مؤسسة قطر
Qatar Foundation

WISH
مؤتمر القمة العالمي للابتكار في الرعاية الصحية
World Innovation Summit for Health

النهوض بصحة القوى العاملة المهاجرة ورفاهتها

دعوة عالمية للعمل

فيديا محمد علي
أورسولا ترامر
ديدي تومسون
زهرة بابار
ميشيلا مارتيني
صالح علي المري
عبد الله الأنصاري
محمد المعاضيد

الإحالة المقترحة إلى هذا التقرير: فيديا محمد علي، أورسولا ترامر، ديدي تومسون، زهرة بابار، ميشيلا مارتيني، صالح علي المري، عبدالله الأنصاري، محمد المعاضيد. النهوض بصحة القوى العاملة المهاجرة ورفاهتها: دعوة عالمية للعمل. الدوحة، قطر: مؤتمر القمة العالمي للابتكار في الرعاية الصحية، 2022

الرقم الدولي المعياري: 978-1-913991-31-9

النهوض بصحة القوى العاملة المهاجرة ورفاهتها
دعوة عالمية للعمل

منتدى مؤتمر القمة العالمي بشأن الابتكار في الرعاية الصحية لسنة 2022 بشأن رفاهة العمال المهاجرين

المحتويات

03 تمهيد
04 القسم الأول: أسواق العمل العالمية
13 القسم الثاني: دولة قطر في دائرة الضوء
38 القسم الثالث: الخلاصة والتوصيات
40 شكر وتقدير
41 المراجع

تمهيد

يمثّل العمال المهاجرون الدوليون جزءًا أساسيًا من القوة العاملة في جميع أنحاء العالم، ويسدّون عجزا مهما في اليد العاملة في البلدان المستقبِلة، وغالبًا ما يساهمون مالياً في دعم الأسر في بلدانهم الأصلية. والحفاظ على صحة هذه القوة العاملة ليس واجبًا أخلاقيًا فحسب، بل له أيضًا فوائد اقتصادية، ذلك أنّ العمال المتمتعين بالصحة البدنية والعقلية أكثرُ إنتاجية. لكن الأرجح هو أن يوظَّف العمال المهاجرون في الصناعات الشديدة الخطورة، مثل البناء، وأن يواجهوا تحديات صحية فريدة مقارنة بنظرائهم من غير المهاجرين.

وقد تعالت، على مدى العقدين الماضيين، دعوات متزايدة لتحسين صحة ورفاهة العمال المهاجرين من ذوي الأجور المنخفضة، لا سيما في المناطق التي توجد فيها أعداد كبيرة منهم، مثل الشرق الأوسط. واجتذبت الأحداث البارزة المصحوبة بمشاريع البنية التحتية الكبيرة، مثل كأس العالم فيفا قطر 2022 ™، تمحيصا إعلاميًا دوليًا في ممارسات التشغيل في المنطقة، لكنها كانت أيضًا حافزًا لإدخال تحسينات مهمة على حقوق العمال، وظروف التشغيل، والحصول على الرعاية الصحية.

يقدّم القسم الأول من هذا التقرير نظرة عامة إلى العمال المهاجرين الدوليين والتحديات الصحية التي يواجهونها. أما القسم الثاني فيتناول صحة العمال المهاجرين في دولة قطر وخدمات الرعاية الصحية المتاحة لهم، مع التركيز على كيفية تطوّر الوضع في الفترة التي تسبق كأس العالم فيفا قطر 2022. ويُختتم التقرير بسلسلة من التوصيات الرامية إلى تحسين صحة هذه القوة العاملة في قطر والعالم.

وفي حين يزال هناك الكثير من العمل الذي يتعين القيام به، نأمل أن يقدّم هذا التقرير إجراءات ملموسة للحكومات، وواضعي السياسات، وأصحاب العمل لمواصلة تحسين صحة العمال المهاجرين ورفاهتهم في جميع أنحاء العالم.

البروفسور محمد المعاضيد
مدير مركز الاستقلاب والالتهابات،
كلية لندن الجامعية

د. أورسولا ترامر
رئيسة مركز الصحة
والهجرة

السيدة سلطانة أفضل
الرئيس التنفيذي
لمؤتمر القمة العالمي للابتكار في الرعاية
الصحية "ويش"

القسم الأول: أسواق العمل العالمية

أورسولا ترامر، زهرة بابار، ميشيلا مارتيني

القوى العاملة المهاجرة الدولية

تعرِّف منظمة العمل الدولية العمال المهاجرين الدوليين بأنهم أشخاص في سنّ العمل موجودون في بلد القياس وينتمون إلى إحدى الفئتين التاليتين:

أ. المقيمون الاعتياديون: المهاجرون الدوليون الذين كانوا، خلال مدّة مرجعية محدّدة، في عداد القوى العاملة في بلد إقامتهم المعتاد، سواء في العمل أو في البطالة.

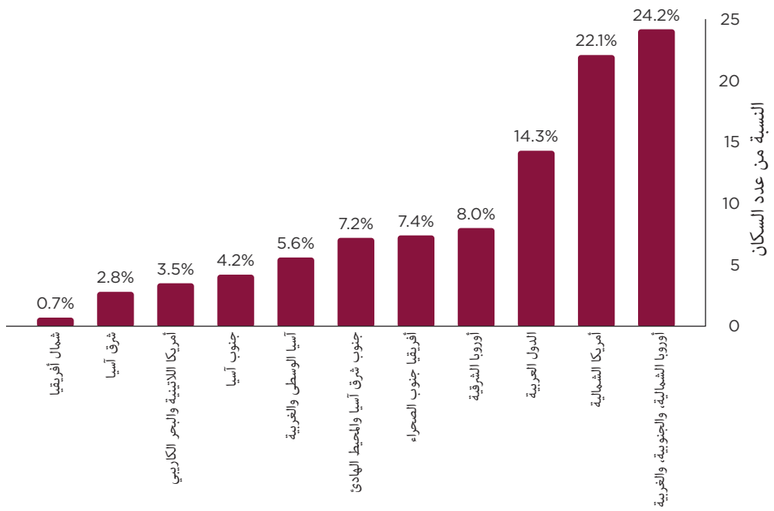
ب. الأشخاص غير المقيمين الاعتياديين، أو العمال الأجانب غير المقيمين: هم الأشخاص الذين لم يكونوا، خلال مدّة مرجعية محدّدة، مقيمين عاديين في البلد ولكنهم كانوا موجودين فيه وتربطهم به صلة من حيث العمل.

في عام 2019، كان هناك ما يقدّر بنحو 169 مليون عامل مهاجر دولي، غالبيتهم (58.5%) من الذكور، ونسبة كبيرة منهم من الإناث (41.5%). وتعتمد أسواق العمل في شتى أنحاء العالم على العمال المهاجرين لسدّ العجز في العديد من القطاعات الاقتصادية، ومنها أسواق العمل المحلية، والزراعة، والبناء.[1]

والعمال المهاجرون الدوليون محركٌ مهمٌّ للتنمية الاقتصادية والاجتماعية لكل من بلدان المنشأ (من خلال التحويلات المالية) وبلدان المقصد (من خلال الناتج المحلي الإجمالي للبلد). والمناطق دون الإقليمية الثلاث التي تستضيف غالبية العمال المهاجرين الدوليين هي أوروبا (الشمالية، والجنوبية، والغربية)، وأمريكا الشمالية، والدول العربية (الشكل 1). وقد لوحظت أعلى نسبة من العمال المهاجرين، ومعظمهم من الرجال، في الدول العربية، إذ يمثلون 41.4% من القوة العاملة في المنطقة.[2]

والصحة شرطٌ أساسيٌّ مهمٌّ من شروط العمالة وناتجٌ مهمٌّ من نواتجها. وينبغي للدول، وفقًا لمفوضية الأمم المتحدة لحقوق الإنسان، أن تستخدم السياسة المتعلقة بالصحة المهنية والصحة الوطنية لمعالجة مكامن الضعف في صحة العمال المهاجرين بكيفية منهجية.[3] وتساهم شبكات من قبيل مبادرة الأبحاث في مجال الهجرة والصحة والتنمية[4] في مجموعة متزايدة من الأدلة العالمية المتعلقة بالصحة والهجرة التي يمكن الاستعانة بها في إعداد السياسات.

الشكل 1: توزّع العمال المهاجرين الدوليين بحسب المناطق دون الإقليمية، في عام 2019



المصدر: منظمة العمل الدولية (2021).[5]

صحة ورفاهة العمال المهاجرين في القطاعات الخطرة

الأرجح أن يشغّل العمال المهاجرون في أعمال خطرة تؤثر سلبًا في صحتهم مقارنةً بغير المهاجرين.[6] وهناك إقرارٌ بأنّ قطاعات البناء، والصيد، والزراعة خطرةٌ وتعتمد على عمال مهاجرين دوليين مؤقتين غالبا ما يكونون شبابا وذكورا. ويتطلب عملهم أساسًا مهارات قليلة وجهدا بدنيا ويتّسم بالخطورة. وتبيّن الأدبيات أنّ ثمّة علاقة سلبية بين العمل المؤقت والصحة والسلامة المهنية.[7] وفي أجزاء كثيرة من العالم، يكون المعيار الخاص بأطر وأحكام الصحة المهنية لضمان لوائح السلامة ضعيفًا. ووفقا لمنظمة الصحة العالمية، يعمل أكثر من نصف العمال في العديد من البلدان في القطاع غير الرسمي من دون أيّ حماية اجتماعية لطلب الرعاية الصحية، وفي ظل ضعف إنفاذ اللوائح التنظيمية لمعايير الصحة والسلامة المهنية.[8]

ويتعرض العمال المهاجرون من ذوي الأجور المنخفضة لمجموعة من مكامن الضعف التي يمكن أن تشمل المعاملة غير القانونية أو الاستغلالية من قبل أصحاب العمل، وظروف الإقامة السيئة، والأطر القانونية الإقصائية التي تؤثر في حقوق المهاجرين ومستحقاتهم. وينطبق هذا الأمر بنحو خاص على العاملين في القطاعات التي تتسم بمحدودية الرقابة، أو في الطرف الأدنى من سلاسل التعاقد من الباطن في قطاع البناء، مثلا.[9]

وكثيرًا ما يكون المهاجرون الذين يعملون في وظائف تتطلب مهارات متدنية أكثر عرضة للعمل في الهواء الطلق، مما قد يؤدي إلى أمراض مرتبطة بالحرارة في أشهر الصيف. وغالبًا ما يتعرضون لآلام في الجهاز العضلي الهيكلي[10] وآلام جسدية شديدة أخرى[11] بسبب ظروف العمل. وإضافة إلى ذلك، يعدّ الصداع وأمراض الجهاز التنفسي والجهاز الهضمي مشكلات صحية شائعة.[12] ويبلغ معدل انتشار الإصابة بمرض مهني واحد على الأقل 47% وفقًا لتحليل تجميعي واسع للعمال المهاجرين الدوليين الذين يعملون في الغالب في أعمال يدوية لا تتطلب مهارات.[13] وكان البحث الذي أدرج في التحليل التجميعي متباينا من حيث نتائجُه، إذ خلُصت بعض الدراسات إلى عدم وجود فَرق في نتائج الصحة المهنية بين العمال المهاجرين والعمال المحليين، في حين خلُصت دراسات أخرى إلى أنّ العمال المهاجرين معرّضون على نحو متزايد لخطر الإصابة بالأمراض الجسدية والنفسية.

ويمكن أن يكون للهجرة الدولية في سبيل العمل تأثير مختلط في الصحة. فقد يكون لها تأثير إيجابي، لأنّ العمالة والدخل عاملان مهمان من عوامل النهوض بالصحة. وتبيّن الدراسات مدى أهمية الدخل للصحة النفسية.[14] وتستفيد أسرة العامل من التحويلات المالية التي تعزّز قدرتها على سلوك خيارات صحية. ولكن، فيما يخص المهاجرين من ذوي الأجور المنخفضة، غالبًا ما تتأثر عوامل من قبيل التغذية، والسكن، والنظافة الصحية، والعيش داخل الأسرة، سلبا بعملية الهجرة والتشغيل. وغالبًا ما تكون المشكلات الصحية جسدية ونفسية في آن معًا، مع وجود مخاطر أكبر للإصابة بالأمراض النفسية والاكتئاب.[15,16]

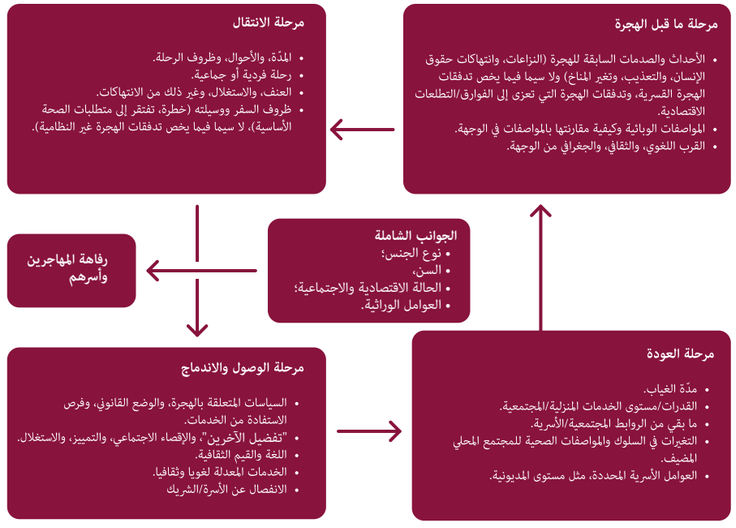
الصحة ومراحل الهجرة المختلفة

غالبًا ما تكون قدرة العمال المهاجرين الدوليين على سلوك خيارات مستنيرة فيما يتعلق بصحتهم ورفاهتهم مقيّدةً بضعف مستويات التعليم، وضعف الثقافة (الصحية)، ومحدودية المعرفة بلوائح البلد المضيف، وحقوق الوصول، وتوفير الرعاية الصحية.[17] ويمكن أن تؤثر سياسات الهجرة التقييدية والعقبات القانونية أيضا في صحتهم ورفاهتهم.[18]

وحتى عندما يكون التأمين الصحي متاحًا، يمكن أن يواجه المهاجرون صعوبة في الوصول إلى الخدمات الصحية بسبب الحواجز اللغوية والثقافية.[19] وهذا الأمر يبيّن أهمية تصميم رعاية صحية للعمال المهاجرين تشمل إطارا للشمول وتراعي أيضا محدّدات الصحة على نطاق أوسع.

ولئن كانت البلدان المضيفة كثيرا ما تشدّد بقوة على مراقبة الجودة في الفحص الطبي في مرحلة ما قبل المغادرة، لم يولَ الاهتمام نفسه للمراقبة المستمرة لصحة المهاجرين وظروف عملهم. ولذلك، هناك نقص في البيانات في هذا المجال.[20] وهناك حاجة إلى مراقبة صحة العامل المهاجر المؤقت وفهمها وتعزيزها خلال عملية الهجرة بأكملها (الشكل 2).[21]

الشكل 2. العوامل التي تؤثر في صحة ورفاهة المهاجرين وأسرهم في جميع مراحل الهجرة



المصدر: Wickramage (2018).[22]

الاتفاقات الدولية المتعلقة بالهجرة والصحة

يتضمن كثيرٌ من الادوات التشريعية الدولية إشارةً إلى الحق في الصحة بما هو حقٌّ من حقوق الإنسان الأساسية. وإضافة إلى ذلك، تسلط الاتفاقات الحكومية الدولية المتعلقة بالهجرة، مثل الاتفاق العالمي بشأن الهجرة،[23] الضوء على الحاجة إلى ضمان فرص الاستفادة من الرعاية الصحية والشمول الاجتماعي للعمال المهاجرين. وتنظر هذه الاتفاقات في صحة المهاجرين من وجهات نظر مختلفة، وتركّز على الصحة باعتبارها شرطًا مسبقًا للهجرة الناجحة والاندماج، ووسيلةً لمنع تهديدات الصحة العامة.

