

التصدي لتحديات التعليم الصحي المهني: فرص لدفع وتيرة التقدم نحو تحقيق التغطية الصحية الشاملة

البيان الموجز حول سياسات «ويش» لعام ٢٠١٦



تيم إيفانز
إدسون أراجو
كريستوفر هيربست
أوك بانينبورج

التصدي لتحديات التعليم الصحي المهني: فرص لدفع وتيرة التقدم نحو تحقيق التغطية الصحية الشاملة

البيان الموجز حول سياسات «ويش» لعام ٢٠١٦

٣ تمهيد

٤ ملخص تنفيذي

٦ مقدمة

١٠ القسم الأول: كيف يمكن للتغطية الصحية الشاملة الربط بين المعروض من العاملين الصحيين والطلب عليهم، والاحتياجات في القطاع الصحي

١٧ القسم الثاني: استراتيجيات الاستثمار في مجال التعليم لتعزيز المعروض من القوى العاملة الصحية نحو تلبية احتياجات نظام التغطية الصحية الشاملة

٢٥ القسم الثالث: المضي قدمًا

٢٩ شكر وتقدير

٣٠ المراجع

٣٤ شركاء ويش

تمهيد

يمثل النقص المزمن والشديد في المهنيين والكفاءات من العاملين في المجال الصحي تحدّيًا بالغ الأهمية في تحقيق تغطية صحية شاملة، فبدون وجود قوة عاملة صحية كفوءة ويمكن الوصول إليها، لن يتمكن الملايين من المواطنين في جميع أنحاء العالم من تلقي الخدمات التي تتناسب مع احتياجاتهم الصحية. ويقدر تقرير صادر عن البنك الدولي مؤخرًا أنه من أجل الدفع بوتيرة التقدم نحو تغطية صحية شاملة يحتاج العالم لسد العجز المتمثل في توفير ١٥ مليون عامل في مجال الصحة بحلول عام ٢٠٣٠. وفي الوقت ذاته، يخلق النمو السكاني المتزايد والتحولت الديمغرافية والوبائية والنمو الاقتصادي طلبًا متزايدًا لتوفير الرعاية الصحية. وهذا بدوره يزيد من الضغوط المفروضة على القوة العاملة في المجال الصحي.

وتؤكد «مقاصد الهدف ٣» الخاصة بأهداف الأمم المتحدة للتنمية المستدامة حول ضمان تمتّع الجميع بأنماط عيش صحية وبالرفاهية في جميع الأعمار، على الحاجة الماسّة إلى «زيادة التمويل في قطاع الصحة وتوظيف القوى العاملة في هذا القطاع وتطويرها وتدريبها واستبقائها». ويلعب التعليم المهني الصحي دورًا هامًا في مواجهة النقص العالمي في القوى العاملة في هذا القطاع. وقد قدمت «اللجنة المستقلة العالمية بشأن المهنيين الصحيين لقرن جديد» إرشادًا مفاهيميًا متقدمًا يهدف لإحداث نقلة نوعية في التعليم المهني الصحي لتحقيق الإنصاف في المجال الصحي. وبعد مرور أكثر من خمس سنوات على إصدار هذا التقرير الرائد، وباعتبار أننا مازلنا في بداية العهد بإطار التنمية العالمية الجديد والممتد على ١٥ عامًا، فنحن الآن بحاجة إلى التأمل في ما تعلمناه ووضع المزيد من الاستراتيجيات للتصدي لهذا التحدي.

وحتى تؤتي أهداف الصحة العالمية أكلها، ونزيد فرص العمل وندفع بالنمو الاقتصادي إلى أقصى درجة ممكنة -طبقًا في إطار المدخولات المالية المحدودة- فهناك حاجة ماسّة لإحداث نقلة نوعية في القوى العاملة في القطاع الصحي وتطوير النظم التعليمية المرتبطة بهذا المجال. ومثلما هو الحال في الوقت الراهن، يتركز التدريب المهني في القطاع الصحي في المقام الأول على الجوانب السريرية الطبية والمناهج التعليمية، غير المرتبطة أصلًا بالاحتياجات الحقيقية للنظام الصحي. ولذا، فإن التحرك نحو استحداث فرص تدريبية مبتكرة وفعالة من حيث التكلفة بحيث تتبنى بشكل كامل الطيف الواسع من الكفاءات والكوادر في هذا القطاع، سوف يمكننا من تلبية الاحتياجات الصحية بكثير من الفاعلية على المستويين الوطني والعالمي على حدّ سواء. إننا بحاجة إلى التحول نحو خلق فرص عمل عادلة ومتكافئة بين الجنسين بمعدل يتفق وإجمالي النمو في الاقتصاد الصحي، بحث تبرز أهمية الدور الذي يلعبه القطاع الخاص في مجالي التعليم والتدريب. كما أننا بحاجة إلى تبني طولٍ واعدة وغير تقليدية تختص بالقوى العاملة في المجال الصحي، مثل تلك التي تتبعها البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط، والعمل على دمج هذه الحلول ضمن نظم التعليم والتدريب المهنية الصحية على نطاق واسع. كما نحتاج للتركيز على خلق فرص للتعاون على الصعيدين الإقليمي والعالمي.

يؤكد هذا التقرير أهمية اتخاذ مثل هذه النقلة النوعية والآثار المترتبة عليها، وإبراز ضرورة وجود إطار للتعليم المهني الصحي مناسب للقرن الحادي والعشرين. ويتعين على هذا الإطار أن يشكل طقّة وصل، تحظى بقبول أكبر، بين العرض والطلب الخاص بالمهنيين الصحيين، وذلك تمشيًا مع الحاجة إلى تحقيق التغطية الصحية الشاملة وخلق فرص عمل ودفع عجلة النمو الاقتصادي.

في ضوء ذلك، يهدف هذا التقرير إلى تحفيز النقاشات ضمن فعاليات مؤتمر «ويش» ٢٠١٦، على أمل أن تؤدي هذه النقاشات في نهاية المطاف إلى زيادة التعاون والالتزام بين الحكومات والشركاء ومجموعة البنك الدولي بهدف معالجة قضايا القوى العاملة والتعليم في المجال الصحي لتسريع وتيرة التقدم نحو تحقيق التغطية الصحية الشاملة.

تيم إيفانز

مدير الصحة والتغذية والسكان،

مجموعة البنك الدولي

ملخص تنفيذي

أثارت الجهود الدولية المبذولة لتحقيق أهداف التنمية العالمية في القطاع الصحي المخاوفَ بشأن مدى توفر المهنيين الصحيين من أصحاب التدريب العالي والكفاءة. ونتيجة لذلك، أضحت القوى العاملة في مجال الصحة محورًا للعديد من المبادرات العالمية التي أطلقت خلال العقد المنصرم، والتي دعت إلى اتخاذ إجراءات عاجلة للتغلب على ما يعرف بـ"أزمة القوى العاملة في مجال الصحة". وبالرغم من إصرار بعض التقدم، ما تزال التحديات التي تواجهها القوى العاملة في هذا القطاع تمر بمرحلة حرجة تشبه عنق الزجاجة فيما يتعلق بتحقيق أهداف التغطية الصحية الشاملة في معظم البلدان.

ومن المتوقع أن يتضاعف النقص الحالي بين المهنيين الصحيين، الذي يقدر بالملايين، خلال الأعوام الخمسة عشر المقبلة، إذ يُتوقع أن تواجه مناطق شرق آسيا والمحيط الهادئ الجزء الأكبر من هذا العجز (٨,٣ مليون) وجنوب آسيا (٣,٢ مليون)، الأمر الذي يبرز اختلال التوازن العالمي في توزيع المهنيين الصحيين. ولو قارنًا ذلك بالتوقعات التي تشير إلى الحاجة إلى العاملين في القطاع الصحي، لوجدنا أن السيناريو أكثر خطورة في الواقع. ففي البلدان ذات الدخل المنخفض على سبيل المثال، تبقى معدلات العرض والطلب على العاملين الصحيين دون مستوى التوقعات القائمة على أساس الاحتياجات بشكلٍ لافت. ونتيجة لذلك، يُرَجَّح أن تواجه هذه البلدان نقصًا في العمالة الصحية اللازمة لتوفير خدمات الرعاية الصحية الأساسية، وكذلك ارتفاعًا في معدلات البطالة بين العاملين في مجال الصحة، نظرًا لمحدودية القدرة على توظيف المعروض المتاح من العاملين (وهو ما يُعرف بعدم كفاية الطلب).

وبالرغم من أن المجموع الإجمالي لهذه الأرقام مذهل، فإنها لا تعكس صورة عن السياقات الفردية لبلد ما، حيث تتفاوت الأسباب التي تؤدي إلى زيادة حدة نقص المعروض. وتشمل هذه الاختلالات غياب التعددية المطلوبة في المهارات، وميل العاملين الصحيين إلى العمل في المناطق الحضرية والمناطق الأكثر ازدهارًا، وغياب القوى العاملة التي تخطط لمواجهة التحديات المتزايدة المتمثلة في انتشار الأمراض المزمنة أو الأمراض المعدية التي تعاود الظهور. إذن، وبالرغم من مرور أكثر من عشر سنوات من العمل العالمي المنسق لمعالجة أزمة توفر العمالة الصحية، ما يزال هناك تقصير واضح في الجهود الجماعية المبذولة، ولا سيما في مساعي زيادة الأعداد المطلوبة من العاملين الصحيين.

في ضوء ذلك، وسعيًا منه لتحقيق أهدافه الرامية إلى توفير خدمات صحية جيدة لكل شخص يحتاج إليها دون تكبد ضائقة مالية، يلفت جدول أعمال التغطية الصحية الشاملة الانتباه إلى وجود ثلاثة مطالب عالمية تتعلق بجميع النظم الصحية، ألا وهي التمويل والخدمات والسكان. وفي غياب التغطية الصحية الشاملة، تزداد تكلفة الخدمات الصحية المقدمة ويرتفع مستوى رقيّها، وذلك بفعل هؤلاء الذين يزيدون من مقدار الخلل في المعروض من العاملين الصحيين بالنسبة لاحتياجات السكان الصحية، عن طريق استقطاب أفضل الطلاب تعليمًا والطلاب الميسورين اجتماعيًا وتقديم التدريب المهني الراقي لهم في مستشفيات الرعاية الثالثة التي تقدم لهم مستوى أفضل من الأجور وظروف العمل. ويمكن أن يساهم تطبيق التغطية الصحية الشاملة في تصحيح ذلك الخلل المسلّم به في النظم الصحية، وتوفير مزيد من الرعاية الطبية المؤسسية، وذلك عبر اتخاذ تدابير عدة منها على سبيل المثال إيلاء أولوية أكبر لتقديم إما الخدمات الأساسية عبر العاملين الصحيين المجتمعيين أو اتخاذ إجراءات التأهب لمواجهة الأوبئة.

كذلك تقدم التغطية الصحية الشاملة فرصة سانحة لتحسين القدرة على المواءمة بين الطلب على الخدمات الصحية والطلب على العاملين الصحيين فيما يتعلق باحتياجات السكان الصحية. بيد أن تحقيق تلك المواءمة بين الطلب والحاجة لتنفيذ التغطية الصحية الشاملة يستلزم إيجاد صلة ملموسة بالمعروض من العاملين الصحيين. وفي هذا السياق، تكشف تجارب العديد من البلدان التي قامت بإصلاحات تهدف لتنفيذ التغطية الصحية الشاملة إلى استمرار حدوث قصور واختلالاتٍ مزمنة خاصة بالقوى العاملة في القطاع الصحي، الأمر الذي يعيق الجهود الرامية للمضي قدمًا. وعلاوة على ذلك، تعمل هذه التحديات في البلدان ذات الدخل المرتفع على قيادة السوق العالمية للعمالة الصحية، إذ تلجأ أعداد كبيرة من المهنيين الصحيين المهرة إلى الهجرة من البلدان ذات الدخل المنخفض إلى البلدان ذات الدخل المرتفع، ما يزيد من التحديات المتمثلة في عملية إدارة المعروض من العاملين الصحيين في البلدان ذات الدخل المنخفض.

في ظل التحديات والفرص التي يمثلها الإجماع العالمي بأهمية تحقيق التغطية الصحية الشاملة، يهدف هذا التقرير إلى تحفيز الحوار العالمي وتحفيز طرح الأفكار الجريئة حول كيف يمكن للاستثمار في تعليم العاملين الصحيين أن يساعد في تسريع وتيرة التقدم نحو تحقيق التغطية الصحية الشاملة. ويقرّ التقرير بإيجابية التأثيرات الجانبية للطلب التي تنشأ من إدخال إصلاحات على النظم الصحية بهدف تحقيق تغطية صحية شاملة، كما يتناول الحاجة لتوسيع هذه التأثيرات لتشمل الإعلان عن تجديد الاستثمارات في مجال تعليم العاملين الصحيين. ولذا، يطرح التقرير أربعة محاور تميز المسار المهني للعاملين الصحيين باعتبارها مجالاتٍ بالغة الأهمية بالنسبة للاستثمار في تعليم هذه الفئة، ألا وهي: استهداف الجيل القادم من العاملين الصحيين من خلال خلق فرص عمل بشكل فعّال وتقدمي وتنافسي ونزيه؛ وإدخال إصلاحات على حجم المؤسسات التعليمية ونطاق عملها بحيث تتناسب قيمة وفائدة التعليم الذي تقدمه في مقابل ما يتم صرفه من أموال؛ وتوفير فرص تعليم مستمرة بحيث تكون بمثابة قاطرة هامة للتطور الوظيفي؛ وإصلاح البيئة التفويضية عبر إدخال إصلاحات تنظيمية على كافة الأصعدة الوطنية والإقليمية والدولية.

