



وزارة الصحة

# استراتيجية الرعاية الصحية الأولية 2022-2025



خدمات الرعاية الصحية الأولية  
في إطار الرؤية الوطنية لبناء  
الدولة اليمنية الحديثة



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ  
الْحَمْدُ لِلَّهِ رَبِّ الْعَالَمِينَ \* الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ \*  
مَالِكِ يَوْمِ الدِّينِ \* إِيَّاكَ نَعْبُدُ وَإِيَّاكَ نَسْتَعِينُ \*  
اهْدِنَا الصِّرَاطَ الْمُسْتَقِيمَ \* صِرَاطَ الَّذِينَ أَنْعَمْتَ  
عَلَيْهِمْ \* غَيْرِ الْمَغْضُوبِ عَلَيْهِمْ وَلَا الضَّالِّينَ \*  
صَدَقَ اللَّهُ الْعَظِيمُ

إنهم في تعاليمهم  
في الإسلام  
توجهاتهم في برنامجهم للحياة  
ما يساعدا الأمة الإسلامية أن تكون  
أرقى الأمم على المستوى  
الصحي

ساحه السيد القائد / عبدالملك بن عبدالرحمن الحوثي

## استهلال توجيهي



ساحه السيد القائد / عبد الملك بن عبد الرحمن الحوي

الجانب الصحي وموقعه في كلام سماحة السيد القائد يحفظه الله:

في العديد من المحاضرات تحدث السيد القائد عبد الملك بن بدر الدين الحوي رضوان الله عليه عن الجانب الصحي وأهميته في واقع حياتنا، حيث أكد على (أن الجانب الصحي هو مهم في حياة الناس، وله تأثير كبير في شؤون حياتهم، وفي واقع حياتهم، والبشر مجبرون على الاهتمام بالجانب الصحي، سواء على مستوى الاستطباب (العلاج) فيما بعد المرض، أو في مستوى ما يساعد الإنسان على الوقاية، والمثل الطبي الشهير جداً (الوقاية خير من العلاج)).

كما أكد السيد القائد يحفظه الله على (أن في الإسلام في تعاليمه، في توجيهاته، في برنامجه للحياة، ما يساعد الأمة الإسلامية أن تكون أرقى الأمم على المستوى الصحي، وللأسف الشديد هناك مشكلة كبيرة في هذا الجانب في عالمنا الإسلامي، هي ناجمة عن عدم الاستيعاب للتعليمات الإلهية كما ينبغي، وللتوجيهات من الله - سبحانه وتعالى- كما يجب، وأيضاً ضعف في مستوى الالتزام بها، ولهذا آثار سلبية)، وتحدث أيضاً (فإذاً هذه كلها تدخل في إطار التعليمات الإسلامية التي تلحظ الجانب الصحي للإنسان، وتساعد على الصحة العامة للناس، إضافةً إلى الوعي بالتغذية الصحية، التغذية الإيجابية، الله - سبحانه وتعالى- خلق فيما أحله لنا كل العناصر اللازمة التي تقوي جهاز المناعة لدى الإنسان، والتي تمد الجسم باحتياجاته من العناصر، وتساعد على الصحة، والتي أيضاً لها إيجابية كبيرة في قوة الإنسان وحيويته وتمكنه من القيام بأعماله بنشاط، بمسؤولياته الدينية، بمسؤولياته في هذه الحياة بنشاط وبصحة وبطاقة وبقوة).

تحدث السيد القائد رضوان الله عليه عن الاستهداف الشامل للأمة من قبل الأعداء وفي مقدمتهم الأمريكي في مختلف المجالات ومنها الاستهداف للمجال الصحي، حيث ارتكبوا في هجومهم وغزوهم العسكري أشنع الجرائم، وقتلوا مئات الآلاف من أبناء أمتنا بشكل مباشر، وأيضاً عملوا على إبادة الملايين بالأوبئة، والحصار والتجويع، واستخدام الأسلحة المحرمة دولياً. كما انهم يستهدفون شعوبنا في المجال الصحي عبر نشر الأمراض، والجائحات، بواسطة الفيروسات المتنوعة، في كل مرحلة تنشر فيروسات جديدة، ويسمع الناس عن فيروس جديد، وعن وباء جديد، يعملون على قتل العدد الأكبر من الناس من جهة، وجني المليارات من الأموال من جهة أخرى. ويعملون على بيع الأغذية والأدوية واللقاحات غير المأمونة، والتي تتسبب في أمراض، وحدوث أعراض صحية، تنتشر في أوساط المجتمعات بشكل كبير، كما يستخدمون التقنيات غير الصحية في الحروب، كاستخدام اليورانيوم المنضب في العراق، استخدام الأسلحة المحرمة في العدوان على اليمن، استخدام الأسلحة المحرمة في العدوان على بلدان أخرى، وهذا يؤثر كثيراً على صحة المجتمعات، ويؤدي إلى تشوه الأجنة والمواليد، ويتعاملون مع أبناء الأمة كفتران تجارب، وهناك معاناة نتيجة ذلك ومأس كبرى، وانتشار الأمراض فتاكة، كمرض السرطان، وغيره.

كما ان الأعداء قد ارتكبوا أكبر جرائم الإبادة، بالأوبئة، والتجويع، والحصار الاقتصادي، والوسائل الأخرى، هم من يرتكبها، وضحايا هذا النوع من الاستهداف للشعوب بالملايين، الذين يموتون بالأوبئة، بالتجويع، بالحصار الاقتصادي، وفي حديثه أشار السيد يحفظه الله أيضاً إلى الحرب البيولوجية والاستغلال للجراثيم والفيروسات، حيث تعمل بعض الدول، بعض القوى التي ليس عندها ضوابط أخلاقية وإنسانية وشرعية ودينية، وتحرص على أن تمتلك كل وسائل الإضرار بالآخرين مهما كانت بدون أي ضوابط ولا قيود، تعمل على استغلال هذه الجراثيم وهذه الفيروسات عن طريق معامل ومختبرات تهيب فيها الظروف الملائمة لتكاثرها، كذلك تنتشر مثل هذه الفيروسات والجراثيم، وقد تنال الكثير من الناس، ويتضررون بالأضرار التي عادةً تحدث من تلك الجراثيم ومن تلك الفيروسات، فتحدث أوبئة معينة تنال من صحة الإنسان بحسب تنوعها، منها ما يضر بالجهاز التنفسي... أكثرها تضر بالجهاز التنفسي، وأكثرها أيضاً لها مضارات متنوعة معروفة عند ذوي الاختصاص.

وتحدث السيد رضوان الله عليه عن الموقف الإيماني في مواجهة الأعداء والتحديات وذكر أن ميزة الموقف الإيماني في مواجهة التحديات والأخطار، هي: الثبات، المستند إلى التوكل على الله "سُبْحَانَهُ وَتَعَالَى"، والثقة به، والوعي، والبصيرة، والتحرك العملي الجاد بناءً على ذلك، وهكذا كان تحرك شهيد القرآن "رضوان الله عليه"، في مرحلةٍ من أخطر المراحل على أمتنا الإسلامية بكل شعوبها، ومختلف بلدانها، ففي الوقت الذي دخلت الهجمة الأمريكية والإسرائيلية والغربية على أمتنا مرحلةً جديدةً، هي أكثر خطورةً من سابقتها، تحت عناوين متعددة، وذرائع مصطنعة، وأكد على انه إذا جئنا لتذكر تلك العناوين التي تحرك بها الأعداء في مختلف المجالات، ندرك أهمية وعظمة المشروع القرآني، وعظمة العطاء الكبير لشهيد القرآن "رضوان الله عليه"، والثمرة المباركة لجهوده العظيمة، تلك الثمرة التي استمرت بنماءٍ عظيم، بالرغم من حجم التحديات والحروب الشرسة المتوالية من الأعداء .

الطريق الصحيح للوقاية من هذه المخاطر بحسب السيد القائد، رضوان الله عليه، بعد العودة إلى الله -سبحانه وتعالى - تكون بالعودة عملياً بما يحقق الوقاية من الكثير من الأوبئة، والكثير من الأمراض، والكثير من الأضرار، وتؤمن لنا السلامة إلى حدٍ كبير، والصحة إلى حدٍ كبير، والحياة الطيبة في كل مفاهيمها، وفي كل تطبيقاتها ومصاديقها إلى حدٍ كبير، ويدفع الله عنا برحمته الكثير والكثير، وهذه مسألة هامة).



أ.د. طه أحمد المتوكل

وزير الصحة

الحمد لله رب العالمين، والصلاة والسلام على سيدنا محمد وعلى آله الطيبين الطاهرين ورضي الله عن أصحابه المنتجبين.

تولي الجمهورية اليمنية موضوع تحقيق التغطية الصحية الشاملة جل اهتمامها من خلال الرؤية الوطنية لبناء الدولة اليمنية الحديثة 2030، والتي جاءت من ثمار ثورة 21 سبتمبر 2014 المباركة، ومن خلال تخصيص محور كامل للصحة، غايته تحقيق نظام صحي حديث يلي ويتفاعل مع احتياجات المجتمع مبني على المسؤولية الفردية والجماعية يدعم تحقيق تنمية مستدامة، وتحديد سبعة أهداف استراتيجية لمحور الصحة لتحقيق مؤشرات ذات قيمة محددة في الخدمات الصحية وجودتها للمواطن اليمني والمسؤول الرئيس عن هذا المحور هي وزارة الصحة العامة والسكان.

في ظل العدوان والحصار المستمر والمتعمد على بلادنا وأثاره المباشرة وغير المباشرة والظروف الاستثنائية المفروضة التي نمر بها، تتزايد التحديات التي تواجه النظام الصحي بصورة غير مسبوقة.

في المقابل فقد قامت وزارة الصحة منذ العام 2019م باعتماد توجهات وأولويات تهدف الى المحافظة على تقديم الخدمات الصحية وإعداد الأدلة والبروتوكولات والمعايير، والاستفادة من الموارد المتاحة في تأهيل البنية التحتية وتوفير التجهيزات وتفعيل الخدمات الصحية على المستويات المختلفة للقطاع الصحي سوءً في مرافق الرعاية الصحية الأولية أو قطاع الطب العلاجي، وتوفير الأدوية الأساسية، وتوجيه دعم شركاء التنمية الصحية بحسب الأولويات، حيث مع جملة التحديات كان لا بد من صنع النجاحات، ان الصمود والجهود التي بذلت من قبل القطاع الصحي وكوادره أثمرت تحسن في الارتقاء بالخدمات الصحية والطبية للقطاع الصحي وبشكل أفضل عما كانت عليه من قبل العدوان والحصار رغم الاحتياجات الكبيرة والمستمرة.

تأتي هذه الإستراتيجية تلبية لاحتياجات المواطن وتوجيهات السيد القائد وفخامة الرئيس يحفظهما الله المتواصلة للاهتمام بالجانب الصحي العلاجي والوقائي وتوجيهاتهما لإيصال الخدمات الصحية لكل المواطنين وخصوصاً في الأرياف والاهتمام بالثقيف والتوعية الصحية وتقوية المناعة، مع الاهتمام والتركيز خصوصاً بشريحة النساء والأطفال.

إن استراتيجية الرعاية الصحية الأولية تأتي في هذا السياق كمحور رئيسي لتعزيز قدرات النظام الصحي وإصلاحه، وتوفير الخدمات الصحية الأساسية لجميع المواطنين، خصوصاً في المناطق الأكثر تضرراً. وتعتبر هذه الاستراتيجية جزءاً من التزامنا الراسخ بتحسين الوضع الصحي وتعزيز قدراتنا على مواجهة العقبات والصعوبات، مهما كانت التحديات، كما أنها تأتي تجسداً لأهمية الصحة ودورها في الدفع بعملية التنمية الوطنية الشاملة وانطلاقاً من المسؤولية التي تضطلع بها وزارة الصحة في تطوير القطاع الصحي وإصلاحه.

ان تحالف العدوان الذي تقوده أمريكا وادواتها يستهدف اليمن ويستهدف الشعب اليمني بالشكل المباشر أو غير المباشر عبر الأجيال والأزمنة، كما إننا ندرك أن العدوان والحصار لم يؤثر فقط على البنية التحتية الصحية، بل تجاوز ذلك ليشمل جوانب حياتية متعددة أثرت بشكل مباشر وغير مباشر على الصحة العامة. وفي مواجهة ذلك جاء صمود الشعب اليمني العظيم من أعلى سلم القيادة الى المواطن اليمني الحر والأبي على تراب أرض الإيمان والحكمة ممن وقفوا ضد التدخل الأمريكي وتحالف العدوان لزراعة الحياة والأمن والاقتصاد والصحة والاستقرار لليمن والشعب اليمني العظيم.

تأتي هذه الاستراتيجية سعياً على إتاحة وتوفير الخدمات الصحية والتغذوية والتركيز على الأرياف والتنمية الريفية ضمن إطار المديرية الصحية وتعزيز التعاون والتنسيق بين مختلف القطاعات الصحية والجهات ذات العلاقة لضمان استمرارية تقديم الخدمات الصحية الأولية بعدالة وجودة وكفاءة.

ونحو تلبية هذه الغاية المتعلقة بالمحافظة على هويتنا الإيمانية واليمانية في جميع تدخلاتنا الصحية، فإن وزارة الصحة تعمدُ إلى تأييد الاعتمادية على الذات، والعمل على تلبية احتياجات المواطن في كل مكان، والاستفادة من جميع الموارد المتاحة محلياً أو من قبل الشركاء وفق الموجهات الوطنية، وبما يساعد في تخفيف فجوة الاحتياجات والأولويات الوطنية في الوقت الراهن، بالتركيز على التنمية الصحية الريفية والمستدامة.

وبذلك فإنّ هذه الإستراتيجية تهتم بإعادة تعريف التدخلات الصحية والتغذوية، وتأهيل المؤسسات الصحية والتعليمية للعمل على مواكبة هذا التوجّه، وبما يحقق متطلبات البناء المؤسسي للمهن الصحية، والتي يتجسد بعدها الإيماني والأخلاقي ضمن تدخلاتنا الراهنة ورؤيتنا المستقبلية.

إننا من خلال هذه الإستراتيجية نعمل على الوفاء بحق المواطن في خدمةٍ صحيةٍ متاحةٍ له، وفي أقرب مكانٍ ضمن جغرافية كل مديرية وعزلة، وتأمين الموارد البشرية المؤهلة القادرة على تقديم خدمات ذات جودة معيارية، وكذلك تطبيق نظام معلومات صحية على مستوى كل مديرية يرتبط بالنظام الصحي الوطني، ويؤمن توافر الخدمات الصحية والتغذوية الأساسية، بما في ذلك الأطر البشرية والأدوية والمستلزمات والتجهيزات والخدمات الصحية المساعدة.

نحن في وزارة الصحة، ملتزمون بتقديم كل الدعم الممكن لتعزيز نظام الرعاية الصحية الأولية، والعمل مع كافة القطاعات والشركاء لتحقيق أهداف هذه الاستراتيجية. كما نؤمن بأن التحديات الكبيرة تتطلب حلولاً مبتكرة وجهوداً جماعية، ونسعى جاهدين لتحويل هذه التحديات إلى فرص لتطوير وتحسين الخدمات الصحية لصالح كافة أبناء الوطن.

معاً سنتمكن من تجاوز التدخل الأمريكي والعدوان والحصار والتحديات والعقبات الصعبة، وتوفير الرعاية الصحية اللازمة لجميع مواطنينا، لضمان مستقبل صحي مستدام ومستقر لبلادنا، لتظل الصحة يداً تداوي من يحيى ويبني.

وفي الأخير لا بد من كلمة شكر للقطاع الصحي على صموده واستمرار تقديم الخدمات الصحية وإفشال مخطط العدوان حيث كان العدوان يهدف الى إفشال مؤسسات الدولة وإعلان عجزها عن تقديم الخدمات لكن باء بالفشل وحول القطاع الصحي التحديات الى نجاحات لم تكن لتتحقق لولاء الصمود والتحدي للعدوان وأذنا به، كم أتوجه بالشكر لكل من عمل على إعداد هذه الإستراتيجية والخروج بها بصورتها النهائية التي بين أيدينا.

**والله ولي الهداية والتوفيق**

## أهم المصطلحات المستخدمة

- **الرؤية:** الرؤية الوطنية لبناء الدولة اليمنية الحديثة.
- **الرعاية الصحية الأولية:** خط الاتصال الأوّل بين مقدّم الخدمة والمستفيد منها.
- **التغطية الصحيّة الشاملة:** توافر حزمة خدمات الرعاية الصحيّة الأولية والثانوية والثالثية لجمع السكّان في كل مكان، وفق تقدير الكلفة المناسبة.
- **التأمين الصحيّ الاجتماعي:** أحد أنواع التمويل لإدارة الرعاية الصحيّة، من خلال تجميع الاختطار المتوزّع على فئات المنتفعين بالتأمين، ومساهمات الأفراد، والأسر، والشركات، بالإضافة إلى الجانب الحكومي المسؤول عن إدارة هذا النوع من التأمين، والمتمثّل بوزارة الصحة.
- **الموارد البشرية:** مجموعة من الأفراد والقوى العاملة المعنوية بالنهوض بالأداء المؤسسي، وفق الشروط المرجعية، والتخصصات، والكفاءات.
- **العاملون الصحيون:** يشتمل هذا المصطلح على كافة فئات المهن الطبية والصحية، ويضم مقدمي الخدمة من أطباء، وممرضين، وقابلات، وأطربشريّة مساندة، وغيرهم، إلى جانب الموظفين الإداريين، ممن يعملون في المؤسسات والخدمات الصحية.
- **الاختطار:** التعرّض لعوامل خطورة، تجعل الإنسان أكثر عرضة للمرض وتداعياته، وحدة الإصابة به.
- **الخارطة الوبائية:** تقدير توزّع العبء المرضي، وانتشار الفاشيات والأوبئة، وبما يشتمل احتمال التعرّض وفق البيانات التاريخية، بالإضافة إلى خلاصة تبين حجم الأمراض ذات الأولوية ونتائج الاستجابة لتحدياتها.
- **أصحاب المصلحة:** الأفراد و/أو الجهات ذات العلاقة بالشأن الصحي، وبما يشتمل على المستفيدين، والمجتمع، وشركاء التنمية الصحية.

## الفهرس

الصفحة	المحتويات
3	استهلال توجيهي
6	تمهيد
8	أهم المصطلحات المستخدمة
9	الفهرس
11	مقدمة
14	تحليل الوضع الراهن للرعاية الصحية الأولية
15	خلفية عن قطاع الرعاية الصحية الأولية
18	المؤشرات التي تواجه القطاع
22	تحليل البيئتين الداخلية والخارجية
23	تحليل لقطاع الرعاية الصحية الأولية (SOWT)
23	نقاط القوة
24	نقاط الضعف
25	الفرص
25	المخاطر
28	تحليل الأثر واختيار الإستراتيجية الملائمة
29	تحديد الأهداف التفصيلية أو الإجرائية للأهداف الإستراتيجية
30	منهجية إعداد الإستراتيجية
31	القضايا الحرجة والتدخلات ذات الأولوية
32	التحديات العامة التي تواجه القطاع
33	الرؤية والتوجهات الإستراتيجية
34	موجهات الإستراتيجية
34	الرؤية
34	الرسالة
34	الموجهات العامة والقيم
35	الأهداف الإستراتيجية
36	الأولويات الإستراتيجية
36	أولاً: البناء المؤسسي والحوكمة
36	ثانياً: إتاحة الخدمات الأساسية لجميع السكان
37	أولويات التدخلات وفق مؤشرات الوضع الراهن
39	ثالثاً: التكاملية في أنشطة البرامج الصحية
39	الإشراف التكاملي
39	الإمداد التكاملي
40	التدريب التكاملي
40	نظام الإحالة
42	خامساً: التوجه للمراكز والوحدات الصحية
43	التدخلات البرمجية
43	التدخل الأول: صحة الأم والمولود وصحة الطفل
44	الأولويات البرمجية لصحة الأم والمولود وصحة الطفل
46	التدخل الثاني: التحصين وتعزيز المناعة والوقاية من الأمراض
47	أولويات التدخلات البرمجية للتحصين
47	التدخل الثالث: الأمراض السارية
49	الأولويات البرمجية لمكافحة الأمراض السارية
50	التدخل الرابع: الأمراض غير السارية

50	الأولويات البرمجية لمكافحة الأمراض غير السارية
51	التدخل الخامس: التغذية الوقائية والعلاجية
54	الأولويات البرمجية للتغذية الوقائية والعلاجية
56	التدخل السادس: الخدمات الصحية المرتكزة إلى المجتمع
58	الأولويات البرمجية للتدخلات الصحية المرتكزة إلى المجتمع
58	التدخل السابع: تطوير برنامج التثقيف الصحي وتعزيز الصحة
59	الأولويات البرمجية للتثقيف الصحي وتعزيز الصحة
60	التدخل الثامن: صحة البيئة
61	الأولويات البرمجية لصحة البيئة
62	التدخل التاسع: الصحة النفسية والعقلية وصحة ذوي الاحتياجات الخاصة
63	الأولويات البرمجية للصحة النفسية والعقلية وصحة ذوي الاحتياجات الخاصة
63	التدخل العاشر: نظم الأتمتة والبيانات والمعلومات الصحية لخدمات الرعاية الصحية الأولية كجزء من النظام الصحي الوطني الشامل
64	الأولويات البرمجية لنظم أتمتة خدمات الرعاية الصحية الأولية
65	تنفيذ الإستراتيجية الوطنية لقطاع الرعاية الصحية الأولية
66	المراجع

تعتبر الرعاية الصحية الأولية المستوى الأوّل لاتصال الأفراد والأسر والمجتمع بالنظام الصحي الوطني، وهي تمثل مجموعة من القيم والمبادئ والأساليب التي تهدف إلى تعزيز صحة الأفراد والمجتمعات. وتعرف الرعاية الصحية الأولية على أنها: الرعاية الصحية الأساسية التي تعتمد على وسائل وتكنولوجيا صالحة عملياً ومقبولة اجتماعياً وميسرة لكافة الأفراد والأسر في المجتمع من خلال مشاركتهم التامة، وبتكاليف يمكن للمجتمع ولبلد توفيرها في كل مرحلة من مراحل تطورها بروح من الاعتماد على النفس وحرية الإرادة، كما تُعرف بأنّها مجموعة من التدخلات الصحيّة (الوقائيّة والعلاجيّة والتأهيليّة والتلطيفيّة) ذات الأولوية، والتي تقدم لجميع السكان بعدالة ودون تمييز.

لقد ظلت قضايا الرعاية الصحية الأولية ضمن التحديات الأولى التي يواجهها القطاع الصحي في اليمن والتي انعكست على مؤشرات النتائج الصحية عموماً خلال العقود الماضية رغم التحسن الحاصل في بعض الخدمات الصحية المقدمة. ونظراً للحاجة إلى رفع مستوى جودة الخدمات الصحية، كان لا بد من إعادة النظر في مجمل القضايا التي تواجه القطاع الصحي بأكمله بما في ذلك التركيز على خدمات الرعاية الصحية الأولية.

