



KOMISE EVROPSKÝCH SPOLEČENSTVÍ

V Bruselu dne 12.12.2005
KOM(2005) 642 v konečném znění

SDĚLENÍ KOMISE RADĚ A EVROPSKÉMU PARLAMENTU

**Strategie EU k opatřením týkajícím se nedostatku lidských zdrojů v odvětví
zdravotnictví v rozvojových zemích**

OBSAH

1.	Úvod.....	3
2.	Regionální rozměr nedostatku lidských zdrojů v odvětví zdravotnictví.....	4
3.	Analýza klíčových otázek	5
4.	Oblasti vyžadující opatření EU	8
5.	Financování	8
6.	Další kroky.....	9
ANNEX 1		12
ANNEX 2.....		13

SDĚLENÍ KOMISE RADĚ A EVROPSKÉMU PARLAMENTU

Strategie EU k opatřením týkajícím se nedostatku lidských zdrojů v odvětví zdravotnictví v rozvojových zemích

1. Úvod

Evropská komise (EK) přijala v květnu 2005 sdělení nazvané „Evropský akční program boje proti HIV/AIDS, malárii a tuberkulóze“ – KOM(2005) 179. Akční program označil za hlavní překážku boje s těmito třemi chorobami a postupu směrem k dosažení 4., 5. a 6. rozvojového cíle tisíciletí (RCT) nedostatek zdravotnických pracovníků v chudých zemích. Rada (24. května 2005) přivítala analýzu uvedenou v akčním plánu a požádala Komisi, aby předložila sdělení, které bude obsahovat inovační řešení jako odpovědi na nedostatek lidských zdrojů.

Nedostatek lidských zdrojů v odvětví zdravotnictví je celosvětový problém. V 75 zemích připadá na 1 000 obyvatel méně než 2,5 zdravotnického pracovníka, což je minimální odhadovaný počet nezbytný pro zajištění základních zdravotnických služeb(1). Důvody tohoto nedostatku lidských zdrojů jsou složité a lze je přičíst vnitřním i vnějším faktorům. Nedostatečné vzdělávání, špatné pracovní podmínky a nedostatečná motivace, které přispívají k přesunu zdravotnických pracovníků z nejvíce potřebných oblastí, a zároveň lepší příležitosti v městských aglomeracích, v bohatších sousedních zemích nebo zemích bohatých na zdroje působí jako aktivační faktory migrace. Migrace kvalifikovaných pracovníků, která ovlivňuje mnoho aspektů rozvoje, se týkáji dvě sdělení EK o migraci. První z nich(2) se zabývá vlivem migrace na rozvoj, druhé(3) pak určuje konkrétní směry omezení negativního vlivu migrace kvalifikovaných pracovníků a zvýšení potenciálu k zajištění dostatečné kapacity lidských zdrojů. Toto sdělení o lidských zdrojích v odvětví zdravotnictví vychází z uvedených konkrétních směrů.

Afrika je kontinent, který se potýká s největším nedostatkem zdravotnických pracovníků. Toto sdělení vychází ze strategie EU pro Afriku(4), která zahrnuje navrhovaná opatření k urychlenému dosažení rozvojových cílů tisíciletí tak, že do centra rozvoje staví lidi samotné. Zaměření pozornosti na Afriku je však zasazeno do souvislosti celosvětového nedostatku lidských zdrojů ve zdravotnictví s vědomím existence tohoto problému i v jiných regionech. Asie jako hlavní zdroj a vývozce zdravotnických pracovníků se potýká s vážnými vnitřními problémy geografického rozmístění zdravotnických pracovníků, které omezují přístup chudého obyvatelstva ke zdravotnickým službám. V Karibiku je kvalita poskytování služeb ohrožena migrací zdravotnických pracovníků do USA.

Toto sdělení poslouží jako základ soudržné a koordinované odpovědi Evropské unie a Evropské komise na plánované desetiletí opatření v oblasti lidských zdrojů, které bylo navrženo 57. světovým zdravotnickým shromážděním (WHA) (usnesení WHA 57.19) a které začne v roce 2006.

