

Strategia przyjęta w Peczu

Rola zatrudnienia w sektorze zdrowia dla rozwoju regionalnego

Wyzwanie

- Koszty usług medycznych finansowanych ze środków publicznych sprawiają, że usługi te są świadczone na granicy opłacalności. Sytuacja ta jest wyzwaniem dla wszystkich regionalnych systemów ochrony zdrowia w Unii Europejskiej. W takich warunkach organizacje służby zdrowia muszą mieć zdolność wykazania wartości dodanej inwestycji i wydatków, na które się decydują.
- Na poziomie regionów wydatki w służbie zdrowia związane z zatrudnieniem, zakupem towarów i usług, infrastrukturą oraz zapleczem informatycznym i sprzętowym sięgają od 6 do 9% regionalnego PKB. To znaczący poziom aktywności gospodarczej, choć nie zoptymalizowany w taki sposób, by wносить korzystny wkład w realizację regionalnych programów rozwoju i uzyskać maksymalne korzyści z wydatków na służbę zdrowia dla zdrowia mieszkańców.
- Zbudowanie i utrzymanie skutecznej, elastycznej, zdrowej i innowacyjnej siły roboczej w sektorze zdrowia to jeden ze sposobów na osiągnięcie powyższych korzyści. Ważne jest również wspieranie poprawy zatrudnienia wśród MŚP i organizacji pozarządowych znajdujących się w łańcuchu dostaw, aby docelowo: wspierać powstawanie prężnych lokalnych inicjatyw gospodarczych, które będą konkurencyjne na większych rynkach, powodować zwiększenie zatrudnienia na poziomie lokalnym, jak i prowadzić do poszerzania zakresu umiejętności, poprawy warunków w miejscu pracy i zdrowia populacji oraz wzmocnienia spójności społecznej. Takiej wartości dodanej powinniśmy oczekiwać od organizacji publicznych dysponujących środkami publicznymi.

Znaczenie strategii

- **Decydentom w służbie zdrowia** strategia ta zwraca uwagę na fakt, iż decyzje dotyczące siły roboczej w sektorze zdrowia muszą wiązać się z odstępniem od leczenia chorób o ostrym przebiegu na rzecz profilaktyki schorzeń przewlekłych za pośrednictwem 'służby zdrowia trzeciego wieku' działającej w europejskich regionach. Taka zmiana będzie wymagać (i) międzysektorowego świadczenia usług dostosowanych do potrzeb pacjentów, opiekunów i rodzin, (ii) inwestowania w technologie i wykwalifikowaną siłę roboczą, aby ograniczyć hospitalizację do niezbędnego minimum, oraz (iii) poszukiwania sposobów na zrównoważenie zjawisk imigracji i emigracji przedstawicieli kluczowych zawodów medycznych. Strategia wspiera również zwiększenie roli odpowiedzialności społecznej organizacji służby zdrowia oraz wskazuje na zaangażowanie tychże organizacji w programy niwelowania nierówności w zdrowiu i poprawy zdrowia.

- **Lokalnym organizacjom służby zdrowia**, takim jak szpitale ostre oraz jednostki podstawowej opieki zdrowotnej strategia pomoże wykazać się zaangażowaniem we współpracę z samorządem lokalnym i innymi partnerami w budowaniu wspólnot działających z pełnym zaangażowaniem na poziomie zarówno jednostkowym, jak i organizacyjnym w zakresie świadczenia usług zdrowotnych i gwarantowania wysokiej jakości profilaktycznej opieki zdrowotnej po przystępnych kosztach.
- W przypadku **samorządów regionalnych** na podstawie wcześniejszych doświadczeń można wnioskować, że trwałym i konkurencyjnym zatrudnieniem w służbie zdrowia najefektywniej zarządza się przy znacznej niezależności decyzyjnej na poziomie lokalnym w połączeniu ze ściśle egzekwowaną odpowiedzialnością wobec populacji danego regionu. Ogólnie mówiąc, analizy działań podejmowanych przez poszczególnych partnerów pokazują, że regionalne organy służby zdrowia powinny rozwijać i utrzymywać na wysokim poziomie kompetencje w przewidywaniu zapotrzebowania na opiekę zdrowotną, wprawę w zarządzaniu powiązania z pozostałymi dostawcami usług z sektora zarówno prywatnego, jak i publicznego oraz biegłość we władaniu językiem centralnego Ministerstwa Finansów.
- Dla sektora **MŚP** przyjęcie niniejszej strategii w danym regionie lub w danej społeczności daje wyraźną podstawę do budowania i utrzymywania zdrowej, konkurencyjnej i globalnej siły roboczej.
- Dla stosownych dyrekcji działających w ramach Komisji Europejskiej (**Dyrekcji Generalnej ds. Zatrudnienia, Dyrekcji Generalnej ds. Przedsiębiorczości, Dyrekcji Generalnej ds. Badań Naukowych, Dyrekcji Generalnej ds. Polityki Regionalnej, Dyrekcji Generalnej ds. Zdrowia i Ochrony Konsumentów**) strategia ta stanowi platformę łączącą kompetencje poszczególnych dyrekcji dla uzyskania wartości dodanej na poziomie ogólnoeuropejskim.

