

**SK**

**SK**

**SK**



KOMISIA EURÓPSKÝCH SPOLOČENSTIEV

Brusel, 10.12.2008  
KOM(2008) 725 v konečnom znení

**ZELENÁ KNIHA**

**o pracovnej sile v európskom zdravotníctve**

## OBSAH

1.	Úvod.....	3
2.	Odôvodnenie zelenej knihy.....	4
3.	Právny rámec a základ pre opatrenia na úrovni EÚ.....	5
4.	Faktory vplývajúce na pracovnú silu v zdravotníctve EÚ a hlavné problémy, ktoré je potrebné riešiť .....	5
4.1.	Demografia a podpora udržateľnej pracovnej sily v zdravotníctve .....	5
4.2.	Kapacita zdravotníctva.....	7
4.3.	Odborná príprava .....	8
4.4.	Riadenie mobility zdravotníckych pracovníkov v rámci EÚ.....	9
4.5.	Celosvetová migrácia zdravotníckych pracovníkov .....	10
4.6.	Podklady na rozhodovanie .....	12
5.	Vplyv nových technológií: zefektívnenie pracovnej sily v zdravotníctve .....	13
6.	Úloha zdravotníkov-podnikateľov v pracovnej sile.....	14
7.	Kohézna politika .....	14
8.	Konzultácia .....	15

## Podpora udržateľnej pracovnej sily v európskom zdravotníctve

### 1. Úvod

Systémy zdravotnej starostlivosti v EÚ majú ťažkú úlohu: po prvé, čeliť nerovnováhe medzi zvyšujúcim sa dopytom po zdravotníckych službách a ich obmedzenou ponukou, po druhé, nájsť rovnováhu medzi potrebou reagovať na zdravotné potreby ľudí na miestnej úrovni, a zároveň byť pripravení na závažné krízy v oblasti verejného zdravia.

Systémy zdravotnej starostlivosti v Európe čelia niekoľkým výzvam.

- Tvorcovia politiky a zdravotnícke orgány musia čeliť výzve prispôbiť svoje systémy zdravotnej starostlivosti starnúcemu obyvateľstvu. Odhaduje sa, že medzi rokmi 2008 a 2060 sa počet obyvateľstva EÚ-27 vo veku 65 rokov a viac zvýši o 66,9 miliónov a „veľmi starí ľudia“ (80+) budú predstavovať najrýchlejšie rastúcu časť obyvateľstva<sup>1</sup>.
- Zavádzanie nových technológií umožňuje rozšíriť rozsah a zvýšiť kvalitu zdravotnej starostlivosti, pokiaľ ide o diagnózu, prevenciu a liečbu – toto však musí byť zaplatené a zamestnanci musia byť na používanie týchto technológií vyškolení.
- Zdraviu hrozia nové a opätovné nebezpečenstvá, ako sú napríklad prenosné choroby.
- Toto všetko vedie k neustále sa zvyšujúcim výdavkom v zdravotníctve a v niektorých krajinách spôsobuje závažné dlhodobé problémy s udržateľnosťou systémov zdravotnej starostlivosti.

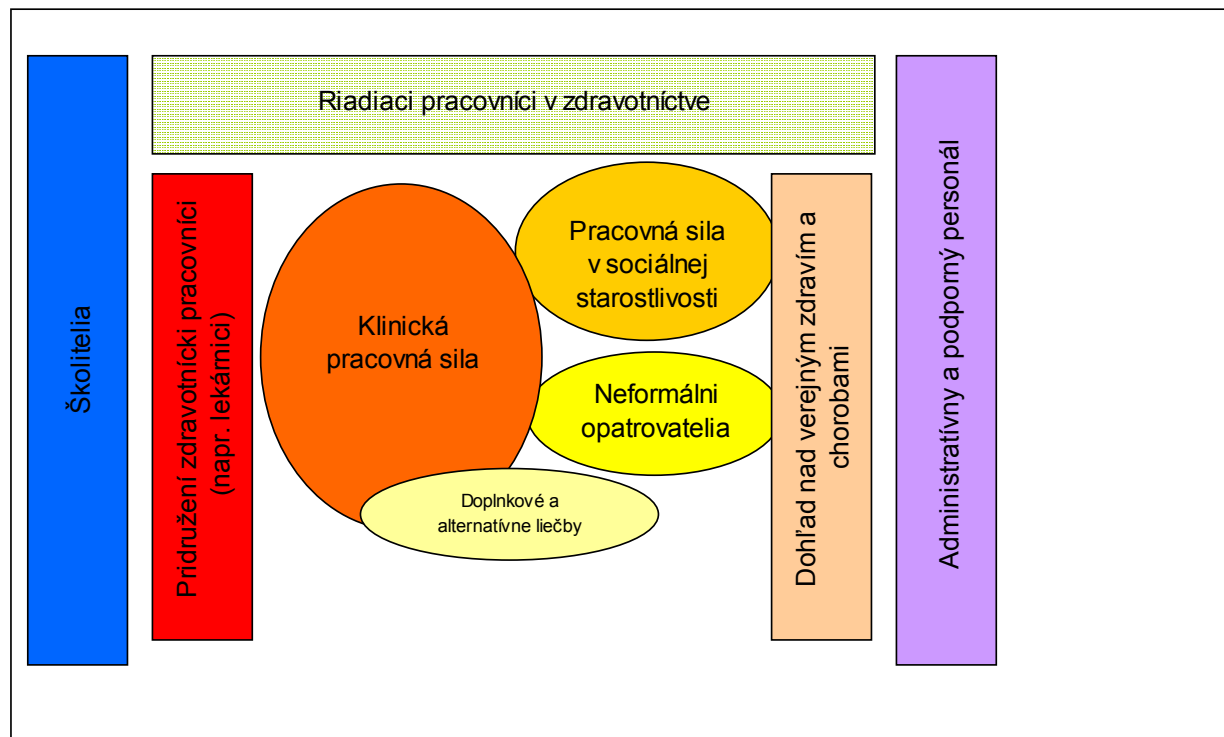
Keďže zdravotnícke služby sú nesmierne náročné na pracovnú silu, systémy zdravotnej starostlivosti potrebujú nato, aby mohli primerane reagovať na tieto výzvy, účinnú pracovnú silu čo najvyššej kvality. Zdravotná starostlivosť v skutočnosti predstavuje jedno z najvýznamnejších odvetví hospodárstva EÚ, v ktorom je zamestnaná desatina pracovníkov EÚ, pričom približne 70 % rozpočtu vyčleneného na zdravotníctvo sa prideluje na platy a iné náklady priamo spojené so zamestnávaním zdravotníckych pracovníkov<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> Vnútroštátne populačné odhady vychádzajúce z roku 2008, konvergenčný scenár EUROPOP z roku 2008.

