Public Disclosure Authorized

Public Disclosure Authorized

مجموعة البنك الدولي

اليمن: الأولويات العاجلة للتعافي بعد انتهاء الصراع في قطاع الصحة

مدخلات مذكرة سياسة اليمن رقم (4) بشأن تقديم الخدمات الشاملة

20 مارس 2017م

فهرس المحتويات

شكر وعرفان ii
الاختصارات iii
1. معلومات اساسية 1
2. مقدمة: وضع القطاع في فترة ما قبل الصراع 1
3. الأضرار والتحديات المتعلقة بالصراع 6
4. المبادئ الرئيسية للمشاركة في مرحلة الصراع وما بعد الصراع 7
5. سُبل المضي قُدُماً: على المدى القصير إلى المتوسط 8

شكر وعرفان

تأتي هذه المذكرة الخاصة بالسياسات كثمرة لجهد جماعي اعتمد على عمليات مراجعة عميقة والنصح والتوجيه من الزملاء في مجموعة البنك الدولي. ونخص بالذكر الدكتور إرنست ماسيا، مدير قطاع الصحة في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، والسيد ويلفريد إنجلك، كبير مسؤولي الاقتصاد ، والسيد بالاكريشنا مينون بارامزواران، أخصائي أول في مجال التخطيط الحضري وغيرهم بمن فيهم المراجعين النظراء. ولا يسع الكاتب إلا أن يعرب عن بالغ امتنانه لملاحظاتهم وإسهاماتهم القيمة. كلمة شكر وامتنان نوجهها أيضاً إلى السيدة رغد عبدالحميد والسيدة فوزية يحيى مصلح القعبي على التنضيد الممتاز لهذه الوثيقة.

الاختصارات

DALYs	سنوات العمر المعدلة حسب الإعاقة
DNA	تقييم الأضرار والاحتياجات
EPI	البرنامج الموسع للتحصين
FCV	الهشاشة والصراع والعنف
HESAS	المسح الاستشاري للقطاع الصحي
HFs	المرافق الصحية
IDPs	النازحون داخلياً
IMR	وفيات المواليد
MAM	سوء التغذية المعتدل الحاد
MDG	الهدف الإنمائي للألفية
MNCH	صحة الأمهات والأطفال وحديثي الولادة
MNH	صحة الأم والوليد
MOPHP	وزارة الصحة العامة والسكان
NCDs	الأمراض غير المعدية
OOP	إنفاق شخصي
SAM	سوء التغذية الحاد الوخيم
THE	إجمالي الإنفاق على الصحة
U5MR	وفيات الأطفال دون سن الخامسة
UNICEF	صندوق الأمم المتحدة للطفولة
WHO	منظمة الصحة العالمية

1. معلومات اساسية

(1) **تشكل هذه المذكرة جزءا من سلسلة من مذكرات السياسات التي أعدها البنك الدولي تحسباً للانتقال إلى مرحلة ما بعد الصراع في اليمن.** وتهدف هذه المذاكرات إلى تحديد الأولويات الفورية لتحقيق الاستقرار والتعافي واستعادة الخدمات والهياكل الأساسية في أعقاب الصراع الحالي في اليمن. هذا وقد ركزت مجموعة فرعية ضمن هذه المذاكرات على سبل استعادة تقديم الخدمات بطريقة شاملة فورا بعد انتهاء الصراع. وعلى هذا النحو، بحثت هذه المذكرات التحديات المؤسسية قصيرة ومتوسطة الأجل التي تواجه استعادة الخدمات وتحسينها عبر القطاعات. كما ركزت على الأولويات والتحديات الفورية بعد انتهاء الصراع والتحديات التي تواجه قطاعات الطاقة والمياه والاتصالات السلكية واللاسلكية والتعليم والصحة والنقل في مجال استعادة الخدمات مع المساهمة أيضاً في تحقيق أهداف على مستوى أعلى لمعالجة أوجه عدم المساواة في النظام وتعزيز الثقة في الدولة. كما تقدم المذكرات مقترحات عملية إلى الحكومة اليمنية وشركاء التنمية الاجانب لتقديم الدعم الفوري بعد الصراع لضمان التمكين والمساءلة وإدارة أفضل لعملية تقديم الخدمات.

(2) تركز هذه المذكرة تحديداً على كيفية حشد الدعم لقطاع الصحة بشكل أكثر فعالية لاستعادة الخدمات العامة بطريقة أكثر شمولاً فور انتهاء الصراع في اليمن مع الأهداف الثلاثة التي تتمثل في تحسين الوضع الصحي للسكان وتوفير الحماية المالية ضد الصدمات الصحية، وتوفير خدمات رعاية عالية الجودة.

