

"أثر القرارات الناجحة لإدارة الموارد في المحافظة ع الكفاءات و الوقاية من هجرة العقول"

إعداد الباحث:

نور عبد الحليم الخمس

رئيس قسم شؤون الموظفين

بلدية السلط الكبرى



المخلص:

يُعرّف هجرة العقول على أنها هجرة العاملين الصحيين بحثاً عن مستوى معيشي أفضل ونوعية حياة أعلى ، ورواتب أعلى ، والوصول إلى التكنولوجيا المتقدمة وظروف سياسية أكثر استقراراً في أماكن مختلفة في جميع أنحاء العالم. تشكل هجرة المهنيين الصحيين هذه بحثاً عن فرص أفضل ، داخل البلدان وعبر الحدود الدولية ، مصدر قلق متزايد في جميع أنحاء العالم بسبب تأثيرها على النظم الصحية في البلدان النامية. لماذا يترك الموهوبون بلادهم ويسافرون إلى الخارج؟ ما هي عواقب مثل هذه الهجرات خاصة على قطاع التعليم؟ ما هي السياسات التي يمكن اعتمادها لوقف مثل هذه التحركات من البلدان النامية إلى البلدان المتقدمة؟ تسعى هذه المقالة إلى إثارة الأسئلة وتحديد القضايا الرئيسية وتقديم الحلول التي من شأنها أن تمكن المهنيين الصحيين المهاجرين من مشاركة معارفهم ومهاراتهم وقدراتهم الابتكارية وبالتالي تعزيز التنمية الاقتصادية لبلدانهم.

المقدمة:

هجرة الأدمغة هي هجرة الموارد البشرية الماهرة لأغراض التجارة والتعليم وما إلى ذلك. هناك حاجة إلى مهنيين صحيين مدربين في كل جزء من العالم. ومع ذلك ، فإن تحسين مستويات المعيشة ونوعية الحياة ، والرواتب الأعلى ، والوصول إلى التكنولوجيا المتقدمة والظروف السياسية الأكثر استقراراً في البلدان المتقدمة تجذب المواهب من المناطق الأقل نمواً. غالبية الهجرة من البلدان النامية إلى البلدان المتقدمة. هذا مصدر قلق متزايد في جميع أنحاء العالم بسبب تأثيره على النظم الصحية في البلدان النامية. استثمرت هذه البلدان في تعليم وتدريب المهنيين الصحيين الشباب. وهذا يترجم إلى خسارة كبيرة في الموارد عندما يهاجر هؤلاء الأشخاص، مع الفوائد المباشرة التي تعود على الدول المستقبلية التي لم تتشعب. من تكلفة تعليمهم. المتقنون في أي بلد هم من أعلى الموارد بسبب تدريبهم من حيث التكلفة المادية والوقت، والأهم من ذلك ، بسبب الفرصة الضائعة. في عام 2000 ، كان ما يقرب من 175 مليون شخص ، أو 2.9% من سكان العالم ، يعيشون خارج بلدانهم الأصلية لأكثر من عام. من بين هؤلاء ، كان حوالي 65 مليوناً من الناشطين اقتصادياً وقد شمل هذا الشكل من الهجرة في الماضي العديد من المهنيين الصحيين: سعى الممرضون والأطباء إلى العمل في الخارج لأسباب عديدة بما في ذلك ارتفاع معدلات البطالة في وطنهم. ظهرت الهجرة الدولية لأول مرة كمصدر قلق رئيسي للصحة العامة في الأربعينيات عندما هاجر العديد من المهنيين الأوروبيين إلى المملكة المتحدة والولايات المتحدة الأمريكية. وفقاً لهذا التقرير، انتقل ما يقرب من 90% من جميع الأطباء المهاجرين إلى خمسة بلدان فقط: أستراليا وكندا وألمانيا والمملكة المتحدة والولايات المتحدة الأمريكية في عام 1972 ، كان حوالي 6% من أطباء العالم (140000) كانت موجودة خارج بلدانهم الأصلية. تم العثور على أكثر من ثلاثة أرباعها في ثلاثة بلدان فقط: بالترتيب من حيث الحجم ، الولايات المتحدة الأمريكية والمملكة المتحدة وكندا وعكست الدول المانحة الرئيسية الروابط الاستعمارية واللغوية، مع هيمنة الدول الآسيوية: الهند وباكستان وسريلانكا. من خلال ربط عدد الأطباء لكل 10000 من السكان بالنتائج المحلي الإجمالي للفرد ، تم تحديد البلدان التي تنتج أطباء أكثر مما لديهم القدرة على استيعاب مثل مصر والهند وباكستان والفلبين وكوريا الجنوبية. ومع ذلك ، فإن نقص البيانات الموثوقة وصعوبات تحديد ما إذا كان المهاجر "دائم" أو "مؤقت" لا تزال قائمة. يمكن للمرء أن يدعي أن هذه الهجرة من البلدان النامية مفيدة ولا مفر منها. هناك مزايا محددة - تمكين المهاجرين من قضاء بعض الوقت في بلدان أخرى - ولكن في نفس الوقت ، قد يكون معدل الهجرة المنخفض للغاية للمهنيين من الولايات المتحدة الأمريكية أو المملكة المتحدة علامة مزعجة مثل ارتفاع معدلات الهجرة إلى هذه البلدان. من المرجح أن يهاجر الشباب ، والمتعلمون جيداً ، والأفراد الأصحاء ، لا سيما سعياً وراء التعليم العالي والتحسين الاقتصادي. تقدم البلدان الفقيرة "جاذبية" أكبر نحو البلدان الأكثر تقدماً. دور الحكومات