<sup>2</sup> Dubois C., Mc Kee M., Nolte E. (2006) Human Resources for Health in Europe (Ľudské zdroje pre európske zdravotníctvo), Open University Press, Anglicko.

Graf 1: Rozsah pôsobnosti pracovnej sily v zdravotníctve



## 2. ODŮVODNENIE ZELENEJ KNIHY

V stratégii Európskej komisie v oblasti zdravia prijatej v októbri 2007 a uverejnenej v bielej knihe „Spoločne za zdravie“ sa predložil nový prístup s cieľom zabezpečiť, aby EÚ urobila všetko, čo je v jej silách, v záujme riešenia problémov, ako sú hrozby pre zdravie, pandémie, bremeno chorôb spôsobených životným štýlom, nerovnosti a klimatické zmeny v rozšírenej Európe pozostávajúcej z 27 členských štátov. Cieľom stratégie je upevniť zdravie ľudí v starnúcej Európe prostredníctvom celoživotnej podpory zdravia, ochrany občanov pred hrozbami pre ich zdravie a podpory dynamických systémov zdravotnej starostlivosti a nových technológií.

Cieľom tejto knihy je zviditeľniť problémy, ktorým čelí pracovná sila v zdravotníctve, aby sa vytvoril jasnejší obraz o tom, do akej miery vedúci pracovníci v zdravotníctve na miestnej a/alebo celoštátnej úrovni čelia rovnakým výzvam a aby sa vytvoril lepší základ na úvahy o tom, čo by sa na úrovni EÚ dalo urobiť, aby sa tieto problémy riešili účinne a takým spôsobom, ktorý by nemal negatívny vplyv na systémy zdravotnej starostlivosti mimo EÚ.

Zelená kniha má čo najpresnejšie opísať výzvy, ktorým pracovná sila v zdravotníctve EÚ čelí a ktoré sú spoločné pre všetky členské štáty: demografický problém (globálne starnutie obyvateľstva a starnutie pracovnej sily v zdravotníctve), čo znamená, že cez systém neprejde dostatok mladých ľudí, aby nahradili tých, ktorí odchádzajú; rôznorodosť pracovnej sily v zdravotníctve; slabá atraktivosť veľkého množstva pracovných miest v oblasti zdravotnej starostlivosti a verejného zdravia pre nové generácie; migrácia zdravotníkov do a z EÚ; nerovnomerná mobilita v rámci EÚ – a najmä pohyb niektorých zdravotníkov z chudobnejších do bohatších krajín EÚ, ako aj únik mozgov v tejto oblasti z tretích krajín.

Druhým cieľom tejto zelenej knihy je pomôcť identifikovať oblasti, v ktorých podľa Komisie možno uskutočniť ďalšie kroky a otvoriť diskusiu na túto tému.

### **3. PRÁVNÝ RÁMEC A ZÁKLAD PRE OPATRENIA NA ÚROVNI EÚ**

V článku 152 Zmluvy o ES sa uvádza, že „činnosť Spoločenstva v oblasti verejného zdravia plne rešpektuje zodpovednosť členských štátov za organizáciu zdravotníctva a poskytovanie zdravotníckych služieb a zdravotnej starostlivosti“. V článku sa však tiež zdôrazňuje, že Spoločenstvo by malo podnecovať spoluprácu medzi členskými štátmi a podporovať koordináciu ich politik a programov.

Opatrenia Spoločenstva sú preto určené na doplnenie vnútroštátnych politik. I keď za organizáciu a poskytovanie zdravotníckych služieb sú zodpovedné hlavne členské štáty, EÚ zohráva dôležitú úlohu v tom zmysle, že podporuje členské štáty a pridáva hodnotu prostredníctvom tvorby sietí a výmeny osvedčených postupov.

V Zmluve o ES a sekundárnom práve sa navyše stanovujú predpisy, ktoré musia členské štáty pri organizácii svojho odvetvia zdravotníctva dodržiavať.

Pokiaľ ide o sekundárne právo, vhodnými príkladmi sú smernice o pracovnom práve Európskeho spoločenstva, akou je smernica o pracovnom čase, ktorou sa v záujme ochrany zdravia a bezpečnosti pracovníkov stanovujú maximálne limity dĺžky pracovného času a minimálna dĺžka denného a týždenného odpočinku. V uvedenej smernici sa stanovujú spoločné minimálne požiadavky pre všetky členské štáty, pričom každý členský štát, ak si to želá, môže naďalej uplatňovať predpisy, ktoré zabezpečujú lepšiu ochranu pracovníkov.

Rozhodnutia súdu o pohotovostnej službe a o náhradnom odpočinku vznášajú dôležité otázky týkajúce sa zdravotníckych služieb a služieb starostlivosti<sup>3</sup>. Komisia už predložila legislatívne návrhy<sup>4</sup>, o ktorých v súčasnosti rokujú Rada a Európsky parlament<sup>5</sup>.

