



KOMMISSIONEN FOR DE EUROPÆISKE FÆLLESSKABER

Bruxelles, den 12.12.2005
KOM(2005) 642 endelig

**MEDDELELSE FRA KOMMISSIONEN TIL RÅDET
OG EUROPA-PARLAMENTET**

EU's handlingsstrategi vedrørende sundhedspersonalekrisen i udviklingslandene

DA

DA

INDHOLDSFORTEGNELSE

1.	Indledning	3
2.	sundhedspersonalekrisens følger i de forskellige verdensdele.....	4
3.	Analyse af de vigtigste elementer	5
4.	EU-indsatsområder.....	8
5.	Finansiering.....	8
6.	Næste skridt.....	9
	BILAG 1.....	12
	BILAG 2.....	14

MEDDELELSE FRA KOMMISSIONEN TIL RÅDET OG EUROPA-PARLAMENTET

EU's handlingsstrategi vedrørende sundhedspersonalekrisen i udviklingslandene

1. INDLEDNING

Kommissionen vedtog i maj 2005 en meddelelse om et europæisk handlingsprogram til bekæmpelse af hiv/aids, malaria og tuberkulose gennem eksterne foranstaltninger (KOM(2005) 179). Det konstateredes i handlingsprogrammet, at mangelen på sundhedspersonale i de fattige lande var den største hindring for bekæmpelsen af nævnte tre sygdomme og gennemførelsen af millenniumsmålsætning 4, 5 og 6. Den 24. maj 2005 bakkede Rådet op om denne analyse i handlingsplanen og anmodede Kommissionen om at fremlægge en meddelelse om, hvordan denne krise kan imødegås med innovative foranstaltninger.

Sundhedspersonalekrisen er verdensomspændende: i 75 lande er der færre end 2,5 sundhedsarbejdere pr. 1 000 indbyggere, hvilket betragtes som et minimum for formidling af basale sundhedsydelse¹⁾. Årsagerne til sundhedspersonalekrisen er komplekse og hænger sammen med interne såvel som eksterne faktorer, manglende faglig uddannelse, dårlige arbejdsforhold og den omstændighed, at sundhedspersonalet drives bort fra de områder, som trænger mest, på grund af mangelen på incitament, og at mulighederne er større i byerne, i rigere nabolande og i de ressourcerige lande, der virker som en magnet på migrerende arbejdskraft. Migrationen af kvalificeret arbejdskraft, der influerer på mange udviklingsaspekter, er beskrevet i to EF-meddelelser om migration. I den første²⁾ gøres der rede for migrationens virkninger på udviklingen, medens den anden³⁾ beskriver, hvilke konkrete foranstaltninger der kan træffes for at minimere de negative følger af migrationen af kvalificeret arbejdskraft og styrke potentialet for en forbedring af personalekapaciteten. Nærværende meddelelse om personalesituationen i sundhedssektoren tager udgangspunkt i nævnte konkrete retningslinjer.

Afrika har den største mangel på sundhedspersonale. I nærværende meddelelse trækker man på EU's Afrika-strategi⁴⁾, hvori der fremsættes forslag til foranstaltninger til fremskyndelse af opfyldelsen af millenniumsudviklingsmålene ved at sætte befolkningen i centrum af udviklingen. Den omstændighed, at man her lægger fokus på Afrika hvad angår den verdensomspændende sundhedspersonalekrise, betyder ikke, at problemerne i andre verdensdele tilsidesættes. Asien, som er en vigtig producent og eksportør af sundhedspersonale, står også over for store problemer i forbindelse med den interne fordeling af sundhedspersonalet, hvorved den fattigere befolkning får dårligere adgang til behandling. I Vestindien truer afvandringen af sundhedspersonale til USA med at forringe sygeplejens kvalitet.

I denne meddelelse gøres der rede for, hvordan EU og Kommissionen ønsker at tilrettelægge en konsekvent og samordnet respons på de tiltag vedrørende personalesituationen, der planlægges for det kommende årti, jf. forslagene (WHA-resolution 57.19) på den 57. Verdenssundhedskonference, der begynder i 2006.

2. SUNDHEDSPERSONALEKRISENS FØLGER I DE FORSKELLIGE VERDENSDELE

Hvor stort problemet er, fremgår af en rapport om problemerne i forbindelse med sundhedspersonalet i Afrika, der er udarbejdet som led i et fællesinitiativ for undersøgelse af personalesituationen (JLI)⁵⁾. Krisens virkninger er værst i Afrika, hvor gennemførelsen af millenniumsmålsætningerne er langsomt. Der har været en forringelse i sundhedssituationen i visse lande (mellem 1970 og 1999 har den middellevetiden været faldende i 17 lande i denne verdensdel⁶⁾). Det fastslås i JLI-rapporten, at Afrika ikke blot har den største sygdomsbyrde pr. indbygger af alle verdensdele (25 % af verdens samlede sygdomsbyrde for mindre end 10 % af verdens befolkning), men at Afrika også har det laveste antal sundhedsarbejdere (0,8 sundhedsarbejdere pr. 1 000 indbyggere, medens der i Europa er 10,3 pr. 1 000 indbyggere). Samtidig har 80 % af befolkningen ingen adgang til socialsikring. Det er ikke blot antallet af sundhedsarbejdere, der er et problem, den eksisterende arbejdsstyrkes kvalitet og produktivitet⁷⁾ giver også anledning til alvorlig bekymring.

