

EM/RC70/5
ش م / ل إ 5/70
أيلول/سبتمبر 2023

اللجنة الإقليمية لشرق المتوسط
الدورة السبعون
البند 3 (ج) من جدول الأعمال المؤقت

القوى العاملة الصحية في إقليم شرق المتوسط: تطبيق الدروس المستفادة من كوفيد-19

ملخص تنفيذي

أبرزت جائحة كوفيد-19 مُجددًا أهمية العاملين الصحيين في الحفاظ على صحة السكان، وتقديم الخدمات الصحية الأساسية. وأدت الجائحة إلى الاعتراف المتزايد بدور القوى العاملة الصحية الحاسم في أداء الوظائف الأساسية للصحة العامة والاستجابة لحالات الطوارئ الصحية.

ويواجه إقليم منظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط حالات نقص مزمنة في القوى العاملة الصحية، مع ما يتسبم به من سياقات سياسية واجتماعية واقتصادية وديموغرافية شديدة التنوع غالبًا ما تنطوي على تحديات. وعلى الرغم من أن معظم بلدان الإقليم وأراضيه قد أحرزت تقدمًا كبيرًا في زيادة القدرات اللازمة لإعداد القوى العاملة، فإن هذه الزيادة لم تواكب الزيادة السكانية. ومع بلوغ نقطة منتصف الطريق في مسيرتنا صوب تحقيق أهداف التنمية المستدامة، فإن التوقعات الخاصة بالقوى العاملة الصحية تشير إلى استمرارية هذا النقص، وأن الإقليم سيكون مسؤولًا عن 20% من النقص العالمي في أعداد القوى العاملة الصحية، الذي يُقدَّر بأنه سيبلغ 10 ملايين عامل صحي بحلول عام 2030.

فأكثر من ربع بلدان الإقليم وأراضيه (وتحديدًا أفغانستان وجيبوتي وباكستان والصومال والسودان واليمن) مُدرج في قائمة منظمة الصحة العالمية لدعم القوى العاملة الصحية وحمايتها (2023)، وهي قائمة تضم البلدان التي تواجه التحديات الأكثر إلحاحًا في مجال القوى العاملة الصحية. وعلاوة على ذلك، تواجه غالبية البلدان تحديات تتمثل في قدرات التوظيف المحدودة، واختلالات في توازن توزيع القوى العاملة الصحية ومزيج المهارات، وضعف الحوكمة والقدرات التنظيمية، وعدم كفاية المعلومات والبيانات التي تسترشد بها السياسات. ويُضاف إلى ذلك أن الأزمات الممتدة وظروف العمل المتدهورة في الكثير من بلدان الإقليم وأراضيه تسببت في زيادة حركة تنقلات العاملين الصحيين من دولهم إلى دول أخرى. وتسببت جائحة كوفيد-19 في تفاقم تلك التحديات، وكشفت عن النقص المزمن في الاستثمار في القوى العاملة الصحية.

وبرغم الالتزامات الإقليمية والعالمية الرفيعة المستوى التي قُطعت لتعزيز القوى العاملة الصحية، فإن التقدم المُحرز في تعزيز القوى العاملة الصحية لم يبلغ المستوى والوتيرة المنشودين. لذلك، تقترح المنظمة توجيه دعوة للعمل، لتسريع وتيرة تنفيذ إطار عمل تنمية القوى العاملة الصحية في إقليم شرق المتوسط للفترة 2017-2030. وتتمثل مجالات العمل ذات الأولوية فيما يلي: زيادة وضوْن الاستثمار في إعداد العاملين الصحيين وتوظيفهم، بما في ذلك تحسين مواءمتهم مع احتياجات النُظُم الصحية؛ وتعزيز القوى العاملة الصحية في مجال الرعاية الأولية، لضمان أداء الوظائف الأساسية للصحة العامة بكفاءة، بما في ذلك التأهب لحالات الطوارئ والاستجابة لها ومعالجة الثغرات التي كشفت عنها جائحة كوفيد-19؛ وإعادة توجيه التعليم المهني

الصحي وتحويله لتلبية متطلبات الكفاءة للعاملين الصحيين حالياً وفي المستقبل؛ وتحسين استبقاء العاملين الصحيين والاستجابة لزيادة حركة تنقلات المهنيين الصحيين داخل الإقليم وخارجه على حد سواء؛ وحماية صحة القوى العاملة الصحية وعافيتها وصون ذلك، وتعزيز التضامن الإقليمي لدعم الاستراتيجيات الوطنية، مع التركيز على البلدان الواردة في قائمة منظمة الصحة العالمية لدعم القوى العاملة الصحية وحمايتها.

واللجنة الإقليمية لشرق المتوسط مدعوة إلى مناقشة الورقة التقنية واعتماد القرار الداعي إلى تسريع وتيرة العمل من أجل تعزيز القوى العاملة الصحية والنهوض بها بما يناسب الأغراض المنشودة منها، حتى يتسنى المُضي قُدماً صوب تحقيق أهداف التنمية المستدامة المتصلة بالصحة.

مقدمة

1. تُعدُّ القوى العاملة الصحية ركيزة أساسية لجميع النظم الصحية. ويضم مصطلح «القوى العاملة الصحية» كلَّ مَنْ يشارك في إجراءات العمل التي تهدف في المقام الأول إلى تحسين الصحة، ومنهم الأطباء، وأفراد التمريض والقبالة، ومهنيو الصحة العامة، وتقنيو المختبرات، والتقنيون الصحيون، والتقنيون الطبيون وغير الطبيين، والعاملون في مجال الرعاية الشخصية، والعاملون في مجال صحة المجتمع، والمُطَبِّبون، وممارسو الطب الشعبي. ويتسع المصطلح أيضًا ليشمل العاملين في مجال إدارة شؤون الصحة ودعمها، مثل مديري المستشفيات، ومديري الصحة، والأخصائيين الاجتماعيين، والفئات المهنية الأخرى التي تندرج ضمن الأنشطة المتعلقة بالصحة (1). وتعتمد النُظُم الصحية على توفُّر العاملين الصحيين الأكفاء والمتحمسين الذين يتمتعون بالدعم اللازم.

2. ولقد عززت جائحة كوفيد-19 إدراكَ الدور الحاسم للعاملين الصحيين وزادت تقديره. فلقد كان الالتزام البطولي لهؤلاء العاملين بمواصلة تقديم الخدمات واضحًا وجليًا، رغم ما انطوى عليه من تعريض صحتهم، بل حياتهم للخطر؛ فقد أُصيبَ آلاف العاملين الصحيين بالفيروس، ومات كثير منهم في سبيل إنقاذ أرواح الآخرين (2). ولقد أظهرت الجولات المتتالية من مسوحات مبادرة جسي النبض العالمي، التي أجرتها المنظمة أثناء الجائحة لتقييم استمرارية الخدمات الصحية الأساسية، أن معظم البلدان أبلغت عن تعطل الخدمات ووجود تحديات متعلقة بالقوى العاملة الصحية، مثل نقص الأعداد، الذي كان سببًا رئيسيًا في هذا التعطل (3).

3. وعلى مر السنين، قطعت الدولُ الأعضاء في إقليم شرق المتوسط التزامات بالتصدي للتحديات المتعلقة بالقوى العاملة الصحية، وأقرت عدة استراتيجيات عالمية وإقليمية في سبيل تحقيق تلك الغاية. ويستند إطار عمل تنمية القوى العاملة الصحية في إقليم شرق المتوسط للفترة 2017-2030 (4) إلى الاستراتيجية العالمية بشأن الموارد البشرية الصحية: القوى العاملة 2030 (5)، وإلى التوصيات الواردة في تقرير الهيئة الرفيعة المستوى المعنية بالعمالة في مجال الصحة والنمو الاقتصادي في عام 2016، بهدف دعم اتباع نهج شاملة لإعداد قوى عاملة صحية قوية وملائمة للغرض المنشود منها وقادرة على الصمود. وفي عام 2019، اعتمدت اللجنة الإقليمية لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط، في دورتها السادسة والستين، القرار (ش م/ل 66/ق-3) بشأن تعزيز القوى العاملة التمريضية للنهوض بالتغطية الصحية الشاملة في الإقليم. أيضًا اعتمدت الدورة التاسعة والستون للجنة الإقليمية القرار ش م/ل 69/ق-2 بشأن بناء نُظُم صحية قادرة على الصمود من أجل النهوض بالتغطية الصحية الشاملة، وتحقيق الأمن الصحي في إقليم شرق المتوسط. ودعا هذا القرار، ضمن الأولويات السبع التي نصَّ عليها، إلى تعزيز القوى العاملة الصحية والارتقاء بها لتكون موائمة للغرض المنشود منها ومؤهلة لممارسة عملها.

4. وتتمثل الغاية 3-ج من أهداف التنمية المستدامة في «زيادة التمويل في قطاع الصحة وتوظيف القوى العاملة في هذا القطاع وتطويرها وتدريبها واستبقائها في البلدان النامية، لا سيما في أقل البلدان نموًا، زيادة كبيرة» (6). وشهد عام 2023 الوصول إلى نقطة منتصف الطريق في خطة التنمية المستدامة لعام 2030، ومن ثم، فإنه يتيح فرصة لاستعراض التقدم المُحرز، وتحليل التحديات، ووضع خريطة للمُضي قُدُمًا من أجل تسريع وتيرة العمل. وبرغم إحراز تقدُّم نحو تحقيق الغاية 3-ج في بلدان إقليم شرق المتوسط وأراضيه، فلا يزال ثمة تحديات كبيرة قائمة. حيث تعاني غالبية البلدان في الإقليم من حالات نقص في العاملين الصحيين، وستة بلدان منها (هي أفغانستان، وجيبوتي، وباكستان، والصومال، والسودان، واليمن) مُدرجة في قائمة منظمة الصحة العالمية لدعم القوى العاملة الصحية وحمايتها (2023) للبلدان التي تواجه أكثر التحديات إلحاحًا في مجال

القوى العاملة الصحية، وتؤثر على النهوض بالتغطية الصحية الشاملة. (7). وفي حين أنه من المتوقع تراجع هذا النقص عالمياً بحلول عام 2030، فسوف يظل على الأرجح عند المستوى نفسه في الإقليم، إذا ظلت الاتجاهات الحالية على حالها. وتشير التوقعات إلى أن الإقليم سيواجه نقصاً في عدد العاملين الصحيين يصل إلى 2.1 مليون عامل صحي، وهو ما يمثل أكثر من 20% من العجز العالمي المقدّر أن يبلغ 10 ملايين عامل صحي، بحلول عام 2030.

5. وتقدّم هذه الورقة التقنية تحليلاً لوضع القوى العاملة الصحية الحالية والتحديات التي يواجهها الإقليم، مُستعينةً في ذلك بتحليل لسوق العمل الصحي. ثم تلخص الورقة تبعات الدروس المستفادة من جائحة كوفيد-19، وتأثير السياق الديموغرافي المتغير والتحول الرقمي على القوى العاملة الصحية في الإقليم، حالياً وفي المستقبل. والأهم من ذلك هو أن الورقة تقترح أيضاً توجيه دعوة للعمل إلى الدول الأعضاء والشركاء، وذلك من أجل تسريع وتيرة تنفيذ إطار عمل تنمية القوى العاملة الصحية في إقليم شرق المتوسط للفترة 2017-2030، وتسلسل الضوء كذلك على الإجراءات الرئيسية للاسترشاد بها فيما يُحرز من تقدّم.

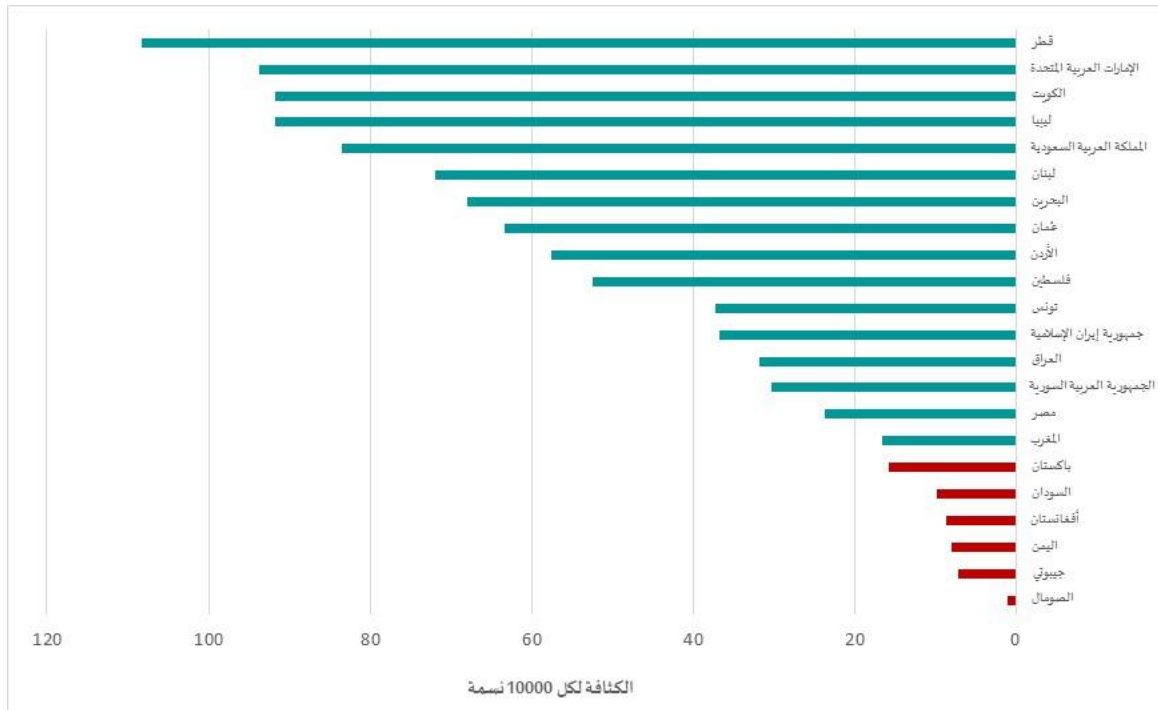
القوى العاملة الصحية في إقليم شرق المتوسط

6. ينطلق توجيه استراتيجيات القوى العاملة الصحية في المستقبل -في الأساس- من فهم ديناميكيات سوق العمل الصحي. وتوجد عوامل مختلفة تؤثر على الحاجة إلى العاملين الصحيين ومسائل العرض والطلب في هذا المجال. والمقصود بالعرض هو عدد من يعملون حالياً في قطاع الصحة، أو من يرغبون في العمل فيه. ويزداد هذا العدد بدخول المهنيين المؤهلين حديثاً والعاملين من الخارج (التدفقات الوافدة)، بينما يقل بالتقاعد والهجرة وغير ذلك من أسباب التوقف عن العمل (التدفقات الخارجة). أما فائض العرض فيعني البطالة. ويمثل الطلب عدد الوظائف المتاحة في القطاعين العام والخاص، بما في ذلك العمل الحر. وتشير الاحتياجات إلى عدد ونوع العاملين اللازمين لتلبية الاحتياجات الصحية للسكان. وعلاوة على ذلك، توجد عوامل إضافية تتصل بالسمات المهنية والديموغرافية للعاملين، ومنها توزيعهم حسب المناطق الجغرافية وأنواع الخدمات ومستوياتها. وتؤثر أيضاً عوامل الأجور، وظروف الخدمة، وبيئة العمل على قرارات العاملين الصحيين، ومن ذلك مثلاً اختيارهم لنوع الممارسة التي يتخصصون بها ومكان ممارستها. وأما قرارات أرباب العمل، في المقابل، فهي تتأثر بعوامل أخرى، منها القدرة على الدفع والطلب على الخدمات. وتشكّل المُحدِّدات الكلية ملامح سوق العمل الصحي وتطورها، وهو ما يتبدّى في صورة رسم السياسات (الخاصة بالصحة، والعمل، والخدمة المدنية، والشؤون المالية)، والحوكمة والتنظيم، من بين أمور أخرى.

