EIROPAS KOPIENU KOMISIJA

Briselē, 12.12.2005
COM(2005) 642 galīgā redakcija

KOMISIJAS PAZIŅOJUMS EIROPAS PARLAMENTAM UN PADOMEI

ES stratēģija rīcībai saistībā ar cilvēkresursu krīzi veselības nozarē jaunattīstības valstīs

SATURS

1. Ievads 3
2. Cilvēkresursu krīzes veselības nozarē reģionālās dimensijas 3
3. Galveno problēmu analīze 5
4. Eiropas darbības jomas 8
5. Finansējums 8
6. Nākamie soļi 9

ANNEX 1 11

ANNEX 2 12

KOMISIJAS PAZIŅOJUMS EIROPAS PARLAMENTAM UN PADOMEI

ES stratēģija rīcībai saistībā ar cilvēkresursu krīzi veselības nozarē jaunattīstības valstīs

1. IEVADS

Eiropas Komisija (EK) 2005. gada maijā pieņēma paziņojumu „Eiropas rīcības programma cīņai ar HIV/AIDS, malāriju un tuberkulozi, veicot ārējās darbības" – KOM(2005) 179. Šajā rīcības programmā tika norādīts, ka ievērojams šķērslis cīņai ar šīm trim slimībām un 4., 5. un 6. Tūkstošgades attīstības mērķa (TAM) īstenošanai ir darbinieku trūkums veselības nozarē nabadzīgajās valstīs. Padome (2005. gada 24. maijā) apsveica rīcības plānā veikto analīzi un lūdza Komisijai iesniegt paziņojumu, kurā būtu norādīti novatoriski cilvēkresursu krīzes risinājumi.

Cilvēkresursu krīze veselības nozarē ir globāla problēma, jo 75 valstīs uz 1000 iedzīvotājiem ir mazāk nekā 2,5 veselības darbinieku, bet tas ir minimālais skaits, ko uzskata par vajadzīgu, lai nodrošinātu pamata veselības pakalpojumus(1). Cilvēkresursu krīzes iemesli ir sarežģīti un saistīti ar iekšējiem un ārējiem faktoriem, bet apmācību trūkums, slikti darba apstākļi un stimulu trūkums aizvirza veselības nozares darbiniekus prom no tām vietām, kur tie visvairāk vajadzīgi, uz pilsētām, bagātākām kaimiņvalstīm vai resursiem bagātām valstīm, kurās tiem piedāvā labākas iespējas un kuras darbojas kā migrācijas veicinātāji faktori. Kvalificētu darbinieku migrācija, kas ietekmē vairākus attīstības aspektus, ir iztirzāta divos EK paziņojumos par migrāciju. Pirmajā(2) izskatīta migrācijas ietekme uz attīstību, bet otrajā(3) norādītas konkrētas vadlīnijas, lai samazinātu kvalificētu darbinieku migrācijas negatīvo ietekmi un veicinātu cilvēkresursu bāzes veidošanas potenciālu. Šis paziņojums par cilvēkresursiem veselības nozarē pamatojas uz minētajām vadlīnijām.

Āfrika ir kontinents, kurā ir vislielākais veselības nozares darbinieku trūkums. Šajā paziņojumā izmantota ES Āfrikas stratēģija(4), kurā ietverti ierosinājumi par rīcību, lai paātrinātu TAM sasniegšanu, īpaši pievēršoties cilvēkiem. Tomēr Āfrika tiek skatīta veselības nozares cilvēkresursu globālās krīzes kontekstā, atzīstot problēmu citos reģionos. Āzija — vieta, kur tiek sagatavots un no kurienes nāk ievērojams skaits veselības nozares darbinieku — saskaras ar nopietnām problēmām šo darbinieku iekšējā sadalījumā, kas ierobežo nabadzīgo iedzīvotāju piekļuvi pakalpojumiem. Karību reģionā pakalpojumu sniegšanas kvalitāti apdraud veselības nozares darbinieku migrācija uz ASV.

