



## القوى العاملة الصحية: التقدم في معالجة مسألتي النقص والهجرة، وفي الاستعداد لتلبية الاحتياجات المستجدة

### تقرير من الأمانة

١- أحاط المجلس التنفيذي علماً، أثناء دورته الثانية والثلاثين بعد المائة، بنسخة سابقة من هذا التقرير وطلب التوسع في مجالات معينة في التقرير الذي ستعقد فيه جمعية الصحة.<sup>١</sup>

٢- في عام ٢٠١٠ اعتمدت جمعية الصحة العالمية الثالثة والستون مدونة المنظمة العالمية لقواعد الممارسة بشأن توظيف العاملين الصحيين على المستوى الدولي في القرار ج ص ٦٣-١٦. وتُعد المدونة إطاراً متعدد الأطراف للتصدي لنقص القوى العاملة الصحية على الصعيد العالمي ومواجهة التحديات المرتبطة بالتنقل الدولي للعاملين الصحيين. وفي عام ٢٠١١ اعتمدت جمعية الصحة العالمية الرابعة والستون القرار ج ص ٦٤-٦ بشأن تعزيز القوى العاملة الصحية، والقرار ج ص ٦٤-٧ بشأن تعزيز التمريض والقبالة. وحثت الجمعية في قرارها الأول الدول الأعضاء، بين جملة أمور، على تنفيذ المدونة؛ وفي قرارها الثاني حثتها على ترجمة التزامها بتعزيز التمريض والقبالة إلى إجراءات، بوسائل عدة من بينها وضع خطط العمل اللازمة للتمريض والقبالة كجزء لا يتجزأ من الخطط الصحية الوطنية أو دون الوطنية، والتعاون على تعزيز العمليات التشريعية والتنظيمية ذات الصلة، والتوسع في نطاق التعليم والتدريب في مجال التمريض والقبالة. ويُقدّم هذا التقرير وفقاً لمتطلبات المادتين ٩-٢ و٧-٢ (ج) من مدونة المنظمة العالمية لقواعد الممارسة بشأن توظيف العاملين الصحيين على المستوى الدولي، وطلب الإبلاغ عن التقدم المُحرز الوارد في القرار ج ص ٦٤-٦ والقرار ج ص ٦٤-٧. واستجابة لطلب إحدى الدول الأعضاء يُقدّم هذا التقرير أيضاً المعلومات عن تنمية القوى العاملة الصحية من أجل دعم التغطية الشاملة بالخدمات الصحية.

### الوضع الراهن

٣- بعد مرور نحو ثلاث سنوات على اعتماد المدونة لا يزال مستوى تغطية السلطات الوطنية المعنية غير كامل: فالغالبية العظمى من تقارير البلدان صدرت من إقليم واحد من أقاليم المنظمة. عملت الأمانة على دعم تعيين كل دولة من الدول الأعضاء لإحدى السلطات الوطنية لتكون مسؤولة عن تبادل المعلومات عن هجرة العاملين الصحيين وتنفيذ المدونة. وتم تحديد السلطات الوطنية المعنية في ٨٤ بلداً (انظر الجدول أدناه)؛ وثلاثة أرباع تلك السلطات يوجد في وزارة الصحة.

١ انظر الوثيقة مت ٢٣/١٣٢ والمحضر الموجز للمجلس التنفيذي في دورته الثانية والثلاثين بعد المائة، الجلسة الرابعة عشرة، الفرع ١ (بالإنكليزية).

