

موجز سياسات

دعم السودان من أجل التغيير: مبادئ جديدة للنظام الصحي في السودان بما يتوافق مع الثورة السودانية لعام ٢٠١٩ والتي تنادي بالحرية، والسلام، والعدالة

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

عن المؤلفين

سارة عبد العظيم حسنين، مستشارة مستقلة للأنظمة الصحية. شغلت فيما سبق منصب وكيل وزارة الصحة السودانية والقائم بأعمال وزير الصحة السوداني.

عبد الهادي الطاهر، طبيب، حاصل على ماجستير الصحة العامة، استشاري في مجال الصحة، والصحة الإنجابية، وحقوق المرأة ويتمتع بخبرة في مجال العمل الإنساني. عمل في جامعة كولومبيا باعتباره أستاذ إكلينيكي مساعد، وقام بتدريس الصحة الإنجابية، كما عمل لصالح الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية (USAID). وقبل ذلك كان قد تخرج من كلية الطب جامعة الخرطوم، ومارس عمله في دارفور.

لينا إ. البدوي، أحد المعتمدين من المجلس في مجال الطب الباطني. عملت في مراكز مكافحة الأمراض والوقاية منها. كما أنها تعمل في برنامج الأغذية العالمي حيث تقوم بتقديم المساعدات الفنية في سبيل إعلاء وتعزيز الأولويات الوطنية في سبيل تحقيق هدف التنمية المستدامة.

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.
- أجراء 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.

الصحة كركيزة للدولة

خاض السودان غمار ثورة اتخذت من الحرية والسلام والعدالة شعارًا أساسيًا لها في سبيل تحقيق التغيير. ولقد كشفت الأدبيات و الدراسات عن كون الصحة أحد المبادئ الديناميكية التي ترتبط ارتباطًا وثيقًا بالنظم الاجتماعية والاقتصادية. ذلك أنه ما من سبيل للوصول إلى شرعنة وبناء الدولة دون تقديم الخدمات الصحية المثالية والاستثمار في صحة السكان. إن تمتين الصحة مبداء يعتبر ولا شك أحد الأسس والدعائم المركزية في أي تغيير هيكلي يهدف إلى إصلاح المنظومة من الحكم الكليبتوقراطي السائد، والأنظمة السياسية القمعية، وعلاقات السلطة المهيمنة في السودان. ومن ثم لا يسعنا أن نغفل العلاقات والترابطات الوثيقة ما بين بيان الثورة والصحة، وضرورة التوصل إلى نظرية تغيير على مستوى الدولة تشمل التشريح الفريد الذي يميز دولة السودان والذي يشمل الجوانب الخاصة بطبقات المجتمع والجوانب الاجتماعية والجغرافية السياسية والإثنية. ولقد كشفت الأدبيات والدراسات كذلك أن الصحة والسلامة العامة هما من الركائز الأساسية للحفاظ على رأس المال البشري ولتحقيق التنمية وجني المزايا الاقتصادية بوجه عام. والواقع أننا نكاد نجزم أنه في ظل الصراع الحالي لتحقيق التحول الجذري في السودان، من المهم بمكان أن نستذكر ونتذكر أن دور الصحة وسيادتها والمؤسسات التابعة لها يتخطى حدود الوقاية من المرض والتعزيز للصحة والعلاج والشفاء وإعادة التأهيل (كروك، فريدمان، أنجلين، ووالدمان، 2010). ذلك أن الصحة من الممكن أن يكون لها دور أيضًا في دعم التماسك الاجتماعي، والمساهمة في المؤسسات الاجتماعية والمشاركة السياسية. وهو ما يدفعنا إلى القول بأن الاستثمار في الصحة وأنظمتها سوف يكون له أعظم الأثر وسوف يحقق العديد من المزايا التي لا تعد ولا تحصى، كما أن ذلك من شأنه أن يؤثر على بناء العقد الاجتماعي ما بين المجتمع والدولة والديمقراطية، والذي لا غنى عنه في تلك المرحلة الانتقالية وما بعدها (فرانكو، ألفاريز-دارديت، ورويز، 2004).

التأسيس الهيكلي والصحة في السودان

بالإضافة إلى الأهمية السابقة التي تمثلها الصحة وأنظمتها بالنسبة للدولة ولتحقيق شعار الثورة، فإنه قد يكون من المستحيل فصل الصحة عن الإيديولوجية السياسية والاقتصادية والتنموية الشاملة للدولة. وليس بغريب أن نجد أن 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. والحقيقة أن التقاطعات ما بين الصحة والقطاعات الأخرى الخاصة بالبيئة الاجتماعية، تعتبر تحليلية للوضع الصحي ومن محددات الصحة، وتلقي بأثار متعددة الأبعاد علي الأفراد والمجتمعات. وبالإضافة إلى العوامل البيئية والتنموية، فإن التقاطعات داخل القطاع الصحي تشير إلى وجود عبء كبير من الأمراض، في ظل التغيرات المناخية السائدة، وما تضعه البرامج السياسية من خطط لكافة القطاعات. ولعل أصدق مثال على ذلك، هو تلك الهياكل والسياسات التي تقر بعناصر الخطر الكامنة في الأمراض غير السارية والناجمة عن جودة الهواء، واستهلاك السكر، وأنشطة التعدين التقليدية، والصحة المهنية. ومن ثم يمكننا القول بأن إيديولوجية الدولة توضح هيكل الدولة، والدافع التمويلي، وهيمنة الدولة، وبالطبع الإصلاحات الاقتصادية والتنموية على المديين القصير والبعيد. وبناء عليه، نجد أن اللامركزية والتعديلات في نظام الحوكمة ما هي إلا انعكاس للتغيرات العضوية التي تتفق مع إيديولوجية الدولة. والجدير بالذكر أن سياسات صندوق النقد الدولي وإجراءاته المتقشفة والتي يتم تطبيقها منذ أواخر السبعينيات كانت قد وجهت مسار المصالح القومية. وتنطوي البيئة الاجتماعية السياسية في السودان على الكثير من التعقيدات، فهي دولة هشة تم بنائها في أعقاب الاستعمار، ولكنها توجهت نحو تأمين مصالح ومكتسبات حققها أفراد وجماعات معينة. وخضع السودان للحكم المتسلط لفترة طويلة وتعرض لفترات طويلة من الإخفاقات والصراعات. ولقد نجحت ثورة ديسمبر الشعبية في الإطاحة بالحكم الأطول في تاريخ السودان، وذلك في عام 2019، حيث واجهت الفترة الانتقالية التي تلت الثورة الهشاشة المستدامة، والفساد والظلم المستشري في مؤسسات الدولة، و الفقر. ولقد ربط بعض الدارسين تلك الفجوات المستديمة ليس فقط بالإصلاحات التي عملت على تطبيق التعديلات الهيكلية الرأسمالية الطويلة وغير المدروسة، وإنما أيضًا بتحول الموارد نحو القطاعات غير المنتجة والضارة (ك. الأمين، ورقة عمل 0337 أسباب الفقر في السودان. 2000). ونظرًا للافتقار إلى "برنامج بناء الدولة / الأمة" الموحد، فقد سيطر الاستقطاب السياسي والتدخلات الجيوسياسية على المشهد، فتفاقم عدم الاستقرار، وهو ما يعد أكبر التحديات التي واجهت التحول إلى دولة نظامية وبناء الديمقراطية.