Šajā paziņojumā izklāstīta Eiropas Savienības un Eiropas Komisijas saskaņota un koordinēta reakcija saistībā ar plānoto cilvēkresursu rīcības desmitgadi, kas tika ierosināta 57. Pasaules veselības asamblejā (PA rezolūcija 57.19.) un sākas 2006. gadā.

2. CILVĒKRESURSU KRĪZES VESELĪBAS NOZARĒ REĢIONĀLĀS DIMENSIJAS

Problēmas apjoms pasvītrots Kopējo mācību iniciatīvas *(JLI)* par cilvēkresursiem(5) ziņojumā par veselības nozares cilvēkresursu problēmu Āfrikā. Krīze visvairāk

ietekmē Āfriku, kur progress Tūkstošgades attīstības mērķu (TAM) sasniegšanai ir vislēnākais. Veselības situācija dažās valstīs pasliktinās (laika posmā no 1970. līdz 1999. gadam paredzamais mūža ilgums ir samazinājies 17 reģiona valstīs(6)). *JLI* ziņojumā uzsvērts, ka starp visiem kontinentiem Āfrikā ir vislielākais slimību slogs uz vienu iedzīvotāju (25 % no globālā slimību sloga mazāk nekā 10 % pasaules iedzīvotāju), bet vienlaikus tajā ir vismazākais skaits veselības nozares darbinieku (0,8 darbinieki uz 1000 iedzīvotājiem, salīdzinot ar Eiropu, kur šis rādītājs ir 10,3 uz 1000). Tāpat 80 % iedzīvotāju nav pieejama sociālā aizsardzība. Papildus bažām par veselības nozares darbinieku skaitu ir nopietnas bažas arī par esošā darbaspēka kvalitāti un ražīgumu(7).

Liela veselības darbinieku mobilitāte, pienācīgu darba iespēju trūkums, sociālās aizsardzības trūkums, nenozīmīgi stimuli, īpaši darbā visvairāk atpalikušajos reģionos un ar nabadzīgiem iedzīvotājiem, kā arī liels pieprasījums pēc veselības nozares darbiniekiem pasaulē — visi šie apstākļi ir radījuši smagu krīzi veselības aprūpes nodrošināšanā nabadzīgajiem. Tādēļ, lai globalizācija pozitīvi darbotos nabadzības samazināšanas virzienā un lai samazinātu tās negatīvo ietekmi uz nabadzīgajiem iedzīvotājiem, īpaša uzmanība jāpievērš veselības nozares darbinieku piemērotai sagatavošanai un pienācīgu darba apstākļu un iespēju veicināšanai(8).

Tomēr dažas valstis ir palielinājušas savu veselības nozares darbinieku sagatavošanas apjomu speciāli nodarbinātībai citās valstīs. Indija, Filipīnas, Kuba un aizvien vairāk arī Indonēzija un Ķīna reaģē uz globālo pieprasījumu veselības nozares darbinieku starptautiskajā tirgū, palielinot savu veselības nozares darbinieku sagatavošanas apjomu un atbalstot to izceļošanu no valsts. Šāda politika dažkārt tiek piekopta, neskatoties uz darbinieku trūkumu pašu valstī un nabadzīgo iedzīvotāju nepietiekamu piekļuvi pakalpojumiem (Filipīnas, kur tiek apzināti vadīta migrācijas politika un no kurienes nāk vislielākais skaits reģistrēto ārvalstīs strādājošu medicīnas māsu, cieš no tā, ka darbā uz ārvalstīm pārceļas veselas medicīnas māsu nodaļas, kā rezultātā slimnīcās paliek nepietiekams personāla daudzums, un šobrīd arī ārsti pārkvalificējas uz šo profesiju, lai varētu pārcelties labāk atalgotā amatā, sevišķi uz ASV(9)).

