



المركز الدولي للحقوق والحريات

The International Center For Rights & Freedoms

تحليل سوق العمل الصحي

عشية سقوط النظام

الجمهورية العربية السورية



المركز الدولي للحقوق والحريات

The International Center For Rights & Freedoms

مركز حقوتي دولي مستقل متخصص في الدراسات والأبحاث , يرصد بشكل يومي كافة التحولات الحاصلة على أراضي الجمهورية العربية السورية والإنتهاكات الواقعة على الأفراد والجماعات نتيجة انتماءاتهم الفكرية والدينية والعرقية وغيرها ويوثقها ويتعاون لهذا الغرض مع كافة المؤسسات الدولية ذات الصلة لضمان تحقيق العدالة وفق المبادئ الإنسانية الدولية

Switzerland / Geneva – icrf92@gmail.com – www.icrights.org

المحتويات

- 3 الملخص التنفيذي -
- 5 السياق والأهداف -
- 7 منهجية البحث -
- 9 سوق العمل الصحي في سياق سوق العمل العام والعوامل الاقتصادية الكلية -
- 23 قدرة الاستيعاب الخاصة بالكوادر الصحية من قبل سوق العمل الصحي -
- 36 توزيع الكوادر الصحية في الجمهورية العربية السورية..... -
- 46 المناقشة والاقتراحات..... -

المخلص التنفيذي

يشمل مجال ورقة العمل هذه على تقديم نظرة إجمالية حول حالة سوق العمل الصحي في الجمهورية العربية السورية بهدف إلقاء الضوء على القضايا الخاصة بقوة العمل الصحي. تركز التحليلات الواردة في هذه الورقة على أربعة عناصر لقوة العمل الصحي: أطباء الصحة، أطباء الأسنان، الصيادلة، والكادر التمريضي. لا يتضمن هذا التقرير البيانات الخاصة بالمرافق الصحية التابعة لوزارة الدفاع والداخلية نظراً لعدم توفر البيانات.

يتبنى هذا التقرير إطار عمل تحليل سوق العمل الصحي HLMA Framework، ويتناول جوانب مختلفة منه مثل: العوامل الاقتصادية الكلية، القدرة الاستيعابية، وتوزيع الكوادر الصحية.

بنيت عملية تحليل البيانات على مصادر ثانوية تم جمعها من مختلف الجهات في سوريا، وتركزت بشكل كبير على المجموعات الإحصائية المعدة من قبل المكتب المركزي للإحصاء في دمشق. يغطي التقرير فترة الأزمات السورية وصولاً إلى عام 2020، ويشمل جغرافياً المناطق الخاضعة لسيطرة الحكومة السورية.

بموجب النتائج التي خلصت إليها الدراسة تم تحديد مجموعة من القضايا والتوصيات، أبرزها:

القضية	الاقتراحات
عدم كفاية السياسة الخاصة بإدارة الموارد البشرية الصحية	احداث وحدة تنسيق خاصة بالموارد البشرية الصحية بين مختلف القطاعات
	اجراء دراسة لاستكشاف وتقييم احتياجات الكوادر الصحية
	البدء بتأسيس قاعدة بيانات مركزية شاملة تسمح بجمع البيانات الضرورية حول مختلف المتغيرات الخاصة بالقوى الصحية العاملة في مختلف القطاعات
	اعداد سياسة متعددة القطاعات حول هجرة الكوادر الصحية تشمل جهات مختلفة مثل وزارة الصحة، وزارة المالية، وزارة التعليم العالي، بالإضافة الى النقابات ذات الصلة
الكوادر الصحية العاملة في القطاع الخاص بحاجة لمزيد من الضبط والمراقبة	تطوير نظام ضبط ومراقبة للكوادر الصحية العاملة في القطاع الخاص بما يضمن تحسين جودة خدمات الرعاية الصحية المقدمة
	اعداد سياسة خاصة بالممارسة المزدوجة في القطاع الصحي تحول دون تأثير هذه العملية على جودة خدمات النظام الصحي ككل
خل كبير في توزيع الكوادر الصحية	اجراء دراسة حول إنتاجية الكوادر الصحية العاملة في مختلف القطاعات، تأخذ هذه الدراسة بعين الاعتبار هدف الكشف عن العوامل المؤثرة على هذه الإنتاجية
	اجراء دراسة حول دوافع الكوادر الصحية للعمل في المجال الصحي في مختلف القطاعات بهدف تحديد عوامل تركيز الطلب على التوظيف بين القطاعات
	تحديد مواطن النقص في خدمات الرعاية الصحية والتحقق من أن سياسات التوظيف المعتمدة تأخذ بعين الاعتبار التوزيع الأمثل للكوادر الصحية

إن إدارة الموارد البشرية الصحية بطريقة تضمن القدرة على تقديم الخدمات وتحقيق أهداف الرعاية الصحية تعتبر واحدة من أبرز التحديات التي تواجه صانعي السياسات في مختلف البلدان، فالهدف الرئيسي لواقعي سياسات الرعاية الصحية في البلدان هو - أو يجب أن يكون - لضمان حصول السكان على خدمات الرعاية الصحية التي تحسن، أو تحافظ على حالتهم الصحية، وذلك وفقاً للموارد المتاحة p.1, Vujzic & Zurn, 2006, . وحينما نتحدث عن الموارد فإن الموارد البشرية تعتبر أساسية لأي نظام صحي لكونها تقدم الخدمات الصحية أو تتوسط في معظم وظائف النظام الصحي 841, et al., 2013, . McPake بالتالي، فإن تحليل سوق العمل الصحي يعتبر أساساً لفهم الموارد البشرية المتاحة في هذا القطاع وتوزيعها، بالإضافة إلى تحليل السياسات ذات الصلة بتوظيفها الأمثل خدمة للأهداف.

تمتلك الجمهورية العربية السورية نظام رعاية صحية تعددي تتشارك فيه مختلف القطاعات، العام والخاص والأهلي، في تقديم خدمات الرعاية الصحية الوقائية والعلاجية على كامل الجغرافيا السورية. مع ذلك، يعتبر القطاع العام الصحي هو عماد هذا النظام ويقدم خدماته المجانية وشبه المجانية لجميع المواطنين في مراكز الرعاية الصحية المختلفة، ويتم تمويل هذه الخدمات من الموازنة العامة للدولة.

بدوره، يقدم القطاع الصحي الخاص خدمات الرعاية العلاجية المأجورة للمواطنين في المستشفيات والعيادات الخاصة. تنتشر مرافق الرعاية الصحية الخاصة في جميع المناطق الجغرافية.

يتم تنظيم المرافق العلاجية الحكومية في هيكل متدرج يوفر كل منها مستوى محددًا من الرعاية. وهي تتراوح من المستشفيات التعليمية الملحقة بالجامعات (مشفى الأسد الجامعي) المستشفيات العامة (مشفى المجتهد والمواساة والباسل وغيرها)، المستشفيات والمراكز الصحية التخصصية (مشافي الكلية، مراكز جراحة القلب... إلخ) ووحدات الرعاية الطبية الأولية التي تقدم رعاية العيادات

الخارجية فقط (المستوصفات) كما يمكن تمييز المراكز الصحية الحكومية وفقاً لتبعيتها المباشرة ما بين وزارة الصحة، وزارة الدفاع، وزارة الداخلية، ووزارة التعليم العالي.

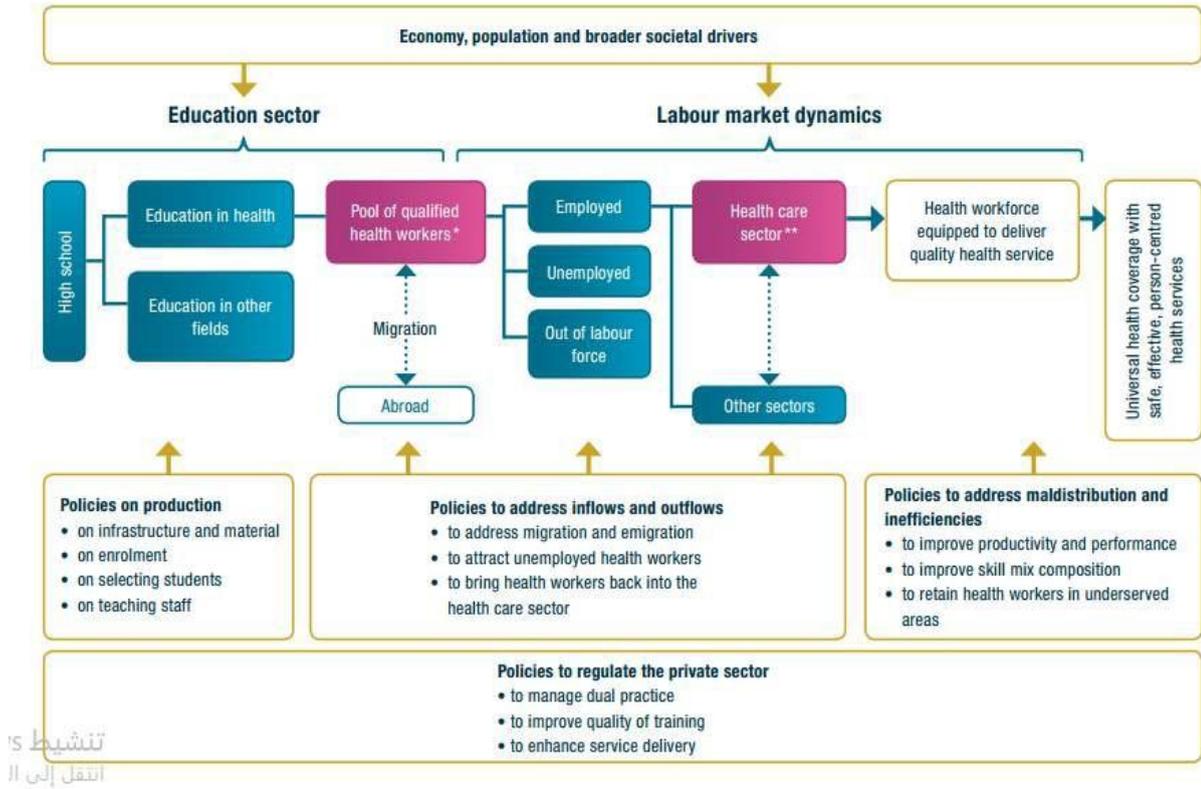
مجال هذه الدراسة هو تقديم نظرة عامة حول حالة قوة العمل الصحية في الجمهورية العربية السورية بالاعتماد على البيانات المتوفرة بهدف تحديد القضايا الرئيسية المتعلقة بها. يركز هذا التقرير على الجانب الطبي والتمريضي. لكنه يمكن أن يقدم رؤية عامة للموارد الصحية في الدولة. في ضوء ذلك، يهدف التقرير الى:

- تحديد الفرص والتحديات الخاصة بسوق العمل الصحي بالارتباط مع سوق العمل الكلي و العوامل الاقتصادية الكلية.
- مراجعة وتحليل العوامل المؤثرة على الطلب في سوق العمل الصحي في سوريا فيما يخص الأطباء والممرضين.
- مراجعة وتحليل العوامل المؤثرة على العرض في سوق العمل الصحي في سوريا فيما يخص الأطباء والممرضين.
- مراجعة القضايا الخاصة بهجرة الكوادر الصحية من سوريا.
- تقديم التوصيات المساعدة في رسم السياسات المتعلقة بسوق العمل الصحي في الجمهورية العربية السورية.

يتبنى التحليل الوارد في هذا التقرير نهج سوق العمل الصحي. يمكن تعريف سوق العمل الصحي على أنه "سوق العمل الصحي هو نظام ديناميكي يتألف من قوتين اقتصاديتين متميزتين ولكنهما وثيقتي الصلة: إمداد العاملين الصحيين والطلب على هؤلاء العمال، الذين تتشكل إجراءاتهم من خلال مؤسسات وأنظمة الدولة" (McPake et al., 2013, p.842). كما هي الحالة في أي سوق، تؤثر عوامل متعددة في عاملي العرض والطلب الخاصين بالكوادر الصحية، التعليم والتدريب ومخرجاتهما بالإضافة إلى الهجرة هي عوامل تؤثر في العرض. يتحدد الطلب في ضوء عوامل مختلفة مثل الموازنة والعوامل الاجتماعية الاقتصادية وتطور الخدمات الصحية .

باختصار، سوق العمل للعاملين الصحيين يمتلك هيكل ديناميكي ومتعدد الأبعاد. يوضح الشكل أدناه إطار سوق العمل الصحي للتغطية الصحية الشاملة، الذي يعد أساس تحليل سوق العمل الصحي الذي تم إجراؤه في الجمهورية العربية السورية. يتألف هذا الإطار من:

- إنتاج العاملين الصحيين من خلال نظام التعليم،
- القدرة الاستيعابية للعاملين الصحيين من قبل النظام الصحي تحليل العناصر المهمة للعاملين الصحيين العاملين في قطاع الصحة (الإنتاجية، والأداء، ومزيج المهارات، والتوزيع الجغرافي)



الشكل 1: أدوات السياسة لتشكيل أسواق العمل الصحية

في ضوء أهداف الدراسة، وباعتبار أن التحليل يركز على مجموعة من المفاهيم التي تعتبر مفتاحية بالنسبة لفهم سوق العمل الصحي، يستند فريق العمل على الدراسة الكمية باستخدام المنهج التحليلي الوصفي لمجموعة من البيانات المتعلقة بتلك المفاهيم. المفاهيم الخاصة بالتحليل هي:

- العوامل الاقتصادية الكلية المؤثرة على العرض والطلب في سوق العمل الصحي.
- قدرة الامتصاص الخاصة بالقطاعين الحكومي والخاص في مجال العمل الصحي.
- هجرة الكوادر الصحية.
- توزيع قوة العمل الصحي في الجمهورية العربية السورية.

البيانات الخاصة بهذه الدراسة تم الحصول عليها من جهات متعددة مثل: وزارة الصحة، وزارة التعليم العالي، المكتب المركزي للإحصاء وغيرها من المصادر .

الفصل الأول : سوق العمل الصحي في سياق سوق العمل العام والعوامل الاقتصادية الكلية

على الرغم من مميزاته وسماته الخاصة، يندرج سوق العمل الصحي ضمن إطار سوق العمل الكلي في البلدان. هذا يعني أن محاولة فهم سوق العمل الصحي بشكل دقيق لا يمكن أن تنجح دون قراءتها من منظور العوامل الاقتصادية الكلية والسياق الاجتماعي للبيئة. ضمن هذا السياق، أجمعت العديد من الدراسات ذات الصلة على العلاقة الوثيقة ما بين النمو الاقتصادي وسوق العمل، وأظهرت نتائجها أثراً إيجابياً لهذا النمو على خلق الوظائف الذي ينعكس بدوره إيجاباً على المستويات اللاحقة للنمو الاقتصادي .

