EUROPOS BENDRIJŲ KOMISIJA

Briuselis, 10.12.2008
KOM(2008) 725 galutinis

ŽALIOJI KNYGA

dėl Europos sveikatos priežiūros darbuotojų

TURINYS

1. Įvadas ... 3
2. Žaliosios knygos pagrindas ... 4
3. Teisinis pagrindas ir pagrindas imtis veiksmų ES lygmeniu ... 5
4. ES sveikatos priežiūros darbo jėgai įtakos turintys veiksniai ir pagrindinės spręstinos problemos ... 5
4.1. Demografija ir pakankamo sveikatos priežiūros darbuotojų skaičiaus užtikrinimas ... 5
4.2. Visuomenės sveikatos pajėgumas ... 7
4.3. Mokymas ... 8
4.4. Sveikatos priežiūros darbuotojų judumo ES valdymas ... 9
4.5. Visuotinė sveikatos priežiūros darbuotojų migracija ... 10
4.6. Sprendimų priėmimą pagrindžiantys duomenys ... 12
5. Naujų technologijų poveikis. sveikatos priežiūros darbo jėgos veiksmingumo gerinimas ... 13
6. Sveikatos priežiūros specialistų verslininkų funkcija ... 13
7. Sanglaudos politika ... 14
8. Konsultacijos ... 15

Pakankamo sveikatos priežiūros darbuotojų skaičiaus Europoje užtikrinimas

1. ĮVADAS

ES sveikatos sistemoms tenka sunki užduotis išlaikyti pusiausvyrą visų pirma tarp didėjančios sveikatos paslaugų paklausos ir ribotos pasiūlos; antra – tarp poreikio patenkinti žmonių sveikatos priežiūros poreikius vietos lygmeniu ir poreikio būti pasirengusiems didelėms visuomenės sveikatos krizėms.

Europos sveikatos sistemos patiria įvairių sunkumų.

- Politikos kūrėjai ir sveikatos institucijos turi spręsti, kaip pritaikyti sveikatos priežiūros sistemas senėjančiai visuomenei. Numatoma, kad 2008–2060 m. EU-27 65 m. ir vyresnių gyventojų skaičius padidės 66,9 mln., o seni (80 m. ir vyresni) žmonės sudarys sparčiausiai didėjančią visuomenės dalį[1].
- Taikant naujas technologijas atsiranda galimybė teikti įvairesnių ir geresnės kokybės sveikatos priežiūros paslaugų, susijusių su ligos diagnoze, prevencija ir gydymu, tačiau visa tai kainuoja, be to, būtina parengti naujomis technologijomis naudotis gebančius specialistus.
- Sveikatai kyla naujų ir vis tų pačių pavojų, pavyzdžiui, susijusių su užkrečiamosiomis ligomis.
- Visa tai susiję su vis didėjančiomis sveikatos išlaidomis, o kai kuriose šalyse dėl to išties kyla rimtų su sveikatos sistemų tvarumu susijusių ilgalaikių problemų.

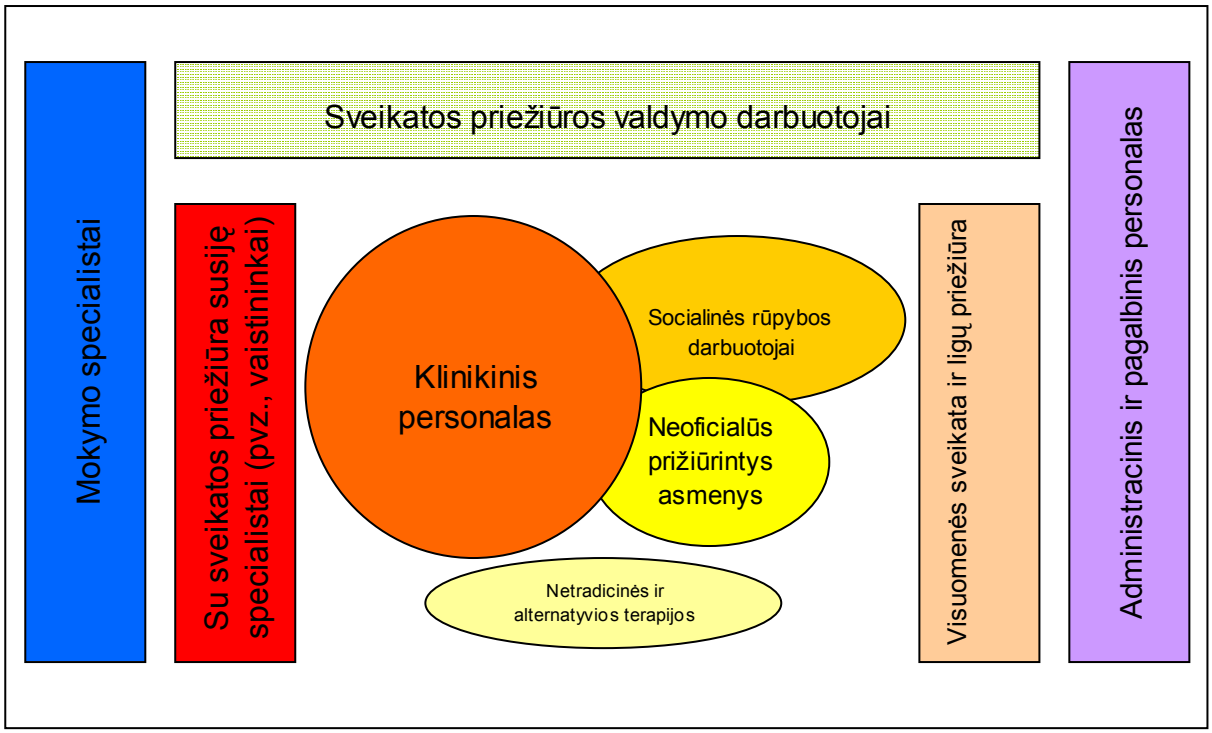
Siekiant tinkamai reaguoti į šiuos sunkumus, sveikatos sistemoms būtina gerai parengta veiksminga ir naši darbo jėga, nes sveikatos priežiūros paslaugoms teikti reikia labai daug darbuotojų. Iš tiesų, sveikatos priežiūra yra vienas iš svarbiausių ES ekonomikos sektorių, kuriame dirba dešimtadalis ES darbuotojų, o apie 70 % sveikatos priežiūros biudžeto skiriama sveikatos priežiūros darbuotojų atlyginimams ir kitoms tiesiogiai su jų darbu susijusioms išlaidoms[2].