7. وبرغم ما شهده الإقليم في الآونة الأخيرة من تقدم في تنفيذ الحسابات الوطنية للقوى العاملة الصحية، ومراسد القوى العاملة الصحية، فلا تزال معلومات القوى العاملة الصحية اللازمة لتحليل أسواق العمل الصحي تعاني من أوجه قصور، لا سيّما بسبب نقص البيانات.

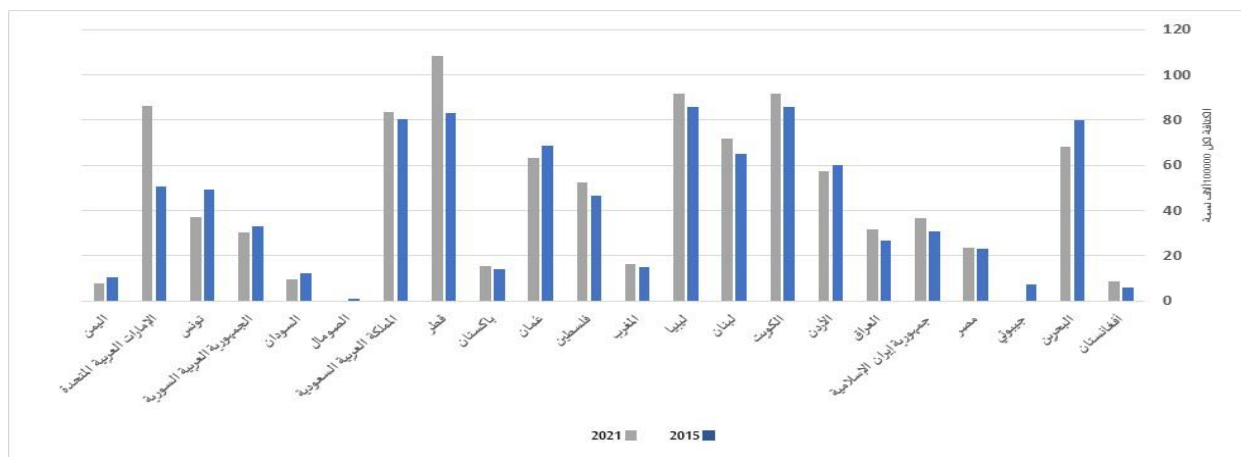
المعروض من القوى العاملة الصحية: توافر العاملين الصحيين وإمكانية الحصول على خدماتهم

8. يواجه إقليم شرق المتوسط نقصاً في عدد العاملين الصحيين منذ أمد بعيد، لا سيّما في البلدان والأراضي المتضررة تضرراً مباشراً أو غير مباشر من الأزمات الممتدة والنزاعات. وكما يتضح من الشكل 1، فإن كثافة الأطباء وأفراد التمريض والقبالة تراوحت بين 1.1 لكل 10000 نسمة في الصومال (في عام 2014) و108.3 لكل 10000 نسمة في قطر (في عام 2021)، في حين توجد ستة بلدان من الإقليم مُدرّجة باللون الأحمر في قائمة المنظمة لدعم القوى العاملة الصحية وحمايتها.



ملاحظة: تعود أحدث البيانات المتاحة عن جيبوتي والصومال إلى عام 2014 (8).
المصدر: المرصد الصحي لشرق المتوسط (9، 10).

الشكل 1. كثافة الأطباء و أفراد التمريض والقبالة في إقليم شرق المتوسط، حسب البلد/ الأرض (2021 أو أحدث السنوات المتاحة)



ملاحظة: تعود أحدث البيانات المتاحة عن جيبوتي والصومال إلى عام 2014 (8).
المصدر: المرصد الصحي لشرق المتوسط (9، 10).

الشكل 2. الاتجاه السائد في كثافة الأطباء وطواقم التمريض والقبالة في إقليم شرق المتوسط (2015 و 2021 أو أحدث السنوات المتاحة)

9. وعلى مدى السنوات الست الماضية، يشير الاتجاه السائد في كثافة الأطباء وأفراد التمريض والقبالة في معظم البلدان إلى إحراز تقدّم ضئيل في معظم البلدان والأراضي، بل قد يشير إلى انخفاض في الكثافة (انظر

الشكل 2). وإذا استمرت الاتجاهات الحالية، فإنه من المتوقع زيادة النقص في عدد أفراد التمريض والقبالة في الإقليم من 0.9 مليون في عام 2018 إلى 1.2 مليون في عام 2030، وذلك برغم حدوث انخفاض يسير في حالات النقص العالمي (11، 12).

10. وثمة تفاوت في توزيع العاملين الصحيين حسب نوع الجنس في جميع أنحاء إقليم شرق المتوسط، فغالبية الأطباء الممارسين في معظم البلدان من الذكور (65%)، وغالبية العاملين بالتمريض من الإناث (79%) (الشكلان 3 و4). وتجدر الإشارة إلى أن نسبة الطبيبات العاملات في القوى العاملة في باكستان وليبيا تزيد على نسبة الذكور (الشكل 3). وتصل نسبة الممرضات إلى أكثر من 80% في كلٍّ من البحرين وعمان وليبيا ومصر، في حين أن الممرضين الذكور يشكلون الأغلبية في أفغانستان والمغرب والصومال (الشكل 4).

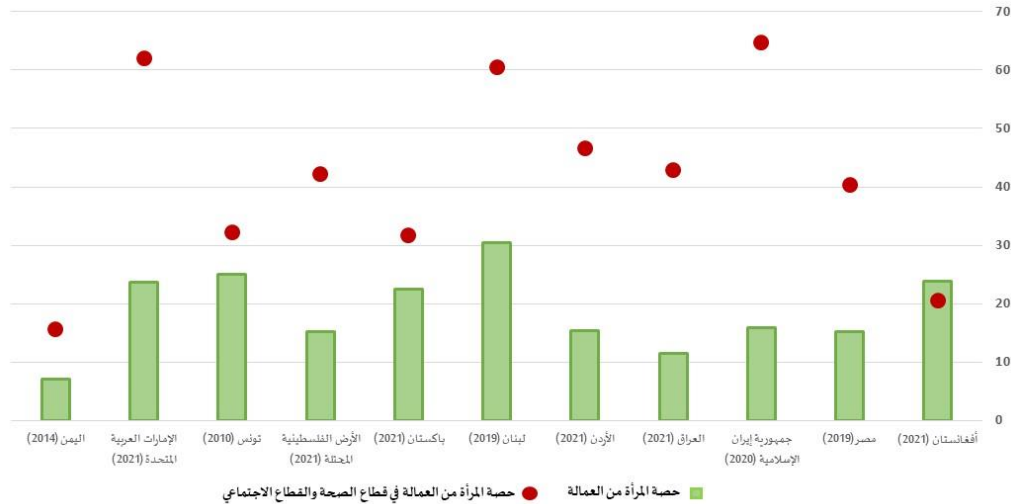


الشكل 4. توزيع طواقم التمريض والقبالة حسب نوع الجنس في بلدان/ أراضي إقليم شرق المتوسط التي تتوافر عنها بيانات (2015-2020)

الشكل 3. توزيع الأطباء حسب نوع الجنس في بلدان/ أراضي إقليم شرق المتوسط التي تتوافر عنها بيانات (2015-2020)

* تشمل القائمة أطباء الأسنان.

المصادر: أفغانستان: مسح القوى العاملة الصحية لعام 2019، وزارة الصحة؛ البحرين: الموارد البشرية لعام 2019، وزارة الصحة؛ مصر: الحسابات الوطنية للقوى العاملة الصحية لعام 2017؛ العراق: التقرير الإحصائي السنوي لعام 2018، وزارة الصحة والبيئة؛ الأردن: التقرير السنوي للموارد البشرية الصحية لعام 2017، المرصد الوطني للموارد البشرية الصحية؛ الكويت: إحصاءات القوى العاملة لعام 2015، وزارة الصحة؛ ليبيا: مرصد الموارد البشرية الصحية لعام 2019، وزارة الصحة (تقرير غير منشور)؛ المغرب: تقرير أنشطة صادر عن إدارة الموارد البشرية لعام 2016، وزارة الصحة؛ عمان: التقرير الصحي السنوي لعام 2020، وزارة الصحة؛ باكستان: المجلس الطبي وطب الأسنان، وزارة خدمات الصحة الوطنية واللوائح والتنسيق، عام 2019؛ فلسطين: المرصد الوطني للموارد البشرية الصحي، عام 2018؛ قطر: الحسابات الوطنية للقوى العاملة الصحية، عام 2018، المملكة العربية السعودية: الحولية الإحصائية لعام 2020، وزارة الصحة؛ الصومال: سياسة تطوير الموارد الصحية البشرية للفترة 2016-2021، وزارة الصحة، الإمارات العربية المتحدة: الحسابات الوطنية للقوى العاملة الصحية لعام 2018، وتقرير الحسابات الوطنية للقوى العاملة الصحية لعامي 2019 و2020.



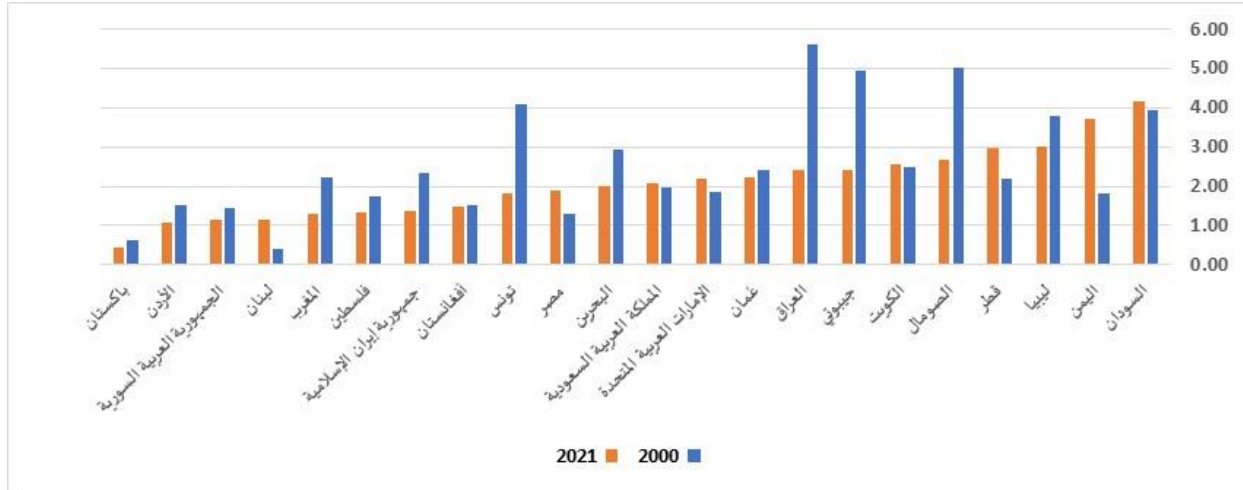
المصدر: ILOSTAT: قاعدة إحصاءات العمل بموقع منظمة العمل الدولية، إحصاءات وقت العمل (13).

الشكل 5. حصة المرأة من العمالة بشكل عام، ومن مهن الرعاية الصحية والاجتماعية في بلدان/ أراضى الإقليم التي تتوفر عنها بيانات

11. يوفر قطاع الصحة فرص عمل للمرأة. وفي إقليم شرق المتوسط، تزيد حصة الإناث من العمالة زيادة كبيرة في قطاع الصحة والرعاية الاجتماعية مقارنة بالقطاعات الأخرى (الشكل 5).

12. ولكن عدم التوازن في التوزيع الجغرافي للعاملين الصحيين وتباين توزيعهم على مختلف مستويات الخدمة يشكلان تحديات كبيرة في معظم بلدان الإقليم وأراضيه. ففي السودان، مثلاً، يعمل 70% من العاملين الصحيين في المناطق الحضرية، مع أن 33% من السكان فقط يعيشون في المناطق الحضرية (14). وأما في باكستان، فإن كثافة الأطباء في المناطق الحضرية تزيد على مثلتها في المناطق الريفية بأربعة أضعاف، وتزيد كثافة طواقم التمريض والقبالة في المناطق الحضرية على مثلتها في المناطق الريفية بثلاثة أضعاف تقريباً (15). وأما في أفغانستان، فإن عدد العاملين الصحيين في الحضر يبلغ ضعف عددهم في المناطق الريفية، رغم أن أغلب السكان يعيشون في المناطق الريفية (16).

