

**BG**

**BG**

**BG**



КОМИСИЯ НА ЕВРОПЕЙСКИТЕ ОБЩНОСТИ

Брюксел, 10.12.2008  
СОМ(2008) 725 окончателен

**ЗЕЛЕНА КНИГА**

**За работната сила в здравния сектор в Европа**

## СЪДЪРЖАНИЕ

1.	Въведение .....	3
2.	Основание за настоящата Зелена книга .....	4
3.	Правна рамка и основание за действие на равнището на ЕС .....	5
4.	Фактори, които влияят на работната сила в здравния сектор в ЕС и основните въпроси, които очакват отговор .....	6
4.1.	Демография и насърчаване прилагането на устойчиви подходи към работната сила в здравния сектор .....	6
4.2.	Възможности на общественото здравеопазване .....	8
4.3.	Обучение .....	9
4.4.	Управление на мобилността на здравните работници в пределите на ЕС .....	10
4.5.	Миграция на здравни работници в световен мащаб .....	12
4.6.	Данни, които са от полза при вземането на решения .....	13
5.	Въздействието на новите технологии: подобряване на ефективното функциониране на работната сила в здравния сектор .....	15
6.	Мястото на здравните предприемачи сред работната сила .....	16
7.	Политика на сближаване .....	16
8.	Консултации .....	17

## Насърчаване прилагането на устойчиви подходи за опазване на работната сила в здравния сектор в Европа

### 1. ВЪВЕДЕНИЕ

Пред здравните системи в ЕС стои трудната задача да съвместят от една страна нарастващото търсене на здравни грижи и ограниченото им предлагане, а от друга — необходимостта от посрещането по места на здравните нужди на хората, както и наличието на готовност за посрещане на сериозни кризи в общественото здравеопазване.

Съществуват редица предизвикателства пред системите за здравеопазване в Европа.

- Лицата, отговорни за изработването на политики и органите по здравеопазване трябва да се изправят лице в лице с предизвикателството да адаптират системите на здравеопазване спрямо едно застаряващо население. Предвижда се, че в периода между 2008 г. и 2060 г. населението в ЕС-27 на възраст 65 и повече години ще нарасне с 66,9 милиона души и че „хората на преклонна възраст“ (80 и повече години) ще съставляват най-бързо нарастващият сегмент от населението<sup>1</sup>.
- Въвеждането на нови технологии прави възможно увеличаването на разнообразието и качеството в сферата на здравеопазването по отношение на диагностиката, превенцията и лечението, но това има своята цена, а трябва да бъде обучен и персонал за използването на тези технологии.
- Съществуват нови и отново появяващи се заплахи за здравето, като например заразните болести.
- Всичко това води до постоянно увеличаващи се разходи за здравеопазване, като поставя сериозни въпроси с дългосрочни измерения относно устойчивостта на здравните системи в някои страни.

За да се отговори адекватно на тези предизвикателства, е необходимо здравните системи да разполагат с ефективна работна сила с най-високо качество, тъй като здравните услуги са много трудоемки. На практика здравеопазването представлява един от най-значимите сектори в икономиката на ЕС, като осигурява трудова заетост на всеки десети от работещите в ЕС, а приблизително 70 % от бюджетите за здравеопазване са заделени за заплати и други разходи, които са пряко свързани с трудовата дейност на работната сила в здравния сектор<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> Прогнози за населението по страни, основани на данни от 2008 г., сценарий за конвергенция EUROPOP 2008.

<sup>2</sup> Dubois C, Mc Kee M, Nolte E (2006 г.) Human Resources for Health in Europe („Човешки ресурси в здравния сектор в Европа“), Open University Press, England.

Графика 1: Обхват на работната сила в здравния сектор



## 2. ОСНОВАНИЕ ЗА НАСТОЯЩАТА ЗЕЛЕНА КНИГА

В здравната стратегия на Европейската комисия, приета през октомври 2007 г. и публикувана в Бялата книга „Заедно за здраве“ се лансира нов подход, чиято цел е да гарантира, че ЕС прави всичко възможно, за да се справи с такива предизвикателства като заплахите за здравето, пандемията, бремето на свързаните с начина на живот болести, неравенството и промяната в климата в разширена Европа с 27 държави-членки. Целта ѝ е да съдейства за добро здраве в застаряваща Европа, като насърчава поддържането на добро здраве през целия живот, предпазва гражданите от заплахите за здравето и като оказва подкрепа на динамични здравни системи и нови технологии.

Настоящата Зелената книга има за цел да наблегне на въпросите, които стоят пред работната сила на ЕС в здравния сектор, да спомогне за добиването на една по-ясна представа за степента, в която местните и/или национални ръководни кадри в областта на здравеопазването са изправени пред едни и същи предизвикателства, и да осигури една по-добра основа за определяне на онова, което може да бъде направено на равнището на ЕС, за да се намерят отговори на тези проблеми по един ефективен начин, който не оказва отрицателно въздействие върху здравните системи извън ЕС.

