

NL

NL

NL



COMMISSIE VAN DE EUROPESE GEMEENSCHAPPEN

Brussel, 10.12.2008
COM(2008) 725 definitief

GROENBOEK

over de gezondheidswerkers in Europa

INHOUDSOPGAVE

1.	Inleiding	3
2.	Reden voor het groenboek	4
3.	Wettelijk kader en rechtsgrond voor actie op EU-niveau	5
4.	Factoren die van invloed zijn op het arbeidspotentieel in de gezondheidszorg in de EU en de voornaamste uitdagingen	5
4.1.	Demografische ontwikkelingen en bevordering van een duurzaam arbeidspotentieel	5
4.2.	Capaciteit van de gezondheidsdiensten.....	7
4.3.	Opleiding.....	8
4.4.	Het beheer van de mobiliteit van gezondheidswerkers binnen de EU.....	9
4.5.	Wereldwijde migratie van gezondheidswerkers	11
4.6.	Gegevens ter ondersteuning van de besluitvorming	12
5.	Het effect van nieuwe technologie: verbetering van de efficiëntie van de gezondheidswerkers	14
6.	De rol van de zelfstandige gezondheidswerkers	14
7.	Cohesiebeleid	15
8.	Raadpleging	16

Het bevorderen van een duurzaam arbeidspotentieel van gezondheidswerkers in Europa

1. INLEIDING

De stelsels van gezondheidszorg in de EU moeten moeizame evenwichten trachten te vinden, in de eerste plaats tussen een toenemende vraag naar gezondheidsdiensten en een beperkt aanbod, en in de tweede plaats tussen de noodzaak te voldoen aan lokale behoeften en de noodzaak voorbereid te zijn op grootschalige crises op het terrein van de volksgezondheid.

De Europese stelsels van gezondheidszorg worden geconfronteerd met een aantal uitdagingen.

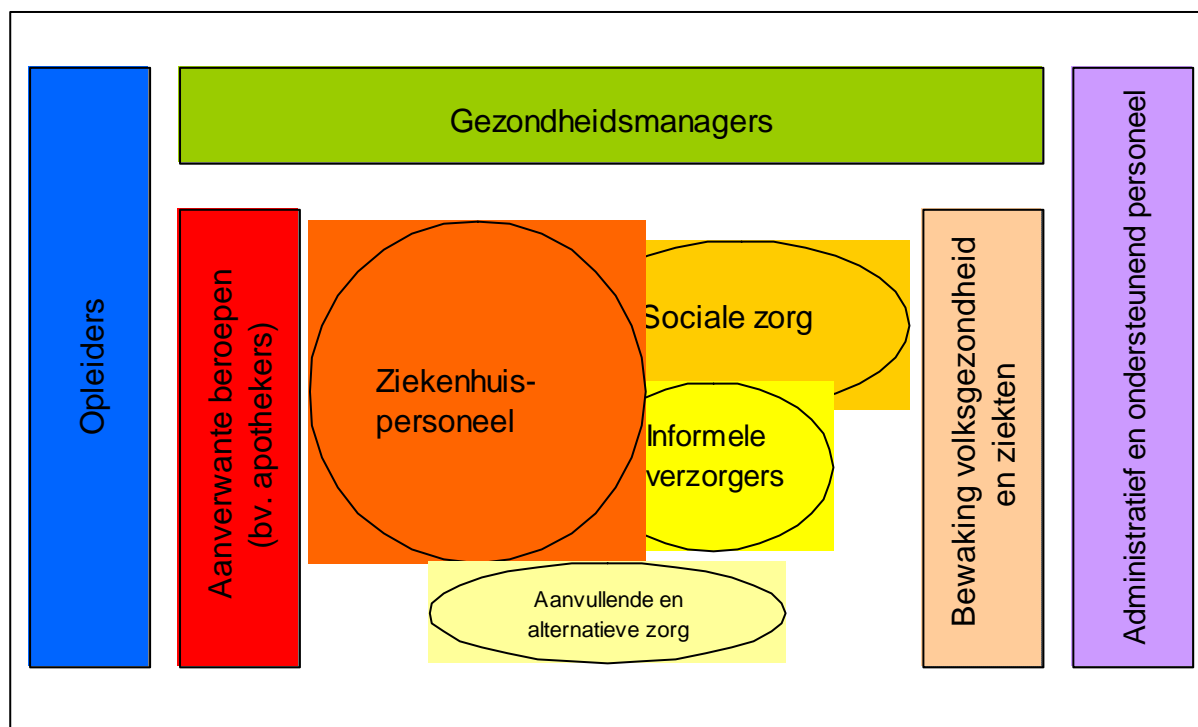
- Beleidsmakers en gezondheidszorginstanties moeten de stelsels van gezondheidszorg aanpassen aan een vergrijzende bevolking. Tussen 2008 en 2060 zal het aantal personen in de EU-27 dat 65 jaar en ouder is naar verwachting toenemen tot 66,9 miljoen, en de "hoogbejaarden" (80+) zullen het snelst groeiende segment van de bevolking vormen¹.
- Door de invoering van nieuwe technologieën zullen het bereik en de kwaliteit van de gezondheidszorg toenemen in termen van diagnose, preventie en behandeling; maar daarvoor zal betaald moeten worden, en het personeel moet worden opgeleid in het gebruik van deze technologieën.
- Er zijn nieuwe en terugkerende bedreigingen van de gezondheid, bijvoorbeeld overdraagbare ziekten.
- Dit alles leidt tot steeds hogere uitgaven voor gezondheidszorg, en in sommige landen zal het bijzonder moeilijk worden het huidige niveau van de gezondheidszorg op langere termijn te handhaven.

Om adequaat op deze uitdagingen te kunnen reageren, moeten de stelsels van gezondheidszorg kunnen beschikken over een efficiënt en effectief potentieel van gezondheidswerkers van de hoogste kwaliteit, aangezien gezondheidsdiensten zeer arbeidsintensief zijn. De gezondheidszorg vormt een van de belangrijkste sectoren van de economie van de EU en biedt werk aan een tiende van de werkende bevolking; ongeveer 70% van de budgetten voor gezondheidszorg wordt besteed aan salarissen en andere kosten die rechtstreeks verband houden met de factor arbeid².

