KOMISE EVROPSKÝCH SPOLEČENSTVÍ

V Bruselu dne 10.12.2008
KOM(2008) 725 v konečném znění

ZELENÁ KNIHA

o pracovnících ve zdravotnictví v Evropě

OBSAH

1. Úvod ... 3
2. Odůvodnění zelené knihy ... 4
3. Právní rámec a základ pro opatření na úrovni EU ... 5
4. Faktory, které ovlivňují pracovníky ve zdravotnictví v EU, a hlavní otázky, kterými je třeba se zabývat ... 5
4.1. Demografie a podpora udržitelného počtu pracovníků ve zdravotnictví ... 5
4.2. Kapacity v oblasti veřejného zdraví ... 7
4.3. Odborná příprava ... 8
4.4. Řízení mobility pracovníků ve zdravotnictví v rámci EU ... 9
4.5. Celosvětová migrace zdravotnických pracovníků ... 10
4.6. Údaje na podporu rozhodování ... 12
5. Dopad nových technologií: zlepšování výkonnosti pracovníků ve zdravotnictví ... 13
6. Význam podnikatelů – pracovníků ve zdravotnictví z hlediska pracovní síly ... 14
7. Politika soudržnosti ... 14
8. Konzultace ... 15

Podpora udržitelného počtu pracovníků ve zdravotnictví v Evropě

1. ÚVOD

Zdravotnické systémy EU se musí vyrovnat s obtížným úkolem, který spočívá v udržení rovnováhy zaprvé mezi rostoucí poptávkou po zdravotnických službách a jejich omezenou nabídkou a zadruhé mezi potřebou místně reagovat na požadavky jednotlivců na zdravotní péči, ale také připraveností na závažné krize v oblasti veřejného zdraví.

Zdravotnické systémy v Evropě stojí před řadou různých výzev.

- Tvůrci politiky a zdravotnické orgány musí přizpůsobit své systémy zdravotní péče stárnoucímu obyvatelstvu. Očekává se, že v letech 2008 až 2060 vzroste počet obyvatel v zemích EU-27 ve věku 65 let nebo vyšším o 66,9 milionů a „velmi staří“ lidé (80+) budou představovat nejrychleji rostoucí skupinu obyvatel[1].
- Zavedení nových technologií umožňuje rozšířit rozsah a zvýšit kvalitu zdravotní péče z hlediska diagnózy, prevence a léčby – tyto technologie je však třeba zaplatit a pracovníky je nutné odborně připravit k jejich používání.
- Existují nové a znovu vznikající hrozby pro zdraví, např. hrozby z přenosných nemocí.
- To vše způsobuje, že neustále rostou výdaje na zdravotnictví, a samozřejmě tak staví zdravotnické systémy některých zemí před důležité otázky dlouhodobé udržitelnosti.

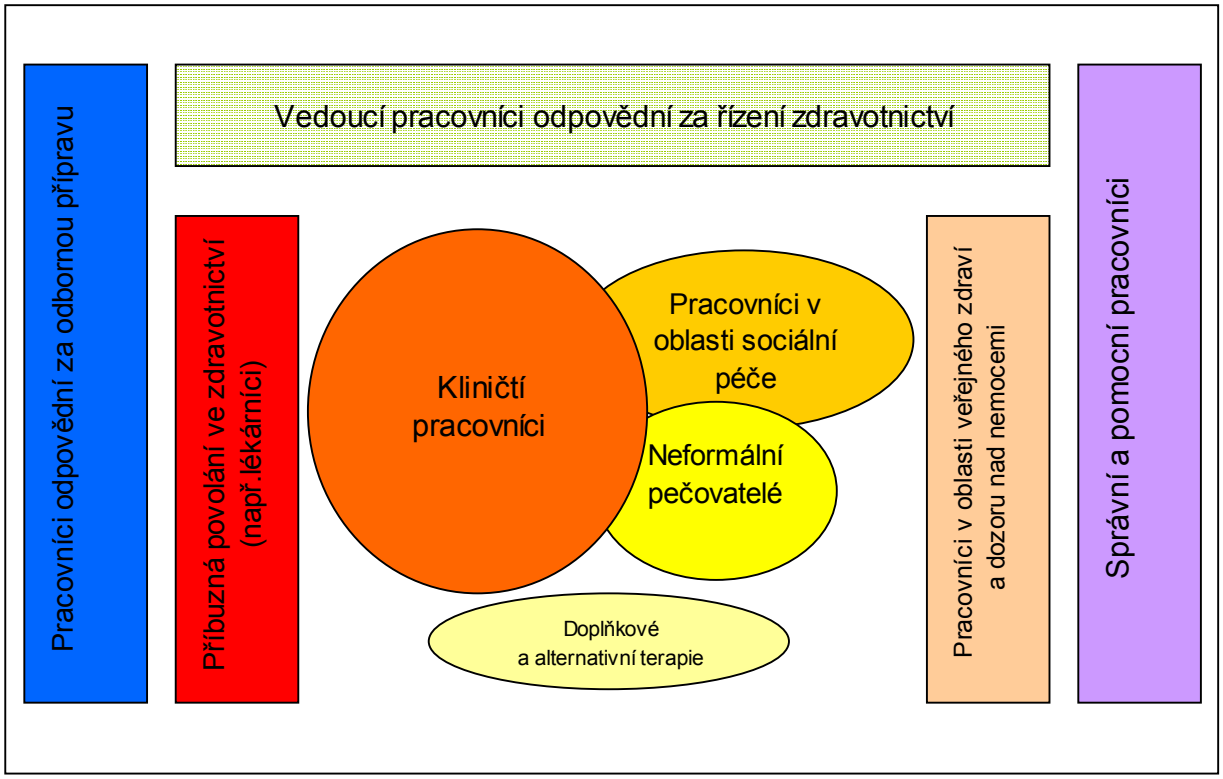
K tomu, aby zdravotnické systémy mohly na tyto výzvy přiměřeně reagovat, musí mít k dispozici schopné a efektivní pracovníky nejvyšší kvality, jelikož zdravotnické služby jsou z hlediska pracovní síly velmi náročné. Zdravotní péče představuje zcela jistě jedno z nejvýznamnějších odvětví hospodářství EU, které zaměstnává každého desátého pracovníka v EU. Přibližně 70 % rozpočtových prostředků na zdravotní péči je vyčleňováno na mzdy a jiné poplatky, které se přímo týkají zaměstnání pracovníků ve zdravotnictví[2].