---

[1] 2008 m. duomenimis grindžiamos nacionalinės gyventojų skaičiaus prognozės, EUROPOP 2008 m. konvergencijos scenarijus.

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

1 diagrama. Sveikatos priežiūros darbuotojų apibrėžtoji sritis



2. ŽALIOSIOS KNYGOS PAGRINDAS

2007 m. spalio mėn. priimtoje ir baltojoje knygoje „Kartu sveikatos labui“ paskelbtoje Europos Komisijos sveikatos strategijoje iškeliamas naujas požiūris, siekiant užtikrinti, kad ES daro viską, kad išspręstų tokias problemas, kaip antai pavojai sveikatai, visuotinės epidemijos, su gyvenimo būdo ligomis susijusi našta, nelygybė ir klimato kaita išsiplėtusioje 27 valstybių narių Europos Sąjungoje. Strategija siekiama propaguoti gerą sveikatą senėjančioje Europoje – žmonės raginami rūpintis sveikata visą gyvenimą, gyventojai saugomi nuo pavojų sveikatai ir remiamos dinamiškos sveikatos sistemos bei naujos technologijos.

Šia žaliąja knyga siekiama atkreipti daugiau dėmesio į problemas, su kuriomis susiduria ES sveikatos priežiūros darbuotojai, aiškiau parodyti, kokios panašios vietos ir (arba) nacionalinių sveikatos priežiūros vadovų patiriamos problemos, ir suteikti geresnį pagrindą svarstymams, ką būtų galima padaryti ES lygmeniu siekiant veiksmingai spręsti šias problemas nedarant neigiamo poveikio ES valstybėmis narėmis nesančių šalių sveikatos sistemoms.

Žaliąja knyga siekiama kuo tiksliau perteikti bendrus visų ES valstybių narių sveikatos priežiūros darbuotojų patiriamus sunkumus: demografines problemas (senėjantys pasaulio gyventojai ir senėjanti darbo jėga), o tai reiškia, kad nepakanka sveikatos priežiūros sistemai priklausančių jaunesnių žmonių, kurie galėtų pakeisti išeinančius į pensiją; sveikatos priežiūros darbuotojų įvairovę; menką įvairių su sveikatos priežiūra ir visuomenės sveikata susijusių darbo vietų patrauklumą naujajai kartai; sveikatos priežiūros specialistų migraciją į ES ir iš jos; nevienodą judumą ES viduje, ypač kai kurių sveikatos priežiūros specialistų persikėlimą iš skurdesnių ES šalių į turtingesnes, taip pat sveikatos srities protų nutekėjimą iš trečiųjų šalių.

Antrasis šios žaliosios knygos tikslas – padėti nustatyti kurioje srityje, Komisijos manymu, galima imtis tolesnių veiksmų, ir šiuo klausimu pradėti diskusijas.

3. TEISINIS PAGRINDAS IR PAGRINDAS IMTIS VEIKSMŲ ES LYGMENIU

EB sutarties 152 straipsnyje teigiama, kad „Bendrija savo veikloje visuomenės sveikatos srityje visiškai pripažįsta valstybių narių atsakomybę už sveikatos paslaugų ir sveikatos priežiūros organizavimą bei teikimą“. Tačiau straipsnyje taip pat pabrėžiama, kad Bendrija turėtų skatinti valstybes nares bendradarbiauti ir tarpusavyje koordinuoti politikos kryptis ir programas.

Todėl Bendrijos veiksmais siekiama papildyti valstybių narių politiką. Pagrindinė atsakomybė už sveikatos paslaugų organizavimą ir teikimą tenka valstybėms narėms, tačiau ES tenka svarbi užduotis remti valstybes nares ir teikti naudą, pvz., kuriant tinklus ir dalijantis gerąja patirtimi.

Be to, EB sutartyje ir antrinės teisės aktuose nustatytos taisyklės, kurių valstybės narės turi laikytis organizuodamos sveikatos priežiūros sektorių.

Susiję antrinės teisės aktų pavyzdžiai – Europos bendrijos darbo teisės direktyvos, kaip antai Darbo laiko direktyva, kuria, saugant darbuotojų sveikatą ir rūpinantis jų sauga, nustatytas maksimalus leistinas darbo laikas ir minimalus kasdieninio ar savaitinio poilsio laikas. Direktyvoje numatyti bendri mažiausi reikalavimai visoms valstybėms narėms, tačiau kiekvienai jų paliekama teisė, jei ji to pageidauja, taikyti taisykles, kurios labiau tiktų siekiant darbuotojų apsaugos.

Teismo sprendimais dėl budėjimo laiko ir kompensuojamojo poilsio iškeliami svarbūs su sveikatos priežiūros ir lankomosios priežiūros paslaugomis susiję klausimai[3]. Komisija jau pateikė teisės aktų pasiūlymus[4] ir juos dabar nagrinėja Taryba ir Europos Parlamentas[5].

