

**HU**

**HU**

**HU**



AZ EURÓPAI KÖZÖSSÉGEK BIZOTTSÁGA

Brüsszel, 10.12.2008  
COM(2008) 725 végleges

**ZÖLD KÖNYV**

**az európai egészségügyi dolgozókról**

## TARTALOMJEGYZÉK

1.	Bevezetés .....	3
2.	A zöld könyv kiadásához vezető okok.....	4
3.	Jogi keret és az EU-szintű fellépés jogalapja.....	5
4.	Az EU egészségügyi dolgozóit befolyásoló tényezők és a főbb megválaszolandó kérdések .....	5
4.1.	A demográfia és a fenntartható egészségügyi munkaerő előmozdítása.....	5
4.2.	Népegészségügyi kapacitás .....	7
4.3.	Képzés .....	8
4.4.	Az egészségügyi dolgozók EU-n belüli migrációjának irányítása.....	9
4.5.	Az egészségügyi dolgozók globális migrációja .....	10
4.6.	A döntéshozatalt támogató adatok .....	12
5.	Az új technológia hatása: az egészségügyi dolgozók hatékonyságának javítása.....	13
6.	Az egészségügyi vállalkozók szerepe a munkaerőpiacon.....	14
7.	Kohéziós politika .....	15
8.	Konzultáció .....	15

## A fenntartható egészségügyi munkaerő előmozdítása Európában

### 1. BEVEZETÉS

Az EU egészségügyi rendszereinek bonyolult egyensúlyozási mutatókat kell végrehajtaniuk egyrészt az egészségügyi szolgáltatások iránti fokozódó kereslet és a korlátozott kínálat között, másrészt pedig azon szükségletek között, hogy helyi választ adjon az emberek egészségügyi igényeire, ugyanakkor fel legyen készülve a jelentős közegészségügyi válságokra.

Az európai egészségügyi rendszerek számos kihívással szembesülnek:

- A politikaalkotóknak és az egészségügyi hatóságoknak egészségügyi ellátórendszereiket az öregedő népességhez kell igazítaniuk. Az 27 tagú EU 65 év fölötti népessége 2008 és 2060 között várhatóan 66,9 millióval növekszik, és a „nagyon idősök” (80 év fölöttiek) lesznek a népesség leggyorsabban növekvő szegmense<sup>1</sup>.
- Az új technológiák bevezetése lehetővé teszi az egészségügyi ellátás – diagnózis, prevenció és kezelés – kiterjedésének és minőségének javítását, ezt azonban meg kell fizetni, a személyzetet pedig ki kell képezni a használatukra.
- Új és újra megjelenő, egészséget fenyegető veszélyek tapasztalhatók például fertőző betegségek formájában.
- Mindez az egészségügyi kiadások folyamatos emelkedéséhez vezet, sőt néhány országban hosszabb távon jelentős kérdéseket vet fel az egészségügyi rendszer fenntarthatóságával kapcsolatban is.

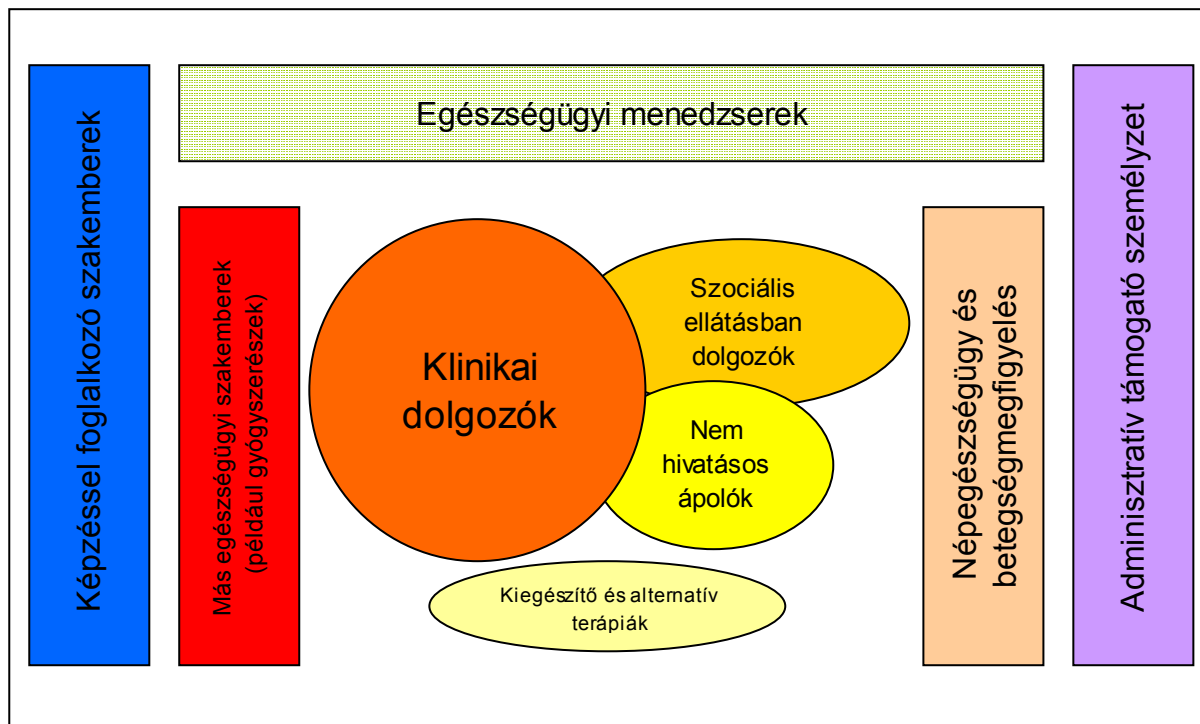
Az ezekre a kihívásokra adandó megfelelő válaszhoz az egészségügyi rendszereknek kiváló minőségű, hatékony és eredményes munkaerőre van szükségük, mivel az egészségügyi szolgáltatások rendkívül munkaerő-igényesek. Sőt az egészségügyi ellátás valójában az EU gazdaságának egyik legjelentősebb ágazata: az EU dolgozóinak tizede itt dolgozik, az egészségügyi ellátásra vonatkozó költségvetés mintegy 70 %-át pedig fizetésekre és az egészségügyi dolgozók foglalkoztatáshoz közvetlenül kapcsolódó terhekre fordítják<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> EUROPOP 2008 konvergencia-forgatókönyv (a 2008-as adatokon alapuló nemzeti népesség-előrejelzések szerint).

