

القوى العاملة في مجالي الصحة والرعاية

الاستراتيجية العالمية للموارد البشرية الصحية: القوى العاملة ٢٠٣٠

تقرير من المدير العام

مقدمة

١- يلخص هذا التقرير التقدّم المُحرَز صوب تحقيق الأهداف الأربعة للاستراتيجية العالمية لمنظمة الصحة العالمية بشأن الموارد البشرية الصحية: القوى العاملة ٢٠٣٠، التي اعتمدتها جمعية الصحة في القرار ج ص ٦٩-١٩ (٢٠١٦) (المشار إليها فيما بعد باسم "الاستراتيجية العالمية")، ويتضمن التقدّم المُحرَز في تنفيذ خمسة قرارات إضافية ومقرر إجرائي واحد بشأن القوى العاملة الصحية.^١

٢- ويتضمن التقرير الأنشطة التي نفذتها منظمة الصحة العالمية من خلال برنامج العمل من أجل الصحة المشترك بين منظمة الصحة العالمية ومنظمة العمل الدولية ومنظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي، الذي ينفذ توصيات هيئة الأمم المتحدة الرفيعة المستوى المعنية بالعمالة في مجال الصحة والنمو الاقتصادي.

٣- ويقدر عدد العاملين الصحيين حالياً بأكثر من ٧٠ مليوناً، وقد انخفضت تقديرات النقص من ١٥,٤ مليوناً في عام ٢٠٢٠ إلى ١٤,٧ مليوناً في عام ٢٠٢٣. وثمة عوامل عديدة، منها اعتماد سياسات مسندة بالبيانات وتحسّن توافر البيانات، قد تفسر هذه الاتجاهات. ومع ذلك، تباطأت وتيرة التقدّم وباتت تخفي وراءها اتجاهات متباينة بين الأقاليم وداخلها، وهو ما تسبب في تعديل تصاعدي لنقص القوى العاملة الصحية المتوقع بحلول عام ٢٠٣٠ إلى ١١,١ مليون (مقارنة بتقديرات عام ٢٠٢٢ التي تشير إلى نقص متوقع قدره ١٠,٢ ملايين بحلول عام ٢٠٣٠).

الهدف ١: تحسين أداء القوى العاملة من خلال سياسات مسندة بالبيانات

٤- **تعليم قائم على الكفاءة.** تسهم إرشادات المنظمة ودعمها التقني في تسهيل اعتماد وتوسيع نطاق التعليم والتدريب وتصميم المناهج الدراسية القائمة على الكفاءة، بما في ذلك من خلال أنشطة التعلّم الإقليمي وأكاديمية منظمة الصحة العالمية. وقد نُشر الإطار العالمي للكفاءات والنتائج في الوظائف الأساسية للصحة العامة في عام ٢٠٢٤، وهو ما يوفر إرشادات بشأن وظائف الصحة العامة. ويتواصل تقييم تأثير التكنولوجيات الرقمية على التعليم والممارسة، مع البدء في إجراء بحوث جديدة في مجال الذكاء الاصطناعي.

١ القرارات ج ص ٧٤-٦ (٢٠١٧)، وج ص ٧٢-٣ (٢٠١٩)، وج ص ٧٤-١٤ (٢٠٢١)، وج ص ٧٤-١٥ (٢٠٢١)، وج ص ٧٥-١٧ (٢٠٢٢)؛ والمقرر الإجرائي ج ص ٧٣ (٣٠) (٢٠٢٠).

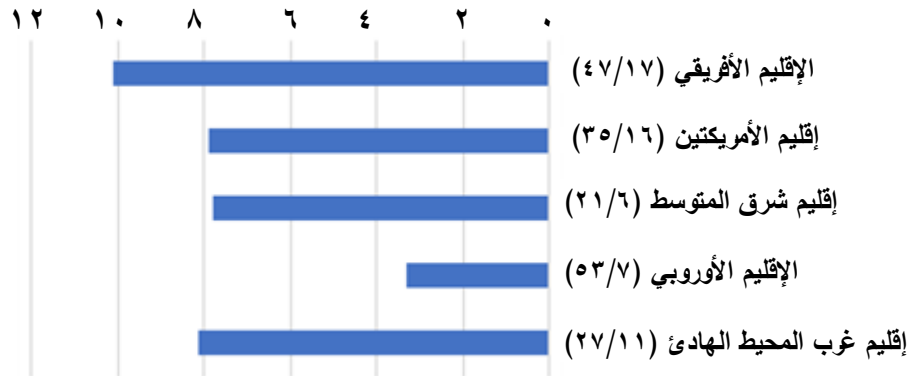
٥- **تعليم المهن الصحية.** تخرّج ما يقدر بنحو ٢,٢ مليون طالب في كليات الطب والتمريض في عام ٢٠٢٠ على مستوى العالم، وهو ما يمثل خريجاً جديداً لكل ١٩ طبيباً وممرضاً في القوى العاملة. وهذه النسبة غير كافية لإنماء القوى العاملة المستدامة واستبقائها. ولتلبية الاحتياجات الصحية ومعالجة المشكلات المتعلقة بتقدّم سن القوى العاملة والاستنزاف والهجرة، وإنماء رأس المال البشري اللازم لتلبية الطلب المتزايد، بما في ذلك فيما يتصل بالصحة الرقمية والتكنولوجيات الطبية، سيتعين زيادة الناتج إلى ما يقرب من خريج جديد لكل ١٠ من العاملين الصحيين، وخاصة في البلدان التي تحتاج إلى زيادة حجم القوى العاملة الصحية لمعالجة النقص الحالي والمستقبلي، المدفوع بالنمو السكاني وتقدّم سن القوى العاملة الصحية.