وضمان صحة المهاجرين أيضًا مسعى أقاليميٌّ، بحسب البلدان المرسِلة وبلدان العبور والبلدان المضيفة، التي غالبًا ما توجد في مناطق جغرافية مختلفة. وهذا ما أكدته من جديد وزارات الصحة من ثلاث مناطق تابعة لمنظمة الصحة العالمية (أوروبا، وأفريقيا، والشرق الأوسط) خلال الاجتماع الرفيع المستوى بشأن الصحة والهجرة، الذي نظمه أخيرا المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لأوروبا في مارس 2022. فقد أعادت وزارات الصحة في هذا الاجتماع تأكيد الالتزام المشترك بالخطة العالمية المتعلقة بصحة اللاجئين والمهاجرين، وحدّدت الأولويات الاستراتيجية للمناطق الثلاث لما بعد سنة 2022.

لكنّ المناطق قد تكون في مراحل مختلفة من حيث تنفيذ الخطة المتعلقة بصحة المهاجرين، مما يجعل الحوار بين الأقاليم أكثر صعوبة. فعلى سبيل المثال، لم تتعهّد البلدان الأفريقية بالالتزامات إلا أخيرا، في سنة 2020، عند إطلاق برنامج الاتحاد الأفريقي الخاص بصحة المهاجرين[24] ودراسةٍ ذات صلة وورقةِ سياسات بشأن فهم صحة المهاجرين في مختلف البلدان الأفريقية.[25] ولا تزال الجوانب الصحية للهجرة، ولا سيما بالنسبة للمهاجرين غير الشرعيّين، تمثل تحدّيا. ويعدّ إطار الاتحاد الأفريقي الخاص بسياسة

الهجرة لأفريقيا وخطة العمل للفترة 2018-2030 [26] أوّل محاولة قارية تقوم بها الدول الأعضاء الأفريقية لتحديد صحة المهاجرين باعتبارها مسألة شاملة، والالتزام بإدراج المهاجرين في خطط الصحة الوطنية. وبالرغم من هذا التقدّم، توجد الدول الأعضاء في الاتحاد الأفريقي في مراحل مختلفة من حيث التنفيذ الفعلي للصحة للجميع، لأنها لا تزال تكافح في سبيل تقديم الرعاية الصحية والتغطية الصحية الشاملة لمواطنيها. ومن الجدير بالملاحظة أنّ البلدان في هذه الحالة قاومت استفادة المهاجرين من الرعاية الصحية، لا سيما إذا كانوا يعملون في أوضاع غير نظامية.

اللوائح القانونية الوطنية وفرص الاستفادة من الخدمات الصحية

تختلف اللوائح القانونية المتعلقة باستفادة العمال المهاجرين من الخدمات الصحية اختلافًا كبيرًا بين الدول الأمم. وتمنح دول الرفاهة الأوروبية فرص الاستفادة من طائفة كاملة من الخدمات من خلال الاندماج في أنظمة التأمين الوطنية. أما البلدان الأخرى ذات اللوائح الأكثر تقييدًا، مثل سنغافورة، فتقيّد مستوى الاستفادة بمقتضى القانون من الرعاية الصحية بحسب مستوى مهارة العمالة.[27] وفي البلدان التي تكون فيها النظم الصحية هشة، قد يعاني الجميع (ومنهم المهاجرون) من تقييد أو انعدام فرص الاستفادة من الخدمات الصحية والحماية الاجتماعية.

وتشير الدراسات إلى أنّ العمال المهاجرين، في الممارسة العملية، يواجهون عقبات كبيرة في الاستفادة من الرعاية والدعم في كلّ نموذج. فعلى سبيل المثال، تكافح أنظمة الصحة العامة الأوروبية في سبيل تحقيق المساواة في دمج المرضى المهاجرين، ولا سيما أولئك الذين يعانون من وضع اجتماعي واقتصادي متدنٍّ. وفي سنغافورة، يمكن ترك العمال الأجانب المصابين بدون دخل أثناء انتظارهم لمطالبات التعويض بموجب قانون تعويض إصابات العمل.[28]

وفي حين لا يزال يتعيّن إحراز المزيد من التقدّم في تحسين صحة العمال المهاجرين، هناك مبادرات واعدة يُعكف على تنفيذها، كما يتضح من دراسات الحالات الإفرادية التالية.

دراسة الحالة الأولى: المبادرات الواعدة التي تنهض بصحة المهاجرين

أوروبا: مبادرة المستشفيات المراعية للمهاجرين

أنشئت مستشفيات مراعية للمهاجرين حرصا على المساواة في استفادة المرضى المهاجرين من خدمات الرعاية الصحية. وهذه المبادرة التي نُفّذت برعاية المفوضية الأوروبية وبتنسيق من معهد لودويغ بولتزمان لأبحاث تعزيز الصحة التابع لجامعة فيينا (المعروف سابقًا باسم معهد لودويغ بولتزمان لعلم اجتماع الصحة والطب)، جمعت مستشفيات من 12 دولة من 15 دولة عضوا في الاتحاد الأوروبي بين سنة 2001 وسنة 2004 للمشاركة في عملية مدتها ثلاث سنوات من التطوير التنظيمي القائم على الأدلة. وأظهر تقييم أولي للاحتياجات أن الأولويات كانت كما يلي: إدخال تحسينات في خدمات الترجمة الفورية؛ وتحسين فرص الاطلاع على المعلومات المناسبة عن المرضى؛ وتدريب الموظفين ابتغاء تحسين التواصل مع المرضى من ذوي الخلفيات الثقافية المتنوعة.[29] وأظهر التقييم الذي أجري بعد عامين تحسينات في البنى التحتية، وتوعية الموظفين، وتمكين المرضى المهاجرين الذين شاركوا في حلقات العمل لتحسين محو الأمية الصحية لديهم. وأطلقت التوصيات المتعلقة بالسياسات والممارسات، مثل إعلان أمستردام من أجل مستشفيات مراعية للمهاجرين، مستشفيات في أوروبا المتنوعة عرقيا وثقافيا[30]

سنغافورة: مشروع الفجر

في سنة 2020، أنشئت فرقة عاملة باسم "مشروع الفجر"،[31] ضمت ممثلين من وزارة القوى العاملة في سنغافورة، وعلماء النفس الحكوميين، ومعهد الصحة النفسية، ومركز العمال المهاجرين، والمنظمة غير الربحية HealthServe، لتعزيز دعم الصحة النفسية للعمال المهاجرين في سنغافورة. وتتبع الفرقة العاملة استراتيجية قوامها الوقاية الأولية والثانوية والثالثية، تُنفّذ على ثلاث مراحل:

1. شحذ الوعي ودعم ممارسات الصحة النفسية الجيدة للعمال المهاجرين؛
2. تقوية نظام الرعاية لتحسين فرص استفادة العمال المهاجرين من خدمات الصحة النفسية؛
3. تعزيز الاندماج والدعم في المجتمع المحلي.

وفي عام 2022، أُبلغ أن منظمة HealthServe دربت 170 عاملاً مهاجراً للعمل كقادة لدعم الأقران لاكتشاف علامات الضيق في مجتمعهم المحلي. وتلقى الخط الساخن للأزمات، الذي يعمل على مدار الساعة في منظمة HealthServe، آلاف المكالمات منذ بدء عمله في سنة 2021. [32]

شرق إفريقيا: المنتدى الوزاري الإقليمي حول الهجرة

أُطلق المنتدى الوزاري الإقليمي حول الهجرة في يناير 2020 لإنشاء قيادة سياسية وتعزيز حماية العمال المهاجرين في شرق أفريقيا ومنها. ويضم المنتدى 11 دولة من منطقة شرق أفريقيا والقرن الأفريقي. والهدف منه هو التناول المشترك للسياسات المتعلقة بهجرة اليد العاملة، وتعزيز حركة اليد العاملة وحماية حقوق الإنسان، والعمل، والحقوق الاجتماعية الأساسية للعمال المهاجرين داخل القارة والعمال المهاجرين إلى بلدان أخرى.[34,33] ووافقت الدول المشاركة على التعاون وتعزيز إدارة هجرة اليد العاملة في منطقة شرق أفريقيا والقرن الأفريقي من خلال إنشاء منصة لتبادل الخبرات، والتشاور، والحوار، ووضع التوصيات. ويسترشد المنتدى في عمله بالمبادرات الإقليمية والعالمية ذات الصلة التي تتناول مسألة الهجرة.

تحسين فرص استفادة العمال المهاجرين من الرعاية الصحية

يواجه العمال المهاجرون الدوليون تحدّيات مماثلة للصحة والرفاهة في شتى الدول والمناطق والقارات. ولم تبذل العديد من الدول المضيفة جهودًا كافية لتضمين احتياجات العمال المهاجرين المؤقتين في أطر سياساتها الصحية الوطنية.

وعلى الرغم من أهمية الصحة في سياسات الهجرة وآثارها على العمل، غالبًا ما يسنَد إلى الصحة دورٌ ثانويٌّ في الاتفاقات والمفاوضات الثنائية. وقد تميل الحكومات إلى السماح للسياسات بالسعي إلى تحقيق الأرباح، مع ضعفٍ في الحماية واللوائح التي تجعل اليد العاملة رخيصة والأرباح عالية. ولكن ينبغي للحكومات أن تبادر إلى إنشاء أطر مستدامة تحمي صحة العمال المهاجرين المؤقتين ورفاهتهم من خلال عملية الهجرة بأكملها.

ويمكن أن ينظر صناع القرار على الصعيد الوطني في الأسئلة التالية عند إعداد استراتيجياتٍ لحماية صحة العمال المهاجرين الدوليين:

- ما هي اللوائح القانونية الوطنية المتعلقة بالحصول على الرعاية الصحية والمحدّدات الأوسع لصحة العمال المهاجرين؟
- هل يمكن للعمال المهاجرين الحصول على مستحقاتهم المحدّدة، وكيف يمكن زيادة تعزيز الوصول؟
- ما هي الجهات المعنية الرئيسية بربط العمال المهاجرين بالاستفادة من الرعاية الصحية والمحدّدات الأوسع للصحة، وكيف يمكن لتلك الجهات المعنية المشاركة في الحوار؟
- ما هي الأطر والنماذج القائمة فيما يتعلق بحماية الصحة والرفاهة، وكيف يمكن دمجها في استراتيجية شاملة؟
- كيف يمكن ضمان إجراءات الصحة والسلامة المهنية لهذه الفئة المهمة من السكان العاملين؟
- هل يمكن للعمال المهاجرين الحصول على رعاية صحية وتغطية تأمينية مناسبة وميسورة التكلفة؟

وهناك حاجة أيضًا إلى "إطار صحي" حكومي دولي عالمي النطاق لتوفير التوجيه والبنية التحتية في ممرات الهجرة الرئيسية. وينبغي أن يُلزم هذا الإطار جهات التوظيف، والدول المرسِلة، وأصحاب العمل، والدول المضيفة بالوفاء بالالتزامات الصحية للعمال المهاجرين المؤقتين.

ويمكن للبلدان التي يسلَّط عليها الضوء من خلال الأحداث الرياضية الكبرى -مثل في قطر (انظر القسم التالي) - أن تكون بمثابة حاضنة لتطوير الأطر العالمية المناسبة التي تدعم صحة العمال المهاجرين المؤقتين ورفاهتهم. وقد نشر المنتدى الوزاري الإقليمي حول الهجرة أخيرا تحليلات للعوامل الحاسمة الأهمية التي يتعين مراعاتها وتوصيات بشأن كيفية القيام بذلك.[35]

القسم الثاني: دولة قطر في دائرة الضوء

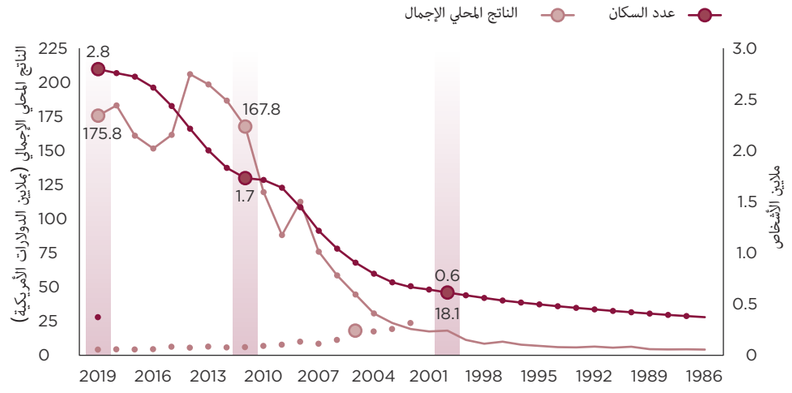
فيديا محمد-علي، صالح علي المري، عبد الله الأنصاري، محمد المعاضيد

يقدّم هذا القسم تحليلًا للوضع الصحي للعمال المهاجرين الذكور في دولة قطر وخدمات الرعاية الصحية المتاحة لهم.

معلومات أساسية

شهدت دولة قطر طفرة في النمو الاقتصادي والسكاني على مدى العقود الأربعة الماضية. فقد ارتفع عدد السكان في الفترة الممتدة من سنة 1986 إلى سنة 2019 من 373,000 نسمة إلى 2.8 مليون نسمة، ويعزى هذا النمو في معظمه إلى الهجرة، إذ يمثّل غير القطريين اليوم 85% من السكان.[36] وشهد العقد من سنة 2000 إلى سنة 2010 أعلى ارتفاع، إذ بلغ متوسط الزيادة السنوية في عدد السكان 19.14% في سنة 2007 (انظر الشكل 3).

الشكل 3. عدد سكان قطر وناتجها المحلي الإجمالي، 1986-2019



المصدر: جهاز التخطيط والإحصاء في قطر (2019).[37]

وقد أدى هذا التطوّر الاقتصاديّ الهائل - لا سيما في قطاعات البناء، والبترول، وشركات الطيران، والصناعات التجارية - إلى زيادة توافد اليد العاملة للمساهمة في مشاريع البنية التحتية ذات الصلة. وكان تدفق العمال الوافدين من آسيا وأفريقيا من الذكور من ذوي الأجور المنخفضة مفيدًا إلى حدّ بعيد للعمال وللاقتصاد القطري، لكنه طرح أيضًا تحديات. ففي حين ساهم هؤلاء العمال في التقدّم السريع لمشاريع البناء الطموحة وتطوير القطاعات الأخرى، أدت الزيادة السكانية في قطر إلى إنشاء اختناقات في العديد من المجالات – منها الإسكان والمواصلات – مع ضغط هائل على نظام الرعاية الصحية.

ويقيّم هذا القسم خدمات الرعاية الصحية المتاحة للعمال المهاجرين الذكور من ذوي الأجور المنخفضة في قطر، مع التركيز على ما قامت به اللجنة العليا للمشاريع والإرث لتوفير الخدمات للعمال الذين يساهمون في مشاريع البنية التحتية لبطولة كأس العالم لكرة القدم فيفا قطر 2022™. ويدرس قضايا استفادة هذه المجموعة من الخدمات الصحية، والنتائج الصحية لتحديد مجالات التحسين والدروس القابلة للنقل لتحسين صحة العمال المهاجرين على الصعيد العالمي.

عدد العمال الحرفيين واليدويين في قطر

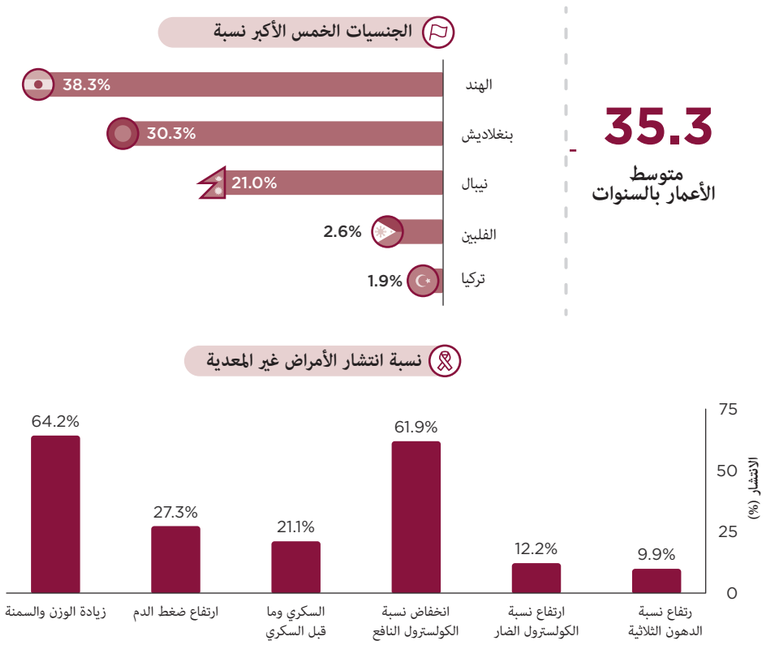
في سنة 2004، كان العمال الحرفيون واليدويون – وهو المصطلح المستخدم لوصف العمال المهاجرين الذكور من ذوي المهارات المتدنية وغير المهرة* - يمثلون 25% من مجموع سكان قطر البالغ 744,029 نسمة. وبحلول سنة 2020، [38] ارتفعت هذه الفئة إلى 51% (أكثر من 1.4 مليون نسمة من مجموع السكان البالغ 2.8 مليون نسمة). ويعزى هذا النمو جزئيًا إلى توظيف المزيد من العمال الحرفيين واليدويين للعمل في مشاريع البنية التحتية المختلفة قبل كأس العالم فيفا قطر 2022، ومنها الأماكن التي ستجرى فيها البطولة، ومشاريع البنية التحتية على نطاق أوسع.

