

RO

RO

RO



COMISIA COMUNITĂȚILOR EUROPENE

Bruxelles, 10.12.2008
COM(2008) 725 final

CARTE VERDE

Privind forța de muncă europeană în domeniul sănătății

CUPRINS

1.	Introducere	3
2.	Justificarea Cărții Verzi	4
3.	Cadrul juridic și bazele pentru o acțiune la nivel comunitar.....	5
4.	Factori care influențează forța de lucru în domeniul sănătății în UE și principalele aspecte care trebuie abordate	5
4.1.	Demografie și promovarea unei forțe de muncă viabile în domeniul sănătății.....	5
4.2.	Capacitatea sănătății publice	7
4.3.	Formare profesională	8
4.4.	Administrarea mobilității lucrătorilor în domeniul sănătății în UE	9
4.5.	Migrarea globală a lucrătorilor în domeniul sănătății	11
4.6.	Date în sprijinul adoptării deciziilor	12
5.	Impactul noilor tehnologii: îmbunătățirea eficienței forței de muncă în domeniul sănătății	14
6.	Rolul antreprenorilor din domeniul sănătății în ceea ce privește forța de muncă din acest domeniu.....	14
7.	Politica de coeziune	15
8.	Consultarea.....	15

Promovarea unei forțe de muncă viabile în domeniul sănătății în Europa

1. Introducere

Sistemele de sănătate din UE trebuie să mențină un echilibru delicat, în primul rând între creșterea cererilor de servicii medicale și o ofertă restrânsă; în al doilea rând, între necesitatea de a răspunde nevoilor medicale ale persoanelor la nivel local și necesitatea de a fi pregătite în fața unor crize majore de sănătate publică.

Există o serie de provocări cu care se confruntă sistemele de sănătate din Europa.

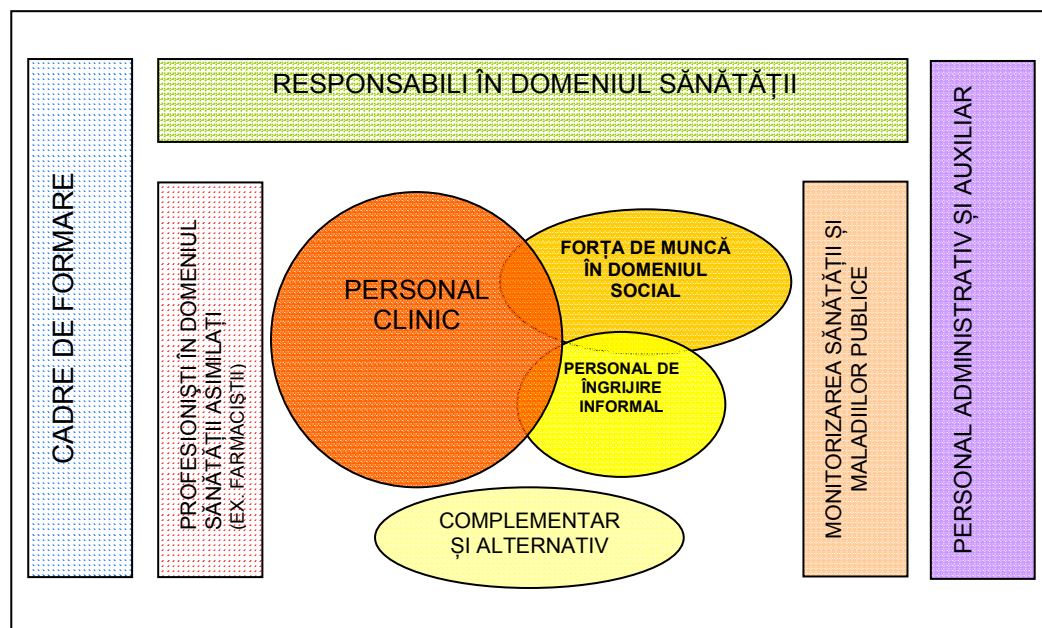
- Responsabilii politici și autoritățile sanitare trebuie să facă față provocării de a-și adapta sistemele de sănătate la o populație care se confruntă cu un fenomen de îmbătrânire. Între 2008 și 2060, populația din UE-27 cu o vârstă de 65 de ani și peste aceasta se estimează că va crește cu 66,9 milioane, iar populația „foarte în vârstă” (80+) va fi segmentul de populație care va înregistra cea mai rapidă creștere¹.
- Introducerea noilor tehnologii permite sporirea gamei și calității asistenței medicale din punct de vedere al diagnosticării, prevenirii și tratării, însă contra cost, iar personalul trebuie să fie format pentru a le utiliza.
- Există noi amenințări pentru sănătate iar cele vechi reapar, spre exemplu în domeniul bolilor transmisibile.
- Toate acestea duc la cheltuieli tot mai mari cu sănătatea și, pe termen mai lung, pun într-adevăr probleme importante privind durabilitatea sistemelor de sănătate în anumite țări.

Pentru a răspunde în mod adecvat acestor provocări, este necesar ca sistemele de sănătate să dețină forță de lucru performantă și eficientă, de cea mai înaltă calitate, deoarece serviciile în domeniul sănătății implică o utilizare intensivă a forței de muncă. Într-adevăr, asistența medicală reprezintă unul dintre cele mai importante sectoare din economia UE, furnizând locuri de muncă pentru unu din zece lucrători din UE, iar aproximativ 70% din bugetul pentru sănătate este acordat salariilor și altor cheltuieli legate direct de angajarea forței de muncă în domeniul sănătății².

¹ Estimări demografice naționale pe baza anului 2008, scenariul de convergență EUROPOP 2008.