Zamierzenie strategii

Strategia ta jest odpowiedzią na wyzwanie, którego sens ujęto w słowach 'health equals wealth', czyli 'zdrowie to bogactwo', a które postawione zostało po raz pierwszy podczas Forum Polityki Zdrowotnej UE w październiku 2003 roku. Niniejsza strategia obejmuje szereg działań z zakresu polityki zatrudnienia na poziomie lokalnym, regionalnym i Komisji Europejskiej. Strategia powstała na podstawie doświadczeń, przykładów i spostrzeżeń zebranych w regionach partnerskich programu Health ClusterNET leżących zarówno w Unii Europejskiej, jak i poza jej granicami. Nie bez znaczenia jest też fakt, iż strategia ta odzwierciedla bieżący rozwój tychże regionów pod kątem wydajności gospodarczej oraz realizacji założeń Strategii Lizbońskiej.

Ogólnie mówiąc, celem forum było „dążenie do ustalenia zaleceń dla organizacji opieki zdrowotnej działających na poziomie regionalnym i lokalnym, aby te mogły wykorzystywać zatrudnienie w sektorze jako element przyczyniający się do (i) zdrowia i spójności społeczności lokalnych, (ii) stwarzania możliwości zatrudnienia dla osób znajdujących się w trudnej sytuacji życiowej, (iii) skutecznego wkładu sektora zdrowia we współpracę z partnerami na poziomie regionalnym i lokalnym w tworzeniu programów rozwoju kwalifikacji i szkoleń”.

Cele strategii

1. Umożliwienie korzystniejszego zaangażowania regionalnych systemów służby zdrowia w rozwój regionalny za pośrednictwem polityki zatrudnienia, planowania i działań przyczyniających się do rozwoju elastycznej, możliwie międzysektorowej, atrakcyjnej, globalnej i dobrej jakościowo siły roboczej.
2. Dołączenie celu, jakim jest globalne zatrudnienie do głównych gałęzi polityki zatrudnienia w sektorze zdrowia dla uzyskania bardziej zróżnicowanej i elastycznej siły roboczej.

3. Zapewnienie europejskim regionalnym systemom ochrony zdrowia elastyczności w podejściu do kwestii zatrudnienia, która zapewni przystępność kosztów siły roboczej w sektorze zdrowia oraz umożliwi jej dopuszczenie do zmian w służbie zdrowia odnośnie priorytetów odzwierciedlających lokalne potrzeby z zakresu usług zdrowotnych i dbania o dobrobyt pacjentów.
4. Stworzenie i utrzymanie siły roboczej w służbie zdrowia, która zapewnić będzie możliwość stałego zatrudnienia dla starzejących się pracowników służby zdrowia w połączeniu z rekrutacją i angażowaniem grup społecznych, które dotychczas były marginalizowane, a więc osób o długim stażu jako bezrobotni, osób pobierających zasiłki chorobowe wypłacane w przypadku niezdolności do pracy oraz zasiłki z opieki społecznej, bezdomnych, osób z problemami z przyswajaniem wiedzy, uchodźców.
5. Wzorowanie się na dobrych praktykach pracodawców z sektora prywatnego w zakresie uatrakcyjniania życia zawodowego wszystkich grup pracowniczych w sektorze publicznej opieki zdrowotnej.