والواقع أننا إذا نظرنا في وضع أهداف التنمية المستدامة بصورة شاملة، وفي لبنات بناء النظام الصحي، والعوامل المحددة، لاستطعنا أن نرى مواطن الضعف التي تعاني منها الدولة في جوانب متعددة، وهي الوسيط الأساسي

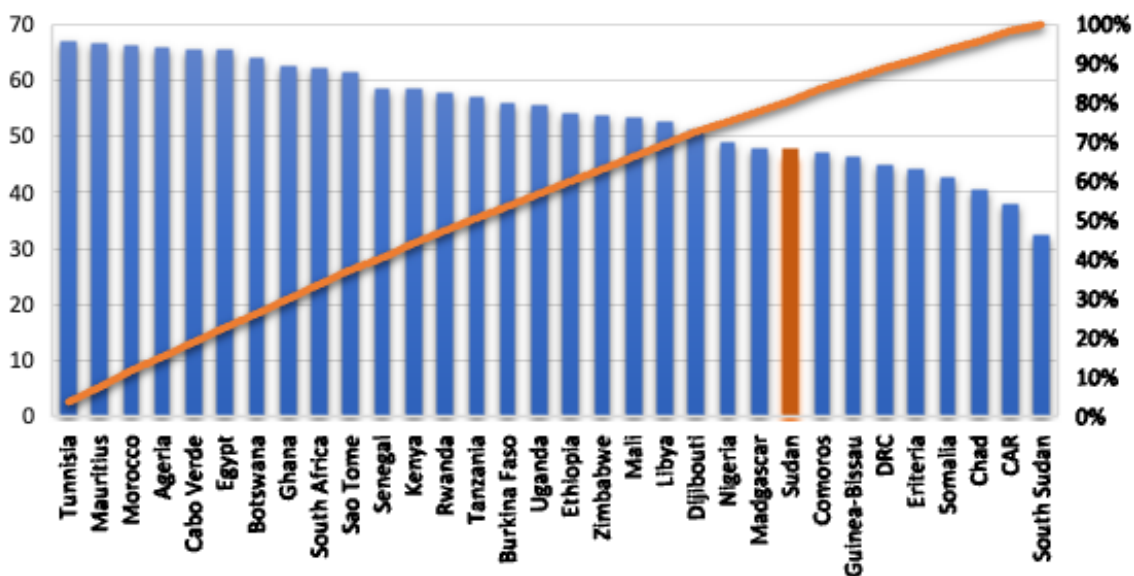
الأطفال والنساء 55% و57% من ذلك الحجم على التوالي. وشغلت احتياجات القطاع الصحي الكتلة الأكبر بحوالي 9.2 مليون شخص (مكتب الأمم المتحدة لتنسيق الشؤون الإنسانية، 2021). وهنا تجلى عدم توازن التنمية والفجوات ما بين مناطق السودان، ذلك أن قرابة 30% من الشعب السوداني لا يمكنهم الحصول على ماء الشرب النظيف. وقد تسبب الأساس السياسي للعوامل الكامنة خلف تفشي عوامل الضعف مثل فشل البنية التحتية، وضمور القطاعات العامة والمؤسسات الأخرى والغير تابعة لوزارة الصحة، في تفشي حالات الوبائيات المتكررة. ولقد واجه السودان تفشيًا لمرض الكوليرا أو تفشي الإسهال المائي الحاد 17 مرة خلال الخمسين عامًا الماضية، كما أثقل كاهله 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 ذلك. ولقد أضافت أزمة المناخ والمخاطر البيئية والحركات الاضطرارية مصاعب أخرى إلى ذلك، في ضوء حقيقة أن 78% من ولايات السودان صارت معرضة لأربعة مخاطر أو أكثر من بين الفيضانات، والجفاف، والأمراض المنقولة عن طريق الماء، وأمراض النواقل، والأمراض التي يمكن الوقاية منها عن طريق تلقي التطعيمات، أو خطر وقوع أعداد هائلة من الاصابات المصاحبة لحوادث (استعدادات السودان للمخاطر المتعددة وخطة الاستجابة، 2020). تلك هي الدائرة الجهنمية التي تصدر الصدمات إلى النظام وتتسبب

الذي أسفر عن تلك الثورة الاجتماعية وهو كذلك ما أطلق النداء للحصول على نموذج مختلف لإجراء التغييرات الجذرية. ووفقًا للتقرير الخاص بتقدم أفريقيا لعام 2020، أحرز السودان 47.84 درجة في مؤشر أهداف التنمية المستدامة، وهو ما يعني تراجع مرتبته ما بين الدول من مختلف مناطق أفريقيا التي تراوحت درجاتها ما بين 67.1 و32.36 (الشكل 1) (تقرير مؤشر ولوحات متابعة أهداف التنمية المستدامة في أفريقيا، 2020).

وتواجه خطوات سد الفجوة لتحقيق أهداف 2030 الكثير من التحديات الهائلة حيث أثرت جائحة كوفيد-19- وإجراءات احتوائها بالفعل على النظام المتراجع الذي شهد انخفاضًا في إجمالي الدخل القومي السنوي بمعدل 48.7% على مدار السنوات العشر الماضية. كما تواجه الدولة تقلصًا بنسبة 8.5% في إجمالي المنتجات المحلية. وشهد السودان كذلك تضخم قارب على حوالي 163.3% في عام 2020 ووصل العجز المالي إلى 12.4% في نفس العام، حيث عملت جائحة كوفيد-19- على تقليص العوائد العامة بحوالي 35% في ظل زيادة الإنفاق (البنك الأفريقي للتنمية، 2020). وعلى الصعيد المالي، فإن السودان كذلك مكبل بديون ثقيلة تربو على 200% من إجمالي الناتج القومي حيث ساعدت تدابير وإجراءات التقشف التي تم فرضها على تراكمها. وسجلت الحاجة إلى المساعدات الإنسانية زيادة حيث وصلت إلى 13.4 مليون في عام 2021، ويمثل

الشكل (1) : درجات أهداف التنمية المستدامة في السودان مقارنةً ببعض الدول الأفريقية الأخرى

مقارنة ما بين درجات أهداف التنمية المستدامة الخاصة ببعض الدول الأفريقية - 2020



وتساؤلات صارمة بشأن "برنامج بناء الدولة" وذلك بهدف إجراء تدخلات هيكلية عديدة و متعددة التخصصات للتعامل لمعالجة الجهاز المرخّل بشكل كلي.

الحكومة والترتيبات الحالية لتمويل الصحة

كما ذكرنا آنفاً، تم الانتقال إلى النظام الصحي اللامركزي، وتم إجراء التعديلات الهيكلية وتطبيق التحرير ولكن من دون مشاركة تجريبية على مستوى النظام الصحي. ولقد أثرت تدابير وإجراءات التقشف بوجه عام على قدرات الدولة في وضع برنامج بناء الدولة والذي يشمل القطاع الصحي كأحد العناصر الأساسية. وعلى الرغم من قدرات وزارة الصحة الاتحادية في وضع السياسات الصحية والجهود المبذولة بواسطة الأجسام الثورية، إلا أن تطبيق السياسات المدعومة بالقانون أمر ينطوي على الكثير من التحديات. حيث تواجه المستويات الثلاثة للنظام الصحي تشظياً كبيراً في ظل عدم تحديد الأدوار والمسئوليات بشكل واضح على المستويين الرأسي والأفقي. حيث افتقر النظام السوداني إلى التنسيق والمساءلة، ولم تشارك المجتمعات المحلية والمجتمع المدني في القضايا الصحية بالشكل المطلوب. وهناك افتقار وتباين في التمويل نتج عن السياسات طويلة الأمد للتقشف والاستقطاعات في الإنفاق العام التي انتهجها صندوق النقد الدولي. ناهيك عن كون المصدر الأساسي للتمويل الصحي يأتي من تحمل المصروفات علي الصحة علي نفقة المواطن الخاصة بنسبة تقارب 70% وهوما يؤثر سلباً علي مبداء الحماية المالية ويؤخر حدوث تطور كبير في التغطية الصحية الشاملة في السودان. ولقد تقلصت فرص الحصول على خدمات ذات جودة عالية وبالتالي تقلصت التغطية الصحية الشاملة نتيجة تأثير البرامج الهيكلية وبرامج التكييف الهيكلي على الجوانب المختلفة وبشكل أساسي الموارد البشرية واستدامة توريدات الأدوية. ولقد ذكرت العديد من مراجعات وزارة الصحة الاتحادية أنه لا يوجد وضوح للرؤية فيما يخص تخصيصات الدولة الاتحادية للأموال (تقرير المراجعة المشترك الخاص بوزارة الصحة الاتحادية، 2017). والواقع أن توجيه التمويلات يتجه في الأساس نحو الخدمات العلاجية، وهي الأعلى، وهكذا نجد أن حوالي 70% من التمويلات العامة موجهة نحو المستشفيات، في حين تحصل الرعاية الصحية الأولية على 6% فقط من التمويلات (حساب نظام الصحة، 2018). وتسدد عوائد رسوم مستخدمي المرافق الصحية إلى وزارة المالية، حيث سجل حساب الصحة عوائد إيرادات سنوية

في عدم الاستقرار السياسي، والذي تتحمل تبعاته و وتحمل مسؤوليته وزارة الصحة في المقام الأول، على الرغم من حقيقة كونه أمر تنموي متشعب على أكبر المستويات وما بين الوزارات الأخرى. والجدير بالذكر وجوب توسيع نطاق جهود المساعدات الإنسانية والطائرة خاصة في المناطق المتأثرة بالنزاعات (كروك وآخرون، 2010).