Зелената книга се стреми да опише колкото е възможно по-точно общите за всички държави-членки предизвикателства, пред които е изправена работната сила в здравния сектор на ЕС: демографското измерение (застаряващо население в световен мащаб и застаряваща работна сила в здравния сектор), което означава, че е налице недостиг на попълнения от млади хора в системата, които да заместят напускащите; разнообразието от работна сила в здравния сектор; недостатъчната привлекателност за младите поколения на повечето професии в сектора на здравеопазването и общественото здраве; миграцията на здравни работници в пределите на ЕС и извън него; нееднаквата мобилност в рамките на ЕС — по-специално придвижването на някои здравни

специалисти от по-бедните към по-богатите страни в ЕС, а така също и „изтичането на мозъци“ от трети страни.

Втората цел на настоящата Зелена книга е да спомогне за набелязването на областите, в които според Комисията могат да се предприемат по-нататъшни действия, и да даде начало на обсъждането им.

### 3. ПРАВНА РАМКА И ОСНОВАНИЕ ЗА ДЕЙСТВИЕ НА РАВНИЩЕТО НА ЕС

Член 152 от Договора за ЕО гласи, че „Действията на Общността в областта на общественото здраве зачитат изцяло задълженията на държавите-членки да организират и предоставят здравни услуги и медицински грижи“. Същевременно в същия член се подчертава, че Общността следва да насърчава сътрудничеството между държавите-членки и да окуражава координирането на техните политики и програми.

Следователно действията на Общността имат за цел да допълват националните политики. Основната отговорност за организирането и предоставянето на здравни услуги принадлежи на държавите-членки, но ЕС играе важна роля при осигуряването на подкрепа за държавите-членки и при осигуряването на добавена стойност посредством установяването и поддържането на контакти и обмена на добри практики.

Освен това Договорът за ЕО и вторичното законодателство предвиждат правила, които трябва да бъдат спазвани от държавите-членки при организирането на здравния им сектор.

Що се отнася до вторичното законодателство, показателните в това отношение примери включват директивите на Европейската общност в областта на трудовото право, като например Директивата за работното време, в която се определя максимална продължителност за работното време и се определят задължителни минимални дневни и седмични периоди за почивка, с цел опазване на здравето и безопасността на работниците. В директивата се съдържат общи минимални изисквания за всички държави-членки, но всяка държава-членка, ако желае, е свободна да прилага правила, които са по-благоприятни по отношение на закрилата на работниците.

Решенията на Съда за времето на разположение и компенсационната почивка повдигат важни въпроси относно здравните услуги и предоставянето на грижи<sup>3</sup>. Комисията вече излезе със законодателни предложения<sup>4</sup>, които понастоящем са предмет на обсъждане в Съвета и в Европейския парламент<sup>5</sup>.

---

<sup>3</sup> Като определя, че времето, прекарвано от здравните специалисти на разположение, трябва да се счита за работно време, дори ако те почиват, и при условие че от тях се изисква да останат на работното място, Съдът признава, че лекарите, например, работят повече от 48 часа на седмица в повечето държави-членки. За да се съобразят с това решение, някои държави-членки ще трябва да положат значителни усилия за наемането на персонал, което невинаги е възможно.

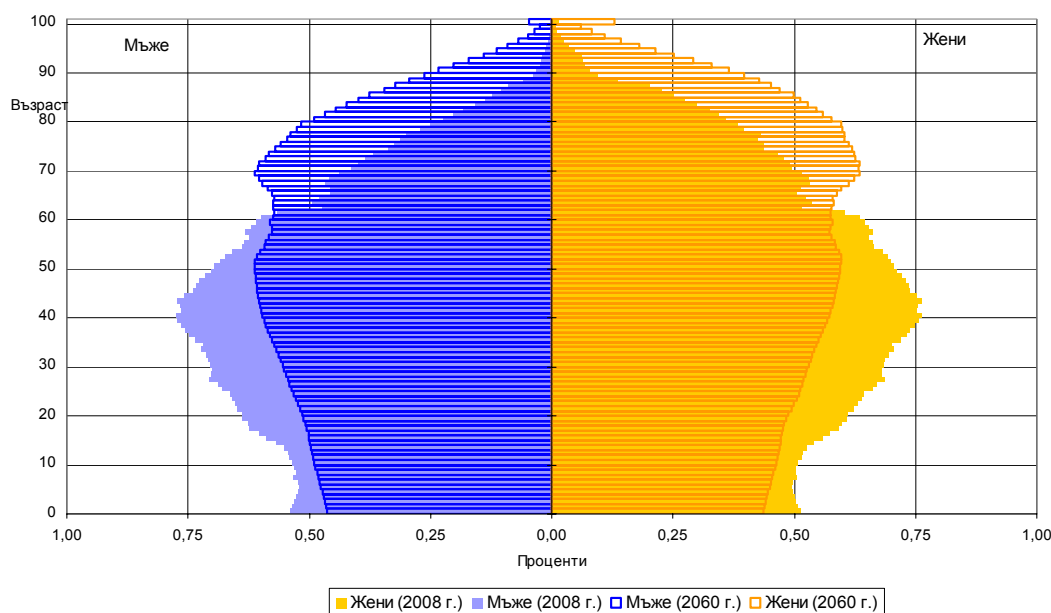
<sup>4</sup> COM(2004) 607 (предложение за изменение на Директива 2003/88/ЕО); COM(2005) 246 (изменено предложение, в което се взема предвид становището на Европейския парламент).