¹ Projecties van de nationale bevolkingen gebaseerd op 2008, EUROPOP 2008 convergentiescenario.

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

Grafiek 1: Verschillende typen gezondheidswerkers



2. REDEN VOOR HET GROENBOEK

De strategie van de Europese Commissie inzake gezondheidszorg, die in oktober 2007 is goedgekeurd en die uiteengezet is in het witboek "Samen voor Gezondheid" omvat een nieuwe benadering om ervoor te zorgen dat de EU alles doet wat zij kan om de uitdagingen aan te gaan, zoals bijvoorbeeld bedreigingen van de gezondheid, pandemieën, de last van met de levensstijl verband houdende ziekten, ongelijkheden en klimaatverandering in een EU met 27 lidstaten. Het doel van de strategie is goede gezondheid in een vergrijzend Europa te bevorderen, door gezond leven gedurende de gehele levensloop te stimuleren, door burgers te beschermen tegen bedreigingen van de gezondheid, en door dynamische gezondheidsstelsels en nieuwe technologieën te ondersteunen.

Het doel van dit document is de problemen waarmee de gezondheidswerkers in de EU te maken zullen krijgen beter zichtbaar te maken, een duidelijker beeld te creëren van de mate waarin plaatselijke en/of nationale gezondheidsmanagers met dezelfde uitdagingen geconfronteerd worden, en een betere basis te bieden voor overleg over de vraag wat er op EU-niveau gedaan kan worden om deze problemen effectief aan te pakken, en op een manier die geen nadelige gevolgen heeft voor de gezondheidsstelsels buiten de EU.

In het groenboek wordt getracht zo precies mogelijk aan te geven welke uitdagingen voor de gezondheidswerkers van de EU voor alle lidstaten gelden: demografische problemen (vergrijzende bevolking en vergrijzend arbeidspotentieel in de gezondheidszorg), waardoor de aantallen jongeren die in de gezondheidszorg gaan werken onvoldoende zijn om degenen die vertrekken te vervangen; de diversiteit van de gezondheidswerkers; de geringe aantrekkingskracht op jongere generaties van veel banen op het gebied van gezondheidszorg en volksgezondheid; de migratie van gezondheidswerkers naar en vanuit de EU; de ongelijke mobiliteit binnen de EU, en met name de trek van bepaalde gezondheidswerkers van armere naar rijkere landen binnen de EU; en ook de "brain drain" van derde landen op het gebied van de gezondheidszorg.

De tweede doelstelling van dit groenboek is te helpen terreinen te identificeren waar naar de mening van de Commissie verdere actie ondernomen kan worden, en een debat daarover te lanceren.

3. WETTELIJK KADER EN RECHTSGROND VOOR ACTIE OP EU-NIVEAU

Artikel 152 van het EG-Verdrag bepaalt: "Bij het optreden van de Gemeenschap op het gebied van de volksgezondheid worden de verantwoordelijkheden van de lidstaten voor de organisatie en verstrekking van gezondheidsdiensten en geneeskundige verzorging volledig geëerbiedigd." Ditzelfde artikel benadrukt echter ook dat de Gemeenschap samenwerking tussen de lidstaten dient aan te moedigen en coördinatie van hun beleid en programma's dient te bevorderen.

Het optreden van de Gemeenschap dient dus ter aanvulling van nationale beleidsmaatregelen. De hoofdverantwoordelijkheid voor de organisatie en de verstrekking van gezondheidsdiensten ligt bij de lidstaten, maar de EU heeft een belangrijke rol te vervullen bij het ondersteunen van de lidstaten en het toevoegen van waarde door bijvoorbeeld het vormen van netwerken en het doorgeven van goede praktijken.

Bovendien voorzien het EG-Verdrag en de afgeleide wetgeving in regels waaraan de lidstaten zich dienen te houden bij het organiseren van hun gezondheidssector.

Relevante voorbeelden van afgeleide wetgeving zijn bijvoorbeeld de EU-richtlijnen op het gebied van arbeidsrecht, zoals de richtlijn betreffende arbeidstijden, die maximale arbeidstijden bepaalt en dagelijkse en wekelijkse minimumrustperioden verplicht stelt teneinde de gezondheid en veiligheid van werknemers te beschermen. De richtlijn voorziet in gemeenschappelijke minimumvoorschriften voor alle lidstaten, maar iedere lidstaat blijft vrij om desgewenst regels toe te passen die gunstiger zijn voor de werknemers.

De arresten van het Hof betreffende aanwezigheidsdienst en compenserende rust werpen een aantal belangrijke vragen op voor gezondheids- en zorgdiensten³. De Commissie heeft al een aantal wetgevingsvoorstellen⁴ ingediend, die momenteel door de Raad en het Europees Parlement besproken worden⁵.

