annd
Arab NGO Network for Development
شبكة المنظمات العربية غير الحكومية للتنمية

AMERICAN UNIVERSITY OF BEIRUT
FACULTY OF HEALTH SCIENCES

الحقّ في الصحّة في السودان

الوضع الراهن والمحدّدات

2023

مايسة مصطفى الفضل
أستاذ مساعد في برنامج الصحة العامة والمدارية في جامعة العلوم الطبية والتكنولوجيا

سامية يوسف إدريس هباني
استشاري الصحة العامة وطب المجتمع

منى فتح الرحمن
أخصائي الصحة العامة

يُنشر هذا التقرير كجزءٍ من سلسلة تقارير الراصد العربي للحقوق الاقتصادية والاجتماعية (AWR) لشبكة المنظّمات العربية غير الحكومية للتنمية (ANND). يُعدُّ تقرير الراصد العربي منشورًا دوريًا تصدره الشبكة ويركّز كلّ إصدار على حقٍّ معيّنٍ وعلى السياسات والعوامل الوطنية والإقليمية والدولية التي تساهم في انتهاكه. يتمّ تطوير تقرير الراصد العربي من خلال عملية تشاركية تجمع ما بين أصحاب المصلحة المعنيّين، بما في ذلك المجتمع المدني، والخبراء في المجال، والأكاديميّين، وممثّلي الحكومة في كلٍّ من البلدان الواردة في التقرير، وذلك كوسيلةٍ لزيادة ملكيّة التقرير في ما بينهم وضمان توطينه وتعزيز صلته بالسياق.

يُركّز التقرير السادس للراصد العربي على موضوع الحقّ في الصحّة. ويمثّل تقرير الراصد العربي للحقّ في الصحّة للعام 2023 جهدًا مشتركاً بين شبكة المنظّمات العربية غير الحكومية للتنمية، وكليّة العلوم الصحيّة في الجامعة الأميركية في بيروت. وقد أُعدَّ بهدف تقديم تحليلٍ شاملٍ ونقديٍّ لوضع الحقّ في الصحّة في المنطقة والتوقّعات لما بعد مرحلة كوفيد- 19. ويُؤمل أن تُشكّل المعلومات والتحليلات المقدّمة منصّة للدعوة إلى إعمال هذا الحقّ للجميع.

تُعبّر الآراء الواردة في هذه الوثيقة عن رأي المؤلّف حصرا، ولا تعكس بالضرورة وجهات نظر شبكة المنظّمات العربية غير الحكومية للتنمية، والجامعة الأميركية في بيروت، Brot für die Welt، دياكونيا، أو المساعدات الشعبية النرويجية.

بيروت، حقوق النشر © 2023. جميع الحقوق محفوظة.

التقرير صادر عن **شبكة المنظّمات العربية غير الحكومية للتنمية**. يمكن الحصول عليه من الشبكة أو يمكن تحميله عن الموقع:
http://www.annd.org

يُحظّر إعادة إنتاج هذا التقرير أو أي جزء منه أو استخدامه بأي طريقة كانت من دون إذنٍ خطّي صريح من الناشر باستثناء استخدام الاقتباسات الموجزة.

بدعم من

Brot für die Welt | Norwegian People's Aid | People Change the World Diakonia

الحقّ في الصحّة في السودان

الوضع الراهن والمحدّدات

د. مايسة مصطفى الفضل

أستاذ مساعد في برنامج الصحة العامة والمدارية في جامعة العلوم الطبية والتكنولوجيا

الدكتورة مايسه الفضل إختصاصي صحة عامة وأستاذ مساعد في برامج الصحة العامة بجامعة العلوم الطبية والتكنولوجيا، السودان. تمتد خبرة الفضل إلى أحد عشر عاما تركزت في تقييم النظام الصحي والمسوحات الوبائية لموضوعات تخص الحاكميه، الرعايه الصحيه الاوليه، والعنف القائم على النوع، صحة المهاجرين، وحديثا الكوفيد في السودان والمنطقه العربيه.

د. سامية يوسف إدريس هباني

استشاري الصحة العامة وطب المجتمع

استشاري الصحة العامة وطب المجتمع. معظم الخبرة في الإدارة الصحية وبحوث النظم الصحية. خبرة في العمل المهني والأكاديمي. عملت في وزارة الصحة، منظمة الصحة العالمية، وزيرة للشؤون الإجتماعية، عضو بالبرلمان ورئيس لجنة الصحة والبيئة والسكان بالبرلمان. عملت كجزء من الوقت في المجلس الثقافي البريطاني، المجلس السوداني للتخصصات الطبية. عضو مجلس إدارة العديد من المنظمات الوطنية والدولية. نشرت وقدمت عدة أوراق علمية.

د. منى فتح الرحمن

أخصائي الصحة العامة

الدكتورة منى فتح الرحمن عمر (بكالوريوس الطب والجراحة، ماجستير الصحة العامة، ودبلوم منهجية وأخلاقيات البحث العلمي)، أخصائي الصحة العامة، لديها أكثر من 20 عاما من الخبرة في أبحاث النظام الصحي. رئيس قسم البحوث بوزارة الصحة، الخرطوم، السودان. محاضر في منهجية وأخلاقيات البحوث الصحية في العديد من الجامعات الوطنية. عضو نشط في عدد من اللجان البحثية والمؤسسات المهنية الصحية.

المحتويات

شكر وعرفان 06

مقدّمة 07

- الأهداف 08

منهجيّة العمل 09

المُحَدِّدات الإجتماعية والإقتصادية والبيئية للصحة 10

الوضع السياسي الراهن والحقّ في الصحة 11

حقّ المُتظاهرين في الصحة 13

الحقّ في الصحة في التشريعات والقوانين 14

الحقّ في الصحة في السياسات والخطط 16

النظرة للحقّ في الصحة 19

واقع الحقّ في الصحة في السودان 20

- الخدمات الصحّية في السودان 20
- المؤشّرات الصحّية 22
- المشاكل الصحّية 23
- صحة الأمّ والطفل والمراهقين 24
- التحصين 25
- الصحة النفسية والعصبية 25
- الموارد البشرية الصحّية 26
- الإمداد الدوائي 27

- تمويل الصحة 27
- السياسة النيوليبرالية 29
- التأمين الصحّي 30
- نظام المعلومات الصحّية 31
- آليّات المُساءلة والإصلاح 32

الإستنتاجات والتوصيات 34

- الإستنتاجات 34
- التوصيات 35

المراجع 37

شكر وعرفان

نتقدّم بالشكر الجزيل لشبكة المنظّمات العربية غير الحكومية للتنمية (ANND) وكلّية العلوم الصحّية بالجامعة الأميركية في بيروت (FHS-AUB) لتكليفهما لنا بإعداد تقرير الحقّ في الصحة في السودان والذي هو جزءٌ من تقرير الراصد العربي 2023، ونخصّ بالشكر د. مي، د. سوسن والأستاذة ميساء لما قدّمنه من دعمٍ فنّي وتوجيهٍ في كلّ مراحل إعداد التقرير.

نتقدّم أيضاً بالشكر والعرفان للإخوة والأخوات الذين أجرينا معهم المقابلات لما وفّروه لنا من وقتٍ ونحن نشهد مدى انشغالهم وضيق الزمن لديهم، وكذلك لما قدّموه من وثائقَ مهمّة كانت خيرَ معين في إعداد التقرير.

يتواصل شكرُنا لمنظّمة "نداء" لتنسيقها ورشة التشاور الوطني وللمشاركين في الورشة.

الشكرُ من قبل ومن بعد لله العليّ العظيم الذي وفّقنا لإنجاز هذا العمل رغم الظروف الصعبة بالبلاد في هذه الفترة الزمنية من عمر السودان، وندعو الله أن يَنعمَ على البلاد بالأمن والسلام والاستقرار والنماء والرفاه.

مقدّمة

جمهورية السودان دولةٌ عربية إفريقية، الغالبية العُظمى من سكّانها هم من المسلمين. تقعُ في الجزء الشمالي الشرقي من القارة الإفريقية، تَحدُّها سبعُ دول هي مصر من الشمال، ثم ليبيا، تشاد، أفريقيا الوسطى، دولة جنوب السودان، أثيوبيا وإريتريا. مساحة السودان 1.866 مليون كلم مربع وهي ثالث أكبر دولة في الوطن العربي وأفريقيا، بعد أن كانت أكبر دولة فيهما قبل انفصال الجنوب عام 2011. عدد سكّان السودان46.87 مليون نسمة في 2202م .(World Bank Data 2023) يبلغ معدّل النُموّ السكّاني 2.6%. وفقاً للمسح الُأسريّ السوداني الذي تمّ إجراؤه في عام 2014 يعيش قرابة 70% من سكّان السودان في الريف، نصفُ عدد السكّان تقريباً من الأطفال ويتساوى عددُ الرجال مع عدد النساء. نسبة السكّان الذين لديهم مياه شربٍ صالحة 68% ونسبة الذين لديهم مرافقَ صحّية مُحسَّنة 41% وتختلف نسبة استخدام المرافق المُحسَّنة بين الريف والحضر، إذ تبلغ في الريف 28.2% وفي الحَضر 69.3%. يبلغُ معدّل الخصوبة الكلّي للسنوات الثلاث السابقة للمَسح الُأسريّ 6.2 مواليد لكلّ إمرأة، ونسبة الخصوبة مرتفعة في المناطق الريفية مقارنةً بالمناطق الحَضرية إذ تبلغ في المناطق الحَضَرية للفئة العُمرية 20 – 24 سنة 167 مولوداً لكلّ 1000 إمرأة في مقابل 225 مولوداً لكلّ 1000 إمرأة في المناطق الريفية (Republic of Sudan, Council of Ministers & UNICEF 2014).

يُشير المسح إلى أنّ 6 من كلّ 10 من النساء صغيرات السنّ في السودان يعرفن القراءة والكتابة، وأنّ معرفة القراءة والكتابة تختلف حسب الموقع الجُغرافي فتبلغ 79.8% في المناطق الحَضرية ونحو 50% في المناطق الريفية. كذلك تراوحت نسبة النساء اللواتي يعرفن القراءة والكتابة حسب الحالة الاقتصادية للُأسَر، إذ بلغت النسبة في الفئة العمرية 24-15 للنساء المنتميات الى الُأسَر الأكثر ثراءً 92.2% بينما بلغت 31.1% للمنتميات الى الُأسَر الأكثر فقراً من السكّان (Republic of Sudan, Council of Ministers & UNICEF 2014).

يستقبل السودان أعداداً كبيرة من اللاجئين من دول الجوار: أثيوبيا، إريتريا، تشاد، جمهورية إفريقيا الوسطى وجنوب السودان، وفي السنوات الأخيرة استقبل أيضاً أعداداً كبيرة من اللاجئين السوريين وعدّة آلاف من اللاجئين اليمنيّين. في بداية عام 2022 استضاف السودان حوالي 2 مليون لاجئ. السودان دولة متعدَّدةَ الأعراق والثقافات. هي دولة اتّحادية بها ثلاثة مستويات من الحكم، موزَّعة على 18 ولاية وأكثر من 189 محلّية. ووفقاً لاتفاقية جوبا للسلام لعام 2020 تمّ الإتفاق على إنشاء مستوى إقليمي تحت المستوى الاتّحادي مع تقسيم السودان إلى 8 مناطق عقب مؤتمر الحوكمة والإدارة في عام 2021 (جمهورية السودان، وزارة الصحة الإتحادية 2021-2024).