٦- **التنظيم.** توفر إرشادات المنظمة الجديدة اعتبارات سياساتية لإثراء الإصلاحات التنظيمية الجارية في مختلف البلدان والأقاليم. وإضافة إلى تعزيز سلامة المرضى، يمكن لتنظيم عمل ممارسي الرعاية الصحية أن يدعم وظائف النظام الصحي من خلال التدابير الرامية إلى ضمان تبادل البيانات بشأن الممارسين النشطين والخريجين؛ وربط التدخلات التنظيمية بتوظيف ممارسي الرعاية الصحية في المناطق التي تعاني من نقص الخدمات؛ وتسهيل التنقل الدولي لممارسي الرعاية الصحية، والتطبيب عن بُعد وإدارة الممارسة المزدوجة.

٧- **المساواة بين الجنسين وتمكين المرأة.** ركز تحليل منظمة الصحة العالمية ومنظمة العمل الدولية للفجوة في الأجور بين الجنسين في قطاع الصحة والرعاية على انتشار ضعف تقييم العمل الذي تؤديه النساء في مجال الصحة والرعاية. وقد أسهمت السياسات الناتجة في إثراء حوار سياسات الصحة المعني بالنساء في منتدى التعاون الاقتصادي لآسيا والمحيط الهادئ الذي انعقد في بيرو والفريق العامل المعني بتمكين المرأة الذي أنشأته البرازيل أثناء رئاستها لمجموعة العشرين، وأدرجت الإرشادات في الدعم القطري والمتعدد البلدان، بما في ذلك أنشطة العمل من أجل الصحة وتحليلات النوع الاجتماعي على المستوى القطري.

٨- **استبقاء القوى العاملة الصحية في المناطق الريفية والنائية.** يمثل نشر العاملين الصحيين واستبقاؤهم لضمان الإتاحة العادلة للخدمات الصحية في المناطق الريفية والنائية تحدياً عالمياً. وتشير البيانات المتاحة عن العاملين ضمن طواقم التمريض الواردة من ٥٨ بلداً إلى وجود اختلافات كبيرة على المستوى دون الوطني (الشكل ١). وتواصل الأمانة تيسير التعلّم عبر البلدان بناءً على نماذج القوى العاملة الصحية الموجهة نحو الرعاية الصحية الأولية. وتوفر المبادئ التوجيهية الصادرة عن المنظمة بشأن تنمية القوى العاملة الصحية وجذبها وتوظيفها واستبقائها في المناطق الريفية والنائية توصيات سياساتية مسندة بالبيّنات لمعالجة هذه الاختلالات.

الشكل ١: الاختلافات دون الوطنية* في توزيع العاملين ضمن طواقم التمريض حسب أقاليم منظمة الصحة العالمية. (عدد البلدان المبلّغة/ مجموع عدد البلدان)



ملاحظة: كانت البيانات متاحة بشأن بلد واحد فقط في إقليم جنوب شرق آسيا، ولذلك لم تُدرج.

