

**PL**

**PL**

**PL**



KOMISJA WSPÓLNOT EUROPEJSKICH

Bruksela, dnia 10.12.2008  
KOM(2008) 725 wersja ostateczna

## **ZIELONA KSIĘGA**

**w sprawie pracowników służby zdrowia w Europie**

## SPIS TREŚCI

1.	Wprowadzenie .....	3
2.	Powody opracowania zielonej księgi .....	4
3.	Ramy prawne oraz podstawy do działań na poziomie UE.....	5
4.	Czynniki wpływające na pracowników służby zdrowia w UE i główne problemy, którymi należy się zająć .....	6
4.1.	Demografia i promowanie zrównoważonych zasobów personelu służby zdrowia .....	6
4.2.	Możliwości w zakresie zdrowia publicznego .....	7
4.3.	Szkolenia .....	9
4.4.	Kierowanie mobilnością personelu służby zdrowia w UE .....	9
4.5.	Globalna migracja pracowników służby zdrowia .....	11
4.6.	Dane wspierające podejmowanie decyzji .....	13
5.	Wpływ nowych technologii: zwiększenie wydajności pracowników służby zdrowia	14
6.	Rola przedsiębiorców jako pracowników w służbie zdrowia .....	15
7.	Polityka spójności .....	16
8.	Konsultacje.....	16

## Promowanie trwałych zasobów personelu służby zdrowia w Europie

### 1. WPROWADZENIE

Europejskie systemy opieki zdrowotnej muszą zapewnić trudną do osiągnięcia równowagę, po pierwsze między rosnącym zapotrzebowaniem na usługi zdrowotne a ich ograniczoną podażą; a po drugie między koniecznością zaspokojenia potrzeb obywateli na poziomie lokalnym a gotowością do podjęcia działań również w razie poważnych sytuacji kryzysowych dotyczących zdrowia publicznego.

Przed systemami opieki zdrowotnej w Europie stoi kilka wyzwań.

- Decydenci oraz organy służby zdrowia muszą odpowiedzieć na wyzwania związane z dostosowaniem systemów opieki zdrowotnej do potrzeb starzejącego się społeczeństwa. Pomiędzy 2008 a 2060 r. liczba osób w wieku 65 lat i starszych w UE-27 zgodnie z szacunkami wzrośnie o 66,9 mln, a osoby w podeszłym wieku (80+) będą najszybciej rosnącym segmentem populacji<sup>1</sup>.
- Wdrożenie nowych technologii umożliwi zwiększenie zasięgu i poprawienie jakości opieki zdrowotnej w dziedzinach takich jak diagnostyka, profilaktyka i leczenie – technologie te są jednak kosztowne i muszą być stosowane przez odpowiednio przeszkolony personel.
- Istnieją nowe i powracające zagrożenia dla zdrowia, jak np. choroby zaraźliwe.
- Wszystko to prowadzi do stale rosnących wydatków na ochronę zdrowia i stwarza długoterminowe problemy z równowagą systemów opieki zdrowotnej w niektórych państwach.

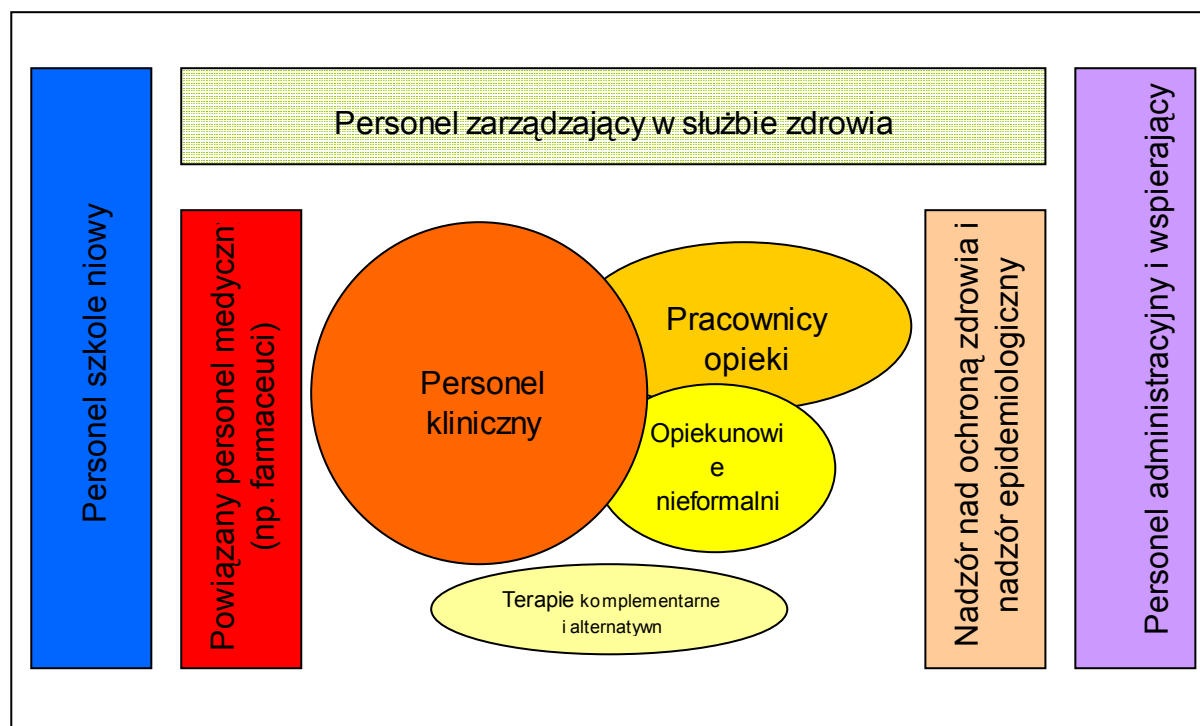
Aby we właściwy sposób stawić czoła tym wyzwaniom, systemy opieki zdrowotnej muszą dysponować wystarczającą liczbą wysoko wykwalifikowanych pracowników, pracujących sprawnie i skutecznie, ponieważ usługi zdrowotne wymagają bardzo dużego nakładu pracy. Służba zdrowia stanowi jeden z największych sektorów gospodarki UE, dając zatrudnienie jednej dziesiątej pracowników w UE, a około 70 % budżetów służby zdrowia przeznaczone jest na wynagrodzenia i inne płatności związane bezpośrednio z zatrudnieniem personelu służby zdrowia<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> Krajowe prognozy demograficzne w oparciu o rok 2008, scenariusz konwergencji EUROPOP 2008.