<sup>2</sup> Dubois C, Mc Kee M, Nolte E (2006) Human Resources for Health in Europe (humán erőforrás az európai egészségügyben), Open University Press, Anglia.

1. ábra – Az egészségügyi dolgozók összetétele



## 2. A ZÖLD KÖNYV KIADÁSÁHOZ VEZETŐ OKOK

Az Európai Bizottság 2007 októberében elfogadott egészségügyi stratégiája, amelyet az „Együtt az egészségért” című fehér könyvben tettek közzé, új megközelítést indítványozott biztosítani, hogy az immáron 27 tagállamot számláló EU minden tőle telhetően megtegyen az olyan kihívások kezelésére, mint például az egészségügyi fenyegetések, a járványok, az életmódhoz kapcsolódó betegségek, az egyenlőtlenségek és az éghajlatváltozás. Célja, hogy támogassa az öregedő Európa egészségi állapotát a jó egészségi állapot egész életen át tartó elősegítésével, a polgárok egészségügyi fenyegetések elleni védelmével, valamint dinamikus egészségügyi rendszerek és az új technológiák támogatásával.

A zöld könyvnek az a célja, hogy láthatóbbá tegye az EU egészségügyi dolgozói előtt álló nehézségeket, világosabb képet adjon arról, milyen mértékben szembesülnek azonos kihívásokkal az egészségügy helyi és/vagy országos irányítói, valamint jobb alapot biztosítson annak megfontolásához, mit lehetne az EU szintjén a problémák hatékony orvoslása érdekében tenni, mégpedig oly módon, hogy ne járjon negatív hatással az EU-n kívüli egészségügyi rendszerekre.

A zöld könyv az EU egészségügyi dolgozói előtt álló azon kihívásokat szeretné a lehető legpontosabban leírni, amelyek az összes tagállamban közhitek: ilyen a demográfiai kérdéskör (öregedő globális népesség és öregedő egészségügyi dolgozók), ami azt jelenti, hogy a rendszerbe nem lép be elegendő fiatal ahhoz, hogy helyettesítse a kilépőket; az egészségügyi dolgozók sokfélesége; az egészségügyi és népegészségüggyel kapcsolatos munkahelyek csekély vonzereje a fiatal nemzedékek számára; az egészségügyi szakemberek EU-n belüli és EU-n kívülre irányuló vándorlása; az EU-n belüli egyenlőtlen mobilitás, különösen egyes egészségügyi szakembereknek a szegényebb tagállamokból a gazdagabbakba történő mozgása, valamint a harmadik országokból történő egészségügyi agyelszívás.

A zöld könyv második célkitűzése az, hogy segítsen azonosítani azokat a területeket, ahol a Bizottság véleménye szerint további intézkedések tehetők, és erről vitát indítson.

### **3. JOGI KERET ÉS AZ EU-SZINTŰ FELLÉPÉS JOGALAPJA**

Az EK-Szerződés 152. cikke szerint a „népegészségügy terén való közösségi fellépés során teljes mértékben tiszteletben kell tartani a tagállamoknak az egészségügyi szolgáltatások és az orvosi ellátás szervezésére és nyújtására vonatkozó hatáskörét”. A cikk azonban azt is hangsúlyozza, hogy a Közösségnek bátorítania kell a tagállamok közötti együttműködést, és elő kell mozdítania politikáik és programjaik összehangolását.

A közösségi intézkedések tehát a nemzeti politikákat kívánják kiegészíteni. Az egészségügyi szolgáltatások megszervezésének és teljesítésének legfőbb felelősei a tagállamok, az EU azonban – például hálózatok létrehozásával és a bevált gyakorlatok megosztásával – fontos szerepet játszik a tagállamok támogatásában és a hozzáadottérték-teremtésben.

Ezen kívül az EK-Szerződés és a másodlagos jog is tartalmaz olyan szabályokat, amelyeket a tagállamoknak egészségügyi ágazatuk szervezése során tiszteletben kell tartaniuk.

A másodlagos jogot tekintve a releváns példák közé sorolhatók az Európai Közösség munkajogi irányelvei, így például a munkaidő-irányelv, amely a munkavállalók egészségvédelme és biztonsága érdekében meghatározza a munkaidő maximális hosszát, továbbá minimális napi és heti pihenőidőt szab meg. Az irányelv az összes tagállam által érvényesítendő minimumkövetelményekről rendelkezik, ám minden tagállam kívánsága szerint szabadon továbbra is alkalmazhat olyan szabályokat, amelyek a munkavállalók védelme szempontjából ezeknél kedvezőbbek.

A Bíróságnak az ügyeleti időről és a kompenzáló pihenőidőről szóló döntései fontos kérdéseket vetnek fel az egészségügyi és a gondozási szolgáltatásokkal kapcsolatban<sup>3</sup>. A Bizottság már be is nyújtott jogszabályjavaslatokat<sup>4</sup>, amelyeket jelenleg vitat meg a Tanács és az Európai Parlament<sup>5</sup>.