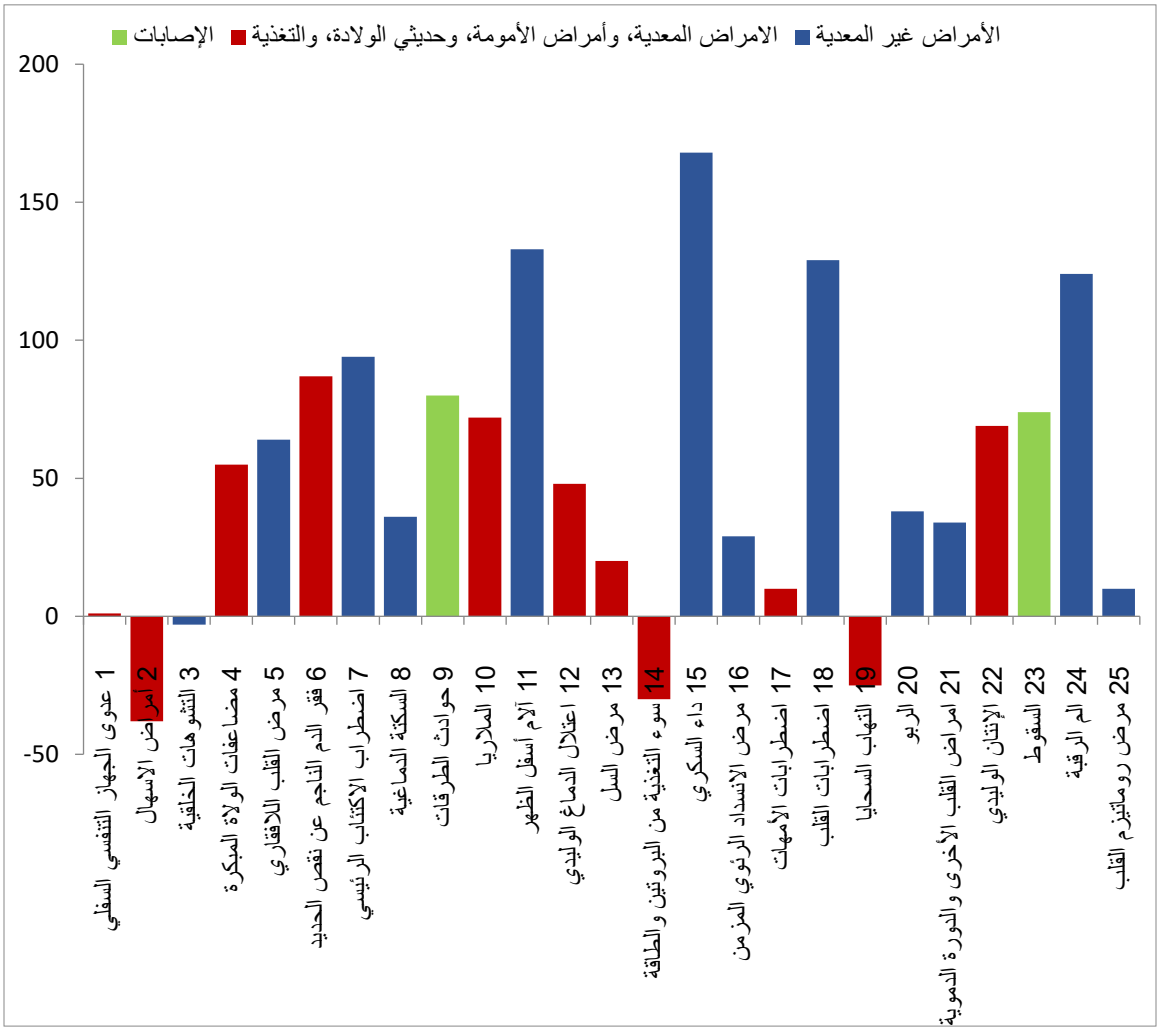
2. مقدمة: وضع القطاع في فترة ما قبل الصراع

(3) **قبل اندلاع الصراع، كان النظام الصحي في اليمن يشهد تبايناً كبيراً في الوضع الصحي مقروناً بضعف الحماية المالية والتوزيع الغير عادل للموارد.** فالبيانات المتوفرة من عام 2014م، قبل اندلاع الصراع الدائر، تظهر توزيعاً غير عادلاً لمخرجات النظام الصحي وحماية مالية محدودة للغاية وعجز في الهياكل الأساسية والعاملين الصحيين. ومن ثم أتى الصراع ليؤدي إلى تفاقم وتدهور النظام والوضع الصحي المتعثر أصلاً في اليمن.

1. الوضع الصحي

(4) **فالأمراض غير المعدية آخذة في الارتفاع، غير أن الأمراض المعدية لا تزال تمثل السبب الرئيسي للوفاة.** وكانت الأسباب الرئيسية لسنوات العمر المعدلة باحتساب العجز في عام 2010م في اليمن هي التهابات الجهاز التنفسي السفلي وأمراض الإسهال والتشوهات الخلقية (الشكل 1). وهذه الأسباب معاً تمثل نحو 43% من جميع الوفيات. وهناك سببان ظهرا ضمن العشرة الأسباب الرئيسية لسنوات العمر المعدلة باحتساب العجز في عام 2010 وليس عام 1990 هما الإصابات الناجمة عن حوادث المرور والملاريا. وبصفة عامة، يمكن تحييد عوامل الخطر الثلاثة التي تمثل أكبر عبء مرضي في اليمن (الرضاعة الطبيعية دون المستوى الأمثل، ونقص الوزن لدى الأطفال والمخاطر الغذائية). وكانت عوامل الخطر الرئيسية للأطفال دون سن الخامسة والبالغين الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و 49 عاماً هي نقص الوزن في مرحلة الطفولة والمخاطر الغذائية، على التوالي، في عام 2010م.

الشكل 1: الأسباب الرئيسية لسنوات العمر المعدلة حسب الإعاقة، اليمن، 1990-2010م



المصدر: معهد القياسات الصحية والتقييم، 2010م

5. **قطعت اليمن شوطاً كبيراً فيما يتعلق بوفيات الأمهات والأطفال، وهي تسير على الطريق الصحيح لتحقيق الهدف الإنمائي للألفية رقم (5).** ولا تزال نسبة وفيات الأمهات مرتفعة بمعدل 210 حالة وفاة لكل 100,000 ولادة حية، في حين تتعرض 6 نساء يومياً للوفاة بسبب مضاعفات الحمل والولادة. وعلى الرغم من إحراز بعض التقدم على مدى السنوات الأربع الأخيرة في تقديم خدمات الرعاية الصحية قبل الولادة للنساء، إلا أن معظم الأمهات ما زلن يلدن في المنازل في ظل توفر مستوى ضئيل من الرعاية الصحية أو بدون رعاية. وعلى الرغم من التقرير الذي صدر مؤخراً عن وزارة الصحة العامة والسكان، والذي يشير الى أن نسبة النساء المستفيدات من خدمات الرعاية الصحية قبل الولادة قد ارتفعت من 40% إلى 55% بين عامي 2006م و2010م، إلا أن اليمن لا تزال تعتبر من ضمن البلدان الأدنى مستوى في الإقليم من حيث تقديم خدمات الرعاية الصحية قبل الولادة. إن معظم وفيات الأمهات في اليمن هن من النساء الفقيرات اللواتي يعشن في المناطق الريفية، حيث يعتبر الفقر أحد عوامل الخطر الرئيسية لوفيات الأمهات في اليمن. وأما الأمهات الأشد فقراً فإن فرصة حصولهن على خدمات الرعاية الصحية قبل الولادة والولادة في المرافق الصحية تقل بنسبة 75% - 86% مقارنة بالأمهات الغنيات. وفي الوقت الحاضر، هناك حوالي 40% من السكان، ولا سيما النساء الفقيرات، لا يحصلون على الخدمات الصحية. وتشير