13. ويستلزم تقديم خدمات صحية عالية الجودة توافر مجموعة مناسبة من المهارات المختلفة، ويتطلب ذلك فريقاً متوازناً يضم كوادراً مختلفة من المهنيين الصحيين. ويمكن النظر إلى نسبة أفراد التمريض والقبالة إلى الأطباء على أنها مؤشر غير مباشر على كفاءة مزيج المهارات. ولكن هذه النسبة انخفضت بين عامي 2000 و2021 في 13 بلداً وأرضاً في الإقليم (الشكل 6). ويتمثل الوضع حالياً في أفغانستان وباكستان في زيادة عدد الأطباء على عدد أفراد التمريض، الأمر الذي يدل على اختلال شديد في التوازن في مزيج المهارات.



المصدر: المرصد الصحي لشرق المتوسط (17).

الشكل 6. نسبة أفراد التمريض والقبالة إلى الأطباء في بلدان/ أراضي إقليم شرق المتوسط (عامَي 2000 و2021)

التدفقات الوافدة: مسارات تعليم العاملين الصحيين والتوظيف الدولي

14. زاد عدد مؤسسات التعليم المهني الصحي في الإقليم، وزادت قدراتها على إعداد المهنيين الصحيين في الإقليم على امتداد العقود القليلة الماضية. فعلى سبيل المثال، ارتفع عدد كليات الطب في باكستان من 20 كلية في عام 1990 إلى 123 كلية في عام 2023، في حين يبلغ عدد سكانها حالياً 240 مليون نسمة (18)، ولدى السودان 72 كلية طب، في حين يبلغ عدد سكانه حالياً 41 مليون نسمة (بعد أن كانت لديه 3 كليات طب في عام 1980) (19)، ولدى جمهورية إيران الإسلامية 63 كلية طب، في حين يبلغ عدد سكانها 80 مليون نسمة (بعد أن كانت لديها 7 كليات طب في عام 1979) (20)، ولدى مصر 39 كلية طب، في حين يبلغ عدد سكانها 109 ملايين نسمة (بعد أن كانت لديها 11 كلية طب في عام 1980) (21)، ولدى المملكة العربية السعودية 37 كلية طب، في حين يبلغ عدد سكانها 34 مليون نسمة (بعد أن كانت لديها 5 كليات طب في عام 2000) (22، 23)، ولدى العراق 34 كلية طب، في حين يبلغ عدد سكانه 39 مليون نسمة (بعد أن كانت لديه 5 كليات طب في عام 1980) (24). غير أن هذه الزيادة الكبيرة في عدد كليات الطب لم تستطع دائماً مواكبة وتيرة النمو السكاني، ولم تؤدِّ إلى زيادة متناسبة في كثافات القوى العاملة الصحية. وقد لوحظت اتجاهات سائدة مماثلة في العديد من المهن الصحية الأخرى. وبخلاف الأرقام، تظل جودة التعليم الطبي هي الأخرى أحد الأمور الباعثة على القلق (25).

15. وتشكل أعداد المقبولين في كليات الطب أو أعداد خريجها مؤشراً أكثر دلالة على قدرات البلدان في مجال إعداد المهنيين الصحيين، ولكن المعلومات في الإقليم شحيحة في هذا الصدد. وتشير أحدث البيانات المتاحة عن قدرات كليات الطب على تخريج طلابها إلى أن عدد الأطباء المتخرجين في السنة لكل 100000 نسمة يتفاوت بين 1.3 طبيب لكل 100000 نسمة في قطر (2020)، و 19.8 طبيباً لكل 100000 نسمة في الأردن (2021) (17). ويشير الاتجاه السائد في أعداد خريجي مؤسسات التعليم المحلية إلى التحديات المستمرة فيما يتعلق بمزيج المهارات في الإقليم، بسبب الانخفاض المستمر في نسبة أفراد التمريض والقبالة إلى الأطباء. وفي البلدان التي تتوافر فيها بيانات مُقارَنة، يفوق عدد الأطباء الذين يتخرجون سنوياً عدد أفراد التمريض، ويشمل ذلك مثلاً:

1.1 طبيب خريج لكل فرد تمريض في أفغانستان (2019)، والأردن (2021)، والمملكة العربية السعودية (2021)، والإمارات العربية المتحدة (2019)، و3 أطباء خريجين لكل فرد تمريض في الجمهورية العربية السورية (2021) (17). وتُظهر دراسة أُجريت في السودان في المدة بين عامي 2001 و2018 أن عدد الأطباء الخريجين زاد على أربعة أضعاف عدد أفراد التمريض الخريجين (26).

16. ويتخذ التعليم المهني الصحي في مرحلة ما بعد الجامعة في الإقليم صورًا مختلفة، بما في ذلك عن طريق البرامج الأكاديمية والمهنية. وقد أنشئ المجلس العربي للاختصاصات الصحية في عام 1978، وفي معظم بلدان الإقليم مجالس اختصاص تنظّم برامج الأطباء المقيمين، التي يحصل من يتمها بنجاح على شهادة التخصص في أحد فروع الطب والمهن الصحية الأخرى. ورغم ذلك، فإن التعليم ما بعد الجامعي يواجه أيضًا تحديات تتصل بالجودة وعدم كفاية الإمكانيات ونقص التمويل.

17. ومنذ زمن بعيد تتبع البلدان ذات الدخل المرتفع في الإقليم، وتحديدًا دول مجلس التعاون لدول الخليج العربية، أسلوب استقدام عاملين صحيين من الخارج. وقد أحرزت هذه الدول تقدمًا في تنمية القوى العاملة الصحية المحلية لديها، لكن تحقيقها للاكتفاء الذاتي لا يزال أمرًا بعيد المنال (27). وأفادت المنظمة في عام 2022 بأن نسبة تتراوح بين 70% و80% من العاملين الصحيين في البلدان الستة لمجلس التعاون لدول الخليج العربية مواليد لدول أخرى أو حصلوا على تدريبهم في الخارج (28). وفي المملكة العربية السعودية، بلغت نسبة الأطباء غير السعوديين نحو 63% ونسبة أفراد التمريض من غير المواطنين 57% في عام 2021 (29)؛ ويُستقدم الأطباء في المقام الأول من مصر والهند والأردن وباكستان والسودان، ويُستقدم أفراد التمريض بصورة رئيسية من الهند والفلبين (30). أما في الكويت وقطر، فإن 90% من أفراد التمريض من غير المواطنين (10).

التدفقات الخارجة: تقاعد المهنيين الصحيين، وخروجهم المبكر من الخدمة، وتنقلهم الدولي

18. بوجه عام، فإن البيانات المتوفرة عن التدفقات الخارجة محدودة للغاية. وتشهد جميع البلدان معدلًا متوقعًا لتناقص عدد العاملين الصحيين مع بلوغهم سن التقاعد. وهذا النوع من التدفقات الخارجة يمكن التنبؤ به استنادًا إلى التوزيع العمري للقوى العاملة بالخدمة حاليًا، وإن انطوى ذلك على صعوبة أكبر في البلدان التي تعتمد اعتمادًا كبيرًا على العاملين الوافدين، الذين نادرًا ما يستمرون في العمل حتى بلوغ سن التقاعد. وفي المقابل، تنخفض القدرة على التنبؤ بالأنواع الأخرى من التدفقات الخارجة، مثل الهجرة والخروج المبكر من سوق العمل، لأسباب صحية أو لأسباب أخرى، وقد يكون لهذه الأنواع أثر سلبي شديد على نظام تقديم الخدمات الصحية. وبسبب الهجرة، تفقد البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط في الإقليم نسبة كبيرة من الموظفين الصحيين، وعلى رأسهم الأطباء.

19. وعالميًا، يعمل قرابة 15% من العاملين الصحيين خارج بلدانهم التي وُلدوا فيها أو التي حصلوا منها على أول مؤهل مهني (31). وتُعزى الهجرة إلى عدد من العوامل، منها تحسين ظروف العمل، والاستقرار الوظيفي أو الأمن الوظيفي، وفرص التطوير التعليمي أو الوظيفي (32، 33). وتشير تقديرات نقابة أطباء لبنان إلى هجرة ما يقرب من 40% من الأطباء وحوالي 30% من أفراد التمريض إلى خارج لبنان منذ بداية الأزمة الاقتصادية في عام 2019 (34).

20. وتشمل بلدان المقصد التي يتوجه إليها العاملون الصحيون في المقام الأول دول مجلس التعاون لدول الخليج العربية والدول الأعضاء الأعلى دخلًا في منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي. وبحسب المجلس الطبي العام في المملكة المتحدة لبريطانيا العظمى وأيرلندا الشمالية، فإن المدة بين عامي 2017 و2021 شهدت انضمام 5163 طبيبًا من باكستان، و5024 طبيبًا من مصر، و2087 طبيبًا من السودان، و530 طبيبًا من الأردن إلى السجل الطبي في المملكة المتحدة (35)؛ ولكن عدد أفراد التمريض الذين هاجروا من الإقليم إلى المملكة المتحدة كان عددًا لا يُذكر. وفي عام 2021، ذكر المجلس الطبي بأيرلندا أن عدد الأطباء العاملين في البلد يشمل 270 طبيبًا مُدرَّبًا في مصر، و96 طبيبًا مُدرَّبًا في العراق، و91 طبيبًا مُدرَّبًا في ليبيا، و1406 أطباء مُدرِّبين في باكستان، و802 طبيب مدرب في السودان، و32 طبيبًا مُدرَّبًا في الجمهورية العربية السورية (36).

21. ورغم أن مدونة المنظمة العالمية لقواعد الممارسة بشأن توظيف العاملين الصحيين على المستوى الدولي، التي أقرتها الدول الأعضاء في عام 2010، غير ملزمة، فإنها أداة عالمية مهمة للحكومة من أجل الاستجابات الثنائية والوطنية والإقليمية والعالمية للتحديات المتعلقة بهجرة الموظفين الصحيين، وتعزيز النظم الصحية، وهي تهدف إلى ضمان استدامة القوى العاملة الصحية (31). وتُرفع التقارير بشأن تنفيذ المدونة كل ثلاث سنوات. وخلال الجولة الرابعة والأخيرة من رفع التقارير في عام 2022، لوحظت تطورات مشجعة مقارنة بالجولات السابقة: وأتم 18 بلدًا/ أرضًا في الإقليم عملية رفع التقارير، وأبلغ 11 بلدًا/ أرضًا عن اتخاذ خطوات لتنفيذ المدونة، كذلك أبلغت ثمانية بلدان عن استخدام اتفاقيات ثنائية لتوظيف الموظفين الصحيين على المستوى الدولي، مع اتباع المبادئ التوجيهية للمدونة في نصف هذه الاتفاقيات (28). ويمكن القول إن إقليم شرق المتوسط يمر بلحظات فاصلة فيما يخص فهم ومواجهة التحديات المقترنة بحكومة هجرة الأيدي العاملة.

22. لقد تسارعت وتيرة تنقل العاملين الصحيين أكثر من جرّاء جائحة كوفيد-19، التي تسببت في ارتفاع الطلب العالمي على العاملين الصحيين، الأمر الذي أفضى إلى تفاقم النقص والفجوات في قدرات البلدان التي يغادرها هؤلاء العاملون. وقد دفع ذلك الحكومات إلى اتخاذ عدد من التدابير؛ ومن ذلك مثلًا استحداث بعض الحكومات تعليقًا لهجرة الموظفين الصحيين في أثناء الجائحة، في حين اتخذت أخرى تدابير تيسّر عمليات الهجرة. ومن جديد، يبرز هذا الوضع الدور الذي يمكن أن تؤديه مجتمعات المغتربين والمهاجرين في تقديم الخدمات الأساسية ودعم النظم الصحية الوطنية. والهدف 19 من الاتفاق العالمي من أجل الهجرة الآمنة والمنظمة والنظامية يُلزم البلدان "بإيجاد الظروف التي تساعد المهاجرين والمغتربين على المساهمة الكاملة في التنمية المستدامة" (37)، وهو ما يبرز الدور الرئيسي الذي يمكن أن تؤديه هذه الفئات عندما تُمكن من المساهمة في تحقيق أهداف التنمية المستدامة في بلدان المنشأ وبلدان العبور وبلدان المقصد.

23. وقد أبدى العاملون الصحيون المهرة المنتمون إلى الإقليم، ويعملون حاليًا في الخارج، استعدادهم للمساهمة في النظم الصحية في بلدان المنشأ، سواء في وضع السياسات أو تقديم الخدمات. وتستطيع البلدان الاستفادة من توظيف هذه الموارد المحتملة للمساعدة في تعزيز القوى العاملة الصحية بها، ومن ثم تعزيز نظمها الصحية. ويمكن أن تتخذ مشاركة هؤلاء العاملين صورًا عدة، تتراوح بين تبادل المهارات والخبرات، وجمع الأموال، وتوفير المعدات (38).

24. وتضرب باكستان والصومال والسودان أمثلةً جيدة على بناء القدرات في وزارات الصحة، لتيسير مشاركة العاملين الصحيين المهاجرين، وتفعيل طرائق قصيرة الأمد وطويلة الأمد لنقل المعارف. ومثال ذلك إنشاء حكومة

باكستان منصةً مركزيةً (39)، للاستفادة من خبرات ومعارف العاملين الصحيين الباكستانيين في جميع أنحاء العالم. وتُعزف المنصة المهنيين الصحيين العاملين في خارج البلاد بفرص العمل التطوعي في باكستان، وتتيح تبادل الخبرات السريرية وغير السريرية، وتحشد جهود المغتربين خلال حالات الطوارئ الوطنية والأزمات الإنسانية، وتسهم في تعزيز النظم الصحية على نطاقٍ أوسع. وفي عام 2021، أنشأت وزارة الصحة الاتحادية في السودان إدارة لمشاركة السودانيين العاملين بالخارج وتمكينهم. وتسهل الإدارة، التابعة للمديرية العامة للصحة العالمية بالسودان، المشاركة الفعالة للمغتربين السودانيين في دعم النظام الصحي والخدمات الصحية في السودان، وإضفاء الطابع المؤسسي على هذا التعاون وهذه الخطوات. وفي الوقت نفسه، يمتد تاريخ طويل من التعاون بين الصومال وفنلندا، لأن الجالية الصومالية هي أكبر الأقليات العرقية غير الأوروبية في فنلندا (40). ويشارك المغتربون الصوماليون من حاملي الجنسية الفنلندية بنشاطٍ في تنمية قطاع الصحة في الصومال، بدعمٍ من حكومة فنلندا؛ ومن ذلك مثلاً مشروع الهجرة من أجل التنمية في أفريقيا التابع لبرنامج FINNSOM الصحي الذي يُمكن المغتربين من العودة المؤقتة، التي تتراوح مدتها بين بضعة أشهر وعدة سنوات، بهدف تيسير نقل المعارف.

