

LV

LV

LV



EIROPAS KOPIENU KOMISIJA

Briselē, 10.12.2008
COM(2008) 725 galīgā redakcija

ZAĻĀ GRĀMATA

par Eiropas veselības jomas personālu

SATURS

1.	Ievads	3
2.	Zaļās grāmatas pamatojums	4
3.	ES mēroga tiesiskais regulējums un rīcības pamatojums	5
4.	Faktori, kas ietekmē ES veselības jomas personālu, un galvenie risināmie jautājumi	5
4.1.	Demogrāfija un ilgtspējīga veselības jomas personāla veicināšana.....	5
4.2.	Sabiedrības veselības jauda.....	7
4.3.	Apmācība	8
4.4.	Veselības jomas darbinieku ES iekšējās mobilitātes kontrole	9
4.5.	Veselības jomas darbinieku migrēšana pasaules mērogā	10
4.6.	Dati, ar ko pamato lēmumu pieņemšanu.....	12
5.	Jauno tehnoloģiju ietekme — veselības jomas personāla efektivitātes uzlabošana...	13
6.	Veselības jomas speciālistu—uzņēmēju kā darbaspēka nozīme.....	13
7.	Kohēzijas politika	14
8.	Apspriešanās	14

Veselības jomas personāla ilgtspējīguma veicināšana Eiropā

1. IEVADS

ES veselības sistēmās jāveic sarežģītas pārmaiņas, lai panāktu līdzsvaru, pirmkārt, starp augošo pieprasījumu pēc veselības aprūpes pakalpojumiem un ierobežoto piedāvājumu; otrkārt, starp nepieciešamību apmierināt iedzīvotāju veselības aprūpes vajadzības lokāli, bet vienlaikus gatavību reaģēt uz nopietnām sabiedrības veselības krīzēm.

Turpmāk uzskaitītas vairākas problēmas, kas raksturīgas veselības sistēmām Eiropā.

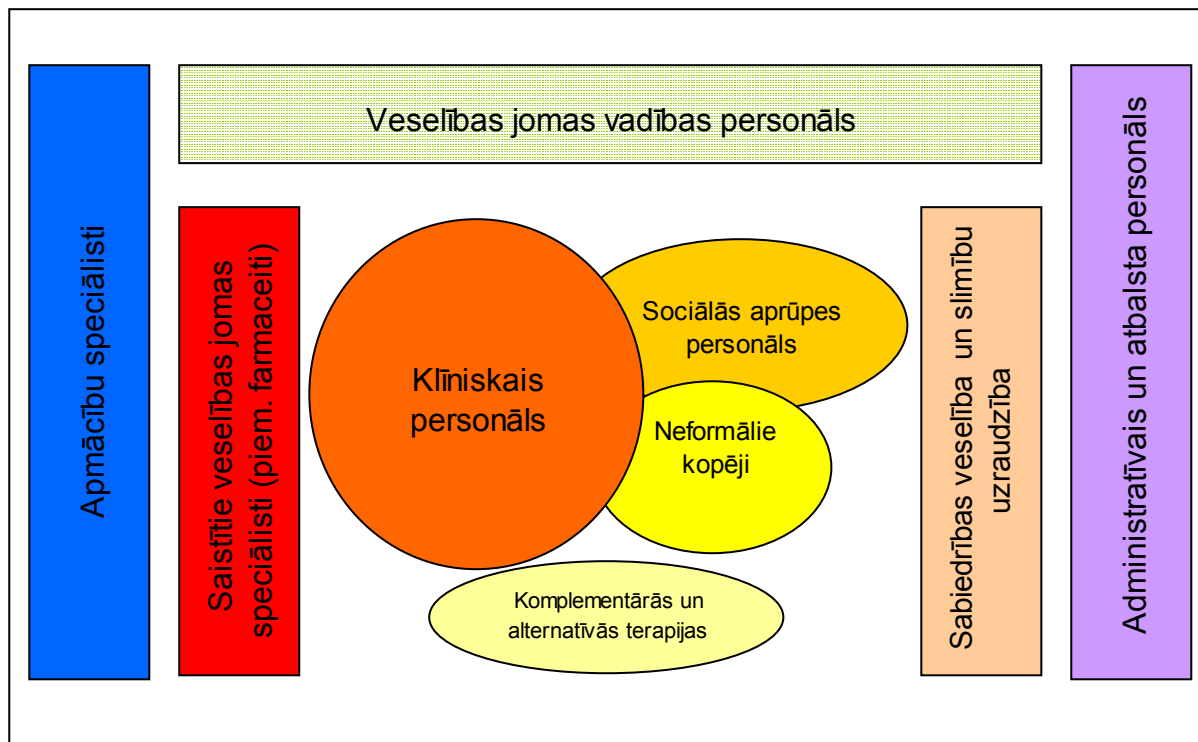
- Politikas veidotājiem un veselības aprūpes iestādēm jārisina jautājums, kā veselības aprūpes sistēmas pielāgot iedzīvotāju novecošanai. Tiek prognozēts, ka laikā no 2008. līdz 2060. gadam par 66,9 miljoniem palielināsies to ES-27 iedzīvotāju skaits, kas ir 65 gadus veci un vecāki, savukārt visātrāk augošais iedzīvotāju segments būs “ļoti veci” (80+) cilvēki¹.
- Jaunu tehnoloģiju ieviešana ļauj palielināt veselības aprūpes pakalpojumu klāstu un kvalitāti attiecībā uz diagnostiku, profilaksi un ārstēšanu, taču par tehnoloģijām ir jāmaksā, un personāls ir jāapmāca rīkoties ar tām.
- Rodas jauni un atkārtoti veselības apdraudējumi, piemēram, infekcijas slimību dēļ.
- Minēto iemeslu dēļ nepārtraukti palielinās tēriņi veselības jomā, kas ilgtermiņā dažās valstīs tiešām rada būtiskas veselības sistēmu ilgtspējīguma problēmas.

Lai pienācīgi risinātu šīs problēmas, jānodrošina, ka veselības sistēmās strādā efektīvs un ražīgs visaugstākās kvalitātes personāls, jo veselības aprūpes pakalpojumi ir ļoti darbietilpīgi. Tādējādi veselības aprūpe veido vienu no nozīmīgākajām ES ekonomikas nozarēm, nodarbinot katru desmito ES strādājošo, un aptuveni 70 % veselības aprūpes budžeta tiek izmantoti algām un citām izmaksām, kas tieši saistītas ar veselības jomas personāla nodarbināšanu².