### **4. AZ EU EGÉSZSÉGÜGYI DOLGOZÓIT BEFOLYÁSOLÓ TÉNYEZŐK ÉS A FŐBB MEGVÁLASZOLANDÓ KÉRDÉSEK**

#### **4.1. A demográfia és a fenntartható egészségügyi munkaerő előmozdítása**

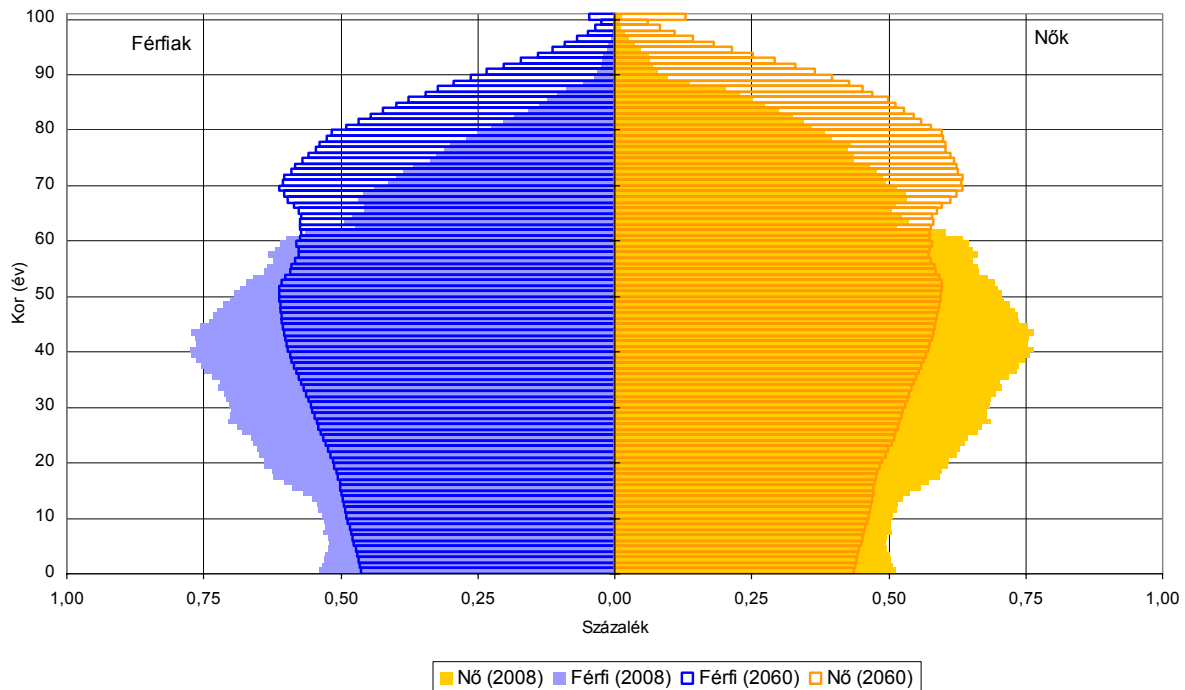
A polgárok egyre tovább és jobb egészségi állapotban élnek. A várható élettartam az '50-es évek óta következetesen – nagyjából évtizedenként 2,5 évvel – nő, és várhatóan továbbra is növekedni fog,

---

<sup>3</sup> Azzal a kijelentéssel, hogy az egészségügyi szakembernek még a pihenéssel töltött ügyeleti ideje is munkaidőnek számít, amennyiben a munkahelyén kell maradnia, a Bíróság elismerte, hogy például az orvosok a legtöbb tagállamban 48 óránál többet dolgoznak. Az ítéletnek való megfeleléshez néhány tagállamnak jelentős toborzási erőfeszítésekre lesz szüksége, amelyre nincs mindig lehetőség.

<sup>4</sup> COM(2004) 607 (a 2003/88/EK irányelvet módosító javaslat); és COM(2005) 246 (az Európai Parlament nézeteit figyelembe vevő módosított javaslat).

<sup>5</sup> A Tanács közös álláspontja: 2008. szeptember 15. A közös álláspontról szóló bizottsági közlemény az Európai Parlamentnek: COM(2008) 568.



2. ábra – Népeségelőrejelzés (2008 és 2060)

Az idősödő népesség miatt döntő fontosságú, hogy az emberek jó egészségben öregedjenek: az egészségben töltött életevek számát a lehető legnagyobbra kell növelni. Mindazonáltal ahogy az emberek tovább élnek, várhatóan a súlyos fogyatékossgal élő és tartós gondozásra szoruló öregek száma is növekedni fog<sup>6</sup>. Időskorban elterjedtebbek a többszörös krónikus megbetegedések, ami hatással lesz a gondozásra is. Ezen kívül minden bizonytal növekedni fog a hivatásos gondozás iránti kereslet is, mivel – például a családstruktúrák változásai miatt – a nem hivatásos gondozók száma valószínűleg csökkenni fog.

A népességgel együtt az egészségügyi dolgozók is öregszenek: 1995 és 2000 között Európa-szerte 20 %-kal csökkent a 45 évnél fiatalabb orvosok száma, miközben a 45 évnél idősebbeké több mint 50 %-kal emelkedett. Az ápolók esetében szintén növekszik az átlagéletkor: öt tagállamban az ápolók majdnem fele 45 évnél idősebb<sup>7</sup>. Ahogy ezek a munkavállalók közelednek a nyugdíjas korhoz, elegendő helyükbe lépő fiatal kezdőre van szükség.

Az egészségügyi dolgozók között a nők aránya történelmileg jelentős, és tovább növekszik. Összességében az EU egészségügyi dolgozóinak háromnegyede nő, néhány tagállamban pedig már az orvosképzésre felvettek között is 50 % fölötti az arányuk<sup>8</sup>. Ezért fontos, hogy a humán erőforrás-stratégiákban a nemek egyenlőségére vonatkozó intézkedések is támogatást kapjanak.

A nők és férfiak közötti egyenlőségre vonatkozó ütemterv (2006–2010)<sup>9</sup> számos intézkedést határoz meg azzal a céllal, hogy a nők és a férfiak azonos gazdasági függetlenséget és a

<sup>6</sup> OECD: Trends in Severe Disability among Elderly People (időskori súlyos fogyatékossgai trendek), DELSA/HEA/WD/HWP(2007).

<sup>7</sup> WHO Observatory Policy, 2006-os sorozat.

<sup>8</sup> WHO Observatory Policies, 2006-os sorozat.

<sup>9</sup> COM(2006) 92.

döntéshozatalban azonos részvételt érjenek el, valamint intézkedéseket javasol a munka és a család/magánélet összeegyeztethetőségének javítására.

A háború után született „baby boom” nemzedék küszöbön álló nyugdíjazásával szembeülve a megfelelő dolgozói létszám fenntartásának kulcsa a fiatal orvosok oktatása, toborzása és megtartása, illetve az idősebb munkaerőbe történő befektetés.

#### **Befolyásoló tényezők és lehetséges intézkedések**

- Az egészségügyi dolgozókra fordított kiadások szintjének felmérése.
- Jobb munkakörülmények biztosítása az egészségügyi dolgozóknak, illetve a motiváció és a munkahelyi morál javítása.
- Képzési és toborzókampányok lehetőségének mérlegelése, elsősorban az 55 év feletti és a családi kötelezettségek alól már mentesült dolgozók munkahelyi arányának növeléséből származó előnyök kiaknázása végett.
- A krónikus megbetegedések kezelési gyakorlatának és a tartós gondozásnak a megszervezése az otthonhoz közelebb vagy közösségi környezetben.
- A jelenlegi egészségügyi dolgozók hatékonyabb elosztása.
- „Vissza az egészségügybe” kampányok lehetőségének mérlegelése az egészségügyet elhagyók visszacsábítására.
- A társadalmi és etnikai sokszínűség jobb előtérbe helyezése a toborzás során.
- Az egészségügyi és gondozói ágazatban befutható karrierlehetőségek széles kínálatának tudatosítása az iskolákban.

