajadust. Sellisel juhul on tegemist positiivse nähtusega, mis võimaldab inimestel oma õiguseid ja vabadusi rakendada.

Aktiivse värbamise negatiivsete mõjude vältimiseks on tehtud riikide-vahelisi lepinguid, mis määratlevad värbamise kanalid ja tingimused. Sarnase mõjuga on ka nõ hea käitumise reeglid, mis näiteks Suurbritannias ütlevad, et tervishoiu töjõudu ei tohiks värvata arenguriikidest. Selliste lepingute sõlmimine aitaks väljarände protsessi riiklikult paremini juhtida ja samuti võiks teiste riikide aktiivset värbamispoliitikat Eestist vähendada. Selliste lepingutega võiks määratleda ka Eesti tervishoiutöötajate praktika ja ajutise stažeerimise võimalused ning kanalid välisriikides. Radikaalsemad lepingud oleksid sellised, mille kohaselt Eesti tervishoiutöötajate sihtriigid, kohustaksid maksuma Eestis tehtud töjõukulude eest. Samas on sellise lepingu tegemine keeruline, kuna lepingu teise poole kasud lepingust on olematud võrreldes praeguse situatsiooniga.

Küsitlusest välja tulnud tervishoiutöötajate soovitusi vaata lisast 7.

4.2. Analüüsimise ja andmete kogumisega seonduvad

Tulenevalt andmete puudulikkusest, on juba toimunud väljarännet praktiliselt võimatu analüüsida. Puudub igasugune ülevaade väljarännanud inimeste arvust, sihtkohast, tööst jne. Samuti puudub ülevaade sellest, kas Eestis õppinud tervishoiutöötajad asuvad tööle oma erialal, lähevad tööle mõnele muule erialale või jäävad kodusteks. Lisaks võivad töötavad tervishoiutöötajad lõpetada töötamise, kuigi nad Tervishoiutöötajate registris kajastuvad endiselt töötavatenä. Selleks, et nimetatud asjaolusid oleks võimalik analüüsida ja tervishoiutöötajate ressursi paremini planeerida on vajalik, et Tervishoiutöötajate registris toimiks inimese tööalase seisundi jälgimine. Lisaks võiks olla registrist väljakirjutamisel märgitud põhjus, miks inimene lõpetab töötamise tervishoiu valdkonnas.

Peatükis 3 läbi viidud stsenaariumanalüüsi täiendamiseks ja parandamiseks oleks vajalik pidevalt jälgida analüüsis kasutatud eelduste muutumist ning täiendada neid vastavalt informatsiooni uuenemisele ning täpsustumisele. See võimaldaks paremini vajalikku täiendavat töjõu ressursi planeerida.

Paremaks tervishoiutöötajate koolitusvajaduse planeerimiseks oleks vajalik koguda andmeid migratsioonivoogude kohta ning seega täiendada arvamusküsitlust aegridadest tuleneva infoga. Teiste tervishoiutöötajate koolitusvajadust mõjutavate aspektide osas tuleks teha eraldi uuringud. Näiteks oleks vajalik uurida, kuidas mõjutavad töötasu ja teised töötingimused tervishoiusektorist teistesse sektoritesse tööle minekut. Samuti võiks ja oleks vajalik uurida koolidest väljalangemist ning võimalusi koolitussüsteemi efektiivsemaks muutmiseks.

KASUTATUD KIRJANDUS

Adams, O., Kinnon, C. A Public Health Perspective. In International Trade in Health Services, A Development Perspective. Geneva, UNCTAD-WHO Joint Publication, 1998, pp. 35-50.

Asser, T., Kiivet, R.-A. Mitmesugust. – Eesti Arst, 2002, nr. 5, lk 315.

Bach, S. (2003) International migration of health workers: Labour and social issues, Sectoral activities programme, Working Paper No 209, ILO, Geneva.

Borzeda, A., Bonlarron, A.-G., Gregoire Borzeda, C., Precahova, N. European Enlargement: Do health professionals from candidate countries plan to migrate? The case of Hungary, Poland and the Czech Republic. République Française, Paris, Ministère des Affaires Sociales, Ministère de la Santé, June, 2002, 121p.

Chanda, R. Trade in Health Services. CMH Working Paper Series, Paper No WG4:5, June, 2001, 115 p. [http://www3.who.int/whosis/cmh/cmh_papers/e/pdf/wg4_papers05.pdf].

Chanda, R. Trade in Health Services. In Trade in Health Services: Global, Regional and Country Perspectives. Washington DC, Pan American Health Organisation, Program on Public Policy and Health, Division of Health and Human Development, 2002, pp. 35-44. [<http://www.who.int/trade/en/Thpart1chap3.pdf>].

Cuellec, D., Cervantes, M. (2002) International Mobility of Highly Skilled Workers: from Statistical Analysis to Policy Formulation. In International migration of the highly skilled. OECD, Paris, pp. 71-98.

Docteur, E., Oxley, H. (2003) Health-care systems: lessons from the experience, OECD economic Department Working Papers, No 374, ECO/WKP(2003)28.

Eesti Tervishoiuprojekt 2015, EV Sotsiaalministeerium (2002) Tervishoiutöötajate täiendaja ümberõpe. Lõppraport.

Eesti Tervishoiutöötajate register, väljavõtted seisudega: november 2003, veebruar ja märts 2004.

Equinet, International People's Health Council, Medcat, People's Health Movement, Save the Children UK, Wemos, World Development Movement (2003) The GATS Threat to Public Health: a joint submission to the world health assembly, May, p. 4.

Erakorralise meditsiini eriala arengukava. Eesti tervishoiu projekt 2015. Sotsiaalministeerium, 2001. [http://www.tervishoiuprojekt.ee/docs/est/Erakorraline_meditiin_tt_20011204.doc].

European Commission (2003), Communication from the Commission to the Council, the European Parliament, the European Economic and Social Committee of the Regions, concerning the re-exam of Directive 93/104/EC concerning certain aspects of working time, Brussels, 41.12.2003, COM(2003) 843 final.

Eurostat (2003) Eurostat yearbook 2003, The statistical guide to Europe, Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities.

Eurostat (2003) Statistical yearbook on candidate countries, data 1997-2001, Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities.

Hambaravi eriala arengukava. Eesti tervishoiu projekt 2015. Sotsiaalministeerium
http://www.tervishoiuprojekt.ee/docs/est/Hambaravi_LV_20011121.pdf [28.04.2004]

Hariduse ja Tööhõive Seirekeskuse andmebaas, seisuga 2004 kevad.

Health human resource development and planning in Lithuania. Physician planning in Lithuania in 1990-2015. Final Report. Lithuania, Open Society Fund, 2003, 25 p.

Hervey, T. K. Mapping the Contours of European Union Health Law and Policy. University of Nottingham, 2002, 28 p. [<http://www.ose.be/health/files/EPLhealthTH.pdf>].

Hollandi Tervishoiu-, Sotsiaal- ja Spordiministeerium (H.J. Stoop, M.LL., Head Department of Professional Competence) kirjavahetus Sotsiaalministeeriumiga (P. Saar, peaspetsialist). Kuupäev 22.03.2004.

International Trade in Health Services: Difficulties and Opportunities for Developing Countries. In International Trade in Health Services, A Development Perspective. Geneva, UNCTAD-WHO Joint Publication, 1998, pp. 3-28.

Jakubowski, E., Hess, R. (2004) The market for physicians. In Health Policy and European Union Enlargement, edited by McKee, M., MacLehose, L. and Nolte, E., Open University Press, pp.130-142.

Jinks, C., Ong, B. N., Paton, C. (2000) Mobile Medics? The mobility of doctors in the European Economic Area, Health Policy 54, pp. 45-64.

Kallaste, E., Philips, K. (2004) Eesti tööealise elanikkonna migratsioonipotentsiaal ja selle uurimine, PRAXIS, Toimetised, Nr 13.

Krosnar, K. (2004) Could joining EU club spell disaster for the new members? British Medical Journal, 7. veebruar.

Lipson, D. GATS and health services: Implications for EU candidate countries. – Eurohealth, Autumn 2002, Vol. 8, No 4, Special Issue, pp. 39-41.

Marconini, M. Domestic Capacity and International Trade in Health Services: The Main Issues. In International Trade in Health Services, A Development Perspective. Geneva, UNCTAD-WHO Joint Publication, 1998, pp. 55-61.

Martineau, T., Decker, K., Dundred, P. Briefing note on international migration of health professionals: levelling the playing field for developing country health systems. Liverpool School of Tropical Medicine, 2002, 20 p. [<http://www.liv.ac.uk/lstm/InternationalMigration.pdf>].

Nicholas, S. (2004) The challenge of the free movement of health professionals. In Health Policy and European Union Enlargement, edited by McKee, M., MacLehose, L. and Nolte, E., Open University Press, pp.82-108.

OECD (2001), OECD Health Data, andmebaas.

Oulton, J. A. (1998) International Trade and the Nursing Profession. In International Trade in Health Services, A Development Perspective. Geneva, UNCTAD-WHO Joint Publication, pp. 125-132.

Peremeditsiini arengukava 2001-2015. Eesti tervishoiu projekt 2015. Sotsiaalministeerium, 2002. http://www.tervishoiuprojekt.ee/docs/est/Peremeditsiin_tt_20010228.doc.

Philips, K., Hinnosaar, M., Priinits, M., Võrk, A. (2003) Euroopa Liiduga ühinemise mõju palkadele ja tööjõu vabale liikumisele, Tartu.

- Psühhiaatria eriala arengukava. Eesti tervishoiu projekt 2015. Sotsiaalministeerium, http://www.tervishoiuprojekt.ee/docs/est/Psuhhiaatria_LV_20011121.pdf [28.04.2004]
- Russell, S. S.** (1995) International Migration: Implications for the World Bank. The World Bank, Human Resources Development and Operations Policy Working Papers, No 54, May. [http://www.worldbank.org/html/extdr/hnp/n22flash/workp/docs/wp_00054.doc].
- Saar, P.** (2003) Euroopa Liit aktsepteerib Eesti tervishoiutöötajate kvalifikatsiooni. – Eesti Arst, nr. 8, lk. 586-587.
- Soome Tervishoiuamet** kirjavahetus Sotsiaalministeeriumiga (P. Saar, peaspetsialist).
- Sotsiaalministeerium** (2000) Estonian Hospital Master Plan 2015. <http://www.sm.ee/gopro30/Web/gpweb.nsf/pages/healthpolicy0001> [28.04.2004]
- Sotsiaalministeerium** (2003) Sotsiaalsektor arvudes, Tallinn.
- Statistikaamet, Elektrooniline andmebaas, www.stat.ee [15.04.2004]
- Sünnitusabi ja günekoloogia eriala arengukava. Eesti tervishoiu projekt 2015. Sotsiaalministeerium, http://www.tervishoiuprojekt.ee/docs/est/Gunekoloogia_LV_20011121.pdf [28.04.2004]
- Zurn, P., Poz, M. D., Stilwell, B., Adams, O.** (2002) Imbalances in the health workforce, briefing paper, WHO Evidence and Information for Policy, Health Service Provision. http://www.who.int/hrh/documents/en/imbalance_briefing.pdf [15.04.2004]
- Tartu Ülikool, Arstiteaduskonna dekanaat.** Sisseastujate, lõpetajate, õppijate andmed. seisuga 2004 aprill.
- The Free Movement of Workers in the Context of Enlargement. Information note, European Commission, Enlargement MD 99/01, 2001, 45 p.
- The International Market and Health Services. Report on the High Level Committee on Health. European Commission, Health and Consumer Protection DG, 2001, p.
- Tiit, E.-M., Leppik, L., Võrk, A., Leetmaa, R.** (2004) Euroopa Liidu ühiste pensionieesmärkide mõju Eesti pensionisüsteemile, PRAXISe toimetised nr 14.
- Töötervishoiueriala arengukava. Eesti tervishoiu projekt 2015. Sotsiaalministeerium, http://www.tervishoiuprojekt.ee/docs/est/Tootervishoid_LV_20011123.pdf [28.04.2004]
- UK General Medical Council** (M. Holt, Head of Applications) kirjavahetus Sotsiaalministeeriumiga (P. Saar, peaspetsialist). Kuupäev 15.03.2004.
- WHO** Health for All Databas, <http://www.who.dk/hfadbe> [28.04.2004]
- WTO** (1999) Trade in Services. The Republic of Estonia Schedule of Specific Commitments. GATS/SC/127.
- WTO agreements and public health: a joint study by the WHO and the WTO Secretariat. Geneva, Switzerland: WHO and WTO Secretariat, 2002, 172 p.
- Õendusala arengukava 2002-2015, Projekt, Eesti tervishoiu projekt 2015. Sotsiaalministeerium, http://www.tervishoiuprojekt.ee/docs/est/oendusala_arengukava_2002-2015_20011123.pdf [28.04.2004]
- Õendusala erialade arengukavad. Sotsiaalministri määrus 16. juuli 2002. a nr 99. RTL 2002, 85, 1336, redaktsioon RTL 2003, 89, 1324.

