

Alicja Domagała

Zielona Księga w sprawie pracowników ochrony zdrowia w Europie – założenia, cele i główne postulaty dokumentu

Słowa kluczowe: zasoby ludzkie, zdrowie publiczne, system zdrowotny, Wspólnota Europejska

■ Wprowadzenie

Celem niniejszego artykułu jest przedstawienie głównych zapisów i postulatów opublikowanych przez Komisję Europejską w dokumencie pt. *European Commission Green Paper on the European Workforce for Health – Zielona Księga w sprawie pracowników ochrony zdrowia w Europie*¹. Dokument ten został przyjęty przez Komisję w grudniu 2008 roku. Jego zadaniem jest zwrócenie uwagi na wyzwania, przed jakimi stoją kadry systemów zdrowotnych w krajach Unii Europejskiej (UE), oraz wypracowanie rozwiązań na poziomie unijnym, które pomogłyby skutecznie rozwiązywać te problemy (bez jednoczesnego wywierania negatywnego wpływu na systemy opieki zdrowotnej poza UE). UE dąży do uzupełnienia polityki krajów członkowskich. Główna odpowiedzialność za organizację i świadczenie usług zdrowotnych i opieki medycznej spoczywa na poszczególnych państwach, ale UE odgrywa w tym procesie ważną rolę: wspiera państwa członkowskie i przynosi dodatkowe korzyści poprzez budowanie partnerstwa między zainteresowanymi stronami, oferuje pomoc przy tworzeniu sieci kontaktów i dzielenie się dobrymi praktykami.

W analizowanym dokumencie zwrócono uwagę na następujące problemy systemów opieki zdrowotnej w całej Europie:

1. Decydenci oraz politycy zajmujący się służbą zdrowia muszą sprostać wyzwaniom związanym z dostosowaniem systemów opieki zdrowotnej do potrzeb starzejącego się społeczeństwa (szacuje się, że w latach 2008–2060 liczba osób w wieku 65 lat i starszych w UE wzrośnie prawie o 67 mln, a osoby mające ponad 80 lat będą najszybciej powiększającym się segmentem populacji).

2. Wdrożenie nowych technologii umożliwi zwiększenie zasięgu i poprawienie jakości opieki zdrowotnej w diagnostyce, profilaktyce i leczeniu. Technologie te są jednak kosztowne i muszą być stosowane przez odpowiednio przeszkolony i wykwalifikowany personel.

3. Istnieją nowe i powracające zagrożenia dla zdrowia populacji, np. choroby zakaźne.

4. Wydatki na ochronę zdrowia stale wzrastają, co 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.

Opieka zdrowotna stanowi jeden z największych sektorów gospodarki UE. Zapewnia pracę aż 10% pracowników, a koszty wynagrodzeń i inne płatności związane bezpośrednio z zatrudnieniem personelu zdrowotnego to około 70% budżetu przeznaczanego na ochronę zdrowia. Według informacji opublikowanych w raporcie Światowej Organizacji Zdrowia pt. *Human resources for health in the WHO European Region, systemy opieki zdrowotnej na całym świecie stoją obecnie w obliczu kryzysu, którego trzy główne przejawy to: braki w kadrach medycznych, niskie morale pracowników ochrony zdrowia oraz brak zaufania społecznego do służby zdrowia*² (WHO Report 2006). Trudności związane z kształceniem i szkoleniami zawodowymi oraz wynagradzaniem i zatrzymaniem pracowników na stanowiskach pracy są aktualnymi problemami większości krajów, stąd konieczność podjęcia wspólnych inicjatyw mających na celu ich rozwiązanie. Autorzy dokumentu przyjętego przez Komisję Europejską podejmują próbę usystematyzowania działań ukierunkowanych na poprawę sytuacji pra-

¹ *European Commission Green Paper on the European Workforce for Health*, Brussels, 10 grudnia 2008.

² WHO, *Human resources for health in the WHO European Region*, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 2006.

owników ochrony zdrowia oraz przeciwdziałających dalszym niedoborom kadrowym. Choć podstawowa odpowiedzialność za organizowanie i świadczenie usług zdrowotnych spoczywa na państwach członkowskich, to jednak UE ma do odegrania ważną rolę w ich wspieraniu oraz w oferowaniu wartości dodanej, np. przez budowanie sieci kontaktów oraz rozpowszechnianie dobrych praktyk. Działania Wspólnoty mają na celu uzupełnienie polityki państw członkowskich.

Zielona Księga w sprawie pracowników ochrony zdrowia w Europie zwraca uwagę na powyższe kwestie. Jej autorzy zachęcają zainteresowane strony do udziału w debacie, która pomoże wypracować skoordynowane podejście. W związku z tym, że państwa członkowskie mają szereg wspólnych problemów dotyczących pracowników ochrony zdrowia, można uzyskać duże korzyści, promując współpracę w tej dziedzinie oraz wspólne podejście w rozwiązywaniu tego typu problemów w poszczególnych państwach członkowskich.

■ Cele dokumentu

Dokument *Zielona Księga w sprawie pracowników ochrony zdrowia w Europie* ma na celu zwrócenie większej uwagi na wyzwania, przed jakimi stoją pracownicy ochrony zdrowia w UE, sprecyzowanie zadań lokalnych i krajowych kadr zarządzających systemem zdrowotnym oraz stworzenie podstaw do wypracowania skutecznych rozwiązań na poziomie UE. Założeniem autorów *Zielonej Księgi* było również przedstawienie w możliwie dokładny sposób trudności, z jakimi borykają się pracownicy ochrony zdrowia we wszystkich państwach członkowskich. Można do nich zaliczyć:

- problemy demograficzne, czyli globalne starzenie się społeczeństwa i starzenie się personelu ochrony zdrowia (liczba młodych osób zgłaszających się do pracy w tym systemie, zastępujących osoby odchodzące, jest niewystarczająca);
- zróżnicowanie poszczególnych grup zawodowych pracowników systemu zdrowotnego;
- migrację personelu medycznego wewnątrz UE i poza nią;
- różny poziom mobilności wewnątrz UE – w szczególności migrację części personelu medycznego z biedniejszych krajów UE do krajów bogatszych.