Den fattige befolknings sundhedspleje er ude i en alvorlig krise på grund af høj arbejdstagermobilitet, mangel på anstændige arbejdsmuligheder, manglende socialsikring, utilstrækkelige incitamenter til at søge arbejde i områder med mangelfulde faciliteter og fattig befolkning, og på grund af den store efterspørgsel efter sundhedspersonale på verdensplan. Man må navnlig søge at tilvejebringe en ordentlig faglig uddannelse, anstændige arbejdsforhold og bedre muligheder for sundhedspersonalet, hvis globaliseringen skal give positive resultater i form af mindre fattigdom, og dens negative virkninger på den fattige befolkning skal minimeres⁸⁾.

Visse lande har imidlertid udbygget uddannelsen af sundhedspersonale specifikt med henblik på eksportmarkedet. Således har Filippinerne, Cuba og i stigende grad Indonesien og Kina, søgt at efterkomme efterspørgslen på det internationale marked ved at øge produktionen af sundhedspersonale og ved at støtte sundhedsarbejdere, der søger arbejde i udlandet. Nogle lande fører en sådan politik til trods for, at de selv mangler personale, og den fattige befolkning har ringe adgang til behandling (Filippinerne fører en politik med styret migration og er det land, som har det største antal registrerede sygeplejersker i udlandet, samtidig med at hele afdelinger af sygeplejersker søger til udlandet og landets egne hospitaler er underbemandede; landet står nu med det problem, at læger lader sig omskole som sygeplejersker, så de kan migrere til bedre lønnede stillinger, bl.a. i USA⁹⁾).

Der findes et globalt marked for sundhedspersonale, men det er stærkt fordrejet, fordi det i højere grad afspejler de store globale skævheder i formidlingen af sundhedsplejen og evnen til at betale herfor end reelle sundhedsbehov og den reelle sundhedsbyrde.

Den nuværende personalekrise er et akut udslag af et kronisk problem: HIV/AIDS og vanskelighederne ved at iværksætte ambitiøse programmer til afhjælpning af fattigdomsbetingede sygdomme har afsløret de iboende svagheder i formidlingen af sundhedspleje. Det internationale samfunds tilsagn om en hurtigere opfyldelse af millenniumsmålsætningerne bremses i dag af, at personalekapaciteten er begrænset. Der kan næppe gøres fremskridt i gennemførelsen af millenniumsmålsætningerne uden en større investering i sundhedspersonalet. De ressourcerige landes efterspørgsel efter sundhedspersonale er fortsat høj: JLI skønner, at alene USA i de

kommende år får behov for yderligere 1 million sundhedsarbejdere fra det globale marked, og at det sandsynligvis bliver de fattige lande, som kommer til at opfylde dette behov. En utilstrækkelig personaleplanlægning på længere sigt og en utilstrækkelig indenlandsk produktion af sundhedspersonale kombineret med en aldrende befolkning i de udviklede lande betyder, at dette behov fortsat må dækkes ved hjælp af personale fra ressourcefattige lande, medmindre landene giver et bindende tilsagn om at ville rette op på denne globale skævhed.

Hvis den onde cirkel (utilstrækkelig uddannelse, ringe fastholdelse af arbejdskraften samt afvandring) skal vendes til noget positivt (investering og bedre resultater inden for sundhedsvæsenet), må der iværksættes en omfattende række foranstaltninger på basis af en analyse af de vigtigste problemer. **Responsen på personalekrisen må starte i de pågældende lande selv.** Dette blev fastslået i 1994 på den internationale befolknings- og udviklingskonference i Cairo, hvor det i erklæringen og handlingsprogrammet hedder:

Spørgsmålet om, hvordan den internationale migration kan styres på længere sigt, står og falder med, hvorvidt det lykkes at skabe forhold, der giver enhver person reel mulighed for at blive i sit hjemland. En nødvendig forudsætning herfor er, at man sikrer en bæredygtig økonomisk vækst, retfærdighed og en udviklingsstrategi med dette sigte for øje.

En sådan indsats på nationalt plan må understøttes med regionale foranstaltninger, f.eks. på de regionale integrerede markeder i Afrika, som de økonomiske partnerskabsaftaler forventes at resultere i, samt globale bestræbelser på at etablere en konsekvent og omfattende international respons til styrkelse af globaliseringens sociale dimension¹⁰⁾.

3. ANALYSE AF DE VIGTIGSTE ELEMENTER

Forvaltningen af sundhedspersonalet kan anskues ud fra flere aspekter, bl.a. input (faglig uddannelse), løbende støtte og overvågning (vedligeholdelse) og styring af den naturlige afgang, og herunder styring af de push- og pull-faktorer, som er årsag til afvandring. Responsen på krisen i sundhedssektoren må formuleres på baggrund af landenes overordnede politik for den offentlige administration, idet det må erkendes, at reformer eller ændringer i én sektor af den offentlige administration har følger i andre sektorer.

Flere års kronisk underinvestering i sundhedspersonaleuddannelsen har i mange lande resulteret i en begrænset uddannelseskapacitet. Dette er til dels en følge af en lavere offentlig investering i sundhedssektoren, der skyldes et ønske om at begrænse en ikke-bæredygtig vækst i de faste lønomkostninger. Produktionen af sundhedspersonale er imidlertid faldet under det niveau, som kræves for at opretholde selv en basal service, og en stor del af det uddannede personale forlader den offentlige sektor i det land, hvori de er blevet uddannet, uden at yde noget større bidrag til sundhedsvæsenet. Til eksempel kan nævnes, at kun 50 af de læger, som er blevet uddannet i Zambia siden 1960'erne, er blevet i landet¹¹⁾.

