منظمة العمل الدولية

◄ موجز قطاعي لمنظمة العمل الدولية

التاريخ: ١١ نيسان/ أبريل ٢٠٢٠

كوفيد-١٩ وقطاع الصحة

يسلط تفشي وباء فيروس كورونا المستجد (كوفيد-١٩) الضوء على قدرة نظم الصحة على الصمود وعلى تأهب واستجابة البلدان لحالات الطوارئ. وتؤكد سرعة انتشار كوفيد-١٩ على الحاجة الملحة لقوى عاملة متينة في قطاع الصحة كجزء لا يتجزأ من كل نظام صحي قادر على الصمود.[١]

ويشكل العاملون في قطاع الصحة[٢] العمود الفقري للنظام الصحي. وبحكم طبيعة مهنتهم، يخاطر الملايين منهم بصحتهم أثناء قيامهم بعملهم اليومي. وبالتالي، فالسؤال المطروح هو: من الذي يحمي العاملين في قطاع الصحة، الذين يؤدون وظيفة بالغة الأهمية في معركة القضاء على جائحة كوفيد-١٩؟ ويتسم احترام حقوق العمل وظروف العمل اللائقة بأهمية حاسمة في منح هؤلاء العاملين في الخطوط الأمامية الحماية التي يحتاجون إليها لخوض المعركة الطويلة المقبلة لإنقاذ الأرواح.

والغرض من هذا الموجز هو تقديم المعلومات عن تأثير جائحة كوفيد-١٩ على العاملين في قطاع الصحة وعلى النظم الصحية، بالإضافة إلى المعلومات عن تدابير الاستجابة المتخذة في وقت مبكّر. ونظراً إلى أنّ الوضع يتغير بسرعة كبيرة، يقدم هذا الموجز نظرة عامة أولية، وسيحدَّث ويستكمل في الأسابيع القادمة.

© PJeganathan

تاميل نادو، الهند: جمع البيانات عن الحالة الصحية للمواطنين أثناء عملية الإغلاق بسبب فيروس كورونا.

◄ ١- تأثير جائحة كوفيد-١٩ على العاملين في قطاع الصحة

بحلول ١٠ نيسان/ أبريل ٢٠٢٠، أفادت منظمة الصحة العالمية بتسجيل أكثر من ١,٤ مليون حالة إصابة مؤكدة بكوفيد-١٩ وأكثر من ٨٧٠٠٠ حالة وفاة، موزعة على أكثر من ٢٠٠ بلد ومنطقة وإقليم.[٣]

وأُبلغت منظمة الصحة العالمية بتسجيل ٢٢٠٧٣ حالة إصابة بكوفيد-١٩ في صفوف العاملين في قطاع الصحة من ٥٢ بلداً بحلول ٨ نيسان/ أبريل ٢٠٢٠. غير أن المنظمة تفيد بأن هذا العدد يمثل على الأرجح إصابات العاملين في قطاع الصحة على مستوى العالم تمثيلاً ناقصاً بسبب عدم الإبلاغ المنتظم.[٤] وما فتئت العدوى تتفشى في صفوفهم منذ ظهور هذا المرض. وبحلول شباط/ فبراير ٢٠٢٠، لاحظت دراسة من الصين تسجيل ٣٠١٩ حالة إصابة بكوفيد-١٩ في صفوف العاملين في قطاع الصحة، وتم تأكيد إصابة ١٧١٦ حالة منها (بنسبة ٣,٨ في المائة من مجموع الحالات المؤكدة، ونسبة ٦٣ في المائة منها في ووهان). ومن بين حالات الإصابة في صفوف العاملين في قطاع الصحة، صُنفت نسبة ١٤,٨ في المائة منها على أنها حالات خطيرة أو حرجة، وأُبلغ عن تسجيل

---

[١] انظر: Li L et al.: "COVID-19: the need for continuous medical education and training", in The Lancet (2020), [accessed 9 April 2020].

[٢] يشير مصطلح "العاملون في قطاع الصحة" في هذه الوثيقة إلى الفئات التالية: (أ) العاملون المدربون في المهن الصحية، الذين يؤدون عملاً سريرياً في المرافق الصحية؛ (ب) جميع العاملين المستخدمين في قطاع الصحة في المجالين العام والخاص بغض النظر عن مهنتهم؛ (ج) جميع أولئك الذين يدعم عملهم تقديم الخدمات الصحية، حتى وإن كانت تستخدمهم قطاعات أو صناعات أخرى، مثل مقدمي الخدمات الخارجيين: خدمات التنظيف أو توريد الأطعمة أو الأمن أو موظفين من وكالات الاستخدام. انظر مكتب العمل الدولي: تحسين ظروف العمل والاستخدام في الخدمات الصحية: تقرير مقدم للمناقشة في الاجتماع الثلاثي بشأن تحسين ظروف العمل والاستخدام في الخدمات الصحية (جنيف، ٢٠١٧).

[٣] انظر: Coronavirus (Covid-19), WHO [accessed 10 April 2020].

[٤] انظر: WHO Coronavirus disease 2019 (COVID-19) Situation Report – 82 (Geneva, 11 April 2020).

خمس وفيات.[٥] وفي ٩ نيسان/ أبريل ٢٠٢٠، سُجلت في إيطاليا إصابة ١٤٠٦٦ حالة مؤكدة من كوفيد-١٩ في صفوف العاملين في قطاع الصحة، مما يمثل معدل إصابة تجاوز نسبة ١٠ في المائة.[٦] وأفادت أيرلندا بأن حالة واحدة من أصل خمس حالات للإصابة بكوفيد-١٩ كانت في صفوف العاملين في قطاع الصحة.[٧] وأُبلغ عن خمس حالات إصابة لعاملين في قطاع الصحة في توغو، مما يمثل معدل إصابة بلغ ٨,٦ في المائة.[٨]

غير أنه لا يجري بشكل منتظم جمع بيانات متينة عن عدد العاملين المصابين في القطاع الصحي نظراً إلى أنّ العديد من البلدان لا تملك آليات إبلاغ ملائمة. علاوة على ذلك، لا تميّز تقارير عديدة بين إصابة العاملين في القطاع الصحي بالعدوى بشكل عام أو بحكم المهنة، بل تشمل جميع مصادر العدوى.

الجوانب المتعلقة بالسلامة والصحة المهنيتين

تعني إصابة كل عامل في قطاع الصحة فجوة أخرى في مكافحة هذه الجائحة. وبالتالي، فإن ضمان سلامة وصحة العاملين في القطاع الصحي هي مسألة ذات أولوية عالية. ومكان العمل في الرعاية الصحية معرض بشكل خاص لخطر الإصابة بكوفيد-١٩. ووفقاً للمعارف الحالية، فإن المسارين الرئيسيين لانتقال العدوى هما التفاعل المباشر مع المرضى واستنشاق رذاذ الجهاز التنفسي في الحيز المحيط بشخص مصاب. وحتى الآن، لا تزال فترة بقاء الفيروس حياً على الأسطح غير معروفة.[٩] وذلك ما يزيد من خطر انتقال المرض عبر اللمس ليصيب موظفي الدعم في الرعاية الصحية، مثل عمال الغسيل والنظافة والعاملين الذين يقومون بالتخلص من نفايات المستشفيات.

وتركز حماية العاملين في قطاع الصحة على الوقاية من الإصابة بكوفيد-١٩ ومن نقله. ويمثل نشر المعلومات بشأن انتقال المرض، نشراً شفافاً وفي الوقت المناسب، عنصراً أساسياً في هذا الصدد. كما أن توافر معدات الحماية الشخصية بالإضافة إلى التدريب والتعليم بشأن استخدامها الصحيح، هو أمر بالغ الأهمية. ومن شأن تدابير محددة لمكافحة العدوى، مثل التنبيهات المرئية والنظافة التنفسية وآداب السعال وارتداء الكمامات وعزل الأشخاص الذين يعانون من أعراض الجهاز التنفسي واتخاذ الاحتياطات من الرذاذ، أن تساعد على الوقاية من العدوى التنفسية المهنية في صفوف العاملين في قطاع الصحة والمرضى في أماكن الرعاية الصحية.[١٠]

ونشر الاتحاد الوطني للعاملين في التمريض في الولايات المتحدة مؤخراً دراسةً استقصائيةً، حيث أفاد ٣٠ في المائة فقط من المجيبين أن لدى صاحب العمل مخزوناً كافياً من معدات الوقاية الشخصية لحماية العاملين في حالة حدوث طفرة سريعة في عدد المصابين المحتملين بكوفيد-١٩. وأفاد ٦٥ في المائة منهم فقط أنهم تدربوا على ارتداء معدات الوقاية الشخصية ونزعها بشكل آمن في العام السابق.[١١] علاوة على ذلك، تُظهر ملاحظات واردة من الولايات المتحدة أن الإرشادات بشأن وقت ومكان استخدام الكمامات غير مصاغة صياغة جيدة. وفي حين واجه العاملون في قطاع الصحة الذين يرتدون كمامات واقية في بعض الأماكن عواقب تأديبية للتسبب في الشعور بالقلق بين المرضى،[١٢] فإنهم تعرضوا في أماكن أخرى لتهديدات بالتسريح في حال تحدثوا علناً عن نقص معدات الوقاية الشخصية وعن ظروف عملهم خلال الجائحة.[١٣]

وأصدر المجلس الدولي للعاملين في مجال التمريض والرابطة الإيطالية للعاملين في مجال التمريض تحذيراً بشأن العواقب الوخيمة لنقص معدات الوقاية الشخصية على العاملين في قطاع الصحة. ويؤدي عدم توافر معدات الوقاية الشخصية أو عدم إمدادها بكميات كافية، إلى تعريض العاملين في القطاع الصحي، الذين يسهرون على رعاية المرضى المصابين بكوفيد-١٩، لخطر الإصابة بالعدوى بدرجة كبيرة.[١٤] وتؤدي المعدلات المرتفعة لعمال الصحة المصابين إلى مزيد من القيود على النظام الصحي وإلى عبء عمل مكثف يواجهه العاملون الذين يعوضون زملاءهم الواجب عزلهم لمدة ١٤ يوماً على الأقل.

