



COMMISSIE VAN DE EUROPESE GEMEENSCHAPPEN

Brussel, 12.12.2005
COM(2005) 642 definitief

**MEDEDELING VAN DE COMMISSIE AAN DE RAAD EN HET EUROPEES
PARLEMENT**

**EU Strategy for Action on the Crisis in Human Resources for Health in Developing
Countries**

INHOUDSOPGAVE

1.	Inleiding	3
2.	Regionale aspecten van het tekort aan gezondheidswerkers.....	4
3.	Analyse van de belangrijkste problemen	5
4.	Mogelijkheden voor Europese acties	8
5.	Financiering.....	9
6.	Volgende stappen.....	10
	ANNEX 1	12
	ANNEX 2.....	13

MEDEDELING VAN DE COMMISSIE AAN DE RAAD EN HET EUROPEES PARLEMENT

EU Strategy for Action on the Crisis in Human Resources for Health in Developing Countries

1. INLEIDING

In mei 2005 hechtte de Europese Commissie haar goedkeuring aan de mededeling “Een Europees actieprogramma voor externe maatregelen tegen HIV/aids, malaria en tuberculose” (COM (2005) 179). In dit actieprogramma werd geconstateerd dat het tekort aan gezondheidswerkers in arme landen een belangrijke hinderpaal vormt voor de bestrijding van deze drie ziekten en voor de verwezenlijking van MDG (millenniumdoelstelling voor ontwikkeling) 4, 5 en 6. De Raad schaarde zich op 24 mei 2005 achter het actieplan en vroeg de Commissie in een mededeling innovatieve oplossingen voor het tekort aan gezondheidswerkers te formuleren.

Het tekort aan gezondheidswerkers doet zich wereldwijd voor: in 75 landen zijn er minder dan 2,5 gezondheidswerker per 1000 inwoners, wat het minimumaantal is voor het verstrekken van basisgezondheidszorg **(1)**. De oorzaken van dit tekort zijn complex en hebben betrekking op interne en externe factoren, waaronder gebrek aan opleiding, slechte arbeidsomstandigheden en het feit dat gezondheidswerkers wegtrekken uit de gebieden met de grootste behoeften om te profiteren van betere beroepsmogelijkheden in stedelijke gebieden, rijkere buurlanden of landen met meer mogelijkheden en er geen middelen zijn om deze migratie tegen te gaan. De migratie van geschoolde werknemers, die van invloed is op veel ontwikkelingsaspecten, wordt besproken in twee mededelingen van de Commissie over migratie. In de eerste mededeling **(2)** wordt het effect van migratie op ontwikkeling besproken, in de tweede **(3)** worden concrete ideeën beschreven om de negatieve invloed van de migratie van geschoolde werknemers te minimaliseren en de opbouw van het menselijk potentieel te bevorderen. Deze mededeling over gezondheidswerkers bouwt voort op deze concrete ideeën.

In Afrika is het tekort aan gezondheidswerkers het grootst. Deze mededeling sluit aan bij de EU-strategie voor Afrika **(4)**, waarin maatregelen worden voorgesteld om sneller vooruitgang te boeken bij de verwezenlijking van de MDG's door mensen centraal te stellen bij ontwikkeling. De problemen in Afrika weerspiegelen het mondiale tekort aan gezondheidswerkers; ook in andere regio's zijn er problemen. Azië, waar veel gezondheidswerkers worden opgeleid, die vervolgens naar elders vertrekken, kent intern grote problemen wat betreft de verdeling van gezondheidswerkers, waardoor de toegankelijkheid van de gezondheidszorg voor arme bevolkingsgroepen afneemt. In het Caribisch gebied wordt de kwaliteit van de dienstverlening bedreigd doordat gezondheidswerkers naar de Verenigde Staten verhuizen.

In deze mededeling wordt de coherente en gecoördineerde respons van de Europese Unie en de Europese Commissie beschreven in verband met het geplande

actiedecennium met betrekking tot gezondheidswerkers zoals voorgesteld door de 57^e Wereldgezondheidsvergadering (resolutie 57.19), dat in 2006 van start zal gaan.