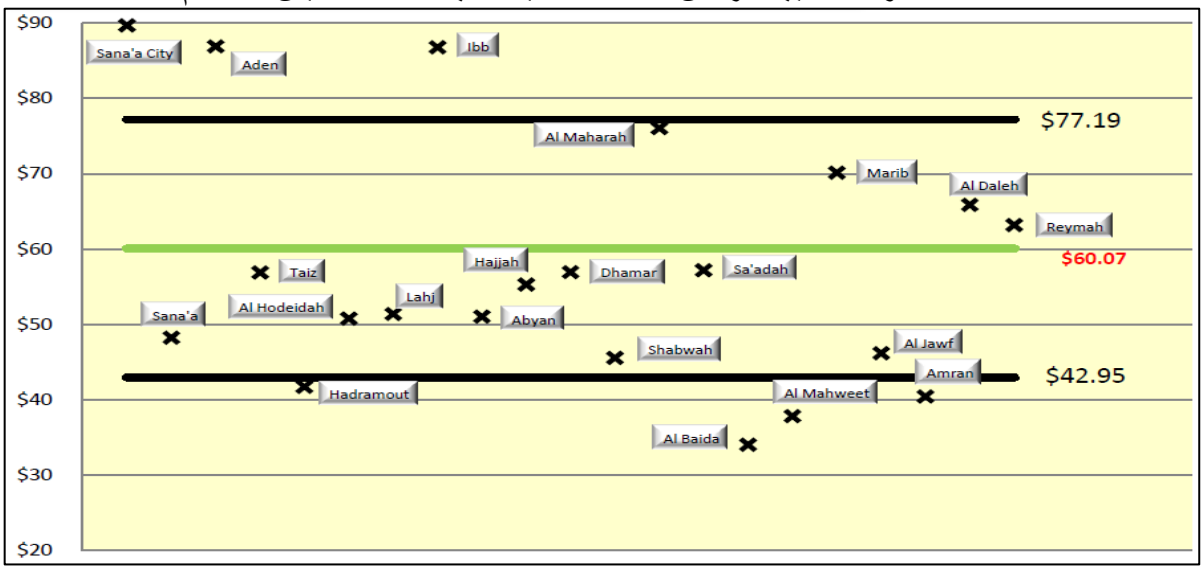
التقديرات إلى أن 84% من النساء في جميع أنحاء البلاد يلدن في منازلهن، وأن 22% فقط منهن يحصلن على مساعدة من القابلات الماهرات أثناء الولادة. ونظراً للسن المبكر الذي تتزوج فيه العديد من الفتيات، ولا سيما في المناطق الريفية، فإن معدل الخصوبة لدى المراهقات مرتفع بنسبة 80 ولادة من بين كل 1000 فتاة تتراوح أعمارهن بين 15 و 19 سنة. وفي عام 2011م، كان معدل انتشار استخدام وسائل منع الحمل منخفضاً بنسبة 28%.

6. **تعتبر معدلات سوء التغذية بين الأطفال في اليمن واحدة من أعلى المعدلات في العالم وتتسم بأنماط من عدم المساواة الاجتماعية والاقتصادية والجغرافية**، حيث يعاني حوالي 58% من الأطفال دون سن الخامسة من التقزم (ضعف المتوسط العالمي، واحد من بين كل اربعة). ووفقاً لمنظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف)، فإن التقزم يؤثر على الأطفال الأكثر تهميشاً في اليمن. ويمثل الأطفال الذين يعانون من التقزم في المناطق الريفية 55.5% من السكان مقابل 44.2% في المناطق الحضرية. وبالمثل، فإن احتمال الإصابة بالتقزم بالنسبة للأطفال الأشد فقراً دون سن الخامسة بنسبة تبلغ ضعف ما هي عليه في المجتمعات الغنية. إضافة لذلك، فإن معدل وفيات الرضع والأطفال دون سن الخامسة تعتبر من بين أعلى المعدلات في العالم (69 من كل 1000 و78.2/1000 على التوالي). ثمة نمط آخر من التباين يتجلى في العنف المنزلي، ولا سيما ضد الإناث، وانتشار عملية ختان الإناث (38.2%).

2. الحماية المالية

7. **اتسم الإنفاق على الصحة في اليمن خلال الفترة التي سبقت اندلاع الصراع بانخفاض مساهمة الحكومة (الشكل 2).** فقد تم إنفاق 5.5% من الناتج المحلي الإجمالي على النفقات الصحية، وبلغ نصيب الحكومة منها 27% (البنك الدولي، 2013م)، ولا تزال أنماط التباين على المستويات الجغرافية والاجتماعية والاقتصادية قائمة. وعلى الرغم من أن متوسط نصيب الفرد من النفقات الصحية بلغ 60 دولار أمريكي، إلا أن الصورة تختلف بعد توزيعها بحسب المحافظات (الحسابات الصحية الوطنية، 2007م). يعتبر تخصيص الموارد غير عادلاً لأن حوالي 30% من مجموع النفقات الصحية تصرف على العلاج في الخارج لعدد قليل من المرضى، ولا سيما المرضى من الأسر الأفضل حالاً. وقد تم وضع عدد من الخطط التضامنية صغيرة النطاق وغير الرسمية في كثير من الأحيان، وقامت مجموعة من الشركات العامة والخاصة بوضع برامج استحقاقات صحية لموظفيها. وتقدم برامج التأمين القائمة على العمالة خدمات صحية معقولة بتكلفة سنوية تبلغ 44,000 ريال يمني (أي ما يعادل 200 دولار أمريكي) لكل موظف.

