Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Pedagogická fakulta
Katedra romanistiky

Analýza vzdělávacích aktivit Evropské unie v oblasti zdravotnictví s důrazem na vzdělávání zdravotních sester

Vedoucí práce: Mgr. et Mgr. Ivo Petrů

Autorka práce: Daniela Sedláková
Studijní obor: Anglický jazyk a francouzský jazyk pro administrativu Evropské unie

Duben 2007

Anotace

Tato práce se zabývá evropskou politikou v oblasti zdravotnictví, a to historickým vývojem, právními základy a hlavními směry a cíly. Jádrem této práce je vzdělávání všeobecných zdravotních sester v Evropské unii a hlavně v České republice. Mezi vzdělávání jsou zahrnuty i historické základy, současná kvalita a perspektiva ošetřovatelské péče.

Annotation

The work deals with European politics in the frame of healthcare, namely with the historical evolution, legal basics and the main orientations and targets. The nub of this work is the education of general nurses in the European Union and mainly in the Czech Republic. Historical basics, present-day quality and future of nursing-care are also included in the education.

Poděkování

Ráda bych poděkovala vedoucímu své bakalářské práce panu Mgr. et Mgr. Ivo Petrů za hodnotné rady a připomínky. Dále děkuji paní Mgr. Radce Minarčicové za velkou podporu, trpělivost a čas, který si pro mě našla.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích dne 26. dubna 2007

Daniela Sedláková

Obsah

Úvod ... 7
1. VÝVOJ ZDRAVOTNÍ PÉČE V EVROPĚ ... 8
1.1 HISTORIE - VZNIK SYSTÉMU ... 8
1.1.1 Sociální služba x tržní mechanismus ... 9
1.2 PRÁVO NA ZDRAVOTNÍ PÉČI ... 10
1.2.1 Evropská úmluva o lidských právech ... 10
1.2.2 Charta základních práv Evropské unie ... 11
2. ZDRAVOTNICTVÍ, ZDRAVOTNICKÁ POLITIKA V EVROPĚ ... 12
2.1 ZDRAVOTNICKÉ SYSTÉMY ... 12
2.2 ORGANIZACE, KTERÉ MAJÍ VLIV NA ZDRAVOTNICKOU POLITIKU STÁTŮ EU ... 13
2.2.1 Evropská unie ... 14
2.2.1.1 Ústava pro Evropskou unii ... 15
2.2.1.2 Evropská komise ... 16
2.2.1.3 Rada Evropské unie ... 16
2.2.1.4 Strukturální fondy EU ... 16
2.2.1.5 Komunitární program EU 2003-2008 ... 17
2.2.1.6 Další možnosti finančních prostředků mimo Evropskou unii ... 18
2.2.2 Rada Evropy ... 19
2.2.2.1 Boloňský proces ... 19
2.2.3 Světová zdravotnická organizace (WHO) ... 20
2.2.4 Mezinárodní rada sester (ICN) ... 22
3. ZDRAVOTNIČTÍ PRACOVNÍCI V EU ... 24
3.1 VOLNÝ POHYB PRACOVNÍKŮ ... 24
3.2 UZNÁVÁNÍ KVALIFIKACÍ ... 25
3.2.1 Regulovaná povolání ... 26
3.2.2 Postup při uznávání odborných kvalifikací v ČR ... 28
4. ZDRAVOTNÍ SESTRY A JEJICH VZDĚLÁVÁNÍ ... 31
4.1 CHARAKTERISTIKA POVOLÁNÍ ... 31
4.2 HISTORIE VZDĚLÁVÁNÍ VE SVĚTĚ I NA ČESKÉM ÚZEMÍ ... 31
4.2.1 Učební osnovy pro všeobecné sestry ... 34
4.2.2 Učební plán diplomovaných všeobecných sester ... 35
4.3 SOUČASNOST - POSILOVÁNÍ ROLE ZDRAVOTNÍCH SESTER ... 35
4.3.1 Cíle profesních organizací v oblasti vzdělávání zdravotních sester ... 36
4.3.2 Česká asociace sester (ČAS) ... 37
4.3.3 Vzdělávání sester v ČR v současnosti ... 38
4.3.3.1 Zákon 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních ... 39
4.3.3.2 Současné učební obory podle zákona 96/2004 Sb. ... 43
4.3.4 Srovnání vzdělávání sester s některými státy EU ... 44
Závěr ... 46
Glosář ... 48
Résumé ... 50
Seznam použité literatury ... 52
Seznam použitých internetových zdrojů ... 53
Přílohy ... 56

Úvod

Ve své bakalářské práci zhodnotím zdravotnickou politiku a vzdělávání všeobecných zdravotních sester v Evropské unii, hlavním cílem je pak především změna vzdělávání sester v České republice po jejím vstupu do Evropské unie. Tato problematika je podle mého názoru velmi zajímavá, důležitá a stále aktuální a právě proto jsem si tuto oblast zvolila jako téma pro svou práci.

V první kapitole popíši historický vývoj zdravotní péče, vznik tzv. zdravotnického systému, a tuto kapitolu uzavírám právem lidí na zdravotní péči, které je definováno ve významných dokumentech.

Ve druhé kapitole blíže charakterizuji zdravotnickou politiku v Evropě. Zaměřím se na jednotlivé zdravotnické systémy, na organizace, které mají vliv na zdravotnickou politiku států EU. Začínám samotnou Evropskou unií, jejími institucemi, finančními pomocemi a dokumenty jako je například Charta základních práv EU. Dále zmíním Světovou zdravotnickou organizaci, Radu Evropy a Mezinárodní radu sester, jelikož tyto instituce mají v oblasti zdravotnické politiky a vzdělávání sester značný význam.

V další části se zmíním o zdravotnických pracovnících v EU, o jejich volném pohybu v rámci EU a o možnostech uznávání kvalifikací, které podpořím Směrnicemi EU.

Ve čtvrté kapitole se podrobněji zaměřím na povolání zdravotních sester, na historický vývoj ošetřovatelství, kde zmíním nejdůležitější a zásadní osobnosti pro světové i české ošetřovatelství. Dále stručně popíši situaci a vzdělávání v Československé republice během socialistického režimu a plynule navazuji situací současnou, ve které se jednotlivé členské státy včetně České republiky snaží vzdělávání sester harmonizovat s požadavky a doporučeními EU. Stručně zmíním Českou asociaci sester, která je klíčovou profesní organizací pro sestry na území ČR. Bude následovat subkapitola o zákoně 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních, díky němuž udělalo vzdělávání nejen zdravotních sester velký krok kupředu a tak se přiblížilo požadavkům EU.

Svou práci zakončím srovnáním vzdělávání sester v některých dalších členských zemích EU a česko-anglicko-francouzským glosářem nejdůležitějších pojmů, které budou v mojí práci zmíněny.

1. Vývoj zdravotní péče v Evropě

1.1 Historie - vznik systému

Zdravotní pojištění, zdravotnická zařízení, zdravotní péče, moderní medicína, pojmy pro moderního člověka zcela běžné. Systém zdravotní péče je neodmyslitelná část sociální i ekonomické společnosti. Zvláště ekonomická stránka v oblasti zdravotnictví hraje dominantní roli, aby systém zdravotní péče vůbec mohl být provozován a dlouhodobě udržitelný.

Zdravotní péče však nebyla vždy samozřejmostí a už vůbec ne systém, který by ve zdravotnictví fungoval. Zdravotní péče byla placená služba, jinými slovy, zákazník (pacient) si kupoval služby od poskytovatele těchto služeb (lékaře). V dobách, kdy chodil lékař s kufříkem k pacientům domů, bylo přijatelné a zcela normální, že pacient zaplatil lékaři, ať už v peněžních jednotkách nebo v naturální podobě za péči, kterou v danou chvíli potřeboval a využil. Lékaři poskytovali své zdravotní služby za úplatu a jen díky tomu, že měli vysokou morálku, poskytovali zdravotní péči chudým vrstvám obyvatelstva zdarma, a tak se dostalo i těmto lidem zdravotní péče.

Zdravotnictví je však velmi inflační oblastí, jinými slovy ve zdravotnictví se jedná o enormní a stabilní růst cen zdravotnických služeb, a to také bylo hlavním důvodem nezbytnosti třetí strany ve vztahu mezi lékaři a pacienty, protože na nákladnou zdravotní péči již neměli finanční prostředky ani vyšší vrstvy obyvatelstva. Pokrok ve zdravotnictví – nové a účinnější medicínské metody, objevy nových léků, používání modernějšího vybavení, modernizace budov, to vše se odráží v nákladnosti zdravotní péče. Proto bylo zcela nezbytné, aby na konci 19. století vstoupili mezi pacienty a lékaře zprostředkovatelé, jinými slovy první subjekty přebírající zodpovědnost za financování zdravotní péče. Tyto subjekty, které zdravotní péči hradí, se stále častěji a více snaží mluvit do toho, jak je s finančními prostředky zacházeno a k čemu slouží. Základní strukturu zdravotnického systému každého vyspělého státu tedy tvoří tři strany tzv. tři elementární subjekty. Na jedné straně jsou pacienti, na druhé straně lékaři a ostatní zdravotnický personál a třetí stranu tvoří ti, kteří tuto péči financují.

1.1.1 Sociální služba x tržní mechanismus

Zdravotní péče je v některých zemích tržním systémem a v některých zemích sociální službou. V tzv. solidárním systému je zdravotní péče právním nárokem, takže zdravotnické zařízení nemůže pacienta odmítnout a neposkytnout mu potřebnou zdravotní péči. Lidé mají povinnost platit si zdravotní pojištění nebo je péče hrazena z daní. Výše příspěvku nezávisí na míře zdravotnického rizika, ale na výši příjmu a každému musí být poskytnuta stejně kvalitní zdravotní péče, ať už přispívá ze svého platu více či méně. Pacient sice nemůže téměř vůbec individuálně ovlivnit kvalitu poskytované péče, ale má vždy jistotu, že mu bude poskytnuta. Nevýhodami tohoto systému je například nadužívání zdravotnické péče, velký prostor pro korupci atd. V solidárním systému si můžete zaplatit nadstandardní péči v podobě například nadstandardně vybaveného pokoje, ale jinak je jakékoliv připlácení nelegální.

V druhém tzv. tržním systému řídí spotřebu zdravotnických služeb volný trh. Na tomto trhu vládne volná tvorba cen. Zcela dokonale tento systém nefunguje nikde na světě, ale Spojené státy americké se dokonalému volnému trhu ve zdravotnictví přibližují nejvíce, naopak v některých rozvojových zemích existuje tento tržní mechanismus, avšak zcela chaoticky. V tomto systému si zdravotnická zařízení vyberou služby, které posléze nabízejí pacientům neboli platícím zákazníkům. Uživatelé za tyto služby platí buď hotově nebo prostřednictvím komerčního pojištění. Služba nemůže být poskytnuta, aniž by byla pacientem uhrazena, ať už kterýmkoliv ze dvou uvedených způsobů. Výše pojištění je individuální podle zdravotnického rizika, které pacient podstupuje, jinými slovy čím vyšší je riziko onemocnění či úrazu, tím vyšší je pojistná částka. Může se dokonce stát, že pojišťovna odmítne pacienta pojistit, kvůli vysokému zdravotnickému riziku.

Tržní zdravotnictví je tedy zdravotnickým modelem ve Spojených státech amerických. Avšak ani tam se nejedná o absolutně čistý tržní systém, jelikož některé nemocnice či zdravotní střediska jsou placené státem pro určité zdravotní skupiny: veterány, občany nad 65 let a jiné, pro které jsou výdaje na potřebnou zdravotní péči neúnosné. V rámci tohoto systému se mluví o selhání trhu ve zdravotnictví. Tento systém zdravotnictví je nejdražší na světě, a tak ve Spojených státech je enormní počet lidí, kteří nejsou pojištění vůbec. V Evropě se uplatňoval tento systém pouze ve Švýcarsku. Avšak v lednu 1996 bylo švýcarskou konfederací zavedeno zákonné povinné zdravotní pojištění.

1.2 Právo na zdravotní péči

Dnes je právo na zdravotní péči součástí základních práv a svobod každého člověka. Lidská práva jsou svobody a nároky, které by měly být zaručeny každé lidské bytosti na světě. První shrnutí těchto práv se nachází ve Všeobecné deklaraci lidských práv, která byla schválena na Valném shromáždění Organizace spojených národů dne 10. prosince 1948. Vůbec poprvé v historii se lidé dohodli na pravidlech, které mají platit pro všechny lidi a to nejen teoreticky, ale i prakticky. V deklaraci je samozřejmě zmíněno právo na život (článek 3) a právo na zdraví a lékařskou péči, na sociální zabezpečení v nemoci (článek 25), ostatní práva mohou být jakkoli omezena v případech týkajících se ochrany zdraví a života.

Základní lidská práva českých občanů jsou sepsána v Listině základních práv a svobod, která je součástí Ústavy České Republiky. Jistě nejdůležitějším článkem týkajícím se zdraví v naší Listině základních práv a svobod je článek 31, který hovoří o ochraně zdraví každého občana a o právu na zdravotní péči:

„Každý má právo na ochranu zdraví. Občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon.“[1]

Právo na zdravotní péči je definováno v těchto základních dokumentech o lidských právech, ale i přesto, že je to právo, existují další podmínky k jeho uskutečnění jako například příspěvky na zdravotní péči apod.