Lisa 1. GATS ja sellest tulenevad regulatsioonid tervishoiutöötajate liikumisele

Maailma Kaubandusorganisatsiooni liikmesriigid otsustasid 1994. a kaasata WTO lepingute raamistikku ka rahvusvahelisel tasandil teenuste osutamise valdkonna. Seega on tervishoiuteenuste osutamine rahvusvahelisel tasandil hõlmatud WTO teenustealases üldises kokkuleppes (GATS). (Lipson 2002, lk 39) Teenuste osutamine rahvusvahelise tasandil on liigitatud nelja vormi (vt ka alapeatükk 1.1.): teenuste osutamine piiriüleselt, tarbimine välismaal, välisinvesteeringutega sisenemine ning teenuste osutajate ajutine liikumine.

GATS jõustus 1995. a ning sellega pandi iga WTO liikme jaoks paika teenuste osutamise liberaliseerimise osas võetud kohustuste ajakava (*schedule of commitments*). Kohustused hõlmavad tervishoiuteenuste turu avamist (puudutab välismaiste teenuste osutajate sisenemist riiki ning patsientide lahkumist riigist) ja rahvusliku kohtlemise kasutamist (puudutab välismaiste ja kodumaiste teenuste osutajate võrdset kohtlemist). (WTO agreements...2002, lk 49) Teatud kohustused kehtivad kõikide teenuste sektorite lõikes ning seda vaatamata asjaolule, kas need on lisatud liikmesriigi kohustuste ajakavasse või mitte. Need tingimusteta kohustused hõlmavad teatud läbipaistvuse ja teadustamise kohustusi, konkurentsi põhimõtteid ning samuti enamsoodustatud riigi (*most favoured nation*) printsiibi⁵ rakendamist. (WTO agreements... 2002, lk 49)

Peamine probleem tervishoiutöötajate liikumise liberaliseerimise osas võetud kohustuste täitmisega tuleneb sellest, et need on oma olemuselt horisontaalsed (*horizontal commitments*) mitte aga sektorispetsiifilised. Enamik nendest piirangutest on tervishoiuteenuste osutamisel olulise tähtsusega. Horisontaalseteks piiranguteks võivad olla: majanduse ja kohaliku turu vajaduste määratlemine; välismaalaste suhtes kehtestatud diskrimineerivad litsentseerimise, akrediteerimise ja tunnustamise nõuded; nõuded rahvuse ja elukoha osas; immigratsiooni regulatsioonid (s.h immigrantide kvoodid); sertifitseerimiseksamile pääsemise piiramine; välisvaluuta kontroll; piirangud sissetulekute ülekandmiseks koduriiki; välismaalastest tervishoiuteenuste osutajatele kehtestatud teenustasude ja kulutuste regulatsioonid (Chanda 2001, lk 83). Erinevatest regulatsioonidest on lähemalt juttu alapeatükis 1.3.

Valitsused võtavad endale turu avamise ja rahvusliku kohtlemise kohustuse erinevatel põhjustel. Siinkohal võiks nimetada järgmisi: julgustada teenuste pakkujaid turule sisenema; parandada saadaolevate teenuste mahtu, ulatust ja kvaliteeti; meelitada riiki välisinvesteeringuid ning sellega kaasnevaid oskusi ja kogemusi; suurendada tõhusust ning stimuleerida konkurentsi sektoris. Võetud kohustused on WTO liikmesriikidele üldjuhul seadusandlikult siduvad, kuid valitsused võivad neid muuta või ka neist taganeda kolme aasta jooksul alates kohustuste jõustumisest. Kui riigipoolt kavandatav kohustuste muutmine või neist taganemine mõjutab teisi liikmesriike, siis võivad kaubanduspartnerid riigilt nõuda kompensatsiooniks mõnda võrdväärset kohustust. (WTO agreements... 2002, lk 51) GATSiga liberaliseeritakse muuhulgas tervishoiuteenuste turule juurdepääs. Alates 2000. a juulist on

⁵ Enamsoodustatud riigi printsiip tähendab, et kui riik lubab näiteks ühel välisriigil investeerida enda tervishoiusektorisse, siis peab ta ka teistele WTO liikmesriikide investoritele tagama samasugused turulesisenemise tingimused. Kui riik keelab mingi teenustega rahvusvahelise kauplemise vormi, siis peab ta seda tegema kõikide liikmesriikide suhtes. Läbirääkimiste käigus on loomulikult võimalik saavutada ka printsiibi rakendamise osas erandeid, kuid mille kestus teoreetiliselt ei tohiks olla pikem kui kümme aastat. Erandid on lubatud ka regionaalsete integratsioonilepingutega seotud riikidele (nt EL liikmesriigid), mis reeglina tagavad soodsamad tingimused tervishoiuteenuste osutamiseks. (Lipson 2002, lk 39)

64⁶ WTO liikmesriiki võtnud endale kas otsese või osalise kohustuse tervishoiutöötajaid ning tervishoiuteenuseid puudutavas valdkonnas (Lipson 2002, lk 41).

GATSiga on hõlmatud järgmised tervishoiuteenused: arstide poolt osutatavad üld- ja eriarstiabi; laste ilmale aitamine ja sellega seonduvad teenused; põetamine; füsioteraapia ja erakorraline meditsiin; kõik haigla teenused; kiirabi; meditsiini- ja hambalaborite poolt osutatavad teenused. Arstide ja õdede poolt osutatavaid professionaalseid teenuseid käsitletakse GATSis haiglateenustest eraldi. (Chanda 2001, lk 77) GATSi raames ei käsitleta “ametivõimu korraldusel” (“*in the exercise of governmental authority*”) osutatavaid teenuseid, ehk teenused, mida ei osutata kommerts- ega konkurentsikaalutlustel (WTO agreements...2002, lk 49). Teisiti öeldes ei hõlma GATS valitsuse korraldusel elanikkonnale tasuta antavat meditsiinilist ja haiglaravi, hõlmab aga otseselt era- või avaliku sektori poolt kommertskaalutlustel osutatavaid teenuseid.

Siiani on liberaliseerimine tervishoiuteenuste valdkonnas olnud üsna piiratud, kuid arvestades viimastel aastatel sektoris asetleidvat erastamist ja trende (tervishoiuteenuste turud on muutunud tunduvalt dünaamilisemaks), siis on riikidel ka suurem huvi turgude avamiseks. Tulenevalt teenuste osutamise liberaliseerimise väikestest edusammudest on hetkel käimas uus GATSi läbirääkimiste voor, mis loodetakse lõpetada 2005. a jaanuariks. Läbirääkimiste vooru eesmärgiks on läbi sügavamate ja laiemate sektoraalsete kohustuste veelgi liberaliseerida teenuste osutamist rahvusvahelisel tasandil (Lipson 2002, lk 39). Kõige väiksemas ulatuses on siiani liberaliseerimine toimunud tervishoiuspetsialistide liikumise valdkonda puudutavates küsimustes (Chanda 2001, lk 76).

⁶ Samas kui näiteks finants- ja telekommunikatsiooni teenuste valdkonnas on endale mingi kohustuse võtnud peaaegu poole rohkem riike (WTO agreements...2002, lk. 50).

LISA 2. Ülevaade küsitluse metoodikast

L2.1. Üldkogum, loend ja valim

Projekti eesmärgiks on hinnata ja prognoosida Eesti tervishoiutöötajate migratsioonivoogusid ja sellest tulenevat võimalikku puudu- või ülejääki tervishoiutöötajate osas. Projekti eesmärgi täitmiseks viiakse läbi küsitlus Eesti tervishoiutöötajate ja tervishoiu valdkonna õppurite seas. Küsitluse jaoks saadi andmed Tervishoiuameti Tervishoiutöötajate registrist ja Tartu Ülikooli residentide nimekirjast. Tudengite seas viiakse läbi küsitlus auditoorse õppetöö jooksul.

Uuringu üldkogumi moodustasid kõik Eesti tervishoiutöötajad, kes olid 2003. aasta oktoobris kantud tervishoiutöötajate registrisse, ning Tartu Ülikooli residentid. Loendi (kõikse nimekirja üldkogumi objektidest) moodustamiseks kasutati kõikset loetelu Tervishoiutöötajate registris sisalduvatest inimestest ja nende tunnustest ning Tartu Ülikooli residentidest.

Täpsema ülevaate saamiseks registriandmete iseloomust ja nende töötlemisest vaata lisa käesoleva kirjutise lõpus.

Kuna register on uuendamisel ei ole kõik tervishoiutöötajad veel registrisse kantud. Hinnanguliselt on registris üle kolmveerandi tervishoiutöötajatest. Vestlustest tervishoiuameti töötajatega jõuti veendumusele, et süstemaatilist erinevust registrisse juba kantud inimeste ja mitte kantud inimeste vahel ei ole.

Tervishoiutöötajate registrist moodustati juhuvalik eraldi arstide, hambaarstide, õdede ja ämmaemandate lõikes (vt tabel 1). Proportsionaalselt enam võeti valimisse arst, sest arstide puhul on eeldatavalt tegemist heterogeensema rühmaga kui õdede, ämmaemandate ja hambaarstide puhul.

Tabel L2.1. Valimi suurus

	Üldkogum, Millest võeti valim	Valimi suurus	%
Arstid	3520	908	25,8%
Hambaarstid	781	120	15,4%
Õed	7187	1078	15,0%
Ämmaemandad	380	76	20,0%
Kokku	11855	2182	

Residentide andmed on saadud Tartu Ülikooli Arstiteaduskonnast 2003. a sügise seisuga. Antud hetkel oli residentide nimekirjas 405 inimest. Neist 341 residentile sai saata ankeedid (vt lisa mittesaatmise põhjuste loetelu kohta).

Tartu Ülikooli arstiteaduskonna tudengite ja Tartu ning Tallinna Meditsiinikooli tudengite küsitlus toimub kõikselt alates etteantud kursusest auditoorse õppetöö ajal. Seega puudus vajadus täpsemate andmete olemasoluks. Tudengite arv igal kursusel on teada vastava kooli käest.

L2.2. Valimi moodustamine

Tervishoiutöötajate andmed

Andmed tervishoiutöötajate registrist saadi kahes jaos:

1. 30. septembri 2003. aasta seisuga kõik andmebaasis sisaldunud tervishoiutöötajad,

2. 27. oktoobri lõpu saadi juurde täiendav informatsioon nende tervishoiutöötajate kohta, kellel oli töökoha puhul olemas ka aadress.