وعادةً ما يكون هؤلاء العمال من الشباب (25-39 عامًا)، ومن ذوي مستويات التحصيل العلمي المتدنية (دون مستوى التعليم الثانوي)، وينحدرون في المقام الأول من بلدان شرق آسيا وجنوبها، ويعيشون في مساكن مشتركة، ويعملون في صناعة البناء.[40,39] وفي إطار برنامج الفحص الصحي لهؤلاء العمال قبل تشغيلهم – الوارد بيانه بمزيد من التفصيل في دراسة الحالة الثانية - جمعت اللجنة العليا للمشاريع والإرث، بالشراكة مع جمعية الهلال الأحمر القطري، مجموعة موسّعة من البيانات عن العمال العاملين في مشاريع كأس العالم فيفا قطر 2022، ومنها البيانات المتعلقة بالجنسية، والسن، والتاريخ الطبي. وتتيح هذه المعلومات رؤى أعمق حول صحة هذه الفئة المحدّدة من السكان (انظر الشكل 4).

ومع أنّه قد يُتصوّر أنّ هؤلاء العمال هم من الشباب "الأصحاء"، فإنّ غالبية العمال الحرفيين واليدويين الذين فحصتهم اللجنة العليا للمشاريع والإرث يعانون من نوع من اختلال دهون الدم - مستويات غير صحية من الدهون (مثل ارتفاع نسبة الدهون الثلاثية، وارتفاع نسبة الكوليسترول الضار، و/أو انخفاض الكوليسترول النافع) في الدم يمكن أن يؤدي إلى أمراض القلب والأوعية الدموية. وعلاوة على ذلك، يعاني أكثر من ربع العمال الحرفيين واليدويين من فرط التوتر، وأكثر من 20٪ منهم معرضون للإصابة بمرض السكري أو مصابون به، وأكثر من 50٪ يعانون من زيادة الوزن أو السمنة. وكان هؤلاء العمال يعانون من كثيرٍ من هذه الأمراض قبل وصولهم إلى قطر، وغالبًا ما يكون تشخيصهم حديثا لدى وصولهم.

* يُصنف العمال الحرفيون واليدويون على أنهم يعملون في الحرف اليدوية وعمال التجارة ذات الصلة ، والمهن الأولية ، ومشغلي الآلات.

الشكل 4. نبذة عن العمال الحرفيين واليدويين العاملين في مشاريع كأس العالم فيفا قطر 2022



المصدر: مشروع الفحص المشترك بين اللجنة العليا للمشاريع والأرث والهلال الأحمر القطري (عدد المشاركين=24,720) في اثنين من المراكز الصحية التابعة للهلال الأحمر القطري (مركز ميسمير الصحي ومركز الحميلة الصحي) في سنة 2018-2019.

وصول العمال الحرفيين واليدويين إلى الرعاية الصحية واستفادتهم منها

النظام الصحي في دولة قطر

يتألف النظام الصحي في دولة قطر من مزيج من مقدمي الخدمات من القطاعين العام والخاص عبر طيف كامل من الرعاية يمتدّ من الوقاية والرعاية الأولية إلى الصحة النفسية إلى خدمات المستشفيات المتخصّصة. وتخضع جميع مؤسسات الرعاية الصحية للإشراف والتنظيم من قبل وزارة الصحة العامة. مؤسسة حمد الطبية، ومؤسسة الرعاية الصحية الأولية هما أكبر كيانين من كيانات الرعاية الصحية التي تملكها الحكومة في قطر، وتقدّمان غالبية خدمات الرعاية الصحية في البلد.[41]

ونظام الرعاية الصحية الحكومي في قطر متاح لجميع المقيمين، ومنهم العمال الحرفيون واليدويون. والرعاية الطبية مجانية للقطريين، ومدعومة دعما كبيرا للوافدين الذين يحصلون على الخدمات الصحية عن طريق البطاقة الصحية التي تُجدد سنويًا مقابل رسوم رمزية، وغالبًا ما توفّرها الشركات. وهناك أيضا التأمين الصحي الخاص - سواء عن طريق كبار شركات العمل ضمن منافع الموظفين، أو للأفراد الذين يمكنهم شراؤه. وقد زادت نسبة السكان الذين لديهم تأمين خاص في السنوات الأخيرة.[42]

وتهدف الاستراتيجية الوطنية للصحة في قطر (2018-2022) إلى إنشاء نظام رعاية صحية أكثر تركيزًا على المريض وذا أهداف صحية فضلى، ورعاية فضلى، وقيمة فضلى. وتركز الاستراتيجية الواسعة النطاق على تعزيز الصحة، بدلاً من مجرّد علاج المرض، وتحسين تكامل الرعاية بجميع أبعادها. وتتضمن الاستراتيجية أيضًا تدابير لمعالجة سبع مجموعات ذات أولوية - منها "العاملون المتمتعون بالصحة والأمن" – مدعومة بخمس أولويات على مستوى النظام لتحسين الرعاية للجميع (انظر الشكل 5).[43]

الشكل 5. مجالات الاهتمام ذات الأولوية في استراتيجية قطر الوطنية للصحة (2018-2022)

المصدر: وزارة الصحة العامة في قطر.[44]

وينبني الالتزام بتوفير موظفين يتمتعون بالصحة الجيدة والأمان – ومنهم 1.4 مليون عامل حرفي ويدوي – على الاستراتيجية الوطنية للصحة (2011-2016) التي حدّدت عددًا من الأهداف في مجال الصحة المهنية، منها الحد من الأمراض المهنية، والإصابات، والوفيات في مكان العمل، وإنشاء قدرات الصحة المهنية داخل وزارة الصحة العامة، وتعزيز جمع البيانات في هذا المجال.[45]

الخدمات الصحية واستفادة العمال الحرفيين واليدويين منها

قبل الحصول على تأشيرة لدخول دولة قطر، يتعين على جميع الوافدين - منهم العاملون في مجال الرعاية المنزلية - اجتياز فحص إلزامي للانضمام إلى القوى العاملة. ويهدف هذا الفحص إلى حماية السكان المضيفين في قطر من الأمراض المعدية، إضافة إلى النفع الذي يعود على العمال من خلال الكشف عن عوامل الخطر الصحية التي قد تتفاقم بسبب العمل الذي تم التعاقد معهم للقيام به. ويشمل الفحص السل، وفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، والتهاب الكبد "باء" و"جيم"، إضافة إلى تصوير الصدر بالأشعة السينية.[46] وبعد أن يجتاز العمال الحرفيون واليدويون الفحص الصحي، يطلب أصحاب عملهم رخصة إقامة قطرية نيابة عنهم، يليها إصدار بطاقات صحية لهم تمكنهم من الوصول إلى الخدمات الصحية مجانا. وسيستعاض عما قريب عن البطاقات الصحية بالتأمين الخاص، الذي سيُطلب من أصحاب العمل والشركات توفيره لجميع العاملين غير القطريين.[47] وقد تتباين المدة اللازمة للحصول على البطاقة الصحية من شهر إلى ستة أشهر.[48]

ولئن كان جميع العمال الحرفيين واليدويون يخضعون للفحص الأساسي المبيّن أعلاه، فقد نفّذت اللجنة العليا للمشاريع والإرث أيضًا فحصًا طبيًا شاملاً للعمال قبل تعيينهم للعمل في مشاريع كأس العالم فيفا قطر 2022 كإجراء إضافي للكشف المبكّر عن المشكلات الصحية المتعلقة (انظُر دراسة الحالة الثانية).

دراسة الحالة الثانية: الفحص الصحي الشامل للعمال في مشاريع كأس العالم فيفا قطر 2022

في سنة 2018، استحدثت اللجنة العليا للمشاريع والإرث برنامج فحص طبي شامل، بالشراكة مع الهلال الأحمر القطري، لإجراء فحص طبي كامل للعمال يشمل تقييم صحتهم النفسية. ويرمي هذا البرنامج إلى الكشف عن المشكلات الصحية الأساسية في مرحلة مبكرة لتقديم علاج طبي فعال للعمال وتحسين صحتهم. ويُدعم هذا البرنامج أيضا بواسطة مسار مخصّص للأمراض المتعلقة بالقلب مع مؤسسة حمد الطبية لإجراء التقييمات المتعلقة بأمراض القلب وعلاج العمال المعرضين لمخاطر عالية.

وتكفل هذه الفحوص أن يكون العمال لائقين للعمل قبل نقلهم إلى الموقع، وأنهم مناسبون تمامًا لمهامهم، وأنهم يتلقون خطط رعاية مناسبة في حالة وجود أيّ مشكلات طبية. وحتى أغسطس 2022، تلقى أكثر من 42,600 عامل في اللجنة العليا فحوصًا طبيةً شاملةً حتى الآن.

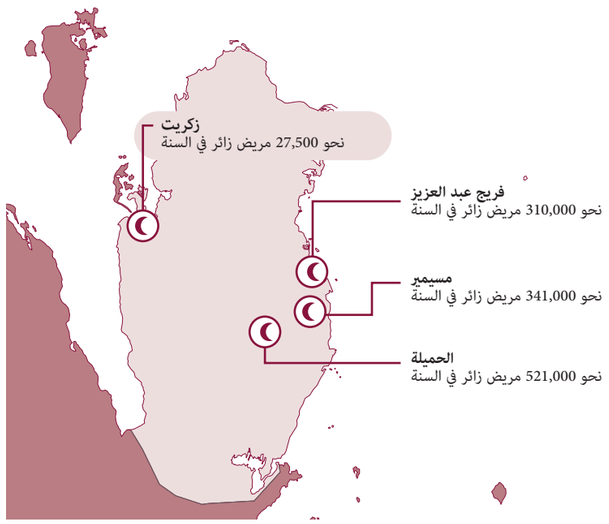
وقد ثبت أنّ لهذه الفحوص الطبية أيضًا دورٌ محوريٌّ في تحديد العمال المعرضين لمخاطر عالية طوال فترة جائحة كوفيد-19، والعمال المعرضين لمخاطر عالية الذين قد يكونون أكثر عرضة للاضطرابات المرتبطة بالحرارة، مما ساعد اللجنة العليا على مدّهم بالدعم اللازم في مجال الصحة الطبية والنفسية. ويقضي القانون الذي اعتُمد على صعيد البلد في مايو 2021 الآن أيضًا بإجراء فحوصٍ صحيةٍ سنويةٍ للعمال الذين يعملون في الهواء الطلق.[49]

وتم تجديد هذا البرنامج مع شركاء طبيين جدد ولا تزال تموّله اللجنة العليا للمشاريع والإرث. ويسجَّل العمال أيضًا من خلال البرنامج الحاسوبي للسجلات الطبية الإلكترونية، الذي استحدثته اللجنة بالتعاون مع مؤسسة Phoenix Partnership، لتوفير إمكانية الوصول المركزي إلى السجل الطبي للعمال. وهذه أوّل مبادرة من نوعها في مجال الرعاية الصحية في برنامج إنشاءات كبير في المنطقة، وتتيح إدارةً أكثر كفاءة لبيانات الرعاية الصحية للعمال. وتسمح هذه المبادرة أيضًا للعمال بالوصول إلى ملفاتهم الطبية (عبر الإنترنت وعبر تطبيق الهاتف) وتقاسمها مع الممارس الطبي الذي يتعاملون معه أينما كانوا يعملون.

المصدر: اللجنة العليا للمشاريع والإرث.[50]

أبرم الهلال الأحمر القطري، منذ سنة 2010، اتفاقا مع وزارة الصحة العامة لتوفير رعاية أولية مجانية للعمال الحرفيين واليدويين الذكور في قطر ممن لديهم بطاقات صحية - وفي كثير من الأحيان، في الممارسة العملية، يقدّم الهلال الأحمر القطري خدمات لمن لا بطاقة صحية لهم. وتتلقى الوافدات العاملات في مهن منخفضة الأجر رعاية صحية أولية في عيادات مؤسسة الرعاية الصحية الأولية. ويدير الهلال الأحمر القطري في الوقت الحالي أربعة مراكز رعاية أولية - تعمل كمستوصفات للخدمات الطبية الأولية إضافة إلى بعض خدمات الرعاية العاجلة – للعمال الحرفيين واليدويين، يقدّمها أكثر من 700 موظف طبي وإداري تُجسّد جنسياتهم ولغاتهم فئة العمال الحرفيين واليدويين (انظر الشكل 6). وتقع هذه المراكز بالقرب من أماكن إقامة هؤلاء العمال الحرفيين واليدويين لتيسير وصول المرضى إليها، وتوفر مختلف خدمات الرعاية الطبية المتخصصة – منها الأذن والأنف والحنجرة، وأمراض القلب، وطب الأسنان، وطب العيون، والغدد الصماء، والرعاية الطارئة، والمختبر، والأشعة، والصيدلة - إضافة إلى الطب العام.[51]

الشكل 6: مراكز الرعاية الأولية لجمعية الهلال الأحمر القطري للعمال الحرفيين واليدويين



المصدر: الهلال الأحمر القطري (2021).[52]

يتلقى العمال الحرفيون واليدويون الرعاية الثانوية والطارئة في مستشفيات مؤسسة حمد الطبية، ذلك أنّ الهلال الأحمر القطري أو عيادات الشركة لا يقدّمان هذه الخدمات. وإضافة إلى ذلك، تقدَّم خدمات الصحة النفسية الثانوية لهذه الفئة من السكان في مستشفى حزم مبيريك العام، وهو مستشفى تابع لمؤسسة حمد الطبية مخصّص لخدمة العمال الحرفيين واليدويين في المنطقة الصناعية بالدوحة. وتشمل خدمات الطب النفسي في هذا المستشفى خدمات العيادات الداخلية والخارجية، إضافة إلى العيادات المخصّصة للمؤسسات والشركات الكبيرة، مثل اللجنة العليا للمشاريع والإرث.[53]

ولتحسين فرص حصول المرضى على الرعاية، يقوم كل من الهلال الأحمر القطري ومؤسسة حمد الطبية بجمع ملاحظات المرضى، وتقديم خدمات الترجمة، والتثقيف الصحي بلغات عدّة، منها الهندية والأوردية. وكانت هناك محاولات لتوفير نظام رعاية خاضع للمساءلة للعمال الحرفيين واليدويين لأنهم يميلون إلى أن يكون لديهم احتياجات مختلفة وطرق مختلفة للحصول على الرعاية الصحية. ونفّذ الهلال الأحمر القطري أيضا عددًا من الاستراتيجيات المبتكرة لسدّ النقص في الثقافة الصحية والوعي لدى هذه الفئة من السكان، كما هو مبيّن في دراسة الحالة الثالثة.

دراسة الحالة الثالثة: النُّهج المبتكرة لتناول مسألة الوعي الصحي في أوساط العمال الحرفيين واليدويين

يوجد لدى جمعية الأحمر الهلال القطري فريق مؤلف من 20 موظفًا صحيا معتمدًا من جنسيات مختلفة (معظمهم ممرّضون وممرّضات) يقدّمون التثقيف والتدريب للعمال الحرفيين واليدويين من خلال جلسات حضورية في أماكن الانتظار وفي الأماكن المخصصة للتثقيف داخل العيادات، وكذلك في مكان العمل مباشرة. وتنشر الجمعية المعلومات أيضا من خلال وسائط التواصل الاجتماعي.