1.2.1 Evropská úmluva o lidských právech

Důležitým dokumentem v oblasti lidských práv je Evropská úmluva o lidských právech, která byla podepsána v Římě pod záštitou Rady Evropy dne 4. listopadu roku 1950.[2] Byl to první dokument členských států Rady Evropy a jejich státních příslušníků. Úmluva je právně závazná pro státy, které tento dokument podepsaly, což je případ všech členských států EU, kterými byla tato úmluva ratifikována. V rámci Úmluvy byly zřízeny dozorčí orgány, které mají sídlo ve Štrasburku. V listopadu roku 1998 byly tyto orgány

[1] http://www.psp.cz/docs/laws/listina.html, 10/02/07
[2] http://www.businessinfo.cz/cz/clanek/e/evropska-umluva-o-lidskych-pravech/1000697/5226/, 19/04/07

nahrazeny jediným Evropským soudem pro lidská práva. Evropský soudní dvůr včleňuje principy Úmluvy do práva EU, což zajišťuje soulad v činnosti obou soudů a zároveň jejich nezávislost.[3]

Evropská úmluva o lidských právech byla následována Prohlášením o základních právech a svobodách, které přijal Evropský parlament v roce 1989 k dvoustému výročí Francouzské revoluce. Avšak tyto dokumenty neodrážely vývoj Evropského společenství. Technologický a společenský vývoj Evropy si žádal nové způsoby ochrany občanů např. v oblasti zákazu diskriminace, informačních technologií apod.

1.2.2 Charta základních práv Evropské unie

Dalším klíčovým dokumentem, kterým bych chtěla navázat a je velmi důležitý v oblasti lidských práv pro občany Evropské unie, je Charta základních práv Evropské unie. Politika EU se snaží zdůraznit, že výchozím bodem k lepšímu zdraví všech obyvatel je životní prostředí a zdravý životní styl. Charta byla přijata na zasedání Evropské rady v Nice v prosinci roku 2000. Je to dokument, který přistupující státy podepisují v rámci Smlouvy o Evropském společenství a měl by se stát nedílnou součástí Ústavy Evropské unie. Tento dokument však nemá právní povahu, tzn. že státy jím nejsou vázány.

Charta je rozdělena do šesti kapitol a do padesáti článků. Výše zmíněné kapitoly se týkají důstojnosti, svobody, rovnosti, solidarity, občanských práv a soudnictví. O ochraně zdraví se v Chartě mluví takto: „Každý má právo na prevenci a ochranu zdraví a právo na zdravotní péči za podmínek stanovených legislativou jednotlivých států a jejím uplatňováním. Vysoká úroveň ochrany lidského zdraví je zaručena v definici a uskutečňování všech politik a aktivit Unie.“[4]

[3] původní dozorčí orgány: Komise – předběžné přezkoumávání žádostí, Evropský soud pro lidská práva, Výbor ministrů Rady Evropy – strážce Úmluvy, pokud případ nebyl předveden před soud - http://www.businessinfo.cz/cz/clanek/e/evropska-umluva-o-lidskych-pravech/1000697/5226/
[4] http://www.evropska-unie.cz/download.asp?id=79 – kapitola IV čl. 35, 26/02/07

2. Zdravotnictví, zdravotnická politika v Evropě

2.1 Zdravotnické systémy

Existují tři základní modely zdravotnických systémů již zmíněné tržní zdravotnictví a solidární systém, který je možné dále rozdělit na národní zdravotní pojištění a národní zdravotní služba (státní zdravotnictví). Zdravotnické systémy uplatňované v Evropě jsou následující:

Národní zdravotní služba neboli beveridgeovský model[5] funguje ve Spojeném království Velké Británie a Severního Irska, Švédsku, Dánsku, Finsku, Irsku, Španělsku Portugalsku, Itálii, Řecku … Zdravotní péče je přístupná pro všechny obyvatele a je hrazena z veřejných prostředků a to z větší části (72 – 75 %) z daně z příjmu a z menší části z národního pojištění (13,5 %), zbylých část (13 – 15 %) představuje přímé (soukromé) platby.[6] Míra spoluúčasti se liší v jednotlivých státech, bývá však velmi nízká a lidé se mohou ještě komerčně připojistit. Jako příklad bych uvedla Velkou Británii, kde jsou obyvatelé v určitém regionu přiřazeni k určitému lékaři. Veškerá vyšetření jsou nejprve vykonána u praktického lékaře a ten vás až posléze může, pokud je třeba, poslat za specialistou. Lékaři mají individuální praxi nebo se seskupují do tzv. zdravotnických středisek či center a každý praktický lékař vykonává ke své praxi i např. základní gynekologická vyšetření nebo chirurgické výkony, a pak existují samozřejmě „normální“ specialisté. Speciální péče je vykonávána buď ve veřejných nemocnicích nebo v nemocnicích soukromých.

Výhodami tohoto systému jsou relativně levný systém, dobrý dohled nad zdravím lidí, zdravotní péče dostupná všem, dobrá kontrola nákladů atd. Nevýhodami jsou nadužívání zdravotnické péče, financování z veřejných zdrojů je nedostatečné, malý ohled na přání pacienta, byrokracie a korupce, dlouhé čekací lhůty, i přesto, že se zkrátily atd.

[5] Podle lorda Beveridge, který v roce 1942 předložil parlamentu ve Velké Británii zprávu, ve které nastínil systém sociálního zabezpečení, vycházejícího z tradice britského chudinského zákona. – www.evropska-unie.cz/download.asp?id=912

[6] údaje v procentech – Eva Křížová – Zdravotnické systémy v mezinárodním srovnání, 3. Lékařská fakulta UK, Praha 1998, str. 59

Národní zdravotní pojištění neboli bismarckovský model[7] je další solidární systém, který funguje v Německu, Rakousku, zemích Beneluxu, Francii, České republice, Polsku, Slovensku … Každý obyvatel těchto zemí je povinen odvádět část platu na zdravotní pojištění. Tato platba je oddělena od daní. Jako příklad lze uvést situace v České republice, kdy jednu třetinu zdravotního pojištění odvádí zaměstnanec a zbylé dvě třetiny zaměstnavatel. Stát platí zdravotní pojištění za ty, kteří ho nemohou platit (studenti, matky na mateřské, invalidní důchodci, důchodci, nezaměstnaní …). Lidé si mohou vybrat pojišťovnu, u které chtějí být pojištění, ale všechny tyto pojišťovny jsou regulované státem. Spoluúčasti je vyhrazena především na úhradu léků, zdravotních pomůcek, jak jsou brýle, kontaktní čočky apod., jízdné, doprava atd. V České republice si lidé mohou sami vybrat svého ošetřujícího lékaře.

Výhodami tohoto systému jsou spravedlnost, stát zasahuje do medicínského vzdělávání, více zdrojové financování, institucionální zázemí, reformy jdou s dobou atd. Naopak nevýhodami jsou vysoká spotřeba léků, zvyšování deficitu, zvyšování cen výkonů, nákladná administrativa atd.

Snad ve všech zemích se hovoří o nutné transformaci zdravotnických systémů. Asi nejzávažnějším problémem, ať už kteréhokoliv zdravotnického modelu, je neúnosné zdražování zdravotnické péče. Toto téma je často diskutováno při politických debatách, různými filosofy a sociology a lékaři je tato nutnost reformy potvrzována. Zatím ale odnikud nepřichází zpráva o tom, že by byla reforma úspěšně dovršena a že by některý ze států přišel na dokonalý systém, který funguje v rámci jeho zdravotnické politiky.

2.2 Organizace, které mají vliv na zdravotnickou politiku států EU

Další oblastí, která hraje velmi důležitou roli ve zdravotnické politice, jsou instituce, které se snaží tuto politiku udržovat na dobré úrovni a zároveň její úroveň zvyšovat a různými prostředky ji podporovat. Těmito prostředky mohou být různé směrnice, doporučení, cíle, podpora výzkumu a vzdělanosti, kam spadá i vzdělávání zdravotních

[7] Jelikož národní zdravotní pojištění je historicky spjato se vznikem sjednocené Německé říše pod císařem Vilémem I. (1871) a především s kancléřem Otto von Bismarckem. – Eva Křížová – Zdravotnické systémy v mezinárodním srovnání, 3. Lékařská fakulta UK, Praha 1998, str. 79

sester a požadavky na udržení jejich odborné způsobilosti, jinými slovy požadavek celoživotního vzdělávání, apod.

2.2.1 Evropská unie

Zdravotnictví je jednou z oblastí, kterou Evropská unie nereguluje téměř vůbec a oblast zdraví mezi společné politiky nespadá. Jedná se pouze o doplňkovou aktivitu, která je upravena článkem 152 Smlouvy o založení ES ve znění smlouvy z Nice, cituji:

„Činnost Společenství doplňuje politiku členských států a je zaměřena na zlepšování veřejného zdraví, předcházení lidským nemocem a odstraňování příčin ohrožení lidského zdraví. Tato činnost zahrnuje boj proti nejzávažnějším chorobám podporou výzkumu jejich příčin, přenosu a jejich předcházení, jakož i zdravotnické informace a zdravotní výchovu.“[8] Členské státy jsou tedy plně odpovědné za poskytování zdravotní péče a za činnost svého zdravotnictví.

Cíle EU v oblasti zdraví:

- vytvořit ucelený zdravotnický informační systém pro poskytování aktuálních a věrohodných informací týkajících se zdraví,
- zlepšit schopnost rychlé reakce na ohrožení zdraví => posílení epidemiologického dohledu nad nemocemi,
- zajistit bezpečnost pacientů a kvalitu zdravotní péče,
- usnadnit zdravotní péči bez ohledu na hranice,
- usnadnit mobilitu zdravotnických odborníků i pacientů.[9]

Evropská unie nepožaduje po členských státech striktní harmonizaci v oblasti zdravotní péče, jelikož ta je považována za součást kulturního dědictví každé země. Evropská unie požaduje jen přizpůsobení legislativy členských států tak, aby neodporovala naplňování obecnějších cílů EU např. volnému pohybu osob. Avšak existuje integrovaná spolupráce v oblasti zdraví v rámci EU, která se zaměřuje na přibližování této politiky.

[8] http://www.euroskop.cz/files/10/4E1686FA-9878-450C-AA50-6AD435E86594.pdf - hlava XIII, článek 152, 10/02/07
[9] http://ec.europa.eu/health-eu/health_in_the_eu/policies/index_cs.htm - 18/04/07

Činnost EU se zaměřuje na celkové zlepšování veřejného zdraví. Evropská unie se také snaží zjišťovat příčiny ohrožení lidského zdraví a snaží se předcházet onemocněním obyvatelstva.

Legislativa, kterou Evropské společenství vydává v oblasti zdravotnictví je spíše z oblasti ochrany spotřebitele, bezpečnosti a ochrany zdraví při práci, nároku na nutnou péči v členských státech při cestování a uznávání zdravotnických kvalifikací. EU ale nijak nezasahuje do systémů zdravotnictví členských států a do jejich systémů zdravotního pojištění.

Strategie EU týkající se zdraví se zaměřuje na:

- posílení spolupráce a koordinace,
- podporu vzájemné výměny informací a znalostí založených na důkazech,
- pomoc při vytváření vnitrostátních právních předpisů.[10]

2.2.1.1 Ústava pro Evropskou unii

V budoucnu nahradí Smlouvu o založení ES zásadní dokument, jímž je Ústava pro Evropskou unii, která nebyla dosud ratifikována. V tomto dokumentu je zdravotnická problematika zmíněna v následujících částech Ústavy. V první části Ústavy Vymezení a cíle Unie stojí, že Unie podle Ústavy sdílí pravomoc s členskými státy, pokud jí Ústava svěřuje pravomoc a tato pravomoc se uplatňuje mimo jiné i ve společných otázkách bezpečnosti v oblasti veřejného zdraví. Unie má dále podle Ústavy pravomoc vyvíjet koordinační, podpůrnou a doplňkovou činnost. Jednou z oblastí této činnosti na evropské úrovni je i ochrana a zlepšování lidského zdraví.

V třetí části Ústavy Politiky a fungování Unie se dozvídáme o zdravotnické politice Unie nejvíce. Mimo jiné se v této části opět opakují záměry z druhé části Ústavy, tzn. z Listiny základních práv Unie. V pododdíle 2 článku III-141 pojednává Ústava o svobodě usazování: „Evropský rámcový zákon usnadňuje přístup osob k samostatně výdělečným činnostem a jejich výkonu. Má za cíl vzájemné uznávání diplomů, osvědčení a jiných dokladů o kvalifikaci a koordinaci právních a správních předpisů členských států týkajících se přístupu k samostatně výdělečným činnostem a jejich výkonu. Pokud jde o povolání lékařská, ostatní zdravotnická a farmaceutická, bude postupné odstraňování omezení

[10] http://ec.europa.eu/health-eu/health_in_the_eu/policies/index_cs.htm - 18/04/07

záviset na koordinaci podmínek pro výkon těchto povolání v jednotlivých členských státech.“[11]

2.2.1.2 Evropská komise

Úlohou Evropské komise je, mimo vykonávání politiky vycházející z Římské smlouvy a pozdějších upravujících smluv, především orgánem iniciativním, to znamená, že předkládá návrhy legislativních aktů a dalších opatření ostatním orgánům a to především Radě Evropské unie. Těmito návrhy jsou například i směrnice týkající se uznávání odborných kvalifikací nelékařských pracovníků. Evropská komise může iniciovat jakoukoliv spolupráci s členskými státy na podporu zdravotní politiky.

