

FI

FI

FI



EUROOPAN YHTEISÖJEN KOMISSIO

Bryssel 10.12.2008
KOM(2008) 725 lopullinen

VIHREÄ KIRJA

Euroopan terveydenhuoltohenkilöstöstä

SISÄLLYSLUETTELO

1.	Johdanto	3
2.	Vihreän kirjan perusteet	4
3.	Oikeuskehys ja -perusta EU:n tason toimille	5
4.	EU:n terveydenhuoltohenkilöstöön vaikuttavia tekijöitä ja tärkeimmät käsiteltävät kysymykset.....	5
4.1.	Väestökehitys ja terveydenhuoltohenkilöstön kestävä perustan edistäminen.....	5
4.2.	Kansanterveyteen liittyvät valmiudet.....	7
4.3.	Koulutus	8
4.4.	Terveydenhuollon työntekijöiden liikkuvuuden hallinta EU:ssa.....	9
4.5.	Terveydenhuollon työntekijöiden maailmanlaajuinen muuttoliike	11
4.6.	Päätöksentekoa tukevat tiedot	12
5.	Uuden tekniikan vaikutukset: terveydenhuoltohenkilöstön suorituskyvyn parantaminen.....	14
6.	Yrittäjinä toimivien terveydenhuollon ammattihenkilöiden merkitys työvoimassa ..	14
7.	Koheesiopolitiikka	15
8.	Kuulemiset	15

Tavoitteena Euroopan terveydenhuoltohenkilöstön kestävä perusta

1. JOHDANTO

EU:n terveydenhuoltojärjestelmien on suoriuduttava vaikeasta tasapainotuksesta ensinnäkin terveydenhuoltopalvelujen kasvavan kysynnän ja rajoitetun tarjonnan välillä. Toiseksi on vastattava ihmisten terveydenhuoltotarpeisiin paikallistasolla ja varauduttava samalla suuriin kansanterveyskriiseihin.

Terveydenhuoltojärjestelmillä on Euroopassa edessään useita haasteita:

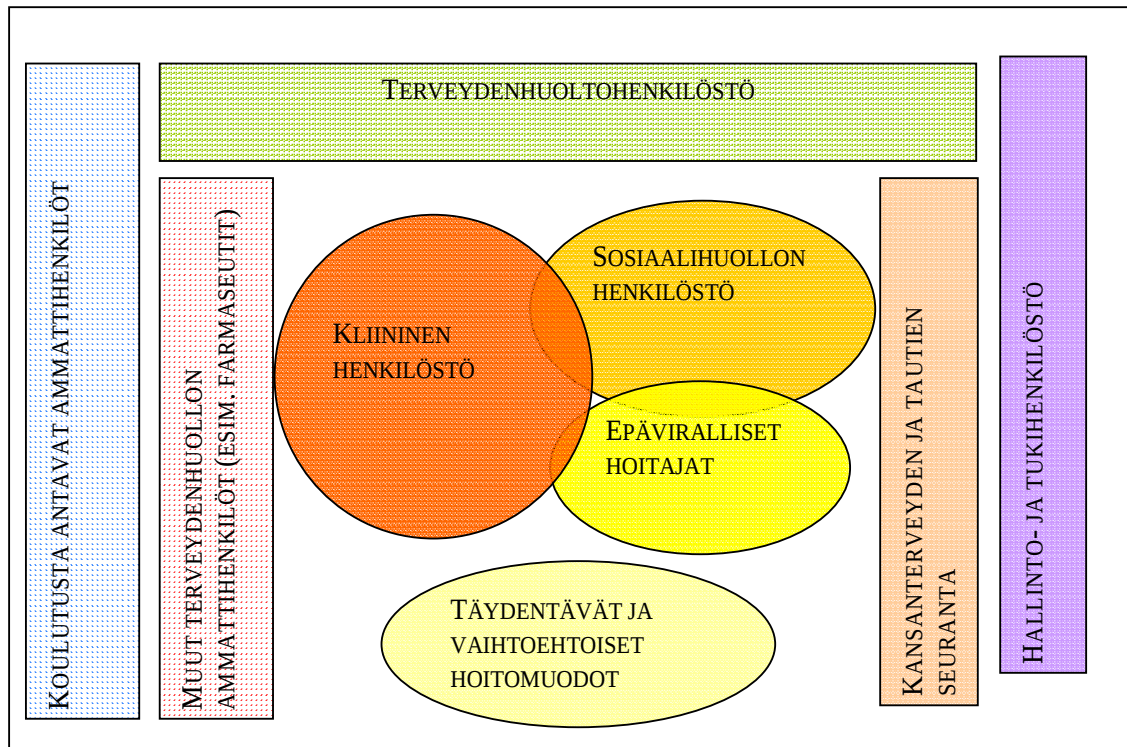
- Päätöksentekijöiden ja terveydenhuollon viranomaisten on mukautettava terveydenhuoltojärjestelmänsä ikääntyvän väestön tarpeisiin. Vuosien 2008 ja 2060 välillä 27 jäsenvaltion EU:ssa arvioidaan 65 vuotta täyttäneen väestön määrän kasvavan 66,9 miljoonalla, ja iäkkäimpien (80+) väestönosa kasvaa kaikkein nopeimmin koko väestöstä.¹
- Uuden tekniikan käyttöönotto tekee mahdolliseksi terveydenhuollon valikoiman ja laadun parantamisen niin diagnostiikan, ennaltaehkäisyyn kuin hoidon osalta – siitä on kuitenkin maksettava, ja henkilöstö on koulutettava käyttämään sitä.
- Terveysteen kohdistuu uusia ja uudelleen ilmaantuvia uhkia, esimerkkinä tartuntataudit.
- Kaikki tämä johtaa siihen, että terveydenhuollon menot lisääntyvät jatkuvasti, mikä aiheuttaa suuria vaikeuksia joidenkin maiden terveydenhuoltojärjestelmien kestävyydelle pitkällä aikavälillä.

Jotta näihin haasteisiin voidaan vastata riittävällä tavalla, terveydenhuoltojärjestelmät tarvitsevat erittäin ammattitaitoista ja toimintakykyistä työvoimaa, koska terveystaloudet ovat hyvin työvoimavaltaita. Terveystaloudet ovat yksi merkittävimmistä EU:n talouden sektoreista, ja se työllistää joka kymmenennen EU:n työntekijöistä. Noin 70 prosenttia terveydenhuollon budjeteista menee palkkoihin ja muihin menoihin, jotka liittyvät suoraan terveydenhuoltohenkilöstön työvoimakustannuksiin.²

¹ Vuoden 2008 kansalliset väestöennusteet, EUROPOP 2008 -skenaario.

² Dubois C, Mc Kee M, Nolte E (2006) Human Resources for Health in Europe, Open University Press, England.

