



EUROPEISKA GEMENSKAPERNAS KOMMISSION

Bryssel den 12.12.2005
KOM(2005) 642 slutlig

**MEDDELANDE FRÅN KOMMISSIONEN TILL
RÅDET OCH EUROPAPARLAMENTET**

**EU:s strategi för att åtgärda bristen på personal inom hälsosektorn i
utvecklingsländerna**

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1.	Inledning	3
2.	regionala dimensioner av bristen på personal inom hälsosektorn.....	4
3.	analys av de viktigaste frågorna.....	5
4.	EU:S INSATSOMRÅDEN	8
5.	FINANSIERING.....	9
6.	NÄSTA STEG	10
ANNEX 1		12
ANNEX 2.....		13

MEDDELANDE FRÅN KOMMISSIONEN TILL RÅDET OCH EUROPAPARLAMENTET

EU:s strategi för att åtgärda bristen på personal inom hälsosektorn i utvecklingsländerna

1. INLEDNING

Europeiska kommissionen antog i maj 2005 ett meddelande kallat "Ett europeiskt handlingsprogram mot hiv/aids, malaria och tuberkulos genom yttre åtgärder" – KOM(2005) 179. I handlingsprogrammet konstateras att bristen på hälso- och sjukvårdspersonal i fattiga länder utgör ett väsentligt hinder för framsteg när det gäller att bekämpa de tre sjukdomarna och att göra framsteg när det gäller millennieutvecklingsmålen 4, 5 och 6. Rådet välkomnade den 24 maj 2005 analysen i handlingsplanen och uppmanade kommissionen att lägga fram ett meddelande med innovativa lösningar på bristen på personalresurser.

Bristen på personal inom hälsosektorn är ett globalt problem. 75 länder har färre än 2,5 anställda inom hälsosektorn per 1 000 invånare, vilket bedöms vara det minimum som behövs för att tillhandahålla grundläggande hälso- och sjukvårdstjänster(1). Orsakerna till bristen på personal är komplexa och hänger samman med både interna och externa faktorer, där brist på utbildning, dåliga arbetsförhållanden och otillräckliga incitament medverkar till att driva bort hälso- och sjukvårdspersonalen från de områden där de bäst behövs till de bättre möjligheterna i tätbebyggda områden, till rikare grannländer eller till resursrika länder vilka är attraktiva faktorer i migrationssammanhang. Migrationen av kvalificerad arbetskraft, som har en inverkan på många aspekter av utvecklingen, behandlas i två meddelanden från Europeiska kommissionen som rör migration. I det första(2) behandlas migrationens inverkan på utvecklingen, medan det i det andra(3) fastställs konkreta riktlinjer för att till ett minimum minska de negativa verkningarna av den kvalificerade arbetskraftens migration och öka möjligheterna att bygga upp personalkapaciteten. Detta meddelande som rör personalsituationen inom hälsosektorn bygger på dessa konkreta riktlinjer.

Afrika är den kontinent som lider störst brist på hälso- och sjukvårdspersonal. Detta meddelande bygger på EU:s strategi för Afrika(4) som inbegriper förslag till åtgärder för att påskynda framstegen beträffande millennieutvecklingsmålen genom att människor sätts i centrum för utveckling. Inriktningen på Afrika måste emellertid ses mot bakgrund av den världsomspännande bristen på personalresurser inom hälsosektorn och med beaktande av samma svårigheter, som ju också gäller andra regioner. Asien, som är en viktig producent och exportör av hälso- och sjukvårdspersonal, har betydande interna problem när det gäller fördelningen av denna personal, vilket begränsar den fattiga befolkningens tillträde till tjänster. I Västindien hotas kvaliteten på de levererade tjänsterna av att hälso- och sjukvårdspersonalen utvandrar till Förenta staterna.

Syftet med detta meddelande är att ange huvuddragen i Europeiska unionens och Europeiska kommissionens sammanhängande och samordnade respons på det

planerade årtiondet för åtgärder angående mänskliga resurser som föreslogs vid Världshälsoförsamlingens 57:e möte (Världshälsoförsamlingens resolution nr 57.19) vilket inleddes 2006.

