

UNIVERZA V LJUBLJANI
EKONOMSKA FAKULTETA

DIPLOMSKO DELO

PROST PRETOK DELA IN STORITEV V ZDRAVSTVU V EU

Ljubljana, december 2006

VESNA BLAGOJEVIĆ

IZJAVA

Študentka **Vesna Blagojević** izjavljam, da sem avtorica tega diplomskega dela, ki sem ga napisala pod mentorstvom **mag. Sonje Šlander** in dovolim objavo dela na fakultetnih spletnih straneh.

V Ljubljani, dne _____

Podpis: _____

KAZALO

1. UVOD.....	1
2. EVROPSKA UNIJA IN PROST PRETOK DELA.....	2
2.1. ZGODOVINSKI RAZVOJ PROSTEGA PRETOKA OSEB V EU.....	2
2.2. VZAJEMNO PRIZNAVANJE KVALIFIKACIJ.....	4
2.2.1. Splošni sistem priznavanja kvalifikacij.....	4
2.2.2. Avtomatični (sektorski) sistem priznavanja kvalifikacij.....	5
2.3. KOORDINACIJA SOCIALNIH SISTEMOV.....	5
2.4. PREHODNO OBDOBJE IN OVIRE ZA ZAPOSLOVANJE ZA NOVE ČLANICE EU.....	7
3. PROST PRETOK DELA V ZDRAVSTVU.....	8
3.1. TRG DELA V ZDRAVSTVU V EU.....	8
3.1.1. Neravnotežje na trgu dela v zdravstvu.....	9
3.1.1.1. Definicija neravnotežja na trgu dela v zdravstvu.....	9
3.1.1.2. Vrste neravnotežij na trgu dela v zdravstvu.....	9
3.1.1.3. Tipi neravnotežij na trgu dela v zdravstvu.....	10
3.1.1.4. Kazalniki za merjenje neravnotežja na trgu dela v zdravstvu.....	10
3.1.2. Razmere na trgu dela v zdravstvu v EU.....	13
3.2. VZROKI ZA PROST PRETOK DELA V ZDRAVSTVU V EU.....	15
3.3. PREDNOSTI IN SLABOSTI PROSTEGA PRETOKA DELA V ZDRAVSTVU V EU.....	15
3.4. OVIRE ZA ZAPOSLOVANJE DELA V ZDRAVSTVU V EU.....	17
3.5. POSLEDICE PROSTEGA PRETOKA DELA V ZDRAVSTVU V EU.....	19
3.5.1. Povečevanje strokovnega usposabljanja v domačem zdravstvenem sistemu.....	20
3.5.2. Novo zaposlovanje.....	21
3.5.3. Zadrževanje že zaposlenih v zdravstvu.....	23
3.5.4. Sprememba kombinacije znanj in sposobnosti med zdravstvenimi delavci.....	24
4. EVROPSKA UNIJA IN PROST PRETOK STORITEV.....	25
4.1. ZNAČILNOSTI PROSTEGA PRETOKA STORITEV V ZDRAVSTVU V EU.....	26
4.2. POVRAČILO STROŠKOV.....	27
4.3. POMEN RAZSODB EVROPSKEGA SODIŠČA ZA PROST PRETOK STORITEV V ZDRAVSTVU.....	28
5. PROST PRETOK STORITEV V ZDRAVSTVU.....	29
5.1. VZROKI IN DEJAVNIKI PROSTEGA PRETOKA STORITEV V ZDRAVSTVU V EU.....	30
5.2. PREDNOSTI IN SLABOSTI PROSTEGA PRETOKA STORITEV V ZDRAVSTVU V EU.....	33
5.3. POSLEDICE PROSTEGA PRETOKA STORITEV V ZDRAVSTVU V EU.....	34
6. PROST PRETOK DELA IN STORITEV V ZDRAVSTVU V SLOVENIJI.....	39
6.1. TRG DELA V ZDRAVSTVU V SLOVENIJI.....	39
6.2. TRG STORITEV V ZDRAVSTVU V SLOVENIJI.....	42
7. SKLEP.....	43
LITERATURA.....	45
VIRI.....	46
SLOVARČEK.....	
PRILOGI.....	

1. UVOD

Z vstopom v Evropsko Unijo (v nadaljevanju EU), 1. maja 2004, je Slovenija postala polnopravna članica EU. Skupaj s Slovenijo je takrat v EU vstopilo še devet evropskih držav. To je bila do tega trenutka največja širitev EU. Z vstopom so za nove članice začela veljati vsa pravila in določbe, ki jih je sprejela EU in veljajo na njenem skupnem notranjem trgu. Štiri temeljne svoboščine, ki jih je vstop v EU prinesel desetim novim članicam, so prost pretok blaga, storitev, kapitala in oseb.

V okviru svoje diplomske naloge se bom osredotočila predvsem na prost pretok dela in prost pretok storitev. Ti dve svoboščini skupnega evropskega trga bom skušala aplicirati na zdravstvo in prikazati značilnosti in potek prostega pretoka oseb (dela, torej zdravnikov) in prostega pretoka (zdravstvenih) storitev znotraj EU. V okviru diplomske naloge bom tudi skušala prikazati položaj Slovenije in njenega zdravstvenega sistema na skupnem notranjem trgu po vključitvi v EU ter kakšne spremembe v svojem zdravstvenem sistemu lahko Slovenija, kot polnopravna članica, v prihodnosti pričakuje, tako na trgu dela, kot na trgu storitev. Pri prostem pretoku storitev v zdravstvu ne gre za klasično prehajanje mej ponudnikov storitev (zdravstvenih delavcev), temveč gre za prehajanje mej iskalcev oziroma povpraševalcev po zdravstvenih storitvah, torej bolnikov. Ko govorimo o prostem pretoku zdravstvenih storitev, imamo v mislih prost pretok oseb, ki v drugi državi iščejo oziroma dostopajo do »tujih« zdravstvenih storitev. V tem primeru govorimo o mobilnosti pacientov. Obratna situacija, ko imamo prost pretok ponudnikov zdravstvenih storitev, torej zdravnikov, pa bi v tem primeru lahko šteli v kategorijo prostega pretoka oseb oziroma prostega pretoka dela v zdravstvu. Govorimo torej o mobilnosti zdravnikov.

Za uvodnim poglavjem, ki nakazuje zasnovo in namen diplomskega dela, sledi drugo poglavje, v katerem so prikazane splošne značilnosti prostega pretoka dela znotraj EU. Prost pretok oseb znotraj EU pomeni pravico do vstopa, gibanja, bivanja in dela v drugi državi članici EU. Pri tem za tuje državljane veljajo enaki pogoji kot za domače državljane. Prost pretok oseb je, tako kot sama organizacija in delovanje EU, skozi zgodovino doživel kar nekaj sprememb, ki so se bodisi nanašale na večje pravice migrantov ali pa se je širil krog ljudi, ki so jim te pravice pripadale (Kezunovič, 2003, str. 18). Kratek kronološki pregled predstavlja razvoj ideje o prostem pretoku dela, vse od Evropske skupnosti za premog in jeklo leta 1951, do zadnje širitve EU leta 2004. Prav zadnja širitev EU je za delavce iz novopridruženih članic prinesla vrsto restriktivnih ukrepov pri iskanju zaposlitve v starih članicah EU.

Tretje poglavje se tematsko navezuje na predhodno poglavje o prostem pretoku dela. V tem tretjem poglavju je prikazano stanje na trgu dela v zdravstvenem sektorju v evropskih državah. Poleg možnosti, ki se odpirajo zdravstvenim delavcem znotraj EU, se zaradi skupnega trga kažejo tudi določene posledice na države EU. Tako tiste, ki sprejemajo novo delovno silo, kot tudi tiste, iz katerih ti delavci odhajajo v tujino. To poglavje tematsko zaključuje analizo prostega pretoka dela v zdravstvu znotraj EU.

Drugi del moje diplomske naloge se pričinja s četrtem poglavjem. Tu so opisane značilnosti evropskega pacienta, ki skuša s padcem mej izkoristiti prednosti skupnega evropskega notranjega trga. Na sam razvoj prostega pretoka storitev v EU je imelo večji vpliv tudi Evropsko sodišče, ki je z nekaj svojimi odločitvami povečalo pričakovanja evropskega pacienta. Sami motivi in ovire pacientov za iskanje tujih zdravstvenih storitev pa so prikazane v petem poglavju.

V šestem poglavju je prikazan položaj Slovenije, tako na področju dela kot na področju storitev v zdravstvenem sektorju. Na kratko so prikazani (dosedanji) učinki članstva Slovenije v evropski integraciji in kaj lahko Slovenija pričakuje v (bližnji) prihodnosti. Na koncu so v sklepnem poglavju povzete ključne ugotovitve, ki podajo smiselni in logičen zaključek tega diplomskega dela.

2. EVROPSKA UNIJA IN PROST PRETOK DELA

S skupnim notranjim trgom je bilo omogočeno prosto gibanje delavcev in ukinitvev nadzora na mejah med državami članicami EU. S prostim pretokom oseb naj bi države članice dosegle uravnotežen in dolgoročen razvoj gospodarske dejavnosti ter višjo stopnjo zaposlenosti in socialne zaščite. Prost pretok dela obsega poleg prostega gibanja zaposlenih tudi prosto gibanje samozaposlenih in pravnih oseb (Potočnik, 2004, str. 301). 23. člen Splošne deklaracije o človekovih pravicah pravi, da ima vsakdo pravico do dela in proste izbire zaposlitve, do pravičnih in zadovoljivih delovnih pogojev in do varstva pred brezposelnostjo. Prav tako ima vsakdo pravico do enakega plačila za enako delo (Splošna deklaracija o človekovih pravicah, 1948).

Značilnosti delovnega razmerja so (Potočnik, 2004, str. 303):

- delavec mora opravljati ekonomsko storitev oziroma storitev, ki ima neko ekonomsko vrednost;
- delavec mora biti pod nadzorom druge osebe (delodajalca);
- delavec dobi za opravljeno delo plačilo.

V nadaljevanju sta opisana razvoj prostega pretoka oseb v EU in značilnosti zaposlovanja državljanov EU v drugih državah članicah.

2.1. Zgodovinski razvoj prostega pretoka oseb v EU

Idejo notranjega trga evropskih držav je bilo opaziti že leta 1951, ko je bila v Parizu podpisana Pogodba o ustanovitvi Evropske skupnosti za premog in jeklo. S to pogodbo so bile ukinjene vse omejitve pri zaposlovanju glede na narodnost delavcev, ki so prihajali iz držav skupnosti. Omejitve so bile ukinjene za delavce iz Francije, Nemčije, Belgije, Italije, Nizozemske in Luksemburga (Ribič, 2005, str. 7-8).

V Rimu je bila leta 1957 podpisana Pogodba o Evropski gospodarski skupnosti (v nadaljevanju EGS), ki je stopila v veljavo leta 1958. S to pogodbo je začela veljati določba o prostem gibanju delavcev. Ta vključuje odpravo vsakršnega razlikovanja na podlagi državljanstva delavcev držav članic v zvezi z zaposlitvijo, plačilom ter drugimi delovnimi in zaposlitvenimi pogoji (Ribič, 2005, str. 8-9). Pogodba o EGS je omogočila tudi zagotavljanje socialnih pravic za tuje delavce oziroma pravico do zaposlitve in bivanja na območju druge države članice. Oboje pa mora biti omogočeno pod nediskriminatornimi pogoji, torej pod enakimi pogoji, kot veljajo za domače državljane (Kezunovič, 2003, str. 18).

V sedemdesetih letih je prišlo do vzpostavitve sistema vzajemnega priznavanja kvalifikacij. Tako je bila omogočena pravica do izvajanja svobodnih poklicev v drugi državi članici. (Kezunovič, 2003, str. 18). Poleg prostega pretoka delavcev in samozaposlenih oseb na območju držav članic je prost pretok začel veljati tudi za njihove ožje družinske člane, študente in upokojenca. Razširil se je tudi obseg pravic za te osebe. Razvoj v smeri svobodnega gibanja oseb znotraj držav članic predstavlja Enotni evropski akt iz leta 1987. Z njim je bil določen rok za vzpostavitev in uresničitev načel notranjega trga EU, ki naj bi začel delovati leta 1992 (Enotni evropski akt, 1987).

Maastrichtska pogodba, podpisana leta 1993, uradno tudi Pogodba o Evropski uniji, je natančno opredelila državljanstvo EU, svobodo gibanja in svobodo dela (Kezunovič, 2003, str. 19). Državljanstvo EU je bilo dodeljeno vsem državljanom držav članic EU. Prost pretok oseb je tako postal državljanska pravica. Državljan EU se lahko tako nemoteno gibljejo na celotnem področju EU, vendar se mora vsak posameznik, ki prestopi meje svoje matične države, biti sposoben sam preživljati v tujini, bodisi s svojim delom v drugi državi članici ali s kakšnim drugim rednim prilivom sredstev npr. štipendijo, pokojnino, rento ipd. Maastrichtska pogodba je omogočila polno delovanje notranjega trga, vendar je večina članic določila prostega pretoka oseb začela uvajati šele s pristopom k Schengenskem sporazumu¹ (Dimic, 2003, str. 15).

Korak bližje k enotnemu evropskemu trgu je bil storjen s podpisom Amsterdamske pogodbe leta 1997. Evropski uniji je bilo dodeljenih veliko novih pristojnosti pri oblikovanju imigracijske politike, gibanja oseb, azila, sodelovanja na področju pravosodja in notranjih zadev (Amsterdamska pogodba, 1997). Danes za krajše bivanje na območju Evropskega gospodarskega prostora (v nadaljevanju EEA)² izven matične države migracije niso omejene. Za daljše bivanje pa je potrebno predložiti dokazilo, da so migranti zdravstveno zavarovani in so se sposobni sami preživljati, torej ne predstavljajo ekonomskega bremena državi gostiteljici oziroma državi, v kateri iščejo zaposlitev.

¹ Shengenski pravni red določa odpravo mejne kontrole na notranjih mejah med državami pogodbenicami ob hkratnem uvajanju izravnalnih ukrepov za zagotavljanje varnosti. Od leta 2001 so v Schengen vključene države EU-15 in EEA razen Velike Britanije in Irske. Nekatere nove članice naj bi v Schengen vstopile oktobra 2007.

² Območje EEA (European Economic Area) obsega države EU ter Norveško, Islandijo in Liechtenstein.

2.2. Vzajemno priznavanje kvalifikacij

Nacionalna regulacija posameznih poklicev lahko predstavlja oviro za prost pretok oseb znotraj EU. Regulacija poklicev je vezana na nacionalni izobraževalni sistem in opravljanje državnih izpitov (Kezunovič, 2003, str. 21). Da bi bil znotraj EU res omogočen prost pretok oseb, ki bi državljanom EU dovoljeval zaposlovanje v drugi državi članici pod enakimi pogoji, kot veljajo za domače iskalce zaposlitve, je bil med državami EU vzpostavljen sistem vzajemnega priznavanja kvalifikacij.

Vzajemno priznavanje kvalifikacij pomeni, da se državljanom EU in EEA, v skladu s posebnim postopkom priznavanja kvalifikacij, omogoči dostop do opravljanja reguliranih poklicev oziroma reguliranih poklicnih dejavnosti v katerikoli državi članici EU. Sistem vzajemnega priznavanja kvalifikacij se nanaša na vse državljane članic EU, ki želijo v drugi državi članici (gostiteljici) opravljati določen poklic oziroma regulirano poklicno dejavnost, kot samozaposlene ali zaposlene osebe (Zakon o nacionalnih poklicnih kvalifikacijah, 2003).

Sistem vzajemnega priznavanja kvalifikacij deluje na dveh ravneh. Tako ločimo splošni in avtomatični (sektorski) sistem priznavanja kvalifikacij, ki sta opisana v nadaljevanju.

2.2.1. Splošni sistem priznavanja kvalifikacij

Ta sistem vključuje preverjanje usposobljenosti, ki jo kandidat dokazuje z diplomo, spričevalom ali drugim formalnim dokazilom o izobrazbi in poklicnih izkušnjah³. Deluje na pravilu vzajemnega zaupanja. Oseba, ki je strokovno usposobljena za opravljanje poklica v eni (matični) državi EU, ta poklic lahko praviloma opravlja v katerikoli državi članici EU. Pri tem je oseba kot iskalec zaposlitve enakovredno obravnavana oziroma se ji enakovredno priznajo kvalifikacije, kot ostalim domačim strokovnjakom. Državljan EU načeloma lahko iščejo zaposlitev v katerikoli državi EU brez dodatnih omejitev oziroma dodatnih preizkusov znanja in usposobljenosti (Kezunovič, 2003, str. 21).

V primeru, da oseba, ki išče zaposlitev v drugi državi članici EU, ima ustrezno diplomo, vendar se njena vsebina bistveno razlikuje od vsebine nacionalne diplome, se lahko kandidatu z namenom ugotavljanja njegove primernosti za določeno delovno mesto naloži eden izmed naslednjih ukrepov (Vzajemno priznavanje kvalifikacij, 2006):

- opravljanje dodatnega prilagoditvenega obdobja oziroma preizkus poklicne usposobljenosti;
- predložitev dodatnih dokazil o strokovni usposobljenosti in strokovnih izkušnjah.

Prilagoditveno obdobje in dodatno preverjanje usposobljenosti se lahko zahteva za vse poklice, razen tistih, ki jih ureja sektorsko priznavanje kvalifikacij.

³ Splošni sistem priznavanja kvalifikacij urejajo Uredba 89/48, Uredba 92/51 in Uredba 99/42.

2.2.2. Avtomatični (sektorski) sistem priznavanja kvalifikacij

Ta sistem urejajo področne (sektorske) direktive EU⁴. Oblikovane so na podlagi uskladitve študijskih programov ter določitve minimalnih zahtev izobraževanja in usposabljanja znotraj držav EU. Sektorski sistem priznavanja kvalifikacij omogoča hitro priznavanje strokovnih nazivov za opravljanje naslednjih skupin poklicev: zdravnika, zdravnika specialista, doktorja dentalne medicine, doktorja dentalne medicine specialista, medicinske sestre, babice, arhitekta, veterinarja in farmacevta (Evidenca reguliranih poklicev oziroma reguliranih poklicnih dejavnosti, 2006).

Priznavanje teh poklicev je urejeno s sektorskimi direktivami, ki natančno določajo vsebino in trajanje (dolžino) izobraževanja za vsak posamezni poklic. Poklic iz katerekoli izmed zgoraj omenjenih skupin se prizna v vseh državah članicah, če nosi listina (dokument) o izobrazbi naziv, ki je naveden v direktivi o tem poklicu za vsako posamezno državo članico. To pomeni, da je ta poklic v skladu z direktivo EU in se prizna na celotnem območju EU, brez dodatnih zahtev in preverjanj znanj (Kezunovič, 2003, str. 21). Vendar pa je tudi na tem področju še kar precej težav in nejasnosti, ki povzročajo ovire pri zaposlovanju delavcev iz drugih držav članic.

2.3. Koordinacija socialnih sistemov

Za lažje in nemoteno izvajanje prostega pretoka oseb mora biti državljanom EU, ki se odločijo iskati zaposlitev v drugi državi članici, zagotovljena primerna in zadostna socialna varnost. Pravica do socialne varnosti je ena temeljnih socialnih pravic in je opredeljena v 22. členu Splošne deklaracije o človekovih pravicah. Socialno varnost določajo načela, pravila in dejavnosti, ki posamezniku omogočajo, da se vključi in ostane vključen v družbeno okolje in v njem aktivno deluje. Država mora pri tem zagotoviti materialne in socialne pravice, posameznik pa bo v zameno plačal davke in druge obvezne dajatve (Klinar, 2002, str. 4).

V okviru socialne varnosti je definiranih več pojmov. Tako ločimo pojem socialna varnost (ang. social security), ki obsega javne izdatke za preventivno in kurativno zdravstveno zaščito; izdatke za nadomeščanje dohodka posamezniku v primeru neprostovoljne delne ali popolne izgube dohodka ter izdatke za dodaten dohodek osebam z družinskimi obveznostmi. Pojem socialna zaščita (ang. social protection) je širši pojem kot socialna varnost. Socialna zaščita poleg socialne varnosti obsega še izdatke za aktivno politiko zaposlovanja in javne izdatke za stanovanjsko oskrbo (nadomestila za najemnino). Najširši pojem so socialni izdatki (ang. social expenditures), ki poleg vseh omenjenih izdatkov vključujejo tudi javne izdatke za izobraževanje in javno stanovanjsko oskrbo (Stanovnik, 2002, str. 151).