<sup>5</sup> Обща позиция на Съвета, 15 септември 2008 г.; Съобщение на Комисията до Европейския парламент за общата позиция — COM(2008) 568.

#### 4. ФАКТОРИ, КОИТО ВЛИЯТ НА РАБОТНАТА СИЛА В ЗДРАВНИЯ СЕКТОР В ЕС И ОСНОВНИТЕ ВЪПРОСИ, КОИТО ОЧАКВАТ ОТГОВОР

##### 4.1. Демография и насърчаване прилагането на устойчиви подходи към работната сила в здравния сектор

Гражданите живеят по-дълго и в по-добро здраве. Продължителността на живота се увеличава постоянно от 50-те години на 20-ти век насам с около 2,5 години за десетилетие и се очаква да продължава да се увеличава.



Графика 2: Прогноза за населението за периода 2008—2060 г.

При застаряващо население е особено важно хората да остаряват в добро здраве. Броят на преживените в добро здраве години трябва да бъдат максимално увеличени. Същевременно обаче, тъй като животът става по-дълъг, очаква се хората в напреднала възраст със сериозни увреждания, които се нуждаят от дългосрочни грижи, да бъдат все повече<sup>6</sup>. Тъй като за старостта са характерни множество хронични заболявания, това ще окаже влияние на предоставянето на грижи. Освен това вероятно е търсенето на професионално предоставяне на грижи да се повиши предвид вероятното намаляване на броя на непрофесионалните болногледачи в резултат на променящите се семейни структури.

Населението застарява — застарява и работната сила. В периода между 1995 г. и 2000 г. броят на лекарите на възраст под 45 години в цяла Европа е намалял с 20 %, а броят на онези на възраст над 45 години се е увеличил с повече от 50 %. Средните стойности се покачват и за сестринския персонал — в пет държави-членки близо половината от сестринския персонал е на възраст над 45 години<sup>7</sup>. Тъй като сегашният персонал се

<sup>6</sup> ОИСП: Trends in Severe Disability among Elderly People DELSA/HEA/WD/HWP (2007) („Тенденции при сериозните увреждания на хората в напреднала възраст“).

<sup>7</sup> WHO Observatory Policy series 2006 (Издание на СЗО).

добривава до пенсионна възраст, трябва са има достатъчен брой млади попълнения, за да го заместят.

Присъствието на жените сред здравните работници по правило е значително и се повишава. Като цяло жените съставляват около три четвърти от работната сила в здравния сектор в ЕС, а в някои държави-членки приемът на жени в медицински учебни заведения възлиза понастоящем на повече от 50 %<sup>8</sup>. Така че е от особено голямо значение да се насърчава приемането на мерки в стратегиите за човешките ресурси, с които се цели постигане на равенство на половете.

В Пътната карта за равенство на жените и мъжете за периода 2006—2010 г.<sup>9</sup> са изброени поредица от действия, чиято цел е да бъде постигната еднаква икономическа независимост и еднакво участие на жените и мъжете в процеса на вземане на решения, и се предлага поредица от мерки за по-добро съвместяване на работа, семейство и личен живот.

Ключът към поддържането на достатъчна работна сила предвид предстоящото пенсиониране на поколението, родено по време на демографския взрив след Втората световна война, се състои в това да бъдат обучени, наемани и задържани на работа млади специалисти, като същевременно се инвестира отново в работната сила в по-зряла възраст.

**Фактори, които оказват влияние, и възможни области на действие:**

- Оценяване на нивото на разходите за работна сила в здравния сектор
- Осигуряване на по-добри условия на работа за здравните работници, увеличаване на мотивацията и самочувствието на персонала
- Обмисляне на кампании за наемане и обучение на служители, по-специално с цел извличане на полза от нарастването на дела на работещите лица на възраст над 55 години и лицата, които вече нямат семейни задължения
- Организиране близо до дома или в структурите на общностите по места на процедури за лечение на хронични болести и предоставяне на дългосрочни здравни грижи
- Осъществяване на по-ефективно разгръщане на наличната работна сила в здравния сектор
- Обмисляне на кампании от типа „да практикуваме отново“ с цел привличането на онези, които са напуснали здравния сектор
- Насърчаване в по-голяма степен на социално и етническо многообразие при наемането на работа
- Повишаване на осведомеността в училищата относно широките

<sup>8</sup> WHO Observatory Policy series 2006 (издание на СЗО).

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



#### 4.2. Възможности на общественото здравеопазване

Осигуряване на общественото здраве означава съвкупност от разнообразни дейности по опазване и подобряване на здравето на населението като цяло, усилия за преодоляване на свързаното със здравето неравенство, както и грижа за потребностите на групите от населението в неравностойно и уязвимо положение. Това включва извършването на оценки на потребностите в областта на здравеопазването и оценки на въздействието върху здравето с цел планиране на обслужването, здравна превенция (напр. чрез програми за ваксинация и скрининг), насърчаване на здравословния начин на живот и здравно обучение, осигуряване снабдяването с кръв, епидемиологично наблюдение, планиране на мерки и реагиране на инфекциозните заболявания, пандемии, природните и предизвиканите от човешка дейност бедствия, включително онези, които се дължат на промяната в климата.