2. REGIONALA DIMENSIONER AV BRISTEN PÅ PERSONAL INOM HÄLSOSEKTORN

Problemets omfattning betonas i den rapport angående personalproblemen inom hälsosektorn i Afrika som utarbetats genom det gemensamma initiativet för undersökning av personalsituationen (*Joint Learning Initiative on Human Resources*)(5) (nedan kallad "JLI-rapporten"). Krisens verkningar är störst i Afrika, där framstegen beträffande millennieutvecklingsmålen samtidigt är minst. Hälsoläget blir allt sämre i vissa länder (mellan 1970 och 1999 beräknas den förväntade livslängden ha sjunkit i 17 länder i regionen (6)). I JLI-rapporten framhålls att Afrika har den största sjukdomsburden per invånare av alla kontinenter (25 % av den globala sjukdomsburden på mindre än 10 % av världens befolkning) och likväl har kontinenten det lägsta antalet hälso- och sjukvårdsanställda (0,8 anställda per 1 000 invånare, jämfört med 10,3 per 1000 invånare i Europa). Samtidigt har 80 % av befolkningen inte tillgång till socialt skydd. Det är inte bara antalet anställda inom hälsosektorn som ger anledning till oro, den befintliga arbetskraftens kvalitet och produktivitet(7) är också ett stort bekymmer.

Stor mobilitet bland hälso- och sjukvårdspersonalen, brist på anständiga arbetstillfällen, bristande socialt skydd och begränsade incitament, i synnerhet för att arbeta i dåligt försörjda områden och med fattiga människor, i kombination med stor global efterfrågan på hälso- och sjukvårdspersonal, har lett till en allvarlig kris i tillhandahållandet av hälso- och sjukvård för de fattiga. Därför måste särskild uppmärksamhet ägnas åt att ge hälso- och sjukvårdspersonalen passande utbildning och år att främja anständiga arbetsförhållanden och anställningstillfällen för dessa, om globaliseringen skall kunna bidra på ett positivt sätt till fattigdomsminskningen, och om de negativa verkningarna för de fattiga skall kunna begränsas till ett minimum(8).

Några länder har emellertid ökat utbildningen av hälso- och sjukvårdspersonal, särskilt med tanke på exportmarknaden. Indien, Filippinerna, Kuba och i allt högre grad Indonesien och Kina har svarat på den internationella marknadens världsomspännande efterfrågan på hälso- och sjukvårdspersonal genom att öka tillhandahållandet av hälso- och sjukvårdspersonal och stödja utvandring. Denna politik förs ibland trots brister i det egna landet och trots att tillträdet till tjänster för de fattiga är otillräckligt (Filippinerna, som för en politik med styrd migration, är det land som har det största antalet registrerade sjuksköterskor i utlandet, trots att landets egna hälso- och sjukvårdssystem har sett hela avdelningar med sjuksköterskor utvandra, vilket lett till att sjukhusen blivit underbemannade, och står nu inför problemet att läkare omskolar sig till sjuksköterskor för att flytta till bättre betalda arbeten, framför allt i Förenta staterna (9)).

Det finns en global marknad för hälso- och sjukvårdspersonal, men det är en snedvriden marknad som snarare formats av globala orättvisor när det gäller tillhandahållandet av hälso- och sjukvård och förmågan att avlöna arbetare, än av hälso- och sjukvårdsbehov och sjukdomsburden.