Pastāv globāls veselības nozares darbinieku tirgus, bet tas ir izkropļots, jo to regulē globāla nevienlīdzība attiecībā uz veselības aprūpes nodrošināšanu un spēju samaksāt darbiniekiem, nevis veselības aprūpes vajadzības un slimību slogs.

Pašreizējā cilvēkresursu krīze ir hroniskas problēmas akūta izpausme, bet HIV/AIDS un grūtības ar mērķtiecīgu programmu nodrošināšanu, lai apkarotu ar nabadzību saistītas slimības, ļauj konstatēt sistēmiskus trūkumus veselības aprūpes sniegšanā. Starptautiskās sabiedrības apņemšanās paātrināt progresu Tūkstošgades attīstības mērķu sasniegšanai tagad saskaras ar šķērsli — ierobežotiem cilvēkresursiem. Nepalielinot ieguldījumu veselības aprūpes darbaspēkā, būs grūti sasniegt šo progresu. Pieprasījums pēc veselības nozares darbiniekiem resursiem bagātajās valstīs saglabājas augsts: *JLI* lēš, ka ASV vien nākamajos gados no globālā tirgus būs vajadzīgs vēl 1 miljons veselības nozares darbinieku, un iespējams, ka ASV daļu no tiem meklēs nabadzīgajās valstīs. Nepiemērota ilgtermiņa cilvēkresursu plānošana un pašmāju veselības nozares darbinieku sagatavošana kopā ar sabiedrības novecošanās faktoru attīstītajās valstīs turpinās sekmēt darbā pieņemšanu no resursiem nabadzīgākajām valstīm, ja vien netiks panākta skaidra apņemšanās risināt šo globālās nevienlīdzības problēmu.

Lai pārvērstu nepietiekamas sagatavotības, nespējas noturēt darbiniekus un migrācijas apburto loku par shēmu, ko raksturo ieguldījumi un uzlabota veselības aprūpes sistēmas darbība, jāveic virkne visaptverošu pasākumu, kas pamatojas uz galveno jautājumu analīzi. **Cilvēkresursu krīzes risinājumam jāsākas valstu līmenī.** Tas tika atzīts 1994. gada Starptautiskajā konferencē par iedzīvotājiem un attīstību pieņemtajā Kairas deklarācijā un rīcības programmā, kur teikts:

„Spēja ilgtermiņā vadīt starptautisko migrāciju ir atkarīga no tā, vai visiem tiek radīta reāla iespēja palikt savā valstī. Šim nolūkam vajadzīgi tādi instrumenti kā noturīga ekonomikas attīstība un taisnīguma un attīstības stratēģijas".

Valstu līmeņa centieni savukārt jāatbalsta ar reģionāliem pasākumiem, piemēram, Āfrikas reģionālajos integrētajos tirgos saistībā ar Ekonomikas partnerības nolīgumiem (EPN), kā arī ar globāliem pasākumiem, lai veidotu visaptverošu un saskaņotu starptautisko reakciju, stiprinot globalizācijas sociālo dimensiju(10).

3. GALVENO PROBLĒMU ANALĪZE

Veselības darbinieku nozares darbaspēka vadību var skatīt saistībā ar ieguldījumu (sagatavošana), pastāvīgu atbalstu un pārraudzību (uzturēšana) un šo darbinieku skaita samazināšanās pārvaldību, iekļaujot tādus faktorus kā ārējie un iekšējie izbraukšanas stimuli, kas izraisa migrāciju. Veselības nozares krīzes risinājums jāiekļauj valdības vispārējā pieejā valsts pārvaldei, atzīstot, ka reformas vai pārmaiņas vienā valsts pārvaldes nozarē ietekmē citas nozares.