وفي ظل استمرارية العدوان والحصار والعديد من التحديات التي تواجه وتستهدف القطاع الصحي والتي أثرت بشكل كبير على أداء النظام الصحي في بلادنا، ولكن في المقابل كان صمود القطاع الصحي وكوادره واضحاً في الحفاظ على تقديم الخدمات الصحية رغم العدوان والحصار وهناك نجاحات حققتها القطاع الصحي لتحسين وتطوير أداء النظام الصحي بما ينسجم مع الموجهات الوطنية والرؤية الوطنية لبناء الدولة اليمنية الحديثة وأولويات وزارة الصحة، وترجمة تلك الخيارات والتوجهات إلى رؤى واستراتيجيات صحية تم الإجماع عليها وتطبيقها على أرض الواقع ومتابعة إنجازها بهدف تحقيق نتائج واضحة ومحددة.

هناك العديد من أسس الرعاية الصحية الأولية أخذت في الاعتبار في تطوير هذه الإستراتيجية والتي من أبرزها:

- الالتزام بحق كل إنسان في الحصول على أعلى مستوى ممكن من الرعاية الصحية؛
- العمل على الوصول إلى التغطية الصحيّة الشاملة، من خلال الرعاية الصحيّة الأوليّة؛
- الاستجابة للعبء المرضي الذي يترافق مع الأمراض غير السارية؛
- تطوير السياسة الصحيّة بما يستجيب للتحديات الصحية الوطنيّة، وفق الخارطة الوبائيّة والعبء المرضي، على مستوى جميع القطاعات؛
- بناء رعاية صحيّة مستدامة، بالتركيز على الأرياف والمناطق التي يصعب الوصول إليها، وتأمين تدخّلات معيارية لسكانها؛
- تمكين الأفراد والمجتمعات كأطراف فاعلة رئيسيّة، لتحقيق الصحة العامة؛
- توجيه دعم الشركاء مع السياسات والاستراتيجيات والخطط والخصوصية الوطنيّة؛
- العمل على تحقيق الكفاية الغذائيّة، من خلال التصنيع المحلي، والاعتماد على الموارد المتاحة وطنياً؛
- تبني المبادرات المؤسسية والمجتمعية لاستئصال والقضاء على الأمراض، والتخلّص منها، وفق مؤشرات أداء توافق أولويات الخارطة الوبائيّة، والعبء المرضي؛

كما تعززت قناعة وزارة الصحة بأن تحقيق مفهوم الرعاية الصحية الأولية المستدامة، وضمان التغطية الصحية الشاملة، يستلزم الآتي:

- التكامل في تقديم حزمة خدمات الرعاية الصحية الأولية بشكل خاص والتكامل بين مستويات الرعاية الصحية بشكل عام؛
- تعزيز الوصول والحصول على الخدمات على مستوى المديرية الصحية؛
- تعزيز نظام المديرية الصحية والسعي للوصول الى توفير مركز صحي على الأقل على مستوى كل عزلة؛
- التركيز على توفير الخدمات الصحية في الأرياف حيث العبء المرضي عالي؛
- توفير خدمات الرعاية الصحية على مستوى كل قرية كروية مستقبلية ومن خلال البدائل المتاحة؛
- عدالة توزيع تقديم الخدمات الأساسية لجميع الناس، مع التركيز على الفئات الأكثر عرضة للاختطار، وتسهيل الوصول إلى جميع المناطق بزيادة عدد مرافق الرعاية الصحية؛
- النهج التعاوني المبني على تدخلات متعددة القطاعات وليست محصورة على القطاع الصحي فقط وبما يشمل تدخلات شركاء التنمية الصحية الفاعلين؛
- معالجة المحددات الاجتماعية والاقتصادية والبيئية والتجارية والتنسيق على مستوى عالي في الدولة.

كما يلزم ان تستجيب الرعاية الصحية الأولية لأغراض بلوغ مرامي الرؤية الوطنية لبناء الدولة اليمينية الحديثة والموجهات الوطنية، حيث تساند في تحقيق التنمية الاقتصادية والاجتماعية الشاملة. وهنا فإن مدلولات العمل الصحي تستلزم الوفاء بما يحفظ الصحة ويحافظ عليها، وعليه فإن هذه الإستراتيجية تنطلق في موجهاتها من الأبعاد الإيمانية في إتاحة الرعاية الصحية، والعمل المؤسسي بصورة تضامنية.

يعد الاستثمار في الرعاية الصحية الأولية ذو جدوى نحو تحقيق أرقى مستوى صحي للسكان خاصة وأن تكلفة خدماتها تتراوح ما بين 15 و20% وتخدم 80% من السكان على الأقل، في حين أن تكلفة الخدمات العلاجية في المستشفيات تقدر بحوالي 80-85% وتخدم 20% من السكان، ولتأمين الحق الأصيل لكل إنسان في الصحة، فإن وزارة الصحة تحددت توجهات الرعاية الصحية الأولية، وتعمل على يمنية عناصرها وفقاً للاحتياج المحلي.

وتمثل خدمات الرعاية الصحية الأولية ركناً أصيلاً للنظام الصحي الوطني، وتعمل وزارة الصحة على تأمينها في إطار التدخلات متعددة القطاعات من خلال الموجهات الآتية:

1. تعزيز الصحة ورفع المناعة من خلال التدخلات الصحية ذات الأولوية المستجيبة للتحديات المرضية السائدة، والوقاية منها، ومن خلال التوعية والتثقيف الصحي والتغذوي وفق الوضع المحلي.
2. تعزيز التغذية الصحيحة، من خلال العودة إلى الممارسات الفضلى لتعزيز النمط الغذائي القويم المعتمد على الأسس العلمية، وإطلاق برنامج التصنيع المحلي، وفق معايير الجودة المعتمدة وطنياً.
3. أهمية توافر الإمداد الكافي بالمياه الصالحة للشرب لجميع السكان بما يساهم في تعزيز الصحة للسكان، وتعزيز السلوك القويم في ترشيد الاستخدام، وفق الموارد المحلية، مع ضمان الجودة والوفرة عبر الجهات ذات العلاقة كجزء من العمل متعدد القطاعات؛

4. الإصحاح الأساسي للبيئة، بما يشتمل على المنشآت الصحيّة، والمرافق العامّة، والصرف الصحيّ ومعالجة النفايات عبر الجهات ذات العلاقة كجزء من العمل متعدد القطاعات؛
5. الرعاية الصحية للأم والطفل، بالتركيز على التكامل المؤسسي، وتعزيز البنية التحتية، واستدامة الخدمات على كافة مستويات النظام الصحيّ.
6. إتاحة التحصين ضد الأمراض المعدية الرئيسية، وفق بيّنات علميّة، مستندة إلى دراسات وطنيّة، وأبحاث ميدانيّة وبائيّة.
7. الوقاية من الأمراض السارية، ومكافحتها، وعلاجها، والاستجابة للمتطلبات العلاجيّة لها، وبما يحقق السيطرة والاستئصال والتخلص والقضاء.
8. الوقاية والعلاج الملائم للأمراض، على كافة مستويات النظام الصحيّ، بما يشتمل على الاستجابة للأمراض غير السارية والإعاقات، وقاية وتشخيصاً وعلاجاً وتأهلياً.
9. توفير العقاقير الحيويّة والأساسيّة والضروريّة، على كافة مستويات النظام الصحيّ.
10. تعزيز الصحة النفسية والعقلية والاهتمام بصحة ذوي الاحتياجات الخاصة، استناداً إلى تعاليم الإسلام الحنيف، والبعد الاجتماعي للصحة، وبما يشتمل على الجوانب الوقائيّة والتشخيصيّة والعلاجيّة والتأهليّة.
11. تقديم تدخّلات معيارية في مجال الإسعاف الأوّلي، والإحالة، وذلك على مستوى التدخّلات المجتمعيّة، والتدخّلات مرفقيّة المرتكز.

ويأتي وضع موجّهات الرعاية الصحيّة الأوّليّة تجسيداً للرؤية الوطنية لبناء الدولة اليمنية الحديثة والتي تنص في الهدف الاستراتيجي الثاني لمحور الصحة على توسيع وتعزيز تقديم الخدمات الصحية لجميع المواطنين، وذلك من خلال تفعيل المرافق الصحية لتقديم الخدمات الأساسيّة لسكان الريف والحضر، وضبط مواردها بما يحقق تحسن الخدمات الصحية للمجتمع.

وفي سبيل تحقيق ذلك قام قطاع الرعاية الصحية الأوّلية في وزارة الصحة بإعداد هذه الإستراتيجية نحو الإسهام في تحقيق التغطية الشاملة بخدمات الرعاية الصحية الأوّلية من خلال:

1. تفعيل كافة المنشآت الصحية الحكومية والخاصة لتقديم خدمات الرعاية الصحية الأوّلية، وفق مستويات إحالة، ووظائف محدّدة، ومعايير معتمدة.
  2. التوسع في تقديم خدمات الرعاية الصحية الأوّلية المتكاملة، وبما يضمن التوسّع في تقديم الخدمات مرفقيّة المرتكز، والخدمات الصحية المبنية على المجتمع، وفق الأولويّات المحدثة، وبما يحقق رؤية الرعاية الصحية لكل قرية، وبما يوائم العبء المرضي والخارطة البائيّة.
  3. تحديث الخارطة البائيّة، لتقديم حزمة الخدمات الأساسيّة المحدثة عبر المرافق الصحية، استناداً إلى سياسة الوزارة في ذلك، ومن خلال مبادرات مبتكرة وخدمات صحية مجتمعية في المستوى الثالث في المناطق النائية صعبة الوصول.
- كما سنجد لاحقاً في المحاور الرئيسية للإستراتيجية أن الأهداف الإستراتيجية والأنشطة المختلفة إنما تتوافق في رؤية مشتركة لتعزيز صحة المجتمع عبر تقوية نظامنا الصحي الوطني ومواجهة التحديات معاً.
- وتمثل هذه الإستراتيجية خارطة طريق لقطاع الرعاية الصحية الأوّلية، سيتم على ضوئها وضع الأهداف التنفيذية والأنشطة التفصيلية والمؤشرات لكل المحاور والتوجهات التي تضمنتها الإستراتيجية.

# تحليل الوضع الراهن للرعاية الصحية الأولية



خدمات صحية معيارية، وفي ظل تجاهل الاحتياج الفعلي في الريف، ازداد النزوح من الريف إلى مواقع تقديم الخدمة، في ظل هجرة تزيد من الأعباء، ولا تفي بالحد الأدنى من الاحتياج. ومجدداً، وفي عام 2004 م، تمت إعادة هيكلة الوزارة، وأقرّ إنشاء قطاع للرعاية الصحية الأولية، إلا أن ذلك الهيكل شابه بعض القصور في دعم الرعاية الصحية الأولية، فتم إنشاء قطاع جديد للسكان استقطع عنصرين هامين من عناصر الرعاية الصحية الأولية، وهما التثقيف الصحي والصحة الإنجابية وبموجب ذلك الهيكل التنظيمي تكون قطاع الرعاية الصحية الأولية من إدارتين عامتين هما:

1. الإدارة العامة لمكافحة الأمراض والترصد الوبائي.
2. الإدارة العامة لصحة الأسرة.

وخلال العقود الماضية عاش القطاع الصحي مرحلة هشاشة حيث لم يكن القطاع الصحي يغطي أكثر من 60% من الاحتياج الوطني في أحسن الحالات وأقل من 28% على مستوى الريف، حيث يعيش أكثر من 70% من سكان.

منذ 26 من مارس 2015م تعيش اليمن عدواناً من قبل أكثر من 17 دولة، والذي اعتبره الأمين العام للأمم المتحدة أكبر أزمة إنسانية في العالم منذ الحرب العالمية الثانية، أستهدف اليمن والشعب اليمني في جميع مقومات الحياة من البنية التحتية والاقتصادية والاجتماعية وكان القطاع الصحي من أبرز القطاعات التي تعرضت للعدوان حيث تم استهداف القطاع الصحي وأدى الى آثار متعددة أثرت على التغطية بالخدمات الصحية والطبية الأساسية والشاملة مقترنة بالصعوبات الجغرافية والاجتماعية والاقتصادية والديموغرافية والحصار المفروض براً وجواً وبحراً وانتشار الأوبئة المختلفة الخ. وقد أدى العدوان الى خروج 51% من المرافق الصحية عن العمل كلياً أو جزئياً وما بقي من مرافق أصبح يقدم الخدمات بأبسط الإمكانيات.

كما أن استمرار العدوان والحصار يتسبب في زيادة عدد الوفيات بين المرضى وخصوصاً في الأرياف، بالإضافة إلى عدم سماح التحالف بإدخال بعض الأجهزة والمستلزمات الطبية والعلاجية وخاصة المتعمقة بأمراض السرطان والأورام والأمراض المزمنة.

كما ان الحصار الشامل أدى إلى زيادة معدلات سوء التغذية مسجلاً أكثر من 2.3 مليون طفل دون الخامسة يعاني من سوء التغذية و632 ألف طفل من سوء التغذية الحاد والوخيم مهدده حياتهم بالوفاة خلال العام الحالي، عدا عن أكثر من 1.5 مليون من الأمهات الحوامل والمرضعات يعانين من سوء التغذية، منهن 650 ألفاً و495 امرأة مصابة بسوء تغذية متوسط.

وفي المقابل فقد قامت وزارة الصحة منذ العام 2019م باعتماد توجهات وأولويات تهدف الى الارتقاء بالقطاع الصحي وتفعيل المراكز والوحدات الصحية في تقديم حزمة خدمات الرعاية الصحية الأولية، كل تلك الجهود أثمرت تحسن في الارتقاء بالخدمات الصحية ويعكس ذلك آخر التقديرات لمنظمة الأمومة والطفولة اليونيسف والتي قدرت وفيات الأمهات للعام 2022م بنسبة 184 لكل 100.000 ولادة حية، ووفيات حديثي الولادة والأطفال بمعدل 21 و41 لكل 1000 مولود حي على التوالي.

من خلال استعراض الوضع التنظيمي لوزارة الصحة، نجد أن قطاع الرعاية الصحية الأولية تأسس على أساس ان يشمل إدارتين عامين هما (الإدارة العامة لصحة الأسرة والإدارة العامة لمكافحة الامراض والترصد) فقط، وأن الإدارة العامة لصحة الأم والمولود (الصحة الإنجابية سابقاً) والمركز الوطني للتثقيف والإعلام الصحي والسكاني كانا ضمن قطاع السكان، رغم ان هذه التقسيمات الإدارية بمجملها تعتبر ضمن عناصر الرعاية الصحية الأولية ولا يمكن الفصل بينها من الجانب المؤسسي.

وتماشياً مع التوجهات والأولويات للقطاع الصحي في كيفية التصحيح والارتقاء بخدمات الرعاية الصحية الأولية بهدف تقوية التكاملية في كل المدخلات المرتبطة بالصحة للحصول على نتائج تعكس تحقيق الوزارة لأهدافها ومهامها التي تسعى للوصول إليها، مثل الهيكل الحالي تحدي يلزم تعديله بحيث يكون هناك تناغم بين خدمات الرعاية الصحية الأولية والميدان والاحتياج الفعلي، لذا كان لا بد من إعادة النظر في هيكله قطاع الرعاية الصحية الأولية ضمن الهيكل العامة لوزارة الصحة. من خلال تبادل الأفكار بين قيادات وزارة الصحة تم الخروج بمقترحين لإصلاح البناء التنظيمي لقطاع الرعاية الصحية الأولية والإدارات العامة التابعة له.

المقترح الأول:	المقترح الثاني:
1- الإدارة العامة لصحة الأم والطفل على أن تشمل (إدارة صحة الأم والمولود، إدارة صحة الطفل، إدارة التغذية)	1- الإدارة العامة لصحة الأم والمولود؛
2- الإدارة العامة لمكافحة الأمراض والترصد	2- الإدارة العامة لصحة الطفل؛
3- الإدارة العامة للصحة النفسية والعقلية وذوي الاحتياجات الخاصة	3- الإدارة العامة للتغذية الوقائية والعلاجية؛
4- الإدارة العامة لصحة البيئة	4- الإدارة العامة لمكافحة الأمراض والترصد؛
5- المركز الوطني لتعزيز الصحة والتنقيف الصحي؛	5- الإدارة العامة للصحة النفسية والعقلية وذوي الاحتياجات الخاصة؛
	6- الإدارة العامة لصحة البيئة والسلامة المهنية؛
	7- المركز الوطني لتعزيز الصحة والتنقيف الصحي؛

ومن منطلق المسؤولية فوزارة الصحة ترى في الظروف الحالية والعبء المرضي العالي بما في ذلك مؤشرات المراضة والوفيات ومؤشرات سوء التغذية ان يتم العمل بالمقترح الثاني بما لا يقل عن الفترة القادمة حتى العام 2027 ومن ثم إعادة تقييم الوضع فيما يخص البقاء على نفس المقترح أو التحول الى المقترح الأول. ويمثل الإصلاح الهيكلي مدخلاً لتصويب التدخّلات، وتحديد التوجّهات ذات الأولويّة لدعم التدخّلات الوقائيّة سواء منها مرفقيّة المرتكز، أو تلك المعتمدة على المجتمع.

## المؤشرات

تمثل المؤشرات الصحية والتغذوية تحدياً كبيراً لقطاع الرعاية الصحية، مع الاعتبار للجوانب الديمغرافية والجغرافية، إلى جانب العوامل الاجتماعية – الاقتصادية، والتي تؤثر بشكل كبير في إتاحة الرعاية الصحية للمواطنين، ومن هذه المؤشرات ما يلي:  
جدول رقم (1) يوضح أهم المؤشرات الديمغرافية

المؤشر	2019م
إجمالي عدد السكان (2022) *	33,716,721
نسبة الذكور	51%
نسبة الإناث	49%
معدل النمو السنوي للسكان	3,02%
نسبة السكان في الريف	71%
نسبة السكان حسب الفئات	
أقل من 14 عاماً	38%
14-64 عاماً	52%
65 وأكثر	20%

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء والإستراتيجية الصحية للعام 2009م \* الإسقاطات السكانية للجهاز المركزي للإحصاء 2023

جدول رقم (2) يوضح أهم المؤشرات الاقتصادية والاجتماعية

المؤشر	2018
معدل المواليد بوزن أقل من 2500 جرام	23%
معدل النحافة عند الأطفال	16%
معدل النحافة مقابل العمر عند الأطفال	39%
إجمالي الإنفاق على الصحة للفرد	17%
معدل ميزانية وزارة الصحة من موازنة الحكومة (2011)	3.58%
السكان الذين تتوفر لديهم مياه صحية	59%
السكان الذين تتوفر لديهم خدمات صرف صحي	46%
معدل الفقر (2011)	34%

المصدر: DHS 2013 - الإستراتيجية الصحية 2009.

## مؤشرات صحة الأم وحديثي الولادة والأطفال

- ارتفعت نسبة وفيات الأمهات من 148 إلى 184 حالة وفاة لكل 100,000 ولادة حية، خلال الفترة 2013 إلى 2022م، وهو مستوى مقلق للمنظومة الصحية، كما تمثل وفيات المواليد عنصراً رئيسياً (50.9 في المائة) من وفيات الأطفال دون سن الخامسة.

- رغم التحسن في بعض مؤشرات الرعاية الصحية الأولية التي أظهرها المسح الديموغرافي لصحة الأسرة للعام 2013م، والذي بيّن أن معدّل وفيات الأطفال الرضع في ذلك الوقت وصل إلى 43 لكل 1000 مولود حي، إلا أنّه لا يزال مؤشّر اختطار حيث لا يتعدى المتوسط العالمي لهذا المؤشر 28/1000 مولود حي. وفي الوقت الراهن، بلغت معدلات وفيات الأطفال للفئات الثلاث، دون الخامسة ودون العام وحديثي الولادة، 59، و 43 و 27 لكل ألف ولادة حية على التوالي، بحسب تقديرات العام 2019 م. وتمثّل هذه المعدلات مؤشراً متدنياً ضمن مؤشرات التنمية المستدامة، وخفضها هو هدف إستراتيجي
- كما أنّ نسبة وفيات الأمهات والأطفال لا تزال مرتفعة حيث تموت أم كل ساعتين وطفل كل 10 دقائق، في نزيف يومي يبلغ وفاة 12 أم و150 طفل كل يوم قبل بلوغهم سن الخامسة، نصفهم لا يتخطّى ثمانية وعشرين يوماً من العمر، بأسباب يمكن الوقاية منها.

### مؤشرات المراضة والوضع الوبائي

- استمرار انتشار وباء الكوليرا بشكل سريع في محافظات الجمهورية فقد بلغ العدد التراكمي لحالات الكوليرا المشتبه بها المبلغ عنها من أكتوبر 2016 إلى 31 يناير 2020 حوالي 2,316,197 حالة، وبلغ عدد الوفيات الناجمة عن الكوليرا 3910 حالة وفاة بمعدل وفيات 0.17%
- وفي عام 2019، سجلت 76,768 حالة يشتبه بإصابتها بحمى الضنك على مستوى الجمهورية، وسجلت 271 حالة وفاة، وفي الأسبوعين الأولين من شهر يناير 2020، سجلت 5,524 حالة، مع 11 حالة وفاة مرتبطة بالمرض، وأثر تفشي حمى الضنك على 174 مديرية من بين 333 مديرية (أي بنسبة 54%) في 22 محافظة.
- انخفضت مستويات التغطية الخاصة بالتحصين بما يقارب 20 % منذ بدء العدوان على اليمن، ويرجع ذلك الى العديد من الأسباب منها التوجه العام للمنظمات في دعم اللقاحات بشكل كبير مقابل التراجع عن دعم الادوية والتجهيزات خلق الريب وعدم الثقة لدى المجتمع بالتحصين وفعاليتها والعزوف من قبل المجتمع للقاحات وكذا الشائعات المنتشرة في أوساط المجتمع، كما أن العدوان والحصار وتأثرهما على القطاع الصحي والمرافق الصحية والتأثير الاقتصادي على الاسر وقدرتها على الوصول للخدمات رغم إتاحة اللقاحات في المرافق الصحية على المستوى الوطني.