والتوظيف تعمل الوكالات في التشجيع المنهجي على هجرة المهنيين الصحيين على زيادة الجاذبية. ويواجه المهنيون الصحيون المهاجرون مجموعة من العوامل الاقتصادية والاجتماعية والنفسية ، والخيارات العائلية أمل'. إن ظروف العمل غير المحفزة ، إلى جانب الأجور المنخفضة ، تتعارض مع احتمالية الازدهار لأنفسهم ولأسرهم ، والعمل في مستشفيات مجهزة تجهيزاً جيداً ، وفرصة التطوير المهني. تفقد استثماراتها في تعليم المهنيين الصحيين ، وكذلك مساهمة هؤلاء العمال في الرعاية الصحية. على سبيل المثال ، تبلغ نفقات الرعاية الصحية في الهند 3٪ من الناتج المحلي الإجمالي مقارنة بـ 13٪ من الناتج المحلي الإجمالي في الولايات المتحدة الأمريكية ، ونسبة الطبيب إلى المرضى في الهند هي 1: 2083 مقارنة بالولايات المتحدة الأمريكية حيث تكون النسبة 1: 500.13 علاوة على ذلك ، في العديد من البلدان النامية تعاني أنظمة الرعاية الصحية في البلدان من سنوات من نقص الاستثمار ، مما أدى ، بالنسبة للمهنيين الصحيين ، إلى انخفاض الأجور ، وظروف العمل السيئة ، ونقص القيادة وقلة الحوافز. لديهم نقص خاص بهم في الأشخاص المهرة في مجالات محددة ويمكن أن يستنزفوا خبرة دولة نامية من خلال توفير فرص العمل. قدمت استراتيجيات لتثبيط الهجرة إلى الولايات المتحدة، وهي دولة متلقية رئيسية ومع ذلك ، مع مراعاة الظروف الاجتماعية والسياسية والاقتصادية في البلدان النامية ، هل يمكننا وقف هجرة الأدمغة؟ على الاغلب لا! التعليم العالي هو أحد القنوات الرئيسية للهجرة الدائمة يكتسب غالبية الأطباء مؤهلات مهنية متخصصة ومؤهلات دراسات عليا في البلد المضيف. ظل نصف طلاب الدراسات العليا المولودين في الخارج في فرنسا والمملكة المتحدة والولايات المتحدة الأمريكية هناك بعد الانتهاء من دراساتهم من بين خريجي الدكتوراه في العلوم والهندسة في الولايات المتحدة الأمريكية في عام 1995، بقي 79٪ من الهند و 88٪ من الصين في الولايات المتحدة. كما عرضت الدراسة الأخيرة حول هجرة الأدمغة من 24 دولة رئيسية والتي نشرها البنك الدولي أيضاً بيانات حول هجرة جنوب آسيا إلى الولايات المتحدة الأمريكية. يظهر الزخم والطلب على الأشخاص المهرة من خلال صناعات التكنولوجيا العالية والبحث والتطوير (R & D) التي توضح التدفقات المتسارعة للعمال ذوي المهارات العالية إلى بلدان منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية في هذه الإحصاءات تشير إلى أنه إذا وفرت البلدان النامية فرص التعليم والتدريب على مستوى عالمي ، وكذلك الفرص من أجل التقدم الوظيفي والتوظيف ، يمكن تقليل تدفق الهجرة ومع ذلك ، في الواقع ، قد لا يحدث هذا فرقاً كبيراً. على الجانب الإيجابي ، يكتسب الخريجون المولودين في الخارج مهارات باهظة الثمن غير متوفرة داخل بلدانهم. على الجانب السلبي ، لا تنتقل هذه المهارات والمعرفة أبداً إلى بلدانهم. إلى جانب عوامل الجذب التي تم وصفها سابقاً ، يذكر بعض الباحثين من البلدان النامية أسباباً أخرى لعدم العودة بعد التدريب والتي تشمل: نقص التمويل البحثي؛ مرافق سيئة هيكل مهنية محدودة ؛ التحفيز الفكري الضعيف التهديدات بالعنف؛ ونقص التعليم الجيد للأطفال في بلدانهم الأصلية لم تكن الحوافز المقدمة للمهاجرين للعودة إلى البلدان النامية كافية لتجاوز القيود في الوطن - سواء الحقيقية منها أو المتصورة - وجاذبية الفرص الموجودة في الخارج. قام العديد من هذه البلدان باستثمارات كبيرة في البنية التحتية والتعليم ولكنها لم تحقق التطور العلمي والقدرة التكنولوجية والابتكارية سواء للاحتفاظ أو لاستعادة رأس المال البشري الذي ولدته. هل هناك حل لهذه المشكلة؟ ينشر هذا تساؤلاً حول ما إذا كان بإمكان المرء تبرير خسارة رأس المال البشري أو ما إذا كان ينبغي القيام باستثمار إضافي في العلوم والتكنولوجيا وإحداث الابتكارات التي ستوقف الخسارة وتحويلها إلى توليد ثروة.