وقد يؤدي استخدام معدات الوقاية الشخصية، مثل الكمامات وواقيات العين، في نوبة عمل كاملة إلى انزعاج بسبب الحرارة وتهيج الجلد وصعوبات في التنفس. وتشير بيانات أولية واردة من ووهان في الصين أثناء تفشي كوفيد-١٩ إلى انتشار عالٍ لتهيج الجلد وتلفه (يصل إلى ٩٧

---

[٥] انظر:
Z. Wu and J.M. McGoogan: Characteristics of and important lessons from the Coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in China - Summary of a report of 72 314 cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention, JAMA Network (2020) [accessed 9 April 2020].

[٦] انظر: Epicentro. Daily infographic [accessed 10 April 2020]. Based on occupational group, not place of exposure.

[٧] انظر: Statement from the National Public Health Emergency Team - Wednesday 18 March, Government of Ireland. [accessed 9 April 2020].

[٨] انظر:
Presentation by the Director of Occupational Health, Ministry of Health, Togo, at the WHO EPIWIN webinar on National occupational health programmes for health workers, 7 April 2020.

[٩] انظر: COVID-19 transmission questions, WHO [accessed 9 April 2020].

[١٠] انظر:
ILO and WHO: Occupational safety and health in public health emergencies: A manual for protecting health workers and responders (Geneva, 2018) [accessed 9 April 2020].

[١١] انظر: Survey of Nation's Frontline Registered Nurses Shows Hospitals Unprepared For COVID-19, National Nurses United, [accessed 9 April 2020].

[١٢] انظر: Why Would Hospitals Forbid Physicians and Nurses from Wearing Masks?, Scientific American [accessed 9 April 2020].

[١٣] انظر: Hospitals Tell Doctors They'll Be Fired If They Speak Out About Lack of Gear, Bloomberg [accessed 9 April 2020].

[١٤] انظر:
High proportion of healthcare workers with COVID-19 in Italy is a stark warning to the world: protecting nurses and their colleagues must be the number one priority, Inter-national Council of Nurses [accessed 9 April 2020].

في المائة)،[١٥] بالارتباط باستخدام معدات الوقاية الشخصية، الذي زاد مع طول مدة استخدام هذه المعدات.[١٦]

وتشير دراسة أجريت في مستشفى تشونغنان في جامعة ووهان إلى أن ساعات العمل الطويلة ونظافة اليدين دون المستوى الأمثل تزيد أيضاً من خطر الإصابة بكوفيد-١٩ في صفوف العاملين في قطاع الصحة.[١٧]

ويسلط ذلك الضوء على ضرورة اتباع نهج مستدام للسلامة والصحة في العمل كجزء لا يتجزأ من الإدارة الشاملة لقطاع الصحة. وتحدد العديد من أدوات منظمة العمل الدولية إرشادات مفصّلة بشأن حماية العاملين في قطاع الصحة (انظر القسم ٣).

إنّ الحصول على المعلومات في الوقت المناسب والحوار الشفاف بين العاملين في قطاع الصحة وأصحاب العمل، أمر بالغ الأهمية أيضاً. وينبغي أن يتقاسم العاملون في القطاع الصحي وأصحاب العمل أحدث المعلومات بشأن البروتوكولات والمبادئ التوجيهية والتدابير والقرارات السريرية لضمان التنفيذ الفعال، بالإضافة إلى المعلومات بشأن الأوضاع في أمكنة العمل التي تعرض العاملين في قطاع الصحة لمخاطر الإصابة.

الصحة العقلية والدعم النفسي والاجتماعي

تضع جائحة كوفيد-١٩ العاملين في قطاع الصحة في أوضاع عسيرة للغاية. وبالإضافة إلى العبء الثقيل للعمل، فإنهم يواجهون الخوف من الإصابة بالمرض ونقله لأسرهم وأصدقائهم. علاوة على ذلك، يؤثر الجو العام من القلق الذي يسود بين عامة الناس على العاملين في القطاع الصحي وعلى صحتهم العقلية.

وكشفت دراسة استقصائية للصحة العقلية لطاقم طبي مكون من ٢٣٠ عاملاً في مستشفى جامعي للأمراض المعدية مخصص لكوفيد-١٩ في الصين، عن معدل الشعور بالقلق بنسبة ٢٣ في المائة والاضطراب الإجهادي بنسبة ٢٧ في المائة في صفوف العاملين في القطاع الصحي في التصدي لتفشي كوفيد-١٩. وكان معدل الشعور بالقلق في صفوف العاملين في مجال التمريض أعلى من المعدل المسجل لدى الأطباء.[١٨]

ويدعو العاملون في الإدارة والصحة في المستشفيات المثقلة بعبء عمل كبير، إلى تقديم دعم نفسي لمساعدة العاملين على التأقلم مع ساعات العمل المفرطة وشدة كثافة العمل وتجارب التعامل مع معدلات غير مسبوقة من الوفيات.[١٩]

وفي ظل قيام العديد من البلدان بإغلاق المدارس والحياة العامة، يواجه العاملون في قطاع الصحة، وكثير منهم من النساء، متطلبات مهنية عالية ويضطرون في الوقت ذاته إلى تنظيم حياتهم المنزلية ورعاية المعالين، خاصة إذا كان المعالون في أسرهم من الأطفال أو المرضى أو المعوقين.

بالإضافة إلى ذلك، يواجه العاملون في قطاع الصحة في المناطق التي تُبلغ عن ارتفاع عدد حالات الإصابة بكوفيد-١٩، توتراً بين أولويات الصحة العامة ورغبات المرضى وأسرهم فيما يتعلق بالعلاج.[٢٠] ويمكن أن تتراوح آثار مواجهة القرارات الصعبة بين الشعور بالقلق والاضطراب الإجهادي اللاحق للصدمة.[٢١]

وقد أظهرت الدروس المستفادة من الجوائح الأخرى، مثل وباء فيروس إيبولا في غرب أفريقيا في عام ٢٠١٤، أن العاملين في قطاع الصحة قد يتعرضون للعنف والتمييز والوصم في المجتمع وفي مجتمعاتهم المحلية، بسبب الخوف من الإصابة بالمرض.[٢٢]

وفي بعض البلدان، ينظر العاملون في قطاع الصحة وغيرهم من العاملين في الخدمات العامة في مسألة الإقامة في مساكن بديلة أثناء تفشي المرض، مثل غرف الفنادق منخفضة التكلفة، لحماية أسرهم من التعرض لكوفيد-١٩.[٢٣]

ويجب أن يشكل تقديم الدعم في صفوف فرق الرعاية الصحية والعائلات والأصدقاء وتوفير المعلومات والإرشاد للعاملين في القطاع بشأن طريقة التعامل مع الإجهاد والاستشارات بشأن الاضطراب اللاحق، جزءاً لا يتجزأ من التصدي لكوفيد-١٩. وتحدد المبادئ التوجيهية لمنظمة العمل الدولية بشأن العمل اللائق في خدمات الطوارئ العامة، تدابير للوقاية من الضغوطات وآثارها ومواجهتها.

ساعات العمل

توخياً للتصدي لتفشي كوفيد-١٩، يواجه العديد من العاملين في قطاع الصحة أعباء عمل إضافية ثقيلة وساعات عمل طويلة ونقصاً في فترات الراحة. وفي العديد من البلدان، تؤدي معركة مواجهة تزايد عدد الحالات التي تتطلب دخول المستشفى[٢٤] إلى استخدام مكثف للعمل الإضافي. وفي بعض البلدان، فرضت قيود على إجازات العاملين في القطاع لضمان وجود عدد كافٍ من الموظفين في جميع الأوقات للتصدي لتفشي فيروس كوفيد-١٩.

---

[١٥] انظر:
J. Lan et al.: "Skin damage among healthcare workers managing coronavirus disease - 2019", Journal of the American Academy of Dermatology (2020), [accessed 9 April 2020].

[١٦] انظر:
J. Kantor: "Pre-proof behavioral considerations and impact on personal protective equipment (PPE) use: Early lessons from the coronavirus (COVID-19) outbreak", Journal of the American Academy of Dermatology. 2020 [accessed 9 April 2020].

[١٧] انظر:
R. Li et al.: "Risk Factors of Healthcare Workers with Corona Virus Disease 2019: A Retrospective Cohort Study in a Designated Hospital of Wuhan in China", Infectious Diseases Society of America, (2020), [accessed 9 April 2020].

[١٨] انظر: J. Z. Huang et al.: Mental health survey of 230 medical staff in a tertiary infectious disease hospital for COVID-19, (2020) [accessed 9 April 2020.

[١٩] انظر: Corona-Pandemie: Wie lange muss sich die Schweiz abschotten?, in SRF, 23 Mar. 2020 [accessed 9 April 2020].

[٢٠] انظر: J. Cabrita: "COVID-19 intensifies emotional demands on healthcare workers" (2020) [accessed 9 April 2020].

[٢١] انظر: PTSD: National Center for PTSD, U.S Department of Veterans Affairs, 2020 [accessed 9 April 2020].

[٢٢] انظر: Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak, WHO, 2020 [accessed 9 April 2020].

[٢٣] انظر:
Zielinski S.: Essential services workers consider alternate accommodations to protect their families, in Red Deer Advocate, 31 Mar. 2020 [accessed 9 April 2020].

[٢٤] انظر: Public Services International: "French health workers face rapid escalation of cases" (2020) [accessed 9 April 2020].

وتساعد ترتيبات وقت العمل اللائقة على تحقيق توازن بين رفاه العاملين في قطاع الصحة ومتطلبات الخدمات الصحية. ولكن في حالات الطوارئ، يُطلب من العاملين في القطاع الصحي العمل في ظل ظروف غير عادية وأحياناً غير نمطية. وتبيّن المبادئ التوجيهية لمنظمة العمل الدولية بشأن العمل اللائق في خدمات الطوارئ العامة (٢٠١٨) مبادئ تحديد ترتيبات وقت العمل أثناء الطوارئ.