ويستضيف فريق التثقيف الصحي ما لا يقل عن عرضين تثقيفي في الأسبوع في كل مركز، وجلسات لمرة واحدة مرتبطة بفعاليات صحية عالمية محدّدة (مثل اليوم العالمي لمرض السكري)، وحملات الوقاية والتوعية المستمرة مع شركاء مثل وزارة الصحة العامة ومؤسسة حمد الطبية.

وشملت الحملات والمبادرات الإعلامية الرامية إلى تحسين محو الأمية الصحية ما يلي:

1. **التدريب والاستشارة بشأن النظام الغذائي**
   برنامج جديد تُستخدم فيه أحجام الوجبات لبيان كيفية التحكم في كميات الوجبات وتوفير النصائح بشأن سبل التخفيف من الأكل السلبي أو غير الصحي.

2. **جرعات الدواء والامتثال**
   يستخدم النظام رموز الألوان لمساعدة العمال الحرفيين واليدويين على التعرف على مختلف الأدوية والجرعة والتوقيت المناسبين.

3. **التدريب على السلامة المهنية**
   تُشغَّل مقاطع الفيديو المتحركة في غرف الانتظار في العيادات لتسليط الضوء على المسائل الرئيسية المتصلة بالصحة والسلامة. وتستهدف مقاطع الفيديو هذه الأشخاص الذين لا يستطيعون فهم المواد المكتوبة.

المصدر: الحراشة س. وآخرون (2019).[54]

التحدّيات والحواجز التي تحول دون الحصول على الرعاية

رغم التحسّن الكبير الذي أدخلته دولة قطر على حصول العمال الحرفيين واليدويين على الرعاية الصحية (انظُر دراسة الحالة الرابعة المتعلقة بالعمل الذي قامت به اللجنة العليا للمشاريع والإرث)، لا تزال هناك العديد من التحدّيات. وقد خضعت هذه التحديات لدراسة معمقة في مؤتمر القمة العالمي للابتكار في الرعاية الصحية (ويش) لسنة 2019 وفي جامعة جورجتاون في تقرير إحاطة سياسات الصحة، تحسين صحة العمال الذكور غير المتزوجين في قطر، وفيما يلي ملخصٌ لتلك التحديات:[55]

- **محو الأمية والتوعية في مجال الصحة:** عادة ما يكون لدى العمال الحرفيين واليدويين مستويات منخفضة من التحصيل العلمي والثقافة الصحية. وعلاوة على ذلك، قد لا يكونون على دراية بالخدمات المتاحة لهم أو متى يتعين عليهم أن يطلبوا الرعاية.

- **الوصم والمسائل الثقافية:** ينحدر الكثير من العمال الحرفيين واليدويين من بلدان وثقافات ينظر فيها إلى السعي للحصول على العلاج، ولا سيما في مسائل الصحة النفسية، على أنه يجلب الخزي والعار.

- **الخوف من العقاب:** يعبّر بعض العمال الحرفيين واليدويين عن خوفهم من فقدان عملهم إن أصابهم المرض، أو يتردّدون في طلب الإجازة من العمل لمعالجة مخاوف الرعاية الصحية.

- **الحصول على البطاقات الصحية:** مع أنّ أصحاب العمل مطالبون بتقديم طلب للحصول على بطاقات صحية للعاملين لديهم وتغطية تكاليفها، فإنّ حالات التأخّر في ذلك تمرّ دون عقاب. وقد يجعل الخلل في موازين القوة بين العمال الحرفيين واليدويين وأصحاب عملهم العمالَ يتردّدون في طلب البطاقات الصحية في الوقت المناسب. ويبقى أن نرى كيف سيتغير هذا الوصول عندما تُطبّق تدريجيا متطلب التأمين الخاص الجديد.

- **التكلفة:** لئن كان الهلال الأحمر القطري يقدّم خدمات الرعاية الأولية مجانا لـلعمال الحرفيين واليدويين، فقد يُطلب من هؤلاء العمال دفع تكاليف الدفعات المشتركة لبعض الخدمات والأدوية (انظر الجدول 1). وحتى الرسوم الرمزية يمكن أن تثقل كاهل العمال ذوي الأجور المنخفضة ويمكن أن تحول بينهم وبين طلب الرعاية.

- **النقل:** يواجه كثير من العمال الحرفيين واليدويين صعوبةً في الوصول إلى وسائل النقل العام بسبب حواجز اللغة، أو قضايا محو الأمية، أو التكلفة. وفي حين أن بعض الخدمات تقع بالقرب من أماكن إقامة العمال، لا يوجد الكثير من الخدمات على مقربة من العمال. وعلاوة على ذلك، يجب أن يكون لدى كبار أصحاب العمال الذين يشغّلون أكثر من 500 عاملٍ حرفيّ ويدويّ أطباءُ وممرّضون وممرّضات في الموقع، لكنّ المعلومات المتاحة تشير إلى محدودية جودة هذه الخدمات.

ويجب البحث عن حلول للتخفيف من هذه الحواجز التي تحول دون الحصول على الرعاية الصحية إذا أرادت قطر أن تواصل تحسين جودة خدمات الرعاية الصحية لهذه الفئة من السكان.

دراسة الحالة الرابعة: جهود اللجنة العليا للمشاريع والإرث لتعزيز حصول العمال الحرفيين واليدويين على خدمات الرعاية الصحية

ترصد اللجنة العليا للمشاريع والإرث، في إطار جهودها الرامية إلى تعزيز حصول العمال على الرعاية الصحية، تقديم أصحاب العمل والشركات بطاقات صحية للعمال مجانًا. ومع أنّ معظم أماكن إقامة العمال ومواقع المشاريع مجهزٌ بمرافق طبية، يُوفَّر للعمال أيضًا نقل مجاني للاستفادة من الخدمات في المراكز الصحية والمستشفيات الأخرى. وتهدف اللجنة، من خلال ما تقوم به من عمليات التدقيق والتفتيش، إلى ضمان وصول العمال إلى خدمات الرعاية الصحية. وتستمر اللجنة في رفع مستوى الوعي بمختلف المبادرات القائمة لتحقيق رفاهة العمال.

وتقود اللجنة العليا للمشاريع والإرث أيضا مبادرات هامة في مجال الرعاية الصحية، مثل المسار المتعلق بأمراض القلب ومسار الصحة النفسية لتمكين العمال من الحصول على نحو أفضل وأسرع على العلاج، مع إزالة القيود المالية أو الاجتماعية.

المصدر: اللجنة العليا للمشاريع والإرث.[56]

قضايا صحة العمال الحرفيين واليدويين ونتائجها

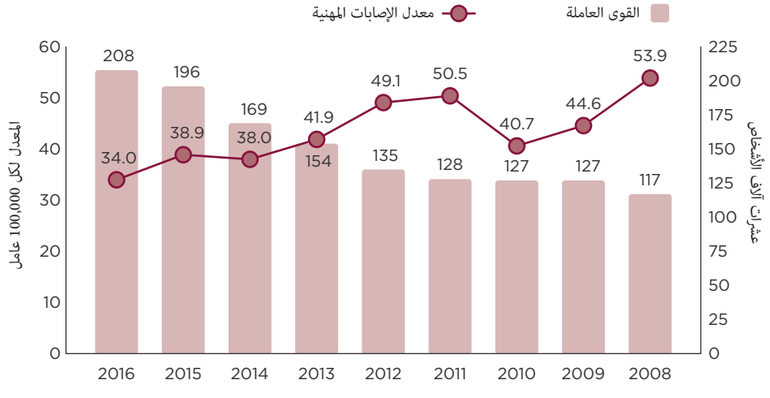
في الفترة التي تسبق تنظيم كأس العالم فيفا قطر 2022، غالبًا ما تداولت القنوات الإخبارية الدولية رفاهة العمال الحرفيين والدوليين – لا سيما حالات وفاتهم - في دولة قطر. ومن الجدير مراجعة مجموعة واسعة من القضايا الصحية التي تواجه هؤلاء العمال وفحص البيانات المتعلقة بالنتائج الصحية التي حقّقها النظام الصحي المحلي.

ونعتمد أدناه على العديد من المقالات التي راجعها النظراء لرسم صورة شاملة نسبيًا عن صحة العاملين الحرفيين واليدويين في قطر، ولا سيما فيما يخص إصابات العمل،[57-62] والإجهاد الحراري،[63] والأمراض غير المعدية،[64,65] والعوامل الاجتماعية المحدّدة للصحة[66,67] وقد حُدّدت كلّها باعتبارها قضايا رئيسية لهذه الفئة من السكان.

الإصابات والوفيات المرتبطة بالعمل

استحوذ ضُعف العمال الوافدين من ذوي الأجور المنخفضة في قطر فيما يتعلق بإصابات العمل على الكثير من الاهتمام على الصعيد المحلي والدولي.[68-70] وقد أجرى مركز حمد لإصابات الحوادث، الذي يستقبل 98% من مرضى المصابين في الحوادث في البلد، العديد من الدراسات التي تناولت مسألة إصابات العمل في قطر.[71-75] وكانت الأسباب الرئيسية للإصابات والوفيات هي السقوط من المرتفعات، وسقوط الأجسام، وحوادث المرور على الطرق أثناء التنقل إلى العمل أو العودة منه. وانخفض معدل إصابات العمل على مر السنين، رغم الزيادات الكبيرة في أعداد العمال الحرفيين واليدويين (انظر الشكل 7).[76] وقد يكون هذا الانخفاض في إصابات العمل ذا صلة بزيادة وعي عمال البناء والشركات بالسلامة - مثل برنامج التدريب وتحسين المهارات الذي تنفّذه اللجنة العليا للمشاريع والإرث، بالشراكة مع مركز قطر الدولي للسلامة الذي يتناول هذه المسألة.

الشكل 7. معدّل إصابات العمل وحجم القوى العاملة في دولة قطر



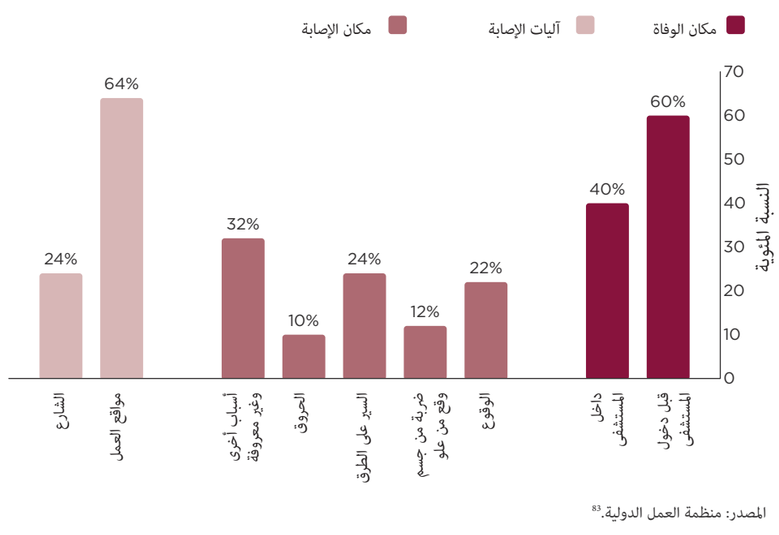
المصدر: سجل إصابات الحوادث لمركز حمد لإصابات الحوادث (2008-2016).[77]

وقد انخفض كذلك معدل الوفيات داخل المستشفيات انخفاضا كبيرا، من 9.7% إلى 5.2%،[78] وانخفضت معه تكلفة العلاج في المستشفى. وقد يكون هذا التحسن ناجما عن تنفيذ الرعاية الموحدة قبل المستشفى، وبروتوكولات الإنعاش والعلاج في حالة إصابات الحوادث.[79]

وسجلت قطر 117 حالة وفاة مرتبطة بالعمل في سنة 2017، و123 حالة وفاة في سنة 2018، وما بين 50 و66 حالة وفاة في سنة 2020، بحسب المصدر.[80] ومن الصعب إحصاء حالات الوفاة المرتبطة بالعمل لعدة أسباب – منها التحديات المتصلة بتسجيل الوفيات، واختلاف الأنظمة التي تتبعها مختلف المؤسسات في تصنيف هذه الإصابات، وعدم اكتمال البيانات في مختلف المرافق. وعلاوة على ذلك، ضاعفت الجائحة هذه القضايا.[81] ومع ذلك يظل الانخفاض في عدد الوفيات واعدا.

وفي نوفمبر 2021، تعاونت وزارة العمل، ووزارة الصحة العامة، ومنظمة العمل الدولية، إضافة إلى شركاء أكاديميين، على تقييم جودة جمع البيانات المتعلقة بالسلامة والصحة المهنية، بالاستعانة بأحدث البيانات المتاحة من السجل الموحد للوقاية من الإصابات المهنية في قطر.[82] ومن بين الوفيات الـ50 التي أبلغ عنها في قاعدة البيانات هذه في سنة 2020، حدثت 30 حالة وفاة قبل دخول المستشفى (60%)، ووقعت 20 حالة وفاة داخل المستشفى (40%). وتظهر هذه البيانات أن غالبية الوفيات نتجت عن حوادث سقوط وحوادث مرور على الطرق، وأنها وقعت في مكان العمل. وكانت نسبة هذه الوفيات (32%) "غير معروفة" الأسباب، ومعظمها وقع في سياق ما قبل دخول المستشفى، الذي تقوم عليه خدمة الإسعاف (انظر الشكل 8).

الشكل 8. الإصابات المهنية المميتة للعمال الحرفيين واليدويين في دولة قطر لسنة 2020



المصدر: منظمة العمل الدولية.[83]

وقد وفّرت مبادرات منظمة العمل الدولية، ووزارة العمل، ووزارة الصحة العامة الزخم لتوسيع نطاق عملية جمع البيانات، والتحقّق من صحتها، وتحديد الثغرات في البيانات، واتخاذ التدابير اللازمة لسدّها. ويرتبط باقي المشكلات بالبيانات المتعلقة بأسباب الوفيات التي تحدث خارج المستشفى (25-32% من مجموع الوفيات). ولعلّ ذلك يعزى، إلى حدّ كبير، إلى عدم التثبّت من سبب الوفاة من خلال الفحص بعد الوفاة بسبب القضايا المتعلّقة بعدم القدرة على الحصول على الموافقة من أقارب المتوفّى في الوقت المناسب، وكذلك بسبب الممارسة المعمول بها في قطر، التي تقضي بعدم تشريح الجثة إلا في حالات التحقيق الجنائي. إنّ ارتفاع نسبة العمال الذين سُجلت أسباب وفاتهم بأنّها "أسباب طبيعية/سكتة قلبية" قد يقلّل من شأن الوفيات الحقيقية المتعلقة بالعمل - وهذا يمنع أفراد الأسرة من الحصول على التعويضات المستحقة.

عقد المقارنات بين الدول

من الصعوبة بمكان عقد المقارنة بين معدّلات الإصابات المهنية، ولا سيما الوفيات، في مختلف البلدان - على سبيل المثال، تتباين أسواق العمل تباينا واسعا، و95% من العاملين في القطاع الخاص في قطر هم من الوافدين؛ والعمال الوافدون أكثر عرضة للإصابات المهنية في أيّ بلد.[84] وتشتغل نسبة كبيرة من العمال الوافدين في صناعة البناء المعترف بها عالميًا بأنّها من أشدّ قطاعات العمل خطورة.[85] وهناك أيضا، كما سبق بيانه بالتفصيل في هذا القسم، نقصٌ في البيانات الشاملة والموثوقة والقابلة للمقارنة داخل البلدان، وتباين في تعريف الإصابة أو الوفاة المرتبطة بالعمل.