Zalecenia z zakresu polityki zdrowotnej

Poniższe zalecenia z zakresu polityki zdrowotnej podzielono na trzy kategorie regionów. Kategorie te odzwierciedlają sposób, w jaki dwa wskaźniki celów i jeden wskaźnik samooceny definiują regiony partnerskie. Dwa wspomniane wskaźniki celów to zorientowanie na realizację celów Strategii Lizbońskiej oraz wydajność gospodarcza; wskaźniki te zostały opracowane i przekazane przez Europejską Sieć Obserwatoriów Rozwoju Terytorialnego (ESPON). Wskaźnik samooceny odzwierciedla to, jak partnerzy programu oceniają zakres, w jakim inwestycje w sektorze zdrowia w ich regionach przyczynia się do rozwoju regionalnego. Do samooceny przyjęto kryteria umiejscawiające każdy region partnerski na jednym z trzech etapów rozwoju (wczesny etap rozwoju, trwałe postępy, pełne zaangażowanie).

Grupa A: Potencjał gospodarczy, słabe zorientowanie na realizację celów Strategii Lizbońskiej, zaangażowanie sektora zdrowia na etapie wstępnym

Grupa A obejmuje regiony, (i) w których sektor zdrowia znajduje się we wczesnym etapie rozwoju, jeśli chodzi o zapewnienie wkładu inwestycji w sektorze i sektorowych aktywów w rozwój regionalny i takie, (ii) które mają potencjał gospodarczy, ale są słabo zorientowane na realizację celów Strategii Lizbońskiej. W ramach programu HealthClusterNET do tej grupy zalicza się następujące regiony: *Harghita, Zadunaje Południowe, Małopolska, Alentejo, Bazylikata, Słowenia*.

	Del-Dunatel	Małopolska	Alentejo	Bazylikata	Słowenia	Harghita
Publiczna służba zdrowia	x	x	x	x	x	x
Prywatna służba zdrowia	x	x	x		x	
Fundusz zdrowia	Narodowy					
Decentralizacja – fundusz regionalny		x	x	x		
Fundusz ubezpieczeniowy	+/-	Wkrótce			Dobrowolny	x
Wystarczająca liczba lekarzy	Tak	+/-	Nie	Tak	Nie	Nie
Wystarczająca liczba pielęgniarek	Tak	Nie	Nie	Nie	Tak	Tak

We wszystkich regionach zaliczonych do tej grupy funkcjonuje system publicznej służby zdrowia działający na podobnych zasadach, choć z pewnymi różnicami w zakresie finansowania i organizacji opieki zdrowotnej na poziomie lokalnym, regionalnym i ogólnokrajowym:

- Prywatna służba zdrowia działa w Zadunaju Południowym, Małopolsce, Alentejo i Słowenii, ale nie funkcjonuje w Bazylikacie i w regionie Harghita.
- W każdym regionie działa ogólnokrajowy fundusz zdrowia, ale w większości przypadków jest to działanie scentralizowane. Decentralizację wprowadzono jedynie w Małopolsce, Alentejo i Bazylikacie, dzięki czemu regiony te mają wpływ na wydatkowanie funduszy.

- Regiony różnią się również w zakresie poziomu rozwoju i organizacji funduszy ubezpieczeń zdrowotnych. Prywatne fundusze ubezpieczeń zdrowotnych funkcjonują w regionie Harghita i w Słowenii, gdzie obywatele mają również możliwość dobrowolnego wyboru funduszu. W Małopolsce tego typu system zostanie wprowadzony w niedługim czasie, prace nad jego wprowadzeniem prowadzone są również w Zadunaju Południowym.
- Zatrudnienie w sektorze zdrowia przeanalizowano z uwzględnieniem poszczególnych zawodów medycznych. Kwestia migracji personelu medycznego wygląda różnie w poszczególnych regionach, zwłaszcza w odniesieniu do lekarzy i pielęgniarek. Najwyraźniej wystarczające zasoby lekarzy posiada jedynie Zadunaje Południowe i Bazylikata. Sytuacja w Małopolsce jest zrównoważona, ale spodziewane jest zmniejszenie liczby lekarzy i pielęgniarek spowodowane emigracją. W regionach Alentejo, Słowenia i Harghita liczba zatrudnionych lekarzy jest mniejsza od faktycznego zapotrzebowania. Wystarczającą ilością pielęgniarek dysponuje Zadunaje Południowe, Słowenia i Harghita, a zapotrzebowanie na ten typ personelu medycznego zgłaszają Małopolska, Alentejo i Bazylikata.