¹ Valstu iedzīvotāju skaita prognozes, kas balstītas uz 2008. gada datiem, *EUROPOP* 2008. gada konverģences scenārijs.

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

1. diagramma. Visaptveroša veselības jomas personāla shēma.



2. ZAĻĀS GRĀMATAS PAMATOJUMS

2007. gada oktobrī pieņemtajā Eiropas Komisijas veselības stratēģijā, kas publicēta Baltajā grāmatā “Kopā par veselību”, ir ierosināta jauna pieeja, lai nodrošinātu, ka ES dara visu iespējamo, lai risinātu tādus jautājumus kā veselības apdraudējumi, pandēmijas, ar dzīvesveidu saistīto slimību slogs, nevienlīdzība un klimata pārmaiņas paplašinātajā ES, kurā šobrīd ir 27 dalībvalstis. Tās mērķis ir veicināt labu veselību novecojošā Eiropā, sekmējot labu veselību visa mūža garumā, aizsargājot iedzīvotājus no veselības apdraudējumiem un atbalstot dinamiskas veselības sistēmas un jaunās tehnoloģijas.

Zaļās grāmatas mērķis ir aktualizēt ES veselības jomas personāla jautājumus, lai panāktu skaidrību par to, cik lielā mērā lokālajiem un/vai valstu veselības personāla vadītājiem ir aktuālas vienas un tās pašas problēmas, un ļautu labāk izprast, kas būtu darāms ES mērogā, lai efektīvāk risinātu šīs problēmas visā Eiropā, vienlaikus neradot negatīvas sekas veselības sistēmās ārpus ES.

Šajā dokumentā pēc iespējas precīzāk mēģināts aprakstīt ES veselības jomas personāla problēmas, kas ir kopīgas visām dalībvalstīm: demogrāfiskā problēma (vispārēja iedzīvotāju novecošana un novecojošs veselības jomas personāls) — tas nozīmē, ka nepietiek jaunu cilvēku, kuri iekļaujas sistēmā, aizstājot pensionējošos darbiniekus; veselības jomas personāla daudzveidīgums; daudzu ar veselības aprūpes un sabiedrības veselības jomu saistītu darbavietu zema prestiža jaunās paaudzes acīs; veselības jomas speciālistu migrācija no ES un uz to; nevienlīdzīga ES iekšējā mobilitāte — jo īpaši dažu veselības jomas speciālistu pārcelšanās no nabadzīgākām uz pārtikušākām ES valstīm; kā arī intelektuālā darbaspēka aizplūšana no trešām valstīm.

Otrs šīs Zaļās grāmatas mērķis ir palīdzēt apzināt jomas, kurās Komisija varētu veikt turpmākus pasākumus, un sākt apspriešanos par tām.

3. ES MĒROGA TIESISKAIS REGULĒJUMS UN RĪCĪBAS PAMATOJUMS

EK līguma 152. pants nosaka, ka “Kopienas rīcība iedzīvotāju veselības aizsardzības jomā pilnīgi respektē dalībvalstu atbildību par medicīnas pakalpojumu un medicīniskās aprūpes organizēšanu un īstenošanu.” Vienlaikus minētajā pantā arī uzsvērts, ka Kopienai jāsekmē sadarbība starp dalībvalstīm un jāatbalsta valstu politikas un programmu koordinēšana.

Tādējādi Kopienas rīcības mērķis ir papildināt valstu politiku. Uz dalībvalstīm gulstas galvenā atbildība par veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanu un sniegšanu, bet ES ir nozīmīga loma dalībvalstu atbalstīšanā un pievienotās vērtības radīšanā, piemēram, veidojot sadarbības tīklus un apmainoties ar labu praksi.

Turklāt EK līgums un sekundārie tiesību akti paredz noteikumus, kas dalībvalstīm jāievēro, organizējot veselības nozari.

Attiecībā uz sekundārajiem tiesību aktiem attiecīgi piemēri ir Eiropas Kopienas darba likuma direktīvas, piemēram, darba laika direktīva, kurā noteikti maksimālā darba laika ierobežojumi un paredzēti dienas un nedēļas atpūtas periodi, lai aizsargātu strādājošo veselību un drošību. Direktīva visām dalībvalstīm nosaka vienotas obligātās prasības, bet katra dalībvalsts, ja vēlas, ir tiesīga brīvi piemērot darbinieku aizsardzībai labvēlīgākus noteikumus.

Tiesas lēmumi par dežūras laiku un kompensācijas atpūtas laiku rada svarīgus jautājumus, kas jārisina veselības un aprūpes dienestiem³. Komisija jau ir ierosinājusi tiesību aktu priekšlikumus⁴, kurus patlaban apspriež Padome un Eiropas Parlaments⁵.