وقد خلُص بحثٌ في معدّلات الوفيات الأخيرة المرتبطة بالعمل أنّ فرنسا والولايات المتحدة أبلغتا عن معدّلات تبلغ 3.1 و3.5 حالة وفاة لكلّ 100,000 من السكان، بالترتيب، في حين يحدّد أحد المصادر ذلك المعدّل في نيبال في 28.8. وبذلك يكون المعدّل المقدّر للوفيات المرتبطة بالعمل في قطر، الذي يتراوح بين 5 و8.7 حالة وفاة في معدلات الوسط.[86-90] ومما يؤسف له أنّ المقارنات الموثوقة لدول مجلس التعاون الخليجي الأخرى لم تكن متاحة بسهولة. ومع ذلك، يجب النظر إلى جميع الأرقام بعناية للأسباب المبيّنة أعلاه.

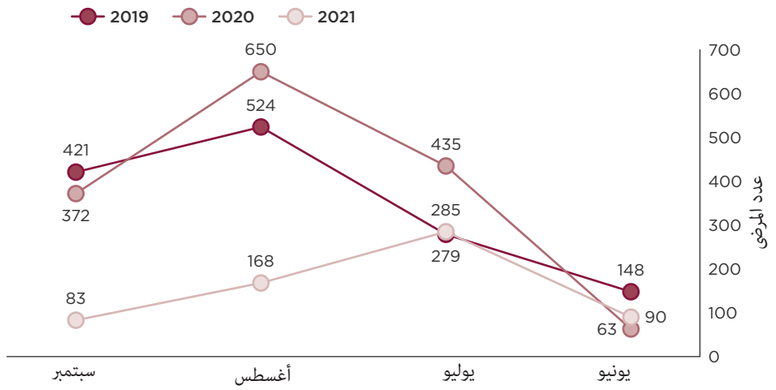
الإجهاد الحراري

كانت هناك تغطية إعلامية لوفيات العاملين الحرفيين واليدويين التي يحتمل أن تكون ذات صلة بالإجهاد الحراري في قطر.[91] وغالبًا ما يؤدي العاملون الحرفيون واليدويون معظم أعمالهم في الهواء الطلق في بيئات شديدة الحرارة، مما يؤدي إلى ارتفاع مخاطر إصابتهم بالأمراض المرتبطة بالحرارة، ولا سيما في أشهر الصيف. وتشير الدلائل السريرية إلى أهمية وفعالية التدابير الوقائية، والكشف المبكر، والتدبير السريع لضربات الشمس لمنع العواقب المميتة.[92]

وأظهرت دراسة يُستشهد بها كثيرًا عن وفيات العمال الحرفيين واليدويين النيباليين في دولة قطر، على مدى تسع سنوات، أن أمراض القلب والشرايين كانت السبب الأكبر لوفاة العمال الذين تتراوح أعمارهم بين 25 و35 سنة، ويُعزى ذلك إلى كون الإجهاد الحراري يؤدي إلى تضاعف الأعداد في الأشهر الأكثر حرارة.[93] وكان هذا التأثير أقل وضوحًا بعد سنة 2015، ويعزو المؤلفون ذلك إلى تغيّر الممارسات المتبعة في مواقع البناء بسبب التغطية الدولية. بيد أنه تجدر الإشارة أيضًا إلى أنّ دراسة أجرتها منظمة العمل الدولية في سنة 2017 خلُصت إلى أنّ معدل الوفيات في أوساط العمال الوافدين من نيبال أقلّ منه في أوساط العمال المقيمين في نيبال. ويمكن التشكيك في الفكرة التي مفادها أنّ العمال الوافدين يتمتعون بصحة أفضل بكثير من بقية السكان - نظرًا لمحدودية الفحوص قبل المغادرة ونظرا للأمراض التي قد تنشأ بمرور الوقت - كما ذُكر آنفا. ومع ذلك، ينبغي أن يوضع في الحسبان أنّ نظام الرعاية الصحية في نيبال لا ينبغي أن يقارن بنظام بلدان المقصد الأكثر ثراءً.[94]

وأظهرت دراساتٌ أحدثُ صادرةٌ عن منظمة العمل الدولية عدم وجود زيادة في الوفيات الناجمة عن أمراض القلب والشرايين في أوساط الذكور غير القطريين في الأشهر الأشد حرًا، مما يشير إلى وجود دلائل محدودة على الوفيات المرتبطة بالإجهاد الحراري.[95] ويمكن أن يعزى هذا التحسن إلى إنفاذ قانون العمل في دولة قطر على نطاق أشمل فيما يتعلق بالعمل في الهواء الطلق في الحرّ. وقد أدت نتائج دراسة الإجهاد الحراري التي أجرتها منظمة العمل الدولية ووزارة العمل القطرية في سنة 2019، بالتعاون مع اللجنة العليا للمشاريع والإرث، أيضا إلى إدخال تعديلات صارمة على التشريعات التي دخلت حيز النفاذ في مايو 2021. ويحظر القانون أيضا العمل في الهواء الطلق بين الساعة 10 صباحًا والساعة 3:30 بعد الظهر من 1 يونيو إلى 15 سبتمبر. ويقضي أيضًا بوقف جميع الأعمال إذا ارتفعت درجة حرارة المصباح الرطب (مقياس الإجهاد الحراري في ضوء الشمس المباشر) إلى أكثر من 32.1 درجة مئوية في مكان عمل معيّن، بصرف النظر عن الوقت والتاريخ.[96] وأولت وزارة العمل الأولوية لمراقبة هذه اللوائح وتنفيذها، مما أدى إلى تحسّن ممارسات العمل. ويدعم هذا التحسّنَ أيضًا الانخفاضُ الحادُّ في عدد زيارات المرضى من العمال الحرفيين واليدويين إلى المستشفيات بسبب ضربة الشمس من سنة 2019 إلى سنة 2021 (انظُر الشكل 9).

الشكل 9. عدد المرضى من العاملين الحرفيين واليدويين الذين يعانون من اضطرابات مرتبطة بالحرارة في عيادات الهلال الأحمر القطري، من سنة 2019 إلى سنة 2021



المصدر: منظمة العمل الدولية (2021).[97]

دراسة الحالة الخامسة: خطة اللجنة العليا للمشاريع والإرث لتخفيف الإجهاد الحراري

كُلّفت جميع مواقع اللجنة العليا للمشاريع والإرث بالعمل على وفق خطة شاملة لتخفيف الإجهاد الحراري تشمل: توفير أماكن باردة ومظلّلة، ومحطات الماء البارد، والفحوصات الطبية، وخطط رعاية العمال. ويجري أيضا تمكين العمال من إجراء المراقبة الذاتية وتحديد وتيرة عبء العمل، بحسب الأحوال الجوية.

وتعاونت اللجنة، في إطار استراتيجياتها الأوسع نطاقا للتخفيف من تأثير الحرارة، مع Techniche وجامعة حمد بن خليفة في قطر لتطوير سترة تبريد مخصّصة، تسمّى "StayQool"، مصمّمة لتحلّ محلّ ملابس البناء القديمة. ويمكن لسترة StayQool تقليل درجة حرارة الجلد بما يصل إلى 8 درجات مئوية، مما يساعد العمال على أن يظلوا باردين ومرتاحين خلال أشهر الصيف. وتعمل جامعة حمد بن خليفة أيضًا على تطوير نماذج عمل أولية لأجهزة استشعار StayQool التي ستدمج في نهاية المطاف في السترات للمساعدة على اكتشاف ضربات الشمس. وهذه أوّل مرة يُصمَّم فيها هذا النوع من سترات العمل المبردة محليًا وينشر على نطاق واسع في صناعة البناء. وقد وُزّع أكثر من 50,000 سترة StayQool على عمال اللجنة العليا.

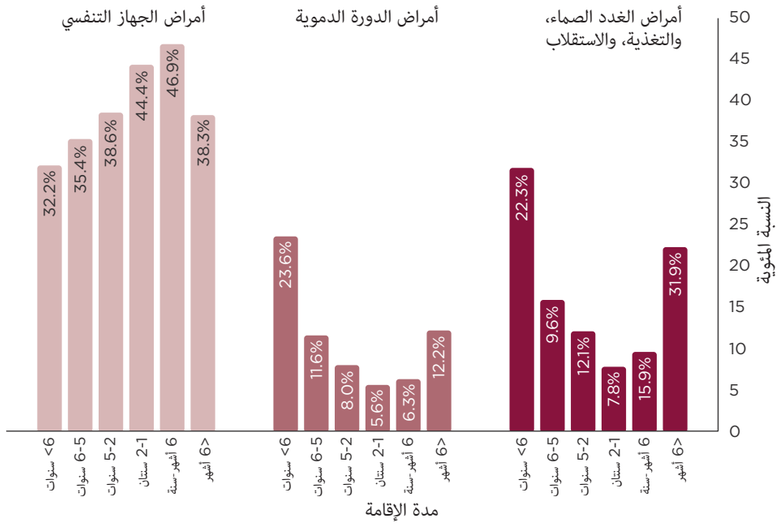
وفي سنة 2019، تعاونت اللجنة العليا للمشاريع والإرث في إطار دراسة الإجهاد الحراري الكبرى التي أجريت بتكليف من منظمة العمل الدولية ووزارة العمل في قطر. وأجرى خبراء في الإجهاد الحراري من مختبر الشهرة قطر (FameLab Qatar)، في إطار هذه الدراسة، فحصا لأحد مواقع كأس العالم فيفا قطر 2022 ™ فخلصوا إلى أن العمال كانوا معرضين لخطر منخفض فيما يخصّ الإجهاد الحراري المهني بفضل استراتيجيات تخفيف الإجهاد الحراري المعمول بها.[98]

المصدر: اللجنة العليا للمشاريع والإرث.[99]

الأمراض غير المعدية

تعدّ الأمراض غير المعدية، إلى جانب الإصابات المهنية والإجهاد الحراري، مشكلةً صحيةً أخرى تواجه العمال الحرفيين واليدويين وتهدّد حياتهم. والأمراض غير المعدية عامل خطر مستقلّ مهمّ يمكن أن يؤدي، عندما يتفاقم بسبب الطقس، إلى زيادة احتمال التعرض لإصابات العمل، ومنها ضعف الإدراك، والوفيات القلبية المفاجئة.[100] وقد أظهرت دراسة رجعية كبيرة للسجلات الطبية الإلكترونية لأكثر من 58,000 عامل حرفي ويدوي اتجاهات مثيرة للاهتمام فيما يخص وجود الأمراض غير المعدية، بحسب طول مدّة الإقامة في قطر. وقد قسمت الدراسة فئة العمال إلى عدد من المجموعات، من أولئك الذين وصلوا للتو (أقلّ من ستة أشهر من الإقامة) إلى أولئك الذين عاشوا في قطر أكثر من ست سنوات، وقارنت معدّلات الأمراض غير المعدية لديهم، كما هو مبيّن في الشكل 10.

الشكل 10. نسبة الزيارات على أساس تشخيص المرض، بحسب مدة الإقامة



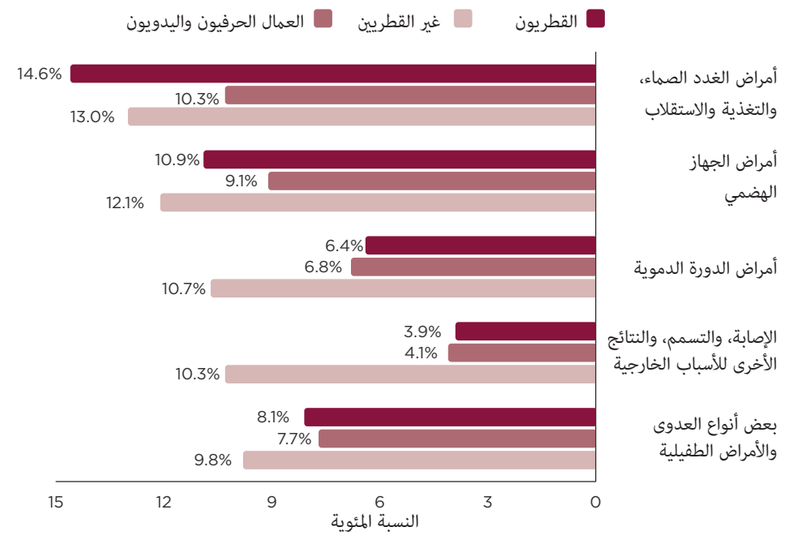
المصدر: الحاتمي وآخرون (2022).[101]

وكان داء السكري، واختلال نسب الدهون في الدم، وارتفاع ضغط الدم أعلى لدى العمال الذين كانوا قد وصلوا للتو (أقل من ستة أشهر)، مقارنة بمن كانوا قد عاشوا في قطر مدة تتراوح بين ستة أشهر وست سنوات. وتشير هذه النتائج إلى أنّ هؤلاء العمال أصيبوا بهذه الأمراض في بلدانهم الأصلية، وأنّ العمال الحرفيين واليدويين ربما استفادوا من العلاج الصحي خلال فترة وجودهم في قطر. لكنّ هذه المعدلات تزداد مرة أخرى في مجموعة العمال الذين أقاموا في البلد مدّة تزيد على ست سنوات، وربما يعزى ذلك إلى زيادة أعمار هذه الفئة من العمال. وعلى النقيض من ذلك، تزداد التهابات الجهاز التنفسي الحادة، وكذلك التهاب الجلد والأكزيما، كلما طالت الإقامة في البلد. وربما يعزى ذلك إلى مرافق المعيشة/العمل المشتركة. والجدير بالذكر أن المرضى من العمال الحرفيين واليدويين المصابين بالسكري، وارتفاع ضغط الدم، والأمراض المزمنة التي أصيبوا بها قبل وصولهم إلى قطر، زاروا العيادة عدة مرات، مع الحاجة إلى تكرار الوصفات الطبية لأدوية هذه الأمراض غير المعدية.

وتم توثيق الصلة بين داء السكري من النوع الثاني، وارتفاع ضغط الدم، والوفيات القلبية المفاجئة توثيقا جيدا.[102] وقد يساعد الانتشار الكبير للأمراض غير المعدية في أوساط العمال الحرفيين والمهنيين الأصغر سنًا في قطر على تفسير ارتفاع احتمال الإصابة بأمراض القلب والوفيات التي لوحظت في هذه الفئة. ويشير هذا الأمر أيضًا إلى أهمية المراقبة الروتينية الموسّعة للأمراض غير المعدية، والعلاج المبكر لهذه الحالات في أوساط هذه الفئة من العمال.

الأمراض العامة التي تتطلب رعاية في العيادات الداخلية

الشكل 11. المرضى الذين أدخلوا مؤسسة حمد الطبية بين سنتي 2018 و2021 بحسب فصل التصنيف الدولي للأمراض ICD-10-AM



المصدر: قسم دخول المرضى في مؤسسة حمد الطبية (2022).[103]

وإضافة إلى الأمراض المرتبطة بالعمل على وجه التحديد، يواجه العمال الحرفيون واليدويون أيضًا التحديات الصحية التي يواجهها عموم السكان. وتبيّن من فحص السجل العام لدخول المرضى من العمال الحرفيين واليدويين إلى مرافق الرعاية الثالثية من سنة 2018 إلى سنة 2021 أن أعلى معدلات دخول المرضى إلى العيادات الداخلية لوحظت في حالات العدوى، والإصابات، والتسمّم، والأمراض الطفيلية، واضطرابات الجهاز الهضمي (انظر الشكل 11).[104] وتمثل الإصابات والتسمّم ما نسبته 10% من جميع حالات دخول المرضى من العمال الحرفيين واليدويين، مقارنة بفئات العمال الأخرى (4%).

وكما لوحظ أيضا في مؤسسات الرعاية الأولية، كانت هناك أيضًا معدلات دخول للمرضى عالية فيما يخص أمراض الدورة الدموية (ارتفاع ضغط الدم)، وأمراض الغدد الصماء والتغذية والاستقلاب (السكري واختلال نسب الدهون في الدم). وتطلبت هذه الحالات متابعة وعلاج مستمرين. ودخلت المستشفى أيضًا نسبة قليلة لكنها مهمة من العمال الحرفيين واليدويين بسبب الأورام. ومقارنة بالفئات الأخرى، كان لدى العمال الحرفيين واليدويين أيضًا نسبة عليا من زيارات العيادات الخارجية لأمراض المسالك البولية، والأمراض المعدية، وجراحة الإصابات وأمراض القلب. وكان لدى العمال الحرفيين واليدويين أيضًا معدل دخول إلى المستشفى لأسباب غير طارئة أعلى بكثير (31%)، مقارنة ببقية فئات العمال (15%)، مما يدلّ على أن العمال الحرفيين واليدويين قد يطلبون في المستشفى رعايةً يمكن توفيرها في مؤسسات الرعاية الأولية.