### **4. FAKTORY VPLÝVAJÚCE NA PRACOVNÚ SILU V ZDRAVOTNÍCTVE EÚ A HLAVNÉ PROBLÉMY, KTORÉ JE POTREBNÉ RIEŠIŤ**

#### **4.1. Demografia a podpora udržateľnej pracovnej sily v zdravotníctve**

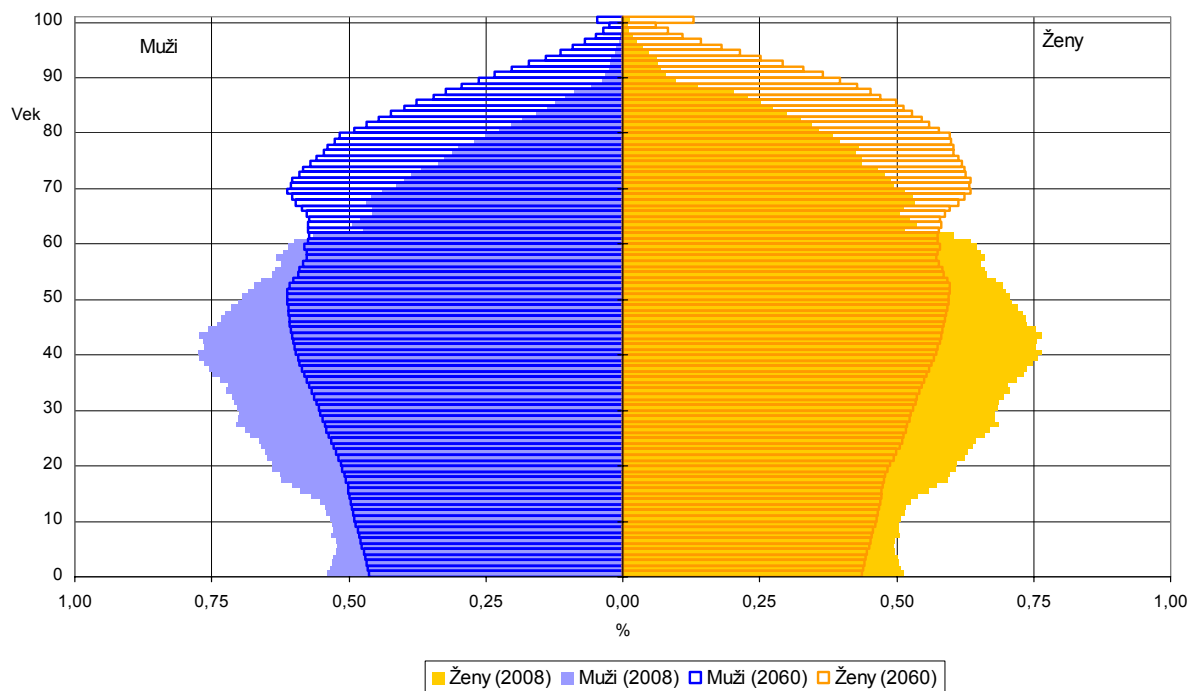
Občania žijú dlhšie a v lepšom zdraví. Stredná dĺžka života sa od 50-tych rokov neustále zvyšuje, a to približne o 2,5 roka každých desať rokov, pričom sa očakáva, že sa bude naďalej zvyšovať.

---

<sup>3</sup> Súd vyhlásil, že čas, ktorý zdravotníci trávia v pohotovosti sa má počítať ako pracovný čas, ak musia zostať na pracovisku, i keby odpočívali. Týmto súd uznal, že napríklad lekári pracujú vo väčšine členských štátov viac ako 48 hodín týždenne. Nato, aby niektoré členské štáty vyhoveľi tomuto rozsudku, by potrebovali vyvinúť veľké snahy pri náboe nových zamestnancov, čo nie je vždy možné.

<sup>4</sup> KOM(2004) 607 (návrh na zmenu a doplnenie smernice 2003/88/ES); KOM(2005) 246 (zmenený a doplnený návrh, v ktorom sa zohľadňujú stanoviská Európskeho parlamentu).

<sup>5</sup> Spoločná pozícia Rady, 15. september 2008; Oznámenie Komisie Európskemu parlamentu o spoločnej pozícii – KOM(2008) 568.



Graf 2: Prognóza obyvateľstva na roky 2008 – 2060

Keď obyvateľstvo starne, je dôležité, aby starlo v zdraví. Počet rokov prežitých v zdraví sa musí maximalizovať. Keďže však ľudia žijú dlhšie, očakáva sa, že počet vážne postihnutých starších ľudí alebo ľudí, o ktorých je potrebné sa dlhodobo starať, sa bude zvyšovať<sup>6</sup>. Skutočnosť, že viacnásobné chronické choroby sa vyskytujú hlavne v starobe, ovplyvní poskytovanie starostlivosti. Okrem je pravdepodobné, že sa zvýši dopyt po formálnej starostlivosti ako dôsledok zníženia dostupnosti neformálnych opatrovateľov, napríklad pre zmeny v štruktúre rodiny.

So starnúcim obyvateľstvom starne aj pracovná sila. V období medzi rokmi 1995 a 2000 klesol počet lekárov v Európe vo veku menej ako 45 rokov o 20 %, zatiaľ čo počet lekárov vo veku nad 45 rokov stúpol o viac ako 50 %. Pokiaľ ide o zdravotné sestry, ich priemerný vek tiež stúpa; v piatich členských štátoch takmer polovica zdravotných sestier má viac ako 45 rokov<sup>7</sup>. Keďže títo zamestnanci sa blížia k dôchodkovému veku, ich miesta je potrebné obsadiť dostatkom mladších zamestnancov.

Podiel žien pracujúcich v zdravotníctve bol vždy výrazný a stále rastie. Ženy tvoria celkovo približne tri štvrtiny pracovnej sily v zdravotníctve EÚ a v niektorých členských štátoch sa prijíma do zdravotníckych škôl viac ako 50 % žien<sup>8</sup>. Podpora opatrení zameraných na rodovú rovnosť v rámci stratégií ľudských zdrojov má preto osobitný význam.

V Pláne uplatňovania rovnosti žien a mužov 2006 – 2010<sup>9</sup> sa stanovuje niekoľko opatrení zameraných na dosiahnutie rovnakej ekonomickej nezávislosti a rovnakej účasti žien a mužov na rozhodovaní a navrhujú sa v ňom takisto opatrenia na lepšie zosúladenie pracovného, rodinného a súkromného života.

<sup>6</sup> OECD: Trends in Severe Disability among Elderly People DELSA/HEA/WD/HWP (2007).

<sup>7</sup> WHO Observatory Policy series 2006.

<sup>8</sup> WHO Observatory Policies series 2006.

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

Kľúčom k udržaniu dostatočnej pracovnej sily v období, keď silná generácia tzv. „baby boomu“ sa chystá na dôchodok, je vzdeláť, prijať a udržať v zamestnaní mladých lekárov popri opätovnom investovaní do zrelých pracovníkov.