---

[1] Vnitrostátní odhady počtu obyvatelstva vycházející z údajů z roku 2008, konvergenční scénář EUROPOP 2008.

[2] Dubois C, Mc Kee M, Nolte E (2006) Human Resources for Health in Europe (Lidské zdroje pro evropské zdravotnictví), Open University Press, England.

Diagram 1: Oblast činnosti pracovníků ve zdravotnictví



2. ODŮVODNĚNÍ ZELENÉ KNIHY

Strategie Evropské komise v oblasti zdraví, která byla přijata v říjnu 2007 a zveřejněna v bílé knize „Společně pro zdraví“, formuluje nový přístup, který má zaručit, že EU učiní vše, co je v jejích silách, aby se vypořádala s výzvami, které představují ohrožení zdraví, pandemie, zátěž nemocí vyvolaných způsobem života, nerovnosti a změna klimatu v rozšířené Evropě 27 členských států. Jejím cílem je posílit zdraví stárnoucího evropského obyvatelstva podporou celoživotního dobrého zdravotního stavu, ochranou občanů před zdravotními hrozbami a podporou dynamických zdravotnických systémů a nových technologií.

Zelená kniha má zvýšit viditelnost otázek, s nimiž se pracovníci ve zdravotnictví v EU musí vyrovnat, formulovat jasnější představu o rozsahu, v němž místní a/nebo vnitrostátní vedoucí pracovníci ve zdravotnictví čelí stejným výzvám, a vytvořit lepší základ pro úvahy o tom, co lze na úrovni EU učinit, aby mohly být tyto problémy účinně vyřešeny, aniž by tím byly nepříznivě ovlivněny zdravotnické systémy mimo EU.

Cílem zelené knihy je co nejpřesněji popsat výzvy, jimž pracovníci ve zdravotnictví v EU čelí a které jsou společné všem členským státům: demografický vývoj (stárnoucí obyvatelstvo světa a stárnoucí pracovníci ve zdravotnictví), který má za následek nedostatečný počet mladých lidí přicházejících do zdravotnictví, aby nahradili pracovníky, kteří odchází; různorodost pracovníků ve zdravotnictví; nedostatečná přitažlivost širokého spektra pracovních míst v oblasti zdravotní péče a veřejného zdraví pro mladé generace; migrace pracovníků ve zdravotnictví do EU a z ní; nerovnoměrná mobilita v rámci EU – a zejména pohyb některých pracovníků ve zdravotnictví z chudších do bohatších zemí EU a rovněž odchod zdravotníků (odliv mozků) z třetích zemí.

Druhým cílem této zelené knihy je pomoci identifikovat oblasti, v nichž by podle názoru Komise mohla být podniknuta další opatření, a zahájit o nich diskusi.

3. PRÁVNÍ RÁMEC A ZÁKLAD PRO OPATŘENÍ NA ÚROVNI EU

Článek 152 Smlouvy o ES stanoví, že „při činnosti Společenství v oblasti veřejného zdraví je plně uznávána odpovědnost členských států za organizaci zdravotnictví a poskytování zdravotní péče.“ Uvedený článek však také zdůrazňuje, že Společenství by mělo podněcovat spolupráci mezi členskými státy a podporovat koordinaci jejich politik a programů.

Činnost Společenství má tudíž doplňovat politiku jednotlivých států. Základní odpovědnost za organizaci a poskytování zdravotnických služeb nesou členské státy, EU má však důležitou úlohu, neboť má členské státy podporovat a zajišťovat přidanou hodnotu například vytvářením sítí a sdílením osvědčených postupů.

Smlouva o založení Evropského společenství a sekundární právní předpisy navíc stanoví pravidla, která musí členské státy při organizaci zdravotnictví dodržovat.

Pokud jde o sekundární právní předpisy, patří mezi důležité příklady směrnice Evropského společenství o pracovním právu, například směrnice o pracovní době, která stanoví maximální délku pracovní doby a ukládá minimální denní a týdenní doby odpočinku, aby bylo chráněno zdraví a bezpečnost pracovníků. Směrnice stanoví společné minimální požadavky pro všechny členské státy, každému státu je však ponechána volnost, aby v případě, že se tak sám rozhodne, uplatnil pravidla, která ochranu pracovníků ještě zvyšují.

Rozhodnutí Soudního dvora o pracovní pohotovosti a náhradním odpočinku jsou podnětem k důležitým otázkám o zdravotnických a pečovatelských službách[3]. Komise již předložila legislativní návrhy[4], které v současné době projednává Rada a Evropský parlament[5].

4. FAKTORY, KTERÉ OVLIVŇUJÍ PRACOVNÍKY VE ZDRAVOTNICTVÍ V EU, A HLAVNÍ OTÁZKY, KTERÝMI JE TŘEBA SE ZABÝVAT

4.1. Demografie a podpora udržitelného počtu pracovníků ve zdravotnictví

Občané žijí déle a jsou zdravější. Délka života od padesátých let dvacátého století soustavně roste přibližně o 2,5 roku za jedno desetiletí a očekává se, že tomu tak bude i nadále.