4. ES SVEIKATOS PRIEŽIŪROS DARBO JĖGAI ĮTAKOS TURINTYS VEIKSNIAI IR PAGRINDINĖS SPRĘSTINOS PROBLEMOS

4.1. Demografija ir pakankamo sveikatos priežiūros darbuotojų skaičiaus užtikrinimas

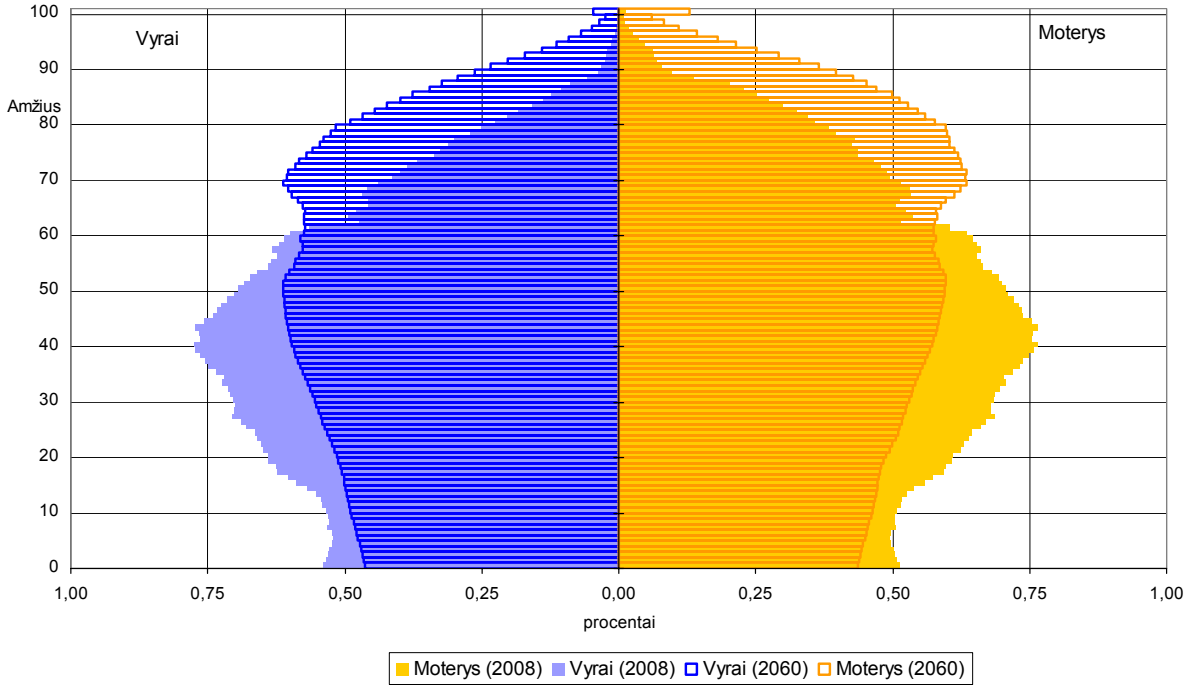
Piliečiai gyvena ilgiau ir yra geresnės sveikatos. Nuo dvidešimto amžiaus šešto dešimtmečio gyvenimo trukmė nuosekliai ilgėjo apie 2,5 metų per dešimtmetį, tikimasi, jog ji ilgės ir toliau.

---

3 Teigdamas, kad laikas, kurį sveikatos priežiūros specialistai praleidžia budėdami, turi būti laikomas darbo laiku netgi jei jie ilsisi ir jei jiems reikia likti darbo vietoje, Teismas pripažino, kad, pavyzdžiui, gydytojai dirba daugiau kaip 48 valandas per savaitę daugelyje valstybių narių. Kad galėtų laikytis šio teismo nutarimo, kai kurios valstybės narės turėtų įdarbinti daug darbuotojų, o tai ne visada įmanoma.

4 COM(2004) 607 (pasiūlymas iš dalies keisti Direktyvą 2003/88/EB); COM(2005) 246 (pasiūlymas iš dalies pakeistas atsižvelgiant į Europos Parlamento nuomonę).

5 Bendroji Tarybos pozicija, 2008 m. rugsėjo 15 d.; Komisijos komunikatas Europos Parlamentui dėl bendrosios pozicijos, COM(2008) 568.



2 diagrama. 2008–2060 m. visuomenės prognozės

Senėjant visuomenei svarbu, kad žmonės sentų būdami geros sveikatos. Sveiko gyvenimo metų turi būti kiek galima daugiau. Vis dėlto žmonėms gyvenant ilgiau, galima numatyti, kad daugės sunkią negalią turinčių vyresnių žmonių, kuriems būtina ilgalaikė priežiūra[6]. Kadangi įvairios lėtinės ligos dažnesnės vyresniame amžiuje, tai turės poveikio sveikatos priežiūros paslaugų teikimui. Be to, atsižvelgiant į numatomą neoficialių prižiūrinčių asmenų skaičiaus mažėjimą, pavyzdžiui, dėl besikeičiančios šeimos struktūros, tikėtina, kad oficialios priežiūros poreikis didės.

Senstant visuomenei sensta ir darbo jėga. 1995–2000 m. jaunesnių kaip 45 m. gydytojų skaičius Europoje sumažėjo 20 %, o vyresnių kaip 45 m. – padidėjo daugiau kaip 50 %. Didėja ir slaugytojų vidutinis amžius; penkiose valstybėse narėse beveik pusė slaugytojų – vyresni kaip 45 m. asmenys[7]. Šiems darbuotojams artėjant prie pensinio amžiaus būtinas pakankamas skaičius juos pakeisiančių jaunesnių darbuotojų.

Istoriškai susiklostė, kad sveikatos priežiūros srityje dirbančių moterų skaičius visada buvo didelis ir toliau didėja. Beveik trys ketvirtadaliai visų ES sveikatos sistemos darbuotojų – moterys, o kai kuriose valstybėse narėse moterys sudaro daugiau kaip 50 % į medicinos mokyklas priimtų studentų[8]. Todėl itin svarbu žmoniškųjų išteklių strategijose viešinti lyčių lygybės priemones.

„Moterų ir vyrų lygybės gairėse 2006–2010“[9] numatoma veikla, kuria siekiama vienodos moterų ir vyrų ekonominės nepriklausomybės ir lygių dalyvavimo galimybių priimant sprendimus, taip pat numatomos priemonės, kuriomis siekiama pagerinti darbo, šeimos ir asmeninio gyvenimo suderinimą.

---

6 EBPO: Pagyvenusių žmonių sunkios negalios tendencijos, DELSA/HEA/WD/HWP (2007 m.).
7 PSO stebėsenos politika, 2006 m.
8 PSO stebėsenos politika, 2006 m.
9 COM(2006) 92.

Staigaus gimstamumo padidėjimo (angl. *baby boom*) kartai ruošiantis išeiti į pensiją pakankamą darbuotojų skaičių galima užtikrinti tik rengiant, įdarbinant ir išlaikant jaunus praktikuojančius gydytojus ir iš naujo investuojant į brandžius darbuotojus.