Komise rovněž zastupuje navenek Evropské společenství, například při sjednávání mezinárodních smluv, a navazuje a udržuje styky s jednotlivými mezinárodními organizacemi, jako jsou například Světová zdravotnická organizace či Rada Evropy. Udržuje také styky s členskými státy a může s nimi iniciovat jakoukoliv spolupráci na podporu zdravotní politiky.

2.2.1.3 Rada Evropské unie

Rada je hlavně orgánem rozhodovacím a je povinna se zabývat každým návrhem Komise, čili projednat ho. Rada tedy může na návrh Komise vydávat kvalifikovanou většinou různá doporučení, která mají za cíl ochranu a kvalitu lidského života. Pokud je v Radě návrh odhlasován a o schválení je také rozhodnuto poslanci v Evropském Parlamentu (spolurozhodovací pravomoc mu byla svěřena v rámci Maastrichtské smlouvy o EU a podle článku 251 Smlouvy ES je souhlas Parlamentu s přijímaným aktem nezbytný). Rada a Parlament mohou přijímat po dohodě s Výborem regionů a s Hospodářským a sociálním výborem opatření, která mají pomoci k ochraně a k zlepšení lidského zdraví, aniž by harmonizovala právní a správní předpisy členských zemí EU.

2.2.1.4 Strukturální fondy EU

Strukturální fondy jsou základním nástrojem strukturální a regionální politiky Evropské unie. Členské země přispívají do rozpočtu Společenství a tím pomáhají méně prosperujícím regionům tzn. že podstatou evropské regionální politiky je „finanční

[11] Ústava pro Evropskou unii – hlava III kapitola I oddíl 2

solidarita“. Finanční prostředky ze strukturálních fondů Evropské unie jsou velice významnou součástí financování projektů, díky nimž se rozvíjejí a modernizují určité oblasti, a tím se zvyšuje celková životní úroveň obyvatel i atraktivita jednotlivých členských států EU. Česká republika může získat v letech 2007 – 2013 až 26,69 miliard eur, což je skoro 753 miliard Kč. Finanční prostředky na všechny projekty z 85 % evropský rozpočet, české národní zdroje budou tyto projekty spolufinancovat z pouhých 15 %.[12]

Každý stát si vymezí podporované regiony, které si zpracují tzv. operační programy. Operační programy jsou dokumenty, které zahrnují souhrn priorit pro získání finanční pomoci. Podle zaměření operačních programů lze zjistit, zda chce daný členský stát čerpat finance ze strukturálních fondů na zdravotnictví či nikoli. Většina států však do nich zdravotnictví nezahrnuje. Například v České republice zdravotnictví navrženo nebylo v žádném dotačním titulu v období 2004 – 2006.

Na období 2007-2013 bude mít Česká republika ve svých operačních programech, které jsou spolufinancované ze strukturálních fondů a Fondu soudržnosti, k dispozici více než 773 miliard korun českých. V těchto programech je zdravotnictví částečně zahrnuto v Integrovaném operačním programu (Prioritní osa 2 – Zvýšení kvality a dostupnosti veřejných služeb – 2.2 Služby v oblasti veřejného zdraví), v operačním programu Vzdělávání a konkurenceschopnost (vzdělávání zdravotnických pracovníků) a v operačním programu Lidské zdroje a zaměstnanost (Prioritní osa 3 – Sociální integrace a rovné příležitosti, Prioritní osa 4 – Veřejná správa a veřejné služby). Peníze na tyto programy jsou získávány z Evropského sociálního fondu (ESF) a z Evropského fondu regionálního rozvoje (ERDF).

2.2.1.5 Komunitární program EU 2003-2008

Tento program přijatý Evropským parlamentem a Evropskou radou dne 23. září 2002 na období od 1. ledna 2003 až 31. prosince 2008, je novým komunitárním programem pro oblast veřejného zdraví, který má za cíl chránit lidské zdraví a zlepšit zdravotní stav obyvatelstva. Program se opírá o článek 152 Smlouvy o založení ES a má doplnit národní

[12]číselné údaje: http://www.strukturalni-fondy.cz/operacni-programy-2007-2013 – 18/04/07

politiky. Nenutí však členské státy k harmonizaci práva v této oblasti, pouze je vyzývá k ochraně a zlepšování lidského zdraví.[13]

Celkový rozpočet na toto období je 353,77 milionů eur.[14] Aby mohlo být čerpáno z tohoto rozpočtu v rámci programu veřejného zdraví, musí jednotlivé projekty přispívat vysokou měrou na ochranu zdraví a mít alespoň jeden ze specifických cílů obsažených v programu.

2.2.1.6 Další možnosti finančních prostředků mimo Evropskou unii

Finanční mechanismus EHP (Evropský hospodářský prostor) a Norska

V rámci Dohody o účasti České republiky v EHP, která byla schválena vládou ČR usnesením č. 1011 ze dne 13. října 2003, byl zaveden nový finanční mechanismus, jehož prostřednictvím budou státy ESVO přispívat v letech 2004-2009 zemím přistupujícím do EHP na projekty v rozšířeném vnitřním trhu. Norsko bude navíc přispívat tzv. bilaterální pomocí, což jsou zvláštní finanční nástroje (Norsk finansieringsordning). Všechny základní zásady a principy tohoto finančního mechanismu jsou uvedené v Dohodě o účasti v Evropském hospodářském prostoru (protokol 38a) a v připojené Dohodě mezi Norským královstvím a ES o Norském finančním mechanismu pro období 2004-2009. Prioritami tohoto mechanismu jsou: uchovávání evropského kulturního dědictví, ochrana životního prostředí, rozvoj lidských zdrojů, **zdravotnictví a péče o dítě**, podpora udržitelného rozvoje, vědecký výzkum a vývoj, implementace Schengen acquis, posilování justice, Technická pomoc.

Švýcarská finanční pomoc

Švýcarsko řeklo 26. listopadu 2006 „ANO“ v referendu o poskytování finanční pomoci novým členským státům EU. Švýcarsko tedy poskytne do 5 let novým členským zemím přibližně 1 miliardu CHF (švýcarských franků). Česká republika z této částky obdrží 110 milionů CHF. Tato pomoc je určena pro snížení hospodářských a sociálních rozdílů v EU. Cílem následujících řízení bude uzavření bilaterální dohody o poskytování finanční pomoci Švýcarska České republice. V této dohodě budou upřesněny jednotlivé prioritní oblasti podpory.

[13] http://ec.europa.eu/health/ph_programme/programme_fr.htm - vlastní překlad, 19/4/07
[14] http://ec.europa.eu/health/ph_programme/programme_fr.htm - rozpočet programu

2.2.2 Rada Evropy

Mimo Evropskou unii funguje na našem kontinentu organizace, který sdružuje 46 zemí, z toho je 21 zemí, které leží ve střední a východní Evropě, a je jím Rada Evropy[15]. Česká republika se stala jejím členem dne 30. června 1993. (Svatá stolice, Spojené státy americké, Japonsko, Kanada a Mexiko mají status pozorovatele.) Zajímavostí je, že žádný ze států, který je členem Evropské unie, nevstoupil do EU, aniž by před tím nebyl členem Rady Evropy.

Rada Evropy se snaží chránit lidská práva, demokracii a zákonnost, rozvíjet celoevropské dohody ke sjednocení a standardizaci právních a sociálních postupů členských států a podporovat informovanost o evropské identitě.

Rada Evropy také vydává doporučení vládám týkající se mimo jiné i zdravotnictví a vzdělávání. Rada Evropy zavádí důležité programy zaměřené na vzdělávání, osnovy a metody ve školách i mimo ně. Hlavním cílem v této oblasti je rozvoj vyššího vzdělávání a výzkumu na Evropském kontinentu. Rada Evropy chce hlavně přispět k vytvoření evropského prostoru vyššího vzdělávání tzv. „Boloňský proces“, uznávání kvalifikací, reforma vyššího vzdělávání v jihovýchodní Evropě, zachování hodnot dědictví evropských univerzit.

2.2.2.1 Boloňský proces

Tento proces byl odstartován v roce 1999 a jedná se o rozvoj evropského vysokého školství a to do roku 2010. Tento program zahrnuje všechny vysoké školy, zdravotnické vzdělání nevyjímaje. Dnes je to iniciativa už čtyřiceti států Evropy.[16] Cíle tohoto programu jsou:

- zavést jednotný kreditní systém (ECTS)
- podpora spolupráce v udržování kvality vysokoškolského vzdělávání
- dvoucyklový nebo trojcyklový vysokoškolský systém, tzn. samostatný bakalářský, magisterský a následně doktorský program, pro vzájemnou srovnatelnost a transparentnost vzdělávání na vysokých školách

[15] počet členský států Rady Evropy – http://www.radaevropy.cz/cojere.htm, 10/04/07
[16] http://www.itegrace.cz/integrace/clanek.asp?id=866, 15/04/07

- evropský dodatek k diplomu – ten má zajistit srozumitelnost jak pro zaměstnavatele, tak i pro univerzitu

Většina států v boloňském procesu podepsala i Lisabonskou dohodu o uznávání kvalifikací, takže zjednodušení migrace studentů i zaměstnanců je ještě větší. Boloňský proces je velmi významnou koordinační aktivitou Evropské unie a díky němu se mění svět studentům a učitelům na vysokých školách i v členských státech EU.

2.2.3 Světová zdravotnická organizace (WHO)

Velmi významnou organizací, která hraje důležitou roli v oblasti zdravotnické politiky, zdravotní péče a rovněž ve vzdělávání sester a kterou bych nyní chtěla navázat, je Světová zdravotnická organizace.

V roce 1945 schválili jednohlasně účastníci Konference OSN o mezinárodní organizaci návrh Brazílie a Číny, aby byla vytvořena nezávislá mezinárodní zdravotnická organizace jako součást organizace Spojených národů. V roce 1946 podepsalo v New Yorku 61 zemí z celého světa včetně Československa (po rozdělení Československa v roce 1993 vystupují Česká republika a Slovensko jako samostatné členské státy). Zakládací smlouvu Světové zdravotnické organizace a tato smlouva vstoupila v platnost 7. dubna 1948 – 26 z 61 zemí, které tuto smlouvu podepsaly, ratifikovaly své podpisy a uložily oficiální ratifikační listiny u generálního tajemníka OSN, jímž byl v té době Trygve Lie z Norska. Dne 7. dubna 1948 byla přijata Ústava Světové zdravotnické organizace. Dnes je tento den považován za Světový dne zdraví.

Světová zdravotnická organizace zajišťuje od svého vzniku v roce 1948 mezinárodní technickou spolupráci v oblasti zdravotnické péče, uskutečňuje globální programy pro kontrolu, odstranění a zabránění šíření onemocnění a snaží se zlepšit celkovou kvalitu lidského života. Hlavním cílem činnosti této organizace je tedy dosažení co nejlepšího zdraví pro všechny obyvatele Země. Zdraví definuje jako stav plného fyzického, duševního a sociálního zdraví, to však neznamená, že zdraví je definováno pouze jako nepřítomnost nemoci nebo tělesné churavosti. Proto tato organizace podporuje nejrůznější zdravotnické a sociální programy, které pomáhají vylepšit podmínky pro život obyvatelstva. Cílem organizace je „Zdraví pro všechny“ (Health for all) – tento program byl přijatý v roce 1986 „Zdraví pro všechny do roku 2000“.

Organizace dosáhla za dosavadní období své působnosti celé řady nepřehlédnutelných úspěchů. V roce 1980 byl například zcela potlačen výskyt neštovic na naší planetě. Světová zdravotnická organizace významně přispívá k lepšímu zdraví lidstva a je jí zapotřebí stále víc.

Hlavní záměry WHO:

- omezit úmrtnost, nemocnost a postižení zejména u sociálně slabé populace a u chudých skupin obyvatelstva
- podporovat zdravou životosprávu a omezit zdravotní rizika, která vyplývají z ekologických, sociálních i ekonomických podmínek
- spravedlivější a efektivnější zdravotnické systémy, které budou odpovídat potřebám lidí a budou pro všechny finančně únosné
- rozvinout odpovídající zdravotnické strategie a institucionální zázemí a začlenit zdravotnické aspekty do sociálních, ekologických, ekonomických a rozvojových strategií[17]

Směr, jakým by se měla ubírat evropská zdravotnická politika, je vyjádřen v Lublaňské Chartě ze dne 18. června 1996 přijaté na Konferenci WHO o reformě zdravotní péče v Evropě, která se konala 17. – 20. června 1996 a které se účastnili evropští ministři zdravotnictví. Hovoří se v ní o změnách ve zdravotních systémech, o principech řízení těchto změn. V bodě 6.4 je zmíněno nové zaměření školení pro zdravotní péči. Cituji:

„Zdravotní služby vyžadují, aby se nadále věnovala větší pozornost vymezení a podpoře těm odbornostem, které mohou tvořit část multidisciplinárních týmů zdravotních systémů zítřka. Potřeba základního výcviku, specializace a dalšího vzdělávání zdravotnického personálu musí být nahlížena v širších souvislostech, než je obvyklé v tradiční léčebné péči. Kvalita péče, prevence chorob a podpora zdraví by měla být nedílnou součástí výuky. Je třeba napomoci iniciativám, které chtějí, aby zdravotníci měli

[17] http://www.who.cz, 19/04/07

na zřeteli kvalitu, náklady a výsledky péče. Odborné organizace a instituce financující péči by měly aktivně spolupracovat se zdravotními úřady, aby takový vývoj podpořily.“[18]

V regionální úřadovně WHO je, jako ve všech ostatních regionálních ústřednách, oddělení pro ošetřovatelství a porodní asistentky. Jeho činnost se zaměřuje na rozvoj ošetřovatelství, výzkum v ošetřovatelství, kvalitu ošetřovatelské péče, podporu a zvyšování kvality vzdělávání sester a porodních asistentek. Česká republika spolupracuje s ošetřovatelským oddělením Evropské regionální úřadovny Světové zdravotnické organizace velmi úzce. Jako příklad bych ráda zmínila například projekt LEMON[19], který byl zaměřený na přípravu učebních materiálů pro sestry v zemích východní a střední Evropy a v němž sehráli významnou roli zástupci České republiky.