---

[3] Prohlášením, že doba, kterou pracovníci ve zdravotnictví stráví v pracovní pohotovosti, musí být považována za pracovní dobu, třebaže tito pracovníci odpočívají, pokud musí zůstat na pracovišti, Soudní dvůr potvrdil, že ve většině členských států pracují například lékaři více než 48 hodin týdně. Aby tomuto rozhodnutí vyhověly, musely by některé členské státy vynaložit v oblasti náboru personálu značné úsilí, což není vždy možné.

[4] KOM(2004) 607 (návrh na změnu směrnice 2003/88/ES); KOM(2005) 246 (pozměněný návrh, který zohledňuje stanoviska Evropského parlamentu).

[5] Společný postoj Rady ze dne 15. září 2008; sdělení Komise Evropskému parlamentu týkající se společného postoje Rady (KOM(2008) 568).

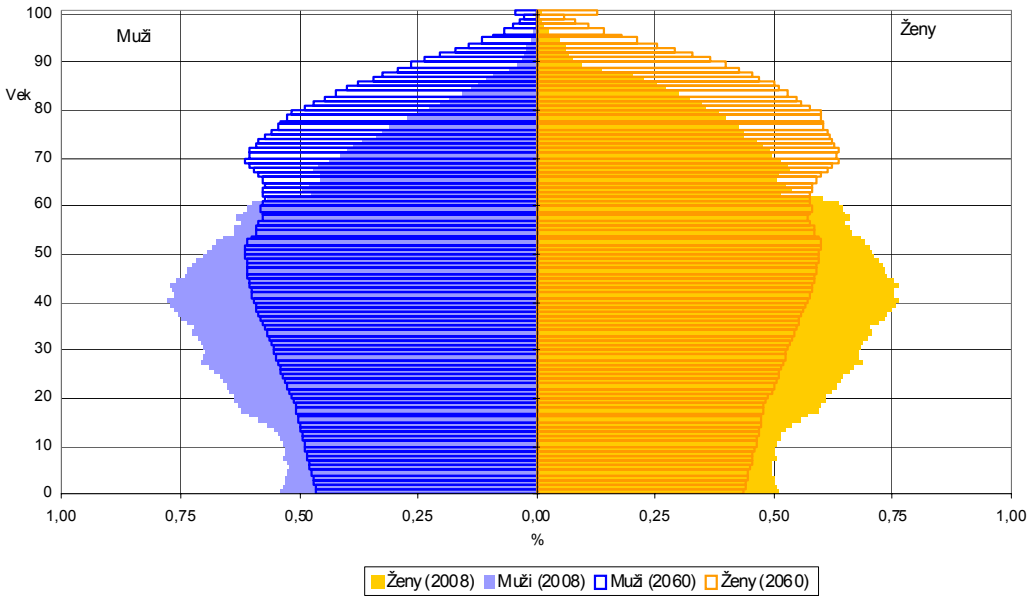


Diagram 2: Odhad počtu obyvatelstva 2008–2060.

U stárnoucího obyvatelstva je zásadně důležité, aby byli lidé ve stáří zdraví. Je třeba maximalizovat délku zdravého života. Avšak vzhledem k tomu, že lidé žijí déle, se očekává, že stále větší počet starších lidí bude trpět závažným postižením a bude potřebovat dlouhodobou péči[6]. Ve vyšším věku častěji dochází k několikanásobným chronickým onemocněním, což bude mít dopad na poskytování péče. Navíc je pravděpodobné, že vzhledem k očekávanému zhoršení dostupnosti neformálních pečovatelů například v důsledku měnící se struktury rodin poroste poptávka po formálním poskytování péče.

Stejně jako obyvatelstvo stárne i pracovní síla. V letech 1995 až 2000 klesl počet lékařů ve věku do 45 let v celé Evropě o 20 %, zatímco počet lékařů starších 45 let naopak vzrostl o 50 %. Roste i průměrný věk zdravotních sester a ošetřovatelů; v pěti členských státech je téměř polovina zdravotních sester a ošetřovatelů starší 45 let[7]. Jelikož se tito pracovníci blíží důchodovému věku, je třeba nabrat dostatečný počet mladších pracovníků, kteří je nahradí.

Podíl žen na pracovní síle ve zdravotnictví byl v minulosti vždy významný a stále roste. Celkem tvoří ženy přibližně až ¾ pracovních sil ve zdravotnictví v EU a v některých členských státech přesahuje v současné době nábor žen do zdravotních škol 50 %[8]. Proto je obzvláště důležité podporovat opatření pro rovnost žen a mužů v rámci strategií pro lidské zdroje.

Plán pro dosažení rovného postavení žen a mužů 2006–2010[9] stanoví řadu opatření pro dosažení rovnocenné ekonomické nezávislosti žen a mužů a stejnou účast žen a mužů na rozhodování a navrhuje opatření, jejichž prostřednictvím bude možné lépe sloučit práci, rodinu a soukromý život.

Klíčem k udržení dostatečného počtu pracovníků tváří v tvář blížícímu se odchodu populačně silné generace do důchodu je vzdělání, nábor a udržení mladých lékařů a také opětovná investice do starších pracovníků.

---

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.

Ovlivňující faktory a možné oblasti činnosti:

- Hodnocení výše výdajů na pracovníky ve zdravotnictví.
- Zajištění lepších pracovních podmínek pro zdravotnické pracovníky, zvýšení motivace a zlepšení morálky pracovníků.
- Zvážení náborových kampaní a kampaní odborné přípravy, zejména za účelem využití rostoucího podílu pracovníků ve věku nad 55 let a osob, které již nemají rodinné závazky.
- Organizace léčby chronických onemocnění a poskytování dlouhodobé péče blíže k domovu nebo v prostředí komunity.
- Zajištění účinnějšího využití dostupných pracovníků ve zdravotnictví.
- Zvážení kampaní pro „návrat do zaměstnání“ s cílem přilákat zpátky do zaměstnání pracovníky, kteří ze zdravotnictví odešli.
- Podpora větší sociální a etnické rozmanitosti při náboru pracovníků.
- Zvyšování informovanosti ve školách o velkém spektru profesních možností v oblasti zdravotnictví a péče.