2. REGIONÁLNÍ ROZMĚR NEDOSTATKU LIDSKÝCH ZDROJŮ V ODVĚTVĚ ZDRAVOTNICTVÍ

Ve své zprávě o problému lidských zdrojů v oblasti zdravotnictví v Africe zdůrazňuje společná iniciativa na podporu vzdělávání (Joint Learning Initiative, JLI) týkající se lidských zdrojů(5) rozsah tohoto problému. Nedostatek lidských zdrojů má největší dopad v Africe, kde je dosahování rozvojových cílů tisíciletí (RCT) nejpomalejší. Zdravotní stav v některých zemích se zhoršuje (odhaduje se, že v letech 1970 až 1999 klesla průměrná délka života v sedmnácti zemích regionu(6)). Zpráva JLI upozorňuje na to, že Afrika trpí nejvyšším zatížením chorobami na jednoho obyvatele ze všech kontinentů (25 % celosvětového zatížení chorobami na méně než 10 % světové populace), a přesto má nejnižší počet zdravotnických pracovníků (0,8 pracovníka na 1 000 obyvatel v porovnání s 10,3 pracovníka na 1 000 obyvatel v Evropě). Zároveň 80 % populace nemá žádný přístup k sociálnímu zabezpečení. Mimo obav o počet zdravotnických pracovníků existují také vážné obavy o kvalitu a produktivitu stávajících pracovních sil(7).

Vysoká mobilita zdravotnických pracovníků, nedostatek slušných pracovních příležitostí, nedostatečné sociální zabezpečení, omezená motivace, zvláště k práci v oblastech se špatnou obslužností a s chudým obyvatelstvem, společně s vysokou celkovou poptávkou po zdravotnických pracovnících vedly ke vzniku vážné krize v oblasti poskytování zdravotní péče chudým. Pokud má tedy globalizace pracovat ve prospěch snižování chudoby a pokud mají být minimalizovány negativní dopady na chudé obyvatelstvo, je třeba věnovat zvláštní pozornost odpovídajícímu vzdělávání a podpoře slušných pracovních podmínek a příležitostí pro zdravotnické pracovníky(8).

Některé země však zvýšily vzdělávání zdravotnických pracovníků, zvláště pro vývozní trh. Indie, Filipíny, Kuba a stále více Indonésie a Čína reagují na celosvětovou poptávku mezinárodního trhu po zdravotnických pracovnících přípravou stále většího počtu zdravotnických pracovníků a podporou migrace. Tato politika pokračuje i přes nedostatek zdravotnických pracovníků v těchto zemích a špatný přístup chudých lidí ke zdravotnickým službám (Filipíny, které zastávají řízenou politiku migrace a které jsou největším zdrojem registrovaných zdravotních sester pracujících v zahraničí, ačkoli v jejich vlastním zdravotnictví celé jednotky zdravotních sester migrují a opouštějí nemocnice, které tak trpí nedostatkem personálu, se v současnosti potýkají s problémem, kdy se lékaři přeškolují na zdravotnické asistenty, aby se mohli vystěhovat za lépe placenou prací, především do USA(9)).

Existuje sice světový trh se zdravotnickými pracovníky, ale jde o trh pokřivený, který je utvářen spíše celosvětovou nerovností v poskytování zdravotní péče a možnostmi zaplatit zdravotnické pracovníky než potřebami zdravotnictví a výskytem chorob.

Současný nedostatek v oblasti lidských zdrojů je bezprostředním projevem vleklého problému, přičemž problém HIV/AIDS a výzva k zavádění ambiciózních programů pro boj s chorobami spojenými s chudobou odkryly soustavné nedostatky v poskytování zdravotní péče. Závazek mezinárodního společenství ke zrychlenému dosahování rozvojových cílů tisíciletí nyní čelí překážce, kterou představuje omezená kapacita v oblasti lidských zdrojů. Bude obtížné dosáhnout