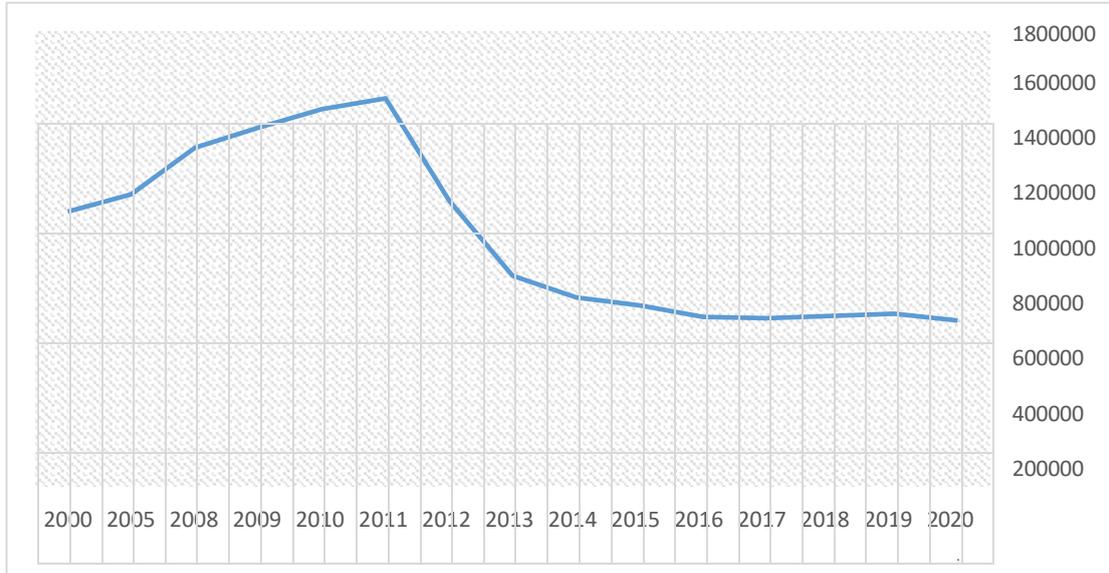
في الفقرات التالية، سنتناول مجموعة من العوامل الاقتصادية الكلية المفتاحية، بالإضافة الى عوامل أخرى مرتبطة بسوق العمل الكلي، تمهيداً لفهم الإطار العام لسوق العمل الصحي في الجمهورية العربية السورية.

1.1. النمو الاقتصادي والانفاق على الصحة في سوريا، مؤشرات عامة:

خلال تطوره، مر الاقتصاد السوري بالعديد من التجارب وخضع للعديد من الاختبارات القاسية التي تركت آثارها على ملامحه ظاهرة للعيان. على صعيد التوجه الاقتصادي، من الاقتصاد الاشتراكي البحت الذي تبنته الدولة في عام 1963، الى بداية الانفتاح الاقتصادي في الثمانينات من القرن الماضي، وصولاً الى اقتصاد السوق الاجتماعي الذي تم اقراره في عام 2005، بدا توجه الحكومة بتخفيف الانفاق

الحكومي واضحاً، هذا الأمر أدى الى افساح المجال أمام ارتفاع نسبة مساهمة القطاع الخاص في العجلة الاقتصادية للبلاد. بالمحصلة ارتفع الناتج المحلي الإجمالي، ما بين عامي 2000-2011، وفقاً لأرقام المكتب المركزي للإحصاء، بنسبة 41.15%. عرفت هذه المرحلة بمرحلة الانتعاش الاقتصادي في سورية، بعد عام 2011، دخل الاقتصاد السوري نفقاً طويلاً من الأزمات امتد، لسنوات طوال، ولا يزال. مع تصاعد وتيرة الصراع المسلح والهجمات الإرهابية والعقوبات والحصار والتضخم، بدأت سلسلة الانحدار الاقتصادي. انخفض الناتج المحلي الإجمالي ما بين عامي 2011-2020 بنسبة 57.23%، أي الى ما يزيد بقليل عن نصف ما كان عليه قبل بداية الأزمة السورية. تظهر المؤشرات أن العاميين الأولين من الأزمة شهدا أعلى معدلات الانحدار، قبل أن يتمكن الاقتصاد من البدء باستيعاب الصدمة وتخفيض وتيرة الهبوط (انظر الشكل)

الشكل 2: تطور الناتج المحلي الإجمالي في سوريا، (2000-2020)، (مليون ل.س.)

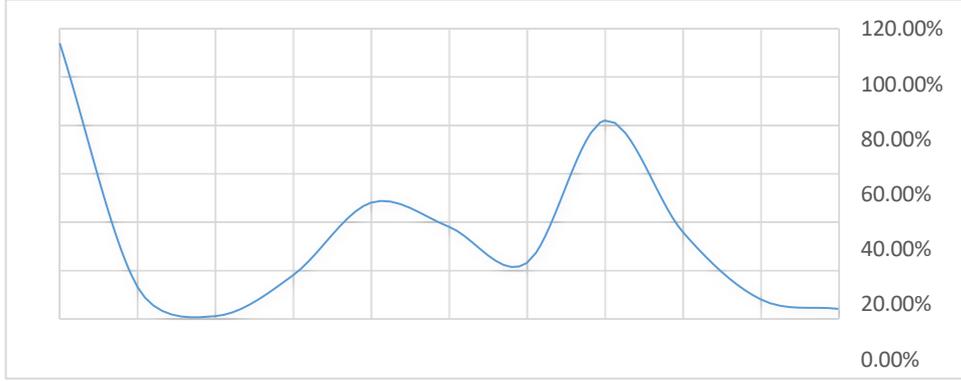


في ضوء الأزمة السورية المستمرة، ومع تشديد الحصار الغربي وفرض المزيد من العقوبات أحادية الجانب على البلاد المنكوب إضافة الى الأزمة المالية في لبنان وانعكاساتها على الاقتصاد السوري، بلغ

متوسط معدلات التضخم خلال فترة 2011-2020 مستوى 40% سنوياً

بشكل وسطي. مع ذلك، شهد اقتصاد البلاد عدة موجات من التضخم الجامح في عام 2013 و

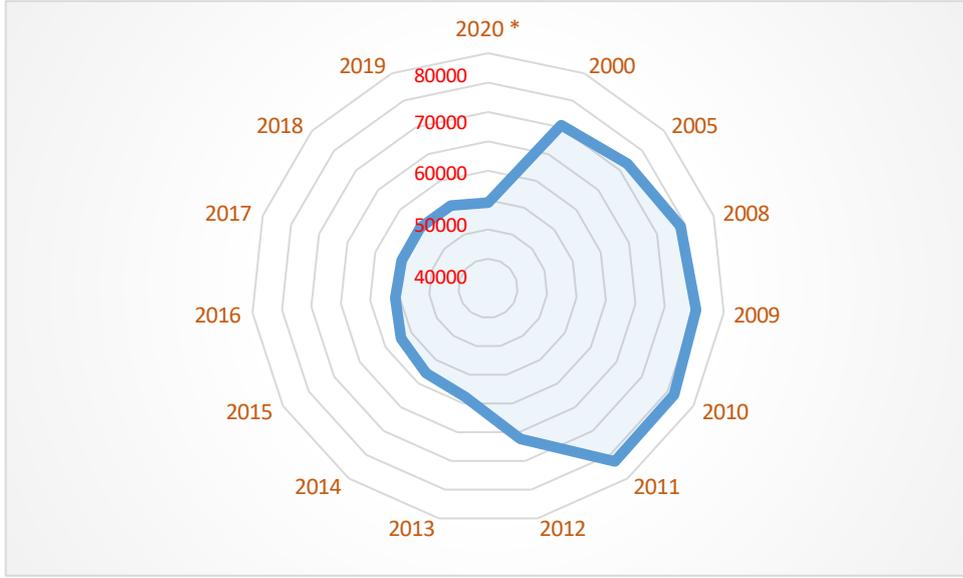
2016، والذي وصل الى مستويات قياسية في عام 2020 بلغت 114%.



الشكل 3 : معدلات التضخم في سورية، 2010-2020

Source: Budget Brief, The 2022 State Budget in Syria, UNICEF Syria - July 2022

بالتوازي مع ذلك، فقد انخفض نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي، مقيماً بأسعار السوق وباعتبار عام 2000 سنة أساس للمؤشر، بمقدار النصف تقريباً 48.05% عما كان عليه عام 2000 وبمقدار 59.87% عما كان عليه عام 2011. بالتالي، خسر الاقتصاد السوري محصلة 25 عاماً تراكمياً من النمو ليعود الى مستويات مشابهة لمنتصف التسعينات.



الشكل 4 : نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي، بأسعار السوق، سنة الأساس: 2000

Source: CBS, different gazettes

تراجع الانفاق الحكومي على الصحة

قبل عام 2011، وضمن سياق التوجه الاقتصادي للدولة، يظهر تراجع التدخل الحكومي في النشاطات

الاقتصادية وصعود دور القطاع الخاص في مختلف الجوانب الاقتصادية، والرعاية

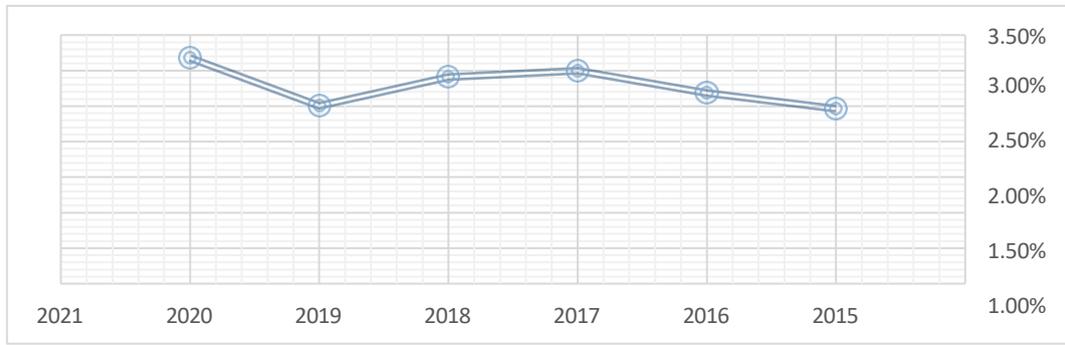
الصحية طبعاً لا تعتبر استثناءً، وهذا يفسر انخفاض الانفاق الحكومي على الصحة كنسبة من الناتج

المحلي الإجمالي من 4.9% عام 2005 الى 3.4% عام 2010، بمعدل لا يمكن اعتباره بسيطاً إذا ما قورن

بارتفاع الأسعار والزيادة السكانية (Allahham et al., 2022, p.1).

مع تصاعد وتيرة الحرب السورية بعد عام 2011، ومع تراجع الإيرادات العامة للدولة، تراجعت نسبة الإنفاق على الصحة من إجمالي الإنفاق العام من 6.3% عام 2010 إلى 2% عام 2015 وإلى 1.9% عام 2017، وهذا التراجع قابله ارتفاع كبير في الإنفاق الشخصي كنتيجة لتراجع عدد المنشآت الصحية للقطاع العام وضعف إمكانياته، وارتفاع الأسعار وانتشار الأمراض حتى وصل عام 2017 إلى حدود 68% من إجمالي الإنفاق الصحي /مداد، 2020، ص38

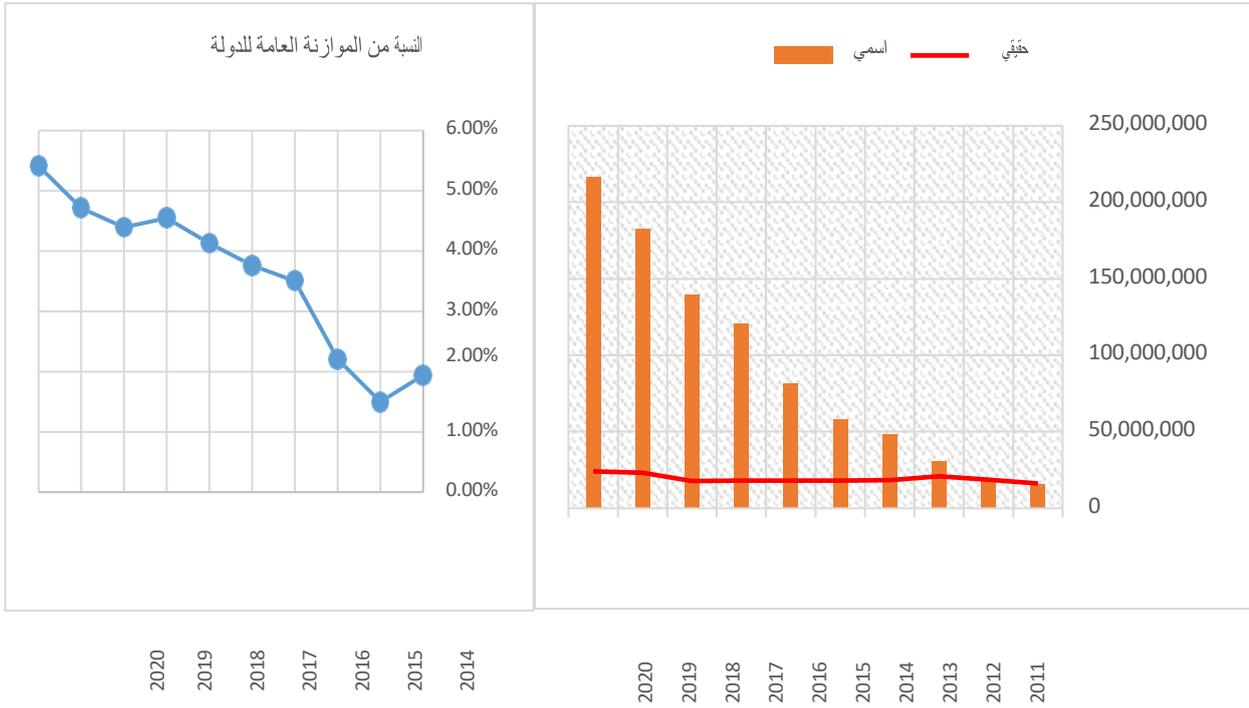
تم تسجيل المزيد من التخفيضات في الإنفاق الحكومي على الصحة منذ عام 2010. ووفقاً لأرقام الميزانية المتوقعة الأخيرة، انخفض إنفاق الحكومة السورية على الصحة في عام 2020، بالقيمة الحقيقية، ليصل إلى أقل من نصف أرقام عام 2011، ما أدى إلى انخفاض في نصيب الفرد من الإنفاق الصحي من 9.72 دولاراً أمريكياً في عام 2011 إلى 4.49 دولاراً أمريكياً في عام 2020



الشكل 5 : نسبة موازنة وزارة الصحة من الموازنة العامة للدولة، 2015-2020

Source: CBS, different gazettes

إضافة الى الانفاق على مؤسسات الرعاية الصحية التابعة لوزارة الصحة، تنفق الحكومة السورية على مجموعة من المراكز والمستشفيات التابعة لوزارة التعليم العالي و وزارة الدفاع. على الرغم من تصاعد القيم الاسمية للموازنة المخصصة لهذا القطاع بمعدلات عالية جداً خلال الفترة 2011-2020، إلا أن تحييد عامل التضخم باعتماد سنة 2011 كسنة أساس يظهر بأن الارتفاع في الاعتماد المخصص لا يزال لا يتعدى 49% خلال عشر سنوات.