يواجه السودان تحدّيات متعدّدة في قضايا التنمية الاقتصادية والاجتماعية، حيث إنّه يُعدّ من أقلّ البلدان النامية (LDC). وفقاً للسياسة الوطنية لمعافاة وإصلاح النظام الصحّي السوداني 2024-2021، انخفض الناتج المحلّي الإجمالي للدولة إلى أقل من 40.85 مليار دولار بينما بلغ معدّل النموّ الإقتصادي السنوي 2.3 في المائة. يعيش حوالي 36.1% من سكّان السودان تحت خط الفقر (جمهورية السودان، وزارة الصحة الإتحادية 2024-2021). يعاني ملايين الأطفال والُأسَر من الضائقة المالية وأثارها

الصحّية والاجتماعية والاقتصادية، وقد زاد انتشار فيروس الكورونا (COVID-19) من ذلك. كذلك هنالك مخاطرُ مستمرّة مثل الفيضانات والجفاف والصراع والنزوح (Republic of Sudan, Council of Ministers & UNICEF 2014). يتعرَّض السودان للكوارث الطبيعية التي من صنع الإنسان ويُقدَّر أنّ حوالي 8.7 ملايين شخص يحتاجون إلى مساعدات طارئة بسبب انخفاض مستويات المعيشة. وقد شهد عام 2020 أيضاً أسوأ موجة فيضانات منذ عقود، أثّرت على ما يقرب من 900 ألف شخص، وألحقت أضراراً بالمنازل، وتسبّبت في فقدان سُبل العيش والإنتاج الزراعي (جمهورية السودان، وزارة الصحة الإتحادية 2021-2024).

يلجأ كثير من المواطنين السودانين الى الهجرة خارج البلاد بسبب ارتفاع معدّلات الفقر والبطالة والصراع وانعدام الأمن. نسبةً للتحدّيات الاقتصادية والاجتماعية المتعدّدة ولظروف الحروب التي تعاني منها البلاد منذ أمدٍ بعيد ما زال الكثير من المؤشّرات الصحّية في حالةٍ متردّية، كما أنّ كثير من المناطق الجغرافية لم تغطّها الخدمات الصحّية أو أنّها ليست بالجودة المطلوبة، كما أنّ توزيع الموارد البشرية والمادّية غير عادل بين المناطق الجغرافية المختلفة بالبلاد (جمهورية السودان، وزارة الصحة الإتحادية 2021-2022).

الأهداف

تتمثّل الأهداف المحدّدة للتقرير في الآتي:

1. تحديد هل الصحة حقٌّ لكافة فئات المجتمع داخل السودان من حيث:
   - النصُّ عليها في القوانين،
   - اعتماد السياسات الصحّية العلمية التي تدعم تحقيق الحقّ في الصحة،
   - التخطيطُ لتوفير الحقّ للجميع،
   - توفيرُ الموارد البشرية والمالية وتوزيعها بعدالة.
2. تحديدُ الأثَر السياسي على الحقّ في الصحة.
3. تحديدُ التأثير الاجتماعي من حيث معرفة المواطن بحقّه ومن حيث اشتراكه في التخطيط للصحة.

منهجيّة العمل

اتَّبعت الدراسة المنهج النوعي التحليلي الذي استند على مراجعة المعلومات المنشورة والموجودة في المواقع الرسمية ومنصّات تواصل الجِهات ذات الصلة والتقارير. تمّ تعضيد المعلومات المُستخلصة من هذه الوثائق بمقابلات مع شخصيات مفتاحية في مجال الصحة والحقوق الاجتماعية. شملت الوثائق التي تمّت مراجعتها من خلال الدراسة مجموعة من القوانين واللوائح والخطط والتقارير الصحية.

تمَّ إجراء مقابلات مع مُتَّخذي القرار بوزارة الصحة الإتّحادية كذلك مع بعض منسوبي وزارتي العدل والتنمية الإجتماعية (الرعاية والضمان الإجتماعي سابقاً). تمَّ تشكيل مجموعات نقاش بؤَريّة لمُمثّلين من لجان مقاومة الخرطوم وممثّل للجنة الأطبّاء المركزية وممثّلين لمراكز بحثية ومنظّمات عن الجندر وحقوق المرأة والأشخاص ذوي الإعاقة والإحتياجات الخاصة.

شملت المُتغيّرات التي تمّ جمع البيانات حولها المؤشّرات الاقتصادية والاجتماعية والصحّية، الحقّ في الصحة ويشمل الاعتراف به ومعرفته، المساواة، توفّر الخدمات الصحّية لكافة الفئات بما في ذلك مناطق النزاعات، اللاجئين والنازحين، الفئات الضعيفة، التغطية بالتأمين الصحّي، توزيع الموارد البشرية، توفُّر الأدوية الأساسية، عدم الإستقرار السياسي الذي شمل الإحتجاجات السلمية ومصابي التظاهرات والتدهور الاقتصادي.

تناول التقرير الصحةَ من خلال المحدَّدات العامة للصحة وتشمل المياه النظيفة، الغذاء، السكن، التعليم، والوضع السياسي والاجتماعي. على صعيد آخر، تمَّ تحليل بُنيات النظام الصحّي الستّ التي تشمل الحاكمية والقيادة، الموارد البشرية، الخدمات الصحّية، الإنفاق الحكومي على الصحة، نظام المعلومات والبحوث والإمداد الدوائي. تناول التقرير أيضاً الدعم الدولي للصحة في الفترة الانتقالية. تمّ التركيز على الإشكالات الصحّية والأمراض الأكثر شيوعاً والأوبئة بما في ذلك جائحة الكورونا وأثَرها المباشر وغير المباشر على تأمين الحقّ في الصحة في السودان.

تمّ أخذ موافقة وكيل وزارة الصحة الاتّحادية لجمع البيانات من منسوبي وزارة الصحة الاتّحادية والمؤسّسات ذات الصلة المذكوره سابقاً.

واجهت الدراسة العديد من التحدّيات من أهمّها: صعوبة التنسيق مع الجهات ذات الصلة خصوصاً العاملين بوزارة الصحة لإجراء المقابلات، عدم استقرار الأوضاع السياسية الذي أثَّر سلباً على الهياكل والذاكرة المؤسّسية وأسْهَم في إضعاف قاعدة البيانات بالوزارات المختلفة، المظاهرات والإحتجاجات التي أدّت إلى صعوبة التنقّل في العاصمة لجمع البيانات من الوزارات والمؤسّسات ذات الصلة.

المُحَدِّدات الإجتماعية والإقتصادية والبيئية للصحة

ترتبط الآثار الصحّية الرئيسية للمُحدِّدات البيئية في البلاد بالقلق المتزايد بشأن تأثير تغيُّر المناخ وفقدان التنوّع البيولوجي على الأنماط المتغيّرة للأمراض المُعْدية وغير المُعْدية، الإعاقات، والإصابات. تتطلّب مواجهة التحدّيات الحاليّة والناشئة إجراءات مشتركة قويّة. تُسلِّطُ خطّة التنمية المُستدامة لعام 2030 الضوءَ على الروابط الحاسمة التي لا تنفصم بين التنمية والبيئة وصحة الإنسان والرفاه والاقتصاد باعتبارها أساسية لتحقيق مجموعة واسعة من حقوق الإنسان. بما في ذلك الحقّ في الحياة، والتمتُّع بأعلى مستوى يمكن بلوغه من الصحة البدنية والعقلية، ومستوى معيشيّ لائق، وطعام مأمون، ومياه الشرب والصرف الصحّي، والأمان والتربة النظيفة، والمياه والهواء، وهي عناصر أساسية لتعزيز العدالة والسلم. ستساهم السياسات البيئية والصحّية السليمة في الزيادة الإجمالية في متوسِّط العمر المتوقَّع والرفاهية، وأنّ المكاسب الصحّية هي من بين أكثر الفوائد المرغوبة اجتماعياً واقتصادياً للحماية البيئية الكافية.

يؤدّي التدهور البيئي والتلوّث، وتغيُّر المناخ، والتعرُّض للمواد الكيميائية الضارّة، وزعزعة استقرار النُظُم البيئية، إلى تهديد الحقّ في الصحة ويؤثّر بشكلٍ كبير على الفئات السكّانية المحرومة والضعيفة اجتماعياً، ممّا يؤدّي إلى تفاقم عدم المساواة. وتسعى الوزارة من خلال الخطّة الإستراتيجية الى التعاون مع جميع القطاعات ذات الصلة بالصحة لتحسين الصحة والعدالة الصحّية من خلال اعتماد الصحة في جميع السياسات وضمان مراعاة الصحة بشكلٍ منهجي في سياسات وقرارات جميع القطاعات الأخرى وفقاً لإفادات المسؤولين بوزارة الصحة الاتّحادية.

تعترف وزارة الصحة الاتّحادية في السودان بخطّة التنمية المُستدامة لعام 2030 وتلتزم بإستراتيجيات مُتماسكة متعدَّدة القطاعات تؤكّدُ على السياسات الوقائية على نطاق المنظومة كما على العدالة لتحسين ظروف الصحة البيئية، وتضع في الاعتبار العواقب على المحدِّدات الاجتماعية للصحة (جمهورية السودان، وزارة الصحة الإتحادية (2021-2024. يُعدّ التعليم مؤشّراً مهمّاً للحصول على الحقّ في الصحة وفي ظل نسبةٍ منخفضة في مستوى التعليم خصوصاً لدى النساء، ويبقى التحدّي في نشر ثقافة الإلمام بالحقوق الإنسانية الأساسية للمواطنين من أهمّ العقبات التي تواجه أجندة حفظ الحقوق الإنسانية.

الوضع السياسي الراهن والحقّ في الصحة

يبقى الوضع السياسي من أهمّ المحدّدات لتحقيق الحقّ في الصحة في السودان. فبعد حكومة دامت ثلاثين عاماً جاءت الثورة السودانية والتي بدأت في أواخر العام 2018 وتكلّلت بتغيير الوضع السياسي في نيسان/أبريل 2019، حيث تمّ تكوين حكومة انتقالية بمشاركة مدنيين وعسكريين لتولّي زمام الأمور وضمان استقرار الدولة والتمهيد لإجراء انتخابات وطنية بعد ثلاث سنوات كما نصّت الوثيقة الدستورية. استمرت الحكومة المُعيَّنة وفق الوثيقة الدستورية حتى 25 تشرين الأوّل/أكتوبر 2021 حيث أعلن رئيس المجلس السيادي الإنتقالي قرارات عُرفت بقرارات 25 أكتوبر وسمّاها بعض السياسين وبعض المبحوثين بانقلاب 25 أكتوبر. ويُعتبر هذا التاريخ نقطةً مَفصلية، تبعَها العديد من الإجراءات الدولية والإقليمية والمحلّية الرافضة للقرارات.