4. FAKTORI, KAS IETEKMĒ ES VESELĪBAS JOMAS PERSONĀLU, UN GALVENIE RISINĀMIE JAUTĀJUMI

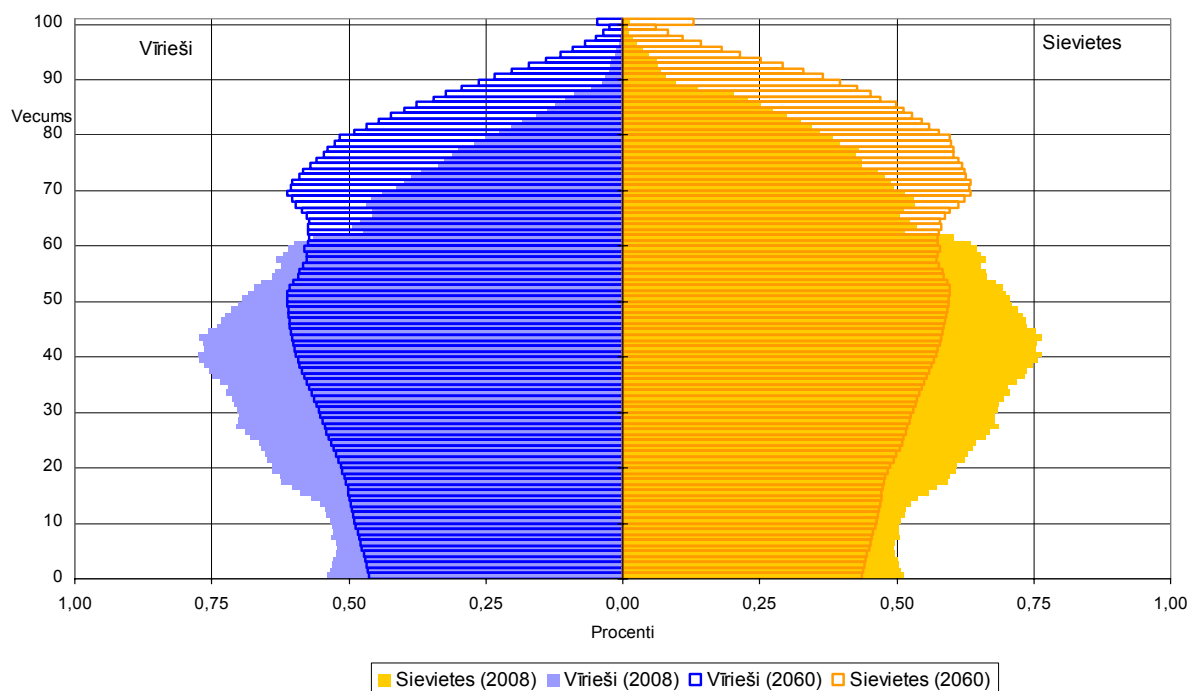
4.1. Demogrāfija un ilgtspējīga veselības jomas personāla veicināšana

Cilvēki dzīvo ilgāk, un viņu veselība ir labāka. Kopš 1950. gadiem paredzamais dzīves ilgums katru desmitgadi pastāvīgi pieaug par 2,5 gadiem, un prognozes liecina, ka šī tendence turpināsies.

³ Nosakot, ka veselības jomas speciālistu dežūras laiks ir jāuzskata par darba laiku, pat tad, ja darbinieks dežūras laikā atpūšas, bet šajā laikā tomēr paliek darba vietā, Tiesa atzina, ka vairumā dalībvalstu, piemēram, ārsti strādā vairāk nekā 48 stundas nedēļā. Lai ievērotu šo nolēmumu, dažām dalībvalstīm būtu jāpieņem darbā ļoti daudz darbinieku, kas ne vienmēr ir iespējams.

⁴ COM(2004) 607 (priekšlikums grozīt Direktīvu 2003/88/EK); COM(2005) 246 (grozītais priekšlikums, ņemot vērā Eiropas Parlamenta viedokli).

⁵ Padomes 2008. gada 15. septembra kopējā nostāja; Komisijas paziņojums Eiropas Parlamentam par kopējo nostāju, COM(2008) 568.



2. diagramma. Iedzīvotāju skaita prognozes no 2008. līdz 2060. gadam.

Tā kā iedzīvotāji noveco, ir svarīgi arī vecumā saglabāt labu veselību. Ir jāpanāk, ka veselīgas dzīves gadi turpinās ilgāk. Tomēr paredzams, ka lielāka cilvēku ilgmūžība palielinās tādu vecu cilvēku skaitu, kuriem ir smaga invaliditāte un vajadzīga ilgtermiņa aprūpe⁶. Lielā vecumā raksturīgas daudzas hroniskas slimības, tādējādi tas ietekmēs aprūpes nodrošināšanu. Turklāt domājams, ka palielināsies pieprasījums pēc formālas aprūpes, jo, piemēram, ģimenes struktūru pārmaiņu dēļ samazināsies neformālo kopēju skaits.

Kopā ar sabiedrību noveco arī darbaspēks. Laikā no 1995. līdz 2000. gadam Eiropā par 20 % samazinājās ārstu vecumā līdz 45 gadiem skaits, bet to ārstu skaits, kas vecāki par 45 gadiem, palielinājās vairāk nekā par 50 %. Palielinās arī medmāsu vidējais vecums; piecās dalībvalstīs gandrīz puse medmāsu ir vecākas par 45 gadiem⁷. Tā kā šiem darbiniekiem tuvojas pensionēšanās vecums, vajadzīgs pietiekams skaits jaunāku darbinieku, lai tos aizstātu.

Vēsturiski veselības jomas personāla sieviešu īpatsvars vienmēr ir bijis augsts, un tas palielinās. Kopumā ES aptuveni trīs ceturtdaļas veselības jomas personāla ir sievietes, un patlaban dažās dalībvalstīs medicīnas izglītības iestādēs uzņemto sieviešu skaits pārsniedz 50 %⁸. Tādēļ ir īpaši svarīgi cilvēkresursu stratēģijās iekļaut dzimumu līdztiesības pasākumus.

Paziņojumā “Ceļvedis sieviešu un vīriešu līdztiesībā 2006–2010”⁹ ir izklāstīti vairāki pasākumi, kuru mērķis ir panākt sieviešu un vīriešu vienlīdzīgu ekonomisko neatkarību un vienlīdz plašu līdzdalību lēmumu pieņemšanā, kā arī ierosināti vairāki pasākumi, lai uzlabotu darba, ģimenes un privātās dzīves saskaņošanu.

⁶ ESAO: tendences saistībā ar smagu invaliditāti veciem cilvēkiem *DELSA/HEA/WD/HWP* (2007).

⁷ PVO novērošanas politika, 2006. gada izdevums.

⁸ PVO novērošanas politika, 2006. gada izdevums.

⁹ COM(2006) 92.

Risinājums, kā saglabāt pietiekamu darbinieku skaitu, ņemot vērā “demogrāfiskā sprādziena” paaudzes gaidāmo pensionēšanos, ir izglītēt, kā arī pieņemt un noturēt darbā jaunus speciālistus, vienlaikus ieguldot resursus vidējās paaudzes darbiniekos.

Ietekmējoši faktori un iespējamās rīcības jomas:

- novērtēt izdevumus, kas saistīti ar veselības jomas personālu;
- nodrošināt labākus darba apstākļus veselības jomas darbiniekiem, motivēt personālu un sekmēt viņu lojalitāti;
- apsvērt darbā iesaistīšanas un apmācības kampaņas, jo īpaši, adresējot tās cilvēkiem, kas vecāki par 55 gadiem, jo viņu īpatsvars darbavietās pieaug, un tiem, kam nav vairs ģimenes saistību;
- organizēt hronisku slimību ārstēšanu un ilgtermiņa aprūpes sniegšanu pēc iespējas tuvāk mājām vai ierastajā vidē;
- nodrošināt, ka pieejamais veselības jomas personāls tiek izmantots efektīvāk;
- apsvērt kampaņas, kas aicina “atgriezties profesijā”, lai piesaistītu tos, kas aizgājuši no darba veselības jomā;
- veicināt plašāku sociālo un etnisko daudzveidību, pieņemot darbiniekus;
- skolās veicināt izpratni par plašajām karjeras iespējām veselības un aprūpes nozarē.