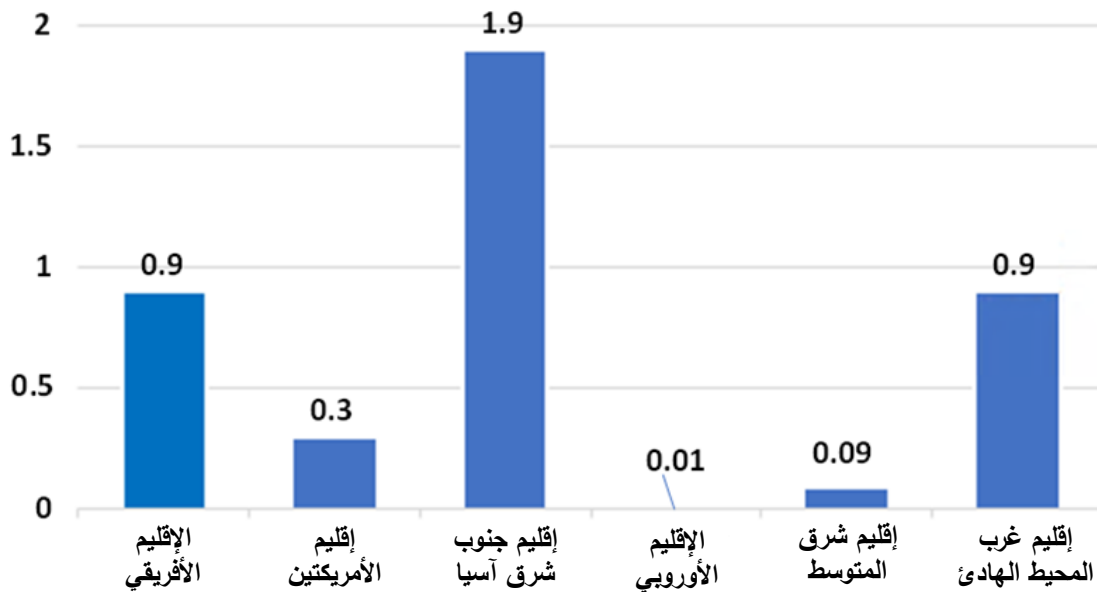
* بحسب قياسها من خلال النسب القصوى/ الدنيا للكثافة.

المصدر: منظمة الصحة العالمية، حسابات القوى العاملة الصحية الوطنية، ٢٠٢٤

٩- توجد قرارات ومبادرات عمل مخصصة للعاملين ضمن طواقم التمريض والقبالة والعاملين الصحيين المجتمعيين:

- **العاملين ضمن طواقم التمريض والقبالة.** عقدت منظمة الصحة العالمية والمنظمات العالمية للتمريض والقبالة في عام ٢٠٢٢ اجتماعاً افتراضياً "ثلاثيياً" مع ١٦٤ بلداً لتنفيذ الاتجاهات الاستراتيجية العالمية للتمريض والقبالة ٢٠٢١-٢٠٢٥. وعقدت الأمانة في عام ٢٠٢٣ اجتماعاً افتراضياً شاركت فيه ١٢٩ بلداً، واجتماعاً آخر في عام ٢٠٢٤ شارك فيه نحو ٨٠٠ من قادة التمريض والقبالة، لتقييم التقدم المحرز وتجديد الإجراءات المتخذة. وقد أعد إقليمان وأكثر من ٨٠ بلداً أو بصدد إعداد استراتيجيات للتمريض والقبالة استناداً إلى الاتجاهات الاستراتيجية العالمية. ويشارك أكثر من ١٨٠ بلداً مشاركة نشطة في إعداد طبعة عام ٢٠٢٥ من تقرير حالة التمريض في العالم.
- **العاملون الصحيون المجتمعيون.** تشير البيانات الواردة من ٩٣ بلداً إلى وجود نحو ٤ ملايين عامل صحي مجتمعي (الشكل ٢) على مستوى العالم، مع تزايد عدد البلدان التي تعتمد توصيات المنظمة لدمج هؤلاء العاملين، وهو ما يتضح من وجود عاملين صحيين مجتمعيين يتقاضون رواتب في ٢٨ بلداً من أصل ٥٤ بلداً (٥٢٪). أبلغت عن هذا المؤشر. وتواصل الأمانة دعم البلدان لمعالجة مسائل تعليم هؤلاء العمال ودمجهم وتحديد أجورهم. ويتواصل التعاون مع الشركاء الإقليميين والعالميين، بما في ذلك من خلال حملة "مليون عامل صحي مجتمعي" التي أطلقها الاتحاد الأفريقي وشراكة تقديم خدمات الصحة المجتمعية. ويجري حالياً تحليل منهجي لبرامج تدريب العاملين الصحيين المجتمعيين، وهو ما سوف يثري دليل المناهج الدراسية للمنظمة الذي سيُعد في الثنائية ٢٠٢٥-٢٠٢٦.

الشكل ٢: توزيع العاملين الصحيين المجتمعيين حسب أقاليم منظمة الصحة العالمية (بالملايين)