تواجه الدولة مرحلة وبائية مزدوجة تشمل الأمراض السارية وغير السارية، ووفق التقرير الإحصائي الذي أوردته وزارة الصحة الاتحادية فإن الملاريا، والالتهاب الرئوي، وأمراض الإسهال، وأمراض التهاب المعدة والأمعاء، وأمراض الجهاز التنفسي، وارتفاع ضغط الدم تأتي على قمة أكثر عشر أمراض سائدة في المرافق الصحية الخارجية في كل 1000 من السكان (التقرير الإحصائي لوزارة الصحة الاتحادية، 2020). وعلى الرغم من ذلك، تتزايد الأمراض غير السارية، حيث كشف مسح أجري على نطاق واسع أن حوالي 15% من المشاركين يعانون من الربو، كما تزيد معدلات مرض الانسداد الرئوي المزمن في المناطق الحضرية، هذا في ظل معاناة 5.9% من مرض السكري، وشيوع عوامل مخاطر الأمراض القلبية ما بين السكان المشاركين في المسح القومي المتدرج للأمراض المزمنة (بنجيب وبلتزر، 2020). وهو ما يتطلب بشكل أكبر 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 وذلك لما له من أهمية قصوى في وقف عوامل الخطر واعتماد وتبني السلوك الصحي وعلى الرغم من ذلك، فإن القول بأن الأفراد والمجتمع هم المسئولون وحدهم عن تعزيز الصحة وتبني السلوك الصحي هو أمر جدي حيث أن تعزيز الصحة يتطلب كذلك قدرًا معينًا من التدخلات التنموية من جانب الدولة والحكومات. ذلك أن الدولة لا بد لها وأن تضطلع بقدر من الإسهامات حيث يتوجب عليها تقديم الحد الأدنى من البنية التحتية، كما أن ذلك ينطوي على مستوى من الالتزام نحو المجتمع وخاصة الفئات الضعيفة والفئات التي تم تهميشها من قبل أجهزة الدولة. بالإضافة إلى ذلك، فإن ملاحظة ومراجعة التقدم المحرز في ضوء المعايير المحددة لكتل البناء الأساسية الستة لمنظمة الصحة العالمية عكست وجود قصور شديد في لبنات بناء النظام الصحي في السودان وهو ما كشف عن الحاجة إلى إجراء تحقيقات

تعتبر من أهم عوامل النجاح الأساسية. ويحزّر السودان تقدماً على صعيد تحديد حزم الفوائد الصحية الأساسية، وفي هذه المرحلة، يمكننا القول بأن الدولة تتعادل في ذلك مع عدد من الدول الأخرى في منطقة الشرق الأوسط ومنطقة البحر الأبيض المتوسط ومنها مصر والأردن وسوريا. ولكن على الرغم من الثورات السياسية، فقد نجحت عدد من الدول في المنطقة في أن تضع حزم الخدمات الخاصة بها، وأبرزها المغرب واليمن والصومال وأفغانستان وباكستان التي صار لديها مجموعات واضحة. وعلى الرغم من ذلك، لا تزال تلك النظرة ما هي إلا نظرة عملية معتدلة لا تنظر في البدائل الأخرى التي تتعاطى مع المسببات الكلية والهيكلية لتدهور الوضع الصحي والخدمات وتراجع وجهاز الدولة بشكل عام. ومن المهم أيضاً أن نلقي الضوء على الحاجة إلى تطبيق مزيج من التحليلات الاجتماعية والبرامغامية والوضعية والواقعية. هذا إلى جانب تطبيق عدسة محابية للفقراء والتعامل مع السياق الحالي باعتبارهما عناصر أساسية لتعزيز 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. ويتحدد الشمول هنا من خلال مجمعة الوعاء التمويلي وزياداته واستدامته، وهو ما يجب النظر إليه في ضوء البرنامج الاقتصادي بوجه عام وخاصة ذلك الذي يهدف إلى زيادة الحيز المالي المحلي والإصلاحات الضريبية. 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 على الجانب الآخر.

ويمكننا القول أن الضعف العام في الأنظمة المالية المشتريات في وزارة الصحة والمؤسسات ذات الصلة، والمشاركة الضعيفة لتخصصات علم الاجتماع والاقتصاد مثل اقتصاديات الصحة، وعزل 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 الإعتبار وإستصحابها مع الأدلة، يُعد بحق أساس صياغة السياسة وتنفيذها على نطاق كبير.

تقريبية تصل إلى حوالي 3 مليار دولار أمريكي من رسوم المستخدمين ولكن دون أي عائد واضح على الاستثمار في المرافق الصحية من حيث الصيانة و سير العملية العلاجية (تقرير المراجعة المشترك بوزارة الصحة الاتحادية، 2017). والواقع أن فرض رسوم على المستخدمين من الممكن أن يعرقل الاستخدام وأن يعرض الفقراء من السكان إلى مدفوعات باهظة وكارثية، وهو ما من شأنه أن يؤجل الحصول على الرعاية، وأن يؤدي إلى وجود سلوكيات البحث عن الصحة من القطاع غير الرسمي. حيث كشفت مراجعة المقاربات التمويلية في الدول الأفريقية الواقعة جنوب الصحراء الكبرى عن أن التخلص من رسوم المستخدمين، قد تسبب في زيادة مؤقتة في استخدام الرعاية الصحية، وخاصة في الرعاية العلاجية؛ حيث سجلت دول مثل كينيا، وأوغندا، وجنوب أفريقيا زيادة تراوحت ما بين 30% إلى 50% في استخدام الخدمات العلاجية (ماكينتاير، أوبزي، باراسا وأتاغوبا، 2018). وفي ظل كيفية استخدام عوائد الإيرادات التي يتم الحصول عليها من رسوم المستخدمين في السودان، فإنه من المتوقع أن يؤدي التخلص من تلك الرسوم إلى أثر طفيف على مكونات تقديم جودة الخدمة مثل مدفوعات العاملين في مجال الصحة. وعلى الرغم من ذلك، فإنه يجدر التخطيط الجيد لإلغاء رسوم المستخدمين والإلغاء التدريجي لها تحقيقاً للعدالة، بحيث تتوازى تلك الجهود مع الاتصالات الاجتماعية وخطط التعزيز لذلك التغيير لتجنب التوجه نحو التضخم في القطاع الخاص أو أي إحباط أو ممارسات غير أخلاقية علي مستوى النظام الصحي أو التوجه نحو المدفوعات غير الرسمية مثلما حدث في السنغال وغانا (ماكينتاير وآخرون، 2018).

