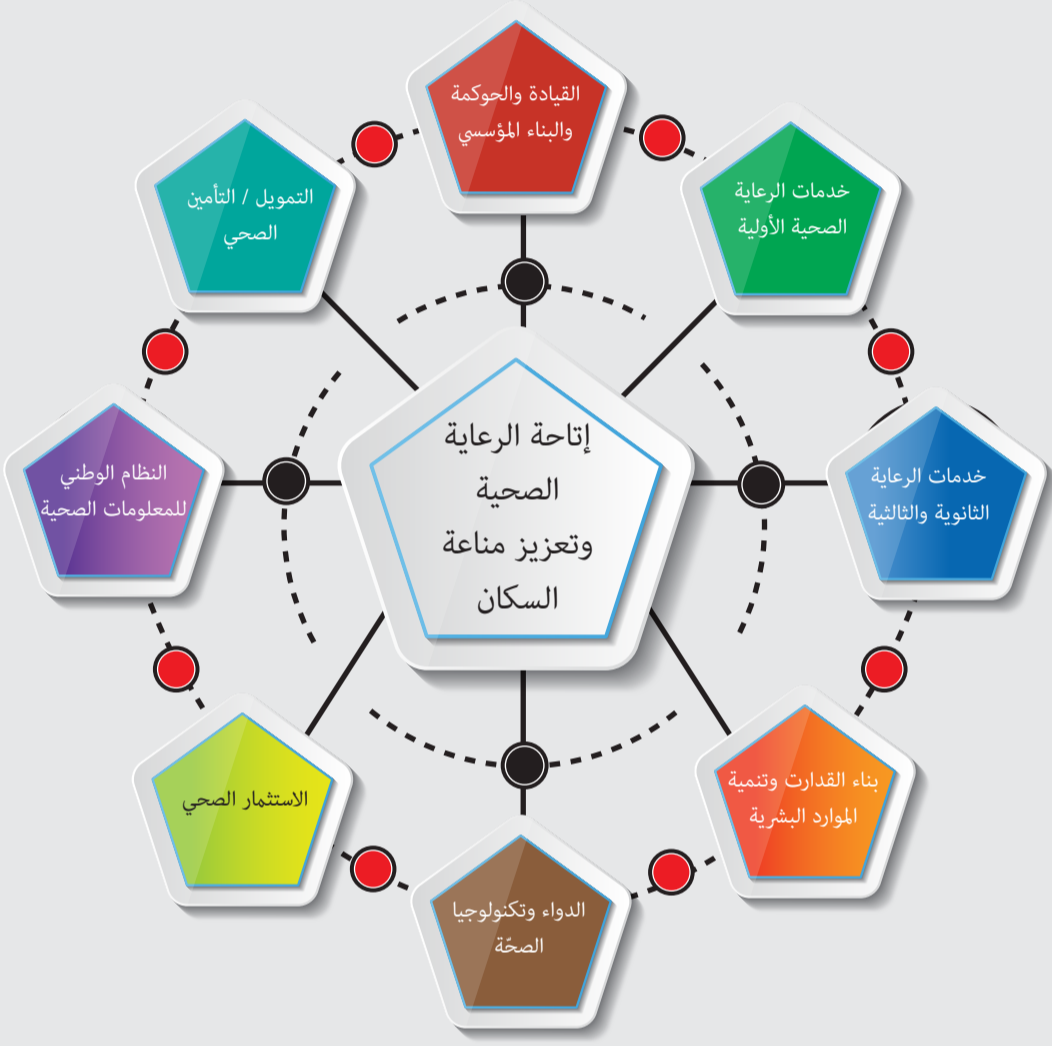




استراتيجية الموارد البشرية الصحية 2022-2025



الموارد البشرية الصحية في إطار
الرؤية الوطنية لبناء الدولة
اليمنية الحديثة



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

المحتويات

المقدمة

اهم المصطلحات المستخدمة

الفصل الأول: تحليل الوضع الراهن للموارد البشرية الصحية

بيئة النظام الصحي والمؤثرات المحيطة

البيئة الداخلية للموارد البشرية الصحية

السياسات

التعليم الطبي والصحي

التعليم الأساسي (ما قبل الخدمة)

التعليم التخصصي (الدراسات العليا)

التدريب أثناء الخدمة (التطوير المهني المستمر)

القيادة

على المستوى الوطني (وزير الصحة)

على المستوى اللامركزي (المحافظات)

التنسيق بين الشركاء

تمويل الموارد البشرية الصحية

نظم إدارة الموارد البشرية الصحية

نظام التوصيف المهني والوصف الوظيفي

نظام قياس أداء العاملين الصحيين

بيئة العمل بالمرافق الصحية

نظام معلومات الموارد البشرية الصحية

مراحل القوى العاملة الصحية

مدخل القوى العاملة

الإنتاج

الهجرة الداخلة

نظام التوظيف

تراخيص مزاولة المهنة

القوى العاملة الفاعلة

التوافر العددي للموارد البشرية الصحية

تغطية الكوادر والتوزيع الجغرافي

الرضى الوظيفي
الأداء (الإنتاجية / الجودة)
المقبولية (رضا المستفيدين)
مخارج القوى العاملة (فقد الكادر)
العوامل الطبيعية
العوامل المسببة
القضايا والتحديات الرئيسية للموارد البشرية الصحية
تحليل مظاهر القوة والضعف والفرص والمهددات
الفصل الثاني: المكونات الإستراتيجية
الرؤية
الرسالة
الغاية
المبادئ والقيم
التوجهات الإستراتيجية
الأهداف الإستراتيجية
مصفوفة الأهداف الإستراتيجية
الهدف الإستراتيجي الأول
الهدف الإستراتيجي الثاني
الهدف الإستراتيجي الثالث
الهدف الإستراتيجي الرابع
الهدف الإستراتيجي الخامس
الإطار العام لرصد وتقييم الإستراتيجية
إطار التمويل للإستراتيجية
إشهار الإستراتيجية وخارطة الطريق لتنفيذها
الملاحق
خطة الإشهار
خارطة الطريق

استهلال توجيهي



الحمد لله الذي علّم بالقلم، علّم الإنسان ما لم يعلم، والذي جعل هديه لنا معرفةً علميةً حقّة، تنسجم مع سُنن الله في الخلق، وتستجيب لقوانين الخالق جلّ وعلا القائل في مُحكم كتابه: « ويرى الذين أوتوا العلم الذي أنزل إليك من ربك هو الحقّ».

إنّ من أمثل ما نستثمر فيه لضمان رعايةٍ صحيّةٍ حقّة في بلادنا هو الإنسان، والذي يُعدّ المورد الأهمّ لتحقيق رؤيتنا في إطار قطاع الخدمات والتكافل الاجتماعي، والتي تقضي بتقديم (خدمات عامّة ميسّرة وحماية اجتماعية متنوعة ومستدامة بما يحقق أهداف التنمية الشاملة).

واستناداً إلى هذه الرؤية تقدّم وزارة الصحة إستراتيجيتها للموارد البشرية الصحيّة نحو تحقيق أهدافنا في قطاع الخدمات والتكافل الاجتماعي والتي تنصّ على تحسين

وتطوير الخدمات المقدّمة للمجتمع، بكادرٍ يتحلّى بالصفات الإيمانية، وفق إجراءات ميسّرة وبمبسطة تلبي حاجة ورضا المواطن، بالاستفادة من تقنية ونظم المعلومات.

وكما يشير تحليل الوضع في هذه الإستراتيجية فإنّ من أوجه القصور الرئيسية غياب الثقافة التنظيمية المستندة إلى القيم الإيمانية، ممّا يجعل التربية القرآنية أمراً حيويّاً لمعالجة الاختلالات الواقعة والمتوقّعة في أداء الأطر البشرية الصحيّة.

وعلى هذا النهج تأتي توجّهاتنا الإستراتيجية، وفق ما حدّدته الإستراتيجية الصحيّة الوطنية للفترة ٢٠٢٢ - ٢٠٢٥م والتي حدّدت ثمانية توجّهات تبدأ بالحوكمة والقيادة والبناء المؤسّسي، وتتناول الرعاية الصحيّة الأوليّة، والثانوية والثالثية، وبناء القدرات، والدواء وتكنولوجيا الصحة، والاستثمار الصحي، والتمويل والتأمين الصحي الاجتماعي. وتنسجم هذه التوجّهات مع أنشطة خطة فريق قطاع الخدمات والتكافل الاجتماعي، ومنها متابعة تنمية الجانب الإيماني لدى كلّ كادر العمل، ومتابعة تطوير مهارات وقدرات الكادر البشري، وتأهيله على الأساليب والطرق الصحيّة لخدمة المواطن. ولا شكّ أنّ توجّهاتنا الإستراتيجية الثمانية تتكامل لتحقيق غاية التنمية الصحيّة في إطار الرؤية الوطنية لبناء الدولة اليمينية الحديثة.

وفي سياق التدخلات المباشرة تتناول الإستراتيجية مراحل تمكين القوى العاملة الصحية بدءاً بالتأهيل ومروراً بنظام التوظيف ووصولاً إلى مراقبة ومتابعة وتقييم الأداء ضمن معايير تراخيص مزاوله المهنة التي تحددها وزارة الصحة.

وأخذاً في الاعتبار للتحديات الجغرافية والديموغرافية التي تتميز بها بلادنا فإن إستراتيجية الموارد البشرية الصحية تركز على الأرياف وإيجاد البدائل في تحقيق الرضا الوظيفي الذي يمكّن العاملين الصحيين من الاستمرار في تقديم الرعاية للمجتمعات المحلية، وبما ينسجم مع الإستراتيجية الصحية الوطنية والتي ركزت على أهمية تفعيل دور المؤسسات الصحية، وتزويدها بجميع المتطلبات الفنية والإدارية والمالية للقيام بدورها وفق معايير وزارة الصحة.

كما تتناول هذه الإستراتيجية أهمية التعليم الطبي والصحي، وضرورة توحيد مناهجه تحت إشراف وزارة الصحة، وعدم منح أي اعتمادية مهنية أو أكاديمية إلا وفق هذه المعايير، وبما يستجيب بأولويات وزارة الصحة في هذا الجانب. وهنا فإن إعادة النظر في سياسة القبول أمرٌ أساسي، بحيث يتم اختيار طلب الدارسين في مختلف المساقات الطبية والصحية وفقاً لخارطة القوى البشرية، والاحتياج الميداني، وخطة وزارة الصحة الموائمة لخطة قطاع الخدمات والتكافل الاجتماعي.

وبناءً على تحليل الوضع تقدم هذه الإستراتيجية الرؤية والرسالة والقيم المرتبطة بالموارد البشرية، وتطرح خمسة أهداف إستراتيجية ضمن الأولويات الوطنية، كما تهتم بإطار الرصد والتقييم الرامي إلى تصويب مسار التعليم الطبي والصحي، والاستجابة لاحتياجات الناس والتي تمثل بالنسبة لنا هدفاً رئيسياً ضمن مرمى تحسين المؤشرات الصحية والتغذوية في بلادنا.

ولا يختلف اثنان على أن التعليم هو أساس البناء، وهو فريضة على كل مسلم كما علمنا نبينا صلوات الله عليه وعلى آله، هو في حد ذاته تأهيلاً تمكيني لبناء حاضرٍ ومستقبلٍ يليقان بكلّ يمني، وذلك جزءٌ من مهامنا في وزارة الصحة، ودورنا في أداء معروف لبناء الوطن استناداً إلى قول الحق تبارك وتعالى: «الذين إن مكناهم في الأرض أقاموا الصلاة وآتوا الزكاة وأمروا بالمعروف».

إنّ مسؤولياتنا في حفظ الصحة وتعزيزها تتحقق من خلال فهم الاحتياجات الإنمائية الأساسية، لتأمين حق المواطنين في الصحة، وإتاحة خدماتها لكل إنسان في كل مكان، صحةً وتغذيةً وحماية اجتماعية، وصدق الله القائل: « فليعبدوا ربّ هذا البيت الذي أطعمهم من جوعٍ وآمنهم من خوف».

والله وليّ الهداية والتوفيق ،،،

أ.د. طه أحمد المتوكل



وزير الصحة

افتتاحية

د. عبد الملك الصنعاني، وكيل وزارة الصحة لقطاع التخطيط والتنمية الصحية



الحمد لله الذي بنعمته تتم الصالحات، والصلاة والسلام على سيدنا محمد وعلى آله الطيبين الطاهرين.

يُعدّ إطلاق الإستراتيجية الوطنية للموارد البشرية الصحية إنفاذاً للمسؤوليات الإدارية في تقديم الخدمات الأساسية للمجتمع، وفق معيار الكفاءة في إدارة القوى البشرية على كافة مستوياتها. وفي ظلّ التحديات الكبيرة التي تواجهها بلادنا إثر سبعة أعوام من العدوان والحصار والتدمير الذي نال البنية التحتية للقطاع الصحي، وتأثر به العاملون الصحيون، وتسبب

في تعطيل عمل ما يزيد على نصف المنشآت الصحية، وخروج أكثر من ٩٠٪ من الأجهزة والمعدات عن الخدمة، وفق مسح أجرته وزارة الصحة، إلى جانب توقف الصيانة الدورية للأجهزة، ممّا جعل الكادر الصحي غير قادر على العمل في بيئة كهذه. غير أنّ إرادة وزارة الصحة تفوقت على أغراض العدوان، فعملت على استعادة الثقة بالقطاع الصحي العام، من خلال تطوير الموارد البشرية، والوقوف على جوانب تأهيلها باعتبارها العنصر الأكثر فاعلية في تقديم الخدمات. ولتحقيق ذلك كان لا بُدّ من العمل على تهيئة البيئة المواتية لقيام الموارد البشرية بوظائفها الأساسية، فعلى الرغم من غياب الرواتب والحوافز بسبب إجراءات الحصار، والعدوان الاقتصادي على بلادنا، إلّا أنّ وزارة الصحة تمكنت من توفير الحدّ الأدنى من الاحتياجات لتشغيل المنشآت الصحية، بالتعاون مع شركاء العمل الإنساني والتنمية الصحية.

وفي سبيل تعزيز جودة الخدمات المقدّمة تأتي هذه الإستراتيجية للوقوف على نظام الموارد البشرية الراهن، وبما يشتمل على الإطار المرجعي لتحديد وتعزيز القوى الصحية العاملة، ومن ذلك تناسب أعداد الملتحقين بالجامعات والمعاهد الطبية والصحية مع احتياجات وزارة الصحة، وفق التوزيع الجغرافي العادل، الذي يضمن وصول الخدمة المعيارية إلى الأرياف.

وقد حدّدت هذه الإستراتيجية خمسة أهداف ضمن مصفوفة تدخلات منسجمة مع الرؤية الوطنية لبناء الدولة اليمنية الحديثة فكان الهدف الإستراتيجي الأول معنياً بارتباط المهنة الطبية والصحية مع احتياجات النظام الصحي وخدماته كمّاً ونوعاً، وتم وضع عددٍ من الآليات اللازمة لتحقيق ذلك. كما اهتمّ الهدف الثاني بتطوير مقدّرات مؤسسات التعليم الطّبي والصّحي للاستجابة لاحتياجات التوسّع وفق معايير الجودة، إلى جانب ارتباط عملية التوظيف والاستيعاب بآليات التوسع في تعليم المهنة الطبية ومثّل هذا الجانب الهدف الإستراتيجي الثالث. واختصّ الهدف الإستراتيجي الرابع بتوسيع وتعزيز مظلة التسجيل المهني والترخيص لمزاولة المهنة، وهنا فإن الإستراتيجية احتوت تحليلاً متعمقاً لنتائج امتحانات مزاولة المهنة الطبية والصّحية الذي أجره المجلس الطبي، وبين وجود ثغرات كبيرة في عمليات التأهيل والتدريب، مما استلزم تخصيص هذه الإستراتيجية لآليات ملائمة للتعامل مع هذا الشأن. وجاء الهدف الإستراتيجي الخامس معنياً ببناء وتعزيز المقدّرات القيادية والتخطيطية لإدارة منظومة الموارد البشرية الصّحية على المستوى الوطني.

إنّ من مسؤولياتنا في وزارة الصحة العمل على الوفاء بمسؤوليات التنسيق البرامجي لتطوير الأداء، ومن ذلك العمل التكاملي بين الإدارة العامة لتنمية الموارد البشرية والتي تختصّ بالجوانب الفنية والتأهيلية من الناحية الفنية، والإدارة العامة للموارد البشرية المعنية باشتراطات التوظيف والاستيعاب والتوزيع العادل وفق سياسات وزارة الصحة، والاحتياجات الميدانية، وبالتركيز على المجتمعات الريفية.

وتعمل وزارة الصحة على تعزيز نُظُم المعلومات وارتباطها المؤسّسي مع الموارد البشرية على كافة مستويات النظام الصّحي في بلادنا، وفق معايير واشتراطات مرجعية وتوصيف وظيفي وسياسة إحلال وتأهيل تمكيني لِمَا من شأنه الوصول إلى أهداف النظام الصحي الوطني، وتحقيق مراميه في تعزيز المؤشرات الصحية والتغذوية.

إنّ هذه الإستراتيجية تنطلق من موجّهات القيادة، وتعمل على الالتزام بما ورد من توجّهات إستراتيجية لوزارة الصحة، حيث تأتي عملية بناء القدرات في مقدمة اهتماماتها، وبما يشتمل على الجوانب الإدارية والفنية والمالية، لتكون الموارد البشرية الصّحية قادرة على العمل بما يحقق الرؤية الوطنية في بناء الدولة اليمنية الحديثة، ويستجيب لأولوياتها.

والله وليّ الهداية والتوفيق ،،،

أهم المصطلحات المستخدمة

- **الموارد البشرية:** مجموعة من الافراد والقوى العاملة المعنيّة بالنهوض بالأداء المؤسسي، وفق الشروط المرجعيّة، والتخصصات، والكفاءات.
- **إدارة الموارد البشرية الصحية:** هي إدارة القوى العاملة في القطاع الصحي وتختص بجذب الموظفين، والاختيار، والتدريب، والتقييم، ومكافأة الموظفين، ومتابعة قيادة المنظمة، والثقافة التنظيمية، والتأكد من الامتثال لقوانين العمل.
- **تنمية الموارد البشرية الصحية:** مصطلح شامل يتضمن السياسات والتخطيط والإدارة والتدريب للموارد البشرية الصحية.
- **إسقاطات الموارد البشرية الصحية:** هي خطة طويلة المدى (عشر سنوات فما فوق) تشتمل على حساب أعداد وأنواع العاملين الصحيين الذين تحتاجهم الدولة على المدى الطويل، مع تحديد التدخلات المطلوبة وفقاً لنمط العرض والطلب السائد في سوق العمل.
- **العاملون الصحيون:** يشتمل هذا المصطلح على كافة فئات المهن الطبية والصحية، ويضم مقدمي الخدمة من أطباء، وممرضين، وقابلات، وأطربشريّة مساندة، وغيرهم، إلى جانب الموظفين الإداريين، ممن يعملون في المؤسسات والخدمات الصحية.
- **النقص الحاد في الموارد البشرية الصحية:** عندما تكون أعداد الأطباء والممرضين والقابلات منسوبة إلى حالة السكان أقل من (٢,٣) عامل صحي لكل (١٠٠٠) من السكان يكون حيز النقص في الموارد البشرية الصحية حاداً، وهو التعريف المعتمد لدى منظمة الصحة العالمية.
- **الهجرة الداخلة:** يقصد بها دخول العاملين الصحيين الأجانب للعمل ضمن النظام الصحي الوطني.
- **الهجرة الخارجة:** يقصد بها خروج العاملين الصحيين للعمل في النظام الصحي لدولة أخرى.
- **مزيج المهارات:** يقصد به التناسب بين فئات المهن الطبية والصحية المختلفة، مثلاً نسبة الأطباء إلى الممرضين.
- **الممارسة المزدوجة:** يقصد بها قيام العاملين الصحيين بممارسة أعمالهم في موقعين أو وظيفتين خلال وقت زمني يكفي لوظيفة واحدة، ويستخدم هذا المصطلح لوصف تسرب العاملين في القطاع العام للعمل في مؤسسات القطاع الخاص أثناء ساعات العمل الرسمية.

المقدمة:

تعتبر الموارد البشرية، أو القوى العاملة الصحية، حجر الزاوية في بناء وتقوية النظام الصحي، وفي تحسين صحة المجتمعات بشكل عام، وبالتركيز على الأرياف حيث يعيش ثلثا سكان اليمن. لذلك فإن الاهتمام بالتخطيط الإستراتيجي لقطاع الموارد البشرية الصحية يعتبر مدخلاً مهماً ومتطلباً للوصول إلى قوى عاملة صحية ذات كفاءة، توائم احتياجات الرعاية الصحية، وتواكب متطلبات المجتمعات المحليّة.

ويأتي وضع إستراتيجية وطنية للموارد البشريّة الصحيّة تلبية لألويّات قطاع الخدمات والتكافل الاجتماعي، ورؤيته المتمثلة في إتاحة «خدمات عامّة ميسرة وحماية اجتماعيّة متنوعة ومستدامة بما يحقق أهداف التنمية الشاملة»، والتي تصف مضامينها «تحسين وتطوير الخدمات المقدّمة للمجتمع بكادر يتحلى بالصفات الإيمانيّة ووفق إجراءات ميسرة ومبسطة تلبّي حاجة ورضا المواطن، بالاستفادة من تقنية ونظم المعلومات».

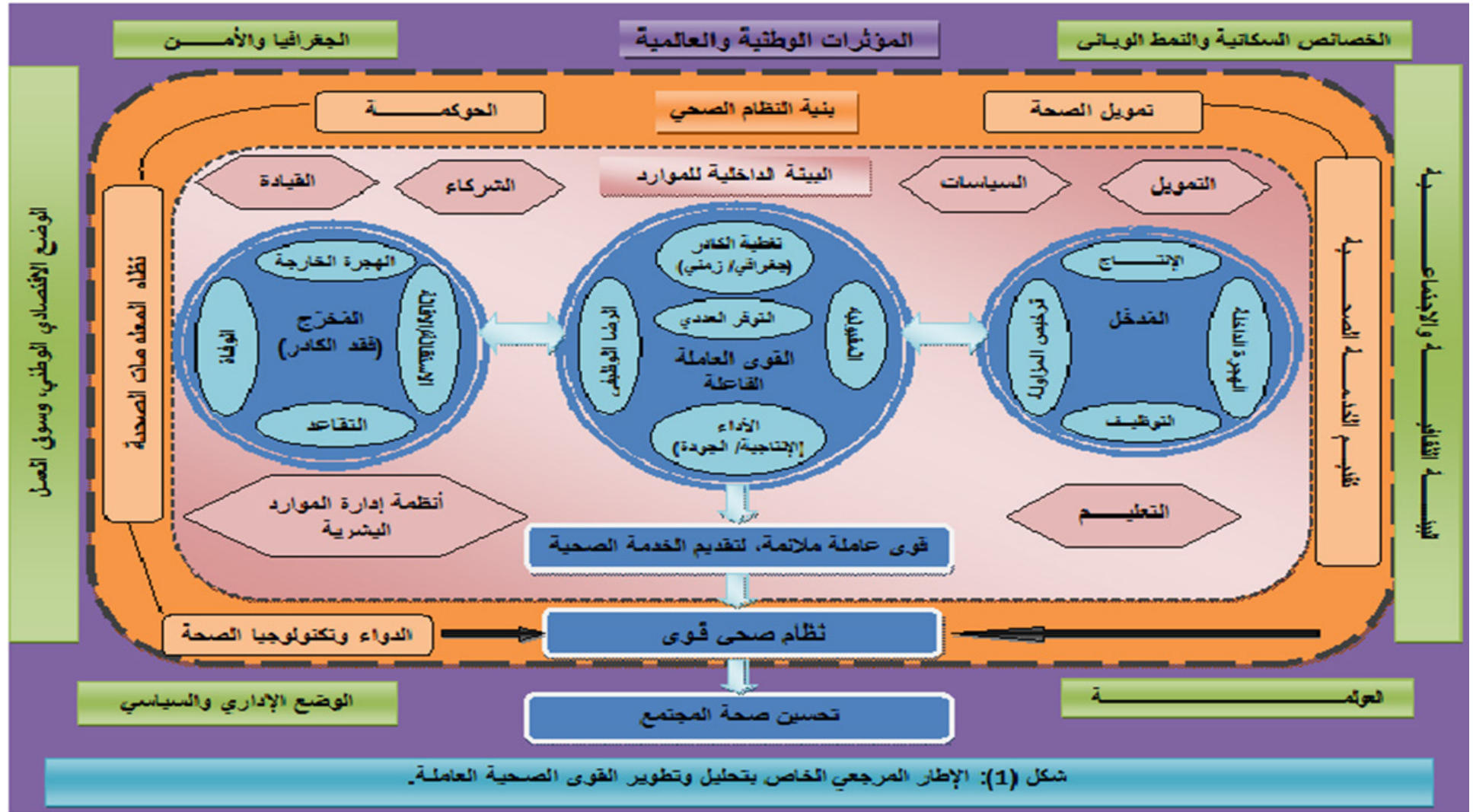
وتأسيساً على ذلك تأتي الإستراتيجية الوطنية لتنمية الموارد البشرية الصحية (٢٠٢٢-٢٠٢٥م)، والمستندة إلى موجّهات الرؤية الوطنية لبناء الدولة اليمنية الحديثة، والإستراتيجية الصحيّة الوطنية (٢٠٢٢ - ٢٠٢٥م)، كآلية لوضع إطار موحد وشامل، يرسم المسار المؤسسي لتجانس وتكامل الجهود المبذولة من الدولة والشركاء، وصولاً إلى تحقيق أفضل المؤشرات الصحية عبر قوى عاملة صحية ذات كفاية عددية، وجودة، ومواءمة لاحتياجات وواقع المجتمعات المحليّة.

إن تأسيس البعد الإستراتيجي للتدخّلات في وزارة الصحة يعتمد على البعد الإيماني، وخاصّة حين يتعلّق الأمر بالموارد البشريّة، والتي تعتمد تنميتها على تلبية أغراض الاستجابة النبيلة لحاجات الناس، والوقوف المسؤول على متطلّباتهم، عملاً بقول الإمام الحسين، عليه السلام: «اعلموا أنّ حوائج الناس إليكم، من نعم الله عليكم، فلا تملوا النعم فتتحول إلى غيركم، ومن نفّس كربة مؤمن فرج الله تعالى عنه كرب الدنيا والآخرة». وفي ظل العدوان والحصار المفروضين على بلادنا تزداد المسؤولية أهميّة، نحو الوفاء باحتياجات السكّان الصحيّة والتغذويّة الوقائيّة، والعمل لخدمتهم بما يحقّق المرامي الوطنيّة في التنمية الصحيّة والاجتماعيّة.

ولذا فقد بادرت قيادة وزارة الصحة بإعداد وتطوير هذه الإستراتيجية عبر جهود مستمرة وتواصل مع الشركاء على المستوى الوطني ومستوى المحافظات، إلى جانب شركاء التنمية الدوليين، حيث حظيت عملية إعداد وثيقة الإستراتيجية بمشاورات جادة وعميقة شارك فيها مختصون وممثلون للعديد من الجهات ذات الصلة، نحو رفع قدرات الكادر البشري وتأهيله على الطرق الصحيحة لخدمة المواطن، ضمن موجّهات القيادة، وأنشطة قطاع الخدمات والتكافل الاجتماعي.

وقد تم إعداد هذه الوثيقة استناداً إلى موجّهات القيادة، وبما ينسجم مع الرؤية الوطنيّة لبناء الدولة اليمنية الحديثة، فاشتملت تحليلاً للوضع الراهن، وبيان الأثر المتوقّع وفق القضايا الحرجة،

ومن واقع وتحديات الموارد البشرية الصحية، وفق العوامل ذات الصلة في بيئة النظام الصحي. وبناءً على ما سبق تم تحديد الرؤية والرسالة والقيم والأهداف، وفق المرتكزات الأساسية، والتوجهات الإستراتيجية الوطنية، ومن ثم وضع آليات تنفيذية للعمل، مع أدوات رصدها وتقييمها، فضلاً عن إطار التمويل وموجهات حول إشهار وتطبيق الإستراتيجية.



تحليل الوضع الراهن

تحليل واقع الموارد البشرية الصحية

تمتلك بلادنا طاقات بشرية كامنة كبيرة، بالإضافة إلى المميزات الطبيعية والجغرافية، والموارد المتعددة، ومع ذلك تواجه البلاد تحديات شتى في مختلف الجوانب.

بيئة النظام الصحي والمؤثرات المحيطة

تتميز اليمن جغرافياً بتنوع تضاريسها، ووقوعها في ممر ملاحية دولية، أكسبها مقومات جيو - سياسية، إلى جانب تحديات مرتبطة بالتوزع السكاني الكبير، والذي يتجاوز ١٣٣ ألف تجمع، إلى جانب تباعد المساحات ووعورة الطرق، مما تسبب، ولا يزال، في صعوبة الوصول إلى الخدمات الصحية. كما أن استمرار العدوان والحصار على اليمن منذ العام ٢٠١٥ ترك تداعياته على القدرة التشغيلية للمنشآت الصحية، وتوافر الأطر البشرية، وبالتالي حد من تغطية وفاعلية الرعاية الصحية.

ويتجاوز تعداد السكان البلاد حالياً ٣٢ مليوناً، ويقوم حوالي ثلثا السكان في مناطق ريفية كما مر. كما أن اضطراب كثير من السكان إلى النزوح بسبب الاستهداف العسكري من قبل قوى العدوان للمجتمعات المحلية، والخدمات الأساسية من صحة وتعليم وغيرها أدى إلى إضافة تحد جديد، يتمثل في تقديم رعاية ذات خصوصية للنازحين، والمجتمعات المضيفة لهم.

وتعاني اليمن من نمط وبائي مزدوج مع انتشار الأمراض السارية وغير السارية، وازدياد العبء المرضي بسبب الحصار المطبق على البلاد منذ أكثر من سبع سنوات، وهو ما ترك أثره على إمكان إتاحة الرعاية الصحية، وتوافر الغذاء والدواء.

كما تواجه اليمن تحديات ترتبط بالفقر، وتدني مستوى التعليم، وصعوبات تمكينية ترتبط بضعف شبكة الحماية الاجتماعية، وجميعها مكونات تتصل بالمحددات الاجتماعية للصحة، وتؤثر سلباً على المؤشرات الصحية.

وفي الجانب الاقتصادي تعاني البلاد من تحديات شديدة الصعوبة من حصار وحرب وتدمير البنية التحتية مما انعكس ذلك على الرعاية الصحية وجودتها، وإمكان تطبيق معايير الرقابة عليها، إلى جانب انقطاع رواتب العاملين الصحيين، وارتفاع معدلات البطالة.

وإلى جانب المؤثرات المحلية والإقليمية تأتي تحديات العولمة، والتي تلقي بظلالها على خطط وواقع التنمية والصحة، بسبب الوضع الوبائي العالمي، وهجرة العاملين الصحيين، والتي من شأنها التأثير على مدى القدرة على بلوغ مرامي التنمية المستدامة، والوصول إلى التغطية الصحية الشاملة.

وقد حددت الإستراتيجية الصحية الوطنية ثمانية توجهات إستراتيجية، من بينها الموارد البشرية الصحية، إلى جانب مكونات النظام الصحي مثل البناء المؤسسي، والتمويل، وتقديم الخدمات

الصحية، والدواء وتكنولوجيا الصحة، ونظام المعلومات الصحية.

ففي جانب البناء المؤسسي تلعب وزارة الصحة دوراً أساسياً في قيادة النظام الصحي، من خلال سياساتها المستندة إلى الرؤية الوطنية لبناء الدولة اليمنية الحديثة، نحو تنسيق الأدوار والمسؤوليات على المستوى المركزي والوسطي والاطرفي، إلى جانب إدارة التنسيق بين شركاء الصحة، من أجل الوصول إلى الأهداف الآتية:

- تحقيق مستوى صحي أفضل لجميع سكان الجمهورية بالتعاون مع القطاعات الأخرى.
 - إتاحة خدمات الرعاية الصحية التي تتمتع بمعايير الجودة بعدالة تامة لجميع السكان.
 - رفع مستوى أداء النظام الصحي وكفاءة العمل والعاملين به على مختلف مستوياته.
 - الاستجابة المناسبة والملائمة لاحتياجات السكان وتقديم خدمات رعاية صحية ملائمة.
 - رفع مستوى الوعي بالقضايا الصحية والإسهام في خفض معدل النمو السكاني ومواجهة المحددات الاجتماعية للتنمية الصحية ودعم تحسين نوعية الحياة.
 - حشد موارد إضافية لتمويل الخدمات الصحية والتركيز على نظام التأمين الصحي الاجتماعي.
- وتقود الوزارة النظام الصحي، وتعتبر الجهة المسؤولة عن جميع ما يتعلق بالصحة، وذلك استناداً إلى المهام الدستورية والقانونية الموكلة لها، لتحسين صحة المواطن.
- ويلاحظ في مجال تمويل الصحة تدني مستوى التمويل، حيث، وإلى ما قبل العدوان في عام ٢٠١٥م، لم يكن ما ينفق على الصحة ليتجاوز (٤,٥%) من الإنفاق الحكومي، وهو إنفاق محدود بالمقارنة مع متطلبات التدخلات الصحيّة والتغذويّة. وفي ظل العدوان والحصار تقلص الإنفاق الحكومي على حساب ما ينفقه المواطن من جيبه على الصحة، وهو ما يزيد من وطأة الفقر، ويستدعي البحث عن آليات تمويلية بديلة لتغطية متطلبات الإنفاق الصحي، ومن ذلك كلفة الأطر البشرية الصحية.

البيئة الداخلية وواقع الموارد البشرية الصحية

تُشكل تنمية الموارد البشرية الصحية إحدى الأولويات الرئيسية في الجهود الرامية لتحقيق التنمية البشرية المستدامة. وينبغي الإشارة هنا إلى أن البيئة الداخلية للموارد البشرية الصحية تتشكل من عدة مكونات، تتمثل في السياسات، التخطيط الإستراتيجي، القيادة، التنسيق بين الشركاء، التعليم والتدريب، التمويل ونظم إدارة الموارد البشرية الصحية. ففي جانب السياسات والقيادة هناك منجزات تترافق مع تحديات متمثلة في ضعف إعداد وتطبيق السياسات والخطط، وعدم تجانس الأجسام القيادية، وضعف القدرات المؤسسية والبشرية.

وفي مجال الشراكة يلاحظ غياب الآلية الجامعة لتنسيق جهود شركاء الموارد البشرية على المستوى الوطني. وفي مجال التعليم الطبي والصحي هناك إمكانات وتعدد في المؤسسات التعليمية، غير أن التحدي يكمن في تعدد الجهات المشرفة على التعليم الطبي والصحي، إلى جانب عدم توحيد

معايير القبول والاعتماد تحت إشراف وزارة الصحة، وضعف الرقابة خاصة على مؤسسات القطاع الخاص المتنامية. كذلك، فإن الدراسات العليا وبرامج التخصص في حاجة لمزيد من التوسع والتوازن بين الفئات المهنية.

أما في جانب تمويل الموارد البشرية الصحية فلا توجد بيانات واضحة، غير أن ضعف الإنفاق على الصحة بشكل عام وتدني الأجور هي عوامل تشير في الغالب إلى عدم كفاية تمويل أنشطة الموارد البشرية الصحية. وفي مضمار نظم إدارة الموارد البشرية فإن هناك حاجة لتحديث وأتمتة مكونات إدارة القوى البشريّة، واعتماد نظام قياس أداء فاعل، وأنظمة متوازنة لبيئة العمل.

السياسات

هي السياسات الحكومية، والإستراتيجيات الوطنية التي تتناول قضايا تنمية الموارد البشرية وتعالج التوجهات العامة لها. وأما التشريعات فهي جزء من تلك السياسات وهي القوانين والأنظمة واللوائح التي توفر المظلة التشريعية والأطر القانونية التي تنظم عمل الجهات المعنية بتنمية الموارد البشرية. وترتكز تنمية الموارد البشرية في اليمن على مجموعة من السياسات والتشريعات والخطط الإستراتيجية للدولة بصفة عامة والقطاع الصحي بصفة خاصة وتُشكل في مجملها المرجعية القانونية والأساس المتين في تنمية الموارد البشرية الصحية وتنظم شؤونها، وأدوارها في كل المستويات الطبية والصحية ومن أهم تلك السياسات والتشريعات التالي:

- القانون رقم (١٩) لسنة (١٩٩١م) بشأن الخدمة المدنية.
- القانون رقم (٤) لسنة (٢٠٠٠م) بشأن السلطة المحلية وتعديلاته.
- القانون رقم (٢٨) لسنة (٢٠٠٠م) بشأن إنشاء المجلس الطبي.
- القانون رقم (٢٦) لسنة (٢٠٠٢م) بشأن مزاوله المهن الطبية والصيدلانية.
- قرار جمهوري رقم (٣٢٤) لسنة (٢٠٠٣م) بشأن تنظيم المعاهد العليا للعلوم الصحية.
- القانون رقم (٤) لسنة (٢٠٠٩م) بشأن الصحة العامة.
- القانون رقم (١٣) لسنة (٢٠١٠م) بشأن التعليم العالي.
- القرار الجمهوري رقم (٥٥) لسنة (١٩٩٤م) بشأن إنشاء المجلس اليمني للاختصاصات الطبية، والقرار الجمهوري رقم (٢٠) لسنة (٢٠٠٣م) بشأن إعادة تنظيمه.
- القرار الجمهوري رقم (٧٦) لسنة (٢٠٠٤م) بشأن اللائحة التنظيمية لوزارة الصحة العامة والسكان.
- القرار الجمهوري رقم (٢١٠) لسنة (٢٠٠٩م) بشأن إنشاء مجلس الاعتماد الأكاديمي وضمن جودة التعليم العالي.
- القرار الجمهوري رقم (٢٧١) لسنة (٢٠١٣م) بإنشاء مركز التدريب والتطوير الصحي.

• قرار رئيس مجلس الوزراء رقم (٢١٥) لسنة (٢٠٠٨م) بشأن لائحة تنظيم المعاهد الصحية الخاصة.

• رؤية وزارة الصحة العامة والسكان حول التدريب والتطور المهني المستمر وإنشاء مركز تدريب تابعاً للوزارة.

وبالنظر إلى السياسات والتشريعات المذكورة أعلاه نجد جوانب من الضعف والقصور التي تمثل تحديات كبيرة في هذا الجانب ويتطلب أن يكون هناك توجهات قوية لإعادة النظر في تلك التشريعات لتكون قادرة على المساهمة بشكل إيجابي في تعزيز وتنمية قدرات الموارد البشرية الصحية. كما يجب أن تكون هذه التشريعات والسياسات فاعلة وطموحة وتساعد على توفير موارد بشرية تتمتع بالقدرة والكفاءة العالية، مما يجعلها قادرة على تقديم الخدمات الصحية المجودة للمجتمع. وتُسهم في بناء سياسات وخطط جديدة تهتم بقضايا الموارد البشرية الصحية وتنميتها.

التعليم الطبي والصحي

ترتبط تنمية الموارد البشرية وتطويرها وتدريبها ارتباطاً مباشراً بالتعليم، سواء في مراحلها العامة أو في التعليم العالي الفني والتقني. من خلال مخرجات التعليم يتم الحصول على كافة المهن والتخصصات، والارتقاء بتلك المخرجات. وفي القطاع الصحي اليمني يتم إنتاج العاملين الصحيين عبر منظومة تعليمية متعددة تشرف عليها وزارات ثلاث التعليم العالي والبحث العلمي، التعليم الفني والمهني والصحة العامة والسكان.

أما المؤسسات التعليمية التي تؤهل موارد بشرية صحية على المستوى الوطني فتشمل:

(١) المؤسسات التعليمية التي تشرف عليها وزارة التعليم العالي والبحث العلمي وهي:

• مؤسسات التعليم العالي الحكومية وعلى رأسها جامعتي صنعاء وعدن ممثلاً بكليات الطب والعلوم الصحية.

• مؤسسات التعليم العالي الأهلية.

(٢) المؤسسات التعليمية التي تشرف عليها وزارة الصحة العامة والسكان وهي:

• المعاهد الصحية العليا للعلوم الصحية (صنعاء وعدن) وفروعيهما في محافظات الجمهورية.

• المعاهد الصحية الخاصة.

• البعثات الدراسية إلى خارج البلاد.

٣) المؤسسات التعليمية والتي تشرف عليها وزارة التعليم الفني والتدريب المهني وهي:

- كليات المجتمع والمعاهد الفنية والتقنية حكومية وأهلية، والتي تمنح شهادات دبلوم كما يلي:

- o دبلوم تدريب مهني نظام سنتين بعد التعليم الأساسي.
- o ثانوية مهنية نظام ثلاث سنوات بعد التعليم الأساسي.
- o دبلوم تقني نظام سنتين بعد الثانوية المهنية والعامية.
- o دبلوم تقني عالي نظام ثلاث سنوات (كليات المجتمع).