Hroniski nepietiekami ieguldījumi veselības nozares darbinieku sagatavošanā daudzās valstīs ir noveduši pie ierobežotas sagatavošanas jaudas. Daļēji tas saistīts ar to, ka ir bijis nepietiekams valsts ieguldījums veselības nozarē, cenšoties ierobežot algu izmaksu pieaugumu, kas nebūtu noturīga politika. Tomēr veselības nozares darbinieku sagatavošana ir samazinājusies tādā mērā, ka vairs nav iespējams nodrošināt pat pamata pakalpojumus un ievērojama daļa no sagatavotā personāla pamet darbu attiecīgās sagatavošanas valsts sabiedrisko pakalpojumu nozarē vai pašu valsti, nedodot ieguldījumu veselības aprūpē. Piemēram, tikai 50 no Zambijā kopš sešdesmitajiem gadiem sagatavotajiem ārstiem joprojām ir šajā valstī(11).

Virkne jautājumu nosaka, vai persona paliks tajā valstī, kur tā sagatavota, vai dosies strādāt citur(12). Veselības nozares darbinieku motivācijas analīze liecina, ka atalgojuma krasā atšķirība starp bagātajām un nabadzīgajām valstīm ir tikai viens aspekts lēmumā par darba maiņu vai migrāciju. Sava loma ir arī citiem faktoriem, piemēram, veselības aprūpes sistēmas efektivitātei un darba apstākļiem. Nepieciešams lielāks ieguldījums veselības aprūpē un sociālajā drošībā, lai veselības nozares darbinieki varētu dot efektīvu ieguldījumu valsts mēroga centienos uzlabot veselības līmeni. Pamatīgas pārmaiņas jāveic veselības aprūpes sistēmas organizācijā, institucionālajās normās un standartos, personāla izvietošanas praksē un darba pārvaldībā, pārraudzībā un darba veidā. Krīzi var veicināt arī cilvēkresursu politika, kurā netiek ņemts vērā dzimumu aspekts. Tas, ka netiek ņemtas vērā ģimenes vajadzības, netiek sniegta pienācīga drošība sievietēm, kuras strādā attālos reģionos un potenciāli nedrošā vidē, netiek veidots darbaspēks, kas pielāgots atšķirīgām klientu vēlmēm saistībā ar dzimumu, un nespēja apmācīt un sagatavot

pienācīgi līdzsvarotu skaitu vīriešu un sieviešu dzimuma veselības nozares darbinieku, var ievērojami samazināt veselības nozares darbaspēka efektivitāti.

Kamēr saglabājas augsts pieprasījums pēc veselības nozares darbiniekiem, lielāka tādu darbinieku skaita sagatavošana, kuriem ir starptautiskajā tirgū vajadzīgās iemaņas, var kalpot vienkārši par turpmāku eksporta tirgus veicinātāju. Noteikumu izstrāde kā instruments migrācijas ierobežošanai parasti palielina migrācijas izmaksas, un to var uzskatīt par diskrimināciju; tāpat pieredze liecina, ka šī stratēģija nav pārāk efektīva. Pieredze Ganā, kur tika pieliktas ievērojamas pūles, lai darbiniekus noturētu un atgrieztu atpakaļ, liecina, ka pozitīvus rezultātus drīzāk sniedz stimulu shēmas veselības nozares darbinieku noturēšanai un piesaistīšanai atpakaļ ar labākām karjeras iespējām un labākiem darba nosacījumiem un apstākļiem. **Efektīvas stimulu shēmas jāveido, pamatojoties uz pētījumiem, analīzi un apspriešanos ar veselības nozares darbiniekiem.**