Kaavio 1: Terveystenhooltohenkilöstö



2. VIHREÄN KIRJAN PERUSTEET

Euroopan komission lokakuussa 2007 hyväksymässä terveysstrategiassa, joka julkaistiin valkoisessa kirjassa ”Yhdessä terveyden hyväksi”, esitettiin uusi lähestymistapa, jolla varmistetaan, että EU tekee kaiken voitavansa erilaisiin haasteisiin vastaamiseksi; niitä ovat esimerkiksi terveysuhat, pandemiat, elintapasairauksien aiheuttama taakka, epätasa-arvo ja ilmastonmuutos laajentuneessa 27 jäsenvaltion EU:ssa. Sen tavoitteena on vaalia hyvää terveyttä ikääntyvässä Euroopassa edistämällä hyvää terveyttä koko eliniän ajan, suojelemalla kansalaisia terveysuhilta ja tukemalla dynaamisia terveydenhuoltojärjestelmiä ja uutta tekniikkaa.

Tämän vihreän kirjan tavoitteena on lisätä EU:n terveydenhuoltohenkilöstön haasteena olevien kysymysten näkyvyyttä, luoda selvempi kuva siitä, missä määrin paikallisella ja/tai kansallisella terveydenhuollon hallinnolla on edessään samat haasteet, ja tarjota parempi perusta pohdinnalle siitä, mitä EU:n tasolla voidaan tehdä, jotta näihin ongelmiin voidaan puuttua tehokkaasti ja tavalla, joka ei vaikuta kielteisesti terveydenhuoltojärjestelmiin EU:n ulkopuolella.

Vihreän kirjan tavoitteena on kuvata mahdollisimman tarkasti niitä EU:n terveydenhuoltohenkilöstön kohtaamia haasteita, jotka ovat yhteisiä kaikille jäsenvaltioille: väestökysymykset (ikäntyvä maailmanlaajuinen väestö ja ikääntyvä terveydenhuoltohenkilöstö), mikä tarkoittaa, että järjestelmään tulee liian vähän nuoria korvaamaan poistuvat henkilöt; terveydenhuoltohenkilöstön monimuotoisuus; monien erilaisten terveydenhuoltoon ja kansanterveyteen liittyvien työpaikkojen vähäinen houkuttelevuus uusien sukupolvien silmissä; terveydenhuollon ammattihenkilöiden muutto EU:n sisällä ja pois EU:sta; epätasapainoinen liikkuvuus EU:ssa – erityisesti joidenkin

terveydenhuollon ammattihenkilöiden siirtyminen köyhemmistä rikkaampiin maihin EU:n sisällä sekä terveydenhuollon aivovuoto kolmansista maista.

Vihreän kirjan toisena tavoitteena on auttaa tunnistamaan ne osa-alueet, joilla komissio katsoo jatkotoimien olevan mahdollisia, ja käynnistää keskustelu niistä.

3. OIKEUSKEHYS JA -PERUSTA EU:N TASON TOIMILLE

EY:n perustamissopimuksen 152 artiklan mukaan ”yhteisön toiminnassa kansanterveyden alalla otetaan täysimääräisesti huomioon jäsenvaltioiden terveyspalvelujen ja sairaanhoidon järjestämiseen ja tarjoamiseen liittyvät velvollisuudet”. Kyseisessä artiklassa korostetaan kuitenkin myös, että yhteisö edistää jäsenvaltioiden välistä yhteistyötä ja niiden politiikan ja toimintaohjelmien yhteensovittamista.

Näin ollen yhteisön toiminnan tarkoituksena on täydentää kansallista politiikkaa. Päävastuu terveydenhuoltopalvelujen järjestämisestä ja toteutuksesta on jäsenvaltioilla, mutta EU:lla on tärkeä tehtävä jäsenvaltioiden tukijana ja lisäarvon tuottajana esimerkiksi verkostoitumisessa ja hyvien käytänteiden jakamisessa.

Lisäksi EY:n perustamissopimukseen ja johdettuun oikeuteen sisältyy sääntöjä, joita jäsenvaltioiden on noudatettava terveydenhuoltosektorinsa järjestelyissä.

Johdetun oikeuden osalta esimerkkeihin kuuluvat muun muassa Euroopan yhteisön työoikeusdirektiivit kuten työaikadirektiivi, jossa asetetaan työajan enimmäisrajat ja päivittäiset ja viikoittaiset vähimmäislepoajat työntekijöiden terveyden ja turvallisuuden suojelemiseksi. Direktiivissä säädetään kaikkia jäsenvaltioita koskevista yhteisistä vähimmäisvaatimuksista, mutta kukin jäsenvaltio voi halutessaan vapaasti soveltaa työntekijöiden suojelua paremmin edistäviä sääntöjä.

Tuomioistuimen päätökset päivystysajasta ja korvaavasta lepoajasta nostavat esiin tärkeitä kysymyksiä terveys- ja hoivapalvelujen kannalta.³ Komissio on jo antanut lainsäädäntöehdotuksia⁴, jotka ovat parhaillaan neuvoston ja Euroopan parlamentin käsiteltävinä.⁵

4. EU:N TERVEYDENHUOLTOHENKILÖSTÖÖN VAIKUTTAVIA TEKIJÖITÄ JA TÄRKEIMMÄT KÄSITELTÄVÄT KYSYMYKSET

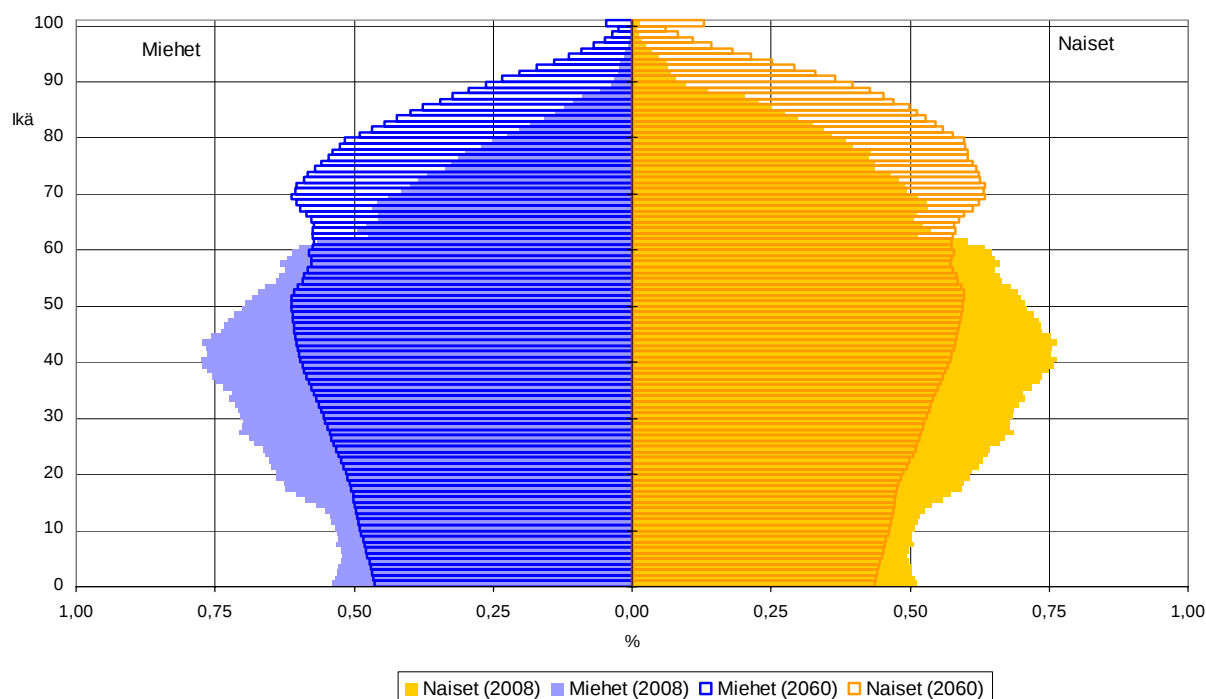
4.1. Väestökehitys ja terveydenhuoltohenkilöstön kestävä perustan edistäminen

