

انعكاسات الهجرة الدولية للأطباء على الأمن الصحي العالمي
Repercussion of the International Physicians' Emigration on the Global Health Security

نعيمة أوطالب
جامعة أكلي محند أولحاج البويرة، الجزائر
n.outaleb@univ-bouira.dz

تقي الدين بن فيفي *
مخبر الدراسات في الثقافة، الشخصية، والتنمية
المركز الجامعي مرسلتي عبد الله تيبازة، الجزائر
benfifi.taqueddine@cu-tipaza.dz

تاريخ القبول : 2024/5/02

تاريخ الاستلام: 2024/02/14

ملخص:

نبحث في هذه الدراسة أهمية الأطباء كمورد بشري في الحفاظ على الأنظمة الصحية وصحة الأفراد والمجتمعات على حد سواء وتأثير هجرة هذه الكفاءات على الأمن الصحي العالمي من خلال البحث في الخسائر التي تتكبدها الأنظمة الصحية التي تفقد من رأس مالها البشري. إذا كان النظام الصحي لأي بلد في خطر فهذا يعني بالضرورة أن الأمن الصحي تحت تهديد مختلف الأمراض والأوبئة ويؤثر مباشرة على قدرة البلد في مواجهة التحديات والأزمات الصحية. تطرقنا في العنصر الأول إلى مفهوم المن الصحي، ثم تناولنا الهجرة الدولية للمهنيين الصحيين في سياق هجرة الأدمغة، وربطنا في العنصر الأخير تأثير هجرة الأطباء على المن الصحي العالمي. تؤكد النتائج التي استنتجناها على ضرورة الملحة لجهود التعاون بين الدول لمعالجة مشكلة نقص الأطباء الناجمة عن الهجرة وضرورة حماية استقرار الأنظمة الصحية العالمية، كما يجب على صانعي القرار جمع البيانات اللازمة من أجل معرفة أكثر عمقا بحجم ظاهرة هجرة الكفاءات الطبية من بلدانهم، وبالتالي معرفة تأثيراتها الحالية والمستقبلية على الأنظمة الصحية في البلدان المستقبلية والبلدان المغذية لها.

الكلمات المفتاحية:

الهجرة الدولية للأطباء؛ الأمن الصحي العالمي؛ نقص الأطباء؛ الأنظمة الصحية.

Abstract:

This study examines the importance of physicians as a human resource in maintaining health systems and the health of individuals and communities alike, and the impact of their emigration on global health security by examining the losses incurred by health systems. If any country's health system is in danger, this necessarily means that health security is under threat from various diseases and epidemics and directly affects the country's ability to confront health challenges. In the first section, we shed light on the concept of health security, then the international emigration of health professionals in the context of brain drain was discussed, and in the last element we linked the impact of the emigration on global health security. The results emphasize the urgent necessity of cooperation efforts between countries to address the problem of the shortage of physicians resulting from emigration. Policy makers must also have the necessary data in order to gain more understanding about the extent of this phenomenon, and thus know its current effects and impact on health systems in receiving and donor countries.

Keywords:

International physicians' emigration; global health security; physicians' shortage; health systems.

مقدمة:

احتلت الصحة مكانة بارزة في جدول الأعمال الدولي خلال العقد الماضي، ويبدو أن مفتاح هذا الاهتمام المتزايد يرتبط بقضيتين: ظهور وانتشار الأمراض المعدية مثل فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز والسموم وسلالات جديدة من السل المقاومة للأدوية. وخطر الأسلحة البيولوجية، وخاصة الإرهاب البيولوجي (McInnes & Lee, 2006). وعلى الرغم من الإجراءات التي اتخذتها الدول في سبيل الحد من انتشار هذه الأمراض إلا أنها لا تزال تثير مخاوف العديد من الهيئات والمنظمات العالمية.

وفي ظل تفشي هذه الأمراض والمخاطر فلا بد للأنظمة الصحية للدول من توفير الموارد البشرية اللازمة لمواجهة هذه الأزمات، ومع ذلك، تعاني الكثير من الدول من نقص واضح في المهنيين الصحيين. في هذا السياق، لا يزال تحقيق مؤشر أهداف التنمية المستدامة البالغ 4.45 (من القابلات والمرضات والأطباء) لكل 1000 من السكان بعيدا عن متناول العديد من البلدان، التي يعاني الكثير منها من قدرة منخفضة ونقص حاد في العاملين الصحيين (Yeates & Pillinger, 2019).

في هذا الصدد، يحيلنا نقص القوى العاملة الصحية إلى ظاهرة الهجرة. حيث يحتل هؤلاء المهنيون، خاصة الأطباء، صدارة الفئات التي تعاني من أعلى معدلات هجرة الأدمغة (Erdoğan Kaya et al., 2023). لذلك، تعد هجرة الأطباء مكونا رئيسيا في أزمة الموارد البشرية الصحية الأوسع نطاقا والتي تعتبر عقبة رئيسية أمام تحقيق الأهداف المتعلقة بالصحة والتي سطرتها منظمة الصحة العالمية وبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي (UNDP) ضمن الهدف الثالث من أهداف التنمية المستدامة (للاسيما التغطية الصحية، والحماية من الأمراض والأوبئة...) (UNDP, 2017) خاصة بالنسبة للدول المصدرة للإطارات الطبية. لقد طرحت العديد من قضايا هجرة الأطباء للدراسة منذ ستينيات القرن الماضي، ولا زالت تطرح طالما هناك فوارق بين البلدان من حيث الموارد والتصنيع والتكنولوجيا، وزادت الرقمنة من حدة هذه الفجوة. ولا يزال تصنيف الدول اقتصاديا قائما بين دول فقيرة وأخرى متقدمة، وبهذا التصنيف نجد أن الدول الفقيرة تفقد طواقمها الطبية وتصدرها للدول المتقدمة إما لصقل التكوين أو للعمل بها.

عرفت منظمة الصحة العالمية WHO الأمن الصحي على أنه "مجموع الأنشطة اللازمة، الاستباقية والتفاعلية، لتقليل التعرض لأحداث الصحة العامة الحادة التي تعرض الصحة الجماعية للسكان الذين يعيشون عبر المناطق الجغرافية والحدود الدولية للخطر" (WHO, 2007). إن هذا التعريف يعني أن الأمن الصحي ليس سوى التخفيف من تعرض السكان أو الدولة لما يهدد الصحة العامة ضمن

رقعة جغرافية معينة. إن الأمن الصحي مرهون بمدى توافر الأطباء كمورد بشري تقوم عليه الأنظمة الصحية لجميع الدول بما فيها الفقيرة، وعليه فإن هجرة الأطباء تطرح إشكالية إمكانية تحقيق الأمن الصحي بالنظر إلى حجم انتشار المخاطر الصحية، خاصة وأن غالبية الأطباء المهاجرين لا يعودون، حتى لو عبروا عن رغبتهم في ذلك يوما ما (Brock, 2013). وبناء على هذه الخلفية، نتساءل في هذا المقال عن كيفية تأثير هجرة الأطباء الدولية على الأمن الصحي العالمي؟ وللإجابة على هذا التساؤل قسمنا المقال إلى العناصر التالية:

1- مدخل للأمن الصحي.

2- الهجرة الدولية للمهنيين الصحيين في سياق هجرة الأدمغة.

3- تأثير هجرة الأطباء على الأمن الصحي العالمي.

تكمن أهمية هذه الدراسة في كونها تعالج موردا بشريا يعد كاحتياطي استراتيجي للأمم وبه تقوم الأنظمة الصحية عبر العالم. وهذا من خلال علاقته بالأمن الصحي كنهج يجب أن تعمل كل الدول على الحفاظ عليه لا سيما في ظل الظروف الصحية العالمية الراهنة.

1. مدخل للأمن الصحي

1.1 مفهوم الأمن الصحي

يكتنف مفهوم "الأمن الصحي" الغموض والارتباك لتقاطعه مع العديد من المجالات أو التخصصات التي لا تشترك في نهج نظري موحد أو منهجية أكاديمية واحدة، فمن الصعب الانطلاق من أي نهج نظري موحد، مهما كان ذلك مفيدا (Aldis, 2008). في السياق نفسه، وبهذا المعنى، يرى ماكينز McInnes بأنه تمامًا مثل "الأمن". و"الأمن الصحي" من المفاهيم "المتنازع عليها بشكل أساسي" وبالتالي لا يمكن التوصل إلى اتفاق حول معنى المصطلح وتطبيقه حاله حال العديد من المصطلحات في علم الاجتماع. ويلاحظ أن الأطر المختلفة للأمن الصحي "لا تخضع لمجموعة واحدة من المعايير المتفق عليها" لأنها مبنية على مجموعات مختلفة من الافتراضات، ولها استخدامات مختلفة وتميز مصالح وأجندات متنوعة (Stoeva, 2020).

