

ET

ET

ET



EUROOPA ÜHENDUSTE KOMISJON

Brüssel 10.12.2008
KOM(2008) 725 lõplik

ROHELINE RAAMAT

Euroopa tervishoiutöötajate kohta

SISUKORD

1.	Sissejuhatus.....	3
2.	Rohelise raamatu koostamise põhjused	4
3.	Õigusraamistik ja Euroopa Liidu tegevuskava	5
4.	Tegurid, mis mõjutavad tööjõuolukorda ELi tervishoiusektoris ning tähtsamad lahendamist vajavad probleemid.....	6
4.1.	Demograafiline olukord ja tööjõu jätkusuutlik edendamine tervishoiusektoris.	6
4.2.	Rahvatervise valdkonna suutlikkus.....	8
4.3.	Koolitus.....	9
4.4.	Tervishoiutöötajate Euroopa Liidu sisese liikuvuse juhtimine	10
4.5.	Tervishoiutöötajate ülemaailmne ränne	12
4.6.	Otsuste tegemist toetavad andmed.....	13
5.	Uue tehnoloogia mõju tervishoiutöötajate töö tõhustamisele.....	15
6.	Tervishoiutöötajate roll ettevõtluses	16
7.	Ühtekuuluvuspoliitika	17
8.	KONSULTEERIMINE	17

Jätkusuutliku tööjõu edendamine Euroopa tervishoiuvaldkonnas

1. SISSEJUHATUS

ELi tervishoiusüsteem peab hakkama saama keeruka tasakaalustamisülesandega, esiteks on vaja tagada tasakaal tervishoiuteenuste suureneva nõudluse ja piiratud pakkumise vahel, ning teiseks rahuldada tervishoiuga seotud vajadused kohapeal ning olla valmis tervishoiualasteks kriisiolukordadeks.

Euroopa tervishoiusüsteem seisab silmitsi mitmete väljakutsetega.

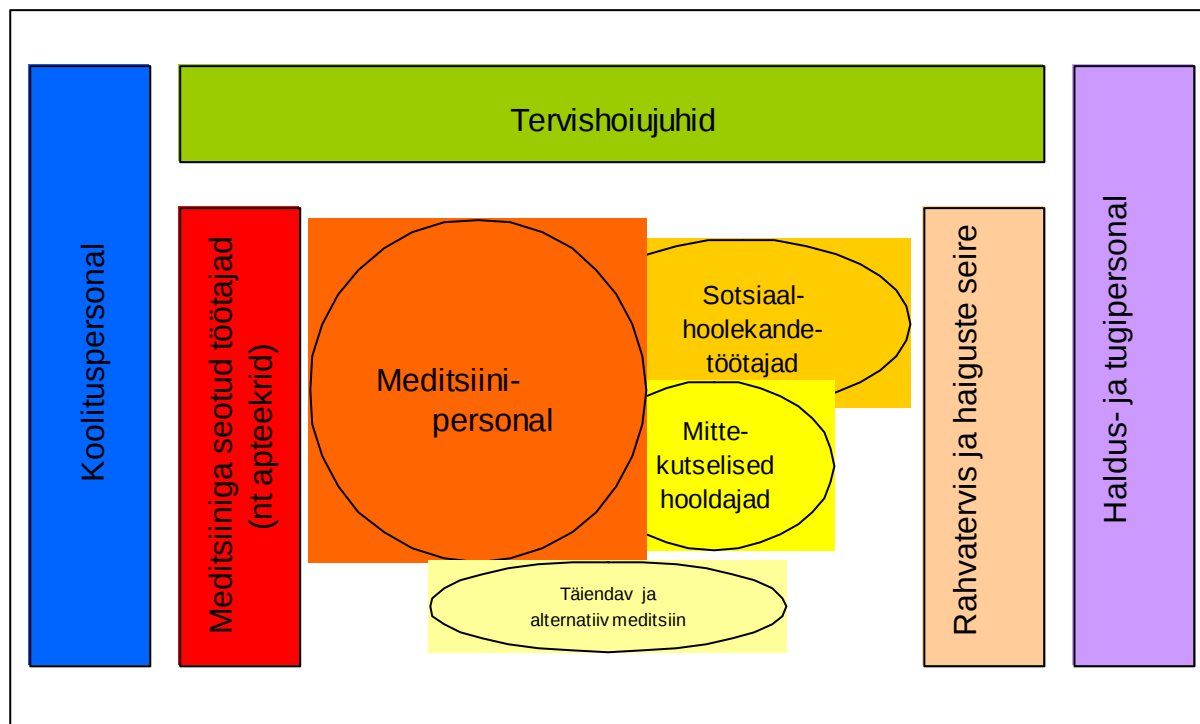
- Poliitikakujundajad ja tervishoiuasutused peavad suutma kohandada riikide tervishoiusüsteeme rahvastiku vananemist arvesse võttes. Ajavahemikul 2008–2060 suureneb ELis-27 eeldatavasti 65aastaste ja vanemate elanike arv 66,9 miljoni võrra ning kõige kiiremini kasvab ühiskonnas väga eakate (üle 80 aastased) inimeste arv¹.
- Uue tehnoloogia kasutuselevõtmine võimaldab suurendada tervishoiuteenuste valikut ja parandada diagnooside, ennetamistegevuse ja ravi kvaliteeti, kuid uus tehnoloogia on kallid ja lisaks on vaja õpetada töötajaid seda kasutama.
- Esile kerkivad uued ja vanad terviseohud, näiteks nakkushaigused.
- Sellega kaasnevad üha kasvavad tervishoiukulud ja pikas perspektiivis tekivad probleemid teatavate riikide tervishoiusüsteemide jätkusuutlikkusega.