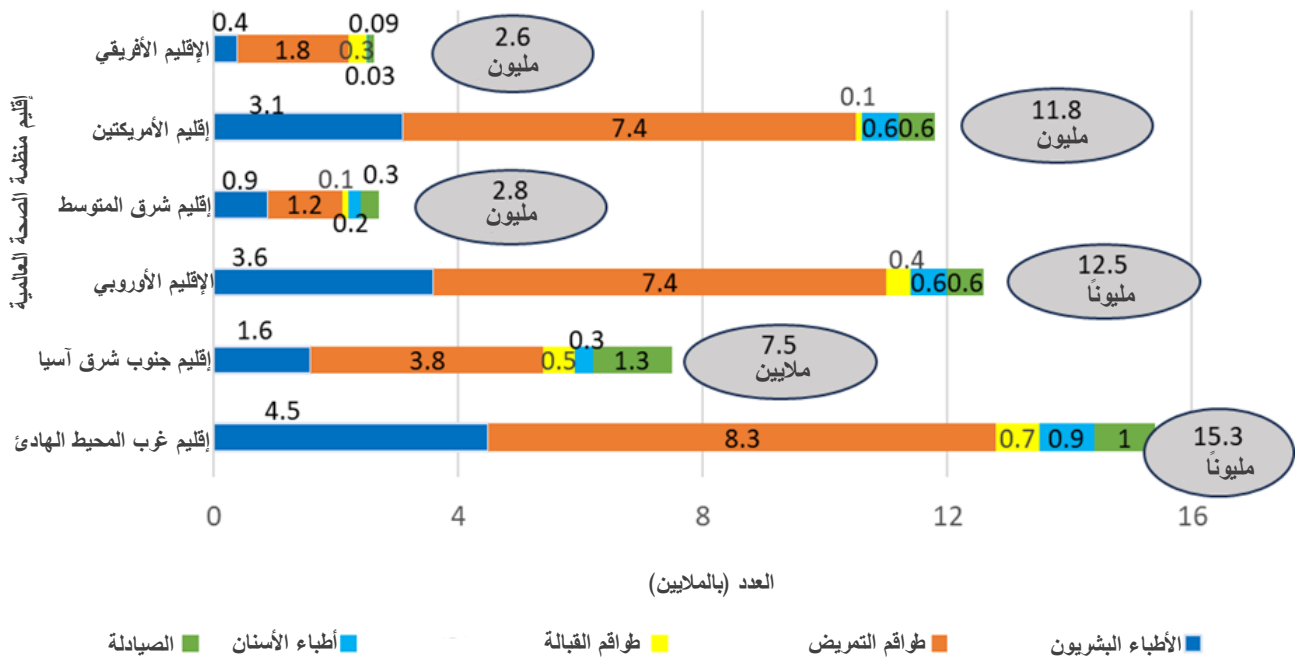
المصدر: منظمة الصحة العالمية، حسابات القوى العاملة الصحية الوطنية، ٢٠٢٤.

الهدف ٢: موازنة التعليم والتشغيل والاستثمار

- ١٠- يقدر عدد العاملين الصحيين، استناداً إلى البيانات التي أبلغت عنها ١٩٤ دولة عضو حتى أيلول/سبتمبر ٢٠٢٤، بأكثر من ٧٠ مليوناً، مع استئثار المهن الخمس المدرجة في الغاية ٣-ج من أهداف التنمية المستدامة (أطباء الأسنان، والأطباء البشريون، وطواقم القبالة، وطواقم التمريض، والصيادلة) بما مجموعه ٥٢ مليوناً (الشكل ٣).

١١- وتشمل المهن الأخرى التي أبلغت عنها الدول الأعضاء حسب الترتيب التنازلي من حيث الحجم ما يلي: العاملون في مجال الرعاية الشخصية، والعاملون الصحيون المجتمعون، وأخصائيو العلاج الطبيعي، ومساعدو الرعاية الصحية، والممارسون الطبيون المساعدون.

الشكل ٣: تقديرات عدد العاملين الصحيين حسب أقاليم منظمة الصحة العالمية (٢٠١٤-٢٠٢٣)



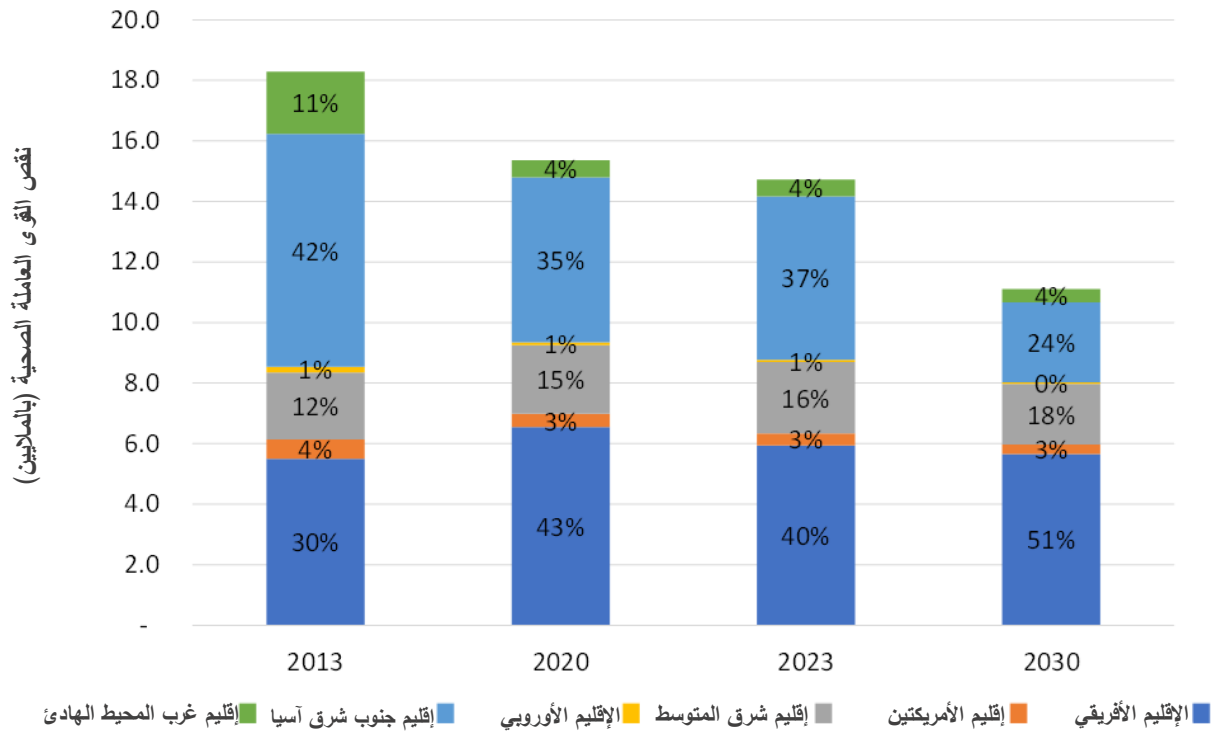
المصدر: منظمة الصحة العالمية، حسابات القوى العاملة الصحية الوطنية، ٢٠٢٤ (ملاحظة: تم تقريب الأعداد الإجمالية).