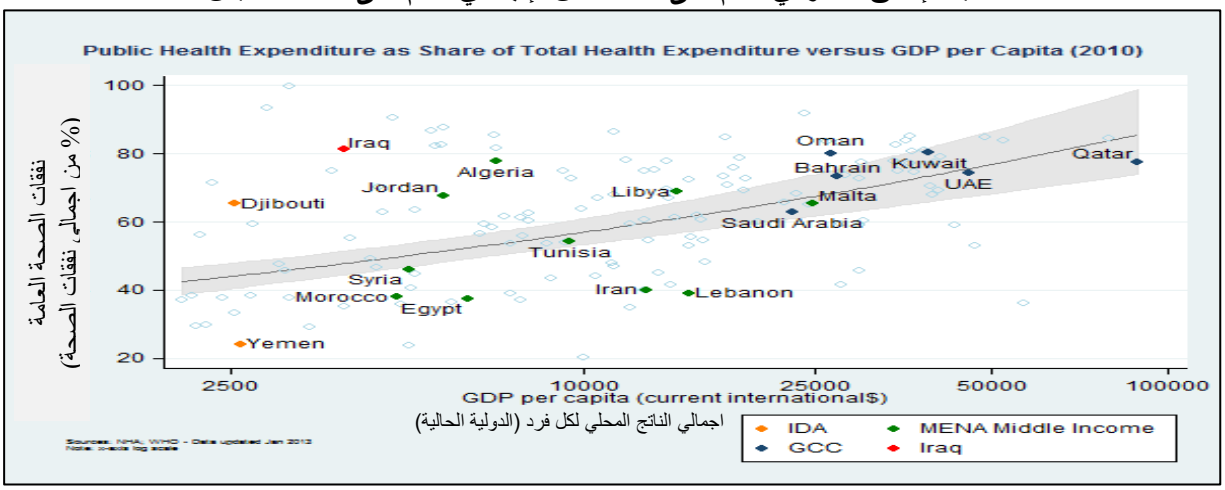
الشكل 2: متوسط نصيب الفرد من النفقات الصحية حسب المحافظة، اليمن، 2007م



المصدر: هيئة الإسكان الوطنية2007

8. **وفي مواجهة انخفاض الإنفاق العام على الصحة، اتسم العقد الأخير بزيادة كبيرة في نسبة الانفاق الشخصي في اليمن (الشكل 3).** فقد انخفضت نسبة الانفاق الحكومي العامي على الصحة من إجمالي الإنفاق العام على الصحة من 55% في عام 2000م إلى ما يزيد قليلاً عن 23% في عام 2010م (باندي وآخرون، 2013م). ويمكن أن يعزى ذلك جزئيا إلى صعوبة الأداء الاقتصادي ومعدل النمو السكاني. وهذا الانخفاض في نسبة الإنفاق على الصحة العامة يعني أن هناك المزيد من الخدمات التي يجب تغطيتها من خلال الانفاق الفردي. وينعكس ذلك في الصعود المستمر للإنفاق الفردي من إجمالي الإنفاق على الصحة. وفي الوقت الراهن، تتجاوز نسبة ما يصرفه الفرد على الصحة من إجمالي الإنفاق على الصحة بمعدل 70 % مقابل 42 % في عام 2000م. وتعتبر اليمن من بين البلدان الأدنى في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا من حيث الانفاق على الصحة العامة بالنسبة لإجمالي النفقات الصحية (باندي وآخرون، 2013م).

الشكل 3: نسبة الإنفاق الحكومي العام على الصحة من الإجمالي العام على الصحة، اليمن، 2010



9. **تتجلى التباينات الاجتماعية والاقتصادية والجغرافية للخدمات المقدمة بصورة واضحة (الشكل 4).** حيث تكشف اللمحة القُطرية للإنصاف التي تقدمها منظمة الصحة العالمية عن صورة واضحة لمستوى خدمات الرعاية الصحية للأمهات والمواليد والأطفال. فالشريحة الخُمسية من السكان الأشد فقراً هي الأقل حظاً في الحصول على جميع خدمات صحة الأم والوليد والطفل. وبالمثل، فإن النساء ذوات المستويات التعليمية المنخفضة يتلقين خدمات صحية أقل مقارنة بالخدمات المقدمة لذوات المستويات التعليمية الأعلى. ومن الناحية الجغرافية، لا يزال المواطنون الريفيون محرومين بالنسبة لجميع الخدمات (منظمة الصحة العالمية، 2006م).

الشكل 4: خدمات الرعاية الصحية للأم والوليد والطفل حسب خمسية الثروة، اليمن، 2006

المصدر: منظمة الصحة العالمية، 2006

10. **لا يزال التأمين الصحي في اليمن محدوداً في حين أن أسعار الخطط الصحية المدفوعة مسبقاً لا يمكن تحملها.** ونظراً لعدم توفر المرافق، فإن أكثر من نصف اليمنيين لا يحصلون على خدمات الرعاية الصحية، ولا سيما في المناطق الريفية، حيث يوجد أكثر من شخصين من كل ثلاثة أشخاص محرومون من أي رعاية صحية. وعلى الرغم من أن معظم الأمراض والوفيات يمكن تجنبها، إلا أن تخصيص الموارد للرعاية الصحية الأولية لا يبدو أنه يمثل أولوية. وتتجلى أنماط عدم المساواة بين الجنسين وعلى مستوى الجغرافيا بوضوح عندما يتعلق الأمر بتوزيع المرافق والخدمات بين اليمنيين.