2.2.4 Mezinárodní rada sester (ICN)

Národní organizace sester se sdružují do mezinárodních sdružení, výborů a organizací jako jsou: Stálý výbor sester Rady Evropy, Evropská ošetřovatelská skupina, Severská federace sester či pracovní skupina evropských sester pracujících ve výzkumu. Mezinárodní organizace sester mají své vlastní cíle, ale mají také některé, které jsou společné pro všechny mezinárodní organizace sester např. hájit profesní zájmy sester a zvyšovat kvalitu ošetřovatelské péče.

Jednou z nejvýznamnějších mezinárodních organizací sester je jistě Mezinárodní rada sester. Tato profesní organizace sester je nejstarší organizací sester, vznikla dne 1. ledna roku 1899 z iniciativy sestry Ethel Gordon Bedford Fenwick, která byla zakladatelkou národní organizace anglických sester a která se stala první prezidentkou ICN. Díky této organizaci byly postupně zakládány další národní organizace sester po celém světě.

Každé čtyři roky je organizován sjezd (první sjezd se konal roku 1901 v Buffalo ve Spojených státech amerických), na kterém je volena prezidentka stojící v čele ICN. Mimo těchto sjezdů se každé dva roky schází Rada zástupkyň zemí. Radu tvoří předsedkyně jednotlivých národních členských organizací sester a zástupkyně prezidia ICN. Na těchto setkáních rozhodují zástupkyně o klíčových otázkách činnosti ICN. V mezidobí, tzn. mezi

[18] http://www.pacienti.cz/Ljublanska_Charta_'96.htm - Lublaňská charta, 28/02/07
[19] Marta Staňková – Základy teorie ošetřovatelství, Učební texty pro bakalářské a magisterské studium, Karolinum, Praha 1996, str. 175

jednotlivými sjezdy, je za činnost ICN odpovědný Řídící výbor tvořený jedenácti vybranými členkami. Výbor jmenuje výkonnou ředitelku.

V roce 1933 se členkami ICN staly i Československé sestry a to jako členky Spolku diplomovaných sester, ale druhá světová válka a následné události pro roce 1945, kdy se Spolek diplomovaných sester SPS stal členem ROH, členství ukončily. Až v roce 1983 byla znovu Československá společnost sester jako federální sdružení České společnosti sester a Slovenské společnosti sester přijata do ICN. Členství opět zaniklo v roce 1993 z důvodu rozdělení Československé republiky a v roce 1994 se novým členem ICN stala Česká asociace sester ČAS.

Hlavními cíly ICN jsou:

- podpora vzniku národních organizací sester tam, kde ještě neexistují
- podpora kvalifikační a specializační přípravy sester
- pomoc sestrám při snaze o zlepšení ošetřovatelské péče
- podpora ošetřovatelského výzkumu
- rozvíjení teoretického i praktického ošetřovatelství
- zlepšení sociálního postavení sester, tzn. zastupovat sestry na mezinárodní úrovni a udržovat trvalý kontakt sester[20]

[20] Marta Staňková – Základy teorie ošetřovatelství, Učební texty pro bakalářské a magisterské studium, Karolinum, Praha 1996, str. 170

3. Zdravotničtí pracovníci v EU

Volný pohyb osob a služeb je zaručen dvěmi ze čtyř základních svobod na vnitřním trhu EU. Volný pohyb pro pracovníky se stále usnadňuje, i když to jde velmi pomalu a některé státy kladou pro pracovníky různé překážky a omezení, jako příklad lze zmínit Německo a Rakousko. Tyto státy uzavřely svůj trh pro pracovníky z nově přistoupivších států a chtějí mít své hranice nadále uzavřené pro tyto pracovníky co nejdéle.

Pokud se jedná o volný pohyb zdravotních sester, evropské instituce, profesní oborové organizace, ať už národní či mezinárodní, a odborové organizace dělají vše pro to, aby volný pohyb pro sestry byl co nejjednodušší vzhledem k uznávání kvalifikací.

3.1 Volný pohyb pracovníků

Evropská unie si prostřednictvím tzv. lisabonské strategie přijaté na zasedání Evropské rady ve dnech 23. a 24. března 2000 zvolila jako cíl stát se celosvětové nejkonkurenceschopnější oblastí s plnou zaměstnaností a to do roku 2010. V závěrech zasedání Evropské rady v Lisabonu byla tato strategie formulována takto, cituji: „Unie se má stát nejkonkurenceschopnější a nejdynamičtější znalostní ekonomikou, schopnou udržitelného hospodářského růstu s více a lepšími pracovními místy a s větší sociální soudržností.“[21]

Avšak již v roce 2004 bylo jasné, že kvůli stálým ekonomickým problémům a přetrvávajícím překážkám k dokončení volného trhu se tento cíl naplnit nepodaří. Největší překážkou a tedy hlavním důvodem pokulhávání EU za USA je nedokončení jednotného trhu se službami, protože ve službách je zaměstnána většina pracovníků EU.

Evropská komise dala impuls ke vzniku návrhu směrnice o službách na vnitřním trhu, aby byly veškeré bariéry zamezující vzniku volného trhu zmírněny nebo zcela odstraněny. Tento návrh však přišel v době ekonomických problémů některých členských států, jímž se tato směrnice nejevila jako příliš vhodná pro další liberalizaci obchodu se službami uvnitř

[21] http://www.evropska-unie.cz/cz/article.asp?id=2377, 13/03/07

Unie. Dokument vyvolal bouřlivé reakce občas zcela neopodstatněné např. strach z přílivu levné pracovní síly z nově přistoupených členských států (navržená směrnice totiž nerušila směrnici 96/71/ES o vysílání pracovníků).

Nová, pozměněná tzv. kompromisní podoba směrnice byla schválena ministry členských států na přelomu jara a léta 2006, na podzim 2006 se uskutečnilo druhé čtení v Evropském parlamentu a 12. prosince 2006 byla přijata Směrnice Evropského parlamentu a Rady 2006/123/ES o službách na vnitřním trhu. Tato směrnice se však nezabývá otázkami souvisejícími s odbornými kvalifikacemi. Proto je uznávání kvalifikací i nadále řízeno podle Směrnice Evropského parlamentu a Rady 2005/36/ES o uznávání odborných kvalifikací ze dne 6. července 2005 a Směrnice 2006/123/ES s ní není v rozporu.

3.2 Uznávání kvalifikací

Uznávání kvalifikací je nezbytnou součástí komplexního volného pohybu osob a služeb na jednotném trhu EU.

Evropská úprava je tvořena obecným systémem uznávání odborných kvalifikací, tzn. níže zmíněnými směrnicemi, a oborovými směrnicemi.

Uznávání odborných kvalifikací se řídí třemi směrnicemi:

- Směrnice Rady 89/48/EHS o obecném systému pro uznávání vysokoškolských diplomů vydaných pro ukončení nejméně tříletého odborného vzdělávání a přípravy (ze dne 21. prosince 1988)

- Směrnice Rady 92/51/EHS o druhém obecném systému pro uznávání odborného vzdělávání a přípravy, kterou se doplňuje směrnice 89/48/EHS (ze dne 18. června 1992)

- Směrnice Evropského parlamentu a Rady 1999/42/ES, kterou se zavádí postup pro uznávání dokladů o dosažené kvalifikaci pro profesní činnosti upravené směrnicemi o liberalizaci a o přechodných opatřeních a kterou se doplňuje obecný systém uznávání dokladů o dosažené kvalifikaci (ze dne 7. června 1999) - tato směrnice doplňuje dvě směrnice předchozí

Tyto směrnice jsou nahrazeny Směrnicí Evropského parlamentu a Rady 2005/36/ES o uznávání odborných kvalifikací ze dne 6. července 2005, která má být implementována do národních právních řádů států EU nejpozději do 20. října 2007. Platnost tří uvedených směrnic končí podle článku 62 směrnice 2005/36/ES dne 20. října 2007.

3.2.1 Regulovaná povolání

Požadavky týkající se odborných kvalifikací se v jednotlivých zemích EU značně liší. V některých členských státech existuje menší množství regulovaných povolání (např. Polsko) a v jiných státech existují stovky regulovaných povolání (např. Německo, Rakousko, Česká republika), mimo to se také v jednotlivých zemích EU liší definice jednotlivých regulovaných povolání. Mezi regulovaná povolání neboli regulované profese či činnosti patří ta povolání, pro jejichž výkon stanovují národní předpisy daného členského státu určité požadavky nebo podmínky. Cílem je zajistit potřebnou kvalitu výkonu profese, tak aby neohrozila zdraví a bezpečnost toho, kdo ji vykonává a občanů daného státu. Závazná kritéria pro výkon regulovaných povolání v jednotlivých státech se týkají:

- oprávnění k výkonu povolání – jak musí být člověk vzdělán,
- celoživotní vzdělávání – jak člověk během profesního života udržuje svoji odbornost,
- odborné náplně práce – za jakých podmínek je pracovník oprávněn provádět odborné činnosti.

Oborové směrnice harmonizují předpisy o vzdělávání těchto zdravotnických oborů: lékař, zubní lékař, veterinář, lékárník, porodní asistentka a všeobecná sestra. Kvalifikace těchto profesí jsou při splnění podmínek daných směrnicemi uznávány automaticky.

Směrnice pro ošetřovatelství, jinými slovy ty, které se týkají pouze všeobecných sester:

- Směrnice Rady č. 77/452 EHS ze dne 27. června 1977 o vzájemném uznávání diplomů, osvědčení a jiných dokladů o dosažené kvalifikaci zdravotních sester a ošetřovatelů odpovědných za všeobecnou péči, obsahující opatření pro usnadnění účinného výkonu práva usazování a volného pohybu služeb

- Směrnice Rady č. 77/453 EHS ze dne 27. června 1977 o koordinaci právních a správních předpisů týkajících se činnosti zdravotních sester a ošetřovatelů odpovědných za všeobecnou péči

Postupem času se však oborové směrnice ukázaly být nepružné, finančně nákladné a náročné na pracovní kapacity. Proto na konci osmdesátých let a počátkem devadesátých let byl přijat nový postup, tzv. obecné systémové směrnice, které jsou založeny spíše na uznání než na harmonizaci, jak tomu bylo u směrnic oborových. V praxi to znamená, že odborník uznávány v jedné členské zemi musí být uznáván jako odborník i v ostatních členských zemí Evropské unie za předpokladu, že daná profese patří k regulovaným oborům. Příkladem takových směrnic jsou: Směrnice 89/48/EHS, která zahrnuje diplomy udělené při dokončení alespoň tříletého vysokoškolského studijního programu, a to takového který navazuje na ukončené vzdělání maturitní zkouškou (A-level – ekvivalent maturitní zkoušky ve Velké Británii; baccalauréat – ekvivalent maturitní zkoušky ve Francii), Směrnice 92/51/EHS zahrnující diplomy, které jsou uděleny při dokončení odborného vzdělávání a vzdělávání a výchovy s méně než tříletým vysokoškolským či vyšším vzděláním.

Další důležité směrnice týkající se zdravotních sester:

- Směrnice Rady ze dne 14. prosince 1981, kterou se doplňují směrnice 75/362/EHS, 77/452/EHS, 78/686/EHS a 78/1026/EHS o vzájemném uznávání diplomů, osvědčení a jiných dokladů o dosažené kvalifikaci lékařů, zdravotních sester a ošetřovatelů odpovědných za všeobecnou péči, zubních lékařů a veterinárních lékařů, pokud jde o nabytá práva

- Směrnice Rady ze dne 30. října 1989 kterou se mění směrnice 75/362/EHS, 77/452/EHS, 78/686/EHS, 78/1026/EHS a 80/154/EHS o vzájemném uznávání diplomů, osvědčení a jiných dokladů o dosažené kvalifikaci lékařů, zdravotních sester odpovědných za všeobecnou péči, zubních lékařů, veterinárních lékařů a porodních asistentek, jakož i směrnice 75/363/EHS, 78/1027/EHS a 80/155/EHS o koordinaci právních a správních předpisů týkajících se činnosti lékařů, veterinárních lékařů a porodních asistentek

- Směrnice Evropského parlamentu a Rady 2001/19/ES ze dne 14. května 2001, kterou se mění směrnice Rady 89/48/EHS a 92/51/EHS o obecném systému pro uznávání

odborných kvalifikací a směrnice Rady 77/452/EHS, 77/453/EHS, 78/686/EHS, 78/687/EHS, 78/1026/EHS, 78/1027/EHS, 80/154/EHS, 80/155/EHS, 85/384/EHS, 85/432/EHS, 85/433/EHS a 93/16/EHS o povolání zdravotní sestry odpovědné za všeobecnou péči (ošetřovatele odpovědného za všeobecnou péči), zubního lékaře, veterinárního lékaře, porodní asistentky, architekta, farmaceuta a lékaře

- Směrnice Evropského parlamentu a Rady Evropské unie č. 2005/36 ES o uznávání odborných kvalifikací ze dne 6. července 2005, která má datum transpozice dne 20. října 2007, tzn. že členské státy musejí uvést v účinnost právní a správní předpisy tak, aby bylo dosaženo souladu s touto směrnicí. Směrnice 77/452/EHS, 77/453/EHS, 78/686/EHS, 78/687/EHS, 78/1026/EHS, 78/1027/EHS, 80/154/EHS, 80/155/EHS, 85/384/EHS, 85/432/EHS, 85/433/EHS, 89/48/EHS, 92/51/EHS, 93/16/EHS a 1999/42/ES se ruší ode dne 20. října 2007.