عليه يُمكن تقسيم الحقبة التاريخية الحديثة في السودان إلى أربع مراحل: قبل سقوط نظام الإنقاذ، ما بين سقوط النظام وقرارات/انقلاب 25 أكتوبر 2021، ما بعد قرارات أكتوبر، وحالياً حقبة جديدة بدأت في كانون الأوّل/ديسمبر 2022 باعتماد وثيقة اتفاق إطاري بين السلطة العسكرية وبعض القوى السياسية. تميَّزت المرحلة ما بين سقوط النظام وقرارات/انقلاب 25 أكتوبر بالإنفتاح في جميع المجالات بما فيها الصحة وتمّ وضع خطّة إستراتيجية تتناسق مع متطلّبات المرحلة الإنتقالية. شهدت الصحة تدفقَ العديد من المنظّمات الدولية واستئناف مشاريع حيوية لتقوية النظام الصحّي من خلال تطوير بيئة العمل وتدريب الكوادر ودعم نظام المعلومات. تبنّت الحكومة الانتقالية في هذه الفترة قضايا مهمّة مثل توفير الدواء وزيادة التغطية التأمينية بإدخال مليون أسْرة إضافية لتوسيع رقعة مظلّة التأمين الصحّي. صاحبت هذه الفترة إجراءات أساسية تقضي بإزالة التمكين من المؤسّسات الحكومية وكلّ أجهزة الدولة ممّا أدّى إلى حدوث فراغٍ بالمناصب الإدارية العُليا على مستوى المركز والولايات. على الرغم من سدّ جميع المناصب وتجديد الوجوه بدماءٍ وطنية جديدة إلاّ أنّ ذلك أحدث خللًا بالنظام الإداري، نسبةً لضعف المتابعة لعمليات التسليم والتسلّم وغياب التوثيق الذي أضعف الذاكرة المؤسّسية وأدّى إلى إحداث إشكاليّات في متابعة وتنفيذ التدخّلات والمشاريع الصحّية.

يُمكن تلخيص تأثير الوضع السياسي ما بعد قرارت/انقلاب 25 أكتوبر على الحقّ في الصحة في ثلاثة محاور تتعلّق بالمانحين، الدعم واستبقاء الكوادر، وإصابات التظاهرات وتفاقم أعداد النازحين نسبةً لازدياد وتيرة العنف في مناطق النزاعات والمناطق الحدودية. في هذا التقرير سيتّم تسليط الضوء على تأثير الوضع السياسي على الحقّ في الصحة بشكلٍ عام بالتركيز على أهمّ بُنيات النظام الصحّي الأساسية المتأثّرة بالوضع السياسي، كما تمَّ اجراء تحليلٍ عميق ومقاربات لوضع الحقّ في الصحة في المناطق الحضرية لفئة المُتظاهرين السلميّين والنازحين واللاجئين في المناطق الريفية البعيدة.

الإشكالات العامة المرتبطة بالوضع السياسي الراهن تتعلَّقُ بتبِعات قرارت/ انقلاب أكتوبر2021 التي أعقبَها العديد من التصريحات الرافضة لَلقرارات، تلتَها سلسلة من الإجراءات الخاصة بوقف التعاون مع الحكومة القائمة، كما تمَّ إيقاف الدعم لمشاريع القطاع الصحّي المموّلة من قبل الإتّحاد الأوروبي ومنظّمات الأمم المتّحدة وصندوق الدعم العالمي، ممّا أدّى الى إيقاف تنفيذ العديد من المشاريع

والخدمات الصحّية خاصةً في المناطق التي تعتمد على المانحين. تمَّ توثيق إجمالي الدعم الذي تمّ تجميده في تقريرٍ عن فعّالية شراكات التنمية الصادر عن الإدارة العامة للصحة الدولية بوزارة الصحة الاتّحادية والذي تناول تحدّيات التمويل في ظل الراهن السياسي خصوصاً بعد قرارت/انقلاب أكتوبر. وتُقدَّر المبالغ المُجمّدة لمشاريع الصحة بحوالي 316,700,749 دولار، منها 159 مليون دولار من البنك الدَولي و40 مليون دولار من الاتّحاد الأوروبي.[1] وأظهر التقرير أنّ الخدمات الصحّية والإمداد الدوائي هي من أكثر محاور النظام الصحّي المتأثّرة بأيقاف الدعومات. تمّ توثيق تأثير قرارت/انقلاب أكتوبر على النظام الصحّي في السودان في مقالٍ تحليلي للهادي وزملائه بعنوان " توفير الأساسيات: تأثير الانقلاب العسكري على النظام الصحي في السودان" (Osman et al. 2021). تناولت الورقة تبعات قرارت/ انقلاب 25 أكتوبرعلى قطاع الصحة التي يمكن تلخيصها في الفراغ الإداري للمناصب العُليا وتوقّف الخدمات الصحّية واستعداء الكوادر الصحّية من قبل القوات الأمنية والنظامية وتأثّر المعينات الطبّية والإمداد الدوائي بوقف الدعم من المانحين.

حالياً تمّ تغيير سياسة التمويل والدعم من قبل المانحين بعد قرارات/انقلاب أكتوبر وذلك باعتماد سياسة التنفيذ المباشر من قبل المانحين، الذي أدّى الى تأخير تنفيذ بعض المشاريع خصوصاً حملات التحصين، نسبةً للإجراءات البيروقراطية المعقّدة للمنظّمات التي تقتضي بالتمويل المباشر للأنشطة. الإجراءات السابقة أدّت أيضاً الى إضعاف الحاكمية لوزارة الصحة كجهة منفّذة للتدخّلات الصحّية، حسب إفادات مدير التقييم والمتابعة بالإدارة العامّة للصحة الدولية بالوزارة الإتّحادية. أحدثت القرارت فراغاً إدارياً للمناصب العليا في وزارة الصحة، الأمر الذي أدّى الى تعطيل الإجراءات الإدارية وأثّر سلباً على سير العمل بالمركز والولايات وانعكس سلباً على تقديم الخدمات والتدخّلات الصحّية. ونسبةً للدور البارز الذي لعبته الكوادار الصحّية في الثورة السودانية والذي تمّ الاعتراف به في المحافل الدولية والمحلّية، تمّ إعطاء لقب "الجيش الابيض" للكوادر الطبّية. كذلك لعبت الكوادر الطبّية دوراً مهماً في مناهضة قرارت/إنقلاب 25 أكتوبر، حيث نظّمت اضراباً مفتوحاً رفضاً للقرارت بلغت نسبة تنفيذه 80% ممّا أدّى الى إحداث شللٍ بمنظومة الخدمات الصحّية والى توقّفٍ تام للخدمات في المؤسّسات الصحّية خصوصاً الرعاية الصحّية في المناطق الطرف. من جهة أخرى، تمّ رصد العديد من الإنتهاكات والإعتداءات المتكرّرة على المستشفيات والكوادر الطبّية أثناء تأدية عملها ممّا فاقم من معدّلات فقدان الكوادر الطبّية وأثّر سلباً على سياسات إستبقاء الكادر الصحّي بالمرافق الحكومية (Osman et al. 2021).

أصدرت منظّمة الصحة العالمية في كانون الثاني/يناير2020 بياناً يدين الاعتداءات المتكرّرة من القوات النظامية على المرافق الصحّية، التي رصدت 15 هجوماً، تمّ تأكيد 12 منها في الخرطوم ومدنٍ أخرى، وتراوحت الأعتداءات بين الترهيب والتعنيف اللّفظي والبدَني. وأفادت التقاريرعن إعتداءات على المرضى والطاقم الطبّي وإعتقالات للمُصابين أدَّت الى تعليق خدمات الطوارئ في بعض المستشفيات وفرار المرضى دون إستكمال العلاج. تمّ تسجيل حوادث مُتكرَّرة لإعتراض عربات الإسعاف وتفتيش الطاقم الطبّي قسْريّاً (WHO-EMRO 2022).

أجمع بعض مُمثّلي وزارة الصحة والمنظّمات الطوعية وممثّل لجنة الأطبّاء المركزية على التأثير السالب لهجمات أجهزة الأمن والشرطة على الوصول للخدمات الصحّية في أوقات الإحتجاجات للمواطنين عامّةً والمُحتجّين على وجه الخصوص. وقد كانت الإعتداءات من أهمّ الأسباب لتوقّف الخدمة في بعض المستشفيات التي كانت تقدّم خدمات الطوارئ لمصابي التظاهرات مثال مستشفى الأربعين بامدرمان ومستشفى رويال كير ومستشفى فضيل بالخرطوم.

[1] Directorate General of Global Health, Federal Ministry of Health, *Effective Development Partnership*.

حقّ المُتظاهرين في الصحة

برز جلياً أثرُ الوضع السياسي على المصابين خلال التظاهرات حيث تفاقمت أعداد المصابين وزاد عدد الإصابات الخطرة بعد قرارت/انقلاب أكتوبر 2021. بلغ العدد الكلّي للمصابين في التظاهرات السلمية أكثر من8000 إصابة وفقاً لإفادة ممثّل لجنة الأطبّاء المركزية. تمّ رصد 78 حالة استدّعت التنويم بالعناية المُكثّفة. بلغت حالات الوفاة 116 حالة وحالات الإغتصاب 50 حالة تمّ توثيق ثلاث منها في الأجهزة القضائية (*Hadhreen* 2022).

بلغ عدد الإصابات الخطرة 1074 إصابة (معظمها إصابات مُباشرة في الصدر والرأس والعنق) وأدّت الى إعاقة دائمة أو وفاة. تمّ تشكيل لجنة بمجلس الوزراء لمتابعة ملف المصابين وتغطية تكاليف العلاج، كما تمّ تشكيل لجان فنّية من الوزرات ذات الصلة كوزارة الصحة والخارجية وتمّ رصد حالات المصابين والجهات الداعمة، لتقنين العمل وتحسين التنسيق بين الجهات المختلفة. رفضت معظم المنظّمات التعامل مع أجهزة الدولة وحصرت عملها في الرصد وتغطية تكاليف العلاج. بينما تبنّت منظّمات المجتمع المدني ملف مُصابي التظاهرات حيث تصدّرت منظّمة "حاضرين" قائمة الجهات المسؤولة عن ملف مُصابي الثورة والإحتجاجات السلمية بالتنسيق مع لجنة الأطبّاء المركزية.

قامت منظّمة "حاضرين" برصد ومتابعة علاج 5600 حالة وجمعت التبرعات للتكفُّل بعلاج المصابين وساهمت في علاج 855 إصابة منها 19 إصابة خطرة تمّ علاجها خارج السودان. بلغت التكلفة الكلّية للعلاج من قبل تحالف "لستم وحدكم " ما يُقدّر بـ517،846،269 (خمسمائة وسبعة عشر مليوناً وثمانمائة وستة وأربعون ألفاً ومئتان وتسعة وستون) جنيهاً سودانياً (ما يعادل 97،308،500 (سبعة وتسعون مليوناً وثلاثمائة وثمانية ألفاً وخمسمائة) دولار أميركي) (*Hadhreen* 2022).

الجدير بالذكر أنّ صندوق الإمدادات القومي للتأمين الصحّي ساهم في علاج المصابين وذلك في إطار تحقيق بند المسؤولية المجتمعية. تمّ وضع بروتوكول وإجراءات قياسية لتسهيل الوصول لخدمات الطوارئ من قبل لجنة الأطبّاء المركزية. ساهمت الكوادر الطبّية في المرافق الصحّية في كلّ السودان وفي الخرطوم على وجه الخصوص في الحفاظ على استمرارية تقديم خدمات الطوارئ للمصابين في التظاهرات، رغم المصاعب والضغوطات السياسية والإعتداءات على بعض المرافق الصحّية. ساندت المؤسّسات والمرافق الصحّية بشقّيها العام والخاص في تقديم الخدمات العلاجية حيث تمّ علاج 80% من المصابين داخل السودان، وذلك يؤكّد التزام الأطبّاء بحقّ المتظاهرين في الصحة وأيضاً يوثّق التزام الدولة بمسؤوليتها تجاه المتظاهرين وذلك وفقاً لإفادات ممثّل منظّمة "حاضرين."