حدد تقرير التنمية البشرية لبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي الذي نشر سنة 1994 سبع أصناف من التهديدات للأمن الإنساني: الاقتصادية، وندرة الغذاء والصحية والبيئية والشخصية والمجتمعية والسياسية (UNDP, 1994). يتضح جليا أن هناك علاقة بين بارزة بين الصحة والأمن الإنساني.

يقول التقرير: "يمكن القول إن للأمن الإنساني جانبين رئيسيين، يعني أولا، السلامة من تهديدات الأمراض المزمنة مثل الجوع والمرض والقمع. وثانيا، يعني الحماية من الاضطرابات المفاجئة والضارة في

أنماط الحياة اليومية - سواء في المنازل أو في الوظائف أو في المجتمعات" (UNDP, 1994, p. 23). كان هذا التقرير نقطة البداية للأبحاث اللاحقة في هذا المجال.

الصحة الجيدة ضرورية وفاعلة على حد سواء لتحقيق الأمن الإنساني. يتم تعريف الصحة ليس فقط على أنها غياب المرض، ولكن على أنها "حالة من الرفاهية الجسدية والعقلية والاجتماعية الكاملة، الصحة هي العافية الجسدية الموضوعية والرفاهية النفسية والاجتماعية الذاتية والثقة بالمستقبل" (HSN, 2003). وهذا بدوره يعني رؤية أوسع لمجموعة التهديدات الصحية ذات الصلة والتي تتجاوز الأمراض المعدية والإرهاب البيولوجي، لتشمل على سبيل المثال الأمراض غير المعدية، وأمراض المناطق المدارية المهملة؛ وكذلك اعتبارات حول المحددات الاجتماعية للصحة.

عرفت منظمة الصحة العالمية WHO الأمن الصحي على أنه "مجموع الأنشطة اللازمة، الاستباقية والتفاعلية، لتقليل التعرض لأحداث الصحة العامة الحادة التي تعرض الصحة الجماعية للسكان الذين يعيشون عبر المناطق الجغرافية والحدود الدولية للخطر" (WHO, 2007). إن هذا التعريف يعني أن الأمن الصحي ليس سوى التخفيف من تعرض السكان أو الدولة لما يهدد الصحة العامة ضمن رقعة جغرافية معينة.

كما عرف الأمن الصحي على أنه: "ضمان الظروف (الاجتماعية والاقتصادية والبيئية) التي يمكن من خلالها ممارسة الحق في الحماية الصحية، والتي من بين عناصرها الأساسية ضمان الدولة ووكالاتها الوصول العادل إلى الخدمات الطبية للمستفيدين. لذلك، يعد الوصول إلى نظام الرعاية الصحية عاملاً يشير إلى مستوى الأمن الصحي" (Augustynowicz et al., 2022). يثير هذا التعريف بعض الإشكالات، على سبيل المثال، إذا كان الأمن الصحي هو توفير الدولة لظروف ممارسة الحق الصحي، فمن الذي يضمن تحقق هذه الظروف؟ من جهة أخرى، لابد من ضمان التغطية الشاملة والأداء الفعال لخدمات الرعاية الصحية.

غالباً ما ترتبط مؤشرات الأمن الصحي بالوضع الاجتماعي والاقتصادي والسياسي الذي يدل عليه الغذاء وسبل العيش ووسائل الإنتاج. ترتبط الصحة والسلامة العقلية والغذاء وأمن سبل العيش معا في أذهان الناس، في واقعهم اليومي وشعورهم بالرفاهية والأمن.

2.1 مؤشرات قياس الأمن الصحي

يعتبر مقياس الأمن الصحي وسيلة لتنبيه الحكومات والمؤسسات الصحية حول الثغرات الموجودة في الأنظمة الصحية الوطنية للكشف عن التهديدات البيولوجية وإدارتها. كما أنه أول تقييم شامل وقياس معياري للأمن الصحي والمؤهلات المتعلقة بالأمن الصحي عبر 195 دولة.

إنه وبالنظر إلى المخلفات والتأثير المدمر لكوفيد 19 فإن الأمن الصحي على المستوى العالمي لا يزال يثير المخاوف على كافة المستويات، الأمر الذي يجعله أحد أسوأ الأوبئة في تاريخ البشرية. علاوة على ذلك، يعد الأداء المنخفض للبلدان في تقييمات مؤشر الأمن الصحي العالمي مظهراً واضحاً لتعرض العالم لهذه الأوبئة غير المتوقعة. وفقاً لبيانات مؤشر الأمن الصحي العالمي، كان متوسط الدرجات العالمية 38.9 من 100 (GHSI, 2021)، مما يعني أن العالم لا يزال غير قادر على توفير الأمن الصحي لسكانه.

شارك إجمالي 195 دولة في تقييمات مؤشر الأمن الصحي العالمي لعامي 2019 و2021 بناءً على ستة (6) معايير وهي: الوقاية والكشف والإبلاغ والاستجابة والنظام الصحي والمعايير وبيئة المخاطر. وقد ظهر من هذه التقييمات العالمية أن العالم لا يزال غير مستعد للتعامل مع التهديدات الوبائية والجائحة في المستقبل، أي أن العالم تحت خطر الأزمات الصحية الوبائية خاصة. وفقاً لمؤشر التقرير نفسه، احتلت الجزائر المرتبة 163 من أصل 195 دولة بدرجة إجمالية قدرها 26.2 من 100. وسجلت الجزائر النتائج التالية:

الوقاية: 100/15.3

الكشف والإبلاغ: 100/12.6

الاستجابة: 100/25.6

النظام الصحي: 100/15.0 (من بين مكوناته توفر العدد اللازم من الأطباء والرعاية الصحية)

المعايير: 100/38.9

بيئة المخاطر: 100/49.7 (GHSI, 2021)

وفقاً لدراسة حديثة، وبناءً على تحليل مؤشرات الأمن الصحي، لا يزال العالم غير مهياً بشكل كافٍ للوباء التالي (Alhassan et al., 2023). مع ذلك، وعلى الرغم من أهمية مؤشر الأمن الصحي، فقد وجهت العديد من الانتقادات إلى عملية التصنيف والترتيب التي تقوم عليها عملية حساب واستخدام هذا المؤشر، وعملية البناء وجودة مصادر المعلومات التي يجري من خلالها جمع مؤشرات المكونات والمؤشرات الفرعية.

كما وُصفت الموارد البشرية في القطاع الصحي على أنها "لبنة النظام الصحي في أي بلد" (WHO, 2006)، فهي أهم جانب من جوانب أنظمة الرعاية الصحية وعنصر أساسي لمكافحة الأزمات الصحية. وفقاً لهذا، تقوض الفجوات في القوى العاملة الصحية، لا سيما الأطباء، - من حيث العدد والتوزيع والمهارات - توافر الخدمة ومقبوليتها وإمكانية الوصول إليها وجودتها. يمكن أن تؤدي هذه

الفجوات أيضا إلى خلق حواجز مالية وإفقار الناس عندما يتعين عليهم طلب الرعاية دون أن يكونوا مشمولين بنظام أو خطة حماية صحية اجتماعية. وفقا لهذا، يعتمد الوصول إلى الخدمات الجيدة بشكل حيوي على وجود قوة عاملة صحية قادرة على تلبية الاحتياجات وتتمتع بظروف عمل لائقة، تتميز بفرص تدريبية، وأفاق مهنية جيدة، وأجور عادلة، وحماية اجتماعية كافية، وبيئة عمل آمنة.

إن خدمات الرعاية الصحية هي قطاع سريع النمو في الاقتصاد العالمي. لم تؤد عمليات العولمة والزيادة العالمية في الطلب على الرعاية الصحية إلى زيادة الطلب على تقنيات الرعاية الصحية فحسب، بل أدت أيضا إلى فتح الحدود المحلية للعمالة الأجنبية في قطاع الصحة، مما أدى إلى هجرة الأطباء عبر الحدود (Aluttis et al., 2014). بذلك كانت هجرة الأطباء إحدى التغيرات الأكثر دراماتيكية في مجال الرعاية الصحية. هذا الأمر أدى إلى توزيع غير عادل للأطباء عبر العالم.

