في تقرير لجنة الصحة والسكان بمجلس الشورى

القطاع الصحي في اليمن شهد تطوراً ملموساً استفاد منه الكثير من أفراد المجتمع

أشار تقرير لجنة الصحة والسكان بمجلس الشورى المقدم الى اجتماع المجلس برئاسة الأستاذ/ عبدالعزيز عبدالغني المنعقد خلال ١٤-١٥ الشهر الجاري إلى أن اليمن خلال العقود الثلاثة الماضية حققت تطوراً ملموساً في قطاع الصحة العامة مقارنة بما كان عليه الوضع سابقاً فقد استفاد من هذا الوضع الكثير من أفراد المجتمع في الريف والحضر إلا أن المنظمات الدولية وخاصة منظمة الصحة العالمية والمؤشرات الصحية تؤكد أن ما تحقق لايلبي الاحتياجات ولا الطموح المنشود.

وأفاد التقرير أن مناطق ريفية نائية لاتزال تعاني من إرتفاع معدلات الوفيات وخاصة بين الرضع والأطفال الأقل من خمس سنوات والأمهات خلال الحمل والولادة اضافة الى نقص وسوء التغذية وانتشار الأمراض المعدية نتيجة قصور وتدني الخدمات الصحية والبيئية.

وأوضح التقرير أنه مع بداية الألفية الثالثة أصبحت الخدمات الصحية في اليمن تغطي ٤٣٪ من إجمالي السكان في عام ٢٠٠٣م وفي عام ١٩٧٠م بنسبة ١٠٪ وهذا دليل على الاهتمام والنمو للقطاع الصحي في المجتمع اليمني المعاصر، فقد أصبح لكل من «١٠٠,٠٠٠» شخص و«٧,١» أسرة أما الوحدات الصحية فلكل «١٠٠,٠٠٠» شخص «٨,٤» وحدات في حين أصبح لكل «٥٢٠٠» نسمة طبيب ولكل «٢٥٠٠» سرير وكل ل«٣٦٠٠» ممرض أو ممرضة.

وأوضح أن معظم المرافق الطبية والكادر المتخصص والمعاونين الطبين يتمركزون في عواصم المحافظات فيما يعاني بقية مناطق المحافظات شحة في الكادر والخدمات الطبية، منوهاً إلى أن ملامح الحرمان في الخدمات الصحية واضحة على مستوى الجمهورية، وفيما يخص الرعاية الطبية أورد مقارنة بدول الأقليم تعكس الواقع الحقيقي للخدمات الصحية، وعلى سبيل المثال معدل وفيات الأطفال الرضع من كل «١٠٠٠» مولد في عام ١٩٧٦م «٢١٧» حالة وفاة، انخفض عام ٢٠٠٣م الى «١٥٧» حالة وفاة وهي معدلات عالية بالمقارنة مع الدول العربية «٥٣» حالة وفاة، ومعدل وفيات الأمهات في مرحلة النفاس «١٠٠,٠٠٠» مولود حي عام ١٩٩٥م توجد «١٤٠٠» حالة وفاة، وهو معدل مرتفع جداً ويصل الى اربعة أضعاف ماهو سجل في الدول العربية، فيما بلغ عدد الأطباء لكل «١٠٠,٠٠٠» شخص ٢٤ طبيب عام ٢٠٠٣م وهو أقل مما هو عليه في الدول العربية بلغ «١٢٠» طبيب.

وعز التقرير ضعف الخدمات الصحية إلى عدة عوامل منها ضعف حجم الانفاق المالي للقطاع الصحي من الموازنة العامة الذي يعكس بدوره سلبياً على الدعم والتطوع للقطاع يبلغ حجم الانفاق المالية «٣٪» من إجمالي الانفاق العام المعتمد في حين متوسط الانفاق على الصحة في أثيوبيا «٤٠٢٪» وكينيا «٥,٦٪» والأردن «٦,٥٪» وأيضاً عدم توزيع الخدمات الصحية بالعدل بين الريف والحضر وفقاً لحجم الكثافة السكانية الى جانب نقص وغياب الاحتياجات ا لعلاجية وغياب تنسيق الجهود ا لحكومية والأهلية في مجال الخدمات الصحية ويتركز الاستثمار الصحي في المدن الرئيسة.

وحدد التقرير المحافظات الى لاتتوفر فيها مستشفيات ريفية مؤهلة كالجوف الضالع، ريمة، وأن بعضها لاتتواجد بها حتى مراكز صحية مع الأسرة أبين، البيضاء، الجوف، الحديدة، والمهرة.