Esimene saadud andmefail sisaldas 13838 kirjet, millest ühekordse tervishoiutöötaja koodiga oli 11947. Mitmekordsed kirjed olid tingitud ühe tervishoiutöötaja mitmest erialast või mitmest töökohast registreerimisel. 1629 inimest oli failis kaks korda, 51 inimest kolm korda, 45 inimest neli korda ja 5 inimest kuus korda.

Andmete saamine kahes osas oli tingitud sellest, et esialgsel andmete taotlemisel paluti ka tervishoiutöötajate koduseid aadresse, millele ka Sotsiaalministeeriumi poolt anti heakskiit. Andmete saamisel selgus, et koduseid aadresse ei antud, ning anti ainult tervishoiutöötaja töökoht tervishoiutöötaja registreerimisel. Puudus nii registreerimisel esitatud töökoha aadress, kui ka töökoha nimi ja aadress, kus tervishoiutöötaja viimase informatsiooni kohaselt töötas.

Seetõttu esitati tervishoiuametile palve uue andmefaili saamiseks, kus kõikidel tervishoiutöötajatel oleks ka juures töökoha nimetus ja aadress, kus tervishoiutöötajad viimase informatsiooni kohaselt töötasid.

Teine andmefail saadi 27. oktoobril, kuid see sisaldas ainult neid tervishoiutöötajaid, kellel oli informatsioon viimase töökoha kohta, mille kohta oli toodud ka kontaktandmed. Teine fail sisaldas kokku 5133 kirjet, millest unikaalseid kirjeid kõikide tunnuste lõikes oli 4019 kirjet. Ühekordse tervishoiutöötajate koodiga kirjeid oli 3582. Faili mitmekordsed kirjed ühe tervishoiutöötaja jaoks olid tingitud muuhulgas järgmisest:

- erinevast ees- või perekonna nime kujust tähtede ž, z ja š lõikes,
- mitmest töökohast ühel inimesel (kuni 4 töökohta),
- asutuse kontaktandmetes oleva telefoninumbri erinevast kujust või erinevast arvust,
- asutuse nime väikesest erinevast kujust, nt "OÜ Silmaarst XX" versus "Silmaarst XX"
- asutuse koha erinevast esinemisest, nt mõnel olemas linna nimi mõnel mitte.

Esimene ja teine fail ühendati isikuti kasutades unikaalset tervishoiutöötajate koodi. Selle tulemusena saadi fail, mis sisaldas 14 247 kirjet. Unikaalseid tervishoiutöötajate koode oli ühendatud failis 11 997 (ligikaudu ühe kuulise erinevuse tõttu kahe väljavõtte vahel lisandus teisest failist 50 inimest).

Erinevatel ajahetkedel saadud failides esines inimeste ees- ja perekonnanimeses erinevusi, mis olid tingitud peamiselt küsimärkidest ž, z ja š asemel või ka erinevustest nendest tähtedes. Ühel juhul oli naisterahva perekonnanimi erinev.

Saadud ühendatud failist võeti välja residentid, kes olid olemas juba Tartu Ülikooli poolt saadetud residentide nimekirjas. Isikute identifitseerimiseks kasutati eesnime ja perekonnanime koos soo ja sünniaasta tunnustega. (Isikukoodi ei olnud võimalik kasutada, sest tervishoiutöötajate registrist saadud failis oli vaid isikukoodi kolm esimest tähte). Niisugusel moel eemaldati enne valimi võtmist nimekirjast 111 arsti-residenti ja 18 hambaarsti-residenti, sest residentidele saadeti nagunii kõigile küsimustik.

Niisugusel viisil saadi lõplik loend, millest võeti valim. Valimi moodustamiseks genereeriti programmiga Stata kõikidele tervishoiutöötajatele eraldi kihtides (arstid, hambaarstid, õed, ämmaemandad) juhusliku arvu generaatoriga number nulli ja ühe vahel, mille alusel inimesed reastati suuruse järjekorras. Valimisse võeti vastavalt etteantud proportsioonidele rea esimesed inimesed.

Tabel L2.2. Valimi võtmine tervishoiutöötajate registriandmetest.

	Registri- kirjeid	Inimesi	Residendid, kes olid registris (-)	Lõplik üldkogum, kust võeti valim	Valimi suurus	Tegelik kaasamis- tõenäosus	Saadetud ankeedid
Arstid	4346	3631	111	3520	908	25,79%	899
Hambaarstid	885	799	18	781	120	15,36%	118
Õed	8631	7187		7187	1078	15,00%	1074
Ämmaemandad	385	380		380	76	20,00%	76
Kokku	14 247	11997		11855	2182		2167

Hiljem peale valimi võtmist selgus siiski veel, et kolm resident oli jäänud arstide nimekirja, mis võeti valimist välja. Seega jäi arstide valimi suuruseks 905 arsti ja kokku oli tervishoiutöötajaid (v.a residente) 2179. Loetletud valimist ainult 665 ehk 30,52% oli tervishoiutöötajate registrist teada viimane töökoht ja selle aadress. Ülejäänud 1514 juhul oli teada ainult tervishoiutöötaja töökoht registreerimise ajal. Nendele kirjetele otsiti käsitsi töökoha aadress äriregistri Internetis asuvast andmebaasist ja teistest avalikest andmebaasidest kasutades ettevõtte või FIE registrikoodi ja/või nime. 12 isikule ei suudetud leida töökoha aadressi, kuhu kiri saata. Seega saadeti välja 2179-12=2167 kirja.

5. novembril saadi tervishoiuametist veel kord kõigi andmete fail, kuid et selleks ajaks olid juba valimid ära tehtud ja käsitsi otsitud juurde enamus puuduvaid aadresse, siis neid andmeid otseselt enam ei kasutatud. Hilisem andmete võrdlus tervishoiutöötajate koodi abil selgitas, et uues saadud andmefailis puudus 6 isikut ja oli juures 283 inimest, kellest 271 inimest olid olemas TÜ residentide failis ja 12 olid täiesti uued, kattuvaid isikuid oli 11 985. Seega küsitluse läbiviimise hetkel oli tegelikult 6 isikut juba kantud välja registrist ja 12 inimest juurde tulnud. Need üksikud muutused ilmselt ei mõjuta küsitluse kvaliteeti, kuid näitavad seda, et register, mille alusel valim võeti, on ise pidevas täienemisejärgus.

Tartu Ülikooli residentide andmed

Tartu Ülikooli residentide andmed saadi 2.oktoobri seisuga Tartu Ülikoolist kahe failina:

- 1) esiteks, kõikne residentide loetelu, kus sisaldus 400 resident, ja
- 2) teiseks, iga residentide jaoks informatsioon, millises baasasutuses ta mingil kuul viibib.

Esimese residentide faili, kus oli ainult ühes failis, kokku oli residentide kahe faili peale kokku 405 tükki. Et residentidele saadeti samuti küsimustikud nende töökohta, mitte kodusele aadressile, siis oluline oli just informatsioon baasasutuste kohta. Ka antud juhul lisati aadressid andmetele käsitsi, kasutades selleks erinevaid andmebaase ja Interneti. Esimese vooru ankeedid saadeti välja asutusse, mis oli residentide baasasutuseks 1. novembri seisuga. Ankeete saadeti välja kokku 341 tükki. 64 residentid jäid välja järgmistel põhjustel (osadel mitu põhjust):

- a) 32 residentid viibisid akadeemilisel puhkusel (sünnipuhkuse, lapsehoolduspuhkuse, tervise või muul põhjusel)
- b) 6 residentid viibisid muul põhjusel puhkusel,
- c) 4 residentid olid residentuuris välismaal,

- d) 28 residentil ei olnud 1. novembri seisuga ühtegi baasasutust (ei töökohta ega akadeemilise puhkuse korral kodu).

Küsitlustulemuste tõlgendamisel tuleb neid väljajäämisi arvestada. Samas, et teises küsitlusvoorus osadel on olemas uued baasasutused, siis väljalangemine pisut väheneb.

Teises voorus saadeti residentidele välja 223 ankeeti, sealhulgas saadeti ankeedid ka neile 32 residentile, kes olid akadeemilisel puhkusel, kuid kelle kohta oli TÜ käest saadud kodune aadress.

L2.3. Töötajate ja residentide küsitluse korraldus ja vastamismäärad

Töötavate inimeste ja residentide küsitlus viiakse läbi posti teel. Ankeet saadetakse töötajatele töökohta aadressil ja residentidele baasasutuse aadressil. Juhul, kui Tervishoiutöötajate registris on töötaja mitme aadressiga või residentil on vastaval hetkel mitu baasasutust, siis valitakse neist juhuslikult üks. Kuna suurte haiglate nagu näiteks Põhja-Eesti Regionaalhaigla või TÜ Kliinikum puhul ei ole töötajate kohta teada osakonda või alamüksust, milles nad töötavad, siis saadeti need kirjad kõik ühele kesksele aadressile. Neile, kes esimeses ringis ei vastanud, saadeti ankeedid uuesti. Venekeelse ees- või perekonnanimega inimestele saadeti lisaks ka ankeedi venekeelne tõlge.

Esimese küsitluse ringi käigus saadeti välja 2508 kirja (vt tabel 2). Küsitluse esimene voor saadeti välja 8. novembril ja vastamiseks oli aega kuu aega. 5. detsembri seisuga oli tagasi saadud ligikaudu 41% vastustest.

Neile, kes esimesele ankeedile ei vastanud saadeti ankeet teistkordselt. Teise vooru ankeetide saatmisel jäeti välja need inimesed, kelle kohta oli juba saadud teada, et nad selles kohas ei tööta (ja uut töökohta ei olnud võimalik leida) või kui inimesed väitsid, et nad ei soovi vastata. Samuti jäeti välja üks inimene, kes töötab välismaal ja vastas juba välismaal töötavate ankeedile. Küsitlusankeete saadeti teise ringiga välja 1495 (vt tabel 3). Küsitluse teine ring saadeti välja 8. detsembril ja vastamiseks on aega kuni aasta lõpuni. Teise ringi lõppedes saada vastamise protsent 56,5%. Kui arvestada ainult neid tagastatud ankeete, mida oli võimalik siduda saadetud isikuga, siis oli vastamisprotsent pisut väiksem. Arvestades potentsiaalselt lünklikke andmeid tervishoiutöötajate registris tervishoiutöötajate tegeliku töötamise asutuse kohta ning tervishoiutöötajate väga pingelist tööd, siis võib lugeda vastanute osatähtsuse rahuldavaks.

Erinevate kutsete lõikes on vastamise protsent sarnane, suhteliselt paremini on vastanud ämmaemandad ja residentid, kõige kehvemalt hambaarstid.

Tabel L2.3. Küsitluse esimeses ja teises voorus saadetud ankeedid ja saadud vastused

	Välja saadetud kirju I voorus	Vastuste arv, seisuga 5. detsembril, 2003	sh negat. vastuste arv ¹	Täiendav pos. vastuste arv I vooru ümbrikerle seisuga 04. veebruaril, 2004	Välja saadetud kirju II voorus	Vastuste arv II vooru ümbrikerle seisuga 04. veebruaril, 2004	sh negat. vastuste arv ¹	Kokku valimis olnud inimestega seostatavad positiivseid vastuseid	Positiivsete vastuste osakaal kindlalt valimis olnud inimestest	Kõikide vastanud inimeste jaotus kutse järgi ²	Vastanute osakaal
Residendid	341	148	5	15	223	38	4	192	51.1% (372 valimis)	196	52.7%
Töötajad, sh	2167	893	13	82	1272	252		1197	55.2%	1220	56.3%
Arstid	899	355	3	28		107	3	481	53.5%	494	54.9%
Hambaarstid	118	38		3		11		52	44.1%	58	49.2%
Õed	1074	465	9	48		124	7	617	57.4%	618	57.5%
Ämmaemandad	76	35	1	3		10		47	61.8%	50	65.8%
Kokku	2508	1041	18	97	1495	290	10	1389	55.4%	1416	56.5%

¹ Inimene ei tööta antud aadressil erinevatel põhjustel (nt lapsehoolduspuhkus, pension, lahkunud sellelt töökohalt jne) või ei soovi küsitlusele vastata.