4. FACTOREN DIE VAN INVLOED ZIJN OP HET ARBEIDSPOTENTIEEL IN DE GEZONDHEIDSZORG IN DE EU EN DE VOORNAAMSTE UITDAGINGEN

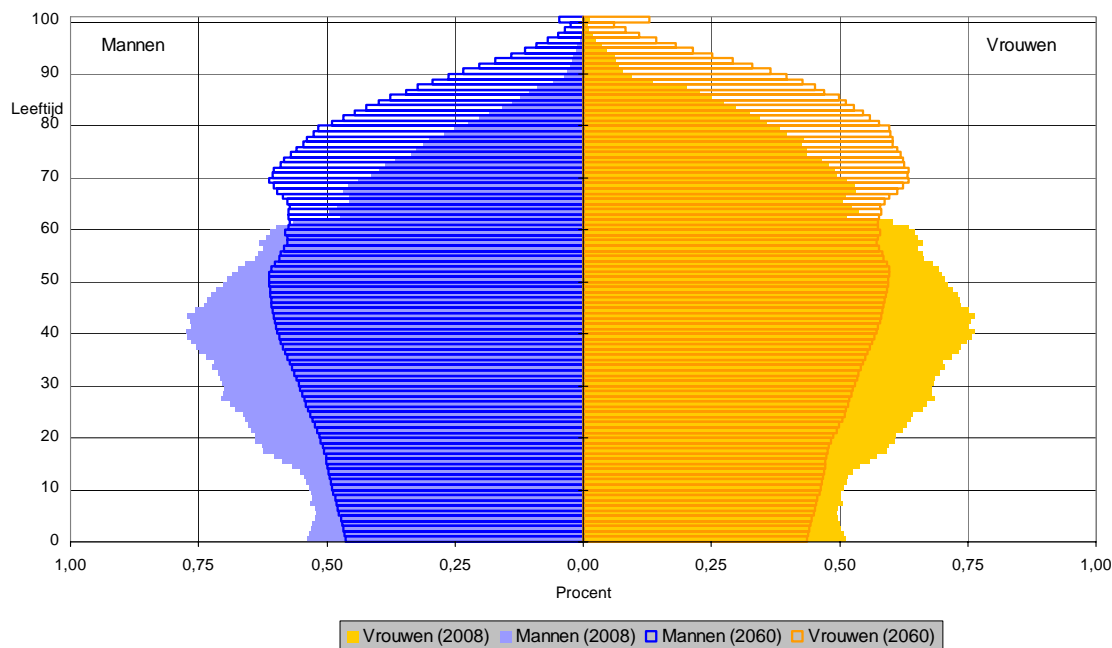
4.1. Demografische ontwikkelingen en bevordering van een duurzaam arbeidspotentieel

De Europese burgers leven langer en in betere gezondheid. De levensverwachting is voortdurend toegenomen sinds de jaren '50, met ongeveer 2,5 jaar per decade, en deze stijging zal zich naar verwachting voortzetten.

³ Het Hof heeft bepaald dat de perioden waarin gezondheidswerkers "on call" zijn (aanwezigheidsdienst) als werktijd beschouwd moeten worden als de betrokkenen op de arbeidsplaats moeten blijven, ook als zij dan rusten, wat betekent dat bijvoorbeeld artsen in ziekenhuizen in de meeste lidstaten meer dan 48 uur per week werken. Om die werkweken tot een aanvaardbaar niveau terug te brengen, zouden in veel lidstaten aanzienlijk meer gezondheidswerkers in dienst genomen moeten worden, wat niet in alle gevallen mogelijk is.

⁴ COM(2004) 607 (voorstel tot wijziging van Richtlijn 2003/88/EG); COM(2005) 246 (gewijzigd voorstel dat rekening houdt met de standpunten van het Europees Parlement).

⁵ Gemeenschappelijk standpunt van de Raad van 15.9.2008. Mededeling van de Commissie aan het Europees Parlement betreffende het gemeenschappelijk standpunt, COM(2008) 568.



Grafiek 2: Ramingen van de demografische ontwikkeling 2008 - 2060

Bij een vergrijzende bevolking is het des te belangrijker dat mensen in goede gezondheid oud kunnen worden. Het aantal gezonde levensjaren dient gemaximaliseerd te worden. Desalniettemin valt te verwachten dat naarmate mensen langer leven er steeds grotere aantallen ouderen zullen zijn die een ernstige handicap hebben en langdurige zorg behoeven⁶. Ook komen meervoudige chronische aandoeningen vaker voor op hogere leeftijd, en dit zal gevolgen hebben voor het aanbod van zorg. Bovendien zal de behoefte aan formele zorg waarschijnlijk toenemen, gezien de waarschijnlijke daling van de beschikbaarheid van informele zorgverleners, onder andere als gevolg van veranderende gezinsstructuren.

En niet alleen de bevolking als geheel vergrijst, maar ook de werkende bevolking. Tussen 1995 en 2000 is het aantal artsen onder de 45 jaar in Europa met 20% gedaald, terwijl het aantal artsen boven de 45 jaar met meer dan 50% is toegenomen. Bij de verpleegkundigen is de gemiddelde leeftijd ook aan het stijgen; in vijf lidstaten is bijna de helft van de verpleegkundigen ouder dan 45 jaar⁷. Naarmate deze werkers hun pensionering naderen, moeten er voldoende jongere werkers aangeworven worden om hen te vervangen.

Het aandeel vrouwen onder de gezondheidswerkers is altijd hoog geweest en stijgt nog. Over het geheel gezien is ongeveer driekwart van de gezondheidswerkers in the EU vrouw, en in sommige lidstaten ligt het aandeel vrouwen onder beginnende medicijnenstudenten nu boven de 50%⁸. De stimulering van maatregelen ter bevordering van gendergelijkheid in HR-strategieën is dan ook van bijzonder belang.

In de routekaart voor de gelijkheid van vrouwen en mannen 2006-2010⁹ wordt een aantal acties genoemd die gericht zijn op de verwezenlijking van een gelijke mate van economische onafhankelijkheid en van participatie in de besluitvorming voor vrouwen en mannen, plus een aantal maatregelen om het combineren van werk, gezin en privéleven te vergemakkelijken.

⁶ OESO: Trends in Severe Disability among Elderly People DELSA/HEA/WD/HWP (2007).

⁷ WHO Observatory Policy series 2006.

⁸ WHO Observatory Policies series 2006.

⁹ COM(2006) 92.

Om een toereikend arbeidspotentieel in de gezondheidssector in stand te kunnen houden, ook wanneer de "baby boom"-generatie geleidelijk met pensioen gaat, zal het noodzakelijk zijn om jongeren op te leiden, aan te werven en in dienst te houden, en tegelijkertijd te investeren in de oudere werknemers.