تقييم واقع الخدمات الصحية:

ويتضمن هذا المحور نتائج الزيارة الميدانية التي قامت بها لجنة الصحة والسكان للمحافظات الثمان وأمانة العاصمة، والتي من خلالها عقدت اللقاءات المشتركة مع المحافظين والسلطات ا لمحلية واستمعت الى التقارير المقدمة من قبلهم حول أوضاع الخدمات الصحية ومستوى أدائها بالاضافة الى عدد من المشاكل والمعوقات التي تواجهها في هذا القطاع.

وفي نفس الوقت قامت بزيارات ميدانية الى عدد من المرافق والمنشآت الصحية واطلعت على قرب لمستوى الخدمات المقدمة والجهود المبذولة من قبل ا لعاملين فيها بالاضافة الى معاينة نوعية الأمراض المتفشية والمنتشرة بين أوساط المواطنين والإجراءات المتخذة بشأنها وأوجه الرعاية والوقاية التي تقوم بها السلطات المختصة.

وعلى ضوء ذلك قامت اللجنة بدراسة وتقييم كافة الأوضاع الحالية التي يشهدها واقع الخدمات ا لصحية لتلك المحافظات بالاضافة الى اطلاعها الى كافة التقارير المقدمة من قبلها. والمتضمنة شرحاً مفصلاً عن اوضاعها ا لصحية بجوانبها المتعددة مالياً، وإدارياً، وظيفياً، تقنياً، خدمياً.

وبناءً عليه أعدت لجنة الصحة والسكان تقييماً نهائياً لزيارتها الميدانية لواقع الخدمات الصحية والذي اتخذ الموضوعية والحرص والمسؤولية في آن واحد، غايتها الارتقاء بمستوى وأداء الخدمات الصحية وهدفنا الإسهام والمشاركة في تقييم الواقع الحالي وتحديد جوانب الضعف والقصور والحلول المساعدة لتوفير الخدمات

صنعاء / فريد محسن علي

الصحية لكل من مراكز وقرى ونواحي محافظات الجمهورية.

وفي هذا السياق نتناول أهم الجوانب التي تتضمن نتائج عملنا النهائي لهذه الزيادة وهي على النحو التالي:

أولاً: في مجال الخدمات الصحية والطبية:

تعاني أغلب المحافظات التي تم زيارتها في مجال الخدمات الصحية والطبية مايلي:

١- تفتقر بعض المحافظات لمستشفيات مؤهلة ومجهزة بالعدات الطبية اللازمة والكادر الطبي والمهني التخصصي.

٢- الوضع الصحي لبعض المستشفيات متدني وتعمل منذ «٢٠» عاماً بنفس المعدات والأجهزة وهذا يعني أن عمرها الافتراضي قد انتهى.

٣- قصور مستوى تقديم ا لخدمات الصحية الملائمة شكلت بيئة ملائمة للأمراض المعدية والسارية كالملاريا والاسهالات والتهاب الجهاز التنفسي وغيرها من الأمراض.

٤- إغلاق بعض المنشآت الصحية الخاصة نظراً لعدم تطابقها مع الشروط الصحية والقانونية ولكنها لازالت تعمل مخالفة للقانون.

٥- هناك بعض المشاريع الصحية متعثرة مركزياً ولم يتم استكمالها والبعض الآخر بحاجة الى مخصصات مالية.

٦- لايوجد برنامج تفتيشي دوري ومنظم للمنشآت الصحية نظراً لعدم وجود اعتمادات مالية لهذا الغرض.

٧- يتم مزاولة المهن للكادر الطبي والمهني للأجانب عبر الوزارة وهذا مخالف للقانون رقم «٢٨» لعام ٢٠٠٠م.

ثانياً: السياسة الدوائية «صندوق الدواء»:

أما فيما يخص السياسة الدوائية ودور الصندوق الدواء الذي كان عبره صرف الأدوية لجميع المرافق الصحية الحكومية بالمحافظات وتقيمنا للوضع على النحو التالي:

١- لاتوجد علاقة مباشرة بين الصندوق ومكاتب ا لصحة بالمحافظات كونها جهات استلام الطلبات المقدمة لها من الأدوية مما جعل العلاقة علاقة مقصورة على بيع وشراء الأدوية.

٢- يتم تزويد المكاتب الصحية بالمحافظات ببعض الأصناف من الأدوية وهي رديئة الجودة وقريبة الانتهاء بالاضافة الى تأخير صرف طلبات الأدوية من مخازن صندوق الدواء وكذا عدم توفر العديد من الأصناف المطلوبة.