Nende probleemide lahendamiseks, peab tervishoiusüsteemis olema võimekaid ja teovõimelisi kõrgelt kvalifitseeritud töötajaid, sest tervishoiuteenused on väga töömahukad. Tervishoiuvaldkond on üks ELi tähtsamaid majandussektoreid, mis annab tööd kümnendikule ELi töötajatest ning ligikaudu 70 % tervishoiusektori eelarvest moodustavad palgad ja muud tööjõuga seotud kulud².

¹ 2008. aasta andmetel põhinev riikide rahvastikuprognos, EUROPOP 2008 koonduvus-stsenaarium.

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

Joonis 1: Tervishoiutöötajate jaotus valdkondade lõikes



2. ROHELISE RAAMATU KOOSTAMISE PÕHJUSED

Euroopa Komisjoni tervishoiustrateegias, mis võeti vastu 2007. aasta oktoobris ja avaldati valges raamatus „Üheskoos tervise nimel”, käsitletakse uut lähenemisviisi tagamaks, et EL teeb kõik endast oleneva terviseohtude, pandeemiade, elustiiliga seotud haiguste, ebavõrdsuse ja kliimamuutusega seotud probleemide lahendamiseks laienenud Euroopa Liidus. Eesmärk on hoolitseda Euroopa vananeva elanikkonna tervise eest, edendades head tervist kogu eluaja kestel, kaitstes kodanikke terviseohtude eest ning toetades uue tehnoloogia kasutuselevõttu.

Rohelise raamatu eesmärk on tuua esile ELi tervishoiutöötajate ees seisvad probleemid, koostada selge ülevaade kohalike ja/või riikide tervishoiujuhtide ees seisvate ühiste probleemide ulatusest ning töötada välja paremad ELi meetmed, et probleeme tõhusalt lahendada, ilma et see mõjutaks negatiivselt kolmandate riikide tervishoiusüsteeme.

Rohelise raamatu eesmärk on kirjeldada võimalikult täpselt ELi tervishoiutöötajate ees seisvaid väljakutseid, mis on ühised kõigile liikmesriikidele: demograafiline olukord (rahvastiku vananemine ja tervishoiutöötajate vananemine, mille tõttu ei lisandu tervishoiusüsteemi piisavalt noori, kes lahkujaid asendaksid; tervishoiuvaldkonna tööjõu mitmekesisus; paljude tervishoiu ja rahvatervisega seotud ametite vähenemine atraktiivsuse uue põlvkonna seas; tervishoiutöötajate ränne nii ELi sees kui ka EList välja; tervishoiutöötajate

ebavõrdne liikuvus ELi sees, eelkõige teatavate tervishoiuvaldkondade töötajate liikumine ELi vaesematest riikidest jõukamatesse ning oskustööjõu väljavool kolmandatest riikidest.

Lisaks on käesoleva rohelise raamatu eesmärk välja selgitada, millistes valdkondades oleks komisjonil võimalik võtta edasisi meetmeid ja algatada nende kohta arutelu.

3. ÕIGUSRAAMISTIK JA EUROOPA LIIDU TEGEVUSKAVA

EÜ asutamislepingu artiklis 152 on sätestatud, et „ühenduse tervishoiumeetmed võtavad täiel määral arvesse liikmesriikide vastutust tervishoiuteenuste ja arstiabi korraldamisel ning kättesaadavaks muutmisel.” Artiklis rõhutatakse ka, et ühendus peaks soodustama liikmesriikidevahelist koostööd ja edendama liikmesriikide poliitika ja programmide kooskõlastamist.

Seega on ühenduse meetmete eesmärk liikmesriikide poliitikat täiendada. Põhivastutus tervishoiuteenuste korraldamise ja osutamise eest lasub liikmesriikidel, kuid Euroopa Liidul on tähtis roll liikmesriikide toetamisel ja lisaväärtuse loomisel, toetades võrgustikke ja heade tavade jagamist.

Veelgi enam, EÜ asutamislepingu ja teiste õigusaktidega on kehtestatud eeskirjad, mida liikmesriigid peavad tervishoiusektori korraldamisel järgima.

Teiste õigusaktide seast võiks näitena välja tuua Euroopa Ühenduse tööõigust käsitlevad direktiivid, nagu näiteks tööajadirektiiv, milles sätestatakse tööaja maksimaalne kestus ning igapäevaste ja iganädalaste puhkeaegade minimaalne kestus, et kaitsta töötajate tervist ja ohutust. Direktiiviga kehtestatakse kõikidele liikmesriikidele ühised miinimumnõuded, kuid iga liikmesriik võib soovi korral kohaldada töötajate suhtes soodsamaid eeskirju.

Kohtu otsustega valvekorra ja korvava puhkeaja kohta tõstatatakse tervishoiu- ja hooldusteenuste osutamise jaoks olulised küsimused³. Komisjon on juba esitanud õigusaktide ettepanekud,⁴ mida arutatakse praegu nõukogus ja Euroopa Parlamendis⁵.

³ Märkides et tervishoiutöötajate valveaeg tuleb arvata tööaja sisse, isegi juhul kui nad puhkavad, kuid peavad jääma töökohale. tunnistas kohus, et enamikus liikmesriikides töötavad arstid praegu rohkem kui 48 tundi nädalas. Kõnealuse eeskirja järgimiseks peavad mõned liikmesriigid tegema märkimisväärsed pingutusi arstide töölevõtmiseks, mis ei ole aga alati võimalik.