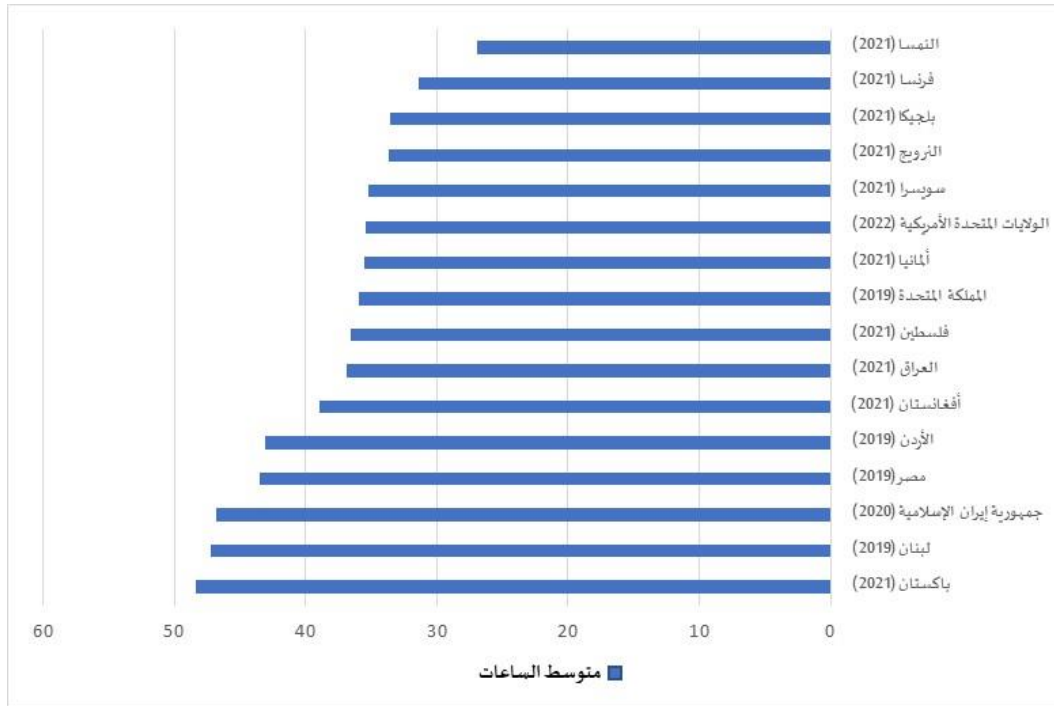
25. وأخيراً، فمن الجدير بالذكر أن ساعات العمل الأسبوعية للموظفين في المهن الصحية والاجتماعية في عددٍ من بلدان الإقليم تزيد على نظيرتها في بلدان منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي (الشكل 7). وهذا مؤشر آخر على ظروف العمل الصعبة، وارتفاع أعباء العمل في الإقليم، وهي أمور تزيد الانجذاب إلى الهجرة.

الطلب على العاملين الصحيين

26. يعتمد الطلبُ على العاملين الصحيين على قدرة أرباب العمل على توفير التمويل لتوظيفهم (سواء في القطاعين العام أو الخاص)، وقدرة الأفراد المستفيدين على دفع تكاليف الخدمات الصحية. وثمة تفاوتٌ في هذه القدرات بين بلدان الإقليم، ويحول نقص البيانات دون إجراء تقييم مفصّل للطلب. لكن القدرة على التوظيف يعتبرها الضعف في عدد من بلدان الإقليم، ومن ثم، يُرجح أن تواجه صوراً من النقص الشديد القائم في الاحتياجات. ويمكن أن تصبح زيادة قدرة المؤسسات التعليمية على إعداد الخريجين إحدى استراتيجيات التخفيف من حدة هذا النقص، ومع ذلك، يجب التحلي بالحذر في الأخذ بهذه الاستراتيجية، إذا لم تكن فرص العمل كافية لاستيعاب الخريجين الجدد، لأن ذلك قد يسبب بطالة جزئية أو تامة، أو عندما تكون فرص العمل غير جذابة بما يكفي لإثناء الخريجين عن الهجرة.

27. ويضطلع القطاع الخاص بدور متزايد الأهمية في توظيف العاملين في قطاع الصحة في العديد من بلدان الإقليم وأراضيه. وفي سياق تزايد الطلب على الخدمات الصحية، والنقص المزمّن في الاستثمار في قطاع الصحة العام، لوحظ نموٌّ هائل في مقدمي الخدمات من القطاع الخاص الرسمي في الإقليم من أجل سد الثغرات في تقديم الخدمات الصحية. وعندما يتصل الأمر خاصة بالبلاد التي تعاني فيها النظم الصحية الحكومية من الإرهاق أو الضعف، يبرز القطاع الخاص بوصفه مصدرًا مهمًا لخدمات المستشفيات والتشخيص والعيادات الخارجية المتخصصة وخدمات الرعاية الإسعافية العامة، ومن ثم، يؤدي دورًا مهمًا في توظيف العاملين الصحيين. ويستأثر مُقدِّمو الخدمات من القطاع الخاص بنحو 70% إلى 90% من زيارات الرعاية الإسعافية في أفغانستان ومصر ولبنان وباكستان والصومال؛ و35% إلى 45% في العراق والأردن والسودان واليمن؛ و20% تقريبًا من الزيارات في بقية بلدان الإقليم وأراضيه (42). وفي حين يزيد توسع القطاع الخاص من فرص

توظيف العاملين الصحيين، فإنهم قد يواجهون أيضًا تحديات تتصل بالتباين الكبير في ظروف العمل وبيئاته، فضلاً عن العواقب السلبية للجمع بين العمل في القطاعين العام والخاص



المصدر: ILOSTAT: قاعدة إحصاءات العمل بموقع منظمة العمل الدولية، إحصاءات وقت العمل (41).

الشكل 7. متوسط ساعات العمل الأسبوعية لموظفي المهن الصحية والاجتماعية في بلدان/ أراضٍ إقليم شرق المتوسط التي تتوافرها بيانات، مقارنةً بعددٍ مختار من بلدان منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي

الحوكمة والتنظيم

28. تكتسي قدرات الحوكمة أهمية بالغة في وضع خطط استراتيجية وسياسات للقوى العاملة الصحية وتنفيذ تلك الخطط والسياسات والإبقاء عليها، وذلك بالتنسيق مع الجهات صاحبة المصلحة ومشاركة متعددة القطاعات من وزارات التعليم العالي، والمالية، والعمل، والخدمة المدنية، والتخطيط. ومن الواضح أن وزارات الصحة لها دور محوري في التخطيط الاستراتيجي يتجاوز التسيير اليومي للموارد البشرية؛ ومع ذلك، تميل إدارات الموارد البشرية في الوزارات إلى التركيز على إدارة أمور العاملين الصحيين، ولا يُعهد إليها بالمشاركة في التخطيط الاستراتيجي. وتطرح جمهورية إيران الإسلامية نموذجًا متميزًا للحوكمة يجمع بين توفير الخدمات الصحية والتعليم المهني الصحي تحت مظلة وزارة الصحة والتعليم الطبي، وذلك بهدف ضمان الربط والتنسيق بين تقديم الخدمات والتعليم.

29. وقد اعتمدت جميع بلدان الإقليم إعلان صلالة، ووقّعت على الاتفاق العالمي بشأن التغطية الصحية الشاملة 2030، الذي دَعَمَ وُضِعَ رؤى واستراتيجيات وتشريعات وطنية للمضي قدمًا نحو تحقيق التغطية الصحية الشاملة. وعلاوة على ما سبق، فإن بلدانًا أخرى، مثل جيبوتي والأردن وليبيا والمغرب وعمان وباكستان

وفلسطين والسودان والإمارات العربية المتحدة واليمن، قد أعدت بالفعل خططها الاستراتيجية المعنية بالقوى العاملة الصحية أو تحديثها، أو أنها بصدد ذلك، مع مراعاة التفاعل فيما بين ديناميكيات سوق العمل الصحي.

30. وفي ضوء تزايد مشاركة القطاع الخاص في تعليم العاملين الصحيين وتوظيفهم، فلا غنى عن تنظيم تعليم القوى العاملة الصحية وممارسة أفرادها لمهنتهم. ولكن آليات وقدرات تنظيم القوى العاملة الصحية ومستوى نضج ذلك التنظيم يتفاوت من بلد إلى آخر في الإقليم. وفي حين يتوفر في بعض البلدان مجالس طبية يشرف كلٌّ منها على تنظيم مهنة واحدة (مثل أفغانستان والأردن والمغرب وباكستان والسودان)، فثمة مؤسسات مستقلة معنية بعدة مهين بدأت تظهر في بلدان أخرى (مثل البحرين والمملكة العربية السعودية والصومال). وفي الكويت وعمان وفلسطين، تضطلع وزارة الصحة، أو السلطات الصحية المكلفة بذلك، بدور الهيئة التنظيمية الأساسية أيضًا. ومع ذلك، يحتاج معظم بلدان الإقليم إلى وضع آليات وعمليات تنظيمية، أو تعزيز القائم منها. وحتى في حالة غياب بيّنات كاملة عن المشهد التنظيمي للقوى العاملة الصحية في الإقليم، هناك علامات تدل على وجود تحديات تتصل بالقدرات والتنسيق والتغطية غير المتوازنة بالمهنة.

31. وما فتئ أداء القوى العاملة الصحية يحظى باهتمام محدود في الإقليم، رغم أهميته. وحتى في ظل غياب البيّنات الشاملة، فثمة إشارات إلى مشكلات وتحديات تجابه العديد من البلدان في هذا الصدد، ومنها التغيب عن العمل، والجمع بين العمل في القطاعين العام والخاص، ومشكلات الإنتاجية.

تأثير جائحة كوفيد-19 على القوى العاملة الصحية

32. منذ بدأ انتشار جائحة كوفيد-19، تقدم العاملون الصحيون إلى الصفوف الأمامية استجابة لها. وجذبت الجائحة الانتباه إلى التحديات الحالية التي تواجه القوى العاملة الصحية، ومنها حركة تنقلات الموظفين واستبقاؤهم، وسلامة العاملين وصحتهم وعافيتهم، وآثار التحول الرقمي، في ظل زيادة استخدام التكنولوجيات الرقمية.

33. وكشفت جائحة كوفيد-19 النقاب عن التحديات الراهنة التي تواجه القوى العاملة الصحية في سوق العمل، وتسببت الجائحة في تفاقم تلك التحديات، وليس ذلك فحسب، بل أوجدت الكثير من التحديات الجديدة. فقد أدت الجائحة إلى زيادة مفاجئة في الطلب على الخدمات، ومن ثم زيادة الطلب على القوى العاملة الصحية، وأبرزت في الوقت نفسه محدودية جانب العرض، لا سيما العجز في تخصصات مثل: الرعاية المركزة، والأمراض المُعدية، وطب الرئة، والعلاج التنفسي، والصحة العامة. وبالإضافة إلى ذلك، أبرزت الجائحة بيئات العمل الصعبة التي يعاني منها العديد من العاملين الصحيين، التي شملت عملهم في ظروف سيئة، وعدم إيلاء اهتمام كافٍ بصحتهم وعافيتهم، وغياب الدعم التنظيمي في كثير من الحالات. وهذه العوامل مجتمعة تُسهم في ارتفاع معدلات تناقص عدد العاملين الصحيين والاستقالة بين صفوفهم - ويُرجح أن تكون هذه المعدلات قد تفاقمت بسبب الجائحة (43).

34. وشكّل التعرّض لخطر الإصابة بالعدوى أحد المخاطر المباشرة التي أحْدقت بالقوى العاملة الصحية على إثر الجائحة. وحقيقة الأمر أن آلافًا من العاملين في مجال الرعاية الصحية أصيبوا بالعدوى، وفقد العديد منهم حياتهم بسبب كوفيد-19 (44). وأظهرت دراسات أجريت في بلدان بالإقليم، خلال المدة من أوائل عام 2020 إلى منتصفه، أن معدل الانتشار المُصلي للأجسام المضادة لفيروس كورونا سارس-2 بين العاملين الصحيين تراوح بين 2.3% و39% (45، 46). وإضافةً إلى ذلك، فإن الأثر غير المسبوق لكوفيد-19 على الخدمات الصحية يُعرّض

العاملين الصحيين لخطر متزايد للإصابة بحالات الصحة النفسية؛ وبالفعل قد عانى واحد على الأقل من كل أربعة عاملين صحيين من أعراض القلق أو الاكتئاب أو الإجهاد أو الإنهاك في أثناء الجائحة، وهو ما أدى إلى خسارة في الإنتاجية والوظائف، الأمر الذي هدد تقديم الخدمات الصحية الأساسية (47).

35. وبحسب الجولة الثانية من مسح مبادرة جس النبض العالمي، الذي أجرته المنظمة، بشأن استمرارية الخدمات الصحية الأساسية خلال جائحة كوفيد-19، فإن 66% من البلدان ذكرت أن الأسباب المتصلة بالقوى العاملة الصحية هي الأسباب الأكثر شيوعاً لتعطل تقديم الخدمات الصحية، وهذه نتيجة مشابهة لما خلصت إليه الجولة الأولى (48). وبنهاية عام 2022، كان 84% من البلدان في العالم لا يزال يُبلغ عن تعطل ما في خدمة واحدة على الأقل من الخدمات الصحية الأساسية، ونُوّه بأن النقص في أعداد القوى العاملة الصحية كان إحدى العقبات الشائعة (28).

36. لقد أكدت الجائحة أيضاً أن الاستثمار في القوى العاملة الصحية يأتي في صميم الجهود الرامية إلى مجابهة التحديات الصحية العالمية. ومثال ذلك أن كل دولار أمريكي واحد يُستثمر في جرعات اللقاحات يستلزم توفير 5 دولارات أمريكية لإيصال اللقاح، يُنفق منها 2.50 دولار أمريكي على تمويل العاملين الصحيين وتدريبهم وتزويدهم بالمعدات ودعمهم (49).