وعلى ضوء ما ورد من بيانات ومعلومات عن واقع التعليم الطبي والصحي والمؤسسات التعليمية التي تتولى تعليم وإنتاج الموارد البشرية الصحية المتنوعة للقطاع الصحي نتناول فيما يلي تحليلاً لواقع وظيفة التعليم والتدريب الصحي وذلك من خلال التحليل للأركان الثلاثة للتعليم الصحي: التعليم الأساسي (ما قبل الخدمة)، التعليم التخصصي (الدراسات العليا)، والتعليم والتدريب أثناء الخدمة (التطور المهني المستمر).

التعليم الأساسي (ما قبل الخدمة)

ويعنى هذا المستوى بالدارسين للحصول على المؤهلات الأساسية كمدخل للعمل في المهن الطبية الصحية المختلفة مثل الدبلوم والبيكالوريوس أو الليسانس. ويتوفر في هذا المستوى التعليمي المعني بواقع التعليم ما قبل الخدمة جوانب إيجابية وتحديات وتتمثل أبرز الجوانب الإيجابية فيه بالآتي:

- وجود بنيه جيدة لمؤسسات التعليم الصحي من حيث المباني والتجهيزات الخاصة بالتدريب وإسكان الدارسين.

- تطور ملحوظ وتوسع في الطاقة الاستيعابية لمؤسسات التعليم الطبي والصحي، وقد أسهم تنامي القطاع الخاص بشكل مقدر في هذا الجانب.

- التوزيع الجغرافي الجيد لمؤسسات التعليم الطبي والصحي على مستوى الجمهورية، المعاهد العليا للعلوم الصحية الحكومية، التي تنتشر فروعها في المحافظات، ويقوم نظام القبول فيها على تلبية الاحتياجات المحلية بالمحافظات.

كذلك توجد معاهد ومؤسسات تعليمية في القطاع الخاص، ومؤسسات تعليمية تمنح شهادات وسطية في القطاع الخاص تقع تحت إشراف وزارة التعليم الفني، ففي الجدول (٥) يوضح أعداد وأنواع مؤسسات التعليم الطبي والصحي في اليمن، والتي ترفد القطاع الصحي بمخرجات طبية وصحية، وفي تخصصات مختلفة، ويلاحظ أن هناك توسع هائل في مؤسسات التعليم العالي الأهلية لهذه التخصصات، كما هو موضح بالجدول.

جدول (٥): الكليات والمعاهد الطبية والصحية في القطاعين العام والخاص على المستوى الوطني للعام (٢٠٢٢م)			
المجموع	قطاع خاص	قطاع عام	الكلية / المعهد
١٨	٧	١١	الطب
٢٤	١٩	٥	طب الأسنان
٣٥	٣١	٤	الصيدلة
١٦	١٠	٦	التمريض
٥	٠	٥	التمريض دون الجامعي
٥٣	٣٢	٢١	معاهد العلوم الصحية
٥٢	٤٤	٨	كليات المجتمع
١٧٤	١٤٣	٦٠	المجموع

ويقوم المعهد العالي للعلوم الصحية وفروعه بتقديم برامج الدبلوم في مساقات عدة منها التمريض، القبالة، المختبرات، الأشعة، المساعد الطبي، التخدير، فني الصيدلة، الصحة العامة، العلاج الطبيعي، فني أجهزة طبية والإحصاء الطبي. ويقدر عدد الطلاب المقيدين بالمعهد العالي للعلوم الصحية وفروعه ب (٣٢٦٢) طالب وطالبة للعام الدراسي (٢٠١٣ - ٢٠١٤م) بمختلف التخصصات المذكورة أعلاه.

وللمعاهد الخاصة أيضاً دور كبير في تأهيل العديد من الأطر البشرية في مجالات المختبرات، والصيدلة، والتمريض، والمساعدين الطبيين، والقابلات، ومساعدي طب الأسنان، وفنيي طب الأسنان، والعلاج الطبيعي، ويقدر عدد الطلاب (٨٩٢٩) للعام (٢٠١٨-٢٠٢٢م) من المعاهد الصحية الخاصة المرخصة من وزارة الصحة.

وفيما يلي أبرز التحديات التي تكتنف التعليم الأساسي للمهن الطبية والصحية:

- عدم توافر آلية فاعلة وقائمة على وضوح الأدوار والتنسيق، وذلك لرقابة وتنظيم التعليم الطبي والصحي في القطاعين العام والخاص. ويلاحظ في هذا الجانب:

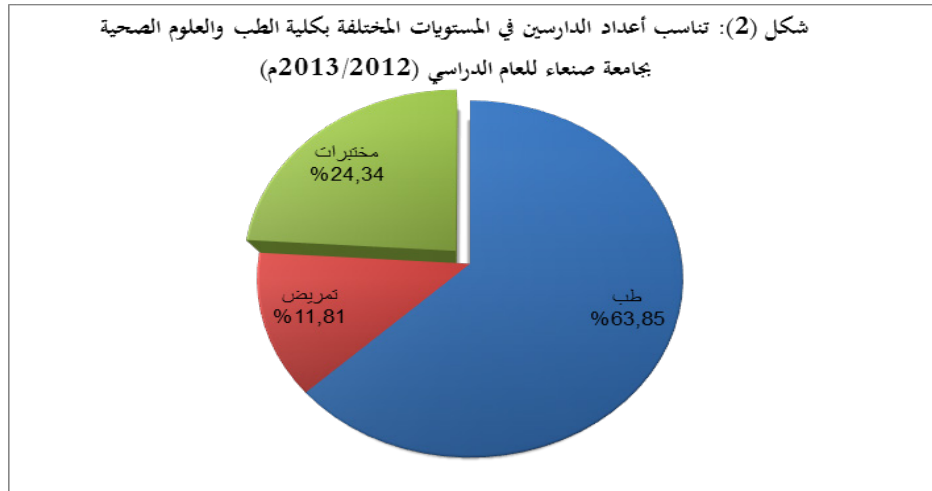
٥ وجود عدة جهات معنية تُشرف على التعليم الطبي والصحي مثل وزارة التعليم العالي والبحث العلمي، ووزارة التعليم الفني والتدريب المهني، ووزارة الصحة، ولا توجد آلية واضحة تربط بين هذه الوزارات الثلاث، من أجل تنسيق الجهود وتوزيع الأدوار فيما بينها لإحكام المعايير ضماناً لجودة التعليم الطبي والصحي.

٥ ضعف ملموس حول المفاهيم والممارسات الهامة في التعليم الطبي والصحي، مثل مفاهيم الجودة والاعتماد اللذان أصبحا من المتطلبات الأساسية في الوقت الراهن.

٥ عدم فاعلية التطبيق على أرض الواقع لكثير من النظم والمعايير المجازة لتنظيم ورقابة التعليم الطبي والصحي بالبلاد.

• وجود مؤشرات قوية على ضعف مواءمة مؤهلات الخريجين مع احتياجات النظام الصحي والرعاية الصحية للمواطنين، وقد وردت مؤشرات عدة عن ذلك في الإستراتيجية الصحية الوطنية (٢٠١٠-٢٠٢٥م)، وكثير من التقارير ذات الصلة. تتمثل أبرز أوجه القصور في هذا الجانب فيما يلي:

- o غياب المراجعة الدورية للمناهج وضعف مواءمتها مع النمط الوبائي للبلاد، ومع أنماط التحديات الصحية والإستراتيجيات المستجدة في تقديم الرعاية الصحية.
- o وجود خلل في مزيج المهارات، والتناسب بين أعداد المقبولين والخريجين في المهن المختلفة، فمثلاً تتفوق أعداد الدارسين في كليات الطب على أعداد الدارسين في القبالة والتمريض وبعض المجالات التقنية الأخرى. الشكل رقم (٢) يوضح مقطع من الطلاب الدارسين في كلية الطب والعلوم الصحية بجامعة صنعاء للعام الدراسي ٢٠١٢-٢٠١٣م حيث يبلغ عدد الدارسين في الطب البشري (١٧٨٩) طالب وطالبة، مقارنة مع (٦٨٢) في برنامج المختبرات و(٣٣١) في التمريض.
- o تشير هذه الصورة بوضوح إلى وضع مقلوب في التناسب المهني، ربما يكون له إسهام في الخلل الواقع في مزيج المهارات بالنسبة للقوى العاملة في الصحة، إن لم تتم معالجات لمثل هذا النمط كما يظهر في الرسم البياني في الشكل رقم (٢).



كما أن غياب الآليات التي تربط مؤسسات التعليم الطبي والصحي بوزارة الصحة العامة والسكان، وذلك من أجل التعرف على احتياجات النظام الصحي والتنسيق والعمل المشترك لمراجعة وتطوير المناهج.

• وجود جدل حول البرامج الرامية لتطوير جودة العاملين الصحيين، مثل برنامج التجسير، الذي من شأنه ترفيع مؤهلات العاملين، وفتح المسارات أمام المهن الصحية، للترقي الأكاديمي والمهني. ويشير الواقع إلى أن هنالك تضارب وجدل يكتنف برنامج التجسير، ويمكن أن يبطل ذلك الجدل من مسيرة الإصلاح في هذا الجانب.

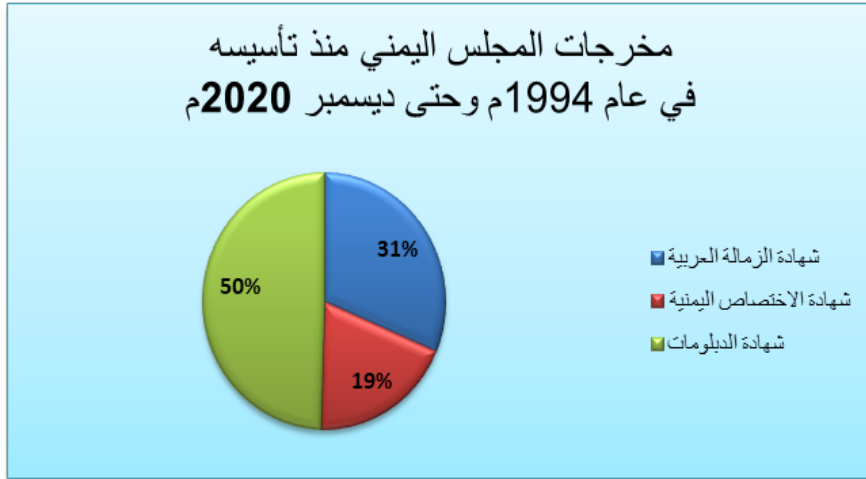
التعليم التخصصي (الدراسات العليا)

يتم التعليم على مستوى التخصص والدراسات العليا للعاملين الصحيين عن طريق المجلس اليمني للاختصاصات الطبية، وبعض الجامعات، وعن طريق المنح أو الابتعاث للدراسة في الخارج. ولا توجد قاعدة بيانات أو معلومات متوافرة ومتكاملة تعكس الأثر العائد من البعثات الدراسية لنيل التخصص خارج الوطن غير أن بعض المؤشرات توضح أن أعداداً من العاملين الصحيين الذين نالوا التخصص في الخارج يعملون حالياً في وظائف ومواقع حيوية في النظام الصحي. على الجانب الآخر هناك من يرى أنه لا جدوى من البعثات الدراسية الخارجية في ظل تخطي المعايير المنظمة لهذه العملية في بعض الأحيان، وفي ظل إمكان وجود الكثير من التخصصات الطبية والصحية في الداخل، مما قد يساعد على توفير العملات الصعبة التي تنفق على الدراسة بالخارج، ويمكن استغلالها في تأهيل وتطوير العملية التعليمية في مؤسسات التعليم العالي الوطنيّة.

أما في ما يتعلق بالدراسات العليا في الداخل، فهناك جامعات حكومية تقدم برنامج الدبلوم التمهيدي بعد البكالوريوس، وبرنامج الماجستير، وبعض الدرجات العلمية التخصصية، وتأخذ هذه البرامج طابعاً أكاديمياً وتُستثمر، إلى جانب جدواها العملية، في إعداد أساتذة للالتحاق بكليات الطب والعلوم الصحية. الجدير بالذكر أنه لم يسمح بعد للجامعات والكليات الخاصة بفتح برامج للدراسات العليا فيها، على الرغم من أن بعضها ربما يكون مؤهلاً لذلك.

كذلك هناك برامج للدراسات العليا والتي تُقدم عن طريق المجلس اليمني للاختصاصات الطبية ويمنح شهادات التخصص المهني، والذي يأتي ضمن اختصاصاته وفقاً للقرار الجمهوري رقم (٥٥) لسنة (١٩٩٤م) الخاص بإنشائه، وكذلك القرار الجمهوري رقم (٢٠) لسنة (٢٠٠٣م) بشأن إعادة تنظيمه، حيث يقدم المجلس برامج الاختصاص المهني والدراسات العليا للأطباء، وأطباء الأسنان، والصيدلة، والمخبريين، والممرضين، والفنيين، والفئات الفنية المساعدة. ويعمل المجلس تحت إشراف وزارة الصحة، ويرأس وزير الصحة مجلس الأمناء فيه. وأعطى القانون كذلك للمجلس مهاماً متعلقة بوضع وتقديم برامج التدريب المستمر للأطباء، وكافة العاملين في الحقل الصحي. ووفقاً لإحصاءات المجلس، فإن هنالك حالياً (٢٤) مجالاً للتخصص، تمنح فيها شهادات الزمالة العربية واليمنية، وشهادات الماجستير والدبلومات. ومنذ إنشائه في العام (١٩٩٤م)، وحتى العام (٢٠٢٠م)، فقد تخرّج من المجلس (١٢٥٤) دارساً ودارسة في الزمالة العربية واليمنية، و(٧٦٣) في مجال الماجستير، و(١٩٧٩) في الدبلومات المختلفة، ويمثل إجمالي الخريجين وفقاً لهذه الإحصاءات (٣٩٩٦). والرسم البياني في الشكل (٣) يوضح نسب توزيع خريجي المجلس اليمني للتخصصات الطبية خلال الفترة من (١٩٩٥ - ٢٠٢٠م) وفقاً للمؤهلات.

مخرجات المجلس اليمني منذ تأسيسه
في عام 1994م وحتى ديسمبر 2020م



شكل (٣): توزيع خريجي المجلس اليمني للاختصاصات الطبية للفترة ١٩٩٥-٢٠٢٠م.

ومن واقع المعلومات المتاحة عن المجلس اليمني للاختصاصات الطبية، يمكن إبراز الملاحظات التالية:

- يعتبر المجلس عاملاً إيجابياً مهماً وفرصة جيّدة لبناء برامج وطنية قوية لتنمية الموارد البشرية الصحية، وتأهيل العاملين في المهن الطبية والصحية.
- حقق المجلس مكسباً مهماً بحصوله على اعتماد المجلس العربي للاختصاصات الطبية، وهذا الإنجاز مكنه من توفير مؤهل التخصص في البورد العربي للأطباء داخل الوطن.
- على الرغم من أن مهام المجلس تشمل منح الدرجات المهنية والتخصص لكافة فئات العاملين الصحيين، إلا أنه من الواضح أن المجلس يحصر دوره بشكل رئيسي في فئة الأطباء، مما يؤيد ضرورة توفير الدراسات العليا والتخصص للفئات الأخرى، مثل الممرضين والمخبريين والقبالات وغيرهم، حين يعتبر تأهيلهم مهماً لتقديم وتطوير الرعاية الصحية.
- بلغ إجمالي الخريجين من المجلس منذ نشأته (٢٤٦٣) خريجاً، ويلاحظ هنا أن نسبة (٥٤%) من هؤلاء الخريجين هم من حملة مؤهل الدبلوم، (راجع الشكل رقم ٣ أعلاه)، مما يشير إلى أن المجلس في حاجة للتوسع أكثر في فتح برامج جديدة وتقديم مؤهلات في مستويات أعلى، وبخاصة الزمالة المهنية، والتي أصبحت حالياً هي المؤهل المناسب للممارسة المهنية التخصصية في العديد من البلدان.

- يظهر في الشكل رقم (٣) أن مانسبته ٣١% من الخريجين في العام ١٩٩٥-٢٠٢٠م، هم من برنامج البورد العربي. وعلى الرغم من إيجابية هذا الأمر، إلا أن الإقبال على هذه الزمالة يحمل مؤشراً على رغبة الأطباء في الهجرة، مما قد يقلل من جدوى مثل هذا المؤهل على النظام الصحي في اليمن. ويطلب هذا الجانب التخطيط لتحفيز العمل داخل الوطن، وتوسيع وتحسين جودة المؤهلات الوطنية، وتقديمها جنباً إلى جنب مع مؤهل الزمالة العربية، بالإضافة إلى توفير المزايا التي تمكنهم من البقاء في الداخل، وذلك للحصول على عائد أكبر لصالح النظام الصحي الوطني.

• يعاني المجلس اليمني للاختصاصات الطبية من مشاكل حقيقية في التمويل، نتيجة لضعف الموازنات المخصصة له وغيابها في السنوات الاخيرة نظراً لقلّة الإيرادات العامة، وعدم انتظام انسيابها، وهذه قضية يجب أن تحظى بالانتباه، حتى لا تؤثر سلباً على مكتسبات المجلس ومسيرته.

التدريب أثناء الخدمة (التطوير المهني المستمر)

يلاحظ أن هناك مقترحات وأفكار موجودة ووثائق جيدة ومعدة سابقاً عن التدريب أثناء الخدمة أو التطور المهني المستمر، غير أن هذه المقترحات والأفكار لم تجد طريقها للتطبيق على أرض الواقع. مما نتج عن ذلك أن أنشطة التدريب المستمر غير منتظمة ولا تشمل كافة شرائح العاملين الصحيين وهذا أمر قد يكون له مردود سلبي على جودة الرعاية الصحية، بحكم أن تجديد وتطوير المعارف والمهارات أصبح أمراً حتمياً في ظل تطور العلوم وتسارع وتيرة التقانة الطبية. وتتمثل أبرز الملاحظات المهمة حول واقع التدريب المستمر في الجوانب التالية:

- غياب النظم الواضحة والمتكاملة والخطط السليمة والمعتمدة لتنظيم التدريب المستمر أو التطور المهني المستمر للعاملين الصحيين.

- ضعف الحوكمة في مجال تنظيم التدريب المستمر وذلك بسبب غياب جهة مركزية واحدة مسؤولة عن القيادة والرصد والمتابعة. وليس هذا فحسب بل الملاحظ وجود جهات متعددة مثل مركز التدريب والتطوير الصحي، المجلس الطبي اليمني والمجلس اليمني للاختصاصات الطبية، تخولها قوانينها وقرارات إنشائها مهاماً في تنظيم وتقديم برامج التدريب المستمر للعاملين الصحيين، وهذا يخلق ازدواجاً وتضارباً في المهام والاختصاصات في هذا الجانب، الأمر الذي يتطلب ضرورة إعادة النظر في تلك التشريعات لإزالة الازدواجية وحصر المهام والاختصاصات فيما يتعلق بالتدريب في إطار مهام جهة واحدة، والإسراع بتحديد وتوحيد فريق القيادة المعني، وإحكام التنسيق بين هذه الجهات. وفي حال بقاء الوضع كما هو عليه فإنه سيؤدي إلى تضارب في المهام والاختصاصات قد يضر كثيراً بعمليّة بناء نظام فاعل للتطوير المهني المستمر.

- ضعف التمويل المعتمد لأنشطة التدريب المستمر وضعف تحمس القيادة الصحية لها، وعليه يجب الاهتمام بالتدريب المهني المستمر من قبل القيادة ووضعها في سلم الأولويات، وفقاً لملاحظات المسؤولين والمختصين في هذا الجانب.

- على الرغم من أن بعض القوانين مثل قانون المجلس الطبي اليمني رقم (٢٨) للعام ٢٠٠٠م تشير إلى تبني نظام إعادة التسجيل للعاملين الصحيين وربط ذلك بدورات التدريب المستمر إلا أن الواقع الحالي يشير إلى أن التطور المهني المستمر مازال في حاجة ماسة أولاً لوضع نظام متكامل له وتشغيله بشكل قائم على الطوعية في المراحل الأولى ومن ثم الولوج مستقبلاً لفكرة الإلزامية وربط التدريب المستمر بالترقية المهنية والوظيفية وإعادة التسجيل.

• صدور القرار الجمهوري بإنشاء مركز التدريب والتطوير الصحي في العام ٢٠١٣م يُعدّ أمراً بالغ الأهمية ولكنه يحتاج إلى وقت للتنفيذ وكان من المفترض صدور مثل هذا القرار منذ سنوات ليساعد في عملية تطوير الموارد البشرية الصحية، ورغم أن هذا المركز أنشئ بقرار وزاري في بادئ الأمر لكنه لم يلق الاهتمام الكافي، ومن المؤكد أن هذا المركز سيجد الدعم والاهتمام من قبل الحكومة خلال المرحلة القادمة خاصةً بعد صدور القرار الجمهوري بإنشائه.

القيادة والحوكمة والبناء المؤسسي

تشكل القيادة والحوكمة والبناء المؤسسي أحد التوجّهات الإستراتيجية الثمانية لوزارة الصحة، وتُعتبر موجّهاته أساساً لمختلف أنشطة الإدارات المعنية بتنمية الموارد البشرية، وتصويب حجمها، وتحديد أعمالها، وتنوع العلاقات الداخلية وتشابكها وتأثيرها بالبيئة الخارجية، ومؤثراتها السياسية والاقتصادية والاجتماعية. وبما يستدعي مواصلة البحث والاستمرار في إحداث التغيير والتطوير، وهذه مهمة لا تتحقق إلا في ظل القيادة المؤسسية الرشيدة للموارد البشرية الصحية. ويمكن استعراض نتائج تحليل الواقع الراهن في محورين، هما المستوى المركزي، والمستوى الوسطي (المحافظات).

المستوى المركزي

يتضمن هيكل وزارة الصحة الصادر في عام ٢٠٠٤م إدارتين معنيتين بشأن الموارد البشرية الصحية، الأولى الإدارة العامة لتنمية الموارد البشرية وتتبع قطاع التخطيط والتنمية الصحية ويرأسها مدير عام، وتعمل تحت إشراف وكيل الوزارة لقطاع التخطيط والتنمية. أما الإدارة الثانية فهي الإدارة العامة للموارد البشرية (شؤون الموظفين) التي تخضع لأنظمة ولوائح وإشراف وزارة الخدمة المدنية والتأمينات، ومديرها العام معين من قبل نفس الوزارة وتقع مباشرة تحت إشراف عام من وزير الصحة.

وتهتم الإدارة الأولى بقضايا تنمية الموارد البشرية الصحية من حيث نظام المعلومات والسياسات والتخطيط والتدريب، بينما تعنى الإدارة الثانية بشكل أساسي بقضايا شؤون العاملين من توظيف وترقيات ومتابعة الأداء وغيرها من متطلبات شؤون الأفراد.

المستوى الوسطي

يوجد مكتب للصحة في كل محافظة يتشكل من إدارات صحية مختلفة، حيث توجد في غالب المحافظات إدارات أو أقسام للموارد البشرية الصحية أو التأهيل والتدريب الصحي بجانب إدارات لشؤون الموظفين، ومن أهم الملاحظات على واقع قيادة العمل في مجال تنمية الموارد البشرية الصحية بالمحافظات الآتي:

- في بعض المحافظات لا توجد إدارة الموارد البشرية الصحية تحت هذا المسمى ولكنها تنضوي مهامها تحت إدارة التخطيط أو توجد بمسمى إدارة التدريب والتأهيل وهذا أمر لا يساعد على إبراز الدور القيادي والشامل في مجال الموارد البشرية الصحية على مستوى المحافظة والمديرية.
- عدم التفصيل الكافي لوظائف ومهام إدارات تنمية الموارد البشرية (إن وجدت)، حيث يلاحظ أن معظم المهام تتعلق بمتابعة التدريب وتنظيم البعثات والمنح الدراسية ولا يوجد اهتمام بنظام معلومات الموارد البشرية والتخطيط والتنسيق ونُظم الإدارة.
- تعاني إدارات تنمية الموارد البشرية على مستوى المحافظات من إشكالات الازدواجية، وضعف التنسيق مع إدارات شؤون الموظفين.
- لا يوجد الربط الكافي والمؤسسي لإدارات تنمية الموارد البشرية على مستوى المحافظات مع الإدارة العامة لتنمية الموارد البشرية بوزارة الصحة، حيث تغيب برامج بناء القدرات والارتباط عبر اجتماعات وملتقيات دورية منتظمة.
- ونخلص هنا إلى أنه توجد بوادر إيجابية للاهتمام بقضايا الموارد البشرية ووضعها من أولويات النظام الصحي، ولكن الوضع المؤسسي وقدرات إدارات تنمية الموارد البشرية الصحية على المستوى الوطني ومستوى المحافظات ليست في الوضع الملائم حالياً لإحداث النقلة الإستراتيجية، وتفعيل الأداء في هذا المجال الحيوي.

التنسيق بين الشركاء

- تساهم الكثير من الجهات ذات الصلة بتنمية الموارد البشرية الصحية وترتبط بها ارتباطاً وثيقاً، وتؤثر فيها بشكلٍ أو بآخر، ويأتي على رأس الجهات ذات الصلة بقضايا الموارد البشرية الصحية وزارة الصحة، إضافةً إلى شركاء آخرين، وفي مقدمتهم:
- وزارة التعليم العالي والبحث العلمي ومؤسسات التعليم الطبية والصحية في القطاعين العام والخاص.
- وزارة الخدمة المدنية والتأمينات والتي تنظم وتتحكم في شؤون الموظفين في الدولة بما فيهم العاملين الصحيين.
- وزارة التعليم الفني والتدريب المهني والتي تشرف على تنظيم مؤسسات التعليم الفني والتي تشمل معاهد عاملة في تعليم المهن الصحية.
- وزارة المالية والتي تتولى الصرف على أجور ومستحقات العاملين الصحيين بجانب تمويل الصحة وأنشطة الموارد البشرية الصحية ضمن موازنة الدولة.
- المجلس الطبي اليمني والذي يقوم وفق قانونه بتنظيم الممارسة وضبط الجودة في التعليم الطبي والصحي والممارسة الطبية لكافة فئات المهن الطبية والصحية.

- المجلس اليمني للإختصاصات الطبية والذي ينضوي تحت إشراف وزارة الصحة العامة والسكان ويقوم بتأهيل الأطباء للدراسات العليا على مستوى الدبلوم والماجستير والزمالة اليمنية فضلاً عن برامج البورد العربي.
- الخدمات الطبية في القوات المسلحة والشرطة والتي تستوعب أعداداً من العاملين الصحيين في مؤسساتها الصحية على مستوى الجمهورية.
- السلطة المحلية ممثلة في المحافظات التي توجد بها مكاتب للصحة تشتمل على إدارات صحية مختلفة ويشمل عملها بعض وظائف تنمية الموارد البشرية الصحية على مستوى المحافظة.
- النقابات والجمعيات الطبية والصحية مثل نقابة الأطباء وجمعية القابلات والتي تلعب دوراً في الترقية المهنية والتسجيل للممارسة وحماية الأعضاء.
- بعض المؤسسات والمعاهد التي ترتبط بوزارة الصحة العامة والسكان مثل المعهد العالي للعلوم الصحية بقطيبه الرئيسين في صنعاء وعدن وفروعهما في المحافظات أضافه إلى مركز التدريب والتطوير الصحي الذي أعيد تشكيل مهامه مؤخراً.
- المنظمات الدولية، ومنها منظمة الصحة العالمية والمنظمات الأخرى المنضوية تحت مظلة الأمم المتحدة، إضافة إلى المنظمات الطوعية العاملة في الصحة، وبعض المانحين مثل الاتحاد الأوروبي.
- وعلى الرغم من تواجد عدد من الشركاء، إلا أن غياب الآلية المناسبة والمستدامة والفاعلة للتنسيق بين شركاء الموارد البشرية الصحية يعد من أبرز التحديات التي ينبغي الوقوف عليها، لتحسين العائد في التدخّلات والكفاءة في استثمار الموارد المتاحة.
- وفي سبيل الاستجابة لاحتياجات البلاد من الموارد البشريّة فلا بد من مراجعة آليات التنسيق بين شركاء الموارد البشرية الصحية، ومن ذلك تطبيق آليّة فاعلة للتنسيق الثنائي فيما بين الشركاء، ولعلّ المثال الأبرز لذلك ضرورة التنسيق بين وزارة الصحة من جانب، ووزارة التعليم العالي والبحث العلمي ووزارة التعليم الفني، فيما يختص بالتخطيط المستند إلى احتياجات الصحة، وربط تعليم وتأهيل العاملين الصحيين بالتوظيف، والإيفاء بحاجة الرعاية الصحية والتوافق مع نظم وإستراتيجيات وتحديات النظام الصحي بالجمهورية، وأولويات وزارة الصحة.
- كما أنّ هناك ضرورة لقيادة وزارة الصحة لأعمال كافة الشركاء المعنيين بتنمية الموارد البشريّة، وفق إطار عملي واضح، من أجل تحقيق المؤسسية والفاعلية في مستقبل الأداء الصحي الوطني.

تمويل الموارد البشرية الصحية

يعد الإنفاق الحكومي على القطاع الصحي بشكل عام منخفضاً، ومن خلال المعلومات المتاحة والتحليل تتضح الجوانب التالية عن تمويل الموارد البشرية الصحية:

- التدني في قيمة أجور العاملين الصحيين في مختلف المهن، مما يؤثر سلباً على الاحتفاظ بالموارد البشرية الوطنية، مما يشجع على التسرب بحثاً عن فرص تمويلية أفضل في دول أخرى.
- ضعف في تمويل الوظائف المهمة، مثل التدريب المستمر، وتقليص فرص التخصص عبر المجلس اليمني للاختصاصات الطبية والصحية، ضمن تراجعهما كأولوية خلال العقود السابقة.
- غياب التنسيق الواضح، للاستفادة من تمويل المانحين والمنظمات الدولية، ورفع كفاءة التدخلات عامة من خلال دعم تنمية الموارد البشرية خاصة.

نظم إدارة الموارد البشرية الصحية

يُعد هذا الجانب وفق الإطار النظري بموقف النظم الرئيسية الرامية لتطوير أداء ومقدرات العاملين الصحيين، والتي تشمل ستة محاور هامة هي: التوظيف، النقل والإستبقاء، الوصف الوظيفي، قياس الأداء، بيئة العمل، ونظام معلومات الموارد البشرية.

١- نظام التوصيف المهني والوصف الوظيفي

تشير العديد من الوثائق المتاحة، وإفادات المختصين إلى ضعف العمل وفق متطلبات الوصف الوظيفي للعاملين الصحيين، وفق نطاق الاختصاص والمهام لكل مهنة، وهو أمر مهم لاستقرار الممارسة وتطوير نظام فاعل للوصف الوظيفي، وتعزيز روح الفريق الصحي.

وهناك محاولات مؤسسية محدودة في تطوير آليات تطبيق ومراقبة العمل وفق وصف وظيفي محدّد للعاملين، ولكن تظل الحاجة ماسة إلى تحديث، وتوسيع نطاق الوظائف التي تمتلك آليات إعداد وتطبيق الوصف، وفق رؤية وطنية موحدة، وشاملة لقطاع العاملين في المهن الصحية.

وينبغي هنا العمل على إقرار هذا الجانب في مجال التعليم الطبي والصحي، وتطوير المناهج التعليمية بحيث تتضمن الشروط المرجعية للوظائف، والوصف الوظيفي لموظفيها.

٢- نظام قياس أداء العاملين الصحيين

يعتمد قياس الأداء بشكل عام على الطرق الروتينية التي تتبناها الخدمة المدنية، والتي تقوم على استمارة سنوية لقياس الأداء ترتبط بها الترقيات للدرجات الوظيفية الأعلى. وفي ظل تحديث التوجّهات الإستراتيجية بما يواكب الأولويات الوطنية فإنّ هناك حاجة إلى تحديث نظام قياس الأداء، للتعرف الحقيقي على مستوى تنفيذ العاملين لوظائفهم المهنية، وتوفير السبل المناسبة لضبط جودة العمل، وترقية مهارات ومقدرات العاملين الصحيين. وتعمل وزارة الصحة على

تطوير نظام ذي حساسية لقياس الأداء الفعلي للعاملين، يكون مرتبطاً بالوصف الوظيفي، وملياً لاحتياجات التطور المهني لمنظومة الموارد البشرية الصحية.

٣- بيئة العمل في المرافق الصحية

يعاني القطاع الصحي الحكومي من ضعف الموارد المالية المخصصة من الموازنة الحكومية، في غياب بدائل تمويلية كافية، مما أدى إلى عدم ملاءمة البيئة لاحتياجات العاملين، ومن ذلك خصوصية الأطر البشرية النسوية. وقد تفاقمت الآثار السلبية لبيئة عمل غير مواتية متسببة في ارتفاع معدّل الغياب، والعمل لفترة أقل مما معتمد من ساعات الدوام وأثر بالتالي على طلب الخدمة، إلى جانب الممارسة المزدوجة، حيث يعمل بعض موظفي القطاع العام في القطاع الخاص، ويتضارب ذلك غالباً مع تلبية احتياجات الرعاية الصحية في القطاع العام، وجودة خدماته.

٤- نظام معلومات الموارد البشرية الصحية

يعتبر هذا النظام من أهم أنظمة إدارة الموارد البشرية، وذلك لأهمية البيانات والمعلومات التي يمكن الاستفادة منها في عملية اتخاذ القرار الصحي. ومازال النظام الصحي يعاني من غياب نظام فاعل لمعلومات الموارد البشرية الصحية خلال الفترة المنصرمة، مما استلزم الاستجابة لهذه القضية والتحرك لمعالجتها. وتتجه وزارة الصحة حالياً نحو تأسيس مرصد للموارد البشرية الصحية، حيث تأسست قاعدة بيانات لهذا الغرض. وتمثل هذه الخطوة حالة إيجابية لتحقيق توافر بيانات ومؤشرات كمية ونوعية عن العاملين الصحيين في البلاد، وفي قالب إلكتروني ييسر حفظ ومعالجة هذه البيانات. وفي سياق هذا التطور الإيجابي، ينبغي أخذ الآتي في الاعتبار:

• شمولية البيانات من ناحية التغطية المهنية والقطاعية، لإحصاء العاملين في كافة المهن الطبية والصحية، بما فيها الكادر الإداري.

• اشتغال تغطية البيانات للقطاع الخاص، ومؤسسات المجتمع المدني، وقطاع العمل الطوعي.

• تحقيق جودة البيانات من حيث اكتمالها ووقيتها، واشتغال الإحصاءات الدقيقة على البيانات الأساسية لتطوير الأداء المهني، وتأمين تجانس البيانات للمساندة في التخطيط لاتخاذ القرار السليم.

• حوكمة نظام المعلومات وفق آلية إشراف ورقابة ومتابعة وتقييم على المستوى المركزي، ورفع القدرة في مجال تخزين وإدارة البيانات، والمشاركة الواضحة للجهات المنتجة للمعلومة والمستفيدة منها في منظومة شركاء الموارد البشرية الصحية.

إنّ ما سبق أساسي لخلق الشعور بالملكية، وتأمين بيئة مواتية للعمل مع الشركاء وفق توجهات وزارة الصحة، وضمان تعاونهم في توفير البيانات والمحافظة على تجديد ومواكبة المعلومات. والأهم من ذلك، يأتي العمل وفق هذه النظم حافزاً للاستثمار الأمثل في القوى البشرية الوطنية، وضبط آليات النقل والاستبقاء، وتحقيق الاستفادة المطلوبة في العمل الصحي. وبالاعتماد على الجهود

المبدولة حالياً، وعلى الفرص المتاحة للتمويل، مأسسة نظام المعلومات الصحية على أرضية من بناء القدرات الفنية والتقنية، وتحقيق الاستفادة المؤسسية والوطنية من بياناته ومعلوماته. ويعتبر نموذج المرصد الذي تبنته وزارة الصحة أمراً بالغ الأهمية في هذا الجانب.

مراحل تمكين القوى العاملة الصحية

يتناول التحليل في هذا الجانب مراحل الموارد البشرية الصحية الثلاثة (المدخل، القوى العاملة الفاعلة، المخرج) وفق الإطار النظري المعتمد في هذه الوثيقة.

مدخل القوى العاملة

في هذا المرتكز يتم التعرف على العوامل والمؤثرات التي تساعد وتسهم في تدفق العاملين الصحيين من أطباء وفنيين وإداريين ومهن مساعدة، إلى ميادين العمل الصحي، ويمكن تلخيص هذه العوامل بأربعة عناوين رئيسية، وهي:

التأهيل

تتوافر حالياً أعداد كبيرة من مؤسسات التعليم الطبي والصحي تبلغ (١١٣) كلية ومعهد في القطاعين العام والخاص، تقع تحت إشراف ثلاث وزارات هي التعليم العالي، والصحة، والتعليم الفني. وتنتج هذه المؤسسات أعداداً متزايدة من الخريجين، ويتم تعليم وإنتاج العاملين الصحيين في اليمن عبر منظومة من الجامعات والمعاهد والكليات الطبية والصحية إضافة إلى بعثات التعليم خارج البلاد. تنتشر مؤسسات التعليم الطبي والصحي في مختلف المحافظات، وفي مقدمتها جامعتا صنعاء وعدن اللتان تضمان كليات الطب والعلوم الصحية إلى جانب بعض الجامعات والكليات الصحية التابعة لوزارة التعليم العالي والبحث العلمي. إضافة لذلك هنالك المعهد العالي للعلوم الصحية في صنعاء، ومعهد د/ أمين ناشر في عدن، وفروعهما المنتشرة في جميع محافظات الجمهورية. وتتوافر مؤسسات التعليم العالي وكليات المجتمع والتعليم الفني والتقني في العديد من محافظات الجمهورية، تتوافر فيها عدد من التخصصات الطبية والصحية، وتُضاف إلى الموارد البشرية الصحية المؤهلة.

كما تشير إحصاءات مستندة إلى مصادر مختلفة أن عدد كليات المجتمع الخاصة (١٦) كلية، والمعاهد الصحية (٢١) معهداً حكومياً، و(٣٧) معهداً خاصاً، وتمنح هذه الكليات والمعاهد دبلوم تقني مدته ثلاث سنوات. وأيضاً، تشير إحصاءات وزارة التعليم الفني حسب البيانات الموضحة في الجدول (٧) إلى أن عدد الطلبة الملتحقين بكليات المجتمع والمعاهد الفنية الحكومية والخاصة التي تشرف عليها وزارة التعليم الفني للعام ٢٠١٩/٢٠٢٠م بلغ (١٧٤٠٢)، والخريجون للعام ٢٠١٨-٢٠١٩م بلغ (٢١٣٥) طالب وطالبة من التخصصات الصحية المتوافرة بكليات المجتمع الحكومية والخاصة والمعاهد التقنية الحكومية، وهو ما يستلزم تخطيط هذه المخرجات وفق أولويات وزارة الصحة وخططها في مجال التنمية البشرية.



الجدول (٧): يبين الملتحقين بكليات المجتمع والمعاهد الفنية لعام (٢٠١٩-٢٠٢٠م)، والخريجين من كليات المجتمع الخاصة لعام (٢٠١٨-٢٠١٩م)				
م	التخصص	الملتحقين بالكليات والمعاهد الحكومية		إجمالي الطلبة الخريجين من كليات المجتمع الخاصة ٢٠١١-٢٠١٢
		معاهد	كليات مجتمع	
١	فنيو مختبرات طبية	٢١٠	٢٢٨٩	٢٨٦
٢	تمريض	١٨٠	٢٨٧١	١٥١
٣	فنيو صيدلة	٠	٣٠٥٦	٤٥٦
٤	فنيو أسنان	٠	١٥٥	١٧
٥	فني تخدير وإنعاش	١١	٣٩٥	٧٢
٦	هندسة معدات طبية	٠	٣٨٧	٢٨
٧	مساعدون طبيون	٠	٤٧٣٨	٧٤٠
٨	قبالة	٠	٢٣٠٧	٢٧٠
٩	أشعة	٠	٩	٩
١٠	فنيو عمليات	٠	٣٩١	٤٣
١١	مساعدون لطب الأسنان	٠	٨٠٤	٦٣
الإجمالي		٤٠١	١٧٤٠٢	٢١٣٥

يلاحظ في اليمن إبتعاث الطلاب للدراسة في الخارج على مستوى المؤهل الأساسي، وذلك على النفقة العامة أو الخاصة. إن بعض المؤشرات تنبئ باحتمالية أن تكون الأعداد كبيرة، حيث أوردت وثيقة إستراتيجية التعليم العالي أن المنح أو البعثات الخارجية استحوذت على (٤،٣١٪) من ميزانية التعليم العالي في العام (٢٠٠٥م).