RCT bez zvýšených investic do oblasti pracovních sil. Poptávka po zdravotnických pracovnících v zemích bohatých na zdroje je stále vysoká: společná iniciativa na podporu vzdělávání (JLI) odhaduje, že jenom USA budou v nadcházejících letech potřebovat další milion zdravotnických pracovníků ze světového trhu a pravděpodobně se k uspokojení těchto potřeb alespoň zčásti obrátí na chudé národy. Nedostatečné dlouhodobé plánování v oblasti lidských zdrojů a přípravy vlastních zdravotnických pracovníků ve spojení se stárnoucí populací v rozvinutých zemích budou i nadále vyvolávat nábor v zemích chudých na zdroje, a to dokud nevznikne významný závazek tuto celosvětovou nerovnost řešit.

Rozbití bludného kruhu – nedostatečné vzdělávání, chybějící politika zaměřená na udržení zdravotnických pracovníků a migrace – a nastoupení správné cesty investic a lépe fungujícího systému zdravotnictví vyžaduje ucelený soubor opatření založených na analýze klíčových otázek. **Odpověď na nedostatek lidských zdrojů musí být nejdříve nalezena na úrovni zemí.** Tento problém byl uznán v káhirské deklaraci a v akčním programu přijatými na Mezinárodní konferenci o populaci a rozvoji v roce 1994, v nichž se uvádí:

„Dlouhodobé zvládnutí problému mezinárodní migrace je odvislé od toho, aby se možnost zůstat ve vlastní zemi stala pro všechny přijatelnou. K dosažení tohoto cíle jsou proto udržitelný hospodářský růst a zachování zásady rovnosti a další rozvojové strategie nezbytným prostředkem.“

Úsilí na úrovni zemí pak musejí podpořit opatření regionální, např. v rámci regionálních integrovaných trhů v Africe, která vyplynou z dohod o hospodářském partnerství (DHP), i celosvětová, která povedou k vypracování celkové a soudržné mezinárodní odpovědi tak, aby byl posílen sociální rozměr globalizace(10).

3. ANALÝZA KLÍČOVÝCH OTÁZEK

Řízení pracovních sil v oblasti zdravotnictví lze zvažovat z hlediska vstupů (vzdělávání), průběžné podpory a dozoru (udržování) a kontroly jejich úbytku, včetně řízení odstředivých faktorů i přitažlivosti migrace. Odpověď na nedostatek lidských zdrojů v odvětví zdravotnictví musí být zasazena do souvislosti celkového přístupu vlád k veřejné správě a je třeba připustit, že reforma nebo změna v jednom odvětví veřejné správy se odrazí i v dalších odvětvích.

Léta chronicky podceňované investice do oblasti vzdělávání zdravotnických pracovníků vyústila v mnoha zemích v omezení vzdělávací kapacity. Některé z těchto nedostatků jsou důsledkem nízkých veřejných investic do odvětví zdravotnictví, které si kladly za cíl omezit neudržitelný růst mzdových (opakovaných) nákladů. Příprava zdravotnických pracovníků však tímto způsobem klesla pod hranici nezbytnou k udržování alespoň základní úrovně poskytování zdravotnických služeb. Významná část těch, kteří dosáhli vzdělání, opouští veřejnou službu či zemi, v níž vzdělání dosáhli, aniž by jakkoli významně přispěli k poskytování zdravotní péče. Například, ze všech lékařů, kteří od 60. let 20. století získali vzdělání v Zambii, jich v zemi zůstává pouze 50(11).

Rozhodování zdravotnických pracovníků, zda zůstat v zemi, která jim poskytla vzdělání, nebo zda odejít pracovat jinde, ovlivňuje řada faktorů(12). Analýza