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

Graficul 1: Componenta forței de muncă în domeniul sănătății



2. JUSTIFICAREA CĂRȚII VERZI

Strategia Comisiei Europene în domeniul sănătății adoptată în octombrie 2007 și publicată în Cartea albă „Împreună pentru sănătate” a prezentat o nouă abordare pentru a garanta că UE depune toate eforturile pentru a face față unor provocări precum amenințările la adresa sănătății, pandemiile, povara bolilor legate de stilul de viață, inegalitățile și schimbările climatice într-o Europă extinsă, cuprinzând 27 de state membre. Obiectivele sale sunt favorizarea unei stări bune de sănătate într-o Europă care se confruntă cu un fenomen de îmbătrânire, promovând sănătatea pe toată durata vieții, protejând cetățenii de amenințările la adresa sănătății și promovând sisteme de sănătate dinamice și noile tehnologii.

Scopul prezentei Cărți este de a spori vizibilitatea problemelor cu care se confruntă forța de muncă în domeniul sănătății din UE, de a genera o imagine mai clară asupra măsurii în care responsabilii în domeniul sănătății la nivel local și/sau național se confruntă cu aceleași provocări și de a furniza o mai bună bază pentru a se stabili ce este de făcut la nivel comunitar pentru a ajuta la abordarea acestor probleme în mod eficient și astfel încât să nu aibă un impact negativ asupra sistemelor de sănătate din afara UE.

Cartea verde are ca scop descrierea cât mai detaliată a provocărilor cu care se confruntă forța de muncă în domeniul sănătății din UE și care sunt comune tuturor statelor membre: aspectul demografic (îmbătrânirea populației globale și îmbătrânirea forței de muncă în domeniul sănătății) ceea ce înseamnă că numărul persoanelor mai tinere din sistem nu este suficient pentru a face față plecărilor; diversitatea forței de muncă din domeniul sănătății; atractivitatea redusă pentru noile generații a largii varietăți a locurilor de muncă din domeniul sănătății și a altor locuri de muncă legate de sistemul public de sănătate; migrarea profesioniștilor din domeniul sănătății în interiorul și în afara UE; mobilitatea inegală în interiorul UE – și, în special, circulația anumitor profesioniști din domeniul sănătății din țări mai sărace către țări mai bogate din UE, precum și exodul de inteligență în domeniul sănătății din țări terțe.

Al doilea obiectiv al prezentei Cărți verzi este să ajute la identificarea domeniilor în care Comisia consideră că se pot întreprinde acțiuni suplimentare și să lanseze o dezbatere în acest sens.

3. CADRUL JURIDIC ȘI BAZELE PENTRU O ACȚIUNE LA NIVEL COMUNITAR

Articolul 152 din Tratatul CE prevede că „Acțiunea Comunității în domeniul sănătății publice respectă pe deplin responsabilitățile statelor membre în ceea ce privește organizarea și prestarea serviciilor de sănătate și de îngrijire medicală.” Totuși, articolul menționat subliniază faptul că Comunitatea ar trebui să încurajeze cooperarea între statele membre și să promoveze coordonarea politicilor și a programelor acestora.

Prin urmare, acțiunea comunitară își propune să vină în completare a politicilor naționale. Principala răspundere pentru organizarea și prestarea de servicii medicale le aparține statelor membre, însă UE deține un rol important care constă în a oferi sprijin statelor membre și în a aduce valoare adăugată prin constituirea de rețele și schimburile de bune practici.

Mai mult, Tratatul CE și legislația secundară prevăd norme care trebuie să fie respectate de statele membre la organizarea sectorului sănătății la nivel național.

În ceea ce privește legislația secundară, exemplele relevante includ directive privind dreptul muncii în Comunitatea Europeană, cum ar fi directiva privind timpul de lucru, care stabilește limitele maxime ale timpului de lucru și impune perioade de odihnă minime pe zi și pe săptămână pentru a proteja sănătatea și siguranța lucrătorilor. Directiva prevede cerințe comune minime pentru toate statele membre, însă fiecare stat membru își menține libertatea de a aplica normele care sunt mai favorabile pentru protecția lucrătorilor, dacă dorește.

Hotărârile Curții privind timpul de gardă și compensarea în timp de odihnă ridică întrebări importante privind serviciile de sănătate și de îngrijire³. Comisia a înaintat deja propuneri legislative⁴ care sunt în prezent discutate de către Consiliu și Parlamentul European⁵.

4. FACTORI CARE INFLUENȚEAZĂ FORȚA DE LUCRU ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII ÎN UE ȘI PRINCIPALELE ASPECTE CARE TREBUIE ABORDATE

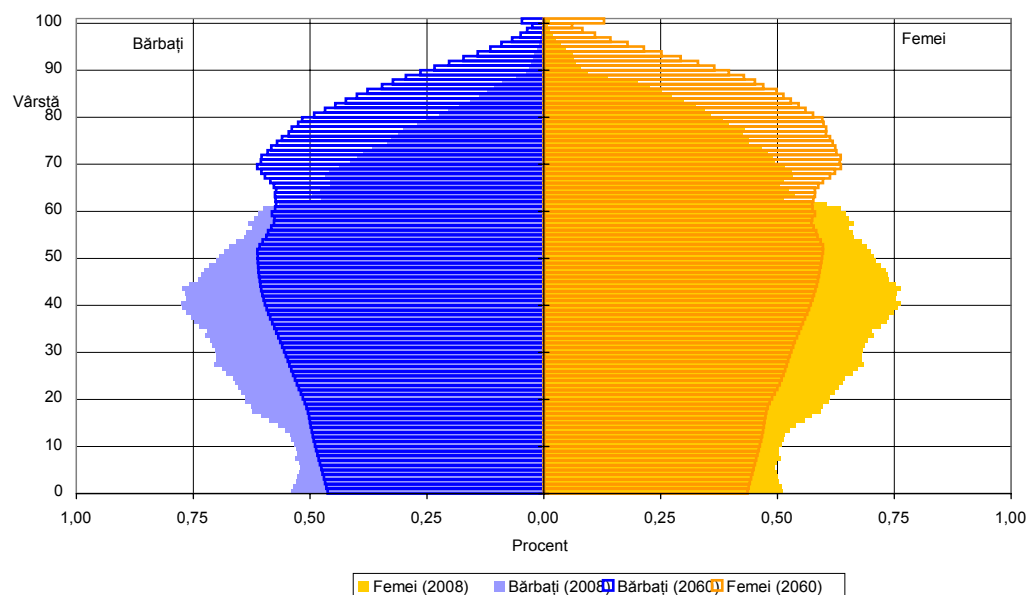
4.1. Demografie și promovarea unei forțe de muncă viabile în domeniul sănătății