Tyto směrnice mají zajistit a udržovat standardy v oblasti vzdělávání a výchovy u daných profesí v rámci Evropské unie. V České republice byly tyto směrnice začleněny v podobě zákona č. 96/2004 Sb. ze dne 4. února 2004 o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče o změně některých souvisejících zákonů.

3.2.2 Postup při uznávání odborných kvalifikací v ČR

Pracovník, který chce na území České republiky vykonávat povolání zdravotnického pracovníka a jiného odborného pracovníka musí splňovat tyto požadavky:

- odbornou způsobilost podle zákona 96/2004 Sb.[22]
- zdravotní způsobilost
- bezúhonnost

[22] blíže viz kapitola 4, podkapitola 4.3.3.1 Zákon 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních

Práva a povinnosti žadatele o uznání kvalifikace nelékařského zdravotnického pracovníka na území České republiky

Nejprve si žadatel musí zjistit potřebné informace a takovým kontaktním místem v České republice je Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR, odbor pro záležitosti EU. Zde se žadatel dozví název a adresu příslušného uznávacího orgánu.

Všeobecné sestry dále musí předložit následující doklady a dokumenty:

- žádost o vydání rozhodnutí o způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání pro státní příslušníky členských zemí
- strukturovaný životopis
- úředně ověřené kopie: oddací list nebo jiný doklad, který potvrzuje změnu jména oproti jménu, které je uvedené na dokladu o získaném vzdělání; doklad o formální kvalifikaci vydaný příslušným orgánem či institucí členské země; doklad dokazující, že tento státní příslušník skutečně vykonával dotyčné činnosti, v souladu se zákonem, po dobu nejméně tří po sobě jdoucích let v průběhu pěti let předcházejících dni vydání potvrzení, vydané příslušným orgánem v zemi původu žadatele; osvědčení a doklady o jiné způsobilosti
- potvrzení o zdravotní způsobilosti, které nesmí být starší tří měsíců
- potvrzení o bezúhonnosti, které nesmí být starší tří měsíců
- doklad o zaplacení správního poplatku, neboli kolek[23]

Překlady dokumentů ze země původu jsou požadovány u všech základních dokumentů a osvědčení. Překlady standardních dokladů jako jsou občanské průkazy a pasy nelze požadovat. Dále musejí být uznávány i neověřené nebo neautorizované překlady, pokud nejde o základní doklady jako jsou diplomy, osvědčení a osobní informace. Jednacím jazykem v České republice je od 1. ledna 2006 český a slovenský jazyk, tzn. že

[23] Libuše Dobrovodská, NCONZO, Brno – Uznávání kvalifikací nelékařských zdravotnických pracovníků – časopis Florence, 11/2006. str. 13

překlady jsou požadovány u písemností v jiných jazycích než je jazyk český či jazyk slovenský.

Postup při samotném procesu uznávání odborné kvalifikace

Automatické uznávání u oboru všeobecná sestra – Česká republika uznává odborné způsobilosti vydané státním příslušníkům jiných členských států v jejich zemi původu. Tato způsobilost musí však odpovídat všem základním požadavkům na odbornou přípravu, které jsou vyjmenovány v článku 3 Směrnice Rady č. 77/452 EHS.

Uznávání na základě nabytých práv – je rovněž možné uznání Českou republikou diplomu, osvědčení nebo jiného dokladu , který nevyhovuje všem základním požadavkům, které byly požadovány před provedením Směrnice Rady č. 77/453 EHS, avšak tento doklad musím doplňovat potvrzení, že tento žadatel vykonával skutečně a v souladu se zákonem dotyčné činnosti a to po dobu nejméně tří po sobě jdoucích let v průběhu pěti let, které předcházeli dni vydání tohoto potvrzení. Dotyčné činnosti musejí nutně zahrnovat převzetí plné odpovědnosti za plánování, organizaci a poskytování ošetřovatelské péče.

Za vyřízení žádosti se hradí poplatek 1 000 korun českých.[24] Uznávací orgán je povinen sdělit své kladné či záporné rozhodnutí o uznání kvalifikace do 90 dnů od předložení kompletní žádosti a toto rozhodnutí musí být doprovázeno odůvodněním. Lhůta 90 dnů je pozastavena, jestliže uznávací orgán požaduje ze strany žadatele doplnění některých informací. Pokud bylo uznávacím orgánem rozhodnuto žádost zamítnout, musí být tato skutečnost žadateli dána na vědomí spolu s právem na odvolání, s postupem při odvolání a s termíny pro odvolání.

[24] Libuše Dobrovodská, NCONZO, Brno – Uznávání kvalifikací nelékařských zdravotnických pracovníků – časopis Florence, 11/2006. str. 14

4. Zdravotní sestry a jejich vzdělávání

4.1 Charakteristika povolání

Ošetřovatelství tvoří nedílnou součást zdravotní péče, a to i péče preventivní. Je to samostatný vědecký, multidisciplinární a interdisciplinární obor. Základními snahami ošetřovatelství je podporovat, navracet a udržovat zdraví, rozvíjet soběstačnost, mírnit utrpení nevyléčitelně nemocných pacientů a zajistit jim klidné umírání.

- podporovat zdraví a udržovat jej,
- navrátit zdraví a rozvíjet soběstačnost,
- mírnit utrpení nevyléčitelně nemocných pacientů a zajištění klidného umírání.

Zákon 96/2004 charakterizuje výkon povolání všeobecné sestry takto: „Za výkon povolání všeobecné sestry se považuje poskytování ošetřovatelské péče. Dále se všeobecná sestra ve spolupráci s lékařem podílí na preventivní, léčebné, diagnostické, rehabilitační, neodkladné nebo dispenzární péči.“[25]

4.2 Historie vzdělávání ve světě i na českém území

Ošetřovatelství vždy bylo a je ovlivňováno mnoha faktory, jako jsou náboženství, kultura, ekonomika, politika. Ráda bych započala historii ošetřovatelství v 19. století, kdy se narodila osoba pro rozvoj moderního ošetřovatelství zcela klíčová. Dne 12. května roku 1820 se ve Velké Británii narodila průkopnice moderního ošetřovatelství Florence Nightingale. Pocházela z velmi bohaté rodiny, a tak se jí dostalo velmi kvalitního vzdělání.Vždy se chtěla věnovat péči o nemocné, avšak její rodina byla zcela proti, protože ošetřovatelství bylo v té době považováno pro mladou dámu z vyšších vrstev za nepřípustné. Ale Florence i přes zákaz rodiny využívala každé příležitosti ke kontaktu s nemocnými a ke studiu zdravotní péče.

[25] Zákon 96/2004 Sb., hlava II § 5 bod 4 – příloha časopisu Sestra, květen 2004

Nabyté vědomosti a zkušenosti s ošetřovatelstvím byly základem pro její práci v Krymské válce v letech 1853 – 1856. Hygienickými reformami, kvalitní stravou, zaučením a vedením nemocničních zřízenců a patřičnou individuální péči dosáhla toho, že výrazně snížila počet mrtvých vojáků, kteří zemřeli na následky poranění a infekcí. Florence měla představu, že se ošetřovatelství stane samostatnou profesí. Ideál sestry jako ošetřující matky se rychle šířil v mnoha zemích a ošetřovatelství se tak díky ní stalo důstojným civilním zaměstnáním pro ženy středních vrstev. Po sestrách vyžadovala přísnou disciplinu, poslušnost, šířila důležitost hygieny a díky ní se nemocnice staly příjemnějším místem.[26]

Roku 1860 byla v Londýně založena Škola při Nemocnici Sv. Tomáše, na čemž měla Florence Nightingale velký podíl, a během relativně krátké doby začaly podle vzoru této londýnské ošetřovatelské školy vznikat ošetřovatelské školy i v dalších velkých evropských i amerických městech. Vzdělané sestry tak začaly rychle ovlivňovat kvalitu ošetřovatelské péče a nemocnice a jejich péče začaly měnit svou tvář. Absolventky církevních i civilních ošetřovatelských škol vytvořily hnutí, které bojovalo za stále se zlepšující poskytování ošetřovatelské péče, za přesné a vzorné plnění pokynů lékařů. Stoupenkyně těchto hnutí také bojovaly za lepší společenské postavení ošetřovatelek, za lepší sociální podmínky a za odpovídající finanční ohodnocení. K těmto požadavkům už však nestačily jen jednotlivá hnutí, a tak se sestry začaly sdružovat v národní profesní organizace sester. První taková organizace vznikla v Londýně a v roce 1899 se první národní sesterské organizace spojily a vytvořily první mezinárodní radu sester (International Council of Nurses – ICN).[27] V roce 1907 byla jako první žena historii vyznamenána za zásluhy králem Edwardem VII. Florence zemřela dne 13. srpna 1910 v Londýně.

V oblasti českého ošetřovatelství bych ráda zašla ještě hlouběji do historie. České ošetřovatelství bylo již od 10. století ovlivňováno charitativní péčí, kdy vznikaly na území Prahy první hospice. Podobnou roli měli náboženské řády a kongregace, které pomáhaly trpícím a potřebným lidem, a brali tuto úlohu jako své poslání. Důležitou postavou českého ošetřovatelství byla Anežka Přemyslovna, která zakládala kláštery, kde byly umístěny i

[26] Marta Staňková - Základy teorie ošetřovatelství, Učební texty pro bakalářské a magisterské studium, Karolinum Praha 1996, str. 14 - 15
[27] Marta Staňková - Základy teorie ošetřovatelství, Učební texty pro bakalářské a magisterské studium, Karolinum Praha 1996, str. 15

špitály. Prvním takovým klášterem byl klášter U sv. Haštala v roce 1233. Svatá Anežka také založila řád křížovníků s červenou hvězdou, který ošetřoval chudé a nemocné a při ošetřování se řídil pravidly, které sv. Anežka vypracovala. Anežka je považována za zakladatelku českého ošetřovatelství. Zakládala i další řády, které se věnovaly především ošetřovatelské péči a také péči opatrovnické.

Dalším podnětem pro rozvoj ošetřovatelství byla potřeba pomocníka, který by byl vždy při ruce ošetřujícímu lékaři, prováděl jeho pokyny a který by neustále dohlížel na nemocného jak v domácí péči, tak v nově vznikajících špitálech. Další role sester – pomocnice lékaře - se začala rozvíjet od poloviny 18. století, kdy začaly při lékařských fakultách vznikat první všeobecné nemocnice. Bylo tedy zapotřebí založit i první ošetřovatelské školy a to, jak jsem již výše zmínila, se také stalo ve 2. polovině 19. století, když roku 1860 byl založena první ošetřovatelská škola v Londýně.

Velmi silné emancipační, ženské národní hnutí bylo dalším podnětem pro rozvoj ošetřovatelství ve druhé polovině 19. století v českých zemích. Díky tomuto hnutí vznikla roku 1874 v Rakousko-Uhersku v Praze první ošetřovatelská škola. Jistě stojí za zmínku, že v čele ženského hnutí stála Karolína Světlá, která byla horlivou vlastenkou a zastánkyní práv žen. A zanedlouho po pražské ošetřovatelské škole byla založena roku 1882 vídeňská ošetřovatelská škola (Rudolfinerhaus).

V roce 1916 byla v Praze otevřena Státní dvouletá ošetřovatelská škola, která byla skutečně česká a která pokračovala v činnosti i po skončení první světové války a vzniku Československa roku 1918.

Během druhé světové války a zejména po jejím skončení výrazně vzrostla potřeba kvalifikovaných ošetřovatelských pracovníků. Rychle rostl počet státních ošetřovatelských škol, v roce 1947 jich bylo 26. V roce 1946 byla v Praze otevřena Vyšší ošetřovatelská škola, na níž se pedagogicky vzdělávaly sestry-učitelky a vrchní sestry, které pak řídily práci v ošetřovatelství.

Komunistický režim od února 1948 však tento pozitivní vývoj překazil. Všechny významné a důležité osobnosti stojící v čele ošetřovatelství byly ze svých funkcí odvolány, protože spolupracovali mimo jiné s Alicí Masarykovou, dcerou prvního československého

prezidenta T. G. Masaryka, která byla předsedkyní Československého Červeného kříže, a Hanou Benešovou, manželkou druhého československého prezidenta Dr. Edvarda Beneše.

Stejně jako v ostatních zemích bývalého sovětského bloku vznikly střední zdravotnické školy po vzoru Sovětského svazu. Na těchto školách se připravovaly na své budoucí povolání všechny kategorie tzv. středního zdravotnického personálu: všeobecné sestry, dietní sestry, dětské sestry, rehabilitační pracovníci, různé typy laborantů atd. Studium trvalo 4 roky a studenti zde měli i předměty všeobecné, jejichž celková délka tvořila polovinu celkové doby studia.

Až v roce 1960 vznikly v Brně a v Bratislavě Instituty pro další vzdělávání středního zdravotnického personálu a na svou dobu byly tyto instituty velice pokrokové. Dále vzniklo v roce 1960 v Praze na Filozofické fakultě Karlovy Univerzity dvouoborové pětileté studium ošetřovatelství pro sestry-učitelky ze středních zdravotnických škol, a to v kombinaci s psychologií a nebo s pedagogikou. Toto studium však probíhala pouze jako studium při zaměstnání a až v roce 1980 byla pro tento obor otevřena i řádná denní forma. Absolventky těchto škol získávaly titul PhDr.