حاول جوليو فرانك Julio Frenk وزملاؤه تحليل ومناقشة النقص الحاد في القوى العاملة في مجال الرعاية الصحية على مستوى العالم. أفاد فرانك وزملاؤه أنه في السنوات العشر الماضية على مستوى العالم، تضاعف العدد السنوي لخريجي الطب تقريبا وتضاعف العدد السنوي لخريجي التمريض ثلاث مرات (Frenk et al., 2022)، مما يساهم في قوة عاملة صحية عالمية تقدر بنحو 65 مليون (Boniol et al., 2022). ساعدت هذه الزيادة في عدد خريجي الطب والتمريض في تقليل النقص العالمي في القوى العاملة الصحية، لكن الفجوة لا تزال كبيرة وقدرت بنحو 15 مليونا في عام 2020 ومن المتوقع أن تصل إلى 10 ملايين في عام 2030 (Boniol et al., 2022).

وفي السياق نفسه، تتأثر التغطية الصحية الشاملة بهجرة الأطباء بشكل واسع، حيث تشمل التغطية الصحية الشاملة ضمان حماية الجميع طوال دورة الحياة بأكملها من مجموعة مختارة من المؤشرات الرئيسة لتتبع التغطية الشاملة للخدمات الصحية الأساسية، والمتمثلة في أربعة مؤشرات فرعية تتعلق بالمجالات ذات الاهتمام الصحي الرئيس، وهي: الصحة الإنجابية وصحة الأم والوليد والطفل (RMNCH)، والأمراض معدية، والأمراض غير السارية (NCDs)، والقدرة على الوصول إلى الخدمات الصحية (WHO, 2023). أو على النحو الذي تقترحه منظمة العمل الدولية: التوافر، وإمكانية الوصول، والمقبولية والجودة (ILO, 2012).

يؤكد هذا أناند وبارنيجهاوزن (2004)، حيث أن الموارد البشرية للصحة بشكل إجمالي لها أهمية كبيرة في تفسير وفيات الأمهات، ووفيات الرضع، ومعدلات وفيات الأطفال دون سن الخامسة. يشير التحليل إلى أن الأطباء هم الأكثر أهمية، وأن معدل وفيات الأمهات هو الأكثر استجابة لأعداد أكبر من العاملين الصحيين، ربما لأن وفيات الأمهات ترتبط ارتباطا مباشرا بغياب التدخل الطبي المناسب.

يمكن القول إن بلد المنشأ يتحمل نوعين من التكاليف: (Forcier et al., 2004)

الأول: يتوافق مع الموارد التي تنفق لتعليم الطبيب؛

والثاني: يمثل قيمة خدمات الرعاية الصحية التي كان الطبيب المهاجر سيقدمها لبلده في حالة عدم وجود الهجرة.

2. الهجرة الدولية للمهنيين الصحيين في سياق هجرة الأدمغة

1.2. الهجرة الدولية للأدمغة

يعرف المهاجر الدولي ذو كفاءة علمية بأنه الشخص الذي سيشارك أو يشارك أو شارك في نشاط مقابل أجر في دولة ليس من رعاياها (Bach, 2003). يشار عادة إلى هجرة الكفاءات، باسم "هجرة الأدمغة"، وهو المصطلح الذي استخدم لأول مرة للتديد بهجرة العلماء البريطانيين، لاسيما الأطباء، إلى أمريكا الشمالية في الستينيات (OECD, 2002). خلصت الأدبيات المبكرة، والتي ركزت على التأثيرات الاقتصادية، حول هجرة الأدمغة إلى وجود آثار سلبية على الاقتصاد والمجتمع الذي يتركونه وراءهم (Grubel & Scott, 1966).

نظرًا لتجاوز العوائد الاجتماعية للتعليم العائد الخاص بالفرد نفسه، وبالنظر إلى أن التعليم غالباً ما يتم تمويله من القطاع العام، ولو جزئياً في بعض الدول، فقد جرى الاعتراف على نطاق واسع بأن هجرة الأدمغة تضر ببلدان المصدر للمهاجرين. هذا الرأي، الذي طوره جاغديش باغواتي Jagdish N. Bhagwati وزملاؤه في أوائل السبعينات (Bhagwati, 1979; Bhagwati & Wilson, 1989)، بشكل خاص، يؤكد أن:

- هجرة الأدمغة هي في الأساس عملية ناتجة عن عامل خارجي سلبي يفرض على الدول الفقيرة، أو في أحسن الأحوال، الدول النامية؛
- تزداد البلدان الثرية غنى بينما تزداد البلدان الفقيرة فقراً؛ و
- على مستوى السياسات، ينبغي للمجتمع الدولي أن ينفذ آلية يمكن من خلالها للتحويلات الدولية أن تعوض بلدان المصدر عن الخسائر التي تكبدتها نتيجة هجرة الأدمغة التي كونتها لسنوات. على سبيل المثال، من خلال "الضريبة على العقول" (وهو مفهوم صاغه باغواتي أيضاً) ليعاد توزيعها دولياً.

لا يقال فقط إن الهجرة لها آثار سلبية، ولكن المتشائمين بشأن الهجرة رأوها كأحد الأسباب الضارة للتخلف في البلدان المرسل (Castles et al., 2013). مع ظهور نظريات النمو الجديدة والتأكيد القوي على رأس المال البشري كمصدر للنمو، كان هناك اهتمام متجدد بدراسة آثار استمرارية هجرة

الأدمغة. تنطوي وجهة النظر العامة لقضية هجرة الأدمغة على أنها قد على خسارة اقتصادية واجتماعية كبيرة إذا قدّم أمهر المتعلمين مساهماتهم في بلد آخر غير بلدهم. وبناء على هذه الفكرة، أكدت النماذج الأولى التي عالجت هذه القضية في إطار نموذج داخلي على آثارها السلبية (Haque & Kim, 1995; Kanbur & Rapoport, 2005).

في هذا السياق، فإنه من الجدير بالذكر أن هناك ثلاثة أنواع من هجرة الأدمغة: الأول: هجرة الأدمغة كظاهرة تعبر عن رحيل الأشخاص ذوي المهارات العالية من بلد ما ذو دخل منخفض إلى بلد أكثر ثراء، بحثاً عن راتب أفضل أو ظروف عمل أفضل أو مرافق بحثية. لكن، ظهرت هناك مرادفات لهذه المفهوم مثل "هجرة المهارات" أو "نقل رأس المال البشري المؤهل" أو حتى "استنزاف الأدمغة" كلها مصطلحات تعبر، بطريقة أفضل، عن الرهاب الناجم عن هذه الظاهرة، التي يُنظر إليها على أنها أخطر تهديد للتنمية ببلدان المصدر (Kouidri, 2005).

الثاني: وهو ما أطلق عليه آنالي ساكسينيان (2005) اسم "دوران الأدمغة"، كحركة إيجابية للقوى العاملة التي تؤدي إلى نقل المعرفة كالتيكنولوجية والاقتصادية إلى بلدانهم الأصلية والدول الأخرى مما يسمح بتبادل معارف ومهارات المهاجرين مع المجتمعات والمؤسسات في كل من البلد الأصلي والوجهة من خلال تطبيق المهاجرين المعرفة والمهارات التي اكتسبوها أثناء العيش والعمل في الخارج. كما يسمى أيضاً بالنمط التبادلي للكفاءات بمعنى تبادل ذوي المهارات بين الدول، غالباً بين الدول المتقدمة، بهدف التكامل المعرفي والعمل المشترك في مجال العلم والمعرفة والتكنولوجيا (ليب، 2020). يرتكز هذا المفهوم، على النقيض من هجرة الأدمغة، على الادعاء بأنه في سوق الهجرة العالمية المتزايدة التي تتميز بالتحركات المؤقتة للعمالة الماهرة، قد يعمل المهنيون كنواقل للمعرفة وبالتالي إمكانية تقاسم الموارد الفكرية عبر الدول، بدلاً من نقلها بشكل دائم من دولة إلى أخرى.

الثالث: هو "هجرة العودة"، يعتبر هذا النمط من الهجرة كحركة الأشخاص العائدين إلى بلدهم الأصلي بعد أن انتقلوا من مكان إقامتهم المعتاد وعبروا الحدود الدولية. تؤدي هذه الهجرة إلى العديد من المزايا للدول المنشأ. في هذا الصدد، نشير إلى إحدى قوانين رافنشتاين، حيث ينص القانون الرابع على أن: "كل تيار رئيسي للهجرة ينتج تياراً مضاداً معوضاً" (Ravenstein, 1885, p. 33). ومن المعترف به أن هجرة العودة هي إحدى مكونات هذا التيار المضاد.