Z powodu aktualnej sytuacji personelu medycznego występuje zjawisko emigracji do krajów zapewniających lepsze warunki pracy i wyższe płace, zwłaszcza w zachodniej Europie. Imigracja do krajów o większym zapotrzebowaniu na personel medyczny wciąż stwarza szereg problemów, związanych choćby z weryfikacją dyplomów, obywatelstwem, znajomością języka, miejscowymi zwyczajami. Ogólnie mówiąc, imigracja jest zjawiskiem głównie indywidualnym, a nie zorganizowanym bądź uregulowanym formalnymi uzgodnieniami między krajami.

W związku z powyższym dla tej grupy regionów partnerskich określono następujące zalecenia, stanowiące swoistą mapę drogi do postępu w zapewnianiu możliwie najkorzystniejszego udziału zatrudnienia w służbie zdrowia w rozwoju regionalnym:

Zalecenia ogólne

- Regiony unijne muszą opracować i wdrożyć programy umożliwiające sformalizowany i zorganizowany przepływ lekarzy i pielęgniarek z regionów o wystarczających zasobach personelu medycznego do takich, w których występuje deficyt siły roboczej. Należy też podjąć działania na poziomie międzypaństwowym (porównywalne programy nauczania, równoważne dyplomy, rozwiązanie kwestii obywatelstwa) zapewniające zrównoważony przepływ siły roboczej.
- Należy opracować i wdrożyć programy włączania personelu medycznego i socjalnego do systemów zintegrowanego zatrudnienia w regionach. W regionach o niewystarczających zasobach siły roboczej w sektorze zdrowia rozwiązaniem może być zatrudnianie personelu medycznego z wykorzystaniem zjawiska zorganizowanej imigracji dodatkowo wykształconych i odpowiednio doinformowanych specjalistów. Regiony te powinny jednak również rozważyć możliwości zatrudniania personelu pochodzącego z innych regionów kraju, a nie tylko z zagranicy.

Baza strukturalna

- Regiony powinny rozważyć możliwość zawiązywania wielostronnych partnerstw lokalnych między organizacjami z sektorów zdrowia i opieki społecznej finansowanymi ze środków publicznych bądź pochodzących z funduszu ubezpieczeń zdrowotnych, przedstawicielami prywatnej służby zdrowia oraz spółdzielniami socjalnymi. Celem takich partnerstw byłoby uzgadnianie priorytetów w zakresie uatrakcyjniania i zwiększania konkurencyjności zatrudnienia w zróżnicowanym sektorze zdrowia na poziomie regionalnym oraz wkładu, jaki każdy z partnerów mógłby wnieść do realizacji tych priorytetów.
- Inicjowanie i rozwój prywatnej bądź kontraktowej turystyki zdrowotnej (wszczepianie protez stawu biodrowego, stomatologia, kinezyterapia). Jednym z możliwych do zastosowania rozwiązań w tym zakresie jest istniejący model współpracy między

Małopolską, a Wielką Brytanią. W regionach przygranicznych funkcjonuje turystyka zdrowotna polegająca na korzystaniu z uzdrowisk i centrów odnowy biologicznej oraz usług stomatologicznych. Zjawisko to jest jednak mocno zindywidualizowane i opiera się na zasadzie bezpośredniej płatności za usługę.

- Szerszy rozwój międzyregionalnej zorganizowanej turystyki zdrowotnej opartej na umowach zawieranych między regionalnymi i ogólnokrajowymi organami i instytucjami służby zdrowia (zarówno publicznej, jak i prywatnej) oraz z regionalnymi instytucjami ubezpieczeń zdrowotnych, umożliwiającą międzyregionalne świadczenie usług medycznych typu wszczepienie protezy stawu biodrowego, stomatologia, kinezyterapia itp. Takie rozwiązanie umożliwi uniknięcie zamykania szpitali bądź redukcji zatrudnienia w służbie zdrowia, ponieważ zwiększy się zapotrzebowanie na usługi medyczne w regionie. Dodatkowo w regionach, w których długo oczekuje się na wykonanie określonej usługi medycznej pacjenci będą mogli uzyskać pomoc medyczną w krótszym czasie. Co więcej, takie działania doprowadzą do ustanowienia jednolitych standardów jakości zarówno w poszczególnych regionach, jak i w całej Unii.