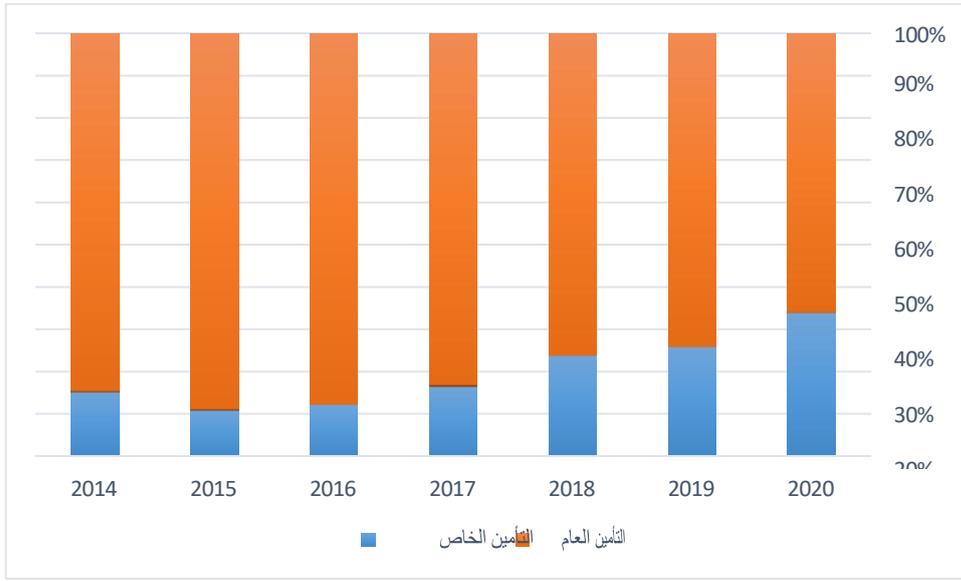


الشكل 6 : موازنة الصحة، متضمنة المشافي الجامعية، (سنة الأساس 2011، الأرقام 1000 ل.س)

*القيم الحقيقية هي القيم المعدلة للتضخم.

Source: Budget Brief, The 2022 State Budget in Syria, UNICEF Syria - July 2022

على صعيد التأمين الصحي، بعد صدور تشريع وطني بإلزامية التأمين الصحي لجميع العاملين في القطاع العام، أصبح الموظفون والعاملون الحكوميون في مختلف الجهات العامة تحت مظلة التأمين الصحي مقابل جزء من رواتبهم. مع ذلك، لم تتمكن من الحصول على نسبة الأشخاص المؤمن عليهم صحياً من إجمالي السكان في عام 2020.

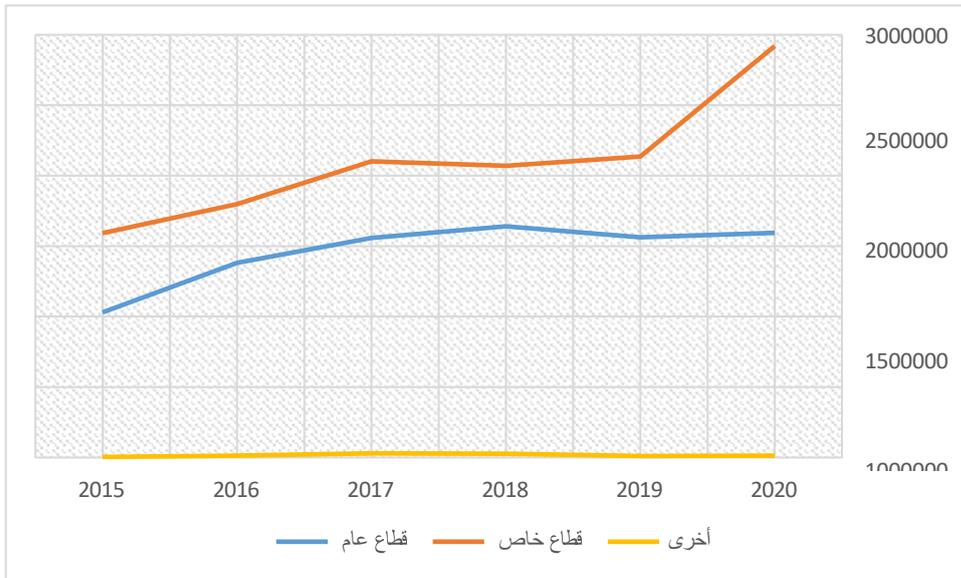


الشكل 7 : نسبة الانفاق على التأمين الصحي العام والخاص، 2020-2014

Source: CBS, different gazettes

1.2. قطاع الخدمات في سورية وموقعه ضمن مؤشرات التوظيف

على الرغم من نمو معدل التوظيف في القطاع العام، الحكومي، بنسبة 59.3%، ما بين عامي 2018-2015، إلا أن هذا المنحى شهد تراجعاً بمعدل 4.7% في عام 2019، ليصل الى نسبة 35.24% من اجمالي التوظيف في مختلف القطاعات عام 2020. تظهر الاحصائيات في نفس الفترة نمواً في التوظيف الخاص بلغ 41% بين عامي 2018-2020 ليصل الى نسبة 64.5% من اجمالي التوظيف. تبدو هذه المؤشرات طبيعية في ظل التضخم الاقتصادي المتسارع في تلك الفترة واتجاه المزيد من الأفراد الى القطاع الخاص بسبب فارق الأجور المتزايد بينه وبين القطاع العام.



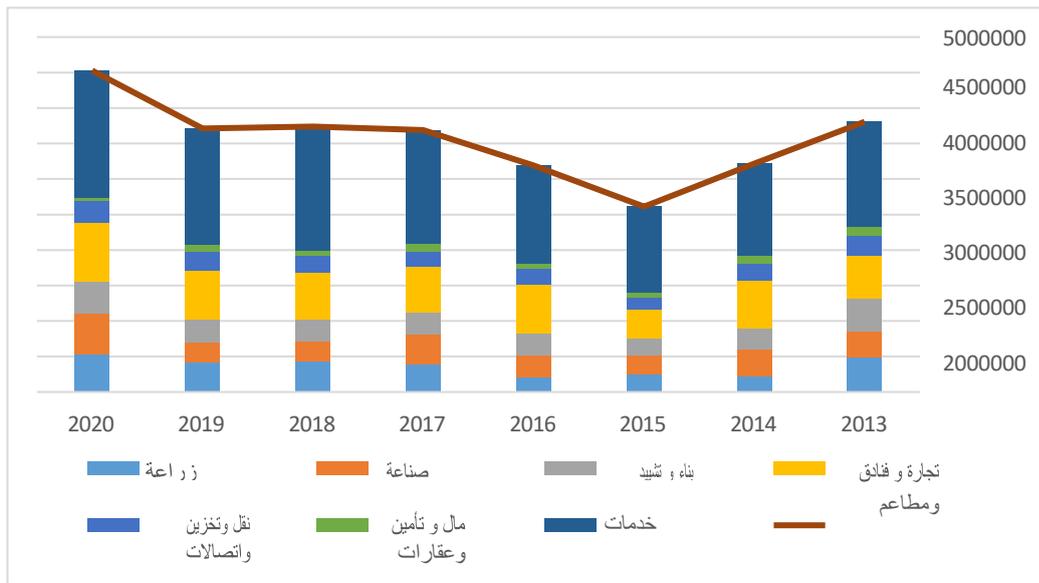
الشكل 8: توزيع القوى العاملة حسب القطاعات الرئيسية، 2015-2020

Source: CBS, different gazettes

أما على صعيد معدل نمو القوة العاملة وفق الأنشطة الاقتصادية المختلفة، فقد سجلت الأنشطة الصناعية أعلى معدلات النمو ما بين 2013-2020 بمعدل 52.11% تليها التجارة (متضمنة بيانات السياحة) بمعدل 37.36% ثم تأتي الخدمات بمعدل 20.69%.

مع ذلك، وبمنظرة على توزيع القوى العاملة بين أقسام النشاط الاقتصادي نلاحظ أن قطاع الخدمات، بشكل عام، لا يزال يحتفظ بالنسبة الأكبر من معدلات التوظيف مقارنة ببقية القطاعات.

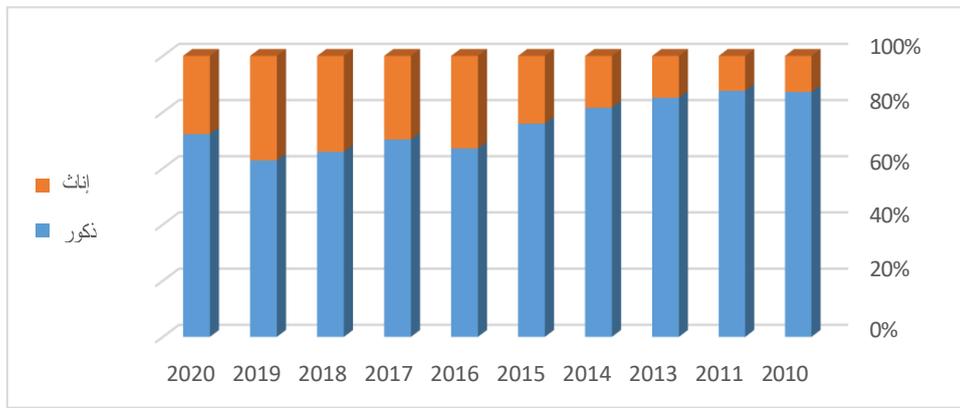
خلال الفترة ما بين 2013-2020. تظهر الأرقام في عام 2020 ان 39.46% من القوة العاملة في سورية تتركز في قطاع الخدمات.



الشكل 10 : توزيع القوى العاملة حسب النشاطات الاقتصادية، 2013-2020

ديموغرافيا القوة العاملة والبطالة في سوريا

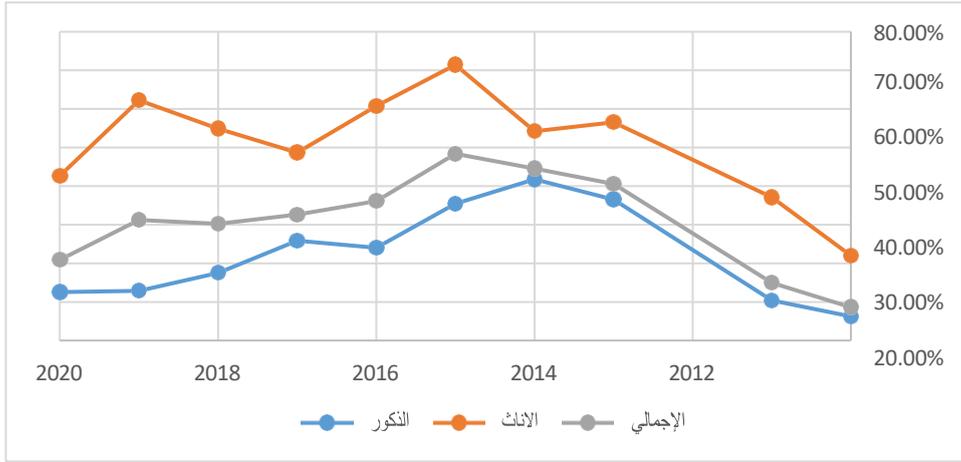
بالنظر الى التركيبة الجنسية للقوة العاملة في سورية، خلال الفترة ما بين 2010-2020، نلاحظ أن نسبة مساهمة الاناث في الوظائف، وإن كانت قد ارتفعت بمعدل 116.16%، لا تزال منخفضة (27.83% في عام 2020، مقارنة بالمعيار العالمي 50%). خلال هذه الفترة سجل عام 2019 أعلى نسبة مساهمة أنثوية في التوظيف بنسبة بلغت 37.19% من إجمالي القوة العاملة في سورية.



الشكل 11 : معدل المشاركة في القوة العاملة بين الجنسين 2020-2010

Source: CBS, different gazettes

هذه المؤشرات تفسر ارتفاع مؤشرات البطالة بين الناث عنها بين الذكور. فقد بلغت معدلات البطالة بين الاناث في عام 2020 42.66% أي أكثر من ثلاثة أضعاف مثلاتها بين الذكور 12.54% هذا يعني أن مساهمة الاناث في النمو الاقتصادي السوري لا تزال منخفضة وتتطلب المزيد من البحث والتحليل الاجتماعي من جهة، وتطوير سياسات التوظيف من جهة اخرى.

