

الحرب التي أضعفت النساء في اليمن..

النظام الصحي والحماية الاجتماعية للمرأة في اليمن

.. قراءة في آثار الحرب والانهيار المؤسسي

أ.د. سهير علي أحمد

أستاذ القانون العام في جامعة عدن، سياسية وناشطة بارزة، عضو
هيئة رئاسة المجلس الانتقالي الجنوبي، باحثة غير مقيمة لدى
مؤسسة اليوم الثامن للإعلام والدراسات

يونيو 2026م

“تكشف الحرب في اليمن هشاشة أنظمة الحماية الاجتماعية والصحية للمرأة. في ظل انهيار الدولة وتراجع الخدمات الأساسية. فبين النصوص القانونية التي تضمن الحقوق، والواقع الذي تفرضه الحرب والفقر والفساد، تتسع الفجوة الاجتماعية، لتصبح النساء الفئة الأكثر تعرّضًا للهشاشة والتهميش داخل مجتمع أنهكته سنوات الصراع الطويل”

» هادر عن «

مؤسسة

اليوم الآمن alyoum8.net

للإعلام والدراسات

الملخص

هذه الدراسة تهدف إلى التعرف على واقع الحماية الاجتماعية للمرأة في المجال الصحي، وتتضمن البحث في أنظمة الحماية الاجتماعية في اليمن المقدمة للمرأة على مدى دورة حياتها، وتقديم لمحة سريعة عن الوضع الحالي فيما يتعلق بسياق النظام الصحي.

اعتمدت الدراسة من حيث المنهجية على منهج التحليل الوصفي بالإضافة إلى أسلوب المقارنة والاستفادة من الدراسات السابقة ذات الصلة بموضوع وأهداف الدراسة، وعن طريق تنفيذ مسح بواسطة الاستبيان لجمع المعلومات.

خلصت الدراسة إلى أن المشرع اليمني قد منح المرأة استقلالية اقتصادية، وحماية اجتماعية، ورعاية صحية من خلال نصوص الدستور والقوانين ذات الصلة. إلا أنه في الواقع العملي بينت الدراسة تدني نسبة النساء داخل قوة العمل بالمقارنة بالرجال وكذلك من إجمالي الأفراد داخل قوة العمل، وهناك فجوة نوعية واختلاف في مؤشر التكافؤ بينهما، وأن معظم العمالة في اليمن هي عمالة غير منظمة، ولا تتوفر لها حماية اجتماعية، أو إجازة مرضية مدفوعة الأجر، أو إجازة سنوية مدفوعة، وبينت الدراسة أن أغلب النساء يعملن في القطاع غير المنظم. وأن الفقر يشهد بين الأسر التي تعيلها النساء، ويشهد مع ازدياد عدد الاطفال. وأن نسبة الأمية بين النساء أكثر من حوالي الثلث مقارنة بالأمية بالرجال في جميع الفئات العمرية.

وضحت الدراسة أن جميع القوانين اليمنية الخاصة بالحماية الاجتماعية في مجال الصحة قد أكدت على أهمية تقديم العديد من الخدمات الصحية والوقائية والعلاجية للأطفال، وللأمهات في فترة الحمل والولادة والنفاس، ونظمت خدمات رعاية المرأة أثناء الحمل والولادة والاجهاض، وخدمات المشورة والفحوصات وعلاج فيروس نقص المناعة، وعلاج الأمراض المزمنة، كما أكدت هذه التشريعات على وجوب تقديم الخدمات الصحية للمعنفات، وللمرأة من ذوي الاعاقة، والرعاية الصحية للمرأة المسنة. إلا أن الواقع أثبت عكس ذلك فالنظام الصحي يعاني من ضعف الامكانيات المادية والبشرية، ونظام الخدمات الصحية يعاني من التشرذم نتيجة الفساد وضعف الحوكمة، فتحليل اتجاهات ما قبل الحرب يظهر بالفعل ضعف النظام الصحي لا سيما فيما يتعلق بصحة الام والطفل وانخفاض في الانفاق الحكومي العام على الصحة، كما أن تمويل الرعاية الصحية في اليمن يعتمد اعتماداً كبيراً على الانفاق الشخصي المباشر، وبعد الحرب نجد أن الاوضاع والحرب قد أثرت بشكل أكبر وسلباً على جميع جوانب الحماية الاجتماعية في اليمن. وغياب دور الدولة أدى إلى حلول الدول المانحة والمنظمات الدولية لتغطية برامج الرعاية الصحية كافة. وختمت الدراسة بعدد من المقترحات منها على سبيل المثال وجوب إنهاء الحرب لأن أثارها وخيمة على المواطنين، وعلى الدولة القيام بواجبها في توفير الخدمات الصحية الأساسية استناداً إلى مبدأ سلسلة الرعاية طول دورة الحياة (الطفولة، المراهقة، البلوغ، الحمل، الولادة وما بعد الولادة)، وتفعيل قانون الرعاية الاجتماعية وتحديث قائمة المستفيدين منه نتيجة ازدياد عددهم نتيجة الحرب.

Abstract

This study aims to identify the reality of social protection of Yemeni women in the health field. It has investigated the social protection systems in the republic of Yemen provided to women throughout their life circle and provided a brief overview about the current situation in relation to the context of health system. The study has used a survey with a questionnaire to collect the data. It also used descriptive and comparative methods in the analysis and used a. It has concluded that the constitution and the laws have given Yemeni women economic independence, social protection, and access to health care but in practical reality, it has demonstrated a low proportion of women in the workforce compared to men. In addition, it has demonstrated that of the total personnel within the workforce, there was a gender gap and a difference in the gender parity index, and the majority of workers in Yemen were in the unorganized sectors, with no social protection, paid sick leave, or annual leave. The study has also demonstrated that most women were working in the unorganized sector where the poverty is intensified among families headed by women and intensified with the rise in the number of children. In addition, the illiteracy rate among women .was more than one-third higher than that of men in all age groups

The study has found that the Yemeni laws related to social protection in the health sector emphasized the provision of many preventive and curative healthcare services to children and mothers during pregnancy and delivery. These laws also organized the services of care during pregnancy, abortion, counseling, testing, and treatment of patients with the immune deficiency virus (HIV), as well as the treatment of chronic diseases. These laws ensured services for abused women, disabled women, and the elderly. However, the reality was different as the health system had poor financial and human resources. The medical service system is fragment due to corruption and weak governance. The analysis of the pre-war situation has demonstrated how weak the health system was, regarding maternal and child healthcare, as well as a decrease in the general governmental spending on health. Health care financing in Yemen depends heavily on direct personal spending. After the start of war, we have found that the situations and the war have affected social protection services in Yemen negatively. The absence of the role of state made the donor countries and the international organizations replace the government to fund the health care programs entirely. The study concluded with a number of suggestions: the obligations to end the war because its effects were dire for citizens, the government must fulfill its duties in providing basic health services based on the principle of health care throughout the life circle (childhood, adolescence, puberty, pregnancy, childbirth, postpartum), activating the social welfare law and updating the list of beneficiaries whose .numbers are increasing because of the war and other reasons

الفهرس

2	المخلص
6	الفهرس
7	المقدمة
9	مشكلة الدراسة
9	هدف الدراسة
10	منهجية الدراسة
10	وضع المرأة في اليمن
33	مؤشرات الخدمات الصحية
34	التعليم الطبي في اليمن
35	مؤشرات الرعاية الصحية للمرأة
40	حجم الانفاق المباشر
40	القوانين والتشريعات الخاصة بالحماية الاجتماعية في مجال الصحة للمرأة في اليمن
47	برنامج الحماية الاجتماعية للرعاية الصحية
49	تمويل الخدمات الصحية
50	الخاتمة
51	المقترحات
53	المراجع

المقدمة

تقع جمهورية اليمن في جنوب غرب شبه الجزيرة العربية في غرب آسيا، تبلغ مساحتها 555,000 كيلو متر مربع ويبلغ عدد سكانها 30,411,000 نسمة. (الاسقاط السكاني لعام 2020م). يحدها من الشمال المملكة العربية السعودية، ومن الشرق سلطنة عمان. ولها ساحل جنوبي على بحر العرب وساحل غربي على البحر الأحمر¹.

ووفقاً لنتائج الاسقاطات السكانية لعام 2018م فكان الرجال يمثلون ما نسبته 50,9% والنساء 49,1%، أما عن توزيع الرجال والنساء على مستوى الحضر والريف أظهرت نتائج مسح ميزانية الأسرة، أن الرجال في الحضر والريف قد شكلوا ما نسبته 49,40%، والنساء ما نسبته 50,60%، وفي الريف لم تختلف النسبة كثيراً عن الحضر حيث شكل الرجال ما نسبته 49,43% والنساء ما نسبته 50,57%. كما ان نسبة السكان في الحضر بلغت 30,19%، وفي الريف 69,81% من إجمالي السكان في الجمهورية اليمنية، وهذه النسب توضح أن أغلب السكان يعيشوا في ريف الجمهورية². وفق نتائج الاسقاطات السكانية لعام 2018م.

يعاني اليمن من عواقب الصراع من 2011م وحرب 2015 على جنوب اليمن، المستمرة إلى يومنا هذا، وما نتج عنهما من تدهور اقتصادي وانحيار مؤسسي، وقد بات توفر مرافق البنية التحتية الصحية العاملة، مثل المستشفيات ومراكز الرعاية الأولية أمراً صعب المنال تحت وطأة الحرب، إذ تواجه نسبة كبيرة من السكان تحديات في الحصول على الرعاية الصحية³. وفي الوقت الحالي، لا يعمل سوى 50% من المنشآت الصحية بكامل طاقتها، ويواجه أكثر من 80% من السكان تحديات كبيرة في الحصول على الغذاء ومياه الشرب وعلى خدمات الرعاية الصحية. ويُعد نقص الموارد البشرية والمعدات والمستلزمات حجر عثرة في سبيل تقديم خدمات الرعاية الصحية، إضافة لذلك فقد أدى الصراع والحرب إلى تفاقم التحديات الصحية، كما أفضى إلى ضعف إدارة قطاع الرعاية الصحية⁴.

حتى قبل تصاعد الصراع والحرب مؤخراً، كان اليمن أحد أشد بلدان العالم فقراً، إذ سجل أدنى مؤشرات التنمية البشرية في منطقة الشرق الاوسط وشمال أفريقيا⁵. ودفع كل من الصراع وعدم الاستقرار في اليمن إلى الانهيار الاجتماعي والاقتصادي، وبدأت مرحلة من الدمار الشديد في اليمن خصوصاً عام 2014م وتصاعد منذ عام 2015م حتى اندلاع الحرب على مناطق جنوب اليمن، حيث تشير التقديرات إلى وفاة حوالي 100 ألف شخص بسبب القتال و130 ألف شخص بسبب نقص الغذاء والصحة وضعف البنية التحتية، ففي الأثار المباشرة للحرب على الأطفال في اليمن قدرت تقارير أممية بأن عدد القتلى والجرحى منهم خلال سنوات الحرب يصل إلى أكثر من 10200 طفل، بينما تتحدث تقارير لمنظمات حقوقية دولية بأن عدد القتلى والجرحى يفوق 14 ألف طفل (5700 قتل، و8310 جرحى)، ويلي 45% من الأطفال حتفهم بسبب سوء التغذية الحاد، ويمثل النساء والأطفال 50% من ضحايا الصراع والحرب الدائرة، وأنها الاقتصاد، إذ أنخفض إجمالي الناتج المحلي بنسبة 50% ويعيش 58% من اليمنيين في فقر مدقع مقارنة بنسبة 19% قبل اندلاع الصراع. وهذه النسب في ارتفاع مستمر باستمرار الحرب. وفي الوقت الحالي يحتاج نحو 24.4 مليون شخص - أي 80% من السكان - إلى مساعدات انسانية ويواجهون تحديات كبيرة في الحصول على الغذاء أو الرعاية الصحية⁶. وعلى الرغم من استمرار المساعدات الانسانية، فلا يزال 16.2 مليون يمني يعانون من انعدام الأمن

(1) (ar.m.wikipedia.org/wiki/Yemen)

(2) نظراً لعدم صدور أو نشر تقرير للمخرجات الديمغرافية السكانية لمسح ميزانية الأسرة بعد عام 2014م أو أثناء إعداد هذا التقرير، فقد تمت الاستعانة بقاعدة بيانات المسح لاستخراج ما أمكن من احصائيات ديمغرافية سكانية. ينظر: التقرير السنوي «النساء والرجال في اليمن (صورة احصائية 2018م - ص5 وما بعدها) صادرة عن وزارة التخطيط والتعاون الدولي، الجهاز المركزي للإحصاء الذي اعتمد على بيانات مسح ميزانية الأسرة 2014م.

(3) قطاع الصحة في اليمن، مذكرة سياسات، سبتمبر 2021، ص رقم 1.

(4) غالبية هذا السياق مقتطف من عرض ايضاحي قدمته منظمة الصحة العالمية والبنك الدولي واليونسيف في يناير 2020م بعنوان «السياق الانساني: اليمن- المشروع الطارئ للصحة العالمية والتغذية». وتشمل المصادر الاخرى تقارير مكتب تنسيق الشؤون الانسانية التابع للأمم المتحدة عن الحالة في اليمن

(5) برنامج الأمم المتحدة الإنمائي (2020). تقارير التنمية البشرية. <http://hdr.undp.org/en/countries/profiles/yem>.

(6) لجنة الإنقاذ الدولية، (2020) تأثير جائحة كورونا في الازمات الإنسانية «حالة طوارئ مزدحمة».

<https://www.april2020-doubleemergency-19-covid/4693/document/files/default/sites/org-rescue-wwww/https://www.icrc.org/en/where-we-work/middle-east/yemen/health-crisis-yemen>

الغذائي، ويحتاج 1.2 مليون طفل دون سن الخامسة إلى العلاج من سوء التغذية الحادة. أدى الصراع إلى انهيار فعلي للخدمات الاجتماعية الأساسية، بما في ذلك نظام الرعاية الصحية اليمني الهش؛ إذ انخفض الانفاق العام نسبياً على الصحة (لم يشكل سوى 2% من الانفاق الحكومي في العام 2015م) 8 أنخفض الانفاق العام على الصحة كنسبة مئوية من إجمالي الناتج المحلي من 1.16% إلى 0.43% فقط في السنوات التي سبقت الصراع (بين 2005 و 2015) وشهد الانفاق العام على الصحة كنسبة مئوية من الانفاق الحكومي العام انخفاضاً مماثلاً من 3.84% إلى 2.22%. وخلال الفترة نفسها انخفض الانفاق العام على الرعاية الصحية كنسبة مئوية من إجمالي الإنفاق على الرعاية الصحية من 22.5% إلى 10.2% فقط. وأنخفض الانفاق الحكومي العام على الصحة كنسبة مئوية من إجمالي الناتج المحلي من 1.16% إلى 0.43% فقط في السنوات (ما بين عامي 2005م و2015م)، وشهد الانفاق العام على الصحة كنسبة مئوية من الانفاق الحكومي العام انخفاضاً مماثلاً من 3.84% إلى 2.22%.

على الرغم من ندرة البيانات الحديثة عن المؤشرات الصحية والاتجاهات الديموغرافية في اليمن، فإن تحليل اتجاهات ما قبل الحرب يُظهر بالفعل ضعف النظام الصحي لا سيما فيما يتعلق بصحة الأم والطفل وانخفاض في الانفاق الحكومي العام على الصحة.

تعد الحماية الاجتماعية حق من حقوق الانسان إذ ينص الاعلان العالمي لحقوق الانسان في المادة 25(1) بأنه « لكل شخص حق في مستوى معيشة يكفي لضمان الصحة والرفاه له ولأسرته، وخاصة على صعيد المأكل والملبس والسكن والعناية الطبية وصعيد الخدمات الاجتماعية الضرورية، وله الحق فيما يأمن به الغوائل في حالات البطالة، أو المرض، أو العجز أو الترميل أو الشيخوخة أو غير ذلك من الظروف الخارجة عن إرادته والتي تفقده أسباب عيشه». 10 (الأمم المتحدة. الاعلان العالمي لحقوق الانسان)، ويتوقع مما سبق ذكره أن الأوضاع والحرب في اليمن قد أثرت سلباً على جميع جوانب الحماية الاجتماعية في اليمن، وكما هو معروف فإن تأثير الحروب والصراعات يكون أكثر على الفئات الهشة في المجتمع ومنها النساء ولأطفال.

مشكلة الدراسة

نسعى في هذه الدراسة التعرف على أنظمة الحماية الاجتماعية المقدمة للمرأة في المجال الصحي على مدى دورة حياتها في اليمن، وتطرح الدراسة التساؤل الرئيسي التالي: ما واقع الحماية الاجتماعية المقدمة للمرأة في المجال الصحي في اليمن؟ وهل توجد تشريعات تتناول ضمان تقديم الرعاية الصحية؟ وماهي أبرز المعوقات التي تحد من مشاركة المرأة في عملية التنمية؟

هدف الدراسة

التعرف على الحماية الاجتماعية المقدمة للمرأة اليمنية في المجال الاقتصادي والاجتماعي والصحي حسب المتاح. واستعراض القوانين والتشريعات المتعلقة بالحماية الاجتماعية. والتعرف على الخدمات والرعاية الصحية المشمولة بالتغطية الصحية. والكشف عن الفجوات في أنظمة الحماية الاجتماعية الصحية للمرأة اليمنية، معتمدة على المنهج التحليلي الوصفي.

