

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

Andres Vörk
Marit Priinits
Epp Kallaste

Uurimuse eesmärk on leida, milliseks kujuneb Eesti tervishoiutöötajate migratsioon lähiaastatel ja milline on migratsiooni mõju tervishoiutöötajate vajadusele. Uurimus 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 eesmärki, mis on 3 arsti ja 8 õde 1000 inimese kohta, ning praeguste tervishoiutöötajate arvuga, mis on ligi 3 arsti ja 6 õde 1000 elaniku kohta. Arvestades väljarände ja tagasirände, loomuliku tööturul väljumise ja Statistikaameti rahvastikuproгноosiga 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. Kui väljarännanud tervishoiutöötajate asemele uued töötajad koolitada, siis tuleks õdede ja arstide koolitustellimust suurendada ligi 10% . Kuna õdesid on Eestis oluliselt vähem, kui Sotsiaalministeeriumi poolt seatud eesmärk ette näeb, siis on võrreldes õdede üldise puudujäägiga migratsiooni mõju koolitustellimusele suhteliselt väike. Koolitades väljarännanud töötajate asemele uusi, tuleb aga arvestada, et väljaränne juba toimub ja hoogustub lähiaastatel, koolitustellimus hakkab (pika koolitustsükli tõttu) tervishoiutöötajate arvule mõju avaldama alles aastate pärast. Lühikese aja vältel tekib migratsiooni tõttu siiski töötajate puudus. Töötajate puuduse vähendamiseks tuleks kaaluda väljarännet ajendavate või tagasirännet soodustavate tegurite mõjutamist, sest töötajate juurde koolitamine tegeleb migratsiooni tagajärgedega ja on seetõttu rände mõjutamise seisukohast ebaefektiivne.

LÜHIKOKKUVÕTE

1. Tervishoiutöötajate ränne: mõjutavad tegurid ja tulemused

Üleilmastumise tulemusena kasvab nii rahvusvaheline teenuste kui inimeste liikumine. Tervishoiusektor ja -töötajad ei ole selles osas erand. Üldises plaanis avardab see riikide võimalusi tervishoiu korraldamisel. Samas muutub riikliku tervishoiu korraldamine ja tervishoiutöötajate vajaduse hindamine oluliselt keerulisemaks. Tuleb arvestada arengutega kodu- ja välismaal, samuti teenuste ja inimeste voogudega nii kodu- ja välismaa kui ka välisriikide vahel.

Tervishoiutöötajate väljarännet mõjutavad tegurid ei ole erinevad teiste valdkondade töötajate väljarännet mõjutavatest teguritest. Peamised migratsiooniotsust mõjutavad tegurid on enamasti sissetulekud. Tervishoiutöötajaid ajendab teistesse riikidesse tööle minema lisaks 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). Kuigi teatav sissetulekute erinevus on vajalik, et ränne teoks saaks, ei pruugi palk olla peamine migratsioonile tõukav tegur. Mõnede autorite hinnangul ei ole sissetulekute tasemed vanemate Euroopa Liidu sisese tervishoiutöötajate rände selgitamisel oluliseks teguriks (Jinks 2000).

Inimese otsust kodumaalt lahkuda mõjutavad mitmesugused tegurid, sagedamini nimetatakse järgmisi:

- 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 ja nende osutajate 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.

Välismaale tööle mineku lõpliku otsuse tegemisel mängivad tähtsat rolli ka riiklikud ja rahvusvahelised regulatsioonid: kas on üldse võimalik välismaal oma valdkonnas töötada, milline on sellega kaasnev bürokraatia, kas haridust tunnustatakse jne.

Tervishoiutöötajate rände mõju lähteriigi tervishoiusüsteemile sõltub sellest, milline on ränne: kui paljud, mis erialalt, kui pikaks ajaks, millistest regioonidest, kui vanad jne välja rändavad. Rände iseloomu osas on oluline, kas see on ajutine või alaline. Ajutisel väljarändel võib olla positiivne mõju nii töötajate teadmistele ja oskustele kui riigi tervishoiusüsteemile. Seda muidugi juhul, kui naasva töötaja oskuseid suudetakse õigesti kasutada. Alalise väljarändega kaotab lähteriik kalli riiklikult koolitatud ressursi. Lisaks võib töötajate puudusel kannatada tervishoiuteenuste kättesaadavus ja kvaliteet. Rände sihtriik saab aga tasuta koolitatud ressursi, mis võimaldab katta tööjõu puudujääki tervishoiusektoris.