2. REGIONALE ASPECTEN VAN HET TEKORT AAN GEZONDHEIDSWERKERS

In het rapport van het Joint Learning Initiative over gezondheidswerkers in Afrika (5) wordt de omvang van het probleem beschreven. Het tekort is het grootst in Afrika, waar de millenniumdoelstellingen voor ontwikkeling het langzaamst worden verwezenlijkt. In sommige landen gaat de gezondheidssituatie achteruit (naar schatting is tussen 1970 en 1999 de levensverwachting in 17 Afrikaanse landen gedaald (6)). Uit het JLI-rapport blijkt dat Afrika de zwaarste ziektelast per hoofd van de bevolking heeft (25% van de totale ziektelast voor minder dan 10% van de wereldbevolking) en desalniettemin het kleinste aantal gezondheidswerkers (0,8 per 1000 inwoners tegen 10,3 per 1000 inwoners in Europa). Tegelijkertijd heeft 80% van de bevolking geen toegang tot sociale zekerheid. Naast het aantal gezondheidswerkers zijn ook de kwaliteit en de productiviteit van het aanwezige personeel een punt van zorg (7).

Het verloop onder gezondheidswerkers is hoog, er zijn geen goede arbeidsmogelijkheden, de sociale zekerheid is gebrekkig, er zijn te weinig premies, met name voor mensen die werken in onderbezette gebieden of met arme mensen, terwijl de vraag naar gezondheidswerkers groot is; hierdoor is een ernstige crisis ontstaan in de gezondheidszorg voor de armen. Daarom moet in het bijzonder aandacht worden besteed aan goede opleiding en het bevorderen van goede arbeidsomstandigheden en carrièremogelijkheden, als we willen dat de mondialisering een positief effect heeft op de armoedebestrijding en dat de negatieve gevolgen voor arme mensen zo klein mogelijk zijn (8).

In sommige landen worden meer gezondheidswerkers opgeleid, maar vooral voor de export. India, de Filippijnen, Cuba en in toenemende mate Indonesië en China spelen in op de grote internationale vraag naar gezondheidswerkers door meer gezondheidswerkers op te leiden en hun emigratie te stimuleren. Dit beleid wordt soms voortgezet ondanks binnenlandse tekorten en onvoldoende gezondheidszorg voor de armen (de Filippijnen, waar een goed georganiseerd migratiebeleid loopt, zijn de grootste bron van erkende verpleegkundigen die in het buitenland werken, hoewel hele verpleegafdelingen in eigen land leeglopen, waardoor ziekenhuizen met een personeelstekort kampen. Inmiddels scholen artsen zich om tot verpleegkundigen om te kunnen emigreren en een beter betaalde baan te nemen, met name in de Verenigde Staten (9)).

Er is een mondiale markt voor gezondheidswerkers, maar deze markt is verstoord omdat hij wordt bepaald door een gebrek aan evenwicht tussen de gezondheidszorgvoorzieningen en het vermogen om medisch personeel te betalen, in plaats van door de behoeften aan gezondheidszorg en de ziektelast.

Het huidige tekort aan gezondheidswerkers is een acuut symptoom van een chronisch probleem: door HIV/aids en de uitvoering van ambitieuze programma's voor de bestrijding van aan armoede gerelateerde ziekten zijn de structurele zwakheden in de gezondheidszorg duidelijk geworden. De internationale gemeenschap heeft beloofd sneller vooruitgang te boeken in de verwezenlijking van de millenniumdoelstellingen

voor ontwikkeling, maar ziet zich geplaagd voor een beperkte capaciteit aan medisch personeel. De MDG's kunnen moeilijk worden verwezenlijkt als er niet meer wordt geïnvesteerd in medisch personeel. De vraag naar gezondheidswerkers in rijke landen blijft groot: het Joint Learning Initiative schat dat alleen al de Verenigde Staten de komende jaren 1 miljoen gezondheidswerkers extra zullen werven op de internationale markt, waarschijnlijk vooral in arme landen. Als gevolg van inadequaat lange-termijnpersoneelsbeleid en onvoldoende nationale opleidingsprogramma's voor gezondheidswerkers, in combinatie met de vergrijzing in geïndustrialiseerde landen, zullen gezondheidswerkers uit arme landen geworven blijven worden tenzij we deze ongelijkheid daadwerkelijk aanpakken.