2.2. الهجرة الدولية لمهنيي الصحة

يعتمد الطلب على القوى المهاجرة العاملة في مجال الصحة من جانب بلدان المقصد على عدة عوامل كثير قد لا تكون بالضرورة متعلقة بالنظام الصحي. على سبيل المثال، قد تكون العوامل متعلقة

بالظروف السياسية، والمخاوف المتعلقة بالأمن، ومعدلات المواليد المحلية، والظروف الاقتصادية والحروب. ومع ذلك، فما هو موثق جيداً أنه في بلدان المقصد الرئيسية، تؤثر ظروف سوق العمل على عدد المهنيين المهاجرين المسموح لهم بدخول البلاد (Adovor et al., 2021) في إطار الهجرة الانتقائية. يبدو أن معدلات هجرة المهنيين الصحيين في تزايد مستمر، حسب ما أظهرته منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية في تقرير لها سنة 2019، أن عدد الأطباء المدربين في الخارج العاملين في دول منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية قد ارتفع بنسبة 50٪ بين عامي 2006 و 2016 (ليصل إلى ما يقرب من 500.000 في عام 2016)، في حين زاد عدد الممرضين المدربين في الخارج بنسبة 20٪ خلال الفترة من 2011 إلى 2016 (لتصل إلى ما يقرب من 550.000) (OECD, 2019). ساهم الأطباء ومهني التمريض المهاجرون بشكل كبير في نمو العدد الإجمالي لهذا المورد البشري خلال العقد الماضي في العديد من دول هذه المنظمة.

لا يزال هناك خسائر مستمرة لهذا المورد الهام. في عام 2000، قامت غانا بتدريب 250 ممرضة جديدة، إلا أنها فقدت 500 ممرضة بسبب الهجرة. وفي عام 2001، قامت زيمبابوي بتخريج 40 صيدلياً وخسرت 60 صيدلياً. وفي عام 2002 وحده، فقدت ملاوي 75 ممرضة لصالح المملكة المتحدة - وهي مجموعة تمثل 12% من جميع الممرضات المقيمات في ملاوي (Brock & Blake, 2016). إن هجرة الكفاءات والكوادر الطبية تقوض فرص الحياة للمواطنين القاطنين بالمجتمع النامي.

في الوقت نفسه، ونظراً لوجود نقص كبير في القوى العاملة الصحية في البلدان المتقدمة، تعمل بعض البلدان مثل الولايات المتحدة الأمريكية، وإنجلترا، وكندا وأستراليا على استراتيجيات جذب الممرضات والأطباء في إطار الهجرة الانتقائية لوجود عدد كبير من الوظائف الشاغرة في هذه البلدان (Buchan & Perfilieva, 2006). هذه مفارقة لا تعني سوى تدفقات مميتة لرأس المال البشري الكفاء والمتخصص بالنسبة لبلدان المصدر.

يجري الاعتماد على بعض الأساليب لرصد الحراك المجالي للمهنيين الصحيين في وجود إحصائيات تقيس معدلات الهجرة ككل، والتي تعتمد على معيارين أساسيين: (OECD, 2019)

1. مدى الصلة ببلدان المصدر وبلدان الوجهة؛

2. جدوى جمع البيانات بانتظام.

لكن تعترض هذه الأساليب جملة من العراقيل تحصيها منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية (2019)، في إمكانية قياس أنماط الهجرة بناءً إما على الجنسية أو على مكان الميلاد أو على مكان التعليم/التكوين وكل منها له نقائص يجب تفاديها حتى تكون مؤشرات الهجرة دقيقة ونذكرها كما يلي:

النهج الأول: يواجه النهج القائم على الجنسية عددا من أوجه القصور. أولا، لا يظهر الأجانب في الإحصائيات عند تجنيسهم. ثانيا، في العديد من دول منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية، يحمل العديد من الأشخاص الذين ولدوا وترعرعوا في البلد جنسية مختلفة، لذلك لا توجد علاقة منهجية بين الهجرة والجنسية.

النهج الثاني: يعتمد على مكان الميلاد، وهو أكثر جدوى لأنه عندما يختلف بلد الميلاد عن بلد الإقامة، فهذا يعني أن الشخص قد عبر الحدود في وقت ما، ولكن يمكن هو الآخر أن تظهر به شوائب تمس مباشرة إحصائيات الهجرة.

النهج الثالث: المستند إلى مكان التعليم/التكوين، هو الأكثر صلة من منظور السياسة، على الرغم من أنه يؤثر عددا من قضايا المتعلقة بالقياس. تتمثل إحدى هذه المشكلات في أن التعليم والتدريب في مجال التمريض والطب يمكن أن يكون طويلا ويمر بمراحل مختلفة وممكن أن يتعرض لحركة دائرية (ذهاب وإياب) دون أن تدخل في سياق الهجرة.

3. هجرة الأطباء وتأثيرها على الأمن الصحي

1.3. الهجرة الدولية والنقص العالمي للأطباء

هجرة الأطباء ليست ظاهرة جديدة، وقد وثقت القضايا المتعلقة بها في ورقة مرجعية للباحث ميچيا Meija (1978)، والتي سلطت الضوء على الآثار الضارة لهجرة مهني الصحة على الدول الفقيرة، بالإضافة إلى تسليطها الضوء على نقص بيانات الهجرة الموثوقة وحجم الآثار المترتبة على سوء تخطيط القوى العاملة. هذه القضايا، لا تزال تؤثر على النظم الصحية حتى يومنا هذا.

في حين أن العولمة والتحضر وسهولة التنقل معترف بها على نطاق واسع كمحركات أساسية للهجرة الدولية للأطباء، إلا أن البحث عن واقع هذه الظاهرة يكشف عن حقيقة كونها متعددة الأوجه وقد تختلف بين الأفراد والمجموعات العرقية ومجموعات المهاجرين، وكذلك بين البلدان والقارات (Gunn et al., 2021).

يجب النظر إلى حرية الحراك المجالي الدولي للأطباء لتقديم خدماتهم في سوق عمل معولم للموارد البشرية الصحية. وقد أكدت منظمة الصحة العالمية (2006) أن هناك نقصا على مستوى العالم يقارب 4.3 مليون طبيب وقابلة وممرضة ومهنيين صحيين آخرين. وقد رت كذلك أن 75 دولة على مستوى العالم لديها أقل من 2.5 من المهنيين الصحيين لكل 1000 من السكان، وهو "الحد الأدنى من العدد الضروري لتقديم الخدمات الصحية الأساسية". وفقا للتقرير نفسه، تقع الغالبية العظمى من البلدان التي تعاني من نقص خطير في الأطباء في القارة الأفريقية.

لقد توسعت الموارد البشرية الصحية في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل بشكل كبير في السنوات الخمسين الماضية، معززة إنشاء الجامعات وكليات التكوين والجهود الكبيرة التي بذلتها هذه البلدان، إلا أن هذه الجهود قابلتها خسائر كبيرة من هجرة الأطباء إلى البلدان الغنية، التي تمتص نسبة كبيرة من القوى العاملة الصحية من البلدان الفقيرة (WHO, 2006). وقد أعربت الحكومات في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل والمراقبون عن قلقهم الشديد بشأن تأثير مثل هذه الهجرة على أنظمتها الصحية، في ظل العولمة المتنامية، حيث يتمتع الأطباء بمؤهلات وقدرات عالية للهجرة المنتقاة واستقطاب كبير من الدول المستقبلية، تحتاج الدول التي يهاجر منها الأطباء إلى تحقيق ظروف عمل وتدريب أفضل، إذا أرادوا الاحتفاظ بهذا المورد البشري الذي تقوم عليه الأنظمة الصحية.

كانت الهجرة الدولية للأطباء وسيلة لتعديل سوق العرض والطلب على الرعاية الصحية لا سيما في البلدان الغنية. في عام 2000 بلغت نسبة الأطباء المدربين في الخارج حوالي 21٪ في أستراليا، و 30٪ في المملكة المتحدة، و 34٪ في نيوزيلندا، و 23٪ في كندا، و 24٪ في الولايات المتحدة (Forcier et al., 2004). وفي السنة نفسها، يشكل 18.2٪ من إجمالي عدد الأطباء في منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية (OECD, 2008). ورغم هذا الطلب المتزايد على الأطباء فإن بعض الدول لم تستطع التوفيق بين العرض والطلب. على سبيل المثال، بحلول عام 2025 ستواجه أمريكا نقصاً في الأطباء يقدر بـ 124.000 طبيباً (AAMC, 2008).