وتضع اتفاقية العاملين بالتمريض، ١٩٧٧ (رقم ١٤٩) والتوصية المصاحبة لها (رقم ١٥٧) لمنظمة العمل الدولية، معايير لترتيبات وقت العمل اللائقة للعاملين في التمريض على وجه التحديد.[٢٥] وتدعو الاتفاقية إلى أن يتمتع العاملون في التمريض بظروف تعادل على الأقل ظروف عمل العمال الآخرين في البلد المعني. وتشمل الظروف ذات الصلة بهذه الجائحة على وجه الخصوص: ساعات العمل، بما في ذلك تنظيم وتعويض الساعات الإضافية، والعمل خلال ساعات غير ملائمة والعمل بالتناوب؛ الراحة الأسبوعية؛ إجازة الأمومة؛ الإجازة المرضية؛ الضمان الاجتماعي. وتنص التوصية على أنه لا يجوز السماح باستثناءات مؤقتة من الأحكام المتعلقة بساعات العمل العادية إلا في حالات الطوارئ الخاصة. بالإضافة إلى ذلك، ينص مرفق التوصية على أنه "ينبغي أن يكون العمل الإضافي اختيارياً، ما لم يكن أساسياً لرعاية المرضى، وفي حالة عدم توافر عدد كافٍ من المتطوعين".

حماية المتطوعين والموظفين بعقود قصيرة الأجل

لضمان توافر ما يكفي من العاملين في قطاع الصحة للتصدي لتفشي كوفيد-١٩، التمس العديد من البلدان المساعدة المهنية من متطوعين ومن قطاعات أخرى مثل الجيش أو الأطباء المتقاعدين أو طلاب الطب والتمريض. وعلى سبيل المثال، أصدر المجلس التنفيذي للرعاية الصحية في أيرلندا دعوة إلى جميع المهنيين في الرعاية الصحية من جميع التخصصات وغير العاملين حالياً في قطاع الصحة العامة للتسجيل والتأهب لتلبية النداء من أجل أيرلندا.[٢٦] واقتداءً بهذا المثال، استخدم عاملون كينيون في قطاع الصحة وسائل التواصل الاجتماعي لنشر نداء "تطوعوا من أجل كينيا عند الطلب"، وهو نداء من أجل توحيد القوى لمكافحة كوفيد-١٩.[٢٧] وفي ألمانيا، هناك دعوة لتسريع إصدار تراخيص العمل للعاملين الأجانب في قطاع الصحة الموجودين أصلاً في ألمانيا وينتظرون الحصول على شهادة تسجيلهم.[٢٨] ويجري حث كليات الطب في المملكة المتحدة على تسريع عمليات تخرج طلاب الطب والتمريض الذين بلغوا عامهم الدراسي الأخير وعلى الإعفاء من شروط الفحوص السريرية لضمان تسجيل الأطباء في أقرب وقت ممكن.[٢٩] [٣٠] وتدعو المملكة المتحدة كذلك الأطباء المتقاعدين إلى العودة إلى القوى العاملة في الخدمة الصحية الوطنية.[٣١] وتتّبع العديد من البلدان الأخرى، بما في ذلك كينيا[٣٢] وجنوب إفريقيا[٣٣]، هذا المسار من خلال إطلاق حملات لتوظيف عمال إضافيين في قطاع الصحة.

ومع تزايد البطالة في العديد من البلدان والتوزيع غير المتكافئ للعاملين في قطاع الصحة، أصبحت فكرة تدريب السكان المحليين ليصبحوا عاملين في قطاع الصحة في المجتمع المحلي للمساعدة في التصدي للجائحة، فكرة جاذبة.[٣٤] ولطالما استخدم التدريب القائم على المجتمع المحلي للعاملين في قطاع الصحة لضمان تقديم الرعاية في البلدان التي تعاني من نقص القوى العاملة في القطاع الصحي. وخلال تفشّي الأمراض الأخيرة، مثل وباء مرض إيبولا الفيروسي في جمهورية الكونغو الديمقراطية وغرب أفريقيا، قامت البلدان المتضررة بالجائحة بتدريب الآلاف من العاملين من المجتمعات المحلية في قطاع الصحة كجزء من فرق متعددة التخصصات للمساعدة على الوقاية من تفشي إيبولا وكشفه والتصدي له في المجتمعات المحلية المصابة والمعرضة للإصابة.[٣٥] وأصبحت هذه الاستراتيجية القائمة على المجتمع المحلي لتنفيذ تدابير الوقاية من الجائحة ومكافحتها، وسيلة تتيح للبلدان تعزيز التصدي لكوفيد-١٩.

وفي حين تبدو هذه التدابير مشجعة لتأمين الرعاية اللازمة، فإنها تتطلب تنفيذاً بعناية لضمان حصول هؤلاء العمال على نفس الحماية التي يتمتع بها العمال الآخرون. وتعتمد نظم الصحة المستدامة على تخطيط استشرافي للقوى العاملة في قطاع الصحة. وينبغي أن يراعي التوظيف التخصيصي المسائل اللوجيستية والأخلاقية والمالية.

وبالإضافة إلى السلامة والصحة المهنيتين، لابد من معالجة شروط وظروف الاستخدام الأخرى، بما في ذلك الحماية الاجتماعية والأجور وفترات الراحة وترتيبات وقت العمل. وينبغي للحكومات أن تتشاور مع الشركاء الاجتماعيين لرصد وتنظيم عمليات التوظيف التخصيصي أثناء الأزمة، حسب الاقتضاء. ويكون الموظفون عديمو التجربة والعمال الأكبر سناً الذين يعودون من التقاعد، معرضين بشكل خاص للإصابة؛ لذا، من الضروري توفير الحماية المناسبة لهم.

ويجب أن تكفل الحكومات أيضاً الإشراف والإدارة المناسبين للعاملين في قطاع الصحة والموظفين الجدد، لضمان تدريبهم جميعاً وتزويدهم بأحدث المهارات اللازمة للتصدي للجائحة.

---

[٢٥] انظر: ILO: Policy Brief Health Services Decent Working Time for Nursing Personnel: Critical for Worker Well-being and Quality Care (2018) , Geneva, 2018.

[٢٦] انظر: Be on call for Ireland, Government of Ireland, 2020 [accessed 9 April 2020].

[٢٧] انظر: COVID-19 respone [accessed 9 April 2020].

[٢٨] انظر: Ausländische Pflegekräfte schnell zulassen, Federal Government of Germany, 18 Mar. 2020 [accessed 9 April 2020].

[٢٩] انظر: G. Iacobucci: "Covid-19: medical schools are urged to fast-track final year students", BMJ (2020) [accessed 9 April 2020].

[٣٠] انظر: E. Mahase "Covid-19 medical students to be employed by NHS as part of epidemic response", BMJ (2020) [accessed 9 April 2020].

[٣١] انظر: C. Dyer: "Covid-19: 15 000 deregistered doctors are told "your NHS needs you", BMJ (2020) [accessed 9 April 2020].

[٣٢] انظر: E. Kivuva: "Covid-19: Kenya begins hiring of 6,000 more health workers", in Business Daily, 2 Apr. 2020 [accessed 9 April 2020].

[٣٣] انظر: Citizen reporter:"Health department embarks on massive recruitment drive", in the Citizen COVID-19, 28 Mar. 2020 [accessed 9 April 2020].

[٣٤] انظر:
R. Panjabi: "The job description for a COVID-19 community health worker - and how this could fight US unemployment", in WEF, 31 Mar. 2020 [accessed 9 April 2020].

[٣٥] انظر:
S. O. Wiah et al.: Prevent, Detect, Respond: Rapidly expanding healthcare teams through community health workers in the fight against COVID-19. BMJ Opinion (2020) [accessed 9 April 2020].

ويوضح المثال القطري في الإطار ١ نهجاً شاملاً للتوظيف التخصيصي المترافق مع جوانب العمل اللائق.

الإطار ١- التوظيف التخصيصي لتلبية الاحتياجات قصيرة الأجل من القوى العاملة في قطاع الصحة: "تأهبوا لتلبية النداء من أجل أيرلندا"[١]

في إطار إعداد نظام الصحة للتصدي لكوفيد-١٩، أصدر المجلس التنفيذي للرعاية الصحية في أيرلندا دعوة لجميع المهنيين في الرعاية الصحية من جميع التخصصات وغير العاملين حالياً في قطاع الصحة العامة للتسجيل والتأهب لتلبية النداء من أجل أيرلندا، في حال استلزم نظام الصحة مساعدة إضافية. ويشمل ذلك أيضاً المتطوعين أو غيرهم ممن لديهم مهارات قد تكون مطلوبة أثناء الجائحة.

وقام المجلس التنفيذي للرعاية الصحية بنشر صفحة بشأن "الأسئلة المطروحة باستمرار" على الإنترنت، توفر معلومات شفافة عن هذه العملية وعن الأدوار والمسؤوليات وظروف الاستخدام بموجب هذه الدعوة. وشمل ذلك المواضيع التالية:

- معلومات عن عملية تسجيل الدخول
- ملء الاستمارة على الإنترنت
- الأدوار
- متى وكيف سيتم الاتصال بالشخص
- ساعات العمل
- العطلات والإجازة السنوية
- الراتب
- العمال المتقاعدون
- عامل وكالة الاستخدام
- المهنيون المؤهلون غير المسجلين لدى السلطة الأيرلندية المعنية
- العمل كطالب جامعي
- العمل خارج مجال معين
- نوع عقد الاستخدام
- التطوع
- معلومات عن وظائف المجلس التنفيذي للرعاية الصحية في أيرلندا
- عملية الانتقاء
- ترتيبات رعاية الأطفال/ ترتيبات الرعاية
- مدفوعات الرعاية الاجتماعية
- معلومات عن كوفيد-١٩

---

[١] انظر:
Be on call for Ireland, Government of Ireland, 2020 [accessed 9 April 2020].