يمكن لهذه الإصلاحات الاستفادة من التركيز على ثلاث جهات شاملة: القيادة، والتمويل، والأدلة التي تتجاوز الفرز التقليدي لمفهوم التعليم الصحي. وهنا، تشكل العلاقة المتبادلة للاستثمار في الصحة والتعليم، وكذلك في القطاعين العام والخاص، حلقة وصل هامة يمكنها أن تستفيد من المناقشات المستمرة، وربما في إطار المناقشات المستقبلية التي ستشهدها فعاليات مؤتمر القمة العالمي للابتكار في التعليم "وايز".

تلقت القوى العاملة في القطاع الصحي اهتمامًا متزايدًا على مدار العقد الماضي. ويرجع هذا جزئيًا إلى الحاجة لتحقيق أهداف الأمم المتحدة الإنمائية للألفية، وتحديدًا تلك المتعلقة بالدور الحاسم للعاملين الصحيين في تحديد مدى التقدم في تنفيذ الهدف الرابع من الأهداف الإنمائية للألفية (الخاص بصحة الطفل) والهدف الخامس (المعني بصحة الأم) والهدف السادس (المتعلق بمكافحة أمراض الإيدز والسل والملاريا)^{١١}. وبذا، يعكس عدد المبادرات العالمية الهامة التركيز على أهمية الدور الذي تلعبه القوى العاملة الصحية وكذلك تقارير السياسات العامة رفيعة المستوى، بما فيها: مبادرة التعلم المشتركة لعام ٢٠٠٤؛ وتقرير الصحة العالمية لعام ٢٠٠٦؛ والتقارير الصادرة عن التحالف العالمي للقوى العاملة في المجال الصحي؛ والارتقاء وإنقاذ الأرواح لعام ٢٠٠٨؛ حقيقة عالمية؛ ولا صحة دون قوى عاملة (٢٠١٣)؛ لجنة لانسيت للتعليم الصحي المهني لعام ٢٠١٠؛ والاستراتيجية العالمية لمنظمة الصحة العالمية بشأن الموارد البشرية الصحية: القوى العاملة ٢٠٣٠. ٧,٦٥,٤٣

كما أولت أهداف التنمية المستدامة اهتمامًا راسخًا بموضوع الصحة. فعلى سبيل المثال، يسعى «الهدف ٣» من أهداف التنمية المستدامة الخاصة لعام ٢٠٣٠ إلى: «ضمان الحياة الصحية وتشجيع الرفاه للجميع من كل الأعمار»^٩. وتتصل الفقرة ٨ من «الهدف ٣» بشكل وثيق بأهداف التنمية المستدامة، إذ توجه الفقرة بتحقيق التغطية الصحية الشاملة، وتعرّفها على أنها: «حيث يمكن لجميع الناس تلقي الخدمات الصحية الأساسية الجيدة التي يحتاجونها، دون تكبد أعباء مالية كبيرة»^{١٠}. وتنص الغاية «٣.ج» من «الهدف ٣» على أهمية العمالة الصحية ضمن أهداف التنمية المستدامة، وتهدف إلى: «تحقيق زيادة كبيرة في تمويل قطاع الصحة وتوظيف القوى العاملة في هذا القطاع وتطويرها وتدريبها واستبقائها في البلدان النامية، وبخاصة في البلدان الأقل نموًا والبلدان الجزرية الصغيرة النامية»^{١١}.

وبالرغم من إصرار بعض التقدم، ما تزال التحديات التي تواجهها القوى العاملة في هذا القطاع تمر بمرحلة حرجة، أشبه بعنق الزجاجة، فيما يتصل بتحقيق أهداف التغطية الصحية الشاملة في معظم البلدان. ويتوقع تقريرٌ حديثٌ صادرٌ عن البنك الدولي ارتفاع الطلب على العمالة الصحية إلى نحو ٨٠ مليون عامل صحي بحلول عام ٢٠٣٠^{١٢}، في حين يشير التقرير ذاته إلى أن نمو المعروض من العاملين الصحيين قد يصل إلى ٦٥ مليون عامل فقط، ما يعني أن النقص العالمي في عدد العاملين الصحيين قد يبلغ نحو ١٥ مليون عامل بحلول عام ٢٠٣٠. وهو ما يعني بالمحصلة زيادة العجز المقدر بـ ٧ ملايين عامل في ٢٠١٣ بمقدار الضعفين^{١٣}. ويشير المشهد الإقليمي للنقص في جانب المعروض إلى أن البلدان ذات الدخل المنخفض مثل أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى تواجه أعلى معدلات هذا النقص بالنسبة للاحتياجات، في حين تواجه البلدان ذات الدخل المتوسط النقص الأكبر بالنسبة للطلب (انظر الإطار ١).

الإطار ١: القيود الموضوعة على العمالة الصحية العالمية بالمقارنة بمعدلات الطلب والاحتياجات

يتوقع تقريرٌ حديثٌ صادرٌ عن البنك الدولي أنه بحلول عام ٢٠٣٠ سوف تواجه مناطق شرق آسيا والمحيط الهادي النقص الأكبر بالنسبة لمعدلات الطلب (٣,٨ مليون)؛ وجنوب آسيا (٣,٢ مليون)؛ وأمريكا اللاتينية (٢,٦ مليون)؛ وأوروبا وآسيا الوسطى (٢,١ مليون). على الجانب الآخر، ومع مراعاة الجوانب الديموغرافية والمعطيات الوبائية للسكان فقط، يخلص التقرير إلى أن البلدان ذات الدخل المنخفض ومتوسط الانخفاض، مثل أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى وجنوب آسيا، سوف تواجه العجز الأكبر من حيث معدلات الاحتياجات. أما في البلدان ذات الدخل المنخفض، فيُتوقع أن تظل معدلات العرض والطلب على العاملين الصحيين بالنسبة لمعدل الاحتياجات في عام ٢٠٣٠ أدنى بكثير من عتبة الاحتياجات البالغة ٤,٤٥ عامل صحي لكل ١٠٠٠ نسمة (وفقًا لتقرير منظمة الصحة العالمية لعام ٢٠١٦). سيؤدي ذلك إلى وضع محيّر، حيث ستواجه هذه البلدان نقصًا في العمالة الصحية اللازمة لتوفير خدمات الرعاية الصحية الأساسية، يتوافق مع ارتفاع في معدلات البطالة بين العاملين في مجال الصحة نظرًا لمحدودية القدرة على توظيف المعروض المتاح من العاملين (وهو ما يعرف بعدم كفاية الطلب). من ناحية أخرى، يُتوقع أن تتمكن البلدان ذات الدخل المتوسط من توفير ما يكفي من احتياجات طلب سوق العمل لتوظيف العاملين الصحيين لتقديم مجموعة من الخدمات الأساسية، إلا أنها ستواجه تحديات تتعلق بتخريج أعداد كافية من العاملين الصحيين المؤهلين لتلبية هذا الطلب المتوقع.

المعدلات العالمية المقدرّة للطلب والمعروض والاحتياجات من العاملين الصحيين، ٢٠٣٠

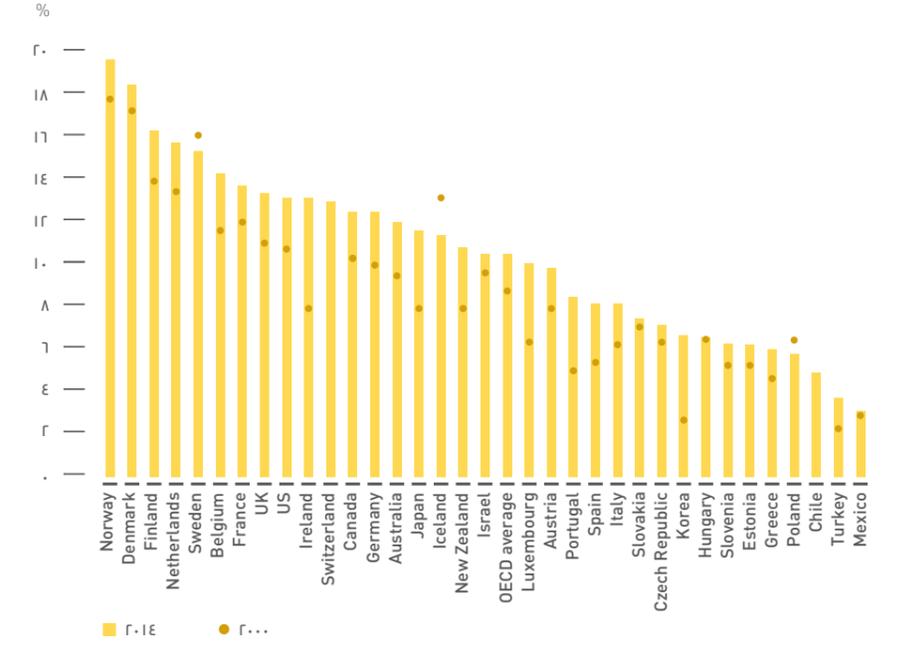
فئات الدخل	الطلب	العرض	الفرق بين العرض والطلب	الاحتياجات
منخفض	١,٤٠٢,٣٥٨	١,٣٨٤,٥٧٦	-١٧,٧٨٢	٧,٠٤٩,٠٤٨
متوسط الانخفاض	٢١,٦٨٨,٤٧٥	١٧,٩٥٨,٩٤٣	-٣,٧٢٩,٥٣٢	٢١,٩٤٠,٢٥٦
متوسط الارتفاع	٣٣,٢٩٧,٦١٣	٢١,٣٦٢,٠٣٣	-١١,٩٣٥,٥٨٠	١٥,٩٣٤,٧٧٧
مرتفع	٢٣,٨١٩,٧٤٨	٢٣,٩٤٨,٥٧٦	١٢٨,٨٢٨	٨,٠٥٨,٢١١
المعدل العالمي	٨٠,٢٠٨,١٩٤	٦٤,٦٥٤,١٢٧	-١٥,٥٥٤,٠٦٧	٥٢,٩٨٢,٢٩٢

المصدر: ليو وآخرون، ٢٠١٦.^{١٤}

سواء تمت مقارنته بمعدل الطلب أو معدل الاحتياج للعاملين الصحيين، يبدو جليًا وجود نقص كبير في المعروض من العمالة الصحية، كما يبدو أن ذلك النقص سوف ينمو خلال السنوات الخمس عشرة المقبلة. وبالرغم من كونها لافئة للنظر بشكل كبير، فشلت الأرقام في تفسير العوامل التي تؤثر على البلدان وترجع زيادة حدة النقص في العرض، بما في ذلك: الخلل في اكتساب المهارات المطلوبة؛ وكذلك نزوح العاملين الصحيين إلى العمل في المناطق الحضرية، والمناطق الأكثر ازدهارًا - وهو ما يحاول هذا التقرير إلقاء الضوء عليه. وهكذا، بالرغم من مضي أكثر من عقدٍ من الزمن على العمل العالمي المنسق لمعالجة أزمة توفر العمالة الصحية، ما يزال هناك تقصير في الجهود الجماعية، ولا سيما على صعيد زيادة الأعداد المطلوبة من العاملين الصحيين.

وبفضل أهداف التنمية المستدامة والالتزام بتحقيق التغطية الصحية الشاملة بحلول عام ٢٠٣٠، هناك تأكيد مستمر على اعتبار الصحة نوعًا من أنواع الاستثمار. ويعكس هذا ما أثبتته مؤخرًا لجنة لانسيت للاستثمار في الصحة، والتي قَدَّرت عائدات الاستثمار، من حيث قيمة سنوات العمر المعيشة في الفترة ما بين عامي ٢٠١١ و٢٠١١، بأنها كانت قريبة من ١:١٠^{١٥}. وتُنظر حاليًا الهيئة الرفيعة المستوى المعنية بالعمالة في مجال الصحة والنمو الاقتصادي التابعة للأمم المتحدة، للصحة باعتبارها استثمارًا وقطاعًا إنتاجيًا، كما تقر بأهمية القطاع الصحي باعتباره مصدرًا هامًا ومتزايدًا من مصادر خلق فرص العمل وتحقيق النمو الشامل^{١٦}. وقد ارتفعت نسبة العاملين في مجال الصحة بالنسبة لإجمالي القوى العاملة بين دول منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية من ثمانية إلى عشرة بالمائة بين عامي ٢٠٠٠ و٢٠١٤ (الشكل ١). يلاحظ وجود أنماط متماثلة في البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط.^{١٧، ١٨}

الشكل ١: نسبة توظيف العاملين في القطاعين الاجتماعي والصحي بالنسبة لإجمالي القوى العاملة في بلدان منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية



المصدر: منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية، ٢٠١٦، ١٩.

يدرس هذا التقرير الإجماع العالمي المتنامي باعتبار القطاع الصحي والعاملين فيه استثمارات إنتاجية. ويلقي الضوء على كيفية خلق الفرص لتحسين وزيادة المعروض من العاملين الصحيين المطلوبين لتحقيق التغطية الصحية الشاملة بحلول عام ٢٠٣٠، كما يبين التأثير الإيجابي بالنسبة للطلب الذي ينجم عن إصلاح النظم الصحية بهدف تحقيق التغطية الصحية الشاملة. ولذا، يركز تعليم العاملين في مجال الصحة على إعادة التمويز الشامل للاستثمار في تعليم العاملين الصحيين، الذي يغطي: التوظيف الفعال؛ والتدريب قبل الخدمة؛ والتطوير الوظيفي. وهنا، تشكل العلاقة المتبادلة للاستثمار في الصحة والتعليم، وكذلك في القطاعين العام والخاص، حلقة وصل هامة يمكنها أن تستفيد من المناقشات المستمرة، وربما في إطار المناقشات المستقبلية التي ستشهدها فعاليات مؤتمر القمة العالمي للابتكار في التعليم «وايز».