منهجية الدراسة

اعتمدت الدراسة من حيث المنهجية على منهج التحليل الوصفي بالإضافة إلى اسلوب المقارنة والاستفادة من الدراسات السابقة ذات الصلة بموضوع وأهداف الدراسة. وعن طريق تنفيذ مسح بواسطة الاستبيان لجمع المعلومات، والاستفادة من المعلومات والبيانات التي تم الحصول عليها من الوزارات والمرافق التي تم النزول إليها ، وعن طريق المقابلات الشخصية مع المختصين ، كما تم الاستعانة بالعديد من المراجع المختلفة، ولقد تم التركيز على البنود التالية:

وضع المرأة في اليمن

أولاً: المرأة وسوق العمل

نص المشرع الدستوري اليمني في المادة رقم (29) على أن « العمل حق وشرف وضرورة لتطوير المجتمع ولكل مواطن الحق في ممارسة العمل الذي يختاره لنفسه في حدود القانون ولا يجوز فرض أي عمل جبراً على المواطنين إلا بمقتضى قانون ولأداء

(7) برنامج الأغذية العالمي التابع للأمم المتحدة. (2021). حالة الطوارئ في اليمن.

(8) منظمة الصحة العالمية (2016): مستودع البيانات التابع للمرصد الصحي العالمي. <http://apps.who.int/gho/data/node.main>

(9) بيانات منظمة الصحة العالمية: " التقرير السنوي لمنظمة الصحة العالمية 2017: اليمن"، وينظر نشرة مجموعة الصحة في اليمن، فبراير/ شباط 2019م.

(10) الأمم المتحدة. الاعلان العالمي لحقوق الانسان.

خدمة عامة وبمقابل أجر عادل...»11. كما أكد قانون الخدمة المدنية في المادة رقم (12) فقرة (ج) ان « شغل الوظيفة العامة يقوم على مبدأ تكافؤ الفرص والحقوق المتساوية لجميع المواطنين دون أي تمييز، وتكفل الدولة وسائل الرقابة على تطبيق هذا المبدأ»12. كما نصت المادة رقم (42) من قانون العمل اليمني على أنه «تتساوى المرأة مع الرجل في كافة شروط العمل وحقوقه وواجباته وعلاقاته دون أي تمييز، كما يجب تحقيق التكافؤ بينها وبين الرجل في الاستخدام والترقي والأجور والتدريب والتأهيل والتأمينات الاجتماعية، ولا يعتبر في حكم التمييز ما تقتضيه مواصفات العمل أو المهنة»13. ووفقاً لهذه النصوص تتمتع المرأة اليمنية باستقلالية اقتصادية، كما أن فرص العمل متاحة للنساء والرجال على حدٍ سواء، ولا يوجد تمييز بين الرجال والنساء وفقاً لما ورد أعلاه من نصوص دستورية وقانونية.

إلا ان الواقع مغاير لما هو منصوص حيث توضح بيانات السكان داخل قوة العمل والسكان خارج قوة العمل إلى تدني نسبة النساء داخل قوة العمل بالمقارنة بالرجال، حيث وصلت هذه النسبة (6.0%) للنساء من إجمالي النساء (15 سنة فأكثر) ونسبة (8.2%) من إجمالي الأفراد داخل قوة العمل في حين بلغت نسبة الرجال (65.4%) من إجمالي الرجال (15 سنة فأكثر) ونسبة (91.8%) من إجمالي الأفراد داخل قوة العمل. وقد بلغت الفجوة النوعية بين النساء والرجال داخل قوة العمل حوالي (91%) ومؤشر التكافؤ حوالي (9%) أي أن كل 100 رجل داخل قوة العمل تقابلهم حوالي 10 من النساء داخل قوة العمل. و(15 سنة فأكثر)، وبلغت نسبة الرجال خارج قوة العمل (34.6%) من إجمالي الرجال (15 سنة فأكثر) والنساء (94.0%) من إجمالي النساء، كما بلغت نسبة الرجال خارج قوة العمل (34.6%) من إجمالي الرجال (15 سنة فأكثر) والنساء (94.0%) من إجمالي النساء (15 سنة فأكثر).

جول رقم (1) التوزيع النسبي للسكان (15 سنة فأكثر) حسب النوع والعلاقة بقوة العمل

السكان	رجال	نساء
داخل قوة العمل	65,4%	6,0%
خارج قوة العمل	34,6%	94,0%
الإجمالي	100,0%	100,0%
	680.8000	607.0000

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء - نتائج مسح القوى العاملة 2013/2014م.

وبالنسبة لتوزيع العاملين حسب النوع تبين البيانات أن إجمالي عدد العاملين لكلا الجنسين بلغ (4197000) عامل وإجمالي عدد العاملين الرجال بلغ (3904000) عامل ونسبتهم (93%) من إجمالي عدد العاملين لكلا الجنسين. وبلغ عدد العاملات للنساء (293000) عاملة بنسبة (7%) من إجمالي عدد العاملين لكلا الجنسين، وهذا يبين الفجوة بين نسبة الرجال العاملين ونسبة النساء العاملات، حيث بلغت الفجوة النوعية بين النساء والرجال العاملين حوالي (92%) ومؤشر التكافؤ حوالي (8%) أي ان لكل 100 رجل عامل تقابلهم حوالي 8 من النساء عاملات فقط.

وإذا احتسبنا الفجوة النوعية بين النساء والرجال العاملين حسب الحالة العملية ومؤشر التكافؤ نجد الآتي:

- الفجوة النوعية بين النساء والرجال الذين يعملون بأجر بلغت (36.8%) ومؤشر التكافؤ (63.2%) أي أن كل 100 رجل عامل بأجر يقابلها حوالي 63 من النساء عاملات بأجر.
- الفجوة النوعية بين النساء والرجال أصحاب العمل بلغت (68.5%) ومؤشر التكافؤ (31.5%) أي أن كل 100 رجل صاحب عمل يقابلهم حوالي 31 من النساء صاحبات عمل.
- الفجوة النوعية بين النساء والرجال الذين يعملون لحسابهم الخاص بلغت (17.3%) ومؤشر التكافؤ (82.7%) أي أن كل 100 رجل يعمل لحسابه الخاص يقابلهم حوالي 83 من النساء يعملن لحسابهن الخاص.

(11) دستور الجمهورية اليمنية لسنة 1991م المعدل سنة 2001، العدد السابع (الجزء الثاني)، الصادر بتاريخ 15 أبريل 2001م.

(12) مادة رقم (12) فقرة (ج) من قانون الخدمة المدنية رقم (19) لسنة 1991م.

(13) مادة رقم (42) من قانون العمل رقم (5) لسنة 1995م.

- الفجوة النوعية بين النساء والرجال الذين يعملون لدى الأسرة بدون أجر بلغت (309.5%) ومؤشر التكافؤ (409.6%) أي أن كل 100 رجل يعمل لدى الأسرة بدون أجر يقابلهم حوالي 410 من النساء يعملن لدى الأسرة بدون أجر.

كما يتضح من بيانات توزيع العاملين حسب المهنة الرئيسية بالنسبة للنساء فإن مهنة (العمال المهرة في الزراعة وصيد الأسماك) تشكل أكبر مجموعة مهنية حيث بلغ عدد العمالة فيها (149000 عاملة) بنسبة (50.9%) من إجمالي العاملات النساء، يلي ذلك العاملات في مهنة (اختصاصيات)، حيث بلغ عدد العاملات فيها (48000 عاملة) بنسبة (16.4%). وتغطي هاتان المهنتان أكثر من نصف عدد العاملات للنساء وأما نسبتهم في مهنة (تشغيل وتجميع المصانع والآلات) فقد بلغت (0.3%) وهي أدنى نسبة لهن. كما يتركز في مجموعة (الاختصاصيون) بنسبة (43.8%) من إجمالي العاملات النساء في الحضر، أما فيما يخص الريف فإن النساء يتركز في مجموعة (العمال المهرة في الزراعة وصيد الأسماك) بنسبة (69.7%) وهذا يؤكد أن المجتمع اليمني مجتمع زراعي وخصوصاً في الريف. كما أن استحواد النشاط الزراعي على غالبية اليد العاملة النسائية يعود إلى عدة اعتبارات، منها زيادة سكان الريف عن الحضر من ناحية، ومنها ما يرتبط بطبيعة العمل الزراعي التقليدي والانتاج الزراعي المحدود الذي لا يتطلب مستويات عليا من التعليم والتأهيل من ناحية ثانية، كما أن المرأة الريفية ترى العمل في المزارع التابعة للأسرة امتداداً لعملها المنزلي.

وعلى مستوى النوع الاجتماعي فهن أيضاً يفضلن العمل في القطاع الخاص المحلي وبلغت نسبتهم حوالي (77.0%) من إجمالي العاملات النساء تليها نسبة (18%) يعملون في القطاع الحكومي الإداري، بينما أقل نسبة منهن يعملن في منظمات إقليمية أو دولية وبلغت نسبتهم (0.1%).

جدول رقم (2) التوزيع النسبي للعاملين حسب قطاع الملكية والنوع

قطاع الملكية	رجال	نساء	اجمالي
قطاع حكومي اداري	١٧,٩	١٨,٢	١٧,٩
قطاع عام	١,٤	٢,٨	١,٥
قطاع مختلط	٠,٣	٠,٢	٠,٢
تعاوني	٠,٢	٠,٣	٠,٢
قطاع خاص محلي	٧٧,٧	٧٦,٨	٧٧,٦
قطاع خاص أجنبي	١,٧	٠,٢	١,٦
قطاع خاص مشترك	٠,٣	٠,٣	٠,٣
وقف	٠,٢	٠,٧	٠,٢
منظمات غير حكومية	٠,٠	٠,٢	٠,٠
منظمات اقليمية او دولية	٠,١	٠,١	٠,١
الاجمالي	١٠٠	١٠٠	١٠٠

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء- نتائج مسح القوى العاملة 2013/2014م

يلاحظ من الأرقام أعلاه أن القطاع الخاص هو المستوعب الأكبر للعمالة النسائية بينما تقل العمالة النسائية في بقية القطاعات، ولا ينبغي أن يفهم من الأرقام والنسب المشار إليها أنفياً بأن مؤسسات القطاع الخاص في الحضر هي المستوعب الأساسي لعمالة المرأة بل لأن هذا التصنيف يشمل عمل المرأة في مجال الزراعة والصيد والحراجه الذي يستوعب حوالي (76.8%) من العمالة النسائية وبالتالي برزت هذه النسبة العالية لتشغيل النساء في القطاع الخاص.14

(14) مشهور، حورية، المرأة العاملة.. الواقع والتحديات، كتاب الأبحاث والدراسات المقدمة للمؤتمر الدولي حول المرأة.. العلوم والتنمية، جامعة عدن 4-6 فبراير 2006م، ص156.

أما من حيث العاملون في القطاع الرسمي وغير الرسمي حسب النوع:

فقد بلغ عدد العاملين في القطاع غير الرسمي (غير المنظم) (3072 ألف فرد) ليشكلوا حوالي (73%) من إجمالي السكان العاملين لكلا الجنسين في القطاعين الرسمي (المنظم) وغير الرسمي، وأما على مستوى النوع فقد بلغ عدد الرجال (2,864 ألف فرد) بنسبة (73,4%) من إجمالي العاملين الرجال في القطاعين الرسمي وغير الرسمي في حين بلغ عدد النساء (208 ألف فرد) بنسبة (71,0%) من إجمالي النساء العاملات في القطاعين الرسمي وغير الرسمي.

جدول رقم (3) التوزيع العددي للعاملين في القطاع الرسمي وغير الرسمي حسب النوع

العاملون	قطاع العمالة		
	رسمي	غير رسمي	إجمالي
إجمالي العاملين (بالألف)	1,125	3,072	4,197
رجال	1,040	2,864	3,904
نساء	85	208	293

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء- نتائج مسح القوى العاملة 2013/2014م

جدول رقم (4) التوزيع النسبي للعاملين في القطاع الرسمي وغير الرسمي حسب النوع

العاملون	قطاع العمالة		
	رسمي	غير رسمي	اجمالي
اجمالي العاملين	26,8	73,2	100,0%
رجال	26,6	73,4	100,0%
نساء	29,0	71,0	100,0%

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء- نتائج مسح القوى العاملة 2013/2014م

من خلال الجدولين أعلاه يتضح أن عدد العاملين والعاملات في القطاع غير الرسمي أكبر بكثير من عددهم في القطاع الرسمي حيث بلغ عددهم لكلا الجنسين (1,125 ألف فرد) وبلغت نسبتهم (26,8%) من إجمالي عدد العاملين في القطاعين الرسمي وغير الرسمي، أي أن عددهم في القطاع غير المنظم أكثر من عددهم في القطاع الرسمي بفارق (1947 ألف فرد).

بالنسبة للرجال بلغ الفارق بين القطاعين الرسمي وغير الرسمي (1824 ألف فرد) والفارق للنساء (123 ألف فرد) وهذا يوضح أن معظم العاملين في اليمن يعملون في القطاع غير الرسمي.

ومن الواضح أن نسبة عالية جداً من النساء في المجتمع اليمني خارج قوة العمل وأغلب هذه النسوة ربات بيوت كما بينت نتائج مسح القوى العاملة. أما معظم النساء العاملات فقد تشجعن واتجهن إلى العمل في القطاع غير الرسمي الذي يتميز بمجالات عمل متنوعة ولا يتعارض مع الواجبات الأسرية والمنزلية. ولا يتطلب رأسمال كبير. وحتى نسبة الرجال العاملين في القطاع غير الرسمي عالية جداً، وهذا دليل على أن معظم العاملين اتجهوا إلى العمل في هذا القطاع.

العمالة الرسمية وغير الرسمية حسب النوع:

بلغ عدد العمالة غير الرسمية (3,417 ألف فرد) ليشكلوا حوالي (81,4%) من إجمالي السكان العاملين لكلا الجنسين في العمالة الرسمية وغير الرسمية. أما على مستوى النوع فقد بلغ عدد الرجال (3,173 ألف فرد) بنسبة (81,3%) من إجمالي

العاملين الرجال في العمالة الرسمية وغير الرسمية، أما عدد النساء (243 ألف فرد) بنسبة (82.9%) من إجمالي النساء العاملات في العمالة الرسمية وغير الرسمية.

جدول رقم (5) التوزيع العددي للعمالة الرسمية وغير الرسمية حسب النوع

نوع العمالة	العاملون		
	اجمالي	رسمي	غير رسمية اجمالي
اجمالي العاملين (بالألف)	٤,١٩٧	٧٨٠	٣,٤١٧
رجال	٣,٩٠٤	٧٣١	٣,١٧٣
نساء	٢٩٣	٥٠	٢٤٣

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء- نتائج مسح القوى العاملة 2013/2014م

ملاحظة: قد لا تتوافق التفاصيل مع الاجمالي بسبب التقريب العشري أو بسبب القيم المفقودة في بعض الجداول.

جدول رقم (6) التوزيع النسبي للعمالة الرسمية وغير الرسمية حسب النوع

نوع العمالة	العاملون		
	إجمالي	رسمية	غير رسمية
إجمالي العاملون	١٠٠,٠	١٨,٦	٨١,٤
رجال	١٠٠,٠	١٨,٧	٨١,٣
نساء	١٠٠,٠	١٧,١	٨٢,٩

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء- نتائج مسح القوى العاملة 2013/2014م

يتضح من البيانات اعلاها ان العمالة غير الرسمية عددها أكبر بكثير من عدد العمالة الرسمية التي بلغ عددهم لكلا الجنسين فيها (780 ألف فرد) ليشكلوا نسبة (18.6%) أي أن عدد العمالة غير الرسمية أكثر من عددها في العمالة الرسمية بفارق (2637 ألف فرد). وبالنسبة للرجال فقد بلغ الفارق بين العمالة غير الرسمية والرسمية (2442 ألف فرد) والفارق للنساء (193 ألف فرد).

مما سبق يتضح بأن معظم العمالة هي عمالة غير منظمة وهذا يدل على أن العمالة في اليمن معظمها تعمل في منشآت عددها أقل من عشرة عمال، ولا تتوفر لها حماية اجتماعية، أو إجازة مرضية مدفوعة الأجر، أو إجازة سنوية مدفوعة الأجر وهناك عمال يعملون لدى الأسرة بدون أجر.

ثانياً: المرأة والفقير:

يعاني حوالي نصف السكان في الجمهورية اليمنية من الفقر (12.613.887) في العام 2014م بحسب نتائج مسح ميزانية الأسرة 2014م، بل وصل مستوى الفقر إلى أسوأ من ذلك، وأصبح ثمانية من بين كل عشرة أشخاص في اليمن يعاني من الفقر في العام 2017م. ومن 2017م إلى وقتنا الحاضر 2022م زادت حدة الفقر. وتتركز ظاهرة الفقر في ريف الجمهورية اليمنية بنسبة 59% (يشكل الريف 70% من إجمالي عدد السكان. ويعد الفقر ظاهرة عامة في اليمن الا أن النساء والاطفال هم أكثر الفئات تأثراً بها، وليس هناك إحصائيات حول فقر النساء النقدي وذلك لان المسوح الاسرية الخاصة بالأنفاق والدخل 16 تهتم

(15) (توقعات البنك الدولي بناءً على بيانات HBS 2014).