#### **4.2. Népegészségügyi kapacitás**

A népegészségügyi funkció számos különféle tevékenységből áll össze a népesség egészségének védelmétől és javításától kezdve az egészségügyi egyenlőtlenségek kezelésén keresztül egészen a hátrányos helyzetű és sérülékeny csoportok igényeinek kielégítéséig. A feladatok közé tartozik a szolgáltatások megtervezéséhez az egészségügyi igények felmérése és a hatásvizsgálatok elvégzése, a betegségmegelőzés (például védőoltással és szűrőprogramokkal), az egészségfejlesztés és az egészségre nevelés, a vérellátás biztosítása, a járványügyi megfigyelés, valamint a fertőző betegségekkel, járványokkal, illetve emberi és természeti katasztrófákkal bekövetkező egészségügyi fenyegetések esetére történő tervezés és válaszadás.

Az egészségfejlesztés és a betegségmegelőzés nem csupán önmagában fontos, hanem a jövőbeni kezelési és gondozási szolgáltatások iránti keresletet is nagyban csökkentheti. A népegészségügyi dolgozóknak az egész EU-ban megfelelően képzettnek és megfelelő számúaknak kell lenniük, hogy képesek legyenek ezeket a tevékenységeket eredményesen ellátni; ezt pedig a képzési és toborzási tervekbe is be kell illeszteni.

Külön hangsúlyt kell kapnia a munkahelyi egészségnek, hiszen a munkahelyi biztonság és egészség fontos meghatározója az általános közegészségnek. Továbbra is foglalkozni kell az olyan problémákkal, mint a munkahelyi balesetek, ám mivel a munkahelyi egészség fontos meghatározója a közegészségnek, különösen szemügyre kell venni az olyan új tényezőket, mint a munkaritmus változásai, a munka során használt új technológiák, a munkahelyi mobilitás, a munka és a magánélet megfelelő egyensúlyának elérése és a munkahelyi stressz. A nemrég elfogadott, munkahelyi egészségvédelemmel és biztonsággal kapcsolatos közösségi stratégia (2007–2012) (COM(2007) 62) egy sor ambiciózus célkitűzést határoz meg,



amelyekről a tagállamok megegyeztek, hogy magukévá teszik és támogatják őket. A célkitűzések elérése azonban nagyban függ attól, hogy rendelkezésre állnak-e a szükséges szakirányú egészségügyi dolgozók – például munkahelyi egészségüggyel foglalkozó orvosok és ápolók vagy egészségügyi és munkabiztonsági felügyelők.

#### **Befolyásoló tényezők és lehetséges intézkedések**

- A szűrési, egészségfejlesztési és betegségmegelőzési kapacitás erősítése.
- Jobb információgyűjtés a tényleges és potenciális népegészségügyi igényekről a népegészségügyi munkaerő leendő fejlesztésének megtervezése érdekében.
- A tudományos hivatások népszerűsítése az iskolákban a kevésbé ismert népegészségügyi foglalkozások (biológus, epidemiológus stb.) terén kínálgó karrierlehetőségek bemutatásával.
- Ismertebbé tenni az Európai Munkahelyi Biztonsági és Egészségvédelmi Ügynökséget (OSHA) a tagállamokban azzal, hogy közvetlenül a munkahelyeken népszerűsítik.
- A munkahelyi egészségüggyel foglalkozó orvosok munkájának népszerűsítése, és ösztönzők az orvosok számára, hogy erre a területre lépjenek.

### **4.3. Képzés**

A képzési kapacitás szintén olyan kérdéskör, amelyet mérlegelni kell a munkaerő-tervezés részeként. Ha több orvosra, ápolóra és más dolgozóra van szükség, akkor egyetemi helyből vagy képzési intézményből, továbbá oktató személyzetből is többre lesz igény, ami tervezést és beruházást igényel.

A tagállamoknak értékelniük kell, milyen szakirányú készségekre lesz szükség, figyelembe véve az egészségügyi kezeléseknél az új technológiák bevezetésével beálló változásait, az öregedő népességnek a betegségek mintázatára gyakorolt hatásait és a többszörös krónikus megbetegedéssel küzdő idős páciensek számának növekedését. Sajátos probléma, hogy a fokozódó utazás és mobilitás olyan betegségek elterjedésének kockázatát is növeli, amelyek eddig inkább csak trópusi országokban fordultak elő. Mindez új képzési követelményt jelent a klinikai orvosok és a fertőző betegségek megfigyelésével foglalkozók számára.

#### **Befolyásoló tényezők és lehetséges intézkedések**

- Annak biztosítása, hogy a képzések a fogyatékossgal élők sajátos igényeinek figyelembevételével legyenek megtervezve (ugyanolyan minőségű ellátásban kell részesülniük, mint a fogyatékossg nélkül élőknek, és el kell őket látni az általuk igényelt sajátos egészségügyi szolgáltatásokkal is<sup>10</sup>).
- Az egészségügyi szakemberek folyamatos szakmai fejlődésére (continuous professional development, CPD) fókuszálás. A szakmai készségek naprakészen tartása javítja az egészségügyi eredmények minőségét, és biztosítja a beteg biztonságát.
- Képzések kialakítása oly módon, hogy visszatérésre bátorítsa az érettebb

<sup>10</sup> Amint az Európai Közösség össze tagállama által aláírt fogyatékossgal élő személyek jogairól szóló ENSZ-egyezmény 35 cikke is megállapítja.

dolgozókat.

- Menedzsmentképzések biztosítása egészségügyi szakembereknek.
- A tagállamok közötti együttműködés elősegítése az egészségügyi dolgozók *numerus clausus*ainak irányításában és annak lehetővé tételében, hogy rugalmasabbak legyenek.
- A potenciális mobilitás elősegítéséhez nyelvtanulási lehetőségek kialakítása.
- Egy egész EU-ra kiterjedő mechanizmus – például egy egészségügyi dolgozókkal foglalkozó megfigyelőközpont – létrehozása, amely segítené a tagállamokat jövőbeni munkaerő-kapacitásuk és képzési szükségleteik megtervezésében, illetve technológiai fejlesztéseik végrehajtásában.