وتشير البيانات المتوفرة من وزارة التعليم العالي الى وجود (١٣١٨) مبتعثاً للدراسة خارج البلاد في تخصصات طبية وصحية. غير أن الشعور العام حالياً، أن الأعداد في تناقص مع ظهور المزيد من الكليات الطبية والصحية. وهناك ظاهرة جديرة بالذكر في هذا الشأن، وهي أن كليات التعليم الطبي والصحي تفتح أبوابها لقبول أعداد مقدره من الطلاب من جنسيات أخرى من بلدان عربية، على سبيل المثال يشكل الطلاب الأجانب في كلية الطب والعلوم الصحية بجامعة العلوم والتكنولوجيا أكثر من (٥٠٪) من جملة الدارسين.

الهجرة الداخلة

تساهم الهجرة الداخلة في إضافة عاملين صحيين إلى منظومة الموارد البشرية الصحية، من خلال استجلاب أطباء ومهن صحية أخرى من الخارج للعمل في مؤسسات القطاع العام والخاص، ولا توجد إحصاءات دقيقة في هذا الجانب، غير أن بعض المصادر تشير إلى أن العاملين الصحيين



الأجانب يشكلون أكثر من (٨%) من جملة الموارد البشرية الصحية، وهذه نسبة غير قليلة. كما تشير مصادر أخرى إلى أن العاملين الصحيين الأجانب قد يصلون إلى (٧٠٠٠) عاملاً على مستوى الجمهورية، وغالبية هؤلاء العاملين هم من الأطباء والتمريض وبعض المهن الصحية التقنية، وتعتبر روسيا ودول آسيا الوسطى من المصادر الرئيسية، وبالنسبة للتمريض فإن الغالبية من الهند. لكن لا توجد بيانات وافية تمكّن من التعرف على تزايد أو نقصان أعداد العاملين الصحيين القادمين من الخارج.

نظام التوظيف

يرافق تحديات إنتاج الموارد البشرية الصحية قصور في التوظيف للخريجين، على الرغم من حاجة الخدمات الصحية لهم، حيث تتحكم وزارتا الخدمة المدنية والتأمينات، والمالية بشكل كامل في الاستيعاب والتوظيف للعاملين الصحيين ضمن منظومة القوى العاملة بالقطاع الحكومي. وهناك ملاحظة من الوزارة أن أمر تخطيط وتنفيذ التوظيف للعاملين الصحيين لا يتم بالتنسيق الكامل معها، ولا يراعي حاجة الرعاية الصحية، مما أفرز وجود نوع من البطالة في وسط العاملين الصحيين، في الوقت الذي تحتاج إليهم بعض المرافق الصحية التي تعاني نقصاً في القوى العاملة خاصة على مستوى المحافظات رغم أن هناك تنسيق في رفع الاحتياج الفعلي للدرجات الوظيفية من قبل الوزارة ومكاتبها بالمحافظات لكن لا يتم استيعابها نتيجة مبررات تخص وزارتي الخدمة والمالية. كذلك يلاحظ أن المحافظات، وعلى الرغم من قوانين الحكم المحلي، تخضع في أمر التوظيف وشؤون الموظفين للمستوى المركزي في تعيين المناصب العليا كمدراء العموم ووكلاء المحافظات. وتؤكد البيانات أن هناك حوالي (٢١٥٥١) خريج من مختلف التخصصات الطبية والصحية مسجلين بوزارة الخدمة المدنية والتأمينات، قيد الإنتظار للتوظيف. فضلاً عن ذلك، فإن مساهمة القطاع الخاص في سوق العمل لا تبدو واضحة، بل تشير الشواهد إلى أن مؤسسات القطاع الخاص تعتمد بشكل واسع على موظفي القطاع العام فيما يعرف بظاهرة الممارسة المزدوجة.

تراخيص مزاوله المهنة

تم سن قوانين جيدة في هذا المجال، كقانون المجلس الطبي اليمني لسنة (٢٠٠٠م)، وقانون مزاوله المهن الطبية والصيدلانية لسنة (٢٠٠٢م)، مع تفعيل المجلس الطبي اليمني مؤخراً. ولا زالت الحاجة ملحة إلى تجويد الأداء من خلال التسجيل المهني المعتمد

القوى العاملة الفاعلة

يتم تحليل القوى العاملة من خلال تناول خمسة عناصر رئيسية للموارد البشرية الصحية (التوافر العددي، تغطية الكادر، الرضا الوظيفي، الأداء، المقبولية) وذلك على النحو الآتي:

التوافر العددي للموارد البشرية الصحية

تعتبر الموارد البشرية الصحية الركيزة الأساسية الأهم في وظائف النظام الصحي، وتتناسب كثافة وأعداد الموارد البشرية الصحية وجودتها طردياً مع تحسن مؤشرات الأداء الصحي. هناك مؤشر جيد إلى حدٍ ما في التعليم الصحي المتمثل بالمعاهد الصحية في جميع محافظات الجمهورية، حيث تؤكد البيانات المتاحة بأن إجمالي الخريجين للمعهد العالي للعلوم الصحية وفروعه منذ التأسيس بلغ (٣٢٩٨٩) خريج من جميع التخصصات الطبية المقابلة، يُظهر هذا العدد بأن الخريجات يمثلن (٤٠,١٨%) و (٥٩,٨٢%) للخريجين وذلك حتى ٢٠٢١م. وفي العام (٢٠٢٠ - ٢٠٢١م) بلغ إجمالي الخريجين والخريجات (١٤٨٣) خريجاً منهم (٤٤,٥٧%) خريجات، و(٥٥,٤٣%) من الخريجين. كما تشير إحصاءات الطلاب الملتحقين بالمعهد العالي للعلوم الصحية وفروعه للأعوام (٢٠١٨ - ٢٠٢٢م) بلغ (١٩٦٧٩) طالب وطالبة، وتشكل الطالبات ما نسبته (٤٥,٦٥%)، مقابل (٥٤,٣٥%) من الطلاب.

ومن خلال التحليل لجانب أعداد العاملين الصحيين، فقد لوحظ عدم وجود قاعدة بيانات وإحصاءات صحية بالشكل المطلوب، مما أدى إلى تباين في البيانات الصحية، وعدم توافر إحصاءات وبيانات موحدة ومتكاملة عن أعداد العاملين الصحيين، غير أنه يمكن تقدير العدد الكلي للعاملين الصحيين على المستوى الوطني بنحو (٦٤٤٠٥) عامل، يتوزعون على نحو (١٩) مهنة (مسمى مهني) إضافه إلى (١٠٨٨٠) كادر إداري وخدمات مساندة كما هو موضح مسمياتها في الجدول (٨).

جدول رقم (٨) أعداد وشرائح العاملين الصحيين على المستوى الوطني (٢٠١٣م)			
م	التخصص	المؤهل	العدد الإجمالي
١	طب بشري	اختصاص	٥١٠٤
٢	طب بشري	بكالوريوس	٥٤١٢
٣	مساعد طبي	دبلوم نظام ثلاث سنوات بعد الثانوية العامة	٦٦٨٧
٤	تمريض	بكالوريوس	٣١٩
٥	فني تمريض	دبلوم عام نظام ثلاث سنوات بعد الثانوية العامة	٤٦٦٢
٦	تمريض متوسط	شهادة ثلاث سنوات بعد التعليم الأساسي	٧٢٦٥
٧	فني عمليات	دبلوم عام نظام ثلاث سنوات بعد الثانوية العامة	٤٨٣
٨	تمريض عملي	شهادة سنة بعد التعليم الأساسي	١٦٣
٩	فني قبالة	دبلوم عام نظام ثلاث سنوات بعد الثانوية العامة	٢٤١
١٠	قابلية مجتمع	شهادة ثلاث سنوات بعد التعليم الأساسي	٦٩٠٧
١١	مرشدات صحيات	شهادة سنة بعد التعليم الأساسي	١٢٩٩
١٢	مختبرات	بكالوريوس	٩٦٤
١٣	فني مختبرات	دبلوم عام نظام ثلاث سنوات بعد الثانوية العامة	٧٦١٧
١٤	صيدلة	بكالوريوس	٨٦٧
١٥	فني صيدلة	دبلوم عام نظام ثلاث سنوات بعد الثانوية العامة	١٢٨٧٨
١٦	طب أسنان	بكالوريوس	١٥٠٧
١٧	مساعد طبي أسنان	دبلوم عام نظام ثلاث سنوات بعد الثانوية العامة	٦٠٢
١٨	فني أسنان	دبلوم عام نظام ثلاث سنوات بعد الثانوية العامة	٩٤٦
١٩	فني تخدير	دبلوم عام نظام ثلاث سنوات بعد الثانوية العامة	٤٨٢
إجمالي مقدمى الخدمات			٦٤٤٠٥
٢٠	كوادرات إدارية وخدمات مساندة	مؤهلات مختلفة (أغلبها دون المستوى الجامعي)	١٠٨٨٠
الإجمالي الكلي للعاملين الصحيين			٧٥٢٨٥

وبالنظر إلى عدم دقة وشمول الإحصاءات والبيانات عن العاملين الصحيين، فإنه يمكن القول بأن الأعداد الموجودة فعلياً على مستوى الجمهورية قد تكون أكثر مما ورد في الجدول رقم (١١)، ويمكن أن نبني على هذه البيانات تصوراً واقعياً بعض الشيء لمدى التوفر العددي للعاملين الصحيين، وإذا ما تم أخذ نسبة عدد العاملين الصحيين (أطباء، ممرضين، قابلات) إلى عدد السكان، نجد أن مؤشر العاملين الصحيين إلى السكان في اليمن (١,٣٧) عامل صحي لكل (١٠٠٠) من السكان، وبمقارنة ذلك مع المؤشر العالمي الذي حددته منظمة الصحة العالمية كحد أدنى لكفاية العاملين الصحيين والمحدد بـ (٢,٣) عامل صحي لكل (١٠٠٠) من السكان، نجد أن اليمن مازال يقع في حيز الأزمة والنقص الحاد في العدد الكلي للموارد البشرية الصحية، وهي ضمن (٥٧) دولة في العالم يقع فيها معدل العاملين الصحيين تحت خط (٢,٣) عامل صحي لكل (١٠٠٠) من السكان.

وتشير بيانات المجلس الطبي إلى أهمية تحليل الوضع، ومراجعة معايير التعليم الطبي، والتأهيل، وفق نتائج امتحانات مزاوله المهنة، والتي بينت وجود قصور في هذا الجانب. وفق تحليل الوضع الآتي:

المجلس الطبي

في سبيل تعزيز القدرة العلميّة والفنيّة لخريجي الجامعات والمعاهد الطبيّة والصحيّة يقوم المجلس الطبي، ضمن مهامه الرئيسيّة، بتقييم القدرات المتوافرة من خلال إجراء امتحان مزاوله، ومن ثمّ تحليل النتائج لاتخاذ القرار المستنير بشأن تطوير المهارات، وتطبيق برنامج وطني متكامل لرفع القدرات. ومن خلال فحص وتدقيق بيانات جميع المتقدمين لامتحان مزاوله المهنة من كافة المؤسسات التعليميّة، وإدخال تلك البيانات، تمّ إجراء تحليل مستند إلى متغيرين اثنين، يتمثلان في نوع المهنة الطبيّة والصحيّة، والمؤسسة التعليميّة المنحدر منها المتقدمون لامتحانات المزاوله. ووفاءً بغاية الارتقاء بالمهن الطبيّة والصحيّة يأتي إجراء التقييم مستهدفاً الخريجين من كافة المؤسسات التعليميّة الطبيّة على مستوى الجامعات الوطنيّة (الحكوميّة والخاصة)، والجامعات الخارجيّة، وكليات المجتمع وما في حكمها، والمعاهد الصحيّة وما في مستواها، وذلك وفقاً لنص المادة (٣) من قانون إنشاء المجلس الطبي اليمني رقم (٢٨) لسنة ٢٠٠٠م، والتي حددت للمجلس ثلاثة أهداف تتمثل في (١) حماية حقوق المرضى (٢) النهوض بالمهن الطبيّة (٣) تنظيم ومراقبة أداء مزاولي المهنة. ولتحقيق الفقرة (٣،٢) من المادة (٣) فقد نصت الفقرات (ج، د، ز، و) من المادة (١٠) على أن للمجلس في سبيل تحقيق تلك الأهداف ممارسة الاختصاصات التالية :

الفقرة (ج): الإسهام في إعداد وإقرار مناهج التعليم الطبي الجامعي والعالي والمستمر، وإجراء التقييم الدوري لمزاولي المهنة.

الفقرة (د): وضع الشروط والمواصفات الأكاديمية والعلمية للكليات الطبيّة الخاصّة، وذلك بالتنسيق مع المجلس الأعلى للجامعات.

الفقرة (هـ): تحديد المؤهلات والخبرات اللازمة للحصول على الشهادات التخصصية والاستشارية لمزاولي المهنة .

الفقرة (و): إجراء تقييم لمستوى خريجي ذوي المهن من الجامعات الطبيّة المختلفة .

الفقرة (ز): معادلة المؤهلات العلميّة لخريجي الجامعات الطبيّة الحكوميّة والأجنبيّة والأهليّة وبالتنسيق مع الجهات ذات العلاقة.

وقد جاءت نتائج التحليل لدرجات المتقدمين من مختلف الجامعات والكليات والمعاهد الصحيّة وفق الآتي:

لمحة عامة عن المتقدمين لامتحانات مزاولة المهنة من كافة المؤسسات التعليمية: تقدم لامتحان المزاولة خلال الأعوام ٢٠١٩ - ٢٠٢١ نحو ٢٥,٥٥١ ينتمون لـ ٢١٢ مؤسسة تعليمية تشمل (٣٤) جامعة، و(٤٤) كلية مجتمع وما في مستواها، و(٨٠) معهد صحي ومركز تدريب، ونحو (٥٤) جامعة ومؤسسة تعليمية خارجية.

جدول (١): يوضح نوع وعدد المؤسسات التعليمية وعدد المتقدمين لامتحان مزاولة المهنة ومعدّل النجاح

المؤسسة	عدد المؤسسات	عدد المتقدمين	عدد الناجحين	عدد الراسبين	معدّل النجاح	معدّل الرسوب
الجامعات الوطنية	٣٤	٩٧٧٨	٦٢٥٨	٣١١٤	٦٤	٣٢
كليات المجتمع وما في مستواها	٤٤	٦٤٩٨	٣٦٨٣	٢٥٣٨	٥٧	٣٩
المعاهد ومراكز التدريب	٨٠	٩١٨٠	٥٨١١	٢٩٦٩	٦٣	٣٢
الجامعات الخارجية	٥٤	١٠٢	٥١	٤٠	٥٠	٣٩
إجمالي	٢١٢	٢٥٥٥١	١٥٧٩٧	٨٦١٥	٦٢	٣٤

ويبين الجدول أعلاه أن ١٥,٧٩٧ من المتقدمين قد نجحوا في امتحان المزاولة بمعدّل ٦٢٪، غير أن ذلك المعدّل تباين بين تلك المؤسسات التعليمية إذ بلغ المتقدمون للمزاولة من الجامعات حوالي ٦٤٪، ووصلت بين المتقدمين من الكليات حوالي ٦٣٪، بينما انخفض معدّل النجاح للمتقدمين من المعاهد الصحية ومراكز التدريب إلى ٥٧٪.

أولاً: تحليل نتائج المتقدمين لامتحان المزاولة على مستوى الجامعات:

لمقارنة معدلات النجاح بين المتقدمين للمزاولة من الجامعات، فقد تم تقسيم الجامعات الوطنية إلى ثلاث مجموعات وذلك وفقاً لعدد المتقدمين على مستوى كل جامعة، وفق الآتي:

المجموعة الأولى:

وهي التي بلغ عدد المتقدمين فيها لامتحان المزاولة ٢٠٠ متقدم فأكثر، حيث أظهرت نتائج تحليل البيانات أن ٨٦٪ (٨٤٤٦) من المتقدمين لامتحان مزاولة المهنة ينتمون لـ (١٢) جامعة وطنية، منهم ٥٢٤٦ (٦٢٪) ينتمون لأربع جامعات حكومية تمثل جامعة صنعاء منها ٤٩٪ تقريباً، في حين أن أقل من ٣٩٪ ينتمون لجامعات خاصة تمثل جامعة العلوم والتكنولوجيا منها ٣١٪ تقريباً. أما معدّل النجاح بين كل الجامعات فقد بلغ أعلاه بين المتقدمين من جامعة صنعاء بمعدّل ٧٧٪، ثم جامعة ذمار بمعدّل ٧٢٪، في حين أن أعلى معدّل نجاح بين الجامعات الخاصة كان للمتقدمين من جامعة العلوم والتكنولوجيا وبلغ ٦١٪. كما أن أقل معدّل للنجاح كان بين المتقدمين من جامعة اليمن بمقدار ٤٦٪، ثم الجامعة الوطنية بمقدار ٤٢٪. ويبين الجدول (٢) معدلات النجاح للمتقدمين لامتحان المزاولة وفقاً لعدد المتقدمين لكل جامعة.

جدول (٢): معدّل النجاح للمتقدمين لامتحان المزاولة وفقاً لعدد المتقدمين لكل جامعة.

العدد	الجامعة	عدد المتقدمين	النجاح	الرسوب	الغياب	معدّل النجاح %	معدّل الرسوب %
١	ج. صنعاء	٢٥٩٥	١٩٨٧	٥٤٦	٦٢	٧٧	٢٧
٢	ج. العلوم والتكنولوجيا	١٢٢٥	٧٥١	٤٥١	٧٣	٦١	٥٣
٣	ج. الحديدية	٩٢٩	٥٨٥	٣٢١	٢٣	٦٣	٥٥
٤	ج. الناصر	٧٦٨	٤١٩	٣١٨	٣١	٥٥	٧٦
٥	ج. ذمار	٦٧٩	٤٩٠	١٦٣	٢٦	٧٢	٣٣
٦	ج. الرازي	٤٧٣	٢٤٠	٢١٤	١٩	٥١	٨٩
٧	ج. أزال للتنمية البشرية	٣٧٩	٢١٩	١٥٠	١٠	٥٨	٦٨
٨	الج. الوطنية	٣٥٥	١٤٩	١٧٥	٣١	٤٢	١١٧
٩	ج. تعز	٣٤٦	٢٢٠	١٠٢	٢٤	٦٤	٤٦
١٠	ج. الحكمة	٢٩٦	١٧٠	١٠٩	١٧	٥٧	٦٤
١١	جامعة اليمن	٢٠١	٩٢	٩٤	١٥	٤٦	٤٧
١٢	جامعة دار السلام	٢٠٠	١٠٩	٨٣	٨	٥٥	٤٢
	الإجمالي	٨٤٤٦	٥٤٣١	٢٦٧٦	٣٣٩		

المجموعة الثانية:

وتمثّل المجموعة التي بلغ عدد المتقدمين فيها ما بين ١٠٨ - ١٥٠ متقدماً، حيث أظهر تحليل البيانات أن المتقدمين لامتحان مزاولة المهنة في هذه المجموعة ينتمون إلى خمس جامعات وطنية، بلغت أعدادهم ٦٥٧، نجح منهم ٤٢٤ بمعدّل ٦٣٪. كما أظهرت البيانات أن أعلى معدّل نجاح كان بين المتقدمين من جامعة ٢١ سبتمبر وبلغ ٨٧٪، ثمّ جامعة السعيدة بمعدّل نجاح ٧٠٪، في حين كان أقل معدّل للنجاح بين المتقدمين من الجامعة اليمنية الأردنية. ويوضح جدول (٣) أسماء الجامعات ومعدّلات نجاح المتقدمين حسب كل جامعة.

جدول (٣): أسماء الجامعات ومعدّل نجاح المتقدمين حسب كل جامعة

العدد	الجامعة	عدد المتقدمين	عدد الناجحين	معدّل النجاح %
١	الجامعة اليمنية الأردنية	١٥٠	٧٠	٤٧
٢	جامعة ٢١ سبتمبر	١٤٦	١٢٧	٨٧
٣	جامعة السعيدة	١٣٨	٩٧	٧٠
٤	جامعة ذمار التعليم المستمر	١١٥	٧٤	٦٤
٥	الجامعة اليمنية	١٠٨	٥٦	٥٢
	إجمالي	٦٥٧	٤٢٤	٦٥

المجموعة الثالثة:

وتمثل الجامعات التي يقل عدد المتقدمين منها عن ١٠٠ متقدم لكل جامعة، حيث بلغ عدد الجامعات ١٧ جامعة منها عشر جامعات بلغ عدد المتقدمين منها بين ٣٠ و ٨٥ متقدماً، وبلغ معدّل النجاح بين المتقدمين ٦٠٪، حيث كان أعلى معدّل نجاح للمتقدمين من الجامعة الإماراتية الدولية، كما كان أقل معدّل نجاح للمتقدمين من جامعتي العلوم الحديثة والجزيرة بمقدار (٤٢٪) و(٤٣٪) على التوالي، أما بقية الجامعات والتي بلغت سبع جامعات فكانت أعداد المتقدمين منها لامتحان المزاولة ٣٠ متقدماً فقط.

تحليل نتائج المتقدمين لمزاولة المهن الطبية والصحية الرئيسيّة من الجامعات الوطنية: بلغ عدد المتقدمين لامتحان مزاولة المهنة من الجامعات الحكومية والأهلية ٧٩٧٣ في تخصصات الطب البشري، وطب الأسنان، والصيدلة، والطب المخبري، وبكالوريوس التمريض، وهي التخصصات المشتركة في الجامعات الوطنية، حيث مثّل عدد المتقدمين في تخصص الصيدلة ٣٠٪ من إجمالي عدد المتقدمين في كل التخصصات غير أن معدّل النجاح كان الأقل من بين كل التخصصات وبلغ ٥٤٪. وفي حين كان معدّل المتقدمين في الطب المخبري ١٦٪ من إجمالي المتقدمين لامتحان المزاولة إلا أن معدّل النجاح بلغ ٨٤٪. أما الطب البشري، ومع أن معدّل المتقدمين يمثل ٢٨٪ من إجمالي عدد المتقدمين في كل التخصصات غير أن معدّل النجاح كان ٦٦٪ فقط. وفي حين تقدم لامتحان مزاولة طب الأسنان ١٣٠٨ طبيباً، يمثلون ١٦٪ تقريباً من إجمالي المتقدمين، إلا أن معدّل النجاح بلغ ٧٣٪. أما التمريض فكان عدد الناجحين ٥٠٨ من أصل ٧٦٠ من الذي تقدموا لامتحان المزاولة وبمعدّل نجاح ٦٧٪.

جدول (٤): التخصصات الرئيسيّة وعدد المتقدمين في كل تخصص ومعدّل النجاح

التخصص	عدد المتقدمين	عدد الناجحين	معدّل النجاح
الأطباء عموم	٢٢٢٦	١٤٩٥	٦٦
أطباء أسنان	١٣٠٨	٩٥٦	٧٣
بك صيدلة	٢٤٠٢	١٢٩٠	٥٤
مختبرات	١٢٧٧	١٠٧٦	٨٤
بك تمريض	٧٦٠	٥٠٨	٦٧
الإجمالي	٧٩٧٣	٥٣٢٥	٦٦

أ. تحليل نتائج المتقدمين لامتحانات المزاولة في التخصصات الرئيسيّة:

شمل التحليل نتائج المتقدمين للمزاولة في تخصصات الطب، وطب الأسنان، والصيدلة، والمختبرات، والتمريض، وفق الآتي:

١. نتائج المتقدمين في تخصص الطب البشري

بلغ عدد الأطباء المتقدمين لامتحانات المزاولة (٢٣٢٢) طبيباً منهم (٢٢٦٢) تخرّجوا من جامعات حكومية وأهلية، وحوالي ٦١ طبيباً من جامعات خارجية. وقد اعتمدت لجنة مراجعة نتائج

الامتحانات والتحليل بالإجماع عدم إدراج أي جامعة يقل عدد الأطباء الذي تخرجوا منها لامتحان مزاولة المهنة عن ٣٠ طبيباً ضمن التحليل والمقارنات لمعدّلي النجاح والرسوب. وفي ضوء ذلك استُبعدت من التحليل والمقارنة كافة الجامعات الخارجية وعددها (٣٢) جامعة وكلية طبية، كما تم استبعاد كل من جامعة الحديدة (٢٤ طبيب) والجامعة الإماراتية (١١ طبيب) وجامعة الجزيرة (طبيب واحد) وذلك لكون أعداد المتقدمين منها أقل من ٣٠ متقدماً. ويبين الجدول (٥) أسماء الجامعات وعدد الأطباء المتقدمين منها ومعدّلي النجاح والرسوب في كل جامعة.

جدول (٥): أسماء الجامعات والطلبة المتقدمين لامتحان مزاولة مهنة الطب البشري

م	الجامعة	عدد المتقدمين	عدد الناجحين	معدّل النجاح
١	جامعة صنعاء	١٠٥٢	٧١٢	٦٨
٢	جامعة ذمار	٤٣١	٣٠٩	٧٢
٣	جامعة العلوم والتكنولوجيا	٣٣٦	٢١٠	٦٣
٤	جامعة تعز	٢٣١	١٣٤	٥٨
٥	جامعة حضرموت	٨٤	٥٥	٦٥
٥	جامعة عدن	٤٩	٢٩	٥٩
٦	جامعة دار السلام	٤٣	١٩	٤٤
٧	جامعة الحديدة	٢٤	١٨	٧٥
٨	الجامعة الإماراتية	١١	٩	٨٢
٩	جامعة الجزيرة	١	٠	٠
٦٦	الإجمالي	٢٢٦٢	١٤٩٥	٦٦
٤٤	بقية الجامعات	٦١	٢٧	٤٤
٦٦	إجمالي عدد الأطباء	٢٣٢٣	١٥٢٢	٦٦

لقد أظهرت النتائج أن معدّل النجاح على مستوى كل الجامعات الحكومية والخاصة في مساق الطب البشري لم يتجاوز ٧٢٪، في حين أن معدّل النجاح لخريجي جامعة العلوم والتكنولوجيا بلغ ٦٣٪. وجاء أقل معدّل نجاح للمتقدمين من جامعة دار السلام الدولية، وبلغ ٤٤٪ فقط. ويوضح الجدول (٦) عدد المتقدمين ومعدّل النجاح على مستوى كل جامعة.

جدول (٦): عدد المتقدمين لامتحان مزاولة مهنة الطب ومعدّل النجاح على مستوى كل جامعة

م	الجامعة	عدد المتقدمين	عدد الناجحين	معدّل النجاح
١	جامعة صنعاء	١٠٥٢	٧١٢	٦٨
٢	جامعة ذمار	٤٣١	٣٠٩	٧٢
٣	جامعة العلوم والتكنولوجيا	٣٣٦	٢١٠	٦٣
٤	جامعة تعز	٢٣١	١٣٤	٥٨
٥	جامعة حضرموت	٨٤	٥٥	٦٥
٦	جامعة عدن	٤٩	٢٩	٥٩
٧	جامعة دار السلام	٤٣	١٩	٤٤
٦٦	الإجمالي	٢٢٢٦	١٤٦٨	٦٦

٢. نتائج المتقدمين لامتحان المزاولة في طب الأسنان

بلغ عدد أطباء الأسنان المتقدمين لامتحانات المزاولة (١٣٠٨) طبيب أسنان، ينتمون إلى (١١) جامعة وطنية، وكان معدّل النجاح حوالي ٧٩٪. غير أنه تم استبعاد (٣) جامعات لأن أعداد المتقدمين منها أقل من (١٦) طبيب أسنان.

لقد أظهرت النتائج أن ٧٠٪ من إجمالي المتقدمين للمزاولة من (٤) جامعات حكومية، وأن عدد المتقدمين من جامعة صنعاء يمثلون حوالي ٥٩٪، كما أن ٣٠٪ من المتقدمين ينتمون لأربع جامعات خاصة، حيث كان عدد المتقدمين من جامعة العلوم والتكنولوجيا ٢٦٥ طبيب أسنان وهم يمثلون ٧٠٪ من إجمالي المتقدمين من الجامعات الخاصة، وبالنسبة لنتائج امتحان المزاولة فقد بلغ معدّل النجاح حوالي ٧٣٪ لكل المتقدمين للمزاولة. وفي حين بلغ معدّل النجاح للمتقدمين من جامعة صنعاء ٧٨٪، إلا أن معدّل النجاح من جامعة العلوم والتكنولوجيا كان ٦٩٪. ويبين الجدول (٧) أسماء الجامعات وعدد أطباء الأسنان المتقدمين منها ومعدّل النجاح في كل جامعة.

جدول (٧): أسماء الجامعات وأعداد أطباء الأسنان المتقدمين منها ومعدّل النجاح في كل جامعة

م	الجامعة	عدد المتقدمين	عدد الناجحين	معدّل النجاح
١	جامعة صنعاء	٥٣٩	٤١٩	٧٨
٢	جامعة العلوم والتكنولوجيا	٢٦٥	١٨٢	٦٩
٣	جامعة ذمار	١٨٣	١٤٥	٧٩
٤	جامعة الحديدة	١٢٩	٨٧	٦٧
٥	جامعة إب	٦١	٤١	٦٧
٦	جامعة دار السلام الدولية	٤٦	٢٧	٥٩
٧	جامعة الملكة أروى	٤٣	٢٦	٦٠
٨	الجامعة الإماراتية الدولية	٢٦	١٨	٦٩
	الإجمالي	١٢٩٢	٩٤٥	٧٣

٣. نتائج المتقدمين لامتحان المزاولة في الطب المخبري

بلغ عدد المتقدمين لامتحانات المزاولة في الطب المخبري (١٣٠٣) طبيب مخبري، ينتمون إلى (٢١) جامعة وطنية، وكان معدّل النجاح حوالي ٨٤٪. غير أنه تم استبعاد (٨) جامعات لأن أعداد المتقدمين منها أقل من (٣٠) بإجمالي ٦١ طبيب مخبري.

لقد أظهرت نتائج تحليل المتقدمين لامتحان المزاولة في الطب المخبري أن المتقدمين من جامعة صنعاء يمثلون ٦٧٪ من إجمالي المتقدمين من الجامعات الحكومية، وأن معدّل نجاحهم كان أكثر من ٩٥٪، ثم جامعة الحديدة بمعدّل ٨٨٪.

وفيما يتعلق بالجامعات الخاصة والتي بلغ أعداد الخريجين منها ٥٨٤ طبيب مخبري، فإن المتقدمين من جامعة الناصر مثّلوا ٢٩٪، لكن معدّل النجاح بلغ حوالي ٧٤٪. وكما هو مبين في الجدول أدناه فإن جميع المتقدمين من الجامعات الحكومية ومعظم الجامعات الخاصة قد حققوا نسب عليا في النجاح، قاربت في المتوسط ٨٥٪، إلا أن (٣) جامعات خاصة (الرازي، والجامعة الوطنية، وجامعة الحكمة) لم تتجاوز معدّلات المتقدمين منها ٦٥٪ في المتوسط. كما أن ما يستحق الالتفات له أيضًا يكمن في أن عدد المتقدمين من (١٠) جامعات لم يتجاوز الرقمين كما هو موضح في الجدول (٨).

جدول (٨): أسماء الجامعات وأعداد المتقدمين للمزاولة في الطب المخبري ومعدّل النجاح في كل جامعة

م	الجامعة	عدد المتقدمين	عدد الناجحين	معدّل النجاح
١	ج. صنعاء	٤٤٤	٤٢٣	٩٥
٢	ج. الناصر	١٧١	١٢٧	٧٤
٣	ج. الحديدية	١٢٥	١١٠	٨٨
٤	ج. العلوم والتكنولوجيا	٩٣	٨٠	٨٦
٥	ج. الرازي	٥٥	٣٧	٦٧
٦	الج. الوطنية	٥٤	٣٤	٦٣
٧	ج. السعيدة	٤٨	٤١	٨٥
٨	ج. الحكمة	٤٨	٣١	٦٥
٩	ج. ٢١ سبتمبر	٤٦	٣٩	٨٥
١٠	ج. دار السلام	٤٤	٣٦	٨٢
١١	ج. تعز	٤٣	٣٦	٨٤
١٢	ج. آزال	٣٨	٣٣	٨٧
١٣	ج. اليمنية الأردنية	٣٣	٢٧	٨٢
	الإجمالي	١٢٤٢	١٠٥٤	٨٥

٤. نتائج المتقدمين لامتحان المزاولة في الصيدلة

بلغ عدد المتقدمين لامتحانات المزاولة في الطب المخبري (٢٤١٠) صيدلاني من جميع الجامعات الوطنية والدولية، ينتمي ١٨٪ منهم لخمس جامعات حكومية، منهم ٨٦٪ ينتمون لجامعة صنعاء، في حين ينتمي ٨٢٪ (١٩٧٥) من إجمالي المتقدمين إلى (١٤) جامعة خاصة، يمثل المتقدمون من جامعة الناصر ٢٨٪، فيما المتقدمون من جامعة الرازي وجامعة العلوم والتكنولوجيا يمثلون ١٢٪ لكل منهما، تليهما جامعة الحكمة بمعدّل ١١٪، أما الجامعة الوطنية والجامعة اليمنية الأردنية فتمثلان ٧٪ و ٦٪ لكل منهما على التوالي، وتمثل بقية الجامعات الخاصة ٢٤٪.

كما أن نتائج التحليل قد أظهرت تفاوتاً كبيراً بين الجامعات. ففي حين كان معدّل النجاح بين المتقدمين من جامعة صنعاء ٧٥٪، إلا أنه بلغ حوالي ٤٩٪ للمتقدمين من جامعة الناصر. كما يمكن القول أن متوسط معدّل النجاح للمتقدمين من الجامعات الخاصة كان أقل من ٤٩٪، في حين بلغ المعدّل في الجامعات الحكومية ٥٦٪. ولأن عدد المتقدمين من الجامعات الحكومية كان منخفضاً بالمقارنة مع الجامعات الخاصة فإن الأعداد الضئيلة للمتقدمين من جامعات الحديدة وذمار وعدن وتعز لم يتم استبعادها. ويبين الجدول رقم (٩) عدد المتقدمين لامتحان المزاولة من الجامعات الوطنية، ومعدّل النجاح على مستوى كل جامعة.

جدول (٩): عدد المتقدمين لامتحان مزاولة الصيدلة ونسب النجاح على مستوى كل جامعة

م	الجامعة	عدد المتقدمين	عدد الناجحين	معدّل النجاح
١	جامعة الناصر	٥٥٦	٢٧٠	٤٩
٢	جامعة صنعاء	٣٦٧	٢٧٦	٧٥
٣	جامعة الرازي	٢٤٣	١١٣	٤٧
٤	جامعة العلوم والتكنولوجيا	٢٤٢	١٣٩	٥٧
٥	جامعة الحكمة	٢١٠	١٢٤	٥٩
٦	الجامعة الوطنية	١٣٦	٥٦	٤١
٧	الجامعة اليمنية الاردنية	١١٧	٤٣	٣٧
٨	جامعة آزال للتنمية البشرية	٩٥	٥٣	٥٦
٩	جامعة السعيدة	٨٩	٥٦	٦٣
١٠	الجامعة اليمنية	٦٨	٣٤	٥٠
١١	جامعة دار السلام الدولية	٦٧	٢٧	٤٠
١٢	جامعة العلوم الحديثة	٦٢	٢٦	٤٢
١٣	جامعة الجزيرة	٣٩	١٤	٣٦
١٤	جامعة الحديدة	٢٧	١٩	٧٠
١٥	الجامعة اللبنانية الدولية	٢٦	١٨	٦٩
١٦	جامعة الملكة أروى	٢٥	٨	٣٢
١٧	جامعة ذمار	١٥	٧	٤٧
١٨	جامعة عدن	١٥	٦	٤٠
١٩	جامعة تعز	٢	١	٥٠
	الإجمالي	٢٤٠١	١٢٩٠	٥٣

٥. نتائج المتقدمين لامتحان المزاولة في التمريض:

بلغت أعداد المتقدمين لامتحانات المزاولة في التمريض (٧٦٠) من كل الجامعات الوطنية، ينتمون لإثنتي عشرة جامعة وطنية، نجح منهم ٥٠٨ في امتحان المزاولة، بمعدل نجاح بلغ ٦٧٪. وفيما يتعلق بأعداد ومعدلات نجاح المتقدمين على مستوى الجامعات فإن ٥٢٤ ممن تقدموا للمزاولة، أي حوالي ٧١٪، ينتمون لجامعات حكومية. وتمثل جامعة الحديدية وجامعة صنعاء ٥٢٪ من إجمالي المتقدمين على مستوى كل الجامعات الوطنية ٤٠٪ و ٣٨٪ على التوالي من إجمالي المتقدمين على مستوى الجامعات الحكومية، نجح منهم ٣٨٩ وبمعدل نجاح بلغ ٧٢٪، حيث كان أعلى معدل نجاح من المتقدمين من جامعة ٢١ سبتمبر وبلغ ٨٩٪، تلاه المتقدمون من جامعة صنعاء وجامعة تعز، وبمعدلي نجاح بلغا ٨١٪، و ٧٢٪ على التوالي، وكان أقل معدل نجاح للمتقدمين من جامعة الحديدية وبلغ ٥٩٪.

وفيما يتعلق بالجامعات الخاصة فقد بلغ عدد المتقدمين لمزاولة المهنة ٢١٩، أي حوالي ٢٩٪، منهم ٩٨٪ من ثلاث جامعات خاصة هي الرازي (٤٣٪) وآزال (٣٧٪) والناصر (١٧٪)، لكن متوسط معدل النجاح للمتقدمين من هذه الجامعات لم يتجاوز ٥٣٪. أما الجامعات التي كان عدد المتقدمين منها أقل من ٣٠ فإنها لم تظهر في المقارنات، ويبين الجدول (١٠) توزيع أعداد ومعدلات النجاح للمتقدمين لمزاولة مهنة التمريض على مستوى كل جامعة.

جدول (١٠): عدد ومعدل النجاح للمتقدمين لمزاولة مهنة التمريض على مستوى كل جامعة

م	الجامعة	عدد المتقدمين	عدد الناجحين	معدل النجاح
١	جامعة الحديدية	٢٠٨	١٢٣	٥٩,١٣
٢	جامعة صنعاء	١٩٣	١٥٧	٨١,٣٥
٣	جامعة الرازي	٩٤	٤٩	٥٢,١٣
٤	جامعة آزال للتنمية البشرية	٨١	٤٧	٥٨,٠٢
٥	جامعة ٢١ سبتمبر	٦٥	٥٨	٨٩,٢٣
٦	جامعة تعز	٥٦	٤٠	٧١,٤٣
٧	جامعة الناصر	٣٩	٢٠	٥١,٢٨
	الإجمالي	٧٦٠	٥٠٨	٦٧

ب. تحليل نتائج المتقدمين لمزاولة المهنة في التخصصات المساعدة

أظهرت النتائج أن ٤١٩ من المتقدمين لمزاولة المهنة في تخصصات التخدير والأشعة والتغذية والصيدلة السريرية والعلاج الطبيعي والقبالة وصحة المجتمع ينتمون بأجمعهم لثمان جامعات خاصة، تُقدم جميعها درجة البكالوريوس في هذه التخصصات. وتبين نتائج التحليل نجاح ٢٣٨ متقدم للمزاولة، وكان معدل النجاح ٥٧٪. غير أن المتقدمين لامتحان المزاولة في تخصصات التخدير والصيدلة السريرية مثلوا حوالي ٧٤٪ من إجمالي المتقدمين، وكان معدل النجاح ٥٨٪ و ٦٨٪ على التوالي. ويبين الجدول رقم (١١) عدد المتقدمين في كل تخصص ومعدل النجاح:

جدول (١١): عدد المتقدمين في كل تخصص وعدد الناجحين ومعدّل النجاح على مستوى كل تخصص

التخصص	عدد المتقدمين	عدد الناجحين	معدّل النجاح	معدّل المتقدمين من الإجمالي
بك أشعة	٤٢	٢٤	٥٧	١٠
بك تخدير	١٧٠	٩٨	٥٨	٤١
بك قبالة	٤٢	١٦	٣٨	١٠
بك علاج طبيعي	١١	٠	٠	٣
بك صيدلة سريرية	١٤٠	٩٦	٦٨	٣٣
بك صحة مجتمع	١٤	٤	٢٩	٣
إجمالي	٤١٩	٢٣٨	٥٧	

أما ما يتعلق بالمتقدمين حسب الجامعات والتخصص فقد بلغت أعداد المتقدمين في الصيدلة السريرية من جامعة الحديدة ١٠٢ متقدماً للمزاولة، نجح منهم ٧٢ متقدماً بمعدّل ٧١٪، فيما كان عدد المتقدمين من الجامعة اللبنانية ٣١ متقدماً للمزاولة، ونجح منهم ٢١ متقدماً بمعدّل ٦٨٪. أما المتقدمون من جامعة آزال لمزاولة التخدير التقني فقد بلغت أعدادهم ٩٧ متقدماً، ومثّلوا معدّل ٥٧٪ من المتقدمين، لكن معدّل النجاح بلغ ٦٢٪. وبلغ عدد المتقدمين من جامعة الرازي ٧١ متقدماً للمزاولة لم ينجح منهم غير ٣١ متقدماً للمزاولة، أي بمعدّل ٥٣٪. وأما بقية التخصصات فقد كانت أعداد المتقدمين للمزاولة قليلة جداً، كما هي أيضاً بالنسبة لمعدّل النجاح. ويبين الجدول التالي عدد المتقدمين في كل تخصص على مستوى كل جامعة ومعدّل النجاح.