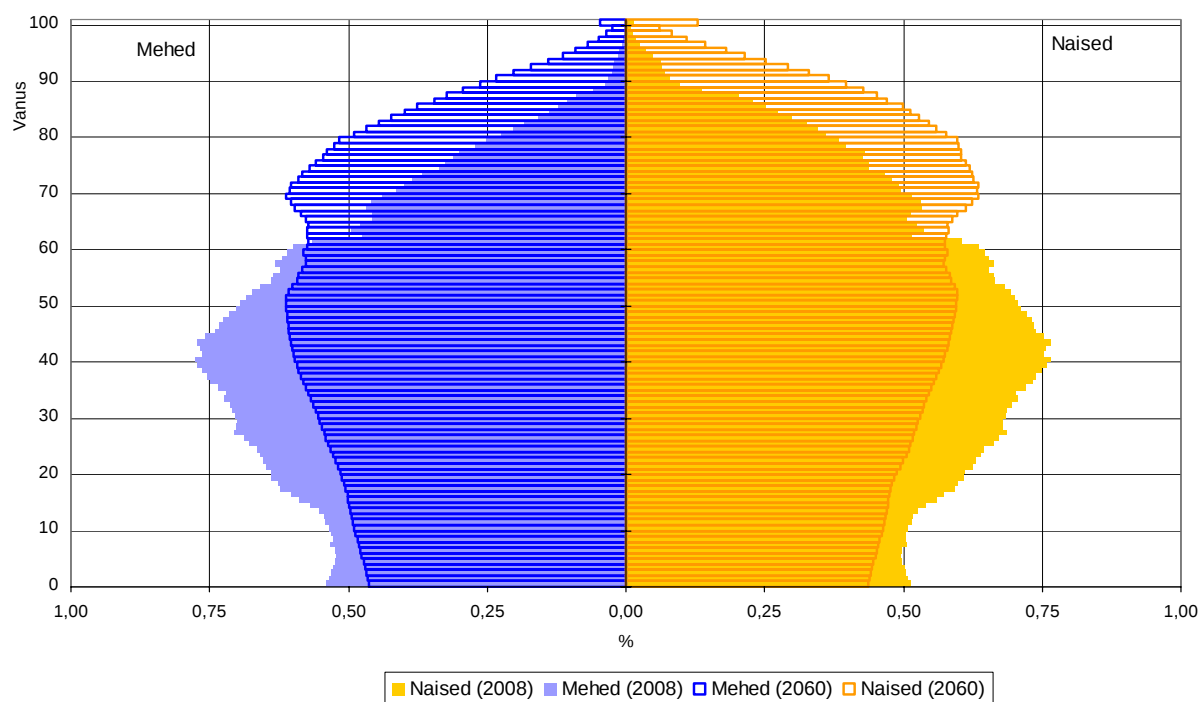
⁴ KOM(2004) 607 (ettepanek direktiivi 2003/88/EÜ muutmiseks); KOM(2005) 246 (muutmisettepanek, võttes arvesse Euroopa Parlamendi arvamusi).

⁵ Nõukogu 15. septembri 2008. aasta ühine seisukoht; komisjoni teatis nõukogule ja Euroopa Parlamendile ühise seisukoha kohta KOM(2008) 568 (lõplik).

4. TEGURID, MIS MÕJUTAVAD TÖÖJÕULUKORDA ELI TERVISHOIUSEKTORIS NING TÄHTSAMAD LAHENDAMIST VAJAVAD PROBLEEMID

4.1. Demograafiline olukord ja tööjõu jätkusuutlik edendamine tervishoiusektoris.

ELi kodanike eluiga on pikem ja nende tervis parem. Alates 1950datest on eeldatav eluiga pidevalt pikenenud 2,5 aasta võrra iga kümne aasta jooksul ja eeldatavasti pikeneb see ka edaspidi.



Joonis 2: Rahvastikuproгноos 2008–2060

Vananeva rahvastiku puhul on esmatähtis, et inimesed säilitaksid vananedes hea tervise. Tervena elatud aastate arvu tuleb suurendada. Kuna inimesed elavad kauem on oodata, et kasvab tõsise puudega ja pikaajalist hooldust vajavate eakate arv⁶. Vanemas eas avalduvad mitmed kroonilised haigused ning see võib mõjutada tervishoiuteenuste pakkumist. Tõenäoliselt suureneb nõudlus ametlike hooldusteenuste järele, sest näiteks perestruktuuri muutumise tõttu võib väheneda mittekutseliste hooldajate teenuste kättesaadavus.

Koos rahvastiku vananemisega vananeb ka tööjõud. Ajavahemikul 1995–2000 vähenes alla 45aastaste arstide arv Euroopas 20 %, samal ajal kui üle 45aastaste arstide arv suurenes rohkem kui 50 %. Tõuseb ka õdede keskmine vanus: viies liikmesriigis on juba ligikaudu

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

pool õdedest vanemad kui 45 aastat⁷. Kuna kõnealused töötajad lähenevad pensionieale, on vaja piisaval arvul noori, kes neid asendaksid.

Traditsiooniliselt on naiste osatähtsus tervishoiutöötajate hulgas suur ning see kasvab veelgi. Ligikaudu 3/4 Euroopa tervishoiutöötajatest on naised ning mõnes liikmesriigis on naiste osatähtsus meditsiinierialade uute õppijate seas juba suurem kui 50 %⁸. Seepärast on tähtis edendada tööjõustrateegia raames soolise võrdsuse põhimõtteid.

Naiste ja meeste võrdõiguslikkuse juhistega aastateks 2006–2010⁹ nähakse ette mitmeid meetmeid, et saavutada meeste ja naiste võrdne majanduslik sõltumatus ja võrdne osalus otsustusprotsessis ning tehakse ettepanek võtta meetmeid, et parandada töö ning pere- ja eraelu kokkusobitamist.

Võttes arvesse beebibuumi põlvkonna peatset pensionile minekut, on piisava tööjõu tagamisel oluline koolitada, värvata ja hoida tööl noori töötajaid ning samas investeerida ka vanemas eas töötajatesse.

