



## توظيف العاملين الصحيين من العالم النامي

### تقرير من الأمانة

١- كثيراً ما تؤدي الخسارة في الموارد البشرية، الناجمة عن هجرة الموظفين الصحيين المهنيين إلى البلدان المتقدمة إلى خسارة في قدرة النظم الصحية في البلدان النامية على تقديم الرعاية الصحية بصورة عادلة. كما تقوض هجرة العاملين الصحيين قدرة البلدان على الوفاء بالالتزامات العالمية والإقليمية والوطنية، ومنها مثلاً أهداف الأمم المتحدة الإنمائية للألفية، ناهيك عن تنمية هذه البلدان ذاتها. والبيانات عن مدى وتأثير هذه الهجرة مبعثرة وغالباً ما تكون غير موثوقة وقاصرة عن إلقاء الضوء على الأسباب كارتفاع معدلات البطالة وسوء ظروف العمل وانخفاض المرتبات. بل إن سياق الهجرة متفاوت بين البلدان المتقدمة الموارد. فبعض البلدان كالهند والفلبين لديها فائض من العاملين الصحيين الذين تولد هجرتهم الناشئة عن ذلك تحويلات مالية. والواقع أن البلدان النامية تلقت من التحويلات في العقد الماضي ما يقدر بأنه يفوق مجموع المساعدة الإنمائية العالمية. غير أن الهجرة الجماعية المتزايدة من المهنيين الصحيين في أفريقيا تثير قلقاً خاصاً وتتسبب في نفاذ الموارد البشرية ونقوض الاستثمار في رأس المال البشري، وتؤدي إلى تقاوم العجز القائم في الموظفين، وتقلص قدرة الخدمات الصحية على تقديم خدمات بتغطية ملائمة. وتوثق الدراسات الأخيرة للمنظمة السرعة المتزايدة في الهجرة الداخلية والهجرة للخارج<sup>١</sup> وهذا التقرير يركز على تلك القارة.

