

القوى العاملة الصحية: التقدم في معالجة مسألتي النقص والهجرة، وفي الاستعداد للاحتياجات المستجدة

تقرير من الأمانة

١- 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. وتعد 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 و ٧-٢(ج) من مدونة المنظمة العالمية لقواعد الممارسة بشأن توظيف العاملين الصحيين على المستوى الدولي، وطلب الإبلاغ عن التقدم المحرز 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.

الدعم المقدم إلى الدول الأعضاء التي تنفذ المدونة

٢- قدمت الأمانة الدعم على أربعة محاور للعمل.

السلطة الوطنية المعيّنة

٣- 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 المعيّنة في ٨١ بلداً (انظر الجدول).

استمارة التبليغ الوطنية

٤- قدمت الأمانة بالتشاور مع الدول الأعضاء وأصحاب المصلحة المعنيين، الدعم اللازم لإعداد استمارة تبليغ وطنية لتكون بمثابة أداة للتقييم الذاتي من جانب البلدان. 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 أيلول/ سبتمبر ٢٠١٢، كانت السلطات الوطنية المعيّنة في ٤٨ بلداً قد أبلغت عن تنفيذ المدونة باستخدام استمارة التبليغ الوطنية. ومن التقارير البالغ عددها ٤٨ تقريراً صدر ٣٥ تقريراً عن الإقليم الأوروبي (انظر الشكل).

التعاون

٥- دعمت الأمانة التعاون بين أصحاب المصلحة المتعددين بما فيهم المؤسسات الحكومية والأكاديمية ومنظمات المجتمع المدني وشبكات، 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 المفاوضات 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 بروشييه 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 وبثها وتنفيذها. وكشفت دراسة حالة شملت تسعة بلدان 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 نظم صحية منصفة ومستدامة في الوقت ذاته. وفضلاً عن ذلك، فقد أسفر تعاون الأمانة مع المنظمات المهنية عن اتفاق حول التوجيهات الاستراتيجية لتعزيز خدمات التمريض والقبالة في الفترة ٢٠١١-٢٠١٥.

الجدول: السلطات الوطنية المعيّنة حسب أقاليم منظمة الصحة العالمية: عدد السلطات المحددة وعدد السلطات التي قدمت تقاريرها للأمانة باستخدام استمارة التبليغ الوطنية

إقليم منظمة الصحة العالمية	السلطة الوطنية المعيّنة	التقارير الواردة
كما في ٣١ أيلول/ سبتمبر ٢٠١٢		
أفريقيا	١٣	١
الأمريكتان	١١	٤
جنوب شرق آسيا	٤	٣
أوروبا	٤٢	٣٥
شرق المتوسط	٦	١
غرب المحيط الهادئ	٥	٤
المجموع	٨١	٤٨

١ انظر الوثيقة WHO/HRH/HPN/10.1 المتاحة على الرابط التالي: <http://www.who.int/hrh/resources/nmsd/en/index.html> (تم الاطلاع عليه في ١٦ تشرين الثاني/ نوفمبر ٢٠١٢).

الوضع الراهن

٦- بعد عامين ونصف من اعتماد المدونة، أدى إنشاء السلطات الوطنية المعيّنة وجهود التبليغ التي بذلتها هذه السلطات، وجهود البحث والتوثيق التي بذلتها الشبكات المختلفة والتعاون بينها، إلى تكوين صورة أكثر تفصيلاً لهجرة القوى العاملة الصحية على صعيد البلدان.

أنماط الهجرة

٧- هناك أربعة بلدان من أعضاء منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي تسهم معاً بنسبة ٧٢٪ من الممرضات الأجنبيات و ٦٩٪ من الأطباء الأجانب العاملين في البلدان الأعضاء في هذه المنظمة. وبيّن استعراض مشترك لمنظمة الصحة العالمية ومعهد سياسات الهجرة أجري للبلدان الأربعة المعنية، أن تدفق الأطباء إلى الولايات المتحدة الأمريكية قد ظل ثابتاً منذ منتصف العقد الأول من القرن الحادي والعشرين، ١ في حين أنه شهد زيادة في كل من أستراليا وكندا. وعلى العكس من ذلك، فقد شهدت المملكة المتحدة لبريطانيا العظمى وأيرلندا الشمالية، تراجعاً حاداً في تدفق الأطباء والممرضات منذ عام ٢٠٠٨، حيث عكست الحكومة سياستها في التوظيف النشط للعاملين على المستوى الدولي. وتعد الهند أولى البلدان التي ينتمي إليها الأطباء العاملون في أستراليا والمملكة المتحدة والولايات المتحدة، وصعدت مؤخراً إلى المرتبة الثانية في كندا. وكذلك كانت جنوب أفريقيا مصدراً كبيراً للأطباء في البلدان كافة باستثناء الولايات المتحدة؛ وهي البلد الأصلي الذي ينتمي إليه أكبر عدد من العمال الأجانب بالنسبة لكندا. وتعد الفلبين المصدر الأول للممرضات في الولايات المتحدة والمملكة المتحدة وكندا، والمصدر الثالث في أستراليا. وقد حدثت هجرة واسعة للقوى العاملة الصحية حتى في غياب مبادرات التوظيف النشطة على غرار تلك التي قامت بها المملكة المتحدة في بداية العقد الأول من القرن الحادي والعشرين. ولا يبدو أن الأزمة الاقتصادية قد أثرت في أنماط الهجرة تأثيراً ذا شأن.

