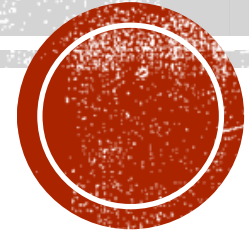


دعم السودان من أجل التغيير: مبادئ جديدة للنظام الصحي في السودان بما يتوافق مع الثورة السودانية لعام 2019 والتي تنادي بالحرية، والسلام، والعدالة

سارة عبد العظيم حسنين، عبد الهادي الطاهر، ولينا إ. البدوي



المحتوي

- التأكيد على قراءة الصحة ونظامها بما يتجاوز العدسة القياسية للتنمية الاقتصادية.
- وصف قطاع الصحة بأنه ركيزة أساسية لبناء الدولة والديمقراطية لانتقال السودان.
- مناقشة التغيرات التاريخية والفجوات المستمرة.
- مناقشة معالجة أزمة النظام الصحي في السودان فيما يتعلق بالوضع الحالي ونقص الحد الأدنى من الاحتياجات الأساسية لتوفير الخدمات الصحية.
- توصيات إستراتيجية وتشغيلية خاصة بالسياق لجعل الصحة متوافقة مع النماذج الاقتصادية والتنمية الشاملة في السودان.



الصحة باعتبارها أحد مؤسسات الدولة :

- الصحة أحد المبادئ الديناميكية التي ترتبط ارتباطاً وثيقاً بالنظم الاجتماعية والاقتصادية.
- ما من سبيل للوصول إلى شرعنة وبناء الدولة دون تقديم الخدمات الصحية المثالية والاستثمار في صحة السكان.
- دور الصحة وسيادتها والمؤسسات التابعة لها يتخطى حدود الوقاية من المرض وتعزيز للصحة والعلاج والشفاء وإعادة التأهيل بناء العقد الاجتماعي ما بين المجتمع والدولة والديمقراطية.
- ترتبط صحة المجتمعات ومستوى الديمقراطية ودرجة الحرية في بلد ما بشكل إيجابي.
- الوصول إلى تحقيق النتيجة المثالية في الصحة يحتاج إلى التقدم المستدام على صعيد الجوانب التنموية وخاصة تلك المرتبطة بالصحة مثل السلع العامة، والسلع الشائعة الخاصة بالمكونات الصحية والوقائية ومكونات الصحة العامة.



الصحة باعتبارها أحد مؤسسات الدولة:

- بناء الدولة عملية يتم فيها ضمان سيادة تيار وتعميم الصحة في التنمية ولأهمية الصحة وأنظمتها بالنسبة للدولة ولتحقيق شعار الثورة، فإنه من المستحيل فصل الصحة عن الإيديولوجية السياسية والاقتصادية والتنموية الشاملة للدولة.
- مدى تعقيد النظم الصحية لأنها تتفاعل مع العديد من المفاهيم وبشكل أساسي أن الصحة العامة هي سلعة عامة تتشكل أيضاً بالعديد من المحددات الأساسية وخاصة في عصر COVID-19.. التغيير المناخي.
- إعادة تصور النظام الصحي من خلال نطاق أوسع من الأفكار ، مدعومة بالأدلة والحساسية للسياق وإن إظهار هذا المفهوم يستلزم استخدام عدسة قطاعية ومتعددة التخصصات.



اساس السياسي للعوامل الكامنة خلف عوامل الضعف :

- مثل فشل البنية التحتية، و ضعف الجهاز وهشاشة المؤسسات والقطاعات العامة والمؤسسات لفجوات المستمرة والإصلاحات التنموية والاقتصادية غير المدروسة.
- إن الهيمنة السياسية التي لا تنتج تنمية عادلة ومستدامة ساهمت بشكل كبير في عواقب عدم الاستقرار.
- النظام الأبوي ، والاقتصاد المدفوع بالرأسمالية مع تأثيره المحتمل على الوصول إلى الخدمات الصحية والقدرة على تحمل تكاليفها وتوافرها.
- أزمة كوفيد -19 تؤدي إلى تعطيل الدولة إلهشة بالفعل قد يعيق كوفيد -19 التقدم نحو أهداف التنمية المستدامة (يعيق جهود التخفيف من حدة الفقر).
- المحددات الصحية ليست موضحة بشكل جيد في السياسات.