تحويل الدماغ إلى كسب الحكمة

البلدان النامية ، وخاصة جنوب آسيا ، هي الآن المصدر الرئيسي لهجرة الرعاية الصحية إلى البلدان المتقدمة. وقد أدى هذا الاتجاه إلى مخاوف من أن تدفق المتخصصين في الرعاية الصحية يؤثر سلبًا على نظام الرعاية الصحية في البلدان النامية ، وبالتالي على صحة السكان. نتيجة لذلك ، يبحث صانعو القرار في بلدان المصدر عن خيارات سياسية لإبطاء وحتى عكس تدفق المتخصصين في الرعاية الصحية. هل ممكن عمل ذلك؟ ربما لا ، مع الأخذ في الاعتبار الأوضاع السياسية والاقتصادية الحالية لبلدان المصدر والعولمة. إن الطلب المتزايد على الرعاية الصحية في البلدان ذات الدخل المرتفع مدفوع إلى حد كبير بالاتجاهات الديموغرافية، على سبيل المثال. شيخوخة جيل طفرة المواليد ويرافق فتح الحدود الدولية أمام السلع والعمالة، وهي استراتيجية أساسية في الاقتصاد العالمي الليبرالي الحالي ، تحول لغوي من "هروب رأس المال البشري" و "هجرة الأدمغة" إلى "التنقل المهني" أو "تداول العقول"، لذلك يجب أن تستند الحلول إلى هذا المنظور الأوسع ، حيث توجد اختلافات متداخلة بين القوى العاملة الصحية، ولكن أيضًا داخل البلدان النامية والمتقدمة. في المستويات الحالية ، تكون الفروق في الأجور بين بلد المصدر والوجهة كبيرة جدًا لدرجة أنه من غير المرجح أن تؤثر الزيادات الصغيرة في أجور الرعاية الصحية في بلدان المصدر بشكل كبير على إمداد مهاجري الرعاية الصحية. وفقًا لنتائج دراسة أجريت في باكستان، فإن نسبة صغيرة من الأشخاص الذين يتم تمويلهم للحصول على درجة الدكتوراه يواجهون حوافز غير مالية كبيرة للأداء الجيد وبالتالي فإن المكون المالي لمثل هذه التدفقات ليس سوى جزء من الصورة وفي بعض الحالات لا عامل الدفع أو الجذب الرئيسي علاوة على ذلك ، هناك حاجة إلى مراجعة الأسباب الاجتماعية والسياسية والاقتصادية وراء الهجرة الجماعية ، وتوفير الأمن والفرص لمزيد من التنمية محليًا. لا ينبغي قبول تخفيض المعايير ؛ بدلاً من ذلك ، يجب مراجعة الظروف المحلية وتصحيحها.