Zalecenia z zakresu polityki zdrowotnej

Proponowane działania można wykorzystać do rozwiązania problemów w sektorach zdrowia i opieki społecznej występujących w regionach partnerskich. Niemniej jednak aby osiągnąć sukces w tym zakresie, najpierw muszą być spełnione określone warunki:

- Interesariusze lokalni i regionalni powinni przedstawiać innowacyjne pomysły i realizować je w ramach planów rozwoju regionalnego.
- Należy rozpocząć dialog między sektorami zdrowia, zatrudnienia i opieki społecznej na poziomie lokalnym, regionalnym i ogólnokrajowym.
- Należy prowadzić rozmowy i zawierać umowy na poziomie międzyregionalnym stanowiące podstawy do rozwoju nowych struktur.
- Ostatecznie wszyscy partnerzy osiągną wzajemne korzyści (skrócenie list pacjentów oczekujących na zabiegi, odpowiednie wykorzystanie zasobów itd.).

Odpowiedzialność

Ogólna odpowiedzialność powinna obowiązywać na poziomie unijnym i przejawiać się stosowaniem prawodawstwa unijnego oraz innych dokumentów mających na celu ujednoczenie procesów zachodzących między regionami, aby uzyskać porównywalny poziom usług i możliwości zatrudnienia. Ponadto duże znaczenie mają podstawowe interesy regionalnych dostawców usług medycznych, a odpowiedzialność za zachęcanie ich do współpracy ponoszą interesariusze lokalni i regionalni przy udziale decydentów na poziomie ogólnokrajowym.

Grupa B: Słabszy trend gospodarczy, silne zorientowanie na realizację celów Strategii Lizbońskiej, zaangażowanie sektora zdrowia

Do grupy B zakwalifikowano regiony, (i) w których sektor zdrowia jest w pełni zaangażowany w zapewnianie wkładu inwestycji w sektorze i sektorowych aktywów w rozwój regionalny bądź czyni znaczne postępy w tym kierunku oraz (ii) w których występuje słabszy trend gospodarczy, ale przy jednoczesnym silnym zorientowaniu na realizację celów Strategii Lizbońskiej. Regiony zaliczone do tej grupy to *Västsvergie*, *Brandenburgia* i *North West*.

W tej grupie regionów partnerskich określono następujące zalecenia odnośnie polityki zdrowotnej, stanowiące podstawę do dalszego postępu w zapewnianiu możliwie najlepszego wkładu zatrudnienia w sektorze zdrowia w rozwój regionalny. Aby postępować zgodnie z owymi siedmioma zaleceniami uzgodnionymi w tej grupie, należy mieć świadomość potrzeby przekroczenia szeregu barier, zastosowania pewnych bodźców stymulujących przekraczanie tychże barier oraz ustanowienia jasnych reguł obowiązujących w działaniach związanych z polityką zdrowotną.

Bariery

- Synchronizacja działań z zakresu polityki, strategii i finansowania
- Korekta definicji spółdzielni socjalnych znacznie poszerzająca jej zakres
- Zgodność z kwestiami odpowiedzialności w zakresie finansowania na poziomie lokalnym
- Brak zachęty do przedsiębiorczości (spółdzielnie socjalne)

Bodźce

- Gwarancje dla fundatorów (zgodność, umowy typu SLA, umowy świadczenia usług dla społeczności)
- Bodźce finansowe dla personelu o rzadkich specjalnościach służące zatrzymaniu tychże specjalistów tam, gdzie aktualnie są zatrudnieni

Do najważniejszych przejawów skutecznego i trwałego wdrożenia zaleceń z zakresu polityki zdrowotnej należą:

- Korzyści płynące z wykorzystania umiejętności starszego personelu medycznego
- Szkolenia i aktywna rekrutacja wykluczonych przedstawicieli siły roboczej
- Tworzenie nowych rodzajów organizacji socjalnych, które będą w nowatorski sposób odpowiadały bieżącym i przyszłym potrzebom
- Zawieszanie partnerstw publicznych/prywatnych/z przedstawicielami trzeciego sektora w celu budowania zakresu kompetencji odpowiadającego wymogom odnośnie zatrudnienia na poziomie lokalnym
- Zintegrowanie rozwoju w sektorze zdrowia z rozwojem regionalnym
- Pomoc w znajdowaniu zatrudnienia w sektorze zamiast tworzenia przeszkód