## مؤشرات صحة الأمهات والمواليد

المؤشر	قيمة المؤشر	العام والمصدر
	365	2003 (YFHS)
	148	2013 (YNHDS)
وفيات الأمهات لكل 100.000 ولادة حية	385	2015 (UN- agencies estimate)
	184	2022 (UN- agencies estimate)
	32	2003 (YFHS)
وفيات المواليد لكل 1000 ولادة حية	37	2006 (MISC)
	26	2013 (YNHDS)
	28	2021 (UN- agencies estimate)
التغطية بالتحصين بالكزاز للنساء	%28	2013 (YNHDS)
كثافة القابلات	1000/0.25	2022
رعاية الحوامل 4 زيارات	%25	2013 (YNHDS)
الولادة تحت كادر طبي مؤهل	%45	2013 (YNHDS)
الولادة في مرفق صحي	%34	
رعاية بعد الولادة	%20	
نسبة الولادات القيصرية	%4.8	2013 (YNHDS)
	%9.9	2022(MOPH&P estimate)
المرافق التي تقدم خدمات صحة الأم والوليد	%40	(HERAMS 2018)
المرافق الصحية التي تقدم الرعاية التكميلية لصحة الطفل	%63	(HERAMS 2018)

## مؤشرات خاصة بعناصر النظام الصحي ونسب التغطية

مثل جميع الخدمات العامة والحيوية في جميع أنحاء اليمن، عان القطاع الصحي من ضعف وهشاشة ومحدديه في تقديم الخدمات الصحية، ومنذ 26 مارس 2015 تفاقم الوضع بسبب العدوان والحصار

## ضحايا العدوان من الأطفال:

4,061 شهيد

4,739 جريح

(من 26 مارس 2015 الى 27 أغسطس 2022)  
وهذه أرقام وزارة الصحة فقط لمن وصلوا الى  
المرافق الصحية وتم تسجيلهم

وما ترتب على ذلك من آثار على مختلف القطاعات بما فيها الصحة وارتفاع أسعار السلع الأساسية والحصار المفروض على اليمن وإغلاق المطارات والموانئ والاستحواذ على واردات اليمن من قبل دول التحالف، كما يواجه قطاع الرعاية الصحية الأولية صعوبة في توفير الكادر الطبي المتخصص، خاصة

أثناء العدوان والحصار وتفشي الأوبئة لرعاية الحالات المصابة وإيقاف انتشار الوباء.

## ضحايا العدوان من النساء:

2,454 شهيد

3,150 جريح

(من 26 مارس 2015 الى 27 أغسطس 2022)  
وهذه أرقام وزارة الصحة فقط لمن وصلوا الى  
المرافق الصحية وتم تسجيلهم

عدد الشهداء والجرحى نتيجة العدوان بلغ 47,673 شهيداً وجريحاً منذ 26 مارس 2015 وحتى 27 أغسطس 2022 م، منهم 18,013 شهيداً و29,660 جريحاً، تُشكل فئة الأطفال والنساء أكثر من 30%. كما ان العدوان والحصار مسؤول عن تردي المنظومة الصحية في اليمن حيث أدى الى تدمير طيران العدوان بشكل مباشر للمنشآت الصحية، مُخلفاً 537 منشأة مدمرة كلياً وجزئياً.

استهداف العدوان بشكل مباشر للكوادر الصحية حيث استشهد 66 طبيباً وأخصائياً ومساعد طبيب وكادراً صحياً، وتدمير 70 سيارة إسعاف.

تسبب العدوان في تسرب ومغادرة الكادر الصحي اليمن ومغادرة أكثر من 95 ٪ من الكادر الأجنبي، مع إعاقة الوصول إلى استقرار بسبب استمرار العدوان والحصار والأزمة الإنسانية.

كما أدى هذا العدوان والحصار إلى تفاقم الفقر وتنامي الاحتياجات الإنسانية الأمر الذي تسبب في تفاقم المعاناة الصحية والطبية وخاصة المرتبط بالرعاية الصحية الأولية وخاصة للأمهات والمواليد والأطفال وانتشار الأوبئة.

ووفقاً لتقييم نظام مراقبة توافر الموارد الصحية لعام 2018م فإن 50% من المرافق الصحية مازالت تعمل، و49% من المرافق الصحية توقفت عن العمل أو أنها تعمل بشكل جزئي فقط، وذلك يتزامن مع نقص الموظفين ونقص الإمدادات والتجهيزات وعدم القدرة على تحمل التكاليف التشغيلية أو عدم تمكن المرضى من الوصول إليها. بالإضافة إلى ذلك فإن 53% من المرافق الصحية تفتقر إلى الأطباء العاملين، في حين أن 45 بالمائة من المستشفيات التي تعمل تفتقر إلى الاختصاصيين. ويوجد عشرة عاملين في مجال الصحة لكل 10,000 شخص في اليمن، وهو أقل من نصف الحد الأدنى للمعيار الأساسي وفق منظمة الصحة العالمية.

بلغت نسبة المرافق الصحية المتضررة كلياً 17%، والمتضررة جزئياً 35%، وبلغت نسبة الوحدات الصحية التي تعمل كلياً 48%، وبلغت نسبة المراكز الصحية التي تعمل كلياً 58%.

وتشير التقديرات إلى أنه من أصل 267 مديرية تم تقييمها كانت 49 مديرية تعاني من عدم توافر طبيب واحد، وفي 42 ٪ من المديرية يوجد أقل من طبيبين في المرافق الصحية.

# تحليل البيئتين الداخلية والخارجية

## تحليل البيئتين الداخليّة والخارجيّة وفق نقاط القوّة، والضعف، الفرص، والتهديدات (SOWT)

### نقاط القوة

1. الالتزام السياسي بوضع الصحّة على سلّم أولويّات الحكومة، وهو ما تمثّل في تخصيص محور لها ضمن الرؤية الوطنيّة لبناء الدولة اليمنيّة الحديثة؛
2. وجود قطاع للرعاية الصحية الأولية، لاستيعاب عناصرها، وتحقيق التكامل بينها؛
3. وجود أطر بشريّة صحية مؤهلة ومدربة تعمل في الإدارات العامة وبرامجها المتعددة تمكن القطاع من تحقيق وتنفيذ الإستراتيجية؛
4. العمل على تجويد الخدمات، من خلال إطلاق برنامج أحسن لمعياريّة التّدخلات؛
5. تحديث التوجّهات الإستراتيجية للصحة العامّة، ومن ذلك تحمّل مسؤوليّة برامج أساسيّة مثل صحة البيئة؛
6. وجود برنامج تدريبي متخصص في بناء القدرات الوطنية في اختصاص علم الوبائيات، وفي الصحة العامّة، وفق الهرم التدريبي للوبائيات الحقلية؛
7. وجود نظام وطني قوي للترصد الوبائي وله شبكة واسعة تشمل جميع مديريات الجمهورية، ووجود إنذار إلكتروني مبكر للأمراض (الإيديوز) (electronic Early Diseases Warning System (eEDWS) "، ووجود فريق استجابة سريعة في كل مديرية؛
8. وجود مركز وطني لمختبرات الصحة العامة وفروعه في ست محافظات، وتوافر أطر بشريّة مؤهّلة، وتجهيزات عالية المستوى، قادرة على تشخيص الأمراض السارية وغير السارية؛
9. معياريّة الخدمات التغذويّة على مستوى مرافق الرعاية الصحيّة الأوليّة في التقييم والفرز والإحالة، وكذلك على مستوى الخدمات الثالثيّة في المستشفيات؛
10. تطبيق الرعاية التكاملية لصحة الطفل وخدمات التحصين في المواقع الثابتة التي تتجاوز ثلاثة آلاف موقع ثابت، بالإضافة إلى مبادرات الوصول الى المناطق البعيدة والمحرومة عبر الخدمات الصحية المبنية على المجتمع؛
11. وجود قانون للصحة العامة، والصادر برقم 4 لسنة 2009م؛
12. وجود مساقات تدريبية في مجال الإدارة الصحية وماجستير ودبلوم الصحة العامة وطب المجتمع في إطار المجلس اليمني للاختصاصات الطبيّة، بالإضافة الى البرنامج التدريبي للوبائيات الحقلية، واللذان يمدان النظام الصحي بأطر بشريّة مؤهلة يمكن الاستفادة منها في تنفيذ إستراتيجية القطاع؛
13. وجود مخرجات تعليم من الجامعات والمعاهد الصحية الحكومية والخاصة، للإسهام في تغطية الاحتياج؛
14. تدشين مدونة السلوك وأخلاقيات العمل للمهن الطبية والصحية وتعميمها؛

15. تقديم خدمات الرعاية الصحية الأولية عبر القابلات، ومتطوعات المجتمع، والعاملات الصحيّات المجتمعيّات، للوصول إلى الفئات السكانية في المناطق النائية والمحرومة والأشد فقرًا.

### نقاط الضعف

1. التشتت في التنظيمات الإدارية وعدم مواكبتها للاحتياج لاستيعاب مكونات وحزمة الخدمات الصحية المعنية بالرعاية الصحية الأولية
2. قصور في وجود هيكل تنظيمي قابل للتطبيق يتمثل في إدارات عامة تُعنى بمكافحة الأمراض والترصد الوبائي، وصحة الأم والمولود، وصحة الطفل، والتغذية الوقائية والعلاجية، والصحة النفسية، وصحة البيئة، تضم برامج نوعية تقدم تدخلات مباشرة ضمن لائحة تنظيمية تتبع قطاع الرعاية الصحية الأولية؛
3. مرافق الرعاية الصحية الأولية لا تغطي سوى 28% من الخدمات الصحية في الأرياف؛
4. 721 مركز صحي يغطي أقل من نصف عدد العزل على المستوى الوطني والتي يصل عددها إلى 2210 عزلة؛
5. الاستهداف المباشر وغير المباشر للقطاع الصحي والمرافق الصحية من قبل العدوان والحصار، فالعديد من المرافق الصحية إما تعمل بجزء من كفاءتها وقدرتها التشغيلية أو متوقفة نظراً لاستهدافها بالقصف من قبل العدوان أو لزوح العاملين أو لتوقف نفقات التشغيل الحكومية ومرتبات العاملين الصحيين؛
6. تدني معدّل التغطية بخدمات المرافق الصحية الحكومية، خاصّة في الأرياف؛
7. ضعف تدخّلات الأمن الصحيّ، والسلامة الغذائية، ووتدني المياه الصالحة للشرب وضعف والصرف الصحي، مما يتسبّب في ظهور الأمراض والفاشيات والأوبئة، واستمرار تدهور الوضع التغذوي وتأثيره على الصحة والقطاع الصحي؛
8. استهداف البيئة من قبل العدوان من خلال استخدام الأسلحة الكيميائية والمحرمة والحرب البيولوجية، وغياب الدور الفاعل لصحة البيئة، مما يؤدي إلى زيادة انتشار بعض الأوبئة والأمراض؛
9. انقطاع الكهرباء الحكومية عن المرافق الصحية بشكل عام، واضطرار كثير منها لاستخدام المولدات، والتي تحتاج بصورة مستمرة للمشتقات النفطية؛
10. ضعف إقبال المواطنين على المرافق الصحية لشحة توافر الأدوية والمستلزمات والتجهيزات؛
11. زيادة العبء على خدمات الرعاية الصحية الأولية، حيث لا يتناسب التوسع في تقديم الخدمات مع زيادة الطلب من المستفيدين؛
12. نقص المعارف والمهارات لدى بعض القيادات الصحية حول الأساليب الإدارية الحديثة في كافة مستويات تقديم الخدمة، بدءاً من مدير الوحدة الصحية وانتهاء بمدير الإدارة أو البرنامج،

- مما أثر بشكل مباشر في ضعف استغلال وتوجيه الموارد البشرية والمادية مسبباً في تدني أداء خدمات الرعاية الصحية الأولية؛
13. شحّة برامج تحفيز وتنمية القوى البشرية؛
  14. غياب نظام موحد للإمداد؛
  15. ظهور فاشيات وبائية يمثّل عبئاً إضافياً على قطاع الرعاية خصوصاً وعلى النظام الصحي عموماً (الكوليرا، الملاريا، الأمراض التنفسية، إلخ)؛
  16. عدم توافر نظام إلكتروني موحد وفاعل للإشراف، وقياس الأداء، والمتابعة والرصد والتقييم؛
  17. تركيز الاختصاصيين في المدن الرئيسية، ومنهم اختصاصيو صحة الطفل والصحة النفسية، وحرمان الكثير من السكان في الأرياف من هذه الخدمات؛
  18. ضعف التنسيق القطاعي، وعلى سبيل المثال التنسيق غير الكافي بين الصحة المدرسية في وزارتي الصحة والتربية، وكذلك ضعف التنسيق مع مؤسسات المجتمع المدني.

## الفرص

1. التوجه العام للدولة للتنمية الريفية ووضعها ضمن أولوياتها بما يشمل الخدمات الصحية على مستوى المديرية الصحية وترفيح الوحدات الصحية الى مراكز صحة بحيث يتم توفير مركز صحة في كل عزلة، كون العزلة هي ملتقى مجتمعي للقرى؛
2. وجود الرؤية الوطنية لبناء الدولة اليمنية الحديثة 2030م وإفراد محور خاص بالصحة؛
3. تبني الدولة للعمل متعدد القطاعات ودوره في تعزيز الصحة والتوعية الصحية ورفع المناعة مثل الزراعة، والمياه، والصرف الصحي، والإعلام، والزكاة، والأوقاف، والإرشاد وغيرها؛
4. وجود شركاء التنمية الصحية الدوليين والمحليين المهتمين بقضايا القطاع الصحي وتمويلها؛
5. توقيع اليمن على مجموعة من الاتفاقيات الخاصة بالرعاية الصحية الأولية والتي تمهد للحصول على دعم لتحقيق التنمية الصحية المستدامة؛
6. توصية مجلس النواب للحكومة بإنشاء صندوق لمكافحة الأمراض والأوبئة؛
7. وجود صفة الضبط القضائي للضباط الصحيين بالنسبة لصحة البيئة.

## المخاطر

1. استمرار العدوان الغاشم والحصار الجائر وتأثيراته المباشرة وغير المباشرة على القطاع الصحي؛
2. اتساع دائرة الفقر بين السكان نتيجة العدوان والحصار مسبباً انتشار واسع لحالات سوء التغذية والأمراض المختلفة مما أدى إلى زيادة في الطلب على الخدمة رغم التوسع الحاصل؛
3. عدم قدرة المواطن على توفير الحد الأدنى من الاحتياجات الأساسية في ظل انقطاع الرواتب، مما يجعل المواطن الحجم عن البحث عن الخدمات الصحية مقابل توفير القوات اليومي لأسرته وأطفاله؛

4. أثار العدوان والحصار على القطاعات الأخرى مثل الزراعة والمياه والصرف الصحي والطرق والكهرباء والاقتصاد والبيئة والنتائج السلبية المترتبة على القطاع الصحي في الوقت الماضي والحاضر والمستقبلي؛
5. تدني مستوى التعليم بشكل عام وتدني الوعي والسلوكيات الصحية والتغذوية لدى المواطن مما يزيد من حدوث الأمراض وانتشار الشائعات ضد القضايا الصحية؛
6. تسرب الكفاءات الطبية والصحية إلى خارج النظام الصحي العام والوطني؛
7. ضعف الثقة لدى المواطنين بالخدمات الصحية العامة؛
8. محدودية قدرة السكان على الوصول إلى المرافق الصحية؛
9. التعقيدات المتنامية من المنظمات في تنفيذ بعض أنشطة الرعاية الصحية الأولية؛
10. احتمال توقف تمويلات المانحين أو نقصها، مما قد يؤثر في الوقت الراهن على تقديم خدمات برامج الرعاية الصحية الأولية؛
11. استمرار المرافق العاملة في الاعتماد كلياً على المولدات الكهربائية والتي تحتاج إلى صيانة دورية وتوقفها عن العمل لفترات للمحافظة عليها، وهذا يستهلك العمر الافتراضي للمولدات؛
12. عدم الحصول على المشتقات النفطية بسهولة وارتفاع تكلفتها؛
13. ضعف استجابة المنظمات للأولويات الوطنية، واهتمامها ببرامج وقائية لا تخدم تطوير النظام الصحي في مجال استمرارية الرعاية الصحية، واستدامة خدماتها، وفق حزمة خدمات أساسية تلبي الاحتياج، خاصة في الأرياف والمناطق التي يصعب الوصول إليها؛

جدول رقم (3) يوضح خلاصة مسح وتحليل حالة المراكز والوحدات الصحية 2019م

دعم المنظمات		الخدمات الصحية		الكوادر العاملة		الحالة التشغيلية			الحالة الإنشائية			نوع المبنى		عدد المراكز والوحدات	المحافظة
المرافق غير المدعومة	المرافق المدعومة	معدل تقديم الخدمات الصحية	معدل تقديم الخدمات الصحية	معدل عدم توفر الكوادر	معدل توفر الكوادر	لا يعمل	يعمل بشكل جزئي	يعمل	مدمر كلي	مدمر جزئي	سليم	مؤقت	ثابت		
27.76%	72.24%	40.62%	59.38%	56.21%	43.79%	12	269	0	3	43	235	85	196	281	إب
5.26%	94.74%	19.80%	80.20%	70.77%	170.77%	0	54	3	0	12	45	1	56	57	أمانة العاصمة
86.84%	13.16%	55.97%	44.03%	60.12%	39.88%	18	96	0	5	27	82	10	104	114	البيضاء
26.67%	73.33%	46.28%	53.72%	30.38%	69.62%	17	71	2	2	12	76	35	55	90	الجوف
21.29%	78.71%	33.73%	66.27%	15.41%	84.59%	6	393	5	14	17	368	119	285	404	الحديدة
56.60%	43.40%	46.75%	53.25%	57.61%	42.39%	7	46	0	2	1	50	11	42	53	الضالع
44.32%	55.68%	35.84%	64.16%	49.08%	50.92%	2	183	0	7	18	160	87	98	185	المحويت
59.47%	40.53%	43.22%	56.78%	47.24%	52.76%	8	219	0	7	33	187	28	199	227	تعز
25.56%	74.44%	29.93%	70.07%	12.69%	87.31%	6	238	22	1	22	243	31	235	266	حجة
31.16%	68.84%	36.69%	63.31%	34.00%	66.00%	2	213	0	3	55	157	62	153	215	ذمار
50.77%	49.23%	42.09%	57.91%	36.05%	63.95%	3	126	1	2	26	102	53	77	130	ريمة
23.75%	76.25%	40.21%	59.79%	39.03%	60.97%	24	134	2	17	25	117	44	115	160	صعدة
14.70%	85.30%	34.93%	65.07%	50.09%	49.91%	5	273	1	2	22	255	39	240	279	صنعاء
21.86%	78.14%	32.77%	67.23%	44.79%	55.21%	9	270	0	1	6	272	32	247	279	عمران
36.36%	63.64%	52.80%	47.20%	50.00%	50.00%	0	11	0	0	0	7	3	6	11	مأرب
35.49%	64.51%	39.44%	60.56%	34.13%	65.87%	119	2596	36	66	319	2356	640	2108	2751	الإجمالي

المصدر: وحدة الدعم الفني، قطاع الرعاية الصحية الأولية، قاعدة البيانات 2019م.

# تحليل الأثر واختيار الإستراتيجية الملائمة

## تحليل الأثر واختيار الإستراتيجية الملائمة

من خلال المراجعة المتعمّقة للمؤشّرات الصحيّة استناداً إلى الرؤية الوطنيّة لبناء الدولة اليمنيّة الحديثة، والإستراتيجية الصحيّة الوطنيّة، تم وضع البدائل الإستراتيجية، وفق عملية التقويم بالاعتماد على مجموعة من المعايير الكمية والنوعية مع التأكّد من توافق البديل الاستراتيجي الذي تم اختياره مع عناصر البيئة الخارجية، والبيئة الداخلية، ومع أهداف الوزارة، وهيكلها التنظيمي، وأنماطها القيادية. كذلك تم العمل على ضمان الانتفاع، والمقبوليّة، والتطابق، وتوافر ميزة تنافسية فيما يخص الجهات غير الحكوميّة.

وفي سبيل تحقيق تكامل إستراتيجية الرعاية الصحية الأولية مع إستراتيجية الوزارة فقد تم استخدام نموذج التطابق الاستراتيجي، الذي يقوم بتحقيق التطابق أو التكامل أو التوافق التام بين الإستراتيجية العامة للوزارة والرؤية الوطنية لبناء الدولة اليمنية الحديثة، من حيث الرسالة، والغايات، والأهداف، إلخ، وما يفرضه ذلك من التنسيق التام، والتوافق والتكامل وتجنب التضارب والاختلاف.

وبما أن الأهداف الإستراتيجية هي المحددة لمسارات الحركة والعمل لبلوغ الغايات المعلنة فقد تمت ترجمة الأهداف الإستراتيجية، وتفكيكها إلى أهداف تفصيلية في صورة برامج ومشروعات تنفذها، تُجمع معاً في خطط تفصيلية تنفيذية تبين للإدارات المعنية في الوزارة ما الذي سوف يقومون به من مهام وأنشطة في المدى الزمني. وتتضمن هذه المرحلة القيام بالخطوات الآتية:

## الأهداف التفصيلية والإجرائية للأهداف الإستراتيجية

لنقل الأهداف الإستراتيجية من مستوى العموم إلى مستوى التطبيق والتنفيذ، فقد تم فصل كل هدف استراتيجي إلى مجموعة من الأهداف الفرعية أو الإجرائية. والأهداف الفرعية هي أهداف إجرائية صيغت بطريقة قابلة للتنفيذ، تنقل الأهداف الإستراتيجية من مستوى أكثر عمومية إلى مستوى أكثر تخصيصاً وتحديداً، كي تُنقذ في الآمد الزمنية القصيرة والمتوسطة والبعيدة المدى، ويشترك في تنفيذها العديد من الأشخاص في المستويات التنظيمية الأعلى والمتوسطة والأدنى في الوزارة، وذلك عن طريق البرامج والمشروعات الخاصة بكل هدف إجرائي أو فرعي.

وعند صياغة الأهداف التفصيلية تم وضع أولويات التغيير وتحديد المجالات التي سيتم فيها التغيير و التحسين، من خلال مقارنة الأوضاع القائمة حالياً بالأوضاع المرغوبة مستقبلاً، بقصد اكتشاف الثغرات والمشكلات التي قد تعترض التنفيذ، كما تم استثمار قدر كبير من الوقت والجهد لضمان تماشي الأهداف التفصيلية مع الأهداف الإستراتيجية، حتى تكون الأهداف الفرعية قابلة للقياس ومتجانسة ومعقولة، وتلبّ

متطلّبات التحديات القائمة، مع تحديد إطار زمني مناسب، وغير ذلك من الإجراءات التي تتضمنها مصفوفة الخطط التفصيلية التنفيذية، أو السياسات والإجراءات.