⁴ Sektorski sistem priznavanja kvalifikacij urejajo področne (sektorske) direktive 77/452/EGS, 77/453/EGS, 78/686/EGS, 78/1026/EGS, 80/154/EGS, 80/155/EGS, 85/384/EGS, 85/432/EGS in 85/433/EGS.

Koordinacija sistemov socialne varnosti omogoča prenos in ohranjanje socialnih pravic državljanom EU, ki delajo ali bivajo v drugi članici. Sistem socialne varnosti zajema štiri področja in sicer pokojninski sistem, zdravstveno varstvo, varstvo za primer brezposelnosti in družinske prejemke. Koordinacija sistemov socialne varnosti je eden temeljnih načinov zagotavljanja pravic delavcev, ki so bili zaposleni v vsaj dveh državah EU. Koordinacija sistemov socialne varnosti zagotavlja, da se pridobljene pravice na področju socialne varnosti ohranijo, ne glede na to, da je delavec (zaradi dela) odšel v drugo državo.

Ob vstopu Slovenije v EU, 1. maja 2004, je na področju socialnih pravic znotraj EU začela veljati Uredba 1408/71. Ta uredba podrobno ureja način in obseg pridobljenih pravic, do katerih je upravičen delavec migrant, državljan EU.

Osnovna načela Uredbe 1408/71 so (Koordinacija sistemov socialne varnosti, 2006):

1. Načelo enakega obravnavanja - državi prepoveduje kakršnokoli diskriminacijo zaradi državljanstva. Osebe, ki prebivajo v katerikoli državi članici in za katere velja ta uredba, imajo enake obveznosti in uživajo enake pravice, kot državljan te države.
2. Delavec migrant ne more biti vključen v sistem socialne varnosti v dveh državah - za določitev pravic in obveznosti oseb, za katere velja ta uredba, se za isto časovno obdobje uporablja samo ena zakonodaja. Primarno je to zakonodaja države, v kateri delavec migrant dela.
3. Pravilo seštevanja obdobj - pristojna ustanova mora za pridobitev, ohranitev in izračun prejemkov pri ugotavljanju, če so izpolnjeni vsi pogoji za pridobitev določene pravice, upoštevati obdobja zavarovanja, zaposlitve ali prebivanja, ki jih je oseba dopolnila v drugi državi članici, enako, kot da bi bila pridobljena v tej državi članici.
4. Pravilo preprečevanja prikrivanja pravic - preprečuje primere, ko bi bila oseba hkrati upravičena do enakih prejemkov po zakonodajah več držav članic.
5. Pravilo izplačevanja prejemkov v drugi državi članici - zagotavlja izplačilo prejemkov, pridobljenih v eni državi članici, v katerokoli drugo državo članico, v kateri prebiva upravičenec, brez sprememb, znižanj ali mirovanja prejemkov.

Določila Uredbe 1408/71 veljajo za delavce in njihove ožje družinske člane, samozaposlene osebe, upokojene in študente, ki se šolajo v drugi državi članici.

Evropska koordinacija sistemov socialne varnosti ne nadomešča domačega sistema socialne varnosti in tudi ne zahteva enotnega sistema socialne varnosti za vse države EU. Vsaka država članica se še vedno samostojno odloča, kakšen sistem socialne varnosti bo oblikovala in kdo je v okviru takega sistema upravičen do prejemkov iz naslova socialne varnosti, kateri so prejemki iz naslova socialne varnosti in pod kakšnimi pogoji so dostopni (Sraka, 2006). Evropsko pravo na področju koordinacije socialnih sistemov predstavlja le skupna pravila, ki jih morajo upoštevati vsi nacionalni organi. Tako je zagotovljeno, da različne nacionalne zakonodaje in različni socialni sistemi v posameznih državah nimajo negativnega vpliva na osebe, ki se prosto gibljejo znotraj EU.

2.4. Prehodno obdobje in ovire za zaposlovanje za nove članice EU

Ob zadnji širitvi EU so se nekatere stare države članice odločile uvesti prehodno obdobje in omejiti dostop do svojih trgov dela za iskalce zaposlitve iz novopridruženih držav EU-10⁵. Države EU-15⁶ so se odločile za ta ukrep, da bi preprečile ali vsaj omilile prevelik pritok migrantov iz novih članic. Cena dela je v novih državah EU veliko nižja kot v EU-15, zato je (bilo) pričakovati, da bo veliko ljudi v širjenju EU in padcu mej videlo priložnost za večji zaslužek. Izvajanje prehodnega obdobja in preprečevanja dostopa do trga dela EU-15 omogoča Pogodba iz Aten, sklenjena leta 2003, veljati pa je začela z zadnjo širitvijo EU leta 2004 (Ribič, 2005, str. 13).

Države EU-15 lahko prehodno obdobje izvajajo v treh fazah. Prva faza se je začela s širitvijo EU, maja 2004, in je trajala dve leti, do maja 2006. Po preteku prvih dveh let so se države lahko odločile za podaljšanje omejenega dostopa do trga dela še za tri leta, torej do maja 2009; lahko pa so se odločile odprti svoj trg dela tudi za delavce iz EU-10. Države, ki so se odločile izvesti tudi drugo fazo omejevanja prostega pretoka oseb, lahko po izteku te faze leta 2009 to podaljšajo še za nadaljni dve leti, do maja 2011. V tem primeru morajo Evropski komisiji predložiti dokaze o resnih motnjah na svojem trgu dela, ki bi jih lahko povzročila popolna liberalizacija trga dela znotraj EU-25⁷ (Prehodno obdobje, 2006).

Popolnoma odprtemu trgu dela sta ob zadnji širitvi EU najbolj nasprotovali Nemčija in Avstrija. Ti dve državi mejita na največ novopridruženih članic iz EU-10, zato sta lahko utemeljeno pričakovali večji priliv tujih delavcev na svoje trge dela. Leta 2004 se je za omejitev prostega dostopa do svojih trgov dela odločilo dvanajst držav iz tedanje EU-15 in sicer Avstrija, Belgija, Danska, Finska, Francija, Grčija, Italija⁸, Luksemburg, Nemčija, Nizozemska, Portugalska in Španija. Poleg omenjenih dvanajstih držav EU so se za omejitve na trgu dela odločile tudi Islandija, Liechtenstein ter Norveška iz EEA. Svoj trg dela pa so za iskalce zaposlitve iz EU-10 leta 2004 popolnoma odprle Švedska, Irska in Velika Britanija.

Države EU-15 so pri zaposlovanju delavcev iz EU-10 uporabljale nacionalno zakonodajo. Za zaposlitev v EU-15 so si morali ti delavci predhodno pridobiti delovno dovoljenje. Zagotovljeno pa jim je moralo biti prednostno obravnavanje pred iskalci dela iz tretjih držav, nečlanic. Če se je delavec iz EU-10, kljub omejitvam na trgu dela, zaposlil v EU-15, je moral biti pri delu in plačilu obravnavan enako kot ostali državljani EU. To prehodno obdobje je veljalo za vse države EU-10 razen za Malto in Ciper.

Po preteku dveh let so se maja 2006 za prekinitev prehodnega obdobja odločile Finska, Grčija, Portugalska, Španija in Islandija. Ostale države so se odločile obdržati omejitve.

⁵ EU-10 označuje deset držav, ki so vstopile v Unijo maja 2004.

⁶ EU-15 so države Evropske Unije pred zadnjo širitvijo maja 2004.

⁷ EU-25 so države Unije po maju 2004.

⁸ Italija se je odločila uvesti kvote za iskalce zaposlitve iz novih držav članic EU, maja 2006 pa jih je ukinila.

Nove članice EU, razen Malte in Cipra, so lahko zaradi prehodnega obdobja uveljavljale načelo vzajemnosti. Tako so lahko tudi same omejile dostop do svojega trga dela za delavce iz tistih držav EU-15, ki so uvedle prehodno obdobje. Pretok delavcev znotraj EU-10 pa poteka povsem nemoteno in v skladu s pravili skupnega notranjega trga. Seveda so ti omejitveni ukrepi odvisni od stanja na trgu dela in od skupine migrantov, ki išče delo v tujini.

Čeprav so se nekatere države odločile uvesti prehodno obdobje in omejiti dostop do delovnih mest na domačem trgu dela, te omejitve ne veljajo za deficitarne poklice. Veliko držav EU, tako novih kot starih članic, se srečuje s primanjkljajem delovne sile v zdravstvu. Na tem področju evropske države pospešeno iščejo novo delovno silo (tudi tujo), zato prehodno obdobje ne velja v popolnosti za iskalce zaposlitve v zdravstvenem sektorju.

3. PROST PRETOK DELA V ZDRAVSTVU

Cilj vsakega zdravstvenega sistema je v čim krajšem času zagotoviti svojim zavarovancem (bolnikom) dostop do dovolj kakovostne zdravstvene oskrbe. Za izpolnitev tega cilja je potrebno imeti ustrezno število primerno usposobljenih in kvalificiranih delavcev. Pomanjkanje delavcev v zdravstvu v državah EU je rezultat večih dejavnikov. Med te dejavnike lahko štejemo zmanjševanje števila zdravstvenih delavcev v preteklosti oziroma neuspešno načrtovanje povečanja števila vpisnih mest za izobraževanje novih zdravstvenih delavcev. Prav gotovo je k pomanjkanju zdravnikov pripomoglo tudi dejstvo, da zdravniški poklic izgublja na pomenu, saj se zaradi večjega povpraševanja po zdravstvenih storitvah povečuje tudi obremenjenost zdravstvenih delavcev, to pa vodi do manjšega zanimanja za delo v zdravstvenem sektorju.

3.1. Trg dela v zdravstvu v EU

Zaradi pomanjkanja zdravstvenih delavcev vedno več evropskih držav le s težavo zagotavlja zadostno in primerno zdravstveno oskrbo svojim pacientom. Primanjkljaj dela v zdravstvenem sektorju vodi do vedno manjše ponudbe zdravstvenih storitev, medtem ko se na drugi strani pojavlja vedno večje povpraševanje po zdravstvenih storitvah. Vzroke za večje povpraševanje po zdravstvenih storitvah lahko iščemo tudi v demografskih spremembah na evropskem področju. Prebivalstvo EU se vedno bolj stara, sorazmerno s tem trendom pa narašča povpraševanje po zdravstvenih storitvah, saj so starejši prebivalci večji uporabniki zdravstvenih storitev. Na drugi strani pa je tehnološki napredek prinesel večji razpon zdravstvenih storitev oziroma je omogočil več načinov in postopkov zdravljenja, za kar bi bilo potrebno zagotoviti še večje število strokovnjakov. Tako je na trgu zdravstvenih storitev prisoten vedno večji razpon med ponudbo in povpraševanjem po zdravstvenih storitvah. Soočamo se s presežkom povpraševanja nad ponudbo zdravstvenih storitev. Na drugi strani pa imamo vedno večje neravnotežje med ponudbo in povpraševanjem po delu v zdravstvu, kjer imamo presežek povpraševanja nad ponudbo dela. Imamo torej premalo zdravnikov in preveliko število nezasedenih delovnih mest.

3.1.1. Neravnotežje na trgu dela v zdravstvu

Za boljše razumevanje in ugotavljanje vzrokov neravnotežja ter kakšne vrste neravnotežij na trgu dela v zdravstvu ločimo, so v nadaljevanju opisani in definirani pojmi, ki se največkrat pojavljajo ob proučevanju neravnotežja na trgu dela v zdravstvu.

3.1.1.1. Definicija neravnotežja na trgu dela v zdravstvu

Neravnotežje na trgu dela v zdravstvu se pojavi, ko sta količini ponujenega in povpraševanega dela neenaki oziroma različni (Zurm et al., 2002, str. 7). Ločimo tudi ekonomsko in neekonomsko definicijo neravnotežja na trgu dela v zdravstvenem sektorju.

Z ekonomskega vidika pride do neravnotežja na trgu dela v zdravstvu takrat, ko sta količini ponujenega in zahtevanega (povpraševanega) dela neenaki, ob obstoječih tržnih razmerah (Zurm et al., 2002, str. 7). Primanjkljaj oziroma presežek dela v zdravstvu je rezultat neenakosti med ponudbo in povpraševanjem po delu, torej po zdravnikih.

Neekonomsko neravnotežje na trgu dela v zdravstvu se določa z vidika zdravstvenega osebja. Za določitev neekonomskega neravnotežja v zdravstvenem sektorju je najprej potrebno ugotoviti, kolikšna je količina zdravstvenih storitev, po kateri povprašujejo pacienti, ter koliko zdravstvene oskrbe jim lahko zagotovi obstoječe število zaposlenih zdravstvenih delavcev. Potrebno je torej ugotoviti, kolikšno je potrebno število zdravnikov, glede na velikost prebivalstva in njihove potrebe po zdravstvenih storitvah (Zurm et al., 2002, str. 7).

3.1.1.2. Vrste neravnotežij na trgu dela v zdravstvu

Na trgu dela v zdravstvu ločimo tako med dinamičnim in statičnim neravnotežjem, kot tudi med kvalitativnim in kvantitativnim neravnotežjem.

Pri dinamičnem neravnotežju se na konkurenčnem trgu dela ponudba in povpraševanje po zdravstvu nenehno spreminjata. Količina ponudbe oziroma povpraševanja po delu v zdravstvenem sektorju je odvisna od urne postavke. Ob večji urni postavki se ponudba dela na trgu poveča. Več je zdravnikov, ki so za tako plačilo pripravljene delati. Ob zmanjšanju urne postavke pa se zmanjša tudi ponudba dela, saj so zdravstveni delavci za manjše plačilo manj pripravljene ponujati svoje storitve. Hkrati pa se poveča povpraševanje po delu v zdravstvu. Zdravstvene ustanove so pri manjši urni postavki pripravljene zaposliti večje število zdravnikov (Zurm et al., 2002, str. 8).

Pri statičnem neravnotežju imamo konstantno ponudbo dela v zdravstvu, ravnotežje pa se nikoli ne vzpostavi, ne glede na spremembe urne postavke. Razlog je mogoče iskati v naravi zdravniškega poklica. Študij medicine traja kar nekaj let in je potrebno več časa, da študent medicine dejansko vstopi na trg dela. Zato se spremembe v urni postavki na kratki rok ne

odražajo v spremembi količine ponujenega dela v zdravstvenem sektorju (Zurm et al., 2002, str. 9).

Kvantitativno neravnotežje se kaže v neenaki količini ponudbe in povpraševanja po delu v zdravstvenem sektorju. Kvalitativno neravnotežje na trgu dela v zdravstvu se pojavlja ob problemu kakovosti dela, ki se ponuja na trgu. Delodajalci ne najdejo vedno najbolj primerne in ustrezno usposobljenega kandidata za določeno delovno mesto. Vseeno pa bodo morali nekoga zaposliti in zapolniti prazno delovno mesto. Tukaj se pojavlja vprašanje kakovosti iskalcev zaposlitve v zdravstvenem sektorju in ne vprašanje števila zdravstvenih delavcev, ki jih dejansko primanjkuje. Z vidika delojemalca obstaja pomanjkanje dela (saj ni dovolj ustrezno usposobljenih kandidatov), z vidika trga pa ni primanjkljaja dela (saj so vsa delovna mesta popolnena). Negativna stran kvalitativnega neravnotežja je število delovnih mest, ki jih zasedajo neučinkoviti in neustrezno usposobljeni posamezniki (Zurm et al., 2002, str. 9-10).

3.1.1.3. Tipi neravnotežij na trgu dela v zdravstvu

Za ugotavljanje neravnotežja in za primerjavo neravnotežja med posameznimi državami ločimo nekaj tipov neravnotežij na trgu dela v zdravstvu (Zurm et al., 2002, str. 28-31):

- poklicno in specialistično (segmentno) neravnotežje; sem sodi neravnotežje v različnih zdravstvenih poklicih (zdravnik, zobozdravnik, medicinska sestra, ipd.), kot tudi neravnotežje znotraj enega poklica (zdravniškega), ko primanjkuje določene vrste specialistov (kardiolog, splošni zdravnik ipd.);
- geografsko neravnotežje; se nanaša na razlike v zaposlenosti zdravstvenih delavcev v mestnem in kmečkem okolju ter na razmerje zaposlenih zdravstvenih delavcev v bogatih in revnih predelih oziroma regijah;
- institucionalno in storitveno neravnotežje; institucionalno neravnotežje je neravnotežno razmerje med ponudbo dela (zaposlenimi v zdravstvenem sektorju) v primerjavi z razpoložljivostjo in zmogljivostjo kapacitet (zdravstvene opreme). Storitveno neravnotežje na trgu dela v zdravstvu je neravnotežje med ponudbo dela (zaposlenimi) in oskrbo s posameznimi zdravstvenimi storitvami;
- javno in zasebno neravnotežje; se kaže v razlikah v alokaciji človeških virov med javnim in zasebnim zdravstvenim sektorjem;
- neravnotežje po spolu; se nanaša na razlike v zastopanosti oziroma številu zaposlenih moških in žensk v zdravstvenem sektorju.

3.1.1.4. Kazalniki za merjenje neravnotežja na trgu dela v zdravstvu

Čeprav naj bi bilo v teoriji lahko izmeriti in ugotoviti, ali neravnotežje med ponudbo in povpraševanjem po delu v zdravstvu dejansko obstaja ali ne, je stanje v praksi nekoliko drugačno, saj ne obstaja enotna empirična mera za ugotavljanje neravnotežja na trgu dela v zdravstvu. Imamo pa vrsto različnih kazalnikov, s katerimi lahko določimo obseg presežka

oziroma primanjkljaja na trgu zdravstvenih delavcev. Te kazalnike lahko razvrstimo v štiri skupine (Zurm et al., 2002, str. 32-39):

- kazalniki zaposlenosti so število prostih delovnih mest, stopnja rasti števila zaposlenih, stopnja nezaposlenosti v zdravstvenem sektorju in stopnja obračanja⁹ (ang. turnover rate);
- kazalnik aktivnosti je število nadur;
- monetarna kazalnika sta plača in stopnja donosa¹⁰ (ang. rate of return);
- normativna kazalnika, bazirana na populaciji, sta razmerje med številom zdravnikov in številom prebivalcev ter razmerje med številom medicinskih sester in številom prebivalcev.

Kazalniki za merjenje neravnotežja na trgu dela v zdravstvu imajo svoje prednosti in slabosti (glej Prilogi 1 in 2). Tako je kazalnik zaposlenosti, ki določa število prostih delovnih mest, lahko izmerljiv in zato tudi široko uporaben, vendar pa s tem kazalnikom ne moremo ugotoviti dejanskega primanjkljaja na trgu dela v zdravstvu. Izračun primanjkljaja s tem kazalnikom namreč ne zajema primanjkljaja zdravstvenih delavcev, ki so zaposleni v zasebnem sektorju. Prav tako ta kazalnik skriva prikrito nezasedenost delovnih mest. Na trgu dela v zdravstvu je lahko dejansko še več prostih delovnih mest, vendar jih delodajalci ne oglašujejo, saj menijo, da ne bodo uspeli zaposliti dovolj strokovno usposobljenih in kakovostnih zdravstvenih delavcev.

Kazalnik stopnje nezaposlenosti v zdravstvenem sektorju lahko uporabimo za izračun neravnotežja v kateremkoli zdravniškem poklicu. Če je stopnja nezaposlenosti v zdravstvenem sektorju nižja od stopnje nezaposlenosti na državni ravni, potem je v državi prisoten primanjkljaj dela v zdravstvu. Vendar pa se tudi pri interpretaciji tega kazalnika lahko pojavijo težave. Tako je lahko npr. na trgu dela v zdravstvu večje število nezaposlenih zdravnikov, pa ne zaradi tega, ker bi primanjkovalo delovnih mest, temveč zaradi slabe organizacije zdravstvenega sistema, ki ni zmožen tako hitro absorbirati novo izobraženih zdravstvenih delavcev ali pa kandidati, ki iščejo zaposlitev v zdravstvenem sektorju, ne ustrezajo zahtevam razpisanega delovnega mesta.

Stopnja obračanja kaže razmerje med številom zaposlenih v zdravstvu in obsegom zdravstvenih storitev, ki jih ti zaposleni nudijo. Visoka stopnja obračanja lahko pripelje do večjih stroškov za ponudnika zdravstvenih storitev in do težav s kakovostjo zdravstvenih storitev. Težava tega kazalnika je vpliv dejavnikov, ki ne odražajo sprememb na trgu dela v zdravstvu. Prav tako ta kazalnik ne odraža zadovoljstva zaposlenih z delovnim mestom ali novih zaposlitvenih priložnosti.

⁹ Stopnja obračanja je razmerje med številom zdravstvenih delavcev in obsegom opravljenih storitev.