وفي إطار النظام اللامركزي في السودان، أدى عدم التناسق وعدم الإنصاف في خلق وتحقيق الإيرادات ما بين الولايات، ووضعها وقدراتها التنموية إلى زيادة التفاوتات وعدم العدالة. و نجد أن تغطية الصندوق القومي للتأمين كأحد سبل الدفع المسبق أقل من 40% من السكان وأن الإنفاق العام على الصحة باعتبارها خدمة عامة قد انخفض وهو ما يميّز اللثام عن طبقة من الصعوبات التي قد تواجه السكان في سبيل طلبهم للرعاية. وعلى الرغم من ذلك، فإن العديد من الأبحاث التي نظرت في المبادرات واسعة النطاق لتوسيع تغطية التأمين الصحي في أمريكا اللاتينية، وأفريقيا، وآسيا، وخاصة ما بين السكان الريفيين وغير الرسميين والمهمشين، قد أقرت بأن ملكية الحكومة الاتحادية ووضع الأولويات الواضحة بالنسبة للسياسات الصحية الأساسية داخل أجندة التنمية الوطنية بوجه عام

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

يرتبط مكونا الموارد البشرية واستدامة الأدوية بلبنات البناء الأخرى في النظام الصحي، وهما أساسيان لتقديم خدمات ذات جودة عالية يمكن للجميع الحصول عليها، إلا أن هذين المكونين يتعرضان للكثير من الضغوط نظراً للفجوة الكبيرة في هيكل الحوكمة و للتقشف المالي. كما أن عوامل نزوح الموارد البشرية العاملة في المجال الصحي تمثل حواجز هيكلية للوصول إلى التغطية الصحية الشاملة. 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 لاحقاً عن وجود تقدم بوجه عام في إمكانات الموارد البشرية في السودان في الفترة ما بين 2000 و2012، وهو ما نتج عن سياسات الحوكمة التي هدفت إلى زيادة وتوسيع إمداد الموارد البشرية.

والواقع أن ثورة التعليم العالي كانت إحدى هذه السياسات التي أدت إلى زيادة بحوالي ثمان مرات في أعداد كليات الطب وتبعها إصدار قانون تحالف العاملين في القطاع الصحي في عام 2004، و انشاء أكاديميات العلوم الصحية على مستوى الولايات في 2005 وهو ما حقق زيادة في عدد القابلات، والممرضات وغيرها من الأطر الصحية المصممة بسياقات ولائية معينة (سوسا وآخرون، 2014). هذا وقد قام بحث آخر بقياس حجم التغيير في كثافة الأطباء في السودان والذي بلغ 2.6% (1.7 إلى 3.6 لكل 10.000 نسمة) كما قاس حجم التغيير 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). وعلى الرغم من ذلك لا يزال القطاع الصحي يعاني من الندرة وعدم عدالة توزيع الموارد البشرية وذلك نظراً لعوامل الشد والجذب المرتبطة في الأساس بالبيئة الاجتماعية والاقتصادية (سوسا وآخرون، 2014). حيث يتمركز 70% من إجمالي القوة العاملة في ولاية الخرطوم، باعتبارها العاصمة. ويعد 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). ولقد كشفت دراسة أجريت في السودان كذلك أنه كلما زادت كثافة الأطباء والممرضين في البلاد كلما انخفضت معدلات وفيات الامهات ووفيات الاطفال دون سن الخامسة. وفي ولاية الجزيرة بالسودان، تم إطلاق برنامج طب الأسرة في إطار سياق معين وذلك وفق نماذج خدمة معينة وتم تقييم البرنامج على نحو تعاوني. ولقد أوردت التقارير أنه من الممكن زيادة وتعزيز تلك المقاربة إلى جانب التيسير التكنولوجي وذلك للوفاء باحتياجات السكان الأصليين حيث تمكن البرنامج من الوصول إلى ما يزيد عن 53% من المرافق الأولية للمرة الأولى (محمد، هنسكار، عبد الرحمن ومالك، 2014). وتم توسيع نطاق برنامج طب الأسرة من خلال وزارة الصحة الاتحادية بالسودان والجامعات الأخرى، إلا أن الحوكمة والتنسيق ما بين الفئات الثلاث من النظام اللامركزي غير مهيكلي على النحو الصحيح. بيد أن بناء برنامج طب الأسرة على هيكل واضح وصحيح والترويج له من الممكن أن يكون سبيل للوصول إلى شمولية التغطية وإلى تعزيز النتائج الصحية كما هو الحال في كوبا (دريسانج، بربريك، موراي، شاليو، وساليفان-فيدر، 2005). ولقد تم إطلاق عدد من المشاريع لتخريج العاملين في المجال الصحي وقابلات القرى على مستوى المجتمع والاستفادة منهم، بيد أن تلك المشاريع افتقرت إلى التقييم الهيكلي والإستيعاب المؤسسي على مستوى مؤسسات الدولة لترتبط المجتمعات بالدولة، خاصة في المناطق المهمشة والمتأثرة بالنزاعات. ولقد قامت البرازيل مثالا بتعبئة المعاونيين الصحيين المجتمعيين رسمياً في القطاع الصحي كجزء من فريق الصحة على مستوى الصحة الأولية. كما تقوم العديد من الدول الأفريقية بتشغيل المسؤولين الصحيين من غير الأطباء للقيام بالمهام التشخيصية وبعض المهام الإكلينيكية. ويعمل مثل هؤلاء المسؤولين في معظم مرافق الرعاية الأولية في كينيا، كما يقوموا بعمل بعض العمليات الجراحية الصغيرة في مالوي، وتتراوح 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،

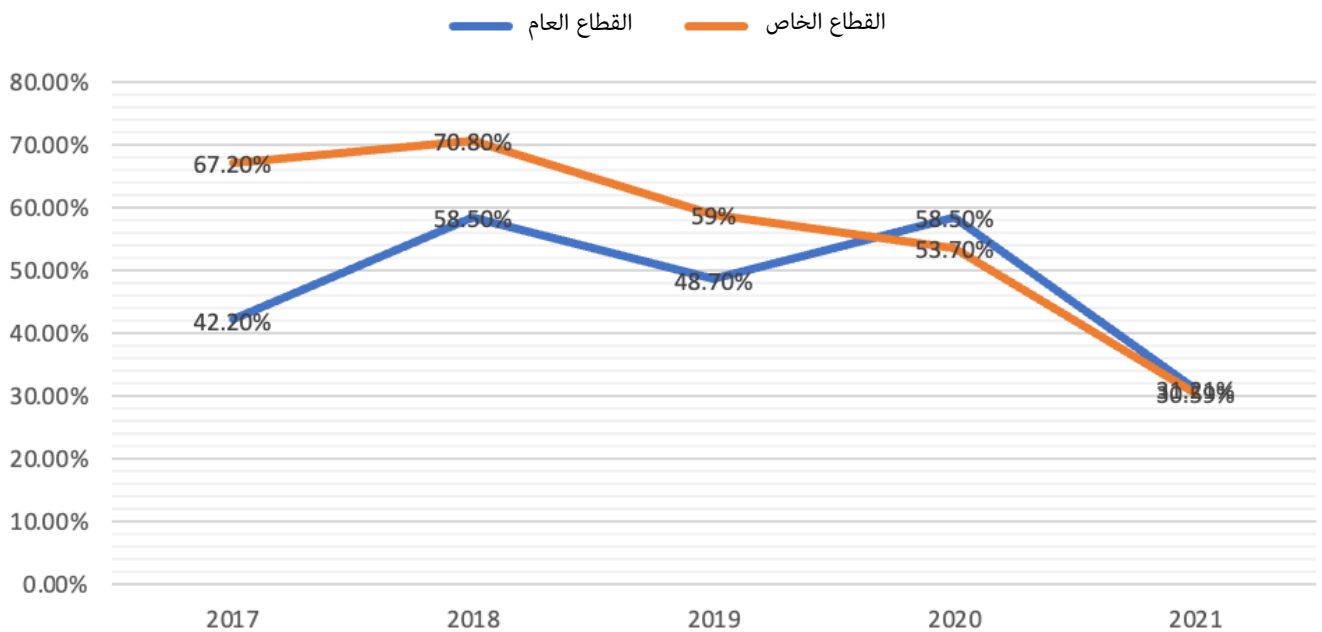
ولقد أثرت جائحة كوفيد-19- على أجور القوي العاملة في مجال الصحة نظرًا لارتفاع معدلات العدوى وزيادة أعباء العمل. وهو ما ألقى الضوء على الحاجة إلى تطبيق إجراءات قوية للوقاية من العدوى وإجراءات الصحة المهنية، كما أبرزت كذلك الحاجة إلى تطبيق نظم معلومات قوية، وإلى استعراض الاحتياجات واستراتيجيات الأجور. بيد أن أي زعزعة في بيئة العمل من شأنها أن تدعم انعدام الثقة ما بين القوي العاملة في المجال الصحي والنظام، وهو ما من شأنه أن يكون بمثابة عامل دفع لهم للخروج من العمل في المجال الصحي. وأحد تلك الأمثلة التي يتجلى فيها ذلك هو افتقار بعض المرافق الصحية للأدوية المطلوبة لإكمال العملية العلاجية. ففي ضوء الاستبيانات الخاصة بالإدارة العامة للصيدلة، فقد واجه الحفاظ على مخزون الأدوية في المرافق الصحية وفي ادني مستويات تقديم الخدمة عثرة حقيقية وهو ما تسبب في أزمة للحكومة الانتقالية كذلك، والتي كان من المفترض أن تولي الامر المزيد من الثقل والأولوية على نحو يدعم بناء الثقة ما بين المجتمعات وسلطات الدولة. (تقرير استبيان الأدوية الأساسية الخاص بوزارة الصحة الاتحادية بالسودان، 2020) (الشكل 2).