## منهجية إعداد الإستراتيجية

- القراءة المكتبيّة للوثائق المتاحة، والدراسات الوطنيّة والإقليميّة والدولية حول الرعاية الصحيّة الأوليّة؛
  - نصوص القوانين اليمنيّة ذات العلاقة بالرعاية الصحيّة عموماً، والأوليّة منها خصوصاً.
  - الإستراتيجية الصحية الوطنية؛
  - الإستراتيجية الوطنية للتخفيف من الفقر؛
  - التخطيط الاستراتيجي لنظم الائمة والبيانات والمعلومات؛
  - مراجع أخرى.
- وللتأكد من عمق وشمولية التحليل تم الوقوف على مواطن الضعف والقوة في النظام الصحي، من حيث:
- آليّة تقديم التدخّلات المعيارية، وفق محاور التغطية الصحيّة الشاملة، والمتعلّقة بالسكّان، وحزمة الخدمات الأساسيّة، والكلفة البرامجيّة للتنفيذ، مع أخذ المؤشّرات الاجتماعيّة – الاقتصاديّة في الاعتبار؛
  - الاطلاع على الوضع الصحي ومؤشّرات الأداء فيه؛
- دراسة التحديات والعوائق التي تواجه الرعاية الصحيّة الأوليّة، خاصّة في الأرياف؛
- دراسة نتائج الحسابات الصحيّة الوطنيّة.
- مبدأ المشاركة: تم وضع خطة العمل بالتشاور مع أصحاب المصلحة في مرحلة إعدادها؛ بهدف التوافق على التحليلات التي أجريت بحسب الأولويات. ومن ثمّ ممّت مناقشة الخطة مع الجهات ذات العلاقة.
- وفي ضوء تحليل واقع البيئتين الداخليّة والخارجيّة تم اختيار أخطر التهديدات أو التحديات الحرجة في البيئة الخارجية للوزارة، وكذلك الفرص المواتية، ثم تحديد أخطر نقاط الضعف، وأقوى نقاط القوة في البيئة الداخلية، ووضعها ممّا في جدول، مع نسب تبين مدى تأثير كل منها،
- وبعد تحديد عناصر القوة والضعف الداخلية، وتحديد الفرص والتهديدات الخارجية، تم مقابلة تلك التحديات بالفرص، ونقاط القوة بالضعف باستخدام مصفوفة التحليل الرباعي (SWOT).
- وبما أن التحديات الإستراتيجية (مخاطر، ونقاط ضعف) هي التي تحدد الفجوة بين الواقع الحالي، والواقع المأمول، وهي التي تقرر بلوغ المستقبل، وتحدد محاور العمل الاستراتيجي للتوجه المستقبلي للوزارة، فقد تمّ تقصي أبعاد تأثيراتها في الآجال الزمنية القصيرة والمتوسطة والبعيدة المدى.

# القضايا الحرجة، والتدخلات ذات الأولوية

## التحديات العامة التي تواجه القطاع

1. استمرار العدوان الغاشم والحصار الشديد وتأثيراتها المباشرة وغير المباشرة على القطاع الصحي السابقة والحالية والمستقبلية؛
2. اتساع دائرة الفقر بين السكان نتيجة العدوان والحصار مسبباً انتشار واسع لحالات سوء التغذية والأمراض المختلفة مما أدى إلى زيادة في الطلب على خدمات الرعاية الصحية الأولية؛
3. زيادة العبء المرضي بسبب عدم قدرة المواطن على توفير الحد الأدنى من الاحتياجات الأساسية في ظل انقطاع الرواتب، مما يجعل المواطن الحجم عن البحث عن الخدمات الصحية مقابل توفير القوت اليومي لأسرته وأطفاله؛
4. أثار العدوان والحصار على القطاعات الأخرى مثل الزراعة والمياه والصرف الصحي والطرق والكهرباء والاقتصاد والبيئة والنتائج السلبية المترتبة على القطاع الصحي في الوقت الماضي والحاضر والمستقبلي؛
5. التشتت السكاني الذي يقدر بما لا يقل عن 140,000 تجمع سكاني، وصعوبة الوصول للخدمات الصحية، كما أن العديد من العزل تفتقر الى مراكز صحية؛
6. خروج عدد كبير من المرافق الصحية عن الخدمة بسبب العدوان والحصار وانقطاع الرواتب وضعف البنية التحتية وتوافر الأدوية والتجهيزات والمستلزمات الصحية مما سبب انخفاضاً في مستوى التغطية الروتينية السنوية، والذي ساهم في ظهور أمراض كانت قد اختفت كالدفتيريا والسعال الديكي؛
7. انخفاض مستوى تعزيز الصحة والوعي الصحي والتغذوي المرتبطة بالرعاية الصحية الأولية لدى معظم أفراد المجتمع، يفاقم ذلك ارتفاع مستوى الأمية بين السكان؛
8. تزايد الطلب على الخدمات الصحية مع عدم التوسع في المرافق الصحية مقارنة بالاحتياج السكاني المتزايد؛
9. استمرار العبء المرضي المزدوج للأمراض المزمنة والمعدية، وانتشار الأوبئة، مما أدى إلى تحمل المواطنين أعباء إضافية سببت اتساع دائرة الفقر؛
10. نقص الكادر الصحي في المرافق الصحية، فضلاً عن تسريه أو التكسب الناتج عن سوء التوزيع؛
11. ضعف التنسيق القطاعي مع الجهات الأخرى ذات العلاقة، مثل التعليم، والمياه، والصرف الصحي، والأشغال، والإعلام، الإرشاد، والسلطة المحلية الخ؛
12. ظهور فاشيات وبائية مثلَ عبئاً إضافياً على النظام الصحي عموماً؛
13. تحديات نظام فاعل للإشراف ولقياس الأداء والمتابعة والتقييم.

# الرؤية والتوجّهات الإستراتيجية

## موجّهات الإستراتيجية

### الرؤية

إتاحة الخدمات الصحيّة والتغذويّة، بعدالة وكفاءة، بالتركيز على الأرياف

### الرسالة

الإسهام في تعزيز المؤسّسات الصحيّة، من خلال الرعاية المستمرة، والتمكاملة، ذات الجودة المعياريّة، لتخفيف العبء المرضي، وتوفير خدمات نوعية شاملة، وتعزيز التعلّم والبحث العلمي، للاعتماد على الإمكانيات المحليّة، والقدرات الوطنيّة.

### الموجّهات العامة والقيم

- تشمل موجّهات الإستراتيجية، استناداً إلى الهويّة الإيمانيّة والبيمانيّة، الآتي:
1. الإحسان والرحمة ومراعاة كرامة الإنسان والنزاهة واحترام الخصوصية تماشياً مع تعاليم ديننا وهويتنا الإيمانية وثقافتنا اليمينية والنظم والقوانين والسياسات النافذة؛
  2. الصّحة نعمة، ولا بد من حفظها، وعدم تبديلها، امتثالاً لقول الحق تبارك وتعالى: (ومن يبدل نعمة الله من بعد ما جاءته فإنّ الله شديد العقاب)
  3. المصلحة العامة أولاً، قال تعالى (وَيُؤْتِرُونَ عَلَيَّ أَنفُسِهِمْ وَلَوْ كَانَ بِهِمْ خَصَاصَةٌ)، وقال رسول الله (صلوات الله عليه وعلى آله) (خير الناس انفعهم للناس).
  4. التعاون والتنسيق والتكامل القطاعي داخل وخارج الوزارة، قال تعالى (وَتَعَاوَنُوا عَلَى الْبِرِّ وَالتَّقْوَىٰ وَلَا تَعَاوَنُوا عَلَى الْإِثْمِ وَالْعُدْوَانِ)<sup>(4)</sup>. وقال رسول الله (صلوات الله عليه وعلى آله) (يد الله مع الجماعة).
  5. الاعتماد على البراهين العلمية، قال تعالى (قُلْ هَاتُوا بُرْهَانَكُمْ إِن كُنْتُمْ صَادِقِينَ)<sup>(1)</sup> - وقال تعالى (أَقْمِن يَمِثِي مُكِبًّا عَلَىٰ وَجْهِهِ أَهْدَىٰ أَمَّن يَمِثِي سَوِيًّا عَلَىٰ صِرَاطٍ مُّسْتَقِيمٍ).
  6. التحسين المستمر في جودة الخدمات، قال تعالى (إِنَّا لَا نُضِيعُ أَجْرَ مَنْ أَحْسَنَ عَمَلًا)، وقال رسول الله (صلوات الله عليه وعلى آله) (ان الله يحب اذا عمل احدكم عملاً ان يتقنه).
  7. العدل، قال تعالى (أَعْدِلُوا هُوَ أَقْرَبُ لِلتَّقْوَىٰ)
  8. المسؤولية والمساءلة والمحاسبة والشفافية، قال تعالى (وَقِفُوهُمْ إِنَّهُمْ مَسْئُولُونَ)، وقال تعالى (إِنَّ السَّمْعَ وَالْبَصَرَ وَالْفُؤَادَ كُلُّ أُولَئِكَ كَانَ عِنْدَهُ مَسْئُولًا).
  9. مدونة السلوك أخلاقيّات المهنة الطبيّة والصحيّة: التطبيق والتنفيذ على كافة المستويات.

## الأهداف الإستراتيجية

انطلاقاً من الموجّهات العامة للدولة، والأهداف الإستراتيجية للرؤية الوطنية لبناء الدولة اليمنية الحديثة، تتمثل أهم أهداف الإستراتيجية الوطنية لقطاع الرعاية الصحية الأولية فيما يلي:

1. تحديث البناء التنظيمي والهيكل لقطاع الرعاية الصحية الأولية ضمن اللائحة التنظيمية لوزارة الصحة، ووضع الإستراتيجيات البرمجية والخطط التنفيذية التفصيلية وإعداد السياسات واللوائح والضوابط والمهام والاختصاصات وتحديث الأدلة والمعايير؛
2. التوسع في التغطية بخدمات الرعاية الصحية الأولية، وإتاحة الوصول والحصول عليها على مستوى المديرية الصحية بما فيها الخدمات المرتكزة على المجتمع.
3. التقليل من العبء المرضي على الفرد والأسرة والمجتمع على حد سواء، وتحسين نوعية حياة الأفراد عن طريق تقديم خدمات الرعاية الصحية الأولية لجميع الفئات العمرية طوال حياتهم.
4. تعزيز العمل التضامني مع شركاء العمل الصحي في قطاع الرعاية الصحية الأولية وفقاً للموجهات الوطنية وبما يلبي الاحتياجات.
5. المساهمة في رفع مستوى أداء النظام الصحي، وكفاءة العمل والعاملين فيه على مختلف مستوياته، من خلال بناء القدرات، وتغطية العجز من مقدمي خدمات الرعاية الصحية الأولية وتوفير احتياجات تقديم الخدمة، بما يشتمل على الأطر البشريّة في صحة البيئة.
6. تطوير نظم أتمتة الالكتروني لبرامج الرعاية الصحية الأولية، لكافة المستويات المركزية والوسطية والظرفية.
7. تفعيل وتنظيم مشاركة المجتمع في دعم خدمات الرعاية الصحية الأولية والمشاركة في التخطيط لها وتقييمها وتفعيل التنسيق القطاعي، بما في ذلك توفير البدائل التمويليّة الملائمة.
8. تعزيز الصحة وتقوية المناعة من خلال التوعية والتثقيف الصحي والتغذوي لأفراد المجتمع ومقدمي الخدمات بما يحقق صحة المجتمع ورفاهيته الذاتية.
9. تأسيس نظام إحالة فاعل، لتحقيق استمراريّة الخدمات، واستدامتها.
10. توسيع وتحسين خدمات صحة البيئة في كافة محافظات الجمهورية اليمنية.

## الأولويات الإستراتيجية

### أولاً: البناء المؤسسي والحوكمة

إن التحدي الرئيس في هذا الهدف الإستراتيجي يتمثل في تحقيق الترابط بين أدوار ووظائف النظام الصحي بشكل عام وقطاع الرعاية الصحية الأولية بشكل خاص على المستوى المركزي والوسطي والطرقي، والتحديد والتوصيف المناسب للاختصاصات والمهام ضمن بناء مؤسسي وتنظيمي يلبي الاحتياج ويسهل العمل. وهذا يحتم العمل من أجل وجود التناغم بين دور القطاع والتقسيمات الإدارية ذات العلاقة، لذا يجب تطوير هيكل تنظيمي متوازن لقطاع الرعاية الصحية الأولية ضمن الهيكل العام للوزارة ومكاتبها في المحافظات.

### أولويات التدخّلات في البناء المؤسسي

- تحديث وتطوير البناء المؤسسي لقطاع الرعاية الصحية الأولية ضمن الهيكل التنظيمي لوزارة الصحة بما يشمل التوصيف الوظيفي لكل إدارة عامة وتفرعاتها؛
- إعداد وتطوير السياسات والإستراتيجيات البرمجية التفصيلية بما يشمل الخطط التنفيذية التفصيلية؛
- إعداد الأدلة والبروتوكولات الوقائية والعلاجية والفنية بما يضمن تقديم الخدمات الصحية بجودة عالية.
- إطلاق نظام المديرية الصحية، بما يضمن توفير خدمات معيارية في الريف، وتأهيل أطر بشرية ريفية، لتأمين الرعاية الصحية الشاملة، بالتنسيق مع القطاعات ذات العلاقة،

### ثانياً: إتاحة الخدمات الأساسية لجميع السكان

تُعد الرعاية الصحية الأولية المدخل الأساسي لتوفير الصحة للجميع، وهي النهج الذي تعتمده الوزارة كركيزة أساسية لتعزيز النظام الصحي. ويرتكز تقديم الخدمة الصحية على مبدأ الإتاحة، من خلال المنشآت الصحية، أو عن طريق التدخّلات المرتكزة على المجتمع.

ويشمل جانب المنشآت الصحية تقديم خدمة مرفقية المرتكز، على مستوى الوحدات والمراكز الصحية التي من المفترض أن تقدم حزمة أساسية من الخدمات الصحية والتغذوية، والتي تشكل بوابة التدخّلات الوقائية والعلاجية قبل الإحالة الى المستويات الأعلى في النظام الصحي الوطني.

وتصادف المنشآت الصحية عموماً، والوحدات والمراكز الصحية خصوصاً، الكثير من التحدّيات، والتي تفاقمت بسبب العدوان والحصار، حيث تم استهداف العديد منها، حيث لا يشكل العامل منها حالياً أكثر من نصف المرافق، وأصبحت البقية ما بين مدمرة كلياً وجزئياً والبعض منها مغلق.

كما أنّ غياب آلية موحدة لتنظيم مشاركة المجتمع أدى إلى التفاوت في تقدير تكلفة تقديم الخدمات الصحية. وهنا يأتي دور إستراتيجية قطاع الرعاية الصحية الأولية في الاستجابة لهذا التحدي من خلال دعم تطبيق نظام المديرية الصحية، نحو تفعيل أداء جميع منشآت الرعاية الصحية الأولية، بالإضافة إلى المكون المجتمعي في

التدخلات الصحية والتغذوية، ونحو تطبيق نظام المديرية الصحية يعمل قطاع الرعاية الصحية الأولية على الآتي:

### العوامل المؤثرة في صحة الأفراد والمجتمعات

بدءاً من مرحلة الحمل تبدأ رحلة التحديات الكبيرة. إذ يُعد ممارسة أنماط السلوكيات الصحية خطوة نحو اكتساب القوة الدافعة لتحقيق نتائج صحية أفضل. لذلك، فإن النظر في جميع مراحل الحياة أمر بالغ الأهمية لفهم التدخلات المثلى والعلاقات المتبادلة بين المحددات المختلفة للصحة وانعكاسها على دورة الحياة. ولغرض تفعيل نظام المديرية الصحية، يأتي تطوير إطار مفاهيمي يأخذ في الاعتبار نهج دورة الحياة للمجموعات المستهدفة من السكان اليمنيين.

وتُعد التوجهات الإستراتيجية لهذا الإطار، بشكل أساسي، بتأثير العدوان والحصار واستقرار الوضع الاجتماعي - الاقتصادي على المؤشرات الصحية للسكان. حيث تمثل هذه التوجهات البيئة التمكينية للتغيير المطلوب. ومن هنا، يجب فحص آثار الخصائص الاجتماعية على الصحة بغرض المراجعات الهيكلية للنظام الصحي الحالي. وبالتالي، تعتمد السياسات على المحددات المستقلة لتحسين المؤشرات الصحية للفئات المستهدفة. ولتحقيق ذلك، هناك حاجة للحصول على معلومات عن مؤشرات العبء المرضي، والنفقات الصحية، والحسابات الصحية الوطنية من خلال تنفيذ أبحاث اقتصاديات الصحة.

ومن أجل وضع معايير لأفضل الممارسات الصحية فينبغي تطوير السياسات والتوجهات الإستراتيجية كخطوة أولى في الاستجابة لمتطلبات صحة المجتمع. ويأتي تفعيل المديرية الصحية من خلال توفير على الأقل مركز صحي في مركز كل عزلة، كون مركز العزلة يعتبر تجمع سكاني للعديد من القرى لتحسين الصحة في العزلة والقرى المرتبطة بمركزها، بالإضافة إلى تأهيل وإنشاء مرافق صحية بحسب نظام المديرية الصحية وبالتنسيق مع السلطة المحلية.

### الإطار المفاهيمي

في سبيل الوصول إلى تأمين الحق في الصحة فإنّ من الضرورة بمكان العمل على تعميق الترابط بين "المحددات الاجتماعية للصحة"، بما يعكس التكامل بين البرامج المرتبطة بالصحة بصفة عامة، وتقليص الفجوات والحد من التفاوت بين أفراد المجتمع في القضايا الخدمية، والتعليمية، والاقتصادية، والبيئية، وغيرها. وفي هذا السياق يأتي تحقيق العدالة في الوصول إلى الرعاية الصحية كأولوية تهدف إلى تأمين حق أصيل لكل إنسان في أفضل مستوى صحي ممكن. كما أنّ إعادة النظر في توزيع الخدمات الصحية واستخدامها، دون أي تمييز، هو قضية حقوقية بامتياز. ويشكل الفقر تحدياً تعمد المحددات الاجتماعية للصحة إلى الاستجابة له، حيث أنّه يؤثر على قدرة المواطن على الوصول والحصول على الخدمات الصحية. ولذلك، فإن أعمال الحق في الصحة يحتم معالجة المحددات الاجتماعية للصحة على النحو الذي يتجلى في القوانين والترتيبات المؤسسية والممارسات المجتمعية، من أجل أن يتمتع الأفراد، في الواقع العملي، بالصحة المعيارية.

### أولويات التدخلات وفق مؤشرات الوضع الراهن

تؤثر العديد من العوامل الحاسمة في إتاحة الرعاية، وإمكان الوصول إلى المرافق الصحية على مستوى المجتمع. وبالتالي فإن تطبيق نظام متكامل للمديرية الصحية يقدم بعداً اجتماعياً لما هو قائم من تصورات حول التحديات الأكثر حرجاً في المجتمع، وفي مقدمتها بعد المسافة عن المرفق الصحي، وجغرافية المكان المرتبطة

بوعورة الطرق، وارتفاع تكلفة النقل، وضعف نظام الإحالة خاصةً في حالات الطوارئ الخطيرة، إلى جانب الفقر، ونقص الحوافز الاقتصادية والاجتماعية لتقديم الخدمات بانتظام للفقراء، ومحدودية القدرة على تحمل تكاليف الرعاية الصحية، والافتقار إلى الأدوية منخفضة التكلفة، وضعف جودة الخدمات الصحية، وعدم استدامة وتكامل المبادرات المجتمعية.

ونظراً لانتشار الأمراض غير السارية بين السكان في الحضر والريف، وانطلاقاً من اهتمام الإستراتيجية الوطنية للرعاية الصحية الأولية بالأمراض غير السارية، حيث أن الخدمات المقدمة للمرضى من هذه الفئة تتوافر غالباً في الحضر بينما تنعدم في الريف، لذلك يعتمد القطاع تقديم خدمات تخصصية عبر المراكز والوحدات الصحية للمرضى.

وفي ظل الاستجابة للعبء المرضي المزدوج، والمتمثل في ازدياد معدلي حدوث وانتشار الأمراض السارية وغير السارية معاً، تهدف هذه الإستراتيجية إلى الوفاء بالآتي:

1. تنفيذ الإستراتيجيات البرمجية المرتبطة بقطاع الرعاية الصحية الأولية
2. تفعيل المعايير لجميع منشآت الرعاية الصحية الأولية، لتقديم خدمات ذات جودة وجدوى.
3. حشد المناصرة والدعم من صناعات القرار، لتطوير سياسة صحية مرتكزة على المشاركة المجتمعية؛
4. تحقيق العدالة التمويلية، من خلال التوزيع العادل للموارد، وكفاءة استثمارها، وتأمين حق الوصول إلى الخدمات الصحية المعيارية للجميع، وفق معايير الجودة المعتمدة.
5. تعزيز وتنفيذ حزمة تدخّلات الرعاية الصحية والطبية التكاملية والشاملة لخدمات الرعاية الصحية الأولية قائمة على الأدلة، بما في ذلك جودة الرعاية، والرعاية الخاصة للفئات الضعيفة، والخدمات الموجهة خلال ظروف الإغاثة الإنسانية؛
6. رفع مستوى والتوسع في تقديم الخدمات في الوحدات والمراكز، من خلال توافر أطر بشرية مؤهلة، بينها طبيب على الأقل، وتقديم حزمة محدّثة من خدمات الصحة والتغذية، تستجيب للاحتياج الفعلي للسكان؛
7. تطوير برنامج التثقيف الصحي وتعزيز الصحة وأنماط الحياة الصحية؛
8. برامج بناء القدرات في القيادة والإدارة والتفكير الاستراتيجي؛
9. تعزيز الاستجابة للخدمات في حالات الطوارئ، وتقوية عمل مجموعات التنسيق الإنسانية في هذا السياق.

## ثالثاً: التكاملية في أنشطة البرامج الصحية

تركز الإستراتيجية على ثلاثة مكونات رئيسية هي:

### 1. الإشراف التكاملي

أثبتت التجارب أن نظام الإشراف التقليدي لم يكن كافياً في تحقيق النتائج المرجوة، حيث ينحصر تركيزه أكثر على الأفراد واكتشاف أخطائهم بدلاً عن التركيز على الجانب الفني مما يؤدي إلى وقوف العاملين الصحيين في موقف دفاعي أمام نظام الإشراف، ولذلك عملت الوزارة على التغيير إلى نظام الإشراف الفني التكاملي الداعم. يرتكز الإشراف الداعم على أسلوب التوجيه والإرشاد، وتقديم الدعم الفني، والتدريب لمقدمي الخدمات الصحية في أماكن عملهم على كيفية أداء خدماتهم بشكل آمن وذات جودة، وحل المشاكل والصعوبات التي تواجه العاملين الصحيين والأنشطة على حدٍ سواء، وهو عملية تقييم أداء الوظائف الفنية والإدارية تقيماً موضوعياً بغرض تحسينها، كما أن الإشراف الفني التكاملي الداعم يتطلب قدرات فنية تخصصية لإشراف تخصصي دقيق في بعض البرامج من أجل معالجة الثغرات وتحسين الأداء.

✓ وكأولية للتدخل في هذا الجانب يأتي اعتماد آلية مستدامة للمتابعة والتقييم والإشراف الفني الداعم، وفق المؤشرات البرمجية الرئيسية، لتحسن الأداء، وبما يحقق المسؤولية والمساءلة في إدارة خدمات الرعاية الصحية الأولية.

### 2. الإمداد التكاملي

يشتمل على الإمداد بالأدوية والتجهيزات والمستلزمات الطبية واللقاحات ومستلزماتها، ومستلزمات التغذية الوقائية والعلاجية والمغذيات الدقيقة للمصابين بأمراض سوء التغذية، ورعاية الحوامل والمرضعات، والمستلزمات المختلفة كالأثاث الطبي والمطبوعات وغير ذلك. ويستنزف الإمداد عادة نفقات مالية كبيرة، وجهود مضيئة من قبل برامج قطاع الرعاية الصحية الأولية المتعددة، حيث يتم إمداد المحافظات من كل برنامج على حدة مما يسبب هدراً للموارد والجهود والوقت، وهو ما استلزم إعادة النظر في آلياته، ومنها التركيز على التكامل في الإمداد كسياسة وطنية. كما يعد توفير نظام الإمداد اللوجستي أساساً في تحسين الإمداد وترشيد استخدام الدواء ومتابعة حركة الأدوية واللقاحات على كافة المستويات حتى الاستفادة.