Alternatīva vairāk ārstu, zobārstu, māsu un aptiekāru sagatavošanai ir gatavot vidējā līmeņa veselības nozares darbiniekus un palīgdarbiniekus. Palīgdarbinieki šajā nozarē var efektīvi risināt ikdienas problēmas un samazināt darba slodzi specializētajam personālam, to sagatavošana ir īsāka, koncentrēta tikai uz konkrētu kvalifikāciju, un to starptautiskā mobilitāte ir vairāk ierobežota. Jāmin arī nepietiekami ieguldījumi vidējā medicīnas personāla sagatavošanā un to lomas atzīšanā pagātnē — tādas valstis, kā, piemēram, Malāvija, kur klīniskais personāls un asistenti kādreiz bija galvenie pakalpojumu sniedzēji, ir labs piemērs to iespējām. Alternatīvu kadru sagatavošana un to nozīmes atzīšana, ietverot arī reālas karjeras attīstības iespējas, ir svarīga, tomēr šis var būt sāpīgs jautājums specializētā personāla grupām. Medicīnas palīgdarbinieku funkciju jomas paplašināšana dažkārt tiek uzskatīta par draudu speciālistiem. **Spēcīgas saiknes veidošana ar profesionālajām organizācijām un sociālajiem partneriem, kā arī spēcīgāka pilsoniskās sabiedrības apņemšanās rast novatoriskus risinājumus ir krīzes novēršanas politiskā procesa svarīga sastāvdaļa.**

Ļoti svarīgi ir arī pārvarēt nevienlīdzību veselības nozares darbinieku sadalījumā. Lai pakalpojumi sasniegtu visnabadzīgākos iedzīvotājus, jānodrošina tāds veselības nozares darbinieku ģeogrāfiskais un pakalpojumu līmeņa sadalījums, kas labāk samērīgs ar iedzīvotāju blīvumu. Cilvēkresursu plānošana jāskata valsts decentralizācijas vai reformu plānu kontekstā, kur atbildība par nodarbinātības jautājumiem var tikt nodota vietējam līmenim. Veselības nozares darbinieki, īpaši ar augstāku kvalifikāciju, parasti pārceļas uz pilsētām, kur publiskā sektora zemās algas iespējams papildināt ar darbu privātajā sektorā, ir labākas mācību iespējas un piekļuve skolām ģimenes locekļiem. **Nepieciešami stimuli, kas pamudinātu veselības nozares darbiniekus strādāt tur, kur viņi ir visvairāk vajadzīgi.** Jāapsver stimuli blakus algai, piemēram, labāks mājoklis, atbalsts bērnu izglītībai un pabalsti par darbu attālos vai nenodrošinātos reģionos, labi izprotot veselības nozares darbinieku motivāciju un vajadzības. Daudz var mācīties no pieredzes, kas gūta, izstrādājot darbinieku noturēšanas pasākumus, un svarīgi ir sekmēt reģionālu informācijas apmaiņu.

Veselības nozares darbinieku mobilitāte

Veselības nozares darbinieki pāriet no laukiem uz pilsētām, no publiskā uz privāto sektoru un no nabadzīgajām valstīm uz bagātajām. Migrācija dienvidos ievērojami

sekmē intelektuālā darbaspēka aizplūšanu, īpaši Āfrikā. Tomēr vislielākā plašsaziņas līdzekļu un politiskā interese ir pievērsta migrācijai no dienvidiem uz bagātākām valstīm, kurās vērojama iedzīvotāju novecošanās un veselības aprūpes sistēmu paplašināšana.

Tiek apgalvots, ka resursiem nabagākās valstis sniedz ačgārnu atbalstu veselības aprūpes dienestiem resursiem bagātajās valstīs. Aprēķini, kuri balstīti uz veselības nozares darbinieku migrāciju no Ganas uz Apvienoto Karalisti (AK)(13), liecina, ka AK ietaupījumi, pieņemot darbā 293 Ganas ārstus un 1021 Ganas medmāsas, kas 2003.–2004. gadā reģistrētas darbā AK, ir 65 miljoni sterliņu mārciņu ārstu sagatavošanai un 35 miljoni sterliņu mārciņu medmāsu sagatavošanai. Ganas zaudējumi ietver gan sagatavošanas izmaksas, gan arī personāla zaudējumus veselības aprūpes iestādēs. Dalībvalstīm, kurās iebraucošo veselības nozares darbinieku skaits pārsniedz izbraucošo skaitu, jāstrādā kopā ar šo darbinieku izcelsmes valstīm, lai panāktu problēmu risinājumu, pievēršoties ārējiem un iekšējiem izbraukšanas stimuliem, kas izraisa migrāciju, un palīdzot finansēt darbinieku noturēšanas stratēģijas.