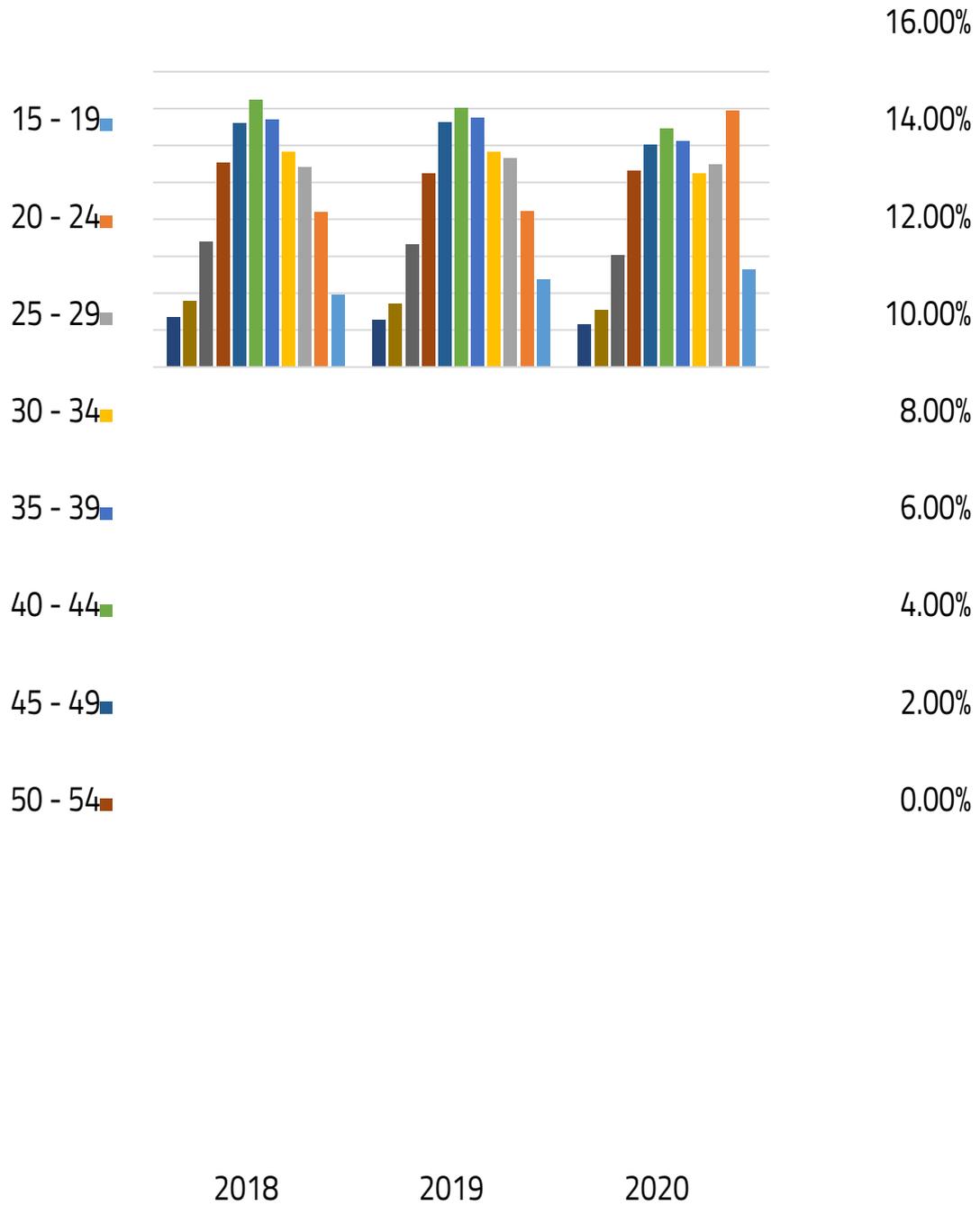


الشكل 12 : معدل البطالة وفق الجنس، 2010-2020

Source: CBS, different gazettes

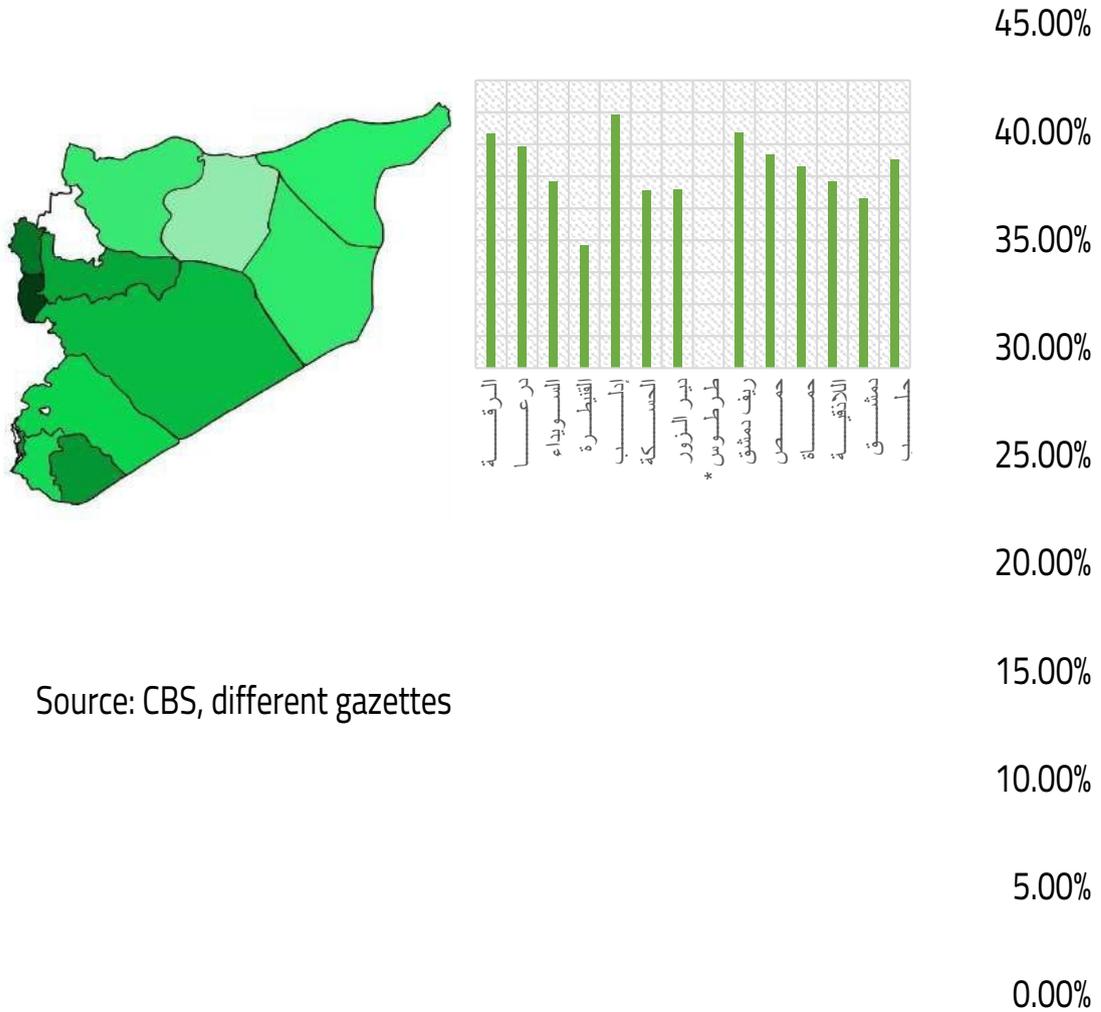
أما على مستوى الفئات العمرية، فقد سجلت فئة 20-24 سنة العمرية، لأول مرة في العقد الأخير، أعلى معدلاً بين الفئات العمرية الأخرى في معدلات التوظيف مسجلة في عام 2020 نسبة 13.9%. يظهر الشكل 13 أن منحى الوظائف وفق الفئات العمرية حافظ خلال السنوات السابقة على انحناء وتقوس واضح لصالح الفئات العمرية الأصغر، تقودها فئة 40-44 سنة بأعلى المعدلات (باستثناء عام 2020 كما ذكرنا)

الشكل 13 : معدل المشاركة في القوة العاملة وفق الفئات العمرية، 2018-2020



من ناحية أخرى، يظهر التوزيع النسبي لمعدل النشاط الاقتصادي الخام في عام 2020 حسب المحافظات السورية، الشكل 14 أن أعلى معدلات هذا النشاط سجلت في محافظة طرطوس بمعدل بلغ 39.64%، في حين تم تسجيل أدناها في الرقة بمعدل 19.28%.

الشكل 14 : معدل النشاط الاقتصادي الخام، 2020



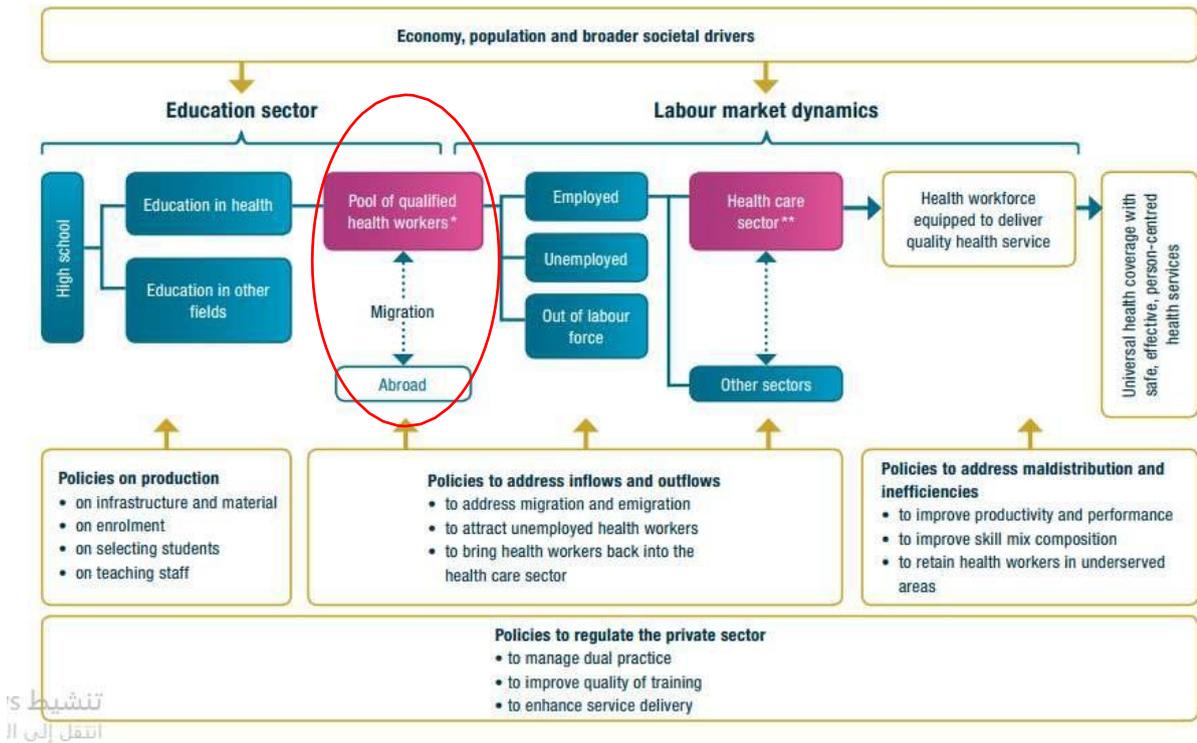
Source: CBS, different gazettes

خلاصة :

يبدو الوضع الاقتصادي لدولة تعرضت لحرب استمرت عشرة سنوات وحصار اقتصادي وعقوبات غربية وكأنه في محاولة للتعافي التدريجي لكن ببطء، رغم خسارة سنوات طويلة من النمو الاقتصادي. إن فهم الضغوطات والاختناقات الاقتصادية خلال تلك الفترة يسمح بفهم أوضح للضغوط والقيود التي طالت جانب الانفاق على الصحة. انخفاض نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي، بالإضافة إلى التضخم الكبير في الأسواق يعكس بعضاً من المؤشرات التي تفرض انعكاساتها على سوق العمل بشكل عام، والصحي بشكل خاص. مع ذلك، لا يزال قطاع الخدمات بشكل عام في صدارة القطاعات على معدل نمو مستوى التوظيف. تظهر النتائج كذلك أن معدلات البطالة لا تزال مرتفعة خاصة بين الاناث، في حين أن الفئات العمرية الشابة لا تزال تسود قوة العمل. من ناحية أخرى، يتباين معدل النشاط الاقتصادي الخام بين المحافظات ليسجل أعلى معدلاته في طرطوس وأدناها في الرقة.

الفصل الثاني : قدرة الاستيعاب الخاصة بالكوادر الصحية من قبل سوق العمل الصحي

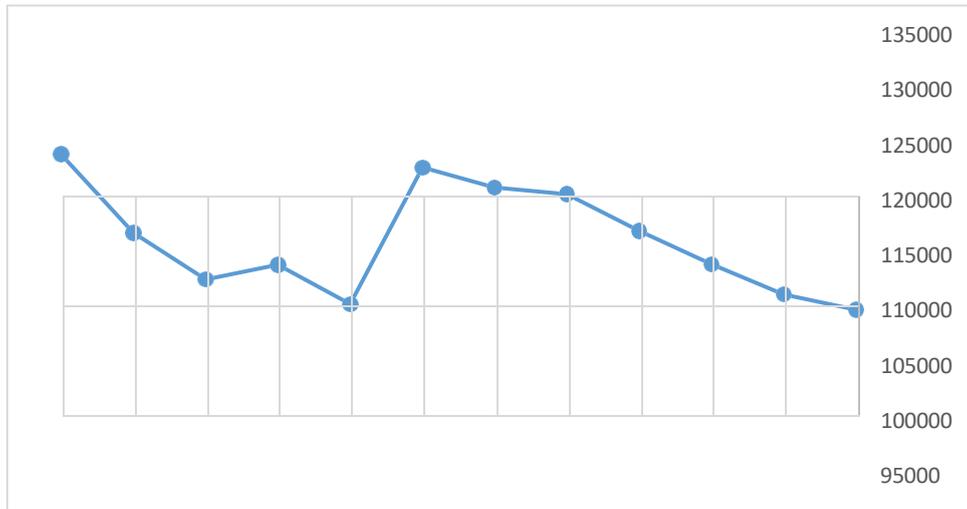
العقيدة المركزية لسوق العمل الصحي هي القدرة على الاستيعاب التي تشير إلى "كيفية دمج العاملين في مجال الرعاية الصحية في النظام الصحي"، من خلال مجموعة متنوعة من الديناميكيات الخاصة بتوريد العاملين الصحيين (بشكل رئيسي، من خلال التعليم والهجرة) وقدرة النظام الصحي (الذي يشمل كلاً من القطاعين العام والخاص) على توظيف مجموعة العاملين الصحيين المؤهلين بشكل كامل ومنتج ضمن هذا السياق، بناءً على إطار عمل HLMA، في القسم التالي، تتم مراجعة القدرة الاستيعابية للعاملين الصحيين المؤهلين في سوق العمل الصحي في الجمهورية العربية السورية.