٤- وتغطي البلدان التي قدمت التقارير أكثر من ٨٠٪ من سكان العالم الذين يعيشون في بلدان المقصد، ولكنها تعكس فقط الوضع الراهن في أقلية من بلدان المنشأ. وتتواصل الجهود من أجل توسيع نطاق تقديم التقارير من أجل معالجة هذا التباين. وقد أفاد اثنان وثلاثون بلداً بأنه اتخذ خطوات من أجل تنفيذ المدونة وقدمت الأمانة، بالتشاور مع الدول الأعضاء وأصحاب المصلحة المعنيين، الدعم اللازم لإعداد استمارة تبليغ وطنية لتكون بمثابة أداة قطرية للتقييم الذاتي، تغطي المواضيع التالية: الحقوق القانونية للمهاجرين، والاتفاقات الثنائية، والبحوث الخاصة بتنقلات العاملين الصحيين، والإحصاءات، وتنظيم التصريح بممارسة المهنة. وهذه الاستمارة متاحة للعموم، وزوّدت بها كل سلطة من السلطات الوطنية المعيّنة، وكذلك تم بثها من خلال مكاتب المنظمة الإقليمية ومكاتبها في البلدان والأقاليم والمناطق. وبحلول ٢١ شباط/فبراير ٢٠١٣، كانت السلطات الوطنية المعيّنة في ٥١ بلداً قد أبلغت عن تنفيذ المدونة باستخدام استمارة التبليغ الوطنية. ومن التقارير البالغ عددها ٥١ تقريراً صدر ٣٦ تقريراً عن الإقليم الأوروبي (انظر الجدول أدناه).

**الجدول: عدد السلطات الوطنية المعيّنة المنشأة التي قدمت التقارير، حسب الإقليم وعدد التقارير الواردة حتى ٢١ شباط/فبراير ٢٠١٣**

إقليم منظمة الصحة العالمية	عدد السلطات الوطنية المعيّنة المنشأة	عدد التقارير الواردة بواسطة استمارة التبليغ الوطنية
أفريقيا	١٣	١
الأمريكتان	١١	٤
جنوب شرق آسيا	٤	٣
أوروبا	٤٢	٣٦
شرق المتوسط	٨	٣
غرب المحيط الهادئ	٦	٤
المجموع	٨٤	٥١

٥- ويتمثل التحدي الرئيسي في ضمان إشراك كل أصحاب المصلحة المعنيين في عمليات صنع القرار بشأن هجرة العاملين الصحيين وتوظيفهم على الصعيد الدولي. ومن الناحية النمطية فإن تعدد أصحاب المصلحة من القطاعين العام والخاص من مختلف القطاعات يعقد التقيد بمجموعة أساسية واحدة من المبادئ.

٦- وهناك تحدٍ آخر يتعلق بهجرة العاملين الصحيين، ألا وهو ما يلي: هناك نقص في البيانات المنسقة والشاملة، فالبيانات المتاحة يتم تبادلها عادة بين عدة وكالات وكيانات داخل البلدان وفيما بينها. ويلزم المزيد من الجهود والتعاون لتحسين نظم المعلومات المتاحة، بما في ذلك المعلومات عن القوانين واللوائح المتعلقة بتوظيف العاملين الصحيين.

٧- دعمت الأمانة التعاون بين أصحاب المصلحة المتعددين بما فيهم المؤسسات الحكومية والأكاديمية ومنظمات المجتمع المدني وشبكاته، من أجل تعزيز العمل الخاص بالدعوة والتحليل الذي دعت إليه المدونة. وقد نظم الإقليم الأوروبي على وجه الخصوص نطاقاً من الأنشطة أسفرت عن خارطة طريق لتنفيذ المدونة في الإقليم الأوروبي. وتشمل التطورات الأخرى الجديرة بالذكر إنشاء شبكة *La Red Iberoamericana de Migración de Profesionales de la Salud* (الشبكة الأيبيرية الأمريكية المعنية بهجرة المهنيين الصحيين) تحت قيادة الأمانة التقنية لوزارة الصحة العمومية في أوروغواي ودعم المفوضية الأوروبية؛ وتيسير الحوار بين أصحاب المصلحة