Den nuvarande bristen på personal är ett akut utslag av ett kroniskt problem, där hiv/aids och svårigheterna med att tillhandahålla ambitiösa program för att bota fattigdomsrelaterade sjukdomar på inneboende brister i förmedlingen av hälso- och sjukvård. Det internationella samfundets åtagande att göra snabbare framsteg beträffande millennieutvecklingsmålen hindras nu av begränsade personalresurser. Utan ökade investeringar i hälso- och sjukvårdspersonal kommer det att bli svårt att göra framsteg när det gäller uppfyllandet av dessa mål. De resursrika ländernas efterfrågan på hälso- och sjukvårdspersonal är fortfarande stor: enligt de uppskattningar som gjorts av *the Joint Learning Initiative* kommer enbart Förenta staterna att behöva ytterligare 1 miljon hälso- och sjukvårdsanställda från den globala marknaden under de kommande åren, och kommer sannolikt att delvis vända sig till fattiga nationer för att tillgodose detta behov. Inadekvat långsiktig personalplanering och otillräcklig inhemsk produktion av hälso- och sjukvårdspersonal i kombination med en åldrande befolkning i industriländerna kommer även fortsättningsvis att betyda att man måste rekrytera från resursfattiga länder, om det inte finns ett stort engagemang för att komma till rätta med denna globala orättvisa.

Att vända denna onda cirkel med otillräcklig utbildning, dåliga resultat när det gäller att behålla arbetskraften och utvandring till en positiv utveckling med investeringar och förbättrade resultat när det gäller hälsosystemet kräver omfattande åtgärder baserade på en analys av de viktigaste frågorna. **Bristen på personal måste till att börja börja med åtgärdas i de enskilda länderna.** Detta erkändes i förklaringen och handlingsprogrammet från den internationella konferensen om befolkning och utveckling i Kairo 1994, där det bl.a. sades följande:

Frågan om hur den internationella migrationen skall förvaltas på lång sikt är beroende av om det skapas möjligheter för alla människor att själva besluta om de skall stanna i sitt hemland. Hållbar ekonomisk tillväxt och jämlikhet liksom utvecklingsstrategier som är förenliga med detta mål är nödvändiga för att uppnå detta.

De ansträngningar som görs i de enskilda länderna måste, i sin tur, stödjas genom regionala åtgärder, t.ex. på de regionala integrerade marknader i Afrika som de ekonomiska partnerskapsavtalen kommer att leda till, liksom genom globala åtgärder för att ge ett omfattande och sammanhängande internationellt gensvar som stärker globaliseringens sociala dimension(10).

3. ANALYS AV DE VIKTIGASTE FRÅGORNA

Förvaltningen av hälso- och sjukvårdspersonalen kan ses ur följande synvinklar: Insatsfaktorer (utbildning), löpande stöd och övervakning (underhåll) samt förvaltning av arbetskraftsavgång, inbegripet förvaltning av de faktorer som stimulerar till utvandring respektive invandring. Svaret på krisen inom hälso- och sjukvårdssektorn måste ses mot bakgrund av en regerings övergripande strategi visavi den offentliga förvaltningen, eftersom reformer eller förändringar inom en sektor av den offentliga förvaltningen får följder även inom andra sektorer.

Åratalas ständiga underinvesteringar i utbildning av hälso- och sjukvårdspersonal har lett till att utbildningskapaciteten är begränsad i många länder. En del av denna begränsade kapacitet är en följd av otillräckliga offentliga investeringar i hälso- och

sjukvård i syfte att hålla tillbaka den ohållbara tillväxten när det gäller lönekostnaderna (de löpande kostnaderna). Produktionen av personal inom hälso- och sjukvård har emellertid sjunkit under de nivåer som krävs bara för att tillhandahålla grundläggande tjänster, och många av de utbildade lämnar den offentliga sektorn eller sitt utbildningsland utan att ha presterat något större bidrag till hälso- och sjukvården. Så till exempel är endast 50 av de läkare som utbildats i Zambia sedan 1960-talet fortfarande kvar i landet(11).