Kansalaiset elävät pitempään ja terveempinä. Elinajanodote on noussut jatkuvasti 1950-luvulta lähtien noin 2,5 vuodella vuosikymmentä kohti, ja sen odotetaan edelleen nousevan.

³ Toteamalla, että terveydenhuollon ammattihenkilöiden päivystysaika on laskettava työajaksi vaikka he olisivat lepäämässä, sillä edellytyksellä, että heidän on pysyttävä työpaikallaan, tuomioistuin tunnusti, että esimerkiksi lääkärit työskentelevät yli 48 tuntia viikossa useimmissa jäsenvaltioissa. Voidakseen noudattaa tätä päätöstä jotkin jäsenvaltiot joutuisivat tekemään merkittävästi rekrytointeja, mikä ei aina ole mahdollista.

⁴ KOM(2004) 607 (ehdotus direktiivin 2003/88/EY muuttamisesta); KOM(2005) 246 (muutettu ehdotus, jossa otetaan huomioon Euroopan parlamentin näkökannat).

⁵ Neuvoston yhteinen kanta, 15.9.2008; komission tiedonanto Euroopan parlamentille yhteisestä kannasta, KOM(2008) 568.



Kaavio 2: Väestöennuste 2008–2060

Väestön ikääntyessä on ehdottoman tärkeää, että ihmiset vanhenevat terveinä. Terveiden elinvuosien määrä on maksimoitava. Ihmisten lisääntyvän pitkäikäisyyden voidaan kuitenkin odottaa johtavan vakavasti toimintarajoitteisten ja pitkäaikaishoitoa tarvitsevien ikääntyneiden lukumäärän kasvuun.⁶ Vanhuksilla esiintyy useammin moninaisia kroonisia sairauksia, joten tällä on vaikutuksia hoitotarjontaan. Lisäksi virallisen hoidon kysyntä todennäköisesti kasvaa, koska on luultavaa, että epävirallisten hoitajien saatavuus vähenee esimerkiksi perherakenteiden muuttumisen seurauksena.

Väestön ikääntyessä myös työvoima ikääntyy. Ajanjaksolla 1995–2000 alle 45-vuotiaiden lääkärin määrä EU:ssa laski 20 prosenttia, kun taas yli 45-vuotiaiden lääkärin määrä kasvoi yli 50 prosenttia. Myös sairaanhoitajien keski-ikä nousee: viidessä jäsenvaltiossa lähes puolet sairaanhoitajista on iältään yli 45-vuotiaita.⁷ Koska nämä työntekijät lähestyvät eläkeikää, tarvitaan riittävästi uusia nuorempia työntekijöitä korvaamaan heidät.

Naisten osuus terveydenhuollon työvoimasta on ollut historiallisesti merkittävä, ja se on edelleen kasvamassa. Kaiken kaikkiaan naisia on terveydenhuoltohenkilöstöstä jopa kolme neljännestä EU:ssa, ja joissain jäsenvaltioissa lääketiedettä opiskelemaan hyväksytyistä on naisia nyt yli 50 prosenttia.⁸ Sukupuolten tasa-arvon edistämiseen tähtäävät toimenpiteet henkilöstöstrategioissa ovat sen vuoksi erityisen tärkeitä.

Naisten ja miesten tasa-arvon etenemissuunnitelmassa 2006–2010⁹ esitetään useita toimia, joilla pyritään saavuttamaan naisten ja miesten yhdenvertainen taloudellinen riippumattomuus

⁶ OECD: Trends in Severe Disability among Elderly People DELSA/HEA/WD/HWP (2007).

⁷ WHO Observatory Policy series 2006.

⁸ WHO Observatory Policies series 2006.

⁹ KOM(2006) 92.

ja yhdenvertainen edustus päätöksenteossa, ja ehdotetaan toimenpiteitä työelämän, perhe-elämän ja yksityiselämän yhteensovittamiseksi.

Riittävän työvoiman ylläpidon kannalta on keskeistä suurten ikäluokkien pian eläköityessä se, että koulutetaan ja rekrytoidaan nuoria työntekijöitä ja saadaan heidät pysymään työssä ja panostetaan samalla kypsään ikään ehtineisiin työntekijöihin.

Asiaan vaikuttavia tekijöitä ja mahdollisia toiminta-alueita:

- Arvioidaan terveydenhuoltohenkilöstöön kuluvien menojen tasoa
- Varmistetaan paremmat työolot terveydenhuollon työntekijöille, lisätään henkilöstön motivaatiota ja työtyytyväisyyttä
- Harkitaan rekrytointi- ja koulutuskampanjoita erityisesti yli 55-vuotiaiden ja niiden, joilla ei enää ole perhevelvoitteita, osuuden kasvun hyödyntämiseksi työpaikoilla
- Järjestetään kroonisten sairauksen hallinta ja pitkäaikaishoidon tarjonta lähempänä kotia tai avohuollossa
- Järjestetään käytettävissä olevan terveydenhuoltohenkilöstön tehokkaampi hyödyntäminen
- Harkitaan ”takaisin töihin” -kampanjoita, joilla houkutellaan takaisin niitä, jotka ovat jättäneet paikkansa terveydenhuoltohenkilöstössä
- Edistetään suurempaa sosiaalista ja etnistä monimuotoisuutta rekrytoinnissa
- Tiedotetaan kouluissa monenlaisista uravaihtoehtoista terveystyö- ja hoivapalvelujen alalla.