الجوانب المتعلقة بقضايا الجنسين

تواجه النساء تحديات خاصة خلال هذه الجائحة. وعلى المستوى العالمي، تشكل النساء أكثر من ٧٠ في المائة من القوى العاملة في قطاع الصحة.[٣٦] كما أنهن يتحملن عبء أعمال الرعاية غير مدفوعة الأجر مثل رعاية الأطفال أو المسنين من أفراد الأسرة.[٣٧] ويقدر أنه في حين تمثل مساهمة المرأة في الرعاية الصحية قرابة ٥ في المائة من الناتج المحلي الإجمالي على الصعيد العالمي، فإن ما يقرب من نصف مساهمتها غير مدفوع الأجر وغير معترف به. وكثيراً ما تشارك النساء في قطاعي الصحة والعمل الاجتماعي في وظائف أقل مهارة وأقل أجراً وفي الحد الأدنى من التسلسل الهرمي المهني، مما يساهم في فجوة الأجور بين الجنسين، التي تبلغ في المتوسط نسبة ٢٦ في المائة في البلدان مرتفعة الدخل ونسبة ٢٩ في المائة في البلدان ذات أعلى دخل متوسط.[٣٨]

وخلال هذه الجائحة، تواجه النساء على وجه الخصوص تحديات تحقيق التوازن بين عبء العمل المتزايد والشعور بالقلق من نقل الفيروس إلى أحبائهن وإدارة مسؤولياتهن في الرعاية في المنزل. وتقدم بعض المرافق الصحية رعاية مجانية لأطفال العاملين في قطاع الصحة لتخفيف هذا العبء. وينبغي للحكومات أن تكفل اتخاذ التدابير لدعم العاملين في القطاع الصحي، وخاصةً أولئك الذين لديهم مسؤوليات رعاية إضافية في المنزل.

وأظهرت الجوائح الماضية أهمية إدماج التحليلات المتعلقة بالجنسين في التأهب والاستجابة لحالات الطوارئ في مجال الصحة العامة، لأن النساء يضطلعن بدور مهيمن بوصفهن مقدمات رعاية غير منظمات وعاملات في الخطوط الأمامية في قطاع الصحة.[٣٩] والطلب الملحّ على العاملين في قطاع الصحة ذوي المسؤوليات العائلية، ومعظمهم من النساء، يسلط الضوء على الحاجة الماسة إلى ترتيبات وقت عمل مرنة يمكن توقعها وتراعي قضايا الجنسين وتتيح للرجال والنساء تحقيق التوازن بين عملهم ومسؤولياتهم العائلية بشكل أفضل وتشجعهم على ذلك. ويقدم مرفق توصية العاملين بالتمريض، ١٩٧٧ (رقم ١٥٧) الإرشاد في هذا السياق، وينص على ما يلي: "عند تنظيم ساعات العمل، ينبغي أن تبذل كل الجهود، مع مراعاة مقتضيات الخدمة، لكي يوزع العمل على نوبات والعمل الإضافي والعمل في الساعات غير المناسبة، بصورة عادلة بين العاملين بالتمريض، وبصورة خاصة بين العاملين الدائمين والعاملين المؤقتين، وبين العاملين طوال الوقت والعاملين لبعض الوقت، ولكي تراعى بقدر الإمكان الأفضليات الفردية والاعتبارات الخاصة المرتبطة بأمور مثل الطقس ووسائل النقل والمسؤوليات العائلية".

وتطرح القيود المفروضة على السفر والقلق من الإصابة بالعدوى، عوائق إضافية أمام تقديم الرعاية في المنزل للمسنين والمرضى. وتهيمن النساء على هذا النوع من الرعاية، إذ يشكلن ٨٨ في المائة من مجموع العاملين في مجال الرعاية الشخصية.[٤٠] وفي ألمانيا على سبيل المثال، هناك اعتماد كبير على عمال الرعاية من المهاجرين لتقديم الرعاية في المنزل. ويؤدي تفشي كوفيد-١٩ حالياً إلى انخفاض كبير في عدد عمال الرعاية من دول أوروبا الشرقية القادمين إلى ألمانيا لتقديم الرعاية. وتتوقع الرابطة الألمانية للرعاية والتمريض في المنزل أنه اعتباراً من منتصف نيسان/ أبريل

---

[٣٦] انظر: ILO: ILO Monitor, 2nd edition: COVID and the world of work. Geneva: ILO, 7 April 2020 [accessed 9 April 2020].

[٣٧] انظر: ILO: A quantum leap for gender equality: for a better future of work for all, Geneva, 2019.

[٣٨] مكتب العمل الدولي: تحسين ظروف الاستخدام والعمل في الخدمات الصحية: تقرير مقدم للمناقشة في الاجتماع الثلاثي بشأن تحسين ظروف الاستخدام والعمل في الخدمات الصحية (جنيف، ٢٠١٧).

[٣٩] انظر: C. Wenham, J. Smith and R. Morgan: "COVID-19: the gendered impacts of the outbreak", The Lancet, (14 March 2020, Vol. 395) [accessed 9 April 2020].

[٤٠] انظر: ILOSTAT: "These occupations are dominated by women", (2020) [accessed 9 April 2020].

فصاعداً، لن تعود الرعاية في المنزل مقدمة لما يتراوح بين ١٠٠ ٠٠٠ و٢٠٠ ٠٠٠ شخص. وتدعو الرابطة إلى تقديم حوافز لتشجيع عمال الرعاية في المنزل على البقاء في ألمانيا، اقتداءً بمثال النمسا حيث تقدم علاوة قدرها ٥٠٠ يورو شهرياً لاستبقاء عمال الرعاية المهاجرين.[٤١ ٤٢]

الحوار الاجتماعي في أوقات الأزمات

تؤكد توصية العمالة والعمل اللائق من أجل السلام والقدرة على الصمود، ٢٠١٧ (رقم ٢٠٥) أهمية الحوار الاجتماعي والدور الحيوي لمنظمات أصحاب العمل ولمنظمات العمال في مواجهة الأزمات.

ويمثل التعبير عن الرأي والمشاركة عنصرين حاسمين لتمكين العاملين في قطاع الصحة وأصحاب العمل وغيرهم من أصحاب المصلحة في نظام الصحة من أداء دور نشط في التصدي لتفشي كوفيد-١٩. وحرية التعبير عن المخاوف، على سبيل المثال بشأن مواضيع السلامة والصحة المهنيتين أو رفض أداء عمل يعتقد العاملون في القطاع أنه سيعرضهم أو سيعرض آخرين للخطر، فضلاً عن حقهم في التنظيم والمشاركة بحرية في الحوار، إنما هي مبادئ مهمة يجب دعمها، حتى في حالات الطوارئ مثل جائحة كوفيد-١٩.

وفي جميع أنحاء العالم، تشارك العديد من نقابات العمال بنشاط في التصدي لكوفيد-١٩ من خلال توفير إرشادات ومعلومات محدّثة منتظمة لأعضائها والمشاركة في الحوار مع منظمات أصحاب العمل والحكومات وحشد الأعضاء للمساعدة بنشاط أثناء تفشي الجائحة.

وأصدرت الهيئة الدولية للخدمات العامة مذكرة إعلامية بشأن العمل النقابي أثناء تفشي كوفيد-١٩، قدمت إرشادات بشأن الجوانب الرئيسية التي تتعلق بالعاملين.[٤٣] علاوة على ذلك، أطلقت الهيئة حملة "إيلاء الاهتمام للصحة العامة على نحو حاسم"، التي تسترعي الانتباه إلى التدابير الحاسمة للتصدي لتفشي كوفيد-١٩، وتدعو في الوقت نفسه إلى إجراء تغييرات في نظم الصحة لإيلاء الأولوية للناس قبل كل شيء وإلى التأكيد على أهمية نظم الصحة العامة الحاصلة على ما يكفي تماماً من التمويل والموظفين والتجهيزات لمواجهة التحديات المستقبلية في قطاع الصحة العامة.[٤٤]

وقدمت رابطة العاملين في التمريض في ميشيغان شكوى ضد منشأة للخدمات الصحية لعدم سماحها للعاملين في التمريض باستخدام أقنعتهم الشخصية الواقية. ويوضح ذلك الدور الهام الذي يمكن أن تضطلع به النقابات والرابطات في معالجة شواغل العاملين في قطاع الصحة.[٤٥]

وفي الأرجنتين، يقدم اتفاق مبرم بين اتحاد رابطات العاملين في قطاع الصحة والحكومة ضمانات بأنّ جميع العاملين في مجال الرعاية الصحية سيستمرون في الحصول على رواتب كاملة أثناء وجودهم في الحجر الصحي، وسيكونون مؤهلين للاستفادة من النقل المجاني خلال الجائحة، بدعم من الحكومة.[٤٦]

وفي إيطاليا، أبرمت الحكومة والشركاء الاجتماعيون اتفاقاً جماعياً جديداً بشأن السلامة والصحة المهنيتين للعاملين في قطاع الصحة.[٤٧]

ولا تقتصر أهمية الحوار الاجتماعي على ضمان التأهب للطوارئ، بل تشمل أيضاً تحسين الاستجابة والتنسيق أثناء حالات الطوارئ. كما أن الحوار الاجتماعي حيوي لتبادل المعلومات في الوقت المناسب ومعالجة قضايا مثل السلامة والصحة المهنيتين وتزايد عبء العمل والمسؤولية.[٤٨]

الإطار ٢- جمهورية كوريا: الاتفاق الثلاثي للجنة قطاع الرعاية الصحية بشأن التدابير المضادة لكوفيد-١٩ [١]

في جمهورية كوريا، توصل الأعضاء الثلاثيون في لجنة قطاع الرعاية الصحية، في إطار مجلس الشؤون الاقتصادية والاجتماعية والعمل، إلى اتفاق بشأن التغلب على الأزمة الناجمة عن انتشار كوفيد-١٩ وحماية العاملين في مجال الرعاية الصحية في الميدان. وتشمل النقاط الرئيسية في الاتفاق ما يلي:

"١" خلق بيئة عمل من شأنها أن تضمن السلامة في تقديم خدمة الرعاية الصحية؛

"٢" تحسين الأمن الوظيفي والعلاج للعاملين في مجال الرعاية الصحية؛

"٣" التأقلم مع نقص الإمدادات الطبية وبناء نظام مستدام للرعاية الصحية؛

"٤" تعزيز قدرات الرعاية الصحية العامة والتعاون مع القطاع الخاص للرعاية الصحية.