37. وتسببت جائحة كوفيد-19 في تعطل مبدئي لتعليم المهنيين الصحيين إقليمياً وعالمياً، وقد عطلت استئنافاً لاحقاً بالتكنولوجيات الرقمية. وواجهت أكثر بلدان الإقليم تحديات رئيسية تمثلت في ضعف البنية الأساسية الرقمية، وتكلفة التكنولوجيات الرقمية، وعدم كفاية قدرات أعضاء هيئة التدريس على استخدام التكنولوجيات الرقمية، والحاجة إلى إدخال تعديلات على المناهج الدراسية لأغراض التعلم عبر الإنترنت (50). ومع ذلك، سارعت معظم المؤسسات المعنية بتعليم المهنيين الصحيين، خاصة كليات الطب، إلى إدخال التعليم عبر الإنترنت باستخدام مجموعة متنوعة من التكنولوجيات الرقمية، الأمر الذي أدى إلى تحوّل في مستقبل التعليم المهني الصحي.

38. وفي إطار الاستجابة الفورية للجائحة، نشر المكتبُ الإقليمي في نيسان/أبريل 2020 مذكرة إرشادات مؤقتة: استجابة القوى العاملة الصحية لجائحة كوفيد-19 (بالإنجليزية) لتوزيعها بصورة عاجلة في الإقليم (51). ووضعت هذه المذكرة خطوطاً عريضة للإجراءات المحتملة الرامية إلى: (1) حشد العاملين الصحيين لضمان توفّر القوى العاملة الصحية، (2) وتمكين العاملين الصحيين من تقديم الخدمات بفعالية وكفاءة، (3) وحماية العاملين الصحيين وضمان سلامتهم، (4) والحفاظ على عافية العاملين الصحيين وصحتهم النفسية، (5) والإشادة بجهودهم وإنجازاتهم وتقديرها.

39. وقد اعتمدت بلدان الإقليم وأراضيه سياسات واستراتيجيات لمجابهة النقص في أعداد العاملين الصحيين، والزيادة في عبء العمل، وتلبية احتياجات الرعاية الصحية المتغيرة. وبرغم أن جائحة كوفيد-19 كانت هي الدافع المباشر للعديد من الاستراتيجيات والسياسات الرامية إلى التصدي لهذه التحديات، فإن هذه الخطوات يمكن أن تسهم في النهوض بخطة التنمية المستدامة لعام 2030. وتقدم عُمان والصومال أمثلة جيدة على الإجراءات التي أُخذت خلال الجائحة للتصدي لما تواجهه القوى العاملة الصحية من تحديات. ففي عُمان، اعتمدت وزارة الصحة نهجاً متعدد الأوجه لدعم القوى العاملة، وقد شمل ما يلي: تسريع وتيرة التوظيف والتعجيل بنشر العاملين؛ وتنفيذ نظام رصد قوي؛ وبناء الكفاءات في مجال التعليم والاستبقاء؛ وضمان العافية والسلامة

البدنية والنفسية والمهنية؛ والاستثمار في التطبيقات التي تدعم استخدام الصحة الإلكترونية في تقديم الخدمات. ومن المتوقع أن يخلّف تنفيذ هذه التغييرات الاستراتيجية والتنظيمية تأثيراً طويلاً على النظام الصحي، وهو ما يجعله أكثر مقاومة للصدمات في المستقبل (52). وفي الصومال، درّبت المنظمة 3327 من العاملين في مجال صحة المجتمع في عام 2020، ونشرتهم في 51 مقاطعة لإجراء اختبار الكشف عن كوفيد-19، وتعبّبه وتتبعه وعلاجه، لا سيّما في المناطق التي يصعب الوصول إليها. وعلى امتداد عام 2020، اكتشف العاملون في مجال صحة المجتمع نحو 43% من الحالات المؤكدة مختبرياً المُبلّغ عنها في الصومال، وتابعوا 16244 فرداً في منازلهم في إطار أنشطة تتبّع المخالطين (53).

40. وقد أكدت جائحة كوفيد-19 كذلك الحاجة إلى تعزيز القوى العاملة في حالات الطوارئ، ودعم قدرة البلدان على الاستجابة للزيادة المفاجئة في الطلب على تلك القوى العاملة، وهذه أولوية سبق أن أقرها الإقليم بسبب ارتفاع مخاطر تعرّضه للكوارث الطبيعية، والفاشيات والأزمات الممتدة. وبناء على ذلك، فإن الإبقاء على قوى عاملة صحية ومنتجة أمرٌ بالغ الأهمية لتحقيق كلٍّ من التغطية الصحية الشاملة وتعزيز الأمن الصحي العالمي.

تلبية متطلبات القوى العاملة الصحية في المستقبل: تعزيز القدرات وصقل المهارات اللازمة للقوى العاملة الصحية لتلائم الغرض المنشود منها

41. تُعدّ الديناميكية والتغير المستمر سمتين رئيسيتين للمشهد الصحي العالمي، والنُظُم الصحية الوطنية، والاحتياجات الصحية للسكان. فالعولمة تزيد التنقل الدولي للعاملين الصحيين، ولهذا الأمر آثار كبيرة على العديد من بلدان الإقليم، خاصة البلدان التي تواجه أزمات سياسية ومالية منذ أمد طويل. وفي حين يزيد عدد السكان في مرحلة الشيخوخة من الطلب على الخدمات الصحية وكذلك على العاملين الصحيين، فإن القوى العاملة الصحية في البلدان ذات الدخل المرتفع يتقدم بها السن هي أيضاً، وهو ما يُوجد فرص عمل للعاملين الصحيين من أقاليم أخرى. وتؤثر التغييرات في عبء الأمراض، وأوجه التقدم في تكنولوجيات الصحة، والتحوّل الرقمي السريع بصورة هائلة على متطلبات القوى العاملة الصحية في المستقبل من حيث ممارسة العاملين الصحيين لمهامهم، والكفاءات المطلوبة، ومزيج المهارات، وتعليم المهنيين الصحيين وتدريبهم. وتحتاج البلدان إلى وضع وتنفيذ استراتيجيات وآليات تمكّن القوى العاملة الصحية بها من التأقلم مع الظروف المتغيرة باستمرار، ومواكبة هذه الاحتياجات الصحية الدائمة التغير.

42. إن التطورات الأخيرة في الوظائف الأساسية للصحة العامة، وإعداد حُزم الخدمات الصحية الأساسية، وإعادة توجيه نماذج الرعاية نحو تعزيز خدمات الرعاية الأولية، كلها أمور تشير إلى الحاجة إلى فرق متعددة التخصصات، تضم أنواعاً مختلفة من العاملين الصحيين يتمتعون بمزيج المهارات المطلوبة، لتلائم الغرض المنشود منها، وتستجيب لحالات الطوارئ.

43. ولطالما أُغفل تأثير القوى العاملة الصحية على أداء الوظائف الأساسية للصحة العامة إغفالاً كبيراً أو اعتُبر من المُسلّمات، وهو ما أدى إلى اعتماد نهج مُجزّاة لتطوير القوى العاملة الصحية العامة من حيث السياسات، والتخطيط، والتنفيذ، والرصد. واستناداً إلى الدروس المستفادة من جائحة كوفيد-19، نُقّح مؤخراً الإطار المفاهيمي للوظائف الأساسية للصحة العامة في بلدان الإقليم، الذي أُعدّ في بادئ الأمر في عام 2013 (54). وتتضمن مسودة الإطار الآن تسع وظائف مترابطة فيما بينها؛ وهي: الحوكمة، وحفظ الصحة،

وتعزيز الصحة، والتأهب للطوارئ والاستجابة لها، والترصد، وخدمات الصحة العامة، والبحوث، والاتصالات، والقوى العاملة الصحية.

44. وثمة حاجة إلى توفير قوى عاملة متنوعة لدعم الوظائف الأساسية للصحة العامة، وكذلك ثمة إدراك جيد للتحديات التي تواجه حصر القوى العاملة الصحية في مجال الصحة العامة وتنظيمها وتخطيطها (55-58). وتضم القوى العاملة التي تؤدي الوظائف الأساسية للصحة العامة جميع الأفراد (من خلفيات مهنية مختلفة)، الذين يسهمون في أداء وظيفة واحدة على الأقل من الوظائف في إطار الخدمات والنظم المتكاملة. ويشمل ذلك: (1) مجموعة أساسية من موظفي الصحة العامة الذين حصلوا على تدريب مهني و/ أو سُجّلوا لدى هيئات مهنية في مجال الصحة العامة؛ (2) العاملين الصحيين الذين يسهمون في وظيفة واحدة أو أكثر من الوظائف الأساسية للصحة العامة ضمن أدوارهم السريرية؛ (3) والعاملين الذين يشكلون مجموعة واسعة من المهن الأخرى، ولهم دور في معالجة المحددات الاجتماعية للصحة (59). وتضم المجموعة الأساسية طائفة من مهنيي الصحة العامة، مثل أخصائيي الصحة العامة، وأخصائيي البائيات، والمهنيين الصحيين في مجال صحة البيئة، وأخصائيي الصحة المهنية، ومديري الخدمات الصحية، وأخصائيي اقتصادات الصحة، وآخرين متخصصين في حماية صحة السكان وتعزيزها.

45. وبرغم الزيادة الكبيرة في برامج التعليم المهني في مجال الصحة العامة في الإقليم التي شهدها العقد الماضي (فقد بدأ مثلاً 19 برنامجاً للحصول على درجة الماجستير في الصحة العامة في بلدان عربية بين عامي 2010 و2019 (60))، توجد حاجة إلى تعزيز التأهيل المهني للقوى العاملة وإيجاد فرص لتقدم مسيرتها الوظيفية. ولتحديد كفاءات القوى العاملة الصحية اللازمة لدعم أداء الوظائف الأساسية للصحة العامة، تعكف المنظمة على وضع إطار عمل لكفاءات القوى العاملة لتوجيه تخطيط القوى العاملة وتعليم المهنيين الصحيين في الإقليم، حالياً وفي المستقبل.

46. ويعطي برنامج المنظمة للطوارئ الصحية الأولوية لتوافر قدرات القوى العاملة الصحية، بهدف تحقيق الغاية المتمثلة في توفير حماية أفضل لمليار شخص آخر في شتى أنحاء العالم من الطوارئ الصحية (61). ورغم ذلك، أبرزت جائحة كوفيد-19 ثغرات مؤثرة في قدرات القوى العاملة الصحية، في بلدان إقليم شرق المتوسط، على التأهب لحالات الطوارئ والاستجابة لها. ويسلط الهيكل العالمي الجديد للتأهب والاستجابة للطوارئ الصحية والقدرة على الصمود أمامها الضوء على تعزيز القوى العاملة في مجال الاستجابة للطوارئ، ويؤكد أن الحماية المناسبة للعاملين الصحيين لا تنتهي عند تدابير الوقاية من العدوى ومكافحتها، بل تتضمن عناصر أخرى، منها الأجر المناسب والتدريب ودعم الصحة النفسية. وينظر صندوق مكافحة الجوائح أيضاً إلى القوى العاملة الصحية بوصفها عنصراً رئيسياً، وستمنح المشاريع المقرر تمويلها من جولة التمويل الأولى الأولوية لتعزيز قدرات الموارد البشرية/ القوى العاملة الصحية العامة، بالإضافة إلى مجالات أخرى.

47. وعلاوة على ذلك، يرسم التحول الرقمي للخدمات الصحية ملامح تقديم الرعاية الصحية في المستقبل. ولقد ثبتت فائدة التكنولوجيات الرقمية وكفاءتها في تقديم الرعاية الصحية بجلاء ووضوح في أثناء الاستجابة لجائحة كوفيد-19. واستطاعت بلدان كثيرة تقديم الرعاية إلى المرضى بأمان، حتى في الأماكن النائية. ورغم ذلك، لا يزال التنفيذ ينطوي على تحديات، منها مخاوف بشأن أمن البيانات والخصوصية، وضعف أو تجزؤ حوكمة التكنولوجيا الرقمية في مجال الصحة، والأمور المالية (ومن ذلك السداد إلى مقدمي الخدمات وأمن التعاملات

المالية)، وغياب البنى الأساسية الرقمية، والمسائل القانونية والتنظيمية، وعدم كفاية القدرات الوطنية اللازمة لتدريب المهنيين الصحيين، ويُضاف إلى ذلك كله قدر من الممانعة التي يبديها العاملون الصحيون والمرضى على حدٍ سواء.

48. ويكتسب بناء قدرات العاملين الصحيين وإكسابهم المهارات اللازمة التي تمكنهم من استخدام التكنولوجيات الرقمية بفعالية أهمية بالغة. وقد أظهر مسحٌ إقليمي أجرته المنظمة في الفترة 2020-2021 أن معظم البلدان تفتقر إلى القدرات الوطنية الكافية لإدارة استخدام التكنولوجيا الرقمية في مجال الصحة. واكتسب العديد من الموظفين خبراتهم الوظيفية عبر التدريب أثناء العمل ودون الحصول على تعليم رسمي، في حين تلقى آخرون تعليمًا وتدريبًا خارج الإقليم، الأمر الذي ربما يحدُّ من قدرتهم على تنفيذ حلول تناسب بلدانهم وسياقها الثقافي (62).

49. وقد تغيّر تعليم المهنيين الصحيين تغيُّرًا كبيرًا مع التحوُّل الرقمي قبل جائحة كوفيد-19، وفي أثنائها، وبعدها. وعلى الرغم من أن الجائحة لم تكن سببًا في بدء هذه التطورات، فقد أدت إلى زيادة في تنفيذها، ويُرجح أن يكون لتلك التطورات أثر طويل الأجل على التعليم المهني الصحي.

سلامة العاملين الصحيين وعافيتهم

50. يكتسي ضمان صحة العاملين الصحيين وسلامتهم وأمنهم أهمية قصوى، ويدخل في ذلك الحماية من الهجمات على خدمات الرعاية الصحية والمرافق الصحية أثناء الصراعات، والحماية من العنف في مكان العمل، والوقاية من التعرض للأخطار المهنية. فسلامة العاملين الصحيين وأمنهم أمر جوهري للنظم الصحية كي تؤدي وظائفها على ما يُرام، وتكون قادرة على الصمود، ولتحقيق جودة الرعاية، والحفاظ على قوى عاملة صحية منتجة.

