



Editorial

Gaining Accreditation of the World Federation for Medical Education; Training for Employment or License to Brain Drain?

Reida El Oakley¹  Adel Altawaty¹ Arif Al-Areibi² Moamed Saad¹

¹ The Libyan International Medical University, University Medical Centre (UMC), Kairawan St, Benghazi, Libya

² Department of Anesthesia, Western University, Canada

Libyan Int Medical Univ J 2024;9:1–4.

Exodus of medical graduates from low- and middle-income countries to high-income countries also known as “Brain Drain” is a growing global dilemma that has plagued the health industry particularly in poor countries for decades. The observed numbers of graduates migrating from Sub-Saharan African (SSA) origin to the United State alone during the years 2002, 2010, 2013, and 2016 were 7,830, 9,938, 11,787, and 12,846, respectively.¹ The total number of physicians resident in the same 34 SSA countries in 2013, as reported by the World Health Organization (WHO),^{1,2} was 11,519. Comparing the number of doctors who migrated to those who were resident in the same year shows that the health systems in those countries have lost more than 50% of its workforce, and that must represent a very serious dilemma to those fragile health systems.^{1,2} Similar challenges are encountered in retaining other skilled healthcare workers (HCWs) including nursing staff and health technologists in most low- and middle-income countries. Although the current efforts by accrediting bodies in most countries to acquire recognition by World Federation of Medical Education is a welcome step and will raise the standards of medical education all over the world, however, there are concerns regarding how will it impact the rates of migration of healthcare workforce over the coming decades.³

The root causes of this insidious “brain drain” could be summarized as follows:

1. Underestimation of healthcare system needs for human resources by most countries despite projected global shortage of 10 million HCWs to achieve Universal Health Coverage by 2030.²
2. High cost of medical training, and
3. Lack of promising career prospects, job satisfaction, and adequate financial incentives in lower-income countries. Asante et al found that low salaries, poor working conditions, and a lack of career opportunities as the main reasons for considering emigration of healthcare

professionals from Ghana.⁴ Similar findings were reported even in higher income countries including Ireland and Poland.^{4–6}

Furthermore, it is customary that graduates seek higher training in developed countries with a promise to gain new skills and experience that they can apply in treating patients in their home countries as they return. However, most of these healthcare professionals choose to stay in the host countries rather than return home. Mullan et al found that a significant proportion of medical graduates from low-income countries who were trained in the United States chose to stay even after completing their higher training.⁷ It is rather unfortunate that many of those who fail to progress up the career ladder in the hosting countries abandon their career rather than return home, a process that has been described as “Brain Waste” as the graduates often prefer to change their career path to menial non-medical jobs in order to stay in the host country for a potentially better quality of life and future prospects for their families in terms of social services, better education, healthcare, and probable better economic stability in the long run. The number of these “wasted” graduates is difficult to estimate due to lack of data on either side of the immigration borders!

To address the so called “Brain-Drain” in the healthcare sector, several potential solutions are considered; however, the main solution is to invest in healthcare systems and improve working conditions in poorer countries to create more opportunities and incentives for healthcare professionals to stay home. Recently, Bhargava and Docquier have reported that improvements in working conditions and salaries can help to reduce the likelihood of medical graduates emigrating from low-income countries.⁸ Another solution is to promote collaboration and knowledge-sharing between countries, to help build capacity and support the training and retention of healthcare professionals in donor countries. The United Nations and its organizations continue

Address for correspondence DOI <https://doi.org/10.1055/s-0044-1785191>.
Reida El Oakley, FRCS MD, University Medical Centre, Benghazi, Libya
(e-mail: eloakley@limu.edu.ly)
ISSN 2519-139X.

© 2024. The Author(s).

This is an open access article published by Thieme under the terms of the Creative Commons Attribution License, permitting unrestricted use, distribution, and reproduction so long as the original work is properly cited. (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Thieme Medical and Scientific Publishers Pvt. Ltd., A-12, 2nd Floor, Sector 2, Noida-201301 UP, India

to emphasize the need for international cooperation to address this phenomenon in the healthcare sector; the World Health Organization Global Code on International Recruitment of Health Personnel, 2015, article 3.6, stipulates that member nations “...should strive, to the extent possible, to create a sustainable health work-force and work towards establishing effective health work-force planning, education and training, and retention strategies that will reduce their need to recruit migrant health personnel....”⁹ This voluntary Global Code of Practice (GCOP) on International Recruitment of Health Personnel seeks to promote fair and ethical recruitment practices through exchange of information, cooperative arrangements, and joint efforts by source and destination countries to ensure health workforce sustainability and observe the rights and interests of individual health workers.