Om de vicieuze cirkel van onvoldoende opleiding, een te groot verloop en migratie om te buigen in een gezonde cirkel van investeringen en betere prestaties, is een uitgebreid pakket maatregelen noodzakelijk, gebaseerd op een analyse van de belangrijkste problemen. **Het probleem moet in eerste instantie op het niveau van een land worden aangepakt.** Dit werd erkend in de verklaring van Cairo en het actieprogramma, die werden goedgekeurd tijdens de internationale conferentie over bevolking en ontwikkeling in 1994:

'Of de internationale migratie op lange termijn goed beheerd kan worden, hangt ervan af of het voor mensen een reële optie wordt om in eigen land te blijven. Duurzame economische groei en gelijkheid en dienovereenkomstige ontwikkelingsstrategieën zijn daarvoor noodzakelijk'.

Inspanningen op nationaal niveau moeten worden ondersteund met regionale acties, bijvoorbeeld binnen de geïntegreerde regionale markten in Afrika die het resultaat zullen zijn van de economische partnerschapsovereenkomsten (EPA) en met mondiale acties om een brede coherente internationale respons te ontwikkelen, waarbij de maatschappelijke dimensie van de mondialisering wordt versterkt **(10)**.

3. ANALYSE VAN DE BELANGRIJKSTE PROBLEMEN

In verband met het personeelsbeheer met betrekking tot gezondheidswerkers moeten we kijken naar de input (opleiding), permanente ondersteuning en toezicht (onderhoud) en de toewijzing van personeel, waaronder beheersing van zowel de factoren waardoor mensen niet in hun land willen blijven als de aantrekkingskracht van andere landen. De aanpak van het tekort aan gezondheidswerkers moet aansluiten bij de algemene aanpak van een regering van het openbaar bestuur, waarbij moet worden erkend dat hervormingen of veranderingen in de ene sector gevolgen hebben voor de andere sectoren.

Door jarenlang structureel te weinig te investeren in de opleiding van gezondheidswerkers is de opleidingscapaciteit in veel landen onvoldoende. Een deel van het capaciteitsgebrek wordt veroorzaakt doordat de overheid te weinig in de gezondheidszorg heeft geïnvesteerd in verband met het streven om de onhoudbare stijging van de (periodieke) salariskosten in te dammen. Het aantal goed opgeleide gezondheidswerkers is echter gezakt tot onder het niveau dat noodzakelijk is om de basisdienstverlening te waarborgen en de gezondheidswerkers die wel goed opgeleid zijn, verlaten de gezondheidszorg of het land waar zij opgeleid zijn zonder een wezenlijke bijdrage te hebben geleverd aan de dienstverlening. Van de artsen die

sinds de jaren zestig in Zambia zijn opgeleid, zijn er bijvoorbeeld nog maar vijftig in het land (11).

Of iemand in het land van opleiding blijft of elders gaat werken, wordt bepaald door een aantal factoren (12). Uit een onderzoek naar de motivatie van gezondheidswerkers blijkt dat de grote salarisverschillen tussen rijke en arme landen slechts één aspect vormen van het besluit om van baan te veranderen of te emigreren. Ook andere factoren, zoals het functioneren van de gezondheidszorg en de arbeidsomstandigheden, spelen een rol. Er moet meer worden geïnvesteerd in de gezondheidszorg en de sociale zekerheid willen gezondheidswerkers effectief kunnen bijdragen aan de nationale inspanningen om de gezondheid te verbeteren. Er zijn fundamentele veranderingen nodig in de organisatie van de gezondheidszorg, institutionele normen, de wijze van personeelstoewijzing, prestatiebeheer, toezicht en controle en werkwijzen. Het tekort wordt mogelijk vergroot doordat geen rekening wordt gehouden met man-vrouwvraagstukken. De effectiviteit van het medische personeel kan aanzienlijk dalen wanneer de behoeften van het gezin niet worden erkend, wanneer de situatie voor vrouwen die in afgelegen of potentieel gevaarlijke gebieden werken, onveilig is, wanneer er geen personeelsbestand wordt opgebouwd waarin rekening wordt gehouden met de genderspecifieke behoeften van de patiënten of wanneer de opleiding en inzet van gezondheidswerkers geen evenwichtige samenstelling van mannen en vrouwen kent.