Zalecenia z zakresu polityki zdrowotnej

- Standaryzacja zasad zdobywania kwalifikacji z zakresu medycyny w całej Unii – *brytyjskie Ministerstwo Zdrowia pracuje już nad tego typu projektem w kontekście unijnym*
- Zrównoważenie poszczególnych unormowań umożliwiające elastyczną interpretację przepisów na poziomie lokalnym/regionalnym
- Wspieranie spółdzielni socjalnych i MŚP działających w sektorze zdrowia i opieki społecznej
- Kraje notujące napływ wykwalifikowanej siły roboczej mają świadomość strat, jakie tego rodzaju migracja przynosi krajom, z których wyjeżdżają przedstawiciele personelu medycznego i podejmuje działania zmierzające do załagodzenia negatywnych skutków tego zjawiska za pomocą unijnych funduszy strukturalnych
- Poszerzanie świadomości i propagowanie podejścia do rozwoju społeczności lokalnych poprzez wykorzystanie posiadanych aktywów – *Kreitzman, McKnight*
- Uatrakcyjnienie możliwości dalszego zatrudnienia po osiągnięciu wieku emerytalnego, na przykład poprzez zmianę systemu emerytalnego
- Opracowanie różnych podejść do zapewniania zdrowia i dobrobytu w miejscu pracy, choćby na przykładzie Zachodniej Szwecji

Grupa C: Silny trend gospodarczy, silne zorientowanie na realizację celów Strategii Lizbońskiej, zaangażowanie sektora zdrowia

Grupa C obejmuje regiony, (i) w których sektor zdrowia czyni znaczne postępy w kierunku zapewniania wkładu inwestycji w sektorze i sektorowych aktywów w rozwój regionalny oraz (ii) w których występuje silny trend gospodarczy i jednocześnie silne zorientowanie na realizację celów Strategii Lizbońskiej. Regiony należące do tej grupy to *Styria, Etela Suomi, North East, Pais Vasco*.

Ta grupa regionów partnerskich określiła następujące zalecenia, stanowiące swoistą mapę drogi do dalszego postępu w zapewnianiu możliwie najkorzystniejszego udziału zatrudnienia w służbie zdrowia w rozwoju regionalnym.

Do kwestii dotyczących sektora zdrowia, które są wspólne dla wszystkich regionów i krajów ujętych w tej grupie zalicza się finansowanie, niedobory personelu o określonych kwalifikacjach na poziomie regionalnym, dostępność dla pacjentów oraz jakość i bezpieczeństwo. Ograniczanie kosztów, działania zwiększające wydajność i strategie stosowania outsourcingu ograniczają zdolność sektora zdrowia do zatrudniania osób znajdujących się w trudnej sytuacji życiowej. W porównaniu z wcześniejszymi doświadczeniami sytuacja staje się coraz poważniejsza. Znaczna część siły roboczej w sektorze zdrowia to wysoko wykwalifikowany i prawnie usankcjonowany personel medyczny, co stanowi kolejne ograniczenie.

Wszystkie regiony w tej grupie podzielają obawy o zbyt częste zmiany organizacyjne wprowadzane równocześnie ze zbyt rozbudowanymi przepisami na temat siły roboczej w sektorze zdrowia. Te pierwsze ograniczają możliwości długofalowego planowania i zmniejszają wiarygodność, a te drugie mogą stanowić przeszkodę dla inicjatyw lokalnych, a nierzadko również innowacyjności. W odniesieniu do kwestii zasadniczej, jaką stanowią osoby znajdujące się w trudnej sytuacji życiowej zgodnie przyznano, że dla osiągnięcia zadowalających rezultatów potrzebne jest przyjęcie odpowiednich przepisów. Perswazja o podtekście moralnym i odpowiednie bodźce w tym przypadku nie będą wystarczające.

