

**PT**

**PT**

**PT**



COMISSÃO DAS COMUNIDADES EUROPEIAS

Bruxelas, 10.12.2008  
COM(2008) 725 final

**LIVRO VERDE**

**sobre a mão-de-obra da União Europeia no sector da saúde**

## Índice

1. Introdução .....**Error! Bookmark not defined.**
2. Justificação para o Livro Verde .....**Error! Bookmark not defined.**
3. Quadro e base jurídicos para acção a nível da UE.....**Error! Bookmark not defined.**
4. Factores que influenciam a mão-de-obra no sector da saúde na UE e principais questões a abordar .....**Error! Bookmark not defined.**
- 4.1. Demografia e promoção de uma mão-de-obra sustentável no sector da saúde... **Error! Bookmark not defined.**
- 4.2. Capacidades em termos de Saúde Pública .....**Error! Bookmark not defined.**
- 4.3. Formação.....**Error! Bookmark not defined.**
- 4.4. Gerir a mobilidade dos trabalhadores no sector da saúde na UE**Error! Bookmark not defined.**
- 4.5. Migração global de trabalhadores no sector da saúde.**Error! Bookmark not defined.**
- 4.6. Dados de apoio à tomada de decisões .....**Error! Bookmark not defined.**
5. Impacto das novas tecnologias: melhorar a eficiência da mão-de-obra no sector da saúde.....**Error! Bookmark not defined.**
6. O papel dos profissionais de saúde enquanto empresários ..... **Error! Bookmark not defined.**
7. A política de coesão .....**Error! Bookmark not defined.**
8. Consulta .....**Error! Bookmark not defined.**

## Promover uma mão-de-obra sustentável da União Europeia no sector da saúde

### 1. INTRODUÇÃO

Os sistemas de saúde da UE têm de encontrar um equilíbrio difícil, em primeiro lugar, entre uma maior procura em termos de serviços de saúde e uma oferta limitada; em segundo lugar, entre a necessidade de responder localmente às necessidades de saúde dos indivíduos mas também a necessidade de preparação para enfrentar crises importantes em matéria de saúde pública.

Os sistemas de saúde da Europa deparam-se com vários desafios.

- Os decisores políticos e as autoridades de saúde têm de responder ao desafio que constitui a adaptação dos seus sistemas de cuidados de saúde a uma população que envelhece. Entre 2008 e 2060, prevê-se que a população da UE-27 com mais de 65 anos aumente em 66,9 milhões e que a população «muito velha» (com mais de 80 anos) será o segmento populacional em maior crescimento<sup>1</sup>.
- A introdução de novas tecnologias está a tornar possível aumentar a gama e a qualidade dos cuidados de saúde em termos de diagnóstico, prevenção e tratamento – o que implica custos e a necessidade de formar pessoal na sua utilização.
- Existem ameaças novas e reemergentes para a saúde decorrentes, por exemplo, das doenças transmissíveis.
- Todos estes factores conduzem a um crescimento contínuo das despesas com a saúde e colocam na realidade grandes problemas a longo prazo no que se refere à sustentabilidade dos sistemas de saúde nalguns países.

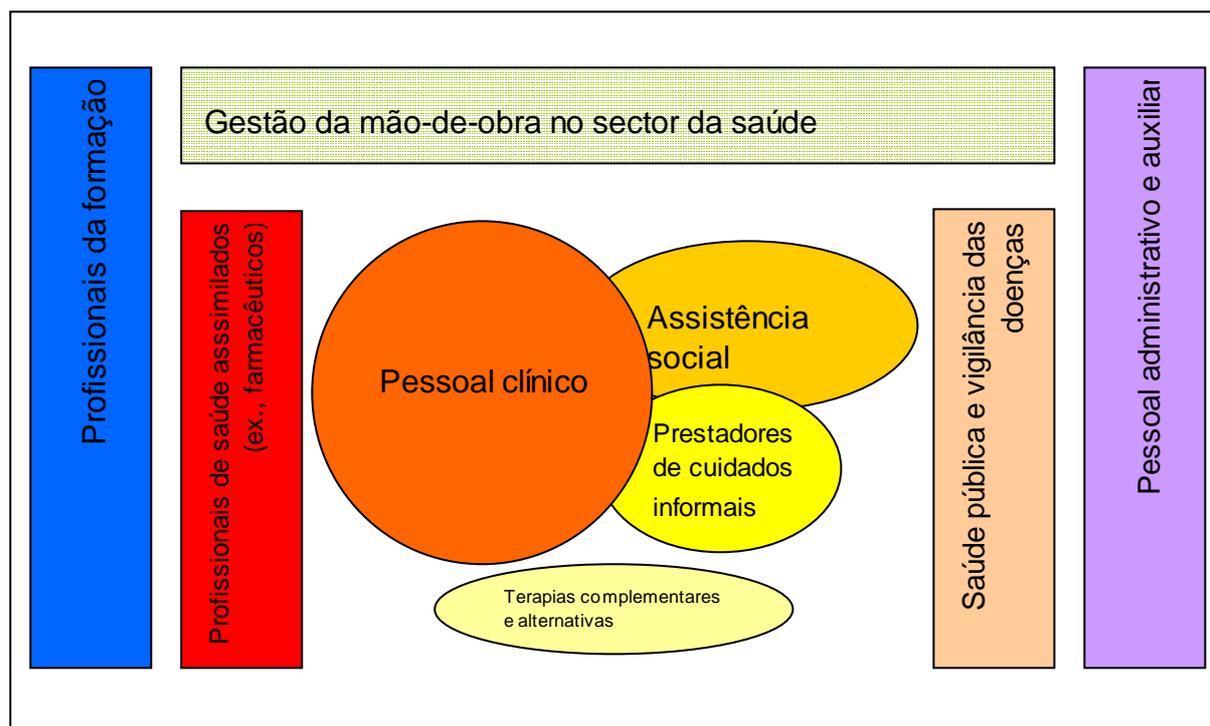
Uma resposta adequada a estes desafios exige que os sistemas de saúde disponham de uma mão-de-obra eficiente e eficaz da maior qualidade, na medida em que os serviços de saúde são muito intensivos em termos de mão-de-obra. Efectivamente, os cuidados de saúde constituem um dos sectores mais importantes da economia da UE, dando emprego a um décimo da mão-de-obra da UE, e aproximadamente 70% dos orçamentos dos cuidados de saúde são atribuídos a salários e outras despesas relacionadas directamente com o emprego da mão-de-obra no sector da saúde<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> Projecções populacionais nacionais com base em 2008, cenário de convergência EUROPOP 2008.