Įtakos turintys veiksniai ir galimos veiklos sritys:

- Išlaidų sveikatos priežiūros darbuotojams apskaičiavimas.
- Geresnių darbo sąlygų sveikatos priežiūros darbuotojams užtikrinimas, darbuotojų motyvacijos didinimas ir dorovės ugdymas.
- Galimybės rengti įdarbinimo ir mokymo kampanijas, ypač siekiant pasinaudoti didėjančia vyresnių nei 55 m. amžiaus darbuotojų bei šeimos įsipareigojimų nebeturinčių asmenų dalimi, apsvarstymas.
- Lėtinių ligų valdymo organizavimas ir ilgalaikės priežiūros teikimas arčiau namų ar bendruomenės aplinkoje.
- Veiksmingesnis esamų sveikatos priežiūros darbuotojų paskirstymo numatymas.
- Galimybės rengti „grįžimo prie profesinės veiklos“ kampanijas, siekiant grąžinti į darbą sveikatos priežiūros srityje nebedirbančius asmenis.
- Didesnės įdarbinamų darbuotojų socialinės ir etninės įvairovės skatinimas.
- Informavimo apie įvairias profesijas sveikatos priežiūros ir lankomosios priežiūros srityje didinimas mokyklose.

4.2. Visuomenės sveikatos pajėgumas

Visuomenės sveikatos priežiūros funkciją sudaro įvairiausia veikla, kuria siekiama saugoti ir gerinti visuomenės sveikatą, šalinti sveikatos srityje esančius skirtumus ir patenkinti socialiai remtinų ir pažeidžiamų žmonių grupių poreikius. Vykdant šią funkciją atliekamos šios užduotys – sveikatos poreikių ir poveikio sveikatai vertinimas planuojant sveikatos priežiūros paslaugas, ligų prevencija, pavyzdžiui, rengiant skiepijimo ir patikros programas, sveikatos gerinimas ir švietimas, kraujo donorystės užtikrinimas, epidemiologinė priežiūra ir su infekcinių ligų protrūkiu, visuotinėmis epidemijomis, žmogaus sukeltomis ir stichinėmis nelaimėmis bei klimato kaita susijusių pavojų sveikatai numatymas ir jų šalinimas.

Sveikatos gerinimas ir ligų prevencija svarbūs ne tik patys savaime, bet ir gali labai sumažinti gydymo ir lankomosios priežiūros paslaugų poreikį ateityje. Kad šias užduotis ES visuomenės sveikatos priežiūros darbuotojai galėtų veiksmingai atlikti, būtinas pakankamas reikiamus įgūdžius turinčių darbuotojų skaičius – į visa tai turi būti atsižvelgta mokymo ir įdarbinimo planuose.

Darbuotojų sauga ir sveikata yra svarbūs bendrą visuomenės sveikatą lemiantys veiksniai, todėl su darbo vieta susijusiai sveikatai reikės skirti ypatingą dėmesį. Ir toliau bus sprendžiamos tokios problemos kaip nelaimingi atsitikimai darbe, tačiau dėl naujų aplinkybių – darbo ritmo pasikeitimo, darbe taikomų naujų technologijų, profesinės veiklos ir asmeninio gyvenimo pusiausvyros siekimo, darbo judumo ir su darbu susijusio streso – ypatingą dėmesį būtina skirti darbuotojų sveikatai, kuri yra svarbus gerą visuomenės sveikatą lemiantis veiksnys. Neseniai priimtoje 2007–2012 m. darbuotojų saugos ir sveikatos strategijoje (COM (2007)62) nustatyti plataus masto tikslai, kuriuos ES valstybės narės sutarė priimti ir paremti. Tačiau šių tikslų įgyvendinimas labai priklauso nuo to, ar bus pakankamas reikiamus įgūdžius turinčių sveikatos priežiūros darbuotojų, tokių kaip darbo medicinos gydytojai ir slaugytojai bei sveikatos ir darbo saugos inspektoriai, skaičius.

Įtakos turintys veiksniai ir galimos veiklos sritys:

- Patikros, sveikatos gerinimo ir ligų prevencijos pajėgumo stiprinimas.
- Išsamesnės informacijos apie esamus ir galimus visuomenės sveikatos priežiūros poreikius rinkimas siekiant planuoti būsimą sveikatos priežiūros darbuotojų rengimą ir tobulinimą.
- Mokslinių profesijų viešinimas mokyklose pabrėžiant ne tokių populiarių specialybių (biologų, epidemiologų ir t. t.) karjeros galimybes.
- Didesnis dėmesys Europos darbuotojų saugos ir sveikatos agentūrai (OSHA) valstybėse narėse ją tiesiogiai viešinant darbo vietose.
- Darbo medicinos gydytojų veiklos skatinimas ir paskatų gydytojams pasirinkti darbą šioje srityje suteikimas.

4.3. Mokymas

Planuojant darbo jėgą taip pat svarbu apsvarstyti mokymo pajėgumą. Jei reikia daugiau gydytojų, slaugytojų ar kitų darbuotojų, į universitetus turi būti priimama daugiau studentų arba turi būti įsteigta daugiau sveikatos priežiūros darbuotojus rengiančių mokyklų, taip pat reikia daugiau mokymo personalo šiems darbuotojams rengti. Tam būtinas planavimas ir investicijos.

Valstybės narės turės įvertinti, kokių specialistų įgūdžių reikės, atsižvelgdamos į sveikatos priežiūros srityje taikomų metodų pokyčius pradėjus taikyti naujas technologijas, senėjančios visuomenės poveikį ligos modeliui ir didėjantį pagyvenusių pacientų, kurie serga įvairiomis lėtinėmis ligomis, skaičių. Atsirado specifinė problema – dėl dažnesnių kelionių ir didesnio judumo taip pat iškilo didesnis ligų, kurios iki šiol labiau vyravo atogrąžų šalyse, plitimo pavojus. Dėl to atsirado naujas mokymo reikalavimas rengiant klinikinį personalą ir su užkrečiamųjų ligų priežiūros specialistus.

Įtakos turintys veiksniai ir galimos veiklos sritys:

- Užtikrinimas, kad mokymo kursuose atsižvelgiama į specialius žmonių su negalia poreikius (jiems turėtų būti teikiama tokios pačios kokybės priežiūra kaip ir negalios neturintiems pacientams, taip pat specialios sveikatos priežiūros paslaugos, kurių jiems reikia[10]).
- Dėmesio skyrimas sveikatos priežiūros specialistų tęstiniam profesiniam tobulinimuisi (TPT). Profesinių įgūdžių atnaujinimas padeda gerinti sveikatos rezultatus ir užtikrinti pacientų saugą.
- Mokymo kursų rengimas siekiant skatinti brandžius darbuotojus grįžti į darbą.
- Sveikatos priežiūros srities vadovų rengimas.
- Valstybių narių bendradarbiavimo taikant *numerus clausus* rengiant sveikatos priežiūros darbuotojus skatinimas ir didesnio lankstumo suteikimas.