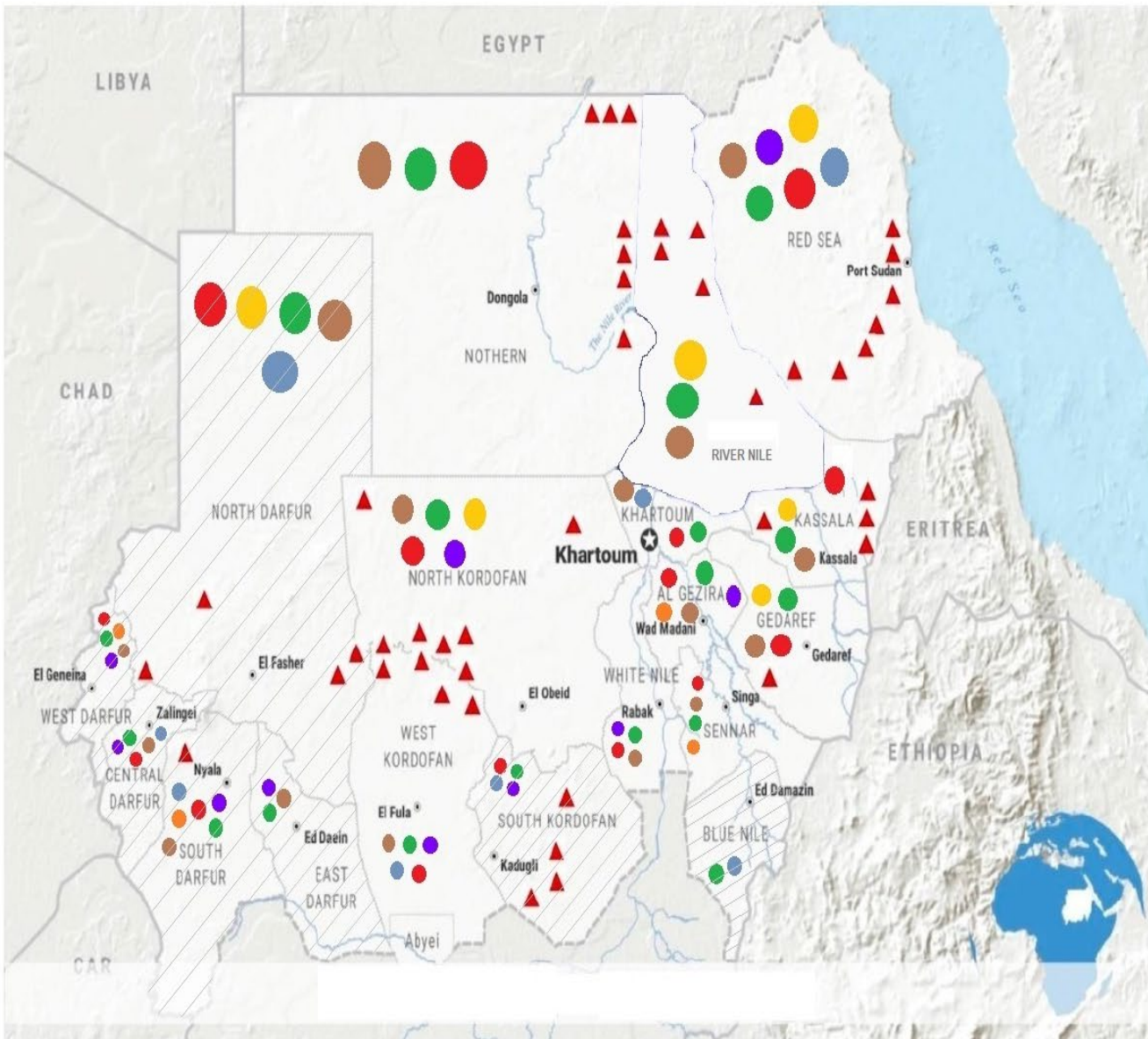
تخطيط تعدد المخاطر في السودان

• أن 78% من ولايات السودان صارت معرضة لأربعة مخاطر أو أكثر.

• قرابة 30% من الشعب السوداني لا يمكنهم الحصول على ماء الشرب النظيف.

• تفشي الكوليرا أو تفشي الإسهال المائي الحاد 17 مرة خلال 50 الماضية.

• تفشي الحمى النزفية مثل حمى الضنك النزفية، والحمى الصفراء النزفية، وحمى القرم والكونغو النزفية، وحمى الشيكونغونيا، وحمى الوادي المتصدع ما بين 2003-2020 وما قبل.



Legend:

- ▲ Mineral Site
- Vaccine Preventable
- Drought
- Water-borne Diseases
- Floods
- Vector-borne Diseases
- Mass Casualties
- ▨ Conflict Affected States

جدول رقم (2/3) اكثر عشرة امراض ترددا على عيادات المؤسسات الصحية لعام 2021 م

Table (3/2) The (10) leading diseases treated in health units

(outpatients) pre / 1000 Pop. 2021

المعدل لكل 1000 من السكان pre / 1000 Pop.	النسبة المئوية %	الاصابات cases	رمز الدليل الدولى ICD- 10	الامراض
83.5	17	3815616	B54	الملاريا
38.1	7.8	1740459	J12	التهاب رئوى
31.4	6.4	1435694	A09	الاسهالات والنزلات المعوية
25	5.1	1150217	J95	امراض بالجهاز التنفسي
23	4.7	1051157	N 39	اضطرابات اخرى بمجرى البول او المسالك البولية
21.1	4.3	965470	E13	السكري
20.8	4.3	952108	I10	ارتفاع ضغط الدم
12.1	2.5	551533	A01.0	تايفويد
11	2.3	508203	J03	التهاب حاد فى اللوزتين
10.1	2.1	460185	A06	الدوسنتاريا
276.1	57	12630642		مجموع العشرة امراض
213.6	44	9755136		بقية الامراض الاخرى
489.7	100	22385778		المجموع الكلى للامراض

* نسبة لعدم وجود تصنيف جيد لامراض المترددين يرد التصنيف فى مجموعات .

* يلاحظ دخول ثلاثة من الامراض غير المعدية بين الامراض الاكثر ترددا وينسبة عالية

■ خصائص الوضع الصحى:

■ وبائية مزدوجة تشمل الأمراض السارية وغير السارية.

■ شيوع عوامل مخاطر الأمراض القلبية ما بين السكان المشاركين في المسح القومي المتدرج للامراض