تنظيم الهجرة

٨- تغيرت الطريقة التي تعتمد بها البلدان المستقبلة للمهاجرين في التسجيل المهني وإعادة الاعتماد. فقد يسّرت أستراليا مؤخراً شروط التسجيل المهني لخريجي الطب الدوليين الحاصلين على ترخيص مزاولة المهنة من سلطات "جديرة بالثقة" في بلدان ناطقة باللغة الإنكليزية. وفي المقابل، صدرت في المملكة المتحدة مجموعة من السياسات الشاملة تضع حداً لتوظيف القوى العاملة على المستوى الدولي في أعقاب فترة شهدت تدفقها بكثافة، وتضمنت هذه السياسات تقييد مسارات التسجيل المهني وتثبيد قواعد منح تأشيرات الدخول إلى البلاد. وأدخلت عمليات الفحص السابق للهجرة في حالة الهجرة بغرض العمل في كل من أستراليا والمملكة المتحدة والولايات المتحدة.

وضع العمال الصحيين المهاجرين

٩- تتشكل صورة أكثر تفصيلاً لوضع القوى العاملة المهاجرة على الصعيد القطري بفضل تقارير السلطات الوطنية المعيّنة (انظر الشكل). وتشمل المعلومات التي تقدمها التقارير قدر من التفاصيل يفوق القدر الوارد في البيانات المتاحة لفترة السابقة لاعتماد المدونة، إلا أنها لاتزال حتى الآن محدودة نظراً لأن التغطية من جانب السلطات الوطنية المعيّنة لم تكتمل بعد، حيث صدرت الأغلبية العظمى من التقارير عن إقليم واحد من أقاليم المنظمة. وتستمر الجهود المبذولة لتوسيع نطاق التقارير.

الشكل: أهم المعلومات التي حصلت عليها السلطات الوطنية المعيّنة البالغ عددها ٤٨ سلطة، باستخدام استمارة التبليغ (وفقاً لإحدى مواد المدونة).



الاتفاقات

١٠- 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 نَقَّح 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 وإندونيسيا وجمهورية لاو الديمقراطية الشعبية وماليزيا وميانمار والفلبين وتايلند وفيت 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

١١- ويتجاوز 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 ونيجيرو 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.

١٢- وفي الاتحاد الأوروبي يؤدي العمل على وضع خطة عمل خاصة بالقوى العاملة الصحية إلى لم شمل الدول الأعضاء استجابة للتحديات الرئيسية التي تواجه القوى العاملة الصحية على المدى المتوسط إلى الطويل، بهدف تعزيز استدامة القوى العاملة في أوروبا. ويتمحور هذا العمل الجوهرى حول محاور ثلاثة، 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.

١٣- وقد أحرز التقدم كذلك في بعض مجالات النتائج الرئيسية التي حددتها التوجيهات الاستراتيجية الرامية إلى تعزيز خدمات التمريض والقبالة في الفترة ٢٠١١-٢٠١٥، والتي تم الاتفاق عليها مع المنظمات المهنية. وأسفرت المشاورات المكثفة عن خطط العمل الإقليمية والفطرية في إقليم الأمريكتين والإقليم الأوروبي وإقليم شرق المتوسط. وأدى التخطيط المشترك إلى تعزيز الأطر التنظيمية في ستة من بلدان الإقليم الأفريقي. وتم تسريع وضع المعايير وإنشاء الشبكات الخاصة بتعليم وممارسة القبالة مع التركيز على الخبرات الفطرية ولاسيما في الإقليم الأفريقي والإقليم الأوروبي. وأنشئت ٢٨ شبكة تمريض في إقليم الأمريكتين. واستُهل البحث بشأن تعزيز مختلف الأدوار التي تلعبها خدمات التمريض الصحية المجتمعية في ١٨ بلداً.

تحديات المستقبل

١٤- ستحتاج الجهود المبذولة لتنفيذ القرار ج ص ع ٦٣-١٦ والقرار ج ص ع ٦٤-٧ إلى التصدي لمختلف التحديات التي يتمثل بعضها فيما يلي.