4.2. Kapacity v oblasti veřejného zdraví

Funkce v oblasti veřejného zdraví spočívá v řadě různých činností, jejichž cílem je chránit a zlepšit zdraví obyvatelstva, řešit nerovnosti v oblasti zdraví a zohlednit potřeby znevýhodněných a zranitelných skupin. Mezi úkoly patří vyhodnocování potřeb zdravotní péče a posuzování dopadů na zdraví pro účely plánování služeb, prevence nemocí například prostřednictvím programů očkování a preventivního vyšetření, podpora zdraví a vzdělávání, zajištění dostatečných zásob krevních konzerv, epidemiologický dozor a plánování a reakce na zdravotní hrozby způsobené ohnisky infekčních chorob, pandemiemi a přírodními a člověkem zapříčiněnými katastrofami, včetně katastrof souvisejících se změnou klimatu.

Podpora zdraví a prevence nemocí jsou důležité nejen samy o sobě, ale mohou také výrazně snížit budoucí poptávku po léčbě a pečovatelských službách. Veřejné zdravotnictví v celé EU musí mít k dispozici řádně kvalifikované pracovníky, kterých musí být dostatečný počet, aby tyto činnosti mohli efektivně vykonávat; tento požadavek musí být zohledněn v plánech odborné přípravy a náboru pracovníků.

Ochrana zdraví na pracovišti bude vyžadovat zvláštní pozornost, jelikož otázky bezpečnosti a ochrany zdraví při práci jsou důležitými faktory, které ovlivňují celkový stav veřejného zdraví. Problémy jako pracovní nehody se budou řešit i v budoucnu, avšak k tomu, aby se zvláštní pozornost věnovala ochraně zdraví při práci coby důležitému faktoru ovlivňujícímu celkový stav veřejného zdraví, vybízejí také nové úvahy týkající se např. změn v pracovním tempu, nových pracovních technologií, dosažení rovnováhy mezi pracovním a soukromým životem, pracovní mobility a stresu na pracovišti. Nedávno přijatá strategie pro bezpečnost a ochranu zdraví při práci na období 2007–2012 (KOM(2007) 62) stanoví řadu ambiciózních cílů, které se členské státy EU zavázaly plnit a podporovat. Dosažení těchto cílů však do velké míry závisí na tom, zda budou k dispozici potřební specializovaní pracovníci ve zdravotnictví, např. lékaři a zdravotní sestry a ošetřovatelé v oblasti ochrany zdraví při práci a inspektoři v oblasti ochrany zdraví a bezpečnosti.

Ovlivňující faktory a možné oblasti činnosti:

- Posílení kapacit v oblasti preventivního vyšetření, podpory zdraví a prevence nemocí.
- Shromažďování lepších informací o skutečných a potenciálních potřebách obyvatelstva v souvislosti se zdravotnickými službami za účelem plánování budoucího rozvoje pracovníků ve veřejném zdravotnictví.
- Propagace vědeckých povolání na školách vyzdvihováním možností profesního rozvoje v případě méně známých pracovních míst v oblasti veřejného zdraví (biologové, epidemiologové atd.).
- Zvýšení povědomí o existenci Evropské agentury pro bezpečnost a ochranu zdraví při práci v členských státech přímo na pracovištích.
- Podpora práce lékařů v oblasti ochrany zdraví při práci a motivování lékařů pracovat v této oblasti.

4.3. Odborná příprava

Další otázkou, kterou je třeba v rámci plánování počtu pracovníků zvážit, jsou kapacity pro odbornou přípravu. Bude-li zapotřebí více lékařů a zdravotních sester a ošetřovatelů a jiných pracovníků, bude třeba na vysokých nebo odborných školách zvýšit počet studijních míst a pedagogických pracovníků, kteří zajistí jejich odbornou přípravu. To bude vyžadovat plánování a investice.

Členské státy budou muset posoudit, jaké druhy odborných kvalifikací budou potřebovat, přičemž budou muset přihlédnout k tomu, že se zdravotnické služby v důsledku zavedení nových technologií, dopadů stárnoucího obyvatelstva na skladbu nemocí a zvýšení počtu starších pacientů s několikanásobnými chronickými onemocněními změní. Specifickým problémem je, že v důsledku častějšího cestování a vyšší mobility rovněž vzrostlo riziko šíření nemocí, které byly až dosud více rozšířeny v tropických zemích. Tato skutečnost představuje nový požadavek na odbornou přípravu klinických lékařů a osob, které provádí dozor nad přenosnými nemocemi.

Ovlivňující faktory a možné oblasti činnosti:

- Zajištění toho, aby byly kurzy odborné přípravy uzpůsobeny zvláštním potřebám zdravotně postižených lidí (jim poskytovaná péče by měla být stejně kvalitní jako péče poskytovaná osobám bez zdravotního postižení a měly by jim být poskytovány zvláštní zdravotnické služby, které potřebují[10]).
- Věnování pozornosti soustavnému profesnímu rozvoji pracovníků ve zdravotnictví. Doplňování odborných kvalifikací vede k lepší kvalitě výsledků zdravotní péče a zaručuje bezpečnost pacientů.
- Příprava kurzů odborné přípravy za účelem povzbuzení starších pracovníků k návratu do zaměstnání.
- Poskytování manažerských kurzů odborné přípravy pro pracovníky ve zdravotnictví.