Drugim celem *Zielonej Księgi* jest zdefiniowanie dziedzin, w których, według Komisji Europejskiej, należy podjąć dalsze działania, i rozpoczęcie debaty na ten temat. Zgodnie z art. 152 Traktatu Wspólnoty Europejskiej³ „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 także, że Wspólnota powinna zachęcać państwa członkowskie do współpracy i promować koordynację ich polityki i programów w tej dziedzinie. UE uzupełnia zatem politykę i działania krajowe.

Publikacja *Zielonej Księgi* ma zainicjować proces konsultacji społecznych, w trakcie którego każdy mógłby wypowiedzieć się na temat kwestii związanych z pracownikami ochrony zdrowia. W końcowej części niniejszego artykułu zaprezentowano trzy opinie w tej sprawie przedstawione przez: Europejskie Stowarzyszenie Menedżerów Opieki Zdrowotnej (EHMA), Stowarzyszenie Szkół Zdrowia Publicznego Regionu Europejskiego (ASPHER) oraz Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie (PTP).

■ Jakie najistotniejsze problemy poruszono w *Zielonej Księdze*?

W *Zielonej Księdze* poddano analizie następujące czynniki mające wpływ na sytuację pracowników ochrony zdrowia: zmiany demograficzne (kwestia starzejącego się społeczeństwa i struktury demograficznej pracowników systemu zdrowotnego), możliwości w zakresie zdrowia publicznego, szkolenia, kierowanie mobilnością pracowników, globalną migracją oraz system gromadzenia danych wspierających podejmowanie decyzji przez kluczowych decydentów. Poniżej, na podstawie zapisów zawartych w *Zielonej Księdze*, omówiono poszczególne czynniki oraz wskazano obszary, w których istnieją możliwości działań zmierzających do poprawy sytuacji pracowników ochrony zdrowia.

1. Zmiany demograficzne i promowanie zrównoważonych zasobów personelu ochrony zdrowia

Fakt starzenia się społeczeństwa jest powszechnie znany. Należy zadbać o to, aby ludzie starzeli się w dobrym zdrowiu. Liczba lat zdrowego życia powinna być maksymalnie zwiększona. W związku z tym, że wydłuża się życie, należy oczekiwać, iż grupa osób starszych o wysokim stopniu niepełnosprawności i wymagających opieki długoterminowej będzie się powiększać. Zmiany demograficzne dotyczą nie tylko populacji potencjalnych pacjentów, lecz także siły roboczej systemu. Pomiedzy 1995 a 2000 rokiem liczba lekarzy poniżej 45. roku życia w całej Europie spadła o około 20%, a liczba lekarzy, którzy mają ponad 45 lat, wzrosła o ponad 50%. W przypadku personelu pielęgniarskiego średni wiek również rośnie. Dużo osób zbliża się do wieku emerytalnego, potrzebni więc będą nowi pracownicy, aby zastąpić tych odchodzących.

Według Komisji Europejskiej kluczem do utrzymania właściwej liczby personelu ochrony zdrowia w obliczu zbliżającego się okresu przechodzenia na emeryturę pokolenia wyżu demograficznego jest kształcenie, zatrzymywanie i zatrudnienie młodych pracowników oraz inwestowanie w starszych. Komisja Europejska analizując uwarunkowania związane z procesem starzenia się społeczeństwa, przygotowała listę działań, których realizacja może się przyczynić do zmiany niekorzystnej struktury demograficznej pracowników ochrony zdrowia.

³ Traktat ustanawiający WE, tekst skonsolidowany Dz.U. UE C 325 z 24 grudnia 2002.

Możliwe obszary działania w zakresie uwarunkowań wynikających ze zmiany struktury demograficznej populacji i pracowników:

- ocenianie/oszacowanie wysokości wydatków przeznaczanych na personel ochrony zdrowia;
- zapewnienie personelowi ochrony zdrowia lepszych warunków pracy, zwiększanie motywacji i morale pracowników;
- rozważenie prowadzenia kampanii szkoleniowych i rekrutacyjnych w celu wykorzystania wzrostu odsetka personelu powyżej 55. roku życia i tych osób, które nie mają już obowiązków rodzinnych;
- organizowanie systemu leczenia chorób przewlekłych i świadczenia opieki długoterminowej blisko domu lub w ramach społeczności lokalnej;
- zapewnienie lepszego rozmieszczenia dostępnych zasobów ludzkich systemu zdrowotnego;
- rozważenie prowadzenia kampanii promujących powrót do pracy, aby zachęcić do powrotu tych pracowników, którzy odeszli z systemu opieki zdrowotnej;
- promowanie większej różnorodności społecznej i etnicznej w zatrudnianiu;
- przekazywanie wiedzy w szkołach na temat szerokiego wachlarza możliwości zawodowych w sektorze zdrowotnym.

Jak wynika z powyższej listy, działania mające na celu poprawę struktury demograficznej pracowników powinny być prowadzone na wszystkich szczeblach (edukacja przeddyplomowa, edukacja dyplomowa). Należy je kierować do różnych grup odbiorców (uczniowie, pracownicy systemu, a także osoby, które już opuściły system zdrowotny).