تمت صياغة تقرير «التصدي لتحديات التعليم المهني الصحي: فرص لدفع وتيرة التقدم نحو تحقيق التغطية الصحية الشاملة» أولاً باعتباره ورقة بحثية ستُعرض وتناقش خلال مؤتمر «وايز» لعام ٢٠١٦. أما الهدف منها فيتلخص في:

- تحفيز النقاش وتعزيز اعتراف القادة في مجال الصحة العالمية بأهمية تأييد وإيلاء الأولوية لإصلاح تعليم العاملين الصحيين بحيث يأتي في سياقات التغطية الصحية الشاملة ولتحقيق أهداف التنمية المستدامة.
- تشجيع كل من مؤتمري «وايز» و«وايز» على التعاون من أجل دعم وتعزيز الاعتراف بنظم ومؤسسات التعليم في العالم باعتبارها إحدى الدوافع الأساسية للالتزام لتحقيق الآتي: توفير معروض قوي من العاملين الصحيين؛ والإسراع بتنفيذ التغطية الصحية الشاملة؛ والمساهمة في خلق فرص العمل وتحقيق النمو الاقتصادي.

القسم الأول: كيف يمكن للتغطية الصحية الشاملة الربط بين المعروض من العاملين الصحيين والطلب عليهم، والاحتياجات في القطاع الصحي

بحكم التعريف، ينصبّ جلّ تركيز التغطية الصحية الشاملة على ثلاثة عناصر منفصلة من النظام الصحي:

- التمويل
- الخدمات
- السكان (حيث يوجد منظور معياري شامل يتلخص في وجوب أن يحصل كل الناس في أي مكان على الخدمات الصحية الجيدة التي يحتاجون إليها دون تكبد أعباء مالية).

تقدم هذه الرؤية المشتركة بصفة أساسية مسوّغًا قويًا للتأكد من قدرة النظم الصحية على تلبية الاحتياجات الصحية لجميع السكان. وفي غياب التغطية الصحية الشاملة، تنزع النظم الصحية إلى تلبية الاحتياجات الصحية لسكان المناطق الحضرية الأكثر ثراءً والأفضل تعليماً. فقد أضحت خدمات الرعاية الصحية تجنح ناحية تقديم الرعاية العلاجية المتخصصة التي يسدد فاتورتها من يستطيع تحمل تكاليف هذه الخدمات من جيهم الخاص. ولذا، ليس من المستغرب أن يعكس موقع القوى العاملة الصحية مقدار الطلب السائد على توفير الخدمات، وجذب الطلاب الأفضل تعليماً والأكثر ثراءً نحو الالتحاق بدورات تدريبية راقية تقدمها مستشفيات الرعاية الثالثية، حيث يتمتعون بمستوى أفضل من الأجور وظروف أفضل للعمل.

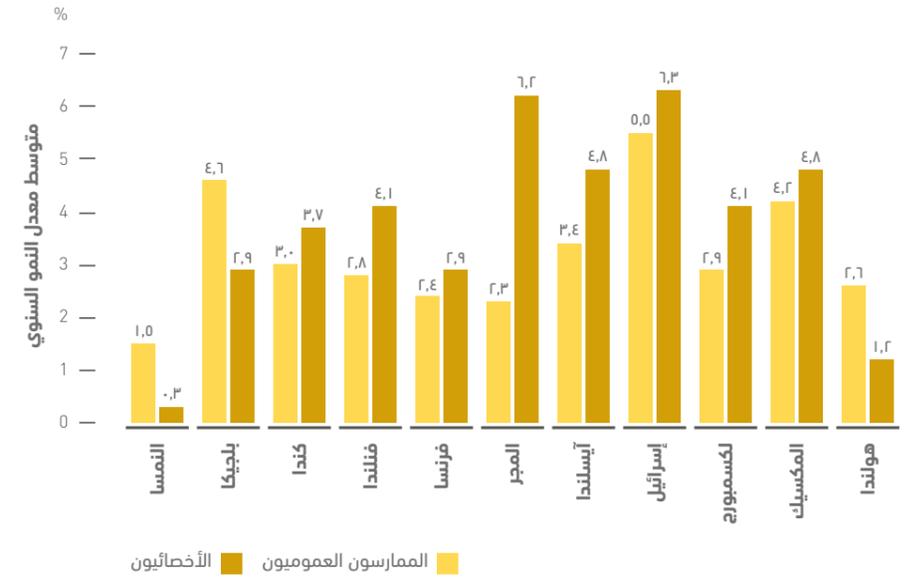
قد يكون هذا عرضاً مفرطاً في التبسيط، بيد أن من الإنصاف القول إنه في غياب التغطية الصحية الشاملة، سوف تسبب إشارات النظام الصحي السائدة بالنسبة لجانب الطلب في حدوث خلل في المعروض من العاملين الصحيين وزيادة العجز في تلبية احتياجات السكان الصحية ومماثلة الجهود الرامية إلى إصلاح تعليم العمالة الصحية (الشكل ٢).

الشكل ٢: الطلب والمعروض من العاملين الصحيين في غياب التغطية الصحية الشاملة



أسهم النمو المتزايد في الطلب على تدريب العاملين الصحيين في تحديد ملامح التعليم في المجال الصحي، وذلك استجابة لمتطلبات سوق العمل، وهو ما لا يتفق في الغالب مع احتياجات السكان الصحية. فعلى الصعيد العالمي، هناك اتجاه متزايد لتوجه طلاب الطب إلى التخصص في تخصصات فرعية طبية وجراحية، في حين بدت شعبية الممارسة الطبية العامة في تراجع. ومن الواضح أن هذا التوجه نحو الإفراط في التخصص يعود في الأساس إلى الارتفاع الكبير في معدل الاعتماد على التعليم المتخصص (الشكل ٣). فعلى سبيل المثال، يشير البروفيسور شين نيكلسون في تقرير له (٢٠٠٨) أن أطباء الرعاية الصحية غير الأساسية في الولايات المتحدة يكسبون أكثر بكثير من الممارسين العموميين أو أطباء الأسرة^{٢٠}. ويقدر براين فون وآخرون (٢٠١٠)، أنه في عام ٢٠٠٨ بلغ متوسط ما يتقاضاه أخصائيو أمراض القلب في الولايات المتحدة ضعف ما يحصل عليه أطباء الرعاية الصحية الأساسية^{٢١}. وقد أظهر التقدم التكنولوجي في قطاع الرعاية الصحية بشكل كبير مقدار التحيز في الاعتماد على التدريب المتخصص وتحويل اهتمام المهنيين الصحيين لتفضيل العمل في إطار هذه التخصصات^{٢٢}.

الشكل ٣: نمو الأجور التي يتقاضاها الممارسون العموميون والأخصائيون، في الفترة بين عامي ٢٠٠٥ و ٢٠١٣ (أو أقرب الأعوام)



المصدر: منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية، ٢٠١٥، ص ٢٣

شهد التعليم الخاص نموًا سريعًا في جميع أنحاء العالم، وذلك كردة فعل على الفرص التي يتيحها سوق العمل بفعل ديناميكية قطاع الصحة وسوق العمل، وكذلك عدم قدرة معظم الحكومات على مواكبة ذلك. ويمثل انتشار التعليم السريري والطبي الخاص ظاهرة جديدة نسبيًا في أمريكا، إذ ظهر النوع من التعليم في تسعينيات القرن الماضي، ثم بدأ بالانتشار السريع منذ عام ٢٠٠٠^{٢٤}. فعلى سبيل المثال، ارتفعت نسبة الممرضات اللائي تخرجن في مؤسسات تعليمية خاصة في دولة جنوب أفريقيا من ٤٥٪ في عام ٢٠٠١ إلى ٦٦٪ في عام ٢٠٠٤. وفي كينيا، قام القطاع الخاص بإدارة ٣٥ مدرسة ترميز من أصل ٦٨ بين عامي ٢٠٠٩ و ٢٠١٠^{٢٥}. كما تهيمن المدارس الخاصة على المشهد الآسيوي، فمثلًا تملك الهند من كليات الطب أكثر من أي بلد آخر، ١٣٧ منها تدار من قبل القطاع الخاص. وتتبع أكثر من نصف الكليات في بنجلاديش واليابان وجمهورية كوريا ونيبال وتايوان والقطاع الخاص^{٢٦}؛ وفي أمريكا الجنوبية، ٣٥ من أصل ٦٠ كلية في دولة شيلي يديرها القطاع الخاص؛ وفي البرازيل تبلغ نسبة مؤسسات التعليم العالي الخاصة ٥١٪ من مجموع كليات الطب، ويلتحق بها ٥٤٪ من إجمالي أعداد المتقدمين^{٢٧}.

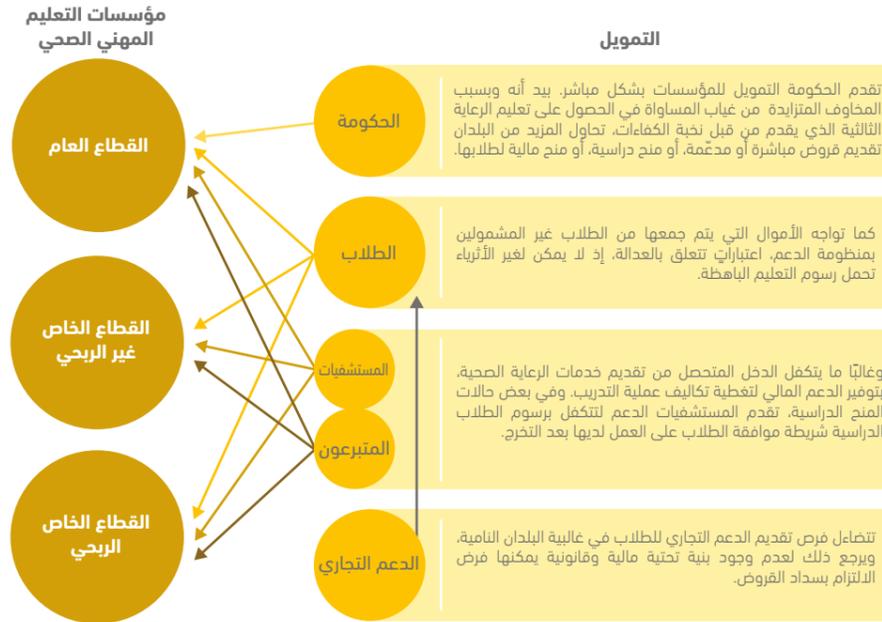
ويثير التوسع المطرد في انتشار مؤسسات التعليم الخاص المخاوف بشأن جودة التعليم، إذ غالبًا ما ينظر للآليات التنظيمية التي تطبقها على أنها غير كافية أو فاسدة. ففي إندونيسيا مثلًا، تم الربط بين انخفاض جودة الخدمات التي يقدمها العاملون بمراكز الرعاية الصحية والانتشار السريع في عدد مؤسسات التعليم الخاص. وبحلول أواخر العقد الأول من القرن الحادي والعشرين، بلغت نسبة كليات الطب الخاصة ٥٧٪ في إندونيسيا، كما تخرج أكثر من نصف عدد الأطباء البالغ عددهم ٧٠٠٠ من الكليات الخاصة. وتعد ثلث كليات الطب في البلاد غير معتمدة، في حين حصل ربع هذه الكليات فقط على أعلى معايير الاعتماد من قبل المديرية العامة للتعليم العالي في البلاد^{٢٨}. وتؤكد جمعية كليات الطب الإندونيسية أنه في عام ٢٠٠٧ لم يتمكن سوى ٥٠٪ من الطلاب من اجتياز الامتحان الوطني الذي يلزم لاجتيازه الحصول على ٤٥ درجة من أصل ١٠٠ درجة^{٢٩}. وفي الهند، وُجد أن هناك رابط بين خصصة التعليم الطبي ووجود آليات تنظيمية غير كافية وفسادة وتدني جودة عملية التدريس^{٣٠}.

تشكل هذه التوجهات تنوعًا في مصادر تمويل تعليم القوى العاملة في المجال الصحي، وذلك عبر: الإدارات الحكومية في قطاعات الصحة والتعليم؛ ورسوم الطلاب الدراسية والقروض التي يحصلون عليها؛ والمستشفيات التعليمية؛ ومستثمري القطاع الخاص وشركاء التنمية (الشكل ٤). بيد أن من الصعب إدارة هذا المزيج في ظل وجود توجه عام على مستوى الأنظمة للحدّ من التمويل، الأمر الذي:

- يفرض عوائق في الالتحاق بالتعليم، وهو السبب الرئيسي لتسرب الطلاب الفقراء من التعليم.
- يضرّ بجودة التعليم وبكفاءة الخريجين نظرًا لتدني مستوى الأجور التي يتقاضاها أعضاء هيئات التدريس، فضلًا عن تراجع الاستثمارات في الحفاظ على البنية التحتية التعليمية وموارد عملية التدريس.
- يحدّ من فرص التوسع والنمو الهيكلي في المعروض من الفرص التعليمية.

في الوقت ذاته، يشهد التعليم المهني الصحي الممول من خلال القطاع الخاص نموًا سريعًا في العديد من البلدان. ومردّد هذا التوجه جزئيًا وجود عجز في تلبية الطلب على التعليم المهني الصحي (بالنسبة للمتقدمين ممن لديهم الاستعداد للدفع)، الذي بدوره يعزز الفشل في تلبية الطلب من المهنيين الصحيين.

الشكل ٤: مصادر تمويل التعليم المهني الصحي



المصدر: باركار وآخرون، ٢٠١٣، ص ٢١

لا تقدم التغطية الصحية الشاملة حلولًا سحرية، ولكنها تتيح الفرصة السانحة لإحداث نقلة نوعية في إشارات النظام الصحي السائدة، التي يُسترشد بها في تطوير وتوزيع العاملين الصحيين من خلال عناصر رئيسية ثلاثة، هي: التمويل والخدمات والسكان.