² Õdede all on ka kaks laboranti ja arstide all üks ravimiesitleja

L2.4. Erialade struktuuri analüüs

Järgnevalt on võrreldud erialade jaotust üldkogumis, ankeedid saanud isikute seas ja vastanute seas eraldi arstide ja õdede lõikes (vt tabelid 7 ja 8).

Erialade struktuur registris, laiali saadetud ankeetides ja vastanute seas on väga sarnane nii arstide kui õdede puhul (võrdle veerge 2, 4 ja 6). Seega vastanud isikud esindavad erialade lõikes piisavalt hästi üldkogumit. Üksikud väikesearvulised erialad, mis sattusid valimisse üksikute inimeste näol, on jäänud vastanute seas esindamata. Vastamise protsent erialade lõikes kõigub nullist sajani, kuid enamikel erialadel jääb 40-70 protsendi piiresse.

Tabel L2.4. Arstide erialade jaotus üldkogumis, laiali saadetud ankeetides ja vastanute seas.

Eriala	Jaotus registris (nov. 2003)		Saadetud ankeedid		Vastanud		
	(1) Arv	(2) Osakaal (%)	(3) Arv	(4) Osakaal (%)	(5) Arv	(6) Osakaal (%)	(7) Vastanute osakaal (%)
anestesioloogia	238	6.8	66	7.3	37	7.7	56.1
dermatoveneroloogia	76	2.2	18	2.0	13	2.7	72.2
endokrinoloogia	34	1.0	7	0.8	3	0.6	42.9
erakorraline meditsiin	89	2.5	27	3.0	11	2.3	40.7
gastroenteroloogia	34	1.0	7	0.8	3	0.6	42.9
hematoloogia	27	0.8	8	0.9	3	0.6	37.5
infektsioonhaigused	31	0.9	7	0.8	3	0.6	42.9
kardioloogia	108	3.1	35	3.9	20	4.2	57.1
kardiovaskulaarkirurgia	8	0.2					
laborimeditsiin	97	2.8	26	2.9	11	2.3	42.3
lastekirurgia	14	0.4	4	0.4	0	0.0	0.0
nefroloogia	7	0.2	3	0.3	0	0.0	0.0
neurokirurgia	5	0.1	3	0.3	0	0.0	0.0
neuroloogia	139	4.0	35	3.9	20	4.2	57.1
oftalmoloogia	98	2.8	22	2.4	14	2.9	63.6
onkoloogia (kiiritus- ja keemiaravi)	28	0.8	8	0.9	5	1.0	62.5
ortopeedia	100	2.9	24	2.7	11	2.3	45.8
otorinolarüngoloogia	96	2.7	27	3.0	19	4.0	70.4
patoloogia	50	1.4	14	1.6	11	2.3	78.6
pediaatria	297	8.5	76	8.5	41	8.5	53.9
peremeditsiin	449	12.8	114	12.7	61	12.7	53.5
plastika- ja rekonstruktiivkirurgia	5	0.1	2	0.2	0	0.0	0.0
psühhiaatria	183	5.2	53	5.9	26	5.4	49.1
pulmonoloogia	55	1.6	14	1.6	6	1.2	42.9
radioloogia	153	4.4	38	4.2	24	5.0	63.2
reumatoloogia	39	1.1	6	0.7	5	1.0	83.3
sisehaigused	185	5.3	47	5.2	30	6.2	63.8
sünnitusabi ja günekoloogia	268	7.7	59	6.6	34	7.1	57.6

	Jaotus registris (nov. 2003)		Saadetud ankeetid		Vastanud		
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
taastusravi ja füsiatria	99	2.8	19	2.1	8	1.7	42.1
torakaalkirurgia	3	0.1	1	0.1	1	0.2	100.0
töötervishoid	37	1.1	5	0.6	3	0.6	60.0
uroloogia	41	1.2	8	0.9	0	0.0	0.0
üldkirurgia	164	4.7	51	5.7	23	4.8	45.1
üldmeditsiin	244	7.0	61	6.8	33	6.9	54.1
teadmata			4	0.4	2	0.4	50.0
Kokku	3501	100	899	100	481	100	53.5

Märkus: Tabelis toodud numbrid on inimeste kohta, mitte erialade kohta kokku. Et ühel inimesel võib olla mitu eriala, siis erialade võrdlus võib olla pisut erinev. Praegu on mitme erialaga inimesed tabelis juhuslikult valitud ühe erialaga. Tabelis toodu tugineb vastanutel, kelle andmeid sai siduda saadetud ümbrikuga.

Tabel L2.5. Õdede erialade jaotuse võrdlus üldkogumis, laiali saadetud ankeetides ja vastanute seas.

	Jaotus registris (okt. 2003)		Saadetud ankeetid		Vastanud		
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
Eriala	Arv	Osakaal (%)	Arv	Osakaal (%)	Arv	Osakaal (%)	Vastanute osakaal (%)
Teadmata	13	0.18	2	0.2	0	0.0	0.0
Anesteesia- intensiivraviõendus	266	3.7	35	3.3	19	3.1	54.3
Diabeediõendus	1	0.01					
Erakorralise meditsiini õendus	394	5.48	52	4.8	26	4.2	50.0
Kooliõendus	32	0.45	1	0.1	1	0.2	100.0
Lasteõendus	256	3.56	39	3.6	23	3.7	59.0
Nakkustõrjeõendus	1	0.01					
Onkoloogiaõendus	4	0.06					
Operatsiooniõendus	162	2.25	21	2.0	13	2.1	61.9
Pereõendus	160	2.23	25	2.3	14	2.3	56.0
Psühhiaatriaõendus	90	1.25	18	1.7	13	2.1	72.2
Pulmonoloogiaõendus	2	0.03					
Radioloogiaõendus	181	2.52	26	2.4	16	2.6	61.5
Taastusraviõendus	337	4.69	59	5.5	27	4.4	45.8
Töötervishoiuõendus	11	0.15	1	0.1	1	0.2	100.0
Üldõendus	5277	73.42	795	74.0	464	75.2	58.4
Kokku	7187	100	1074	100	617	100	57.4

Märkus: Tabelis toodud numbrid on inimeste kohta, mitte erialade kohta kokku. Et ühel inimesel võib olla mitu eriala, siis erialade võrdlus võib olla pisut erinev. Praegu on mitme erialaga inimesed tabelis juhuslikult valitud ühe erialaga. Tabelis toodu tugineb vastanutel, kelle andmeid sai siduda saadetud ümbrikuga.

Erialade võrdlus näitab, et arstide puhul sattus valimisse kõikide erialade (välja arvatud kardiovaskulaarkirurgia) esindajaid ning enamuste erialade lõikes on ka juba esimeses

voorus vastanuid. Õdede puhul on samuti kaetud kõik suuremate erialad nii valimis kui ka vastanute seas.

L2.5. Vanuse ja soo järgi jaotus

Et kao määr käesolevas uuringus oli suhteliselt kõrge, üle 40%, siis on oluline analüüsida vastanute ja kao jaotust teadaolevate tunnuste järgi ja leida sobivad meetodid võimaliku kao kompenseerimiseks, et vähendada nihkeid hinnangutes. Järgnevates tabelites ja joonistel on esitatud üldkogumi, valimi ja vastanute soo-vanusjaotused kutsealade kaupa ning on võrreldud vastamismäärasid vanuserühmade ja kutse järgi.

Esmalt on toodud tervishoiutöötajate soo ja vanuse jaotus kutsete lõikes andmete alusel, mis on saadud 5. novembri seisuga tervishoiutöötajate registrist (residente hetkel ei käsitleta) (vt tabel 4).

Tabel L2.6. Tervishoiutöötajate soo-vanusjaotus kutsealade lõikes (välja arvatud residendid), november 2003

Vanusrühm	Arstid		Hambaarstid		Ämmaemandad		Õed	
	Naised	Mehed	Naised	Mehed	Naised	Mehed	Naised	Mehed
-29	1%	1%	12%	1%	10%	0%	14%	0%
30-39	13%	5%	22%	3%	40%	0%	28%	0%
40-49	24%	8%	20%	3%	25%	0%	25%	0%
50-59	19%	6%	17%	2%	15%	0%	21%	0%
60+	17%	6%	20%	1%	10%	0%	11%	0%
Kokku	100%		100%		100%		100%	

Allikas: Tervishoiutöötajate register 5. 11. 2003 seisuga, autori arvutused

Tervishoiutöötajate valim, kellele saadeti laiali kirjad, oli kutsete lõikes sarnase soo-vanusstruktuuriga (vt tabel 5).

Tabel L2.7. Lõplikus valimis olnud tervishoiutöötajate soo-vanusjaotus kutsealade lõikes (v.a residendid), aprill 2004

Vanusrühm	Arstid		Hambaarstid		Ämmaemandad		Õed	
	Naised	Mehed	Naised	Mehed	Naised	Mehed	Naised	Mehed
-29	1%	0%	16%	0%	8%	0%	15%	0%
30-39	12%	5%	21%	2%	47%	0%	31%	0%
40-49	25%	8%	19%	3%	22%	0%	22%	0%
50-59	18%	6%	18%	1%	13%	0%	19%	0%
60+	18%	6%	19%	2%	9%	0%	12%	0%
Kokku	100%		100%		100%		100%	

Allikas: Tervishoiutöötajate register aprill 2004 seisuga, autori arvutused

Valimisse sattunud ja vastanute soo-vanusjaotused kutsealati on sarnased, mis viitab sellele, et vastamisel ei ole olulisi erinevusi soo või vanuse lõikes (vt tabel 6).

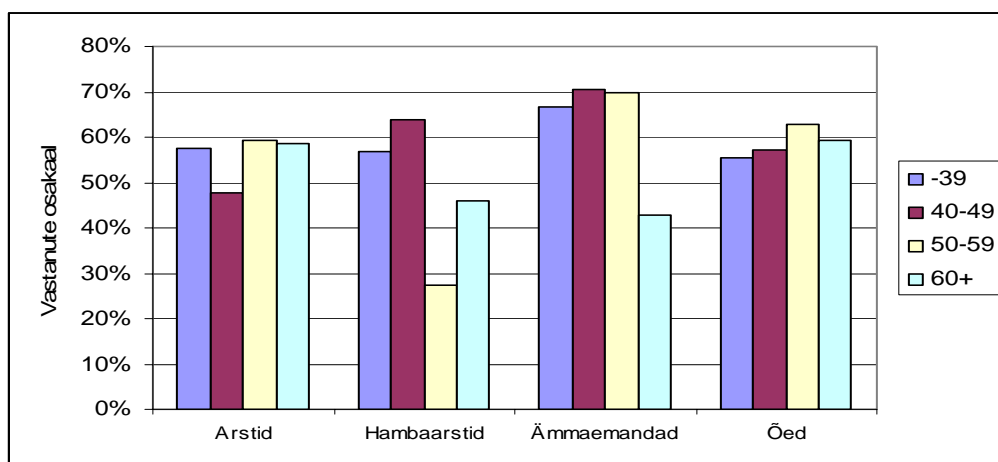
Tabel L2.8. Vastanud tervishoiutöötajate soo-vanusjaotus kutsealade lõikes

Vanusrühm	Arstid		Hambaarstid		Ämmaemandad		Õed	
	Naised	Mehed	Naised	Mehed	Naised	Mehed	Naised	Mehed