2. Możliwości w zakresie zdrowia publicznego

Do podstawowych zadań systemu zdrowia publicznego zalicza się zarządzanie zasobami ludzkimi, ochronę i poprawę zdrowia całej populacji, zwalczanie nierówności w dostępie do świadczeń medycznych oraz opiekę nad osobami będącymi w szczególnie niekorzystnej sytuacji. Aby system zdrowia publicznego sprawnie funkcjonował, konieczne są: analiza zapotrzebowania na usługi zdrowotne, ocena wpływu na zdrowie poszczególnych czynników w celu poprawy planowania świadczeń medycznych, profilaktyka chorób itp. Szczególnie istotne jest promowanie zdrowia i zapobieganie chorobom, gdyż właśnie te działania mogą w znaczący sposób przyczynić się do zmniejszenia zapotrzebowania na leczenie i usługi opiekuńcze w przyszłości. Poszczególne kraje UE muszą dysponować wystarczającą liczbą wykwalifikowanych pracowników, aby skutecznie wypełniać te zadania, a ich realizacja powinna być uwzględniona w planach dotyczących szkolenia i zatrudniania.

Komisja Europejska dostrzega wiele możliwości usprawnienia systemu zdrowia publicznego, które docelowo mogą przynieść poprawę sytuacji pracowników ochrony zdrowia. Najistotniejsze z tych działań przedstawiono poniżej.

Możliwe obszary działania w zakresie zdrowia publicznego:

- dofinansowanie badań diagnostycznych, promowanie zdrowia i zapobieganie chorobom;
- skuteczniejsze zbieranie informacji na temat obecnych i potencjalnych potrzeb zdrowotnych społeczeństwa w celu planowania przyszłego rozwoju personelu publicznej opieki zdrowotnej;
- promowanie zainteresowań naukowych w szkołach poprzez podkreślanie możliwości kariery w mniej znanych zawodach publicznej ochrony zdrowia (biolog, epidemiolog);
- zwrócenie większej uwagi na działalność 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.

Proponowane działania mają charakter kompleksowy i dotyczą zarówno profilaktyki, jak i poprawy gromadzenia danych w celu dokonania skutecznej ewaluacji potrzeb zdrowotnych. Zaleca się także promowanie instytucji OSHA i zachęcanie lekarzy do specjalizacji z zakresu medycyny pracy.

3. Szkolenia

Planowania strategiczne dotyczące personelu systemu zdrowotnego powinny w szczególności sposób uwzględniać szkolenia zawodowe. W sytuacji zwiększonego zapotrzebowania na lekarzy, pielęgniarki i innych pracowników ochrony zdrowia należy stworzyć więcej miejsc na uniwersytetach i w innych szkołach oraz zapewnić więcej wykwalifikowanych specjalistów do szkolenia personelu. Wymaga to zarówno rzetelnych działań planistycznych, jak i stosownych inwestycji. Państwa członkowskie muszą 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 (co skutkuje np. wzrostem liczby osób w podeszłym wieku cierpiących na współwystępujące schorzenia przewlekłe).

Planowanie skutecznych szkoleń i programów edukacyjnych jest zawsze jednym z kluczowych elementów kształcenia przyszłych kadr medycznych, stąd też Komisja Europejska zwraca szczególną uwagę na usprawnienie działań w tym zakresie. Poniżej przedstawiono proponowane przez Komisję działania, jakie powinny zostać podjęte przez kraje członkowskie.

Możliwe obszary działań w zakresie szkoleń:

- zagwarantowanie, że szkolenia będą uwrażliwiać uczestników na specjalne potrzeby osób niepełnosprawnych (powinna im być zapewniona taka sama jakość usług opieki medycznej, jak osobom zdrowym);
- położenie nacisku na stały rozwój zawodowy personelu medycznego;
- podnoszenie kwalifikacji zawodowych polepszających jakość wyników leczenia i zapewniających bezpieczeństwo pacjenta;

- opracowanie szkoleń ukierunkowanych na zachęcenie starszych pracowników do powrotu do pracy;
- zapewnienie personelowi medycznemu szkoleń z zakresu zarządzania;
- umacnianie współpracy między państwami członkowskimi w zakresie zarządzania pracownikami ochrony zdrowia zgodnie z zasadą *numerus clausus* i umożliwienie im większej elastyczności;
- oferowanie kursów językowych (ułatwienie mobilności);
- stworzenie podmiotu/instytucji działającej w ramach UE, np. obserwatorium ds. personelu ochrony zdrowia, który pomagałby państwom członkowskim w planowaniu liczby personelu, określaniu potrzeb szkoleniowych i wdrażaniu postępu technicznego.

Jak wynika z powyższej listy, bardzo dużą wagę przypisuje się działaniom, które mają na celu wzmocnienie zarówno edukacji przeddyplomowej, jak i kształcenia ustawicznego. Zwraca się także dużą uwagę na jakość kształcenia przyszłych kadr medycznych oraz dostosowanie zakresu treści programowych do faktycznych potrzeb zawodu.