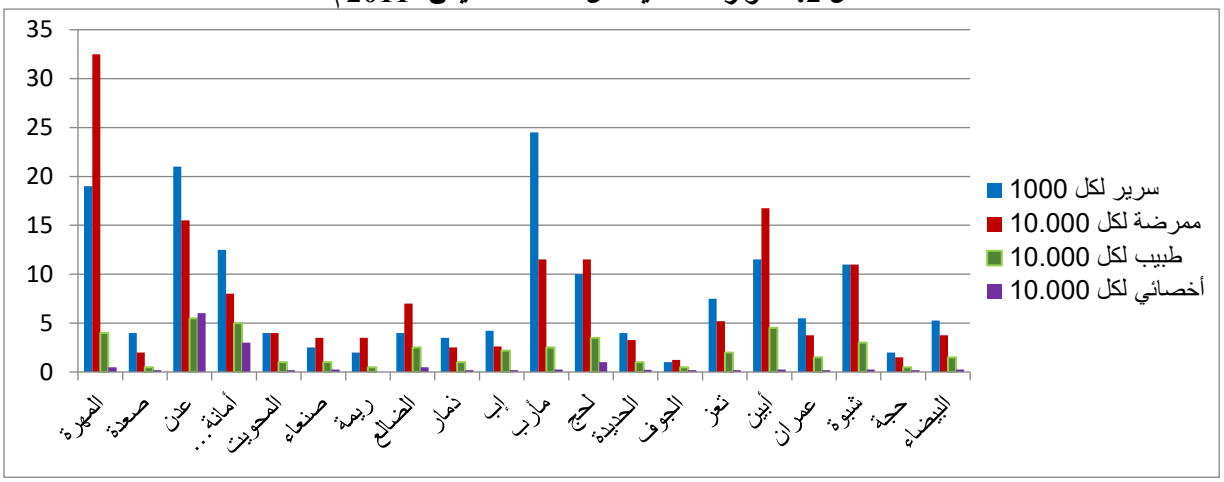
3. تقديم الخدمات واستجابة النظام

تتسم خدمات الرعاية الصحية بمستويات كبيرة من عدم الرضا لدى كل من المرضى ومقدمي الخدمات. فوفقاً للمسح الاستشاري لقطاع الصحة، فإن هذا الاستياء يرتبط أساساً برداءة الجودة وعدم توفر الخدمة. ويعتبر سوء جودة الخدمات الصحية وضعف توفرها أحد الأسباب التي تساهم في الاضطرابات المدنية المستمرة والحركات الانفصالية. ويمكن أن يعزى ذلك إلى المرافق سيئة التجهيز، والنقص الحاد في الأدوية والإمدادات والتغطية المحدودة للخدمات الصحية ومحدودية الميزانية المخصصة للنفقات التشغيلية والموظفين، وضعف القدرات المؤسسية في مهارات ونظم الإدارة الصحية.

12. **تعتبر وزارة الصحة العامة والسكان هي الجهة الحكومية المسؤولة عن قطاع الصحة وهي واحدة من أكبر الجهات الحكومية في البلاد من حيث عدد الموظفين.** وباعتبار أن القطاع العام هو المزود الرئيسي لخدمات الرعاية الصحية على جميع مستويات الخدمات، فقد كان لدى هذا القطاع في الفترة التي سبقت اندلاع الصراع حوالي 16,695 سريراً موزعة في البلاد بشكل غير عادل (2 مستشفيات للإحالة، 54 مستشفى حكومي، 183 مستشفى في المديريات و852 مركزاً صحياً و2,929 وحدة للرعاية الصحية الأولية و39 وحدة صحية). وفي الآونة الأخيرة، شهد القطاع الخاص تطوراً سريعاً، ولا سيما في المناطق الحضرية. ففي عام 2011م، كان هناك 175 مستشفى و323 مستوصف و580 مركز طبي و 1793 عيادة تخصصية و770 عيادة اسنان و99 عيادة أشعة و 3315 صيدلية و4133 مخزن ادوية.

13. **كان اليمن يواجه بالفعل أزمة في الموارد البشرية في قطاع الصحة العامة (الشكل 2).** فخلال الفترة التي سبقت اندلاع الصراع، تركزت الموارد البشرية العاملة في القطاع الصحي بشكل مفرط في المناطق الحضرية. ويتركز حوالي 42% من الأطباء في أربع محافظات فقط مع نقص واضح في عدد الموظفات العاملات. وبحسب البيانات التي وثقها تقرير أجري مؤخراً قبل الصراع بتكليف من وزارة الصحة العامة والسكان أن هناك نقص حاد في الموظفين المتخصصين في صحة الأم والوليد والطفل. وعلى مستوى البلاد عموماً، اقتصرت احتياجات المرافق الصحية الحكومية من الموظفين على استيعاب 60% فقط من إجمالي 261 طبيب نساء وولادة و5 في المائة فقط من 794 ممرضة أطفال.