Насърчаването на здравословен начин на живот и превенцията на болестите са важни не единствено сами по себе си, а могат да снижат в значителна степен бъдещото търсене на услуги по предоставянето на лечение и грижи. Работната сила в общественото здравеопазване в целия ЕС трябва да притежава подходяща квалификация и достатъчен капацитет, за да може да осъществява ефективно всички тези дейности, а това трябва да бъде заложено в плановете за обучение и наемане на работа.

Специално внимание ще изисква и здравето на работното място, тъй като безопасността и здравето на работното място са два важни определящи цялостното общественото здраве фактора. Работата по проблеми като злополуките на работното място ще продължи, но новите елементи като например промените в ритъма на работа, новите технологии на работното място, постигането на равновесие между личния живот и работата, трудовата мобилност и свързаният с работата стрес изискват без изключение обръщането на специално внимание на безопасността и здравето на работното място като два важни определящи за доброто общественото здраве фактора. Наскоро приетата стратегия за безопасност и здраве на работното място за периода 2007—2012 г. (СОМ(2007) 62) предвижда поредица от амбициозни цели, които държавите-членки се споразумяха да следват и подкрепят. Постигането на тези цели, обаче, зависи в значителна степен от наличието в здравния сектор на необходимата работна сила със специфична квалификация като например лекари и сестри в областта на трудовата медицина, здравни инспектори и инспектори по безопасност.

#### **Фактори, които оказват влияние, и възможни области на действие:**

- Подобряване на капацитета за извършването на скрининг, насърчаването на здравословен начин на живот и превенцията на болести
- Събиране на по-качествена информация относно настоящите и потенциалните потребности на населението в областта на здравеопазването, за да може да се планира бъдещото развитие на работната сила в сектора на общественото здраве
- Насърчаване на научните специализации в учебните заведения, като се разясняват възможностите за кариера в по-малко познатите професии в

областта на общественото здраве (биолози, епидемиолози, и др.)

- Увеличаване видимостта в държавите-членки на Европейската агенция за безопасност и здраве при работа (OSHA) чрез оповестяване на съществуването ѝ направо по работните места
- Повишаване на престижа на дейността на лекарите, занимаващи се с трудова медицина, и предоставяне на стимули на лекарите да се посветят на тази специалност

### 4.3. Обучение

Възможностите за обучение са също въпрос, на който следва да се отдели внимание при планирането на работната сила. Ако има нужда от повече лекари, сестри и друг персонал, ще бъде необходимо създаването на повече места в университетите или в заведенията за обучение, като ще трябва да се предвиди и по-многоброен преподавателски персонал, който да ги обучава. Това ще изисква както планиране, така и инвестиции.

Държавите-членки ще трябва да направят оценка на видовете специалисти, които ще са нужни, като отчитат, че здравните лечения се променят с въвеждането на нови технологии, как се отразява наличието на застаряващо население на картината на заболяванията и увеличаването на пациентите в напреднала възраст с множество хронични заболявания. Специфичен проблем се поставя от факта, че по-честото пътуване и увеличената мобилност увеличават също и риска от разпространението на болести, които до този момент са били по-често срещани в тропическите страни. Това изисква включването на нов аспект в обучението на клиничните специалисти и на лицата, участващи в наблюдението на заразните болести.

#### **Фактори, които оказват влияние, и възможни области на действие:**

- Усилия за разработването на такива програми за обучение, при които се вземат предвид специалните нужди на хората с увреждания (те следва да получават същото качество на грижи като пациентите без увреждания, като е необходимо да им се предоставят и специфичните здравни услуги, от които се нуждаят<sup>10</sup>)
- Отдаване на внимание на постоянното професионално развитие на здравните специалисти. Опресняването на професионалните умения подобрява качеството на здравните резултати и осигурява безопасността на пациентите
- Разработване на курсове за обучение, които са насочени към насърчаване на завръщането в редиците на работната сила на работниците в по-зряла възраст

<sup>10</sup> Както гласи член 35 от Конвенцията на ООН за правата на хората с увреждания, подписана от всички държави-членки и от Европейската общност.

- Предоставяне на здравни специалисти на обучение по управление
- Способстване за сътрудничеството между държавите-членки при управлението на *numerus clausus* за здравни работници и предоставянето на възможност на държавите-членки да бъдат по-гъвкави
- Създаване на възможности за предоставянето на езиково обучение с цел подпомагане на евентуалната мобилност
- Създаване на механизъм на равнището на ЕС, напр. Обсерватория за работната сила в здравния сектор, която ще подпомага държавите-членки при планирането на бъдещия капацитет на работната сила, потребностите от обучение и прилагането на технологични новости

#### 4.4. Управление на мобилността на здравните работници в пределите на ЕС

Свободното движение на хора е една от основните гарантирани от общностното право свободи. Свободното движение на работници е уредено в член 39 от Договора за ЕО и доразвито в Регламент 1612/68<sup>11</sup>, в който се предвижда правото на гражданите на ЕС да работят в друга държава-членка като служители или държавни служители. Правото на установяване е уредено в член 43, в който се предвижда правото на работа като самостоятелно наето лице в друга държава-членка. В член 49 се гарантира правото на свободно предоставяне на услуги. Регламент (ЕИО) № 1408/71 и Регламент за прилагане (ЕИО) № 574/72<sup>12</sup> координират различните схеми за социално осигуряване с цел улесняване упражняването на това основно право на свободно движение. Гражданите на ЕС имат също правото да учат в друга държава-членка при същите условия като лицата с нейната националност.