<sup>2</sup> Dubois C, Mc Kee M, Nolte E (2006) Human Resources for Health in Europe, Open University Press, Inglaterra.

Gráfico 1: Âmbito da mão-de-obra no sector da saúde



## 2. JUSTIFICAÇÃO PARA O LIVRO VERDE

A estratégia de saúde da Comissão Europeia adoptada em Outubro de 2007 e publicada no Livro Branco intitulado «Juntos para a saúde», apresentou uma nova abordagem destinada a garantir que a UE envida todos os esforços ao seu alcance para responder a desafios como as ameaças para a saúde, as pandemias, a importância das doenças relacionadas com o estilo de vida, as desigualdades e as alterações climáticas numa Europa alargada de 27 Estados-Membros. O seu objectivo consiste em promover a saúde numa Europa em envelhecimento, fomentando um bom estado de saúde ao longo de toda a vida, protegendo os cidadãos dos perigos para a saúde e apoiando os sistemas de saúde dinâmicos e as novas tecnologias.

O presente Livro Verde tem por objectivo tornar mais visíveis as questões com se depara a mão-de-obra no sector da saúde na UE, dar uma imagem mais clara da semelhança dos desafios enfrentados pelos gestores de saúde locais e/ou nacionais e fornecer uma base mais sólida para a reflexão sobre o que pode ser feito a nível da UE para enfrentar eficazmente estes problemas de uma forma que não tenha de constituir um impacto negativo nos sistemas de saúde fora da UE.

O Livro Verde tem como objectivo descrever tão precisamente quanto possível os desafios enfrentados pela mão-de-obra da UE no sector da saúde que são comuns a todos os Estados-Membros: a questão da demografia (envelhecimento da população global e mão-de-obra no sector da saúde em envelhecimento), o que significa que o número de jovens que entram no sistema para substituir os indivíduos que o abandonam é insuficiente; a diversidade da mão-de-obra no sector da saúde; a fraca atractividade para as novas gerações da ampla variedade dos empregos relacionados com os cuidados de saúde e a saúde pública; a migração de profissionais de saúde dentro e fora da UE; a mobilidade desigual na UE - e em particular o movimento de alguns profissionais de saúde de países mais pobres para países mais ricos na UE, assim como a fuga de cérebros neste domínio a partir de países terceiros.

O segundo objectivo deste Livro Verde é ajudar a identificar áreas onde a Comissão considera que pode ser empreendida uma acção suplementar e lançar um debate sobre a mesma.

### **3. QUADRO E BASE JURÍDICOS PARA ACÇÃO A NÍVEL DA UE**

O artigo 152.º do Tratado CE afirma que a «acção da Comunidade no domínio da saúde pública respeitará plenamente as competências dos Estados-Membros em matéria de organização e prestação de serviços de saúde e de cuidados médicos.» Contudo, o artigo sublinha igualmente que a Comunidade deve incentivar a cooperação entre os Estados-Membros e promover a coordenação das suas políticas e programas.

A acção comunitária destina-se, por conseguinte, a complementar as políticas nacionais. A principal responsabilidade de organizar e prestar serviços de saúde cabe aos Estados-Membros mas a UE tem um papel importante a desempenhar em termos de apoio aos Estados-Membros e de valor acrescentado como através do estabelecimento de redes e do intercâmbio de boas práticas.

Além disso, o Tratado CE e a legislação derivada prevêm normas que têm de ser respeitadas pelos Estados-Membros na organização do respectivo sector da saúde.

No que se refere à legislação derivada, os exemplos de interesse incluem as directivas relativas ao direito do trabalho da Comunidade Europeia, tal como a directiva relativa ao tempo de trabalho, que define os limites máximos do tempo de trabalho e impõe períodos mínimos de descanso diários e semanais no sentido de proteger a saúde e a segurança dos trabalhadores. A directiva prevê requisitos comuns mínimos para todos os Estados-Membros, mas cada um deles pode aplicar normas que sejam mais favoráveis à protecção dos trabalhadores, se assim o entender.

As decisões do Tribunal sobre o tempo de permanência e o descanso compensatório colocam questões importantes aos serviços de saúde e cuidados médicos<sup>3</sup>. A Comissão já formulou propostas legislativas<sup>4</sup> que estão a ser actualmente discutidas pelo Conselho e pelo Parlamento Europeu<sup>5</sup>.

### **4. FACTORES QUE INFLUENCIAM A MÃO-DE-OBRA NO SECTOR DA SAÚDE NA UE E PRINCIPAIS QUESTÕES A ABORDAR**

#### **4.1. Demografia e promoção de uma mão-de-obra sustentável no sector da saúde**

Os cidadãos vivem cada vez mais tempo e com melhor saúde. A esperança de vida tem aumentado continuamente desde os anos 50 em cerca de 2,5 anos por década e prevê-se que continue a aumentar.