Since its inception in 2010, GCOP has increased awareness between member states regarding the challenges ahead and improved global data and information on international health worker mobility, yet the actual figures on immigration continue to increase at a rate of around 5% per year from SSA to the United States alone.¹⁰ Fewer WHO member states took meaningful actions beyond diplomatic acceptance of GCOP recommendations. The United States Global Health Initiative (USAID, 2021) has attempted to increase investment in healthcare education and training, improve working conditions at home, and promote collaboration between countries to address the health workforce crisis. However, by 2034, the United States is expected to face a shortfall of as many as 124,000 physicians and therefore the recruitment of the International Medical Graduates (IMGs) will continue for a long time.¹¹ Furthermore, in the United States there are now advocates calling for legislative changes to allow more non-US IMGs to come and stay. The AAMC and other groups have recently asked the Congress to expand the number of IMGs.¹²

As alluded to earlier, escalation of this dilemma is likely for the inability of National and International Measures and Agreements to curb the exodus of medical graduates from low- and middle-income countries. The prospects of better jobs, career, and economic prospects in developed countries is not all unwelcome, as it is one of the strong incentives for students to seek high-quality university qualifications to allow access to such an inviting job market. Donnelly et al reported on the concept of “higher training for employment” citing the bold attempt in the Minerva University of San Francisco to deliver high-quality higher education at half the cost of traditional universities.¹³ Adopting such an approach in the Libyan International and other WFME recognised, more cost-effective Universities could play a role in satisfying the appetite of the international market for high-quality HCWs at lower cost and is likely to expand the number of graduates and enhance employment opportunities for graduates trained in low-income countries. This notion will be further enhanced by recognition of such programs in the developing countries by the WFME.

We must reiterate that WFME accreditation primary aim is to improve the quality of health education and to support the health systems. In fact, most of the recommended reforms are

health system-based health education reforms.^{13,14} Governments must take this opportunity to improve their professional health education by aiming for WFME accreditation and to continue addressing the root causes for shortage of HCWs in poor countries. By investing in health systems, better planning of projected needs for HCWs as well as promoting collaboration between countries, it is possible to reduce the need for HCWs to cross borders purely for economical reasons. Exchange of HCWs between countries to gain more experience or acquire advanced clinical skills is to be encouraged; at the same time, initiatives to support healthcare professionals in donor countries will undoubtedly help to improve the quality of care provided to patients and reduce the burden on their colleagues who remain.

The anticipated new actions by some of the developed countries to change legislations and ease immigration rules in order to recruit more IMGs¹² will undoubtedly magnify the problem of brain drain and may need a closer look by the WHO and the United Nations.

Conflict of Interest

None declared.

References

- 1 Tankwanchi AB, Vermund SH, Perkins DD. Monitoring Sub-Saharan African physician migration and recruitment post-adoption of the WHO code of practice: temporal and geographic patterns in the United States. *PLoS One* 2015;10(04):e0124734
- 2 Scheffler RM, Cometto G, Tulenko K et al. Health workforce requirements for universal health coverage and the Sustainable Development Goals—Background paper N° 1 to the WHO Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2016
- 3 ECFMG now accepting NCFMEA as well as WFME recognition [Internet]. International Medical Education Accreditation Commission; [cited 2021 Feb 23]. Accessed February 29, 2024 at: <https://internationalmededaccred.com/ecfmf-now-accepting-ncfmea-as-well-as-wfme-recognition/>
- 4 Asante AD, Negin J, Hall J, Dewdney J. Migration of health professionals in six countries: a synthesis report. *Hum Resour Health* 2016;14(01):1–12
- 5 Gouda P, Kitt K, Evans DS, et al. Ireland's medical brain drain: migration intentions of Irish medical students. *Hum Resour Health* 2015;13:11
- 6 Krajewski-Siuda K, Szromek A, Romaniuk P, Gericke CA, Szpak A, Kaczmarek K. Emigration preferences and plans among medical students in Poland. *Hum Resour Health* 2012;10(01):8
- 7 Mullan F, Frehywot S, Omaswa F. Medical schools in sub-Saharan Africa. *Lancet* 2015;385(9984):2231–2241
- 8 Bhargava A, Docquier F. Human capital and health care in developing countries. *J Econ Surv* 2019;33(04):1049–1074
- 9 United States Agency for International Development (USAID). Global health [Internet]. USAID; 2021 [cited 2021 Sep 22]. Accessed February 29, 2024 at: <https://www.usaid.gov/global-health>
- 10 World Health Organization Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel [Internet]. World Health Organization. Accessed February 29, 2024 at: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63/A63_R16-en.pdf
- 11 IHS Markit Ltd. The Complexities of Physician Supply and Demand: Projections from 2019 to 2034. Washington, DC: AAMC; 2021
- 12 American Hospital association (AHA) senate Statement on Flatlining Care: Why Immigrants Are Crucial to Bolstering Our Health Care