Mapa drogi do wypracowania skutecznej i trwałej polityki zatrudnienia w sektorze zdrowia na poziomie regionalnym i subregionalnym powinna opierać się na następujących elementach:

- **Horyzont czasowy** – Należy wybrać odpowiedni horyzont czasowy dla polityki zatrudnienia. Doraźne projekty raczej nie zakończą się sukcesem. Środowisko musi się przystosować. Należy analizować krzywe uczenia się. Wyniki i ocena wymagają czasu.
- **Działania na poziomie regionalnym** – Należy wziąć pod uwagę sytuację w poszczególnych regionach. Inne projekty unijne pokazały, że strategie regionalne mają wyraźną przewagę.
- **Dokładna analiza** – Politykę zatrudnienia należy opierać na dokładnej analizie potrzeb i możliwości. Na podstawie doświadczeń członków tej grupy można stwierdzić, że w wielu przypadkach taka analiza nie jest przeprowadzana.
- **Prawne uregulowanie polityki zatrudnienia** – Instytucje publiczne i przedsiębiorstwa zawierające umowy z sektorem publicznym powinny kierować się wiążącymi wytycznymi dotyczącymi stosowanej przez nie polityki zatrudnienia osób znajdujących się w trudnej sytuacji życiowej.
- **Odpowiedzialne raportowanie** – Należy stworzyć system odpowiedzialnego raportowania. Oznacza to, że instytucje, które oferują większy wkład muszą mieć możliwość sprawiedliwego zestawiania ich z pozostałymi instytucjami.
- **Wpływanie na nabywców** – Należy stworzyć politykę obowiązującą nabywców w zakresie zatrudniania osób znajdujących się w trudnej sytuacji życiowej przez dostawców.
- **Wspieranie profilaktyki** – Zdrowsze miejsca pracy i możliwości uczenia się przez całe życie przynoszą korzyści zarówno dla pracowników, jak i dla pracodawców.

Działając w oparciu o powyższe wytyczne, sektor służby zdrowia ponosi dwojaką odpowiedzialność: (i) jako pracodawca oraz (ii) jako siła napędowa działań w sektorze publicznym, prywatnym i organizacji pozarządowych w regionach. Poniżej przedstawiono podstawowe zalecenia z zakresu polityki zatrudnienia w służbie zdrowia z uwzględnieniem powyższych rodzajów odpowiedzialności.

Sektor zdrowia jako pracodawca

- Całościową politykę zatrudnienia należy włączyć do podstawowych celów działalności
Sektor służby zdrowia jako znaczący pracodawca ponosi wyjątkową odpowiedzialność za zatrudnianie osób znajdujących się w trudnej sytuacji życiowej.
- Należy wykazać się perfekcją w pełnieniu roli pracodawcy
Zwłaszcza ze względu na posiadaną wiedzę specjalistyczną sektor służby zdrowia może wskazać możliwości wypełniania relacji zatrudnienia (na przykład w zakresie warunków pracy, bezpieczeństwa i higieny pracy, elastycznego zatrudnienia, ciągłego rozwoju zawodowego)

Służba zdrowia jako siła napędowa

- Zwracanie szczególnej uwagi na pacjentów w trudnej sytuacji życiowej
Sektor zdrowia może przyczynić się do osobistego, ekonomicznego i społecznego dobrobytu społeczności lokalnych wykorzystując wspierające i aktywizujące działania z zakresu medycyny pracy do wspomagania osób w trudnej sytuacji życiowej, które szukają zatrudnienia oraz osób, którym grozi utrata pracy.
- Wspieranie działań profilaktycznych
Służba zdrowia może dzięki posiadanej wiedzy specjalistycznej wnieść istotny wkład na różnych poziomach poprzez wspieranie pracowników (medycyna pracy itp.) oraz na poziomie indywidualnym. Nierzadko służba zdrowia to ostatnia deska ratunku, po którą z zaufaniem sięgają osoby w trudnej sytuacji życiowej.
- Nieprzerwane łańcuchy współfinansowanych usług medycznych
Według niepotwierdzonych źródeł lekarze rodzinni i inni przedstawiciele personelu medycznego mają problem ze znalezieniem i wykorzystaniem w swojej pracy usług wsparcia dla osób w trudnej sytuacji życiowej, które są bezrobotne lub którym grozi utrata pracy.
- Wykorzystywanie klauzul socjalnych w kontraktach sektorowych
Dzięki silnej pozycji, sektor zdrowia może wносить znaczny wkład wykorzystując klauzule socjalne.

Podsumowując, w grupie panuje powszechna skłonność do wprowadzania regulacji prawnych dotyczących kwestii zasadniczych. Działaniom tym może z powodzeniem towarzyszyć stosowanie modelu akredytacyjnego opartego na odpowiednich procedurach i wskaźnikach, wykorzystywanego w obszarach, które nie wymagają regulacji prawnych lub nie pozwalają na ich wprowadzenie.