motivace zdravotnických pracovníků ukazuje, že vysoký rozdíl platů mezi bohatými a chudými zeměmi je pouze jedním z aspektů rozhodnutí změnit zaměstnání nebo se vystěhovat. Svou úlohu hrají i další faktory, např. účinnost zdravotnického systému a pracovní podmínky. Pokud se mají zdravotničtí pracovníci účinně podílet na národních snahách o zlepšování zdraví, jsou nutné vyšší investice do oblasti zdraví a sociálního zabezpečení. Zásadní změny je zapotřebí provést v organizaci systému zdravotnictví, institucionálních normách a standardech, postupech rozmísťování pracovních sil a řízení výkonu, sledování a dohledu a způsobech práce. Ke krizi může přispívat také personální politika, která nepřihlíží k rovnosti žen a mužů. Nedostatky v rozpoznávání potřeb rodiny, v zajišťování odpovídající ochrany žen, které pracují v odlehlých a potenciálně nebezpečných místech, v rozvoji pracovních sil, které by odrážely různé potřeby pacientů mužského a ženského pohlaví, a ve vzdělávání a přípravě zdravotnického personálu obojího pohlaví v odpovídající rovnováze, to vše může výrazně snížit účinnost pracovních sil ve zdravotnictví.

Dokud bude mezinárodní poptávka po zdravotnických pracovnících velká, může vzdělávání většího počtu zdravotnických pracovníků s mezinárodně prodejnými dovednostmi jednoduše sloužit k dalšímu zásobování vývozního trhu. Úprava pomocí předpisů jako nástroje omezení migrace má tendenci zvyšovat náklady jednotlivce na migraci a může být také vnímáno jako diskriminující. Důkazy jeho účinnosti jako strategie jsou také omezené. Příklady z Ghany, která vynaložila nemalé úsilí na udržení pracovníků a jejich přilákání zpět do země, naznačují, že motivační systémy k udržení zdravotnických pracovníků a k podpoře jejich návratu prostřednictvím lepších kariérových příležitostí a lepších podmínek služby povedou ke kladným výsledkům mnohem pravděpodobněji. **Účinné motivační systémy musí být založeny na výzkumu, analýze a konzultacích se zdravotnickými pracovníky.**

Alternativou ke vzdělávání většího počtu lékařů, zubařů, zdravotních sester a lékárníků je vzdělávání středního a pomocného zdravotnického personálu. Pomocný zdravotnický personál může účinně zvládat běžné problémy a snižovat pracovní zatížení specializovanějších pracovníků, jeho vzdělávání je kratší, zaměřené na omezenou skupinu dovedností, a je méně mezinárodně mobilní. V minulosti se nelékařskému zdravotnickému personálu nedostávalo dostatečných investic a uznání – země jako Malawi, kde byli kdysi ošetřovatelé a zdravotničtí asistenti páteří poskytování zdravotnických služeb, nabízejí dobrý příklad jejich možné úlohy. Vzdělávání a uznávání alternativních kádrů, včetně realistických vyhlídek na jejich kariérní postup, má zásadní význam, ale pro profesní skupiny může být sporné. Rozšiřování funkcí pomocného zdravotnického personálu je někdy považováno za hrozbu pro profesní dělbu úloh. **Budování pevných vztahů s profesními organizacemi a sociálními partnery a posilování závazku občanské společnosti hledat inovační řešení bude důležitou součástí politického procesu řešení této krize.**

Kritické je také řešení nerovnováhy v rozmísťování zdravotnických pracovníků. Pokud se mají služby dostat až k těm nejchudším, je zásadním problémem zajistit rozmístění zdravotnických pracovníků jak z hlediska geografického, tak úrovně služeb takovým způsobem, aby odpovídalo potřebám obyvatelstva. Personální plánování je třeba zvažovat v souvislosti s národními plány decentralizace či reformami, kdy může být odpovědnost za zaměstnanost převedena na regionální úroveň. Zdravotničtí pracovníci, zvláště ti kvalifikovanější, mají tendenci stěhovat se

do městských oblastí, kde je více možností přivydělat si k nízkým platům z veřejného sektoru prací v sektoru soukromém a lepší přístup ke vzdělávání jak vlastnímu, tak pro rodinné příslušníky. **Aby zdravotničtí pracovníci pracovali tam, kde je jich zapotřebí, je nezbytná motivace.** Na základě důkladnějšího pochopení motivace a potřeb zdravotnických pracovníků je třeba vzít v úvahu i mimoplatovou motivaci, například lepší bydlení, podporu vzdělávání dětí a příspěvky za práci v odlehlých oblastech a oblastech se špatnou obsluhovaností. Mnohá poučení lze čerpat ze současné zkušenosti s rozvojem opatření k udržení zdravotnických pracovníků a důležité je usnadnit regionální výměnu informací.