على الصعيد الوطني (على سبيل المثال ما تم في بلجيكا وألمانيا وإيطاليا في عام ٢٠١٢)؛ والمناقشات مع لجنة التنمية في البرلمان الأوروبي (مدريد، ٢٠١٢)؛ وإقامة مدرسة صيفية عن الهجرة والأخلاقيات في جنيف بالتعاون مع مؤسسة بروشيه وجامعة جنيف وجامعة هارفارد. ونشطت منظمات المجتمع المدني نشاطاً متزايداً على الصعيدين الوطني والدولي في مجال إذكاء الوعي واسترعاء الانتباه السياسي إلى قضايا القوى العاملة الصحية، بما في ذلك من خلال دعم المدونة وبحثها وتنفيذها. وكشفت دراسة حالة شملت تسعة بلدان<sup>١</sup> من الإقليم الأوروبي عن أن المجتمع المدني قد لعب دوراً كبيراً في رصد هجرة القوى العاملة الصحية، باعتماد نهج قائم على الحقوق يراعي حقوق العمال الصحيين والحاجة إلى نُظم صحية منصفة ومستدامة في الوقت ذاته.

٨- وأشارت عدة دول أعضاء كذلك إلى نقص المعلومات عن نطاق الهجرة (من بلدان المنشأ) والبيانات الدالة على أثرها بالنسبة إلى التخطيط الخاص بالعاملين الصحيين (بلدان المقصد).

٩- وتوفر السلطات الوطنية المعنية المزيد من التفاصيل عن حالة القوى العاملة المهاجرة من حيث الحقوق القانونية والتوظيف وتنظيم ممارسة المهنة (انظر الشكل أدناه). كما أن المعلومات التي توفرها السجلات الإحصائية، والتصاريح الممنوحة للعاملين الأجانب المدربين بممارسة المهنة تغطي أساساً الأطباء والممرضات والقابلات فقط.

١٠- وهناك معلومات إضافية متاحة من الاستعراض المشترك بين المنظمة ومعهد سياسات الهجرة.<sup>٢</sup> وهناك أربعة بلدان فقط من أعضاء منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي تسهم معاً بنسبة ٧٢٪ من الممرضين الأجانب و ٦٩٪ من الأطباء الأجانب العاملين في البلدان الأعضاء في هذه المنظمة، ألا وهي: أستراليا، وكندا، والولايات المتحدة الأمريكية، والمملكة المتحدة لبريطانيا العظمى وأيرلندا الشمالية. وتفاوت الاتجاهات السائدة في تدفقات العاملين الصحيين المهاجرين تفاوتاً واسعاً بين البلدان الأربعة. وتتغير أيضاً طريقة تعامل بلدان المقصد مع التسجيل المهني وإصدار الشهادات المهنية الجديدة.

١١- ومنذ اعتماد المدونة قدمت منظمات المجتمع المدني تقارير<sup>١</sup> عن التحديات المستجدة، مثل تدابير التقشف الاقتصادي التي تمس النظم الصحية الوطنية، والتحول في التركيز نحو الاختلالات في التوزيع الداخلي للقوى العاملة الصحية في الاتحاد الأوروبي، والتواصل غير الكافي بين المنظمات غير الحكومية الإنمائية وسائر الجهات الفاعلة من المجتمع المدني، بما في ذلك اتحادات المرضى والنقابات العمالية والرابطات المهنية التي لها مصلحة في تنمية القوى العاملة الصحية.

١ Civil society contribution and advocacy for implementing the WHO global code in the European Region: country case studies. Geneva, World Health Organization, in press.

٢ *Immigration and the healthcare workforce since the global economic crisis: report for the World Health Organization*. Washington, DC, Migration Policy Institute, in press. See also International Migration Outlook: SOPEMI 2007 Edition.