В Директива 2005/36/ЕО се предвижда признаването на професионалните квалификации с оглед установяването в друга държава-членка и с оглед улесняването на предоставянето на трансгранични услуги в държава-членка, която е различна от тази на установяване. Директивата въвежда и изискване към компетентните органи на приемащата държава и на изпращащата държава да обменят информация относно наложени дисциплинарни наказания или наказателни санкции или каквито и да било други сериозни специфични обстоятелства. Извън регулаторната рамка от страна на професионални организации са предприети някои инициативи, свързани с мобилността на здравните специалисти, като например инициативата относно трансграничните здравни специалисти (Health Professionals Crossing Borders) и пилотната инициатива за професионални карти, като и двете целят подобряване на достъпа до информация,

<sup>11</sup> Регламент (ЕИО) 1612/68 на Съвета от 15 октомври 1968 г. относно свободното движение на работници в Общността.

<sup>12</sup> Регламент (ЕИО) № 1408/71 на Съвета от 14 юни 1971 г. за прилагането на схеми за социално осигуряване на заети лица, самостоятелно заети лица и членове на техните семейства, които се движат в рамките на Общността. Регламент (ЕИО) № 574/72 на Съвета от 21 март 1972 г. за определяне на реда за прилагане на Регламент (ЕИО) № 1408/71 за прилагането на схеми за социално осигуряване на заети лица, самостоятелно заети лица и членове на техните семейства, които се движат в рамките на Общността.

когато има съмнения относно поведението на отделно лице. Напредъкът по тези инициативи трябва да бъде наблюдаван.

Свободното движение на студенти и работници способства здравните специалисти да се отправят там, където са най-необходими. Здравните специалисти, обаче, се местят поради редица причини — за да получат по-добри шансове за кариера и възможности за обучение или по-добро заплащане и условия на труд, като по този начин мобилността може да повлияе положително или отрицателно на различията във и между отделните страни. При това положение някои държави-членки може да не желаят да рискуват с инвестиране в обучението на повече здравни специалисти, ако малка част от тях остават в страната и е налице ниска възвръщаемост на инвестициите.

Ответната реакция с цел справяне с последиците от повишената мобилност е не да бъдат въведени правни ограничения пред свободното движение на студенти или работници, а по-скоро на тези въпроси да бъде обърнато внимание посредством подходящи политики и координация с органите на ЕС и другите държави-членки. Така че увеличената мобилност на работната ръка може да изисква от отговорните за управлението на работната сила на местно и/или национално ниво да преразгледат адекватността на политиката им на набиране на персонал и на мерките за професионално развитие.

Гражданите също се ползват от права на достъп до здравеопазване в други държави-членки. Предлаганата директива за трансгранично здравно обслужване има за цел да осигури прилагането на общи принципи за трансгранично здравно обслужване в ЕС. Един от основните елементи в тази директива е осъзнаването на потенциала на европейското сътрудничество в области, в които то е полезно, включително в граничните райони, посредством европейски референтни мрежи от специализирани центрове, посредством мрежата на ЕС за оценка на здравните технологии или посредством електронно здравеопазване (е-Здраве).

#### **Фактори, които оказват влияние, и възможни области на действие:**

- Подпомагане на сключването на двустранни споразумения между държавите-членки с цел те да се възползват от съществуващи излишъци от лекари и сестри
- Инвестиране в обучение и наемане на работа на достатъчен здравен персонал, така че да се осигури удовлетворяване на нуждите със собствени средства на равнище ЕС
- Насърчаване на трансграничните споразумения относно обучения и обмен на персонал, които може да спомогнат за управлението на изходящите потоци от здравни работници, при спазване на законодателството на Общността
- Насърчаване на „циркулярното движение“ на персонала (т.е. придвижване на персонал в друга страна с цел обучение и/или придобиване на опит, след което следва завръщане в родните страни с допълнителни знания и умения)
- Създаване на форум или платформа за целия ЕС, който/която да дава възможност на управленските кадри да обменят опит

#### 4.5. Миграция на здравни работници в световен мащаб

Недостигът на здравни работници е в световен мащаб, но проблемът е най-остър в африканските страни на юг от Сахара, където той е достигнал кризисни измерения<sup>13</sup>. Това положение се усложнява от увеличеното търсене и конкуренция за лекарски и сестрински персонал в развитите страни.

Действията в рамките на ЕС в областта на здравето имат сериозни последици в областта на външната политика и на политиката за развитие на ЕС. Докато ЕС не предприеме подходящи стъпки, за да подготвя и задържа достатъчен брой собствени здравни работници, е малко вероятно да намалее неблагоприятното въздействие на миграцията върху здравните системи на развиващите се страни<sup>14</sup>.