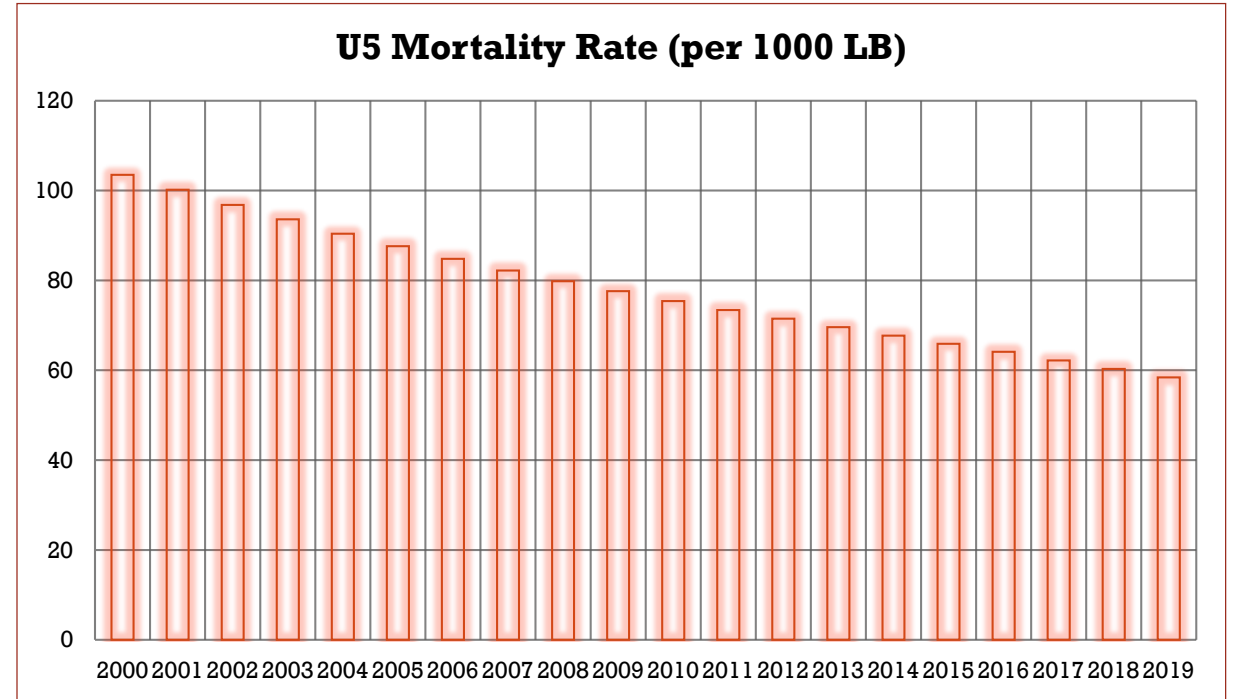
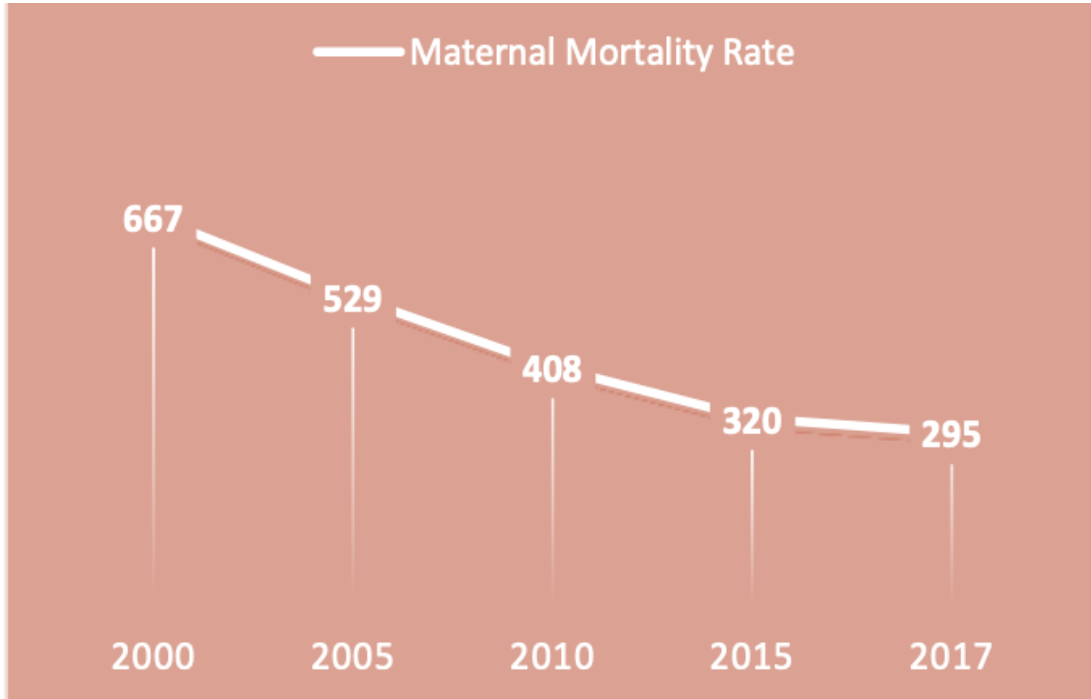
■ تأثيرات التغيرات المناخية

■ تطلب اتخاذ إجراءات وقائية وتوعوية و تعزيزية ، تأسيس البنية التحتية، التعامل مع الصحة كمصلحة عامة، وإدخال تغييرات تشريعية للحد من استهلاك السكر والأطعمة الدهنية المصنعة، وتعزيز قوانين السلامة المهنية والبيئية.

■ والواقع أن الإقرار بمسئوليات الأفراد والمجتمع كشركاء أساسيين في "التعاطي مع العملية الصحية و تعزيزها " يحتل أهمية كبرى .



علامات ودلائل لانعكاسات التنمية



• على الرغم من اتجاه الانخفاض بنسبة 2.9% سنويًا ، إلا أنها لم تصل بعد إلى هدف 6.4% سنويًا على النحو المحدد في أهداف التنمية المستدامة.

• النزيف وارتباطة بالوصول وجاهزية المرافق مثل وجود بنوك الدم .

• البطريارية وتهميش النساء!!!

• حيث الالتهاب الرئوي وصدمة الولادة والإنتان والتشوهات والإسهال والحصبة هي أكثر أسباب الوفاة بين الأطفال دون سن الخامسة.



الحوكمة والترتيبات الحالية لتمويل الصحة:

■ تم الانتقال إلى النظام الصحي اللامركزي قانون الحكم المحلي لعام ١٩٥١، ١٩٨١، ١٩٦١، ١٩٩٨، ١٩٩٤، ٢٠٠٣، ٢٠١١ الأيلولة ونقل الخدمات.

■ وتم إجراء التعديلات الهيكلية وتطبيق التحرير ولكن من دون مشاركة أو بحوث تنفيذية أو تجريبية تذكر علي مستوى النظام الصحي.

• سياسات التكيف الهيكلية

■ والاستقطاعات في الإنفاق العام ١٩٧٧.