١٢- وتُظهر بيانات عام ٢٠٢٣ زيادة نسبتها ٢٦٪ في كثافة أطباء الأسنان والأطباء البشريين وطواقم القبالة وطواقم التمريض والصيدالة منذ عام ٢٠١٣، ولكن مع وجود اختلافات كبيرة حسب الإقليم وفئة الدخل (على سبيل المثال، في المتوسط، واحد لكل ٦٤ شخصاً في البلدان المرتفعة الدخل مقابل واحد لكل ٦٢١ شخصاً في البلدان المنخفضة الدخل). وتأتي معظم البيانات من الفترة ٢٠٢١-٢٠٢٣ ومن فترة ما بعد جائحة مرض فيروس كورونا (كوفيد-١٩). وتشير الزيادة في العدد والكثافة، وإن كانت بوتيرة أبطأ، إلى أن المخاوف بشأن حالة "الاستقالة العظمى" بين العاملين الصحيين لم تتحول إلى واقع.

١٣- وتقلص النقص في العاملين الصحيين الذي قدرته المنظمة من ١٥,٤ مليوناً في عام ٢٠٢٠ إلى ١٤,٧ مليوناً في عام ٢٠٢٣. ويخفي ذلك وراءه اختلافات كبيرة بين الأقاليم: في حين تقلص النقص في جميع الأقاليم تقريباً، فقد زاد من حيث القيمة المطلقة في إقليم شرق المتوسط.

١٤- وأسفرت أحدث البيانات عن تعديل تصاعدي للنقص المتوقع في العاملين الصحيين بحلول عام ٢٠٣٠، من ١٠,٢ ملايين في عام ٢٠٢٢ إلى ١١,١ مليوناً، مع تركّز النقص العالمي بشكل متزايد في الإقليم الأفريقي وإقليم شرق المتوسط (الشكل ٤).

الشكل ٤: توزيع النقص العالمي في القوى العاملة الصحية حسب أقاليم منظمة الصحة العالمية (لأعوام ٢٠١٣ و ٢٠٢٠ و ٢٠٢٣، والمتوقع لعام ٢٠٣٠)



المصدر: منظمة الصحة العالمية، حسابات القوى العاملة الصحية الوطنية، ٢٠٢٤.

١٥- وتتمتع البلدان المرتفعة الدخل وبلدان الشريحة العليا من الدخل المتوسط، التي تستأثر بـ ٥٣٪ من سكان العالم و ٨٠٪ من المهن الخمس المدرجة في الغاية ٣-ج من أهداف التنمية المستدامة، بأعلى كثافة من العاملين الصحيين. ومع ذلك، فمن المرجح أن تحتاج هذه البلدان إلى توظيف ٨,٤ ملايين عامل صحي إضافي بحلول عام ٢٠٣٠ للحفاظ على مستويات الكثافة وتلبية الطلبات المتنامية للسكان الذين يتزايدون عدداً وسناً، وهو ما قد يؤدي إلى تسريع وتيرة الهجرة الدولية.