4.2. Sabiedrības veselības jauda

Sabiedrības veselības jomas uzdevumu klāstā ir plaša spektra pasākumi, lai aizsargātu un uzlabotu sabiedrības veselību, cīnītos pret nevienlīdzību veselības jomā un apmierinātu nelabvēlīgo un neaizsargāto grupu vajadzības. Šādi uzdevumi var būt: veselības aprūpes vajadzību apmierināšana un ietekmes uz veselību novērtējumi pakalpojumu plānošanas vajadzībām; slimību profilakse, piemēram, vakcinācija vai skrīninga programmas; veselības veicināšana un izglītošana veselības jomā; donoru asiņu nodrošināšana; epidemioloģiskā uzraudzība; plānošana un pasākumi saistībā ar veselības apdraudējumiem, ko rada infekcijas slimības, pandēmijas, cilvēka izraisītas un dabas katastrofas, tostarp klimata pārmaiņas.

Veselības veicināšanai un slimību profilaksei ir liela nozīme, jo tā var būtiski samazināt pieprasījumu pēc ārstēšanas un aprūpes pakalpojumiem nākotnē. Sabiedrības veselības jomas personālam visā ES jābūt atbilstošai kvalifikācijai un pietiekamai izglītībai, lai efektīvi veiktu minētos uzdevumus, un šī vajadzība jāņem vērā, izstrādājot apmācību un personāla atlases plānus.

Īpaša uzmanība būs jāpievērš veselībai saistībā ar darbavietu, jo darba drošības un veselības jautājumi ir svarīgi vispārējās sabiedrības veselības rādītāji. Joprojām tiks risinātas tādas problēmas kā nelaimes gadījumi darbā, bet jaunie rūpju faktori, piemēram, darba ritma pārmaiņas, jaunās tehnoloģijas darbavietā, darba un privātās dzīves līdzsvara panākšana, darbavietu mobilitāte un stress darba vietā, rada nepieciešamību īpaši koncentrēties uz veselību darba vietā, kas ir svarīgs vispārējās sabiedrības veselības rādītājs. Nesen pieņemtajā “Kopienas stratēģijā par drošību un veselības aizsardzību darbā 2007. līdz 2012. gadam” (COM(2007) 62) ir noteikti vairāki vērienīgi mērķi, kuriem ES dalībvalstis vienojās sekot un tos atbalstīt. Tomēr šo mērķu īstenošana lielā mērā atkarīga no tā, vai būs pieejami kvalificēti vajadzīgie veselības jomas darbinieki, piemēram, arodārsti un medmāsas, kā arī veselības un drošības inspektori.

Ietekmējoši faktori un iespējamās rīcības jomas:

- palielināt skrīninga, veselības veicināšanas un slimību profilakses jaudu;
- apkopot kvalitatīvāku informāciju par faktiskajām un potenciālajām iedzīvotāju vajadzībām, lai plānotu sabiedrības veselības jomas personāla attīstību nākotnē;
- skolās popularizēt ar zinātnei saistītas profesijas, uzsverot karjeras iespējas mazāk zināmās sabiedrības veselības jomas profesijās (biologi, epidemiologi u.c.);
- vairot Darba drošības un veselības aizsardzības aģentūras (OSHA) atpazīstamību dalībvalstīs, informējot par aģentūras darbu tieši darbavietās;
- popularizēt arodārstu darbu un stimulēt ārstus darboties šajā jomā.

4.3. Apmācība

Arī apmācības jauda ir jautājums, kas jāizskata kā personāla plānošanas sastāvdaļa. Ja būs nepieciešams vairāk ārstu, medmāsu un citu darbinieku, attiecīgi būs jāizveido vairāk vietu universitātēs vai specializētajās mācību iestādēs, kā arī būs nepieciešams vairāk pasniedzēju, kas vadīs apmācības. Tam vajadzīga gan plānošana, gan investīcijas.

Dalībvalstīm jāizvērtē, kāda veida speciālisti būs vajadzīgi, ņemot vērā veselības aprūpes procedūru pārmaiņas jaunu tehnoloģiju ieviešanas rezultātā, iedzīvotāju novecošanas sekas attiecībā uz slimību izplatību un lielāku skaitu gadus vecu pacientu, kuriem raksturīgas vairākas hroniskas slimības. Biežāka ceļošana un mobilitāte ir radījusi specifisku problēmu — palielināties tādu slimību izplatības risks, kuras līdz šim tika novērotas tikai tropu valstīs. Tāpēc radusies vajadzība pēc jauna veida apmācībām praktizējošiem ārstiem un personālam, kas saistīts ar infekcijas slimību uzraudzību.

Ietekmējoši faktori un iespējamās rīcības jomas:

- nodrošināt, ka tiek izstrādātas apmācību programmas, ņemot vērā cilvēku ar invaliditāti īpašās vajadzības (invalidiem jāsaņem tādas pašas kvalitātes aprūpe kā pacientiem bez invaliditātes un jānodrošina tiem vajadzīgie īpašie veselības aprūpes pakalpojumi¹⁰);
- īpašu uzmanību pievērst veselības jomas speciālistu nepārtrauktai profesionālajai izaugsmei. Profesionālo prasmju atsvaidzināšana uzlabo rezultātus veselības jomā un garantē pacientu drošību;
- izstrādāt apmācību kursus, lai sekmētu vidēja vecuma darbinieku atgriešanos profesijā;
- nodrošināt vadības apmācību veselības jomas speciālistiem;
- sekmēt sadarbību starp dalībvalstīm, īpaši saistībā ar veselības jomas personāla *numerus clausus* pārvaldību un vairojot darbinieku elastīgumu;
- radīt iespējas mācīties valodas, lai sekmētu potenciālo mobilitāti;
- izveidot ES līmeņa mehānismu, piemēram, veselības jomas darbinieku

¹⁰

To nosaka 35. pants ANO Konvencijā par personu ar invaliditāti tiesībām, kuru parakstījušas visas dalībvalstis un Eiropas Kopiena.

novērošanas centru, kas palīdzētu dalībvalstīm plānot nākotnes personāla jaudu, apmācību vajadzības un jaunāko tehnoloģiju ieviešanu.