Mitmetes riikides on tervishoiutöötajate vajadust valesti planeeritud ja seetõttu on töötajatest puudus. Kuna töötajate koolitamine on kallis ning pikk protsess, siis ajutise töötajate

puudujäägi katmiseks rakendatakse aktiivset värbamist välisriikidest. Eestis viivad aktiivset värbamist läbi nii Soome kui teiste Skandinaavia riikide tervishoiuteenuse pakkujad. Aktiivse värbamise tulemusena võivad välismaale siirduda ka need, kes muidu väga kindlad välismaale minejad ei oleks. See muudab töötajate vajaduse ning väljarände prognoosimise veel keerulisemaks.

2. Eesti tervishoiutöötajate soovid välismaale minna

Väljarände võimalikku suurust tulevikus hinnatakse tuginedes Eesti tervishoiutöötajate ja õppurite arvamusküsitlusele, mis viidi läbi 2003. aasta novembrist 2004. aasta jaanuarini. Töötajaid ja residente küsitleti posti teel ning tudengeid auditoorse õppetöö ajal. Töötajate küsitlemiseks koostati juhuvalikul põhinev valim, mille aluseks oli Tervishoiutöötajate registris 2003. aasta novembri seisuga registreeritud töötajad. Küsitleti ka kõiki residente ja tudengeid alates teisest/kolmandast kursusest. Kokku saadeti välja küsitluslehed 2587 töötajale ja residendile, vastuseid saadi 1416 (56%). Küsitluse ankeedi põhi on välja töötatud Prantsusmaa Töö- ja Solidaarsusministeeriumi poolt. Selle põhjal on läbi viidud sarnased küsitlused ka Ungaris, Poolas, Tšehhis ja Leedus. Eesti küsitlusankeeti täiendati mitmete küsimustega töötasu ja tööga rahulolu kohta.

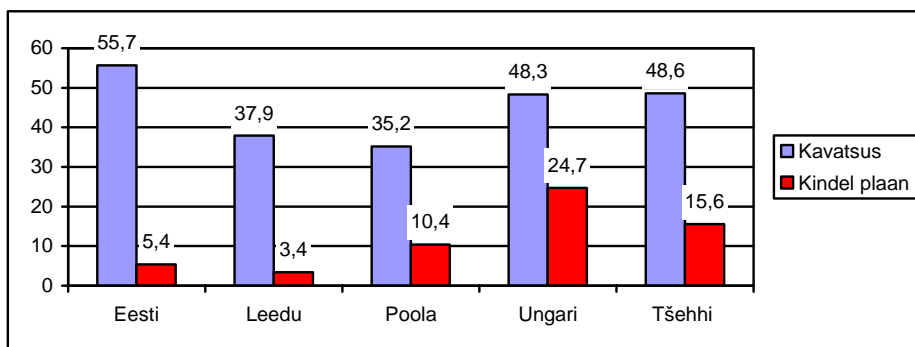
Küsitluse tulemustest selgub, et kindel soov välismaale tööle minna on Eestis 5,4% tervishoiutöötajatel. Residentide seas on kindla plaaniga välismaale tööle soovijaid veidi rohkem ja vähem on neid hambaarstide ning ämmaemandate seas.



Joonis 1. Välismaal töötada soovivate tervishoiutöötajate osatähtsus plaani kindluse järgi (% tervishoiutöötajatest)

Allikas: Tervishoiutöötajate küsitluse lähteandmed, autorite arvutused

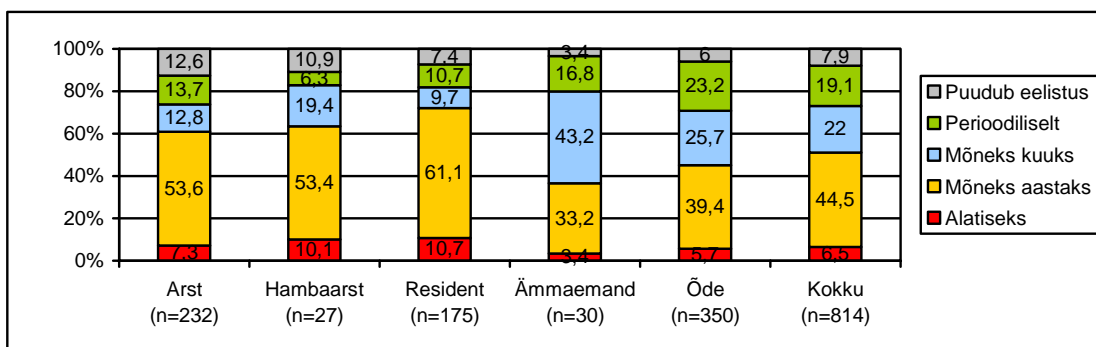
Võrreldes teiste Euroopa Liidu uute liikmesriikidega on Eestis rohkem neid, kes kavatsevad minna välismaale tööle, aga vähem neid, kelle minekupaan on kindel. Selles valguses on aktiivne värbamine välismaalt eriti oluline ja määramatust tekitav.