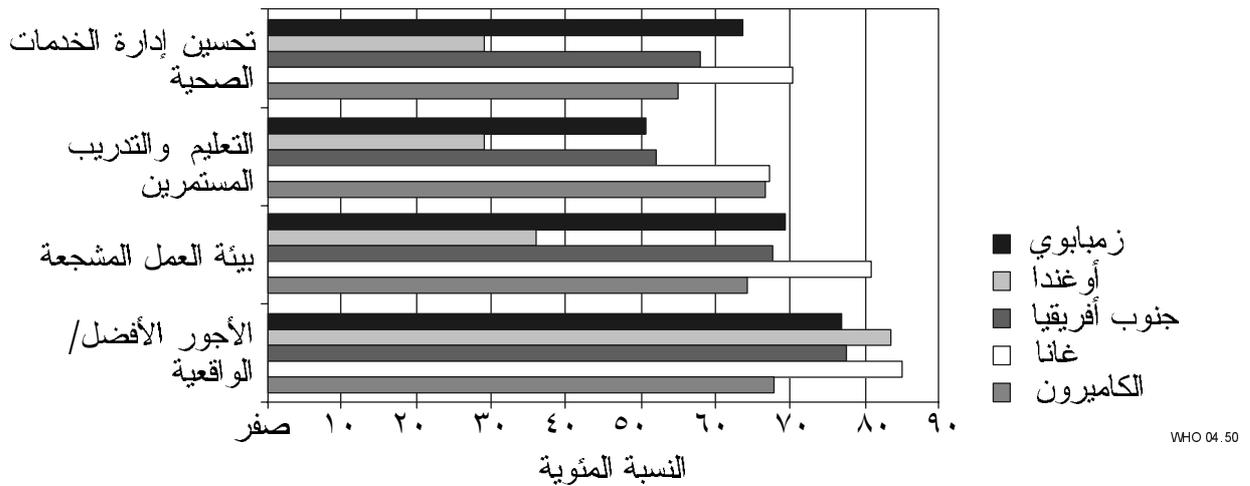
### خصائص الهجرة في أفريقيا

٢- يمثل المهنيون من ذوي المهارات العالية عنصراً متزايداً الكبر في تدفقات الهجرة العالمية، إذ يمثلون حالياً نسبة ٦٥٪ تقريباً من مجموع المهاجرين الناشطين اقتصادياً إلى البلدان السريعة التقدم، وهم يشملون من القوى العاملة في الرعاية الصحية، الأطباء والممرضات وأطباء الأسنان والصيدلة. وتقدر المنظمة الدولية للهجرة أن نحو ٢٠ ٠٠٠ أفريقي يغادرون أفريقيا كل عام للعمل في البلدان الصناعية. ولئن لم يكن عدد المهنيين الصحيين الداخلين في هذا التقدير معلوماً على وجه الدقة فقد ذكرت دراسة أخيرة أن من ربع إلى ثلثي من تمت مقابلتهم من العاملين الصحيين أعربوا عن نيتهم في الهجرة، مما يوضح حدة الوضع.

١ Awases M et al. Migration of health professionals in six countries: a synthesis report. Brazzaville, WHO Regional Office for Africa, 2004, in press; Connell J. The migration of skilled health personnel in the Pacific Region. Study commissioned by the Regional Office for the Western Pacific; Stilwell B et al. Developing evidence-based ethical policies on the migration of health workers: conceptual and practical challenges. *Human resources for health*, 2003; 1:8.

٣- وتحدد الهجرة عموماً بالفروق السياسية والاجتماعية الاقتصادية بين البلدان. والعوامل الدافعة الرئيسية هي النقص في مواصلة التدريب وفي وضوح الصورة الوظيفية وضالة الأجور وتدهور ظروف العمل، ونشوب الصراعات السياسية والحروب، في حين تتراوح عوامل الجذب بين تحسين الأجور ورفع مستويات المعيشة وإتاحة فرص التقدم في التعليم. ومحددات هذه المشكلة الرئيسية تكمن في عدم الرضا عن الأجور وظروف العمل (انظر الشكل).

**الشكل: العوامل التي تؤثر في قرارات المهنيين الصحيين بالهجرة  
(بيانات مأخوذة من خمسة بلدان أفريقية)**



WHO 04.50

٤- وتشمل الأنشطة التي تبذلها البلدان والشركاء الإنمائيون من أجل الحد من هجرة العاملين الصحيين وتأثيرها، تشغيل الخريجين الجدد المؤهلين، وإتاحة مزيد من الفرص لتقدمهم المهني، وإعادة النظر بانتظام في المرتبات واستخدام مهنيين صحيين أجانب. ومن الأمثلة على ذلك أنه في الفترة بين عامي ١٩٨٣ و ١٩٩٩ عاد أكثر من ٢٠٠٠ من الوطنيين ذوي الخبرة والتأهيل العالميين إلى ١١ بلداً مشاركاً في برنامج للعودة والإدماج<sup>١</sup> غير أنه بمقارنة هذا الرقم بالرقم التقديري وهو نحو ٢٠ ٠٠٠ شخص يغادرون في كل عام، يتبين أن هناك الكثير الذي مازال يتعين عمله.

٥- ولقد فشلت التدخلات الرامية إلى التخفيف من حدة الهجرة وهجرة العقول، والسبب في معظمه هو أن الأحوال الاجتماعية الاقتصادية لم تتحسن بقدر كبير ولم تزد النهج عن كونها جزئية. فالعجز القائم في الموظفين الصحيين في أفريقيا يتفاقم بفعل موجات التبعين التي تقوم بها البلدان المتقدمة للعاملين الصحيين من البلدان النامية. وتسلم بلدان منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي بأنها تسعى إلى التغلب على النقص الحاد لديها في الموارد البشرية للصحة بأنها مثلاً توظف عاملين صحيين من أفريقيا. وثمة دراسة تبين أن نسبة الأطباء العاملين المدربين محلياً في بلدان منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي بين القوى العاملة في الطب والتمريض قد هبطت فيما بين عامي ١٩٩١ و ٢٠٠٠ بينما ارتفعت النسبة المئوية لمن يعادلوهم من الموظفين الأجانب المدربين<sup>٢</sup>. وتتفق هذه النتيجة ونتائج دراسة عن الجهات الرئيسية التي يتجه إليها العاملون الصحيون من بلدان تقع في الإقليم الأفريقي: أستراليا ونيوزيلندا وبلجيكا وكندا وفرنسا والمملكة المتحدة لبريطانيا العظمى وأيرلندا الشمالية والولايات المتحدة الأمريكية.