-29	1%	1%	22%	0%	6%	0%	13%	0%
30-39	11%	5%	12%	2%	51%	0%	31%	0%
40-49	24%	6%	30%	2%	23%	0%	21%	0%
50-59	20%	5%	10%	0%	13%	0%	21%	0%
60+	20%	7%	22%	0%	6%	0%	13%	0%
Kokku	100%		100%		100%		100%	

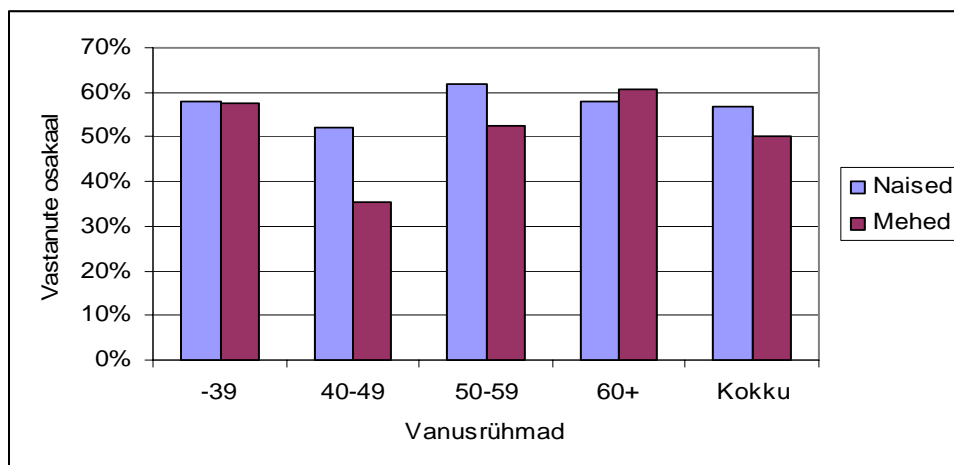
Märkus: Tabelis toodu tugineb vastanutel, kelle andmeid sai siduda saadetud ümbrikuga.

Vastanute osakaalu suurim varieeruvus on hambaarstide puhul, kus vähem on suhteliselt vähem vastanuid 50-59 aastaste ja üle 60 aastaste vanusrühmas. Arstide puhul on eristub madalam vastamisprotsent 40-49 aastaste seas, ämmaemandate puhul üle 60 aastaste seas. Õdede puhul on erinevused vastamismäärades vanusrühmades kõige väiksemad.

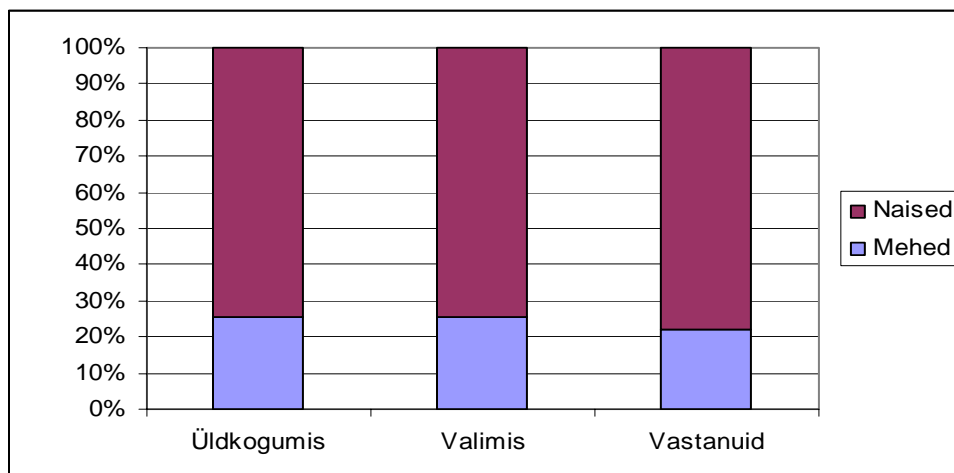


Joonis L2.1. Vastanute osakaal erinevates vanusrühmades kutsete lõikes.

Et eri kutsealade seas arstide puhul on kõige rohkem mehi, siis on vastamismäärade puhul soo-vanus jaotus on esitatud arstide jaoks.



Joonis L2.2. Arstide vastanute osakaalu soo-vanusrühmades



Joonis L2.3. Residentide sooline jaotus üldkogumis, valimis ja vastanute seas

Residentide puhul on paari protsendipunkti võrra rohkem naisi vastanute seas kui valimis. Kuid erinevus on väga väike, mistõttu kao kompenseerimiseks midagi ette ei võetud.

Kao kompenseerimiseks otsustati võtta kasutusele eraldi kaalud (vastanute osakaalu pöördväärtus) erinevates vanusrühmades iga kutse jaoks. Kusjuures arstide puhul eristati mehi ja naisi.

Tabel L2.9. Kao kaalud erinevates vanusrühmades eri kutsete puhul

Vanusrühm	Arstid naised	Arstid mehed	Hambaarstid	Ämmaemandad	Õed	Residendid
-39	1,73	1,74	1,76	1,50	1,81	1,89
40-49	1,92	2,81	1,56	1,42	1,75	
50-59	1,62	1,90	3,67	1,43	1,60	
60+	1,72	1,65	2,18	2,33	1,69	

Residentide puhul ei kasutatud erinevat kao kaalu eri vanusrühmades. Residentide kaal omab tähtsust ainult juhul, kui neid on plaan vaadata koos teiste tervishoiutöötajatega

Esialgse valimi kaalu (kaasamistõenäosuse pöördväärtus) ja leitud kao kaalu korrutamisel saadi lõplikud kaalud igale küsitatud isikule, mida kasutati edaspidi uuringu tulemuste keskmiste ja osakaalude arvutamisel.

LISA 3. Ülevaade õpilaste küsitlusest

Õpilaste küsitlus viidi läbi kõikselt Tartu Ülikooli Arstiteaduskonna üliõpilaste seas alates kolmandast kursusest, Tartu ja Tallinna meditsiinikooli õe ja ämmaemanda eriala põhiõppe õpilaste seas alates teisest kursusest. Küsitluse läbiviimiseks jagati ankeete loengute ja praktikumide ajal ning paluti jätta täidetud ankeedid info- ja valvelaudadesse. Sellise küsitluse korralduse juures on oht, et õpilased, kes õppetöös ei osale, ei saa ankeete kätte. Selle probleemi vältimiseks paluti õppetöös osalevatel õpilastel ankeedid edasi anda ka neile, kes puudusid. Siiski on tõenäoline, et suurem osa neist, kes õppetööst kõrvale hiilivad jätsid ka ankeedile vastamata.

Tabel L3.1. Tudengite küsitlusele vastanud

	Tartu Ülikool				Tartu Meditsiinikool					Tallinna Meditsiinikool				
	arstid		Stomatoloogid		õed		ämmaemandad		Muu/ tead- mata	õed		Ämma- emandad		Muu/ teadmata
	kokku	Vasta- nud	kokku	Vasta- nud	Kokku	Vasta- nud	kokku	vastanud		kokku	Vasta- nud	kokku	Vasta- nud	
II		2			88	15	15			136	18	18	5	
III	117	63	43	15	83	54	19	17		113	71	22	17	
IV	126	85	32	20	72	2	1	1		119	46	26		
V	109	43	34	26			18					1		
VI	96	38												
Teadmata		2		1		8			1		2			4
Kokku	448	233	109	62	243	79	53	18	1	368	137	67	22	4

LISA 4. Järeloküsitluse kirjeldus

Telefoni teel läbi viidud järeloküsitluse eesmärgiks oli kontrollida, millisel põhjuseel valimisse sattunud isikud ei vastanud neile adresseeritud küsimustikule ja kas mittevastajad võivad olla oluliselt teistsuguste migratsioonikavatsusega kui vastanud. Järeloküsitluse läbi viimiseks moodustati küsitletutest, kelle kohta puudus info, et nad oleksid vastanud, juhuslik sajalikmeline valim. Välja valitud inimestega prooviti ühendust saada telefoni teel, helistades tervishoiutöötajate registris märgitud töökohta. Telefoninumbrid olid osaliselt antud Tervishoiuameti poolt; juhul kui telefoninumbrit ei olnud antud, otsiti see üldkasutatavatest andebaasidest.

Kõigepealt tehti kindlaks, kas inimene töötab antud töökojas. Seejärel küsiti neilt inimestelt, kes tabati telefonitsi, kas ta sai küsimustiku kätte ja kas ta vastas. Juhul, kui ei vastanud, siis täpsustati, miks ei vastanud. Samuti küsiti, kas nad sooviksid välismaale tööle minna. Kahe nädala jooksul kolmel päeval telefonile mittevastanud ning töökohta vahetanud, kelle uue töökohta kohta polnud infot, jäid küsitlemata.

100-st inimesest töötas Tervishoiuameti poolt ette antud aadressil 67 inimest (vt tabel 1). Neist saadi kontakt 40 inimesega. 22 inimest sajast ei töötanud enam ette antud asutuses. Seitsme inimese jaoks ei leitud kontakt-telefoni ning neli inimest ei vastanud kolmel helistamise korral telefonile.

Tabel L4.1. Ankeedile mittevastanud tervishoiutöötajate staatus järeloküsitluses

Töötas selles asutuses	67
Ei vastanud telefonile	12
Ei olnud tööl	12
Lapsepuhkusel	3
Telefoniga saadi kontakt	40
Ei töötanud enam selles asutuses	26
sh pensionil	2
sh ei vastanud telefonile	4
Ei olnud kontakttelefoni	7
KOKKU	100

Telefoni teel kätte saadud inimeste käest (40 inimest 100-st) küsiti, kas nad said ankeedi kätte, kas nad vastasid ning kui ei vastanud, siis mis põhjuseel. Ankeedi küsimustest küsiti, kas inimesel on välismaale tööle minemise kavatsus ning kui on, siis kas tegemist on kindla otsusega, edasiarendatud või umbmäärase plaaniga. Ankeedi said kätte 30 inimest. Seega 30% valimisse lülitatutest ning 75% neist, kes vastasid telefonile, said ankeedi kätte. 25% neist, kes telefonile vastasid, ei saanud ankeeti kätte. Vastamata jätmise peamiseks põhjuseks oli ajapuudus, kuid ka lihtsalt unustamine. Näiteks: täideti ankeet küll ära, kuid unustati saatmata või oli ankeet veel avamata ümbrikus.

Tabel L4.2. Järeloküsitluses osalenud inimeste jaotus vastavalt ankeedi kättesaamisele ja vastamisele

Sai ankeedi kätte	30
Vastas ankeedile	7
Ei vastanud ankeedile	23
Ei vastanud, sest polnud aega	11
Ei vastanud, sest unustas	3
Ei vastanud, sest ei soovinud	3
Põhjuseks midagi muud	6
Ei saanud ankeeti kätte	10
Kokku	40

33 inimest, kes vastasid telefonile, täpsustasid oma välismaale mineku plaani. Üle kolmandiku vastajatest läheks välismaale tööle, kuid keegi ei väitnud, et see oleks tal kindel plaan (üks vastaja väitis, et välismaale minek on kindel siis, kui lepingul allkirjad all). Arvestada tuleb asjaoluga, et võib-olla ei tahetud otse vastata ja anonüümse ankeedi korral oleks vastused teistsugused olnud. Peamise välismaale tööle minemist takistava tegurina toodi välja vanus ja ka perekond.