الشكل ٥: الطلب والعرض من العاملين الصحيين في إطار التغطية الصحية الشاملة



في الوقت الذي يُنظر فيه إلى تعزيز المؤشرات الخاصة بتلبية الطلب على القوة العاملة في القطاع الصحي باعتباره ضرورة، ما تزال أعداد العاملين في هذا القطاع غير كافية. وقد قامت العديد من النظم الصحية بإدخال إصلاحات ناجحة لتحقيق التغطية الصحية الشاملة، بيد أنها ما تزال تكافح ضد العوامل التي من شأنها التأثير على المعروض من العاملين في مجال الصحة، وبخاصة تلك المتعلقة بالتعليم. ويتمثل التحدي الواضح الذي يواجه إدارة المعروض من العاملين في المجال الصحي، في النقص المزمن من العاملين المدربين بشكل مناسب في العديد من بلدان منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية، الأمر الذي حدا بهذه البلدان للاعتماد على توظيف عاملين صحيين من البلدان الأخرى^{٣٢}، ففي كندا مثلاً - التي تُطبق التغطية الصحية الشاملة منذ أوائل الستينيات من القرن العشرين - ما يزال نظامها الصحي يعتمد على الأطباء الأجانب المدربين لشغل الوظائف الشاغرة الموجودة في المناطق النائية بشكل أساسي^{٣٣}، وتشكل موجات هجرة الكوادر المهنية الصحية الماهرة من البلدان ذات الدخل المنخفض إلى البلدان ذات الدخل العالي سوق العمل الخاص بالقوى العاملة في القطاع الصحي. ويمثل ذلك تحدياً إضافياً لإدارة المعروض من العاملين الصحيين في البلدان ذات الدخل المنخفض. كما أنه بالرغم من الانتشار الواسع والإيجابي للغاية لالتحاق النساء بالدراسة في المعاهد الطبية والانضمام إلى القوى العاملة الصحية، لا يشكل ذلك إلا أثراً محدوداً بالنسبة للمستوى الكلي للتوظيف في هذا القطاع، ويرجع ذلك لقلّة ما تم إنجازه للتوفيق بين مواعيد العمل ومسؤوليات الأسرة^{٣٤، ٣٥}.

إلى جانب ذلك، يؤثر التدريب غير الجيد بشكل مباشر على أداء العاملين الصحيين، وكذلك على فعالية النظم الصحية؛ إذ تتوقف كفاءة العاملين الصحيين على المعرفة والمهارات المكتسبة خلال التدريب واستمرار التعليم وتلقي الخبرات^{٣٦}، ففي إندونيسيا، تم مؤخراً إجراء "مسح الحياة الأسرية في إندونيسيا" بهدف قياس القدرة التشخيصية والعلاجية للممرضات والقابلات. وقد وجد الاستطلاع أن هناك تدنياً واضحاً في نسبة الإجابات الصحيحة على أسئلة الاستبيان: ٤٥٪ في مجال رعاية الأمهات قبل الولادة؛ ٦٢٪ في رعاية الأطفال؛ ٥٧٪ في رعاية البالغين. ترتبط هذه النتائج بالتوجهات الخاصة بالتعليم المهني الصحي السائد في البلاد، مثل إتمام عمليات التخصص السريعة وتراجع جودة التدريب^{٣٧}.

التمويل - يتمثل المنهج الأساسي في تمويل التغطية الصحية الشاملة في تجميع الموارد من خلال آليات الدفع المسبق (مثل الضرائب أو التأمين)، وتجنب استخدام الأنظمة الأقل كفاءة وإنصافاً التي تعتمد على الدفع الآني. ويؤدي استخدام مجموعات أكبر من الموارد إلى اتخاذ قرارات تتسم بالغموض فيما يتعلق بما يمكن شراؤه وكيفية سداد التكاليف. يمثل هذا فرصة للربط بين القرارات التي تخص عمليات الشراء والسداد، واحتياجات السكان الصحية وتمويل أفضل صفقات شراء الأدوية. كما أنه يطرح تساؤلات هامة حول أفضل السبل لتوزيع الموارد عبر مراكز الرعاية الصحية لتحقيق التوازن بين الخدمات المجتمعية والرئيسية وبين الخدمات الثانوية والثالثية.

الخدمات - تهدف التغطية الصحية الشاملة إلى توفير غطاءٍ من الخدمات العالية الجودة والفعالة من حيث التكلفة، وذلك وفقاً للاحتياجات المطلوبة. ويركز هذا على الخدمات التي تغطي جميع السكان، وليس فقط على الرعاية المقدمة في المستشفيات، مثل: رعاية الأمهات قبل الولادة؛ توفير التطعيمات للأطفال؛ ومراقبة تفشي الأمراض. وتحدد القيود التي تفرضها الميزانية المخصصة لشراء الخدمات ملامح تطوير سبل تقديم تلك الخدمات بحيث تتسم بالمزيد من الكفاءة. ومن الأمثلة على ذلك: الترتيبات الخاصة بالدفع لمقدمي خدمات الرعاية الصحية (الدفع على الفرد) لسداد مستحقات فرق الرعاية الصحية الأولية التي تشمل الحوافز المالية التي تقدم لتقليل حالات الإحالة المكلفة؛ وكذلك كيفية التعامل مع هذا المزيج من التمويل المقدم من القطاعين العام والخاص.

السكان - يؤكد مفهوم «الشمولية» الخاص بالتغطية الصحية الشاملة على أن النظام يبدي اهتماماً بجميع أفراد السكان. ويتطلب تحقيق ذلك فهم الاحتياجات الصحية للسكان المحرومين الناجمة عن: النوع الاجتماعي، أو الوضع الاجتماعي والاقتصادي، أو الانتماء العرقي؛ فضلاً عن أماكن الإقامة كما هو الحال في المناطق الريفية النائية أو الأحياء الحضرية الفقيرة. ويشمل هذا التوجه أيضاً القدرة على تأمين تغطية صحية للسكان (القدرة على تلبية الاحتياجات الطارئة) في أوقات الأزمات الصحية العامة وحالات الطوارئ الإنسانية.

الأهم من ذلك، يبين سياق هذا التقرير أنه يتعين طرح مجموعة واسعة من الطلبات لإدخال الإصلاحات اللازمة لتسريع وتيرة التقدم نحو تحقيق تغطية صحية شاملة، فضلاً عن تنوع التوقعات بشأن القوى العاملة في المجال الصحي التي يجب أن تكون قادرة على القيام بالآتي:

- تغطية الاحتياجات الأساسية.
- توفير مجموعة كاملة من الخدمات الصحية والسريية ذات الجودة العالية وعلى مستوى جميع السكان.
- تلبية احتياجات السكان المحرومين بشكل خاص.
- تقديم خدمات الدعم الطارئة في أوقات الأزمات.
- توفير مجموعة من الكفاءات اللازمة لتأمين الوظائف الأساسية الحديثة والمعقدة في النظم الصحية (مثل تنسيق وإدارة تقديم خدمات الرعاية، ومهارات التواصل، والممارسة القائمة على عمل الفريق، وغيرها).

يجب أن تترجم هذه المطالب والتوقعات في شكل فرص عمل مدفوعة الأجر وإمكانيات وظيفية (الشكل ٥).

القسم الثاني: استراتيجيات الاستثمار في مجال التعليم لتعزيز المعروض من القوى العاملة الصحية نحو تلبية احتياجات نظام التغطية الصحية الشاملة

لمعالجة النقص في المعروض من القوى العاملة الصحية، هناك حاجة ملحة لتحديد الاستراتيجيات الوطنية والدولية للاستثمار في التعليم المقدم للعاملين الصحيين. ويمكن إيجاد النقاط الرئيسية لتنفيذ التدخلات الرامية لتحويل المعروض من العاملين في مجال الصحة بحيث يقترب من تلبية المطالب التي يفرضها تحقيق التغطية الصحية الشاملة على طول ما يعرف بمسار التعليم المهني (PEP)، وهو عبارة عن المؤسسات التي تؤثر في تدفق الطلاب إلى سوق العمل في القطاع الصحي ومن ثم توظيفهم. ويبدأ تدفق الطلاب من خلال: مدارس التعليم الابتدائي والثانوي حيث يتم إعداد الطلاب للاتحاق بالتدريب؛ يأتي بعد ذلك دور مؤسسات تدريب القوى العاملة الصحية قبل الخدمة (مرحلة ما بعد الثانوية)؛ ويستمر إلى عملية تطوير المهارات، بما في ذلك التدريب أثناء الخدمة المتعلق بالتخصص والتعليم المستمر (الشكل ٦). وبالإضافة إلى ذلك، يمكن للقوى العاملة من خارج «مسار التعليم المهني» أن تزيد من توجيه معروض مناسب من العاملين في مجال الصحة نحو تحقيق تغطية صحية شاملة، وذلك على المستويات الوطنية والدولية. وتهدف المناقشة التالية بخصوص كل واحدة من هذه النقاط الرئيسية إلى تحديد فرص الاستثمار الرامية لتعزيز مسار المعروض من العاملين في هذا القطاع.

الشكل ٦: مسار التعليم المهني ونقاط تنفيذ التدخلات



مسار التعليم المهني ١: التوظيف الفعّال والتقدمي والتنافسي والنزبه للجيل القادم من الطلاب

زاد النمو السريع للأجور والعمالة في القطاع الصحي من الطلب العالمي على أهمية إجراء التدريب المهني الصحي. وقد أدى هذا على ما يبدو إلى وجود فائض في الطلب على تدريب العاملين الصحيين، وهو ما يعني زيادة عدد مقدمي الطلبات عن الأماكن المتاحة للتدريب. وقد أدى ذلك الطلب المتزايد إلى منافسة شديدة على تلك الأماكن المحدودة، ما يبيّن نظرياً الاختيار بين المرشحين رفيعي المستوى. كذلك، أدى هذا إلى الزيادة المطردة في قيمة رسوم الالتحاق، وخاصة بالنسبة للمؤسسات الخاصة، جنباً إلى جنب مع شيوع الممارسات غير الأخلاقية المتعلقة بتقديم رشاًوى لتأمين الالتحاق. وقد أسهمت مثل هذه التوجهات في نزوح المتقدمين من خلفيات اجتماعية واقتصادية متواضعة إلى التقدم للالتحاق بهذه المؤسسات. وهناك عوامل أخرى يمكنها تقويض المتاح من الطلاب المؤهلين للتدريب على العمل في مجال الصحة، مثل عدم كفاية التعليم الكمي والنوعي في المدارس الثانوية؛ وتنوع أشكال النقص من المعروض من حيث النوع الاجتماعي أو الثروة أو الانتماء للأقلية العرقية أو أماكن الإقامة الجغرافية.

تضاف إلى المخاوف المتنامية بشأن جودة التعليم المطلوبة لتلبية الاحتياجات الحالية، ضرورة تأقلم القوى العاملة الصحية مع التحديات الجديدة المتصلة بالمعدلات المتسارعة للشيخوخة بين السكان وتفشي الأمراض غير المعدية. وفي إطار أهداف التنمية المستدامة، تعزز تلك التوجهات المتعلقة بالقطاع الصحي وسوق العمل الحاجة إلى إمعان النظر في السبل التي يمكن من خلالها تنظيم المعروض من العاملين الصحيين على نحو أكثر فعالية بهدف دفع وتيرة التقدم نحو تحقيق نظام التغطية الصحية الشاملة بدلاً من عرقلتها. ولذا، فإن من الضروري للقوى العاملة الصحية التي تصلح للغرض من هذا النظام وممارسته أن تدرك قدر الطموح الذي يسعى هذا النظام لتحقيقه^{٢٨}.

في كثير من البلدان منخفضة الدخل، تتمكن أقلية صغيرة من الطلاب - غالبًا أقل من ٢٠٪ - من استكمال دراستهم في التعليم الثانوي، ويمثل هؤلاء الخريجون عادةً الفئة ذات الدخل الأكبر من المقيمين في المناطق الحضرية^{٣٩}، الأمر الذي يسبب خللاً في عدد المتاح من الطلاب المؤهلين لتلقي التدريب على العمل في مجال الصحة. ولا تقتصر هذه المشكلة على البلدان منخفضة الدخل وحدها. ففي الولايات المتحدة، على سبيل المثال، يبلغ احتمال الحصول على شهادة جامعية (وهو أحد شروط الحصول على تدريب طبي): ٨٢٪ من أفراد المجتمع من ذوي البشرة البيضاء؛ و٦,٩٪ من أفراد مجتمع الأمريكيين من أصول أفريقية؛ ٤,٥٪ من اللاتينيين^{٤٠}. وسوف يزيد تناول قضية عدم المساواة الهيكلية في الحصول على التعليم الثانوي والعالي من عدد ونوعية وتنوع الطلاب المتقدمين للحصول على تدريب مهني في مجال الصحة على المدى الطويل والمتوسط، كما يمثل هذا أحد مجالات التركيز الحاسمة في تنفيذ التدخلات في قطاع التعليم، ما يعني أن ذلك يتجاوز التأثير المباشر لقطاع الصحة.

ومع ذلك، هناك استراتيجيات أخرى يمكن استخدامها بشكل عاجل لمعالجة النقص في عدد المعروض من العاملين الصحيين المؤهلين. وتشمل هذه الاستراتيجيات بذل المزيد من الجهود المركزة لتعزيز الكفاءات المطلوبة مثل إتقان اللغة والعلوم والرياضيات، التي تعتمد على إقامة مخيمات أو دورات تنشيطية مكثفة باعتبارها شرطًا أساسيًا للالتحاق، أو أنشطة مكملة خلال السنة الأولى من الدراسة. فمثلًا، أطلقت بنغلاديش برنامجًا دراسيًا تكميلاً لمحو الأمية باللغة الإنجليزية مدته عام واحد من خلال قسم اللغات في جامعة براك، وذلك ضمن مناهج العام الدراسي الأول الخاص بالقبلات القانونيات^{٤١}.