- تحمل المصروفات علي نفقة المواطن الخاصة بنسبة تقارب 70% وهو ما يؤثر سلبا علي مبداء الحماية المالية والتغطية الصحية الشاملة.
- صندوق التأمين الصحي أطلق في عام 1995 بهدف دعم الوصول إلى الخدمات الصحية الأساسية بطريقة لامركزية في نقاط تقديم الخدمات العامة والصيدليات.
- تم تقديم مشروع العلاج المجاني الذي يغطي إنقاذ الحياة والقلب والفشل الكلوي تحت سن 5 سنوات والنساء الحوامل في عام 1996 ثم تم التصديق عليه في عام 2005 لاستكمال التغطية المنخفضة للسكان بحلول عام 2014

•



Exploring the consequences of decentralization: has privatization of health services been the perceived effect of decentralization in Khartoum locality, Sudan?



Bandar Noory^{1,2*}, Sara A. Hassanain^{3†}, Benedikte Victoria Lindskog⁴, Asma Elsony¹ and Gunnar Aksel Bju

Perceived consequences of healthcare service decentralization on access, affordability and quality of care in Khartoum locality, Sudan

Bandar Noory^{1,2*}, Sara Hassanain^{3†}, Jeffrey Edwards⁴ and Benedikte V. Lindskog⁵

Results: The major finding suggested that privatisation of health services occurred after decentralisation. The study participants also highlighted that scrutiny and reduction of budgets allocated to health services led to an instantaneous enforcement of cost recovery user fee.

Devolving KTH Khartoum Teaching and Jafar Ibnouaf Hospitals into peripherals with less. Capacity, was considered to be a plan to weaken public health services and outsource services to private sector. Another theme that was highlighted in hospitals included the profit-making aspect of the governmental sector in the form of drug supplying and profit-making retail.

(Continued on next page)

(Continued from previous page)

Conclusions: The deterioration of access, affordability and quality of health services was experienced as the predominant perception among stakeholders after decentralization implementation. Our study results suggest there is an urgent need for a review of the current healthcare policies, structure and management within Sudan in order to provide evidence and insights regarding the impact of decentralization.

Keywords: Devolution, Implementation, Access, Affordability of health services, Quality of health services, Stakeholders



الحوكمة والترتيبات الحالية لتمويل الصحة

- (1) محدودية قدرة الحكومة على تحصيل الضرائب ، (2) ضعف التنسيق بين الوكالات المشاركة في تحصيل الضرائب ، (3) ارتفاع تكاليف التشغيل الكلي (4) التخصيص غير الفعال للأموال من وزارة المالية ، (4) ضعف النظام اللامركزي ، (5) حكومات الولايات غير قادرة على ذلك توليد الدخل المحلي. (مراجعة سياسة التمويل الصحي)
- أدى عدم التناسق وعدم الإنصاف في خلق وتحقيق الإيرادات ما بين الولايات، ووضعها وقدراتها التنموية إلى زيادة التفاوتات وعدم العدالة.
- ومن المهم أيضاً أن نلقي الضوء على الحاجة إلى تطبيق مزيج من التحليلات الاجتماعية والبراماتية والوضعية والواقعية.
- تطبيق عدسة محابية للفقراء والتعامل مع السياق الحالي باعتبارهما عناصر أساسية للتعزيز واختيار سبل تمويل القطاع الصحي في السودان على نحو من شأنه أن يفيد وأن يتسع للمناطق الريفية، وللدولة ما بعد النزاعات، وللنساء باعتبار أجندتهن جزء من برنامج بناء الدولة .-



الحوكمة والترتيبات الحالية لتمويل الصحة

- وهنا يجب الجمع ما بين التحولات الشاملة واسعة النطاق على صعيد الحوكمة والسياسات المالية في إطار بناء الدولة من جانب، والإصلاحات الجذرية على مستوى العمليات الصغيرة /التشغيلية على الجانب الآخر تقوية النظم لمجابهة:
- الضعف العام في الأنظمة المالية المشتريات في وزارة الصحة والمؤسسات ذات الصلة،
- والمشاركة الضعيفة لتخصصات علم الاجتماع والاقتصاد مثل اقتصاديات الصحة،
- عزل الجوانب المالية عن التخطيط الاستراتيجي و عن ممارسة تخصيص الميزانية، بالإضافة إلى قدرات الامتصاص الضعيفة في وزارة الصحة تعتبر فجوات هيكلية فعلية.
- حيث أن بناء قدرات الإدارة المستندة إلى تحليل المخاطر والمراجعات الوقائية هي جانب أساسي في تحقيق المحاسبية والشفافية وبناء الثقة. وبالتالي فإن أخذ كافة هذه العناصر في الاعتبار وإستصحابها مع الأدلة، يُعد بحق أساس صياغة السياسة وتنفيذها على نطاق كبير



الموارد البشرية في مجال الصحة وتوافر الأدوية ذات السعر المناسب والتي تم التحقق من جودتها – أين نحن من ذلك:

■ ولقد كشف بحث نظر في أثر تخفيضات الميزانية علي الصحة عن انخفاض في الموارد البشرية تحديدا الأطباء، والمساعدين الطبيين، والممرضين بمعدل 35%، و10%، و4% على التوالي في الفترة ما بين 1978 و1997 (البشير وباغي، 2000؛ سليمان، 1999).

■ في حين كشف بحث أجري لاحقًا عن وجود تقدم بوجه عام في إمكانات الموارد البشرية في السودان في الفترة ما بين 2000 و2012.

■ والواقع أن ثورة التعليم العالي كانت إحدى هذه السياسات التي أدت إلى زيادة بحوالي ثمان مرات في أعداد كليات الطب.

■ وانشاء أكاديميات العلوم الصحية على مستوى الولايات في 2005 حقق زيادة في عدد القابلات، والممرضات وغيرها من الأطر الصحية المصممة بسياقات ولائية معينة.