[١] انظر:
Economic, Social and Labour Council: Healthcare Sector Committee Agreed on COVID-19 Countermeasures, ESLC Newsletter, 26 Mar. 2020.

[٤١] انظر: Versorgungsnotstand wegen Corona, 2020 [accessed 9 April 2020].

[٤٢] انظر: Pressemitteilung, Berlin, 2020 [accessed9 April 2020].

[٤٣] انظر: Public Services International: "Coronavirus: Guidance Briefing for Union Action – Update", (2020) [accessed 9 April 2020].

[٤٤] انظر: Public Services International: "Public Health, Once and for All! - concept note" (2020) [accessed 9 April 2020].

[٤٥] انظر:
C. Rainey: "Michigan Nurses Association files complaint against Mercy Health Partners Hackley campus", in Newschannel 3, 23 Mar. 2020 [accessed 9 April 2020].

[٤٦] انظر: Argentina battles Covid-19 with trade union support, Uni Global Union, 2020 [accessed 9 April 2020].

[٤٧] انظر:
Protocollo per la prevenzione e la sicurezza dei lavoratori della Sanità, dei Servizi Socio Sanitari e Socio Assistenziali in ordine all'emergenza sanitaria da «Covid-19» [accessed 9 April 2020].

[٤٨] انظر: ILO: Guidelines on decent work in public emergency services, Geneva, 2018.

◄ ٢- تأثير الجائحة على نظم الصحة

إن قدرة نظم الصحة على أن تعيد تنظيم ذاتها بسرعة لمواجهة الأزمة من خلال حشد العاملين في قطاع الصحة وفي الوقت نفسه ضمان الاستمرار في تقديم الخدمات الأساسية طوال مدة الرعاية، هي أمر حاسم ومثير للتحديات بالقدر ذاته. وتشمل الاستراتيجيات الرئيسية ضمان السلامة والصحة المهنيتين وظروف العمل اللائق والدعم النفسي والاجتماعي للعاملين في قطاع الصحة وتوفير آليات التدريب والتعليم لإعادة توجيه مهام العاملين في القطاع والموظفين الجدد بسرعة وفقاً لمتطلبات نظام الصحة. ويشمل التأهب لحالات الطوارئ أيضاً تحسين منصات تقديم الخدمات، على سبيل المثال من خلال التطبيب عن بُعد.[٤٩]

ومن شأن التقدم التكنولوجي، مثل التطبيقات الصحية النقالّة وعلى الإنترنت والطباعة ثلاثية الأبعاد والذكاء الاصطناعي، أن يعزز تقديم الخدمات الصحية وطرق العمل أثناء الجائحة وما بعدها.[٥٠] واعتمدت بعض البلدان استخدام بيانات موقع الهاتف النقال لتتبع انتشار كوفيد-١٩ على الصعيد الوطني.[٥١] وفي هولندا، يجري توظيف طلاب الطب في مركز اتصال يمكن أن يستخدمه المرضى الذين يعانون من أعراض حادّة لتوجيههم نحو الرعاية التي يحتاجون إليها. ومن شأن اعتماد التكنولوجيات الرقمية وتوسيع نطاق استخدامها لإعلام العاملين في قطاع الصحة وتدريبهم وتوجيههم، خاصة في المواقع الفقيرة والنائية، أن يؤدي إلى تحسين الشفافية وتقديم الخدمات وإدارتها أثناء الجائحة.

العمالة في قطاع الصحة ونقص القوى العاملة

يمثل قطاع الصحة مصدراً رئيسياً للعمالة. وفي معظم الأقاليم، سجّل نمو العمالة في هذا القطاع معدلات أعلى من القطاعات الأخرى. واستأثر قطاع الصحة والعمل الاجتماعي معاً بأكثر من ١٠٥ مليون وظيفة في جميع أنحاء العالم في عام ٢٠١٣ و١٣٠ مليون وظيفة في عام ٢٠١٨ وما يقدر بزهاء ١٣٦ مليون وظيفة في عام ٢٠٢٠،[٥٢] علاوة على ذلك، تمتلك نظم الصحة إمكانيات كفيلة بتوليد المزيد من الوظائف اللائقة من خلال تحفيز النمو في القطاعات الأخرى، مثل المعدات والإنتاج التكنولوجي.[٥٣] وفي الولايات المتحدة على سبيل المثال، ساهم قطاع الصحة في التغلب على الأزمة المالية للفترة ٢٠٠٧-٢٠٠٨. وبين عام ٢٠٠٦ وعام ٢٠١٦، بلغ نمو العمالة في مراكز الرعاية الصحية نسبة ٢٠ في المائة، مقارنة بنسبة ٣ في المائة في بقية الاقتصاد.[٥٤] ومن المتوقع أن يستمر هذا الاتجاه في نمو العمالة؛ ومن أصل ٣٠ مهنة من المهن الأسرع نمواً، تسجل ١٨ مهنة منها في مجال الرعاية الصحية والمهن ذات الصلة بها، بالإضافة إلى توقع استحداث ٣,٤ مليون وظيفة بحلول عام ٢٠٢٨.[٥٥]

وكانت هيئة الأمم المتحدة رفيعة المستوى المعنية بالعمالة في مجال الصحة والنمو الاقتصادي، قد أقرّت بقطاع الصحة بوصفه قطاعاً اقتصادياً رئيسياً وبأن الاستثمارات في القوى العاملة في قطاع الصحة ضرورية لإحراز تقدم نحو تحقيق أهداف التنمية المستدامة.[٥٦] غير أن البيانات تظهر أن جميع نظم الصحة تقريباً تواجه تحديات في توظيف ونشر واستبقاء عدد كافٍ من العاملين في قطاع الصحة المدربين تدريباً جيداً والمدعومين والمتحمّسين. وعلى نحو عام، تشير التقديرات إلى أنه سيكون هناك نقص عالمي مقداره ١٨ مليون وظيفة في قطاع الصحة بحلول عام ٢٠٣٠، مما سيؤثر بشكل أساسي على البلدان ذات الدخل المنخفض والبلدان ذات أدنى دخل متوسط. ويشكل التوزيع غير المتكافئ للعاملين في القطاع بين البلدان وداخلها حاجزاً أمام الإنصاف في الصحة؛ وتؤثر الفجوات في القوى العاملة في قطاع الصحة في المقام الأول على السكان الأكثر فقراً، ولا سيما في المناطق الريفية. وفي عام ٢٠١٤، قُدرت نسبة السكان الذين لا يحصلون على الرعاية الصحية بسبب نقص القوى العاملة في قطاع الصحة بنسبة ٨٤ في المائة في البلدان منخفضة الدخل ونسبة ٥٥ في المائة في البلدان ذات أدنى دخل متوسط ونسبة ٢٣ في المائة في البلدان ذات أعلى دخل متوسط. وفي بعض البلدان الأفريقية والآسيوية، لم يحصل أكثر من ٩٠ في المائة من السكان على الرعاية

---

[٤٩] انظر:
WHO Regional Office for Europe: Strengthening the Health Systems Response to COVID-19 Technical guidance #1, (Copenhagen, 2020) [accessed 9 April 2020].

[٥٠] انظر: ILO: The future of work in the health sector. Working Paper No. 325 Geneva, 2019.

[٥١] انظر:
A. Hutchinson: “More Nations Are Looking to Use Cell Phone Data to Track the COVID-19 Outbreak, Raising Privacy Concerns”, in Social Media Today, 24 Mar. 2020 [accessed 10 April 2020].

[٥٢] انظر:
Sources: ILO WESO data base 2015; ILO calculations 2018 based on labour force and household survey microdata; ILOSTAT calculations 2020 (Geneva, forthcoming).

[٥٣] مكتب العمل الدولي: تحسين ظروف الاستخدام والعمل في الخدمات الصحية: تقرير مقدم للمناقشة في الاجتماع الثلاثي بشأن تحسين ظروف الاستخدام والعمل في الخدمات الصحية (جنيف، ٢٠١٧).

[٥٤] انظر:
E. Salsberg and R. Martiniano: “Health Care Jobs Projected To Continue To Grow Far Faster Than Jobs In The General Economy”, in Health Affairs, 9 May 2018.

[٥٥] انظر: U.S. Bureau of Labour Statistics. Employment projections 2018-2028. Economic news release, 9 September 2019 [accessed 9 April 2020].

[٥٦] انظر:
WHO: Working for health and growth: Investing in the health workforce, Report of the High-Level Commission on Health Employment and Economic Growth (Geneva, 2016).