---

<sup>3</sup> Ao declarar que o tempo que os profissionais de saúde passam de permanência tinha de ser contado como tempo de trabalho, mesmo que estejam a descansar e desde que tenham de permanecer no seu local de trabalho, o tribunal reconheceu que os médicos, por exemplo, trabalham mais de 48 horas por semana na maioria dos Estados-Membros. Para cumprir esta decisão, alguns Estados-Membros precisariam de esforços de recrutamento importantes, o que nem sempre é possível.

<sup>4</sup> COM(2004) 607 (proposta de alteração da Directiva 2003/88/CE); COM(2005) 246 (proposta alterada, tendo em conta o parecer do Parlamento Europeu).

<sup>5</sup> Posição Comum do Conselho de 15 de Setembro de 2008; Comunicação da Comissão ao Parlamento Europeu sobre a Posição Comum (COM(2008) 568).

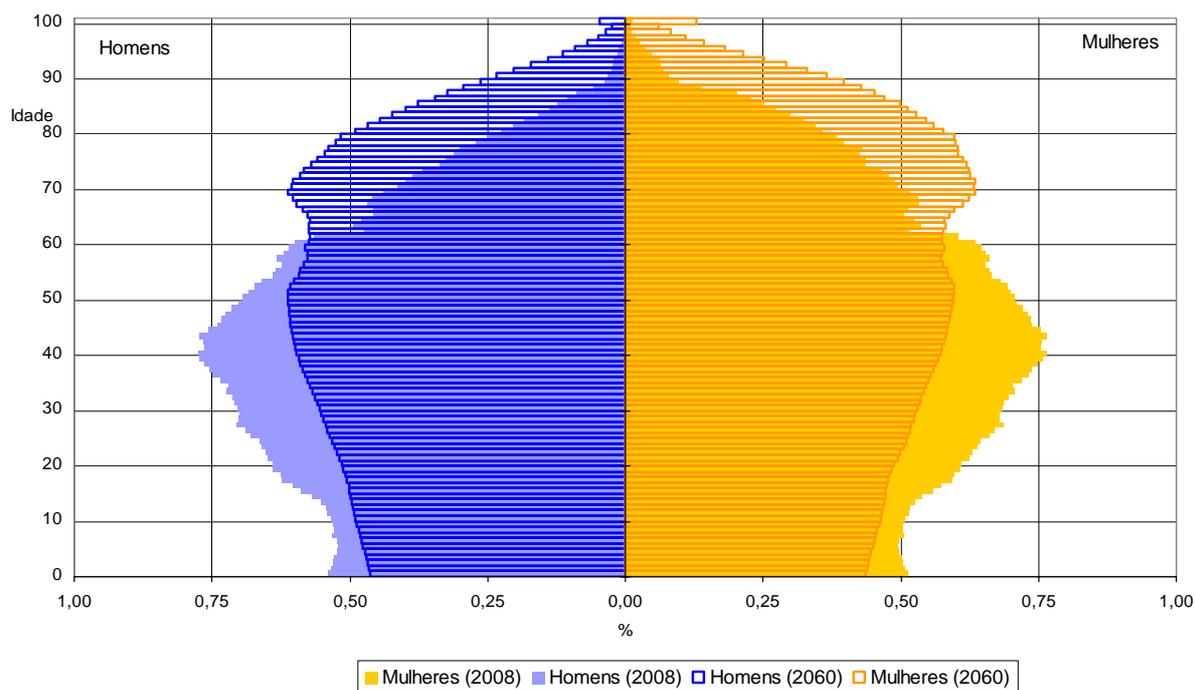


Gráfico 2: Projecção da população 2008 - 2060

Com o envelhecimento da população, é essencial que as pessoas envelheçam em boa saúde. A esperança de vida saudável deve ser maximizada. Não obstante, como as pessoas vivem mais tempo, prevê-se que aumente o número de pessoas mais velhas com uma deficiência grave e necessitando de cuidados de longa duração<sup>6</sup>. Visto que várias afecções crónicas são mais prevalentes na idade avançada, este facto terá implicações para a prestação de cuidados de saúde. Além disso, a procura dos cuidados formais é susceptível de aumentar dada a redução provável da disponibilidade dos prestadores informais, por exemplo, em consequência da alteração das estruturas familiares.

À medida que a população envelhece, o mesmo acontece com a mão-de-obra. Entre 1995 e 2000, o número de médicos com menos de 45 anos em toda a Europa diminuiu 20%, enquanto o número daqueles com idade superior a 45 anos aumentou mais de 50%. Também no pessoal de enfermagem se verifica um aumento da idade, e em cinco Estados-Membros cerca de 50% destes profissionais têm mais de 45 anos<sup>7</sup>. À medida que este pessoal se aproxima da idade da reforma, é necessário contratar trabalhadores mais jovens em número suficiente para os substituir.

A participação das mulheres na mão-de-obra no sector da saúde tem sido, historicamente, importante e tem aumentado. Em geral, as mulheres constituem cerca de três quartos da mão-de-obra no sector da saúde na UE e em alguns Estados-Membros a entrada de mulheres nas escolas de medicina é agora superior a 50%<sup>8</sup>. A promoção de medidas de igualdade entre homens e mulheres nas estratégias de recursos humanos é, por conseguinte, particularmente importante.

<sup>6</sup> OCDE: Tendências das incapacidades graves nos mais idosos DELSA/HEA/WD/HWP (2007).

<sup>7</sup> Observatório de políticas da OMS, 2006.

<sup>8</sup> Observatório de políticas da OMS, 2006.

O Roteiro para a igualdade entre homens e mulheres 2006-2010<sup>9</sup> define um conjunto de acções destinadas a alcançar condições iguais de independência económica e de participação na tomada de decisões para homens e mulheres e propõe várias medidas para melhorar a conciliação entre vida profissional, familiar e privada.