وبالرغم من صغر سن العمال الحرفيين واليدويين، فإن حاجتهم إلى الرعاية في العيادات الداخلية الثالثية كانت كبيرة، وكانت مرتبطة في الغالب بأمراض مزمنة مبكرة، مثل مرض السكري، وارتفاع ضغط الدم.

الصحة النفسية والرفاهة

إضافة إلى المحدّدات الطبية للصحة، غالبًا ما يكون للعوامل الاجتماعية تأثير مهمّ في الصحة النفسية والرفاهة. وتؤثر الأحوال المالية والعائلية والمعيشية وظروف العمل من حيث كون العامل عاملا وافدا مؤقتا في رفاهة هذه الفئة. وقد أجريت دراسات قليلة جدًا بشأن هذا الموضوع، ولا سيما فيما يخص العمال في دول مجلس التعاون الخليجي.

ومن المبادرات الجديرة بالذكر المؤشر السنوي لمعهد البحوث الاجتماعية والاقتصادية بجامعة قطر لظروف العمال الوافدين الخاصة بدولة قطر. وشمل عمل المعهد أيضا العديد من المجالات التي تهمّ المهاجرين على الصعيد العالمي: الامتثال للعقود؛ ومستويات الرواتب والديون؛ وظروف العمل؛ وحقوق الانسان؛ والرعاية الصحية؛ وظروف المعيشة. وخلصت الدراسة الاستقصائية التي أجراها المعهد في سنة 2018 إلى أنّ نحو ثلث العمال لديهم وعي عام منخفض بحقوقهم القانونية (30% لم يفهموا تمامًا المعلومات الواردة في عقودهم، و31% لم يكونوا على دراية جيدة بحقوقهم بصفتهم عمالا)، وهذا دليل على أنه لا يزال ثمة مجال للتحسين.[105] وبالمثل، يحقّ لجميع العمال في قطر الحصول على الرعاية الطبية، لكن 69٪ فقط من العمال الحرفيين واليدويين لديهم بطاقة تأمين طبي، في حين أفاد الباقون أنهم واجهوا مصاعب في تلقي الرعاية الطبية.[106] وكانت حالات الاكتئاب والقلق، ولا سيما بسبب مسائل متعلقة بالمنازعات التعاقدية، أعلى لدى العمال الحرفيين واليدويين منها لدى عموم السكان في قطر.[107]

ويبدو أن كثيرا من العمال الحرفيين واليدويين يعانون من مشكلات صحية نفسية كبيرة.[108] فعلى سبيل المثال، في الشهرين الأولين من سنة 2019، كان 35% و36% من المرضى الذين دخلوا وحدة الطب النفسي للمرضى الداخليين بمؤسسة حمد الطبية من العمال الحرفيين واليدويين. ومن بين هؤلاء، كان ما يقرب من واحد من كل ستة مرضى من ذوي الميول الانتحارية، مما يدل على مدى ضائقتهم النفسية.[109] وتعزّز هذه البيانات العديد من عوامل الضغط التي تسهم في اعتلال الصحة النفسية لهذه الفئة من السكان، وأهمية توفير خدمات الصحة النفسية.

دراسة الحالة السادسة: مسار رعاية الصحة النفسية للجنة العليا للمشاريع والإرث

في سنة 2019، تعاونت اللجنة العليا للمشاريع والإرث مع وزارة الصحة العامة ومؤسسة حمد الطبية على تطوير مسار رعاية الصحية النفسية للعاملين فيها لإزالة العوائق التي تحول دون حصولهم على دعم الصحة النفسية. والعناصر الأساسية للمبادرة هي: تدريب أطباء المشروع وتأهيلهم؛ وفحص العمال وإحالتهم؛ وخدمات الطب النفسي والدعم في عيادة الصحة النفسية المخصّصة للعاملين في اللجنة العليا؛ وتوعية العمال ومجموعة مختارة من المهنيين المختصين في الدعم الثانوي. وتم فحص أكثر من 8,010 عمال حتى الآن.

ولزيادة دعم رفاهة العمال، أقامت اللجنة شراكة مع معهد البحوث الاجتماعية والاقتصادية لإجراء مسح سنوي للعمال المستقلين. ويوفر هذا المسح للعمال منبرا لإبداء ملاحظاتهم بشأن المسائل الرئيسية التي تؤثر في حياتهم في دولة قطر، وفي مشاريع اللجنة العليا. وأجريت ثلاث دورات من هذا المسح، وتشير النتائج إلى مستوى عالٍ من رضا العمال عن تجربتهم في العمل في مشاريع اللجنة العليا.

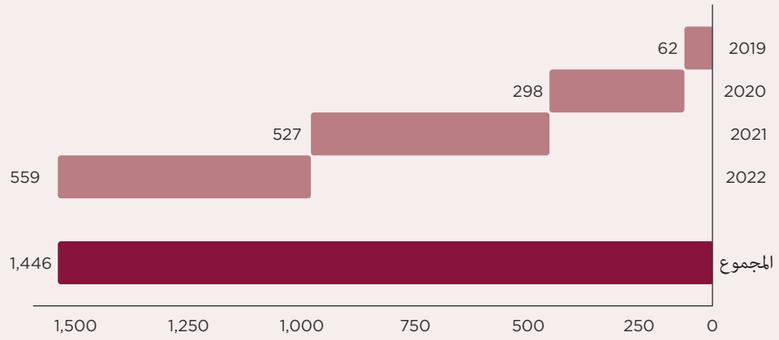
المصدر: اللجنة العليا للمشاريع والإرث.[110]

دراسة الحالة السابعة: كوفيد-19 ودعم الصحة النفسية

بالنسبة للعديد من العمال الحرفيين واليدويين، تقف وصمة العار المحيطة بالمرض النفسي حاجزًا أمام الحصول على الدعم، وهو ما يزيد من عبء احتياجات فئة العمال الحرفيين واليدويين التي لم تلبّ. وزاد الأمر سوءًا بسبب جائحة كوفيد-19. [111]

ولتلبية هذه الاحتياجات، قُدّمت خدمات ومبادرات جديدة في قطر، منها: الوصول إلى خط المساعدة الوطني للصحة النفسية؛ والفحص المحدّد الأهداف للعمال الحرفيين واليدويين؛ وتوفير العلاج للأمراض النفسية الشائعة؛ وفتح عيادات متخصّصة ومخصّصة داخل مرافق مؤسسة حمد الطبية. وفي سنة 2018، أطلق مستشفى حزم مبيريك العام سلسلة من خدمات الصحة النفسية المتخصّصة والمتكاملة. ويستخدم العمال الحرفيون واليدويون هذه الخدمات بمعدلات متزايدة كلّ سنة (انظر الشكل 12).[112] وقد يزيد كون هذه الخدمات تقع داخل مستشفى عام، بدلا من مرافق الطب النفسي، من احتمال وصول العمال الحرفيين واليدويين إليها.

الشكل 12. المرضى الذين تلقوا العلاج من خلال خدمات الصحة النفسية المتخصّصة



المصدر: خدمة الصحة النفسية بمؤسسة حمد الطبية، بيانات سيرنر.[113]

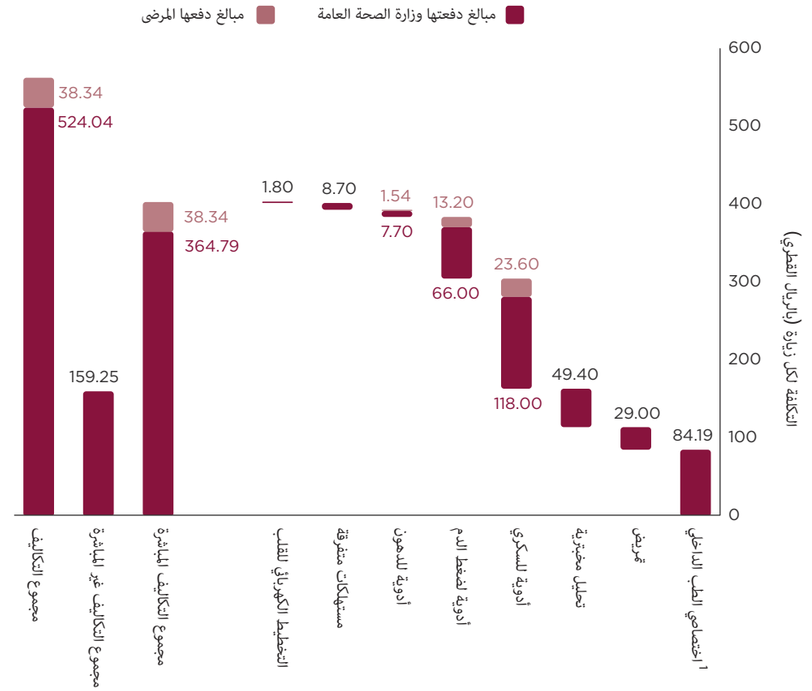
تكلفة العلاج

تُوفَّر تكاليف جميع أشكال الرعاية الشديدة والطارئة في قطر مجانًا، وتتحملها الحكومة بالكامل. وحتى ذوو الإصابات الأشدّ خطورة يعالجون بالكامل، بصرف النظر عن جنسيتهم.

وتتكبّد دولة قطر تكاليف كبيرة بسبب إصابات العمل: فمن سنة 2011 إلى سنة 2017، أُنفق ما يقرب من 125 مليون دولار (نحو 455 مليون ريال قطري) على تكاليف الرعاية الصحية المباشرة لعلاج إصابات العمل، وهو ما يناهز ضعف التكاليف الطبية المباشرة السنوية لسرطان الثدي والقولون مجتمعَين في سنة 2019. [114] واستأثرت التكاليف المرتبطة بحالات السقوط بما يقرب من 44% من التكلفة الإجمالية 7.8 مليون دولار سنويًا، بمتوسط تكلفة مقداره 15,735 دولارًا لكلّ مريض.[115] وأفادت دراسة سابقة أنّ التكلفة الإجمالية المرتبطة بحالات السقوط في مكان العمل بلغت 4.4 مليون دولار سنويًا في قطر، بتكلفة متوسطة مقدارها 31,271 دولارًا لكل مريض سنويًا في الفترة 2007/2008. [116]

وإضافة إلى تكاليف علاج إصابات العمل، ارتبطت تكاليف كبيرة بعلاجات الأمراض غير المعدية لدى العمال الحرفيين واليدويين (انظر الشكل 13).

الشكل 13. تكلفة إدارة وعلاج الأمراض غير المعدية لكلّ زيارة يقوم بها المرضى (بالريال القطري) *



* زيارات المرضى مرة كل شهرين تقريبا.

المصدر: جمعية الهلال الأحمر القطري (2022)[117]؛ وزارة العمل (2022).[118]

ويُقدر متوسط الدخل الشهري للعمال الحرفيين واليدويين في قطر بـ 1,150 ريالا قطريا، بدخل يومي مقداره 37.81 ريالا قطريا.[119] ومن ثمّ، فإن تكلفة الأدوية التي يتكبدها المرضى الذين يعانون من الأمراض غير المعدية الثلاثة جميعها هي 38.34 ريالا قطريا، أي ما يزيد قليلاً عن أجر يوم واحد. ويستأثر مرض السكري وحده بنسبة 62% من الأجر اليومي، وارتفاع ضغط الدم بنسبة 35% من الأجر اليومي، واختلال نسبة الدهون في الدم بنسبة 4% من الأجر اليومي.

الخاتمة

حسّنت دولة قطر، على مدى السنوات العشر الماضية، صحة ورفاهة سكانها من العمال الحرفيين واليدويين. بيد أنّه لا يزال هناك الكثير من العمل الذي يتعين القيام به. واستنادا إلى التوصيات الواردة في التقرير عن تحسين صحة العمال غير المتزوجين في قطر[120] والمبادرات الناجحة التي تقودها اللجنة العليا للمشاريع والإرث، وصناع السياسات، وأصحاب العمل والشركات، ومقدّمو خدمات الرعاية الصحية، ينبغي مواصلة التركيز على المجالات التالية لتحسين صحة العمال الحرفيين واليدويين ورفاهتهم في قطر:

تعزيز السياسات واللوائح الوطنية وإنفاذها

- **وضع استراتيجية وطنية خاصة بالعمال الحرفيين واليدويين تركّز على المريض وتكفل جودة الرعاية الصحية والوصول إليها على قدم المساواة مع بقية السكان.** وهذا مهمٌّ بوجه خاصٍّ على ضوء القانون الجديد المتعلقة بالتأمين الصحي الخاص وما يحتمل أن يكون له من وقع على جودة الرعاية الصحية وفرص الحصول عليها. وينبغي أن ترصد تنفيذ هذه الاستراتيجية وتشرف عليها عن كثب إدارةٌ منشأةٌ حديثًا ومخصّصة مسؤولة عن صحة العمال الحرفيين واليدويين.

- **زيادة إنفاذ التزامات أصحاب العمل ومتطلبات قانون العمل القطري حرصًا على استفادة العمال الاستفادة الكاملة من قوانين العمل في دولة قطر،** والسياسة الوطنية في مجال الصحة والسلامة المهنيتين، والتزامات أصحاب العمل. فعلى سبيل المثال، يجب أن يكون الوصول إلى البطاقات الصحية إلزاميًا، ويجب أن يتحمل أصحاب العمل مسؤولية التأخر غير المعقول في إصدار البطاقات الصحية للعمال. ويمكن أن تستهدف حملات التفتيش المحدّدة الأهداف أولوياتِ الصحة والسلامة المهنيتين، مثل الإجهاد الحراري، والسقوط من المرتفعات، وضرورة إخطار السلطات بالحوادث. ويجب على المنظمات التي تنفّذ مشاريع كبيرة الحجم أيضًا أن تضع معايير أو متطلبات ملزمة تعاقديًا للصحة والسلامة لمقاوليها.

- **فرض ملابس عمل مبرّدة وواقية ومناسبة لضمان معيار أساسي للملابس يجب أن يتبعه جميع المقاولين الذين يشغّلون العمال تحت أشعة الشمس مباشرة والبيئات الحارة.** وينبغي أن يتضمن هذا المعيار سترات العمل ذات خصائص التبريد، مثل السترة التي طوّرتها اللجنة العليا للمشاريع والإرث.

تعزيز الخدمات والدعم في مجال الرعاية الصحية

- **تنفيذ الفحص الصحي المحسّن والشامل للعمال الجدد في مراكز تأشيرة دولة قطر**، بناءً على الفحص الصحي الشامل للجنة العليا للمشاريع والإرث. وسيكفل توسيع نطاق عملية الفحص الحالية لتشمل وجود الأمراض غير المعدية أو احتمال الإصابة بها تلقّي العمال الذين يعانون من هذه الأمراض علاجا فوريا وعدم تعرضهم لأمراض يحتمل أن تضر بصحتهم. وبخصوص المستقبل، يتجه العديد من البلدان، ومنها قطر، نحو الطب الشخصي، أو الطب الدقيق، باعتباره نموذجا لتكييف العلاج لكي يناسب احتياجات المواطنين لتحقيق أفضل النتائج الصحية، بناءً على خصائص المجموعات، ومنها البيانات السريرية التفصيلية، ودراسة الجينوم، ودراسة البروتيوم، ودراسة الاستقلاب. ولئن كان هذا النهج لم يطبّق على العمال الوافدين، فإنّ ثمّة مشروعًا واسع النطاق في قطر يقود تطبيق هذا النهج على العمال الحرفيين واليدويين ويمكن أن يكون جديرًا بتوسيع نطاقه.

- **إنشاء نظام مركزي للسجلات الطبية الإلكترونية للعمال الحرفيين واليدويين لتحسين فرص وصول العيادات والمستشفيات** إلى السجل الطبي للمرضى. ويمكن أن يوفر الاستخدام الفعال معلوماتٍ أكثرَ دقة تحسّن فعالية العلاج. ويمكن الاستعانة بالسجل الطبي الإلكتروني للجنة العليا باعتباره نموذجا أو يمكن توسيع نطاقه لهذا الغرض.

