



KOMMISSIONEN FOR DE EUROPÆISKE FÆLLESSKABER

Bruxelles, den  
KOM(2008) 725

**GRØNBOG**

**om sundhedspersonale i Europa**

## INDHOLDSFORTEGNELSE

1.	Indledning .....	3
2.	Begrundelse for grønbogen .....	4
3.	Retsgrundlag og handlingsgrundlag på EU-plan .....	5
4.	Faktorer af betydning for sundhedspersonalet i EU og de vigtigste spørgsmål, som skal afklares.....	5
4.1.	Demografi og fremme af et stabilt sundhedspersonale .....	5
4.2.	Kapacitet på folkesundhedsområdet .....	7
4.3.	Uddannelse.....	8
4.4.	Forvaltning af sundhedspersonalets mobilitet inden for EU.....	9
4.5.	Sundhedspersonalets migrationsmønstre på verdensplan .....	10
4.6.	Oplysninger til beslutningstagerne.....	12
5.	Virkningerne af ny teknologi: forbedring af sundhedspersonalets effektivitet.....	13
6.	Iværksættere i sundhedssektoren .....	14
7.	Samhørighedspolitik .....	14
8.	Høring .....	15

## Fremme af et stabilt sundhedspersonale i Europa

### 1. INDLEDNING

Sundhedsvæsenene i EU står over for en vanskelig opgave: for det første skal den øgede efterspørgsel efter sundhedstjenesteydelser afstemmes med det begrænsede udbud, og for det andet skal der skabes balance mellem behovet for at kunne imødekomme efterspørgslen efter sundhedstjenesteydelser lokalt og behovet for at være forberedt på alvorlige folkesundhedskriser.

Sundhedsvæsenene i Europa står over for en række udfordringer.

- Politikerne og sundhedsmyndighederne skal tage den udfordring op, der består i at tilpasse deres sundhedsvæsen til en aldrende befolkning. Det skønnes, at den del af befolkningen i EU-27, der er 65 eller derover, vil stige med 66,9 mio. personer mellem 2008 og 2060, og de "meget gamle" (80+) vil udgøre det hurtigst voksende befolkningssegment<sup>1</sup>.
- Indførelsen af ny teknologi gør det muligt at øge sundhedsplejens omfang og kvalitet, hvad angår diagnose, forebyggelse og behandling, men dette er forbundet med omkostninger, og personalet skal uddannes i at bruge teknologien.
- Der er nye sygdomme og sygdomme, der dukker op på ny, herunder f.eks. overførbare sygdomme.
- Alt dette fører til konstant stigende udgifter til sundhedssektoren, hvilket rent faktisk medfører alvorlige problemer vedrørende sundhedsvæsenernes bæredygtighed på lang sigt i visse lande.

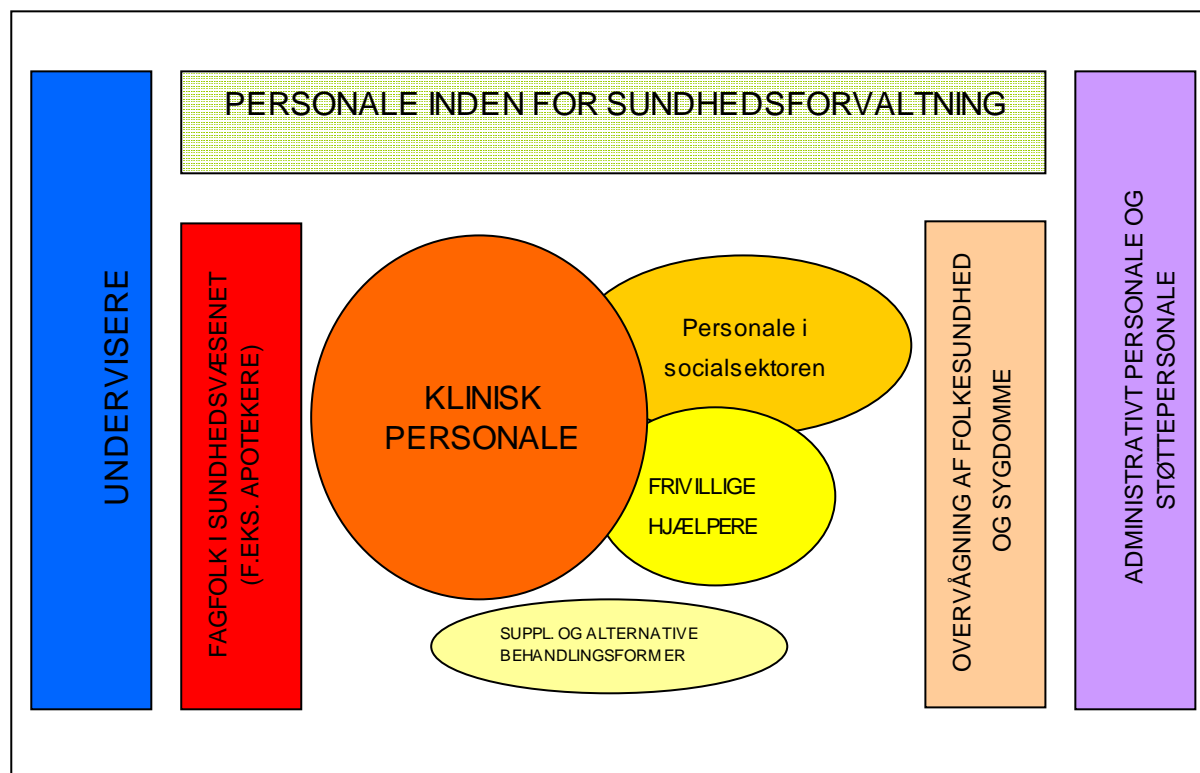
Hvis disse problemer skal løses på tilfredsstillende vis, skal sundhedsvæsenene råde over en effektiv arbejdsstyrke af højeste kvalitet, da sundhedstjenesteydelser er meget arbejdskraftintensive. Sundhedssektoren udgør således en af de mest betydningsfulde sektorer i EU's økonomi og beskæftiger en tiendedel af EU's arbejdsstyrke, og ca. 70 % af sundhedssektorens budgetter går til løn og andre omkostninger, som er direkte forbundet med beskæftigelse af sundhedspersonalet<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> 2008-baserede nationale befolkningsfremskrivninger, konvergensscenario (EUROPOP 2008).