¹⁰ Stopnja donosa temelji na teoriji človeškega kapitala. Izobraževanje je investicija za posameznika, stopnja donosa pa so prihodki, ki jih ima zaradi višje izobrazbe. V medicini je stopnja donosa izražena kot razmerje med stroškom oziroma investicijo v šolanje in višjimi finančnimi prihodki (zaradi večje izobrazbe).

Prednost monetarnega kazalnika je v tem, da je lahko merljiv. Če se plača v zdravstvenem sektorju poveča, se poveča tudi ponudba dela, to pa vodi do manjšega primanjkljaja dela v zdravstvu. Vendar pa je slabost tega kazalnika v tem, da je z višino plače v zdravstvenem sektorju težko ugotoviti presežek oziroma primanjkljaj dela v zdravstvu. Pri tem kazalniku je čutiti tudi vpliv dejavnikov, ki niso povezani s tržnim neravnotežjem na področju zdravstva, saj se plača zdravstvenih delavcev ne spreminja sorazmerno s spremembami na trgu dela v zdravstvenem sektorju.

Kazalnik stopnje donosa kaže razmerje med investicijo oziroma stroškom za šolanje (stroškom za pridobitev večje izobrazbe) in pričakovanim višjim prihodkom zdravstvenega delavca (zaradi višje izobrazbe). Primanjkljaj na trgu dela v zdravstvu se kaže v večji stopnji donosa v primerjavi s posameznikom s podobno investicijo. Na konkurenčnem trgu bo visoka stopnja donosa na kratki rok prinesla povečanje števila posameznikov, ki se bodo odločili za zdravniški poklic. To bo v prihodnosti vodilo do zmanjšanja stopnje donosa. V nekonkurenčnem trgu bo visoka stopnja donosa prinesla učinke šele na dolgi rok. Medtem bodo obstoječi delavci v zdravstvu bolj izkoriščeni, da bi lahko zdravstveni sistem zadovoljil povpraševanje po zdravstvenih storitvah na trgu (Phelps, 2004, str. 169). Stopnja donosa se lahko izmeri za vsak poklic v zdravstvenem sektorju, tako za zdravnika kot za medicinsko sestro. Zagotavlja pomembne informacije, vendar ga je v primerjavi z ostalimi kazalniki neravnotežja na trgu dela v zdravstvu veliko težje določiti.

Kazalnik števila nadur nam pove, da je z večjim številom nadur večji tudi primanjkljaj delavcev v zdravstvenem sektorju. Zdravstveni delavci v ruralnih območjih ustvarijo večje število nadur, kot zdravniki v mestu. Tako je pričakovati, da je na podeželju primanjkljaj zdravstvenega osebja večji kot v mestih. Vendar je pri tem kazalniku čutiti nameren vpliv politike, saj so v zdravstvenem poklicu dežurstva (in s tem nadure) zakonsko določena.

Normativni kazalnik je izmed vseh kazalnikov za ugotavljanje neravnotežja na trgu dela v zdravstvu najlažje izmeriti. Težava je v tem, da ne obstaja neko optimalno razmerje med številom zdravnikov in številom prebivalcev, zato lahko z ugotavljanjem tega kazalnika vidimo le, kje so zdravstveni delavci bolj obremenjeni (kjer je to razmerje nizko). Ne moremo pa ugotoviti, koliko zdravstvenih delavcev dejansko primanjkuje.

Razvidno je torej, da ima vsak izmed omenjenih kazalnikov za merjenje neravnotežja na trgu dela v zdravstvu tako prednosti kot slabosti. Zato tudi ni enotnega kazalnika, ki bi ga države uporabljale za merjenje presežka ali primanjkljaja na trgu dela v zdravstvu. Omenjeni kazalniki so samo nekateri izmed kazalnikov, ki se lahko uporabljajo za merjenje tržnega neravnotežja v zdravstvu. Znanih je še nekaj manj uporabljenih kazalnikov, kot so čakalne dobe in število prejetih prijav za oglaševana prosta delovna mesta. Glede na različnost in neenotnost uporabe kazalnikov je jasno, zakaj med državami ne obstaja primerljiva baza podatkov o stanju na trgu dela v zdravstvu v posameznih državah EU.

3.1.2. Razmere na trgu dela v zdravstvu v EU

Države EU, kljub aktivni politiki zaposlovanja zdravstvenih delavcev, ne morejo zapolniti primanjkljaja na trgu dela v zdravstvenem sektorju.

Tako je v Angliji leta 2003 primanjkovalo 1.264 zdravnikov in zobozdravnikov (približno 4,7% celotnih potreb v zdravstvu) ter 7.967 medicinskih sester (2,9%). V Franciji je primanjkovalo 3.000 zdravnikov v javnem sektorju (9%) in 10.000 medicinskih sester (2,5%). V Nemčiji so imeli primanjkljaj 3.000 zdravnikov (2,3%) in 2.500 medicinskih sester (0,6%), na Švedskem pa med 800 in 1.000 specialistov (4%) in 1.500 medicinskih sester (2%). Na Finskem je leta 2001 manjkalo 911 zdravnikov v bolnišnicah (19%) in 381 splošnih zdravnikov (11,3%). Na Madžarskem pa so leta 2001 imeli primanjkljaj 2.727 zdravnikov (8,2%) in 5.181 medicinskih sester (5%). Na Cipru je primanjkovalo več kot 500 medicinskih sester v zasebnem sektorju. Nizozemska pa je imela primanjkljaj 5% specialistov, 2% medicinskih sester za intenzivno nego, 2,7% medicinskih sester za operacije in 6,2% anestezirov. S pomanjkanjem tako zdravnikov kot medicinskih sester se srečujejo tudi ostale države EU, kot so Belgija, Danska, Irska in Portugalska (The healthcare workforce in Europe, 2004, str. 6).

S tako zbranimi podatki je težko primerjati stanje na trgu dela v zdravstvu med državami EU. Primerjava ni možna, ker zgoraj navedeni podatki niso zbrani za isto časovno obdobje, poleg tega pa države merijo primanjkljaj med različnimi kategorijami in segmenti zdravstvenih poklicev (podatki zbrani za Švedsko in Finsko). Prav tako so podatki v nekaterih državah prikazani ločeno za javni in zasebni sektor (podatki zbrani za Francijo in Ciper), medtem ko so v drugih državah prikazani le skupni primanjkljaji (podatki zbrani za Nemčijo in Madžarsko). Nekateri države tudi zbirajo podatke o primanjkljajih po posameznih zdravniških poklicih (specializacijah), medtem ko druge spet poročajo le o skupnem številu manjkajočih zdravstvenih delavcev, ki bi jih potrebovale.

Poleg absolutnega primanjkljaja je potrebno ugotoviti tudi, kolikšen delež delovnih mest v zdravstvu je dejansko nezaseden. Določena (večja) država ima lahko absolutno večji primanjkljaj zdravnikov od neke druge (manjše) države, vendar je lahko delež nezasedenih delovnih mest v zdravstvu v prvi (večji) državi relativno manjši, kot pa delež prostih delovnih mest v zdravstvu v drugi (manjši) državi. Tako v Angliji primanjkljaj 7.967 medicinskih sester predstavlja 2,9% nezasedenih delovnih mest, medtem ko v Franciji 10.000 delovnih mest pomeni »le« 2,5% pomanjkanje medicinskih sester. Na ta način je težko ugotoviti, katera država ima zaradi pomanjkanja zdravstvenih delavcev večje težave pri zagotavljanju zadostne ponudbe zdravstvenih storitev. Težava pri ugotavljanju primanjkljaja dela v zdravstvu je v neprimerljivosti podatkov, saj države ne uporabljajo enotnega merila za ugotavljanje neravnotežja na trgu dela v zdravstvu. V Tabeli 1 so zato prikazani podatki, pridobljeni z normativnim kazalnikom, za ugotavljanje neravnotežja na trgu dela v zdravstvenem sektorju.

Tabela 1: Število zdravnikov in medicinskih sester na 100.000 prebivalcev v izbranih državah EU leta 2002

Država	Število zdravnikov	Število medicinskih sester	Država	Število zdravnikov	Število medicinskih sester
Češka	387,5	906,4	Luksemburg	238,9	764,1
Danska	281,1	1.502,0	Madžarska	318,9	...
Nemčija	333,8	...	Nizozemska	...	1381,2
Estonija	313,5	...	Avstrija	332,3	932,0
Španija	306,0	528,0	Poljska	228,0	674,9
Francija	...	717,8	Portugalska	273,6	...
Irska	...	1865,2	Slovenija	227,7	...
Ciper	264,2	424,4	Slovaška	332,5	...
Latvija	274,7	752,9	Finska	...	2168,1
Litva	398,7	774,5	V. Britanija	205,8	...

... ni podatka

Vir: Eurostat, 2006.

V Tabeli 1 so zbrani podatki med seboj bolj primerljivi. Iz tako zbranih podatkov je bolj pregledno, kakšno je dejansko stanje na trgu delovne sile v zdravstvu v posameznih državah EU. Najmanjši delež zdravnikov na 100.000 prebivalcev je v letu 2002 med evropskimi državami imela Velika Britanija in sicer 205,8 zdravnikov na 100.000 prebivalcev. Sledili sta Slovenija z 227,7 zdravnikov na 100.000 prebivalcev in Poljska z 228 zdravnikov na 100.000 prebivalcev v istem letu. S tako zbranimi podatki lahko sklepamo, da so zdravniki v teh državah bolj obremenjeni in da bo v teh državah po vsej verjetnosti prišlo do pomanjkanja zdravnikov. Vendar pa je iz teh podatkov težko ugotoviti, katere države se dejansko soočajo s primanjkljajem, katere pa imajo presežek zdravnikov, saj ni določenega standarda oziroma optimalnega razmerja med številom zdravnikov in številom prebivalcev, ki bi zagotavljal (še) primerno oskrbo z zdravstvenimi storitvami.

Podobna situacija je tudi pri poklicu medicinske sestre. Najmanj medicinskih sester so v letu 2002 imeli na Cipru in sicer 424,4 medicinskih sester na 100.000 prebivalcev, sledili sta Španija s 528 medicinskih sester na 100.000 prebivalcev in Poljska, ki je leta 2002 imela 674,9 medicinskih sester na 100.000 prebivalcev. Tudi v teh državah je torej lahko pričakovati večjo obremenjenost delavcev v tem poklicu.

Nizko razmerje med številom zdravstvenih delavcev in številom prebivalcev lahko sčasoma vodi do pomanjkanja dela v zdravstvenem sektorju. Ta problem morajo države reševati z aktivno politiko zaposlovanja. Le tako lahko zagotovijo zadostno in kakovostno oskrbo z zdravstvenimi storitvami.

3.2. Vzroki za prost pretok dela v zdravstvu v EU

Eden izmed glavnih razlogov za mobilnost dela so boljši ekonomski in življenjski pogoji v drugih državah (Stoviček, 2002, str. 24). Ko se ljudje odločijo iskati zaposlitev v tujini, tehtajo med različnimi potencialnimi državami. Pri tej odločitvi upoštevajo tako finančne kot pravne omejitve, ki regulirajo migracijske procese. Potencialni migranti si v ciljni državi obetajo boljše delovne in življenjske pogoje, zato iščejo države, s takšnimi ekonomskimi možnostmi, ki najbolj ustrezajo njihovim zahtevam (Kavkler, 2002, str. 10).

Sklepamo lahko, da se bodo zdravniki iz držav EU selili v države, kjer ima zdravniški poklic višjo ceno. Znano je, da imajo nove članice EU slabše plačano delo kot pa stare države članice. Zato je pričakovati, da se bo večji del migrantov (tudi v zdravstvenem sektorju) selil iz novih članic na trg dela v stare članice EU.

Drug dejavnik, ki ima prav tako pomembno vlogo pri izbiri destinacije, je jezik oziroma kultura države, ki si jo posameznik izbere za svojo novo domovino. Pričakovati je, da se bodo tokovi mobilnosti dela v zdravstvu znotraj EU gibal med tistimi državami, ki imajo skupen jezik ali pa vsaj podobne kulturološke značilnosti oziroma podoben način življenja. Razširjenost angleškega jezika, sploh na področju zdravstva, kjer je veliko strokovne literature napisane prav v angleškem jeziku, je razlog, zakaj sta Velika Britanija in Irska največji uvoznici delavcev v zdravstvenem sektorju. Tako so v Veliki Britaniji zaposleni zdravniki iz Nemčije, Grčije, Irske, Italije in Španije. Hkrati pa Velika Britanija in Irska izvozita najmanj zdravnikov na druge evropske trge. Poleg angleško govorečih držav je drugi največji uvoznik zdravnikov Francija. Tam se največkrat zaposlijo zdravniki iz Belgije in Luksemburga. Obstaja pa tudi že tradicionalna izmenjava zdravnikov med skandinavskimi državami, med Avstrijo in Nemčijo ter med Veliko Britanijo in Irsko. Največ zdravnikov migrira iz Nemčije, najmanj pa iz Velike Britanije in Francije (McKee, 2004, str. 90).

3.3. Prednosti in slabosti prostega pretoka dela v zdravstvu v EU

Večja mobilnost dela v zdravstvu ima tako svoje prednosti kot slabosti. Proces mobilnosti lahko analiziramo z dveh vidikov in sicer z vidika države gostiteljice, torej države, ki sprejema novo delovno silo, in z vidika domače države, torej države, iz katere zdravstveni delavci odhajajo iskati zaposlitev v tujino.

Z vidika domače države lahko opredelimo nekaj prednosti in slabosti zaradi odhoda domačih (visokokvalificiranih) delavcev v tujino. Glede na to, da je glavno vodilo migrantov želja po večjem zaslužku ter boljših delovnih in življenjskih pogojih, bi se s težavami zaradi migracij delavcev v zdravstvenem sektorju lahko srečevale predvsem nove države EU. Te države imajo nižjo ceno dela kot ostale članice, zato je v teh državah pričakovati večji odliv dela v tujino. Zdravstvo pa že tradicionalno velja za panogo, kjer je mobilnost dela prisotna v večji meri, kot v ostalih panogah. Beg možganov bi lahko novim članicam EU povzročil veliko

težav. Ocene kažejo, da lahko nove članice EU izgubijo od 3-5% prebivalcev z visoko oziroma univerzitetno izobrazbo in več kot 10% tistih, ki še vedno študirajo. Raziskava Eurobarometra leta 2002 je pokazala, da bo kar 1% prebivalstva iz novopridruženih članic iskalo zaposlitev v državah EU-15 (EU forecasts limited migration after enlargement, 2004). Nove članice, v katerih je že prisoten problem pomanjkanja zdravstvenih delavcev, se bodo tako z odprtjem mej in prostim dostopom do tujih trgov dela, zaradi katerega bodo mladi strokovnjaki odšli v tujino, soočale še z večjimi težavami, kot so se do sedaj.

Pomanjkanje zdravstvenih delavcev povzroča dolge čakalne dobe za določene vrste zdravstvenih storitev, s tem pa nezadovoljstvo med prebivalci. Če hočejo države, ki se soočajo s pomanjkanjem dela v zdravstvu, zadovoljiti povpraševanju po zdravstvenih storitvah na domačem trgu, bodo primanjkljaj zdravstvenih delavcev morale pokrivati z zaposlovanjem tujih delavcev. Poleg tega bo potrebno najti tudi način, kako doma zadržati svoj lasten strokovno usposobljen kader. Države EU, ki so na področju zdravstva izrazito emigracijske, se lahko soočijo z novo težavo. Delavci v zdravstvenem sektorju že tako praviloma odhajajo iz teh držav v tujino, zdaj pa bodo morali znati zadržati domače delavce in privabiti nove (tuje) delavce. Če te (domače) države ne bodo mogle zagotoviti zadostne oskrbe z zdravstvenimi storitvami, bi se nezadovoljno prebivalstvo lahko odločilo za zdravljenje v tujini, kar bi pomenilo dodatno breme za zdravstveni sistem domačih držav.

Prednosti mobilnosti delavcev v zdravstvenem sektorju se pojavljajo predvsem v državah, ki so sposobne privabiti tuje delo oziroma so dovolj zanimive za migrante. To nudi državam gostiteljicam možnost, da pokrijejo primanjkljaj na trgu dela v zdravstvu in zadostijo obstoječemu presežnemu povpraševanju po zdravstvenih storitvah.

Vendar pa se države gostiteljice pri emigriranju tujih zdravstvenih delavcev lahko soočijo z novo težavo. Tuji strokovnjaki, ki iščejo delo na področju zdravstva, so lahko neprimerno usposobljeni. Dvom o strokovni usposobljenosti tujih zdravstvenih delavcev se lahko pojavi tudi pri povpraševalcih zdravstvenih storitev, torej bolnikih. Bolniki lahko kažejo določeno mero nezaupanja v zdravnike iz določenih držav, še posebej v zdravnike, ki prihajajo iz vzhodnoevropskih držav oziroma iz držav, ki so bolnikom manj poznane. Države gostiteljice imajo tako lahko na svojem trgu zadostno število zdravstvenih delavcev, vendar se kljub temu pojavljajo težave pri zagotavljanju zadostne in primerne zdravstvene oskrbe in ponudbe zdravstvenih storitev.

Na strani držav gostiteljic se lahko pojavi še ena težava. Države, ki so zanimive za migrante, bi tako zaradi konstantnega pritoka tujega dela sčasoma lahko zmanjšale investicije v razvoj svojega lastnega visoko usposobljenega kadra, saj se bodo zanašale na dejstvo, da primanjkljaj na svojem trgu vedno lahko pokrijejo s tujim delom. Nasprotno pa se lahko pri državah, iz katere zdravniki odhajajo (tudi v novih članicah) pojavi težava, ko te države izdatno investirajo v svoj zdravstveni sistem in izobraževanje mladega kadra, vendar ne najdejo načina oziroma ne znajo ustvariti pogojev, ki bi te zdravstvene delavce zadržala

doma. Kljub vlaganju sredstev v razvoj novega mladega strokovno usposobljenega kadra, se bodo te države tako še vedno srečevale s primanjkljajem v zdravstvenem sektorju.

3.4. Ovire za zaposlovanje dela v zdravstvu v EU

Na območju EU obstaja sistem vzajemnega priznavanja kvalifikacij med državami članicami. To pomeni, da se vsak delavec, državljan EU, z ustrežno izobrazbo lahko prijavi za iskanje dela v katerikoli državi članici. Pri tem naj bi bil enakovreden oziroma obravnavan enako kot domači iskalci zaposlitve. Vendar je pri mobilnosti dela v EU, še posebej na področju zdravstva, moč naleteti na številne ovire in težave, s katerimi se srečujejo tako iskalci zaposlitve, kot tudi delodajalci. Najpogostejši dejavniki, ki ovirajo prost pretok dela v zdravstvu znotraj EU, so (McKee, 2004, str. 92-100):

1. Standardi usposabljanja oziroma šolanja za priznavanje poklicnih kvalifikacij: študij medicine mora v državah EU obsegati šest let oziroma mora vsebovati 5.500 ur teorije in prakse. Študent mora na dodiplomskem študiju doseči določeno raven znanja.
2. Razlike v študijskem usposabljanju: čeprav se države držijo določil o trajanju študija medicine, uporabljajo različne pristope v oblikovanju študijskega programa. Tako je v nekaterih državah članicah v času študija več prakse in manj teorije, kot v drugih državah članicah. V Veliki Britaniji je veliko več praktičnega usposabljanja znotraj študijskega programa, kot v ostalih evropskih državah. Zaradi tega se pri izšolanih zdravnikih kasneje pojavljajo razlike v znanju in sposobnostih.
3. Pot do zdravniškega naziva: v večini držav dobijo študentje medicine naziv zdravnika po končanem dodiplomskem izobraževanju. Mnoge države, vendar ne vse, vključujejo v proces pridobivanja zdravniškega naziva tudi pripravništvo¹¹ v okviru dodiplomskega študija. Vendar pa se tudi to obdobje pripravništva med državami razlikuje. V Veliki Britaniji pripravništvo traja eno leto, v Nemčiji pa leto in pol. V večini ostalih držav je proces pripravništva organiziran po končanem šolanju. Vendar si študent, ki je končal študij medicine, brez pripravništva še ne more pridobiti naziva zdravnika, ne glede, ali to velja za naziv splošnega zdravnika ali zdravnika specialista. Take vrste program velja v Avstriji in Franciji. Zdravniki iz teh dveh držav se tako lahko srečajo s težavami pri zaposlovanju v Veliki Britaniji. Prav tako pa angleški zdravniki ne želijo delati v Franciji, saj so si po programu svoje države že pridobili polni naziv zdravnika, v Franciji pa bi tako morali (še enkrat) opravljati pripravništvo. Enak sistem opravljanja pripravništva po končanem študiju medicine kot v Franciji, velja tudi na Češkem in v Sloveniji. V Sloveniji traja pripravništvo dve leti.