الموارد البشرية في مجال الصحة وتوافر الأدوية ذات السعر المناسب والتي تم التحقق من جودتها – أين نحن من ذلك:

- هذا وقد قام بحث آخر بقياس حجم التغير في كثافة الأطباء في السودان والذي بلغ 2.6% (1.7 إلى 3.6 لكل 10.000 نسمة) كما قاس حجم التغير في كثافة الممرضات والقابلات والذي سجل 3.1% (أي حدث تغير من 5.7 إلى 14.0 لكل 10.000 نسمة) وذلك خلال المدة من عام 1990 وحتى عام 2019 (هاكنستاد وآخرون، 2022).
- لا يزال القطاع الصحي يعاني من الندرة وعدم عدالة توزيع الموارد البشرية وذلك نظرًا لعوامل الشد والجذب المرتبطة في الأساس بالبيئة الاجتماعية والاقتصادية (سوسا وآخرون، 2014).
- يتمركز 70% من إجمالي القوة العاملة في ولاية الخرطوم، باعتبارها العاصمة.
- عدم عدالة توزيع القوى العاملة وعدم التناظر في القدرات ما بين الولايات وداخل الولايات نفسها هو أمر جلي وواضح. ولقد كشف مؤشر تركيز الموارد بالنسبة للأطباء والممرضين والمساعدين الطبيين في عام 2016 عن توزيع غير متساو من حيث عدد السكان، حيث تتركز معظم القوى العاملة في منطقة نهر النيل والخرطوم والجزيرة، في حين توجد أدنى أعداد في دارفور وكردفان والنيل الأزرق (إسماعيل، 2020)



الموارد البشرية في مجال الصحة وتوافر الأدوية ذات السعر المناسب والتي تم التحقق من جودتها – أين نحن من ذلك

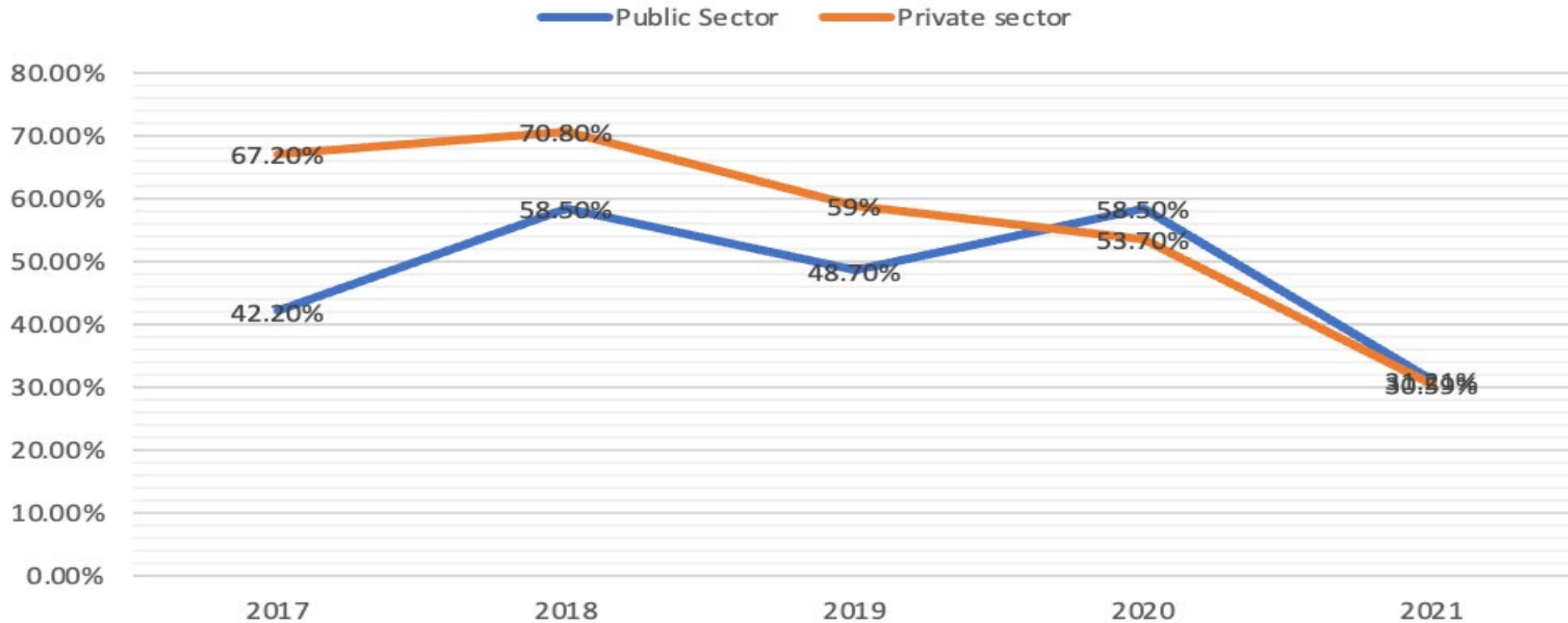
- خلق وظائف مركزية علي ان توزع علي الولايات وفق التخطيط المبني علي اطار العرض والطلب وعوامل الشد والجذب
- تعبئة المعاونيين الصحيين المجتمعيين رسميا في القطاع الصحي كجزء من فريق الصحة
- وفي ولاية الجزيرة بالسودان، تم إطلاق برنامج طب الأسرة (جانب التيسير التكنولوجي وذلك للوفاء باحتياجات السكان الأصليين حيث تمكن البرنامج من الوصول إلى ما يزيد عن 53% من المرافق الأولية للمرة الأولى)
- . كما تقوم العديد من الدول الأفريقية بتشغيل المسؤولين الصحيين من غير الأطباء للقيام بالمهام التشخيصية وبعض المهام الإكلينيكي
- تكلفة دورة بناء القدرات ما بين 1000 إلى 2000 دولار أمريكي في إثيوبيا وتنزانيا وغانا وزامبيا (مولان وفريوت، 2007).
- ولقد كشفت إحدى الدراسات التي أجريت في غانا أن دمج القابلات في الأنظمة الصحية يجعلهن قادرات على توفير الرعاية الصحية الأساسية في المناطق الريفية، وعلى الرغم من ذلك، لا يمكن الاستغناء عن التعاون مع المستشفيات والمراكز الصحية في المنطقة، كما أن وجود نظام قوي للإحالة، والمراقبة والتقييم أمر أساسي كذلك.
- وفي إثيوبيا، أدت تعبئة ما يقرب من 30.000 من عمال الإرشاد الصحي إلى زيادة معدلات استخدام موانع الحمل بحوالي 13% من عام 2005 وحتى عام 2011 (ستيفنز، فينوكين وباسيوريك، 2016).
- كما استعانت جنوب أفريقيا هي الأخرى بعدد من العمال المجتمعيين على نحو رسمي في إطار الاستجابة إلى جائحة كوفيد-19