Cetățenii au o durată de viață mai lungă și o stare de sănătate mai bună. Durata de viață a crescut în continuu din 1950 cu aproximativ 2,5 ani pe decadă și se preconizează să continue să crească.

³ Menționând că timpul de gardă petrecut de lucrătorii în domeniul sănătății trebuie să fie avut în vedere ca timp de lucru, deși se odihnesc, și cu condiția ca acești să trebuiască să rămână la locul lor de muncă, Curtea a recunoscut că medicii, de exemplu, lucrează mai mult de 48 de ore pe săptămână în majoritatea statelor membre. Pentru a se conforma la această hotărâre, anumite state membre ar necesita eforturi de recrutare majore, ceea ce nu este întotdeauna posibil.

⁴ COM(2004)607 (propunere de modificare a Directivei 2003/88/CE); COM(2005)246 (propunere modificată, ținând seama de punctele de vedere ale Parlamentului European).

⁵ Poziția comună a Consiliului, 15 septembrie 2008; Comunicarea Comisiei către Parlamentul European privind Poziția comună - COM(2008) 568.



Graficul 2: Estimări demografice 2008 - 2060

Având în vedere fenomenul de îmbătrânire a populației, este foarte important ca oamenii să mențină o bună stare a sănătății la bătrânețe. Numărul de ani de viață sănătoasă trebuie maximizat. Totuși, deoarece durata de viață este mai mare, se așteaptă să fie număr tot mai ridicat de oameni în vârstă cu dizabilități grave și care necesită îngrijiri pe termen lung⁶. Deoarece afecțiunile cronice multiple sunt prevalente la o vârstă înaintată, acest fapt va avea implicații pentru acordarea de îngrijiri. Mai mult, cererea de îngrijiri formale se preconizează să înregistreze o creștere având în vedere probabila reducere a disponibilității personalului de îngrijire formal, de exemplu, ca rezultat al schimbării structurilor familiale.

Populația se confruntă cu un fenomen de îmbătrânire; același lucru este valabil și în cazul forței de muncă. Între 1995 și 2000, numărul medicilor cu o vârstă sub 45 de ani pe teritoriul Europei a scăzut cu 20%, în timp ce numărul celor de peste 45 de ani a crescut cu peste 50%. De asemenea, vârsta medie crește în rândul asistenților medicali; în cinci state membre aproape jumătate dintre asistenții medicali au peste 45 de ani⁷. Toate aceste persoane care se apropie de vârsta pensionării, implică necesitatea unui număr suficient de recruți tineri care să le înlocuiască.

Participarea femeilor ca lucrători în domeniul sănătății a fost semnificativă din punct de vedere istoric și este în creștere. În mod global, femeile reprezintă aproximativ trei sferturi din forța de muncă la nivel comunitar și, în anumite state membre, peste 50% din persoanele care studiază în școlile medicale sunt femei⁸. Promovarea măsurilor pentru egalitatea de gen în strategiile de resurse umane este așadar foarte importantă.

Foaia de parcurs pentru egalitatea dintre femei și bărbați 2006-2010⁹ prezintă o serie de acțiuni care vizează obținerea unei independențe economice egale și a unei participări egale în procesul de luare a deciziilor pentru femei și bărbați și propune un anumit număr de măsuri destinate să amelioreze armonizarea între viața profesională, cea familială și cea privată.

⁶ OCDE: *Trends in Severe Disability among Elderly People*, DELSA/HEA/WD/HWP (2007).

⁷ Observatorul OMS, *Policy series*, 2006.

⁸ Observatorul OMS, *Policies series*, 2006.

⁹ COM(2006) 92.

Soluția pentru menținerea unei forțe de muncă suficiente în contextul retragerii iminente din activitate a generației „baby boom” constă în educarea, recrutarea și fidelizarea unor lucrători tineri și, în același timp, în reinvestirea în forța de lucru matură.

Factori de influență și domenii de acțiune posibile:

- Evaluarea nivelurilor de cheltuieli cu forța de muncă din domeniul sănătății
- Asigurarea unor mai bune condiții de lucru pentru lucrătorii din domeniul sănătății, creșterea motivației și a moralului personalului
- Să se aibă în vedere campaniile de recrutare și formare, în special pentru a profita de creșterea procentului de persoane cu vârsta peste 55 de ani la locul de muncă și de creșterea numărului de persoane care nu mai au obligații de familie
- Organizarea practicilor de administrare a maladiilor cronice și organizarea acordării de îngrijiri pe termen lung mai aproape de domiciliu sau în cadrul comunității
- Asigurarea unei desfășurări mai eficiente a forței de muncă disponibile în domeniul sănătății
- Să se aibă în vedere campanii de „revenire în activitate” pentru a atrage înapoi persoanele care au părăsit forța de muncă în domeniul sănătății
- Promovarea unei mai mari diversități sociale și etnice a recrutării
- Sensibilizarea elevilor față de gama variată de cariere posibile în sectoarele sănătății și îngrijirilor

4.2. Capacitatea sănătății publice

Sectorul sănătății publice constă dintr-o gamă largă de activități pentru protecția și îmbunătățirea sănătății populației în general, pentru a face față inegalităților în domeniul sănătății și pentru a aborda nevoile grupurilor dezavantajate și vulnerabile. Sarcinile includ evaluarea necesităților și a impactului asupra sănătății pentru planificarea serviciilor, prevenirea maladiilor, de exemplu prin vaccinare și programe de screening, promovarea sănătății și a educației, asigurarea stocului de sânge, supraveghere epidemiologică și planificare și reacții la amenințările la adresa sănătății rezultate din focare de maladii infecțioase, pandemii și dezastre provocate de om sau naturale, inclusiv acelea rezultate din schimbările climatice.

