

annd

Arab NGO Network for Development
شبكة المنظمات العربية غير الحكومية للتنمية



AMERICAN
UNIVERSITY OF BEIRUT

FACULTY OF HEALTH SCIENCES

إيقاف الحرب في اليمن ضرورة لإعمال الحق في الصحة

2023

أثر الحرب والنزاعات السياسية على مؤشرات ومحدّدات الصحة



عبير شائف

قسم طب المجتمع والصحة العامة، كلية الطب والعلوم
الصحية، جامعة عدن، اليمن

داليا حزام

المرصد اليمني لحقوق الانسان، اليمن
مركز المرأة للبحوث والتدريب، جامعة عدن، اليمن

يُنشر هذا التقرير كجزءٍ من سلسلة تقارير الراصد العربي للحقوق الاقتصادية والاجتماعية (AWR) لشبكة المنظمات العربية غير الحكومية للتنمية (ANND). يُعدُّ تقرير الراصد العربي منشورًا دوريًا تصدره الشبكة ويركز كلَّ إصدار على حقٍّ معيَّن وعلى السياسات والعوامل الوطنية والإقليمية والدولية التي تساهم في انتهاكه. يتمُّ تطوير تقرير الراصد العربي من خلال عملية تشاركية تجمع ما بين أصحاب المصلحة المعنيين، بما في ذلك المجتمع المدني، والخبراء في المجال، والأكاديميين، وممثلي الحكومة في كلِّ من البلدان الواردة في التقرير، وذلك كوسيلةٍ لزيادة ملكية التقرير في ما بينهم وضمان توطينه وتعزيز صلته بالسياق.

يُركَز التقرير السادس للراصد العربي على موضوع الحقِّ في الصحة. ويمثِّل تقرير الراصد العربي للحقِّ في الصحة للعام 2023 جهدًا مشتركًا بين شبكة المنظمات العربية غير الحكومية للتنمية، وكلية العلوم الصحية في الجامعة الأميركية في بيروت. وقد أعدَّ بهدف تقديم تحليلٍ شاملٍ ونقديٍّ لوضع الحقِّ في الصحة في المنطقة والتوقعات لما بعد مرحلة كوفيد-19. ويُؤمل أن تُشكِّل المعلومات والتحليلات المقدَّمة منصَّةً للدعوة إلى أعمال هذا الحقِّ للجميع.

تُعبر الآراء الواردة في هذه الوثيقة عن رأي المؤلف حصرا، ولا تعكس بالضرورة وجهات نظر شبكة المنظمات العربية غير الحكومية للتنمية، والجامعة الأميركية في بيروت، Brot für die Welt، دياكونيا، أو المساعدات الشعبية النرويجية.

بيروت، حقوق النشر © 2023. جميع الحقوق محفوظة.

التقرير صادر عن **شبكة المنظمات العربية غير الحكومية للتنمية**. يمكن الحصول عليه من الشبكة أو يمكن تحميله عن الموقع: <http://www.annd.org>

يُحظر إعادة إنتاج هذا التقرير أو أي جزء منه أو استخدامه بأي طريقة كانت من دون إذن خطي صريح من الناشر باستثناء استخدام الاقتباسات الموجزة.

بدعم من

Brot
für die Welt



Norwegian People's Aid

People
Change
the World
Diakonia

إيقاف الحرب في اليمن ضرورة لإعمال الحق في الصحة

أثر الحرب والنزاعات السياسية على مؤشرات ومحدّدات الصحة

د. عبير شائف

قسم طب المجتمع والصحة العامة، كلية الطب
والعلوم الصحية، جامعة عدن، اليمن

طبيبة؛ محاضرة واختصاصية في الصحة العامة وطب
المجتمع ومستشارة؛ تعمل في الصحة والتغذية
والمجال الإنساني مع منظمات محلية ودولية وأمية.
مدرّبة معتمدة لدى عدة منظمات ووزارة الصحة العامة
والسكان خاصة في الأمراض الوبائية (حمى الضنك،
الكوليرا، كوفيد-19). مشاركة في عدة أبحاث المنشورة
في مجلات علمية عالمية محكمة.

د. داليا حزام

المرصد اليمني لحقوق الانسان، اليمن
مركز المرأة للبحوث والتدريب، جامعة عدن، اليمن

باحثة واكاديمية؛ حاصلة على شهادة البكالوريوس في
الصيدلة، ماجستير في الدراسات النسوية والتنمية،
دكتوراه في الصحة العامة (صحة الأم والطفل
والمراهقين). استشارية في الدراسات النسوية
ومحاضرة في مادة الصحة الإنجابية في مركز المرأة
للبحوث والتدريب- جامعة عدن. عضوة في اللجنة
الاستشارية للمرصد اليمني لحقوق الانسان. كما لديها
مقالات منشورة في مجلات علمية عالمية محكمة.



المحتويات

06	مقدمة
08	الهدف العام للتقرير
09	منهجية التقرير
10	نبذة تاريخية مختصرة عن النظام الصحي في اليمن
15	الدستور والمعاهدات الدولية وعلاقتها بالحق في الصحة في اليمن
20	أثر الحرب على القطاع الصحي والمؤشرات الصحية
23	فجوة البيانات واتجاهات المؤشرات الصحية
29	دور القطاع الصحي في ظل جائحة كوفيد-19
31	الحق في الصحة من منظور الحماية الاجتماعية
35	آلية الاستجابة الإنسانية في ظل النزاعات السياسية وتفشي جائحة كوفيد-19 في اليمن
37	الاستنتاج و التوصيات
39	المراجع

مقدمة

إن الحق في الصحة والذي يشمل الإعلان العالمي لحقوق الإنسان هو الركيزة التي يمكن أن نصل بها ومعها إلى أنظمة صحية عادلة ومُنصفة. يُعرّف البعض الصحة على أنها مستشفيات حديثة ومراكز طبية مجهّزة، وهذا صحيح جزئياً، إلا أن مفهوم الصحة يتعدّى ذلك بكثير. فتعريف منظمة الصحة العالمية ينصّ على أن الصحة هي حالة من الرفاهية الجسدية والعقلية والاجتماعية الكاملة وليس مجرد غياب المرض أو العجز. أي أن يتمتع الإنسان بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه ويُفضي إلى العيش بكرامة (WHO 1948). يتلخّص الحق في الصحة في الرعاية الصحية - التي تستند على توافر ومقبولية وجودة الخدمات الصحية وإمكانية الوصول إليها - وإلى المحدّات المتعلقة بها كالمياه الصالحة للشرب، والتغذية الكافية، وسبل عيش صحية وملائمة، وإمكانية الحصول على التوعية والمعلومات الصحية (الأمم المتحدة 1948). لقد أكّدت لجنة الأمم المتحدة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية في تعليقها العام رقم 14 (على أهم مبادئ الحق في الصحة وهي: عدم التمييز، والمشاركة، والمساءلة. وكما جاء في دستور منظمة الصحة العالمية، فإن مسؤولية الحق في الصحة تقع على عاتق الحكومات، ومنظمات المجتمع المدني، والهيئات، والأفراد مجتمعة (WHO 1948).

يواجه النظام الصحي في اليمن العديد من التحدّيات في تقديم الخدمات الصحية وتمكين وصول المجتمع إلى هذه الخدمات ولو بالحد الأدنى من الجودة. كما كان للحرب والحصار تأثيرٌ مدّورٌ على العديد من مؤشرات الصحة في اليمن ومنها صحة الأم والطفل. على سبيل المثال انخفاض تغطية اللقاح للأطفال، وزيادة حالات الإسهال وفقر الدم والوفيات بين الأطفال دون سن الخامسة من العمر، وارتفاع معدل وفيات الأمّهات. لقد تضاعف تقديم خدمات الرعاية الصحية الأولية الروتينية من قبل النظام الصحي -الهشّ بالفعل- بسبب الحاجة الملحة للاستجابة لتهديد إنعدام الأمن الغذائي ووباء الكوليرا الأخير (El Bcheraoui, Jumaan, et al. 2018). كما طرأ تعليق للعديد من الخدمات الروتينية في ظل جائحة كوفيد-19 بسبب سوء الإدارة جسده تراجع الاستجابة العاجلة للحالات المصابة (Zawiah, Al-Ashwal 2020). (et al)

تصاعد الصراع في اليمن في عام 2010، تلاه احتجاجاتٌ كبيرة، واقتتالٌ داخلي، وحربٌ بدأت في سبتمبر/أيلول 2014 واستمرت حتى الآن. قبل تصعيد الحرب بين التحالف بقيادة السعودية والحوثيين، كانت اليمن بالفعل أفقر دولة في الشرق الأوسط وواحدة من أفقر دول العالم. أثّرت الأزمة الإنسانية سلباً على كل قطاع حيوي في اليمن، بما في ذلك الصحة (El Bcheraoui, Jumaan, et al. 2018). ومنذ استيلاء قوى الحوثي عسكرياً على العاصمة في سبتمبر/أيلول 2014 وتوسّع الصراع ونشوب الحرب وبدء العمليات العسكرية للتحالف العربي، دخلت اليمن تحت الفصل/البند السابع من ميثاق الأمم المتحدة. وأصبحت تُصنّف في حالة حرب/صراع/نزاع وتُنسّق شؤونها الإنسانية (ومنها الصحة) حسب تقييم الوضع الإنساني السنوي (UN OCHA-HNO 2022)، وخطة الاستجابة الإنسانية السنوية وما يهبه المانحون على أساسهما (UN OCHA-HRP 2022). ويتمّ التنسيق لتنفيذ هذه الخطط عبر الكُتل المختلفة (الصحة، التغذية، المياه والإصحاح البيئي، الأمن الغذائي والزراعة،

الحماية، التعليم...). ورغم أن معظم هذه الخطط والأنشطة تكفل الصحة لجميع الفئات وخاصة ذوي الخصوصيات المتعلقة بالصراع، إلا أنها تُركّز بشكل عام على الإغاثة والدعم العاجل وحالة الطوارئ (UN OCHA 2022). وأشار خبير في الصحة العامة إلى أن:

سياسة القيادة والحوكمة لهذه الكُتل ضعيف من قبل وزارة الصحة ومكاتبها في المحافظات وتكون القيادة للمنظمات الدولية. على الرغم من أن هذه المنظمات لا يُنَاط بها قيادة الكُتل... مهّدت الكُتل إلى العمل بنهج متعدّد القطاعات ولكن ليس بالشكل الرسمي إذ لا يوجد قانون يضمن العمل بهذا النهج. العمل بنهج متعدّد القطاعات حالياً في اليمن يقع ضمن العمل في حالة الطوارئ (المشارك 2: خبير في الصحة العامة و أكاديمي، 2022).



يعاني اليمن من أسوأ أزمة إنسانية في العالم، حيث تُشير البيانات إلى أن ما يقرب من 80% من السكّان بحاجة إلى شكلي من أشكال المساعدة الإنسانية والحماية الاجتماعية (ICRC 2022). وبما أن اليمن لم يصل رسمياً بعد إلى مرحلة إعادة الإعمار الفعلي والتنمية المُستدامة، لذا فإن التوسّع في مفهوم الصحة كحقّ لم يُستهدف بعد، خاصةً في شؤون التنمية والحماية الاجتماعية والبنية التحتية الداعمة والحوكمة والمشاركة المجتمعية الفعلية. حيث لا زال العمل بمخرجات الحوار الوطني الشامل والدستور اليمني الجديد رهن بإيقاف الحرب وتحقيق السلام والمرحلة الانتقالية للحكم. وأكدت خبيرة في الصحة الإنجابية أن:

المواطن اليمني لا يتمتّع بهذا الحقّ (حقّ الصحة للجميع)، بل أنه لا يتمتّع بهذا الحق حتى في مستواه الأدنى منذ الفترة ما قبل 2015. هناك سياسات واستراتيجيات وطنية تمّ صياغتها لكنها غير قابلة للتطبيق على أرض الواقع ولم يُنفذ بما جاء فيها. ولا زلنا نعتقد بأن الصحة هي خلوّ الإنسان من المرض ولم نصل في برامجنا ومشاريعنا إلى تعريف الصحة كحقّ كما أننا لم نصل إلى مرحلة التفكير بالرفاه (المشارك 1: خبير في الصحة الإنجابية- منظمة غير حكومية، 2022)



الهدف العام للتقرير

يهدف هذا التقرير إلى تقديم تحليل موضوعي لوضع الحق في الصحة في اليمن من خلال التطرق إلى مواد الدستور اليمني المتعلقة بالحق في الصحة، والاستراتيجيات الوطنية والقوانين الصحية، والأدبيات والبيانات ذات العلاقة وتسلط الضوء على:

- النظام الصحي في اليمن والاستراتيجيات الوطنية.
- الدستور اليمني والمعاهدات والاتفاقيات الدولية المتعلقة بالحق في الصحة.
- أثر الحرب على القطاع الصحي في اليمن.
- فجوة البيانات والمؤشرات الصحية في اليمن.
- الحق في الصحة من منظور الحماية الاجتماعية في اليمن.
- دور القطاع الصحي في ظل جائحة كوفيد-19.



منهجية التقرير

في ضوء الهدف الرامي للتقرير، تم الاعتماد على التحليل المكتبي للأدبيات، كما تم استخدام المنهج الوصفي التحليلي بشقّه النوعي من خلال استخدام دليل مقابلات مُعدّ مسبقاً. هذا المنهج قادر على استكشاف سؤال البحث قيد التحقيق من خلال الإجابة على أسئلة "ماذا" و"كيف" و"لماذا" من وجهة نظر المشاركين. تم إجراء مقابلات معقّمة مع أربعة خبراء في مجال الصحة (وزارة الصحة العامة والسكان، جامعة عدن وجامعة حضرموت، ومنظمات دولية). تم تسجيل المقابلات وتفريغها حرفياً، كما تم إجراء تحليل للمحتوى لإيجاد علاقة ذات مغزى بين الموضوعات التي ظهرت عن طريق استخدام برنامج (ATLAS.ti-8). ظهرت ستة محاور رئيسية وهي:

- الدستور والمعاهدات الدولية واللاستراتيجيات الوطنية وعلاقتها بالحق في الصحة في اليمن.
- الرصد والتقييم والمساءلة.
- أثر الحرب على المؤشرات الصحية.
- دور القطاع الصحي أثناء جائحة كوفيد-19.
- آلية الاستجابة في حالة الطوارئ.
- التوصيات لإعمال الحق في الصحة في اليمن.