وفرة الأدوية الأساسية في السودان

القطاع العام القطاع الخاص

Availability of Essential Medicine in Sudan



استدامة الأدوية ذات السعر المناسب والتي - تم التحقق من جودتها – أين نحن من ذلك

- وفي عام 2019، وصل إجمالي سوق الأدوية إلى ما يقرب من 650 مليون دولار أمريكي، في حين وصلت بعض الدول المجاورة مثل إثيوبيا ومصر إلى (787 مليون دولار أمريكي) و(4.84 مليار دولار أمريكي).
- وبوجه عام تمثل فاتورة الأدوية في السودان حوالي 33% من ميزانية الصحة السنوية.
- وفي عام 2019، وصلت نسبة الأدوية الأساسية إلى 57% من إجمالي الأدوية المستوردة.
- العجز المالي قد أثر بدوره على سياسة الاكتفاء الذاتي التي تم فرضها، في حين وصلت قيمة المواد الخام المستوردة إلى 129 مليون و118 مليون و142 مليون دولار أمريكي في عام 2017 و2018 و2019 على التوالي
- شكلت وزارة الصحة الاتحادية لجنة وطنية للتوقعات والقياس الكمي لاحتياجات البلاد من الأدوية وفق الاساليب العلمية، كما فرضت قائمة موحدة من الأدوية الأساسية تعتبر منصة لمواءمة الاستثمارات/والحوجة من النقد الاجنبي بما يتوافق مع احتياجات السكان بدلا من الاستجابة لقوى السوق.
- هذا على حين تؤثر قوة السوق المتعلقة بالترويج على إجمالي المبيعات، وحجم المبيعات، وعلى تفضيل علامات تجارية معينة من الأدوية على العلامات الأخرى وخاصة في المناطق الحضرية، على حين يعتمد الطلب في المناطق الريفية والنائية على السعر كمحدد للطلب.



استدامة الأدوية ذات السعر المناسب والتي تم التحقق من جودتها – أين نحن من ذلك

- عادة ما تكون التكلفة بالنسبة لجميع البلدان النامية مرتفعة بسبب عدد من العوامل ، بما في ذلك الطابع الاحتكاري لقطاع الأدوية والسياسات التجارية التي تحد من القدرة على إنتاج الأدوية (Turshen) ، (2001).
- بسبب التخفيضات في النفقات الصحية كجزء من التعديل الهيكلي ، وانخفاض قيمة العملة ، ونقص النقد الأجنبي ، وعدم قدرة وزارة الصحة الاتحادية على شراء الأدوية بتكاليف تنافسية على المستوى الدولي .



استدامة الأدوية ذات السعر المناسب والتي تم التحقق من جودتها – أين نحن من ذلك

- مثل العديد من البلدان النامية ، أدت إصلاحات النظام الصحي في السودان والتي كانت متوافقة مع التحرير الاقتصادي الشامل والتعديلات الهيكلية إلى تغييرات جذرية في تمويل القطاع الصيدلاني وهيكله مثل فرض رسوم المستخدم ، وتقاسم التكاليف والتعافي ، وانتقال التوريد ، والخصخصة ، و تعددية المسؤوليات.
- أسعار الأدوية من بين أعلى المعدلات في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا (G.K.M. علي ويحيى ، 2012).
- وكل تلك الأمور تتطلب البحث بواقعية في تفاصيل الأنظمة على المستويات القومية والولائية ، سياسة التمويل القومية ودونها لاستقصاء احتياجات المجتمعات هذا بالإضافة لحساب تكلفة العلاج والدواء علي المواطن والدولة وكيفية حصول المرافق الصحية على الأدوية، ودراسة السلوك الصحي والتماس الرعاية عند المجتمعات، وكيفية ومكان حصول المرضى في العادة على الأدوية سواء من المنافذ الرسمية او غير الرسمية، وعلى مدى الفجوات الموجودة ما بين سياسة الأدوية والممارسة في تلك السياقات المعينة (جيتا ووايت ونشاكيرا، 2003).
- خلق طرق تمويل مستدام بواسطة وزارة المالية-الصحة



تقديم الخدمة ذات الجودة العالية وفق الأدلة العلمية المتاحة - البرنامج الحالي والطريق نحو المستقبل

- لا يزال تنفيذ وتوسيع نطاق نظام المعلومات المتكامل القادر على دعم اتخاذ القرار على نحو أخلاقي ينطوي على الكثير من التحديات بالنسبة للسودان DHIS2 وربطه مع السجل القومي لمؤشرات الدولة.
- ومع ذلك، وفي إطار عمليات تقوية وتعزيز النظام الصحي على المدى القصير، خلال الفترة الانتقالية في عام 2019، أجرت وزارة الصحة الاتحادية مع صندوق التأمين الصحي تقييماً لتكلفة الخدمة
- تطوير برنامج حزم الفوائد الصحية الأساسية الذي يمكن استخدامه كخطوة إلى الأمام نحو توفير رعاية صحية شاملة بحيث يمكن تحديد أولويات التدخلات التي تحتاج إلى التغطية من خلال الأموال المحلية.
- كشفت الأدبيات و الدراسات في تشيلي وكولومبيا وتايلاند وليبيريا أنه يجب التعاطي مع برنامج حزم الفوائد الصحية الأساسية تلك بوضوح من خلال وضع دلائل ارشادية وأنه يجب ضبط الوعاء العام للتمويل والميزانية المستند على دراسات اكتوبرية وربطه ببرنامج الحزم المتفق عليها.