٣- يتم خصم «١٠٪» من صندوق الدواء مقابل خدمات لم تقدم.

٤- لايعطي الحق والصلاحية لمكاتب الصحة بشراء الأدوية الغير متوفرة في صندوق الدواء مما يجعل وضع المرافق الصحية في وضع لايستهان به أمام جملة من الحالات المرضية العاجلة.

٥- ونود أن نشير إلى أن صندوق الدواء قد توقف نشاطه.

ثالثاً: مشاركة المجتمع:

يعتبر دور مشاركة المجتمع هو الرديف الأساسي لاستمرار وتواصل الخدمات الصحية المقدمة للمواطنين وتقييماً لهذا الوضع كان على النحو التالي:

تشكو بعض المحافظات من عدم وضوح اللائحة المنظمة لجميع الخدمات بحيث تلزم الجميع العمل بها دون تلاعب.

عدم وجود الآلية ا لخاصة بمشاركة المجتمع بصورة مستمرة.

شحة الموازنة الحكومية للمرافق الصحية بالمحافظات أدى إلى ارتفاع مشاركة المجتمع.

رابعاً: العلاقة بين مكاتب الصحة في المحافظات والسلطات المحلية في المحافظات ، إدارياً وماليا:

رغم أن العلاقة متميزة في معظم المحافظات التي تم زيارتها بالسلطة المحلية، وهذا ما تؤكد التقارير الصادرة من مكاتب الصحة إلا أنها لا زالت بعض الاشكاليات بحاجة الى تفاديها وحلها ويمكننا توضيحها فيما يلي:

١- تشكو بعض المكاتب الصحية بالمحافظات من عدم تنسيق السلطة المحلية معها بشأن قرارات التعيين والتكليف دون مراعاة اختيار الأفضل.

٢- تعقيدات النظام المالي والإداري المركزي لم تتحسن بوجود نظام السلطة المحلية بل أصبح النظام المحلي صورة معكوسة للمركزية.

٣- تعاني المكاتب الصحية بالمحافظات من مركزة المال في الوحدة الحسابية حيث لاتوجد صلاحيات صرف المال القليل المتوفر بالاضافة الى عدم اشراك ا لمكاتب في وضع موازنتها أو مناقشتها أوتوزيعها.

٤- لاتقوم المجالس المحلية في بعض المحافظات بدورها الرقابي على إدارة الأجهزة التنفيذية بل القيام بدور تنفيذي وهذا يتعارض مع دور الجهاز التنفيذي.

٥- البناء العشوائي في بعض المحافظات لمرافق صحية دون تخطيط واعتماد نفقات تشغيل.

خامساً: تقييم الوضع الإداري والمالي:

«أ» تقييم الوضع الإداري:

«ب» تقييم الوضع المالي:

«أ» تقييم الوضع الإداري:

استطاعت ا للجنة تقييم الوضع الإداري لمكاتب الصحة بالمحافظات وذلك تنفيذ برنامجها الميداني وكانت نتائج تقييمها على النحو التالي:

١- لازالت الإدارة الصحية في بلادنا تمثل الحلقة الأضعف في القطاع الصحي وتشكيل عقبة رئيسية أمام الاستفادة المثلى من الموارد البشرية المتاحة نتيجة تدني الراتب الشهري للكوادر الطبية بالاضافة الى قصور أنظمة التحفيز للأطباء والفنيين الذي أدى الى حالة من الاتكالية واللامبالاة في العمل وضعف الشعور بالمسؤولية، كما أن عدم توفر مساكن مناسبة لهذه الكوادر الطبية والفنية من تلك المناطق باتجاه عواصم المحافظات والمدن الرئيسية حيث المستشفيات الخاصة التي تقدم لهم الرواتب والمكافآت المغرية.

٢- نتيجة لشحة الاعتمادات المالية المرصودة سنوياً لمكاتب الصحة بالمحافظات بالاضافة الى عدم توفر الكادر الطبي والفني لديها قد ساعد هذا الوضع إلى إغلاق أو عدم تشغيل العديد من المرافق والوحدات الصحية المنشأة حديثاً.

٣- تعاني بعض المحافظات من قصور وضعف في الكادر الصحي المؤهل.

٤- إن إلغاء التوظيف بالبدل جعل عدد المتقاعدين في السنة أكثر من عدد الموظفين الجدد وخاصة العمالة الحرفية والخدمية التي ألغت اعتماداتها المالية من سنوات وكان لهذا الوضع الأثر السلبي لمعظم المرافق والوحدات الصحية التي أصبحت تعاني من قلة عدد عمال النظافة والحراسة مما جعلها عرضة للإهمال وتراكم القمامات والأتربة وانتشار الأرضة بالاضافة الى تعرضها للسرقة.