ويمكن أن تؤثر عوامل من داخل أو خارج سوق العمل على التصورات الفردية والرغبة في العمل في القطاع الصحي. وترتبط بعض المؤهلات مثل الحصول على درجة طبية بمقدار الأجر والمكانة الاجتماعية، في حين يُنظر لمؤهلاتٍ أخرى باعتبارها مناسبة لأحد الجنسين بشكل أكبر تبعًا للتقاليد السائدة. كذلك، يمكن للإرشاد المهني المقدم في المدارس الثانوية أن يعزز من الوعي بطيفٍ كبير من المهن في القطاع الصحي، فيمكنه التأكيد على أهمية هذه المهن في تحقيق الأهداف الاجتماعية؛ وتقليل المخاوف المتعلقة بالقدرة على تحمل التكاليف؛ ومدى الملاءمة مع اشتراطات السلامة والتقاليد الثقافية؛ وتعزيز الفهم بمتطلبات القبول.

ولذا، لا يجب النظر إلى إدارة التنوع الفعالة من منظور استيفاء الأعداد المقررة للقبول فحسب، بل يتعين اعتبارها من أكثر المكونات مركزية بالنسبة للاتجاه السائد في المؤسسة التعليمية. فالتنوع الأكبر في المدارس يثري البيئة التعليمية للطلاب، ويمكّن النظام الصحي من الاستجابة بشكل أكثر فعالية للاحتياجات الصحية المتنوعة، وتلبية توقعات التنوع السكاني المتزايد.

مسار التعليم المهني ٢: تقديم تعليم قبل الخدمة يتسم بحجم ونطاق عمل أفضل بحيث تتناسب القيمة التي يقدمها مع المقابل المادي

على الرغم من توفر عدد مقنع من التوصيات التي حفلت بها مختلف التقارير والدلالات الصادرة في السنوات الأخيرة، ما يزال هناك القليل من الأدلة المتعلقة بحدوث تغييرات واسعة في حجم نظم مؤسسات التعليم قبل الخدمة ونطاق عملها والقيمة التي تقدمها بالنسبة للمقابل المادي. وهذا يثير القلق في سياق التوقعات التي تطرحها أهداف التنمية المستدامة والخاصة بتحقيق التغطية الصحية الشاملة بحلول عام ٢٠٣٠، وخصوصًا بالنظر إلى أنه من المتوقع زيادة العجز من المعروض من العاملين الصحيين إلى ١٥ مليون^{٤٢}.

وكما يبدو أن التراجع الشديد في حجم استجابة المعروض من العاملين الصحيين سوف يزداد مع مرور الوقت - وهذا ما تبينه المقارنة بالتقديرات السابقة^{٤٣، ٤٤}، إذ تحاول استراتيجية الاستثمار معالجة هذا النقص من خلال الاعتماد على أكثر الاستراتيجيات كفاءة في زيادة حجم القوى العاملة الصحية للحد الأقصى، الأمر الذي لا يمثل أولوية ملحةً وحسب وإنما يتطلب تفكيرًا رصينًا في أسباب استمرار البطء البالغ لنمو المعروض من العاملين الصحيين. ويمثل النموذج السائد للاستثمار الرامي لزيادة حجم نظام التعليم الصحي المهني السبب الرئيسي لوجود مناطق غير منظورة في هذا النظام.

يمكن وصف هذا النموذج بأنه يتبع منهج «المؤسسة الواحدة في الوقت الواحد»، ذلك أنه مقيّدٌ بضرورة تلبية توقعات مؤسسات التعليم العالي وهيئات الاعتماد الوطنية. فعملية الحصول على موافقة من الجامعة أو من هيئات الاعتماد تتسم بالتعقيد، وهي دائمًا ما تمتد لسنتين أو أكثر قبل أن يُسمح لأول مجموعة من الطلاب بالتسجيل. فالشروط الخاصة بالموافقة على المتقدمين الجدد صممت من حيث المبدأ لتضمن جودة التعليم المقدم قبل الخدمة. بيد أن الممارسة العملية تبين جمود عمليات الحصول على الموافقات والاعتمادات ومقاومتها للتغيير بشكل كبير - مثل دمج أشكال جديدة من المساءلة الاجتماعية، كما أنها حساسة للغاية فيما يتعلق بالتنازل عن المعايير القياسية والسلوكيات غير الأخلاقية. ويرتبط هذا بالابتكار الذي تمارسه هيئات منح الاعتمادات.

هناك بدائل لهذا النموذج. فقد اتبعت الدول الجزرية الصغيرة في جنوب المحيط الهادئ وجزر الهند الغربية منهجًا إقليميًا لتدريب المهنيين الصحيين، وذلك لعدم وجود مقر تكفي مساحته لتقديم الدعم الكامل لمؤسسات التدريب في مجال الصحة أو وجود مواقع تعليمية متعددة الخدمات^{٤٥، ٤٦}. وعلى نحو مماثل، وفي محاولة منها للوصول إلى جميع أنحاء مقاطعة بريتيش كولومبيا في كندا، أنشأت كلية الطب بجامعة بريتيش كولومبيا حرمًا جامعيًا عبر الأقمار الصناعية^{٤٨}. وفي مثال آخر، وضعت مؤسسة الصحة العامة في الهند نموذجًا مبتكرًا للملكية يرتبط بالقطاعين العام والخاص، يهدف لتطوير التدريب في مجال الصحة العامة في خمس مناطق مختلفة في جميع أرجاء الهند. وفي عام ٢٠١٢ قامت مدرسة جايمس جرانث للصحة العامة في بنغلاديش بوضع نموذج “المحور والفروع” لتوسيع نطاق تدريب القبلات في المجتمعات المحلية في عدة مواقع في البلاد^{٥٠}.

تستحق التجارب الجماعية لهذه الأمثلة الخاصة بتوسيع نطاق التدريب في مجال الصحة إجراء المزيد من التحليل، إذ إنها توفر فرصًا لتعلم كيفية إعداد مبادرات خاصة بالتمويل بالاعتماد على المصادر العامة والخاصة، وكذلك تحسين سرعة وجودة وكفاءة توسيع نطاق تعليم القوى العاملة الصحية.

وفضلاً عن التأمل في نموذج لزيادة تمويل تعليم العاملين الصحيين، هناك أسئلة هامة تحتاج الإجابة عنها تتعلق بأنواع التعليم التي تمثل أولوية بالنسبة للاستثمار. فبالرغم من الإقرار بضرورة إجراء طيف واسع من التدريب قبل تقديم الخدمة لتحقيق التغطية الصحية الشاملة، إلا أنه يتضح جنوح الاستثمارات القائمة ناحية المهنيين الطبيين رفيعي المستوى على حساب غيرهم من المهنيين الضروريين بالنسبة للقطاع الصحي، مثل العاملين الميدانيين والعاملين في مجال الصحة العامة وموظفي النظم. ويقلص هذا الخلل في نطاق المنظومة التغطية اللازمة للكوادر الأساسية من العاملين في مجال الصحة بشكل خطير. إذ تمثل ندرة العاملين في مجال الصحة العامة وموظفي خدمات المجتمع واحدة من الأسباب الرئيسية لتفشي وباء الإيبولا، الذي ظل يتفاقم بشكل سريع في مناطق غرب أفريقيا لمدة ٣ أشهر قبل أن يتم اكتشافه في مارس ٢٠١٤. وعلى نفس الشاكلة، فقد أسهم العجز واسع النطاق للكوادر المهنية في وزارات الصحة من خبراء التمويل الصحي ونظم المعلومات الصحية أو الموارد البشرية الصحية في التقييد الشديد لعمليات تطوير وتنفيذ السياسات والبرامج الفعّالة الداعمة لدفع وتيرة التقدم نحو تحقيق التغطية الصحية الشاملة.

إذن، لا بدّ أن تسترشد استراتيجيات الاستثمار في بيئة من الموارد الشحيحة بالأدلة المتزايدة حول أفضل ما يمكن شراؤه. فبالرغم من ندرة إجراء التحليلات المتعلقة «بعوائد الاستثمار» في التعليم ما قبل الخدمة، تظهر بعض التحليلات الناشئة التي تعطي بعض المؤشرات التوجيهية بشأن أولويات الاستثمار. وتشير بعض التحليلات الأخيرة للمناطق ذات الدخل المنخفض إلى وجود عوائد إيجابية للغاية خاصة بالاستثمار في تدريب العاملين الميدانيين، بما في ذلك الممرضات والقبلات والعاملون الصحيون في المجتمعات المحلية^{٥١، ٥٢}. إضافة إلى ذلك، هناك أدلة متزايدة بشأن أفضل السبل لضمان عمل الخريجين في المناطق النائية والريفية من خلال: إقامة التدريب في هذه المناطق؛ والتركيز على العمالة منخفضة ومتوسطة المستوى؛ والتأكد من أن الطلاب الملتحقين بهذا العمل منحدرون من خلفيات اجتماعية واقتصادية متواضعة ومناطق ريفية^{٥٣، ٥٤}.

ويمكن الاستشهاد بالأدلة الخاصة بالابتكارات التحويلية وإدراجها ضمن محتوى المناهج الدراسية والتربوية بغرض تحسين جودة وكفاءة التعليم (الإطار ٢).

الأمر الآخر هو أن المؤسسات التعليمية تُقبل على الإشارة لهذه الابتكارات الواعدة بوتيرة متباطئة أكثر مما هو متوقع، بسبب تجميدها لقوى الدفع الكامنة، ما يعزز الحاجة لإجراء تغييرات في نموذج الاستثمار- كما تم مناقشته أعلاه - من أجل تحقيق نطاق يتسم بمزيج من السرعة والانتشار.

الإطار ٢: أمثلة على التعلم المجتمعي والقائم على الخدمة

حاليًا، يتلقى القسم الأكبر من العاملين في مجال الصحة تدريبًا في المستشفيات والمؤسسات الأكاديمية. ومع ذلك، تنجح العديد من المؤسسات في نقل تدريبهم إلى مراكز مجتمعية بشكل أكبر. وقد زادت معدلات التعليم القائم على المجتمع في المملكة المتحدة. وتشمل فوائد التعليم القائم على المجتمع والتدريب السريري الطبي ما يلي: فهم تأثير البيئة الاجتماعية على الصحة؛ والتعامل مع المرضى بشكل فردي؛ وتحسين مهارات التواصل؛ ومعرفة المزيد عن ضرورة العمل الجماعي لتقديم الرعاية الفعلية للمرضى.

أما في فنزويلا، فقد اتخذ التدريب القائم على المجتمع منحى أبعد من ذلك، إذ أنشأ برنامج التدريب الطبي المجتمعي الشامل شبكة من المدارس الطبية المصغرة، قدمت أنشطة تعليمية في المناطق الحضرية والريفية الفقيرة. وتتألف هيئة التدريس من الممارسين المجتمعيين الذين تلقوا تدريبًا خاصًا. يتلقى الطلاب بعض التدريب في المستشفيات، ولكن يتم توجيه معظم تدريبهم إلى إتقان الممارسة العملية من خلال إجراء التدريب في العيادات المجتمعية التي يديرها أعضاء هيئة التدريس أو مشرفو التدريب، وكذلك في مراكز التعلم المجتمعية متعددة الأغراض^{٥١}. وعلى غرار ذلك، تم تقديم برامج التعليم والخدمة المجتمعية الفعالة في أماكن مثل جامعة والتر سيسولو في مقاطعة إيست كايب، وهي المنطقة الأكثر فقرًا في دولة جنوب أفريقيا. وعبر إبرام شراكة وطيدة مع السلطات الصحية والمجتمعات المحلية، يشترط البرنامج على الطلاب إجراء أنشطة تشخيص صحي مجتمعي كجزء من المنهج الدراسي. ونتيجة لذلك، يتمكن الطلاب من: اكتساب فهم أوسع للمشكلات الصحية؛ والتعلم من مواقف الحياة الحقيقية؛ واكتساب المهارات والمعارف والمواقف اللازمة للعمل في المجتمعات الريفية والمحرومة.

مسار التعليم المهني ٣: استمرار التعليم خلال متابعة المسار الوظيفي

بعد إتمام التدريب الذي يتم تلقيه قبل الخدمة، هناك اعتراف واسع النطاق بالحاجة إلى التطوير المهني المستمر لاكتساب والحفاظ على كفاءات جديدة خلال متابعة المسار الوظيفي الذي قد يمتد من ٢٠ إلى ٣٠ عامًا. ومع ذلك، فإن العمل في مجال الصحة، الذي قد يمتد إلى عقدين أو ثلاثة عقود، يقدم أيضًا فرصًا هامة للتطوير الوظيفي، والتقدم المهني من خلال الاستفادة من الخبرات المكتسبة وتعزيز القدرات الصحيحة في القيادة والحدّ من المغادرة المبكرة للخدمة. وفي هذا الشأن، أطلقت كلية العلوم الصحية في مدينة ليتي في الفلبين منذ عام ١٩٧٦ منهجًا دراسيًا يسمح بالتوسع. ويهدف البرنامج القائم على المجتمع وإكساب القدرات لإدماج التدريب المقدم للعاملين الصحيين المجتمعيين والقبائل وخبراء الصحة والممرضين والممرضات الممارسات والأطباء في منهج دراسي واحد ومستمر وتسلسلي. فيتعين على الطلاب قبل إتمام كل خطوة من دراستهم تقديم الخدمات للمجتمع؛ كما يتعين على الممرضات والقبائل والأطباء إتمام الامتحانات الوطنية الخاصة بالحصول على رخصة ممارسة. ولا يجب أن يكون أداء الطلاب في الامتحانات الوطنية وحصولهم على تقديرات فوق المتوسط ما يثير الإعجاب وحده، بل أيضًا الاحتفاظ بمعدلات الأداء تلك.