Mange andre forhold er afgørende for, om en arbejdstager forbliver i sit hjemland eller rejser til et andet land for at finde beskæftigelse¹²⁾. En undersøgelse af

sundhedspersonalets motivation viser, at de store lønforskelle mellem rige og fattige lande kun er ét aspekt af mange i beslutningen om at blive eller at rejse. Andre faktorer spiller også en rolle, bl.a. spørgsmålet om sundhedsvæsenets effektivitet og arbejdsforhold. En større investering i sundheds- og socialsikring er påkrævet, hvis sundhedspersonalet skal kunne bidrage effektivt til et lands bestræbelser på at forbedre befolkningens sundhed. Det er nødvendigt med fundamentale ændringer i sundhedsvæsenets organisation, institutionsnormer og -standarder, personaletildeling og resultatforvaltning, overvågning og tilsyn, samt arbejdsmetoder. En personalepolitik, hvori ligestillingsaspektet tilsidesættes, kan reelt bidrage til krisen. Et sundhedspersonales effektivitet kan blive kraftigt forringet, hvis ikke man tilgodeser familiebehov, sørger for passende beskyttelse af kvinder, som arbejder i et fjerntliggende og potentielt farligt miljø, udvikler en arbejdsstyrke, som afspejler forskellige kønsrelaterede kundebehov, eller ikke uddanner og producerer en passende blanding af kvindelige og mandlige sundhedsarbejdere.

Så længe der er stor international efterspørgsel efter sundhedsarbejdere, er der risiko for, at uddannelse af mere sundhedspersonale med internationalt attraktive kvalifikationer kun er til gavn for eksportmarkedet. Man kan søge at begrænse afvandringen gennem regulering, men dette har tendens til at øge individets migreringsomkostninger og kan opfattes som diskrimination; erfaringen viser, at dette er en lidet effektiv strategi. Det fremgår af erfaringerne fra Ghana - hvor man har gjort en stor indsats både for at holde på sundhedspersonalet og gøre det attraktivt at vende hjem igen - at man har bedre chancer for at opnå positive resultater ved hjælp af ordninger, som giver personale, som bliver - eller som vender tilbage - bedre karrieremuligheder og bedre vilkår og forhold. **Ordninger, der skal tilskynde sundhedspersonalet til at blive, kan kun fungere effektivt, hvis de baseres på forskning, undersøgelser og høring.**

Et alternativ til uddannelse af flere læger, tandlæger og farmaceuter er at uddanne sundhedspersonale på mellemløsniveau samt hjælpesundhedspersonale. Hjælpepersonale kan varetage mange rutineopgaver og mindske det mere specialiserede personales arbejdsbyrde; deres uddannelse er kortere, deres kvalifikationer er mere begrænsede og de er mindre internationalt mobile. Der har været for ringe investering i - og for ringe anerkendelse af - paramedicinsk personale: lande som Malawi, hvor klinisk personale og medicinske assistenter tidligere var det bærende element i sundhedsplejen, er et nyttigt eksempel på, hvor stor en rolle et sådant personale kan spille. Uddannelse og anerkendelse af alternativt ledende personale, og herunder realistiske karriereudsigter, er vigtig, men noget sådant kan være problematisk i de faglige grupper. En udvidelse af de funktioner, der varetages af arbejdere inden for beslægtede sektorer, kan undertiden opfattes som en trussel mod rollefordelingen i faget. **Det bliver en vigtig opgave i den politiske kriseløsningsproces at skabe nære bånd til de faglige organisationer og arbejdsmarkedets parter og at styrke civilsamfundets opbakning til bestræbelserne på at finde innovative løsninger.**

Det er også af afgørende betydning, at man finder en løsning på skævhederne i sundhedspersonalets fordeling. Hvis de fattigste befolkningsgrupper også skal have behandlingsmuligheder, må det sikres, at fordelingen af sundhedspersonalet bedre afspejler befolkningens fordeling og behov både i geografisk henseende og i henseende til serviceniveau. Planlægningen af personalefordelingen må ske på baggrund af landenes egne decentraliserings- og reformplaner, idet ansvaret for,

hvordan personalet placeres, kan være lagt ud på undernationalt niveau. Sundhedspersonalet - og dette gælder i første række personale med højere kvalifikationer - har tendens til at flytte til byerne, hvor der er bedre mulighed for at supplere den lave løn i den offentlige sektor med arbejde inden for den private sektor, og hvor der er bedre adgang til uddannelse og skole for familiens medlemmer. **Der må indføres incitament, som kan tilskynde sundhedspersonalet til at arbejde, hvor behovene er størst.** Incitament af ikke-lønmæssig art, såsom bedre bolig, støtte til børnenes uddannelse og tilskud for arbejde i fjerntliggende områder med ringe faciliteter, bør overvejes, alt under hensyntagen til arbejdet på at opnå et bedre kendskab til sundhedspersonalets motivation og behov. Man kan lære meget af de erfaringer, der allerede er gjort med indførelse af ordninger for at holde på personalet, og det er vigtigt, at det gøres nemt for regionerne at udveksle information herom.

Sundhedspersonalets mobilitet

Sundhedspersonalets afvandring går fra land til by, fra den offentlige sektor til den private, og fra fattige lande til rige lande. Migration inden for den tredje verden er også en medvirkende årsag til hjerneflugt, og ikke mindst i Afrika. Men det er migrationen fra den tredje verden til de rige lande med en aldrende befolkning og en ekspanderende sundhedssektor, der har vakt størst røre i medierne og skabt den største politiske interesse.