- **الاستثمار في مسارات مخصّصة للمرضى من العمال الحرفيين واليدويين لإزالة العوائق التي تحول دون حصولهم على الرعاية الصحية.** وينبغي أن تتضمن مسارات الرعاية ذات الأولوية المسارات الخاصة برعاية القلب والصحة النفسية.

زيادة التواصل مع العمال الحرفيين واليدويين

توسيع نطاق حملات التثقيف في مجال الصحة والسلامة المهنيتين ومواصلتها، لإعطاء الأولوية لما يلي:

- المبادرات التي تشحذ وعي العمال وأصحاب العمل بتحديات الصحة النفسية وتزيل وصمة العار.
- خصوصية العمال لضمان شعورهم بالأمان لمتابعة التشخيص والعلاج دون خوف من فقدان الوظيفة.
- نشر الوعي بالمبادرات الصحية الوطنية المجانية، مثل خط المساعدة للصحة النفسية، لمعالجة التصورات المتعلقة بتكلفة الرعاية.
- تنفيذ حملات توعية صحية لتعزيز السلامة والرفاهة في أوساط العاملين، ولا سيما استهداف الإصابات المهنية، وكذلك محو الأمية الصحية عموما.
- تمكين العمال من التبليغ عن الانتهاكات.

تعزيز جمع البيانات والبحث

- **إنشاء وحدة صحية خاصة بالعمال الحرفيين واليدويين على مستوى البلد لمراقبة الحصول على الرعاية الصحية والنتائج الصحية.** وينبغي أن تنشئ هذه الوحدة قاعدةَ بيانات وطنية خاصة بصحة العاملين الحرفيين واليدويين لتتبع النتائج، ورصد المحدّدات الاجتماعية للصحة والرفاهة، وإصدار تقرير سنوي عن صحة العاملين الحرفيين واليدويين.

- **تعزيز جمع البيانات وتحليلها للاسترشاد بها في إعداد السياسات دعما لأهداف الرعاية الصحية.** وينبغي أن يشمل ذلك تنسيق البيانات بين مختلف المؤسسات، والتواصل مع العمال وأصحاب العمل. وينبغي أيضا أن تتناول الحلول العدد الكبير من شهادات الوفاة، مع تحديد سبب الوفاة: "السكتة القلبية"، أو "الأسباب الطبيعية"، وتحسين التحقيقات في أسباب الوفاة.

- **إنشاء مركز تعاوني إقليمي (على مستوى دول مجلس التعاون الخليجي) لتبادل البيانات والمعلومات** ووضع خطط لتحسين صحة العمال الوافدين في المنطقة.

ولئن كانت هذه التوصيات بعيدة كلّ البعد عن أن تكون حلاً شاملاً، فإننا نأمل أن تقدّم إجراءات تفيد دولة قطر في مواصلة تحسين صحة العمال الحرفيين واليدويين ورفاهتهم.

القسم الثالث الخلاصة والتوصيات

إن من واجب الحكومات وأصحاب العمل ضمان صحة ورفاهة القوى العاملة الدولية المهاجرة. وفي حين يختلف السياق باختلاف البلدان والمناطق – وسياسات الاستجابة المستهدفة ضرورية على المستويين المحلي والوطني - هناك عدد من الخطوات التي يمكن للحكومات وصانعي السياسات والباحثين ودوائر الصناعة اتخاذها بكيفية جماعية لتناول القضايا الصحية التي تواجه العمال المهاجرين. ونحثّ الجهات المعنية على اتخاذ تدابير سريعة تكفل حماية صحة ورفاهة هذه القوة العاملة الأساسية.

- **الالتزام بمجموعة عالمية من المعايير الدنيا والسياسات الصحية للعمال المهاجرين الدوليين.**
هناك حاجة إلى "إطار صحي" حكومي دولي ذي توجّه عالمي لتوفير التوجيه والبنية التحتية في ممرات الهجرة الرئيسية. وينبغي أن يُلزم هذا الإطار جهات التوظيف، والدول المرسِلة، وأصحاب العمل، والدول المستقبِلة بالالتزامات الصحية للعمال المهاجرين المؤقتين. وينبغي أن تدوّن الحكومات المستقبِلة هذا الإطار في قانون وطني وأن تحرص على وجود الموارد المناسبة لتنفيذ هذا القانون وإنفاذه.

- **اتخاذ تدابير لزيادة تمكين العمال ودعمهم لتولّي زمام صحتهم ورفاهتهم.**
حدّدت هذه الورقة الكثير من التحدّيات المتعلقة بتوعية العمال المهاجرين بالحقّ في ظروف عمل آمنة وخدمات الرعاية الصحية. ومع ذلك، يجب أن نواصل البحث عن طرق مبتكرة لإعلام القوى العاملة وتمكينها من فهم حقوقها ومستحقاتها، والشعور بالدعم للتحدث عندما لا تلبّى احتياجاتها، والحصول على خدمات رعاية صحية مناسبة وبأسعار معقولة. ويجب أن يبذل صانعو السياسات والباحثون جهودا متضافرة للتواصل بشكل مباشر أكثر مع العمال ذوي الأجور المنخفضة لفهم احتياجاتهم وتكييف البرامج والمواد لتلبية هذه الاحتياجات بالتركيز على المستخدِمين.

- **تحسين جمع البيانات وتبادل المعارف في مختلف البلدان والصناعات بإنشاء مركز تعاونيّ دوليّ لتشجيع اعتماد الممارسات الفضلى.**
نكرّر دعوات المنظمات الأخرى للبناء على الأبحاث الحالية المتعلقة بصحة العمال المهاجرين ورفاهتهم. ومن طرق معالجة هذه المشكلة إنشاء مركز تعاونيّ دوليّ لتجميع البيانات عن هذه الفئة من السكان وتقاسمها. ويمكن لكيان من هذا القبيل – ينبغي أن تكون الجهات المعنية الرئيسية ممثلة فيه وأن تموّله من خلال الحكومات، والمنظمات غير الحكومية، والصناعة، والأوساط الأكاديمية - أن يعمل على تحديد المقاييس والأساليب المشتركة لقياس ومقارنة الأداء في مختلف البلدان. ويجب أن يتوسع نطاق البحث ليشمل صحة العمال المهاجرين قبل الهجرة وأثناءها وبعدها ابتغاء تحديد أكثر مراحل التدخل فعالية والتدخلات والبرامج الأكثر فعالية. والأهم من ذلك، يجب أن يشمل هذا البحث أصوات العمال المهاجرين أنفسهم، وأن يحرص على تضمين آرائهم في تصميم وتنفيذ التدخلات التي تهدف إلى تحسين الصحة.

شكر وتقدير

شارك في رئاسة المجلس الاستشاري للمنتدى لإعداد هذا التقرير كلّ من:

- **البروفيسور محمد المعاضيد**، كلية لندن الجامعية
- **الدكتورة أورسولا ترامر**، مركز الصحة والهجرة

ونقدّم خالص الشكر لأعضاء المجلس الاستشاري لمنتدى مؤتمر القمة العالمي للابتكار في الرعاية الصحية لسنة 2022 حول رفاهة العمال المهاجرين، الذين ساهموا بآرائهم الفريدة في هذا البحث:

- **الدكتور عبد اللّه الأنصاري**، مؤسسة حمد الطبية، قطر
- **البروفيسورة كلثم الغانم**، جامعة قطر، قطر
- **الدكتور صالح المري**، وزارة الصحة العامة، قطر
- **السيدة زهرة بابار**، جامعة جورجتاون قطر، قطر
- **البروفيسور السير مارك كوفيلد**، جينومكس إنجلترا، المملكة المتحدة
- **البروفسور رجائي راي جريديني**، مركز دراسات التشريع الإسلامي والأخلاق، جامعة حمد بن خليفة، قطر
- **البروفسورة فيديا محمد علي**، كلية لندن الجامعية، المملكة المتحدة
- **السيد محمود قطب**، اللجنة العليا للمشاريع والإرث، قطر
- **السيد ماكس تونيون**، مكتب منظمة العمل الدولية، الدوحة، قطر

ونعرب أيضا عن شكرنا للمساهمات التي قدّمتها لهذا التقرير:

- **سلطانة أفضل**، مؤتمر القمة العالمي للابتكار في الرعاية الصحية، قطر
- **الدكتورة أسماء النعيمي**، وزارة الصحة العامة، قطر
- **لاليتا باجافاتيسواران**، المجلة الطبية البريطانية، المملكة المتحدة
- **ميشيلا مارتيني**، المنظمة الدولية للهجرة، كينيا
- **الدكتور بول سيمبسون**، المجلة الطبية البريطانية، المملكة المتحدة
- **ديدي طومسون**، مؤتمر القمة العالمي للابتكار في الرعاية الصحية، المملكة المتحدة

إن المؤلفين وحدهم مسؤولون عن الآراء الواردة في هذا التقرير، ولا يمثلون بالضرورة آراء المؤسسات التي ينتمون إليها، أو قراراتها، أو سياساتها. ويتحمّل المؤلفون مسؤولية أيّ خطأ أو سهو.
قدّمت BMJ Partnerships الدعم التحريري التنظيمي والفني للقسم الأول من هذا التقرير.

المراجع

1. International Labor Organization. *Global estimates on international migrant workers: Results and methodology – Third edition*. Geneva: International Labor Organization; 2021.
2. International Labor Organization. *Global estimates on international migrant workers: Results and methodology – Third edition*. Geneva: International Labor Organization; 2021.
3. Grover A. *Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health. Human Rights Council, Twenty-third session, agenda item 3*. New York: United Nations General Assembly; 2013. Available at: https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session23/A_HRC_23_41_ENG.pdf [Accessed 1 August 2022].
4. The Migration Health and Development Research Initiative. Available at: https://mhadri.org [Accessed 1 August 2022].
5. International Labor Organization. *Global estimates on international migrant workers: Results and methodology – Third edition*. Geneva: International Labor Organization; 2021.
6. Orrenius PM, Zavodny M. Do immigrants work in riskier jobs? *Demography*. 2009; 46(3), 535–551.
7. Cremers J. *Construction labour, mobility and non-standard employment*. Brussels: The European Trade Union Institute. 2020. Available at: https://www.etui.org/topics/health-safety-working-conditions/hesamag/construction-workers-at-the-mercy-of-social-dumping/construction-labour-mobility-and-non-standard-employment [Accessed 9 June 2022].
8. World Health Organization. Protecting workers' health. 2017. Available at: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/protecting-workers'-health [Accessed 9 June 2022].
9. Buckley M et al. *Migrant work and employment in the construction sector*. Geneva: International Labour Office; 2016.
10. Soe KT et al. Prevalence and risk factors of musculoskeletal disorders among Myanmar migrant workers in Thai seafood industries. *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics*. 2015; 21(4), 539–546.
11. Tomita S et al. Prevalence and risk factors of low back pain among Thai and Myanmar migrant seafood processing factory workers in Samut Sakorn Province, Thailand. *Industrial Health*. 2010; 48(3), 283–291.
12. Joshi S et al. Health problems of Nepalese migrants working in three Gulf countries. *BMC International Health and Human Rights*. 2011; 11, 3.
13. Hargreaves S et al. Occupational health outcomes among international migrant workers: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Global Health*. 2019; 7(7), e872–e882.

14. Shields-Zeeman L, Smit F. The impact of income on mental health. *The Lancet Public Health*. 2022; 7(6), 486–487.

15. Onarheim KH. Health and social needs of migrant construction workers for big sporting events. *BMJ Clinical Research*. 2021; 374, n1591.

16. Al-Maskari F et al. Prevalence of depression and suicidal behaviors among male migrant workers in United Arab Emirates. *Journal of Immigrant and Minority Health*. 2011; 13(6), 1027–1032.

17. Alhamidi SA, Alyousef SM. Health literacy of migrant workers in Saudi Arabia: A cross-sectional survey. *World Family Medicine*. 2022; 20(7), 67–74.

18. Buckley M et al. *Migrant work and employment in the construction sector*. Geneva: International Labour Office; 2016.

19. Trummer U et al. Economics in migrant health: Migrant-sensitive service improvement as a driver for cost savings in health care? In Galea S et al (eds) *Migration and Health*. Chicago: University of Chicago Press; forthcoming.

20. Bener A. Health status and working condition of migrant workers: Major public health problems. *International Journal of Preventive Medicine*. 2017; 8, 68.

21. Wickramage K et al. Migration and health: A global public health research priority. *BMC Public Health*. 2018; 987, 18.

22. Wickramage K et al. Migration and health: A global public health research priority. *BMC Public Health*. 2018; 987, 18.

23. Office of the High Commissioner for Human Rights. Global compact for safe, orderly and regular migration. Available at: https://www.ohchr.org/en/migration/global-compact-safe-orderly-and-regular-migration-gcm [Accessed 31 July 2022].

24. African Union. African Union launches a new program on migration and health. 2020. Available at: https://au.int/en/pressreleases/20200723/african-union-launches-new-program-migration-and-health [Accessed 31 July 2022].

25. African Union. *Migration and health: Addressing current health challenges of migrants and refugees in Africa – From policy to practice*. Addis Ababa: Division of Labour, Employment and Migration; 2021.

26. African Union. *Migration policy framework for Africa and plan of action (2018–2030)*. Addis Ababa: African Union Commission; 2018. Available at: https://au.int/sites/default/files/documents/35956-doc-au-mpfa-executive-summary-eng.pdf [Accessed 22 August 2022].

27. Trummer U et al. *Migrants and healthcare: Social and economic approaches*. Singapore: Asia-Europe Foundation; 2014.

28. Trummer U et al. *Migrants and healthcare: Social and economic approaches*. Singapore: Asia-Europe Foundation; 2014.

29. Trummer U, Krajic K. *Migrant friendly hospitals: Organisations learn sensitivity for differences*. Malmö: Malmö University; 2007.

30. European Commission Directorate General for Health and Consumers. *The Amsterdam Declaration – Towards Migrant-Friendly Hospitals in an ethno-culturally diverse Europe*. Brussels: European Commission Directorate General for Health and Consumers, 2005. Available at: https://ec.europa.eu/health/ph_projects/2002/promotion/fp_promotion_2002_annex7_14_en.pdf [Accessed 22 August 2022].

31. Ministry of Manpower. New taskforce to enhance mental health care support for migrant workers. Available at: https://www.mom.gov.sg/newsroom/press-releases/2020/1106-new-taskforce-to-enhance-mental-health-care-support-for-migrant-workers [Accessed 31 July 2022].

32. Awang N. Stressbusters: Meet the migrant workers trained to spot signs of distress in their community. Available at: https://www.todayonline.com/singapore/stressbusters-meet-migrant-workers-trained-spot-signs-distress-their-community-1824601 [Accessed 31 July 2022].

33. Regional Office for East and Horn of Africa. Regional ministerial forum on migration for East and Horn of Africa. Available at: https://eastandhornofafrica.iom.int/regional-ministerial-forum-migration-east-and-horn-africa-rmfm [Accessed 31 July 2022].

34. International Organization for Migration. Communique: Regional Ministerial Forum on Harmonizing Labour Migration Policies in East and Horn of Africa: A united approach on safe, regular and humane labour migration. Available at: https://www.iom.int/sites/g/files/tmzbdl486/files/2021-09/ENG SIGNED COMMUNIQUE HLMM JAN 21 2020.pdf [Accessed 22 August 2022].

35. Onarheim KH. Health and social needs of migrant construction workers for big sporting events. *BMJ Clinical Research*. 2021; 374, n1591.

36. Central Intelligence Agency. The World Factbook. Middle East: Qatar; 2022. Available at: https://www.cia.gov/the-world-factbook/countries/qatar [Accessed 22 August 2022].

37. Planning and Statistics Authority. Population and social statistics. State of Qatar. 2019. Available at: https://www.psa.gov.qa/en/statistics/Statistical%20Releases/Population/Population/2019/Population_social_1_2019_AE.pdf [Accessed 31 July 2022].

38. Planning and Statistics Authority. Labor force sample survey 2020. State of Qatar. 2020. Available at: https://www.psa.gov.qa/en/statistics/Statistical%20Releases/Social/LaborForce/2020/statistical_analysis_labor_force_2020_EN.pdf [Accessed 31 July 2022].