في معظم البلدان منخفضة الدخل، هناك نقص هائل في الأخصائيين الطبيين وهو ناجم جزئيًا عن النقص في عدد أعضاء هيئة التدريس الأكاديمية، وغياب برامج الإقامة الطبية الرسمية والمعترف بها. من ناحية أخرى، يمكن أن يساهم تخطيط المسارات الوظيفية الحيوية أيضًا في معالجة نقص الأخصائيين من خلال تطوير فرص الحصول على مؤهلات الدراسات العليا في تخصصات مثل التوليد وطب الأطفال والتخدير والطب النفسي. ولا يقدم المشاركون في مثل هذه البرامج الخدمات الحيوية أثناء التدريب وحسب، بل يشكلون أيضًا قاعدة ترفد هيئة التدريس ويمكن أن تستفيد منها المؤسسات التي تقدم التدريب قبل الخدمة. ففي ليبيريا، قام البنك الدولي بدعم الحكومة لتحقيق اللامركزية بالنسبة لبرنامج تدريب طلاب الدراسات العليا هناك من خلال التناوب الإلزامي في المناطق الريفية، وعلى توفير التدريب للكوادر ذات المستوى الأدنى من العاملين أثناء الخدمة وذلك في عدة مواقع تدريب مختلفة (الإطار ٣). وعلوّة على ذلك، فإن إتاحة الفرصة للتخصص محليًا يدحض السبب الرئيسي لسعي الأطباء للبحث عن فرص عمل خارج البلاد.

هناك تأثيرات مالية مختلفة للغاية للتخطيط للتدرج الوظيفي مع وجود فرص للتقدم العلمي إذا ما قورن بالتعليم ما قبل الخدمة. إذ يمتاز العاملون الصحيون ممن يحرزون مزيدًا من التقدم في حياتهم العملية، باستعدادهم في غالب الأحيان لتعلم أنواع جديدة من القدرات بسرعة أكبر، وبالتالي الانتقال إلى تولي مهام أرفع بكفاءة أكبر. بالإضافة إلى ذلك، غالبًا ما يكون العاملون الصحيون من ذوي الخبرة العملية الكبيرة في وضع أفضل يمكّنهم من الإسهام في دفع نفقات دراستهم أو تلقي الرعاية من قبل أرباب العمل، وبالتالي يمكنهم تغيير إمكانياتهم على تحمل عبء التكاليف والحصول على الربح بشكل ملحوظ بالمقارنة مع التدريب قبل الخدمة.

مسار التعليم المهني ٤: التدخلات الرامية لتعزيز القدرات التنظيمية الوطنية والإقليمية والدولية

للتأكد من قيام الاعتماد بتقييم الكفاءات والمعايير المطلوبة لتلبية الاحتياجات الصحية ذات الأولوية الوطنية، ينبغي أن تعكس المعايير السياق الوطني وكذلك النتائج المطلوبة. ولتحقيق الامتثال لمعايير الجودة أو المعايير الاجتماعية، ينبغي للحكومات أن تضع شروطًا صارمة لتعزيز التحسينات اللازمة بشأن الجودة. وكحد أدنى، هناك حاجة لوجود شكل من أشكال التنفيذ أو التحفيز لعمليات الاعتماد حتى تكون فعالة. وإذا اعتبرت السلطات المعنية تكلفة إجراءات وضع وتطبيق وإنفاذ عمليات الاعتماد المستقلة وجيدة الإدارة مكلفة للغاية، فإنها قد تلجأ لدراسة فرص الاتصال بوكالات الاعتماد الإقليمية أو الدولية. وربما يسهم ذلك في تحقيق جدول أعمال التغطية الصحية الشاملة من خلال فتح المجال لضبط التنظيم الذاتي للسوق التخصصية بهدف مراجعة المضمون وتغييره، من قبل الزملاء الإقليميين أو الدوليين، بالاشتراك مع غير الأخصائيين وغيرهم من الخبراء (مثل كبار الأكاديميين أو الإصلاحيين في مجال منهجية التعليم الطبي). ويمتاز الاعتماد الدولي بقدرته على رفع المعايير الوطنية، والسماح بالتشغيل البيئي وتبادل المعلومات بين مختلف الاختصاصات في مختلف الأماكن (الإطار ٤).

الإطار ٤: الاعتماد الدولي وضمان الجودة

ينبغي أن تكون معايير الاعتماد في مستوى مناسب لتحقيق التوازن بين سلامة المرضى وتوفير العمالة الصحية، وسهولة الوصول إليها، ومدى تمتعها بالقبول والجودة العالية. فبالرغم من عدم وجود معايير اعتماد عالمية موحدة، وضعت بعض الهيئات العالمية المهنية - مثل الاتحاد العالمي للتعليم الطبي والاتحاد الدولي للقبالات - معايير عامة خاصة بالمهنة التي يمثلونها. وقد أصدر مؤخرًا الاتحاد العالمي للتعليم الطبي مبادئه التوجيهية الخاصة باعتماد برامج الدراسات العليا الطبية والاختصاصية، بيد أن ما بُذل من جهود دولية خاصة بالاعتماد ما يزال ضئيلًا.

وتأتي الأمثلة الأخرى للاعتماد في إطار برنامج مراكز التميز الأفريقية التابع للبنك الدولي (التي تدعم جهود تحسين جودة مؤسسات التعليم العالي في جميع أنحاء أفريقيا)؛ وكذلك بعض الأنشطة الثنائية من قبل مجلس اعتماد التعليم العالي الطبي؛ والكلية الملكية للأطباء والجراحين في كندا؛ والمؤتمر الدولي لعمداء كليات الطب للناطقين بالفرنسية، وذلك في البلدان الناطقة بالفرنسية؛ وكذلك بعض المؤسسات المهنية الجامعة (وهي عبارة عن تجمع لعدد من المؤسسات المهنية في مجال محدد) التي تتخذ من المملكة المتحدة مقرًا لها. ومن المعروف عدم وجود أية أدوات لتحليل أنظمة ومعايير الاعتماد.

كذلك، تغفل معظم معايير الاعتماد مراعاة أثر تغيير المعايير (وجعل التعليم أكثر تكلفة) على فرص التحاق طلاب المجتمعات المحرومة بالمدارس، أو على مستقبل اختيار الممارسات العملية بالنسبة للخريجين، ومدى الأثر المحتمل لذلك على الحصول على خدمات الرعاية.

الإطار ٣: ليبيريا - الحصول على أكثر فائدة ممكنة من تعليم الدراسات العليا المتخصص الممول حكوميًا

١. **يتناوب المقيمون في المناطق الريفية النائية:** يتطلب برنامج الإقامة الطبية الخاص بالدراسات العليا في ليبيريا الإقامة الإلزامية لمدة ستة أشهر بالتناوب بين عدة مواضع، وهي مستشفى جون كينيدي الجامعي ومواقع التدريب الاختصاصي في المستشفيات الواقعة في المناطق شبه الحضرية ومواقع التدريب التابعة لها في المناطق الريفية النائية في البلاد.

٢. **كما يمكن للعاملين الصحيين من ذوي المستوى الأدنى الاستفادة من ذلك:** تعاقديًا، يلتزم أعضاء هيئة التدريس العاملون ضمن البرنامج بتقديم التدريب للعاملين الصحيين أثناء الخدمة لمن هم على مستويات أدنى، فضلًا عن تقديم تدريبٍ للتواصل يستهدف المراكز الصحية في جميع أنحاء ليبيريا.

٣. **يتم تحفيز برنامج التدريب والتواصل:** بمقتضى عقد التمويل القائم على تحقيق نتيجة، يتم تحفيز مديري المستشفيات لضمان قيام أعضاء هيئة تدريس البرنامج وكبار المقيمين بتنفيذ عدد مناسب من جلسات التدريب والتواصل.

٤. **مناهج تدريب جديدة ومجربة:** جلسات تدريب الفريق والجولات الكبرى وجلسات التدريب السريرية العملية والتدريس والتعلم القائم على الفريق ومختبرات المهارات التي يتم إدارتها من خلال تقنيات تكنولوجيا المعلومات وورش العمل.

المصدر: البنك الدولي

يجري تعريف المسارات الوظيفية في كثير من البلدان بحسب التغييرات التي تطرأ على الأدوار والمسؤوليات التي تفرزها الممارسة المتزايدة لما يعرف بتبديل المهام، ويُشار إليه أيضًا بـ (تقاسم المهام)، الذي يمثل حلًا فعالًا من حيث التكلفة في المعالجة السريعة للحاجة إلى توفر عمالة وكفاءات صحية محددة. وغالبًا ما ينطوي على تبديل المهام السريرية العامة التي عادة ما يتولى الأطباء القيام بها لصالح التخصصات الأخرى - مثل الممرضات وموظفي العيادات ومساعدي الرعاية - أو من التخصصات الصحية الأخرى وصولًا إلى العاملين الصحيين المجتمعيين. ويعدّ هذا حلًا شائعًا بشكلٍ متزايد لتعزيز وتوسيع نطاق احتياجات القوى العاملة الصحية بشكل سريع، ولا سيما في المناطق الريفية. يمكن لهذه الاستراتيجيات أن تكون مناسبة عند تنفيذها جنبًا إلى جنب مع غيرها من الاستراتيجيات التي تهدف إلى زيادة عدد العاملين في مجال الصحة من جميع المستويات.

في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، يعمل الكثير من العاملين في مجال الصحة من ذوي الكفاءات غير التقليدية في مراكز الرعاية الأولية، بينما تشهد البلدان ذات الدخل المرتفع توسعًا في عدد مساعدي الرعاية الصحية غير المرخصة أو غير المسجلة، وكذلك هي الحال بالنسبة للممرضات وموظفي الرعاية التأهيلية في المستشفيات ومرافق الرعاية طويلة الأجل.

وقد حددت الأدبياتُ العناصرَ الرئيسية التي يجب اتباعها إذا ما ثبت أن عملية تبديل المهام آمنة وكفوءة وفعّالة وعادلة ومستدامة^{٩٩}، كما أنها تشمل ضرورة توفر: التشاور وتحليل الموقف والتأييد الوطني والتمكين للإطار التنظيمي. وتحدد هذه العوامل آليات ضمان الجودة، بما في ذلك التدريب القياسي والإشراف الداعم وإصدار الشهادات والتقييم، وجميعها من الأهمية بمكان لضمان جودة الرعاية.

تعزيز فرص اعتماد الشهادات الدراسية والترخيص للمهنيين الصحيين

تقدم عملية اعتماد الشهادة الدراسية الضمانَ للعامة بأن الأخصائي الطبي المعتمد قد أكمل بنجاح دراسة برنامج تعليمي معتمدٍ وحاز على تقييمٍ معتمد، ويتضمن ذلك: عملية فحص مصممة لتقييم المعرفة؛ وضرورة توفر الخبرات والمهارات اللازمة لتقديم رعاية صحية عالية الجودة في تخصص معين.

يتم إجراء الامتحانات على الصعيد الوطني للحصول على الترخيص، وهي موجودة على نطاق واسع في الولايات المتحدة وجميع دول أوروبا الغربية، وتجرى الامتحانات عادة عند الانتهاء من دراسة المناهج الدراسية بالكلية المعنية. وحتى عام ٢٠٠٥، كان يتم منح الشهادة الجامعية في فرنسا في نهاية مدة التدريب، وكان يُعمل بها بوصفها تصديقًا يفوّض بالممارسة السريرية العملية. وقد أدخلت بعض الإصلاحات اللاحقة على القوانين، التي قضت باعتبار الحصول على التدريب المستمر والتقدم المهني شرطًا لممارسة المهنة، فضلًا عن ضرورة اجتياز مجموعة من البرامج الخاصة برفع الكفاءة وتقييم الممارسة العملية. ولابد من بذل المزيد من الجهود في هذ الإطار، إذ تلزم أقل من ٦٠٪ من البلدان النامية خريجي كليات الطب باجتياز امتحانات وطنية للحصول على التصديق/الترخيص، في حين تنخفض هذه النسبة في بلدان أمريكا وجنوب شرق آسيا إلى أقل من ٤٠٪^{١٠}.

القسم الثالث: المضي قدمًا

مدعومًا بالبراهين التي تدل على قيمة العاملين الصحيين ودورهم في تحقيق الأهداف الصحية، وأهميتهم باعتبارهم مصدرًا متناميًا للعمل اللائق والنمو الشامل، تطلق فترة أهداف التنمية المستدامة، وبخاصة الهدف الثالث منها المتعلق بالصحة، الذي يركز على تحقيق التغطية الصحية الشاملة، فرصة جديدة متوسطة المدى تهدف لتعديل وتنشيط الاستثمار في القوى العاملة الصحية.

واستنادًا إلى النقلات النوعية التي تميز فترة أهداف الأمم المتحدة الإنمائية للألفية والوصفات المتبصرة الرامية لإحداث تغييرٍ جذري، ثمة مجموعة من الخبرة والمعايير الإرشادية التي تنمو نموًا متزايدًا على مستوى العالم والتي يمكن استخلاصها لإدخال إصلاحات قيّمة تعزز من القوى العاملة الصحية في البلدان كافة. بيد أن حجم النقص الهائل في المعروض الكلي من العاملين الصحيين والتوزيع غير العادل الذي لا يراعي الاحتياجات المتنوعة والمتغيرة يمكن أن يثبّط من هذا التفاؤل، يضاف إلى ذلك الوعي بعدم استقرار حال التعليم داخل جميع البلدان وفيما بينها.