المساهمات من خلال تبادل المعارف والمهارات مع البلدان النامية

حان الوقت لفهم وقبول أن تنقل المهنيين الصحيين هو جزء من الحياة في القرن الحادي والعشرين. تحتاج البلدان إلى الاعتراف بأنها تتنافس مع أفضل المؤسسات في العالم من أجل القوى العاملة عالية الجودة. حان الوقت لدفع المفهوم القديم لهجرة الأدمغة والتحول إلى تقييم أداء المهنيين والأنظمة الصحية ، أينما كانوا في العالم. لم يجلب مطلع القرن الحادي والعشرين التكنولوجيا فحسب ، بل جلب أيضًا أنماطًا يمكن من خلالها ربط العلماء في جميع أنحاء العالم في أي وقت من الأوقات. في هذا العالم المعولم ، قد يكون للموقع المادي لشخص ما أو لا يكون له أي علاقة بالقدرة على إحداث تأثير على صحة الإنسان. قد يكون للمهنيين الصحيين في العالم المتقدم معظم حقائب العمل الخاصة بهم في العالم النامي. أصبح التواصل السهل والسفر السريع والتعاون الأكبر بين البلدان المتقدمة والنامية أكثر شيوعًا بشكل متزايد ونحن بحاجة إلى تطوير طرق يمكن للمهنيين الأجانب من خلالها المساهمة في بلدانهم الأصلية. تشكل التحويلات من المغتربين الذين يعيشون في الخارج نسبة كبيرة من الإيرادات الأجنبية للعديد من البلدان النامية في بنغلاديش على سبيل المثال ، يتم تلقي ملياري دولار أمريكي من المواطنين الذين هاجروا إلى الخارج ، وهذه التحويلات هي ثاني أكبر مصدر للإيرادات الأجنبية. 25 التحويل وإدارة عائدات التحويلات من العوامل التي يحتمل أن تكون قابلة للاستغلال في سبائك هجرة الأدمغة. قد يسمح إضفاء الطابع الرسمي على تحويل التحويلات بتوليد إيرادات يمكن استثمارها على الصعيد الوطني في التنمية الاجتماعية والاقتصادية للبلد الأصلي النامي. ومع ذلك ، فإن الحجم والأهمية الاقتصادية للتحويلات ، والتنمية الاقتصادية والنمو ، والعدالة الاجتماعية في نهاية المطاف، تعتمد على القدرة الذاتية للموارد البشرية لكل دولة. إذا كان يمكن استثمار نسبة صغيرة فقط من المبالغ التي تقدر بملايين الدولارات التي يرسلها المهاجرون إلى أوطانهم في البحث والتطوير ، أفلا تتحسن الفرص للمواطنين ذوي المهارات العالية والمتعلمين في

الوطن؟ وهل هذا بدوره لن يحفز التنمية الاقتصادية؟ ربما إلى حد ما - ولكن بدون الموارد والمهارات ، قد لا يكون لهذا تأثير كبير على الصحة والوقاية من الأمراض. تشير التقديرات إلى أن العلماء الأجانب من البلدان النامية الذين يشاركون في البحث والتطوير ينتجون 4.5 منشورات أكثر و 10 مرات أكثر من براءات الاختراع من نظرائهم في الوطن. هناك مثل هذا الاختلاف الشاسع في القدرة الإنتاجية؟ يتطلب السياق والظروف التي يكون فيها العلم والتكنولوجيا قادرين على الازدهار قرارات سياسية ، وتمويلًا ، وبنية تحتية ، ودعمًا تقنيًا ، ومجتمعًا علميًا ؛ هذه غير متوفرة بشكل عام في البلدان النامية. تعتمد قيمة وفعالية الأفراد على ارتباطهم بالأشخاص والمؤسسات والمنظمات التي تمكن من خلق المعرفة ، وتشكل معًا بيئة مواتية. يمكن لهؤلاء العلماء المغتربين والمتخصصين في الرعاية الصحية المساهمة بمعرفتهم ومهاراتهم السريرية والبحثية في بلدانهم الأصلية من خلال تطوير برامج تدريب تعاونية ومشاريع بحثية وتعليم أبناء وطنهم. وهذا يتطلب التزام العلماء الأجانب والاستجابة من الطرف الآخر. يحتاج العلماء والقادة السياسيون وصناع القرار في البلدان النامية والمتقدمة ووكالات التنمية الدولية إلى تقدير الطبيعة الاجتماعية والتأزرية لمشاركة المعرفة حتى يتم تصميم السياسات وأنظمة التعليم لتعزيز وتمكين البحث والتطوير.