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

Figur 1: Sundhedspersonalets fordeling



## 2. BEGRUNDELSE FOR GRØNBOGEN

Inden for rammerne af Europa-Kommissionens sundhedsstrategi, som blev vedtaget i oktober 2007 og offentliggjort i hvidbogen "Sammen om sundhed", foreslås en ny tilgang, som skal sikre, at EU gør sit yderste for at løse de problemer, der vedrører sundhedstrusler, pandemier, byrden forbundet med livsstilsrelaterede sygdomme, uligheder og klimaforandringer i et udvidet EU med 27 medlemsstater. Den tager sigte på sundhedsfremme i et aldrende Europa ved at fremme et godt helbred igennem hele livet, at beskytte borgerne mod sundhedstrusler og at støtte dynamiske sundhedssystemer og nye teknologier.

Denne grøn bog sigter derfor mod at øge synligheden af de problemer, som EU's sundhedspersonale står over for, at skabe et klarere billede af, i hvilket omfang lokale og/eller nationale sundhedsledere står over for samme udfordringer, og at skabe et bedre grundlag for overvejelser om, hvad der kan gøres på EU-plan for at løse problemerne effektivt og uden negative virkninger for sundhedsvæsenet uden for EU.

Grøn bogen sigter mod at give så nøjagtig en beskrivelse som muligt af de udfordringer, som sundhedspersonalet i EU står over for, og som er fælles for alle medlemsstaterne: det demografiske problem (en aldrende befolkning og et aldrende sundhedspersonale), som betyder, at antallet af unge, som tager arbejde i sundhedsvæsenet, ikke er tilstrækkeligt til at erstatte de medarbejdere, som forlader sundhedsvæsenet, sundhedspersonalets forskelligartethed, det offentlige sundhedsvæsenes ringe tiltrækningskraft i forhold til nye generationer, strømmene af sundhedspersonale til og fra EU, den skæve mobilitet inden for EU – herunder navnlig at sundhedspersonalet flytter fra fattige til rige lande inden for EU - og hjerneflugt blandt sundhedspersonalet i tredjelande.

Det andet formål med denne grøn bog er at bidrage til at udpege områder, hvor der efter Kommissionens mening er behov for yderligere tiltag, og at indlede en debat om sådanne tiltag.

### **3. RETSGRUNDLAG OG HANDLINGSGRUNDLAG PÅ EU-PLAN**

Det fremgår af EF-traktatens artikel 152, at Fællesskabets indsats på folkesundhedsområdet skal respektere medlemsstaternes ansvar for organisation og levering af sundhedsydelser og medicinsk behandling. Det understreges dog ligeledes i denne artikel, at Fællesskabet bør fremme samarbejde mellem medlemsstaterne og samordning af deres politikker og programmer.

Det er således hensigten, at Fællesskabets indsats skal supplere nationale politikker. Hovedansvaret for at organisere og levere sundhedsydelser påhviler medlemsstaterne, mens EU spiller en betydningsfuld rolle ved at støtte medlemsstaterne og at tilføre en merværdi gennem f.eks. netværkssamarbejde og udveksling af god praksis.

Desuden fastsætter EF-traktaten og den afledte ret regler, som medlemsstaterne skal overholde, når de organiserer deres sundhedssektor.

EF's direktiver om arbejdsret som f.eks. arbejdstidsdirektivet, som fastsætter bestemmelser for den maksimale arbejdstid og minimumskrav til daglige og ugentlige hvileperioder for at beskytte arbejdstagernes sundhed og sikkerhed, udgør relevante eksempler på afledt ret. Direktivet fastsætter mindstekrav for alle medlemsstaterne, men de enkelte medlemsstater kan frit anvende regler, som giver arbejdstagerne en højere grad af beskyttelse.

Domstolens afgørelser om vagttjeneste og kompenserende hvileperiode rejser en række vigtige spørgsmål for sundhedsvæsenet<sup>3</sup>. Kommissionen har allerede fremsat en række forslag til lovgivning<sup>4</sup>, som i øjeblikket er til behandling i Rådet og Europa-Parlamentet<sup>5</sup>.