Promovarea sănătății și prevenirea maladiilor nu sunt importante doar ca atare, dar pot și reduce semnificativ pe viitor cererea de tratament și de servicii de îngrijire. Forța de muncă în domeniul sănătății de pe teritoriul UE trebuie să dețină aptitudinile necesare și să fie în efectiv suficient pentru a putea realiza aceste activități eficient, iar această condiție trebuie să fie încorporată în planificările de formare profesională și de recrutare.

Sănătatea la locul de muncă va necesita o atenție deosebită deoarece siguranța și sănătatea la locul de muncă sunt elemente importate pentru sănătatea publică generală. Probleme precum accidente la locul de muncă vor continua să fie abordate, însă noi elemente, cum ar fi modificările ritmurilor de lucru, noile tehnologii la locul de muncă, menținerea unui echilibru între viața profesională și cea de familie, mobilitatea locurilor de muncă și stresul la locul de muncă, toate acestea necesită o atenție deosebită asupra sănătății la locul de muncă, ca factor important pentru o bună sănătate publică generală. Strategia pentru securitate și sănătate la locul de muncă 2007–2012 [COM (2007)62] recent adoptată stabilește o serie de obiective

ambicioase pe care statele membre ale UE au convenit să și le asume și să le sprijine. Totuși, realizarea acestor obiective depinde în mare parte de disponibilitatea unei forțe de muncă specifice necesare, precum medici și asistenți în medicina muncii, precum și inspectori în domeniul sănătății și siguranței.

Factori de influență și domenii de acțiune posibile:

- Consolidarea capacității pentru screening, promovarea sănătății și prevenirea maladiilor
- Colectarea unor mai bune informații privind necesitățile actuale și potențiale ale populației în materie de sănătate pentru a planifica dezvoltarea viitoare a forței de muncă din sistemul de sănătate publică
- Promovarea vocației științifice în școli prin punerea în evidență a opțiunilor de carieră în locuri de muncă din sistemul de sănătate publică mai puțin cunoscute (biologi, epidemiologi etc.)
- O mai mare vizibilitate pentru Agenția Europeană pentru Sănătate și Securitate în Muncă (OSHA) în statele membre prin promovarea existenței acesteia direct la locurile de muncă
- Promovarea activității medicilor de medicina muncii și acordarea de stimulente medicilor pentru a pătrunde în acest domeniu

4.3. Formare profesională

Capacitatea de formare profesională este, de asemenea, un aspect care trebuie avut în vedere în planificarea forței de muncă. Dacă este nevoie de mai mulți medici, asistente medicale și personal auxiliar, va trebui să se creeze mai multe locuri în universități sau în școlile profesionale, precum și mai multe locuri de profesori care să le ofere formarea profesională. Acest fapt va implica atât planificări, cât și investiții.

Statele membre vor trebui să evalueze care sunt tipurile de competențe specializate de care va fi nevoie, ținând seama de faptul că tratamentele medicale se schimbă odată cu introducerea noilor tehnologii, de efectele populației confruntate cu fenomenul de îmbătrânire asupra modelelor patologice și de creșterea numărului de pacienți în vârstă care suferă de maladii cronice multiple. O problemă specifică este că odată cu creșterea deplasărilor și a mobilității a crescut și riscul de răspândire a bolilor care fuseseră până atunci prevalente în țări tropicale. Acest fapt crează o nouă necesitate în domeniul formării pentru clinicieni și pentru cei implicați în supravegherea maladiilor transmisibile.

Factori de influență și domenii de acțiune posibile:

- Asigurarea conceperii cursurilor de formare astfel încât să țină seama de nevoile speciale ale persoanelor cu dizabilități (acestea ar trebui să primească îngrijiri de aceeași calitate ca și pacienții fără dizabilități și ar trebui să li se pună la dispoziție serviciile sanitare specifice de care au nevoie¹⁰).
- Acordarea unei mai mari importanțe dezvoltării profesionale continue a

¹⁰ Astfel cum se prevede la articolul 35 din Convenția Organizației Națiunilor Unite privind drepturile persoanelor cu handicap, care a fost semnată de toate statele membre și de Comunitatea Europeană.

profesioniștilor din domeniul sănătății. Actualizarea competențelor profesionale ameliorează calitatea rezultatelor în materie de sănătate și garantează siguranța pacienților.

- Dezvoltarea de cursuri de formare pentru a încuraja reîntoarcerea lucrătorilor cu o vârstă mai înaintată.
- Furnizarea de formare în gestiune cadrelor medicale
- Favorizarea cooperării între statele membre în gestionarea *numerus clausus* pentru lucrătorii în domeniul sănătății și oferirea posibilității unei mai mari flexibilități pentru aceștia.
- Dezvoltarea posibilităților pentru acordarea de formare lingvistică pentru a ajuta la mobilitatea potențială
- Crearea unui mecanism comunitar, de exemplu a unui observator privind forța de muncă, care ar consilia statele membre la planificarea capacității viitoare de forță de muncă în domeniul sănătății, a nevoilor de formare profesională și la implementarea dezvoltărilor tehnologice.