51. وقد استرعت جائحة كوفيد-19 مزيدًا من الاهتمام بسلامة العاملين الصحيين وعافيتهم. وكما ذُكر سابقًا، فقد كانت المخاطر الكبيرة لإصابة هؤلاء العاملين بالعدوى واضحة على الفور في بداية الجائحة. ويُضاف إلى ذلك أن الطبيعة المُجهدة لعمليهم، وتحديدًا أعباء العمل الثقيلة، ونوبات العمل الطويلة، وقلة الدعم النفسي والمجتمعي، كلها تشكل عوامل خطر جسيم تُقوّض عافيتهم. وفي عام 2021، أُجري استعراضٌ منهجي لما كُتب عن الموضوع، وقد خلص إلى أن المعدل التقديري لانتشار الإنهاك العام والإرهاق الانفعالي بين أطباء الإقليم بلغ 25% و44%، على الترتيب. وحتى قبل الجائحة، انتهت الدراسات إلى ارتفاع معدلات انتشار الاكتئاب والإنهاك بين أفراد التمريض في جمهورية إيران الإسلامية ولبنان (64، 65).

52. ولا يزال تصاعد النزاعات وتزايد الاحتياجات الإنسانية في الإقليم يُعرِّض العاملين الصحيين لخطر كبير. ففي عام 2019، تعرّض مرفق صحي واحد كل أربعة أيام في الجمهورية العربية السورية للهجوم (66). وفي عام 2022، سُجِّلت 261 هجمة على مرافق الرعاية الصحية في الإقليم، وأثر 86% من تلك الهجمات تأثيرًا مباشرًا على الموظفين الصحيين (67). وفيما بين كانون الثاني/يناير وأب/أغسطس 2023، أُبلِّغ عن 266 هجومًا على الرعاية الصحية في الإقليم، أي ما يمثل 61% من الإجمالي العالمي (67). وقد أدت الاضطرابات السياسية الأخيرة في السودان إلى تسجيل 46 هجومًا على مرافق الرعاية الصحية في أنحاء البلد، الأمر الذي أسفر عن مقتل ثمانية أشخاص وإصابة 18 آخرين في المدة من 15 نيسان/أبريل إلى 8 حزيران/يونيو 2023 (68).

53. ويُشار في هذا السياق إلى أن الميثاق العالمي للعاملين في مجالي الصحة والرعاية الصادر عن منظمة الصحة العالمية، واعتمده جمعية الصحة العالمية في القرار ج ص ع74-14 في عام 2022، يقدم إرشادات تكفل حماية العاملين الصحيين وتضمن سلامتهم (69).

الاستثمار في القوى العاملة الصحية

54. الصحة قطاع اقتصادي وتوظيفي رئيسي، أسهم في الاقتصاد العالمي بأكثر من 9 تريليونات دولار أمريكي في عام 2020 (70). ويؤدي الاستثمار في النظم الصحية والقوى العاملة الصحية إلى تعزيز النمو الاقتصادي، وإتاحة فرص عمل، وتعزيز الحماية الاجتماعية والترابط المجتمعي، والأمن الصحي. وتشير التقديرات إلى أن ربع النمو الاقتصادي في البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط، بين عامي 2000 و2011، يُعزى إلى تحسينات في صحة السكان شهدت هذه البلدان (71، 72).

55. وفيما يخص البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط، فإن أكثر من 50% من الاستثمارات اللازمة لتحقيق الهدف الثالث من أهداف التنمية المستدامة مرتبط بتوظيف القوى العاملة الصحية (الأجور والرواتب)، وترتفع هذه النسبة إلى 80% إذا أخذنا في الاعتبار الاستثمار المطلوب في مجال التدريب (73). علاوة على ذلك، تشير التقديرات إلى أن توفّي الجوائح في المستقبل سوف يتطلب إنفاقاً بمتوسط 5 دولارات أمريكية للفرد كل عام (74)، وإنفاق 66% من ذلك على تحسين قدرات القوى العاملة في مجالات الوقاية والكشف والاستجابة (75).

56. وغالبًا ما تكون الاستثمارات في القوى العاملة الصحية مُقيّدة بسبب تصور أن الاقتصاد الصحي قطاعٌ استهلاكي (76، 77). والحقيقة هي أن هذا الاستثمار يحقق عوائد متعددة لكلٍ من الصحة والاقتصاد (72، 78). فلكل دولار أمريكي يُستثمر في مجال الصحة وفي إيجاد فرص عمل لائقة للعاملين الصحيين عائدٌ محتملٌ يبلغ قرابة 9 دولارات أمريكية (79).

57. وبرغم ذلك، لم يُنفَق على دعم القوى العاملة الصحية، بين عامي 1990 و2020، سوى 7% من جميع المساعدات الإنمائية المقدّمة إلى البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط (80). وبالإضافة إلى الأزمة المالية الناجمة عن جائحة كوفيد-19، تشهد بلدان كثيرة، في إقليم شرق المتوسط، صراعات مسلحة، واضطرابًا سياسيًا، وأزمات إنسانية ممتدة، الأمر الذي قيّد الأفاق الاقتصادية لتلك الدول. وتراوحت حصة الإنفاق العام من إجمالي الإنفاق على الصحة، في عام 2020، بين 7.6% في أفغانستان و90.3% في عُمان (81)، بالإضافة إلى تراجع الإنفاق على الصحة العامة في 7 بلدان في العقد الأخير، ليرتفع ما ينفقه الأفراد على الصحة من أموالهم الخاصة على إثر ذلك.

58. وأُجريت دراسة عن نسبة المنح التي يقدمها الصندوق العالمي لمكافحة الإيدز والسل والملاريا للإنفاق على الموارد البشرية الصحية في 13 بلدًا مستفيدًا في الإقليم بين عامي 2003 و2017، وقدّرت هذه الدراسة أن تلك المنح شكّلت في المتوسط 28% (أي 454 مليون دولار أمريكي) من الإجمالي البالغ 1.6 مليار دولار أمريكي (82). ورغم ذلك، أشار تحليل مفصّل للبيانات إلى أن 13% فقط منها خُصّصت لأنشطة متصلة اتصالاً «مباشراً» بالقوى العاملة الصحية مثل الرواتب، وتكاليف التدريب، والمساعدة التقنية، وهذا الأمر يسلط الضوء على الحاجة إلى تحسين مواءمة الموارد، لا إلى زيادة الإنفاق فقط.

59. وسيطلب الاستثمار في القوى العاملة الصحية زيادة الموارد المحلية المخصصة للصحة. وقد لا يُتاح زيادة الاستثمار دائماً من مصادر وحيدة، وفي المقابل، يمكن أن يُسهم تنوع مصادر التمويل في زيادة الموارد المتاحة واستدامتها. وسيطلب التصدي للتحديات التي تواجه القوى العاملة الصحية إحداث نقلة نوعية نحو الاستثمار بشكل أذكى وأفضل في القوى العاملة الصحية، إذا ما أُريدَ تحقيق التغطية الصحية الشاملة والأمن الصحي، وتضم هذه التحديات مثلاً نقص أعداد القوى العاملة الصحية، والبطالة، والهجرة المفردة إلى الخارج، وسوء التوزيع، وظروف العمل غير المرضية، وعدم كفاية السلامة والحماية في مكان العمل. وعلاوة على ذلك، من المهم الاستثمار في زيادة القدرات التعليمية من أجل زيادة أعداد العاملين الصحيين وتحسين مهاراتهم؛ مع مراعاة أن هذا التوجه قد يؤدي إلى البطالة إذا لم يكن مصحوباً بالاستثمار في توظيف هؤلاء العاملين الصحيين، لا سيّما في البلدان التي تعاني من حالات نقص حادة مثل الصومال. فيجب الموازنة بين استثمار الموارد وتلبية متطلبات النظام الصحي الخاصة بالقوى العاملة الصحية، مثل إعداد تلك القوى العاملة الصحية، وتوظيفها (عن طريق توفير فرص العمل)، وتحسين ظروف العمل، وحماية العاملين الصحيين وضمان سلامتهم.

60. ولقد أكدت جائحة كوفيد-19 الأهمية الشديدة للحفاظ على الميزانيات المخصصة للقوى العاملة الموجودة بالخدمة، والاستفادة من الاستثمارات الطويلة الأجل والمستدامة للشركاء المحليين والخارجيين في القوى العاملة الصحية، بهدف ضمان اجتذاب أعداد كافية من العاملين الصحيين ونشرهم وحمايتهم والإبقاء عليهم -حيثما تدعو الحاجة إليهم- مع صقلهم بالمهارات، وتقديم الدعم إليهم، وتحفيزهم، وتوفير المعدات اللازمة لأداء وظائفهم في وضع آمن.

دعوة إلى العمل

61. تلخيصاً لما سبق، تتضمن التحديات الرئيسية التي تواجه القوى العاملة الصحية في الإقليم نقصاً عاماً في أعدادها ونقصاً في فئات محددة منها، وعدم كفاية القدرات اللازمة لإعدادها، واختلالات في توزيعها وفي مزيج المهارات المطلوب توفُّره فيها، وظروف العمل وبيئة العمل غير الملائمة، وانخفاض الإنتاجية، والقدرات المحدودة في مجالي الحوكمة والتنظيم، وعدم كفاية المعلومات والبيانات لرسم السياسات. وتسببت الآثار الناجمة عن جائحة كوفيد-19 في تفاقم هذه التحديات، وكشفت عن النقص المزمن في الاستثمار في القوى العاملة الصحية.

62. وثمة حاجة ملحة إلى تعزيز القوى العاملة الصحية على مستوى الرعاية الأولية، لمواصلة تقديم الخدمات الصحية الأساسية، وتقليص الفجوات في القدرات اللازمة لأداء الوظائف الأساسية للصحة العامة، وتحسين الاستجابة للطوارئ، ودعم القدرات على تلبية الاحتياجات المفاجئة التي قد تحدث في المستقبل. وتشد الحاجة كذلك إلى مواجهة التنقل الدولي المتزايد للعاملين الصحيين، والتغلب على التحديات المرتبطة باستبقائهم، وإدارة الآثار المترتبة على التحول الرقمي فيما يخص تعليمهم، ومزاولتهم لمهنتهم، وسلامتهم وأمنهم.

63. وبرغم الالتزامات الرفيعة المستوى التي قُطعت على مر السنين، فإن التقدم المُحرز في تعزيز القوى العاملة الصحية في الإقليم لم يبلغ الوتيرة والمستوى المنشودين. وقد ذكر المدير العام للمنظمة، في المنتدى العالمي الخامس للموارد البشرية الصحية في عام 2023، أن القوى العاملة الصحية أولوية شاملة في برنامج العمل العام القادم للمنظمة، وذكر أن النقص المتوقع في أعداد العاملين الصحيين في الإقليم الأفريقي وإقليم شرق المتوسط يتطلب إجراءات متضافرة واستثمارات منسقة (83).

64. ومع بلوغ منتصف الطريق نحو الموعد النهائي لتحقيق أهداف التنمية المستدامة، لا بد من دعوة الحكومات وجميع الشركاء إلى اتخاذ ما يلزم من إجراءات، وذلك لتوسيع نطاق القوى العاملة الصحية، والمُضي قُدماً صوب تحقيق الهدف الثالث من أهداف التنمية المستدامة بشأن الصحة والعافية، وغيره من أهداف التنمية المستدامة. وسيتطلب التصدي للتحديات المرتبطة بالقوى العاملة الصحية تضافراً الجهود ومواءمتها وتآزرها، من أجل إعادة بناء النُظْم والاقتصادات الصحية على نحو أفضل بعد جائحة كوفيد-19.

65. وتُجمل النقاط التالية مجالات الإجراءات ذات الأولوية، وترد الإجراءات أيضاً بمزيد من التفصيل في الملحق 1.

- تسريع وتيرة تنفيذ إطار عمل تنمية القوى العاملة الصحية في إقليم شرق المتوسط للفترة (2017-2030)، باتباع خطط استراتيجية شاملة للقوى العاملة الصحية تستند إلى تحليل لسوق العمل الصحي، وتشمل: إعداد القوى العاملة الصحية، وتوظيفها، وتوفير فرص العمل لها، واستبقائها. ثمة حاجة إلى تعزيز القدرات في مجالي حوكمة القوى العاملة الصحية وتنظيمها، وتوفير معلومات وبيّنات أفضل، الأمر الذي يساعد في وضع هذه الخطط الاستراتيجية وتنفيذها.
- زيادة واستدامة الاستثمار في إعداد العاملين الصحيين وتوظيفهم، بما يضمن مواءمة أفضل مع احتياجات النُظْم الصحية، وإيلاء اهتمام خاص لتوفير فرص العمل وتحسين ظروفه. ينبغي للاستثمار في قدرات الإعداد أن يعطي الأولوية لتعليم التمريض لمعالجة الفجوة في مزيج المهارات في البلدان.
- تعزيز القوى العاملة الصحية على مستوى الرعاية الأولية، لضمان كفاءة أداء وظائف الصحة العامة الأساسية، ومن ذلك التأهُّب لحالات الطوارئ والاستجابة لها، ومعالجة الثغرات التي كشفت عنها جائحة كوفيد-19.
- إعادة توجيه التعليم المهني الصحي وتحويله لتلبية متطلبات كفاءة العاملين الصحيين في الحاضر والمستقبل. ينبغي أن يسترشد التعليم المهني الصحي بالاحتياجات الصحية للمجتمعات المحلية، وأن يعتمد في تقييمه على مدى قدرة العاملين على الوفاء بهذه الاحتياجات. ومن شأن تقوية أواصر التعاون بين قطاعي التعليم والصحة، بما يشمل القطاع الخاص، أن يُحسِّن الصلة بين التعليم المهني الصحي وواقع تقديم الخدمات الصحية.
- تحسين معدلات استبقاء العاملين الصحيين، والاهتمام بحركة التنقل المتزايد للمهنيين الصحيين داخل الإقليم وخارجه، خاصة في سياق الأزمة الاقتصادية والمخاوف الأمنية المتصاعدة. بالإضافة إلى تعزيز استراتيجيات الاستبقاء، ثمة حاجة إلى توطيد التعاون الدولي بشأن تبادل البيانات والمعلومات عن القوى العاملة الصحية، وذلك لتعزيز الحوار بشأن السياسات.
- حماية وصون صحة القوى العاملة الصحية وعافيتها. ثمة التزام يقع على عاتق الحكومات وأرباب العمل بضمان توفير الدعم للعاملين الصحيين لتنمية المهارات المطلوبة؛ وتزويدهم بالموارد اللازمة؛ وتوفير الأمن الوظيفي لهم؛ ومنحهم أجوراً مناسبة ومنتظمة في بيئات آمنة وصحية وداعمة تمكّنهم من تقديم رعاية لائقة وجيدة للجميع.
- تعزيز التضامن الإقليمي لدعم الاستراتيجيات الوطنية، وخاصة البلدان المُدرجة في قائمة المنظمة لدعم القوى العاملة الصحية وحمايتها.