A chave para manter uma mão-de-obra suficiente, face à partida para a reforma iminente da geração do «baby boom», é educar, recrutar e reter jovens profissionais, reinvestindo ao mesmo tempo na mão-de-obra mais madura.

**Factores influenciadores e áreas possíveis para acção:**

- Avaliar os níveis de despesas na mão-de-obra no sector da saúde
- Assegurar melhores condições de trabalho para os trabalhadores no sector da saúde, aumentando a motivação e o estado de espírito do pessoal
- Considerar campanhas de recrutamento e formação, tirando partido em particular do crescimento na proporção de indivíduos no local de trabalho com mais de 55 anos e os que já não têm compromissos familiares
- Organizar práticas de gestão das doenças crónicas e de prestação de cuidados de longa duração mais perto de casa ou num contexto comunitário
- Prever uma implantação mais eficaz da mão-de-obra disponível no sector da saúde
- Considerar campanhas de «regresso ao trabalho» para atrair de volta os que abandonaram a mão-de-obra no sector da saúde
- Promover mais diversidade social e étnica no recrutamento
- Aumentar a sensibilização nas escolas para a grande gama de carreiras nos sectores dos cuidados e da saúde

#### **4.2. Capacidades em termos de Saúde Pública**

A função de saúde pública consiste numa gama de actividades diversas para proteger e melhorar a saúde da população em geral, combater as desigualdades em matéria de saúde e responder às necessidades dos grupos desfavorecidos e vulneráveis. As tarefas incluem a execução de avaliações das necessidades de saúde e de impacto na saúde tendo em vista o planeamento de serviços, a prevenção das doenças (por exemplo através de programas de vacinação e rastreio), a promoção da saúde e a educação para a saúde, a garantia do abastecimento de sangue, a vigilância epidemiológica e o planeamento e resposta a ameaças para a saúde resultante de surtos de doenças infecciosas, pandemias e desastres de origem humana e natural, incluindo os decorrentes de alterações climáticas.

A promoção da saúde e a prevenção das doenças não são apenas importantes por si mesmas, mas podem significativamente reduzir a procura futura de tratamento e serviços de cuidados de saúde. A mão-de-obra no sector da saúde pública na UE deve ser capaz de dispor de competências adequadas e ter capacidade suficiente para poder exercer eficazmente estas actividades, factor que tem de se reflectir nos planos de formação e recrutamento.

A saúde relacionada com o local de trabalho irá requerer uma abordagem especial visto que a segurança e a saúde no trabalho são determinantes importantes para a saúde pública global.

---

<sup>9</sup> COM(2006) 92.

Problemas como os acidentes de trabalho têm de continuar a ser abordados mas novas considerações, como as mudanças dos ritmos de trabalho, as novas tecnologias no trabalho, o equilíbrio entre vida privada e profissional, a mobilidade do emprego e o stress relacionado com o local de trabalho, requerem uma abordagem especial da saúde no trabalho enquanto determinantes importantes da saúde pública global. A recentemente adoptada estratégia de segurança e saúde no trabalho 2007-2012 (COM (2007)62) define um conjunto de objectivos ambiciosos que os Estados-Membros da UE acordaram em aceitar e apoiar. No entanto, alcançar estes objectivos depende em grande medida da disponibilidade da mão-de-obra especializada, tais como médicos e enfermeiros de saúde ocupacional e inspectores de saúde e segurança.

**Factores influenciadores e áreas possíveis para acção:**

- Reforçar a capacidade de rastreio, promoção da saúde e prevenção de doenças
- Recolher melhor informação sobre necessidades de saúde reais e potenciais da população a fim de planear o desenvolvimento futuro da mão-de-obra no sector da saúde pública
- Promover vocações científicas nas escolas mediante o destaque de opções de carreira em empregos menos conhecidos de saúde pública (biólogos, epidemiologistas, etc.)
- Dar à agência para segurança e saúde no trabalho (OSHA) mais visibilidade nos Estados-Membros mediante a publicitação da sua existência directamente nos locais de trabalho
- Promover o trabalho de médicos de medicina do trabalho e dar incentivos aos médicos para aderirem a esta área

#### **4.3. Formação**

A capacidade de formação é também uma questão a ser considerada como parte do planeamento relativo ao pessoal. Se são necessários mais médicos, enfermeiros e outro pessoal, será preciso criar mais vagas nas universidades ou escolas de formação e mais pessoal docente, o que exigirá planeamento e investimento.

Os Estados-Membros terão de avaliar que tipos de competências especializadas serão necessárias, tendo em conta a alteração dos tratamentos médicos com a introdução de novas tecnologias, os efeitos do envelhecimento da população no modelo das doenças e o aumento dos pacientes idosos com múltiplas afecções crónicas. Um problema específico é que as viagens e a mobilidade crescentes aumentaram igualmente o risco de propagação de doenças até aqui mais prevalentes em países tropicais. Este facto está a criar novas necessidades de formação para os médicos e para os indivíduos envolvidos na vigilância de doenças transmissíveis.

**Factores influenciadores e áreas possíveis para acção:**

- Assegurar que os cursos de formação são concebidos para ter em conta as necessidades especiais de pessoas com deficiências (devem receber cuidados

com a mesma qualidade que os pacientes não deficientes e receber os serviços de saúde específicos de que necessitam<sup>10)</sup>

- Concentrar-se no desenvolvimento profissional contínuo dos profissionais de saúde (DPC). Actualizar as competências profissionais melhora a qualidade dos resultados de saúde e garante a segurança dos doentes
- Desenvolver cursos de formação para incentivar o regresso à mão-de-obra dos trabalhadores mais maduros.
- Dar formação em gestão aos profissionais de saúde
- Fomentar a cooperação entre os Estados-Membros na gestão do *numerus clausus* para trabalhadores no sector da saúde e permitir-lhes maior flexibilidade
- Desenvolver possibilidades de formação linguística para auxiliar à mobilidade potencial
- Criar um mecanismo da UE como, por exemplo, um observatório da mão-de-obra no sector da saúde que assistiria os Estados-Membros no planeamento da capacidade futura da mão-de-obra, das necessidades de formação e da aplicação dos desenvolvimentos tecnológicos.