الشكل 2: الموارد الصحية لكل محافظة، اليمن، 2011م



المصدر: وزارة الصحة العامة والسكان، 2011م

3. الأضرار والتحديات المتعلقة بالصراع

14. **مع بداية الأزمة الحالية، ظهرت مجموعة جديدة من التحديات التي تهدد الأسسَ الجوهرية للنظام الصحي اليمني وقدرته على تلبية الاحتياجات الصحية والغذائية الأساسية للسكان وتعرضها للخطر.** فقد أصبحت المدخلات الأساسية للمرافق الصحية وفرق الوصول أكثر ندرة، بل وغير متوفرة في كثير من الأماكن. ويتضح ذلك جلياً في ما يلي: (أ) النقص الحاد في الأدوية الأساسية والإمدادات الطبية المطلوبة على جميع مستويات الرعاية مع اضطرابات كبيرة في قدرات الشراء والنقل وسلسلة الإمداد، (ب) تضاؤل المياه الصالحة للشرب بل وانعدامها في بعض الأحيان من المِلْكِّ العام، والافتقار إلى الوقود الأساسي والطاقة والصيانة ومضخات المياه وغيرها (ج) عدم كفاية الموارد التشغيلية واللوجستية اللازمة للبرامج الصحية والغذائية الأساسية في مراكز الإحالة على المستوى الأول، ولا سيما في مجال التوليد الطارئ ورعاية الأمهات، فضلاً عن خدمات الإحالة الغذائية، مما يزيد من مخاطر حياة مئات الآلاف. ونتيجةً لذلك، توقفت البرامج الموسعة للتحصين وحملات التطعيم الوطنية، مما يُنذر بعودة ظهور بعض الأمراض التي يمكن الوقاية منها عن طريق اللقاحات وتعريض حياة ملايين الأطفال اليمنيين للخطر. كما أن بؤر الأمراض الجديدة التي ترتبط عادة بالبلدان التي تعصف بها الصراعات (مثل الكوليرا والتراخوما) تبرز في ظل نظام صحي يفتقر إلى نظم مراقبة كافية وأنظمة استجابة سريعة للكشف المبكر والعلاج.

15. **تسبب الصراع إلى حد كبير بإعاقة توفر الخدمات الصحية وأدى إلى زيادة مستويات سوء التغذية لدى الأطفال.** فنسبة المرافق الصحية التي ظلت تعمل بكامل طاقتها لا تتجاوز 45%، ويبلغ معدل توفر الخدمات الصحية للأمهات والمواليد والأطفال، فضلا عن الخدمات الصحية وخدمات التغذية للأطفال 35% و 42% على التوالي. وتزداد معدلات سوء التغذية في اليمن لدى الأطفال دون سن الخامسة والنساء الحوامل والمرضعات كونهم الأكثر تضرراً. ومن بين هذه المجموعات، يعتبر النازحون داخلياً هم الأكثر عرضة للمخاطر. تشير التقديرات الحالية إلى أن نحو 3.3 مليون شخص يعانون من سوء التغذية، من بينهم مليون طفل مصابين بسوء التغذية المعتدل الحاد و (462,000) طفل يعانون من سوء التغذية الحاد الوخيم. فالأطفال الذين يعانون من سوء التغذية المعتدل الحاد أكثر عرضة للوفاة ثلاث اضعاف أقرانهم الأصحاء، بينما الأطفال الذين يعانون من سوء التغذية الحاد الوخيم فاحتمال تعرضهم للوفاة تزيد بمعدل تسعة أضعاف. إضافة لذلك فإن ما يقدر بحوالي 45% من وفيات الأطفال دون سن الخامسة في اليمن يُعزى إلى سوء التغذية.

16. **يزداد عدم التوازن بين العرض والطلب في الخدمات الصحية بسبب الصراع الدائر.** فقد توقفت العديد من المرافق الصحية عن العمل بسبب تدمير البنى التحتية بصورة جزئية أو كلية. وبالنسبة للبعض الآخر من المرافق فقد غادرها الموظفون بسبب المخاطر الأمنية المرتبطة بالعمل في تلك المرافق. وقد خلق ذلك "فراغاً في الخدمات" في المناطق التي كانت تعتبر مستقرة في الماضي. كما أدى الصراع أيضاً إلى موجة جديدة من النازحين في بعض المناطق الجغرافية ليشكلوا عبئاً إضافيا على الموارد المحدودة أصلا للمرافق الصحية القائمة. علاوة على ذلك، فقد أدى الصراع إلى تعميق الضغوط الاقتصادية على معظم المواطنين مع ارتفاع معدلات الفقر والبطالة، مما أدى إلى تحول الكثيرين ممن كانوا سابقاً يشترون الخدمات الصحية من القطاع الخاص أو المنظمات غير الحكومية واضطرارهم للجوء إلى النظام الصحي للدولة. وقد أدت هذه العوامل إلى زيادة ملحوظة في الطلب على النظام الصحي للدولة المجهد بالفعل.

17. **ونظراً لمشكلة السيولة في البنك المركزي، لم تتمكن الحكومة من تغطية تكاليف التشغيل ومرتبات موظفي الخدمة المدنية العاملين في القطاع الصحي بصورة منتظمة** مما أدى إلى زيادة إضعاف قدرة النظام على تلبية الاحتياجات الصحية الفورية العاجلة للسكان. وبحسب البيانات التي وثقها تقرير المرحلة الأولى من تقييم الأضرار والاحتياجات الذي أجراه البنك الدولي والجهات المانحة الأخرى، فقد أدى الصراع الجاري إلى إلحاق أضراراً مادية بالغة في البنية التحتية للمرافق الصحية الهشة أصلاً في جميع أنحاء البلاد وانعدام الخدمات الأساسية الطارئة بسبب الافتقار إلى الأدوية والوقود ووسائل النقل. وباستخدام صور الأقمار الصناعية وتحليلات وسائل الاعلام الاجتماعية اعتبارا في تشرين الأول / أكتوبر 2015م، فإن هذا التقييم للأضرار والاحتياجات الذي اجري في أربع مدن يمنية (صنعاء وعدن وتعز وزنجبار) جاء ليثبت بالدليل الأضرار البالغة التي لحقت بالأصول الصحية. وسيتطلب إعادة بناء/إعمار الهياكل الأساسية الصحية المدمرة في المدن الأربع حوالي 484 مليون دولار امريكي تقريباً.