١٦- **تحليلات سوق العمل الصحي.** تدعم الأمانة مجموعة من أنشطة التعاون التقني، ومنها تحليلات سوق العمل الصحي في ٤٩ بلداً، معظمها في الإقليم الأفريقي وتغطي ٦٠٪ من البلدان المدرجة في قائمة المنظمة لدعم وضمانات القوى العاملة الصحية لعام ٢٠٢٣. وتتيح هذه التحليلات إمكانية وضع سياسات القوى العاملة الصحية الوطنية وخطط الاستثمار فيها. فعلى سبيل المثال، أسهمت هذه التحليلات في زيادة استيعاب القطاع العام للأطباء وطواقم التمريض بنحو النصف في ولاية تشاتيسغار في الهند، وأدت إلى خفض استنزاف القوى العاملة بنسبة ٥٥٪ في زمبابوي، التي من المتوقع فيها أن يجتذب ميثاق للاستثمار في القوى العاملة الصحية أكثر من ١٦٦ مليون دولار أميركي من الاستثمارات.

١٧- **العمل من أجل الصحة.** تمشياً مع خطة العمل من أجل الصحة ٢٠٢٢-٢٠٣٠ وصندوقها الاستثماري المتعدد الشركاء، تلقت ٤٥ بلداً الدعم لوضع سياسات مسندة بالبيانات وتعبئة وزيادة الاستثمارات المحلية والخارجية في تعليم القوى العاملة وتشغيلها واستبقائها.

١٨- **الاستثمارات الدولية في الموارد البشرية الصحية.** يُخصَّص ما يقرب من ٥٪ من المساعدة الإنمائية الرسمية المخصصة للصحة للقوى العاملة، وتُنفق الحصة الأكبر منها (أكثر من ٤٢٪) على التدريب القصير الأمد. وتواصل المنظمة الدعوة إلى استثمارات مستدامة طويلة الأجل في القوى العاملة في مجال الصحة والرعاية من خلال استضافة حوارات الشركاء في المنتدى العالمي الخامس للموارد البشرية الصحية الذي عُقد في المقر الرئيسي للمنظمة في عام ٢٠٢٣، وفي منتدى الاستثمار في القوى العاملة الصحية في أفريقيا في عام ٢٠٢٤، وهو ما أسفر عن اعتماد بيان ويندهوك بشأن الاستثمار في القوى العاملة الصحية في أفريقيا.

الهدف ٣: بناء القدرات المؤسسية والشراكات

١٩- **الإشراف والحوكمة.** جرى الحفاظ على الاتجاهات السابقة المتعلقة بالأهداف المرحلية لعام ٢٠٢٠ فيما يتعلق بآليات التنسيق بين القطاعات، ووحدات الموارد البشرية الصحية، والآليات التنظيمية ذات الصلة. وأكد الحوار السياسي في المنتدى العالمي الخامس للموارد البشرية الصحية الحاجة إلى القيادة السياسية والحوكمة بين القطاعات لتسريع وتيرة التقدم.

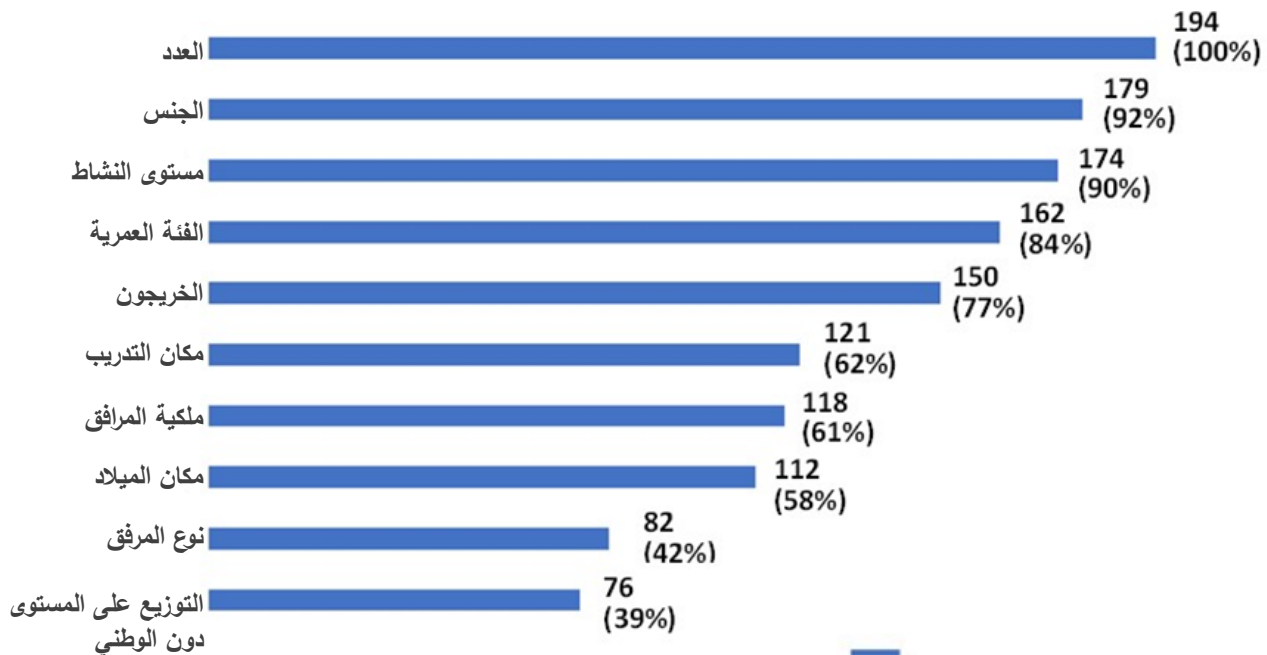
٢٠- **القيادة والإدارة.** وضعت الأمانة في سبيل تعزيز القيادة وإدارة الموارد البشرية الصحية منهجاً دراسياً يغطي تحليل سوق العمل الصحي والبيانات اللازمة لاتخاذ القرار والتعليم. وطُرِحت هذه الدورة التدريبية في الإقليم الأوروبي في عام ٢٠٢٣ (حيث كان ثلاثة من كل أربعة مشاركين من النساء)، وطُرحتها كذلك بعض المؤسسات الأكاديمية بصورة مستقلة. وقد عزز التعاون بين هيئة الخدمات الصحية الوطنية في إنكلترا وبرنامج العمل من أجل الصحة قيادات القوى العاملة في ٢٢ بلداً، وتعكف الأمانة وأكاديمية منظمة الصحة العالمية على إعداد وحدات تعليمية مختلطة لتوسيع نطاق الدعم المقدم للدول الأعضاء وموظفي المنظمة والشركاء.