Nogle argumenterer således, at de ressourcefattige lande yder et aldeles urimeligt tilskud til sundhedssektoren i de ressourcerige lande. Beregninger vedrørende migrationen af sundhedspersonale fra Ghana til UK ¹³⁾ viser, at UK ved at ansætte 293 læger fra Ghana og de 1 021 sygeplejersker, der var registreret som praktiserende i UK i 2003-2004, har sparet 65 millioner pund i uddannelsen af læger og 35 millioner pund i uddannelsen af sygeplejersker. Ghanas tab omfatter ikke blot uddannelsesomkostningerne, men også de underbemandede sundhedsfaciliteters offeromkostninger. Medlemsstater, som er nettoimportører af sundhedspersonale, bør samarbejde med de eksporterende lande og yde støtte til løsninger, der tager højde for både push- og pull-faktorer i forbindelse med migration, og hjælpe med til at finansiere politiske foranstaltninger, som kan fastholde denne arbejdskraft i hjemlandet.

Problemerne i forbindelse med sundhedspersonalets mobilitet må løses ved hjælp af overordnede nationale strategier og internationale aktioner. I sundhedsstrategien i det nye partnerskab for Afrikas udvikling (NEPAD) understreges det, hvor nødvendigt det er, at landene sørger for en effektiv forvaltning af sundhedspersonalet; dette kan ske ved at de ajourfører deres beskæftigelses- og allokeringspolitik, etablerer fleksible karriereforløb, sørger for understøttende tilsyn og vedvarende uddannelse og tilrettelægger en strategi, der motiverer og holder på personalet.

Følgerne af HIV/AIDS

HIV/AIDS har været med til at tilspidse sundhedspersonalekrisen. Det samfundsmæssige sygdomsniveau er vokset, hvilket har øget plejeburden, og dette har sat fokus på de svagere sundhedssystemers begrænsninger. Mange sundhedsarbejdere er enten selv smittet eller personligt berørt af HIV/AIDS-krisen på den ene eller anden måde. Til eksempel kan nævnes, at der årligt er et 7 %

nettotab af personale (heraf skyldes halvdelen HIV-smitte) i Swaziland, og det skønnes, at landet over de næste fem år får behov for 103 ekstra læger - dvs. dobbelt så mange læger som det har i dag⁴⁾ - og det endog hvis det lykkes Swaziland at løse den udfordring, det er at skaffe flere mennesker adgang til antiretroviral behandling. Dette eksempel illustrerer et andet problem, HIV/AIDS medfører, nemlig at der kan opstå konkurrence om personaleressourcerne mellem HIV/AIDS-plejen og anden basal sundhedspleje.

Arbejdet på at skaffe bedre adgang til antiretrovirale lægemidler kan resultere i, at sektorer, der varetager anden basal sundhedspleje, mister personale, f.eks. fordi offentligt ansatte flytter til ngo'er, som udelukkende tager sigte på at afhjælpe HIV/AIDS-problemet. Der er således en risiko for, at sundhedsplejen fordrejes til fordel for HIV/AIDS-behandlingen på bekostning af anden basal pleje. Inden for den globale fond til bekæmpelse af HIV/AIDS, tuberkulose og malaria (GFATM), erkender man denne risiko og har derfor givet tilsagn om investeringsstøtte til styrkelse af sundhedssystemer og klinisk forskning, ikke blot til bekæmpelse af HIV/AIDS, tuberkulose og malaria. Risikoen for skævheder i sundhedsplejen må imødegås på nationalt niveau ved hjælp af en stærk national ledelse, der kan sikre, at der mobiliseres ekstra ressourcer til forebyggelse af HIV/AIDS og supplerende pleje, og at dette arbejde ikke er med til at konkurrere om begrænsede personaleressourcer.

4. EU-INDSATSOMRÅDER

EU's indsats bygger på princippet om national medbestemmelse og styring. EU støtter dette princip med sin opbakning om konsekvens i de politiske udviklingstiltag⁵⁾. EU's engagement i de lande, som er hårdest ramt af personalekrisen, tager udgangspunkt i solidaritetsprincippet, idet det erkendes, at det er en fælles opgave at finde en løsning på personalekrisen. EU-støttede tiltag bør tilgodese landenes og regionernes behov og baseres på politisk partnerskab, dialog og fælles målsætninger.

EU vil bidrage til at afhjælpe sundhedspersonalekrisen i udviklingslandene på landeniveau, regionalt niveau og globalt niveau. **De i bilag 2 forelagte foranstaltninger udgør en samlet pakkedløsning med en række indbyrdes afpassede elementer og skal ses som en helhed.** Efterspørgslen efter sundhedspersonale på verdensplan er så stor, at der må iværksættes flere forskellige foranstaltninger på alle tre niveauer, hvis det skal lykkes at løse krisen i de hårdest ramte lande.