4.4. Veselības jomas darbinieku ES iekšējās mobilitātes kontrole

Personu brīva pārvietošanās ir viena no pamatbrīvībām, ko nodrošina Kopienas tiesību akti. Brīva darba ņēmēju pārvietošanās ir noteikta EK līguma 39. pantā un plašāk reglamentēta ar Regulu (EEK) Nr. 1612/68¹¹, kura paredz, ka ES pilsoņiem ir tiesības strādāt citā dalībvalstī kā darba ņēmējiem vai ierēdņiem. Tiesības veikt uzņēmējdarbību ir noteiktas EK līguma 43. pantā — tas paredz tiesības strādāt citā dalībvalstī kā pašnodarbinātai personai. EK līguma 49. pants apstiprina tiesības brīvi sniegt pakalpojumus. Regula (EEK) Nr. 1408/71 un Īstenošanas Regula (EEK) Nr. 574/72¹² saskaņo dažādas sociālā nodrošinājuma sistēmas, lai veicinātu pārvietošanās brīvību kā vienu no pamattiesībām. Turklāt ES pilsoņiem ir tiesības studēt citās dalībvalstīs ar tādiem pašiem nosacījumiem, kā attiecīgo valstu iedzīvotājiem.

Direktīva Nr. 2005/36/EK paredz profesionālo kvalifikāciju atzīšanu, lai varētu veikt uzņēmējdarbību citā dalībvalstī un veicinātu pārrobežu pakalpojumu sniegšanu citā dalībvalstī, kas nav uzņēmējdarbības reģistrācijas valsts. Direktīva arī ievieša prasību, ka uzņēmējas un izcelsmes dalībvalstu kompetentās iestādes apmainās ar informāciju par īstenotajiem disciplinārajiem pasākumiem vai krimināltiesiskām sankcijām vai jebkādiem citiem nopietniem, īpašiem apstākļiem. Paralēli tiesiskajam regulējumam arodorganizācijas ir uzsākušas dažas iniciatīvas, kas saistītas ar veselības jomas speciālistu mobilitāti, piemēram, iniciatīvu “Veselības jomas speciālisti šķērso robežas” un eksperimentālo iniciatīvu par speciālistu kartēm, šo iniciatīvu mērķis ir uzlabot piekļuvi informācijai gadījumos, kad tiek apšaubīta profesionālā darbība. Šo iniciatīvu progress būs regulāri jāpārskata.

Studentu un darbinieku brīva pārvietošanās var palīdzēt nodrošināt, ka veselības jomas speciālisti dodas uz vietām, kur tie visvairāk vajadzīgi. Taču veselības jomas speciālisti pārvietojas arī tāpēc, lai veidotu straujāku karjeru, iegūtu labāku izglītību vai saņemtu lielāku algu un rastu labākus darba apstākļus. Mobilitāte gan pozitīvā, gan negatīvā veidā var ietekmēt nevienlīdzību valstu iekšienē un starp tām. Šajā kontekstā dažas dalībvalstis, iespējams, nevēlēsies veikt investīcijas, lai apmācītu vairāk veselības jomas speciālistu, jo notiek speciālistu aizplūšana un investīcijas neattiecas.

Lielāka mobilitāte dažkārt rada nevēlamas sekas, taču to risināšanai nedrīkst izmantot juridiskus ierobežojumus attiecībā uz studentu un darbinieku brīvu pārvietošanos, bet gan ietekmēt šo procesu ar piemērotas politikas palīdzību, izmantojot pieeju, ko saskaņo ar ES iestādēm un pārējām dalībvalstīm. Lielāka darbaspēka mobilitāte var likt vietējiem un/vai valsts līmeņa personāla vadītājiem pārskatīt līdzšinējo darbā iesaistīšanas un profesionālās izaugsmes pasākumu atbilstīgumu.

Arī iedzīvotājiem ir tiesības uz piekļuvi veselības aprūpei citās dalībvalstīs. Ierosinātās pārrobežu veselības aprūpes direktīvas mērķis ir nodrošināt vienotu principu piemērošanu pārrobežu veselības aprūpei visā ES. Viens no pīlāriem, kas ir šīs direktīvas pamatā, ir Eiropas sadarbības potenciāla apzināšana reģionos, kur sadarbība ir lietderīga, tostarp

¹¹ Padomes 1968. gada 15. oktobra Regula (EEK) Nr. 1612/68 par darba ņēmēju brīvu pārvietošanos Kopienā.

¹² Padomes 1971. gada 14. jūnija Regula (EEK) Nr. 1408/71 par sociālā nodrošinājuma sistēmu piemērošanu darbiniekiem un viņu ģimenēm, kas pārvietojas Kopienā; Padomes 1972. gada 21. marta Regula (EEK) Nr. 574/72, ar kuru nosaka īstenošanas kārtību Regulai (EEK) Nr. 1408/71 par sociālā nodrošinājuma sistēmu piemērošanu darbiniekiem un viņu ģimenēm, kas pārvietojas Kopienā.

pierobežas reģionos, izmantojot Eiropas specializēto centru atsaucē tīklus, ES sadarbības tīklu veselības aprūpes tehnoloģiju novērtēšanai vai ar e-veselības palīdzību.

Ietekmējoši faktori un iespējamās rīcības jomas:

- veicināt divpusēju nolīgumu slēgšanu starp dalībvalstīm, lai izmantotu ārstu un medmāsu iespējamo pārprodukciju;
- investēt veselības jomas personāla apmācībā un personāla atlasē, lai ES līmenī panāktu pašpietiekamību;
- veicināt pārrobežu nolīgumu slēgšanu apmācību un personāla apmaiņas jomā, jo tādā veidā var palīdzēt kontrolēt veselības jomas darbinieku aizplūšanu, vienlaikus ievērojot Kopienas tiesību aktus;
- veicināt darbinieku “rotācijas” kustību (t.i., darbinieki pārceļas uz citu valsti, lai mācītos un/vai iegūtu pieredzi, un pēc tam atgriežas savā mītnes valstī ar plašākām zināšanām un prasmēm);
- izveidot ES līmeņa forumu vai platformu, kurā vadītāji varētu apmainīties ar pieredzi.