Workforce. Statement of the American Hospital Association to the Subcommittee on Immigration, Citizenship, and Border Safety of the Committee on the Judiciary of the United States Senate. September 14, 2022. Accessed February 29, 2024 at: <https://www.aha.org/testimony/2022-09-14-aha-senate-statement-flat-lining-care-why-immigrants-are-crucial-bolstering-our>

- 13 Donnelly K, Rizvi S, Barber M. An avalanche is coming. Higher education and the revolution ahead. *Educational Studies* 2013; (3):152–236
- 14 Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet* 2010;376(9756):1923–1958

ملخص المقال باللغة العربية

الحصول على اعتماد الاتحاد العالمي للتعليم الطبي. التدريب من أجل التوظيف أم الترخيص لهجرة الأدمغة؟

المؤلفون: رضا العوكلي، عادل التواتي، عارف العربي، محمد سعد. الجامعة الليبية الدولية للعلوم الطبية، بريد إلكتروني: eloakley@limu.edu.ly

إن هجرة خريجي الطب من البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل إلى البلدان المرتفعة الدخل والمعروفة أيضاً باسم "هجرة الأدمغة" هي معضلة عالمية متنامية لعقود من الزمن ابتليت بها صناعة الصحة وخاصة في البلدان الفقيرة. بلغت الأعداد المسجلة للخريجين المهاجرين من بلدان أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى إلى الولايات المتحدة وحدها خلال الأعوام 2002م و2010م و2013م و2016م ما يقارب 7830 و9938 و11787 و12846 مهاجر على التوالي. بلغ إجمالي عدد الأطباء المقيمين في نفس بلدان أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى البالغ عددها 34 دولة في عام 2013م وفقاً لما ذكرته منظمة الصحة العالمية فقط 11519⁽⁸⁴⁾. وتبين هذه المقارنة بين عدد الأطباء الذين هاجروا مع المقيمين في نفس العام أن الأنظمة الصحية في تلك البلدان فقدت أكثر من 50% من قوتها العاملة، ويجب أن يمثل ذلك معضلة خطيرة للغاية لتلك الأنظمة الصحية الهشة⁽⁸⁵⁾. كما توجد تحديات مماثلة في معظم البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل في الحفاظ على العاملين المهرة الآخرين في مجال الرعاية الصحية بما في ذلك طاقم التمريض وأخصائيي التكنولوجيا الصحية. وعلى الرغم من أن الجهود الحالية التي تبذلها هيئات الاعتماد في معظم البلدان للحصول على اعتراف الاتحاد العالمي للتعليم الطبي هي خطوة مرحب بها وستؤدي إلى رفع معايير التعليم الطبي في جميع أنحاء العالم، إلا أن هناك مخاوف بشأن كيفية تأثير ذلك على معدلات هجرة القوى العاملة في مجال الرعاية الصحية خلال العقود القادمة⁽⁸⁶⁾. ويمكن تلخيص الأسباب الجذرية لهجرة الأدمغة إلى ثلاثة أسباب، أهمها التقليل من احتياجات نظام الرعاية الصحية من الموارد البشرية من قبل معظم البلدان على الرغم من النقص العالمي المتوقع بمقدار 10 ملايين من العاملين في مجال الرعاية الصحية لتحقيق التغطية الصحية الشاملة بحلول عام 2030م⁽⁸⁷⁾. والسبب الثاني هو ارتفاع تكلفة التدريب الطبي، أما السبب الثالث فيرجع إلى الافتقار إلى الآفاق الوظيفية الواعدة والرضا الوظيفي والخوفات المالية الكافية في البلدان ذات الدخل المنخفض.