نبذة تاريخية مختصرة عن النظام الصحي في اليمن

يعود تاريخ النظام الصحي في اليمن إلى الربع الأخير من القرن التاسع عشر، وهي فترة استعمار بريطانيا للجزء الجنوبي من البلاد. كما يعود تاريخه أيضاً إلى النصف الثاني من القرن العشرين، وذلك بفضل ثورتَي سبتمبر/أيلول 1962 في الجزء الشمالي، وأكتوبر/تشرين الأول 1963 في الجزء الجنوبي من البلاد. بعد توحيد اليمن عام 1990، تمّ توحيد النظام الصحي وكان هناك بعض الفوارق بين النظامين. حيث سمحت الجمهورية العربية اليمنية (شمالاً) للنظام الصحي الخاص بالتطور جنباً إلى جنب مع النظام الصحي العام والمدعوم من الدولة؛ بينما جمهورية اليمن الديمقراطية الشعبية (جنوباً) لم تسمح بذلك (Aulaqi 2014).

كانت وزارة الصحة العامة والسكان مسؤولة عن تقديم الرعاية الصحية والحوكمة الشاملة للنظام الصحي. ومع ذلك، تولّت وزارة الصحة العامة والسكان دوراً إشرافياً بعد أن اعتمد البرلمان اليمني قانون الإدارة المحلية في عام 2000 الذي يمنح 22 محافظة في البلاد الاستقلال الذاتي لإدارة بعض الخدمات على المستوى المحلي (UN DPADM 2004) وبناءً عليه، أصبحت المكاتب الصحية في المحافظات هي الهيئة المسؤولة عن الصحة على مستوى المحافظات. وبالتالي، كانت الرعاية الصحية في اليمن قبل النزاع تُدار على ثلاثة مستويات: وزارة الصحة العامة والسكان (صياغة السياسات الصحية)، مكاتب الصحة في المحافظات (تخطيط وتنفيذ الخطط الصحية على مستوى المحافظات)، ومكاتب الصحة في المديرية (تنفيذ الأنشطة الصحية على مستوى المديرية). امتد اختصاص الحوكمة لوزارة الصحة العامة والسكان إلى أربعة قطاعات: الرعاية الصحية الأولية، صحة السكان، الرعاية العلاجية، والتخطيط والتنمية (Qirbi & Ismail 2017).

كان هيكل النظام الصحي المعتمد أفقياً على المراكز والوحدات الصحية، وعمودياً على برامج الصحة الوقائية والمشاريع ضدّ الأوبئة والأمراض غير الوبائية، ولا يوجد أيّ اثبات فيما يتعلّق بالتكامل أو حتى التنسيق على المستوى الأدنى بين الجزء الأفقي والعمودي للنظام الصحي. كانت إحدى الصعوبات المستمرة التي تواجه جهود وزارة الصحة العامة والسكان لتنفيذ الإستراتيجية الإصلاحية، هي الافتقار إلى الدعم من الهيئات الحكومية الأخرى، ولا سيما وزارة المالية. كما لم تكن هناك رقابة قانونية على الموارد البشرية والمستشفيات والعيادات الخاصة بسبب عدم تفعيل جميع القوانين ذات الصلة. كما لم يكن لدى القطاع الخاص أيّ نظام رقابي. وهو وضع مستمر حتى الآن (WHO-EMRO 2006).

تُقدّم خدمات الرعاية الصحية الأولية في الريف والحضر عبر شبكة من المرافق الصحية الحكومية التي تتوزّع جغرافياً وتتدرّج من وحدة صحية إلى مركز صحي ومستشفى (مستشفى ريفي، مستشفى مديرية، مستشفى محافظة، ومستشفى مرجعي) وهذا بحسب حجم الزمام السكاني والبُعد الجغرافي (MoPHP 2000). إلا أن المرافق الصحية التابعة للقطاع العام كانت تعاني من شحّة في الموارد البشرية والعاملين الصحيين، ناهيك عن ضعف القيادة؛ الأمر الذي تسبّب في أن تبقى بعض المرافق الصحية في المناطق الريفية مغلقة لأشهر (Aulaqi 2014).

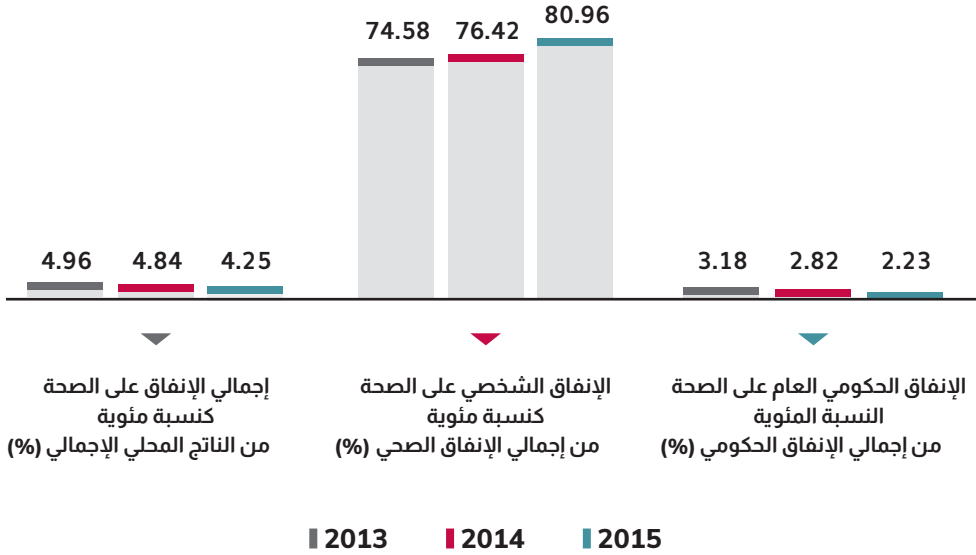
تبني اليمن نهج الرعاية الصحية الأولية في عام 1978؛ وهو نفس العام الذي انعقد فيه مؤتمر "ألما آتا"، وأدرج هذا النهج في دستوره الوطني حيث نصّ على أنه "يجب أن يتمتع جميع المواطنين بالمساواة في الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية الأولية المجانية" (MoPHP 2010). إلا أن ارتفاع نسبة الفقر والنمو السكاني وضعف ميزانية القطاع الصحي مهّد للعمل على استراتيجية إصلاح القطاع الصحي في عام 1998 والتي تمّ وضعها بصيغتها الأخيرة في عام 2000، حيث تضمّنت: خطط اللامركزية، وإعادة تحديد دور القطاع العام وسياسة الأدوية الأساسية وتشجيع المشاركة المسؤولة من قبل القطاع الخاص والمنظمات غير الحكومية وتقاسم التكاليف (MoPHP 2000).

لقد اتبّع اليمن في عام 2000 نهج التسويق للخدمات الصحية المقدّمة من قبل القطاع الخاص وهذا للتخفيف من العبء المالي للخدمات الصحية المقدّمة مجاناً في القطاع الحكومي؛ الأمر الذي أثر بشكل مباشر على المواطنين الفقراء وتحديداً من كانوا يعيشون في المناطق الريفية (Aulaqi 2014). وعليه فقد ازدهر القطاع الصحي الخاص بعد الوحدة عام 1990، وارتفع عدد المستشفيات الخاصة من 167 إلى 746 في الفترة ما بين (2002-2012) (Aulaqi 2014). كما وأثر تقاسم التكاليف على حصول المواطن على الخدمة الصحية. فقد تمّ قياس استخدام خدمات صحة الأم والطفل قبل وبعد إدخال نظام تقاسم التكاليف، وأشارت الدراسة إلى أنه على الرغم من عدم وجود تأثير على الاستفادة من الخدمات الوقائية، إلا أن الرسوم تميل إلى أن تكون عائقاً كبيراً أمام الحصول على خدمات الرعاية واستخدامها من قبل الفقراء في المستشفيات على وجه الخصوص (Alshaibani 1998). في المقابل أظهرت تقارير من محافظة الحديدة تراجع الاستفادة من الخدمات الوقائية بعد تطبيق الرسوم (UNICEF 1998).

ومن التحدّيات الأخرى التي واجهت النظام الصحي، هو انتقال الكادر الطبي للعمل من القطاع الحكومي إلى القطاع الخاص لعدم اكتفائه من العائد المادي في القطاع العام. بالإضافة إلى التسويق للقطاع الخاص والتحديث المستمر في معدّاته وتوفّر التخصّصات المختلفة؛ الأمر الذي نتج عنه تجاوز المرافق الحكومية من قبل المرضى بشكل متكرر في المناطق الريفية. وعلى الرغم من تفضيل مستخدمي الرعاية الصحية للخدمات القريبة من منازلهم، وتصوّره أن غالبية المرافق القريبة هي أقلّ تكلفة من تلك التي تحتاج دفع مبلغ كبير مقابل النقل وتُشكل عبئاً إضافياً عليهم، فقد تجاوز ما نسبة بين 42 - 73% من الأسر المرافق الحكومية القريبة إلى المرافق الخاصة (World Bank 1998). وأشارت دراسة أخرى إلى أن نسبة 95% من المواطنين توجّهوا لطلب الخدمات الصحية من القطاع الخاص (Aulaqi 2014). وبالتالي، ارتفعت نسبة الإنفاق الشخصي على الصحة (MoPHP 2000).

يبيّن الشكل 1 الإنفاق على الصحة في اليمن في الفترة ما بين 2013-2015؛ حيث ارتفعت نسبة الإنفاق الشخصي على الصحة من 74.58% إلى 80.96% على التوالي وبالتوازي مع انخفاض الإنفاق على الصحة من إجمالي الإنفاق الحكومي ومن الناتج المحلي الإجمالي (WHO - GHO 2022). وبحسب التقديرات، فإن إجمالي الإنفاق على الصحة عام 2018 قد بلغ 35\$ للفرد، وشكّل الإنفاق الشخصي منه للفرد 25.19\$. ومن المتوقع أن يصل إجمالي الإنفاق على الصحة إلى 46\$ للفرد في عام 2050، حيث يُقدّر أن يكون الإنفاق الشخصي على الصحة ما يعادل 31.61\$ للفرد (IHME 2022).

شكل 1. الإنفاق على الصحة في اليمن 2013-2015



لقد عبّر المبحوثون عن آرائهم في هذا الخصوص وكانت كالتالي:

الحقيقة أنه لا يمكن للمواطن شراء الخدمات الصحية سواء من القطاع الخاص أو الحكومي. كثر من المواطنين تتوقّر لديهم الخدمة لكنهم لا يستطيعون استخدامها نتيجة لكلفتها. قبل الحرب كان الإنفاق الشخصي يُقدّر ما بين 67%-70% يستقطعها المواطن من قوت أولاده. وهناك الكثير من المواطنين في وضع ماليّ كارثي بسبب المرض (المشارك 3: خبير في الصحة العامة - وزارة الصحة العامة والسكان 2022).

في اليمن من ناحية الحقّ في حصول المواطن على الصحة كخدمة سواءً كانت في المدينة أو الريف، فإن الخدمات الصحية المقدّمة من القطاع الحكومي أو الخاص هي خدمات مدفوعة 100% من جيب المواطن.. الجانب المادي عائق كبير في حصول المواطنين في اليمن على الخدمات الصحية وذلك مخالف لاستراتيجية جديدة يتبناها العالم أجمع الآن وهي استراتيجية التغطية الصحية الشاملة (المشارك 4: خبير في الصحة العامة وأكاديمي، 2022).

وفي محاولة لتخفيف عبء الإنفاق الشخصي على الصحة، تمّ تطوير نظام الرعاية الصحية على مستوى المديرية في عام 2000، حيث تُقدّم بعض النشاطات الإضافية المجانية لتعزيز تغطية الخدمات الصحية مثل: النشاط الإصلي والعربات/ العيادات المتنقلة وحملات منزل إلى منزل. على الرغم من ذلك، فإن هذه الخدمات قد لا تكون كافية أو قد تتوقّر بشكل متقطع في بعض المناطق، ويرجع السبب لسوء الإدارة وغياب المراقبة وانعدام المحاسبة وتفشي الفساد (Aulaqi 2014). وفي إشارة إلى ضعف تمويل القطاع الصحي من موازنة الدولة مقارنة بما تخصّه الدولة من ميزانيتها للأجهزة الأمنية والجيش ورواتب للوزراء، علّق خبير في الصحة العامة:

إن نفقات القطاع الصحي ضعيفة بينما في المقابل تُصرف مبالغ مَهولة للأجهزة الأمنية مثل الجيش والشرطة. نفقات ومبالغ كثيرة تُهدر للحكومة نفسها (نفقات الوزراء) (المشارك 3: خبير في الصحة العامة - وزارة الصحة العامة والسكان 2022).



تتماشى الاستراتيجيات الصحية الوطنية مع تحقيق الأهداف الصحية الوطنية والدولية إلا أن التقدم نحو تحقيق الأهداف المتعلقة بالصحة ضعيف ولا سيما فيما يتعلّق بصحة الأم والطفل. ضمان الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية واستخدامها مذكور في جميع السياسات الصحية الوطنية. ومع ذلك، فإن عنصر "كيف" في هذه السياسات مفقود ولا تتم معالجة عوامله (Alaswadi 2013).

كان هناك أيضاً أوجه قصور في الإدارة في المجالات الهامة مثل الصحة العقلية وخدمات الدعم النفسي والاجتماعي، على سبيل المثال كان الالتزام الضعيف بالسياسة واضحاً في حقيقة أنه على الرغم من وجود خطط وطنية للصحة النفسية إلا أنها لم تتغيّر منذ أوائل الثمانينيات ولم يكن هناك تشريع رسمي يحكم الصحة النفسية في اليمن (Okasha et al. 2012).

وتجدر الإشارة إلى أهم الخطط والاستراتيجيات التي تتعلّق بالتنمية الصحية في اليمن ومنها:

- الخطة الخمسية الأولى للتنمية الاقتصادية والاجتماعية (1996-2000).
- استراتيجية إصلاح قطاع الصحة العامة (2000).
- الخطة الخمسية الثانية للتنمية الصحية (2001-2005).
- الخطة الخمسية الثالثة للتنمية الصحية والتخفيف من الفقر (2005-2010).
- الخطة الخمسية الرابعة للتنمية الصحية والتخفيف من الفقر (2011-2015).
- الاستراتيجية الوطنية للصحة الإنجابية (2006-2010).
- الاستراتيجية الوطنية للتغذية (2009).
- الاستراتيجية الصحية الوطنية (2010-2025).

لقد أجمع المبحوثون على أن السياسة الصحية والاستراتيجيات الوطنية المتعلقة بالصحة في اليمن موجودة ولكنها لا تُطبق على أرض الواقع، ويعود هذا إلى الوضع السياسي غير المستقر الذي حال دون تحقيق الأهداف الألفية والذي ينبئ بعدم قدرة اليمن على تحقيق أهداف التنمية المُستدامة. كما أشار المبحوثون إلى بعض الاختلالات في السياسة الصحية والتشريعات واللائحة التنفيذية لوزارة الصحة العامة والسكان. وعبروا عن آرائهم كالتالي:

عدم وجود سياسة صحية واضحة أثر بشكل سلبي على الأداء، على سبيل المثال القطاع الخاص يؤثر كثيراً على القطاع العام، بمعنى أن الأطباء المؤهلين والمدربين أصبحوا يفضلون العمل في القطاع الخاص، ومن هنا تدهور القطاع العام وأصبح يقدم خدمات غير جيدة للمواطن. وهذا عامل لا علاقة له بالحرب (المشارك 2: خبير في الصحة العامة وأكاديمي، 2022).