#### 4.4. Az egészségügyi dolgozók EU-n belüli migrációjának irányítása

A személyek szabad mozgása a közösségi jog által biztosított alapvető szabadságok egyike. A munkavállalók szabad mozgása az EK-Szerződés 39. cikkében van lefektetve, és az 1612/68/EGK rendelet<sup>11</sup> fejlesztette tovább, amely az EU polgárainak azon jogáról rendelkezik, hogy alkalmazottként vagy köztisztviselőként egy másik tagállamban dolgozhassanak. A letelepedés joga a Szerződés 43. cikkében van lefektetve, amely rendelkezik a valamely másik tagállamban való önálló vállalkozói tevékenység folytatásának jogáról is. Az EK-Szerződés 49. cikke a szolgáltatásnyújtás szabadságát rögzíti. A szabad mozgás alapvető jogának elősegítése érdekében az 1408/71/EGK rendelet és az ezt végrehajtó 574/72/EGK rendelet összehangolja a különféle társadalombiztosítási rendszereket<sup>12</sup>. Az uniós polgárok más tagállamokban tanulni is ugyanolyan feltételekkel jogosultak, mint az ottani állampolgárok.

A 2005/36/EK irányelv rendelkezik szakmai képesítések elismeréséről, tekintettel a valamely másik tagállamban történő letelepedés és a határokon átívelő szolgáltatások nyújtásának megkönnyítésére. Az irányelv azt a követelményt is bevezette, hogy a fogadó és a saját tagállam illetékes hatóságai tájékoztatják egymást a meghozott fegyelmi intézkedésekről vagy büntetőjogi szankciókról, illetve minden más komoly, sajátos körülményről. A szabályozási kereten túl a szakmai szervezetek is tettek az egészségügyi szakemberek mobilitásához kapcsolódó lépéseket; ilyen például a Healthcare Professionals Crossing Borders (határokon átlépő egészségügyi szakemberek) kezdeményezés vagy a szakmai kártyáról szóló kísérleti kezdeményezés. A cél mindkettőnél az információhoz való hozzájutás javítása olyan esetekben, amikor kérdéssé vált a szakmai megbízhatóság. Ezeknek a kezdeményezéseknek az előrehaladását folyamatosan figyelemmel kell kísérni.

A diákok és dolgozók szabad mozgása segít annak biztosításában, hogy az egészségügyi szakemberek oda menjenek, ahol a legnagyobb szükség van rájuk. Az egészségügyi szakemberek vándorlásának azonban különböző okai vannak: jobb karrier- vagy képzési lehetőségek, vagy jobb fizetés és munkakörülmények. A mobilitás – pozitívan vagy negatívan

<sup>11</sup> A Tanács 1968. október 15-i 1612/68/EGK rendelete a munkavállalók Közösségen belüli szabad mozgásáról.

<sup>12</sup> A Tanács 1971. június 14-i 1408/71/EGK rendelete a szociális biztonsági rendszereknek a Közösségen belül mozgó munkavállalókra és családtagjaikra történő alkalmazásáról; A Tanács 1972. március 21-i 574/72/EGK rendelete a szociális biztonsági rendszereknek a Közösségen belül mozgó munkavállalókra és családtagjaikra történő alkalmazásáról szóló 1408/71/EGK rendelet végrehajtására vonatkozó szabályok megállapításáról.

– befolyásolhatja az országokon belüli és országok közötti egyenlőtlenségeket. Ebben az összefüggésben előfordulhat, hogy egyes tagállamok vonakodnak a további egészségügyi szakemberek képzésébe történő befektetéstől, ha nehezen tudják megtartani őket, és így kétséges a beruházás megtérülése.

A fokozott mobilitás hatásaira nem a diákok és dolgozók mozgásszabadságára vonatkozó jogszabályi korlátozások bevezetése a válasz, hanem inkább megfelelő politikákkal, illetve az EU hatóságai és a tagállamok közötti koordinációval kell kezelni a kérdést. A dolgozók fokozott mobilitása ezért helyi és/vagy országos szinten is megkívánhatja vezetőiktől, hogy felülvizsgálják toborzási és szakmai fejlődési intézkedéseik helyénvalóságát.

A polgároknak ahhoz is joguk van, hogy az egészségügyi ellátáshoz más tagállamokban is hozzáférjenek. A javasolt határokon átívelő egészségügyi irányelv célja, hogy az EU-ban gondoskodjék a határokon átívelő egészségügyi ellátás közös elveiről. Az irányelv egyik pillére az európai együttműködésben rejlő potenciál kiaknázása az arra érdemes területeken – többek között a határ menti régiókban – a speciális központok európai referenciahálózatával, az egészségügyi technológiai értékelés európai uniós hálózatával vagy az e-egészségügy révén.

#### **Befolyásoló tényezők és lehetséges intézkedések**

- Tagállamok közötti kétoldalú megállapodások elősegítése az orvosokból és ápolókból meglévő túlkínálat kiaknázása érdekében.
- Az EU-szintű önellátás elérése érdekében befektetés a megfelelő számú egészségügyi dolgozó képzésébe és toborzásába.
- Határokon átívelő képzésről és cserékről szóló megállapodások ösztönzése, amelyek segíthetnek egészségügyi dolgozók kiáramlásának kezelésében, miközben a közösségi jogot is tiszteletben tartják.
- A dolgozók „körkörös” mozgásának elősegítése (vagyis hogy a képzés vagy tapasztalatszerzés céljából egy másik országba távozók később visszatérjenek hazájukba megszerzett tudásukkal képességeikkel).
- Egy egész EU-ra kiterjedő fórum vagy platform létrehozása, ahol az egészségügyi vezetők megoszthatják egymással tapasztalataikat.

#### **4.5. Az egészségügyi dolgozók globális migrációja**

Az egészségügyi dolgozók hiánya globális, a nehézségek azonban a szubszaharai Afrikában a legégetőbbek, ahol a probléma már a válság szintjére emelkedett<sup>13</sup>. A hiányt tovább súlyosbítja a fejlett világban mindenütt tapasztalható, orvosok és ápolószemélyzet iránti fokozódó kereslet és verseny.