[10] Jak je uvedeno v článku 35 Úmluvy OSN o ochraně práv zdravotně postižených osob, kterou podepsaly všechny členské státy a Evropské společenství.

- Posílení spolupráce mezi členskými státy při stanovování kvót pro počet *(numerus clausus)* pracovníků ve zdravotnictví a zajištění jejich větší flexibility.
- Nabídka možností jazykového vzdělávání v zájmu usnadnění potenciální mobility.
- Vytvoření mechanismu EU, jako třeba monitorovacího střediska pro zdravotnické pracovníky, které by členským státům napomáhalo při plánování budoucích kapacit pracovních sil, potřeb v oblasti odborné přípravy a zavádění nových technologií.

4.4. Řízení mobility pracovníků ve zdravotnictví v rámci EU

Jednou ze základních svobod zaručených právem Společenství je volný pohyb osob. Volný pohyb pracovníků je stanoven v článku 39 Smlouvy o ES a je důkladněji rozpracován v nařízení č. 1612/68[11]: stanoví právo občanů EU pracovat v jiném členském státě jako zaměstnanci či státní úředníci. Svoboda usazování je stanovena v článku 43, který stanoví právo vykonávat samostatně výdělečnou činnost v jiném členském státě. Článek 49 stanoví právo na volný pohyb služeb. Nařízení č. 1408/71 a prováděcí nařízení č. 574/72[12] koordinují různé systémy sociálního zabezpečení, aby bylo možné toto základní právo volného pohybu snadněji uplatňovat. Občané EU mají také právo studovat v jiném členském státě za stejných podmínek, které platí pro státní příslušníky dotčeného státu.

Směrnice 2005/36/ES stanoví uznávání odborných kvalifikací pro účely usazení se v jiném členském státě a s cílem usnadnit poskytování přeshraničních služeb v jiném členském státě než ve státě usazení. Směrnice rovněž zavedla požadavek, aby si příslušné orgány v hostitelském i domovském členském státě vyměňovaly informace o přijatých kázeňských opatřeních či trestních sankcích nebo o jiných závažných zvláštních okolnostech. Mimo předpisový rámec byly ze strany profesních organizací zahájeny určité iniciativy v oblasti mobility pracovníků ve zdravotnictví, jako je například iniciativa pro přeshraniční pohyb pracovníků ve zdravotnictví a pilotní iniciativa pro profesní průkazy, jejichž cílem je zlepšit přístup k informacím v případech, kdy existují pochyby ohledně výkonu povolání. Pokrok při provádění těchto iniciativ bude třeba podrobovat přezkumu.

Volný pohyb studentů a pracovníků přispívá k zajištění toho, aby zdravotničtí pracovníci odcházeli za prací tam, kde jsou nejvíce potřební. Zdravotničtí pracovníci se však stěhují z řady důvodů: buď chtějí využít lepších příležitostí pro profesní rozvoj a odbornou přípravu nebo odcházejí kvůli vyšším platům a lepším pracovním podmínkám. Mobilita proto může mít (pozitivní, či negativní) dopad na rozdíly mezi jednotlivými zeměmi a v rámci nich. V této souvislosti mohou některé členské státy projevit neochotu riskovat investici do odborné přípravy dalších zdravotnických pracovníků, pokud si nejsou schopné tyto pracovníky udržet a návratnost investic je nízká.

---

[11] Nařízení Rady (EHS) č. 1612/68 ze dne 15. října 1968 o volném pohybu pracovníků uvnitř Společenství.

[12] Nařízení Rady (ES) č. 1408/71 ze dne 14. června 1971 o uplatňování systémů sociálního zabezpečení na zaměstnané osoby, osoby samostatně výdělečně činné a jejich rodiny pohybující se v rámci Společenství; nařízení Rady (EHS) č. 574/72 ze dne 21. března 1972, kterým se stanoví prováděcí pravidla k nařízení (EHS) č. 1408/71 o uplatňování systémů sociálního zabezpečení na zaměstnané osoby, osoby samostatně výdělečně činné a jejich rodiny pohybující se v rámci Společenství.

Účinky zvýšené mobility by neměly být řešeny zaváděním právních omezení volného pohybu studentů nebo pracovníků, ale spíše prostřednictvím vhodných politik a způsobem koordinovaným s orgány EU a s ostatními členskými státy. Zvýšená mobilita pracovníků může proto vyžadovat, aby vedoucí pracovníci odpovědní za řízení pracovních sil na místní a/nebo celostátní úrovni přezkoumávali přiměřenost svých opatření pro nábor a profesní rozvoj.

Občané mají rovněž právo na přístup ke zdravotní péči v jiných členských státech. Navrhovaná směrnice pro přeshraniční zdravotní péči má zaručit, aby byly při přeshraničním poskytování zdravotní péče v EU uplatňovány společné zásady. Jedním pilířem směrnice je využití potenciálu evropské spolupráce v oblastech, v nichž je to užitečné, včetně hraničních oblastí, a to prostřednictvím evropských referenčních sítí specializovaných středisek, prostřednictvím sítě EU pro hodnocení zdravotnických technologií nebo prostřednictvím elektronického zdravotnictví.

Ovlivňující faktory a možné oblasti činnosti:

- Posílení dvoustranných dohod mezi členskými státy v zájmu využití případného nadbytečného počtu lékařů a zdravotních sester a ošetřovatelů.
- Investice do odborné přípravy a náboru dostatečného počtu zdravotnických pracovníků za účelem dosažení soběstačnosti na úrovni EU.
- Podpora přeshraničních dohod týkajících se odborné přípravy a výměn pracovníků, které mohou pomoci zvládat odliv zdravotnických pracovníků do jiných zemí při současném dodržování práva Společenství.
- Podpora „cirkulačního“ pohybu pracovníků (tj. pracovníků stěhujících se do jiné země, aby si tam doplnili odborné vzdělání a/nebo získali zkušenosti a poté se vrátili do svých domovských zemí s nově nabytými znalostmi a dovednostmi).
- Vytvoření celoevropského fóra či platformy, kde by si vedoucí pracovníci mohli vyměňovat své zkušenosti.