فينوكين وباسيوريك، 2016). كما استعانت جنوب أفريقيا هي الأخرى بعدد من العمال المجتمعيين على نحو رسمي في إطار الاستجابة إلى جائحة كوفيد-19- (بروندتلاند، 2022).

ومع ذلك، لا يمكننا بأي حال إغفال التعقيد الذي تنطوي عليه قوى العرض والطلب في سوق العمل السوداني، ومن ثم تعتبر إسهامات الجوانب الاقتصادية مثل توليد فرص عمل والإنفاق العام على أجور القوي العاملة، وعلى التدريب وتعزيز بيئة العمل في المجال الصحي في ضوء إجمالي الناتج المحلي أمرًا أساسيًا. كما أن دور وزارة الصحة والتعليم العالي في توضيح إعطاء الموافقة والتصديق على المهارات والإمكانات المكتسبة وضمان ملائمة الموارد البشرية للوفاء باحتياجات السكان هو أمر لا يقل أهمية. ونؤكد في هذا الصدد على أن وضع النماذج المبتكرة ونظم المعلومات التي تستند إلى قواعد الممارسة الخاصة بمنظمة الصحة العالمية يعد كذلك أحد الممارسات الهامة كما ان تلك المعلومات قد تساعد في ماسسة سبل إستقطاب الكتلة الحرجة من العاملين في القطاع الصحي في الشتات وذلك لتغذية رأس المال الصحي في السودان على نحو مؤسسي ومستدام بصورة أكبر.

الشكل (2) : وفرة الأدوية الأساسية في السودان ما بين عام 2017-2021 بناء على مسوحات الإدارة العامة للصيدلة

وفرة الأدوية الأساسية في السودان



المناطق الريفية والنائية على السعر كمحدد للطلب. وقد أثرت الأزمة التي صاحبت جائحة كوفيد-19 على الوصولية للأدوية الأساسية حيث توصلت دراسة في نيجيريا إلى تأثير الوصولية لأدوية الأمراض المزمنة في تلك الفترة. وفي السودان أوردت إحدى الدراسات أن نفاذ المخزون وغياب الكادر الصحي كان من الأسباب المؤدية إلى عدم قدرة الأسر التي شملتها الدراسة الاستقصائية على شراء الأدوية إبان إجراءات الإغلاق للحد من أزمة كوفيد-19- (أوتشا وآخرون، 2020 وساتي، 2021). 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 على 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 أو غير الرسمية، وعلى مدى الفجوات الموجودة ما بين سياسة الأدوية والممارسة في تلك السياقات المعينة (جيتا ووايت ونشاكيرا، 2003).

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. حيث يتطلب تقديم خدمات عالية الجودة وجود دعم مالي وبنية تحتية (مثل المنازل والطرق والمياه والصرف الصحي والكهرباء والاتصالات) وتعليم وتدريب المتخصصين في مجال الصحة. بالإضافة إلى ذلك، يجب على النظام الصحي العمل على مستويات متعددة، على صعيد الفرد والمجتمع وعلى المستويات القومية والولائية ودونها وكذلك بالتعاون مع القطاع الخاص، بما في ذلك منظمات المجتمع المدني. ولكي يكون نظام المعلومات فعالاً، يجب أن يعكس التنظيم الكامل للنظام الصحي. حيث يعد تقديم الخدمات أحد النقاط الأساسية لبناء الثقة والشريعة، وإذا ما نظرنا إلى النموذج السوداني يعتبر نموذجاً تنبؤياً /علاجياً أكثر من كونه ملامس للصحة العامة ونجد أن المنظورمبني على مفهوم ندرة الموارد وهو ما ينطوي عليه توجيه التفكير بعيداً عن الطلب والأنظمة الموجهة نحو الانسان وحوجته وتوجيه التفكير نحو استقطاعات التمويل، ومقاربات التكلفة الفعالة والترشيد. ولذلك يمكن القول بأن الحوار

وفي عام 2019، وصل إجمالي سوق الأدوية إلى ما يقرب من 650 مليون دولار أمريكي، في حين وصلت بعض الدول المجاورة مثل أثيوبيا 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 (التقرير الإحصائي الدوائي التابع لوزارة الصحة الاتحادية، 2019). وفي عام 2019، وصلت نسبة الأدوية الأساسية إلى 57% من إجمالي الأدوية المستوردة. وبالمقارنة، نجد أن معدل التكلفة هذا ضمن الأعلى في منطقة شمال أفريقيا. وتوجد العديد من العوامل الخارجية التي تزيد من أزمة الدولة في تحقيق استدامة الأدوية وتقديمها بأسعار معقولة تتمثل في السياسات التجارية العالمية والتصنيع الاحتكاري. وتتضمن العوامل الاقتصادية الداخلية الأخرى التي ساهمت في تلك الأزمة تخفيض ميزانية الصحة وانخفاض قيمة العملة والافتقار إلى العملة الأجنبية نتيجة افتقار الدولة للاحتياطات النقدية الأجنبية وانخفاض الحيز المالي، وكلها عوامل تعيق من الشراء التنافسي و تعيق تنافسية عمليات التوريد. وأدت زيادة تكلفة فاتورة الدواء بالتالي إلى زيادة التكلفة على المرضى. ناهيك عن كون 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. كما أدى غياب الإشراف على الدعم الذي تبلغ قيمته عشرة بالمائة من عائدات الصادر إلى المزيد من التفكك والفساد، و قد أثر المنع النهائي لهذه النسبة خلال الفترة الانتقالية، إلى جانب عدم الإيفاء بالحوجة من العملة الأجنبية على وفرة الدواء وكلفته وهو ما ينطوي على الكثير من التحديات الخطيرة كونها خطوة صريحة نحو طريق التحرير الصارم للرعاية الصحية. وخلال الفترة الانتقالية، 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. قد تم تطبيق تحرير إمدادات الصيدليات المجتمعية الخاصة، وتحرير الملكية، وصرف الأدوية التي تصرف من دون رويشة خارج الصيدليات في السودان بهدف زيادة إمكانية الوصول إلى الأدوية، وعلى الرغم من ذلك لا يزال التركيز الأكبر ينحصر على المناطق الحضرية من حيث إمكانية الحصول على الأدوية. 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