Działania o kluczowym znaczeniu dla wszystkich regionów

Kluczowe działania wymienione poniżej umożliwią regionom skuteczne udoskonalanie wkładu zatrudnienia w służbie zdrowia w rozwój regionalny i realizację celów Strategii Lizbońskiej:

- Przeorientowanie polityki zdrowotnej na profilaktykę chorób przewlekłych oraz promocję zdrowia (które powinni przeprowadzić decydenci zajmujący się opieką zdrowotną).
- Wypracowanie zaangażowania struktur rządowych i ministerialnych w planowanie, finansowanie i wdrażanie międzysektorowe na poziomie regionalnym (powinność rządów poszczególnych krajów).
- Sposoby podejścia do inwestycji kapitałowych w poszczególnych regionach powinny być ze sobą powiązane, aby sprzyjać łączeniu modeli najlepszych praktyk w opiece medycznej, czyli na przykład umożliwiać tworzenie zintegrowanych form opieki (Ministerstwa Zdrowia i Finansów na poziomie regionalnym i ogólnokrajowym).

- Regionalnym decydom naleŹy udostępnic zróżnicowane modele kapitałowe oraz informacje na ich temat, wyraŹnie określając mocne i słabe punkty poszczególnych modeli (Ministerstwa Finansów).
- Odpowiedzialność za podejmowane decyzje w sprawie zatrudnienia w służbie zdrowia naleŹy jednoznacznie przenieść na regiony oraz odpowiednie organizacje (Ministerstwa odpowiedzialne za rozwój regionalny oraz Ministerstwa Finansów).
- NaleŹy wyznaczyć bodźce motywujące do zawiązywania partnerstw między agencjami międzysektorowymi, na przykład poprzez rozwijanie i wykorzystywanie ram i procesów zintegrowanego zarządzania wydajnością (Ministerstwa Finansów i Zdrowia, regionalne systemy opieki zdrowotnej).
- NaleŹy umożliwić lepszy rozwój zintegrowanych systemów informacyjnych, aby usprawnić procesy decyzyjne na poziomie międzyregionalnym w sprawie budowania i udoskonalania lepiej zarządzanych form opieki zdrowotnej (specjaliści i agencje działające na poziomie lokalnym, regionalnym i krajowym).

Korzyści ogólne

- Podejścia do rozwoju siły roboczej umożliwiające organizacjom opieki zdrowotnej zachowanie elastyczności znacznie ułatwią regionalnym systemom opieki zdrowotnej dostosowywanie się do rozwoju medycyny oraz wymogów odnośnie opieki i profilaktyki, które pojawią się w przyszłości. Krótko mówiąc, podejście organizacji służby zdrowia do zatrudnienia jako bodźca dla partnerów i przedsiębiorstw może stymulować rozwój sprawnie działającej przedsiębiorczości lokalnej, wzmacnianie jej konkurencyjności na większych rynkach oraz wspieranie dąŹenia do realizacji celów Strategii Lizbońskiej (rozwoju, konkurencyjności, zatrudnienia).
- Rozwój siły roboczej może dokonywać się w sposób, który wspomaga tworzenie dynamicznych przedsiębiorstw lokalnych zdolnych do konkurowania na szerszych rynkach, stymuluje wzrost zatrudnienia na poziomie lokalnym, powoduje rozbudowanie zaplecza o dodatkowe kwalifikacje, prowadzi do poprawy zdrowia populacji i zdrowia w miejscu pracy oraz wzmacnia spójność społeczną.

Kontakt: Margit Ohr, Koordynator Sieci – ohr@hcn.sote.hu
 Edit Sebestyen, Biuro Informacyjne – edit.sebestyen@hcn.sote.hu

www.healthclusternet.org

Regiony partnerskie: Alentejo (Portugalia), Bazylikata (Włochy), Brandenburgia (Niemcy), Del-Dunantul (Węgry), Etelä-Suomi (Finlandia), Harghita (Rumunia), Małopolska (Polska), North East (Anglia, Partner Wiodący), North West (Anglia), Pais Vasco (Hiszpania), Slovenija (Słowenia), Styria (Austria), Västsverige (Szwecja).