Tabel L4.3. Järeloküsitlusele vastanute välismaal töötamise kavatsused

Läheks välismaale tööle	13	39,4%
Ei läheks välismaale tööle	15	45,5%
Põhjuseks vanus	5	
Ei osanud vastata/oleneb...	5	15,1%
Kokku	33	100%

Kokkuvõttes võib arvata, et veerand valimist töötas teises kohas ja ei saanud seetõttu küsitlusankeeti kätte. Kuna ei ole teada, kus need inimesed praegu töötavad ja kas nad üldse tervishoiusektoris töötavad, siis ei saa anda hinnangut, kas nende inimeste kätte saamine viiks tulemused nihkesse. Ühest küljest võib see sisaldada aktiivsemaid inimesi, kes on töökohta vahetanud või juba välismaale läinud. Aktiivsemad inimesed lähevad suurema tõenäosusega välismaale ja seega võiks meie poolt saadud tulemused alahinnata välismaale mineku aktiivsust. Teisest küljest sisalduvad siin ka väiksema konkurentsivõimega tervishoiutöötajad, kes on töötuks jäänud. Nende välja jätmise korral ülehinnavad meie tulemused välismaale mineku aktiivsust. Seega ei ole üheselt nihke suunda võimalik öelda. Inimestest, kes töötasid praegusel ametikohal oli 3 inimest lapsepuhkusel. Üldiselt, kui mittevastanute seas on rohkem lapsehoolduspuhkusel inimesi, kui vastanute seas, siis võivad meie tulemused olla ülehinnatud. Ankeedile vastamata jätmise seas on esikohal põhjus: ei olnud aega. Kuna see ei määra otseselt välismaale mineku soovi, siis ei saa samuti nihke suunda välja tuua.

LISA 5

Rände mõju päritolu- ja sihtriigile

Kõrgeltkvalifitseeritud⁷ tööjõu rahvusvahelise rände majanduslikud mõjud vastavalt Cuellec ja Cervantesele (2002)

Päritolu riik: võimalikud positiivsed mõjud

Teadus ja tehnoloogia

- Teadmiste ülekanne ja koostöö, tagasipöörduvad migrandid on välismaise hariduse ja suurenenud inimkapitaliga, tugevamad sidemed välismaiste uurimis- ja teadusinstituutidega
- Tehnoloogia ekspordi võimalused suurenevad tulenevalt kontaktidele välismaal
- Rahalised ülekanded kodumaale jäänud pereliikmetele, võimalik riskikapitali allikas
- Edukad ettevõtjad välismaal toovad kaasa olulisi juhtimisoskuseid ja juurdepääsu ülemaailmsetele võrgustikele

Inimkapital

- Kohalike suurenenud soov kõrgemat haridust omandada ja oskuseid parandada – võimalus oskuseid eksportida vähendab riski ja suurendab oodatavat tulu investeeringutest haridusse
- Kodumaine majanduslik tulu haridusse investeerimisest võib samuti suurenda

Päritoluriik: võimalikud negatiivsed mõjud

Inimkapital

- Ajude väljavool ja produktiivsuse langus (vähemalt ajutiselt) kõrgeltkvalifitseeritud tööjõu ja üliõpilaste lahkumise tõttu
- Kolmanda taseme haridusse tehtud investeeringute väiksemad tootlikkus riiklikult (riiklike ressursside raiskamine)

Sihtriik: võimalikud positiivsed mõjud

Teadus ja tehnoloogia

- Kuna kasvab kõrgeltkvalifitseeritud tööjõu hulk, siis suureneb R&D tegevus
- Ettevõtetus kiirelt kasvavates valdkondades

⁷ Kvalifitseeritud tööjõud, mis on potentsiaalselt „ajude väljavoolu” allikaks on OECD ja Eurostati poolt defineeritud dokumendis „Canberra Manual”. Kõrgelt kvalifitseeritud tööjõud on inimesed, kes täidavad vähemalt ühte järgmistest tingimustest: 1) on edukalt lõpetanud kolmanda taseme hariduse teaduse v tehnika valdkonnas; 2) ei ole ametlikult omandanud punktis 1 nimetatud haridust, aga on hõivatud töökohal, kus sellist haridust nõutakse. Mõiste täpsemat arendust vt OECD 2000. Arstid kuuluvad kõrgeltkvalifitseeritud tööjõu kategooriasse.

- Teadmiste ülekanne ja koostöö päritoluriigiga
- Immigrandid võivad suurendada loominguulisust ja mitmekesisust
- Tehnoloogia ekspordivõimalused
- Kõrgema hariduse süsteem
- Suurenenud vastuvõtt kraadiõppesse/väiksem vajadus programme üleval pidada (elus hoida)
- Ülikooli õppejõudude vananemise edasi lükkamine

Tööturg

- Palkade kasvu vähendamine kiirelt kasvavates sektorites, kus on tööjõu puudujääk
- Immigrantidest ettevõtjad soodustavad ettevõtlust ja töökohtade loomist
- Immigrantide olemasolu riigis soodustab täiendavate immigrantide tulekut

Sihtriik: võimalikud negatiivsed mõjud

Kõrgema hariduse süsteem

- Kohalike vähenenud soov kõrgharidust omandada ja oskuseid parandada teatud valdkondades, võõrüliõpilased võivad asendada kohalikud ülikoolis

Teadus ja tehnoloogia

- Tehnoloogia ülekanne välismaistele konkurentidele

Globaalsed mõjud

- Teadmiste kiirem vahetumine, rahvusvaheliste teadus/uurimiskeskuste/klastrite tekkimine (Silicon Valley)
- Parem töökohtade ja töötajate sobituvus: töötajatele paremad töökoha leidmise võimalused, mis vastavad nende huvidele oskustele ja teadmistele
- Rahvusvaheline konkurents inimkapitali pärast võib avaldada positiivset mõju inimeste inimkapitali investeeringutele

Migratsioon võib päritoluriigile tuua kaasa nii olulisi tulusid kui ka kulusid Russell'i (1995, lk 8-9) järgi:

- Väljarännanud töötajate rahalised ülekanded kodumaale on reeglina üsna olulise suurusega ning samas on need ka välisvaluuta allikaks. Rahaülekannetel on oluline roll väljarändavate perekondade vaesuse leevendamiseks. Suurenenud rahaülekannete mõju sissetulekute ebavõrdsusele riigis sõltub suuresti väljarändavate töötajate sissetulekutest. Ebavõrdsus võib suureneeda, kui emigreeruvad kuuluvad suuremalt jaolt kõrgema sissetulekuga majapidamiste hulka, kuid rahaülekannetel võib olla neutraalne efekt, kui väljarändajate jaotus tuluklasside lõikes on ühtlane. Migratsioon ja rahaülekanded parandavad aga selgelt emigreeruvate perekondade võimalust oma lastele paremat haridust ja tervisekindlustust pakkuda. See on eriti oluline arengumaade puhul.

- Tagajärjed tööturule ja inimkapitalile on mitmesugused ning enamasti olukorra spetsiifilised. Väljarände tulemusena lähteriigis tööpuudus reeglina ei vähene, kuid sisseränne aitab oluliselt katta tööjõu kasvu vajadust sihtriigis. Migratsiooniga võivad lihttöölised omandada välismaal päritoluriigile kasulikke oskusi ning kodumaale naastes on nende inimkapital tunduvalt kõrgem. Kuid kui emigreerujateks on eelkõige oskustöölised ja kõrgharidusega spetsialistid, tähendab see päritoluriigile inimkapitali kaotust ning on seega kahjulik.
- Juhul, kui teise riiki lähevad koduriigis tööd mitteleidvad inimesed, väheneb surve riigieelarvele, kuna riik peab osa elanike lahkudes maksma vähem sotsiaaltoetusi (Borzeda jt 2002, lk 30). Tervishoiutöötajate seas tööpuudust tavaliselt ei ole.
- Rahvusvahelise tööjõu liikumise kõige ilmsemaks mõjuks on sihtriigi etnilise, rassilise, kultuurilise koosluse ning mõnikord ka poliitiliste eelistuste muutumine. Erineva taustaga inimeste integratsioon on siiani toimunud maailmas üsna edukalt, kuid siiski võivad suured erinevused elanikkonnas tekitada sotsiaalseid konflikte (äärmuslikel juhtumitel koguni vägivalda immigrantide vastu) (Russell 1995, lk 9-10).
- Paljudes riikides on immigrantid oluliseks tööjõupakkumise allikaks. See aitab leevendada tööjõu puudust (just madalapalgalistel töökohtadel) ning aidata kaasa kiirele majanduskasvule, samas sõltub konkreetne mõju nii riigist, sektorist, ametialast kui ka migratsiooni tüübist. Kuid migratsiooniga kaasneb sihtriigile enamasti suurem kasu kui päritoluriigile, kuna immigrantide palk on tavaliselt madalam kui nende töötamisega kaasnev lisandväärtus sihtriigile (Philips jt 2002, lk 65). Samas võivad väljarände tulemusena kaotada oma töökoha madala kvalifikatsiooniga töötajad, sest võõramaalased konkureerivad reeglina just nendele töökohtadele, kuigi nende kvalifikatsioon on kõrgem. Teisiti võiks öelda, et migratsioon muudab sihtriigi tööturu paindlikumaks ning suurenedes võib ka erinevate kaupade ja teenuste pakkumine (Russell 1995, lk 9-10).
- Migratsiooni mõju sihtriigi sotsiaalkindlustussüsteemile ja –toetustele võib olla erinev. Ühelt poolt on immigrantide tööhõives osalemise määr reeglina üsna kõrge ning seega on oluline nende panus valitsuse maksutuludes. Teisalt aga põhjustavad riigile kulusid sotsiaalhoolekande, tervisekindlustuse ning haridussüsteemi kasutamise näol, kuna ka nende tööpuudus on reeglina kõrgem kohalike tööpuudusest. Lisaks võivad immigrantid pikemas perspektiivis vähendada kohaliku rahvastiku vananemisega kaasnevaid probleeme (Russell 1995, lk 9-10).

Küsitlustulemusi illustreerivad täiendavad numbrid ja tabelid

Infoallikad ja varasem välismaal viibimine. Ankeet sisaldas küsimust selle kohta, millised on olnud peamised **infoallikad** välismaal töötamise võimaluste kohta⁸. Kõige

⁸ Infoallika kohta esitati küsimus: Juhul, kui Te olete uurinud välismaal töötamise võimalusi, siis milline on olnud kõige olulisem infoallikas?

enam on infoallikana nimetatud välisriigis olevaid sõpru ja/või tuttavaid – arstidel 34,6%, hambaarstidel 36%, residentidel 39,8%, ämmaemandatel koguni 52,3% ning õdedel 38,2%. Riikidest domineerivad taas Soome, Rootsi, Suurbritannia ja Saksamaa. Teiseks oluliseks infoallikaks on arstidel tööandja välisriigis (16,9%) ning pooltel juhtudel on see olnud Soome tööandja ja 23% juhtudel tööandja Rootsist. Kolmandaks infoallikaks arstidel on tuttav Eestis (15,8%) ning 8,8%-l ka vahendaja välisriigis (ligi pooltel juhtudel taas Soomest).

Residentide sageduselt teiseks infoallikaks on tuttav Eestis (19,9%) ning 10,2% tööandja välisriigis (60% juhtudest Soome tööandja). Ka õdedel on sageduselt teiseks infoallikaks tuttav Eestis (27,5%) ning 7,6% tööandja välisriigis (41% vastanutel tööandja Soomest). Suhteliselt sagedasti on tervishoiutöötajad nimetanud ka muid ankeedi nimekirjas mittesisaldunud infoallikaid – arstidest 12,3%, residentidel 6,7% ja õdedel 7,3%. Muude infoallikate hulgas domineerib ülekaalukalt internet (51% arstidel, 64,7% residentidel ja 49% õdedel). Hambaarstide ja ämmaemandate lõikes ei ole kõiki tulemusi toodud välja tulenevalt asjaolust, et küsimuse vastuste erinevate lõigetele vastanute arv jäi alla viie.