## الشكل: إبراز أهم المعلومات المتحصل عليها من ٥١ سلطة وطنية معينة باستخدام استمارة التبليغ الوطنية (بحسب مواد المدونة)



### الاتفاقات

١٢- تزداد الصورة وضوحاً أيضاً فيما يتعلق بالاتفاقات الثنائية والمتعددة الأطراف والاتفاقات الإقليمية بشأن توظيف العاملين الصحيين. ومعظم هذه الاتفاقات كانت سابقة للمدونة، ولكن بعضها قد أُبرم أو نَقح خلال العامين والنصف منذ اعتماد المدونة. وتشمل الأمثلة الاتفاقات بين البلدان المتجاورة مثل قبرص واليونان؛ والدانمرك وفنلندا وأيسلندا والنرويج والسويد؛ وكازاخستان وقيرغيزستان والاتحاد الروسي وطاجيكستان وأوزبكستان؛ وكذلك الاتفاقات بين البلدان ذات مستويات الدخل المختلفة مثل إيطاليا وتونس؛ وكرواتيا وألمانيا. وتشمل الاتفاقات المتعددة الأطراف "شراكات التنقل" وهي أطر غير ملزمة قانوناً لإدارة تحركات الأشخاص بين بلدان الاتحاد الأوروبي وبين فرادى البلدان إدارة جيدة. وتتضمن الدول الأعضاء في الاتحاد الأوروبي إلى هذه الشراكة على أساس طوعي. وتشمل الاتفاقات الإقليمية البارزة الاتفاقات المبرمة بين بروني دار السلام وكمبوديا واندونيسيا وجمهورية لاو الديمقراطية الشعبية وماليزيا وميانمار والفلبين وتايلند وفييت نام. وتغطي الاتفاقات فئتي الأطباء والمرضى وفي عدد قليل من الحالات تغطي القابلات أيضاً. وقد أُبرم عدد من الاتفاقات على الصعيد الوطني وأبرم عدد آخر على الصعيد دون الوطني.

## التعاون فيما يتجاوز الهجرة

١٣- يتجاوز التعاون بشأن تنمية القوى العاملة الصحية في سياق المدونة القضايا المتعلقة بالهجرة. فقد أبلغت الدول الأعضاء عن مجموعة من اتفاقات التعاون المالي والتقني الأوسع نطاقاً، بما في ذلك: الاتفاقات المبرمة في إطار الشبكة الأيبيرية الأمريكية المعنية بهجرة المهنيين الصحيين، والاتفاق بين حكومات كل من كوبا ومصر ونيجيريا ورواندا؛ والمشروع التجريبي "Triple Win" الذي تشارك فيه ألبانيا والبوسنة والهرسك وألمانيا وفيت نام؛ والتعاون بين إندونيسيا واليابان لتعزيز كفاءة التمريض عن طريق التدريب أثناء الخدمة.

١٤- وتتعاون منظمة الصحة العالمية مع الاتحاد الأوروبي على وضع خطة عمل خاصة بالقوى العاملة الصحية ومصممة من أجل الجمع بين الدول الأعضاء من أجل الاستجابة للتحديات الرئيسية التي تواجه القوى العاملة الصحية على المدى المتوسط إلى الطويل، بهدف تعزيز استدامة القوى العاملة في أوروبا. ويتمحور هذا العمل الجوهري حول ثلاثة محاور، ألا وهي: التنبؤ باحتياجات القوى العاملة وتحسين منهجيات التخطيط للقوى العاملة؛ والتنبؤ بالاحتياجات المستقبلية من المهارات في مجال المهن الصحية؛ وتبادل الممارسات الجيدة بشأن استراتيجيات التوظيف واستبقاء الموظفين الفعالة فيما يتعلق بالمهنيين الصحيين.