Joonis 2. Välismaal töötada soovivate tervishoiutöötajate osakaal küsitluse läbiviinud riikide lõikes (% tervishoiutöötajatest)

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

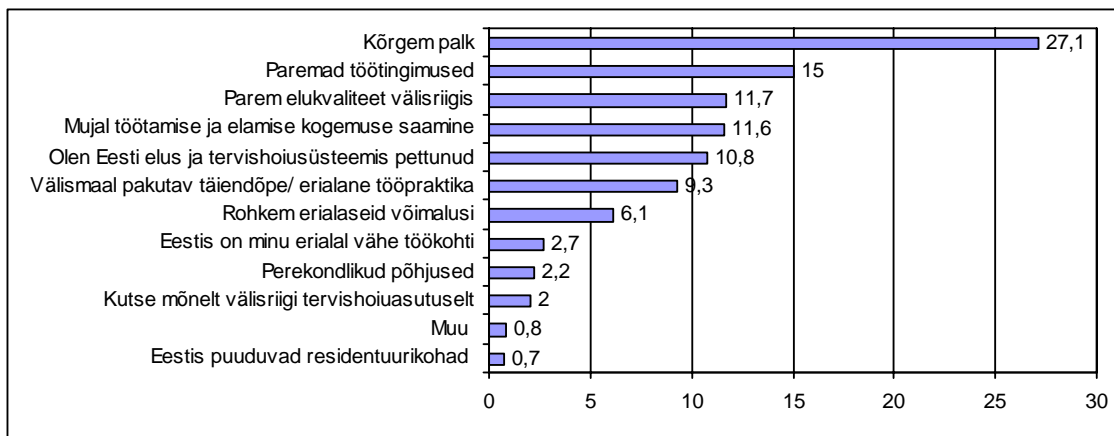
Enamik välismaale tööle soovijaist tahaksid minna ajutiselt, eelkõige mõneks aastaks. Alaliselt sooviks välismaale minna vaid 6,5% neist, kes välismaal töötada tahavad.



Joonis 3. Välismaal töötada soovivate tervishoiutöötajate töötamisperioodi eelistus (% välismaal töötada soovivatest tervishoiutöötajatest)

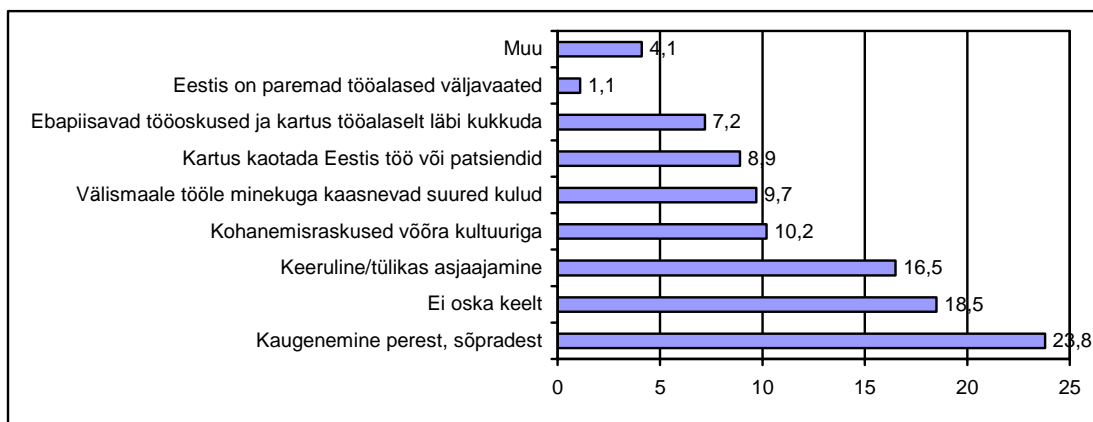
Allikas: Tervishoiutöötajate küsitluse lähteandmed, autorite arvutused

Peamised põhjused välismaale tööle minekuks ja takistused on tervishoiutöötajatel sarnased ülejäänud elanikkonnale (vrld Kallaste ja Philips 2004). Peamine põhjus on palk ja peamine takistus perekondlikud ja sotsiaalsed sidemed Eestis.