أعلنت منظّمة "حاضرين" في آب/أغسطس 2022 عن توقُّفها عن تغطية نفقات العلاج نسبةً لتنامي التكاليف وتراكم المديونيات وعجز الميزانية. القرار ستعقبه تبعات سالبة متمثّلة في صعوبة الحصول على الخدمات الصحّية وكذلك تفاقم الحالة الصحية للمرضى تحت العلاج والبالغ عددهم400 مريضٍ.

الحقّ في الصحة في التشريعات والقوانين

صادق السودان على كثير من الإتفاقيات والمواثيق الدَولية وتمّت مواءمتها مع القوانين الوطنية، وعليه تعتبر دولة السودان ملزمةً قانونياً أمام المجتمع الدولي بكفالة وضمان الحقّ في الصحة لمواطنيها. فيما يختصّ بالتشريعات والقوانين الوطنية، نصّت قوانين السودان على حقّ جميع المواطنين في التمتُّع بصحةٍ جيدة وفي الحصول على خدمات صحّية بشكلٍ متساوٍ، حيث نصّت الوثيقة الدستورية لعام 2019 في المادّة (4) 1 من الفصل الأوّل على الآتي (جمهورية السودان، وزارة العدل 2019):

> إن جمهورية السودان دولةٌ مستقلة ذات سيادة، ديمقراطية، برلمانية، تعدّدية، لامركزية، تقوم فيها الحقوق والواجبات على أساس المواطنة دون تميي ز بسبب العرق أو الدين أو الثقافة أو الجنس أو اللون أو النوع أو الوضع الاجتماعي أو الاقتصادي أو الرأي السياسي أو الإعاقة أو الانتماء ال ج هوي أو غيرها من الأسباب. كما نصّ ت الوثيقة أيض ا على أ ن الحقوق والواجبات المضمّ نة في الاتفاقيات والعهود والمواثيق الد ولية والإقليمية لحقوق الإنسان وال م صادق عليها جزء من الوثيقة وأ ن الدولة تتعهّ د بحماية وتعزيز الحقوق ال م ضمّ نة في الوثيقة وكفالتها للجميع دون تميي ز بسبب العرق أو اللون أو النوع أو اللغة أو الدين أو الرأي السياسي أو الوضع الاجتماعي أو غير ذلك من الأسباب.
>
> الوثيقة الدستورية لعام 2019، الماد ة (4) 1 من الفصل الأوّل

أيضاً نصّت الوثيقة على "التزام الدولة باحترام الكرامة الإنسانية والتنوّع وتؤسِّس على العدالة والمساواة وكفالة حقوق الإنسان وحرّياته الأساسية" وأنَّ لكلّ إنسان حقٌّ أصيلٌ في الحياة الكريمة والسلامة الشخصية وأنَّ المواطنةَ أساسُ الحقوق المتساوية، وأنَّ للرجال والنساء الحقَّ المتساوي في التمتّع بالحقوق المدنية.

وفي مجال الصحة بالتحديد نصّت الوثيقة الدستورية على أنَّ الدولة توفِّر الرعاية الصحّية للأمومة والطفولة والنساء الحوامل وأنّها تكفل للمسنّين الحقَّ في احترام كرامتهم وتوفِّر لهم الرعاية والخدمات الطبّية. وفي المادّة 65 نصّت الوثيقة على أنَّ الدولة تتعهّد بتوفير الحدّ الأدنى للرعاية الصحّية وهو الرعاية الصحّية الأوّلية وخدمات الطوارئ مجّاناً لكلّ المواطنين وتطوير الصحة العامة وإنشاء وتطوير وتأهيل المؤسّسات العلاجية والتشخيصية الأساسية. ونفس هذه الحقوق نصّ عليها من قبل دستور السودان الانتقالي لعام 2005م (جمهورية السودان، وزارة العدل 2005).

قانون الصحة العامة القومي لسنة 2008 نصّ على حقِّ كلِّ مواطن في الحصول على رعاية صحّية مجّاناً في مرافق الدولة لخدمات الرعاية الصحّية الأساسية وفي الحالات الطارئة في الحوادث، وكذلك الرعاية الصحّية للأطفال حتى سنّ 5 سنوات وللحوامل بما في ذلك حالات الولادة الطبيعية والقيصرية ((جمهورية السودان، وزارة العدل 2008). قانون الصندوق القومي للتأمين الصحّي لعام 2008م ينصّ على

إلزامية التأمين الصحّي لكلّ السودانين المقيمين بالسودان ولكلّ الأجانب واللاجئين (جمهورية السودان، وزارة العدل 2016).

من حيثُ الآليات تمّ تشكيل الآليّة الوطنية لحقوق الإنسان والقانون الدَولي في عام 1994 وهي جسم مختصٌ لمتابعة تطبيق العهود والمواثيق الدَولية، إضافةً إلى مراقبة الحقوق الإنسانية وكذلك مواءمة التشريعات الوطنية مع المواثيق الدولية. تَتْبَع الآليّة الوطنية للإدارة العامة لحقوق الإنسان والقانون الدولي والإنساني بوزارة العدل. تتكوّن الآليّة من 21 عضواً يمثّلون الوزارات ذات الصلة بما فيها وزارة الصحة، المفوّضيات (العون الإنساني وشؤون اللاجئين) وكذلك الجامعات ومنظّمات المجتمع المدني، إضافةً إلى عضو مراقب من الأمم المتّحدة. تقوم الآليّة برفع تقارير دورية عن مؤشّرات الأداء للتوصيات الدولية وكذلك مراقبة تنفيذ الوزارات للتوصيات. تمّ تقديم واعتماد تقرير السودان الثالث أمام آليّة الاستعراض الدوري الشامل التابعة لمجلس حقوق الإنسان بالأمم المتّحدة في دورتها الثالثة (2022 Sudan News Agency /وكالة السودان للأنباء (سونا)(. الجدير بالذكر أنَّ السودان حقق إضافة تشريعية مهمّة في مجال الصحة وهي تجريم ختان الإناث والتي كانت متعثّرة لأكثر من 40 عاماً حيث أضاف فقرة في المادّة 141 للقانون الجنائي.

بالرغم من كفالة الحقّ في الصحة في القوانين والتشريعات السودانية إلاّ أنَّ ذلك لا ينطبق على الواقع وذلك وفقاً للمقابلات مع متّخذي القرار الذين أجمع غالبيتهم على وجود مفارقة بين وجود التشريعات والتنفيذ. وأكّد أحد مُتّخذي القرار بالصندوق القومي للتأمين الصحّي على الأتي:

> إنّ الدولة تؤمن بأنّ الصحة ح ق للمواطن وينعكس ذلك من خلال القوانين والخطط والبرامج التي شكّ لت طموحات عالية مثل التوسّ ع الشامل في التأمين الصحّ ي ورصد الميزانيات لذلك. ولكن في الواقع، الصحة لا تم ثّل كامل الأولوية للدولة، إذ أنّ صرف الميزانيات المرصودة يعتمد على تو فّر المال، وفي حالة قصر الميزانيات تسقط ميزانيات الصحة و تُصرف الأموال الموجودة في أولويات أخرى تقدّ رها الدولة كالأمن، مرتبات العاملين واستحقاق إتفاقيات السلام.

الحقّ في الصحة في السياسات والخطط

تضطلع الإدارة العامة للسياسات الصحّية والتخطيط بوزارة الصحة الإتّحادية بوضع السياسات الصحّية، الخطط الإستراتيجية والخطط السنوية وتقوم بمتابعة إنفاذها. ولضمان تحقيق سياسات وخطط فاعلة يتمّ وضعها بشراكة فاعلة مع القطاعات ذات الصلة بالصحة وبمشاركة مجتمعية، وتؤكّد الوزارة على أهمّية التعاون مع مختلف الشركاء الحكوميين وخاصة الصندوق القومي للتأمين الصحّي والشركاء الإنمائيين بما في ذلك وكالات الأمم المتّحدة والجهات المانحة وبنوك التنمية والمنظّمات غير الحكومية الوطنية والدَولية ومنظّمات المجتمع المدني وكذلك الجهات الأخرى المُقدِّمة للخدمات الصحّية كالقطاع الصحّي الخاص، الجيش والشرطة والمنظّمات التطوّعية التي تقدِّم خدمات صحّية (جمهورية السودان، وزارة الصحة الإتحادية؛ 2007 جمهورية السودان، وزارة الصحة الإتحادية 2024-2021). يتمّ أيضاً إشراك الجهات ذات الصلة بالصحة مثال المسؤولين في قطاعات المياه، صحة البيئة والتعليم. من المؤكّد أنّ إشراك المسؤولين بوزارة المالية يُعتبر من الأساسيات. تضطلع منظّمة الصحة العالمية عادةً بالدعم الفني والمالي لوضع السياسات والخطط كما يشارك أيضاً صندوق الأمم المتّحدة للطفولة وصندوق الأمم المتّحدة للسكّان في وضع هذه السياسات والخطط.

وقد أفاد وزير الصحة المكلَّف في كلمته عند تقديم الخطّة الإستراتيجية لمعافاة واصلاح القطاع الصحّي 2024-2022، الى أنّه يتطلع إلى العمل مع مختلف أصحاب المصلحة في مجال الصحة لتحقيق النتائج المرجوَّة من هذه الخطّة الإستراتيجية، لا سيما على مستوى التنفيذ، حيث إنّ تعزيز النظام الصحّي على المستويين الولائي والمحلّي شرطٌ أساسي لتنفيذ هذه الخطة الاستراتيجية وتحقيق هدفها للوصول الى تغطية سكّانية شاملة بالخدمات الصحّية. كما أشار الى أهمّية مشاركة المجتمع وكافة الجهات الحكومية ذات الصلة بالصحة خاصةً الصندوق القومي للتأمين الصحّي والشركاء في المجال الإنساني ومجالات التنمية بما في ذلك منظّمات الأمم المتّحدة، المُموّلين، بنوك التنمية والمنظّمات التطوّعية المحلّية والعالمية ومنظّمات المجتمع المدني وغيرها من الجهات (جمهورية السودان، وزارة الصحة الإتحادية؛ 2007 جمهورية السودان، وزارة الصحة الإتحادية 2024-2021).

تمّ وضع الإستراتيجية القومية ربع القرنيّة -2002 2027 ومن قبلها الخطّة الإستراتيجية لعشر سنوات وأجيزت وثيقة الصحة في كلٍّ السياسات عام 2018. أيضاً تمّ إعداد عدد من السياسات مثل سياسة صحة الطفل السوداني، السياسة تجاه المنظّمات التطوّعية، سياسة البحوث الصحّية، سياسة التغذية وغيرها من السياسات التي تشير في مُجمِلِها لحقّ كافّة السكّان في الحصول على خدمات صحّية جيّدة. بعد ثورة نيسان/أبريل-كانون الأوّل/ديسمبر 2019 تمّ إعداد السياسة الوطنية لمعافاة وإصلاح القطاع الصحّي السوداني 2024-2021 وكذلك الخطّة الإستراتيجية الوطنية لمعافاة وإصلاح القطاع الصحّي السوداني 2024-2022 (National Health Sector Recovery and Reform Policy 2022-2024, National Health Sector Recovery and Reform .Strategic Plan 2022-2024).