يفترض هذا التقرير أن التغطية الصحية الشاملة، باعتبارها رؤية معيارية مشتركة على نطاق واسع تُعنى بتطوير النظم الصحية، تمثل بؤرة مفيدة تلتف حولها المحركات المتنوعة التي تؤثر على العرض والطلب من القوى العاملة الصحية وما يمكنه أن يتماشى بشكل أفضل مع الاحتياجات الصحية. ويلفت تحقيق التغطية الشاملة للخدمات الصحية عالية الجودة بما يتماشى مع الاحتياجات، ودون تكبد أعباء مالية، الانتباه لمتطلبات القوى العاملة الصحية من حيث العدد، والمواقع والمهارات الخاصة بالعاملين. ويمكن أن يساهم تطبيق التغطية الصحية الشاملة في تصحيح ذلك الخلل المسلمّ به في النظم الصحية وتشكيل مزيد من الرعاية الطبية المؤسسية، وذلك من خلال إيلاء أولوية أكبر لتقديم إما الخدمات الأساسية عبر العاملين الصحيين المجتمعيين أو اتخاذ إجراءات التأهب لمواجهة الأوبئة. يتوقف النجاح في إعادة التوازن إلى حد كبير على الإصلاحات في تعليم العمالة الصحية التي: تستهدف الجيل القادم من العاملين في مجال الصحة؛ وإدخال إصلاحات خاصة بحجم المؤسسات التعليمية ونطاق عملها بحيث تتناسب قيمة وفائدة التعليم الذي تقدمه في مقابل ما يتم صرفه من أموال؛ وجعل التعليم المستمر فرصة مستمرة للتقدم الوظيفي.

ويمكن لهذه الإصلاحات الاستفادة من التركيز على ثلاث جبهات شاملة:

١. القيادة
٢. التمويل
٣. الأدلة

تدعيم القيادة بهدف تحقيق التغطية الصحية الشاملة من خلال مؤسسات التعليم الصحي المهني

يتعين على القيادة الأساسية اللازمة للإسراع في إنتاج كوادر حيوية وخلق فرص عمل لائقة يتطلبها تحقيق التغطية الصحية الشاملة، أن تكون أكثر انتظامًا فيما يتعلق بإمكانات مؤسسات التعليم الصحي المهني للمساهمة في تحقيق التغطية الصحية الشاملة¹. وهكذا، يتعين على هذه المؤسسات المساهمة في تحقيق المعرفة الحيوية والتعلم من أجل تلبية أهداف المجتمع الصحية من خلال مهامها الأساسية المتعلقة بالتعليم والبحث العلمي. وحيثما قامت مؤسسات التعليم الصحي المهني بتركيز انتباهها بطريقة أكثر تنسيقًا على ما هو مطلوب لتحقيق التغطية الصحية الشاملة، فسوف يؤدي ذلك لاريب إلى إدخال إصلاحات هامة قائمة على تحقيق النتائج.

وكي نكون أكثر تحديدًا، فإن التحدي المتمثل في توفير إمكانية الحصول على الرعاية الصحية للأهات بالنسبة للأقلية المحرومة من السكان قد يدفع مؤسسات التعليم الصحي المهني لدراسة كيفية استخدام مواردهم التعليمية لضمان وجود أعداد كافية من القابلات في المجتمعات المحلية ممن يتمتعن بقدرات فنية وثقافية مناسبة، وعلى أتم الاستعداد للعمل والاستمرار في العمل لخدمة تلك المجتمعات. وعلى نفس المنوال، فإن الحاجة إلى إحداث نقلة نوعية في نظام التمويل الصحي بحيث ترفع الأعباء المالية عن كاهل الناس، تتطلب خلق فرص لتدريب الكوادر غير الطبية مثل خبراء الاقتصاد الصحي ومحكمي دعاوى. وعلى هذا النحو، ينبغي أن تقدم التغطية الصحية الشاملة من خلال سياقها العام التركيزَ الضروري لمؤسسات التعليم الصحي المهني لتنشيط المعروض من العاملين في مجال الصحة. ويمكن تسريع وتيرة الاعتراف بقيمة القيادة المدعمة، وتعزيزه وتوسيع نطاقه، من خلال إقامة ندوة عالمية تناقش دور مؤسسات التعليم الصحي المهني في تسريع وتيرة تحقيق التغطية الصحية الشاملة.

ويتطلب تحقيق هذه المهمة بشكل واضح إشراف قوي على المستوى الوطني يشجع على: مشاركة الجهات المعنية الرئيسية؛ ومُلكية رفيعة المستوى والالتزام باستراتيجية مشتركة؛ وتقاسم المساءلة بخصوص النتائج. وفي حين أنه لا توجد قوالب هيكلية لذلك الإشراف، يتألف هذا النوع من الإشراف من ثلاثة أبعاد هامة على الأقل. أولًا، يجب أن يجسر الهوة بين قطاع الصحة وقطاع التعليم في المرحلة الثانوية وما بعدها². وغالبًا ما تكون هذه الجسور أقوى إذا تم بناؤها وصيانتها من قبل أطراف ثالثة يبادلها كلا الطرفين الاحترام - مثل وزارة المالية. ثانيًا، يحتاج ذلك إلى إشراف مجموعة متنوعة من الجهات الفاعلة التي تشمل القطاعين العام والخاص، وتوجيه العمليات بهدف التعامل مع أصحاب المصالح الخاصة الذين يتجمعون حول قرارات القبول والحصول على الاعتماد أو الترخيص أو التصديق. ثالثًا، يتطلب ذلك التحلي بثقافة المراجعة الناقدة والمنظمة للأداء مع استعداد لتقديم التوصيات بشأن تصحيح المسار.

وعلاوة على ذلك، تحتاج القيادة لتجاوز الحدود الوطنية والاعتراف ليس فقط بالاعتماد المتبادل بين النظم الصحية على سبيل المثال، ومواجهة التهديدات الوبائية، ولكن أيضًا بالمطالب المتزايدة والفرص المتعلقة بقطاع التربية الصحية نفسه. إن التنوع في كافة الأوساط - سواء بين الطلاب أو أعضاء هيئة التدريس أو العمالة الصحية المهاجرة أو وكالات التوظيف أو الاعتماد - إنما يكوّن مجموعة مكثفة على نحو متزايد من الروابط الوطنية - بدءًا بترتيبات التوأمة وصولًا إلى شبكات الاعتماد ومنصات التعليم المشترك المتاحة عبر الإنترنت - التي سوف يؤثر قيام العديد منها على قطاع التعليم الصحي المهني. ولا يتعلق التحدي الذي يواجه القيادة هنا ببساطة بالاعتراف بهذه الروابط، وإنما بفهم الجوانب الأكثر أهمية وكيف يمكن إدارتها لتحسين الأداء.

نحو تقديم صورة واضحة ومتكاملة للتمويل المرتبط بتحقيق التغطية الصحية الشاملة

تتميز الحالة الراهنة لتمويل تعليم القوى العاملة الصحية بشكل عام بكونه غير كافٍ وغير فعال وغير منصف. ولذا، يتطلب التوسع في إنتاج قوى عاملة صحية تناسب الغرض المطلوب منها القيام به، إحداث نقلة نوعية في التمويل المقدم.

ومثلما تقدم التغطية الصحية الشاملة رؤية موحدة لتمويل قطاع الصحة، لا بدّ من وجود مقاربة مماثلة واضحة الصورة تهدف لتحقيق الكفاءة والإنصاف وذلك لتمويل تعليم العاملين الصحيين. ويستتبع هذا صياغة أهداف تعبئة الموارد لتحقيق التحسينات الضرورية في مسار إنتاج القوى العاملة الصحية ووضع معايير لتحديد الأولويات وتوجيه قرارات التخصيص التي تفرضها قيود الميزانية (انظر الدليل أدناه الخاص بالقيمة مقابل المال ٤). بالطبع سوف تتنوع مصادر التمويل، سواء بالنسبة للقطاع العام (التعليم أو الصحة)، أو للقطاع الخاص (المؤسسة الصحية أو على المستوى الفردي أو على مستوى الطالب) وفقًا لمواضع تنفيذ الاستثمارات. فمثلًا، ربما تختلف الإعانات الدراسية المقدمة للطلاب من كونها كاملة للطلاب في المدارس الثانوية أو للأقليات الأقل تمثيلًا، إلى تلقي قروض ميسرة لطلاب التعليم ما قبل الخدمة، أو الحصول على قروض ذات فوائد خاصة بالتعليم المتواصل.

وهنا، يمثل دمج تمويل تعليم القوى العاملة ضمن التمويل الكلي المقدم لتحقيق التغطية الصحية الشاملة خطوةً أخرى نحو رسم صورة واضحة للتمويل. ويساعد هذا الإدماج على تجاوز «الفصل» الواقع في تهميش الاستثمارات الموجهة إلى مجال التعليم - في كثير من الأحيان من قبل وزارات التعليم - من القطاع الصحي بشكل عام. ومثلما يقوم تحقيق التغطية الصحية الشاملة على تعزيز عملية تجميع الموارد الخاصة بالرعاية الصحية، هناك جهودٌ ناشئة يتم تكريسها لخلق مجموعات أكبر أو «اتفاقات جديدة» بين القطاعين العام والخاص لتمويل النمو في تعليم العاملين الصحيين. إن هذه النماذج المتكاملة الجديدة، التي تدرج تعليم العاملين الصحيين ضمن التوجه السائد والمتعلق بتقديم الرعاية الصحية الخاصة، تستحق المزيد من الاهتمام من حيث قدرتها على إدامة النمو المنصف مع توفير إمكانيات عالية الجودة لتدريب العاملين الصحيين. كذلك، قد يساهم ربط تعليم العاملين في المجال الصحي بشكل مباشر مع نمو قطاع الصحة أيضًا على خلق فرص لتطوير صناعات الخدمات المتخصصة التي يمكنها توفير موارد تعليمية حيوية مثل التعليم الإلكتروني أو التعليم عن بعد وجودة مرتفعة وتكلفة أقل. كما يزيد الإدماج من احتمال مشاركة شركاء التنمية في تمويل التغطية الصحية الشاملة، حاملًا معه المزيد من الدعم الصريح لبناء القدرات من أجل توفير تمويل يتماشى مع جدول أعمال تمويل التنمية، الذي تم وضعه في أديس أبابا عام ٢٠١٥.

جمع الأدلة ومراقبة الأداء لتسريع وتيرة التحسين قياسًا على الأهداف المحددة في إطار زمني

تقدم التحديات المشتركة التي تواجهها مختلف البلدان في إدارة تعليم العاملين الصحيين لتحقيق التغطية الصحية الشاملة، فرصًا غنية للتعلم المشترك حول ما يجب القيام به وما يجب الابتعاد عنه، والسبب في ذلك، ولتجاوز أخطاء النجاح أو الفشل، يلزم إجراء المزيد من التقييمات المقارنة والمحكمة. فعلى سبيل المثال، ربما يقدم التقييم المقارن لأنظمة الاعتماد البديلة معلومات قيّمة حول أفضل السبل لتحقيق التوازن بين الحاجة للحفاظ على الجودة أو المعايير القياسية والحاجة إلى تعزيز الابتكار. وعلى نفس الشاكلة، تساعد المبادئ التوجيهية الصادرة عن تجديد المناهج الدراسية وإصلاح الأساليب التربوية - من خلال المراجعة المنهجية - المؤسسات التعليمية على الحفاظ على مواردها التدريسية مواكبةً لآخر التطورات في الميدان، ولمواجهة المفاهيم الخاطئة على نطاق واسع حول العائد المنخفض لتدريب القوى العاملة الصحية، يمكن استخدام البحوث لإثبات العائد على الاستثمار في تعليم القوى العاملة الصحية، والقيمة مقابل المال في إيصال التعليم. وفي حين أن هذا النوع من الأدلة لا يقدّر بثمن، فإنه نادرًا ما يكون متاحًا بسبب نقص التمويل الموجّه للبحوث والتعليم.

والأهم من ذلك، هناك حاجة إلى الاستثمار في نظم المعلومات لتطوير مقاييس مشتركة وقابلة للمقارنة لتقييم أداء نظام تعليم العاملين الصحيين فيما يتعلق بالمساهمات المتوقعة لتحقيق التغطية الصحية الشاملة. وهذا من شأنه أن ينطوي على تقييم شامل للحاجة لأعداد العاملين الصحيين المطلوبين حسب الفئة من حيث مواقع تدريبهم أو عملهم، وتنوعهم اختصاصاتهم، وغيرها من جوانب. وفي هذا السياق، تسمح مقارنة هذه الاحتياجات بالقاعدة الأساسية بتحديد مدى النقص في تعليم العمالة الصحية بحيث يمكن صياغة أهداف إجراء التحسين في إطار زمني محدد. ويساهم التقدم نحو تحقيق تلك الأهداف (من عدمه) في تركيز القادة خلال مناقشاتهم حول ما يجب القيام به، وتحفيز إطلاق ثقافة التعلم والتحسين.

شكر وتقدير

اضطلع بكتابة هذا الموجز المتعلق بسياسات «ويش» تيم إيفانز، بالتعاون مع إيدسون أراوجو وكريستوفر هيربست وأوك بانينبورج.

يتوجه الرئيس وأعضاء هيئة تحرير التقرير بخالص الشكر والامتنان للسيدة باربرا ماكباك والسيد جيل داجيتي، من معهد نوسال للصحة العامة، اللذين عملا عن كثب مع الفريق في كتابة المسودات الأولى للتقرير. كما نتوجه بجزيل الشكر إلى السيد أندرياس بلوم، الذي قدّم تصورات ورؤاه حول كتابة هذه الورقة البحثية. كما نخش بالشكر فريق «ويش» في جامعة إمبريال كوليدج لندن على براعتهم وتميزهم في قيادة وتنسيق ودعم الجهود المبذولة لإنجاز هذا التقرير، وخاصة السيدة هانا باتيل والسيدة جيسكا بريست.