Na stejné fakultě Univerzity Karlovy bylo také otevřeno jednooborové studium péče o nemocné. Tento obor byl určen především hlavním a vrchním sestrám a proběhl jen v letech 1987 až 1994.

4.2.1 Učební osnovy pro všeobecné sestry

Jak jsem již výše zmínila, vzdělávání sester se během komunistického režimu v Československu muselo „inspirovat“ Sovětským svazem. Všeobecné sestry se vzdělávaly na čtyřletých středních zdravotnických školách a zakončovaly svoje studium maturitní zkouškou.[28] Tento systém platil v Československu a po rozdělení Československa v České republice naposledy ve školním roce 2003/2004. Studentky absolvovaly během studia předměty všeobecně vzdělávací[29] a předměty odborné[30]. Souvislá praxe trvala pouze čtyři

[28] Učební plán schválený Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy České republiky dne 18. září 1997, s účinností od 1. září 1997, pod č. j. 29978/97-71 počínaje prvním ročníkem.
[29] český jazyk a literatura, cizí jazyk, latinský jazyk, občanská nauka, dějepis, estetická výchova, matematika, fyzika, chemie biologie, výpočetní technika, tělesná výchova + týdenní lyžařský výcvikový kurz – podle zmíněného učebního plánu

týdny za celou dobu studia. Podle mého názoru je tedy patrné, že počet hodin s odbornými předměty byl nedostačující stejně tak, jako byla nedostačující odborná praxe.

4.2.2 Učební plán diplomovaných všeobecných sester

Od 1. září 1996 byl zahájen obor diplomovaná všeobecná sestra jako vyšší odborné studium. Tento obor byl schválen Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy České republiky spolu s Ministerstvem zdravotnictví dne 27. května 1996 pod č. j. 20385/96-23. Studium obsahovalo předměty ošetřovatelství[31], základních vědních oborů[32], společenských věd[33] a samozřejmě odbornou praxi a sportovní soustředění. Odborná praxe tvořila v prvním ročníku pět týdnů, z toho dva týdny v zimním semestru, v druhém ročníku osm týdnů pouze však v letním semestru a v třetím ročníku jedenáct týdnů z toho osm v zimním semestru.

4.3 Současnost - posilování role zdravotních sester

Evropskou strategií Světové zdravotnické organizace je vymezovat směry vzdělávání v oborech ošetřovatelství a porodní asistence a tím tak zlepšovat péči v oblasti ošetřovatelství. Stále se hovoří o posilování statutu zdravotních sester (a porodních asistentek).

První ministerská konference Světové zdravotnické organizace konaná ve Vídni v roce 1988 přinesla jen velmi malý pokrok v tomto směru. Na druhé konferenci WHO v Mnichově, která se konala v červnu 2000, vyjádřili ministři zdravotnictví členských zemí WHO názor, že zdravotní sestry a porodní asistentky hrají klíčovou roli, která se stává čím dál tím víc důležitou. Například požadovali po příslušných úřadech v evropském regionu, aby se sestry a porodní asistentky účastnili na rozhodování, na tvorbě a na uplatňování politiky v dané oblasti, tzn. ošetřovatelství a porodní asistence, aby přistupovali zodpovědně při náborové strategii, aby zajistili zdravotním sestrám a porodním

[30] somatologie, patologie, mikrobiologie, epidemiologie a hygiena, psychologie a pedagogika, vnitřní lékařství, chirurgie, pediatrie, gynekologie a porodnictví, neurologie, psychiatrie, základy veřejného zdravotnictví, ošetřovatelství, ošetřování nemocných – podle zmíněného učebního plánu
[31] ošetřovatelské postupy, výchova ke zdraví, chirurgie, neurologie, první pomoc aj.
[32] anatomie a fyziologie, patofyziologie a patologie, klinická mikrologie a imunologie – zahrnuty jen v zimním a letním semestru prvního ročníku studia
[33] filosofie v ošetřovatelství, psychologie, sociologie, pedagogika v ošetřovatelství, latinský jazyk, cizí jazyk a další

asistentkám možnost profesního růstu a aby pro ně zajistili odpovídající finanční ohodnocení, aby zlepšili kvalitu vzdělávání, a to základního i následného apod. Ministři zdravotnictví také přislíbili, že umožní sestrám a porodním asistentkám pracovat tak, aby mohly využít celý svůj pracovní potenciál jako nezávislé a současně vzájemně závislé kvalifikované odbornice.

4.3.1 Cíle profesních organizací v oblasti vzdělávání zdravotních sester

Každý systém vzdělávání vyžaduje silnou legislativní oporu. Není tomu jinak ani v případě vzdělávání sester. Česká republika nastoupila dlouhou a nesnadnou cestu úpravy celoživotního vzdělávání sester, tak aby byla jeho úroveň srovnatelná s evropskými standardy. Pomalu ale jistě přináší toto úsilí ovoce, a tak se otevírají nové možnosti nejen sestrám ale i pacientům, sestrám v podobě lepšího vzdělávání a pacientům v podobě lepší a profesionálnější péče.

Jak jsem již zmínila výše, existuje řada organizací, které ovlivňují zdravotnickou politiku a vzdělávání sester v členských státech Evropské unie. V neposlední řadě ovlivňují vzdělávání samy instituce, které toto vzdělávání poskytují, a to přístupem k tomuto úkolu a přijímáním odborných pracovníků na výuku budoucích ošetřovatelek.

Mezinárodní organizace se zabývaly nároky na zvýšení kvalifikace sester. Vydaly Mezinárodní doporučení pro kvalifikační studium sester a schválili je následující mezinárodní organizace: Rada Evropy (1972, 1994), Světová zdravotnická organizace (1985), Mezinárodní rada sester (1984), Mezinárodní úřadovna práce (1986), Evropská konference sester (Vídeň 1986). Většina zemí tato doporučení splňuje a mimo jiné napomáhají volnému pohybu pracovních sil v členských státech EU. Mezinárodní kritéria pro kvalifikační přípravu sester jsou následující:

1. Do ošetřovatelské školy mají být přijímání uchazeči po ukončeném středním všeobecném vzdělání ve věku 18 let.

2. Stupeň kvalifikační přípravy (ošetřovatelská škola) má být zakončen tak, že absolventi mohou být přijati na univerzitu.

3. Studium musí být výhradně odborné.

4. Délka odborné průpravy je minimálně tři roky s celkovým počtem hodin 4.600 (započítává se i samostatná práce, domácí příprava atd.).

5. Teoretická část studia má tvořit 35 – 50 % výuky.

6. Podíl praktické výuky má být minimálně 50 %.

7. Zaměření studia: nevzdělávat separátně různé obory, ale připravovat všeobecnou sestru, která se bude profilovat teprve ve specializačním studium.

8. Učební plány a osnovy vycházejí nejprve z nauky o zdraví, zdravém jedinci a jeho vztahu k sociálnímu prostředí. Teprve potom se vyučuje patologie a klinické ošetřovatelství. Jsou zaměřeny na samostatnou práci sestry v oblasti prevence onemocnění a v péči o rozvoj soběstačnosti člověka a na využití vlastních rezerv člověka v ochraně a péči o zdraví. To má stejný význam jako klinické ošetřovatelství a péče o nemocného.

9. Studium poskytuje sestře dovednosti ve vedení pacienta/klienta a jeho rodiny k aktivní účasti a spolupráci.

10. Absolventka má být připravena nést vyšší odpovědnost a samostatně pracovat jak v nemocniční tak v terénní péči.

11. Praktická výuka musí být rozšířena o oblast péče o zdravotně postižené občany, o praxi v domácí a terénní péči, teoretické učivo o aplikovanou psychologii, sociologii komunikaci.[34]

Těmto kritériím země bývalého socialistického bloku absolutně neodpovídaly, jelikož tyto země v 50. letech přejaly od Sovětského svazu jednotný středoškolský způsob profesní přípravy sester.

4.3.2 Česká asociace sester (ČAS)

ČAS vznikla v roce 1991 a jejím hlavním cílem je pozvednutí úrovně a společenské prestiže povolání sestry. Dalšími prioritami jsou například zvyšování kvality ošetřovatelské

[34] Marta Staňková – Základy teorie ošetřovatelství, učební texty pro bakalářské a magisterské studium, Karolinum, Praha 1996, str. 160

péče, podpora a koordinace vzdělávání sester, výměnné programy pro členy asociace, podpora ošetřovatelského výzkumu apod. Pořádá v jednotlivých sekcích a regionech pravidelné odborné vzdělávací akce, semináře a konference. ČAS se také účastní mezinárodních kongresů, sympozií nejen v České republice, ale i v zahraničí.

Tato organizace je určena pro všechny sestry a ostatní střední zdravotnické pracovníky, kteří působí v oblasti zdravotnictví, sociálního zabezpečení, školství a ve všech oblastech soukromého, nebo jiného podnikání. ČAS má právní subjektivitu a spolupracuje mimo jiné se zahraničním sesterskými profesními organizacemi, s Lékařskou komorou, Stomatologickou komorou a s Ministerstvem zdravotnictví. ČAS je také členem Mezinárodní rady sester (ICN –The International Council of Nurses).

Je třeba také zmínit, že v únoru roku 2000 se ČAS sloučila s Českou společností sester (ČSS) a nadále pokračuje jako jedna organizace Česká asociace sester.

4.3.3 Vzdělávání sester v ČR v současnosti

Díky zákonu 96/2004 Sb. musí mít sestry první kategorie vyšší nebo vysokoškolské vzdělání. Podle zákona je však pouze bakalářské povinné a magisterské a doktorské je nepovinné, což znamená, že záleží jen na našich šesti českých univerzitách (specializované fakulty v Českých Budějovicích a v Ostravě a sedm lékařských fakult Karlovy univerzity, Masarykovy univerzity a Palackého univerzity), jak se ke vzdělávání sester postaví.

Podle prof. MUDr. Jana Žaloudíka, CSc., děkan Lékařské fakulty Masarykovy univerzity v Brně, je však jen otázkou času, kdy se bude vysokoškolské vzdělávání sester na některých školách brzdit jen na bakalářský stupeň, protože tato snaha nemůže dlouhodobě uspět.[35] V rámci Boloňského procesu by měl být zajištěn v jakémkoliv vysokoškolském oboru stupeň bakalářský, magisterský i doktorský. Některé ze sedmi lékařských fakult dělají vše pro to, aby samostatné zdravotní fakulty na univerzitách vznikly co nejrychleji, a jiné v tomto směru své poslání nenalézají.

Dále je také naléhavé podle prof. Žaloudíka podpořit především dálkové neboli kombinované či externí studium již zkušených sester z praxe, jelikož mladé absolventky bakalářského studia ošetřovatelství musí mít kdo učit, vychovávat a instruovat a to nejen

[35] názor prof. MUDr. Jana Žaloudíka, CSc. – Dny Marty Staňkové III – Vzdělávání sester: současnost a očekávání, Sborník z mezinárodní konference, Praha, 30. března 2006, str. 16 - 17

ve škole, ale také a to zejména po přechodu do praxe. Dalšími otázkami je, jaký bude podíl středoškolsky vzdělaných ošetřovatelek druhého kategorie (zdravotní asistentky), bakalářek, magister a absolventek doktorského studia ošetřovatelství a jaké bude jejich finanční ohodnocení a jestli nemocnice budou ochotny vysokoškolsky vzdělané sestry platit.

Po dlouhá léta stačily sestry, které vystudovaly jen střední zdravotnickou školu (což v zemích západní Evropy nemohou pochopit, jak může devatenáctiletá dívka pouze s maturitou být zdravotní sestrou a ještě navíc specialistkou např. dětská sestra.) a které „stály“ své zaměstnavatele podstatně méně než vysokoškolsky vzdělané zdravotní sestry. Vzdělanější sestry, absolventky vysokých škol, opravdu zvýší mzdovou zátěž , nemluvě o mzdovém rozdílu mezi sestrami bakalářkami a magistrami. Za uplynulá léta se však mnohonásobně zvýšila cena léků, ošetření se podražilo používáním stále lepších přístrojů a vzrostly i režijní náklady, tak proč by, jak podotýká prof. Žaloudík, by neměla být právě práce sester hodnocena výše, když rostou kvalifikační nároky a práce sester. Ráda bych také podotkla, že zájem o vysokoškolské vzdělání nelékařských (zdravotních) oborů je vysoký a poptávka prozatím stále převyšuje nabídku.