الشكل 15 : قدرة الاستيعاب في سياق إطار عمل تحليل سوق العمل الصحي HLMA

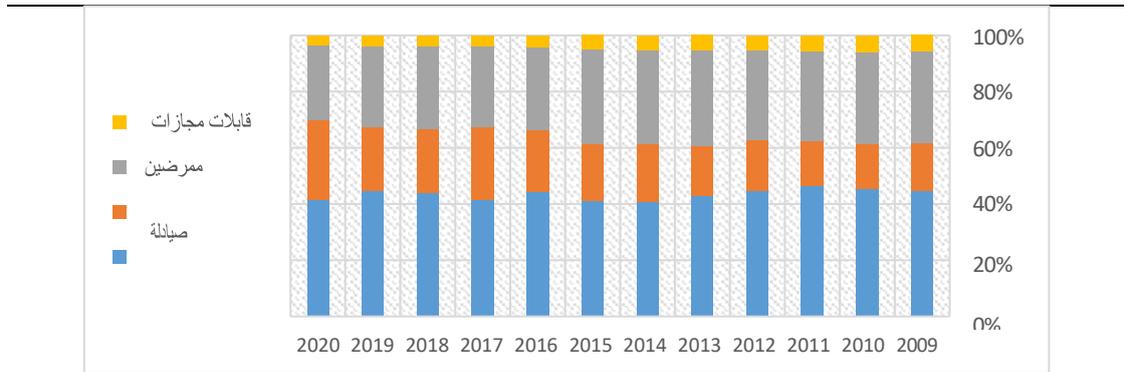
2.1. مدى الكادر الصحي الإجمالي يعاود الصعود بعد الانتكاسة

كما حدث في بقية القطاعات، وباعتبار أن الموارد البشرية تعتبر أحد أبرز ضحايا الصراعات والأزمات، شهد مدى إجمالي الكوادر الصحية، متضمناً أطباء الصحة وأطباء الأسنان والصيدلة والممرضين والقابلات المجازات، في الجمهورية العربية السورية انعطافة قاسية خلال الأزمة السورية. بعد سنوات من النمو المتواصل تعرض المنحى لهبوط قوي في عام 2016 بمعدل 13.78% عما كان عليه في العام السابق، ليعود الى مستوى مشابه لما كان عليه قبل عام 2010، ما يعني خسارة خمس سنوات من النمو. وعلى الرغم من التعافي المؤقت في عام 2017 إلا أن سيناريو الهبوط تكرر في عام 2018 بمعدل 1.73%. بعد ذلك، يعاود المنحى طريقه صعوداً في عامي 2019 و 2020 محققاً معدل نمو بلغ 8.93% بين العامين الأخيرين.



الشكل 16 : الكادر الصحي الإجمالي في سورية، 2009-2020

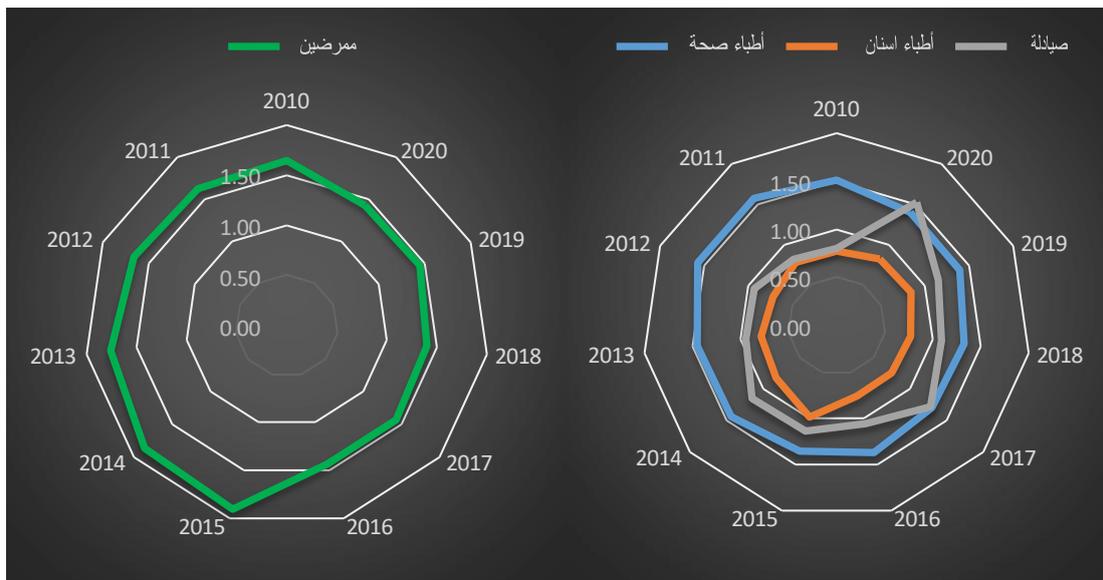
بالمحصلة، وصل إجمالي الكادر الصحي في عام 2020 إلى 120623 فرداً، 41.56% منهم من الأطباء (صحة وأسنان) 28.45% صيادلة، 26.64% ممرضين، بالإضافة إلى 2.25% قابلات مجازات.



الشكل 17 : توزيع الكادر الصحي كنسب مئوية، 2009-2020

Source: CBS, different gazettes

في الواقع، عوامل كثيرة ساهمت في الانتكاسة التي أصابت المنحنى خلال العقد الماضي، أبرزها هجرة الكوادر الطبية كنتيجة لتدني الرواتب والأجور إضافة إلى التحديات والمخاطر الخاصة بالعمل وظروف البيئة. وبالنظر إلى كثافة الكادر الصحي خلال هذه الفترة، نلاحظ أنه في عام 2020، كل 1000 مواطن يقابلهم 5.36 من الكوادر الصحية بمختلف أنواعها. وإذا ما تناولنا منحنى الكثافة وفقاً لاختصاص الكادر الصحي فإن كثافة أطباء الصحة خلال العقد الأخير سجلت أعلى معدلاتها في عام 2012 بمعدل 1.57 وأدنى مستوياتها في عام 2017 بمعدل 1.3 قبل أن تعاود الارتفاع لتصل في عام 2020 إلى 1.4 طبيب صحة لكل 1000 نسمة.



الشكل 18 : كثافة الكادر الصحي حسب الاختصاص في سوريا، 2020-2010

Source: CBS, different gazettes

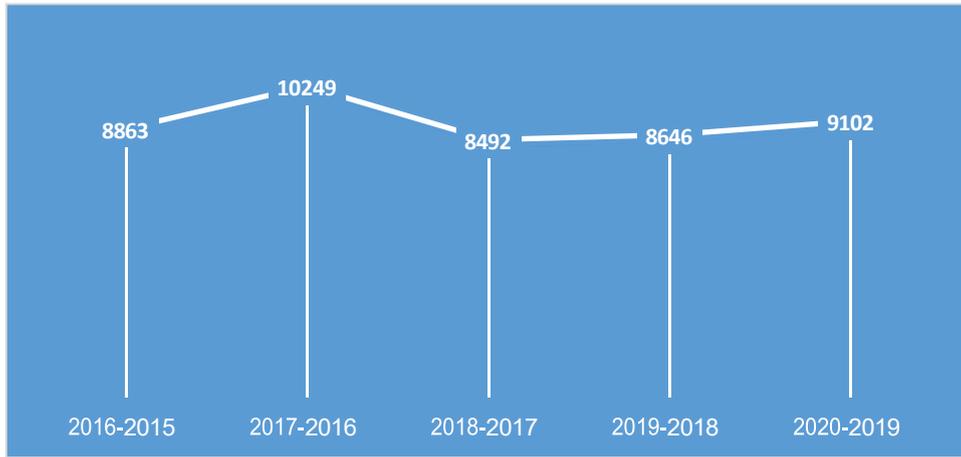
أما كثافة أطباء الأسنان فقد سجلت أعلى معدلاتها في عام 2015 بمعدل 0.99 وأدناها في عام 2012 بمعدل 0.72 وبلغت في عام 2020 معدل 0.82 طبيب أسنان لكل 1000 نسمة. أما منحنى كثافة الصيدلة فيبدو أن يتصاعد بالتدرج، مع بعض حالات الهبوط النسبي في عامي 2016 و2018، من معدل 0.8 في عام 2010 ليصل إلى أعلى معدلاته في عام 2020 بنسبة 1.52 صيدلي لكل 1000 نسمة. من ناحية أخرى، سجل منحنى كثافة الكادر التمريضي أعلى معدلاته في عام 2015 بنسبة 1.9 ممرض/ة لكل 1000 نسمة. وسجل في عام 2020 معدل 1.43.

2.2. التعليم الصحي الداخلي يقود عملية تأمين الكوادر الصحية

في سورية، يعتبر التعليم الصحي الداخلي هو المنبع الرئيس للكوادر الصحية. حيث تنتشر الكليات الطبية والتمريضية في الجامعات السورية الحكومية والخاصة لترصد سوق العمل الصحي بمخرجاتها كل عام. يتطلب دخول الكليات الطبية الحكومية عادةً الحصول على أعلى المعدلات في الفرع العلمي من الثانوية العامة عبر مفاضلة وطنية عامة.

قبل عام 2015، كان نظام التعليم الطبي في الجامعات السورية يتكون من برنامج تعليمي مدته 6 سنوات، تغطي السنوات الثلاث الأولى المواد المتعلقة بالعلوم الأساسية، بينما يخضع الطلاب في السنتين الرابعة والخامسة للتدريب الإكلينيكي في المستشفيات الجامعية. تتكرر هذه الدورات التدريبية في السنة السادسة بعد شهرين من التدريب في كل تخصص رئيسي. قبل التخرج، يُطلب من طلاب الطب السوريين اجتياز امتحان طبي موحد في نهاية السنة السادسة. بعد ذلك، يتم تخصيصهم لبرامج الإقامة المختلفة وفقاً لدرجاتهم في هذا الاختبار بالإضافة إلى درجاتهم التراكمية في كلية الطب وفي سياق رغباتهم.

بدء من العام الدراسي 2015-2016، أقر مجلس التعليم العالي اعتماد سنة تحضيرية للقبول الجامعي في الكليات الطبية كمعيار يضاف إلى معدل شهادة الثانوية العامة. بعد النجاح في السنة التحضيرية يتم فرز الطلاب ما بين كليات الطب البشري، الأسنان والصيدلة وفقاً لمعايير خاصة ليتابعوا مسيرتهم الجامعية. يتم تحديد عدد الطلاب المقبولين في السنة التحضيرية سنوياً من قبل لجنة خاصة تأخذ بعين الاعتبار متطلبات سوق العمل والقدرة الاستيعابية للجامعات. في عام 2020، تم قبول 9102 طالباً في السنة التحضيرية للكليات الطبية في مختلف الجامعات السورية بزيادة قدرها 6% عن العام السابق. الملفت للنظر أن 55.43% منهم هم من الإناث.



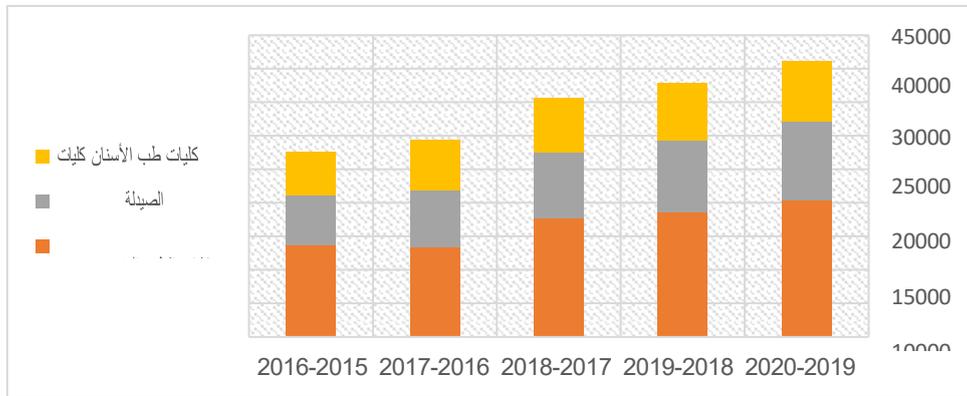
الشكل 19 : عدد الطلاب المقبولين في السنة التحضيرية للكليات الطبية، 2020-2015

Source: CBS, different gazettes

بشكل عام، التعليم الجامعي العام في سورية ممول بمعظمه من قبل الحكومة السورية. يدفع الطلاب رسوم سنوية بسيطة لقاء دراستهم في الجامعات الحكومية، مقارنة بالجامعات الخاصة. كما

أن التعليم الجامعي الحكومي في سورية يحظى بسمعة جيدة في الداخل السوري خاصة فيما يتعلق بالجوانب الصحية. هذا الأمر يبرز الاقبال الكبير على التعليم الجامعي الرسمي.

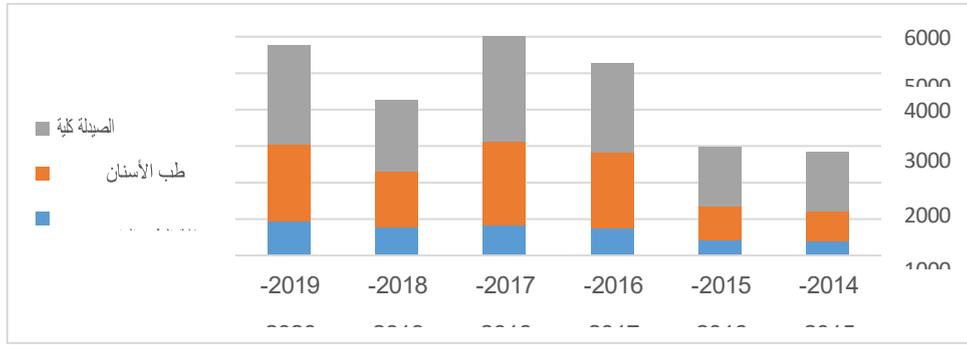
في عام 2020 بلغ عدد الطلاب الدارسين في الكليات الطبية الحكومية بمختلف سنواتها وتخصصاتها 43632 طالباً أكثر من نصفهم من الاناث.



الشكل 20 : عدد الطلاب المسجلين في الكليات الطبية والصيدلة في الجامعات الحكومية، 2020-2015

Source: CBS, different gazettes

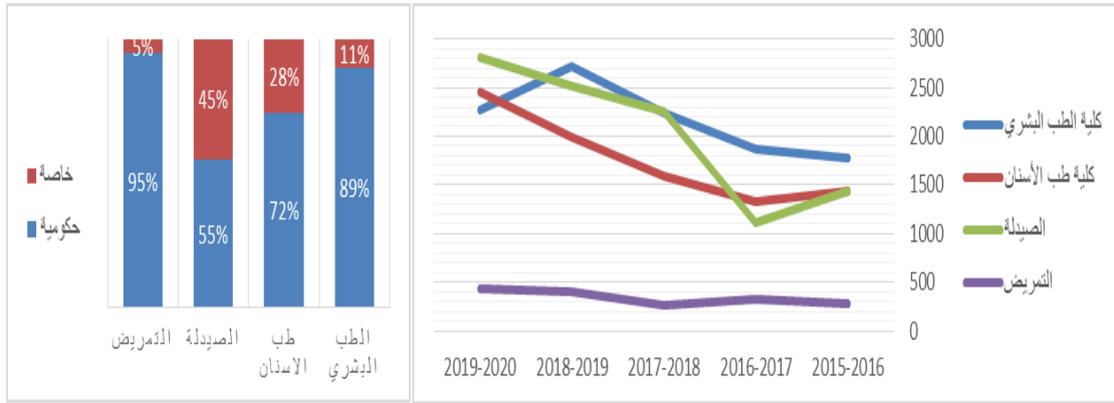
مع توسع التعليم الجامعي الخاص ارتفعت مساهمة الجامعات الخاصة في عملية تأهيل واعداد الكوادر الصحية. تعتبر جامعة الأندلس الخاصة القطب الرئيس في هذه المساهمة كونها جامعة متخصصة بالعلوم الطبية. كذلك، المزيد من الكليات الطبية والصحية تم افتتاحها في الجامعات الخاصة الأخرى لتستقطب جميعها الطلاب الذين لم يتمكنوا من دخول السنة التحضيرية في الجامعات الحكومية ويرغبون بتلقي العلوم الطبية، مقابل رسوم مرتفعة.