4.5. Celosvětová migrace zdravotnických pracovníků

Nedostatek pracovníků ve zdravotnictví je celosvětový, nejvážnější situace je však v subsaharské Africe, kde již tento problém dosáhl kritických rozměrů[13]. Nedostatek je zhoršen zvýšenou poptávkou po lékařích a ošetřujícím personálu a souvisejícím konkurenčním tlakem v celém vyspělém světě.

Opatření v oblasti zdraví v rámci EU má také důležitý dopad na vnější a rozvojovou politiku EU. Pokud EU neučiní odpovídající kroky, aby získala a udržela si dostatečný počet vlastních pracovníků ve zdravotnictví, nepříznivý dopad migrace na zdravotnické systémy rozvojových zemí se pravděpodobně nezmírní[14].

---

[13] S kritickým nedostatkem pracovních sil ve zdravotnictví se potýká 57 zemí, přičemž 36 z nich leží v Africe.

[14] Nemigrují však pouze lidé z rozvojových zemí: lékaři a zdravotní sestry a ošetřovatelé opouštějí EU a hledají si pracovní místa například v USA, Kanadě, Austrálii a na Novém Zélandu.

Strategie EU k opatřením týkajícím se nedostatku lidských zdrojů v odvětví zdravotnictví v rozvojových zemích[15], která byla přijata v prosinci 2005, a akční program pro řešení kritického nedostatku zdravotnických pracovníků v rozvojových zemích (2007–2013)[16], který byl přijat o rok později, uznaly, že EU musí učinit kroky, aby dosáhla svého cíle, tedy aby zajistila vysoce kvalitní zdravotní péči, aniž by tím však nepříznivě ovlivnila situaci v zemích, které nejsou členy EU.

EU připravuje společnou přistěhovaleckou politiku,[17] která zahrnuje přístupy, jež brání oslabení rozvojových vyhlídek třetích zemí například v důsledku zhoršování „odlivu mozků" tím, že podporují cirkulační migraci. Tyto aspekty jsou součástí globálního přístupu k migraci[18]. Kromě toho Komise v roce 2007 vypracovala návrh směrnice, jejímž účelem je usnadnění přijetí vysoce kvalifikovaných migrujících osob do EU[19]. V rámci tohoto návrhu byla stanovena doložka, která konkrétně vyžaduje, aby byl v odvětvích, která trpí nedostatkem pracovních sil, např. ve zdravotnictví, prováděn etický nábor.

Během posledních deseti let byly vypracovány kodexy postupů pro etický nábor, které mají zmírnit nepříznivý dopad migračních toků na zranitelné systémy zdravotní péče v rozvojových zemích. Spojené království používá kodex pro nábor zahraničních pracovníků[20] a Norsko[21] a Nizozemsko[22] vydaly strategie v oblasti pracovní síly, které zahrnují politiky pro etický nábor na základě omezení aktivního státního náboru nebo na základě podpory náboru prostřednictvím dvoustranných dohod. Na úrovni EU přijal Evropský výbor pro sociální dialog v nemocničním odvětví, složený ze sdružení HOSPEEM a federace EPSU coby evropských sociálních partnerů, v roce 2008 společný „kodex chování a kroků navazujících na etický přeshraniční nábor a udržení pracovníků"[23], jehož cílem je podporovat etické chování a učinit přítrž neetickým postupům při přeshraničním náboru zdravotnických pracovníků.

EU se zavázala, že vypracuje kodex chování pro etický nábor zdravotnických pracovníků ze zemí, které nejsou členy EU, a učiní další kroky, aby co nejvíce zmírnila nepříznivé dopady a maximalizovala příznivé dopady přistěhovalectví zdravotnických pracovníků do EU na rozvojové země[24]. Nutnost dodržet tyto závazky je zopakována ve zprávě o pokroku při provádění akčního programu[25], která byla přijata v září 2008.

---

15 KOM(2005) 642.

16 KOM(2006) 870.

17 Viz KOM(2008) 359 „Společná přistěhovalecká politika pro Evropu: zásady, opatření a nástroje".

18 Viz KOM(2006) 735 a KOM(2007) 247.

19 KOM(2007) 637 v konečném znění. Zároveň byl přijat návrh (KOM(2007) 638) jiné směrnice o sjednoceném postupu vyřizování žádostí a o společném souboru práv pro pracovníky z třetích zemí, kteří oprávněně pobývají v členském státě.

20 www.nhsemployers.org.

21 Recruitment of Health Workers: towards Global Solidarity 2007.

22 Akční plán „Zdokonalení péče" z roku 2007.

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

24 Evropský parlament: Strategie EU k opatřením týkajícím se nedostatku lidských zdrojů v odvětví zdravotnictví v rozvojových zemích a sdělení Komise Evropskému parlamentu a Radě (KOM(2006) 870): akční program pro řešení kritického nedostatku zdravotnických pracovníků v rozvojových zemích (2007–2013).