Mobilita zdravotnických pracovníků

Zdravotničtí pracovníci přecházejí z venkovských oblastí do městských oblastí, z veřejného sektoru do soukromého sektoru, z chudých zemí do bohatších zemí. Migrace z jihu významně přispívá k odlivu mozků, zvláště v Africe. A právě migrace z jihu do bohatších zemí společně se stárnutím populace a rozvíjejícími se systémy zdravotnictví přilákaly velký zájem médií i politiků.

Padají argumenty přímo o zvrácené podpoře, kterou poskytují země chudé na zdroje zdravotnickým službám zemí bohatých na zdroje. Výpočty založené na údajích o migraci zdravotnických pracovníků z Ghany do Spojeného království(13) ukazují, že Spojené království díky náboru 293 ghanských lékařů a 1 021 ghanské zdravotní sestry, kteří byli ve Spojeném království v roce 2003/2004 registrováni jako praktikující, ušetřilo v oblasti vzdělávání 65 milionů liber šterlinků, pokud jde o lékaře, a 35 milionů liber šterlinků pokud jde o zdravotní sestry. Ztráty Ghany zahrnují v tomto případě nejen náklady na vzdělání, ale i alternativní náklady na zdravotnická zařízení, kterým chybí pracovníci. Členské státy, které dovážejí velký počet zdravotnických pracovníků, by měly spolupracovat se zeměmi, které vyvážejí pracovní sílu, aby podpořily vypracování řešení, jež zohledňují odrazující a podněcující faktory migrace a přispívají k financování politiky udržení zdravotnických pracovníků.

K mobilitě zdravotnických pracovníků je třeba přistupovat v rámci celkových národních strategií a mezinárodních opatření. Strategie v oblasti zdraví Nového partnerství pro rozvoj Afriky (NEPAD) zdůrazňuje potřebu zajistit ve všech zemích účinné řízení lidských zdrojů ve zdravotnictví aktualizací jejich politiky zaměstnanosti a rozmísťování pracovních sil, vytvářením flexibilní profesní dráhy, zajišťováním podpůrného dohledu, celoživotním vzděláváním a podporou strategie motivace a udržení pracovních sil.

Vliv HIV/AIDS

Problém HIV/AIDS nedostatek lidských zdrojů ve zdravotnictví ještě zhoršil. Míra špatného zdravotního stavu ve společnosti stoupla, což zvýšilo zatížení zdravotní péče a zdůraznilo omezení oslabených systémů zdravotní péče. Mnoho zdravotnických pracovníků se buď nakazí HIV/AIDS, nebo je problémem viru nějakým způsobem osobně ovlivněno. Například Svazijsko zaznamenává roční čistou ztrátu zdravotnických pracovníků ve výši 7 % (50 % této ztráty způsobuje nakažení virem HIV), a přesto, pokud má Svazijsko reagovat na výzvu ke zvyšování počtu lidí s přístupem k antiretrovirální léčbě, odhaduje se, že bude v následujících pěti letech zapotřebí dalších 103 lékařů, což je dvojnásobek současného počtu lékařů

v zemi(14). Tento příklad upozorňuje na další problém spojený s HIV/AIDS: možnou konkurenci z hlediska lidských zdrojů mezi poskytováním zdravotnických služeb v souvislosti s HIV/AIDS a ostatními základními zdravotnickými službami.