بالإضافة إلى ذلك، تعمل الوزارة حالياً على الاستجابة للاحتياج غير الملبي في خدمات الصحة والتغذية، من خلال التركيز على التصنيع المحلي، من خلال التوسع في الصناعات الدوائية الوطنية، والمستلزمات الطبية، وإطلاق برنامج وطني للتصنيع التغذوي بالاعتماد على الإمكانيات المتاحة في البيئة الزراعية اليمينية وتطويرها، وبما يحقق جودة المنتج، واستمرارية إمداده، ويحد من الاعتماد على الدعم الخارجي. ومن شأن هذا التوجه تحسين مؤشرات الصحة، من خلال خفض معدلي المرضة والوفاة بين الأطفال، ونسبة وفيات الأمهات، ضمن أولويات تدخلات قطاع الرعاية الصحية الأولية.

✓ وكأولية للتدخل في هذا الجانب يأتي تأمين الأدوية والتجهيزات والمستلزمات الطبية، وتحديث القوائم الوطنية للأدوية وتحديد الاحتياج، وتحديد مواصفات التجهيزات الطبية وتوفيرها وصيانتها الدورية في جميع المنشآت الصحية؛

## 3. التدريب التكاملي

قامت وزارة الصحة ممثلة بقطاع الرعاية الصحية الأولية خلال السنوات الماضية بتنفيذ سلسلة من الدورات التدريبية وحلقات العمل، وهناك الكثير من الملاحظات التي ارتبطت بتنفيذ تلك التدريبات، ولتجاوز أوجه القصور تهتم هذه الإستراتيجية بالآتي:

1. تشكيل لجنة فنية لإدارة الأنشطة التدريبية للرعاية الصحية الأولية، تحت إشراف وكيل القطاع؛
2. ضرورة وجود قاعدة بيانات لقياس ومتابعة كافة مؤشرات ونتائج التدريب، من أجل تقييم جميع ما يرتبط بالمدخلات والعمليات والمخرجات، وربطها بالنتائج والأثر؛
3. وضع آلية التنسيق والتكامل بين الدورات التدريبية، مع مراعاة الخصوصية التعليمية لبعض البرامج، وفق تقدير اللجنة الفنية على مستوى قطاع الرعاية الصحية الأولية؛
4. إجراء تقييم الأثر بصورة إلزامية، ولجميع الدورات التدريبية؛
5. مراجعة المناهج التدريبية بصورة سنوية مع جميع البرامج الفنية ذات العلاقة؛
6. مراجعة آليات التدريب قبل الخدمة بما يشمل الإطار المهني والكفاءات الأساسية، ووضع سياسة وطنية للتأهيل، تشتمل على التعليم المستمر، مُعتمدة من قبل وزارة الصحة، وفق معايير محدّدة؛
7. بناء ورفع كفاءة وقدرات الأطر البشرية الصحية فنياً وإدارياً في مرافق الرعاية الصحية الأولية على الإسعاف والطوارئ، ضمن برنامج تدريبي متكامل بما يشمل:
  - الدورات التدريبية الأساسية والتنشيطية لحزمة خدمات الرعاية الصحية الأولية في الوحدات الصحية لمساعدى الأطباء والتمريض والقبالة والخدمات المساعدة،
  - الدورات التدريبية الأساسية والتنشيطية لحزمة خدمات الرعاية الصحية الأولية في المراكز الصحية للأطباء والكادر التمريضي والقبالات والخدمات المساعدة، بما يشمل المختبرات الأساسية (فحوصات الدم العام، وظائف الكلى والكبد، مستوى السكر والدهون، وتحليل البراز والبول (زلال البول يعكس مشاكل السكر والضغط والكلى)، وخدمات الأشعة الأساسية وصحة الاسنان والصيدلة
  - الدورات التدريبية في الإنعاش القلبي الرئوي الأساسي والمتقدم، والإسعافات الأولية والجراحات البسيطة
8. وضع مصفوفة المتابعة والتقييم للتدريب، بما في ذلك مستوى التكامل، وفق معياري الكفاءة والفاعلية، وتحت إشراف الفريق الفني المعني.

## 4. رابعاً: نظام الإحالة

تعاني المستشفيات على اختلاف مستوياتها من الازدحام الشديد بالمرتبدين، في ظلّ انخفاض معدّل التردّد على الوحدات والمراكز الصحية، نظراً للقصور في أعداد أطباء عاملين فيها، وشحة في الأدوية والمستلزمات للاستجابة لاحتياجات المواطنين الواقعين في زمامها. ونتيجة عدم تفعيل نظام الإحالة بالصورة المعيارية تهتم هذه الإستراتيجية بوضع توجّهات نظام الإحالة، بدءاً بالمجتمع ومنشآت الرعاية الصحية الأولية، والمتمثلة في المراكز والوحدات وعبر برنامج العامل الصحي المجتمعي والقبالات ومتطوعي المجتمع، من خلال تأسيس نظام للإحالة بين كافة مستويات النظام الصحي.

إن نظام الإحالة سيكون له مردود إيجابي على عدة مستويات، وفق الآتي:

1. مردود اقتصادي على المواطن الذي يتجشم عناء السفر وكلفة التنقلات من مكان إقامته إلى مناطق بعيدة، بحثاً عن الخدمة الصحية؛
2. مردود اقتصادي على الدولة من تخفيف الضغط على النظام الصحي، والحد من استهلاك المشتقات النفطية لغرض طلب الخدمة الصحية؛
3. تخفيف العبء على المستشفيات المرجعية، وتمكينها من القيام بعملها الأساسي في تقديم الخدمات الثالثية المتخصصة؛
4. تحقيق الكفاءة المالية والإدارية المثلى في كافة مرافق النظام الصحي؛
5. تأمين التغذية الراجعة عبر مستويات النظام الصحي، وتوثيق ملف الأسرة الصحي، بما يخدم استمرارية الرعاية، وجودة تدخّلاتها؛
6. تحقق رضا المستفيدين من خدمات نظام الإحالة.

وفي هذا السياق يعتمد تأسيس نظام الإحالة الفاعل على تصميم آليات لاستدامة الخدمات الصحية، واستمرارية الرعاية، وفق تدرّج مرحلي في الإحالة، وتوسيع نطاق التدخّلات الوقائية، والتشخيصية، والعلاجية، بدءاً من المجتمع ومنشآت الرعاية الأولية، ووصولاً إلى الرعاية الثانوية والثالثية. ولتحقيق ذلك فلا بد من العمل على:

- تطوير وتفعيل نظام فعال لإحالة المرضى بين مرافق الرعاية الصحية الأولية والمستويات العليا وتطوير نظام النقل الإسعافي، عبر مختلف مستويات النظام الصحي، في إطار نظام المديرية الصحية؛
- العمل على تنمية موارد إضافية للمجتمع المحلي، نحو تقديم الخدمات الأساسية، وحصص الإحالة بقائمة تدخّلات ثانوية وثالثية، ضمن اشتراطات الجودة القياسية المعتمدة؛
- اعتماد آليات واضحة للتعامل مع الحالات على مختلف مستويات النظام الصحي، وفق نظام الإحالة؛
- تأهيل وبناء قدرات العاملين الصحيين في مجال إدارة النظام الصحي، وتطبيق حزمة الرعاية الصحية على مستوى المديرية الصحية؛
- تصميم وتشغيل نظام أتمتة شامل ومتكامل لبيانات الإحالة، وفق إستراتيجية خاصة بنظم الأتمتة والبيانات والمعلومات، تحدد فيها مواصفات ومكونات النظام الآلي، مما يسهل قراءة البيانات بشكل سريع، ويساعد أصحاب القرار في التحليل واتخاذ القرارات؛
- اعتماد آليات وأدوات الإحالة والتغذية الراجعة للإحالة؛
- إنشاء/تحديث سجل وطني للأمراض غير السارية، ضمن نظام الإحالة؛
- تعزيز الوعي بنظام الإحالة، من خلال التسويق لمنشآت الرعاية الصحية الأولية، ورفع جودة خدماتها؛
- تعزيز الثقافة المجتمعية حول مشاركة ومساهمة المجتمع في دعم نظام الإحالة الوطني.

## خامساً: التوجه للمراكز والوحدات الصحية

تُركز الإستراتيجية على تلبية احتياجات الوحدات والمراكز والعاملين بها من أجل رفع الحالة التشغيلية في تلك المرافق الصحية، وذلك من خلال الأولويات التالية:

- 1- إنشاء إدارة ضمن قطاع الرعاية الصحية الأوليّة، تكون معنية بالخدمات الصحية في الوحدات والمراكز الصحية، ومسؤولة عن متابعة كل ما يتعلق بأنشطتها وفق نظام الإحالة؛
- 2- إعداد الخارطة الصحية لوحدات ومراكز الرعاية الصحية الأولية، بما يشمل دراسة تقييم إعداد المراكز الصحية وتوزيعها الجغرافي
- 3- إنشاء نظام معلومات يشتمل على قاعدة بيانات للوحدات والمراكز الصحية تمثل مصدر معلومات عن وضعها الحالي من حيث معرفة الخدمات الصحية المقدمة، والأطر البشريّة، والتجهيزات، والجهات المشاركة في مساندة وتقديم الخدمة، وتطبيق عبر الهاتف للاستجابة لأي تدخلات طارئة؛
- 4- تفعيل العمل في الوحدات والمراكز الصحية المغلقة بتوفير التجهيزات والأطر البشريّة الصحيّة، بما في ذلك وجود طبيب، وحل الصعوبات والتغلب على المعوقات ذات الصلة؛
- 5- العمل على ترميم الوحدات والمراكز المدمرة جزئياً نتيجة العدوان، مع توفير احتياجات التشغيل وبما يضمن عودة تقديم خدمات الرعاية الصحية الأوليّة في تلك المرافق؛
- 6- الوصول الى مركز صحي على الاقل في مركز كل عزلة، يقدم خدمات الرعاية الصحية الأولية المحدثة، وإنشاء مراكز صحية جديدة في المناطق المحرومة؛
- 7- تحديث تدخلات الرعاية الصحية الأولية والتوسع بها، بما يشتمل على حزمة رعاية محدثة، تتضمن الإسعافات الأولية، والجراحات البسيطة والتشخيص، والمعالجة، والإحالة،
- 8- بناء ورفع كفاءة وقدرات الأطر البشريّة الصحيّة فنياً وإدارياً في مرافق الرعاية الصحية الأولية على الإسعاف والطوارئ، ضمن برنامج تدريبي متكامل
- 9- إيجاد مصادر تمويل مستدامة للوحدات والمراكز الصحية بما يؤمن بيئة عمل مناسبة؛
- 10- الاستخدام الأمثل لمشاركة المجتمع بما يحقق تحسين الأداء، وتحفيز العاملين، واستمرار المرافق في تقديم الخدمات للمواطنين، بالتنسيق مع السلطة المحلية والجهات المعنّية بمشاركة المجتمع؛
- 11- تأمين خدمات طبية تخصصية من خلال الاختصاصيين المنتدبين إلى المناطق الريفية، وفقاً لبرنامج عمل مستمر يبدأ مرحلياً بتخصيص أيام محددة في كل شهر؛
- 12- تسهيل حصول السكان الذين يعانون من الأمراض المزمنة في المناطق النائية على الأدوية المخصصة لهم، عبر العاملين الصحيين في المرافق الصحيّة، ومن خلال برنامج العامل الصحي المجتمعي؛
- 13- اعتماد آليّة مستدامة للمتابعة والتقييم والإشراف الفني الداعم، وفق المؤشرات البرامجيّة الرئيسيّة، لتحسن الأداء، وبما يحقق المسؤولية والمساءلة في إدارة خدمات الرعاية الصحيّة الأولية.
- 14- تطبيق معايير جودة خدمات الرعاية الصحية الوليّة
- 15- تطوير نظام فعال لإحالة المرضى بين مرافق الرعاية الصحية الأولية والمستويات العليا وتطوير نظام النقل الإسعافي، عبر مختلف مستويات النظام الصحي؛

## التدخلات البرامجية

## التدخل الأول: صحة الأم والمولود وصحة الطفل

يعد اليمن أحد الدول العشر التي تسجل أعلى معدلات في وفيات الأطفال والرضع وكذلك نسبة وفيات الأمهات في منطقة الشرق الاوسط وشمال أفريقيا. وقدّر المسح الصحي الوطني الديموغرافي لعام 2013 في اليمن معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة بأنه 53 بينما قدر معدل وفيات المواليد بأنه 26 طفل لكل 1000 ولادة حية. وقد قدر المسح الصحي الوطني الديموغرافي لعام 2013 في اليمن أن نسبة وفيات الأمهات وصلت إلى 148 لكل 100,000 ولادة حية.

ولا شك أن الأوضاع الحالية التي يعيشها اليمن منذ بدء العدوان في 26 مارس 2015م حتى الآن، والتي اعتبرتها المنظمات الدولية أكبر أزمة إنسانية في العالم، أدت إلى تفاقم المراضة، وضعف القدرة على تنفيذ الأنشطة الصحية، مع محدودية التغطية بالتدخلات الأساسية، في ظل الصعوبات الجغرافية والاجتماعية والاقتصادية والديموغرافية، والحصار المفروض على اليمن، وانتشار الأوبئة المختلفة (الكوليرا، الدفتيريا، الملاريا، حمى الضنك، التهابات التنفسية، إلخ). ففي عام 2015م، قدرت الأمم المتحدة أن نسبة وفيات الأمهات في اليمن بلغت 385 امرأة لكل 100000 ولادة حية (منظمة الصحة العالمية 2015، اتجاهات وفيات الأمهات: 1990 إلى 2015: تقديرات UN MMEIG 2015). وكانت التقديرات الخاصة بمعدلات وفيات الأطفال دون سن الخامسة ومعدلي وفاة الرضع وحديثي الولادة في اليمن لعام 2015 التي وضعتها اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات لتقدير وفيات الأطفال (UN IGME) 55 و42 و27 لكل ألف مولود حي على التوالي (تقرير اليونيسف 2015، مستويات واتجاهات وفيات الأطفال - 2015) وهي التقديرات التي توافق نتائج المسح الصحي الوطني لعام 2013م.

وتسعى وزارة الصحة إلى خفض نسبة وفيات الأمهات إلى أقل من 70 حالة لكل 100000 ولادة حية، وإلى تخفيض معدل وفيات المواليد إلى ما لا يزيد عن 12 لكل 1000 ولادة حية، وهو ما يمثل هدفاً استراتيجياً ضمن توجهات وزارة الصحة بنهاية العام 2030م.

وهنا يأتي العمل على التوسع في تقديم الخدمات الأساسية للأم والمولود والطفل، ومنها الطوارئ التوليدية والوليدية الأساسية والشاملة، لتشمل 85% من المستشفيات على الأقل، وتعميم برنامج "القبالة لكل قرية"، وتأسيس برنامج قوي لترصد وفيات الأمهات والمواليد وتشوهات الأجنة والولادات القيصرية، والاستفادة من برنامج القسائم الصحية لولادة مأمونة بحسب ضوابط وزارة الصحة، كنواة للتأمين الصحي الاجتماعي، وتحسين الوضع التغذوي للأمهات والمرضعات، من خلال التوعية والتثقيف الصحي والتغذوي، وتوفير المكملات التغذوية لجميع الحوامل والمرضعات بما يشمل إتاحة الحديد وال فوليك أسيد لجميع النساء في سن الإنجاب.

كما يحتاج اليمن إلى إعادة تفعيل الجهود وتطوير استراتيجيات مبتكرة وثابتة تتلاءم مع الوضع السائد للحد من وفيات الأمهات والأطفال حديثي الولادة التي يمكن الوقاية منها. ويعمل قطاع الرعاية الصحية الأولية على تحقيق المرامي الوطنية، بخفض وفيات حديثي الولادة والأمهات بمقدار 4.5 في المائة و4.9 في المائة على التوالي سنوياً، انسجاماً مع توجهات الرؤية الوطنية لبناء الدولة اليمنية الحديثة 2030م.

ويدرك قطاع الرعاية الصحية الأولية أهمية تدخلات صحة الأم والمولود وصحة الطفل كتوجه وطني، ترجمته مضامين محور الصحة في الرؤية الوطنية، حيث تم تخصيص سبعة أهداف إستراتيجية للمحور، نحو تحقيق مؤشرات ذات قيمة محددة في الخدمات الصحية وجودتها للمواطن اليمني. وفي إطار هذا التوجه قامت وزارة الصحة، بتنفيذ حلقة عمل وطنية لصحة الأم والمولود في شهر فبراير 2020م والتي خرجت بـ 28 توصية تم

اعتمادها من قبل الشركاء، لتكون خارطة طريق تهدف الى خفض المراضة والوفيات بين الأمهات والأطفال حديثي الولادة من خلال حزمة من خدمات صحة الأم والمولود والطوارئ التوليدية والوليدية الأساسية والشاملة. كما أنّ تأسيس البرنامج الوطني للقبالة سيكون له تأثير إيجابي في توفير القابلات على المستوى الوطني في إطار رؤية الوزارة القبالة لكل قرية وبالتركيز على المناطق الريفية التي يقطنها ما يزيد على ثلثي سكان المجتمع اليمني، جلهم من النساء والأطفال.

جدول 1: المؤشرات الديموغرافية المختارة

القيمة	المؤشر
7,417,679	العدد المقدر للنساء في سن الإنجاب (15- 49) 2022م
1,096,683	إجمالي عدد السكان دون العام (2022)
191	العدد المقدر للولادات بالألف [2019]
66%	النسبة المئوية للسكان في المناطق الريفية [2011] <sup>1</sup>
39%	تغطية تسجيل المواليد [2006] <sup>1</sup>

المصدر: إسقاطات الجهاز المركزي للإحصاء 2025-2020

### الأولويات البرمجية لصحة الأم والمولود وصحة الطفل

تركز الإستراتيجية على الحد من وفيات ومراضة الأمهات والأطفال وفقاً لأولويات الإستراتيجية الوطنية لصحة الأم وحديثي الولادة والإستراتيجية الوطنية لصحة الطفل، من خلال الأولويات التالية:

- وقف العدوان والحصار ودفع الرواتب وتحمل المجتمع الدولي مسؤولية ذلك، وتمكين اليمن من موارده للاستفادة منها في تعزيز تقديم الخدمات الصحية للأمهات وحديثي الولادة والأطفال وتوفير الاحتياجات الأساسية من الأدوية والتجهيزات والمستلزمات الطبية؛
- العمل على تعزيز مظلة داعمة من التشريعات والقوانين والسياسات التي تضمن تمتع الأمهات وحديثي الولادة والأطفال بالحقوق في الصحة؛
- التأكد من توافر حزمة متكاملة من خدمات صحة الأمهات وحديثي الولادة وصحة الطفل والفتية، والطوارئ التوليدية والوليدية الأساسية والشاملة، على كافة مستويات النظام الصحي؛
- الارتقاء بكفاءة الأطر البشرية الصحية وتحقيق كثافة وتوزيع ملائمين؛
- تطوير نظم اتمتة بيانات الخدمات الصحية والطبية والإمداد اللوجستي مع الاستخدام الأمثل لنتائج تحليلها والاستفادة من المعلومات في اتخاذ القرار؛
- رفع الوعي المجتمعي الصحي بقضايا صحة الأمهات وحديثي الولادة والأطفال والفتية من خلال تعزيز دور القطاعات الحكومية ومنظمات المجتمع المدني وممثلي المجتمعات المحلية؛
- تحقيق التكامل بين القطاعات ذات الصلة داخل الوزارة وخارجها، من أجل تحسين صحة الأمهات وحديثي الولادة والأطفال من خلال الشراكة والتنسيق والتعاون المستمر، وتحمل المسؤوليات في توالي المهام المناطة بالقطاعات المختلفة؛

- تعزيز الجانب التدريبي للقابلات في مجال تقديم حزمة خدمات صحة الأم والمولود والأطفال مما يسهم في تحسين تقديم الخدمة بالشكل الجيد وتوفير القابلات على مستوى كل قرية بما يشمل القطاع العام والخاص؛
- توفير الحوافز لمقدمي خدمات صحة الأم والمولود والطوارئ التوليدية والوليدية وصحة الطفل على جميع المستويات؛
- توفير الأدوية والتجهيزات والمستلزمات لخدمات صحة الأم والمولود والطوارئ التوليدية والوليدية الأساسية والشاملة وصحة الطفل، بما يشمل الحاضنات وأجهزة التنفس الصناعي، بحسب القوائم والمواصفات المعتمدة من قبل الوزارة؛
- التدريب على الإجراءات التمريضية في أقسام الحضانات؛
- التوسع في تطبيق نظام القسائم الصحية للأم والمولود والطوارئ التوليدية والوليدية بحسب ضوابط وزارة الصحة والموجهات الوطنية، ضمن تغطية مرحليّة تشمل المديرية الأكثر احتياجاً، نحو تطبيق نظام تأمين صحي اجتماعي شامل، وتبني مبادرة "الزكاة المجتمعية" لتحقيق استمرارية الرعاية من المنزل إلى مرافق الرعاية الصحية الأولية والثانوية والإحالة؛
- تعزيز الإشراف الفني التخصصي الداعم على كافة المستويات؛
- تنفيذ مشروع البرنامج الوطني للقبالة بما يشمل رؤية القبالة لكل قرية، استجابة لأولويات الوزارة في بناء قدرات القابلات من المناطق الأكثر احتياجاً، والتي تفتقر إلى خدمات صحة الأم والمولود، بما يلي الاستهدافين الديموغرافي والجغرافي؛
- تعزيز والتوسع في برنامج الرعاية التكاملية لصحة الطفل؛
- تطوير الشراكة مع المعهد العالي للعلوم الصحية وفروعه والإدارة العامة لتنمية الموارد البشرية والمعاهد والكليات ذات الصلة بتأهيل كوادر التمريض والقبالة؛
- تطوير آليات العمل الصحي المبني على المجتمع، بما يتكامل مع خدمات المرافق الثابتة، مع تحديث التخطيط التفصيلي لمواقع زمام كل مرفق صحي، وتفعيل العيادات المتنقلة من خلال تقديم مسوّدة لمأسسة المبادرات المجتمعية، وبما يشمل على تعزيز عيادات القبالة ضمن النظام الصحي الوطني؛
- تطوير برامج الاكتشاف والتدخل المبكر للأمراض:
  - الفحص قبل الزواج
  - الفحص المبكر للأطفال حديثي الولادة
  - برنامج الاكتشاف والتدخل المبكر للإعاقة
  - الكشف المبكر عن سرطان الثدي وسرطان الرحم
  - تطوير برنامج مكافحة السرطان
- تنفيذ الإستراتيجيات ذات العلاقة بصحة الأم والمولود (الإستراتيجية الوطنية لصحة الأم وحديثي الولادة والإستراتيجية الوطنية للقبالة) من خلال الإدارة العامة لصحة الأم والمولود.
- تنفيذ الإستراتيجية الوطنية لصحة الطفل والفتية من خلال الإدارة العامة لصحة الطفل.