١ Migration for development in Africa. Geneva, International Organization for Migration, 2002.

٢ Ad Hoc Group on the OECD Health Project, Paris, OECD, 2003.

## تأثير الهجرة على تقديم الخدمات

٦- إن تأثير الخسارة في الموارد البشرية من حيث المهارات والأعداد، بالنسبة إلى الحجم الكلي للقوى العاملة الصحية لا يحتاج إلى مزيد من التأكيد. ذلك أن خسارة عامل صحي واحد ماهر يمكن أن تحدث في البلدان الصغيرة نقصاً مطلقاً وعجزاً عن الحفاظ على الخدمات الأساسية.

٧- وظروف العمل الصعبة التي تتسم بوطأة عبء العمل ونقص المعدات وضآلة المرتبات وتناقص فرص التقدم، تقضي إلى زيادة الهجرة من أفريقيا، وزيادتها في بعض البلدان من القطاع العام إلى القطاع الخاص ومن المناطق الريفية إلى المناطق الحضرية. والتأثير الصافي هو زيادة أعباء العمل علي من يبقى، وخاصة في المناطق الريفية، حيث تسبب رعاية المحرومين إجهاداً وإحباطاً وبالتالي تشجع مزيداً من المهنيين على الهجرة، وتقلل جودة الرعاية الصحية التي تقدم في المؤسسات. واشتداد وطأة عبء العمل على العاملين في الظروف الصعبة - ففي أحد البلدان ارتفع معدل المترددين على الممرضات في العيادات الخارجية من ٦٢٣ شخصاً في عام ١٩٩٥ إلى ٩٦٣ شخصاً في عام ٢٠٠٠ على مستوى مستشفيات المناطق - يؤدي إلى طول فترات انتظار المرضى. وعلاوة على هذا، يزداد التفاوت في الحصول على الرعاية الصحية، وتظل المناطق الريفية محرومة دائماً ولكن مع فقد العاملين الصحيين تتوقف بعض المرافق الصحية عن العمل، أو يديرها موظفون غير مدربين.

٨- ويفاد بأن نوعية التعليم قد هبطت في مدارس التمريض والقبالة بسبب هجرة هيئات التدريس، أما الذين يبقون من المدربين فإنهم لا يقدرّون على مواكبة الطلب على التدريب وبرامج البحث المتخصصة اللازمة في أفريقيا. ومن هنا تتضرر نوعية التدريب ونقل القدرة على تقديم الأدلة والقرائن من خلال البحوث. ومن نواحي القلق الأخرى نقص الإشراف والرقابة، وذلك لتناقص عدد الموظفين من ذوي الخبرة بسبب الهجرة.

## خيارات السياسة العامة

٩- إن البلدان النامية التي تعاني نقصاً مطلقاً في قواها العاملة الصحية بحاجة إلى تدخل أكثر جسارة لمنع زيادة الفاقد وتجديد تلك القوى العاملة. فيتعين على كل بلد أن يبذل جهوداً متضافرة لمعالجة هذه العوامل، وأن يلتمس الدعم فيما يتجاوز قدراته ومن الممكن أن تؤثر الاستراتيجيات والسياسات الحكومية في قدرة البلد على الاحتفاظ بالعاملين الصحيين. ومن الأهم والأكثر فعالية على المدى الطويل الحد من الهجرة أو حظرها بدلاً من زيادة أعداد العاملين الصحيين المدربين. ومن الضروري أيضاً اتباع استراتيجيات للتشجيع واستبقاء العاملين.