وفقاً للخطّة الإستراتيجية ربع القرنيّة فإنّ الرؤية هي وجود نظام صحّي يساعد على تحسين الصحة، يحقّق رغبات وتطلّعات المواطنين، ويتّسم بالعدالة؛ الكفاءة؛

الحداثة؛ والمواءمة للتقنيات والبيئة، ويركّز على الجودة والابتكار وتعزيز الصحة ويشارك فيه المجتمع بصورة فاعلة .أمّا الرسالة في الخطّة الإستراتيجية ربع القرنية فتتحدّث عن وجود نظام صحّي يساعد على تحسين الصحة وتحسين نوعية الحياة بحيث يتمتّع المواطن بأعلى مستوى يمكن بلوغه من الصحة، بما يمكّنه من الحياة الاجتماعية والاقتصادية المُنتجة. ومن أهمّ اتجاهات السياسة الصحّية في الإستراتيجية ربع القرنيّة الالتزام بهدف توفير الصحة للجميع واعتباره أحد الحقوق الأساسية للمواطنين، إعتماد الرعاية الصحّية الأوّلية بمفهومها الواسع لتحقيق هدف الصحة للجميع والذى يشمل تغطية جميع السكّان بالرعاية وفقاً للحاجة، وبعدالة مع مراعاة الفئات الفقيرة والمُستضعفة، كذلك العدالة في تقديم الخدمات الصحّية والعدالة في المساهمة المالية بتطبيق أسلوب التكافل الاجتماعى بحيث تُسهم الفئات الفقيرة بنسبة أقل بكثير عن الفئات الغنيّة، سواءَ كان ذلك عن طريق الأسلوب المباشر أو غير المباشر. ومن البرامج ذات الأوّلية في الإستراتيجية رفع التغطية بالخدمات الصحّية والعدالة في توزيعها وإزالة الحواجز الجغرافية والمادّية التي تعيق الوصول للخدمة وكذلك تقوية وبناء القدرات للنظام الصحّي (جمهورية السودان، وزارة الصحة الإتحادية 2007).

وعلى نفس النهج كانت رؤية السياسة الوطنية لمعافاة وإصلاح القطاع الصحّي السوداني 2021-2024 والخطّة الأستراتيجية الوطنية لمعافاة وإصلاح النظام الصحّي السوداني 2022-2024 "أن يتمتّعَ جميع الناس في السودان بجودة عالية ومنصفة في الوصول إلى الخدمات الصحّية الأساسية وهم محميون من حالات الطوارئ نحو مستقبلٍ أكثر صحةً وإنصافاً وأماناً." وأمّا الرسالة فهي "تنظيم وتعزيز النظام الصحّي ليكونَ قادراً على تقديم خدمات صحّية جيّدة ومُنصفة وبأسعارٍ معقولة، بهدف تحقيق التغطية الصحّية الشاملة وأهداف وغايات التنمية المُستدامة ذات الصلة، مواجهة التحدّيات الصحّية والعمل بالتعاون مع جميع الجهات الفاعلة من خلال تنفيذ الصحة في جميع السياسات لضمان الصحة المُثلى للجميع والمساهمة في التنمية الاجتماعية والبيئية والاقتصادية الشاملة وحفظ السلام" 2021-2024) جمهورية السودان، وزارة الصحة الإتحادية 2007)؛ جمهورية السودان، وزارة الصحة الإتحادية(وتضمّنت المبادئ الموجِّهة للسياسة أعلاه الحقّ في الصحة، المساواة، الجودة، المحاسبة، الشفافية والمشاركة المجتمعية. أمّا بالنسبة لتوفير الدواء فقد كان من أهمّ أهداف الإستراتيجية الصيدلانية ربع القرنية 2005-2029 توفير الأدوية الأساسية للسكّان على نحوٍ عادل وبتكاليفٍ ميسورة (وزارة الصحة، الإدارة العامة للصيدلة 2005).

من الواضح أنّ السياسات الصحّية والخطط جيّدة وتُغطّي بشكلٍ كامل الحقَّ في الصحة للجميع ولكنّ دائماً ما تكمُن المشكلة في إنزال هذه الخطط والسياسات على أرض الواقع وتطبيقها بشكل يوفّر تحقيق الحقّ في الصحة للجميع، وهو ما أكدّه أغلب المبحوثين الذين تمّ إجراء المقابلات معهم وقد تمّ ذكر عددٍ من الأسباب لذلك، من أهمّها ما يلي:

- عدم معرفة المسؤولين والعاملين الصحّيين بالتشريعات والسياسات والخطط، خاصةً بمستويات تنفيذ الخطط في الولايات والمحلّيات. وأفادت مديرة الإدارة العامة للتخطيط والسياسات أنّ الوزارة تقوم بتنوير المسؤولين الصحّيين على المستوى الولائي بالخطط والسياسات ولكن عادةً لا يتم تنوير منفّذي هذه الخطط بها، كما أنّ سرعة تغيير المسؤولين الصحّيين الذين يتمّ تدريبهم تجعل الخطط غير معروفة.

- شحّ الموارد المالية يُعتبر من المعوقات المهمّة التي تَحولُ دون تنفيذ الخطط.
- ضعف البنية التحتية.
- ضعف الحوكمة وسوء إدارة الموارد المالية المتوفّرة وعدم العدالة في توزيع الموارد بين المستشفيات ومرافق الرعاية الصحّية الأوّلية، حيث تُقدِّم مرافق الرعاية الصحّية الأوّلية الخدمة لأكثر من 75% من المواطنين في حين أنّ إدارتها وتمويلها يتبعان للمحلّيات التي تعاني من شحٍّ كبير في الموارد المالية.
- عدم ثبات السياسات وتأثُّرها بالتغيير السياسي.
- ضعف نظام المعلومات وقلّة المسوحات القوميّة.

النظرة للحقّ في الصحة

أجمع أغلب المبحوثين تقريباً على أنّ معرفة المواطنين بالحقّ في الصحة تختلف وفقاً لعدّة محدِّدات اقتصادية واجتماعية وجغرافية من أهمّها المستوى التعليمي، الموقع الجغرافي من حيث الريف والحضر وكذلك العمر. وأفاد المدير العام للصندوق القومي للتأمين الصحّي بأنّ الأشخاص المتعلمين يعتبرون الصحة والتأمين الصحّي حقاً لهم لأنّه يكفل لهم العلاج بدون حواجز مالية، بينما يُقدِّر البسطاء والفقراء خاصة في المناطق الريفية توفير بطاقات التأمين الصحّي لهم تقديراً عالياً جداً ويعتبرونها خدمةً تقدِّمها الدولة، أمّا شركاء الصحة والخبراء في مجال الصحة فهم يعتبرون الصحة حقّاً للمواطنين ومن واجب الدولة تقديمها بالطريقة السليمة عبر المكوِّنات الستّة الأساسية التي حدّدتها منظّمة الصحة العالمية والتي تشمل تقديم الخدمات، القوى العاملة، أنظمة المعلومات الصحّية، الحصول على الأدوية الأساسية، التمويل والقيادة والحكم، وهم يتحدثون عن أهمّية إصلاح النظام الصحّي. وزيرة التنمية الإجتماعية سابقاً ترى أنّ الصحة حقٌّ ولا يوجد تمييز في تقديمها، إذ إنّها تُقَدَّم من خلال المرافق الحكومية حتّى للأجانب وهذا ما يمتاز به السودان حتّى على الدول الغنية التي لا تُقَدِّم الخدمة للأجانب بدون دفع المقابل المادي، كما أنّه لا يحرم أيّ شخص سواءَ كان فقيراً أو مُقتدِراً من الخدمة. أمّا مديرة السياسات الصحّية والتخطيط فقد أفادت أنّ هناك محاولات لتعريف المواطنين بحقّهم في الصحة وأنّه يجري العمل لتطوير خططٍ استراتيجية للمشاركة المجتمعية والتواصل بشأن المخاطر (Community engagement and risk communication).

واقع الحقّ في الصحة في السودان

الخدمات الصحّية في السودان

تمّت صياغة برنامج للرعاية الصحّية الأوّلية في السودان عام 1976، سابقاً بذلك إعلان ألما آتا (OCHA – Sudan 2020). وتُقدَّم الخدمات الصحّية في السودان عبر ثلاثة مستويات هي الرعاية االصحّية الأساسية، الثانوية والرعاية على المستوى الثالث. الرعاية الصحّية الأساسية تُقَدِّم الدولة أغلبَها ممثّلةً في المحلّيات (المستوى الثالث في مستويات الحكم بالبلاد) يُشاركها في ذلك بعض الجهات الخاصة والمنظّمات التطوّعية. تُصنَّف المرافق التي تُقدِّم خدمات الصحة الأساسية الى ثلاثة مستويات هي وحدة صحة الُأسرة والتي تُقدِّم الحزمة الأساسية من خدمات الرعاية الصحّية الأساسية، مركز رعاية صحة الُأسرة والذي يُقدِّم حزمة أكبر وبمستوى أعلى من خدمات الرعاية الصحّية الأساسية ويكون به طبيب، والمستشفيات الريفية. لقد زادت نسبة المرافق الصحّية التي تُقدِّم الحدّ الأدنى من حزمة الرعاية الصحّية الأوّلية الكاملة من 24% في عام 2011 إلى 95% في عام 2018. ويُعزى هذا التحسُّن الى تنفيذ مشروع التوسُّع في خدمات الرعاية الصحّية الأوّلية والذي بدأ في عام 2012. مع ذلك فإنّ المعدّل الوطني هو 1/ 6816 أيّ أنَّ ما يتوفّر هو مرفق رعاية صحّية أوّلية واحد لكلّ 6816 نسمة، بينما المخطّط هو 1/ 5000 (مركز لكلّ خمسة ألاف نسمة). ولكنّ نسبة المرافق العاملة بلغت 83% فقط في عام 2019 وترجع الأسباب لنقص الكوادر الصحّية، سوء البنية التحتية للمرافق وقضايا الأمن في بعض المناطق.

يوجد تفاوتٌ كبيرٌ جداً بين الولايات وداخلها في عدد ومستوى مرافق الرعاية الصحّية الأساسية (2021-2024جمهورية السودان، وزارة الصحة الإتحادية). حوالي ربع السكّان لا يستطيعون الوصول إلى المرافق الصحّية بسبب بعد المسافات أو الفقر أو النزاعات، وتختلف إمكانية الوصول إلى المرافق من منطقة لأخرى وتساهم الحواجز المالية والاجتماعية والاقتصادية في الحدّ من الوصول إلى الخدمات الصحّية. يستخدم المَرضى من الشرائح ذات الدخل المرتفع الرعاية الصحّية بمعدّل عشر مرّات تقريباً أكثر من أولئك الذين ينتمون إلى الشرائح ذات الدخل المُنخفض 2021-2022)جمهورية السودان، وزارة الصحة الإتحادية(. كذلك زادت نسبة القرى المستهدفة التي تُغطّيها القابلات من 36% في عام 2011 إلى 85% في عام 2019 وتمّ التوسّع في تدريب القابلات والمساعدين الطبّيين والعاملين في مجال الصحة المجتمعية.

المستوى الثاني هو مستوى المستشفيات العامّة والمستوى الثالث هو المستشفيات التخصُّصية والمراكز التخصُّصية. يوجد تفاوتٌ كبير في التوزيع الجغرافي للمستشفيات حيث يبلغ معدّل المستشفيات لكلّ 100 ألف من السكان بالولاية الشمالية 3.2 بينما يبلغ في ولاية وسط دارفور 1.1، أمّا معدّل الَأسرّة لكل 100ألفٍ فيبلغ في الشمالية 178.1 بينما يبلغ في وسط دارفور 58.9 (جمهورية السودان، وزارة الصحة الإتحادية2021-2022). بالرغم من وجود دلائل إرشادية وطنية معتمدة لنظام الإحالة بين المستويات المختلفة إلاّ انَّه غيرعامل في الغالب الأعم.