١٥- ندرة البيانات عن هجرة القوى العاملة الصحية التي كثيراً ما تكون مشتتة بين هيئات وكيانات عدة. وفي العديد من البلدان تتجلى هذه المشكلة في غياب البيانات عن القوى العاملة الصحية عموماً.

١٦- ويعوق تنفيذ القرارين غياب الفهم المشترك لطبيعة الروابط على المستوى الفطري بين هجرة القوى العاملة، واحتياجات القوى العاملة الصحية الحالية والمستقبلية، والتخطيط للقوى العاملة على المدى القصير وعلى المدى الطويل. وفضلاً عن ذلك، لا يتمتع العديد من البلدان سوى بقدرة محدودة على التنبؤ بالاتجاهات المستقبلية للقوى العاملة.

١٧- وتتمثل إحدى العقبات في سبيل إحراز التقدم في صعوبة إشراك أصحاب المصلحة المتعددين المعنيين بالقرارات التي تؤثر في هجرة القوى العاملة الصحية وتوظيف العاملين على المستوى الدولي. وينطبق ذلك على القوى العاملة الصحية بصفة عامة وعلى التمريض والقبالة بصفة خاصة.

١٨- وتزداد صعوبة التصدي لهذه المشكلات في البلدان التي لاتزال فيها القدرة على تصريف شؤون القوى العاملة وإدارتها ضعيفة، حيث تحتاج الجهود المبذولة من أجل دعم القدرة المؤسسية والفردية على التخطيط

وإنشاء مرصد للموارد البشرية الصحية إلى الوقت لكي تؤدي إلى نتائج مرئية، وخاصة أن الالتزام السياسي بالتصدي لأزمة القوى العاملة الصحية لم يصحبه تخصيص القدر الكافي من الاستثمارات.

مشهد القوى العاملة الصحية المتغير

١٩- كان تعديل طريقة تنفيذ القرارين ضرورياً نظراً لأن السياق الذي يشهد هذا التنفيذ يتغير تغيراً كبيراً وسريعاً من حيث أسلوب التعامل مع الموارد البشرية الصحية على صعيد البلدان.

٢٠- وراسمو السياسات على الصعيدين العالمي والقُطري أصبحوا الآن مدركين تماماً للحاجة الماسة إلى التصدي للأزمة في مجال القوى العاملة الصحية، وذلك على عكس الوضع الذي كان سائداً حتى الماضي القريب. وتم التحول من الشعور بالحاجة إلى الدعوة المكثفة إلى الشعور بضرورة أن تضاهي الاستثمارات مدى إدراكنا للأزمة.

٢١- ونتيح الضرورة السياسية للتقدم صوب التغطية الشاملة الفرص التي ينبغي اقتناصها لتحقيق المزيد من التكامل بين التخطيط للقوى العاملة الصحية من ناحية وبين رسم السياسات والجهود الكلية المبذولة لتعزيز النُظم الصحية من ناحية أخرى. وتستدعي هذه الضرورة أيضاً إرساء الروابط مع القطاعات الأخرى والمجتمع المدني والمؤسسة السياسية. ويجري تنفيذ هذه التغييرات في عدد من البلدان، وهي في بعض البلدان المعنية جزء من العمل بشأن فعالية المعونة الذي ينفذ من خلال آلية الشراكة الصحية الدولية.

٢٢- وحتى يومنا هذا، لم تمثل الأزمة الاقتصادية العالمية الحالية ولا مستويات البطالة المتزايدة التي نتجت عنها، دافعاً ذا شأن لهجرة القوى العاملة الصحية أو للاستغناء عن أعداد كبيرة من العاملين الصحيين. ولكن هناك بعض البوادر المقلقة التي تشير إلى أن في بعض البلدان بدأت الضغوط على المالية العامة في التأثير سلباً على إنتاج القوى العاملة الصحية وتوزيعها وأدائها. وقد يكون لذلك آثار مترتبة على تنفيذ القرارين.

٢٣- وفي هذا السياق السريع التغير، تنشأ الحاجة إلى رصد الموقف عن كثب. وفي إمكان آلية التبليغ التي أنشئت من خلال المدونة أن تسهم في ذلك، وكذلك الشبكات الوطنية والإقليمية التي تضم مرصد الموارد البشرية الصحية، والتي يؤهلها وضعها لتسهيل رصد الاتجاهات الناشئة والتنبؤ بها.

٢٤- وفي الماضي القريب أولي اهتمام بالغ بالمظاهر الحادة لأزمة القوى العاملة الصحية، ألا وهي: النقص 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 حقيقةً تحدياً عالمياً ذا أبعاد متعددة. ولذا فهي تتطلب استراتيجية عالمية أشمل 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 صوب التغطية الشاملة.

الإجراء المطلوب من المجلس التنفيذي

٢٥- المجلس مدعو إلى الإحاطة علماً بهذا التقرير.

= = =