### **4. FAKTORER AF BETYDNING FOR SUNDHEDSPERSONALET I EU OG DE VIGTIGSTE SPØRGSMÅL, SOM SKAL AFKLARES**

#### **4.1. Demografi og fremme af et stabilt sundhedspersonale**

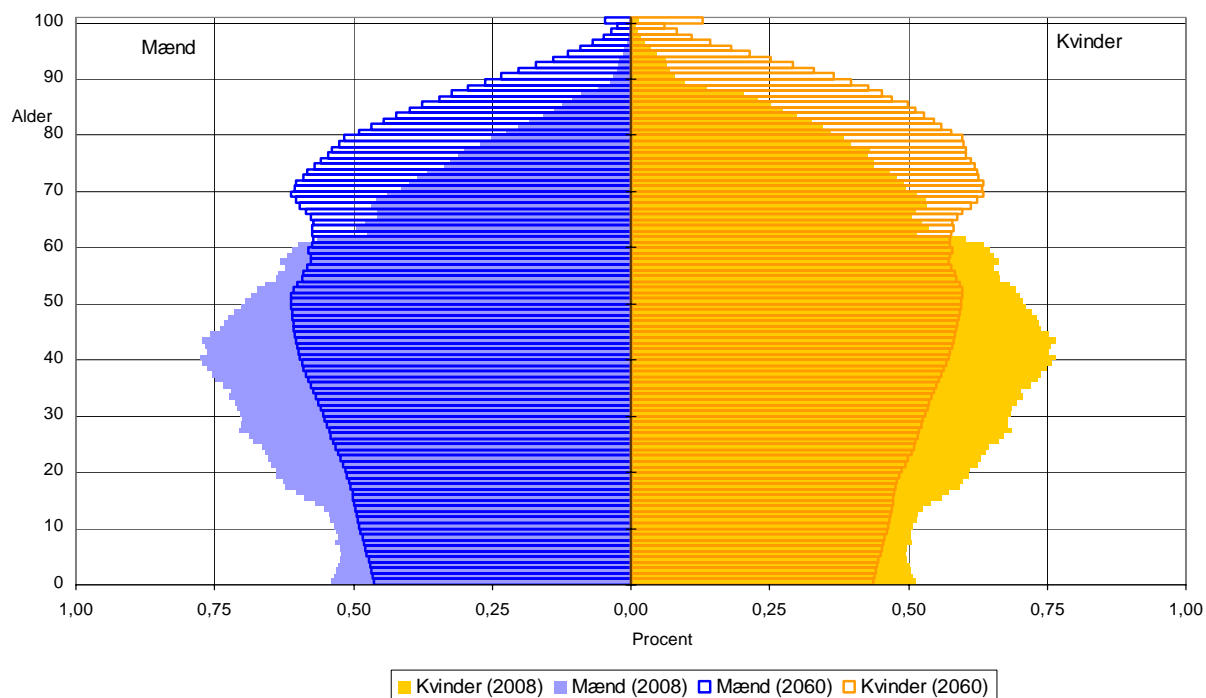
Borgerne lever længere og har et bedre helbred. Den forventede levealder er siden 1950'erne steget støt med ca. 2,5 år pr. årti og forventes at fortsætte med at stige.

---

<sup>3</sup> Domstolen fastslog, at den tid, hvor sundhedspersonalet har vagttjeneste, skal regnes som arbejdstid, selv hvis personalet hviler, og under forudsætning af at personalet skal blive på arbejdsstedet, og anerkendte således, at f.eks. læger arbejder mere end 48 timer om ugen i de fleste medlemsstater. En række medlemsstater skal gøre en stor indsats for at rekruttere personale, hvilket dog ikke er muligt i alle tilfælde, for at rette sig efter denne dom.

<sup>4</sup> KOM(2004) 607 (forslag til ændring af direktiv 2003/88/EF) og KOM(2005) 246 (ændret forslag, som tager hensyn til Europa-Parlamentets synspunkter).

<sup>5</sup> Rådets fælles holdning af 15. september 2008 og meddelelse fra Kommissionen til Rådet og Europa-Parlamentet vedrørende den fælles holdning, KOM(2008) 568.



Figur 2: Befolkningsfremskrivning 2008-2060

Med en aldrende befolkning bliver et godt helbred af afgørende betydning. Antallet af leveår med et godt helbred skal maksimeres. Når befolkningen lever længere, kan det dog forventes, at der vil være et stigende antal ældre med et alvorligt handicap og behov for langvarig pleje<sup>6</sup>. Forekomst af flere kroniske sygdomme samtidigt er mere udbredt blandt ældre, hvilket vil have betydning for sundhedssektoren. Desuden vil efterspørgslen efter den formelle sektors ydelser sandsynligvis stige på grund af det sandsynlige fald i antallet af frivillige hjælpere, der bl.a. kan tilskrives ændrede familiestrukturer.

Det er ikke kun befolkningen, som bliver ældre – arbejdsstyrken bliver også ældre. Mellem 1995 og 2000 faldt antallet af læger på under 45 år i hele Europa med 20 %, mens antallet af læger på over 45 år steg med over 50 %. Også sygeplejerskernes gennemsnitsalder er stigende; i fem medlemsstater er næsten halvdelen af sygeplejerskerne over 45<sup>7</sup>. Når dette personale nærmer sig pensionsalderen, er der behov for et tilstrækkeligt antal yngre medarbejdere til erstatning for dem.

Andelen af kvinder i sundhedspersonalet har historisk set været betydelig og er stigende. Overordnet set udgør kvinder ca. 75 % af sundhedspersonalet i EU, og i visse medlemsstater optages der nu over 50 % kvinder på lægestudiet<sup>8</sup>. Gennemførelse af foranstaltninger til fremme af ligestilling mellem kvinder og mænd i forbindelse med strategierne for de menneskelige ressourcer er derfor af særlig stor betydning.

I køreplanen for ligestilling mellem kvinder og mænd 2006-2010<sup>9</sup> beskrives en række aktioner, der skal tilvejebringe samme grad af økonomisk uafhængighed for både mænd og kvinder og ligelig deltagelse af kvinder og mænd i beslutningsprocessen, og der foreslås en række foranstaltninger, der skal gøre det muligt at forene arbejdsliv, familieliv og privatliv.

<sup>6</sup> OECD: Trends in Severe Disability among Elderly People DELSA/HEA/WD/HWP (2007).

<sup>7</sup> WHO Observatory Policy series 2006.

<sup>8</sup> WHO Observatory Policy series 2006.

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

Nøglen til at opretholde en tilstrækkelig arbejdsstyrke på trods af baby boom-generationens forestående pensionering er at uddanne, rekruttere og sikre langvarig ansættelse af ungt personale, samtidig med at der geninvesteres i den mere modne arbejdskraft.