#### **Ovplyvňujúce faktory a možné oblasti činnosti:**

- posúdiť úrovne výdavkov na pracovnú silu v zdravotníctve
- zabezpečiť lepšie pracovné podmienky pre zdravotníckych pracovníkov, zvýšiť motiváciu a morálku personálu
- pouvažovať o uskutočnení náborových kampaní a kampaní odbornej prípravy, najmä s cieľom využiť rastúci podiel zamestnancov nad 55 rokov na pracovisku a tých, ktorí už nemajú rodinné záväzky
- organizovať postupy riadenia chronických chorôb a poskytovania dlhodobej starostlivosti bližšie k bydlisku alebo v prostredí komunity
- vytvoriť podmienky pre účinnejšie rozmiestnenie dostupnej pracovnej sily v zdravotníctve
- pouvažovať o uskutočnení kampaní pod heslom „späť do praxe“ s cieľom motivovať tých, ktorí odišli z radov zdravotníkov
- podporiť väčšiu sociálnu a etnickú rôznorodosť pri náboře zamestnancov
- zvyšovať v školách povedomie o širokom spektre pracovného uplatnenia v zdravotníckom sektore a sektore opatrovateľstva

#### **4.2. Kapacita zdravotníctva**

Úloha zdravotníctva pozostáva z radu rôznych činností zameraných na ochranu a zlepšenie zdravotného stavu širokej verejnosti, riešenie nerovností v tejto oblasti a uspokojovanie potrieb znevýhodnených a zraniteľných skupín obyvateľstva. Medzi tieto činnosti patrí posudzovanie zdravotných potrieb a vplyvu na zdravie na účely plánovania služieb, prevencia chorôb, napríklad prostredníctvom programov očkovania a skríningu, podpora zdravia a vzdelávania, zabezpečovanie zásob krvi, epidemiologický dohľad a plánovanie a reagovanie na hrozby pre zdravie pri výskyte infekčných chorôb, pandémieí a katastrof – či už prírodných alebo spôsobených človekom vrátane tých, ktoré vznikli dôsledkom klimatických zmien.

Podpora zdravia a prevencia chorôb nie sú dôležité len samy o sebe, ale môžu významne znížiť dopyt po liečebných službách a službách starostlivosti v budúcnosti. Pracovná sila v zdravotníctve celej EÚ musí mať vhodné spôsobilosti a dostatočnú kapacitu nato, aby mohla vykonávať tieto činnosti účinne. Túto skutočnosť je potrebné zapracovať do plánov odbornej prípravy a náboru zamestnancov.

Keďže bezpečnosť a zdravie pri práci sú rozhodujúcimi činiteľmi celkového zdravia verejnosti, vplyv pracoviska na zdravie si vyžiada osobitnú pozornosť. Zatiaľ čo problém úrazov na pracovisku sa bude naďalej riešiť, nové otázky, ako sú zmeny v pracovnom rytme, nové technológie v práci, zladenie pracovného a súkromného života, pracovná mobilita a stres súvisiaci s pracoviskom, vyžadujú, aby sa venovala osobitná pozornosť zdraviu pri práci, ako rozhodujúcemu činiteľu celkového verejného zdravia. V nedávno prijatej stratégii bezpečnosti a zdravia pri práci 2007 – 2012 (COM (2007) 62) sa stanovujú ambiciózne ciele, ktoré sa členské štáty EÚ dohodli prijať a podporiť. Dosiahnutie týchto cieľov však vo veľkej miere závisí od dostupnosti potrebnej a špecializovanej pracovnej sily v zdravotníctve, akou sú lekári a zdravotné sestry pracovného lekárstva a inšpektori zdravia a bezpečnosti.



#### **Ovplyvňujúce faktory a možné oblasti činnosti:**

- posilniť kapacitu v oblastiach skríningu, podpory zdravia a prevencie chorôb
- zbierať lepšie informácie o skutočných a potenciálnych zdravotných potrebách obyvateľstva v záujme plánovania budúceho rozvoja pracovnej sily v oblasti verejného zdravia
- propagovať vedecké povolania v školách zvýrazňovaním možností kariéry v menej známych zamestnaniach v sektore verejného zdravia (biológovia, epidemiológovia atď.)
- zviditeľniť v členských štátoch Agentúru pre bezpečnosť a ochranu zdravia pri práci (OSHA) zverejňovaním jej existencie priamo na pracoviskách
- propagovať prácu lekárov pracovného lekárstva a stimulovať lekárov, aby sa zamestnali v tejto oblasti

### **4.3. Odborná príprava**

Kapacita odbornej prípravy je tiež otázkou, ktorá sa musí zohľadniť pri plánovaní pracovnej sily. Ak je potrebný väčší počet lekárov, zdravotných sestier a iného personálu, bude treba vytvoriť viac univerzitných miest a odborných škôl, a zároveň bude nutných viac učiteľov na ich prípravu. Toto si bude vyžadovať plánovanie a investície.

Členské štáty budú musieť posúdiť, aké druhy špecializovaných spôsobilostí sú potrebné pri zohľadnení zmien v liečebných postupoch zdravotnej starostlivosti súvisiacich so zavedením nových technológií, vplyvu starnúcej populácie na charakter ochorení, ako aj vyššieho počtu starších pacientov s viacnásobnými chronickými chorobami. Špecifickým problémom je skutočnosť, že dôsledkom intenzívnejšieho cestovania a mobility tiež vzrástlo riziko rozšírenia chorôb, ktoré sa dosiaľ vyskytovali hlavne v tropických krajinách. Táto skutočnosť vytvára novú požiadavku na odbornú prípravu klinických lekárov a tých, ktorí sa zúčastňujú na dohľade nad prenosnými chorobami.

#### **Ovplyvňujúce faktory a možné oblasti činnosti:**

- zabezpečiť, aby sa pri plánovaní kurzov odbornej prípravy zohľadnili osobitné potreby ľudí so zdravotným postihnutím (kvalita starostlivosti o takýchto ľudí by mala byť na rovnakej úrovni ako kvalita starostlivosti o pacientov bez postihnutia, pričom by sa ľuďom so zdravotným postihnutím mali poskytnúť také osobitné zdravotné služby, aké potrebujú<sup>10</sup>)
- zamerať sa na neustály odborný rozvoj (continuous professional development, CDP) zdravotníkov, zlepšiť kvalitu zdravotnej starostlivosti a zaistiť bezpečnosť pacientov aktualizáciou odborných spôsobilostí
- rozvíjať kurzy odbornej prípravy s cieľom stimulovať návrat pracovnej sily pozostávajúcej zo zrelých pracovníkov
- poskytovať zdravotníkom odbornú prípravu v oblasti riadenia

<sup>10</sup>

Ako sa uvádza v článku 35 Dohovoru OSN o právach ľudí so zdravotným postihnutím podpísanom všetkými členskými štátmi a Európskym spoločenstvom.