Det finns flera faktorer som är avgörande för om en person kommer att stanna kvar i det land där han eller hon har fått sin utbildning eller arbeta någon annanstans(12). En analys av hälso- och sjukvårdspersonalens motivation visar att den stora löneskillnaden mellan rika och fattiga länder endast är en aspekt av beslutet att byta jobb eller utvandra. Andra faktorer, såsom hälso- och sjukvårdssystemets effektivitet och arbetsförhållandena, är också av betydelse. Ökade investeringar i hälsovård och social trygghet är nödvändiga om hälso- och sjukvårdspersonalen skall kunna bidra effektivt till de nationella ansträngningarna att förbättra hälsan. Grundläggande förändringar av hälso- och sjukvårdssystemets organisation, institutionella normer och standarder, praxis när det gäller personalfördelning och resultatorienterad förvaltning, tillsyn och övervakning samt av arbetssätt är nödvändiga. En personalpolitik som inte beaktar jämställdhet mellan könen kan också bidra till krisen. Om man inte lyckas med att erkänna familjens behov, sörja för den trygghet som kvinnor som arbetar i avlägsna och potentiellt farliga miljöer behöver, utveckla en arbetsstyrka som återspeglar de skiftande könsrelaterade klientbehoven eller med att utbilda och skapa lämplig balans mellan manliga och kvinnliga anställda inom hälso- och sjukvården kan detta avsevärt minska personalstyrkans effektivitet.

Så länge det fortfarande är stor internationell efterfrågan på hälso- och sjukvårdspersonal är det möjligt att utbildning av mera arbetskraft med internationellt gångbara kvalifikationer endast ger ytterligare bränsle åt exportmarknaden. Reglering som ett medel för att begränsa migration tenderar att öka individens migrationskostnader och kan uppfattas som diskriminerande; dessutom är bevisen för dess effektivitet som strategi betraktad begränsade. Erfarenheten från Ghana, som har gjort betydande ansträngningar för att behålla och göra det attraktivt för dem som arbetar inom hälso- och sjukvården att återvända, visar att stimulansordningar för att behålla och uppmuntra hälso- och sjukvårdspersonal att återvända mera sannolikt ger positiva resultat om man förbättrar deras karriärmöjligheter och anställningsvillkor. För att stimulansordningarna skall vara effektiva måste de vara baserade på forskning, analys och samråd med hälso- och sjukvårdspersonalen.

Ett alternativ till att utbilda flera läkare, tandläkare, sjuksköterskor och apotekare är att utbilda personal på mellannivå och hjälppersonal på sjukvårdsområdet. En sådan personal kan lösa rutinfrågor på ett effektivt sätt och minska arbetsbelastningen för den mera specialiserade personalen; hjälppersonalens utbildning är kortare och inriktad på ett visst antal färdigheter och de är inte lika internationellt rörliga. Det har gjorts för få investeringar i paramedicinsk personal och denna personal har inte fått tillräckligt erkännande. Länder som Malawi, där klinisk personal och medicinska assistenter tidigare var ryggraden i tillhandahållandet av tjänster, är ett bra exempel på vilken roll som denna personal kan spela. Utbildning och erkännande av alternativ personal, inbegripet realistiska karriärutsikter, är av avgörande betydelse, men kan bli till en tvistefråga för olika yrkessammanslutningar. Att utvidga funktionerna för

den närbesläktade hälso- och sjukvårdspersonalen ses ibland som ett hot mot den yrkesmässiga rollfördelningen. En viktig del av den politiska processen för att lösa krisen kommer att vara att etablera starka band med de yrkesmässiga organisationerna och arbetsmarknadens parter och att stärka det civila samhällets engagemang för att finna innovativa lösningar.