كشفت إحدى الدراسات عن البلدان العشرين الأولى ذات أعلى معدلات هجرة للأطباء. أنه من بين أعلى 20 دولة من حيث معدلات هجرة المغادرة، توجد أربع دول في أوروبا (آيسلندا، وأيرلندا، وإستونيا، ومالطا)، وخمسة في إفريقيا جنوب الصحراء (ليبيريا، وغانا، والكونغو، وزيمبابوي، وإثيوبيا)، والباقي في منطقة البحر الكاريبي. تراجعت جنوب إفريقيا وسريلانكا ولبنان وهونغ كونغ وزامبيا وكندا، التي كانت في السابق في أعلى 20 دولة مع أعلى معدلات هجرة المغادرة في عام 2004 خارج البلدان العشرين الأولى في بيانات الدراسة لعام 2014. سجلت منطقة البحر الكاريبي أعلى معدل لهجرة الأطباء - مع اتجاه متزايد من 18.9٪ في عام 1990 إلى 20.0٪ و 28.4٪ في عامي 2004 و 2014 على التوالي - وهي زيادة مقابلة تزيد عن 55٪ من عام 1990 إلى عام 2014 (Adovor et al., 2021). وبدرجة أقل، تشهد أوروبا الشرقية ارتفاعاً في معدلات هجرة المغادرة، من 1.2٪ في عام 1990 إلى 2.9٪ في عام 2004. وبحلول عام 2014، تضاعفت معدلات هجرة المغادرة إلى ما يقرب من 6٪ (Adovor et al., 2021). في حين أن البلدان المرتفعة الدخل في أمريكا الشمالية وأوروبا والشرق الأوسط

وأوقيانوسيا "تستورد" الأطباء بشكل مستمر من أجل للحفاظ على أنظمة الرعاية الصحية الخاصة بها.

تلعب العوامل والظروف الاقتصادية دورا بالغ الأهمية في تعزيز أنماط الهجرات. لتوضيح هذا، على سبيل المثال، منذ ستينيات القرن الماضي، جلبت الطفرة النفطية في الخليج تطورات واسعة النطاق، وتدفق هائل من العمال الدوليين. وبحلول الستينيات، أصبحت بلدان الخليج، وكذا العديد من الدول الغربية الكبيرة، تعتمد بشكل استثنائي على المهنيين الصحيين من الخارج لدرجة أن أصبح السكان الأصليون أقلية (Connell, 2010).

يكشف الجدول أدناه حجم السكان وكثافة المهنيين الصحيين لكل 10000 من السكان في عام 2020 عن عدم تكافؤ صارخ، حيث تتمتع البلدان المتقدمة بكثافة للمهنيين الصحيين تبلغ 6.5 ضعف كثافة العاملين الصحيين في البلدان منخفضة الدخل. تؤكد هذه النتيجة حقيقة أن ما يزيد قليلاً عن خمس (22٪) سكان العالم لديهم ما يقرب من نصف (47٪) القوى العاملة الصحية العالمية (Boniol et al., 2022).

الجدول رقم (1): المخزون المتوقع من الأطباء وفقا للهدف الثالث من أهداف التنمية المستدامة (من سنة 2020 إلى سنة 2030 حسب أقاليم منظمة الصحة العالمية)

مخزون الأطباء في الهدف الثالث لسنة 2020		المخزون المتوقع في الهدف الثالث لسنة 2030	
المنطقة	الأطباء/بالملايين	المنطقة	الأطباء/بالملايين
المنطقة الأفريقية	0.33	المنطقة الأفريقية	0.41
منطقة الأمريكيتين	2.49	منطقة الأمريكيتين	2.56
منطقة شرق البحر الأبيض المتوسط	0.80	منطقة شرق البحر الأبيض المتوسط	0.99
المنطقة الأوروبية	3.41	المنطقة الأوروبية	3.43
جنوب شرق آسيا	1.55	جنوب شرق آسيا	2.44
منطقة المحيط الهندي	4.07	منطقة المحيط الهندي	14.33
المجموع	12.65	المجموع	14.15

المصدر: (Boniol et al., 2022)

وفقا لهذا، فإن التفاوتات في نسب الأطباء بين البلدان كبيرة. يجب تفسير هذه النسب بعناية لأن تعريف المجموعات المهنية وتدريبها وجودتها يختلف من بلد إلى آخر. إن أحد أسباب هذه التفاوتات هو هجرة الأطباء.

نيجيريا على سبيل المثال، وصلت هجرة الأطباء منها إلى البلدان المتقدمة في أوروبا والأمريكيتين إلى معدلات خطيرة. هذه الهجرة فرضت تحديات خطيرة على الموارد البشرية الصحية على هذا البلد.

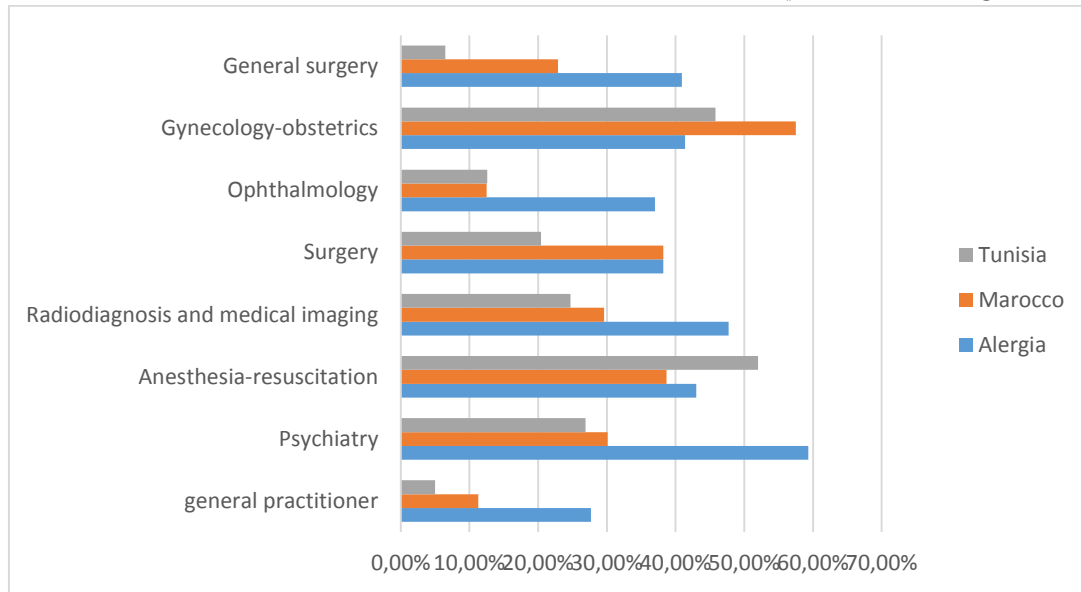
ويشكل عدد الأطباء المقيمون الذين يخضعون لتدريب متخصص في العديد من المستشفيات المتخصصة في البلاد نسبة كبيرة من الأطباء الذين غادروا نيجيريا أو لديهم نية لمغادرتها إلى دول أخرى (Akinwumi et al., 2022).

تبنى البلدان استراتيجيات مختلفة، مثل توفير الحوافز المختلفة وبرامج الهجرة، لجذب الأطباء ذوي الخبرة من البلدان الأخرى. وكرد فعل على ذلك، حاولت العديد من الحكومات في البلدان النامية صياغة استراتيجيات لتقليل هجرة المتخصصين. وقد استجابت العديد من المنظمات، بما في ذلك منظمة الصحة العالمية، لهذا الموقف من خلال نشر مدونات قواعد الممارسة للتوظيف الدولي للعاملين في مجال الرعاية الصحية، والتي تهدف إلى ضمان عدم تأثر الرعاية الصحية في بلد المصدر بهذه الهجرة.

مع ذلك، فإن هناك قطبين يشكلان مفارقة، فبين الحق في الهجرة والتنقل الدولي بحثا عن حياة أفضل في كل الجوانب، التعليمية والمهنية والاقتصادية وغيرها من الحقوق الأخرى في المساواة وعدم التمييز. هناك أيضا الحق في الحصول على الرعاية الصحية اللازمة، والتي هي حق راسخ في القانون الدولي. إن عدم الحصول على الرعاية الصحية اللازمة يهدد بالفعل الأمن الصحي في الدول التي تعاني من نقص الأطباء وفي الوقت نفسه من زيادة معدل الأمراض والوفيات.