5. FINANSIERING

EU's tilsagn om en hurtigere realisering af målet om, at den officielle udviklingsstøtte skal udgøre 0,7 % af BNP inden 2015, og G8-landenes tilsagn om støtte til mere gældslempe vil frigøre flere ressourcer til udvikling. Dette repræsenterer den største potentielle kilde til større investering i sundhedspersonale. Verdensbanken og NEPAD har udarbejdet et skøn over, hvor store finansieringsmidler der kræves for at løse denne krise: alene i Afrika er der brug for 500 mio. USD i 2006, og dette tal stiger til 6 mia. USD om året i tidsrummet frem til 2011 (disse tal bygger på omkostningerne i forbindelse med en højere national

investering til mobilisering af yderligere 1 million sundhedsarbejdere i Afrika, og omfatter incitamenter for arbejde i landdistrikter og fjerntliggende områder, omkostninger i forbindelse med tilvejebringelse af bedre kvalifikationskombinationer og bedre udnyttelse af lokalsamfundsarbejdere, samt omkostningerne i forbindelse med uddannelse og vedligeholdelse af denne arbejdskraft). Inden landene kan love større investering - og dette gælder navnlig for investeringer, som finansieres ved hjælp af større støtte - må de have sikkerhed for, at den internationale støtte er langfristet og forudsigelig, og at modtagerlandene ikke står tilbage med omkostninger, de ikke har råd til.

Generel og sektorspecifik budgetstøtte

En af Kommissionens vigtigste finansieringsordninger på landeniveau er budgetstøtte. Budgetstøtteordninger hjælper med til at tilvejebringe de finanspolitiske rammer for finansministrenes fastlæggelse af landenes finansieringsprioritering. Budgetstøtte er navnlig effektiv, hvor der skal ydes støttes til afholdelse af faste omkostninger, og herunder omkostninger i forbindelse med udvikling af de menneskelige ressourcer. Kommissionen vil fortsat yde en stor del af sin udviklingsbistand i form af både generel og sektorspecifik budgetstøtte, idet den betragter dette som den mest effektive ordning for harmonisering af donorbistanden i overensstemmelse med landenes egne strategier for fattigdomsbekæmpelse. Kommissionen vil styrke den eksisterende støtteordning for at sikre, at støtten bliver mere langfristet og mere forudsigelig. Kommissionen fastslår, at sektorspecifik budgetstøtte er et effektivt middel til at styrke den politiske dialog og harmonisere donorstøtten - og herunder projektstøtte og global initiativfinansiering - i overensstemmelse med landenes egen prioritering. **EU's tilsagn om at ville øge udviklingsbistandens omfang vil blive suppleret med en indsats, der skal gøre støtten mere stabil og mere forudsigelig.**

Kommissionens budgetstøtte bygger på resultatindikatorer, idet finansieringsmidlerne udløses, når forhåndsfastlagte mål realiseres. Dette ansporer til fremskridt i de nationalt fastlagte målsætninger. Sundheds- og HIV/AIDS-indikatorer indgår ofte som et element i resultatovervågningen. **Kommissionen vil fortsætte med at støtte arbejdet på at finde bedre indikatorer til måling af sundhedsvæsenets resultater - bl.a. ved deltagelse i sundhedsmålingsnettet (Health Metrics Network) - og vil søge at opfylde behovet for, at en indikator, der viser hvor meget sundhedspersonalet styrkes, indgår som målelement i sundhedsvæsenets resultater og budgetstøttefinansieringen.**

Ydelsen af EU's finansstøtte sker på grundlag af principperne i Paris-erklæringen om støtteeffektivitet⁽⁶⁾, idet sigtet er at støtte partnerlandenes nationale udviklingsstrategi og de hertil knyttede rammer for arbejdet i felten.

6. NÆSTE SKRIDT

EU agter at sørge for, at problematikken omkring personaleressourcer tages op i den politiske dialog med de enkelte lande som led i en overordnet og internt afpasset sektorplanlægning og landenes fattigdomsbekæmpelsesstrategi, kombineret med koordineret donorstøtte med opbakning i en fælles FN-foranstaltning.

Beslutninger vedrørende programmer og budgetbevillinger med hensyn til de tiltag, der foreslås i bilaget til denne meddelelse, vil blive truffet på grundlag af de finansielle ordninger, der vedtages med henblik på de finansielle overslag for 2007-2013. Kommissionen overvåger og gør rede for, hvorledes programmerne gennemføres, idet den udarbejder årlige rapporter og midtvejsrapporter om de landespecifikke ordninger på grundlag af indholdet af og rammebestemmelserne i den foreslåede statusrapport vedrørende handlingsprogrammet for bekæmpelse af HIV/AIDS, tuberkulose og malaria.

En samordnet EU-respons, som bygger på medlemsstaternes og Kommissionens ekspertise og en kollektiv indsats, og som afspejler de retningslinjer, der er afstukket i den nye udviklingspolitik, kan bidrage til at sikre EU en førende rolle i den internationale reaktion på forslaget om en aktion, hvori landene selv søger at løse sundhedspersonalekrisen.

Forkortelser

AIDS	Erhvervet immundefekt-syndrom (Acquired Immunodeficiency Syndrome)
BNP	Bruttonationalindkomst
EU	Den Europæiske Union
FN	De Forenede Nationer
GFATM	Den globale fond til bekæmpelse af HIV/AIDS, tuberkulose og malaria (Global fund to fight AIDS, TB and malaria)
HIV	Human immundefekt-virus (Human Immunodeficiency Virus)
JLI	Fælles undersøgelsesinitiativ (Joint Learning Initiative)
NEPAD	Det nye partnerskab for Afrikas udvikling (New Partnership For Africa's Development)
WHA	Verdenssundhedsforsamlingen (World Health Assembly)