الشكل 21 : عدد الطلاب المستجدين في الكليات الجامعية الصحية الخاصة، 2014-2020

Source: CBS, different gazettes

بالمجمل، بلغ إجمالي عدد الطلاب الدارسين في الكليات الجامعية الصحية، الطبية والصيدلة والتمريض، الحكومية والخاصة، 66580 طالباً في عام 2020 بمعدل نمو بلغ 13.5% عن العام السابق. في العام ذاته، 2020، تخرج من هذه الكليات 7960 طالباً، ما يشكل نسبة 11.96% من إجمالي عدد الطلاب الدارسين في هذه الكليات. من بين هؤلاء الخريجين 28.5% أطباء صحة، 30.7% أطباء أسنان، 35.21% صيادلة، والبقية ممرضون. مقارنة بأعداد الطلاب الدارسين في نفس العام، فإن نسبة الخريجين من كلية الطب البشري تعتبر الأدنى وسجلت 9.4%.



الشكل 22 : إجمالي عدد الخريجين من الكليات الصحية في الجامعات الحكومية والخاصة، 2016-2020

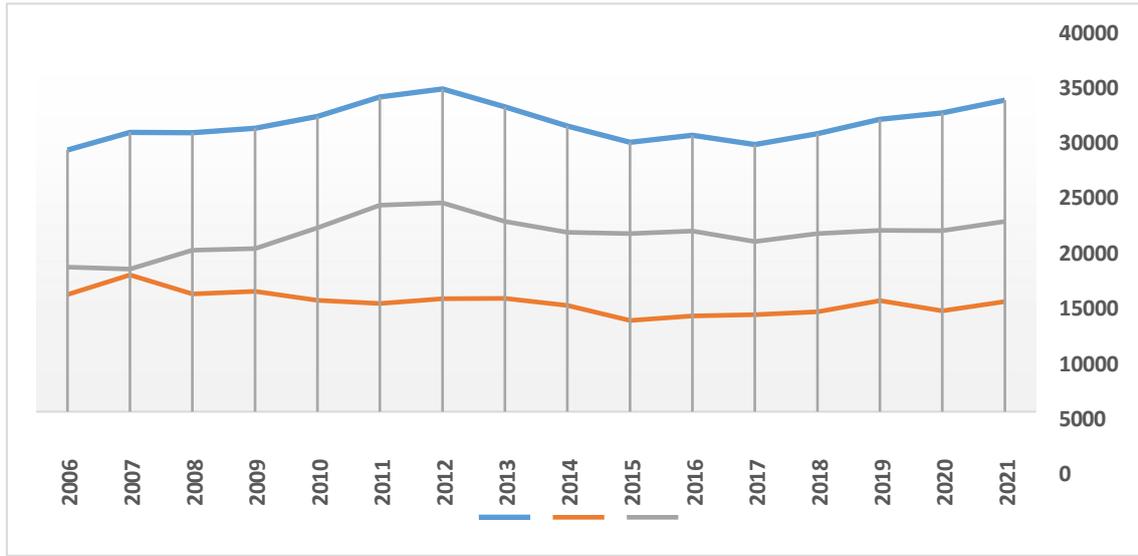
Source: CBS, different gazettes

2.3. الهجرة وسياسات تطوير التعليم الصحي

للحجرة دور كبير في سياق سوق العمل الصحي في مختلف الدول. يعزز هذا الدور طبيعة الإنتاج العلمي الصحي وكونه يمتلك صفة العالمية والقدرة على تجاوز الحدود الجغرافية نتيجة الطلب العالمي العام. مع ذلك، فإن للهجرة عواقب سلبية وإيجابية بشكل عام. فمن جهة تساهم في تخفيض معدلات البطالة وزيادة التحويلات المالية إضافة إلى ما يجلبه العائدون معهم من الخبرات والمهارات، إلا أنها من جهة ثانية تسبب خسائر في القوى البشرية المؤهلة. وباعتبار أن التعليم الصحي في سورية ممول بمعظمه من قبل الحكومة السورية فإن هجرة الكوادر الصحية التي تخرجت من الجامعات الحكومية يعتبر خسارة استثمارية في العنصر البشري.

في الواقع، لا توجد احصائيات رسمية معتمدة حول أعداد المهاجرين من الكوادر الصحية في سورية. إلا أن بعض التصريحات الإعلامية لبعض المسؤولين في نقابة الأطباء لطالما دقت ناقوس الخطر. تشير التقديرات الى أنه مع بقاء فقط ما يقل عن 64% من المشافي و52% من مراكز الرعاية الصحية الأولية في حالة عمل، فإن 70% من الكوادر الصحية السورية غادرت البلاد خلال الأزمة (and Janos, 2021, p.7). وفقاً لدراسة صادرة عن مركز دمشق للأبحاث والدراسات "مداد" في عام 2020، فإن تقديرات النقابات المعنية تشير الى هجرة ثلث الأطباء وخمس الصيادلة، هذه البيانات تؤكد نسبياً تقارير صادرة عن الدول الغربية والتي تتضمن أرقام كبيرة تخص أعداد الأطباء السوريين المهاجرين إليها خلال العقد الأخير، والتي وصلت في ألمانيا وحدها الى خمسة آلاف طبيب سوري (نقابة الأطباء الألمانية 2021).

عملياً، تظهر الاحصائيات انخفاض عدد الأطباء المسجلين في نقابة الأطباء السورية ما بين عامي 2012 و2015 بمعدل 16.55%. وبعد تعاف مؤقت في عام 2016 عاود العدد للانخفاض في عام 2017 بمقدار 3.3%. بداية من عام 2018 بدأ المنحى العام لعدد الأطباء بالارتفاع والنمو مجدداً ليصل عدد الأطباء في عام 2020 الى 31566 طبيباً 60% منهم من الأطباء الاختصاصيين.



الشكل 23 : عدد الأطباء المسجلين في نقابة الأطباء السورية 2006-2021

أما على صعيد سياسات تطوير التعليم الطبي، ففي جامعة دمشق مثلاً، يقوم مركز تطوير التعليم الطبي بإقامة ورشات عمل متطورة لتنمية قدرات ومهارات أعضاء الهيئة التدريسية في الكليات الطبية بالجامعة، كما يقوم المركز بتقديم البرامج والدورات التي تهدف إلى تزويد أعضاء الهيئة التدريسية في الكليات الطبية بالقدرة على الأخذ بالتقنيات الحديثة وإدارة بيئة التعلم.

من ناحية أخرى، استناداً إلى المرسوم التشريعي رقم / 68 / لعام 2012 م، تم احداث الهيئة السورية للاختصاصات الطبية، التي تتمتع بالشخصية الاعتبارية والاستقلال المالي والإداري والمرتبطة بوزارة الصحة في الجمهورية العربية السورية. تعتبر الهيئة السورية للاختصاصات الطبية هيئة مهنية علمية تقوم بمنح شهادات موحدة تسمى شهادة الهيئة السورية للاختصاصات الطبية (البورد السوري) لكافة المتدربين على الاختصاصات الطبية بعد إتمامهم فترة التدريب المقررة في المؤسسات الطبية المعتمدة من قبلها واجتيازهم الامتحانات المقررة في نظامها الداخلي. وتختص الهيئة بتنظيم التدريب والتعليم

المهني في المجالات الطبية من خلال وضع الضوابط اللازمة لتنفيذ البرامج التدريبية والاختبارات "الامتحانات" الوطنية للاختصاصات الطبية داخل أراضي الجمهورية العربية السورية. كما تقوم بتقييم ومعادلة الشهادات الطبية الاختصاصية ووثائق التدريب الصادرة عن الجهات الأخرى المحلية والعربية والأجنبية. بالإضافة إلى متابعة أصحاب المهن الطبية على تطوير معارفهم ومهاراتهم والتواصل مع ما يستجد من علوم وخبرات عن طريق برنامج التطوير المهني المستمر الذي سيرتبط بتصنيف المهني وترقيتهم في هذا التصنيف.

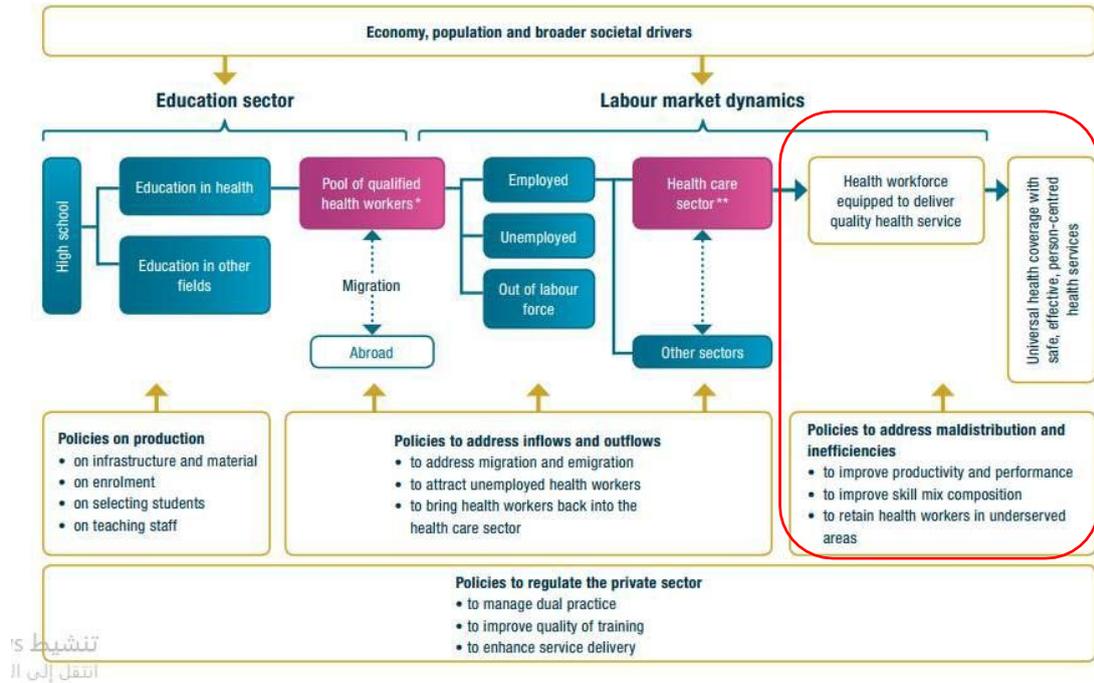
الخلاصة :

بعد عدد من الانتكاسات خلال عامي 2016 و2018، ينتعش مؤشر إجمالي الكادر الصحي في سورية من جيد ليعود إلى مستوى ما كان عليه في عام 2015، سنة الرأس بالنسبة لمنحى النمو في العقد السابق لها. كعادته، يلعب التعليم الأكاديمي الداخلي، عبر الجامعات الحكومية والخاصة، دوره المحوري في رفد سوق العمل الصحي بالكوادر الصحية المؤهلة، وتعويض النقص الناجم عن هجرة هذه الكوادر إلى الخارج.

الفصل الثالث : توزيع الكوادر الصحية في الجمهورية العربية السورية

عاملان أساسيان يحكمان صيغة الاستخدام الأمثل للموارد البشرية الصحية: توافر هذه الموارد وتوزيعها بالشكل الملائم. إذ لا يعتبر توافر الكوادر الصحية المؤهلة والمدربة لوحده كافياً لضمان الحصول على نتائج كافية لخدمة التنمية بشكل عام، وإنما لا بد أن يقترن هذا التوافر بعملية توزيع صحيحة لهذه الكوادر تضمن فعالية أكبر لنظام الرعاية الصحية وتسمح بتحقيق تنمية متوازنة ومستدامة بشكل عام.

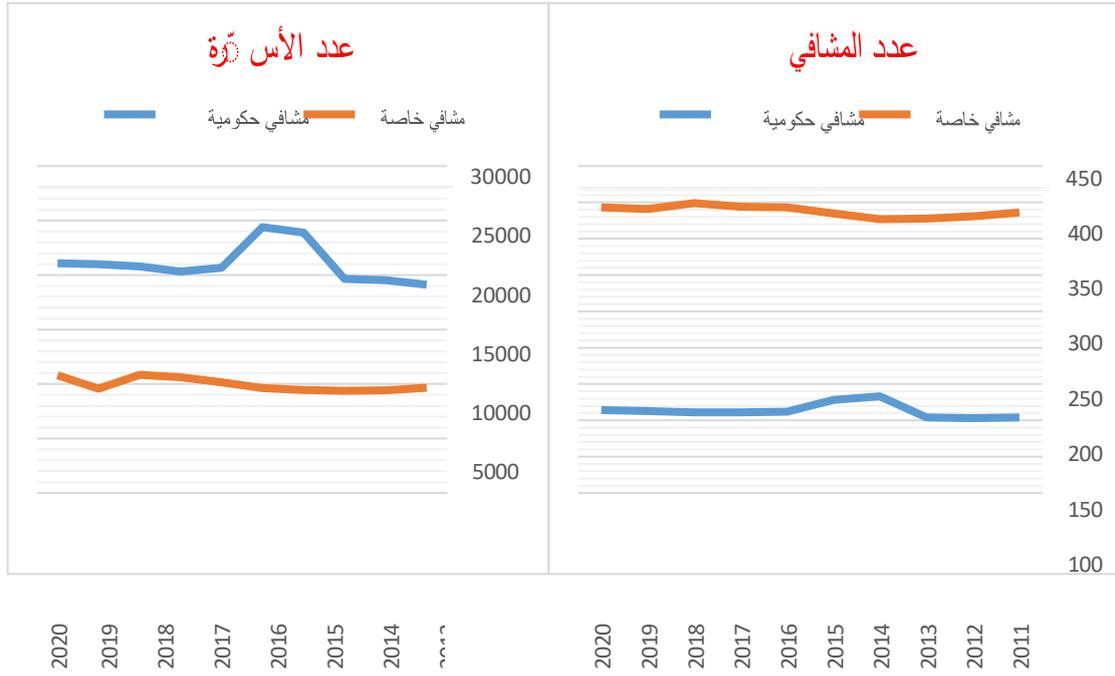
حين نتحدث عن توزيع الكوادر الصحية فالمقصود ليس فقط التوزيع الجغرافي، وإنما التوزيع وفقاً للمهارات والاختصاصات كذلك، بالإضافة الى التوزيع ما بين القطاعين العام والخاص. فهم هذه العملية من شأنه أن يتيح الفهم الأوسع لفعالية القوة العاملة في مجال الرعاية الصحية التي يتم استخدامها في هذا البلد.