٥- تعاني بعض المحافظات من نقص أو غياب لأبنائها المؤهلين في الجانب الطبي والفني الذي يمكن الاستفادة منه في توزيعهم لمناطق وريف تلك المحافظات، ونود الإشارة بأن الاشكالية ليست نتيجة عدم إتاحة الفرصة لتأهلهم بل تعود لعوامل اجتماعية واقتصادية.

«ب» تقييم الوضع المالي:

اطلعت اللجنة خلال زيارتها الميدانية الى سجل الأوضاع المالية التي تواجهها مكاتب الصحة بالمحافظات وتكاد تكون مشتركة من حيث النقص في اعتماداتها المالية المرصودة لها سنوياً.

وفي هذا السياق استخلصت اللجنة تلك الأوضاع المشتركة في الجوانب التالية:

١- تعاني جميع مكاتب الصحة بالمحافظات من قلة الاعتمادات المالية المرصودة لها سنوياً بحيث أصبحت موازنتها التشغيلية سنوياً لا تتناسب مع حجم التوسع القائم للمرافق والوحدات الصحية وحجم الطلبات المتزايدة لنوعية الخدمات الصحية المقدمة لها.

لذا أصبح الوضع في حالة عدم إتزان وتناسب بين ماهو مرصود سنوياً وبين الاحتياجات المتزايدة لتلك الخدمات.

٢- إن صرف المخصصات المالية المرصودة للمكاتب الصحية تتم بنظر السلطة المحلية وهذه الوضعية أوجدت جملة من التعقيدات التي تحول دون تنفيذ العديد من أنشطة الخدمات الصحية السريعة والضرورية يومياً بالاضافة الى تجميد الكثير من الأنشطة المخطط لها.

٣- لازال تحديد بنود الموازنات الخاصة لمكاتب الصحة بالمحافظات يتم مركزياً ونتيجة لذلك فإنها تعاني من مضاعفات متزايدة وطارئة لم تمكنها من تلبية احتياجاتها المتواصلة والمتعددة يومياً للمرافق والمنشآت الصحية التابعة لها والمنتشرة في عموم نواحي المحافظة مما يجعلها غير قادرة على تنفيذ العديد من أنشطتها باعتبار أي تغيير أو مناقلة في مخصصات الموازنة تتم مع نهاية العام مركزياً.

٤- العديد من المستشفيات الكبيرة في المحافظات غير قادرة على تنفيذ خططها السنوية نتيجة مركزة القرار المالي ويرجع هذا الوضع لعدم تنفيذ قرار مجلس الوزراء الذي يخول المستشفيات الكبيرة في المحافظات بالاستقلال المالي والإداري حتى يتسنى لها تحسين مهمتها بالشكل المحدد لها.

٥- نظراً لقلة الاعتمادات المرصودة لمكاتب الصحة للمحافظات أدى ذلك الى الوضع التالي:

عدم توفر وسائل مواصلات للمتابعة والإشراف اليومي لأعمالها.

عدم توفر سيارات إسعاف للحالات الضرورية والطارئة بكامل تجهيزاتها.

عدم توفير اعتمادات للصيانة الدورية للمعدات والآلات الطبية.

تهالك وتدهور العديد من المرافق والمنشآت الصحية القائمة لقلة اعتمادتها المخصصة للصيانة الدورية.

العديد من المرافق والوحدات الصحية والمنشأة حديثاً مغلقة من قبل المجالس المحلية نتيجة أن قانون السلطة المحلية لايسمح بالتجهيز والتأثيث.

توقف انجاز بعض المرافق الصحية لقلة الاعتمادات المرصودة لها.

تعثر العديد من المشاريع المشتركة بين الدولة والمساهمات الأجنبية نتيجة عدم دفع الدولة حصتها في المشروع.

مدير عام مرور محافظة مأرب لـ (14 أكتوبر) :

نعمل على تطوير وتحديث اداء رجال المرور في المحافظة

شهد عام 2005 م (124) حادثاً مرورياً نجم عنها (29) حالة وفاة و (95) اصابة وخسائر مادية تجاوزت 28 مليون ريال