В приетата през декември 2005 г. „Стратегия на ЕС за действие по отношение на недостига на човешки ресурси в сектора на здравеопазването в развиващите се страни“<sup>15</sup> и в приетата една година по-късно „Програма за действие за преодоляване на недостига на здравни работници в развиващите се страни (2007—2013 г.)“<sup>16</sup> се признава, че ЕС носи отговорност за предприемането на стъпки за постигане на собствената си цел, свързана с предоставянето на висококачествено здравно обслужване, без да се оказва отрицателно влияние върху ситуацията в страните, които не членуват в ЕС.

ЕС е в процес на разработване на обща имиграционна политика<sup>17</sup>, която включва подходи, целящи да избегнат подкопаването на перспективите за развитие на трети страни, например чрез насърчаването на циркулярната миграция вместо мерки, водещи до задълбочаване на „изтичането на мозъци“. Тези аспекти са съставна част от Глобалния подход към миграцията<sup>18</sup>. Освен това през 2007 г. Комисията излезе с предложение за директива за улеснено допускане в ЕС на висококвалифицирани мигранти<sup>19</sup>. В рамките на това предложение е предвидена клауза, която специално изисква етично наемане на персонал в сектори, в които подобно на здравния сектор съществува недостиг на персонал.

През последното десетилетие бяха създадени Кодекси за поведение за етичното набиране на кадри, чиято цел е намаляване на неблагоприятното влияние на миграционните потоци върху уязвимите здравни системи на развиващите се страни. Обединеното кралство има Кодекс за поведение за международно набиране на персонал<sup>20</sup>, а Норвегия<sup>21</sup> и Нидерландия<sup>22</sup> са публикували стратегии за работната сила,

---

<sup>13</sup> В 57 страни, 36 от които са в Африка, е налице сериозен недостиг на работна сила.

<sup>14</sup> Не само здравните работници от развиващите се страни мигрират. Доктори и сестри напускат и ЕС, за да заемат постове в САЩ, Канада, Австралия и Нова Зеландия.

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

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

<sup>17</sup> Вж. COM(2008) 359, „Обща имиграционна политика за Европа: принципи, действия и инструменти“.

<sup>18</sup> Вж. COM(2006) 735 и COM(2007) 247.

<sup>19</sup> COM(2007) 637 окончателен. Същевременно беше прието и предложение (COM(2007) 638) за друга директива относно единна процедура за кандидатстване за работа и пребиваване и общ набор от права на всички законно пребиваващи работници, които са граждани на трети страни.

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

които включват политики за етично набиране на персонал чрез поставянето на ограничения за активното набиране на персонал от страна на държавата или чрез насърчаване на набирането на персонал въз основа на двустранни споразумения. През 2008 г. на равнището на ЕС комитетът за европейски социален диалог в болничния сектор, който се състои от HOSPEEM (Асоциация на работодателите в болничния и здравния сектор) и EPSU (Европейска синдикална федерация в сектора на обществените услуги) в ролята им на европейски социални партньори, прие общ „Кодекс за поведение и следващи стъпки относно етичното транснационално наемане и задържане на персонал“<sup>23</sup>, който цели да насърчава етично поведение и да прекрати неетичните практики при трансграничното наемане на здравни работници.

ЕС е поел задължението да разработи кодекс за поведение за етичното наемане на работа на здравни работници от страни, които не членуват в ЕС, и да предприеме други стъпки за минимизиране на отрицателните и максимално увеличаване на положителните последици за развиващите се страни, които произтичат от имиграцията на здравни работници към ЕС<sup>24</sup>. Нуждата от изпълнение на поетите задължения се потвърждава в приетия през септември 2008 г. доклад за напредъка по изпълнението на програмата за действие.<sup>25</sup>

#### **Фактори, които оказват влияние, и възможни области на действие:**

- Налагане на набор от принципи, които да бъдат следвани при наемането на работа на здравни работници от развиващи се страни и въвеждане на методи за наблюдение
- Осигуряване на подкрепа за СЗО във връзка с работата ѝ по разработването на световен кодекс за поведение за етично набиране на кадри
- Насърчаване на двустранни и многостранни споразумения с държавите на произход и разработване на механизми за подпомагане на циркулярната миграция<sup>26</sup>

#### **4.6. Данни, които са от полза при вземането на решения**

Всички изложени въпроси представляват предизвикателства за хората, отговорни за планирането, както и за доставчиците и управленските кадри в системите на здравеопазване. Положението се усложнява поради липсата на сравними данни и

<sup>21</sup> (Наемане на здравни работници: към солидарност в глобален мащаб) 2007 г.

<sup>22</sup> План за действие „Работа в здравния сектор“, 2007 г.

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

<sup>24</sup> Европейски парламент: „Стратегия на ЕС за действие по отношение на недостига на човешки ресурси в сектора на здравеопазването в развиващите се страни“ и COM(2006) 870, Съобщение на Комисията до Съвета и Европейския парламент: програма за действие за справяне с критичния недостиг на здравни работници в развиващите се страни (2007—2013 г.)