4. Kierowanie mobilnością personelu ochrony zdrowia w UE

Swobodny przepływ osób jest zagwarantowany prawem wspólnotowym. Zapisy art. 39 Traktatu Wspólnoty Europejskiej oraz Rozporządzenie Rady (EWG) nr 1612/68 z 15 października 1968 roku w sprawie swobodnego przepływu pracowników wewnątrz Wspólnoty gwarantują obywatelom UE prawo do pracy w innym państwie członkowskim w charakterze pracownika. Obywatele UE mają także prawo do studiowania w innym kraju członkowskim na takich samych warunkach jak obywatele tego państwa. Możliwości swobodnego przepływu studentów i pracowników stwarzają szanse, że wyszkoleni pracownicy znajdą się tam, gdzie są najbardziej potrzebni. Personel medyczny przemieszcza się jednakże z wielu powodów: w celu zapewnienia sobie lepszych możliwości rozwoju kariery i doksztalcenia się, wyższych zarobków i bardziej komfortowych warunków pracy. Tak więc mobilność może spowodować wzrost różnic, zarówno pozytywnych, jak i negatywnych, pomiędzy krajami i wewnątrz krajów. W tym kontekście pewne państwa członkowskie mogą być niechętnie nastawione do podejmowania 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 więc spowodować, że osoby zarządzające zasobami ludzkimi będą musiały dokonać przeglądu na szczeblu lokalnym lub krajowym, aby ocenić, czy rekrutacja i rozwój zawodowy są zapewnione na odpowiednim poziomie. Poniżej przedstawiono listę działań

proponowanych przez Komisję Europejską w zakresie kierowania mobilnością pracowników.

Możliwe obszary działania w zakresie kierowania mobilnością pracowników:

- 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.

W zakresie kierowania mobilnością pracowników Komisja zaleca ścisłą współpracę zarówno pomiędzy poszczególnymi państwami członkowskimi, jak również z państwami spoza UE. Niewątpliwie uregulowanie sytuacji w tym zakresie wymaga wspólnych i skoordynowanych działań o charakterze ogólnoeuropejskim.

5. Globalna migracja pracowników ochrony zdrowia

Niedobór pracowników ochrony zdrowia to zjawisko globalne, dotyczące większości systemów zdrowotnych. Najbardziej jednak jest ono widoczne na obszarach Afryki Subsaharyjskiej, gdzie brak odpowiedniego personelu doprowadził do sytuacji kryzysowej. Braki kadrowe są spotęgowane przez wzmożone zapotrzebowanie na lekarzy i pielęgniarki oraz konkurencję w tym zakresie w państwach rozwiniętych. Działania wewnątrz UE dotyczące systemu opieki zdrowotnej mają również znaczny wpływ na jej politykę zagraniczną. Jeżeli UE nie podejmie właściwych kroków w celu wykształcenia i zatrzymania odpowiedniej liczby własnych pracowników ochrony zdrowia, migracja będzie mieć coraz więcej negatywnych skutków dla systemów opieki zdrowotnej w krajach rozwijających się. UE jest w trakcie opracowywania wspólnej polityki imigracyjnej, unikającej niekorzystnego wpływu na możliwości rozwojowe krajów trzecich, np. poprzez hamowanie „drenażu mózgow”, oraz promującej migrację zwrotną. Inicjatywy te są elementami globalnego podejścia do migracji. Ponadto w 2007 roku Komisja Europejska przyjęła wniosek w sprawie dyrektywy ułatwiającej przyjazd do UE wysoko wykwalifikowanym imigrantom. W ramach tej propozycji przewiduje się klauzulę gwarantującą etyczne zatrudnianie w sektorach mających niedobory kadrowe, w tym także w sektorze ochrony zdrowia.

W 2008 roku 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 pracowników⁴, który ma na celu promowanie etycznego zachowania i zahamowanie praktyk nieetycznych przy transgranicznym zatrudnianiu pracowników ochrony zdrowia.

Unia Europejska zobowiązała się również do opracowania kodeksu postępowania dotyczącego etycznego zatrudniania w opiece zdrowotnej pracowników spoza UE oraz do podjęcia innych kroków w celu zminimalizowania negatywnych i zmaksymalizowania pozytywnych skutków imigracji pracowników do krajów UE dla krajów rozwijających się.

Możliwe obszary działania w zakresie monitorowania globalnej migracji:

- wprowadzenie zasad kierowania zatrudnieniem pracowników sektora zdrowotnego 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.

Podobnie jak w przypadku kierowania mobilnością pracowników również w odniesieniu do monitorowania globalnej migracji konieczne są wspólne wysiłki wszystkich państw oraz organizacji międzynarodowych (UE, WHO, World Bank).

6. Dane wspierające podejmowanie decyzji

Wszystkie opisane powyżej problemy stanowią wyzwania dla decydentów, świadczeniodawców i personelu zarządzającego systemami opieki zdrowotnej. Sytuacja ta jest jednak utrudniona ze względu na brak aktualnych i porównywalnych danych i informacji, np. dotyczących liczby pracowników ochrony 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 UE są istotne dla organów ochrony zdrowia w całej UE przy zarządzaniu usługami zdrowotnymi i ich świadczeniu.

Komisja Europejska zbiera dane dotyczące decyzji związanych z uznawaniem kwalifikacji objętych sektorowym systemem uznawania kwalifikacji⁵. Dane te pokazują przepływy migracyjne lub zamiar podjęcia pracy w innym państwie członkowskim. Należy jednak pamiętać, że są to dane szacunkowe, gdyż brakuje dodatkowych informacji, czy pracownicy ci rzeczywiście podejmują pracę w innym państwie członkowskim, czy przenieśli się do kraju trzeciego bądź czy wrócili do kraju ojczystego.

EUROSTAT publikuje dane na temat liczby personelu medycznego bazujące na informacjach zbieranych przez poszczególne państwa członkowskie⁶. Ponadto

trwa już wspierany przez UE projekt OECD monitorujący migrację lekarzy i pielęgniarek w państwach OECD i UE-25. W przyszłości obejmie on również inne grupy zawodowe personelu medycznego i dostarczy ważnych informacji, ale niestety nie zapewni pełnej porównywalności wykorzystanych danych z powodu różnic w procesie rejestracji oraz rozbieżności w sposobie zbierania danych na poziomie centralnym w poszczególnych państwach członkowskich. Listę działań proponowanych przez Komisję Europejską w zakresie poprawy gromadzenia danych przedstawiono poniżej.