ANNEX 1

References

1. Joint Learning Initiative Strategy Report: Human Resources for Health, Overcoming the Crisis: Harvard University Press, September 2005.
2. COM (2002) 703, 3 December 2002. Integrating migration issues in the European Union's relations with third countries
3. COM (2005) 390, 1 September 2005. Migration and Development: Some concrete orientations.
4. COM (2005) 489, 12 October 2005. EU Strategy for Africa: Towards a Euro-African pact to accelerate Africa's development..
5. The Joint Learning Initiative Africa Working Group: "The Challenge of HRH in Africa; March 2004.
6. Sanders D, Dovlo D, Meeus W, Lehmann U: "Public Health in Africa" in Robert Beaglehole (Editor) "Global Public Health: A New Era". Oxford University Press 2003. (Chapter 8, Page 135-155).
7. Hongoro C, McPake B. How to bridge the gap in human resources for health: Lancet 2004; 364: 1451-56.
8. UN, September 2005: UN Summit outcome document.
9. Joint Learning Initiative. Human resources for health: overcoming the crisis. Harvard University Press, 2004
http://globalhealthtrust.org/report/Human_Resource_for_Health.pdf
10. COM (2004) 383, May 2004: The social dimension of globalisation – the EU's policy contribution on extending the benefits to all.
11. Human Resources for Health: Overcoming the Crisis: Report from a consultation in Oslo: 24-25 February 2005.
12. The International Migration of Health Workers: A Human Rights Analysis: Bueno de Mequita J, Gordon M; Medact, February 2005
13. The 'Skills Drain' of Health Professionals from the Developing World: a Framework for Policy Formulation. Mensah K, Mackintosh M, Henry L. Medact, British Medical Association, Save the Children UK; February 2005.
14. Wim Van Damme Institute of Tropical Medicine, Antwerp - presentation on the impact of workforce constraints on scaling up of ART
15. COM (2005) 134, April 2005. Policy coherence for development: Accelerating progress towards attaining the Millennium Development Goals.

16. Paris Declaration on Aid Effectiveness, Ownership, Harmonisation, Alignment, Results and Mutual Accountability. High Level Forum, Paris, 28 Feb-2 March 2005.

ANNEX 2

1. Strengthening EU Support at the Country Level

At the country level, the EU will support the implementation of national human resource strategies, within the context of poverty reduction strategies and national health sector policies. Specific actions will include:

- **Including human resource issues in Poverty Reduction Strategies and Health Policy discussions.** The EU will raise the issue of human resources in health as a barrier to progress on MDGs 4, 5 and 6 in policy dialogue on poverty reduction, to promote broader policy dialogue on the issue and the response by ministries of Finance, Planning, Establishment, Employment, Education and Research. Proposed actions to address the crisis in the health sector need to be considered alongside efforts to reform and strengthen public administration and should also be reflected in country dialogue on human resource planning within the context of national health planning. Related issues of productive employment, decent work and social protection and their role for human resources for health, health worker mobility and poverty reduction will also be addressed in these strategies and discussions. An EU lead agency, either a Member State or the Commission Delegation, will be identified in each affected country to champion the human resource issue in national policy dialogue, working in support of national efforts to harmonise donor support behind national priorities.
- **Country level mapping of human resources for health, strengthened human resource policy and planning and agreement on national targets for human resource strengthening.** The EU will support national efforts to evaluate human resource capacity, including assessing training capacity and identifying health worker maintenance and retention issues. This information will be used to inform national planning and will be supported by regional analysis to determine complementary regional action, such as inter-country sharing of training resources. Support will be provided for country efforts to strengthen HR planning, based upon globally agreed best practice and drawing upon private sector skills and expertise, where appropriate. Dialogue with professional organisations and medical and nursing trade unions and research institutions will be critical to the success of this process, in order to build consensus on the need to develop and support a workforce which can and is willing to remain in post to serve national health needs. Dialogue will include a focus on the development of incentives through increased training, improved working conditions and clearer career prospects. The role of civil society in this dialogue will be important, to ensure civil society voice informs discussions on improving health and health care and strengthening social security coverage. As part of discussions on monitoring progress towards the MDGs, EU support will promote discussion and research on potential indicators of health system performance and human resource capacity as a metric of progress.
- **Support and financing national human resource plans.** Human resources represent a long term cost for health systems and effective planning can only take place if there is a reasonable guarantee of long term sustainable financing. The EU will support efforts to increase the volume, duration and predictability of

international development assistance. Increased financing through budget support mechanisms is the most effective way to support incentives schemes, decent work opportunities and social protection, retention measures and training and capacity building based upon a comprehensive national human resources for health planning exercise. The EU will support research to identify innovative and effective ways of increasing human resource capacity for health, including evaluations of middle-level technicians, auxiliary and community workforces. Auxiliary staff such as community health workers, in Gambia, South Africa, Tanzania, Zambia, Madagascar and Ghana, have been shown to be cost-effective agents for delivering some basic community health services¹. The potential of information technology to improve communication between service levels, support distant working and learning and to improve the quality and efficiency of the work environment will also be explored.

2. Strengthening EU Support at the Regional Level

The regional level response to the human resource crisis will differ from region to region. Efforts to define priority regional actions in Africa, Asia and Latin America/Caribbean, are currently underway. The EU will support the mapping, analysis and the technical and political dialogue on human resources necessary for effective advocacy and action. The Oslo meeting on human resources proposed that global and regional action should be coordinated by 'Platforms for Action', which should be informed by Global, and Regional Observatories. The Platforms for Action are, primarily, political platforms for advocacy of the issue and for coordination. The 'observatory' functions relate to the technical support and analysis necessary to inform decision-making and policy development. A process to develop regional responses to the human resource crisis has already been initiated. A Regional Platform on Human Resource for Health in Africa² has been established and an Asian Action Learning Network on Human Resources³ initiated. The need for Regional Platforms in other regions will be explored. The EU will continue to support this process.