تقديم الخدمة ذات الجودة العالية وفق الأدلة العلمية المتاحة - البرنامج الحالي والطريق نحو المستقبل

- العديد من الجوانب تستدعي التقييم الكامل لتجربة الدمج و تقييم العودة للبرنامج الراسي في بعض مناحي مكافحة الملاريا وهو ما ينعكس على التحديات والأعباء المتراكمة وخاصة في ظل التغير الوبائي نتيجة التغيرات المناخية وفشل قطاعات الخدمات العامة الأخرى.
- ويُعد التعاطي مع المؤشرات الصحية الخاصة بصحة الطفل والأم أحد الأمور الوسيطة لتحقيق التقدم الصحي وتعزيز التنمية، فوفق الأدبيات والدراسات ، يعتبر التعامل الواضح مع أمراض الأطفال الحموية، وتحصين الأطفال ضد الأمراض، وتوفير العناصر المغذية الدقيقة من أكثر التدخلات الفعالة من حيث الأثر والتكلفة
- تقديم الخدمات ونظام الإحالة هما مكونان أساسيان يجب بنائهما وتعزيزهما. حيث أن كلاهما يعدان انعكاسًا للثقة في بناء الدولة وللعقد المبرم ما بين المجتمع والنظام الصحي. هذا وتوصي منظمة الصحة العالمية بالانتقال نحو تعزيز الرعاية الصحية الأولية وذلك في إطار جهود التعافي من جائحة كوفيد-19 وبناء المرونة.



ملخص التوصيات

ملخص

- خاض السودان غمار ثورة اتخذت من الحرية والسلام والعدالة شعاراً أساسياً لها على سبيل تحقيق التغيير. ولقد كشفت الأدبيات و الدراسات عن كون الصحة أحد المبادئ الديناميكية التي ترتبط ارتباطاً وثيقاً بالنظم الاجتماعية والاقتصادية.
- صحة ورفاهية السكان هي مسؤولية أساسية يتوجب على الحكومة الاستثمار فيها.
- لا يمكن أبداً التنازل عن وضع إعادة تصور شامل متعدد القطاعات للنموذج الصحي السوداني محاذياً للأصلاحات السياسية والاقتصادية الموسعة وإيديولوجية الحكم المتفق عليها.
- وبالتالي لا يجوز قراءة الصحة وأنظمتها بمنأى عن النظام السياسي والاقتصادي والتنموي. يجب أن تكون السياسة الصحية استباقية ومدفوعة من قبل الطلب وترتكز على المجتمع وعلى العدالة بدلاً من انطاقها من السوق والتسليع.
- إجراء دراسات و حوار متعدد التخصصات شاملة لعلوم الاجتماع والاقتصاد والنمذجة يحدد أفضل مناهج المستوى الأولي للصحة سواء كانت رعاية أولية معدلة أو رعاية صحية أولية أو مختلطة أو كليهما بناءً على سياق الولاية / المنطقة المختلفة. يجب أن يتماشى تخطيط الموارد البشرية مع إطار متعمق للعرض والطلب.
- مراجعة سياسة الاكتفاء الذاتي والتصنيع المحلي للأدوية الأساسية بطريقة تمكن للتصنيع المحلي بصورة مبتكرة تتضمن مجالات متعددة تشمل على سبيل المثال لا الحصر الاقتصاد والتنمية والصحة واللوجستيات والتكنولوجيا والنمذجة. تلك الخطوة تتطلب خلق مقاربات مع النظر للمردود التنموي والعائد المالي وكيف ان تغطية الحوجات من الادوية الاساسية محليا قد يكون لها مردود علي دعم الهيكل اللامركزي في حال أتفق عليه وعلى تقليل كلفة الامداد.



6. Recommendations

6.1 Macro-level themes

Stressing on that the call is for a radical change and the system building call for staging to avoid any disruption. Immediate and short-term ratifications and long-term solutions should be set in direct linkage with economic and state-building. The Ministry of Health should carefully develop a comprehensive national health strategy comprising short- and long-term impact; where the short term is for effectively addressing the crisis where responsibilities and accountability need to be much better defined (Table 4). It is also important to ensure the availability of adequate funding that covers the necessary and life-saving materials and medicines and establish coordination platforms with closer monitoring, evaluation, and a learning system to help the Ministry of Health address the urgent and necessary issues identified in the analysis.

A parallel path should go for a long-term radical reform/building of the health system in a way that avoids perpetuating inequalities and health gaps. The main feature of the proposed change is to ensure governmental and state dominance as well as strong governance models that tackle the disruption of the current financial and governor structure. Given the challenges, there should be a multi-sectorial answer on which governor structure the country should adopt. The government should be very assertive in the overall state model that will be adopted. A plan of no less than 10 years should be demonstrated based on local community needs and preferences and cover even the social determinants, security issues, and global warming-related risks. Applying it through a stepwise approach – starting with a community unit or a locality unit (depending on the agreed decentralization model) and expanding vertically and horizontally accordingly and with integrated evaluation and research – is crucial. Partnership models with communities and/or the private sector should be portrayed, considering the utmost need of strengthening the governmental sector

Enforcing a live risk matrix and a risk analysis approach is also essential in bridging the noticeable lack of effective long-term policies and sustained health systems and relationships between the central and peripheral levels. The main strategic and operational conclusions relevant to health are directed to the Ministry of Health as well as other ministries of the government of Sudan (Table 4), including the Ministry of Finance, the Ministry of Higher Education, and the Ministry of Social Protection, among others, and they are parallel in nature. The following points and detailed table provide glimpses on areas to be tackled:

1. Prioritizing and working immediately on a comprehensive in-depth analysis of population health needs using a multi-disciplinary lens involving economic, development, and sociology disciplines. This is an important point to align the health sector to the overall state reforms through context-specific essential needs and models for cost-effective approaches.
2. The MOF should work on increasing the fiscal space (emphasis on government revenue generation and expenditure on health) and define the financial alternatives that harmonize and put forward the allocation efficiently for the SDG in the short-term and the radical change that will be selected.
 - The main spending should be governmental to ensure sustainability, and not less than 14 percent of the GDP per year until 2030 should be allocated to meeting SDG targets after the COVID-19 impact.
 - The OOP expenditure should not be a source of financing as it is not sustainable and precipitates inequity and poverty.
 - Strengthening the taxation strategy to increase compliance and rates, setting progressive taxation, and improving the sovereignty on country resources, such as mining, and related revenues and taxes.
 - All revenue generated from health sectors should be directed to the health sector



minimizing prevention or response activities, especially those resulting in increasing NCDs, in urbanization or in increasing pollution risk factors, to health system strengthening efforts and public promotive interventions.