تفتقر وزارة الصحة العامة والسكان لوضع استراتيجيات مكتوبة، مثلًا الاستراتيجية الوطنية للصحة موجودة على موقع وزارة الصحة في صنعاء لكنها لا توجد على موقع وزارة الصحة في عدن على الرغم من أن وزارة الصحة في عدن تتبع الحكومة الشرعية والمُعترف بها دولياً (المشارك 3: خبير في الصحة العامة - وزارة الصحة العامة والسكان 2022).



الدستور والمعاهدات الدولية وعلاقتها بالحق في الصحة في اليمن

الدستور اليمني 1991

الباب الأول (أسس الدولة): الفصل الثالث (الأسس الاجتماعية والثقافية)

- **مادة (30)** " تحمي الدولة الأمومة والطفولة وترعى النشء والشباب " (الدستور اليمني 1991).
- **مادة (33)** " تكفل الدولة بالتضامن مع المجتمع تحمّل الأعباء الناجمة عن الكوارث الطبيعية والمحن العامة " (الدستور اليمني، 1991).
- **مادة (35)** " حماية البيئة مسؤولية الدولة والمجتمع، وهي واجب ديني ووطني على كل مواطن " (الدستور اليمني 1991).

الباب الثاني (حقوق وواجبات المواطنين الأساسية)

- **مادة (55)** "الرعاية الصحية حق لجميع المواطنين، وتكفل الدولة هذا الحق بإنشاء مختلف المستشفيات والمؤسسات الصحية والتوسع فيها، وينظم القانون مهنة الطب والتوسع في الخدمات الصحية المجانية ونشر الوعي الصحي بين المواطنين" (الدستور اليمني 1991).
- **مادة (56)** "تكفل الدولة توفير الضمانات الاجتماعية للمواطنين كافة في حالات المرض أو العجز أو البطالة أو الشيخوخة أو فقدان العائل، كما تكفل ذلك بصفة خاصة لأسر الشهداء وفقاً للقانون" (الدستور اليمني 1991).

على الرغم من أن الدستور اليمني كفل الصحة لجميع المواطنين (مع الاعتبارات لذوي الاحتياجات الخاصة والفئات الهشة، وبالأخذ بالتزام اليمن بمعاهدات دولية أخرى، وإن هذا الحق يشمل كل من على الأراضي اليمنية دون تمييز، وكذا عند الظروف الاستثنائية ومنها الصراعات والحروب، وحيث يتم ربط الرعاية الصحية والحق بالصحة بحقوق أخرى مثل التعليم وحق السلامة الجسدية والعقلية وقطاعات أخرى ذات العلاقة مثل البيئة والإسكان ومياه الشرب الآمنة وغيرها)؛ إلا أن المؤشرات المتاحة تدل على تدهور الوضع الإنساني في اليمن منذ ما قبل الصراع. وكنتيجة لشحة البيانات لا يمكن رصد انعدام العدالة والمساواة بين المواطنين وغير المواطنين في الوصول والحصول على هذه الحقوق. وقد عبّر الخبراء عن آرائهم في هذا الخصوص:

إننا في تشريعاتنا وفي إجراءاتنا التنفيذية بعيدون كل البعد عن تعريف منظمة الصحة العالمية للحق في الصحة، ورغم أن اليمن قام بالتوقيع على هذه المواثيق والاتفاقيات التي تضمن حق المواطن في الصحة، لكن عند الإجراءات التنفيذية فيما يتعلق بالتشريعات وفيما يتعلق برصد الموارد، فأنا لا نجد أن هذا الأمر يُعكس على أرض الواقع كما هو مرجو. أمّا بالنسبة لحق غير المواطنين (اللاجئين) فنحن حقيقةً لاجئون في بلدنا (المشارك 3: خبير في الصحة العامة - وزارة الصحة العامة والسكان 2022).

مُشكلتنا في اليمن هي في كيفية الوصول لهذا الحق (الحق في الصحة). فمن المعايير التي تضمن للمواطن الحصول على جزءٍ من هذا الحق والتي يتوجب الحرص عليها هو توفر الخدمات الصحية، سهولة الوصول لها، القدرة على الحصول عليها، وأن تكون خدمات ذات جودة (المشارك 2: خبير في الصحة العامة وأكاديمي 2022).



هناك تضاربٌ في أرقام (بيانات) المؤشرات الصحية الأساسية مثل مؤشرات المراضة ومؤشرات الوفيات ومؤشرات الخدمات المتاحة للمواطنين بمختلف الفئات، وكثير من المؤشرات المباشرة وغير المباشرة التي من خلالها يمكن إعداد برامج وإعداد خطط وتقييم أنشطة لبناء مصفوفة رؤية أو خطة استراتيجية بعيدة المدى للنظام الصحي. أن المؤشرات المتضاربة وغير المكتملة تُشكل أكبر عيوب النظام الصحي والبعض منها لا يصل في الوقت المطلوب لصناعة قرار ودائماً ما تأتي هذه المؤشرات أو الأرقام متأخرة (المشارك 4: خبير في الصحة العامة وأكاديمي 2022).



أفادت دراسة سابقة إلى أن الوصول إلى الخدمات العلاجية اقتصر على 68% من السكّان، في حين أن 32% لم يحصلوا على أي خدمة (Aulaqi 2014). كما وأن هناك عدم تكافؤ في الحصول على الخدمات الصحية بين سكان الحضر والريف حيث إن 25% من المناطق الريفية لديها إمكانية الوصول، مقابل 80% من المناطق الحضرية (MPIC-CSO 2004). ولأن معظم مستشفيات القطاع العام والمستشفيات الخاصة تتركز في المناطق الحضرية، فلا يتمتع حوالي 70% من إجمالي السكّان بسهولة الوصول إلى الرعاية ويواجهون نفقات كبيرة في السفر إلى المرافق الحضرية. (Gerike et al. 2005) وبحسب تقرير الأمم المتحدة لتنسيق الشؤون الإنسانية للعام 2016: ما زال نصف السكّان اليمني محرومين من الوصول إلى الخدمات الصحية الأساسية (UN OCHA 2016). بينما يحتاج حوالي 17.8 مليون شخص إلى الدعم للحصول على المياه النظيفة واحتياجات الصرف الصحي الأساسية (UN OCHA-HNO 2022).

تُشير التقديرات إلى أن حوالي 1.7 مليون امرأة وطفل يماني عانوا من سوء التغذية المزمن (اليونيسف 1998). وبلغ انتشار التقرم والهزال ونقص الوزن بين الأطفال دون سن الخامسة نسبة 53% و 13% و 46% على التوالي (DMCHS 1997). يُظهر سوء التغذية لدى الأطفال في اليمن تفاوتات سكانية وإقليمية في انتشاره، حيث إن الفوارق الجغرافية في سوء التغذية تُشير إلى أن معدّل الانتشار كان أعلى بين سكان الريف (56%) منه بين سكان الحضر (40%). وعلى الرغم من وجود حزمة خدمات أساسية في اليمن تركّز على صحة الأم والطفل منذ عام 2004؛ إلا أن مدى تطبيق ذلك في فترة ما قبل النزاع غير مؤكد (Wright 2015). وعلاوةً على ندرة الأدبيات حول جودة الرعاية الصحية في اليمن، تُشير الأدلة المتاحة إلى أن خدمات الرعاية العلاجية كانت ذات نوعية رديئة بشكل عام ولا سيّما فيما يتعلّق باحترام تصوّرات المريض عن الرعاية (Anbori et al. 2010; Webair et al. 2015). بالإضافة إلى أن الأدلة لم تكن متاحة بسهولة ولا يمكن الوصول إليها في جميع أنحاء البلاد، وخاصةً بيانات المناطق الريفية (MoPHP-DHS 2013; Bawazir et al. 2013). لهذا يُعدّ تتبّع تأثير نشاط النظام الصحي على النتائج الصحية في اليمن قبل النزاع أمراً معقداً بسبب القيود المفروضة على جمع المعلومات الصحية.

مسوّدة الحوار الوطني (دستور اليمن الجديد)

بعد اندلاع ثورة فبراير/شباط 2011 الشبابية، تمكّنت النخب السياسية والاجتماعية والعسكرية من الاتفاق على عملية تفاوضية والتوقيع على مبادرة مجلس التعاون لدول الخليج العربية وألّيّها التنفيذية في 23 نوفمبر/تشرين الثاني 2011 ومنها الوصول إلى مرحلة الحوار الوطني الذي عُقد في الفترة بين 18 مارس/آذار 2013 و 26 يناير/كانون الثاني 2014. خرج مؤتمر الحوار الوطني الشامل بوثيقة شاركت في إعدادها كلّ القوى السياسية والجماعات والفئات الاجتماعية اليمنية. كما تمّ التوافق على القضايا الملّية لمصوحات معظم المواطنين اليمنيين؛ وشمل ذلك تعزيز مبادئ الحكم الرشيد، بما في ذلك الشفافية والمحاسبية، وتمكين دور القطاع الخاص في التنمية، وتعزيز العدالة الاجتماعية والمساواة بين المواطنين وتكافؤ الفرص، وتحسين مستوى تقديم الخدمات التعليمية والصّحية وخدمات الرعاية الاجتماعية، وتحقيق الأمن الغذائي للمواطنين، وتحسين مستويات معيشتهم واحترام حقوقهم وحريّاتهم الأساسية وحمايتهم.

و فيما يتعلّق بمبدأ الحقّ بالصّحة تواتر/توافق عددٌ من القرارات والتوصيات المتعلّقة بالحقوق والحريّات والتنمية (الشاملة والمتكاملة والمُستدامة). وشمل ذلك الصّحة بشكلٍ عام (الوقاية والعلاج وإعادة التأهيل)، كما شمل قطاعات: الحماية الاجتماعية وحماية البيئة ومياه الشرب الآمنة والأمن الغذائي والإسكان والتعليم والقوانين المُنظمة والعمل النقابي والمراقبة والحوكمة والمشاركة المجتمعية. وكفلت هذه القرارات والتوصيات الصّحة لجميع المواطنين وعلى وجه التحديد المرأة والطفل والشباب وكبار السن والفئات الخاصة (أصحاب الاحتياجات الخاصّة، الأيتام، المهقّشين، النازحين، ضحايا النزاع/الحرب، ساكني الأرياف والمناطق النائية، المحتجزين/السجناء، المهاجرين، اللاجئين والأقليات) (مسوّدة الحوار الوطني 2014).

للأسف لم ترّ هذه المُخرجات النور بعد، وظلّت مسوّدة مخرجات الحوار الوطني وثيقةً متّفق عليها وطنياً ومدعومة خليجياً ومُعترف بها دولياً. وشملت نصوص الدستور اليمني الجديد المنبثق عن مسوّدة الحوار الوطني الكثير من المواد التي تستهدف الصّحة بشكلٍ مباشر أو عن طريق القطاعات ذات العلاقة أو من خلال مفاهيم الحماية الاجتماعية وشؤون التنمية والحقوق الخاصة. ومن ضمن هذه المواد:

الباب الأول (الأسس العامة): الفصل الثالث (الأسس الثقافية والاجتماعية)

مادّة (43) "تكفل الدولة الرعاية الصّحية وبجودةٍ عالية لجميع المواطنين دون تمييز من خلال إقامة البُنى الأساسية وتأهيل الكادر الطبي ورعايته، وتخصّص نسبةٍ محدّدة من الموازنة العامة للقطاع الصّحي، وتُسجّع مساهمة القطاع الخاص ومنظّمات المجتمع المدني في هذا المجال، وإقامة نظام تأمين صّحي شامل" (مسوّدة الحوار الوطني 2014). وغيرها من المواد مثلاً المادّة رقم (102 - 107، 121، 122) الباب الثاني (الحقوق والحريّات) الحقوق الاقتصادية والاجتماعية.

المعاهدات ذات العلاقة التي صادقت عليها اليمن

- صادقت اليمن على الدخول والالتزام بعدة معاهدات/اتفاقيات دولية ذات علاقة بالصحة، خاصة للفئات الهشة أو عند الظروف الاستثنائية، ومنها:
- الاتفاقية الدولية للقضاء على جميع أشكال التمييز العنصري (18 أكتوبر/تشرين الأول 1972).
- الاتفاقية الخاصة بوضع اللاجئين والبروتوكول الخاص باتفاقية وضع اللاجئين (18 يناير/كانون الثاني 1980).
- اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة (30 مايو/أيار 1984) (المواد 10، 11، 12 و14).
- الإعلان العالمي لحقوق الإنسان (1986).
- العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية (9 فبراير/شباط 1987).
- البروتوكول الإضافي الأول الملحق باتفاقيات جنيف، المتعلق بحماية ضحايا المنازعات المسلحة (17 أبريل/نيسان 1990).
- اتفاقية حقوق الطفل (1 مايو/أيار 1991).
- اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإحتياجات الخاصة (26 مارس/آذار 2009) (المادتان 25 و28).
- الميثاق العربي لحقوق الإنسان (12 نوفمبر/تشرين الأول 2011) خاصة المادة (39). (OHCHR 2014؛ المركز الوطني للمعلومات 2014)

قد يُنظر لهذه الالتزامات (خاصة المواطن اليمني البسيط) بأنها طموحات أو شعارات نبيلة أو سياسات ممنهجة، ويستشعر بالألم لغياب تحقيق وتلبية أبسط هذه الاحتياجات والحقوق له أولاً. ولكن هذا استشعار والتزام أخلاقي وقانوني من قبل اليمن كدولة وكيان وأسس للسلطة، وهدف لتحسين الأوضاع والحقوق في اليمن. للأسف لا يتبع هذا الالتزام أي تخطيط أو توجيه أو توفير ميزانية لتحقيق هذه النصوص. وهذا امتداد لعجز اليمن على توفير الاحتياجات المادية والمالية للتخطيط والاستراتيجيات بشكل عام والتي تتأثر به بشكل خاص القطاعات الحساسة مثل الصحة والتعليم والشؤون الاجتماعية.