Joonis 4. Põhjuste jaotus välismaal töötamiseks olenemata nende nimetamise tähtsuse järjekorrast (%)

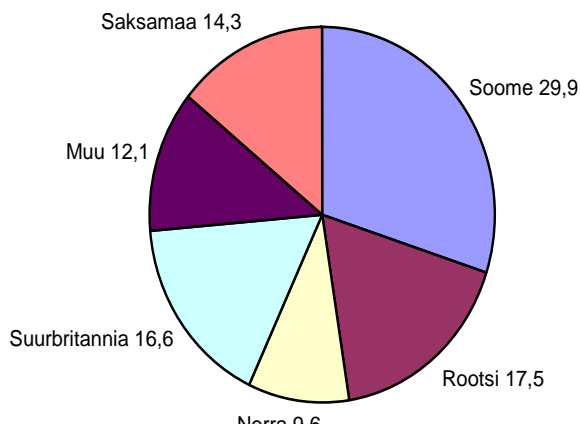
Allikas: Tervishoiutöötajate küsitluse lähteandmed, autorite arvutused



Joonis 5. Takistuste jaotus välismaale tööle minekul olenemata nende nimetamise tähtsuse järjekorrast (%)

Allikas: Tervishoiutöötajate küsitluse lähteandmed, autorite arvutused

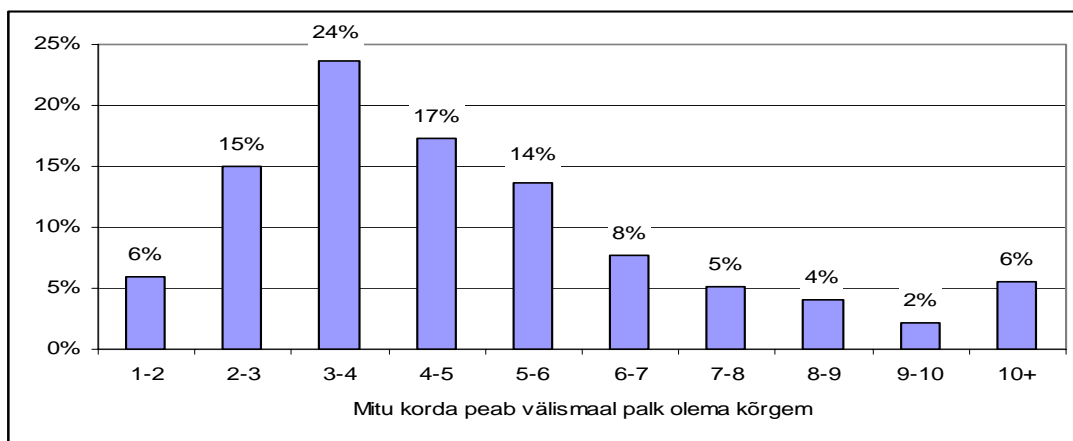
Eelkõige soovitakse minna Soome. Järgnevad Rootsi, Suurbritannia ja Saksamaa.



Joonis 6. Välismaal töötamise soovitav sihtriik (esimene eelistus, %)