Veselības nozares darbinieku mobilitātei jāpievēršas visaptverošās valstu stratēģijās, kā arī ar starptautiskiem pasākumiem. Jaunās partnerības Āfrikas attīstībai Veselības stratēģijā *(NEPAD)* uzsvērts, ka valstīm jānodrošina veselības nozares cilvēkresursu efektīva pārvaldība, atjauninot savu nodarbinātības un darbinieku izvietošanas politiku, izstrādājot elastīgus karjeras attīstības modeļus, nodrošinot atbalstošu pārraudzību un izglītības turpināšanas iespējas, kā arī sekmējot darbinieku motivēšanas un noturēšanas stratēģijas.

HIV/AIDS ietekme

HIV/AIDS ir padziļinājis veselības nozares cilvēkresursu krīzi. Sabiedrības veselības līmenis ir pasliktinājies, palielinot veselības aprūpes slogu un atklājot vāju veselības aprūpes sistēmu darbības ierobežojumus. Daudzi veselības nozares darbinieki paši inficējas ar HIV/AIDS, vai šī slimība viņus kaut kādā veidā skar personīgi. Piemēram, Svazilendā katru gadu tiek zaudēti 7 % veselības nozares darbinieku (50 % no tā inficēšanās ar HIV dēļ), un, lai šī valsts spētu palielināt to cilvēku skaitu, kam ir pieejama antiretrovirālā ārstēšana, tiek lēsts, ka nākamajos 5 gados būs vajadzīgi papildus 103 ārsti — divreiz vairāk, nekā pašreiz ir visā valstī(14). Šis piemērs izceļ vēl vienu HIV/AIDS radītu problēmu — potenciālo konkurenci starp cilvēkresursiem HIV/AIDS dienestos un citu būtisku pakalpojumu sniegšanā.

Pakalpojumu attīstība, lai sniegtu piekļuvi antiretrovirālajām zālēm, var novirzīt veselības nozares darbiniekus no citu svarīgu pakalpojumu sniegšanas — tas attiecas arī uz sabiedrisko pakalpojumu darbinieku pārņemšanu darbā NVO, kuras pievēršas tikai un vienīgi HIV/AIDS problēmai. Pastāv risks izjaukt veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu par labu HIV/AIDS darbībām uz citu svarīgu pakalpojumu sniegšanas rēķina. Atzīstot šo risku, Pasaules fonds HIV/AIDS, TB un malārijas apkarošanai *(GFATM)* ir apņēmies nodrošināt, lai veiktie ieguldījumi stiprinātu veselības aprūpes sistēmas un klīnisko pētījumu jaudu, nevis tikai HIV/AIDS, TB un malārijas apkarošanas pakalpojumu veidošanu. Minētajam riskam efektīvi jāpievēršas valstu līmenī ar spēcīgu valsts vadošo lomu, nodrošinot, lai papildu resursi, kas sakopoti HIV/AIDS novēršanai un slimnieku aprūpei, papildinātu esošos ierobežotos cilvēkresursus, nevis veicinātu cīņu par tiem.

4. EIROPAS DARBĪBAS JOMAS

Eiropas darbības notiek saskaņā ar šādiem principiem: valsts līmeņa atbildība un vadība. Eiropas iniciatīvas saskaņotu politiku veidošanai attīstības jomā veicinās šos principus(15). ES sadarbība ar valstīm, kuras vissmagāk skar cilvēkresursu krīze, balstās uz solidaritātes principu, atzīstot, ka cilvēkresursu krīzes risināšana ir kopīgs pienākums. ES atbalstītās darbības definē atbilstīgi valsts un reģiona vajadzībām, ar dialogu un kopīgiem mērķiem veidojot politisku partnerību.