الصحية بسبب النقص الشديد في القوى العاملة في قطاع الصحة هذا (أقل من ثلاثة عاملين في قطاع الصحة لكل ١٠٠٠٠ شخص).[٥٧] [٥٨]

ويسلط تقرير حالة التمريض في العالم لعام ٢٠٢٠، الذي نُشر مؤخراً، الضوء على الحاجة إلى استحداث ما لا يقل عن ٦ ملايين وظيفة جديدة في مجال التمريض بحلول عام ٢٠٣٠ لسد النقص المتوقع في العاملين في التمريض في المقام الأول في البلدان منخفضة الدخل ومتوسطة الدخل، والسعي إلى توزيع أكثر مساواةً للعاملين في التمريض في كافة أنحاء العالم.[٥٩]

تحقيق التوازن بين قطاع الصحة العام والخاص

في حين أن القطاع الخاص في العديد من البلدان يؤدي دوراً متزايداً في تقديم الخدمات الصحية، فإن الدور الرائد لقطاع الصحة العام في ضمان تكافؤ فرص الحصول على الرعاية الصحية كحق من حقوق الإنسان يبرز بشكل خاص في أوقات الأزمات. وعلى مر السنين، أثار تزايد تحويل الخدمات الصحية إلى سلعة مخاوف في صفوف بعض أصحاب المصلحة. وتنص استنتاجات الاجتماع المشترك لعام ١٩٩٨ بشأن شروط الاستخدام وظروف العمل في إصلاحات قطاع الصحة، على ما يلي: " ... يجب أن يندرج تقديم الرعاية الصحية للجميع في إطار المصلحة العامة. ولا يعني ذلك بالضرورة أنه يجب على الخدمات العامة حصراً أن تنظم الرعاية الصحية وتنفذها بل يعني أنه يمكن للقطاع الخاص أن يقدمها أيضاً. فالرعاية الصحية ليست سلعة وهي بالتالي غير قابلة لأن يتّجر بها".[٦٠]

وفي ضوء استمرار تفشي كوفيد-١٩، تنكب بعض البلدان حالياً، بما في ذلك أيرلندا وإسبانيا، على تعزيز دور المستشفيات الخاصة عن طريق إدماجها مؤقتاً في نظام الصحة العامة طوال فترة تفشي الجائحة. ووفقاً لمسؤولين حكوميين إيرلنديين، سوف يضمن ذلك نظاماً صحياً منسقاً يضمّ حوالي ٢٠٠٠ سرير إضافي فضلاً عن موارد الفحوص والعلاج، مما سيعطي دفعاً كبيراً وضرورياً جداً لقدرة نظام الصحة العامة على التصدي للأزمة.[٦١] [٦٢]

ويمكن أن يؤدي القطاع الخاص أيضاً دوراً في المساهمة في مكافحة جائحة كوفيد-١٩ من خارج قطاع الصحة. وفي بعض البلدان، تتخذ فرادى المنشآت مبادرات لتغيير نماذج الأعمال مؤقتاً أثناء الأزمة، مما يساعد على ضمان إنتاج الإمدادات الطبية، مثل معدات الوقاية الشخصية أو مادة الإيثانول لمنتجات المطهرات.[٦٣] ولزيادة استكشاف خيارات فعّالة لمساهمات القطاع الخاص في حالات الطوارئ الصحية، استهلت المنظمة الدولية لأصحاب العمل مناقشات مع المنظمات متعددة الأطراف ومجتمع الأعمال بشأن التحديات والفرص في التعاون بين القطاعين العام والخاص.[٦٤]

مواجهة الخسائر في المداخيل في صفوف الجهات الفاعلة في نظام الصحة

في حين أن محط الاهتمام الرئيسي ينصب على حماية العاملين في قطاع الصحة في الخطوط الأمامية ودعمهم، فإن المعركة ضد كوفيد-١٩ تؤثر على جميع الجهات الفاعلة في قطاع الصحة، بما في ذلك العاملون لحسابهم الخاص والمنشآت الصحية.[٦٥]

والعديد من العاملين في مجال الصحة والرعاية، الذين باتوا الآن في الخط الأمامي للتصدي للجائحة وباتوا معرضين لخطر الإصابة، ينتمون إلى الفئات المذكورة. وبالتالي، أصبح من الواضح أن عدم وجود تغطية شاملة بإعانات المرض هو تحد رئيسي أمام نجاح استراتيجيات احتواء الفيروس؛ وفي العديد من البلدان، اتُّخذت بالفعل خطوات محددة لمعالجة هذا الوضع.[٦٦] وتكشف أزمة كوفيد-١٩ عن ثغرات كبيرة في التغطية، ليس في سبل الحصول على الرعاية الصحية فحسب ولكن فيما يتعلق بالحصول على إعانة المرض أيضاً، حيث يظلّ العاملون في قطاع الصحة والقائمون بالرعاية ممن يعملون في أشكال الاستخدام غير المعتادة أو يعملون لحسابهم الخاص، دون حماية. ويشكل الافتقار إلى أمن الدخل في حالة المرض أو في حالة رعاية فرد مريض من أفراد الأسرة حافزاً للذهاب إلى العمل رغم أن الشخص المعني لا يكون في صحة جيدة ويزيد من مخاطر نقل العدوى. كما يزيد الافتقار إلى أمن الدخل من احتمال إفقار المصابين بالمرض وأسرهم.[٦٧]

وينبغي كذلك تقديم الرعاية الصحية والتعويضات المالية للعاملين في قطاع الصحة في حالة إصابتهم بكوفيد-١٩ خلال العمل، إما بموجب تأمين محدد لإصابات العمل أو من خلال تعويض مباشر من أصحاب العمل في

---

[٥٧] مكتب العمل الدولي: تحسين ظروف الاستخدام والعمل في الخدمات الصحية: تقرير مقدم للمناقشة في الاجتماع الثلاثي بشأن تحسين ظروف الاستخدام والعمل في الخدمات الصحية (جنيف، ٢٠١٧).

[٥٨] انظر: ILOSTAT: COVID-19: Are there enough health workers? [accessed 9 April 2020].

[٥٩] منظمة الصحة العالمية: حالة التمريض في العالم ٢٠٢٠ (جنيف، ٢٠٢٠) [دخول الموقع: في ٩ نيسان/ أبريل ٢٠٢٠].

[٦٠] انظر:
ILO: Note on the proceedings, Joint Meeting on Terms of Employment and Working Conditions in Health Sector Reforms (Geneva, 1999), Conclusions, para. 2.

[٦١] انظر: "Private hospitals will be made public for duration of coronavirus pandemic", the journal ie, 24 Mar. 2020 [accessed 9 April 2020].

[٦٢] انظر:
A. Payne: "Spain has nationalized all of its private hospitals as the country goes into coronavirus lockdown", in Business Insider, 16 Mar. 2020 [accessed 9 April 2020].

[٦٣] وفقاً لتقارير إعلامية مختلفة في الصحف والتلفزيون والإذاعة.

[٦٤] انظر: IOE: "Private sector contributions in health emergencies" (2020) [accessed 9 April 2020].

[٦٥] انظر:
ILO: "Social protection responses to the Covid-19 crisis - Country responses and policy considerations", Social protection spotlight, ILO Social Protection Department (Geneva, forthcoming).

[٦٦] انظر:
ILO: "COVID 19 health crisis: the need for sickness benefit during sick leave and quarantine", Social protection spotlight, ILO Social Protection Department (Geneva, forthcoming).

[٦٧] المرجع نفسه.

حالة عدم وجود خطط تأمين من هذا القبيل، تمشياً مع اتفاقية إعانات إصابات العمل، ١٩٦٤ (رقم ١٢١) لمنظمة العمل الدولية.

ودعت بعض الحكومات، مثل حكومات ألمانيا وسويسرا وإيطاليا وإسبانيا، نظم الصحة إلى تقليل الاتصالات بالمرضى إلى أدنى حد لتقتصر على الخدمات الأساسية وإعادة جدولة زيارات متابعة المرضى الوقائية والروتينية حيثما أمكن. وفي حين تهدف هذه التدابير إلى الحد من خطر انتقال العدوى وإتاحة الموارد داخل نظام الصحة، فمن المتوقع أن يكون لها تأثير حاد على دخل العيادات الطبية وعيادات الأسنان حيث انخفض عدد زيارات المرضى انخفاضاً كبيراً، في حين يتواصل تكبّد التكاليف التشغيلية المتكررة، مثل الإيجار والطاقة التي تستهلكها الأجهزة الطبية. وفي سويسرا على سبيل المثال، تقوم الرابطة الطبية السويسرية بدراسة إمكانية تقديم تعويض عن فترة عمل قصيرة للأطباء المتضررين وتسعى إلى إبلاغ أعضائها بخيارات التعويض المتاحة في أقرب وقت ممكن.[٦٨] وبالإضافة إلى الخسائر في الدخل، يستعد هؤلاء الأطباء لمواجهة تزايد في مقدار العمل بمجرد إلغاء تدابير التباعد الاجتماعي وعودة نظم الصحة إلى الوضع المعتاد.

وحيثما طُلب من المستشفيات، كجزء من استراتيجيات التأهب الوطنية، توفير الأسرّة عن طريق صرف المرضى وتأخير العمليات الجراحية الروتينية المخطط لها، فإن المستشفيات تواجه خسائر كبيرة في الدخل. وأفادت تقديرات اتحاد المستشفيات الألماني بأن الخسائر المالية المعنية تبلغ ٣,٧ مليار يورو، وأعرب الاتحاد عن قلقه بشأن الاستدامة المالية للعديد من المستشفيات. ودعا الاتحاد وزارة الصحة الاتحادية إلى أن تنظر في تغطية التكاليف الإضافية الناشئة عن تدابير الطوارئ، بما في ذلك لصالح العاملين في قطاع الصحة الحاليين والإضافيين.[٦٩]

التعاون الدولي

يشكل النقص العالمي في العاملين المؤهلين في قطاع الصحة وتوزيعهم غير المتكافئ عقبة رئيسية أمام التصدي لتفشي الأمراض غير المتوقعة والمنقولة بسهولة مثل كوفيد-١٩.

ومع استمرار انتشار المرض، وصلت نظم الصحة، حتى جيدة الموارد منها، إلى حافة الانهيار أثناء التصدي لتفشي الجائحة. ويبرز التصاعد السريع في عدد حالات الإصابة في جميع أنحاء العالم، الحاجة الملحة إلى تعزيز نظم الصحة ذات الموارد الأقل للتصدي لتفشي كوفيد-١٩. ويشمل ذلك معالجة التحديات المتعلقة بالقوى العاملة في قطاع الصحة وتوسيع مرافق التشخيص المختبري وآليات مراقبة المرض واستراتيجيات الإبلاغ عن المخاطر.[٧٠] ولن تتمكن بلدان كثيرة من زيادة قدرتها على الفور. وعليه، يلزم اتخاذ إجراءات عالمية لدعم هذه البلدان في التصدي لتفشي المرض وما بعده.