ولقد أقرت أن الرواتب المنخفضة، وظروف العمل السيئة، ونقص الفرص الوظيفية هي الأسباب الرئيسية لهجرة المتخصصين في الرعاية الصحية من غانا. كما تم الإبلاغ عن نتائج مماثلة حتى في البلدان ذات الدخل المرتفع بما في ذلك أيرلندا وبولندا^(88,89).

علاوة على ذلك، من المعتاد أن يسعى الخريجون للحصول على تدريب أعلى في البلدان المتقدمة لاكتساب مهارات وخبرات جديدة يمكنهم تطبيقها في علاج المرضى في بلدانهم الأصلية عند عودتهم. ومع ذلك، يختار معظم المتخصصين في الرعاية الصحية البقاء في البلدان المضيفة بدلاً من العودة إلى ديارهم. كما وجد أن نسبة كبيرة من خريجي الطب من البلدان منخفضة الدخل الذين تدربوا في الولايات المتحدة اختاروا البقاء حتى بعد إكمال تدريبهم العالي. ومن المؤسف أن العديد من أولئك الذين يفضلون في التقدم في السلم الوظيفي في البلدان المضيفة يتخلون عن حياتهم المهنية بدلاً من العودة إلى أوطانهم، وهي عملية توصف بأنها "ضياح العقول" حيث يفضل الخريجون في كثير من الأحيان تغيير مسار حياتهم المهنية إلى وظائف من أجل البقاء في البلد المضيف من أجل نوعية حياة أفضل وآفاق مستقبلية لأسرهم من حيث الخدمات الاجتماعية والتعليم والرعاية الصحية والاستقرار الاقتصادي الأفضل على المدى الطويل. ومن الصعب تقدير عدد هؤلاء الخريجين "الضائعين" بسبب نقص البيانات المتوفرة.

ولمعالجة ما يسمى "هجرة الأدمغة" في قطاع الرعاية الصحية، تم دراسة العديد من الحلول المحتملة، ومع ذلك، فإن الحل الرئيسي هو الاستثمار في أنظمة الرعاية الصحية الوطنية وتحسين ظروف العمل في البلدان الفقيرة لخلق المزيد من الفرص والخوافز لمختصي الرعاية الصحية للبقاء في أوطانهم. وهذا ما تم كشفه في دراسة ميدانية التي بينت أن التحسينات في ظروف العمل والرواتب يمكن أن تساعد في تقليل احتمالية هجرة خريجي الطب من البلدان المنخفضة الدخل⁽⁹⁰⁾. والحل الآخر هو تعزيز التعاون وتبادل المعرفة بين البلدان للمساعدة في بناء القدرات ودعم التدريب واستبقاء المتخصصين في الرعاية الصحية في بلدانهم. وفي هذا المجال تواصل الأمم المتحدة ومنظماتها التأكيد على ضرورة التعاون الدولي لمعالجة هذه الظاهرة في قطاع الرعاية الصحية. وينص القانون العالمي لمنظمة الصحة العالمية بشأن التوظيف الدولي للعاملين في مجال الصحة، 2015، المادة 3.6، على أن الدول الأعضاء "ينبغي أن تسعى جاهدين، قدر الإمكان، إلى إنشاء قوة عمل صحية مستدامة والعمل على إنشاء تخطيط فعال للقوى العاملة الصحية والتعليم والتدريب واستراتيجيات الاحتفاظ التي من شأنها أن تقلل من حاجتهم إلى توظيف العاملين الصحيين المهاجرين". كما تسعى مدونة الممارسات العالمية الطوعية بشأن التوظيف الدولي للعاملين في مجال الصحة إلى تعزيز ممارسات التوظيف العادلة والأخلاقية من خلال تبادل المعلومات والتربيات التعاونية والجهود المشتركة من قبل بلدان المصدر والمigrant لضمان استدامة القوى العاملة الصحية ومراعاة الحقوق والمصالح. وقد عملت مدونة الممارسات العالمية منذ إنشائها في عام 2010م على زيادة الوعي بين الدول الأعضاء فيما يتعلق بالتحديات المقبلة، وتحسين البيانات والمعلومات العالمية حول تنقل العاملين الصحيين على المستوى الدولي. ومع ذلك فإن الأرقام الفعلية للهجرة تستمر في الزيادة بمعدل حوالي 5/ سنوياً من أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى إلى الولايات المتحدة وحدها⁽⁹¹⁾. كما اتخذ عدد أقل من الدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية إجراءات هادفة تتجاوز القبول الدبلوماسي لتوصيات الاتفاق العالمي. ولقد حاولت مبادرة الصحة العالمية الأمريكية (الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية، 2021م) زيادة الاستثمار في التعليم والتدريب في مجال الرعاية الصحية، وتحسين ظروف العمل، وتعزيز التعاون بين البلدان لمعالجة أزمة القوى العاملة الصحية. ومع ذلك، بحلول عام 2034م، من المتوقع أن تواجه الولايات المتحدة نقصاً يصل إلى 124000 طبيب، وبالتالي سيستمر توظيف خريجي الطب الدوليين لفترة طويلة⁽⁹²⁾. علاوة على ذلك، يوجد الآن في الولايات المتحدة مناصرون يدعون إلى تغييرات تشريعية للسماح لمزيد من خريجي الطب الدوليين من ذوي الجنسية غير الأمريكية بالبقاء، كما طلبت رابطة كليات الطب الأمريكية ومجموعات أخرى من الكونجرس مؤخراً زيادة توظيف خريجي الطب الدوليين⁽⁹³⁾.