من حيث الأثر والتكلفة. ويمكن أن يكون ذلك جزءاً من بناء الأنظمة قصيرة المدى التي يمكن إبلائها الأولوية وبنائها بالتزامن حتى يتم بناء برنامج بناء الدولة الكامل من خلال الحوار على مستوى القطاعات المختلفة. ومن الممكن كذلك أن يغذي ذلك الجوانب الخاصة بسياقات معينة من برنامج بناء الدولة. ولعل إحدى الفرص الممكنة لتحقيق التعاضد على المدى القصير وتعزيز رؤية الدولة هي إضافة الصحة إلى المشاريع التي يتم فرضها من قبل وزارة المالية وغيرها من الوزارات السيادية. وربما كان الدعم النقدي للأسر الذي تم تطبيقه في المرحلة الانتقالية أحد المنصات الممكنة لتحقيق المزيد من التكامل في المكونات المتعلقة بالصحة حتى يتم برنامج بناء الدولة الكامل. ومن الناحية الفنية، وفي حالات برامج دعم التكلفة، عكست البحوث والدراسات نجاح استخدام قسائم دعم التكلفة في صفوف المجموعات المهمشة وكيف أن ذلك من الممكن أن يزيد من إمكانية حصولهم على خدمات الصحة الإنجابية المعنية. ففي البرازيل، نجح برنامج المدفوعات النقدية المشروط الخاص بالحضور في المدارس، واستخدام التحصينات، واستخدام الرعاية ما قبل الولادة في خفض نسبة الوفيات في المواليد وفي خفض نسبة الوفيات ما بعد الولادة بنسبة 24.3% (شاي، 2013). وكما ذكرنا باختصار فيما سبق، فإن المسار نحو تقديم الخدمات ونظام الإحالة هما مكونان أساسيان يجب بنائهما وتعزيزهما. حيث أن كلاهما يعدان انعكاساً 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. وقبل ذلك كانت وزارة الصحة الاتحادية قد قامت بوضع وإتباع خطة لتعزيز الرعاية الصحية الأولية وذلك في إطار الاستجابة المبكرة لجائحة كوفيد-19 في عام 2020 تماشياً مع مشاريع توسيع خدمات الرعاية الأولية وضمان استمرارية الخدمات الصحية. ولقد تم تطبيق مشروع التوسع في خدمات الرعاية الصحية الأولية منذ 2012 من خلال استثمارات كبيرة من وزارة المالية وعلى الرغم من ذلك فإن تهيئة الوصول إلى الرعاية الصحية الأولية المثالية يتطلب التخطيط الجيد للاستثمار لضمان قيام المراكز بتقديم الخدمات الصحية المعيارية. وتعتبر المواصفات القياسية والكتيبات الإرشادية أساساً لبناء القدرات والمحاسبية. وعلى الرغم من ذلك، ففي سياق السودان وعلى سبيل تيسير نتائج الاستثمارات والتدخلات وتحقيق التوازي مع النتائج الصحية وغير الصحية، يلزم الاختيار الواضح ووضع الأطر العامة بناء على الأدلة ما بين الرعاية الأولية باعتبارها أول نقطة تعامل ما بين الفرد والنظام والرعاية الصحية الأولية التي يتم التدخل فيها على

الحازم المستند إلى الأدلة الواضحة سيكون هو نقطة الانطلاق الأولى للكشف عن التحديات الحقيقية والوفاء بالمطالب الثورية.

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، وشرعت في 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. ولقد كشفت الأدبيات و الدراسات في تشيلي وكولومبيا وتايلاند وليبيريا أنه يجب التعاطي مع برنامج حزم الفوائد الصحية الأساسية تلك بوضوح من خلال وضع دلائل إرشادية وأنه يجب ضبط الوعاء العام للتمويل والميزانية المستند على دراسات اكتوارية وربطه ببرنامج الحزم المتفق عليها. هذا إلى جانب التأكيد على وجود خط موازي لتقوية وتعزيز استخدام المعلومات وتمكين المراقبة والتقييم ونظم التعلم للتمكن من إصلاح أي أوجه قصور موجودة ومن تقديم بيانات فورية تدعم اتخاذ القرار في حال وجود حوجة لتقديم تدخلات خارج نطاق الأولويات المحددة سواء من خلال الترشيح الضمني الهيكلي أو من خلال أي من المعايير الأخرى. ذلك أن بعض الدول التي لم تضبط الوعاء العام للتمويل من خلال استقصاء التمويل ووضع الميزانية ودراسة تكاليف قياسية للحزم المصرح بها في ظل برامج واضحة قد واجهت انحراف التمويلات وقصور مالي مثلما حدث في غانا وأوغندا وبيرو (جلاسمان، وجيديون، وساكونا، وسميث، 2016).

وأحد الأمثلة الدالة على قيام وزارة الصحة الاتحادية بتكييف النظام الصحي بما يتوافق مع التعديلات الهيكلية المفروضة، كان تحول وزارة الصحة الاتحادية نحو الهيكلية المتكاملة/ المدمجة إزاء مكافحة الأمراض السارية وغير السارية في كافة المستويات الرأسية والأفقية بداية من التخطيط وصولاً إلى تقديم الخدمة. تشير بعض مراجعات برنامج الملايا إلى العديد من الجوانب التي تستدعي التقييم الكامل لتجربة الدمج ولراهنية العودة للبرنامج الراسي في بعض مناحي المكافحة وهو ما ينعكس على التحديات والأعباء المتراكمة وخاصة في ظل التغيير 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

بناء النظام الصحي. وكل ذلك يعتبر من المؤشرات على وجود نظام هش يتفاقم فيه الظلم والتفاوت والتراجع والفقر.

ينطلق شعار ثورة ديسمبر من التحيزات التي عانى منها الشعب على مدى فترات طويلة ومن الظلم الذي فرضته الدولة، وقد جاء شعار الثورة ليكون محرِّكًا ودافعًا لجهود بناء الدولة والتغيير الكامل للوضع الحالي. وبوجه عام، فإن الثورات التي اندلعت في دول مثل ألمانيا وفرنسا ومصر وتركيا وتونس والبرازيل وكوبا استتبعها تاريخيًا تغييرات في القطاع الصحي، وخاصة في الحوكمة الصحية وطرق التمويل. ولقد اقترنت هذه التغييرات بالمدرسة الاقتصادية أو الإيديولوجية الاقتصادية في الدولة، سواء حالة الرخاء أو السيطرة على الدولة أو الرأسمالية أو الحماية الاجتماعية أو مزيج منهم ولكن بنتائج متباينة (صالح وآخرون، 2014، باتنجي وآخرون، 2014). بيد أن الخطوة الأولى والأهم نحو الإصلاح تتمثل في الالتزام نحو الصحة باعتبارها حق واولوية تشاركية. ويمكن أن يتبع ذلك إعادة تنظيم الهيكل الصحي لضمان الاتساق مع الاتجاه المتفق عليه والتحديات الماثلة، مثلما حدث في تايلاند.

منذ عام 2019، دأبت وزارة الصحة الاتحادية على تطوير السياسة والاستراتيجية انطلاقًا من المشورة الشاملة، ولكن في الأساس داخل القطاع الصحي. وبناء عليه فقط تم إيلاء الأولوية لتوفير الموارد البشرية الفورية وكذلك التحقق من استدامة الأدوية التي تم التحقق من جودتها. وتم وضع خطة لتعزيز مشروع العلاج المجاني وتقديم الخدمات والبنية التحتية الخاصة بها وتعزيز الجهاز الحالي للرعاية. بيد أن شرعية بناء الدولة تستلزم وضع عدد من المبادئ المتعمقة داخل السياسة وفق ما يلي:

- صحة ورفاهية السكان هي مسئولية أساسية يتوجب على الحكومة الاستثمار فيها.
- لا يمكن أبدًا التنازل عن وضع إعادة تصور شامل متعدد القطاعات للنموذج الصحي السوداني محاذيًا 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 بدلًا من انطلاقها من السوق والتسليع.
- يجب تحقيق التزام ما بين السياسة الصحية ونظام الحوكمة الشامل بحيث نكون قادرين على وضع