وفيما يتعلق بالاتفاقيات، نجد أن اليمن لم يلتزم ببعض الاتفاقيات التي صادق عليها. أن القوانين الوضعية الحالية هي وليدة عددٍ من التغييرات والتعديلات التي مرّ باليمن، وقد جاء مؤجداً لما كان في شطري اليمن قبل الوحدة. على الرغم من أن قانون الأحوال الشخصية الصادر عام 1992 قد حدّد سنّ الزواج 15 سنة للذكر والأنثى، لكن وبموجب التعديلات التي جرت عام 1998، تمّ تعديل المادة (15) بصيغة ألغت تحديد سنّ الزواج الذي كان من المبادئ المستقرة في القوانين اليمنية، حيث نصّت المادة (15) بعد تعديل 1998 على (أن عقد وليّ الصغيرة بها صحيح ولا يمكن المعقود له من الدخول بها ولا تُرفق إليه إلا بعد أن تكون صالحةً للوطء ولو تجاوز عمرها 15 سنة ولا يصحّ العقد للصغير إلا لمصلحة). ويُعدّ هذا النص تراجعاً عمّا كان مقرّراً في النص قبل التعديل. في الوقت الذي - وبموجب المُصادقة على اتفاقية السيداو- يتوجب تحديد سنّ أدنى للزواج في قانون وتشريعات كلّ الدول المصادقة

عليها، لكنّ المشرّع اليمني تغافل عن هذا الأمر.

نتيجةً لذلك هناك 4 ملايين طفل قد تمّ تزويجهم مُبكراً في اليمن. حيث تزوّج 1.4 مليون منهم قبل سنّ 15 عاماً. وتُشير بيانات المسح الديموغرافي الصّحي لليمن للعام 2013، إلى أن ثلث (32%) الفتيات (20-24 سنة) قد تزوّجن قبل سنّ 18 سنة، و 9% قد تزوّجن قبل سنّ 15 سنة. ويُظهر التحليل الذي أجرته اليونيسف استناداً على المسح الديموغرافي الصّحي لليمن انخفاض نسبة انتشار زواج الأطفال منذ عام 1988 والذي كان 58%، إلّا أنه غير كافٍ لتحقيق هدف القضاء على زواج الأطفال بحلول عام 2030 (UNICEF 2013).

أثر الحرب على القطاع الصحي والمؤثرات الصحية

لا يُعرف سوى القليل عن الطرق التي يُخفف بها النزاع من أنشطة النظام الصحي الراسخة، أو آليات تكيف النظام الصحي ومرونته في مواجهة عدم الاستقرار المزمن وانعدام الأمن (Woodward et al. 2016). ويرجع ذلك جزئياً إلى التحديات التي تواجه إجراء أبحاث قائمة على الأدلة للأنظمة الصحية في بيئات ديناميكية وغير مستقرّة، كنتيجة لنقص في البيانات الموثوقة. إن النقص في عمل تحليلي للأنظمة الصحية أثناء النزاع وبعده مباشرة يعني أنه على الرغم من الاهتمام الكبير الذي يوليه صانعو السياسات فإن قاعدة الأدلة لإعادة تأهيل القطاع الصحي والإعمار لا تزال قاصرة. لقد كانت تقييمات الحوكمة غير متجانسة للغاية لقطاع الصحة في اليمن قبل النزاع. كما أن نقاط ضعف الحوكمة والفساد كانت تمثل مشكلة كبيرة حتى على مستوى المنشأة (USAID 2006; World Bank 2010). استمرت تقييمات الحوكمة العالمية في تصنيف اليمن بالقرب من القاع بين 168 دولة تمّ قياسها بشأن فساد القطاع العام (Transparency International 2015). وأشار خبير في الصحة العامة إلى أن:

وزارة الصحة، مجلس النواب، الجهاز المركزي للرقابة والمحاسبة، والمجالس المحلية هم المُكلفون بالرصد والتقييم والمساءلة. كل هذه الجهات للأسف عملها معطل أو لا يعمل بالطريقة المطلوبة والفعّالة بسبب الوضع الراهن. حالياً تعتمد المنظمات على الطرف الثالث، والطرف الثالث يقوم بتقييم آلية العمل ولا يقوم بتقييم الأثر (المشارك 2: خبير في الصحة العامة واكاديمي 2022).



في اليمن، يوثق تحقيق جديد قامت به منظمة مواطنة لحقوق الإنسان ومنظمة أطباء من أجل حقوق الإنسان للعام 2020 ما مفاده: أن 120 مرفقاً صحياً والعاملين الصحيين فيه قد تعرضوا لهجمات عنيفة - منذ مارس/ آذار 2015 وحتى ديسمبر/ كانون الأول -2018 من قبل الأطراف المتحاربة التي تشمل التحالف بقيادة السعودية والإمارات، والحكومة اليمنية المُعترف بها دولياً وقوات جماعة أنصار الله المسلحة (قوات الحوثيين). أدّت هذه الهجمات إلى تدمير النظام الصحي في اليمن ومقتل ما لا يقل عن 96 مدنياً وعاملاً صحياً، من بينهم 10 أطفال، وجرح 230 آخرين، من بينهم 28 طفلاً في هذه المرافق. وحسب الإحصاءات للعام 2020 (HerAMS 2020)، فإن 51% فقط من المرافق الصحية في اليمن تعمل بشكل تام، وحتى هذه المرافق تواجه نقصاً حاداً في الكوادر الصحية المؤهلة، وفي الأدوية والمستلزمات والمعدّات الطبية، بالإضافة إلى هروب العاملين الصحيين، ومدى تدخل مقدّمي الخدمة البديلة لملء فجوات الخدمة الآخذة في الاتّساع مع اندلاع الصراع (البنك الدولي 2020).

هناك أدلة غير مؤكدة تُشير إلى أن الفئات الضعيفة مثل كبار السن قد عانت بشكل غير متناسب نتيجة للهجمات العشوائية ونزوح السكّان وعدم الوصول إلى الرعاية الصحية الروتينية بما في ذلك أدوية الأمراض غير المعدية، ولكن هناك نقص في البيانات الموثوقة (WHO-EMRO 2015).

ولا تتعدّى المؤسّرات الأساسية الأخرى 50% من المعيار الأدنى المحدّد حسب منظمة الصحة العالمية، فمثلاً هناك فقط 10 عاملين صحيين لكل 10.000 من

السكان (المعيار يحدّد 22 كأدنى عدد بحسب منظمّة الصحة العالمية) و5 أسرة لكل 10.000 من السكان (المعيار بحسب منظمّة الصحة العالمية أكثر من 10 أسرة). ولا يوجد اختصاصي في 38% من المستشفيات، ولا يوجد طبيب عام في 18% من المديرّيات. ورغم أنه من المفترض أن تُقدّم خدمات الرعاية الصحيّة الأوليّة في المرافق الحكوميّة (وحدات ومراكز صحيّة)؛ إلا أنها تتوفّر بنسبة 25-75% في المرافق التي تعمل بكامل طاقتها. والملاحظ أن أعلى معدّل توفّر خدمات (75%) هو لمجابهة سوء التغذية وصحة الطفل والتي هي أهم البرامج المدعومة من قبل المنظمّات الأمميّة والدولية (HeRAMS 2018). عموماً رغم الجهود والدعم الإنساني والأموال المُنفقة لم تتحسن هذه النسب في التقرير الأوّل لعام 2020 (HeRAMS 2020).

رغم جهود الدولة والمنظمّات الدولية والمحليّة إلا أن النظام الصحيّ لا زال يواجه بعض التحدّيات مثال: صعوبة إجراء بحوثٍ قوية عن النُظم في ظل الوضع السياسي غير المستقر والذي يعاني من نقص البيانات الموثوقة، سوء الإدارة، ضعف الحوكمة بسبب انقسام الدولة إلى منطقتين رئيسيتين، محدودية تمويل الرعاية الصحيّة محلياً أو خارجياً، عدم توفّر ميزانيّة تشغيليّة لمواجهة تدهور البنية التحتيّة (World Bank 2021)، وعبء مشاكل تبعات الصراع ومنها التضخّم السنوي الذي ارتفع إلى 45% في نهاية عام 2021 مقارنةً بـ 35% في 2020 (رويترز 2022).

في هذا الصدد أشار المبحوثون إلى تبعات الحرب المدمّرة على القطاع الصحيّ، وعلى اقتصاد البلد مما أدّى إلى انهيار العملة وارتفاع كلفة الخدمات الصحيّة والحياة المعيشية، وهجرة الأطباء، وانتقال الكادر الصحيّ للعمل في المرافق الخاصة وارتفاع معدّل البطالة، والفقر، والنزوح وانهيار منظومة التعليم. كما وساهم ضعف دور التثقيف الصحيّ في انتشار السلوكيات الصحيّة الخاطئة بين فئات المجتمع المختلفة. وعبّر المبحوثون عن آرائهم كالتالي:

سأهت الحرب في انهيار النظام الصحيّ الذي اتّسم بالهشاشة منذ ما قبل 2015. لقد لاحظنا أن أغلب المرافق الصحيّة أغلقت في المناطق التي عانت من النزاع المسلّح، كما واجهت هذه المرافق شحّة في الإمدادات الطبيّة وغير الطبيّة. توقّف العاملون في المجال الصحيّ عن العمل ولولا الدعم الدولي لليمن في مجال الصحة من دعم الكوادر الصحيّة بالحوافز لكان أغلب المرافق الصحيّة متوقفاً عن العمل (المشارك 2: خبير في الصحة العامة وأكاديمي 2022).

لقد عرقلت الحرب تنقّل الناس ووصولهم إلى الخدمات الصحيّة برغم رداءتها بالإضافة إلى الكلفة الاقتصادية، فبعد الحرب ارتفعت كلفة الخدمات الصحيّة وأصبح الوصول إليها أكثر صعوبة. منذ 2012، أي ما يقارب عشر سنوات، لم يُرصد القطاع الصحيّ بكوادر جديدة، بالإضافة إلى هجرة الأطباء للبحث عن سبل العيش بكرامة. يضاف إلى ذلك أيضاً الإصابات والوفيات بين صفوف كوادر القطاع الصحيّ، غياب دور الرقابة والتقييم للمرافق الصحيّة وعمل الكادر الصحيّ في القطاع الخاص عوضاً عن القطاع العام (المشارك 3: خبير في الصحة العامة - وزارة الصحة العامة والسكان 2022).

إن الأولويات الآن للمعيشة وللوجبة الغذائية وليس العلاج. وكما هو معروف فإن كان هناك أي خدمة تُتارع حق الإنسان في الحفاظ على حياته، يتقدّم الحفاظ على الحياة على أي خدمة أخرى... أصبحنا نشترى كافة الخدمات سواء كانت خدمات صحية أو خدمات مياه أو خدمات صرفٍ صحيّ أو خدمات تنقلات... إلخ (المشارك 4: خبير في الصحة العامة وأكاديمي 2022).

مما لا شكّ فيه أن الحرب ضاعفت من نسبة انتشار الفقر وتدني مستوى التعليم. تسببت الحرب في النزوح حيث يعاني النازحون من عدم قدرتهم على الحصول على حقهم في التعليم أو الحصول على الخدمات الصحية. كما ساهمت الحرب في انتشار ظاهرة تعاطي المخدرات بين فئة الشباب وهو مرض اجتماعي خطير جداً، وتسببت في ارتفاع معدل البطالة، وتدهور الحالة النفسية للمواطن بسبب الأوضاع السياسية المتأزمة (المشارك 2: خبير في الصحة العامة وأكاديمي 2022).

فجوة البيانات واتجاهات المؤشرات الصحيّة

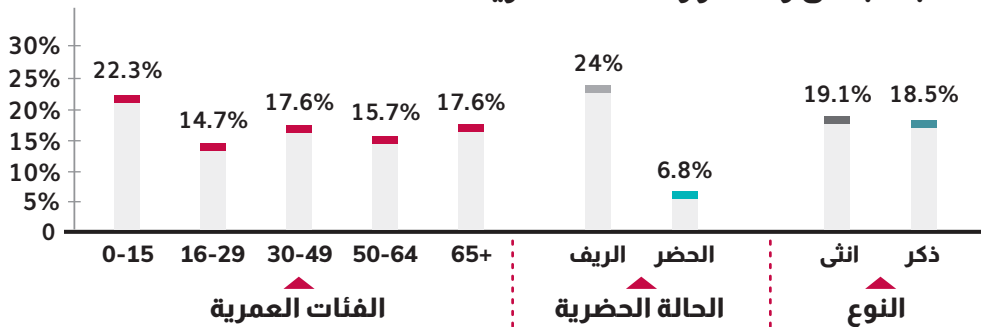
يُظهر تحليل اتجاهات المؤشرات الصحيّة ما قبل الصراع في اليمن مدى ضعف النظام الصحيّ. إذ إن آخر مسح صحيّ ديموغرافي كان في عام 2013. أي أن المؤشرات التي تتعلّق بمتوسط العمر المتوقّع والخصوبة ووفيات الأمّهات ووفيات الرضع تستند على التقديرات وفقاً لاتجاهات المؤشرات قبل الصراع. وتُشير البيانات الحالية إلى انخفاض تغطية الخدمات الصحيّة الأساسية، وغياب الحماية الاجتماعية التي تضمن للمواطن اليمني العيش بكرامة (الجهاز المركزي للإحصاء، صندوق الأمم المتّحدة للسكان 2016-2018).

يُرَكِّز هذا التقرير على مؤشرات تتعلّق بثلاثة أهداف من أهداف التنمية المُستدامة وهي: القضاء على الفقر، القضاء التام على الجوع، الصحة الجيدة والرفاه.

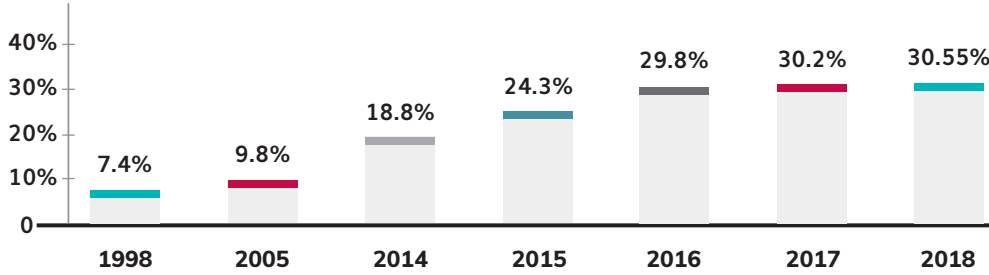
الهدف الأوّل: القضاء على الفقر

ظلت أوضاع المواطن اليمني الماديّة في مستوى متدنٍ لفترات متتالية رغم التحسّن الطفيف التي طرأ في فترة بداية التسعينيات. حالياً هناك انتكاس واضح لدخل الفرد حيث صار ثلث الشعب اليمني يعيش تحت خط الفقر وذلك لعدّة أسباب منها الصراع وما ترتّب عليه من نزوح وفقدان لسبل العيش، تضخم العملة، توقّف صرف الرواتب للموظّفين في القطاع العام الذين يعيشون في مناطق تحكمها سلطة الأمر الواقع (سلطة الحوثيين)، وتوقّف تصدير كثير من الموارد وما توفّره من دخل للدولة وتعزيز للموازنة العامة وتأمين البنك المركزي والعملة المحلية. يُشير **الشكل 2** إلى نسبة السكّان الذين يعيشون تحت خط الفقر الدولي، حسب الجنس والعمر والحالة الحضرية للعام 2014. كما أن نسبة السكّان الواقعين تحت خط الفقر العالمي (\$1.9) للعام 2018 بلغت 30.55%. أنظر **الشكل 3**. وكان من المتوقّع أن ترتفع نسبة الفقراء بمعدّل متسارع بسبب الصراع (الجهاز المركزي للإحصاء؛ صندوق الأمم المتّحدة للسكان، 2016-2018). حيث يعيش حالياً 53% من اليمنيين في فقرٍ مدقع (لجنة الإنقاذ الدولية، 2020).