الجزائر هي الأخرى تشهد نزعات كبيرة لهجرة الأطباء، خاصة في ظل ما يعانونه من سوء جودة العمل بالقطاع الصحي (معوشه ، 2022). رغم ندرة الإحصائيات، تتوفر بعض البيانات التي يمكن الاعتماد عليها، على سبيل المثال، فإن 3.6 % من الأطباء بإنجلترا هم جزائريون (Forcier et al., 2004). كما يشير تقرير المجلس الوطني الفرنسي إلى أن 43,6 % من الأطباء الفرنسيين من جنسية غير فرنسية، وينتمون إلى المغربي العربي (الجزائر، المغرب وتونس)، حيث أن 25% منهم جزائريون. كما يشير ذات التقرير إلى أن هناك تخصصات تشكل أكبر نسبة من الهجرة وهي: الطب النفسي، والتشخيص الإشعاعي وطب العيون. تعتبر الجزائر الأولى من حيث نسبة الأطباء في فرنسا مغاربيا وفقا لذات التقرير سنة 2014. والشكل التالي يوضح ذلك:

الشكل 01: يوضح نسبة الأطباء المهاجرين من إلى فرنسا حسب التخصصات:



المصدر: من إعداد الباحثين بناء على تقرير المجلس الوطني الفرنسي CNOM (2014)

يشير الجدول التالي إلى عدد الأطباء من سنة 2013 إلى غاية سنة 2018 والتطور النسبي الحاصل في هذا المورد البشري. على الرغم من تطور هذا المورد البشري بالقطاع الصحي الجزائري إلا أن هذا المورد لا يزال عاجزا عن تغطية الاحتياجات السكانية للرعاية الصحية، بالنظر إلى أن الزيادة السكانية لا تتماشى مع الخدمات الصحية المتوفرة (كواديك، 2022)

الجدول رقم: (2) يوضح تطور عدد الأطباء من سنة 2013 إلى سنة 2018

العدد سنة 2018	العدد سنة 2013	الموارد البشرية
27831	20743	الأطباء الأخصائيين
34831	29671	الأطباء العاميين
14703	12488	جراحو الأسنان
1900691	114831	أطباء العيون

المصدر: من إعداد الباحثين بناء على مقال الباحث كواديك حمزة (2022)

يعد تحديد وحساب تدفق ومخزون الأطباء بشكل كاف في عالم معولم مسعى صعب للغاية، حيث يكاد يكون من المستحيل الحصول على معلومات موثوقة، فغالبا ما توصف بأنها ذات جودة رديئة أو نادرة ومحدودة، إن لم تكن قصصية. تنبع صعوبات إنشاء بيانات دقيقة عن تدفقات القوى العاملة العالمية، من بين عوامل أخرى، من نقص بيانات التسجيل في كل من البلدان المصدر والوجهة، وتعقيدات مسارات الهجرة، وتعريف المهني الصحي المهاجر في البلد المستقيل. وبالتالي، فإن الافتقار إلى البيانات الموثوقة يجعل من الصعب للغاية رسم صورة دقيقة لأنماط هجرة الأطباء كجزء لا يتجزأ من القوى العاملة في مجال الصحة.

2.3. تأثير هجرة الأطباء على الأمن الصحي العالمي

إن النقص في الموارد البشرية في النظام الصحي ببلد منخفض الدخل يهدد بشدة احتمالية وفاء ذلك البلد بالتزاماته تجاه الحق في الصحة لسكانه وكذلك الالتزامات الأخرى المتعلقة بالصحة مثل الأهداف الإنمائية للألفية.

على المستوى الدولي، فإن نتائج هجرة الأطباء موثقة جيداً (WHO, 2006)، لا سيما من البلدان النامية حيث أصبحت مصدر قلق كبير. تؤدي هجرة الأطباء إلى نقص في الموارد البشرية التي تقوم عليها أنظمة الرعاية الصحية وغالباً ما تكون مستنفدة بالفعل في البلدان الفقيرة، الأمر الذي يوسع الفجوة في عدم المساواة الصحية في جميع أنحاء العالم. على سبيل المثال، تشير الإحصائيات الموسمية إلى أن ثلث سكان العالم يفتقرون إلى الرعاية الصحية بسبب الفجوات في القوى العاملة الصحية (Scheil-Adlung, 2013).

كمقارنة يمكن من خلالها معرفة تأثير هجرة الأطباء على الأمن الصحي، فإن إقليم الأمريكيتين التابع لمنظمة الصحة العالمية، الذي يعاني من 10٪ من العبء العالمي للمرض، والذي يمتلك 37٪ من المهنيين الصحيين في العالم ينفق أكثر من 50٪ بالتمويل الصحي في العالم، في حين أن الإقليم الأفريقي يتحمل 24٪ من العبء ولكن يمتلك فقط 3٪ فقط من المهنيين الصحيين الذين يتقاضون أقل من 1٪ من الإنفاق الصحي العالمي (WHO, 2006). إن هجرة الأطباء وسط الكثير من الاحتياجات الصحية غير الملباة يضع إفريقيا في بؤرة أزمة القوى العاملة الصحية العالمية.

مثال آخر حول عدم المساواة بسبب هجرة الأطباء يظهر بين ملاوي واليابان: يوجد في اليابان حوالي واحد وعشرين طبيباً لكل عشرة آلاف نسمة، في حين يوجد في ملاوي طبيب واحد فقط لكل خمسين ألف نسمة (Brock & Blake, 2016). إن هذا التفاوت الجذري في الكفاءات والكوادر الطبية له عواقب وخيمة على الأمن الصحي؛ فالأشخاص المولودين في ملاوي سيعيشون، في المتوسط، أقل بـ 10 سنوات مقارنةً بـ 75 سنة في اليابان (Brock & Blake, 2016).

ورغم أن هناك بعض الفوائد التي يمكن أن تشمل بلدان المصدر، إلا أن هذه الفوائد لن تكون ذات قيمة كبيرة مقارنة بالخسائر التي تتكبدها الدولة، مثل خسارة الاستثمار التعليمي، وفقدان رأس المال الفكري، وقلة نطاق الخدمات المتاحة، ونقص الموظفين في المرافق الصحية، وسوء خدمات الرعاية الصحية. في الحالات القصوى، قد يؤدي اتساع الفجوة الصحية بين السكان إلى انخفاض الإنتاجية وخسارة الاستثمار الاقتصادي الوطني، وإلحاق ضرر محتمل بالتنمية الاقتصادية (Ahmad, 2005).

(2005)

قد تؤدي الهجرة الدائمة إلى تحسين آفاق الأطباء الأفراد، لكن تدفقات الهجرة الكبيرة والدائمة قد تضعف قدرة نظام الرعاية الصحية في البلد الأم. هذه العواقب هي الأكثر أهمية في أفقر البلدان التي لا تستطيع جذب البدائل من البلدان الأخرى. قد تكون الهجرة المؤقتة نابعة من الرغبة في اكتساب مؤهلات مهنية أعلى أو اكتساب خبرة بتقنيات جديدة غير متوفرة في الوطن الأم. إذا دعمت الدولة المضيفة الأطباء وطلبة الطب الأجانب وعاد هؤلاء المهاجرون إلى وطنهم، يمكن أن تساهم الهجرة المؤقتة للأطباء في الارتقاء بالوضع الصحي في البلد الأم (Forcier et al., 2004). ومع ذلك، قد تكون هناك حدود معينة لهذا. إذا كانت المهارات التي اكتسبها المهاجرون أثناء إقامتهم في الخارج متخصصة للغاية، فقد لا يكون البلد الأصلي في وضع يسمح له بالاستفادة منها.

يمكن توضيح تأثير هجرة الأطباء على الأمن الصحي من خلال وباء فيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز. لقد كان لهذا الفيروس آثار كارثية على العديد من البلدان الفقيرة بالموارد، ولفت الانتباه العالمي إلى التأثيرات السلبية لهجرة الأدمغة. في المجتمعات التي تعاني من ويلات الوباء، استقال المهنيون الصحيون أو هاجروا خوفاً من انتقال العدوى، نجم عن هذا نقص في القوى العاملة الصحية وزيادة الطلب، مما يقلل من إمكانية منع المزيد من الانتشار وعدم كفاية العلاج للمرضى (Mackey & Liang, 2012) وهذا بدوره يخلق ظروف عمل أكثر صعوبة، ويغذي حلقة سلبية تخلق حوافز أكبر للهجرة بينما تستمر الصحة العامة في التدهور.