4.4. Administrarea mobilității lucrătorilor în domeniul sănătății în UE

Libera circulație a persoanelor constituie una dintre libertățile fundamentale garantate de legislația comunitară. Libera circulație a lucrătorilor este prevăzută la articolul 39 din Tratatul CE și detaliată în Regulamentul 1612/68¹¹: acesta prevede, pentru fiecare cetățean european, dreptul de a lucra într-un alt stat membru ca salariat sau ca funcționar public. Dreptul de stabilire este prevăzut la articolul 43, care stipulează dreptul de a lucra ca persoană liber profesionistă într-un alt stat membru. Articolul 49 stabilește dreptul la libertatea de a presta servicii. Regulamentul 1408/71 și Regulamentul de punere în aplicare 574/72¹² coordonează diferitele scheme de asigurări sociale pentru a facilita acest drept fundamental de liberă circulație. Cetățenii Uniunii Europene au, de asemenea, dreptul de a studia în alte state membre pe baza acelorași condiții ca cetățenii respectivei țări.

Directiva 2005/36/CE prevede recunoașterea calificărilor profesionale în vederea stabilirii într-un alt stat membru și în vederea facilitării prestării de servicii transfrontaliere într-un alt stat membru decât cel în care prestatorul este stabilit. Această directivă a introdus, de asemenea, cerința ca autoritățile competente din statele membre gazdă și de origine să schimbe informații privind sancțiuni disciplinare sau penale care au fost luate sau orice alte împrejurări grave specifice. În afara cadrului juridic, o serie de inițiative legate de mobilitatea profesioniștilor din domeniul sănătății au fost luate de organizațiile profesionale, precum inițiativa „*Health Professionals Crossing Borders*” și inițiativa-pilot privind cardul profesional, ambele având ca scop obținerea unui mai bun acces la informații, în cazul în care

¹¹ Regulamentul (CEE) 1612/68 al Consiliului din 15 octombrie 1968 privind libera circulație a lucrătorilor în cadrul Comunității.

¹² Regulamentul (CEE) nr. 1408/71 al Consiliului din 14 iunie 1971 privind aplicarea regimurilor de securitate socială în raport cu lucrătorii salariați, lucrătorii care desfășoară activități independente și membrii familiilor acestora care se deplasează în cadrul Comunității; Regulamentul (CEE) nr. 574/72 al Consiliului din 21 martie 1972 de stabilire a normelor de aplicare a Regulamentului (CEE) nr. 1408/71 privind aplicarea regimurilor de securitate socială în raport cu salariații și cu membrii familiilor acestora care se deplasează în interiorul Comunității.

au existat probleme de conduită. Va trebui să se țină sub observație progresul acestor inițiative.

Libera circulație a elevilor/studentilor și lucrătorilor ajută la garantarea faptului că profesioniștii din domeniul sănătății se duc acolo unde este cel mai mult nevoie de ei. Totuși, profesioniștii din domeniul sănătății se mută din mai multe motive – pentru a ameliora oportunitățile de carieră și de formare sau pentru o mai bună remunerare și condiții de lucru. Prin urmare, mobilitatea poate afecta – pozitiv sau negativ – diferențele dintre țări și cele la nivel național. În acest context, anumite state membre pot refuza să își asume riscul unei investiții în formarea mai multor profesioniști în domeniul sănătății, în cazul în care puțini dintre aceștia rămân în țară iar randamentul investiției este scăzut.

Răspunsul față de efectele unei mobilități crescute nu este introducerea de restricții juridice în calea liberei circulații a elevilor/studentilor și lucrătorilor, ci abordarea acestor probleme prin intermediul unor politici adecvate și de o manieră coordonată cu autoritățile comunitare și cu alte state membre. Prin urmare, mobilitatea crescută a forței de muncă poate obliga directorii de resurse umane la nivel local și/sau național să își regândească politicile de recrutare și de evoluție profesională.

De asemenea, cetățenii au dreptul de a beneficia de asistență medicală în alte state membre. Directiva propusă pentru asistența medicală transfrontalieră vizează asigurarea aplicării principiilor comune pentru asistența medicală transfrontalieră în UE. Această directivă se sprijină, printre altele, pe fructificarea potențialului de cooperare europeană în domenii unde aceasta este utilă, inclusiv în regiuni frontaliere, prin intermediul rețelelor europene de referință care regrupează centre specializate, prin intermediul rețelei comunitare de evaluare a tehnologiilor din domeniul sănătății sau prin intermediul serviciilor electronice în domeniul sănătății.

Factori de influență și domenii de acțiune posibile:

- Încurajarea acordurilor bilaterale între statele membre pentru a profita de orice surplus de medici și de asistenți.
- Investirea în formarea și recrutarea unui personal suficient în domeniul sănătății pentru a se atinge un nivel comunitar de auto-suficiență.
- Încurajarea acordurilor transfrontaliere privind formarea și schimburile de personal, care ar putea contribui la gestionarea fluxului orientat către exterior al lucrătorilor din domeniul sănătății, cu respectarea legislației comunitare.
- Promovarea „rotației” personalului (și anume, personalul care se mută într-o altă țară pentru formare profesională și/sau pentru a câștiga experiență și care se întoarce apoi în țara de origine deținând cunoștințe și competențe suplimentare).
- Crearea unui forum sau a unei platforme la nivel european unde responsabilii ar putea face schimb de experiență.

4.5. Migrarea globală a lucrătorilor în domeniul sănătății

Insuficiența forței de lucru în domeniul sănătății se manifestă la nivel global, însă problema este cea mai evidentă în Africa subsahariană, unde a atins un nivel de criză¹³. Insuficiența este accentuată de cererea în creștere și concurența pentru personalul medical și asistenți în întreaga lume dezvoltată.