#### **Faktorer, der spiller ind, og mulige aktionsområder:**

- Vurdering af udgifterne til sundhedspersonale.
- Sikring af bedre arbejdsvilkår for sundhedspersonalet og forbedring af personalets motivation og moral.
- Overvejelser vedrørende rekrutterings- og uddannelseskampagner, navnlig for at udnytte væksten i andelen af aldersgruppen på over 55 og personer, som ikke længere har familiære forpligtelser, på arbejdsmarkedet.
- Fastlæggelse af praksis for forvaltning af kronisk sygdom og af langvarig pleje tættere på hjemmet eller i en form for nærmiljø.
- Mere effektiv udnyttelse af det sundhedspersonale, der er til rådighed.
- Overvejelser vedrørende "tilbage-til-sundhedsvæsenet"-kampagner for at få personer, der har forladt sundhedsvæsenet, til at vende tilbage.
- Fremme af mere social og etnisk mangfoldighed i forbindelse med rekrutteringen.
- Forbedring af skoleelevernes kendskab til de mange forskellige karrieremuligheder i sundhedsvæsenet.

#### **4.2. Kapacitet på folkesundhedsområdet**

Det offentlige sundhedsvæsen dækker en række forskellige aktiviteter med henblik på at beskytte og forbedre folkesundheden, løse problemer vedrørende uligheder på sundhedsområdet og dække dårligt stillede og sårbare gruppers behov. Opgaverne omfatter vurderinger af behovene i sundhedssektoren og sundhedskonsekvensvurderinger med henblik på levering af sundhedsydelserne, sygdomsforebyggelse, f.eks. gennem vaccinations- og screeningprogrammer, sundhedsfremme og –uddannelse, sikring af blodforsyningen, epidemiologisk overvågning og planlægning af reaktionen på sundhedstrusler, der skyldes udbrud af smitsomme sygdomme, pandemier, menneskeskabte katastrofer og naturkatastrofer, herunder katastrofer, der skyldes klimaforandringer.

Sundhedsfremme og sygdomsforebyggelse er ikke kun af stor betydning som sådan, men kan mindske den fremtidige efterspørgsel efter behandling og sundhedspleje betragteligt. Sundhedspersonalet i den offentlige sektor i hele EU skal have de rette kvalifikationer og tilstrækkelig kapacitet til at kunne gennemføre disse aktiviteter effektivt, og dette skal der tages hensyn til i uddannelses- og rekrutteringsplanerne.

Sundhed på arbejdspladsen kræver et særligt fokus, da sikkerhed og sundhed på arbejdspladsen er faktorer, som er af stor betydning for den generelle folkesundhed. Problemer som arbejdsulykker skal fortsat behandles, men nye emner som f.eks. ændringer af arbejdsrytmen, nye teknologier på arbejdspladsen, balance mellem arbejds- og privatliv, jobmobilitet og arbejdsrelateret stress kræver alle et særligt fokus på arbejdsmiljø, da disse faktorer er af stor betydning for den generelle folkesundhed. I strategien for sikkerhed og sundhed på arbejdspladsen (2007-2012) (KOM(2007) 62), som blev vedtaget for nylig, fastsættes en række mål, som EU-medlemsstaterne vedtog at anvende og bakke op om. Opnåelsen af disse mål afhænger dog i høj grad af, at der er rådighed over et

sundhedspersonale med de krævede specialkvalifikationer, herunder f.eks. læger og sygeplejersker, som er specialiseret i arbejdsmedicin, samt arbejdstilsynsinspektører.

**Faktorer, der spiller ind, og mulige aktionsområder:**

- Styrkelse af kapaciteten inden for screening, sundhedsfremme og sygdomsforebyggelse.
- Indsamling af bedre oplysninger om befolkningens faktiske og potentielle behov på sundhedsområdet for at planlægge den fremtidige udvikling i sundhedspersonalet i den offentlige sektor.
- PR for de videnskabelige fag blandt skoleeleverne gennem fokus på mindre kendte karrieremuligheder i det offentlige sundhedsvæsen (biologer, epidemiologer osv.).
- Mere synlighed for Det Europæiske Arbejds miljøagentur i medlemsstaterne gennem reklameaktiviteter på arbejdspladserne.
- PR for arbejdet som læge med speciale i arbejdsmedicin og incitamenter for lægerne til at fatte interesse for dette område.

### 4.3. Uddannelse

Der skal også tages hensyn til uddannelseskapaleten i forbindelse med arbejdsmarkedspolitikken. Hvis der bliver behov for flere læger og sygeplejersker, bliver der også behov for flere pladser på universiteter og andre uddannelsesinstitutioner og mere undervisningspersonale til uddannelse af dem. Dette forudsætter både planlægning og investeringer.

Medlemsstaterne vil skulle vurdere, hvilke typer specialkvalifikationer der vil være behov for, under hensyntagen til ændringer af behandlingsformerne som følge af indførelsen af ny teknologi, de virkninger, som en aldrende befolkning har for sygdomsmønstret, og stigningen i antallet af ældre patienter med flere kroniske sygdomme samtidigt. Det er et specifikt problem, at øget rejseaktivitet og mobilitet også har øget risikoen for spredning af sygdomme, som hidtil har været mest udbredte i tropiske lande. Dette skaber nye krav til uddannelse af klinikere og andre, som beskæftiger sig med overvågning af overførbare sygdomme.

**Faktorer, der spiller ind, og mulige aktionsområder:**

- Sikring af at uddannelsesaktiviteterne er udformet således, at der tages hensyn til handicappedes særlige behov (de bør modtage sundhedspleje af samme kvalitet som ikke-handicappede og de sundhedsydelse, som de har behov for<sup>10</sup>).
- Fokus på løbende videreuddannelse af sundhedspersonalet. Ajourføring af faglige kvalifikationer forbedrer sundhedsvæsenets kvalitet og sikrer patientsikkerheden.
- Udvikling af kurser, som skal tilskynde ældre til at vende tilbage til arbejdsstyrken.