لهذا هناك حاجة إلى توسيع كبير في القوى العاملة الصحية في العالم لتحقيق مستويات عالية من التغطية الفعالة للرعاية الصحية وتحدث أكبر حالات النقص في الأماكن ذات الدخل المنخفض مما يبرر الحاجة إلى زيادة التمويل والتنسيق لتدريب الموارد البشرية في قطاع الصحة وتوظيفها والاحتفاظ بها.

إذا كانت الدولة تتكبد هذه الخسائر المالية والبشرية فإن أمنها الصحي سيكون تحت التهديدات الصحية المتزايدة، وفترة كوفيد 19 تؤكد هذا. لذلك، سيكون من المفيد أكثر للبلدان أن تستثمر في الأنظمة الصحية المتكاملة التي تعطي الأولوية لجميع لبنات النظام الصحي ومنها الأطباء، لاسيما أنه من المرجح أن يؤدي الوباء إلى زيادة المنافسة العالمية على الأطباء، وهذا ما حدث بالفعل في نيجيريا، حيث كانت هناك هجرة جماعية للأطباء إلى البلدان المتقدمة خلال جائحة COVID19 (Lawal et al., 2022).

تتضمن أيضا هجرة الأطباء الانعكاسات التالية: (Mwaniki & Dulo, 2008)

- فقدان الخدمات الصحية: تؤثر هجرة الأطباء على الصحة والوقاية من الأمراض والتشخيص والعلاج وإعادة التأهيل.
 - فقدان المشرفين: إذ يوفر العاملون الصحيون ذوو الخبرة الدور الإشرافي المطلوب بشدة للموظفين الآخرين داخل المنشأة الصحية.
 - فقدان المرشدين للمتدربين في مجال العلوم الصحية: لم يعد الأطباء الممارسون وكبار الممرضات الذين يهاجرون قادرين على توجيه الموظفين المبتدئين عديدي الخبرة.
 - نظام الإحالة غير الفعال: ضعف نظام المراقبة الصحية بسبب عدم وجود نظام إحالة فعال. عند إحالة المرضى من منشأة إلى أخرى، نادرا ما يتم توثيق أسباب الإحالة ومراحلها.
 - فقدان باحثي الصحة العامة: هجرة الأطباء تضعف المساهمة في البحوث الصحية المحلية.
- يبدو أن هناك علاقة دائرية بين الهجرة والأمن الصحي، فهجرة الأطباء تؤدي إلى تقويض الأمن الصحي الذي بدوره يؤدي إلى مزيد من الهجرة. قد تؤدي الظروف الاجتماعية وضعف النظام الصحي وغيرها من العوامل إلى الهجرة حيث يسعى الناس إلى حياة أفضل وأكثر أمانا في أماكن أخرى. بهذا تهدد تدفقات الهجرة بنشر الأمراض وقد تعمل كقوى مزعزعة للاستقرار في منطقة ما.
- على المستوى الجزائري، يتمثل التهديد الصحي لهجرة الأطباء في غياب مقدمي الرعاية الصحية المتخصصة، مثلا، وجدت إحدى الدراسات أنه رغم الانخفاض المعتبر في وفيات الأمهات، إلا أن الوزارة لم تحقق الهدف المدرج لسنة 2015 وهو 50 وفاة لكل 100.000 ولادة حية. كما تعزو الباحثة أسباب وفيات الأمهات إلى غياب الأخصائيين في 87٪ من حالات الوفاة، وغياب أطباء التوليد في 68٪ من الحالات، ونزيف الولادات والتعقيدات المرتبطة بالولادة وغياب المؤهلات والقابلات من أجل تقديم الرعاية الصحية المناسبة (فاصولي، 2023).
- مع هذا، يجادل البعض أن جذور مشكلة نقص الخدمات الصحية تعود إلى التوزيع السيئ للأطباء عبر البلاد أكثر مما تعود إلى هجرة الأطباء، إذ تواجه المناطق الجنوبية والهضاب العليا بالفعل نقصا واضحا (Zehnati, 2021).
- رغم اتخاذ مبادرات تجاه سياسات التوظيف الدولية للأطباء إلا أنه ليس من الواضح ما إذا كان لها تأثير كبير حتى الآن. على سبيل المثال، وقعت دائرة الصحة الوطنية (National Health Service) (2023) بالمملكة المتحدة على مدونة توظيف أخلاقية تسرد قائمة كل دولة نامية تقريبا على أنها دول لا ينبغي لمديري الخدمات الصحية الوطنية التوظيف منها.

خاتمة ونتائج الدراسة

أظهرت هذه الدراسة أن هجرة الأطباء هي ظاهرة يمكن من خلالها أن يكون للقرارات والإجراءات المتخذة في بلد ما آثار كبيرة ومباشرة على بلد آخر. يؤدي توظيف الأطباء من البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل لتلبية الطلب في البلدان المرتفعة الدخل إلى حدوث نقص في بلد المنشأ، وبالتالي يساهم في تقويض الأمن الصحي.

إن تأثير هجرة الأطباء على الأمن الصحي أصبح يتفاقم مع مرور الوقت، وأصبح يمس القطاع الصحي الذي يشكل أهم بنية تحتية لأي بلد سواء كان متقدماً أو نامياً أو فقيراً. بذلك، أصبحت الرعاية والخدمات الصحية التي يوفرها البلد عاجزة عن الوصول إلى التغطية الشاملة، وهذا يعني تهديداً واضحاً للأمن الصحي بأي بلد يعاني من هجرة الأطباء.

من الواضح أن هجرة الأطباء ليس لها حل بسيط، لأن المشكلة عالمية وبالتالي تتطلب حلاً يتجاوز الحدود المحلية لأية دولة. إن الهدف من توظيف الأطباء من خلال تسهيلات الهجرة هو تلبية احتياجات العمل المشروعة بالبلدان المتقدمة، مع ذلك يجب عدم الإضرار بالأنظمة الصحية في البلدان النامية. في هذا الصدد، لا يمكن تحقيق إدارة هجرة الأطباء بدون بيانات شاملة ودقيقة عن أعداد وتدفقات الأطباء. نظراً للطبيعة الديناميكية لتقديم الخدمات الصحية وسوق العمل الصحي نفسه، هناك حاجة إلى الاستثمار المستمر لجمع البيانات العالمية حول حجم ومعدلات هجرة الأطباء وتحديثها كل سنة. كما أن هناك حاجة ملحة للبيانات المتعلقة بالخصائص الأساسية للمهاجرين الأطباء والاتجاهات الجغرافية عبر الدول، حيث يمكن أن توفر هذه البيانات معلومات قيمة لتخطيط القوى العاملة واتخاذ القرار.

قائمة المراجع:

المراجع باللغة العربية:

- حمزة كواديك. (2022). التغطية الصحية كمؤشر لتقييم جودة الخدمات في المؤسسات الصحية بالجزائر دراسة تحليلية للفترة (2013-2018). *مجلة الباحث*، 22(1)، 269-255.
- زينب فاصولي. (2023). الواقع الصحي للأمهات والأجنة في الجزائر دراسة إحصائية تحليلية من التحقيقات الصحية الوطنية. *دراسات إنسانية واجتماعية*، 12(1)، 566-555.
- عبد الحفيظ معوشه. (2022). جودة الحياة المهنية عند العاملين بالقطاع العام للصحة. *مجلة دراسات في سيكولوجية الانحراف*، 7(2)، 261-241.
- لويزة لبيب. (2020). أسباب هجرة الكفاءات الجزائرية وأثرها على التنمية دراسة ميدانية على عينة من الكفاءات المهاجرة بدول الخليج. *مجلة آفاق للعلوم*، 5(4)، 208-199.