Allikas: Tervishoiutöötajate küsitluse lähteandmed, autorite arvutused

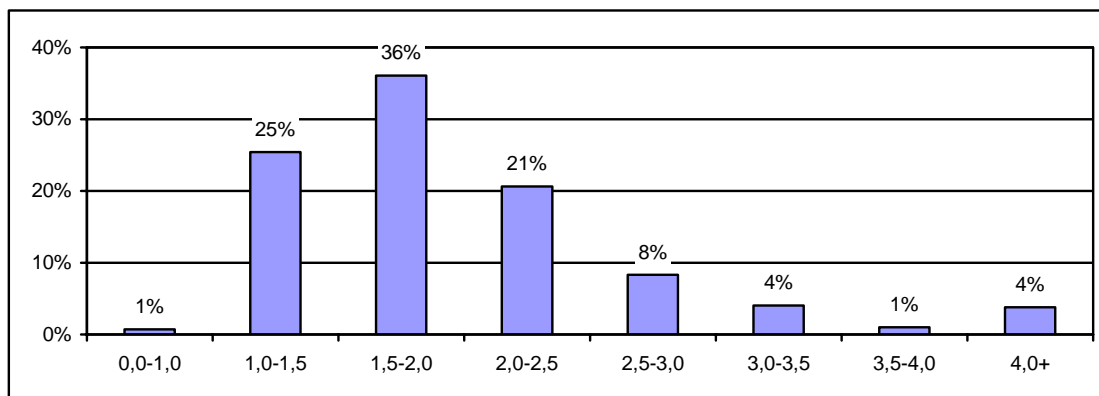
Selleks, et inimene välismaale tööle läheks, peab ta palk olema sihtriigis loomulikult kõrgem, kui kodumaal teenitav. Võrreldes praeguse palgaga tahavad veerand välismaal töötada soovivaist töötajaid saada välismaal töötades praegusega võrreldes kolm kuni neli korda suuremat netopalka. Veerand töötajatest on nõus välismaale minema vaid siis, kui nende palk seal on vähemalt kuus korda suurem kui praegune palk.



Joonis 7. Netopalka suuruse erinevus välismaal võrreldes praegusega kordades, et tervishoiutöötajad läheksid välismaale tööle (% välismaal töötada soovijaist)

Allikas: Tervishoiutöötajate küsitluse lähteandmed, autorite arvutused

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

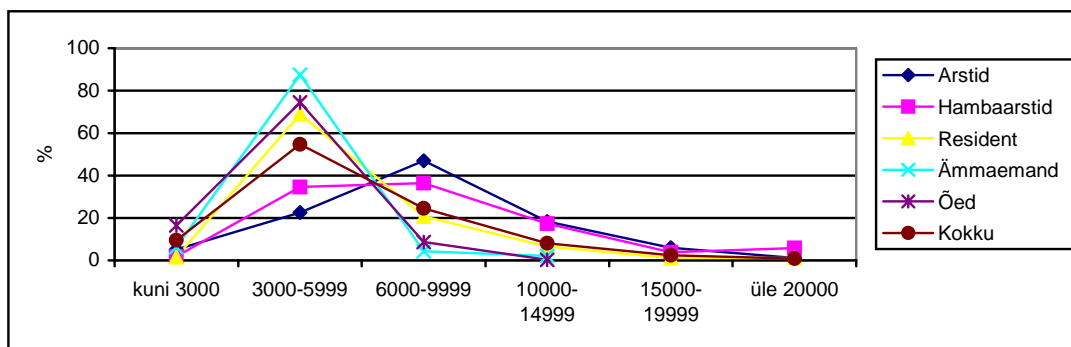


Joonis 8. Õiglase palka erinevus võrreldes praegusega kordades (% kõikidest vastanutest)

Allikas: Tervishoiutöötajate küsitluse lähteandmed, autorite arvutused

Suurema osa arstide (47,0%) ja hambaarstide (36,5%) netopalk¹ 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% ödede oktoobrikuu netopalk.

¹ 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 9. Palkade jaotus kutsete järgi (%)

Allikas: Tervishoiutöötajate küsitluse lähteandmed, autorite arvutused

3. Eesti tervishoiutöötajad ja nende vajadus

Migratsiooni mõju koolitustellimusele vaadati arstide ja õdede osas. Tervishoiutöötajate koolitusvajaduse leidmiseks kasutatakse lihtsat skeemi:

Töötajate arv praegu

- töötajad, kes lähevad välismaale tööle

+ töötajad, kes tulevad välismaalt tagasi

- töötajad, kes lähevad pensionile

või lahkuvad muul põhjusel alaliselt töölt (neto)

Töötajate arv aasta pärast

- Soovitud töötajate arv

- Tervise valdkonna lõpetanud, kes lähevad tööle teistesse valdkondadesse

Vajalik koolitustellimus

Koolitustellimuse tsükliks arvestatakse õdedel neli aastat ja arstidel põhiõppeks kuus aastat ning residentuuriks neli aastat. Tööturult vanaduspensionile siirduvate, muul põhjusel sektoris mitte töötavate inimeste suurusjärgu kohta tehtud eelduseid vaata uuringu lõppraporti täispikast versioonist (www.praxis.ee).