Acțiunea în materie de sănătate în cadrul UE are, de asemenea, importante implicații în ceea ce privește politica externă și de dezvoltare a UE. În cazul în care UE nu adoptă măsurile adecvate pentru a produce și a fideliza un număr suficient de lucrători din domeniul sănătății, nu este probabilă scăderea impactului negativ al migrației asupra sistemelor sanitare ale țărilor în curs de dezvoltare¹⁴.

Strategia UE pentru acțiune privind criza de resurse umane în domeniul sănătății în țările în curs de dezvoltare¹⁵, adoptată în decembrie 2005, și Programul european de acțiune privind remediarea deficitului de lucrători în domeniul sănătății din țările în curs de dezvoltare (2007-2013)¹⁶ adoptat un an mai târziu, au recunoscut că UE are responsabilitatea de a lua măsuri pentru a-și realiza propriul obiectiv de a furniza asistență medicală de înaltă calitate fără ca acest fapt să aibă un impact negativ asupra situației din țările care nu sunt membre ale UE.

Uniunea Europeană elaborează în prezent o politică comună în domeniul migrației¹⁷, care prevede, printre altele, evitarea subminării perspectivelor de dezvoltare ale țărilor terțe, de exemplu, prin accentuarea „exodului de inteligență”, promovând, în schimb, migrația circulară. Aceste aspecte constituie o parte componentă a abordării globale a migrației¹⁸. În plus, în 2007, Comisia Europeană a elaborat o propunere de directivă pentru a facilita intrarea unor migranți înalt calificați în UE¹⁹. Una dintre dispozițiile acestei propuneri solicită în mod explicit aplicarea principiilor recrutării etice în sectoare, cum ar fi cel al sănătății, care se confruntă cu o lipsă de personal.

În ultimul deceniu, au fost elaborate coduri de practică pentru recrutarea etică având drept obiectiv reducerea impactului negativ al fluxurilor migratoare asupra sistemelor de asistență medicală vulnerabile din țările în curs de dezvoltare. Regatul Unit dispune de un cod de bune practici în materie de recrutare internațională²⁰, iar Norvegia²¹ și Țările de Jos²² au creat strategii privind forța de muncă care includ politici de recrutare etică constând în fixarea de limite în ceea ce privește recrutarea activă de către stat sau în încurajarea recrutării prin intermediul acordurilor bilaterale. La nivel comunitar, în 2008, comitetul în materie de dialog

¹³ 57 de țări se confruntă cu o lipsă gravă de forță de muncă în domeniul sănătății, dintre care 36 sunt din Africa

¹⁴ Cetățenii țărilor în curs de dezvoltare nu sunt singurii care migrează: există medici și asistenți medicali care părăsesc UE pentru a ocupa locuri de muncă, de exemplu, în SUA, Canada, Australia și Noua Zeelandă.

¹⁵ COM (2005) 642

¹⁶ COM(2006) 870.

¹⁷ A se vedea COM(2008)359 privind „O politică comună de imigrare pentru Europa: principii, acțiuni și instrumente”.

¹⁸ A se vedea COM(2006) 735 și COM(2007) 247.

¹⁹ C(2007)637 final În același timp, a fost adoptată o propunere [COM(2007)638] pentru o altă directivă privind o procedură unică de solicitare a unui permis unic pentru resortisanții din țările terțe în vederea șederii și ocupării unui loc de muncă pe teritoriul statelor membre și un set comun de drepturi pentru lucrătorii din țările terțe cu ședere legală pe teritoriul unui stat membru.

²⁰ www.nhsemployers.org

²¹ *Recruitment of Health Workers: towards Global Solidarity* (Recrutarea lucrătorilor din domeniul sănătății: către o solidaritate globală), 2007.

²² Planul de acțiune *Working on Care* 2007.

social european în sectorul spitalicesc, compus din HOSPEEM și EPSU acționând ca parteneri sociali europeni, a adoptat cod comun denumit *Code of Conduct and follow-up on Ethical Cross-Border Recruitment and Retention* („Cod de conduită și monitorizare privind etica în recrutarea și fidelizarea transfrontaliere”) ²³, cu scopul de a promova comportamentele etice și de a stopa practicile lipsite de etică în ceea ce privește recrutarea transfrontalieră a lucrătorilor din domeniul sănătății.

Uniunea Europeană s-a angajat să elaboreze un cod de conduită pentru recrutarea etică a lucrătorilor din domeniul sănătății din țările terțe și să adopte alte măsuri pentru a reduce la minimum efectele negative și a maximiza efectele pozitive ale imigrației lucrătorilor din domeniul sănătății către UE asupra țărilor în curs de dezvoltare ²⁴. Necesitatea de a respecta aceste angajamente este reafirmată în raportul privind stadiul punerii în aplicare a planului de acțiune adoptat în septembrie 2008 ²⁵.

Factori de influență și domenii de acțiune posibile:

- Instituirea unui set de principii pentru a oferi orientări în recrutarea de lucrători în domeniul sănătății originari din țări în curs de dezvoltare și introducerea de metode de monitorizare.
- Sprijinirea activității OMS în vederea elaborării unui cod de conduită pentru recrutarea etică
- Încurajarea acordurilor bilaterale și multilaterale cu țările de origine și dezvoltarea unor mecanisme de sprijin pentru migrația circulară ²⁶

4.6. Date în sprijinul adoptării deciziilor

Toate elementele descrise prezintă provocări pentru planificatori, prestatori și responsabili din sistemele de asistență medicală. Situația este îngreunată și mai mult de lipsa datelor și informațiilor actualizate și comparabile, de exemplu cu privire la numărul de lucrători din domeniul sănătății în curs de formare și în activitate, specializările acestora, distribuția lor geografică, vârsta, sexul și țara lor de origine. Având în vedere că lipsa de personal dintr-o parte a Europei poate avea un impact în altă parte, este important, în scopul planificării și furnizării de servicii de sănătate, ca toate autoritățile sanitare din UE să dispună de informații la nivel comunitar.