المراجع باللغة الأجنبية:

- AAMC. (2008). *The Complexities of Physician Supply and Demand: Projections Through 2025*. Association of American Medical Colleges, Center for Workforce Studies.
- Adovor, E., Czaika, M., Docquier, F., & Moullan, Y. (2021). Medical brain drain: How many, where and why? *Journal of Health Economics*, 76, 102409.
- Ahmad, O. B. (2005). Managing medical migration from poor countries. *BMJ: British Medical Journal*, 331(7507), 43–45.
- Akinwumi, A. F., Solomon, O. O., Ajayi, P. O., Ogunleye, T. S., Ilesanmi, O. A., & Ajayi, A. O. (2022). Prevalence and pattern of migration intention of doctors undergoing training programmes in public tertiary hospitals in Ekiti State, Nigeria. *Human Resources for Health*, 20(1), 76.
- Aldis, W. (2008). Health security as a public health concept: A critical analysis. *Health Policy and Planning*, 23(6), 369–375.
- Alhassan, R. K., Nketiah-Amponsah, E., Afaya, A., Salia, S. M., Abuosi, A. A., & Nutor, J. J. (2023). Global Health Security Index not a proven surrogate for health systems capacity to respond to pandemics: The case of COVID-19. *Journal of Infection and Public Health*, 16(2), 196–205.
- Aluttis, C., Bishaw, T., & Frank, M. W. (2014). The workforce for health in a globalized context – global shortages and international migration. *Global Health Action*, 7(1), 23611.
- Anand, S., & Barnighausen, T. (2004). Human resources and health outcomes: Cross-country econometric study. *Lancet (London, England)*, 364(9445), 1603–1609.
- Augustynowicz, A., Opolski, J., & Waszkiewicz, M. (2022). Health Security: Definition Problems. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(16), 10009.
- Bach, S. (2003). International Migration of Health Workers: Labour and Social Issues. In *Working papers 209 ILO*. Geneva: International Labour Office.
- Beine, M., Docquier, F., & Rapoport, H. (2002). *Brain Drain and LDCs' Growth: Winners and Losers* (Working Paper 2002–08). Bar-Ilan University, Department of Economics.
- Bhagwati, J. N. (1979). International Migration of the Highly Skilled: Economics, Ethics and Taxes. *Third World Quarterly*, 1(3), 17–30.
- Boniol, M., Kunjumen, T., Nair, T. S., Siyam, A., Campbell, J., & Diallo, K. (2022). The global health workforce stock and distribution in 2020 and 2030: A threat to equity and 'universal' health coverage? *BMJ Global Health*, 7(6), e009316.
- Brock, G. (2013). Is active recruitment of health workers really not guilty of enabling harm or facilitating wrongdoing? *Journal of Medical Ethics*, 39(10), 612–614; discussion 618-620.
- Brock, G., & Blake, M. (2016). Global justice and the brain drain. *Ethics & Global Politics*, 9(1), 33498.

- Buchan, J., & Perfilieva, G. (2006). *Health worker migration in the European Region: Country case studies and policy implications* (WHO/EURO:2006-3956-43715-61498). World Health Organization. Regional Office for Europe.
- Castles, S., Haas, H. de, & Miller, M. J. (2013). *The Age of Migration: International Population Movements in the Modern World. 5th Edition.*
- CNOM. (2014). *Les flux migratoires et trajectoires des médecins—Situation en 2014—Conseil national de l'Ordre des médecins—APHP DAJDP.*
- Connell, J. (2010). Migration and the Globalisation of Health Care: The Health Worker Exodus? In *Migration and the Globalisation of Health Care*. Edward Elgar Publishing.
- Dussault, G., & Dubois, C.-A. (2003). Human resources for health policies: A critical component in health policies. *Human Resources for Health*, 1(1), 1.
- Erdoğan Kaya, A., Erdoğan Aktürk, B., & Aslan, E. (2023). Factors predicting the motivation to study abroad in Turkish medical students: A causal investigation into the problem of brain drain. *Journal of Health Sciences and Medicine*, 6(2), 526–531.
- Forcier, M. B., Simoens, S., & Giuffrida, A. (2004). Impact, regulation and health policy implications of physician migration in OECD countries. *Human Resources for Health*, 2(1), 12.
- Frenk, J., Chen, L. C., Chandran, L., Groff, E. O. H., King, R., Meleis, A., & Fineberg, H. V. (2022). Challenges and opportunities for educating health professionals after the COVID-19 pandemic. *Lancet (London, England)*, 400(10362), 1539–1556.
- GHSI. (2021). *GHS Index Report and Data*. GHS Index. <https://www.ghsindex.org/report-model/>
- Grubel, H., & Scott, A. D. (1966). The International Flow of Human Capital. *The American Economic Review*, 56(1/2), 268–274.
- Gunn, V., Somani, R., & Muntaner, C. (2021). Health care workers and migrant health: Pre- and post-COVID-19 considerations for reviewing and expanding the research agenda. *Journal of Migration and Health*, 4, 100048.
- Haque, N. U., & Kim, S.-J. (1995). 'Human Capital Flight': Impact of Migration on Income and Growth. *Staff Papers (International Monetary Fund)*, 42(3), 577–607.
- HSN, C. on H. (2003). *Human security now: Protecting and empowering people /: Commission on Human Security*. The Commission,. <https://digitallibrary.un.org/record/503749>
- ILO. (2012). *Recommendation R202—Social Protection Floors Recommendation, 2012 (No. 202) Geneva*. https://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_INSTRUMENT_ID:3065524
- Kanbur, R., & Rapoport, H. (2005). Migration selectivity and the evolution of spatial inequality. *Journal of Economic Geography*, 5(1), 43–57.
- Kouidri, M. (2005). *L'APPORT DES COMPÉTENCES AU DÉVELOPPEMENT DES PAYS D'ORIGINE*.
- Lawal, L., Lawal, A. O., Amosu, O. P., Muhammad-Olodo, A. O., Abdulrasheed, N., Abdullah, K.-R., Kuza, P. B., Aborode, A. T., Adebisi, Y. A., Kareem, A. A., Aliu, A., Elelu, T. M., & Murwira, T. (2022). The COVID-19 pandemic and health workforce brain drain in Nigeria. *International Journal for Equity in Health*, 21(1), 174.
- Mackey, T. K., & Liang, B. A. (2012). Rebalancing brain drain: Exploring resource reallocation to address health worker migration and promote global health. *Health Policy (Amsterdam, Netherlands)*, 107(1), 66–73.
- McInnes, C., & Lee, K. (2006). Health, security and foreign policy. *Review of International Studies*, 32(1), 5–23.
- Mejia, A. (1978). Migration of physicians and nurses: A world wide picture. *International Journal of Epidemiology*, 7(3), 207–215.
- Mej'ia, A., Pizurki, H., Royston, E., & Nurses, W. M. S. of the I. M. of P. and. (1979). *Physician and nurse migration: Analysis and policy implications , report on a WHO study*. World Health Organization.
- Mwaniki, D., & Dulo, C. (2008). *Migration of health workers in Kenya: The impact on health service delivery*. Mustang Management Consultants.
- National Health Service. (2023, March 23). *Code of practice for the international recruitment of health and social care personnel*. GOV.UK. <https://www.gov.uk/government/publications/code-of-practice-for-the-international-recruitment-of-health-and-social-care-personnel>

- OECD. (2002). *OECD Observer, Volume 2002 Issue 1*. Organisation for Economic Co-operation and Development. https://www.oecd-ilibrary.org/economics/oecd-observer/volume-2002/issue-1_observer-v2002-1-en
- OECD. (2008). *The Looming Crisis in the Health Workforce: How Can OECD Countries Respond?* Organisation for Economic Co-operation and Development. https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/the-looming-crisis-in-the-health-workforce_9789264050440-en
- OECD. (2019). *Recent Trends in International Migration of Doctors, Nurses and Medical Students*. OECD.
- Ravenstein, E. G. (1885). The Laws of Migration. *Journal of the Statistical Society of London*, 48(2), 167–227.
- Saxenian, A. (2005). From Brain Drain to Brain Circulation: Transnational Communities and Regional Upgrading in India and China. *Studies in Comparative International Development*, 40(2), 35–61.
- Scheil-Adlung, X. (2013). Health workforce benchmarks for universal health coverage and sustainable development. *Bulletin of the World Health Organization*, 91(11), 888–889.
- Stoeva, P. (2020). Dimensions of Health Security—A Conceptual Analysis. *Global Challenges*, 4(10), 1700003.
- UNDP. (1994). Human Development Report 1994. In *Human Development Reports*. United Nations. <https://hdr.undp.org/content/human-development-report-1994>
- UNDP. (2017). *Undp Support To The Implementation Of Sustainable Development Goal 3*. <https://www.undp.org/sites/g/files/zskgke326/files/publications/SDG-3%20Health.pdf>
- WHO. (2006). *The world health report: 2006: working together for health*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43432>
- WHO. (2007). *The world health report 2007: A safer future : global public health security in the 21st century*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43713>
- WHO. (2023). *World health statistics 2023: Monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240074323>
- Yeates, N., & Pillinger, J. (2019). *International Health Worker Migration and Recruitment: Global Governance, Politics and Policy* (1st ed.). Routledge.
- Zehnati, A. (2021). The Emigration of Algerian Doctors: A Normal Phenomenon or a Real Exodus? *International Development Policy | Revue Internationale de Politique de Développement*, 13.1, Article 13.1.