Otsust võimaluse korral välisriigi tervishoiuvaldkonnas töötada võib mõjutada ka **varasem kutsealastel põhjustel välismaal viibimine** (ülikooliõpingud, väljaõpe, tööpraktika, töö jne). Kõige enam on kutsealastel põhjustel välismaal viibinud arstid (64,3%), järgnevad residendid (56%). Hambaarstides, õdedest ja ämmaemandatest on välismaal viibinute osakaal tunduvalt väiksem (29,5%, 27,0% ja 23,3% vastavalt).

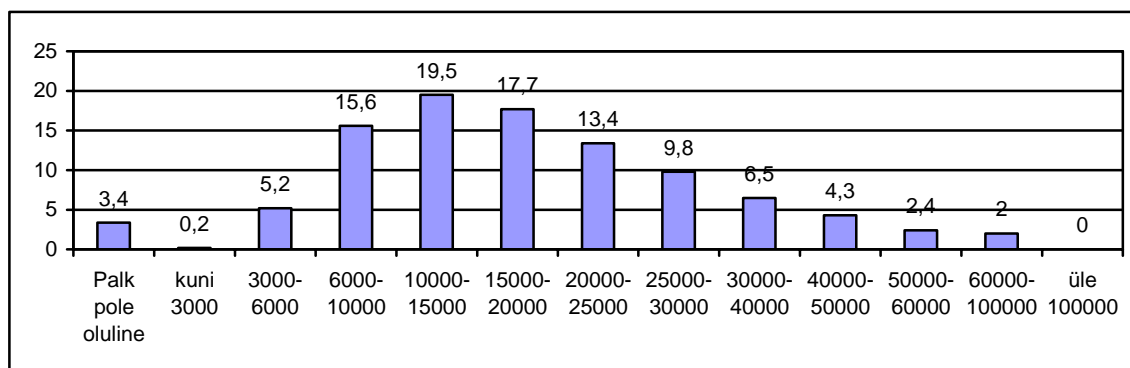
Kui arvestada ainult neid, kes on võimaluse korral valmis välismaale tööle minema, siis on viimase kümne aasta jooksul välisriigis kutsealastel põhjustel viibinud 75,2% arstidest, 58,1% residentidest ning tunduvalt vähem taas õed (30,6%), ämmaemandad (24,2%) ja hambaarstid (22,5%). Välisriigis varasemalt viibimise peamiseks põhjuseks arstidel on konverents (44,2%), järgneb õppimine (25,8%), praktika (18,1%), töötamine (7,1%) ning muudel põhjustel (4,8%). Peamine põhjus residentidel on samuti konverents (35,4%), teisel kohal on praktika (31,1%) ning kolmandal õppimine (25,5%), varasemalt on välisriigis töötanud 4,3%. Õdede lõikes on peamiseks põhjuseks õppimine (33,8%), veidi vähem arstidest ja residentidest on õed välismaal viibinud konverentsidel (24,8%), 20,7% on välisriigis olnud varem praktilal ning 7,6% töö. Hambaarstide ja ämmaemandate jaoks eraldi põhjuste lõikes tulemusi välja tuua ei saa, kuna vastanute arv jääb alla viie inimese.

Nendest inimestest, kes on võimaluse avanedes valmis minema tööle välisriigi tervishoiusektorisse, on varasemalt välisriigis väljaspool tervishoiuvaldkonda töötanud 9,4%. Välispool tervishoidu on kõige enam töötanud residendid (16,4%), õdedest on seda teinud 10,4%, arstidest 7,1%, ämmaemandatest 7,5% ning hambaarstidest vaid 3,8%.

Tabel L5.1. Esimene eelistus välismaal töötamise sihtriigina kutsete lõikes

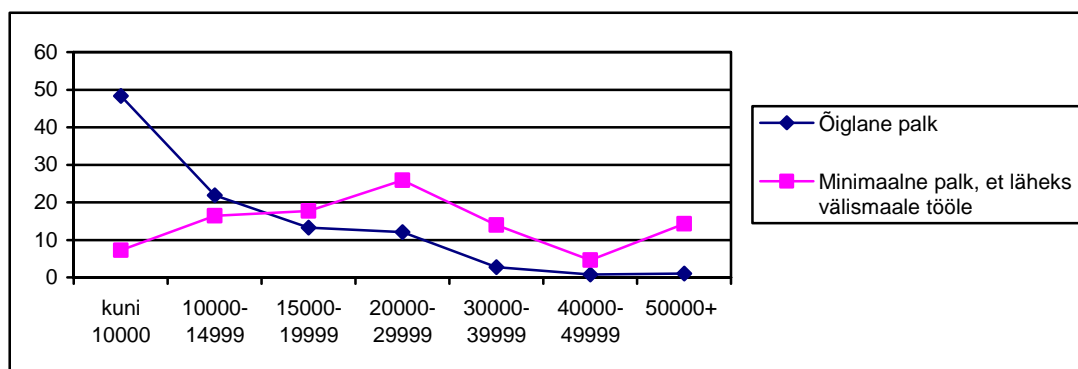
Sihtriik	Arstid	Hambaarstid	Residendid	Ämmaemandad	Õed
Soome	31,0	33,7	30,2	33,3	28,9
Rootsi	17,9	5,1	15,8	0	19,5
Norra	9,9	15,6	11,5	13,5	8,5
Suurbritannia	13,9	24,7	20,9	13,5	16,6
Holland	2,9	0	0	0	3,0
Taani	3,4	0	2,2	13,5	0,5

Saksamaa	13,1	15,8	13,7	6,4	15,1
Iirimaa	0,6	0	0	6,7	1,5
Prantsusmaa	2,0	0	0	6,4	0,5
Hispaania	0,7	0	0	0	0,5
USA	0	0	0,7	6,7	2,0
Muu	4,5	5,1	5,0	0	4,3
Kokku	100	100	100	100	100



Joonis L5.1. Soovitatav minimaalne palk välismaal, et töötaja läheks välismaale tööle

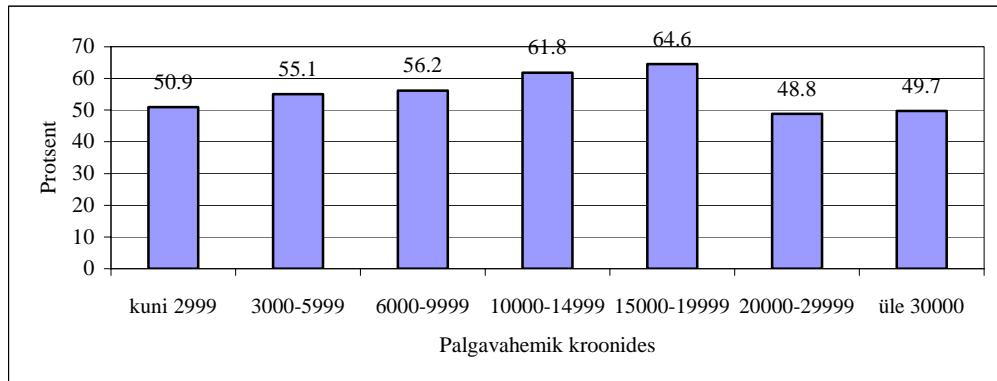
Soovitatav palk, et läheks välismaale tööle on saadud järgmiselt: praegune palk pluss soovitatav minimaalne täiendav tasu, et töötaja läheks välismaale tööle.



Joonis L5.2. Tervishoiutöötajate jaotus õiglase palga soovi ja minimaalse palga järgi välismaale tööle minekuks

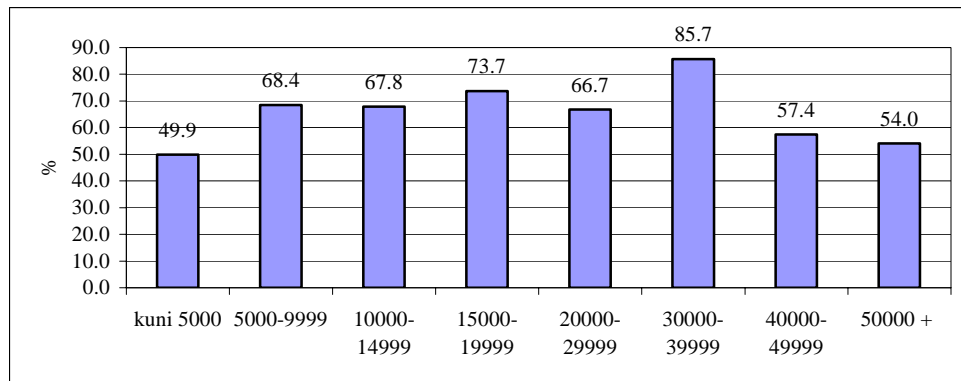
Huvitavaks tulemuseks on see, et hetkel madalamat palka saavad tervishoiutöötajad ei olegi kõige altimad võimaluse avanedes välismaale tööle minema. Kõige enam läheksid võimaluse korral välisriiki tööle need tervishoiutöötajad (64,6%), kelle eelmise kuu netotöötasu oli vahemikus 15000-19999 krooni. Enam kui 20000 krooni teenivate tervishoiutöötajate soov võimaluse korral välisriigis töötada on juba veidi väiksem, kuid siiski lähedane 50%-le. Madalamapalgaliste töötajate veidi väiksemat valmisolekut

välismaale tööle minna võiks põhjendada asjaolu, et välisriiki tööle minek nõuab üsna palju algressursse.



Joonis L5.3. Välismaale tööle mineku soov sõltuvalt netopalgast (% vastavat palka teenivatest inimestest)

Joonisel L5.4 on kujutatud välismaale tööle minna soovijate osakaal sõltuvalt rahulolematusest praeguse palgaga. Selle leidmiseks on inimese soovitavast õiglasest palgast lahutatud tema praegune palk.



Joonis L5.4. Välismaale tööle mineku soov sõltuvalt sellest, kui palju peaks inimese hinnangul olema tema palk kõrgem, kui praegune (% vastavasse vahemikku kuuluvatest inimestest)

Lisa 6. Koolitustellimuse prognoosimisel kasutatud eelduste põhjendused

L6.1. Õed

Õdede lõpetanute suhe koolitust alustanutesse ja lõpetanute osakaal, kes läksid erialasele tööle, on leitud kasutades Tallinna ja Tartu meditsiinkoolide andmeid (tabelid L6.1 ja 6.2).

Tallinna Meditsiinkooli õppeaastatel 1998/1999 ja 1999/2000 vastu võetud ning 2001/2002 ja 2002/2003 lõpetanute keskmine suhe oli 69%. Viimase nelja õppeaasta lõpetanute keskmine osakaal, kelle kohta oli teada, et nad läksid erialasele tööle, oli Tallinna Meditsiinkoolis 76% ja Tartu Meditsiinkoolis õdede puhul 89%.

Tabel L6.1. Lõpetanute osakaal vastuvõetud tudengitest Tallinna Meditsiinkoolis

Õppeaasta	Vastuvõtt	Lõpetamisele vastava aasta vastuvõtt	Lõpetajad	sh nominaalajaga lõpetajad	Lõpetajad/vastuvõtt, %
1998/1999	222		129		
1999/2000	234		0		
2000/2001	151		101		
2001/2002	218	222	154	129	69%
2002/2003	154	234	162	142	69%
Keskmine					69%

Allikas: Sotsiaalministeerium viitega Tallinna Meditsiinkoolile, autorite arvutused

Tabel L6.2. Meditsiinkooli lõpetanute osakaal, kes asus erialasele tööle

Õppeaasta	Tallinna Meditsiinkool			Tartu Meditsiinkool		
	Lõpetajate arv	Asus tööle erialale	Puuduvad andmed	Lõpetanud õdede arv	Töötab erialal	Osakaal
2000/2001	131	68%	32%			
2001/2002	154	78%	22%	69	64	93%
2002/2003	163	72%	28%	57	49	86%
2003/2004	62	84%	16%			
Keskmine		76%				89%

Allikas: Sotsiaalministeerium viitega Tallinna Meditsiinkoolile ja Tartu Meditsiinkoolile, autorite arvutused

Koolitustellimuse analüüsimisel eeldatakse pikaajaliselt (aastani 2025), et lõpetanute osakaal õpingute alustanutest on 75% ja nende lõpetanute osakaal, kes lähevad erialasele tööle on 85%, arvestades, et suurenev nõudlus õdede järgi pigem vähendab kui suurendab väljalangemist ja mujale sektorisse tööle minemist.