25 SEK(2008) 2476.

Ovlivňující faktory a možné oblasti činnosti:

- Zavedení souboru zásad sloužících jako vodítko pro nábor zdravotnických pracovníků z rozvojových zemí a zavedení metod pro monitorování.
- Podpora organizace WHO při vypracování světového kodexu chování pro etický nábor pracovníků.
- Podpora dvoustranných a mnohostranných dohod se zeměmi původu pracovníků a vypracování mechanismů na podporu cirkulační migrace[26].
-

4.6. Údaje na podporu rozhodování

Všechny popsané otázky představují výzvy pro osoby, které plánují, zajišťují a řídí systémy zdravotní péče. Situace je o to horší, že neexistuje dostatek aktualizovaných, srovnatelných údajů a informací, například o počtu zdravotnických pracovníků, účastnících se odborné přípravy a v pracovním poměru, o jejich specializaci, zeměpisném rozmístění, věku, pohlaví a zemi původu. Vzhledem k tomu, že je možné, že se nedostatek pracovníků v jedné části Evropy projeví jinde, jsou celoevropské informace pro všechny zdravotnické orgány v EU důležité s ohledem na plánování a poskytování zdravotních služeb.

Ze zprávy z roku 2006, kterou vypracovala WHO[27] a kterou tvoří studie o pěti zemích (Estonsku, Německu, Litvě, Polsku a Spojeném království), vyšlo najevo, že žádná z těchto zemí není schopna poskytnout přesné a úplné informace o mezinárodních tocích pracovníků ve zdravotnictví. Nejběžnějším měřítkem toků jsou osvědčení vydávaná pro příslušné orgány („ověření"). Díky nim je možné získat představu o celkovém počtu pracovníků, kteří každoročně uvažují o přesunu do jiné země, avšak ne všichni z nich se opravdu přestěhují a někteří z nich si tato ověření nechají vystavit víckrát. Například estonská zpráva uvádí, že ze 344 lékařů, kteří si vyzvedli osvědčení, se jich ve skutečnosti vystěhovalo pouze 182.

Evropská komise shromažďuje údaje o rozhodnutích o uznání kvalifikací, které jsou zahrnuty v systémech uznávání v rámci jednotlivých odvětví. Tyto údaje jsou shrnuty na této internetové adrese:

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

Ukazují pohyb do jiného členského státu nebo záměr vykonávat v jiném členském státě povolání. Jelikož však nejsou k dispozici žádné další údaje o tom, zda daný odborný pracovník na místo v jiném členském státě opravdu nastoupil, zda se do třetí země přestěhoval, nebo se vrátil do domovské země, lze tyto údaje při neexistenci podrobnějších informací použít pouze jako údaje zástupné.

Další údaje shromážděné EUROSTATem o počtu pracovníků ve zdravotnictví závisí na údajích, které shromáždí různé členské státy. Tyto údaje jsou k dispozici na této internetové adrese:

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

---

26 Cirkulační migrace se týká pracovníků stěhujících se do jiné země, aby si tam doplnili odborné vzdělání a/nebo získali zkušenosti a poté se vrátili do svých domovských zemí s novými znalostmi a dovednostmi. Atraktivní pobídky by mohly mít podobu dohodnutého profesního postupu, aby se vracející se osoba vrátila na své místo a obdržela plat, který uznává nabyté zkušenosti.

27 Health Worker Migration in the European Region: Country Case Studies and Policy Implications Buchan J, Perfilieva G. (Migrace zdravotníků v evropském regionu: studie zaměřené na jednotlivé země a politické dopady).

Kromě toho se připravuje projekt OECD (podporovaný EU), který se týká migrace lékařů a zdravotních sester a ošetřovatelů v zemích OECD/EU-25 a který se v budoucnu zaměří také na další zdravotnické pracovníky. Tento projekt bude poskytovat užitečné informace, nemůže však zajistit úplnou srovnatelnost použitých údajů kvůli odlišným postupům registrace a odlišnostem mezi členskými státy, pokud jde o rozsah centrálního shromažďování údajů.

Evropská migrační síť[28] provedla v listopadu 2006 studii zabývající se řízenou migrací ve zdravotnictví, na které se podílelo jedenáct národních kontaktních míst. Ze studie vyplynulo, že zejména údaje týkající se pracovníků ve zdravotnictví ze třetích zemí, kteří působí v EU, byly omezené a mnohdy pocházely z různých zdrojů, a to dokonce v rámci téhož členského státu.

Ovlivňující faktory a možné oblasti činnosti:

- Harmonizace nebo normalizace ukazatelů týkajících se pracovníků ve zdravotnictví.
- Zřízení systémů sledování toků pracovníků ve zdravotnictví.
- Zajištění dostupnosti a srovnatelnosti údajů o pracovnících ve zdravotnictví, zejména za účelem určení přesných pohybů konkrétních skupin pracovníků ve zdravotnictví

5. DOPAD NOVÝCH TECHNOLOGIÍ: ZLEPŠOVÁNÍ VÝKONNOSTI PRACOVNÍKŮ VE ZDRAVOTNICTVÍ

Pokrok ve zdravotní péči závisí na vědeckém a technologickém vývoji. Nové technologie mají vliv na to, čeho může být dosaženo a jak je zdravotní péče organizována a poskytována. Díky novým technologiím si nyní zdravotničtí pracovníci mohou snáze vyměňovat informace a intenzivněji spolupracovat a zlepšovat celkovou péči. V případě některých nemocí a pacientů mohou technologie umožnit převedení podstatné části péče z nemocnic do prostředí komunit a základní péče a dokonce do domovů pacientů, což může zvýšit kvalitu života a přispět k lepšímu využívání zdrojů.

V krátkodobém výhledu mohou nové technologie, jako je telemedicína, zaručit lepší zajištění zdravotní péče v odlehlých oblastech nebo v oblastech s nedostatkem zdravotnických pracovníků. V EU například existují oblasti, v nichž telemedicína umožňuje služby dálkové diagnostiky, a dálková diagnóza výsledků mamografického vyšetření pomáhá zlepšovat přístup k pacientům a služby, které jsou jim poskytovány.