## تعزيز التمريض والقبالة

١٥- في الوثيقة المعنونة "التوجهات الاستراتيجية لتعزيز خدمات التمريض والقبالة ٢٠١١-٢٠١٥" تؤكد المنظمة على التغطية الصحية الشاملة والرعاية التي تركز على الناس في سياق الرعاية الصحية الأولية<sup>١</sup>. وتعد الوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها من العناصر ذات الأولوية. وبالتعاون مع المجلس الدولي للممرضين والممرضات والاتحاد الدولي للقابلات، عُقد منتدى لكبار المسؤولين عن التمريض والقبالة بشأن الأمراض غير السارية وشارك فيه ٧٠ بلداً. وتمخض المنتدى عن بيان بشأن دور الممرضين والممرضات والقابلات ككشف عن التزام واضح بالتقدم في برنامج العمل الخاص بالأمراض غير السارية. وأعقب المنتدى اجتماع ثلاثي ضم ٧٤ من كبار المسؤولين عن التمريض والقبالة، وممثلي الرابطة الوطنية للتمريض والقبالة، والأجهزة المسؤولة عن تنظيم التمريض والقبالة. وجرى تناول المسائل الحاسمة لتطوير مهنتي التمريض والقبالة، وتوفير الرعاية الجيدة الخاصة بالتمريض والقبالة، والتنظيم الفعال لهاتين المهنتين. ودعماً لهذا العمل نُشرت وثيقة بعنوان "تعزيز قدرات التمريض والقبالة من أجل الإسهام في الوقاية من الأمراض غير السارية وعلاجها وتبديلها العلاجي". وشملت اللقاءات العالمية الأخرى المعقودة من أجل تنفيذ التوجهات الاستراتيجية عقد اجتماع ضم ٦٠ من الخبراء ورسمي السياسات والشركاء الدوليين بشأن المسألة الخاصة بكلية لتعليم القبالة، والأسس المرجعية لخدمات القبالة<sup>٢</sup>. وأُنجزت دراسة في ٢٢ بلداً بشأن التمريض الصحي المجتمعي تستهدف تحديد العوامل التي تؤثر في التمريض الصحي المجتمعي. وشملت الدراسة العوامل المتعلقة بما يلي: التعليم والتدريب، والتنظيم، والممارسة، والأدوار، واتجاهات السياسات والاستراتيجيات المجدية في تحقيق المستوى الأمثل لمساهمتها في الرعاية الصحية الأولية، وخصوصاً الرعاية التي تركز على الناس، والتغطية الصحية الشاملة.

١ الوثيقة WHO/HRH/HPN/10.1 متاحة على الرابط التالي:

<http://www.who.int/hrh/resources/nmsd/en/index.html> (تم الاطلاع في ١٩ آذار/ مارس ٢٠١٣).

٢ Global consultation on producing and developing an appropriate midwifery workforce for low- and middle- income countries, Geneva, 4-6 December 2012.

١٦- وفي إقليم شرق المتوسط وُضعت استراتيجية لتعزيز التمريض والقبالة (٢٠١٢-٢٠٢٠) لتشكيل أساس دعم البلدان في إعداد خططها ذات الصلة. وأنشئ مجلسان للتمريض والقبالة في ثلاث دول أعضاء. وفي الإقليم الأوروبي وُضعت توجهات استراتيجية للتمريض والقبالة (٢٠١١-٢٠١٥) وخطة عمل. وفي إقليم الأمريكتين أنشئت ٢٨ شبكة للتمريض وُضعت خطط عمل بشأن التعليم وممارسة المهنة والبحوث، مع التركيز على الأهداف الإنمائية للألفية والرعاية الصحية الأولية. واعتمدت خطة لتطوير التمريض في وسط أمريكا من قبل وزارات الصحة في تسعة بلدان ولجان دون إقليمية. وفي الإقليم الأفريقي تم إعداد نموذج أولي إقليمي للمناهج الدراسية القائمة على الكفاءة لبرامج تعليم التمريض والقبالة السابقة للانخراط في العمل، كما وُضع إطار تنظيمي مهني. والهدف من ذلك هو دعم تحسين جودة برامج التعليم في الدول الأعضاء. وتشمل الأنشطة الجديدة برنامج مجتمعي خاص بالصحة النفسية معد من أجل الممرضين والممرضات والقابلات في سري لانكا بجنوب شرق آسيا، وإصدار منهج دراسي للمهنيين الصحيين، ومواصلة تطوير تعليم التمريض مع التركيز على الرعاية الصحية الأولية في إقليم غرب المحيط الهادي.