4.2. Kansanterveyteen liittyvät valmiudet

Kansanterveyden edistämistehtävään sisältyy monenlaisia toimintoja, joilla suojataan ja parannetaan koko väestön terveyttä, puututaan terveydelliseen epätasa-arvoon ja vastataan muita heikommassa asemassa olevien väestönsien tarpeisiin. Tehtäviin kuuluu terveystarpeiden ja terveysvaikutusten arviointi palvelujen suunnittelua varten, sairauksien ennaltaehkäisy esimerkiksi rokotusten ja seurantatietojen avulla, terveyden edistäminen ja terveysvalistus, veripalvelun varmistaminen, epidemiologinen seuranta sekä suunnittelu terveysuhkien kuten tartuntatauti-, pandemioiden ja ihmisen aiheuttamien ja luonnonkatastrofien, myös ilmastonmuutoksesta aiheutuvien, varalta ja niihin reagoiminen.

Terveyden edistäminen ja sairauksen ehkäisy ei ole tärkeää vain itsessään, vaan se voi myös vähentää huomattavasti hoidon ja hoivapalvelujen kysyntää tulevaisuudessa. Kansanterveysalalla toimivan henkilöstön eri puolilla EU:ta on oltava ammattitaitoista, ja sitä on oltava riittävästi näiden toimintojen suorittamiseksi tehokkaasti; tämä on otettava huomioon koulutus- ja rekrytointisuunnitelmissa

Työterveys vaatii erityishuomiota, koska työterveyteen ja -turvallisuuteen liittyvät näkökohdat ovat merkittäviä yleiseen kansanterveyteen vaikuttavia tekijöitä. Erilaisiin ongelmiin kuten työtapaturmiin puututaan jatkossakin, mutta on myös kiinnitettävä huomiota uusiin näkökohtiin, kuten työrytmin muutoksiin, työssä käytettävään uuteen tekniikkaan, työn ja yksityiselämän yhteensovittamiseen, ammatilliseen liikkuvuuteen ja työperäiseen stressiin, jotka kaikki edellyttävät erityisen huomion kohdistamista työterveyteen, koska se on merkittävä yleisen kansanterveyden taustatekijä. Äskettäin hyväksytyssä työterveys- ja työturvallisuusstrategiassa vuosiksi 2007–2012 (KOM(2007) 62) esitetään joukko kunnianhimoisia tavoitteita, joihin EU:n jäsenvaltiot ovat sopineet pyrkivänsä ja joita ne aikovat tukea. Näiden tavoitteiden saavuttaminen riippuu kuitenkin vahvasti siitä, että käytettävissä on tarvittava erikoistunut terveydenhuoltohenkilöstö, johon kuuluu esimerkiksi työterveyslääkäreitä ja -hoitajia ja työsuojelutarkastajia.

Asiaan vaikuttavia tekijöitä ja mahdollisia toiminta-alueita:

- Vahvistetaan kapasiteettia seuluntoihin, terveyden edistämiseen ja sairauksien ehkäisyyn
- Kerätään parempaa tietoa tämänhetkisistä ja potentiaalisista väestön terveystarpeista, jotta voidaan suunnitella kansanterveysalalla toimivan henkilöstön tulevia kehittämistarpeita
- Edistetään luonnontieteellisiä oppiainevalintoja kouluissa tuomalla esiin uravaihtoehtoja vähemmän tunnetuilla kansanterveyden ammattialoilla (biologit, epidemiologit jne.)
- Lisätään Euroopan työterveys- ja työturvallisuusviraston (OSHA) näkyvyyttä jäsenvaltioissa kertomalla sen olemassaolosta suoraan työpaikoilla
- Edistetään työterveyslääkäreiden työtä ja tarjotaan lääkäreille kannustimia liittyä tämän alan työvoimaan.

4.3. Koulutus

Koulutuskapasiteetti on myös kysymys, jota on tarkasteltava osana työvoimasuunnittelua. Jos tarvitaan enemmän lääkäreitä ja sairaanhoitajia ja muuta henkilöstöä, on perustettava enemmän koulutuspaikkoja yliopistoihin ja ammattikouluihin ja palkattava enemmän opetushenkilöstöä heitä kouluttamaan. Tämä edellyttää sekä suunnittelua että investointeja.

Jäsenvaltioiden on arvioitava, minkälaisia erikoisalan taitoja tarvitaan, ja otettava huomioon hoitomuotojen muuttuminen uuden tekniikan käyttöönoton myötä, väestön ikääntymisen vaikutukset tautien esiintymiseen sekä moninaisista kroonisista sairauksista kärsivien iäkkäiden potilaiden kasvava määrä. Erityisenä ongelmana on se, että lisääntyvä matkustaminen ja liikkuminen on myös lisännyt aiemmin lähinnä trooppisissa maissa esiintyneiden tautien leviämisen riskiä. Tämä luo uusia koulutusvaatimuksia klinikoille ja tartuntatautien seurannasta huolehtiville.

Asiaan vaikuttavia tekijöitä ja mahdollisia toiminta-alueita:

- Varmistetaan, että koulutusohjelmien suunnittelussa otetaan huomioon

vammaisten erityistarpeet (heidän olisi saatava laadultaan samanlaista hoitoa kuin niiden potilaiden, jotka eivät ole vammaisia, ja heille olisi tarjottava heidän tarvitsemiaan erityisiä terveystalveluja¹⁰)

- Kiinnitetään huomio terveydenhuollon ammattihenkilöiden ammattitaidon jatkuvaan kehittämiseen. Ajantasaistetaan ammattitaitoa, koska sillä on merkitystä niin terveydenhuollon tulosten laadun parantamisen kuin potilasturvallisuuden varmistamisen kannalta
- Laaditaan koulutusohjelmia vanhempien työntekijöiden kannustamiseksi palaamaan työvoimaan
- Tarjotaan johtamiskoulutusta terveydenhuollon ammattihenkilöille
- Vaalitaan jäsenvaltioiden yhteistyötä terveydenhuollon työntekijöiden kiintiöiden hallinnassa ja annetaan mahdollisuus suurempaan joustavuuteen
- Kehitetään mahdollisuuksia tarjota kielikoulutusta liikkuvuudessa avustamiseksi
- Luodaan EU-mekanismi, esimerkiksi terveydenhuoltohenkilöstön seurantakeskus, avustamaan jäsenvaltioita tulevan henkilöstökapasiteetin, koulutustarpeiden ja uuden tekniikan käyttöönoton suunnittelussa.