#### 4.4. Gerir a mobilidade dos trabalhadores no sector da saúde na UE

A livre circulação de pessoas é uma das liberdades fundamentais consagradas no direito comunitário. A livre circulação de trabalhadores está prevista no artigo 39.º do Tratado CE e é aprofundada no Regulamento (CE) n.º 1612/68<sup>11)</sup>: prevê o direito de os cidadãos da UE trabalharem noutro Estado-Membro como empregados ou funcionários públicos. O direito de estabelecimento é consagrado no artigo 43.º, que estabelece o direito de trabalhar como trabalhador por conta própria noutro Estado-Membro. O artigo 49.º consagra o direito à livre prestação de serviços. O Regulamento (CEE) n.º 1408/71 e o Regulamento de execução (CEE) n.º 574/72<sup>12)</sup> coordenam os vários regimes de segurança social no sentido de facilitar este direito fundamental de livre circulação. Os cidadãos da UE também têm o direito de estudar noutros Estados-Membros nas mesmas condições que os cidadãos nacionais.

A Directiva 2005/36/CE prevê o reconhecimento das qualificações profissionais com vista ao estabelecimento noutro Estado-Membro e à facilitação da prestação de serviços transfronteiriços num Estado-Membro que não o de estabelecimento. A directiva introduziu também um requisito para as autoridades competentes dos Estados-Membros hospedeiro e de origem de trocar informações relativas a medidas disciplinares ou sanções criminais aplicadas ou qualquer outra circunstância grave e específica. À margem do quadro regulamentar, foram

---

<sup>10)</sup> Tal como previsto no artigo 35.º da Convenção das Nações Unidas sobre os direitos das pessoas com deficiência, assinada por todos os Estados-Membros e pela Comunidade Europeia.

<sup>11)</sup> Regulamento (CEE) n.º 1612/68 do Conselho, de 15 de Outubro de 1968, relativo à livre circulação dos trabalhadores na Comunidade.

<sup>12)</sup> Regulamento (CEE) n.º 1408/71 do Conselho, de 14 de Junho de 1971, relativo à aplicação dos regimes de segurança social aos trabalhadores assalariados, aos trabalhadores não assalariados e aos membros da sua família que se deslocam no interior da Comunidade; Regulamento (CEE) n.º 574/72 do Conselho, de 21 de Março de 1972, que estabelece as modalidades de aplicação do Regulamento (CEE) n.º 1408/71, relativo à aplicação dos regimes de segurança social aos trabalhadores assalariados, aos trabalhadores não assalariados e aos membros da sua família que se deslocam no interior da Comunidade.

postas em prática algumas iniciativas ligadas com a mobilidade dos profissionais de saúde por organizações profissionais, como a iniciativa «Profissionais de Saúde Transfronteiriços» e a iniciativa-piloto do Cartão de Profissional de Saúde, que têm as duas como objectivo a melhoria do acesso à informação quando sejam colocadas questões relativas à conduta. O progresso destas iniciativas terá de ser mantido em revisão permanente.

A livre circulação de estudantes e trabalhadores ajuda a assegurar que os profissionais de saúde se deslocam para onde são mais necessários. Mas os profissionais de saúde deslocam-se por uma série de razões - para alcançar melhores oportunidades de carreira e formação ou por melhores salário e condições de trabalho. A mobilidade pode afectar – positiva ou negativamente - as disparidades internas e entre em países. Neste contexto, alguns Estados-Membros podem não estar dispostos a correr o risco de investir na formação de mais profissionais de saúde se se verificar pouca retenção e um fraco retorno do investimento.

A resposta aos efeitos do aumento da mobilidade não passa pela introdução de restrições jurídicas à livre circulação de estudantes e trabalhadores mas sim pela abordagem destas questões através das políticas adequadas e de modo coordenado com as autoridades da UE e com outros Estados-Membros. O aumento da mobilidade da mão-de-obra pode, assim, obrigar os gestores da mão-de-obra a nível local e/ou nacional a rever a adequação das suas medidas de recrutamento e de desenvolvimento profissional.

Os cidadãos têm também direito ao acesso aos cuidados de saúde noutros Estados-Membros. A directiva proposta de cuidados de saúde transfronteiriços tem por finalidade garantir a aplicação de princípios comuns aos cuidados de saúde transfronteiriços na UE. Um pilar da directiva é o da realização do potencial da cooperação europeia em áreas onde esta é útil, incluindo em regiões fronteiriças, através de redes de referência europeias de centros especializados, de uma rede europeia para a avaliação das tecnologias da saúde ou da saúde electrónica.

Factores influenciadores e áreas possíveis para acção:

- Fomentar acordos bilaterais entre os Estados-Membros para tirar partido de quaisquer excedentes de médicos e enfermeiros
- Investir para formar e recrutar pessoal de saúde suficiente para alcançar a auto-suficiência a nível comunitário
- Incentivar acordos transfronteiriços sobre formação e intercâmbio de pessoal, que podem ajudar a gerir o fluxo de saída dos trabalhadores no sector da saúde respeitando, ao mesmo tempo, a legislação comunitária
- Promover o movimento «circular» de pessoal (ou seja, pessoal que se desloca para outro país para formação e/ou aquisição de experiência e que regressa aos seus países de origem com conhecimentos e competências adicionais)
- Criar um fórum ou plataforma a nível da UE onde os gestores pudessem trocar experiências

#### 4.5. Migração global de trabalhadores no sector da saúde

A escassez de trabalhadores no sector da saúde é global mas o problema é mais agudo na África subsariana, onde atingiu um nível crítico<sup>13</sup>. A escassez é agravada pelo aumento da procura e da concorrência de pessoal médico e de enfermagem no mundo desenvolvido.