### تحديات المستقبل

١٧- ستحتاج الجهود المبذولة لتنفيذ القرار ج ص ع ٦٣-١٦ والقرار ج ص ع ٦٤-٧ إلى التصدي لتحديات تشمل عدم وجود فهم مشترك لطبيعة الصلات على المستوى القطري بين هجرة القوى العاملة والاحتياجات الخاصة بالقوى العاملة الصحية في الحاضر والمستقبل، والتخطيط الخاص بالقوى العاملة الصحية في الأمدين القصير والطويل. وبالإضافة إلى ذلك لا يتوافر لكثير من البلدان سوى قدرة محدودة على استباق اتجاهات القوى العاملة الصحية في المستقبل.

١٨- ويُعد الالتزام السياسي ضرورياً لمواجهة الأزمة في القوى العاملة الصحية، وهذا الالتزام يجب ان يتناسب مع ما يقابله من استثمارات من أجل دعم القدرة المؤسسية والفردية على التخطيط وإيجاد الموارد البشرية الصحية اللازمة للمرصد الصحية، وذلك أمر يستغرق وقتاً من أجل تحقيق الآثار الهامة.

١٩- وكى يتسنى تنفيذ القرارات توجد حاجة ماسة إلى التوسع في المرصد الإقليمية والوطنية الخاصة بالقوى العاملة الصحية. ومن خلال آلية من هذا القبيل يمكن تعزيز مبادئ المدونة عن طريق مختلف التدخلات الخاصة ببناء القدرات ووضع السياسات لتحسين فهم عناصر منها الإعداد والتوظيف والنشر والاستبقاء والتنقلات، وهي جميعاً عناصر ذات صلة بالقوى العاملة الصحية.

٢٠- وسوف تستند المنظمة إلى الأساس الذي ترسّخ من أجل دعم تعزيز التمريض والقبالة على الصعيد العالمي في مجالات السياسات والإدارة والتعليم والتنظيم وممارسة المهنة ومتابعة المفاوضات المتعددة الأطراف في إطار المدونة.

٢١- وحتى يومنا هذا، لم تمثل الأزمة الاقتصادية العالمية الحالية ولا مستويات البطالة المتزايدة ذات الصلة والتي نتجت عنها، دافعاً ذا شأن لهجرة القوى العاملة الصحية أو للاستغناء عن أعداد كبيرة من العاملين الصحيين. ففي بعض البلدان يبدو أن هناك ضغوطاً على قطاع الشؤون المالية العامة بدأت في التأثير سلباً على إعداد القوى العاملة الصحية وتوزيعها وأدائها.

٢٢- وفي الماضي القريب أولي اهتمام بالغ بالمظاهر الحادة لأزمة القوى العاملة الصحية، ألا وهي: نقص القوى العاملة الصحية في ما أطلق عليه "البلدان التي تمر بأزمات" والهجرة. ولكن يزداد الآن إدراك أنه لا يمكن تقليص الأزمة إلى هذين البعدين رغم ما لهما من أهمية. فالأزمة في القوى العاملة الصحية تُعد تحدياً عالمياً ذا

أبعاد متعددة. وهي تتطلب استراتيجية عالمية شاملة لإحداث تحول في إنتاج القوى العاملة الصحية، وإجراء تحليل شامل لسوق العمل، وإحداث تحول في تعليم وتدريب القوى العاملة الصحية على المستوى الوطني والمستوى العابر للحدود الوطنية. وينبغي على البلدان التي ترغب في تحسين إتاحة الرعاية الصحية أن تتصدى للتحدي الذي يطرحه نقص القوى العاملة الصحية. ولذا فإن اعتماد نهج جديدة سيكون حاسم الأهمية من أجل التحرك قدماً نحو التغطية الصحية الشاملة.

### الإجراء المطلوب من جمعية الصحة

٢٣- جمعية الصحة مدعوة إلى الإحاطة علماً بهذا التقرير.

= = =