Mõjutavad tegurid ja võimalikud tegevusvaldkonnad:

- hinnata tööjõukulude taset tervishoiusektoris
- tagada tervishoiutöötajatele paremad töötingimused, tõsta töötajate motivatsiooni ja distsipliini
- värbamis- ja koolituskampaaniate korraldamisel tuleks arvestada üle 55aastaste kasvavat osatähtsust ja pöörata tähelepanu nendele, kellel ei ole enam perekondlikke kohustusi
- korraldada krooniliste haiguste ravi ja/või pikaajalist hooldust võimaluse korral kodu lähedal või omavalitsuse territooriumil
- korraldada tõhusamalt olemasolevate tervishoiutöötajate tööhõivet
- korraldada kampaaniaid „Tagasi tööle”, mis oleksid suunatud endistele tervishoiutöötajatele
- pöörata värbamisel rohkem tähelepanu sotsiaalsele ja etnilisele mitmekesisusele

⁷ WHO Observatory Policy series 2006.

⁸ WHO tervisepoliitika vaatluskeskuse väljaanded 2006.

⁹ KOM (2006) 92.

- tõsta õpilaste teadlikkust mitmesugustest karjäärivõimalustest tervishoiusektoris

4.2. Rahvatervise valdkonna suutlikkus

Rahvatervise valdkond hõlmab mitmesugust tegevust, et kaitsta ja parandada rahvastiku tervist, vähendada tervisealast ebavõrdsust ning rahuldada ebasoodsas ja kaitsetus olukorras elanikerühmade vajadusi. Kõnealune tegevus hõlmab tervisega seotud vajaduste ja tervisemõju hindamist teenuste planeerimiseks, ennetustööd (näiteks vaktsineerimisi ja sõeluuringuid), terviseedendamist ja -kasvatust, doonorverega varustatuse tagamist, epidemioloogilist seiret ning nakkushaiguste, pandeemiate, inim- ja looduskatastroofidega (sh kliimamuutustest tulenevate) seotud terviseohtudega toimetuleku kavandamist.

Tervise edendamine ja haiguste ennetamine on iseenesest väga tähtis, sest võimaldab märkimisväärselt vähendada nõudlust ravi- ja hooldusteenuste järele tulevikus. Koolitus- ja värbamiskavade koostamisel tuleb lähtuda nõudest, et ELi tervishoiusüsteem peab olema tööjõuga varustatud ning tervishoiutöötajatel peavad olema eespool nimetatud ülesannete täitmiseks vajalikud oskused.

Töökohaga seotud terviseküsimustele tuleb pöörata erilist tähelepanu, sest töötervishoid ja tööohutus on tähtsad inimeste tervist mõjutavad tegurid. Jätakuvalt tuleb vähendada tööõnnetuste arvu, kuid tähelepanu tuleb pöörata ka uutele aspektidele nagu tööritmi muutmine, uue tehnoloogia kasutamine töökohal, töö ja eraelu tasakaal, tööalane liikuvus ja töökohaga seotud stress, sest töötervishoid on tähtis rahvatervist mõjutav tegur. Hiljuti vastu võetud tööohutuse ja töötervishoiu strateegias aastateks 2007–2012 (KOM (2007)62), mille ELi liikmesriigid heaks kiitsid ja mida nad toetavad, püstitatakse mitu ambitsioonikat eesmärki. Nende eesmärkide saavutamine sõltub suurel määral asjakohase ja pädeva personali (töötervishoiuarstid, õed, tööohutusinspektorid) olemasolust.

Mõjutavad tegurid ja võimalikud tegevusvaldkonnad:

- suurendada sõeluuringute, terviseedendamise ja haiguste ennetamisega seotud suutlikkust
- koguda täpsemat teavet rahvastiku olemasolevate ja võimalike tervishoiuvajaduste kohta, et kavandada tööjõu arengut tervishoiusektoris
- edendada koolides teaduserialasid, tutvustades karjäärivõimalusi rahvatervise vähemtuntud ametikohtadel (bioloogid, epidemioloogid jne)

- muuta Euroopa tööohutuse ja tervishoiu agentuur liikmesriikides nähtavamaks, tutvustades agentuuri otse töökohtadel
- Edendada tervishoiuarstide tegevust ning julgustada arste asuma tööle selles valdkonnas

4.3. Koolitus

Tööjõu planeerimisel tuleb arvesse võtta ka koolitusvõimalusi. Kui vajadus arstide, õdede ja muu personali järele kasvab, on üli- ja kutsekoolides vaja luua rohkem õppekohti ja võtta tööle rohkem õpetajaid. See eeldab nii planeerimist kui ka investeringuid.

Liikmesriigid peavad hindama, millise valdkonna spetsialiste tulevikus vajatakse, võttes arvesse tervishoiuteenuste muutumist seoses uue tehnoloogia kasutuselevõtuga, elanikkonna vananemise mõju haiguste esinemissagedusele ning mitmete krooniliste haigustega eakate patsientide arvu suurenemist. Sagedasem reisimine ja suurem liikuvus on suurendanud ka senini valdavalt troopilistes maades esinenud haiguste esilekerkimise ja leviku ohtu. Seetõttu on vaja koolitada arste ja nakkushaiguste järelevalvega tegelevaid spetsialiste.

Mõjutavad tegurid ja võimalikud tegevusvaldkonnad:

- tagada et koolituste korraldamisel võetaks arvesse puuetega inimeste erivajadusi (teenused peavad olema sama kvaliteetsed kui puueteta inimestele osutatavad teenused, lisaks tuleb neile osutada vajalikke eriteenuseid¹⁰)
- pöörata rohkem tähelepanu tervishoiutöötajate pidevale kutsealasele arendamisele. Ajakohastada kutseoskusi, et aidata parandada tervishoiualaste tulemuste kvaliteeti ja suurendada patsientide ohutust
- töötada välja koolitusi, et julgustada vanemate töötajate tööjõuturule naasmist
- korraldada tervishoiutöötajatele juhtimiskoolitusi
- soodustada liikmesriikidevahelist koostööd tervishoiutöötajate piirmäära kehtestamisel ja võimaldada suuremat paindlikkust
- edendada keeleõppe võimalusi, et toetada võimalikku liikuvust

¹⁰ ÜRO puuetega inimeste õiguste konventsiooni artikkel 35; konventsioonile on alla kirjutanud kõik Euroopa Ühenduse liikmesriigid.