الشكل 24 : التوزيع في سياق إطار عمل تحليل سوق العمل HLMA

3.1. علاقة معقدة ما بين القطاعين العام والخاص:

خلال العقد الأخير، وعلى الرغم من تفوق عدد المشافي الخاصة في سورية على الحكومية منها، فإن المشافي الحكومية لا تزال تتمتع بالحصة الأكبر من عدد الأسرّة. مع ذلك، فإن توزيع الكوادر الصحية بين القطاعين العام والخاص يخضع لمعادلة الممارسة المزدوجة.



الشكل 25 : عدد المشافي الحكومية والخاصة، 2020-2011

رغم أن الدلائل الدولية حول الممارسة المزدوجة تشير بوضوح إلى آثارها السلبية على العدالة والكفاءة والجودة في توفير الرعاية الصحية، تعتبر الممارسة المزدوجة بين المهنيين الصحيين في العديد من البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل بمثابة مصدر إضافي للدخل لتعويض التدني في الرواتب والأجور أو كآلية لتحسين التوظيف والاستبقاء في المناطق الريفية.

في سوريا، تعتبر الممارسة المهنية المزدوجة مسموحة خارج أوقات العمل، يمكن للطبيب الذي يعمل في مستشفى حكومي أن يقدم خدماته في المراكز والمشافي الصحية الخاصة. فارق الأجور بين القطاعين العام والخاص قد يكون دافعاً لتبني الأطباء لهذه الممارسات. مع ذلك، لم تتمكن من الحصول على إحصاءات دقيقة حول أعداد الكوادر الصحية العاملة في القطاع الخاص.

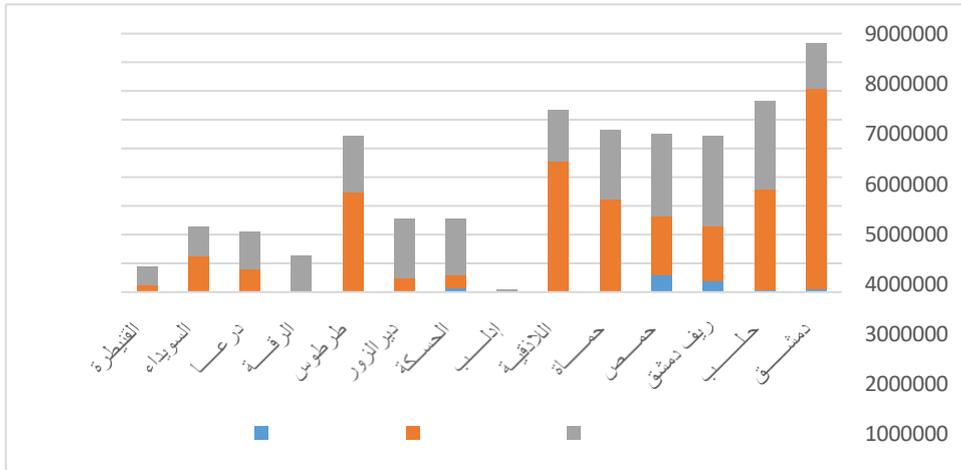
3.2. نصيب الفرد من الخدمات الصحية

على صعيد الخدمات الصحية، تم تقديم قرابة 55.4 مليون خدمة صحية للسكان في سورية خلال عام 2020. 52.2% منها عبر المشافي الحكومية التابعة لوزارة الصحة والتعليم العالي، 45.36% منها عبر المراكز الصحية العامة، و 2.43% منها عبر المشافي الخاصة. ارتفاع تكاليف الخدمات في المشافي الخاصة مقارنة بالحكومية منها قد يبرر انخفاض هذه النسبة.

في التفاصيل، قدمت المشافي الخاصة خلال عام 2020 ما مجموعه 1347953 خدمة تشكل العمليات الجراحية نسبة 10% منها. وحظيت محافظة حمص بالنسبة الأكبر من هذه الخدمات 43.33% تليها ريف دمشق 27.57%

في عام 2020، قدمت المرافق التابعة لوزارة الصحة ما مجموعه 44837817 خدمة، 56% منها عبر المراكز الصحية، 38.83% منها عبر المستشفيات، بالإضافة إلى 5.13% منها خدمات اسعاف. وفقاً لتوزيع هذه الخدمات تبعاً للمحافظات، حظيت محافظة حماه بالحصة الأكبر 12.57% تليها طرطوس 12.08% ثم حمص 11% أي أن مشافي وزارة الصحة قدمت ما مجموعه 19707949 خدمة شكلت العمليات الجراحية ما نسبته 1.06% منها فقط.

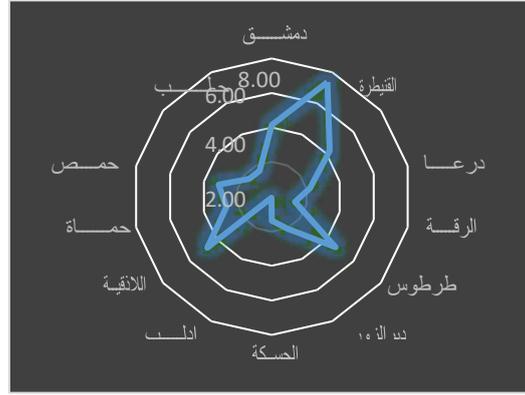
وحظيت محافظة طرطوس بالحصة الأكبر من هذه الخدمات 17.58% تليها دمشق 16.45% حماه 16.9%



الشكل 26 : توزيع المرافق الصحية العامة والخاصة، 2020

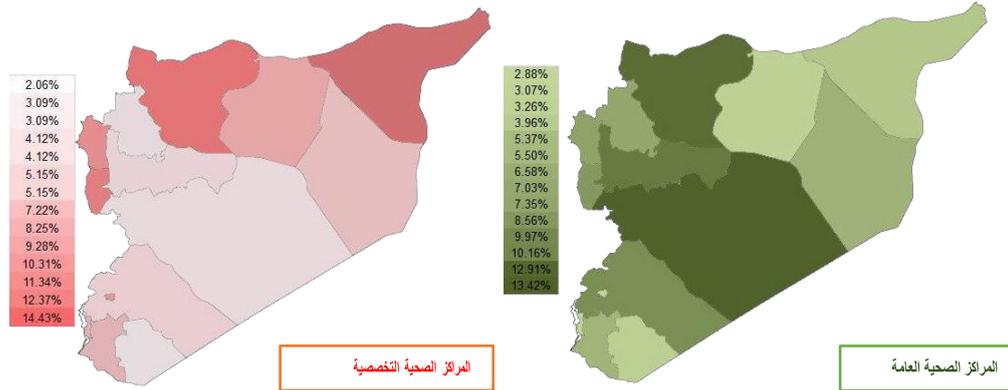
Source: CBS, different gazettes

بالإضافة إلى ذلك، قدمت مشافي وزارة التعليم العالي 9212926 خدمة، توزعت بين دمشق 39.54% اللاذقية 26.57% حلب 24.83% وريف دمشق 9%. أما المراكز الصحية العامة فقد قدمت 25129868 خدمة في عام 2020، 12.51% منها في ريف دمشق، 12.3% في حلب، 11.38% في حمص. بالمحصلة، وفقاً لتقديرات عدد السكان في عام 2020، فإن نصيب الفرد من إجمالي الخدمات الصحية المقدمة في سورية، من قبل مختلف القطاعات المذكورة أعلاه، بلغ 2.46 خدمة في العام. سجلت القنيطرة أعلى حصة فردية بلغت 7.36، تليها اللاذقية 4.75، ثم طرطوس 4.68.



الشكل 27 : نصيب الفرد من الخدمات الصحية، 2020

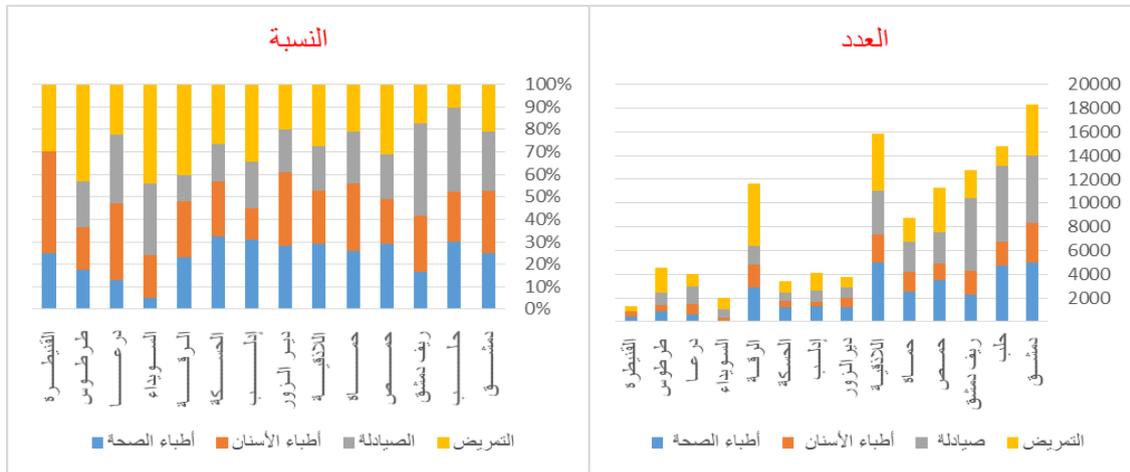
تظهر هذه النتائج مشكلة في توزيع الخدمات الصحية ما بين المحافظات المختلفة. هذه المشكلة تتطلب في الواقع المزيد من التحليل والبحث لتحديد أسبابها الحقيقية واقتراح السياسات اللازمة لتلافيها. من ناحية أخرى، يظهر توزيع المراكز الصحية، وفقاً لتخصصها ما بين عام وتخصصي، مشكلة إضافية.



الشكل 28 : توزيع المراكز الصحية العامة والتخصصية، 2020

3.3. توزيع الكوادر الصحية حسب المحافظات

أحد العوامل الهامة في الحكم على كفاءة نظام الرعاية الصحية هو جودة توزيع الكوادر الصحية بين المحافظات المختلفة. لتقييم هذا العامل لا يكفي النظر الى أعداد هذه الكوادر، وإنما لا بد من أخذ معيار الكثافة بعين الاعتبار. بدايةً، تظهر الأرقام في عام 2020 أن إجمالي الكادر الصحي بلغ 116583 شخصاً، أكثر من نصف هذا الكادر موزع في أربع محافظات فقط، هي دمشق 15.74% اللاذقية 13.58% حلب 12.66% وريف دمشق 10.97%.



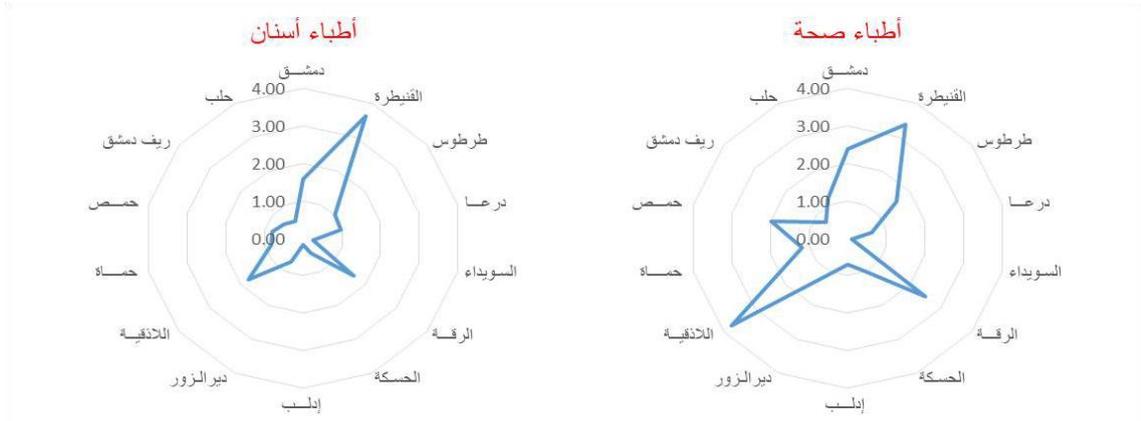
الشكل 29: توزيع الكادر الصحي حسب الاختصاص والمحافظة، 2020

كما يبدو من الشكل السابق وجود تفاوت واضح في أعداد الكوادر الصحية تبعاً لتخصصاتها بين المحافظات المختلفة. في الواقع، أكثر من 57% من أطباء الصحة متواجدين في أربع محافظات فقط، هي اللاذقية 15.78% دمشق 15.77% حلب 14.98% وحمص 11.05% فيما يتوزع الباقي على عشرة محافظات، وسجلت السويداء أدنى نسبة لأطباء الصحة بمعدل بلغ 0.34% من إجمالي أطباء الصحة في سورية. كذلك، أكثر من 62% من أطباء الأسنان متواجدين في خمس محافظات فقط، وهي دمشق

17.92% اللاذقية 12.87% حلب 10.8% ريف دمشق 10.78% والرقية 10.19%. فيما يتوزع الباقي على تسعة محافظات، وأيضاً، سجلت السويداء أدنى النسب بمعدل بلغ 1.21% من إجمالي أطباء الأسنان في سورية. أما الصيادلة، فتظهر الأرقام أن أكثر من 63% منهم متواجدون في أربع محافظات فقط، وهي حلب 18.65% ريف دمشق 17.82% دمشق 16.73% واللاذقية 10.66%. فيما يتوزع الباقي على عشرة محافظات، مع تسجيل الحسكة أقل النسب بمعدل 1.94% من إجمالي صيادلة سورية. وفيما يتعلق بالكادر التمريضي، فيبدو كذلك أن أكثر من 56% من الكادر

التمريضي- موزع بين أربع محافظات فقط، وهي الرقة 16.29% اللاذقية 14.99% دمشق 13.38% وحمص 11.82%. في حين يتوزع الباقي على عشرة محافظات، وقد سجلت محافظة القنيطرة أدنى النسب بمعدل 1.54% من إجمالي الكادر التمريضي في سورية.