نحو نشط على مستوى المجتمع لتعزيز الصحة والصحة العامة. ويمكن أن تكون الرعاية الصحية الأولية كذلك ذراعًا لخدمة التنوع من خلال تعزيز الشراكات المحلية والتعرف على الحاجة المحلية كما أنها كذلك تتجلى فيها الصحة كسلعة عامة وكمصلحة عامة. وعلى الرغم من ذلك، فإن تشوه النظام، وخاصة في المستويات الأدنى وأنظمة الإحالة إلى مستوى أعلى يتطلب المزيد من العمل والمراقبة و بناء الثقة. وأفضل السبل للمضي قدمًا هو تفعيل أنشطة الرعاية الأولية والتواصل مع المجتمعات المحلية أو وضع نموذج للتواصل الفعال من خلال زيارة المجتمعات وتقوية الروابط معها وفهم الاحتياجات المحلية وخاصة في مناطق الاضطرابات والنزاعات وتطبيق الإجراءات الوقائية. وتم القيام بذلك في كوبا، حيث تمت الاستعانة بفرق الإدارة، وتم تقسيم المجتمعات ما بين مراكز الرعاية الصحية الأولية المحددة (كوبر، وكينيلي، وأوردونيز-جراسيا، 2006). ويجب التعاطي مع ذلك على نحو شامل إلى جانب التغذية وتأمين الغذاء والماء والصرف الصحي والسلوك الصحي وعوامل مخاطر الأمراض غير السارية المحلية وخفض استهلاك التبغ إلى جانب عدد من الجوانب الأخرى بهدف تعزيز النتائج الصحية (كوبر وآخرون، 2006). وبالتالي يتوجب قياس الأداء باستخدام مؤشرات، مع النظر في قدرة وزارة الصحة الاتحادية على استخدام فرق الصحة في المناطق المعينة/ فرق الإدارة المحلية كمصدر للدلالة على ما يصلح للسودان من نماذج وطرق تنفيذها. والواقع أن معرفة ما يناسب السياق المحلي، يلقي الضوء على الحاجة الماسة إلى تعبئة الزيارات المنزلية وإلى تحقيق التوازي ما بين الباحثين في العلوم والمجالات الاجتماعية والعلوم الانسانية المختلفة اودلك لضمان الحصول على بيانات ذات جودة عالية والتوصل إلى التفكير النظامي.

الدروس السياسية والطريق نحو المستقبل

لا يتوافق النظام الصحي في السودان والسيادة مع شروط العقد المبرم ما بين المجتمع والدولة. فهو علاجي بطبيعته، حتى أن أساسيات المصلحة العامة، والسلع العامة الخاصة بالصحة، ومحددات الصحة الاجتماعية غير واضحة بشكل كبير. كما أن تغير أنماط ناقلات الأمراض وظهور عدد من الفيروسات وإعادة ظهورها في ضوء التغييرات الجغرافية وتغيرات المناخ يعتبر من العقبات التي تثير المخاوف و التي تستدعي إعادة النظر في جل الوضع الحالي. وكما ذكرنا أنفًا، توجد العديد من أوجه القصور المتعددة في مكونات

6. يجب أن يكون زيادة الإنفاق على الصحة بالتزامن مع الزيادة في الحيز المالي والاختيار الدقيق للطرق والتقنية والأولويات الصحية التي يكون لها تأثير أكبر، والتي توفر أكبر قيمة مقابل المال والتي تتمحور حول الأساسيات وترتكز على الوقاية. ذلك أن توفير الخدمات العامة ذات الجودة العالية يزيد من فرص الحماية المالية.

7. يجب أن نراعي بشكل خاص أن الأنظمة الخاصة وأنظمة التأمين في السودان لا تزال غير مكتملة النمو نسبيًا بحيث أنها لا يسعها أن تلتقط النسبة العالية من القطاع غير الرسمي ولم يكن لها إسهامات كبيرة على إجمالي النفقات الصحية.

8. وضع المؤشرات التي تعمل على تقييم نتائج النظام الصحي بالنظر إلى طريقة التمويل.

• من الممكن أن يضمن التغيير الاجتماعي الذي تبع الثورة تعزيز التحرك الكامل نحو الرعاية الأولية وجوانب الرعاية الصحية الأولية واضحة المعالم. فقد صارت هناك فرصة أكبر لتطوير جوانب الصحة والرفاه؛ والتي تشمل الجوانب الوقائية والتعزيزية والاستعداد لحالات الطوارئ والرقابة على المجتمعات المحلية. وبالتالي يجب وضع خطة تفصيلية شاملة للتكلفة والخطوات للتغطية الصحية الشاملة. مع تحديد الأهداف والسبل وكمياتها، وربط ذلك مع تنمية الموارد البشرية، بحيث يظهر ذلك في المرحلة التالية مباشرة ليكون بمثابة جسر نحو برنامج بناء الدولة على نطاق واسع. ويجب تطوّر مجلسًا للمستشفيات كجزء من إدارة الأصول وهيكل الحوكمة من خلال خطة محسوبة التكلفة تتعاطى مع الإحالة الكاملة الأولية وعمليات تقديم الخدمات الثانية والثالثة.

• يتوجب السعي نحو الربط متعدد التخصصات بين الصحة والخطط الصحية وخطط التأهب للمخاطر والأخطار المتعددة على سبيل تعزيز أنظمة الرقابة واتخاذ الإجراءات في التوقيت المناسب وإيضاح مهام الرعاية الأولية والمحلية وزيادة إعادة التوجه الجماعي نحو الرعاية الصحية الأولية، وبناء المرونة على مستوى الدولة بالكامل.

ومع ذلك يجب الحرص على واقعية السياسة والتوجه الاستراتيجي عند وضع الإنجازات المتوقعة على المديين الفوري والطويل. ويجب أن يغطي ذلك الفهم كافة لبنات البناء مع التأكيد على أنه لا توجد استراتيجية واحدة يمكنها العمل بمنأى عن الاستراتيجيات الأخرى، بالإضافة إلى ذلك يجب تحقيق التوازي ما بين مكون المناصرة والشراكة من جانب والسياسة من الجانب الآخر وذلك للحفاظ

نموذج حوكمة فعال أو نموذج لا مركزي مناسب يسع الصحة والتنمية على نحو موحد وعادل. والواقع أن أي إهمال في مناقشة النظام اللامركزي الحالي باعتبارها أحد المعوقات المحتملة لتحقيق أفضل النتائج الصحية من شأنه أن يعيق التحرك الأساسي نحو تحقيق المساواة والعدالة في قطاع الصحة.

• يجب أن تتخذ الدولة بكاملها قرارًا بشأن برامج التكيف الهيكلي المتبعة وتوجهات التحرير باعتبارها تأثيرات رئيسية على الصحة، مع مراعاة النقاط التالية:

1. يجب أن تدعم وزارة المالية تأسيس سياسة التمويل في الدولة مع النظر على نحو خاص إلى الفقر، والحياة في المناطق الريفية، وما يستتبع ذلك من عدم إمكانية الحصول على الخدمات والرعاية الصحية. ويجب التعبير على نحو واضح عن التمويل العام والمشاركة لضمان الاستدامة.

2. تغطية مستويات الرعاية الثلاث مع الالتزام الواضح نحو المستوى الأولي ونظام الإحالة.

3. التعرف على سياسات التمويل العام التي تمنع الإنفاق الخاص من جانب المرضى والإنفاق الكارثي و تعزز مبداء الحماية المالية. ويلزم وجود أبحاث للتوصل إلى بدائل محتملة تتوافق مع السياق وتعزيز طريقة/نموذج التمويل بالنسبة للسودان خاصة وأن العديد من الدول الأفريقية صارت تختار الابتعاد عن فرض رسوم على المرضى وبالتالي فقد توقفت نسبة نفقات المرضى من إجمالي النفقات الصحية بنسبة تزيد على 35% في العديد من تلك الدول (بورمحمدي وشجاعي ورحيمي وبسطاني، 2018).

4. تحديث سياسة الأدوية التي تصف التكلفة والتسعير والمشتريات وسلسلة إدارة الامداد بأكملها وبناء القدرات كأمرًا بالغ الأهمية. يجب أن تتماشى سياسة الموارد البشرية مع التغيير العام وتحليل إطار العرض والطلب .

5. 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.