Dintr-un raport elaborat în 2006 pentru OMS ²⁷, care cuprinde cinci studii de caz referitoare la câte o țară (Estonia, Germania, Lituania, Polonia și Regatul Unit), reiese că niciuna dintre cele cinci țări nu a putut furniza informații exacte și complete privind fluxurile internaționale de

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

²⁴ Parlamentul European: Strategia UE pentru acțiune privind criza de resurse umane în domeniul sănătății în țările în curs de dezvoltare și COM(2006)870, Comunicarea Comisiei către Consiliu și Parlamentul European: un program de acțiune privind remediarea deficitului de lucrători în domeniul sănătății din țările în curs de dezvoltare (2007-2013)

²⁵ SEC(2008)2476

²⁶ „Migrația circulară” se referă la personalul care se deplasează într-o altă țară în vederea formării și/sau a dobândirii de experiență și care se întoarce apoi în țara de origine, dispunând de cunoștințe și competențe suplimentare. Un parcurs profesional convenit, care să îi permită persoanei în cauză să se întoarcă la locul său de muncă și să primească un salariu care să recunoască experiența obținută, ar putea constitui o măsură atractivă de încurajare a unei astfel de migrații.

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

lucrători din domeniul sănătății. Metoda cea mai frecvent utilizată pentru a măsura fluxurile migratoare se bazează pe certificatele eliberate autorităților competente („verificări”). Aceasta oferă o estimare anuală globală a numărului de profesioniști care au intenționat să plece într-o altă țară, însă nu toți emigrează de fapt și este posibil ca unii dintre aceștia să își depună candidatura de mai multe ori. De exemplu, raportul referitor la Estonia indică faptul că 182 de doctori au emigrat efectiv din cei 344 care au obținut un certificat.

Comisia Europeană adună date referitoare la deciziile privind recunoașterea calificărilor reglementate de sistemele sectoriale care prevăd această recunoaștere. Aceste date sunt rezumate pe următorul site internet:

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

Ele arată deplasările sau intenția de a practica profesia, într-un alt stat membru. Totuși, aceste date nu pot fi folosite decât în locul unor informații mai detaliate, în cazul în care acestea lipsesc, deoarece nu există alte informații pentru a stabili dacă persoana în cauză a acceptat efectiv un post într-un alt stat membru, dacă a plecat într-o țară terță sau dacă s-a întors în țara de origine.

Alte date colectate de EUROSTAT cu privire la numărul de profesioniști din domeniul sănătății depind de informațiile adunate de diferite state membre. Aceste date sunt disponibile pe următorul site internet:

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

În plus, un proiect al OCDE susținut de UE cu privire la migrația medicilor și a asistenților medicali în țările OCDE/ale UE-25 este în curs. Acest proiect, care se va referi în viitor și la alte categorii de profesioniști din domeniul sănătății, va furniza informații utile, însă nu poate garanta o comparabilitate totală a datelor utilizate din cauza diferitelor proceduri de înregistrare și a diferențelor dintre statele membre în ceea ce privește nivelul de colectare centralizată a datelor.

În noiembrie 2006, Rețeaua europeană de migrație (REM)²⁸ a întreprins un studiu privind gestionarea migrației în sectorul sănătății, la care au participat unsprezece dintre punctele sale de contact naționale. Rețeaua a constatat că datele, în special cu privire la lucrătorii din domeniul sănătății originari din țări terțe care își desfășurau activitatea în UE, erau limitate și adesea distribuite între mai multe surse, chiar în cadrul aceluiași stat membru.

Factori de influență și domenii de acțiune posibile:

- Armonizarea sau standardizarea indicatorilor referitori la forța de muncă din domeniul sănătății
- Instituirea de sisteme în vederea monitorizării fluxurilor de lucrători în domeniul sănătății
- Asigurarea disponibilității și comparabilității datelor cu privire la forța de muncă în domeniul sănătății, în special în vederea determinării cu precizie a mobilității anumitor categorii de personal din cadrul acesteia

²⁸

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

5. IMPACTUL NOILOR TEHNOLOGII: ÎMBUNĂȚĂȚIREA EFICIENȚEI FORȚEI DE MUNCĂ ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII

Progresele înregistrate în domeniul asistenței medicale depind de evoluția științifică și tehnologică. Noile tehnologii au efecte asupra rezultatelor care pot fi obținute și asupra modului de organizare și furnizare a asistenței medicale. Ele facilitează în prezent schimbul de informații și colaborarea mai strânsă între lucrătorii din domeniul sănătății, îmbunătățind asistența medicală în general. Pentru anumite boli și pentru anumiți pacienți, tehnologia poate permite ca partea esențială a asistenței să nu mai fie furnizată în spitale, ci în cadrul îngrijirilor primare sau al serviciilor organizate de autoritățile publice locale și chiar la domiciliul bolnavului, îmbunătățind calitatea vieții și contribuind la o mai bună utilizare a resurselor.

Pe termen scurt, noi tehnologii cum ar fi telemedicina, pot asigura o mai bună acoperire sanitară în regiunile îndepărtate sau în cele care suferă de un deficit de lucrători în domeniul sănătății. De exemplu, în anumite regiuni din UE, telemedicina permite crearea unor servicii de diagnostic la distanță, iar folosirea diagnosticului la distanță pentru rezultatele mamografiilor contribuie la îmbunătățirea accesului și serviciilor furnizate pacienților.