4.4. Terveydenhuollon työntekijöiden liikkuvuuden hallinta EU:ssa

Henkilöiden vapaa liikkuvuus on yksi yhteisön lainsäädännössä taatuista perusvapauksista. Työntekijöiden vapaasta liikkuvuudesta määrätään EY:n perustamissopimuksen 39 artiklassa, ja siitä säädetään tarkemmin asetuksessa (ETY) N:o 1612/68¹¹: siinä on kyse EU-kansalaisten oikeudesta työskennellä toisessa jäsenvaltiossa työntekijänä tai virkamiehenä. Sijoittautumisoikeudesta määrätään EY:n perustamissopimuksen 43 artiklassa: siinä määrätään oikeudesta työskennellä itsenäisenä ammatinharjoittajana toisessa jäsenvaltiossa. Perustamissopimuksen 49 artiklassa vahvistetaan oikeus palvelujen tarjoamisen vapauteen. Asetuksessa (ETY) N:o 1408/71 ja täytäntöönpanoasetuksessa (ETY) N:o 574/72¹² sovitetaan yhteen erilaiset sosiaaliturvajärjestelmät tämän vapaasta liikkuvuudesta koskevan perusoikeuden toteuttamisen helpottamiseksi. EU:n kansalaisilla on myös oikeus opiskella muissa jäsenvaltioissa samoin edellytyksin kuin näiden maiden omilla kansalaisilla.

Direktiivissä 2005/36/EY säädetään ammattipätevyyden tunnustamisesta toiseen jäsenvaltioon sijoittautumista varten ja rajatylittävän palvelujen tarjonnan helpottamiseksi muussa jäsenvaltiossa kuin sijoittautumisjäsenvaltiossa. Direktiivillä on myös otettu käyttöön

¹⁰ Kuten todetaan kaikkien jäsenvaltioiden ja Euroopan yhteisön allekirjoittaman vammaisten henkilöiden oikeuksia koskevan YK:n yleissopimuksen 35 artiklassa.

¹¹ Neuvoston asetus (ETY) N:o 1612/68, annettu 15. lokakuuta 1968, työntekijöiden vapaasta liikkuvuudesta yhteisön alueella.

¹² Neuvoston asetus (ETY) N:o 1408/71, annettu 14. kesäkuuta 1971, sosiaaliturvajärjestelmän soveltamisesta yhteisön alueella liikkuviin palkattuihin työntekijöihin, itsenäisiin ammatinharjoittajiin ja heidän perheenjäseniinsä; neuvoston asetus (ETY) N:o 574/72, annettu 21. maaliskuuta 1972, sosiaaliturvajärjestelmien soveltamisesta yhteisön alueella liikkuviin palkattuihin työntekijöihin, itsenäisiin ammatinharjoittajiin ja heidän perheenjäseniinsä annetun asetuksen (ETY) N:o 1408/71 täytäntöönpanomenettelystä.

vastaanottavan jäsenvaltion ja kotijäsenvaltion toimivaltaisista viranomaisista koskeva vaatimus vaihtaa tietoja hakijaan kohdistetuista kurinpitotoimista tai tälle määrätyistä rikosoikeudellisista seuraamuksista tai muista erityisistä vakavista seikoista. Sääntelykehityksen ulkopuolella ammattialajärjestöt ovat tehneet joitain terveydenhuollon ammattihenkilöiden liikkuvuuteen liittyviä aloitteita, joita ovat esimerkiksi rajatylittävään liikkuvuuteen liittyvä Health Professionals Crossing Borders -aloite ja ammattikorttiin liittyvä pilottihanke. Molempien aloitteiden tavoitteena on parantaa tiedonsaantia silloin, kun toiminta on asetettu kyseenalaiseksi. Näiden aloitteiden edistymistä on seurattava.

Opiskelijoiden ja työntekijöiden vapaa liikkuvuus auttaa varmistamaan, että terveydenhuollon ammattihenkilöt menevät sinne, missä heitä eniten tarvitaan. Terveydenhuollon ammattihenkilöt kuitenkin muuttavat monista eri syistä – paremman urakehityksen ja koulutusmahdollisuuksien tai paremman palkan ja työolojen perässä. Liikkuvuus voi vaikuttaa – myönteisesti tai kielteisesti – eroihin maiden sisällä ja niiden välillä. Tässä suhteessa jotkin jäsenvaltiot voivat olla haluttomia ottamaan riskin terveydenhuollon työntekijöiden lisäkouluttamisesta, jos työntekijät eivät jää työhön ja näille investoinneille saadaan huono tuotto.

Lisääntyvän liikkuvuuden vaikutuksiin ei reagoida rajoittamalla opiskelijoiden ja työntekijöiden vapaata liikkuvuutta lainsäädännöllä vaan ennemminkin käsittelemällä näitä kysymyksiä soveltuvien toimintalinjojen avulla ja koordinoitusti EU:n viranomaisten ja muiden jäsenvaltioiden kanssa. Työvoiman lisääntyvä liikkuvuus voi sen vuoksi edellyttää, että paikallisella ja/tai kansallisella tasolla työvoimaa hallinnoivat tarkastelevat uudelleen rekrytointia ja ammatillista kehittämistä koskevien toimenpiteidensä sopivuutta.

Kansalaisilla on myös oikeuksia terveydenhuoltoon muissa jäsenvaltioissa. Ehdotetulla rajatylittävää terveydenhuoltoa koskevalla direktiivillä pyritään varmistamaan yhteisten periaatteiden soveltaminen rajatylittävässä terveydenhuollossa EU:ssa. Direktiivin yhtenä pilarina on ottaa käyttöön eurooppalaisen yhteistyön tarjoamat mahdollisuudet niillä osaluilla, joilla se on hyödyllistä – raja-alueet mukaan luettuina – käyttämällä hyväksi erikoistuneiden keskustien eurooppalaisia osaamisverkostoja, terveysteknologian arvioinnin EU-verkostoa ja sähköisiä terveydenhuoltopalveluja.

Asiaan vaikuttavia tekijöitä ja mahdollisia toiminta-alueita:

- Edistetään kahdenvälisiä sopimuksia jäsenvaltioiden välillä lääkäreiden ja sairaanhoitajien mahdollisen ylitarjonnan hyödyntämiseksi
- Investoidaan riittävän terveydenhuoltohenkilöstön koulutukseen ja rekrytointiin omavaraisuuden saavuttamiseksi EU:n tasolla
- Kannustetaan koulutus- ja henkilövaihdosta tehtäviä rajatylittäviä sopimuksia, jotka voivat auttaa hallitsemaan ulospäin suuntautuvaa terveydenhuollon työntekijöiden virtaa, noudattaen kuitenkin yhteisön lainsäädäntöä
- Edistetään henkilöstön ”kiertoliikettä” (jossa työntekijät siirtyvät toiseen maahan koulutusta ja/tai kokemusta hankkimaan ja palaavat sitten kotimaihinsa lisätietämyksen ja -taitojen kanssa)
- Luodaan EU:n laajuinen foorumi, jossa johtajat voivat vaihtaa kokemuksia.