In support of African Regional Action, the EU will back AU/NEPAD leadership and coordination of regional action and will work, within the context of a coordinated Africa Regional Plan, with the Regional Economic Communities in support of the sub-regional responses to the issue, as appropriate.

AFRICA

EU support on human resources for health in Africa is set within the context of the overarching EU Strategy for Africa⁴.

¹ Lehmann U, Friedman I, Sanders D. Review of the utilisation and effectiveness of community-based health workers in Africa. A Joint Learning Initiative Paper 4-1. Human Resources for Health Development 2003.

² Regional Consultative Meeting on Taking the HRH Agenda Forward at Country Level: 18-20 July 2005, Brazzaville, Congo. Meeting Conclusions.

³ Workshop on Asian Action Learning Network on Human Resources for Health; 3-5 August, Bangkok, Thailand.

⁴ COM (2005) 12 October 2005. EU Strategy for Africa: Towards a Euro-African pact to accelerate Africa's development.

Support to AU/NEPAD.

- **Support for AU/NEPAD leadership of the African Regional Platform.** The global response to the human resource crisis should be informed by a strong African voice, which requires AU/NEPAD leadership. The EC, as part of its strategic support to the AU, will support strengthened AU/NEPAD political leadership and capacity for coordination of the proposed Region Platform on Human Resources. The Africa Regional Platform will be based upon strengthening cooperation between existing regional bodies, with each identifying its comparative advantage in relation to regional action on human resources, working in support of a coordinated Regional Action Plan. The Brazzaville meeting recommended that financing of individual agencies in support of regional action should be based upon an agreed regional work plan to harmonise the regional response.
- **Support for a Regional Observatory on Human Resources.** The EU will support development of a Regional Observatory for Africa, which will be formed under WHO technical leadership, which will collect, collate, analyse and advocate policy, based on national HR information. The Observatory will be a repository of regional best practice and will produce guidance on HR management to inform national policy. Work should include defining benchmarks for human resource capacity and comparing country performance. The capacity and mandate for this work already rests with WHO and this capacity will be strengthened, with EU support, in order to engage other stakeholders in the process, including supporting greater private sector and civil society involvement.
- **Roll-out of Regional Policy Guidelines on Human Resource Planning.** The EU will support the roll-out of regional policy guidance on HR planning, to inform national plans of action.
- **Identifying opportunities for regional training.** The EU will support a mapping of regional resources to back up national action on human resources, which will include addressing the issue of training health workers in the 11 African countries which do not have a medical school. The potential for bilateral agreements within Africa to strengthen training capacity will be explored. Options to support shared regional training resources will be considered.
- **Identifying opportunities to strengthen research capacity.** Research is critical to addressing the human resource crisis. The EC will continue to support research capacity building: supporting clinical research through works such as that of the European and Developing Countries Clinical Trials Partnership (EDCTP) programme in sub-Saharan Africa; and research on incentives through the International Cooperation (INCO) programme. EU support will include assessing the potential for Regional 'Networks of Excellence' and Health Research sites with links to institutions in Europe, and will assess the potential value of this model of support. Innovative approaches to addressing the crisis, for example, through more effective use of information technology and initiatives such as telemedicine or access to major international scientific databases, will also be explored. Engaging local communities in research activities and strengthening the

synergy between research and health care activities at local and regional levels will be encouraged.

- **Funding for Inter-Ministerial Conference on Human Resources for Health in Africa.** The EC will support a conference to bring together the key Ministries with an interest in or influence on health worker training, recruitment and retention, in order to support the development of a broad political consensus on the actions needed at country level to address the crisis.

Support to Regional Economic Communities

- Within the context of the overarching Regional Action Plan on Human Resources, the EU will discuss with the Regional Economic Communities how to address the human resource crisis through measures linked to the process of regional economic integration and the Economic Partnership Agreements. Related issues of economic migration and South-South migration should also be discussed. The aim will be to strengthen and manage the regional market in human resources to mitigate the adverse impact of brain drain, and turn brain drain into ‘brain gain’ through regional agreements on skill sharing and development, recognising the need for policy coherence for development.

OTHER REGIONS

In other regions, such as Asia, where the human resource issues are different due to relatively greater capacity to train and retain health workers, different initiatives will be needed. The Asia Learning Network on Human Resources for Health - a Joint Learning Initiative working group -has identified a number of critical issues for regional action. Despite policies in some countries in the region which are actively promoting health worker export to meet international demand, internal distributional issues exist, and service provision for the poorest remains a significant challenge in many countries. The inequity in distribution of human resources is a critical issue, with health worker shortages in remote or hard-to-reach areas. This is an issue that should primarily be addressed through improved human resource management at the national level. EU engagement on human resources in these cases will build upon existing EU engagement in national health sector policy dialogue, or through memoranda of understanding which seek to balance policies supporting out-migration with policies which address national needs.