A acção na UE em matéria de saúde tem implicações importantes na política externa e de desenvolvimento da UE. A menos que a UE tome as medidas adequadas para produzir e reter os seus próprios trabalhadores do sector da saúde em número suficiente, não é provável que o impacto negativo da migração para os sistemas de saúde dos países em desenvolvimento diminua<sup>14</sup>.

A Estratégia de acção da UE relativa à escassez de recursos humanos no sector da saúde nos países em desenvolvimento<sup>15</sup>, adoptada em Dezembro de 2005, e o Programa europeu de acção para fazer face à escassez crítica de profissionais da saúde nos países em desenvolvimento 2007-2013<sup>16</sup>, adoptado um ano mais tarde, reconheceram que a UE tem a responsabilidade de criar as condições necessárias para cumprir o seu próprio objectivo de prestar cuidados de saúde de elevada qualidade sem dar origem a um impacto negativo na situação de países que não pertencem à UE.

A UE está a desenvolver uma política de imigração comum<sup>17</sup>, que inclui abordagens destinadas a evitar colocar em risco as perspectivas de desenvolvimento de países terceiros através, por exemplo, do aumento da «fuga de cérebros», em vez da promoção da migração circular. Estes aspectos são parte integrante da Abordagem Global da Migração<sup>18</sup>. Além disso, em 2007, a Comissão apresentou uma proposta de directiva destinada a facilitar a admissão na UE de migrantes altamente qualificados<sup>19</sup>. Nesta proposta, está prevista uma cláusula que exige especificamente o recrutamento ético em sectores, como é o caso do sector da saúde, que tenham falta de pessoal.

Durante a última década, foram produzidos códigos de boas práticas para o recrutamento ético, que têm por objectivo reduzir o impacto negativo dos fluxos de migração para os sistemas de cuidados de saúde vulneráveis em países em desenvolvimento. O Reino Unido possui um código de práticas para o recrutamento internacional<sup>20</sup> e a Noruega<sup>21</sup> e os Países Baixos<sup>22</sup> definiram ambas estratégias de mão-de-obra que incluem políticas de recrutamento ético, através da fixação de limites para o recrutamento estatal activo, ou da promoção do recrutamento através de acordos bilaterais. Em 2008, a nível da UE, o comité europeu do diálogo social no sector hospitalar, composto pela HOSPEEM e pelo EPSU que agem como parceiros sociais europeus, adoptou um «Código de conduta e de acompanhamento para o

---

<sup>13</sup> Assiste-se a uma escassez crítica de mão-de-obra no sector da saúde em 57 países, 36 dos quais se encontram em África.

<sup>14</sup> Não são apenas os que se encontram nos países em desenvolvimento que migram: há médicos e enfermeiros que abandonam a UE para assumir cargos por exemplo nos EUA, Canadá, Austrália e Nova Zelândia.

<sup>15</sup> COM(2005) 642.

<sup>16</sup> COM(2006) 870.

<sup>17</sup> Ver COM(2008) 359 sobre «Uma política comum de imigração para a Europa: princípios, acções e instrumentos».

<sup>18</sup> Ver COM(2006)735 e COM(2007)247.

<sup>19</sup> COM (2007) 637 final. Ao mesmo tempo, foi adoptada uma proposta (COM(2007) 638) de outra directiva sobre o procedimento de pedido único e direitos comuns para os trabalhadores de países terceiros que residem legalmente num Estado-Membro.

<sup>20</sup> [www.nhsemployers.org](http://www.nhsemployers.org)

<sup>21</sup> (Recrutamento de trabalhadores no sector da saúde: em direcção à solidariedade global) 2007.

<sup>22</sup> «Working on Care», Plano de acção para 2007.

recrutamento e a retenção éticos transfronteiriços»<sup>23</sup>, que tem por objectivo promover comportamentos éticos e pôr termo às práticas não éticas no recrutamento transfronteiriço de trabalhadores no sector da saúde.

A UE assumiu o compromisso de desenvolver um código de conduta para o recrutamento ético de trabalhadores do sector da saúde de países que não sejam membros da UE e de tomar medidas para minimizar os impactos negativos e maximizar os positivos para os países em desenvolvimento resultantes da emigração destes trabalhadores para a UE<sup>24</sup>. A necessidade de cumprir estes compromissos é reiterada no relatório intercalar sobre a aplicação do Plano de Acção adoptado em Setembro de 2008<sup>25</sup>.

#### **Factores influenciadores e áreas possíveis para acção:**

- Colocar em vigor um conjunto de princípios para orientar o recrutamento de trabalhadores do sector da saúde de países em vias de desenvolvimento e introduzir métodos de monitorização
- Apoiar a OMS no seu trabalho de desenvolvimento de um código de conduta global para o recrutamento ético
- Estimular acordos bilaterais e multilaterais com países de origem e desenvolver mecanismos para apoiar a migração circular<sup>26</sup>

#### **4.6. Dados de apoio à tomada de decisões**

Todas as questões descritas colocam desafios aos indivíduos ligados à concepção, ao funcionamento e à gestão dos sistemas dos cuidados de saúde. A situação torna-se mais difícil devido à falta de dados e informação actualizados e comparáveis, por exemplo, sobre o número de trabalhadores no sector da saúde, em formação e em actividade, as suas especializações, dispersão geográfica, idade, sexo e país de proveniência. Dado que a escassez numa parte da Europa pode ter um impacto noutra parte, as informações a nível da Europa são um elemento importante na concepção e prestação de serviços de saúde para todas as autoridades de saúde na UE.