Możliwe działania mające na celu usprawnienie gromadzenia danych:

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

Aby docelowo uzyskać spójny i porównywalny system danych, niezbędna jest harmonizacja i standaryzacja stosowanych wskaźników, stworzenie sprawnego systemu monitorującego oraz udrożnienie kanałów pozyskiwania oraz upowszechniania danych.

Wpływ nowych technologii: zwiększenie wydajności pracowników ochrony zdrowia

Oprócz analizy przedstawionych powyżej czynników i możliwych obszarów działania *Zielona Księga* porusza także kwestię zależności pomiędzy sytuacją zasobów ludzkich systemu zdrowotnego a rozwojem nowych technologii.

Postęp w opiece zdrowotnej jest związany z osiągnięciami naukowymi i technicznymi. Nowe technologie mają wpływ na to, co opieka zdrowotna może osiągnąć i w jaki sposób jest ona organizowana i zapewniana. Obecnie nowe technologie umożliwiają personelowi medycznemu dzielenie się wiedzą oraz bliższą współpracę, co poprawia ogólny poziom opieki medycznej. Dzięki nowym technologiom niektórzy pacjenci nie muszą przebywać w szpitalu, ponieważ mogą liczyć na dobrą opiekę w podstawowych jednostkach opieki, a nawet we własnym domu, co sprzyja poprawie jakości życia chorych oraz przyczynia się do lepszego wykorzystania zasobów.

W perspektywie krótkoterminowej nowe technologie, takie jak telemedycyna, zapewnią świadczenie usług lepszej jakości na obszarach oddalonych od placówek opieki zdrowotnej oraz tam, gdzie brakuje personelu medycznego. Wprowadzenie nowych technologii wymaga jednak odpowiedniego przeszkolenia pracowników, a w razie konieczności – doszkalania. Poza tym konieczne jest, aby personel medyczny zaakceptował wdrożenie nowych technologii, co może czasami kolidować z utartymi metodami i procedurami pracy.

⁴ www.hospeem.eu/content/download/313/1631/version/2/file/EPSU.

⁵ [www://ec.europa.eu/internal_market/qualifications/regprof/index.cfm](http://ec.europa.eu/internal_market/qualifications/regprof/index.cfm).

⁶ www.ec.europa.eu/health/ph_information/dissemination/echi/echi_en.htm.

Możliwe obszary działania w zakresie nowych technologii:

- zapewnienie personelowi medycznemu odpowiednich szkoleń, umożliwiających zapoznanie się z nowymi technologiami;
- podjęcie działań zachęcających do stosowania nowych technologii;
- zapewnienie interoperacyjności nowych technologii informacyjnych;
- zapewnienie lepszego rozmieszczenia nowych technologii w całej UE.

UE przywiązuje dużą wagę do rozwoju nowych technologii, które są nierozdzielnie związane z usprawnieniem działania systemów zdrowotnych, stąd też w *Zielonej Księdze* znalazły się propozycje powiązania wdrożenia nowych technologii z poprawą sytuacji pracowników ochrony zdrowia.

Rola przedsiębiorców jako pracowników w systemie zdrowotnym

Niektóre osoby wykonujące zawody medyczne, takie jak lekarze, psychologowie, dentyści czy fizjoterapeuci, 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 wpływają na tego rodzaju praktyki. Niedawno Komisja Europejska opublikowała komunikat *Małe i średnie przedsiębiorstwa (MŚP) – ich kluczowa rola w zapewnianiu wyższego wzrostu gospodarczego oraz większej liczby miejsc pracy*. W ramach przeglądu śródkresowego nowoczesnej polityki w zakresie MŚP z 4 listopada 2007 roku uznano znaczący udział MŚP w realizowaniu celów strategii lizbońskiej, tj. we wspieraniu wzrostu gospodarczego oraz tworzeniu nowych i lepszych miejsc pracy. Tacy przedsiębiorcy mogą się przyczynić do podniesienia poziomu usług medycznych w Europie, stanowić siłę napędową innowacji, rozwoju lokalnego, szkoleń i zatrudnienia oraz ułatwiać dostęp do opieki zdrowotnej. *Small Business Act* (SBA) jest kluczowym elementem strategii UE na rzecz wzrostu gospodarczego i zatrudnienia. Zawiera on szereg wspólnych zasad dotyczących polityki w zakresie MŚP i propozycję działań mających na celu wcielenie tych zasad w życie.

Możliwe obszary działania w zakresie wzmocnienia roli przedsiębiorców:

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

Udział MŚP w świadczeniu usług zdrowotnych jest wciąż niewielki, stąd też propozycja Komisji, aby wzmocnić rolę, jaką pełnią mali i średni przedsiębiorcy w systemie opieki zdrowotnej.

Polityka spójności

Rozwój wspólnotowych zasobów personelu ochrony zdrowia jest również związany z polityką spójności. W ramach obowiązujących przepisów możliwe jest wykorzystanie funduszy strukturalnych w celu wspierania zasobów pracowników ochrony zdrowia. Strategiczne wytyczne Wspólnoty dotyczące spójności, które określają priorytety wykorzystania funduszy strukturalnych na lata 2007–2013, zawierają sekcję opisującą cel: „Wspieranie utrzymania dobrego poziomu zdrowia siły roboczej”. Rozporządzenie w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego (EFS) z lipca 2006 roku (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 planują znaczące inwestycje w kształcenie i szkolenie pracowników ochrony zdrowia, wykorzystując możliwości oferowane przez EFS. Dodatkowo kwota około 5,2 mld euro ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego zostanie zainwestowana w infrastrukturę ochrony zdrowia. Skuteczne wykorzystanie środków z funduszy strukturalnych na podniesienie kwalifikacji pracowników ochrony zdrowia oraz na rozbudowę infrastruktury systemu zdrowotnego może skutecznie przyczynić się do poprawy warunków pracy oraz jakości usług medycznych, zmniejszając tym samym luki w opiece zdrowotnej oraz wzmacniając spójność między państwami członkowskimi. Poniżej przedstawiono listę proponowanych przez Komisję Europejską działań w zakresie polityki spójności.