4.3.3.1 Zákon 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních

„Zákon 96/2004 Sb. upravuje

a. podmínky získávání způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče,

b. celoživotní vzdělávání zdravotnických pracovníků a vzdělávání jiných odborných pracovníků,

c. podmínky uznávání způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání pro státní příslušníky členských států Evropské unie, kteří získali odbornou způsobilost k výkonu zdravotnického povolání v jiném členském státě než v České republice, a podmínky uznávání způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání a činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče pro státní příslušníky mimo členské státy Evropské

unie a pro absolventy akreditovaných zdravotnických studijních programů v České republice v jiném jazyce než českém.“[36]

Odbornou způsobilost k výkonu povolání všeobecné sestry, která je způsobilá k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu, lze nabýt podle zákona 96/2004 Sb. Takto:

1. „Odborná způsobilost k výkonu povolání všeobecné sestry se získává absolvováním

   a) nejméně tříletého kreditovaného zdravotnického bakalářského studijního oboru pro přípravu všeobecných sester,

   b) nejméně tříletého studia v oboru diplomovaná všeobecná sestra na vyšších zdravotnických školách,

   c) vysokoškolského studia ve studijních programech a studijních oborech psychologie – péče o nemocné, pedagogika – ošetřovatelství, pedagogika – péče o nemocné, péče o nemocné nebo učitelství odborných předmětů pro střední zdravotnické školy, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději v akademickém roce 2003/2004,

   d) tříletého studia v oboru diplomovaná dětská sestra nebo diplomovaná sestra pro psychiatrii na vyšších zdravotnických školách, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 2003/2004,

   e) studijního oboru všeobecná sestra na střední zdravotnické škole, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 2003/2004,

   f) studijního oboru zdravotní sestra, dětská sestra, sestra pro psychiatrii, sestra pro intenzivní péči, ženská sestra nebo porodní asistentka na střední zdravotnické škole, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 1996/1997, nebo

   g) tříletého studia v oboru diplomovaná porodní asistentka na vyšších zdravotnických školách, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 2003/2004.

[36] http://www.clk.cz/zakpred/zakon_96-2004-1.html#Titulek, 16/03/07

2. Všeobecná sestra, která získala odbornou způsobilost podle odstavce 1 písm. e) až g), může vykonávat své povolání bez odborného dohledu až po 3 letech výkonu povolání všeobecné sestry. Do té doby musí vykonávat své povolání pouze pod odborným dohledem. Povinnost podle věty prvé se nevztahuje na všeobecné sestry, které po získané odborné způsobilosti absolvovaly vysokoškolské studium ošetřovatelského zaměření.“[37]

Sestry se dále podle zákona 96/2004 Sb. musí povinně vzdělávat v rámci celoživotního vzdělávání, a tak doplňovat, prohlubovat a zvyšovat své vědomosti a dovednosti, aby byly stále způsobilé k výkonu svého povolání, jelikož zdravotnický obor se stále rozvíjí a je obohacován o nejnovější vědecké poznatky, jinými slovy slouží k trvalému odbornému růstu sestry během profesního života.

Formami celoživotního vzdělávání se rozumí podle zákona:

a) „specializační vzdělávání navazující na získanou odbornou způsobilost k výkonu povolání zdravotnického pracovníka,

b) certifikované kurzy,

c) inovační kurzy,

d) odborné stáže v akreditovaných zařízení,

e) účast na školících akcích, odborných konferencích, kongresech nebo sympoziích,

f) publikační, pedagogická a vědecko-výzkumná činnost, kromě činnosti, která je předmětem výkonu povolání na základě pracovního poměru nebo obdobného pracovního vztahu, nebo

g) samostatné studium odborné literatury.“[38]

Navazující vysokoškolský program, ať už bakalářský, magisterský či doktorský, se také považuje za celoživotní vzdělávání. Podmínkou je však předchozí absolvování akreditovaného zdravotnického studijního oboru či oboru střední zdravotnické školy.

[37] Zákon 96/2004 Sb., hlava II § 5
[38] Zákon 96/2004 Sb., hlava V § 54

Sestry získávají za absolvované kurzy, stáže, kongresy atd. určitý počet kreditů, který je předem stanovený. Sestry musí nasbírat stanovený počet kreditů, aby jim mohlo být vydáno osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného a aby se mohly přihlásit k atestační zkoušce.

Ministerstvo zdravotnictví ČR momentálně pracuje na implementaci směrnice Evropské unie, tzv. euronovele, do našeho právního řádu. Tato novela nebude novelou jednoho či dvou zákonů, ale bude to novela zákona 95 a 96/2004 Sb., 18/2004 Sb. o uznávání kvalifikací a všech dalších předpisů, které nějakým způsobem souvisí s uznáváním kvalifikací v jednotlivých resortech. Tato euronovela bude zajímavá především pro sestry, které budou chtít vycestovat do zahraničí a pro sestry z pohraničních regionů, které budou chtít vykonávat svoji profesi jen příležitostně v zahraničí. Důležitou informací je, že stejné euronovely přijímají všechny členské státy EU.

Evropská Komise vydala doporučení, aby členské země braly v úvahu veškeré profesionální zkušenosti sester a jejich vzdělávání a nekladly sestrám zbytečné překážky. Je to však pouze doporučení, které není závazné, a tak se sestry občas setkávají s problémy. Nová směrnice zajišťuje všeobecný systém, který se bude vztahovat na sestry, na které se nevztahují nabytá práva ani automatické uznávání kvalifikací.

Mgr. Eva Prošková, ředitelka odboru vědy a vzdělávání MZ ČR vysvětluje tento systém na příkladu: „Tak například když sestra má českou vyšší zdravotnickou školu, kterou absolvovala před vstupem do Evropské unie, není zcela kompatibilní, a proto má v zemi, kde má zájem pracovat, problém s uznáním kvalifikace. Setká se například s požadavkem absolvovat aprobační zkoušku v plném rozsahu. Po přijetí nové směrnice by to po ní už chtít neměli. Teprve kdyby zjistili výrazný rozdíl v kvalifikaci, pak by mohli požadovat buď zkoušku způsobilosti, nebo adaptační období – to je například jeden rok práce pod dohledem, která se nejprve zhodnotí a pak teprve uzná. Po přijetí tohoto všeobecného systému bude situace našich sester výrazně jednodušší. Stejně to platí pro sestry, které přicházejí k nám.“[39]

Kreditního systém v oblasti celoživotního vzdělávání sester, na jehož přísnost si sestry stěžují, nebude změněn přímo v zákoně 96/2004 Sb., ale zvýšení či snížení počtu

[39] Mgr. Eva Prošková, ředitelka odboru vědy a vzdělávání MZ ČR: Euronovela – co bude znamenat?, časopis Florence, 11/2006

kreditů proběhne v rámci vyhlášky. Mimoto proběhne po vypracování novely zákona přehodnocení všech vyhlášek ve spolupráci se zástupci profesních organizací, zejména s Českou asociací sester.

4.3.3.2 Současné učební obory podle zákona 96/2004 Sb.

Odborný asistent

Studenti, kteří od 1. září 2004 nastupují na střední zdravotnické školy budou zakončovat čtyřleté studium maturitní zkouškou jako zdravotničtí asistenti. Osnovy pro tento obor schválilo MŠMT ČR po dohodě s MZ ČR dne 17. prosince 2003 pod č. j. 33 318/2003-23, s platností, jak jsem již zmínila od 1. září 2004. Tento obor se skládá z všeobecně vzdělávacích předmětů, odborných předmětů (veřejné zdravotnictví a výchova ke zdraví, první pomoc, psychologie a komunikace, klinická propedeutika, stomatologie, základy epidemiologie a hygieny, ošetřovatelství a ošetřování nemocných) a souvislá odborná praxe trvá čtyři až šest týdnů ve třetím a čtvrtém ročníku.

Po absolvování studia budou moci zdravotničtí asistenti poskytovat základní a specializovanou péči v rámci ošetřovatelského procesu, podílet se na získávání informací nezbytných k určení diagnóz, provádět ošetřovatelské výkony v takové míře, jakou mu stanoví všeobecná sestra nebo porodní asistentka, jako je například: rehabilitace; zavádění a udržování kyslíkové terapie; podílení se na ošetřování ran; příprava pacientů k výkonu, asistence při výkonech a ošetření pacientů po výkonech apod.

Diplomovaná všeobecná sestra a všeobecná sestra bakalářka či magistra

Tento typ vzdělání zdravotních sester je nejnižší možnou variantou studijní průpravy pro všeobecné sestry v České republice. Absolventky získávají titul DiS. Povinné předměty jsou pouze odborné a počet hodin odborné praxe se během studia navyšuje.

Další možností pro zájemkyně o studium oboru všeobecná sestra je studium na vysokých školách bakalářský ošetřovatelský obor a poté magisterský obor. Magisterských oborů je však zatím velmi málo.

4.3.4 Srovnání vzdělávání sester s některými státy EU

V následující části popisuji vzdělávání zdravotních sester v některých dalších členských státech Evropské unie. V každé zemi Evropské unie musí sestra studovat minimálně 15 let, tzn. kromě základní školní docházky a středoškolského vzdělání musí sestra absolvovat minimálně tři roky odborného studia, ať už na vyšších zdravotnických školách, či univerzitách.

Velká Británie

Sestra 1. úrovně: univerzita

- kvalifikační tří až čtyřleté bakalářské studium:
  1. část – certifikát,
  2. část – diplom = kvalifikace,
  3. část – bakalář (výběr z modulů zaměřených specializačně převážně na terénní ošetřovatelství),
- magisterské studium postkvalifikační (- 2 roky)
- doktorandské studium PhD.

Sestra 2. úrovně: 10 měsíců kurz

Španělsko

- kvalifikační univerzitní tříleté studium (diplomado)

Dánsko

- po dvanácti letech všeobecného vzdělání získá sestra kvalifikaci na vyšších neuniverzitních školách (3 ¾ roku). Pak může studovat ošetřovatelství na univerzitě:
  - diplomová studia dva semestry,
  - magisterský program tři semestry – větve: organizace a řízení, pedagogika, klinické ošetřovatelství,
  - doktorandské studium PhD.

Slovensko

Sestra 1. úrovně: kvalifikace diplomovaná sestra na vyšší zdravotnické škole (3 roky), pak je možné magisterské studium na univerzitě – zejména pro učitelky na SZŠ.

Sestra 2. úrovně: 4 roky na střední zdravotnické škole.[40]

Belgie

Diplomovaná všeobecná sestra – 3 roky studia na vysoké škole

Nemocniční sestra – 3 roky studia na odborné škole, kterému předchází dvanáctileté všeobecné vzdělání

Řecko

Všeobecná sestra (univerzitní diplom) – 4 roky studia na univerzitě

Všeobecná sestra – 4 roky studia na odborné škole, jemuž předchází dvanáctileté všeobecné vzdělání

Portugalsko

Sestra-bakalář ošetřovatelství – 3 roky studia na vysoké škole

Francie

Všeobecná sestra – 3 roky studia na nemocniční škole (vstup při věku 17 let)[41]

[40] Marta Staňková – Základy teorie ošetřovatelství, Učební texty pro bakalářské a magisterské studium, Karolinum Praha 1996, str. 163 - 167
[41] Marta Staňková - Vzdělávání sester v Evropské unii, časopis Sestra, červenec 2000

Závěr

Z mé práce je patrné, že zdravotnická politika spolu se vzděláváním sester je velmi širokou a zajímavou oblastí, která je ovlivňována mnoha faktory a to nejen vnitřními (národními), jako je národní legislativa, ale i mezinárodními, jako jsou mezinárodní vztahy, mezinárodní legislativa a rovněž lidská práva (hovoří se o universalismu lidských práv a národní úpravy vycházejí právě z těch mezinárodních), která jsou zakotvena v mezinárodních dokumentech. Organizace (národní profesní, mezinárodní profesní a jiné mezinárodní) a instituce Evropské unie jsou dalšími faktory, které ovlivňují vzdělávání sester. Vzdělávání sester se díky těmto faktorům stále více harmonizuje a díky krokům těchto organizací a institucí je pro sestry stále snadnější volný pohyb v rámci Evropské unie za pracovními příležitostmi či stážemi.

Systém vzdělávání ovlivňuje Evropská unie pomocí svých směrnic, které členské státy musí povinně do určitého data začlenit do svých právních řádů. Uznávání odborných kvalifikací v souladu se směrnicemi Evropské unie tento pohyb také usnadňují. Rada Evropy vydává vládám doporučení v oblasti zdravotnictví a zavádí programy týkající se vzdělávání např. Boloňský systém. Národní a mezinárodní profesní organizace sester bojují za zlepšení vzdělávání sester. Hlavním cílem WHO je dosažení co nejlepšího zdraví pro všechny obyvatele Země a s tím úzce souvisí i zlepšení vzdělávání zdravotnických pracovníků, a tak v regionálních ústřednách v oddělení pro ošetřovatelství a porodní asistentky usilují o zvyšování kvality vzdělávání v oblasti ošetřovatelství a porodní asistence, jak jsem již zmínila, například přípravou vhodných učebních materiálů apod.

Po vstupu České republiky do Evropské unie se díky sbližování národní legislativy za účelem ulehčení volného pohybu zdravotnických pracovníků přistoupilo k vyššímu či vysokoškolskému vzdělávání namísto „pouhého“ středoškolského vzdělávání. Někteří lidé si možná myslí, že když středoškolsky vzdělané sestry stačily dodnes, tak proč by se mělo něco měnit. Odpověď je jednoduchá. Na sestry se vztahuje stále více zodpovědnosti, do zdravotnictví pronikla informatika, složitost a náročnost všech procesů a technologických postupů i technického vybavení je stále větší a obtížnější, a na to už jen středoškolské vzdělání nestačí, nemluvě o vyspělosti a zkušenostech z praxe devatenáctileté dívky a dívky nejméně dvaadvacetileté.

Na zdravotní sestry jsou kladeny stále větší nároky a sestra musí být schopna pracovat zcela sama, ale stejně dobře musí být schopna spolupráce s ostatními členy týmu a musí být schopna předávat informace o nemocných mezi členy týmu. V dřívějších dobách stačila ošetřovatelkám jen zcela malá část teoretických znalostí, ostatní vědomosti a zkušenosti se předávali z generace na generaci. Dnes je tomu přesně naopak a sestra musí mít obrovskou teoretickou vědeckou základnu. Sestry musí být připraveny na všechny úkoly, které na ně profese dnes klade, tzn. že z nich musí být skutečně kvalifikované pracovnice.