Eestis on praegu 3,18 arsti ja 6,06 õenduslatöötajat 1000 inimese kohta. Võrrelduna teiste riikidega on arstide arv keskmisel tasemel ja õdede arv oluliselt väiksem. OECD riikides oli 2000. aastal keskmiselt 2,9 arsti ja 8,2 õde 1000 elaniku kohta. Sotsiaalministeerium on seadnud eesmärgiks, et Eestis peaks olema 3 arsti ja 8 õde 1000 inimese kohta. Seega on praegu arstide arv enam-vähem eesmärgipärane ja õdede arv väiksem. Eeldame, et koolitusvajaduse kujundamisel lähtutakse sellest, et eesmärk saavutatakse aastaks 2015. Töötajate vajadust prognoositakse umbes 20 aasta peale, arvestades Eesti Statistikaameti rahvastikuprognosi.

Välismaale tööle minevate tervishoiutöötajate arvu hinnatakse küsitlusandmete järgi, eeldades et:

- kõik, kes ütlesid, et neil on kindel plaan, ka lähevad välismaale;
- kindla plaaniga väljarändajad lahkuvad viie aasta jooksul;

- järgmistel aastatel tekivad uued inimesed, kellel on kindel plaan välismaale minna;
- väljarändajate osatähtsus jääb konstantseks pikemas perspektiivis;
- ajutiselt minna soovijatest naaseb 90% keskmiselt 5 aasta pärast

Tulenevalt sellest, et Eesti majanduskasv on kiirem, kui väljarände sihtriikides, peaks väljarändajate osatähtsus vähenema. Teisest küljest suureneb Eesti tervishoiutöötajate hulk välismaal ja sellega kaasnev sotsiaalne võrgustik mõjutab suurema väljarände suunas. Migratsiooni vanuselise struktuuri jm täpseid eelduseid vaata uuringu lõppraportist.

Tabel 1. Välismaale kindlalt tööle minna soovivate tervishoiutöötajate arvu leidmine

	Arstid	Hamba- arstid	Õed	Ämma- emandad	Resi- dendid
Tervishoiutöötajate koguarv registris 28.04.2004	4296	1054	8185	410	400
Välismaale kindlalt tööle minejate osakaal küsitlusest	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

Allikas: Tervishoiutöötajate register, küsitluse lähteandmed, autorite arvutused

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. Migratsiooni tulemusena peaks koolitustellimus ja seega ka kulud koolituseks olema ligikaudu 10% suuremad (alguses ligi 380 inimest ja siis väheneb).

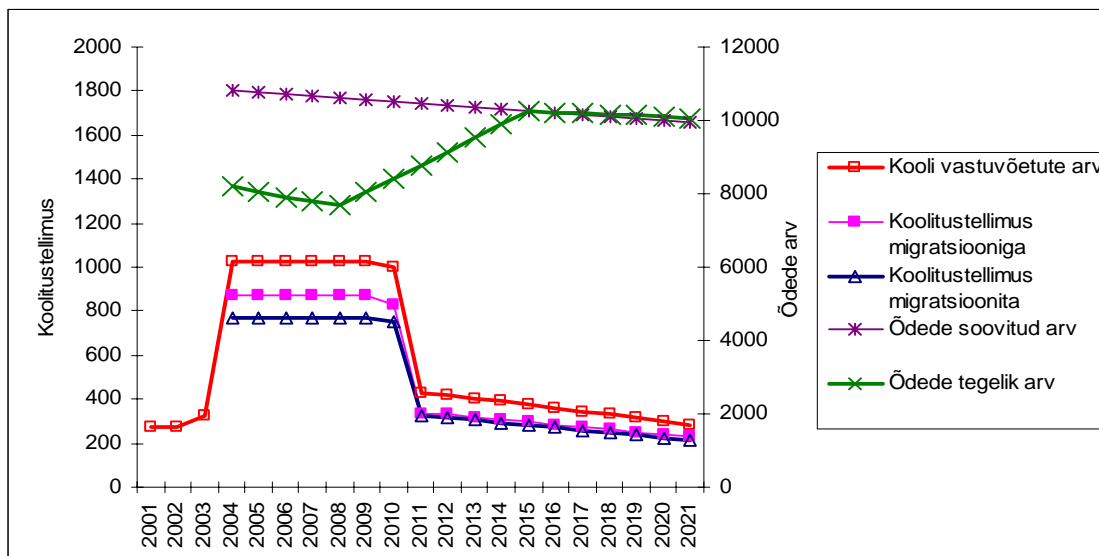
Migratsiooni mõju on suhteliselt suurem võrreldes välismaale tööle minna soovivate õdede osakaaluga (ligi 5% õdedest) kahe teguri tõttu:

- välismaale lähevad suurema tõenäosusega noored, keda just koolitati;
- selleks, et üht välismaale läinud inimest asendada, peab riik tellima ligi 1,2 inimest, sest 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.