- luua ELi mehhanism, näiteks tervishoiusektori tööjõu seirekeskus, et toetada liikmesriike tulevase tööjõusuutlikkuse ja koolitusvajaduste kavandamisel ning uue tehnoloogia rakendamisel

4.4. Tervishoiutöötajate Euroopa Liidu sisese liikuvuse juhtimine

Isikute vaba liikumine on üks ühenduse õigusega tagatud põhivabadustest. Töötajate vaba liikumine on sätestatud EÜ asutamislepingu artiklis 39 ning seda on edasi arendatud määruses 1612/68,¹¹ millega antakse ELi kodanikele õigus töötada teises liikmesriigis töövõtjana või avaliku teenistujana. Asutamisõigus on sätestatud EÜ asutamislepingu artiklis 43, millega antakse õigus töötada teises liikmesriigis füüsilisest isikust ettevõtjana. Artiklis 49 on sätestatud teenuste vaba osutamise õigus. Määruses 1408/71 ja rakendusmääruses 574/72¹² on käsitletud eri sotsiaalkindlustusskeemide kooskõlastamist, et lihtsustada vaba liikumise õiguse kasutamist. ELi kodanikel on õigus õppida teises liikmesriigis selle liikmesriigi kodanikega samadel tingimustel.

Direktiivis 2005/36/EC on sätestatud kutsekvalifikatsioonide tunnustamine seoses asutamisõiguse kasutamisega teises liikmesriigis ja teenuste piiriülese osutamise lihtsustamisega asukohariigist erinevas liikmesriigis. Direktiiviga on kehtestatud ka nõue, et vastuvõtva ja päritoluliikmesriigi pädevad ametiasutused vahetavad teavet rakendatud distsiplinaar- või kriminaalkaristuste ning muude tõsiste erijuhtumite kohta. Lisaks reguleerivale raamistikule on kutseorganisatsioonid loonud teatavaid tervishoiutöötajate liikuvusega seotud algatusi, nagu näiteks algatus „Health Professionals Crossing Borders” ja kutsekaardi pilootalgatus. Mõlema algatuse eesmärk on parandada juurdepääsu teabele juhul, kui on tekkinud kahtlus isiku tegevuse suhtes. Nende algatuste arengut tuleb jälgida.

Üliõpilaste ja töötajate vaba liikumine aitab tagada, et tervishoiutöötajad liiguvad sinna, kus neid kõige enam vajatakse. Tervishoiutöötajate liikuvusel on mitmesuguseid põhjuseid – liigutakse sinna, kus karjääri- ja koolitusvõimalused, palgad ja töötingimused on paremad. Liikuvus võib mõjutada riigisiseseid ja riikidevahelisi erinevusi nii negatiivselt kui ka

¹¹ Nõukogu määrus (EMÜ) nr 1612/68, 15. oktoober 1968, töötajate liikumisvabaduse kohta ühenduse piires.

¹² Nõukogu määrus (EÜ) nr 1408/71, 14. juuni 1971, sotsiaalkindlustusskeemide kohaldamise kohta ühenduse piires liikuvate töötajate, füüsilisest isikust ettevõtjate ja nende pereliikmete suhtes; nõukogu määrus (EMÜ) nr 574/72, 12. märts 1972, millega on kehtestatud määruse (EMÜ) nr 1408/71 sotsiaalkindlustusskeemide kohaldamise kohta ühenduse piires liikuvate töötajate, füüsilisest isikust ettevõtjate ja nende pereliikmete suhtes rakendamise kord.

positiivses suunas.. Eelnevat arvesse võttes ei soovi mõned liikmesriigid teha investeeringuid suurema arvu tervishoiutöötajate koolitamiseks, sest vaid vähesed neist jäävad riiki tööle ja investeeringute tootlikkus on väike.

Suurenenud liikuvusega seotud probleeme ei tohi lahendada üliõpilaste ja töötajate vaba liikumise õigusliku piiramisega, vaid asjakohaste meetmete kohaldamisega ning kooskõlastatult ELi asutuste ja teiste liikmesriikidega. Tööjõu suurenenud liikuvus võib sundida kohaliku ja/või riikliku tasandi tervishoiujuhte kontrollima, kas värbamist ja ametialast arengut käsitlevad meetmed on ikka piisavad.

Kodanikel on õigus juurdepääsule teistes liikmesriikides pakutavatele tervishoiuteenustele. Piiriüleste tervishoiuteenuste direktiivi ettepaneku eesmärk on tagada tervishoiuteenuste osutamisel ühiste põhimõtete kohaldamine kõikjal Euroopa Liidus. Direktiivi väljatöötamise üks eesmärk on toetada nendes piirkondades (sh piiriäärsetes piirkondades), kus see on tulemuslik, Euroopa tasandil koostööd Euroopa erialakeskuste tugivõrgustike, ELi tervisetehnoloogia hindamisvõrgustiku või e-tervishoiu teenuste kaudu.

Mõjutavad tegurid ja võimalikud tegevusvaldkonnad:

- edendada liikmesriikide vahelisi kahepoolseid kokkuleppeid, et kasutada ära võimalikku arstide ja õdede ülejääki
- investeerida, et koolitada ja värvata piisaval arvul tervishoiutöötajaid ning tagada toimetulek ELi tasandil
- järgides ühenduse õigusakte edendada koolitust ja personalivahetust käsitlevate piiriüleste kokkulepete sõlmimist, mis võiks aidata vähendada tervishoiutöötajate väljavoolu
- soodustada personali ringrännet (st, et personal osaleb teises liikmesriigis koolitustel või väljaõppel ja kogub seal kogemusi ning pöördub pärast täiendavate oskuste ja teadmiste omandamist kodumaale tagasi).
- luua ELi tasandi foorum või platvorm, kus tervishoiujuhid saaksid kogemusi vahetada

4.5. Tervishoiutöötajate ülemaailmne ränne

Tervishoiutöötajate nappus on ülemaailmne, kuid probleem on eriti akuutne Sahara-taguses Aafrikas, kus on jõutud kriitilise piirini¹³. Töötajate nappust on veelgi suurendanud arenenud riikide kasvav vajadus ravi- ja hoolduspersonali järele ning konkurents.