[10] Kaip nurodyta visų valstybių narių ir Europos bendrijos pasirašytos JT neįgaliųjų teisių konvencijos 35 straipsnyje.

- Galimybių rengti kalbų mokymus, kurie palengvintų galimą judumą, sudarymas.
- ES mechanizmo, pvz., sveikatos priežiūros darbuotojų stebėsenos centro, kuris padėtų valstybėms narėms planuoti būsimą sveikatos priežiūros darbo jėgos pajėgumą, mokymo poreikius ir technologinių patobulinimų taikymą, kūrimas.

4.4. Sveikatos priežiūros darbuotojų judumo ES valdymas

Laisvas asmenų judėjimas yra viena iš pagrindinių laisvių, kurią užtikrina Bendrijos teisė. Laisvas darbuotojų judėjimas reglamentuojamas EB sutarties 39 straipsnyje ir išsamiau nustatytas Reglamente Nr. 1612/68[11]: jame numatyta ES piliečių teisė būti darbuotojais ar valstybės tarnautojais kitoje valstybėje narėje. Įsisteigimo teisė nustatyta EB sutarties 43 straipsnyje, kuriame nustatyta teisė būti savarankiškai dirbančiu asmeniu kitoje valstybėje narėje. 49 straipsnyje įtvirtinama teisė laisvai teikti paslaugas. Siekiant palengvinti šios pagrindinės teisės laisvai judėti užtikrinimą, Reglamentu Nr. 1408/71 ir įgyvendinimo reglamentu Nr. 574/72[12] koordinuojamos įvairios socialinės apsaugos sistemos.

ES piliečiai taip pat turi teisę studijuoti kitose valstybėse narėse tokiomis pačiomis sąlygomis kaip ir tų šalių piliečiai.

Direktyva 2005/36/EB numatytas profesinių kvalifikacijų pripažinimas įsisteigiant kitoje valstybėje narėje ir siekiant palengvinti tarpvalstybinių paslaugų teikimą kitoje nei įsisteigimo valstybėje narėje. Direktyva taip pat nustatytas reikalavimas, kad priimančiosios ir kilmės valstybių narių kompetentingos institucijos keistųsi informacija apie taikomus drausminius veiksmus, baudžiamąsias sankcijas arba kitas rimtas konkrečias aplinkybes. Be reguliavimo sistemos, profesinės organizacijos ėmėsi su sveikatos specialistų judumu susijusių iniciatyvų kaip antai Tarpvalstybinės sveikatos specialistų organizacijos iniciatyva ir bandomoji „profesinių kortelių“ iniciatyva, kuriomis siekiama suteikti geresnes galimybes gauti informacijos dėl abejotino elgesio. Pažanga, padaryta įgyvendinant šias iniciatyvas, turės būti peržiūrima.

Laisvas studentų ir darbuotojų judėjimas padeda užtikrinti, kad sveikatos priežiūros specialistai vyktų ten, kur jų labiausiai reikia. Tačiau sveikatos priežiūros specialistai persikelia į kitas šalis dėl įvairių priežasčių – siekdami geresnės karjeros ir geresnių mokymosi galimybių, didesnio atlyginimo ir geresnių darbo sąlygų. Judumas gali turėti teigiamo arba neigiamo poveikio skirtumams tam tikroje šalyje ar tarp šalių. Šiomis aplinkybėmis kai kurios valstybės narės gali nenorėti rizikuoti investuodamos į rengiamų sveikatos specialistų skaičiaus didinimą, jei specialistus sunku išlaikyti šalyje ir jei investicijų grąža nedidelė.

Su padidėjusio judumo poveikiu susijusios problemos turėtų būti sprendžiamos ne teisinėmis priemonėmis apribojant laisvą studentų arba darbuotojų judėjimą, bet formuojant su ES institucijomis ir kitomis valstybėmis narėmis suderintą atitinkamą politiką. Todėl dėl padidėjusio sveikatos priežiūros darbuotojų judumo vietos ir (arba) nacionalinio lygmens

---

[11] 1968 m. spalio 15 d. Tarybos Reglamentas (EEB) Nr. 1612/68 dėl laisvo darbuotojų judėjimo Bendrijoje.

[12] 1971 m. birželio 14 d. Tarybos reglamentas (EB) Nr. 1408/71 dėl socialinės apsaugos sistemų taikymo pagal darbo sutartį dirbantiems asmenims, savarankiškai dirbantiems asmenims ir jų šeimos nariams, judantiems Bendrijoje; 1972 m. kovo 21 d. Tarybos reglamentas (EEB) Nr. 574/72, nustatantis Reglamento (EEB) Nr. 1408/71 dėl socialinės apsaugos sistemų taikymo pagal darbo sutartį dirbantiems asmenims, savarankiškai dirbantiems asmenims ir jų šeimos nariams, judantiems Bendrijoje, įgyvendinimo tvarką.

sveikatos priežiūros vadovams gali tekti peržiūrėti, ar įdarbinimo ir profesinio tobulinimosi priemonės yra tinkamos.

Piliečiai taip pat gali naudotis teise gauti sveikatos priežiūros paslaugas kitose valstybėse narėse. Siūloma sveikatos priežiūros paslaugų kitoje šalyje direktyva siekiama užtikrinti visoje ES vienodų principų taikymą kitoje šalyje teikiamoms sveikatos priežiūros paslaugoms. Vienas iš direktyvos ramsčių – naudojimasis Europos bendradarbiavimo galimybėmis srityse, kuriose tai naudinga, įskaitant pasienio regionus, per Europos specializuotų centrų informacijos tinklus, ES sveikatos technologijų vertinimo tinklą arba e. sveikatą.

Įtakos turintys veiksniai ir galimos veiklos sritys:

- Valstybių narių dvišalių susitarimų skatinimas siekiant, kad būtų pasinaudota per dideliu gydytojų ir slaugytojų skaičiumi tam tikroje šalyje.
- Investavimas į pakankamo skaičiaus sveikatos priežiūros darbuotojų mokymą ir įdarbinimą siekiant ES mastu užtikrinti pakankamą savų darbuotojų skaičių.
- Skatinimas sudaryti tarpvalstybinius susitarimus dėl mokymo ir darbuotojų mainų siekiant padėti valdyti išvykstančių sveikatos priežiūros darbuotojų srautą laikantis Bendrijos teisės.
- Apykaitinio darbuotojų judėjimo (t. y. darbuotojai išvyksta į kitą šalį mokytis ir (arba) įgyti patirties ir vėliau, įgiję naujų žinių ir įgūdžių, grįžta į savo šalį) skatinimas.
- ES masto forumo arba sistemos, kurioje vadovai galėtų keistis patirtimi, kūrimas.