Det är också av avgörande betydelse att man kommer till rätta med de nuvarande skillnaderna när det gäller hälso- och sjukvårdspersonalens fördelning. Att sörja för en geografisk fördelning av hälso- och sjukvårdspersonalen och en utjämning av nivån på tjänsterna som i högre grad avspeglar befolkningsfördelningen och befolkningens behov är av avgörande betydelse om hälsovårdstjänsterna skall nå ut till de fattigaste. Planeringen av personalresurser måste ske inom ramen för nationella decentraliserings- eller reformplaner, där ansvaret för personalanställning kan delegeras till subnationell nivå. Hälso- och sjukvårdspersonal, i synnerhet de med högre kvalifikationer, har en tendens att flytta till tätbebyggda områden, där låga löner inom den offentliga sektorn kan kompletteras med arbete inom den privata, och där tillgången till fortbildning och till skolor för familjemedlemmar är bättre. **Stimulansåtgärder är nödvändiga för att uppmuntra hälso- och sjukvårdspersonalen att arbeta där de är som mest behövda.** Andra stimulansåtgärder än löner, såsom bättre bostäder, stöd till barnens utbildning och bidrag för att arbeta i avlägsna eller dåligt försörjda områden, bör övervägas på grundval av en bättre förståelse för hälso- och sjukvårdspersonalens motivation och behov. Det finns mycket att lära av tidigare erfarenheter från utveckling av åtgärder för att behålla personal, och det är viktigt att informationsutbytet mellan regioner underlättas.

Hälso- och sjukvårdspersonalens mobilitet

Hälso- och sjukvårdspersonal flyttar från landsbygdsområden till tätbebyggda områden, från den offentliga sektorn till den privata och från fattiga länder till rika länder. Migrationen inom tredje världen bidrar i hög grad till begåvningsflykten, särskilt i Afrika. Det är emellertid migrationen från syd till rikare länder med en åldrande befolkning och expanderande hälso- och sjukvårdssektor som ådragit sig det största intresset från mediernas och politikernas sida.

Det har hävdats att resursfattiga länder orättmätigt subventionerar hälso- och sjukvårdssektorn i resursrika länder. Beräkningar avseende migrationen av hälso- och sjukvårdspersonal från Ghana till Förenta kungariket (13) visar att Förenade kungariket genom att anställa de 293 ghananska läkare och 1 021 ghananska sjuksköterskor som var registrerade såsom tjänstgörande i Förenade kungariket under åren 2003 och 2004 sparade 65 miljoner pund i utbildningskostnader för läkare och 35 miljoner pund i utbildningskostnader för sjuksköterskor. Ghanas förlust inkluderar både utbildningskostnader och kostnader för alternativa lösningar som underbemannade hälso- och sjukvårdsinrättningar ådrar sig. De medlemsstater som är nettoimportörer av hälso- och sjukvårdspersonal bör samarbeta med de exporterande länderna i syfte att stödja lösningar som tar hänsyn till både de faktorer som stimulerar till invandring respektive utvandring och hjälpa dem att finansiera politiska åtgärder som syftar till att få personalen att stanna kvar i hemlandet.

Frågan om hälso- och sjukvårdspersonalens mobilitet måste lösas med hjälp av både övergripande nationella strategier och internationella åtgärder. I den hälsostrategi

som utarbetats av det nya partnerskapet för Afrikas utveckling (Nepad) framhålls att länderna måste sörja för en effektiv förvaltning av hälso- och sjukvårdspersonalen genom att uppdatera sin sysselsättnings- och fördelningspolitik, utveckla flexibla karriärmöjligheter, tillhandahålla understödande övervakning och fortlöpande utbildning samt genom att främja strategier som går ut på att motivera personalen och se till att den stannar kvar.

Följderna av hiv/aids

Hiv/aids har förvärrat krisen när det gäller hälso- och sjukvårdspersonalen. Sjukdomsnivåerna har ökat i samhället, vilket har ökat bördorna inom sjukvården och framhållt de begränsningar som finns inom svaga hälso- och sjukvårdssystem. Många av de anställda inom hälso- och sjukvården blir antingen smittade själva eller personligen påverkade av hiv/aids på något annat sätt. I Swaziland t.ex. sker det en nettominskning av hälso- och sjukvårdspersonalen med 7 % om året (50 % beroende på hiv smitta), men om Swaziland skall kunna tillgodose behovet att öka antalet människor med tillgång till antiretroviral behandling beräknas ytterligare 103 läkare komma att behövas under de närmaste fem åren, vilket är dubbelt så många som det nuvarande antalet läkare i landet(14). Detta exempel belyser ett annat problem som hiv/aids för med sig, nämligen den potentiella konkurrensen om personalresurser mellan hiv/aidsvården och annan grundläggande hälso- och sjukvård.