ELi sisesed tervishoiu meetmed mõjutavad olulisel määral ka ELi välis- ja arengupoliitikat. Kui EL ei võta meetmeid, et koolitada ja hoida tööl piisaval arvul Euroopast pärit tervishoiutöötajaid, ei vähene ilmselt ka rände negatiivne mõju arenguriikide tervishoiusüsteemidele¹⁴.

Arengumaade tervishoiu inimressursikriisi käsitlevas ELi tegevusstrateegias,¹⁵ mis võeti vastu 2005. aasta detsembris ja Euroopa tegevusprogrammis arengumaade tervishoiutöötajate nappusega seotud probleemi lahendamiseks (2007–2013),¹⁶ mis võeti vastu aasta hiljem, tunnistatakse, et Euroopa Liidul on kohustus võtta meetmed kvaliteetse tervishoiuteenuse osutamise eesmärgi, saavutamiseks, ilma et see mõjutaks negatiivselt olukorda kolmandates riikides, kus on tõsine tervishoiutöötajate nappus.

Euroopa Liit töötab välja ühist sisserändepoliitikat,¹⁷ mis hõlmab meetmeid kolmandate riikide negatiivsete arenguperspektiivide, näiteks ulatusliku ajude äravoolu vältimiseks ja selle asemel ringrände edendamiseks. Neid aspekte käsitletakse dokumendis „Üldine lähenemisviis migratsioonile”¹⁸. Lisaks koostas komisjon 2007. aastal direktiivi ettepaneku, et lihtsustada kõrgelt kvalifitseeritud sisserändajate lubamist ELi.¹⁹ Selles on eraldi klausel, milles käsitletakse eetilist värbamist sellistes valdkondades nagu näiteks tervishoid, kus valitseb personalipuudus.

Viimasel aastakümnel on välja töötatud tervishoiutöötajate eetilise värbamise juhend, mille eesmärk on vähendada rändevoolude negatiivset mõju arenguriikide haavatavatele tervishoiusüsteemidele. Ühendkuningriik on vastu võtnud rahvusvahelise värbamise juhendi²⁰ ning Norra²¹ ja Madalmaad²² on mõlemad koostanud eetilise värbamise meetmeid hõlmava

¹³ Tervishoiutöötajate nappus on jõudnud kriitilise piirini 57 riigis, nendest 36 asuvad Aafrikas.

¹⁴ Välja ei rännata mitte ainult arengumaadest, arstid ja meditsiiniõed lahkuvad ka Euroopa Liidust, et asuda tööle USAs, Kanadas, Austraalias ja Uus-Meremaal.

¹⁵ KOM(2005) 642.

¹⁶ KOM(2006) 870.

¹⁷ Vt KOM(2008) 359, Euroopa ühine sisserändepoliitika: põhimõtted, meetmed ja vahendid.

¹⁸ Vt KOM(2006) 735 ja KOM(2007) 247.

¹⁹ KOM(2007) 637 (lõplik). Samal ajal võeti vastu ka direktiivi ettepanek KOM(2007) 638 liikmesriigis ametlikult viibivate kolmandate riikide kodanike ühtse taotlemise menetluse ja ühiste õiguste kohta.

²⁰ www.nhsemployers.org

²¹ *Recruitment of Health Workers: towards Global Solidarity*, 2007.

strateegia, millega piiratakse aktiivset värbamist riigi tasandil ja edendatakse kahepoolsetele kokkulepetele toetuvat värbamist. 2008. aastal võttis haiglate sotsiaaldialoogi komitee (mille moodustavad Euroopa sotsiaalpartneritena HOSPEEM ja EPSU) Euroopa Liidu tasandil vastu juhendi eetilise piiriülese värbamise ja töö hoidmise korraldamise ja järelevalve kohta (*Code of Conduct and follow-up on Ethical Cross-Border Recruitment and Retention*),²³ et edendada eetilist käitumist ja peatada ebaetiline tegevus tervishoiutöötajate piiriülesel värbamisel.

EL on võtnud kohustuse töötada välja juhend ELi mittekodanikest tervishoiutöötajate värbamiseks ja astuda olemasolevate meetmete raames samme, et vähendada negatiivset ja suurendada positiivset mõju arenguriikidele seoses tervishoiutöötajate väljarändega Euroopa Liitu²⁴. 2008. aasta septembris vastu võetud arenguaruandes tegevusprogrammi rakendamise kohta²⁵ korraldatakse taas vajadust pidada kinni kõnealustest kohustustest.

Mõjutavad tegurid ja võimalikud tegevusvaldkonnad:

- töötada välja põhimõtted, millest tuleks juhendada tervishoiutöötajate värbamisel arengumaadest, ja meetod järelevalve korraldamiseks
- toetada WHO püüdlusi töötada välja töötajate eetilist töölevõtmist käsitlev ülemaailmne käitumisjuhend
- edendada kahe- ja mitmepoolsete lepingute sõlmimist päritoluriikide vahel ning töötada välja ringrännet²⁶ toetav mehhanism
-

4.6. Otsuste tegemist toetavad andmed

Kõik eespool kirjeldatud küsimused on väljakutseks tervishoiusüsteemi planeerijatele, tervishoiuteenuste osutajatele ja tervishoiujuhtidele. Olukord on seda keerulisem, et puuduvad ajakohastatud ja võrreldavad andmed näiteks õppivate ja töötavate tervishoiutöötajate arvu

²² Tegevuskava „Working on Care”, 2007.