Rozvíjející se služby, které nabízejí přístup k antiretrovirálním lékům, mohou zdravotnické pracovníky odvést od poskytování ostatních základních zdravotnických služeb, a to i díky náboru státních zaměstnanců do nevládních organizací (NO) výlučně zaměřených na řešení problému HIV/AIDS. Existuje riziko, že poskytování zdravotní péče bude jednostranně zaměřeno ve prospěch řešení problému HIV/AIDS na úkor poskytování ostatních základních zdravotnických služeb. Globální fond pro boj s AIDS, tuberkulózou a malárií (GFATM) toto riziko připustil a zavázal se zajistit investiční podporu k posílení systémů zdravotní péče a zvýšení kapacity klinického výzkumu, nikoli pouze k budování sítě služeb pro léčbu HIV/AIDS, tuberkulózy a malárie. Riziko nerovnováhy zdravotnických služeb je nutné účinně řídit na národní úrovni za pomoci silného národního vedení a snažit se k prevenci HIV/AIDS a doplnění péče spíše zajistit mobilizaci dalších zdrojů, než bojovat o stávající omezené lidské zdroje.

4. OBLASTI VYŽADUJÍCÍ OPATŘENÍ EU

Evropská opatření se řídí zásadami vlastní odpovědnosti a vedoucí úlohy dané země. Závazek EU ve prospěch politiky soudržnosti v oblasti rozvoje bude tyto zásady nadále podporovat(15). Angažovanost EU v zemích, které jsou nejvíce postiženy nedostatkem lidských zdrojů, bude vycházet ze zásady solidarity zároveň s vědomím, že řešení nedostatku lidských zdrojů je sdílenou odpovědností. Opatření podporovaná EU by měla být stanovena na základě potřeb zemí a regionů a měla by vést k budování politického partnerství prostřednictvím dialogu a společných cílů.

EU se zapojí do řešení nedostatku lidských zdrojů v odvětví zdravotnictví v rozvojových zemích na národní, regionální a světové úrovni. **Opatření uvedená v příloze 2 tohoto sdělení představují soudržný a komplexní balíček intervencí a je zapotřebí je brát jako celek.** Celková poptávka po lidských zdrojích ve zdravotnictví ukazuje, že pokud má být krize v těch nejvíce zasažených zemích překonána, bude zapotřebí mnoha opatření na všech třech úrovních.

5. FINANCOVÁNÍ

Evropský závazek k rychlejšímu dosažení cíle 0,7 % HND na oficiální rozvojovou pomoc (ODA) do roku 2015 a závazky států G8 podporovat větší úlevy při splácení dluhů zajistí pro rozvoj více dostupných zdrojů. To představuje největší možný zdroj zvýšených investic do lidských zdrojů ve zdravotnictví. Hrubý odhad rozsahu zvýšeného financování nezbytného k řešení krize provedla Světová banka a NEPAD: jen Afrika bude v roce 2006 potřebovat 500 miliónů USD, přičemž tato částka se bude každoročně zvyšovat a do roku 2011 dosáhne 6 miliard USD (tato čísla vycházejí z nákladů na zvýšené národní investice do mobilizace dalšího milionu zdravotnických pracovníků pro Afriku, včetně motivačních programů pro práci ve venkovských nebo odlehlých oblastech, nákladů na zavádění lepšího rozložení kvalifikací a účinnějšího využívání místních pracovníků a nákladů na vzdělávání a udržení této pracovní síly). Dříve než země přijmou jakýkoli závazek ke zvýšeným

investicím, zvláště pokud má být taková investice financována ze zvýšených toků finanční pomoci, je zapotřebí větší jistoty v tom, že mezinárodní pomoc bude dlouhodobá a předvídatelná a že přijímající země nezůstanou se závazky, které si nebudou moci dovolit, osamoceny.