(16) ومن ضمنها مسح ميزانية الاسرة 2014م، مصدر سابق

بالقياسات على مستوى الأسرة، لذلك لا تتوفر إحصائيات حول فقر النساء في الاسر التي ترأسها امرأة. وعليه سوف يتم التركيز على النساء اللاتي يتأسسن أسراً. ومن خلال دراسة بيانات مسح ميزانية الأسرة 2014م، تبين أن غالبية النساء التي ترأسن أسرة هن من الارامل، وتنتشر في أوساطهن الأمية وتدني فرص المشاركة المجتمعية، كما أن غالبية من كبار السن، وقد أنجبن كثيراً من الولادات، وكثير من الخصائص غير المشجعة المرتبطة بالنساء وتوافقت مخرجات المسوح الوطنية والدراسات الدولية من حيث أن المرأة تواجه ضيقاً شديداً في سوق العمل (كون الدخل من الاجور يعتبر المصدر الرئيسي لدخل الاسرة اليمنية).¹⁷

فقد أثبتت نتائج مسح القوى العاملة أن نسبة المشاركة في سوق العمل للنساء اللاتي يتأسسن أسرهن يعتبر ضعيفاً جداً مقارنة مع الرجال وحتى من يعملون من النساء فهن يعملن لساعات أطول مما يعمل الرجال في حين يكسبن أجوراً أقل، وقد أكدت منظمة العمل الدولية هذه النتائج وخلصت إلى « أن الاسر التي يتأسسها نساء تتعرض لخطر الفقر أكثر من تلك التي يرأسها رجال نظراً لمحدودية الوصول إلى وظائف ذات أجر مرتفع وإلى عدم امتلاك الأصول، ونظراً لكون النساء يتحملن وحدهن مسؤولية العمل المنزلي ولا يبقى أمامهن متسع من الوقت للتقدم في التعليم أو التدريب ومن ثم الاستمرار بالسير في حلقة الفقر». ¹⁸

وفق بيانات مسح الاسرة 2014م، تم احتساب خط الفقر المطلق العام (فقر الغذاء وغير الغذاء)، بمبلغ وقدره 163.528 ريال يمني للفرد خلال السنة بالأسعار الثابتة على مستوى الجمهورية أي 627.13 ريالاً شهرياً للفرد، هذا قبل تعويم العملة اليمنية وانهيائها في السنوات الأخيرة..

وأثبتت الدراسة ارتفاع نسبة الفقر بين الاسر التي ترأسها النساء على مستوى الجمهورية (53.0%) وترتفع في الريف (72.1%)، بينما في الحضر نسبتها (23.9%).

فجوة الفقر:

بلغت فجوة الفقر في اليمن حوالي 15.5% وكانت فجوة الفقر بين الاسر التي ترأسها النساء حوالي 17.3% مقارنة مع فجوة الفقر بين الاسر التي يرأسها الرجال والتي كانت حوالي 15.3%. أما بالنسبة للريف فكانت فجوة الفقر بين الاسر التي ترأسها النساء حوالي 23.9% مقارنة مع فجوة الفقر بين الاسر التي يرأسها الرجال والتي كانت حوالي 19.3%، أما في الحضر سنلاحظ تحسن نسبة فجوة الفقر مقارنة بالريف. ¹⁹

أن فجوة الفقر قد سجلت النسبة الاعلى في الريف وبلغت 19.3% في حين تنخفض في الحضر إلى 6.6% فقط، وهذا دليل آخر على أن الفقر ظاهرة ريفية في اليمن. كما أن فجوة الفقر حسب نوع رب الاسرة والحالة الحضرية نجد أن شدة الفقر بين الاسر التي تعيلها النساء كانت 7.4% بينما كانت بين الأسر التي يعيلها الرجال 6.7%، وتشتد هذه النسبة في الريف إلى 10.3% بالنسبة للأسر التي ترأسها امرأة. أما بالنسبة للأسر التي يرأسها الرجال، فإن نسبة شدة الفقر أفضل مقارنة بالأسر التي ترأسها نساء، حيث كانت نسبة شدة الفقر 6.7% للجمهورية، 2.6% للحضر، 8.4% للريف.

تشتد مظاهر الفقر إلى حد بعيد في الاسر التي ترأسها المرأة ويوجد لديها أطفال، ويزداد مستوى الفقر طردياً مع ازدياد عدد الاطفال، ففي الاسرة التي يوجد لديها طفلان تكون نسبة الفقر فيها 36.5%، والاسر التي لديها أربعة اطفال تكون نسبة الفقر فيها 61.1%، وترتفع نسبة الفقر إلى 76.9% في الاسر التي لديها خمسة أطفال، وهكذا إلى أن نصل لنسبة فقر 90.2% في الاسر التي لديها ثمانية أطفال. نستنتج من ذلك أن معظم أفراد الاسرة التي ترأسها النساء ولديها أطفال يعانون من الفقر. أذاً العلاقة الطردية بين مستوى الفقر وكثرة عدد الاطفال في الاسرة، هي ظاهرة عامة في أغلب الأسر، وذلك حسب بيانات مسح الأسرة 2014م ولكن تزداد حدة في الأسر التي ترأسها امرأة.

تعتبر الاجور والمرتبات المصدر الرئيسي لدخل الاسرة اليمنية، فهناك تفاوت كبير في متوسط الدخل السنوي من الاجور والمرتبات للفرد حسب الأسر التي ترأسها النساء أو الرجال سواء كان ذلك في الريف أو الحضر. فتدني الدخل له علاقة مباشرة في تشكيل حالة الفقر، وقد تبين أن الفقر ينخر مفاصل الأسر التي ترأسها النساء. وعموماً ينخفض الدخل من الاجور والمرتبات في الريف أكثر منه في الحضر. بلغ متوسط دخل الفرد السنوي للأسر التي يرأسها الرجال على مستوى الجمهورية

(17) النساء والرجال في اليمن (صورة إحصائية) 2018م، ص 30.

(18) منظمة العمل الدولية، 2013م، 31.أورده التقرير الرابع للنساء والرجال في اليمن (صورة إحصائية) لعام 2018م، ص 30.

(19) المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء، مسح ميزانية الأسرة.

(20) حسب بيانات مسح ميزانية الاسرة 2014م.

(144.370 ريال)، بينما أنخفض في الأسر التي ترأسها النساء إلى (71.372 ريال). أما على مستوى الحضر فقد بلغ متوسط دخل الفرد السنوي للأسر التي يرأسها الرجال (213.641 ريال)، بينما أنخفض في الأسر التي ترأسها النساء إلى (138.047 ريال). وتمثل الأجور والمرتببات للأسرة التي ترأسها امرأة المصدر الأول للدخل لديها؛ حيث وصلت النسبة إلى 66.8%، تأتي بعدها في المرتبة الثانية «الدخل الأخرى النقدية والعينية» حيث كانت النسبة 10.7%. أما المرتبة الثالثة فقد أحتلها مصدر الدخل «القيمة التقديرية لإيجار المسكن المملوك للأسرة» وبنسبة 6.4%. والنتائج أظهرت أن الأسر التي ترأسها النساء تعتمد على مصدرين رئيسيين للدخل، أولاً الدخل من الأجور والمرتببات، وثانياً المساعدات المالية. 22

كما أن غالبية أرباب الأسر من النساء أرامل (43.7%) أو متزوجات (46.6%) يتحملن وحدهن مسؤولية إدارة شؤون الأسر، في حين أن غالبية الأسر التي يعولها رجال متزوجون (93.4%)، كما ترتفع نسبة أرباب الأسر من النساء المطلقات عن أرباب الأسر الرجال. أما في الريف فنسبة الأرامل من رؤساء الأسر ترتفع إلى (41.9%) مقابل ارتفاع أقل في الحضر (47.3%). والعكس وبصورة طفيفة لرؤساء الأسر من النساء المتزوجات، حيث يلاحظ ارتفاع نسبة الزوجات المعيلات للأسر في الريف إلى (50.3) عن الحضر (39.3%) من إجمالي النساء اللاتي يتأسسن أسر. 23

ثالثاً: المرأة والتعليم

إن الانفاق على التعليم يعتبر استثماراً والعلاقة بين رأس المال المادي ومعظم الانتاج والنمو الاقتصادي تعتمد على كفاءة استخدام رأس المال المادي، إن النتائج التي تسفر عن الاستثمار في التعليم يمكن أن توضح كيفية تفاعل التعليم مع مصطلحات وعناصر التنمية، وأكدت بعض الدراسات ان التحسين في نوعية رأس المال والاستثمار البشري تساهم في زيادة طاقة الانتاج للعاملين، وتشير إلى أن تحسين مهارة العمل تتم بسبب التوعية والتعليم في ظل ثبات مدخلات الإنتاج. 24

وعلى مستوى النوع الاجتماعي تعد المرأة أساساً لتطور، وتنشئة الفرد، والأسرة والمجتمع. ولذلك نص المشرع الدستوري اليمني في المادة رقم 54 من الدستور بأن «التعليم حق للمواطنين جميعاً تكفله الدولة وفقاً للقانون بإنشاء مختلف المدارس والمؤسسات الثقافية والتربوية، والتعليم في المرحلة الأساسية إلزامي، وتعمل الدولة على محو الأمية وتهتم بالتوسع في التعليم الفني والمهني، كما تهتم الدولة بصورة خاصة برعاية النشء وتحميه من الانحراف وتوفر له التربية الدينية والعقلية والبدنية وتبني له الظروف المناسبة لتنمية ملكاته في جميع المجالات». 25 كما نص المشرع القانوني في المادة رقم (18) من قانون التربية والتعليم على ان «التعليم الأساسي تعليم عام موحد لجميع التلاميذ في الجمهورية ومدته (9) سنوات، وهو إلزامي ويقبل فيه التلاميذ من سن السادسة، ويتم فيه اكتشاف الاتجاهات والميول لدى التلاميذ وتطوير قدراتهم الذاتية...» 26 نص كذلك في المادة رقم (4) البند (9) من قانون التعليم الفني والمهني بأن «توفر التعليم الفني وفرص التدريب المهني للمرأة، وبما يتناسب وقدراتها ويسهم في تنمية مهاراتها». 27

لتشخيص الواقع التعليمي في اليمن لابد من إبراز هذا الواقع من خلال المؤشرات الاحصائية التي تم الاعتماد عليها وهي نتائج مسح ميزانية الاسرة 2014م لعدم وجود مسح حديث.

من البيانات توضح معدلات الأمية بين النساء والرجال بحسب الفئات العمرية واسعة النطاق، كما أن معدل الامية للنساء للمجموعة العمرية (+25) بلغ في الحضر حوالي (92%) في حين بلغ في الريف حوالي (87%).

ولو نظرنا إلى الأعداد المطلقة لوجدنا مدى امكانية النساء في الحضر من الحصول على فرصة التعليم حيث يوجد (830.553) امرأة أمية ما نسبته (27.4%) مقابل (3.430.398) امرأة أمية في الريف بنسبة (52.6%) -كون المجتمع اليمني يمثل حوالي (70%) ريف و(30%) حضر-، وفيما يتعلق بمعدلات الأمية بين الرجال في المجموعات العمرية المختلفة بالمقارنة مع النساء يلاحظ بأن فرص الرجال في التعليم أكبر من النساء، وذلك للأسباب الآتية:

تفضيل الأسر اعطاء أولوية التعليم للأبناء الذكور.

- (21) من واقع نتائج مسح ميزانية الأسرة 2014م.
- (22) المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء - مسح ميزانية الأسرة 2014م.
- (23) المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء - مسح ميزانية الأسرة 2014م.
- (24) الخزرجي، ثريا عبدالرحيم، دور المرأة العراقية في التنمية الاقتصادية، كتاب الابحاث والدراسات المقدمة للمؤتمر الدولي حول المرأة.. العلوم. والتنمية، جامعة عدن 2006م، ص 168.
- (25) دستور الجمهورية اليمنية لعام 1991م المعدل.
- (26) القانون العام للتربية والتعليم رقم 45 لسنة 1992م.
- (27) قانون التعليم الفني والمهني رقم (23) لسنة 2006م.

محدودية دخل الأسرة وتدني مستواها المعيشي.

كثرة عدد أفراد الأسرة الواحدة.

معتقدات اجتماعية وثقافية لدى أولياء الأمور تجعل لديهم قناعة بأن الفتاة لا تصلح إلا للزواج، ولذلك يتم تزويجهم بعمر مبكر. 28

جدول رقم (7) معدلات الأمية موزعة حسب الجنس والمجموعات العمرية واسعة النطاق لمجموع سكان المناطق الحضرية والريفية والفجوة المطلقة بين الجنسين لكل 100 فرد من الرجال من واقع بيانات مسح ميزانية الأسرة 2014م.

البيان	معدلات الأمية حسب الجنس والفئة العمرية						الفجوة العمرية بين الجنسين في معدلات الأمية			الفجوة المطلقة بين الجنسين		
	+٢٥		٢٤+١٥		+١٥							
	رجال	نساء	رجال	نساء	رجال	نساء	+١٥	+٢٥	-١٥ ٢٤	+١٥	+٢٥	+١٥
الجمهورية	٢٢	٧٣	١١	٤١	٢٧	٨٨	٣٢٣	٣٥٨	٣١٥	٥١	٣٠	٦١
حضر	٢١	٦٩	١٢	٢٤	٢٦	٩٢	٣٢٠	٢٠٤	٣٤٧	٤٨	١٢	٦٦
ريف	٢٢	٧٣	١١	٤٥	٢٧	٨٧	٣٢٣	٣٩٨	٣٠٨	٥١	٣٤	٦٠

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء- مسح ميزانية الأسرة 2014م

الفجوة بين الجنسين وفقاً للجدول اعلاه نجدها في الفئة العمرية (15-24) في الريف اتسعت بالمقارنة مع الحضر حيث بلغت في الحضر (204) امرأة أمية لكل 100 من الرجال، وفي الريف بلغت (398) امرأة أمية لكل 100 من الرجال، بينما في الجمهورية بلغت (358) امرأة أمية لكل 100 من الرجال، وفيما يتعلق بالفجوة المطلقة نجد أدنى فجوة تتمثل في الفئة العمرية (15-24) في الحضر حيث بلغت (12)، وأعلى فجوى في الحضر في الفئة العمرية (+25) حيث بلغت (66) وهذه نتيجة للارتفاع الكبير في نسبة النساء في هذه الفئة حيث بلغت (92%).

جدول رقم (8) التوزيع النسبي للأميين بحسب المجموعة العمرية والجنس من واقع بيانات مسح ميزانية الأسرة 2014م

البيان	معدلات الأمية حسب الجنس والفئة العمرية						الفجوة المطلقة بين الجنسين		
	+١٥		٢٤-١٥		+٢٥				
	رجال	نساء	رجال	نساء	رجال	نساء	+١٥	٢٤-١٥	+٢٥
الجمهورية	٢٢	٧٣	١١	٤١	٢٧	٨٨	٣٢٣	٣٥٨	٣١٥
حضر	٢١	٦٩	١٢	٢٤	٢٦	٩٢	٣٣٤	٣٧١	٣٢٧
ريف	٢٢	٧٣	١١	٤٥	٢٧	٨٧	٣٢٣	٣٩٨	٣٠٨

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء- مسح ميزانية الأسرة 2014م

من الجدول اعلاه يتضح لنا الآتي:

في الفئة العمرية (+15) بلغت نسبة الأميات في الحضر (69%) في حين النسبة مرتفعة في كل من الريف وعلى مستوى الجمهورية حيث بلغت (73%) في كل منهما.

(28) مكايي، نبيل عبد الكريم، النوع الاجتماعي والتنمية في اليمن، مجلة النوع الاجتماعي والتنمية، العدد الثاني، سبتمبر 2008م، ص 165.

على مستوى الفئة العمرية (15-24) نجد أن أعلى نسبة للأمية تحتلها النساء في الريف (45%) مقابل (24%) في الحضر وحوالي (41%) على مستوى الجمهورية.

بشكل عام نجد أن نسبة الأمية بين النساء أكثر من حوالي الثلثين مقارنة بالأمية بين الرجال في جميع الفئات العمرية تقريباً. وإذا نظرنا إلى الفجوة المطلقة بين الجنسين فنجدها أعلى ما يمكن على مستوى الحضر والجمهورية في الفئة العمرية (+25)، حيث بلغت (66% الحضر) و(61% الجمهورية).

يتضح مما سبق أن نسبة كبيرة من النساء ما زلن أميات على مستوى الحضر والريف والجمهورية وفي جميع الفئات العمرية.