Możliwe obszary działania w zakresie polityki spójności:

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

Powiązanie polityki spójności z działaniami ukierunkowanymi na poprawę sytuacji kadr systemu zdrowotnego jest niezmiernie istotne, ponieważ wskazuje na jedno z potencjalnych źródeł finansowania planowanych inicjatyw.

Opinie na temat *Zielonej Księgi*

Dokument *Zielona Księga w sprawie pracowników ochrony zdrowia w Europie* zgodnie z założeniami został poddany konsultacjom społecznym i zapoczątkował debatę na temat problemów, przed jakimi stoją zarówno pracownicy opieki zdrowotnej, jak i systemy zdrowotne krajów UE. Poniżej zaprezentowano stanowiska w tej kwestii przedstawione przez trzy instytucje: (1) European Health Managers Association (EHMA) – Europejskie Stowarzyszenie Menedżerów Opieki Zdrowotnej; (2) Association of Schools of Public Health in the European Region (ASPHER) – Stowarzyszenie Szkół

Zdrowia Publicznego Regionu Europejskiego oraz (3) Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie (PTP). Wszystkie trzy organizacje podkreślają zasadność i wagę publikacji *Zielonej Księgi* oraz wyrażają gotowość do współpracy przy planowanych dalszych działaniach.

Opinia Europejskiego Stowarzyszenia Menedżerów Opieki Zdrowotnej (EHMA)⁷

Kluczowe postulaty przedstawione przez Europejskie Stowarzyszenie Menedżerów Opieki Zdrowotnej w odpowiedzi na publikację *Zielonej Księgi* są następujące:

- 1) Należy uściślić definicję „zasobów ludzkich systemu zdrowotnego”, ponieważ obejmuje ona liczne grupy zawodowe, zarówno wyższy, jak i średni personel medyczny, personel pomocniczy, kadre administracyjną i zarządzającą, pracowników technicznych i obsługę. EHMA postuluje, aby na potrzeby *Zielonej Księgi* posługiwać się możliwie najszerszym znaczeniem pojęcia *human resources for health*.
- 2) Pomimo wzajemnego uznawania szkoleń formalnych i kwalifikacji zawodowych, ważne jest zwrócenie uwagi na realną (faktyczną) równowagę wiedzy i doświadczenia zawodowego (włączając w to standardy języka oraz mechanizmy rewalidacji) pracowników.
- 3) Szczególnie istotne dla skutecznego planowania oraz zarządzania zasobami ludzkimi systemu zdrowotnego jest dysponowanie rzetelnymi danymi, które są aktualizowane i porównywalne.
- 4) Konieczne jest wielopłaszczyznowe podejście do problemu „drenażu mózgów” oraz etycznej rekrutacji poprzez zachęcanie do dwustronnych oraz wielostronnych porozumień pomiędzy krajami, a także podejmowanie kroków zaradczych zmierzających do zatrzymania pracowników w krajach pochodzenia.

Opinia Stowarzyszenia Szkół Zdrowia Publicznego Regionu Europejskiego (ASPHER)⁸

ASPHER w opublikowanym na swojej stronie internetowej dokumencie pt.: *Comments from the ASPHER on the European Commission Green Paper on the European Workforce for Health* szczegółowo ustosunkowuje się do zapisów i postulatów *Zielonej Księgi*. Poniżej przedstawiono niektóre z nich, zwłaszcza te dotyczące działań w zakresie zdrowia publicznego:

- 1) Wskazane jest powołanie obserwatorium/agencji odpowiedzialnej za planowanie oraz gromadzenie danych dotyczących demografii na poziomie UE, z równoczesnym udostępnianiem i upowszechnianiem tych danych do stosownych agencji/instytucji krajów członkowskich.
- 2) Edukacja i szkolenia specjalistów z zakresu zdrowia publicznego wymagają takiego samego wsparcia jak kształcenie innych pracowników systemu opieki zdrowotnej, dlatego wskazane są następujące działania:

- koordynacja w zakresie programów kształcenia, zachęcanie do zdefiniowania profilu kompetencji w praktyce zdrowia publicznego;
 - koordynacja kwalifikacji wymaganych od specjalistów, zanim zostaną oni dopuszczeni do praktyki;
 - akredytacja i kontrola jakości programów szkoleniowych;
 - zapewnienie wysokiej jakości ustawicznego rozwoju zawodowego (CPD);
 - promocja, zapewnienie i akredytacja standardów szkolenia i kompetencji na każdym etapie kariery zawodowej w zdrowiu publicznym.
- 3) Motywowanie do inwestowania w znaczny i regularny profesjonalny rozwój zawodowy dostępny dla pracowników publicznego sektora opieki zdrowotnej w krajach UE.
 - 4) Zachęcanie do dzielenia się profesjonalnym doświadczeniem poprzez uczestnictwo w programach Erasmus oraz dzięki korzystaniu z innych europejskich narzędzi umożliwiających wymianę wiedzy i doświadczenia.
 - 5) Określenie, czy deficyt umiejętności poszczególnych grup pracowników w krajach członkowskich jest właściwie zbadany.
 - 6) Włączenie szkoleń z zakresu zdrowia publicznego do każdego poziomu edukacji zawodowej, szkoleń i specjalizacji, dzięki czemu wszyscy pracownicy opieki zdrowotnej będą mogli się stać „promotorami zdrowia” i wspólnie pracować we wzajemnym zrozumieniu pomimo zróżnicowanych ról.
 - 7) Zapewnienie stosownej pomocy narodowym stowarzyszeniom skupiającym pracowników opieki zdrowotnej, które mogą wesprzeć imigrantów.