Att utveckla tjänster som ger tillgång till antiretrovirala läkemedel kan innebära att hälso- och sjukvårdspersonal överförs från andra grundläggande hälso- och sjukvårdstjänster, inbegripet att offentliganställd personal värvas till icke-statliga organisationer som uteslutande är inriktade på att bekämpa hiv/aids. Det finns en risk för att hälso- och sjukvårdstjänsterna snedvrids på bekostnad av annan grundläggande hälsovård, till förmån för insatser för att bekämpa hiv/aids. Den globala fonden för bekämpning av hiv/aids, tuberkulos och malaria är medveten om denna risk och har förpliktat sig att sörja för att fondens investeringar även stöder en förstärkning av hälso- och sjukvårdssystemen och den kliniska forskningskapaciteten, och inte bara utveckling av tjänster för bekämpning av hiv/aids, tuberkulos och malaria. Risken för en snedvridning av vården måste bemötas effektivt på nationell nivå med hjälp av en stark nationell ledning som säkerställer att ytterligare resurser som mobiliseras till förebyggande och vård av hiv/aids kompletterar de befintliga begränsade personalresurserna.

4. EU:S INSATSSOMRÅDEN

EU:s insatser styrs av principerna om att länderna skall ha ett eget ansvar för och själva leda insatserna. Dessa principer stöds också genom de åtaganden som EU gjort när det gäller politisk konsekvens i utvecklingssamarbetet(15). EU:s engagemang när det gäller de länder som drabbats mest av personalkrisen kommer att baseras på principen om solidaritet, med erkännande av att ansvaret för att lösa denna kris är gemensamt. De åtgärder som stöds av EU bör fastställas utifrån ländernas och regionernas behov genom politiska partnerskap baserade på dialog och gemensamma målsättningar.

EU kommer att engagera sig för att avhjälpa krisen när det gäller hälso- och sjukvårdspersonal i utvecklingsländerna såväl på landsnivå som på regional och

global nivå. **De åtgärder som anges i tillägg 2 (bifogas) utgör ett samlat, omfattande åtgärds paket och skall ses som en helhet.** Efterfrågan på personal inom hälso- och sjukvården är så stor i världen att en lång rad åtgärder måste vidtas på alla tre nivåer om krisen i de mest drabbade länderna skall kunna lösas.

5. FINANSIERING

EU:s åtagande om att göra snabbare framsteg i riktning mot målet om att det offentliga utvecklingsbiståndet skall utgöra 0,7 % av BNI senast år 2015 och G8-ländernas åtaganden om att stödja en större skuldlättnad kommer att ställa ytterligare resurser till förfogande för utveckling. Detta är den största potentiella källan till ökade investeringar i personalresurser på hälso- och sjukvårdsområdet. Världsbanken och Nepad har gjort en ungefärlig bedömning av hur mycket ytterligare medel som kommer att behövas för att lösa krisen: Enbart Afrika kommer att behöva 500 miljoner US-dollar år 2006, ett belopp som kommer att stiga till 6 miljarder US-dollar per år fram till år 2011 (dessa siffror är baserade på kostnaden för ökade nationella investeringar för att mobilisera ytterligare en miljon hälso- och sjukvårdsarbetare i Afrika, inbegripet stimulansåtgärder för arbete i landsbygdsområden eller avlägsna områden, kostnaden för införande av en mera behovsbaserad kvalifikationssammansättning och effektivare användning av arbetskraften i de lokala samfund, samt kostnaden för utbildning och underhåll av denna arbetskraft). Innan mottagarländerna kan göra några åtaganden om att öka investeringarna, särskilt om investeringarna skall finansieras genom ökat bistånd, behöver de starkare garantier för att det internationella biståndet är långsiktigt och förutsägbart, och att de inte lämnas åt sitt öde med skulder som de inte har råd att betala.