Um relatório de 2006 elaborado para a OMS<sup>27</sup>, englobando 5 países estudados – Estónia, Alemanha, Lituânia, Polónia e Reino Unido – concluiu que nenhum deles estava em medida de fornecer informações exactas e completas sobre os fluxos internacionais dos profissionais de saúde. A medida mais comum do fluxo é feita através dos certificados emitidos pelas autoridades competentes («verificações»). Conseguiu-se deste modo uma medida anual geral

<sup>23</sup> [www.hospeem.eu/content/download/313/1631/version/2/file/EPSU-](http://www.hospeem.eu/content/download/313/1631/version/2/file/EPSU-)

<sup>24</sup> Parlamento Europeu: Estratégia de acção da UE relativa à escassez de recursos humanos no sector da saúde nos países em vias de desenvolvimento, e COM(2006)870, Comunicação da Comissão ao Parlamento Europeu e ao Conselho - Programa europeu de acção para fazer face à escassez crítica de profissionais da saúde nos países em desenvolvimento (2007-2013)

<sup>25</sup> SEC(2008) 2476

<sup>26</sup> A migração circular refere-se ao movimento de pessoal que se desloca para outro país para formação e/ou aquisição de experiência e que regressa aos seus países de origem com conhecimentos e competências adicionais. Os incentivos de atracção poderão assumir a forma de um percurso de carreira acordado, por forma a que a pessoa que regressa assuma um posto e receba um salário que reconheça a experiência adquirida.

<sup>27</sup> Migração dos trabalhadores da saúde na região europeia: Estudo de casos por país e implicações políticas, Buchan J, Perfilieva G.

do número de profissionais que consideraram deslocar-se para outro país, mas nem todos o fizeram na realidade e outros podem solicitar os certificados mais do que uma vez. Por exemplo, o relatório sobre a Estónia refere que dos 344 médicos que solicitaram certificados, apenas 182 emigraram de facto.

A Comissão Europeia recolhe dados sobre as decisões de reconhecimento de qualificações abrangidas pelos sistemas sectoriais de reconhecimento. Estes dados estão resumidos no seguinte sítio Web:

[http://ec.europa.eu/internal\\_market/qualifications/regprof/index.cfm](http://ec.europa.eu/internal_market/qualifications/regprof/index.cfm).

Demonstram a deslocação para outro Estado-Membro ou a intenção de aí exercer. No entanto, visto que não existe mais informação sobre se o profissional assumiu, de facto, um posto noutra Estado-Membro, se se mudou para um país terceiro ou se regressou ao país de origem, estes dados apenas podem ser utilizados como uma aproximação na falta de informação mais pormenorizada.

Outros dados recolhidos pelo EUROSTAT sobre os números de profissionais do sector da saúde têm por base aquilo que os diferentes Estados-Membros recolhem. Estes dados estão disponíveis no seguinte sítio Web:

[http://ec.europa.eu/health/ph\\_information/dissemination/echi/echi\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/ph_information/dissemination/echi/echi_en.htm).

Além disso, está em curso um projecto da OCDE apoiado pela UE sobre a migração de médicos e enfermeiros nos países da OCDE/UE 25, que, no futuro, examinará igualmente outros profissionais do sector da saúde. Este projecto facultará informação útil, mas não pode assegurar a comparabilidade completa dos dados utilizados devido aos processos de registo divergentes e às diferenças entre os Estados-Membros em termos do grau de recolha central de dados.

Em Novembro de 2006, a Rede Europeia das Migrações (REM)<sup>28</sup> levou a cabo um estudo sobre a gestão da migração no sector da saúde envolvendo 11 dos seus pontos nacionais de contacto. Constatou que os dados, em especial sobre os trabalhadores do sector da saúde nacionais de países terceiros que trabalham na UE, eram limitados e frequentemente provenientes de várias fontes, até no interior do mesmo Estado-Membro.

#### **Factores influenciadores e áreas possíveis para acção:**

- Harmonizar ou normalizar os indicadores da mão-de-obra no sector da saúde
- Criar sistemas para monitorizar os fluxos de trabalhadores no sector da saúde
- Garantir a disponibilidade e a comparabilidade dos dados sobre a mão-de-obra no sector da saúde, nomeadamente com vista a determinar os movimentos precisos de grupos específicos da mão-de-obra

#### **5. IMPACTO DAS NOVAS TECNOLOGIAS: MELHORAR A EFICIÊNCIA DA MÃO-DE-OBRA NO SECTOR DA SAÚDE**

O progresso em termos de cuidados de saúde depende dos avanços científicos e tecnológicos. As novas tecnologias afectam o que pode ser alcançado e a forma como os cuidados de saúde são organizados e prestados. As novas tecnologias permitem agora a trabalhadores no sector

---

<sup>28</sup> <http://emn.sarenet.es/>

da saúde partilhar informação mais facilmente e trabalhar em conjunto mais estreitamente, melhorando os cuidados globais. Para certas doenças e pacientes, a tecnologia pode permitir transferir a maioria dos cuidados dos hospitais para ambientes de cuidados comunitários e primários e mesmo para os domicílios dos pacientes, o que pode melhorar a qualidade de vida e contribuir para uma melhor utilização de recursos.