لكن، وباعتبار أن أعداد الكوادر لا تعطي فكرة وافية عن جودة التوزيع إذا لم تقترن بأعداد السكان مقابلها، يتم اللجوء الى مؤشر الكثافة كمؤشر أكثر دقة. وفقاً لمنظمة الصحة العالمية WHO فإن نسبة الأطباء إلى السكان المرغوبة تعادل 1:1,000. مع ذلك، أفاد أكثر من 44% من الدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية بوجود أقل من طبيب واحد لكل 1000 من السكان. بالنظر الى هذه المؤشرات في سوريا، فيما يخص أطباء الصحة، نلاحظ أن هذا المعيار محقق فقط في 64% من المحافظات السورية. سجلت اللاذقية أعلى معدل كثافة بينها 3.74 تليها القنيطرة 3.36 ثم الرقة 2.52. فيما بقيت محافظات ريف دمشق وادلب والحسكة ودرعا والسويداء أقل من المعيار المقبول. أما كثافة أطباء الأسنان، فقد حققت المعيار في خمس محافظات فقط. وهي القنيطرة 3.61 اللاذقية 1.78 الرقة 1.63 دمشق 1.59 وطرطوس 1.02. فيما جاءت بقية المحافظات أقل من المعيار المحدد.



الشكل 30 : كثافة الكادر الطبي حسب المحافظات، 2020

Source: CBS, different gazettes

هذه النتائج تشير بوضوح الى خلل في توزيع الكادر الطبي وفقاً للجغرافيا السورية وبما يتناسب مع أعداد السكان في المحافظات المختلفة. الأمر الذي من شأنه أن ينعكس على كفاءة نظام الخدمات الصحية بشكل عام. بشكل مشابه، تظهر النتائج كذلك مشكلة في توزيع الميادلة حسب المحافظات. محافظات دير الزور، إدلب، الحسكة والسويداء تمتلك نسب كثافة منخفضة للميادلة نسبة لعدد السكان. بالمقابل، سجلت محافظات دمشق واللاذقية كثافة تقدر بـ 2.75 صيدي في كل منها، تليها طرطوس 1.99 صيدي لكل 1000 نسمة.



الشكل 31 : كثافة الصيدلة والكادر التمريضي حسب المحافظات، 2020

Source: CBS, different gazettes

أما فيما يتعلق بالكادر التمريضي، وبينما تركزت الكثافة بشكل كبير في الرقة 5.68 والقنيطرة 4.12 واللاذقية 3.62 فقد سجلت خمس محافظات، وهي حلب وحمص ودير الزور وريف دمشق والحسكة، نسب كثافة متدنية للمرضين لم تصل حتى الى ممرض واحد لكل 1000 نسمة.



الشكل 32 : نسبة الكادر التمريضي الى الأطباء حسب المحافظات، 2020

Source: CBS, different gazettes

أما فيما يتعلق بنسب الممرضين الى الأطباء، فقد سجلت السويداء أعلى النسب بمعدل 8.56 ممرض لكل طبيب صحة و 2.77 ممرض لكل طبيب بشكل عام متضمناً أطباء الأسنان وسجلت حلب أقل هذه النسب بمعدل 0.34 ممرض لكل طبيب صحة و 0.24 ممرض لكل طبيب بشكل عام. يظهر الشكل 32 التفاوت الكبير في نسب الممرضين الى الأطباء وفق المحافظات السورية.

الخلاصة

تظهر النتائج التي تم استعراضها في هذا الفصل وجود حالة من الخلل في توزيع الكوادر الصحية على المستوى الجغرافي من جهة، وبالنظر لأعداد السكان في المحافظات من جهة ثانية، حيث يظهر بوضوح وجود تركيز في كثافة الكادر الصحي في بعض المحافظات على حساب محافظات أخرى. مع ذلك، فإن

مناقشة أسباب هذا الخلل تبدو صعبة في ظل غياب مؤشرات حول بيانات معدلات الوظائف وفق الترميز الجغرافي، خاصة فيما يتعلق بأعداد المراكز الوظيفية (المشغولة والفارغة) وفقاً لأعداد السكان، بالإضافة إلى الدوافع الخاصة باختيار مكان العمل والإنتاجية وقرارات الاستقالة. هذه العوامل تحدد بشكل كبير السياسة الملائمة للاستجابة لمثل هذا الخلل.

الفصل الرابع : المناقشة والاقتراحات

بعد عقد من الصراع والهجمات العسكرية والحصار والعقوبات الغربية يحاول الاقتصاد السوري بشكل عام الخروج من عنق الزجاجة. معدلات التضخم التي وصلت إلى مستويات قياسية، بالإضافة إلى انخفاض نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي تمثل مؤشرات تفرض انعكاساتها على سوق العمل بشكل عام، والصحي بشكل خاص. مع ذلك، لا يزال قطاع الخدمات بشكل عام في صدارة القطاعات على معدل نمو مستوى التوظيف. تظهر النتائج كذلك أن معدلات البطالة لا تزال مرتفعة خاصة بين الإناث، في حين أن الفئات العمرية الشابة لا تزال تسود قوة العمل. من ناحية أخرى، يتباين معدل النشاط الاقتصادي الخام بين المحافظات ليسجل أعلى معدلاته في طرطوس وأدناها في الرقة.

بعد عدد من الانتكاسات خلال عامي 2016 و2018، ينتعش مؤشر إجمالي الكادر الصحي في سورية من جديد ليعود إلى مستوى ما كان عليه في عام 2015، سنة الرأس بالنسبة لمنحى النمو في العقد السابق لها، مدفوعاً بمخرجات التعليم الطبي الداخلي. كعادته، يلعب التعليم الأكاديمي الداخلي، عبر الجامعات الحكومية والخاصة، دوره المحوري في رفد سوق العمل الصحي بالكوادر الصحية المؤهلة،

وتعويض النقص الناجم عن هجرة هذه الكوادر الى الخارج هرباً من العنف أو بحثاً عن فرص عمل أفضل تعوض تدني الأجور ومنعكسات التضخم. ضمن هذا السياق، تم اتخاذ العديد من الإجراءات الهادفة الى النهوض بمستوى التعليم الطبي وأهمها احداث الهيئة السورية للاختصاصات الطبية كجهة اعتماد وتطوير طبي. إضافة الى بعض الإجراءات المالية لمواجهة الهجرة عبر منح تعويضات مالية للكادر الصحي، لكنها لا تزال منخفضة.

مع ذلك، يظهر الخلل الكبير في إدارة القوة الصحية العاملة من خلال مؤشرات التوزيع الخاصة بها. حيث يظهر بوضوح وجود تركيز في كثافة الكادر الصحي في بعض المحافظات على حساب محافظات أخرى. هذا الأمر من شأنه التأثير على جودة خدمات نظام الرعاية الصحية بشكل عام.

في ضوء ما سبق، يقترح فريق العمل ما يلي :

أولاً : في مجال سياسات واستراتيجيات تطوير القوى العاملة الصحية

إن غياب أو ضعف السياسة الخاصة بإدارة الموارد البشرية الصحية من شأنه أن يؤدي الى حدوث خلل كبير في العمليات الخاصة بنظام الرعاية الصحية. تتطلب عملية اعداد مثل هذه السياسات التنسيق بين مختلف الجهات ذات الصلة بالإضافة الى توفر قواعد بيانات دقيقة ليتم الاستناد اليها في عمليات التخطيط واتخاذ القرار. وعليه نقترح:

1. احداث وحدة تنسيق خاصة بالموارد البشرية الصحية بين مختلف القطاعات. تتولى هذه الوحدة مهام التنسيق بين مختلف الجهات العامة والخاصة لتلافي الخلل الموجود في عملية توزيع الكوادر الصحية. بالإضافة الى ذلك، يكون من مهام هذه الوحدة اعداد السياسات والخطط الخاصة باستثمار الكادر الصحي على المدى الطويل، أخذة بعين الاعتبار جميع المتغيرات المؤثرة من الناحية الديموغرافية، المالية، الهجرة، الواقع الصحي للبلاد ومتطلباته، وغيرها.

2. اجراء دراسة لاستكشاف وتقييم احتياجات الكوادر الصحية. هذه الدراسة من شأنها تقديم مدخلات هامة لعملية اتخاذ القرار واعداد الخطط اللازمة لتحقيق التوزيع الأمثل للكوادر الصحية و تأمين احتياجاتها بغية التخفيض من معدلات الهجرة.

3. البدء بتأسيس قاعدة بيانات مركزية شاملة تسمح بجمع البيانات الضرورية حول مختلف المتغيرات الخاصة بالقوى الصحية العاملة في مختلف القطاعات.

4. اعداد سياسة متعددة القطاعات حول هجرة الكوادر الصحية تشمل جهات مختلفة مثل وزارة الصحة، وزارة المالية، وزارة التعليم العالي، بالإضافة الى النقابات ذات الصلة.

ثانياً : في مجال ضبط ومراقبة القطاع الصحي الخاص

تلعب الممارسة المزدوجة دوراً كبيراً في القطاع الصحي السوري. تلجأ الكوادر الصحية الى العمل لدى جهات مختلفة بحثاً عن زيادة في مواردها لمواجهة الوضع الاقتصادي الصعب. مع ذلك، لا توجد سياسة واضحة المعالم لضبط هذه العملية ناهيك عن نقص المعلومات الخاصة بالكوادر الصحية في القطاع الخاص الذي يساهم بشكل كبير في تقديم خدمات الرعاية الصحية في سوريا. لذلك، نقترح ما يلي:

1. تطوير نظام ضبط ومراقبة للكوادر الصحية العاملة في القطاع الخاص بما يضمن تحسين جودة خدمات الرعاية الصحية المقدمة.

2. اعداد سياسة خاصة بالممارسة المزدوجة في القطاع الصحي تحول دون تأثير هذه العملية على جودة خدمات النظام الصحي ككل، من خلال ضبط هذه الممارسات وتقنينها في ضوء احتياجات ومتطلبات القوى الصحية العاملة والنهوض بالواقع الصحي.

ثالثاً : في مجال توزيع الكوادر الصحية

الاستثمار الأمثل للموارد البشرية الصحية يتطلب توزيعها بشكل عادل وملائم. في غياب ذلك تنتشر نقاط الخلل المؤثرة على نظام الرعاية الصحية ككل. مع ذلك، فإن مناقشة أسباب هذا الخلل تبدو صعبة في ظل غياب مؤشرات حول بيانات معدلات الوظائف وفق الترميز الجغرافي، خاصة فيما يتعلق بأعداد المراكز الوظيفية (المشغولة والفارغة) وفقاً لأعداد السكان، بالإضافة إلى الدوافع الخاصة باختيار مكان العمل والإنتاجية وقرارات الاستقالة. هذه العوامل تحدد بشكل كبير السياسة الملائمة للاستجابة لمثل هذا الخلل. وعليه نقترح:

1. إجراء دراسة حول إنتاجية الكوادر الصحية العاملة في مختلف القطاعات، تأخذ هذه الدراسة بعين الاعتبار هدف الكشف عن العوامل المؤثرة على هذه الإنتاجية.
2. إجراء دراسة حول دوافع الكوادر الصحية للعمل في المجال الصحي في مختلف القطاعات بهدف تحديد عوامل تركيز الطلب على التوظيف بين القطاعات.
3. تحديد مواطن النقص في خدمات الرعاية الصحية والتحقق من أن سياسات التوظيف المعتمدة تأخذ بعين الاعتبار التوزيع الأمثل للكوادر الصحية.

أخيراً، يرى فريق العمل، إضافة إلى ما سبق، أن استمرار الأزمة السورية والحصار الاقتصادي والعقوبات القسرية المفروضة على الجمهورية العربية السورية من شأنه إلحاق المزيد من الضرر، المباشر وغير المباشر، على مستوى نظام الرعاية الصحية ككل، وخاصة ما يتعلق منها بالموارد البشرية الصحية وجودة خدمات الرعاية الصحية المقدمة من قبل هذه الكوادر.

القطاع الصحي في سوريا: شاهداً على التنمية والحرب أذار 2020. دراسة صادرة عن مركز دمشق للأبحاث والدراسات .

المجموعات الإحصائية السورية 2011-2021 المكتب المركزي للإحصاء، دمشق.

Budget Brief. (July 2022). The 2022 State Budget in Syria. UNICEF Syria

Alhaffar B.A., Abbas G. and Alhaffar A. A. (2019) The prevalence of burnout syndrome among resident physicians in Syria. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*. 14:31- <https://doi.org/10.1186/s12995-019-0250-0>

Alhaffar, M. B. A., & Janos, S. (2021). Public health consequences after ten years of the Syrian crisis: a literature review. *Globalization and Health*, 17, 1-11.

Allahham L, Mouselli S and Jakovljevic M (2022) The quality of Syrian healthcare services during COVID-19: A HEALTHQUAL approach. *Front. Public Health* 10:970922. doi: 10.3389/fpubh.2022.970922

Asiimwe D, McPake B, Mwesigye F, Ofoumbi M, Oertenblad L, Streefland P, Turinde A. (2017) The private sector activities of public- sector health workers in Uganda. In *Private Health Providers in Developing Countries. Serving the Public Interest?*. Edited by: Bennet S, McPake B, Mills A. London and New Jersey: Zed Books, 140-157.

De Silva et al., (August, 2018). Health Labour Market Analysis. Technical Report. Ministry of Health. Sri Lanka.

<https://www.researchgate.net/publication/341071244>

Garcia-Prado A, Gonzalez P (2007). Policy and regulatory responses to dual practice in the health sector. *Health Policy*, 84:142-52

McPake, B., Maeda, A., Araújo, E. C., Lemiere, C., El Maghraby, A., & Cometto, G. (2013). Why do health labour market forces matter?. *Bulletin of the World Health Organization*, 91, 841-846.

Mohamad O, AlKhoury N, Abdul-Baki M, Alsalkini M and Shaaban R (2021). Workplace violence toward resident doctors in public hospitals of Syria: prevalence, psychological impact, and prevention strategies: a cross-sectional study. *Hum Resour Health* 19:8. <https://doi.org/10.1186/s12960-020-00548-x>

Sawaf B, Abbas F, Idris A, Al Saadi T and Ibrahim N (2018) Specialty preference and intentions to study abroad of Syrian medical students during the crisis. *BMC Medical Education* 18:39. <https://doi.org/10.1186/s12909-018-1146-x>

Sousa A, Scheffler, R, Nyoni J, and Boerma T. (2013). A comprehensive health labour market framework for universal health coverage. *The Bulletin of the World Health Organization* 91: 892-894.

Vujicic, M., & Zurn, P. (2006). The dynamics of the health labour market. *The International journal of health planning and management*, 21(2), 101-115.