Az EU-n belüli egészségügyi intézkedéseknek az EU kül- és fejlesztéspolitikájára is komoly kihatásai vannak. Ha az EU nem tesz megfelelő lépéseket abba az irányba, hogy saját

<sup>13</sup> Jelenleg 57 országban – közülük 36 afrikaiban – tapasztalható kritikus hiány egészségügyi dolgozókból.

egészségügyi dolgozókat képezzen, és meg is tartsa őket, akkor a migrációnak a fejlődő országok egészségügyi rendszereire gyakorolt negatív hatása aligha fog gyengülni<sup>14</sup>.

A 2005 decemberében elfogadott, a fejlődő országokban az egészség terén mutatkozó emberierőforrás-hiányra vonatkozó európai uniós cselekvési stratégia<sup>15</sup>, illetve az egy évvel később elfogadott, a fejlődő országokban az egészségügyi dolgozók kritikus hiányának megoldására vonatkozó európai cselekvési program (2007–2013)<sup>16</sup> elismeri az EU azon felelősségét, hogy úgy tegyen lépéseket a magas szintű egészségügyi ellátás biztosítására vonatkozó saját célkitűzésének elérése felé, hogy eközben ne gyakoroljon negatív hatást az EU-n kívüli országok helyzetére.

Az EU közös bevándorláspolitikát kialakításán dolgozik<sup>17</sup>, amely arra is tartalmaz megközelítéseket, hogy elkerülhető legyen a harmadik országok fejlődési kilátásainak aláaknázása például az agyelszívás súlyosbodásával, amely helyett inkább a körkörös migrációt kell támogatni. Ezek mind a migrációval kapcsolatos általános megközelítésnek<sup>18</sup> összetevői. Ezen kívül 2007-ben a Bizottság irányelvjavaslatot is készített a magasan képzett bevándorlók EU-ba történő belépésének megkönnyítésére<sup>19</sup>. A javaslatban előirányoztak egy záradékot, amely kifejezetten előírja az etikus toborzást a munkaerőhiányban szenvedő ágazatokban – így például az egészségügyben is.

Az elmúlt évtizedben létrejöttek etikus toborzásra vonatkozó gyakorlati kódexek, amelyek arra irányulnak, hogy csökkentsék a migrációs áramlásoknak a fejlődő országok sérülékeny egészségügyi rendszereire gyakorolt kedvezőtlen hatását. Az Egyesült Királyságnak nemzetközi toborzásra vonatkozó gyakorlati kódexe<sup>20</sup> van, Norvégia<sup>21</sup> és Hollandia<sup>22</sup> pedig olyan etikus toborzáspolitikát tartalmazó munkaerő-stratégiát adott ki, amely korlátozza az aktív állami toborzást, illetve támogatja a kétoldalú megállapodások révén történő toborzást. Az EU szintjén 2008-ban a kórházi ágazatban folyó szociális párbeszéddel foglalkozó európai bizottság (amelynek tagjai az európai szociális partnernek tekintett HOSPEEM és EPSU) elfogadott egy határokon átívelő etikus toborzásra és megtartásra vonatkozó közös magatartási kódexet és kísérő intézkedéseket (Code of Conduct and follow-up on Ethical Cross-Border Recruitment and Retention)<sup>23</sup>, amelyek célja az etikus viselkedés előmozdítása és az etikátlan gyakorlatok megszüntetése az egészségügyi dolgozók határokon átívelő toborzása során.

Az EU vállalta, hogy összeállítja az EU-n kívüli országokból érkező egészségügyi dolgozók etikus toborzásának magatartási kódexét, valamint további lépéseket tesz annak érdekében, hogy minimalizálja azokat a negatív és maximalizálja azokat a pozitív hatásokat, amelyeket

---

<sup>14</sup> Nem csak a fejlődő országokból érkezők vándorolnak: számos orvos és ápoló hagyja el az EU-t, hogy például az USA-ban, Ausztráliában vagy Új-Zélandon vállaljon munkát.

<sup>15</sup> COM(2005) 642.

<sup>16</sup> COM(2006) 870.

<sup>17</sup> Lásd COM(2008) 359: „Közös bevándorláspolitikát Európa számára: elvek, fellépések és eszközök”

<sup>18</sup> Lásd COM(2006) 735 és COM(2007) 247.

<sup>19</sup> COM(2007) 637 végleges. Ugyanekkor elfogadtak egy javaslatot is (COM(2007) 638) a harmadik országok állampolgárainak valamely tagállam területén való tartózkodására és munkavállalására vonatkozó összevont engedélyre irányuló összevont kérelmezési eljárásról, valamint a harmadik országokból származó, a tagállamok területén legálisan tartózkodó munkavállalók közös jogairól.

<sup>20</sup> [www.nhsemployers.org](http://www.nhsemployers.org)

<sup>21</sup> Recruitment of Health Workers: towards Global Solidarity (egészségügyi dolgozók toborzása: a globális szolidaritás felé) 2007.

<sup>22</sup> „Working on Care” action plan („az ápolási ágazat átalakítása” című cselekvési terv) 2007.

<sup>23</sup> [www.hospeem.eu/content/download/313/1631/version/2/file/EPSU-](http://www.hospeem.eu/content/download/313/1631/version/2/file/EPSU-)

az egészségügyi dolgozók EU-ba történő bevándorlása a fejlődő országokra gyakorol<sup>24</sup>. A kötelezettségvállalások teljesülésének szükségességét a cselekvési program végrehajtásáról 2008 szeptemberében elfogadott időközi jelentés<sup>25</sup> is megerősíti.

#### **Befolyásoló tényezők és lehetséges intézkedések**

- Egy sor elv alkalmazása a fejlődő országokból érkező egészségügyi dolgozók toborzásának irányítására, valamint figyelemmel kíséresi módszerek bevezetése.
- A WHO azon munkájának támogatása, amely egy etikus toborzásra vonatkozó globális magatartási kódex kialakítására irányul.
- Két- és többoldalú megállapodások ösztönzése a kiindulási országokkal, valamint a körkörös migrációt<sup>26</sup> támogató mechanizmusok kidolgozása.