4.5. Veselības jomas darbinieku migrēšana pasaules mērogā

Veselības jomas darbinieku trūkums ir globāla problēma, bet vissmagākā situācija ir Āfrikā uz dienvidiem no Sahāras, kur tās mērogi ir izraisījuši krīzi¹³. Attīstītajās valstīs ir liels pieprasījums pēc ārstiem un medmāsām, un notiek sacensība par darbinieku piesaistīšanu.

ES iekšējā rīcība veselības jomā būtiski ietekmēs arī politiku ES ārpolitikas un attīstības politikas jomā. Ja ES neveiks atbilstošus pasākumus, lai sagatavotu pietiekamu skaitu vietējo veselības jomas darbinieku un neļautu tiem aizplūst, negatīvā ietekme uz jaunattīstības valstu veselības sistēmām nemazināsies¹⁴.

2005. gada decembrī pieņemtajā ES stratēģijā rīcībai saistībā ar cilvēkresursu krīzi veselības nozarē jaunattīstības valstīs¹⁵ un gadu vēlāk pieņemtajā Rīcības programmā, lai likvidētu veselības aprūpes darbinieku trūkumu jaunattīstības valstīs (2007-2013)¹⁶, atzīts, ka ES ir atbildīga par pasākumu veikšanu, lai sasniegtu pašas noteikto mērķi sniegt kvalitatīvu veselības aprūpi, neradot negatīvas sekas valstīs, kas nav ES dalībvalstis.

ES strādā pie vienotas imigrācijas politikas¹⁷, kura ietver metodes, lai nepieļautu trešu valstu attīstības perspektīvu apdraudējumu, piemēram, pastiprinot intelektuālā darbaspēka aizplūšanu, tā vietā sekmējot rotējošo migrāciju. Šie aspekti ir daļa no Vispārējas pieejas migrācijai¹⁸. Turklāt 2007. gadā Komisija sagatavoja priekšlikumu direktīvai, kas veicinātu

¹³ Veselības jomas personāla trūkums ir vērojams 57 valstīs, no tām 36 valstīs atrodas Āfrikā.

¹⁴ Migrē ne tikai jaunattīstības valstu iedzīvotāji — arī ES pamet ārsti un medmāsas, lai strādātu ASV, Kanādā, Austrālijā un Jaunzēlandē.

¹⁵ COM (2005) 642.

¹⁶ COM(2006) 870.

¹⁷ Skatīt COM(2008) 359 “Kopēja imigrācijas politika Eiropai. Principi, darbības un instrumenti”.

¹⁸ Skatīt COM(2006) 735 un COM(2007) 247.

augsti kvalificētu migrantu uzņemšanu Eiropas Savienībā¹⁹. Šajā priekšlikumā paredzēts pants, kas īpaši pieprasa ētisku pieņemšanu darbā tajās nozarēs, kurās trūkst personāla, piemēram, veselības nozarē.

Pēdējo desmit gadu laikā ir izstrādāti ētiskas personāla komplektēšanas kodeksi, kuru mērķis ir samazināt migrantu plūsmu negatīvo ietekmi uz jaunattīstības valstu neaizsargātajām veselības aprūpes sistēmām. Apvienotā Karaliste izstrādājusi Kodeksu starptautiskai pieņemšanai darbā²⁰, Norvēģija²¹ un Nīderlande²² publicējušas darbaspēka stratēģijas, kurās iekļauta ētiska personāla komplektēšanas politika, nosakot robežas aktīvai pieņemšanai darbā, ko īsteno valsts, vai pieņemšanai darbā ar divpusēju nolīgumu starpniecību. 2008. gadā Eiropas Slimnīcu nozares sociālā dialoga komiteja, ko veidoja *HOSPEEM* un *EPSU*, kuri rīkojās Eiropas sociālo partneru statusā, ES līmenī pieņēma vienotu dokumentu “Rīcības kodekss ētiskai pārrobežu pieņemšanai un saglabāšanai darbā un kontroles pasākumi”²³, kura mērķis ir veicināt ētisku uzvedību un nepieļaut neētisku praksi, pieņemot darbā veselības jomas darbiniekus no citām valstīm.

ES apņēmas izstrādāt rīcības kodeksu, lai nodrošinātu ētikas principu ievērošanu, pieņemot darbā veselības jomas darbiniekus no valstīm, kas nav ES dalībvalstis, un veikt citus pasākumus, lai samazinātu negatīvās un palielinātu pozitīvās sekas, ko jaunattīstības valstīs izraisa veselības jomas darbinieku migrācija uz ES²⁴. 2008. gada septembrī pieņemtajā Progresā ziņojumā par rīcības programmas īstenošanu²⁵ atkārtoti minēta nepieciešamība īstenot šīs apņemšanās.

Ietekmējoši faktori un iespējamās rīcības jomas:

- noteikt principus, kas jāievēro, pieņemot darbā veselības jomas personālu no jaunattīstības valstīm, un ieviest uzraudzības metodes, lai kontrolētu šo principu ievērošanu;
- palīdzēt PVO izstrādāt globālu rīcības kodeksu, lai nodrošinātu ētikas principu ievērošanu personāla atlasē;
- sekmēt divpusēju un daudzpusēju nolīgumu slēgšanu ar valstīm, no kurām darbinieki ieceļo, un izstrādāt rotējošās migrācijas²⁶ atbalsta mehānismus.

¹⁹ COM(2007) 637, galīgā redakcija. Vienlaikus tika pieņemts priekšlikums (COM(2007) 638) citai direktīvai par vienotu piemērošanas procedūru un vienādām tiesībām visiem likumīgi dzīvojošajiem trešu valstu pilsoņiem, kas strādā.

²⁰ www.nhsemployers.org.

²¹ Veselības jomas darbinieku pieņemšana darbā — globālās solidaritātes virzienā, 2007. gads.

²² 2007. gada rīcības plāns “Darbs saistībā ar aprūpi”.

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

²⁴ Eiropas Parlaments: ES stratēģija rīcībai saistībā ar cilvēkresursu krīzi veselības nozarē jaunattīstības valstīs, un COM(2006) 870, Komisijas paziņojums Padomei un Eiropas Parlamentam — Eiropas rīcības programma, lai likvidētu veselības aprūpes darbinieku kritisko trūkumu jaunattīstības valstīs (2007.–2013. gads).