Allmänt och sektorspecifikt budgetstöd

Ett av Europeiska kommissionens viktigaste instrument när det gäller finansiering av stöd till de olika länderna är budgetstödet. Budgetstödet hjälper till att skapa det budgetutrymme som finansministerierna behöver för att fastställa nationella prioriteringar för finansiering. Budgetstöd är särskilt effektivt när det gäller att stödja löpande kostnader, såsom utveckling av mänskliga resurser. Europeiska kommissionen kommer att fortsätta att tillhandahålla en betydande del av sitt utvecklingsbistånd till olika länder i form av både allmänt budgetstöd och sektorspecifikt budgetstöd och understödja denna form av finansiering som den effektivaste sättet att harmonisera det givarstöd som ges till de nationella strategierna för fattigdomsbekämpning. Kommissionen kommer att stärka de befintliga biståndsinstrumenten för att kunna ge ett mera långsiktigt och förutsägbart stöd. Kommissionen är medveten om att sektorspecifikt budgetstöd är ett effektivt medel för att stärka den politiska dialogen och harmonisera givarstödet, inbegripet projektstöd och finansiering av globala initiativ, till stöd för nationella prioriteringar. **EU:s åtagande om att öka utvecklingsbiståndets omfattning kommer att kompletteras med åtgärder för att göra biståndet mera stabilt och förutsägbart.**

Kommissionens budgetstöd är kopplat till resultatindikatorer som innebär att medel frigörs när överenskomna resultat har uppnåtts. Detta stimulerar till att göra framsteg när det gäller nationellt fastställda mål. Indikatorer för hälsa och hiv/aids ingår ofta som en del av indikatorerna för resultatövervakning. **Kommissionen kommer att**

fortsätta att stödja arbetet med att ta fram säkrare indikatorer för hälso- och sjukvårdssystemets resultat, bl.a. genom att delta i *Health Metrics Network*, och kommer att stödja att en indikator för personalförstärkning införs som ett mått på hälsosystemets resultat och finansieringen av budgetstödet.

EU:s ekonomiska stöd kommer att ges i enlighet med principerna i Parisförklaringen om biståndets effektivitet(16) i syfte att förstärka partnerländernas nationella utvecklingsstrategier och de därmed sammanhängande verksamhetsramarna.

6. NÄSTA STEG

EU kommer i den politiska dialogen med olika länder att sträva efter att frågan om mänskliga resurser behandlas inom ramen för övergripande och sammanhängande sektorsplanering och nationella strategier för fattigdomsbekämpning, och att det samordnade givarstödet backas upp genom gemensamma åtgärder med FN.

Beslut rörande de program och budgetanslag för åtgärder som föreslås i bilagan till detta meddelande kommer att fattas i enlighet med den struktur för instrument som fastställts för budgetplanen 2007–2013. Kommissionen kommer att övervaka och rapportera om genomförandet av programmen i samband med de årliga översyner och översyner efter halva tiden som görs av de landsspecifika instrumenten, mot bakgrund av de framstegsrapporter som föreslagits när det gäller handlingsprogrammet för bekämpning av hiv/aids, tuberkulos och malaria.

Ett konsekvent europeiskt gensvar, som bygger på enskilda medlemsstaters och kommissionens sakkunskap och gemensamma åtgärder, och som återspeglar den strategiska inriktning som fastställts för den nya utvecklingspolitiken, kommer att bidra till att Europa får en stark och ledande ställning i samband med det internationella samfundets stöd för landsstyrda åtgärder för att lösa personalkrisen på hälso- och sjukvårdsområdet.

FÖRKORTNINGAR

Aids Förfärvat immunbristsyndrom

EU Europeiska unionen

BNI Bruttonationalinkomst

Hiv Humant immunbristvirus

Nepad Nytt partnerskap för Afrikas utveckling

FN Förenta nationerna

WHA Världshälsoförsamlingen

WHO Världshälsoorganisationen

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 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.