4.5. Visuotinė sveikatos priežiūros darbuotojų migracija

Sveikatos priežiūros darbuotojų trūkumas – visuotinė problema, tačiau aktualiausia ji Afrikoje į pietus nuo Sacharos, kur padėtis tapo kritiška[13]. Šią problemą dar labiau aštrina išsivysčiusiose pasaulio šalyse padidėjusi medicinos ir slaugos darbuotojų paklausa.

Su sveikata susiję ES veiksmai taip pat svarbūs ES išorės ir vystymosi politikai. Jei ES nesiims tinkamų veiksmų parengti ir išlaikyti pakankamą skaičių savų sveikatos priežiūros darbuotojų, tikėtina, kad neigiamas migracijos poveikis besivystančių šalių sveikatos sistemoms nemažės[14].

2005 m. gruodžio mėn. priimtoje ES veiksmų žmogiškųjų išteklių krizei besivystančių šalių sveikatos priežiūros srityje spręsti strategijoje[15] ir po metų priimtoje Veiklos programoje (toliau – VP) sveikatos priežiūros darbuotojų trūkumo besivystančiose šalyse problemai spręsti (2007–2013 m.)[16] pripažįstama, kad ES yra atsakinga už veiksmus siekiant tikslo teikti aukštos kokybės sveikatos priežiūrą nedarant neigiamo poveikio padėčiai ES valstybėmis narėmis nesančiose šalyse.

---

13 Didžiausias sveikatos priežiūros darbuotojų trūkumas juntamas 57 šalyse, 36 iš jų – Afrikoje.

14 Migruoja ne tik besivystančių šalių darbuotojai: yra gydytojų ir slaugytojų, kurie iš ES išvyksta dirbti į JAV, Kanadą, Australiją ir Naująją Zelandiją.

15 COM (2005) 642.

16 COM (2006) 870.

ES rengia bendrą imigracijos politiką[17], kuria bus numatytos strategijos kaip nepakenkti trečiųjų šalių raidos perspektyvoms, pavyzdžiui, ne apsunkinant protų nutekėjimą, bet skatinant apykaitinę migraciją. Tai Visuotinio požiūrio į migraciją[18] dalis. Be to, 2007 m. Komisija parengė pasiūlymą dėl direktyvos, kad būtų palengvintas labai kvalifikuotų migrantų patekimas į ES[19]. Šiame pasiūlyme numatyta nuostata, kuria reikalaujama etiško įdarbinimo sektoriuose, tokiuose kaip sveikatos priežiūros sektorius, kuriuose trūksta darbuotojų.

Per pastarąjį dešimtmetį parengti etiško įdarbinimo praktikos kodeksai, kuriais siekiama mažinti neigiamą migrantų srauto poveikį silpnoms besivystančių šalių sveikatos priežiūros sistemoms. Jungtinė Karalystė turi tarptautinio įdarbinimo praktikos kodeksą[20], o Norvegija[21] ir Nyderlandai[22] yra parengę darbuotojų strategijas, kuriose etiška įdarbinimo politika vykdoma nustatant aktyvaus savo valstybės asmenų įdarbinimo ribas arba skatinant dvišaliais susitarimais pagrįstą įdarbinimą. 2008 m. ES lygmeniu ligoninių sektoriuje veikiantis Europos socialinio dialogo komitetas, kurį sudaro socialiniai partneriai HOSPEEM (Europos ligoninių ir sveikatos priežiūros organizacijų asociacija) ir EPSU (Europos visuomeninių paslaugų sąjungų federacija), priėmė bendrą „Elgesio kodeksą ir tolesnės veiklos, susijusios su tarpvalstybiniu įdarbinimu ir darbuotojų išlaikymu, planą“[23], kuriuo siekiama skatinti etišką elgesį ir pažaboti neetišką veiklą tarpvalstybinio sveikatos priežiūros darbuotojų įdarbinimo srityje.

ES yra įsipareigojusi parengti sveikatos priežiūros darbuotojų iš ES valstybėmis narėmis nesančių šalių etiško įdarbinimo elgesio kodeksą ir imtis kitų veiksmų siekiant mažinti neigiamą ir didinti teigiamą sveikatos priežiūros darbuotojų imigracijos į ES poveikį besivystančioms šalims[24]. Būtinybė vykdyti šiuos įsipareigojimus pakartota 2008 m. rugsėjo mėn. priimtoje VP įgyvendinimo pažangos ataskaitoje[25].

Įtakos turintys veiksniai ir galimos veiklos sritys:

- Principų, kuriais remiantis turi būti įdarbinami sveikatos priežiūros darbuotojai iš besivystančių šalių, ir stebėsenos metodų nustatymas.
- PSO pastangų parengti pasaulinį etiško įdarbinimo elgesio kodeksą rėmimas.
- Dvišalių ir keliašalių susitarimų su kilmės šalimis skatinimas ir apykaitinės migracijos[26] rėmimo mechanizmų kūrimas.

---

17 Žr. COM (2008) 359 „Bendra Europos imigracijos politika. Principai, veiksmai ir priemonės“.

18 Žr. COM (2006)735 ir COM (2007) 247.

19 COM (2007) 637 galutinis. Tuo pačiu metu buvo priimtas pasiūlymas (COM (2007) 638) dėl kitos direktyvos dėl vienos paraiškų teikimo procedūros ir bendrų teisių visiems teisėtai ES esantiems trečiųjų šalių darbuotojams.

20 www.nhsemployers.org.

21 „Sveikatos priežiūros darbuotojų įdarbinimas. Visuotinio solidarumo link“, 2007 m.

22 2007 m. veiksmų planas „Geriname priežiūrą“.

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

24 Europos Parlamentas: ES veiksmų žmogiškųjų išteklių krizei besivystančių šalių sveikatos priežiūros srityje spręsti strategija ir COM(2006)870, Komisijos komunikatas Tarybai ir Europos Parlamentui: Veiklos programa sveikatos priežiūros darbuotojų trūkumo besivystančiose šalyse problemai spręsti (2007–2013 m.).