وفي أوروبا، تواجه عدة بلدان تحديات هائلة فيما يتعلق بتوفير الرعاية والعلاج لعدد غير مسبوق من المرضى الذين يُنقلون إلى المستشفيات. وقد أدى ذلك إلى تضامن دولي كبير من بلدان من بينها الصين وكوبا والاتحاد الروسي، التي أرسلت أطباء ومعدات إلى البلدان المتضررة بشدة، مثل إيطاليا، لدعم التصدي في الميدان.[٧١] علاوة على ذلك، يجري تكثيف التعاون عبر الحدود بين البلدان. ففي المناطق الحدودية بين فرنسا وألمانيا، على سبيل المثال، يُنقل المرضى من المستشفيات الفرنسية المكتظة إلى المستشفيات الألمانية التي تتوفر فيها الأسرّة، في حين تستقبل سويسرا وألمانيا مرضى العناية المركّزة الوافدين من إيطاليا.

ويسلط ذلك الضوء على الحاجة الملحة إلى إنفاق حكومي كافٍ لإنشاء نظم صحية قوية ومتينة وقادرة على الصمود، بحيث تكون قادرة في المقام الأول على توفير إمكانية الوصول المنصف إلى رعاية صحية جيدة بشكل عام، وتتوافر لديها موارد كافية للتصدي لحالات تفشي الأمراض غير المتوقعة، مثل جائحة كوفيد-١٩.

حماية الصحة الاجتماعية وتمويل الرعاية الصحية[٧٢]

بالإضافة إلى ضمان الحماية الاجتماعية الكافية للعاملين في قطاع الصحة، يحظى ضمان وصول جميع السكان إلى الرعاية الصحية بتكلفة معقولة، بالقدر نفسه من الأهمية خلال أزمة كوفيد-١٩. وتؤدي الحماية الاجتماعية دوراً رئيسياً في التخفيف من الأزمة الصحية وتجنبها.[٧٣] ويشمل ذلك في المقام الأول، الحيلولة دون إفقار الأفراد والأسر كنتيجة مباشرة لطلب الرعاية، وكذلك تشجيع السلوكيات الوقائية.

وتوفر حماية الصحة الاجتماعية نهجاً قائماً على الحقوق لبلوغ تغطية صحية شاملة تضمن الحماية المالية والوصول الفعال إلى خدمات الرعاية الصحية.[٧٤] ومن شأن آليات حماية الصحة الاجتماعية الممولة تمويلاً جماعياً من خلال اشتراكات الضمان الاجتماعي أو الضرائب أو مزيج منها معاً، أن تولّد آثار إعادة توزيع إيجابية دون أن تنقل مخاطر السوق المالية ومخاطر سوق العمل إلى الأفراد. وبهذه الطريقة، لا يكون البعد الاقتصادي لطلب الرعاية عند الحاجة، اعتباراً قد يشجع على تأخير الرعاية أو عدم تقديمها. ويكتسي ذلك أهمية خاصة، في سياق أزمة صحية تتعلق بمرضٍ معدٍ.

وللتصدي لأزمة كوفيد-١٩، اتخذت العديد من الحكومات تدابير لتوجيه موارد مالية إضافية إلى نظمها الصحية. فعلى سبيل المثال، خصصت

---

[٦٨] انظر: Das Virus macht auch Ärzte arbeitslos – warum ausgerechnet in Corona-Zeiten manche Mediziner wenig zu tun haben [accessed 9 April 2020].

[٦٩] انظر:
DKG zur Behauptung des Ministers die Kliniken erhielten 7,8 Milliarden Euro zusätzlich 7,8 Milliarden Euro angebliche Zusatzfinanzierung der Kliniken hält einem Fakten-check nicht stand, in DKG Press, 21 Mar. 2020 [accessed 9 April 2020].

[٧٠] انظر: J. Hopmann et al.: Managing COVID-19 in Low- and Middle-Income Countries, JAMA Network (2020) [accessed 9 April 2020].

[٧١] انظر: Gemeinsam für Italien, in tagesschau.de, 23 Mar. 2020 [accessed 9 April 2020].

[٧٢] هذا القسم هو مساهمة من إدارة الحماية الاجتماعية في منظمة العمل الدولية. ويمكن الاطلاع على المزيد من المعلومات فيما يلي:
ILO: “Towards Universal Health Coverage: Social Health Protection Principles”, Social protection spotlight, ILO Social Protection Department (Geneva, 2020); ILO: “Social protection responses to the Covid-19 crisis - Country responses and policy considerations”, Social protection spotlight, ILO Social Protection Department (Geneva, forthcoming).

[٧٣] انظر:
ILO: “Social Protection Monitor: Social protection responses to the COVID-19 crisis around the world” Social protection spotlight, ILO Social Protection Department (Geneva, forthcoming).

[٧٤] انظر:
ILO: “Towards Universal Health Coverage: Social Health Protection Principles”, Social protection spotlight, ILO Social Protection Department (Geneva,2020).

حكومة المملكة المتحدة ٦,١ مليار دولار أمريكي كجزء من أكبر حافز مالي تقدمه منذ ٣٠ عاماً لدعم دائرة الصحة الوطنية لديها.[٧٥] وخصصت إسبانيا مليار يورو لوزارة الصحة؛ وقدمت إيطاليا ٣,٥ مليار يورو لتمويل مكافحة الجائحة. وقررت ألمانيا عدداً من الإجراءات المالية لضمان تمويل المستشفيات وخدمات المعالجة الخارجية والرعاية طويلة الأجل لتعويض التكاليف ذات الصلة بكوفيد-١٩.[٧٦] وفي بعض البلدان مثل إسبانيا، حيث يقدم القطاع الخاص الرعاية الصحية وحيث لا يكون مقدمو الرعاية مدمجين عادةً في شبكة نظم الحماية الصحية الاجتماعية، اتخذت تدابير لإدماجهم في التصدي للجائحة.[٧٧] ويجسد ذلك أهمية وجود نظام صحي منسق حيث يؤدي القطاع العام الدور المركزي، ويمكن أن يستكمل بدور مقدمي الخدمات من القطاع الخاص بموجب اللوائح العامة. وفي البلدان التي يقع فيها العبء المالي للحصول على الرعاية الصحية على عاتق الأسر أو يتحمله التأمين الخاص الطوعي، اضطرت حكومات إلى اتخاذ تدابير أوسع نطاقاً في الصحة العامة لتفادي أعباء مالية ثقيلة.

وهناك حاجة إلى بنية تمويل قوية ومصممة تصميماً جيداً لتوفير الحوافز لمقدمي الخدمات الصحية لاستيفاء معايير توافر الرعاية الصحية للجميع وسهولة الوصول إليها ومقبوليتها ونوعيتها الجيدة، تمشياً مع صكوك حقوق الإنسان ومعايير الضمان الاجتماعي الدولية،[٧٨] ولتعزيز النظام الصحي الشامل في البلد. ويتطلب ذلك التنسيق الوثيق والفعال بين أصحاب المصلحة في تمويل الخدمات الصحية وشرائها وتوفيرها.

الإطار ٣- بناء القدرة على الاستجابة للصدمات على نحو تدريجي: استجابة الصين في مواجهة الأزمة

تتجذر قدرة الصين على مواجهة هذه الأزمة الصحية غير المسبوقة في عقود من الاستثمار في نظامها الصحي والجهود المحددة المبذولة لتوسيع نطاق تغطية الحماية الصحية الاجتماعية على مدى العقود الأخيرة، بما في ذلك في مواجهة الأزمات الصحية والاقتصادية.

وللتصدي لكوفيد-١٩، اتخذت الحكومة الصينية تدابير محددة للحماية الاجتماعية لمواجهة الأزمة. وشملت هذه التدابير تخفيض الالتزامات المتعلقة باشتراكات التأمين الصحي الاجتماعي أو الإعفاء منها، لمدة تصل إلى خمسة أشهر للتخفيف من وطأة الضغوط على أصحاب العمل لدفع الاشتراكات.[١] واتبعت الحكومة أيضاً نهجاً إدارياً معقولاً يدعم التباعد المكاني، على سبيل المثال، من خلال إتاحة إجراء الاستشارات الطبية بشأن الأمراض المزمنة والشائعة عبر الإنترنت، وتسهيل تقديم طلبات استرداد التكاليف الطبية إلكترونياً.[٢]

ما هي الدروس التي يمكن استخلاصها من هذه الأزمة؟

قد يكون من السابق لأوانه إجراء تقييم لفعالية استجابة أي نظام من نظم الحماية الاجتماعية في خضم أي أزمة أو مباشرة بعدها. غير أن ما هو واضح أن قيام الصين بتوسيع نطاق حماية الصحة الاجتماعية تدريجياً، قد سمح باستثمار كبير في نظام الرعاية الصحية وبنيتها التحتية مع مرور الوقت ودعم زيادة الاستفادة من الخدمات. ويقدم نهج الصين الاستراتيجي المتمثل في توسيع نطاق التغطية على نحو تدريجي، درساً مهماً ويفسح بعض المجال لتكرار تجربتها، وإن كان ذلك على نطاق أضيق، حتى في البلدان ذات الدخل الأدنى التي تعاني من قيود مفروضة على الموارد.

وساهمت استجابة منسقة انتهجتها نظم الحماية الصحية والاجتماعية في نجاح الصين في "تسطيح" "منحنى" العدوى.

---

[١] سيؤدي ذلك إلى انخفاض في تحصيل الاشتراكات قدره ٧١ مليار دولار أمريكي. انظر: الرابط [دخول الموقع: في ٩ نيسان/ أبريل ٢٠٢٠].

[٢] المكتب الوطني للتأمين الطبي: يمكن للمرضى الذين يعانون من أمراض شائعة أو مزمنة أثناء الوباء أن يستردوا تكاليف الاستشارات عبر الإنترنت، جمهورية الصين الشعبية [دخول الموقع: في ٩ نيسان/ أبريل ٢٠٢٠].