4. المبادئ الرئيسية للمشاركة في مرحلة الصراع وما بعد الصراع

18. **تدور اليمن في حلقة مفرغة من الصراع في حين أن مؤسسات الدولة تعاني من ضعف متأصل يسهم بشكل مباشر في الجولة الحالية العنف.** وقد أدى هذا العنف بدوره إلى تقويض مؤسسات الدولة، مما ينذر بمزيد من العنف في المستقبل. كما استمرار اضعاف المؤسسات الوطنية أيضاً إلى تضييق فرص تحقيق السلام المستدام لأن أي اتفاق للسلام لن صمد دون وجود قاعدة مؤسسية قوية تحمي شروط هذا الاتفاق. ولذلك، فإن أي خطة للتعافي وإعادة الإعمار بعد انتهاء الصراع لابد وأن تركز أيضاً على تعزيز مؤسسات الدولة - مع تلبية الاحتياجات الإنسانية العاجلة - لمنع الانزلاق إلى الصراع. إن التجارب من جميع أنحاء العالم مليئة بالحالات التي يتم فيها التركيز فقط على الإغاثة الإنسانية في مرحلة ما بعد الصراع – بغض النظر عن التحولات المؤسسية – والتي انتهت بفرص باهظة التكلفة لكسر دائرة العنف.

19. **وبالتالي، هناك حاجة واضحة إلى تفكير جديد بشأن اليمن لدعم طرق أكثر استدامة وشمولاً لتقديم الخدمات خلال فترات النزاع وفترات ما بعد النزاع مباشرة.** وفي هذا السياق، يتمثل التحدي الرئيسي الذي يواجه شركاء التنمية في اليمن في ابتكار طرق جديدة وخلاقة لمساعدة البلد، ليس فحسب بهدف معرفة الأسباب والآثار الأساسية للنزاع والهشاشة، بل من المهم أيضاً تعزيز قدرات المجتمعات المحلية والأسر على الصمود والتكيف. ولذلك، فإن هذه المذكرات بشأن تقديم الخدمات الشاملة - بما فيها المذكرة الحالية بشأن قطاع الصحة، تقترح نهجاً جديداً يركز على تلبية الاحتياجات العاجلة لتقديم الخدمات في المناطق الأكثر تضررا في اليمن، مع زيادة تعزيز الشمول والقدرة على الصمود تدريجيا، وبالتالي فعالية المؤسسات الخدمية.

20. **ومن الناحية التاريخية، اعتمد نظام تقديم الخدمات الصحية في اليمن بصورة أساسية على المرافق لتوفير الخدمات الصحية للسكان الذين يعيشون بالقرب من المرافق وكذلك البرامج الرأسية لمعالجة مشاكل الصحة العامة ذات الأولوية.** حيث أظهرت الأدلة خلال التسعينيات والألفينيات أن الإفراط في الاعتماد على المرافق الصحية العامة الثابتة لم يوفر للسكان الخدمات الصحية والغذائية المطلوبة بسبب عجزها عن الوصول إلى جميع السكان وتلبية احتياجاتهم الصحية. فقد أظهر تحليل آخر أن نموذج تقديم النظام يعاني من: (أ) انخفاض معدلات استخدام العيادات الخارجية، (ب) وقلة استخدام المرافق الصحية العامة بسبب قضايا الوصول والجودة، و(ج) والافتقار إلى الخدمات الصحية والأدوية الأساسية في المرافق الصحية العامة مما يؤدي إلى ارتفاع معدل تجنب هذه المرافق.

21. **وعلى مدى عقدين من الزمن، دعم البنك الدولي وشركاء التنمية التدخلات في البلد والتي بدأت بتقديم وإيصال الخدمات الصحية إلى أولئك الذين لديهم فرص قليلة للحصول على الخدمات الصحية أو الذين لا يحصلون عليها، فضلاً عن الاستخدام الفعال للموارد التي يتم انفاقها على حملات التحصين الوطنية.** ونظرت الاستراتيجية في توفير أدوية أساسية بتكلفة منخفضة وحُزم الخدمات الصحية من خلال تدخلات الوصول إلى المناطق المحرومة. ويهدف البرنامج إلى ضمان تغطية جميع السكان، بمن فيهم الفقراء وشبه الفقراء، كنهج للتخفيف من وطأة الفقر. وأوصت بدفع تكاليف أقل للنقل والتكاليف المباشرة لتقديم الخدمات. كما شددت الاستراتيجية الجديدة أيضاً على أهمية تكامل الخدمات واعتبرت ذلك أحد المبادئ الأساسية الرئيسية لتحقيق اللامركزية في تقديم الخدمات الصحية والغذائية الأساسية، ودعت إلى إدماج الموارد والأنشطة في البرامج الرأسية المختلفة، مثل النقل والزيارات الإشرافية. وتم تحديد تكامل الخدمات، ودعم التكاليف التشغيلية، باعتبارهما مجالين رئيسيين يحتاجان إلى دعم المانحين.

22. **قدم المشروع الجاري للصحة والسكان الذي يدعمه البنك الدولي بعض الدروس الهامة للغاية التي ينبغي أن تدرسها أي تدخلات في القطاع الصحي خلال المديين القصير والمتوسط،** لا سيما: (أ) تصميم يتسم بالمرونة الكافية لاستيعاب الاحتياجات العاجلة للسكان أينما وحيثما تنشأ، (ب) وضع آليات صرف سريعة وبطرق تنفيذ بسيطة لإيصال الخدمات المطلوبة إلى غالبية السكان، وبالتالي ضمان تغطية مختلف شرائح السكان، (ج) الحرص على الحفاظ على القدرات الفنية لموظفي وزارة الصحة العامة والسكان ودعمها باعتبارهم العنصر الرئيسي للحفاظ على سلامة النظام الصحي وآفاقه المستقبلية، (د) الشراكة مع وكالات

الأمم المتحدة الرائدة في مجال الصحة والتغذية بصفتها الوكالات المنفذة التي توفر المستوى المطلوب من الاستجابة بطريقة عملية في الأدوار التشغيلية والمرونة في التعامل مع القضايا الائتمانية، (هـ) إمكانية تقديم تدخلات وطنية في مجال الصحة العامة تصل إلى مواقع جغرافية شاسعة وإظهار نتائج إيجابية على الصعيد الوطني.