- posilniť spoluprácu medzi členskými štátmi v oblasti riadenia *numerus clausus* zdravotníkov a umožniť ich väčšiu pružnosť
- rozvinúť možnosti poskytovania jazykovej prípravy s cieľom podporiť potenciálnu mobilitu
- vytvoriť mechanizmus EÚ, napr. stredisko pre monitorovanie pracovnej sily v zdravotníctve, ktorý by pomohol pri plánovaní budúcej kapacity pracovnej sily v zdravotníctve, potrieb odbornej prípravy a pri realizácii technologického rozvoja

#### 4.4. Riadenie mobility zdravotníckych pracovníkov v rámci EÚ

Voľný pohyb osôb je jednou zo základných slobôd zaručených právnymi predpismi Spoločenstva. Voľný pohyb pracovníkov je stanovený v článku 39 Zmluvy o ES a ďalej rozvíj v nariadení 1612/68<sup>11</sup>: stanovuje právo občanov EÚ pracovať v inom členskom štáte ako zamestnanec alebo štátny úradník. Právo usadiť sa je stanovené v článku 43, v ktorom sa zakotvuje právo pracovať ako samostatne zárobkovo činná osoba v inom členskom štáte. V článku 49 Zmluvy o ES je zakotvené právo na voľné poskytovanie služieb. V nariadení 1408/71 a vo vykonávacom nariadení 574/72<sup>12</sup> sa koordinujú rôzne systémy sociálneho zabezpečenia, aby sa uľahčilo uplatňovanie tohto základného práva na voľný pohyb. Občania EÚ majú tiež právo študovať v iných členských štátoch za rovnakých podmienok ako ich štátni príslušníci.

V smernici 2005/36/ES sa stanovuje uznávanie odborných kvalifikácií v súvislosti s usadením v inom členskom štáte a s cieľom uľahčiť poskytovanie cezhraničných služieb v členskom štáte inom, ako je členský štát, v ktorom sa poskytovateľ usadil. V smernici sa zavádza tiež požiadavka, aby si príslušné orgány hostiteľských a domovských členských štátov vymieňali informácie týkajúce sa prijatého disciplinárneho konania alebo trestných sankcií, alebo akýchkoľvek iných vážnych, osobitných okolností. Odborné organizácie prijali mimo právneho rámca niektoré iniciatívy súvisiace s mobilitou zdravotníkov, ako napr. iniciatívu Zdravotníci pracujúci za hranicami a pilotnú iniciatívu odborného preukazu, pričom cieľom oboch iniciatív je zlepšiť prístup k informáciám o tých subjektoch, ktorých správanie sa spochybnilo. Vývoj týchto iniciatív bude potrebné preskúmať.

Voľný pohyb študentov a pracovníkov pomáha zabezpečiť, aby zdravotníci išli tam, kde sú najviac potrební. Zdravotníci majú na zmenu pracoviska rôzne dôvody – dosiahnuť lepšie príležitosti na kariéru a odbornú prípravu alebo vyšší plat a lepšie pracovné podmienky. Mobilita môže mať, v pozitívnom alebo negatívnom zmysle, vplyv na rozdiely v jednotlivých krajinách, ako aj medzi nimi. V tejto súvislosti niektoré členské štáty nemusia byť ochotné riskovať investície do odbornej prípravy ďalších zdravotníkov, ak je miera udržania týchto pracovníkov a návratnosť investícií slabá.

<sup>11</sup> Nariadenie Rady (EHS) 1612/68 z 15. októbra 1968 o slobode pohybu pracovníkov v rámci Spoločenstva.

<sup>12</sup> Nariadenie Rady (ES) 1408/71 zo 14. júna 1971 o uplatňovaní systémov sociálneho zabezpečenia na zamestnancov, samostatne zárobkovo činné osoby a ich rodinných príslušníkov, ktorí sa pohybujú v rámci Spoločenstva; nariadenie Rady (EHS) č. 574/72 z 21. marca 1972, ktorým sa stanovuje postup na vykonanie nariadenia Rady (EHS) č. 1408/72 o uplatňovaní systémov sociálneho zabezpečenia na zamestnancov, samostatne zárobkovo činné osoby, samostatne zárobkovo činné osoby a ich rodinných príslušníkov, ktorí sa pohybujú v rámci Spoločenstva.

Odpoveďou na riešenie účinkov zvýšenej mobility nie je zavádzanie právnych obmedzení voľného pohybu študentov a pracovníkov, ale skôr riešenie týchto otázok vhodnými politikami a v koordinácii s orgánmi EÚ a inými členskými štátmi. Zvýšená mobilita pracovnej sily si môže preto vyžadovať, aby pracovníci riadiaci pracovnú silu na miestnej a/alebo štátnej úrovni preskúmali primeranosť svojich opatrení, pokiaľ ide o nábor a odborný rozvoj.

Občania tiež využívajú právo na zdravotnú starostlivosť v iných členských štátoch. Cieľom navrhovanej smernice pre cezhraničnú zdravotnú starostlivosť je zabezpečiť uplatňovanie spoločných zásad cezhraničnej zdravotnej starostlivosti v EÚ. Jedným pilierom smernice je realizácia potenciálu európskej spolupráce v oblastiach, kde je táto spolupráca užitočná vrátane hraničných regiónov, a to prostredníctvom európskej referenčnej siete špecializovaných centier, siete EÚ na posúdenie zdravotníckej technológie alebo prostredníctvom e-zdravia.