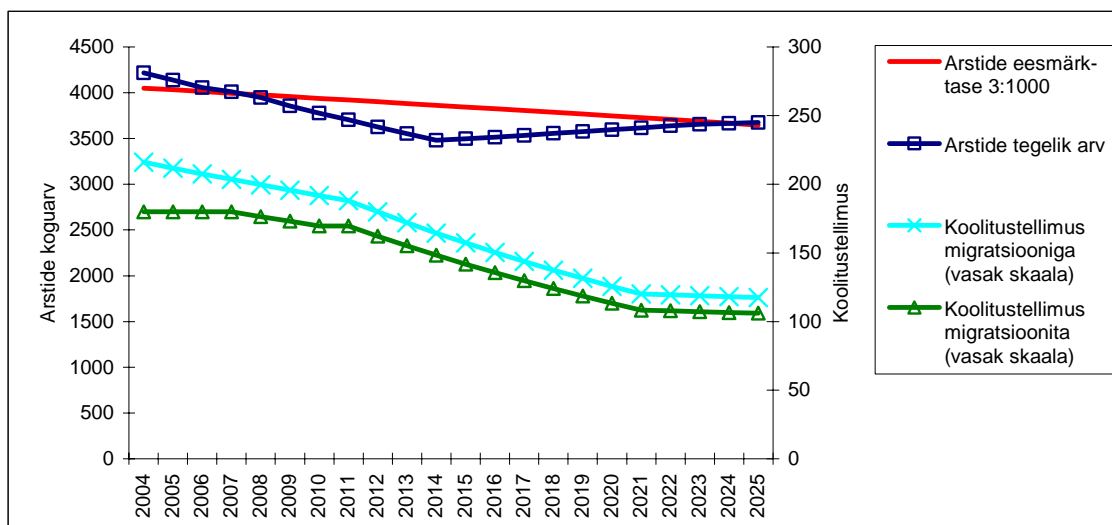
Kui võtta aga eesmärgiks 8,0 õde 1000 inimese kohta aastaks 2015, säilib migratsiooni suhteline mõju, kuid olulisemaks muutub eesmärgi täitmiseks vajalik täiendav koolitustellimus. Õdede koolitustellimus peaks olema (ilma migratsioonita) 770 õde aastas kuni aastani 2010 (vt joonis 10). Seejärel, et säilitada 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 erialaselt töölt kõrvale jäämist. Migratsioon suurendab koolitustellimust suurusjärgus 10%, juhul kui äsja kooli lõpetanute puhul kehtib samasugune migreerumise muster ning

väljarännanud töötajate asemele uued koolitatakse.



Joonis 10. Õdede arv ja koolitustellimus, et saavutada 2015 aastaks 8,0 õde 1000 inimese kohta, ilma migratsioonita (koolitustellimus vasakul teljel ja õdede koguarv paremal teljel)
Allikas: autorite arvutused

Arstide suhtarvu kujunemist lähiaastatel mõjutab arstide vanuskoosseis oluliselt enam kui õdedel. 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, samas on selleks vähemalt osad välismaale läinud arstid juba tagasi tulnud. Hoidmaks 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 lõpetanud) ja seejärel alaneks see vastavalt prognoositud vähenemisele rahvastiku. Migratsioonist tulenevalt peaks koolitustellimus olema kohe alguses umbes 20% suurem kui ilma migratsioonita, et võimalikult vara reageerida, ja hiljem langeb see taas migratsiooni mõjul 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 lõpetanud.



Joonis 11. Arstide arv ja koolitustellimus, kui eesmärgsuhe elanikkonda on kolm arsti 1000 inimese kohta ilma migratsioonita.

Allikas: autorite arvutused

4. Poliitikavalikud

Kui soovitakse migratsioonist tulenevat tervishoiutöötajate puudujääki katta töötajate juurde koolitamisega, tuleb arvestada, et selle mõju hakkab avalduma pika koolitustsükli tõttu alles mitme aasta pärast. Tööjõu täiendav koolitusvajadus, mis tuleneb migratsioonist on suurusjärgus 10%. Tööjõu juurde koolitamine on väljarände tagajärgedega võitlemine, mis ei likvideeri väljarände põhjuseid ega mõjuta väljarände ajendeid. Lisaks tähendab see riigi jaoks koolituseks suunatud ressursside raiskamist.