4.5. Terveydenhuollon työntekijöiden maailmanlaajuinen muuttoliike

Pula terveydenhuollon työntekijöistä on maailmanlaajuinen, mutta ongelma on akuutein Saharan eteläpuolisessa Afrikassa, missä se on saavuttanut kriisiasteen.¹³ Pulaa pahentaa kasvava kysyntä ja kilpailu lääkäreistä ja hoitohenkilöstöstä eri puolilla kehittyntä maailmaa.

EU:n sisäisillä terveydenhuoltoalaa koskevilla toimilla on myös merkittäviä vaikutuksia EU:n ulko- ja kehityspolitiikan kannalta. Ellei EU ryhdy tarvittaviin toimiin omien terveydenhuollon työntekijöidensä kouluttamiseksi ja palveluksessa pitämiseksi riittävässä määrin, muuttoliikkeen kielteinen vaikutus kehitysmaiden terveydenhuoltojärjestelmiin ei todennäköisesti vähene.¹⁴

Vuoden 2005 joulukuussa hyväksytyssä EU:n toimintastrategiassa kehitysmaiden terveysalan henkilöresurssikriisiin vastaamiseksi¹⁵ sekä vuotta myöhemmin hyväksytyssä eurooppalaisessa toimintaohjelmassa terveydenhuollon vakavan henkilöstöpulan lievittämiseksi kehitysmaissa (2007–2013)¹⁶ tunnustettiin, että EU:lla on vastuu toimien toteuttamisesta, jotta se saavuttaisi oman tavoitteensa korkealuokkaisen terveydenhuollon järjestämisestä ilman, että sillä on kielteinen vaikutus EU:n ulkopuolisten maiden tilanteeseen.

EU on laatimassa yhteistä maahanmuuttopolitiikkaa¹⁷, jonka tavoitteisiin kuuluu muun muassa välttää heikentämästä kolmansien maiden kehitysnäkymiä esimerkiksi ”aivovuotoa” pahentamalla ja sen sijaan edistää kiertomuuttoa. Nämä ovat osa siirtolaisuutta koskevaa kokonaisvaltaista lähestymistapaa¹⁸. Lisäksi komissio laati vuonna 2007 ehdotuksen direktiiviksi, jolla on tarkoitus helpottaa muuttajien tuloa EU:hun korkeaa pätevyyttä vaativaa työtä varten¹⁹. Tähän ehdotukseen sisältyy lauseke, jossa erityisesti edellytetään eettistä rekrytointia niillä sektoreilla, kuten terveydenhuoltosektorilla, joilla on henkilöstöpulaa.

Kuluneen vuosikymmenen aikana on laadittu eettisen rekrytoinnin menettelysäännöt, joiden tavoitteena on vähentää muuttovirtojen kielteistä vaikutusta kehitysmaiden haavoittuvaisiin terveydenhuoltojärjestelmiin. Yhdistyneellä kuningaskunnalla on kansainvälistä rekrytointia koskevat menettelysäännöt²⁰, ja Norja²¹ ja Alankomaat²² ovat kumpikin ottaneet käyttöön työvoimastrategioita, joihin sisältyy eettistä rekrytointia koskevia toimintalinjoja, joissa asetetaan rajat aktiiviselle valtion toimesta tapahtuvalle rekrytoinnille tai edistetään rekrytointia kahdenvälisen sopimusten avulla. Vuonna 2008 EU:n tasolla sairaalasektorin eurooppalainen työmarkkinakomitea, jonka muodostavat eurooppalaisina työmarkkinaosapuolina toimivat HOSPEEM ja EPSU, hyväksyi yhteiset menettelysäännöt

¹³ Terveydenhuoltohenkilöstön pula on kriittinen 57 maassa, joista 36 sijaitsee Afrikassa.

¹⁴ Muuttajia ovat muutkin kuin kehitysmaiden asukkaat: lääkäreitä ja sairaanhoitajia lähtee EU:sta työhön esimerkiksi USA:han, Kanadaan, Australiaan ja Uuteen-Seelantiin.

¹⁵ KOM(2005) 642.

¹⁶ KOM(2006) 870.

¹⁷ Ks. KOM(2008) 359, *Euroopan yhteinen maahanmuuttopolitiikka: periaatteet, toimet ja välineet*.

¹⁸ Ks. KOM(2006) 735 ja KOM(2007) 247.

¹⁹ KOM(2007) 637 lopullinen. Samanaikaisesti hyväksyttiin ehdotus (KOM(2007) 638) toiseksi direktiiviksi, joka koskee yhden hakemuksen menettelyä ja jäsenvaltioissa laillisesti oleskelevien kolmansien maiden työntekijöiden yhtäläisiä oikeuksia.

²⁰ Ks. www.nhsemployers.org.

²¹ (Recruitment of Health Workers: towards Global Solidarity) 2007.

²² ”Working on Care” -toimintasuunnitelma 2007.

eettisestä rajatylittävästä rekrytoinnista ja työntekijöiden työssä pitämisestä ja sen seurannasta (Code of Conduct and follow-up on Ethical Cross-Border Recruitment and Retention)²³; niiden tavoitteena on edistää eettistä toimintatapaa ja lopettaa epäeettiset käytänteet terveydenhuollon työntekijöiden rajatylittävässä rekrytoinnissa.

EU on sitoutunut laatimaan menettelysäännöt EU:n ulkopuolisista maista tulevien terveydenhuollon työntekijöiden eettistä rekrytointia varten ja ryhtymään muihin toimiin niiden kielteisten vaikutusten minimoimiseksi ja myönteisten vaikutusten maksimoimiseksi, joita kehitysmaihin kohdistuu terveydenhuollon työntekijöiden muuttaessa EU:hun²⁴. Syyskuussa 2008 hyväksytyssä edellä mainitun toimintaohjelman täytäntöönpanon edistymistä koskevassa kertomuksessa²⁵ toistetaan uudelleen se, miten tärkeää on noudattaa näitä sitoumuksia.

Asiaan vaikuttavia tekijöitä ja mahdollisia toiminta-alueita:

- Otetaan käyttöön joukko periaatteita, joilla ohjataan terveydenhuollon työntekijöiden rekrytointia kehitysmaista, sekä menetelmät seurantaan varten
- Tuetaan WHO:ta sen työssä eettisen rekrytoinnin maailmanlaajuisen menettelysääntöjen laatimiseksi
- Kannustetaan kahdenvälisiä ja monenvälisiä sopimuksia lähtömaiden kanssa ja luodaan mekanismit, joilla tuetaan kiertomuuttoa²⁶.