5. All ministries, academic partners, and indigenous knowledge groups should develop an updated mapping of the climatic, entomological, and epidemiological risk factors for Sudan.
6. Given the COVID-19 crisis as well as the aforementioned and continuous emergencies and outbreaks, and the projected climatic crisis in Sudan and the associated effect, there should be an immediate comprehensive inter-ministerial multiple-hazard plan so that the country can analyze and integrate the emergency preparedness and response within the horizontal health system strengthening efforts towards UHC. The diversion should be toward a multi-sectoral and proactive multiple risk approach.
7. The Ministry of Health should build on the 2020 Wave 1 continuity plans and exercises and have an immediate costed plan to contain the effect on the disruption of the essential services due to COVID-19, especially those on vaccination and diseases with long-term treatment like NCDs and some of the CDs (ex. TB/HIV). The system should define the horizontal, vertical, and diagonal approaches. Secondary and primary data analysis could direct this exercise with its money allocation from FMOF and other development partners.
8. The apparently weak decentralized system and its negative impact on access to health calls for utilizing a wider frame of governance to define vertical and horizontal roles, the budget allocations up to the last mile, defining the operations of all the health system’s building blocks and functions, and the projected outcomes up to locality and admin unit levels. This should be done realistically by understanding the overall structure, the weakness of localities, and the financial stress in underdeveloped states, and being able to tailor and build in as needed.
9. Swift action and investment in the overall information system are essential to reach 100 percent and utmost data quality and usage. There should be a linkage between the civil

Table 4. The recommended actions within the health system building blocks by health stakeholders

Recommendation	Players
Leadership and governance:	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Putting health in the center of the “decentralization and governance dialogue” to ensure that weaknesses, realistic challenges on prevention and hygiene as well as PHC (with all its function or a primary care linked to public prevention intervention) service provision are well tackled and that there is no skew toward the strong centers with high revenue-generating capacities. The recommended approach should investigate all Sudan scholars on the effect of weak structure and vague roles and responsibilities on minimizing the capacity of public services, affordability, and access. 	Ministry of Federal Government, F/SMOH, F/SMOF, academics, syndicates, and local communities.
Health financing:	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conduction of multi-sectoral dialogue and development of the transformative Sudan health sector financing plan and strategy as part of the whole of state economic policy that should be aligned with SDG indicators (the arm of the short-term effect before coming out with the evident long-term prototype that works specifically for Sudan). The policy and strategy should cover: ▪ Identification of the ideology and the structural model that leads the expenditure and health financing apparatus. ▪ The FMOF plan of expanding the sustained fiscal space as well as setting alternative financing approaches, roles of all stakeholders, and the financing contributions. ▪ The FMOF and FMOH should utilize a realism lens and avoid abrupt engagement in assumptions that are merely theoretical such as those related to the potential release of public funds which can be used for primary care and pro-poor investments, thereby ensuring equity in case of increasing coverage of private health insurance. ▪ Quantifying the private sector’s contribution and weaknesses to plan for better sovereignty and FMOH 	Led by FMOF, FMOH, Ministry of Social Services (MOSS), states, Ministry of Justice, academics (Pharmacoeconomists, health economists, policy advisors, economists, and modelling experts), and other line



Unit” level in a realistic way that is based on context specificity; fragility, disease map, human resources, revenue generation, and administrative capacity.

Human resource for health:

1. Provision and centralization of budgeted HRH jobs through a unified scheme based on a specific projection exercise for at least the coming five years. This is an immediate step to improve the service provision and therefore improve the legitimacy and contract with the society.
2. Ensure equitable HRH distribution among the decentralized vertical level as well as the horizontal level of tertiary, secondary, and PHC levels. This will help in the transformation from “zero contractual agreements” to a more sustained stream with supported ethical liabilities and hierarchical knowledge transfer, hence providing a better quality of services.
3. Retention modalities should be enforced.
4. Provision of centralized jobs needed for serving interventions related to health as a public good, such as vector management, hygiene inspection, and other preventative measures that are conducted at the peripheral level.
5. Partnerships through syndicates, the Sudan Medical Specialization Board (SMSB), the Sudan Medical Council (SMC), the Paramedic Council, the Academy of Health Science (AHS), and the Sudanese Intellectuals Initiative in Diaspora to ensure supporting sustainable capacity-building and transferring know how in reported case gaps.
6. The fit-for-purpose exercise is important, as when the dialogue agrees on PHC investments as central to UHC and the comprehensive packages that will be covered afterward, partners should modify the medical/paramedical education (adding one extra year with a curriculum that produces probable family or general physicians) that are fit for the exact need.
7. Also, in alignment with the fit-for-purpose concept, the FMOH (along with its partners) should assess the in-service training (ex. the in-service family physician training project that was initiated in Gezira in 2010 among other initiatives related to coverage increase). In Kassala, midwives were deployed and teachers were trained and used as midwives in North Kordofan, and both projects should be assessed for demonstration and expansion.

The FMOH, the FMOF, WHO, the Federal Ministry of Higher Education FMOHE, and the NHIF.

Health services and quality:

1. Having an autonomous board of hospitals to fully coordinate and manage hospitals in Sudan is needed. This will complement the stewardship and standard setting role of FMOH. The main features of the board would be the following:
 - Have a structure for hospitals that read the agreed upon decentralization in a clear and efficient way.
 - Set clear roles, responsibilities, and chain of command on the vertical and horizontal level.
 - Project and set budgets for each hospital.
 - Align the financial and administrative roles with the agreed upon health financing policy to sustain the provision of quality services.
 - Project skills and HR needs all through in linkage with the centralized unified register funded by FMOFE.
 - Set the needs assessment for training and orientation practices, especially hospital management aspects.
 - Manage the budget in coordination with MOFE.