يشارك التأمين الصحّي بصورةٍ كبيرة في توفير الحقّ في الصحة. وهو يوفّر خدمات صحّية لكافّة الفئات بنسبة 81.7% من السكّان (Elfadul & Elfadul 2022) وبتمييزٍ

إيجابي نحو الفقراء. أيضاً يوفّر التأمين الصحي الخدمة للمواطنين حتّى المستطيعين منهم لأنّه يشارك مشاركةً فاعلة في توفير الخدمة الصحّية في مناطق لا تتوفّر فيها هذه الخدمة.

القطاع الخاص له دورٌ كبير في تقديم الخدمات الصحّية والخطّة الإستراتيجية الصحّية تشمل القطاع الخاص حيث أفادت مديرة السياسات الصحّية والتخطيط بوزارة الصحة أنَّ القطاع الخاص له دورٌ كبير خاصةً في معالجة مرض الكورونا ولكنّ التنسيق معه غير كامل.

تُشارك المنظَّمات التطوّعية في تقديم الخدمات الصحّية، وأفاد مدير المنظّمات التطوّعية أنّه يوجد تنسيق مع وزارة الصحة الاتّحادية ممثّلةً في إدارة الطوارئ ومكافحة الأوبئة، حيث تعمل المنظّمات وفقاً للإستراتيجية الصحّية ووفقاً لسياسات وبروتوكولات وزارة الصحة الاتّحادية.

أفاد مدير الإدارة العامة للطبّ العلاجي بوزارة الصحة أنّ هناك خارطة صحّية تُوزَّع بموجبها الخدمات الصحّية العلاجية والوقائية والتعزيزية بشكلٍ عادل، إلاّ أنّ عدم توفّر الكادر البشري في بعض المناطق أثّر سلباً على العدالة في وجود الخدمات.

وزارة التنمية الاجتماعية من الوزارات ذات الصلة الوثيقة بتوفير الحقّ في الصحة، ولها عدّة أذرع تضطلع بذلك مثل: ديوان الزكاة الذي يُشارك مشاركةً فاعلة في مساعدة الفقراء في الحصول على الحقّ في الصحة كما أنّه يساعد في حماية الطبقة المتوسّطة من الوقوع في الفقر بسبب المرض، كما أفادت الوزيرة والتي ذكرت أنّ الديوان يقوم بدفع إشتراكات أعدادٍ مقدَّرة من الفقراء والمَعاشيين للتأمين الصحّي ويساهم في علاج الأطفال دون سنّ الخامسة وفي أمراض سوء التغذية والدرَن وفي علاج الأمراض المُفقِرة مثل الفشل الكلوي وأمراض القلب، وأنّ العلاج يُعدّ من أكبر بنود الصرف في الديوان وأنّ قسم العلاج الموّحّد بالديوان يدعم حتّى العلاج بالخارج للمُحتاجين. أمّا مفوّضية العون الإنساني فهي تُشارك في حالات الطوارئ الصحّية والأوبئة وفي مناطق الحروب والكوارث الطبيعية وللمفوّضية سياسةٌ عامة للنازحين. وكذلك تَتْبع للوزارة الهيئةُ العامة للأطراف الصناعية، التي تقوم بتوفير الأطراف الصناعية للمُعاقين.

يعاني النظام الصحّي في السودان من مشاكلٍ متعدّدة تُسبّبها ندرة الموارد، إرتفاع معدّل دوران القوى العاملة، ضعف البنية التحتّية وسوء تقديم الخدمات، كلّ ذلك يؤدّي إلى نتائج صحّية غير مُرضية)جمهورية السودان، وزارة الصحة الإتحادية 2022).

أثّرت جائحة الكورونا على النظام الصحّي بطريقةٍ مباشرة وغير مباشرة. يتجلّى التأثيرُ المباشر في إحداث ربكةٍ على تقديم الخدمات الصحّية، خصوصاً في بداية الجائحة وذلك بسبب الإجراءات الإحترازية (الإغلاق الكامل والجزئيّ) التي ساهمت في الحدّ من الوصول الى الخدمات الصحّية. أظهرت دراسة قامت بها منظّمة السلامة البيئية والصحة (أوشا)(Occupational Safety and Health Administration, OSHA) في مطلع 2020 أنّ نسبة مؤسّسات الرعاية الصحّية الأوّلية العاملة تقدر بـ38% من جملة المؤسّسات (Elfadul & Elfadul 2021). وسجّلت دراسة أخرى عن تأثير الإغلاق على الخدمات الصحّية أنّ نسبة 80% من المرضى واجهوا صعوبات في الوصول للخدمات الصحّية في الخرطوم تمثّلت في عدم وجود كادرٍ صحّي وعدم وجود الخدمة الصحّية المُستهدفة، بما في ذلك خدمات الطوارىء والخدمات الدوائية. أكدّت دراسة أخرى عن تأثير الجائحة على خدمات رعاية الأمّ والطفل، حيث رصدت نسبة وصول 40% فقط لخدمات ما قبل الولادة وسجّلت أدنى نسبة

وصول 15% لخدمات ما بعد الولادة. وثّقت الدراسة التأثير غير المباشر لكورونا (WHO 2022) المتمثّل في الخوف من العدوى وصعوبة المواصلات (Mohamed et al. 2021).

هذا وقد واجه السودان العديد من التحدّيات للتصدّي لمرض الكورونا ويرجع ذلك إلى هشاشة النظام الصحّي الذي لا زال يُعاني من قصور في مكوّناته الأساسية من كوادر طبّية، نظام معلومات صحّية، تمويل أدوية أساسية، إضافةً إلى الشرخ الواضح في محوَر الحاكمية، الأمر الذي أضعف أجهزة الرقابة والمساءلة وأدّى إلى القصور في الحفاظ على الحقّ في الصحة والخدمات الصحّية.

ممّا سبق ذكره وإضافةً لإفادة مديرة السياسات الصحّية والتخطيط، هنالك أيضاً مشكلةً في توزيع الخدمات، حيث لا توجد مساواة، فمثلًا يتواجد الإخصائيون بالمدن الكبرى فقط، بينما في بعض الولايات لا يوجد أخصائيون للأمراض النفسيّة والعصبية في الولاية بكاملها. والمؤشّرات تُوَضِّح ذلك، فمثلًا وفيات الأطفال تختلف بين الريف والحَضر وبين الولايات المختلفة.

المؤشّرات الصحّية

يوضِّح **الجدول 1** الاختلاف الكبير في معدّلات وفيات الأطفال بين الريف والحضر، فترتفع النسبة في الريف بصورةٍ كبيرة خاصةً بالنسبة للأطفال من عمر أقل من خمس سنوات. أمّا بين الولايات فتفوق النسبة في أربع ولايات الـ90 لكلّ 1000 من الولادات الحيّة. بينما تبلغ في الولاية الشمالية 29.9 لكلّ 1000 من الولادات الحيّة. تعتبر الولايات الأربع التي تتصدّر القائمة من حيث عدد الوفيات ولايات غير مستقرة تشهد نزاعات داخلية وصراعات قبلية متكرّرة.

جدول 1. يوضِّح معدّل وفيات الفئات المختلفة من الأطفال بين الريف والحَضر وحسب الولاية

المؤشّر	معدّل وفيات الأطفال أقلّ من 5 سنوات	معدل وفيات الرضّع	وفيات حديثي الولادة
المنطقة الجغرافية			
حَضر	56.5	45.1	30.3
ريف	72.8	54.5	33.4
الولاية			
الشمالية	29.9	30.0	23.0
نهر النيل	35.1	28.1	25.8
البحر الأحمر	61.3	44.2	18.6
كسلا	80.5	62.1	47.2
القضارف	76.7	53.4	32.6
الخرطوم	49.8	45.1	30.5
الجزيرة	53.5	41.4	26.2
النيل الأبيض	65.8	46.8	30.3
سنار	51.6	34.1	18.0
النيل الأزرق	83.9	46.8	26.0
شمال كردفان	41.9	35.6	23.0
جنوب كردفان	95.4	70.2	32.5
غرب كردفان	82.1	68.2	43.4
شمال دارفور	90.3	68.5	43.9
غرب دارفور	91.4	71.2	39.2
جنوب دارفور	71.9	52.6	35.2
وسط دارفور	77.4	44.5	24.7
شرق دارفور	111.7	88.5	51.8
السودان	68.4	52.0	32.6

المصدر: Republic of Sudan - Council of Ministers & UNICEF, 2014

المشاكل الصحّية

تعاني البلاد من العبء المزدوج للأمراض المُعدية وغير المعدية، حيث تُعدّ الملاريا مشكلة البلاد الأولى في كلّ الولايات. في عام 2021 بلغت نسبة تردّد المصابين بالملاريا 17% من جملة المتردّدين على المؤسّسات الصحية وهي السبب الأوّل للوفيات بالمستشفيات، إذ بلغت نسبتها 8.4% من وفيات المستشفيات عام 2021. وتتفاوت النسب حسب الولايات، إذ كانت ولايات النيل الأزرق، سنار والجزيرة أكثر الولايات تأثّراً بها)جمهورية السودان، وزارة الصحة الإتحادية (2021-2022. الأمراض المستوطنة الأخرى تشمل البلهارسيا، السلّ، والليشمانيا. بالنسبة

للسلّ حدث إنخفاض في الإصابة وفي إنتشار المرض. يُقدّر معدّل الوفيات المرتبطة بالسلّ بـ 25 لكلّ 100.000 من السكّان (جمهورية السودان، وزارة الصحة الإتحادية 2024-2021). أكبر المشاكل الصحّية التي يعاني منها الأطفال هي الملاريا، الإسهالات والإلتهاب الرئوي. بالنسبة للأمراض غير المُعدية تبلغ نسبة المصابين بداء السكّري 21.1% من السكّان ويتزايد عبء السرطانات بصورةٍ كبيرة (2022-2021 جمهورية السودان، وزارة الصحة الإتحادية).

بالنسبة لجائحة الكورونا، تمّ تقدير عدد الحالات الكلّية المؤكَّدة بحوالي 631,275 حالة منها 419,61 ألف حالة وفاة وفقاً لتقرير منظّمة الصحة العالمية في يوم 12 آذار/ مارس لعام 2022 (WHO 2022). تصدّرت ولاية الخرطوم المرتبة الأولى من حيث عدد الحالات تليها ولاية الجزيرة. تمّ إعلان أوّل حالة في آذار/مارس 2020، وتبعاً لذلك تمّ إصدار العديد من الإجراءات الإحترازية الصحّية للحدّ من إنتشار المرض في المجتمعات وكذلك الدول المجاورة وفقاً للإشتراطات الصحّية الدولية الصادرة من منظّمة الصحة العالمية. بالنسبة للتحصين ضدّ المرض، يُعتبر السودان من أوائل الدول الإفريقية التي أكملت الترتيبات لإدخال اللقاح عن طريق الآليّة كوفاكس المشتركة. تمّ وضع 20% من السكّان كمُستهدف للتغطية بالتطعيم وبلغت نسبة التغطية الكلّية للسودان 82% من المستهدف. تصدّرت ولايات دارفور (وسط دارفور وغرب دارفور)، جنوب كردفان وولاية النيل الأزرق القائمة في تحقيق مُستهدف التغطية، فيما سجّلت ولاية البحر الأحمر أدنى تغطية بنسبة 40% (Federal Ministry of Health 2022).