مأرب/ محمد سالم الجداسي

أنشطة وفعاليات مختلفة تشهدها إدارة مرور محافظة مأرب سواءً في مجال التوعية المرورية أو ألاعمال الميدانية وتفعيل الوعي المروري كما شهدت وتشهد المحافظة أنشطة مكثفة من قبل رجال المرور.. ندوات تثقيفية ومحاضرات توعوية وإنشاء الشاخصات المرورية على المنعطفات والخطوط الطويلة.. وخلال العام الجاري ٢٠٠٦م سوف يتم إنشاء مدرسة لتعليم قيادة السيارات وتركيب إشارات ضوئية لأول مرة في مأرب في هذا السياق وحول الأنشطة والفعاليات المرورية وعن الحوادث والخسائر المادية التي شهدتها مأرب خلال العام المنصرم ٢٠٠٥م وتطلعات المستقبل لتفعيل وتحسين الأداء المروري تحدث لـ ١٤ أكتوبر الأخ العقيد عبدالحميد محمد الحيمي مدير عام مرور محافظة مأرب وهاكم التفاصيل.

شهدت محافظة مأرب خلال العام المنصرم حوادث مرورية بلغت ١٢٤ حادثاً مرورياً منها ٢٥ حادث دهس مشاة و٤٦ حادث صدام و٣٨ حادث انقلاب و٨ حوادث سقوط و٦ حوادث صدام دراجات وأخرى حادثة واحدة فقط. وبين الحيمي أن الوفيات بلغت ٢٩ وفاة منها امرأة واحدة فيما كانت الإصابات ١٩٤ إصابة منها ١٩ إناث و٨٥ ذكور، إصابات بليغة ٥٨ إصابة ٥١ ذكور و٧ إناث، وبلغت الخسائر المادية ٢٨ مليوناً و٦٠٠ ألف ريال.

صرف لوحات

وعن قسم تسجيل المركبات أكد مدير المرور أن إجمالي اللوحات المصروفة خلال عام ٢٠٠٥م بلغت ٥٦٦ لوحة منها ٢٤٤ خصوصي و٣٠٠ نقل و ٢٢ أجرة ٧٦ وثيقة ملكية ٥٤ نقل و٢٢ أجرة و٨ لوحات بدل فاقد، مشيراً إلى أن عدد المخالفات المرورية وصلت إلى ١٢٠ مخالفة مرورية تم تسديد منها ٤٠ مخالفة بإيرادات بلغت ١٤١ ألف ريال، فيما كان عدد الرخص الممنوحة ١٤٩٦ رخصة قيادة.

وفيما يخص الأنشطة والفعاليات التي تم تنفيذها تحدث قائلاً:

نفذت إدارة المرور العديد من الأنشطة والفعاليات الإنشائية والميدانية وأيضاً التوعوية، حيث تم ولأول مرة في مأرب وضع الطلاء الخاص بعبور المشاة وهو الطلاء السنريتي وذلك في سبعة مواقع على طول الشارع العام وفي الهاتين، كما تم وضع شاخصات مرورية في الفرز والجولات والمنعطفات والتقاطعات وأيضاً إصلاح وترميم المظلات في الجولات الرئيسية ومن ضمن الفعاليات شاركنا في اللقاء التشاوري الثالث لمدراء المرور في الجمهورية وكان تقريرنا هو الأول على مستوى إدارات المرور من حيث التقييم ومستوى الأداء المروري.

إنشاء إشارات ضوئية

وحول خطط وأنشطة العام الحالي ٢٠٠٦م أشار مدير عام مرور مأرب إلى أنه يجري حالياً التنسيق مع مكتب الأشغال والطرق بشأن عمل إشارات ضوئية في عاصمة المحافظة كأول إشارات ضوئية في محافظة مأرب وذلك ضمن موازنة العام الحالي ٢٠٠٦م كما تم إنزال لجنة من الأشغال لوضع الشاخصات المرورية من مديرية مجزر مروراً بمديرية مأرب المدينة والوادي إلى خط صافر سيئون، ضمن تمويل حكومي من مكتب الأشغال العامة إضافة إلى معالجة بعض العيوب الهندسية في عدد من الطرقات بالتنسيق مع مكتب الأشغال العامة والطرق في المحافظة وسوف يتم خلال العام الجاري إنشاء مدرسة لتعليم قيادة السيارات تضم محافظات مأرب والجوف وشبوة.. ونحن نعمل وفقاً للإمكانيات المتاحة على تطوير وتحديث مستوى الأداء المروري في إطار التعاون والتنسيق مع مختلف الجهات وجميع القطاعات ,في ظل الدعم والرعاية الكريمة الذي يوليهما فخامة الأخ القائد الرئيس علي عبدالله صالح لمنتسبي القوات المسلحة والأمن.

أخي المواطن
أختي المواطنة :

أطفالك وأسرتك اولى برعايتك وحسن تصرفك فكن حكيماً وأقلع عن التدخين