جدول رقم (9) التوزيع النسبي للسكان المقيمين في سن (10 سنوات فأكثر) في الجمهورية بحسب المستوى التعليمي والنوع من نتائج تعداد 2004 م ومسح ميزانية الأسرة 2014 م

إجمالي السكان المقيمين						البيان
مسح ميزانية الأسرة ٢٠١٤			تعداد ٢٠٠٤			
جملة	نساء	رجال	جملة	نساء	رجال	
٣٠,٩	٤٥,٢	١٥,٨	٥٤,٠	٧١,٧	٣٥,٨	أمي
١,٥	١,١	٢,٠	٣٠,٢	٢٢,١	٣٨,٥	يقراً ويكتب
-	-	-	٢,٣	١,٠	٣,٦	ابتدائي
٤٣,٥	٣٨,١	٤٩,٣	٦,٦	٢,٦	١٠,٦	اساسي/اعدادي/موحد
٠,٥	٠,١	٠,٨	٠,٢	٠,١	٠,٥	دبلوم قبل الثانوية
١٥,٧	١١,١	٢٠,٧	٤,٣	١,٤	٧,٣	ثانوية عامة وما مستواها
٢,٠	١,٠	٣,٠	٠,٧	٠,١	١,٣	دبلوم بعد الثانوية
٥,٨	٣,٤	٨,٣	١,٠	٠,١	١,٧	جامعي فاعلي
-	-	-	٠,٨	٠,٩	٠,٦	غير مبين
٠,٠٧	٠,٠١	٠,١٢	-	-	-	اخرى
١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	الاجمالي

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء- بيانات التعداد العام للسكان والمساكن والمنشآت 2004م- مسح ميزانية الأسرة 2014 م

كذلك وضحت البيانات أن نسبة الأمية بين السكان (10 سنوات فأكثر) على مستوى الجمهورية انخفضت بالمقارنة بين عامي 2004 م و2014 م حيث كانت (54.0%) وانخفضت (30.9%)، أما على مستوى الحالة الحضرية فنجدها انخفضت بشكل ملحوظ بين الاناث في الحضر بالمقارنة بالذكور وكذلك الحال في الريف، كما ارتفعت النسبة على مستوى الجمهورية من (6.6%) عام 2004 م إلى (43.5%)، وكذلك الحال في الحضر والريف نجد ارتفاعاً كبيراً للحاصلين على مستوى أساسي حيث كانت النسبة في الريف (6.6%) عام 2004 م وبلغت (44.0%) عام 2014 م، وفي الحضر كانت النسبة (13.0%) عام 2004 م وبلغت (42.6%) عام 2014 م.

جدول رقم (10) التوزيع النسبي للسكان المقيمين في سن (10 سنوات فأكثر) في الجمهورية بحسب المستوى التعليمي والنوع من نتائج تعداد 2004م ومسح ميزانية الأسرة 2014م

البيان	ريف						حضر					
	مسح ميزانية الأسرة			تعداد 2004م			مسح ميزانية الأسرة			تعداد 2004م		
	الذكور	الإناث	المجموع	الذكور	الإناث	المجموع	الذكور	الإناث	المجموع	الذكور	الإناث	المجموع
أمي	36,3	52,6	18,9	54,4	72,3	36,1	18,6	27,4	9,2	25,8	36,6	16,8
يقرأ ويكتب	2,1	2,0	2,3	30,4	22,3	38,7	1,2	1,0	1,5	34,6	34,0	35,1
ابتدائي				2,3	1,0	3,7				5,0	3,8	5,9
أساسي / إعدادي / موحد	44,0	37,1	51,3	6,6	2,6	10,7	42,6	40,2	45,0	13,0	10,6	15,0
دبلوم قبل الثانوية	0,4	0,1	0,7	0,3	0,0	0,5	0,6	0,3	1,0	0,7	0,3	1,0
ثانوية عامة وما في مستواها	13,0	7,2	19,0	4,3	1,4	7,3	21,7	19,4	24,1	13,9	10,3	17,0
دبلوم بعد الثانوية	1,5	0,5	2,6	0,7	0,1	1,3	2,9	2,1	3,8	1,7	1,1	2,2
جامعي فاعلي	2,7	0,5	5,0	1,0	0,1	1,9	12,4	9,7	15,2	5,3	3,3	7,0
أخرى	0,08	0,02	0,16				0,03	0,01	0,05			
الإجمالي العام	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء- بيانات التعداد العام للسكان والمساكن والمنشآت 2004م- مسح ميزانية الأسرة 2014م

ومما سبق نلاحظ أن نسبة الأمية بين السكان (10 سنوات فأكثر) على مستوى الجمهورية انخفضت بالمقارنة بين عامي 2004م و2014م بحيث كانت (54,0%) وانخفضت إلى (30,9%)، أما على مستوى الحالة الحضرية فنجدها انخفضت بشكل ملحوظ بين الإناث في الحضر بالمقارنة بالذكور وكذلك الحال في الريف، والأفراد الحاصلين على مستوى أساسي نجدها ارتفعت النسبة على مستوى الجمهورية من (6,6%) عام 2004م إلى (43,5%)، وكذلك الحال في الحضر والريف نجد ارتفاعاً كبيراً للحاصلين على مستوى أساسي حيث بلغت النسبة في الريف (44,0%) عام 2014م بالمقارنة مع (6,6%) عام 2004م، وفي الحضر كانت النسبة (13,0%) عام 2004م وبلغت (42,6%) عام 2014م.

ومما سبق نلاحظ أن نسبة الحاصلين على مؤهل (أساسي، إعدادي، موحدة) ارتفع على حساب الذين لديهم مؤهل ابتدائي، وكذلك الحال بالنسبة للحاصلين على مؤهلات ثانوية عامة وما في مستواها ودبلوم بعد الثانوية وجامعي فاعلي هي الأخرى

ارتفعت بين عامي (2004) و(2014).

جدول رقم (11) التوزيع النسبي لالتحاق الطلاب بحسب النوع وموزعين حسب المستويات التعليمية لإجمالي السكان في الفئات العمرية المناظرة

الإجمالي	المستوى (ب)		المستوى الثاني (أ)		المستوى الأول		البيان
	رجال	نساء	رجال	نساء	رجال	نساء	
٥٧	٧٤	٣٢	٤٥	٤٩	٦٩	٧٣	٢٠١٢/٢٠١١
٦٢	٧٨	٣٤	٤٨	٤٩	٦٩	٧٩	٢٠١٣/٢٠١٢
٥٦	٦٩	٢٢	٣٩	٣٦	٥٨	٦٦	٢٠١٤/٢٠١٣

المصدر: 1- الجهاز المركزي للإحصاء - بيانات التعداد العام للسكان والمنشآت 2004م، 2- الجهاز المركزي للإحصاء- كتب الإحصاء السنوية للأعوام (2012 و2013 و2014)، 3- وزارة التربية والتعليم - الإدارة العامة للإحصاء والتخطيط.

من خلال البيانات نلاحظ بأن معدل الالتحاق للفتاة بجميع المستويات الثلاثة ارتفعت من عام إلى آخر حيث كان عام 2011/2012م (57%) وبلغت عام 2012/2013م (62%) على مستوى الاجمالي لجميع المستويات، لينخفض عام 2013/2014م ويصل إلى مستوى متدنٍ حيث بلغ (56%) بينما معدل الالتحاق للرجال كانت (74%) عام 2011/2012م وبلغت (7%) عام 2012/2013م وانخفضت لتصل إلى حوالي (69%). وإذا نظرنا إلى معدل الالتحاق للفتاة بالمستوى الأول الصفوف (1-6) لوجدنا بأن معدل الالتحاق ارتفع بشكل كبير عام 2012/2013م عما كان عليه عام 2011/2012م، حيث كان (73%) وبلغ (79%) ليلعب عام 2013/2014م أدنى مستوى (66%).

جدول رقم (12) الفجوة في معدلات الالتحاق

البيان	المستوى الأول (٦-١)	المستوى الثاني (أ) (٩-٧)	المستوى الثاني (ب)
٢٠١٢/٢٠١١	١٤	٢٠	١٣
٢٠١٣/٢٠١٢	١٥	٢٠	١٤
٢٠١٤/٢٠١٣	١٣	٢٢	١٧

المصدر: 1- الجهاز المركزي للإحصاء- بيانات التعداد العام للسكان والمنشآت 2004م، 2- الجهاز المركزي للإحصاء- كتب الإحصاء السنوية للأعوام (2012 و2013 و2014)، 3- وزارة التربية والتعليم- الإدارة العامة للإحصاء والتخطيط.

يلاحظ من الجدول رقم (12) أن الفجوة في معدلات الالتحاق اتسعت عام 2013/2014م بالمقارنة بعامي 2011/2012م و2012/2013م في المستوى الثاني (أ) والثاني (ب) في حين انخفضت الفجوة في المستوى الأول (1-6)، لكن اذا نظرنا للمستوى الثاني (أ) لوجدنا اتساع الفجوة وهذا ناتج عن ظاهرة التسرب، نتيجة الزواج المبكر، وتفضيل الأهل تعليم الاولاد عن البنات، إضافة إلى الصراعات الداخلية التي شهدتها اليمن من عام 2011م مما أثر على معدلات الالتحاق خلال العام الدراسي 2013/2014م. ومن المؤكد أن هذه الفجوة قد اتسعت من 2015م إلى الآن بسبب الحرب.

(29) وذلك لأسباب أهمها حالة الاضطرابات السائدة (الربيع العربي) على مستوى بعض المحافظات الكبيرة. وكذلك ناتج عن ظاهرة التسرب، وكذلك أن الأسر تفضل تعليم الاولاد عن البنات، إضافة إلى ذلك الزواج المبكر أو لمساعدة الأسرة.
(30) لنفس الاسباب المذكورة أعلاه.

جدول رقم (13) اعداد الفتيات الملتحقات بالمدارس مقابل كل 100 ولد والنسبة المئوية للفتيات بين المتسربين

عدد البنات الملتحقات بالمدارس مقابل ١٠٠ ولد ملتحق						نسبة المتسربات إلى مجموعة المتسربين						البيان
١٧/١٦	١٥/١٤	١٥/١٤	١٤/١٣	١٣/١٢	١٢/١١	١٧/١٦	١٥/١٤	١٥/١٤	١٤/١٣	١٣/١٢	١٢/١١	
٥٠	٤٩	٨٤	٨٨	٨٨	٦٣	٧٩	٤٨	٤٨	٥١	٥٠	٤٩	المستوى الأول (٦-١)
٣٤	٣٦	٧٢	٨٨	٨٨	٣٨	٦٤	٤٤	٣٩	٤٣	٣٤	٣٦	المستوى الثاني أ (٩-٧)
١٩	٣١	٦٨	٦٨	٦٦	٦٦	٦٣	٤٢	٤١	٢٠	١٩	٣١	المستوى الثاني ب (١٢-١٠)

المصدر: وزارة التربية والتعليم- الادارة العامة للإحصاء والتخطيط

يتضح من الجدول (13) أن نسبة الفتيات المتسربات إلى مجموع المتسربين تبدو مرتفعة في المستوى الأول وتنخفض تلك النسبة في المستوى الثالث، مما يضيف عبئاً أكبر على عدد النساء اللاتي لا يستطعن الانخراط في سوق العمل ويصبحن غير نشطات اقتصادياً. وإذا نظرنا إلى الجزء الثاني من الجدول والخاص بعدد الملتحقات بالمدارس مقابل 100 فتى ملتحق نجد أن العدد يرتفع عام بعد عام، باستثناء العامين الدراسيين 2017/2016م حيث أن الأعداد منخفضة بالمقارنة مع الأعوام السابقة بسبب انخفاض التحاق الفتيات بالدراسة نتيجة الأحداث والحرب التي تشهدها اليمن، ومع ذلك نجد أن أعلى مستوى وصلت إليه نسبة الملتحقات لكل 100 فتى في المستويين الأول والثاني (أ) للعامين الدراسيين 2013/2012م و2014/2013م حيث بلغت حوالي 88 فتاة لكل 100 ولد.

التعليم المهني والتقني:

من بيانات الجدول (14) نلاحظ أن نسبة الملتحقات بالتعليم المهني والتقني ارتفعت من (13.0%) عام 2012/2011م إلى (14.0%) فقط عام 2013/2012م، بالرغم من الارتفاع الكبير في عدد المعاهد، وذلك لعدم وجود معاهد مهنية وتقنية للفتيات باستثناء (6) معاهد فقط متخصصة للفتيات. 31 وكذلك نظرة أولياء الأمور بإن معاهد التدريب المهني والتقني لا تصلح لدراسة البنات حيث أنها تشتمل على تخصصات من الصعب على الفتيات العمل بها مستقبلاً، بالرغم من وجود تخصصات محببة لدى المرأة كأعمال الديكور والفنون الجميلة والتجميل وتصفيف الشعر وإدارة أعمال وسكرتارية، بالإضافة إلى التخصصات الصحية والفندقية. وأخيراً لعدم وجود فرص عمل حقيقية لمخرجات المعاهد المهنية والتقنية (الخرجين) وإن وجدت بشكل ضئيل في القطاع الخاص.

جدول رقم (14) التوزيع النسبي للطلاب المتحقين بالتعليم المهني والتقني حسب النوع وعدد المعاهد للاعوام الدراسية 2011/2012-2013-2014م

العام الدراسي	عدد المعاهد	نسبة الطلاب	
		طلاب	طالبات
٢٠١٢/٢٠١١	١٠٧	٨٧,٠	١٣,٠
جملة			١٠٠

(31) النساء والرجال في اليمن (2018) ص 60..

١٠٠	١٤,٦	٨٥,٤	١١٧	٢٠١٣/٢٠١٢
١٠٠	١٤,٦	٨٥,٤	١١٧	٢٠١٤/٢٠١٣

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء

أما على المستوى الجامعي بشكل عام نجد أن نسبة النساء (أعضاء هيئة التدريس) كانت عام 2012/2011م (20,8%) وارتفعت تدريجياً في العامين التاليين حتى بلغت (21,5%). إلا أن ذلك لا يبي الطموح حيث نجد أن عدد الطلاب اليمنيين بجامعة صنعاء بلغ حوالي (74031) طالب وطالبة عام 2014/2013م وعدد أعضاء هيئة التدريس (النساء 441 مدرسة والرجال 1609 مدرس) وبذلك يكون كثافة الطلاب على النحو التالي: { (168) طالب وطالبة للمدرسة الواحدة (46) طالب وطالبة للمدرس الواحد.

التعليم الصحي:

الالتحاق بالتعليم الصحي (معهد أمين ناشر للعلوم الصحية - عدن، والمعهد العالي للعلوم الصحية - صنعاء وفروعها، والمعاهد الخاصة):

لقد بلغت نسبة الطالبات الملتحقات بالتعليم الصحي تمثل (42.0%) من مجموع الطلاب الملتحقين بالتعليم الصحي للعام الدراسي 2012/2011م، في حين انخفضت هذه النسبة في عام 2014/2013م إلى حوالي (34%) بالرغم من الزيادة الطفيفة في عدد الملتحقات بالمقارنة مع الزيادة الكبيرة للملتحقين الذكور. وفيما يخص المجالات نجد ان نسبة كبيرة من الفتيات يلتحقن بالتخصصات التالية: مختبرات (29.7%)، مساعد طبيب (18.9%)، صيدلة (15.1%)، تريض (14.5%)، قابلات مجتمع (10.8%)، للعام الدراسي 2012/2011م في حين تغير الترتيب في العام 2014/2013م ليصبح على النحو التالي: مختبرات (28.3%)، مساعد طبيب (25.4%)، تريض (13.8%)، قابلات مجتمع (10.8%)، صيدلة (9.2%). بالرغم من الزيادة في عدد المعاهد الصحية الا اننا نجد الزيادة السنوية واضحة في أعداد الذكور. وانحصار الفتيات بتخصصات معينة وعدم دخولهن في بعض التخصصات كالإحصاء، والأجهزة الطبية، وفي عمليات (جدول 15).

جدول رقم (15) مؤشرات المعاهد الصحية (الحكومية والخاصة) للطلاب الملتحقين حسب التخصص والنوع

العالم الدراسي								التخصص
٢٠١٤/٢٠١٣				١٢٠١٤/٢٠١١				
إناث		ذكور		إناث		ذكور		
%	عدد	%	عدد	%	عدد	%	عدد	
٢٨,٣	١٢٣١	١٧,٣	١٤٦٣	٢٩,٧	١١٨٥	١٧,٠	٩٣٩	مختبرات
٣,٤	١٤٨	١٠,٣	٨٧٤	٠,٩	٣٦	٢,٣	١٢٨	فني أشعة
٩,٢	٤٠٢	٣٦,٤	٣٠٧٩	١٥,١	٦٠١	٤٥,٧	٢٥١٩	صيدلة
٢٥,٤	١١٠٤	٢٠,٧	١٧٥٢	١٨,٩	٧٥٥	١٣,٦	٧٥١	مساعد طبيب
٥,٧	٢٤٧	٢,٨	٢٤٠	٤,٣	١٧١	٦,٠	٣٣	مساعد طبيب لأسنان
١,٥	٦٤	١,٤	١٢١	٠,٩	٣٤	١,٩	١٠٣	صحة عامة

بصريات	٣٢	٠,٦	٢	٠,١	٣٢	٠,٤	٢	٠,٠
تمريض	٦١٥	١١,٢	٥٨٠	١٤,٥	٥٤٣	٦,٤	٥٩٨	١٣,٧
فني تخدير	١١٧	٢,١	٨	٠,٢	١١٦	١,٤	٨	٠,٢
فني عمليات	٦٣	١,١	٢	٠,١	٦٤	٠,٨	٢	٠,٠
علاج طبيعي	١٣	٠,٢	٧	٠,٢	٤٣	٠,٥	١٤	٠,٣
قابلات مجتمع	٠	٠,٠	٤٣٢	١٠,٨	٠	٠,٠	٤٧٢	١٠,٨
إحصاء	٣١	٠,٦	٤	٠,١	٠	٠,٠	٠	٠,٠
أجهزة طبية	١٩	٠,٣	٠	٠,٠	٠	٠,٠	٠	٠,٠
سجلات طبية	٠	٠,٠	٠	٠,٠	٢٦	٠,٣	٣	٠,١
طوارئ	٠	٠,٠	٠	٠,٠	١٥	٠,٢	٤	٠,١
فني أسنان	١٥٢	٢,٨	١٧٣	٤,٣	٨١	١,٠	٥٣	١,٢
الإجمالي	٥٥١٥	١٠,٠	٣٩٩٠	١٠,٠	٨٤٤٩	١٠,٠	٤٣٥٢	١٠,٠

المصدر: المجلس الأعلى لتخطيط التعليم الأمانة العامة - مؤشرات التعليم في الجمهورية اليمنية مراحل - أنواعه المختلفة لعامي 2011/2012 و 2013/2014م.