¹¹ To je obdobje, ko študent dela pod vodstvom nadrejenih izšolanih strokovnjakov, preden dobi pravico do polnega naziva zdravnika.

4. Razlike v specialističnem usposabljanju: med državami obstajajo razlike tudi v specialističnem usposabljanju. Tako je bil oblikovan formalni register specializacije in certifikat o končanem usposabljanju specializacije (ang. Certificate of Completion of Specialist Training, v nadaljevanju CCST). To je postala edina zahtevana kvalifikacija za specialiste. Zdravniki iz držav EU in EEA z izpolnjenimi zahtevami CCST imajo dostop in možnost vpisa v register specialistov za celotno območje EU.
5. Razlike v usposabljanju zdravnikov splošne medicine in razlike v statusu: med državami obstajajo tudi razlike pri pridobivanju nazivov. Tako je za naziv splošnega zdravnika v nekaterih državah potrebna specializacija, medtem ko tega druge države ne zahtevajo. Leta 2007 bo specializacijo za naziv splošnega zdravnika uvedla tudi Slovenija (Zupanič, 2004c).
6. Nadaljevanje izobraževanja: zdravstveni sistemi morajo po zahtevah EU zagotoviti in omogočiti konstantno izobraževanje zdravnikov. Države članice morajo same zagotoviti primerno nadaljevanje izobraževanja in usposabljanja tudi po končanem šolanju, bodisi v obliki tečajev ali seminarjev. Zdravniki morajo ohranjati znanje in si pridobivati novo znanje o napredku v medicini in novih postopkih zdravljenja. Zagotavljanje nadaljevanja izobraževanja za zdravstvene delavce je obvezno za vse države EU, vendar pa se med državami razlikujeta tako raven, kot obseg tega nadaljnega profesionalnega razvoja zdravstvenih delavcev. V Sloveniji je za nadaljno izobraževanje zdravnikov odgovorna Zdravniška zbornica (Hočevar, 1996, str. 8).
7. Različen pristop pri priznavanju specializacije: obstajajo tudi razlike pri klasifikaciji specializacij v posamezni državi. Če hoče zdravnik specialist iskati delo v drugi državi EU, mora biti specializiran na točno določenem področju, če želi, da mu ta država prizna kvalifikacijo brez dodatnih izpitov oziroma brez dodatnega usposabljanja. Težava je tudi v tem, da je lahko ena vrsta specializacije samostojno področje v eni državi, v drugi pa je soodvisna ali nadgradnja druge vrste področja. Tako je skoraj povsod v EU priznana specializacija dermatovenerologije, medtem ko v Veliki Britaniji obstaja le specializacija dermatologije.
8. Izmenjava informacij o disciplinski proceduri: odgovorni organi EU so obvezani izmenjavati informacije in podatke o morebitnih disciplinskih postopkih ali prekrških zdravnikov. Tako zdravniki, proti katerim je bil v eni članici uveden postopek, ne morejo prosto iskati zaposlitve v drugi državi članici.
9. Priznavanje kvalifikacij državljanom EU in EEA, ki so študirali v državi nečlanici: državljan EU in EEA, ki je registriran in dela v EEA, študij medicine pa je končal v tretji državi (zunaj območja EEA) nima enakih pravic, kot tisti iskalci zaposlitve, ki so se šolali v EEA. Državljanom EEA, ki so se šolali v EEA, kvalifikacije priznajo, državljanom EEA, ki so se šolali v tujini, pa ne. Le-ti morajo najprej imeti tri leta

delovnih izkušenj v državah EU in šele nato se jih obravnava enako kot iskalce zaposlitve s priznanimi kvalifikacijami.

10. Priznavanje kvalifikacij državljanom tretjih držav, ki so se šolali v EEA: državljan tuje države, ki ni članica EU, in je študiral v EEA, je pri iskanju zaposlitve obravnavan enako, kot iskalec zaposlitve iz tretje države, medtem, ko se državljanu EEA, z enakim končanim študijskim programom na isti ustanovi, avtomatično priznajo kvalifikacije.
11. Jezik: znanje jezika je eden glavnih dejavnikov, na podlagi katerega migranti v zdravstvenem sektorju izberejo ciljno državo za novo zaposlitev. Hkrati pa je to tudi ovira za prost pretok, saj je lahko v medicini nepoznavanje jezika države, v kateri zdravnik dela, resna ovira za varno opravljanje poklica. Tradicionalno je tako pretok dela večji v države, ki imajo jezik podoben domačemu ali katerega se iskalci zaposlitve učijo in ga obvladajo. Iz novih držav članic lahko tako pričakujemo predvsem emigracijo na angleško, nemško in francosko govoreča območja.
12. Dostop do informacij in nasvetov: pomanjkanje informacij o načinu in ravni usposabljanja v posameznih državah lahko privede do nezaupanja v iskalce zaposlitve iz teh držav, tako pri delodajalcih kot tudi pri pacientih. Veliko težav imajo tudi sami iskalci zaposlitve pri pridobivanju točnih in ažurnih podatkov o stanju in povpraševanju po delu v evropskih državah. Podatki o pomanjkanju zdravnikov so velikokrat neažurni, težko dostopni, med državami pa tudi neprimerljivi. Evropska komisija je predlagala ustanovitev centralne internetne strani s podrobnimi informacijami o stanju na trgu dela po posameznih državah EU.

Poleg vseh zgoraj naštetih omejitev se težave z zaposlovanjem delavcev v zdravstvu pojavljajo tudi na ruralnih območjih oziroma območjih, ki so socialno oslabljeni ter območjih z višjimi življenjskimi stroški. Tu se države srečujejo s t.i. geografskim neravnotežjem. V Sloveniji se pojavljajo težave s primanjkljajem dela predvsem v Prekmurski in Posavski regiji (Zupanič, 2004). Odliv visokokvalificiranih delavcev iz teh krajev v mesta je velik. Ogrožene regije pa ne najdejo načina, kako zadržati domače oziroma privabiti morebitne nove zdravstvene delavce na svoje področje.

3.5. Posledice prostega pretoka dela v zdravstvu v EU

Prost pretok dela in dostop do tujih delovnih mest je nekaterim državam EU prinesel kar nekaj težav. Z odprtjem trga dela v zdravstvu so se države članice začele soočati s primanjkljajem dela ali pa se je ta že obstoječi problem s skupnim notranjim trgom le še povečal. Malo je držav, ki bi lahko svoj primanjkljaj zdravstvenih delavcev lahko pokrile le s tujim uvoženim delom.

Države EU lahko vrzeli, ki se pojavljajo na trgu dela v zdravstvu, zapolnijo na več načinov. Poznamo štiri glavne strategije, ki jih države lahko uporabijo za odpravljanje pomanjkanja dela v zdravstvu. Ti ukrepi so (The healthcare workforce in Europe, 2004, str. 10-19):

1. povečevanje strokovnega usposabljanja v domačem zdravstvenem sistemu;
2. novo zaposlovanje;
3. izvajanje ukrepov za zadrževanje že zaposlenih v zdravstvu;
4. sprememba kombinacije znanj in sposobnosti med zdravstvenimi delavci.

3.5.1. Povečevanje strokovnega usposabljanja v domačem zdravstvenem sistemu

Eden glavnih razlogov za pomanjkanje zdravstvenega osebja je neuspeh v izobraževanju zadostnega števila novih zdravstvenih delavcev v preteklih letih. V nekaterih evropskih državah je proces usposabljanja zdravstvenih delavcev obravnavan kot strošek in ne kot investicija za prihodnost (Greater patient mobility will improve patient care, 2004). Mnoge države so zato v preteklosti zmanjševale kapaciteto usposabljanja zdravnikov oziroma so jo kvečjemu ohranjale na enaki ravni in je niso povečevale. Z leti se je povečalo povpraševanje po zdravstvenih storitvah, kar je ob enaki ravni ponudbe zdravstvenih storitev pripeljalo do pomanjkanja dela v zdravstvu v mnogih evropskih državah.

Obstaja več razlogov, zakaj države v preteklosti niso povečevale števila vpisnih mest za izobraževanje zdravnikov. V nekaterih državah so bili mnenja, da je potrebno najprej dodobra izkoristiti že obstoječe delavce, torej je treba najprej povečati produktivnost že zaposlenih in šele nato zaposlovati nove zdravnike. V drugih državah pa so bili mnenja, da je nizko razmerje med številom zdravnikov in številom prebivalcev znak učinkovitega zdravstva. Taka politika zaposlovanja dela v zdravstvu je skozi leta privedla do pomanjkanja zdravstvenih delavcev, ki bi v nekaterih državah že lahko ogrozil dostop do zdravstvenih storitev oziroma bi lahko ogrozil kakovost zdravstvene oskrbe.

Vse več držav je tako pred kratkim spoznalo, da je potrebno povečati strokovno usposabljanje domačih zdravstvenih delavcev, oziroma je potrebno povečati število vpisnih mest na študiju medicine in ostalih zdravstvenih poklicih. Le tako se lahko države izognejo primanjkljaju dela v zdravstvu in tako zmanjšajo svojo odvisnost od zaposlovanja tujega dela. S temi ukrepi si lahko zagotovijo usposobljene in kakovostne delavce, ki se šolajo po domačih standardih. Glede na to, da veliko držav povprašuje po tujem delu v zdravstvu, pa se tako izognejo tudi zaposlovanju morebitnih strokovno manj podkovanih tujih zdravstvenih delavcev.

Mnoge evropske države so se tako v preteklih letih odločile povečati število vpisnih mest za zdravniške poklice in s tem vsaj deloma omiliti primanjkljaj zdravstvenega osebja. Tako so v Veliki Britaniji od leta 1999 povečali število učnih mest za zdravnike na 7.300 oziroma za 45%. Med leti 1999 in 2003 pa so število vpisnih mest za medicinske sestre povečali za 4.429 mest. V Franciji so v letu 2003 število vpisnih mest za zdravnike povečali iz 4.700 na 5.100, v prihodnosti pa jih nameravajo povečati na 8.000. Vpis za šolanje medicinskih sester pa so

med leti 1998 in 2003 povečali iz 18.000 na 30.000 mest. Na Švedskem so leta 2002 povečali vpis za zdravnike za 25%, za medicinske sestre pa za 30%. Nizozemska je povečala število vpisnih mest iz 650 na 1.100 za zdravnike, v prihodnosti pa namerava povečati število vpisnih mest tudi za medicinske sestre. Finska je število študijskih mest povečala iz začetnih 300 na 600 mest za bodoče zdravnike, Ciper pa za 100 novih medicinskih sester (The healthcare workforce in Europe, 2004, str. 10).

Pri povečevanju števila vpisnih mest za nove študente se države lahko soočajo z dvema težavama. Kot prva se pojavlja težava, če jim bo sploh uspelo zapolniti novo odprta vpisna mesta na visokošolskih ustanovah. Druga težava pa je, kako ugotoviti primerno število novih vpisnih mest oziroma kako uspešno načrtovati potrebno število novih vpisnih mest, ki bi zadostovala potrebam po delu. Strokovno usposabljanje oziroma študij medicine traja dolgo, zato povečanje učnih mest v sedanjosti šele čez čas vpliva na povečanje števila strokovnih delavcev. Potrebno je torej ugotoviti potrebe po zdravnikih v prihodnosti za primerno in učinkovito načrtovanje večjih kapacitet študija v sedanjosti. Države morajo oblikovati in razviti dolgoročne modele za načrtovanje dela v zdravstvu, na podlagi katerih bi se lahko ugotovila premajhna ali prevelika zasedenost delovnih mest v zdravstvu. S takimi modeli bi bilo omogočeno tudi hitro in učinkovito ukrepanje pri odpravljanju neravnotežij na trgu zdravstvenih storitev.

3.5.2. Novo zaposlovanje

Povečanje števila vpisnih mest je dolgoročen ukrep za zmanjševanje primanjkljaja dela v zdravstvu. Na kratki rok oziroma za takojšnje zapolnjevanje vrzeli v zdravstvu je potrebno izvesti drugačne ukrepe. Eden izmed teh je takojšnje zaposlovanje nove delovne sile. Države iščejo novo delo v zdravstvu na dva načina. Prvič s privabljanjem delavcev, ki so nekoč že bili zaposleni v zdravstvu (in trenutno ne delajo) in se jih skuša privabiti nazaj na delovna mesta. Drugič pa z zaposlovanjem tujih delavcev iz drugih držav, tako znotraj kot zunaj EU.

Da bi v zdravstveni sistem privabili nazaj že ustrezno usposobljene in nekoč že zaposlene delavce, so se države odločile izvesti nekatere ukrepe in sicer:

- zaposlovanje ciljne skupine; kontaktiranje vseh registriranih zaposlenih v zdravstvenem sektorju, ki so trenutno brez dela;
- financiranje tečajev praktičnega usposabljanja;
- zagotavljanje bolj fleksibilnih in družinam prijaznih delovnih pogojev; to vključuje manj toge oziroma stroge pogoje izmenskega dela in časovno določene pogodbe.

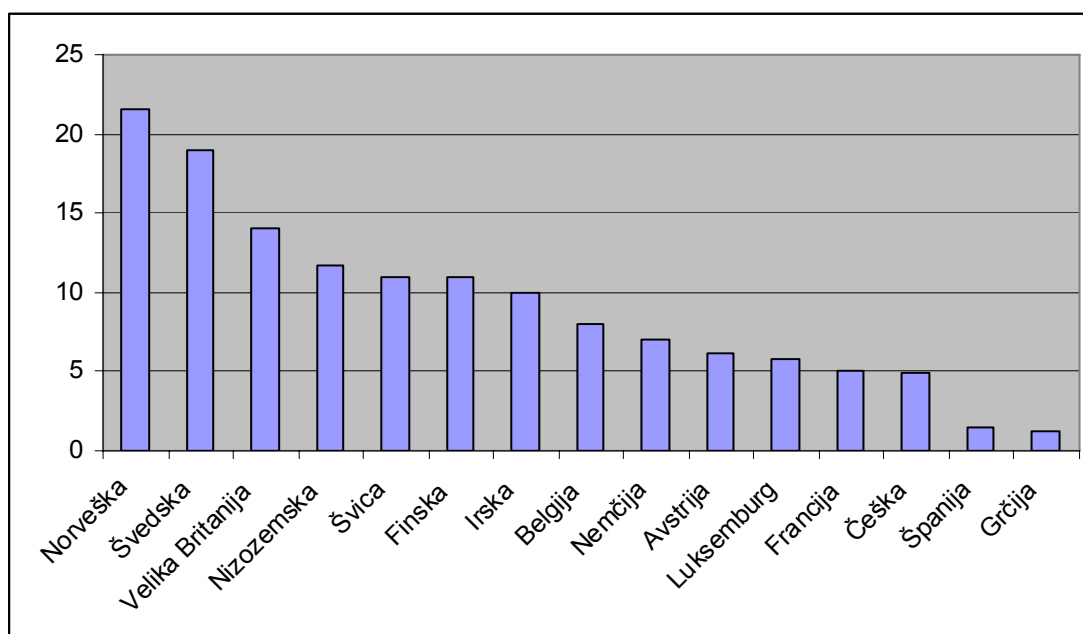
V Angliji so z uvajanjem fleksibilne delovne sheme (ang. Flexible Career Scheme) in izvajanjem nekaterih ukrepov uspeli privabiti nazaj več kot 1.600 medicinskih sester od leta 1999 ter več kot 1.500 terapevtov in približno 486 splošnih zdravnikov od leta 2000 (The healthcare workforce in Europe, 2004, str. 12). Ti pogoji in ukrepi so bili del večje kampanje za izboljšanje plač in izboljšanje ugleda zdravniškega poklica.

Poleg domačega zaposlovanja so države članice morale iskati zaposlene tudi na tujih trgih dela. Zaposlovanje tujih zdravstvenih delavcev je nujno za hitro in takojšnjo zapolnitev primanjkljaja dela v zdravstvu in s tem učinkovitega izvajanja zdravstvenih storitev.

Francija je tako zaposlila 650 medicinskih sester in fizioterapevtov iz Španije, Švedska pa vsako leto zaposli med 300 in 400 medicinskih sester iz Finske. Švedska je prav tako zaposlila 500 zdravnikov iz skandinavskih držav, držav znotraj in zunaj EU. Anglija pa je iz Španije uvozila 300 svetovalcev, 170 splošnih zdravnikov in 840 medicinskih sester. Finska, Ciper, Danska, Nemčija, Madžarska, Portugalska in Nizozemska so zaposlovale delovno silo iz tretjih držav (The healthcare workforce in Europe, 2004, str. 12).

Veliko evropskih držav torej skuša primanjkljaje na trgu dela v zdravstvu pokriti s tujimi delavci. Na Sliki 1 je prikazan delež tujih delavcev, zaposlenih v zdravstvu v državah EU, kot delež vseh tujih delavcev v teh državah.

Slika 1: Delež tujih zdravstvenih delavcev med celotnimi tujimi delavci v EU leta 2002 (v %)



Vir: Trends in International Migration, 2003, str. 157.

S Slike 1 je razvidno, da je imela leta 2002 Norveška največji delež tujih zdravnikov med vsemi tujimi delavci v državi. Na drugem mestu je bila leta 2002 Švedska. Skandinavske države ponavadi zaposlujejo tuje delavce iz sosednjih (skandinavskih) držav. Velika Britanija, ki ima zaradi široke uporabe angleškega jezika v današnjem času pri zaposlovanju tujih delavcev prednost pred ostalimi, je imela leta 2002 tretji največji delež tujih zdravnikov v celotnem tujem delu. Med tujimi delavci sta imeli najmanjši delež tujih zdravnikov v letu 2002 Španija in Grčija. Ti dve državi sta bolj znani kot izvoznici zdravstvenih delavcev.

Sistem mednarodnega priznavanja kvalifikacij je omogočil razmeroma nemoteno zaposlovanje dela v zdravstvu znotraj EU. To pa nekaterim evropskim državam povzroča skrbi. Še posebej je zaradi tega zaskrbljenih deset novih članic. Večina novih članic se je že pred vstopom v EU soočala s primanjkljajem dela v zdravstvu, zdaj pa bi mednarodno priznavanje kvalifikacij in morebitna aktivna politika zaposlovanja v starih članicah EU, povzročila večje migracije zdravstvenih delavcev iz EU-10 v EU-15. Stare članice intenzivno povprašujejo po novem delu v zdravstvu, hkrati pa nudijo boljše plačilo ter boljše delovne in življenjske pogoje, kot bi jih bili ti zdravstveni delavci deležni v primarnih državah (novih članicah EU).

Tako namerava iz Litve oditi 26% zdravnikov in kar 60% študentov medicine. S Poljske pa namerava delo v tujini poiskati 33% splošnih zdravnikov (The healthcare workforce in Europe, 2004, str. 12). Od pridružitve Madžarske EU je že približno 430 mladih zdravnikov zapustilo domovino in si poiskalo (boljšo) službo v EU-10 (Tempted by higher salaries Hungarian doctors go west, 2005). Če bodo te migracije v novih članicah EU znatne, bi to lahko škodovalo zdravstvenemu sistemu in oskrbi z zdravstvenimi storitvami v teh državah. Nove države članice bi lahko svoje pomanjkanje dela v zdravstvu skušale zapolniti z zaposlovanjem strokovnjakov iz držav zunaj EU in z zaposlovanjem tistih evropskih strokovnjakov, ki niso uspeli najti zaposlitve v EU-15.

Tu se lahko pojavlja problem kakovosti tovrstnih zdravstvenih strokovnjakov. Vendar se tudi pri zaposlovanju tujih strokovnjakov na področju zdravstva, zaradi zagotovitve zadostne količine zdravstvenih storitev na trgu, lahko pojavi težava. Ni znano, kako dolgo bodo lahko države EU črpale novo delovno silo iz tujih držav. Veliko evropskih držav se sooča s pomanjkanjem zdravnikov, hkrati pa vse države iščejo nove zaposlene v tujini. Novo delovno silo črpajo iz istega vira. Državam EU bi bila v veliko pomoč medsebojna delitev in poznavanje načrtov o zaposlovanju delavcev na področju zdravstva v drugih državah. Za boljše razumevanje in izvajanje mednarodnega zaposlovanja je najprej potrebno oblikovati mednarodno primerljiv sistem zbiranja in posredovanja informacij o stanju na trgu dela v zdravstvu v posameznih državah. Predvsem je pomembno zbirati med seboj primerljive podatke o stanju na trgu dela in jih tudi sproti ažurirati. Potrebne pa so tudi raziskave o vplivu mednarodnih migracij na zdravstvene storitve in zdravstvene sisteme držav, iz katerih prihajajo novo zaposleni delavci.