<sup>10</sup> Jf. artikel 35 i FN-konventionen om handicappedes rettigheder, som alle medlemsstaterne og Det Europæiske Fællesskab har undertegnet.

- Ledelseskurser for sundhedspersonale.
- Fremme af samarbejde mellem medlemsstaterne inden for forvaltning af adgangsbegrænsning i sundhedssektoren og øget fleksibilitet for disse.
- Udvikling af sprogkurser for at fremme sundhedspersonalets mobilitet.
- Oprettelse af et EU-organ, f.eks. et observatorium for sundhedspersonalet, som kan bistå medlemsstaterne med planlægningen af den fremtidige arbejdsstyrkes kapacitet, uddannelsesbehov og indførelsen af teknologiske nyskabelser.

#### 4.4. Forvaltning af sundhedspersonalets mobilitet inden for EU

Den frie bevægelighed for personer er en af de grundlæggende frihedsrettigheder, som EU-lovgivningen sikrer. EF-traktatens artikel 39 fastsætter regler for arbejdstagernes fri bevægelighed, og disse præciseres yderligere i forordning nr. 1612/68<sup>11</sup>: den indeholder bestemmelser om EU-borgernes ret til at arbejde i en anden medlemsstat som arbejdstager eller offentlig tjenestemand. Erhvervsdrivendes etableringsfrihed er fastsat i artikel 43, som indeholder bestemmelser om selvstændiges ret til at arbejde i en anden medlemsstat. Artikel 49 sikrer fri udveksling af tjenesteydelser. Forordning nr. 1408/71 og gennemførelsesforordningen hertil (forordning nr. 574/72<sup>12</sup>) indeholder bestemmelser om koordinering af de forskellige sociale sikringsordninger for at muliggøre udnyttelse af den grundlæggende ret til fri bevægelighed. EU-borgerne har også ret til at studere i andre medlemsstater på samme betingelser som den pågældende medlemsstats borgere.

Direktiv 2005/36/EF indeholder bestemmelser om anerkendelse af erhvervsmæssige kvalifikationer med henblik på etablering i en anden medlemsstat og med henblik på at muliggøre levering af tjenesteydelser på tværs af grænserne i Fællesskabet. Med direktivet er der også blevet indført et krav om, at de kompetente myndigheder i værtsmedlemsstaten og hjemlandet udveksler oplysninger om disciplinære eller strafferetlige sanktioner eller om andre alvorlige, konkrete forhold. Uden for de lovgivningsmæssige rammer har de faglige organisationer gennemført en række initiativer vedrørende sundhedspersonalets mobilitet, herunder f.eks. "Health Professionals Crossing Borders"-initiativet og pilotinitiativet vedrørende erhvervspasset, som begge har til formål at forbedre adgangen til oplysninger i tilfælde, hvor der rejses tvivl om en sundhedsmedarbejders faglige adfærd. Det er nødvendigt at overvåge udviklingen i disse initiativer.

Den frie bevægelighed for studerende og arbejdstagere bidrager til at sikre, at sundhedspersonalet kan rejse derhen, hvor der er mest brug for det. Men sundhedspersonalet flytter af en lang række forskellige årsager, f.eks. for at opnå bedre karriere- og uddannelsesmuligheder eller bedre løn- og arbejdsvilkår. Mobilitet kan mindske eller øge ulighederne inden for og mellem landene. I den forbindelse kan visse medlemsstater være uvillige til at løbe den risiko, som består i at uddanne mere sundhedspersonale, hvis det er

<sup>11</sup> Rådets forordning nr. 1612/68/EØF af 15. oktober 1968 om arbejdskraftens frie bevægelighed inden for Fællesskabet.

<sup>12</sup> Rådets forordning (EF) nr. 1408/71 af 14. juni 1971 om anvendelse af de sociale sikringsordninger på arbejdstagere, selvstændige erhvervsdrivende og deres familiemedlemmer, der flytter inden for Fællesskabet, og Rådets forordning (EØF) nr. 574/72 af 21. marts 1972 om regler til gennemførelse af forordning (EØF) nr. 1408/71 om anvendelse af de sociale sikringsordninger på arbejdstagere, selvstændige erhvervsdrivende og deres familiemedlemmer, som flytter inden for Fællesskabet.

vanskeligt at holde på personalet i det pågældende land, og afkastet af investeringen dermed bliver begrænset.

Den rette reaktion på virkningerne af øget mobilitet er ikke at indføre juridiske begrænsninger for den frie bevægelighed for studerende og arbejdstagere, men snarere at løse problemerne ved hjælp af passende politikker, idet der sikres koordination med myndighederne i EU og andre medlemsstater. Arbejdsstyrkens øgede mobilitet kan derfor også gøre det nødvendigt, at de ansvarlige for arbejdsstyrken på lokalt og/eller nationalt plan reviderer effektiviteten af deres foranstaltninger vedrørende rekruttering og faglig udvikling.

Borgerne har også ret til sundhedspleje i andre medlemsstater. Det direktiv om sundhedspleje på tværs af grænserne, som er blevet foreslået, sigter mod at sikre anvendelse af fælles principper for denne sundhedspleje i EU. Et af direktivets centrale elementer er at udnytte europæisk samarbejdes potentiale inden for områder, hvor det er nyttigt (f.eks. i grænseregioner), gennem europæiske referencenetværk af specialiserede centre, EU-netværk for vurdering af sundhedsteknologi eller gennem e-sundhed.