جدول (١٢): عدد المتقدمين في كل تخصص على مستوى كل جامعة ومعدّل النجاح

بكالوريوس تخدير			التخصص
معدّل النجاح	النجاح	عدد المتقدمين	الجامعة
٦٢	٦٠	٩٧	جامعة آزال
٥٤	٣٨	٧١	جامعة الرازي
٠,٠٠		٢	جامعة إب
٥٨	٩٨	١٧٠	إجمالي
بكالوريوس صيدلة سريرية			التخصص
معدّل النجاح	النجاح	عدد المتقدمين	الجامعة
٧١	٧٢	١٠٢	جامعة الحديدة
٦٨	٢١	٣١	الجامعة اللبنانية
٥٠	٢	٤	الجامعة الإماراتية
٥٠	١	٢	جامعة العلوم والتكنولوجيا
٦٨	٩٦	١٤٠	إجمالي

ج. تحليل نتائج المتقدمين لمزاولة المهنة للدبلومات

بلغ عدد المتقدمين لامتحان المزاولة من حَمَلَة الدبلومات ٨٤٣ متقدماً من ١٥ جامعة وطنية، وشملت معظمها دبلومات في المختبرات، والتمريض، والأسنان، والقبالة، والصيدلة، والمساعدين الطبيين، وفنيي عمليات وأشعة وتخدير، وكان نحو ٦٤٪ من المتقدمين (٥٤٢) من جامعات حكومية، مثلت جامعة الحديدة (٣١١) أي حوالي ٥٧٪ من المتقدمين، فيما مثلت جامعتا ذمار وتعز للتعليم المستمر ١٦٪ و ١٧٪ على التوالي. وفيما كان ما معدّله ٣٦٪ من المتقدمين (٣٠١) من جامعات خاصة، فقد مثلت الجامعة الوطنية ٥٥٪ من إجمالي المتقدمين، فيما مثلت جامعات العلوم والتكنولوجيا، والحكمة، والسعيدة حوالي ١٢٪ لكل منها، ويبين الجدول التالي عدد الجامعات والمتقدمين من كلّ منها.

جدول (١٣): عدد المتقدمين من كل جامعة وعدد الناجحين ومعدّل النجاح في كل جامعة

م	الجامعة	عدد المتقدمين	عدد الناجحين	معدّل النجاح
١	جامعة ٢١ سبتمبر	٣٤	٣٠	٨٨
٢	جامعة ذمار التعليم المستمر	٨٥	٦١	٧٢
٣	جامعة تعز التعليم المستمر	٧٢	٥٠	٦٩
٤	جامعة ذمار	٢٥	١٣	٥٢
٥	جامعة الحديدة	٣١١	١٥٣	٤٩
٦	جامعة العلوم والتكنولوجيا	٣٨	١٧	٤٥
٧	الجامعة الوطنية	١٦٤	٥٩	٣٦
٨	جامعة الحكمة	٣٧	١٤	٣٨
٩	جامعة السعيدة	٣١	١٣	٤٢
	الإجمالي	٧٩٧	٤١٠	٥١

أما معدّل النجاح في الدبلومات فجاء متدنياً بين جميع المتقدمين، ومن كل الجامعات، مع تفاوت كبير بين التخصصات. وفي حين كان عدد المتقدمين للمزاولة في دبلوم الصيدلة من (٦) جامعات ٣٦٧ متقدماً، وهو ما يمثل ٤٤٪ من إجمالي المتقدمين للمزاولة في كل الدبلومات، فإن معدّل النجاح كان حوالي ٤٠٪ فقط. وفي حين كان عدد المتقدمين لامتحان المزاولة في دبلوم التمريض ١٣١ متقدماً، فإن معدّل النجاح أيضاً جاء متدنياً. كذلك كان الحال مع المتقدمين لدبلوم المختبرات. ومثّل المتقدمون إلى هذه الدبلومات الثلاثة حوالي ٧٠٪ من إجمالي المتقدمين، أما بقية المتقدمين للمزاولة للدبلومات الأخرى فكانت أعدادهم قليلة جداً، كما أنّ معدّل النجاح فيها جاء أيضاً متدنياً. ويبين الجدول التالي عدد المتقدمين من كل جامعة ومعدّل النجاح على مستوى دبلومات الصيدلة، والتمريض والمختبرات.

جدول (١٤): عدد المتقدمين في كل دبلوم ومعدّل النجاح على مستوى كل جامعة

دبلوم صيدلة			
الجامعة	عدد المتقدمين	عدد الناجحين	معدّل النجاح
جامعة الحديدية	٨٦	٢٠	٢٣
الجامعة الوطنية	١٥٤	٥٣	٣٤
جامعة الحكمة	٣٢	١٢	٣٨
جامعة ذمار للتعليم المستمر	٣٠	١٨	٦٠
الجامعة اليمنية	٢٠	٩	٤٥
جامعة تعز للتعليم المستمر	٤٥	٣٣	٧٣
الإجمالي	٣٦٧	١٤٥	٤٠
دبلوم تمريض			
جامعة ذمار للتعليم المستمر	١٤	١٢	٨٦
جامعة الحديدية	١١٧	٦٠	٥١
الإجمالي	١٣١	٧٢	٥٥
دبلوم مختبرات			
جامعة العلوم والتكنولوجيا	٢٨	١١	٣٩
الحديدية	٤٥	٢٢	٤٩
جامعة ذمار للتعليم المستمر	٢٣	١٦	٧٠
الإجمالي	٩٦	٤٩	٥١

التعليق على نتائج المتقدمين لمزاولة المهنة في الجامعات:

أظهرت نتائج تحليل المتقدمين لامتحانات مزاولة المهنة من كل الجامعات الوطنية، وعلى مستوى التخصصات، معدّلات متدنية جداً مقارنة بمعدّل النجاح للمتقدمين للمزاولة في الدول المجاورة. ففي حين نجح ١٤٦٨ في امتحان المزاولة في الطب البشري من إجمالي المتقدمين البالغ عددهم ٢٢٢٦، ومن سبع جامعات وطنية وبمعدّل نجاح ٦٦٪، فقد نجح في امتحان المزاولة في جمهورية مصر ٩٣٩٧ متقدماً من إجمالي ٩٥٠٠ متقدم للمزاولة أي بمعدّل نجاح ٩٩,٢٪. كذلك حققت جامعة النجاح في الضفة الغربية معدّل نجاح ٩٦٪ في امتحان مزاولة المهنة في الطب البشري. كما بيّنت نتائج أخرى أن معدّل نجاح المتقدمين لامتحان المزاولة في السعودية كان في المتوسط ٨٩٪، حيث تقدم لامتحانات المزاولة حوالي ١٦٣٦٠ طبيب كانت نتائج المتقدمين من ١٧ جامعة تتجاوز ٩٠٪، ونتائج المتقدمين من ١٤ جامعة تتجاوز ٨٧٪.

وفيما يتعلق بامتحان مزاولة المهنة لطب الأسنان فإن النتائج لا تختلف كثيراً عن نتائج المتقدمين لمزاولة المهنة في الطب البشري، فقد أوضحت النتائج أن ٩٤٥ قد نجحوا في امتحان المزاولة من إجمالي ١٢٩٢ متقدماً أي بمعدّل ٧٣٪، في حين أن معدّلات النجاح للمتقدمين لامتحان المزاولة في فلسطين بلغت ٩٥٪ وفي السعودية ٨٦٪.

وجاءت نتيجة امتحان المزاولة للطب المخبري من أفضل النتائج والتي بلغت ٨٥٪، متأثرةً بمعدّل مرتفع للمتقدمين للمزاولة من جامعة صنعاء والذين بلغت أعدادهم ٤٤٤ من إجمالي ١٢٤٢ من المتقدمين للمزاولة وبمعدّل نجاح ٩٥٪، وهذه المعدّل مقارب لمعدّلات النجاح في مصر والأردن وفلسطين.

أما نتائج المتقدمين لامتحان الصيدلة فكانت من بين أسوأ النتائج للتخصصات الخمسة الكبرى. لقد نجح في امتحان المزاولة للصيدلة ١٢٩٠ متقدم للمزاولة من إجمالي ٢٤٠١ من المتقدمين أي بمعدّل ٥٣٪. ففي دولة البحرين بلغ معدّل النجاح للمتقدمين في الصيدلة ٨٤٪، في حين أن معدّل النجاح في السعودية ٨٤٪. وفي فلسطين بلغ المعدّل ١٠٠٪.

وفيما يتعلق بالتمريض فإن معدّل النجاح كان متدنياً بشكل كبير أيضاً إذ بلغ ٦٧٪ فقط، وهو معدّل متدنٍ إذا ما قورن بمعدّل النجاح للمتقدمين للمزاولة في الأردن والذي يزيد على ٨٩٪. وبناء على ذلك تتجه الوزارة مع المجلس إلى العمل على الآتي:

١. تشكيل لجان اختبارات على درجة عالية من الاحترافية في اختيار مواضيع الامتحانات وبما يتناسب مع الوضع الوبائي والعبء المرضي في الجمهورية؛
٢. يحدّد معدّل النجاح في امتحان المزاولة لكل من الطب البشري، وطب الأسنان والصيدلة، والطب المخبري بما لا يقل عن ٦٠٪؛
٣. يمنح المتقدم في هذه التخصصات درجة واحدة للنجاح فقط بعد العرض على رئيس المجلس؛
٤. تنشأ في المجلس الطبي دائرة معنية بالمعلوماتية وتحليل البيانات وتحديث الموقع الإلكتروني؛
٥. تنشأ في المجلس مكتبة خاصة تضم كل المناهج والخطط الدراسية في كل المؤسسات التعليمية؛
٦. تشكل لجنة أكاديمية من المجلس والمؤسسات التعليمية لمراجعة مناهج والخطط الدراسية للمؤسسات التعليمية في ضوء قانون المجلس واستقلالية الجامعات؛
٧. يصدر المجلس لائحة خاصة بعقد امتحانات المزاولة على مستوى كل تخصص يحدد فيها.

ثانياً: تحليل نتائج المتقدمين لامتحان مزاولة المهنة على مستوى الكليات:

نجح في امتحان المزاولة للمتقدمين من ٤٤ كلية وما في مستواها نحو ٣٦٨٣ متقدم للمزاولة من إجمالي ٦٤٩٨ تقدموا خلال الأعوام ٢٠١٩ - ٢٠٢١م وبمعدّل نجاح حوالي ٥٧٪، حيث تباين معدّل النجاح بين الكليات المختلفة، وعلى مستوى التخصصات أيضاً، وفق الآتي:

أ. المتقدمون للمزاولة والحاصلون على البكالوريوس:

ففي برامج البكالوريوس وجد أن عدد المتقدمين لامتحان المزاولة ١٢٨ متقدماً نجح منهم ٥٧ متقدماً فقط وبمعدّل ٤٥٪. كما بينت النتائج أن ٧٨٪ من إجمالي المتقدمين كانوا في تخصص الصيدلة لم ينجح منهم سوى ٣٧ متقدم وبمعدّل لم يتجاوز ٣٧٪ وكان معظمهم من كليتي الناصر والرازي. ومع أن عدد المتقدمين في بكالوريوس المختبرات بلغ ٢٤ متقدماً إلا أن معدّل

معدّل النجاح كان ٧٣٪. أما أعداد المتقدمين للمزاولة في بكالوريوس التمريض والأسنان وصحة المجتمع فكانت أربعة متقدمين فقط. ويبين الجدول التالي عدد المتقدمين لمزاولة المهنة في برامج البكالوريوس على مستوى كل كلية.

جدول (١٥): عدد المتقدمين لمزاولة المهنة في برامج البكالوريوس على مستوى كل كلية.

الجامعة بكالوريوس صيدلة	عدد المتقدمين	النجاح	معدّل النجاح
كلية الناصر	٥٦	٢٠	٣٦
كلية الرازي	٢٦	٩	٣٥
كلية ٢٢ مايو للعلوم الطبية	١٥	٨	٥٣
إجمالي	٩٧	٣٧	٣٧
بكالوريوس مختبرات	عدد المتقدمين	النجاح	معدّل النجاح
كلية الناصر	١٣	١٠	٧٧
كلية الرازي	٩	٦	٦٧
إجمالي	٢٢	١٦	٧٣

ب. المتقدمون لامتحان المزاولة في الدبلومات الرئيسيّة:

تقدم لامتحان الدبلومات الرئيسيّة من الكليات المختلفة نحو ٥٢٦٣ متقدماً، يمثلون حوالي ٨١٪ من إجمالي المتقدمين من كل الدبلومات، حيث نجح ٣٠٤٩ من المتقدمين للمزاولة بمعدّل ٥٨٪ من إجمالي معدّل النجاح لكل المتقدمين.

لقد بلغ عدد المتقدمين في دبلومي مساعد طبيب و الصيدلة نحو ١٩٤٠ و ١١٥١ على التوالي، وهو ما يمثل حوالي ٣٧٪ و ٢٢٪ على التوالي، لكن معدّل النجاح للمتقدمين من كلا التخصصين كان ٥٤٪ و ٤٨٪ على التوالي أيضاً.

كما يوضح الجدول أن أعلى معدّل نجاح في الدبلومات كان في دبلوم القبالة، حيث نجح ٥٩٩ من المتقدمين للمزاولة ومعدّل ٨٥٪. ويبين الجدول التالي عدد المتقدمين في الدبلومات الرئيسيّة ومعدّل النجاح في كل دبلوم.

جدول (١٦): عدد المتقدمين في الدبلومات الرئيسيّة ومعدّل النجاح في كل دبلوم.

م	دبلوم التخصص	عدد المتقدمين	عدد الناجحين	معدّل النجاح
١	مساعد طبيب	١٩٤٠	١٠٤٩	٥٤
٢	صيدلة	١١٥١	٥٥٧	٤٨
٣	تمريض	٨٨٠	٥٣١	٦٠
٤	قبالة	٧٠٧	٥٩٩	٨٥
٥	مختبرات	٥٨٥	٣١٣	٥٣
	إجمالي	٥٢٦٣	٣٠٤٩	٥٨

١. دبلوم مساعد طبيب

بلغ عدد المتقدمين لامتحان المزاولة ١٩٤٠ مساعد طبيب من ٣١ كلية، منهم ١٨٢٢ من ١٨ كلية يمثلون ٩٤% من إجمالي المتقدمين للامتحان، نجح منهم فقط ١٠٤٩ وبمعدّل نجاح ٥٤%. وفي حين بلغ معدّل النجاح في بعض الكليات حوالي ٦٠% في المتوسط فإنّ بعضها بلغ فقط ٣٤%. ويبين الجدول التالي عدد المتقدمين ومعدّل النجاح لأعلى وأقل معدّل نجاح من المتقدمين من ٨ كليات. جدول (١٧): عدد المتقدمين ومعدّل النجاح لأعلى عدد من المتقدمين من ٨ كليات.

م	دبلوم مساعد طبي	عدد المتقدمين	عدد الناجحين	معدّل النجاح
١	ك. الآفاق للعلوم الطبية و التقنية	١٨٦	١٢٢	٦٦
٢	الك. التطبيقية للعلوم والتكنولوجيا	١٣٧	٨٧	٦٤
٣	ك. الريادة للعلوم الطبية التقنية	١٠١	٦٢	٦١
٤	ك. المجتمع	٢٣٣	١٣٤	٥٨
٥	ك. المستقبل للعلوم الطبية والتقنية	١٩٩	١٠٠	٥٠
٦	الك. الألمانية للعلوم الطبية والتقنية	١٠٥	٥٧	٥٤
٧	ك. المجتمع الوطنية للعلوم الطبية والتطبيقية	١١٢	٤٤	٣٩
٨	ك. الشفاء للعلوم الطبية والتقنية	١٦٤	٥٩	٣٦
	إجمالي	١٢٣٧	٦٦٥	٥٤

كما يبين الجدول التالي الكليات التي كان عدد المتقدمين منها أقل من ١٠٠ وأكثر من ٣٥ متقدم حيث بلغ معدّل النجاح فيها ٥١%.

جدول (١٨): الكليات وعدد المتقدمين منها الأقل من ١٠٠ وأكثر من ٣٥ ومعدّل النجاح على مستوى كل كلية

م	دبلوم مساعد طبي	عدد المتقدمين	عدد الناجحين	معدّل النجاح
١	ك. الجزيرة	٩٠	٤٨	٥٣
٢	ك. أرض سبأ للعلوم الصحية والتقنية	٨٦	٤٥	٥٢
٣	ك. الاتحاد الدولية للعلوم الطبية والتقنية	٨٥	٥٠	٥٩
٤	ك. الرواد للعلوم الطبية والتقنية	٦٦	٤٢	٦٤
٥	ك. جابر بن حيان للعلوم الطبية والتقنية	٥٥	٣٠	٥٥
٦	الك. التطبيقية للعلوم والتكنولوجيا	٤٦	١	٢
٧	ك. المجتمع للعلوم الطبية والتكنولوجيا	٤٤	٢٦	٥٩
٨	ك. المجتمع للعلوم الطبية والتكنولوجيا	٣٩	٠	٠
٩	ك. التميز للعلوم الصحية والتقنية	٣٨	٣١	٨٢
١٠	ك. صرح المستقبل للعلوم الطبية والتقنية	٣٦	٢٦	٧٢
	إجمالي	٥٨٥	٢٩٩	٥١

٢. دبلوم صيدلة

بلغ عدد المتقدمين لامتحان المزاولة ١٠٨٢ دبلوم صيدلة من ٣٦ كلية، منهم ٨٧٥ من ١٠ كليات يمثلون ٧٦٪ من إجمالي المتقدمين للامتحان. وفي حين كان عدد الناجحين من جميع الكليات فقط ٥٥٧ فإن معدّل النجاح لم يتجاوز ٤٨٪. وبمقارنة الكليات، فإن أعلى معدّل نجاح كان في كلية المجتمع غير أنه لم يتجاوز ٦٣٪. أما بقية الكليات فكانت معدّلات النجاح متدنية كثيراً كما بينها الجدول التالي:

جدول (١٩): عدد المتقدمين ومعدّل النجاح لأعلى عدد من المتقدمين من ١٠ كليات في دبلوم الصيدلة.

م	دبلوم صيدلة	عدد المتقدمين	عدد الناجحين	معدّل النجاح
١	ك. المجتمع	٢٠٦	١٢٩	٦٢,٦٢
٢	ك. الآفاق للعلوم الطبية و التقنية	١٠٩	٦٤	٥٨,٧٢
٣	الك. الدولية للعلوم الصحية التقنية	٤١	٢٤	٥٨,٥٤
٤	ك. المستقبل للعلوم الطبية والتقنية	١٢٢	٦٢	٥٠,٨٢
٥	ك. الريادة للعلوم الطبية التقنية	٧٤	٣١	٤١,٨٩
٦	ك. الرواد للعلوم الطبية التقنية	٧٨	٣١	٣٩,٧٤
٧	ك. الاتحاد الدولية للعلوم الطبية والتقنية	٤٩	١٨	٣٦,٧٣
٨	ك. أرض سبأ للعلوم الصحية والتقنية	٥٢	١٩	٣٦,٥٤
٩	ك. المجتمع الوطنية للعلوم الطبية والتطبيقية	٦٥	٢٣	٣٥,٣٨
١٠	ك. الشفاء للعلوم الطبية والتقنية	٧٩	١٩	٢٤,٠٥
	إجمالي	٨٧٥	٤٢٠	٤٤٥,٠٤

٣. دبلوم التمريض

بلغ عدد المتقدمين لامتحان المزاولة ٩٠٢ دبلوم تمريض من ٢٣ كلية، منهم ٨٨٠ من ١٠ كليات يمثلون ٩٥٪ من إجمالي المتقدمين للامتحان. وفي حين كان عدد الناجحين ٥٤٧ من كل الكليات، فإن معدّل النجاح لم يتجاوز ٦٠٪. ومع أن كلية المجتمع مثلت نصف عدد المتقدمين من كل الكليات فإن معدّل نجاح متقدمين منه لم يتجاوز أيضا ٥٣٪. ويظهر الجدول التالي عدد المتقدمين ومعدّلات نجاحهم على مستوى الكليات الأعلى عدداً.

جدول (٢٠): عدد المتقدمين ومعدّلات نجاحهم على مستوى الكليات الأعلى عدداً للمتقدمين للمزاولة لدبلوم التمريض.

م	دبلوم تمريض	عدد المتقدمين	عدد الناجحين	معدّل النجاح
١	ك. جابر بن حيان للعلوم الطبية والتقنية	٣٧	٣٠	٨١
٢	ك. الآفاق للعلوم الطبية و التقنية	٢٩	٢٣	٧٩
٣	ك. المجتمع الخبت	٢٦	١٩	٧٣
٤	ك. السلام للعلوم الطبية والتقنية	١٨	١٣	٧٢
٥	ك. التكنولوجيا الحديثة	٧٠	٤٥	٦٤
٦	الك. الدولية للعلوم الصحية التقنية	٧٩	٤٧	٥٩
٧	ك. المجتمع	٤٧٧	٢٧٩	٥٨
٨	ك. الشفاء للعلوم الطبية والتقنية	٦٤	٣٧	٥٨
٩	ك. المستقبل للعلوم الطبية والتقنية	٤٥	٢٢	٤٩
١٠	ك. المجتمع عبس	٣٥	١٦	٤٦
	إجمالي	٨٨٠	٥٣١	٦٠

٤. دبلوم القبالة

بلغ عدد المتقدمين لامتحان المزاولة ٧٠٧ لدبلوم القبالة من ٢٢ كلية، منهم ٥٠٨ من ٦ كليات يمثلون ٧٢٪ من إجمالي المتقدمين للامتحان. وفي حين كان عدد الناجحين ٥٩٩ من كل الكليات، فإن معدّل النجاح تجاوز ٨٤٪، ويظهر الجدول التالي عدد المتقدمين ومعدّلات نجاحهم على مستوى الكليات الأعلى عدداً.

جدول (٢١): عدد المتقدمين ومعدّلات نجاحهم على مستوى الكليات الأعلى عدداً.

م	الكلية	عدد المتقدمين	عدد الناجحين	معدّل النجاح
١	ك. الآفاق للعلوم الطبية و التقنية	٥٠	٤٩	٩٨,٠٠
٢	ك. الاتحاد الدولية للعلوم الطبية والتقنية	٦٨	٥٨	٨٥,٢٩
٣	ك. المستقبل للعلوم الطبية والتقنية	١٣٥	١١٥	٨٥,١٩
٤	الك. التطبيقية للعلوم والتكنولوجيا	٣٤	٢٧	٧٩,٤١
٥	ك. أرض سبأ للعلوم الصحية والتقنية	١٠٤	٨٢	٧٨,٨٥
٦	ك. الشفاء للعلوم الطبية والتقنية	١١٧	٩٢	٧٨,٦٣
	إجمالي	٥٠٨	٤٢٣	٨٤

٥. دبلوم المختبرات

بلغ عدد المتقدمين لامتحان المزاولة ٥٨٥ في دبلوم القبالة من ٢٤ كلية، منهم ٥٠٨ من ٦ كليات يمثلون حوالي ٧٢٪ من إجمالي المتقدمين للامتحان. وفي حين كان عدد الناجحين ٢٠٨ من كل الكليات، فإن معدّل النجاح فقط ٥٢٪، ويظهر الجدول التالي عدد المتقدمين ومعدّلات نجاحهم على مستوى الكليات الأعلى عدداً.

جدول (٢٢): عدد المتقدمين ومعدّلات نجاحهم على مستوى الكليات الأعلى عدداً لدبلوم المختبرات.

م	الكلية	عدد المتقدمين	عدد الناجحين	معدّل النجاح
١	ك. الآفاق للعلوم الطبية و التقنية	٤٣	٢٩	٦٧
٢	ك. المجتمع	٢٠٨	١١٥	٥٥
٣	ك. الرواد للعلوم الطبية التقنية	٣٨	٢١	٥٥
٤	ك. المستقبل للعلوم الطبية والتقنية	٣٩	١٧	٤٤
٥	ك. المجتمع الوطنية للعلوم الطبية والتطبيقية	٣٤	١٤	٤١
٦	ك. الشفاء للعلوم الطبية والتقنية	٣٨	١٢	٣٢
	إجمالي	٤٠٠	٢٠٨	٥٢

٦. مساعد طبيب أسنان

تقدم لامتحان المزاولة لمساعد طبيب أسنان ١٤٧ متقدم من ثمان كليات، نجح منهم ٦٢ متقدم ومعدّل ٤٢٪، ومثل المتقدمون من ثلاث كليات نحو ٧٨٪ من إجمالي المتقدمين غير أنّ معدّل النجاح لم يتجاوز ٤٢٪. ويبين الجدول التالي توزيع المتقدمين ومعدّل النجاح على مستوى كل كلية.

جدول (٢٣): توزيع المتقدمين ومعدّل النجاح على مستوى كل كلية.

م	مساعد طبيب اسنان	عدد المتقدمين	عدد الناجحين	معدّل الناجحين
١	ك. الجزيرة	٤٢	١٨	٤٣
٢	ك. الرواد للعلوم الطبية التقنية	٤٠	٢٠	٥٠
٣	ك. الشفاء للعلوم الطبية والتقنية	٣٣	١٠	٣٠
٤	ك. لتطبيقية للعلوم والتكنولوجيا	١٧	٨	٤٧
٥	ك. ريادة للعلوم الطبية التقنية	٧	٢	٢٩
٦	ك. المجتمع الوطنية للعلوم الطبية	٣	١	٣٣
٧	ك. الدولية للعلوم الصحية التقنية	٣	١	٣٣
٨	ك. المجتمع	٢	٢	١٠٠
	إجمالي	١٤٧	٦٢	٤٢

٧. دبلومات أخرى

بلغ عدد المتقدمين للمزاولة في دبلوم التخدير ١٧٨ متقدماً للمزاولة من ٦ كليات، نجح منهم ٨٢ متقدماً أي بمعدّل ٤٦٪، كما تقدم لامتحان المزاولة لدبلوم الأشعة نحو ٢٧ متقدماً من ثلاث كليات، نجح منهم ٤ متقدمين فقط أي بمعدّل ١٥٪.

ثالثاً: تحليل نتائج المتقدمين لامتحانات المزاولة من المعاهد الصحية ومراكز التدريب:

نجح في امتحان المزاولة للمتقدمين من ٨٢ معهداً صحياً ومركزاً للتدريب وما في مستواها نحو ٦٠٩٧ متقدم للمزاولة من إجمالي ٩٦٠٦ تقدموا خلال الأعوام ٢٠١٩ - ٢٠٢١م أي بمعدل نجاح حوالي ٦٣٪، حيث تباين معدل النجاح بين المعاهد المختلفة، وعلى مستوى التخصصات أيضاً. أ. المتقدمون لامتحان المزاولة في الدبلومات الرئيسية

تقدم لامتحان الدبلومات الرئيسية من ٨٢ معهداً ومركزاً للتدريب نحو ٩٢٩٤ متقدم، يمثلون حوالي ٩٧٪ من إجمالي المتقدمين من كل المتقدمين من المعاهد الصحية بمختلف التخصصات، حيث نجح ٥٨٩٠ من المتقدمين للمزاولة بمعدل ٦٣٪ من إجمالي معدل النجاح لكل المتقدمين. كما بلغ عدد المتقدمين في دبلومي مساعد طبيب و الصيدلة نحو ٣٣٠٧، ٢٥٣٤ وهو ما يمثل قرابة ٦١٪ من إجمالي المتقدمين للمزاولة (٣٤٪، ٢٦٪ على التوالي)، لكن معدل النجاح للمتقدمين من كل من التخصصين كان ٦٢٪، ٥٤٪ على التوالي.

كما يوضح الجدول أن أعلى معدل نجاح في الدبلومات كان في دبلوم القبالة، حيث نجح ٦٨٠ من المتقدمين للمزاولة وبمعدل ٨٧٪. ويبين الجدول التالي عدد المتقدمين في الدبلومات الرئيسية ومعدل النجاح في كل دبلوم.

جدول (٢٤): عدد المتقدمين من المعاهد في الدبلومات الرئيسية ومعدل النجاح في كل دبلوم.

م	دبلوم التخصص	عدد المتقدمين	عدد الناجحين	معدل النجاح
١	دبلوم مساعد طبي	٣٣٠٧	٢٠٤٥	٦٢
٢	دبلوم صيدلة	٢٥٣٤	١٣٥٩	٥٤
٣	دبلوم تمريض	١٦٢١	١٠٦٦	٦٦
٤	دبلوم مختبرات	١١٢٩	٧٨٠	٦٩
٥	دبلوم قبالة	٧٨٦	٦٨٠	٨٧
	إجمالي	٩٣٧٧	٥٩٣٠	٦٣

١. دبلوم مساعد طبيب

بلغ عدد المتقدمين لامتحان المزاولة ٣٣٠٧ مساعد طبيب من ٦٣ معهداً / كلية، منهم ٢٥٥٦ من ١٤ معهداً يمثلون ٧٧٪ من إجمالي المتقدمين للامتحان، نجح منهم فقط ١٦٠١ وبمعدل نجاح ٦٣٪. في حين بلغ معدل النجاح في معهدين فقط ٧٠٪. ويبين الجدول التالي عدد المتقدمين والنجاح لأعلى وأقل معدل بين المتقدمين من ١٤ معهداً.

جدول (٢٥): عدد المتقدمين ومعدّل النجاح لأعلى وأقل معدّل نجاح من المتقدمين من المعاهد الصحية.

م	المعهد	عدد المتقدمين	عدد الناجحين	معدّل النجاح
١	المعهد العالي للعلوم الصحية	٢٥٥	١٧٩	٧٠
٢	معهد ذمار العالي للعلوم الطبية	١١٢	٧٨	٧٠
٣	معهد الزهراوي للتدريب والتأهيل الطبي	١١١	٧٦	٦٨
٤	المعهد العالي للعلوم الصحية	٢٤٣	١٦٦	٦٨
٥	معهد القبس الطبي للعلوم الصحية	٢١٦	١٣٨	٦٤
٦	المعهد الدولي للعلوم الصحية	٢٤٦	١٥٣	٦٢
٧	المعهد الدولي للعلوم الصحية	٢٤٦	١٥٣	٦٢
٨	معهد الرازي العالي للعلوم الصحية	٣٦٨	٢٢٤	٦١
٩	معهد الوحدة العالي للعلوم الطبية	١٧٧	١٠٥	٥٩
١٠	المعهد الطبي الدولي للعلوم الصحية	١٢٥	٧٤	٥٩
١١	المعهد الوطني العالي للعلوم الطبية	٢١٦	١٢٥	٥٨
١٢	المعهد الصحي اليمني العالي للعلوم الطبية	١١٧	٦٥	٥٦
١٣	معهد التكنولوجيا العالي للعلوم الطبية	١٢٤	٦٥	٥٢
	إجمالي	٢٥٥٦	١٦٠١	٦٣

٢. دبلوم صيدلة

بلغ عدد المتقدمين لامتحان المزاولة ٢٥٣٤ دبلوم صيدلة من ٧٧ معهداً، منهم ١٣٤٥ من ٧ معاهد يمثلون ٥٣٪ من إجمالي المتقدمين للامتحان. وفي حين كان عدد الناجحين من كل المعاهد فقط ١٣٥٩ فإن معدّل النجاح لم يتجاوز ٥٤٪. وبمقارنة المعاهد، فإن أعلى معدّل نجاح كان في كلية المجتمع غير أنه لم يتجاوز ٦٣٪. أما بقية المعاهد فكان عدد المتقدمين من ١٣ معهداً نحو ٧٤٢ نجح منهم ٣٨١ بمعدّل ٥١٪، في حين كان عدد المتقدمين من ٤٥ معهداً نحو ٤٤٧ متقدّم نجح منهم ٢٠٢ بمعدّل ٤٥٪. ويبين الجدول التالي عدد المتقدمين في المعاهد ومعدّل النجاح.

جدول (٢٦): عدد المتقدمين في المعاهد ومعدّل النجاح على مستوى كل معهد

م	المعهد	عدد المتقدمين	عدد الناجحين	معدّل النجاح
١	المعهد العالي للعلوم الصحية	٤١٦	٢٨٧	٦٩
٢	معهد القبس الطبي للعلوم الصحية	٢١٠	١٢٦	٦٠
٣	معهد الرازي العالي للعلوم الصحية	٢٠١	١٢٢	٦١
٤	المعهد العالي للعلوم الصحية	١٦٢	٨٥	٥٢
٥	معهد الوحدة العالي للعلوم الطبية	١٢٣	٥٤	٤٤
٦	المعهد الصحي اليمني العالي للعلوم الطبية	١١٨	٤٨	٤١
٧	المعهد الوطني العالي للعلوم الطبية	١١٥	٥٤	٤٧
	إجمالي	٢٥٥٦	١٦٠١	٦٣

٣. دبلوم القبالة

بلغ عدد المتقدمين لامتحان المزاولة ٧٨٦ لدبلوم القبالة من ٣٠ معهداً، منهم ٥٩٦ من ٥ معاهد يمثلون ٦٠٪ من إجمالي المتقدمين للامتحان. وفي حين كان عدد الناجحين ٦٨٠ من كل المعاهد، فإن معدّل النجاح تجاوز ٨٨٪. ومع أن عدد المتقدمين من المعهد العالي للعلوم الصحية مثل ٤٧٪ من إجمالي عدد المتقدمين من كل المعاهد فإن معدّل النجاح من المتقدمين منه تجاوز أيضاً ٨٧٪. ويظهر الجدول التالي عدد المتقدمين ومعدّلات نجاحهم على مستوى المعاهد الأعلى عدداً.

جدول (٢٧): عدد المتقدمين ومعدّلات نجاحهم على مستوى الكليات الأعلى عدداً للمتقدمين للمزاولة لدبلوم القبالة.

م	المعهد	عدد المتقدمين	عدد الناجحين	معدّل النجاح
١	المعهد العالي للعلوم الصحية	٣٧١	٣٢٣	٨٧
٢	معهد الوحدة العالي للعلوم الطبية	٧٥	٦٦	٨٨
٣	معهد التكنولوجيا العالي للعلوم الطبية	٦٨	٦٠	٨٨
٤	المعهد الصحي للجمعية الطبية التعليمية	٤٥	٤٠	٨٩
٥	المعهد العالي الأهلي للعلوم الصحية	٣٧	٣٣	٨٩
	إجمالي	٥٩٦	٥٢٢	٨٨

٤. دبلوم التمريض

بلغ عدد المتقدمين لامتحان المزاولة ١٦٢١ دبلوم تمريض من ٣٥ معهداً، منهم ١٤٥٠ من ٦ معاهد يمثلون ٨٩٪ من إجمالي المتقدمين للامتحان. وفي حين كان عدد الناجحين ١٠٦٦ من كل المعاهد، فإن معدّل النجاح لم يتجاوز ٦٦٪. ولقد تفاوت معدّل المتقدمين بين المعاهد تفاوتاً كبيراً، ففي حين أنه بلغ ٦٥٪ من المتقدمين من المعهد العالي للعلوم الصحية فإنه لم يتجاوز ١١٪ للمتقدمين من معهد الرازي الذي جاء في المرتبة الثانية. كذلك معدّل النجاح تفاوت بشكل كبير أيضاً، حيث بلغ ٧٣٪ للمتقدمين من المعهد العالي للعلوم الصحية في حين أن المعدّل من بقية المعاهد كان متدنياً. ويظهر الجدول التالي عدد المتقدمين ومعدّلات نجاحهم على مستوى المعاهد الأعلى عدداً.

جدول (٢١): عدد المتقدمين ومعدّلات نجاحهم على مستوى المعاهد الأعلى عدداً.

م	المعهد	عدد المتقدمين	عدد الناجحين	معدّل النجاح
١	المعهد العالي للعلوم الصحية	١٠٥٠	٧٦٦	٧٣
٢	معهد الرازي العالي للعلوم الصحية	١٦٩	٨٥	٥٠
٣	المعهد الدولي للعلوم الصحية	٨٢	٤٦	٥٦
٤	معهد التكنولوجيا العالي للعلوم الطبية	٥٩	١٨	٣١
٥	معهد الوحدة العالي للعلوم الطبية	٤٥	٣٠	٦٧
٦	المعهد الصحي اليمني العالي للعلوم الطبية	٤٥	٣٠	٦٧
	إجمالي	١٤٥٠	٩٧٥	٦٧

٥. دبلوم المختبرات

بلغ عدد المتقدمين لامتحان المزاولة ١١٢٩ في دبلوم المختبرات من ٤٠ معهداً، منهم ٨٧٧ من ٨ معاهد يمثلون حوالي ٧٨٪ من إجمالي المتقدمين للامتحان. لقد وجد أن معدّل النجاح لا يتجاوز ٧٠٪ لإجمالي المتقدمين، لكنه يصل إلى ٨٠٪ من المتقدمين من المعهد العالي للعلوم الصحية الذي يمثل المتقدمون منه للمزاولة ٣٩٪. أما معدّل النجاح من المعاهد الأخرى فكان متدنياً. ويظهر الجدول التالي عدد المتقدمين ومعدّلات نجاحهم على مستوى المعاهد الأعلى عدداً.

جدول (٢٢): عدد المتقدمين ومعدّلات نجاحهم على مستوى الكليات الأعلى عدداً لدبلوم المختبرات.

م	المعهد	عدد المتقدمين	عدد الناجحين	معدّل النجاح
١	المعهد العالي للعلوم الصحية	٤٤١	٣٥٥	٨٠
٢	معهد الرازي العالي للعلوم الصحية	٩٧	٦٩	٧١
٣	معهد القبس الطبي للعلوم الصحية	٨٥	٤٩	٥٨
٤	المعهد العالي للعلوم الصحية	٧٣	٤٨	٦٦
٥	معهد الزهراوي للتدريب والتأهيل الطبي	٥٥	٣٧	٦٧
٦	المعهد الوطني العالي للعلوم الطبية	٥٢	٣٣	٦٣
٧	المعهد الصحي اليمني العالي للعلوم الطبية	٣٩	١٩	٤٩
٨	معهد ذمار العالي للعلوم الطبية	٣٥	٢٣	٦٦
	إجمالي	٨٧٧	٦٣٣	

التعليق على تحليل نتائج الكليات والمعاهد والتوصيات:

أظهر تحليل نتائج المتقدمين في كل الكليات والمعاهد ولكل المساقات تدنياً واضحاً في أعداد المتقدمين، وكذلك بالنسبة لمعدّل التقدّم لكل كلية أو معهد، وتدنياً ملحوظاً في معدّل المتقدمين على مستوى كل برنامج. لكن ما يقلق حقاً أن معدّلات المتقدمين لمزاولة المهنة في برامج البكالوريوس كانت الأكثر تدنياً والأقل في معدّل نجاح المتقدمين.

وفي برامج الدبلومات فالحال لا يختلف أيضاً عن برامج البكالوريوس، فالمتقدمون لامتحانات المزاولة كمساعد طبيب ومزاولة المهنة في دبلوم القبالة لا تتجاوز أعدادهم ٣٩ متقدماً، ٣١ كانوا من ثمان كليات، كما أن عدد المتقدمين من ١٧ كلية ممن تقدموا للمزاولة في دبلوم الصيدلة بلغوا فقط ٦٩ متقدماً، والحال كذلك في المختبرات والتمريض وبقية المساقات، والحال كذلك لبقية الدبلومات على مستوى المعاهد.

لكن ما يجب الوقوف عليه هو التدني الواضح لمعدّلات النجاح للمتقدمين من كل الكليات والمعاهد ومن كل التخصصات، بغض النظر عن أعداد المتقدمين، حيث أن معدّلات النجاح متدنية، ولم تصل إلى المستويات الإقليمية في أي من التخصصات.