١٠- فلأفراد حقوق في الحركة والاختيار، ولكن لا توجد في البلدان الفقيرة آليات للتعويض عن الخسارة في الاستثمار في تعليم المهنيين الصحيين المهرة. فتكلفة هذا التعليم تصل إلى مئات الملايين من الدولارات سنوياً، وعلى الرغم من أن التحويلات المالية تفيد بلداناً كثيرة فلا سبيل إلى كفالة استخدامها لتعويض قطاعي التعليم والصحة. وقد يكون من خيارات السياسة العامة هيكلية بعض أشكال التعويض المباشر الذي تدفعه البلدان المضيفة إلى بلدان المصدر، ويكون ذلك مثلاً على هيئة ضريبة أو نسبة من المرتب يدفعها كل عامل صحي يوظف. وبالنسبة لبلدان المصدر يتيح إيجاد سبل لتوجيه التحويلات مباشرة إلى النظام الصحي، آلية جديدة للتعويض.

١١- ويتم الآن على نطاق واسع صياغة وترويج مدونات لقواعد السلوك في مجال الهجرة، ومنها مثلاً مدونة الكومنولث لتعيين العاملين الصحيين دولياً. وهي تبدو في أحسن أحوالها ذات طابع انقالي ويصعب معرفة كيفية استخدامها وهي تفتقر إلى مركز قانوني. ومن الممكن أن تحدد الاتفاقات المفصلة بين البلدان بصورة أدق أحكام وشروط تعيين المهنيين الصحيين. ومن الخيارات الأساسية أن يستثمر البلد المتلقي في مؤسسات التدريب في بلد المصدر - والواقع أن بعض البلدان تعمل بصفقتها موردة للمهنيين الصحيين لبلدان أخرى بأن تنتج فائضاً من العاملين الصحيين.

١٢- ومن بين مجالات السياسات الأخرى للعمل، الاتفاقات التجارية التي تنظم حركة المهنيين الصحيين عبر الحدود. ومن الممكن الاعتراف بحتمية الهجرة وإيجاد الفرص للعاملين الصحيين للعمل بالخارج لفترات محدودة عن طريق إبرام اتفاقات ثنائية مع منح تأشيرات مؤقتة، أو عن طريق اتفاقات مؤسسية أو أخذ - أو حتى تبادل - العاملين لفترات محدودة.

١٣- ومن المجالات الأخرى التدريب، ويتعين تعزيز المؤسسات الوطنية والإقليمية بغية زيادة فرص الوصول إلى تلك المرافق واستخدامها لتلبية الاحتياجات الوطنية.

١٤- والفوارق في الأجور بين بلدان المصدر وبلدان الوجهة كبيرة في الوقت الحاضر حتى أصبح من المرجح أن تؤثر التخفيضات الصغيرة في تدفقات الهجرة ويقتضي الأمر إجراء المزيد من البحوث لتقييم محددات وتأثيرات الهجرة الدولية في مختلف مراحل التنمية الاقتصادية.

## التوصيات

### التوصيات للبلدان ومجموعات البلدان

١٥- ينبغي أن يستتبط كل بلد استراتيجيته للتعامل مع هجرة العقول. وعلى سبيل المثال، ينبغي أن يوضع برنامج تدخل لمواجهة الهجرة يشمل مقترحات لاستعراض وتنفيذ نظم للمرتبات والحوافز الأخرى، وخاصة في المناطق التي لا تنعم بخدمات كاملة وفي مهن الرعاية. وينبغي كذلك إجراء استعراض عام للسياسات والاستراتيجيات وتنفيذها من أجل تعزيز الاحتفاظ بالعاملين الصحيين.

١٦- وينبغي أن تقوم بلدان المصدر بما يلي:

(أ) إنشاء وصيانة نظم معلومات مناسبة عن الموارد البشرية، بما في ذلك قاعدة بيانات عن الهجرة لتوفير القرائن من أجل عمليات رسم السياسات والتخطيط واتخاذ القرارات اليومية، ومراقبة أثر أي برنامج تدخلات منفذ؛

(ب) النظر في استخدام الموارد المتجمعة من تخفيف الديون وبرامج المساعدة الإنمائية في زيادة المرتبات والحوافز للعاملين الصحيين؛

(ج) السعي إلى إيجاد بيئة تمكين اجتماعي سياسي لتقديم الخدمات الصحية، وتحسين إمدادات المعدات والأدوية، والتوسع في التعليم المستمر للعاملين الصحيين بقصد الإسهام في الاحتفاظ بهم.