²⁵ SEC(2008) 2476.

²⁶ Rotējošā migrācija nozīmē, ka darbinieki pārceļas uz citu valsti, lai mācītos un/vai iegūtu pieredzi, un pēc tam atgriežas savā mītnes valstī ar plašākām zināšanām un prasmēm. Speciālistiem saistošas iniciatīvas var veidot kā saskaņotu karjeras “ceļu”, lai persona, kas atgriežas valstī, varētu ieņemt amatu un saņemt algu, kas ir atbilstoša prombūtnes laikā gūtajai pieredzei.

4.6. Dati, ar ko pamato lēmumu pieņemšanu

Visas aprakstītās problēmas ir jārisina veselības jomas sistēmu plānotājiem, pakalpojumu sniedzējiem un vadītājiem. Situāciju sarežģī tas, ka trūkst salīdzināmu jaunāko datu un informācijas, piemēram, par to veselības jomas darbinieku skaitu, kuri izglītojas vai strādā, viņu specializāciju, ģeogrāfisko izvietojumu, vecumu, dzimumu un izcelsmes valsti. Ņemot vērā to, ka darbinieku trūkums vienā Eiropas daļā var izraisīt sekas citā, visu Eiropu aptveroša informācija ir svarīga, lai visas veselības jomas iestādes ES teritorijā varētu plānot un nodrošināt veselības aprūpes pakalpojumus.

2006. gadā PVO vajadzībām sagatavotais ziņojums²⁷ ietvēra pētījumu par piecu valstu — Igaunijas, Vācijas, Lietuvas, Polijas un Apvienotās Karalistes — pieredzi, un tajā konstatēts, ka neviena no šīm valstīm nevarēja sniegt precīzu, izsmelšu informāciju par veselības jomas speciālistu starptautisko aizplūšanu. Izplatītākais veids, kā novērtēt aizplūšanu, ir kompetento iestāžu izdotie sertifikāti (“apliecinājumi”). Tādējādi ir pieejams kopējais gada rādītājs, cik speciālistu bija plānojuši pārcelties uz citu valsti, tomēr ne visi no viņiem faktiski izbrauca, savukārt citi pieprasīja sertifikātu vairākkārt. Piemēram, Igaunijas valsts ziņojumā minēts, ka faktiski emigrējuši tikai 182 ārsti, bet sertifikāti izsniegti 344 ārstiem.

Eiropas Komisija apkopo datus par lēmumiem atzīt kvalifikāciju, uz ko attiecas atzīšanas sistēmas atbilstoši nozarei. Šie dati ir apkopoti šādā tīmekļa adresē:

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

Dati atspoguļo faktisku pārcelšanos vai nodomu praktizēt citā dalībvalstī. Tomēr tā kā nav sīkākas informācijas par to, vai speciālists faktiski ieņēma amata vietu citā dalībvalstī, devās uz kādu trešu valsti vai atgriezās izcelsmes valstī, šos datus var izmantot vienīgi kā aptuvenu lielumu, ja nav pieejama izsmelšāka informācija.

Citi *EUROSTAT* apkopotie dati par veselības jomas speciālistu skaitu ir atkarīgi no tā, kādus datus apkopo katra dalībvalsts. Šie dati ir pieejami šādā tīmekļa adresē:

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

Turklāt patlaban tiek īstenots ES atbalstītais ESAO projekts saistībā ar ārstu un medmāsu migrāciju ESAO/ES-25 valstīs, un turpmāk tas attieksies arī uz citiem veselības jomas darbiniekiem. Šis projekts sniegs noderīgu informāciju, taču tas nevar nodrošināt pilnīgu datu salīdzināmību atšķirīgu reģistrēšanas procedūru dēļ un tāpēc, ka dalībvalstis atšķiras pēc datu apkopošanas centralizācijas pakāpes.

2006. gada novembrī Eiropas migrācijas tīkls (EMT)²⁸ uzsāka pētījumu par kontrolēto migrāciju veselības nozarē, iesaistot vienpadsmit no valstu kontaktpunktiem. EMT konstatēja, ka dati, jo īpaši par trešu valstu pilsoņiem, kas strādā kā veselības jomas darbinieki ES, ir nepietiekami, un bieži pat vienas dalībvalsts ietvaros dati atrodami izklaidus vairākos avotos.

Ietekmējoši faktori un iespējamās rīcības jomas:

- harmonizēt vai standartizēt veselības jomas personāla rādītājus;
- izveidot sistēmas, lai uzraudzītu veselības jomas darbinieku plūsmas;

²⁷ “Veselības jomas darbinieku migrācija Eiropas reģionā — valstu pieredzes pētījumi un politiskās sekas”, Buchan J., Perfilieva G.

²⁸ <http://emn.sarenet.es/>.

- nodrošināt veselības jomas personāla datu pieejamību un salīdzināmību, jo īpaši attiecībā uz to, lai precīzi noteiktu, kā pārvietojas konkrētas veselības jomas personāla grupas.

5. JAUNO TEHNOLOĢIJU IETEKME — VESELĪBAS JOMAS PERSONĀLA EFEKTIVITĀTES UZLABOŠANA

Veselības aprūpes izaugsme ir atkarīga no zinātniskā un tehnoloģiju progresa. Jaunās tehnoloģijas ļauj panākt labākus rezultātus un maina veselības aprūpes organizēšanas un sniegšanas kārtību. Jaunās tehnoloģijas patlaban ļauj veselības jomas darbiniekiem labāk apmainīties ar informāciju un cieši sadarboties, tādējādi uzlabojot vispārējo aprūpi. Attiecībā uz dažām slimībām un pacientiem tehnoloģijas varētu ļaut lielāko daļu aprūpes neveikt slimnīcās, bet kā sociālo un pamataprūpi, iespējams, pat pacientu mājās, tādējādi uzlabojot dzīves kvalitāti un sekmējot optimālāku resursu izlietojumu.

Īstermiņā jaunās tehnoloģijas, piemēram, telemedicīna, var nodrošināt labāku veselības aprūpes pakalpojumu pārklājumu attālos rajonos vai rajonos, kuros trūkst veselības jomas darbinieku. Piemēram, ES ir reģioni, kuros telemedicīna ļauj veikt attālinātus diagnostikas pakalpojumus, un attālinātā mammogrāfijas skrīninga rezultātu diagnostika palīdz uzlabot piekļuvi un pakalpojumus pacientiem.