ES iesaistīsies jaunattīstības valstu veselības nozares cilvēkresursu krīzes risināšanā valstu, reģionālajā un globālajā līmenī. **Darbības, kas izklāstītas 2. papildinājumā (pievienots), veido saskaņotu un visaptverošu pasākumu kopumu, un tās jāuztver kā veselums.** Globālais pieprasījums pēc cilvēkresursiem veselības nozarē nosaka, ka visos trīs līmeņos jāveic virkne darbību, lai pārvarētu krīzi vissmagāk skartajās valstīs.

5. FINANSĒJUMS

Eiropas apņemšanās strauji virzīties uz priekšu, lai sasniegtu tās mērķi līdz 2015. gadam novirzīt 0,7 % no NKI uz *ODA*, kā arī G8 apņemšanās atbalstīt lielāku parādu atvieglojumu ļaus piešķirt vairāk resursu attīstībai. Tas ir lielākais potenciālais palielinātu ieguldījumu avots veselības nozares cilvēkresursos. Pasaules banka un *NEPAD* ir aptuveni novērtējusi palielinātā finansējuma apjomu, kas vajadzīgs, lai risinātu krīzi: Āfrikai vien 2006. gadā būs vajadzīgi 500 miljoni ASV dolāru, un līdz 2011. gadam šī summa palielināsies līdz 6 miljardiem ASV dolāru gadā (šie skaitļi balstās uz lielāku valstu ieguldījumu, lai nodrošinātu papildus vienu miljonu veselības nozares darbinieku Āfrikai, tostarp sniedzot stimulus darbam lauku un attālos apvidos, piemērotāku kvalifikāciju iegūšanas izmaksām un vietējo sociālo darbinieku efektīvāku izmantošanu, kā arī šā darbaspēka apmācības un uzturēšanas izmaksām). Pirms valstis var apņemties palielināt ieguldījumus, īpaši, ja šie ieguldījumi jāfinansē ar palielinātām palīdzības plūsmām, vajadzīgas stingrākas garantijas, ka starptautiskā palīdzība tiks sniegta ilgtermiņā un ka tā būs paredzama, kā arī ka saņēmējvalstis netiks pamestas ar neizpildāmām saistībām.

<u>Vispārējs un nozaru budžeta atbalsts</u>

Viens no galvenajiem Eiropas Komisijas finansēšanas instrumentiem valstu līmenī ir budžeta atbalsts. Budžeta atbalsta mehānismi ļauj paaugstināt fiskālo elastību, kas Finanšu ministrijām vajadzīga, lai noteiktu valstu finansēšanas prioritātes. Budžeta atbalsts ir īpaši efektīvs, lai atbalstītu kārtējās izmaksas, piemēram, cilvēkresursu attīstību. EK turpinās sniegt ievērojamu daļu no tās atbalsta attīstībai valstīm gan ar vispārējā, gan nozaru budžeta atbalstu, veicinot to kā visefektīvāko mehānismu, lai saskaņotu ziedotāju palīdzību, ar ko tiek atbalstītas valstu nabadzības samazināšanas stratēģijas. EK stiprinās esošos palīdzības instrumentus ar mērķi nodrošināt aizvien vairāk ilgtermiņa un paredzamāku atbalstu. EK atzīst, ka nozaru budžeta atbalsts ir efektīvs instruments, lai stiprinātu politisku dialogu un saskaņotu ziedotāju atbalstu, tostarp projektu atbalstu un globālo iniciatīvu finansējumu, ar ko tiek atbalstītas valstu prioritātes. **ES apņemšanos palielināt palīdzības apjomu attīstības jomā papildinās centieni padarīt palīdzību stabilāku un paredzamāku.**