2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*, 399(10341), 2129–2154. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(22\)00532-3](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(22)00532-3)

Ismail, M. (2020). Regional disparities in the distribution of Sudan's health resources. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 26(9), 1105–1114. <https://doi.org/10.26719/emhj.20.056>

Jitta, J., Whyte, S. R., & Nshakira, N. (2003). The availability of drugs: What does it mean in Ugandan primary care. *Health Policy*, 65(2), 167–179. [https://doi.org/10.1016/S0168-8510\(03\)00003-4](https://doi.org/10.1016/S0168-8510(03)00003-4)

Kruk, M. E., Freedman, L. P., Anglin, G. A., & Waldman, R. J. (2010). Rebuilding health systems to improve health and promote statebuilding in post-conflict countries: A theoretical framework and research agenda. *Social Science and Medicine*. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.09.042>

McIntyre, D., Obse, A. G., Barasa, E. W., & Ataguba, J. E. (2018). Challenges in Financing Universal Health Coverage in Sub-Saharan Africa. *Oxford Research Encyclopedia of Economics and Finance*. <https://doi.org/10.1093/acrefore/9780190625979.013.28>

Mohamed, K. G., Hunskaar, S., Abdelrahman, S. H., & Malik, E. M. (2014). Scaling up family medicine training in Gezira, Sudan - a 2-year in-service master programme using modern information and communication technology: A survey study. *Human Resources for Health*, 12(1). <https://doi.org/10.1186/1478-4491-12-3>

Mullan, F., & Frehywot, S. (2007). Non-physician clinicians in 47 sub-Saharan African countries. *Lancet*, 370(9605), 2158–2163. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)60785-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60785-5)

OCHA. (2021). Humanitarian Needs Overview - Cameroon. Humanitarian Programme Cycle 2021, (February 2021), 1–53. Retrieved from www.humanitarianresponse.info/en/operations/nigeria

Pengpid, S., & Peltzer, K. (2020). Prevalence and correlates of multiple non-communicable disease risk factors among adults in zambia: Results of the first national steps survey in 2017. *Pan African Medical Journal*, 37, 1–12. <https://doi.org/10.11604/pamj.2020.37.265.25038>

Pourmohammadi, K., Shojaei, P., Rahimi, H., & Bastani, P. (2018). Evaluating the health system financing of the Eastern Mediterranean Region (EMR) countries using Grey Relation Analysis and Shannon Entropy. *Cost Effectiveness and Resource Allocation*, 16(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12962-018-0151-6>

Poverty Causes in Sudan : Some Economic and Political Aspects Khalid Ali El Amin Working Paper 0337 POVERTY CAUSES IN SUDAN : (2000).

Shei, A. (2013). Brazil's conditional cash transfer program associated with declines in infant mortality rates. *Health Affairs*. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2012.0827>

Sousa, A., Scheffler, R. M., Koyi, G., Ngah, S. N., Abu-agla, A., Harrison, M. M., & Nyoni, J. (2014). Health labour market policies in support of universal health coverage : a comprehensive analysis in four African countries.

Stevens, G. A., Finucane, M. M., & Paciorek, C. J. (2016). Levels and Trends in Low Height-for-Age. *Disease Control Priorities, Third Edition (Volume 2): Reproductive, Maternal, Newborn, and Child Health*, 85–93. https://doi.org/10.1596/978-1-4648-0348-2_ch5

Suliman, A. H. E. (1999). The impact of structural adjustment programs on the health sector in the Sudan: a case of Khartoum State, (10), 51. Retrieved from <https://www.africportal.org/documents/5382/ssrr-series-10.pdf>

على الشمولية الاجتماعية وضمان الوفاء بالاحتياجات المجتمعية وبناء العقد الاجتماعي مع المجتمعات باعتبارها الأحق والأولى بالرعاية. ويجب خلق كتلة حرجة وحاسمة من الباحثين في العلوم المختلفة بحيث يقومون بوضع النموذج الاقتصادي للتدخلات وتعزيز منظور السياسة العامة وتعزيز المنظور الإنساني والاجتماعي من خلال عمليات بناء الدولة على المديين القصير والبعيد. وهذا الأمر من شأنه أن يساعد على بناء سياسة سودانوية مدفوعة بالأدلة والبراهين الواضحة. ويتوجب على الفريق البحثي كذلك تطوير الأدلة المستمرة بشأن التنفيذ من حيث الجدوى والفعالية وكفاءة خطة العمل في الوفاء باحتياجات المجتمع.

قائمة المراجع

Africa SDG index and dashboard report,2020. https://sdgcafrica.org/wp-content/uploads/2020/10/2020_africa_index_and_dashboards.pdf

Awucha, N. E., Janefrances, O. C., Meshach, A. C., Henrietta, J. C., Daniel, A. I., & Chidiebere, N. E. (2020). Impact of the COVID-19 pandemic on consumers' access to essential medicines in Nigeria. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 103(4), 1630–1634. <https://doi.org/10.4269/ajtmh.20-0838>

Batniji, R., Khatib, L., Cammett, M., Sweet, J., Basu, S., Jamal, A., ... Giacaman, R. (2014). Health in the Arab world: A view from within 1: Governance and health in the Arab world. *The Lancet*, 383(9914), 343–355. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62185-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62185-6)

Brundtland, G. H. (2022). Public financing for primary health care is the key to universal health coverage and strengthening health security. *The Lancet Global Health*, 10(5), e602–e603. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(22\)00166-8](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(22)00166-8)

Cooper, R. S., Kennelly, J. F., & Orduñez-García, P. (2006). Health in Cuba. *International Journal of Epidemiology*, 35(4), 817–824. <https://doi.org/10.1093/ije/dyl175>

Dresang, L. T., Brebrick, L., Murray, D., Shallue, A., & Sullivan-Vedder, L. (2005). Family medicine in Cuba: Community-oriented primary care and complementary and alternative medicine. *Journal of the American Board of Family Practice*, 18(4), 297–303. <https://doi.org/10.3122/jabfm.18.4.297>

Elbasheer, B., & Bagi, M. A. (2000). AR, (July). Federal Ministry of Health 2016 and 2017 Joint Annual Review Report. (2017), (November).

Franco, Á., Álvarez-Dardet, C., & Ruiz, M. T. (2004). Effect of democracy on health: Ecological study. *British Medical Journal*, 329(7480), 1421–1423. <https://doi.org/10.1136/bmj.329.7480.1421>

Glassman, A., Giedion, U., Sakuma, Y., & Smith, P. C. (2016). Defining a health benefits package: What are the necessary processes? *Health Systems and Reform*, 2(1), 39–50. <https://doi.org/10.1080/23288604.2016.1124171>

Haakenstad, A., Irvine, C. M. S., Knight, M., Bintz, C., Aravkin, A. Y., Zheng, P., ... Lozano, R. (2022). Measuring the availability of human resources for health and its relationship to universal health coverage for 204 countries and territories from 1990 to

لمحة عن منتدى البحوث الاقتصادية: منتدى البحوث الاقتصادية هو شبكة إقليمية لتعزيز البحوث الاقتصادية عالية الجودة من أجل التنمية المستدامة في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا. وتأسس منتدى البحوث الاقتصادية عام ١٩٩٣، وتتمثل الأهداف الأساسية لمنتدى البحوث الاقتصادية في بناء قدرات بحثية قوية في المنطقة؛ لتشجيع إنتاج أبحاث مستقلة عالية الجودة؛ ونشر مخرجات البحوث لجمهور واسع ومتنوع. وفي سبيل تحقيق هذه الأهداف، تشمل مجموعة أنشطة منتدى البحوث الاقتصادية إدارة مبادرات بحثية إقليمية مختارة بعناية؛ وتوفير التدريب والتوجيه للباحثين المبتدئين؛ وبناء قواعد البيانات وتوفيرها للباحثين وصانعي السياسات؛ ونشر نتائج البحث من خلال الندوات والمؤتمرات ومجموعة متنوعة من المنشورات. ويقع المقر الرئيسي للمنتدى في مصر، بينما ينتشر زملاء البحث والسياسات من منسوبي المنتدى في بلدان المنطقة المختلفة وكذلك في أنحاء أخرى من العالم.



معلومات التواصل

مكتب منتدى البحوث الاقتصادية
العنوان: 21 شارع السد العالي، الدقي، الجيزة، مصر
صندوق بريد: 12311
هاتف: 603 – 20233318600+
فاكس: 20233318604+
البريد الإلكتروني: erf@erf.org.eg
الموقع الإلكتروني: http://www.erf.org.eg

تابعونا من خلال

www.erf.org.eg



TheERFLatest



ERFLatest



economic-research-forum