خدمات الرعاية الصحية هي قطاع سريع النمو في الاقتصاد العالمي، وقد أوجدت التجارة في الخدمات الصحية وسائل متنوعة للوصول إلى هذه الخدمات عبر الحدود. على سبيل المثال ، يمكن أن توفر تكنولوجيا المعلومات خدمات الطب عن بعد والخدمات الوقائية عن بعد. يمكن استخدام تقنيات المعلومات هذه كوسيلة لتبادل المعرفة ومهارات البحث بطريقة فعالة من حيث التكلفة. إحدى هذه الشبكات الكبيرة موجودة بالفعل والتي ربطت أكثر من 20000 عالم ومتخصص في الرعاية الصحية والباحثين معًا من خلال اتصال تكنولوجيا المعلومات ، وهم يشاركون معرفتهم في شكل محاضرات تعليمية (يوجد حاليًا أكثر من 2000 محاضرة) من أجل مجاني لجمهور عالمي. يجب تطوير نوع مماثل من الاتصال من قبل المواطنين المغتربين الذين يمكنهم المساهمة بمعارفهم ومهاراتهم في بلدانهم الأصلية دون أي تكاليف كبيرة. هناك حاجة إلى سياسات لضمان تحقيق هذه النتائج الإيجابية على أنها وصول عادل إلى فوائد التجارة الدولية في الخدمات الصحية. إن توفر التعليم عالي الجودة والفرص في البحث هما المفتاحان للاحتفاظ بالمواهب الإقليمية واجتذابها. توضح الخطوات التي اتخذتها الصين نحو أن تصبح رائدة في مجال البحوث البيولوجية والتكنولوجيا الحيوية التمكين. جعلت القيادة العلمية الصين الدولة النامية الوحيدة المشاركة في مشروع الجينوم البشري والخبرة المكتسبة من خلال مشاركة مؤسساتها في مشروع الجينوم البشري (بما في ذلك التسلسل على نطاق واسع، واستخدام المعلوماتية الحيوية وتنسيق المراكز المتعددة بروتوكولات البحث) منصة لتطوير التكنولوجيا الحيوية التي يمكن تطبيقها على أمراض الإنسان والزراعة. الفرص التي تم إنشاؤها بواسطة يجذب الصينيون في التكنولوجيا الحيوية كلاً من التعاون الدولي في المشاريع المشتركة والعلماء الموهوبين من الصين والخارج. يمكن تكرار مثل مماثل في البلدان النامية الأخرى بمساعدة مواطنيها المغتربين الأجانب الذين طوروا مهارات في البحث مطلوبة في بلدانهم الأصلية. يقدم هذا النهج لخلق فرصة تعليمية مستهدفة جنبًا إلى جنب مع القرار السياسي والاستثمار في البنية التحتية للعلوم والتكنولوجيا مثالًا جيدًا لطريقة حكيمة لإعادة توجيه هجرة الأدمغة. من المغري الاعتقاد بأن مثل هذه البرامج في الموقع التي تشمل المواهب الوطنية في الداخل والخارج إلى جانب استراتيجيات التعلم عن بعد الإبداعية يمكن أن تخلق شبكات من المغتربين وبالتالي تمكين بلدانهم الأصلية من الوصول إلى تعليم عالمي المستوى في تخصصات محددة في العالم النامي

عوامل العرض والطلب على المهاجرين: عوامل الدفع والجذب:

تعد عوامل الدفع والجذب أحد الأسباب الرئيسية لهجرة العقول في البلدان الآسيوية والتي يجب معالجتها كجزء لا يتجزأ من النظام الصحي. تشمل العوامل المؤثرة التي تساهم في تدني قدرة تنمية القوى العاملة الصحية المختصة وهجرة الأدمغة؛ الميزانية الصحية المحدودة، والافتقار إلى الالتزام السياسي، والافتقار إلى التخطيط الفعال، وعدم كفاية التركيز على التدريب وفرص العمل المحدودة، بالإضافة إلى العوامل المتعلقة بالنظام الصحي التي تؤثر أيضًا على اتجاه الهجرة، ويمكن وصف هذه العوامل على النحو التالي؛ انخفاض مستوى الدعم، ضعف مستوى الأداء، ضعف الإدارة، دعم منخفض، فرصة مدفوعة سياسيًا للتطوير المهني. غالبًا ما ينتج القصور القصير على المستوى الوطني (التحيز الريفي الحضري) على مستوى التخطيط بسبب انخفاض التركيز الممنوح لمزيج المهارات، والتوزيع غير المتكافئ للعاملين الصحيين.