Zavedení nových technologií vyžaduje, aby pracovníci ve zdravotnictví byli k jejich používání odborně připraveni a v případě potřeby rekvalifikováni. Navíc bude nutné dosáhnout toho, aby zdravotničtí pracovníci používání těchto technologií, které mohou leckdy zpochybnit zavedené pracovní metody a struktury, akceptovali. Sdělení Komise s názvem „Přínos telemedicíny pro pacienty, společnost a hospodářství“ navrhuje evropský rámec k řešení některých z těchto výzev.

Ovlivňující faktory a možné oblasti činnosti:

- Zajištění vhodné odborné přípravy umožňující zdravotnickým pracovníkům co

[28] http://emn.sarenet.es/.

nejlépe využívat nové technologie.

- Přijetí opatření na podporu používání nových informačních technologií.
- Zajištění interoperability nových informačních technologií.
- Zajištění lepšího rozšiřování nových technologií po celé EU.

6. VÝZNAM PODNIKATELŮ – PRACOVNÍKŮ VE ZDRAVOTNICTVÍ Z HLEDISKA PRACOVNÍ SÍLY

Někteří pracovníci ve zdravotnictví, jako jsou lékaři, psychologové, zubní lékaři, pedikéři, rehabilitační pracovníci a ergoterapeuti, podnikají a provozují vlastní praxi či zdravotní střediska a zaměstnávají pracovníky. Na tyto činnosti mají vliv politiky Komise, jejichž cílem je zlepšit podnikatelské prostředí v Evropě a podporovat a povzbuzovat podnikání. Komise nedávno zveřejnila sdělení s názvem „Malé a střední podniky – klíč k zajištění vyššího růstu a zaměstnanosti. Přezkum moderní politiky malých a středních podniků v polovině období“ (ze dne 4. října 2007), které uznává význam přínosu malých a středních podniků z hlediska plnění cílů Lisabonské strategie – tedy pro podporu hospodářského růstu a vytváření nových a lepších pracovních míst. Tito podnikatelé mohou přispět k posílení evropského růstu a mohou být hnací silou v oblasti inovací, místního rozvoje, odborné přípravy a zaměstnanosti a mohou také pomoci zlepšit přístup ke zdravotní péči.

Iniciativa na podporu malých a středních podniků (iniciativa „Small Business Act“) je klíčovým prvkem strategie EU pro růst a zaměstnanost (sdělení Komise „Zelenou malým a středním podnikům.“ „Small Business Act“ pro Evropu (KOM(2008) 394)). Obsahuje soubor společných zásad, které mají sloužit jako vodítko pro politiku pro malé a střední podniky, a rovněž navrhovaná opatření k uvedení zásad do praxe. Zaměřuje se na podporu podnikání a zakotvuje zásadu „Mysli nejdříve v malém“ do tvorby politik a podporuje růst malých a středních podniků.

Ovlivňující faktory a možné oblasti činnosti:

- Podpora podnikatelů k tomu, aby vstoupili do zdravotnictví a zlepšili plánování poskytování zdravotní péče a vytvářeli nová pracovní místa.
- Přezkoumání překážek podnikatelské činnosti ve zdravotnictví.

7. POLITIKA SOUDRŽNOSTI

Rozvoj pracovníků ve zdravotnictví v EU rovněž souvisí s politikou soudržnosti. Podle stávajícího právního rámce je možné pro účely rozvoje pracovníků ve zdravotnictví využívat strukturálních fondů. Strategické obecné zásady Společenství pro soudržnost, které vymezují priority pro strukturální fondy v období 2007–2013, obsahují oddíl, jehož cílem je „pomoci udržet zdravou pracovní sílu“. Nařízení o Evropském sociálním fondu z července 2006 (nařízení č. 1081/2006) označuje za prioritní oblasti Evropského sociálního fondu prodlužující se délku pracovního života a „zlepšení ochrany zdraví“. V této souvislosti některé členské státy (převážně nové) plánují významné investice do vzdělávání a odborné přípravy pracovníků ve zdravotnictví za použití Evropského sociálního fondu. Kromě toho bude do zdravotnické infrastruktury investováno přibližně 5,2 miliard EUR z Evropského fondu pro regionální rozvoj. Účinné využívání strukturálních fondů ke zlepšování dovedností a kvalifikací pracovníků ve zdravotnictví a k rozvoji zdravotnické infrastruktury může

efektivně přispět ke zlepšení pracovních podmínek a zvýšení kvality zdravotnických služeb, a tudíž snížit rozdíly v oblasti zdravotnictví a posílit soudržnost v rámci členských států a mezi nimi.

Ovlivňující faktory a možné oblasti činnosti:

- Lepší využívání prostředků nabízených ze strukturálních fondů na odbornou přípravu a rekvalifikaci zdravotnických pracovníků.
- Lepší využívání strukturálních fondů za účelem rozvoje zdravotnických pracovníků.
- Intenzivnější využívání strukturálních fondů k vybudování infrastruktury umožňující zlepšení pracovních podmínek.

8. KONZULTACE

Evropská komise vyzývá všechny zúčastněné organizace, aby se vyjádřily k otázkám obsaženým v této zelené knize, a to nejpozději do 31. března 2009, a své reakce zaslaly nejlépe do této schránky elektronické pošty: SANCO-health-workforce@ec.europa.eu

nebo na tuto adresu Evropské komise:

European Commission, B-1049, Brussels, Belgie.

Pokud respondenti neučiní opačné prohlášení, budou útvary Komise předpokládat, že nemají žádné námitky proti tomu, aby byly jejich odpovědi nebo části odpovědí zveřejněny na internetových stránkách Komise a/nebo citovány ve zprávách analyzujících výsledky konzultací.