Factoren die van invloed zijn en mogelijke actieterreinen:

- De uitgavenniveaus voor het arbeidspotentieel in de gezondheidszorg evalueren
- Betere arbeidsomstandigheden voor gezondheidswerkers waarborgen, en de motivatie en het moreel bevorderen
- Wervings- en opleidingscampagnes plannen, met name gericht op de groeiende aantallen werkenden van 55 jaar en ouder die geen gezinsverplichtingen meer hebben
- De behandeling van chronische ziekten en langetermijnzorg dichter bij huis of in een vorm van gemeenschapszorg organiseren
- Zorgen voor een meer doelmatige inzet van de beschikbare gezondheidswerkers
- "Terug naar de zorg"-campagnes overwegen, gericht op personen die vroeger in een beroep in de gezondheidszorg gewerkt hebben
- Meer sociale en etnische diversiteit bij de aanwerving bevorderen
- Bewustmaking in scholen met betrekking tot carrièremogelijkheden in de gezondheids- en zorgsectoren bevorderen

4.2. Capaciteit van de gezondheidsdiensten

De openbare gezondheidsdiensten omvatten een reeks van activiteiten met betrekking tot het beschermen en verbeteren van de gezondheid van de bevolking, het aanpakken van ongelijkheid op dit gebied, en het beantwoorden aan de behoeften van kansarme en kwetsbare groepen. Deze taken omvatten het uitvoeren van beoordelingen van de behoeften aan gezondheidszorg en effectbeoordelingen om het aanbod van diensten te kunnen plannen, de preventie van ziekten, bijvoorbeeld door inentings- en screeningprogramma's, gezondheidsbevordering en -educatie, het zorgen voor voldoende bloedvoorraden, epidemiologisch toezicht en planning voor het beheersen van en reageren op bedreigingen van de gezondheid door uitbraken van besmettelijke ziekten, pandemieën, en door de mens veroorzaakte en natuurrampen, met inbegrip van rampen als gevolg van de klimaatverandering.

Gezondheidsbevordering en preventie van ziekten kunnen, afgezien van het intrinsieke belang ervan, ook de toekomstige behoefte aan medische behandeling en verzorging aanzienlijk helpen beperken. De werkers in de openbare gezondheidszorg in de gehele EU dienen voldoende opgeleid en talrijk te zijn om deze activiteiten effectief te kunnen uitvoeren, en daarmee moet ook rekening worden gehouden bij de planning van opleiding en aanwerving.

De kwestie van gezondheid op het werk verdient speciale aandacht, aangezien veiligheid en gezondheid op het werk belangrijke determinanten van de algemene volksgezondheid zijn. Problemen als arbeidsongevallen moeten ook verder aangepakt blijven worden, maar er zijn ook nieuwe factoren zoals andere werkritmes, nieuwe technologieën op het werk, het bereiken van een goed evenwicht tussen werk en privéleven, arbeidsmobiliteit en werkgerelateerde stress, die alle speciale aandacht vereisen voor de gezondheid op het werk, als een belangrijke

determinant van een goede algemene volksgezondheid. De onlangs goedgekeurde strategie voor veiligheid en gezondheid op het werk 2007-2012 (COM(2007) 62) omvat een reeks ambitieuze doelstellingen die door de lidstaten van de EU zijn onderschreven. Het is echter duidelijk dat de verwezenlijking van deze doelstellingen sterk afhangt van de beschikbaarheid van de noodzakelijke gespecialiseerde gezondheidswerkers, zoals arbeidsgeneeskundigen, speciaal opgeleide verpleegkundigen en gezondheids- en veiligheidsinspecteurs.

Factoren die van invloed zijn en mogelijke actieterreinen:

- De capaciteiten inzake screening, gezondheidsbevordering en preventie van ziekten versterken
- Meer en betere informatie verzamelen over feitelijke en potentiële behoeften aan gezondheidszorg, teneinde de toekomstige ontwikkeling van het arbeidspotentieel te kunnen plannen
- Belangstelling voor wetenschappelijke beroepen stimuleren in scholen, door te wijzen op de minder bekende carrièremogelijkheden in de gezondheidszorg (bioloog, epidemioloog, enz.)
- Meer bekendheid geven aan het Europees Agentschap voor veiligheid en gezondheid op het werk (OSHA) door een informatiecampagne op arbeidsplaatsen
- Meer bekendheid geven aan het werk van arbeidsgeneeskundigen en artsen stimuleren om op dit gebied te gaan werken

4.3. Opleiding

Ook de opleidingscapaciteit is een thema dat aandacht verdient bij de planning. Als er meer artsen, verpleegkundigen en ander personeel nodig zijn, moeten er meer opleidingsplaatsen gecreëerd worden aan universiteiten en andere instituten, en zullen er meer opleiders nodig zijn. Dit zal planning en investeringen vereisen.

De lidstaten zullen moeten evalueren aan welke typen gespecialiseerde vaardigheden behoefte zal zijn, rekening houdend met het feit dat de behandelingsmethoden veranderen door de invoering van nieuwe technologieën, met de gevolgen van de vergrijzing voor ziektenpatronen, en met de toename van het aantal oudere patiënten met meervoudige chronische aandoeningen. Een specifiek probleem is dat mensen meer reizen en mobieler zijn, waardoor het risico van verspreiding van ziekten die tot nu toe vooral in tropische landen voorkwamen, toeneemt. Dat leidt tot nieuwe opleidingseisen voor medici en voor degenen die verantwoordelijk zijn voor het toezicht op overdraagbare ziekten.

Factoren die van invloed zijn en mogelijke actieterreinen:

- Ervoor zorgen dat bij opleidingen rekening wordt gehouden met de speciale behoeften van mensen met een handicap (zij dienen zorg van dezelfde kwaliteit te ontvangen als niet gehandicapte patiënten, en daarnaast ook de specifieke gezondheidsdiensten die zij nodig hebben¹⁰).
- Meer aandacht voor de continue bij- en nascholing van gezondheidswerkers. Het bijwerken van professionele bekwaamheden leidt tot verbetering van de kwaliteit van de gezondheidszorg en van de veiligheid van patiënten.
- Speciale opleidingscursussen ontwikkelen met het doel oudere werknemers aan te moedigen om weer in de gezondheidszorg te gaan werken.
- Managementopleidingen voor gezondheidswerkers aanbieden.
- Samenwerking tussen lidstaten bij het beheer van *numerus clausus*-maatregelen voor gezondheidswerkers stimuleren en meer flexibiliteit mogelijk maken.
- Mogelijkheden voor taalcursussen ontwikkelen, ter ondersteuning van eventuele mobiliteit.
- Een EU-mechanisme creëren, bv. een waarnemingscentrum voor gezondheidswerkers, dat lidstaten helpt bij het plannen van de toekomstige capaciteit van het arbeidspotentieel, de opleidingsbehoeften en de invoering van nieuwe technologische ontwikkelingen.