## التدخل الثاني: التحصين وتعزيز المناعة والوقاية من الأمراض

لقد وهب الله للإنسان في جسمه العديد من الأجهزة الحيويّة في فائدتها، والحساسة في أدائها، ومن هذه الأجهزة الجهاز المناعي، الذي يُكسب الجسم حصانته ضد الأمراض، مع تفاوت تفرضه عوامل بيولوجيّة ومورثيّة وبيئيّة وغيرها، ويحتاج لتأمين تلك الحصانة تعزيز المناعة في مسيرة الألف يوم من فترة قبل الحمل مروراً بفترة الحمل والولادة وما بعد الولادة وخلال حولين كاملين حتى بلوغ الخمس سنوات من العمر، كما ان مناعة الأطفال ضد الأمراض تأتي من خلال تعزيز الصحة، السلوكيات والعادات التغذوية الصحية السليمة، التربية الصحية المرتبطة بصحة أطفالنا؛ المعلومات الصحية الصحيحة / الأكل المناسب والمغذي والمفيد، كما يمكن تغيير الكثير فيما يخص صحتنا عندما نعود الى السلوكيات الصحية الصحيحة من بداية الحمل إن لم نقل من قبل الحمل، مروراً بالرضاعة الطبيعية المطلقة، والتغذية التكميلية والإضافية بعد سن 6 اشهر والاهتمام بعد ذلك بالأكلات الغذائية السليمة والمغذية والتي تقوي المناعة بما يشمل الفواكه والخضروات والاعسل وتجنب الوجبات التي تضعف الجهاز المناعي، كما أن الاهتمام بوجبات الصبوح وشرب الماء الكافي والنوم المبكر والكافي للأطفال وكذا الاهتمام بالنظافة الشخصية وغسل اليدين يعزز المناعة ضد الأمراض. كما أن إتاحة أخذ اللقاحات المضادة لأمراض الطفولة القاتلة تعد احدى الوسائل التي تقوي المناعة ضد الأمراض، وخضوعها للمأمونية والسلامة والرقابة والمتابعة والفحص من قبل وزارة الصحة.

وبهذا، يقتضي تحقيق أهداف الرؤية الوطنيّة لبناء الدولة اليمنيّة الحديثة، الاهتمام بالتغطية الصحية الشاملة والتي يعتبر التحصين من مكوناتها المهمة، حيث تشير كثير من المراجع الصحية بأن الاستثمار في وقاية المجتمعات من الأمراض يعود بمنافع اقتصاديّة كبيرة، مقارنة بما تنفقه الدول من كلف صحية باهظة في الجانب العلاجي للمصابين بأمراض يمكن الوقاية منها بالتحصين.

وبالنظر إلى الوضع الراهن، تعاني خدمات التحصين من تحدّيات مختلفة تتمثل في الآتي:

1. عزوف المواطنين عن اخذ اللقاحات؛
2. تأثير العدوان والحصار على الخدمات الصحية بما في ذلك التغطية بالتحصين؛
3. عودة ظهور بعض الأمراض التي يمكن الوقاية منها بتعزيز المناعة واللقاحات،
4. صعوبة الإمداد المنتظم باللقاحات للمرافق الصحية بسبب عدم توافر سلسلة تبريد لا تنقطع عنها مصادر الطاقة سواءً كانت الكهربائيّة أو الغاز أو الطاقة الشمسية؛
5. صعوبة وصول المستفيدين من خدمات التحصين إلى المراكز والوحدات الصحية بسبب الوضع الاقتصادي الحرج نتيجة للعدوان والحصار المستمرين وقطع الرواتب والحرب الاقتصادية على اليمن، وعدم قدرة الناس على مواجهة متطلبات الحياة اليومية وتكاليف الانتقال من أماكن سكنهم إلى أقرب مرفق صحي؛
6. التشتت السكاني الذي في المستوى الثالث، وصعوبة وصول العامل الصحي إلى كل تجمع سكاني، مما يستدعي الارتقاء والتوسع في الخدمات الصحية في إطار العزلة الطبية وتوفير مركز صحي على الأقل في مركز العزلة كون مركز العزلة يعتبر تجمع سكاني يمكن الوصول اليه من قبل جميع المواطنين؛ كذلك الاستفادة من الخدمات الصحية المبنية على المجتمع لتغطية هذه التجمعات؛

7. الحاجة الملحة لتوافر وسيلة نقل قادرة على نقل العمال الصحيين من المرافق إلى التجمعات السكانية في المستوى الثالث، وهو ما يتطلب وجود بدائل تمويلية منتظمة لتسهيل الوصول إلى هذه التجمعات، ما لم يتم تطوير نظام خدمة مستدام مرتكز على المجتمع، مدعوم بآلية إحالة فاعلة.

### أولويات التدخلات البرمجية للتحصين

تركز الإستراتيجية على رفع التغطية بالتحصين الروتيني الثابت ضمن المفهوم التكاملي، والمستدام للخدمة، وذلك من خلال الأولويات التالية:

- 1- وقف العدوان والحصار ودفع الرواتب وتحمل المجتمع الدولي مسؤولية ذلك، وتمكين اليمن من موارده للاستفادة منها في تعزيز تقديم الخدمات الصحية الرعاية الصحية للحد والسيطرة واستئصال والوقاية من الأمراض وخاصة الأمراض القابلة للتحصين؛
- 2- إتاحة اللقاحات والتحصين في جميع المرافق الصحية وتوفير جميع المستلزمات اللازمة لمأمونية وسلامة اللقاحات، من خلال البرنامج الوطني للتحصين الموسع؛
- 3- تعزيز مناعة الأطفال وبدائل تقوية المناعة من خلال التغذية والسلوكيات الصحية؛
- 4- العمل من خلال نظام معلوماتي ولوجستي إلكتروني على مستوى المستفيد من خدمات التحصين؛
- 5- تفعيل نظام المديرية الصحية في توفير حزمة خدمات الرعاية الصحية الأولية بما يعيد الثقة لدى المواطن بالخدمات الصحية ومنها التحصين؛
- 6- التركيز على نظام المديرية الصحية وتطوير خدمات المرافق الصحية الثابتة والتوسع فيها وتقديمها على مدار الساعة وتوفير متطلبات تقديم الخدمات بما يلبي الاحتياجات، بحيث يتم تسويق أنشطتها للمجتمع، ضمن معايير تعزيز الثقة لدى المواطن وتفعيل مبدى المسؤولية والمساءلة، وبالتنسيق الكامل مع الأنشطة المرتكزة على المجتمع؛
- 7- العمل على تحقيق تغطية بالتحصين في المواقع الثابتة ضمن آلية مستدامة، وتعزيز التدخلات الصحية المرافقة المرتكز، ذات الاستدامة البرمجية؛
- 8- فحص اللقاحات للوصول الى صناعة اللقاحات والأمصال؛

### التدخل الثالث: الأمراض السارية

يشكل العدوان مصدر تهديد حقيقي في زيادة الأمراض السارية وانتشار الأوبئة المختلفة، بما يشمل الاستهداف عبر الحرب البيولوجية وتفشي الجائحات والفاشيات وتلويث الهواء والتربة والمياه؛ وتمثل الأمراض السارية عبئاً مرضياً وهي من الأسباب الرئيسية للمراضة والوفيات في بلادنا. ويشير الجدول التالي إلى حجم هذه الأمراض:

جدول رقم (4) يوضح الأمراض والحالات والوفيات لأهم الأمراض الوبائية في اليمن

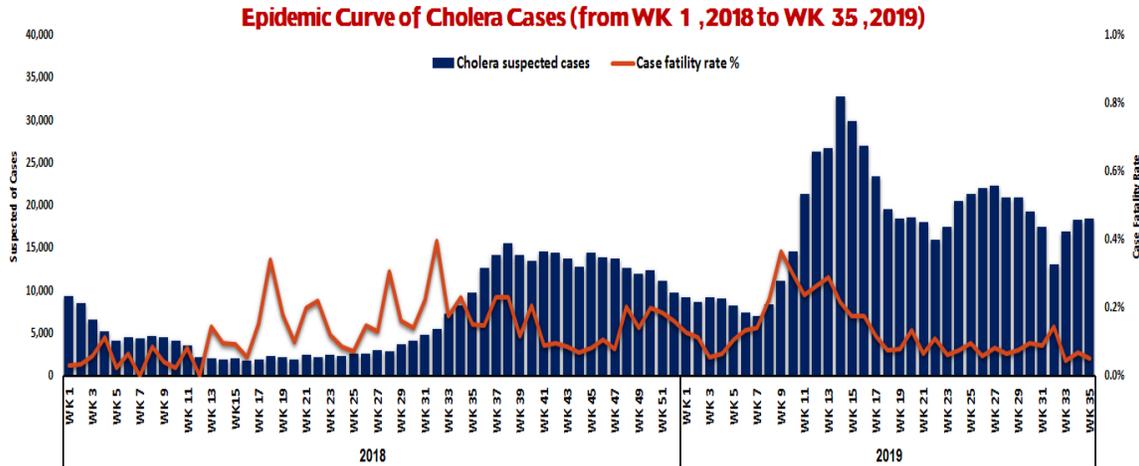
المرض	عدد الحالات	الوفيات	السنة المرجعية	ملاحظات
الكوليرا	1840000	3438	2017م - يونيو 2019م	
الحصبة	24131	231	2018م	
الدفتيريا	2592	33	2018م	
الملاريا	614249	28	2018	
حمى الضنك	28081	29	2018	
الانفلونزا H1N1	779	153	يناير - مايو 2019	316 حالة و 71 وفاة في 2018م
داء الكلب	10000	52	2018م	
اللشمانيا	4763	0	2018م	
السل	9745	-	2018م	

المصدر: الإدارة العامة لمكافحة الأمراض والترصد الوبائي.

وعلى الرغم من توطن معظم هذه الأمراض السارية في اليمن فإنها تظهر من وقت لآخر على شكل موجات وبائية، وعلى سبيل المثال فالكوليرا والحصبة وحمى الضنك والأنفلونزا تعتبر أمراضاً مستوطنة في اليمن، إلا أنها تتفشى من وقت لآخر في العديد من المحافظات.

وتوضح الأشكال البيانية التالية عدداً من الموجات الوبائية بهذه الأمراض:

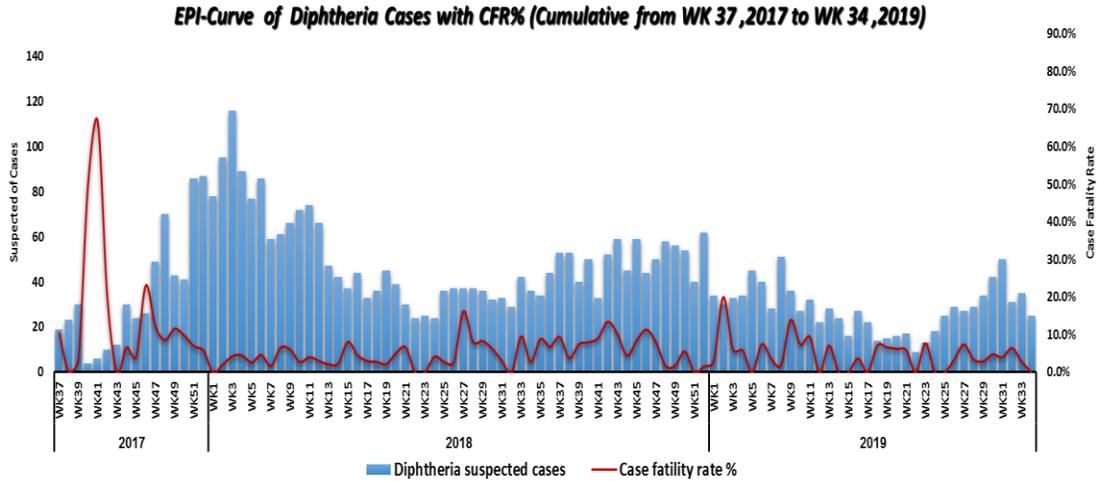
شكل رقم (4) يوضح المنحنى الوبائي لمرض الكوليرا خلال 2018 - 2019م.



المصدر: برنامج الإنذار الإلكتروني المبكر

ولا شك أن استمرار العدوان الظالم على بلادنا وكذلك الحصار الجائر براً وبحراً وجواً قد تسببا في ظهور أمراض على شكل وبائي بعد أكثر من ثلاثين سنة من السيطرة على انتشارها، ومن هذه الأمراض مرض الدفتيريا (الخنق)، الذي تفشى منذ أغسطس 2017 م، وبشكل مستمر وعلى ثلاث موجات كما يتضح في الشكل البياني التالي:

شكل رقم (5) يوضح المنحنى الوبائي لمرض الدفتيريا خلال الفترة 2017 - 2019 م موضحاً الموجات الثلاث.



### الأولويات البرامجية لمكافحة الأمراض السارية

تركز الإستراتيجية على السيطرة والتخلص والاستئصال لبعض الأمراض السارية من خلال الأولويات التالية:

- وقف العدوان والحصار ودفع الرواتب وتحمل المجتمع الدولي مسؤولية ذلك، وتمكين اليمن من موارده للاستفادة منها في تعزيز تقديم الخدمات الصحية الرعاية الصحية للحد والسيطرة واستئصال والوقاية من الامراض السارية والأوبئة والفاشيات؛
- التوسع في نظام الإبلاغ الإلكتروني من خلال الإنذار المبكر للأمراض (الأيديوز) ليشمل جميع المرافق الصحية وكذلك نقاط الترصد المجتمعي؛
- تعزيز خطة الترصد والتأهب والجاهزية والاستجابة لمواجهة الامراض والابوئة والفاشيات
- تعزيز برامج استئصال ومكافحة الأمراض وبحسب التوجهات الوطنية والمعتمد على البراهين العلمية
  - برنامج استئصال الملاريا والأمراض المنقولة بالبعوض والنواقل
  - برنامج استئصال الدرن (السل) ومكافحة الأمراض التنفسية
  - برنامج استئصال البلهارسيا والأمراض المهملة (الليشمانيا، السوداء، التراكوما، داء الكلب الخ)
  - برنامج استئصال الامراض المنقولة بالدم والاتصال الجنسي (الإيدز، فيروس الكبد بي وسي، الزهري الخ)
  - برنامج مكافحة واستئصال الإسهالات المائية
  - برنامج مكافحة الأمراض الممنعة بالتحصين
  - برنامج السلامة الغذائية والكيميائية
  - برنامج النفايات الطبية

- برنامج الوقاية من الأمراض المزمنة (السكري، أمراض القلب والأوعية الدموية، الأورام، الفشل الكلوي الخ)
- برنامج رصد عوامل الخطورة للأمراض غير المعدية
- برنامج اللوائح الصحية والمنافذ والحجر الصحي
- البرامج الصحية الأخرى ذات الصلة بالصحة العامة
- تقوية برامج مكافحة الأمراض السارية، وتعزيز قدراتها الفنية بالأطر البشريّة المؤهلة وبأثبات، وفقاً للخطط الإستراتيجية المحدثة دورياً وتوفير الإمكانيات لتحقيق أهدافها؛
- تقليل الأثار الصحية المرتبطة بالكوارث والأوبئة؛
- تعزيز القدرات والاحتياجات المخبرية لدعم ترصد الأمراض السارية؛
- تعزيز قدرات المركز الوطني لمختبرات الصحة العامة؛
- إنشاء المختبر الوبائي ومختبر السموم ورفده بالأجهزة المتطورة والمحاليل، وبناء قدرات العاملين في المختبرات؛
- تعزيز أبحاث الصحة بالتركيز على القضايا الصحية المجتمعية، وتنفيذ البحوث ذات الأولوية للأمراض السارية وغير السارية

#### التدخل الرابع: الأمراض غير السارية

ترتبط العديد من الأمراض غير السارية والمزمنة بنمط الحياة والسلوكيات الصحية، كما أن العدوان أسهم بشكل كبير في زيادة أمراض السرطان وأمراض الكلى والقلب الخ

تُمثل الأمراض غير السارية كالسكري وأمراض القلب والأوعية الدموية وأمراض السرطان والكلى والصرع والربو والأمراض النفسية وغيرها عبئاً مرضياً كبيراً. وعلى الرغم من أنّ الأمراض السارية (المعدية) لاتزال تحتل الصدارة في سلم قائمة الأمراض في اليمن، إلا أن الأمراض غير السارية تتزايد في بلادنا ضمن عبء مرضي مزدوج يتطلّب تدخّلات استثنائية للاستجابة لهذا التحدي. وقد أجرت الوزارة في العام 2017م مسحاً للأمراض غير السارية من منزل إلى منزل بالتزامن مع الحملة الوطنية للتحصين ضد شلل الأطفال، وقد أظهرت النتائج الأولية للمسح أن أكثر من 900,000 حالة تم تسجيل بياناتها كانت مصابة، وتحت المعالجة، بأحد الأمراض غير السارية. وهنا تركّز الوزارة من خلال هذه الإستراتيجية على التطوير البرامجي، المواكب لتوفير الأدوية، ضمن برامج نوعية في مجالات الوقاية والتشخيص والمعالجة.

#### الأولويات البرامجية لمكافحة الأمراض غير السارية

يعتزم قطاع الرعاية الصحية الأولية الاهتمام بمكافحة الأمراض غير السارية وذلك من خلال الأولويات التالية:

- وقف العدوان والحصار ودفع الرواتب وتحمل المجتمع الدولي مسؤولية ذلك، وتمكين اليمن من موارده للاستفادة منها في تعزيز تقديم الخدمات الصحية الرعاية الصحية للحد والوقاية والسيطرة على الامراض غير السارية والمزمنة؛
- دراسة أسباب وعوامل انتشار الأمراض غير السارية؛
- تعزيز الأنماط الحياتية الصحية والغذائية الصحية والصحية، تأسيس برامج توعوية تعزز من اهتمام المواطن بالأنماط الصحية المعيارية، والتي تقي من الإصابة بالأمراض غير السارية؛
- تشجيع الأنشطة المعززة للصحة، وممارسة السلوك القويم لتحسين جودة الحياة؛
- تعزيز الثقافة التغذوية، بالاعتماد على مصادر الإنتاج المحلي، والتصنيع الغذائي الوطني، وممارسة السلوك التغذوي القويم على جميع المستويات؛
- الحد من العادات الاجتماعية الضارة، مثل تعاطي القات والتبغ بأنواعه، وأي ممارسات اختطار أخرى؛
- تشجيع الفحوصات الدورية للاكتشاف المبكر لأمراض السرطان وغيرها من الأمراض غير السارية؛
- الاهتمام بالصحة النفسية، والتركيز على الثقافة القرآنية في تعزيز الأهلية العقلية، وفق الثقافة اليمنية، وموجهات الرؤية الوطنية لبناء الدولة اليمنية الحديثة؛
- تقديم خدمات تخصصية للأمراض غير السارية، وقاية وتشخيصاً وعلاجاً، عبر مرافق الرعاية الصحية الأولية، بما يشمل توفير طبيب على الأقل على مستوى المراكز الصحية.
- تقديم خدمات استشارية طبية، من خلال غرفة عمليات مركزية، مرتبطة بالمرافق الصحية على مستوى الجمهورية.

### التدخل الخامس: التغذية الوقائية والعلاجية

يُعتبر سوء التغذية من أهم أسباب تأخر عجلة التنمية والتطور، ويزداد أثر سوء التغذية في إحداث عواقب خطيرة مثل ارتفاع معدل وفيات الأطفال والأمهات، والتأثير السلبي على النمو الجسدي والعقلي للأطفال. وبالتالي فإنّ للتغذية دورٌ رئيسي في تحسين الأداء المهني، وتعزيز التحصيل العلمي، مما يسهم في إعداد القوى البشرية، وزيادة الإنتاجية على طريق النمو والتطور الاقتصادي والاجتماعي، لأنّ التغذية هي أساس الصحة، والصحة أساس التنمية.

وفي ظلّ التركيز السابق على التدخّلات العلاجية، مع حجم التحديّ الكبير الذي صادفته ولا تزال المؤشّرات التغذوية، فإنّ هذه الإستراتيجية تعمد إلى وضع معايير وقائية، والتركيز على الأنشطة الحمائية. غير أنّه، ومن خلال قراءة الوضع الراهن للاستجابة العلاجية، فقد بلغ حجم التوسع في برامج وأنشطة التغذية الوقائية والعلاجية الوصول إلى 238 مديرية بخدمات معالجة سوء التغذية الحاد الوخيم والمتوسط CMAM، وفي 89 مديرية بخدمات معالجة سوء التغذية الحاد والوخيم مع المضاعفات T.F.C، وفي 206 مديرية بالعيادات المتنقلة، وفي 277 مديرية بالتغذية العلاجية، في 251 مديرية بالتغذية الوقائية.

ولعبت خدمات التغذية الموسعة دوراً مهماً في الحد من التدهور، فقد ارتفع عدد الحالات المقبولة في برنامج علاج المرضى الخارجيين بنسبة 70% منذ عام 2014، في حين تشير التقارير إلى ارتفاع المعدلات والتغطية الجغرافية من 50% في عام 2015 إلى 83 بالمائة في عام 2018. كما ارتفع عدد الحالات المقبولة في برامج التغذية التكميلية الموجهة بأكثر من 200% خلال الفترة نفسها. بصفة عامة، ظلت معدلات سوء التغذية الحاد الشامل على المستوى الوطني مستقرة، حيث انخفضت من 12.7% في عام 2014 إلى نحو 12% في عام 2018. وفي الفترة من يناير إلى سبتمبر 2018، ارتفعت نسبة القبول في برنامج علاج المرضى الخارجيين وبرنامج التغذية التكميلية الموجهة بنسبة 15% و 18% على التوالي، مقارنة بالفترة نفسها من عام 2017م.

ولكن على الرغم من التوسع الحاصل إلا أن مؤشرات التغذية تشير إلى أن حوالي 7.4 ملايين شخص بحاجة إلى خدمات العلاج أو الوقاية من سوء التغذية، بمن فيهم 3.2 مليون شخص بحاجة إلى علاج لسوء التغذية الحاد، و 2 مليون طفل دون سن الخامسة وأكثر من مليون امرأة من النساء الحوامل والمرضعات. فيما يفتقر 19.7 مليون شخص إلى الرعاية الصحية الكافية، بزيادة قدرها 3.1 مليون شخص في العام 2018م. وقد بلغ ما يقرب من ثلثي المديریات (203) من إجمالي المديریات (333) مستوى الحاجة الماسة بسبب ضعف الوصول إلى الخدمات الصحية والنزوح وتدهور الظروف الاجتماعية والاقتصادية.