عواقب هجرة الأدمغة وعدم توازن الموارد البشرية:

هجرة العقول / الهجرة لها نتائج إيجابية وسلبية على حد سواء على الموردين وبلدان المقصد. وجهات النظر ضد هذا الجانب من شأنها أن تهدد البلد الأم لتلبية احتياجات الرعاية الصحية الخاصة بهم. تؤثر الهجرة أيضًا على الصحة الشخصية للمهاجرين الأفراد والتي تشمل التأثير النفسي (الإجهاد) بسبب عبء العمل. تعتمد النتائج السلبية أيضًا على؛ سواء كانت الهجرة قصيرة الأمد أم دائمة قد تكون الهجرة قصيرة المدى لأغراض العمل أو التعليم مفيدة في تبادل المعرفة حول التقنيات الجديدة والأبحاث. في حين أن الهجرة الدائمة ستحرم نوعية وكمية العمل الصحي الذي سيكون له في نهاية المطاف تأثير سلبي على صحة وثروة السكان، إلا أنه سيخلق تحيزات حضرية وريفية. الجانب الإيجابي للهجرة هو التحويلات المالية التي يقوم بها المهاجرون. في بلدان آسيا مثل باكستان والهند، يقدر نطاق التحويلات بما يتراوح بين 10 و 23 مليار دولار في 2001-2004 بينما تتواجد وزارة الصحة أثناء استقبال الحاشية في الوقت المناسب، فإنها تلبى احتياجات الرعاية الصحية لسكانها بطريقة فعالة من حيث التكلفة ويقدر أن الأمر يتطلب 60000 دولار لتدريب ممارس عام في أمريكا، بينما في بلدان أخرى والدول النامية تدعم معدل قد يكون التأثير السلبي للبلدان المستقبلية تهديدًا للصحة البدنية والبيئة الاجتماعية، حيث أن معظم المهاجرين لديهم دوافع اقتصادية ونسبة منهم تحمل برامج رعاية صحية مرتبطة بالفقر. وبالتالي قد يتسبب في حدوث تحول في الأمراض المعدية وغير المعدية والوراثة مما يشكل تهديدات خطيرة لبلدان المقصد.

تحقيق قوة عاملة صحية مستدامة:

وضع الخلل الحالي في القوة الصحية تأثيرًا طويلًا على فترات طويلة، مثل بنغلاديش والهند ونيبال وباكستان، مع مراعاة الوضع، اقترحت منظمة الصحة العالمية في تقريرها لعام 2006 إطار العمل لحل عدد لا يحصى من المعقدات. المشكلة ولتقييم الحكومة والتخطيط الوطني للقوى العاملة في البلدان التي تعاني من نقص الموارد البشرية يجب أن يكون إطار منظمة الصحة العالمية الموضح في شكل متكامل أعلاه وفقًا لمنظمة الصحة العالمية أكثر تشديدًا على ستة مبادئ رئيسية تشمل.

تخطيط وإدارة القوى العاملة الصحية:

لضمان وجود عامل كفاء مناسب في المكان المناسب ، يتكون التخطيط والإدارة من ؛ الاستخدام المتكامل للبيانات والسياسات والممارسات للتخطيط للموظفين اللازمين ، وتوظيف ، وتوظيف ، ونشر ، وتطوير العاملين الصحيين: إنها القواعد واللوائح والتشريعات الخاصة بظروف العمل ومعايير العمل وتطوير القوى العاملة الصحية. السياسة المتعلقة بالمعايير المهنية ، والترخيص ، والاعتماد ، ونطاقات الممارسة المصرح بها لفئات القوى العاملة الصحية ، والسياسة الاجتماعية ، والتأثير على الموارد البشرية ، والعمل ، وقواعد الخدمة المدنية موضع شك في التنمية البلدان وهكذا ينبغي معالجتها. وبالتالي ، فإن حكومات بلدان المصدر مثل باك إس تي أن شو أولد إنفي ستريت في بوبلي سي وور ك للتنمية ، لإعطاء تحسينات طويلة الأمد ومستمرة لصحة السكان في باكستان ، غالبًا ما تكون السياسة متسقة مع المصلحة السياسية. وبالتالي ، ينبغي مراعاة وسائل الاتصال الأخرى المتعلقة بالسياسات وتقليل التناقض وزيادة أوجه التآزر إلى أقصى حد وتجنب عدم الاتساق غير المقصود. يجب اتخاذ القرار بشكل عادل ومناسب لمعالجة الأثر السلبي للهجرة. سيضمن النشر وجود الأطباء في مركز الرعاية الصحية الأولية. سيكون إلزاميًا أنه بعد الانتهاء من الوظيفة المنزلية ، سيتعين على خريج الطب القيام بعمل على مستوى الرعاية الصحية الأولية لمدة عام واحد على الأقل. سيكون خريج الطب مؤهلًا للتسجيل بعد فترة إلزامية من برنامج النائب العام في المناطق الريفية في كاليفورنيا الخدمة ومع ذلك فإن السياسة هي خروج ، ولكن حالة توافر الموارد البشرية لا تصل إلى حد الرضا التمويل: تمويل تنمية الموارد البشرية بما في ذلك ؛ الحصول على تمويل مرضٍ وتخصيصه وتوزيعه. يتم تصنيفها كذلك على أنها ؛ رواتب وبدلات كافية للقوى العاملة الصحية ، وتخصيص الميزانية وإعادة تعبئة الموارد المالية من الجهات المانحة الدولية. التعليم: يلعب التعليم دورًا مهمًا في القوى العاملة الصحية المستدامة للبلد ، لأنه إنتاج وتطوير مستمر لقوة عمل صحية مناسبة. يجب على الحكومة وصانع السياسة ضمان ؛ التعليم قبل الخدمة ، والتعليم أثناء الخدمة ، وتدريب العاملين الصحيين المجتمعيين وبناء قدرات مؤسسات التدريب. وبهذه الطريقة ، سيتم تحقيق هدف مصطلح السجل وكل شكل من أشكال الشفاء يجب تحسين الشركات: الشراكة والتزام الحكومة مع أصحاب المصلحة ، والدول الأجنبية يجب أن تتبادل المهارة وتعظيم الاستفادة من الموارد البشرية بطريقة بارعة. هنا يجب على الحكومة تعزيز الخدمة العامة ، وإبرام اتفاق مناسب وشراكة مع أصحاب المصلحة الآخرين لتنمية الموارد البشرية القيادية: هي القدرة على توفير التوجيه ومواءمة الناس وتعبئة الموارد من أجل الوصول إلى الهدف. يقوم رئيس الدول النامية ورئيس وزرائها بوضع إطار عمل للتحفيز ورفع مستوى تعليم وتدريب القوى العاملة الصحية في بلدانهم التوصيات: على الرغم من أنه من الأهمية بمكان صياغة السياسات لدعم الأداء الفعال للنظام الصحي ، إلا أن اتباع توصيات السياسة يمكن أن يكون مفيدًا للقوى العاملة صحية فعالة ومستدامة وكافية. القوى العاملة الصحية - تطوير سياسة الموارد البشرية وإتاحة العاملين الصحيين الهجرة على جميع مستويات النظام الصحي. الاحتفاظ بقاعدة بيانات مناسبة للمهاجرين. يتم تخصيص الأموال الكافية للتمويل لتقديم الخدمات خاصة في المناطق المحرومة. حوافز للعودة وضمان استخدام المهارة من قبل المهاجرين العائدين. تحسين حالة قطاع الخدمات الصحية في باكستان. الأداء التدريب أثناء العمل في الخارج - الاتفاقات الثنائية (الهجرة المؤقتة). سياسة التنفيذ في الممارسة العملية للخدمة العامة الإلزامية شرط ضروري للهجرة وتسجيل PMDC. أطر عمل السياسة العامة للقادة ، جنبًا إلى جنب مع الرقابة الفعالة ، وتوفير اللوائح المناسبة والحوافز والمساءلة.