شكل 2. نسبة السكان في اليمن الذين يعيشون تحت خط الفقر الدولي، حسب الجنس و العمر و الحالة الحضرية - 2014



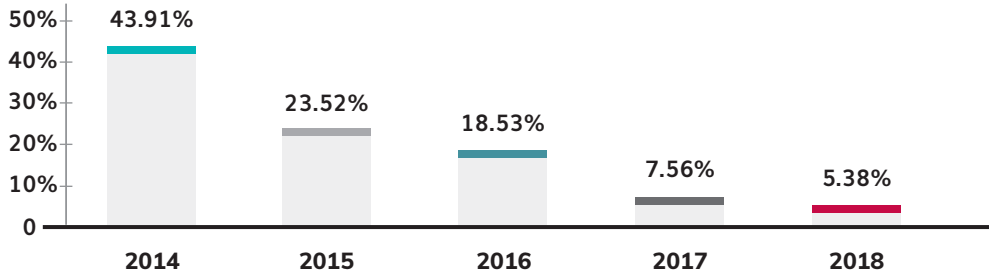
شكل 3. نسبة السكان في اليمن الواقعون تحت خط الفقر العالمي \$1.9



المصدر: مسح ميزانية الأسرة - 2014 الجهاز المركزي للإحصاء

يبين الشكل 4 تدهور نسبة الإنفاق الحكومي على خدمة التعليم والصحة والحماية الاجتماعية مجتمعة ما بين عام 2014-2018. حيث انخفضت النسبة من 43.91% للعام 2014 إلى 5.38% للعام 2018.

شكل 4. نسبة الإنفاق الحكومي على الخدمات الأساسية التعليم، الصحة، الحماية الاجتماعية) في اليمن من إجمالي النفقات الحكومية : للأعوام 2018-2014



المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء كتاب الإحصاء السنوي 2017

وأشار المبحوثون فيما يتعلق بالإنفاق على الصحة الى التالي:

لا زلنا نعمل على ميزانية 2014 والتي تُشير إلى أن ميزانية القطاع الصحي تُقدّر بما بين 3-4%. والبعض يقول إن النسبة أقل بكثير وأعتقد أنها لا تتجاوز 1%. كانت الميزانية بحدود 4.5% في 2010. ولكن هذا يناقض مؤشرات الصحة التي لدينا الآن والتي تُشير إلى أن موازنة القطاع الصحي أقل بكثير. حالياً فإن اليمن منقسم إلى شمال وجنوب، لهذا من الصعب احتساب نصيب الفرد من الناتج المحلي (المشارك 2: خبير في الصحة العامة وأكاديمي 2022).

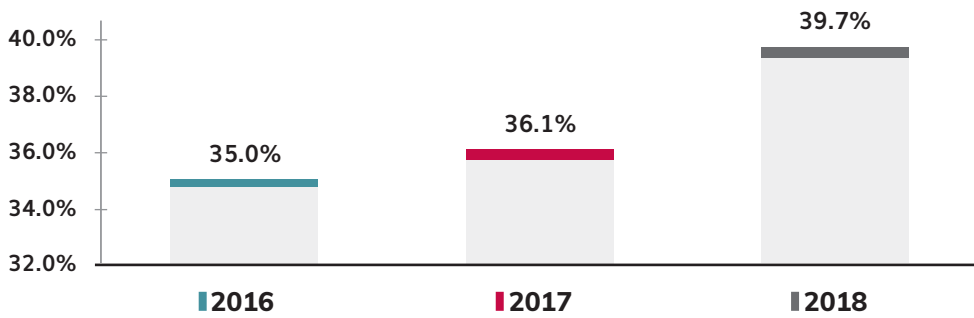
”لا يمكننا القول إن الإنفاق الحكومي على الصحة هو 4.5% أو 4.3%. بعض التقارير أشارت إلى أنه 3.7%، بل أوردت تقارير أخرى أنه وصل إلى 2.8% من إجمالي الناتج المحلي. حقيقةً نحن لا نملك رقماً حقيقياً لموازنة الدولة. هذه الأرقام أوردها البنك الدولي في 2012 أو 2014 أو 2015 حيث في تلك الفترة كان هناك موازنة للدولة“ (المشارك 4: خبير في الصحة العامة وأكاديمي 2022).

الهدف الثاني: القضاء على الجوع

رغم ثبات معدّل التقرّم كمؤشّر لسوء التغذية المزمن عند الأطفال إلا أنه مرتفعٌ بحدّ ذاته (46.5%). و لكن يستمرّ تسارع سوء التغذية الحادّ بين الأطفال دون الخمسة أعوام والحوامل والمرضعات، كما إنعدام الأمن الغذائيّ الحاد وذلك رغم التّدخلات والبرامج الوقائية والعلاجية والمساعدات الغذائية التي لا تكفي لتغطية الاحتياجات حسب التقارير والمسوحات، والتي تدهورت مع تعطلّ/توقّف الخدمات الصحيّة أثناء جائحة كوفيد-19. وأزداد الوضع سوءاً مع اندلاع الحرب في أوكرانيا حيث وصلت المساعدات الغذائية إلى أقلّ من نصف الاحتياج، وبات هناك فجوة حادّة في توفير الموادّ العلاجية/الوقائية التغذوية لفئة الأطفال دون الخمسة أعوام والنساء الحوامل والمرضعات. وكان من المتوقّع أن يعاني ما يقرب من 2.2 مليون طفل تتراوح أعمارهم بين 6 أشهر و59 شهراً من سوء التغذية الحاد على مدار عام 2022، مع 1.3 مليون حالة إضافية من النساء الحوامل والمرضعات. نتيجة لذلك، ستكون نسبة 91% من المديریات في اليمن في المرحلة الثالثة من التقسيم المرحلي لسوء التغذية الحاد (خطيرة) وما فوق. كما ومن المتوقّع أن يصل الوضع في منطقتي (عبس وحيران) الى مستويات حرجة للغاية. وأهم الدوافع/المحرّكات الرئيسية هي: التدهور الاقتصادي، انخفاض المساعدات الغذائية الإنسانية، انخفاض الوصول إلى الخدمات الأساسية والمرضاة (UN OCHA-HNO 2022؛ IPC 2022). وكلّ هذا دون معزل عن أثر الصراع في اليمن على الزراعة وغلق المنافذ، وقيود الاستيراد والتصدير، وشحّة مواد المحروقات ومنها أزمة الغاز المنزلي وارتفاع اسعارها

(FAO- 2016-2018 WFP-UNICEF-IFAD-WHO). يُبيّن الشكل 5 معدّلات نقص الغذاء في اليمن في الفترة ما بين 2016-2018، حيث يشكّل الفرق خلال عامين نسبة تُقدّر بـ4.7%.

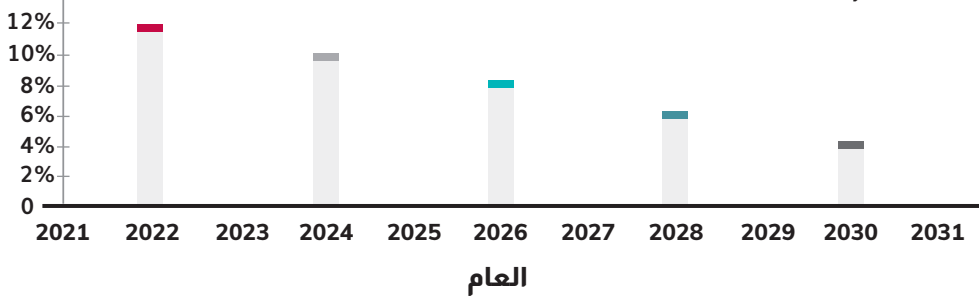
شكل 5. معدل انتشار نقص الغذاء (الجوع للسكان اليمنيين 2016-2018)



المصدر: 2018-FAO-WFP-UNICEF-IFAD-WHO.

كما يُشير الشكل 6 الانخفاض المطلوب لتحقيق هدف التنمية المُستدامة المتعلّق بسوء التغذية الحاد مع كل عام.

شكل 6. الانخفاض المطلوب في سوء التغذية الحاد لتحقيق هدف SDG2 بحلول عام 2030

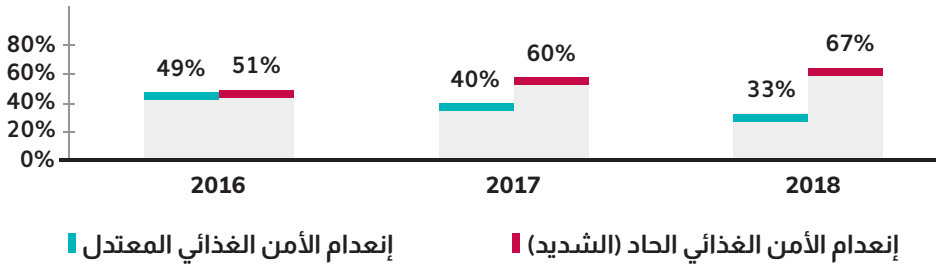


المصدر: UNICEF 2021.

تُشير التقارير الى وجود تفاوتات كبيرة في درجات انعدام الأمن الغذائي بين المناطق الحضرية (26% من السكّان) والمناطق الريفية (48% من السكّان) (World Food Program 2014)، والى أن حوالي نصف السكّان يواجهون مستويات عالية من إنعدام الأمن الغذائي الحاد (المرحلة الثالثة من التصنيف أو أعلى) أي ما مجموعه 17.3 مليون شخص (54% من إجمالي السكّان) ومن المتوقع أن يرتفع إلى 19 مليون شخص (60% من إجمالي السكّان). إن انعدام الأمن الغذائي حادٌ للغاية ويشتد في مناطق القتال النشط ويؤثر بشكل خاص على النازحين والفئات المهقشة على الرغم من استمرار المساعدات الإنسانية. وهناك خمس مديريات فيها نسبٌ من السكّان في التقسيم المرحلي الخطر ما يشير إلى احتمالية حدوث مجاعة وتحديدًا في مديرية عبس في حجة (UN OCHA-HNO 2023). يُعتبر الصراع هو المحرك الرئيس لإنعدام الأمن الغذائي في اليمن بالإضافة إلى الصدمات الاقتصادية وتخفيض الاحتياطات الأجنبية (IPC 2022).

يُشير **الشكل 7** إلى ارتفاع إنعدام الأمن الغذائي من 51% في عام 2016 إلى 67% في عام 2018.

شكل 7. انعدام الأمن الغذائي المعتدل والحاد الشديد بين السكان اليمنيين 2016-2018

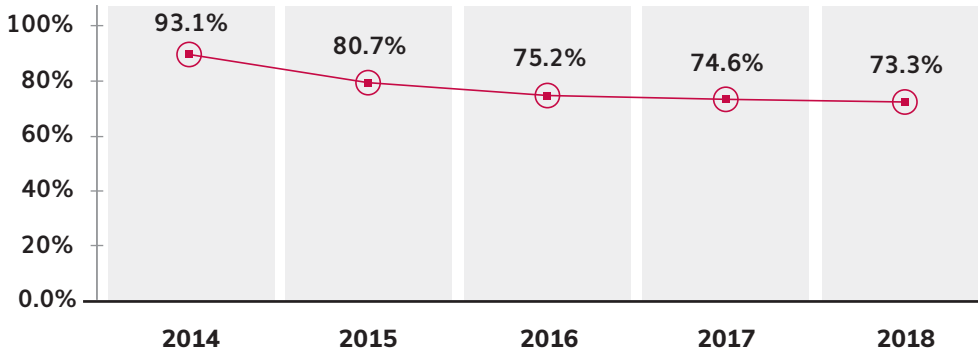


المصدر: 2016-FAO-WFP-UNICEF-IFAD-WHO.

إلى جانب أثر إنعدام الأمن الغذائي على الوضع الصحي، يؤثر الافتقار للتكيف أو اتباع سبل تكيف سلبية والاحتياج العاجل للغذاء بشكل مباشر على أولوية الإنفاق وعلى القرارات والسلوكيات المتعلقة بالصحة والتي تصبح ثانوية إلى أن تفشل إجراءات العلاج المنزلي أو تتفاقم الحالة. لذا يظل الأمن الغذائي من أولويات التدخّلات

الإنسانية التي تمهّد لحياةٍ آمنةٍ والعيش بكرامةٍ ولو بشكلٍ آني ومؤقت (UN OCHA-HNO 2022). ومن أسباب تدهور الإنتاجية الزراعية هو الجفاف ونضوب المياه الجوفية حيث يستهلك 75% من السكّان المياه الجوفية على الزراعة التي تشكّل مصدراً لكسب الرزق. كما تستهلك زراعة القات كميات كبيرة من المياه و70% من المساحة المستخدمة للزراعة المستدامة (CSO 1999). وما يضاعف الخطر الذي يهدّد الإنتاجية الزراعية في اليمن انتشار الجراد لا سيّما في المناطق الجافة والساحلية (UN OCHA-HNO 2022). حيث إن المساحة الزراعية المخصّصة للزراعة المنتجة قد تناقصت من 93.1% في عام 2014 إلى 73.3% في عام 2018. أنظر الشكل 8.