ومن أولويات التدخّلات في هذا الشأن، الآتي:

١. معرفة أعداد الخريجين لكل التخصصات ولكل الكليات والمعاهد خلال الأعوام التي يجب على الخريجين تقديم امتحان مزاولة المهنة.
٢. تشكيل لجان علمية لدراسة أسباب تدني معدّلات النجاح.
٣. تشكيل لجان علمية لدراسة مناهج الكليات وأسس التراخيص الممنوحة لها.
٤. مخاطبة الكليات والمعاهد بموافاة المجلس بكشوفات نتائج الخريجين.
٥. تحليل نتائج الخريجين في ضوء نتائج امتحانات المزاولة.

واستناداً إلى ما ورد فإنّ وزارة الصحة تعيد النظر في السياسات التعليميّة، والإصلاح المؤسّسي المطلوب لتوحيد التعليم الطّبي والصحي وفق معايير وزارة الصحة، وبناءً على احتياجاتها.

وقامت وزارة الصحة في ضوء نتائج التحليل بمراجعة وضع الموارد البشرية الصحية في ضوء الاحتياج الفعلي، وتبين الجداول التالية نتائج التحليل

جدول يوضح الاحتياج من الكادر العامل في المراكز والوحدات الصحية على مستوى المديرية

■ الخلايا الوردية (السالبة) في عمود الفجوة تشير إلى نقص في الكوادر (احتياج)
 ■ الخلايا الخضراء في عمود الفجوة تشير إلى وجود عدد فائض من الكوادر
 □ الخلايا البيضاء (الصفيرية) في عمود الفجوة تشير إلى اكتفاء في الكادر (لا يوجد احتياج أو فائض)

م	المحافظة	المديرية	طبيب/ة عام			مساعد طبي			قابلة مجتمع			ممرض / ة			في أشعة			في صيدلة			في تحاليل طبية			موظف إداري			عامل نظافة			حارس			الإجمالي
			الفجوة	الموظف	النقص	الفجوة	الموظف	النقص	الفجوة	الموظف	النقص	الفجوة	الموظف	النقص	الفجوة	الموظف	النقص	الفجوة	الموظف	النقص	الفجوة	الموظف	النقص	الفجوة	الموظف	النقص	الفجوة	الموظف	النقص				
1	أمانة العاصمة	آزال	6	17	11	6	3	3	-3	12	13	1	12	37	25	6	2	4	6	6	13	19	6	23	35	12	6	6	150	72			
2	أمانة العاصمة	التحرير	4	12	8	4	5	4	1	8	8	0	8	15	7	4	2	4	4	2	10	14	4	6	14	8	10	85	33				
3	أمانة العاصمة	الثورة	4	21	25	4	5	4	1	15	8	1	8	27	19	2	2	4	4	2	22	26	4	16	24	8	22	158	106				
4	أمانة العاصمة	السبعين	12	58	46	12	29	12	17	24	20	24	24	50	36	12	10	12	24	57	69	12	50	74	24	57	375	219					
5	أمانة العاصمة	الصادقية	4	21	25	4	5	4	1	15	8	1	9	27	19	2	2	4	7	11	22	26	4	16	24	8	22	141	89				
6	أمانة العاصمة	الوحدة	3	27	27	3	4	24	27	3	4	11	7	32	21	1	4	3	16	19	3	16	21	3	32	6	17	159	117				
7	أمانة العاصمة	بني الحارث	9	16	7	16	9	10	22	12	10	31	21	28	21	9	0	9	12	19	9	12	9	10	28	18	12	197	71				
8	أمانة العاصمة	شعوب	10	26	16	10	10	20	10	20	0	10	20	47	27	10	0	10	12	22	10	10	15	35	20	24	34	216	86				
9	أمانة العاصمة	صنعاء القديمة	4	15	11	4	3	4	3	8	5	8	8	32	8	3	4	2	6	4	7	11	4	15	23	8	7	111	59				
10	أمانة العاصمة	معين	10	22	12	10	16	11	5	16	11	9	30	21	5	2	10	8	18	10	20	19	5	25	20	19	29	205	72				
11	إب	الرضمة	4	4	4	4	15	4	4	4	19	8	19	0	19	4	0	4	4	4	2	4	0	2	8	2	8	23	-62				
12	إب	السيرة	6	3	3	3	17	14	3	17	20	3	17	20	6	6	6	9	15	6	9	15	6	8	4	12	2	8	89	-13			
13	إب	السدة	15	2	2	15	22	14	22	14	37	14	37	37	15	13	2	15	10	15	10	15	8	30	4	30	5	10	104	-112			
14	إب	السياني	7	12	6	12	6	6	6	19	6	19	6	19	6	7	1	7	7	7	6	7	7	12	2	14	1	8	44	-62			
15	إب	الشعر	5	0	5	0	9	5	5	11	14	3	11	14	5	5	0	5	5	10	3	8	5	10	3	8	5	5	66	-11			
16	إب	الظهار	9	4	9	5	3	9	5	18	6	3	15	18	7	9	0	9	9	9	2	7	9	0	18	2	7	9	62	-55			
17	إب	العدنين	6	0	6	0	36	6	6	42	20	42	20	42	6	6	0	6	6	6	6	12	6	3	12	6	12	6	81	-87			
18	إب	القفر	8	1	8	0	39	7	1	47	47	25	47	25	8	1	8	8	8	8	8	16	8	9	7	16	8	16	136	-61			
19	إب	المخادر	7	4	3	7	21	4	4	28	2	30	28	14	7	7	7	8	15	7	8	14	13	20	7	8	15	7	86	25			
20	إب	المشنة	10	5	5	10	11	5	5	27	21	6	27	21	10	10	3	10	10	10	9	19	10	9	20	9	19	10	139	6			
21	إب	الناردة	11	0	11	0	25	11	11	36	19	17	36	19	11	11	0	11	11	11	6	5	11	3	22	6	5	11	105	-80			
22	إب	بعدان	9	3	9	7	16	6	3	10	25	9	10	25	9	9	3	6	9	9	9	18	0	9	9	18	0	9	71	-67			
23	إب	حبلة	9	0	9	0	14	9	9	23	8	15	23	8	14	9	0	9	9	9	4	13	9	7	18	4	13	9	79	-53			
24	إب	حبيش	7	0	7	0	21	7	7	28	9	19	28	9	7	7	3	7	7	7	15	15	3	14	8	15	7	1	98	-35			
25	إب	حزم العدين	5	2	5	2	15	2	2	16	26	6	15	26	5	5	0	5	5	5	3	8	5	5	10	3	8	5	14	27			
26	إب	ذي السفال	8	1	8	0	18	7	7	26	1	25	26	1	10	8	0	8	8	8	7	8	-1	16	6	16	-1	7	71	-63			
27	إب	ريف إب	8	3	8	5	15	2	2	23	4	19	23	4	14	8	8	8	8	8	8	15	7	11	5	16	0	8	81	-44			
28	إب	فرع العدين	7	0	7	0	31	24	7	31	7	23	31	7	18	7	0	7	7	7	12	19	7	14	12	19	7	14	132	-10			
29	إب	مديخرة	5	1	5	4	19	4	1	24	8	9	24	8	11	5	1	5	5	5	5	10	5	10	5	10	5	10	71	-36			
30	إب	يريم	9	4	9	9	19	5	4	28	15	13	28	15	9	9	0	9	9	9	18	9	1	10	9	18	9	10	92	-55			
31	البيضاء	الرياضية	3	1	3	2	7	2	2	10	6	5	10	6	6	3	3	0	3	3	4	3	0	2	6	1	4	3	24	-27			
32	البيضاء	الزاهر	2	0	2	0	7	7	0	9	0	9	0	9	3	3	0	3	3	2	2	1	2	-1	1	2	1	2	15	-26			
33	البيضاء	السودانية	2	0	2	0	9	2	2	5	11	5	14	9	4	4	2	2	2	2	4	4	2	6	4	4	2	4	37	-10			
34	البيضاء	الشربية	2	0	2	0	11	2	2	13	9	4	13	9	11	2	0	11	11	11	4	4	0	4	4	4	2	4	33	-20			
35	البيضاء	الصومعة	4	0	4	0	10	4	0	14	0	14	0	14	0	0	4	4	4	4	4	8	-4	0	4	4	4	4	1	-69			
36	البيضاء	الطفة	4	0	4	0	7	4	4	11	9	2	11	9	1	1	4	4	4	4	3	1	8	-3	1	4	4	4	11	-50			
37	البيضاء	العرش	2	0	2	0	7	2	7	5	4	9	5	4	2	2	0	2	2	2	2	0	2	2	4	0	2	2	16	-25			
38	البيضاء	القريشية	4	1	4	3	17	3	1	21	8	13	21	8	4	4	0	4	4	4	2	4	8	-2	2	4	2	4	46	-45			
39	البيضاء	الملاجم	3	0	3	0	7	3	3	10	0	10	0	10	0	0	3	3	3	3	3	6	-3	0	3	3	6	1	6	25	-26		
40	البيضاء	ذي ناعم	3	0	3	0	4	5	3	8	1	8	1	8	0	0	3	3	3	3	3	6	-3	0	6	6	3	6	12	-33			
41	البيضاء	رداع	1	5	4	3	4	4	4	5	1	5	4	1	3	5	1	1	1	1	1	2	-1	1	1	2	-1	1	15	-7			
42	البيضاء	ردمان	6	0	6	0	11	6	6	17	5	16	11	17	10	6	6	6	6	6	6	5	6	-1	12	12	-1	5	65	-28			

م	المحافظة	المديرية	طبيب/ة عام			مساعد طبي			قابلة مجتمع			ممرض/ة			في أشعة			في صيدلة			في تحاليل طبية			موظف إداري			عامل نظافة			حارس			الإجمالي
			القبول	القبول	المطر	القبول	القبول	المطر	القبول	القبول	المطر	القبول	القبول	المطر	القبول	القبول	المطر	القبول	القبول	المطر	القبول	القبول	المطر	القبول	القبول	المطر	القبول	القبول	المطر				
43	البيضاء	ريف البيضاء	0	0	0	0	0	3	9	6	3	9	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	34	7	
44	البيضاء	صباح	3	0	3	3	11	4	14	6	14	14	14	3	3	-3	0	3	-9	5	14	8	14	14	14	3	4	3	26	37	26		
45	البيضاء	مدينة البيضاء	1	0	1	1	1	6	2	6	2	6	2	2	2	2	0	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	23	10	23	10		
46	البيضاء	مسورة	2	0	2	2	4	4	0	0	6	6	6	6	2	2	2	-6	0	6	6	6	6	2	2	2	2	0	0	57	-32		
47	البيضاء	مكزياس	2	0	2	2	16	17	19	19	19	19	19	16	17	-1	2	-4	15	19	19	19	19	19	16	17	2	57	14	57	14		
48	البيضاء	ناطع	0	1	0	6	6	7	7	7	7	7	7	6	6	-1	0	7	-7	0	7	7	7	7	6	6	0	0	0	28	-28		
49	البيضاء	نعمان	2	1	2	2	4	6	8	8	8	8	8	6	6	-1	1	-6	2	8	8	8	8	6	6	6	6	19	19	19	19		
50	البيضاء	ولد ربيع	4	0	4	4	9	9	13	13	13	13	9	9	-4	0	4	-8	5	13	13	13	13	13	9	9	17	17	17	17	17		
51	الجوف	الحزم	2	1	2	2	11	11	13	13	13	13	11	11	-1	1	-2	11	13	13	13	13	13	11	11	11	46	7	46	7			
52	الجوف	الحميدات	1	0	1	1	5	5	4	4	4	4	5	4	0	1	2	7	5	4	4	4	4	5	4	4	25	3	25	3			
53	الجوف	الخلق	1	1	1	2	3	3	8	8	8	8	3	3	2	0	1	3	3	8	8	8	8	3	3	3	21	0	21	0	21		
54	الجوف	الزاهر	2	0	2	2	4	6	8	8	8	8	11	8	-2	4	-4	4	8	8	8	8	8	8	6	6	25	13	25	13	25		
55	الجوف	الغيل	1	0	1	1	3	3	2	2	2	2	3	2	-1	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	13	0	13	0	13		
56	الجوف	المتون	1	2	1	2	4	6	7	7	7	7	9	6	1	2	6	13	7	9	9	9	9	7	7	6	55	3	55	3	55		
57	الجوف	المصلوب	0	1	0	1	2	3	4	4	4	4	5	4	-1	3	4	5	-1	4	5	5	5	4	4	4	15	0	15	0	15		
58	الجوف	المطمة	1	1	2	2	4	5	7	7	7	7	4	9	-1	1	2	8	7	7	7	7	7	7	5	5	35	0	35	0	35		
59	الجوف	يرط العنان	3	2	3	3	16	16	19	19	19	19	13	16	-1	2	3	32	19	19	19	19	19	16	16	16	85	2	85	2	85		
60	الجوف	خب والشعف	5	2	5	5	13	13	18	18	18	18	10	13	-3	2	5	18	18	18	18	18	18	8	8	3	63	26	63	26	63		
61	الجوف	خراب المرابي	0	0	0	0	8	8	8	8	8	8	3	8	0	0	7	15	8	8	8	8	8	8	8	0	15	39	1	39	1		
62	الجوف	رجوة	1	0	1	1	5	5	10	10	10	10	6	11	-5	5	10	17	28	11	10	10	10	10	5	5	53	0	53	0	53		
63	الحديدة	الحيثا	0	1	0	1	8	8	9	9	9	9	4	13	-2	6	5	6	9	9	9	9	9	9	8	8	53	5	53	5	53		
64	الحديدة	الجرسي	3	0	3	3	10	10	23	23	23	23	13	26	-13	10	23	43	26	23	23	23	23	23	23	23	110	9	110	9	110		
65	الحديدة	الحالي	11	8	11	11	12	11	22	22	22	22	11	22	8	11	22	11	22	22	22	22	22	22	11	11	124	19	124	19	124		
66	الحديدة	الحجيلية	1	1	0	2	4	4	5	5	5	5	6	11	-2	4	5	10	5	6	11	11	11	5	5	4	41	3	41	3	41		
67	الحديدة	الحوك	7	2	7	7	14	14	21	21	21	21	16	30	-1	6	7	26	40	14	16	16	16	14	14	7	129	3	129	3	129		
68	الحديدة	الخوخة	0	0	0	0	0	0	4	4	4	4	0	4	-4	0	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1	0	1	0	1		
69	الحديدة	الديهمي	2	0	2	2	6	6	9	9	9	9	6	26	-9	9	18	20	20	20	20	20	20	20	18	18	130	56	130	56	130		
70	الحديدة	الزهرة	1	0	1	1	2	2	4	4	4	4	25	25	-13	12	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	65	17	65	17	65		
71	الحديدة	الزبدية	2	0	2	2	4	4	9	9	9	9	11	2	-2	0	2	11	48	37	37	37	37	37	37	35	112	-13	112	-13	112		
72	الحديدة	السخنة	2	1	2	2	4	4	8	8	8	8	2	25	-10	11	23	2	25	23	23	23	23	23	23	23	29	12	29	12	29		
73	الحديدة	الصليف	1	0	1	1	3	3	5	5	5	5	1	6	5	3	7	8	5	6	6	6	6	5	5	4	42	5	42	5	42		
74	الحديدة	الضبي	1	1	1	1	10	10	19	19	19	19	11	20	-11	8	19	13	20	11	31	20	20	20	20	19	98	31	98	31	98		
75	الحديدة	القناوص	0	1	0	1	6	6	9	9	9	9	7	30	-14	8	22	33	7	30	23	23	23	23	23	23	119	43	119	43	119		
76	الحديدة	الحيمة	3	0	3	3	10	10	23	23	23	23	19	33	-23	7	30	52	33	23	23	23	23	23	23	23	107	13	107	13	107		
77	الحديدة	المراعة	4	2	4	4	8	8	16	16	16	16	4	24	-1	24	25	34	25	24	24	24	24	24	24	24	141	38	141	38	141		
78	الحديدة	المغلّاف	2	0	2	2	4	4	8	8	8	8	6	15	-6	7	13	8	15	6	15	15	15	15	15	15	59	21	59	21	59		
79	الحديدة	المنصورة	1	0	1	1	3	3	5	5	5	5	2	12	9	11	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	80	18	80	18	80		
80	الحديدة	المتيرة	2	0	2	2	4	4	8	8	8	8	2	16	6	14	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	80	9	80	9	80		
81	الحديدة	الميناء	3	1	3	3	10	10	21	21	21	21	14	20	4	11	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	182	91	182	91	182		
82	الحديدة	ياجل	3	1	3	3	7	7	14	14	14	14	7	18	4	11	18	14	14	14	14	14	14	14	14	14	42	29	42	29	42		
83	الحديدة	برع	2	0	2	2	6	6	9	9	9	9	2	16	-5	9	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	29	9	29	9	29		
84	الحديدة	بيت الققيه	3	0	3	3	9	9	15	15	15	15	13	15	3	3	11	49	38	13	15	15	15	15	15	15	115	250	115	250	115		
85	الحديدة	جيل راس	3	0	3	3	9	9	15	15	15	15	3	15	3	3	11	49	38	13	15	15	15	15	15	15	12	75	-12	75	-12	75	
86	الحديدة	حيسى	0	0	0	0	4	4	8	8	8	8	1	12	-2	10	12	7	12	12	12	12	12	12	12	12	9	45	7	45	7	45	
87	الحديدة	زبيد	3	1	3	3	10	10	21	21	21	21	13	15	3	3	15	41	26	0	26	26	26	26	26	26	74	173	74	173	173		
88	الحديدة	كمران	1	1	1	1	2	2	3	3	3	3	1	5	4	3	7	4	3	7	7	7	7	7	7	7	11	30	3	30	3	30	
89	الضالع	الحشاء	4	1	4	4	8	8	11	11	11	11	9	12	-3	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	97	18	97	18	97		
90	الضالع	جين	3	0	3	3	5	5	9	9	9	9	3	17	-11	6	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	41	31	41	31	41		
91	الضالع	دمت	6	5	6	6	12	12	18	18	18	18	6	24	-6	18	24	12	18	18	18	18	18	18	18	18	55	59	55	59	55		
92	الضالع	قمة	2	0	2	2	4	4	8	8	8	8	2	15	-5	10	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	16	43	-16	43	-16	43	

م	المحافظة	المديرية	طبيب/ة عام			مساعد طبي			قابلة مجتمع			ممرض/ة			فى أشعة			فى صيدلة			فى تحاليل طبية			موظف إداري			عامل نظافة			حارس			الإجمالي
			المط	الفجر	المط	المط	الفجر	المط	الفجر	المط	الفجر	المط	الفجر	المط	الفجر	المط	الفجر	المط	الفجر	المط	الفجر	المط	الفجر	المط	الفجر	المط	الفجر	المط	الفجر	المط	الفجر		
93	المحويت	الخبث	2	0	2	22	22	24	24	-2	22	22	24	24	22	21	2	2	2	2	9	11	4	4	0	2	2	2	5	3	114	28	
94	المحويت	الرجم	0	0	0	29	0	29	29	-15	14	29	29	29	12	0	0	0	0	0	2	3	0	0	0	0	0	0	0	63	-24		
95	المحويت	الطويلة	2	0	2	20	20	22	22	-6	16	22	22	22	12	2	2	2	2	3	5	2	4	2	2	2	2	2	65	-15			
96	المحويت	بنى سعد	1	0	1	28	25	28	29	-11	18	29	29	29	12	1	1	1	1	5	5	2	4	0	0	0	0	0	92	-2			
97	المحويت	جبل المحويت	2	0	2	28	10	30	30	-18	12	30	30	30	10	2	2	2	2	2	2	2	4	4	1	1	1	4	48	-56			
98	المحويت	حفاش	1	0	1	20	15	21	21	-6	15	21	21	21	15	3	1	1	1	3	3	2	3	2	2	2	1	2	68	-2			
99	المحويت	شيام كوكبان	2	1	2	7	4	9	9	-5	4	9	9	9	7	2	2	2	2	4	4	2	4	0	0	0	0	0	29	-12			
100	المحويت	مدينة المحويت	1	1	1	5	5	6	6	-1	4	5	5	5	5	0	1	1	1	2	3	1	4	1	1	1	1	2	41	16			
101	المحويت	ملحان	1	0	1	37	37	38	38	-13	20	38	38	38	37	1	2	2	2	15	15	2	14	2	2	3	2	1	134	13			
102	تعز	التعزية	22	6	22	37	37	37	37	-16	22	37	37	37	22	22	22	22	22	8	8	30	22	22	22	22	22	22	210	-121			
103	تعز	الصلو	3	0	3	7	7	7	7	-4	4	7	7	7	3	3	3	3	3	6	6	3	3	0	0	0	0	0	30	21			
104	تعز	القبطة	2	0	2	4	4	4	4	-2	2	4	4	4	2	2	2	2	2	4	4	2	2	0	0	0	0	0	21	-11			
105	تعز	المغاء	0	0	0	3	3	3	3	-3	0	3	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10	1			
106	تعز	السراج	1	0	1	1	1	2	2	-1	0	1	2	2	0	1	1	1	1	2	2	1	2	0	0	1	1	2	14	1			
107	تعز	المعافر	0	1	0	1	1	2	2	2	0	2	2	2	1	1	1	1	1	2	2	-1	0	2	2	2	2	2	2	-11	-11		
108	تعز	المواسط	1	0	1	1	1	2	2	-1	1	2	2	2	0	1	1	1	1	2	2	0	1	1	1	1	1	2	7	-6			
109	تعز	حبقان	6	12	6	28	8	28	28	-6	6	28	28	28	8	28	28	28	28	6	18	12	6	24	12	13	12	12	124	-80			
110	تعز	دمنة خدير	4	4	4	11	4	11	11	-7	4	11	11	11	7	4	4	4	4	9	9	7	4	8	3	3	3	8	61	-12			
111	تعز	سامع	3	0	3	12	12	15	15	-5	10	15	15	15	6	18	12	12	12	6	10	3	6	7	10	3	6	7	74	8			
112	تعز	شرعب الرونة	5	4	5	29	17	29	29	-12	14	34	34	34	17	29	29	29	29	10	14	5	10	9	14	5	10	79	-58				
113	تعز	شرعب السلام	9	5	9	14	20	14	20	-4	14	20	20	20	14	20	20	20	18	18	12	9	18	3	12	9	18	101	-49				
114	تعز	صالة	1	0	1	2	2	2	2	-1	0	2	2	2	1	2	2	2	2	0	1	0	2	0	2	0	2	4	-12	-12			
115	تعز	صبر الموادم	1	0	1	6	6	6	6	-3	3	6	6	6	3	6	6	6	6	2	2	1	2	2	2	2	2	2	13	-15			
116	تعز	ماونة	9	0	9	31	31	31	31	-9	0	31	31	31	31	31	31	31	31	18	18	4	18	7	16	9	1	116	-67				
117	تعز	مقبة	11	13	11	40	40	40	40	-2	11	40	40	40	11	40	40	40	40	5	18	13	13	13	13	13	13	185	-65				
118	حجة	أسلم	2	0	2	13	13	13	13	-1	12	13	13	13	2	13	13	13	13	7	9	2	7	9	2	7	9	5	58	5			
119	حجة	أقلح الشام	1	1	1	13	13	13	13	0	14	14	14	14	13	13	13	13	13	15	15	1	15	1	15	1	15	82	33				
120	حجة	أقلح اليمن	1	3	1	12	12	12	12	-3	10	13	13	13	2	12	12	12	12	4	6	2	6	7	10	3	6	64	4				
121	حجة	الجميمة	2	0	2	11	11	11	11	-7	6	13	13	13	11	11	11	11	11	11	13	2	13	2	13	2	13	72	19				
122	حجة	الشاهل	0	2	0	21	21	21	21	-2	0	21	21	21	4	18	14	14	14	19	19	2	19	2	19	2	19	97	41				
123	حجة	الشغادرة	0	0	0	15	15	15	15	-3	12	15	15	15	3	18	15	15	15	2	4	0	4	7	9	9	0	58	13				
124	حجة	المحابتة	4	0	4	13	13	13	13	-4	9	13	13	13	9	13	13	13	13	8	10	14	4	8	10	14	4	103	24				
125	حجة	المغربة	1	2	1	11	11	11	11	-1	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	2	11	2	11	2	11	4	57	4			
126	حجة	المفتاح	2	1	2	8	8	8	8	-1	7	8	8	8	7	15	8	8	8	5	12	14	2	14	2	14	2	51	95	51			
127	حجة	بكيل المير	3	0	3	6	6	6	6	-3	3	6	6	6	6	6	6	6	6	6	3	3	6	0	3	3	6	15	-33				
128	حجة	بنى العوام	1	1	1	9	9	9	9	-6	4	10	10	10	9	9	9	9	9	10	10	2	10	2	10	2	10	36	-1				
129	حجة	بنى قيس	1	1	1	15	15	15	15	-5	10	16	16	16	15	16	16	16	16	5	10	2	10	2	10	2	10	53	-2				
130	حجة	خيران المحرق	3	1	3	11	11	11	11	-5	9	14	14	14	11	14	14	14	14	7	10	3	7	10	3	7	10	61	-2				
131	حجة	ريف حجة	0	1	0	8	8	8	8	-4	7	11	11	11	8	10	10	10	10	9	9	2	9	2	9	2	9	37	-3				
132	حجة	شريس	1	0	1	6	6	6	6	-1	5	7	7	7	6	6	6	6	6	4	4	1	4	1	4	1	4	29	1				
133	حجة	عيس	1	1	1	8	8	8	8	-2	7	9	9	9	8	8	8	8	8	2	3	4	1	3	4	1	3	41	7				
134	حجة	قارة	2	1	2	7	7	7	7	-7	2	9	9	9	7	7	7	7	7	4	10	2	10	2	10	2	10	33	-8				
135	حجة	قفل شمر	0	0	0	11	11	11	11	-2	9	11	11	11	9	11	11	11	11	3	3	0	3	0	3	0	3	44	11				
136	حجة	كحلان الشرف	2	1	2	10	10	10	10	-1	10	10	10	10	10	10	10	10	10	8	10	2	8	10	2	8	10	77	27				
137	حجة	كحلان عقار	1	0	1	17	17	17	17	-1	10	17	17	17	17	17	17	17	17	11	11	4	11	5	6	1	11	63	23				
138	حجة	كشر	2	0	2	18	18	18	18	-6	14	20	20	20	13	18	18	18	18	9	12	2	12	2	12	2	12	90	16				
139	حجة	كميدنة	0	0	0	14	14	14	14	-1	14	15	15	15	14	15	15	15	15	9	9	0	9	9	0	9	9	71	26				
140	حجة	مين	2	0	2	16	16	16	16	-2	0	16	16	16	16	16	16	16	16	11	11	4	11	4	11	4	11	107	39				
141	حجة	مدينة حجة	4	5	4	14	14	14	14	6	20	18	18	18	14	18	18	18	18	8	8	4	8	4	8	4	8	109	27				
142	حجة	مستباء	2	2	2	6	6	6	6	-6	6	12	12	12	6	12	12	12	12	8	8	2	8	2	8	2	8	39	-17				

م	المحافظة	المديرية	طبيب/ة عام			مساعد طبي			قابلة مجتمع			ممرض/ة			في أشعة			في صيدلة			في تحاليل طبية			موظف إداري			عامل نظافة			حارس			الإجمالي				
			المط	القبو	المط	المط	القبو	المط	القبو	المط	القبو	المط	القبو	المط	القبو	المط	القبو	المط	القبو	المط	القبو	المط	القبو	المط	القبو	المط	القبو	المط	القبو	القبو	المط						
143	حجة	نجره	2	0	-2	12	15	3	14	13	-1	14	19	5	2	0	-2	2	10	2	2	4	2	4	0	4	2	3	5	2	9	11	2	2	3	81	25
144	حجة	وشحة	3	0	-3	9	14	5	12	6	-6	12	12	1	3	1	-2	3	5	3	5	19	3	16	6	2	6	4	8	3	7	3	4	3	75	18	
145	حجة	وضرة	1	0	-1	6	7	1	7	6	-1	7	7	1	1	-1	0	1	3	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	2	1	2	32	4	
146	ذمار	الحذاء	13	4	-9	43	14	-29	56	-41	15	56	56	-29	13	-20	6	26	-4	9	13	-8	9	13	-4	9	26	-4	13	13	0	13	13	103	-156		
147	ذمار	المنار	2	0	-2	25	15	-10	27	-10	17	27	-10	14	4	8	4	2	8	10	2	4	2	4	2	4	2	4	2	4	2	4	2	3	85	-10	
148	ذمار	جبل الشرق	3	1	-3	22	13	-9	25	-4	21	25	-9	13	22	-2	6	5	8	3	4	7	3	4	7	3	4	7	3	6	5	8	3	90	-6		
149	ذمار	جهران	6	3	-3	16	19	-3	22	25	-3	22	25	-3	16	19	-3	12	4	10	6	-2	4	10	6	-2	4	10	6	-2	4	10	6	96	-21		
150	ذمار	ضوران آنس	7	1	-6	29	14	-6	24	-12	24	36	-15	14	29	-6	14	1	8	7	-1	6	7	-1	6	7	-1	6	7	-1	6	7	94	-63			
151	ذمار	عتمة	8	2	-6	45	31	-4	53	-28	25	53	-14	31	45	-6	16	17	25	8	10	18	8	-8	8	16	17	25	8	-8	8	16	172	-43			
152	ذمار	عنس	8	2	-6	39	25	-14	29	-18	29	47	-14	25	39	-6	16	17	25	8	-3	19	16	4	12	8	-3	19	16	4	12	8	145	-52			
153	ذمار	مدينة ذمار	7	21	14	21	26	5	58	30	58	28	5	26	21	14	21	29	36	7	13	20	7	13	20	7	13	20	7	13	20	7	161	128			
154	ذمار	مغرب عنس	9	1	-8	28	13	-15	37	-6	31	37	-15	13	28	-8	18	-1	8	9	6	15	9	6	15	9	6	15	9	-11	7	18	135	-39			
155	ذمار	مبقة عنس	7	1	-6	15	22	-3	13	-9	13	22	-3	12	15	-6	12	14	7	14	7	-3	4	7	-3	4	7	-3	4	7	-3	4	7	83	-32		
156	ذمار	وصاب السافل	13	4	-9	42	42	0	55	-21	34	55	0	42	42	-9	24	25	13	13	5	18	13	-12	1	13	-32	23	55	-21	34	55	0	186	-70		
157	ذمار	وصاب العالي	7	1	-6	54	42	-6	61	-15	46	61	-12	42	54	-6	14	10	17	7	10	17	7	10	17	7	10	17	7	-7	7	14	181	-51			
158	ريمة	الجبين	11	0	-11	28	28	0	39	-13	26	39	-12	26	28	-11	10	11	-5	6	11	-11	0	11	-8	31	39	-13	26	39	-12	26	39	121	-73		
159	ريمة	الجعفرية	4	0	-4	15	21	-6	15	-10	15	25	-6	15	21	-4	0	4	3	7	4	3	7	4	3	7	4	3	7	4	-6	2	8	78	-25		
160	ريمة	السلفية	12	2	-10	30	31	-3	42	-14	28	42	1	31	30	-10	24	9	21	12	7	19	12	-11	1	12	-14	28	42	-14	28	42	1	179	-31		
161	ريمة	بلاد الطعام	6	2	-4	19	24	-5	25	-10	35	25	-5	14	19	-4	11	5	11	6	2	8	6	2	8	6	2	8	6	-6	0	6	6	132	-35		
162	ريمة	كسمة	9	2	-7	23	25	-7	23	-2	33	34	-2	23	25	-7	2	9	18	3	12	9	10	9	10	9	10	9	-8	18	3	12	9	133	-32		
163	ريمة	مزهر	10	1	-9	26	23	-3	36	-4	32	36	-3	23	26	-9	1	10	4	6	10	1	11	10	-9	1	10	-18	18	36	-4	32	36	106	-72		
164	صعدة	الصهوة	2	1	-1	8	8	-5	6	-4	6	10	-5	3	8	-1	1	2	3	2	1	3	2	1	3	2	1	3	2	-2	0	4	1	25	-19		
165	صعدة	الصفراء	2	1	-1	11	12	-1	8	-6	8	14	-1	11	12	-1	4	6	2	10	12	2	-2	4	6	2	10	12	2	-2	4	6	70	14			
166	صعدة	الظاهر	0	0	0	7	0	-4	1	-6	1	7	-4	3	7	0	0	3	0	2	2	0	2	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	14	-7		
167	صعدة	ياقم	1	1	0	4	7	0	8	-8	0	8	-3	4	7	0	1	2	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	-2	0	2	1	11	-20		
168	صعدة	حيدان	1	1	0	19	0	-6	13	-16	4	20	-6	13	19	0	1	1	2	1	1	2	1	2	1	2	1	1	-1	0	1	1	54	-13			
169	صعدة	رايح	3	1	-2	18	16	-2	21	-13	8	21	-2	16	18	-2	6	5	3	5	3	5	3	5	3	5	3	5	3	-5	1	6	2	60	-24		
170	صعدة	ساقين	2	0	-2	14	15	-1	14	-8	9	17	-1	14	15	-2	3	4	8	10	2	13	15	2	-2	0	2	-2	0	2	4	8	10	77	-12		
171	صعدة	سحار	5	1	-4	16	-4	-2	14	-7	14	21	-2	14	16	-4	1	10	6	5	8	13	5	-5	0	5	-2	19	21	-7	14	21	-2	81	-17		
172	صعدة	شدهاء	1	0	-1	6	8	-2	9	-8	1	9	-2	6	8	-1	0	1	1	1	2	3	1	1	2	1	2	1	-1	0	1	1	14	-20			
173	صعدة	عمر	1	1	0	6	7	1	7	1	8	7	1	7	6	0	1	2	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	-2	5	7	1	27	-1		
174	صعدة	قطاير	1	1	-1	8	5	-3	9	-8	1	9	-3	5	8	-1	0	1	0	1	-1	0	1	-1	0	1	-1	0	1	-6	3	9	-8	11	-23		
175	صعدة	كتاف والبقع	7	0	-7	21	-7	0	28	-27	1	28	-6	15	21	-7	0	7	7	7	-5	2	7	7	-5	2	7	-5	2	7	7	14	0	93	-93		
176	صعدة	مجز	2	2	-2	16	20	-4	16	-14	10	24	-4	16	20	-2	2	4	2	6	4	10	14	4	-3	1	4	-5	19	24	-14	10	24	75	-25		
177	صعدة	مدينة صعدة	2	1	-1	4	1	-3	6	1	7	6	-3	1	4	-1	1	3	2	4	1	3	2	4	1	3	2	4	1	-2	2	4	31	-1			
178	صعدة	منبه	2	2	-1	15	-1	1	17	-11	4	15	-1	1	2	-1	1	2	0	4	-1	1	2	0	4	-1	1	2	0	4	-1	1	28	-37			
179	صنعاء	أرحب	4	2	-2	16	17	-1	16	-9	12	21	-1	16	17	-2	0	8	3	7	4	3	7	4	3	7	4	3	7	4	3	84	-7				
180	صنعاء	الحصن	5	0	-5	12	6	-6	15	-2	15	17	-6	6	12	-5	0	5	5	-2	3	5	-2	3	5	-2	3	5	-2	3	5	56	-30				
181	صنعاء	الحيمة الخارجية	9	1	-8	39	27	-8	39	-24	12	36	12	39	27	-8	1	9	10	9	-5	4	9	-8	1	9	-15	21	36	-24	12	36	121	-50			
182	صنعاء	الحيمة الداخلية	9	0	-9	17	27	-9	0	-22	14	36	-10	17	27	-9	0	9	9	-1	8	9	-8	1	9	-8	1	9	-6	30	36	-22	14	36	104	-67	
183	صنعاء	الطيال	4	0	-4	17	6	-4	17	-13	8	21	-11	6	17	-4	0	8	8	4	8	4	-2	2	4	8	4	-2	2	4	8	4	67	-24			
184	صنعاء	بلاد الروس	2	0	-2	10	5	-2	15	-3	9	12	5	10	5	-2	0	2	3	5	2	1	3	2	2	1	3	2	-2	2	4	3	47	-3			
185	صنعاء	بني حشيش	7	8	1	18	18	24	14	25	6	24	18	1	18	18	24	5	7	5	12	7	-2	5	7	5	12	7	-2	5	7	89	-35				
186	صنعاء	بني ضبيان	11	0	-11	17	11	-6	28	-15	13	28	-6	11	17	-11	0	11	11	-8	3	11	-10	1	11	-8	3	11	-10	1	11	73	-88				
187	صنعاء	بني مطر	7	1	-6	20	20	-6	20	-20	7	27	0	20	20	-6	1	7	12	7	12	7	-6	1	7	-6	1	7	-6	1	7	87	-43				
188	صنعاء	جحانة	4	0	-4	16	4	-4	16	-11	5	16	-4	4	16	-4	0	4	4	-4	0	4	4	-4	0	4	-4	0	4	4	4	73	-15				
189	صنعاء	خولان	8	4	-4	19	8	-11	27	-14	13	27	-11	8	19	-4	4	8	8	-9	7	16	-2	6	8	-4	4	8	-6	2	8	83	-54				
190	صنعاء	سبحان وبني بهلول	10	6	-4	41	18	-4	41	-9	19	28	23	41	18	-4	6	10	12	8	20	3	13	10	-1	9	10	-9	1	10	-6	22	28	-20	134	-20	
191	صنعاء	صعقان	1	1	0	11	0	1	12	-2	9	11	0	1	11	0	1	1	2	3	1	0	2	2	3	1	0	2	3	1	0	2	42	-1			
192	صنعاء	مناخة	4	1	-3	30	15	-15	34	-19	15	34	-15	15	30	-3	1	4	0	4	0	4	0	4	0	4	0	4	-4	0	4	81	-49				

م	المحافظة	المديرية	طبيب/ة عام			مساعد طبي			قابلة مجتمع			ممرض / ة			في أشعة			في صيدلة			في تحاليل طبية			موظف إداري			عامل نظافة			حارس			الإجمالي	
			الموظف	الموظف	الموظف	الموظف	الموظف	الموظف	الموظف	الموظف	الموظف	الموظف	الموظف	الموظف	الموظف	الموظف	الموظف	الموظف	الموظف	الموظف	الموظف	الموظف	الموظف	الموظف	الموظف	الموظف	الموظف	الموظف	الموظف	الموظف	الموظف			
193	صنعاء	نهم	3	1	-2	14	29	15	17	17	-11	6	2	17	9	17	3	1	3	-2	1	3	-8	9	17	37	17	-11	61	61	-11			
194	صنعاء	همدان	5	1	-4	32	32	0	32	37	-15	22	37	0	42	37	5	5	5	-5	0	5	5	14	5	37	128	0	128	-18				
195	عمران	السود	0	0	0	14	10	-4	10	14	-2	12	14	0	11	14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	37	1	1	0	-5				
196	عمران	السودة	2	0	0	19	17	-2	17	21	-8	13	21	0	19	21	2	2	-2	0	2	-2	1	3	2	58	1	3	2	-19				
197	عمران	العشة	2	1	-1	14	14	12	12	16	-8	8	16	0	12	16	2	2	-2	0	2	-2	4	2	4	42	0	2	2	-20				
198	عمران	القفللة	1	1	0	11	14	3	14	11	-9	3	12	3	8	12	1	1	-1	0	1	-4	8	12	36	-1	0	1	-7					
199	عمران	المدان	0	0	0	12	10	-2	10	12	-6	6	12	0	8	12	0	0	0	0	0	-4	4	0	0	31	1	1	0	-5				
200	عمران	بني صريم	3	4	1	16	16	10	16	19	-9	10	19	0	18	19	3	3	-3	0	3	-1	4	3	56	0	3	3	-22					
201	عمران	قلاء	2	1	-1	13	15	2	15	13	-7	8	15	2	13	15	2	2	-2	0	2	-2	1	2	45	-2	0	2	-14					
202	عمران	جبل عيال يزيد	1	0	1	24	26	2	24	25	9	34	25	2	24	25	1	1	-1	0	1	-1	4	1	18	100	0	1	18					
203	عمران	حبور ظليمة	0	1	0	11	9	-2	9	11	-1	7	12	0	20	12	0	1	-1	0	1	-1	4	0	5	48	6	7	1	5				
204	عمران	حرف سفيان	1	1	0	11	10	-1	10	11	-6	6	12	-1	8	12	1	1	-1	0	1	-4	8	12	38	5	6	1	-5					
205	عمران	حوث	2	0	2	8	4	8	8	10	-7	3	10	-4	10	10	0	0	-2	0	2	-2	4	10	19	0	0	2	-25					
206	عمران	خارف	2	0	2	14	14	-2	14	16	-10	6	16	-4	10	16	2	2	-2	0	2	-6	8	10	46	9	11	2	-16					
207	عمران	خمر	1	0	1	31	24	-7	24	31	-19	13	32	-7	23	32	1	1	-1	0	1	-9	10	23	78	1	2	1	-25					
208	عمران	ذيبين	3	1	-2	13	16	3	16	13	-9	7	16	3	15	16	3	3	-3	0	3	-1	4	3	54	0	3	3	-15					
209	عمران	ريدة	2	1	-1	11	12	1	11	13	-3	16	13	1	11	13	2	2	-2	0	2	-2	1	2	5	58	4	6	2	5				
210	عمران	شهاره	3	0	3	12	12	-3	12	15	-4	11	15	1	7	15	3	3	-3	0	3	-8	7	15	40	-2	1	3	-26					
211	عمران	صوبر	2	1	-1	5	5	3	5	7	-6	1	7	3	4	7	2	2	-2	0	2	-3	4	7	26	0	2	2	-9					
212	عمران	عيال سريح	3	1	-2	13	15	2	13	16	-8	24	16	2	16	16	3	3	-3	0	3	-3	4	3	5	74	1	4	3	5				
213	عمران	مدينة عمران	6	9	3	16	16	3	16	22	18	40	22	7	22	22	6	6	-6	1	6	-6	16	22	29	137	8	14	6	29				
214	عمران	مسور	0	0	0	10	7	-3	7	10	-6	4	10	-3	4	10	0	0	-6	4	10	-6	4	10	19	1	1	0	-11					
215	مأرب	بديدة	0	0	0	7	7	6	7	7	-1	6	7	6	4	7	0	0	-1	0	0	1	4	7	17	38	1	1	0	17				
216	مأرب	حرب القراميش	0	0	0	3	3	0	3	3	0	3	3	0	2	3	0	0	-1	2	3	0	0	3	1	10	0	0	0	1				
217	مأرب	رحبة	1	10	-1	3	10	-7	3	10	-11	0	11	-7	3	11	2	2	-1	0	1	-8	3	11	8	-1	0	1	-32					
218	مأرب	صرواح	4	0	-4	7	7	-6	7	11	-9	2	11	-6	3	11	0	0	-4	0	4	-4	0	4	8	8	-4	0	4	-53				
219	مأرب	ماهلية	1	0	-1	4	4	-1	4	5	-4	1	5	-2	2	5	0	0	-1	0	1	-3	2	5	8	0	1	1	0	-14				
220	مأرب	مجزر	1	0	-1	8	8	-1	8	9	-1	8	9	-1	4	9	1	1	-1	0	1	-5	4	9	17	17	-1	0	1	-17				
-1,879	16,303	541	1,377	836	120	956	836	-594	1,078	1,672	905	1,741	836	354	1,190	836	-717	119	836	-374	3,736	4,110	-1,140	2,970	4,110	-623	2,651	3,274	-351	485	836			

العدد النمطي لكادر المرفق الصحي وفق الدليل الوطني															الفجوة في عدد المرافق الصحية بالنسبة الى السكان الحالية وحتى عام 2030م												
العدد النمطي لكادر المرفق الواحد	المجموع	خدمات	نظافة وجراحة وصيدلانية وصيدلانية (نظافة وجراحة وصيدلانية وصيدلانية)	إداريون/اصحة عامة	فني أشعة	مخبري	فني صيدلة	فني أشعة	أخصائي أشعة	فني عينات	فني تخدير	أخصائي تخدير	تدريب	مساند طبي	أطبائ أسنان	أطباء عموم	أخصائي	الفجوة في عدد المرافق عام 2030م بالنسبة للمتوفر حاليا	العدد النمطي المطلوب من المرافق لتغطية الاحتياج السكاني عام 2030م	الفجوة الحالية في عدد المرافق	المتوفر حاليا من عدد المرافق	الاحتياج الحالي من المرافق وفقا لعدد السكان	العدد النمطي للسكان للمرفق الواحد	السعة السريرية النمطية	المرفق الصحي	م	
7	7	2														2		4,238	8,000	2,238	3,762	6,000	5,000	0	الوحدة الصحية	1	
22	22	2	2	1	1	1	1									3	3	2,721	4,000	1,721	1,279	3,000	10,000	0	المركز الصحي	2	
82	82	20	12	1	3	2	2			2	2					10	8	213	400	113	187	300	100,000	30-50	المستشفى الريفي	3	
147	147	32	24	2	5	2	2			4	3	1				32	12	134	160	94	26	120	250,000	50-70	المستشفى المحوري	4	
242	242	50	32	3	10	6	4	1		8	4	2				56	24	24	53	11	29	40	750,000	100	المستشفى العام	5	
399	399	75	45	6	16	9	6	2		12	6	4				110	32	27	40	17	13	30	1,000,000	150	المستشفى المركزي	6	
604	604	100	64	8	24	12	12	3		16	12	6				165	40	5	20	0	15	15	2,000,000	200-300	المستشفى المرجعي	7	
1,340	1,340	250	120	0	80	64	48	12		40	32	24				450	0	4	4	3	0	3	10,000,000	1,000	المدينة الطبية	8	
36	36															24		33	80	13	47	60	500,000	30-50	المراكز المتخصصة	9	
																0										القطاع الخاص	10
2,879	2,879	531	299	21	##	96	75	18		82	59	37				852	120	7,399	12,757	4,210	5,358	9,568					

ملاحظات:

- 1 مصدر البيانات HeRAMs وتم تحديث بيانات المرافق الصحية حتى مايو 2021م.
- 2 الجدول أعلاه يعتمد على أرقام الكادر النمطي للوحدات والمراكز في النسخة الجديدة.
- 3 عدد المرافق الصحية تشمل جميع محافظات الجمهورية اليمنية العامل منها وغير العامل وحتى المدمر منها.
- 4 عدد السكان بإسقاطات العام 2020م يتجاوز 30 مليون نسمة ومن المتوقع بلوغه العام 2030م الى 40 مليون نسمة.
- 5 تم اعتماد طبيب عام لكل 1000 نسمة من السكان هو هدف العام 2030م.
- 6 أخرى: تشمل مركز الدرن، مستشفى معالجة الأمراض النفسية والعصبية، المختبرات المركزية، مراكز الأطراف، مراكز الغسيل والأورام، مراكز ووحدات علاج الملاريا ... الخ.