الهدف ٤: تعزيز البيانات لأغراض الرصد والمساءلة

٢١- **تهدف حسابات القوى العاملة الصحية الوطنية إلى تعزيز السياسات والتخطيط للقوى العاملة الصحية الوطنية ودون الوطنية.** ومنذ إطلاق المنصة المرتبطة بها، حدثت زيادة بمقدار ٢٠ ضعفاً في توافر البيانات. وارتفع عدد الدول الأعضاء التي عيّنت مسؤولي تنسيق إلى ١٧٩ في عام ٢٠٢٤، إذ أبلغت ١٦٦ دولة منها عن بياناتها في السنوات الثلاث الماضية و ١٣٥ دولة في عامي ٢٠٢٣ و ٢٠٢٤.

٢٢- **وقد تحسن توافر البيانات وتصنيفها وجودتها بعد الدعم التقني المخصص، إذ أبلغ أكثر من ١٠٠ بلداً عن كثير من المؤشرات (الشكل ٥).**

الشكل ٥: توافر البيانات بشأن الموضوعات الرئيسية

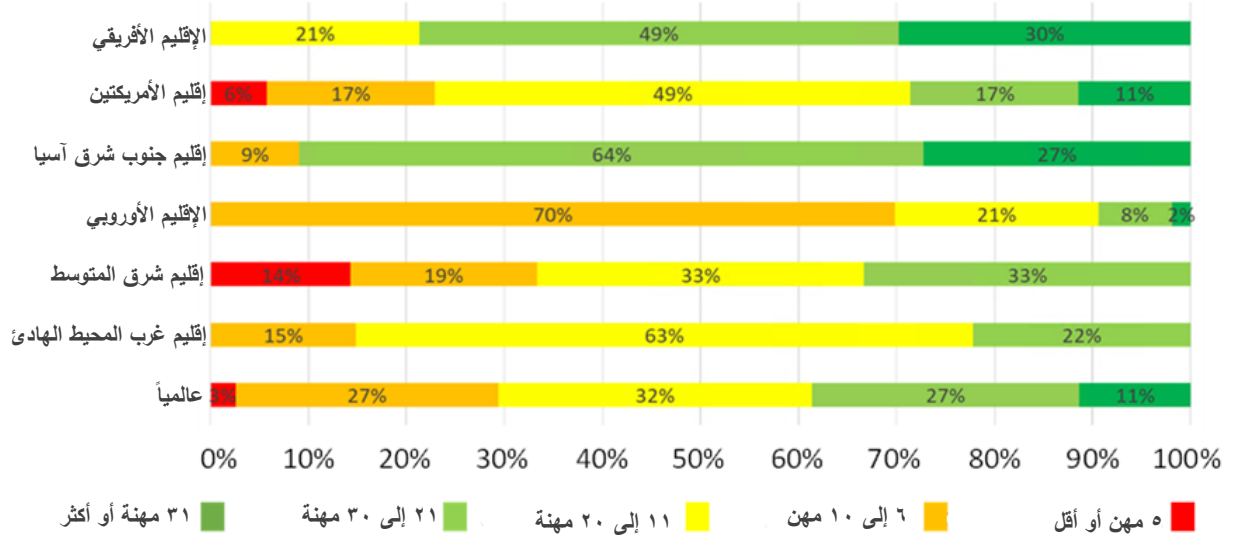


الدول الأعضاء التي تتوفر لديها بيانات

المصدر: منظمة الصحة العالمية، حسابات القوى العاملة الصحية الوطنية، ٢٠٢٤

٢٣- ترسل البلدان باطراد البيانات بشأن المزيد من المهن: فعلى منصة حسابات القوى العاملة الصحية الوطنية، أبلغت ١٨٩ بلداً (٩٧٪) عن بيانات عن عدد العاملين الصحيين لأكثر من خمس مهن و ١٣٧ بلداً (٧١٪) عن أكثر من ١٠ مهن (الشكل ٦).