23. **إن دمج نماذج تقديم الخدمات المختلفة الموجودة حالياً في البلاد يعتبر أمراً في غاية الأهمية لضمان توفير نطاق أفقي ورأسي أكثر إنصافاً لتقديم الخدمات وشمول أقوى لمختلف شرائح السكان في اليمن.** وينبغي أن يعتمد هذا التكامل على هياكل القطاع العام القائمة كأساس لتقديم الخدمات وسد أي ثغرات في الخدمات من خلال مقدمي الخدمات المحليين أو المنظمات غير الحكومية في حال عدم توفر مرافق حكومية. وبالنسبة للسياسات والتخطيط، فهناك حاجة إلى تنسيق قوي بين مختلف أصحاب المصلحة في قطاع الصحة لضمان الاستخدام الفعال للموارد المحدودة على مختلف مستويات الرعاية الصحية.

24. **وعلى الرغم من أن الحالة الإنسانية سيئة، إلا أن أي تدخل في قطاع الصحة ينبغي أن يسعى إلى سد الفجوة الإنسانية الانمائية والتركيز على بناء قدرة النظام على التعافي مع تلبية الحاجة الملحة للسكان.** ومن شأن ذلك أن يضمن التعافي السلس والسريع معاً خلال مرحلة ما بعد الصراع. ولذلك، ينبغي أن تركز المزيد من الاستثمارات على قدرات المؤسسات المحلية للنظام الصحي.

5. سُبل المضي قُدُماً: على المدى القصير إلى المتوسط

25. **إن التحول الجديد في نموذج تدخلات البنك للمشاركة في مرحلة الهشاشة والصراع والعنف قد اتاح للفريق الصحي الاعتماد على الدروس المستفادة من البلدان الأخرى والانخراط بشكل كبير مع أصحاب المصلحة المتعددين على أرض الواقع خلال العام الماضي وذلك من خلال مشاريع الصحة والسكان ومكافحة البلهارسيا.** علاوة على ذلك، فإن الشراكات الناجحة مع اليونيسيف ومنظمة الصحة العالمية في إطار المشاريع المذكورة آنفاً قد وضعت الأساس لمشروع الصحة والتغذية الطارئة الجديد في اليمن حيث تم تصميم نموذج متكامل لتقديم الخدمات وذلك لتلبية الاحتياجات المختلفة والعاجلة لليمنيين المعرضين للخطر.

26. تعتمد طريقة المشاركة في القطاع الصحي على المدى القصير والمتوسط على الوضع الأمني والصراع في اليمن.

تقديم الخدمات

- في حالة الصراع المطول، فإن التدهور المستمر لقطاع الصحة والعوامل المتراكمة لظهور الأمراض المعدية سيؤدي إلى مجموعة مختلفة نوعاً ما من الاحتياجات الصحية للسكان. وسيتطلب ذلك نموذجاً مبتكراً لتقديم الخدمات للوصول إلى هؤلاء السكان وتلبية احتياجاتهم في ضوء القدرات التنفيذية المحدودة وكذا الموارد المحدودة.
- إن تكامل مختلف نماذج تقديم الخدمات لتقديم الخدمات الصحية الأساسية سوف يظل من الأولويات على المدى القصير والمتوسط. وهذا التكامل يتطلب مزيجاً من المرافق الثابتة والفرق المجتمعية والميدانية والمتنقلة لتقديم الخدمات في جميع أنحاء البلاد. وتستطيع المنظمات غير الحكومية المحلية، في المناطق التي توجد فيها قدرات تنفيذية متاحة، أن تؤدي أيضاً دوراً هاماً في سد ثغرات الخدمات والوصول إلى الفئات الضعيفة غير المحصنة. ومن المجالات الأخرى التي يتعين النظر فيها، كلما أمكن ذلك، هي مساعدة الناس في الحصول على الخدمات أو تلقي رسائل صحية من خلال الرسائل النصية القصيرة.
- وفي سيناريو ما بعد النزاع، سيتم التركيز بصورة موازية على إعادة تأهيل المرافق الصحية المتضررة ودعم خدمات الصحة النفسية جنباً إلى جنب مع الخدمات الصحية الثانوية ومن المستوى الثالث. وبناءً على النتائج الأولية لتقييم الاضرار والاحتياجات، ستكون هناك حاجة إلى الكثير من العمل فيما يتعلق بالهياكل الأساسية

للمرافق من أجل إنشاء البنى التحتية الأساسية الطبية اللازمة ولا سيما في المناطق المتضررة من الصراع. ويجب أن يقترن ذلك بتدخلات في عدد قليل من القطاعات، على سبيل المثال لا الحصر، قطاع المياه والصرف الصحي لضمان الحصول على مياه صالحة للشرب.

استجابة النظام

- إن النقص الحالي الحاد في العاملين الصحيين في النظام الصحي الهش بالفعل يتطلب مجموعة من التدخلات على المديين القصير والمتوسط لمعالجة التحديات العاجلة مثل الدفع المنتظم لرواتب الموظفين الصحيين وتكاليف تشغيل الخدمات الصحية اليومية.
- ثمة بعد آخر ينبغي مباشرته فوراً ألا وهو بناء قدرات المؤسسات المحلية والموظفين الصحيين وذلك لمواجهة التحديات الراهنة وتقديم الخدمات الصحية الأساسية في سياقات مختلفة. ويجب أن يقترن ذلك بالتقييمات التحليلية المستمرة والتحليل الفني لآثار الصراع الجاري على الصحة، فضلاً عن فعالية التدخلات المختلفة إلى جانب نماذج تقديم الخدمات.