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 tähendab, et tervishoiutööd õppinud inimesed ei läheks teistesse valdkondadesse tööle ja kui nad on tööturul väljas, siis naaseksid võimalikult kiiresti. Olemasoleva ressursi parem kasutamine on positiivne nii migratsioonist tuleneva puudujäägi vähendamiseks kui üldse riiklike ressursside paremaks kasutamiseks. Üldjuhul on siiski olemasolevate tervishoiutöötajate naasmiseks tervishoiu valdkonda vaja mõjutada neid samu tegureid, mis mõjutavad välismaale minekut, st palkasid ja teisi töötingimusi.

Meetmed, mida rände juhtimiseks võib kaaluda on:

- Tervishoiu sektori eelisarendamine ja senisest tugevam riiklik toetus sektorile (palkade tõus, investeeringud, sooduslaenuid jne);
- Tervishoiusektori ümberkorraldamine (juhtimisstruktuuride ümberkorraldamine, teenuste pakkumise efektiivsuse suurendamine, tööaja ja töötingimuste regulatsioonid);
- Migratsiooni maks (õppekulude osaline või täielik kompenseerimine riigile kas töötaja või sihtriigi poolt);
- Maksu- ja muud soodustused naasvatele töötajatele (nt eluaseme tagamine, töökoha garanteerimine);
- Aktiivse värbamise juhtimine riiklike lepingute kaudu.

Meetmed, millega rände suurust võib püüda mõjutada on väljarände ajendavate tegurite muutmine. Esimene väljarände põhjus oli küsitlustulemustest tulenevalt palk ja teine põhjus oli paremad töötingimused. Kuna palkasid ei saa tõsta ainult neil, kes välismaale minna tahavad, peab tõstma kõikide palkasid. Seetõttu on ainult migratsiooni juhtimise seisukohast tegemist väga kalli meetmega. Odavam ja sihipärasem oleks mõjutada ainult nende töötajate töötingimusi, kes kindlasti välismaale soovivad tööle minna. Selgelt eristuvad näiteks noored, kes tahavad enam välismaale minna. Seega oleksid migratsiooni juhtimise seisukohast efektiivsemad noortele suunatud meetmed. Näiteks võib muuta residentide töötingimusi (töötasu) või kaaluda tervishoiutöötajate õppelaenu kustutamist ning enam täiendkoolitusi noortele.

Alternatiiviks tõuketegurite vähendamisel oleks negatiivsete stiimulite rakendamine välismaale minekuks. Näiteks kohustus maksta tagasi oma õppega seotud kulud, kui inimene soovib välismaale tööle minna. Sellise meetme rakendamine piirab inimeste liikumisvabadust ja tekitab nõ õigluse küsimused: millisel määral see peaks kehtima teistele välismaale tööle minevatele riiklikult koolitatud inimestele. Lisaks esinevad maksu kehtestamisel tehnilised probleemid, et kui pika perioodi jooksul ja millise määraga peaks koolituseks tehtud kulud tagasi maksma, kuidas neid sisse nõuda jne. Kuid see meede ei tegele migratsiooni põhjustega.

Aktiivse värbamise negatiivsete mõjude vältimiseks on tehtud riikidevahelisi lepinguid, mis määratlevad värbamise kanalid ja tingimused. Sarnase mõjuga on ka nõ hea käitumise reeglid, mida on näiteks rakendatud Suurbritannias. Reeglite kohaselt ei tohi aktiivselt värvata tööjõudu arenguriikidest ja tööjõupuudujäägiga riikidest. Siiski võib tööle võtta välisriigi tervishoiutöötaja, kui ta ise tuleb tööd küsima. Selliste lepingute sõlmimine aitaks väljarände protsessi riiklikult paremini juhtida ja samuti võiks see teiste riikide aktiivset värbamispoliitikat Eestist vähendada. Selliste lepingutega võiks määratleda ka Eesti tervishoiutöötajate praktika ja ajutise stažeerimise võimalused ning kanalid välisriikides.

Selleks, et migratsiooni oleks võimalik juhtida on vaja korralikke andmeid Eestis koolitatud tervishoiutöötajate kohta. Praegu puudub ülevaade sellest, kui palju koolitatud tervishoiutöötajaid on välismaale läinud ja kui palju töötavad väljaspool tervishoiuvaldkonda. Üheks võimalikuks lahenduseks parema ülevaate saamisel oleks Tervishoiutöötajate registri korralik toimimine nii, et sinna märgitakse ka töötamise lõpetamise põhjus.