3.5.3. Zadrževanje že zaposlenih v zdravstvenem sistemu

Zaposlovanje novih delavcev je pomemben element pri zmanjševanju primanjkljaja dela. Zelo pomembno pa je tudi znati obdržati že obstoječe delavce oziroma znati pritegniti domače zdravstvene strokovnjake za delo v domačem zdravstvenem sektorju. Slednji element je pomemben predvsem iz dveh razlogov. Zadrževanje že zaposlenih je cenejše kot novo zaposlovanje. Na ta način pa tudi izkušnje in pridobljeno znanje ostanejo v domačem

zdravstvenem sistemu. Tako se investicija, ki jo je država vložila v izobraževanje teh strokovnjakov povrne, saj le-ti svoje izkušnje nudijo v domačem zdravstvenem sistemu.

Zadrževanje že zaposlenih delavcev je še toliko bolj pomembno na področjih, kjer je težko privabiti nove delavce, bodisi zaradi slabih življenjskih razmer ali pa zaradi neprivlačne lokacije in slabega regionalnega razvoja posameznega področja. Na teh manj privlačnih področjih se države srečujejo z geografskim neravnotežjem. Da bi obdržali že obstoječe delavce v zdravstvenem sektorju, se na teh regionalno slabše razvitih in za življenje manj privlačnih območjih uporabljajo določeni ukrepi za izboljšanje delovnih pogojev. Tako je potrebno (The healthcare workforce in Europe, 2004, str. 15):

- ustvarjati povezavo med delodajalci in študenti - študentom je potrebno po končanem šolanju ponuditi delovno mesto in jim omogočiti ustrezne delovne in življenjske pogoje;
- ponuditi cenejšo nastanitev in ponuditi pomoč pri kritju prevoznih stroškov;
- omogočiti ustrezno delovno okolje in delovno klimo;
- omogočiti večjo fleksibilnost pri plačilu;
- zagotoviti boljšo informiranost o možnostih zaposlovanja za študente in tiste strokovnjake, ki razmišljajo o nadaljnjem strokovnem usposabljanju na področju zdravstva in nadgradnji svoje kariere.

Z izvajanjem teh ukrepov bi države lahko obdržale zdravstvene delavce tudi na področjih, ki so drugače bolj znana kot emigracijska.

3.5.4. Sprememba kombinacije znanj in sposobnosti med zdravstvenimi delavci

Z namenom, da bi se bolj učinkovito spopadli s primanjkljajem dela v zdravstvu, veliko držav razmišlja o uvedbi sprememb v dosedaj tradicionalni razdelitvi delovnih nalog med zdravstvenimi delavci. Tako skušajo z različnimi ukrepi spremeniti razpon delovnih nalog in zadolžitev, z namenom, da bi zagotovili zadostno količino zdravstvenih storitev. Ti ukrepi so naslednji (The healthcare workforce in Europe, 2004, str. 17):

- Omogočiti prenos dela med različnimi strokovnimi skupinami; to vključuje prenos dela med zdravniki in medicinskimi sestrami. Tako lahko bolj učinkovito izkoristijo njihova znanja in sposobnosti. Na Švedskem lahko tako v nekaterih zdravstvenih domovih medicinske sestre vodijo manj zahtevne postopke zdravljenja. Tako razbremenijo zdravnike in omogočijo dostop do zdravstvenih storitev večjemu številu pacientov.
- Razvijati nove vloge; v Veliki Britaniji lahko asistent pripravnik prevzame in zaključi postopek zdravstvene oskrbe, ki ga je pred tem opravljalo strokovno usposobljeno osebje. Na Irskem so povečali vlogo zdravstvenega osebja in poudarjajo pomembnost kolektivnega sodelovanja med različnimi poklici v zdravstvenem sektorju. V Belgiji so uvedli novo razdelitev vlog med medicinsko sestro in pripravnikom, ki se lahko kasneje prenese na razmerje med medicinsko sestro in zdravnikom.

- Povečati razpon dela, ki ga lahko opravlja več različnih strokovnih skupin; npr. dovoliti medicinskim sestram predpisovati zdravila. To naj ne bi bila več izključno delovna naloga zdravnika.
- Spodbujati osebje k razvijanju novih sposobnosti in znanj zunaj njihovih tradicionalnih delovnih nalog in sposobnosti.
- Usposablјati in izobraževati osebje brez strokovnih kvalifikacij, da lahko prevzamejo nove delovne naloge.

Pomembno je, da se te spremembe izvajajo previdno in počasi. Ob spremembi in delitvi novih delovnih nalog v nobenem primeru ne sme priti do manjše kakovosti ali do neprimerne oskrbe z zdravstvenimi storitvami. Tako se lahko države ob izvajanju teh ukrepov izognejo očitkom, da so se za uvedbo sprememb odločile izključno iz finančnih razlogov. Prav tako med zdravstvenimi delavci ne sme priti do občutka, da se s tovrstnimi ukrepi le prelaga manj zahtevno in manj zanimivo delo na ostale, manj kvalificirane, podrejene skupine v zdravstvenem sektorju. Tovrstne spremembe se morajo dojemati kot sredstvo za povečanje izkušenj delavcev in s tem večjo ponudbo in lažji dostop do zdravstvenih storitev.

Pristopi za odpravljanje težav s pomanjkanjem dela v zdravstvu so med državami podobni in imajo podobne učinke na zdravstvene sisteme znotraj posameznih držav, vendar je veliko dejavnikov, ki vplivajo na mobilnost dela v zdravstvu, tako da je težko ugotoviti, kakšen je dejanski učinek razširjene EU in kdo ima večje koristi, nove ali stare članice. Delavci iz novih članic vidijo v razširjeni EU možnost za večji zaslužek, zato odhajajo na delo v stare članice. V novih članicah bo tako prišlo do večjega neravnotežja med ponudbo in povpraševanjem po zdravstvenih storitvah. Istočasno pa bi lahko stare članice z večjim pritokom novih delavcev pokrile svoje primanjkljaje v zdravstvu, vendar pa to zaradi mnogih omejitvenih dejavnikov, ki se pojavljajo pri mobilnosti dela v zdravstvu znotraj EU, ne bo možno v celoti.

Države, ki bodo privablјale nove delavce v zdravstvenem sektorju, bodo morale biti pozorne na kakovost in ustrezno izobraženost in usposobljenost razpoložljivih zdravstvenih delavcev. Države, iz katerih bodo zdravstveni delavci odšli v tujino, pa se bodo morebiti soočale še z večjim primanjkljajem dela v zdravstvenem sektorju. Kljub temu bodo morale najti način za nemoteno izvajanje zdravstvene oskrbe znotraj svojega zdravstvenega sistema. Za uspešno bojevanje proti neskladjem med ponudbo in povpraševanjem po zdravstvenih storitvah in za bolj učinkovito mobilnost dela, je potrebno med državami vzpostaviti enoten sistem izmenjave podatkov in načrtov ter politike zaposlovanja v zdravstvenem sektorju znotraj EU v prihodnosti. Le tako bodo lahko vse države EU omogočile zadostno ponudbo zdravstvenih storitev in s tem zadovoljile povpraševanje po zdravstvenih storitvah.

4. EVROPSKA UNIJA IN PROST PRETOK STORITEV

Ena izmed štirih temeljnih svoboščin skupnega evropskega trga je tudi prost pretok storitev. Prost pretok storitev v zdravstvu pomeni prost dostop do zdravstvenih storitev v tujini

oziroma zunaj meja domače države. S prostim pretokom storitev v zdravstvu se torej označuje prosto gibanje pacientov, ki želijo priti do zdravstvene oskrbe v tujini.

Obstaja mnogo dejavnikov, ki vzpodbujajo mobilnost pacientov. Na ta način naj bi imeli boljši in večji dostop do kakovostne zdravniške oskrbe in do bolj napredne medicinske tehnologije. Istočasno pa se pojavljajo tudi polemike o tem, kakšen vpliv bo ta mobilnost imela na organizacijo in delovanje zdravstvenega sistema v državah, iz katerih pacienti v večji meri odhajajo na zdravljenje v tujino in tudi kakšen vpliv bo to imelo na države, ki takšne paciente sprejemajo in jim nudijo zdravstveno oskrbo v okviru svojih zdravstvenih sistemov.

4.1. Značilnosti prostega pretoka storitev v zdravstvu v EU

Znotraj EU obstaja sistem koordinacije socialnih sistemov, v okvir katerega sodi tudi koordinacija zdravstvenega sistema. S koordinacijo zdravstvenih sistemov v EU je urejen tudi prost dostop do zdravstvenih storitev v ostalih državah EU. Do prostega dostopa zdravstvenih storitev v tujini (znotraj EU) so upravičeni vsi državljani EU, ki so zavarovani pri (svoji) nacionalni mreži zdravstvenega zavarovanja. Pravico do prostega dostopa do zdravstvenih storitev lahko državljani EU uveljavljajo na območju EU in EEA. Obseg in vrsta zdravstvenih storitev, ki ju bo posameznik prejel v tujini, sta odvisni od več dejavnikov. Dejavniki, ki vplivajo na način zdravstvene oskrbe v tujini so (McKee, 2004, str. 159):

- namen, s katerim je državljan EU prišel v tujino;
- dolžina bivanja v tujini;
- resnost zdravstvenega stanja in če takšno zdravstveno stanje zahteva takojšnjo zdravstveno oskrbo.

Pri prostem pretoku zdravstvenih storitev ločimo pet kategorij evropskih pacientov (Rosenmöller, 2006, str. 6-7):

1. državljani EU, ki so v drugi državi EU na počitnicah in v tem času nastopi potreba po zdravstveni oskrbi;
2. upokojeni državljani EU, ki živijo izven svoje matične države, zdravstvene storitve pa želijo prejemati v državi, kjer živijo;
3. državljani EU, ki živijo na obmejnih območjih in so jim zdravstvene storitve v drugi državi članici lažje dostopne;
4. državljani EU, ki gredo namenoma v tujino, iskat zdravstveno oskrbo oziroma zdravstvene proizvode;
5. državljani EU, ki jih na zdravljenje v tujino napoti domača zdravstvena zavarovalnica.

Glede na namen, s katerim je državljan EU prišel v neko drugo državo EU, ločimo slučajno in prostovoljno mobilnost pacientov.

O slučajni mobilnosti pacientov govorimo takrat, ko potreba po zdravstveni oskrbi nastopi nenadoma med bivanjem v drugi državi EU. Ponavadi se to zgodi med potovanjem v drugo

državo EU, med službeno potjo oziroma med študijem v tujini. Ne glede na resnost stanja bolezni so pri slučajni mobilnosti do (brezplačne) zdravstvene oskrbe med bivanjem v drugi državi upravičeni: upokojeanci, ki prejemajo pokojnino in njihovi družinski člani; osebe, ki so bile zaposlene ali samozaposlene in so trenutno brez dela in so v tuji državi prijavljeni kot iskalci zaposlitve; zaposlene ali samozaposlene osebe, ki so na delu v EU; obmejni delavci (živijo v eni, delajo pa v drugi državi); študenti in tisti, ki so v tujini na strokovnem izobraževanju (Slovenija, doma v Evropi). Torej pacienti iz prvih treh kategorij.

Državljanom EU iz te skupine, bo obseg in vrsto zdravstvenih storitev, ki jih bodo prejeli v tujini, določil zdravnik. Ključnega pomena pri tem bo pričakovana dolžina bivanja na tujem. Tako bodo tisti, ki bodo v tujini ostali dlje časa, upravičeni do večjega obsega zdravstvenih storitev, kot tisti, ki bodo v tujini le krajši čas.

Prostovoljna mobilnost pacientov nastopi takrat, ko državljan EU pride v drugo državo EU, izključno z namenom izkoriščanja pravice do zdravstvene oskrbe, torej ko pride v tujino na zdravljenje. Sem sodijo pacienti iz četrte in pete kategorije. Ko se državljani EU odpravijo v tujino izključno zaradi uživanja pravice do tuje zdravstvene oskrbe, si morajo pred odhodom v tujino pridobiti dovoljenje oziroma soglasje matične zdravstvene zavarovalnice za tak zdravstveni postopek. Seveda je tudi pri tem načinu zdravljenja postavljeno kar nekaj pogojev in sicer za kakšno storitev gre, kakšne vrste zdravljenje bo opravljeno, bo zdravljenje bolnišnično ali ambulantno. Državljan EU so praviloma upravičeni do zdravstvenih storitev v ustanovah in pri zdravnikih, ki so del javne zdravstvene mreže.

4.2. Povračilo stroškov

Bolniki, ki se želijo zdraviti v tujini, lahko izkoristijo ugodnosti notranjega trga. Pomembno vprašanje, ki se pojavlja pri mobilnosti pacientov, je strošek zdravstvene oskrbe oziroma, kako je urejena povrnitev stroškov za pridobljeno zdravstveno oskrbo v tujini. Ko se državljan EU, ki je zavarovan pri domači zdravstveni ustanovi, odloči pridobiti zdravstveno oskrbo na območju EU in EEA v okviru javne zdravstvene mreže, ima ob prihodu v domovino pravico zahtevati povrnitev stroškov, ki so nastali ob uživanju zdravstvene oskrbe v tujini. Povračilo stroškov lahko zahteva od svoje domače zavarovalnice, seveda ob predložitvi originalnih računov in priloženih medicinskih dokumentacij, receptov, itd.

Za ambulantno zdravljenje v tujini, za katerega si pred tem ni pridobil dovoljenja domače zavarovalnice, je ob vrnitvi domov upravičen do povračila stroškov, v višini zneska, ki za enako zdravstveno storitev velja v domači državi oziroma v državi, kjer ima pacient sklenjeno zdravstveno zavarovanje. Do povračila stroškov je bolnik upravičen le, če je uveljavljal pravico do zdravstvene oskrbe v mreži javnega zdravstva. Če je pacient iskal zdravstveno oskrbo pri zdravnikih oziroma v zdravstvenih ustanovah, ki niso del javne zdravstvene mreže (pri zasebnikih in v zasebnih klinikah), bo moral stroške zdravljenja v tujini kriti sam. S

povračilom stroškov v višini doma veljavnega cenika se prepreči večji negativni vpliv take mobilnosti na socialni proračun domače države (Palm, 1999, str. 15).

V primeru bolnišničnega zdravljenja v tujini si mora pacient predhodno pridobiti soglasje domače zdravstvene zavarovalnice oziroma ga mora na zdravljenje v tujino napotiti kar sama zavarovalnica. Po opravljeni zdravstveni storitvi v tujini je upravičen do povračila stroškov v višini zneska, na osnovi zakonodaje države članice, v kateri se izvaja zdravljenje. To velja tudi za ambulantno zdravljenje s predhodnim soglasjem domače zavarovalnice. Strošek zdravstvene storitve, ki jo je pacient prejel v tujini, je lahko nižji od stroška za enako zdravstveno storitev v domačem zdravstvenem sistemu. Če je zdravstvena storitev doma dražja, lahko zavarovanec dobi nazaj to razliko v stroških zdravljenja doma in v tujini. To ne predstavlja bremena za nacionalni sistem socialne varnosti, saj bi bil pacient do tega zneska upravičen tudi, če bi se odločil za zdravljenje doma (Evropski parlament, 2004).

V mnogih državah so bili mnenja, da bi povečana mobilnost njihovih pacientov v tujino in s tem večje število zahtev za povračilo stroškov, lahko škodovala domačemu zdravstvenemu sistemu. Nekaterne države so hotele omejiti tovrstno mobilnost in so tako le nejevoljno dajale soglasja za pridobitev zdravstvene storitve v tujini. Evropsko sodišče je določilo, da mora vsaka država članica izdati soglasje v vsakem primeru, kjer bi to pomenilo izboljšanje zdravstvenega stanja pri pacientu in boljše pogoje zdravljenja (McKee, 2004, str.160).

4.3. Pomen razzsodb Evropskega sodišča za prost pretok storitev v zdravstvu

Zdravstveni sistemi so organizirani znotraj posameznih držav EU. V zadnjih letih se vse bolj povezujejo in sodelujejo. Prav tako se je mobilnost pacientov znotraj EU skozi leta povečevala, kar kažejo tudi podatki, da je Evropsko sodišče vsako leto obravnavalo več zahtev za povračilo stroškov za zdravljenje v tujini, ki jih zavarovalnice niso hotele izplačati svojim zavarovancem (Cross-border healthcare demands EU response, 2004). Do leta 1998 je mobilnost pacientov znotraj EU urejala Uredba 1408/71. Ta je zahtevala zdravljenje v tujini (ambulantno in bolnišnično) izključno s predhodnim soglasjem matične zavarovalnice pacienta. Prav nekaj razzsodb v določenih primerih na Evropskem sodišču pa je povzročilo spremembe na trgu prostega pretoka zdravstvenih storitev. Med najbolj pomembnimi razzsodbami Evropskega sodišča za evropskega bolnika lahko štejeemo naslednje tri primere:

1. Primer Kohll in Decker (1998): Evropsko sodišče je v tem primeru razzsodilo, da prost pretok pomeni, da gre lahko posameznik v tujino z namenom, da si pridobi tako tuje zdravstvene storitve kot tudi zdravstvene proizvode. Pacient si lahko pridobi zdravstveno storitev v tujini brez predhodnega dovoljenja matične države oz. zavarovalnice. To velja za ambulantno zdravljenje. Upravičen je do povračila stroškov v višini zneska, ki je za enako zdravstveno oskrbo določen v domači državi oziroma v državi, kjer ima sklenjeno zdravstveno zavarovanje (Free movement of patients, 2003).

2. Primer Smits-Peerbooms (2001): Za bolnišnično oskrbo v tujini je potrebno pridobiti dovoljenje domače zavarovalnice. Dovoljenje za pridobitev zdravstvene oskrbe v tujini mora biti izdano, če pacientu ni na voljo enaka zdravstvena storitev doma znotraj določenega časovnega obdobja. Pacient je v tem primeru prav tako upravičen do povračila stroškov, ki so nastali ob zdravljenju v tujini (Free movement of patients, 2003).
3. Primer Vanbraekel (2001): Predmet te sodbe je bilo prav tako bolnišnično zdravljenje s predhodnim dovoljenjem. Pacient je upravičen do povračila zneska, ki velja za zdravstveno storitev v državi, kjer je bil na zdravljenju. Če je cena za enako zdravstveno storitev v domači državi višja kot v tujini, je pacient upravičen do povračila razlike v ceni za opravljeno storitev. To povračilo bi dobil tudi, če bi bila zdravstvena storitev opravljena doma. Ta odločitev Evropskega sodišča tako nima negativnega vpliva na zdravstveni sistem države, v kateri je pacient zavarovan (Evropski parlament, 2004).

Uspešna določila Evropskega sodišča iz teh primerov so povečala pričakovanja bolnikov za boljše možnosti zdravljenja in lažji dostop do zdravstvenih storitev v tujini. Sodišče je sicer res odločilo, da morajo biti stroški zdravljenja v tujini v celoti povrnjeni s strani domačega sistema zdravstvenega zavarovanja, vendar se pacienti pri tem nemalokrat srečujejo s težavami. V praksi se še vedno pojavlja precej težav pri uveljavljanju povračila stroškov. Redke države so v celoti sprejele določila Evropskega sodišča oziroma so dejansko začele z njihovim izvajanjem. Položaj pacientov je zaenkrat še pogojen z državo članico, v kateri so vključeni v sistem zdravstvenega zavarovanja. Pacienti svoje pravice zato v večini primerov uveljavljajo preko tožb na sodišču. Srečujejo se z neupravičenimi in nesorazmernimi preprekami pri povračilu stroškov. Težave se pojavljajo predvsem, ker nekatere države določene zdravstvene storitve različno klasificirajo oziroma se nekatere zdravstvene storitve v nekaterih državah opravljajo samostojno, nekatere pa v paketu z drugimi zdravstvenimi storitvami. Prav tako se v nekaterih državah določene zdravstvene storitve opravljajo v okviru ambulantnega zdravljenja, medtem ko se v drugih državah opravljajo v okviru bolnišnične oskrbe. Tukaj potem nastanejo težave v klasifikaciji zdravstvenih storitev pri povračilu stroškov s strani domače zdravstvene zavarovalnice (Palm, 1999, str. 7).