الجدير بالذكر أنّه تمّ استخدام العديد من النماذج والوسائل الحديثة لتقديم الخدمات للمناطق البعيدة. على النقيض، تمّ رصد العديد من الصعوبات للحصول على خدمات اللقاح في بعض ولايات دارفور حيث أظهرت دراسة قامت بها العنود وزملاؤها في 2022، الكثير من العوائق في النظام الصحّي الهشّ في بعض ولايات دارفور التي تحدُّ من الوصول إلى التغطية المطلوبة بلقاح الكورونا. تمثّلت المشاكل في إشكاليات الجودة والتخزين فيما يختص بسلسلة التبريد ومشاكل التيار الكهربائي التي تؤثّر سلباً على حفظ اللقاحات، إضافةً إلى صعوبة النقل والترحيل إلى المناطق البعيدة وعدم الإستقرار الأمني الذي يُشكّل عائقاً أساسياً في مناطق النزاعات القبلية (Mohamed et al. 2021). أيضاً أفاد المبحوثون في وزارة الصحة الاتّحادية أنّ الأوضاع الأمنية المتفاقمة بغرب دارفور في منطقة جبل مون تُشكّلُ مهدِداً لتدخّلات التحصين وخدمات الرعاية الصحّية الأوّلية، وأنّها أثّرت سلباً على الوصول الى الخدمات الصحّية خصوصاً لدى الفئات الضعيفة كالأطفال دون الخامسة والنساء الحوامل.

الجدير بالذكر أنّ في بعض الولايات بلغت نسبة التغطية بالتطعيم أكثر من 100% وذلك لأنّ العدد الذي تمّ تطعيمه كان أكثر من المُستهدف. كما كان لدى بعض الباحثين وممثّلي المنظّمات العالمية في السودان تحفظٌ كبير حول نسبة مستهدف لقاح الكوفيد واعتبروا أنّها كانت بعيدة جداً من الحدّ الأدنى للوصول لمناعة القطيع (80%) كما تنصّ موجّهات منظّمة الصحة العالمية.

صحة الأمّ والطفل والمراهقين

تُعتبر صحة الأمّ والطفل في السودان من أولويات التنمية الرئيسية والمنح الحكومية نظراً لدورها المهمّ في تحسين الظروف الصحّية والاقتصادية والمعيشية للمجتمع بأكمله. تنعكس هذه الالتزامات في العديد من المشاريع والإستراتيجيات الداعمة، مثل سياسة الأدوية المجّانية للأطفال دون سنّ الخامسة، وسياسة

الولادة القيصرية المجّانية، وإدخال لقاحات جديدة بالإضافة إلى الالتزام الوطني والدعم الدولي لتنفيذ استراتيجية المعالجة المتكاملة لأمراض الطفولةIntegrated Management of Childhood Illnesses وطوارئ التوليد والأطفال وحديثي الولادة Emergency Obstetric and Newborn Care وغيرها.

على الرغم من التحسُّن في صحة الأمّ والأطفال، إلاّ أنّ تقديرات وفيات الأمّهات والأطفال ما زالت مرتفعة مقارنةً بالدول الأخرى ذات الحالة الاجتماعية المُماثلة وفقاً لإفادات المسؤولين بالصحة. أيضاً يتضّح الإختلاف الكبير في معدّل وفيات الأطفال بين الريف والحَضر وبين الولايات المختلفة كما هو موضّح بالجدول (1) أعلاه.

أشار تقرير اليونيسيف لعام 2021 الى معاناة الأطفال للوصول الي الخدمات الصحّية، حيث بلغت نسبة الوصول للمراكز الصحّية للأطفال المَرضى بالإسهالات الى 25% (Mohamed et al. 2021). كما أشار التقرير الى تدنٍ واضح في موشّرات الصحة لدى الأطفال من الشرائح الضعيفة االذين يعيشون فِي مناطق الأزمات والنزاعات، ويُقدَّر عدد الأطفال الذين لا يوجد لديهم حصّة كافية من الطعام لمنع أمراض سوء التغذية والتقزّم (بمعدّل طفل واحد من بين كلّ سبعة أطفال) وتتناقص معدّلات البقاء على قيد الحياة للأطفال دون الخامسة (طفل واحد من كلّ ثماني عشرة طفلًا سيموت قبل عيد ميلاده الخامس) (UNICEF 2021).

تبلغ نسبة المراهقين في السودان حوالي 23.5% من السكّان. معظم وفيات المراهقين يُمكن تفاديها من خلال تقديم خدمات جيّدة لهم ومن خلال التعليم والدعم الإجتماعي وهي أمور لا تتوفّر لهم بالقدر المطلوب. حالياً الإستراتيجية الوطنية لصحة المراهقين ما زالت في مرحلة الإعداد وهي تحتوي على حزمة خدمات من المتوقّع أن تلبّي احتياجات الشباب السوداني الصحّية. برزت في الآونة الأخيرة مُشكلة تعاطي الشباب والمراهقين للمخدّرات. وافتتح رئيس مجلس السيادة في كانون الثاني/يناير 2023 حملة تهدف الى محاربة الظاهرة (UNICEF 2021).

التحصين

أفاد مدير برنامج التحصين بوزارة الصحة أنّ البرنامج يقدّم خدمات التحصين من خلال مراكز ثابتة تخدم السكّان في حدود 5 كيلومترات مربّعة وتُسمّى بالمنطقة القابضة، والمناطق ما بين 5 - 10 كلم مربعة تخدم في مراكز فرعية، بينما تخدم المناطق من أكثر من 10 كلم مربعة حول المنطقة القابضة أو القرى البعيدة عن طريق الفرق الجوّالة، وذلك لأنّ الصحة حقٌّ للمواطن ويجب توفيرها له حيثما كان بغضّ النظر عن موقعه الجغرافي أو التعداد. كما أفاد أنّ هناك عدالة في تقديم خدمات التحصين وذلك لأنّ البرنامج يعتمد على أماكن تواجد المُستهدفين ومعرفة طرق التغطية من خلال فرقٍ ثابتة وجوّالة، كما أنّ المجتمعات تُشارك في التخطيط والتنفيذ. بلغت نسبة التغطية للأطفال أقلّ من سنة بحوالي (82%) ما يقارب 1313458أخذوا الجرعة الثالثة للتطعيم باللقاح الثُلاثي وحوالي 11281745(أي نسبة 82%(تلقّوا الجرعة الأولى من لقاح الحصبة مقارنةً بـ 64% للجرعة الثانية من اللقاح (UNICEF 2021).

الصحة النفسية والعصبية

تمّ إعداد السياسة السودانية للصحة العقلية في عام 2008 وأشارت الى أهمّية إدماج الصحة العقلية ضمن خدمات الرعاية الصحّية الأوّلية، زيادة الموارد البشرية،

إشراك المَرضى وأُسَرهم، تعزيز المناصرة، حماية حقوق الإنسان للمرضى، الإنصاف، تسهيل االوصول إلى خدمات الصحة العقلية لكلّ الفئات، تحسين الجودة، توفير التمويل والمتابعة والتقويم. أُجيز قانون الصحة العقلية عام 2009 (2021 - 2024 جمهورية السودان، وزارة الصحة الإتحادية). حالياً لا تُقدّم خدمات الصحة النفسية والعصبية من خلال مرافق الرعاية الصحّية الأساسية ويبلغ عدد الولايات التي بها مستشفيات حكومية مجهّزة لتقديم الخدمات بشكلٍ كامل وبها اخصائيّ مدرّب 12 ولاية من أصل 18 ويبلغ معدّل الكوادر لكلّ 100000 من السكّان بحوالي 1.6 كادر مقارنةً بمعدّل الصحة العالمية البالغ 6 كوادر لكلّ 100000 من السكان للوصول للتغطية الشاملة (Osman et al. 2020). تَرَكُّز الخدمات في المدن الكبيرة حدَّ من إمكانية الوصول في الأطراف والمدن البعيدة وفقاً لإفادة مديرة السياسات الصحّية والتخطيط ومديرة تنمية الموارد البشرية بوزارة الصحة وكذلك وفقاً للتقرير الإحصائي الصحّي الذي يوضح أنّ في ولاية الخرطوم 23 أخصائياً بينما هناك 11ولاية تفتقر الى أخصائيين. (جمهورية السودان، وزارة الصحة الإتحادية 2021) وهذا يؤكّد عدم المساواة في توزيع خدمات الصحة النفسية العصبية وعدم حصول الغالبية العظمى من المواطنين عليها، إلاّ إذا تفاقم المرض وإضطر أهلُ المريض للبحث عن الخدمات في هذه المستشفيات أو الذهاب للمعالجين البلديين والشيوخ أو في قليل من الحالات الذهاب الى الأطبّاء العموميين. وتُشكّل الإضطرابات العصبية والنفسية نسبة حوالي 6.5% من عبء المرض بالبلاد. سجّلت ولاية الخرطوم أعلى نسبة (12%) وفقاً للدراسات الموثّقة بالسودان التي رصدت أعلى معدّلات الإضطرابات النفسية عند شرائح النازحين (35%) مقارنةً بالسكان الأصليين (Osman et al. 2020).

الموارد البشرية الصحّية

يواجه السودان تحدّيات في الموارد البشرية الصحّية من ناحية العدد، الجودة، التوزيع، وضعف الرواتب ومحفّزات العمل. وتفاقم هذا الوضع بسبب التردّي العام في الوضع السياسي والاقتصادي بالبلاد بجانب تحدّيات جائحة كورونا- 19. تعاني البلاد من نزيفٍ مستمر لهجرة الكوادر الصحّية خارج البلاد (حاتم 2021).

وفقًا للتقرير الصحّي السنوي لعام 2017، تبلغ نسبة إجمالي القوى العاملة الصحّية 1.9 لكلّ 1000 من السكّان مقارنةً بالمتوسّط العالمي البالغ 2.3 (2021 - 2024جمهورية السودان، وزارة الصحة الإتحادية).

توزيع العاملين الصحّيين لا يتناسب مع احتياجات السكّان، سواء جغرافياً (38% يعملون في الخرطوم، 70% من السكّان يقيمون في المناطق الريفية ولكن 70% من العاملين الصحّيين يعملون في المناطق الحَضرية). في ولاية الخرطوم أكثر من نصف الأطبّاء خلاف أطبّاء الإمتياز والنوّاب الذين يعمل أغلبُهم بولاية الخرطوم بينما هناك ستّ ولايات لا تصل نسبة الأطبّاء فيها 1%. وهذا يجعل معدّل الأطبّاء لكلّ 100.000 من السكان 34.2 بينما في أربع ولايات يقلّ المعدّل عن طبيب واحد لكلّ 100.000 من السكّان مع العلم أنّ المعدّل للسودان هو 21.3. في الخرطوم ما يقارب الألف أخصائي بينما في أربع ولايات لا يصل عدد الأخصائيين بكل واحدة منها الى عشرة. (2021جمهورية السودان، وزارة الصحة الإتحادية) يتواجد 67% من العاملين الصحّيين بالمستوى الثاني والثالث مقارنةً بالكوادر الصحّية في مرافق الرعاية الصحّية الأوّلية (2024-2021جمهورية السودان، وزارة الصحة الإتحادية).