A curto prazo, as novas tecnologias como a telemedicina, pode garantir uma melhor cobertura em termos de cuidados de saúde em zonas remotas ou em zonas com escassez de trabalhadores no sector da saúde. Por exemplo, existem zonas na UE onde a telemedicina permite oferecer serviços de diagnóstico à distância e o diagnóstico à distância dos resultados de uma mamografia contribui para melhorar o acesso e os serviços prestados ao paciente.

A introdução de novas tecnologias exige que os trabalhadores no sector da saúde sejam correctamente formados e, se necessário, reconvertidos, por forma a poderem utilizá-las. Além disso, será igualmente necessário ganhar a aceitação da mão-de-obra no sector da saúde para a sua utilização, o que pode por vezes perturbar métodos de trabalho e estruturas estabelecidos. A comunicação da Comissão sobre os benefícios da telemedicina para os pacientes, a sociedade e a economia propõe um quadro europeu que permitirá enfrentar alguns destes desafios.

**Factores influenciadores e áreas possíveis para acção:**

- Assegurar uma formação adequada para permitir aos profissionais do sector da saúde uma melhor utilização das novas tecnologias
- Tomar medidas de incentivo à utilização das novas tecnologias da informação
- Assegurar a interoperabilidade das novas tecnologias da informação
- Assegurar uma melhor distribuição das novas tecnologias na UE

## **6. O PAPEL DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE ENQUANTO EMPRESÁRIOS**

Alguns profissionais de saúde, como médicos, psicólogos, dentistas, pediatras, fisioterapeutas e ergoterapeutas, trabalham como empresários dirigindo os seus próprios consultórios ou centros médicos e empregam pessoal. As políticas da Comissão para melhorar o ambiente empresarial na Europa e apoiar e fomentar o espírito empresarial têm um impacto nestas actividades. Foi publicada uma recente comunicação da Comissão sobre «As pequenas e médias empresas (PME) enquanto factores decisivos para estimular o crescimento e o emprego. Avaliação intercalar da política moderna para as PME» (4 de Outubro de 2007), que reconhece a importância do contributo das PME para a prossecução dos objectivos da Estratégia de Lisboa – promover o crescimento económico e criar novos e melhores empregos. Estes empresários podem contribuir para o reforço do crescimento da Europa e agir como impulsionadores da inovação, desenvolvimento local, formação e emprego, bem como contribuir para melhorar o acesso aos cuidados de saúde.

O *Small Business Act* (SBA) é um elemento-chave da estratégia da UE para o crescimento e o emprego (Comunicação da Comissão ao Parlamento Europeu, ao Conselho, ao Comité Económico e Social Europeu e ao Comité das Regiões - «*Think Small First*» Um «*Small Business Act*» para a Europa - COM (2008)394). Inclui um conjunto de princípios comuns para guiar as políticas das PME, assim como propostas de acção para colocar os princípios na prática. Concentra-se na promoção do espírito empresarial, na integração o princípio «*Think Small First*» na definição de políticas e no apoio ao crescimento das PME.

**Factores influenciadores e áreas possíveis para acção:**

- Incentivar mais empresários a entrar no sector da saúde a fim de melhorar o planeamento da prestação de cuidados de saúde e criar novos empregos
- Examinar os obstáculos à actividade empresarial no sector da saúde

**7. A POLÍTICA DE COESÃO**

O desenvolvimento da mão-de-obra no sector da saúde na UE está também associado à política de coesão. Ao abrigo do quadro jurídico actual, é possível utilizar os Fundos Estruturais para desenvolver a mão-de-obra no sector da saúde. As Orientações Estratégicas Comunitárias relativas à Coesão, que definem as prioridades para os fundos estruturais para o período 2007-2013, contêm uma secção que descreve o objectivo de «Contribuir para manter uma população activa saudável». O regulamento relativo ao Fundo Social Europeu (FSE), de Julho de 2006, (Regulamento (CE) n.º 1081/2006) identifica o prolongamento da vida activa e uma «melhor saúde» como duas das áreas prioritárias do FSE. Neste contexto, alguns Estados-Membros (na sua maioria, os mais recentes) planeiam um investimento importante na educação e formação de profissionais da saúde com recurso ao FSE. Além disso, o Fundo Europeu de Desenvolvimento Regional investirá cerca de 5 200 milhões de euros na infra-estrutura da saúde. A utilização eficiente dos Fundos Estruturais para melhorar as qualificações e as competências da mão-de-obra no sector da saúde e desenvolver a infra-estrutura da saúde pode contribuir de forma eficaz para a melhoria das condições de trabalho e para o aumento da qualidade dos serviços de saúde, reduzindo, assim, as discrepâncias em termos de saúde e reforçando a coesão entre os Estados-Membros e a nível nacional.

**Factores influenciadores e áreas possíveis para acção:**

- Aumentar a utilização do apoio oferecido pelos fundos estruturais para formar e reconverter profissionais do sector da saúde
- Melhorar a utilização dos fundos estruturais para o desenvolvimento da mão-de-obra no sector da saúde
- Aumentar a utilização dos fundos estruturais para as infra-estruturas a fim de melhorar as condições de trabalho

**8. CONSULTA**

A Comissão Europeia apela a todas as organizações interessadas para que transmitam as respostas às questões suscitadas no presente Livro Verde, até 31 de Março de 2009, de preferência para o seguinte endereço de correio electrónico: [SANCO-health-workforce@ec.europa.eu](mailto:SANCO-health-workforce@ec.europa.eu)

ou para o seguinte endereço:

**Comissão Europeia, B-1049 Bruxelas, Bélgica**

Salvo declaração em contrário, os serviços da Comissão partirão do princípio de que os inquiridos não levantam objecções a que as suas respostas, ou partes delas, sejam publicadas no sítio Web da Comissão e/ou citadas em relatórios que analisem os resultados do processo de consulta.