Zolang de internationale vraag naar gezondheidswerkers groot blijft, leidt het opleiden van meer internationaal inzetbare gezondheidswerkers alleen maar tot groei van de exportmarkt. Regulering als methode om de migratie te beperken leidt doorgaans tot hogere migratiekosten voor individuele personen en kan als discriminerend worden gezien; daarnaast is de effectiviteit van deze strategie nauwelijks bewezen. Uit het voorbeeld van Ghana, dat aanzienlijke inspanningen heeft geleverd om gezondheidswerkers in het land te houden of terug te halen, blijkt dat stimulansen om te blijven of terug te keren, bijvoorbeeld betere carrièremogelijkheden en betere arbeidsvoorwaarden en -omstandigheden, meer vruchten afwerpen. **Effectieve stimuleringsregelingen moeten worden gebaseerd op onderzoek, analyse en overleg met gezondheidswerkers.**

Een alternatief voor het opleiden van meer artsen, tandartsen, verpleegkundigen en apothekers is het opleiden van meer gezondheidswerkers op middelbaar en ondersteunend niveau. Ondersteunende gezondheidswerkers kunnen routineproblemen gemakkelijk oplossen, waardoor de werkdruk voor meer gespecialiseerd personeel afneemt. Hun opleiding duurt korter en richt zich op een beperkter pakket vaardigheden en ze zijn internationaal minder mobiel. Het belang van paramedisch personeel is in het verleden te weinig erkend en er is te weinig in geïnvesteerd. Landen zoals Malawi, waar klinisch personeel en medisch assistenten ooit de ruggengraat van de gezondheidszorg vormden, zijn een duidelijk voorbeeld van de rol die paramedisch personeel kan spelen. Opleiding en erkenning van alternatief personeel en realistische carrièreperspectieven zijn cruciaal, maar kunnen controversieel zijn onder de betrokken beroepsgroepen. De uitbreiding van de taken van ondersteunende gezondheidswerkers wordt soms gezien als een bedreiging van de rolverdeling. **Een belangrijk onderdeel van de politieke aanpak van het tekort is het creëren van nauwe banden met beroepsorganisaties en de sociale partners en het vergroten van de betrokkenheid van het maatschappelijk middenveld bij het vinden van innovatieve oplossingen.**

Het is ook cruciaal om de ongelijkheid in de verdeling van gezondheidswerkers aan te pakken. Om ook de arme bevolkingsgroepen toegang te geven tot gezondheidszorg, moet de dienstverlening geografisch en qua aanbod gelijkmatig worden verdeeld in overeenstemming met de samenstelling en de behoeften van de bevolking. Bij de personeelsplanning moet rekening worden gehouden met nationale decentralisatie- of hervormingsplannen, waarbij de verantwoordelijkheid voor de gezondheidswerkers wordt overgeheveld naar subnationaal niveau. Gezondheidswerkers, en met name hoogopgeleiden, neigen ernaar naar stedelijke gebieden te verhuizen, waar ze de mogelijkheid hebben hun lage overheidssalaris aan te vullen met werk in de particuliere sector, waar betere opleidingsmogelijkheden zijn en waar hun gezinsleden beter onderwijs kunnen genieten. **Gezondheidswerkers moeten worden gestimuleerd om te werken waar ze het meest nodig zijn.** Zodra we meer inzicht hebben in de beweegredenen en behoeften van gezondheidswerkers, kunnen secundaire arbeidsvoorwaarden, zoals betere huisvesting, toelagen voor het onderwijs van de kinderen en toeslagen voor werk in afgelegen of onderbezette gebieden, worden overwogen. We kunnen veel leren uit ervaringen met de ontwikkeling van maatregelen om gezondheidswerkers in het land te houden en het is belangrijk op regionaal niveau informatie uit te wisselen.