Töøjõust igal aastal pensioniea tõttu või muudel põhjustel lahkuvate inimeste arvutuse aluseks võetakse nende vanusjaotus ja eeldatakse töøjõust lahkujate osakaalu igas vanuses. Võrreldes Eesti keskmisega eeldatakse, et pensionieas või pensionieelses eas on

tervishoiusektoris töötavate inimeste hõivest lahkumine on tunduvalt aeglasem tingituna suurest nõudlusest antud erialal.

Tabel L6.3. Õdede osakaal vanusrühmades, kes lahkub erialalt

Vanus	Õdede erialalt töötamise lahkumise tõenäosus, tingimusel, et ta on sektorisse tööle tulnud	Eesti Tööjõu-uuringu 2002 andmete põhjal naiste tööstust lahkumise tõenäosus antud vanuses järgmise 5 aasta jooksul*
kuni 24		
25-29	1,0%	
30-34	1,0%	
35-39	1,0%	
40-44	1,0%	
45-49	1,0%	
50-54	5,0%	7%
55-59	5,0%	17%
60-64	15,0%	48%
65-69	20,0%	47%
70 ja vanemad	25,0%	49%
Kaalutud keskmine, aastal 2004	3,8%	

Allikas: eksperthinnang, ESA ETU 2002, autorite arvutused

* täpsema meetodika kohta tööstust lahkumise vanuse kohta vaata Tiit jt (2004)

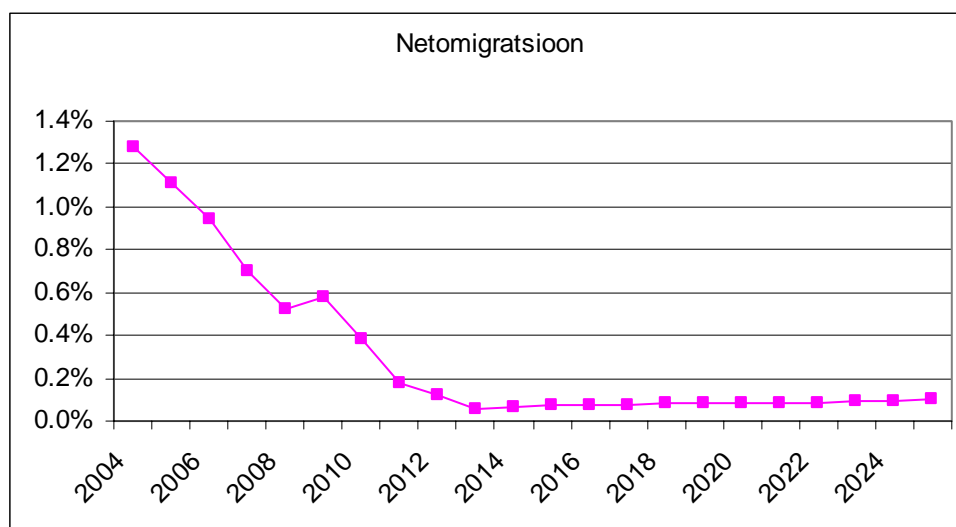
Sõltuvalt vanuselisest struktuurist on 2004. aastal arvestuslik keskmine tööstust lahkumise osakaal 3,8% aastas, hiljem see alaneb sõltuvalt sellest, kui palju muutub vanuseline struktuur.

Migratsiooni puhul eeldatakse järgmist vanuselist struktuuri. Antud eeldus tugineb küsitlusandmetele, mille kohaselt, noorematel oli migreerumise soov suurem kui vanematel. 2004. aastal hindame õdede migratsiooni suuruseks 1,1% koguarvust. Hilisematel aastatel osa õdesid tuleb tagasi, mille tulemusena tegelik migratsioon on väiksem.

Tabel L6.4. Migratsiooni osakaal vanusrühmade lõikes

Vanus	Igal aastal emigreerujate osakaal vanusrühmades
kuni 24	3,0%
25-29	2,0%
30-34	2,0%
35-39	2,0%
40-44	2,0%
45-49	0,0%
50-54	0,0%
55-59	0,0%
60-64	0,0%

Vanus	Igal aastal emigreerujate osakaal vanusrühmades
65-69	0,0%
70 ja vanemad	0,0%
Keskmine 2004	1,1%



Joonis L6.1. Õdede netomigratsioon aastast

L6.2. Arstid

Tabel L6.5. Tartu Ülikooli vastuvõetud arsti eriala tudengeid ja lõpetanud

Lõpetamise aasta	Vastav vastuvõtu aasta	Vastuvõtt Eesti	Vastuvõtt välismaalased	Lõpetas kokku	Lõpetajad/vastuvõtt
	2003	133	23		
	2002	141	20		
	2001	136	21		
	2000	135	21		
	1999	125	28		
	1998	91	27		
2003	1997	75	24	103	1.04
2002	1996	73	28	90	0.89
2001	1995	70	30	89	0.89
2000	1994	80		63	0.79
1999	1993	90		61	0.68
1998	1992	127		116	0.91
1997	1991	145		130	0.90
1996	1990	198		133	0.67
Keskmine					0.85

Allikas: Tartu Ülikool, autorite arvutused

Tabel L6.6. Arstide osakaal vanusrühmades, kes lahkub erialalt

Vanus	Erialalt lahkumise tõenäosus, tingimusel, et ta on sektorisse tööle tulnud
kuni 24	
25-29	1,0%
30-34	1,0%
35-39	1,0%
40-44	1,0%
45-49	1,0%
50-54	2,5%
55-59	3,0%
60-64	7,5%
65-69	10,0%
70 ja vanemad	25,0%
Kaalutud keskmine, aastal 2004	3,7%

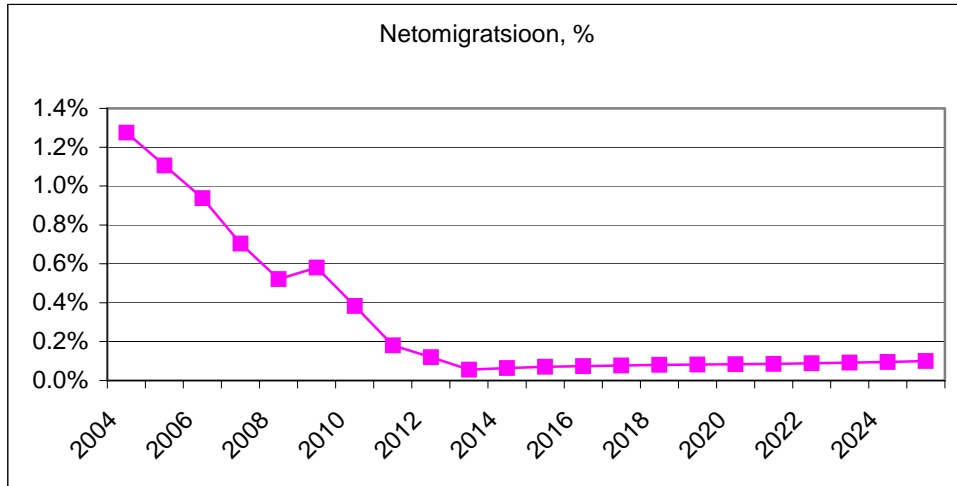
Allikas: eksperthinnang, autorite arvutused

Migratsiooni puhul eeldatakse järgmist vanuselist struktuuri. Antud eeldus tugineb küsitlusandmetele, mille kohaselt, noorematel oli migreerumise soov suurem kui vanematel, kuid ka 50 eluaastates arstid avaldasid kindlat soovi välismaal töötada 2004. aastal hindame arstide-residentide migratsiooni suuruseks 1,3% koguarvust.

Tabel L6.7. Migratsiooni osakaal vanusrühmade lõikes

Vanus	Igal aastal emigreerujate osakaal vanusrühmades
kuni 24	3.0%
25-29	3.0%
30-34	2.0%
35-39	1.5%
40-44	1.5%
45-49	0.5%
50-54	2.5%
55-59	1.0%
60-64	0.5%
65-69	0.5%
70 ja vanemad	0.0%
Keskmine 2004	1.3%

Hilisematel aastatel enamus arste tuleb tagasi, mille tulemusena tegelik migratsioon on väiksem.



Joonis L6.2. Arstide netomigratsioon aastas

LISA 7. Küsitluses mainitud soovitusel

Tervishoiutöötajate küsitluses oli vastajatel võimalik anda soovitusi ka selle kohta, mida muuta Eesti tervishoiusüsteemis, et tervishoiutöötajad jääksid tööle tervishoiusektorisse. Järgnevalt ongi toodud lühike ülevaade mõningatest aspektidest, mida ei saa võtta kui üldistust, kuid kui suunda, milles mõelda, et tervishoiutöötajate rahulolu tõsta.

- Kõrgemat palka, eriti residentide ja õdede-hooldajate puhul,
- Õdede palk väike eriti psühhiaatriliste patsientidega tegeledes, erihooldekodudes,
- Praegune palgadiferents juhtide ja tavatöötajate vahel liiga suur,
- Tuleks toetada maapiirkondadesse tööle minekut kõrgema palga näol, arstid ja õded ei lähe maapiirkondadesse,
- Organisatsioonides valitseb mittekollegiaalne õhustik, mis on tingitud kiiretest muutustest ja rahapuudusest,
- Eestis liiga suur onupoliitika kohtade täitmisel,
- Laste pearaha peaks olema kõrgem, vanuses 0-6,
- Arstide ja õdede vaheliste suhete parandamine, juhtkond peaks rohkem hindama ja tunnustama töötajaid enam,
- Õed võiksid teha osasid arsti poolt teostatuid tegevusi (nt nõustamine), õdesid ei jätku,
- Tööandjate suhtumine peab paranema töötajatesse, inimlikumat suhtumist,
- Arstide Liit peaks käituma ametiühinguna,
- Noortele tervishoiutöötajatele tuleks rohkem anda võimalusi enesetäiendamiseks; seda tööandja ja mitte ravimifirmade kaudu,
- Täiendkoolitust rohkem kui kord aastas, sealhulgas ka välismaal, sest Eestis kümned aastad samad kursused,
- Vähendada majandustööd ja kirjatööd (eriti perearstide puhul), suurendada elektrooniliste abivahendite kasutuselevõttu,
- Parem kommunikatsioon patsientidega, ärajäänud visiitide vähendamine,
- Arstid tegelevad liiga palju sotsiaalhoolekande küsimustega, mis ei ole nende põhitöö,
- Kustutada õppelaen,
- Füüsilise töökeskkonna ja olmetingimuste parandamine, nt asutuses söömise võimalus, töölaua olemasolu,
- Tuleks kokku hoida „võidurelvastumiselt”, hoonete halduskuludelt, juhtkondade tasudelt,

- Tervishoiutöötaja ameti prestiiži tõstmine, sealhulgas meedia positiivsem suhtumine,
- Laborandid jäetud tervishoiutöötajate palgadiskussioonist välja,
- Probleemiks narkomaanid ja HIV-viirusega patsiendid,
- Suurem rõhk töötervishoiule,
- Õed peavad sageli tegema ära nii arsti kui hooldaja töö, kuid töötasu seda ei arvesta,
- Investeeringud meditsiiniseadmetesse,
- Ametikorterid haiglate juurde,
- Meditsiinitöötajale soodustused tervishoiuteenuste kasutamisel,
- Residentuuri töö ümber korraldada.