شكل 8. نسبة المساحة الزراعية المخصّصة للزراعة المنتجة والمستدامة في اليمن 2014-2018



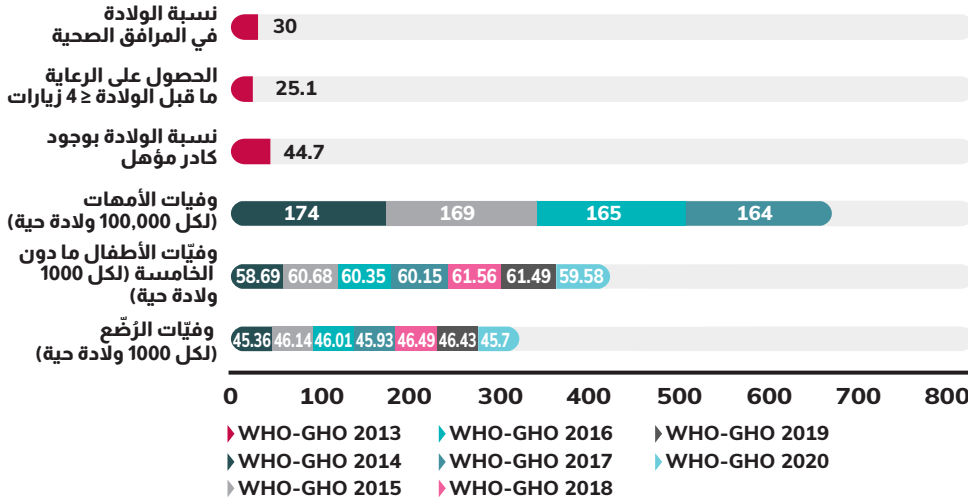
المصدر: كتاب الإحصاء السنوي لعدّة سنوات-الجهاز المركزي للإحصاء-ليبانات من وزارة الزراعة والريّ

الهدف الثالث: الصّحة الجيدة والرفاه

تتطلّع الدول إلى خفض نسبة وفيات الأمّهات إلى أقل من 70 وفاة لكل 100.000 ولادة حيّة بحلول العام 2030. وعلى الرغم من انخفاض معدل وفيات الأمّهات في اليمن بشكلٍ تدريجي من 301/100.000 ولادة حيّة في عام 2000 إلى 164/100.000 ولادة حيّة في عام 2017، إلّا أنه تمّ ادراج اليمن ضمن 15 دولة في دائرة الإنذار عالي المستوى في عام 2017، وقدّرت نسبة وفيات الأمّهات في اليمن بـ 385/100.000 ولادة حيّة ما لم تتمّ السيطرة على الأسباب المتعلقة بهذه الوفيات مثل النزيف الحاد، ارتفاع ضغط الدم أثناء الحمل، الولادة المتعسّرة، الالتهاجات، والإجهاض غير المأمون. ويترتّب على ذلك حصول النساء على الرعاية الصحيّة الجيدة أثناء الحمل، والولادة بإشراف كادر صحيّ مؤهّل، والرعاية الصحيّة ما بعد الولادة ومنها وسائل تنظيم الأسرة (WHO 2019).

كانت المسافة إلى المرافق مشكّلةً كبيرةً للوصول للنساء الريفيات إلى الخدمات الصحيّة (Bawazir et al. 2013; MoPHP-DHS 2013)، بالإضافة إلى شحّة المعدات والكوادر المؤهّلة وتحديدًا طبيبات النساء، والولادة في الأرياف (Al-Serouri et al. 2012). يُبيّن الشكل 9 المؤشّرات المتعلقة بصحة الأمّ والطفل بحسب المصادر المختلفة والمتوقّرة في الفترة (2013-2021).

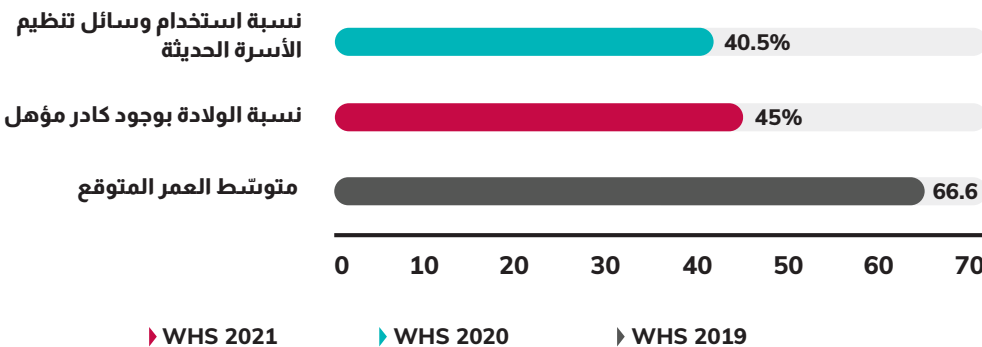
شكل 9. مؤشرات صحة الأم والطفل بين عامي 2013-2016



المصدر: WHO (GHO) 2022

أشار آخر مسح ديموغرافي في اليمن 2013، إلى أن نسبة وفيات الأطفال دون الخامسة من العمر 53/1000 مولود حي، ونسبة وفيات الرضع 43/1000 مولود حي (DHS 2015). ويُتوقع أن تبقى نسبة وفيات الأطفال ما دون الخامسة والرضع مرتفعة بسبب الحرب والانهيار الاقتصادي. ويوضح الشكل 9 أن نسبة وفيات الرضع والأطفال ما دون الخامسة قد ارتفعت منذ عام 2014 (WHO 2022). كانت نسبة الولادة بوجود كادر صحي 44.7% للعام 2013، ولم تتحسن كثيراً 45% في عام 2021 (أنظر الشكل 10) وكانت نسبة النساء اللواتي زرن المرافق الصحية أثناء الحمل 4 زيارات على الأقل 25.1%، بينما كانت نسبة الولادة في المرافق الصحية 30%. كما تُشير التقديرات إلى أن نسبة النساء اللواتي يستخدمن وسائل تنظيم الأسرة الحديثة لم تتجاوز 40.5% وكان متوسط العمر المتوقع 62.9 سنة للعام 2004، إلا أنه كان أقل من متوسط العمر المتوقع 71 عاماً في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا للعام نفسه (MPIC 2004). وبلغ متوسط العمر في اليمن 66.6 سنة للعام 2019 (الشكل 10). ويُعزى ضعف هذه المؤشرات إلى عامل الحرب وتبعاته على الاقتصاد والبنية التحتية للمرافق الصحية.

شكل 10. مؤشرات صحة الأم بين عام 2019-2021



المصدر: World Health Organization Statistics 2022

دور القطاع الصحي في ظل جائحة كوفيد-19

تمّ الإعلان عن أوّل حالة كوفيد مؤكّدة مخبرياً في اليمن في 10 إبريل/نيسان 2020 (UN OCHA 2020). كان هناك حوالي 5300 إصابة مؤكّدة بفيروس كورونا في اليمن، بالإضافة إلى أكثر من 1100 وفاة مؤكّدة حتى منتصف إبريل/نيسان عام 2020، ومع ذلك فإن هذه الأرقام الرسمية تقلّ على ما هو مرّجّح في الواقع، نظراً لأن الاختبارات في اليمن لا تزال محدودة. ولم يتمّ إجراء سوى 2 ألف اختبار، أي أقلّ من اختبار واحد لكل 1000 شخص، وهو ما يقلّ كثيراً عن المعدّل في البلدان الأخرى في المنطقة (كوم بيسون وآخرون 2020). كما أن نظام المختبر الوطني بدائي ويعتمد على عددٍ قليل من المختبرات المركزية مثل المختبر الوطني المركزي للصحة العامة في صنعاء وفروعه الأربعة في محافظات عدن وتعز وحضرموت والحديدة (Dureab et al. 2019).

يُعَدّ الوضع الهشّ وتشبّت السلطات في اليمن من التحدّيات الرئيسية التي تُعيق تنفيذ الاتفاقية الدولية للوائح الصحيّة والتشريعات والسياسات ذات الصلة أثناء تفشي المرض. منذ انتشار كوفيد-19، لم تتمكن الحكومة اليمنية من إعداد مواقع كافية للعزل عند نقاط الدخول إلى البلاد كما لم تتمكن من تلبية معايير اللوائح الصحيّة الدولية للاستجابة للوباء. تمّ اعتماد بعض التدخّلات غير الدوائية مثل قواعد التباعد الاجتماعي، وعمليات الإغلاق في المدن والأقاليم، وسياسات ارتداء الكمامات، والقيود المفروضة على الحركة بين المحافظات، لكنّ الالتزام بهذه الإجراءات كان ضعيفاً. بالإضافة إلى ذلك، فقد تمّ توظيف بعض المرافق الصحيّة كوحداٍ لعزل ورعاية المصابين بفيروس كورونا، وهو ما أعاق حصول المواطنين على خدمات الرعاية الصحيّة الأساسية الأخرى (نوشاد والسقاف 2020).

أنشأت الحكومة لجنةً علياً مشتركة بين القطاعات للسيطرة على تفشي كوفيد-19 مع جميع الوزارات ذات الصلة، بما في ذلك السلطات الأمنية، لكنّ الأداء كان دون المستوى الأمثل وكان هناك اعتمادٌ كبير على مبادرات الأفراد أو المنظّمات الإنسانية. يعاني اليمن من نقاط ضعف هيكلية تطوّرت على مدى فترة طويلة من الصراع وسوء الإدارة، وكان نظامها الصحيّ أكثر المتضرّرين. (Dureab et al. 2019).

وورد عن المبحوثين في هذا السياق:

كان هناك ارتباكٌ كبير ولم يكن الاستعداد للتصدي للجائحة كافياً. كان الوضع كارثياً في الموجة الأولى والثانية ونتج عنها وفيات كثيرة وتسبّب العامل النفسي والإعلامي في أن بعض الناس كانت تفضّل الموت في بيتها عوضاً عن الذهاب إلى المراكز خوفاً من وصمة العار. لقد اكتسب العاملون الصحيون خبرةً جيدة في كيفية التعامل مع الوباء... أصبح لدينا مراكز عزل جاهزة في حال تفشي أيّ وباءٍ آخر. كما أن فرق الاستجابة السريعة جاهزة. وهذه فرصة جيدة للبناء على ذلك. مع هذا لم ينل من كانوا في الصفوف الأولى لمجابهة الوباء حقهم المالي والمعنوي (المشارك 2: خبير في الصحة العامة - وأكاديمي، 2022).

بالنسبة لجائحة كوفيد فقد أعطي للأمر زخمٌ غير عادي وتمّ صرف

أموالٍ طائلة عليه. وزارة الصحة العامة والسكان تدير أكثر من 13 نوعاً من أنواع اللقاحات بسلسلة تبريدٍ ممتدة من المستودعات المركزية إلى أبعد وحدةٍ صحيّة في أبعد منطقةٍ وتغطي احتياجات الأمّهات والأطفال خلال 24 ساعة لمدةٍ سنّةٍ كاملة وترفع تقارير منتظمةً بذلك، لكنّ تقييدات المنظّمات الدولية ومنظمة الصحة العالمية في إيجاد هيكلية مستقلةً تماماً للقاح كوفيد-19 كانت تحدّ ذاتها هدرًا للموارد... لماذا لا يتمّ إدراج لقاح كوفيد-19 ضمن البرنامج الوطني للتحصين؟ (المشارك 3: خبير في الصحة العامة - وزارة الصحة العامة والسكان، 2022).



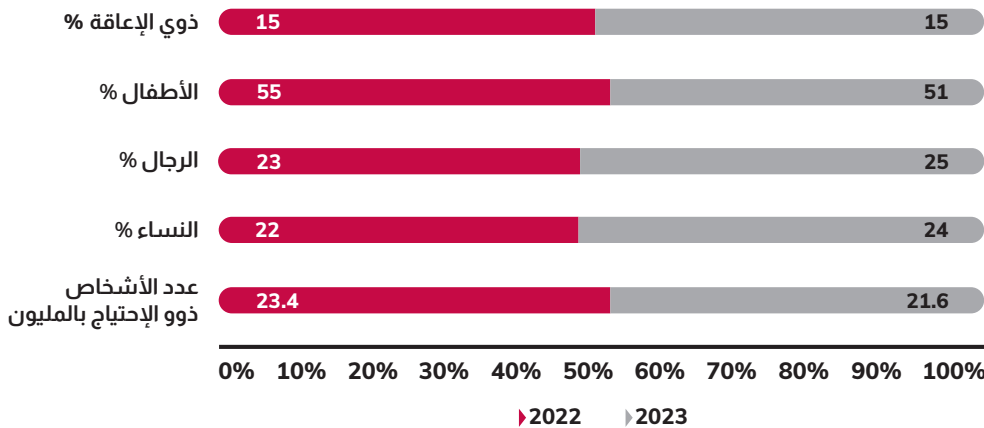
لدينا مؤسّسات ولجان وهيئات تُعنى بالطوارئ والاستعداد لمواجهة الطوارئ لكنّ التعلّم من التجربة بطيء جداً. اليمن لا تمتلك نظاماً لمواجهة الطوارئ بالشكل الحقيقي والفعلي، نحن نتجاوب ونتعاطى فقط كنظامٍ صحيّ أو كأنظمةٍ أخرى مساندة للنظام الصحيّ مع ما يطرأ علينا من حالات طارئةٍ أكانت طبيعيةٍ أو من صنع البشر...إننا نتعاطى مع حالات الطوارئ وفق ما يتيسّر لدينا من إمكانيات وجهود (المشارك 4: خبير في الصحة العامة وأكاديمي 2022).



الحق في الصحة من منظور الحماية الاجتماعية

كما وصفنا سابقاً فإن الحق في الصحة والرعاية الصحية يفقد الأولوية عند مواجهة أوضاع إنسانية واحتياجات عاجلة مثل الإيواء/الأمن والغذاء والماء. وكما جاء في تقرير الاحتياج الإنساني في اليمن للعام 2022 و2023 فإن إنعدام الأمن الغذائي، وسوء التغذية، واحتياجات الصحة، والمياه والصرف الصحي، والحماية هي العوامل الرئيسية وراء ارتفاع أعداد السكان الذين بحاجة لأحد أشكال المساعدات الإنسانية. حيث جاء في تقرير الاحتياج الإنساني للعام 2022، أن من إجمالي عدد سكان اليمن 31.9 مليوناً، بلغ عدد الأشخاص ذوي الاحتياج إلى أحد أشكال المساعدة الإنسانية والحماية 23.4 مليون شخص (22% نساء، 23% رجال، 55% أطفال، 15% ذوو إعاقة)؛ منهم 12.9 مليوناً في حاجة ماسة، وحوالي 3.3 ملايين كانوا من النازحين. بينما يُشير تقرير الاحتياج الإنساني في اليمن للعام 2023 إلى أن من إجمالي 32.6 مليوناً من السكان فإن عدد الأشخاص الذين سيكونون بحاجة للمساعدات الإنسانية 21.6 مليوناً (24% نساء، 25% رجال، 51% أطفال، 15% ذوو إعاقة)؛ منهم 13.4 مليوناً في حاجة ماسة و3.1 ملايين كانوا من النازحين. على الرغم من انخفاض تقدير عدد الأشخاص من هم بحاجة إلى المساعدة بين العام 2022 و2023 بحوالي 1.8 مليون شخص؛ إلا أن هذا الانخفاض سُجِّل فقط في فئة الأطفال، على العكس زادت نسبة الاحتياج بين فئة النساء والرجال بنسبة 2%. كما وظلت نسبة احتياجات ذوي الإعاقة كما هي 15% (OCHA-HNO 2022, 2023). أنظر الشكل 11.