رابعاً: المرأة والصحة:

يعتبر القطاع الصحي من القطاعات الحيوية التي ترتبط بحياة كافة أفراد المجتمع ذكوراً وإناثاً في مختلف الأعمار وتطور هذا القطاع يعد من المهام الأساسية والضرورية حيث ان صحة أفراد المجتمع هي الغاية التي تسعى جميع الدول اليها. ولذلك نص المشرع الدستوري في المادة رقم (55) من الدستور على ان «الرعاية الصحية حق لجميع المواطنين وتكفل الدولة هذا الحق بإنشاء مختلف المستشفيات والمؤسسات الصحية والتوسع فيها، وينظم القانون مهنة الطب والتوسع في الخدمات الصحية المجانية ونشر الوعي الصحي بين المواطنين». 32 كما نصت المادة رقم (5) من قانون الصحة بأنه «على الوزارة إعطاء الأولوية لرعاية صحة الأم والطفل واعتبارها جزء لا يتجزأ من الاستراتيجية الوطنية»، ونصت المادة رقم (4) فقرة (د) من نفس القانون بأنه على وزارة الصحة «أن تعمل على إدخال نظام التأمين الصحي للسكان ضمن الامكانيات المتوفرة». 33

إذاً تكفل الدولة الرعاية الصحية بصفتها حقاً لجميع المواطنين بموجب الدستور، وتلك الرعاية كانت تحت إشراف وزارة الصحة والسكان، والتي كانت منوطة بالإشراف على تقديم الرعاية الصحية في 22 محافظة كانت تتمتع باستقلالية في إدارة تقديم الخدمات المحلية. 34 بينما في الوقت الحالي تشير التقارير إلى أن برامج الخدمات الصحية تضمنها وتقودها منظمات إنسانية وتنموية دولية مثل البنك الدولي، واليونيسف، والوكالة الأمريكية للتنمية الدولية وغيرها من الجهات المانحة، لا سيما في المناطق الشمالية.

إن النظام الصحي في اليمن يعاني من ضعف في الامكانيات المادية والبشرية، ونظام الخدمات الصحية يعاني التشرذم، ويعتمد على التمويل الخارجي كما رأينا حتى قبل نشوب الحرب، وكانت الخدمات الصحية قبل اندلاع الصراع منظّمة على مستويات الرعاية الصحية الأولية والثانوية والعليا مع عدد صغير من المراكز المتخصصة في الحضر.. وكان هناك أيضاً وجود ملحوظ لمقدمي الرعاية العلاجية غير المنظمين من القطاع الخاص في الحضر. وتوسع القطاع الصحي الخاص منذ أوائل التسعينات (32) المادة رقم (55) من دستور الجمهورية اليمنية المعدل.

(33) المواد (4، 5) من قانون رقم (4) لسنة 2009م بشأن الصحة العامة.

(34) شعبة الادارة العامة وإدارة التنمية في الامم المتحدة. (2004). الجمهورية اليمنية: موجز قطري للإدارة العامة. شعبة الأمم المتحدة لإدارة العامة وإدارة التنمية وإدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية

جدول رقم (16) الخدمات الصحية والكوادر الصحية في القطاعين العام والخاص 2014م

العدد / ١٠٠٠٠ شخص		نوع الخدمة / عدد العاملين
القطاع الخاص	القطاع العام	
٠,٢	٠,١	المستشفيات
٠,١٨	٢	المراكز
٠,٩٥	٣	الأطباء
٠,٢	٠,٢	أطباء الاسنان
٢,١	١	الصيدلة

المصدر: منظمة الصحة العالمية. المكتب الإقليمي لشرق الاوسط (2014).

وأصبح من الشائع في المناطق الريفية والحضرية أن يعمل الأطباء والموظفين في القطاع الصحي في منشآت الصحة العامة صباحاً ثم يعملون في عياداتهم الخاصة بعد الظهر وفي المساء، ومن ثم، فإن الرعاية الصحية «المجانية» لا تتاح إلا لفترة محدودة كل يوم، بل غالباً ما يُدفع نظيرها رسوم بشكل غير رسمي. 35 إن التحديات الصحية في اليمن لازالت كبيرة، فالفقر وقلة الوعي الصحي من العوامل الرئيسية لارتفاع معدلات وفيات الاطفال ووفيات الأمهات؛ إذ تصنف أحدث تقديرات اليونيسف لليمن الأمهات والاطفال على أنهم فئة شديدة الضعف، إذ توفي أم واحدة وستة أطفال حديثي الولادة كل ساعتين بسبب المضاعفات أثناء الولادة. 36 وكذلك بسبب الحرب الذي طال أمده، لم ترد تقارير رسمية عن المؤشرات الصحية مثل وفيات الأمهات ووفيات الرضع منذ سنتي 2014 و2015م وتستند جميع المؤشرات الصحية والارقام الديموغرافية إلى التقديرات والتوقعات التي وُضعت وفقاً للاتجاهات السائدة قبل تصاعد الصراع والحرب عام 2015م. 37

وقيمت دراسة حديثة أعدها مشروع البنك الدولي الطارئ للصحة والتغذية جودة الرعاية المُقدّمة قبل الولادة بالنظر إلى التغطية الفعالة لرعاية ما قبل الولادة من خلال توفر الممارسات السريرية الرئيسية، وتوفر أدوية التتبع الأساسية، وتوفر المستلزمات الرئيسية، وأثبتت الدراسة أن التغطية الفعالة لتدخلات الرعاية ما قبل الولادة في كل محافظة أقل من نطاق تغطية تدخلات الرعاية ما قبل الولادة، وفي بعض المحافظات كان الفرق أكثر من 50%، كما وضّحت أن التغطية الفعالة لرعاية ما قبل الولادة لا تزال دون 30%، ما يبرز الفجوات الكبيرة في الجودة التي يمكن أن تتجلى في الخدمات الصحية الأخرى أيضاً. 38

مؤشرات الخدمات الصحية

بلغ إجمالي سكان اليمن (31491547)، بينما إجمالي المؤسسات الصحية الحكومية (5418)، وتشير الدراسات على أنه لا يوجد سوى 3 أطباء و7 أسرة في المستشفيات لكل 10000 شخص وفقاً لمنظمة الصحة العالمية. وهذه النسبة تقل كثيراً عن النسبة التي تعتبرها منظمة الصحة العالمية ضرورية لتوفير التغطية الصحية الأساسية، وتبلغ هذه النسبة 22 عاملاً في مجال الصحة كحد أدنى لكل 10000 شخص. كما أن 18% من المديرات في أنحاء البلاد ليس لديها أطباء، ومعظم العاملين في مجال الصحة لم يتلقوا رواتبهم منذ أعوام، وهو ما أدى إلى هجرة الكثير من ذوي الكفاءات.

(35) البنك الدولي (2014) مشروع كوبونات الأمهات وحديثي الولادة (P144522) وثيقة معلومات المشروع.

(36) منظمة اليونيسف. (2019). اليمن: سلسلة تربية الاطفال في منطقة الحرب.

<https://www.unicef.org/yemen/reports/yemen/org.unicef.series-zone-war-parenting-yemen>

(37) التوقعات السكانية العالمية للأمم المتحدة عام 2019، ومؤشرات التنمية العالمية، وبيانات منظمة الصحة العالمية غير متاحة بعد عام 2015م، أنظر قطاع الصحة في اليمن - مذكرة سياسات، ص رقم 3.

(38) قطاع الصحة في اليمن - مذكرة سياسات، ص 8.

جدول (17) مؤشرات الخدمات الصحية في مناطق سيطرة الحكومة الشرعية

الخصائص	العدد
إجمالي السكان	٩٤١٧٣١٨
المؤسسات الصحية الحكومية	١٨٩٤
المؤسسات الصحية الخاصة (القطاع الخاص)	٨٠٨ (في محافظة عدن حتى ٢٠٢١م). 39.
المؤسسات الصحية الأخرى	٣ مستشفيات ميدانية في عدن والحوبان والمخا، و٢٩ مؤسسة خيرية وصحية و ١٠ منظمات دولية على مستوى الجمهورية
عدد الأسرة في المؤسسات الصحية الحكومية	٨١٨٩
عدد الأسرة في المؤسسات الخاصة	٣٠ سرير في المستشفى والمستوصف اقل
عدد الأسرة لكل ١٠٠٠٠ من مجموع السكان	٨,٧
عدد الأطباء لكل ١٠٠٠٠ من السكان	٥,٦
عدد الممرضين لكل ١٠٠٠٠ من السكان	٧,٢

المصدر: نظام HERAMS – Data 2021

ويوضح الجدول (18) أعداد الكوادر الطبية في مناطق السيطرة الشرعية، ويلاحظ أن الأعداد متدنية مقارنة بالوضع والحاجة للرعاية الصحية في اليمن

جدول (18) الكوادر الطبية في مناطق سيطرة الحكومة الشرعية

أخصائيين	١٤٨٧
أطباء عموم	١٤٣٦
مساعدين طبيين	٢٣٦٨
ممرضين	٦٧٩٧
قابلات	٢٦٤٤
بقية الكادر المساعد	١١٣١٢

المصدر: نظام HERAMS – Data 2021

التعليم الطبي في اليمن

بلغ عدد كليات الطب في الجامعات الحكومية 11 كلية، أما في القطاع الخاص فبلغ عددها 43 كلية، وبلغ إجمالي عدد كليات التمريض 11 كلية منها 4 كليات حكومية و7 كليات خاصة (جدول 19).

(39) مكتب الصحة محافظة عدن وتم حصول الفريق على احصائية محافظة عدن فقط لعام 2021م ولخمس سنوات سابقة لبقية الاحصائيات.

جدول (19) أعداد كليات الطب والتمريض

١١	عدد كلية الطب في الجامعات الحكومية
٤٣	عدد كليات الطب في الجامعات الأهلية
٤	عدد كلية التمريض في الجامعات الحكومية
٧	عدد كلية التمريض في الجامعات الأهلية
٥٤	إجمالي عدد كلية الطب
١١	إجمالي عدد كلية التمريض

ويوضح الجدول 20 والجدول 21 عدد الخريجين من كليات الطب والتمريض

جدول (20) عدد الطلاب الخريجين للتعليم النظامي مساق البكالوريوس، جامعة عدن 2020/2019م

البيان	اليمنيين			غير اليمنيين			الإجمالي	
	ذكور	إجمالي	إناث	ذكور	إجمالي	إناث	المجموع	
١ كلية الطب والعلوم الصحية	٢١٨	٨٨	١٣٠	٠	٠	٠	٢١٨	
٢ كلية طب الأسنان	١٧٦	٩٥	٨١	١	٠	١	١٧٧	
٣ كلية الصيدلة	١٠٨	٣٣	٧٥	٠	٠	٠	١٠٨	
٤ كلية التمريض	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	

المصدر: جامعة عدن. كلية التمريض فتحت بالعام الجامعي 2019/2020م. ولا توجد احصائية بعدد الخريجين لكلية التمريض.

40

جدول (21) عدد الخريجين

٥٠٣	عدد خريجي كلية الطب للعام الجامعي ٢٠١٩ / ٢٠٢٠ جامعة عدن
٢٦٧	عدد الخريجين المسجلين في إحصائية الجامعات الأهلية في وزارة التعليم العالي للعام ٢٠٢٠/٢٠٢١م في مجال الصيدلة وطب الأسنان
٧٧٠	إجمالي عدد الخريجين

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء مستنداً لإحصائية جامعة عدن.

(40) المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء مستنداً لإحصائية جامعة عدن. مقابلة مع د. خالد قائد شعفل، مدير عام مؤسسات التعليم العالي الأهلية بوزارة التعليم العالي

مؤشرات الرعاية الصحية للمرأة

رعاية صحة المرأة أثناء فترة الحمل والولادة والنفاس

وفيات الأمهات: يعتبر توفير الخدمات الصحية وتحسين جودتها، وخاصة خدمات رعاية الأمومة التي تساعد في تقليل نسبة وفيات الأمهات، من أهم أهداف السياسات والبرامج الصحية. بلغت نسبة وفيات الأمهات 148 حالة وفاة لكل 100000 ولادة حية، وتزداد النسبة في الريف بالمقارنة مع الحضر حيث بلغت 164 حالة في الريف مقابل 97 حالة في الحضر. بينما زادت هذه النسبة في العام 2021م، حيث بلغ معدل وفيات الأمهات لكل 100000 مولود حي 188 لكل 10000 مولود حي. (Data 2021 HERAMS). إن ارتفاع نسبة وفيات الأمهات بعد الولادة يعد مؤشراً على ضرورة تحسين خدمات الرعاية الصحية وتوفير الرعاية الصحية الكاملة وإعطاء الأمهات رعاية أكبر بعد الولادة.

جدول (22) نسبة وفيات الأمهات لكل 100000 ولادة حية بحسب محل الإقامة

النسبة	محل الإقامة
٩٧	حضر
١٦٤	ريف
١٤٨	إجمالي

المصدر: وزارة الصحة العامة والسكان - الجهاز المركزي للإحصاء - المسح الوطني الصحي الديمغرافي 2013م التقرير الرئيسي.

الولادات تحت إشراف طبي: بلغ إجمالي الولادات بإشراف طبي (449.058) بنسبة (43%)، ولادات بإشراف طبي في المرفق (187.870) بنسبة 18%، ولادات بإشراف طبي في المنزل (261.188)، بنسبة 25%.

جدول (23) نسبة الولادات تحت إشراف أخصائيين صحيين مهرة:

النسبة	العدد	الخصائص
١٨%	١٨٧,٨٧٠	ولادات بإشراف طبي في المرفق
٢٥%	٢٦١,١٨٨	ولادات بإشراف طبي في المنزل
٤٣%	٤٤٩,٠٥٨	إجمالي الولادات بإشراف طبي

المصدر: HERAMS - Data 2021

تنظيم الأسرة

تقدر نسبة النساء في سن الانجاب (6.613.225) بنسبة 44%. بلغت نسبة المستفيدات من تنظيم الأسرة (1.773.669) 41.44%

جدول (24) نسبة النساء المتزوجات بعمر (15-49) سنة حسب وسيلة تنظيم الأسرة المستخدمة حالياً

النسبة	الوسيلة
٢٩,٢	أي وسيلة حديثة
٢,٣	تعقيم النساء

(41) MUNDER NOSHAD NAZIR information Management Population Sector

تمت المقابلة مع د. حنان مدير إدارة الصحة الانجابية، ومع الاستاذ مندر نوشاد مسؤول النظم والمعلومات في مكتب الصحة. بتاريخ 24 سبتمبر 2022م

٠,١	تعقيم الرجال
١١,٦	الحبوب
٥,٩	اللؤلؤ
٤,٢	الحقن
٠,٦	الغرسات
٠,٥	واقى ذكري
٤,٠	الرضاعة الطبيعية الخاصة
٠,٠	أخرى
٤,٣	أي وسيلة تقليدية
١,٦	طريقة الحساب
٢,٦	العزل
٠,١	أخرى
٦٦,٥	لا تستخدم وسيلة حالياً
١٥,٥٦٦	عدد النساء

المصدر: وزارة الصحة العامة والسكان - الجهاز المركزي للإحصاء - المسح الوطني الصحي الديموغرافي 2013م - التقرير الرئيسي.
من البيانات أعلاه نجد أن النساء المتزوجات في العمر (15-49) سنة واللاتي يستخدمن وسائل حديثة لتنظيم الأسرة بلغت نسبتهن 29,2% منهن يستخدمن الحبوب و5,9% يستخدمن اللؤلؤ يليه الحقن بنسبة 4,2% في حين أن أكثر الوسائل التقليدية استخداماً كانت العزل.