#### **Ovplyvňujúce faktory a možné oblasti činnosti:**

- posilniť bilaterálne dohody medzi členskými štátmi, aby sa využil akýkoľvek prebytok lekárov a zdravotných sestier
- investovať do prípravy a náboru dostatočného počtu zdravotníckeho personálu, aby sa na úrovni EÚ dosiahla sebestačnosť
- podporiť cezhraničné dohody o odbornej príprave a výmene zamestnancov, ktoré môžu pomôcť riadiť tok pracovníkov odchádzajúcich z krajiny pri dodržiavaní právnych predpisov Spoločenstva
- podporiť „kyvadlový“ pohyb zamestnancov (t. j. zamestnanci idú do inej krajiny na účely odbornej prípravy a/alebo získania skúsenosti, a potom sa vrátia do svojej krajiny s bohatšími vedomosťami a spôsobilosťami)
- vytvoriť celoeurópske fórum alebo platformu, kde by si riadiaci pracovníci mohli vymieňať skúsenosti

#### **4.5. Celosvetová migrácia zdravotníckych pracovníkov**

Zatiaľ čo nedostatok zdravotníckych pracovníkov je celosvetovým problémom, najakútnejšia situácia je v subsaharskej Afrike, kde problém prerástol do krízy<sup>13</sup>. Tento nedostatok sa v celom rozvinutom svete zhoršuje zvýšeným dopytom po lekároch a zdravotných sestrách a konkurenciou v tejto oblasti.

Vnútorne opatrenia EÚ v oblasti zdravia majú výrazný vplyv na vonkajšiu a rozvojovú politiku EÚ. Pokiaľ EÚ neprijme vhodné kroky na prípravu a udržanie dostatočného počtu svojich vlastných zdravotníckych pracovníkov, negatívny vplyv migrácie na systémy zdravotníctva v rozvojových krajinách sa pravdepodobne nezníži<sup>14</sup>.

V stratégii EÚ na riešenie krízy ľudských zdrojov v sektore zdravotníctva rozvojových krajín<sup>15</sup> prijatej v decembri 2005 a v akčnom programe zameranom na kritický nedostatok

<sup>13</sup> Kritický nedostatok pracovnej sily v zdravotníctve pociťuje 57 krajín, z ktorých je 36 v Afrike.

<sup>14</sup> Nemigrujú iba ľudia z rozvojových krajín. Niektorí lekári a zdravotné sestry odchádzajú z EÚ, aby sa zamestnali napríklad v U.S.A., Kanade, Austrálii a na Novom Zélande.

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

zdravotníckych pracovníkov v rozvojových krajinách (2007 – 2013)<sup>16</sup> prijatom o rok neskôr sa uznáva zodpovednosť EÚ pri prijímaní krokov na dosiahnutie cieľa EÚ, ktorým je poskytovanie vysokokvalitnej zdravotnej starostlivosti bez negatívneho vplyvu na situáciu v krajinách, ktoré nie sú členmi EÚ.

EÚ rozvíja spoločnú imigračnú politiku<sup>17</sup>, ktorej súčasťou sú prístupy s cieľom vyhnúť sa mareniu vyhládok na rozvoj tretích krajín, napríklad výrazným zhoršovaním situácie týkajúcej sa „úniku mozgov“, a namiesto toho podporiť alternatívne riešenie, akým je kyvadlová migrácia. Tieto aspekty sú súčasťou globálneho prístupu k migrácii<sup>18</sup>. Komisia navyše v roku 2007 vypracovala návrh smernice, ktorou by sa uľahčilo prijímanie vysokokvalifikovaných migrantov do EÚ<sup>19</sup>. Súčasťou tohto návrhu je doložka o etickom náboře do sektorov, ktoré trpia nedostatkom personálu, akým je sektor zdravotníctva.

V poslednom desaťročí sa vypracovali kódexy praxe pre etický nábor, ktorých cieľom je znížiť negatívny vplyv migračných tokov na zraniteľné systémy zdravotníctva v rozvojových krajinách. Spojené kráľovstvo má Kódex praxe pre medzinárodný nábor<sup>20</sup> a Nórsko<sup>21</sup> a Holandsko<sup>22</sup> vydali stratégie pracovnej sily, ktoré zahŕňajú politiky etického náboru stanovením limitov pre aktívny štátny nábor alebo podporou náboru prostredníctvom bilaterálnych dohôd. Výbor pre európsky sociálny dialóg v nemocničnom sektore (European Social dialogue committee in the Hospital sector) zložený z HOSPEEM a EPSU pôsobiacich ako európski sociálni partneri, prijal v roku 2008 na úrovni EÚ spoločný Kódex správania pre etický cezhraničný nábor a udržanie pracovníkov a sledovanie vývoja v tejto oblasti („Code of Conduct and follow-up on Ethical Cross-Border Recruitment and Retention“<sup>23</sup>).

EÚ sa zaviazala vypracovať kódex správania pre etický nábor zdravotníckych pracovníkov z krajín, ktoré nie sú členmi EÚ, a prijať ďalšie kroky na minimalizáciu negatívneho a maximalizáciu pozitívneho vplyvu imigrácie zdravotníckych pracovníkov do EÚ na rozvojové krajiny<sup>24</sup>. Potreba splniť tieto záväzky sa opakuje v správe o pokroku vo vykonávaní akčného programu prijatej v septembri 2008.<sup>25</sup>

---

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

<sup>17</sup> Pozri KOM(2008) 359 s názvom „Spoločná prísťahovalecká politika pre Európu: zásady, opatrenia a nástroje“.

<sup>18</sup> Pozri KOM(2006) 735 a KOM(2007) 247.

<sup>19</sup> KOM(2007) 637 v konečnom znení. Zároveň bol prijatý KOM(2007) 638 – návrh ďalšej smernice o jednotnom postupe pri podávaní žiadostí a spoločných právach pre všetkých pracovníkov z tretích krajín s riadnym pobytom v príslušnej krajine.

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

<sup>21</sup> (Recruitment of Health Workers: towards Global Solidarity) 2007.

<sup>22</sup> Akčný plán „Zlepšovanie starostlivosti“ (Working on Care) na rok 2007.