4.4. Het beheer van de mobiliteit van gezondheidswerkers binnen de EU

Het vrije verkeer van personen is een van de fundamentele vrijheden die in het Gemeenschapsrecht zijn verankerd. Het beginsel van het vrije verkeer van werknemers is vastgelegd in artikel 39 van het EG-Verdrag en verder uitgewerkt in Verordening 1612/68¹¹: in deze verordening wordt bepaald dat EU-burgers het recht hebben om in een andere lidstaat te werken als werknemer of ambtenaar. Het recht van vestiging is vastgelegd in artikel 43, dat voorziet in het recht om als zelfstandige in een andere lidstaat te gaan werken. In artikel 49 is het recht op het vrij verrichten van diensten vastgelegd. Verordening 1408/71 en de bijbehorende toepassingsverordening 574/72¹² voorzien in de coördinatie van de verschillende socialezekerheidsstelsels, teneinde de uitoefening van dit grondrecht op vrij verkeer te vergemakkelijken. Burgers van de EU hebben ook het recht om in een andere lidstaat te gaan studeren, onder dezelfde voorwaarden als de onderdanen van dat land.

Richtlijn 2005/36/EG voorziet in de erkenning van beroepskwalificaties met het oog op vestiging in een andere lidstaat en ter vergemakkelijking van het verrichten van grensoverschrijdende diensten in een andere lidstaat dan die waar de dienstverlener gevestigd is. Deze richtlijn heeft voor de bevoegde autoriteiten van het gastland en het thuisland ook de

¹⁰ Zoals bepaald in artikel 35 van het VN-Verdrag inzake de rechten van mensen met een handicap, dat door alle lidstaten en de Europese Gemeenschap is ondertekend.

¹¹ Verordening (EEG) nr. 1612/68 van de Raad van 15 oktober 1968 betreffende het vrije verkeer van werknemers binnen de Gemeenschap.

¹² Verordening (EEG) nr. 1408/71 van de Raad van 14 juni 1971 betreffende de toepassing van de socialezekerheidsregelingen op werknemers en zelfstandigen, alsmede op hun gezinsleden, die zich binnen de Gemeenschap verplaatsen; Verordening (EEG) nr. 574/72 van de Raad van 21 maart 1972 tot vaststelling van de wijze van toepassing van Verordening (EEG) nr. 1408/71.

verplichting ingevoerd om informatie uit te wisselen betreffende eventueel genomen tuchtrechtelijke of strafrechtelijke maatregelen of andere ernstige specifieke omstandigheden. Afgezien van het regelgevend kader hebben ook enkele beroepsorganisaties initiatieven genomen in verband met de mobiliteit van professionele gezondheidswerkers, zoals bijvoorbeeld het "Health Workers Crossing Borders"-initiatief en het proefproject betreffende zogenaamde beroepskaarten, die beide bedoeld zijn om de toegang tot informatie te vergemakkelijken wanneer er twijfels zijn over bepaalde gezondheidswerkers. De ontwikkeling van deze initiatieven zal nauwlettend gevolgd moeten worden.

Het vrije verkeer van studerende en werkende draagt ertoe bij dat gezondheidswerkers daarheen gaan waar zij het dringendst nodig zijn. Maar gezondheidswerkers worden om uiteenlopende redenen mobiel, bv. vanwege betere carrière- en opleidingsmogelijkheden, of vanwege betere betaling en betere arbeidsomstandigheden. Mobiliteit kan dus zowel in negatieve als in positieve zin de dispariteiten binnen en tussen landen beïnvloeden. In deze context is het denkbaar dat sommige lidstaten weinig geneigd zullen zijn om te investeren in de opleiding van meer gezondheidswerkers, als een groot aantal daarvan daarna verdwijnt en het rendement van die investering dus gering is.

De juiste reactie op de negatieve effecten van de toenemende mobiliteit is niet het invoeren van wettelijke beperkingen van het vrije verkeer van studerende en werkende, maar het aanpakken van de problemen door doelgericht beleid en met de nodige coördinatie met EU-instellingen en andere lidstaten. De toegenomen mobiliteit van het arbeidspotentieel kan voor managers op lokaal en/of nationaal niveau aanleiding zijn om hun beleid inzake aanwerving en professionele ontwikkeling te herzien.

Burgers hebben ook recht op toegang tot gezondheidszorg in andere lidstaten. De ontwerp-richtlijn betreffende grensoverschrijdende gezondheidszorg is gericht op het waarborgen van de toepassing van gemeenschappelijke beginselen voor grensoverschrijdende gezondheidszorg in de EU. Een van de pijlers van deze richtlijn is de verwezenlijking van de Europese samenwerking op terreinen waar dat zinvol is, onder andere in grensregio's, via Europese referentienetwerken van gespecialiseerde centra, door middel van een EU-netwerk voor de beoordeling van gezondheidstechnologie, of door middel van e-gezondheidszorg.

Factoren die van invloed zijn en mogelijke actierreinen:

- Bilaterale overeenkomsten tussen lidstaten bevorderen met het doel gebruik te kunnen maken van een eventueel surplus van artsen en verpleegkundigen.
- Investeren in opleiding en aanwerving van voldoende aantallen gezondheidswerkers om op EU-niveau "zelfvoorzienend" te kunnen zijn.
- Grensoverschrijdende overeenkomsten aanmoedigen betreffende opleidingen en uitwisselingen van personeel, die de uitstroom van gezondheidswerkers kunnen helpen beheersen, emt inachtneming van het Gemeenschapsrecht.
- "Circulaire" mobiliteit van personeel bevorderen (d.w.z. dat gezondheidswerkers zich naar een ander land begeven om daar een opleiding te volgen en/of ervaring op te doen, en dan naar hun eigen land terugkeren met nieuwe kennis en vaardigheden).
- Een forum of platform op EU-niveau creëren waar managers ervaringen kunnen uitwisselen.