Opinia Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego (PTP)⁹

Szczegółowa opinia Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego (PTP) jest dostępna w Internecie. Poniżej zacytowano niektóre z postulatów PTP:

- 1) Należy zrezygnować ze sztucznego rozgraniczenia opieki socjalnej od opieki zdrowotnej oraz zrewidować stanowiska w tej sprawie w celu połączenia ww. w jednolity zintegrowany system.
- 2) Prawodawstwo krajów członkowskich powinno uwzględniać zapotrzebowanie na opiekę pielęgniarską i określać proporcje pacjentów do pielęgniarek.
- 3) Niezbędne jest inwestowanie w edukację pielęgniarek, aby zapewnić odpowiedni poziom edukacji, kształcenia ustawicznego oraz rozwój ścieżek kariery zawodowej, które umożliwią wdrożenie niezbędnych nowych umiejętności do praktyki w odpowiedzi na zapotrzebowanie społeczeństwa.
- 4) Potrzebne jest wprowadzenie zagadnień zdrowia publicznego do programów kształcenia wszystkich

⁷ *Response of the European Health Management Association to the European Commission Green Paper on the European Workforce for Health*, www.ehma.org/files.

⁸ *Comments from the Association of Schools of Public Health in the European Region on the European Commission Green Paper on the European Workforce for Health*, www.aspher.org/pliki/pdf/GreenPaperEurWorkforceForHealth_ASPHER.

⁹ Stanowisko Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego w sprawie *Zielonej Księgi pracowników służby zdrowia w Europie* znajduje się na stronie <http://www.ptp.na1.pl>.

profesji ochrony zdrowia na poziomie przed- i podopiecznym oraz w specjalizacjach, a także bardziej efektywne wykorzystanie kadr, które posiadają takie kompetencje.

- 5) Konieczne jest, aby dla zwiększenia znaczenia zdrowia publicznego podejmowane były odpowiednie działania i kampanie na rzecz odpowiedniej alokacji kompetentnych zasobów ludzkich.
- 6) W związku z zapisem: „promowanie pracy lekarzy zajmujących się chorobami zawodowymi i zachęcanie lekarzy do pracy w tej dziedzinie”, należy słowo „lekarze” zastąpić określeniem „profesjonaliści ochrony zdrowia”.
- 7) Bardzo ważnym zagadnieniem jest kontynuowanie profesjonalnego rozwoju (CPD). Do osiągnięcia celów strategii lizbońskiej bardzo istotne jest, aby UE razem z organizacjami pozarządowymi opracowało jasne zasady CPD uwzględniające bezpieczeństwo pacjenta, oparte na legislacji UE i zapewniające harmonizację wyników pomiędzy krajami UE.
- 8) Fundamentalnym zagadnieniem CPD jest zapewnienie jakości opieki i bezpieczeństwa pacjenta w legislacji UE, które obejmowałyby wszystkie państwa członkowskie UE i pracujących w nich pracowników ochrony zdrowia.
- 9) Bardzo ważne jest zidentyfikowanie i standaryzacja struktury i źródeł finansowania CPD na poziomie każdego kraju, aby wesprzeć rozwój i wprowadzenie CPD dla wszystkich profesji ochrony zdrowia. Należy więc wprowadzić zmiany umożliwiające rozwijanie praktyki prywatnej wszystkich pracowników ochrony zdrowia, aby w ten sposób wzmocnić możliwość osiągnięcia zdrowia przez społeczeństwo.
- 10) W Polsce nie ma szacowania zasobów pielęgniarek, stąd nie wiadomo, jakie jest zapotrzebowanie na personel, aby zapewnić bezpieczeństwo pacjentom. Może to zostać wykorzystane przez agencje rekrutacyjne dla pozyskania niewykorzystanych kadr i w efekcie pogorszenie wyników ochrony zdrowia.
- 11) W związku z istniejącym zjawiskiem nieetycznego zatrudniania pielęgniarek proponujemy zaadaptowanie zasad opisanych przez Międzynarodową Radę Pielęgniarek w Przewodniku etycznego zatrudniania pielęgniarek.

Niewątpliwie na uwagę zasługuje głos PTP oraz podjęcie próby ustosunkowania się do poszczególnych zapisów *Zielonej Księgi* w odniesieniu do naszych, polskich uwarunkowań. Pozostaje nam teraz oczekiwać na stanowisko, a **przed wszystkim działania naszych decydentów** w zakresie wdrożenia proponowanych przez UE rozwiązań ukierunkowanych na poprawę sytuacji kadr polskiego systemu zdrowotnego.

Podsumowanie

Systemy opieki zdrowotnej w Europie stoją przed szeregiem wyzwań. Ludzie żyją dłużej, a nowe technologie zwiększają zakres i podnoszą jakość często drogiego leczenia. Poza tym występują nowe, jak i powracające zagrożenia dla zdrowia, np. choroby zakaźne.