#### **Faktorer, der spiller ind, og mulige aktionsområder:**

- Fremme af bilaterale aftaler mellem medlemsstaterne for at udnytte et eventuelt overskud af læger og sygeplejersker.
- Investering i uddannelse og rekruttering af et sundhedspersonale, der er tilstrækkeligt stort til, at EU bliver selvforsynende.
- Fremme af grænseoverskridende aftaler om uddannelse og udveksling af personale, som kan bidrage til at regulere frastrømningen af sundhedspersonale, samtidig med at fællesskabslovgivningen overholdes.
- Fremme af personalets "rotation" (dvs. at personale, der flytter til et andet land for at få en uddannelse eller erfaring, skal tilskyndes til at vende tilbage til hjemlandet med yderligere viden og kvalifikationer).
- Oprettelse af et forum eller en platform på EU-plan, hvor de ansvarlige kan udveksle erfaringer.

#### **4.5. Sundhedspersonalets migrationsmønstre på verdensplan**

Der er mangel på sundhedspersonale i hele verden, men problemet er mest påtrængende i Afrika syd for Sahara, hvor problemet nu er så stort, at der er tale om en krise<sup>13</sup>. Manglen forværres af øget efterspørgsel efter og konkurrence om læger og sygeplejersker i hele den industrialiserede verden.

Indsatsen på sundhedsområdet inden for EU har også stor betydning for EU's udenrigspolitik og udviklingspolitik. Medmindre EU træffer passende foranstaltninger for selv at uddanne og sikre langvarig ansættelse af et tilstrækkeligt stort sundhedspersonale, vil migrationens negative virkninger for udviklingslandenes sundhedsvæsen næppe blive mindre<sup>14</sup>.

<sup>13</sup> Der er en kritisk mangel på sundhedspersonale i 57 lande, hvoraf 36 er afrikanske lande.

<sup>14</sup> Det er ikke kun sundhedspersonale i udviklingslandene, som emigrerer: der er læger og sygeplejersker, som forlader EU for at tage arbejde i USA, Canada, Australien og New Zealand.

I EU's handlingsstrategi vedrørende sundhedspersonalekrisen i udviklingslandene<sup>15</sup>, som blev vedtaget i december 2005, og EU-handlingsprogrammet til afhjælpning af den kritiske mangel på sundhedspersonale i udviklingslandene (2007-2013)<sup>16</sup>, som blev vedtaget et år senere, anerkendes det, at EU bærer et ansvar for at træffe foranstaltninger for at leve op til sit eget mål om at levere sundhedspleje af høj kvalitet, uden at det får negative virkninger for situationen i landene uden for EU.

EU er i færd med at udvikle en fælles indvandringspolitik<sup>17</sup>, som omfatter tilgange, der skal forhindre underminering af tredjelandes udviklingsmuligheder, f.eks. gennem forværring af hjerneflugten, og i stedet fremme "rotationsmigration". Disse aspekter indgår i den samlede migrationsstrategi<sup>18</sup>. Desuden har Kommissionen i 2007 udarbejdet et forslag til et direktiv, der skal forbedre højt kvalificerede indvandreres muligheder for indrejse i EU<sup>19</sup>. Dette forslag indeholder bestemmelser, der specifikt kræver etisk rekruttering i sektorer som f.eks. sundhedssektoren, hvor der er personalemangel.

I løbet af det seneste årti er der blevet udviklet adfærdskodekser for etisk rekruttering med henblik på at mindske migrationsstrømmenes negative virkninger for sårbare sundhedsvæsenet i udviklingslandene. Det Forenede Kongerige har en adfærdskodeks for etisk rekruttering<sup>20</sup>, og Norge<sup>21</sup> og Nederlandene<sup>22</sup> har begge udarbejdet arbejdskraftstrategier, som omfatter politikker for etisk rekruttering, der fastsætter begrænsninger for aktiv statslig rekruttering eller fremmer rekruttering på grundlag af bilaterale aftaler. På EU-plan vedtog udvalget for dialogen mellem arbejdsmarkedets parter på europæisk plan i hospitalssektoren bestående af HOSPEEM og EPSU, der fungerer som arbejdsmarkedets parter på europæisk plan, en fælles adfærdskodeks og en opfølgning på dokumentet om etisk rekruttering og evnen til at sikre langvarig ansættelse af arbejdskraft fra andre lande<sup>23</sup>, som sigter mod at fremme etisk adfærd og stoppe uetisk adfærd i forbindelse med rekruttering af sundhedspersonale på tværs af grænserne.

EU har forpligtet sig til at udarbejde en adfærdskodeks for etisk rekruttering af sundhedspersonale fra lande uden for EU og at træffe andre foranstaltninger for at minimere de negative og maksimere de positive virkninger for udviklingslandene af, at deres sundhedspersonale emigrerer til EU<sup>24</sup>. Behovet for at leve op til disse forpligtelser gentages i statusrapporten om gennemførelsen af handlingsprogrammet, som blev vedtaget i september 2008<sup>25</sup>.

---

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

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

<sup>17</sup> Jf. KOM(2008) 359 (En fælles indvandringspolitik for Europa: Principper, aktioner og redskaber).

<sup>18</sup> Jf. KOM(2006) 735 og KOM(2007) 247.

<sup>19</sup> KOM(2007) 637 endelig. Samtidig blev et forslag (KOM(2007) 638) til et andet direktiv om en procedure med en enkelt ansøgning og ensartede rettigheder for alle arbejdstagere fra tredjelande, der lovligt opholder sig i en medlemsstat, vedtaget.

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

<sup>21</sup> (Recruitment of Health Workers: towards Global Solidarity) 2007.

<sup>22</sup> "En indsats for sundhedspleje", handlingsplan fra 2007.

<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> Europa-Parlamentet: EU's handlingsstrategi vedrørende sundhedspersonalekrisen i udviklingslandene og KOM(2006) 870, meddelelse fra Kommissionen til Europa-Parlamentet og Rådet - Et EU-handlingsprogram til afhjælpning af den kritiske mangel på sundhedspersonale i udviklingslandene (2007-2013).

<sup>25</sup> SEK(2008) 2476.