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

<sup>24</sup> Európsky parlament: Stratégia EÚ na riešenie krízy ľudských zdrojov v sektore zdravotníctva rozvojových krajín, a KOM(2006) 870, oznámenie Komisie Rade a Európskemu parlamentu: Európsky akčný program zameraný na kritický nedostatok zdravotníckych pracovníkov v rozvojových krajinách (2007 – 2013)

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

#### **Ovplyvňujúce faktory a možné oblasti činnosti:**

- zaviesť niekoľko zásad usmerňovania nábora zdravotníckych pracovníkov pochádzajúcich z rozvojových krajín a metód jeho sledovania
- podporovať WHO v jej práci zameranej na prípravu celosvetového kódexu správania pre etický nábor
- stimulovanie dvojstranných a mnohostranných dohôd so zdrojovými krajinami a rozvíjanie mechanizmov podpory kyvadlovej migrácie<sup>26</sup>

#### **4.6. Podklady na rozhodovanie**

Všetky opísané problémy predstavujú výzvy pre plánovačov, poskytovateľov a riadiacich pracovníkov systémov zdravotnej starostlivosti. Situáciu ešte viac sťažuje nedostatok aktualizovaných, porovnateľných údajov a informácií, napríklad o počte zdravotníckych pracovníkov v odbornej príprave a zamestnaní, ich špecializáciách, geografického rozloženia, veku, pohlavia a krajine pôvodu. Vzhľadom na to, že nedostatok zamestnancov v jednej časti Európy môže ovplyvniť aj inú oblasť, informácie o celej Európe sú dôležité pre plánovanie a poskytovanie zdravotníckych služieb orgánmi zdravotníctva v celej EÚ.

V správe z roku 2006 vypracovanej pre WHO<sup>27</sup>, ktorá obsahuje prípadové štúdie 5 krajín (Estónska, Nemecka, Litvy, Poľska a Spojeného kráľovstva) sa zistilo, že žiadna z týchto krajín nemohla predložiť presné a úplné informácie o medzinárodných tokoch zdravotníkov. Najbežnejšie sa tok meria na základe osvedčení vydaných príslušnými orgánmi („overení“). Z týchto údajov možno odhadnúť celkový ročný počet zdravotníkov, ktorých zámerom je presťahovať sa do inej krajiny. Nie všetci sa však skutočne presťahujú a niektorí podajú viacero žiadostí. Napríklad v správe o Estónsku sa uvádza, že z 344 lekárov, ktorí získali osvedčenia ich v skutočnosti emigrovalo iba 182.

Európska komisia zbiera údaje týkajúce sa rozhodnutí o uznaní kvalifikácií, ktoré sú v kompetencii sektorových systémov uznávania kvalifikácií. Uvedené údaje sú zhrnuté na tejto webovej stránke:

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

V nich vidno pohyb do iného členského štátu alebo zámer vykonávať v ňom prax. Keďže však neexistujú žiadne ďalšie informácie o tom, či zdravotník v skutočnosti nastúpil na pracovné miesto v inom členskom štáte, či sa presťahoval do tretej krajiny alebo sa vrátil do svojej krajiny, tieto údaje možno použiť len ako náhradu chýbajúcich podrobnejších informácií.

Ďalšie údaje o počtoch zdravotníkov zozbierané Eurostatom závisia od toho, aké údaje zozbierajú jednotlivé členské štáty. Uvedené údaje sú dostupné na tejto webovej stránke:

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

<sup>26</sup> Kyvadlová migrácia je pohyb zamestnancov do inej krajiny na účely odbornej prípravy a/alebo získania skúsenosti, a následného návratu do svojej krajiny s bohatšími vedomosťami a spôsobilosťami) Atraktívne stimuly by mohli mať podobu dohodnutého priebehu kariéry, aby sa osoba vrátila na pracovné miesto a dostala plat zodpovedajúci získanej skúsenosti.

<sup>27</sup> Buchan J, Perfilieva G.: Health Worker Migration in the European Region: Country Case Studies and Policy Implications (Migrácia zdravotníckych pracovníkov v európskom regióne: prípadové štúdie krajín a vplyv na politiku).

V súčasnosti sa navyše uskutočňuje projekt OECD s podporou EÚ o migrácii lekárov a zdravotných sestier v 25 krajinách OECD/EÚ – 25, pričom v budúcnosti sa bude tento projekt orientovať aj na iných zdravotníkov. Uvedený projekt bude zdrojom užitočných informácií. Vzhľadom na odlišné registračné postupy a rozdiely medzi členskými štátmi týkajúce sa úrovne centralizácie zberu sa však nebude môcť v úplnej miere zabezpečiť porovnateľnosť týchto údajov.

V novembri 2006 sa Európska migračná sieť (EMN)<sup>28</sup> podujala na štúdium riadenej migrácie v sektore zdravotníctva, do ktorej bolo zapojených jedenásť z jej národných kontaktných miest. EMN zistila, že údaje, a to najmä údaje o zdravotníckych pracovníkoch z tretích krajín pracujúcich v EÚ, boli obmedzené a často roztrúsené vo viacerých zdrojoch, dokonca i v rámci jedného členského štátu.

#### **Ovplyvňujúce faktory a možné oblasti činnosti:**

- harmonizovať a štandardizovať indikátory pracovnej sily v zdravotníctve
- zriadiť systémy sledovania tokov zdravotníckych pracovníkov
- zabezpečiť prístupnosť a porovnateľnosť údajov o pracovnej sile v zdravotníctve, najmä s cieľom určiť presný pohyb konkrétnych skupín zdravotníkov

### **5. VPLYV NOVÝCH TECHNOLOGIÍ: ZEFEKTÍVNEIE PRACOVNEJ SILY V ZDRAVOTNÍCTVE**

Pokrok v zdravotníctve závisí od pokroku vo vede a technológii. Nové technológie vplyvajú na to, čo sa dá dosiahnuť, ako aj na spôsob organizácie a poskytovania zdravotnej starostlivosti. Vďaka novým technológiám sa môžu teraz zdravotnícki pracovníci ľahšie deliť o informácie a užšie medzi sebou spolupracovať, čo vedie k celkovému skvalitneniu starostlivosti. V prípade niektorých chorôb a u niektorých pacientov sa vďaka technológiám môže prevažná časť starostlivosti presunúť z nemocníc do prostredia komunitnej a primárnej starostlivosti či dokonca do bydlísk pacientov, čím sa skvalitní život a prispeje k lepšiemu využitiu zdrojov.