Glosář

Boloňský proces	Bologna Process	Processus de Bologne des qualifications
Evropská ošetřovatelská skupina	European Nursing Group (ENG)	Group européen du métier d' infirmière
Hrubý domácí produkt (HDP)	Gross domestic product (GDP)	Produit national brut (PNB)
Mezinárodní rada sester	International Council of Nurses (ICN)	Conseil International des Infirmières
Národní zdravotní pojištění	National Health Insurance	Assurance-maladie nationale
Národní zdravotní služba	National Health Service	Service Sanitaire Nationale
Pracovní skupina evropských sester pracujících ve výzkumu	Workgroups of European Nurses-researchers (WENR)	Group des infirmières européennes travaillant dans la recherche
Rada Evropy	Council of Europe	Conseil d'Europe
Regionální výbor	Regional Committee (RC)	Comité régional
Severská federace sester	Northern Nurses Federation (NNF)	Fédération des infirmières du Nord
Směrnice	Directive	Directive
Stálý výbor regionálního výboru	Standing Committee (SCRC)	Comité permanent du Comité regional
Stálý výbor sester Rady Evropy	Permanent Committee of Nurses of the Council of Europe (PCN)	Comité Permanent des Infirmières du Conseil de l'Europe
Světová zdravotnická organizace	World Health Organization (WHO)	Organisation mondiale de la Santé (OMS)
Světové zdravotnické shromáždění	World Health Assembly (WHA)	Assembleé mondiale de la Santé
Systém uznávání kvalifikací	System of approval of qualifications	Système de reconnaissance

Uznávání odborných kvalifikací	Approval of professional qualifications	Reconnaissance des qualifications professionnelles
Všeobecná deklarace lidských práv	Universal Declaration of Human Rights	Déclaration générale de droit de l'homme
Všeobecná zdravotní sestra	General nurse	Infirmière généraliste
Výkonná rada	Executive Board (EB)	Conseil exécutif
Vzdělávací program	Educational programme	Programme éducatif
Vzdělávání sester	Education of nurses	Education des infirmières
Zdravotní péče	Healthcare	Soin sanitaire
Zdravotní sestra	Nurse	Infirmière
Zdravotnické povolání	Health profession	Profession sanitaire
Zdravotnický personál	Health personnel	Personnel sanitaire
Zdravotnictví	Public health	Santé publique

Résumé

Ce travail traite le sujet de : « la Santé publique et de la formation des infirmières ». On aborde ce sujet par la description de l'évolution historique des soins sanitaries. Au passé, il n'y avait pas d'intermédiaire entre les médecins et les malades, mais progressivement le besoin d'une troisième partie a résurgit, notamment à cause d'augmentation des frais du soin sanitaire – des médicaments, des appareils, des bâtiments etc.

Aujourd'hui chacun a le droit au soin sanitaire d'après les déclarations internationales des droits de l'homme ou d'après les actes juridiques nationaux, on peut citer la Déclaration universelle des droits de l'homme de l'ONU où la Déclaration des droits et libertés fondamentaux tchèque.

Les systèmes sanitaires qui foncionnent dans les pays de l'Union européenne sont le Service National Sanitaire et l'Assurance Sanitaire Nationale. Ce sont les systèmes solidaires, c'est-à-dire que les gens payent le soin sanitaire par le biais des impôts ou de l'assurance sanitaire et le taux de ces contributions est déduit de leurs salaires. Le système du marché est le troisième système de la Santé publique mais il ne fonctionne pas dans l' Union européenne. Ce sont par exemple Les Etats-Unis d'Amérique où il est pratiqué.

L'Union européenne n'éxige pas de ses Etats membres une harmonisation stricte du soin sanitaire parce que ce dernier est considéré comme la composante de leur héritage culturel. Néanmoins, une certaine coopération existe sur le territoire de l'UE dans l'objectif d'approcher de la politique sanitaire et surtout la formation des travailleurs dans le domaine de soin sanitaire afin de faciliter la possibilité de travailler à l'étranger. L'UE aide les Etats membres dans le cadre d'atteindre à ce but aussi par les moyens financiers – grâce aux Fonds structurels et au Programme communautaire de l' UE 2003 – 2008.

Toutefois, l'Union européenne n'est pas la seule organisation qui s'exprime et prend des mesures dans le cadre de la Santé publique et la formation du personnel sanitaire, ce sont aussi d'autres organisations : l'Organisation mondiale de Santé (OMS), le Conseil de l'Europe, l'Organisation internationales des infirmières, ainsi que l'organisation la plus importante parmi les organisations tchèques, c'est-à-dire l'Organisation professionnele tchèque des infirmières.

La circulation des travailleurs est une des quatre libertés du marché commun, elle concerne donc les infirmières généralistes et d'autre personnel sanitaire également. La libre circulation est plus difficile à atteindre pour les dites professions, parce que ces métiers font partie des métiers réglementés. Ce sont les directives de l'UE sur la reconnaissance des qualifications professionnelles qui facilitent la libre circulation des infirmières, par exemple la Directive 2001/19/CE du Parlement européen et du Conseil du 14 mai 2001 modifiant les directives 89/48/CEE et 92/51/CEE du Conseil concernant le système général de reconnaissance de qualifications professionnelles, et les directives 77/452/CEE, 77/453/CEE, 78/686/CEE, 78/687/CEE, 78/1026/CEE, 78/1027/CEE, 80/154/CEE, 80/155/CEE, 85/384/CEE, 85/432/CEE, 85/433/CEE et 93/16/CEE du Conseil concernant les professions d'infirmières généralistes, de praticien de l'art dentaire, de vétérinaire, de sage-femme, d'architecte, de pharmacien et de médecin.

Le travailleur étranger doit remplir les critères d'un pays où il veut être admis, c'est-à-dire que chaque travailleur ou travailleuse a certains droits et certaines obligations en vertu de la législation nationale respective.

La profession d'infirmière constitue une partie intégrante du son sanitaire voir même du soin préventif. C'est un domaine scientifique indépendent, multidisciplinaire et interdisciplinaire. Les objectifs principales de cette profession sont : soutenir la santé et la maintenir, guérir et développer l'autosuffisance, calmer la souffrance des patients maldades incurablemet et garatir une agonie calme. Des éxigences aux infirmères augmentent de plus en plus. L'infirmière doit être capable d'accomplir ces éxigences, elle doit avoir des connaissances théoriques et bien sûr également celles pratiques mais la base scientifique téoretiques, de même que celles pratiques. Il est donc clair que le rôle des infirmières s'élargit.

La formation des infirmières dans la République Tchèque a changé après la chute du communisme et avec l'adhésion à l'UE et l'adoption des « régles » de cette dernière. Pendant le système socialiste, les infirmières y compris des infirmières spécialistes n'avaient besoin que de l'enseignement secondaire. Aujourd'hui grâce à la loi 96/2004 Rec., les infirmières de la première catégorie doivent étudier aux écoles supérieures ou aux universités ce qui correspond aux éxigences de l'UE comme le montre la comparaison des systèmes de formation d'infirmières en République Tchèque avec quelques pays, Etats membres de l'Union européenne.

Seznam použité literatury

1. DOBROVODSKÁ, L., NCONZO, Brno (2006): *Uznávání kvalifikací nelékařských zdravotnických pracovníků: časopis moderního ošetřovatelství*. II. ročník časopisu Florence, číslo 11 (listopad)

2. PROŠKOVÁ, E. (2006): *Euronovela – co bude znamenat?* II. ročník časopisu Florence, číslo 11 (listopad)

3. Zákon 96/2004 Sb. – příloha ke květnovému číslu časopisu Sestra v roce 2004

4. STAŇKOVÁ, M., ÚTPO 1. LF UK, Praha (2001): *Čím je regulováno povolání sester a porodních asistentek?*. Časopis Sestra, lednové vydání

5. STAŇKOVÁ, M., ÚTPO 1. LF UK, Praha (2000): *Vzdělávání sester v Evropské unie.* Časopis Sestra, červencové vydání

6. *DNY MARTY STAŇKOVÉ III – Vzdělávání sester: současnost a očekávání,* Sborník z mezinárodní konference, Praha, 30. března 2006

7. JOKLOVÁ, J. / KLEČKOVÁ, J. / KVÁČA, V. / KVÁČOVÁ, J. / KYSILKOVÁ, B. / RYŠAVÁ, J. / ŠOUREK, J., (2006): *Pravidla pro volný pohyb služeb a svobodu usazování v EU*. Publikace v rámci realizace Koncepce informování o evropských záležitostech v ČR

8. ŠIMEK, J. / ŠPALEK, V. / KŘÍŽOVÁ, E. / JANEČKOVÁ, H. (2002): *Etické aspekty transformací zdravotnických systémů v rozvinutých státech světa*. Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum

9. VEPŘEK, J. / VEPŘEK, P. / JANDA, J. (2002): *Zpráva o léčení Českého zdravotnictví aneb Zdravotnická reforma včera, dnes a zítra*. Grada Publishing, spol. s r. o.

10. KŘÍŽOVÁ E. (1998): *Zdravotnické systémy v mezinárodním srovnání*. 3. lékařská fakulta UK, Praha, 1998

11. TYČ, V. (2004): *Základy práva Evropské unie pro ekonomy* [4. aktualizované vydání]. Linde Praha, a. s., Právnické a ekonomické nakladatelství a knihkupectví Bohumily Hořínkové a Jana Tuláčka

Seznam použitých internetových zdrojů

Světová zdravotnická organizace Spojených národů
http://natura.baf.cz/natura/2000/4/20000405.html
http://www.who.cz/
http://www.osn.cz/system-osn/generalni-tajemnik/?i=153
http://www.who.cz/zaklorg.htm
http://www.who.cz/whoeuro.htm
http://www.who.int/governance/fr/index.html

Lidská práva
http://www.amnesty.cz/pruvodce/vyznam.php
http://www.angelfire.com/journal/deklarace/

Charta EU
http://www.europarl.europa.eu/highlights/cs/402.html

Rada Evropy
http://www.radaevropy.cz/cojere.htm
http://www.radaevropy.cz/a4.php

Boloňský proces
http://www.integrace.cz/integrace/clanek.asp?id=866

Mnichovská deklarace
http://www.ckpa.cz/documents/mnichovska_deklarace.htm

Česká asociace sester
http://www.cnna.cz/o_spolecnosti.php#kdoridi

Strukturální fondy EU
http://www.mzcr.cz/index.php?kategorie=98
http://www.strukturalni-fondy.cz/operacni-programy-2007-2013
http://www.mzcr.cz/data/c2007/lib/Prezentace_SF.ppt#2
http://www.strukturalni-fondy.cz/regionalni-politika-eu-2007-2013/usneseni-vlady-cr-k-evropskym-zdrojum-v-letech-2007-2013
http://www.strukturalni-fondy.cz/opvpk
http://www.strukturalni-fondy.cz/iop
http://www.strukturalni-fondy.cz/oplzz

EHP/Norsko
http://www.mfcr.cz/cps/rde/xchg/mfcr/hs.xsl/fm_norska_vo.html

Pomoc Švýcarska
http://www.mfcr.cz/cps/rde/xchg/mfcr/hs.xsl/fin_pomoc_svyc.html

Zdravotní politika EU
http://ec.europa.eu/health-eu/health_in_the_eu/policies/index_cs.htm

Tržní mechanismus x solidární služba
http://www.dfens-cz.com/view.php?cisloclanku=2005091202

Volný pohyb a kvalifikace
http://ec.europa.eu/internal_market/qualifications/nurses/nurses-study-2000_en.htm

Směrnice Evropského parlamentu a Rady 2006/123/ES ze dne 12. prosince 2006 o službách na vnitřním trhu
http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2006:376:0036:01:CS:HTML

Směrnice
http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2005:255:0022:01:CS:HTML

Směrnice zdravotní sestry
http://www.eur-lex.europa.eu/Result.do?T1=V3&T2=1977&T3=452&RechType=RECH_naturel&Submit=Hledat

http://www.eur-lex.europa.eu/Result.do?T1=V3&T2=1977&T3=453&RechType=RECH_naturel&Submit=Hledat

http://www.eur-lex.europa.eu/Result.do?T1=V3&T2=1981&T3=1057&RechType=RECH_naturel&Submit=Hledat

http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2001:206:0001:01:CS:HTML

http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2005:255:0022:01:CS:HTML

Koncepce českého zdravotnictví 2005 – 2009
http://www.lekarnici.cz/module.php?module=36&article=1643

Listina zákl. práv a svobod
http://www.psp.cz/docs/laws/listina.html

Smlouva o založení ES znění z Nice
http://www.euroskop.cz/files/10/4E1686FA-9878-450C-AA50-6AD435E86594.pdf

Charta EU
www.evropska-unie.cz/download.asp?id=79

Lublaňská charta
http://www.pacienti.cz/Ljublanska_Charta_'96.htm

Logo Zdraví EU
http://ec.europa.eu/health-eu/news/logos/logos_cs.htm

Lisabonská strategie
http://www.evropska-unie.cz/cz/article.asp?id=2377

Komunitární program
http://ec.europa.eu/health/ph_programme/programme_fr.htm

Zákon 96/2004 Sb.
http://www.clk.cz/zakpred/zakon_96-2004-1.html#Titulek

Zdravotničtí pracovníci
http://www.szsuo.cz/informace/ZA_informace_o_oboru.htm

Národní zdravotní pojištění
www.evropska-unie.cz/download.asp?id=912

Přílohy

Logo zdraví EU