المراجع

- 1 Occupational health: health workers [website]. Geneva: World Health Organization; 2022; (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/occupational-health--health-workers> accessed 8 August 2023).
- 2 Health and care worker deaths during COVID-19 [website]. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://www.who.int/news/item/20-10-2021-health-and-care-worker-deaths-during-covid-19>, accessed 6 June 2023).
- 3 Third round of the global pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic: November–December 2021. Geneva: World Health Organization; 2022 (https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-EHS_continuity-survey-2022.1, accessed 8 August 2023).
- 4 Framework for action for health workforce development in the Eastern Mediterranean Region 2017–2030. Cairo: WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean; 2018 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/275462>, accessed 8 August 2023).
- 5 Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030. Geneva: World Health Organization; 2022 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241511131>, accessed 8 August 2023).
- 6 Transforming our world: The 2030 agenda for sustainable development. New York, NY: United Nations; 2015 (<https://sdgs.un.org/2030agenda>, accessed on 6 June 2023).
- 7 WHO health workforce support and safeguards list 2023. Geneva: World Health Organization; 2023 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240069787>, accessed 9 August 2023).
- 8 Eastern Mediterranean Region framework for health information systems and core indicators for monitoring health situation and health system performance. Cairo: WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean; 2014 (<https://rho.emro.who.int/sites/default/files/booklets/WHO-Health-Indicators-2014.pdf>, accessed 8 August 2023).
- 9 Eastern Mediterranean Health Observatory. Personnel per 10 000 population-physicians [online database]. Cairo: WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean (<https://rho.emro.who.int/Indicator/TermID/71>, accessed 8 August 2023).
- 10 Eastern Mediterranean Health Observatory. Personnel per 10 000 population-nursing and midwifery [online database]. Cairo: WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean (<https://rho.emro.who.int/Indicator/TermID/72>, accessed 9 August 2023).

- Strengthening the nursing workforce to advance universal health coverage in the Eastern Mediterranean Region. Cairo: WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean; 2019 (EM/RC66/4, https://applications.emro.who.int/docs/RC_Technical_Papers_2019_4_en.pdf?ua=1, accessed 30 June 2023). .11
- State of the world's nursing 2020: investing in education, jobs and leadership. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240003279>, accessed 8 August 2023). .12
- ILOSTAT explorer: datasets: employment by sex, economic activity and marital status (thousands) – annual [online database]. Geneva: International Labour Organization (https://www.ilo.org/shinyapps/bulkexplorer34/?lang=en&id=EMP_TEMP_SEX_ECO_MTS_NB_A, accessed 11 May 2023). .13
- Sudan annual health statistical report. Khartoum: Sudan Health Observatory, Federal Ministry of Health; 2018. .14
- Primary health care systems (PRIMASYS): comprehensive case study from Pakistan. Geneva: World Health Organization; 2017:20 (<https://ahpsr.who.int/publications/i/item/primasys-comprehensive-case-study-from-pakistan>, accessed 20 August 2023). .15
- Human resources for health profile for Afghanistan: a situational analysis of the current health workforce in the national and provincial levels. Cairo: WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean; 2020. .16
- Eastern Mediterranean Health Observatory. Data repository [online database]. Cairo: WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean; 2019 (<https://rho.emro.who.int/drs>, accessed 30 June 2023). .17
- Latif MZ, Wajid G. Reforming medical education in Pakistan through strengthening departments of medical education. Pak J Med Sci. 2018;34(6):1439–44. doi:0.12669/pjms.346.15942. .18
- Elshazali OH, Abdullahi H, Karrar ZA. Progress, challenges and partnerships of teaching medical professionalism in medical schools in Sudan: the success story of Sudan Medical Council. Sudan J Paediatr. 2021;21(2):110–5. <https://doi.org/10.24911/SJP.1622725530> .19
- Haghdoost AA, Akbari H, Peykari N, Bahmanian A. Medical education in Iran, a brief report. Tehran: Ministry of Health and Medical Education; 2021 .20

- (https://www.researchgate.net/publication/355338874_Medical_Education_in_Iran-2021#fullTextFileContent, accessed 30 June 2023).
- World Directory of Medical Schools [website]. World Federation for Medical Education and the Foundation for Advancement of International Medical Education and Research; 2022 (https://search.wdoms.org/?_gl=1*vuvlk*_ga*NTkwNTk5MTk5LjE2OTI4NzlyNzU.*_ga_R5BJZG5EYE*MTY5Mjg3MjI3NC4xLjEuMTY5Mjg3MjI4OC4wLjAuMA, accessed 20 August 2023).
- Telmesani A, Zaini RG, Ghazi HO. Medical education in Saudi Arabia: a review of recent developments and future challenges. *East Mediterr Health J.* 2011;17(8):703–7. PMID:21977574.
- Abdulrahman AKB, Aldayel AY, Bin Abdulrahman KA, Bukhari YR, Almotairy Y, Aloyouny S et al. Do Saudi medical schools consider the core topics in undergraduate medical curricula? *BMC Med Educ.* 2022;22:377. doi:10.1186/s1-03452-022-12909BMC Med Educ. 2022;22:377. doi:10.1186/s
- Alsheikh G, Al-sheikh M, Kadhim T, Hassoon A, Rowandozi I, Mustafa O. Review of Iraq's nationwide attempts to transform medical school curricula over the last ten decades. *East Mediterr Health J.* 2022;28(7):539–48. doi:10.26719/emhj.22.046.
- Review of medical education in the Eastern Mediterranean Region: challenges, priorities and a framework for action (EM/RC62/3 Rev.1). Cairo: WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean; 2015 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250489/RC_technical_papers_2015_3_16503_EN.pdf?sequence=2&isAllowed=y, accessed 23 August 2023).
- Badr E. Governance of health professions education in Sudan: implications for appropriateness of graduates to population health needs [thesis]. Leeds: University of Leeds; 2023 (https://etheses.whiterose.ac.uk/32337/1/Badr_E_Medicine_MPhil_2023.pdf, accessed 10 August 2023).
- Sheikh JI, Cheema S, Chaabna K, Lowenfels AB, Mamtani R. Capacity building in health care professions within the Gulf cooperation council countries: paving the way forward. *BMC Med Educ.* 2019;19(1):83. doi:10.1186/s12909-019-1513-2.
- Human resources for health: WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel: fourth round of national reporting. Report by the Director-General (A75/14). Geneva: World Health Organization; 2022 (https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA75/A75_14-en.pdf, accessed 20 August 2023).

- Statistical yearbook. Riyadh: Ministry of Health; 2021 .29
(<https://www.moh.gov.sa/en/Ministry/Statistics/book/Pages/default.aspx>, accessed 30 June 2023).
- Almansour H, Aldossary A, Holmes S, Alderaan T. Migration of nurses and doctors: pull factors to work in Saudi Arabia. *Hum Resour Health*. 2023;21(1):25. doi:10.1186/s12960-023-00809-5. .30
- WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel. Geneva: World Health Organization; 2010 .31
(<https://www.who.int/publications/i/item/wha68.32>, accessed 20 August 2023).
- Akhtat T, Matallana MA, Muthuswamy V, Olowu FA, Tallo V, et al. Physician migration: views from professionals in Colombia, Nigeria, India, Pakistan and the Philippines. *Soc Sci Med*. 2005;61(12):2492–500. doi:10.1016/j.socscimed.2005.05.003. .32
- Syed NA, Khimani F, Andrades M, Ali SK, Paul R. Reasons for migration among medical students from Karachi. *Med Educ*. 2008;42(1):61–1. doi:10.1111/j.1365-2923.2007.02904.x .33
- López-Tomás A. Mass exodus of doctors, nurses threatens Lebanese health care system. New York, NY: The Media Line; 2023 (<https://themedialine.org/life-lines/mass-exodus-of-doctors-nurses-threatens-lebanese-health-care-system/>, accessed 30 June 2023). .34
- The state of medical education and practice in the UK: The workforce report 2022. London: General Medical Council; 2022 (https://www.gmc-uk.org/-/media/documents/workforce-report-2022---full-report_pdf-94540077.pdf, accessed 3 July 2023). .35
- Medical workforce intelligence report 2021. Dublin: Medical Council; 2021 .36
(<https://www.medicalcouncil.ie/news-and-publications/reports/medical-workforce-intelligence-report-2021.pdf>, accessed 3 July 2023).
- Global Compact for Safe, Orderly and Regular Migration (A/RES/73/195). New York, NY: United Nations; 2018 (<https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N18/451/99/PDF/N1845199.pdf?OpenElement>, accessed 21 August 2023). .37
- International Organization for Migration (IOM), WHO Regional Office for Eastern Mediterranean. Diaspora engagement in health in the Eastern Mediterranean Region: a desk review of experiences. Geneva: International Organization for Migration; 2021
(https://publications.iom.int/system/files/pdf/Diaspora-Engagement-in-Health-in-the-EMR_0.pdf, accessed 20 August 2023). .38

- Yaran-e-Watan. Islamabad: Yaran-e-Watan (<https://203.124.44.46>, accessed 3 July 2023). .39
- Somali diaspora in Finland helps revitalize northern Somalia's health sector [website]. .40
Geneva: International Organization for Migration; 2011
(<https://www.iom.int/news/somali-diaspora-finland-helps-revitalize-northern-somalias-health-sector>, accessed 3 July 2023).
- ILOSTAT: statistics on working time [online database]. Geneva: International Labour .41
Organization (<https://ilostat.ilo.org/topics/working-time/>, accessed 21 June 2023).
- Zaidi S, Das JK, Jamal W, Ali A, Siddiqui F, Thabet A et al. Government purchasing initiatives .42
involving private providers in the Eastern Mediterranean Region: a systematic review of
impact on health service utilisation. *BMJ Open*. 2023;13:e063327. doi:10.1136/bmjopen-
2022-063327.
- Poon YR, Lin YP, Griffiths P, Yong KK, Seah B, Liaw SY. A global overview of healthcare .43
workers' turnover intention amid COVID-19 pandemic: a systematic review with future
directions. *Hum Resour Health*. 2022;20(1):70. doi:10.1186/s12960-022-00764-7.
- Health and care worker deaths during COVID-19 [website]. Geneva: World Health .44
Organization; 2021 (<https://www.who.int/news/item/20-10-2021-health-and-care-worker-deaths-during-covid-19>, accessed 3 July 2023).
- Alserehi H, Alqunaibet A, Al-Tawfiq J, Alharbi N, Alshukairi A, Alanazi K et al. Seroprevalence .45
of SARS-CoV-2 (COVID-19) among healthcare workers in Saudi Arabia: comparing case and
control hospitals. *Diagn Microbiol Infect Dis*. 2021;99(3):115273.
doi:10.1016/j.diagmicrobio.2020.115273.
- Balou H, Yaghubi Kalurazi T, Joukar F, Hassanipour S, Shenagari M, Khoshsorour M et al. .46
High seroprevalence of SARS-CoV-2 (COVID-19)-specific antibodies among healthcare
workers: a cross-sectional study in Guilan, Iran. *J Environ Public Health*. 2021;9081491.
doi:10.1155/2021/9081491.
- Abdul Rahim HF, Fendt-Newlin M, Al-Harabsheh ST, Campbell J. Our duty of care: a global .47
call to action to protect the mental health of health and care workers. Doha: World
Innovation Summit for Health; 2022
(https://www.researchgate.net/publication/364309627_Our_duty_of_care_A_global_call_to_action_to_protect_the_mental_health_of_health_and_care_workers, accessed 8 August
2023).
- COVID-19 continues to disrupt essential health services in 90% of countries [website]. .48
Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://www.who.int/news/item/23-04-2021->

- [covid-19-continues-to-disrupt-essential-health-services-in-90-of-countries](#), accessed 3 July 2023).
- Deussom R, Lal A, Frymus D, Cole K, Politico MRS, Saldana K et al. Putting health workers at the centre of health system investments in COVID-19 and beyond. *Fam Med Community Health*. 2022;10(2):e001449. doi:10.1136/fmch-2021-001449.
- Wajid G, Gedik G. Impact of COVID-19 on health professionals' education in Eastern Mediterranean Region. *East Mediterr Health J*. 2022;28(7):506–14. doi:10.26719/emhj.22.062.
- WHO interim guidance note: health workforce response to the COVID-19 pandemic: April 2020. WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/331949>, accessed 22 August 2023).
- Ziemann M, Chen C, Forman R, Sagan A, Pittman P. Global health workforce responses to address the COVID-19 pandemic: what policies and practices to recruit, retain, reskill, and support health workers during the COVID-19 pandemic should inform future workforce development? Policy brief 52. Geneva: World Health Organization; 2023 (<https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/global-health-workforce-responses-to-address-the-covid-19-pandemic-what-policies-and-practices-to-recruit-retain-reskill-and-support-health-workers-during-the-covid-19-pandemic-should-inform-future-workforce-development>, accessed 3 July 2023).
- WHO in Somalia [website]. Cairo: WHO Office for the Eastern Mediterranean; 2023 (<http://www.emro.who.int/somalia/information-resources/whos-work-in-somalia-for-covid-19-response.html>, accessed 3 July 2023).
- Assessment of essential public health functions in countries of the Eastern Mediterranean Region: assessment tool. Cairo: WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean; 2017 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254383/EMROPub_2017_EN_19354.pdf?sequence=1&isAllowed=y, accessed 8 August 2023).
- Rechel B, McKee M, editors. *Facets of public health in Europe*. New York, NY: Open University Press; 2014.
- Beaglehole R, Dal Poz M. Public health workforce: challenges and policy issues. *Hum Resour Health*. 2003;1(1):4. doi:10.1186/1478-4491-1-4.
- WHO-ASPHER competency framework for the public health workforce in the European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2020

- (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/347866/WHO-EURO-2020-3997-43756-61569-eng.pdf>, accessed 3 July 2023).
- Core competencies for public health: a regional framework for the Americas. Washington, DC: Pan American Health Organization; 2013 (<https://www.paho.org/en/documents/core-competencies-public-health-regional-framework-americas>, accessed 3 July 2023).
- National workforce capacity to implement the essential public health functions including a focus on emergency preparedness and response: roadmap for aligning WHO and partner contributions. Geneva: World Health Organization; 2022 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/354384/9789240050402-eng.pdf>, accessed 14 August 2023).
- Nuwayhid I, Krisht G, Jabbour S, DeJong H, Zurayk H. Mapping University-Based Master of Public Health Programs in the Arab world. *Ann Glob Health*. 2021;87(1):70. doi:10.5334/aogh.3297.
- Building a skilled workforce to prepare for and respond to emergencies [website]. Geneva: World Health Organization (<https://www.who.int/activities/building-a-skilled-workforce-to-respond-to-emergencies>, accessed 3 July 2023).
- Regional strategy for fostering digital health in the Eastern Mediterranean Region (2023–2027). Cairo: WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean; 2022 (EM/RC69/8, <https://applications.emro.who.int/docs/Digital-Health-EMR-2023-2027-eng.pdf>, accessed 3 July 2023).
- Doraiswamy S, Chaabna K, Jithesh A, Mamtani R, Cheema S. Physician burnout in the Eastern Mediterranean region: influence of gender and related factors – Systematic review and meta-analysis. *J Glob Health*. 2021;11:04043. doi:10.7189/jogh.11.04043.
- Kheyri F, Seyedfatemi N, Oskouei F, Mardani-Hamooleh M. Nurses' mental health in Iran: a national survey in teaching hospitals. *Sci J Kurdistan Univ Med Sci*. 2017;22(4):91–100. <http://sjku.muk.ac.ir/article-1-3407-en.html>
- Talih F, Ajaltouni J, Farhood L. Depression and burnout among nurses in a Lebanese academic medical center. *J Med Liban*. 2018;66(2):92–7. doi:10.12816/0047826.
- In 4 years, 494 attacks on health killed 470 patients and health staff in Syria [website]. Cairo: WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean; 2020 (<https://www.emro.who.int/syria/news/in-4-years-494-attacks-on-health-killed-470-patients-and-health-staff-in-syria.html>, accessed 3 July 2023).