Z krátkodobého hľadiska sa môže prostredníctvom nových technológií, ako napr. telemedicíny, zabezpečiť lepšie poskytovanie zdravotnej starostlivosti v odľahlých oblastiach, alebo tam, kde je nedostatok zdravotníckych pracovníkov. Napríklad v niektorých oblastiach EÚ sú vďaka telemedicíne možné diagnostické služby na diaľku a pomocou diagnózy na diaľku založenej na výsledkoch mamografického skríningu sa dosahuje lepší prístup k pacientom a vyššia kvalita poskytovaných služieb.

Zavedenie nových technológií si vyžaduje, aby boli zdravotnícki pracovníci na ich používanie riadne pripravení, prípadne aby získali nové spôsobilosti. Keďže ich používanie môže niekedy narušiť zaužívané pracovné metódy a štruktúry, bude tiež potrebné presvedčiť pracovnú silu v zdravotníctve, aby ich využívala. V oznámení Komisie na tému telemedicína v prospech pacientov, spoločnosti a hospodárstva (Telemedicine for the benefit of patients, society and the economy) sa navrhuje európsky rámec na riešenie niektorých z týchto problémov.

#### **Ovplyvňujúce faktory a možné oblasti činnosti:**

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

- zabezpečiť vhodnú odbornú prípravu, aby zdravotníci mohli čo najlepšie využiť nové technológie
- podniknúť kroky, ktorými sa podporí využívanie nových informačných technológií
- zabezpečiť interoperabilitu nových technológií
- zabezpečiť lepšiu distribúciu nových technológií v rámci EÚ

## 6. ÚLOHA ZDRAVOTNÍKOV-PODNIKATEĽOV V PRACOVNEJ SILE

Niektorí zdravotníci, ako sú lekári, psychológovia, zubári, pediatri, fyzioterapeuti a ergoterapeuti, pracujú ako podnikatelia a majú svoje vlastné ordinácie alebo lekárske centrá a svojich zamestnancov. Politiky Komisie zamerané na zlepšenie podnikateľského prostredia v Európe a podporu podnikania majú na tieto činnosti dosah. Nedávno bolo uverejnené oznámenie Komisie s názvom „Malé a stredné podniky – kľúč k dosahovaniu vyššieho rastu a zamestnanosti. Priebežné preskúmanie modernej politiky MSP“ (4. december 2007), v ktorom sa uznáva význam prispievania MSP k realizácii cieľov lisabonskej stratégie – posilniť ekonomický rast a vytvoriť nové a lepšie pracovné miesta. Takýto podnikatelia môžu prispieť k posilneniu európskeho rastu a byť hnacou silou inovácie, miestneho rozvoja, odbornej prípravy a zamestnanosti, ako aj pomôcť vytvoriť lepší prístup k zdravotnej starostlivosti.

Iniciatíva „Small Business Act“ je kľúčovou zložkou v stratégii rastu a zamestnanosti EÚ (Oznámenie Komisie „Najskôr myslieť v malom“ Iniciatíva „Small Business Act“ pre Európu, KOM(2008) 394). Obsahuje niekoľko spoločných zásad na usmernenie politiky MSP, ako aj navrhované opatrenia na uplatnenie týchto zásad v praxi. Iniciatíva je zameraná na podporu podnikania, pričom tvorba politiky a podpora rastu MSP je v nej založená na zásade „Najskôr myslieť v malom“.

### Ovplyvňujúce faktory a možné oblasti činnosti:

- Podporiť vstup podnikateľov do sektoru zdravotníctva s cieľom zdokonaľiť plánovanie služieb zdravotnej starostlivosti a vytvoriť nové pracovné miesta
- preskúmať prekážky pri podnikaní v sektore zdravotníctva

## 7. KOHÉZNA POLITIKA

Rozvoj pracovnej sily EÚ súvisí tiež s politikou kohézie. Podľa súčasného právneho rámca je možné na rozvoj pracovnej sily v zdravotníctve použiť štrukturálne fondy. V Strategických usmerneniach Spoločenstva pre kohéziu, v ktorých sa vymedzujú priority štrukturálnych fondov na obdobie rokov 2007 – 13, sa nachádza osobitný oddiel s názvom „Ochrana zdravia pracovnej sily“, v ktorom sa opisuje tento cieľ Spoločenstva. V nariadení (1081/2006) o Európskom sociálnom fonde (ďalej len „ESF“) z júla 2006 sa predĺženie pracovného života a „lepšia ochrana zdravia“ považujú za prioritné oblasti ESF. V tejto súvislosti plánujú niektoré členské štáty (hlavne nové) využiť ESF na investície do vzdelávania a odbornej prípravy zdravotníkov. Do infraštruktúry zdravotníctva sa navyše investuje 5,2 miliardy EUR z Európskeho fondu regionálneho rozvoja. Účinné využitie štrukturálnych fondov na zdokonalenie spôsobilostí a schopností pracovnej sily v zdravotníctve a rozvíjanie infraštruktúry v tomto sektore môže byť užitočné z hľadiska zlepšenia pracovných podmienok

a skvalitnenia služieb zdravotnej starostlivosti, čím by sa zmenšili rozdiely v tejto oblasti a posilnila súdržnosť v rámci jednotlivých členských štátov a medzi nimi.

**Ovplyvňujúce faktory a možné oblasti činnosti:**

- viac využívať podporu zo štrukturálnych fondov na odbornú prípravu a získavanie nových spôsobilostí zdravotníkov
- lepšie využiť štrukturálne fondy na rozvoj pracovnej sily v zdravotníctve
- intenzívnejšie využiť štrukturálne fondy na infraštruktúru v záujme zlepšenia pracovných podmienok

**8. KONZULTÁCIA**

Európska komisia vyzýva všetky zainteresované organizácie, aby zaslali odpovede na otázky nastolené v tejto zelenej knihe, a to najneskôr do 31. marca 2009, pokiaľ možno do tejto elektronickej schránky: [SANCO-health-workforce@ec.europa.eu](mailto:SANCO-health-workforce@ec.europa.eu)

alebo na túto adresu:

**Európska komisia, B-1049 Brusel, Belgicko**

Komisia sa bude domnievať, že respondenti nemajú námietky k uverejneniu svojich odpovedí, alebo ich častí, na webovej stránke Komisie a/alebo k ich citácii v správach s analýzou výsledkov konzultačného procesu, ak nepredložia vyhlásenie, že si to neželajú.