5. PROST PRETOK STORITEV V ZDRAVSTVU

Dolga leta sta se ponudba in povpraševanje po zdravstvenih storitvah razvijala in usklajevala zgolj v okviru nacionalnih zdravstvenih sistemov in znotraj meja določene države. Vendar pa je tako kot vsa ostala področja, tudi zdravstveni sektor, podlegel pritiskom skupnega evropskega trga. Z odprtjem mej je pacientom namreč omogočen dostop do zdravstvenih storitev v tujini oziroma v drugih državah članicah EU. Evropski državljani se lahko zdaj napotijo na zdravljenje v tujino bodisi prostovoljno ali na predlog domače zdravstvene zavarovalnice. Z odprtjem meja pa se ob morebitni zdravstveni oskrbi v tujini lahko izognejo

neprijetnostim tudi vsi ostali državljani EU, ki v tujini nepričakovano potrebujejo zdravstveno oskrbo in se v tujini nahajajo kot turisti, delavci na začasnem delu ali kot tuji študentje.

Spodbuda za paciente naj iščejo zdravstveno oskrbo v tujini oziroma naj postanejo bolj aktivni udeleženci na skupnem evropskem trgu zdravstvenih storitev je prišla z več strani. V prvi vrsti so paciente za vstop na evropski trg spodbujali sami ponudniki zdravstvenih storitev, saj so na ta način hoteli zavarovati svoj položaj na zdaj večjem in bolj konkurenčnem evropskem trgu. Druga spodbuda je prišla s strani zavarovalnic. Te iščejo za svoje zavarovance najboljše zdravstvene storitve po nižjih cenah. Tretja spodbuda pa je najbrž prišla s strani politike in medijev, ki hočejo tako povečati zavedanje o razlikah v cenah zdravstvenih storitev med državami in na ta način povečati pritisk na nekatere države naj povečajo porabo (izdatke za zdravstveno oskrbo) in tako tudi same postanejo konkurenčne (McKee, 2004, str. 167).

5.1. Vzroki in dejavniki prostega pretoka storitev v zdravstvu v EU

Mobilnost pacientov povzroča spremembe tako v ponudbi kot povpraševanju po zdravstvenih storitvah. Poleg tega vpliva tudi na sistem socialne varnosti v določeni državi. Da bi lahko predvideli ali preučili posledice mobilnosti pacientov na ponudbo in povpraševanje po zdravstvenih storitvah, je potrebno najprej ugotoviti ter raziskati motive in vzroke mobilnosti pacientov. Prav tako je pred ugotavljanjem posledic mobilnosti pacientov na sistem socialne varnosti najprej potrebno analizirati dejavnike, na podlagi katerih se ljudje odločijo iskati zdravstveno oskrbo v tujini.

Eden glavnih vzrokov za mobilnost pacientov je neravnovesje med ponudbo in povpraševanjem po zdravstvenih storitvah na domačem trgu (znotraj ene države). Neravnovesje povzroča presežek povpraševanja po zdravstvenih storitvah nad ponudbo le-teh. Trendi kažejo, da povpraševanje po zdravstvenih storitvah narašča. Vzroke za to lahko iščemo tudi v demografskih spremembah, v katerih je vedno večji delež starejšega prebivalstva, ki so praviloma večji konzumenti zdravstvenih storitev. Na drugi strani je vzrok za premajhno ponudbo zdravstvenih storitev moč iskati v premajhnem investiranju oziroma vlaganju sredstev za večje izobraževanje oziroma šolanje zdravstvenih delavcev (Free movement of patients, 2003). To se kaže v pomanjkanju strokovno usposobljenih delavcev na področju zdravstva. Takšno neravnovesje med ponudbo in povpraševanjem po zdravstvenih storitvah se odraža v dolgih čakalnih dobah in preobremenjenosti zdravstvenih delavcev. Tu se potem pojavlja tudi vprašanje kakovosti zdravstvene oskrbe. Takšno stanje v zdravstvu povzroča splošno nezadovoljstvo tako prebivalcev (bolnikov) kot tudi delavcev (zdravnikov).

Dodaten problem na trgu ponudbe in povpraševanja po zdravstvenih storitvah predstavlja tudi tehnološki napredek. Znanost in tehnologija sta na področju medicine še posebej pomembni in se na tem področju tudi izredno hitro razvijata. Prav hiter razvoj tehnologije in nova spoznanja na področju zdravstva omogočajo vedno nove in boljše načine zdravljenja, hkrati

pa se z novimi načini zdravljenja višajo tudi stroški (novejše in boljše) zdravstvene oskrbe (Free movement of patients, 2003). Z novo ponudbo možnosti zdravstvene oskrbe se sorazmerno povečuje tudi povpraševanje po zdravstvenih storitvah, kateremu pa ne sledi povečanje ponudbe zdravstvenih storitev. To vodi do še večjega razpona med ponudbo in povpraševanjem po zdravstvenih storitvah.

Čeprav ljudje na splošno iščejo zdravstveno oskrbo v bližini svojega doma, imajo zdaj na voljo tudi možnost, da se odločijo za zdravljenje v tujini. Poleg zgoraj naštetih dejavnikov jih za zdravljenje v tujini vzpodbuja tudi vedno večji dostop do informacij o možnostih in načinih zdravljenja v tujini. Do informacij lahko pridejo s pomočjo interneta, medijev ali kar preko mednarodnih zdravstvenih organizacij. Trendi v zdravstvu kažejo, da želijo biti pacienti vedno bolj informirani. Pacienti, ki razmišljajo o zdravljenju v tujini, največkrat iščejo informacije o cenah ter stroških zdravstvene oskrbe, o razponu kritja zdravstvenega zavarovanja in o kakovosti zdravstvene oskrbe v tujini (Free movement of patients, 2003).

Obstaja pa še vrsta drugih dejavnikov, ki vplivajo na mobilnost pacientov (Palm, 1999, str. 53-54):

1. Resnost bolezni in težavnost zdravstvene storitve: pri resnejših boleznih bo pacient vložil več truda za ustrezno izbiro specialista, ki bo opravil zdravljenje. Pacient je v tem primeru pripravljen prepotovati daljšo razdaljo, da bi si pridobil ustrezno in kakovostno zdravstveno storitev.
2. Bližina mesta zdravljenja: če bo imel pacient na izbiro več možnosti enako kakovostne zdravstvene oskrbe, bo izbral tisto destinacijo, ki je bližje njegovemu domu. V primeru bolnišničnega zdravljenja bo izbral tisto bolnišnico, ki je bližje njegovi družini. Za daljše zdravljenje je najbolj pomemben dejavnik dostopnost lokacije, kjer se bo izvajala zdravstvena oskrba.
3. Kakovost in ugled bolnišnice oziroma ponudnika zdravstvene storitve: ko se bo pacient odločal za tehnološko bolj zahtevno zdravstveno storitev, bo izbral tistega ponudnika, ki ima na tem področju že določen ugled in izkušnje.
4. Čakalna doba: če mora pacient za določeno zdravstveno storitev dolgo čakati, je pripravljen raziskati ponudbe podobnih zdravstvenih storitev v tujini. Evropsko sodišče je leta 2006 določilo, da mora zdravstvena služba določene države EU, v primeru nepričakovano dolgih čakalnih dob, bolniku plačati zdravljenje v tujini (Čakalne dobe bodo drago stale, 2006).
5. Zaupanje in komunikacija: za postavitve diagnoze in izbiro postopka zdravljenja je potreben dialog med pacientom in zdravnikom oziroma ponudnikom zdravstvene storitve. Pri tem je za končno izbiro destinacije zdravljenja zelo pomemben jezik

oziroma jezikovna ovira. Pacient se bo bolj verjetno odločil za zdravljenje v državi, katere jezik in kultura sta mu poznana oziroma vsaj podobna tistemu v domači državi.

6. Strošek zdravljenja: na odločitev pacienta o lokaciji zdravljenja, vplivajo tako stroški medicinskih proizvodov in pripomočkov kot tudi strošek same zdravstvene oskrbe.
7. Postopek povezan s povračilom stroškov za zdravstveno storitev v tujini: če je povračilo stroškov zdravstvenih storitev povezano z dolgotrajno administrativno proceduro, se bo pacient raje odločil za zdravljenje doma.
8. Razpoložljivost in dostop informacij o ponudbi zdravstvenih storitev v tujini v primerjavi s ponudbo, ki jo ima pacient na razpolago doma: ta dejavnik je mogoče najbolj pomemben, ko se pacient odloča o destinaciji oziroma lokaciji zdravljenja. Velikokrat se pacienti odpravijo na zdravljenje v tujino na priporočilo svojega zdravnika. Zdravniki imajo ponavadi boljši dostop do informacij kot pacienti. Zaradi tega neenakega dostopa do informacij ima trg zdravstvenih storitev, kljub notranji integraciji, značilnosti nepopolnega trga (Stanovnik, 2002, str. 175). Za mobilnost pacientov je dostop do informacij o ponudbi zdravstvenih storitev v tujini izjemno pomemben.

Glede na zgornje dejavnike, na podlagi katerih se pacient odloča o zdravljenju v tujini in glede na značilnosti ponudbe zdravstvenih storitev, vidimo, da je kar nekaj dejavnikov, ki omejujejo oziroma zavirajo mobilnost pacientov. Kljub odprtju meja, znotraj EU, ni tako preprosto priti do storitev na področju zdravstva v kateri drugi evropski državi. Paciente, ki bodo kljub temu odšli v tujino iskati primerno zdravstveno oskrbo, lahko razdelimo v tri skupine. Glede na dejavnike, ki jih pacienti upoštevajo pri svoji odločitvi, jih delimo na (Palm, 1999, str. 54):

- paciente, ki živijo na obmejnih področjih: pacienti iz te skupine se bodo za zdravljenje v tujini odločali na podlagi dejavnikov, kot so bližina izvajanja zdravstvene storitve, stroški zdravstvene storitve, ugled ustanove (kjer se bo izvajal zdravstveni postopek), jezik države, čakalna doba, trajanje administrativnega postopka za povračilo stroškov ter dostop do informacij o zdravstveni storitvi.
- paciente, ki bodo v tujini povpraševali po tehnološko bolj prefinjenih in zahtevnih zdravstvenih storitvah: na odločitev pacientov iz te skupine bodo vplivali dejavniki, kot so jezik države (kjer se bo izvajal zdravstveni postopek), čakalna doba, resnost zdravstvenega stanja pacienta, kakovost ustanove oziroma ponudnika zdravstvene storitve.
- paciente, ki imajo na razpolago vse potrebne informacije za racionalno odločitev: ta skupina pacientov se bo za zdravljenje v tujini odločila po lastni presoji, ko bo pretehtala vse možnosti, ki jih ima na razpolago.

Iz teh omejitev je vidno, da popolnoma prost dostop do zdravstvenih storitev v tujini ne more obstajati. Ni torej pričakovati, da bi se pacienti kljub vsemu odločali za množične odhode v druge države EU, zgolj z namenom, da bi si tam pridobili zdravstveno storitev, do katere sicer so upravičeni tudi na tujem trgu. Kljub odprtim evropskim mejam je veliko dejavnikov, ki zavirajo mobilnost pacientov oziroma ne bodo povzročili večjih migracij evropskega prebivalstva zaradi tuje zdravstvene oskrbe.

5.2. Prednosti in slabosti prostega pretoka storitev v zdravstvu v EU

Prost dostop do zdravstvenih storitev znotraj EU ima za evropske države tudi določene prednosti in slabosti. Prednosti in slabosti mobilnosti pacientov je možno, tako kot mobilnost zdravnikov, obravnavati z dveh vidikov. Na eni strani imamo državo gostiteljico oziroma državo, kjer pacienti v večji meri iščejo zdravstveno oskrbo. Na drugi strani pa imamo domačo državo, iz katere ti pacienti odhajajo v tujino na zdravljenje.

Z vidika domače države oziroma pacientov iz teh držav, lahko med prednosti prostega dostopa do zdravstvenih storitev v tujini štejemo večjo izbiro za paciente, saj imajo tako prost dostop do širšega kroga ponudnikov zdravstvenih storitev. Pacienti se tako lahko pri izbiri ponudnika zdravstvene storitve odločajo glede na kakovost zdravstvene storitve, glede na strošek zdravstvene storitve ali glede na način izvedbe zdravstvene storitve, ki jo bo pacient prejel v tujini (Patient mobility and healthcare developments, 2003).

Prost pretok zdravstvenih storitev omogoča tudi hitrejšo vpeljavo nove medicinske tehnologije in novih (boljših) postopkov zdravljenja (Free movement of patients, 2003). Večja konkurenčnost na trgu zdravstvenih storitev povzroča večje pritiske na ostale države članice po uvedbi novih postopkov zdravljenja in pritiske po širjenju ponudbe zdravstvenih storitev znotraj domačih zdravstvenih sistemov.

Med negativne učinke mobilnosti pacientov za domače države lahko štejemo neenako interpretiranje sodb Evropskega sodišče v posameznih evropskih državah. Pacienti so tako ob uporabi zdravstvenih storitev v tujini še vedno soočeni s težavami pri povračilu stroškov s strani svoje domače zdravstvene zavarovalnice. Dodaten problem pri povračilu stroškov pa povzroča tudi dejstvo, da so nekatere zdravstvene storitve različno klasificirane med državami in so tudi krite z različnimi vrstami zdravstvenih zavarovanj.

Z vidika domače države lahko med negativne učinke mobilnosti pacientov štejemo nezmožnost učinkovitega kontroliranja stroškov v zdravstvenem sektorju (Patient mobility and healthcare developments, 2003). Težava bi se lahko pojavila, če bi prišlo do razmaha mobilnosti pacientov, ki bi odšli v tujino povpraševati po zdravstvenih storitvah brez predhodnega soglasja domače zdravstvene zavarovalnice. To bi posledično pomenilo večje stroške domačih zdravstvenih zavarovalnic, saj bi se povečalo število zahtevkov za povrnitev stroškov zaradi zdravljenja v tujini. Zaradi nenačrtovanih večjih izdatkov bi imela domača

zdravstvena zavarovalnica težave pri učinkovitem načrtovanju porabe stroškov v prihodnosti. Evropsko sodišče je zato sprejelo odločitev, ki bi zagotovila finančno stabilnost zavarovalnih sistemov. Države lahko tako sestavijo seznam zdravstvenih storitev, za katere bodo krile stroške. S tega seznama lahko izključijo določene dražje storitve v tujini, za katere pacienti ne bodo dobili povrnjenih stroškov (Palm, 1999, str. 22).

Ob povsem neomejeni mobilnosti pacientov, bi se v državah gostiteljicah lahko pojavila težava pri načrtovanju potrebnih kapacitet v zdravstvenih ustanovah. Ob izjemno povečani mobilnosti pacientov v določeno državo, se lahko zgodi, da povpraševanje po zdravstvenih storitvah preseže ponudbo zdravstvenih storitev v tej državi. Hkrati pa bi se v drugih državah (iz katerih bi pacienti odhajali v tujino) pojavila težava neizkoriščenosti kapacitet. Zaradi odprtih mej in razmeroma lahkega dostopa do zdravstvenih storitev v tujini, bi se nekatere države lahko odločile da bodo svoje paciente raje pošiljale v tujino na zdravljenje, kot pa da bi investirale v svoj zdravstveni sistem. Čeprav ima mobilnost pacientov kar nekaj prednosti, pa ta možnost nikakor ne sme biti sredstvo za zmanjševanje investicij v zdravstveni sektor. Mobilnost pacientov naj bi bila le dodatna (boljša) alternativa izkoriščanja pravice do zdravstvene oskrbe.

5.3. Posledice prostega pretoka storitev v zdravstvu v EU

Prost dostop do zdravstvenih storitev znotraj EU je v državah članicah sprožil kar nekaj polemik o učinkih, ki jih taka mobilnost nosi tako ponudnikom zdravstvenih storitev, kot tudi samim povpraševalcem po zdravstvenih storitvah. Seveda se je pojavilo kar nekaj vprašanj o tem, kakšne učinke ima mobilnost pacientov na samo državo oziroma na njen zdravstveni sistem.

Kot posledica prostega dostopa do zdravstvenih storitev se lahko odraža večja prodaja zdravstvenih pripomočkov in zdravil. Če je cena zdravil v državi gostiteljici bistveno nižja, kot v domači državi, bodo pacienti v večji meri odhajali v tujino in izkoriščali to ekonomsko prednost nižjih cen zdravil v tujini. Razvoj uvoza zdravstvenih proizvodov iz drugih držav EU (zaradi mobilnosti pacientov) lahko privede do vzporednega uvoza zdravstvenih pripomočkov in zdravil in tako prinese prednosti državi, ki ima višje cene zdravstvenih proizvodov. Na področju zdravil, kjer so cene enakih farmacevtskih proizvodov med državami članicami EU zelo različne, je Evropsko sodišče z nekaj določbami legitimiralo načelo vzporednega uvoza pod določenimi pogoji (Palm, 1999, str. 57). Prav tako bodo paciente iz tujine gostile države, ki imajo še zadovoljivo kakovost zdravstvenih storitev in nimajo čakalnih dob oziroma so le-te zelo nizke.

Prisotnost čakalnih dob je v večini držav članic EU rezultat stroge racionalizacije specializiranih storitev in alokacije proračunskih sredstev med sektorje zdravstvenega zavarovanja (Greater patient mobility will improve patient care, 2004). Pacienti, ki so v svoji državi soočeni z dolgimi čakalnimi dobami, bodo zdravstveno storitev poiskali v tujini. V

domači državi, iz katere pacienti odhajajo v tujino, se lahko zaradi večje mobilnosti pacientov pojavijo težave pri povračilu stroškov. Z večjim številom zahtevkov za povračilo stroškov se povečajo izdatki zdravstvenega sistema, kar lahko ogrozi finančno stabilnost zdravstvenih sistemov. Z večjo mobilnostjo pacientov je lahko pričakovati tudi večje administrativne stroške zavarovalnih organizacij. Te bodo imele več zahtevkov za povračilo stroškov zdravljenja v tujini, kar bo povečalo tako izdatke za plače zaposlenih, ki obravnavajo te zahteve, kot tudi izdatke iz naslova povračila stroškov.

V domači državi bodo tako tudi bolnišnice z daljšimi čakalnimi dobami izgubile del pacientov, ki bodo raje odšli v tujino. Tako bo v domači državi ustvarjen pritisk na zmanjšanje čakalnih dob, kar bo povečalo obremenjenost delovne sile. V tujini pa bodo uvozili čakalne dobe. Z večjo mobilnostjo pacientov se države lahko srečajo tudi s težavo zagotavljanja zdravstvene oskrbe zaradi omejenih kapacitet.

Uvedba novih tehnologij in novih postopkov izvajanja zdravstvenih storitev, povzroča tudi večjo specializacijo v medicini. Tehnološki napredek v medicini ponuja tudi možnost razvoja specializiranih mednarodnih centrov, v katerih se bodo izvajale točno določene zdravstvene storitve (Palm, 1999, str. 57). Tovrstni mednarodni specializirani medicinski centri bodo pritegnili paciente iz cele Evrope, saj bodo ponujali tehnološko bolj zahtevne in prefinjene zdravstvene storitve oziroma bodo specializirani za zdravljenje redkih bolezni. Razvoj takšnih centrov, skupaj z večjo mobilnostjo pacientov, ponuja možnost razvoja »zdravstvenega« turizma (ang. health tourism) (Free movement of patients, 2003).

Zaradi večje mobilnosti pacientov se bo posledično povečalo tudi izplačilo stroškov za prejete zdravstvene storitve v tujini. Tukaj se pojavlja vprašanje finančne stabilnosti zavarovalnih sistemov v zdravstvu (Palm, 1999, str. 35). Potrebno je imeti pregled in nadzor nad porabo sredstev v zdravstvu. Vendar pa moramo najprej pogledati, kakšni so dejanski tokovi mobilnosti znotraj EU in kakšni so izdatki v državah EU za povračilo stroškov zavarovancev, preden lahko govorimo o vplivu mobilnosti pacientov na sistem zdravstvenega zavarovanja. Kljub odprtju mej, mobilnost pacientov znotraj EU še ni dobila pravega razmaha. To je vidno tudi iz višine zneskov, ki jih zdravstvene zavarovalnice namenjajo za izplačilo svojim zavarovancem za prejeto zdravstveno oskrbo v tujini.

Tabela 2: Strošek zdravstvene storitve v tujini na prebivalca v državah EU v letu 1997¹² (v €)

Država	1997	Država	1997
Belgija	8,93	Nizozemska	1,98
Nemčija	2,08	Portugalska	6,81
Danska	0,83	Velika Britanija	1,92
Španija	1,03	Avstrija	0,48
Irska	1,68	Finska	0,49
Francija	1,21	Islandija	0,59
Grčija	2,68	Norveška	0,95
Italija	3,52	Švedska	0,65
Luksemburg	135,29	EU-15	2,37

Vir: Palm, 1999, str. 52.