4.6. Päätöksentekoa tukevat tiedot

Kaikki kuvatut asiat ovat haasteita terveydenhuoltojärjestelmien suunnittelijoille, toteuttajille ja johtajille. Tilannetta vaikeuttaa ajantasaisen ja vertailukelpoisten tietojen puuttuminen esimerkiksi koulutuksessa ja työssä olevien terveydenhuollon työntekijöiden määrästä, heidän erikoisaloistaan, maantieteellisestä jakaumasta, iästä, sukupuolesta ja lähtömaasta. Koska vajuus yhdessä osassa Eurooppaa voi aiheuttaa vaikutuksia toisaalla, koko Euroopan kattavat tiedot ovat tärkeitä kaikkien niiden terveysviranomaisten kannalta, jotka suunnittelevat ja toteuttavat terveydenhuoltopalveluja eri puolilla EU:ta.

WHO:lle vuonna 2006 laaditussa raportissa²⁷, joka kattoi viisi maakohtaista tutkimusta (Liettua, Puola, Saksa, Viro ja Yhdistynyt kuningaskunta), todettiin, ettei yksikään niistä kyennyt toimittamaan täsmällisiä ja täydellisiä tietoja terveydenhuollon ammattihenkilöiden

²³ Ks. www.hospeem.eu/content/download/313/1631/version/2/file/EPsU-

²⁴ Euroopan parlamentti: EU:n toimintastrategia kehitysmaiden terveysalan henkilöresurssikriisiin vastaamiseksi ja KOM(2006) 870, komission tiedonanto Euroopan parlamentille ja neuvostolle – Eurooppalainen toimintaohjelma terveydenhuollon vakavan henkilöstöpulan lievittämiseksi kehitysmaissa (2007–2013).

²⁵ SEC(2008) 2476.

²⁶ ”Kiertomuutolla” tarkoitetaan sitä, että työntekijät siirtyvät toiseen maahan koulutusta ja/tai kokemusta hankkimaan ja palaavat sitten kotimaihinsa lisätietämyksen ja -taitojen kanssa. Houkuttelevana kannustimena voisi olla myös sovittu urapolku, jolloin palaava henkilö tulee takaisin sellaiseen tehtävään ja saa sellaisen palkan, joissa tunnustettaisiin saatu kokemus.

²⁷ Health Worker Migration in the European Region: Country Case Studies and Policy Implications, Buchan J, Perfilieva G.

kansainvälisistä virroista. Yleisin tapa mitata muuttovirtaa on tutkia toimivaltaisille viranomaisille esitettyjä todistuksia ("tarkistukset"). Näin saadaan selville niiden ammattihenkilöiden vuotuinen kokonaismäärä, jotka harkitsevat muuttoa toiseen maahan, mutta kaikki heistä eivät tosiasiallisesti muuta, ja jotkut voivat tehdä hakemuksen useamman kerran. Esimerkiksi Viron maaraaportissa todetaan, että niistä 344 lääkäristä, jotka hankkivat todistukset, ainoastaan 182 todella muutti maasta.

Euroopan komissio kerää tietoja päätöksistä, jotka koskevat alakohtaisten tunnustamisjärjestelmien piiriin kuuluvan ammattipätevyyden tunnustamista. Nämä tiedot esitetään tiivistetysti seuraavalla verkkosivulla:

http://ec.europa.eu/internal_market/qualifications/regprof/index.cfm.

Niistä näkyy siirtyminen tai aikomus siirtyä harjoittamaan ammattia toiseen jäsenvaltioon. Koska kuitenkin ei ole lisätietoa siitä, siirtyikö kyseinen ammattihenkilö tosiasiallisesti työhön toiseen jäsenvaltioon tai muuttiko hän edelleen kolmanteen maahan vai palasiko kotimaahansa, näitä tietoja voidaan käyttää vain välillisenä ilmaisimena, kun yksityiskohtaisempaa tietoa ei ole.

Muut Eurostatin keräämät tiedot terveydenhuollon ammattihenkilöiden lukumääristä riippuvat siitä, mitä tietoja eri jäsenvaltiot keräävät. Nämä tiedot ovat saatavissa seuraavalla verkkosivulla:

http://ec.europa.eu/health/ph_information/dissemination/echi/echi_en.htm.

Lisäksi on käynnissä EU:n tukema OECD-hanke, joka koskee lääkäreiden ja sairaanhoitajien muuttoa OECD-/EU-25-maissa; tulevaisuudessa siinä tarkastellaan myös muita terveydenhuollon ammattihenkilöitä. Hankkeesta saadaan hyödyllistä tietoa, mutta se ei voi taata käytettyjen tietojen täyttä vertailukelpoisuutta, koska rekisteröintimenettelyt ovat erilaisia ja jäsenvaltioiden välillä on eroja siinä, missä määrin tietoja kerätään keskitetysti.

Euroopan muuttoliikeverkosto (European Migration Network, EMN)²⁸ teki marraskuussa 2006 terveydenhuoltosektorin hallittua muuttoliikettä koskevan tutkimuksen, jossa oli mukana yksitoista sen kansallisista yhteyspisteistä. Siinä todettiin, että tiedot erityisesti EU:ssa terveydenhuollon työntekijöinä toimivista kolmansien maiden kansalaisista ovat rajallisia ja usein hajallaan eri lähteissä jopa saman jäsenvaltion alueella.

Asiaan vaikuttavia tekijöitä ja mahdollisia toiminta-alueita:

- Yhdenmukaistetaan tai standardoidaan terveydenhuoltohenkilöstöä koskevia indikaattoreita
- Perustetaan järjestelmiä, joilla seurataan terveydenhuollon työntekijöiden virtoja
- Varmistetaan terveydenhuoltohenkilöstöä koskevien tietojen saatavuus ja vertailukelpoisuus, erityisesti pyrittäessä määrittämään tarkasti terveydenhuoltohenkilöstön tiettyjen ryhmien liikkuvuus.

²⁸

Ks. <http://emn.sarenet.es/>

5. UUDEN TEKNIIKAN VAIKUTUKSET: TERVEYDENHUOLTOHENKILÖSTÖN SUORITUSKYVYN PARANTAMINEN

Edistys terveydenhuollon alalla riippuu tieteellisistä ja teknisistä edistysaskeleista. Uusi tekniikka vaikuttaa siihen, mitä voidaan saavuttaa ja miten terveydenhuolto järjestetään ja miten sitä tarjotaan. Uuden tekniikan ansiosta terveydenhuollon työntekijät voivat jakaa helpommin tietoa ja työskennellä läheisemmässä yhteistyössä, mikä parantaa hoitoa yleensä. Tiettyjen tautien ja potilaiden kohdalla tekniikka voi antaa mahdollisuuden siirtää hoito pääosiltaan pois sairaaloista avohuoltoon ja perusterveydenhuoltoon ja jopa potilaiden koteihin, mikä voi parantaa elämänlaatua ja edistää voimavarojen parempaa käyttöä.