3. **Strengthened EU Support at the Global Level**

An important first step in mobilising a global response to the human resource crisis is acknowledgement of the scale of the problem and the collective responsibility to support an international response. Europe should show leadership in acknowledging and better documenting European recruitment of health workers from resource-poor countries at the same time as strengthening Europe’s internal training capacity. Greater effort to promote decent work an conditions, to invest in social protection and to distribute the benefits of globalisation more evenly are needed at the global level in order to decrease global pressure for health worker migration. EU specific actions could include:

- **An EU Statement of Commitment to Global Action and a Code of Conduct for Ethical Recruitment.** The EU should respond visibly to the global call for action, and express a strong commitment of support. This will be achieved through the development of a ‘Statement of Commitment’ which will be delivered in response to the global call for action to be launched in 2006. The EC will convene a consensus workshop with Member States to draft and adopt an EU common position. As part of this dialogue, the EU will assess the value and feasibility of EU support for a global Code of Conduct on Ethical Recruitment. There are already examples within Europe of Member States who have developed voluntary agreements to minimise active international recruitment of health workers. One of these is the United Kingdom voluntary code to reduce active recruitment from third countries, recently strengthened to govern private sector recruitment, as an attempt to increase its impact. A European approach, if considered to add value, would be applied by Ministries of Health in Member States and would regulate recruitment, preventing active recruitment from those countries which indicate that they wish to better control out migration. European leadership is needed to help build international commitment for more ethical recruitment practices in relation to the global market in human resources for health.
- **Support for a Global Coordination of Action.** The EU will support international action to address the crisis in human resources and argue for a process based upon networking between existing global agencies, in support of an agreed global work plan. Global action would include: developing capacity to map and analyse the global market in human resources for health and to document national strategies for HR management; providing guidance to recruiting countries for building capacity for greater self sufficiency in human resources; developing research capacity on health worker motivation and incentives. It is anticipated that many of the global actions can be undertaken by existing organisations working in collaboration, and through a clearer definition of organisational roles and responsibilities.
- **Mobilising global funding instruments in support of HR Capacity Building.** The EU will continue to be active in support of and on the boards of global funding instruments and will work to ensure that these funding mechanisms strengthen national health sector capacity. Funds such as the Global Fund for HIV/AIDS, TB and malaria and GAVI are already committed to channels funds in ways which help build general system capacity at the same time as accelerating action on priority diseases. The EU will continue to use its influence and voice to support these efforts.
- **Better EU health workforce planning.** The European Union will face increasing internal shortages of health professionals over coming years, as set out in the Commission Communication on the follow-up to the high level reflection process on patient mobility and healthcare developments in the European Union⁵. A concerted European strategy covering issues such as monitoring, training, recruitment, and working conditions of health professionals could ensure that the

⁵ COM (2004) 301, 20 April 2004. Follow-up to the high level reflection process on patient mobility and healthcare developments in the European Union.

Union as a whole will be able to meet its objectives of providing high quality healthcare without exacerbating the human resource crisis in developing countries. The Commission has invited the Member States to consider this issue, in collaboration with the health professions, in particular through the High Level Group on health services and medical care. Facilitating internal mobility within the Union can go some way toward ensuring that health professionals are available where they are most needed, but such an approach will need to ensure overall numbers and specialisations of health professionals are adequate, and therefore requires careful and detailed planning and response.

- **Promoting circular migration.** The Commission Communication on Migration and Development commits the EU to explore issues such as transferability of pension rights and protecting residence rights in the EU of diaspora members who participate in temporary return programmes. Facilitating discussion on circular migration in relation to health will be taken forward as part of an EC/EU working group on human resources that will be established to further develop coordinated European action on human resources for health.
- **‘Networks of Excellence’ in support of health worker training and capacity building.** The idea of linking institutions in resource-poor countries to centres of academic, professional or technical excellence in Europe and strengthening North-South and South-South links to build networks which support development of health skills and expertise and research capacity will be explored. Networks of Excellence would attract and help retain highly qualified health professionals and researchers at the national or regional level. Such networks would be an opportunity to address more complex health situations, for example in post conflict countries, where capacity to provide physical care and trauma management for victims of mines, remnants of war or armed violence is needed, but often not available. Synergies between capacity building for research and training of staff for health delivery and care should also be fully explored. As part of the EC Programme for Action (COM (2005) 179) the EDCTP (the EU pilot initiative on clinical trials currently implemented in Africa) should play an integrating role by positively contributing to national and regional human resources plans for clinical research.
- **International Volunteers.** The EU will consider support to volunteer schemes which are demand-driven, and focus on capacity building and skills transfer. Volunteers are a potential short-term solution to the human resource crisis. However, whilst they may make an effective contribution in support of capacity building and, to a limited extent, in terms of direct service delivery, they do not represent a long-term solution to the HR crisis. They can therefore be no substitute for an EU policy focussed on supporting specific capacity building and skill transfer work.
- **Working with the health worker diaspora.** The Commission Communication on Migration and Development indicates that Member States will be invited to intensify their dialogue with diaspora organisations, and that the EU could support countries of origin in establishing instruments through which those interested in supporting their home country could register on a voluntary basis. In addition, opportunities to build supportive alliances between these organisations and their

home countries, with the possibility of seed financing allocated on a competitive basis, will be explored.

- **Strengthen the Social Dimension of Globalisation and promote Decent Work as a global goal for all.** The EU will contribute to strengthening the Social Dimension of Globalisation with a view to ensuring maximum benefits for all, including through cooperation with the ILO as well as national, regional and local actors, social partners and civil society organisations. It will also help encourage employment and decent work as a key tool for preventing and eradicating poverty. The EU will promote productive employment, equitable economic growth and decent work for all, and for workers in the health sector, in particular as a global goal, thus contributing to improving living and working standards and addressing push and pull factors leading to out-migration of health workers. In this context, the EU should promote increased cooperation between state and non-state actors (NGOs, private sector, trade unions, etc.) to ensure greater effectiveness in service delivery.