الخاتمة

العلماء الذين هاجروا لعدة أسباب هم أصول قابلة للاسترداد ويمكنهم أن يلعبوا دورًا في تطوير الفرص في المنزل. ومع ذلك ، يتطلب التعافي فتح قنوات متنوعة وخلاقة. يجب دعم الخدمات الصحية في العالم النامي للحفاظ على موظفيها المهرة. فقط عندما يكون لدى العاملين الصحيين، بغض النظر عن كادرهم ، الأدوات التي يحتاجون إليها للقيام بعملهم ، وفرص التدريب ، وشبكة من الزملاء الداعمين ، والاعتراف بالعمل الصعب الذي يقومون به ، فمن المحتمل أن يشعروا بالحافز للبقاء في مكانهم عندما تأتي الفرصة. في مكان آخر. يمكن استخدام المهنيين الأجانب لتطوير فرص تعليم الخريجين المبتكرة في المنزل ونقل التكنولوجيا إلى مجالات الأولويات الوطنية للبحث والتطوير. في نهاية المطاف ، فإن إشراك الأفراد الذين يعيشون في الخارج في خلق فرص في المنزل يفضل الاحتفاظ بالموهبة الوطنية وإعادتها إلى الوطن. إن بناء قيادة مستتيرة ومجتمع علمي وطني ممكن ، بمساعدة المواطنين المغتربين، من أجل التنمية المتسقة للقدرات العلمية والتكنولوجية في البلدان النامية سيكون مفيدًا للطرفين.

المراجع:

World Bank. World Development Report, 2000/01. Washington, DC:

World Bank, 2000

United Nations Population Division. Populations Database. New York: UN 2002

Mejia A. Migration of physicians and nurses: a world wide picture. Bull World Health Organ 2004;82:626-30

Mejia A. Health manpower migration in the Americas. Health Policy Educ 1981;2:1-31

Bach S. Migration patterns of physicians and nurses: still the same story? Bull World Health Organ 2004;82:624-5

Ioannidis JP. Global estimates of high-level brain drain and deficit. FASEB J 2004;18:936-97

Levy L F. The first world's role in the third world brain drain. BMJ 2003;327:170

Meji'a A, Pizurki H, Royston E. Physician and Nurse Migration: Analysis and Policy Implications. Geneva: World Health Organization, 1979

Awases M, Gbary A, Nyoni J, Chatora R. Migration of Health Professionals In Six Countries: Report. Brazzaville: WHO Regional Office For Africa, 2003

Bach S. International Migration of Health Workers: Labour and Social Issues. Geneva:International Labour Office, 2003 [www.ilo.org/public/

english/dialogue/sector/papers/health/wp209.pdf]. Accessed 2

August 2005

Connell J, Brown R. The remittances of migrant Tongan and Samoan nurses from Australia. Human Resources Health 2004;2:2 [www.human-resources-health.com/content/2/1/2/abstract]

Narasimhan V, Brown H, Pablos-Mendez A, et al. Responding to the global human resources crisis. Lancet 2004;363:1469-72 Telemedicine Portal Extends Quality Healthcare to India's Rural Poor [www.microsoft.com/resources/casestudies/CaseStudy.asp? CaseStudyID=15863]

Wibulpolprasert S. Inequitable distribution of doctors: can it be solved? Human Resources Health Develop 1999;3:2-22

Pang T, Lansang MA, Haines A. Brain drain and health professionals. *BMJ* 2002;324:499–500

Kupfer L, Hofman K, Jarawan R, McDermott J, Bridbord K. Roundtable. Strategies to discourage brain drain. *Bull World Health*

Organ 2004;82:616–19; discussion 619–23

Meyer JB, Brown M. Scientific diasporas: a new approach to the brain drain, (Management of Social Transformations, Discussion paper No. 41). Paris: UNESCO, 1999 Martin RD, Terouanne D, Neher E. Higher Education In France and The International Migration of Scientists. Washington, DC: Centre National

de la Recherche Scientifique, 1998 Cervantes M, Dominique G. The brain drain: old myths, new realities, *OECD Observer*, 2002 [<http://www.oecdobserver.org>]

Adams RH. Policy research working paper 3069. International Migration, Remittances, and the Brain Drain. A Study of 24 Labor- Exporting Countries. The World Bank Report on Poverty Reduction and Economic Management Network Poverty Reduction Group. Washington, DC: World Bank Organization, 2003

National Science Board. Science and Engineering Indicators, 2002 [www.nsf.gov/sbe/srs/seind02/start.htm]

Abstract

Brain drain is defined as the migration of health workers in search of a better standard of living and higher quality of life, higher salaries, access to advanced technology and more stable political conditions in various places around the world. This migration of health professionals in search of better opportunities, within countries and across international borders, is a growing concern worldwide due to its impact on health systems in developing countries. Why do talented people leave their country and travel abroad? What are the consequences of such migrations, especially on the education sector? What policies can be adopted to stop such movements from developing to developed countries? This article seeks to raise questions, identify key issues and provide solutions that will enable migrant health professionals to share their knowledge, skills and innovation capabilities and thus enhance the economic development of their countries.