جدول (25) نسبة النساء المتزوجات بعمر (15-49) سنة المستخدمات لوسائل تنظيم أسرة حديثة بحسب نوع الوسيلة المستخدمة

مصدر الحصول على الوسيلة	الحبوب	اللؤلؤ	الحقن	الغرسات	الواقى الذكري	الإجمالي
القطاع العام	٤٩,٢	٥٣,٧	٦٥,٨	٨٠,٧	٣٠,٣	٥٣,٠
مستشفى حكومي	١٦,٥	٢٧,٧	٢٢,٨	٤٤,٦	٧,٩	٢٤,٦
مركز صحي حكومي	٢٠,٥	١٦,٨	٢١,٦	٢١,١	١١,١	١٧,٩
وحدة صحية حكومية	٨,١	٠,٩	٨,٧	١,٠	٤,٩	٥,٥
عيادة تنظيم أسرة	٤,٠	٨,١	٣,٣	١٣,٩	٦,٤	٤,٨
عيادة متنقلة	٠,١	٠,٢	٠,٤	٠,٠	٠,٠	٠,٢
القطاع الخاص	٤٩,٠	٤٣,٣	٤١,٧	١٥,٤	٦٧,٦	٤٤,٣

١٩,٩	١٤,٨	١٥,٤	١٤,٨	٤٢,٦	٩,١	مستشفى/عيادة/ طبيب خاص
٢٤,٤	٦٥,٨	٠,٠	٢٦,٩	٠,٦	٣٩,٨	صيدلية
١,٢	٠,٠	٣,٩	١,٣	٢,٨	٠,٥	طبيب/مستشفى/عيادة أهلية
٠,٧	٢,١	٠,٠	٠,١	٠,٠	١,٢	أخرى
٠,٨	٠,٠	٠,٠	٠,١	٠,٢	٠,٢	غير مبين
١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠	الإجمالي

المصدر: وزارة الصحة العامة والسكان- الجهاز المركزي للإحصاء - المسح الوطني الصحي الديمغرافي 2013م- التقرير الرئيسي.

يتبين من الجدول أعلاه أن 53,0% من النساء المتزوجات بعمر (15 - 49) سنة حصلن على وسيلة تنظيم الأسرة من القطاع العام، و44,3% من النساء حصلن عليهما من القطاع الخاص وتشكل الغرسات أكثر الوسائل المستخدمة والتي تم الحصول عليها من القطاع العام بنسبة 80,7% تليها الحقن بنسبة 56,8% فيما بلغ نسبة استخدام الواقي الذكري ومصدره القطاع الخاص حوالي 67,6%.

معدل الولادات لدى المراهقات (15-19):

يتبين من الجدول ان نسبة 10,7% من النساء في العمر (15- 19) سنة قد بدأت حياتهن الانجابية وان نسبة 8,1% أنجن مولود بالفعل ونسبة 2,6% من النساء في العمر (15 - 19) سنة هن حوامل لأول مرة. كما يظهر من الجدول ان نسبة النساء اللاتي بدأت حياتهن الانجابية في الريف أعلى منها في الحضر حيث بلغت النسبة 11,8% في الريف مقابل 8,5% في الحضر.

جدول (26) نسبة النساء في عمر (15- 19) سنة اللاتي أنجن مولوداً بالفعل أو حوامل في مولودهن الأول ونسبة من بدأت حياتهن الانجابية حسب العمر ومحل الإقامة

عدد النساء	نسبة النساء في العمر (١٥-١٩) سنة اللاتي			الخصائص العمر
	نسبة اللاتي بدأت حياتهن الانجابية	حوامل لأول مرة	أنجن بالفعل	
١,٣٤٥	٠,٥	٠,٢	٠,٣	١٥
١,٢١٨	٤,٤	١,٩	٢,٦	١٦
١,٢٠٨	٨,٧	٢,٧	٦,١	١٧
١,٤٥٢	١٥,٩	٥,٠	١٠,٩	١٨
١,١١٩	٢٥,٤	٣,١	٢٢,٣	١٩
محل الإقامة				
١,٩٧٧	٨,٥	١,٣	٧,٢	حضر
٤,٣٦٥	١١,٨	٣,٢	٨,٦	ريف
٦,٣٤٢		٢,٦	٨,١	الإجمالي

المصدر: وزارة الصحة العامة والسكان - الجهاز المركزي للإحصاء - المسح الوطني الديمغرافي 2013م- التقرير الرئيسي

حجم الإنفاق المباشر

أعتمد نظام تمويل الرعاية الصحية في اليمن قبل نشوب الصراع اعتماداً كبيراً على الإنفاق الشخصي المباشر وزاد الإنفاق الشخصي المباشر من 74% إلى 81%. وبلغ نصيب الفرد من الإنفاق على الرعاية الصحية عام 2015م حوالي 72 دولار وتشير مذكرة سياسات (2021) بأنه رقم منخفض للغاية مقارنة بالبلدان الأخرى ذات الدخل المنخفض، إذ مولت الأسرة 80% منها مباشرة في مراكز الرعاية وكانت المساهمات من الإنفاق الشخصي المباشر في اليمن قبل نشوب الصراع في شكل رسوم موحدة على المستخدمين مقابل خدمات العيادات الداخلية والخارجية، إذ تكبد 6% و4% من السكان نفقات كارثية ومفجرة على الصحة. وعلاوة على ذلك فقد شكلت رسوم العلاج المتصاعدة إلى جانب تكاليف النقل الباهظ للمرضى (لا سيما المرضى من المناطق الريفية) حاجزاً كبيراً أمام الحصول على الخدمات. وكان 43% من السكان ينفقون أكثر من 10% من استهلاكهم الأسري أو دخلهم الشخصي المباشر على نفقات الرعاية الصحية. وعلى الرغم من ندرة البيانات في أعقاب الصراع والحرب فإن مسحاً أجراه مشروع البنك الدولي الطارئ للصحة والتغذية يشير إلى أن 63% من المرضى قاموا بالإنفاق الشخصي على خدمات المستشفى، و15% على الرعاية الصحية الأولية وأن متوسط الإنفاق الشخصي في المستشفيات يبلغ 6000 ريال يمني (24 دولار) وأن متوسط الإنفاق الشخصي المباشر على الرعاية الصحية الأولية يبلغ 1200 ريال يمني (5 دولارات). وكانت الأدوية والإجراءات المعملية على وجه الخصوص تشكل بنداً كبيراً للإنفاق الشخصي المباشر.

القوانين والتشريعات الخاصة بالحماية الاجتماعية في مجال الصحة للمرأة في اليمن

أكد المشرع الدستوري اليمني على حق المرأة في الحصول على الخدمات الصحية، إذ نص أن «الرعاية الصحية حق لجميع المواطنين، وتكفل الدولة هذا الحق بإنشاء مختلف المستشفيات والمؤسسات الصحية والتوسع فيها، وينظم القانون مهنة الطب والتوسع في الخدمات الصحية المجانية ونشر الوعي الصحي بين المواطنين»⁴⁴. وأكد على أن الدولة «تحيي الأمومة والطفولة»⁴⁵. كما نص قانون المنشآت الطبية والصحية الخاصة في المادة رقم (11) بأنه يجب «على المنشآت الطبية والصحية الخاصة، مستشفى، مستوصف، مركز طبي، الإسهام الفعّال وتقديم خدمات الرعاية الصحية الأولية بما فيها رعاية الأم والطفل والتثقيف الصحي ورفع مستوى الكادر الطبي والصحي لديها»⁴⁶.

كما نص المشرع القانوني على العديد من الخدمات الصحية والوقائية والعلاجية للأطفال، كالتحصينات ومتابعة النمو، حيث نص في المادة رقم (5) من قانون الصحة العامة اليمني 47 أنه على «الوزارة إعطاء الأولوية لرعاية صحة الأم والطفل واعتبارها جزءاً لا يتجزأ من الاستراتيجية الوطنية». كما نص في المادة رقم (6) «على الوزارة توفير الخدمات الوقائية والتشخيصية والعلاجية والتأهيلية المتعلقة بصحة الأم والطفل ومنها..... فقرة (ج) متابعة نمو الطفل وتطوره. فقرة (د) توعية الأسرة والمجتمع بكيفية رعاية الطفل وحمايته والتعامل معه خلال مراحل نموه وتطوره المختلفة. فقرة (هـ) تقديم الخدمات الصحية الوقائية لطلبة المدارس ورياض الأطفال الحكومية والأهلية.

كما تنص المادة رقم (8) من نفس القانون أنه «على الوزارة وضع برامج التطعيم وتنفيذها. والعمل على ضمان جودة تلك التطعيمات والمحافظة عليها أثناء النقل والتخزين والاستخدام، وتطعيم المواليد والأطفال و. وتقديمها مجاناً»⁴⁸. كما أنشأت الإدارة العامة لصحة الأسرة وفق المادة (11) من اللائحة التنظيمية لوزارة الصحة والسكان، والتي تختص بوضع الخطط والبرامج المعنية بتقديم الرعاية الصحية لكافة أفراد الأسرة ومنهم الأطفال، وتضع الآليات المناسبة لتنفيذها مع مختلف المرافق الصحية، وتسعى إلى رفع مستوى الرعاية الصحية بأفراد الأسرة⁴⁹.

(42) هولست جيه وجيريك سي إيه. 2012م. تمويل الرعاية الصحية في اليمن. المجلة الدولية لتخطيط وإدارة الصحة 198:27-225. أوردته: قطاع الصحة في اليمن – مذكرات سياسات

(43) أندرسون دي كويغاس آر إم والسنبلي إن والأغبري إن وآخرون. 2014. الحواجز التي تحول دون إتتمام تشخيص مرض السل في اليمن: يجب أن تلبى الخدمات احتياجات المرضى. PLOS One e105194:9

(44) دستور الجمهورية اليمنية المادة رقم (55)

(45) المادة رقم (30) من نفس الدستور.

(46) قانون رقم (60) لسنة 1999م بشأن المنشآت الطبية والصحية الخاصة.

(47) قانون رقم (4) لسنة 2009م بشأن الصحة العامة.

(48) المواد (5) الفقرات (ج) و(د) و(هـ)

(49) المادة رقم (11) الفقرات (2،4،5،7) من اللائحة التنظيمية لوزارة الصحة والسكان الصادرة بالقرار الجمهوري رقم (76) لسنة 2004م

أما فيما يخص الحصول على الرعاية الصحية للأمهات في فترة الحمل والولادة والنفاس، فقد الزم المشرع القانوني وزارة الصحة برعاية المرأة وخاصة في أثناء فترات الحمل والولادة والرضاعة، 50.

كما نصت اللائحة التنظيمية لوزارة الصحة والسكان على إنشاء الإدارة العامة للصحة الانجابية، 51.

وكذلك تم اصدار لائحة تتعلق بتشجيع الرضاعة الطبيعية حيث تنص المادة 13 منها « تتولى الوزارة اتخاذ التدابير الملائمة لتشجيع وحماية الرضاعة الطبيعية وتقديم المعلومات والمنشورات إلى العاملين الصحيين فيما يتعلق بأهمية الرضاعة الطبيعية وتدعيمها وتعزيزها»، كما تلزم موردي البدائل الصناعية على أن تكون بضاعتهم ذات جودة عالية وبمواصفات تحددها اللائحة وذلك حرصاً على صحة الطفل الرضيع.

كذلك نصت المادة (15) من لائحة تشجيع وحماية الرضاعة الطبيعية الخاصة بالتعليمات التي تخضع لها الولادات التي تحدث في المستشفيات والمراكز أو الوحدات الصحية. 52 وفي الفصل الرابع من قانون الصحة العامة أفرد المشرع نصوص خاصة بصحة المرأة والطفل. 53 كما أكد المشرع على اختصاص الإدارة العامة للصحة الانجابية بوضع المعايير والنظم لتعزيز خدمات الصحة الانجابية وتنظيم الأسرة في المرافق الصحية، وتطوير البرامج التدريبية وتدريب مدربي المحافظات لتنمية المعارف والمهارات في مجال الصحة الانجابية وتنظيم الاسرة بالتنسيق مع الادارات المعنية في وزارة الصحة ، وتحديد الاحتياجات من وسائل تنظيم الاسرة والعمل على تأمين وتوفير هذه الوسائل وتعميمها من خلال النظام الصحي والانظمة الأخرى، والتنسيق مع القطاعات والادارات والبرامج في وزارة الصحة ومع المنظمات الدولية والاقليمية والمحلية ذات الاهتمام المشترك.... الخ. 54. هذا ونص القرار الوزاري رقم (43) البند رقم (3) لسنة 2006م في المادة رقم (1) على أن تقدم خدمات تنظيم الأسرة في المستشفيات والمراكز والوحدات الصحية التابعة لوزارة الصحة مجاناً. 55.

خدمات إنهاء الحمل (الاجهاض): في اليمن محرم شرعياً، ويعاقب فاعله بموجب نص المادة (240) من قانون العقوبات والتي تنص بأنه « إذا تم الاجهاض برضاء المرأة يعاقب الفاعل بدية الجنين غرة أو الدية كاملة حسب الاحوال ولا تستحق المرأة في هذه الحالة شيئاً من الغرة أو الدية وإذا ماتت الأم عوقب الفاعل بدفع دية الخطأ وفي حالة إجهاض المرأة نفسها فعليها الدية أو الغرة حسب الاحوال، ولا عقوبة إذا قرر طبيب مختص أن الإجهاض ضروري للمحافظة على حياة الأم». 56.

خدمات علاج العقم: نظم المشرع ذلك في نص المادة (6) من قانون الصحة العامة بأن على وزارة الصحة توفير كافة الخدمات الوقائية والتشخيصية والعلاجية والتأهيلية للمرأة منها، إجراء فحص طبي قبل عقد الزواج للتأكد من خلو الزوجين مما يمكن أن يؤثر على صحتها وصحة نسلهما. كما نصت اللائحة التنظيمية للقانون على إنشاء الإدارة العامة للمرأة بموجب المادة (25) منها والتي تختص بوضع الخطط التي تكفل تقديم الخدمات الصحية للمرأة في حالة إصابتها بأي مرض دون تحديد لمرض بعينه كالعقم أو نحوه.

خدمات المشورة والفحوص وعلاج فيروس نقص المناعة: نصت المواد (4، 5، و6) من قانون الصحة العامة أن على وزارة الصحة توفير كافة الخدمات الوقائية والعلاجية والتأهيلية للمرأة لحمايتها من مختلف الأمراض، ولا يوجد نص خاص بعلاج فيروس نقص المناعة، وانما نصوص عامة في الفصل الخامس من قانون الصحة العامة يتعلق بالترصد الوبائي ومكافحة الامراض، حيث نصت المادة رقم (11) منه بأنه على الوزارة وبالتنسيق مع الجهات ذات العلاقة اتخاذ التدابير الوقائية والعلاجية اللازمة لحصر انتشار الأمراض المعدية، ونصت المادة (12) بأنه « كل من أخفى عن قصد مصاباً بمرض معدي أو عرض شخصاً للعدوى بمرض وبائي أو تسبب عن قصد بنقل العدوى للغير أو امتنع عن تنفيذ أي إجراء طلب منه لمنع تفشي العدوى يعتبر مرتكب لجرم يعاقب عليه ». كما نصت اللائحة التنظيمية لوزارة الصحة والسكان على إنشاء الإدارة العامة للمرأة بموجب المادة (25) منها، والتي تختص بوضع الخطط التي تكفل تقديم الخدمات الصحية للمرأة في حالة إصابتها بأي مرض دون تحديد. كما نص قرار مجلس الوزراء رقم (257) في المواد رقم (5، 6، و7، و8) على إجراء الفحص الطبي الأول، وكذلك الفحص الطبي الدوري لجميع العاملين والموظفين اليمنيين وغير اليمنيين سواء في القطاع العام أو الخاص من الرجال والنساء، على نفقة

(50) المادة رقم (6) فقرة (ب) من قانون الصحة العامة اليمني.

(51) المادة رقم (23) من اللائحة التنظيمية لوزارة الصحة والسكان.

(52) المادة رقم (15) من لائحة تشجيع وحماية الرضاعة الطبيعية.

(53) 5، 6، و7) من قانون الصحة العامة اليمني.

(54) المادة رقم (23) من اللائحة التنظيمية لوزارة الصحة والسكان.

(55) قرار وزاري رقم (43) لسنة 2006م الخاص بخدمات تنظيم الأسرة.

(56) القرار الجمهوري بالقانون رقم (12) لسنة 1994م بشأن الجرائم والعقوبات، المادة رقم (240).