Iz Tabele 2 lahko vidimo, da so bili leta 1997 stroški držav EU za zdravstveno oskrbo v tujini na prebivalca razmeroma nizki. Izjema je le Luksemburg, ki nekoliko odstopa od ostalih evropskih držav. Lahko sklepamo, da so se luksemburški pacienti bolj pogosto odločali za zdravljenje v tujini oziroma so bile te zdravstvene storitve dražje. Na drugem mestu je bila leta 1997 Belgija, ki je imela že znatno nižji izdatek kot Luksemburg. Ostale države, razen Portugalske, Italije in Grčije so bile leta 1997 celo pod evropskim povprečjem. Najnižje izdatke za zdravstveno oskrbo v tujini so leta 1997 imele Avstrija, Finska in Islandija. S tako nizkimi stroški ni velike bojazni, da bi lahko mobilnost pacientov porušila oziroma ogrozila finančno ravnovesje zdravstvenih sistemov v domačih državah EU, ki morajo svojim državljanom povrniti stroške zdravljenja v tujini.

Zanimivo pa je pogledati kako se gibljejo tokovi mobilnosti pacientov znotraj EU, iz katerih držav pacienti največkrat odhajajo v tujino, katero zdravstveno storitev gredo iskat v tujino in v katero državo EU se najpogosteje odpravijo in tudi, kako so se med temi tokovi prostega dostopa do trga zdravstvenih storitev znašle nove članice in v kateri vlogi se največkrat nahajajo (so v vlogi držav gostiteljic ali držav, iz katerih pacienti odhajajo v tujino).

Eden izmed dejavnikov, ki vpliva na mobilnost pacientov je cena zdravstvenih storitev po katerih povprašujejo pacienti. Tako se bodo pacienti odpravili v države, v katerih so cene zdravstvenih storitev nižje kot drugje v EU. Cene zdravstvenih storitev so v novih članicah nižje kot v ostalih državah EU. Ponudniki zdravstvenih storitev v EU-10 upajo, da bodo na skupnem evropskem trgu znali izkoristiti to prednost in tako privabiti več pacientov iz EU.

¹² Podatki so zbrani za leto 1997 in kažejo stroške tujih zdravstvenih storitev na prebivalca v državah tedanje EU-15. Čeprav so pomembnejša določila Evropskega sodišča, ki so olajšala dostop do zdravstvenih storitev v tujini, prišla šele po letu 1997, zaradi številnih omejitvenih dejavnikov ni pričakovati večjega razmaha mobilnosti pacientov, tudi znotraj EU-25.

Cena zdravstvenih storitev je odvisna od večih dejavnikov. Tako stroški teh elementov predstavljajo ekonomsko ceno zdravstvene storitve na evropskem trgu. Elementi, ki sestavljajo ceno zdravstvene storitve so v prvi vrsti cena dela oziroma plače zdravnikov, cena zdravil ter medicinskih pripomočkov, kot tudi uporaba oziroma amortizacija medicinske opreme, ki je potrebna za izvedbo določene zdravstvene storitve (Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, 2006). Nekateri izmed teh elementov so t.i. mednarodni dejavniki, kot npr. cena zdravil. Cene zdravil so določene na svetovnem trgu, tako da same države na to nimajo bistvenega vpliva. Drug pomemben dejavnik pri določanju cene zdravstvene storitve je cena dela v zdravstvu. To določajo države v večji meri same. Plače zdravnikov predstavljajo od 65-80% vseh izdatkov v zdravstvu (McKee, 2004, str. 169). Razlike med plačami zdravstvenih delavcev tako odražajo tudi razlike v cenah zdravstvenih storitev med državami. Plače zdravstvenih delavcev v novih članicah EU so nižje, zato so posledično nižje tudi cene zdravstvenih storitev v teh državah.

Tabela 3: Stroški operacije in zamenjave kolka v izbranih državah EU v letu 2002 (v €)

Država	Strošek operativnega posega
Belgija	6.587
Češka	1.754
Francija	4.620
Nemčija	7.000
Madžarska	6.600
Irska	5.605
Slovenija	5.675
Španija	4.340
Velika Britanija	10.640-14.840*

*strošek je odvisen od vrste proteze

Vir: McKee, 2004, str.169.

Vidimo lahko, da so cene med državami EU zelo različne, tako med starimi kot med novimi članicami. Med novimi članicami je Češka pri tem posegu konkurenčna, medtem ko ima Slovenija z višjimi cenami manj možnosti za priliv pacientov iz tujine. Nekatere nove države članice torej lahko nudijo cenejšo zdravstveno storitev pacientom iz ostalih držav EU, vendar pa cena ni edini dejavnik, ki vpliva na odločitev pacientov. Nove članice so v primerjavi z ostalimi državami na področju zdravstvenih storitev velikokrat stroškovno konkurenčne, toda pojavlja se vprašanje ali imajo te države sploh možnost sprejeti tolikšno število tujih pacientov. To je odvisno od kapacitete in opreme, ki jo premore posamezna država.

Tabela 4: Število bolniških postelj na 100.000 prebivalcev v državah EU v letu 2002

Država	2002	Država	2002
Belgija	692,4	Luksemburg	644,3
Češka	1107,1	Madžarska	839,1*
Danska	412,8	Malta	687,0
Nemčija	887,8	Nizozemska	463,1
Estonija	605,9	Avstrija	845,8
Grčija	487,9*	Poljska	709,9
Španija	358,0	Portugalska	365,1
Francija	809,7	Slovenija	508,9
Irska	993,6	Slovaška	756,9
Italija	445,4	Finska	737,0
Ciper	438,2	Velika Britanija	396,4
Latvija	773,4	EU 15	611,3
Litva	892,8	EU-25	639,1

* podatki za leto 2000

Vir: Eurostat, 2006.

Iz Tabele 4 je vidno, da imajo države EU (tako nove kot stare članice) zelo različen obseg razpoložljivih kapacitet. V državah, ki imajo manjše število bolniških postelj na prebivalca, je pričakovati večje čakalne dobe za posamezne vrste zdravniških storitev. V teh državah zato ni pričakovati večjega pritoka pacientov iz ostalih evropskih držav. Vidimo, da je imela v letu 2002 Češka kar 1107,1 zdravniških postelj na 100.000 prebivalcev in ob nižji ceni zdravstvenih storitev (glej Tabela 3, str. 37), je pričakovati, da bo ta država v prihodnosti lahko sprejela večji val pacientov iz tujine.

Zaenkrat je pričakovati, da se bodo za zdravstvene storitve na tujem odločali predvsem bolniki iz starih članic. Najverjetneje bodo šli v nove članice in sicer tiste, ki imajo cenejše storitve in zadovoljivo raven kakovosti teh storitev. Kakšen pa bo tok pacientov iz starih članic v nove ali pa tok znotraj desetih novih članic, pa še ne moremo z gotovostjo trditi.

Prav tako ni pričakovati večje mobilnosti pacientov znotraj EU-25, kljub odprtju meja. Vzrok za to gre iskati v dejstvu, da so zavarovalnice nepripravljene povrniti stroške za zdravstveno oskrbo v tujini. So pa tukaj prisotni tudi ostali dejavniki, ki zavirajo mobilnost pacientov. Med te spada tudi razdalja, od bolnikovega doma do kraja, kjer bo potekalo zdravljenje. Večja razdalja je povezana z daljšim časom potovanja in z večjimi stroški prevoza in nastanitve v tujini med zdravljenjem, ki jih zdravstvena zavarovalnica ne povrne. Ena izmed ovir je tudi jezik oziroma kulturološke razlike med pacientovo domačo državo in državo, ki jo je izbral za zdravljenje. Večjo in bolj neomejeno mobilnost pacientov pa zavira tudi pomankanje informacij o ponudbi zdravstvenih storitev v tujini (Dixon, 2004, str. 3). Negativno na

mobilnost pacientov pa vpliva tudi pomanjkljivo poznavanje tujih zdravstvenih sistemov, kot tudi nejevolja domačih zdravnikov za napotitev pacientov na zdravljenje v tujino, na lastno pobudo.

6. PROST PRETOK DELA IN STORITEV V ZDRAVSTVU V SLOVENIJI

Z vstopom v EU, 1. maja 2004, je začelo v Sloveniji veljati kar nekaj uredb in pravil, ki so določene na skupnem evropskem notranjem trgu. Med najbolj pomembnimi so štiri svoboščine notranjega trga, med njimi tudi prost pretok oseb in storitev. To je slovenskim delavcem omogočilo, da so lahko začeli iskati delo v tujini, hkrati pa so se tudi pri nas lahko zaposlovali tuji delavci, državljani EU. Prost pretok storitev pa je slovenskim bolnikom omogočil dostop do zdravstvenih storitev znotraj celotne EU, kot tudi dostop tujcev do slovenskih ponudnikov zdravstvenih storitev. Glede na to, da je Slovenija članica EU šele kratek čas, še ne moremo z gotovostjo trditi, kakšne konkretne spremembe so se zaradi članstva že zgodile v Sloveniji. Lahko pogledamo le, kakšno je trenutno stanje v Sloveniji na področju zdravstva in kaj lahko glede na specifičnosti slovenskega trga v prihodnosti pričakujemo.

6.1. Trg dela v zdravstvu v Sloveniji

Podobno kot ostale države EU (tako nove kot stare članice) se tudi Slovenija sooča s težavami na trgu dela v zdravstvu. Primanjkljaj se pojavlja, ker slovenski zdravstveni sistem v preteklosti ni pravilno načrtoval števila potrebnih zdravstvenih delavcev (Bošnjak, 2002). V Sloveniji je leta 2004 primanjkovalo 700 zdravnikov in približno 10.000 medicinskih sester (Zupanič, 2004a). Leta 2006 pa naj bi primanjkovalo že skoraj 2.600 zdravnikov. Dodatna težava, ki bi lahko še bolj povečala primanjkljaj v zdravstvu, pa je podatek, da se bo veliko sedanjih zdravnikov v bližnji prihodnosti upokojilo. V letu 2006 se bo upokojilo 540 zdravnikov (Zajec, 2006). Ta dodaten izpad zdravnikov s trga dela pa bodo nove prihajajoče generacije težko nadomestile. Za reševanje težav s primanjkljajem delovne sile v zdravstvu je Slovenija že izvedla nekaj ukrepov, prav gotovo pa jo tudi v prihodnosti čakajo spremembe na področju zdravstva. Kot vemo, so ukrepi, ki jih lahko države izvedejo za zmanjševanje primanjkljaja dela v zdravstvu, povečanje števila vpisnih mest na fakultetah, novo zaposlovanje, zadrževanje že zaposlenih v zdravstvu in spremembe v znanjih in sposobnostih zaposlenih.

Eden izmed ukrepov, ki ga je Slovenija že izvedla v boju s primanjkljajem zdravstvenih delavcev, je ta, da je povečala kapacitete za izobraževanje novega zdravniškega kadra. Tako so na Univerzi v Ljubljani na Medicinski fakulteti leta 1998 povečali število vpisnih mest iz 150 na 220. Leta 2003 pa je na Univerzi v Mariboru začela delovati nova Medicinska fakulteta z 90 vpisnimi mesti (Zupanič, 2004c). Problem, ki se pojavlja v slovenskem šolstvu, je razmerje med vpisanimi študenti in študentkami na Medicinski fakulteti. Na študij medicine je vpisanih 75 odstotkov žensk in 25 odstotkov moških (Zupanič, 2004b). Takšno

razmerje je posledica vpisnih pogojev, ki temeljijo na učnem uspehu v gimnaziji. Zaradi takšnega razmerja med vpisanimi študenti in študentkami bo treba v prihodnosti prilagoditi tako študijske kot delovne obveznosti na tem področju in sicer tako, da bodo ustrezali zahtevam in potrebam žensk. V prihodnosti lahko zaradi večjega števila žensk zaposlenih v zdravstvenem sektorju pričakujemo večji izpad z dela zaradi družinskih obveznosti, kar bo posledično zmanjšalo število delujočih zdravnikov in še bolj povečalo obremenjenost zaposlenih v zdravstvenem sektorju. Kljub povečanju števila vpisnih mest, bo problem pomanjkanja zdravnikov najbrž še vedno prisoten. Slovenija bo leta 2007 v zdravstveni sistem uvedla še eno novost in sicer specializacijo za poklic splošnega zdravnika (Zupanič, 2004a). Tako se bo povečal tudi primanjkljaj splošnih zdravnikov, saj bo s trga dela izpadla cela generacija zdravnikov, ki bodo tako svojo poklicno pot začeli leto kasneje, kot bi jo drugače.

V Sloveniji v povprečju traja kar 14 let, preden študent medicine vstopi na trg dela. Povečano število vpisnih mest se bo tako šele čez čas odrazilo na večji ponudbi dela v zdravstvu. Za trenutno zmanjševanje primanjkljaja zdravnikov bo Slovenija morala iskati delavce na tujem, tako znotraj kot zunaj EU¹³.

Leta 2004 sta v Sloveniji delala 202 tuja zdravnika, kar je bilo 3% vseh zdravnikov pri nas. Največ tujih zdravnikov je bilo iz držav bivše Jugoslavije, kar 182 zdravnikov, iz EU-15 pa jih je bilo le osem (Zupanič, 2004a). Tudi po vstopu v EU ni bilo iz držav EU-25 večjega pritoka zdravstvenih delavcev v Slovenijo. Zdravniki iz novih držav članic bodo (tako kot slovenski zdravniki) poskušali zaposlitev najti v državah EU-15, saj je tam zdravniško delo bolj plačano kot v Sloveniji. V Sloveniji se bodo zaposlovali tisti evropski zdravniki, ki ne bodo mogli najti zaposlitve v EU-15. Seveda se tu pojavlja vprašanje, če so ti zdravniki res dovolj strokovno usposobljeni, saj jim Zdravniška zbornica ne sme naložiti nobenega dodatnega preverjanja znanja. Slovenija bo najverjetneje uvažala zdravnike iz Češke in Slovaške (Pojbič, 2005). Zdravniki iz ostalih novopridruženih članic bodo verjetno iskali zaposlitev v državah EU-15, zdravnikom iz teh dveh držav, pa bi se zaposlitev v Sloveniji lahko zdela dovolj ugodna in ekonomsko privlačna možnost.

Slovenija zaradi manjšega zanimanja evropskih zdravnikov za delo pri nas zato zaenkrat vidi možnost hitrega zapolnjevanja vrzeli z zaposlovanjem dovolj kakovostnih delavcev iz tretjih držav, držav nečlanic. Za zdravnike iz teh držav obstaja nekaj več pogojev in omejitev za pridobitev licence pri Zdravniški zbornici Slovenije. Kandidati iz držav nečlanic morajo opraviti manjkajoče izpite. Največkrat je to izpit iz urgentne medicine, ki ga slovenski študentje opravijo že v času študija. Bodoči tuji zdravniki, ki želijo delati v Sloveniji, morajo

¹³ Z vstopom v EU je začel v Sloveniji veljati sistem vzajemnega priznavanja kvalifikacij, tako da so iskalci zaposlitve na slovenskem trgu obravnavani enako kot slovenski državljani. Zdravniki iz EU, ki bodo iskali delo v Sloveniji, bodo morali delodajalcu predložiti le dokazilo o izobrazbi. Za zaposlovanje delavcev iz EU je odgovorno Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve in ne Ministrstvo za zdravje, tako da se zdravnikom iz EU ne more naložiti nobeno dodatno preverjanje znanja in usposobljenosti.

opraviti tudi izpit iz poznavanja slovenskega zdravstvenega sistema in znanja slovenskega jezika (Stališča FIDES do zaposlovanja tujih zdravnikov v Sloveniji, 2005).

Glede na te kriterije, bi bil za Slovenijo najprimernejši uvoz kandidatov iz držav bivše Jugoslavije. Študijski program v teh državah je podoben slovenskemu, podoben pa je tudi njihov način dela. Kandidati iz teh držav pa poznajo jezik, kulturo in okolje pri nas. Na hrvaškem trgu je veliko študentov izrazilo željo po delu v Sloveniji. Slovenija je med leti 1996 in 2002 zaposlila med 120 in 150 zdravnikov iz držav bivše Jugoslavije (Lampret, 2004). Edini problem pri zaposlovanju zdravnikov iz tretjih držav je dolgotrajno pridobivanje licenc. Ta postopek lahko traja tudi do dveh let.

Slovenija pa se sooča tudi z geografskim neravnotežjem na trgu dela v zdravstvu. Največ zdravnikov primanjkuje v Prekmurju in Posavju, dveh ekonomsko manj razvitih regijah. Zdravnikov specialistov pa primanjkuje tudi na Severnem Primorskem (Crnica, 2005). Za reševanje te težave bi lahko uporabili kratkoročni ukrep, torej zaposlovanje zdravnikov iz drugih bolnišnic z določenimi pogodbami ali pa s privabljanjem nazaj že upokojenih zdravnikov, ki bi delali le polovični delovni čas (Lampret, 2004). Vedno bolj pa se pojavljajo tudi ideje o programih, ki bi v slovenski zdravstveni sistem pritegnili slovenske zdravnike, ki delajo v tujini. Tukaj so mišljeni predvsem zdravniki slovenskega porekla, ki delajo v Argentini in ZDA (Bošnjak, 2002).

Za učinkovito načrtovanje sprememb na področju zaposlovanja v zdravstvu je potrebno predhodno preučiti tudi demografske spremembe in trende prebivalstva, da bi lahko zagotovili zadostno število primernih strokovnjakov. Treba je upoštevati tudi zdravstveno stanje prebivalcev v Sloveniji. Pri nas so v zadnjih letih v porastu bolezn srca in ožilja ter rakava obolenja. Tako se bo v prihodnosti pojavilo večje povpraševanje po točno določenih vrstah specialistov (Arnaudova, 2004, str. 15). Le z upoštevanjem sprememb na slovenskem zdravstvenem področju bodo pacienti deležni primerne in kakovostne zdravstvene oskrbe v primernem časovnem obdobju.

Vstop Slovenije v EU je prinesel določene spremembe tudi v slovenski zdravstveni sistem. Tako kot na ostalih področjih, se tudi v zdravstvu Slovenija skuša približati ostalim evropskim državam. V prihodnosti se bo to izražalo predvsem v večanju zasebnega zdravstva v slovenskem zdravstvenem sistemu. Slovenija ima zaenkrat najmanjši delež zasebnega zdravstva na osnovni ravni med vsemi državami EU. Slovenija pa za ostalimi evropskimi državami ne zaostaja v pomanjkanju zdravnikov. Zaradi tega se bo v Sloveniji v prihodnosti še povečalo zaposlovanje tujih zdravnikov. To bo zaradi skupnega notranjega trga lažje. Čeprav se bodo evropski zdravniki razmeroma lahko zaposlili pri nas, Slovenija ne bo deležna večjega priliva zdravstvenih delavcev iz EU. Ima sicer dobro delovno okolje, vendar je s finančnega vidika za evropske zdravnike precej nezanimiva. Ti se bodo zaradi boljših ekonomskih možnosti skušali zaposliti v državah EU-15. Podobno obnašanje je pričakovati

tudi pri slovenskih zdravnikih, vendar v Sloveniji najbrž ne bo večjega odliva domačih zdravnikov v tujino oziroma v druge države EU.

6.2. Trg storitev v zdravstvu v Sloveniji

Z vstopom v EU in na skupni evropski notranji trg se je slovenskim prebivalcem odprl tudi dostop do zdravstvenih storitev v drugih državah članicah EU. Slovenski državljani so tako glede na Uredbo 1408/71 upravičeni do zdravstvenih storitev v EU v javnem zdravstvenem sistemu držav članic. Prav tako pa se je z vstopom Slovenije v EU dostop do slovenskega trga zdravstvenih storitev omogočil tudi ostalim državljanom EU.

Slovenski državljani lahko pravico do zdravstvene storitve v EU uveljavljajo s pomočjo evropske kartice zdravstvenega zavarovanja, ki jo izda Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju ZZZS). Tako imajo dostop do nujnega zdravljenja in medicinske pomoči v EU in EEA v mreži javnega zdravstva. Do teh zdravstvenih storitev so upravičeni vsi slovenski državljani, ki so v tujini na začasnem bivanju. Obseg in vrsta zdravstvenih storitev, ki jih bo v tujini prejel slovenski državljan, sta odvisni od dolžine bivanja v tujini in seveda od zdravstvenega stanja. Obseg in vrsto zdravstvene storitve bo določil zdravnik, ki bo to storitev tudi opravil. Zdravstvena storitev v okviru javnega zdravstvenega sistema je načeloma brezplačna, potrebna pa so doplačila, ko je to obvezno tudi za domače državljane. V tem primeru je pacient pri svoji zdravstveni ustanovi (pri nas je to ZZZS) upravičen do povračila stroškov, ki so nastali ob zdravljenju v EU. Pri nebolnišnični oskrbi v sistemu javnega zdravstva je slovenski državljan upravičen do povračila stroškov v višini, kot ta storitev stane v slovenskem zdravstvenem sistemu. Če je ta storitev v tujini dražja, bo razliko v stroških zdravstvene storitve doma in v tujini nosil pacient sam.