كما تشير مسوحات سمارت في عام 2018م أن ممارسات التغذية التكميلية تظل دون المستوى الأمثل، ويبلغ معدل الرضاة الطبيعية الخالصة حوالي 10% فقط، ويبلغ معدل الشروع في التغذية التكميلية في الوقت المناسب حوالي 60%. كما تبلغ نسبة انتشار فقر الدم بين الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6 و 59 شهراً 86%، بينما تبلغ بين النساء الحوامل والمرضعات 71%. نتيجة لذلك، تشير تقديرات الشركاء إلى أن 2.3 مليون امرأة من النساء الحوامل والمرضعات و 4.7 مليون طفل دون سن الخامسة بحاجة إلى مكملات المغذيات الدقيقة<sup>(1)</sup>. ويعاني ما يقدر بنحو مليوني طفل من سوء التغذية الحاد، بمن فيهم ما يقرب من 360,000 طفل يعانون من سوء التغذية الحاد الوخيم. وارتفع عدد المديریات التي تسود فيها مستويات حرجة من سوء التغذية الحاد من 79 مديرية إلى 91 مديرية أي 27% من إجمالي عدد المديریات في جميع أنحاء البلاد. كما ارتفع عدد الأشخاص المحتاجين لخدمات التغذية بنسبة 5% في الفترة نفسها، في حين ارتفعت نسبة التقزم من 46.5% في عام 2015 إلى 48.2% في عام 2018.

وقدّر عدد النساء الحوامل والمرضعات اللاتي بحاجة إلى مشورة حول تغذية الرضع وصغار الأطفال بنسبة 8% من إجمالي السكان لكل مديرية على أساس تقدير عالمي، وجميع الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6 و 59 شهراً في حاجة إلى مكملات المغذيات الدقيقة. ووفقاً لبرامج التغذية التكميلية الشاملة للأطفال دون السنتين فإنّ جميع الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6 و 23 شهراً في جميع المناطق يعانون من مستوى عالٍ من سوء التغذية الحاد، وانعدام الأمن الغذائي.

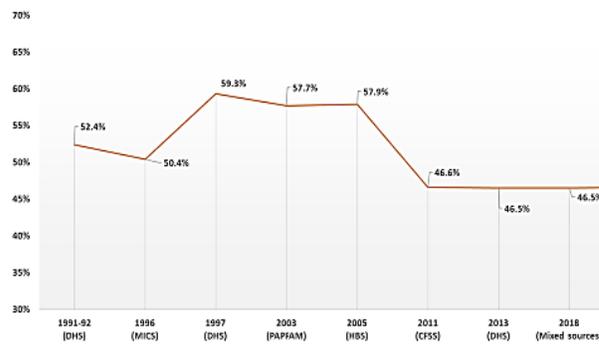
ويوضح الجدول التالي النسب المئوية للبيانات المتوافرة عن الأطفال دون سن الخامسة من مسح صحة الأسرة 2013م، حيث بلغ معدّل الذين يعانون من قصر القامة 47%، وهو أعلى من الوضع الحرج المقدر بمعدّل 40%، ومن يعانون من نقص الوزن 39%، وهو أعلى من الوضع الحرج المقدر بمعدّل 30%، ومعدّل من يعانون من الهزال 16% وهو أعلى من الوضع الحرج المقدر بمعدّل 15%:

جدول رقم (5) يوضح النسب المئوية لحدة سوء التغذية

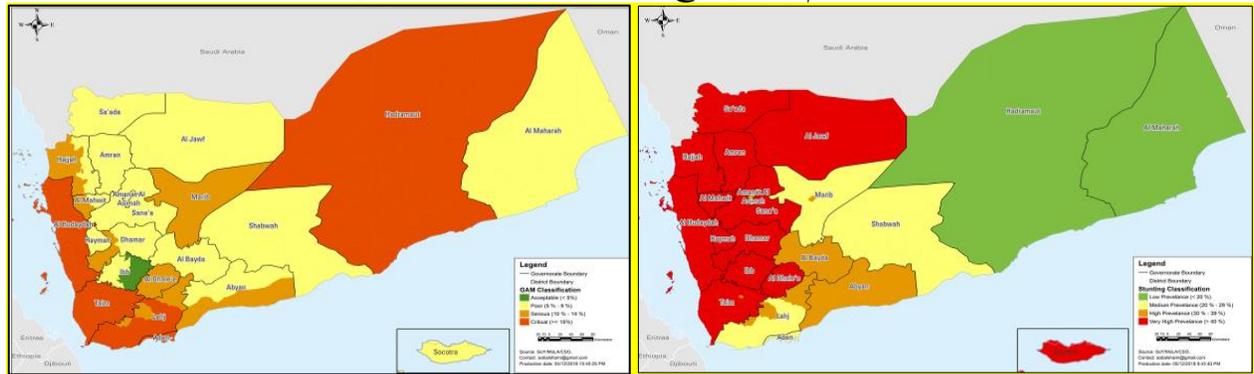
المؤشر	تصنيف منظمة الصحة العالمية لحدة سوء التغذية			
	حرج	خطير	سيء	مقبول
قصر القامة	$40 \geq$	39 – 30	29- 20	$20 <$
نقص الوزن	$30 \geq$	29 – 20	19 – 10	$10 <$
الهزال	$15 \geq$	14 – 10	9 - 5	$5 <$

المصدر: مسح صحة الأسرة عام 2013م.

نمط المراضة لسوء التغذية المزمن



شكل رقم (6) يوضح منحنى سوء التغذية المزمن



شكل رقم (8) سوء التغذية الحاد المتوسط والوخيم لعام 2018م

شكل رقم (7) سوء التغذية المزمن لعام 2018م

كما تشير نتائج المسوح من الأعوام 2014 - 2015م، إلى تدهور الوضع الغذائي في اليمن بشكل خطير، وبحسب تقديرات منظمة اليونيسف فإن 3 مليون طفل بحاجة إلى مساعدة ماسة وقائية وعلاجية، منهم 2 مليون طفل يعانون من سوء التغذية الحاد، و500 ألف طفل معرضون لخطر الوفاة. ومن ناحية أخرى أظهرت نتائج مسح الأمن الغذائي للعام 2015م أن 14.4 مليون نسمة من الشعب اليمني غير مؤمن غذائياً بزيادة 4.4 مليون نسمة مقارنة بنتائج مسح الأمن الغذائي في العام 2011م، وتؤكد النقاط التالية ان الوضع الغذائي في تدهور مستمر:

1. انعدام الأمن الغذائي عند 17 مليون نسمة، منهم 7 مليون من الدرجة الرابعة (طوارئ) موزعين في 7 محافظات هي: الحديدة- لحج - صعدة- حجة- شبوة- تعز- أبين.
2. ارتفاع مؤشرات سوء التغذية الحاد لدى الأطفال دون الخمس سنوات، حيث تشير المسوح المتوفرة إلى وجود 2 مليون طفل دون الخامسة و 1,3 مليون حامل ومرضع يعانون من سوء التغذية الحاد.
3. محافظات الحديدة- تعز- أبين- حضرموت أطفالها دون الخامسة من العمر يعانون من سوء تغذية حاد تجاوزت مؤشرات عتبة الطوارئ الدولية.
4. محافظات الحديدة- تعز- أبين في حالة طوارئ في جانبين جانب انعدام الأمن الغذائي وجانب سوء التغذية.

### الأولويات البرامجية للتغذية الوقائية والعلاجية

تركز الإستراتيجية على تحسين الممارسات التغذوية، بالاعتماد على الموارد المحليّة، لخفض مؤشرات سوء التغذية والحد من وفيات الفئات المستهدفة، وذلك من خلال الأولويات التالية:

- وقف العدوان والحصار ودفع الرواتب، وعلى المجتمع الدولي تحمل المسؤولية، وتمكين اليمن من موارده، بما في ذلك تأمين الغذاء والحد من الفقر وتوفير الاحتياجات الأساسية وتفعيل العمل متعدد القطاعات؛
- البدء بتنفيذ برنامج الترصد التغذوي من حيث الاكتشاف والإبلاغ عن مستوى الأمن الغذائي الأسري، والإحالة لحالات سوء التغذية الحاد إلى المرافق الصحية؛
- استمرار أنشطة الفرز والمسح التغذوي السريع (SMART)؛
- التوسع في برنامج متطوعات صحة وتغذية المجتمع، ضمن البعد التكاملي مع برامج الرعاية الصحية الأولية؛
- إطلاق برنامج التصنيع التغذوي المحلي، ضمن توجهات وطنية في جوانب الكفاية الغذائية وإتاحتها، والقدرة على الوصول إليها، ورفع معدّل استخدامها والإقبال عليها؛
- التوسع في برنامج معالجة سوء التغذية الحاد الوخيم SAM عند الأطفال دون 5 سنوات مع المضاعفات عبر مراكز التغذية العلاجية TFC؛
- التوسع في برنامج معالجة سوء التغذية الحاد الوخيم SAM عند الأطفال دون 5 سنوات بدون المضاعفات عبر برنامج عيادات التغذية الخارجية OTP؛
- التوسع في برنامج معالجة سوء التغذية الحاد المتوسط MAM عند الأطفال دون 5 سنوات عبر برنامج عيادات التغذية الخارجية OTP؛
- التوسع في برنامج الدعم الغذائي العلاجي للحوامل والمرضعات (TSFP) عبر برنامج عيادات التغذية الخارجية OTP؛

- تطبيق برنامج الجودة القياسية (أحسن) في مجال الممارسات التغذوية، وتحقيق أعلى مستويات التصنيع، وتقديم الخدمة، ومتابعتها وتقييمها، والتأكد من تطبيق معايير الجودة في مراكز التغذية العلاجية، واستناداً إلى المعايير الفضلى لوزارة الصحة؛
- تطوير نظام أتمتة بيانات التغذية، على جميع مستويات النظام الصحي، يرتبط بنظام الأتمتة والمعلومات الوطني، وتتدفق بياناته عبر المستويات الطرقي، والوسطي، والمركزي؛
- التوسع في برنامج التغذية التكميلية الوقائية للأطفال ما دون العامين والأمهات الحوامل والمرضعات (BSFP)؛
- التوسع في دعم استحداث مراكز التغذية العلاجية في منشآت جديدة في المديرية ذات الأولوية، ورفدها بغرف عناية مركزة، شاملة النفقات التشغيلية، والحوافز، وبناء قدرات العاملين، والأجهزة، والأثاث، والأدوية؛
- التوسع في برنامج تغذية الرضع وصغار الأطفال IYCF، وذلك لتشجيع وحماية الرضاعة الطبيعية والتغذية السليمة خلال السنتين الأوليين من عمر الطفل عبر:
- خدمات الرضع وصغار الأطفال في المرافق الصحية وعبر الأنشطة الإيصالية والفرق المتحركة؛
- تعزيز السلوكيات القويمة، والممارسات التغذوية الفضلى، عبر برنامج متطوعات صحة وتغذية المجتمع، والعاملات الصحيات المجتمعات، والقابلات؛
- إعداد دليل الغذاء الصحي والتغذية الصحية المدرسية معتمداً على الموارد الطبيعية المتنوعة؛
- العمل على تقديم حزمة خدمات متكاملة للصحة والتغذية في المراكز الصحية غير المدعومة حالياً، شاملة الخدمات التغذوية الوقائية، وخدمات الرعاية الصحية الأولية المتكاملة، والنفقات التشغيلية، والحوافز، وبناء قدرات العاملين، والأجهزة، والأثاث، والأدوية؛
- التوسع في برنامج المغذيات الدقيقة (توزيع بودرة المغذيات الدقيقة) MNP عبر مختلف المواقع (مرافق صحية - نقاط توزيع عبر متطوعات صحة مجتمع)، وتقييم تطبيق قوانين دعم الدقيق بالفولوات وتدعيم الزيت والسمن بفيتامين (أ و د)؛
- دعم الوحدات والمراكز الصحية وفق آلية إحالة، شاملة الخدمات التغذوية الوقائية، وخدمات الرعاية الصحية الأولية المتكاملة، والنفقات التشغيلية، والحوافز، وبناء قدرات العاملين، والأجهزة، والأثاث، والأدوية؛
- اختيار مناطق الاستهداف وفق نتائج التصنيف المرحلي لسوء التغذية، استناداً إلى التحديث الدوري لها؛
- التوسع في برنامج مكافحة عوز اليود بإضافة اليود الى ملح الطعام عبر توفير اليود لمعامل ومصانع إنتاج الملح؛
- تأسيس برنامج التغذية العلاجية في المستشفيات والمرافق الصحية؛
- تأسيس برنامج السلامة الغذائية والتغذية الصحية، بإدارة وزارة الصحة، بالتنسيق مع الجهات ذات العلاقة.

## التدخل السادس: الخدمات الصحية المرتكزة إلى المجتمع

يُعاني النظام الصحي في اليمن من تشتت التجمعات السكانية وسوء توزيع المرافق الصحية من الوحدات والمراكز والمستشفيات الريفية العامة، مما يؤدي إلى صعوبة وصول المواطنين إلى المرافق الصحية ووصولهم على خدمات الرعاية الصحية الأولية، وبناءً على ذلك جاءت فكرة المكون المجتمعي التطوعي وهو توجه يعمد إلى إشراك وإدماج الأفراد والجماعات في النظام الصحي، باعتبارهم شركاء مسؤولون مع العاملين الصحيين والمؤسسات الصحية في تحقيق الأهداف الصحية الوطنية.

وتعتبر خدمات الصحة والتغذية المقدمة للمجتمعات المحلية مكون من مكونات الرعاية الصحية الأولية، حيث حظيت بدعم من وزارة الصحة فضلاً عن دعم عدد من شركاء التنمية.

تأسست شبكة العامل الصحي المجتمعي في النصف الثاني من عام 2017م، وتم تدشين التدريب وتفعيل تدخلات الخدمات المجتمعية ابتداءً من محافظة صنعاء في شهر أغسطس من نفس العام، ثم التوسع والانتشار في محافظات (حجة - إب - الحديدة - صعدة - عمران)، وخلال تلك الفترة بلغ إجمالي عدد العاملين الصحيين المجتمعيين 1863 عامل صحي مجتمعي وفقاً لسياسة صحية تنص على وجود عاملة صحيّة مجتمعيّة لكل ألف نسمة من التجمعات السكانية في الزمانيين الثاني والثالث، بنسبة عاملة واحدة لكل 150 أسرة، وهذا يعكس أنّ أعداد من تمتّ تغطيتهم بالخدمات الصحية المجتمعية من السكان يقارب 2 مليون نسمة، ويتضح ذلك في الجدول التالي:

جدول رقم (6) يوضح عدد العامل الصحي المجتمعي وعدد المديریات

عدد المديریات	عدد العاملين المجتمعيين	المحافظة
10	518	صنعاء
10	213	حجة
8	394	إب
4	312	صعدة
9	236	الحديدة
10	190	عمران
51	1863	الإجمالي

المصدر: وحدة تنسيق الخدمات المجتمعية، 2019م.

وتعد تدخلات صحة وتغذية المجتمع أبرز الخدمات المكتملة لأداء المرافق الصحيّة، من أجل التخفيف من حدة التحديات التي تواجه تحسين المؤشرات الصحية والتغذوية، وبشكل متكامل وبإشراك المجتمع في التخطيط والتنفيذ والمتابعة. ويعمل قطاع الرعاية الصحية الأولية على تقديم الخدمة على مستوى القرى والتجمّعات السكانيّة الأصغر من خلال فتيات ونساء متطوعات من المجتمع نفسه وبدعم من قيادات المجتمع. ويعمل البرنامج عبر نظام واضح ومحدد المهام على كافة المستويات، وهذا البرنامج يأتي جزء من تعزيز النظام الصحي مستفيداً من التجربة السابقة لبرنامج التغذية بإشراك المجتمع. والشكل التالي يوضح عدد المتطوعات والذي بلغ نهاية العام 2019م (25,352) في (243) مديرية مستهدفه في (21) محافظة.

شكل رقم (9) يوضح عدد المتطوعات خلال الفترة من 2013 وحتى 2019م



وتُعد خدمات المكون المجتمعي نقطة الاتصال الأولى لخدمات الرعاية الصحية الأولية كونها أكثر قرباً إلى المستفيدين، وتمثل الوظيفة الحيوية لخدمات الرعاية الصحية الأولية الوقائية والتشخيصية، حيث تقوم بالعديد من التدخلات للخدمات الصحية المجتمعية التي تحسن من وصول وحصول السكان في المناطق الريفية على الخدمات الصحية والتغذوية وخاصة في المناطق البعيدة عن المرافق الصحية، وتقدم تلك الخدمات الصحية المجتمعية الحالية بواسطة أطر بشرية مجتمعية مؤهلة ضمن الفئات الآتية:

- متطوعة صحة وتغذية المجتمع CHV
- العاملة الصحية المجتمعية CHW
- القابلة المجتمعية CMW

وبناء على التجربة خلال السنوات الماضية هناك حاجة ماسة الى تقييم الوضع الحالي وإعادة النظر بالتدخلات الصحية المبنية على المجتمع وآلية اختيار وتدريب وتمكين العاملات الصحيات المجتمعيات، ودمج المسميات الثلاثة تحت مسمى واحد (القابلة الصحية المجتمعية) وتحديث البرنامج التدريبي والزميني بحيث يكون ما بين سنتين الى ثلاث سنوات بدلاً من شهرين، بما يؤمن مأسسة تدخلاتهم ضمن النظام الصحي الوطني، مع مراجعة مستفيضة للشروط المرجعية، وحزمة الخدمات المقدمة، وآلية الإدارة من المرفق الصحي الأقرب، والإحالة إليه. ومما سبق يتضح أننا على طريق الإسهام في التغطية الصحية الشاملة من خلال التدخلات المرتكزة على المجتمع، وما زال النظام الصحي بحاجة ماسة لزيادة أعداد متطوعات ومقدمات الخدمات المجتمعية (متطوعات صحة وتغذية المجتمع - العاملات الصحيات المجتمعيات - قابلات المجتمع) عبر رؤية إستراتيجية بعيدة المدى تضمن الاستدامة وتوحيد الجهود والموارد تحت مسمى واحد (القابلة الصحية المجتمعية)، كون القابلة ضمن الهيكل التنظيمي لوزارة الصحة ومزاولة المهنة عبر المجلس الطبي، بحيث يتم حصول القابلة أثناء التأهيل والتدريب في المعاهد الصحية وكذا أثناء الخدمة على متطلبات بناء القدرات الصحية الإضافية لتقديم حزمة خدمات الرعاية الصحية والتغذوية المجتمعية من أجل الحصول على تغطية شاملة لكافة السكان بخدمات الرعاية الصحية الأولية.

## الأولويات البرامجية للتدخلات الصحية المرتكزة إلى المجتمع

تركز الإستراتيجية على توسيع التغطية في تقديم خدمات الرعاية الصحية الأولية، مع إعادة التخطيط لمواقع الزمام السكاني للمرافق الصحية، وبما يضمن الوصول إلى الخدمات الثابتة المزودة بالخدمات الأساسية، وذات الجودة، عبر الأولويات التالية:

- دمج الخدمات الصحية المجتمعية والمتطوعات تحت مسمى موحد وهو (القبالة الصحية المجتمعية) بما يشمل تحديث المنهج والحزمة التدريبية والفترة الزمنية للتدريب (من 2 الى 3 سنوات بدلاً عن شهرين مع التركيز على الجانب العملي) والمهام والاختصاصات والأدوار والكفاءات الأساسية لتتماشى مع حزمة خدمات القبالة وحزمة خدمات الرعاية الصحية الأولية المطلوب تقديمها على مستوى المجتمع،
- التوسع في شبكة وبناء قدرات القبالة الصحية المجتمعية ضمن البرنامج الوطني للقبالة لتصل إلى 18000 قبالة صحية مجتمعية، وفق نظام بناء القدرات والكفاءات الأساسية المحدث؛
- بناء قدرات متطوعات صحة وتغذية المجتمع (CHV) والعاملة الصحية المجتمعية (CHW) ضمن البرنامج الوطني للقبالة ليصبحن ضمن شبكة (القبالة الصحية المجتمعية)؛
- اعتماد نظام وطني للإحالة، مدعو ببرامج مؤتمت عبر جميع مستويات النظام الصحي؛
- تطوير آليات تنفيذ المتابعة والإشراف الفني التكاملية الداعم على الخدمات الصحية المجتمعية، بالتنسيق مع المكونات ذات العلاقة؛
- تحديث نظام أتمتة لشبكة العامل الصحي المجتمعي/ القبالة الصحية المجتمعية، بما يضمن تدفق البيانات وتحليلها فورياً، نحو اتخاذ القرار المسند بالبيانات بشأن التدخلات ذات الأولوية؛
- تحسين جودة الخدمات المجتمعية المقدمة من العامل الصحي المجتمعي/القبالة الصحية المجتمعية، ضمن برنامج أحسن للجودة؛
- تعزيز الرابط البرامجي هيكلياً بين مكونات التدخلات المرتكزة على المجتمع، وبما يتسق مع الخدمات مرفقية المرتكز؛
- توسيع البرنامج التدريبي للقبالة الصحية المجتمعية ليشمل جزئيات جديدة ذات أهمية كالدعم النفسي والاجتماعي والاكتشاف المبكر لسرطان الثدي، وفق آلية التدريب التطبيقي، وما تقتضيه الضرورة بالتنسيق مع البرامج المعنية.

## التدخل السابع: تطوير برنامج التثقيف الصحي وتعزيز الصحة

تمثل التوعية الصحية أحد أهم عناصر الرعاية الصحية الأولية، فالوعي هو مرتكز تصويب المفاهيم الصحية، نحو الحد من الممارسات والسلوكيات الضارة. ولقد كان اليمن من الدول السباقة في الاهتمام بالتوعية الصحية من خلال تأسيس المركز الوطني للتثقيف والإعلام الصحي، والذي لعب دوراً بارزاً في مبادرات تغيير السلوك، ونال تقديراً إقليمياً من المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية وتم تسجيله كمركز إقليمي متعاون

ومرجعاً للتدريب في هذا المجال. وللتثقيف الصحي دورٌ محوريٌّ في تعزيز الصحة وتقوية المناعة ورفع الوعي وتعزيز السلوكيات الصحية، لينعم الفرد والمجتمع بحالة من الصحة والرفاه، ويمكن الأسرة من تحسين جودة الحياة.

وتعتبر التوعية الصحية العنصر الذي يتقاطع مع جميع العناصر الأخرى للرعاية الصحية الأولية برامجياً، مما يستلزم وضع خطة للتقييم المستمر لأداء التثقيف، وإجراء المسوحات لتقييم أثر الرسائل التوعوية الصحية والتدخلات التثقيفية لغرض إجراء التعديلات عليها وفق الحاجة، نحو تحقيق رؤية قطاع الرعاية الصحية الأولية، لوضع خطوات ملموسة لتغيير السلوك الصحي والتغذوي إيجاباً في المجتمع اليمني. وهنا لا بد من ملاحظة أنّ كل أوبئة الأنفلونزا التي حدثت في اليمن منذ العام 2003م وحتى الآن لم تؤد إلى تغيير واضح في السلوك المجتمعي، وتعديل الممارسات العامة على الرغم من الرسائل التوعوية المكثفة، مما يستدعي إعادة النظر في آليات التوعية الجماهيرية، والتركيز على دراسات تغيير السلوك وتقييم الاتجاهات والمعارف والممارسات، نحو اختيار أفضل الاستراتيجيات للتوعية، والعمل وفق مبادرات تغيير السلوك، ومنها نموذج الفعل الصحي (الافعال وليس الأقوال)، ونموذج القنوات الصحية، ووضع طرائق إبداعية ومبتكرة لتقديم الرسائل نحو تغيير السلوكيات المجتمعية إيجاباً.