Mobiliteit van gezondheidswerkers

Gezondheidswerkers verhuizen van het platteland naar de stad, van de publieke naar de particuliere sector, van arme landen naar rijkere landen. Migratie binnen het zuiden zorgt voor een aanzienlijke hersenvlucht, met name in Afrika, maar het is met name migratie vanuit het zuiden naar rijkere landen met een vergrijzende bevolking en uitdijende gezondheidszorgsystemen waarvoor de media en de politiek de meeste belangstelling hebben.

Beweerd wordt dat arme landen op perverse wijze de gezondheidszorg in rijke landen subsidiëren. Volgens berekeningen met betrekking tot de migratie van gezondheidswerkers van Ghana naar het Verenigd Koninkrijk (13) bespaarde de aanwerving van 293 Ghanese artsen en 1021 Ghanese verpleegkundigen in 2003-2004 het Verenigd Koninkrijk 65 miljoen pond voor de opleiding van artsen en 35 miljoen pond voor de opleiding van verpleegkundigen. Ghana verliest daarmee de voor de opleiding gemaakte kosten en blijft achter met een onderbezette gezondheidszorg. De lidstaten die netto-importeurs zijn van gezondheidswerkers, zouden samen moeten werken met de landen van herkomst aan oplossingen waarbij zowel de factoren waardoor mensen niet in hun land willen blijven als de aantrekkingskracht van het andere land worden aangepakt en zij moeten maatregelen om gezondheidswerkers in het land te houden financieel ondersteunen.

De mobiliteit van gezondheidswerkers moet worden aangepakt via zowel brede nationale strategieën als internationale maatregelen. In de gezondheidszorgstrategie van het Nieuwe Partnerschap voor de Ontwikkeling van Afrika (NEPAD) wordt benadrukt dat landen effectief personeelsbeleid in de gezondheidszorg moeten voeren door hun beleid met betrekking tot werkgelegenheid en toewijzing te moderniseren, door flexibele carrièrepaden te ontwikkelen, motiverend toezicht en permanente educatie te bieden en strategieën om gezondheidswerkers te motiveren en in het land te houden te bevorderen.

De invloed van HIV/aids

HIV/aids heeft het tekort aan gezondheidswerkers versterkt. De gezondheid van de bevolking is achteruitgegaan, waardoor de gezondheidszorg zwaarder belast wordt en de gebreken van zwakke gezondheidszorgsystemen bloot komen te liggen. Veel gezondheidswerkers zullen zelf besmet raken of op een of andere manier persoonlijk getroffen worden door HIV/aids. In Swaziland bijvoorbeeld daalt het aantal gezondheidswerkers jaarlijks met 7% netto (50% daarvan als gevolg van HIV-besmetting), maar als Swaziland het aantal mensen dat toegang heeft tot antiretrovirale geneesmiddelen wil vergroten, zijn de komende vijf jaar naar schatting 103 extra artsen nodig, dat is twee keer zoveel artsen als momenteel in het land werkzaam zijn (14). Dit voorbeeld maakt ook een ander probleem in verband met HIV/aids duidelijk, namelijk de potentiële concurrentie tussen gezondheidszorg in verband met HIV/aids en andere cruciale gezondheidszorgdiensten.

Het vergroten van de toegang tot antiretrovirale geneesmiddelen kan ertoe leiden dat gezondheidswerkers worden weggenomen van andere belangrijke gezondheidszorgonderdelen, bijvoorbeeld doordat gezondheidswerkers in overheidsdienst worden aangeworven door NGO's die zich uitsluitend richten op de aanpak van HIV/aids. Het risico bestaat dat de bestrijding van HIV/aids ten koste zal gaan van andere belangrijke onderdelen van de gezondheidszorg. In het kader van het Wereldfonds voor de bestrijding van HIV/aids, malaria en tuberculose (GFATM) is afgesproken investeringen ter versterking van gezondheidszorgsystemen en klinische onderzoekscapaciteit te handhaven en niet alleen de gezondheidszorg in verband met HIV/aids, malaria en tuberculose op te bouwen. Op nationaal niveau moet er goed op gelet worden dat een dergelijke verschuiving in dienstverlening niet plaatsvindt door ervoor te zorgen dat de extra middelen voor de preventie en behandeling van HIV/aids niet ten koste gaan van de bestaande beperkte personele middelen, maar deze juist aanvullen.