١٧- وينبغي أن تعتمد مدونة الكومنولث لقواعد الممارسة لتعيين العاملين الصحيين دولياً، وأن تنفذ المدونة وتنفذ بها جميع البلدان. وبوسع المنظمات الإقليمية والدولية أن تدعم اعتماد وتنفيذ مدونات قواعد سلوك مماثلة وأن تعتمد موارد مالية كافية لتنمية الموارد البشرية من أجل الصحة، ويشمل ذلك الحوافز.

١٨- وينبغي أن تتفق بلدان المصدر على آليات لتعويض الخسارة في العاملين الصحيين المهرة المهاجرين إلى البلدان المتقدمة، وعلى آليات لتعويض خسائرهم في التدريب، كي يتسنى بحث هذه القضية على مستوى رؤساء الدول والحكومات ونظرائهم في منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي وفي مجموعة الدول الصناعية الكبرى الثماني.

١٩- وينبغي اتخاذ خطوات لتعزيز التعاون الدولي وإفادة جميع الأطراف، وذلك من قبيل الاتفاقات الوطنية الثنائية والبرامج الدولية للتبادل الدوري.

### التوصيات للشركاء الدوليين

٢٠- ينبغي أن تولي لجنة الأمم المتحدة المعنية بالهجرة والمشكلة حديثاً، اهتماماً خاصاً للاعتدال في حركة العاملين الصحيين، نظراً إلى التأثير الكبير الناجم عن النقص الشديد فيهم على النظم الصحية الضعيفة أصلاً. ويمكن للتجمعات الإقليمية كالشراكة الجديدة من أجل تنمية أفريقيا، والاتحاد الأفريقي، أن تستغل المحافل ذات الصلة في تيسير الحوار بين أصحاب المصلحة.

٢١- والاستثمار في الموارد البشرية، بما في ذلك تنفيذ استراتيجيات توفير الحوافز واستبقاء العاملين بطرق من بينها برامج الحوافز من أجل استبقاء العاملين الصحيين، ينبغي أن يكون جزءاً من برامج المساعدة الإنمائية. ويمكن كذلك استخدام الموارد المتحصل عليها من تخفيف الديون في الحد من هجرة العقول من البلدان النامية.

٢٢- كذلك ينبغي تقديم الدعم إلى بعض البرامج، من قبيل برنامج الهجرة من أجل التنمية في أفريقيا، الذي تنفذه المنظمة الدولية للهجرة فهو سوف يبسر عمليات النقل الدوري والتدخلات عن بعد وعودة الشتات الأفريقي القصير الأجل ثم الدائم في نهاية المطاف.

### الإجراءات التي تتخذها منظمة الصحة العالمية

٢٣- تستطيع منظمة الصحة العالمية أن تعمل مع الشركاء الإنمائيين في استعراض ممارساتهم في مجال التمويل والدعم التقني بغية تعزيز الموارد البشرية من أجل الصحة. وبوسعها أن تستخدم البيانات المجمعّة من البلدان في رصد اتجاهات الهجرة وتغذية البلدان بها تبعاً لذلك. كما يمكن أن تنظر في العمل مع أمانة الكومنولث في سبيل اعتماد المدونة والتفكير بها تماماً والدعوة إلى أن يتم اعتمادها وتطبيقها عالمياً.

٢٤- وينبغي تعزيز مؤسسات التدريب الوطنية والإقليمية لتحفيز دورها في توسيع نطاق تعليم وتدريب العاملين الصحيين، من حيث الأعداد ونطاق المهارات المتعلقة باحتياجات نظمها الصحية.

### الإجراء المطلوب من المجلس التنفيذي

٢٥- المجلس التنفيذي مدعو إلى الإحاطة علماً بهذا التقرير.

= = =