### الأولويات البرامجية للتثقيف الصحي وتعزيز الصحة

تركز الإستراتيجية على تغيير أسلوب التثقيف الصحي بما يؤدي إلى تغيير السلوكيات الخاطئة إلى ممارسات صحية سليمة وفق هويتنا الإيمانية واليمانية، وذلك من خلال الاولويات التالية:

- إنشاء المركز الوطني لتعزيز الصحة والتثقيف الصحي في إطار اللائحة التنظيمية المحدثة لوزارة الصحة؛

- تنفيذ الإستراتيجية الوطنية للتثقيف الصحي وتعزيز الصحة
- تخطيط وإعداد وتنفيذ برامج تعزيز الصحة وتقوية المناعة والتوعية والتثقيف الصحي والممارسات والسلوكيات الصحية والتغذوية السليمة
- إعداد برنامج الغذاء الصحي والنشاط البدني والرياضي، بالتركيز على الأمهات والمرضعات والمواليد والأطفال والتغذية المدرسية، بالابتعاد عن الأنماط الغذائية الغير صحية والعودة الأصل في ممارسة أنماط الحياة والتغذية
- برامج توعوية مرتكزة على الوقاية من أسباب المراضة والوفيات وتفعيل المجتمعي والقطاعات ذات العلاقة الرسمية والشعبية
- تطوير أسلوب عمل تعزيز الصحة والتثقيف الصحي، بالتركيز على مراحل تغيير السلوك، والتي تشتمل على:
- تعزيز الوعي الصحي وفق الموجهات العلمية وتعزيز الحافز المعنوي والشخصي المهني لتغيير السلوك، من خلال التركيز على القيم السلوكية؛

- التأكيد على ان الناس عارفين ويدركون الكثير من الأمور المرتبطة بالصحة والمناعة ولكن يبقى قول بدون عمل وبالتالي من الأهمية ان يتم تطبيق المعارف في السلوكيات اليومية والحياتية على مستوى الفرد والاسرة والمجتمع (ان ترتبط المعرفة بالعمل والتطبيق)؛
- رفع الوعي من خلال الوسائل المختلفة وقنوات الاتّصال الجماهيري والمباشر، لتقديم المعارف الصحيحة، ذات المرجعية العلميّة الموثوقة؛
- التمكين، من خلال رفع مهارات الأفراد والمجتمعات في الممارسات الصحيّة والتغذويّة، نحو تغيير السلوك إيجاباً؛
- البيئة المواتية، وتشتمل على الجوانب السياسيّة، والاجتماعيّة، والاقتصاديّة، والبيئيّة، والتي تتطلب تنسيقاً قطاعياً يؤدّي إلى تعديل السلوكيات، وفق رؤية وطنيةّ موحّدة.
- التقييم المستمر للرسائل الصحية ولأدلة التثقيف الصحي عبر التقييم والمتابعة، ودراسات المعارف والمواقف والاتّجاهات؛
- تشجيع الدراسات الميدانية من خلال برنامج البائيات الحقلية، وبرنامجي الإدارة الصحية والصحة العامة عبر المجلس اليمني للاختصاصات الطبية؛
- الرصد المستمر لما يبث في وسائل الإعلام المقروءة والمرئية والمسموعة، ومراقبة توجهات المجتمع في جوانب السلوكيات الصحية؛
- رفع قدرات العاملين الصحيين في مختلف مستويات تقديم الخدمة في مجال تعزيز الصحة وتقوية المناعة، واعتبار التوعية والتثقيف الصحي مهمة أخلاقيّة في جميع التداخلات البرامجيّة للصحة والتغذية، بما يشمل ان يكون الكادر الصحي هو النموذج في السلوك المعزز للصحة والمناعة؛
- العمل على تعزيز الاتّصال الجماهيري المستدام من خلال قناة فضائية تهتم بالجوانب الصحية، وقناة إذاعية متخصصة، لتكون وسيلة تواصل بين الوزارة والمجتمع، بالتركيز على المحدّدات الاجتماعيّة للصحة.

#### التدخل الثامن: صحة البيئة

باعتبارها الجهة الرئيسيّة المسؤولة عن تقديم خدمات الصحة العامّة، تهتم وزارة الصحة بتدخلات صحة البيئة، والتي تعتبر من أهم عناصر الرعاية الصحية الأولى التي نصّ عليها إعلان آلماتا عام 1978م، باعتبارها على تماس مباشر وغير مباشر بحياة الإنسان. كما أنّ صحّة البيئة أساسيّة في تصويب التدخلات الصحيّة، حيث أنّ مثلث المراضة يشتمل على المضيف والناقل والبيئة المهية لحدوث المرض وانتشاره، مما يعني حيويّة الاهتمام بصحة البيئة لتحسين المؤشّرات الصحيّة والتغذويّة. وقد شهد العقدان الماضيان غياب التنسيق البرامجي بين وزارة الصحة والجهات الحكوميّة، على الرغم من أهميتها في الرقابة على الأغذية المصنعة والمنتجات الزراعية، والرقابة على الأغذية ذات الاستخدامات الصحية، والرقابة على المغذيات الدقيقة التي تضاف لبعض الأغذية للحد من أمراض سوء التغذية، والرقابة الصحية على المنشآت الغذائية (المصانع والشركات والوكالات والمعامل الغذائية)، وتنفيذ وتطبيق الاشتراطات الصحية لمحلات إعداد وتحضير وتقديم الأغذية (المطاعم والمخابز ومعامل إعداد المشروبات ومعاصر الزيوت، وغيرها)، بالإضافة إلى الرقابة على المنشآت الخدمية كالفنادق والمنتزهات ومحلات الحلاقة والمسالخ، وكذلك مراقبة أدوات نقل المياه غير

الصالحة للشرب، والرقابة الصحية على المياه من مصانع وشركات، والرقابة على الموارد المائية من الآبار والتمديدات الخاصة بها، ومراقبة المياه المعبئة، ومراقبة شبكات التوزيع، ومراقبة مكبات النفايات، ومحطات المعالجة (الصرف الصحي).

وفي ظل الاعتبارات المذكورة، قامت وزارة الصحة مؤخراً، وبالتنسيق مع الجهات الحكومية المعنية، بإصلاح هيكلية لوضع صحة البيئة، لتكون إدارة عامة ضمن قطاع الرعاية الصحية الأولية.

### الأولويات البرمجية لصحة البيئة

تركز الإستراتيجية على تطوير خدمات صحة البيئة بهدف توسيع وتحسين تلك الخدمات في مجالات الرقابة على الأغذية والمياه والمنتجات الصناعية والمخلفات الطبية والصناعية، بما يساهم في تقليل نسبة ومعدّل المرضة والوفيات بين أفراد المجتمع وذلك من خلال الأولويات التالية:

- التوسع في تقديم خدمات صحة البيئة من خلال تفعيل فروع صحة البيئة في المحافظات، تحت إشراف قطاع الرعاية الصحية الأولية، وإنشاء فروع لها على مستوى المديرية؛
- الرقابة على الأغذية وفق المعايير والاشتراطات الصحية لمحلات إعداد وبيع وتوزيع الطعام، ومتابعة تطبيقها وتنفيذها لضمان صحة وسلامة الأغذية وحماية المستهلك؛
- إجراء التحاليل اللازمة لأنشطة مراقبة الإصحاح البيئي، وأخذ العينات وتحليلها وفقاً للوسائل العلمية وتقييم مستوى الموارد الملوثة على الأساسين الكمي والنوعي؛
- إبداء الرأي في الشروط والمعايير اللازم اتخاذها في المشاريع الصناعية، من خلال تقييم الاختطار، وأثار مواد الصناعة المحتملة، والمصادقة عليها للوفاء باشتراطات صحة البيئة؛
- تفعيل وتعزيز الصحة الوقائية للمجتمع من خلال تفعيل وتعزيز دور صحة البيئة في مجال الرقابة على الأغذية الضارة بالصحة، أو المسببة للتلوث الغذائي الكيميائي؛
- الحد من الأمراض المرتبطة بتلوث الأغذية بالفيروسات والبكتيريا والطفيليات والديدان نتيجة ضعف الصحة العامة في المنشآت الغذائية؛
- الحد من الأمراض الشائعة الناجمة عن تلوث الأغذية (كالأميبيا والدوسنتاريا والإسهالات والشيغلا والتيفوئيد والباراتيفويد والبروسلا، إلخ)؛
- الحد من الأسباب الناجمة عن ظهور وباء الكوليرا نتيجة ضعف الصحة الوقائية، والتي هي جزء أساسي من مناطق بصحة البيئة للحد من أسباب تلوث المياه والبيئة وتلوث الغذاء وتلوث المياه الجوفية؛
- الرقابة على المضافات الغذائية غير المسموح بها، أو المخالفة للمواصفات، أو المسرطنة، أو المسببة للطفرة الجينية، حيث أن هناك ما يقدر بثلاثة آلاف مادة طبية وصناعية تضاف للأغذية، مثل الألوان الصناعية، والمواد الحافظة، والنكهات، والمستحلبات، ومضادات الأكسدة، ومضادات التزنخ، ومانعات التكتل، إلخ؛
- الرقابة الصحية للمكونات الكيميائية غير المسموح بها أو السامة في المنتجات الصناعية، والرقابة الصحية عليها، ومنها مواد التجميل، والمنظفات، والمراهم، ومنظفات الجسم، إلخ؛
- الرقابة الصحية على المياه المعالجة في محطات الصرف الصحي الصناعي، من خلال رقابتها كيميائياً وميكروبيولوجياً، حيث يتم تصريفها إلى البيئة المحيطة، مما يحمل مخاطر على الصحة في حال عدم معالجتها وتسربها إلى مياه الجوفية، أو سقي الخضروات بها، وما يمثل ذلك من اختطار على المجتمع، قد يؤدي إلى انتشار الأمراض؛

- تفعيل الدراسات والبحوث العلمية المتخصصة في مجالات الرقابة على الأغذية والمياه وصحة البيئة؛
- القيام بالمسوحات ومراقبة الآثار الناشئة عن الانبعاث البيئي في المناطق الصناعية والزراعية والبحرية، ورصد الاختطار المتوقع، واقتراح تدابير عاجلة في المناطق التي يكون تلوث البيئة فيها محتملاً أو قائماً.

### التدخل التاسع: الصحة النفسية والعقلية وصحة ذوي الاحتياجات الخاصة

لقد أثر العدوان والحصار وقطع الرواتب بالشكل المباشر وغير المباشر بشدة على الحالة الصحية النفسية للمجتمع اليمني نتيجة الأضرار التي لحقت بالسكان جسدياً ونفسياً، حيث كان الاستهداف بالقصف العشوائي والقتل الجماعي المباشر يأتي في أوقات الليل تعمداً، بالإضافة الى سماعهم الانفجارات، مشاهدتهم القصف المدفعي والصواريخ والطائرات، مما يؤثر على النساء والأطفال بشكل خاص، بالإضافة الى استهداف النساء في الصالات والأفراح والأحزان واستهداف الأطفال في المدارس والطرق والأسواق ووسائل النقل، منها على سبيل المثال استهداف باص الأطفال في ضحيان، كما وقع الملايين من اليمنيين ضحية الفقر المدقع، وتدمر اقتصاد البلاد، وانعدام الأمن الغذائي والبطالة وانتشار الأمراض السارية وغير السارية والأوبئة وزيادة الوفيات كأثر من اثار العدوان والحصار وتوقف الرواتب واستهداف الخدمات الأساسية للمواطن وكل هذا يشكل بمجملها ضغوطاً هائلة على اليمنيين مما يفاقم بشدة تدهور الصحة النفسية على أوسع نطاق.

الأطفال بشكل خاص أكثر عرضة للتأثر بالعدوان حيث أظهرت دراسة محلية عن ارتفاع مهول في مشاعر الخوف وانعدام الأمن والقلق والغضب لدى الأطفال، بما في ذلك الصداع وآلام الصدر والبطن والإرهاق، ووفقاً للدراسة "عند تقييم حالة أطفالهم، أفاد الآباء أن 5% من الأطفال يعانون من التبول اللاإرادي، و2% عادوا إلى التأتأة، و47% يعانون من اضطرابات النوم، و24% لديهم صعوبة في التركيز، و17% يعانون من نوبات هلع، كما تجدر الإشارة الى إصابة أكثر من 6 ألف طفل (تمكنت وزارة الصحة من توثيق حالاتهم ممن وصلوا الى القطاع الصحي) بإعاقات نتيجة العدوان خلال 8 سنوات والعدد الفعلي هو أكبر بكثير، وبحسب البيانات فقد ارتفع عدد الأشخاص ذوي الإعاقة من 3 مليون قبل العدوان الى 4.5 مليون شخص، وما ذكر يستدعي مساعدة هؤلاء وغيرهم من النساء ومجمل السكان المتأثرين بالإعاقات المختلفة في تعزيز صحتهم الجسدية والنفسية والتأهيلية.

وفق الأبحاث المبينة على البراهين المرتبطة بالحروب فان ما يقدر بـ 17% من السكان يعانون من الاكتئاب و15% يعانون من اضطرابات نفسية ما بعد الصدمة، كما ان ظهور أعراض اضطراب ما بعد الصدمة يهدد حوالي 45% من السكان بعد 20 عاماً تقريباً من انتهاء أي العدوان.

كما أن شح الأبحاث والتحليلات التي تعالج مواضيع الصحة النفسية في اليمن بما في ذلك المخاطر المرتبطة بالصحة النفسية (مثل تناول القات والممارسات ذات الاختطار والتي تؤثر على الحالة النفسية)، والخدمات والفرص والاحتياجات حال ويحول دون فهم المسألة وبناء توصيات وإجراءات مستندة إلى أدلة.

بحسب تقرير تحليل الوضع الراهن لمحور الصحة 2020م فيما يتعلق بالأمراض المزمنة فقد أورد التقرير بانه لا يوجد قواعد بيانات خاصة بالأمراض النفسية من حيث الحدوث السنوي أو حجم الانتشار في المجتمع لكن هناك دراسة ثانوية نفذت في العام 2016م شخصت لأول مرة نسبة الانتشار للأمراض المزمنة لكل 10000

نسمة بحسب ترتيب حجم الانتشار والتي أظهرت ان المرتبة الثالثة للأمراض المزمنة تأتي للأمراض النفسية بمعدل 38 إصابة لكل 10000 نسمة.

### الأولويات البرمجية للصحة النفسية والعقلية وصحة ذوي الاحتياجات الخاصة

تركز الإستراتيجية على تحسين مؤشرات الصحة النفسية، وذلك من خلال الأولويات التالية:

1. وقف العدوان والحصار وعلى المجتمع الدولي تحمل مسؤوليته في هذا الجانب، حيث لا يمكن الحد من الامراض النفسية والعقلية والإعاقات الا بوقف العدوان وفك الحصار وتمكين اليمن من موارده؛
2. تبني الصحة النفسية والعقلية وصحة ذوي الاحتياجات الخاصة كإدارة عامة ضمن قطاع الرعاية الصحية الأولية؛
3. التوسع في بناء القدرات في الجانب النفسي، وتوفير الادوية الأساسية للأمراض النفسية؛
4. تعزيز البرنامج الوطني للاكتشاف والتدخل المبكر للإعاقات؛
5. إنشاء وتأهيل مراكز للعلاج النفسي والتلطيفي والتأهيلي النفسي، بما يشمل برنامج دعم المعاقين وذوي الاحتياجات الخاصة ومعالجة الإعاقات الجسدية والسمعية والبصرية؛
6. برنامج دعم الخدمات الصحية الموجهة لكبار السن والعجزة
7. تطوير وتنفيذ إستراتيجيات تعزيزية ووقائية محورية تتعلق بالصحة النفسية من خلال تعزيز التعاون بين القطاعات لتحسين إلمام العاملين في الرعاية الصحية الأولية بمهارات رعاية الصحة النفسية، وتعزيز الصحة النفسية الإيجابية، والوقاية من الاضطرابات النفسية، والعصبية؛
8. تحسين وصول كافة الأشخاص ضمن المجموعات المعرضة للاضطرابات النفسية الى خدمات مُنصفة - وقائية وعلاجية قائمة على الأدلة العلمية؛
9. تنفيذ مصفوفة الإستراتيجية الوطنية للصحة النفسية.

### التدخل العاشر: نظم الأتمتة والبيانات والإحصائيات الصحية لخدمات الرعاية الصحية الأولية كجزء من النظام الصحي الوطني الشامل

تواجه نظم البيانات والإحصاءات الصحية تحديات من أبرزها: غياب وجود قاعدة بيانات محدثة وديناميكية لمرافق الرعاية الصحية الأولية بما يشمل البنية التحتية والتجهيزات والأطر البشرية في المرافق الصحية ونوعية الخدمات المقدمة والتغطية بالخدمات، كما ان تدفق البيانات والإحصائيات يأتي في الوقت الراهن عبر الطرق البدائية وإرسالها وتجميعها من المرافق الى المديرية الى المحافظات ومن ثم الى الوزارة، وهذا يعني القصور في مقياسي الوقتية والكفاية لها وخاصة عند الاحتياج الى اتخاذ القرار، وتفتقر الى جانب التحليل وإظهارها بالشكل المطلوب كما أن هذه البيانات لا يسهل الرجوع اليها بشكل مباشر وسريع من قبل المعنيين وصناع القرار

إن غياب وحدة أتمتة على مختلف مستويات النظام الصحي، وتعدد مصادر البيانات وتباينها، مع إشكاليات ترتبط بجودة البيانات، وكذلك استكمال ووقتيّة وانسياب البيانات عبر مستويات النظام الصحي، ومرافق تقديم الخدمة ومستوى المستهدف يعد من التحديات التي يواجهها قطاع الرعاية الصحية الأولية وبالتالي الوزارة،

## الأولويات البرمجية لنظم أتمتة خدمات الرعاية الصحية الأولية

وترمي هذه الإستراتيجية الى تعزيز وتقوية نظم الأتمتة لبيانات الخدمات والإمداد اللوجستي ضمن سياسة وطنية لتفعيل نظام الاتمته والإمداد اللوجستي الصحي الشامل والموحد .  
تركز الإستراتيجية على إعداد وبناء وتطوير برامج نظم أتمتة خدمات الرعاية الصحية الأولية، وذلك من خلال التدخلات والأولويات التالية:

- العمل على إرساء نظام أتمتة البيانات الصحية للمديرية يعتمد الأساليب والتقنيات الحديثة لإدارة البيانات والاستفادة من تطبيقات هذا النظام في تحسن نوعية خدمات الرعاية الصحية الأولية؛
- تطوير نظم أتمتة البيانات لبرامج الرعاية الصحية الأولية بما يشمل نظام الإمداد اللوجستي ضمن نظام الأتمتة الصحي الوطني وعلى النحو التالي:
  - نظام الترصد والاستجابة للأوبئة (الإيدوز)، واستضافة الشبكة محلياً،
  - نظام الإمداد اللوجستي لجميع خدمات الرعاية الصحية الأولية (الأم والمولود، التحصين، صحة الطفل الخ)
  - نظام ترصد الوفيات والولادات الفيصرية وتشوهات الأجنة
  - نظم أتمتة البيانات الصحية للملاريا والسل والإيدز
  - نظام أتمتة خدمات التغذية والترصد التغذوي
  - نظام أتمتة شبكة العامل الصحي المجتمعي / القابلة الصحية المجتمعية، البرنامج الوطني للقابلة.
- توفير البنية التحتية والتجهيزات لنظام الأتمتة على كافة المستويات المركزية والوسطية والطرفية.
- تعزيز القدرات الفنية والإدارية والتدريبية والمعلوماتية واللوجستية للمؤسسات الصحية، لتحقيق كفاءة الأداء والمهارة في تقديم الخدمات، على مستوى الوزارة والبرامج والمحافظات والمديريات والمرافق الصحية.

## تنفيذ الإستراتيجية الوطنية لقطاع الرعاية الصحية الأولية

إن عملية تنفيذ الإستراتيجية الوطنية يمثل التحدي الأكبر أمام قطاع الرعاية الصحية الأولية، ولذا لابد من توفر دعم والتزام سياسي ومادي مستدام لهذه الإستراتيجية الوطنية كشرط أساسي لنجاحها، ومن الضروري أن تمر مرحلة التنفيذ بالخطوات التالية:

- أ. الإقرار الرسمي للإستراتيجية الوطنية لقطاع الرعاية الصحية الأولية.
- ب. تعميم الإستراتيجية على جميع الشركاء.
- ت. تنفيذ الإستراتيجية الوطنية لقطاع الرعاية الصحية من خلال وضع برنامج تنفيذي تبنى عليه جميع الخطط التنفيذية في القطاع.

## المراجع

- 1- الجمهورية اليمنية، الرؤية الوطنية لبناء الدولة اليمنية الحديثة، محور الصحة.
- 2- مسح صحة الأسرة لعام 2013م، DHS.
- 3- الإستراتيجية الصحية للصحة الانجابية 2009.
- 4- الجهاز المركزي للإحصاء، التقرير السنوي، 2018 م.
- 5- وزارة الصحة، الدليل النمطي للمراكز والوحدات الصحية لعام 2019م.
- 6- وحدة الدعم الفني، قطاع الرعاية الصحية الأولية، قاعدة البيانات 2019م.
- 7- وزارة الصحة، قطاع الرعاية الصحية الأولية، دليل الإشراف التكاملي الداعم.
- 8- مؤشرات مسح صحة الأسرة، لعام 2013 م.
- 9- قطاع الرعاية الصحية الأولية، الإدارة العامة لمكافحة الأمراض والترصد الوبائي، برنامج الإنذار الالكتروني المبكر (الايديوز) لعام 2019م.
- 10- المسح الشامل للأمن الغذائي 2014-2015م، ومسح سوء التغذية الشامل المرجح من الدراسات الاستقصائية لـ « سمارت » في عام 2018م.
- 11- الأوتشا، نظرة عامة على الاحتياجات الإنسانية، 2019م.
- 12- منظمة الصحة العالمية، تصنيف حدة سوء التغذية، 2013م.
- 13- المسح الشامل للأمن الغذائي 2014م.
- 14- سوء التغذية الشامل المرجح من الدراسات الاستقصائية لمسح ((سمارت)) في عام 2018م.
- 15- وزارة الصحة، قطاع الرعاية الصحية الأولية، وحدة تنسيق الخدمات المجتمعية، 2019م.
- 16- وزارة الصحة، قطاع الرعاية الصحية الأولية، برنامج متطوعات صحة وتغذية المجتمع، 2019م.
- 17- وزارة الصحة، قطاع الرعاية الصحية الأولية، البرنامج الوطني للتحصين الموسع لعام 2018م.
- 18- وزارة الصحة، الإستراتيجية الوطنية الصحية 2010-2025م.