Tisti slovenski državljani, ki bodo odšli v EU prav z namenom izkoriščanja pravice do zdravstvene storitve znotraj EU, si morajo za bolnišnično zdravljenje oziroma za bolj zahtevne storitve in preglede pri specialistu v tujini predhodno pridobiti dovoljenje pri ZZZS. Dovoljenje jim odobri zdravnik Zavoda. Slovenski državljani so do pregleda, preiskave ali zdravljenja v tujini upravičeni, če so v Sloveniji izčrpane vse možnosti tovrstnega zdravljenja ali če je z zdravljenjem oziroma pregledom v drugi državi EU možno utemeljeno pričakovati ozdravitev in izboljšanje zdravstvenega stanja oziroma preprečiti nadaljnje slabšanje (Pravica do zdravljenja zdravljenja v tujini, 2006). Med slovenskimi pacienti zaenkrat ni bilo večje mobilnosti v EU. Ponavadi so se odločali za zdravstvene storitve, ki jih pri nas ni bilo mogoče izvesti. Tako so pri posegih, pri katerih je bila potrebna uporaba dekompresijske komore, slovenski pacienti odšli na zdravljenje v Avstrijo. Glede na to, da je pri nas za nekatere posege zelo dolga čakalna doba, bi se mnogi slovenski pacienti v prihodnosti lahko odločili za zdravljenje v državah EU. Prav tako pa zaenkrat še ni bilo večje mobilnosti s strani pacientov iz EU, ki bi se odločili za zdravljenje v Sloveniji (Sraka, 2006).

Pri morebitnem večjem prитоку pacientov iz EU, ki bi iskali zdravstveno storitev v Sloveniji, bi se lahko pojavil problem zmožnosti slovenskega zdravstvenega sistema za zagotavljanje tovrstne oskrbe. Slovenski zdravstveni sistem namreč nima dovolj kapacitet, da bi lahko večjemu številu tujih pacientov (poleg domačih) nudil zadostno in kakovostno zdravstveno oskrbo. Zaradi primanjkljaja delovne sile v zdravstvu je pri nas za mnogo storitev zelo dolga čakalna doba, kar bi lahko odvrnilo tuje paciente, ki bi se morebiti hoteli zdraviti v Sloveniji. Slovenija si prizadeva in aktivno išče načine privabljanja tujih pacientov. Trenutno še nima prostih mest, v prihodnosti pa jih lahko pričakuje na področju ortopedije, v zdraviliščih, kardio zdravljenju, plastični in ginekološki kirurgiji (McKee, 2004, str.172). Že nekaj let je vidno tudi medsebojno sodelovanje Gorice v Italiji in Nove Gorice v Sloveniji. Ti dve mesti že vrsto let sodelujeta na področju zagotavljanja zdravstvene oskrbe svojim pacientom. Na tem območju je prisotna večja mobilnost pacientov, saj se tako italijanski kot slovenski pacienti odpravijo čez mejo vsakič, ko so doma prisotne daljše čakalne dobe. Ti dve mesti si medsebojno delita tako izkušnje, kot medicinsko opremo. Tako italijanski bolniki prihajajo v Novo Gorico na preglede z magnetno resonanco (Free movement and cross-border cooperation in Europe, 2003, str. 150-151).

Z vstopom v EU lahko tudi tuji pacienti dostopajo do slovenskega trga zdravstvenih storitev, hkrati pa lahko slovenski pacienti odidejo v tujino na zdravljenje. Slovenija je glede na kakovost svojega zdravstvenega sistema nekje v povprečju evropskih držav. Ima sicer dobro kakovost zdravstvenih storitev glede na vložena sredstva, vendar so najšibkejša točka slovenskega zdravstvenega sistema (pre)dolge čakalne dobe. Ravno zaradi dolgih čakalnih dob ni pričakovati večjega priliva tujih pacientov na slovenski trg zdravstvenih storitev. Z vstopom v EU so tudi slovenski pacienti dobili možnost zdravljenja v tujini. Pri nas se v zadnjih letih sicer povečuje zavedanje pacientov o možnostih in načinih zdravljenja, vendar pa vseeno ni pričakovati večjega odhoda pacientov v tujino, predvsem zaradi omejenega dostopa do informacij o možnostih zdravljenja v tujini ter zaradi nejasnih določil za povračilo stroškov s strani slovenskih zdravstvenih zavarovalnic. Odhod slovenskih pacientov na zdravljenje v tujino je pričakovati le pri izvedbi bolj zahtevnih zdravstvenih posegov. Tako bo mobilnost pacientov »omejena« le na obmejna področja, kjer je bila že pred vstopom v EU prisotna v večji meri.

7. SKLEP

Tako kot so se skozi zgodovino spreminjale oblike evropskih integracij, se je spreminjal tudi razvoj prostega pretoka oseb. Ta je skozi čas pridobival na pomenu in razsežnostih. Razvoj prostega pretok oseb je bil pomemben tudi za delavce v zdravstvenem sektorju, saj so se z večjo liberalizacijo evropskega trga dela povečale možnosti za mobilnost zdravnikov znotraj EU. S koordinacijo socialnih sistemov pa je bil na skupnem evropskem trgu omogočen tudi prost pretok storitev v zdravstvu. Zelo pomembno vlogo pri mobilnosti pacientov je imelo s svojimi odločitvami tudi Evropsko sodišče.

Cilj vsakega zdravstvenega sistema je svojim bolnikom zagotoviti čim hitrejšo in kakovostno zdravstveno oskrbo. Za nemoteno izvajanje tega cilja mora vsaka država v okviru svojega nacionalnega zdravstvenega sistema zagotoviti zadostno število primerno usposobljenih strokovnjakov. Na evropskem prostoru je že dalj časa prisotno pomanjkanje zdravstvenih delavcev. Integracija evropskega trga je sicer res omogočila mobilnost zdravnikov, vendar je v tem procesu prisotnih veliko omejitev. Z mobilnostjo zdravnikov pridobijo tiste države, ki imajo takšne ekonomske možnosti, ki migrante privlačijo. V nasprotnem primeru države ne bodo mogle pritegniti tujih zdravnikov, ne glede na to, da jim lahko nudijo zaposlitev. Mobilnost zdravnikov pa prinaša tudi slabosti, saj lahko v zdravstveni sistem vstopijo manj kakovostni in neprimerno usposobljeni zdravstveni delavci.

Tudi evropski pacient se vedno bolj zaveda svojih pravic in možnosti, ki jih ima na voljo. Sodobna medicina nudi pacientom veliko možnosti zdravljenja. Če pacientu vse možnosti niso dostopne v okviru nacionalnega zdravstvenega sistema, je pacient pripravljen oditi tudi v tujino, vendar tudi pri mobilnosti storitev v zdravstvu prihaja do težav, ki zavirajo mobilnost. Težave se pojavljajo predvsem pri pomanjkanju informacij o možnostih zdravljenja, ki se pacientom nudijo v tujini ter težave pri povračilu stroškov. Kljub odprtju meja in novim možnostim zdravljenja ter vedno večji ozaveščenosti pacientov, mobilnost pacientov na evropskem prostoru ne bo dobila večje razsežnosti.

Kako pa se je na skupnem evropskem trgu znašla Slovenija? Slovenski zdravstveni sistem se sooča z mnogimi težavami. Slovenija ima že vrsto let pomanjkanje zdravnikov, vendar tudi po vstopu v EU ni pričakovati večje mobilnosti zdravnikov iz EU. Slovenija ni ekonomsko privlačna za evropske zdravnike, je pa bolj verjetno, da bodo zaradi večjih zaslužkov in delovnih priložnosti slovenski zdravniki odhajali v tujino. Slovenski zdravstveni sistem mora za odpravljanje težav na trgu dela v zdravstvu najprej zagotoviti zadostno število mladega kadra, najti pa mora tudi način, kako privabiti tujo delovno silo. Z večjo ponudbo zdravstvenih storitev bi se zmanjšale čakalne dobe, kar bi pomenilo prednost predvsem za domače bolnike, sčasoma pa bi lahko ugodnosti dobro organiziranega in učinkovitega slovenskega trga zdravstvenih storitev začeli izkoriščati tudi ostali evropski pacienti.

Kljub razvoju prostega pretoka oseb in koordinacije socialnih sistemov, ki omogoča dostop do tujih zdravstvenih storitev, večje mobilnosti na področju zdravstva ne moremo pričakovati, ne na trgu dela, ne na trgu storitev, saj je vpliv omejitvenih dejavnikov prevelik. Evropskim državam tako ostane možnost, da v prvi vrsti same pokrijejo del primanjkljaja na trgu dela v zdravstvu, bodisi z dodatnim izobraževanjem ali s stimuliranjem zaposlenih. Priliv tuje delovne sile naj evropske države vidijo le kot dodatno možnost za boljše zagotavljanje zadostne in kakovostne zdravstvene oskrbe. Same naj torej zadovoljijo potrebe svojih pacientov v okviru svojih nacionalnih zdravstvenih sistemov. Le tako bodo lahko izpolnile cilj vsakega zdravstvenega sistema, torej nuditi čim hitrejšo in čimbolj kakovostno zdravstveno oskrbo svojim varovancem, tj. pacientom.

LITERATURA

1. Arnaudova Albena: 10 health questions about the 10. Copenhagen : World Health Organisation, 2004. 171 str.
2. Bošnjak Dragica: Medicina izgublja privlačnost? Delo, Ljubljana, 21.2.2002.
3. Crnica Slavica: Premalo specialistov. Delo, Ljubljana, 10.3.2005.
4. Dimic Luka: Širitev Evropske Unije in odprtost trga dela za nove članice. Diplomsko delo. Ljubljana : Ekonomska fakulteta, 2002. 44 str.
5. Dixon Anna, Thomson Sara: Choices in health care: The European experience. Euro Observer, Brussels, 6 (2004), 4, str. 1-5.
6. Hočevar Zvonko: Health Care Systems in transition: Slovenia. Copenhagen : World Health Organisation, 1996. 49 str.
7. Kavkler Katarina: Imigracijska politika Evropske unije in Slovenije ter ekonomski učinki migracij. Diplomsko delo. Ljubljana : Ekonomska fakulteta, 2002. 44 str.
8. Kezunovič Maja: Slovenija in Evropska unija: o pogajanjih in njihovih posledicah. Ljubljana : Služba vlade Republike Slovenije za evropske zadeve, 2003. 152 str.
9. Klinar Marjanca: Socialna varnost v Sloveniji in državah Evropske unije. Magistrsko delo. Ljubljana : Ekonomska fakulteta, 2002. 99 str.
10. Lampret Tadeja: Bolje, da je zdravnikov premalo, kot da so slabi. Dnevnik, Ljubljana, 11.10.2004.
11. McKee Martin, MacLehose Laura, Nolte Ellen: Health policy and European Union enlargement. Berkshire : Open University Press, 2004. 294 str.
12. Palm Willy: Health care without frontiers within the European Union?: free movement of goods and services in the health care sector. International Symposium. Brussels : AIM Secretariat, 1999. 76 str.
13. Phelps Charles E.: Health economics. Boston : Addison Wesley, 2003. 671 str.
14. Pojbič Jože: Zdravnikov premalo, težav zato preveč. Delo, Ljubljana, 12.1.2005.
15. Potočnik Janez: Evropsko pravo. Zbirka gradiv šole evropskega prava. Ljubljana : Primath, 2004. 891 str.
16. Ribič Matej: Prost pretok dela v Evropski Uniji. Diplomsko delo. Ljubljana : Ekonomska fakulteta, 2005. 45 str.
17. Rosenmøller Magdalene, McKee Martin, Baeten Rita: Patient Mobility in the European Union. Copenhagen : World Health Organisation, 2006. 212 str.
18. Stanovnik Tine: Javne finance. Ljubljana : Ekonomska fakulteta, 2002. 236 str.
19. Stoviček Klara: Vplivi migracijskih tokov na trg dela ob širitvi Evropske Unije. Diplomsko delo. Ljubljana : Ekonomska fakulteta, 2002. 48 str.
20. Zajec Diana: Manjka več kot 2500 zdravnikov. Delo, Ljubljana, 19.2.2006.
21. Zupanič Milena: Ni zanimanja za osnovni zdravniški poklic. Delo, Ljubljana, 26.5.2004.
22. Zupanič Milena: Za zelo dobre tuje zdravnike ni izziva. Delo, Ljubljana, 20.11.2004a.
23. Zupanič Milena: Do kruha po štirinajstih letih študija. Delo, Ljubljana, 25.11.2004b.
24. Zupanič Milena: Zdravnica naj bo. Delo, Ljubljana, 26.11.2004c.

25. Zurm Pascal et al.: Imbalances in the health Workforce. Copenhagen : World health Organisation, 2002. 44 str.

VIRI

1. Amsterdamska pogodba. [URL: <http://svez.gov.si>], 15.5.2006.
2. Cross-border healthcare demands EU response. [URL: <http://www.euractiv.com>], 3.3.2004.
3. Čakalne dobe bodo drago stale. [URL: <http://www.rtv slo.si>], 21.5.2006.
4. Enotni evropski akt. [URL: http://ec.europa.eu/slovenia/abc/main_treaties/], 15.5.2006.
5. EU forecasts limited migration after enlargement. [URL: <http://www.eph a.org>], 2.3.2004.
6. Eurostat. [URL: <http://epp.eurostat.cec.eu.int/portal>], 10.5.2006.
7. Evidenca reguliranih poklicev oziroma reguliranih poklicnih dejavnosti v Republiki Sloveniji (Uradni list RS, št. 50/2006).
8. Evropski parlament: odbor za notranji trg in zaščito potrošnikov. 2004. 10 str. [URL: <http://www.europarl.eu.int/comparl/imco/>].
9. Free movement and cross-border cooperation in Europe: the role of hospitals & practical experiences in hospitals: proceedings. Conference. Luxembourg : Standing Committee of the Hospitals of the European Union, 2003. 175 str.
10. Free movement of patients: is it in the interest of patients and citizens'? [URL: <http://www.eph a.org>], 14.6.2003.
11. Greater patient mobility will improve patient care. [URL: <http://www.eucomed.be/docs>], 26.5.2004.
12. K zdravniku v drugo državo Unije. [URL: <http://www.rtv slo.si>], 5.09.2006.
13. Koordinacija sistemov socialne varnosti. Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve. [URL: http://www.mddsz.gov.si/si/delovna_podrocja/trg_dela_in_zaposlovanje_delovne_migracije/koordinacija_sistemov_socialne_varnosti/], 21.5.2006.
14. Patient mobility and healthcare developments. [URL: <http://europa.eu.int/comm/health>], 8.12.2003.
15. Pravica do zdravljenja v tujini. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. [URL: <http://www.zzzs.si>], 10.5.2006.
16. Prehodno obdobje. Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve. [URL: http://www.mddsz.gov.si/si/delovna_podrocja/trg_dela_in_zaposlovanje/delovne_migracije/prehodno_obdobje/], 21.5.2006.
17. Slovenija, doma v Evropi. [URL: <http://www.evropa.gov.si>], 10.9.2006.
18. Splošna deklaracija o človekovih pravicah. [URL: <http://www.ip-rs.si>], 15.09.2006.
19. Sraka Robert: Zdravstvena zavarovanja: slediti ali voditi. [URL: <http://zav-zdruzenje.si/docs>], 10.5.2006.
20. Stališča FIDES do zaposlovanja tujih zdravnikov v Sloveniji. Sindikat zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije, FIDES. [URL: <http://www.fides-si.org>], 27.3.2005.
21. Tempted by higher salaries, hungarian doctors go west. [URL: <http://www.eubusiness.com/Hungary>], 19.2.2005.

22. The healthcare workforce in Europe: Problems and Solutions. Brussels : Hope, 2004. 29 str.
23. Trends in International Migration. Paris : OECD, 2003. 388 str.
24. Vzajemno priznavanje kvalifikacij. Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve. [URL:http://www.mddsz.gov.si/si/delovna_podrocja/trg_dela_in_zaposlovanje/vzajemno_priznavanje_kvalifikacij/], 21.5.2006.
25. Zakon o nacionalnih poklicnih kvalifikacijah (Uradni list RS, št. 83/2003).
26. Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Uradni list RS, št. 72/2006).

SLOVARČEK

angleški izraz	slovenski prevod
brain drain	beg možganov, odhod visokokvalificiranega prebivalstva
Certificate of Completion of Specialist Training	certifikat o končanem usposabljanju specializacije
departor country	domača država
Flexible Career Scheme	fleksibilna delovna shema
health tourism	zdravstveni turizem
host country	država gostiteljica
internship	pripravnštvo
in-patient care	bolnišnično zdravljenje
out-patient care	ambulantno zdravljenje
prior authorization	predhodno dovoljenje
private health care sector	zasebni zdravstveni sistem
public health care sector	javni zdravstveni sistem
rate of return	stopnja donosa
recruitment	zaposlovanje
reimbursement of costs	povračilo stroškov
social expenditures	socialni izdatki
social protection	socialna zaščita
social security	socialna varnost
turnover rate	stopnja obračanja
youth drain	odhod mladega prebivalstva

PRILOGI

Priloga 1: Prednosti kazalnikov za merjenje neravnotežja na trgu dela v zdravstvu

KAZALNIK	PREDNOSTI
Kazalnik zaposlenosti	
število prostih delovnih mest	<ul style="list-style-type: none"> lahko je merljiv in zato široko uporaben
stopnja rasti števila zaposlenih	<ul style="list-style-type: none"> uporaben je v kateremkoli zdravstvenem poklicu in zdravstvenem sistemu
stopnja nezaposlenosti v zdravstvenem sektorju	<ul style="list-style-type: none"> uporaben je v kateremkoli zdravstvenem poklicu in zdravstvenem sistemu
stopnja obračanja	<ul style="list-style-type: none"> lahko je merljiv
Monetarni kazalnik	
plača	<ul style="list-style-type: none"> lahko je merljiv
stopnja donosa	<ul style="list-style-type: none"> natančen kazalnik zagotavlja uporabne informacije
Kazalnik aktivnosti	
število nadur	<ul style="list-style-type: none"> občutljiv kazalnik na spremembe obsega dela
Normativni kazalnik	
število zdravnikov na 100.000 prebivalcev	<ul style="list-style-type: none"> lahko je merljiv lahko je kvantificirati dejansko neravnotežje na trgu dela
število medicinskih sester na 100.000 prebivalcev	<ul style="list-style-type: none"> lahko je merljiv lahko je kvantificirati dejansko neravnotežje na trgu dela

Vir: Zurm et al., 2002, str. 40.

Priloga 2: Slabosti kazalnikov za merjenje neravnotežja na trgu dela v zdravstvu

KAZALNIK	SLABOSTI
Kazalnik zaposlenosti	
število prostih delovnih mest	<ul style="list-style-type: none"> • ne zajema zdravstvenih delavcev v zasebnem sektorju • ne kaže dejanskega stanja na trgu dela v zdravstvu
stopnja rasti števila zaposlenih	<ul style="list-style-type: none"> • težko je ugotoviti, če stopnja rasti števila zaposlenih vpliva na prvoten primanjkljaj dela v zdravstvu
stopnja nezaposlenosti v zdravstvenem sektorju	<ul style="list-style-type: none"> • komplicirana interpretacija
stopnja obračanja	<ul style="list-style-type: none"> • prisoten je vpliv dejavnikov, ki ne odražajo neravnotežja na trgu dela v zdravstvu
Monetarni kazalnik	
plača	<ul style="list-style-type: none"> • vpliv dejavnikov, ki niso povezani s tržnim neravnotežjem v zdravstvu • težko je ugotoviti presežek ali primanjkljaj dela v zdravstvu
stopnja donosa	<ul style="list-style-type: none"> • težko ga je določiti • težko je ugotoviti presežek ali primanjkljaj dela v zdravstvu
Kazalnik aktivnosti	
število nadur	<ul style="list-style-type: none"> • nameren vpliv politike
Normativni kazalnik	
število zdravnikov na 100.000 prebivalcev	<ul style="list-style-type: none"> • obstaja določena mera subjektivne ocene pri določanju optimalnega razmerja med številom zdravnikov in številom prebivalcev
število medicinskih sester na 100.000 prebivalcev	<ul style="list-style-type: none"> • obstaja določena mera subjektivne ocene pri določanju optimalnega razmerja med številom medicinskih sester in številom prebivalcev

Vir: Zurm et al., 2002, str. 40.