المرافق الصحية المتوفرة حاليا	العدد النمطي للكادر اللازم لتغطية العمل في المرافق الصحية المتوفرة حاليا																العدد النمطي للسكان للمرفق الواحد	السعة السريرية النمطية	المرفق الصحي	م	
	المجموع	خدمات (نظافة وجراسة ومرسل وسائق)	إداريون/صحة عامة	فني أسنان	مخبري	فني صيدلة	فني أشعة	أخصائي أشعة	فني عمليات	فني تخدير	أخصائي تخدير	تمريض	قابلة	مساعد طبي	أطباء أسنان	أطباء عموم					أخصائي
22,572	26,334	7,524	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7,524	3,762	0	0	7,524	0	5,000	0	الوحدة الصحية	1
23,022	28,138	2,558	2,558	1,279	1,279	1,279	1,279	0	0	0	0	3,837	3,837	1,279	1,279	3,837	3,837	10,000	0	المركز الصحي	2
14,212	15,334	3,740	2,244	187	561	374	374	0	374	374	0	1,870	1,496	1,122	187	1,496	935	100,000	30-50	المستشفى الريفي	3
3,588	3,822	832	624	52	130	52	52	0	104	78	26	832	312	208	26	312	182	250,000	50-70	المستشفى المحوري	4
6,844	7,018	1,450	928	87	290	174	116	29	232	116	58	1,624	696	290	58	464	406	750,000	100	المستشفى العام	5
5,135	5,187	975	585	78	208	117	78	26	156	78	52	1,430	416	208	52	312	416	1,000,000	150	المستشفى المركزي	6
8,790	9,060	1,500	960	120	360	180	180	45	240	180	90	2,475	600	360	90	720	960	2,000,000	200-300	المستشفى المرجعي	7
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10,000,000	1,000	المدينة الطبية	8
3,008	1,692	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1,128	0	0	0	376	188	500,000	30-50	المراكز المتخصصة	9
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			القطاع الخاص	10
87,171	96,585	18,579	7,899	1,803	2,828	2,176	2,079	100	1,106	826	226	20,720	11,119	3,467	1,692	15,041	6,924				

ملاحظات:

- 1 مصدر البيانات HeRAMs وتم تحديث بيان
- 2 الجدول أعلاه يعتمد على أرقام الكادر النمطي
- 3 اعدد المرافق الصحية تشمل جميع محافظات
- 4 عدد السكان بإسقاطات العام 2020م يتجاوز
- 5 تم اعتماد طبيب عام لكل 1000 نسمة من الـ
- 6 أخرى: تشمل مركز الدرن، مستشفى معالجة

الإدارة العامة للمعلومات والبحوث
د. نجيب الشرفي

الإدارة العامة للخدمات الطبية والمنشآت الخاصة
د. علي عبدالوهاب المفتي

المرافق الصحية المتوفر حاليا في إجمالي عدد الكادر	الكادر الفعلي المتوفر حاليا في المرافق الصحية														العدد النمطي للسكان للمرفق الواحد	السعة السريرية النمطية	المرفق الصحي	م		
	المجموع	أخرى	إداريون/صحة عامة	فني أسنان	مخبري	فني صيدلة	فني أشعة	أخصائي أشعة	فني عمليات	فني تخدير	أخصائي تخدير	تريض	قابلية	مساعد طبي					أطباء أسنان	أطباء عموم
13,130	13,130	4,011									4,087	2,416	2,561		52	3	5,000	0	الوحدة الصحية	1
16,106	16,106	7,260									3,171	2,608	1,734		823	510	10,000	0	المركز الصحي	2
9,821	9,821	4,714									2,175	1,014	971		574	373	100,000	30-50	المستشفى الريفي	3
3,565	3,565	1,856									761	309	257		199	183	250,000	50-70	المستشفى المحوري	4
7,345	7,345	4,059									1,337	416	689		354	490	750,000	100	المستشفى العام	5
3,632	3,632	1,871									760	189	236		357	219	1,000,000	150	المستشفى المركزي	6
9,525	9,525	5,986									371	415	623		814	1,316	2,000,000	200-300	المستشفى المرجعي	7
0	0	0									0	0	0		0	0	10,000,000	1,000	المدينة الطبية	8
1,820	1,820	1,024									395	15	115		116	155	500,000	30-50	المراكز المتخصصة	9
0	0														0				القطاع الخاص	10
64,944	64,944	30,781	0	0	0	0	0	0	0	0	13,057	7,382	7,186	0	3,289	3,249				

ملاحظات:

- 1 مصدر البيانات HeRAMs وتم تحديث بيانه
- 2 الجدول أعلاه يعتمد على أرقام الكادر النمطي
- 3 اعدد المرافق الصحية تشمل جميع محافظات
- 4 عدد السكان بإسقاطات العام 2020م يتجاوز
- 5 تم اعتماد طبيب عام لكل 1000 نسمة من الـ
- 6 أخرى: تشمل مركز الدرن، مستشفى معالجة

الإدارة العامة للمعلومات والبحوث
د. نجيب الشرفي

الإدارة العامة للخدمات الطبية والمنشآت الخاصة
د. علي عبدالوهاب المفتي

الفجوة الحالية في كادر المرافق	الفجوة الحالية في كادر المرافق الصحية (بالنسبة لما هو متوفر)																العدد النمطي للسكان للمرفق الواحد	السعة السورية النمطية	المرفق الصحي	م
	المجموع	أخرى	إداريون/صحة عامة	فني أسنان	مخبري	فني صيدلية	فني أشعة	أخصائي أشعة	فني عمليات	فني تخدير	أخصائي تخدير	تمريض	قابلة	مساعد طبي	أطباء أسنان	أطباء عموم				
13,204	13,204	3,513	0	0	0	0	0	0	0	0	3,437	1,346	-2,561	0	7,472	-3	5,000	0	الوحدة الصحية	1
12,032	12,032	-4,702	2,558	1,279	1,279	1,279	1,279	0	0	0	666	1,229	-455	1,279	3,014	3,327	10,000	0	المركز الصحي	2
5,513	5,513	-974	2,244	187	561	374	374	0	374	374	-305	482	151	187	922	562	100,000	30-50	المستشفى الريفي	3
257	257	-1,024	624	52	130	52	52	0	104	78	26	71	3	-49	26	113	250,000	50-70	المستشفى المحوري	4
-327	-327	-2,609	928	87	290	174	116	29	232	116	58	287	280	-399	58	110	750,000	100	المستشفى العام	5
1,555	1,555	-896	585	78	208	117	78	26	156	78	52	670	227	-28	52	-45	1,000,000	150	المستشفى المركزي	6
-465	-465	-4,486	960	120	360	180	180	45	240	180	90	2,104	185	-263	90	-94	2,000,000	200-300	المستشفى المرجعي	7
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10,000,000	1,000	المدينة الطبية	8
-128	-128	-1,024	0	0	0	0	0	0	0	0	733	-15	-115	0	260	33	500,000	30-50	المراكز المتخصصة	9
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			القطاع الخاص	10
31,641	31,641	-12,202	7,899	1,803	2,828	2,176	2,079	100	1,106	826	226	7,663	3,737	-3,719	1,692	11,752	3,675			

ملاحظات:

- 1 مصدر البيانات HeRAMs وتم تحديث بيانا
- 2 الجدول أعلاه يعتمد على أرقام الكادر النمطي
- 3 عدد المرافق الصحية تشمل جميع محافظات
- 4 عدد السكان بإسقاطات العام 2020م يتجاوز
- 5 تم اعتماد طبيب عام لكل 1000 نسمة من الـ
- 6 أخرى: تشمل مركز الدرن، مستشفى معالجة

الإدارة العامة للمعلومات والبحوث
د. نجيب الشرفي

الإدارة العامة للخدمات الطبية والمنشآت الخاصة
د. علي عبدالوهاب المقتي

المرافق الصحية عام 2030م اجمالي عدد الكادر النمطي	العدد النمطي للكادر المطلوب لتغطية المرافق الصحية عام 2030م																العدد النمطي للسكان للمرفق الواحد	السعة السريرية النمطية	المرفق الصحي	م	
	المجموع	خدمات (نظافة وحرارة ومواصلات وسائق)	إداريون/صحة عامة	فني أسنان	مخبري	فني صيدلانية	فني أشعة	أخصائي أشعة	فني عمليات	فني تخدير	أخصائي تخدير	تمريض	فنيّة	مساعد طبي	أطباء أسنان	أطباء عموم					أخصائي
48,000	56,000	16,000	0	0	0	0	0	0	0	0	16,000	8,000	0	0	16,000	0	5,000	0	الوحدة الصحية	1	
72,000	88,000	8,000	8,000	4,000	4,000	4,000	4,000	0	0	0	12,000	12,000	4,000	4,000	12,000	12,000	10,000	0	المركز الصحي	2	
30,400	32,800	8,000	4,800	400	1,200	800	800	0	800	800	4,000	3,200	2,400	400	3,200	2,000	100,000	30-50	المستشفى الريفي	3	
22,080	23,520	5,120	3,840	320	800	320	320	0	640	480	160	5,120	1,920	1,280	160	1,920	1,120	250,000	50-70	المستشفى المحوري	4
12,587	12,907	2,667	1,707	160	533	320	213	53	427	213	107	2,987	1,280	533	107	853	747	750,000	100	المستشفى العام	5
15,800	15,960	3,000	1,800	240	640	360	240	80	480	240	160	4,400	1,280	640	160	960	1,280	1,000,000	150	المستشفى المركزي	6
11,720	12,080	2,000	1,280	160	480	240	240	60	320	240	120	3,300	800	480	120	960	1,280	2,000,000	200-300	المستشفى المرجعي	7
9,400	5,360	1,000	480	0	320	256	192	48	160	128	96	1,800	0	0	0	400	480	10,000,000	1,000	المدينة الطبية	8
5,120	2,880	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1,920	0	0	0	640	320	500,000	30-50	المراكز المتخصصة	9
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			القطاع الخاص	10
227,107	249,507	45,787	21,907	5,280	7,973	6,296	6,005	241	2,827	2,101	643	51,527	28,480	9,333	4,947	36,933	19,227				

ملاحظات:

- 1 مصدر البيانات HeRAMs وتم تحديث بيان الجدول أعلاه يعتمد على أرقام الكادر النمطي
- 2 عدد المرافق الصحية تشمل جميع محافظات
- 3 عدد السكان بإسقاطات العام 2020م يتجاوز
- 4 تم اعتماد طبيب عام لكل 1000 نسمة من الـ
- 5 أخرى: تشمل مركز الدرن، مستشفى معالجة

الإدارة العامة للمعلومات والبحوث
د. نجيب الشرفي

الإدارة العامة للخدمات الطبية والمنشآت الخاصة
د. علي عبدالوهاب المقتي

الفجوة في كادر المرافق عام 2030م	الفجوة في عدد الكادر المطلوب لتغطية المرافق الصحية عام 2030م																العدد النمطي للسكان للمرفق الواحد	السعة السريرية النمطية	المرفق الصحي	م	
	المجموع	أخرى	إداريون/صحة عامة	فني أسنان	مخبري	فني صيدلة	فني أشعة	أخصائي أشعة	فني عمليات	فني تخدير	أخصائي تخدير	تمريض	قابلة	مساعد طبي	أطباء أسنان	أطباء عموم					أخصائي
42,870	42,870	11,989	0	0	0	0	0	0	0	0	11,913	5,584	-2,561	0	15,948	-3	5,000	0	الوحدة الصحية	1	
71,894	71,894	740	8,000	4,000	4,000	4,000	4,000	0	0	0	8,829	9,392	2,266	4,000	11,177	11,490	10,000	0	المركز الصحي	2	
22,979	22,979	3,286	4,800	400	1,200	800	800	0	800	800	1,825	2,186	1,429	400	2,626	1,627	100,000	30-50	المستشفى الريفي	3	
19,955	19,955	3,264	3,840	320	800	320	320	0	640	480	160	4,359	1,611	1,023	160	1,721	937	250,000	50-70	المستشفى المحوري	4
5,562	5,562	-1,392	1,707	160	533	320	213	53	427	213	107	1,650	864	-156	107	499	257	750,000	100	المستشفى العام	5
12,328	12,328	1,129	1,800	240	640	360	240	80	480	240	160	3,640	1,091	404	160	603	1,061	1,000,000	150	المستشفى المركزي	6
2,555	2,555	-3,986	1,280	160	480	240	240	60	320	240	120	2,929	385	-143	120	146	-36	2,000,000	200-300	المستشفى المرجعي	7
5,360	5,360	1,000	480	0	320	256	192	48	160	128	96	1,800	0	0	0	400	480	10,000,000	1,000	المدينة الطبية	8
1,060	1,060	-1,024	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1,525	-15	-115	0	524	165	500,000	30-50	المراكز المتخصصة	9
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			القطاع الخاص	10
184,563	184,563	15,006	21,907	5,280	7,973	6,296	6,005	241	2,827	2,101	643	38,470	21,098	2,147	4,947	33,644	15,978				

ملاحظات:

- 1 مصدر البيانات HeRAMs وتم تحديث بيانه
- 2 الجدول أعلاه يعتمد على أرقام الكادر النمطي
- 3 عدد المرافق الصحية تشمل جميع محافظات
- 4 عدد السكان باسقاطات العام 2020م يتجاوز
- 5 تم اعتماد طبيب عام لكل 1000 نسمة من الـ
- 6 أخرى: تشمل مركز الدرن، مستشفى معالجة

الإدارة العامة للمعلومات والبحوث
د. نجيب الشرفي

الإدارة العامة للخدمات الطبية والمنشآت الخاصة
د. علي عبدالوهاب المقتي

تغطية الكادر والتوزيع الجغرافي

مما لا شك فيه أن النقص الحاد في أعداد العاملين الصحيين، وعدم استقرارهم يؤثر سلباً على تغطية الكادر لتقديم الرعاية الصحية، ويمكن قياس نسبة تغطية الكادر من خلال قياس نسبة تغطية الرعاية الصحية ومدى شموليتها، حيث نجد أن تغطية الرعاية الصحية تشمل نسبة (٦٦%) من السكان، ونسبة (٣٤%) من السكان لا تشملهم الرعاية الصحية، وهذا الأمر يضع بلادنا أمام تحدٍ كبير لتحقيق التغطية الصحية الشاملة في ظل نمو متسارع للسكان. وتؤكد البيانات والمعلومات المتاحة إلى أن هناك اختلال وسوء توزيع للموارد البشرية الصحية، وعدم استغلالها الاستغلال الأمثل، حيث يتمركز (٨٠%) من العاملين الصحيين في المدن الكبيرة والمناطق الحضرية، مقابل (٢٠%) من العاملين الصحيين لتغطية المناطق الريفية التي يشكل سكانها نحو (٧٥%) من سكان البلاد ()، وكما تشير وثيقة الإستراتيجية الصحية الوطنية (٢٠١٠ - ٢٠٢٥م) إلى أن ثلاثة أرباع الموارد البشرية تتمركز في أربع محافظات من بين (٢٢) محافظة على مستوى الجمهورية، وهي (أمانة العاصمة صنعاء، عدن، تعز، حضرموت)، وهناك دراسات أخرى () تشير إلى أن (٦٣%) من الأطباء العموميين و(٣٠%) من الممرضين والقابلات يتمركزون في كل من أمانة العاصمة، وعدن، ويقدمون خدمة الرعاية الصحية لـ (١٣%) من السكان فقط.

كما يلاحظ أن هناك مفارقات بين المحافظات ذات الكثافة في الموارد البشرية الصحية، فعلى سبيل المثال نجد أن حوالي (١٠,٧%) من العاملين الصحيين يعملون لخدمة نصف مليون من السكان في محافظة عدن، مقابل (٨,٣%) من العاملين الصحيين لخدمة (٢,٥) مليون من السكان في محافظة تعز .

كذلك نجد أن شعوراً عاماً يسود بين أوساط من تم اللقاء بهم من مسؤولي القطاع الصحي يشير إلى تمركز القوى العاملة الصحية في أمانة العاصمة وعدد من المدن الكبرى على حساب الريف والمحافظات النائية، وتوضح بعض المؤشرات أن من يتم نقلهم إلى مناطق ريفية وبعض المحافظات النائية يتقاضون أجورهم دون تواجد في مواقع العمل. إضافة إلى ذلك عدم وجود بيئة ملائمة في بعض المحافظات النائية والمناطق الريفية كما تشير بعض التقارير () إلى أن مرافق الرعاية الصحية في هذه المناطق ليس لها أي قوة جذب لأي كادر مؤهل ما يؤدي إلى عدم استقرار للعاملين الصحيين الذين يتم توزيعهم ونقلهم إليها وعدم التزامهم بساعات الدوام الرسمي المحددة بـ (٨) ساعات عمل وفقاً لتشريعات الخدمة المدنية، بينما ساعات العمل الفعلية التي يقضونها في المرافق الصحية تكون ما بين (٣ - ٤) ساعات وهذا بالطبع يؤدي إلى حرمان شريحة واسعة من السكان من خدمات الرعاية الصحية وعلى وجه الخصوص الفئة الفقيرة ولا يحقق التغطية الشاملة.

ومن خلال تحليل الواقع والبحث عن التجارب لم يتم العثور على أي نموذج أو مبادرة في مجال إستبقاء العاملين الصحيين بالمؤسسات الصحية في الريف والمحافظات على الرغم من أن عدالة

توزيع العاملين الصحيين تمثل هاجساً كبيراً للنظام الصحي الوطني. ووفقاً لوثيقة الإستراتيجية الصحية الوطنية (٢٠١٠-٢٠٢٥م) فإن التغطية بالخدمات الصحية تشمل (٦٦%) فقط من المواطنين وأن عدداً من المستشفيات والمراكز والوحدات الصحية في المحافظات والريف تعاني من ضعف الخدمات أو التوقف الكامل، نتيجة لقلّة أو انعدام الكادر البشري. وليس هناك ما يشير إلى وجود نظام فاعل وملزم في مجال توزيع ونقل العاملين الصحيين للعمل في الريف، وأيضاً ليس هناك مؤثر على وجود حزمة محفزات تساعد على بقاء واستقرار العاملين الصحيين في الريف أسوة بما يلاحظ عادة في البلدان النامية.

الرضا الوظيفي

يرتكز تحقيق الرضا الوظيفي في أوساط العاملين الصحيين على عدد من العوامل الأساسية، من أهمها:

- التأهيل المرتكز إلى القيم الإيمانية، وموجهاتها التي تصيغ الثقافة التنظيمية، وتحقق حاجة الناس في الرعاية الصحية، نحو تأمين الحافز المعنوي لمقدمي الخدمة، وتحقيق الرضا الذاتي في تأديتها.
- مدى حصول العاملين على الأجور الكافية التي تؤمن لهم ولأسرهم حياة كريمة، حيث تسبب العدوان والحصار في حدوث تدنٍ كبير في قيمة أجور العاملين الصحيين في مختلف المهن، وأدى إلى وضع غير مستقر يُضعف وظائف الموارد البشرية الصحية.
- من خلال اللقاءات مع بعض العاملين الصحيين أشاروا إلى أن الأجر الشهري الذي يتقاضونه لا يُمكنهم من مواجهة حاجاتهم الأساسية، وأن ما يحصلون عليه لا يسد سوى أقل من (٥٠%) من الحاجيات الأساسية مما دفعهم للبحث عن مصادر أخرى، والالتحاق بالقطاع الخاص، كما أشار البعض إلى عدم مساواتهم مع الكوادر الوافدة من الخارج.
- فيما يتعلق بفرص التدريب والتأهيل، فإن المعلومات تشير إلى أن هناك قصور كبير في تنفيذ برامج التدريب والتأهيل التمكينية، والتي تتطلبها طبيعة العمل، سواء في سياق الثقافة التنظيمية المستندة إلى القيم الإيمانية، أو التعليم المعني التطبيقي المعزز على مواكبة المتغيرات والمستجدات، وتقديم خدمة صحية أفضل.
- يشكّل التدريب والتعليم من خلال الابتعاث والمنح الدراسية فرصة لرفع القدرات، طالما حقق معياري الكفاءة والفاعلية في إطار توجهات تنمية الموارد البشرية، بالإضافة إلى وجود حاجة لمراجعة آليات ضمان العدالة في الابتعاث والمنح الدراسية.
- وفيما يرتبط بيئة العمل فإنها تعاني بعض أوجه القصور، أهمها ضعف الموارد المالية بالإضافة إلى غياب التوصيف الوظيفي المستند إلى شروط مرجعية ملزمة، والنقص في المعدات والتجهيزات والمستلزمات الصحية اللازمة وكثرة أعطابها وعدم ملاءمة البيئة لراحة العاملين خاصة الإناث، كما مر عند مناقشة تمويل الموارد البشرية.

الأداء (الإنتاجية/الجودة)

إن قياس أداء العاملين الصحيين يعتمد بشكل عام على الطرق الروتينية التي تتبناها الخدمة المدنية التي تقوم على استمارات سنوية لقياس الأداء تربط بها الترقيات للدرجات الوظيفية الأعلى، وتشير المعلومات والإفادات في هذا الجانب إلى عدم فاعلية هذا النظام في التعرف الحقيقي على أداء العاملين وتوفير السبل المناسبة لضبط الأداء.

ومن خلال التحليل () برزت عدد من القضايا المرتبطة ارتباطاً وثيقاً بأداء الموارد البشرية الصحية في الواقع، من أهمها:

- التعليم الطبي والصحي: الذي يشوبه ضعف في مواهمة خريجي المهن الطبية والصحية لاحتياجات النظام الصحي والنمط الوبائي والرعاية الصحية في البلاد. مع غياب ملموس لعملية التخطيط المشترك بين الصحة والتعليم الطبي والصحي (لضمان الكفاية والنوعية والجودة للمخرجات). بالإضافة إلى غياب مفاهيم وممارسات الاعتماد للكليات الطبية والصحية، وعدم تفعيل الجسم الوطني المعني بالاعتماد والجودة. وكذا ضعف الفاعلية والتنسيق في تنظيم الكليات الطبية والصحية الخاصة.

كما أن سلّم الأجور والعائد المالي للعاملين الصحيين في القطاع العام، والذي يلاحظ عليه التدني الكبير وعدم الكفاية في مختلف المهن الصحية، يمثّل تحدياً مرتبطاً بتدني أداء العاملين الصحيين، وضعف الموارد البشرية الصحية بشكل عام.

- الممارسة المزدوجة للعاملين الصحيين بين القطاعين العام والخاص: اتسعت هذه الظاهرة شيوعاً، وكثيراً ما يتضرر منها القطاع العام نظراً لترك العاملين الصحيين مواقعهم خلال ساعات العمل لزيادة دخلهم بالعمل في القطاع الخاص.

- نظام إدارة وقياس أداء العاملين الصحيين: والذي يلاحظ عليه ضعف كبير، واعتماده على الطرق الروتينية التي لا تعطي مؤشرات حقيقية عن الأداء، ويؤدي إلى التسبب وعدم الالتزام بساعات الدوام الرسمي في المرافق الصحية الحكومية.

- الضعف في تنظيم الممارسة للمهن الطبية والصحية: حيث من الملاحظ أن التركيز يتم على الأطباء، وغياب العناية اللازمة بمنظومة المهن الصحية الأخرى.

- أنشطة التدريب أثناء الخدمة (التطوير المهني المستمر): على الرغم من أن هناك تفكير ووثائق جيدة ومعدة سابقاً عن التدريب أثناء الخدمة، أو التطور المهني المستمر غير أن هذه الأفكار لم تجد طريقها للتنفيذ على أرض الواقع. نتج عنه أنشطة تدريب غير منتظمة ولا تشمل كافة شرائح العاملين الصحيين، وهذا أمر له مردوده السلبي على جودة وفاعلية العاملين الصحيين والرعاية الصحية بشكل عام بالإضافة إلى ذلك يتضح أن هناك ضعف الحوكمة في التدريب وعدم وجود كيان واحد يعنى بعملية التدريب حيث لوحظ وجود كيانات متعددة مثل مركز التدريب والتطوير الصحي، المجلس الطبي اليمني، المجلس اليمني للاختصاصات الطبية، وجميع هذه

الكيانات مخولة بمهام التدريب المستمر وفقاً لقوانين وقرارات إنشائها. كما لوحظ أن هناك ضعف لتمويل أنشطة التدريب المستمر، وذلك وفق ملاحظات المسؤولين والمختصين في هذا الجانب والذين أكدوا ضعف التمويل، وعدم تحمس القيادة الصحية للتدريب وجعله في سلم الأولويات.

• بيئة العمل الملائمة للعمل: كما ورد سابقاً فإن بيئة العمل في المرافق الصحية الحكومية تعاني بعض أوجه القصور مثل غياب التوصيف الوظيفي، وضعف الموارد المالية ونقص المعدات والتجهيزات وكثرة أعطالها (إن وجدت)، بالإضافة إلى عدم ملاءمة البيئة لإحتياجات وراحة العاملين وعلى وجه الخصوص الإناث، كما وردت الإشارة سابقاً.

• توافر القدرات المؤسسية والتنسيق لتنظيم الخطط والبرامج الرامية لضمان جودة القوى العاملة: حيث لوحظ أن هناك إشكالات في توافر القدرات المؤسسية والتنسيق لتنظيم الخطط والبرامج الرامية لضمان جودة القوى العاملة، وعدم تجانس الخطط والبرامج الرامية لضمان جودة القوى العاملة في الصحة، ويلاحظ عدم كفاية القدرات المؤسسية والفردية، بالإضافة إلى التضارب في كثير من الاختصاصات.

المقبولية (رضا المستفيدين)

إن رضا المستفيدين عن العاملين الصحيين في المرافق الصحية الحكومية يرتبط بمجموعة من القضايا الأساسية منها:

• ملاءمة المرافق الصحية الحكومية: تشير التقارير الإحصائية () إلى وجود زيادة في المرافق الصحية، والتي تغطي الأنشطة والخدمات الصحية والطبية كافة، إلا أنها لا تتناسب مع عدد السكان المتسارع في كل عام. ومن خلال تحليل الوضع الراهن ظهر أن بعض السكان يعتبرون أن بعض المرافق الصحية غير مؤهلة وغير ملائمة لتقديم الخدمة الصحية، نظراً لتهالك بعضها، بالإضافة إلى النقص الكبير في التجهيزات والمستلزمات الطبية وكثرة الإعطاب للتجهيزات (إن وجدت)، وهذا الشعور المتولد عند السكان ينعكس أيضاً على العامل الصحي في تلك المرافق.

• التواجد الوظيفي للعاملين الصحيين المتخصصين: تشير التقارير الإحصائية () للكوادر الصحية في المحافظات للعام (٢٠١٢م) إلى أن الأخصائيين يتمركزون في مستشفيات المحافظات (المدن الرئيسية) كما أن بعض المحافظات تفتقر للأطباء الاختصاصيين وكذا عدم استقرار معظم الكوادر الطبية والتخصصية، بالإضافة إلى نقص الأجور وإشكاليات ازدواج العاملين في المرافق الحكومية والخاصة، والتي تؤدي إلى بروز قصور في الأداء في المرافق الحكومية. ووفقاً لما تقدم يمكن القول بأن المرافق الصحية في المحافظات النائية والمناطق الريفية تكاد تخلو من الكوادر الطبية المتخصصة وهو ما يخلق عدم رضا لدى المواطنين عن العاملين في تلك المرافق، ونجد أن كثيراً من السكان في تلك المناطق يفضلون الانتقال إلى المدن الرئيسية لمعالجة مرضاهم.

• الثقة بالكادر الصحي: يلاحظ أن هناك إشكالية لدى بعض السكان تتمثل بعدم الثقة بالكادر الطبي والصحي المحلي والإعتقاد بالكادر الأجنبي خاصة عند شيوع وتكرار الأخطاء الطبية في بعض من المرافق الصحية. وهذه الإشكالية تخلق عدم رضا لدى بعض السكان.

• العوامل الاجتماعية: () فنجد أن معدلات التعليم ما يزال منخفضاً وخاصة في الريف. وهذا الوضع المتفشي لنقص التعليم خلق نوعاً من عدم الرضا من مقدمي الخدمة بين السكان، وعدم تقبل الخدمة، ولذلك نجد أن كثير من السكان وخاصة في الأرياف لا يفضلون زيارة المرافق الصحية، ويلجأون إلى وسائل الطب التقليدية والتي يرون أنها أسهل وأقل كلفة خاصة إذا كانوا من ضمن من يقعون في دائرة الفقر. وهنا ينبغي النظر إلى تفضيلات المجتمع بصورة علمية، والعمل على رفع مستوى التدخلات المستندة إلى التداوي الطبيعي والتكميلي، وبما يحقق اغراض النظام الصحي في جودة التدخّلات، ومعياريّتها، وتوافرها، ومقبوليّتها، والقدرة على الحصول عليها والوصول إليها.

• خصوصية الكادر النسوي بين مقدمي الخدمة الصحية: تشير البيانات المتاحة بأن الكادر الصحي من الرجال يفوق الكادر النسائي بحوالي ثلاثة أضعاف، مما يؤثر على اختيار شريحة واسعة من السكان لطلب الخدمة في ، وعلى وجه الخصوص في المناطق الريفية والنائية. هذه الظاهرة لها الأثر الكبير في عدم الرضا عن مقدمي الخدمة في المرافق الصحية المتواجدين في مناطقهم، والتي لا تتوافر فيها كوادر نسائية، وتبعاً لهذه الثقافات نجد أن سكان تلك المناطق لا يمكنهم اصطحاب أسرهم إلى هذه المرافق الصحية، ويفضلون تحمل الأمراض أو اللجوء إلى وسائل الطب التقليدية، وهو ما يتطلّب معالجات معيارية كما ورد في البند السابق.

مخارج القوى العاملة (فقد الكادر)

تواجه الموارد البشرية العاملة الفاعلة في الصحة كغيرها من الموارد البشرية في القطاعات الأخرى مشكلة تسرب أو فقدان جزء من هذه الموارد لعوامل متعددة يمكن تصنيفها إلى قسمين رئيسيين، هما عوامل طبيعية، وأخرى مسببة، وتأتي تحتها عدة عوامل، كالتالي:

العوامل الطبيعية

أ- الوفاة.

ب- بلوغ أحد أجلي التقاعد « السن أو مدة الخدمة».

العوامل المسببة

أ- الاستقالة والإقالة.

ب- الهجرة إلى خارج البلاد.

على الرغم من غياب البيانات الدقيقة في هذا الجانب إلا أن هجرة الأطر البشرية الطبية والصحية اليمنية إلى الخارج تمثل تحدياً رئيسياً، وحالة متنامية تؤدي إلى نقص عددي ونوعي من خلال فقدان البلاد للكفاءات الطبية والصحية. وتشير معلومات المجلس اليمني للاختصاصات الطبية إلى أن معدلات هجرة الأطباء بعد التخصص في تزايد وفي هذا المرتكز يتم التركيز على تضيق فجوة التسرب من القوى العاملة الفعالة، والعمل على إعادتها إلى الإنتاج والفاعلية، فيمكن للعوامل التي تنطوي تحت الأسباب الطبيعية أن يتم معالجتها على المستوى البعيد من خلال رفع معدل توقع الحياة عند الميلاد، والذي يبلغ في الوقت الحاضر (٦١) سنة، وهذا لا يتأتى إلا من خلال تحسن الوضع الاقتصادي والصحي والتعليمي للمجتمع.

أما بلوغ أحد أجلي التقاعد فيمكن التعامل مع ذلك من خلال رفع مدة الخدمة، ووضع الحوافز التي تبقى الكادر في الخدمة، وحتى لا يسعى هو لطلب إحالته إلى التقاعد.

أما القسم الثاني والمتمثل في الأسباب الاجتماعية، من استقالة أو إقالة، بالإضافة إلى الهجرة الخارجية للعقول الوطنية، فعلى الرغم من عدم توافر بيانات وإحصاءات كافية، تعطي قراءة مستوفية لوضع تسرب العاملين في الصحة عن طريق الاستقالة والهجرة، إلا أن الانطباع لدى من تمت مقابلتهم من المسؤولين هو أن معدل هجرة الكفاءات الوطنية من الأطر البشرية الصحية للخارج كبير للغاية. حيث تشكل عوامل الدفع مثل ضعف الأجور، وضعف فرص التطور المهني، وإشكالات بيئة العمل، سبباً إلى موجات هجرة نحو دول عربية وأجنبية، وهو ما ارتبط بالظروف الاقتصادية الصعبة للعاملين الصحيين مع استمرار العدوان والحصار. وكان، ولا يزال، لاستقطاب الكثيرين من الأطباء والأطر البشرية المساعدة من قبل تحالف العدوان للعمل في دول الخليج أثر سلبي على القطاع الصحي، وهو الأمر الذي لا يمكن النظر إليه بعيداً عن أدوات الحرب التي تُشن على بلادنا من قبل هذه الدول سواء بالعمل العسكري المباشر المرتبط بالعدوان، أو الاقتصادي المرتبط بالحصار. كما أن أعداداً من القابلات قد تركن المهنة وحصلن على مؤهلات كمعلمات، وذلك بسبب انسداد الأفق أمام التطور المهني والأكاديمي والعلمي للقابلات.

ومن خلال ما تم استعراضه من مداخل ومخارج الموارد البشرية الصحية، يمكن أن نخلص إلى أن اتجاه المعلومات المحدودة المتوافرة حالياً يشير إلى أن الأثر الإيجابي للعوامل المساهمة في زيادة أعداد العاملين الصحيين، مثل توسع التعليم الطبي والصحي، واستقدام كفاءات من الخارج، ربما يقل عائدته بسبب العوامل السلبية مثل الهجرة إلى الخارج أو عوامل التسرب الأخرى. هذا الاستنتاج ربما يشير إلى أن اليمن في حاجة للقيام بمزيد من الإجراءات التي تضمن زيادة معتبرة في أعداد العاملين الصحيين، خاصة في ظل العدوان والحصار المستمرين، لمواجهة النقص الحاد في الموارد البشرية الصحية.

كما أن الهجرة ظاهرة مقلقة بشقيها، من حيث فقدان الكفاءات وتسربها (الهجرة الخارجة)، ومن حيث وجود أعداد غير قليلة من العاملين الصحيين الأجانب (الهجرة الداخلة). ولكي يتم الرصد الفاعل، واتخاذ السياسات والتدابير المناسبة حيال ظاهرة الهجرة هذه، فإنه لا بد من تعزيز نظام المعلومات لرصد الهجرة الخارجة والداخلة، كجزء أساسي من نظام معلومات الموارد البشرية الصحية.