- Surveillance system for attacks on health care (SSA) [online database]. Geneva: World Health Organization; 2023 (<https://extranet.who.int/ssa/Index.aspx>, accessed 29 August 2023). .67
- Sudan health emergency: situation report no.1, 15 April–14 June 2023. Cairo: WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean; 2023 (https://www.emro.who.int/images/stories/sudan/WHO-Sudan-conflict-situation-report-1_14_June_2023.pdf?ua=1, accessed 15 August 2023). .68
- Global health and care worker compact: technical guidance compilation. Geneva: World Health Organization; 2022 (<https://www.who.int/publications/m/item/carecompact>, accessed 3 July 2023). .69
- Global spending on health: rising to the pandemic's challenges. Geneva: World Health Organization; 2022 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240064911>, accessed 10 August 2023). .70
- Jamison DT, Summers LH, Alleyne G, Arrow KJ, Berkley S, Binagwaho A et al. Global health 2035: a world converging within a generation. *Lancet*. 2014;382(9908):1898–955. doi:10.1016/S0140-6736(13)62105-4. .71
- Working for health and growth: investing in the health workforce. Report of the High-Level Commission on Health Employment and Economic Growth. Geneva: World Health Organization; 2016 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241511308>, accessed 10 August 2023). .72
- Africa health workforce investment charter: enabling sustainable health workforce investments for universal health coverage health security for the Africa we want. Brazzaville: WHO Regional Office for Africa; 2023 (https://www.afro.who.int/sites/default/files/2023-08/Africa%20Health%20Workforce%20Investment%20Charter_v6_May%202023.pdf, accessed 20 August 2023). .73
- Craven M, Sabow A, Van der Veken L, Wilson M. Not the last pandemic: investing now to reimagine public-health systems [website]. McKinsey & Company; 2021 (<https://www.mckinsey.com/industries/public-and-social-sector/our-insights/not-the-last-pandemic-investing-now-to-reimagine-public-health-systems#>, accessed 3 July 2023). .74
- Eaneff S, Graeden E, McClelland A, Katz R. Investing in global health security: estimating cost requirements for country-level capacity building. *PLOS Glob Public Health*. 2022;2(12):e0000880. doi:10.1371/journal.pgph.0000880. .75

- WHO Regional Office for Europe, European Observatory on Health Systems and Policies, .76
 Cylus J, Permanand, G, Smith PC. Making the economic case for investing in health systems:
 what is the evidence that health systems advance economic and fiscal objectives? Policy
 brief. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2018
 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/331982>, accessed 3 July 2023).
- Cometto G, Campbell J. Investing in human resources for health: beyond health outcomes. .77
 Hum Resour Health. 2016;14(1):1–2. doi:10.1186/s12960-016-0147-2.
- Lauer JA, Rajan D, Bertram MY. Priority setting for universal health coverage: we need to .78
 focus both on substance and on process: Comment on “Priority setting for universal health
 coverage: We need evidence-informed deliberative processes, not just more evidence on
 cost-effectiveness.” Int J Heal Policy Manag. 2017;6(10):601–3.
 doi:10.15171/ijhpm.2017.06.
- Jamison DT, Summers LH, Alleyne G, Arrow KJ, Berkley S, Binagwaho, A et al. Global health .79
 2035: a world converging within a generation. Lancet. 2013;382(9908):1898–955.
 doi:10.1016/S0140-6736(13)62105-4.
- Micah AE, Solorio J, Stutzman H, Zhao Y, Tsakalos G, Dieleman JL. Development assistance .80
 for human resources for health, 1990–2020. Hum Res Health. 2022;20:51.
 .doi:10.1186/s12960-022-00744-x
- Domestic general government health expenditure (% of current health expenditure) - .81
 Oman, Afghanistan [online database]. Washington, DC: World Bank; 2023
 (<https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.GHED.CH.ZS?locations=OM-AF>, accessed 7
 April 2023).
- Okunogbe A, Bowser D, Gedik G, Naseri S, Abu-Agla A, Safi N. Global Fund financing and .82
 human resources for health investments in the Eastern Mediterranean Region. Hum Resour
 .Health. 2020;18(1):48. doi:10.1186/s12960-020-00483-x
- WHO Director-General's closing remarks at the 5th Global Forum on Human Resources for .83
 Health – 5 April 2023 [website]. Geneva: World Health Organization; 2023
 ([https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-closing-
 remarks-at-the-5th-global-forum-on-human-resources-for-health-5-april-2023](https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-closing-remarks-at-the-5th-global-forum-on-human-resources-for-health-5-april-2023), accessed
 20 August 2023).

الملحق 1: دعوة إلى العمل: إيلاء الأولوية للإجراءات الرامية إلى تعزيز القوى العاملة الصحية الملائمة للغرض المنشود منها، والنهوض بها في إقليم شرق المتوسط

المجالات ذات الأولوية	الإجراءات
تسريع وتيرة تنفيذ إطار عمل تنمية القوى العاملة الصحية في إقليم شرق المتوسط للفترة 2017-2030	<ul style="list-style-type: none"> ● إجراء تحليل لسوق العمل الصحي للاسترشاد به في إعداد الخطط الاستراتيجية للقوى العاملة الصحية وتوجيهها وتركيز تدخلات السياسات ● إجراء حوار مُسنَد بالبيّنات ومتعدد القطاعات ومتعدد الجهات صاحبة المصلحة بشأن سياسات القوى العاملة الصحية واستراتيجياتها ● وضع وتنفيذ خطط استراتيجية شاملة للقوى العاملة الصحية تراعي اعتبارات الفوارق بين الجنسين، وتلبي الاحتياجات الحالية للقوى العاملة الصحية، وتقدم رؤية استراتيجية لمستقبلها ● وضع وتنفيذ استراتيجيات تهدف إلى تحسين توظيف العاملين الصحيين ونشرهم واستبقائهم وتحفيزهم، وكذلك تحسين أدائهم ● الاستثمار في تعزيز نُظُم معلومات القوى العاملة الصحية وتحليلها، باستخدام حسابات القوى العاملة الصحية الوطنية ومرصد القوى العاملة الصحية ● تعزيز القدرات في مجال حوكمة القوى العاملة الصحية وتنظيمها ● إنشاء/ تعزيز الآليات والعمليات من أجل تنظيم ممارسات القوى العاملة الصحية وتعليمها لضمان تلبية احتياجات السكان بصورة مناسبة، وحماية الجمهور، وسلامة المرضى ● تمكين الإدارات المعنية بالقوى العاملة الصحية داخل وزارات الصحة من خلال إسناد ولاية كافية إليها، وتزويدها بموارد بشرية ومالية، وتهيئة بيئة تمكينية لها، فضلاً عن تنمية قدراتها القيادية والتقنية ببرامج تدريبية مناسبة ● مراعاة المشاركة الكبيرة والمتزايدة للمرأة في سوق العمل الصحي، وإتاحة الفرص المناسبة لها عند وضع السياسات والاستراتيجيات والتدخلات المتعلقة بالقوى العاملة الصحية ● حشد مزيد من الموارد المحلية اللازمة للقوى العاملة الصحية، بما يشمل تنوع مصادر التمويل ● إعطاء الأولوية للقوى العاملة الصحية عند تخصيص الموارد المحلية والخارجية، ومن ذلك تخصيص جزء كبير من موارد المبادرات الصحية العالمية، حسب الاقتضاء ● مواءمة الاستثمارات مع احتياجات النُظُم الصحية، والنهوض بالتعليم المهني الصحي على جميع المستويات وتوفير فرص العمل والتوظيف ● توجيه الاستثمارات لسد الثغرات في المهارات، مع إيلاء اهتمام خاص بالنهوض بتعليم طواقم التمريض والقبالة وتوظيفها
زيادة واستدامة الاستثمار في إعداد العاملين الصحيين وتوظيفهم، وتحسين مواءمة ذلك مع احتياجات النظم الصحية	<ul style="list-style-type: none"> ● بناء/ تعزيز فرق الرعاية الأولية التي تضم تخصصات متعددة بما يتماشى مع نموذج الرعاية المتبع في البلد ● الوفاء بمتطلبات القوى العاملة الصحية لأداء الوظائف الأساسية للصحة العامة ● بناء القدرة على تلبية الاحتياجات المفاجئة لحالات الطوارئ ● النهوض بالقوى العاملة في مجال الصحة العامة وإضفاء الطابع المهني عليها، من خلال أُطر الكفاءات ونماذج التعليم والتدريب القائمة على الممارسة
إعطاء الأولوية لتعزيز القوى العاملة الصحية على مستوى الرعاية الأولية، لضمان أداء وظائف الصحة العامة الأساسية بكفاءة، والتأهّب لحالات الطوارئ والاستجابة لها، ومعالجة الثغرات التي كشفت عنها جائحة كوفيد-19	

المجالات ذات الأولوية	الإجراءات
إعادة توجيه التعليم المهني الصحي وإعادة توجيه التعليم المهني الصحي وإجراء تحوُّل فيه، لتلبية متطلبات تحقُّق كفاءة العاملين الصحيين في الحاضر والمستقبل	<ul style="list-style-type: none"> ● إعادة توجيه التعليم المهني الصحي نحو نماذج مسؤولة اجتماعياً وقائمة على الكفاءة، بما يضمن تحقيق التآزر بين التعليم والخدمات الصحية باتباع نهج التعلُّم طوال الحياة ● إدخال التعليم المشترك بين المهن والممارسات التعاونية لإعداد المهنيين الصحيين ليكونوا جزءاً من فرق تضم تخصصات متعددة ● إعطاء الأولوية لتوسيع نطاق إعداد الخريجين من طواقم التمريض والقبالة وكوادر الرعاية الأولية لسد الثغرات في الخدمات ومعالجة أوجه الخلل في مزيج المهارات المطلوب ● تزويد القوى العاملة الصحية بالمهارات التي تتماشى مع متطلبات التحول الرقمي وتكييف التعليم المهني الصحي وفقاً لذلك
تحسين معدلات استبقاء العاملين الصحيين، وإيلاء اهتمام خاص بزيادة التنقل الدولي للمهنيين الصحيين داخل الإقليم وخارجه	<ul style="list-style-type: none"> ● إعداد واعتماد استراتيجيات لاستبقاء العاملين الصحيين استناداً إلى الجمع بين تدخلات الدعم التنظيمي والتعليمي والمالي والشخصي والمهني، بالاستعانة بالمبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية بشأن استراتيجيات الاستبقاء ● إدارة الهجرة الدولية للعاملين الصحيين من خلال اتفاقات ثنائية ومتعددة الأطراف ● الاستفادة من طاقات العاملين الصحيين المغتربين للمشاركة في تعزيز النُظُم الصحية الوطنية ● توطيد التعاون الدولي بين البلدان بشأن تبادل البيانات والمعلومات عن القوى العاملة الصحية، وإجراء البحوث بشأنها، وإجراء حوار بشأن السياسات
حماية وصون صحة القوى العاملة الصحية وعافيتها	<ul style="list-style-type: none"> ● اعتماد تدابير لحماية العاملين الصحيين من جميع المخاطر المهنية، ودعم عافيتهم الذهنية والنفسية والاجتماعية ● اعتماد تدابير لمنع العنف والمضايقات ضد العاملين الصحيين، وضمان سلامتهم وأمنهم ● تأمين الأجر العادل والمنصف، والحماية الاجتماعية، والأمن الوظيفي ● الحرص على تهيئة بيئات عمل صحية ومقبولة، بما في ذلك توفير مستويات توظيف آمنة وساعات عمل مناسبة، لتمكين العاملين الصحيين من تقديم رعاية لائقة وجيدة للجميع
تعزيز التضامن الإقليمي دعمًا للاستراتيجيات الوطنية	<ul style="list-style-type: none"> ● إنشاء آلية لتيسير التعاون الإقليمي، خاصة لدعم بلدان الإقليم المُدرجة على قائمة المنظمة لدعم القوى العاملة الصحية وحمايتها ● تيسير التعاون التقني بين البلدان ومع سائر أقاليم منظمة الصحة العالمية، بما يضمن الاستفادة بعض البلدان والأقاليم من مواطن القوة التي تتحلّى بها بلدان وأقاليم أخرى ● التنسيق بين الشراكة والمساعدة الإنمائية لتعزيز القوى العاملة الصحية بما يتماشى والأولويات الإقليمية والوطنية