25 SEC(2008)2476.

26 Apykaitinė darbuotojų migracija – tai darbuotojų išvykimas į kitą šalį mokytis ir (arba) įgyti patirties ir, įgijus naujų žinių ir įgūdžių, grįžimas į savo šalį. Patraukli paskata galėtų būti sutartas karjeros modelis,

4.6. Sprendimų priėmimą pagrindžiantys duomenys

Visos išdėstytos problemos kelia susirūpinimą sveikatos priežiūros sistemų planuotojams, tiekėjams ir vadovams. Padėtį apsunkina naujausių palyginamų duomenų ir informacijos, pavyzdžiui, apie rengiamų ir dirbančių sveikatos priežiūros darbuotojų skaičių, jų specializaciją, geografinį pasiskirstymą, amžių, lytį ir kilmės šalį, trūkumas. Atsižvelgiant į tai, kad tokie trūkumai vienoje Europos dalyje gali turėti poveikio kitoms šalims, Europos lygmens informacija svarbi visoms ES sveikatos priežiūros institucijoms planuojant ir teikiant sveikatos priežiūros paslaugas.

2006 m. Pasaulinei sveikatos organizacijai parengtoje ataskaitoje[27], kurioje pateikiami 5 šalių – Estijos, Vokietijos, Lietuvos, Lenkijos ir Jungtinės Karalystės – atvejų tyrimai, nustatyta, kad nei viena jų negalėjo pateikti tikslios, išsamios informacijos apie tarptautinius sveikatos priežiūros specialistų srautus.

Dažniausiai darbuotojų srautas nustatomas pagal kompetentingoms institucijoms išduotas pažymas („patikrinimus“). Taip nustatomas bendras metinis specialistų, kurie ketina vykti dirbti į kitą šalį, skaičius, tačiau nebūtinai visi jų iš tiesų išvyksta, o kai kurie gali kreiptis daugiau nei kartą. Pavyzdžiui, Estijos ataskaitoje pažymima, kad iš 344 gydytojų, kuriems buvo išduotos pažymos, iš tiesų išvyko tik 182.

Europos Komisija renka duomenis apie sprendimus pripažinti kvalifikaciją, kurie priimami sektorių pripažinimo sistemose. Šių duomenų suvestinę galima rasti tinklalapyje

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

Jose matyti, kaip vyko judėjimas į kitą valstybę narę arba kokie buvo ketinimai dirbti kitoje valstybėje narėje. Kadangi nėra daugiau informacijos apie tai, ar specialistas iš tiesų pradėjo dirbti kitoje valstybėje narėje, ar persikėlė į trečiąją šalį, ar grįžo į savo šalį, šie duomenys gali būti naudojami tik orientaciniais tikslais, nesant išsamesnės informacijos.

Kiti Eurostato renkami duomenys apie sveikatos priežiūros specialistų skaičių priklauso nuo to, kokius duomenis renka skirtingos valstybės narės. Šiuos duomenis galima rasti tinklalapyje

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

Be to, šiuo metu įgyvendinamas ES remiamas Europos bendradarbiavimo ir plėtros organizacijos (toliau – EBPO) projektas dėl gydytojų ir slaugytojų migracijos EBPO ir (arba) EU-25 valstybėse, ateityje į jį bus įtraukti ir kiti sveikatos priežiūros specialistai. Šis projektas suteiks naudingos informacijos, tačiau negali užtikrinti visiško naudojamų duomenų palyginamumo dėl skirtingų registracijos procedūrų ir valstybių narių skirtumų centralizuotai renkant duomenis.

2006 m. lapkričio mėn. Europos migracijos tinklas (toliau – EMT)[28] atliko valdomos migracijos sveikatos priežiūros sektoriuje tyrimą, kuriame dalyvavo vienuolika jo nacionalinių informacijos centrų. Atlikus tyrimą nustatyta, kad duomenys, ypač ES dirbančių trečiųjų šalių piliečių, buvo riboti ir dažnai iš skirtingų šaltinių, netgi toje pačioje valstybėje narėje.

---

kad grįžtantis asmuo galėtų grįžti į tam tikras pareigas ir gauti atlyginimą, kuriuo būtų atsižvelgta į įgytą patirtį.

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

28 http://emn.sarenet.es.

Įtakos turintys veiksniai ir galimos veiklos sritys:

- Sveikatos priežiūros darbo jėgos rodiklių suderinimas arba standartizavimas.
- Sveikatos priežiūros darbuotojų srautams stebėti skirtų sistemų kūrimas.
- Galimybės naudotis duomenimis apie sveikatos priežiūros darbuotojus ir jų palyginamumo, visų pirma siekiant nustatyti tikslų tam tikrų sveikatos priežiūros darbuotojų grupių judėjimą, užtikrinimas.

5. NAUJŲ TECHNOLOGIJŲ POVEIKIS. SVEIKATOS PRIEŽIŪROS DARBO JĖGOS VEIKSMINGUMO GERINIMAS

Pažanga sveikatos priežiūros srityje priklauso nuo mokslo ir technologijų pažangos. Naujos technologijos lemia tai, ką galima pasiekti ir kaip sveikatos priežiūra organizuojama bei teikiama. Dabar naudodamiesi naujomis technologijomis sveikatos priežiūros darbuotojai gali lengviau dalytis informacija ir glaudžiau bendradarbiauti gerinant bendrą priežiūrą. Kalbant apie tam tikras ligas ir pacientus, technologijos gali sudaryti sąlygas didžiąją dalį priežiūros perkelti iš ligoninių į bendruomenės ir pirminės priežiūros aplinką ar net į pacientų namus, taip gali būti gerinama gyvenimo kokybė ir geriau panaudojami ištekliai.

Artimiausiu metu naujos technologijos, tokios kaip telemedicina, gali užtikrinti geresnį sveikatos priežiūros paslaugų teikimą nuošaliose vietovėse arba vietovėse, kuriose trūksta sveikatos priežiūros darbuotojų. Pavyzdžiui, ES yra vietovių, kuriose telemedicina suteikia galimybes teikti nuotolines diagnostikos paslaugas, taip pat nuotolinė mamografijos tyrimo rezultatų diagnostika padeda gerinti galimybes pacientams naudotis paslaugomis bei užtikrinti geresnę jų kokybę.