#### **4.6. A döntéshozatalt támogató adatok**

A fent taglalt kérdések kihívást jelentenek az egészségügyi rendszerek tervezőinek, szolgáltatóinak és irányítóinak. A helyzetet még bonyolultabbá teszi az egész EU-ra vonatkozó naprakész és összehasonlítható adatok és információk hiánya például a képzésben lévő és elhelyezkedett egészségügyi dolgozók számáról, szakosodásukról, földrajzi eloszlásukról, korukról, nemükről és származási országukról. Mivel az Európa valamely részén jelentkező hiány máshol is éreztetheti hatását, az egészségügyi szolgáltatások megtervezéséhez és teljesítéséhez EU-szerte az összes egészségügyi hatóság számára fontosak az egész Európára vonatkozó információk.

A WHO 2006-ban összeállított egy jelentést<sup>27</sup>, amely öt országról – Egyesült Királyság, Észtország, Lengyelország, Litvánia és Németország – tartalmaz esettanulmányokat. A dokumentum megállapította, hogy közülük egy sem tudott pontos és hiánytalan információkat adni az egészségügyi szakemberek nemzetközi mozgásáról. A munkaerő-áramlás legáltalánosabb mérési módja az illetékes hatóságok által kibocsátott igazolások száma. Ezzel általánosan azoknak a szakembereknek a száma mérhető, akik fontolóra vették, hogy másik országba költöznek, ám közülük ezt nem teszi meg mindenki, mások pedig több alkalommal is nyújtanak be kérvényt. Az Észtországról szóló jelentés megjegyzi például, hogy a 344 igazolást kérő orvostól ténylegesen csupán 182 települt ki az országból.

Az Európai Bizottság az ágazati elismerési rendszerekbe tartozó képesítések elismeréséről szóló határozatokról gyűjt adatokat, amelyek az alábbi weboldalon tekinthetők meg:

[http://ec.europa.eu/internal\\_market/qualifications/regprof/](http://ec.europa.eu/internal_market/qualifications/regprof/)

---

<sup>24</sup> A fejlődő országokban az egészség terén mutatkozó emberi erőforrás-hiányra vonatkozó európai uniós cselekvési stratégia és a Bizottság közleménye a Tanácsnak és az Európai Parlamentnek a fejlődő országokban az egészségügyi dolgozók kritikus hiányának megoldására vonatkozó európai cselekvési programról (2007–2013), (COM(2006) 870).

<sup>25</sup> SEC(2008) 2476.

<sup>26</sup> A körkörös migráció azt jelenti, hogy a képzés és/vagy tapasztalatszerzés céljából egy másik országba távozó később visszatérnek hazájukba megszerzett tudásukkal és képességeikkel. A vonzó ösztönzők kölcsönösen egyeztetett pályafutás formáját is ölthetnék, melynek során a hazatérőt olyan pozíció és fizetés várja, amely elismeri a megszerzett tapasztalatokat.

<sup>27</sup> Buchan J, Perfilieva G.: Health Worker Migration in the European Region: Country Case Studies and Policy Implications (egészségügyi dolgozók vándorlása az európai régióban: országos esettanulmányok és politikai kihatások)

Ezek a másik tagállamba történő átköltözést, vagy valamely szakma ottani üzésének szándékát mutatják. Mivel azonban nincs további információ arról, hogy a szakember valóban munkába állt-e egy másik tagállamban, nem költözött-e tovább egy harmadik országba, vagy nem tért-e vissza hazájába, ezért ezeket az adatokat csak részletesebb információk híján lehet használni.

Az EUROSTAT által az egészségügyi szakemberek számáról gyűjtött adatok a tagállamok által gyűjtött adatokra támaszkodnak. Ezek a következő weboldalon tekinthetők meg:

[http://ec.europa.eu/health/ph\\_information/dissemination/echi/echi\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/ph_information/dissemination/echi/echi_en.htm).

Ezen kívül jelenleg is zajlik egy EU által is támogatott OECD-projekt az orvosok és ápolók migrációjáról az 25 tagú EU-ban és a OECD-országokban; ez később más egészségügyi szakemberekre is ki fog terjedni. A projekt ugyan hasznos információkkal fog szolgálni, ám a különböző regisztrációs eljárások és a központi adatgyűjtés mértékének tagállamonkénti különbségei miatt mégsem lesz képes biztosítani a felhasznált adatok teljes összehasonlíthatóságát.

Az európai migrációs hálózat (European Migration Network, EMN)<sup>28</sup> nemzeti kapcsolattartó pontjai közül tizenegynek a bevonásával 2006 novemberében összeállított egy tanulmányt az irányított migrációról az egészségügyi ágazatban. Ez megállapította, hogy – különösen a harmadik országok állampolgáraiként az EU-ban dolgozó egészségügyi dolgozókról – korlátozottak az adatok, és gyakran még egyetlen tagállamon belül is számos forrás között oszlanak meg.

#### **Befolyásoló tényezők és lehetséges intézkedések**

- Az egészségügyi munkaerőre vonatkozó mutatók harmonizálása vagy szabványosítása.
- Rendszerek felállítása az egészségügyi dolgozók áramlásainak figyelemmel kísérésére.
- Az egészségügyi dolgozókról szóló adatok rendelkezésre bocsátása és összehasonlíthatóságának biztosítása különösen abból a célból, hogy megállapítható legyen az egészségügyi dolgozók egy-egy csoportjának pontos mozgása.

### **5. AZ ÚJ TECHNOLÓGIA HATÁSA: AZ EGÉSZSÉGÜGYI DOLGOZÓK HATÉKONYSÁGÁNAK JAVÍTÁSA**

Az egészségügy fejlődése a tudományos és technológiai előrelépéstől függ. Az új technológia egyaránt befolyásolja az elérhető eredményeket, és az egészségügy szervezésének és teljesítésének módját. Az új technológia ma már lehetővé teszi az egészségügyi dolgozóknak, hogy könnyebben osszanak meg információt egymással, és szorosabban működjenek együtt, ami az egész ellátást javítja. Egyes betegek és betegségek esetében a technológia azt is lehetővé teszi, hogy a gondozás túlnyomó része a kórházakból közösségi és alapellátási környezetbe, sőt akár a páciens otthonába tevődjen át, ami javíthatja az életminőséget, és hozzájárulhat az erőforrások jobb felhasználásához.