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

²⁴ Euroopa Parlamendi dokumendid „Arengumaade tervishoiu inimressursikriisi käsitlev ELi tegevusstrateegia” ja KOM(2006) 870, komisjoni teatis nõukogule ja Euroopa Parlamendile „Euroopa tegevusprogramm arengumaade tervishoiutöötajate nappusega seotud probleemi lahendamiseks (2007–2013)”.

²⁵ SEK(2008) 2476.

²⁶ Ringränne eeldab, et tunnustatakse teises tervishoiusüsteemis töötamise kogemusi, kuid julgustatakse samas pärast täiendavate oskuste ja kogemuste omandamist päritoluriiki tagasipöördumist. Stiimuliks võiks olla ka see, kui töötajaga lepatakse kokku karjääriskavas, mis tähendab, et töötajate tagasipöördumisel võetakse omandatud kogemusi töötasu maksmisel arvesse.

kohta või nende jaotumise kohta eriala, geograafilise asukoha, vanuse, soo ja päritoluriigi lõikes. Võttes arvesse et võimalik tööjõu nappus ühes piirkonnas mõjutab kogu Euroopat, on liikmesriikide ametiasutustel tervishoiuteenuste planeerimiseks ja osutamiseks esmavajalik omada kogu Euroopat hõlmavat teavet.

WHO jaoks 2006.aastal koostatud viie riigi (Eesti, Leedu, Poola, Saksamaa ja Ühendkuningriik) juhtumiuuringuid hõlmavas aruandes²⁷ tõdeti, et ükski viiest riigist ei suuda esitada täielikku ja täpset teavet tervishoiutöötajate rahvusvahelise liikuvuse kohta. Kõige sagedamini kasutati liikuvuse mõõtmiseks pädevate ametiasutuste väljastatud sertifikaate. See annab üldise aastase ülevaate teise riiki tööleminekut kavandavate tervishoiutöötajate arvu kohta, kuid mitte kõik ei tee otsust teoks, samas kui mõned tervishoiutöötajad taotleavad sertifikaati korduvalt. Näiteks Eesti aruandes märgitakse, et 344st sertifikaati taotlenud arstist suundus tegelikult välismaale ainult 182.

Euroopa Komisjon kogub andmeid sektoraalsete **vastastikuse tunnustamise süsteemide põhjal tehtud kutsequalifikatsioonide tunnustamise otsuste** kohta. Need andmed on esitatud järgmisel veebisaidil:

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

Andmed kajastavad tööle asumist või soovi asuda tööle teises liikmesriigis. Kuna puudub edasine teave selle kohta, kas töötaja asus ka tegelikult tööle mõnda teise liikmesriiki või kolmandasse riiki või pöördus päritoluriiki tagasi, saab üksikasjalikuma teabe puudumisel olemasolevaid andmeid käsitleda vaid ligikaudsetena.

EUROSTATi andmed tervishoiutöötajate arvu kohta sõltuvad liikmesriikides kogutavatest andmetest. Need andmed on esitatud järgmisel veebisaidil:

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

Lisaks toetab Euroopa Liit OECD projekti arstide ja õdede liikuvuse uurimiseks OECD/EL-25 riikides; tulevikus on kavas kaasata projekti ka muud tervishoiuspetsialistid. Projekt annab kasulikku teavet, kuid ei taga andmete võrreldavust, sest andmete registreerimisprotsess ja andmete kogumise tsentraliseerituse tase on liikmesriigiti erinev.

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

2006. aasta novembris koostas Euroopa rändevõrgustik²⁸ oma üheteistkümne riikliku kontaktpunkti kaasabil uuringu tervishoiutöötajate juhitud sisserände kohta. Selgus, et andmed – eelkõige kolmandatest riikidest pärit tervishoiutöötajate kohta ELis – on piiratud ning sageli jaotunud mitme eri allika vahel isegi ühe liikmesriigi piires.

Mõjutavad tegurid ja võimalikud tegevusvaldkonnad:

- kooskõlastada või standartida tervishoiutöötajatega seotud näitajad
- seada sisse tervishoiutöötajate liikuvuse seiresüsteem
- tagada tervishoiutöötajaid käsitlevate andmete kättesaadavus ja võrreldavus, eelkõige selleks, et jälgida täpsemalt tervishoiutöötajate teatavate rühmade liikuvust

5. UUE TEHNOLOOGIA MÕJU TERVISHOIUTÖÖTAJATE TÖÖ TÕHUSTAMISELE

Tervishoiuvaldkonna areng sõltub teaduse ja tehnika edusammudest. Uuest tehnoloogiast sõltub mida on võimalik saavutada ning kuidas tervishoiuvaldkonda korraldada ja teenuseid osutada. Uus tehnoloogia võimaldab tervishoiutöötajatel paremini teavet vahetada ning teha tihedamat koostööd, mis parandab raviteenuste üldist kvaliteeti. Teatavate haiguste ja patsientide puhul võimaldab uus tehnoloogia osutada hooldusteenust haigla asemel patsiendi juures kodus; see omakorda tõstab elukvaliteeti ja tagab ressursside parema kasutamise.

Lähiajal võib uus tehnoloogia, nagu telemeditsiin, tagada parema tervishoiuteenustega hõlmatus e kõrvalistes või tervishoiutöötajate nappusega piirkondades. Näiteks võimaldab telemeditsiin teatavates ELi piirkondades kasutada kaugdiagnoosimist ning mõnel juhul aitab mammograafia sõeluuringute tulemuste kaugdiagnoosimine parandada patsientidele osutatavaid teenuseid.