#### **Faktorer, der spiller ind, og mulige aktionsområder:**

- Fastlæggelse af et sæt principper for rekruttering af sundhedspersonale fra udviklingslande og indførelse af overvågningsmetoder.
- Støtte til WHO's indsats for at udvikle en global adfærdskodeks for en etisk ansættelsespolitik.
- Fremme af bilaterale og plurilaterale aftaler med kildelandene og udvikling af mekanismer til støtte for rotationsmigration<sup>26</sup>.

#### **4.6. Oplysninger til beslutningstagerne**

De emner, som er blevet behandlet, giver vanskeligheder for de planlæggere, leverandører og forvaltere, der arbejder for sundhedsvæsenene. Situationen forværres af manglen på ajourførte, sammenlignelige data og oplysninger, f.eks. om antallet af sundhedsmedarbejdere, som er henholdsvis under uddannelse og i beskæftigelse, samt deres specialer, geografiske fordeling, alder, køn og oprindelsesland. Da mangler i en del af Europa potentielt kan have virkninger i andre dele, er oplysninger, der dækker hele Europa, et centralt element i planlægningen og leveringen af sundhedsydelser for alle sundhedsmyndigheder i hele EU.

I en rapport fra 2006, som blev udarbejdet for WHO<sup>27</sup>, og som omfatter fem landestudier – Estland, Tyskland, Litauen, Polen og Det Forenede Kongerige – blev det konstateret, at ingen af de fem lande kunne forelægge præcise og fuldstændige oplysninger om de internationale strømme af sundhedspersonale. Det mest almindelige mål for strømmene er antallet af certifikater, der udstedes til kompetente myndigheder (verifikationer). Dette giver en generel årlig oversigt over, hvor mange sundhedsmedarbejdere, der overvejer af flytte til et andet land, men ikke alle flytter rent faktisk, og andre ansøger muligvis flere gange. F.eks. er det i landerapporten for Estland anført, at kun 182 ud af de 344 læger, der fik udstedt certifikater, rent faktisk emigrerede.

Europa-Kommissionen indsamler oplysninger om de beslutninger om at anerkende kvalifikationer, der er omfattet af sektorordningerne for anerkendelse. Et resumé af disse oplysninger kan findes på følgende websted:

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

Antallet af personer, der flytter til eller har til hensigt at praktisere i en anden medlemsstat, fremgår af oplysningerne. Da der ikke foreligger yderligere oplysninger om, hvorvidt den pågældende sundhedsmedarbejder rent faktisk fik arbejde i en anden medlemsstat, flyttede til et tredjeland eller vendte tilbage til hjemlandet, kan disse oplysninger kun anvendes som et skøn i mangel af mere nøjagtige oplysninger.

Andre oplysninger om antallet af sundhedsmedarbejdere, som Eurostat har indsamlet, afhænger af de forskellige medlemsstaters indberetninger. Disse oplysninger kan findes på følgende websted:

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

---

<sup>26</sup> Rotationsmigration betyder, at personale, der flytter til et andet land for at få en uddannelse og/eller at få erfaring, vender tilbage til hjemlandet med yderligere viden og kvalifikationer. Attraktive incitament kan have form af et aftalt karriereforløb, således at den pågældende medarbejder vender tilbage til en stilling og får en løn, der afspejler den erfaring, som medarbejderen har opnået.

<sup>27</sup> Health Worker Migration in the European Region: Country Case Studies and Policy Implications Buchan J, Perfilieva G.

Desuden er et EU-støttet OECD-projekt om lægers og sygeplejerskers migration i OECD-landene/EU-25-landene på vej, og senere vil også andet sundhedspersonales situation blive undersøgt. Dette projekt vil munde ud i en række nyttige oplysninger, men kan ikke sikre fuld sammenlignelighed mellem de oplysninger, der anvendes, på grund af forskellige registreringsprocesser og forskelle mellem medlemsstaterne med hensyn til den centrale dataindsamlings omfang.

Det europæiske migrationsnetværk<sup>28</sup> gennemførte i november 2006 en undersøgelse af styret migration i sundhedssektoren, som omfattede 11 af netværkets nationale kontaktpunkter. Det blev konstateret, at oplysningerne – navnlig om sundhedspersonale fra tredjelande, der arbejder i EU – var begrænsede og ofte var fordelt på flere forskellige kilder, selv i samme medlemsstat.

#### **Faktorer, der spiller ind, og mulige aktionsområder:**

- Harmonisering eller standardisering af indikatorer for sundhedspersonalet.
- Etablering af systemer til overvågning af strømmene af sundhedspersonale.
- Sikring af adgangen til og sammenligneligheden af oplysninger om sundhedspersonalet, navnlig med henblik på at fastlægge den nøjagtige udvikling inden for bestemte sundhedspersonalegrupper.

### **5. VIRKNINGERNE AF NY TEKNOLOGI: FORBEDRING AF SUNDHEDSPERSONALETS EFFEKTIVITET**

Fremskridt inden for sundhedsplejen afhænger af den videnskabelige og teknologiske udvikling. Ny teknologi har betydning for, hvad der kan opnås, og hvordan sundhedsplejen organiseres og leveres. Ny teknologi giver allerede nu sundhedspersonalet bedre muligheder for at udveksle oplysninger og at arbejde tættere sammen, hvilket forbedrer plejen generelt set. For visse sygdomme og patienter kan teknologien give mulighed for at flytte størstedelen af plejen fra hospitalerne til nærmiljøet og institutioner, der leverer primære sundhedsydelse, eller endog patienternes hjem, hvilket kan forbedre deres livskvalitet og bidrage til bedre udnyttelse af ressourcerne.