شكل 11. الفرق بين عدد الأشخاص ذوي الاحتياج للمساعدات الإنسانية بين عامي 2022-2023



يُشير **الجدول 1** إلى أعداد الأشخاص ذوي الاحتياج إلى المساعدات الإنسانية بحسب المجموعات القطاعية، والجنس، والعمر. كان عدد الأشخاص الذين هم بحاجة إلى المساعدات مرتفعاً في قطاع الصحة 20.3 مليوناً، وفي قطاع الحماية 17.7 مليوناً، والأمن الغذائي والزراعة 17.3 مليوناً، وبلغ في قطاع المياه والصرف الصحي 15.3 مليوناً (OCHA-HNO 2023).

جدول 1. الأشخاص المحتاجون للمساعدات الإنسانية والحماية بحسب المجموعات القطاعية للعام 2023

التصنيف بحسب الجنس والعمر (بالمليون)				الأشخاص ذوو الاحتياج (بالمليون)	المجموعة القطاعية
رجال	نساء	فتيان	فتيات		
0.4	0.4	0.5	0.5	1.9	إدارة وتنسيق أزمات
-	-	4.6	4.0	8.6	التعليم
4.3	4.2	4.6	4.4	17.3	الأمن الغذائي والزراعة
5.0	4.9	5.3	5.1	20.3	الصحة
-	2.6	2.7	6.7	11.9	التغذية
4.4	4.3	4.6	4.4	17.7	الحماية
0.16	0.08	0.04	0.03	0.3	مجموعة متعددة القطاعات للاجئين والمهاجرين
1.9	1.8	1.9	1.9	7.5	المأوى / المواد غير الغذائية
3.7	3.7	4.0	3.9	15.3	المياه والصرف الصحي والنظافة

لقد أدى ارتفاع معدّل النزوح والتدهور الاقتصادي وانعدام الأمن الغذائي الحادّ وانهيار الخدمات والمؤسسات العامة بسبب ضعف سيادة القانون والاستراتيجيات الصحيّة غير الفاعلة، والحرب ووباء كوفيد-19 إلى خلق أزمة إنسانية خطيرة في اليمن. بالإضافة إلى الكوارث الطبيعية مثل السيول الشديدة التي اجتاحت المناطق الجنوبية في أوائل عام 2020، إلى جانب فقدان الأرواح والمصابين، سببت هذه الكوارث تهالك البنية التحتية لعدّة مرافق صحيّة ولشبكات وآبار مياه الشرب والطرق، كما أدت إلى خسائر مادية في المساكن ومصادر سبل العيش وكنيجة مباشرة، تنقطع أو تتعرّض الخدمات الصحيّة في المناطق المتأثرة وتتفشى فيها الأوبئة مثل الكوليرا وغيرها من الأمراض المعدية. كما تلوح في الأفق كارثة بيئية وإنسانية محتملة أيضاً على ساحل البحر الأحمر اليمني وهي خزان النفط صافر الذي يهدّد أيضاً سبل العيش (الاصطياد) لساكني الساحل الغربي بشكل أساسي والذي يغدّي ناتج الصيد فيه أكثر من نصف السكّان (UN OCHA-HNO 2022).

إن الأوبئة التي تفشّت في اليمن في السنوات العشر الماضية هي انعكاس مباشر لتدني تغطية الخدمات الصحيّة الوقائية ولضعف النظام الصحي والقطاعات ذات العلاقة. وأشار خبير في الصحة العامة إلى أنه:

رغم النجاح الذي وصل له برنامج مكافحة مرض الملاريا إلى فترة ما قبل حدوث الصراع وكادت أن تخلو حضرموت منه، إلا أن حالته عادت إلى الارتفاع والانتشار. وهذا ما حدث مع برامج تحكّم بأمراض أخرى مثل الضنك والبلهارسيا وداء الكلب والإسهالات (خاصة الكوليرا) والحصبة والدفتيريا، ما تسبّب في ارتفاع الميزانية

المالية التي يحتاجها النظام الصحي لمواجهة هذه الأوبئة، وازدياد عدد حالات المراضة والوفيات التي كان من الممكن تفاديها. وتجدر الإشارة إلى أن أسوأ سيناريو تفشي لمثل هذه الأوبئة هو ما يعانيه اليمن منذ 2019 من ارتفاع عدد حالات شلل الأطفال المشتق من اللقاح وذلك رغم خلو اليمن تماماً من شلل الأطفال منذ عام 2006 (المشارك 3: خبير في الصحة العامة وأكاديمي (2022).



ويُعزى تفشي حالات شلل الأطفال من جديد في اليمن كنتيجة لتدني التغطية بالتطعيم من شلل الأطفال والمناخ الضعيفة عند المصابين، وتُسْتَفْذ الأموال في التوعية وحملات التطعيم الوطنية والتي يُخشى أن تكون دون جدوى بسبب سوء إدارة حملات التوعية. وتستمر الحالات والإعاقات والوفيات وربما يحدث تفشي للفيروس البري ونواجه كارثة وطنية أخرى تحتاج إلى سنوات وملايين الدولارات لتعافى منها.

تتأثر النساء - وخاصة اللواتي يعلنن الأسر - والفتيات بشكل كبير جراء تدهور الوضع الاجتماعي والاقتصادي والفقر المدقع وتدهور الظروف المعيشية وما يرتبط بذلك من تداعيات حدوث أشكال مختلفة من العنف وآليات المواجهة السلبية مثل زواج الأطفال وغيرها من حالات الاستغلال. كما تضطر النساء إلى التعامل مع تأثير انخفاض فرص الحصول على الغذاء من خلال استراتيجيات غير مُستدامة مثل تقليل حجم وجباتهنّ الغذائية لإطعام أفراد الأسرة، أو بيع الأصول أو تولي وظائف قد تعرّض حياتهنّ للخطر. ولا تزال مخاطر حماية الأطفال عالية إما بسبب التأثير المباشر للنزاع أو ضعف قدرة أسرهم على الصمود مما يجعل الأطفال أكثر عرضة للاستغلال وأكثر عرضة للعنف وانتهاكات حقوق الإنسان (UN OCHA-HNO (2022).

يُشير **الجدول 2** إلى المؤشرات المتعلقة بالنوع الاجتماعي؛ فموقع اليمن بالنسبة لمؤشر الفجوة العالمية بين الجنسين في المرتبة 155 من أصل 156 دولة، وبالنسبة لمؤشر التمكين الاقتصادي بين الجنسين جاء موقع اليمن في المرتبة 154 من أصل 156 دولة. كما أن نسبة النساء اليمنيات اللواتي يعانين من الفقر 72% في الريف و20.1% في الحضر، وكانت نسبة النازحين من النساء والأطفال 73% للعام 2021.

جدول 2. مؤشرات متعلّقة بالنوع الاجتماعي (عام 2021)

موقع اليمن بين الدول (%)	المؤشر	الرقم
155/156	مؤشر الفجوة العالمية بين الجنسين	1
179/189	مؤشر التنمية العالمية	2
154/156	مؤشر فجوة التمكين الاقتصادي بين الجنسين	3

152/156	مؤشر فجوة التحصيل العلمي بين الجنسين	4
154/155	مؤشر فجوة التمكين السياسي بين الجنسين	5
في أريف 72% - في الحضر 20.1%	تأنيث الفقر	6
73%	نسبة النساء والأطفال من إجمالي النازحين	7

المصدر: World Economic Forum, 2021

يُقدَّر حوالي 20% من النازحين الذين يعيشون في 2358 موقعاً للنزوح، أنهم مهددون بالنزاع. ويفتقر 30% منهم إلى مرافق الصرف الصحي، وكانت نسبة من يفتقرون منهم إلى تدابير السلامة من الحرائق 90%. (إدارة تنسيق المخيمات 2021).

وعلى الرغم من أن القانون اليمني يكفل حق ذوي الإعاقة مثل إعادة التأهيل الجسدي المجاني والمساعدة الاجتماعية الشهرية، غير أن هذه الاستحقاقات نادراً ما يتم تحصيلها بسبب نقص الوعي وعبء التنقل والأضرار التي لحقت بالمرافق الصحية والخدمات العامة بسبب النزاع المستمر (UN OCHA-HNO 2022).

هناك حركات مناصرة كثيرة للقضايا التي تتعلق بحقوق المرأة والفئات الهشة بالإضافة إلى اتفاقية السيداو التي صادق عليها اليمن الجنوبي في عام 84 والتي انضم إليها اليمن الشمالي بعد الوحدة تلقائياً مع التحفظ على المادة (29). هذا التحفظ يمنع الدول الأخرى من التدخل في أي انتهاكات تقوم بها الحكومة اليمنية ضد حق وحرية الفرد اليمني. هناك جهود كبيرة في الواقع، لكن الخذلان يأتي من أصحاب القرار والجهات المعنية متمثلة بالحكومة الغائبة والذي يُرجَّح بها زجاً للقيام بفعاليات تقف عند حدود التوصيات التي تصدر عن هذه الفعاليات دون أخذها بعين الاعتبار.

آلية الاستجابة الإنسانية في ظل النزاعات السياسية وتفشي جائحة كوفيد-19 في اليمن

لوحظ انخفاض في استخدام الخدمات الصحية الأساسية خلال الربع الأول من عام 2020 والذي يمكن أن يُعزى إلى الصراع العنيف وتفشي كوفيد-19، لا سيما التأثير الذي لحق بالصحة الإنجابية (انخفاض بنسبة 42%) وخدمات صحة الأطفال (انخفاض بنسبة 81%). في حين كان من المتوقع حدوث بعض الانخفاض في الاستخدام خلال فترة رمضان للعام 2020، إلا أنه لا يفسر بشكل كامل الانخفاض الملحوظ. يعمل فريق إدارة المعلومات في كتلة الصحة على فهم هذه الاتجاهات بشكل أفضل وتحديد الأسباب الجذرية، ولكن التقارير الأولية من الشركاء تُشير إلى أن الحرمان ووصمة العار والخوف من دخول مرافق الرعاية الصحية المرتبطة بالانتشار الأولي لكوفيد-19 هي العوامل الأساسية لهذا الانخفاض. بالإضافة إلى ذلك، أدت القيود المفروضة على الحركة إلى الحد من قدرة الشركاء على الاستمرار في نشر الفرق الطبية المتنقلة لأنشطة التوعية التي أثبتت سابقاً نجاحها في الوصول إلى السكان الذين يصعب الوصول إليهم دون الوصول إلى مرافق الرعاية الصحية (WHO 2020).

قبل 2015 كان تمويل النظام الصحي يعتمد بشكل أساسي على الحكومة وإيرادات الدولة، وكان دخل الفرد من الناتج المحلي أفضل من الآن رغم أنه كان يُعدّ بسيطاً مقارنةً بالدول الأخرى. أما الآن فإن النظام الصحي يعتمد على المساعدات التي تقدّمها المنظمات الدولية والمحلية. الدعم الحكومي للقطاع الصحي حالياً ضعيف جداً. دور الحكومة ضعيف حتى في القوة الشرائية للدواء. الفرق كبير بين ما قبل 2015 وما بعده على مستوى إنفاق الفرد أو إنفاق الحكومة (المشارك 3: خبير في الصحة العامة وأكاديمي 2022).

إن من يصنع الأولويات هو الطارئ، وإذا جاز لنا التعبير فنحن نعيش في حالة طوارئ منذ 2012 فهذه الفترة نشأت قدرة صنّاع القرار نتيجة للتغيرات العديدة أو نتيجة لهذا الوضع السيئ سياسياً واقتصادياً ومادياً وغيرها مما أضعف دور المراقبين والخبراء في مجال الصحة (المشارك 4: خبير في الصحة العامة وأكاديمي 2022).

كما يمكن تتبع آلية الاستجابة للاحتياجات الإنسانية وتشمل الصحة عبر خطة الاستجابة الإنسانية (HRP) التي تستند على اللحة العامة للاحتياجات الإنسانية (HNO)، وهذا بالتنسيق مع مكتب الأمم المتحدة لتنسيق الشؤون الإنسانية (OCHA) والذي يعمل بحيادية مع جميع الأطراف في دول الصراع والنزاعات السياسية (UN OCHA 2022).

لكن ورغم التقييم المنهجي المستمر للاحتياجات الإنسانية، فإن دعم المانحين للخطط الإنسانية في تفهقر مستمر وهناك عجز دائم في تلبية الموازنة المطروحة للتدخلات الأساسية والطارئة، لذا لا يتم شمل أي برامج تنمية مُستدامة عند التخطيط ورفع الاحتياجات. وأشار خبير في الصحة العامة:

لم يكن هناك تقنين وتشريع لاستخدام الأموال الطائلة التي قدّمها المانحون منذ بداية الحرب وحتى العام 2021 والتي تُقدَّر بحوالي 21 مليار دولار وكان نصيب الصحة منها حوالي 8 مليارات دولار. لكن للأسف 80% من هذه الأموال تذهب نفقات تشغيلية ومرتبّات وأجور للخبراء و20% تذهب للمواطن. حتّى أن هذه النسبة لا تصل للمواطن بشكل كامل (المشارك 3: خبير في الصحة العامة - وزارة الصحة العامة والسكّان 2022).



يرتكز عمل الكتل مثل كتلة الصحة، كتلة التغذية، كتلة المياه والصرف الصحي... إلخ على تلبية الاحتياجات الإنسانية العاجلة والطارئة في الدول التي تعاني من الصراع. ولقد أشار المبحوثون إلى سلبيات وإيجابيات هذه الآلية وكانت كالتالي:

إيجابية الكتل تتلخّص في كونها ليست مركزية حيث تسهّل إيجاد قاعدة مشتركة بين الناس والواقع. اللامركزية لا بد وأن يتمّ التجهيز لها. حقيقةً، لم يتمّ تقييم تجربة الكتل لكن أعتقد أنها أفضل من أن تكون مركزية. عمل الكتل يمتد من القاعدة إلى الأعلى وهي أقرب وأكثر معرفة بمشاكل المجتمع. الاستجابة عبر الكتل يساعد على بناء نظام متعدّد القطاعات إلى حدّ ما. تتمحور سلبيات الكتل في أنها غير واضحة، أحياناً نحتاج لتوضيح الخطط والتنسيق (المشارك 1: خبير في الصحة الإنجابية- منظمة غير حكومية 2022).



الكتل هذه تقليعات أتت بها منظمات الأمم المتحدة. ليس من المنطقي أن الشخص الذي يموّل الخدمة هو الشخص الذي يستعرض نتائجها دون إقرار من الجهة المستفيدة من الخدمة، فما الذي يضمن بأن هذه النتيجة المعروضة في الاجتماعات الروتينية صحيحة وحقيقية وواقعية. كما أن دور وزارة الصحة العامة والسكّان مُغيّب دائماً (المشارك 3: خبير في الصحة العامة -وزارة الصحة العامة والسكّان 2022).