4. MOGELIJKHEDEN VOOR EUROPESE ACTIES

Voor Europese acties gelden de beginselen van eigen inbreng van en beheer door het land. Deze worden verder ondersteund door de toezegging van de EU om samenhang in het ontwikkelingsbeleid aan te brengen (15). De EU helpt uit solidariteit de landen die het ergst getroffen zijn door het gebrek aan gezondheidswerkers en erkent dat de aanpak van dit tekort gezamenlijk moet worden aangepakt. De door de EU te ondersteunen maatregelen moeten worden vastgesteld uitgaande van de nationale en regionale behoeften, waarbij politieke samenwerking tot stand wordt gebracht door middel van dialoog en de vaststelling van gezamenlijke doelstellingen.

De EU zal zich op nationaal, regionaal en mondiaal niveau inzetten om het tekort aan gezondheidswerkers in ontwikkelingslanden op te lossen. **Bijlage 2 bevat een veelomvattend pakket maatregelen, die in onderlinge samenhang moeten worden gezien.** De mondiale behoefte aan gezondheidswerkers maakt meervoudige acties op alle drie de niveaus noodzakelijk als we het tekort in de landen die het ergst zijn getroffen willen oplossen.

5. FINANCIERING

Door de Europese toezegging om de doelstelling om voor 2015 0,7% van het BNI aan ODA te besteden sneller te verwezenlijken en door de toezeggingen van de G8 om meer schuldverlichting toe te passen, komen meer middelen voor ontwikkeling beschikbaar. Dit vormt de grootste potentiële bron voor meer investeringen in gezondheidswerkers. De Wereldbank en het NEPAD hebben schattingen gemaakt van de hoeveelheid geld die nodig is om het tekort aan gezondheidswerkers aan te pakken: alleen al voor Afrika zal in 2006 USD 500 miljoen nodig zijn, oplopend naar USD 6 miljard per jaar in 2011 (deze bedragen omvatten de kosten van meer nationale investeringen om 1 miljoen extra gezondheidswerkers voor Afrika te recrutereren, inclusief premies voor werk in plattelands- of afgelegen gebieden, de kosten voor de invoering van een betere verdeling van vaardigheden en efficiëntere inzet van overheids personeel, en de kosten voor opleiding en instandhouding van dit personeelsbestand). Voordat landen hun investeringen kunnen opvoeren, met name als die investeringen gefinancierd worden uit toegenomen hulpstromen, moet duidelijker de garantie worden afgegeven dat de internationale hulp langdurig en voorspelbaar zal zijn en dat de begunstigde landen niet achter zullen blijven met verplichtingen die zij later niet na zullen kunnen komen.

Algemene en sectorale begrotingssteun

Een van de belangrijkste financieringsinstrumenten van de Europese Commissie op het niveau van een land is begrotingssteun. Hiermee wordt de fiscale ruimte gecreëerd die een ministerie van Financiën nodig heeft om nationale financieringsprioriteiten vast te stellen. Begrotingssteun is met name effectief voor periodieke kosten, zoals voor de ontwikkeling van het menselijke potentieel. De Europese Commissie zal een aanzienlijk deel van haar ontwikkelingshulp blijven verstrekken in de vorm van algemene en sectorale begrotingssteun en zal dit mechanisme blijven aanmoedigen als meest effectieve vorm voor het harmoniseren van de donorsteun voor nationale armoedebestrijdingsstrategieën. De Europese Commissie zal de bestaande hulpinstrumenten versterken zodat de steun in toenemende mate langdurig en voorspelbaar wordt. De Commissie erkent dat sectorale begrotingssteun een effectief instrument is voor het versterken van de beleidsdialoog en het harmoniseren van de donorsteun, waaronder projectsteun en financiering voor mondiale initiatieven, in het kader van nationale prioriteiten. **De toezegging van de EU om de omvang van de ontwikkelingshulp te vergroten wordt aangevuld met inspanningen om de steun stabiel en voorspelbaarder te maken.**