وكما أشرنا سابقاً، فمن المرجح أن تتفاقم هذه المعضلة بسبب عدم قدرة التدابير والاتفاقيات الوطنية والدولية على الحد من هجرة خريجي الطب من البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل. وعلى الرغم من ذلك فإن توفر فرص عمل أفضل وآفاق وظيفية واقتصادية أفضل في البلدان المتقدمة ليس أمراً غير مرحب به، لأنه أحد الحوافز القوية للطلاب للحصول على مؤهلات جامعية عالية الجودة للوصول إلى سوق العمل الجذاب. تحدث دونيلي وآخرون عن مفهوم "التدريب العالي من أجل التوظيف" مشيراً إلى المحاولة الجريئة في جامعة مينيرفا في سان فرانسيسكو لتقديم تعليم عالي الجودة بنصف تكلفة الجامعات التقليدية⁽⁹⁴⁾. ويمكن توظيف هذا النهج في الدول النامية ليلعب دوراً في إشباع شبيهة السوق الدولية للعاملين في مجال الرعاية الصحية ذوي الجودة العالية وبتكلفة أقل. ومن المرجح أن يؤدي إلى زيادة عدد الخريجين وتعزيز فرص العمل للخريجين المدربين في البلدان المنخفضة الدخل. سيتم تعزيز هذه الفكرة بشكل أكبر من خلال الاعتراف بمثل هذه البرامج في البلدان النامية من قبل الاتحاد العالمي للتعليم الطبي.

يجب أن نكرر أن الهدف الأساسي لاعتماد الاتحاد العالمي للتعليم الطبي هو تحسين جودة التعليم الطبي والذي بدوره يقوم بدعم الأنظمة الصحية. في الواقع، معظم الإصلاحات الموصى بها هي إصلاحات التنظيف الصحي القائمة على النظام الصحي^(94,95). يجب على الحكومات أن تفتن هذه الفرصة لتحسين تعليمها الصحي المبني من خلال السعي للحصول على اعتماد الاتحاد العالمي للتعليم الطبي ومواصلة معالجة الأسباب الجذرية لنقص العاملين في مجال الرعاية الصحية في البلدان الفقيرة وذلك من خلال الاستثمار في الأنظمة الصحية، كما أن التخطيط الأفضل للاحتياجات المتوقعة للعاملين في مجال الرعاية الصحية بالإضافة إلى تعزيز التعاون بين البلدان، قد يقلل حاجة العاملين في مجال الرعاية الصحية لعبور الحدود لأسباب اقتصادية بحتة. يجب تشجيع تبادل العاملين في مجال الرعاية الصحية بين البلدان لاكتساب المزيد من الخبرة أو اكتساب المهارات السريرية المتقدمة. وفي الوقت نفسه، ستساعد المبادرات الرامية إلى دعم المتخصصين في الرعاية الصحية في البلدان المانحة بلا شك على تحسين جودة الرعاية المقدمة للمرضى وتخفيف العبء الواقع على كاهل الزملاء الذين لم يهاجروا.

إن الإجراءات الجديدة المتوقعة من قبل بعض الدول المتقدمة لتغيير تشريعها وتخفيف قواعد الهجرة من أجل توظيف المزيد من خريجي الطب الدوليين⁽⁹²⁾، ستؤدي بلا شك إلى تفاقم مشكلة هجرة الأدمغة وقد تحتاج إلى نظرة فاحصة من قبل منظمة الصحة العالمية والأمم المتحدة.