القضايا والتحديات الرئيسية للموارد البشرية الصحية

تأسيساً على التحليل المفصل لواقع الموارد البشرية الصحية، فإنه يمكن تلخيص أبرز الإشكالات والتحديات الماثلة أمام الموارد البشرية الصحية في الآتي:

أولاً: النقص العددي للقوى العاملة ووقوع اليمن في حيز الأزمة (النقص الحاد):

وفقاً لتحليل الوضع، وكما مر، فإنه ووفقاً للإحصاءات المتاحة، وبالمقارنة مع مؤشر (٢,٣) عامل صحي لكل ١٠٠٠ من السكان)، لا يزال اليمن ضمن الدول التي تعاني نقصاً حاداً في أعداد القوى العاملة في الصحة. إذا ما أخذنا هذه المعلومة مع ضعف التغطية الصحية (٦٦٪)، والنمو السكاني المتسارع، ومع نتائج الدراسات التي أثبتت أن تحسين المؤشرات الصحية في البلدان يتناسب طردياً مع أعداد وكثافة العاملين الصحيين، فإنه يتبين إن أمر النقص العددي ينبغي أن يمثل أولوية قصوى في هذه المرحلة.

ثانياً: خلل مزيج المهارات في التأهيل والتوظيف (التوازن بين فئات المهن الصحية):

تبرز هذه القضية بشكل واضح من خلال قراءات التناسب بين الفئات المهنية في الصحة (خاصة اختلال النسبة بين التمريض والقبالة من جهة، مع أعداد الأطباء من جهة أخرى)، وواقع الحال في القوى العاملة، ومؤشرات التعليم الطبي والصحي تشير إلى صورة من عدم توازن، حيث أنّ أعداد الأطباء تبدو في ازدياد، لا يوازيه تأهيل بأعداد أكبر في التمريض والقبالة والمهن الصحية المساندة.

هذه المشكلة من شأنها إرباك الممارسة المهنية، والتأثير على أهلية وجودة القوى العاملة بجانب آثارها السلبية المعروفة على التغطية بخدمات الرعاية الصحية الأولية خاصة في الريف، ولتدارك هذا التحدي لا بد من تحديث التخطيط، وتوجيه مسار تعليم المهن الطبية والصحية وفق سياسة الوزارة.

ثالثاً: سوء توزيع القوى البشرية الصحية (العاملون الصحيون):

برزت هذه القضية بشكل واضح من خلال التحليل حيث التركز الكبير للعاملين الصحيين في المدن الرئيسية، وعدد محدود من المحافظات. هذا الواقع يؤثر بشكل مباشر على تغطية وجودة الرعاية الصحية للمواطنين في محافظات ومناطق عديدة، ويحتاج لوضع وتطبيق إستراتيجيات فاعلة لتحسين الانتشار الجغرافي للقوى العاملة في الصحة.

رابعاً: ضعف جودة الموارد البشرية الصحية:

في هذا الجانب تبرز الإشكالات في محورين هما التعليم الطبي والصحي، ومحور القوى العاملة الحالية. وفي جانب التعليم الطبي والصحي هنالك تحديات مهمة في الجودة على رأسها:

- الشعور المتنامي والمؤشرات الدالة على ضعف موازنة خريجي المهن الطبية والصحية لاحتياجات النظام الصحي والنمط الوبائي والرعاية الصحية بالبلاد (التوجه والمناهج).
- غياب التخطيط المشترك بين الصحة والتعليم الطبي والصحي لضمان كفاية ونوعية وجودة المخرجات.

• غياب ملموس لمفاهيم وممارسات الاعتماد للكليات الطبية والصحية وعدم تفعيل الجسم الوطني المعنى بالاعتماد والجودة.

- ضعف الفاعلية والتنسيق في تنظيم الكليات الطبية والصحية خاصة في القطاع الخاص المتنامي بالبلاد.

في محور القوى العاملة الحالية هنالك عدد من القضايا المهمة المرتبطة بالجودة يأتي على رأسها:

- الضعف في تنظيم الممارسة للمهن الطبية والصحية حيث لم يبدأ المجلس الطبي اليمني إلا مؤخراً في هذا الجانب مع ملاحظة تركيز المجلس على الأطباء وأطباء الأسنان والصيدلة، وغياب العناية اللازمة بمنظومة المهن الصحية الأخرى.

• الغياب الواسع لبرامج وأنشطة التدريب أثناء الخدمة (التطوير المهني المستمر)، والتي هي في غاية الأهمية لضمان جودة القوى العاملة ومواكبتها للمستجدات.

- إشكالات توافر القدرات المؤسسية والتنسيق لتنظيم وتجانس الخطط والبرامج الرامية لضمان جودة القوى العاملة في الصحة حيث يلاحظ عدم كفاية القدرات المؤسسية والفردية والتضارب في كثير من الاختصاصات.

قضايا الجودة في الموارد البشرية الصحية تعتبر غاية في الأهمية وتحتاج إلى تبنى إستراتيجيات فاعلة تشمل تدخلات في مسار التعليم الطبي والصحي، وفي واقع القوى العاملة في الصحة.

خامساً: قصور نظم إدارة الموارد البشرية الصحية:

في هذا الجانب تلاحظ إشكالات أساسية متعلقة بدافعية وإنتاجية القوى العاملة. من خلال التحليل تم التعرف على أسباب جوهرية لهذه التحديات على رأسها:

- التدني الواضح للأجور والعائد المالي للعاملين الصحيين في القطاع العام، وهو أمر ملموس، أدى إلى كثير من مظاهر ضعف الدافعية والإنتاجية للقوى العاملة في الصحة، مع غياب بدائل تمويلية ملائمة.

• شيوع ظاهرة الممارسة المزدوجة للعاملين الصحيين بين القطاعين العام والخاص، وكثيراً ما يتضرر القطاع العام من هذه الظاهرة، حيث يترك العاملون الصحيون مواقعهم خلال ساعات العمل لزيادة دخلهم بالعمل في القطاع الخاص.

• غياب كبير لمنظومة الوصف الوظيفي للعاملين الصحيين، من حيث وجود الوثائق المجازة وإلمام العاملين بها وتطبيقها على أرض الواقع.

• ضعف نظام إدارة وقياس أداء العاملين الصحيين واعتماده على الطرق الروتينية التي لا تعطي مؤشرات حقيقية عن الأداء.

وينبغي بالتالي أن تقوم التدخلات في هذا الجانب على إستراتيجيات تقوية نظم إدارة الموارد البشرية الصحية، وتحسين العائد المالي لاستبقاء وتحفيز العاملين وزيادة إنتاجيتهم.

سادساً: الآثار السلبية لهجرة الموارد البشرية الصحية (الخارجة والداخلة):

من واقع تحليل الوضع فإن البلاد تواجه تحدياً مزدوجاً في مضمار الهجرة، يتمثل في الهجرة الخارجة والهجرة الداخلة. ففي مجال الهجرة الخارجة أو نزيف العقول، هنالك مؤشرات على وجود ربما يكون كبيراً لفقد الكفاءات من الأطباء وفئات المهن الصحية إلى سوق العمل، خاصة في الخليج، بعوامل دفع مثل قلة الأجور وإشكالات بيئة العمل والتطور المهني. وعوامل جذب تقوم على وجود عائد مالي أكبر، وفرص مهنية أفضل بالخارج.

في مجال الهجرة الداخلة، يعتبر اليمن وفق المؤشرات بلداً مستقبلاً للعمالة الطبية والصحية. وعلى الرغم من إمكان أن تكون هذه الظاهرة إيجابية، إلا إن الواقع يشير إلى تحديات جمة في مصادر وتنظيم وتأکید جودة هذه الهجرة الداخلة، بشكل يساعد في تقوية النظام الصحي. وهنا، ينبغي وضع إستراتيجيات لمحور الهجرة تراعى العمل على توفير البيانات والمعلومات الكافية، ووضع السبل الكفيلة بتنظيم وإدارة الهجرة بشقيها.

سابعاً: ضعف رسم وتنفيذ السياسات والتخطيط الإستراتيجي للموارد البشرية الصحية:

في هذا الجانب، يمثل غياب خطة إستراتيجية جامعة للموارد البشرية الصحية على المستوى الوطني نقطة ضعف لا بد من تلافيها. كذلك تبرز تحديات أخرى في هذا المضمار على رأسها:

- غياب نظام فاعل وامتكامل لمعلومات الموارد البشرية الصحية.

- عدم وضوح وبلورة القيادة الكافية لتحقيق الاهتمام على المستوى النظري والعملي بقضايا الموارد البشرية الصحية على المستوى الوطني ومستوى المحافظات.

- غياب السياسات المحكمة والمجازة والمطبقة في مجال الموارد البشرية الصحية.
- عدم كفاية التنسيق وغياب الآلية الشاملة والفاعلة لتنظيم وتجانس جهود شركاء الموارد البشرية الصحية. هذا المحور في حاجة لوضع إستراتيجيات مناسبة من أجل تنظيم وتفعيل وظيفة التخطيط الإستراتيجي الفاعل على المستوى الوطني.

ثامناً : قصور في التعليم الصبي والصحي

هناك ضرورة لتوحيد التعليم الطبي وفق معايير وزارة الصحة، بما يضمن توفير الكادر النوعي المتميز الذي يلبي كامل الاحتياج المعياري لجميع مستويات ومؤسسات النظام الصحي العامة والخاصة، بمشاركة المؤسسات المعنية. كما أنّ من الضرورة كذلك العمل على مراجعة وتحديث

القوانين والقرارات إن دعت الحاجة لذلك، وفق ما تقتضيه التوجّهات الوطنيّة، وألويّات وزارة الصحّة، ويوجد عدد من القوانين ذات الأهميّة في هذا الجانب، منها قانون المجلس اليمني للتخصصات، وقرارات إنشاء الهيئات الطبية والمراكز التخصصية، والصناديق، والمدن الطبية، وقانون التأمين الصحي وقانون المنشآت الخاصة، وذلك للتغلب على النقص الشديد في الكادر الطبي النوعي وكذا الصحي، ودعم توجّهات الوزارة في مجال التعليم الطبي والصحي، وافتتاح مساقات تدريبية مهنية جديدة، لتلبية احتياجات النظام الصحي الوطني.

تحليل مظاهر القوة والضعف والفرص والمهددات:

• الجدول رقم (١٠) يستعرض ملخص تحليل لقطاع الموارد البشرية الصحية في اليمن يقوم على عرض جوانب القوة والضعف إلى جانب الفرص والمهددات. هذا التحليل إضافة إلى أولويات قضايا الموارد البشرية الصحية سيشكل نقطة الإنطلاق نحو تطوير الإستراتيجيات الفاعلة لمعالجة أوضاع وإشكالات القوى العاملة في الصحة مما يصب في تقوية النظام الصحي وبالتالي تحسين صحة المواطنين.

جدول رقم (١٠): نقاط القوة والضعف والفرص والمهددات، تحليل واقع الموارد البشرية الصحية نوفمبر (٢٠١٢م).

نقاط القوة	نقاط الضعف	الفرص	المهددات
هنالك رؤى وتشريعات ووثائق نظرية معدة بشكل جيد في مجالات تنمية الموارد البشرية الصحية.	غياب التخطيط الاستراتيجي لتنمية الموارد البشرية الصحية	الشعور المتنامي في الاوساط المختلفة بأهمية الموارد البشرية الصحية.	المناخ السياسي والأمني الانتقالي وغير المستقر في البلاد.
وجود بنى مؤسسية تخدم وظائف تنميه الموارد البشرية الصحية على رأسها الادارات المختص في المستوى الوطني ومستوى المحافظات.	اشكالات التنسيق وتكامل الأدوار وما تفرزه من ارباك دولاب العمل وإهدار الموارد على كافة المستويات.	البوادر الواضحة للإهتمام السياسي وإلتزام قيادات النظام الصحي نحو قضايا تطوير القوى العاملة.	إحتمالية ألا يترجم الإلتزام السياسي وإلتزام النظام الصحي نحو الموارد البشرية الصحية في شكل مخرجات فعلية على ارض الواقع.
بنى تحتية جيدة للمؤسسات خاصة في مجال تعليم وتدريب المهن الطبية والصحية.	ضعف تطبيق السياسات والتشريعات والنظم على ارض الواقع على المستوى الوطني ومستوى المحافظات.	الرغبة الملموسة لدى شركاء الموارد البشرية الصحية في تفعيل وتطوير التنسيق والعمل المشترك.	اشكالات توفر التمويل الكافي وطرق انسيابه وإدارته.
وجود نظام لامركزي واعد يحقق العدالة والتوازن ممثل في نظام التعليم في المعهد العالي للعلوم الصحية وفروعه المنتشرة في المحافظات تحت اشراف وزارة الصحة.	عدم كفاية القدرات القيادية والفنية الملائمة لقياده التحول في الموارد البشرية الصحية على المستوى الوطني ومستوى المحافظات.	الطاقة الاستيعابية الكامنة لدى مؤسسات القطاع الخاص في مجالي التعليم الطبي والصحي وتقديم الرعاية الصحية.	مخاطر الاعتماد بشكل رئيسي على دعم المانحين مما يمكن أن يهدد استمرارية بعض المبادرات والبرامج.
قدرة استيعابية متنامية للتعليم الطبي والصحي في القطاع العام والخاص.	قصور أنظمة إدارة الموارد البشرية الصحية وتأثير ذلك على دافعية وانتاجية القوى العاملة وبيئة العمل.	الآفاق المشجعة لوجود فرص تمويل لتنمية الموارد البشرية الصحية عبر إلتزام شركاء التنمية خاصة برنامج الإتحاد الأوربي في هذا السياق.	تعدد وعدم تناسق مراكز اتخاذ القرار وتنظيم وظيفة الموارد البشرية الصحية مما يجعل احتمال التضارب والنزاع وارداً.
وجود خبرة في برامج وتدخلات تنمية الموارد البشرية الصحية عبر مجهودات وطنية وبرامج مدعومة من شركاء التنمية.	اشكالات توفر التمويل اللازم وطرق انسياب واستغلال الميزانيات المتاحة.	رغبه وتوجه منظمة الصحة العالمية ممثلة بالمكتب الإقليمي ومكتب المنظمة باليمن في دفع الجهود الرامية الى تنمية الموارد البشرية الصحية بالبلاد.	هجرة الكفاءات الطبية والصحية خارج البلاد مما يمكن أن يهدد ثمار جهود تنمية الموارد البشرية الوطنية.
بوادر مشجعه على تنظيم العمل بالإدارة العامة للموارد البشرية الصحية وقيام آليات عمل مثل القاعدة الالكترونية لبيانات العاملين الصحيين.	غياب أنظمة وممارسات ضبط الجودة في التعليم الطبي والصحي وعلى مستوى تطوير القوى العاملة في النظام الصحي.	ظهور بوادر تفعيل لبعض المؤسسات والفعاليات الوطنية المهمة لتنمية الموارد البشرية الصحية مثل المجلس الطبي، مركز التدريب والتطوير الصحي والهيئة الوطنية للجودة والاعتماد في مجال التعليم.	
	ضعف نظام معلومات الموارد البشرية الصحية وغياب الاهتمام ببحوث النظام الصحي التي تلامس قضايا حقل الموارد البشرية الصحية.		

الرؤية، والرسالة،
والقيم، والتوجهات
الإستراتيجية

الرؤية:

قوى عاملة صحية وطبية ذات كفاءة وكفاية، وتعمل وفق دافعية الأداء، ومواءمة لاحتياجات المجتمع، لتلبية متطلبات التغطية الصحية الشاملة.

الرسالة:

بناء وتطوير نظام فاعل لتنمية الموارد البشرية الصحية مستند إلى البيّنات، وموجه بالأهداف، ومقاس بالمؤشرات، بما يحقق الاستدامة في تقديم الرعاية الصحية، والجودة في أداء العاملين الصحيين، والتنسيق بين شركاء التنمية الصحيّة.

الغاية:

إعداد القوى العاملة الصحية المستوفية للمعايير المهنيّة، والمستجيبة لتحديات النظام الصحي، واحتياجات المجتمع، وذلك من خلال التوازن الفاعل بين مراحل القوى العاملة الثلاث (المدخل، القوى العاملة الفاعلة والمخرج).

المبادئ والقيم:

- تستند الإستراتيجية الوطنية لتنمية الموارد البشرية الصحية إلى المبادئ والمرتكزات والقيم التالية:
- العدالة: الوصول إلى جميع السكّان دون تمييز، واعتبار التغطية الصحية الشاملة حقاً إنسانياً للجميع.
- الشفافية: الوضوح التام في رسم الخطط والسياسات، واتخاذ القرارات في كافة أوجه التنفيذ والمتابعة والتقييم.
- المساءلة: وضع إطار مشترك بين جميع الشركاء للمساءلة، نحو إعلاء قيمة المسؤولية الاجتماعية.
- المهنيّة: ممارسة العمل أو النشاط وفق قواعد وضوابط واضحة ومتعارف عليها، وتعزيز روح العمل كفريق.
- الصمود: القدرة على مواجهه الضغوط للاستجابة للتحديات، استناداً إلى الموجهات الوطنيّة.

الأهداف الإستراتيجية:

تطرح الوثيقة خمسة أهداف إستراتيجية لمعالجة قضايا الموارد البشرية الصحية وهي أهداف مبنية على أولويات القضايا المطروحة ومتسقة مع مراحل القوى العاملة الثلاث.

• الهدف الإستراتيجي الأول:

تحقيق جودة ومواءمة مخرجات التعليم الطبي والصحي مع تعزيز سوق العمل والتوظيف بما يتلاءم مع احتياجات التنمية الصحية، وتندرج تحت هذا الهدف التدخلات التالية:

- ١- ربط تعليم المهنة الطبية والصحية بإحتياجات النظام الصحي والخدمات الصحية كماً ونوعاً (إحكام التنسيق، توجيه التعليم الطبي والصحي وإعداد خطة إسقاطات الموارد البشرية).
- ٢- تقوية مقدرات مؤسسات التعليم الطبي والصحي للاستجابة لمتطلبات التوسع العددي والجودة والمواءمة (دعم البنى التحتية، تطوير المناهج، تدريب الأساتذة، نظم الجودة والاعتماد).
- ٣- ربط خطة التوظيف والاستيعاب بالتوسع في التعليم الطبي والصحي مع تعزيز سوق العمل على أساس حاجة الخدمات الصحية.
- ٤- توحيد مضامين جميع مناهج التعليم الطبي والصحي في القطاع العام والخاص والمختلط وفق معايير وزارة الصحة، وإشرافها، وحصراً اعتماداً شهادات التعليم الطبي والصحي بموافقة وزارة الصحة.
- ٥- توسيع وتعزيز مظلة التسجيل المهني والترخيص لمزاولة المهنة لمزاولة المهنة عن طريق تقوية المجالس المهنية المختصة.

• الهدف الإستراتيجي الثاني:

- تحسين التوزيع الجغرافي واستبقاء العاملين الصحيين من أجل العدالة والتغطية الصحية الشاملة، ويشمل هذا الهدف التدخلات التالية:
- ١- تطوير سياسات ونظم نافذة لنقل واستبقاء العاملين الصحيين بالمحافظات والريف (الخدمة الريفية الملزمة، ربط فرص التدريب الداخلي والخارجي بالعمل في الريف، ربط التوظيف بالمؤسسات الصحية).
 - ٢- اعتماد سياسة تقوم على حزمة محفزات لتشجيع ذهاب وبقاء العاملين الصحيين في الريف ومناطق الحاجة (دراسة إتجاهات رغبات العاملين الصحيين).
 - ٣- اعتماد استراتيجيات تعليمية مساعدة على استبقاء الخريجين في الريف ومناطق الحاجة (نشر كليات المهنة الطبية والصحية على مستوى المحافظات، نظام القبول المحلي... الخ).

• الهدف الإستراتيجي الثالث:

- تعزيز وتحسين أداء العاملين الصحيين من أجل تطوير جودة وكفاءة الرعاية الصحية، وتندرج تحت هذا الهدف التدخلات التالية:
- ١- إعداد وتطبيق نظام وطني للتطوير المهني المستمر (التدريب أثناء الخدمة)
 - ٢- تفعيل برامج الدراسات العليا والتخصصية للأطباء والممرضين وبقية فئات المهنة الطبية والصحية.
 - ٣- تطوير وتطبيق نظام قياسي ومكافأة أداء العاملين الصحيين.

٤- إعداد وتطبيق نظم تحسين إنتاجية العاملين الصحيين (الهيكل الوظيفي، بيئة العمل، ضبط الممارسة)

٥- وضع خريجي الادارة الصحية والصحة العامة في الأعمال الإدارية وعدم اشغال الكوادر الفنية من أطباء وممرضين في العمل الإداري.

• الهدف الإستراتيجي الرابع:

خفض معدلات تسرب العاملين الصحيين عبر الهجرة والعوامل الأخرى، ويشمل هذا الهدف تدخلين أساسين كما يلي:

١- إعداد وتطبيق سياسة وطنية لإدارة الهجرة الطبية بالاستفادة من إطار المدونة العالمية لهجرة العاملين الصحيين.

٢- وضع سياسة ونظم لتقليل فقدان العاملين الصحيين بترقيتهم واعطائهم الحوافز التي تليق بهم وبمجهودهم.

• الهدف الإستراتيجي الخامس:

بناء وتعزيز المقدرات القيادية والتخطيطية لإدارة منظومة تنمية الموارد البشرية الصحية على المستوى الوطني (المركزي والمحلي). وتندرج تحت هذا الهدف التدخلات التالية:

١- بناء وتطوير منظومة المعلومات والبرهان في مجال الموارد البشرية الصحية (قاعدة البيانات الشاملة وبحوث ودراسات الموارد البشرية الصحية).

٢- بناء وتفعيل التنسيق بين شركاء الموارد البشرية الصحية (تشكيل آلية مستدامة للتنسيق)

٣- تقوية وتجانس البنى المؤسسية لمنظومة قيادة الموارد البشرية الصحية (توحيد الجسم الإداري على المستوى الوطني وتقوية الهياكل بالمستوى اللامركزي).

٤- بناء وتطوير قدرات الموارد البشرية عبر برامج التدريب الطويل والقصير في مجال الموارد البشرية الصحية.

الرصد والتقييم:

- يتوافق مع هذه الأهداف الإستراتيجية والتدخلات إطار للرصد والتقييم يمكن وزارة الصحة والشركاء من متابعة تنفيذ الإستراتيجية وتقييم مجرياتها مع التدخل المناسب لتقييم المسار، كما أعدت بالتزامن مع وثيقة الإستراتيجية خطة الإشهار، وهي ترمي إلى التعريف بهذه الإستراتيجية لدى قطاع واسع من الشركاء والمعنيين، بالإضافة إلى إعداد خارطة طريق تحدد الخطوات والتدخلات المطلوبة لوضع الإستراتيجية الوطنية لتنمية الموارد البشرية الصحية موضع التنفيذ. وفي هذا السياق يبيّن الرصد والتقييم الراهن الحاجة للاهتمام بالآتي:
- إصلاح التعليم الطبي والصحي وتعزيز مداخل القوى العاملة الصحية وسوق العمل بما يحقق الإمداد الكافي من الموارد البشرية الصحية ذات الجودة والمواءمة لحاجة الرعاية الصحية مع التوظيف الفعال.
- تقوية وتفعيل القوى العاملة الصحية في الميدان مع خفض التسرب وصولاً إلى التوازن الجغرافي والأداء الفعال والجودة في الممارسة الطبية والصحية.
- بناء وتطوير المقدرات المؤسسية والبشرية لضمان التخطيط والتطبيق لمرامي ومستهدفات تنمية الموارد البشرية الصحية الوطنية.

مصفوفة التداخلات وفق الأهداف الإستراتيجية

مصفوفة الأهداف الإستراتيجية:

يتناول هذا الجزء من الوثيقة كل واحد من الأهداف الإستراتيجية الخمسة مصحوباً بعرض موجز لأهمية الهدف والقضايا التي سوف يعالجها مع بيان التدخلات أو الإستراتيجيات المطلوبة لإنجاز الهدف- تلي ذلك مصفوفة توضح الأليات لكل تدخل مصحوبة بتحديد الجهات المسؤولة عن التنفيذ والمدى الزمني ومؤشرات الرصد والتقييم والموازنة التقديرية.

الهدف الإستراتيجي الأول

تحقيق وفرة وجودة ومواءمة مخرجات التعليم الطبي مع تعزيز سوق العمل والتوظيف تلبية لاحتياجات التنمية الصحية.

أوضح تحليل الوضع الراهن بجلاء النقص الحاد في أعداد العاملين الصحيين في اليمن مع إشكالات في جودة المخرجات وموائمتها لاحتياجات المجتمع الصحية من حيث اتجاهات المعارف والمهارات، وخلل التناسب بين فئات المهن الطبية والصحية. يضاف إلى مشاكل الإنتاج ضعف توظيف الخريجين الذين تنتظر أعداد كبيرة منهم في صف البطالة مما يؤدي إلى إهدار ثروة قومية حيوية في مجال الصحة.

ولمواجهة هذه التحديات يأتي هذا الهدف الاستراتيجي وتدرج تحته أربعة تدخلات، هي كما يلي:

- 1- ربط تعليم المهن الطبية والصحية مع احتياجات النظام الصحي والخدمات الصحية كما ونوعاً.
- 2- تقوية مقدرات مؤسسات التعليم الطبي والصحي للاستجابة لمتطلبات التوسع العددي والجودة والمواءمة.
- 3- ربط خطة التوظيف والاستيعاب بالتوسع في تعليم المهن الطبية والصحية على أساس تلبية حاجة النظام الصحي والرعاية الصحية.
- 4- توسيع وتعزيز مظلة التسجيل المهني والترخيص لمزاولة المهنة لكافة فئات المهن الطبية والصحية وفق معايير الجودة.

مصفوفة التدخلات والآليات لتحقيق الهدف الإستراتيجي الأول

رقم	الاليات	الجهة المسؤولة	المدى الزمني	مؤشر الرصد والتقييم
١- ربط تعليم المهن الطبية والصحية مع احتياجات النظام الصحي والخدمات الصحية كماً ونوعاً.				
١	زيادة إنتاج العاملين الصحيين عبر التوسع في كليات التمريض والقبالة والمهن الصحية المقابلة لسد النقص وتحقيق التوازن بين فئات العاملين الصحيين على المدى القصير والمتوسط.	وزارة الصحة، وزارة التعليم العالي، وزارة التعليم الفني، مع المؤسسات التعليمية في القطاع العام والخاص.	العام الاول وخلال سنوات الخطة	<ul style="list-style-type: none"> • نسبة الزيادة في كادر التمريض والقبالة والمهن المقابلة • تناسب هذه الفئات مع الأطباء • اعداد الكليات او البرامج الجديدة
٢	إعداد سياسة وبرنامج وطني لتوصيف وتدريب منظومة كادر الخطة الامامي في الصحة Front-line health workers لتوسيع التغطية الصحية خاصة في الريف ومناطق الحاجة (طبيب الأسرة، المساعدين الطبيين، الكادر المجتمعي.. إلخ).	وزارة الصحة مع الشركاء	إعداد السياسة في العام الاول وتطبيقها من العام الثاني ومستمر.	<ul style="list-style-type: none"> • وجود سياسة معتمدة ومطبقة • أعداد العاملين الصحيين. المنتجين ومؤشرات التغطية الصحية.
٣	إعداد خطة الاحتياجات المستقبلية للموارد البشرية الصحية (الاسقاطات) للفترة ٢٠١٥-٢٠٣٠م مع توجيه التعليم الطبي والصحي والتوظيف بناءً على مخرجات هذه الخطة.	فريق عمل وطني تحت إشراف وزارة الصحة مع وزارات التعليم العالي والتعليم الفني والخدمة المدنية والإدارة المحلية.	إعداد خطة خلال العام الاول وتنفيذ مخرجاتها خلال سنوات الإستراتيجية وما بعدها.	<ul style="list-style-type: none"> • وجود وثيقة اسقاطات معتمدة من الجهات المختصة. • مؤشرات لإصلاح التعليم الطبي والصحي والتوظيف وفق مخرجات خطة الاسقاطات.

يتبع..

رقم	الليات	الجهة المسؤولة	المدى الزمني	مؤشر الرصد والتقييم
٢- تقوية مقدرات مؤسسات التعليم الطبي والصحي للاستجابة لمطلوبات التوسع العددي والجودة والمواءمة				
١	توسيع وتطوير البنى التحتية والمدخلات لمؤسسات التعليم الطبي والصحي خاصة في المستويات اللامركزية.	وزارة الصحة، وزارة التعليم العالي، وزارة التعليم الفني، القطاع الخاص، تحت رعاية مجلس الوزراء	العام الأول والثاني	•إعداد المؤسسات أو البنيات الجديدة.
٢	تحديث وتطوير المناهج التعليمية بما يلي جودة وملاءمة المخرجات مع احتياجات الصحة والمجتمع.	وزارة الصحة، وزارات التعليم العالي، التعليم الفني مع الجامعات والكليات والشركاء.	العام الاول والثاني	• عدد ونوع المناهج التي تم مراجعتها وتطويرها.
٣	زيادة أعداد الاساتذة والمدرسين وتطوير قدراتهم العلمية والتعليمية.	وزارات التعليم العالي، الصحة، التعليم الفني مع الجامعات والكليات والشركاء.	مستمر	• معدلات الزيادة في أعداد المدرسين. • عدد الدورات التدريبية المنفذة كل عام.
٤	بناء وتطوير نظم الجودة والاعتماد لمؤسسات التعليم الطبي والصحي عبر تطوير نظم الجودة الداخلية، ومعايير الاعتماد الوطني وسريانها على مؤسسات القطاع العام والخاص.	وزارة التعليم العالي، مجلس الاعتماد الأكاديمي، المجلس اليمني، مجلس المهن الصحية مع الجامعات والكليات.	تطوير النظم خلال العام الأول والثاني وإنفاذها خلال بقية الخطة.	• وجود نظم جودة فاعلة في الكليات الطبية والصحية. • وجود معايير اعتماد وطنية مجازة. • وجود تصنيف وطني للمؤسسات التعليمية وفق معايير الاعتماد.
٣- ربط خطة التوظيف والإستيعاب بالتوسع في تعليم المهن الطبية والصحية على أساس تلبية حاجة النظام الصحي				
١	السعي لدى الدولة لإعطاء أسبقية لتوظيف المنتظرين حالياً من خريجي المهن الطبية والصحية.	وزارة الصحة، والشركاء، مع مجلس الوزراء وقيادة الدولة	العام الأول	• نسبة من تم توظيفهم من أعداد المنتظرين.
٢	إعداد خطة وطنية سنوية للتوظيف في القطاع الصحي بما يتناسب مع مخرجات التعليم الطبية والصحية.	وزارات الصحة، الخدمة المدنية، الإدارة المحلية، المالية، والشركاء.	سنوياً	• وجود خطط سنوية معتمدة من الجهات المختصة. • معدلات التوظيف في القطاع الصحي.
٣	إعداد واعتماد سياسات وتشريعات تلزم القطاع الخاص بتوظيف حد أدنى من العاملين الصحيين كشرط للترخيص دعماً لسوق العمل الصحي.	وزارات الصحة، التعليم العالي، التعليم الفني مع مجلس الوزراء	العام الاول، مستمر	•وجود سياسات ملزمة ومجازة •الزيادة السنوية في أعداد من يوظفهم القطاع الخاص.

يتبع..

رقم	الاليات	الجهة المسؤولة	المدى الزمني	مؤشر الرصد والتقييم
٤- توسيع وتعزيز مظلة التسجيل المهني والترخيص لمزاولة المهنة.				
١	تقوية مقدرات المجلس الطبي اليمني من خلال تطوير القانون ودعم البنى المؤسسية والموارد والممارسات الرقابية للمجلس.	المجلس الطبي اليمني مع مجلس الوزراء والجهات المختصة.	العام الاول، مستمر	<ul style="list-style-type: none">• إدماج التعديلات المناسبة في قانون المجلس.• وجود سياسات ونظم معتمدة لدى المجلس.• وجود سجل شامل لترخيص الفئات المهنية المنضوية تحت المجلس.
٢	قيام مجلس للمهن الصحية يُعنى بتسجيل المهن والترخيص لفئات العاملين الصحيين ممن هم خارج مظلة المجلس الطبي اليمني مع بناء مقدراته وتفعيل دوره.	وزارة الصحة، نقابة المهن الصحية، والشركاء مع مجلس الوزراء	العام الاول، مستمر	<ul style="list-style-type: none">• وجود قانون معتمد لمجلس المهن الصحية.• وجود سياسات ونظم معتمدة لدى المجلس.• وجود سجل شامل لترخيص الفئات المهن المنضوية تحت المجلس.

الهدف الاستراتيجي الثاني

تحسين التوزيع الجغرافي والإستبقاء للعاملين الصحيين من أجل العدالة والتغطية الصحية الشاملة.

يعتبر سوء عدالة التوزيع الجغرافي للعاملين الصحيين من أكبر التحديات الصحية في اليمن حيث يؤثر على تغطية الرعاية الصحية والتي تقدر بحوالي ٦٦٪ فقط. وتقع المظلمة الكبرى على قطاع واسع من سكان الريف والذين يقدرون بأكثر من ٧٥٪ ويخدمهم أقل من ٢٥٪ من العاملين الصحيين. هذا الواقع سيشكل في حالة عدم معالجته عقبة تحول دون تحقيق التغطية الصحية الشاملة وتحسين مؤشرات الصحة.

ولمجابهة هذا التحدي يأتي هذا الهدف الاستراتيجي وتندرج تحته أربعة تدخلات، هي كما يلي:

١- تطوير سياسات ونظم نافذة لنقل واستبقاء العاملين الصحيين في المستويات اللامركزية والريف.

٢- إعداد واعتماد سياسة تقوم على حزمة محفزات Incentive Package لتشجيع ذهاب وبقاء العاملين الصحيين في الريف ومناطق الحاجة.

٣- اعتماد استراتيجيات تعليمية مساعدة على استبقاء خريجي المهن الطبية والصحية في الريف ومناطق الحاجة.

٤- وضع سياسات وإجراءات للاستفادة من الهجرة الداخلة (إستقدام العمالة) في تحسين التوزيع الجغرافي للعاملين الصحيين.

مصفوفة التدخلات والآليات لتحقيق الهدف الاستراتيجي الثاني

رقم	الاليات	الجهة المسؤولة	المدى الزمني	مؤشر الرصد والتقييم
١- تطوير سياسات ونظم نافذة لنقل واستبقاء العاملين الصحيين في مناطق الحاجة.				
١	اعتماد وتطبيق مدة خدمة ريفية ملزمة لكافة خريجي المهن الطبية والصحية.	وزارة الصحة مع وزارة الإدارة المحلية، والشركاء برعاية مجلس الوزراء.	العام الاول، مستمر	• وجود سياسة خدمة ريفية ملزمة ومجازة. • التحسين في التوزيع الجغرافي.
٢	ربط المنح الدراسية ببقاء فترة عمل في مناطق الحاجة وفق عقود ملزمة.	وزارة الصحة مع وزارة الإدارة المحلية والشركاء	العام الاول، مستمر	• وجود سياسة مجازة تربط التدريب بالخدمة الريفية. • وجود عقود خدمة معتمدة. • التحسن في التوزيع الجغرافي.
٣	ربط الوظائف للعاملين الصحيين بمواقع العمل في المستويات اللامركزية وفق خطة التوظيف.	وزارات الخدمة المدنية، الصحة، المالية، المستويات اللامركزية مع مجلس الوزراء.	العام الاول والثاني	• وجود سياسة مجازة ومطبقة لربط الوظائف بالمؤسسات الصحية بالمستوى اللامركزي.
٢- إعداد واعتماد حزمة محفزات لتوزيع واستبقاء العاملين لصحيين في مناطق الحاجة.				
١	إجراء دراسات ميدانية واستقصاء آراء العاملين والشركاء لتطوير حزمة المحفزات (مالية وغير مالية) وتطبيقها.	وزارة الصحة مع الشركاء والباحثين مع وزارة المالية، الخدمة المدنية، الإدارة المحلية مع مجلس الوزراء.	العام الاول والثاني ثم التطبيق من العام الثالث ومستمر	• وجود حزمة محفزات عبر خيارات مقدور عليها. • معدلات التحسن في التوزيع الجغرافي للعاملين الصحيين.

يتبع..

رقم	الاليات	الجهة المسؤولة	المدى الزمني	مؤشر الرصد والتقييم
٣- اعتماد استراتيجيات تعليمية مساعدة على استبقاء خريجي المهن الطبية والصحية في الريف ومناطق الحاجة.				
١	نشر كليات المهن الطبية والصحية على المستوى اللامركزي والريف.	وزارات التعليم العالي، الصحة، التعليم الفني، والشركاء	مستمر	• عدد الكليات والبرامج المنشأة في الريف ومناطق الحاجة.
٢	اعتماد نظام القبول المحلي لطلاب المهن الطبية والصحية لضمان استيعاب المتقدمين ذوي الخلفية الريفية.	وزارات التعليم العالي، الصحة، التعليم الفني مع المؤسسات التعليمية.	العام الاول ثم التطبيق خلال سنوات الخطة.	• وجود نظام قبول محلي مجاز ومطبق. • معدلات استبقاء خريجي الكليات الريفية.
٣	توفير فرص التدريب أثناء الخدمة للعاملين في الريف، عبر المؤسسات التعليمية في الريف والمستوى اللامركزي.	الوزارة المختصة مع المؤسسات التعليمية في المستوى اللامركزي والريف.	مستمر	• إعداد الدورات التدريبية وأعداد من تم تدريبهم.
٤- وضع سياسات وإجراءات للاستفادة من الهجرة الداخلة في تحسين التوزيع الجغرافي للعاملين الصحيين.				
١	اعتماد سياسة وإجراءات لربط استقدام العمالة الطبية والصحية من الخارج وفقاً للحاجة الكمية والنوعية في البلاد.	وزارة الصحة مع الشركاء ومجلس الوزراء.	العام الأول	• وجود سياسات معتمدة بالإضافة إلى حزمة إجراءات.
٢	إعداد وتطبيق نظام فاعل لتوزيع واستبقاء كادر الهجرة الداخلية في الريف ومناطق الحاجة.	وزارة الصحة، السلطات اللامركزية، وزارتي الخدمة، المالية، والشركاء.	العام الاول ، ومستمر	• وجود نظام فاعل لنقل واستبقاء كادر الهجرة في مناطق الحاجة. • أعداد ومعدلات كادر الهجرة الداخلية العاملين في الريف ومناطق الحاجة.

الهدف الإستراتيجي الثالث

تعزير وتحسين أداء العاملين الصحيين من أجل تطوير جودة وكفاءة الرعاية الصحية.

هنالك مؤشرات عدة في تحليل الوضع الراهن تشير إلى تدني أداء وجودة وإنتاجية العاملين الصحيين في اليمن، ومن المظاهر والإفرازات المعروفة لهذا الجانب؛ التغيب عن العمل، والعمل لساعات أقل، والممارسة المزدوجة في القطاع العام والخاص، ما يزال هنالك ضعف في مظلة الدراسات العليا والتطوير المهني المستمر، مع غياب النظم الفاعلة لقياس أداء العاملين الصحيين.

وللتعاطي مع هذه التحديات، يأتي هذه الهدف الاستراتيجي مشتملاً على أربعة تدخلات، هي كما يلي:

١- إعداد وتطبيق سياسات ونظم التدريب أثناء الخدمة والتطوير المهني المستمر.

٢- تفعيل برامج الدراسات العليا والتخصصية، وتوسيع مظلتها لتشمل فئات المهن الطبية والصحية.

٣- إعداد وتطبيق نظام قياس ومكافأة الأداء.

٤- تطوير وتطبيق نظم تحسين إنتاجية العاملين الصحيين.