Ponadto wraz ze wzrostem świadomości mieszkańców/pacjentów wzrastają oczekiwania dotyczące dostępu do możliwie najlepszej opieki zdrowotnej. Systemy opieki zdrowotnej wymagają zatrudniania bardzo dużej liczby osób. Jest to jeden z najważniejszych sektorów gospodarki UE. Znajduje w nim zatrudnienie jedna dziesiąta siły roboczej Wspólnoty. Istnieją jednak poważne problemy, przed którymi stoją pracownicy ochrony zdrowia w krajach europejskich, a wiele z nich jest wspólnych dla wszystkich krajów członkowskich. Starzenie się społeczeństwa oznacza, że personel medyczny również się starzeje i że liczba osób nowo zatrudnionych na miejsce pracowników odchodzących jest niewystarczająca. Fakt ten i wzrastająca presja wywierana na systemy opieki zdrowotnej sprawia, że występują już niedobory kadrowe w wielu grupach zawodowych związanych z ochroną zdrowia. Migracja wykwalifikowanych kadr medycznych w ramach UE i poza jej granice ma także wpływ na rosnący niedobór pracowników w niektórych regionach. Główna odpowiedzialność za organizację i świadczenie usług zdrowotnych spoczywa na państwach członkowskich, ale i UE odgrywa w tym procesie ważną rolę: wspiera państwa członkowskie i przynosi dodatkowe korzyści poprzez budowanie partnerstwa między zainteresowanymi stronami, oferuje pomoc przy tworzeniu sieci kontaktów i dzielenie się dobrymi praktykami.

Większość problemów poruszonych w *Zielonej Księdze* dotyczy także kadr polskiego systemu opieki zdrowotnej. Szczególnie istotne są problemy wynikające ze zmian demograficznych, narastających niedoborów kadrowych (zwłaszcza personelu pielęgniarskiego), luk w programach szkoleniowych i zwiększającej się migracji pracowników. Ponadto bardzo aktualny jest dla nas problem braku rzetelnych i kompleksowych danych na temat dostępnego i potrzebnego personelu systemu zdrowotnego, co utrudnia, a czasami wręcz uniemożliwia rzetelne planowanie i realizację świadczeń.

Niezmiernie istotne jest zapoznanie się z postulatami przedstawionymi przez Komisję Europejską w *Zielonej Księdze*, ale przede wszystkim należy oddolnie rozpocząć działania naprawcze sytuacji pracowników ochrony zdrowia. Konieczne są więc intensywne działania na szczeblu lokalnym/regionalnym i krajowym. Aby móc skutecznie i efektywnie włączyć się w przedstawiony wyżej program na poziomie UE, należy jak najszybciej usprawnić proces gromadzenia danych na temat pracowników ochrony zdrowia oraz poprawić przepływ informacji i planowania kadr systemu. Konieczna jest ścisła współpraca różnych podmiotów odpowiedzialnych za kształtowanie i funkcjonowanie zasobów ludzkich systemu: Ministerstwa Zdrowia, akademii medycznych/universytetów medycznych, stowarzyszeń zawodowych i samorządów zrzeszających profesjonalistów medycznych, płatników świadczeń, samorządów lokalnych i kadry zarządzającej jednostkami opieki zdrowotnej.

Abstract:**European Commission Green Paper on the European Workforce for Health – goals and main postulates of the document**

Key words: human resources, public health, health care system, European Union

Green Paper on the European Workforce for Health in Europe is a very important document, and decisions made in its light will affect European Union health policy for years to come. Health policies across Europe should be coordinated so that recommended guidelines, designed to reduce inequities, with monitoring to promote their use in a consistent manner across the EU, particularly but not exclusively by addressing the social determinants of health.

Health services are one of the largest groups of employers in most developed countries, and therefore they constitute an important component of national economies. To improve the health of the populations of Europe, and equity of health status, public health education and research need to be a leading part of the health workforce development programme of the EU.

EU health systems have to perform a difficult balancing act, firstly between increasing demands on health services and restricted supply; secondly between the need to respond to people's health needs locally but also to be prepared for major public health crises.

There are a number of challenges facing health systems in Europe.

- 1) Policy makers and health authorities have to face the challenge of adapting their healthcare systems to an ageing population.
- 2) The introduction of new technology is making it possible to increase the range and quality of healthcare in terms of diagnosis, prevention and treatment, but this has to be paid for and staff need to be trained to use it.
- 3) There are new and re-emerging threats to health, for example from communicable diseases.
- 4) All of this is leading to continually increasing spending on health and indeed is posing major longer-term issues for the sustainability of health systems in some countries.

To respond adequately to these challenges requires health systems to have efficient and effective work forces of the highest quality as health services are very labour intensive. Challenges facing the EU public

health situation population include ageing, migration, and include infectious and non-infectious diseases, including cardiovascular diseases and cancer, nutritional conditions, disaster preparation, and injury control; along with many other issues of public health, such as management and priorities of health care systems. All are crucial for the future quality of life in Europe. A professional public health workforce is essential for society to be able to meet these public health challenges with high standards of cost-effective interventions.

Piśmiennictwo:

1. *Comments from the Association of Schools of Public Health in the European Region on the European Commission Green Paper on the European Workforce for Health*, www.aspher.org/pliki/pdf/GreenPaperEurWorkforceForHealth_ASPHER.
2. Dubois C., Mc Kee M., Nolte E., *Human Resources for Health in Europe*, Open University Press, United Kingdom 2006.
3. *European Commission Green Paper on the European Workforce for Health*, Brussels, 10 grudnia 2008.
4. WHO, *Human resources for Health in the WHO European Region*, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 2006.
5. *Response of the European Health Management Association to the European Commission Green Paper on the European Workforce for Health*, www.ehma.org/files/.
6. *Stanowisko Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego w sprawie Zielonej Księgi pracowników służby zdrowia w Europie*, <http://www.ptp.na1.pl>.

O autorce:

dr n. med. Alicja Domagała – adiunkt w Zakładzie Polityki Zdrowotnej i Zarządzania Instytutu Zdrowia Publicznego Wydziału Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków.