الفصل الرابع

عمر أطول وصحة أفضل

مقدمة:

تسعى اليمن جاهدة إلى توفير خدمات الرعاية الصحية المقدمة للسكان، بهدف توفير الرعاية الصحية لجميع المواطنين دون تمييز، كحق من الحقوق الإنسانية التي كفلها الدستور اليمني، والتزاماً دولياً بالمواثيق والتشريعات الدولية التي نصت على هذا الحق وصادقت عليها اليمن. ومع ذلك يظل هذا الإنجاز دون المستوى المطلوب.

ويرتبط تقييم الوضع الصحي ببعض المؤشرات المتعلقة بالنمو السكاني والنوع الاجتماعي والوفيات والمواليد والتوزيع الجغرافي في الريف والحضر والمؤشرات الاقتصادية والاجتماعية مثل الإعالة والتعليم والأمية وحجم الأسرة، والمؤشرات المتعلقة بالكوادر الصحية ونسبة المرافق والمؤسسات الصحية، كما سيتم تقييم الوضع الصحي من خلال المقارنة بالمؤشرات الصحية في الدول الأخرى.

إطار (4-1) إعلان الماتا (1978) للرعاية الصحية الأولية

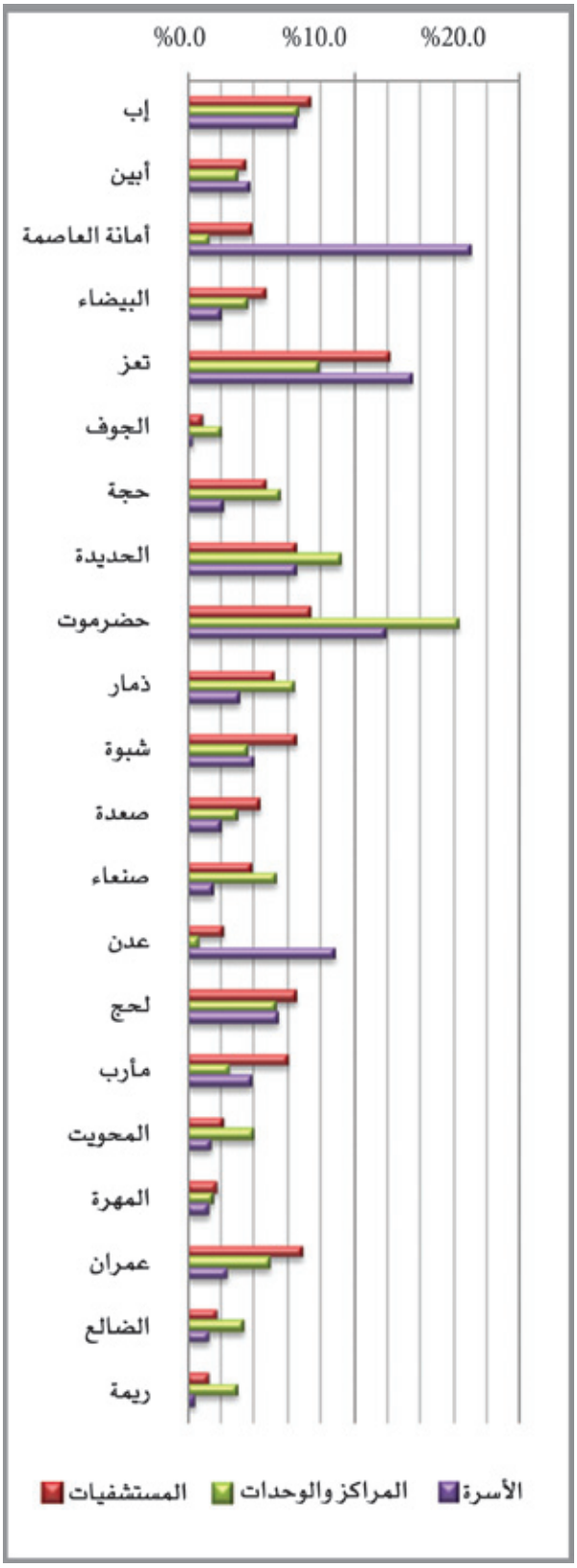
إعلان الماتا (1978) للرعاية الصحية الأولية، هو إعلان يقضي بأن الغرض الاجتماعي الأساسي للحكومات وللمنظمات الدولية وللمجتمع الدولي كله، يجب أن يكون حصول كل المواطنين بحلول عام 2000 على مستوى صحي يسمح لهم بأن يعيشوا حياة منتجة اجتماعياً واقتصادياً. وبموجب إعلان الماتا عرفت منظمة الصحة العالمية «الصحة» بأنها «حالة الاكتمال الجسدي والنفسي والاجتماعي والاقتصادي وليس مجرد خلو من المرض والعجز». والصحة بمفهومها الإيجابي أحد الركائز الأساسية لمفهوم التنمية الجديدة وهي التنمية البشرية التي تعني « توافر خيارات متعددة أمام الفرد من أجل حياة طويلة خالية من الاعتلال والأمراض والعجز» . كما أكد تقرير التنمية البشرية لعام2000 أن توفير الرعاية الصحية ومستوى المعيشة اللائق، والتغذية الكافية والحماية من المخاطر كلها من الحقوق الإنسانية وليست أهدافاً إنمائية فحسب.

أولاً: البنية التحتية للنظام الصحي:

على الرغم من حدوث تطور بطيء في معدل التغطية بالموارد المادية والبشرية خلال الفترة (2005-2010م) في اليمن، إلا أن هذا التحسن لا يتواكب مع النمو السكاني، ولا يتناسب مع الاحتياجات الصحية للسكان، ولا يتفق مع المعايير التي حددتها منظمة الصحة العالمية لتحقيق الهدف الأساسي للنظام وهو «توفير الرعاية الصحية الأولية للجميع»، ويتضح ذلك من خلال مؤشرات الكفاءة والفعالية على النحو التالي:

- التغطية بالمستشفيات: ارتفع معدل التغطية بالمستشفيات الحكومية والخاصة لكل 100 ألف نسمة من السكان من مستشفىً واحد في عام 2004م إلى مستشفيين (مستشفى ريفي، ومستشفى عمومي) في عام 2010/2009م. ومع ذلك يظل هذا المعدل المنجز أقل بكثير من المعدل الموصى به لتوفير الرعاية الصحية للجميع الذي يقدر بـ (4-5) مستشفيات ريفية لكل 100 ألف نسمة من السكان، 10 مستشفيات في المدن لكل 100 الف نسمة.
- التغطية بالأسَرة: ارتفع معدل التغطية بالأسرَة في المستشفيات والمراكز الحكومية لكل 10 ألف نسمة من السكان من 6.8 سريراً في عام 2003م إلى 7.2 سريراً في عام 2009م، أي بمعدل نمو سنوي 0.8% وهو أقل من معدل النمو السنوي للسكان 3%، كما أن المعدل العام 7.2 سريراً لكل 10 ألف نسمة في عام 2009 أقل بكثير من الحد الأدنى الموصى به من قبل منظمة الصحة العالمية وهو 83 سريراً لكل 10 ألف نسمة (أي السرير الواحد يغطي 120 فرداً) مما يعكس نقص التغطية بالأسرة بخدمات الرعاية العلاجية.
- ويشير التقرير الإحصائي الصحي لعام 2010، إلى أن معدل الإشغال لا يتجاوز في المستشفيات الريفية 60%، وهذا المعدل متدني جداً لمقياس «منظمة التعاون والتنمية الاقتصادي» الذي يتراوح بين 80-85%، والضروري لضمان الإفادة من اقتصاديات الحجم الكبير.
- معدل التغطية بمرافق الرعاية الصحية الأولية: يوجد ارتفاع بطيء في معدل التغطية بالمراكز والوحدات الصحية الحكومية والخاصة من 1.8 مركزاً أو وحدة لكل 10 الف نسمة في عام 2004م إلى 2 مراكز في عام 2009، أي بمعدل نمو سنوي 1.8% وهو أقل من النمو السكاني السنوي، مما يعكس تدهوراً في معدل التغطية بخدمات الرعاية الصحية الأولية، فضلاً عن أن هذا المعدل المنجز (2 مراكز أو وحدة) أقل بكثير عن المعدل المعياري الموصى به لتوفير الرعاية الصحية الأولية للجميع والذي يقدر بـ 52 مركزاً صحياً ريفيا لكل 10 ألف نسمة.
- معدل التغطية بالأطباء وهيئة التمريض: ارتفع معدل التغطية بعدد الأطباء وهيئة التمريض (الممرضات والممرضين والقابلات) لكل 10 ألف نسمة من 2.3 طبيباً، 5.9 ممرضاً في عام 2004 إلى 2.9 طبيباً، 7.3 ممرضاً في عام 2009، أي بمعدل نمو سنوي يساوي 4% للأطباء، 3.9% لهيئة التمريض، إلا أن معدل الأطباء لكل 10 ألف نسمة أقل بكثير من الحد الأدنى المقبول دولياً والمقدر بـ (10 أطباء لكل 10 ألف نسمة).

شكل (4-1) نسبة المراكز والوحدات الصحية إلى السكان في محافظات الجمهورية عام 2009



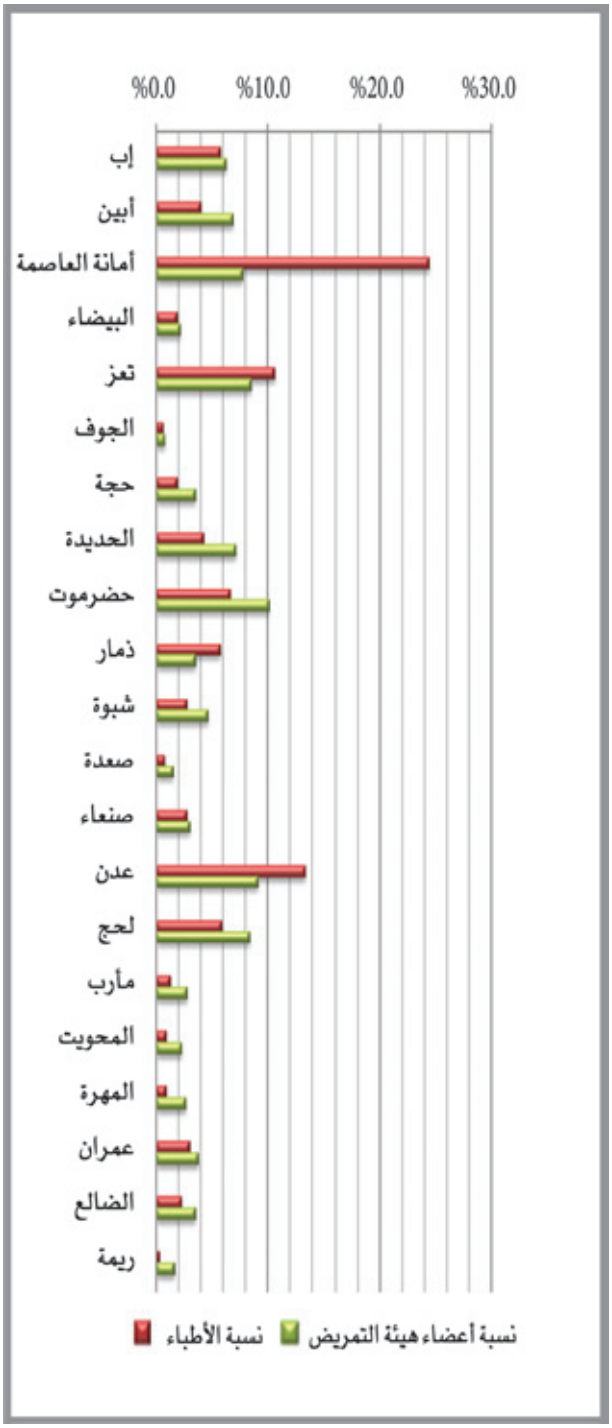
ومن حيث توزيع المدخلات المادية والبشرية على مستوى المحافظات فيتضح من الشكل (4-1) سوء توزيع المدخلات المادية والبشرية بما لا يتناسب مع أعداد السكان واحتياجاتهم الصحية في المحافظات على النحو التالي:

سوء توزيع المستشفيات: تمتاز بعض المحافظات بنسبة مرافق أكبر من عدد سكانها، مثل مأرب وشبوة ولحج وعمران وحضرموت التي تبلغ نسبة المستشفيات بها 6.1%، 6.5%، 6.5% و7.4% من إجمالي عدد مستشفيات الجمهورية على التوالي، في حين تشكل نسبة سكانها 1.2%، 2.4%، 3.7%، 4.5% من إجمالي سكان الجمهورية على التوالي، وعلى العكس من ذلك تنخفض نسبة المستشفيات في بعض المحافظات مثل أمانة العاصمة والحديدة وحجة وإب لتصل إلى 3.9%، 6.5%، 4.8%، 7.4% من إجمالي عدد مستشفيات الجمهورية على التوالي، في حين تصل نسبة سكانها إلى 9% و11%، 4.5%، 10.8% من إجمالي سكان الجمهورية على التوالي، بمعنى أن معدل التغطية في مأرب والمهرة وشبوة أعلى بمقدار 4%، 3%، 2% مستشفيات لكل 100 ألف نسمة من المتوسط العام للجمهورية، بالمقابل نجد أن الرقم يقل كثيراً في بقية المحافظات عن المتوسط العام.

سوء توزيع المراكز والوحدات الصحية: حيث بلغت نسبة المراكز أو الوحدات الصحية في محافظة حضرموت 16.4% من إجمالي عدد المراكز والوحدات الصحية للجمهورية في حين يبلغ عدد سكانها 5.3% من إجمالي سكان الجمهورية، هذا في حين نجد أن نسبة المراكز والوحدات الصحية في أمانة العاصمة، وعدن، وإب، والحديدة، وتعز تصل إلى 1.3%، 0.7%، 6.6%، 9.3% و8% من إجمالي عدد المراكز والوحدات في الجمهورية على التوالي في حين تبلغ نسبة سكانها 9%، 3%، 10.9%، 11% و12.1% من إجمالي سكان الجمهورية على التوالي.

سوء توزيع الأطباء بين المحافظات: تمتاز كل من أمانة العاصمة، عدن، لحج، حضرموت بنسبة أطباء تصل إلى 24.4%، 13.3%، 5.9%، 6.6% من إجمالي الأطباء في الجمهورية لعام 2009م على التوالي، و بالمقابل نجد أن نسبة الأطباء في محافظات الحديدة وإب وحجة وصعدة تصل إلى 4.3%، 5.85%، 1.9%، 0.8% من إجمالي أطباء الجمهورية.

شكل (4-2) نسبة الموارد البشرية إلى السكان في محافظات الجمهورية عام 2009



التفاوت في نسبة التغطية بالخدمات الصحية بين الريف والحضر: تظهر نتائج مسح صحة الأسرة لعام 2003م وجود تفاوت كبير في نسب التغطية بالخدمات الصحية بين الريف والحضر، حيث تنخفض نسبة التغطية في الريف إلى 20% مقارنة بـ80% في الحضر، أي أن نسبة السكان المحرومين من الخدمات الصحية تصل إلى 80% في المناطق الريفية، ويعزى ذلك إلى الكثافة السكانية في تلك المناطق التي تمثل ما يقارب 72% من إجمالي السكان، ومن ناحية جودة الخدمات الصحية المقدمة نجد أن معظم المرافق الحكومية في الريف تعاني من نقص التمويل وتدريب العاملين الصحيين مما أدى في المحصلة إلى تفاوت واضح في المستوى الصحي للسكان بين الريف والحضر.

ثانياً: سياسة الإنفاق على القطاع الصحي:

على الرغم من محدودية الموارد المالية وعجز الموازنة العامة، تسعى اليمن إلى توفير خدمات رعاية صحية فعّالة وجيدة للأعداد المتزايدة من السكان. وسنحاول تقييم سياسات الإنفاق للدولة على الصحة في اليمن في ضوء معايير ثلاثة أساسية وهي: الكفاية والعدالة والكفاءة.

1. معيار الكفاية:

يتبين من الجدول (4-1) انخفاض الإنفاق الحكومي على القطاع الصحي كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي من 1.9% في عام 2004 إلى 1.7% في عام 2010، أي بنسبة انخفاض 10.5% خلال الفترة ذاتها، وانخفضت نسبته من إجمالي الإنفاق الحكومي من 6.2% في عام 2004 إلى 5.5% في عام 2010، أي بمعدل انخفاض 11.3% خلال الفترة ذاتها، وانعكس ذلك في انخفاض نصيب الفرد من الإنفاق الحكومي على الصحة (بالأسعار الثابتة لعام 2003م) من 14 دولاراً في عام 2004 إلى 11 دولاراً في عام 2010، بمقدار انخفاض يساوى 6.3% خلال ذات الفترة.

جدول (4-1) تطور مؤشرات كفاية تخصيص الإنفاق الحكومي على الصحة خلال الفترة 2004م- 2010م

السنوات	نسبة الإنفاق الصحي الحكومي من الناتج المحلي الإجمالي	نسبة إجمالي الإنفاق الحكومي على الصحة من إجمالي الإنفاق العام	نصيب الفرد من الإنفاق الحكومي على الصحة بالأسعار الثابتة لعام 2003م =100 بالريال	نصيب الفرد من الإنفاق العام على الصحة بالأسعار الثابتة لعام 2003م= 100) بالدولار
2004م	%1.9	%6.2	2،583	14
2005م	%1.6	%4.8	2،411	13
2006م	%1.5	%4.9	2،603	13
2007م	%1.5	%4.1	2،567	13
2008م	%1.5	%6.4	2،691	13
2009م	%1.8	%6.4	2،876	14
2010م	%1.7	%5.5	2،419	11
متوسط معدل النمو السنوي	-1.5	-1.6	1.09	3.94

المصدر: وزارة المالية، نشرة إحصائية مالية الحكومة

ويبين الجدول (4-2) أن الإنفاق الحكومي على القطاع الصحي كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي أقل من بعض الدول النامية مثل تونس والأردن البالغ حوالي 3%، 5.4% على التوالي، وأقل من النسبة التي أوصت بها منظمة الصحة العالمية لإنجاز الهدف الاجتماعي وهو «توفير الصحة للجميع» المقدرة بـ 5% من إجمالي الناتج المحلي. فضلاً عن أن الإنفاق الحكومي على القطاع الصحي لا يتناسب مع حجم السكان، حيث نجد أن نصيب الفرد من الإنفاق الحكومي على الصحة في اليمن يعادل 11 دولاراً وهو أقل من تونس والأردن البالغ حوالي 463 دولاراً، 434 دولاراً على التوالي.

جدول(4-2) مؤشرات كفاءة وفاعلية الإنفاق الحكومي على الصحة في اليمن مقارنة مع بعض دول العالم

البيان	اليمن	الأردن	تونس	عُمان	ماليزيا
الإنفاق الحكومي على الصحة كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي	%1.7	%5.4	%3.0	%1.7	%1.9
نصيب الفرد من الإنفاق الحكومي على الصحة (بالدولار مكافئ PPP)	15	434	463	688	604
متوسط العمر المتوقع للحياة عند الولادة	63.9	73.1	74.3	76.1	73.7
متوسط السنوات المتوقع للحياة مع التمتع بالصحة عند الولادة	54	63	66		
معدل وفيات الأطفال دون الخامسة لكل 1000 مولود حي	69	21	20	12	6
معدل وفيات الأمهات لكل 100،000 مولود حي	365	62	100	64	62
قيمة دليل التنمية البشرية	0.439	0.681	0.683		0.744
ترتيب دليل التنمية البشرية (بين 169 دولة)	133	82	81		57

المصدر: برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، تقرير التنمية البشرية لعام2010.

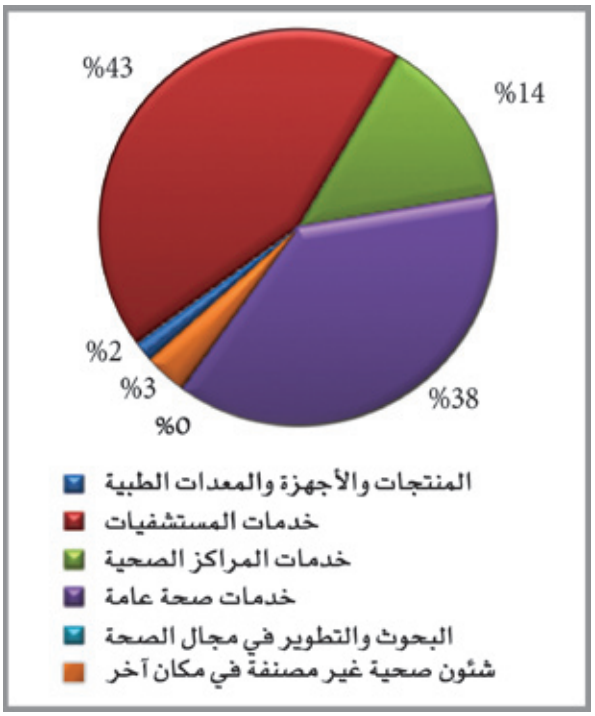
وبناءً عليه فإن ما سبق يشير إلى محدودية كفاية الإنفاق الحكومي على الصحة العامة في الوقت الراهن، فضلاً عن متطلبات التوسع في التغطية بالخدمات الصحية للفئات الفقيرة والمحدودة الدخل في ظل وجود عبئين رئيسين هما: عبء النمو السكاني المتمثل في ارتفاع معدل المواليد، وعبء انتشار الأمراض المعدية المرتبطة بالفقر والأمية ومحدودية الوعي لدى المجتمع، فضلاً عن الأمراض المزمنة وإن كانت غير معدية إلا أن علاجها مرتفع التكاليف ويتطلب أجهزة طبية وتخصصات غير متوفرة في الدولة على نحو يعكس اتساع حجم الفجوة في مستوى الخدمات الصحية بين اليمن ودول العالم، وينجم عن ذلك استنزاف أموال طائلة تصرف في العلاج خارج الوطن.

2. معيار كفاءة الإنفاق الحكومي على القطاع الصحي:

يبين الشكل (4-3) ضعف الكفاءة الداخلية للإنفاق الحكومي على القطاع الصحي في عام 2010م، حيث لم تخصص سوى نسبة ضئيلة جداً للإنفاق الاستثماري والمتمثل في اكتساب أصول ثابتة (من المرافق الصحية والأسرة والأجهزة والمعدات الطبية الجديدة أو إصلاحات جوهرية لإطالة أعمار المباني والأجهزة) أو اكتساب أصول مالية، بحيث لم تتجاوز نسبته 26.4% من إجمالي الموازنة الفعلية للصحة، في حين استحوذ الإنفاق الجاري على حوالي 73.6% من إجمالي موازنة الصحة، وذلك يفسر محدودية التغطية بالمرافق الصحية الحكومية، وافتقارها إلى التجهيزات الطبية والأسرة والتكنولوجيا العلاجية والتشخيصية. وفي جانب الإنفاق الجاري تخصص نسبة 20.4% للإنفاق الجاري على المستلزمات السلعية والخدمية والصيانة والتدريب والبحث العلمي مقابل 44.4% نسبة الإنفاق على الأجور والمرتبات من إجمالي الإنفاق الحكومي على قطاع الصحة، وينطوي تقليص التكاليف الجارية لحماية الأجور والمرتبات على المخاطر التالية: أن يصبح الصرف على قطاع الصحة قليل الكفاءة كلما نقصت المستلزمات الطبية؛ ويحدث نفور بين العاملين الصحيين؛ وأن يحدث عجز في الأدوية يؤدى إلى تقويض ثقة الجمهور؛ وأن تتدهور متانة البنية التحتية الراهنة كلما نقصت الصيانة. وتتعرض الصحة لمخاطر كلما تقلصت الخدمات على حساب العلاج، أو كلما خسرت العيادات الريفية مزاياها أمام مستشفيات المدن.

كما يظهر الشكل (4-3) سوء توزيع الإنفاق العام على الخدمات الصحية الأكثر فاعلية، حيث نجد أن الإنفاق على خدمات المستشفيات بلغ 43.4%، في حين أن الإنفاق على مراكز الرعاية الصحية الأولية والأمومة لا يتجاوز نسبة 13.9% من إجمالي موازنة الصحة، كما لا يستحوذ الإنفاق على خدمات الأجهزة التكنولوجية الطبية والأدوية وتوفيرها، والإنفاق على البحث والتطوير في مجال بحوث الصحة العامة والاقتصاد الصحي سوى على 1.7%، 0.03% من إجمالي الإنفاق العام على التوالي، بينما يستحوذ الإنفاق على الأعمال الإدارية في وزارة الصحة على حوالي 37.5% من إجمالي موازنة الصحة.

شكل (4-3) التوزيع النسبي للإنفاق العام على قطاع الصحة على مستوى الخدمات الصحية لعام 2010م



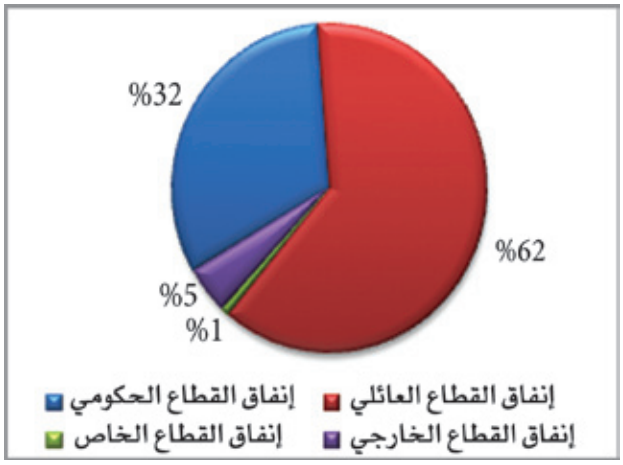
ومن أهم مظاهر انخفاض الكفاءة الداخلية الناجمة سوء تخصيص الإنفاق الحكومي على القطاع الصحي:

1. انخفاض التغطية بخدمات الرعاية الصحية الأولية ورعاية الأمومة والطفولة، حيث يشير التقرير الإحصائي الصحي لعام 2009 إلى أن نسبة السكان المحرومين من الخدمات الصحية تصل إلى 36% تتركز في المناطق الريفية، وأن نسبة الأمهات المحرومات من الخدمات التوليدية تحت إشراف كادر طبي ماهر تصل إلى 64% في عام 2009م.
2. تدهور نوعية الخدمات الصحية الحكومية: حيث تظهر نتائج مسح ميزانية الأسرة لعام 2006/2005 أن نسبة السكان الذين يحصلون على الخدمات الصحية عند المرض من المرافق الصحية الخاصة تقدر بـ 60% من إجمالي السكان مقابل 40% من المرافق الحكومة، وأن نسبة الأشخاص الأفقر الذين يسعون للحصول على الرعاية الصحية من المرافق الخاصة عند المرض تقدر بـ 46.3% مقابل 30.6% يحصلون عليها من المرافق الحكومية، ويعد ذلك مؤشراً على تدني الكفاءة أو وجود عجز في الكوادر المؤهلة والتجهيزات الطبية.
3. توجد فجوة هائلة في معدل التغطية بالموارد المادية والبشرية بين اليمن وبعض الدول العربية، إذ يظهر الجدول (4-2) أن تفاوتاً في عدد الأسرة في المستشفيات، وعدد الأطباء، وعدد هيئة التمريض والقابلات في اليمن وتلك الدول.

3. معيار العدالة في الإنفاق الكلي على الصحة:

يبين الشكل (4-4) انعدام العدالة في الإسهامات المالية لتمويل الإنفاق الكلي على الصحة لعام 2009على النحو التالي:

شكل (4-4) التوزيع النسبي لمصادر تمويل الإنفاق الكلي على الصحة لعام 2009



إطار (4-2) متوسط العمر المتوقع للحياة عند الميلاد

إن متوسط العمر المتوقع للحياة عند الميلاد للمواطن اليمني أقل من دول مماثلة في الدخل القومي. فالمواطن اليمني يعيش أقل من السوري بـ18 سنة، وأقل من التونسي بـ 13 سنة، وأقل من الأردني بحوالي 11 سنة، وأقل من المصري بأكثر من 7 سنوات. كما يشير مؤشر السنوات المتوقع للحياة عند الولادة مع التمتع بالصحة الجيدة أن الشخص اليمني من المتوقع أن يعيش منذ الولادة 54 سنة في صحة تامة خالية من المرض والعجز. بالمقارنة مع دول مماثلة نجد المواطن اليمني يتوقع أن يعيش سنوات حياة في صحة جيدة أقل من المواطن السوري بحوالي 20 سنة، وأقل من المواطن التونسي 12 سنة وأقل من الاردني بـ9 سنوات. وأن متوسط سنوات الحياة الصحية الضائعة عند الولادة في اليمن تقدر بحوالي 9 سنوات يعيشها المواطن اليمني مع المرض أو العجز. كان بوسعه أن يعيشها لو تمكن من الحصول على الخدمات الصحية بجودة عالية، وبتكلفة مناسبة وفي الوقت المناسب. وعليه فإن هذا المؤشر يعطي مؤشراً بضرورة الإسراع بتخصيص جزء كبير من الدخل للاستثمار في الصحة لخفض معدلات ومدة وشدة انتشار الأمراض الرئيسة، وزيادة الاستثمار في تحسين نوعية الحياة للسكان .

- إن تعدد آليات التمويل للإنفاق على الصحة يؤدى إلى تجزئة السكان إلى شرائح تتفاوت قدراتها في الحصول على الرعاية الصحية من ناحية، وعدم توجيه الأموال إلى السكان الأكثر احتياجاً من ناحية أخرى.
- ضخامة ما تنفقه الأسر من ميزانيتها الخاصة على الصحة، حيث يبلغ هذا الإنفاق مستويات عالية تتجاوز نسبة 62.4% من إجمالي الإنفاق الكلي على الصحة، بينما لا يتجاوز الإنفاق الحكومي حوالي 32%، والإنفاق من المنظمات الخيرية حوالي 5% والتأمين الصحي الخاص حوالي 0.9%، مما يحمل شريحة كبيرة في المجتمع اليمني عبء الإنفاق الصحي الباهظ التكلفة، وتتضمن تكاليف العلاج في المستشفيات قائمة طويلة من المصاريف، ابتداءً من تكاليف التشخيص بجميع أنواعها، سواء المخبرية أو الكشفية باستخدام الأجهزة الطبية الحديثة، وانتهاء بتكاليف التطبيب والأدوية والعمليات الجراحية ومتابعتها في حال استلزم الأمر إجراءها. وتعد فاتورة الأدوية في حد ذاتها عبئاً ثقيلاً على كاهل معظم الأسر اليمنية، وخصوصاً الشرائح الفقيرة من المجتمع على نحو قد يفاقم من معاناتها ويؤدي إلى تردي مستواها المعيشي ليزدادوا فقراً على فقرهم. كما أن الفقر في حد ذاته قد يؤدى إلى الاعتلال الصحي، لأن الأسر الفقيرة لا يمكنها الوصول للرعاية الصحية الجيدة، أو أنها تسلك بحكم فقرها نموذجاً من السلوك الاستهلاكي والمعيشي الضار بالصحة، كخفض الطلب على الخدمات الصحية اللازمة والتعايش مع المرض، واستهلاك الأغذية منخفضة الفائدة والكمية. وهكذا فإن العديد من الأسر لن يمكنها الفكاك من الحلقة المفرغة للفقر والاعتلال الصحي إذا ما وقعت فريسة لهما. وهو ما يدعو إلى ضرورة تطبيق نظام التأمين الاجتماعي الشامل للدفع المسبق.

إطار (4-3) تقييم أداء النظام الصحي

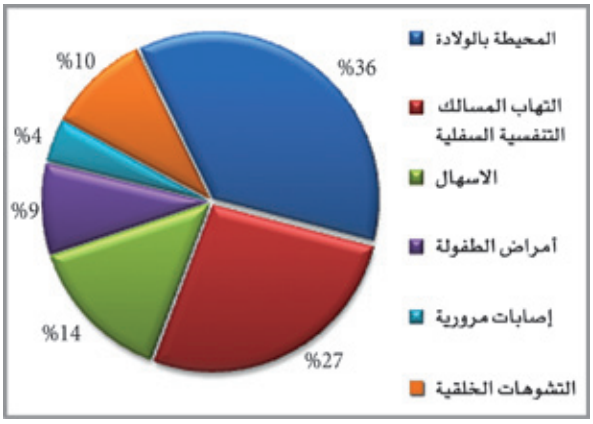
لقد ظل تقييم أداء النظام الصحي وسياسات الصحة العامة خلال الفترة الماضية على أساس معيار الفاعلية الذي يقاس من خلال التحسينات في مؤشرات الحالة الصحية للسكان، دون مراعاة معيار العدالة في الصحة، مما أثر سلباً على اتجاهات التنمية البشرية.. إذ يشير تقرير التنمية البشرية لعام 2010م الصادر عن برنامج الأمم المتحدة الإنمائي إلى أن اليمن خسرت من قيمة دليل التنمية البشرية نسبة 85% من قيمته بعد تعديل الفوارق بين الجنسين.

4. الكفاءة الخارجية للقطاع الصحي:

لقد انعكست سياسة الإنفاق هذه، وما ترتب عليها من مدخلات بشرية ومادية، على مخرجات القطاع الصحي ونوعية الخدمات الصحية، وبالتالي على مستوى الصحة

العامة للأفراد. فعلى الرغم من أن متوسط العمر المتوقع للحياة عند الولادة ارتفع إلى 63 سنة في عام 2010، أي بزيادة تصل إلى سنتين عما كانت عليه في عام 2004. إلا أن هذا المعدل هو أقل من المعدل العالمي المقدر بـ 69.3 سنة.

الشكل (4-5) أعلى الأسباب الرئيسية لوفيات الأطفال في العمر (0-14)



كما أن معدل الوفيات الخام لم يشهد انخفاضاً كبيراً خلال الفترة 2004م - 2010م ، حيث انخفض معدل الوفيات من 9 حالات لكل 1000 نسمة من السكان عام 2004م إلى 8.9 حالات لكل 1000 نسمة من السكان عام 2010م، بنسبة انخفاض 1% خلال الفترة.

لذلك لا غرابة أن اليمن تأتي ضمن مجموعة الدول المنخفضة في التنمية البشرية، حيث جاء ترتيبها 133 - وهي رتبة متأخرة - من إجمالي 169 دولة الأعضاء في الأمم المتحدة، وهذا دليل على انخفاض كفاءة الإنفاق الحكومي على القطاع الصحي بسبب ضعف إدارة الخدمات الصحية.

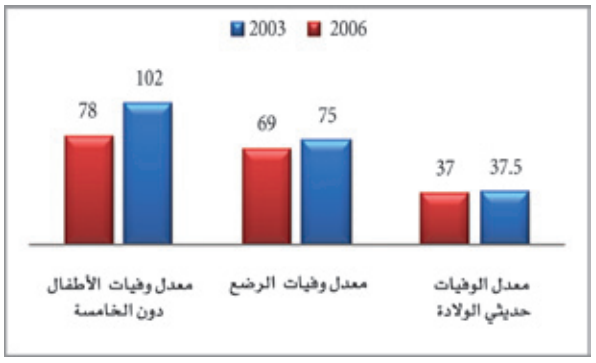
كما أن التباين في الوفيات الخام بحسب المكان والنوع الاجتماعي لا يزال قائما: في ظل ارتفاع احتمالات تعرض سكان الريف للوفاة بمقدار 17.7% مقارنة بسكان الحضر. وهذا يعزى لعدة عوامل منها انتشار الأمراض المعدية والأمراض المتعلقة بالأم والظروف المحيطة بالولادة. وذلك في ظل ارتفاع نسبة السكان في الريف إلى 72% من إجمالي السكان، والتشتت السكاني الواسع وتفشي الفقر بين السكان في الريف في مقابل عدم كفاية التمويل الحكومي على الصحة. وقد أدت هذه العوامل مجتمعةً إلى عدم تكافؤ الفرص في التغطية بالخدمات الصحية الأولية وخدمات الصحة الإنجابية بين الريف والحضر.

وعلى مستوى النوع الاجتماعي: نجد أن الذكور يتعرضون لاحتمال أعلى للوفاة بمقدار 10.5% مما تتعرض له الإناث، ويعزى ذلك إلى التغيرات في الممارسات السلوكية والغذائية المضرة بالصحة. وبحسب الفئات العمرية نجد أن الأطفال يتعرضون لاحتمال الوفاة بسبب الأمراض والإصابات بنسبة أعلى تصل إلى 110% مما يتعرض له البالغون في العمر (15-59 سنة)، حيث توفي من الأطفال بسبب المرض والإصابة ما نسبته 52% من إجمالي الوفيات عام 2008 البالغة 184500 حالة وفاة منها 30.3% من وفيات الأطفال في الفئة العمرية دون الخامسة، 21.7% وفيات الأطفال في الفئة العمرية (5-14) سنة، ويليها البالغون في السن (15-59) سنة بنسبة 24.8%، ثم المسنون بعد العمر 60 سنة بنسبة 23.2%.

• معدل وفيات الأطفال دون الخامسة:

شهد معدل بقاء الأطفال على قيد الحياة حتي السنة الخامسة من العمر زيادة ملموسة خلال الفترة 2006-2010م، حيث انخفض معدل وفيات الأطفال دون الخامسة لكل 1000 مولود حي بمقدار 5، 23%، فقد انخفض من 102 حالة وفاة لكل 1000 مولود حي عام 2003م إلى 78 لكل ألف مولود حي عام 2006م، وذلك نتيجة لانخفاض معدل وفيات الرضع حديثي الولادة دون الشهر، والأطفال الرضع دون السنة بمقدار 1.4% و8% على التوالي خلال هذه الفترة، كما انخفض معدل الوفيات حديثي الولادة من 37.5 حالة وفاة لكل 1000 مولود حي عام 2003م إلى 37 حالة وفاة عام 2006م، وانخفض معدل وفيات الأطفال الرضع من 75 حالة وفاة لكل 1000 مولود حي عام 2003م إلى 69 حالة وفاة عام 2006م.

شكل (4-6) معدل وفيات الاطفال دون الخامسة (لكل ألف)



إلا أننا نلحظ فروقا في معدل وفيات الأطفال دون الخامسة، سواء على مستوى النوع أو على مستوى الريف والحضر: حيث تشير البيانات إلى أن الأطفال الذكور يتعرضون لاحتمال أعلى للوفاة بمقدار 7.7% مما تتعرض له نظيراتهم من الإناث، كما ان الأطفال الذين يعيشون في الريف معرضون لاحتمال أعلى للوفاة قبل عيد ميلادهم الخامس بمقدار 51% مما يتعرض له الأطفال في الحضر، وأطفال الأسر الأفقر معرضون لاحتمالات الوفاة قبل

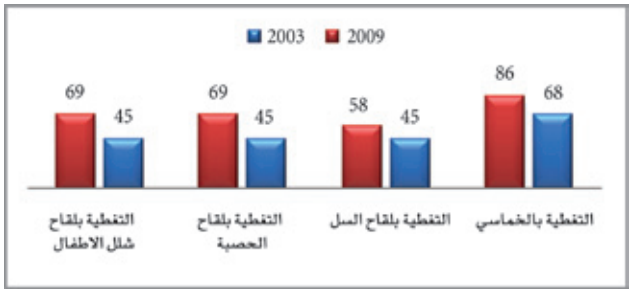
الخامسة من أعمارهم بمقدار أعلى بـ 215.5% (أكثر من ضعفين) مما يتعرض له أطفال الأسر الأغنى، كما أن أطفال الأمهات الأميات معرضون لاحتمال أعلى للوفاة قبل الخامسة من أعمارهم بمقدار 116.4% مما يتعرض له أطفال الأم الأكثر تعليماً.

• التطور في معدل التغطية بخدمات صحة الطفل والتطعيم:

اتخذت الحكومة العديد من التدابير من أجل خفض معدل وفيات الأطفال دون الخامسة، وخفض عبء المرض الناجم عن الأمراض المعدية من خلال تقديم خدمات صحية متكاملة للطفل تبدأ بالتوسع في التغطية بالتطعيمات والخدمات الوقائية والتعزيزية العلاجية ومراقبة النمو، وإدخال فيتامين(A) ضمن برنامج التحصين الروتيني الموسع، فضلاً عن التغطية بالأدوية مثل محلول الجفاف والمضادات الحيوية. وتشير البيانات المتاحة في الشكل (4-7) إلى ارتفاع معدل تغطية الأطفال في العمر سنة بلقاح الحصبة من 45% في عام 2003م إلى 69% في عام 2009م، وارتفاع معدل التغطية باللقاح الخماسي من 33% في عام 2003م إلى 48% في 2009م، وارتفاع معدل التغطية بلقاح السل من 45% في عام 2003 إلى (58%) في عام 2009، وارتفاع معدل تغطية الأطفال بمحلول الإرواء لمعالجة الجفاف من 24.5% في عام 2003م إلى 54% من إجمالي المصابين بالإسهال في عام 2006م، كما ارتفع معدل تغطية الأطفال الذين تلقوا مضادات حيوية لعلاج الالتهاب التنفسي الحاد من 31% من إجمالي المصابين عام 2003م إلى 38% من إجمالي المصابين عام 2006م، كما بلغ معدل التغطية الأطفال أقل من سنة بفيتامين (A) إلى حوالي (54%) من إجمالي الولادات الحية في عام 2009م.

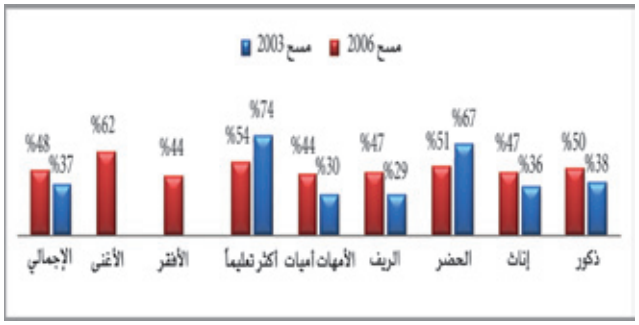
ومع ذلك هناك فروق في معدلات التغطية بالتطعيمات بحسب النوع والمستوى التعليمي والاقتصادي، حيث تشير بيانات الشكل (4-8) إلى ارتفاع ضئيل في الفروق (معامل المساواة) بين الجنسين في التغطية باللقاحات ضد أمراض الطفولة من 5.3% في عام 2003 إلى 6% في عام 2006، أي أن نسبة التغطية للفتيات أقل بمقدار 6% عن نظرائهن من البنين في عام 2006، كما انخفضت الفروق بين الريف والحضر في نسبة الأطفال الذين أكملوا التطعيمات من 38% في عام 2003 إلى 4% في عام 2006م. وانخفضت الفروق بين الأمهات الأميات والأكثر تعليماً من 44% عام 2003 إلى 10% في عام 2006. كما يتضح أن الأطفال الذين أكملوا التطعيمات في الأسر الأفقر أقل بمقدار 18% من نظرائهم في الأسر الأغنى في عام 2006م.

شكل (4-7) معدل التغطية بخدمات التطعيم (%) خلال الفترة 2003م - 2009م



وعليه فإن تحقيق المستوى المستهدف في تخفيض وفيات الأطفال دون الخامسة إلى 40.6 حالة وفاة لكل 1000 مولود حي بحلول عام 2015 يتطلب تجنب أسباب وفاة الأطفال الرضع، خاصة حديثي الولادة في الشهر الأول وبالذات الأسبوع الأول، نظراً لأن معدل الوفيات حديثي الولادة في العمر (0-1) شهراً والعمر (1-12) شهراً بنسبة 47.5%، 41% من معدل وفيات الأطفال دون الخامسة.

الشكل (4-8) نسبة الأطفال في العمر (12-24) شهراً الذين أكملوا التطعيمات ضد أمراض الطفولة خلال 2003م- 2006م



• وفيات الأمهات

إن إحدى أهم النقاط الحرجة في مؤشرات الصحة هي الحالة الصحية للأمهات والأطفال. فعلى الرغم من الجهود المتواضعة في سبيل تحسين هذا المؤشر، مازال معدل وفيات الأمهات مرتفعاً، اذ يصل معدل وفيات الأمهات لكل 100,000 ولادة إلى 365 حالة وفاة، وتظهر الدراسة الملحقة بمسح صحة الأسرة عام 2003 أن 72% من وفيات الأمهات حدثت بعد الولادة أثناء فترة النفاس، و10% من وفيات الأمهات حدثت أثناء الولادة، و18% من وفيات الأمهات حدثت في فترة الحمل. ويعزى ذلك إلى ارتفاع نسبة حرمان الأمهات من الخدمات الصحية، حيث ارتفعت نسبة الأمهات اللاتي لا يحصلن على إشراف طبي ماهر أثناء الولادة من 59% في عام 2003م إلى 64% في عام 2006م، كما بلغت نسبة الأمهات اللاتي لا يحصلن على رعاية صحية أثناء الحمل حوالي 53%، وبعد الولادة حوالي 57% في عام 2006م. وهنا تجدر

الإشارة إلى الأثر السلبي للتشتت السكاني وارتفاع تكلفة النقل وصعوبة الوصول إلى المرافق الصحية الحكومية التي تقدم الخدمات الصحية، وبالتالي حرمان نسبة كبيرة من الأمهات من الرعاية الصحية أثناء الحمل والولادة وبعدها في الريف، بينما حدث انخفاض ضئيل في نسبة النساء المحرومات من استخدام وسائل تنظيم الأسرة بمقدار 6.5% خلال الفترة، حيث انخفض من 77% في عام 2003م إلى 72% في عام 2006.

ويمكن تحليل اتجاهات تطور المؤشرات غير المباشرة لصحة الأمهات على النحو التالي:

- انخفاض معدل وفيات المواليد لكل 1000 مولود حي في المرافق الصحية بمقدار 44.8% خلال الفترة (2004 - 2009م).
- انخفضت النسبة المئوية للمواليد ناقصي الوزن (أقل من 2500جرام) بمقدار 33.3% من إجمالي المواليد الذين ولدوا في المرافق الصحية خلال الفترة (2004م - 2009م)، وهذا يُعَدَّ مؤشراً غير مباشر على تحسن الحالة الصحية والغذائية للأمهات أثناء الحمل، نتيجة لتبني الحكومة نظام الرعاية الصحية الأولية المتكاملة للأم والطفل.
- انخفض معدل الخصوبة الكلية بمقدار (11%) خلال هذه الفترة، كمحصلة للنجاح النسبي لتطبيق استراتيجية السكان.
- ارتفع معدل وفيات المواليد للفترة المحيطة بالولادة (بين 22 أسبوعاً من الحمل حتى نهاية اليوم السابع بعد الميلاد) لكل 1000 مولود حي بمقدار 22.9% خلال هذه الفترة، وذلك على الرغم من التحسن النسبي المتمثل في انخفاض معدل وفيات المواليد بصفة عامة، مما يشير إلى خطورة الفترة المحيطة بالولادة لأنها تتعلق بصحة الأم والمولود في ذات الوقت، وتتطلب مهارات تشخيصية للأم الحامل قد لا تتوفر في المناطق الريفية.

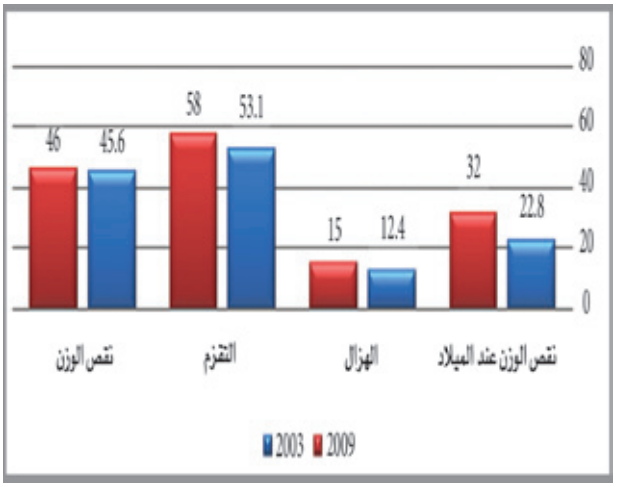
• تطور مؤشرات تغذية الأطفال دون الخامسة:

ارتفعت النسبة المئوية للمواليد الأحياء ناقصي الوزن عند الولادة (أي يقل وزنهم عن 2500جرام) من 22.8% في عام 2003م إلى 32% في عام 2009م، ويعزي ذلك إلى عدد من العوامل السلبية، إما بسبب تأخر النمو داخل الرحم أو الولادة المعسرة نتيجة لسوء تغذية الأم أثناء الحمل أو بسبب القامة الصغيرة وراثياً وتبلغ نسبة النساء الحوامل اللاتي يعانين من سوء التغذية حوالي 27% في عام 2003م.

كما ارتفعت نسبة الأطفال دون الخامسة المصابين بالتقزم من 53% في عام 2003م إلى 58% في عام 2009م، وارتفعت نسبة المصابين منهم بالهزال من 12.4% في عام 2003م إلى 15% عام 2009م، كما ارتفعت نسبة انتشار نقص الوزن المعتدل والحاد من 45.6% عام 2003م إلى 46% عام 2009م، ويعزى ذلك إلى سوء التغذية الناجم عن نقص المغذيات (البروتين والطاقة)، حيث تصل نسبة الأفراد الذين لا يحصلون على الحد الأدنى من السعرات الحرارية 12.5% خلال سنة مسح ميزانية الأسرة في عام 2006/2005م .

وبشكل عام يمكن القول: أن الأطفال دون الخامسة يعانون من سوء التغذية الحادة، نظراً لأن معدل انتشار التقزم والهزال بين الأطفال في اليمن يتجاوز الحد الأدنى لمعايير منظمة الصحة العالمية وهي 30% لانتشار التقزم الحاد، 10% لانتشار الهزال الحاد. وتشير بيانات نتائج مسح ميزانية الأسرة 2006/2005م إلى أن ما يقارب من ثلث الأطفال في لبفئة العمرية (2-5) سنة يعانون من التقزم الشديد، وأن معدل انتشار الهزال بين الأطفال دون الخامسة يقدر بـ10.2% وهو أعلى من المعيار العالمي لسوء التغذية العالية بمقدار 0.2%.

شكل (4-9) تطور مؤشرات سوء التغذية (الحاد والمعتدل) للأطفال دون الخامسة في اليمن



• الفروق في سوء التغذية الحاد:

تشير البيانات إلى وجود تفاوت واسع في معدلات انتشار سوء التغذية الحاد بين الأطفال في العمر (2-5) سنة بحسب الجنس ومكان الإقامة والحالة الاقتصادية، حيث تزداد معدلات سوء التغذية الحادة بين الأطفال في المناطق الريفية مقارنة بالمناطق الحضرية، ويزداد تعرض الأطفال في الريف لاحتمال الإصابة بالتقزم والهزال ونقص الوزن الحاد أكثر بمقدار 41.3%و5% و34.3% مما يتعرض له نظراؤهم الأطفال في الحضر على التوالي، كما أن مستويات انتشار التقزم والهزال الحاد بين الأطفال في الريف تزيد بمقدار 10.7%، 5% عن المستويات المعيارية لسوء التغذية العالمية، ويعزى ذلك إلى ارتفاع نسبة السكان الذين لا يحصلون على الحد الأدني من الطاقة الغذائية (أو الحد الأدني من السعرات الحرارية المقدرة بـ 3200 سعرات حرارية) في المناطق الريفية لتصل إلى 15.5% مقابل 4.3% في الحضر، أي بمعامل عدم المساواة يصل إلى 3.61 عام 2006/2005م، وهذا يعني أن السكان الذين لا يحصلون على الحد الأدنى من الطاقة الغذائية في الريف أكثر من ضعفين ونصف من السكان الحضر نتيجة لتدني دخولهم وانتشار الفقر فيما بينهم .

• الوفيات الناجمة عن اضطرابات سوء التغذية:

عادة ما يفضي سوء التغذية إلى ارتفاع مخاطر التعرض المبكر والمتكرر لاعتلال الصحة والعجز والوفاة المبكرة، وينطوي عليها تكاليف اقتصادية متزايدة في الآجلين القصير والطويل، وخلال الفترة 2004م- 2008م ارتفع عدد الوفيات الناجمة عن انتشار سوء التغذية في اليمن بمقدار3.3%، وتمثل نسبة 7.6% من إجمالي العبء الكلي بسبب جميع الأمراض والإصابات لعام 2008

ويشير التوزيع النسبي لأسباب الوفيات الناجمة عن أمراض سوء التغذية قبل وبعد الولادة في عام 2008 إلى التالي:

- 71.7% من إجمالي وفيات سوء التغذية بسبب سوء تغذية الأمهات أثناء الحمل.
- 15.5% من إجمالي الوفيات بسبب نقص البروتين والطاقة والمغذيات الدقيقة (الفيتامين والحديد واليود).
- 12.7% بسبب الاضطرابات الغذائية (اضطرابات الغدد الصم) .

• تطور المراضة في اليمن خلال الفترة (2004م- 2009م)

شهد عبء المراضة المبلغ عنها في المرافق الصحية في اليمن نمواً بنسبة 33% خلال الفترة (2003م- 2009م)، فقد ارتفع من 12934 حالة إصابة بالأمراض لكل 100000 نسمة إلى 17186 حالة إصابة عام 2009م، وتظهر البيانات ارتفاع معدل الإصابة بالأمراض السارية (الأمراض المعدية والطفيلية والظروف المحيطة بالولادة وأمراض الأمومة وسوء التغذية) بمقدار 3.8% خلال ذات الفترة، حيث ارتفع من 9272 حالة إصابة عام 2003م إلى حوالي 9625 حالة إصابة لكل 100000 شخص عام 2009م. وارتفع معدل الإصابة بالأمراض غير السارية المبلغ عنها بنسبة 48% خلال الفترة (2003م- 2009م) ليصل إلى 4458.6 حالة إصابة لكل 100000 شخص عام 2009م مقارنة بحوالي (1799) حالة إصابة عام 2003م. كما ارتفع معدل الإصابات بالحوادث المبلغ عنها في المرافق الصحية بنسبة 69% خلال الفترة (2003-2009م)، حيث ارتفع من 780 حالة إصابة عام 2003م إلى حوالي 1321 حالة إصابة لكل 100000 شخص عام 2009م.

وبناءاً على ما سبق من استعراض للواقع الصحي في اليمن، فإن تحسين الوضع الصحي للسكان يتطلب الآتي:

1. توفر التزام سياسي بـ» الحق في الصحة» كنص دستوري، إلى جانب الالتزام بالأهداف الإنمائية للألفية، وهذا الالتزام يجب أن يسري في كل مستويات الحكومة والمجالس المحلية والمنظمات الاجتماعية والجماهيرية التي تضمن التأييد الشعبي المستمر.
2. تعزيز دور وزارة الصحة وتوسيع مهامها، بحيث تتحوّل من دور المموّل للخدمات العلاجية إلى دور الموجّه الأساسي لنشاط هذا القطاع. وبصورة مثالية، ينبغي أن تصبح وزارة الصحة المرجع الذي لا يحدّد فقط النظم والمعايير، بل أيضاً الذي يضمن تقيد سائر الأطراف بهذه النظم والمعايير على قاعدة من المحاسبة والمساءلة .
3. نشر وتعزيز دور مراكز الرعاية الصحية الأوّلية من أجل تخفيف الضغط على الاستشارات الطبية الخاصة والرعاية العلاجية والسعي إلى خفض فاتورة الرعاية الصحية وتوفير فرص الاستفادة من الخدمات الصحية بشكلٍ عادل ولكافة الأفراد، خصوصاً المقيمين في الريف.
4. أن يكون نظام الرعاية الصحية متوافقاً مع الأنماط السياسية والإدارية والإنتاجية، وإعادة تنظيم الهيكل الاقتصادي والاجتماعي وبما يسهل عملية إدماج

الرعاية الصحة الأولية في جميع نواحي التنمية الاقتصادية والاجتماعية والتعاون بين القطاعات الأخرى.

5. تحقيق التكامل بين مختلف مستويات النظام الصحي عبر قنوات إحالة ميسرة وإحالة المشاكل أو الحالات التي تتجاوز اختصاصها في الوقت المناسب، وهي الطريق الوحيد لجعل الوصول إلى كل مستويات الرعاية ميسوراً للجميع .
6. تصميم السياسات الصحية والبرامج الصحية على أساس الأهمية النسبية التي تكتسبها عوامل المخاطر الصحية وراء معظم المراضة والوفيات، ورفع المخصصات المالية لقطاع الصحة إلى النسبة الموصى بها من قبل منظمة الصحة العالمية لتوفير الرعاية الصحية الأولية للجميع وتقدر بـ 5% من الناتج المحلي الإجمالي.
7. أن تعتمد طرق تمويل توزيع المخصصات الحكومية لقطاع الصحة المعايير الآتية: المصلحة الوطنية والكفاءة الاقتصادية والعدالة والقبول الاجتماعي والجدوى المالية والإدارية، فمعيار المصلحة الوطنية يقتضي أن تقوم الدولة بتمويل وتقديم خدمات التطعيمات ووسائل تنظيم الأسرة وتقديم الرعاية الوقائية والعلاجية لمكافحة الأمراض المتوطنة وعلاج انتشار الأمراض. ومعيار الكفاءة يقتضي فرض رسوم على الأدوية والتسهيلات الطبية لتقليل الهدر والتبذير. و معيار الجدوى الإدارية والمالية من أجل خفض التكاليف على المستفيدين يقتضي تثبيط الاستعمال غير الضروري للخدمات الصحية مثل الأدوية والتسهيلات. ومعيار القبول الاجتماعي للنظام الصحي يتطلب المراقبة والفحص الدوري الوثيق لنظام الرعاية الصحية، ومعيار العدالة يتطلب قيام الدولة بتمويل وتوفير الكوادر النسائية المؤهلة وخدمات الصحة الإنجابية والتوليد وخدمات الرعاية الصحية أثناء الحمل والولادة وبعدها وفترة النفاس لتقليل وفيات الأمهات والتركيز على البرامج لمكافحة أمراض النساء والأمهات، وتوفير خدمات مكافحة أمراض الطفولة خصوصاً للفقراء والمناطق الريفية.
8. التوسع في تطبيق برنامج الإصلاح الصحي ويأتي في مقدمة ذلك التركيز على الرعاية الصحية الأساسية والوقائية من الأمراض مع ضمان المساواة والجودة والشمولية في تقديم الخدمات الصحية وتحسين الكفاءة واستمرارية الخدمات .
9. تطبيق معايير إدارة الجودة الشاملة والاعتماد في الخدمات الصحية العامة والخاصة من أجل رفع كفاءة الأداء وخفض التكاليف واستمرارية القبول الاجتماعي.
10. تفعيل دور وسائل الإعلام والجهات المسئولة عن التوجيه والتثقيف الصحي، وضرورة إدماج مراقبة اتجاهات الأمراض غير المعدية في نظم الرصد الوبائي الوطني.
11. إنشاء نظام لمراقبة وتحديد ورصد ومتابعة الصحة المهنية في وزارة العمل للقيام بعمليات التحليل وتفسير ونشر البيانات بغرض التحكم والسيطرة على الإصابات والأمراض ذات الصلة بالعمل، والقيام بالتخطيط والتقييم الدوري للصحة المهنية .
12. تبني استراتيجيات وآليات لتحقيق التعاون والتنسيق بين القطاع الخاص والحكومي في مجال الصحة وإيجاد آليات لضبط ومراقبة الأجور في القطاع الخاص لضمان عدم استغلال المواطنين، وحوافز لتشجيع الاستثمار في الصحة.
13. التوسع في التأمين الصحي لتغطية جميع الفئات مع إعطاء الأولوية للأطفال والأمهات ، وكذلك تطبيق التأمين الصحي على السيدات في فترة الحمل والإنجاب لتوفير خدمات الأمومة الآمنة.
14. إعادة تنظيم وهيكلة الإنفاق على الخدمات الصحية وفقاً لموازنة البرامج والأداء، والشفافية، ونشر البيانات المالية في الوقت المناسب وبدقة عالية وواضحة وتتطبق مع المعايير العالمية.