4.5. Wereldwijde migratie van gezondheidswerkers

Het tekort aan gezondheidswerkers is wereldwijd, maar het probleem is het meest acuut in Afrika bezuiden de Sahara, waar het een crisisniveau heeft bereikt¹³. Deze tekorten worden verergerd door de toenemende concurrerende vraag naar medisch en verplegend personeel in de ontwikkelde wereld.

De actie binnen de EU inzake gezondheid heeft ook belangrijke beleidsconsequenties voor het externe en ontwikkelingsbeleid van de EU. Tenzij de EU stappen neemt om zelf voldoende gezondheidswerknemers op te leiden en te behouden, zal het negatieve effect van de migratie op de gezondheidsstelsels van ontwikkelingslanden hoogstwaarschijnlijk niet afnemen¹⁴.

In de EU Strategy for Action on the Crisis in Human Resources for Health in Developing Countries¹⁵, die in december 2005 is goedgekeurd, en in het actieprogramma om het nijpende tekort aan gezondheidswerkers in ontwikkelingslanden aan te pakken (2007-2013)¹⁶, dat een jaar later is goedgekeurd, werd erkend dat de EU maatregelen moet nemen om haar eigen doelstelling van gezondheidszorg van hoge kwaliteit te kunnen verwezenlijken, maar dat dit geen negatief effect mag hebben op de situatie in niet-EU-landen.

De EU ontwikkelt momenteel een gemeenschappelijk immigratiebeleid¹⁷, dat ook nieuwe benaderingen omvat die moeten voorkomen dat de ontwikkeling van derde landen wordt ondermijnd, bijvoorbeeld door verergering van de "brain drain"; in plaats daarvan dient circulaire migratie bevorderd te worden. Deze aspecten maken deel uit van de algehele aanpak van migratie¹⁸. Daarnaast heeft de Commissie in 2007 een voorstel ingediend voor een richtlijn ter vergemakkelijking van de toelating van hooggekwalificeerde migranten in de EU¹⁹. Dit voorstel omvat een clause die ethische aanwerving verplicht stelt, met name in sectoren, zoals de gezondheidszorg, waar een personeelstekort bestaat.

In de afgelopen jaren zijn er gedragscodes voor ethische aanwerving opgesteld die gericht zijn op het reduceren van het negatieve effect van migrantenstromen op de kwetsbare stelsels van gezondheidszorg in ontwikkelingslanden. Het Verenigd Koninkrijk heeft een Code of Practice for International Recruitment²⁰, en Noorwegen²¹ en Nederland²² hebben beide strategieën ontwikkeld die ook ethisch aanwervingsbeleid omvatten, door beperkingen te stellen aan actieve aanwerving door de overheid of door aanwerving via bilaterale overeenkomsten aan te moedigen. Op EU-niveau heeft het Comité voor de Europese sociale dialoog in de ziekenhuisbranche, bestaande uit vertegenwoordigers van HOSPEEM en EPSU, die als de Europese sociale partners worden beschouwd, in 2008 een gemeenschappelijke "Code of Conduct and follow-up on Ethical Cross-Border Recruitment and Retention"²³ goedgekeurd,

¹³ Het tekort aan gezondheidswerkers is kritiek in 57 landen, waarvan 36 in Afrika.

¹⁴ Het zijn niet alleen mensen uit de ontwikkelingslanden die migreren: er zijn ook artsen en verpleegsters die de EU verlaten om bijvoorbeeld in de VS, Canada, Australië of Nieuw-Zeeland te gaan werken.

¹⁵ COM(2005) 642.

¹⁶ COM(2006) 870.

¹⁷ Zie COM(2008) 359 over "Een gemeenschappelijk immigratiebeleid voor Europa: beginselen, maatregelen en instrumenten".

¹⁸ Zie COM(2006) 735 en COM(2007) 247.

¹⁹ COM(2007) 637 definitief. Tegelijkertijd is een voorstel (COM(2007) 638) voor een andere richtlijn betreffende één enkele aanvraagprocedure en gemeenschappelijke rechten voor alle legaal woonachtige werknemers uit derde landen aangenomen.

²⁰ www.nhsemployers.org.

²¹ (Recruitment of Health Workers: towards Global Solidarity) 2007.

²² "Werken aan zorg"-actieplan 2007.

²³ www.hospeem.eu/content/download/313/1631/version/2/file/EPSU-

die gericht is op het bevorderen van ethisch gedrag en het tegengaan van onethische praktijken bij grensoverschrijdende aanwerving van gezondheidswerkers.

De EU heeft toegezegd een gedragscode te zullen ontwikkelen voor de ethische aanwerving van gezondheidswerkers van buiten de EU, en ook andere stappen te zullen ondernemen om de negatieve effecten voor ontwikkelingslanden van de migratie van gezondheidswerkers naar de EU te minimaliseren en de positieve effecten te maximaliseren²⁴. In het voortgangsverslag over de uitvoering van het actieprogramma²⁵, dat in september 2008 is goedgekeurd, wordt nogmaals gewezen op de noodzaak deze toezeggingen na te komen.

Factoren die van invloed zijn en mogelijke actieterreinen:

- Ontwikkeling van een aantal leidende beginselen met betrekking tot de aanwerving van gezondheidswerkers uit ontwikkelingslanden, en van methoden voor monitoring daarvan
- Ondersteuning van de WGO bij de ontwikkeling van een wereldwijde gedragscode voor ethische aanwerving
- Stimulering van bilaterale en plurilaterale overeenkomsten met de landen van herkomst en ontwikkeling van mechanismen ter ondersteuning van circulaire migratie²⁶

4.6. Gegevens ter ondersteuning van de besluitvorming

Alle beschreven kwesties vormen uitdagingen voor de planners, aanbieders en managers van gezondheidszorgstelsels. De situatie wordt nog ingewikkelder door het gebrek aan actuele vergelijkbare gegevens en informatie, bijvoorbeeld betreffende de aantallen gezondheidswerkers die in opleiding of actief zijn, en hun specialismen, geografische spreiding, leeftijd, geslacht en land van herkomst. Aangezien tekorten in een bepaald deel van Europa ook elders gevolgen kunnen hebben, is informatie op Europese schaal voor alle gezondheidsautoriteiten in de hele EU belangrijk voor het plannen en verlenen van gezondheidsdiensten.