مصفوفة التدخلات والآليات لتحقيق الهدف الإستراتيجي الثالث

رقم	الاليات	الجهة المسؤولة	المدى الزمني	مؤشر الرصد والتقييم
١- إعداد وتطبيق سياسات ونظم التدريب أثناء الخدمة والتطوير المهني المستمر.				
١	تطوير واعتماد سياسة وطنية ونظم للتطوير المهني المستمر للعاملين الصحيين.	وزارة الصحة مع الشركاء ومجلس الوزراء	العام الاول	• وجود سياسة ونظم مجازة للتطوير المهني المستمر.
٢	بناء وتعزيز مقدرات المؤسسات المعنية ببرامج التطوير المهني المستمر	وزارة الصحة مع مجلس الوزراء والشركاء بالتعاون مع معهد التدريب والتطوير الصحي، المجلس اليمني للاختصاصات الطبية، المجلس الطبي اليمني، مؤسسات التعليم الطبي والصحي في القطاع العام والخاص.	العام الاول ومستمر	• قدرات مؤسسية وبنى تحتية وموارد ملائمة لدى المؤسسات المختصة. • أعداد كافية من المدربين المؤهلين.
٣	تقديم برامج التطوير المهني المستمر لكافة فئات العاملين الصحيين بانتظام.	المؤسسات المعنية بتقديم دورات التطوير المهني المستمر.	العام الثاني ومستمر	• اعداد وأنواع الدورات التدريبية المقدمة. • نسبة تغطية برامج التطوير المهني المستمر من مجموع العاملين الصحيين.
٢- تفعيل برامج الدراسات العليا والتخصية وتوسيع مظلتها.				
١	تقوية مقررات المجلس اليمني للاختصاصات الطبية لتوسيع برامج للأطباء وفئات المهن الطبية والصحية الأخرى (بالتركيز على التمريض وبعض المجالات الحيوية).	وزارة الصحة مع الشركاء ومجلس الوزراء والمجلس اليمني للاختصاصات الطبية	العام الاول ومستمر	• تطوير البنيات المؤسسية والقدرات للمجلس. • عدد البرامج الجديدة والملتحقين فيها. • نسبة برامج وخريجي التمريض والمهن الصحية مقارنة مع الأطباء.
٢	دعم مقدرات الجامعات والكليات الطبية لتوسيع فرص التخصص للعاملين الصحيين وفق السياسات الوطنية المجازة.	وزارات التعليم العالي، الصحة، التعليم الفني، مع الجامعات في القطاع العام والخاص.	العام الاول ومستمر	• التطور في إعداد برامج التخصص خلال مدة الخطة. • أعداد الخريجين والدارسين.
٣	توجيه المنح والبعثات الخارجية لخدمة وألويات التخصصات المطلوبة مع مراعاة التوازن بين فئات العاملين الصحيين.	وزارة الصحة مع الشركاء ومجلس الوزراء	العام الاول ومستمر	• اعداد فرص المنح والبعثات السنوية ومدى مطابقتها لحاجة البلاد.

يتبع..

رقم	الاليات	الجهة المسؤولة	المدى الزمني	مؤشر الرصد والتقييم
٣- إعداد وتطبيق نظام قياس ومكافأة الأداء.				
١	تطوير واعتماد نظام الوصف الوظيفي لفئات العاملين الصحيين.	وزارة الصحة مع وزارة الخدمة والشركاء	العام الاول والثاني	• نظام وصف وظيفي معتمد ومعمول به لفئات المهن الطبية والصحية.
٢	تطوير واعتماد نظام قياس أداء العاملين وربطه بالوصف الوظيفي.	وزارة الصحة مع وزارة الخدمة والشركاء	العام الثاني	• وجود وثيقة معتمدة لنظام قياس أداء العاملين الصحيين.
٣	تطبيق نظام قياس الأداء على المستوى الوطني واللامركزي.	وزارات الصحة، الخدمة، الإدارة المحلية والشركاء	العام الثالث ومستمر	• نظام قياس الأداء مطبق ومعمول به.
٤	ربط نظام قياس الأداء بالمكافأة المالية والترقية.	وزارات الصحة، الخدمة المدنية، والشركاء مع مجلس الوزراء	العام الخامس ومستمر	• نظام قياس أداء مربوط بالمكافآت ومعمول به.
٤- تطوير تطبيق نظم تحسين إنتاجية العاملين الصحيين.				
١	تحسين الهيكل الوظيفي والوضع المالي لمنظومة العاملين الصحيين.	وزارات الصحة، الخدمة، المالية مع مجلس الوزراء	العام الثاني	• وجود هيكل أجور جديد ومحسن للعاملين الصحيين.
٢	إعداد وتطبيق نظام تحسين بيئة العمل للعاملين الصحيين.	وزارات الصحة مع المالية والخدمة المدنية والإدارة المحلية والشركاء	العام الاول والثاني ومستمر	• معدلات التحسين في بيئة العمل بالموافقة الصحية.
٣	تطوير سياسات لمعالجة التغيب عن العمل والممارسة المزدوجة.	وزاري الصحة مع الخدمة والشركاء	العام الاول والثاني ومستمر	• سياسة مجازة ومطبقة حول الممارسة المزدوجة.

خفض معدلات تسرب العاملين الصحيين عبر الهجرة والعوامل الاخرى.

تؤثر الهجرة بشكل مباشر على نقص أعداد وكفاءة القوى العاملة الصحية باليمن، حيث تلاحظ معدلات متنامية لهجرة الأطباء والكادر المؤهل للخارج. فهناك عوامل دفع متعددة منها قلة العائد المالي وإشكالات بيئة العمل والتدريب وظروف البلاد العامة. ويشير تحليل الوضع الراهن الى أن اليمن لا يبذل الجهد المطلوب لمعالجة قضايا الهجرة الطبية بما في ذلك الترتيبات مع البلدان المستقبلية واستقطاب مساهمات الكفاءات اليمنية الطبية بالخارج. كذلك وجود عوامل أخرى لفقدان العاملين الصحيين مثل التقاعد، ويمكن العمل على تقليلها في بلد يعاني نقصاً حاداً في الموارد البشرية الصحية كاليمن.

وللتعاطي مع هذه التحديات، يأتي هذا الهدف الاستراتيجي وتندرج تحته الآليتان التاليتان:

- ١- إعداد وتطبيق سياسة وطنية لإدارة الهجرة بالاستفادة من إطار المدونة العالمية لهجرة العاملين الصحيين.
- ٢- وضع سياسة ونظم لتقليل فقدان العاملين الصحيين عبر التقاعد وترك الخدمة.

مصفوفة التدخلات والآليات لتحقيق الهدف الإستراتيجي الرابع

رقم	الآليات	الجهة المسؤولة	المدى الزمني	مؤشر الرصد والتقييم
١- إعداد وتطبيق سياسة وطنية لإدارة هجرة العاملين الصحيين للخارج.				
١	اعتماد سياسة ونظم لإستبقاء الكادر اليمني خاصة الكفاءات النادرة عبر التزام سياسي بحزمة محفزات	وزارات الصحة، الخدمة المدنية، المالية والشركاء مع مجلس الوزراء	العام الاول ومستمر	• وجود سياسة ونظام مجاز ومطبق لتحفيز الكفاءات.
٢	إبرام اتفاقيات ثنائية مع أكثر البلدان استقبلاً للعاملين الصحيين اليمنيين.	وزارة الصحة مع وزارتي الخدمة المدنية، والتخطيط والتعاون الدولي تحت اشراف مجلس الوزراء	العام الثاني ومستمر	• وثائق اتفاقيات ثنائية معدة ومجازة. • عدد الاتفاقيات الموقعة مع البلدان المستقبلة.
٣	قيام برنامج وطني للاستفادة من الكفاءات الطبية اليمنية المهاجرة عبر العودة النهائية أو المؤقتة.	وزارة الصحة مع وزارة التخطيط والتعاون الدولي والشركاء بإشراف مجلس الوزراء	العام الثاني ومستمر	• وجود برامج فاعلة عبر مساهمات الكادر المهاجر. • عدد الكفاءات المهاجرة المشاركة في تنفيذ البرامج.
٢- وضع وتطبيق سياسة لتقليل فقدان العاملين الصحيين عبر التقاعد وترك الخدمة.				
١	تطوير سياسة ونظام لاستبقاء الكفاءات التي تحتاجها الخدمات الصحية عبر نظام التعاقد.	وزارة الصحة مع وزارتي الخدمة المدنية، وزارة المالية ومجلس الوزراء	العام الاول ومستمر	• أعداد ومعدلات العاملين الصحيين المتعاقد معهم.

الهدف الإستراتيجي الخامس

بناء وتعزيز المقدرات القيادية والتخطيطية لإدارة منظومة تنمية الموارد البشرية الصحية على المستوى الوطني واللامركزي.

تعتبر المقدرات القيادية والتخطيطية ركناً أساسياً في عملية تنمية الموارد البشرية الصحية. ويشير تحليل الوضع الراهن إلى غياب التجانس مع ضعف في المقدرات المؤسسية والبشرية اللازمة للتخطيط والتطبيق الفعال والرصد والتقييم لخطط وتدخلات تقوية الموارد البشرية الصحية على المستوى الوطني واللامركزي.

وللإستجابة لهذه التحديات، يأتي هذا الهدف الاستراتيجي والذي تدرج تحته الآليات التالية:

- ١- بناء وتطوير منظومة البرهان في مجال الموارد البشرية الصحية.
- ٢- بناء وتفعيل التنسيق بين شركاء الموارد البشرية الصحية.
- ٣- تقوية وتجانس البنى المؤسسية لمنظومة قيادة الموارد البشرية الصحية.
- ٤- بناء وتطوير المقدرات الفردية (البشرية) في حقل الموارد البشرية الصحية.

مصفوفة التدخلات والآليات لإنجاز الهدف الاستراتيجي الخامس

رقم	الآليات	الجهة المسؤولة	المدى الزمني	مؤشر الرصد والتقييم
١- بناء وتطوير منظومة البرهان في مجال الموارد البشرية الصحية.				
١	تطوير واعتماد نظام وطني لمعلومات الموارد البشرية الصحية قائم على مسح وطني وقاعدة بيانات الكترونية (تأسيس مرصد الموارد البشرية).	وزارة الصحة (المرصد) مع الشركاء	العام الاول ومستمر	<ul style="list-style-type: none"> نظام وطني مجاز لمعلومات الموارد البشرية الصحية. قاعدة بيانات الكترونية حية.
٢	تحديد أولويات بحوث الموارد البشرية الصحية وتنفيذ السياسات وفق الأولويات.	وزارة الصحة (المرصد) مع المؤسسات الاكاديمية والخبراء والشركاء	العام الثاني ومستمر	<ul style="list-style-type: none"> وجود قائمة أولويات البحوث. عدد الدراسات المنفذة.
٢- بناء وتفعيل التنسيق بين شركاء الموارد البشرية الصحية.				
١	تشكيل وتفعيل آلية وطنية للتنسيق في مجال الموارد البشرية الصحية تشمل القطاع العام، القطاع الخاص، وشركاء التنمية	وزارة الصحة مع الشركاء ومجلس الوزراء	العام الاول ومستمر	<ul style="list-style-type: none"> وجود آلية وطنية للتنسيق مستندة على قرار أو تشريع. اجتماعات منتظمة للآلية.
٣- تقوية وتجانس البنى المؤسسية لمنظومة قيادة الموارد البشرية الصحية.				
١	توحيد أو تقوية التنسيق بين إدارة الموارد البشرية وإدارة تنمية الموارد البشرية بوزارة الصحة.	وزارة الصحة مع مجلس الوزراء	العام الاول	<ul style="list-style-type: none"> إدارة موحدة للموارد البشرية الصحية أو علاقات مؤسسية واضحة وتنسيق فعال بين الإدارتين.
٢	بناء مقدرات وتطوير موارد الجسم المركزي والأجسام (الإدارات) اللامركزية المعنية بالموارد البشرية الصحية.	وزارتى الصحة، الإدارة المحلية مع الشركاء ومجلس الوزراء	العام الاول ومستمر	<ul style="list-style-type: none"> وجود إدارات ذات مهام واضحة ومقدرات مؤسسية وبشرية مناسبة.
٤- بناء وتطوير المقدرات الفردية للعاملين في تنمية الموارد البشرية الصحية.				
١	تنفيذ برنامج تأهيل طويل (درجة علمية أو مهنية) للكادر القيادي في مجال الموارد البشرية الصحية.	وزارة الصحة مع وزارة التعليم العالي وشركاء التنمية	العام الثاني ومستمر	<ul style="list-style-type: none"> عدد المبتعثين لنيل مؤهلات في تنمية الموارد البشرية الصحية.
٢	تنفيذ دورات تدريبية قصيرة للعاملين في مجال تنمية الموارد البشرية الصحية.	وزارة الصحة مع وزارة التعليم العالي والشركاء	العام الاول ومستمر	<ul style="list-style-type: none"> عدد الدورات المنفذة. عدد المستفيدين من التدريب على المستوى الوطني واللامركزي.

الإطار العام لرصد وتقييم الإستراتيجية

يقوم إطار الرصد والتقييم لهذه الإستراتيجية على مؤشرات القياس التي وردت في مصفوفة الأهداف الإستراتيجية الخمسة. من ناحية عملية يجب الإسراع بتشكيل الآلية الوطنية الجامعة لشركاء الموارد البشرية الصحية حيث ستكون هي الجهة المناط بها رصد وتقييم التقدم في تنفيذ الإستراتيجية وإتخاذ الخطوات التصحيحية المناسبة. لكي تتمكن هذه الآلية من القيام بدورها في هذا الجانب لابد للإدارة العامة لتنمية الموارد البشرية الصحية بوزارة الصحة العامة والسكان أن تلعب دور السكرتارية الفنية في تحريك أعمال آلية الشركاء وإعداد تقارير المتابعة بشأن تطبيق الإستراتيجية ومدى التقدم المحرز فيها والعقبات التي تعترضها. يتطلب هذا الأمر أن تبنى القدرات الفنية ويفرد الهيكل الملائم داخل الإدارة للقيام بوظيفة الرصد والتقييم وإعداد التقارير الخاصة بها. ستشكل هذه الترتيبات الضمانه للمضي في الخطوات التنفيذية لهذه الإستراتيجية وإدخال التعديلات المناسبة عليها مستقبلاً وفقاً لمقتضيات الواقع وتطورات أوضاع البلاد.

إطار التمويل للإستراتيجية

من الصعب تحديد أرقام دقيقة للميزانية المطلوبة لتنفيذ هذه الإستراتيجية قبل إعداد خطه إسقاطات الموارد البشرية الصحية ووضوح بعض الأنشطة التفصيلية في الخطط السنوية التي تغطي المدى الزمني للإستراتيجية. غير أنه يمكن وضع إطار عام للميزانية والتمويل المطلوب من خلال وضع تكاليف تقديرية مبنية على الأهداف الإستراتيجية الخمسة والتدخلات المصاحبة لها وهو ماتم إيراده في مصفوفة الهدف الإستراتيجية.

تقدر التكلفة الكلية لتنفيذ كافة التدخلات والأنشطة المتعلقة بالإستراتيجية بحوالي (١٣,٠٧٤,٠٠٠) دولار أمريكي. يتوقع أن يشكل إطار التمويل في هذه الإستراتيجية آلية فاعلة لتحريك الموارد وضمان تجانسها وتكاملها بحيث يمكن أن تغطي الدولة والشركاء الوطنيين وشركاء التنمية والمناحين محاور مختلفة من الإستراتيجية بشكل يجنب التكرار وإهدار الموارد. يمكن للآلية المسؤولة عن تنفيذ ورصد وتقييم هذه الإستراتيجية أن تستخدم إطار التمويل في حشد وتحريك الموارد بطريقة متجانسة وفعالة من أجل تنفيذ محتويات هذه الإستراتيجية.

إشهار الإستراتيجية وخارطة الطريق لتنفيذها

لكي تحدث هذه الإستراتيجية الأثر المرجو منها في رسم الإطار وتوجيه الجهود وتكامل الأدوار من أجل تنمية الموارد البشرية الصحية فإنه لابد من خطوات فعالة لإشهار الإستراتيجية بعد إجازتها واعتمادها من قبل الدولة. يجب أن تشتمل خطة الإشهار على عدة تدخلات وأنشطة تستهدف قطاعات واسعة من المعنيين وذلك وفقاً لما هو موضح في الملحق رقم (١).

كذلك تحتاج هذه الإستراتيجية لخطوات وخارطة طريق حتى توضع في موضع التنفيذ. في هذا الجانب يتوجب إعداد خطط سنوية مفصلة تهتدي بمحتويات وإطار الإستراتيجية مع ضرورة إعداد واعتماد مجموعة السياسات والنظم التي وردت في صلب هذه الإستراتيجية. الملحق رقم (٢) يشتمل على خارطة الطريق المقترحة لتنفيذ الإستراتيجية الوطنية لتنمية الموارد البشرية الصحية.

الملاحق

مصفوفة الموجهات العامة لإشهار الإستراتيجية الوطنية للموارد البشرية الصحية

م	الموجهات	الإجراءات	الجهات المستهدفة	الجهات المنفذة	مؤشرات الرصد والتقييم
١	إعداد ملخص تنفيذي للإستراتيجية وتوزيعه على القيادات السياسية، وقيادات الصحة والموارد البشرية في البلاد.	- كتابة الملخص التنفيذي بشكله النهائي.	أعضاء مجلس الوزراء - الأمانة العامة لمجلس الوزراء - هيئة رئاسة مجلس النواب - هيئة رئاسة مجلس الشورى- رئيس وأعضاء لجنتي الصحة في مجلس النواب والشورى وغيرها - المحافظين.	- الفريق الداعم والخبير المشرف على إعداد الإستراتيجية. - الإدارة العامة لتنمية الموارد البشرية. - الإدارة العامة للعلاقات العامة بالوزارة.	- إعداد الملخص وتجهيزه. - وصول الملخص إلى الجهات المحددة واستلامه رسمياً. - تلقي أية ردود من تلك الجهات بشأن الإستراتيجية.
٢	توزيع وثيقة الإستراتيجية.	- طباعة الإستراتيجية وبكمية كافية.	- مجلسي النواب والشورى. - رئاسة الوزراء. - رئاسة الجمهورية. - الشركاء والجهات التابعة لها. - منظمة المجتمع المدني ذات العلاقة. - الجهات ذات العلاقة. - المركز الوطني للمعلومات. - اللجنة الوطنية للمرأة. - مجلس الأمومة والطفولة. - القطاع الخاص.	- مشروع الاتحاد الأوروبي. - الإدارة العامة لتنمية الموارد البشرية. - الإدارة العامة للعلاقات العامة والإعلام بالوزارة.	- استلام الوثيقة من قبل الشركاء والجهات الأخرى رسمياً. - تلقي أية ردود حول الإستراتيجية.

مصفوفة الموجهات العامة لإشهار الإستراتيجية الوطنية للموارد البشرية الصحية (يتبع)

م	الموجهات	الإجراءات	الجهات المستهدفة	الجهات المنفذة	مؤشرات الرصد والتقييم
٣	عقد المؤتمر الوطني للإشهار.	الإعداد والتحضير للمؤتمر: - تجهيز الدعوات للمشاركين. - الترتيب لتوفير القاعة والمتطلبات اللازمة. - تجهيز نسخ كافية من وثيقة الإستراتيجية.	- الحكومة (مجلس الوزراء). - الشركاء. - الجهات ذات العلاقة والمحددة في البند (١) وغيرها. - السلك الدبلوماسي. - المحافظين. - (٨٠ - ١٠٠) مشارك.	- وزارة الصحة. - مشروع الاتحاد الأوروبي وبقية الجهات الداعمة لإعداد الإستراتيجية. - الفريق الوطني الداعم.	- طباعة الدعوات. - توفير الوثيقة. - توفير المستلزمات الخاصة بها مثل القرطاسية. - تحديد زمان ومكان انعقاد المؤتمر. - انعقاد المؤتمر ومخرجاته.
٤	عقد ورش عمل على مستوى الشركاء والمحافظات.	- الإعداد والترتيب لعقد الورش الخاصة بإشهار الإستراتيجية والتعريف بها.	- ممثلون عن الشركاء. - ممثلون عن الجهات المعنية. - المهتمون بالقطاع الصحي من منظمات المجتمع المدني. - المانحين والداعمون على المستوى المحلي والدولي.	- وزارة الصحة. - مشروع الاتحاد الأوروبي وبقية الجهات الداعمة لإعداد الإستراتيجية. - الفريق الوطني الداعم.	- تحديد زمان ومكان انعقاد الورش. - تنفيذ الورش ومخرجاتها.

مصفوفة الموجهات العامة لإشهار الإستراتيجية الوطنية للموارد البشرية الصحية (يتبع)

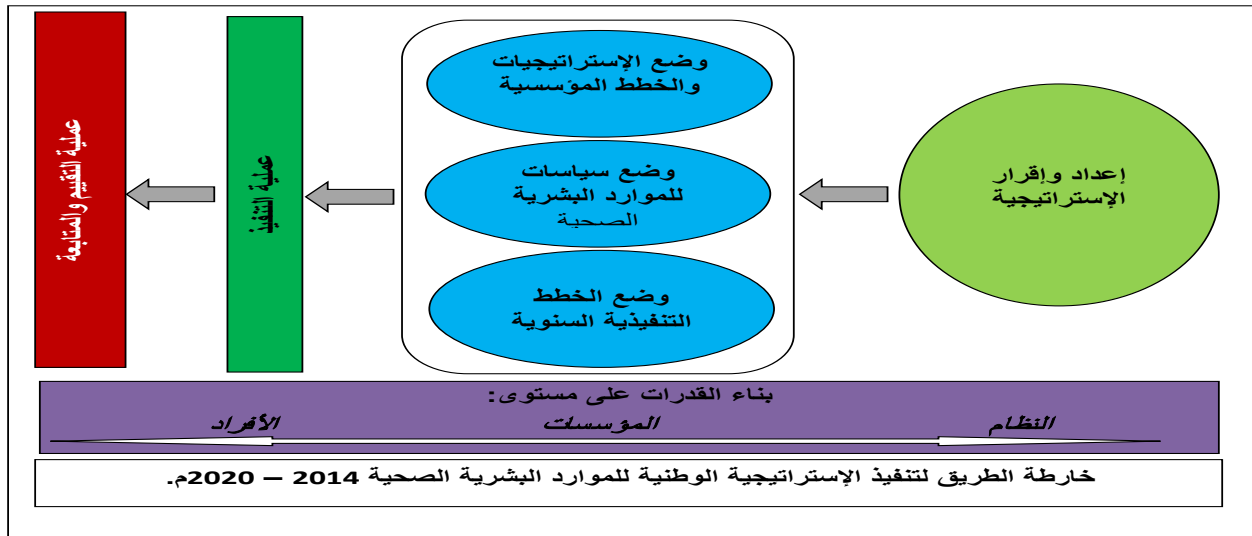
م	الموجهات	الإجراءات	الجهات المستهدفة	الجهات المنفذة	مؤشرات الرصد والتقييم
5	وضع وثيقة الإستراتيجية على الشبكة العنكبوتية.	- النشر في المواقع الوطنية والإقليمية والدولية ذات العلاقة. - النشر في شبكات البريد الإلكترونية، ومواقع التواصل الاجتماعي مثل: الفيسبوك وتويتر.	- كافة الجهة ذات الصلة والمهتمين.	- الإدارة العامة للنظم والمعلومات بالوزارة. - الإدارة العامة لتنمية الموارد البشرية. - منظمة الصحة العالمية.	- تأكد نشر الوثيقة في المواقع.
6	نشر وثيقة الإستراتيجية إعلامياً.	- القيام بحملة تعريفية شاملة حول الإستراتيجية في وسائل الإعلام المرئية والمقروءة والمسموعة. - إقامة حلقات نقاشية في القنوات الفضائية والإذاعات. - كتابة أجزاء من الإستراتيجية مثل: الرؤية والرسالة والغاية وإبرازها في واجهات الجهات مثل: وزارة الصحة - مكاتب الصحة في المحافظات - المراكز والجهات التابعة للوزارة - المستشفيات والمراكز والوحدات الصحية. - إعداد بروشور خاص عن الإستراتيجية وتوزيعه في المرافق الصحية من مكاتب ومستشفيات ومراكز ووحدات صحية وغيرها.	- الشركاء والجهات ذات الصلة. - المجتمع. - العاملين الصحيين.	- الإدارة العامة للعلاقات والإعلام بوزارة الصحة. - مركز التثقيف الصحي التابع للوزارة. - الإدارة العامة لتنمية الموارد البشرية.	- توافر المادة الإعلامية الخاصة بالوثيقة. - بث الحلقات النقاشية تليفزيونياً وإذاعياً. - نشر المقالات والكتابات في الصحف. - توافر البروشور. - تعليق الأجزاء الخاصة بالوثيقة على واجهات المرافق الصحية المعنية.
7	النشر في المجلات العلمية والثقافية والصحية (إن وجدت).	- إيداع نسخ من الوثيقة في مكاتب الجامعات الحكومية والأهلية، والمعاهد الصحية وغيرها. - توزيع نسخ إلى المراكز البحثية مثل: مركز التربية السكانية، ومركز تطوير الإدارة العامة بجامعة صنعاء، وجامعة عدن وغيرها.	- الجامعات الحكومية والمراكز المتخصصة التابعة لها. - الجامعات والكليات الأهلية. - المعاهد الصحية الحكومية والخاصة. - مراكز الدراسات والبحوث الحكومية والخاصة.	- الإدارة العامة لتنمية الموارد البشرية. - الإدارة العامة للعلاقات والإعلام بالوزارة.	- استلام الوثيقة من قبل المكتبات المحددة. - رجوع الباحثين والمهتمين للوثيقة كمرجع من مراجع البحث. وفي إعداد الدراسات والبحوث حولها.

خارطة الطريق لاعتماد وتطبيق الإستراتيجية الوطنية للموارد البشرية الصحية

إن إنجاز وثيقة الإستراتيجية الوطنية لتنمية الموارد البشرية الصحية من قبل الفريق الوطني الداعم والذي عمل تحت إشراف الخبير الدولي الدكتور/ الشيخ الصديق بدر قد مر بمراحل عديدة، وبعد المشاورات واللقاءات المتعددة التي تمت بين الفريق والخبير، والمعنيين في وزارة الصحة والجهات ذات العلاقة داخل الوزارة وخارجها، فإن الوثيقة ستمر كذلك بمرحلة اعتماد، وذلك من خلال:

- المراجعة النهائية لوثيقة الإستراتيجية.
 - رفع الوثيقة إلى قيادة وزارة الصحة لإستكمال إجراءات العرض على مجلس الوزراء لاعتمادها.
- كما أن هناك خطوات أخرى سيتم القيام بها لإشهار الوثيقة بعد اعتمادها وإقرارها بشكلها النهائي. وتتمثل خطوات الإشهار تلك في المصفوفة المرفقة.

إن الإستراتيجيات بجميع أنواعها لم يتم وضعها إلا لأجل معالجة قضايا وتحديات، أو تحسينات على الأنظمة والبرامج. وعلى ذلك تم عمل الإستراتيجية الوطنية لتنمية الموارد البشرية، للوقوف على أهم القضايا والتحديات التي تواجه الموارد البشرية الصحية، ووضع التوجهات والتدخلات المناسبة لها، للوصول إلى الهدف المنشود، من خلال وضع خارطة طريق. حيث ترتبط خارطة طريق تطبيق الإستراتيجية الوطنية للموارد البشرية الصحية ارتباطاً وثيقاً بعدد من المبادئ والمتطلبات الأساسية، بالإضافة إلى تحديد الخطوات الواجب توافرها في خارطة طريق وتحديد مسارها. وفيما يلي نورد أهم المبادئ والمتطلبات والخطوات الأساسية لخارطة الطريق الخاصة بتنفيذ الإستراتيجية، والتي تنبني على الخطوات الموضحة في الشكل التالي.



أولاً: المبادئ والمتطلبات.

١) الالتزام السياسي:

الإرادة السياسية الداعمة والملتزمة تعد إحدى الركائز الأساسية لإخراج الإستراتيجية من الجانب النظري وتطبيقها على أرض الواقع. فمن الأهمية بمكان أن تكون هذه الإرادة لدى المستويات المختلفة في الدولة نابعة من قناعات بالحاجة إلى هذه الإستراتيجية كونها تمثل الأساس في تجويد وتقوية النظام الصحي وترجمتها، من خلال تقديم كافة أشكال الدعم والمساندة بدءاً بإقرار وثيقة الإستراتيجية من قبل مجلس الوزراء، ومروراً بإلزام الجهات المعنية للقيام بدورها كل فيما يخصه وفقاً لما حددته وثيقة الإستراتيجية، وانتهاءً بتضمينها في الخطط السنوية لتلك الجهات.

٢) القيادة:

توافر القيادة الفاعلة والقوية في النظام الصحي للموارد البشرية متطلب هام لتنفيذ الإستراتيجية، على أن تتصف هذه القيادة بالفاعلية والقوة القانونية، وإدراكها لمضامين هذه الإستراتيجية، ووجود قيادة تمثل هذه الصفات أمرٌ بالغ الأهمية، باعتبارها من سيتولى قيادة عملية التغيير للوضع الراهن للموارد البشرية الصحية، وترجمة مخرجات الإستراتيجية، وستتحمل مسؤولية التنسيق والتنظيم لتحقيق الغايات التي أعدت من أجلها الإستراتيجية من خلال تنسيق جهود الشركاء والمناحين لإعداد الخطط التنفيذية، وتوفير الإمكانيات المادية والبشرية اللازمة لتنفيذ هذه الخطط للوصول إلى أفضل المستويات لإدارة الموارد البشرية.

٣) شركاء تنمية الموارد البشرية:

إن الالتزام القوي من الشركاء المحليين والدوليين القائم على مبدأ الملكية لوثيقة الإستراتيجية الوطنية لتنمية الموارد البشرية الصحية يلعب دوراً أساسياً في تحقيق أهدافها، وترجمة هذا الالتزام يتم من خلال تبني وثيقة الإستراتيجية والاشتراك في عملية المناصرة لها في أوساط المستويات الحكومية المعنية بالإقرار. إضافة إلى تقديم الدعم والمساندة الفنية والمادية لإعداد الخطط التنفيذية لمراحل تنفيذ الإستراتيجية والحث على تنفيذ أنشطتها.

٤) الموارد المالية (الدولة - الشركاء - المناحين):

إن توافر الموارد المالية الكافية وحسن إدارتها يعد الضمان الأساسي لتنفيذ الإستراتيجية وتطبيقها في الواقع، لذلك فإن الأمر يتطلب قيام القيادة الصحية بالتسويق للإستراتيجية لحشد كافة أشكال الدعم على مستوى الحكومة والشركاء والمناحين، لتنفيذ الخطط السنوية المزمدة ورصد موازنتها ضمن موازنات الجهات الحكومية السنوية كلاً فيما يخصه، وإعداد آلية واضحة وملزمة يتم التوافق عليها من جميع الشركاء، تُحدد الأنشطة التي سيتم تمويلها وفق برنامج زمني محدد.

٥) القدرة الفنية (المؤسسات - الأفراد):

تعد عملية التنفيذ والمتابعة والتقييم للإستراتيجية محطة هامة تتطلب توافر القدرة المؤسسية والبشرية بمستواها المعقول، الأمر الذي يتطلب معه قيام القيادة الصحية والشركاء بتعزيز وبناء القدرات المؤسسية والبشرية للتكوينات الإدارية المعنية بالمتابعة وتنفيذ الإستراتيجية، بما يمكنها من القيام بمهامها وواجباتها بكفاءة وفاعلية.

ثانياً: خطوات خارطة الطريق.

١) إعداد خطة العام الأول:

من الأهمية بمكان إعداد الخطة التنفيذية للعام الأول لتحديد التدخلات ذات الأولوية في محاور الإستراتيجية المختلفة، ويمكن إعداد الخطة التنفيذية للعام الأول من خلال إتباع نموذج المصفوفة التالي:

مصفوفة الخطة التنفيذية للإستراتيجية الوطنية للموارد البشرية الصحية

الهدف العام:						
مؤشرات التحقق	الجهات المنفذة	الكلفة التقديرية	فترة التنفيذ	الأنشطة	آليات التنفيذ	الأهداف الفرعية

من خلال الجدول أعلاه، يمكن توضيح المصطلحات الواردة على النحو التالي:

- الهدف العام: يبنى على الأهداف الإستراتيجية التي وردت في وثيقة الإستراتيجية الوطنية لتنمية الموارد البشرية الصحية ٢٠١٤ - ٢٠٢٠م.
- الأهداف الفرعية: تمثل التدخلات المحددة في المصفوفة التي وردت في الإستراتيجية.
- آليات التنفيذ: تمثل الآليات المحددة في المصفوفة التي وردت في الإستراتيجية.
- الأنشطة: يقصد بها الإجراءات التنفيذية التي تحقق الآليات الواردة في الإستراتيجية.
- فترة التنفيذ: الفترة المحددة لتنفيذ كل نشاط على حده.
- الكلفة التقديرية: الكلفة التقديرية لتنفيذ كل نشاط على حده.
- الجهات المنفذة: الجهة / الجهات المسؤولة عن تنفيذ الأنشطة أو المشاركة فيها.
- مؤشرات التحقق: هي أداة تستخدم لمعرفة مدى إنجاز الأنشطة التي تم إقرارها في الخطط التنفيذية.

مصفوفة الخطة التنفيذية للإستراتيجية الوطنية للموارد البشرية الصحية

الهدف العام: تعزيز وتحسين أداء العاملين الصحيين، من أجل تطوير جودة وكفاءة الرعاية الصحية.

مؤشرات التحقق	الجهات المنفذة	الأنشطة	آليات التنفيذ	الأهداف الفرعية
وثيقة السياسة الوطنية والنظام معتمدة.	وزارة الصحة، ومن شركاء التنمية للموارد البشرية.	تشكيل فريق عمل وطني من (١٢) شخص، مدعوم بخبير لإعداد السياسة والنظام	إعداد السياسة الوطنية، ونظام التدريب.	إعداد وتطبيق سياسة وطنية ونظام للتدريب أثناء الخدمة (التطوير المهني المستمر).
	وزارة الصحة، ومن شركاء التنمية للموارد البشرية.	عقد (٢٠) اجتماع للفريق الوطني، و(٤) ورش عمل مع الجهات المعنية.		
وثيقة الهيكل المطور، والخطط التنفيذية.	وزارة الصحة، التعليم العالي، التعليم الفني، المالية، ممثلين عن المعاهد الصحية العامة والخاصة.	تطوير الهياكل، وتوفير الموارد، ووضع الخطط التنفيذية.	بناء وتطوير قدرات المؤسسات التدريبية.	
البرنامج التدريبي، وقائمة بأسماء المدربين.	مجلس الاختصاصات، المركز الوطني لتدريب الإدارة الصحية، المعاهد الصحية.	تدريب المدربين في جميع المساقات.		
البرنامج التدريبي، وقائمة بأسماء المتدربين.	مجلس الاختصاصات، المركز الوطني لتدريب الإدارة الصحية، المعاهد الصحية.	دورات قصيرة لعدد (٢٠٠٠) طبيب في الإنعاش القلبي.	تقديم الدورات التدريبية للعاملين الصحيين.	
البرنامج التدريبي، وقائمة بأسماء المتدربين.	مجلس الاختصاصات، المركز الوطني لتدريب الإدارة الصحية، المعاهد الصحية.	دورات قصيرة لعدد (٢٠٠٠) ممرض في العناية المكثفة.		

ولمزيد من التوضيح نقدم المثل التالي، الذي يشرح التوجه المستقبلي الذي ورد في مدخل القوى العاملة:

١) إعداد وتطوير مجموعة السياسات والنظم والتشريعات:

أكدت الإستراتيجية الوطنية للموارد البشرية الصحية على عدد من السياسات والتشريعات الهادفة لتقوية الإستراتيجية في محاورها الثلاثة، إضافة إلى سياسات داعمة لبناء القدرات، والتي وردت في الإطار التنفيذي للإستراتيجية، ونوضحها في الآتي:

٥ سياسات في مدخل القوى العاملة:

- اعتماد تشريع يشجع ويلزم القطاع الخاص بالاستثمار في كليات التمريض، القبالة، المهن المساعدة، بهدف تحقيق التوازن في مزيج المهارات.
- بناء وتطوير نظم الجودة والاعتماد لمؤسسات التعليم الطبي والصحي، عبر تطوير نظم الجودة الداخلية، وإقرار معايير الاعتماد الوطنية، وتنفيذها على مؤسسات القطاعين العام والخاص.
- اعتماد سياسات وتشريعات ملزمة لمؤسسات القطاع الخاص بتوظيف حد أدنى تفره الدولة.
- اعتماد سياسة وإجراءات لإعداد وجذب الكفاءات اليمنية، وفق حاجة الخدمات الصحية.
- اعتماد سياسة وإجراءات تحدد أعداد وتخصصات العاملين الأجانب، وفق الفجوة الموجودة.
- تطوير سياسات وإجراءات ملزمة لاستيعاب كادر الهجرة الداخلة، لسد النقص في المحافظات والمناطق الريفية.
- مراجعة قانون المجلس الطبي اليمني للتأكد على إلزامية التسجيل المهني، ووضع المعايير للتطبيق.
- استصدار قانون خاص لإنشاء مجلس متخصص بتسجيل وترخيص شرائح التمريض والقبالة والمهن المقابلة.
- تطوير السياسات والنظم واللوائح والإجراءات المنظمة للتسجيل المهني والترخيص بمزاولة المهنة.

o سياسات في القوى العاملة الفاعلة:

- اعتماد وتطبيق نظام خدمة ريفية ملزمة لكافة خريجي المهن الطبية والصحية.
- اعتماد نظام لربط وظائف العاملين الصحيين بمواقع العمل في المحافظات والمناطق الريفية، (لامركزية الوظيفة).
- اعتماد سياسة تجيز منح حوافز للعاملين الصحيين.
- اعتماد نظام قبول محلي لطلاب المهن الطبية والصحية لضمان استيعاب الطلاب ذوي الخلفية الريفية.
- تطوير وتفعيل نظام التدريب أثناء الخدمة والتطوير المهني المستمر.
- إقرار نظام إعادة التسجيل المربوط بالتدريب أثناء الخدمة.
- تطوير واعتماد نظام معلومات الموارد البشرية.
- تطوير واعتماد نظام الوصف الوظيفي لمنظومة العاملين الصحيين.
- مراجعة وتطوير نظام قياس الأداء وربطه بالوصف الوظيفي ومعايير الأداء.
- تطوير واعتماد نظم بيئة العمل لتفعيل الأداء وتحقيق الرضى الوظيفي للعاملين الصحيين.

o سياسات في مخرج القوى العاملة:

- اعتماد سياسة لاستبقاء الكادر الصحي اليمني داخل البلاد، خاصة الكفاءات منهم.
- تطوير سياسات وتشريعات مناسبة لتقليل تسرب وفقدان العاملين الصحيين.

o سياسات متعلقة ببناء القدرات المؤسسية والفردية:

- بناء القدرات المؤسسية للأجسام القيادية للموارد البشرية الصحية على المستوى الوطني واللامركزي.
 - بناء قدرات مؤسسات التعليم الطبي والصحي، على مستوى التعليم قبل الخدمة، الدراسات العليا، والتطوير المهني المستمر.
 - بناء قدرات المجالس المهنية المختصة للنهوض بمهام التسجيل المهني والترخيص والرقابة ومعايير الجودة.
 - بناء القدرات البشرية في مجال تنمية الموارد البشرية الصحية.
- يمكن في كل جانب من جوانب السياسات المذكورة أنفاً أن تتم التدخلات المناسبة لإعداد وتطوير وإقرار هذه السياسات وبناء القدرات لضمان تنفيذها بالشكل المطلوب.

٢) إعداد وتطوير إستراتيجيات وخطط مؤسسية في ضوء هذه الإستراتيجية:

يجب على جميع المؤسسات التعليمية العامة والخاصة، وكذلك الجهات التنفيذية أن تقوم بإعداد أو تحديث إستراتيجياتها وخططها المؤسسية على ضوء التوجهات التي تتبناها الإستراتيجية الوطنية لتنمية الموارد البشرية الصحية وفقا للإجراءات القانونية اللازمة.

٣) إعداد إسقاطات الموارد البشرية الصحية ٢٠١٥ - ٢٠٣٠م:

توفير قاعدة بيانات ومعلومات تتعلق بإحصاءات القوى العاملة الصحية وإعداد إسقاطات الموارد البشرية الصحية، ابتداءً من العام ٢٠٢٢م وحتى ٢٠٣٠م، من أجل رسم الطريق نحو ردم الفجوة الكمية والنوعية في الموارد البشرية الصحية، ووضع عدة بدائل (سيناريوهات) للتدخلات التي يمكن إجراؤها على مكون تنمية الموارد البشرية الصحية، والتعرف على مدى تأثيرها على تلك الإسقاطات، قبل البدء بتطبيقها، مما يوفر الجهد والمال والوقت.

٤) الرصد والتقييم:

إن عملية الرصد والتقييم لمستويات تطبيق الإستراتيجية في الواقع ستوضح بجلاء مكان القوة والضعف فيها، ومدى ملاءمتها للواقع، والأماكن التي تتطلب الوقوف عندها من قبل كافة الشركاء لتعزيزها أو تعديلها بما يتلاءم مع أي من المتغيرات التي تظهر أثناء تطبيق هذه الإستراتيجية، وبما يحقق الغايات المنشودة منها. ولتحقيق هذا الأمر يجب إعداد آلية فاعلة للرصد والمتابعة لجميع مراحل التنفيذ، يتم التوافق عليها مع الشركاء لتحقيق ديمومتها ومواءمتها مع المتغيرات. إضافة إلى إعداد ورفع تقارير دورية إلى مجلس الوزراء توضح مستوى تنفيذ الإستراتيجية وتحديد الجوانب المطلوب تعديلها. وستساعد عملية الرصد والتقييم هذه بشكل فعّال على تحسين وتطوير إعداد الإستراتيجية في دورتها المقبلة.