Lyhyellä aikavälillä uudella tekniikalla kuten telelääketieteellä voidaan varmistaa terveydenhuollon parempi kattavuus syrjäseuduilla ja alueilla, joilla on pulaa terveydenhuollon työntekijöistä. EU:ssa on esimerkiksi alueita, joilla telelääketiede tekee mahdolliseksi etädiagnostiset palvelut, ja mammografiaseulonnan tulosten etädiagnosointi parantaa potilaiden mahdollisuuksia saada palveluja.

Uuden tekniikan käyttöönotto edellyttää, että terveydenhuollon työntekijät on asianmukaisesti koulutettu ja tarvittaessa uudelleenkoulutettu käyttämään sitä. Lisäksi sen käyttämiseksi on tarpeen saavuttaa hyväksyntä terveydenhuoltohenkilöstön keskuudessa, koska se voi joissain tapauksissa häiritä vakiintuneita työskentelymenetelmiä ja -rakenteita. Komission tiedonannossa, joka liittyy potilaita, yhteiskuntaa ja taloutta hyödyttävään telelääketieteeseen, ehdotetaan eurooppalaisia puitteita näihin haasteisiin vastaamiseksi joiltain osin.

Asiaan vaikuttavia tekijöitä ja mahdollisia toiminta-alueita:

- Varmistetaan soveltuva koulutus, jotta terveydenhuollon ammattihenkilöt voivat hyödyntää mahdollisimman hyvin uutta tekniikkaa
- Toteutetaan toimia uuden tietotekniikan käytön kannustamiseksi
- Varmistetaan uuden tietotekniikan yhteentoimivuus
- Varmistetaan uuden tekniikan parempi jakauma koko EU:n alueella.

6. YRITTÄJINÄ TOIMIVIEN TERVEYDENHUOLLON AMMATTIHENKILÖIDEN MERKITYS TYÖVOIMASSA

Jotkin terveydenhuollon ammattihenkilöt, kuten lääkärit, psykologit, hammaslääkärit, jalkahoitajat, fysioterapeutit ja toimintaterapeutit, työskentelevät yrittäjinä omalla vastaanotollaan tai lääkärikeskuksissa ja työllistävät henkilöstöä. Komission toimilla liiketoimintaympäristön parantamiseksi Euroopassa ja yrittäjyyden tukemiseksi ja kannustamiseksi on vaikutuksia näihin toimintoihin. Komissio julkaisi äskettäin (4. lokakuuta 2007) tiedonannon *Pienet ja keskisuuret yritykset avainasemassa kasvun ja työllisyyden edistämisessä – nykyaikaisen pk-yrityspolitiikan puolivälitarkastelu*. Siinä tunnustetaan pk-yritysten merkitys Lissabonin strategian tavoitteiden saavuttamisessa – pyrkimyksenä on talouskasvun vauhdittaminen ja uusien ja parempien työpaikkojen luominen. Tämänkaltaiset yrittäjät voivat osaltaan vahvistaa kasvua Euroopassa ja toimia innovoinnin, paikallisen kehityksen, koulutuksen ja työllisyyden vauhdittajina ja auttaa parantamaan terveydenhuollon saatavuutta.

Pk-yrityksiä tukeva aloite ”Small Business Act” on keskeinen osa EU:n kasvu- ja työllisyysstrategiaa (komission tiedonanto ”*Pienet ensin*” – *Eurooppalaisia pk-yrityksiä tukeva aloite* – KOM(2008) 394). Siihen kuuluu joukko yhteisiä periaatteita pk-yrityspolitiikan ohjaamiseksi sekä ehdotettuja toimia, joilla periaatteet toteutetaan käytännössä. Siinä keskitytään yrittäjyyden edistämiseen, ”pienet ensin” -periaatteen sisällyttämiseen politiikan suunnitteluun ja pk-yritysten kasvun tukemiseen.

Asiaan vaikuttavia tekijöitä ja mahdollisia toiminta-alueita:

- Kannustetaan useampia yrittäjiä terveydenhuoltosektorille, jotta voidaan parantaa terveydenhuollon tarjonnan suunnittelua ja luoda uusia työpaikkoja
- Tarkastellaan yrittäjyyden esteitä terveydenhuoltosektorilla.

7. KOHEESIOPOLITIikka

EU:n terveydenhuoltohenkilöstön kehittäminen liittyy myös koheesiopolitiikkaan. Nykyisen lainsäädäntökehyksen mukaan on mahdollista käyttää rakennerahastoja terveydenhuoltohenkilöstön kehittämiseen. Yhteisön koheesiopolitiikan strategisissa suuntaviivoissa, joissa määritellään rakennerahastojen painopisteet vuosiksi 2007–2013, on osio, jossa kuvataan tavoite ”Pidetään työvoima terveenä”. Heinäkuussa 2006 annetussa asetuksessa Euroopan sosiaalirahastosta (ESR) (asetus (EY) N:o 1081/2006) mainitaan työelämässä pitempään pysyminen ja parempi terveys ESR:n painopistealueiden joukossa. Tässä suhteessa jotkin jäsenvaltiot (pääasiassa uusia jäsenvaltioita) suunnittelevat mittavia investointeja terveydenhuollon ammattihenkilöiden koulutukseen ESR:ää hyödyntäen. Lisäksi Euroopan aluekehitysrahasto investoi noin 5,2 miljardia euroa terveydenhuollon infrastruktuuriin. Käyttämällä rakennerahastoja tehokkaasti terveydenhuoltohenkilöstön taitojen ja pätevyyden parantamiseen ja terveydenhuollon infrastruktuurin kehittämiseen voidaan tehokkaasti parantaa työoloja ja lisätä terveydenhuoltopalvelujen laatua ja siten kuroa umpeen terveyseroja ja vahvistaa koheesiota jäsenvaltioiden sisällä ja niiden välillä.

Asiaan vaikuttavia tekijöitä ja mahdollisia toiminta-alueita:

- Hyödynnetään paremmin rakennerahastojen tarjoamaa tukea terveydenhuollon ammattihenkilöiden kouluttamiseen ja uudelleen kouluttamiseen
- Parannetaan rakennerahastojen käyttöä terveydenhuoltohenkilöstön kehittämiseen
- Tehostetaan rakennerahastojen käyttöä infrastruktuureihin työolojen parantamiseksi.

8. KUULEMISET

Euroopan komissio pyytää kaikkia asianomaisia organisaatioita toimittamaan vastaukset tässä vihreässä kirjassa esitettyihin kysymyksiin viimeistään 31. maaliskuuta 2009, mieluiten seuraavaan sähköpostilaatikkoon: SANCO-health-workforce@ec.europa.eu

tai seuraavaan osoitteeseen:

European Commission, B-1049, Brussels, Belgium

Elleivät vastaajat toisin ilmoita, komission yksiköt olettavat, etteivät he vastusta vastaustensa tai niiden osien julkaisemista komission verkkosivustolla ja/tai niiden lainaamista raporteissa, joissa analysoidaan kuulemismenettelyn tuloksia.