



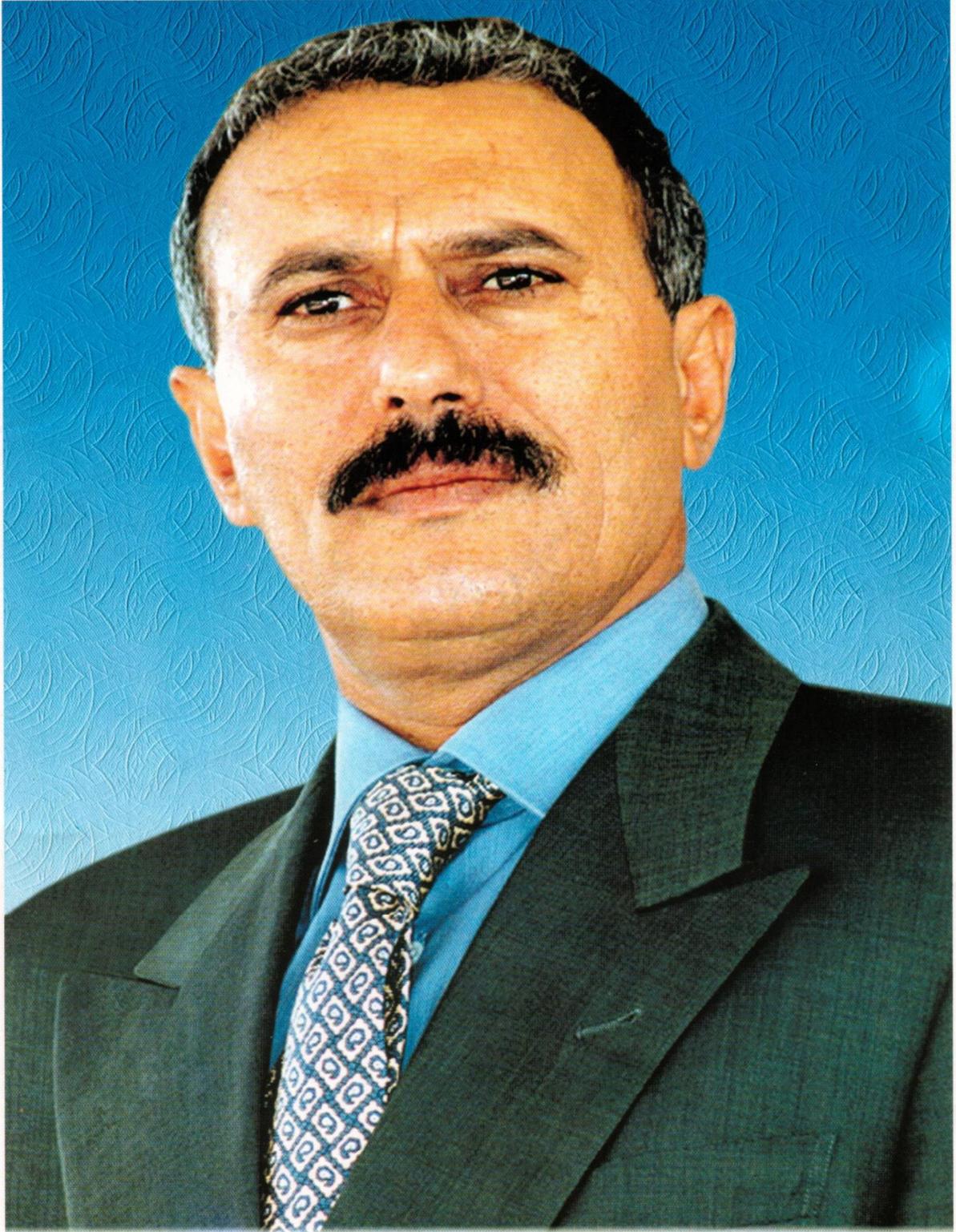
الجمهورية اليمنية

وزارة الصحة العامة والسكان

الإستراتيجية الوطنية الصحية

2010 - 2025م

نحو صحة أفضل للجميع من خلال تطوير نظام صحي عادل



فخامة رئيس الجمهورية

عبدالله بن عبدالعزيز آل سعود

كلمة دولة رئيس مجلس الوزراء
في اللقاء التشاوري الموسع حول الإستراتيجية الوطنية الصحية (2010-2025م)

الأخوة ، الأخوات ، الحضور جميعاً ...

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته

يشرفني افتتاح اللقاء الموسع للقيادات الصحية حول الإستراتيجية الوطنية الصحية والذي يأتي ختاماً للجهد الكبير الذي قامت به وزارة الصحة العامة والسكان بقيادة أ.د عبد الكريم يحيى راصع وكل القاتمين على هذا العمل والمتمثل في إعداد الإستراتيجية الوطنية الصحية 2010-2025 والتي تشكل رؤية مستقبلية للقطاع الصحي وسياساته واتجاهاته وأساس عملي للخطط الإستراتيجية القصيرة والمتوسطة المدى من خلال الخطة الخمسية وبما ينسجم مع الأوليات الوطنية والحلول للتحديات الصحية والتنمية.

إننا ندرك بأن حياة العديد من الناس أصبحت اليوم وفي كل يوم مرهونة بالنظم الصحية التي تتطلع بمسئولية حاسمة ومتواصلة تجاه الناس طوال حياتهم والتي تبدأ بضمان ولادة أطفال أصحاء وتنتهي بتوفير الرعاية الكريمة للمسنين الضعفاء ، ولهذا النظم أهمية بالغة لتحقيق التطور الصحي للفرد والأسرة والمجتمع في كل مكان من وطننا الحبيب، غير أن الوقوف على الوضع الصحي الراهن في اليمن يبين دقة خصائص المرحلة الراهنة وضرورة فهم المدخلات النظرية في المنهج والرؤية نحو صياغة إستراتيجية وطنية ، ترسخ فهماً علمياً للمشكلات ، وتضع إطاراً علمياً لحلها، بالرغم من إدراكنا حجم المخاطر الصحية في ظل مؤشرات حساسة للوضع الاقتصادي إلى جانب الوضع السكاني مما يضعنا في مفارقة التصنيف بين الدول الأقل نمواً اقتصادياً والأكثر نمواً سكانياً

لاشك أنه قد تحققت في قطاع الصحة إنجازات عديدة في الأعوام الماضية بجهود العاملين في القطاع الصحي على مختلف المستويات والذي يؤكد العمل الدؤوب وتحسن المؤشرات الصحية في كثير من المجالات حيث وقد شكلت مصفوفة البرنامج الانتخابي لفخامة الأخ الرئيس - حفظه الله - أهدافاً رئيسية للحكومة إجمالاً وللقطاع الصحي خصوصاً وهنا تأتي الإستراتيجية الوطنية الصحية للأعوام 2010-2025 من خلال أهدافها ومحاورها ملبية لطموحاتنا الوطنية ولقطاع الصحة وللتغلب على المعوقات من أجل واقع صحي أفضل، من خلال محاور الإستراتيجية التي تم استعراضها والأهداف المرحلية المؤمل تحقيقها يبرز أهمية دور السلطة المحلية في تنفيذ توجهات الإستراتيجية وبما يتماشى مع قانون السلطة المحلية والجهود الحالية لتأسيس الحكم المحلي واسع الصلاحيات. وهنا نثيب بالسلطة المحلية ممثلة بالأخوة المحافظين والمكاتب التنفيذية بذل أقصى الجهود وتسخير

الإمكانيات على المستوى المحلي خدمةً للقطاع الصحي في إطار الإستراتيجية الوطنية الصحية وأهدافها ومحاورها كما وأؤكد هنا على أهمية أن تعكس الإستراتيجية في خطط المحافظات التنموية تحقيقاً لأهدافنا الوطنية بالإضافة الى تعاونها في توظيف الإمكانيات المتاحة لديهم لتعزيز الخدمات الصحية.

كما أود التنويه إلى أهمية دور القطاعات الأخرى مثل المياه ، الزراعة ، التعليم، الإعلام ، الشباب والرياضة ، الأوقاف في تنفيذ الإستراتيجية الوطنية الصحية ، ومن هنا أَدعو وزارة الصحة العامة والسكان إلى العمل الجاد خلال الفترة القادمة في مجال توسيع نطاق المعرفة والعمل بالإستراتيجية الوطنية الصحية من خلال إقامة ورش عمل مع كل القطاعات المعنية يتحدد فيها أدوار الوزارات في تنفيذ هذه الإستراتيجية والوصول الى آليات التنسيق بهذا الخصوص.

كما أحث وزارة الصحة العامة والسكان على ترجمة الإستراتيجية على شكل برنامج تنفيذي وآليات عمل مستفيدة من الخبرات السابقة والدروس المستفادة. وأؤكد على أن التنمية الشاملة لن تتم إلا بوجود الإنسان الصحيح المعافي من المرض المنتج ومن هنا تبرز أهمية الإنفاق في مجال الصحة. إن الإنفاق في الصحة هو استثمار في التنمية ولن يتحقق للقطاع الصحي في اليمن أهدافه إلا بتكاتف جهود الجميع محلياً وبالإضافة إلى جهود شركاء التنمية من المانحين وبحضور ومشاركة الوزارات والقطاعات المعنية في هذا اللقاء الموسع، نوجه المعنيين في الحكومة بالعمل على زيادة الموارد المخصصة لقطاع الصحة وزيادة فرص التوظيف بناء على الاحتياج القائم من الكادر لتمكن الخدمات الصحية من تعزيز جودتها وكفاءتها وفعاليتها.

وفي الأخير أكرر شكري لكل الجهود المبذولة لإقامة هذا اللقاء الموسع الذي يجمع كل القيادات الصحية والمخاطبات والجهات ذات العلاقة والتي ستشهد بناء الإجماع والخروج بنسخة نهائية عن الإستراتيجية تمهيداً لإقرارها من مجلس الوزراء، كما أتأمل أن يخرج هذا اللقاء الموسع بتوصيات واقعية وعملية يتم الأخذ بها وترجمتها على أرض الواقع من أجل تحقيق التنمية الصحية التي هي غايتنا جميعاً.

والسلام عليكم ورحمة الله وبركاته،،،

أ.د علي محمد مجور

رئيس مجلس الوزراء

إيماناً بأهمية الصحة ودورها الرئيس في الدفع بعملية التنمية الوطنية الشاملة، وانطلاقاً من المسؤولية التي تضطلع بها وزارة الصحة العامة والسكان كان لا بد من العمل على تطوير إستراتيجية شاملة تنظر بعمق إلى قضايا ومكونات القطاع الصحي بكونها كتلة واحدة وليس الاكتفاء بالتركيز على برامج معينة أو أمراض محددة. وها هي هذه الإستراتيجية الوطنية الصحية بين أيدينا وقد قررنا بالإجماع العمل على وضعها وصياغتها بناء على تحليلات دقيقة شاملة وعملية نتق بها كامل الثقة.

إن معالجة قضايا ونوعية الحياة التي نريد لها أن تكون قائمة على أسس صحية راسخة والتي أخذت في الاعتبار الأول، والحديث عن حدود الإنفاق على مجالات الصحة الشاملة الذي كان في اعتبارنا الثاني، يجب أن يكونا الهدف الرئيس للإستراتيجية الوطنية ويجب علينا جميعاً أن ندرك القيمة الاجتماعية والاقتصادية التي تعود على الوطن من خلال الاستثمار في مجالات الصحة بخاصة، وفي مجالات الخدمات الاجتماعية عامة.

لقد كانت عملية المراجعة المشتركة للقطاع الصحي، التي شارك فيها العديد من الخبراء والمتخصصون من مختلف الجهات المعنية العاملة في القطاع الصحي على مر العامين الماضيين عملية غير مسبوقه تكلفت فهايتها بخروج هذه الوثيقة الإستراتيجية التي وضعها وعمل على إخراجها إلى حيز الوجود نخبه من الخبراء الذين تفخر وزارة الصحة العامة والسكان بوجودهم ضمن كوادرها.

إن الإستراتيجية الوطنية الصحية ترسم ما تهدف الوزارة إلى تحقيقه خلال الأعوام القادمة حتى نهاية عام 2025م الذي سيكون بمثابة نقطة التوقف الرئيسة لإجراء نظرة فاحصة ثانية تبين مدى ما أنجز من هذه الإستراتيجية ومدى ما تحقق من أهدافها للنهوض بمستوى الخدمات الصحية في الجمهورية اليمنية استجابة لتطلعات المواطنين إلى تحقق بيئة صحية كاملة. إن تحقيق الصحة الكاملة وتعزيزها لا يعتمد على توفير الخدمات الصحية فحسب، بل و يعتمد أيضاً على عدد من العوامل الأخرى، وبالتالي فإن العديد من الأفراد والجماعات والمؤسسات وهيئات العامة والخاصة لا بد وأن يكون لهم دور هام في الجهود المبذولة من أجل تحسين الحالة الصحية وتحقيق الصحة الكاملة للأمة أجمعها. إن إحدى القضايا الهامة التي تتمحور حولها هذه الإستراتيجية هي ضمانة أن تعطى الأولوية للشأن الصحي في جميع القطاعات التي لها دور بارز وكبير في تحسين شؤون الصحة العامة والخاصة.

وسوف توفر هذه الإستراتيجية الإطار العام الذي تستند عليه الخطط السنوية للوزارة وكذلك الخطة الخمسية الرابعة للتنمية الصحية والتخفيف من الفقر (2011 - 2015 م). كما أننا حريصون كل الحرص

على أن تخرج برامج وأنشطة الإستراتيجية إلى حيز التنفيذ العملي مباشرة، وستعمل وزارة الصحة العامة والسكان جاهدة على متابعة تنفيذها ضمن الخطط المنبثقة عنها والتي ستؤدي إلى تحقيق الأهداف المنشودة لهذه الإستراتيجية، وذلك بالشراكة والعمل اللصيق مع جميع الشركاء وذوي العلاقة من داخل وخارج القطاع الصحي متبنين مبدأ روح الفريق الواحد.

أتوجه أخيراً بالشكر الجزيل لكل من ساهم في جميع مراحل المراجعة وصياغة الإستراتيجية الوطنية الصحية ولكل من قدم الدعم المادي والفني، الذي أدى إلى تطوير مراحل الإستراتيجية والخروج بها بصورتها النهائية التي بين أيدينا، وأخص بالذكر الفريق الذي دأب على العمل الحثيث منذ اللحظات الأولى على إنجاز هذه الإستراتيجية وقد تكوّن هذا الفريق من قيادة الوزارة ووحدة السياسات الصحية والدعم الفني بوزارة الصحة العامة والسكان، وكذلك شركاء التنمية الصحية الذين قدموا كامل الدعم لهذا العمل الكبير.

أ.د. عبدالكريم يحيى راصع

وزير الصحة العامة والسكان

شكر وتقدير

إن وزارة الصحة العامة والسكان والقائمين عليها قيادة وموظفين وفريق عمل صياغة الإستراتيجية الوطنية الصحية يتقدمون بالشكر والتقدير لكل من أسهم في هذا العمل الكبير الذي تفخر به الوزارة وكل من شارك في مختلف المراحل، ولا يتسع المجال هنا لذكر الأسماء واحداً واحداً ولكننا نتمنى أن تصل كلمة الشكر هذه إلى جميع من شارك وأسهم في وضع هذه الإستراتيجية الوطنية الصحية من مختلف الوزارات وبخاصة (وزارة المالية، وزارة التخطيط والتعاون الدولي، وزارة الخدمة المدنية والتأمينات ، الإدارة الخلية، مكاتب الصحة والسكان في عموم المحافظات) ومن المانحين الرئيسيين: منظمة الصحة العالمية (World Health Organization)، الوكالة الألمانية للتنمية (GTZ)، سفارة المملكة الهولندية (RNE)، مؤسسة التنمية الدولية (DFID)، البنك الدولي (World Bank)، اليونيسيف (UNICEF)، وصندوق الأمم المتحدة للسكان (UNFPA)، المفوضية الأوروبية (European Commission)، الوكالة الأمريكية للتنمية (USAID)، ومنظمات المجتمع المدني، وممثلو المجتمع ومقدمو الخدمات الصحية ممن شاركوا بأرائهم الهامة والتي ساعدتنا كثيرا في معرفة العديد من القضايا ذات الأهمية للقطاع الصحي. كما نتوجه بالشكر إلى كل من ساهم وشارك في اللقاء التشاوري الموسع حول الإستراتيجية الوطنية الصحية والذي أقيم خلال الفترة 24-25/فبراير 2010م.

الفهرس

| | |
|---------|---|
| 11..... | الملخص التنفيذي |
| 19..... | 1. المقدمة: |
| 20..... | 2. تحليل الوضع : |
| 21..... | 2.1. خلفية عن القضايا الاجتماعية والاقتصادية والسكانية: |
| 25..... | 2.2. خلفية حول النظام الصحي الوطني: |
| 26..... | 2.2.1. القطاع الصحي العام: |
| 27..... | 2.2.1.1. المستوى الأول: الرعاية الصحية الأولية: |
| 27..... | 2.2.1.2. المستوى الثاني: الرعاية الصحية في المستوى الثاني (الثانوية): |
| 27..... | 2.2.1.3. المستوى الثالث: الرعاية الصحية في المستوى الثالث (الثالثية): |
| 28..... | 2.2.1.4. المستوى الرابع: الخدمات التخصصية: |
| 29..... | 2.2.2. القطاع الصحي الخاص (الربحي): |
| 31..... | 2.2.3. القطاع الصحي الخيري (غير الربحي): |
| 31..... | 2.3. تحليل الوضع الراهن في القطاع الصحي : |
| 33..... | تلخيص لأهم نتائج تقييم الوضع الراهن للقطاع الصحي |
| 33..... | 2.3.1. القيادة: |
| 34..... | 2.3.2. تقديم الخدمات الصحية: |
| 37..... | 2.3.3. الموارد البشرية (الكادر): |
| 39..... | 2.3.4. الدواء وتكنولوجيا الصحة: |
| 40..... | 2.3.5. التخطيط الصحي: |
| 41..... | 2.3.6. نظام المعلومات الصحية: |
| 42..... | 2.3.7. البنية التحتية: |
| 43..... | 2.3.8. التمويل الصحي: |
| 44..... | 2.3.9. التحديات العامة التي تواجه النظام الصحي: |
| 45..... | 3. الإستراتيجية الوطنية للصحة: |
| 45..... | 3.1. الرؤية: |

- 3.2. الرسالة: 45
- 3.3. القيم والمركزات: 45
- 3.4. الغرض من الإستراتيجية الوطنية وأهميتها: 46
- 3.5. الأهداف العامة للإستراتيجية الوطنية الصحية: 46
- 3.6. النتائج المتوقعة من الإستراتيجية الوطنية الصحية: 47
- 3.7. المنهجية المتبعة في بناء وصياغة الإستراتيجية الوطنية الصحية: 47
- 3.7.1. المرحلة الأولى: تقييم الوضع الراهن: 48
- 3.7.2. المرحلة الثانية: تحديد التوجهات المستقبلية: 50
- 3.7.3. المرحلة الثالثة: إعداد الإستراتيجية الوطنية الصحية: 50
- 3.8. ما الجديد في الإستراتيجية الوطنية الصحية: 52
4. محاور الإستراتيجية: 54
- 4.1. محور القيادة والحوكمة: 55
- التوجه الاستراتيجي لمحور الحوكمة والقيادة: 55
- 4.2. محور خدمات الرعاية الصحية: 57
- التوجه الاستراتيجي لمحور خدمات الرعاية الصحية: 57
- 4.3. محور القوى البشرية: 60
- التوجه الاستراتيجي لمحور القوى البشرية: 60
- 4.4. محور التخطيط الصحي: 62
- التوجه الاستراتيجي لمحور التخطيط: 62
- 4.5. محور نظام المعلومات الصحية: 64
- التوجه الاستراتيجي لمحور نظام المعلومات الصحية: 64
- 4.6. محور البنية التحتية: 66
- التوجه الاستراتيجي لمحور البنية التحتية: 66
- 4.7. محور الدواء وتكنولوجيا الصحة: 68
- التوجه الاستراتيجي لمحور الدواء وتكنولوجيا الصحة: 68
- 4.8. محور التمويل الصحي واقتصاديات الصحة وخيار التأمين الصحي: 70
- التوجه الاستراتيجي لمحور التمويل الصحي: 70

5. نظام الرصد والتقييم للإستراتيجية ولأداء النظام الصحي:.....73
6. المضي قدماً في تنفيذ الإستراتيجية:.....75
- 6.1. النهج المتبع لتنفيذ الإستراتيجية وإحداث التغيير المطلوب:.....76
- 6.1.1. أولاً: الإقرار الرسمي للإستراتيجية الوطنية الصحية:.....76
- 6.1.2. ثانياً: تعميم الإستراتيجية:.....76
- 6.1.3. ثالثاً: تنفيذ الإستراتيجية الوطنية الصحية:.....76

دأبت وزارة الصحة العامة والسكان وبجهد كبير على العمل من أجل تحسين الوضع الصحي للسكان من خلال محاولاتها المتكررة لإصلاح القطاع الصحي وتحديثه، وقد كانت السياسات والاستراتيجيات التي اعتمدها الوزارة في إصلاح القطاع الصحي منذ نهاية تسعينات القرن الماضي امتداداً واضحاً لما تم تبنيه في المؤتمر الوطني الأول للتنمية الصحية في العام 1994م. ولم تغفل أو تلغ هذه الإستراتيجية ما تم تحقيقه من إنجازات الاستراتيجية السابقة بل بنت عليها وعلى ما حققته من نجاحات وتحديث أولوياتها بما يتماشى مع المتغيرات الوطنية والإقليمية والدولية، آخذة بعين الاعتبار الخصوصيات الوطنية والمحلية وما يتلاءم مع الظروف الاقتصادية والاجتماعية والسياسية والجغرافية المختلفة .

وفي العام 2007م قامت وزارة الصحة العامة والسكان وبالتعاون المنمّر مع شركائها في التنمية الصحية بالبدء بعملية المراجعة المشتركة للقطاع الصحي، التي لعبت فيها وحدة السياسات الصحية والدعم الفني الدور الهام في عملية التنسيق بين جميع الأطراف والشركاء وقيادة هذا العمل الكبير بتوجيه من قيادة الوزارة، ولقد كانت هذه العملية نقطة تحول هامة في رؤية وزارة الصحة العامة والسكان نحو إيجاد الحلول العلمية والعملية لقضايا القطاع الصحي، لاسيما في ظل استمرارية تدني بعض المؤشرات الصحية كوفيات الأمهات ومعدلات المراضة، وفي ضوء المتغيرات الوطنية والدولية واستمرار التحديات التمويلية للقطاع الصحي في بلادنا. وكذلك استندت عملية مراجعة القطاع الصحي على أحدث الأساليب العلمية في التحليل والتفكير العلمي والعملية للتعرف على أهم التحديات القائمة أمام تطوير وتحديث النظام الصحي وبصورة شاملة وكاملة.

مرت عملية المراجعة المشتركة للقطاع الصحي بمرحلتين رئيسيتين الأولى: تقييم (تحليل) الوضع الراهن في القطاع الصحي مستندة على إطار العمل المعتمد دولياً لدى المؤسسة الأوروبية لإدارة الجودة، والثانية: وضع التوجهات المستقبلية لأهم التحديات التي حددتها المرحلة الأولى (تقييم الوضع)، وكانت هذه العملية الأولى من نوعها في اليمن التي نُفذت بفريق وطني وبمشاركة واسعة الطيف من جميع المعنيين بقضايا القطاع الصحي ومن المستفيدين من الخدمات الصحية، كما أنها اعتمدت على إعطاء الفرصة للتعلم من خلال القيام بالعديد من التحليلات المعقدة للقضايا الصحية وقضايا السياسات الصحية الوطنية، بالإضافة إلى ذلك كله حرص فريق المراجعة كل الحرص على أن يستند العمل كاملاً وبمختلف جزئياته على البراهين العلمية والعملية وعلى مشاركة الجميع حتى لحظة خروج هذه الإستراتيجية الوطنية الصحية، وبالتالي فإن هذه الإستراتيجية عملية جداً لأنها استندت على أسس سليمة وعلمية وأخذت آراء المستفيدين من الخدمات ومن مقدمي هذه الخدمات.

الإستراتيجية الوطنية الصحية:

الرؤية:

تعمل وزارة الصحة العامة والسكان مع شركائها على ضمان تعزيز صحة جميع السكان دولة تميز
بمستوى عالٍ من جودة الخدمات الصحية المقدمة لهم، نظام صحي متطور، اقتصاد مستدام
يساهم في تحقيق رؤية مصر 2030، والوصول إلى أهداف التنمية المستدامة بحلول 2030.

الرسالة:

تعمل وزارة الصحة العامة والسكان على ضمان تقديم خدمات صحية عالية الجودة، وبتحسين
والإدارة المستدامة ذات جودة عالية، وضمان رضا المستفيدين، تحسين الخدمات الصحية، ورفع
معدلة التوزيع الجغرافي والوصول إليها، وضمان نظام صحي متكامل، اقتصاد
مستدام، على الأقطار والدخول في عصر الرقمنة، أداء النظام الصحي الوطني
على مختلف المستويات، بما يساهم في تحقيق الأهداف الاستراتيجية الوطنية.

القيم:

1. العدالة في توزيع الموارد وتقديم الخدمات الصحية المبنية على الحقوق الأساسية للإنسان وضمان حصول كل فرد عليها دون تمييز.
2. التحسين المستمر للجودة بما يضمن رضا المستفيدين من الخدمات الصحية.
3. الحرص على المشاركة الفاعلة للمجتمع في اتخاذ القرارات المتعلقة بتحسين الصحة وتقدير احتياجات الخدمات الصحية.
4. الكفاءة المالية من خلال الاستخدام الأمثل للموارد واحتواء الكلفة وضمان استمرارية التمويل الصحي.
5. اللامركزية في اتخاذ القرار وتقديم الخدمات الصحية.
6. المشاركة والتنسيق والتعاون بين القطاعات والتأكيد على أن تحقيق أهداف التنمية الصحية لا يمكن أن تتم بجهود القطاع الصحي بمفرده دون تضافر جهود جميع الشركاء في عملية التنمية.
7. سيادة روح الفريق الواحد والحوار المفتوح لمناقشة القضايا الصحية بشفافية وموضوعية.

8. الالتزام بالأهداف الإستراتيجية الوطنية والمعاهدات والالتزامات الإقليمية والدولية: مثل الالتزام بالمواثيق الدولية كإعلان ألماتا (1978م) والأهداف الإنمائية للألفية الثالثة وإعلان الدوحة حول الرعاية الصحية الأولية (2008م) والتزاماتها مع دول مجلس التعاون.

الأهمية والأهداف العامة للإستراتيجية الوطنية الصحية:

تكتسب الإستراتيجية الوطنية الصحية أهميتها من خلال إمكانية تنفيذ الاستراتيجيات والآليات المختلفة المتبنية في مختلف محاورها والوصول إلى تحقيق الأهداف التالية:

1. تحقيق مستوى صحي أفضل لجميع سكان الجمهورية وبالتعاون مع القطاعات الأخرى.
2. إتاحة خدمات الرعاية الصحية التي تتمتع بمعايير الجودة بعدالة تامة لجميع السكان.
3. رفع مستوى أداء النظام الصحي وكفاءة العمل والعاملين به على مختلف مستوياته.
4. الاستجابة المناسبة والملائمة لاحتياجات السكان وتقديم خدمات رعاية صحية ملائمة.
5. رفع مستوى الوعي بالقضايا الصحية والإسهام في خفض معدل النمو السكاني ومواجهة المحددات الاجتماعية للتنمية الصحية ودعم تحسين نوعية الحياة.
6. حشد موارد إضافية لتمويل الخدمات الصحية والتركيز على نظام التأمين الصحي الاجتماعي.

النتائج المتوقعة من الإستراتيجية الوطنية الصحية:

إن النتائج المرجو تحقيقها من خلال ترجمة هذه الإستراتيجية إلى برامج وأنشطة تنفيذية يمكن تلخيصها بالنتائج التالية:

1. خفض معدلات الوفيات في جميع فئات السكان والتركيز على خفض وفيات الأمهات وحديثي الولادة والرضع والأطفال دون الخامسة من خلال تقديم خدمات الرعاية الصحية الأولية الشاملة ذات الجودة العالية والعمل على الإسراع في تحقيق مرامي الألفية.
2. خفض معدلات حدوث وانتشار الأمراض المعدية والمزمنة التي تصيب جميع فئات السكان وخاصة الأطفال والنساء في سن الإنجاب.
3. تعزيز وتطوير النظام الصحي الوطني ليكون قادراً على أداء المهام التي تساعد في تحقيق الأهداف الوطنية العامة للصحة.
4. تعزيز الأنماط الصحية للحياة ورفع مستوى الوعي لدى جميع السكان وكسب تأييد صانعي القرار في مختلف القطاعات الحكومية وغير الحكومية بالقضايا الصحية ذات الأولوية ومن بينها القضايا المتصلة بالصحة البيئية والمهنية.
5. تحسين جودة الخدمات الوقائية والتشخيصية والعلاجية والتأهيلية في جميع المرافق الصحية.
6. تفعيل التنسيق بين القطاعات الصحية المختلفة مع الشركاء للعمل من أجل السيطرة على العوامل البيئية التي تساهم في حدوث وانتشار الأمراض والتصدي للمحددات الاجتماعية للصحة.

مراحل صياغتها:

إن خروج هذه الإستراتيجية الوطنية قد تم بعد بذل جهود كبيرة، في كل مرحلة من المراحل العديدة التي مرت بها ابتداء من المرحلة التي اعتمدت على المراجعة المشتركة للقطاع الصحي ، (وهذه المرحلة تعكس مشاركة القطاعات المختلفة في جميع ما تتضمنه) وما تلا ذلك من مراحل حتى مرحلة صياغتها ومراجعتها من قبل قيادة وزارة الصحة العامة والسكان لتأكيد أهميتها وشموليتها لمختلف القضايا الصحية الملحة. وسوف يتم استكمال

المراحل المتبقية من اعتمادها وتبنيها إلى مرحلة تنفيذها على أرض الواقع من جميع الشركاء وهذا ما ستوليه الوزارة جل اهتمامها.

محاور الإستراتيجية وأهم الرؤى والسياسات الصحية التي توفرها:

تتضمن الإستراتيجية الوطنية الصحية ثمان محاور رئيسة، لكل محور سياسات صحية عامة يضم تحته عدد من الاستراتيجيات الخاصة بكل محور، وفيما يلي محاور الإستراتيجية وسياساتها الصحية:

1. الحوكمة والقيادة:

إن التحدي الرئيس في هذا المحور يتمثل في تحقيق الترابط بين دور ووظائف النظام الصحي على المستوى المركزي والمحلي من جهة وقانون السلطة المحلية وشكل النظام من جهة أخرى، والذي يتم من خلال التحديد والتوصيف الجيد للمهام والمسئوليات. علاوة على ذلك، العمل من أجل وجود التناغم بين دور النظام الصحي والوظائف المعيارية مع قانون ونظام السلطة المحلية، لذا يجب تطوير وتوصيف آليات فاعلة وجيدة لتوجيه وإدارة مستويات النظام الصحي، بالإضافة إلى تطوير هيكل تنظيمي متوازن للوزارة يمكنها من فرض معاييرها الوظيفية بكفاءة لمراجعة وتجاوز الفجوات والتدخلات للأطر العامة للأنظمة والتشريعات، ولتنفيذها باستخدام معايير إدارية ملائمة، وذلك من أجل تطوير استراتيجيات متوسطة وطويلة المدى للنظام الصحي بأولويات واضحة يتم الاتفاق عليها مع جميع الشركاء وبمشاركتهم لضمان تطوير آليات وأطر عامة يتم من خلالها إحضار جميع المدخلات والمساهمات معاً ودعم البيئة الملائمة لتحقيق تلك الأولويات المتفق عليها.

2. الخدمات الصحية :

العمل على ضمان تقديم رعاية صحية وقائية وعلاجية وتأهيلية ورفع نسبة التغطية بالخدمات الصحية الأساسية من خلال دعم تطوير إطار تكاملي لتقديم خدمات الرعاية الصحية في مختلف المستويات الصحية وفق معايير جودة الأداء، وبكلفة ميسورة وسهولة الوصول والحصول عليها في مختلف المستويات تلبي الاحتياجات الصحية للمواطنين لتنال رضاهم ورضاهم مقديها.

3. القوى البشرية (الكادر):

تنمية وإدارة وتنظيم الموارد البشرية الصحية لرفع مستوى أداء العاملين ورضاهم الوظيفي وخلق بيئة عمل محفزة لضمان رفع مستوى جودة الخدمات الصحية وتحقيق رضا المستفيدين منها.

4. التخطيط الصحي :

تعزيز وتطوير منهجية عملية التخطيط والاستثمار الصحي في الخدمات والقوى العاملة والتكنولوجيا والبنى التحتية من خلال توفير خطة صحية تنموية مبنية على معلومات موثوقة وتلبي المتطلبات الفعلية للمجتمعات المحلية، وتساعد متخذي القرار على اختيار القرارات السليمة، وتنسجم مع الخطة الخمسية الوطنية وأهداف الألفية الثالثة للتنمية وتضمن تحقيق أهداف الإستراتيجية الوطنية الصحية.

5. نظام المعلومات الصحية :

العمل على ضمان توفر المعلومات الصحية الصحيحة وتحسينها كما ونوعا وزيادة قيمتها الفعلية بما يضمن دقتها واستخدامها في الوقت المناسب من خلال تطوير نظام مبسط وموحد يهدف إلى تدفق المعلومات الصحية تدفقا قادرا على توفير المعلومات الصحيحة والدقيقة في الوقت المناسب يساعد على صنع واتخاذ القرارات السليمة ويضمن مواكبة التطوير التنظيمي المهادف إلى جلب الاستثمار في نظام المعلومات الصحية.

6. البنية التحتية:

تطوير منهجية عملية ومبسطة بغرض الاستثمار في البنى التحتية للشئون الصحية ووضع خارطة صحية تغطي البنية التحتية للمرافق الصحية تساعد على إعادة تأهيل وتشغيل المرافق الصحية الحالية وفق معايير وطنية محددة مراعية العدالة في التوزيع وتلبي الاحتياجات الفعلية للمجتمعات المحلية.

7. الدواء وتكنولوجيا الصحة :

إن التوجه الاستراتيجي لمحور الدواء وتكنولوجيا الصحة يركز على ضمان توفير الأدوية الفعالة والمأمونة وذات الجودة العالية، للمواطنين وضمان سلامتها وفعاليتها وعدالة الحصول عليها بشكل مستمر، وكذلك تنظيم إجراءات الشراء والتسجيل وضبط معايير الجودة والرقابة والتفتيش على مواقع إنتاج الأدوية وطرق توزيعها وخزنها وضبط تسعيرها واستعمالها بشكل رشيد مع دعم زيادة الإنفاق الحكومي على الدواء وكذلك توفير الأجهزة والمعدات وقطع الغيار وتطوير نظم شرائها وتخزينها وتوزيعها وصيانتها.

8. التمويل الصحي وخيار التأمين الصحي:

تركز الإستراتيجية في هذا المحور على تحقيق التوازن في تخصيص الموارد المتاحة بين مختلف مستويات النظام الصحي، وبين الريف والمدينة وبين الخدمات الوقائية والعلاجية بما يحقق التقارب مع المعايير الإقليمية للإنفاق الحكومي على الصحة، وضمان استجابة التمويل الصحي للخطط والبرامج والمشاريع الصحية المبنية على الاحتياج الفعلي للسكان وضمان التوزيع العادل لتحقيق الكفاءة والفاعلية والربط بين الإنفاق العائد الصحي، من أجل تحقيق التنمية الصحية. إن تمويل نظام الرعاية الصحية يجب أن يعامل على أنه حالة استثنائية، وإذا أردنا أن نحقق الرعاية الصحية الأساسية الهامة فلا بد من العمل الجدي لتوفير الميزانية المطلوبة لذلك، وضبط أداء النظام ضمن حدود زمنية واستخدام آليات جديدة للتعاقد مع العمالة في القطاع الصحي. ويستوجب ذلك توجه شركاء التنمية إلى التحرك نحو نهج القطاع الشامل في التمويل لضمان القدرة الاستيعابية وخفض التكاليف.

الرصد والتقييم للإستراتيجية والخطط المنفذة لها:

إن الإستراتيجية الوطنية الصحية تولى الجانب العملي اهتمامها الأكبر ابتداءً من متابعة التنفيذ وحتى تقييم الاستراتيجيات الخاصة بكل محور من محاورها المختلفة، حيث سيتم التركيز على المراجعة الدورية سنوياً لمدى تحقيق التوجهات الإستراتيجية بغية الوصول إلى تحقيق الاستراتيجيات والأهداف الوطنية للصحة. بالإضافة إلى ذلك تركز الإستراتيجية على قياس بعض المؤشرات الهامة التي تعكس مدى التقدم في تحقيقها إجمالاً وإنجاز برامجها وخططها المختلفة التي ستنبثق منها كالخطة الخمسية الرابعة للتنمية الصحية والتخفيف من الفقر (2011 - 2015م). وانسجاماً مع التوجهات الوطنية، فقد تم اعتماد مؤشرات الأداء الرئيسة لقطاعات وزارة الصحة العامة والسكان كمؤشرات لأداء القطاع الصحي خلال مدة الإستراتيجية، ولا يمنع ذلك من تطوير مؤشرات خاصة لكل من مكونات القطاع ولكل خدمة صحية أيضاً إن لزم الأمر.

وهكذا فإن ذلك كله يستدعي أن تقوم الوزارة بالإجراءات التالية:

1. الرصد المنتظم لرضا المستفيدين من الخدمات الصحية ورضا مقدمي هذه الخدمات أيضاً.
2. الرصد المنتظم لأداء القطاعات في وزارة الصحة العامة والسكان.
3. الرصد المنتظم للمكاسب الوطنية الناتجة عن أداء القطاع الصحي.

4. إجراء تقييم سنوي مشترك مع شركاء التنمية والمعنيين لمدى التقدم في التوجهات الأساسية للإستراتيجية الوطنية الصحية والخطة الخمسية الرابعة للتنمية الصحية والتخفيف من الفقر (2011 - 2015م) وما يليها من خطط خمسية حتى العام 2025م.

وتوافقاً مع التحول في الوظائف التي يفرضها التوجه السياسي نحو المزيد من اللامركزية فإن الحاجة تستوجب رفع قدرات الوزارة في مجال الرصد والتقييم، وإعطائها الصلاحيات الكاملة واللازمة لنجاح مثل هذه المهمة الكبيرة والمعقدة أيضاً. ولا بد من توفير الدعم السياسي لهذا الدور والعمل مع الجهات ذات العلاقة نحو مأسسة نظام الرصد والتقييم والعمل بنتائجه بكل شفافية ومسئولية.

تنفيذ الإستراتيجية الوطنية الصحية:

إن عملية تنفيذ هذه الإستراتيجية الوطنية يمثل التحدي الأكبر ليس لوزارة الصحة العامة والسكان فقط بل لجميع الشركاء وذوي العلاقة وبخاصة الجانب الحكومي. ولذا لا بد من توفر الدعم السياسي والمادي لهذه الإستراتيجية الوطنية كشرط أساسي لنجاحها، ومن الضروري أن تمر مرحلة التنفيذ بالخطوات التالية:

أولاً: الإقرار الرسمي للإستراتيجية الوطنية الصحية.

ثانياً: تعميم الإستراتيجية على جميع الشركاء.

ثالثاً: تنفيذ الإستراتيجية الوطنية الصحية من خلال وضع برنامج تنفيذي تبنى عليه جميع الخطط التنفيذية في القطاع الصحي.

ولذا فإنه من الضروري التركيز على ربط هذه الإستراتيجية ومحاورها بجميع الفعاليات والأنشطة التخطيطية والتنفيذية وعلى مختلف المستويات بدءاً من وضع الخطة الخمسية الرابعة للتنمية الصحية والتخفيف من الفقر (2011-2015م) والتي يجب أن تستند على ما ترسمه الإستراتيجية الوطنية الصحية من رؤى واستراتيجيات خاصة بشئون الصحة، ثم ربط الخطط الإستراتيجية والتنفيذية للمحافظات والمديريات بالخطة الخمسية الرابعة وبرامجها ضمن إطار موحد، مع الأخذ بعين الاعتبار الخصوصيات المحلية في المحافظات والمديريات.

1. المقدمة:

لقد ظلت قضايا النمو السكاني ضمن التحديات الأولى التي يواجهها القطاع الصحي في اليمن والتي انعكست على مؤشرات النتائج الصحية عموماً خلال العشر سنوات الماضية رغم التحسن الحاصل في الخدمات الصحية المقدمة خاصة الوقائية منها. ونظراً للحاجة إلى رفع مستوى جودة الخدمات الصحية، كان لابد من إعادة النظر في مجمل القضايا التي تواجه القطاع الصحي بأكمله بما في ذلك التركيز على خدمات الإسعاف والطوارئ والصحة والبيئية والمهنية.

وفي ظل استمرارية العديد من التحديات بعد مرور ما يقارب العشر سنوات على بدء العمل بوثيقة إصلاح القطاع الصحي في العام 1998م كروية إستراتيجية لتحسين وتطوير أداء النظام الصحي في بلادنا، أتت عملية المراجعة المشتركة للقطاع الصحي لتقييم ومراجعة العديد من القضايا الصحية الهامة في اليمن والتعرف على مدى ما تحقق من نجاحات بهذا الشأن وما رافق تنفيذ ذلك من إخفاقات بهدف تحديد أفضل الخيارات والتوجهات المستقبلية لتحسين وتطوير أداء النظام الصحي بما ينسجم مع التوجهات والسياسات الوطنية وأولويات وزارة الصحة العامة والسكان، وترجمة تلك الخيارات والتوجهات المستقبلية إلى رؤى واستراتيجيات صحية يتم الإجماع عليها وتطبيقها على أرض الواقع ومتابعة مجازها بهدف تحقيق نتائج واضحة ومحددة.

وهناك حزمة واسعة من القضايا التي كان لابد من التطرق لها ومعرفة معوقات النمو والتطور الصحي بدءاً من الخدمات الوقائية الفعالة إلى تطوير خدمات الرعاية الصحية الطارئة ولهذا فان ذلك يتطلب وجود مخطط شامل للتطوير متركز على مبادئ أساسية للنظام الصحي كاملاً، ووضع خطط مفصلة لتطوير النظام وتحديثه. من أجل ذلك تمت صياغة هذه الإستراتيجية الوطنية الصحية التي هي عبارة عن إطار عام يعمل على توجيه ومساعدة صانعي السياسات والقرارات ومقدمي الخدمات لتحقيق الرؤية المستقبلية للنظام الصحي المنشود. وتحدد أيضاً الأهداف العامة للتخطيط والأنشطة في النظام الصحي خلال الأعوام القادمة وكان لابد من تعميق الفهم المتعلق بالصعوبات والمعوقات التي يواجهها السكان من الخدمات الصحية لتعزيز صحة مجتمعهم وهكذا تم أخذ آرائهم حول الخدمات والنظام الصحي الذي يخدمهم.

تمثل هذه الوثيقة الملامح الرئيسية والتفصيلية أيضاً للإستراتيجية الوطنية الصحية التي تتفق مع الأهداف الوطنية ومع مخرجات المراجعة المشتركة للقطاع الصحي بمراحلها الأولى والثانية من تحليل للوضع وتحديد للتوجهات المستقبلية، وسوف تنبثق عن هذه الإستراتيجية برامج تنفيذية تلتزم بها وزارة الصحة العامة و السكان وبمشاركة كافة القطاعات الأخرى وشركاء التنمية مع الأخذ بعين الاعتبار المراجعة الدورية لهذه البرامج بما يتماشى مع أية مستجدات أو متغيرات مستقبلية من الممكن أن تؤثر على الإطار العام لهذه الإستراتيجية.

وتتمحور هذه الإستراتيجية الجديدة حول مكونات النظام الصحي كاملة بكونه جسدا واحدا بغرض تعزيز نمو الشأن الصحي، وعلى الرغم من استمرار تركيز الإستراتيجية على عمليات تقديم الخدمات الصحية، إلا أنها لا تنحصر فيها فقط بل تتعداها إلى ما يؤثر في صحة المجتمع ويتأثر بها ولذا فإنها تولي الأبعاد الأخلاقية والاجتماعية والاقتصادية والثقافية حيزا كافيا من تركيز اهتماماتها. وبالتالي فإن الفلسفة التي تغذي هذه الاستراتيجيات هي تطوير نظام صحي وطني يلبي احتياجات المجتمع ويهتم بالصحة والحياة الاجتماعية السليمة ويقدرهما بكونهما أساسا وركيزة هامة للتنمية المستدامة. لذلك كان لا بد أن تأخذ بعين الاعتبار الشركاء الفاعلين في القطاع الصحي وعلى رأسهم القطاع الصحي الخاص وشركاء التنمية الصحية من المانحين. وهكذا كما سنجد لاحقا في المحاور الرئيسية للإستراتيجية أن الأهداف الإستراتيجية والأنشطة المختلفة إنما تتوافق في رؤية مشتركة لتعزيز صحة المجتمع عبر تقوية نظامنا الصحي الوطني ومواجهة التحديات معا.

وبناءً على ما سبق فإن الإستراتيجية الوطنية الصحية تبني مفهوم وتعريف الصحة كما عرفت من منظمة الصحة العالمية: الصحة هي حالة متالية من التمتع بالعافية وهي مفهوم يصل لأبعد من مجرد الشفاء من المرض وإنما الوصول إلى وتحقيق الصحة السليمة الحالية من الأمراض. ويتطلب الوصول إلى هذه الصحة السليمة، الموازنة بين الجوانب المختلفة للشخص الجسمانية منها والنفسية والعقلية والروحية.

وانطلاقا من هذا التعريف وترجمة له فإن الرعاية الصحية الأولية لا تزال صالحة ومناسبة للفترة القادمة، ولذلك فإن الإستراتيجية الوطنية الصحية تتفق مع هذه الرعاية كليا وتجدر في تعريف الرعاية الصحية الأولية ترجمة علمية وعملية لتعريف الصحة السابق، حيث تعرف الرعاية الصحية الأولية على أنها: "الرعاية الصحية الأساسية التي تعتمد على وسائل وتكنولوجيا صالحة عمليا ومقبولة اجتماعيا وميسرة لكافة الأفراد والأسر في المجتمع من خلال مشاركتهم التامة، وبتكاليف يمكن للمجتمع وللبلد توفيرها في كل مرحلة من مراحل تطورها بروح من الاعتماد على النفس وحرية الإرادة".

لذا لا تركز الإستراتيجية على المرضى وتقديم الخدمات الصحية لهم فحسب بل على جميع أفراد المجتمع وعلى دور القطاعات الأخرى التي تؤثر سلبا وإيجابا على صحة المجتمع وتدرك أيضا الأثر الذي يخلقه الفرد إن كان مريضا أو معاقا على نوعية حياة الأفراد والعائلات والمجتمع أيضا ككل، وبالتالي فإن هذه الإستراتيجية تركز على كل ما يتعلق بالصحة ويؤثر فيها.

2. تحليل الوضع :

تبني الإستراتيجية الوطنية الصحية على ما تحقق في المراحل السابقة من المراجعة المشتركة للقطاع الصحي وتبرز في الأجزاء التالية خلفية عن الوضع الراهن في القطاع الصحي الذي تم التوصل إليه من خلال المرحلة الأولى من المراجعة، مستندة أيضا إلى أحدث مايتوفر من مؤشرات صحية واجتماعية واقتصادية وسكانية.

2.1. خلفية عن القضايا الاجتماعية والاقتصادية والسكانية:

تتطلع اليمن التي تصنف بين الدول الأقل نمواً إلى تحديث وتفعيل ديمقراطية النظام الاقتصادي والسياسي. وبالرغم من بعض التقدم الاقتصادي الذي تحقق في السنوات القليلة الماضية إلا أن الفقر بين السكان لا يزال عالياً ويصل إلى ما نسبته 34% من إجمالي السكان الذين يعيشون في فقر عام و 13.3% من السكان يقعون في مستوى فقر الغذاء ويعيشون على أقل من دولار واحد في اليوم، وتنتشر ظاهرة الفقر بمستوى أكثر في الريف عنه في الحضر (المناطق الريفية 40% - المناطق الحضرية 21%)¹، كما أن العلاقة وثيقة بين فقر الدخل والمؤشرات الصحية المتدنية للفقراء. ولا تزال اليمن من بين البلدان الأقل نمواً في العالم حيث وضع تقرير التنمية البشرية لعام 2008/2007 م اليمن في المرتبة 153 من أصل 177 بلداً. ويمثل الأمن الغذائي مشكلة رئيسة تعاني منها اليمن وتؤثر على 22% من الأسر، حيث يعاني أكثر من 60% من السكان من الجوع وينعكس ذلك في ارتفاع نسبة الأطفال دون سن الخامسة الذين يعانون من نقص الوزن التي تصل إلى 45%.

وتمثل خطة التنمية الثالثة للحد من الفقر 2006-2010 المرحلة الثانية من الجهود الرامية إلى تحقيق أهداف رؤية 2025م في إطار مجموعة الأهداف الإنمائية للألفية 2015 م، وذلك كما بينها برنامج الاستثمار العام (2007-2010 م) لا سيما فيما يتعلق بتنمية الموارد البشرية والتخفيف من حدة الفقر، والتي التزمت الحكومة بتحقيقها متضمنة تحقيق النمو، وتحسين التنمية البشرية، وتطوير البنية التحتية، وتوفير الحماية الاجتماعية وضمان الحكم الرشيد. ومن أجل تحقيق هذه الأهداف فإن الحكومة تواجه عدداً من التحديات أهمها: تحقيق الحكم الرشيد، وتخفيض معدل النمو السكاني، وتنمية مصادر المياه والصرف الصحي، وتنويع المصادر الاقتصادية. وهناك عقبات رئيسية أخرى أيضاً لابد من تجاوزها ك انخفاض معدلات التحصيل العلمي، وكثير من المؤشرات الصحية غير المرضية.

يبلغ عدد سكان الجمهورية ما يقارب 22.88 مليون شخص بحسب تقديرات وإسقاطات التعداد السكاني لعام 2009م موزعين على 21 محافظة تتضمن 334 مديرية، بمعدل خصوبة مرتفع 5.2 مولود لكل امرأة، وهذا المعدل لا يزال واحداً من أعلى المعدلات في العالم مع معدل نمو سكاني استمر في مستواه المرتفع البالغ 3.02%. كما أن ما يقارب من نصف السكان (46%) هم من ذوي الأعمار أقل من 15 سنة. فمن ناحية مازالت تغلب السمة الريفية على السكان، حيث لا تتعدى نسبة الحضر 30%. ومن ناحية أخرى نجد أن معدلات التوجه نحو الحضر في ازدياد مستمر (يكاد يساوي ضعفي معدل النمو السكاني). علاوة على ذلك يتركز حوالي نصف السكان في أربع محافظات هي تعز و إب وصنعاء والحديدة. أما سكان الريف فإنهم يتوزعون على أكثر من 113 ألف تجمع وقرية مما يجعل أمر تقديم الخدمات الاجتماعية صعباً للغاية وتحدياً كبيراً أمام جهود التنمية لا سيما الخدمات الصحية. كما أن هناك ازدياداً في نسبة البطالة حيث بلغت 16.5% في عام 2007م مقارنة بحوالي

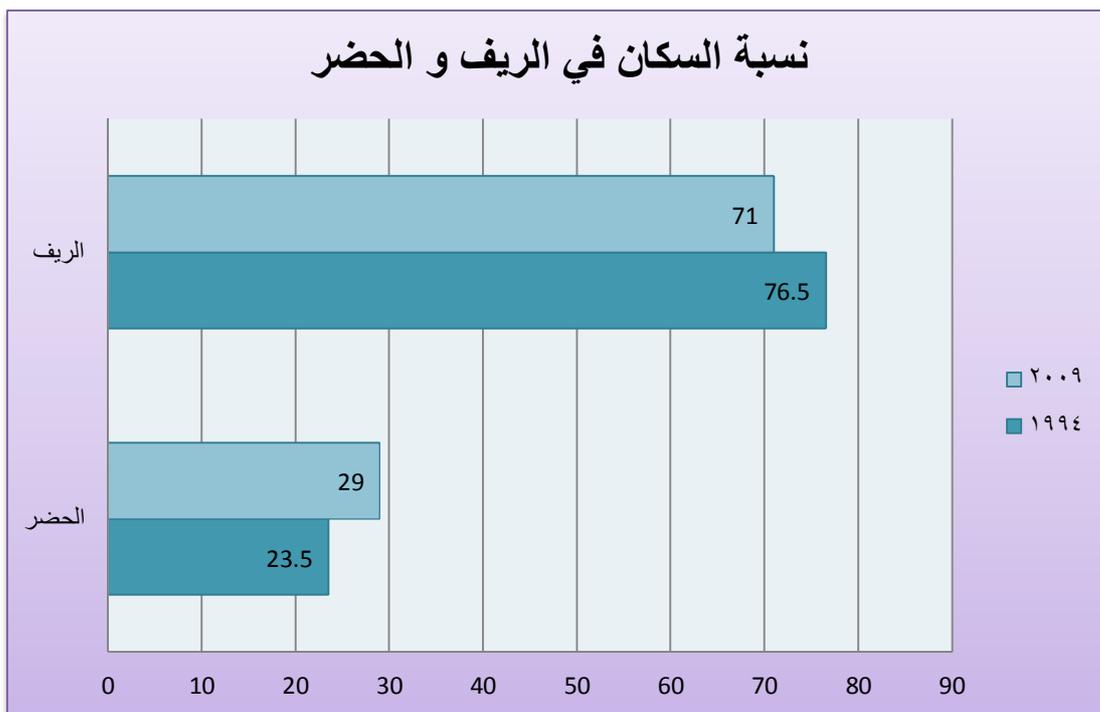
¹ تقرير تقييم الفقر - نوفمبر 2007 م - الحكومة اليمنية، البنك الدولي وصندوق الأمم المتحدة للإنماء.

14.8% في عام **2004م**، فيما يخص الإنفاق الحكومي على الخدمات الاجتماعية الأساسية فهي الأدنى في المنطقة حيث أن ما ينفق على الصحة لا يزيد عن **4.2%** من إجمالي الإنفاق المحلي سنوياً. وبينما تتوفر المياه الصالحة للشرب لحوالي **31%** من السكان فإن خدمات الصرف الصحي لا تزيد عن **23%** فقط مع وجود فرق شاسع بين الحضر والريف (**80%** و**41%** على التوالي) خلال العام **2006م**.
ومن الجدير بالذكر أن نسبة تفشي الأمية من إجمالي السكان لعمر **15** سنة فأكثر تصل إلى **54.1%** (الذكور **29.6%** والإناث **61.6%**)، بينما يصل معدل الالتحاق بالتعليم الأساسي **68%** من السكان في سن التعليم لعام **2006م**، مع وجود فوارق شاسعة بين الجنسين (الذكور **72%** والإناث **54%**) وبين الريف والحضر بل وحتى بين المحافظات. وفي الخصلة في ظل نسبة النمو السكاني المرتفعة والأعداد المتزايدة من الأجيال الشابة، ومع كثرة التحركات السكانية والفقر والبطالة وارتفاع معدل الأمية ووجود فجوات نوعية اجتماعية، تواجه اليمن تحدياً ملحاً من حيث محدودية الموارد والخدمات المتاحة لمكافحة مجموعة المشاكل والتحديات التي تواجه القطاع الصحي.

جدول رقم (1): بعض المؤشرات الاجتماعية والاقتصادية

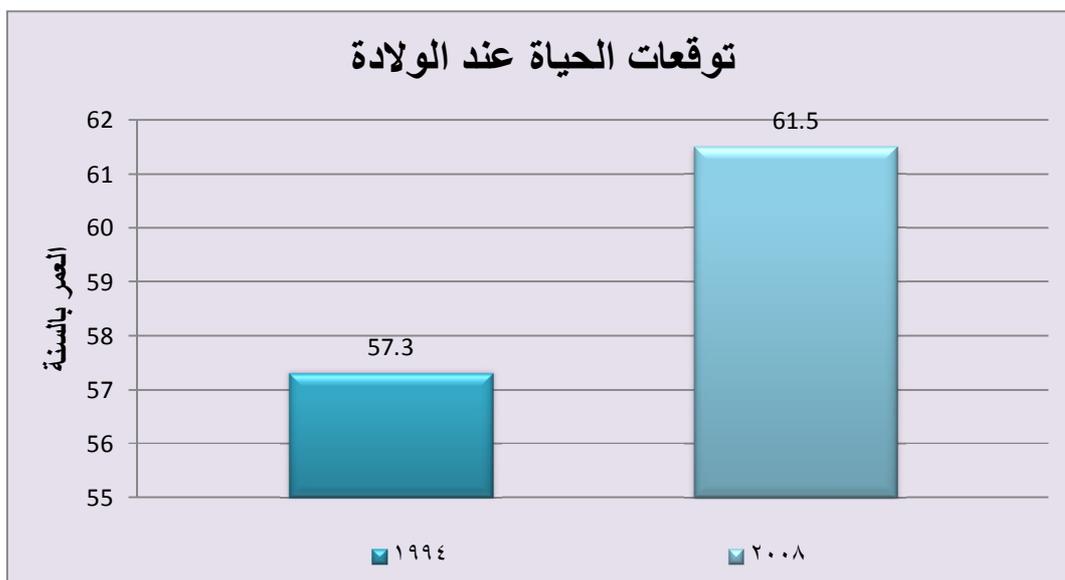
| المؤشر | القيمة | العام |
|-------------------------------|---------------|-------|
| عدد السكان | 22880000 نسمة | 2009 |
| تقديرات السكان 2015 م | 27453000 نسمة | 2015 |
| نسبة السكان في الريف | 71 % | 2009 |
| نسبة الفقر | 34.8 % | 2007 |
| نسبة الفقر في الريف | 40.1 % | 2007 |
| نصيب الفرد من الناتج المحلي | 926 دولار | 2008 |
| نسبة الأمية ذكور | 29.1 % | 2008 |
| نسبة الأمية إناث | 62 % | 2008 |
| التغطية بالكهرباء | 62.2 % | 2004 |
| الحصول على الماء الصالح للشرب | 31 % | 2008 |
| التغطية بخدمات الصرف الصحي | 23 % | 2008 |

المصدر: تقديرات تعداد السكان لعام 2009م وتقرير تقييم الفقر 2007م



شكل بياني رقم(1): نسبة السكان في الريف والحضر 1994م و2009م

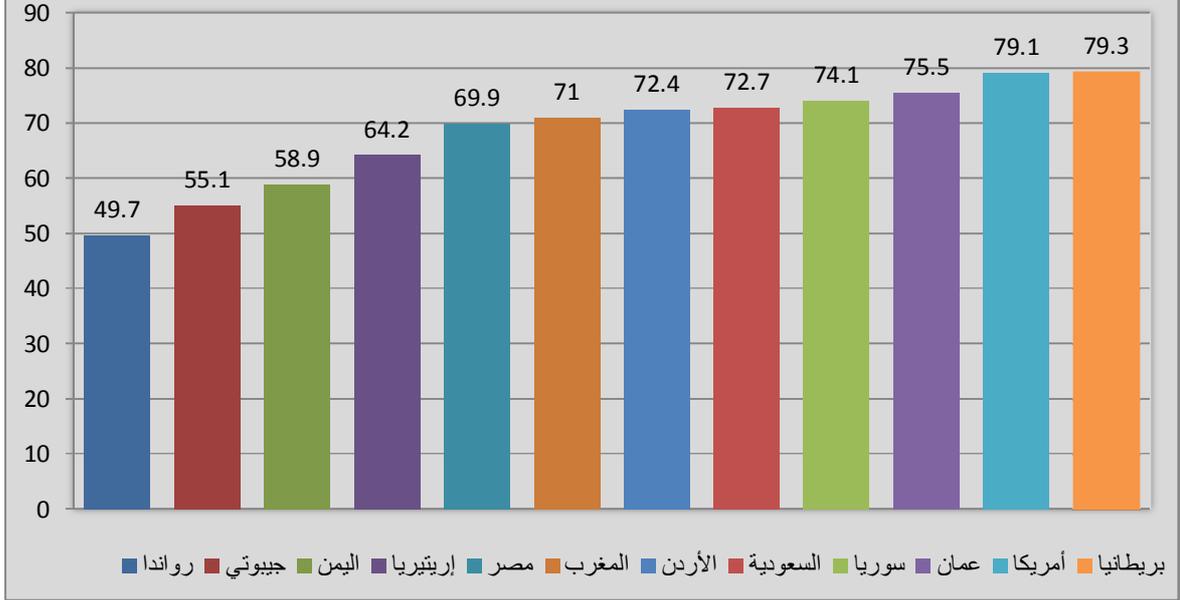
المصدر: تعداد السكان 1994م وتقديرات تعداد السكان لعام 2009م



شكل بياني رقم(2): توقعات الحياة عند الولادة الأعوام 1994 و 2008 م.

المصدر: وزارة التخطيط والتعاون الدولي 2008م و وزارة الصحة العامة والسكان - 2008م ووثيقة السياسات والاستراتيجيات المستقبلية للتنمية الصحية 1994م.

توقعات الحياة عند الولادة



شكل بياني رقم (3): توقعات الحياة عند الولادة في عدد من الدول مقارنة مع اليمن

المصدر: <http://hdrstats.undp.org> المعلومات للعام 2007م.

2.2. خلفية حول النظام الصحي الوطني:

تقدم الخدمات الصحية في اليمن عبر الجهات التالية:

✓ القطاع العام

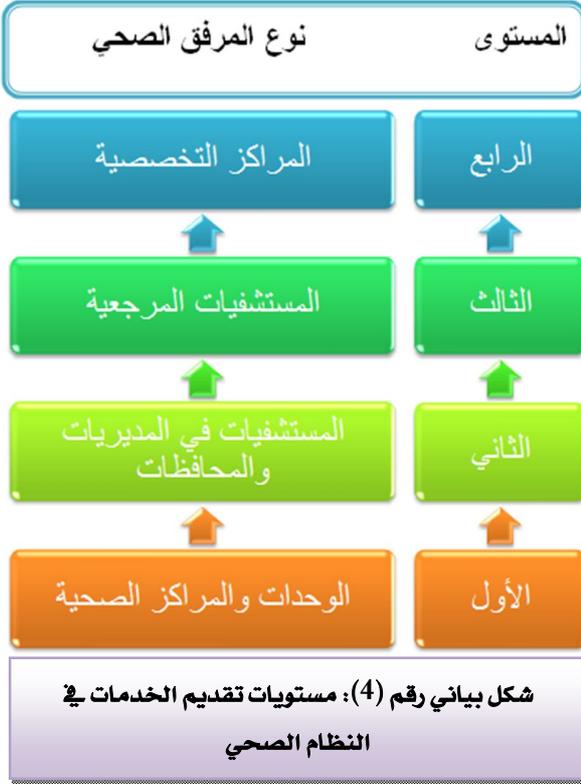
- المرافق الصحية لوزارة الصحة العامة والسكان
- المرافق الصحية التابعة لوزارة الداخلية*
- المرافق الصحية التابعة لوزارة الدفاع*
- مصافي عدن*

✓ القطاع الصحي الخاص (الربحي)

✓ القطاع الصحي الخيري (غير الربحي)

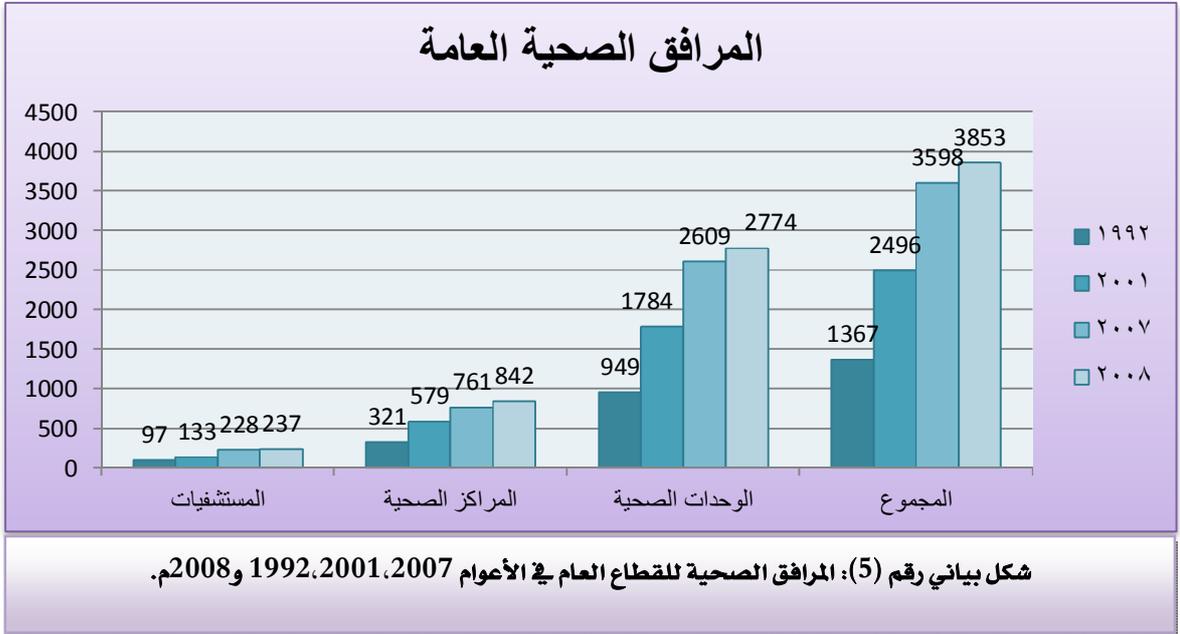
* لا تتوفر حولها بيانات لدى الوزارة

2.2.1. القطاع الصحي العام:



يقوم القطاع الصحي العام بتقديم خدمات الرعاية الصحية ضمن عدة مستويات عبر وزارة الصحة العامة والسكان، والتي تعتبر الجهة المسؤولة عن جميع ما يتعلق بالصحة في اليمن وذلك استناداً للمهام الموكلة لها ولقانون الصحة العامة رقم 4 لعام 2009م.

وتقوم وزارة الصحة العامة والسكان بتقديم خدماتها الصحية الأولية والثانوية والثالثية للمواطنين من خلال شبكة من الوحدات والمراكز الصحية والمستشفيات العامة والتخصصية والمراكز التأهيلية على أربعة مستويات كما بينها الشكل البياني رقم (4). كما يوضح الشكل البياني رقم (5) مقارنة لأعداد المرافق الصحية المختلفة للأعوام 1992 و 2001 و 2007 و 2008م.



المصدر: إحصائيات وزارة الصحة العامة والسكان.

1.1.2.2. المستوى الأول: الرعاية الصحية الأولية:

تعتبر الرعاية الصحية الأولية المدخل الأساسي لتوفير الصحة للجميع وهي النهج الذي تعتمده الوزارة كركيزة أساسية للنظام الصحي، وبالرغم من أن عدد الوحدات والمراكز الصحية قد زاد في الآونة الأخيرة إلا أن شبكة مرافق الرعاية الصحية الأولية تعاني من سوء توزيعها وتدني وقصور الخدمات الأساسية التي تقدمها هذه المرافق. ويضم هذا المستوى الوحدات والمراكز الصحية التي من المفترض أن تقدم حزمة أساسية من الخدمات الصحية تشكل بوابة التدخلات الوقائية والعلاجية قبل الإحالة إلى المستويات الأعلى في النظام الصحي الوطني.

وتعاني الرعاية الصحية في بلادنا من تجاوزات للمعايير المعتمدة في جانب بناء وتشغيل المرافق الصحية، والتي لا تعبر في كثير من الحالات عن الاحتياج الفعلي، وإنما تخضع لتدخلات ذات بعد اجتماعي يركز على البناء دون الرجوع إلى الإستراتيجيات الوطنية للقطاع الصحي أو إلى رؤى واضحة ومحددة، مما يعيق تحقيق العدالة في توزيع الموارد، ولأن هناك فجوة بين مخرجات عمليات الاستثمار والإنفاق فقد أدى ذلك إلى وجود فوارق كبيرة في واقع توزيع المرافق الصحية وبخاصة الأولية منها. وتلعب العوامل المتعلقة بالتضاريس الوعرة والتنوع الجغرافي إلى جانب شحة الكوادر المتخصصة في مجال الإدارة الصحية وضعف مشاركة المجتمع وتفضيل العاملين الصحيين للعمل في المدن، ناهيك عن قلة الأدوية والمعدات الطبية دوراً في تفاوت التغطية بالمرافق الصحية على المستوى الوطني.

1.2.2.1.2. المستوى الثاني: الرعاية الصحية في المستوى الثاني (الثانوية):

تشمل الرعاية الصحية في المستوى الثاني الخدمات التي تقدمها المرافق الصحية التالية: مستشفيات المديرية ومستشفيات المحافظات. وتقوم هذه المستشفيات بمعالجة المرضى الذين لا تتوفر لهم المعالجة المناسبة في مرافق الرعاية الصحية الأولية. ويبلغ مجموعها 235 مستشفى (53 مستشفى محافظة و182 مستشفى مديرية)².

1.3.2.2.1. المستوى الثالث: الرعاية الصحية في المستوى الثالث (الثالثية):

وتشمل الخدمات الصحية التي تقدمها المستشفيات التخصصية (المرجعية) وعددها مستشفيات إثنان فقط في الأمانة³. ولكن مستشفيات الرعاية الصحية في المستوى الثالث لا تعتبر مؤهلة لعلاج كل الحالات المرضية المحولة إليها بل هناك بعض من الحالات المرضية يتطلب علاجها في مراكز علاجية خاصة أو للمعالجة في الخارج. وتتعامل المستشفيات المرجعية مع المشاكل الصحية الأكثر تعقيداً التي لا يمكن معالجتها في المستوى الثاني حيث يتوفر لديها عاملين صحيين ذوي مستويات عالية من التأهيل. وبالإضافة إلى ذلك فأن المستشفيات المرجعية وبعض

² التقرير الإحصائي الصحي السنوي للعام 2008 م وزارة الصحة العامة والسكان
³ التقرير الإحصائي الصحي السنوي للعام 2008 م وزارة الصحة العامة والسكان

مستشفيات المحافظات إلى جانب تقديمها للخدمات الصحية التخصصية هي عبارة عن مؤسسات تعليمية لتعليم وتدريب طلبة كليات الطب البشري والتمريض والمختبرات والمعاهد الصحية.

2.2.1.4. المستوى الرابع: الخدمات التخصصية:

تشمل الخدمات التخصصية خدمات المؤسسات (المراكز) التالية (بنك الدم، مراكز السرطان، مراكز القلب والكلى، ومراكز إعادة التأهيل) وتمثل رأس هرم الرعاية الصحية التي يقدمها القطاع العام وتتمركز هذه المؤسسات بشكل رئيس في كل من صنعاء وعدن، وهناك بعض المشاريع التي مازالت تحت الدراسة أو التنفيذ في عدد من المحافظات. ونورد بعض المعلومات التي تتوفر لدينا أمثلة عن هذا المستوى جدول رقم (2 و3).

| جدول رقم (2): نشاط مركز القلب لمستشفى الثورة للعام 2008م | | |
|--|-------|------|
| النشاط | العدد | % |
| عمليات جراحة القلب المفتوح | 885 | 23 |
| عمليات جراحة القلب المغلق | 143 | 3.7 |
| قسطرة تشخيصية | 1808 | 46.9 |
| قسطرة علاجية | 937 | 24.3 |
| عمليات زرع جهاز تنظيم ضربات القلب مؤقت | 11 | 0.3 |
| عمليات زرع جهاز تنظيم ضربات القلب دائم | 69 | 1.8 |
| الإجمالي | 3853 | 100 |

المصدر: مستشفى الثورة النموذجي - وزارة الصحة العامة والسكان - 2008م

جدول رقم (3): نشاط مركز الكلى في مستشفى الثورة للعام 2008م

| النشاط | عدد العمليات | % |
|---------------------------------------|--------------|------------|
| زراعة الكلى | 9 | 0.2 |
| زراعة المثانة | 12 | 0.3 |
| عمليات جراحة المسالك بالمنظار | 1854 | 39 |
| عمليات المسالك الجراحية | 830 | 17.5 |
| عمليات تفتيت الحصوات بالموجات الصادمة | 976 | 20.5 |
| عمليات تفتيت حصوات الكلى بالمنظار | 242 | 5.1 |
| عمليات المناظير التشخيصية | 833 | 17.5 |
| الإجمالي | 4756 | 100 |

المصدر: مستشفى الثورة النموذجي - وزارة الصحة العامة والسكان - 2008م

2.2.2. القطاع الصحي الخاص (الربحي):

مع بداية التسعينات أدركت الوزارة أهمية إشراك القطاع الصحي الخاص في تقديم الخدمات الصحية لما لذلك من أثر في استيعاب مهام الأداء الصحي في مختلف المرافق وتحفيز تنافس الجهود العامة والخاصة في إطار التوجه الاستراتيجي الوطني. غير أن الخدمات الوقائية لاتزال وبصورة أساسية تعتمد على القطاع العام مع مشاركة محدودة للقطاع الخاص. وتعمل الوزارة على إعادة تحديد دور القطاع الخاص إلى جانب تطبيق المعايير السليمة في مجال الخدمات التشخيصية العلاجية بما يتفق مع التوجهات الوطنية المعتمدة. وتوجد الكثير من المرافق الصحية الخاصة التي أسست منذ بداية التسعينات وتنتشر في عموم محافظات الجمهورية والتي يقدر حجمها حتى نهاية 2008م بحسب إحصائيات الوزارة كالتالي:

جدول رقم (4): المرافق الصحية الخاصة في اليمن 2008م

| نوع المرفق | العدد |
|-------------------|--------------|
| مستشفى | 167 |
| مستوصف | 321 |
| مركز طبي | 420 |
| عيادات أطباء عموم | 1336 |
| عيادات تخصصية | 838 |
| عيادات أسنان | 654 |
| معامل أسنان | 155 |
| مختبر | 1189 |
| أشعة | 224 |
| إسعاف أولي | 1355 |
| عيادات قابلة | 69 |
| بصريات | 117 |
| صيدليات | 2681 |
| مخازن أدوية | 2123 |
| المجموع | 11649 |

المصدر: وزارة الصحة العامة والسكان - 2008م

تتمركز أغلب هذه المرافق في أمانة العاصمة وعواصم محافظات الجمهورية، ففي أمانة العاصمة وحدها يوجد ما يقارب 1593 منشأة ويوجد بعدن 581 منشأة صحية في العام 2007م بحسب إحصائيات الإدارة العامة للمنشآت الطبية الخاصة بالوزارة.

وللأسف فإن المنافسة بين القطاع الصحي العام والخاص في مجال جودة الخدمات وفعاليتها تعتبر محدودة مما جعل الأمر أكثر سهولة للقطاع الخاص لتحقيق أرباح طائلة بالرغم من افتقار غالبية الخدمات الصحية التي يقدمها للنوعية الجيدة والعالية، ومع ذلك أستمّر القطاع الخاص في التوسع السريع في ظل ضعف تطبيق القوانين واللوائح وضعف نظام الإشراف والمراقبة. وبالرغم من عدم معرفة عدد وغرض الأنشطة التي يقدمها القطاع الخاص إلا أن التنسيق للاستثمار بين القطاع العام والخاص يظل في غاية من الأهمية نحو تحسين وتوسيع عملية تقديم الخدمات الصحية.

2.2.3. القطاع الصحي الخيري (غير الربحي):

يوجد في اليمن العديد من المنظمات غير الحكومية المحلية والدولية التي تقوم بتقديم خدمات صحية محددة، ويبلغ عدد هذه المنظمات ما يقارب 25 منظمة دولية غير حكومية تعمل في مختلف المحافظات في المجال الصحي، وتقتصر الرعاية الصحية التي يقدمها القطاع الخيري والمنظمات غير الحكومية على تقديم الخدمات العلاجية فقط وتتوفر بشكل رئيسي في المدن الرئيسية والمناطق الحضرية والمناطق المجاورة لها.

2.3. تحليل الوضع الراهن في القطاع الصحي :

تضع المؤشرات الصحية اليمن أمام تحديات كبيرة في مجال توفير الرعاية الصحية المطلوبة للمواطنين. وحيث أن معدل وفيات البالغين هو الأعلى في إقليم شرق المتوسط وشمال أفريقيا فإن نسبة وفيات الأمهات تبلغ 366 وفاة لكل 100.000 ولادة حية، حيث تتم 24% فقط من الولادات في المرافق الصحية تحت إشراف طبي حسب نتائج المسح العنقودي للعام 2006م. ويعتبر معدل وفيات الرضع البالغ 69 وفاة لكل 1000 ولادة حية من أعلى المعدلات أيضاً في الإقليم. حيث تأتي وفيات الأمهات ووفيات الرضع في المرتبتين الثالثة والخامسة في الإقليم من حيث الارتفاع على التوالي.⁴

كما يعاني القطاع الصحي من ضعف البنية التحتية ونقص في الموارد البشرية بالإضافة إلى سوء توزيعها وعدم الاستغلال الأمثل للكوادر المتوفرة. ويضم القطاع الصحي العام وبحسب الإحصائيات للعام 2008م من حوالي 3853 منشأة صحية موزعة على أربعة مستويات رئيسية (2774 وحدة صحية، 842 مركز صحي، 237 مستشفى).

وتبلغ نسبة التغطية بخدمات رعاية الحوامل تقريباً 45% بحسب إحصائيات العام 2006م⁵، وتؤكد البيانات الوطنية التوسع في خدمات صحة الطفل من خلال تطبيق إستراتيجية الرعاية التكاملية في (60%) من

⁴ إحصائيات منظمة الصحة العالمية 2009م
⁵ إحصائيات منظمة الصحة العالمية 2009م.

المديريات، ولا تزال الكثير من المؤسسات الصحية بحاجة إلى مزيد من التجهيزات والكادر وزيادة نفقات التشغيل وتوفير الدواء⁶.

أما القطاع الخاص فيشمل على ما يقارب (11649) منشأة صحية معظمها في المدن الرئيسية حسب إحصائيات وزارة الصحة العامة والسكان للعام 2008م. ومن المعلوم أن ضعف التنظيم والإشراف على القطاع الخاص لم يساعد في إيجاد خدمات صحية نوعية رغم أن ما يقارب (70%) من الخدمات الصحية العلاجية تقدم عبر هذا القطاع، كما أنه من الصعب الفصل بين القطاعين العام والخاص بسبب أن كثيراً من موظفي القطاع العام يعملون أيضاً في القطاع الخاص. وفي المتوسط يتواجد طبيب لكل (3600) فرداً من السكان مع تفاوت كبير على مستوى المحافظات حيث أن (42%) من أطباء العموم يعملون فقط في ثلاث محافظات (أمانة العاصمة وعدن وتعز) وبين الحضر والريف. علاوة على ذلك فإن نظام معلومات الإدارة الصحية ونظام الترصد الوبائي لا يزالان ضعيفين مما يضعف من وثوقية المعلومات المتوفرة.

جدول رقم (5): بعض المؤشرات الصحية

| المؤشرات | القيمة | العام |
|---|--|-------|
| السكان | 22880000 نسمة | 2009 |
| معدل نمو السكان | 3.02% | 2009 |
| معدل الولادات الخام | 42.42 مولود/1000 من السكان | 2008 |
| معدل الوفيات الخام | 9.0 /1000 من السكان | 2008 |
| معدل وفيات الرضع | 69 لكل 1000 ولادة حية | 2006 |
| معدل الخصوبة الكلي | 6.02 مولود / امرأة | 2008 |
| توقع الحياة عند الولادة | الكل: 61.5 عاماً الذكور: 60.61 عاماً الإناث: 64.54 عاماً | 2008 |
| انتشار نقص الوزن (أقل من خمس سنوات) | 46% | 2003 |
| نسبة التحصين ضد الحصبة للأطفال في عمر السنة | 73% | 2008 |
| معدل وفيات الأمهات | 366 /100000 | 2008 |
| نسبة الولادات في منشأة صحية | 24% | 2006 |

المصدر: الإدارة العامة للمعلومات بوزارة الصحة العامة والسكان - 2008م

⁶ إحصائيات قطاع الرعاية الصحية الأولية 2009م.

تلخيص لأهم نتائج تقييم الوضع الراهن للقطاع الصحي

فيما يلي سيتم التطرق إلى أهم ما جاءت به نتائج تقييم الوضع الراهن للمحاور الثمانية:

2.3.1. القيادة:

إن نظام السلطة المحلية يتطور أكثر فأكثر كما يحصل على دعم والتزام سياسي كبيرين وذلك من خلال التضمينات التي انعكست على وظائف قطاعات الحكومة على المستويين المركزي والمحلي. وفي هذا الصدد فقد وجد أن دور ووظائف النظام الهيكلي الحالي لوزارة الصحة العامة والسكان لا تتكامل مع التطورات الواقعية الجديدة في نظام اللامركزية من حيث غياب مهام واضحة للنظام الصحي في المستوى المحلي، ووجود تداخلات في المسؤوليات على المستويين المركزي واللامركزي، وعدم وضوح مسؤوليات التكوينات الإدارية بين مكاتب الصحة والمجالس المحلية، كما لم يتم تطوير طرق إدارة نظام المديرية الصحية وتقديم خدمات تكاملية تراعي حاجات المجتمع بشكل فعال.

ويلاحظ أن الهيكل التنظيمي لوزارة الصحة العامة والسكان غير متوازن مما جعل بعض الإدارات أكثر فعالية في أداء عملها من الإدارات الأخرى دونما مبرر إداري أو موضوعي، وما كان ذلك إلا بسبب حصولها على موارد مالية أكثر من غيرها، مما جعلها لهذا السبب أكثر تأثيراً في النظام الصحي من تلك الإدارات التي تعاني من شحة الموارد. إضافة إلى أن المركزية الشديدة في الهيكل التنظيمي قوّى ارتباط عدد كبير من الإدارات بالمركز الرئيسي حتى أن مكاتب الصحة بالمحافظات ترتبط ارتباطاً مباشراً بمكتب الوزير، كما أن الهياكل التنظيمية في مكاتب الصحة في المحافظات تعاني من عدم وجود مرجعية عامة يتبعها كل مكتب أو يمكن أن يهتدي بها على الأقل. كما أن عناصر الكادر الوظيفي وخاصة في المواقع القيادية يعاني من الشعور الدائم بعدم الاستقرار بسبب التغييرات الوظيفية السريعة والمستمرة، وأكثر من ذلك فإن هذا دائماً ما يسوق إلى الإحساس بعدم الأهمية لمكانتهم الوظيفية.

وبالإضافة إلى ما سبق فما زالت هناك مجموعة من الفجوات أو الضعف سواء كان ذلك في الأطر العامة للتشريعات الصحية أو طرق معالجتها وتوجيهها لهيكلية النظام الصحي القائم، إن هذه الحقائق وغيرها أدت إلى ضعف في نظام الرقابة والمحاسبة بل وإلى غيابها أحياناً، وما يترتب على هذا من ازدياد في إضعاف النظام الصحي ذاته. كما أن الخطط الإستراتيجية متوسطة وطويلة المدى ظلت بعيدة عن التوجهات العملية، وبالرغم أنه لم يشارك في تطويرها شركاء التنمية الصحية والجهات ذات العلاقة إلا بقدر محدود، فإنها لاقت صعوبة في انسجامها العملي مع واقعنا المحلي. إن عملية الرصد والتقييم والإشراف من المهام التي يفترض أن تُعطى الأولوية

كونها مهام أساسية ومركزية وملحة في ظل نظام اللامركزية ونظام الحكم المحلي الذي ينيط مهام التنفيذ على عاتق الأجهزة المحلية، تماشياً مع الاتجاهات العامة للقيادة السياسية والحكومة أيضاً.

إن تحقيق الترابط بين وظائف النظام الصحي العام وأدواره المركزية والمحلية، من جهة وانسجامه المتفاعل مع قانون السلطة المحلية من جهة أخرى، يمثل تحدياً رئيسياً، يتم من خلال نجاحه تحديد وتوصيف المهام والمسئوليات الصحية على مستوى الوطن بعامته. ليس هذا فقط بل إنه أيضاً يمثل ضمان إيجاد تناغم بين دور القطاع الصحي ووظائفه المعيارية، ونظام السلطة المحلية، تناغماً تاماً، لكن النجاح في هذا المضمار يتطلب تطويراً وتوصيفاً جيدين لآليات توجيه وإدارة مستويات النظام الصحي المختلفة. ويتطلب أيضاً إنشاء هيكل تنظيمي للوزارة متوازن يمكنها من فرض معاييرها الوظيفية بكفاءة، لتتمكن من مراجعة وتجاوز الفجوات والتداخلات في الإطار العام للأنظمة والتشريعات الصحية، ومن أجل أن يتم تنفيذها باستعمال معايير إدارية ملائمة، ومن أجل تطوير استراتيجيات متوسطة وطويلة المدى للنظام الصحي بأولويات واضحة يتم توزيعها على كل الشركاء وبمشاركتهم جميعاً سواء من حيث الرؤية أو التنفيذ، كل هذا سعياً إلى تطوير آليات وأطر عامة يتم من خلالها إحضار ودمج جميع المدخلات والمساهمات معا لتحقيق تلك الأولويات.

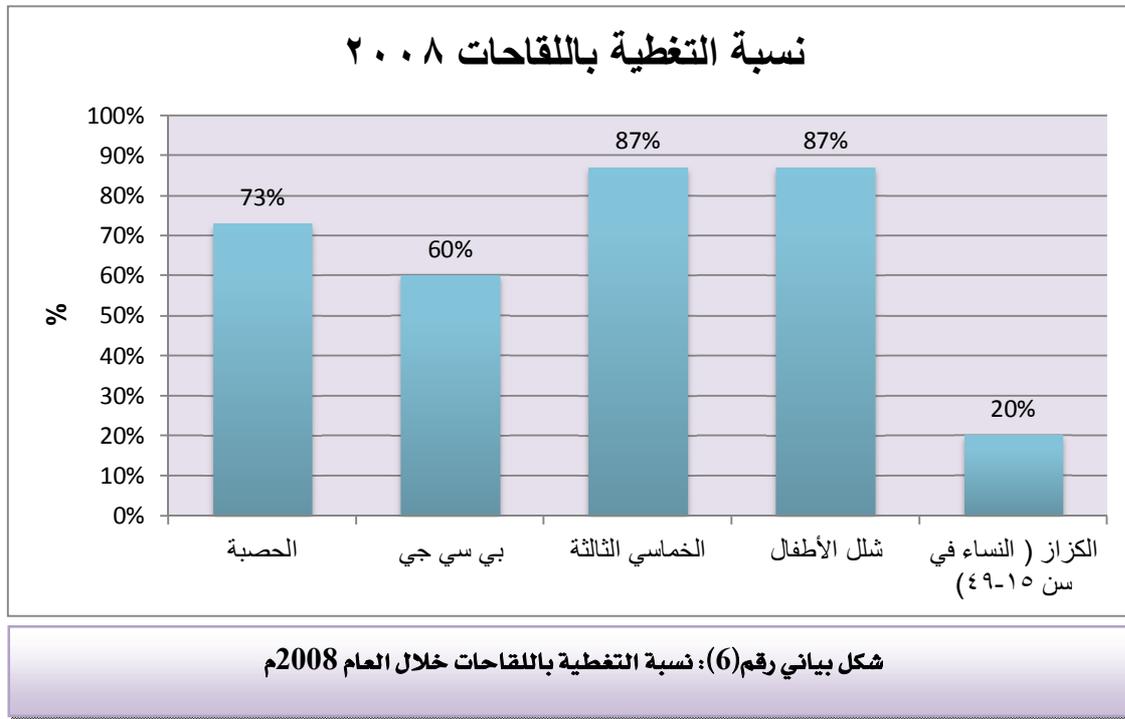
2.3.2. تقديم الخدمات الصحية:

إن تقديم الخدمات الصحية يعاني من مشكلة ذات وجهين: الأول أن الخدمات الصحية تقدم على مستوى المديرية من خلال "حزمة الخدمات الأساسية"⁷ وهذه الحزمة لم يتم اختبارها على أرض الواقع ولم يتم حساب تكلفتها حساباً دقيقاً، كما أنه لم يتم إعداد المرافق الصحية بشكل تنظيمي وتصنيفي حتى تكون قادرة على تقديم حزمة الخدمات الصحية تلك. وحسب توزيع مستويات المرافق الصحية يمكن لنا التفريق بينها نظرياً، من حيث أنه يوجد أسرة لمرضى في مستشفيات المديريات، في حين أنه لا توجد مثل هذه الأسرة في المراكز الصحية، أما في الواقع العملي فلا يوجد فرق واضح بين المركز الصحي ومستشفى المديرية، في كثير من الحالات، إنطلاقاً من نوعية وجودة الخدمات الصحية التي تقدم فيهما، ومن ثم فلا معنى لتسمي معظمها مستشفيات مديريات، مادامت تؤدي مهام المرافق الصحية للمستوى الأول من النظام الصحي. أما العضلة الكبرى والتي تقوض الجودة في خدمات الرعاية الصحية فهي ذات شقين الأول ضعف التأهيل بالمعلومات والمهارات لمقدمي الخدمات الصحية، والثاني عدم وجود طرق منظمة لمواجهة هذه المشكلة حتى الآن.

وبالنظر إلى برامج الصحة التي تتعامل مع قضايا صحية ذات اهتمام خاص مثل برامج التحصين ومكافحة الملاريا والبلهارسيا والسل والإيدز فإنها تعتمد بشكل كبير جداً على الإدارة الرأسية

⁷ حزمة الخدمات الأساسية - وزارة الصحة العامة والسكان - 2005م.

(المركزية) التي تساعد على زيادة نسبة التغطية في ظل توفر الدعم المالي خاصة من الداعمين، أو حتى من الدولة أيضاً، غير أن التحدي الذي ستواجهه مثل هذه البرامج هو عدم استمراريتها، في حال انقطاع دعم المانحين الرئيسيين، ولهذا لا بد من التأكيد على ضرورة العمل على تكامل أنشطة هذه البرامج الرأسية ضمن النظام الصحي الوطني الشامل وضرورة التكامل فيما بينها على مستوى المحافظات والمديريات، كما ينبغي أن تكون جزءاً لا يتجزأ من وظائف نظام تقديم الخدمات الصحية كون أنهما في حقيقة الأمر هي جزء لا يجب أن يفصل عنه.



المصدر: وزارة الصحة العامة والسكان - 2008م

جدول رقم (6): بعض مؤشرات المرافق الصحية في القطاع الصحي - 2008م

| المؤشر | 2008 |
|---|------|
| عدد المستشفيات لكل عشرة ألف نسمة من السكان | 0.1 |
| عدد الأسرة لكل عشرة ألف نسمة من السكان | 7 |
| المراكز والوحدات الصحية لكل عشرة ألف نسمة من السكان | 2 |

لمصدر: وزارة الصحة العامة والسكان - 2008م

أما الوجه الثاني للمشكلة فهو: أن إدارة النظام الصحي على مستوى المديرية لا تتم إلا بطريقة معقدة، بسبب تدخلات العديد من الجهات في قيادة نظام المديرية الصحية، أما تعدد هذه الجهات فقد أدى إلى كثرة التعقيدات التي تواجهها إدارة النظام الصحي، فكل جهة تجهل دورها في تسيير النظام الصحي أو أن لديها على أحسن الفروض عدم وضوح عن حقيقة هذا الدور. من خلال هذه الأوضاع المعقدة في إدارة الأنظمة الصحية نجد أن احتياجات النظام الصحي الفنية لا تتم مراعاتها بشكل دقيق ولا صحيح، بل يمكن القول أن هذه الاحتياجات الفنية في كثير من الأحيان تتعرض للتقويض. علاوة على ذلك كله فإن النظام المالي وإجراءات الحصول على النفقات المالية لا تستجيب لحاجة النظام الصحي بكونه ضرورة دائمة وملحة، ناهيك عن أن النظام الصحي يواجه صعوبات لاحقة للحصول على النفقات المالية تعمل على عرقلة الاستخدام الأمثل لهذه الموارد والحيلولة دون توفر الجودة المطلوبة للخدمات الصحية. ولايتوفر حتى الآن الدعم الكافي ولا آليات العمل الضرورية لوزارة الصحة العامة والسكان لتقوم بإنشاء نظام صحي للمديرية يعمل بشكل فاعل وكفؤ.

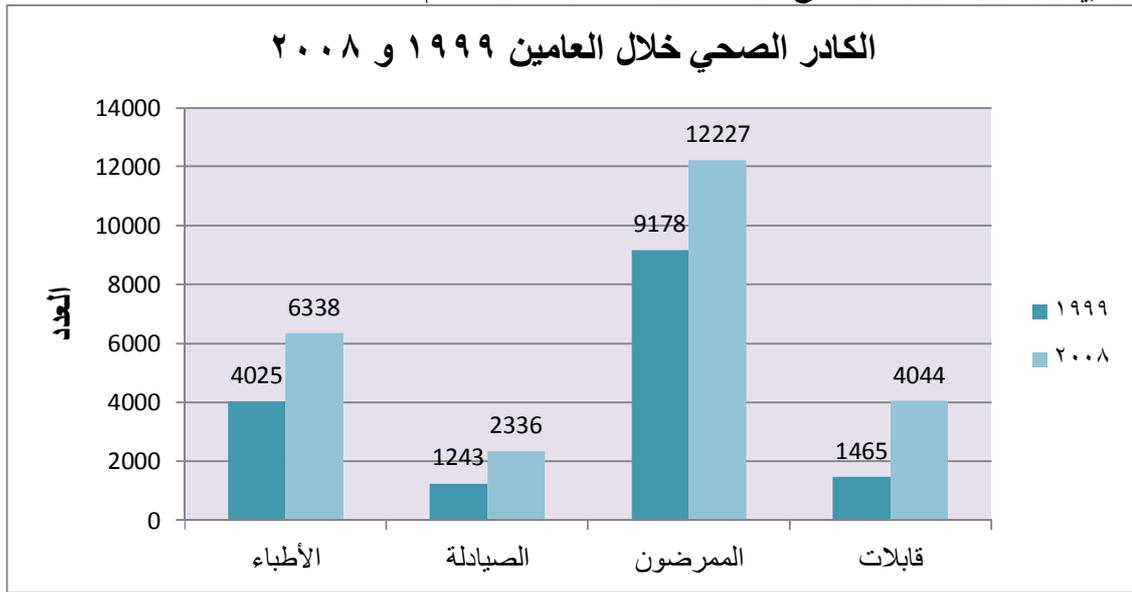
وقد تختلف مستويات جودة الخدمات الصحية المقدمة من مستشفى إلى آخر لكنها تشترك جميعا في منظومة من المشاكل العامة، مثل عدم وجود معايير مرجعية للجودة، وعدم تحديد حزمة الخدمات حسب كل مستوى من التصنيف المعتمد للمستشفيات، وكذلك تدني مستوى الكوادر الصحية المساعدة، وخدمات التمريض الذي يسهم بقدر كبير في التقليل من جودة الخدمات المقدمة في المؤسسات الطبية بشكل عام، بالإضافة إلى ضعف مبدأ الرعاية الصحية الأولية الشاملة والمفروض أن تكون مركزة على المجتمع ككل، وذلك بسبب التركيز على فئات محددة من المجتمع دون فئات أخرى. وتستمر حالة القصور هذه بالرغم أن المستشفيات خاصة لديها المساحة الجيدة والمرونة الكافية، لاستخدام الميزانية بحرية أكبر من المرافق الصحية الأخرى، ولديها الدعم المعقول لاستمرار تقديم مستوى أفضل من الخدمات الصحية الأجد والأشمل، مقارنة مع المراكز والوحدات الصحية.

ولا ننس الإشارة أخيرا إلى أن هناك تحد لا يقل خطورة يواجه العاملين في مجال الصحة، والمترددون على المرافق الصحية أيضا، يتمثل هذا التحدي في غياب إدارة موحدة فاعلة وكفوة تدير تصريف المخلفات الناتجة عن الرعاية الصحية الأولية إدارة تراعي الطرق العلمية السليمة، من أجل تجنب انتشار الأوبئة والعدوى بين العاملين في الصحة والمرضى ومرافقيهم.

إن الحلول الرئيسية في تجاوز مشاكل هذا المجال تتمثل في إقرار حزمة خدمات واقعية للمستويات المختلفة تتضمن معايير واضحة للحكم على جودة الأداء في مختلف مستويات تقديم الخدمات الصحية، وتطوير مفاهيم وآليات سليمة ومستقلة وحيادية لتقييم الجودة في كل هذه المستويات. ليس ذلك فحسب بل ضرورة اتخاذ خطوات عملية لدعم الخدمات المساعدة وتطوير إدارة النظام الصحي في المستويين المركزي والخلي بما يجعل خدماتها الصحية متاحة في سهولة ويسر لجميع السكان.

2.3.3. الموارد البشرية (الكادر):

إن النظام الصحي لديه صعوبات كبيرة في الاستفادة المثلى من أداء هذه الموارد البشرية، وبالرغم أن بند المرتبات يمثل الجزء الأكبر من خطط موازنات النظام الصحي، إلا أنها غير كافية بل يمكن التأكيد على أنها قليلة جداً، وصدقية هذا القول تتأكد بالنظر إلى ما يخصص للقطاع الصحي سواء في جانب الكوادر الفنية المؤهلة، أو في جانب النفقات التشغيلية المركزية ذات المخصصات المحدودة جداً، وهو أمر يؤدي بالضرورة إلى ضعف الدور الرقابي والإشرافي للوزارة، وما ينتج عن ذلك من ضعف في مستوى تقديم الخدمات الصحية.

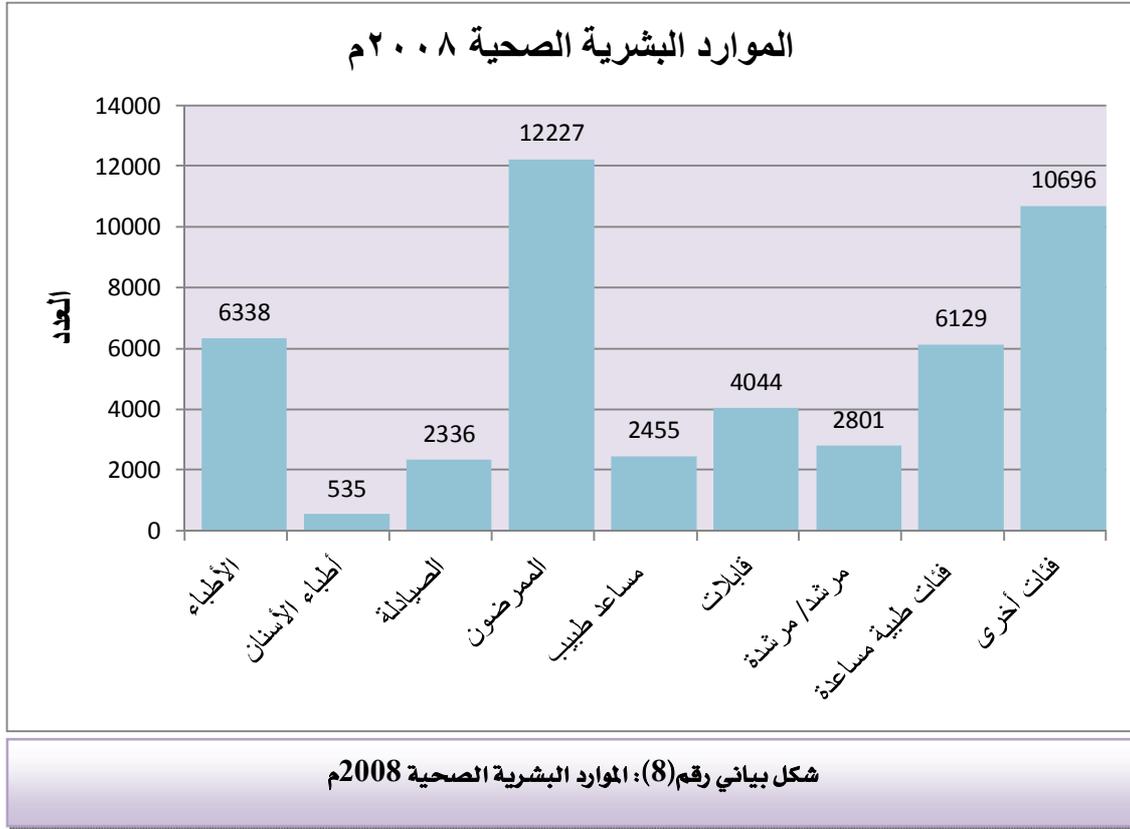


شكل بياني رقم (7): بعض فئات الكادر الصحي خلال العامين 1999م و 2008م

المصدر: وزارة الصحة العامة والسكان - 2008م والخطة الخمسية الثانية للتنمية الصحية 2001-2005م.

والمؤسف أن الوزارة لا يوجد لديها حتى الآن خطة متكاملة حول تنمية الموارد البشرية بسبب محدودية القدرات وقلة الكوادر المؤهلة التي تضع الاستراتيجيات والخطط لتنمية الموارد البشرية الكافية لنظام صحي وطني متكامل، وكذلك عدم توفر قاعدة بيانات موحدة وموثوقة، تبين خارطة الموارد البشرية العاملة في النظام الصحي، بما في ذلك عدم معرفة عدد الطلاب في مؤسسات التعليم الصحي، فضلاً عما تبسطه وزارة الخدمة المدنية من سيطرة على تحديد وإقرار حاجة النظام الصحي من الكادر البشري ونوعيته، كما لا توجد جداول مرجعية تحدد مهام العاملين الصحيين في القطاعين العام والخاص، وكذلك عدم انتظام البرامج التدريبية العملية والاهتمام والتشجيع للتخصصات النادرة، وهذه المشكلات جميعها تمثل التحدي الأكبر الذي يجب على الوزارة تجاوزه ضمن هذه الإستراتيجية الوطنية الصحية.

الموارد البشرية الصحية 2008م⁸



المصدر: وزارة الصحة العامة والسكان - 2008م.

ومن الواضح أنه لا يوجد توازن نسبي بين الكادر الفني والإداري في النظام الصحي، وعدم وجود نظام دقيق في توزيع الكادر ضمن مستويات النظام الصحي سواء في المناطق الحضرية أو الريفية، حيث يتراكم الكادر في المدن الرئيسة بينما معظم المناطق الريفية ما زالت محرومة، إضافة إلى عدم وجود آليات تحفز وتشجع المؤهلين في مجال الصحة على شغل الوظائف المطلوبة للنظام الصحي وبخاصة المطلوبة للريف. إضافة إلى ذلك لم يؤخذ في الاعتبار ملائمة التعليم قبل الخدمة للاحتياجات الفعلية، فمخرجات التدريب مشكوك في جودتها، والشائع في هذا الأمر لدى الكثيرين أن كفاءة تدريب الكوادر الصحية متدني.

⁸ لا تشمل هذه البيانات الكادر الصحي الأجنبي.

جدول رقم (7): بعض مؤشرات القوى البشرية في القطاع الصحي - 2008م

| المؤشر | 2008 |
|--|------|
| عدد الأطباء لكل عشرة ألف نسمة من السكان | 3 |
| عدد أطباء الأسنان لكل عشرة ألف نسمة من السكان | 0.2 |
| عدد الصيادلة لكل عشرة ألف نسمة من السكان | 1 |
| عدد الممرضين والقابلات لكل عشرة ألف نسمة من السكان | 7.3 |
| الفئات الفنية المساعدة لكل عشرة ألف نسمة من السكان | 10.2 |

المصدر: وزارة الصحة العامة والسكان - 2008م.

إن الوصول إلى التوزيع الجيد للكادر وحصوله على التحفيز الفاعل يمثل تحدياً من أكبر التحديات التي تواجه القطاع الصحي. لذلك لا بد من توفر آليات لضمان الإعداد الجيد لمخرجات المؤسسات التعليمية والتدريبية الصحية قبل الخدمة، وضمان إعادة تدريبها وتحفيزها أثناء الخدمة والتحديث المستمر لمهارات ومعلومات الكادر في النظام الصحي بشكل حاسم لمواجهة تلك التحديات.

2.3.4. الدواء وتكنولوجيا الصحة:

بالرغم من وجود قوانين وتشريعات لتنظيم مهنة الصيدلة إلا أنها ليست شاملة ونوعية لا تتمكن من تغطية جميع القضايا المتعلقة بالدواء، والمتوفر منها حالياً لم يطبق عملياً في أي من القطاعات العام والخاص. وهذا يمكن أن يكون بسبب تعدد مسؤوليات التنفيذ ضمن عدد من الجهات في إطار الوزارة وكذلك تداخل الأدوار بين هذه الجهات. إضافة إلى أن السياسة الدوائية الوطنية لا يتم مراجعتها وتحديثها دورياً لتواكب التطورات التي أنجزت على المستوى الإقليمي والدولي.

ولا تتم تقديرات احتياجات البلد للأدوية بشكل دقيق ومرشد بحسب الاحتياج نوعاً وكمياً، وذلك بسبب انعدام توفر المعلومات الدقيقة عن الأدوية المستهلكة فعلياً نوعاً وكمياً، فالجهات المسؤولة عن إجراءات شراء الأدوية والمسؤولة عن تكنولوجيا الصحة على المستوى الوطني متعددة مع غياب نظام تنسيق فاعل فيما بينها، ناهيك عن وجود ضعف في ضبط جودة الشراء والإمداد بالمستحضرات الصيدلانية. وقد اتضح أن شراء المستحضرات الصيدلانية و تكنولوجيا الصحة والإمداد بها للمستوى الثالث للخدمات الصحية والأدوية الخاصة بالأمراض المستعصية تستهلك معظم الميزانية التي يمكن أن تغطي حاجة خدمات الرعاية الصحية الأولية على مستوى المحافظات والمديريات.

لقد تمتعت المستودعات الإقليمية المتوفرة لحزن المستحضرات الصيدلانية في (صنعاء، عدن، الحديدة، المكلا، ذمار) بمواصفات معقولة مقارنة بالمستودعات الأخرى على مستوى المحافظات والمديريات والمرافق الصحية في

مرحلة صندوق الدواء حيث كانت معظم المستودعات في المستويات الأدنى لايتوفر فيها أدنى المواصفات الجيدة للخرن، وازداد الأمر سوءاً خاصة بعد إلغاء صندوق الدواء والذي أدى إلى تدني هذه المستودعات، كما أن إصدار قرار مجانية الدواء دون دراسة للتجربة السابقة أو إيجاد حلول لضمان توفر الأدوية الأساسية في المرافق الصحية أدى إلى توجه المرضى للبحث عن بدائل أخرى للحصول على الدواء.

وتظل ظاهرة الاستخدام والصرف غير الرشيد للأدوية متفشية في ظل غياب الوعي الدوائي بين مقدمي الخدمة الصحية والمستفيدين منها وعدم وجود التشريعات الواضحة والصارمة التي تحدد صرف الدواء بوصفة طبية. إضافة إلى أن الشك في جودة الدواء في مرافق القطاع العام مازال كبيراً.

من ناحية أخرى، لا تتوفر لدى بعض المرافق الصحية الإمدادات الكافية من تكنولوجيا الصحة (التجهيزات الأساسية) بينما نجد مرافق أخرى لديها فوق حاجتها من التجهيزات والتي هي في الأصل تجهيزات لمستويات صحية أعلى. كما لا يتم صيانة الأجهزة الطبية بشكل جيد إما لعدم توفر الموازنات اللازمة أو لعدم وضعها ضمن خطط التنمية الصحية من الأساس. وفي الوقت نفسه، فإن العاملين على هذه الأجهزة ليست لديهم معلومات كافية حول كيفية استعمالها وصيانتها بشكل روتيني. كما لا يوجد نظام وظيفي للصيانة الوقائية والتأهيلية بالرغم من وجود آليات صيانة معقولة في بعض المرافق وخاصة المستشفيات.

ويمكن تجاوز هذا التحدي الكبير من خلال إعادة النظر في القوانين والتشريعات الحالية والتي تنظم قطاع المستحضرات الصيدلانية وتحديد العوائق والتداخلات ذات الصلة بهذا المجال، وكذلك تحديد جهة أو هيئة مسئولة ذات دور فعلي ومسئوليات واضحة لمواجهة هذا التحدي. وهناك حاجة لزيادة ميزانية الأدوية وإعادة توزيعها، والتنظيم الجيد لدورة الإمداد الخاصة بتأمين توفير الأدوية الأساسية ذات الجودة في جميع مستويات تقديم الخدمات الصحية، وكذلك إعداد قائمة بالحد الأدنى من التجهيزات بالأدوات الطبية وإنشاء نظام كفؤ للإمداد بها، ووضع آليات لضمان وقيمتها وصيانتها.

2.3.5. التخطيط الصحي:

تتسم عملية التخطيط المركزي للقطاع الصحي بالتفاوض مع عدد من الجهات والسلطات على المستوى المحلي والمركزي وتعتبر قرارات هذه الجهات مؤثرة على توفير أو عدم توفير الموارد وكذلك على تحديد أولويات النظام الصحي، وغالبا ما يكون هؤلاء الشركاء على غير دراية كافية بدور القطاع الصحي واحتياجاته ووظائفه الخاصة، مما يفرض على القطاع الصحي مواجهة صعوبة كبيرة في الحصول على قرارات إيجابية من شركاء التفاوض هؤلاء، على أساس الفهم المتبادل وتقديرهم جميعاً لأدوارهم الضرورية في توفير الموارد الكافية للدفع

بمعالجة التنمية الصحية. ونتيجة لهذه المشكلة الصعبة، فإن القطاع الصحي لا يحصل على الموارد التي توافقت وتلبي احتياجاته المحددة تحديدا ضروريا وملحا.

ونتيجة لذلك تعد الخطط الصحية دون سقف واضح للميزانية أو معرفة تامة بالموارد المتوفرة، كما أنه لا يتم التشاور أو مشاركة قيادة القطاع الصحي بمختلف مستوياتها في إعادة تعديل الخطط عندما يتم توفير وتحديد الموارد الإضافية مما يؤدي إلى ضعف الأمل في عملية التخطيط الفاعلة. إضافة إلى ذلك فإن عملية إنفاق الميزانية لا تتجاوب مع الوظائف الخاصة والمتطلبات النوعية للقطاع الصحي من حيث التعقيد في الإجراءات المالية وبنود الصرف غير المرنة التي تحرم القطاع الصحي من الاستغلال الأمثل للموارد المتوفرة. أما التخطيط السنوي على المستوى المحلي فيتم مناقشته وإقراره مع السلطات المحلية، ولا توجد آليات لضمان مواءمة أي عملية تخطيطية مع الخطة الإستراتيجية للقطاع الصحي.

إن التحدي الرئيس هنا هو الحفاظ على الواقعية والمعلوماتية والتتابع الزمني وسهولة الحصول على المعلومات الموحدة لاتخاذ قرارات علمية وعملية عند تطوير استراتيجيات وخطط للقطاع الصحي ولنتمكن من توجيه الموارد والوصول إلى حوار مستمر ومثمر مع شركاء التنمية لضمان فهمهم لأولويات النظام الصحي وتوفير الموارد وتحريكها بمرونة كافية، واحترام توجهات وخطط القطاع الصحي. لذا يحتاج القطاع الصحي لأن يدرج في أعماله ثقافة التنظيم والمتابعة والتقييم لما حققه النظام الصحي، بغرض حث الشركاء على ضرورة توفير الموارد الكافية لتلك العملية من جهة، وبغرض توجيه الموارد المتوفرة وتقييم أداء قطاعاته ومستوياته المختلفة من الجهة الأخرى.

2.3.6. نظام المعلومات الصحية:

يعاني نظام المعلومات الصحية من صعوبات كبيرة كاختلاف البيانات باختلاف مصادرها، وهو غير موحد في مستويات النظام الصحي المختلفة مما يزيد من التعقيدات في وضع النظام. وبالرغم من تطوير نماذج جمع البيانات وبخاصة في البرامج التي تلقى دعماً إضافياً من شركاء التنمية (التحصين، الملاريا، الأيدز، السل) إلا أن انسياب المعلومات من مستويات تقديم الخدمة إلى المستوى المركزي غير منتظم ولا يزال الشك في شمولها ودقتها كبيراً. لذا فإن عملية التخطيط تظل مرهونة بتوفر ودقة المعلومات التي تصل إلى النظام. ويتوفر لدى وزارة الصحة نظام للمعلومات الصحية المعتمد والذي يفترض بأن يكون الأساس لمصادر مختلف المعلومات (الخدمات الصحية الروتينية والوقائية والحملات والمشاريع والموارد المالية وغيرها)، إلا أنه يتم تجاوزه من المشاريع والبرامج والمائحين الذين يتوفر لكل منهم نظام مختلف وخاص بهم.

وفي الغالب لا تتضمن الخطط الصحية أنشطة المتابعة والتقييم بسبب عدم وجود ميزانية محددة للمتابعة والتقييم، وندرة استخدام المؤشرات مقابل ما تتطلع الوزارة إلى تقييمه، وإن تمت عملية التقييم فإنها غير مبنية على النتائج الفعلية. ويظل الاستخدام الفعّال للموارد غالباً عن الجميع، إضافة إلى أن الأعمال المنفذة لا تقدّر تنظيمياً كما لا يمكن تقييم الأداء للكوادر العاملة. إن التحدي الرئيس هنا هو الوصول إلى نظام معلومات صحية موحدة قادر على توفير المعلومات الشاملة الصحيحة واللائمة في الوقت المناسب وبدقة لصنع قرارات سليمة ومستندة إلى البراهين الحقيقية.

2.3.7. البنية التحتية:

بالرغم من التوسع الحادث في تشييد المرافق الصحية إلا أن ما يمكن للمحتاجين الوصول إليه منها لا يتعدى ما يقارب 66% من السكان فقط وذلك لأن معظم ما يتم بناؤه منها يكون في مواقع ليست بالضرورة في حاجة إليها، مما يؤدي إلى حرمان المناطق ذات الكثافة السكانية من مثل تلك المرافق (أنظر صفحة 26 لأعداد المرافق الصحية). وبسبب عدم وجود خطة شاملة للبنية التحتية لا يمكننا إظهار مواقع الاحتياج الفعلي من البنية التحتية. حيث أن هناك جهات أخرى شاركت بكثافة في بناء المرافق الصحية مثل الصندوق الاجتماعي للتنمية والسلطة المحلية بالرغم من أن مواصفات البنية التحتية لم يتم تطويرها بشكل جيد، ولم يتم توزيعها على نطاق واسع، كما لا تتوافق مع المتغيرات الجغرافية والوبائية على المستوى الوطني. حيث لا تتوفر بعض التجهيزات الأساسية في المستوى الأول للخدمات الصحية، ووجود مزج خاطئ للمعدات المتوفرة في كثير من المرافق الصحية، كما أن هناك بعض الشك في جودتها مع انعدام ظل مستمرا لنظام الصيانة للمباني والأجهزة الطبية. إن هناك حاجة ملحة وماسة لربط تطوير البنية التحتية بمؤشرات تلبى الاحتياجات إليها مثل جوانب الكثافة السكانية أو الإحصاءات المرضية، كما لا بد من تكريس فهم معاني الاستخدام الأمثل للموارد الشحيحة مثل الكفاءة والفاعلية والمفهوم الاقتصادي للتكلفة البديلة. إن تطوير خطط ومواصفات البنية التحتية يمثل التحدي الذي من خلاله يمكن التكيف مع الاحتياجات المحلية المختلفة، وبالتالي توزيعها وتوضيحها للشركاء المنفذين للبناء. ولتحديد آليات نضمن من خلالها إتباع الخطط والمواصفات في المباني الجديدة والتجهيزات إلى الحد الأدنى على الأقل، وتوفير الصيانة الضرورية لها حتى تعمل بشكل ملائم، واستخدام نظام المعلومات الجغرافية في تحديد مواقع البناء للمرافق الصحية وتحديد نوعية التدخل على مستوى المرافق الصحية لعكسها في خارطة صحية تساعد على إعطاء صورة كاملة عن البنية التحتية في مختلف مناطق الجمهورية.

2.3.8. التمويل الصحي:

لا يزال تمويل القطاع الصحي شحيحاً ودون المستوى المطلوب حيث لا يحصل على الميزانية الضرورية والمعقولة مقارنة بقطاعات الحكومة الأخرى، وكما تدل عليه الدراسات المختلفة فإن ما تصرفه الحكومة للفرد على الصحة منخفض جداً (نصيب الفرد من الإنفاق الحكومي على الصحة 16.92 دولاراً أمريكياً عام 2007م) ومعظم ما يصرف للتداوي يكون من قبل المواطن ومن حسابه الخاص يصرفه على الرعاية الصحية مما يجعله أكثر عرضة للوقوع في دائرة الفقر المدقع، ومن جهة أخرى فإن السائد عموماً هو ازدياد انتشار الفقر وغياب آليات منظمة لحماية الفقراء من الانفاق الخاص والمكلف على الرعاية الصحية والذي يجعل الوضع حرجاً للغاية.

جدول رقم (7): مؤشرات الإنفاق الصحي للأعوام 1998م-2007م (بالمليون دولار)

| الرقم | البيان | حسابات 1998م | | حسابات 2007م | |
|-------|--|--------------|-------------|--------------|-------------|
| | | النسبة (%) | المبلغ (\$) | النسبة (%) | المبلغ (\$) |
| 1 | إجمالي الإنفاق على الصحة من مختلف مصادرها | 100 | 304 | 100 | 1293 |
| 2 | الإنفاق الحكومي على الصحة | 35 | 106 | 28.17 | 364 |
| 3 | نسبة الإنفاق الحكومي على الصحة من موازنة الدولة | 5.60 | - | 4.13 | - |
| 4 | نسبة إجمالي الإنفاق على الصحة من الناتج المحلي الإجمالي (المتوسط الأدنى للمعيار الإقليمي 6.31%) | 4.90 | - | 5.23 | - |
| 5 | نسبة الإنفاق الحكومي على الصحة من الناتج المحلي الإجمالي (المتوسط الأدنى للمعيار الإقليمي 2.13%) | 1.70 | - | 1.47 | - |
| 6 | نصيب الفرد بالدولار من إجمالي الإنفاق على الصحة (المتوسط الأدنى للمعيار الإقليمي \$150) | - | 18.57 | - | 60.07 |
| 7 | نصيب الفرد بالدولار من الإنفاق الحكومي على الصحة (المتوسط الأدنى للمعيار الإقليمي \$97.8) | - | 6.50 | - | 16.92 |

المصدر: الحسابات الصحية الوطنية 1998 و 2007 - وزارة الصحة العامة والسكان - 2008م.

إن انسياب الموازنة إلى القطاع الصحي غير منتظم وإجراءات إنفاقها روتينية ولا تتلاءم أو تستجيب لجميع احتياجات وخصوصيات القطاع الصحي بتاتاً. كما أن توزيع الميزانية لا يعكس أولويات القطاع ولا توزع بعدالة في إطار النظام الصحي بما في ذلك المستوى المركزي والمحلي، وعبر مستويات تقديم الخدمات الصحية، وأيضاً ضمن تقديم الخدمة الصحية في المستوى الصحي ذاته.

ولذلك فإن أهم التحديات في جانب التمويل الصحي تتمثل في زيادة الميزانية المخصصة للقطاع الصحي وحشد المزيد من الأموال من مصادر أخرى وتوزيعها توزيعاً عادلاً واستخدامها بكفاءة عالية حسب أولويات القطاع الصحي. كما أنه من المهم بناء آليات ملائمة لحماية الناس وخاصة الفقراء لعدم قدرتهم على التكفل بالإففاق على خدمات الرعاية الصحية.

2.3.9. التحديات العامة التي تواجه النظام الصحي:

يواجه النظام الصحي الوطني في اليمن تحديات عديدة ومتنوعة تعيق عملية التطوير الصحي والنهوض بحالة السكان الصحية التي تؤكد عليها معظم المؤشرات الصحية المتدنية جداً. ومن أهم التحديات العامة التي يواجهها النظام الصحي الوطني ما يلي:

1. الوضع الوبائي الذي يمثل عبئاً مرضياً مزدوجاً من الأمراض المعدية والمزمنة.
2. النمو المضطرب للسكان في ظل محدودية الموارد.
3. شح الموارد المالية المخصصة للخدمات الصحية في القطاع العام مع استمرار التركيز على الخدمات العلاجية ذات الطابع التخصصي على حساب الرعاية الصحية الأولية.
4. ضعف المرتبات الشهرية للكادر الصحي بمختلف فئاته واستمرار ارتفاع معدل تسرب الكفاءات الفنية والطبية المدربة إلى خارج النظام الصحي الوطني.
5. ضعف التخطيط المؤسسي للخدمات الصحية وضعف التنسيق القطاعي داخل وخارج النظام الصحي.
6. غياب التحديد الواضح للأدوار والمسئوليات والواجبات بين المستويات المختلفة للنظام الصحي في ظل غياب نظام فاعل للإشراف ولقياس الأداء والمراقبة والتقييم.
7. ارتفاع كلفة الخدمات الصحية وتحمل الأفراد عبئها المالي بما يؤدي إلى زيادة فرص الوقوع في دائرة الفقر.
8. قصور السياسة المالية التي تدعم تطوير النظام الصحي والتي من المفروض أن تساهم في استرداد جزء من الكلفة.
9. غياب السياسة التعليمية الطبية والصحية الموجهة لتنمية القطاع الصحي.
10. غياب أنظمة التأمين الصحي الاجتماعي.
11. ارتفاع توقعات الناس في الحصول على خدمات صحية فعالة ذات جودة عالية.
12. تعدد التحديات التي تواجه الحفاظ على بيئة صحية سليمة كشحة المياه وضعف شبكة الصرف الصحي.

3. الإستراتيجية الوطنية للصحة:

3.1. الرؤية:

تسعى وزارة الصحة العامة والسكان مع شركائها على ضمان وتعزيز صحة جميع السكان دون تمييز، ورفع مستوى صحة المجتمع اليمني للعيش في بيئة صحية سليمة عبر نظام صحي متميز بتقديم خدمات صحية ذات جودة عالية مركزة على المواطن مؤمنة بأن الصحة حق من حقوق الإنسان.

3.2. الرسالة:

تعمل وزارة الصحة العامة والسكان على ضمان تقديم خدمات صحية وقائية وتشخيصية وعلاجية وتأهيلية مستدامة ذات جودة عالية ومتميزة تحقق رضا المستفيدين منها والعاملين بها، ومراعية لعدالة التوزيع في الموارد يكون الوصول إليها والحصول عليها ممكناً وسهلاً. وبناء نظام للمراقبة والتقييم يدعم اتخاذ قرارات سليمة مستندة إلى الأدلة والبراهين المثبتة علمياً لرفع مستوى أداء النظام الصحي الوطني على مختلف المستويات تماشياً مع السياسات والاستراتيجيات والتشريعات الوطنية.

3.3. القيم والمرتكزات:

تكوّن هذه القيم والمرتكزات الأساس الذي وضعت وزارة الصحة العامة والسكان عليه رؤيتها ورسالتها في صياغة الأهداف والتبعات الإستراتيجية في المستقبل كما أنها توجه العاملين ومتخذي القرار في القطاع الصحي لتحديد الأولويات الصحية وتوزيع الموارد المحدودة وتقديم الخدمات الصحية كما تحدده احتياجات السكان. ويمكن حصر القيم والمرتكزات التي قامت عليها الإستراتيجية في الآتي:

1. العدالة في توزيع الموارد وتقديم الخدمات الصحية المبنية على الحقوق الأساسية للإنسان وضمان حصول كل فرد عليها دون تمييز.
2. التحسين المستمر للجودة بما يضمن رضا المستفيدين من الخدمات الصحية.
3. الحرص على المشاركة الفاعلة للمجتمع في اتخاذ القرارات المتعلقة بتحسين الصحة وتقدير احتياجات الخدمات الصحية.
4. الكفاءة المالية من خلال الاستخدام الأمثل للموارد واحتواء الكلفة وضمان استمرارية التمويل الصحي.
5. اللامركزية في اتخاذ القرار وتقديم الخدمات الصحية.
6. المشاركة والتنسيق والتعاون بين القطاعات والتأكيد على أن تحقيق أهداف التنمية الصحية لا يمكن أن تتم بجهود القطاع الصحي بمفرده دون تضافر جهود جميع الشركاء في عملية التنمية.
7. سيادة روح الفريق الواحد والحوار المفتوح لمناقشة القضايا الصحية بشفافية وموضوعية.

8. الالتزام بالأهداف الإستراتيجية الوطنية والمعاهدات والالتزامات الإقليمية والدولية: مثل الالتزام بالمواثيق الدولية كإعلان ألماتا (1978م) والأهداف الإنمائية للألفية الثالثة وإعلان الدوحة حول الرعاية الصحية الأولية (2008م) والتزاماتها مع دول مجلس التعاون.

3.4. الغرض من الإستراتيجية الوطنية وأهميتها:

يوجد في هذه الوثيقة وصفاً متكاملًا للإستراتيجية الوطنية للصحة التي تبنتها وزارة الصحة العامة والسكان لتضع بين أيدينا إطاراً واضحاً وعملياً. وستكون هذه الإستراتيجية الأساس الذي ستبنى عليه عملية صياغة السياسات الصحية وصنع القرارات ووضع الخطط الإستراتيجية والتنفيذية وآليات تطبيقها في القطاع الصحي مستقبلاً. كما أنها توضح رؤية ورسالة ومبادئ وزارة الصحة العامة والسكان التي مثلت الأعمدة الأساسية لهذه الإستراتيجية لجميع الشركاء والعاملين في القطاع الصحي بشقيه العام والخاص في الجمهورية اليمنية. وتوضح هذه الوثيقة ما يلي:

1. تحديد أولويات القطاع الصحي بناء على مخرجات المراجعة المشتركة للقطاع الصحي وقانون الصحة العامة والتزامات وزارة الصحة العامة والسكان وقانون السلطة المحلية.
2. وصف إطار استراتيجي وعملي للقطاع الصحي بأكمله.
3. عرض لأهداف وتوجهات الإستراتيجية الوطنية الصحية في الفترة القادمة.
4. وصف لأهم ما تتطلع وزارة الصحة العامة والسكان إلى تحقيقه من هذه الإستراتيجية.

3.5. الأهداف العامة للإستراتيجية الوطنية الصحية:

تتطلع الإستراتيجية الوطنية الصحية إلى تحقيق الأهداف التالية:

1. تحقيق مستوى صحي أفضل لجميع سكان الجمهورية وبالتعاون مع القطاعات الأخرى.
2. إتاحة خدمات الرعاية الصحية التي تتمتع بمعايير الجودة بعدالة تامة لجميع السكان.
3. رفع مستوى أداء النظام الصحي وكفاءة العمل والعاملين به على مختلف مستوياته.
4. الاستجابة المناسبة والملائمة لاحتياجات السكان وتقديم خدمات رعاية صحية ملائمة.
5. رفع مستوى الوعي بالقضايا الصحية والإسهام في خفض معدل النمو السكاني ومواجهة المخدرات الاجتماعية للتنمية الصحية ودعم تحسين نوعية الحياة.
6. حشد موارد إضافية لتمويل الخدمات الصحية والتركيز على نظام التأمين الصحي الاجتماعي.

3.6. النتائج المتوقعة من الإستراتيجية الوطنية الصحية:

إن النتائج المرجو تحقيقها من خلال ترجمة هذه الإستراتيجية إلى برامج وأنشطة تنفيذية يمكن تلخيصها بالنتائج التالية:

1. خفض معدلات الوفيات في جميع فئات السكان والتركيز على خفض وفيات الأمهات وحديثي الولادة والرضع والأطفال دون الخامسة من خلال تقديم خدمات الرعاية الصحية الأولية الشاملة ذات الجودة العالية والعمل على الإسراع في تحقيق مرامي الألفية.
2. خفض معدلات حدوث وانتشار الأمراض المعدية والمزمنة التي تصيب جميع فئات السكان وخاصة الأطفال والنساء في سن الإنجاب.
3. تعزيز وتطوير النظام الصحي الوطني ليكون قادراً على أداء المهام التي تساعد في تحقيق الأهداف الوطنية العامة للصحة.
4. تعزيز الأنماط الصحية للحياة ورفع مستوى الوعي لدى جميع السكان وكسب تأييد صانعي القرار في مختلف القطاعات الحكومية وغير الحكومية بالقضايا الصحية ذات الأولوية ومن بينها القضايا المتصلة بالصحة البيئية والمهنية.
5. تحسين جودة الخدمات الوقائية والتشخيصية والعلاجية والتأهيلية في جميع المرافق الصحية.
6. تفعيل التنسيق بين القطاعات الصحية المختلفة مع الشركاء للعمل من أجل السيطرة على العوامل البيئية التي تساهم في حدوث وانتشار الأمراض والتصدي للمحددات الاجتماعية للتنمية الصحية.

3.7. المنهجية المتبعة في بناء وصياغة الإستراتيجية الوطنية الصحية:

اعتمدت عملية صياغة هذه الإستراتيجية بشكل أساسي على نتائج المراجعة المشتركة للقطاع الصحي واستفادت من التجارب والدروس المنبثقة من تنفيذ إستراتيجية إصلاح القطاع الصحي، حيث تم تصميم العمل في ثلاث مراحل:

1. الأولى "مرحلة تقييم الوضع الراهن" وهي مرحلة تحليلية حول الوضع الحالي للقطاع الصحي.
2. الثانية "مرحلة تحديد التوجهات المستقبلية" والتي من خلالها قام الخبراء الخليون بالتفاوض فيما بينهم للوصول إلى أهداف واقعية مطلوب تحقيقها حتى العام 2015م.

3. الثالثة "مرحلة إعداد الإستراتيجية الوطنية الصحية" التي بنيت اعتماداً على نتائج المرحلتين الأولى والثانية من المراجعة المشتركة للقطاع الصحي.

لقد تم إقرار نهج المشاركة الواسعة في وضع هذه الإستراتيجية من القاعدة إلى القمة حيث شارك في مختلف المراحل التي أدت إلى وضع هذه الإستراتيجية وصياغتها أكثر من 600 من الخبراء والعاملين في القطاع الصحي، والجهات ذات العلاقة من وزارات وجامعات ومعاهد صحية ومنظمات محلية ودولية وخبراء محليين ودوليين وممثلين عن المجتمع المحلي من مستفيدين وقادة مجتمع ومنظمات المجتمع المدني والقطاع الصحي الخاص. ولقد كان لهذه المشاركة الواسعة أهمية كبيرة في دعم تطوير صياغة هذه الإستراتيجية من خلال المشاركة بمختلف الآراء والمقترحات ووضع الحلول والإحساس بأهمية وتبني هذه التوجهات الإستراتيجية لضمان دعم مآخذه من أنشطة وتقديم كامل الدعم الفني والمالي اللازم لتحقيق أنشطتها للوصول إلى الأهداف المنشودة.

وكأساس هام تم الأخذ بجميع ما تم تحقيقه من نجاحات ودروس مستفادة من الماضي في القطاع الصحي الوطني العام، والاستفادة من التجارب السابقة السلبية والإيجابية، حيث تم الرجوع إلى الاستراتيجيات الوطنية السابقة كإستراتيجية إصلاح القطاع الصحي والخطط الإستراتيجية كالخطة الخمسية الأولى والثانية والثالثة للتنمية الصحية والتخفيف من الفقر، وفيما يلي استعراض للمراحل الثلاث التي تم بناء الإستراتيجية على ضوءها:

3.7.1 المرحلة الأولى: تقييم الوضع الراهن:

نُفذت المرحلة الأولى للمراجعة من خلال التركيز على استخدام الطرق العلمية في التقييم والتحليل للخروج بنتائج موثوقة يمكن الاعتماد عليها وذلك باستخدام إطار عملي دولي معتمد وهو الإطار المعتمد لدى المؤسسة الأوروبية لإدارة الجودة كما هو مبين أدناه ولذلك تم اعتماد الطرق التالية:

- المشاورات الواسعة بمشاركة مقدمي الخدمات الصحية والمستفيدين منها على مختلف مستويات النظام الصحي: فبالنسبة للمستفيدين تم عقد 14 حلقة نقاش لجموعات محورية آخذين في الاعتبار مختلف خصائص المجتمع اليمني. وتم مقابلة مقدمي الخدمة في مختلف مواقع تقديم الخدمات الصحية،
- استخلاص الآراء من خلال النقاش الجماعي بمشاركة الكوادر الإدارية والفنية من جميع المحافظات، إضافة إلى مشاركة ممثلين من وزارتي المالية والسلطة المحلية،

- تحليل نقاط القوة والضعف والفرص والتحديات لما يواجهه العاملون الصحيون في أعمالهم فيما يتعلق بالنظام الصحي، وتم أيضا تنفيذ ورش عمل مماثلة مع كوادر وزارة الصحة العامة والسكان ومع القطاع الخاص والشركاء الآخرين أيضاً،
- اشتملت مرحلة التقييم أيضا على مقابلات فردية معمقة مع القيادات العليا للوزارة.

تلى ذلك كله تحويل وترتيب ما جمع من المعلومات الهائلة إلى مكونات إطار العمل الشامل كما هو مشار إليه أدناه، حيث قسمت إلى "مدخلات" و"عمليات" و"نتائج" استناداً إلى نموذج المؤسسة الأوروبية لإدارة الجودة. المدخلات هي (القيادة، الكادر، التخطيط، الموارد)، العمليات (جودة تقديم الخدمات) النتائج (رضا المستفيدين، رضا مقدمي الخدمة، مخرجات القطاع الصحي ومساهمته في تحقيق المكاسب الوطنية).



المصدر: المؤسسة الأوروبية لإدارة الجودة

وتوضح وثيقة تقرير تقييم الوضع الراهن تفصيل ما تم استنتاجه من نتائج لأهم التحديات لعملية وضع الحلول لها في المرحلة الثانية وتنفيذ الحلول المقترحة لها بالتعاون مع جميع الشركاء.

3.7.2. المرحلة الثانية: تحديد التوجهات المستقبلية:

في هذه المرحلة تم وضع مقترحات للتحديات التي تم التوصل إليها في المرحلة الأولى من المراجعة، حيث قامت مجموعة من الخبراء لكل مكون من مكونات الإطار العام للمراجعة بدراسة هذه التحديات بمشاركة واسعة أيضا من إدارات وكوادر وزارة الصحة العامة والسكان ووكلاء الوزارات الأخرى (المالية، السلطة المحلية، التخطيط) ومن المؤسسات الأخرى ذات العلاقة (الجامعات، منظمة الصحة العالمية، البنك الدولي، وشركاء التنمية الآخرين) بتحويل تلك الأسئلة من خلال نقاشات واقعية إلى أهداف وتوجهات مستقبلية مسندة بالبراهين وأيضا وضع خطواتها التنفيذية، أي أنها وضعت خطوات محددة للإطار العامة حول كيفية الوصول لتحقيق هذه التوجهات في الـ 5 السنوات المقبلة توافقا مع التوجهات نحو تحقيق أهداف الألفية 2015م الذي سيكون محطة رئيسة للمراجعة والنظر في مستوى تقدم تحقيق أهداف وتوجهات هذه الإستراتيجية بالإضافة إلى تزامن نفس الفترة مع موعد تحقيق أهداف الألفية الثالثة وقرب وضع الخطة الخمسية الرابعة للتنمية الصحية (2011 - 2015م). وتوضح وثيقة تقرير مرحلة تحديد التوجهات المستقبلية للقطاع الصحي تفاصيل هذا العمل لكل مكون من مكونات الإطار العام للمراجعة في مرحلتها الثانية.

3.7.3. المرحلة الثالثة: إعداد الإستراتيجية الوطنية الصحية:

بعد الانتهاء من المرحلتين الأولى والثانية وتوفر الزخم الذي يمكننا من وضع رؤى إستراتيجية كان لابد من ترجمة ماتم التوصل إليه إلى صياغة الإستراتيجية الوطنية للصحة. ولكي تبقى هذه الإستراتيجية مترابطة مع المعايير الدولية كان لا بد من مقارنتها مع مرجعية علمية معتمدة في توجهاتها حيث تم اختيار المكونات الأساسية الستة للنظام الصحي لمنظمة الصحة العالمية المشابه تماماً لنموذج المؤسسة الأوروبية لإدارة الجودة المعتمد في عمل المراجعة وكذلك صياغة هذه الإستراتيجية.



شكل بياني رقم (10): المكونات الأساسية الستة للنظام الصحي بحسب منظمة الصحة العالمية

المصدر: منظمة الصحة العالمية

ومنذ اللحظة الأولى من بدء عملية المراجعة وصياغة الإستراتيجية تم التركيز والتأكيد على عدة نقاط أساسية ميّزت عملية وضع الإستراتيجية كما يلي:

1. الحصول على دعم والتزام مجلس الوزراء ووضع الوثيقة على قائمة الأعمال الهامة للعام 2009م وكذلك دعم والتزام قيادة وزارة الصحة العامة والسكان.
2. تحسين صحة الفرد والأسرة والمجتمع يجب أن تأخذ موقفاً رئيساً ضمن أهداف التنمية الشاملة والمستدامة، ولا بد من ترجمة السياسات والاستراتيجيات إلى آليات عملية يمكن تطبيقها على أرض الواقع العملي.
3. القراءة الموضوعية لواقع النظام الصحي من جميع جوانبه والحرص على استخدام الطرق العلمية والعملية في التحليل واقتراح الحلول برؤيا شفافة ومحيدة.
4. الأخذ بعين الاعتبار الأهداف والتوجهات الوطنية والتزامات الحكومة عند وضع الإستراتيجية الصحية الوطنية.
5. وضع توجهات مستقبلية واضحة وعملية يمكن تنفيذها تتلاءم مع الخصائص الوطنية والبيئة اليمنية.

6. الأخذ بعين الاعتبار الخطط الموضوعية والبناء على أهم الانجازات والاستثمارات الصحية، والتأكيد على مرجعية الأهداف الوطنية والغايات والأهداف والتدخلات الإستراتيجية كالسياسات والاستراتيجيات المستقبلية للتنمية الصحية (1994م) وإستراتيجية إصلاح القطاع الصحي (1998م) والخطط الخمسية الأولى والثانية والثالثة للتنمية الصحية والتخفيف من الفقر.
7. دعم عملية جعل النظام الصحي نظاماً مؤسسياً والتركيز على جودة الخدمات الصحية وتطوير نظاماً فعالاً للمراقبة والتقييم.
8. الحرص على المبادئ الأخلاقية والمهنية في مختلف مراحل العمل ضمن إطار أن الصحة حق من حقوق الإنسان.
9. التأكيد على حقيقة أن الصحة والسكان والموارد والبيئة المحيطة تتداخل فيما بينها، ولذا كان الحرص كبيراً على مشاركة جميع الشركاء المحليين والدوليين في عملية التحليل ووضع التوجهات من الوزارات ذات العلاقة ومنظمات المجتمع المدني والمنظمات الدولية والمستفيدين من الخدمات الصحية.

3.8 ما الجديد في الإستراتيجية الوطنية الصحية؟

تميزت عملية صياغة هذه الإستراتيجية الوطنية عن غيرها من الاستراتيجيات السابقة بعدة أمور كان أهمها ما يلي:

1. لأول مرة تحتوي الإستراتيجية الوطنية الصحية على رؤية ورسالة وقيم ومرتكزات لعمل وزارة الصحة العامة والسكان.
2. العملية التي مرت بها مراحل صياغة هذه الإستراتيجية المختلفة بدءاً من المرحلة الأولى ومروراً بالمرحلة الثانية من المراجعة المشتركة للقطاع الصحي وانتهاءً بصياغة هذه الإستراتيجية.
3. المشاركة الواسعة والفاعلة من مختلف شركاء التنمية الصحية بما فيها القطاع الخاص والقطاعات ذات العلاقة في اليمن لتحديد مكامن القصور في القطاع الصحي ووضع مقترحات الحلول.
4. لأول مرة تم أخذ آراء المستفيدين ومقدمي الخدمات الصحية في مختلف مستويات النظام الصحي.

5. ربط التوجهات الإستراتيجية بمخرجات ومؤشرات لتحقيق الأهداف المنشودة للقطاع الصحي كاملا

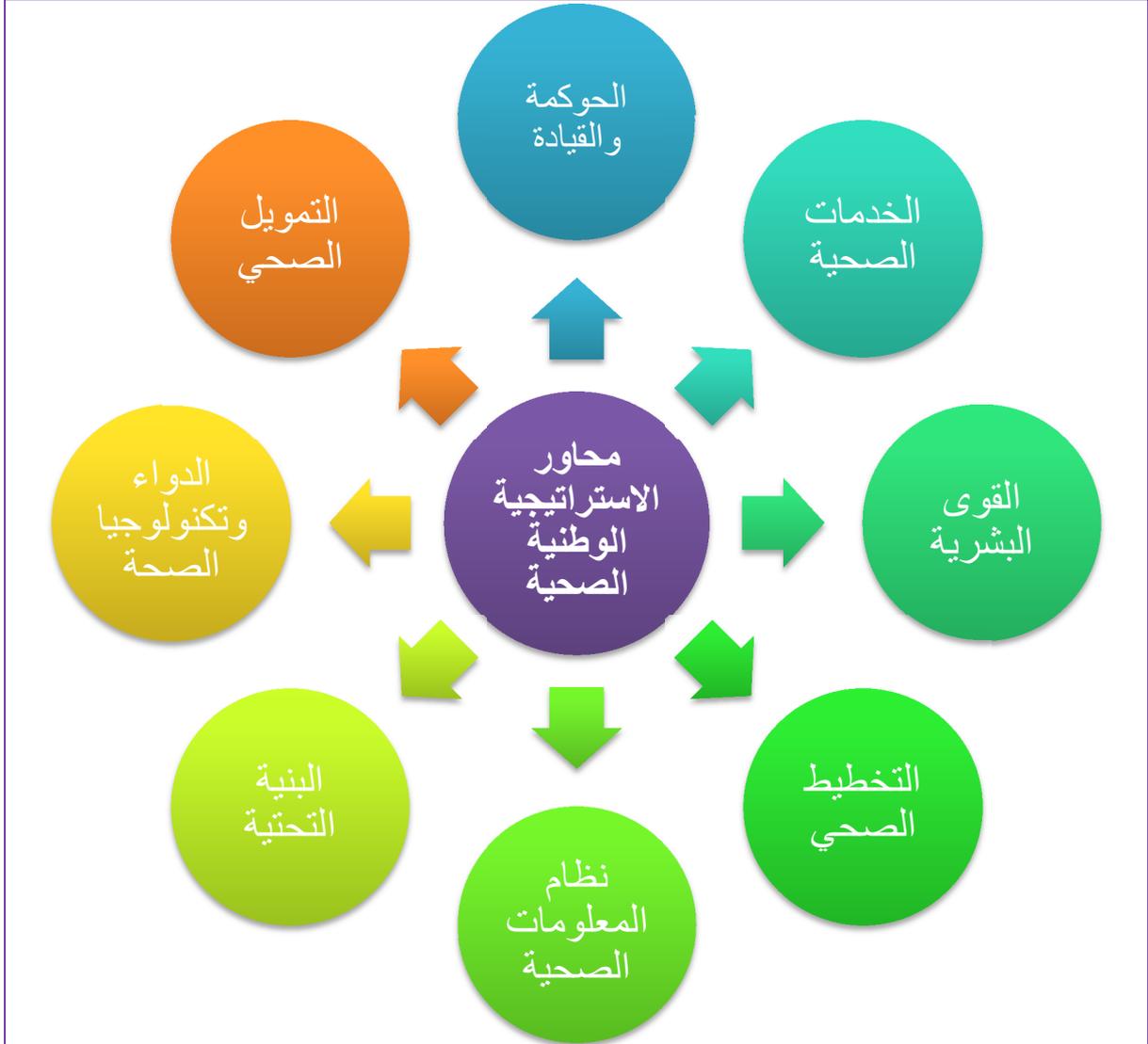
وليس كما جرت العادة بوضعها لبعض البرامج فقط.

6. التفكير في المشاكل التي تواجه القطاع الصحي ككل وليس مجرد التركيز على أمراض أو برامج على

حده.

7. الأخذ بعين الاعتبار الأخلاقيات عند وضع التوجهات والأهداف الإستراتيجية الصحية.

4. محاور الإستراتيجية:



شكل بياني رقم (11): يوضح المحاور الرئيسية للإستراتيجية الوطنية الصحية.

إن الوصول إلى تحقيق الرؤية التي وضعتها وزارة الصحة العامة والسكان للقطاع الصحي عامةً وللنظام الصحي خاصة يتطلب اتخاذ جملةً من الاستراتيجيات الحاسمة لتمكين في نهاية المطاف من تحقيق الأهداف الوطنية المنشودة للصحة. وتتمثل هذه الاستراتيجيات بما يلي:

4.1. محور القيادة والحوكمة:

تقوم وزارة الصحة العامة والسكان دون أدنى شك بالدور الأبرز في قيادة القطاع الصحي، حيث تتحمل الوزارة الكثير من الأعباء التي في حقيقة الأمر هي مسئولية العديد من الجهات ذات العلاقة. وتعتبر قيادة القطاع الصحي وتوجيه كل ما يتعلق بالصحة والعلاقة مع الجهات الأخرى التي تؤثر على الوضع الصحي من أعقد المهام التي تضطلع بها الوزارة والتي تحتاج إلى الدعم السياسي بالإضافة إلى الدعم الفني والكفاءة العالية.

ولكي تؤدي الوزارة وقيادتها وتكويناتها الإدارية المختلفة مهامها ودورها الهام بنجاح لا بد من النهوض بمكونات الأدوار القيادية والتنظيمية للوزارة وذلك لمواجهة مختلف التحديات التي تواجه القطاع الصحي في بيئة سريعة التغير ومواجهة النمو السكاني المضطرب في ظل ارتفاع كلفة الخدمات الصحية ومحدودية الموارد. وخاصة في ظل المتغيرات السياسية على الساحة الوطنية التي تحكم وتؤثر على أداء ومخرجات القطاع الصحي، والتي من أبرزها التوجه العام للقيادة السياسية نحو مزيد من اللامركزية وتفويض الصلاحيات للسلطات المحلية ونظام الحكم المحلي واسع الصلاحيات.

التوجه الاستراتيجي لمحور الحوكمة والقيادة:

إن التحدي الرئيس في هذا المحور يتمثل في تحقيق الترابط والتناغم بين دور ووظائف النظام الصحي على المستوى المركزي والمحلي من جهة وقانون السلطة المحلية ووظائفه المعيارية من جهة أخرى، والذي يتم من خلال التحديد والتوصيف الجيد للمهام والمسئوليات، لذا يجب تطوير وتوصيف آليات فاعلة وجيدة لتوجيه وإدارة مستويات النظام الصحي، بالإضافة إلى تطوير هيكل تنظيمي متوازن للوزارة يمكنها من فرض معاييرها الوظيفية بكفاءة لتجاوز الفجوات والتداخلات الحادثة في الأطر العامة للأنظمة والتشريعات، ولتنفيذها باستخدام معايير إدارية ملائمة، وذلك من أجل تطوير استراتيجيات متوسطة وطويلة المدى للنظام الصحي بأولويات واضحة يتم الاتفاق عليها مع جميع الشركاء وبمشاركتهم والعمل على ضمان تطوير آليات وأطر عامة يعمل من خلالها جميع شركاء القطاع الصحي ووضع مدخلاتهم ومساهماتهم معاً لتحقيق تلك الأولويات المتفق عليها ودعم البيئة الملائمة لذلك.

وعليه فإن الاستراتيجيات المعتمدة في هذا المضمون تتمثل بالآتي:

1. الالتزام والدعم السياسي لتنفيذ هذه الاستراتيجية كإحدى أهم الركائز لدعم جهود التنمية الصحية

وتنفيذها على مختلف المستويات لا سيما في المحافظات والمديريات.

2. تقوم وزارة الصحة العامة والسكان بالمصادقة على هذه الوثيقة وتحويلها إلى خطط قابلة للتنفيذ وحشد

الموارد اللازمة لها ومتابعتها ورصد نتائجها ودعم عمليات تقييمها. كما ينبغي أن يكون هناك التزام

بالعمل المشترك والتنسيق من أجل الصحة متضمناً وزارات وجهات حكومية أخرى والشراكة والعمل المتكامل مع شركاء التنمية الصحية بما يضمن تحقيق الأولويات والأهداف المنشودة.

3. التشريعات الصحية: المراجعة والاستعراض المنتظم للتشريعات واللوائح والقوانين الصحية للتأكد من أنها تحقق الأهداف الوطنية الصحية وتعكس رؤية الحكومة وأولوياتها وأفضل الممارسات، وتأخذ في الاعتبار الحقائق والظروف الاجتماعية والاقتصادية.

4. السياسات الصحية: ينبغي أن تكون السياسات الصحية رامية إلى توجيه ودعم ورصد التنفيذ الفعال للبرامج والخطط المنبثقة عن الإستراتيجية وردم الثغرات التشريعية المحتملة من أجل إيجاد بيئة فعالة لإتاحة الخدمات الصحية لجميع السكان.

5. الهيكلية التنظيمية للنظام الصحي: إعادة النظر في الهيكلة الحالية وتقوية الدور القيادي والتنظيمي لوزارة الصحة العامة ودعم وظائف النظام الصحي من خلال إصلاح التركيبة التنظيمية وتحديد المهام والأدوار المناطة بالوزارة والمستويات الأخرى (المحافظات والمديريات) بما ينسجم مع قوانين الصحة العامة والسلطة المحلية ونظام اللامركزية وفصل المسؤوليات الخاصة برسم السياسات والاستراتيجيات ومراقبة الأداء عن المسؤوليات التنفيذية بما يضمن رفع مستوى أداء النظام الصحي على مختلف المستويات، مع مراعاة بعض المهام ذات الطابع المركزي.

6. النهوض بالنظام الإداري للنظام الصحي والاهتمام برفع كفاءة القدرات الإدارية الصحية في الوزارة والمستويات الأدنى من النظام الصحي وإدارة أداء تحسين الخدمات الصحية مع التركيز على الإدارة بالنتائج وزيادة فعالية التكاليف واتخاذ القرارات القائمة على الأدلة والبراهين وتحسين الكفاءة من خلال إعادة تنظيم الخدمات وإدخال نظام الجودة الإدارية و نظام الاعتماد لتحسين نوعية البرامج والخدمات.

7. تعزيز التنسيق القطاعي والعمل من أجل الصحة ومعالجة الخدشات الاجتماعية للصحة.

8. تعزيز الشراكة بين الوزارة وجميع الشركاء (بما فيها القطاع الخاص) العاملين في القطاع الصحي من أجل الوصول إلى تنسيق جميع المدخلات الفنية والمالية في إطار شامل للقطاع الصحي بما يضمن ترشيد الخدمات والموارد، ودعم مبادرات مجالس التنمية الصحية في المحافظات.

9. تعزيز ثقافة صنع القرارات السليمة ورسم السياسات الصحية المسندة بالأدلة والبراهين العلمية.

10. تعزيز مشاركة المجتمع في تطوير وتطبيق السياسات والاستراتيجيات الصحية ومساهمة منظمات المجتمع المدني في هذا المجال وتعزيز دور الحكم المحلي في عملية تحسين الخدمات الصحية في جميع المرافق الصحية.

11. تعزيز ودعم الجهود المبذولة نحو التمويل الشامل للقطاع الصحي.

12. تعزيز ثقافة الشفافية والمسئولية الذاتية والمحاسبة لدى قيادات القطاع الصحي على كافة مستويات النظام الصحي.

4.2. محور خدمات الرعاية الصحية:

تتعدد مستويات وأنواع الخدمات التي يقدمها النظام الصحي بشكل مباشر للمواطنين، فهناك خدمات الخط الأول المتمثل بتقديم خدمات الرعاية الصحية الأولية عبر الوحدات والمراكز الصحية، وبالإضافة إلى الخدمات الأساسية التي تقدم من خلال المراكز والوحدات الصحية الأولية توجد خدمات البرامج الصحية مثل الصحة الإنجابية، صحة الطفل والتغذية، الكشف المبكر عن الأمراض، الصحة المدرسية، الصحة البيئية والمهنية، مكافحة الأمراض السارية، صحة الأسنان، صحة المسنين، الوقاية من الحوادث والإصابات ومكافحة التدخين والصحة النفسية وغيرها، والتي من المفترض أنها تقدم خدمات تركز على تعزيز أنماط الحياة الصحية وتجنب عوامل الخطر على الصحة. ثم خدمات الرعاية الصحية في المستوى الثالث التي تقدمها مستشفيات المديرية ومستشفيات المحافظات والمتمثلة بمعالجة المرضى الذين يحتاجون إلى إحالة من مرافق الرعاية الصحية الأولية، ثم خدمات الرعاية الصحية في المستوى الثالث التي تقدمها المستشفيات المتخصصة (المرجعية أو التعليمية) والمتمثلة بمعالجة المشاكل الصحية الأكثر تعقيداً التي لا يمكن معالجتها في المستوى الثاني. وهناك المراكز المتخصصة مثل مركز القلب، بنك الدم، المختبر المركزي والتي تقدم خدمات أكثر تخصصية.

ولا ننس أن مسؤولية وزارة الصحة العامة والسكان لا تقف عند حد الخدمات التي يقدمها القطاع العام بل تشمل أيضاً تلك الخدمات التي يقدمها القطاع الخاص، وهذا ما تم أخذه بعين الاعتبار عند تحليل الوضع الصحي الراهن وتحديد التوجهات المستقبلية لمحور "خدمات الرعاية الصحية".

التوجه الاستراتيجي لمحور خدمات الرعاية الصحية:

العمل على ضمان تقديم رعاية صحية وقائية وعلاجية وتأهيلية ورفع نسبة التغطية بالخدمات الصحية الأساسية من خلال دعم وتطوير إطار تكاملي لتقديم خدمات الرعاية الصحية في مختلف المستويات الصحية وفق

معايير جودة الأداء، وبكلفة ميسورة ومتاحة في مختلف المستويات تلي الاحتياجات الصحية للمواطنين وتعال رضاهم ورضاً مقدميها.

ولذا فإن الاستراتيجيات التي تعتمدها وزارة الصحة في هذا المحور هي كالتالي:

1. إعادة إحياء وتعزيز نهج الرعاية الصحية الأولية الشاملة والتكاملية المستند على نظام المديرية الصحية وتعزيزها كأساس يرتكز عليه نظام تقديم الخدمات الصحية، ودعم عمليات التكامل في تقديم رعاية صحية شاملة والعمل على التخفيف تدريجياً من الرأسية في تقديم الخدمات الصحية توافقاً مع الفصل بين الوظائف التنظيمية والتنفيذية بين المستويات المركزية والمحلية حتى مستوى المديرية، وبقدر الاهتمام ذاته يكون هناك اهتمام متوازن في تقديم الرعاية التعزيزية والوقائية والعلاجية والتأهيلية.

2. تحسين جودة خدمات الرعاية الصحية الأولية وفي المستوى الثاني والثالث والمتخصصة بشقيها العام والخاص عن طريق وضع وتنفيذ معايير نظام الجودة وإنشاء هيئة اعتماد، وتقديم خدمات صحية مرتكزة على المريض، وإيجاد برامج منهجية لضمان وضبط الجودة في كل مؤسسة صحية متخصصة وفقاً لنجالات اختصاصها، وبرنامج لتعزيز ثقافة الجودة على مستوى الوزارة وفي مكاتب الصحة بالمحافظات والمديرية ضمن إطار مبدأ الصحة حق من حقوق الإنسان لتحقيق تحسين الحالة الصحية للمجتمع.

3. توفير خدمات الرعاية الصحية المتاحة للجميع والمقبولة وتحسين الكفاءة من خلال إعادة تنظيم وتطوير الخدمات وتحديد الحد الأدنى من الرعاية الصحية الأولية الأساسية التي يمكن الوصول إليها وتوفيرها لجميع المواطنين، والعمل على التخلص من العوائق الجغرافية والمالية التي تعيق توفير الرعاية الجيدة للفقراء والفئات الأكثر عرضة للأمراض والعمل على تمكينهم من الوصول إلى الخدمات الصحية والاستفادة منها في سهولة ويسر.

4. التركيز على تحقيق المرامي التنموية للألفية الثالثة واستهداف الفئات الفقيرة والفئات الأكثر عرضة بهدف رفع نسبة التغطية وإتاحة الوصول والحصول على الخدمات الصحية الأساسية وخاصة الأمهات والأطفال بما يتناسب مع احتياجاتهم الفعلية.

5. التكامل والتعاون والتنسيق مع القطاع الخاص ومساعدته وتطوير وتفعيل نظام مراقبته، والتعاون مع منظمات المجتمع المدني، والخدمات الصحية العسكرية المقدمة من وزارتي الداخلية والدفاع للمشاركة في التغطية بخدمات الرعاية الصحية.

6. تشجيع أفراد المجتمع على المشاركة الفاعلة في تحديد الخدمات الصحية وطرق تقديمها وتحمل مسؤولية الحفاظ على صحة الفرد والأسرة والمجتمع.

7. توسيع الدور القيادي للعاملين الصحيين في الرعاية الصحية لتوفير مشاركة إيجابية في حماية البيئة وتعزيز أنماط الحياة الصحية.
8. تطوير وتوسيع تطبيق نظام المديرية الصحية باعتباره آلية التنفيذ الرئيسية لتطبيق نهج الرعاية الصحية الأولية وتطويره ليلامم التغيرات الحادثة توافقا مع اللامركزية وربطه بنظام الإحالة وطبيب الأسرة لتقديم حزمة الخدمات الصحية الأساسية نحو تعزيز التكامل النمطي لتقديم الخدمات الصحية.
9. توجيه الخطط الإستراتيجية الوطنية للبرامج والمشاريع الصحية نحو أهداف الإستراتيجية الوطنية الصحية.
10. رفع مستوى الجاهزية الدائمة حتى يتحقق الاستمرار في مواجهة الاحتياجات الصحية الطارئة والجائحات وخدمات الطوارئ والوقاية من الإصابة والحد من الإعاقة.
11. ربط التغير المناخي وما يحدثه من تأثيرات صحية على المجتمع مع نظام الترصد الوبائي.
12. تفعيل وتطوير نظام الإحالة بين مختلف المستويات الصحية.

4.3. محور القوى البشرية :

إن الدور المتعاظم للقطاع الصحي يتطلب عناية كبيرة في التخطيط والإدارة للموارد البشرية من أجل تحقيق العدالة في تقديم الخدمات الصحية، ويعتبر الكادر البشري أكثر المكونات أهمية في أي نظام، لأنه هو الذي يدير النظام ويتولى استخدام مختلف موارده. وبالتالي فإن عدم وجود معايير واضحة ومثالية تحدد نسبة الكوادر المؤهلة صحياً إلى عدد السكان وإلى عدد الأسرة أو المستهدفين بالخدمات الصحية يعد معضلة للنظام الصحي، ولا سيما في ظل ضعف نظام المعلومات الصحية مما ينعكس سلباً على جودة الخدمات الصحية وكلفتها أيضاً.

ومن الواضح أن إدارة وتنمية القوى البشرية لا تزال بحاجة إلى مزيد من الاستثمار والرعاية خصوصاً في وزارة الصحة العامة والسكان، حيث أن الموارد المتاحة والموجهة لتنمية القوى البشرية محدودة بالإضافة إلى غياب سياسة ورؤية إستراتيجية واضحة ومحددتين لتنمية الكوادر البشرية التي تعمل في القطاع الصحي. ومما يؤسف له أن دور الوزارة في الإجراءات المتعلقة بالتوظيف يعد الأضعف في هذا المجال بسبب السياسة الإدارية لوزارة الخدمة المدنية سواء في التوظيف أو الترفيع أو النقل أو إنهاء الخدمة.

وتعاني إدارة الموارد البشرية من ضعف شديد في ظل غياب الكثير من أساسيات العمل وعلى رأسها الوصف الوظيفي المستند على الكفاءة لكافة الوظائف، بالإضافة إلى ضرورة تحديد مفهوم الإشراف في ظل غياب خطة إشرافية للمتابعة والمراجعة والتقييم مما يؤكد على الحاجة الماسة إلى التطوير واتخاذ الإجراءات السريعة لمعالجة جوانب القصور في هذا المجال.

التوجه الاستراتيجي لمحور القوى البشرية :

تنمية وإدارة وتنظيم الموارد البشرية الصحية لرفع مستوى أداء العاملين ورضاهم الوظيفي وخلق بيئة عمل محفزة وجاذبة لضمان رفع مستوى جودة الخدمات الصحية وتحقيق رضا المستفيدين منها مما يستدعي تبني استراتيجيات لتطوير الموارد البشرية كالتالي:

1. بناء الإجماع على رؤية إستراتيجية واضحة المعالم لتنمية الموارد البشرية بين وزارة الصحة العامة والسكان والمؤسسات التعليمية الطبية والصحية العامة والخاصة وتطوير الخطط التعليمية والتدريبية واستمرار إعادة التأهيل للكوادر الفنية والإدارية بما يتناسب وحاجة المجتمع والوطن الفعلية.

2. تبني واعتماد سياسات واضحة وعادلة (بالتنسيق مع وزارتي المالية والخدمة المدنية) في مجالات:

○ التحفيز والاستقرار الوظيفي من خلال رفع المرتبات والحوافز مع إيلاء المناطق الريفية (النائية) الأولوية في الاهتمام بهذا الجانب.

○ التقييم الدوري لمؤهلات الكادر وأدائه وربط ذلك بعمليات الترفيع والحوافز .

3. استقطاب الخبرات الملائمة إلى المستشفيات الحكومية والمراكز الصحية وتشجيع العاملين على اكتساب التخصصات النادرة التي لا يتوفر تأهيلها داخل الوطن ووضع معايير محددة لها.

4. تطوير إطار موحد للمناهج الدراسية لكل نوع من أنواع المهن الصحية المحتاجة للتدريب عليها بهدف توحيد معايير التعليم وتحسين جودة أساليب ومضامين التدريس ورفع جودة مخرجات المؤسسات التعليمية والتدريبية الصحية والطبية العامة والخاصة بما يتلائم مع الوضع الصحي في اليمن واستجابةً للاحتياجات.

5. جعل التعليم المستمر مؤسسياً ليصبح إلزامياً ومطلوباً لغايات الترفيع والتصنيف والتحفيز لجميع فئات الموظفين في المؤسسات الصحية ضمن برنامج وطني، وتدريب العاملين على آخر المستجدات المهنية ومراجعة برامج التدريب الحالية.

6. التصنيف الواضح للمهن الصحية والطبية وإعداد الوصف الوظيفي المستند على الكفاءة والشروط المرجعية وتطوير معايير توظيف الكوادر الصحية، وتشجيع مبدأ الاكتفاء الذاتي للمحافظات من الفئات الصحية المساعدة من خلال تطوير المعاهد الصحية العامة بالمحافظات.

7. تطوير نظام تقييم الأداء الدوري للعاملين في المؤسسات الصحية وتطبيق مبدأ الثواب والعقاب.

8. تعزيز وجود نظام موحد لتسجيل وترخيص مزاولي المهن الطبية والصحية بالتعاون مع الجهات المعنية من أجل بناء القدرة على وضع إستراتيجية بشأن الكوادر كمأ وكيفاً وتحقيق عدالة النوع الاجتماعي وتوزيع الموظفين على مختلف المناطق مع العمل على منع التداخلات بين الجهات المختصة وتعزيز التنسيق ووضوح الأدوار.

9. دراسة الوضع الوظيفي المزدوج لممارسي المهن الطبية والصحية بين القطاعين العام والخاص ووضع حلول عملية تتلائم مع تحسين الوضع الحالي ولا تتناقض مع الاستراتيجيات المعتمدة .

10. عمل رصد وطني لموظفي القطاع الصحي وإحلال الكادر الوطني بدلاً عن الأجنبي تدريجياً من خلال دعم التدريب التخصصي المحلي .

4.4. محور التخطيط الصحي:

يعكس التخطيط الصحي التوجهات والاستراتيجيات الوطنية إلى الخطط والأنشطة التفصيلية المطلوبة لتطوير النظام الصحي والتي تمول مخصصاتها من قبل الحكومة، كما أن التخطيط يعطي الفرصة لتوجيه الموارد طبقاً للأولويات المعتمدة، والتقليل من التكرار والتداخل في تمويل وتنفيذ الأنشطة، وجعل العلاقة بين الخطط والموازنات المحددة للأنشطة تتسم بالواقعية. إن زيادة مساهمة شركاء التنمية الصحية من المجتمع والمأخوذ في التخطيط والتمويل تزيد من فرص الحصول على دعم مالي وفي إضافي من مختلف المصادر وبالتالي توفر فرص ملائمة لتخصيصها حسب أنشطة الخطط.

كما أن وضع الخطط الصحية التي تعكس محتوياتها المتطلبات الفعلية للمجتمعات المحلية يجب أن تتم من المستوى الأدنى إلى المستوى الأعلى وبما ينسجم مع التوجهات الوطنية في تطبيق اللامركزية وقانون السلطة المحلية وبما يتلاءم مع الموارد المتاحة. حيث يوفر نظام المديريات الصحية أساساً جيداً للتخطيط من القاعدة إلى الأعلى، واستخدام الموارد بكفاءة، والتوسع في البنية التحتية الصحية وتحديد عدد الموظفين وفقاً للحاجة الفعلية والتكيف أيضاً وفقاً للحقائق الوبائية المحددة في نطاق جغرافي محدد.

التوجه الاستراتيجي لمحور التخطيط:

تعزيز وتطوير منهجية عملية للتخطيط والاستثمار الصحي في الخدمات والقوى العاملة والتكنولوجيا والبنى التحتية من خلال توفير خطة صحية تنموية مبنية على معلومات موثوقة وتلبي المتطلبات الفعلية للمجتمعات المحلية، وتساعد متخذي القرار على اتخاذ القرارات السليمة، وتنسجم مع الخطة الخمسية الوطنية وأهداف الألفية الثالثة للتنمية وتضمن تحقيق أهداف الإستراتيجية الوطنية الصحية. وعليه فإن الاستراتيجيات المتبعة هنا هي كما يلي:

1. اعتماد الإستراتيجية الوطنية الصحية 2010-2025 م بكونها الأساس لوضع الخطة الخمسية الرابعة للتنمية الصحية 2011-2015 م بوصفها الخطة القطاعية الشاملة بما يتلاءم مع الموارد المتاحة وينسجم مع مفهوم اللامركزية وقانون السلطة المحلية، لتتحقق من خلالها أهداف التنمية الصحية على المستوى الوطني بما فيها أهداف الألفية الثالثة بناءً على الخطط السنوية التفصيلية التي تعدها قطاعات الوزارة والمحافظات والمديريات لتحقيق نتائج محددة بما يتناغم أيضاً مع الخطة الخمسية الرابعة للتنمية الصحية 2011-2015 م.

2. تطوير إطار عام موحد للخطط الصحية يتم إتباعه على جميع المستويات وتطوير مفهوم التخطيط الصحي الشامل على مستوى المحافظة والمديرية والمرفق الصحي المبني على الاحتياج الفعلي للمجتمع عند إعداد

خطط الأنشطة السنوية مع تعزيز نظام التقييم والمتابعة للخطط وبرامجها التنفيذية. وكذلك توحيد الأدلة والمعايير التي تنظم إعداد الخطط وتوزيعها وتنفيذها والتدريب عليها وتطوير القدرات التخطيطية في جميع مواقع الأنشطة الصحية.

3. ضمان الحصول على معلومات دقيقة وموحدة لدعم عملية التخطيط الصحي، والمراقبة والتقييم لتنفيذ الأنشطة وضمان تسلسل نقل المعلومة الصحيحة من موقع تدوينها إلى المستوى الأعلى وسهولة الحصول عليها.

4. الاعتماد على خارطة صحية محدثة دورياً في التخطيط للنظام الصحي محتوية على كل المكونات المتمثلة بالبنية التحتية، الكادر، التجهيزات، الخدمات المقدمة في كل مستوى من المستويات الصحية، ووضع برنامج استثماري يلتزم بالإيفاء بالاحتياجات التي أظهرتها الخارطة الصحية متجاوزاً بذلك الثغرات والفجوات والازدواجية في التغطية التي تبتها الخطة.

5. تخصيص الموارد على نحو فعال وعادل لمعالجة الاحتياجات الصحية بالتركيز على نهج الرعاية الصحية الأولية الشاملة.

6. دعم جهود التطوير الإداري لرفع القدرات المؤسسية من أجل وضع الخطط وتطبيق نظام إشراف صحي لدعم تنفيذ الأنشطة المخطط لها ودعم عملية المراجعة والمراقبة والتقويم لسير الأداء، وتبسيط الإجراءات الإدارية والمالية والفنية وتمكين الإدارة الماهرة والمحفزة من أداء دورها وتقييماتها المبنية على أساس النتائج.

7. تطوير وتطبيق أنظمة الرصد والتقييم الدوري للخطط السنوية والإستراتيجيات الصحية واتخاذ الخطوات اللازمة توافقاً مع الأهداف الموضوعية.

8. تطوير وتحديث معايير موحدة للمنشآت والمرافق والبرامج الصحية بموجبها يتم تحديد نوع المؤسسة أو المرفق الصحي المفترض وجوده في مختلف المستويات الصحية بما في ذلك توحيد متطلبات تشغيلها والعمل على ضمان تطبيقها.

4.5. محور نظام المعلومات الصحية:

تتمثل أهمية نظام المعلومات الصحية في كونه حجر الأساس لاتخاذ القرارات، وفي كون أن متخذي القرارات هم بالدرجة الأولى يستندون على جملة من البيانات والمعلومات الصحية وعلى ضوءها تتم صناعة قراراتهم، ومن المعلوم أن إدارة التنمية الصحية تتمثل بسلسلة من العمليات المترابطة تبدأ بالمعلومات الصحية وتنتهي باتخاذ القرارات. إن الغاية المرجوة من نظام المعلومات الصحية هو إنتاج معلومات مفيدة ذات نوعية عالية دعماً للعمل الصحي واتخاذ القرارات السليمة، ولأن الموارد اللازمة لتعزيز نظم المعلومات الصحية تستمد من الميزانيات الحكومية المحدودة، فإن هذا يستدعي أن تزيد الحكومة من الاستثمار في هذا المجال للحصول على معلومات من مختلف المصادر ذات الصلة وتستجيب لاحتياجات جميع العاملين ضمن مؤسسات النظام الصحي وغيرها، كي تساعد في بناء منظومة سليمة يتسنى لمتخذي القرارات من خلالها رسم سياسات وتحديد أولويات ووضع خطط وتصميم برامج صحية سليمة وصائبة.

إن منظومة المعلومات الصحية يفترض أن تكون مؤسسة وموحدة في جميع المحافظات وعلى جميع مستويات النظام الصحي من أجل توحيد تدفق المعلومات وتحديث المؤشرات الصحية، وبرغم توفر نظام مقر من الوزارة إلا أن غالبية مقدمي الخدمات الصحية لمعظم البرامج الصحية والمأنخين لا يلتزمون به، وهذا الأمر يستدعي الحاجة لوجود نظام وطني متكامل للمعلومات الصحية وتقنياتها، والتي على أساسها يمكن اتخاذ قرارات صحيحة وموثوق بها، كما يمكن من خلاله تقييم النظام الصحي وتحديد المشاكل وتحليل أسبابها والوقوف على مواضع الخلل في النظام الصحي وكذلك يمكن تجنب ما هو حاصل من إعداد الخطط المستندة على معلومات ناقصة وغير دقيقة والآثار السلبية المترتبة على أداء النظام الصحي جراء ذلك. لذا فإن المعلومات الموثوقة هي أمر حاسم لوضع خطط واقعية ومنطقية وتأسيس نظام للمتابعة والتقييم، ومن هنا تبرز الحاجة إلى إعادة النظر في النظام الحالي للمعلومات الصحية وتحديث آليات مناسبة للعمل بها.

التوجه الاستراتيجي لمحور نظام المعلومات الصحية:

العمل على ضمان توفر المعلومات الصحية الصحيحة وتحسين نوعيتها والإحساس بزيادة قيمتها واستخدامها في الوقت المناسب مع ضمان دقتها من خلال تطوير نظام مبسط وموحد وهادف للمعلومات الصحية قادر على توفير المعلومات الصحيحة والدقيقة في الوقت المناسب لصنع واتخاذ القرارات السليمة وضمان مواكبة التطوير التنظيمي في القطاع الصحي للاستثمار في نظام المعلومات الصحية. وتشمل الاستراتيجيات المتبعة هنا ما يلي:

1. وضع سياسات واستراتيجيات خاصة لجعله نظاماً مؤسسياً، ووضع إطار ومعايير عملية لنظام

المعلومات الصحية لضمان تطوير وتعزيز النظام الحالي للمعلومات الصحية وتشجيع البحوث

واستخدام المعارف والبيانات البحثية في تحسين السياسات الصحية لتطوير وتعزيز تقديم الخدمات الصحية وتوفير الدعم المالي والتقني اللازم لها.

2. توحيد المؤشرات والتقارير المعلوماتية الصحية على مختلف مستويات النظام الصحي مع التركيز على أولويات الصحة والأخذ بعين الاعتبار رأي المستفيدين حول خدمات الرعاية الصحية وإلزام جميع العاملين على جمع المعلومات بالعمل بها.

3. تحسين قدرات العاملين للحصول على المعلومات الصحيحة وتحسين جودتها وقيمتها واستخدامها على المستويين المحلي والمركزي وتعزيز مبدأ التكامل بين مستويات النظام الصحي فيما يخص نظام المعلومات الصحية وسهولة الحصول على المعلومات و تبادلها.

4. الاستفادة القصوى من دعم المانحين والاسترشاد بمنهجية المنظمات الإقليمية والدولية في مجال نظم المعلومات الصحية، والتعلم من نتائج التجارب السابقة الإيجابية والسلبية.

5. ربط التقارير الإحصائية بالمستوى الصحي الذي ستستخدم فيه تلك البيانات مع مراعاة أن تكون التقارير الإحصائية الخاصة بالمستوى المركزي متضمنة تفاصيل أقل، وتحليلات أكثر عمقاً، ومؤشرات ومقارنات أكثر دقة.

6. الالتزام بدورية إصدار التقارير الإحصائية الصحية في الوقت المحدد وبجودة عالية ومتابعتها على مختلف المستويات الإدارية وفي مختلف المرافق الصحية ونشرها واستخدامها.

7. الاستفادة من الخارطة الصحية في دعم اتخاذ القرارات من خلال التوزيعات والتحليلات المعمقة في سبيل بناء القرارات المبنية على البراهين.

8. التنسيق القطاعي بين الوزارات المختلفة من أجل تنظيم عملية المسوحات الصحية الديمغرافية حتى نتجنب الازدواجية والتضارب بين الجهات التي تعمل على جمع المعلومات.

9. أتمتة وتحديث وسائل العمل المستخدمة في نظام المعلومات في المرافق والبرامج الصحية.

4.6. محور البنية التحتية:

تمثل البنية التحتية مكوناً رئيساً في النظام الصحي باعتبار أن توفرها واكتمال معاييرها يضمن حصول المواطنين على متطلباتهم من الرعاية الصحية بمختلف مستوياتها، ويشكل اكتمال معايير البنية التحتية معلماً بارزاً يدل على مدى نجاح النظام الصحي، وتمثل أهم هذه المعايير في اتباع موقع المرفق الصحي لمعايير توزيع البنية التحتية التي تراعي سهولة وصول المستفيدين للمرافق التي تقع ضمن الزمام السكاني لكل مرفق وكذلك توفر الحد الأدنى من التجهيزات الطبية وتوفير المياه الصالحة للاستخدام والطاقة الكهربائية ووسائل الاتصال، والكادر البشري المؤهل والمدرب، ووجود صيانة مستمرة لتلك البنية التحتية.

التوجه الاستراتيجي لمحور البنية التحتية:

أن التوجه الاستراتيجي لهذا المحور يركز بالأساس على تطوير منهجية عملية ومبسطة للاستثمار في البنية التحتية ووضع خارطة صحية للتعطية بالبنية التحتية للمرافق الصحية تساعد على إعادة تأهيل وتشغيل المرافق الصحية الحالية وفق معايير وطنية محددة مراعية لعدالة التوزيع تلبي الاحتياجات الفعلية للمجتمعات المحلية. وعليه فإن الاستراتيجيات المطلوبة في هذا المجال تتضمن ما يلي:

1. تطبيق نظام الخارطة الصحية لبيان توزيع البنية التحتية كأداة تأكيد عند اتخاذ قرار البناء الجديد للمرافق الجديدة والعمل على زيادة فرص سهولة وصول المستفيدين إلى المرافق الصحية.
2. الالتزام بمعايير دليل نظام المديرية الصحية وحزمة الخدمات الأساسية مع التركيز على تطويرها وتصنيف وتحديد وظائف البنية التحتية للمرافق الصحية على كافة المستويات ضمن إطار تعزيز الجودة والخارطة الصحية.
3. تطوير وتطبيق المعايير النمطية الوطنية لإنشاء وتجهيز وتشغيل المرافق الصحية (المبنى، المعدات والتجهيزات، الأدوية والمستلزمات الطبية، الكادر، الخدمات الصحية، النفقات التشغيلية، المتطلبات الخدمية ذات الصلة بتسهيل تقديم الخدمات الصحية) ضمن إطار تعزيز الجودة بما يتناسب والوضع الجغرافي والمناطق المختلفة.
4. تعزيز برنامج وقاية وصيانة مستمر للمباني والتجهيزات الطبية في مواقع العمل وإعادة تأهيل المرافق الصحية الحالية، وتعزيز نظام الهندسة على مستوى المحافظات ليكون مسؤولاً عن الإشراف على بناء

البنية التحتية للصحة للتأكد من أن بناء بنية تحتية جديدة يتوافق مع معايير وزارة الصحة العامة والسكان و تأهيل كوادر للصيانة في جميع المرافق الصحية.

5. تعزيز النفقات التشغيلية للمرافق الصحية من خلال زيادة الميزانية الحكومية وإيجاد موارد مالية أخرى من خارج الوزارة مثل مشاركة المجتمع في الخدمات الصحية واستعادة كلفة الدواء وفق أنظمة ولوائح مؤسسية.

6. إيجاد الآليات المناسبة للرقابة الدائمة على البنية التحتية وتقييمها واتخاذ التدخلات المناسبة في الأوقات المناسبة.

4.7. محور الدواء وتكنولوجيا الصحة:

إن توفير الأدوية الأساسية الفعالة والمأمونة ذات الجودة العالية للمواطنين في المرافق الصحية يؤدي دون شك إلى تحسين وتعزيز الثقة بالخدمات الصحية، وقد أثبتت التجارب السابقة أن تبني سياسة دوائية قائمة على توفير الأدوية الأساسية وإنشاء صندوق الدواء ضمن برنامج الأدوية الأساسية أظهر تحسناً ملحوظاً في إدارة نظام الإمداد الدوائي، وتحسن في نظام المعلومات، وتطوير المهارات لدى الكوادر الطبية والصيدلانية والكوادر الصحية المقابلة، إلا أن التحول السلبي تجاه قطاع الصيدلة والدواء والذي تسبب في إلغائه من بنية النظام الصحي، وبالتالي تفرقت وظائفه ومهامه ضمن جميع قطاعات الوزارة، كما أدى هذا التحول إلى ضعف تطبيق مكونات السياسة الدوائية الوطنية، وعدم تحديثها، بالرغم من توصيات منظمة الصحة العالمية في هذا الخصوص، مما جعل مهنة الصيدلة والدواء مفقودة الثقة في مهنتها التي أهم ما تتمثل في توفير الأدوية ذات الجودة العالية على كافة المستويات في القطاعين العام والخاص.

إن توفر المزيج المناسب والملائم من التكنولوجيا الصحية في المرافق الصحية لا يقل أهمية عن توفر الدواء، حيث تساهم تكنولوجيا الصحة (التجهيزات الطبية والصحية) في رفع مستوى الخدمات وأداء العاملين شريطة إتباعها قواعد ومعايير تتفق مع نوع المرفق ونوع الخدمات التي يقدمها ومن يعمل على ضمان تشغيلها وصيانتها والاستفادة المثلى منها في تعزيز صحة المستفيدين.

التوجه الاستراتيجي لمحور الدواء وتكنولوجيا الصحة:

إن التوجه الاستراتيجي لمحور الدواء وتكنولوجيا الصحة يركز على ضمان توفير الأدوية الفعالة والمأمونة وذات الجودة للمواطنين وضمان سلامتها وفعاليتها وعدالة الحصول عليها بشكل مستمر، وكذلك تنظيم إجراءات الشراء والتسجيل وضبط الجودة والرقابة والتفتيش على مواقع إنتاج الأدوية وتوزيعها وتخزينها وضبط تسعيرها واستعمالها بشكل رشيد مع دعم زيادة الإنفاق الحكومي على الدواء وكذلك توفير الأجهزة والمعدات وقطع الغيار ونظم شرائها وتخزينها وتوزيعها وصيانتها. إن الاستراتيجيات المتبعة في هذا الصدد تتضمن ما يلي:

1. المراجعة والتحديث الدوري للسياسة الدوائية الوطنية وتفعيل مكوناتها.

2. دراسة إمكانية إيجاد تكوين تنظيمي موحد وفاعل لجوانب الصيدلة والدواء ضمن مكون الهيكل للوزارة و دراسة إمكانية إيجاد هيئة للغذاء والدواء تتمتع بمهام قانونية وتشريعية وأدوار واضحة ومحددة لهذا المكون، والعمل مع الجهات ذات العلاقة لضمان سلامة الغذاء لهذا المكون.
3. مراجعة الوضع القائم لنظام الإمدادات الطبية في القطاع العام، وإعادة تنظيمه وفق سياسة وطنية واضحة، لضمان توفر كافٍ ودائم للإمدادات بالأدوية الأساسية والمستلزمات الطبية في المرافق الصحية، ابتداء من تقدير الاحتياج وحتى الصرف للمستفيد، مع ضمان الترشيد في الوصف والصرف والاستعمال للدواء مع تطوير مخزون استراتيجي لأدوية الطوارئ والكوارث بحيث يغطي على الأقل مدة لا تقل عن ثلاثة أشهر.
4. مراجعة وضبط تسعيرة الأدوية ووضع السياسات والإجراءات اللازمة لمنع التلاعب بالأسعار وتفعيل القوانين التي تضبط تهريب الأدوية إلى داخل الوطن وترشيد ومراقبة استيراد الأدوية.
5. زيادة الموازنة الحكومية الخاصة بالأدوية والمستلزمات والتجهيزات الطبية وفق معيار الفرد بالمقارنة مع المعايير الإقليمية وإيجاد موارد مالية إضافية للدواء والتسريع بالانضمام إلى نظام الشراء الموحد مع دول مجلس التعاون بما يضمن ترشيد الإنفاق على الدواء وحصول المواطنين على أفضل دواء بأقل سعر ممكن.
6. تطوير برامج تدريبية أثناء الخدمة لرفع مستوى كفاءات ومهارات الكوادر الصيدلانية والمساعدة في مختلف مستويات النظام الصحي.
7. تطوير نظام إمداد وصيانة ووقاية كفؤ وفعال للتجهيزات والأدوات الطبية وإعداد قائمة بالحد الأدنى منها لمختلف المستويات لضمان توفرها الدائم.

4.8. محور التمويل الصحي واقتصاديات الصحة وخيار التأمين الصحي:

يعتبر التمويل الصحي أحد العناصر الأساسية لتحسين وتوسيع الرعاية الصحية لأغلب المواطنين على مختلف مستوياتهم الاجتماعية والاقتصادية وفتاتهم العمرية ومواقعهم الجغرافية، ويعكس مقدار تمويل التنمية الصحية مدى الالتزام السياسي الحقيقي بصحة المواطن. وما يلاحظ على مدى طويل من الزمن بقاء سلطة التمويل والإنفاق الصحي بيد وزارة المالية كونها الجهة الحكومية المسؤولة عن ذلك، وهذا الأمر يتطلب إعادة هيكلة التمويل الصحي بما يحقق زيادة الموارد المالية وتوظيف هذه الموارد التوظيف الأمثل، وربط العائد الصحي والفني بالإنفاق الصحي وضمان توزيع الموارد توزيعاً عادلاً على مختلف المستويات الصحية. وضمان عدم حرمان الفقراء من الرعاية الصحية بسبب عجزهم عن تحمل تكاليفها. ولا بد من أن تكون سلطة ومسئولية التمويل والإنفاق الصحي مشتركة لا محتكرة على جهة بعينها (كما هو الحال الآن) وفق أهداف ونتائج محددة مسبقاً يتم الاتفاق والإجماع عليها.

ومن خلال مؤشرات الإنفاق الصحي المتوفرة نجد أن النفقات الصحية الإجمالية في حالة نمو مستمرة ومتصاعدة أرقامها كمياً لا نسبياً، وهي ما تزال بسبب ذلك متدنية مقارنة مع معايير دول الإقليم وكذلك نجد أن هناك تناقص نسبة الإنفاق الحكومي على الصحة برغم ارتفاع نصيب الفرد من الإنفاق الصحي حجماً (أنظر صفحة 43 من هذه الوثيقة).

التوجه الاستراتيجي لمحور التمويل الصحي:

تركز الإستراتيجية في هذا المحور على تحقيق التوازن في تخصيص الموارد المتاحة بين مختلف مستويات النظام الصحي، وبين الريف والحضر وبين الخدمات الوقائية والعلاجية بما يحقق التقارب مع المعايير الإقليمية للإنفاق الحكومي على الصحة، وضمان استجابة التمويل الصحي للخطط والبرامج والمشاريع الصحية المبنية على الاحتياج الفعلي للسكان وضمان التوزيع العادل لتحقيق الكفاءة والفاعلية والربط بين العائد الصحي والإنفاق الصحي من أجل تحقيق التنمية الصحية.

إن تمويل نظام الرعاية الصحية يجب أن يعامل على أنه حالة خاصة وضرورة لا مناص منها. فإذا أردنا أن نحقق الرعاية الصحية الأساسية الهامة فلا بد من العمل الجدي لتوفير الميزانية المطلوبة لذلك، وضبط أداء النظام ضمن حدود زمنية واستخدام آليات جديدة للتعاقد مع العمالة في القطاع الصحي. ويستوجب ذلك توجه شركاء التنمية إلى التحرك نحو نهج القطاع الشامل في التمويل لضمان القدرة الاستيعابية وخفض التكاليف. وهكذا فإن الاستراتيجيات الملحة في هذا المضمون هي كالتالي:

1. حشد الجهود لزيادة الالتزام السياسي نحو التنمية الصحية بزيادة الإنفاق الحكومي (قيمة ونسبة) على الصحة بما يتناسب مع المعايير الإقليمية والدولية وجمع الدلائل المؤيدة للحاجة لهذا التمويل وربطه بنتائج محددة تتناسب مع كفه ومقداره، مع التركيز على إعطاء القطاع الصحي خصوصية في التمويل والعمل على انتظام وسلاسة تدفق الأموال النقدية وفقاً للاحتياجات الحقيقية للقطاعات الفرعية في وزارة الصحة وفي الخدمات الصحية التي تقدم في المحافظات والمديريات.
2. مراجعة النظام المالي الحالي وإجراءاته المعقدة الذي لا يستوعب خصوصية احتياجات القطاع الصحي، وذلك لجعل الإجراءات المالية مرنة ومستوعبة للاستخدام الأمثل والرشد للأموال المخصصة لتنفيذ الأنشطة والمشاريع والبرامج الصحية وتحقيق التوجهات الإستراتيجية.
3. الكفاءة والفاعلية: استخدام معايير الأداء على مختلف مستويات النظام الصحي وعلى مستوى المؤسسات الصحية لتحقيق التوزيع العادل والفعال للموارد المالية والأنشطة والمشاريع والبرامج الصحية الذي يعكس الاحتياجات الفعلية للصحة، وتطوير النظم المحاسبية المتطورة كنظم المحاسبة الإدارية وتحليل فاعلية كلفة الخدمات الصحية والتركيز على زيادة كفاءة القطاع العام والقطاع الخاص في الرعاية الصحية.
4. تشجيع وتقنين الاستثمار في القطاع الصحي على مستوى محافظات الجمهورية وخاصة في مجال معالجة الأمراض المستعصية والتي يذهب القادرون من المصابون بها إلى الخارج.
5. تفعيل دور اللجان الصحية والمجالس الصحية والمحلية لتنمية الموارد المالية من خارج موازنة الدولة وتشغيلها التشغيل الأمثل لصالح الفقراء ودعم تصميم وتنفيذ برامج الحماية الصحية المجتمعية تدريجياً والمبادرات الابتكارية في هذا المجال وتشجيع المبادرات المجتمعية.
6. مأسسة نظام مراجعة الإنفاق العام على الصحة والحسابات الصحية الوطنية لمتابعة تحديد مصادر وحجم الإنفاق الصحي ومصادر تقديم الخدمات لضمان ترشيد الإنفاق ورفع الكفاءة واستخدام النتائج في تطوير السياسات الصحية والمالية الخاصة بتمويل القطاع الصحي ومن أجل تحسين إدارة النفقات الصحية.

7. التشجيع على خلق وتعزيز الشراكة مع المجتمعات المحلية والقطاع الخاص ومنظمات المجتمع المدني، فضلا عن الشركاء في التنمية لخلق بيئة تفضي إلى حالة صحية جيدة وكذلك تساعد على توفير الخدمات الصحية للجميع.

8. إنشاء آليات لحماية الفقراء من خلال التأمين الصحي الاجتماعي واستكشاف مصادر إضافية وبديلة لكلا القطاعين العام والخاص، بما في ذلك نظم التأمين الصحي مع التركيز على تجنب تضارب المصالح، وإيجاد إيرادات إضافية خاصة بالصحة لا تدخل ضمن الموازنة العامة من المؤسسات المختلفة التي لها ضرر مباشر أو غير مباشر على الصحة (كمصانع التبغ ومورديه ومن على شاكلتهم).

9. إشراك المبادرات الصحية العالمية وتشجيعهم على تمويل النظام الصحي والاحتياجات من الموارد البشرية اللازمة لبرامج التنمية الصحية والعمل على التنسيق الفاعل والشفاف لمدخلات المانحين ضمن إطار أولويات السياسات والاستراتيجيات الوطنية الصحية.

10. مراجعة سياسات المشاركة بالكلفة وعائدات الخدمات الصحية في المرافق العامة ودعم تطويرها مع الحرص على تطبيق نظام إعفاء الفقراء والتأكد من عدم وجود الحواجز أمام الفقراء لاستخدام الخدمات الصحية.

11. دعم المرتبات والحوافز للعاملين في القطاع الصحي وإعادة النظر حولها لرفع مستوى معيشتهم المفضي مباشرة إلى رفع جودة خدماتهم.

12. تنفيذ القانون الخاص بالمنتجات الضارة بالصحة كالتبغ والسجائر والقات والأسمدة الكيماوية والأسمدة المستخدمة بالزراعة وما على غرارها.

5. نظام الرصد والتقييم للإستراتيجية ولأداء النظام الصحي:

إن مراجعة القطاع الصحي هي عملية جديدة أخذت في عين الاعتبار رؤية مقدمي الخدمة والمستفيدين منها للنظام الصحي. إنه دون مقدمي الخدمة الصحية لا يمكن للنظام الصحي أن يقدم شيئاً لذلك لا بد أن يتمتع مقدم الخدمة بحالة من الرضا لكي يقوم بمهامه بصورة جيدة لمواجهة احتياجات المستفيدين، كون ذلك هو مبرر وجود النظام الصحي بكليته.

وقد أظهر مقدمو الخدمة والمستفيدين عدم الرضا: حيث يشعر مقدمو الخدمة أنهم مستضعفون من قبل النظام والمستفيدين، لأنه ليس لديهم تمويل معقول أو تحفيز مادي ومعنوي، مما يؤدي إلى فقدان النظام الصحي لكادره وخروجه للبحث عن عمل أفضل، وقد انخفضت ثقة المستفيدين عموماً بالخدمات الصحية. وبالتالي يشعرون بأنهم ضحايا للأطماع المالية من قبل مقدمي الخدمة في القطاعين العام والخاص، وهذا أدى إلى عزوف البعض عن استخدام الخدمات الصحية وخاصة تلك المقدمة في القطاع العام، ومن يستطيع تحمل التكاليف الخاصة بالعلاج يفضل السفر إلى الخارج وهذا يفقد البلد مبالغ كبيرة جداً، ويشعر المستفيدون من الخدمات الصحية بغياب حضور قوي لهم في تقرير حاجاتهم من الرعاية الصحية.

وبالنظر لأداء النظام الصحي والظروف العامة المحيطة به نجد أنه من الصعب جداً أو من غير الممكن تحقيق أهداف الألفية الثالثة التي التزمت الحكومة بالعمل على تحقيقها. وبذلك فإن التحدي الذي تواجهه وزارة الصحة العامة والسكان هو تقييم أداء النظام الصحي والنتائج المحققة بشكل دوري عن طريق نظام بسيط وفعال، يضمن من خلاله جمع البيانات والمعلومات الضرورية، والقدرة على التعامل معها زمنياً وملائمةً. ويجب أن ينظر هذا النظام إلى المدخلات والعمليات والنتائج، وبأنها تعطي اهتماماً لرضا كل من المستفيدين ومقدمي الخدمة، والنظر إلى جانب آخر وهو ما إذا كانت مخرجات النظام حقاً تساهم في تحقيق الأهداف الوطنية ذات الصلة، والالتزامات الأخرى مع المحيط الإقليمي والدولي.

وهكذا فإن الإستراتيجية الوطنية الصحية تولى الجانب العملي من المتابعة والتقييم للاستراتيجيات المختلفة الخاصة بكل محور من محاورها الاهتمام الأكبر، حيث سيتم التركيز على المراجعة الدورية سنوياً لمدى تحقيق التوجهات الإستراتيجية بغية الوصول إلى تحقيق الاستراتيجيات والأهداف الوطنية للصحة.

بالإضافة إلى ذلك تركز الإستراتيجية على قياس بعض المؤشرات الهامة التي تعكس مدى التقدم إجمالاً في تحقيقها وإنجاز برامجها المختلفة التي ستنبثق منها، حيث توفر هذه الإستراتيجية الإطار العام للخطة الخمسية الرابعة للتنمية الصحية والتخفيف من الفقر (2011-2015م) وما سيليهها من خطط إستراتيجية .

وانسجاماً مع التوجهات الوطنية، فقد تم اعتماد مؤشرات الأداء الرئيسة لقطاعات وزارة الصحة العامة والسكان كمؤشرات لأداء القطاع الصحي خلال مدة الإستراتيجية، ولا يمنع ذلك من تطوير مؤشرات خاصة لكل من مكونات القطاع ولكل خدمة صحية أيضاً إن لزم الأمر.

وهكذا فإن ذلك كله يفرض على الوزارة العمل ضمن الإجراءات التالية:

5. الرصد المنتظم لرضا المستفيدين من الخدمات الصحية ومقدمي هذه الخدمات أيضاً.

6. الرصد المنتظم لأداء القطاعات في وزارة الصحة العامة والسكان.

7. الرصد المنتظم للمكاسب الوطنية الناتجة عن أداء القطاع الصحي (مثل الحد من الإنفاق على الصحة في الخارج والتأثير على الأهداف الإنمائية للألفية، وخفض معدل الخصوبة).

8. إجراء تقييم سنوي مشترك مع شركاء التنمية والمعنيين لمعرفة مدى التقدم في توجهات الإستراتيجية الوطنية الصحية والخطة الخمسية الرابعة للتنمية الصحية والتخفيف من الفقر (2011 - 2015م) وما سبيلها من خطط إستراتيجية.

وتوافقاً مع التحول في الوظائف التي يفرضها التوجه السياسي نحو المزيد من اللامركزية فإن الحاجة تستوجب رفع قدرات الوزارة في مجال الرصد والتقييم، وإعطائها الصلاحيات الكاملة واللازمة لنجاح مثل هذه المهمة الكبيرة والمعقدة أيضاً. ولا بد من توفير الدعم السياسي لهذا الدور والعمل مع الجهات ذات العلاقة نحو مؤسسية نظام الرصد والتقييم والعمل بنتائجه بكل شفافية ومسئولية.

ويمكن الإشارة هنا إلى إمكانية الاستفادة من تجربة الصندوق الاجتماعي للتنمية في مجال الرصد والتقييم وهي تجربة ناجحة تمت في بيتنا الوطنية.

6. الماضي قدماً في تنفيذ الإستراتيجية:

ستقود الإستراتيجية الوطنية الصحية بدعم قيادة الوزارة وعلى رأسهم وزير الصحة العامة والسكان عملية اتخاذ القرارات الهامة والخطوات الرئيسة في القطاع الصحي، حيث ستعمل الوزارة مع الشركاء على تنفيذ الخطوط العامة والخاصة لهذه الإستراتيجية. وتتوافق هذه الجهود وتتضافر مع الإعداد لوضع الخطة الخمسية الرابعة للتنمية الصحية والتخفيف من الفقر 2011-2015 م التي ستكون الترجمة الأولى العملية للإستراتيجية الوطنية الصحية، وستكون أحد أهم الأولويات لوزارة الصحة العامة والسكان في الفترة القادمة، كما أنهما ستحدد المعالم الرئيسة وأحجار الزوايا لكل توجه استراتيجي لجميع محاور الإستراتيجية الوطنية الصحية.

كما أن الوزارة ستحرص على تعيين الكادر المتنوع والكفؤ المناسب المتابعة ومراجعة مستوى تحقيق أهداف الإستراتيجية. ويجب أن تكون هذه الإستراتيجية مرنة وغير جامدة بل يتوجب أن تتطور لتواجه التطور المحتمل في احتياجات الخدمات الصحية وتواكب التطور التنظيمي المتوقع للوزارة والنظام الصحي خلال مدة الإستراتيجية.

وسيتم مراجعة الإستراتيجية ومدى استمرارية تحقيق الأهداف سنوياً وذلك في ضوء المتغيرات الممكنة و ستعمل الوزارة على مؤسسية هذه العملية ضمن عمليات التخطيط الدورية في وزارة الصحة العامة والسكان وبشكل عملي قابل للتطبيق.

كما وسيتم عمل خطة تنفيذية سنوية للوزارة تتواءم مع الإستراتيجية الوطنية الصحية محددة أولويات الوزارة خلال العام القادم المستندة إلى التوجهات الإستراتيجية، وهذا سيتطلب أن تعمل الوزارة على مراجعة التقدم المحرز خلال العام المنصرم وتحديد الأولويات المتفق عليها للعام الذي يليه سنوياً. وهذه هي الفرصة السانحة للتعديل ومعرفة مدى إمكانية الاستمرار في العمل من أجل تحقيق الأهداف أو تغييرها. كما أن العام 2015م سيكون محطة رئيسة للمراجعة وتقييم مدى تحقيق أهداف الألفية التي تدعمها الإستراتيجية الوطنية الصحية كأولوية هامة خلال الفترة القادمة ضمن توجهات محور خدمات الرعاية الصحية من هذه الإستراتيجية.

6.1. النهج المتبع لتنفيذ الإستراتيجية وإحداث التغيير المطلوب:

في هذا الجزء وصفٌ لكيفية دعم تنفيذ الإستراتيجية وكيفية التقدم في رصد تنفيذ الأهداف، وكيفية قياس نوعية وفعالية الخدمات الصحية وتقييمها. وستحدد الإستراتيجية برنامجاً لتنفيذ التنمية والإصلاح للنظام الصحي. وتحتوي مختلف محاور الإستراتيجية في جوهرها على المبادئ التوجيهية المتعلقة بالعدالة والجودة والتركيز على احتياجات المجتمع، وتهدف جميعها إلى تحقيق أهداف صحة أفضل للجميع، والوصول العادل إلى الخدمات الصحية، والاستجابة المناسبة لاحتياجات المجتمع من الرعاية الصحية والأداء الرفيع.

6.1.1. أولاً: الإقرار الرسمي للإستراتيجية الوطنية الصحية:

لا بد من توفير الدعم السياسي لهذه الإستراتيجية على مختلف المراحل بدءاً بالمصادقة عليها ثم اتخاذ الإجراءات اللازمة لتنفيذها والحرص على وضع الخطط العملية لتحقيقها وإرفادها ببرامج ومشاريع وأنشطة كاملة تحول دون إهمالها ودون بقائها في أدراج المكاتب، حتى لا تصير نسياً منسياً. ولذلك فإن الخطوة الأولى ستكون إقرار هذه الإستراتيجية والإجماع عليها والمصادقة من مجلس الوزراء.

6.1.2. ثانياً: تعميم الإستراتيجية:

يجب بعد المصادقة على الإستراتيجية أن تنشر وتعمم على مختلف القطاعات ذات العلاقة داخل وخارج وزارة الصحة العامة والسكان، وكذلك المحافظات، وجميع الشركاء المحليين والدوليين. ويستدعي ذلك القيام بعقد اللقاءات الموسعة مع القيادات الصحية والشركاء وذلك حتى يتسنى للجميع الاطلاع عليها ومعرفة التوجهات الإستراتيجية في الفترة القادمة والاستعدادات الواجبة التجهيز لتنفيذها.

6.1.3. ثالثاً: تنفيذ الإستراتيجية الوطنية الصحية:

وامتداداً لما كان من مشاركة واسعة في مختلف المراحل حتى الوصول إلى هذه الإستراتيجية وضماناً للالتزام بما ورد فيها فإنه يلزم القيام بما يلي:

- توضيح المسؤوليات والمهام للقطاعات ذات الصلة والمنظمات والأفراد الرئيسيين.
- توفر إرادة سياسية واضحة لهذا النهج وبمشاركة القطاعات الأخرى.
- السماح والاستجابة للابتكارات محلياً في تحديد الأولويات والاحتياجات.
- عكس التوقعات الصحيحة والسليمة من المستفيدين والمجتمع والموظفين للمشاركة في إعادة تشكيل النظام الصحي.

إضافة إلى التنفيذ سيكون من المهم وضع نظام لرصد التقدم المحرز ومنهجية تقييم جودة وفعالية الخدمات التي تقدم على مختلف المستويات. ويجب أن يكون نظام الرصد والتقييم متأصل وجوهري في النهج المتبع من قبل العاملين على كافة مستويات تقديم الخدمات الصحية وضمان وجود آليات وأنشطة للرصد والتقييم في جميع الخطط التنفيذية المركزية والمحلية.

إن القياس المستمر وتقديم التقارير عن التقدم المحرز في ضوء الأهداف الإستراتيجية المحددة في محاور الإستراتيجية سوف يكون جزءاً أساسياً من عملية التنفيذ. ومن شأن ذلك أن يضمن:

- تحمل المسؤولين عن التنفيذ مسؤولية سير التقدم الذي يجب أن يحرز في كل جانب ومحور.
 - قياس العائد على زيادة الاستثمار في القطاع الصحي أو الصحة الذي من شأنه أن ينجم عن هذه الإستراتيجية.
 - تمكين القائمين على التخطيط والتنمية وتقديم الخدمات من اتخاذ خيارات مدروسة بشأن استمرارية التوجهات لتدعيمها وتحسينها ودعم عملية التغيير للأفضل.
- وبالنسبة لتكوين الترتيبات اللازمة لدعم تنفيذ ورصد وتقييم الوظائف المختلفة لتنفيذ الإستراتيجية كما هو مبين أدناه:

| المستوى الوطني |
|---|
| التنفيذ |
| <ul style="list-style-type: none">• لجنة عليا لتنفيذ الإستراتيجية في مجلس الوزراء.• لجنة فرعية مشتركة بين القطاعات في وزارة الصحة لدعم اللجنة العليا لمجلس الوزراء للمراجعة الشاملة لأثر الإستراتيجية الصحية على عمل القطاعات والوقوف الدوري أمام التقدم الذي أحرزته، يُصدر بشأنها وزير الصحة العامة والسكان قراراً يحدد فيه عضويتها ومهامها وآلية عملها ويتأهدها وزير الصحة أو من ينيبه.• فريق وطني متخصص في وزارة الصحة يكرس جهوده لقيادة عملية تنفيذ الإستراتيجية الوطنية الصحية في إطار النظام الصحي، وإعداد ونشر التقرير المرحلي السنوي للجنة العليا في مجلس الوزراء.• مجموعة توجيهية وطنية تضم فيها خبرات خارجية في إدارة التغيير لتحديد نهج التنفيذ والمساعدة في خلق زخم للتغيير. |

الرصد والتقييم

- تخصيص وظيفة الرصد والتقييم في إطار وزارة الصحة العامة والسكان.
- الاتفاق بين وزارة الصحة والمجالس الصحية على مجموعة رئيسة من مؤشرات الأداء للتطبيق على المستوى الوطني. (الجهات الأخرى لاستكمال هذه على النحو المطلوب مع مؤشرات أكثر تفصيلاً على المستوى المحلي).

المستوى المحلي

التنفيذ

- تشكيل مجالس التنمية الصحية على المستوى المحلي للمحافظات يترأسها المحافظ.
- فرق عمل لتنفيذ الإستراتيجية على المستوى المحلي، والعمل مع الشركاء المحليين والتنسيق مع المجموعة التوجيهية الوطنية يترأسها مدير مكتب الصحة بالمحافظة.

الرصد والتقييم

- تخصيص وظيفة الرصد والتقييم داخل كل مجلس من مجالس التنمية الصحية لاستعراض ومراجعة وضع خدمات مختارة أساسية للمحافظة.
- إدخال نظم إدارة الأداء في مكاتب الصحة بالمحافظات والإدارة بالنتائج.

مع شركاء التنمية الصحية

- التنسيق ضمن منتدى وطني لجميع الشركاء لمراجعة واستعراض تقارير تنفيذ الإستراتيجية الصحية وتقارير الرصد والتقييم.
- مواصلة تطوير شراكة الموظفين للمشاركة في تنفيذ الإستراتيجية الصحية على المستويين المحلي والوطني.

التقييم الخارجي لمدى التقدم

للعمل على المساعدة في تنفيذ التالي:

- إجراء تقييم مستقل لخدمات مختارة سنوياً بدءاً من العام 2013م.
- العمل مع الجهات المعنية لوضع معايير وأساليب وأهداف يمكن على أساسها تقييم الخدمات.
- قيادة التطورات في المعلومات بما يتماشى مع الإستراتيجية الوطنية لنظام المعلومات الصحية.
- متابعة أجندة وطنية للجودة، بما في ذلك نظام الاعتماد للخدمات والأدلة الخاصة بأفضل الممارسات وإدارة المخاطر.
- تطوير أدوات تقييم الآثار الصحية لتطبيقها على الصعيدين الوطني والمحلي.
- الإشراف على تقييم تكنولوجيا الصحة دورياً.

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

الملقات

الخبراء المنفذون للمراجعة المشتركة للقطاع الصحي المرحلة الأولى
(تقييم الوضع الراهن)

| م | الاسم | المؤهلات والخبرات |
|----|-------------------|--|
| 1 | جمال ثابت ناشر | ماجستير في السياسات والتخطيط والتمويل الصحي -جامعة لندن- المملكة المتحدة وكيل وزارة الصحة لقطاع التخطيط والتنمية 10 سنوات خبرة في النظام الصحي |
| 2 | محمد غرامة الراعي | مستشار وزير الصحة - وكيل وزارة سابق لقطاع التخطيط والتنمية أستاذ/ دكتور. الإدارة الصحية -جامعة عدن 30 سنة خبرة في النظام الصحي |
| 3 | عبدالحليم هاشم | ماجستير صحة عامة - جامعة تولان - الولايات المتحدة الأمريكية منسق وحدة السياسات الصحية والدعم الفني 31 سنة خبرة في النظام الصحي |
| 4 | عادل ناصر الجساري | ماجستير صحة عامة -جامعة هيدالبرج- ألمانيا مدير عام مشروع الملاريا 10 سنوات خبرة في النظام الصحي |
| 5 | رشاد غالب شيخ | ماجستير في السياسات والتخطيط والتمويل الصحي - جامعة لندن - المملكة المتحدة نائب منسق وحدة السياسات الصحية والدعم الفني 10 سنوات خبرة في الصحة العامة والنظام الصحي |
| 6 | قائد عبادي | ماجستير صحة عامة - جامعة الإسكندرية أخصائي صحة عامة- أمومة وطفولة - تغذية - تنظيم أسرة مستشار وحدة السياسات الصحية 25 سنة خبرة في النظام الصحي |
| 7 | علي جحاف | ماجستير أمومة وطفولة -جامعة لندن ميسر - 21 سنة خبرة في النظام الصحي |
| 8 | احمد محمد عقلان | بكالوريوس علوم صيدلانية - جامعة الرياض دبلوم عالي تربية في التدريب وإعداد المناهج جامعة صنعاء مستشار في الإمداد الدوائي والسياسات الدوائية 28 سنة خبرة في النظام الصحي |
| 9 | توفيق القرشي | بكالوريوس علوم صيدلانية - جامعة القاهرة مدير مركز الأطراف - تعز - نائب مدير عام مكتب الصحة سابقا - تعز 24 سنة خبرة في النظام الصحي |
| 10 | راغب القرشي | ماجستير صحة عامة - معهد كيت - أمستردام - هولندا 13 سنة خبرة في النظام الصحي |
| 11 | جواد علي محمد | ماجستير إدارة صحية - أكاديمية السادات - القاهرة 33 سنة خبرة في النظام المالي الصحي |

المجموعات المنفذة للمراجعة المشتركة للقطاع الصحي

المرحلة الثانية (تحديد التوجهات المستقبلية)

| القيادة | | مسئول المجموعة التي عملت على تحديد التوجهات المستقبلية للقيادة هو: د. محمد غرامة الراعي مستشار وزير الصحة العامة والسكان |
|---|-----------------------------|---|
| الخبراء المشاركون في عمل المجموعة (القيادة) | | |
| 1 | أ. أمين محمد المقطري | وكيل التخطيط والموازنة بوزارة الإدارة المحلية |
| 2 | د. جمال ثابت ناشر | وكيل وزارة الصحة العامة والسكان لقطاع التخطيط |
| 3 | د. رشاد غالب شيخ | مدير عام وحدة السياسات الصحية والدعم الفني بالوزارة |
| 4 | أ. علي عبد الكريم | مدير عام الشؤون القانونية بوزارة الصحة العامة والسكان |
| 5 | د. علي جحاف | البرنامج اليمني الألماني للصحة الإنجابية |
| 6 | أ. جمال السروري | الشؤون القانونية بوزارة الصحة العامة والسكان |
| | د. منى المضواحي | السكرتيرة الفنية لمكتب منظمة الصحة العالمية باليمن |
| التخطيط | | مسئول المجموعة التي عملت على تحديد التوجهات المستقبلية للتخطيط : د. مصلح التوعلي مدير عام التخطيط وزارة الصحة العامة والسكان. |
| الخبراء الذين عملوا على إعداد التوجهات المستقبلية (التخطيط) | | |
| 1 | د. عبد الجبار علي الغيثي | مدير عام الإحصاء والمعلومات بالوزارة. |
| 2 | د. عبد الغني علي الغزي | مدير عام مكتب الصحة - محافظة عمران. |
| 3 | د. عبد الملك محمد الصناعاني | مدير عام مكتب الصحة - محافظة إب. |
| 4 | د. العبد ربيع باموسى | مدير عام مكتب الصحة - المكلا محافظة حضرموت. |
| 5 | د. خالد عبده المنتصر | مدير عام مكتب الصحة - محافظة صنعاء. |
| 6 | أ. عبد الله هزاع الخطيب | مدير عام التنمية البشرية - وزارة التخطيط والتعاون الدولي. |
| 7 | أ. علي علي دهاق | مدير عام المتابعة والتقييم - وزارة التخطيط والتعاون الدولي. |
| 8 | د. احمد عقلان | وحدة السياسات الصحية بالوزارة. |
| 9 | د. نايف نصر محمد | مسئول مجموعة البنية التحتية بالمراجعة. |
| 10 | د. محمد مثنى سالم | عضو وحدة السياسات الصحية والدعم الفني. |
| 11 | د. عبد الحميد احمد الشهاري | نائب مدير عام مكتب الصحة - محافظة صنعاء. |
| 12 | أ. عبده محمد الكبودي | مدير التخطيط - وزارة الإدارة المحلية. |
| 13 | أ. ياسر شكري | مدير المتابعة - وزارة الإدارة المحلية. |
| 14 | د. علي جحاف | البرنامج اليمني الألماني للصحة الإنجابية |
| الكادر | | مسئول المجموعة التي عملت على تحديد التوجهات المستقبلية للكادر هو: أ. ناصر الأخرم مدير عام تنمية الطاقة البشرية بالوزارة. |
| الخبراء والمعنيون المشاركون في عمل المجموعة (الكادر) | | |
| 1 | أ. يحيى المحاقري | مدير عام شؤون الموظفين - وزارة الصحة العامة والسكان |
| 2 | د. عبد العزيز السقاف | مستشار وزير الصحة |
| 3 | عبد الكريم الجرهموزي | إدارة تنمية الموارد البشرية - وزارة الصحة العامة والسكان |
| 4 | عبد الله سالم غوث | جامعة حضرموت |

| | | |
|---|-----------------------------|---|
| 5 | عبير محمد العودي | مركز الدراسات السكانية |
| 6 | عبد الكريم الشرفي | مركز التدريب اثناء الخدمة - المعهد العالي للعلوم الصحية |
| 7 | عادل المتوكل | تقييم تعليم المرضى - وزارة الصحة العامة والسكان |
| 8 | عدنان عبد الجبار | مدير التوظيف - وزارة الخدمة المدنية |
| 9 | د. احمد الشيخ أبو بكر | الأمين العام المساعد للمجلس اليمني للاختصاصات الطبية |
| 10 | د. احمد محمد الحداد | رئيس قسم طب المجتمع كلية الطب - جامعة صنعاء |
| 11 | احمد يحيى الكحلاني | مستشار - وزارة الصحة العامة والسكان |
| 12 | د. امة اللطيف ابو طالب | طب المجتمع |
| 13 | دينا ياسين | جامعة العلوم والتكنولوجيا |
| 14 | د. خالد عبد الله السقاف | معهد أمين ناشر الصحي |
| 15 | د. خالد الصريمي | استشاري جودة الخدمات الصحية |
| 16 | د. خالد السياغي | مدرس - كلية التمريض |
| 17 | لطفي عبد اللطيف اسماعيل | التخطيط - وزارة الصحة العامة والسكان |
| 18 | محمد علي سعيد | التوصيف الوظيفي - وزارة الخدمة المدنية |
| 19 | محمد سعيد المخلافي | مستشار وزير الصحة |
| 20 | د. نجيبة عبد الله عبد الغني | أ. طب مجتمع - جامعة صنعاء |
| 21 | د. سعيد أحمد جريح | كلية الطب - جامعة عدن |
| 22 | سعيد ناشر | التدريب والإبتعاث - وزارة الخدمة المدنية |
| 23 | د. صالح باحاج | جودة التعليم الصحي - جامعة ذمار |
| 24 | طه المحبشي | نائب عميد المعهد العالي للعلوم الصحية للشئون الأكاديمية\ صنعاء |
| 25 | د. ثابت محسن ناشر | كلية الطب - جامعة صنعاء |
| 26 | يحيى مطهر | الموارد البشرية - جامعة صنعاء |
| 27 | يوسف الشعبي | إدارة التمريض - وزارة الصحة العامة والسكان |
| التمويل | | مستئول المجموعة التي عملت على تحديد التوجهات المستقبلية للموارد المالية لتمويل النظام الصحي هو: أ. احمد المقرمي المستشار المالي بوزارة الصحة العامة والسكان. |
| الخبراء العاملون على التوجه المستقبلي (التمويل الصحي) | | |
| 1 | أ. أمين المحمدي | وكيل وزارة المالية |
| 2 | عبد الرحمن هوش | مدير عام الموازنة - وزارة الإدارة المحلية |
| 3 | احمد المشولي | محاسبة نفقات - وزارة المالية |
| 4 | علي العسيلي | مدير عام الإحصاء بوزارة المالية |
| 5 | علي اسماعيل العلفي | مستشار وزارة الصحة العامة والسكان |
| 6 | علي قايد علي | مدير إدارة الصحة - وزارة التخطيط |
| 7 | حميد العذيب | مدير إدارة الموازنة - وزارة المالية |

| | | |
|--|---|---|
| 8 | جليل الشميري | الإشراف - وزارة المالية |
| 9 | محمد الشيباني | السكرتارية - وزير الصحة |
| 10 | عمر محمد صالح | مدير عام الحسابات القومية - وزارة التخطيط |
| 11 | د. رشاد غالب شيخ | مدير عام وحدة السياسات الصحية - وزارة الصحة |
| 12 | د. صالح فدعق | مدير عام التأمين الصحي - وزارة الصحة |
| 13 | وحيد الصلوي | مراجع وزارة الصحة |
| 14 | يس سالم الزريقي | محاسب مشاريع - وزارة الصحة |
| الدواء | مسئول المجموعة التي عملت على تحديد التوجهات المستقبلية للإمداد الدوائي والتجهيزات هو : د. احمد محمد عقلان مستشار الإمداد الدوائي في وحدة السياسات الصحية والدعم الفني. | |
| الخبراء الذين عملوا في مجموعة (الإمداد الدوائي والتجهيزات) | | |
| 1 | د. عبد المنعم الحكمي | الهيئة العليا للأدوية والمستلزمات الطبية |
| 2 | د. ياسين القباطي | الهيئة العليا للأدوية والمستلزمات الطبية |
| 3 | د. إيمان شرف | الهيئة العليا للأدوية والمستلزمات الطبية |
| 4 | د. محمد الجنداري | ممثل عن قطاع الصناعات الدوائية |
| 5 | د. محمد محسن علي | ممثل عن القطاع الدوائي الخاص |
| 6 | د. علي الكاف | ممثل عن جامعة صنعاء - كلية الصيدلة |
| 7 | د. نجيب عبدالله سيف | الهيئة العليا للأدوية والمستلزمات الطبية |
| 8 | د. عبد القوي علي الجنيد | البرنامج الوطني للإمداد الدوائي |
| 9 | د. شوقي محمد الدبعي | البرنامج الوطني للإمداد الدوائي |
| 10 | د. احمد عبده نعمان | الإدارة العامة للصيدلة والتموين الطبي |
| 11 | د. علي حزام شمسان | الإدارة العامة للصيدلة والتموين الطبي |
| 12 | أ. احمد المشرعي | إدارة الإمداد بوسائل تنظيم الأسرة - قطاع السكان |
| 13 | مهندس/ منذر شجاع الدين | مدير عام الصيانة والتجهيزات |
| البنية التحتية | مسئول المجموعة التي عملت على تحديد التوجهات المستقبلية للبنية التحتية هو : د. نايف نصر إدارة البحوث والتوثيق - وزارة الصحة العامة والسكان. | |
| الخبراء العاملون على التوجه المستقبلي (البنية التحتية) | | |
| 1 | م. عبد الحكيم ثابت | استشاري هندسة |
| 2 | د. العبد ربيع باموسى | مدير عام مكتب الصحة والسكان المكلا - حضرموت |
| 3 | د. رشاد غالب شيخ | مدير عام وحدة السياسات الصحية والدعم الفني |
| 4 | د. خالد عبده المنتصر | مدير عام مكتب الصحة والسكان - محافظة صنعاء |
| 5 | م. خالد الذبحاني | مدير عام الشؤون الهندسية بالوزارة |
| 6 | د. عبد الجبار الغيثي | مدير عام المعلومات والبحوث بالوزارة |
| 7 | د. مصلح التوعلي | مدير عام التخطيط بالوزارة |

| | | |
|--|--|---|
| 8 | م.منذر شجاع الدين | مدير عام الصيانة بالوزارة |
| 9 | د.نصيب منصورالمحم | مدير عام الخدمات الطبية |
| 10 | د.سميرة المقطري | مدير عام الصحة الانجابية |
| 11 | د.عبد الحميد احمد السحري | نائب مدير عام مكتب الصحة - صنعاء |
| 12 | م.عبد الملك الشوايفي | نائب مدير عام الشئون الهندسية بوزارة الصحة العامة والسكان |
| 13 | عبده محمد الكبودي | مدير إدارة التخطيط - وزارة الإدارة المحلية |
| 14 | د.احمد عقلان | وحدة السياسات والدعم الفني بالوزارة |
| 15 | د.علي جحاف | التعاون الفني الألماني |
| 16 | د.محمد مثنى | صحة البيئة - وزارة الصحة العامة والسكان |
| 17 | م.حمود النجري | الصندوق الاجتماعي للتنمية |
| 18 | محمد مسعد علي | المعلومات وزارة الإدارة المحلية |
| 19 | أ.احمد المقرمي | وحدة الرصد والتقييم بالوزارة |
| 20 | م.نجيب الشجاع | الصندوق الاجتماعي للتنمية |
| 21 | م.فؤاد الشوايفي | الإدارة العامة للشئون الهندسية |
| 22 | يوسف الصريب | الإدارة العامة للشئون الهندسة |
| الخدمات الصحية | د. عبد الرحمن قاسم مستشار وكيل الوزارة لقطاع الطب العلاجي. | مسئول المجموعة التي عملت على تحديد التوجهات المستقبلية للخدمات الصحية هو: |
| الخبراء العاملون على التوجه المستقبلي (الخدمات الصحية) | | |
| 1 | د.غازي احمد إسماعيل | وكيل وزارة الصحة لقطاع الطب العلاجي |
| 2 | د.عبد السلام الأحصب | مدير عام مكتب الصحة والسكان - محافظة ذمار |
| 3 | د.عبدالله احمد الحبابي | نائب مدير عام المختبر المركزي - صنعاء |
| 4 | عبدالوهاب الكحلاني | عميد المعهد العالي للعلوم الصحية - صنعاء |
| 5 | د.عبد الغني مرشد علي | مدير عام مستشفى عمران - ممثل مدير عام مكتب الصحة عمران |
| 6 | د.عبدالمك الصنعاني | مدير عام مكتب الصحة والسكان - إب |
| 7 | د.احمد الصايدي | مكتب الصحة العامة والسكان - تعز |
| 8 | د.احمد الزارعي | مدير عام المستشفى الجمهوري - صنعاء |
| 9 | د.رشاد غالب شيخ | مدير عام وحدة السياسات الصحية والدعم الفني |
| 10 | د.احمد سعيد المسومي | مدير عام مستشفى ابن سينا - المكلا |
| 11 | د.العبد ربيع باموسى | مدير عام مكتب الصحة العامة والسكان - المكلا |
| 12 | د. علاء احمد | مدير عام مستشفى الثورة العام/إب |
| 13 | د.أمة الكريم الحوري | مدير عام مستشفى السبعين - صنعاء |
| 14 | د.أروى يحيى بدان | مدير عام المستشفى الجمهوري - تعز |
| 15 | د.قائد عبادي | وحدة السياسات الصحية والدعم الفني |

| | | |
|--|--|---|
| 16 | د.عاصم السماوي | مدير عام المنشآت الخاصة بالوزارة |
| 17 | د.عثمان حسين البيضاني | نائب مدير عام مكتب الصحة والسكان - الحديدة |
| 18 | حميد محمد العزيز | مدير إدارة الموازنة /وزارة المالية |
| 19 | حنان عبد الإله | معمل الأطراف الصناعية - عدن |
| 20 | د.حسن سليمان محمد | مدير عام مستشفى الثورة - الحديدة |
| 21 | د.خالد عبدالله زين السقاف | عميد معهد أمين ناشر- عدن |
| 22 | د.خالد احمد السراجي | مدير عام الصحة النفسية - عدن |
| 23 | د.خالد احمد الكمالي | نائب مدير عام مكتب الصحة والسكان - عمران |
| 24 | د.خالد الدار | إدارة الجودة بالوزارة - قسم ضمان الجودة |
| 25 | د.خالد النخلاني | مدير عام مكتب الصحة والسكان - أمانة العاصمة |
| 26 | لبنى باسم | مدير عام مركز الأطراف - عدن |
| 27 | د.محمد عبد الفتاح | مدير عام مستشفى ذمار العام |
| 28 | د.محمد منثى سالم | الصحة النفسية |
| 29 | د.محمد سالم باعزب | مدير عام مستشفى الوحدة - ممثلا لمدير عام مكتب الصحة - عدن |
| 30 | د.مصالح التوعلي | مدير عام التخطيط بالوزارة |
| 31 | د.منيف عبدالله | مدير عام مستشفى بن خلدون - ممثلا لمدير عام مكتب الصحة - لحج |
| 32 | د.نبيلة عبد الرحمن | قطاع الطب العلاجي بالوزارة |
| 33 | د.نصيب الملجم | مدير عام الخدمات الطبية بالوزارة |
| 34 | د.سعيد الشيباني | مدير عام المختبر المركزي - صنعاء |
| 35 | د.حسين الحداد | مدير عام مكتب الصحة والسكان - سيئون |
| 36 | د.احمد علي الصوال | مركز الإطراف - أمانة العاصمة- نيابتا عن المدير العام |
| 37 | د.عبد المنعم | مدير المعهد الصحي |
| 38 | أ.نصر علي احمد | منسق سلامة المرضى بالوزارة |
| 39 | عمر محمد صالح | مدير عام - وزارة التخطيط |
| 40 | أ.يوسف الشعابي | مدير ادارة التمريض بالوزارة |
| 41 | د.أروى عون | مدير عام المركز الوطني لنقل الدم و أبحاثه - صنعاء |
| القطاع الخاص | مسئول المجموعة التي عملت على تحديد التوجهات المستقبلية للخدمات الصحية في القطاع الخاص هو: د. عاصم السماوي مدير عام المنشآت الطبية الخاصة. | |
| الخبراء المشاركون بدعوة من د. عاصم السماوي للعمل على وضع التصورات لتوسيع حركة الجودة لتشمل مرافق القطاع الخاص، وكذلك التعريف بحركة الجودة عبر الوسائط الإعلامية (الخدمات الصحية) | | |
| 1 | د.عبد الالهة حسين الحراوي | المستشفى اليمني الألماني |
| 2 | عبد الحميد محمد العيسائي | المستشفى اليمني الألماني |
| 3 | عبد الله القاضي | صحفي |

| | | |
|----|-----------------------|--|
| 4 | عبد الله محمد السوسة | البرنامج العام - الإذاعة |
| 5 | د.عبد الرب المشرقي | مستشفى دار الرحمة |
| 6 | د.عبد الوهاب عجلان | مستشفى عجلان |
| 7 | أ.احمد عبدالله الثور | أشعة -المستشفى اليمني الألماني |
| 8 | احمد غالب الانسي | وكيل نيابة مخالقات معين و التحرير |
| 9 | د.ياسر الإيراني | عيادة اسنان |
| 10 | علاء الدين انور محمد | المستشفى الألماني الحديث |
| 11 | الحارث علي الدعيس | صحيفة 26 سبتمبر |
| 12 | علي منصور الصايدي | مستشفى الملك |
| 13 | عليه الشماحي | قابلة |
| 14 | د.غسان احمد حيدر | نائب المدير العام بالأمانة |
| 15 | د.جمال محمد بعثر | التعاون الفني الألماني |
| 16 | د.خالد احمد الضرعي | المركز اليمني الفرنسي لطب الأسنان |
| 17 | خالد احمد الدولة | مدير مكتب المدير العام للمنشآت الطبية الخاصة |
| 18 | خالد حسين المهدي | صيدلية الصحة الحديثة |
| 19 | د.خالد الصبري | مركز بمن سكان |
| 20 | د.معاذ عبدالكريم | صيدلية الترياق |
| 21 | أ.محمد علي خالد | نائب المدير عام - الأنشطة المدرسية |
| 22 | أ.محمد محمد الشامي | نائب مدير عام ضريبة المبيعات |
| 23 | عقيد.محمد محمد الكبسي | مدير عام شؤون العرب و الأجانب (الجوازات) |
| 24 | د.محمد مرشد الاغبري | صيدلية الاغبري |
| 25 | محمد سلطان عبد الحميد | المستشفى اليمني الألماني |
| 26 | د.نبيلة الأبهري | عيادة طبية نساء وولادة |
| 27 | د.نبيل أحمد نسر | الصحة المدرسية |
| 28 | ناجي حسن السماوي | مستشار عميد المعهد الصحي |
| 29 | قحطان الزبيدي | مستشفى الأم والطفل |
| 30 | رؤوفة حسن | عيادة ضرب ابرو ومجارحة الحكيم |
| 31 | د.سامية عبدالله علوس | مدير عام الصحة المدرسية وزارة التربية |
| 32 | د.طاهر عيضة | مركز بغداد التخصصي |

| مسئول المجموعة التي عملت على تحديد التوجهات المستقبلية للنتائج هو: د. عادل الجساري | | النتائج |
|---|--------------------|---------|
| الخبراء العاملين على التوجه المستقبلي (النتائج) | | |
| مدير عام صحة الأسرة | د.علي المضواحي | 1 |
| البرنامج اليمني الأمانى للصحة الإيجابية | د.علي جحاف | 2 |
| | د.محمد شيبان | 3 |
| مستشار الوزير ومسئول المراقبة والتقييم في البرنامج الوطني للإيدز | د.ياسين عبد الوارث | 4 |
| مدير برنامج السل | د.أمين العبسي | 5 |
| مستشار وحدة السياسات الصحية | د.مارتن كادة | 6 |

الإستراتيجية الوطنية للصحة

لجنة المراجعة النهائية للإستراتيجية الوطنية الصحية

| م | الاسم | الوظيفة |
|---|--------------------------|--|
| 1 | أ.د. عبدالكريم يحيى راصع | وزير الصحة العامة والسكان |
| 2 | د. ماجد يحيى الجنيد | وكيل الوزارة لقطاع الرعاية الصحية الأولية |
| 3 | د. غازي إسماعيل | وكيل وزارة الصحة لقطاع الطب العلاجي |
| 4 | د. جمال ثابت ناشر | وكيل وزارة الصحة لقطاع التخطيط والتنمية |
| 5 | د. جميلة الراعي | وكيلة وزارة الصحة لقطاع السكان |
| 6 | د. ناصر باعوم | وكيل وزارة الصحة العامة والسكان |
| 7 | د. عمر مجلي | الوكيل المساعد وزارة الصحة العامة والسكان |
| 8 | د.رشاد غالب شيخ | مدير عام وحدة السياسات الصحية والدعم الفني رئيس الفريق الفني لصياغة الإستراتيجية الوطنية الصحية |
| 9 | أ.فيصل القهالي | مدير عام مكتب الوزير |

الفريق الفني لصياغة الإستراتيجية الصحية الوطنية

| م | الاسم | الوظيفة |
|---|----------------------|--|
| 1 | د.رشاد غالب شيخ | مدير عام وحدة السياسات الصحية والدعم الفني رئيس الفريق الفني لصياغة الإستراتيجية الوطنية الصحية |
| 2 | د.قائد عبادي | مستشار وحدة السياسات الصحية والدعم الفني |
| 3 | د.عبدالعزیز السقاف | مستشار الإدارة العامة للموارد البشرية |
| 4 | د.احمد عقلان | عضو وحدة السياسات الصحية والدعم الفني |
| 5 | د.جمال منصور الصايدي | عضو وحدة السياسات الصحية والدعم الفني |
| 6 | أ.جواد محمد علي | عضو وحدة السياسات الصحية والدعم الفني |
| 7 | د.محمد مثنى سالم | عضو وحدة السياسات الصحية والدعم الفني |
| 8 | أ.قيس راشد صلاح | عضو وحدة السياسات الصحية والدعم الفني |

لجنة مراجعة صياغة الإستراتيجية الوطنية الصحية

| م | الاسم | الوظيفة |
|----|------------------------|---|
| 1 | د. ماجد يحيى الجنيد | وكيل الوزارة لقطاع الرعاية الصحية الأولية |
| 2 | د. غازي إسماعيل | وكيل وزارة الصحة لقطاع الطب العلاجي |
| 3 | د. جمال ثابت ناشر | وكيل وزارة الصحة لقطاع التخطيط والتنمية |
| 4 | د. جميلة الراعي | وكيلة وزارة الصحة لقطاع السكان |
| 5 | د. ناصر باعوم | وكيل وزارة الصحة |
| 6 | د. عمر مجلي | وكيل مساعد وزارة الصحة |
| | د. محمد غرامة الراعي | مستشار وزير الصحة العامة والسكان |
| 7 | د. عادل الجساري | مدير البرنامج الوطني لمكافحة الملاريا |
| 8 | د. نبيهه الابهر | مدير عام الصحة الإنجابية |
| 9 | د. إيمان القباطي | مدير عام تنمية المرأة |
| 10 | د. علي الموضوحي | مدير عام صحة الأسرة |
| 11 | د. عبد الحكيم الكحلاني | مدير عام الترصد |
| 12 | د. منى الموضوحي | منظمة الصحة العالمية |
| 13 | د. مصلح التوعلي | مدير عام إدارة التخطيط |
| 14 | د. عبد الجبار الغيثي | مدير عام المعلومات والبحوث |
| 15 | د. علي جحاف | التعاون الفني الألماني |
| 16 | أ. ناصر الاخرم | مدير عام التنمية البشرية |
| 17 | أ. فيصل القهالي | مدير عام مكتب الوزير |
| 18 | م. خالد الذبحاني | مدير عام الشئون الهندسية |

| | | |
|--------------------|----|-----------------------------|
| م. منذر شجاع الدين | 19 | مدير عام الصيانة والتجهيزات |
| د. ضياء فضل | 20 | مدير عام الصحة النفسية |
| أ. يوسف الشعابي | 21 | مدير إدارة التمريض |