Obecná a odvětvově zaměřená rozpočtová podpora

Jedním z hlavních nástrojů financování Evropské komise na úrovni zemí je rozpočtová podpora. Mechanismy rozpočtové podpory pomáhají vytvářet finanční prostor, který ministerstva financí potřebují ke stanovení národní priority financování. Rozpočtová podpora je zvláště účinná pro podporu opakujících se nákladů, např. na rozvoj lidských zdrojů. EK bude i nadále poskytovat významnou část své rozvojové pomoci zemím prostřednictvím rozpočtové podpory, obecné i zaměřené na odvětví, a tento systém pak bude podporovat jako nejúčinnější mechanismus harmonizace dárcovské pomoci v rámci národních strategií snižování chudoby. EK bude posilovat stávající nástroje pomoci s cílem poskytovat dlouhodobou a předvídatelnější podporu. EK si je vědoma, že rozpočtová podpora zaměřená na odvětví je účinným nástrojem pro posilování politického dialogu a harmonizaci dárcovské pomoci, včetně podpory projektů a financování celosvětových iniciativ, na pozadí národních priorit. **Závazek EU zvyšovat objem rozvojové pomoci bude podpořen úsilím směřujícím ke stabilnější a předvídatelnější pomoci.**

Rozpočtová podpora EK je stanovena na základě ukazatelů výkonnosti, které jsou impulsem k uvolnění fondů v závislosti na dosažení stanovených cílů; to je motivací k uskutečnění národních stanovených cílů. Mezi ukazatele sledování výkonnosti jsou často zařazeny také ukazatele týkající se zdraví a HIV/AIDS. **EK bude i nadále podporovat úsilí mající za cíl rozvoj lepších ukazatelů výkonnosti systému zdravotní péče, a to zapojením se do sítě „Health Metrics Network“, a bude podporovat zařazení ukazatele posilování lidských zdrojů** jakožto měřítko výkonnosti systému zdravotní péče a financování rozpočtové podpory.

Finanční podpora EU bude poskytována v souladu se zásadami stanovenými v Pařížské deklaraci o efektivitě pomoci⁽¹⁶⁾ s cílem posílit národní strategie rozvoje partnerských zemí a související operační rámce.

6. DALŠÍ KROKY

EU se bude v rámci politického dialogu na úrovni zemí snažit zajistit řešení otázky lidských zdrojů v souvislosti s celkovými a soudržnými strategiemi v oblasti odvětvového plánování a národních strategií snižování chudoby za koordinované dárcovské podpory posilované společnou akcí OSN.

Plán rozhodnutí a přidělení rozpočtových prostředků s ohledem na opatření navržená v příloze tohoto sdělení bude proveden v souladu se strukturou nástrojů stanovených v rámci finančního výhledu na období 2007 – 2013. EK bude sledovat provádění opatření a vypracuje o něm zprávu během ročních přezkumů a přezkumů v polovině období týkajících se zvláštních nástrojů jednotlivých zemí v souvislosti s navrhovanými zprávami o pokroku, které se týkají akčního programu boje proti HIV/AIDS, tuberkulóze a malárii.

Soudržná evropská odpověď, která je založena na odborných znalostech a společné akci jednotlivých členských států a Komise a která odráží politické směry stanovené v nové rozvojové politice, pomůže zajistit silnou a vedoucí úlohu Evropy v mezinárodní odpovědi na opatření jednotlivých zemí prováděná v souvislosti s nedostatkem lidských zdrojů v odvětví zdravotnictví.

ZKRATKY

AIDS	Syndrom získaného selhání imunity
ART	Antiretrovirální terapie
AU	Africká unie
EK	Evropská komise
EDCTP	Partnerství evropských a rozvojových zemí při klinických zkouškách
DHP	Dohody o hospodářském partnerství
EU	Evropská unie
GAVI	Globální aliance pro očkování a imunizaci
GFATM	Globální fond pro boj s AIDS, tuberkulózou a malárií
HND	Hrubý národní důchod
HIV	Virus způsobující ztrátu obranyschopnosti u člověka
HR	Lidské zdroje
HRH	Lidské zdroje ve zdravotnictví
MOP	Mezinárodní organizace práce
JLI	Společná iniciativa na podporu vzdělávání
INCO	Program mezinárodní spolupráce
RCT	Rozvojové cíle tisíciletí
NEPAD	Nové partnerství pro rozvoj Afriky
NO	Nevládní organizace
ODA	Oficiální rozvojová pomoc
TB	Tuberkulóza
UK	Spojené království
OSN	Organizace spojených národů
WHA	Světové zdravotnické shromáždění
WHO	Světová zdravotnická organizace

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 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.