الاستنتاج و التوصيات

تولي الاتجاهات العالمية للعقد الأخير من عام 2030 مزيدًا من الاهتمام للتنفيذ الفعال لإدارة الجودة التي تعزز الربح المستدام بدلاً من استراتيجيات المواجهة السلبية في البلدان النامية والتي تعاني من النزاع، مثل اليمن. إن تعزيز النظام الصحي من خلال تحسين جودة البرامج والتدخلات الصحية مطلوب لتحقيق أهداف التنمية المستدامة. لذلك، فإن دعوة جميع الأطراف المتنازعة في اليمن لوقف الحرب وتعزيز بناء الدولة ضرورة ملحة لإعمال الحق في الصحة.

- دراسة الاحتياجات الصحية للسكان بحسب المنطقة والخروج برؤية واضحة للعمل على الأولويات الصحية من قبل صنّاع القرار في وزارة الصحة العامة والسكان، وزارة التعليم العالي، المراكز البحثية، والسلطات في المحافظات والمجالس المحلية والشركاء والمانيين.
- تعزيز دور النظام الإحصائي لرصد المؤشرات الصحية من خلال التزام جميع الأطراف، سواء قيادات على مستوى البلد أو شركاء أو مانيين، في استخدام منهجية وآلية موحدة لجمع البيانات ورصد المؤشرات والأرقام.
- تشكيل لجان استشارية من ذوي الخبرة في القطاعات المتعددة (وزارة الصحة العامة والسكان، وزارة المالية، وزارة التخطيط والتعاون الدولي) للخروج برؤية استراتيجية واضحة للمرحلة المقبلة. ووضع أهداف قابلة للتنفيذ من قبل صنّاع القرار على المدى القصير والطويل.
- تعزيز دور الرقابة والإشراف والتقييم والمتابعة وقياس الأثر من قبل وزارة الصحة العامة والسكان.
- تعزيز دور الرصد والتقييم والمساءلة من قبل مجلس النواب، وزارة الصحة العامة والسكان، الجهاز المركزي للرقابة والمحاسبة، والمجالس المحلية.
- تعزيز وتطوير إدارة البحوث في وزارة الصحة العامة والسكان لدراسة الوضع الصحي من خلال البيانات الموثوق فيها. وعلى دائرة البحوث تحليل البيانات وتحليل المؤشرات وتحديد التدخلات بناءً على تلك المؤشرات.
- تكثيف الجهود من قبل وزارة الصحة والسكان لدعم البرامج التدريبية للكوادر الصحية في المرافق الصحية وخارج الجدران (القابلات) بشكل دائم ومستمر. بالإضافة إلى دعم برنامج التثقيف الصحي والحقوق الصحية للمواطنين.
- تعديل القوانين والتشريعات للحدّ من التعارض مع ما تقوم به الدولة.
- عمل اللوائح والضوابط القانونية للمستشفيات بقطاعها الحكومي والخاص والحدّ من المتاجرة في العمل الطبي.
- إعادة النظر في التشريعات والقوانين وتصويب رؤيتها المتعلقة في الحق في الصحة، على سبيل المثال قانون الأحوال الشخصية المادة (15) المتعلقة بتحديد سن الزواج.

- دمج كافة الأنشطة الخاصة بحملة لقاح كوفيد 19- أو أي حملات تحصين لجائحة محتملة الحدوث ضمن البرنامج الوطني للتحصين.
- تفعيل الخطط الوطنية المتعلقة بالصحة العقلية وخدمات الدعم النفسي والاجتماعي.
- ايجاد آليات شفافة ضابطة وواضحة لعملية التسيير والاستخدام الأمثل للمساعدات والهبات والقروض التي تُمنح للصحة، بالإضافة إلى تشجيع الإدخال التدريجي لنظام التأمين الصحي الوطني، وأنشاء صندوق مستقل لدعم الصحة.

المراجع

- الأمم المتحدة. 2019. "التوقعات السكانية العالمية ومؤشرات التنمية العالمية، وبيانات منظمة الصحة العالمية غير متاحة بعد عام 2015."
- الأمم المتحدة. 1948. "الإعلان العالمي لحقوق الإنسان." مادة 25.
- الدستور اليمني. 1991. "الباب الأول (أسس الدولة): الفصل الثالث (الأسس الاجتماعية والثقافية)." المواد (30,33,35). الباب الثاني (حقوق وواجبات المواطنين الأساسية) المواد (55,56).
- المركز الوطني للمعلومات. 2014. "الاتفاقيات الدولية والإقليمية التي وقّعت عليها اليمن." [رابط](#).
- الجهاز المركزي للإحصاء، صندوق الأمم المتحدة للسكان. 2016-2018. "مؤشرات أهداف التنمية المستدامة في الجمهورية اليمنية."
- لجنة الإنقاذ الدولية. 2020. "تأثير جائحة كورونا في الأزمات الإنسانية: حالة طوارئ مزدوجة."
- الجهاز المركزي للإحصاء. 2014. "مسح ميزانية الأسرة."
- الجهاز المركزي للإحصاء. 2000-2017. "كتاب الإحصاء السنوي."
- البنك الدولي. 2020. "مشروع التصدي لجائحة كورونا (كوفيد-19) في اليمن (P173862)" [رابط](#).
- إدارة تنسيق المخيمات. 2021. "النشرة الإخبارية الخاصة بالمجموعة القطاعية لتنسيق وإدارة المخيمات في اليمن."
- رويترز. 2022. "التضخم في اليمن عند أعلى مستوى في تاريخه." [رابط](#).
- كوم بيسون وآخرون. 2020. "الوفيات الزائدة أثناء جائحة كورونا في محافظة عدن باليمن: تحليل جغرافي مكاني وإحصائي." [رابط](#).
- مسوّدّة الحوار الوطني اليمني. 2014. "الباب الأول (الأسس العامة): الفصل الثالث: الأسس الثقافية والاجتماعية المادة (43). "الباب الثاني (الحقوق والحريات) الحقوق الاقتصادية والاجتماعية المواد (102,107,121,122)." [رابط](#).
- منظمة مواطنة لحقوق الإنسان وأطباء من أجل حقوق الإنسان. 2020. "الأطراف المتحاربة في اليمن تعتدي على ما لا يقل عن 120 مرفقاً صحياً والعاملين فيها"، 18 مارس / آذار 2020.
- نوشاد والسقاف. 2021. "يمكن أن تكون معدلات الوفيات الناجمة عن الإصابة بفيروس كورونا مضمّلة للغاية في البلدان الفقيرة ذات الموارد الضعيفة: حالة اليمن." نُشر على شبكة الإنترنت قبل الطبع يوم 8 يناير/كانون الثاني. علم الأحياء الدقيقة السريرية والعدوى. [رابط](#).

- Al Serouri, A.W., et al. 2012. "Findings from a Needs Assessment of Public Sector Emergency Obstetric and Neonatal Care in Four Governorates in Yemen: A Human Resources Crisis." *Reproductive Health Matters*, 20: 122–8.
- Aulaqi, A. 2014. "On the Edge: The Challenges of Yemen's Healthcare System." Chapter 12. In: Lackner H (ed). *Why Yemen Matters*. London: SAQI books.
- Alshaibani, K.M. 1998. "Effects of Introduction of Cost Recovery System in the HUPHCP on Utilization of Preventive Health Services." MPH Thesis, Royal Tropical Institute (KIT). The Netherlands.
- Alaswadi, L. F. 2013. "Factors Influencing Access and Utilization of Healthcare Services in Yemen." Presented at the 49th International Course in Health Development. September 19, 2012 - September 6, 2013. KIT (ROYAL TROPICAL INSTITUTE) Development Policy & Practice/ Vrije Universiteit Amsterdam.
- Anbori, A., et al. 2010. "Patient satisfaction and loyalty to the private hospitals in Sana'a Yemen." *International Journal for Quality in Health Care*. [Link](#).
- Bawazir, A.A., et al. 2013. "Distribution and Utilization of Curative Primary Healthcare Services in Lahej, Yemen." *Public Health*, 127: 867–71.
- CSO. 1999. "Household Budget Survey for 1998." Central Statistical Organization, Sana'a, Republic of Yemen.
- Dureab, F., et al. 2019. "COVID-19 in Yemen: Preparedness Measures in a Fragile State." *The Lancet Public Health*, 5(6): e311.
- El Bcheraoui, C., Jumaan, A.O., Collison, M.L., Daoud, F., & Mokdad, A. H. 2018. "Health in Yemen: Losing Ground in War Time." *Globalization and Health*, 14(1): 42.
- FAO-WFP-UNICEF-IFAD-WHO (2016-2018). "The State of Food Security and Nutrition."
- Gericke, C., et al. 2005. "Towards a National Health Insurance System in Yemen Part 1: Background and Assessments."
- Health Resources and Services Monitoring System – HeRAMS. 2020. "Preliminary with 15 Govs Updated Only Draft." [Link](#).
- Health Resources and Services Monitoring System – HeRAMS (2018-2019). [Link](#).
- Integrated Food Security Phase Classification (IPC). 2022. "Yemen Acute Food Insecurity and Acute Malnutrition Analysis." [Link](#).
- Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). 2022. "Yemen Profile." [Link](#).

- International Committee of the Red Cross (ICRC). 2022. "Health Crisis in Yemen." [Link](#).
- Ministry of Planning and International Cooperation (MOPIC). 2003. "Yemen Millennium Development Goals Report 2003 [Online]." MPIC, Sana'a, Yemen. [Link](#).
- Ministry of Public Health and Population (MOPHP), Central Statistical Organization (CSO) [Yemen], Pan Arab Program for Family Health (PAPFAM), ICF International. 2015. "Yemen National Health and Demographic Survey 2013." [Link](#).
- MoPHP. 2010. "National Health Strategy 2010-2015."
- MoPHP. 2000. "Health Sector Reform in the Republic of Yemen." Strategy for Reform. MoPHP. Sana'a, Yemen.
- Okasha, A., Karam, E, & Okasha, T. 2012. "Mental health services in the Arab World." *World Psychiatry*, 11: 52–4.
- Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights (OHCHR). 2014. "Status of Ratification of 18 International Human Rights Treaties (Yemen)." [Link](#).
- Qirbi, N., & Ismail, S. A. 2017. "Health System Functionality in a Low-income Country in the Midst of Conflict: The Case of Yemen." *Health Policy and Planning*, 32(6): 911-22.
- Transparency International (2015). "Corruption Perceptions Index 2015." [Link](#).
- United Nations Children's Fund (UNICEF). 2021. "Global Action Plan on Child Wasting."
- United Nations Children's Fund (UNICEF). 2013. "Data and Analytics Section based on the 2013 Yemen Demographic and Health Survey."
- UNICEF. 1998. "Children and Women in Yemen: A Situation Analysis."
- United Nations Division for Public Administration and Development Management (UN DPADM). 2004. "Republic of Yemen: Public Administration Country Profile. United Nations Division for Public Administration and Development Management (DPADM) and Department of Economic and Social Affairs (DESA)." [Link](#).
- United Nations Office of the Resident Coordinator and Humanitarian Coordinator (UN OCHA) for Yemen. 2023. "Humanitarian Needs Overview Yemen 2023." [Link](#).
- UN OCHA. 2022. "Humanitarian Needs Overview Yemen 2022." [Link](#).
- UN OCHA for Yemen. 2022. "Humanitarian Response Plan: Yemen 2022." [Link](#).

- UN OCHA for Yemen. 2020. "The Ministry of Health in Aden Confirms the First Case of COVID-19 in Yemen." United Nations. [Link](#).
- UN OCHA for Yemen. 2016. "Middle East and North Africa: Crises in Focus - An Overview of Humanitarian Needs in the Region." [Link](#).
- USAID. 2006. "Yemen Corruption Assessment." [Link](#).
- Webair, H. H., et al. 2015. "Assessment of Patient Safety Culture in Primary Care Setting, Al-Mukala, Yemen." BMC Family Practice, 16: 1.
- Woodward, A., Sondorp, E., Witter, S., & Martineau, T. 2016. "Health Systems Research in Fragile and Conflict-affected States: A Research Agenda-setting Exercise." Health Research Policy and Systems, 14: 51.
- World Economic Forum. 2021. "Global Gender Gap Report."
- World Food Program. 2014. "Comprehensive Food Security Survey – Yemen." [Link](#).
- World Bank. 2021. "Policy Note - Yemen Health Sector." [Link](#).
- World Bank. 2010. "Yemen - Governance and Anti-Corruption Diagnostic Survey." Washington, DC: World Bank. [Link](#).
- World Bank. 1998. "The Yemeni Health Care Consumer: Out of Pocket Costs and Health Care Utilization." Human Development Sector. MENA Region.
- Wright, J. 2015. "Essential Package of Health Services Country Snapshot: Yemen." Bethesda, MD: Health Finance & Governance Project, Abt Associates Inc.
- World Health Organization (WHO). 2022. "World Health Statistics 2022: Monitoring Health for the SDGs, Sustainable Development Goals."
- WHO – GHO. 2022. [Link](#).
- WHO. 2020. "Health Cluster. Protecting Essential Health Services in Yemen."
- WHO. 2019. "Trends in Maternal Mortality 2000 to 2017: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division."
- WHO – EMRO. 2015. "Yemen Conflict: Situation Report Number 19." [Link](#).
- WHO-EMRO. 2006. "Yemen Health System Profile." [Link](#).
- WHO. 1948. "Constitution of the World Health Organization (PDF)." Geneva. [Link](#).
- Zawiah, M., et al. 2020. "Assessment of Healthcare System Capabilities and Preparedness in Yemen to Confront the Novel Coronavirus 2019 (COVID-19) Outbreak: A Perspective of Healthcare Workers." Front Public Health, 8: 419.



AMERICAN
UNIVERSITY OF BEIRUT
FACULTY OF HEALTH SCIENCES



annd

Arab NGO Network for Development
شبكة المنظمات العربية غير الحكومية للتنمية

تهدف كلية العلوم الصحيّة في الجامعة الأميركية في بيروت منذ إنشائها إلى وضع مسار للصحة العامة من خلال إعداد المهنيين ليُكونوا صانعي التغيير ويعملوا على البحوث التي تُؤثر على الممارسات والسياسات وبالتالي على صحة السكان.

الجامعة الأميركية في بيروت
ص.ب 11-0236 / كلية العلوم الصحيّة
رياض الصلح / بيروت 1107 2020
لبنان

تعمل شبكة المنظمات غير الحكوميّة العربيّة للتنمية في 12 دولة عربيّة، مع 9 شبكة وطنيّة (وعضويّة ممتدة لـ 250 منظمة مجتمع مدني من خلفيات مختلفة) و 25 عضو من منظمات غير حكوميّة.
ص.ب المزرعة 14/5792 بيروت، لبنان