---

[٧٥] انظر: P. Russell: Budget: Extra £5 Billion for the NHS to Combat COVID-19 (2020) [accessed 9 April 2020.

[٧٦] انظر: COVID-19 Response monitor [accessed 6 April 2020].

[٧٧] انظر:

ILO: “Social protection responses to the Covid-19 crisis - Country responses and policy considerations”, Social protection spotlight, ILO Social Protection Department. (Geneva, forthcoming).

[٧٨] وفقاً للتوصية رقم ٢٠٢، ينبغي أن تتضمن أرضيات الحماية الاجتماعية المحددة على المستوى الوطني "الحصول على مجموعة من السلع والخدمات، محددة على المستوى الوطني، تشمل الرعاية الصحية الأساسية، بما في ذلك رعاية الأمومة، على أن تكون متوفرة ويسهل الوصول إليها ومقبولة وذات نوعية جيدة؛" (الفقرة ٥(أ)).

◄ ٣- أدوات واستجابات منظمة العمل الدولية

في حين أن حالات الطوارئ الصحية العامة الأخرى، مثل تفشي مرض فيروس إيبولا والمتلازمة التنفسية الحادة الوخيمة، أثبتت فعالية التخطيط قصير الأجل لحالات الطوارئ، فإن جائحة كوفيد-١٩ تؤكد الحاجة إلى استثمار منسق ومستدام في قطاع الصحة. فهي تتحدى وجهات النظر التقليدية بشأن نظم الصحة باعتبارها عبئاً يستنزف موارد الاقتصادات الوطنية، من خلال تسليط الضوء على أهمية نظم الصحة في تحقيق النمو الاقتصادي والرفاه المجتمعي.

وتسترعي أزمة كوفيد-١٩ الانتباه إلى نظم الصحة العامة المثقلة بالأعباء أصلاً في العديد من البلدان، وإلى التحديات التي تواجه توظيف عدد كافٍ من العاملين في قطاع الصحة المدربين تدريباً جيداً والمدعومين والمتحمّسين، ونشرهم واستبقائهم وحمايتهم. ويسلط ذلك الضوء على الحاجة الكبيرة إلى الاستثمار المستدام في نظم الصحة، بما في ذلك في القوى العاملة في القطاع الصحي، وإلى ظروف العمل اللائق والمعدات.

وفي متابعة هيئة الأمم المتحدة رفيعة المستوى المعنية بالعمالة في مجال الصحة والنمو الاقتصادي، في عام ٢٠١٧، ضمت منظمة العمل الدولية جهودها إلى جهود منظمة الصحة العالمية ومنظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي في إنشاء "برنامج العمل من أجل الصحة" و"الصندوق الاستئماني متعدد الشركاء". ويقدم هذا البرنامج المساعدة إلى البلدان والهيئات المكونة من أجل وضع استراتيجيات لزيادة الاستثمارات في قواها العاملة في قطاع الصحة على أساس بيانات محسّنة بشأن سوق العمل في قطاع الصحة ومشاركة أصحاب المصلحة المتعددين والحوار الاجتماعي.

والحوار الاجتماعي ضروري لبناء نظم صحية قادرة على الصمود، وبالتالي فهو يؤدي دوراً حاسماً في التصدي للأزمات والتأهب لحالات الطوارئ على حد سواء.

وتتناول توصية العمالة والعمل اللائق من أجل السلام والقدرة على الصمود، ٢٠١٧ (رقم ٢٠٥)، حالات الكوارث المماثلة لتلك التي تواجهها البلدان مع كوفيد-١٩. وتقدم التوصية إرشادات تفصيلية للهيئات المكونة بشأن الإجراءات التي ينبغي اتخاذها في مجال التوظيف والعمل اللائق للوقاية من الأزمات والتعافي منها على حد سواء، وكذلك لبناء القدرة على الصمود. وتؤكد التوصية أهمية الحوار الاجتماعي والدور الحيوي لمنظمات أصحاب العمل ومنظمات العمال في التصدي للأزمات.[٧٩]

وقد ورد مفهوم مشاركة منظمات العمال ومنظمات أصحاب العمل في صنع السياسات الصحية أصلاً في اتفاقية العاملين بالتمريض، ١٩٧٧ (رقم ١٤٩)، التي تنص على وضع: "[...] سياسة بشأن خدمات التمريض والعاملين بالتمريض، ... في إطار برنامج صحي عام، [... ،] بالتشاور مع منظمات أصحاب العمل ومنظمات العمال المعنية [...]" وتحدد أنه ينبغي الترويج لمسألة "اشتراك العاملين بالتمريض في تخطيط خدمات التمريض وللتشاور مع هؤلاء العاملين بشأن القرارات التي تخصهم" وتضيف أنه "يفضّل تحديد شروط الاستخدام والعمل عن طريق التفاوض بين منظمات أصحاب العمل ومنظمات العمال المعنية".

ولمعالجة مشكلة "هجرة الأدمغة" في البلدان النامية، يجب أن تكون اعتبارات القطاع الصحي أساسية لأي ترتيبات تتعلق بإدارة هجرة اليد العاملة من منظور الصحة العامة ومن المنظور الاقتصادي. وبالنسبة إلى بلدان المنشأ والمقصد على حد سواء، قد توفر أطر الهجرة العادلة والحوار بشأن الاتفاقات الثنائية المراعية لقضايا الجنسين والقائمة على الحقوق سبلاً إضافية يمكن استكشافها هذا الصدد.

إن حقوق العمال وحمايتها، بالإضافة إلى تدابير الضمان الاجتماعي، أساسية لتوفير رعاية صحية جيدة وضمان حماية العاملين في قطاع الصحة وأسرهم والسكان بشكل عام خلال هذه الجائحة وما بعدها. ويحتاج العاملون في قطاع الصحة، مثل جميع العاملين الآخرين، إلى أن يكونوا مشمولين بتغطية اللوائح التي تحمي صحتهم وسلامتهم وتمنحهم التعويض المالي الملائم عن فقدان الدخل وتغطية تكاليف العلاج الطبي في حالة الإصابة بالمرض.[٨٠]

ولضمان المعايير والجودة والتوافق مع الأهداف العامة بعد تفشي كوفيد-١٩، ينبغي تطبيق معايير العمل الدولية المعنية.

أدوات منظمة العمل الدولية ذات الصلة بالعاملين في قطاع الصحة

- المبادئ التوجيهية لمنظمة العمل الدولية بشأن العمل اللائق في خدمات الطوارئ العامة (٢٠١٨).
- المبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية ومنظمة العمل الدولية بشأن السلامة والصحة المهنيتين في حالات الطوارئ الصحية العامة: دليل لحماية العاملين في قطاع الصحة والمتدخلين في حالات الطوارئ (٢٠١٨).
- دليل مكتب العمل الدولي بشأن القواعد الصحية في العمل ILO WASH@Work (2016).
- منظمة العمل الدولية - منظمة الصحة العالمية: مجموعة أدوات تحسين العمل في الخدمات الصحية (٢٠١٤) (HealthWISE)
- مكتب العمل الدولي ومجلس الممرضات الدولي ومنظمة الصحة العالمية والهيئة الدولية للخدمات العامة: المبادئ التوجيهية الإطارية من أجل التصدي للعنف في مكان العمل في قطاع الصحة (٢٠٠٥)
- المبادئ التوجيهية لمنظمة العمل الدولية بشأن نظم إدارة السلامة والصحة المهنيتين (٢٠٠١)

[٧٩] انظر: COVID-19 and R205: what role for workers' organizations? (Geneva, 2020).

[٨٠] مكتب العمل الدولي: تحسين ظروف الاستخدام والعمل في الخدمات الصحية: تقرير مقدم للمناقشة في الاجتماع الثلاثي بشأن تحسين ظروف الاستخدام والعمل في الخدمات الصحية (جنيف، ٢٠١٧).

◄ معلومات الاتصال
منظمة العمل الدولية
Route des Morillons 4
CH-1211 Geneva 22
Switzerland
إدارة السياسات القطاعية
البريد الإلكتروني:
covidresponsesector@ilo.org

◄ المرفق - اتفاقيات وتوصيات منظمة العمل الدولية

الاتفاقيات والتوصيات الأساسية لمنظمة العمل الدولية ذات الصلة بقطاع الصحة

- اتفاقية الحرية النقابية وحماية حق التنظيم، ١٩٤٨ (رقم ٨٧)
- اتفاقية حق التنظيم والمفاوضة الجماعية، ١٩٤٩ (رقم ٩٨)
- اتفاقية المساواة في الأجور، ١٩٥١ (رقم ١٠٠)
- اتفاقية التمييز (في الاستخدام والمهنة)، ١٩٥٨ (رقم ١١١)
- اتفاقية العاملين بالتمريض، ١٩٧٧ (رقم ١٤٩)
- توصية العاملين بالتمريض، ١٩٧٧ (رقم ١٥٧)
- اتفاقية علاقات العمل في الخدمة العامة، ١٩٧٨ (رقم ١٥١)
- اتفاقية السلامة والصحة المهنيتين، ١٩٨١ (رقم ١٥٥)
- اتفاقية الإطار الترويجي للسلامة والصحة المهنيتين، ٢٠٠٦ (رقم ١٨٧)
- اتفاقية العنف والتحرش، ٢٠١٩ (رقم ١٩٠)
- توصية العنف والتحرش، ٢٠١٩ (رقم ٢٠٦)

معايير العمل الدولية بشأن الحماية الاجتماعية

- توصية الرعاية الطبية، ١٩٤٤ (رقم ٦٩)
- اتفاقية الضمان الاجتماعي (المعايير الدنيا)، ١٩٥٢ (رقم ١٠٢)
- اتفاقية إعانات إصابات العمل، ١٩٦٤ (رقم ١٢١)
- اتفاقية الرعاية الطبية وإعانات المرض، ١٩٦٩ (رقم ١٣٠)
- توصية الرعاية الطبية وإعانات المرض، ١٩٦٩ (رقم ١٣٤)