جهات وأصحاب العمل.57 كما تنص لائحة العلاج الطبي في الخارج للمدنيين على تقديم الدولة لمساعدات مالية وتذاكر سفر للمرضى من المدنيين سواء كانوا رجال أو نساء.58 أما ما يخص بعلاج فيروس نقص المناعة ، فقد صدر قانون وقاية المجتمع من الإيدز وحماية حقوق المتعاشين مع الفيروس في عام 2009م، والذي مثل نقلة نوعية في مجال التصدي للوباء وحماية حقوق المتعاشين مع المرض، وتضمن القانون مواد تراعي خصوصية المرأة في المسائل الاسرية، إذ اعطى المرأة المتعاشية مع مرض الإيدز، الحق في حضانة طفلها، والحق في طلب الفسخ للضرر، إذا كان المصاب بالفيروس الزوج.59

خدمات الرعاية الصحية للمعنفات: كان هناك مشروع قانون خاص بمناهضة العنف ضد النساء والفتيات، تم إعداده من قبل اللجنة الوطنية للمرأة ومختصين قانونيين آخرين تحت إشراف وزارة حقوق الإنسان، ولكنه لم يقر بسبب الحرب، قانون الجرائم والعقوبات جرّم العنف والاعتصاب وهتك عرض المرأة بموجب المادتين (2، 5)61، وأخيراً نصت المادة رقم (41) من مكافحة الاختطاف والتقطع خطف المرأة أو التقطع لها أو احتجازها بموجب المادتين (2، 5)61، وأخيراً نصت المادة رقم (41) من قانون الأحوال الشخصية اليمني بعدم الإضرار بالزوجة مادياً ومعنوياً.62 قبل الحرب كان يوجد دار ايواء للمعنفات في عدن بتمويل من منظمة giz الألمانية وللأسف انسحبت. والآن ومنذ ثلاث سنوات وبدعم من برنامج الأمم المتحدة للسكان يوجد في عدن دار ايواء يقدم الدعم الصحي والنفسي والقانوني للمعنفات بإدارة وإشراف أتحاد نساء اليمن فرع عدن.63

خدمات الرعاية الصحية للمرأة من ذوي الاعاقة، نصت المادة رقم (56) من الدستور على أن «تكفل الدولة توفير الضمانات الاجتماعية للمواطنين كافة في حالات المرض أو العجز أو البطالة أو الشيخوخة أو فقدان العائل، كما تكفل ذلك بصفة خاصة لأسر الشهداء..» كما تنص المادة رقم (3) من قانون رعاية وتأهيل المعاقين بأن «كل شخص معاق يتمتع بممارسة كافة الحقوق التي يكفلها الدستور والقوانين النافذة». وتنص المادة رقم (4) بأن «لكل معاق حق التأهيل بدون مقابل والاستفادة من برنامج التأهيل المهني والرعاية الاجتماعية التي تقدمها مؤسسات ومراكز دور الرعاية وتأهيل المعاقين». كما تنص المادة رقم (8) فقرة (ب) «تقوم وزارة التأمينات والشؤون الاجتماعية مع الوزارات والدوائر الحكومية وجميع الجهات ذات العلاقة برعاية وتأهيل المعاقين وتقديم المساعدة الطبية المجانية للمعاقين وتحديد درجة الاعاقة والتدخل المبكر للحد منه»، كما تنص المادة رقم (13) منه على أن «تعمل وزارة الصحة على توفير الأجهزة التعويضية والأطراف الصناعية وتعمل ورش لذلك».64 مما سبق نجد مواد هذا القانون تنص على حق المعاقين رجال ونساء بكافة الحقوق التي يكفلها القانون ومنها الرعاية الصحية. كذلك تنص المادة رقم (4) فقرة (ل) من قانون الصحة العامة على أن من مهام وزارة الصحة تنفيذ البرامج المتعلقة بتقديم الرعاية الصحية لذوي الاحتياجات الخاصة ويشمل ذلك الرجال والنساء. كذلك نصت اللائحة التنظيمية على إنشاء الادارة العامة بموجب المادة (25) منها، والتي تختص بوضع الخطط التي تكفل تقديم الخدمات الصحية للمرأة في حالة اصابتها بأي مرض بشكل عام دون تحديد. شكل عدد السكان المعاقين من ذوي الاحتياجات الخاصة ممن يعانون من إعاقات حادة 564.248 معاقاً حيث شكلوا نسبة 2.2% من إجمالي السكان بحسب نتائج مسح ميزانية الأسرة متعددة الأغراض 2014م، ولم تتغير هذه النسبة كثيراً ما بين مسحي ميزانية الأسرة 2014م والمسح الديمغرافي الصحي 2013م (2.2%، و3.2% على التوالي).

جدول رقم (27) التوزيع النسبي لتلقي أي دعم/ مساعدة للمعاقين ال 12 شهر السابقة للمسح حسب النوع

مصدر تلقي الرعاية	ذكور	إناث	الإجمالي
مساعدة نقدية/ عينية من صندوق الرعاية الاجتماعية	6,1%	5,9%	6,0%
مساعدة نقدية/ عينية من صندوق رعاية المعاقين	0,9%	0,4%	0,7%
مساعدة نقدية/ عينية من العائلة / الاقارب/ الأصدقاء	15,8%	19,4%	17,5%

- (57) قرار رئيس مجلس الوزراء رقم (257) لسنة 2000م بشأن نظام الرعاية الطبية المهنية للعاملين في الجهاز الإداري للدولة والقطاعات العام، المختلط، والخاص والعمال غير اليمنيين وتحديد رسوم الكشف الطبي الأولي والدوري
- (58) قرار رئيس الوزراء رقم (1) لسنة 1998م بشأن لائحة العلاج الطبي في الخارج للمدنيين المواد (11، 12، 13، 14، 15).
- (59) التقرير الوطني لمستوى تنفيذ اعلان ومناهج عمل بيجين 20+، اللجنة الوطنية للمرأة، صادر بدعم من صندوق الأمم المتحدة للسكان.
- (60) قانون الجرائم والعقوبات رقم (12) لسنة 1994م.
- (61) قانون مكافحة الاختطاف والتقطع رقم (24) لسنة 1998م.
- (62) قانون الاحوال الشخصية رقم (20) لسنة 1992م
- (63) الأستاذة فاطمة مريسي رئيس فرع أتحاد نساء اليمن، مقابلة شخصية في مقر الاتحاد، بتاريخ 24 أغسطس 2022م
- (64) قانون رقم (61) لسنة 1999م بشأن رعاية وتأهيل المعاقين.

مساعدة نقدية/ عينية من الجمعيات الخيرية / من أهل الخير	٣,٢%	٣,٧%	٣,٤%
تعليم/ تدريب مهني عبر منظمة غير حكومية	٠,١%	٠,٢%	٠,١%
تعليم/ تدريب مهني عبر برنامج حكومي	٠,٢%	٠,٢%	٠,٢%
خدمات طبية/ أدوية / معدات مجانية عبر منظمة غير حكومية	٠,٣%	٠,٣%	٠,٣%
خدمات طبية / أدوية / معدات / مجانية عبر برنامج حكومي	١,٠%	١,١%	١,٢%

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء- مسح ميزانية الأسرة - 2014م

من خلال الجدول (27) يتضح أن هناك ثلاثة مصادر رئيسية لأهم مصدر لتلقي الرعاية في مسح ميزانية الأسرة:

- مساعدة نقدية /عينية من العائلة / الاقارب/ الاصدقاء، وهي لدى الاناث أعلى منها لدى الذكور.
- مساعدة نقدية /عينية من صندوق الرعاية الاجتماعية.
- مساعدة نقدية/عينية من الجمعيات الخيرية/ من أهل الخير.

يبلغ عدد الحالات المستفيدة من رعاية صندوق الرعاية الاجتماعية مليون وخمسمئة حالة، لم يتم استحداث قائمة المستفيدين منذ 2014م.65

وفيما يخص تقديم خدمات الرعاية الصحية للمرأة المسنة، فقد نصت المادة رقم (4) فقرة (ل) من قانون الصحة العامة أن على وزارة الصحة ضمان تقديم الخدمات الوقائية والتشخيصية والعلاجية والتأهيلية لجميع المواطنين من الرجال والنساء، ونصت على تنفيذ البرامج المتعلقة بالأنشطة الصحية الخاصة برعاية دور المسنين.66 والرعاية الصحية للمرأة المسنة يدخل ضمن الرعاية الصحية للمواطن ولا يوجد برنامج خاص بالمسنين. صادقت الحكومة في يناير 2022م، على استراتيجية وطنية لرعاية كبار السن وتحسين اوضاعهم في كافة المجالات، الا أنه إلى الآن لم ترى هذه الاستراتيجية النور لعدم وجود تمويل لهذا البرنامج.67

حصول المرأة العاملة على إجازة أمومة مدفوعة الأجر نص المشرع القانوني في قانون الخدمة المدنية في المادة رقم (59) منه بأنه «يقق للموظفة الحامل أن تحصل على إجازة وضع براتب كامل مدتها ستون يوماً متصلة قبل الوضع وبعده، ولا تؤثر إجازة الوضع على تمتع الموظفة بإجازتها الاعتيادية. ويعطى لها عشرين يوماً إضافية إلى الستين يوم في حالة الولادة المتعسرة، أو إذا ولدت وتوائم».68 كما نص قانون العمل في المادة رقم (45) منه بأنه «يقق للعامله الحامل أن تحصل على إجازة وضع بأجر كامل مدتها ستون يوماً، وتمنح عشرين يوماً إضافية إلى الستين يوم في حالة الولادة المتعسرة، وإذا ولدت وتوأماً».69 مما سبق نجد ان المرأة في القطاع الخاص تتمتع بنفس ما تتمتع به المرأة الموظفة في القطاع العام من إجازة أمومة مدفوعة الأجر.

وفيما يخص حصول المرأة على إجازة مدفوعة الأجر في حالة المرض، نصت المادة رقم (57) من قانون الخدمة المدنية بأن الموظف (الرجل والمرأة) يستحق إجازة مرضية براتب كامل مدتها ستون يوماً في السنة متقطعة أو متصلة... فإذا بلغت جملة الاجازات المرضية المتقطعة ستين يوماً يمنح في هذه الحالة إجازته الاعتيادية المستحقة (إن وجدت)، بعد استنفاد الاجازة المحددة يمنح إجازة مرضية مدتها ستون يوماً أخرى براتب كامل وإذا ما أستمر مرضه بناء على تقرير طبي فيمنح 75% من راتبه لمدة اقصاها ثمانية أشهر تجدد بقرار من لجنة طبية... وإذا ما أستمر مرضه بناء على تقرير طبي فيمنح 50% من راتبه لمدة لا تزيد عن سنه وإذا لم يتمثل للشفاء بعد انتهاء السنة يمنح إجازة بدون راتب الا اذا قررت اللجنة الطبية أن مرضه غير قابل

(65) في لقاء مع وزير الشؤون الاجتماعية الدكتور محمد سعيد الزعوري في يوم السبت الموافق 10 سبتمبر 2022م

(66) قانون الصحة العامة اليمني.

(67) المستشار غازي عبد الله عبده، وزارة الشؤون الاجتماعية والعمل، مقابلة في مقر الوزارة بتاريخ 21 أغسطس 2022م.

(68) المادة رقم (59) من قانون الخدمة المدنية رقم (19) لسنة 1991م، وينظر نص المادة رقم (114) من اللائحة التنفيذية الصادرة

بالقرار الجمهوري رقم (122) لسنة 1992م

(69) المادة رقم (45) من قانون العمل رقم (5) لسنة 1995م

للبرء يتم إحالته للمعاش التقاعدي.70 كما نص قانون العمل في المادة رقم (80) بأن العامل (رجل وامرأة) يستحق عند مرضه إجازة مرضية متصلة أو متقطعة وذلك على النحو الآتي:

إجازة مرضية بأجر كامل في الشهرين الأول والثاني من المرض.

إجازة مرضية بنسبة (85%) من الأجر في الشهرين الخامس والسادس من المرض.

إجازة مرضية بنسبة (75%) من الأجر في الشهرين الخامس والسادس من المرض.

إجازة مرضية بنسبة (50%) من الأجر في الشهرين السابع والثامن من المرض.

وللعامل أن يستفيد من رصيد الاجازات السنوية إلى جانب ما يستحقه من إجازات مرضية فإذا استنفذت جميعها منح العامل إجازة بدون أجر حتى يتماثل للشفاء أو تثبت عدم لياقته الصحية من قبل الجهات المختصة.

حصول المرأة على العلاج في حالة وقوع اصابة عمل يحصل الموظف العام (الرجل والمرأة) الذي يتعرض لإصابة عمل، بموجب نصوص قانون التأمينات والمعاشات وللائحته التنفيذية على الرعاية الطبية ونفقات العلاج على نفقة جهة العمل71. كما تنص المادة رقم (31) من قانون التأمينات الاجتماعية بأنه للمصاب (رجل وامرأة) الحق في الرعاية الطبية على نفقة المؤسسة حتى يتم شفاؤه أو يثبت عجزه أو يتوفى. وتشمل الرعاية الطبية وتشمل الرعاية الطبية، خدمات الاطباء، والعلاج والاقامة بالمستشفى والرعاية الطبية المنزلية عند الاقتضاء، إجراء العمليات الجراحية، وتوفير الخدمات التأهيلية...الخ.72

برنامج الحماية الاجتماعية للرعاية الصحية

الزم المشرع القانوني اليمني جهة العمل (الجهاز الاداري للدولة ووحدات القطاعين العام والمختلط بتسيديد اشتراكات لصندوق التأمينات والمعاشات بواقع (6%) من جملة الاجور الكاملة (المرتب الاساسي + البدلات) للمؤمن عليهم (رجال ونساء) شهرياً لتأمين الشيخوخة والعجز والوفاة وتقوم جهة العمل باستقطاع نسبة (6%) من الاجر الكامل الشهري للمؤمن عليه، ويتم توريد هذه الاشتراكات إلى الصندوق في المواعيد المقرر لصرف المرتبات الشهرية.73 إذا يمول التأمين الصحي من الاشتراكات الشهرية التي تلتزم بها جهة العمل من إجمالي الأجور الكاملة (المرتب الاساسي+ البدلات) للمؤمن عليهم لديها وتورد شهرياً.74 ويمول تأمين اصابات العمل من الاشتراكات الشهرية التي تلتزم بها جهة العمل بواقع (1%) من إجمالي الاجور الكاملة الشهرية (المرتب الأساسي + البدلات) للمؤمن عليهم لديها وتورد للصندوق شهرياً وبانتظام.75 وكذلك من ريع استثمار هذه الاشتراكات. ولم يجيز المشرع تحميل المؤمن عليه أي نصيب في هذا التأمين.76

وإذا انتهت خدمة المؤمن عليه بالوفاة أو العجز الكلي المستديم نتيجة اصابة عمل وثبت ذلك يسوي المعاش على أساس (100%) من الاجر الكامل الأخير (المرتب الاساسي+ البدلات) مهما كانت مدة الخدمة الفعلية إضافة إلى تعويض نقدي يعادل (39.000) ريال يمني يصرف دفعة واحدة للمصاب أو المستحقين من بعده. وإذا نشأ عن الإصابة عجز جزئي مستديم تؤدي الهيئة للمصاب تعويضاً نقدياً دفعة واحدة يعادل نسبة ذلك العجز من تعويض العجز الكلي المستديم.77

كما نص قانون التأمينات الاجتماعية الذي يسري على جميع أصحاب الأعمال في القطاع الخاص وعلى العاملين لديهم الذين بلغوا سن الخامسة عشر وعلى العاملين اليمنيين في الخارج، ويجوز بقرار من الوزير بناءً على اقتراح مجلس الإدارة على الفئات

(70) المادة رقم (57) من قانون الخدمة المدنية، والمادة رقم (109) من لائحته التنفيذية.

(71) الفصل الأول من الباب الخامس تأمين إصابات العمل المواد من (31 الى 39) من القرار الجمهوري بالقانون رقم (25) لسنة 1991م بشأن التأمينات والمعاشات. وينظر القرار الجمهوري رقم (125) لسنة 1991م بشأن اللائحة التنفيذية لقانون التأمينات والمعاشات، الجريدة الرسمية، العدد، (17) لسنة 1992م

(72) المواد (30 و31) من قانون التأمينات الاجتماعية، الصادر بقرار جمهوري بالقانون رقم (26) لسنة 1991. الجريدة الرسمية، العدد (7 ج 2) لسنة 1991م.

(73) المواد (9و10) من قانون التأمينات والمعاشات.

(74) المادة رقم (40) من نفس القانون.

(75) المادة رقم (31) من نفس القانون.

(76) المادة رقم (64) من اللائحة التنفيذية لقانون التأمينات والمعاشات.

(77) المواد رقم (43و44) من القانون.

الآتية78:

- العاملون المؤقتون في الزراعة والرعي.
- البحارة والصيادون البحريون.
- العمال العرضيون والموسميون.
- عمال الشحن والتفريغ.
- ذوي المهن الحرة
- المشتغلين لحسابهم.
- أصحاب الحرف.
- أصحاب الاعمال.

وتتكون أموال تأمين إصابات العمل من الاشتراكات التي يلتزم أصحاب الاعمال بأدائها شهرياً للمؤسسة بواقع (4%) من أجور المؤمن عليهم العاملين لديه، ومن ريع استثمار هذه الاموال، ولا يجوز تحميل العمال أي نصيب من هذا التأمين، وتشمل حقوق المصاب في هذا التأمين على الرعاية الطبية للمصاب، وتعويض العجز المؤقت، وتعويض أو المعاش في حالة العجز المستديم، والمعاش في حالة المؤمن عليه. وتتكون أموال تأمين الشيخوخة والعجز والوفاة: أولاً: من حصة صاحب العمل في الاشتراكات وتعادل (9%) من أجور المؤمن عليهم العاملين لديه ويؤدها للمؤسسة شهرياً، ثانياً من حصة المؤمن عليهم التي تقتطع من أجورهم وتعادل (6%) ويؤدها صاحب العمل للمؤسسة شهرياً، ومن ريع استثمار هذه الاموال و..... الخ. كما ينظم هذا القانون معاش الشيخوخة ومعاش العجز غير المهني والوفاة.

تمويل الخدمات الصحية

أمراض السرطان والأمراض المزمنة وأمراض الكلى

ما يخص التقصي والكشف وعلاج كل أنواع السرطانات سواء كان عنق الرحم أو الثدي وفيروس نقص المناعة المكتسب والأمراض المنقولة جنسياً، وبالنسبة لأمراض الكلى والفشل الكلوي يدعم من منظمة الصليب الأحمر ومركز سليمان وبعض المنظمات بأشراف الوزارة، إذا جميعها بتمويل مقدم من منظمات دولية لان هذه البرامج لا توجد لها ميزانية من الدولة ولهذا يتم متابعة المانح.79

الطفولة والامومة:

فيما يخص الامومة والطفولة، وجميع برامج قطاع السكان (الأم والوليد) تعمل الجهات المختصة على تقديم مشاريع للجهات المانحة لأنه لا توجد ميزانية تشغيلية للقطاع 80 وكل ما يقوم به مكتب الصحة هو متابعة الدعم من المنظمات والتنسيق مع الشرك الثالث الذي يستلم الدعم من المانح وينفذ على الواقع.81

المرأة المقيمة

المرأة المقيمة بشكل عام ينطبق عليها قانون دخول وإقامة الاجانب، وقواعد عمل الاجانب في قانون العمل، والقواعد الخاصة في عقود العمل، وبالتالي إذا شمل عقد العمل خدمات التأمين الصحي فيتم تغطية الخدمات الصحية من التأمين..