Uit een recent onderzoek (2006) in opdracht van de Wereldgezondheidsorganisatie²⁷, dat casestudies betreffende vijf landen omvatte (Estland, Duitsland, Litouwen, Polen en het Verenigd Koninkrijk), bleek dat geen daarvan in staat was exacte en volledige gegevens te verschaffen over internationale stromen van gezondheidswerkers. Deze stromen worden in hoofdzaak becijferd aan de hand van aan de bevoegde autoriteiten afgegeven certificaten

²⁴ Europees Parlement: EU Strategy for Action on the Crisis in Human Resources for Health in Developing Countries, en COM(2006) 870, Mededeling van de Commissie aan het Europees Parlement en de Raad – Een Europees actieprogramma om het nijpende tekort aan gezondheidswerkers in ontwikkelingslanden aan te pakken (2007–2013)

²⁵ SEC(2008) 2476.

²⁶ Onder "circulaire migratie" wordt verstaan dat werkers zich naar een ander land begeven om een opleiding te volgen en/of ervaring op te doen, en dan naar hun eigen land terugkeren met nieuwe kennis en vaardigheden. Dergelijke prikkels zouden de vorm kunnen aannemen van een vooraf overeengekomen carrièretraject, zodat de terugkeerders een baan en een salaris krijgen die een erkenning van de verworven ervaring inhouden.

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

("verificaties"). Dit geeft een indicatie van het aantal gezondheidswerkers dat in een gegeven jaar overwoog om naar een ander land te verhuizen, maar in de praktijk doen zij dat niet allen, en bovendien is het mogelijk dat sommigen meerdere aanvragen indienen. Uit de casestudy van Estland bleek bijvoorbeeld dat van de 344 artsen die certificaten aanvroegen slechts 182 feitelijk emigreerden.

De Europese Commissie verzamelt gegevens over de beslissingen betreffende erkenning van kwalificaties die onder de sectorale systemen voor erkenning vallen. Deze gegevens zijn samengevat beschikbaar op de volgende website:

http://ec.europa.eu/internal_market/qualifications/regprof/index.cfm.

Deze cijfers laten zien hoeveel mensen overwegen hun beroep in een andere lidstaat te gaan uitoefenen. Er is echter geen verdere informatie over de vraag of de gezondheidswerkers in kwestie in feite een baan in een andere lidstaat hebben aangenomen, en of zij misschien daarna verder getrokken zijn naar een derde land of naar hun eigen land zijn teruggekeerd; deze gegevens kunnen dus, bij gebrek aan meer gedetailleerde informatie, hoogstens als een ruwe benadering van de werkelijkheid worden beschouwd.

Andere door EUROSTAT verzamelde gegevens over aantallen gezondheidswerkers zijn afhankelijk van wat de verschillende lidstaten verzamelen. Deze gegevens zijn beschikbaar op de volgende website:

http://ec.europa.eu/health/ph_information/dissemination/echi/echi_en.htm.

Daarnaast wordt momenteel een door de EU ondersteund OESO-onderzoeksproject betreffende de migratie van artsen en verplegend personeel in de landen van de OESO en de EU-25 uitgevoerd, dat in de toekomst ook tot andere gezondheidswerkers uitgebreid zal worden. Dit project zal nuttige informatie opleveren, maar kan geen volledige vergelijkbaarheid van de gebruikte gegevens garanderen, vanwege uiteenlopende registratieprocessen en verschillen tussen lidstaten wat betreft de mate van centrale gegevensverzameling.

Het European Migration Network (EMN)²⁸ heeft een onderzoek gedaan naar "beheerde migratie" in de gezondheidssector in november 2006, waarbij elf van de nationale contactpunten van het netwerk betrokken waren. Het bleek dat de gegevens, met name over gezondheidswerkers in de EU die onderdaan zijn van een derde land, beperkt zijn en vaak verdeeld over verschillende bronnen, zelfs binnen lidstaten.

Factoren die van invloed zijn en mogelijke actieterreinen:

- Harmoniseren of standaardiseren van indicatoren betreffende gezondheidswerkers
- Opzetten van systemen om de stromen van gezondheidswerkers te monitoren
- Waarborgen van de beschikbaarheid en vergelijkbaarheid van gegevens betreffende het arbeidspotentieel in de gezondheidszorg, met name met het oog op het bepalen van de precieze bewegingen van bepaalde categorieën gezondheidswerkers

²⁸ <http://emn.sarenet.es/>

5. HET EFFECT VAN NIEUWE TECHNOLOGIE: VERBETERING VAN DE EFFICIËNTIE VAN DE GEZONDHEIDSWERKERS

Vooruitgang in de gezondheidszorg is gebaseerd op wetenschappelijke en technologische ontwikkelingen. Nieuwe technologieën zijn van invloed op wat bereikt kan worden en op de wijze waarop gezondheidszorg georganiseerd en verstrekt wordt. Nieuwe technologieën stellen gezondheidswerkers in staat om gemakkelijker informatie door te geven en nauwer samen te werken, waardoor de zorg algemeen verbetert. Voor bepaalde ziekten en patiënten kan technologie het mogelijk maken om een groot deel van de zorg in de context van gemeenschaps- of eerstelijnszorg te verlenen, of zelfs bij de patiënt thuis, in plaats van in het ziekenhuis, waardoor de levenskwaliteit van de patiënten verbeterd en de beschikbare middelen beter benut kunnen worden.

Op korte termijn gezien kunnen nieuwe technologieën zoals telegeneeskunde zorgen voor betere gezondheidszorgdekking in afgelegen gebieden of gebieden waar tekorten aan gezondheidswerkers bestaan. Zo zijn er al gebieden in de EU waar telegeneeskunde diagnoses op afstand mogelijk maakt, bijvoorbeeld van mammografieën, waardoor de dienstverlening aan de patiënten verbeterd kan worden.