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

<sup>26</sup> Циркулярната миграция е свързана с отиването на персонала в друга страна с цел обучение и/или придобиване на опит, след което следва завръщане в родните страни с допълнителни знания и умения. Привлекателните стимули могат да бъдат под формата на одобрен план за кариера, така че лицето, което се завръща в страната си, да бъде назначавано на длъжност и да получава заплата, която отчита придобития опит.

информация за целия ЕС, като например относно броя на здравните работници, които се обучават и които са наети на работа, тяхната специализация, географското им разпределение, възраст, пол и страна на произход. Предвид факта, че недостигът на персонал в една част на Европа може да окаже влияние другаде, от ключово значение за целите на планирането и предоставянето на здравни услуги от страна на всички здравни органи на територията на ЕС е наличието на информация, която обхваща цяла Европа.

В изработен за СЗО доклад от 2006 г.<sup>27</sup>, който се състои от 5 посветени на отделни държави изследвания — Естония, Германия, Литва, Полша и Обединеното кралство — се констатира, че никоя от тях не може да предостави точна и пълна информация относно международните потоци от здравни специалисти. Най-популярният начин за измерване на потоците се основава на сертификатите, изготвени от компетентните органи („проверки“). Това позволява извършването на обща годишна оценка на това колко специалисти обмислят преместване в друга страна, като същевременно не всички от тях действително се местят, а други може да подават заявления повече от веднъж. Например в доклада за Естония се отбелязва, че от 344 лекари, на които са които са били издадени сертификати, действително са емигрирали само 182.

Европейската комисия събира данни относно решенията за признаване на квалификациите, които са обхванати от секторните системи за признаване. Тези данни са обобщени на следната уебстраница:

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

Те показват движението към или намерението за практикуване в друга държава-членка. Тъй като, обаче, няма допълнителна информация за това дали специалистът действително е заел пост в друга държава-членка, дали се е преместил в трета държава или се е върнал в собствената си страна, тези данни могат да бъдат използвани само като заместител при липсата на по-подробна информация.

Други събирани от ЕВРОСТАТ данни за броя на здравните специалисти зависят от информацията, която се събира от различните държави-членки. Тези данни са достъпни на следната уебстраница:

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

Освен това в процес на подготовка е подкрепян от ЕС проект на ОИСР относно миграцията на здравните работници в рамките на страните от ОИСР/ЕС-25, който в бъдеще ще обхване и други здравни специалисти. Този проект ще предостави полезна информация, но не може да гарантира пълната сравнимост на използваните данни поради различните процеси на регистрация и различията между държавите-членки що се отнася до степента на централизация на събирането на данни.

През ноември 2006 г. Европейската мрежа за миграцията (EMN)<sup>28</sup> предприе проучване в областта на управлението на миграцията в здравния сектор, при което участват

---

<sup>27</sup> Health Worker Migration in the European Region: Country Case Studies and Policy Implications, Buchan J, Perfileva G. („Миграцията на здравни работници в европейския регион: изследвания на отделни страни и отражение върху провежданата политика“).

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

единадесет от нейните национални центрове за контакт. Проучването установи, че данните са ограничени, особено що се отнася до онези здравни работници в ЕС, които са граждани на трети страни, и често са разпръснати между няколко източника, дори в рамките на една и съща държава-членка.

**Фактори, които оказват влияние, и възможни области на действие:**

- Хармонизиране или стандартизиране на индикаторите за работната сила в здравния сектор
- Внедряване на системи за наблюдение на потоците от здравни работници
- Осигуряване наличието и сравнимостта на данните относно работната сила в здравния сектор, и по-специално с оглед на определянето на конкретните движения на определени групи от работната сила в здравния сектор

**5. ВЪЗДЕЙСТВИЕТО НА НОВИТЕ ТЕХНОЛОГИИ: ПОДОБРЯВАНЕ НА ЕФЕКТИВНОТО ФУНКЦИОНИРАНЕ НА РАБОТНАТА СИЛА В ЗДРАВНИЯ СЕКТОР**

Напредъкът в здравеопазването зависи от научните и технологичните постижения. Новите технологии влияят на това, което може да се постигне и на начина, по който е организирано и предоставяно здравеопазването. Новите технологии понастоящем позволяват на здравните работници да обменят информация по-лесно и да работят съвместно в по-тясна връзка, като така се подобрява общото равнище на грижи. При някои болести и пациенти технологиите могат да позволяват прехвърлянето на значителна част от грижите от болниците към структурите на общностите по места и към структурите за първични медицински грижи, а дори и към домовете на пациентите, като това води до подобряване на качеството на живот и до по-успешното оползотворяване на ресурсите.

В краткосрочен план новите технологии като телемедицината могат да осигурят по-добро предоставяне на здравно обслужване в отдалечени райони или в райони, в които се изпитва недостиг на здравни работници. Съществуват райони в ЕС например, в които телемедицината позволява предоставянето на услуги за диагностициране от разстояние, а дистанционното диагностициране на мамографските снимки спомага за подобряването на достъпа и услугите за пациентите.