Introducerea de noi tehnologii necesită o formare inițială adecvată a lucrătorilor în domeniul sănătății și, după caz, acțiuni de formare continuă, în vederea folosirii acestor tehnologii. De asemenea, va fi necesar să se obțină acordul lucrătorilor în domeniul sănătății cu privire la folosirea acestor tehnologii, care ar putea uneori să perturbe metodele de lucru și structurile deja stabilite. Comunicarea Comisiei privind „Telemedicina în serviciul pacienților, al sistemelor de asistență medicală și al societății” propune un cadru european pentru a face față unora dintre aceste provocări.

Factori de influență și domenii de acțiune posibile:

- Asigurarea unei formări adecvate pentru a le permite profesioniștilor în domeniul sănătății să utilizeze în mod optim noile tehnologii
- Luarea de măsuri pentru a încuraja utilizarea noilor tehnologii ale informației
- Garantarea interoperabilității noilor tehnologii ale informației
- Asigurarea unei mai bune repartizări a noilor tehnologii pe întregul teritoriu al UE.

6. ROLUL ANTREPRENORILOR DIN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII ÎN CEEA CE PRIVEȘTE FORȚA DE MUNCĂ DIN ACEST DOMENIU

Unii profesioniști din domeniul sănătății, de exemplu, medici, psihologi, dentiști, podologi, fizioterapeuți și ergoterapeuți, lucrează ca antreprenori gestionând propriile cabinete sau centre medicale și angajând personal. Politicile Comisiei de îmbunătățire a mediului de afaceri în Europa și de sprijinire și încurajare a spiritului antreprenorial au un impact asupra acestor activități. O comunicare recentă a Comisiei (din 4 octombrie 2007) era intitulată „Rolul fundamental al întreprinderilor mici și mijlocii în favorizarea creșterii și sporirea locurilor de muncă. Evaluare intermediară a politicii moderne în domeniul IMM-urilor.” Aceasta recunoaște importanța contribuției IMM-urilor la realizarea obiectivelor Strategiei de la Lisabona – stimularea creșterii economice și crearea de noi locuri de muncă de o mai bună calitate. Astfel de antreprenori pot contribui la consolidarea creșterii europene și pot stimula inovația, dezvoltarea locală, formarea și ocuparea forței de muncă, contribuind în același timp la îmbunătățirea accesului la asistență medicală.

Inițiativa „Small Business Act” reprezintă unul dintre elementele fundamentale ale strategiei Uniunii Europene pentru creștere și locuri de muncă (comunicarea Comisiei „Gândiți mai

întâi la scară mică» - Un «Small Business Act» pentru Europa», COM(2008)394). Ea cuprinde un ansamblu de principii comune în vederea orientării politicii pentru IMM-uri, precum și acțiuni propuse pentru a pune în practică aceste principii. Inițiativa pune accentul pe promovarea spiritului antreprenorial, introducerea principiului „a gândi mai întâi la scară mică” în cadrul elaborării de politici și sprijinirea creșterii IMM-urilor.

Factori de influență și domenii de acțiune posibile:

- Încurajarea mai multor antreprenori să se lanseze în sectorul sănătății pentru a îmbunătăți planificarea furnizării de asistență medicală și pentru a crea noi locuri de muncă
- Examinarea obstacolelor din calea activității antreprenoriale în sectorul sănătății

7. POLITICA DE COEZIUNE

Dezvoltarea forței de muncă în domeniul sănătății din UE este legată, de asemenea, de politica de coeziune. În temeiul cadrului juridic actual, este posibilă folosirea Fondurilor structurale pentru dezvoltarea forței de muncă în domeniul sănătății. Orientările strategice comunitare în materie de coeziune, care definesc prioritățile pentru utilizarea Fondurilor structurale pentru perioada 2007-2013, conțin o secțiune care descrie obiectivul de a „contribui la menținerea unei forțe de muncă sănătoase”. Regulamentul privind Fondul social european (FSE) din iulie 2006 (Regulamentul 1081/2006) identifică prelungirea vieții active și „ameliorarea sănătății” printre domeniile prioritare ale FSE. În acest context, anumite state membre (majoritatea recent intrate în UE) prevăd investiții majore în formarea profesioniștilor în domeniul sănătății, utilizând FSE. De asemenea, aproximativ 5,2 miliarde de euro vor fi investiți în infrastructura din domeniul sănătății prin intermediul Fondului european de dezvoltare regională. Utilizarea eficientă a Fondurilor structurale în vederea îmbunătățirii calificărilor și competențelor forței de muncă din domeniul sănătății și în vederea dezvoltării infrastructurii din acest domeniu poate contribui în mod eficient la îmbunătățirea condițiilor de lucru și la sporirea calității serviciilor de sănătate, reducând astfel disparitățile în sectorul sănătății și consolidând coeziunea în cadrul statelor membre și între acestea.

Factori de influență și domenii de acțiune posibile:

- Utilizarea mai intensă a sprijinului oferit de Fondurile structurale pentru formarea inițială și continuă a profesioniștilor în domeniul sănătății
- Îmbunătățirea utilizării Fondurilor structurale pentru dezvoltarea forței de muncă în domeniul sănătății
- Folosirea mai intensă a Fondurilor structurale pentru infrastructuri în vederea îmbunătățirii condițiilor de lucru

8. CONSULTAREA

Comisia Europeană invită toate organizațiile interesate să trimită răspunsuri la întrebările cuprinse în prezenta Carte verde, cel târziu la 31 martie 2009, de preferință la următoarea adresă electronică: SANCO-health-workforce@ec.europa.eu

sau la următoarea adresă:

European Commission, B-1049, Bruxelles, Belgia

Cu excepția cazului în care participanții la consultare fac o declarație în sens contrar, serviciile Comisiei vor considera că aceștia sunt de acord ca răspunsurile lor să fie publicate, în totalitate sau parțial, pe site-ul de internet al Comisiei și/sau citate în rapoartele de analiză a rezultatelor procesului de consultare.