Az új technológiák, például a távgyógyászat már rövid távon is jobb egészségügyi lefedettséget biztosíthat a távoli vagy egészségügyi dolgozókat nélkülöző területeken. Vannak

<sup>28</sup> <http://emn.sarenet.es>

területek az EU-ban, ahol a távgyógyászat távdiagnózissal kapcsolatos szolgáltatásokat tesz lehetővé: a mammográfiai szűrési eredmények távdiagnózisa például segít a betegek elérésében és kiszolgálásában.

Az új technológia bevezetése megköveteli, hogy használatához az egészségügyi dolgozók megfelelő képzésben – szükség esetében továbbképzésben – részesüljenek. Ezen túlmenően meg kell szerezni az egészségügyi dolgozók beleegyezését is, hiszen használata olykor megzavarhatja a bevett munkamódszereket és struktúrákat. A „távgyógyászat a betegek, a társadalom és a gazdaság javára” (Telemedicine for the benefit of patients, society and the economy) című bizottsági közlemény európai keretet javasol néhány ilyen kihívás kezelésére.

#### **Befolyásoló tényezők és lehetséges intézkedések**

- Megfelelő képzés biztosítása, hogy az egészségügyi szakemberek a lehető legjobban használják az új technológiákat.
- Intézkedések az új információs technológia használatának bátorítására.
- Az új információs technológiák interoperabilitásának biztosítása.
- Az új technológia jobb eloszlásának biztosítása az EU-ban.

## **6. AZ EGÉSZSÉGÜGYI VÁLLALKOZÓK SZEREPE A MUNKAERŐPIACON**

Egyes egészségügyi szakemberek, például orvosok, pszichológusok, fogorvosok, ortopéd szakorvosok, gyógytornászok és munkaterapeuták vállalkozóként dolgoznak: saját praxist vagy orvosi központot működtetnek, és személyzetet alkalmaznak. Az európai üzleti környezet javítására és a vállalkozó kedv támogatására és ösztönzésére irányuló bizottsági politikák ezekre a tevékenységekre is hatással vannak. A Bizottság nemrégiben, (2007. október 4-én) kiadott egy közleményt „Kis- és középvállalkozások – megoldás a további növekedésre és a jobb munkahelyteremtésre. A modern kkv-politika féldős felülvizsgálata” címmel, amely elismeri a kkv.-k hozzájárulását a lisszaboni stratégia céljaihoz, vagyis a gazdasági növekedéshez, illetve az új és jobb munkahelyek létrehozásához. Ezek a vállalkozók hozzájárulhatnak az európai növekedés erősítéséhez, és hajtóerői lehetnek az innovációnak, a helyi fejlesztésnek, a szakképzésnek és a foglalkoztatásnak, valamint segíthetik az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférést.

A kisvállalkozói intézkedéscsomag (Small Business Act, SBA) kulcsfontosságú eleme az EU növekedési és foglalkoztatási stratégiájának („Gondolkozz előbb kicsiben!” – Európai kisvállalkozói intézkedéscsomag: „Small Business Act”, COM(2008) 394). A dokumentum tartalmaz egy sor közös kkv.-politikai vezérelvet, valamint az elveket valóra váltó intézkedésjavaslatokat is. Elsősorban a vállalkozói szellem előmozdítására fókuszál, és szilárdan rögzíti az „Gondolkozz előbb kicsiben!” elvét a politikaalkotás és a kkv.-k növekedésének támogatása terén.

#### **Befolyásoló tényezők és lehetséges intézkedések**

- További vállalkozók bátorítása az egészségügyi ágazatba történő belépésre, hogy javuljon az egészségügyi ellátás, és új munkahelyek jöjjenek létre.
- A vállalkozói tevékenység egészségügyi ágazatban meglévő akadályainak megvizsgálása.

## 7. KOHÉZIÓS POLITIKA

Az EU egészségügyi munkaerejének fejlesztése a kohéziós politikához is kapcsolódik. A jelenlegi jogi keret szerint az egészségügyi munkaerő fejlesztéséhez a strukturális alapok is igénybe vehetők. a kohézióra vonatkozó közösségi stratégiai iránymutatás, amely az alapok prioritásait a 2007–2013-as időszakra meghatározza, külön szakaszban írja le „Az egészséges munkaerő fenntartásához nyújtott segítséget”. Az Európai Szociális Alapról szóló, 2006. júliusi rendelet (1081/2006/EK) az ESZA prioritásaként határozza meg a munkában eltöltött idő meghosszabbítását és a „jobb egészséget”. Ebben az összefüggésben néhány tagállam (javarészt az újak közül) az ESZA felhasználásával jelentős beruházásokat tervez az egészségügyi szakemberek oktatásába és képzésébe. Ezen kívül az Európai Regionális Fejlesztési Alapból további mintegy 5,2 milliárd EUR-t kitevő egészségügyi infrastruktúra-beruházásra kerül sor. A strukturális alapoknak az egészségügyi dolgozók képességeinek és kompetenciáinak javítására, illetve az egészségügyi infrastruktúra-fejlesztésre való hatékony felhasználása hozzájárulhat a munkakörülmények javulásához, illetve emelheti az egészségügyi szolgáltatások minőségét is, így csökkentheti az egészségügyi szolgáltatások hiányosságait, illetve erősítheti a tagállamokon belüli és a tagállamok közötti kohéziót.

### **Befolyásoló tényezők és lehetséges intézkedések**

- A strukturális alapokból az egészségügyi szakemberek (tovább)képzésére kínálkozó támogatás kiterjedtebb felhasználása.
- A strukturális alapok felhasználásának javítása az egészségügyi munkaerő fejlesztésekor.
- A munkakörülmények javítása végett a strukturális alapok infrastruktúrafejlesztésre való fokozott felhasználása.

## 8. KONZULTÁCIÓ

Az Európai Bizottság felhív minden érdekelt szervezetet, hogy legkésőbb 2009. március 31-ig nyújtsa be válaszait a zöld könyvben felvetett kérdésekre, lehetőleg a [SANCO-health-workforce@ec.europa.eu](mailto:SANCO-health-workforce@ec.europa.eu) címre küldött e-mailben vagy az alábbi postacímen:

**European Commission, B-1049, Brussels, Belgium**

Ha a válaszadó nem tesz ellenkező nyilatkozatot, akkor a Bizottság feltételezése szerint nincs kifogása az ellen, hogy válaszai vagy azok részei megjelenjenek a Bizottság honlapján, vagy a konzultációs folyamat eredményeit elemző jelentésekben idézzék őket.