وأخيرًا، نتوجه بالشكر الخالص لأعضاء المجلس الاستشاري للمنتدى على ما قدموه من رؤى فريدة لهذه الورقة البحثية، وعلى توجيهاتهم وتعليقاتهم الهامة على مختلف مسودات التقرير، وهم:

ريما عفيفي | الجامعة الأمريكية في بيروت

سودير أناند | جامعة أكسفورد

لينكولن تشن | المجلس الطبي في الصين

خوليو فرينك | جامعة ميامي

كريستين هابي | جامعة ريدميرز

نومار مونتيري دي ألميدا | الجامعة الاتحادية في جنوب باهيا

سانيا نيشتر | هارتفايل

أوك بانينبورج | اللجنة الهولندية لبحوث الصحة العالمية

جوديث شاميان | المجلس الدولي للممرضات

ديفي شيتي | مؤسسة نارايانا هيلث

ديفيد سوم | اللجنة الكينية للتعليم الجامعي

براسيت واتانابا | مستشفى سيريراج

ميشيل ويليامز | كلية هارفارد للصحة العامة

ويودّ رئيس المنتدى والمؤلفون شكر كلّ من ساهم في إعداد هذا التقرير، ويتحمل المؤلفون مسؤولية وقوع أي أخطاء أو سهو.

16. United Nations. United Nations high-level commission on health sector employment and economic growth. 2016; Available at: www.who.int/hrh/com-heeg/en/
17. Organisation for Economic Co-operation and Development. Health workforce policies in OECD countries: Right jobs, right skills, right places. Paris: OECD, 2016; Available at: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264239517-en>
18. Arcand JL, Araujo EC, Weber M. Health sector employment, health care expenditure and economic growth: What are the links? Washington DC: World Bank, 2014.
19. Organisation for Economic Co-operation and Development. Health workforce policies in OECD countries: Right jobs, right skills, right places. Paris: OECD, 2016; Available at: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264239517-en>
20. Nicholson S. Medical career choices and rates of return. In Sloan FA, Kasper H (eds.) Incentives and Choice in Health Care. Cambridge, MA: MIT Press, 2008.
21. Vaughn BT, DeVrieze SR, Reed SD, Schulman KA. Can we close the income and wealth gap between specialists and primary care physicians? *Health Affairs*, 2010; 29(5): 933–40.
22. Schumacher EJ. Technology, skills, and health care labor markets. *Journal of Labor Research*, 2002; 23(3): 397–415.
23. Organisation for Economic Co-operation and Development. Growth in the remuneration of GPs and specialists, 2005–2013 (or nearest year). In *OECD Health at a Glance 2015*; Available at: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-graph58-en
24. Mullan *et al.* Medical schools in Sub-Saharan Africa. *The Lancet*, 2011; 377(9771): 1113–21.
25. Reynolds J, Wisaijohn T, Pudpong N *et al.* A literature review: The role of the private sector in the production of nurses in India, Kenya, South Africa and Thailand. *Human Resources for Health*, 2013; 11: 14.
26. Shehnaz S. Privatization of medical education in Asia. *South-East Asian Journal of Medical Education*, 2011; 5(2): 18–25.
27. Shehnaz S. Privatization of medical education in Asia. *South-East Asian Journal of Medical Education*, 2011; 5(2): 18–25.
28. Scheffer M, Dal Poz M. The privatization of medical education in Brazil: Trends and challenges. *Human Resources for Health*, 2015; 13: 96.
29. Scheffer M, Dal Poz M. The privatization of medical education in Brazil: Trends and challenges. *Human Resources for Health*, 2015; 13: 96.
30. World Bank. Implementation completion and results report. Health professional education quality project. Washington DC: World Bank, 2015.
01. Anand S, Barnighausen T. Human resources and health outcomes: Cross-country econometric study. *The Lancet*, 2004; 364: 1603–9.
02. Wyss K. An approach to classifying human resources constraints to attaining health-related Millennium Development Goals. *Human Resources for Health*, 2004; 2: 11.
03. Chen *et al.* Human resources for health: Overcoming the crisis. *The Lancet*, 2004; 364: 1984–90.
04. World Health Organization. Working together for health: The World Health Report 2006. Geneva: WHO, 2006.
05. Global Health Workforce Alliance. Health workers for all and all for health workers: An agenda for global action. Kampala: First Global Forum on Human Resources for Health, 2008.
06. Global Health Workforce Alliance. A universal truth: No health without a workforce. Report for the Third Global Forum on Human Resources for Health. Geneva: WHO, 2013.
07. Frenk *et al.* Health professionals for a new century: Transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet*, 2010; 376: 1923–58.
08. World Health Organization. Global strategy on human resources for health: Workforce 2030. Geneva: WHO, 2016.
09. United Nations. Open Working Group Proposal for Sustainable Development Goals. Available at: <https://sustainabledevelopment.un.org/focussdgs.html>
10. World Health Organization/World Bank. Tracking universal health coverage: First global monitoring report. Geneva: WHO, 2016.
11. United Nations. Open Working Group Proposal for Sustainable Development Goals. Available at: <https://sustainabledevelopment.un.org/focussdgs.html>
12. Liu *et al.* Global health workforce labor market projections for 2030. Policy Research Working Paper number 7790. Washington DC: World Bank, 2016.
13. Liu *et al.* Global health workforce: Demand and supply forecasts to 2030. *The Lancet*, to be published in 2016.
14. Liu *et al.* Global health workforce: Demand and supply forecasts to 2030. *The Lancet*, to be published in 2016.
15. Jamison *et al.* Global health 2035: A world converging within a generation. *The Lancet*, 2013; 382(9908): 1898–955.

44. Liu *et al.* Global health workforce: Demand and supply forecasts to 2030. *The Lancet*, to be published in 2016.
45. Chen *et al.* Human resources for health: Overcoming the crisis. *The Lancet*, 2004; 364: 1984–90.
46. World Health Organization. Working together for health: The World Health Report 2006. Geneva: WHO, 2006.
47. Woollard RF. Caring for a common future: Medical schools' social accountability. *Medical Education*, 2006; 40(4): 301–13.
48. World Health Organization. Working together for health: The World Health Report 2006. Geneva: WHO, 2006.
49. Oman K, Rodgers E, Usher K, Moulds R. Scaling up specialist training in developing countries: Lessons learned from the first 12 years of regional postgraduate training in Fiji – a case study. *Human Resources for Health*, 2012; 10: 48.
50. Kondro W. Eleven satellite campuses enter orbit of Canadian medical education. *Canadian Medical Association Journal*, 2006; 175(5): 461.
51. Chen L. Philanthropic partnership for public health in India? *The Lancet*, 2006; 367(9525): 1800–01.
52. Bhuiya I, Chowdhury A, Zahiduzzaman K. First private sector midwifery education initiative in Bangladesh: Experience from the BRAC University. *Journal of Asian Midwives*, 2015; 2(1): 14–25.
53. Anderson RE, Anderson DA. The cost-effectiveness of home birth. *Journal of Nurse-Midwifery*, 1999; 44(1): 30–35.
54. Fagerlund K, Germano E. The costs and benefits of nurse-midwifery education: Model and application. *The Journal of Midwifery & Women's Health*, 2009; 54: 341–50.
55. Serra D, Serneels P, Barr A. Intrinsic motivations and the non-profit health sector: Evidence from Ethiopia. *Personality and Individual Differences*. 2011;51(3): 309–14.
56. Lievens T, Serneels P, Butera JD. Where, why and for how much: Diversity in career preferences of future health workers in Rwanda. Washington DC: World Bank, 2010.
57. Major SC, Booton P. Involvement of general practice (family medicine) in undergraduate medical education in the United Kingdom. *The Journal of Ambulatory Care Management*, 2008; 31(3): 269–75.
58. Pan American Health Organization (PAHO). 2006; Available at: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=25186&Itemid&Itemid=270
59. Jardon MG, Romero AR and Blanco-Blanco E. Community based education and service at the Faculty of Health Sciences of Walter Sisulu University. *Medical Science Educator*, 2011; 21(1): 104–10.
31. World Bank. Implementation completion and results report. Health professional education quality project. Washington DC: World Bank, 2015.
32. McPake B, Allison S, Agya M, Araujo EC. The economics of health professional education and careers: Insights from a literature review. Washington DC: World Bank, 2015.
33. Preker *et al.* Paying for higher education reform in health. In Soucat A (eds). The labor market for health workers in Africa: A new look at the crisis. Washington DC: World Bank, 2013.
34. Organisation for Economic Co-operation and Development. Chapter 3: Changing patterns in the international migration of doctors and nurses to OECD countries. In International Migration Outlook 2015. Paris: OECD, 2015.
35. Campbell–Page RM, Tepper J, Klei AG *et al.* Foreign-trained medical professionals: Wanted or not? A case study of Canada. *Journal of Global Health*, 2013; 3(2).
36. Hedden L, Barer ML, Cardiff K, McGrail KM, Law MR, Bourgeault IL. The implications of the feminization of the primary care physician workforce on service supply: A systematic review. *Human Resources for Health*, 2014.
37. Russo *et al.* Feminization of the medical workforce in low-income settings: Findings from surveys in three African capital cities. *Human Resources for Health*, 2015; 13: 64.
38. Leonard KL, Melkiory M, Herbst CH, Lemiere C. The systematic assessment of health worker performance: A framework for analysis and its application in Tanzania. HNP GP Discussion Paper. Washington DC: World Bank, 2015; Available at: <http://documents.worldbank.org/curated/en/127281467987859436/The-systematic-assessment-of-health-worker-performance-a-framework-for-analysis-and-its-application-in-Tanzania>
39. World Bank. Implementation completion and results report. Health professional education quality project. Washington DC: World Bank, 2015.
40. Campbell–Page RM, Tepper J, Klei AG *et al.* Foreign-trained medical professionals: Wanted or not? A case study of Canada. *Journal of Global Health*, 2013; 3(2).
41. Education Policy and Data Center. About EPDC data. Washington DC: EPDC, 2016; Available at: <http://epdc.org/static/Retention.pdf>
42. National Center for Education Statistics. Educational attainment. Washington DC: NCES, 2016; Available at: <https://nces.ed.gov/fastfacts/display.asp?id=27>
43. Bhuiya I, Chowdhury A, Zahiduzzaman K. First private sector midwifery education initiative in Bangladesh: Experience from the BRAC University. *Journal of Asian Midwives*, 2015; 2(1): 14–25.

شركاء ویش



یثمن ویش الدعم الذي تقدمه وزارة الصحة



60. Tayag JG, Clavel L. Bringing health to rural communities: Innovations of the U.P. Manila School of Health Sciences. Manila: University of the Philippines, 2011.
61. The World Bank. Liberia Health Systems Strengthening Project. 2013. Available at: <http://documents.worldbank.org/curated/en/708001468049169482/pdf/767660PAD0P128010Box377288B000U0090.pdf>
62. World Health Organization. Task shifting: Rational redistribution of tasks among health workforce teams: Global recommendations and guidelines. Geneva: WHO, 2008.
63. World Health Organization/Global Health Workforce Alliance. Taskforce on scaling up education and training. Geneva: Global Health Workforce Alliance, 2008.
64. Kim KY, Evans TG. Redefining the measure of medical education: Harnessing the transformative potential of MEPI. *Academic Medicine*, 2014; 89(8): S29-S31.
65. Celletti F, Reynolds TA, Wright A, Stoertz A, Dayrit M. Educating a new generation of doctors to improve the health of populations in low- and middle-income countries. *PLOS Medicine*, 2011; 8(10): e1001108.
66. McPake B, Allison S, Agya M, Araujo EC. The economics of health professional education and careers: Insights from a literature review. Washington DC: World Bank, 2015.
67. Celletti F, Reynolds TA, Wright A, Stoertz A, Dayrit M. Educating a new generation of doctors to improve the health of populations in low- and middle-income countries. *PLOS Medicine*, 2011; 8(10): e1001108.
68. Smith R. Can Devi Shetty make healthcare affordable across the globe? *BMJ*, 2012; Available at: <http://blogs.bmj.com/bmj/2012/05/08/richard-smith-can-devi-shetty-make-health-care-affordable-across-the-globe/>
69. Crisp N, Chen L. Global supply of health professionals. *New England Journal of Medicine*, 2014; 37: 950-7.
70. The Third International Conference on Finance for Development. 2015; Available at: www.un.org/esa/ffd/ffd3/index.html

ملاحظات

شركاء ويش

McKinsey&Company

MedStar Health
Institute for Quality and Safety

NATIONAL ACADEMY OF MEDICINE

NORTHWESTERN
UNIVERSITY
IN QATAR
عضو في مؤسسة قطر
Member of Qatar Foundation

مؤسسة الرعاية الصحية الأولية
PRIMARY HEALTH CARE CORPORATION

QATAR
القطرية AIRWAYS

كلية الصيدلة
College of Pharmacy
جامعة قطر QATAR UNIVERSITY

أكاديمية ريناد
RENAD ACADEMY
مؤسسة قطر
Qatar Foundation

مركز دراسات التمريض
الإسلامي والأخلاقي
Research Center for Islamic
Legislation and Ethics
عضو في مؤسسة قطر
Member of Qatar Foundation

السكارة
Sidra
مركز البحوث للقلب والأوعية
Sidra Medical and Research Center
عضو في مؤسسة قطر
Member of Qatar Foundation

نجوم
العلم
من مبادرات مؤسسة قطر
An Initiative of Qatar Foundation

اللجنة العليا
للمشاريع والورث
Supreme Committee
for Delivery & Legacy

THE
BEHAVIOURAL
INSIGHTS TEAM

THE
CARTER CENTER

TheKingsFund

جامعة كالغاري في قطر
UNIVERSITY OF CALGARY IN QATAR

UMASS
BOSTON

وايل كورنيل
للطب-قطر
عضو في مؤسسة قطر
Member of Qatar Foundation

ويك
WEYAK
جمعية أصدقاء الصحة النفسية
MENTAL HEALTH FRIENDS ASSOCIATION

wise
world innovation summit for education
مؤتمر القمة العالمي للابتكار في التعليم
من مبادرات مؤسسة قطر
An Initiative of Qatar Foundation

WORLD BANK GROUP

ملاحظات