الشكل ٦: حصة البلدان بحسب عدد المهن المُبلَّغ عنها



المصدر: منظمة الصحة العالمية، حسابات القوى العاملة الصحية الوطنية، ٢٠٢٤

٢٤- تبادل البيانات بين الوكالات. تتسق منظمة الصحة العالمية ومنظمة العمل الدولية ومنظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي جهودها بشأن بيانات القوى العاملة الصحية، بما في ذلك التعليم والتشغيل والهجرة والتصنيف المهني ومزيج المهارات. ويجري العمل حالياً على مسارات تخريج الطلاب الجامعيين وتنقيح التصنيف الدولي الموحد للمهن.

قدرة النظم الصحية على الصمود وقدرة القوى العاملة الصحية

٢٥- أتاحت البيانات والإرشادات الصادرة عن المنظمة بشأن الآثار المترتبة على القوى العاملة الصحية واحتياجاتها أثناء جائحة كوفيد-١٩ التعاون التقني مع البلدان. وعلاوة على ذلك، فإن الدروس المستفادة من الجائحة والاهتمام الذي أوجدته تجاه الظروف التي يعمل فيها العاملون في مجال الصحة والرعاية شكّلت الأساس الذي ارتكز عليه إعداد الميثاق العالمي للعاملين في مجال الصحة والرعاية. ويجمع هذا الميثاق الاتفاقات والقرارات الدولية القائمة ويقدم توصيات لحماية العاملين في مجال الصحة والرعاية وصون حقوقهم؛ وتعزيز وضمان العمل اللائق، والبُعد عن التمييز؛ وتوفير بيئة عمل آمنة ومواتية.

٢٦- وبالتعاون مع الرابطات والمؤسسات والمدارس المتخصصة في الصحة العامة، أطلقت المنظمة خريطة طريق لتعزيز قدرات القوى العاملة الوطنية للاضطلاع بوظائف الصحة العامة الأساسية. ويُقدّم الدعم لأصحاب المصلحة الوطنيين والإقليميين من خلال خطة عمل وأدوات تقنية لوضع هذه الوظائف في سياقها الصحيح، وتنقيف القوى العاملة بشأن تنفيذها وضمان تصنيفها وقياسها. وتوفر خريطة الطريق سلسلة وظائف أساسية ضمن الرؤية الخاصة بموظفي الطوارئ الصحية العالمية.

الخلاصة

٢٧- تشير تقديرات منظمة الصحة العالمية إلى أن النقص في القوى العاملة الصحية قد تقلص من ١٥,٤ مليوناً في عام ٢٠٢٠ إلى ١٤,٧ مليوناً في عام ٢٠٢٣، ومن المتوقع أن يشهد مزيداً من الانخفاض ليصل إلى ١١,١ مليوناً بحلول عام ٢٠٣٠. ويتطلب تباطؤ وتيرة التقدم في العالم، بالاقتران مع اختلاف الاحتياجات والاتجاهات بين الأقاليم والبلدان وداخلها، والتركيز المتزايد لحالات النقص في الأقاليم والبلدان ذات الظروف الاجتماعية والاقتصادية الصعبة، اتخاذ إجراءات سريعة.

٢٨- وفي معظم البلدان المتضررة من تحديات نقص القوى العاملة الصحية وسوء توزيعها، تستوجب الصعوبات التمويلية زيادة الاستثمار. وقد ثبت أن السياسات والآليات المسندة بالبيانات التي أوصت بها الاستراتيجية العالمية والقرارات ذات الصلة تعمل على تحسين هذه الاستثمارات.

الإجراء المطلوب من المجلس التنفيذي

- ٢٩- المجلس مدعو إلى الإحاطة علماً بهذا التقرير وإلى النظر، أثناء مناقشاته، في السؤالين التاليين:
- ما هي السياسات وقرارات الاستثمار التي يمكن أن تتبادلها البلدان والتي أثبتت أكثر من غيرها نجاحاً في تحسين تعليم القوى العاملة في مجال الصحة والرعاية وتشغيلها واستبقائها؟
 - كيف يمكن للأمانة مساعدة الدول الأعضاء على تعزيز القدرات والكفاءات في مجال البيانات وحوار السياسات وقرارات الاستثمار المتعلقة بالقوى العاملة في مجال الصحة والرعاية؟

= = =