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

Wykres 1: Zakres pracy personelu służby zdrowia



## 2. POWODY OPRACOWANIA ZIELONEJ KSIĘGI

W strategii w zakresie zdrowia przyjętej przez Komisję Europejską w październiku 2007 r. i opublikowanej w białej księdze „Razem na rzecz zdrowia” przedstawiono nowe podejście mające na celu zagwarantowanie, że UE podejmie wszelkie możliwe środki w celu sprostania wyzwaniom takim jak zagrożenia dla zdrowia, pandemie, choroby związane ze stylem życia, nierówności i zmiany klimatu w rozszerzonej Europie, składającej się z 27 państw członkowskich. Ma ona na celu promowanie dobrego zdrowia w starzejącej się Europie poprzez upowszechnianie dobrego stanu zdrowia przez całe życie, ochronę obywateli przed zagrożeniami dla zdrowia oraz dzięki wspieraniu dynamicznych systemów ochrony zdrowia i nowych technologii.

Niniejszy dokument ma na celu zwrócenie większej uwagi na wyzwania, przed jakimi stoją pracownicy służby zdrowia w UE, wypracowanie jasnego obrazu sytuacji pokazującego te same wyzwania, jakie stoją przed lokalnym lub krajowym personelem zarządzającym w służbie zdrowia, oraz stworzenie lepszych podstaw do wypracowania rozwiązań na poziomie UE, które pomogłyby rozwiązywać te problemy w sposób skuteczny oraz tak, aby nie miało to negatywnego wpływu na systemy opieki zdrowotnej poza UE.

Zielona księga ma na celu przedstawienie w możliwie dokładny sposób wyzwań, przed jakimi stoją pracownicy służby zdrowia w UE, które są wspólne dla wszystkich państw członkowskich: problemy demograficzne (globalne starzenie się społeczeństwa i starzenie się personelu służby zdrowia), co oznacza, że liczba młodych osób zgłaszających się do pracy w służbie zdrowia, zastępujących osoby odchodzące, jest niewystarczająca; różnorodność pracowników służby zdrowia; fakt, że szeroki wachlarz zawodów związanych z opieką zdrowotną i zdrowiem publicznym nie jest zbyt atrakcyjny dla młodego pokolenia; migracja personelu medycznego wewnątrz UE i poza nią; różny poziom mobilności wewnątrz UE – w

szczególności migracja części personelu medycznego z biedniejszych krajów UE do tych bogatszych, a także drenaż mózgow w służbie zdrowia krajów trzecich.

Drugim celem niniejszej zielonej księgi jest pomoc przy ustaleniu, w jakich dziedzinach Komisja uważa, że należy podjąć dalsze działania, i rozpoczęcie debaty na ten temat.

### 3. RAMY PRAWNE ORAZ PODSTAWY DO DZIAŁAŃ NA POZIOMIE UE

Artykuł 152 Traktatu WE stanowi, że „działanie Wspólnoty w dziedzinie zdrowia publicznego w pełni szanuje odpowiedzialność państw członkowskich za organizację i świadczenie usług zdrowotnych i opieki medycznej”. W tym samym artykule podkreślono jednak również, że Wspólnota powinna zachęcać do współpracy między państwami członkowskimi i promować koordynację ich polityki i programów w tej dziedzinie.

Działania wspólnotowe mają zatem na celu uzupełnianie polityki i działań krajowych. Podstawowa odpowiedzialność za organizowanie i świadczenie usług zdrowotnych spoczywa na państwach członkowskich, UE ma jednak do odegrania ważną rolę we wspieraniu państw członkowskich oraz w oferowaniu wartości dodanej, na przykład przez budowanie sieci kontaktów oraz rozpowszechnianie dobrych praktyk.

Ponadto Traktat WE oraz prawodawstwo wtórne zawierają reguły, które państwa członkowskie muszą respektować, organizując swoje sektory opieki zdrowotnej.

W przypadku prawodawstwa wtórnego zastosowanie mają m.in. wspólnotowe dyrektywy z zakresu prawa pracy takie jak dyrektywa w sprawie czasu pracy, w której ustalono maksymalne limity czasu pracy oraz minimalne dzienne i tygodniowe okresy wypoczynku, aby chronić zdrowie i bezpieczeństwo pracowników. W dyrektywie tej wprowadzono wspólne minimalne wymagania dla wszystkich państw członkowskich, lecz każde z państw zachowuje swobodę stosowania przepisów korzystniejszych z punktu widzenia pracowników, jeśli uważa je za stosowne.

Z wyroków Trybunału w sprawie czasu dyżurów i wyrównawczego okresu odpoczynku wynikają ważne pytania dotyczące usług zdrowotnych i opiekuńczych<sup>3</sup>. Komisja przedstawiła już wnioski legislacyjne<sup>4</sup>, które są obecnie przedmiotem rozważań Rady i Parlamentu Europejskiego<sup>5</sup>.

---

<sup>3</sup> Stwierdzając, że czas, jaki personel medyczny spędza na dyżurach, musi być traktowany jako czas pracy, nawet wtedy, gdy personel odpoczywa, i zakładając, że personel musiał pozostać w miejscu pracy, Trybunał uznał, że np. lekarze w większości państw członkowskich pracują ponad 48 godzin tygodniowo. Aby spełnić wymagania określone w tym orzeczeniu, niektóre państwa członkowskie będą musiały podjąć znaczne wysiłki związane z rekrutacją, co nie zawsze jest możliwe.