De invoering van nieuwe technologie vereist dat gezondheidswerkers een passende opleiding, en indien noodzakelijk omscholing, ontvangen om daarmee om te kunnen gaan. Voor een effectief gebruik zal het ook noodzakelijk zijn dat de gezondheidswerkers deze nieuwe technologie accepteren, ook als dat betekent dat bestaande werkmethoden en structuren aangepast moeten worden. In de mededeling van de Commissie over "Telegeneeskunde ten voordele van patiënten, de samenleving en de economie" wordt een Europees kader voorgesteld om enkele van deze uitdagingen aan te gaan.

Factoren die van invloed zijn en mogelijke actieterreinen:

- Zorgen voor passende opleidingen zodat gezondheidswerkers optimaal gebruik kunnen maken van nieuwe technologieën
- Actie ondernemen om het gebruik van nieuwe informatietechnologie aan te moedigen
- Zorgen voor interoperabiliteit van nieuwe informatietechnologie
- Zorgen voor betere verspreiding van nieuwe technologie in de gehele EU.

6. DE ROL VAN DE ZELFSTANDIGE GEZONDHEIDSWERKERS

Bepaalde professionele gezondheidswerkers, zoals artsen, psychologen, tandartsen, chiropracten, fysiotherapeuten en arbeidstherapeuten, bedrijven als zelfstandige ondernemers hun eigen praktijken of medische centra, en hebben personeel in dienst. Het beleid van de Commissie ter verbetering van het ondernemersklimaat in Europa en ter ondersteuning en aanmoediging van ondernemerschap is van invloed op deze activiteiten. De Commissie heeft een mededeling gepubliceerd met de titel "Het midden- en kleinbedrijf: de sleutel tot meer groei en werkgelegenheid. Tussentijdse evaluatie van het moderne mkb-beleid" (4 oktober 2007), waarin het belang van het mkb voor de verwezenlijking van de doelstellingen van de Lissabonstrategie, namelijk het stimuleren van economische groei en het creëren van nieuwe en betere banen, wordt erkend. Dergelijke ondernemingen kunnen bijdragen tot versterking van de Europese economische groei en een drijvende kracht vormen voor innovatie,

plaatselijke ontwikkeling, opleiding en werkgelegenheid, en kunnen ook helpen de toegang tot gezondheidszorg te verbeteren.

De Small Business Act (SBA) is een centraal element in de strategie voor groei en werkgelegenheid van de EU (Mededeling van de Commissie "Denk eerst klein – een Small Business Act voor Europa" – COM(2008) 394). Dit document omvat een reeks gemeenschappelijke beginselen voor het mkb-beleid en voorstellen voor acties om deze beginselen in praktijk te brengen. Het is vooral gericht op het bevorderen van ondernemerschap, het verankeren van het "denk eerst klein"-principe in de beleidsontwikkeling, en het ondersteunen van de groei van het mkb.

Factoren die van invloed zijn en mogelijke actieterreinen:

- Meer ondernemers aanmoedigen om actief te worden in de gezondheidssector, teneinde de planning van het aanbod van gezondheidszorg te verbeteren en nieuwe banen te creëren
- De belemmeringen voor ondernemerschap in de gezondheidssector nader onderzoeken

7. COHESIEBELEID

De ontwikkeling van het arbeidspotentieel van gezondheidswerkers van de EU hangt ook samen met het cohesiebeleid. Het bestaande wettelijke kader maakt het mogelijk om gebruik te maken van de structuurfondsen om dit arbeidspotentieel verder te ontwikkelen. De communautaire strategische richtsnoeren voor cohesie, waarin de prioriteiten voor de structuurfondsen in de periode 2007-13 zijn bepaald, bevatten een sectie betreffende de doelstelling "een gezond arbeidspotentieel helpen handhaven". In de verordening betreffende het Europees Sociaal Fonds (ESF) van 5 juli 2006 (Verordening 1081/2006) worden onder andere het verlengen van het arbeidsleven en betere gezondheid als prioritaire werkterreinen van het ESF genoemd. In deze context zijn enkele lidstaten (hoofdzakelijk nieuwe) van plan om aanzienlijk te investeren in onderwijs en opleiding van gezondheidswerkers, en daarbij gebruik te maken van het ESF. Bovendien zal het Europees Fonds voor Regionale Ontwikkeling ongeveer 5,2 miljard euro investeren in gezondheidsinfrastructuur. Het doelmatige gebruik van de structuurfondsen voor het verbeteren van de vaardigheden en competenties van de gezondheidswerkers en voor het ontwikkelen van de gezondheidsinfrastructuur kan een doelmatige bijdrage leveren aan de verbetering van de arbeidsomstandigheden en de kwaliteit van gezondheidsdiensten verbeteren, en kan aldus de "gezondheidskloven" verminderen en de cohesie binnen en tussen lidstaten versterken.

Factoren die van invloed zijn en mogelijke actieterreinen:

- Meer gebruik maken van steun van de structuurfondsen voor het opleiden en omscholen van gezondheidswerkers
- Beter gebruik maken van de structuurfondsen voor de ontwikkeling van de gezondheidswerkers
- Het gebruik van de structuurfondsen voor infrastructuur ter verbetering van de arbeidsomstandigheden stimuleren

8. RAADPLEGING

De Europese Commissie verzoekt alle belangstellende organisaties om uiterlijk 31 maart 2009 reacties op de in dit groenboek aan de orde gestelde kwesties aan het volgende e-mailadres te zenden: SANCO-health-workforce@ec.europa.eu ,

dan wel aan het volgende adres:

Europese Commissie, B-1049 Brussel - België.

Tenzij bij de reacties een verklaring wordt gevoegd dat deze of gedeelten daarvan niet op de website van de Commissie mogen worden gepubliceerd en/of worden geciteerd in rapporten waarin de resultaten van de raadplegingsprocedure worden geanalyseerd, nemen de diensten van de Commissie aan dat hiertegen geen bezwaar bestaat.