المرأة اللاجئة

المرأة اللاجئة سواء في المخيم أو في المناطق الحضرية (عدن، المكلا) لا يوجد لهن تأمين صحي لكن تتوفر لهن عيادات فيها

(78) المواد (3 و4فقرة ب، والمادة رقم 5) من قانون التأمينات الاجتماعية، الصادر بالقرار الجمهوري رقم (26) لسنة 1991م.

(79) السباعي، د. أشراق ربيع أحمد، وكيل مساعد وزارة الصحة قطاع السكان.

(80) طبعا لا توجد موازنة عامة سنوية لجميع الوزارات وليس فقط وزارة الصحة من حرب 2015م.

(81) السباعي، د. أشراق ربيع أحمد.

الرعاية الصحية الأولية والعقلية والنفسية والصحة الانجابية ، ويتم تحويل الحالات الحرجة جداً إلى المستشفيات، وتتكفل المفوضية لشؤون اللاجئين بكل تكاليف العلاج، وهناك منسق الوصول الانساني (هيومن أكسس) هو الشريك مع المفوضية لمتابعة هذه الحالات سواء من خرز أو من عدن ، كذلك هناك مركز صحي حكومي في منطقة البساتين أسمه مركز الطاهري هو مستشفى حكومي يستفيد منه اللاجئين تتكفل المفوضية بكل المصاريف التشغيلية لهذا المستشفى. 82

(82) مسؤول الحماية في المفوضية السامية لشؤون اللاجئين الاستاذة عائشة محمد سعيد. والاستاذة فايزة عبدا لمجيد، مدير عام الادارة العامة للمرأة والطفل، ومستشار الوزير.

الخاتمة

أن الحماية الاجتماعية المقررة في التشريع اليمني لا تميز بين المرأة والرجل، والمرأة اليمنية مثلها مثل الرجل تتمتع بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية سواء في الدستور أو القوانين ذات الصلة، كما لم يفرق قانون الخدمة المدنية الذي يسري على موظفي القطاع العام والمختلط، وقانون العمل الذي يسري على عمال القطاع الخاص بين المرأة والرجل في حق العمل، إلا ان الواقع يبين تدني نسبة النساء داخل قوة العمل بالمقارنة مع الرجال، وتنخرط بنسبة مرتفعة في نطاق العمالة غير المنظمة وبالتالي لا تتوفر لها الحماية الاجتماعية، كما ان النساء والاطفال هم أكثر الفئات تأثراً بالفقر، إضافة لذلك نجد أن نسبة الأمية لدى النساء أكثر من الرجال، فعدم الالتحاق بالتعليم يعد سبباً رئيسياً للفقر. ولم يفرق قانونا الخدمة المدنية وقانون العمل بين المرأة والرجل في الحصول على اجازة مرضية مدفوعة الاجر، وتأمين الرعاية الصحية في حالة وقوع إصابة العمل عن طريق الاشتراكات مع الاختلاف في تحديد نسبة الاشتراك بين قانون التأمينات والمعاشات الذي يسري على القطاع العام والمختلط وقانون التأمينات الاجتماعية الذي يسري على عمال القطاع العام.

كما كفل المشرع الرعاية والخدمات الصحية والوقائية والعلاجية للأطفال والرعاية الصحية للأمهات في فترة الحمل والولادة والنفاس، و الحصول على خدمات تنظيم الأسرة وأجاز الإجهاد الضروري فقط برخصة الطبيب للمحافظة على صحة الأم رغم تحريم الاجهاض، ونص على وجوب توفير كافة الخدمات الوقائية والتشخيصية والعلاجية والتأهيلية للمرأة، وإجراء فحص طبي قبل الزواج؛ إلا ان ذلك لم يطبق على الواقع رغم صدور تعميم من وزير الصحة ووزير العدل، كما تم اصدار قانون وقاية المجتمع من الايدز وحماية حقوق المتعايشين مع المرض، وتقديم خدمات الرعاية الصحية للمرأة من ذوي الاعاقة. أما فيما يخص المعنفات لا يوجد قانون خاص بحمايتهن سواء ما نص عليه قانون الجرائم والعقوبات وقانون مكافحة الاختطاف والتقطيع، وكذلك المسنات يخضعن لعموم النص الخاص بكل المواطنين ولا يوجد برنامج خاص بهن.

هذا ويجب الإشارة إلى ان نظام تمويل الرعاية الصحية في اليمن قبل نشوب الحرب اعتمد اعتماداً كبيراً على الانفاق الشخصي المباشر، وزاد الانفاق الشخصي المباشر من 74% إلى 81% وبلغ نصيب الفرد من الانفاق على الرعاية الصحية عام 2015م حوالي 72 دولار، وأكد زاد الانفاق الشخصي خلال سبع سنوات الحرب الاخيرة.

وكان قطاع الصحة في اليمن قبل نشوب الصراع في 2011م يعاني من ضعف الحوكمة والفساد، ونتيجة الحرب وعدم وجود ميزانية تشغيلية لوزارة الصحة حلت محل الدولة المنظمات المانحة لتغطية كافة برامج الرعاية الصحية ومنها رعاية اللاجئين وأصبح النظام الصحي في اليمن في المقام الاول يعتمد على التمويل من الشركاء الخارجيين والجهات المانحة.

المقترحات

على الدول المانحة ودول التحالف الإسراع في وقف الحرب، ورفع عقوبة الفصل السابع عن اليمن فأثاره وخيمة على المواطنين. ندعو مجلس الرئاسة الانتقالي والحكومة والبرامج الوطنية للقضاء على الفقر مستقبلاً التركيز على الخطط الفعالة للمساعدة المالية.

دعم الوسائل الكفيلة بتطوير النظم التأمينية ومد الحماية الاجتماعية للمشتغلين أو العاملين في القطاع غير المنظم (غير الرسمي) مع الأخذ بعين الاعتبار القدرات الاقتصادية للمشتغلين في هذا القطاع.

ضرورة توفير النظم الائتمانية المناسبة لمساعدة أصحاب القطاع غير الرسمي على تمويل أنشطتهم بشروط اقتراض ميسرة مثل الصناديق وغيرها أو من خلال البنوك التي توفر قروض ميسرة للمشاريع الصغيرة والأصغر.

تفعيل دور منظمات أصحاب العمال ومنظمات العمال في متابعة وضع القطاع غير الرسمي وتقديم الدعم لتنمية وتحسين شروط العمل وظروفه والتنسيق الوثيق مع إدارات العمل لتحسين أوضاع هذا القطاع وخاصة في مجال دعم فرص التشغيل.

النتائج أظهرت أن الأسر التي ترأسها النساء تعتمد على مصدرين رئيسيين للدخل، أولاً الدخل من الأجور والمرتبات، وثانياً المساعدات المالية، وبالتالي على الحكومة التركيز على هذه الخاصية كأساس لأي استراتيجية قادمة بحلول السلام.

تفعيل قانون الرعاية الاجتماعية الصادر بتاريخ 30 رمضان 1419هـ، الموافق 17 يناير 1999م. وتجديد قائمة المستهدفين المدعومين من صندوق الرعاية الاجتماعية، لزيادة عددهم نتيجة الحرب.

لابد من احتواء الأنفاق الشخصي المباشر، من خلال إجراء مزيد من التحليل لزيادة فهم العوامل المحركة للإنفاق الشخصي المباشر وتأثيره الكارثي على الصحة. والعمل على إيجاد نظام تأمين صحي وطني في اليمن.

التوسع في بناء المستشفيات والمراكز الصحية، وتقديم الرعاية المجانية ووضع قيود على المستشفيات الاستثمارية والمستوصفات الخاصة.

يجب توفير حزمة من الخدمات الصحية الأساسية استناداً إلى مبدأ سلسلة الرعاية طول دورة الحياة. (الطفولة، المراهقة، البلوغ، الحمل، والولادة، وفترة ما بعد الولادة).

العمل على الحد من الزواج المبكر، حيث أن الزواج والحمل المبكر له تأثير ومخاطر صحية كبيرة على الأمهات الصغيرات ومواليدهن، كما أن الزواج والحمل المبكر له تأثير على المستوى التعليمي للأمهات حيث تضطر نتيجة الحمل إلى ترك المدارس والتفرغ لتربية الأطفال.

المراجع

- الأمم المتحدة: الاعلان العالمي لحقوق الانسان. تاريخ الدخول 30 أغسطس 2022م.
- النساء والرجال في اليمن (صورة إحصائية) لعام 2018م، كتاب صادر من الجهاز المركزي للإحصاء وزارة التخطيط والتعاون الدولي.
- السياق الانساني: اليمن «المشروع الطارئ للصحة العالمية والتغذية». <https://www.albankaldawli.org/ar/news/factsheet/2019/05/14/yemen-emergency-health-and-nutrition-project> تاريخ الدخول 1 سبتمبر 2022م
- المستشار عبده، غازي عبدالله، وزارة الشؤون الاجتماعية والعمل، مقابلة بتاريخ 21 أغسطس 2022م
- الجهاز المركزي للإحصاء، وزارة التخطيط والتعاون الدولي.
- 16. القانون العام للتربية والتعليم رقم (45) لسنة 1992م، الجريدة الرسمية، العدد (ملحق العدد 24) 1992م، بتاريخ 7 رجب 1413هـ، الموافق 31 ديسمبر 1992م.
- البنك الدولي (2014) مشروع كوبونات الأمهات وحديثي الولادة (P144522) وثيقة معلومات المشروع
- اللائحة التنظيمية لوزارة الصحة والسكان الصادرة بالقرار الجمهوري رقم (76) لسنة 2004م.
- الاستاذة محمد، فايزة عبد المجيد، مدير عام الادارة العامة للمرأة والطفل ومستشار الوزير، مقابلة بتاريخ 4 سبتمبر 2022م.
- الاستاذة سعيد، عائشة محمد، مسؤول الحماية في المفوضية السامية لشؤون اللاجئين، مقابلة بتاريخ أغسطس 2022م.
- اللائحة التنفيذية لقانون الخدمة المدنية، الصادرة بالقرار الجمهوري رقم (122) لسنة 1992م، الجريدة الرسمية، العدد (17 ج 1) لسنة 1992م
- الزوعري، د. جلال، وكيل قطاع التخطيط والتنمية في مكتب الصحة، 13 سبتمبر 2022م.
- برنامج الاغذية التابع للأمم المتحدة. (2021)، حالة الطوارئ في اليمن. <https://ar.wfp.org/emergencies/yemen-emergency> تاريخ الدخول 10 أغسطس 2022م
- بيانات منظمة الصحة العالمية. <https://www.emro.who.int/ar/annual-report/2017/index.html> تاريخ الدخول 3 أغسطس 2022م.
- برنامج الامم المتحدة الإنمائي (2020) تقرير التنمية البشرية. الدخول 25 يونيو 2022م
- دستور الجمهورية اليمنية لسنة 1991م المعدل، الجريدة الرسمية، العدد السابع (الجزء الثاني)، الصادر بتاريخ 15 أبريل 2001م.
- د. الزعوري، محمد سعيد، وزير الشؤون الاجتماعية والعمل، مقابلة بتاريخ 10 سبتمبر 2022م.
- د. السباعي، أشراق ربيع أحمد، وكيل مساعد وزارة الصحة قطاع السكان، مقابلة بتاريخ 11 سبتمبر.
- شعبة الادارة العامة وإدارة التنمية في الأمم المتحدة (2004) الجمهورية اليمنية، موجز قُطري 21. للإدارة العامة. شعبة الأمم المتحدة للإدارة العامة وإدارة التنمية وإدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية.
- 22.
- قانون التعليم الفني والمهني رقم (23) لسنة 2006م، الجريدة الرسمية، العدد (12) تاريخ 4 جماد ثاني 1427هـ، الموافق 30 يونيو 2006م.

- قانون الخدمة المدنية رقم (19) لسنة 1991م، الجريدة الرسمية، العدد(66) لسنة 1991م.
- قانون العمل رقم (5) لسنة 1995م، الجريدة الرسمية، العدد (5)، تاريخ 14 شوال 1415هـ، الموافق 15 مارس 1995م.
- قانون الصحة رقم (4) لسنة 2009م، الجريدة الرسمية، العدد السادس لسنة 2009م، بتاريخ 4 ربيع ثاني 1430هـ الموافق 31 مارس 2009م.
- قانون رقم (60) لسنة 1999م بشأن المنشآت الطبية والصحية الخاصة، الجريدة الرسمية، العدد (24) لسنة 1999م، بتاريخ 24 رمضان 1420هـ، الموافق 31 ديسمبر 1999م.
- قانون الجرائم والعقوبات رقم (12) لسنة 1994م، الجريدة الرسمية، العدد(19ج3)، لسنة 1994م.
- قرار مجلس الوزراء رقم (257) لسنة 2000م بشأن الطبيعة المهنية للعاملين في الجهاز الإداري للدولة والقطاع العام المختلط والخاص، والعمال غير اليمنيين وتحديد رسوم الكشف الطبي الأول والدوري.
- قرار وزاري رقم (43) لسنة 2006م الخاص بخدمات تنظيم الأسرة، التقرير الوطني لمستوى تنفيذ إعلان ومنهاج بيجين +20، اللجنة الوطنية للمرأة.
- قانون مكافحة الاختطاف والتقطع رقم (24) لسنة 1998م، الجريدة الرسمية، العدد (15)، لسنة 1998م.
- قانون التأمينات والمعاشات رقم (125) لسنة 1991م ولائحته التنفيذية، الجريدة الرسمية، العدد (17) لسنة 1992م.
- قانون الاحوال الشخصية رقم (20) لسنة 1992م، الجريدة الرسمية، العدد (6 ج3)، لسنة 1992م.
- قانون التأمينات الاجتماعية رقم (26) لسنة 1991م، الجريدة الرسمية، العدد (7ج2)، 1991م.
- قطاع الصحة في اليمن، مذكرة سياسات، سبتمبر 2021م.
- لائحة تشجيع وحماية الرضاعة الطبيعية، الصادرة بقرار رئيس مجلس الوزراء رقم (18) لسنة 2002م.
- لجنة الإنقاذ الدولية (2020) تأثير جائحة كورونا في الازمات الانسانية. تاريخ الدخول 5 أغسطس 2022م
- <https://www.rescue.org/sites/document/4693/covid-19-doubleemergency-april2020.pdf>
- <https://www.icrc.org/en/where-we-work/middle-east/yemen/health-crisis-yemen>
- مشهور، حورية، المرأة العاملة.. الواقع والتحديات كتاب الابحاث والدراسات المقدمة للمؤتمر الدولي حول المرأة.. العلوم.. والتنمية، جامعة عدن 4-6 فبراير 2006م.
- مسح ميزانية الأسرة 2014م. التقرير الرئيسي لنتائج مسح ميزانية الأسرة 2014م صادر من وزارة التخطيط والتعاون الدولي، الجهاز المركزي للإحصاء بالتعاون مع اليونيسف.
- منظمة العمل الدولية، 2013م، مسح القوى العاملة في الجمهورية اليمنية 2013-2014م، الجهاز المركزي للإحصاء بإشراف وزارة الشؤون الاجتماعية وبدعم من منظمة العمل الدولية. <https://www.ilo.org/beirut/publications/WCMS-419008/lang-ar/index.htm>
- مكاي، د.نبيل عبدالكريم، النوع الاجتماعي والتنمية في اليمن، مجلة النوع الاجتماعي والتنمية، العدد الثاني، سبتمبر 2008م.
- نوشاد، منذر، مسؤول النظم والمعلومات في مكتب الصحة.
- مريسي، فاطمة رئيس اتحاد نساء اليمن فرع عدن، مقابلة تاريخ 24 أغسطس 2022م.

مؤسسة

اليوم الثامن

a.youm8.net

للإعلام والدراسات

مؤسسة اليوم الثامن للإعلام والدراسات هي مؤسسة إعلامية وبحثية مستقلة، تأسست وفق أحكام قانون الجمعيات والمؤسسات الأهلية رقم (1) لعام 2001م ولائحته التنفيذية الصادرة بقرار رئيس مجلس الوزراء رقم (129) لعام 2004م. تتمتع المؤسسة بالشخصية الاعتبارية والذمة المالية المستقلة، وتعمل في مجالات الإعلام، التنمية، الشؤون الاجتماعية، والإنسانية، دون استهداف الربح التجاري. - تحمل المؤسسة ترخيص رقم (0693) صادر عن مكتب الشؤون الاجتماعية في عدن. تاريخ التأسيس: 13 أكتوبر 2016م. تسعى المؤسسة منذ نشأتها إلى تقديم تغطية شاملة للأحداث السياسية والاجتماعية والاقتصادية، مع التركيز على إعداد بحوث ودراسات معمقة حول قضايا الصراع في الشرق الأوسط والقرن الأفريقي المطلين على البحر الأحمر، ومضيق باب المندب، وخليج عدن.