Norint taikyti naujas technologijas sveikatos priežiūros darbuotojus būtina tinkamai parengti, o prireikus – ir perkvalifikuoti, kad jie galėtų šiomis technologijomis naudotis. Be to, kad būtų galima taikyti naujas technologijas reikės gauti sveikatos priežiūros darbuotojų pritarimą, o tai kartais gali sutrikdyti nusistovėjusius darbo metodus ir struktūras. Komisijos komunikatu dėl nuotolinės medicinos naudos pacientams, sveikatos priežiūros sistemoms ir visuomenei siūloma Europos sistema, kuria būtų sprendžiamos kai kurios iš šių problemų.

Įtakos turintys veiksniai ir galimos veiklos sritys:

- Tinkamo mokymo, kad sveikatos priežiūros specialistai galėtų kuo geriau naudotis naujomis technologijomis, užtikrinimas.
- Veiksmai siekiant skatinti naudojimąsi naujomis informacinėmis technologijomis.
- Naujų informacinių technologijų sąveikos užtikrinimas.
- Geresnio naujų technologijų pasiskirstymo ES užtikrinimas.

6. SVEIKATOS PRIEŽIŪROS SPECIALISTŲ VERSLININKŲ FUNKCIJA

Kai kurie sveikatos priežiūros specialistai, tokie kaip gydytojai, psichologai, odontologai, pediatrai, fizioterapeutai ir darbo medicinos gydytojai, verčiasi privačia praktika, vadovauja savo gydymo kabinetams arba medicinos centrams ir samdo darbuotojus. Šiai veiklai turi poveikio Komisijos politika, kuria siekiama gerinti verslo aplinką Europoje ir remti bei skatinti verslumą. Neseniai paskelbtas Komisijos komunikatas „Mažosios ir vidutinės įmonės

(MVĮ) – pagrindiniai augimo ir darbo vietų kūrimo veiksniai. Šiuolaikiškos MVĮ politikos vidurio laikotarpio apžvalgoje (2007 m. spalio 4 d.) pripažįstamas svarbus MVĮ indėlis siekiant Lisabonos strategijos tikslų – skatinti ekonomikos augimą ir kurti daugiau ir geresnių darbo vietų. Tokie verslininkai gali prisidėti prie Europos ekonomikos augimo stiprinimo ir atlikti varomosios jėgos vaidmenį inovacijų, vietos plėtros, mokymo ir užimtumo srityse, taip pat padėti gerinti galimybes naudotis sveikatos priežiūros paslaugomis.

Smulkiojo verslo aktas (toliau – SVA) yra pagrindinis ES ekonomikos augimo ir darbo vietų kūrimo strategijos elementas (Komisijos komunikatas „Visų pirma galvokime apie mažuosius. Europos iniciatyva „Small Business Act““ – COM(2008)394). Jį sudaro bendri principai, kuriais reikėtų vadovautis formuojant MVĮ politiką, ir siūlomi veiksmai šiems principams praktiškai įgyvendinti. SVA ypatingas dėmesys skiriamas verslumo skatinimui, principo „visų pirma galvokime apie mažuosius“ įtvirtinimui politikos formavimo procese ir MVĮ augimo rėmimui.

Įtakos turintys veiksniai ir galimos veiklos sritys:

- Verslininkų skatinimas imtis veiklos sveikatos priežiūros sektoriuje siekiant geriau planuoti sveikatos priežiūros paslaugų teikimą ir sukurti naujų darbo vietų.
- Kliūčių verslininkystei sveikatos priežiūros sektoriuje nagrinėjimas.

7. SANGLAUDOS POLITIKA

ES sveikatos priežiūros darbuotojų rengimas ir tobulinimas taip pat susijęs su sanglaudos politika. Pagal galiojančią teisės sistemą sveikatos priežiūros darbuotojams rengti ir tobulinti gali būti naudojamos struktūrinių fondų lėšos. Bendrijos strateginėse sanglaudos gairėse, kuriose nustatomi 2007–2013 m. laikotarpio struktūrinių fondų prioritetai, yra skyrius, kuriame aprašomas tikslas „padėti išlaikyti sveiką darbo jėgą“. 2006 m. liepos mėn. reglamente dėl Europos socialinio fondo (toliau – ESF) (Reglamentas Nr. 1081/2006) kaip kelios iš ESF prioritetinių krypčių nurodomas darbinio gyvenimo trukmės prailginimas ir geresnė sveikata. Atsižvelgiant į tai, kai kurios valstybės narės (daugiausia naujosios) planuoja dideles investicijas į sveikatos priežiūros specialistų švietimą ir mokymą naudodamosi ESF lėšomis. Be to, apie 5,2 mlrd. EUR bus investuota į sveikatos infrastruktūrą iš Europos regioninės plėtros fondo. Veiksmingas struktūrinių fondų naudojimas sveikatos priežiūros darbuotojų įgūdžiams ir kvalifikacijai tobulinti bei sveikatos priežiūros infrastruktūrai plėtoti gali veiksmingai pagerinti darbo sąlygas ir sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir taip mažinti sveikatos skirtumus ir stiprinti sanglaudą valstybėse narėse bei tarp jų.

Įtakos turintys veiksniai ir galimos veiklos sritys:

- Didesnis naudojimasis struktūrinių fondų teikiama parama sveikatos priežiūros specialistams mokyti ir perkvalifikuoti.
- Geresnis naudojimasis struktūrinių fondų lėšomis sveikatos priežiūros darbuotojams rengti ir tobulinti.
- Didesnis naudojimasis infrastruktūrai skirtomis struktūrinių fondų lėšomis darbo sąlygoms gerinti.

8. KONSULTACIJOS

Europos Komisija ragina visas suinteresuotas organizacijas ne vėliau kaip iki 2009 m. kovo 31 d. pateikti atsakymus į šioje knygoje nurodytus klausimus pageidautina šiuo el. pašto adresu SANCO-health-workforce@ec.europa.eu,

arba šiuo adresu

European Commission, B-1049, Brussels, Belgium.

Jei respondentai neprieštaraus, Komisijos tarnybos manys, jog jie sutinka, kad jų atsakymai arba atsakymų ištraukos būtų skelbiami Komisijos svetainėje ir (arba) cituojami konsultacijų rezultatų analizės ataskaitose.