EK budžeta atbalsts ir saistīts ar izpildes rādītājiem, kas vada līdzekļu piešķiršanu, balstoties uz panākto, īstenojot nospraustos mērķus; tas dod stimulu attīstībai, lai izpildītu valsts noteiktos mērķus. Veselības un ar HIV/AIDS saistītie rādītāji tiek bieži ietverti starp izpildes pārraudzības rādītājiem. **EK turpinās atbalstīt pasākumus, lai attīstītu labākus veselības aprūpes sistēmu darbības rādītājus, līdzdarbojoties veselības situācijas novērtēšanas tīklā, un sekmēs to, lai veselības aprūpes sistēmu darbības novērtējumā un budžeta atbalsta finansēšanā kā rādītājs tiktu iekļauts cilvēkresursu stiprināšanas elements**.

ES finansiālais atbalsts tiks sniegts saskaņā ar Parīzes deklarācijā par palīdzības efektivitāti izklāstītajiem principiem(16), lai stiprinātu partnervalstu valsts attīstības stratēģijas un ar tām saistītās darbības struktūras.

6. NĀKAMIE SOĻI

ES politiskā dialogā valstu līmenī centīsies nodrošināt, lai cilvēkresursu jautājumam pievērstos saistībā ar visaptverošu un saskaņotu nozaru plānošanu un valstu nabadzības samazināšanas stratēģiju, bet koordinētu ziedotāju palīdzību atbalstītu ANO kopīga rīcība.

Plānošanas lēmumi un budžeta apropriācijas šā paziņojuma pielikumā ierosinātajām darbībām notiks saskaņā ar 2007.–2013. gada finanšu plānam noteikto instrumentu struktūru. EK uzraudzīs īstenošanu un ziņos par to gada un termiņa vidusposma pārskatos par konkrētajiem valstu instrumentiem saskaņā ar ierosināto ziņošanu par paveikto saistībā ar Rīcības programmu HIV/AIDS, TB un malārijas apkarošanai.

Saskaņota Eiropas reakcija, pamatojoties uz atsevišķu dalībvalstu un Komisijas speciālajām zināšanām un kopīgu rīcību un atspoguļojot politiskās vadlīnijas, kas izklāstītas jaunajā attīstības politikā, palīdzēs nodrošināt Eiropai spēcīgu un vadošu lomu starptautiskajā atbalstā valstu pasākumiem, lai risinātu veselības nozares cilvēkresursu krīzi.

SAĪSINĀJUMI

AK	Apvienotā Karaliste
AIDS	iegūtā imūndeficīta sindroms
ANO	Apvienoto Nāciju Organizācija
ART	antiretrovirālā terapija
AS	Āfrikas Savienība
CR	cilvēkresursi
CRVN	cilvēkresursi veselības nozarē
EDCTP	Eiropas un jaunattīstības valstu klīniskās izpētes partnerība
EK	Eiropas Komisija
EPN	Ekonomikas partnerības nolīgumi
ES	Eiropas Savienība
GAVI	Vakcīnu un vakcinācijas globālā alianse
GFATM	Pasaules fonds HIV/AIDS, TB un malārijas apkarošanai
HIV	cilvēka imūndeficīta vīruss
ILO	Starptautiskā darba organizācija
INCO	starptautiskās sadarbības programma
JLI	Kopējo mācību iniciatīva
NEPAD	Jaunā partnerība Āfrikas attīstībai
NKI	nacionālais kopienākums
NVO	nevalstiskās organizācijas
ODA	valsts palīdzība attīstības jomā
TAM	Tūkstošgades attīstības mērķi
TB	tuberkuloze
WHA	Pasaules veselības asambleja
WHO	Pasaules veselības organizācija

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_Resources_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 services[1]. 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 Africa[2] has been established and an Asian Action Learning Network on Human Resources[3] 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 Africa[4].

---

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 Union[5]. 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 trails 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 eradication 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.