Въвеждането на нови технологии налага здравните работници да получат подходящо обучение и, ако е необходимо, и преквалификация, за да могат да ги използват. Освен това ще бъде и необходимо да се спечели одобрението на работната сила в здравния сектор за използването им, което понякога може наруши установените работни методи и структури. Съобщението на Комисията за „Телемедицината в полза на пациентите, обществото и икономиката“ предлага европейска рамка за справяне с някои от тези предизвикателства.

**Фактори, които оказват влияние, и възможни области на действие:**

- Осигуряване на необходимото обучение, за да се позволи на здравните специалисти да използват в максимална степен новите технологии



- Предприемане на действия за насърчаване използването на нови информационни технологии
- Осигуряване на оперативната съвместимост на новите информационни технологии
- Осигуряване на по-добро разпространение на новите технологии в рамките на ЕС

## 6. МЯСТОТО НА ЗДРАВНИТЕ ПРЕДПРИЕМАЧИ СРЕД РАБОТНАТА СИЛА

Някои здравни специалисти като лекари, психолози, зъболекари, подолози, физиотерапевти и ерготерапевти, работят като предприемачи, които управляват собствени кабинети или медицински центрове и назначават персонал. Политиките на Комисията за подобряване на бизнес климата в Европа, за оказване на подкрепа и за окуражаване на предприемачеството оказват влияние върху тези дейности. Наскоро беше публикувано съобщение на Комисията относно „Малките и средните предприятия (МСП) — ключ към засилен растеж и заетост. Средносрочен преглед на модерната политика по отношение на МСП“ (4 октомври 2007 г.), в което се признава значението на приноса на МСП за осъществяването на целите на стратегията от Лисабон — насърчаване на икономическия растеж и създаване на нови и по-добри работни места. Такива предприемачи могат да спомогнат за повишаване на европейския растеж и да стимулират иновации, местно развитие, обучение и трудова заетост, както и да спомогнат за подобряване на достъпа до здравеопазване.

Законодателният текст за малките предприятия (SBA) е ключов елемент в стратегията на ЕС за растеж и работни места (Съобщение на Комисията „Мисли първо за малките! „Small Business Act“ за Европа“ — COM(2008) 394). В него се съдържа набор от общи за всички принципи, които да направляват политиката в областта на МСП, както и предложения за действия в посока на прилагането на принципите на практика. В него се отделя засилено внимание на насърчаването на предприемачеството, като при разработването на политики и при подкрепата за растежа на МСП се залага принципът „Мисли първо за малките!“.

### **Фактори, които оказват влияние, и възможни области на действие:**

- Насърчаване навлизането в здравния сектор на по-голям брой предприемачи с оглед както на по-доброто планиране на предоставяните здравни грижи, така и с оглед на създаването на нови работни места
- Проучване на препятствията, съществуващи за предприемаческата дейност в здравния сектор

## 7. ПОЛИТИКА НА СБЛИЖАВАНЕ

Развитието на работната сила в здравния сектор на ЕС е свързано и с политиката на сближаване. По силата на сега действащата правна рамка за развитието на работната сила в здравния сектор е възможно използването на структурни фондове.

Стратегическите насоки на Общността за политиката на сближаване, в които се определят приоритетите за използването на структурните фондове през периода 2007—2013 г., съдържат нарочен раздел, в който се описва целта за „Подпомагане на поддържането в добро здравословно състояние на активното население“. Регламентът за Европейския социален фонд (ЕСФ) от юли 2006 г. (Регламент (ЕО) № 1081/2006) поставя удължаването на активната възраст и „внасянето на подобрения в областта на здравеопазването“ сред приоритетните сфери на действие на ЕСФ. Във връзка с това някои държави-членки (предимно нови) планират сериозни инвестиции в образованието и обучението на здравни специалисти чрез използването на ЕСФ. Освен това близо 5,2 милиарда евро от Европейския фонд за регионално развитие ще бъдат инвестирани в здравна инфраструктура. Ефективното използване на структурните фондове за подобряването на уменията и познанията на работната сила в здравния сектор и за развитието на здравна инфраструктура може наистина да допринесе за подобряването на условията на работа и за увеличаване на качеството на здравните услуги, като по този начин се намалят разминаванията в нивото на здравеопазване и се засили сближаването вътре в държавите-членки и между тях.

**Фактори, които оказват влияние, и възможни области на действие:**

- Използване в по-голяма степен на подкрепата на структурните фондове за обучение и преквалификация на здравните специалисти
- По-добро използване на структурните фондове за развитието на работната сила в здравния сектор
- Засилване използването на структурни фондове за инфраструктура с цел подобряване на условията на работа

## **8. КОНСУЛТАЦИИ**

Европейската комисия призовава всички заинтересовани организации да дадат отговори на повдигнатите в настоящата зелена книга въпроси не по-късно от 31 март 2009 г., за предпочитане на следния електронен адрес: [SANCO-health-workforce@ec.europa.eu](mailto:SANCO-health-workforce@ec.europa.eu)

или на следния адрес:

**European Commission, B-1049 Brussels - Belgium.**

Освен ако участниците в консултацията не заявят противното, службите на Комисията приемат, че те не възразяват отговорите им или части от тях да бъдат публикувани на уебсайта на Комисията и/или да бъдат цитирани в доклади, анализиращи резултатите от процеса на консултация.