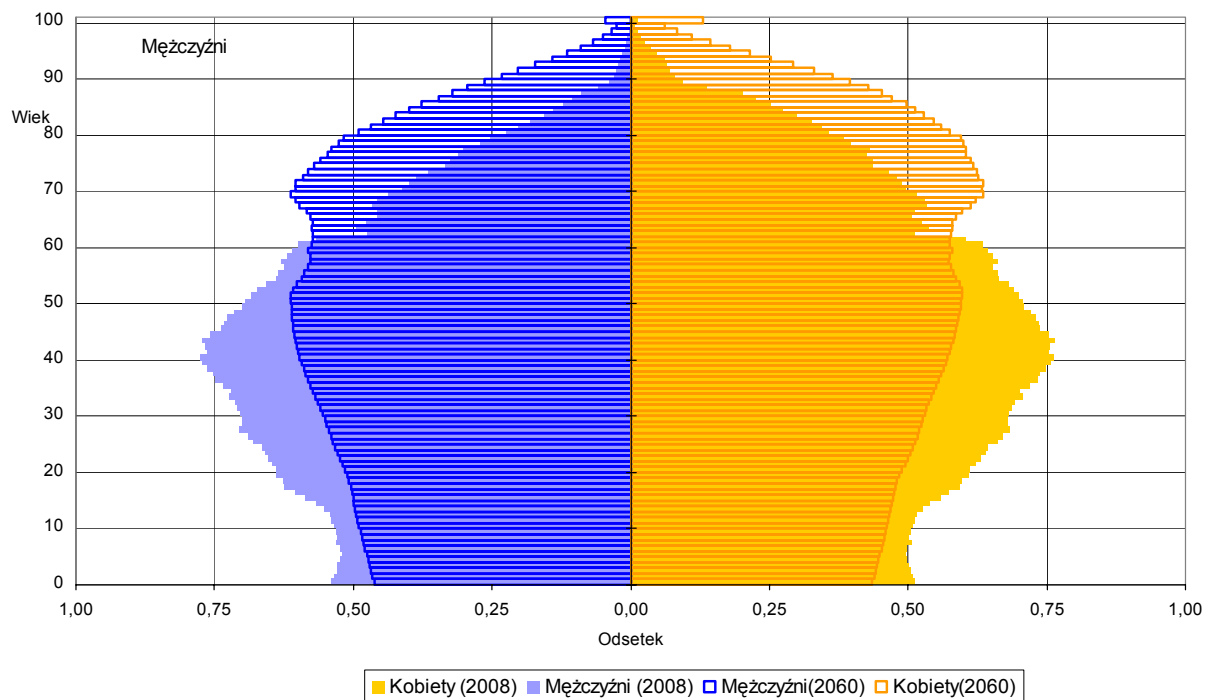
<sup>4</sup> COM(2004) 607 (wniosek dotyczący zmiany dyrektywy 2003/88/WE); COM(2005) 246 (zmieniony wniosek uwzględniający opinie Parlamentu Europejskiego).

<sup>5</sup> Wspólne stanowisko Rady z dnia 15 września 2008 r.; komunikat Komisji do Parlamentu Europejskiego w sprawie wspólnego stanowiska – COM(2008) 568.

#### 4. CZYNNIKI WPLYWAJĄCE NA PRACOWNIKÓW SŁUŻBY ZDROWIA W UE I GŁÓWNE PROBLEMY, KTÓRYMI NALEŻY SIĘ ZAJĄĆ

##### 4.1. Demografia i promowanie zrównoważonych zasobów personelu służby zdrowia

Obywatele żyją coraz dłużej i cieszą się coraz lepszym zdrowiem. Średnie trwanie życia wzrasta stale od lat 50. dwudziestego wieku o około 2,5 roku na dekadę i oczekuje się, że nadal będzie rosnąć.



Wykres 2: Prognoza ludności na lata 2008-2060

Wraz ze starzeniem się społeczeństwa konieczne jest, aby ludzie starzeli się w dobrym zdrowiu. Liczba lat zdrowego życia powinna być maksymalnie zwiększona. Jednakże ponieważ ludzie żyją dłużej, oczekuje się, że wzrastać będzie liczba osób starszych o wysokim stopniu niepełnosprawności i wymagających długoterminowej opieki<sup>6</sup>. Ponieważ współwystępujące przewlekłe schorzenia są zjawiskiem powszechnym w podeszłym wieku, będzie to miało wpływ na świadczenie opieki. Ponadto zapotrzebowanie na instytucjonalną opiekę będzie prawdopodobnie wzrastało, biorąc przykładowo pod uwagę prawdopodobny spadek liczby opiekunów niezawodowych na skutek zmieniających się struktur rodzinnych.

Wraz ze starzeniem się społeczeństwa starzeje się również siła robocza. Pomiedzy 1995 a 2000 r. liczba lekarzy poniżej 45 roku życia w całej Europie spadła o 20 %, podczas gdy liczba tych, którzy mają ponad 45 lat, wzrosła o ponad 50 %. W przypadku personelu pielęgniarskiego średni wiek również rośnie; w pięciu państwach członkowskich prawie połowa personelu pielęgniarskiego ma ponad 45 lat<sup>7</sup>. Jako że personel ten zbliża się do wieku

<sup>6</sup> OECD: Trends in Severe Disability among Elderly People (Tendencje w zakresie znacznej niepełnosprawności wśród osób w podeszłym wieku) DELSA/HEA/WD/HWP (2007).

<sup>7</sup> WHO Observatory Policy, seria z 2006 r.

emerytalnego, potrzebna będzie odpowiednia liczba nowych pracowników, aby zastąpić tych odchodzących.

Odsetek kobiet wśród pracowników służby zdrowia zawsze był wysoki i nadal wzrasta. Ogółem kobiety stanowią około trzy czwarte pracowników służby zdrowia w UE, a w niektórych państwach członkowskich stanowią one obecnie ponad 50 % studentów rozpoczynających studia medyczne<sup>8</sup>. Dlatego upowszechnianie działań na rzecz równości płci w strategiach zasobów ludzkich jest szczególnie ważne.

Plan działań na rzecz równości kobiet i mężczyzn 2006-2010<sup>9</sup> określa wiele działań mających na celu osiągnięcie takiej samej niezależności ekonomicznej oraz takiego samego zaangażowania w podejmowanie decyzji wśród kobiet i mężczyzn oraz proponuje działania skierowane na zapewnienie pogodzenia życia zawodowego, rodzinnego i prywatnego.

Kluczem do utrzymania właściwej ilości personelu służby zdrowia w obliczu zbliżającego się okresu przechodzenia na emeryturę pokolenia wyżu demograficznego jest kształcenie, zatrzymywanie i zatrudnienie młodych pracowników przy równoczesnym inwestowaniu w starszych pracowników.

#### **Wpływające czynniki i możliwe obszary działania:**

- ocenianie wysokości wydatków na personel służby zdrowia;
- zapewnienie personelowi służby zdrowia lepszych warunków pracy, zwiększanie motywacji i morale pracowników;
- rozważenie prowadzenia kampanii szkoleniowych i rekrutacyjnych, w szczególności aby wykorzystać wzrost odsetka osób powyżej 55 roku życia i tych osób, które nie mają już obowiązków rodzinnych;
- organizowanie leczenia schorzeń przewlekłych i świadczenia opieki długoterminowej blisko domu lub w ramach społeczności lokalnej;
- zapewnienie lepszego rozmieszczenia dostępnych pracowników służby zdrowia;
- rozważenie prowadzenia kampanii promujących powrót do pracy, aby zachęcić do powrotu tych pracowników, którzy odeszli ze służby zdrowia;
- promowanie większej różnorodności społecznej i etnicznej w zatrudnianiu;
- podniesienie świadomości w szkołach na temat szerokiego wachlarza możliwości zawodowych w sektorze służby zdrowia i opieki.

#### **4.2. Możliwości w zakresie zdrowia publicznego**

Na funkcje związane z ochroną zdrowia publicznego składa się wiele różnych działań, mających na celu ochronę i poprawę zdrowia całej populacji, zwalczanie nierówności w dostępie do służby zdrowia oraz zajęcie się potrzebami grup osób w niekorzystnej sytuacji i

<sup>8</sup> WHO Observatory Policy, seria z 2006 r.

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



potrzebujących. Zadania te obejmują ocenienie zapotrzebowania na usługi zdrowotne oraz sporządzanie ocen wpływu na zdrowie w celu planowania usług, profilaktykę chorób, przykładowo poprzez szczepienia i programy przesiewowych badań zdrowia, promowanie zdrowia i edukację, zapewnienie zapasów krwi, nadzór epidemiologiczny, planowanie kontroli zagrożeń zdrowotnych wynikających z występowania ognisk chorób zakaźnych, pandemii, kłęsk spowodowanych przez ludzi i kłęsk żywiołowych, łącznie z powstałymi na skutek zmian klimatu, a także reagowanie na nie.

Promowanie zdrowia i zapobieganie chorobom są nie tylko ważne same w sobie, lecz także mogą w znaczący sposób przyczynić się w przyszłości do zmniejszenia zapotrzebowania na leczenie i usługi opiekuńcze. Pracownicy publicznej służby zdrowia w całej UE muszą posiadać właściwe kwalifikacje i być wystarczająco liczni, aby móc skutecznie wypełniać te zadania, a wymogi te muszą zostać włączone do planów dotyczących szkolenia i zatrudniania.

Ochrona zdrowia w miejscu pracy będzie wymagać specjalnej uwagi, jako że bezpieczeństwo i higiena pracy są ważnymi czynnikami kształtującymi ogólny poziom ochrony zdrowia publicznego. Nadal w centrum uwagi będą takie problemy jak wypadki w pracy, lecz również nowe uwarunkowania jak np. zmiany w rytmie pracy, nowe technologie w pracy, godzenie życia zawodowego i prywatnego, mobilność zawodowa i stres związany z pracą, które wymagają specjalnej uwagi w zakresie higieny pracy, ponieważ są to ważne czynniki kształtujące stan ogólny zdrowia publicznego. W ostatnio przyjętej strategii dotyczącej bezpieczeństwa i higieny pracy 2007-2012 (COM(2007) 62) ustanowiono szereg ambitnych celów, które państwa członkowskie zgodziły się realizować i wspierać. Jednakże osiągnięcie tych celów w znacznym stopniu zależy od posiadania niezbędnej liczby wyspecjalizowanych pracowników służby zdrowia, takich jak lekarze i personel pielęgniarski zajmujący się chorobami zawodowymi oraz inspektorzy bezpieczeństwa i higieny pracy.

#### **Wpływające czynniki i możliwe obszary działania:**

- zwiększenie możliwości w zakresie badań diagnostycznych, promowania zdrowia i zapobiegania chorobom;
- skuteczniejsze zbieranie informacji na temat obecnych i potencjalnych potrzeb społeczeństwa dotyczących zdrowia, aby planować przyszły rozwój personelu publicznej służby zdrowia;
- promowanie zainteresowań naukowych w szkołach poprzez podkreślanie możliwości kariery w mniej znanych zawodach publicznej służby zdrowia (biolodzy, epidemiolodzy itp.);
- większe wyeksponowanie Europejskiej Agencji Bezpieczeństwa i Zdrowia w Pracy (OSHA) w państwach członkowskich poprzez informowanie o jej istnieniu bezpośrednio w miejscach pracy;
- promowanie pracy lekarzy zajmujących się chorobami zawodowymi i zachęcanie lekarzy do pracy w tej dziedzinie.

### 4.3. Szkolenia

Możliwości szkoleniowe również należy wziąć pod uwagę, jako element planowania dotyczącego personelu. W sytuacji zapotrzebowania na większą liczbę lekarzy, pielęgniarek i innych pracowników służby zdrowia należy stworzyć więcej miejsc na uniwersytetach i w innych szkołach oraz zapewnić więcej osób do szkolenia personelu. Będzie to wymagało zarówno planowania, jak i inwestycji.

Państwa członkowskie będą musiały ocenić, jakiego rodzaju umiejętności specjalistyczne będą potrzebne, biorąc pod uwagę, że metody leczenia zmieniają się wraz z wprowadzeniem nowych technologii oraz uwzględniając wpływ starzenia się społeczeństwa na schemat choroby i wzrost liczby osób w podeszłym wieku cierpiących na współwystępujące schorzenia przewlekłe. Specyficzny problem polega na tym, że zwiększona mobilność oraz większe możliwości podróżowania również zwiększają zagrożenie rozprzestrzenia się chorób, które do tej pory częściej występowały w krajach tropikalnych. Powoduje to wystąpienie zapotrzebowania na nowe szkolenia dla klinicystów i osób zajmujących się nadzorem chorób zaraźliwych.

- **Wpływające czynniki i możliwe obszary działania:**
- zagwarantowanie, że szkolenia będą zorganizowane w taki sposób, aby uwzględnić specjalne potrzeby osób niepełnosprawnych (powinna im być zapewniona taka sama jakość usług opieki medycznej, jak osobom zdrowym, i takie specjalistyczne usługi medyczne, jakich one potrzebują<sup>10</sup>);
- położenie nacisku na stały rozwój zawodowy personelu medycznego; podnoszenie kwalifikacji zawodowych polepszających jakość wyników leczenia i zapewniających bezpieczeństwo pacjenta;
- opracowanie szkoleń, aby zachęcić starszych pracowników do powrotu do pracy;
- zapewnienie personelowi medycznemu szkoleń z zakresu zarządzania;
- umacnianie współpracy między państwami członkowskimi w zakresie zarządzania pracownikami służby zdrowia zgodnie z zasadą *numerus clausus* i umożliwienie im większej elastyczności;
- oferowanie kursów językowych, aby ułatwić możliwą mobilność;
- stworzenie jednostki UE, np. obserwatorium ds. personelu służby zdrowia, które pomagałoby państwom członkowskim w planowaniu ilości personelu, potrzeb szkoleniowych i wdrażaniu postępu technicznego.

### 4.4. Kierowanie mobilnością personelu służby zdrowia w UE

Swobodny przepływ osób to jedna z fundamentalnych swobód, którą gwarantuje prawo wspólnotowe. Został on ustanowiony na mocy art. 39 TWE i rozszerzony poprzez

<sup>10</sup> Jak to zostało określone w art. 35 Konwencji NZ o prawach osób niepełnosprawnych podpisanej przez wszystkie państwa członkowskie i Wspólnotę Europejską.

rozporządzenie 1612/68<sup>11</sup>: przepisy te gwarantują obywatelom UE prawo do pracy w innym państwie członkowskim w charakterze pracownika lub urzędnika. Swoboda prowadzenia działalności gospodarczej została ustanowiona na mocy art. 43 TWE, który gwarantuje prawo do działalności na własny rachunek w innym państwie członkowskim. Artykuł 49 TWE zapewnia swobodę świadczenia usług. Rozporządzenie 1408/71 oraz rozporządzenie wykonawcze 574/72<sup>12</sup> przyjęto w celu koordynacji różnych systemów zabezpieczeń społecznych, aby ułatwić korzystanie z podstawowego prawa do swobodnego przemieszczania się. Obywatele UE mają także prawo do studiowania w innym kraju członkowskim na takich samych warunkach jak obywatele tego państwa.

W dyrektywie 2005/36/WE ustanowiono zasady uznawania kwalifikacji zawodowych w celu rozpoczęcia działalności na własny rachunek w innym państwie członkowskim, aby ułatwić świadczenie usług transgranicznych w państwie członkowskim innym niż państwo członkowskie, w którym rozpoczęto prowadzenie działalności. Dyrektywa wprowadziła również wobec właściwych organów przyjmującego i rodzimego państwa członkowskiego wymóg wymiany informacji dotyczących wszczętych postępowań dyscyplinarnych lub karnych lub dotyczących wszelkich innych poważnych, szczególnych okoliczności. Poza kontekstem prawnym organizacje branżowe podjęły również pewne inicjatywy związane z mobilnością personelu medycznego, takie jak inicjatywa „Health Professionals Crossing Borders” lub pilotażowy projekt stworzenia kart zawodowych, które mają na celu zwiększenie dostępu do informacji związanych z zastrzeżeniami dotyczącymi postępowania zawodowego. Konieczne będzie monitorowanie postępu tych inicjatyw.

Swobodny przepływ studentów i pracowników pomoże zapewnić, że pracownicy służby zdrowia znajdują się tam, gdzie są najbardziej potrzebni. Personel medyczny przemieszcza się jednakże z wielu powodów: w celu zapewnienia sobie lepszych możliwości rozwoju kariery i doksztalcania się, lepszej płacy i warunków pracy. Mobilność może spowodować wzrost różnic – tych pozytywnych i tych negatywnych – pomiędzy krajami i wewnątrz tych krajów. W tym kontekście pewne państwa członkowskie mogą być niechętnie nastawione do ryzykowania inwestycji w kształcenie większej liczby personelu medycznego w przypadku ograniczonych możliwości zatrzymania pracowników i słabych zwrotów z inwestycji.

Odpowiedzią na skutki wzmożonej mobilności studentów i pracowników nie jest wprowadzanie barier prawnych w swobodnym przepływie osób, lecz raczej zaradzanie tym problemom poprzez odpowiednią politykę i skoordynowane działania władz UE i innych państw członkowskich. Zwiększona mobilność pracowników może dlatego wymagać od osób zarządzających zasobami ludzkimi na poziomie lokalnym lub krajowym przeglądu, czy rekrutacja i rozwój zawodowy są na odpowiednim poziomie.

Obywatele mają również prawo do korzystania z dostępu do opieki zdrowotnej w innych państwach członkowskich. Proponowana dyrektywa dotycząca transgranicznej opieki

---

<sup>11</sup> Rozporządzenie Rady (EWG) nr 1612/68 z dnia 15 października 1968 r. w sprawie swobodnego przepływu pracowników wewnątrz Wspólnoty.

<sup>12</sup> Rozporządzenie Rady (WE) nr 1408/71 z dnia 14 czerwca 1971 r. w sprawie stosowania systemów zabezpieczenia społecznego do pracowników najemnych, do osób prowadzących działalność na własny rachunek i do członków ich rodzin przemieszczających się we Wspólnocie; rozporządzenie Rady (EWG) nr 574/72 z dnia 21 marca 1972 r. w sprawie wykonywania rozporządzenia (EWG) nr 1408/71 w sprawie zastosowania systemu zabezpieczenia społecznego do pracowników najemnych, osób prowadzących działalność na własny rachunek oraz członków ich rodzin przemieszczających się we Wspólnocie.

zdrowotnej ma na celu zagwarantowanie stosowania wspólnych zasad w przypadku transgranicznej opieki zdrowotnej w UE. Jednym z filarów dyrektywy jest wykorzystanie potencjału współpracy europejskiej w obszarach, w których może to być korzystne, tj. np. w obszarach przygranicznych, poprzez europejskie sieci referencyjne lub wyspecjalizowane ośrodki, poprzez wspólnotową sieć oceny technologii w dziedzinie ochrony zdrowia czy poprzez e-zdrowie.

#### **Wpływające czynniki i możliwe obszary działania:**

- promowanie porozumień dwustronnych między państwami członkowskimi, aby wykorzystać wszelkie nadwyżki lekarzy i personelu pielęgniarskiego;
- inwestowanie w szkolenie i zatrudnianie odpowiedniego personelu medycznego, aby osiągnąć samowystarczalność na poziomie UE;
- wspieranie porozumień transgranicznych dotyczących szkoleń i wymiany personelu, które mogą pomóc w zarządzaniu odpływem pracowników, respektując prawo wspólnotowe;
- wprowadzenie zachęt do „zwrotnego” przepływu pracowników (tj. po wyjazdach personelu na zagraniczne szkolenia lub w celu zdobycia doświadczenia, tacy pracownicy wracają do kraju ojczystego z dodatkową wiedzą i dodatkowymi umiejętnościami);
- stworzenie ogólnoeuropejskiego forum lub platformy wymiany informacji dla menedżerów.

#### **4.5. Globalna migracja pracowników służby zdrowia**

Niedobór pracowników służby zdrowia jest zjawiskiem globalnym, lecz problem ten jest najbardziej dotkliwy na obszarach Afryki subsaharyjskiej, gdzie niedobór doprowadził do sytuacji kryzysowej<sup>13</sup>. Niedobór jest spotęgowany przez wzmożone zapotrzebowanie na personel medyczny i pielęgniarski oraz konkurencję w tym zakresie w państwach rozwiniętych.

Działania wewnątrz UE dotyczące zdrowia mają również znaczny wpływ na politykę UE w dziedzinie polityki zagranicznej i rozwoju. Jeżeli UE nie podejmie odpowiednich kroków w celu wykształcenia i zatrzymania odpowiedniej liczby własnych pracowników służby zdrowia, negatywne skutki migracji dla systemów opieki zdrowotnej w krajach rozwijających prawdopodobnie spotęgują się<sup>14</sup>.

W ramach strategii działań UE w związku z kryzysem zasobów ludzkich w sektorze opieki zdrowotnej w krajach rozwijających się<sup>15</sup>, przyjętej w grudniu 2005 r., oraz w ramach

<sup>13</sup> Krytyczne braki personelu medycznego występują w 57 krajach, z czego 36 znajduje się w Afryce.

<sup>14</sup> Migrują nie tylko pracownicy z krajów rozwijających się: wielu lekarzy i wiele pielęgniarek wyjechało z UE, aby podjąć pracę w USA, Kanadzie, Australii czy Nowej Zelandii.

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

programu działań na rzecz rozwiązania problemu poważnego niedoboru pracowników służby zdrowia w krajach rozwijających się (2007–2013)<sup>16</sup>, przyjętego rok później, UE ponosi odpowiedzialność za podjęcie działań, aby sprostać wewnętrznemu celowi, jakim jest zapewnienie wysokiej jakości opieki zdrowotnej bez wywierania negatywnego wpływu na sytuację w krajach spoza UE.

Unia jest w trakcie opracowywania wspólnej polityki imigracyjnej<sup>17</sup>, która obejmie działania mające na celu unikanie niekorzystnego wpływu na możliwości rozwojowe krajów trzecich, np. poprzez hamowanie „drenażu mózgów” oraz promowanie migracji zwrotnej. Działania te są elementami globalnego podejścia do migracji<sup>18</sup>. Ponadto w 2007 r. Komisja przyjęła wniosek w sprawie dyrektywy ułatwiającej przyjazd do UE wysoko wykwalifikowanym imigrantom<sup>19</sup>. W ramach tej propozycji przewiduje się klauzulę wymagającą etycznego zatrudniania w sektorach takich jak służba zdrowia, borykających się z brakami personelu.

W ciągu ostatniej dekady wprowadzono kodeksy zatrudniania zgodnego z zasadami etyki, które mają na celu zmniejszenie negatywnego wpływu przepływów migracyjnych na wrażliwe systemy opieki zdrowotnej w krajach rozwijających się. Wielka Brytania posiada kodeks postępowania w dziedzinie rekrutacji międzynarodowej<sup>20</sup>, a Norwegia<sup>21</sup> i Holandia<sup>22</sup> przyjęły strategie, które zawierają przepisy dotyczące polityki rekrutacyjnej zgodnej z zasadami etyki poprzez określanie limitów dla aktywnej polityki zatrudniania przez państwo lub poprzez upowszechnianie zatrudnienia w ramach porozumień dwustronnych. Na poziomie UE w 2008 r. Europejski Komitet Dialogu Społecznego w Sektorze Szpitalnym, złożony z HOSPEEM i EPSU działających w charakterze europejskich partnerów społecznych, przyjął „Kodeks postępowania i monitorowania zasad etycznego zatrudniania transgranicznego i zatrzymywania pracowników”<sup>23</sup>, który ma na celu promowanie etycznego zachowania i zahamowanie praktyk nieetycznych przy transgranicznym zatrudnianiu pracowników służby zdrowia.

Unia Europejska również przyjęła zobowiązanie do opracowania kodeksu postępowania dotyczącego etycznego zatrudniania w służbie zdrowia pracowników spoza UE oraz do podjęcia innych kroków w celu zminimalizowania negatywnych i zmaksymalizowania pozytywnych skutków dla krajów rozwijających się, płynących z imigracji do UE pracowników służby zdrowia<sup>24</sup>. Potrzeba przedstawienia tych zobowiązań została

---

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

<sup>17</sup> Zob. COM(2008)359 „Wspólna europejska polityka imigracyjna: zasady, działania i narzędzia”.

<sup>18</sup> Zob. COM(2006)735 i COM(2007)247.

<sup>19</sup> COM(2007) 637 wersja ostateczna. Jednocześnie przyjęty został wniosek (COM(2007) 638) dotyczący kolejnej dyrektywy w sprawie pojedynczej procedury wnioskowania oraz jednakowych praw dla wszystkich pracowników z krajów trzecich przebywających legalnie.

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

<sup>21</sup> (Rekrutacja Pracowników Służby Zdrowia: w kierunku globalnej solidarności) 2007.

<sup>22</sup> Plan działań „Zmiany w służbie zdrowia” (Working on Care) z 2007 r.

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

<sup>24</sup> Parlament Europejski: Strategia działań UE w związku z kryzysem zasobów ludzkich w sektorze opieki zdrowotnej w krajach rozwijających się i COM(2006) 870, komunikat Komisji do Rady i Parlamentu Europejskiego: program działań na rzecz rozwiązania poważnego niedoboru pracowników służby zdrowia w krajach rozwijających się (2007-2013).

podkreślona w sprawozdaniu z postępów we wdrażaniu programu działań przyjętym we wrześniu 2008 r.<sup>25</sup>.

#### **Wpływające czynniki i możliwe obszary działania:**

- wprowadzenie zasad kierowania zatrudnieniem pracowników służby zdrowia z krajów rozwijających się i stworzenie metod monitorowania;
- wspieranie wysiłków WHO związanych z opracowaniem światowego kodeksu zatrudniania zgodnie z zasadami etyki;
- wspieranie porozumień dwustronnych i wielostronnych z krajami pochodzenia i opracowanie mechanizmów wspierających „zwrotny” przepływ pracowników<sup>26</sup>;

#### **4.6. Dane wspierające podejmowanie decyzji**

Wszystkie opisane problemy stanowią wyzwania dla decydentów, świadczeniodawców i personelu zarządzającego systemami opieki zdrowotnej. Sytuacja jest trudniejsza, ponieważ brakuje aktualnych i porównywalnych danych i informacji, np. dotyczących liczby pracowników służby zdrowia na etapie kształcenia i czynnych zawodowo, ich specjalizacji, rozmieszczenia geograficznego, wieku, płci i kraju pochodzenia. Biorąc pod uwagę, że braki w personelu w danym miejscu mogą mieć wpływ na sytuację w innych częściach Europy, dane obejmujące całą Wspólnotę ważne są dla organów ochrony zdrowia w całej UE przy zarządzaniu usługami zdrowotnymi i świadczeniu ich.

W raporcie z 2006 r. sporządzonym przez WHO<sup>27</sup> dotyczącym pięciu krajowych studiów przypadków (Estonii, Niemiec, Litwy, Polski i Zjednoczonego Królestwa) stwierdzono, że żadne z państw nie było w stanie dostarczyć precyzyjnych i kompletnych informacji dotyczących międzynarodowych przepływów personelu medycznego. Najpowszechniejszą formą wiedzy o przepływach migracyjnych jest wskaźnik wydanych przez odpowiednie organy zaświadczeń („potwierdzeń”). Daje to ogólny roczny obraz tego, ilu pracowników służby zdrowia bierze pod uwagę przeniesienie się do innego kraju, lecz nie wszyscy rzeczywiście emigrują; poza tym niektórzy mogą wnioskować o wydanie zaświadczenia więcej niż jeden raz. Dla przykładu dane z Estonii wskazują, że spośród 344 lekarzy, którzy pobrali zaświadczenia, wyjechało w rzeczywistości tylko 182.

Komisja Europejska zbiera dane dotyczące decyzji związanych z uznawaniem kwalifikacji objętych sektorowym systemem uznawania kwalifikacji. Dane te są podsumowane na następującej stronie internetowej:

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

---

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

<sup>26</sup> Zwrotny przepływ pracowników odnosi się do tego, że po wyjazdach personelu na zagraniczne szkolenia lub w celu zdobycia doświadczenia, tacy pracownicy wracają do kraju ojczystego z dodatkową wiedzą i dodatkowymi umiejętnościami. Ciekawe zachęty mogłyby przyjąć formę uzgodnionych ścieżek kariery, gwarantujących np., że osoba powracająca wróci na swoje poprzednie stanowisko pracy oraz otrzyma wynagrodzenie uwzględniające zdobyte doświadczenie.

<sup>27</sup> Migracja pracowników służby zdrowia w regionie Europy: krajowe studia przypadków oraz skutki dla kształtowania polityki, Buchan J, Perfilieva G.

Pokazują one przepływy migracyjne lub zamiar podjęcia pracy w innym państwie członkowskim. Jednakże, jako że brak jest dodatkowych informacji, czy pracownicy ci rzeczywiście podejmują pracę w innym państwie członkowskim, czy przenieśli się do kraju trzeciego bądź czy wrócili do swego kraju ojczystego, danych tych można użyć jedynie orientacyjnie w związku z brakiem bardziej szczegółowych informacji.

Inne zbierane przez EUROSTAT dane, dotyczące liczby personelu medycznego, opierają się na danych zbieranych przez poszczególne państwa członkowskie. Dane te są dostępne na następującej stronie internetowej:

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

Poza tym trwa już wspierany przez UE projekt OECD dotyczący migracji lekarzy i pielęgniarek w państwach OECD i UE-25 i w przyszłości obejmie również inne grupy zawodowe personelu medycznego. Projekt ten dostarczy ważnych informacji, ale nie zapewni pełnej porównywalności wykorzystanych danych z powodu różnic w procesie rejestracji oraz różnic pomiędzy państwami członkowskimi dotyczącymi zbierania danych na poziomie centralnym.

W ramach „Europejskiej Sieci Migracji” (ESM)<sup>28</sup> w listopadzie 2006 r. podjęto się przeprowadzenia badania dotyczącego kontrolowanej migracji w sektorze ochrony zdrowia, obejmującego 11 krajowych punktów kontaktowych. W wyniku badania stwierdzono, że dane, szczególnie te dotyczące pracowników służby zdrowia w UE pochodzących z krajów trzecich, są ograniczone, a ich zbieraniem zajmuje się wiele jednostek, nawet w tym samym państwie członkowskim.

#### **Wpływające czynniki i możliwe obszary działania:**

- harmonizacja lub standaryzacja wskaźników dotyczących pracowników służby zdrowia;
- utworzenie systemu monitorowania przepływu pracowników służby zdrowia;
- zapewnienie dostępności i porównywalności danych dotyczących pracowników służby zdrowia, szczególnie w kontekście precyzyjnego określenia przemieszczania się poszczególnych grup personelu medycznego;

#### **5. WPLYW NOWYCH TECHNOLOGII: ZWIĘKSZENIE WYDAJNOŚCI PRACOWNIKÓW SŁUŻBY ZDROWIA**

Postęp w opiece zdrowotnej zależy od osiągnięć naukowych i technicznych. Nowe technologie mają wpływ na to, co opieka zdrowotna może osiągnąć, i w jaki sposób jest ona organizowana i zapewniana. Obecnie nowe technologie dają również personelowi medycznemu lepsze możliwości dzielenia się wiedzą oraz bliższej współpracy, poprawiając ogólny poziom opieki medycznej. W przypadku pewnych chorób i rodzajów pacjentów nowe technologie umożliwiają przeniesienie większości opieki ze szpitala do społeczności lokalnej

---

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

i podstawowych jednostek opieki, a nawet do domu pacjenta, co może poprawić jakość życia oraz przyczynić się do lepszego wykorzystania zasobów.

W perspektywie krótkookresowej nowe technologie takie jak telemedycyna mogą zapewnić świadczenie usług lepszej jakości na obszarach oddalonych oraz tam, gdzie brakuje personelu medycznego. W Unii istnieją już obszary, na których dzięki telemedycynie zapewnia się diagnostykę na odległość oraz diagnostykę na odległość zdjęć mammograficznych, co zapewnia pacjentom lepszy dostęp do usług.

Wprowadzenie nowych technologii wymaga odpowiedniego przeszkolenia pracowników, aby je stosowali, a w razie konieczności – doszkalania. Poza tym konieczne będzie, aby personel medyczny zaakceptował ich użycie, co może czasami kolidować z ustalonymi metodami i strukturami pracy. Komunikat Komisji pt. „Telemedycyna z korzyścią dla pacjentów, społeczeństwa oraz gospodarki” proponuje podejście do niektórych z tych wyzwań na poziomie europejskim.

#### **Wpływające czynniki i możliwe obszary działania:**

- zapewnienie personelowi medycznemu odpowiednich szkoleń, umożliwiających możliwie dobre wykorzystanie nowych technologii;
- podjęcie działań zachęcających do stosowania nowych technologii;
- zapewnienie interoperacyjności nowych technologii informacyjnych;
- zapewnienie lepszego rozmieszczenia nowych technologii w całej UE.

## **6. ROLA PRZEDSIĘBIORCÓW JAKO PRACOWNIKÓW W SŁUŻBIE ZDROWIA**

Niektóre osoby wykonujące zawody medyczne, takie jak lekarze, psychologowie, dentyści, specjaliści od chorób stóp, fizjoterapeuci oraz terapeuci w zakresie medycyny pracy, pracują jako przedsiębiorcy prowadzący działalność na własny rachunek i zatrudniają pracowników. Działania Komisji mające na celu poprawę warunków prowadzenia działalności w Europie oraz wspierające przedsiębiorczość mają wpływ na tego rodzaju praktyki. Niedawno Komisja opublikowała komunikat „Małe i średnia przedsiębiorstwa (MŚP) – ich kluczowa rola w zapewnianiu wyższego wzrostu gospodarczego oraz większej ilości miejsc pracy”. W ramach przeglądu śródkresowego nowoczesnej polityki w zakresie MŚP z dnia 4 listopada 2007 r. uznano znaczący udział MŚP w realizowaniu celów strategii lizbońskiej, tj. wzmacnianiu wzrostu gospodarczego oraz tworzeniu nowych i lepszych miejsc pracy. Przedsiębiorcy tacy mogą się przyczyniać do wzmocnienia europejskiego wzrostu oraz stanowić siłę napędową innowacji, rozwoju lokalnego, szkoleń i zatrudnienia, jak również mogą ułatwiać dostęp do opieki zdrowotnej.

Small Business Act (SBA) jest kluczowym elementem strategii UE na rzecz wzrostu gospodarczego i zatrudnienia (komunikat Komisji „Najpierw myśl na małą skalę – Program „Small Business Act” dla Europy – COM(2008)394). Zawiera on szereg wspólnych zasad dotyczących polityki w zakresie MŚP i zaproponowane działania, aby wcielić te zasady w życie. Koncentruje się on na promowaniu przedsiębiorczości, zakorzenianiu zasady „najpierw myśl na małą skalę” przy podejmowaniu decyzji i wspieraniu rozwoju MŚP.



**Wpływające czynniki i możliwe obszary działania:**

- zachęcanie przedsiębiorców do podjęcia działalności w sektorze służby zdrowia, aby polepszyć planowanie świadczeń opieki zdrowotnej i stworzyć nowe miejsca pracy;
- zbadanie przeszkód dotyczących działalności przedsiębiorstw w sektorze opieki zdrowotnej.

**7. POLITYKA SPÓJNOŚCI**

Rozwój wspólnotowych zasobów personelu służby zdrowia jest również związany z polityką spójności. W ramach obowiązujących przepisów możliwe jest wykorzystanie funduszy strukturalnych w celu wspierania zasobów pracowników służby zdrowia. Strategiczne wytyczne Wspólnoty dotyczące spójności, które określają priorytety wykorzystania funduszy strukturalnych na okres 2007-2013, zawierają sekcję opisującą cel „Wspieranie utrzymania dobrego poziomu zdrowia siły roboczej”. Rozporządzenie w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego (EFS) z lipca 2006 r. (rozporządzenie 1081/2006) określa wydłużenie okresu aktywności zawodowej oraz „poprawę stanu zdrowia” jako jeden z priorytetowych obszarów działalności EFS. W tym kontekście niektóre państwa członkowskie (szczególnie nowe) planują znaczące inwestycje w kształcenie i szkolenie pracowników służby zdrowia, wykorzystując możliwości oferowane przez EFS. Dodatkowo około 5,2 mld EUR zostanie zainwestowane w infrastrukturę ochrony zdrowia ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego. Skuteczne wykorzystanie środków z funduszy strukturalnych na poprawę umiejętności i kwalifikacji pracowników służby zdrowia oraz na rozbudowę infrastruktury ochrony zdrowia może skutecznie przyczynić się do poprawy warunków pracy oraz jakości usług zdrowotnych, zmniejszając tym samym luki w opiece zdrowotnej oraz wzmacniając spójność między państwami członkowskimi.

**Wpływające czynniki i możliwe obszary działania:**

- lepsze wykorzystanie pomocy oferowanej przez fundusze strukturalne, aby szkolić i doksztalać personel medyczny;
- lepsze wykorzystanie funduszy strukturalnych do rozwoju personelu służby zdrowia;
- częstsze korzystanie ze środków z funduszy strukturalnych, aby polepszyć warunki pracy.

**8. KONSULTACJE**

Komisja Europejska wzywa wszystkie zainteresowane organizacje do przesyłania uwag i odpowiedzi na pytania postawione w niniejszej zielonej księdze w terminie do 31 marca 2009 r., najlepiej na adres e-mail: [SANCO-health-workforce@ec.europa.eu](mailto:SANCO-health-workforce@ec.europa.eu)

lub na adres:

**Komisja Europejska, B-1049 Bruxelles, Belgia**

O ile respondenci nie zaznaczą inaczej, służby Komisji zakładają, że nie mają oni nic przeciwko opublikowaniu ich odpowiedzi lub ich części na stronach internetowych Komisji lub ich zacytowaniu w sprawozdaniu przedstawiającym wyniki procesu konsultacji społecznych.