De begrotingssteun wordt gekoppeld aan prestatie-indicatoren, dat wil zeggen dat middelen worden uitgekeerd wanneer bepaalde resultaten zijn behaald; dit vormt een stimulans om de op nationaal niveau vastgestelde doelstellingen te verwezenlijken. Indicatoren met betrekking tot de gezondheidszorg en HIV/aids maken vaak deel uit van dergelijke prestatie-indicatoren. **De Europese Commissie blijft steun verlenen aan de ontwikkeling van betere indicatoren om de prestaties van de gezondheidszorg te meten, door middel van deelname aan het Health Metrics Network, en is er voorstander van een indicator met betrekking tot personeelsbeheer op te nemen in de beoordeling van de prestaties van de gezondheidszorg en de toekenning van begrotingssteun.**

De financiële steun van de EU wordt verstrekt overeenkomstig de beginselen van de verklaring van Parijs inzake de doeltreffendheid van steun **(16)**, met het oog op de versterking van de nationale ontwikkelingsstrategieën van het partnerland en de daarmee verband houdende operationele kaders.

6. VOLGENDE STAPPEN

De EU zal er in de beleidsdialoog met landen voor zorgen dat het tekort aan gezondheidswerkers wordt aangepakt binnen een brede en samenhangende sectorale planning en nationale armoedebestrijdingsstrategieën, met gecoördineerde donorstun in combinatie met acties in samenwerking met de VN.

Programmeringsbeslissingen en begrotingstoewijzingen met betrekking tot de maatregelen die in de bijlage bij deze mededeling worden voorgesteld, zullen plaatsvinden in overeenstemming met de structuur van de instrumenten voor de financiële vooruitzichten voor de periode 2007-2013. De Europese Commissie zal toezicht houden op en verslag uitbrengen over de uitvoering van het actieprogramma in het kader van de jaarlijkse en tussentijdse verslagen over landenspecifieke instrumenten, in het kader van de voorgestelde voortgangsverslagen over het programma ter bestrijding van HIV/aids, malaria en tuberculose.

Met een coherente Europese aanpak, waarin de deskundigheid van individuele lidstaten en de Commissie en collectief optreden worden gecombineerd en waarin de beleidsoriëntatie van het nieuwe ontwikkelingsbeleid tot uitdrukking komt, kan Europa een sterke, leidende rol vervullen in de internationale ondersteuning van de nationale maatregelen om het tekort aan gezondheidswerkers op te lossen.

LIJST VAN AFKORTINGEN

AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome
EC	Europese Commissie
EPA	economische partnerschapsovereenkomst (Economic Partnership Agreement)
EU	Europese Unie
GFATM	Wereldfonds voor de bestrijding van HIV/aids, malaria en tuberculose (Global Fund for HIV/AIDS, TB and Malaria)
BNI	bruto nationaal inkomen
HIV	Human Immunodeficiency Virus
HRH	gezondheidswerkers (Human Resources for Health)
JLI	Joint Learning Initiative
MDG's	millenniumdoelstellingen voor ontwikkeling
NEPAD	Nieuw Partnerschap voor de ontwikkeling van Afrika (New Partnership for Africa's Development)
NGO's	niet-gouvernementele organisaties
ODA	officiële ontwikkelingshulp (Official Development Assistance)
VN	Verenigde Naties

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 eradicating poverty. The EU will promote productive employment, equitable economic growth and decent work for all, and for workers in the health sector, in particular as a global goal, thus contributing to improving living and working standards and addressing push and pull factors leading to out-migration of health workers. In this context, the EU should promote increased cooperation between state and non-state actors (NGOs, private sector, trade unions, etc.) to ensure greater effectiveness in service delivery.