På kort sigt kan ny teknologi som f.eks. telemedicin sikre bedre sundhedspleje i yderområder og områder med mangel på sundhedspersonale. Der er f.eks. områder i EU, hvor telemedicin giver mulighed for fjerndiagnosticering, og fjerndiagnosticering på grundlag af resultaterne af mammografiscreeninger bidrager til at forbedre patienternes adgang til sundhedspleje.

Indførelsen af ny teknologi forudsætter, at sundhedspersonalet har den rette uddannelse og om nødvendigt bliver efteruddannet, så de kan udnytte teknologien. Det vil desuden være nødvendigt at motivere sundhedspersonalet til at bruge teknologien, da den i visse tilfælde nødvendiggør ændringer af traditionelle arbejdsmetoder og strukturer. I Kommissionens meddelelse om telemedicin til fordel for patienter, samfundet og økonomien foreslås et sæt europæiske rammer for løsning af nogle af disse problemer.

---

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

**Faktorer, der spiller ind, og mulige aktionsområder:**

- Gennemførelse af passende uddannelsesaktiviteter, som sætter sundhedspersonalet i stand til at udnytte de nye teknologier bedst muligt.
- Foranstaltninger, der skal fremme brugen af nye informationsteknologier.
- Sikring af ny informationsteknologis interoperabilitet.
- Sikring af bedre fordeling af den nye teknologi i hele EU.

**6. IVÆRKSÆTTERE I SUNDHEDSSEKTOREN**

Visse fagfolk i sundhedssektoren som f.eks. læger, psykologer, tandlæger, fodterapeuter, fysioterapeuter og ergoterapeuter er iværksættere med egen praksis eller lægecentre og har personale ansat. Kommissionens politikker, som skal forbedre erhvervsmiljøet i Europa samt støtte og fremme iværksætterkulturen, har betydning for disse aktiviteter. Senest har Kommissionen offentliggjort en meddelelse med titlen "Små og mellemstore virksomheder (SMV) - nøglen til øget vækst og beskæftigelse. En midtvejsevaluering af moderne SMV-politik" (4. oktober 2007), hvori betydningen af SMV'ernes bidrag til opfyldelse af Lissabonstrategiens mål om at fremme økonomisk vækst og skabe nye og bedre job anerkendes. Sådanne iværksættere kan bidrage til at styrke den europæiske vækst og fungere som drivkraft bag innovation, lokaludvikling, uddannelse og beskæftigelse samt til at forbedre adgangen til sundhedspleje.

"Small Business Act" er et centralt element i EU's strategi for vækst og beskæftigelse (Kommissionens meddelelse: "Tænk småt først" En "Small Business Act" for Europa" – KOM(2008) 394). Den omfatter et sæt fælles principper for SMV-politikken og forslag til foranstaltninger, der skal omsætte principperne til praksis. Der fokuseres på fremme af iværksætterkultur, forankring af "tænk-små-først"-princippet i den politiske beslutningsproces og fremme af SMV'ernes vækst.

**Faktorer, der spiller ind, og mulige aktionsområder:**

- Tilskyndelse af iværksættere til at gå ind i sundhedssektoren med henblik på at forbedre planlægningen af sundhedstjenesteydelserne og at skabe nye jobs.
- Undersøgelse af hindringerne for iværksætterkultur i sundhedssektoren.

**7. SAMHØRIGHEDSPOLITIK**

Udviklingen af EU's sundhedspersonale hænger også sammen med samhørighedspolitikken. Under de gældende relevante retsregler er det muligt at bruge strukturfondene til udvikling af sundhedspersonalet. Fællesskabets strategiske retningslinjer for samhørighedspolitikken, som fastlægger prioriteringerne for anvendelsen af strukturfondene i perioden 2007-2013, omfatter et afsnit, som omhandler målet om at bidrage til at opretholde en sund arbejdsstyrke. I forordningen om Den Europæiske Socialfond (ESF) fra juli 2006 (forordning nr. 1081/2006) er forlængelse af arbejdslivet og bedre sundhed blandt de prioriterede områder for ESF. I den sammenhæng planlægger en række medlemsstater (først og fremmest nye medlemsstater) større investeringer i uddannelse af sundhedspersonalet ved hjælp af Den Europæiske Socialfond. Derudover vil der blive investeret ca. 5,2 mia. EUR i infrastrukturen på sundhedsområdet gennem Den Europæiske Fond for Regionaludvikling. Effektiv brug af

strukturforanstaltningerne til forbedring af sundhedspersonalets kvalifikationer og kompetencer og udvikling af infrastrukturen på sundhedsområdet kan give et værdifuldt bidrag til forbedring af arbejdsvilkårene og øge sundhedstjenesteydelsernes kvalitet, hvorved forskellene på sundhedsområdet mindskes, og samhørigheden inden for og mellem medlemsstaterne styrkes.

**Faktorer, der spiller ind, og mulige aktionsområder:**

- Mere udstrakt brug af strukturfondsstøtten til uddannelse, herunder efteruddannelse, af sundhedspersonalet.
- Forbedret anvendelse af strukturfondene til udvikling af sundhedspersonalet.
- Forbedret anvendelse af strukturfondene til infrastruktur, som skal forbedre arbejdsforholdene.

## **8. HØRING**

Europa-Kommissionen opfordrer alle interesserede organisationer til at indsende høringssvar om de emner, der behandles i denne grønbog, senest den 31. marts 2009, til følgende e-mailadresse: [SANCO-health-workforce@ec.europa.eu](mailto:SANCO-health-workforce@ec.europa.eu).

eller til følgende adresse:

**Europa-Kommissionen, B-1049, Bruxelles, Belgien**

Medmindre de, der har afgivet høringssvar, erklærer, at de ikke vil have, at deres svar eller dele heraf offentliggøres på Kommissionens websted og/eller citeres i rapporten med analyser af resultatet af høringsprocessen, går Kommissionens tjenestegrene ud fra, at de ikke har noget imod det.