Jaunu tehnoloģiju ieviešana nozīmē, ka veselības jomas darbiniekiem jānodrošina atbilstoša apmācība vai — vajadzības gadījumā — jāpapildina viņu prasmes rīkoties ar tām. Turklāt no veselības jomas personāla jāgūst atzinīgs tehnoloģiju lietošanas novērtējums, jo dažkārt tās maina tradicionālās darba metodes un struktūras. Komisijas paziņojums “Telemedicīna pacientu, sabiedrības un ekonomikas interesēs” ierosina izveidot Eiropas regulējumu, lai risinātu dažas no šīm problēmām.

Ietekmējoši faktori un iespējamās rīcības jomas:

- nodrošināt atbilstošu apmācību, lai veselības jomas speciālisti varētu pēc iespējas labāk izmantot jaunās tehnoloģijas;
- veikt pasākumus, lai sekmētu jaunu informācijas tehnoloģiju izmantošanu;
- panākt jauno informācijas tehnoloģiju savstarpēju sadarbību;
- nodrošināt jauno tehnoloģiju vienmērīgu izplatību visā ES teritorijā.

6. VESELĪBAS JOMAS SPECIĀLISTU—UZŅĒMĒJU KĀ DARBASPĒKA NOZĪME

Daži veselības jomas speciālisti, piemēram, ģimenes ārsti, psihologi, stomatologi, ortopēdi, fizioterapeiti un arodterapeiti, kā uzņēmēji strādā savās privātpraksēs vai veido medicīnas uzņēmumus un ir darba devēji. Komisijas politika Eiropas uzņēmējdarbības vides uzlabošanai un uzņēmējdarbības atbalstam un sekmēšanai ietekmē minētās darbības. Nesen, 2007. gada 4. oktobrī, tika publicēts Komisijas paziņojums “Mazo un vidējo uzņēmumu (MVU) būtiskā nozīme, lai veicinātu lielāku izaugsmi un vairāk darbavietu. Mūsdienīgās MVU politikas pārskats”, kurā atzīta MVU ieguldījuma nozīme, īstenojot Lisabonas stratēģijas mērķus — veicināt ekonomisko izaugsmi un radīt jaunas un labākas darba vietas. Mazie un vidējie uzņēmēji var palīdzēt stiprināt Eiropas izaugsmi, tie var būt inovāciju, vietējās attīstības, apmācību un nodarbinātības dzinējspēks, kā arī palīdzēt uzlabot piekļuvi veselības aprūpei.

Mazās uzņēmējdarbības akts ir galvenais elements ES izaugsmes un darbavietu stratēģijā (Komisijas paziņojums “Vispirms domāt par mazākajiem. Eiropas Mazās uzņēmējdarbības akts”, COM(2008) 394). Tajā ietverti vairāki kopīgi principi MVU politikas veidošanai, kā arī ierosināti pasākumi, kā šos principus īstenot praksē. Minētajā dokumentā īpaša uzmanība pievērsta uzņēmējdarbības veicināšanai, iekļaujot principu “vispirms domāt par mazākajiem” politikas izstrādē un atbalstot MVU izaugsmi.

Ietekmējoši faktori un iespējamās rīcības jomas:

- atbalstīt uzņēmēju plašāku līdzdalību veselības nozarē, lai uzlabotu veselības aprūpes nodrošināšanas plānošanu un radītu jaunas darbavietas;
- novērtēt, kādi šķēršļi uzņēmējdarbībai ir veselības nozarē.

7. KOHĒZIJAS POLITIKA

ES veselības jomas personāla attīstīšana ir saistīta arī ar Kohēzijas politiku. Saskaņā ar līdzšinējo tiesisko regulējumu veselības jomas personāla attīstīšanai var izmantot struktūrfondus. Kopienas stratēģijas pamatnostādnes attiecībā uz kohēziju, kurās definētas struktūrfondu izlietojuma prioritātes laikposmam no 2007. līdz 2013. gadam, ir iekļauta īpaša iedaļa, kurā aprakstīts mērķis “investīcijas darbaspēka veselības aizsardzībā”. 2006. gada jūlijā pieņemtajā regulā par Eiropas Sociālo fondu (ESF) (Regula (EK) Nr. 1081/2006) starp ESF prioritātēm minēta ilgāka darba dzīve un “labāka veselība”. Šajā kontekstā dažas dalībvalstis (galvenokārt jaunās dalībvalstis) plāno veikt lielus ieguldījumus veselības jomas speciālistu izglītībā un apmācībā, izmantojot ESF. Turklāt Eiropas Reģionālās attīstības fonds investēs aptuveni 5,2 miljardus euro veselības infrastruktūrā. Efektīvi izmantojot struktūrfondus, lai pilnveidotu veselības jomas personāla prasmes un zināšanas, kā arī izveidotu veselības aprūpes infrastruktūru, var palīdzēt sekmīgi uzlabot darba apstākļus un paaugstināt veselības pakalpojumu kvalitāti, tādējādi samazinot trūkumus veselības aprūpē un veicinot kohēziju dalībvalstīs un starp tām.

Ietekmējoši faktori un iespējamās rīcības jomas:

- vairāk izmantot struktūrfondu piedāvāto atbalstu veselības jomas speciālistu apmācībai un prasmju papildināšanai;
- uzlabot struktūrfondu izmantošanu veselības jomas personāla attīstībai;
- sekmēt struktūrfondu izmantošanu, lai uzlabotu darba apstākļus.

8. APSPRIEŠANĀS

Eiropas Komisija aicina visas ieinteresētās organizācijas ne vēlāk kā līdz 2009. gada 31. martam sniegt atbildes uz šajā Zaļajā grāmatā ierosinātajiem jautājumiem, (vēlams) nosūtot tās uz šādu e-pasta adresi: SANCO-health-workforce@ec.europa.eu

vai uz šādu pasta adresi:

European Commission, B-1049, Brussels, Belgium.

Ja respondenti nepaziņo par pretēju nostāju, Komisijas dienesti pieņem, ka viņi neiebilst pret sniegto atbilžu vai atbilžu daļu publicēšanu Komisijas tīmekļa vietnē un/ vai citēšanu ziņojumos, kuros būs analizēti apspriešanās procesa rezultāti.