Uue tehnoloogia kasutamine eeldab tervishoiutöötajatele asjakohase koolituse ning vajadusel ka ümberkoolituse korraldamist. Lisaks peavad tervishoiutöötajad nõustuma uue tehnoloogia kasutamisega, mis eeldab mõnikord kindlakskujunenud töömeetodite ja -struktuuri muutmist. Komisjoni teatistes telemeditsiini kohta nii patsientide, tervishoiusüsteemi kui ka kogu ühiskonna hüvanguks esitatakse Euroopa raamistiku kavand mõne sellise probleemi lahendamiseks.

²⁸ <http://emn.sarenet.es/>

Mõjutavad tegurid ja võimalikud tegevusvaldkonnad:

- tagada tervishoiutöötajate asjakohane koolitus, et nad saaksid uut tehnoloogiat igakülgsest kasutada
- võtta meetmeid, et edendada uue infotehnoloogia kasutuselevõttu
- tagada uue infotehnoloogia ristikasutatavus
- tagada kogu Euroopa Liidus parem varustatus uue tehnoloogiaga

6. Tervishoiutöötajate roll ettevõtluses

Mõned tervishoiutöötajad, näiteks arstid, psühholoogid, hambaarstid, kiropoodid, füsioterapeudid ja tööterapeudid on ettevõtjad, nad juhivad oma erapraksist või meditsiinikeskusi ja värbavad töötajaid. Komisjoni poliitika, mille eesmärk on Euroopa ärikeskkonna parandamine ning ettevõtluse toetamine ja julgustamine, mõjutab ka ettevõtjatest isikute tegevust. 4. oktoobril 2007 avaldas komisjon teatise „Väikesed ja keskmise suurusega ettevõtjad (VKE-d) – töökohtade ja majanduskasvu tagamise võti. Tänapäevase VKE-poliitika vahekokkuvõte”, milles tunnistatakse VKEde panuse tähtsust Lissaboni strateegia eesmärkide saavutamisel, milleks on majanduskasvu edendamine ning uute ja paremate töökohtade loomine. Kõnealused ettevõtjad annavad oma panuse Euroopa majanduskasvu suurendamiseks, nad on juhtiv jõud uuendustegevuse, piirkondliku arengu, koolituse ja tööhõive valdkonnas ning nad aitavad parandada juurdepääsu tervishoiuteenustele.

ELi majanduskasvu ja tööhõive strateegia võtmeelement on Euroopa väikeettevõtlusalgatus (Komisjoni teatis nõukogule, Euroopa Parlamendile, Euroopa Majandus- ja Sotsiaalkomiteele ning Regioonide Komiteele „Kõigepealt mõtle väikestele” Euroopa väikeettevõtlusalgatus „Small Business Act”; KOM(2008) 394). See hõlmab VKEde poliitika ühised põhimõtteid ning meetmeid nende rakendamiseks. Algatuse eesmärk on edendada ettevõtlust, kinnistada põhimõte „kõigepealt mõtle väikestele” poliitikakujundamisse ning soodustada VKEde kasvu.

Mõjutavad tegurid ja võimalikud tegevusvaldkonnad:

- julgustada ettevõtjaid tegutsema tervishoiusektoris, et parandada tervishoiuteenuste osutamise kavandamist ja luua uusi töökohti
- teha tervishoiusektoris kindlaks ettevõtjate tegevust takistavad tegurid

7. ÜHTEKUULUVUSPOLIITIKA

ELi tööjõu arendamine tervishoiuvaldkonnas on seotud ka ühtekuuluvuspoliitikaga. Kehtiva õigusraamistiku kohaselt on tervishoiutöötajate koolitamiseks võimalik kasutada struktuurifondide vahendeid. Ühtekuuluvuspoliitika strateegilised suunised, millega nähakse ette struktuurifondide kasutamise prioriteedid aastateks 2007–2013, sisaldavad eraldi osa „Tööjõutervishoid”. Juulis 2006 vastu võetud määrusega Euroopa Sotsiaalfondi kohta (määrus 1081/2006) nähakse ette, et Euroopa Sotsiaalfondi prioriteetide hulka kuulub tööea pikendamine ja parema tervise saavutamine. Sellest lähtuvalt on mõnedel (enamasti uued) liikmesriikidel kavas investeerida suuri summasid tervishoiutöötajate haridus- ja koolitussüsteemi, kasutades selleks Euroopa Sotsiaalfondi abi. Lisaks on kavas Euroopa Regionaalarengu Fondi kaudu investeerida tervishoiu infrastruktuuri 5,2 miljardit eurot. Struktuurifondide tõhus kasutamine tervishoiutöötajate oskuste ja pädevuse edendamiseks ning tervishoiu infrastruktuuri arendamiseks aitab parandada töötingimusi ja tõsta tervishoiuteenuste kvaliteeti, seega vähendada ebavõrdsust tervisevaldkonnas ja suurendada kokkukuuluvust nii liikmesriikide sees kui ka nende vahel.

Mõjutavad tegurid ja võimalikud tegevusvaldkonnad:

- kasutada ulatuslikumalt tervishoiutöötajate koolitamiseks ja nende kutseoskuste täiendamiseks antavat struktuurifondide abi
- kasutada paremini struktuurifondide abi tööjõu arendamiseks tervishoiusektoris
- tõhustada struktuurifondidest antava abi kasutamist töötingimuste parandamiseks.

8. KONSULTEERIMINE

Euroopa Komisjon palub kõigil huvitatud organisatsioonidel saata vastused rohelises raamatus tõstatatud küsimustele hiljemalt 2009. aasta 31. märtsiks järgmisel aadressil (eelistatult e-postiga): SANCO-health-workforce@ec.europa.eu

või järgmisel aadressil:

European Commission, B-1049, Brussels, Belgium

Kui vastajad seda ei keela, siis eeldavad komisjoni talitused, et vastajad on nõus nende vastuse avaldamisega komisjoni veebilehel ja/või tsiteerimisega arutelu tulemusi analüüsivates aruannetes.