39. Planning and Statistics Authority. Labor force sample survey 2020. State of Qatar. 2020. Available at: https://www.psa.gov.qa/en/statistics/Statistical%20Releases/Social/LaborForce/2020/statistical_analysis_labor_force_2020_EN.pdf [Accessed 31 July 2022].

40. De Bel-Air F. Demography, migration, and labour market in Qatar. 2018. Available at: https://www.researchgate.net/publication/323129801_Demography_Migration_and_Labour_Market_in_Qatar-_UPDATED_June_2017 [Accessed 31 July 2022].

41. World Health Organization. Country Cooperation Strategy at a Glance: Qatar. 2018. Available at: https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1139345/retrieve [Accessed 31 July 2022].

42. Goodman A. The development of the Qatar healthcare system: A review of the literature. *International Journal of Clinical Medicine*. 2015; 6(3), 177–185.

43. Qatar Ministry of Public Health. 2018. National health strategy: 2018–2022. Available at: https://www.moph.gov.qa/english/strategies/National-Health-Strategy-2018-2022/Pages/default.aspx [Accessed 31 July 2022].

44. Qatar Ministry of Public Health. 2018. National health strategy: 2018–2022. Available at: https://www.moph.gov.qa/english/strategies/National-Health-Strategy-2018-2022/Pages/default.aspx [Accessed 31 July 2022].

45. Qatar Ministry of Public Health. 2011. National health strategy: 2011–2016. Available at: https://extranet.who.int/nutrition/gina/sites/default/filesstore/QAT%202011%20National%20Health%20Strategy.pdf [Accessed 31 July 2022].

46. Qatar Visa Center. Frequently asked questions. Available at: https://www.qatarvisacenter.com/cnt/faq [Accessed 31 July 2022].

47. Higham E et al. New mandatory health insurance system introduced in Qatar. Clyde & Co. 2021. Available at: https://www.clydeco.com/en/insights/2021/12/new-mandatory-health-insurance-system-introduced-i [Accessed 31 July 2022].

48. Personal communication from QRSA, August 2022.

49. International Labour Organization. Qatar's ministerial decision on heat stress. 2021. Available at: https://www.ilo.org/beirut/countries/qatar/labinsp-osh/WCMS_794551/lang--en/index.htm [Accessed 15 August 2022].

50. Personal correspondence from the Supreme Committee for Delivery & Legacy, August 2022.

51. Qatar Red Crescent Society. Workers health centers. 2022. Available at: https://www.qrcs.org.qa/en/pages/healthcenters.aspx [Accessed 1 August 2022].

52. Qatar Red Crescent Society. Workers health centers. 2022. Available at: https://www.qrcs.org.qa/en/pages/healthcenters.aspx [Accessed 1 August 2022].

53. Latoo J et al. Development of mental health services for lower-skilled migrant workers in Qatar. *Asian Journal of Psychiatry*. 2021; 62, 102709.

54. Al-Harahsheh S et al. *Improving single male laborers' health in Qatar*. Qatar: Georgetown University; 2019. Available at: https://ssrn.com/abstract=3486167 [Accessed 15 August 2022].

55. Al-Harahsheh S et al. *Improving single male laborers' health in Qatar*. Qatar: Georgetown University; 2019. Available at: https://ssrn.com/abstract=3486167 [Accessed 15 August 2022].

56. Personal correspondence from the Supreme Committee for Delivery & Legacy, August 2022.

57. Bener A et al. Trends and characteristics of head and neck injury from falls: A hospital based study, Qatar. *Sultan Qaboos University Medical Journal*. 2011; 11(2), 244–251.

58. Tuma MA et al. Epidemiology of workplace-related fall from height and cost of trauma care in Qatar. *International Journal of Critical Illness and Injury Science*. 2013; 3(1), 3–7.

59. Al-Thani H et al. Workplace-related traumatic injuries: Insights from a rapidly developing Middle Eastern country. *Journal of Environmental and Public Health*. 2014; 2014, 430832.

60. Mekkodathil A et al. Epidemiological and clinical characteristics of fall-related injuries: A retrospective study. *BMC Public Health*. 2020; 20(1), 1186.

61. Consunji RJ et al. Occupational safety and work-related injury control efforts in Qatar: Lessons learned from a rapidly developing economy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020; 17(18), 6906.

62. Consunji RJ et al. Direct healthcare costs of moderate and severe work-related injuries: Estimates from the National Trauma Center of Qatar. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022; 19(3), 1609.

63. Pradhan B et al. Heat stress impacts on cardiac mortality in Nepali migrant workers in Qatar. *Cardiology*. 2019; 143(1), 37–48.

64. Al-Hatimy F et al. A retrospective study of non-communicable diseases amongst blue-collar migrant workers in Qatar. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022; 19(4), 2266.

65. Shah AD et al. Type 2 diabetes and incidence of cardiovascular diseases: A cohort study in 1.9 million people. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*. 2015; 3(2), 105–113.

66. Ewers MC et al. Migrant worker wellbeing and its determinants: The case of Qatar. *Social Indicators Research*. 2020; 152(2), 137–163.

67. Prabhakaran D et al. The changing patterns of cardiovascular diseases and their risk factors in the states of India: The Global Burden of Disease Study 1990–2016. *The Lancet Global Health*. 2018; 6(12), 1339–1351.

68. Amnesty International. *The dark side of migration: Spotlight on Qatar's construction sector ahead of the World Cup*. London: Amnesty International; 2013.

69. International Trade Union Confederation. *The case against Qatar, host of FIFA 2022 World Cup*. Brussels: International Trade Union Confederation; 2014.

70. Devi S. Concerns over mistreatment of migrant workers in Qatar. *The Lancet*. 2014; 383(9930), 1709.

71. Bener A et al. Trends and characteristics of injuries in the state of Qatar: hospital-based study. *International Journal of Injury Control and Safety Promotion*. 2012; 19(4), 368372.

72. Al-Thani H et al. Epidemiology of occupational injuries by nationality in Qatar: Evidence for focused occupational safety programmes. *Injury*. 2015; 46(9), 1806–1813.

73. Mehmood A et al. Work related injuries in Qatar: A framework for prevention and control. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*. 2018; 13(1), 29.

74. Consunji RJ et al. Occupational safety and work-related injury control efforts in Qatar: Lessons learned from a rapidly developing economy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020; 17(18), 6906.

75. Consunji RJ et al. Direct healthcare costs of moderate and severe work-related injuries: Estimates from the National Trauma Center of Qatar. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022; 19(3), 1609.

76. Consunji RJ et al. Epidemiologic and temporal trends of work-related injuries in expatriate workers in a high-income rapidly developing country: Evidence for preventive programs. In Bernatik A et al. (eds) *Prevention of Accidents at Work*. Prague: Taylor and Francis Group; 2017. pp. 55–59.

77. Bener A. Health status and working condition of migrant workers: Major public health problems. *International Journal of Preventive Medicine*. 2017; 8, 68.

78. Tuma MA et al. Epidemiology of workplace-related fall from height and cost of trauma care in Qatar. *International Journal of Critical Illness and Injury Science*. 2013; 3(1), 3–7.

79. Consunji RJ et al. Epidemiologic and temporal trends of work-related injuries in expatriate workers in a high-income rapidly developing country: Evidence for preventive programs. In Bernatik A et al (eds) *Prevention of Accidents at Work*. Prague: Taylor and Francis Group; 2017.

80. Qatar Voluntary National Review 2021. Report on the implementation of the 2030 Agenda for Sustainable Development. Authority on Planning and Statistics. 2021. Available at: https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/280362021_VNR_Report_Qatar_English.pdf [Accessed 15 August 2022].

81. International Labour Organization. *One is too many: The collection and analysis of data on occupational injuries in Qatar*. Geneva: International Labour Organization; 2021. Available at: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---arabstates/---ro-beirut/---ilo-qatar/documents/publication/wcms_828395.pdf [Accessed 15 August 2022].

82. International Labour Organization. *One is too many: The collection and analysis of data on occupational injuries in Qatar*. Geneva: International Labour Organization; 2021. Available at: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---arabstates/---ro-beirut/---ilo-qatar/documents/publication/wcms_828395.pdf [Accessed 15 August 2022].

83. International Labour Organization. *One is too many: The collection and analysis of data on occupational injuries in Qatar*. Geneva: International Labour Organization; 2021. Available at: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---arabstates/---ro-beirut/---ilo-qatar/documents/publication/wcms_828395.pdf [Accessed 15 August 2022].

84. Central Intelligence Agency. The World Factbook. Langley: Central Intelligence Agency; 2022. Available at: https://www.cia.gov/the-world-factbook/countries/qatar [Accessed 22 August 2022].

85. Cremers J. Construction labour, mobility and non-standard employment. Brussels: European Trade Union Institute. 2016. Available at: https://www.etui.org/topics/health-safety-working-conditions/hesamag/construction-workers-at-the-mercy-of-social-dumping/construction-labour-mobility-and-non-standard-employment [Accessed 9 June 2022].

86. Health and Safety Executive. Health and safety at work: Summary statistics for Great Britain 2021. London: Health and Safety Executive. 2021. Available at: https://www.hse.gov.uk/statistics/overall/hssh2021.pdf [Accessed 9 June 2022].

87. United States Bureau of Labor Statistics. National Census of Fatal Occupational Injuries in 2020. Washington, DC: United States Bureau of Labor Statistics. 2020. Available at: https://www.bls.gov/news.release/pdf/cfoi.pdf [Accessed 9 June 2022].

88. Mirkowski J. The world's most dangerous countries for workers. 2021. Available at: https://www.arinite.co.uk/the-worlds-most-dangerous-countries-for-workers [Accessed 9 June 2022].

89. International Labour Organization. *One is too many: The collection and analysis of data on occupational injuries in Qatar*. Geneva: International Labour Organization; 2021. Available at: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---arabstates/---ro-beirut/---ilo-qatar/documents/publication/wcms_828395.pdf [Accessed 15 August 2022].

90. Consunji RJ et al. Direct healthcare costs of moderate and severe work-related injuries: Estimates from the National Trauma Center of Qatar. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022; 19(3), 1609.

91. Pradhan B et al. Heat stress impacts on cardiac mortality in Nepali migrant workers in Qatar. *Cardiology*. 2019; 143(1), 37–48.

92. Acharya P et al. Assessing heat stress and health among construction workers in a changing climate: A review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2018; 15(2), 247.

93. Pradhan B et al. Heat stress impacts on cardiac mortality in Nepali migrant workers in Qatar. *Cardiology*. 2019; 143(1), 37–48.

94. International Labour Organization. *When the safety of Nepali migrant workers fails: A review of data on the numbers and causes of the death of Nepali migrant workers*. Geneva: International Labour Organization; 2016. Available at: https://www.ilo.org/kathmandu/whatwedo/publications/WCMS_493777/lang--en/index.htm [Accessed 15 August 2022].

95. International Labour Organization. *One is too many: The collection and analysis of data on occupational injuries in Qatar*. Geneva: International Labour Organization; 2021. Available at: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---arabstates/---ro-beirut/---ilo-qatar/documents/publication/wcms_828395.pdf [Accessed 15 August 2022].

96. International Labour Organization. New legislation in Qatar provides greater protection to workers from heat stress. 2021. Available at: https://www.ilo.org/beirut/countries/qatar/WCMS_794475/lang--en/index.htm [Accessed 15 August 2022].

97. International Labour Organization. *One is too many: The collection and analysis of data on occupational injuries in Qatar*. Geneva: International Labour Organization; 2021. Available at: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---arabstates/---ro-beirut/---ilo-qatar/documents/publication/wcms_828395.pdf [Accessed 15 August 2022].

98. International Labour Organization. *Assessment of occupational heat strain and mitigation strategies in Qatar*. Geneva: International Labour Organization; 2019. Available at: https://www.ilo.org/beirut/countries/qatar/WCMS_723545/lang--en/index.htm [Accessed 15 August 2022].

99. Personal correspondence from the Supreme Committee for Delivery & Legacy, August 2022.

100. Haines A, Frumkin H. Global environmental change and noncommunicable disease risks. *Annual Review of Public Health*. 2019; 40(1), 261–282.

101. Al-Hatimy F et al. A retrospective study of non-communicable diseases amongst blue-collar migrant workers in Qatar. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022; 19(4), 2266.

102. Shah AD et al. Type 2 diabetes and incidence of cardiovascular diseases: A cohort study in 1.9 million people. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*. 2015; 3(2), 105–113.

103. Personal correspondence from HMC Admissions Department, August 2022.

104. Personal correspondence from HMC Admissions Department, August 2022.

105. Diop A et al. Welfare index of migrant workers in the Gulf: The case of Qatar. *International Migration*. 2019; 58(4).

106. Ewers MC et al. Migrant worker wellbeing and its determinants: The case of Qatar. *Social Indicators Research*. 2020; 152(2), 137–163.

107. Khaled SM, Gray R. Depression in migrant workers and nationals of Qatar: An exploratory cross-cultural study. *International Journal of Social Psychiatry*. 2019; 65(5), 354–367.

108. Kronfol Z et al. Mental health issues among migrant workers in Gulf Cooperation Council countries: Literature review and Case illustrations. *Asian Journal of Psychiatry*. 2014; 10, 109–113.

109. Al-Harahsheh S et al. *Improving single male laborers' health in Qatar*. Washington, DC: Georgetown University; 2019. Available at: https://ssrn.com/abstract=3486167 [Accessed 15 August 2022].

110. Personal correspondence from the Supreme Committee for Delivery & Legacy, August 2022.

111. Babar Z. The COVID-19 Pandemic in the GCC: Underlying Vulnerabilities for Migrant Workers. 2020. Available from: https://cirs.qatar.georgetown.edu/covid-19-pandemic-gcc-underlying-vulnerabilities-migrant-workers [Accessed 18 August 2022].

112. Latoo J et al. Development of mental health services for lower-skilled migrant workers in Qatar. *Asian Journal of Psychiatry*. 2021; 62, 102709.

113. Personal correspondence from the HMC Mental Health Service, 16 August 2022.

114. Consunji RJ et al. Direct healthcare costs of moderate and severe work-related injuries: Estimates from the National Trauma Center of Qatar. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022; 19(3), 1609.

115. Consunji RJ et al. Direct healthcare costs of moderate and severe work-related injuries: Estimates from the National Trauma Center of Qatar. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022; 19(3), 1609.

116. Tuma MA et al. Epidemiology of workplace-related fall from height and cost of trauma care in Qatar. *International Journal of Critical Illness and Injury Science*. 2013; 3(1), 3–7.

117. Personal correspondence from Qatar Red Crescent Society, August 2022.

118. Personal correspondence from Ministry of Labour, August 2022.

119. Personal correspondence from Ministry of Labour, August 2022.

120. Al-Harahsheh S et al. *Improving single male laborers' health in Qatar*. Washington, DC: Georgetown University; 2019. Available at: https://ssrn.com/abstract=3486167 [Accessed 15 August 2022].

شركاء أبحاث ويش

وزارة الصحة العامة
Ministry of Public Health
State of Qatar • دولة قطر

يُعرب "ويش" عن امتنانه للدعم الذي قدّمته وزارة الصحة العامة

AP HP INTERNATIONAL

ASPETAR سبيتار

إرثنا earthna
عضو في مؤسسة قطر
Member of Qatar Foundation

جامعة حمد بن خليفة
HAMAD BIN KHALIFA UNIVERSITY
كلية الدراسات الإسلامية
College of Islamic Studies

مؤسسة حمد الطبية
Hamad Medical Corporation
صحة • تعليم • بحوث
HEALTH • EDUCATION • RESEARCH

International Vaccine Institute

O'NEILL INSTITUTE FOR NATIONAL & GLOBAL HEALTH LAW
GEORGETOWN LAW

مؤسسة الرعاية الصحية الأولية
PRIMARY HEALTH CARE CORPORATION

جامعة قطر
QATAR UNIVERSITY

سدرة للطب
Sidra Medicine

اللجنة العليا للمشاريع والإرث
Supreme Committee for Delivery & Legacy

thebmj

UCL

THE UNIVERSITY of EDINBURGH

THE UNIVERSITY of EDINBURGH | usher institute

Weill Cornell Medicine-Qatar

World Health Organization

ISBN 978-1-91-399131-9

www.wish.org.qa