أدّى التناقض في قُدرات وموارد النظام الصحّي بين الولايات والمحلّيات وداخلها إلى تبايُنٍ كبيرٍ في استيعاب وتوفير وتوزيع القوى العاملة البشرية الصحّية، ما أثّر بالتالي

على القدرة على تقديم الخدمات الصحّية الأساسية، وأضعف من امكانية تأمين الحقّ في الصحة. تمّ رصد عدد من المسبّبات لمشاكل التوزيع للموارد البشرية منها محدودية فرص التوظيف وضعف الميزانيات المرصودة لها والنقص وظروف العمل غير المؤاتية والمعيشة غير الجذّابة (بشكلٍ رئيسي في المناطق الريفية والنائية)، إضافةً الى المخاوف الأمنية في المناطق المتضرّرة من النزاع ونقص فرص التطوير الوظيفي. كلُّ تلك الأسباب ساهمت بطريقةٍ مباشرة أوغير مباشرة في التوزيع غير العادل وهجرة العاملين الصحّيين إلى بلدان أخرى من أجل توظيفٍ أفضل ومستقبل واعد.

الإمداد الدوائي

يهدف قطاع الأدوية في السودان إلى ضمان توفير كمّياتٍ كافية من الأدوية الأساسية الآمنة وذات الأسعار المعقولة والجودة العالية. تواجه البلاد أزمة توفّر الأدوية حيث وصلت نسبة توفّر الدواء الى أقل من 50% من المُستهدف في كانون الثاني/يناير 2020. انخفض إستيراد الأدوية البشرية بشكلٍ ملحوظ من 256 مليون دولار أميركي في عام 2015 إلى 159 مليون دولار أميركي و161 مليون دولار أميركي في عامي 2018 و2019 على التوالي. شكّلت صناعة الأدوية المحلّية 36% من القيمة الإجمالية للأدوية في السودان في عام 2015 والتي قُدّرت بنحو 227 مليون دولار أميركي وانخفضت إلى 80 مليون دولار أميركي في عام 2017 (جمهورية السودان، وزارة الصحة الإتحادية 2021). تتزايد أسعار الأدوية بشكلٍ كبير بسبب التضخّم الاقتصادي. يُوفّر برنامج العلاج المجّاني الذي تمّ اعتماده في عام 2008، أدوية السرطان وأمراض الكلى وجراحة القلب والعيون والأطفال دون سنّ الخامسة بالإضافة إلى خدمات نقل الدم والهيموفيليا. وبلغت الميزانية الإجمالية للبرنامج 29100 مليون دولار عام 2020. يواجه هذا المشروع تحدّيات كبيرة بسبب عدم توفّر الأدوية، والقضايا المتعلّقة بالتوزيع وخاصةً النقل، ضعف الإشراف، ضعف التقارير وإرتفاع معدّل تساقط الموظّفين. لقد تمّ تعيين صيدليّ مختص لكلّ ولاية ولجنة للبرنامج لتحسين الأداء على مستوى الولاية. (جمهورية السودان، وزارة الصحة الإتحادية 2021) توفّر البرامج الرأسية الأدوية لأمراض السل والإيدز والملاريا مجّاناً. على الرغم من كلّ هذه التدخّلات إلاّ أنّ الإنفاق من الجيب على الأدوية لا يزال مرتفعاً. هذا وقد هدفت الخطّة الإستراتيجية الوطنية لمعافاة وإصلاح القطاع الصحّي السوداني الى تحسين الوصول إلى الأدوية الأساسية والمُنتجات الصحّية والتكنولوجيات الصحّية الآمنة والفعّالة وحسنة الجودة وبأسعار معقولة (جمهورية السودان، وزارة الصحة الإتحادية 2022). وفقاً لآخر بيانات عن الإنفاق الشخصي على الأدوية في عام 2008، بلغت نسبة الإنفاق من الجيب على الدواء 26% (جمهورية السودان، وزارة الصحة الإتحادية 2024-2021) الوضع الدوائي بالبلاد مثيرٌ للقلق مع زيادة إجمالي الإنفاق من الجيب، وزيادة أسعار الأدوية والتدهور العام في أداء النظام الصحّي.

تمويل الصحة

تتولّى الحكومة الإتّحادية وحكومات الولايات والمحلّيات تمويل القطاع الصحّي. تُساهم الحكومة في دعم المرافق الصحّية الحكومية بنسبة 69.3% (الصندوق القومي للإمدادات الطبية 2015). أكدّت مديرة الميزانية بوزارة المالية أنّ الصرف على الصحة يتمّ وفقاً للخطّة المُجازة ومن مستويات الحكم الثلاثة (اتّحادي، ولائي، ومحلّي).

في عام 2018 بلغ إجمالي الإنفاق الصحّي 2.554 مليار دولار أميركي ويمثّل 4.9% من الناتج المحلّي الإجمالي. يمثّل الصرف القومي الحكومي العام على الصحة 3.45% من الصرف الحكومي العام. بلغ الصرف الحكومي القومي على الصحة 23.3% من الصرف على الصحة والتمويل الخارجي 6.7% (جمهورية السودان، وزارة الصحة الإتحادية 2021).

يُصرف أغلب الإنفاق الصحي القومي على الصحة على المرتبات، التسيير والصيانة، والمشروعات كما أفادت مديرة الميزانية. أمّا مشاركة الصندوق القومي للتأمين الصحّي فقد بلغت 27.6% (جمهورية السودان، وزارة الصحة الإتحادية 2021). هذا وأوضحت مديرة الميزانية بوزارة المالية أنّه في عام 2021 بلغ الإنفاق العام على الصحة حوالي 6% من الإنفاق الحكومي العام ولا يشمل ذلك الصرف من الولايات أو المحلّيات أو المنح الأجنبية، بينما هدف تمويل الصحة وفقاً لما تمّ إقراره في إتفاقية أبوجا 2015 هو 15% كما أوضحَ المدير العام للتأمين الصحّي.

يعتمد تمويل النظام الصحّي بشكلٍ أساسي على الصرف من الجيب (69.2%) (جمهورية السودان، وزارة الصحة الإتحادية 2021) وهي نسبة عالية جداً، وهذا يوضِح العوائق المالية التي يواجهها المواطنون من أجل الوصول إلى الخدمات الصحّية، وخطر زيادة الإفقار والإنفاق الصحّي الكارثي. الحاجز المالي يمنع الفئات غير المُستطيعة من الحصول على الخدمات الصحّية (وهذه الفئة تشكّل ما لا يقلّ عن 60% من المواطنين) بل إنّ حتّى المستطيعين يؤدي المرض في كثير من الأحيان الى إفقارهم بسبب بيعهم ممتلكاتهم للحصول على العلاج خاصةً عند الأمراض المُستعصية والمُزمنة بالرغم من أنّ التأمين الصحي يكفل لهم الحصول على هذه الخدمات بدون عوائق مالية، كما أفاد بذلك المدير العام للصندوق القومي للتأمين الصحّي.

تُشارك المنظّمات التطوّعية الوطنية أيضاً في الصرف على الصحة من خلال التدخّلات التي تُقدّمها، كما أفاد بذلك مدير المنظّمات التطوّعية، خاصةً في المناطق الطَرفية ومناطق النزاعات وغيرها والتي تشمل المساعدة في توفير الخدمة الصحّية وتوفير الأدوية والخيام والناموسيات المُشبّعة ولكن يصعب تحديد مِقدار الصرف وذلك لصعوبة توفّر المعلومات.

على الرغم من الخطوات المهمّة التي تمّ اتخاذها لتعزيز نظام التمويل الصحّي في السنوات الأخيرة، إلاّ أنّ هنالك تحدّيات كبيرة ما زالت قائمة. يُعدّ نقص التمويل وضعف الحوكمة وعدم الكفاءة من التحدّيات الرئيسية التي تواجه التمويل الصحّي في السودان، تعاني البلاد من أزمةٍ اقتصادية حادّة تميّزت بإرتفاع معدّلات التضخّم وانخفاض قيمة العملة المحلّية وندرة السيولة النقدية، ومن أسباب ذلك انفصال جنوب السودان عام 2011 والذي أدّى إلى انخفاضٍ كبير في عائدات النفط، وكذلك النزاعات والحروب المستمرة في جنوب السودان ثم في دارفور وجنوب كردفان وغيرها من المناطق وكذلك العقوبات الأميركية التي بدأ فرضُها عام 1997 بتجميد الأصول المالية السودانية وحظر الأنشطة الاقتصادية بكافّة أشكالها ثم توسيع دائرة العقوبات في عامي 2006و2007. كما تمّ تعطيل استثمارات يبلغ قدرها 745.300.000 مليون دولار وقيمة الأصول المحجوز عليها بلغ 48.200.000 مليون دولار، ولم يقف الأمر عند الاقتصاد السوداني فحسب بل تعدّى إلى غرامات في حالة مخالفة هذا القرار المُتّخذ بموجب القانون الأميركي للطوارئ الاقتصادية، حيث وقَعت عقوبات على الجهات والدول التي خالفت الحظر بغراماتٍ وصلت الى 1.530.000 مليون دولار. وبهذا فقد السودان الغطاء الدَولي للإستثمار بفقدان أيّ فرصٍ للتمويل الدَولي من المؤسّسات المالية الدَولية أو الإقليمية بعد التزام أغلب

الدول بالقرار الأميركي، خاصةً دول الاتّحاد الأوروبي (2014 نون بوست/ Noon Post).

ومن أهمّ عناصر الخطّة الإستراتيجية الصحّية لمعافاة وإصلاح النظام الصحّي السوداني تمويل الصحة العامة لتحسين كفاءة النظام الصحّي، مع حماية عالية من المخاطر المالية (جمهورية السودان، وزارة الصحة الإتحادية 2022). وقد أفادت مديرة الموازنة أنّ حفظ الحقّ في الصحة يستلزم تطوير موارد البلد وتحسين الدخل القومي وإلتزام وزارة الصحة الاتّحادية بوضع موازنة قومية دقيقة وواضحة وتفعيل آليات المتابعة والتقييم والمؤسّسية وأن تكون أهداف وخطط وسياسات وزارة الصحة الإتّحادية واضحة ودقيقة، كما وأنّه لا بدَّ من تحديد قنوات الصرف على الصحة.

السياسة النيوليبرالية

بدأ تطبيق السياسات النيوليبرالية في السودان منذ سبعينيات القرن الماضي، حينما كانت البلاد تُعاني من أزمات إقتصادية حادّة أدّت الى خضوع البلاد لسياسات صندوق النقد الدولي وذلك للإستفادة من القروض المالية التي يُقدّمها البنك الدَولي وصندوق النقد الدَولي. فخضعت الحكومة والتزمت بتوصيات ما يُعرف "ببرنامج الإصلاح الهيكلي للاقتصاد السوداني" والذي بموجبه تمكّن النظام من الحصول على بعض القروض والمساعدات الفنّية مقابل الإلتزام بروشتة الصندوق والتي تشمل تخفيض العملة، سحب الدعم عن السلع الأساسية، زيادة الضرائب، تحرير التجارة الخارجية، وغيرها من الشروط (عبد الحميد 2019). وبناءً على ذلك توقّفت السياسات الصحّية التي تكفل للمواطنين التمتّع بخدمات صحّية مجّانية. وللأسف لم تستفد البلاد كثيراً من تلك القروض، بل وقعت في المزيد من الديون، فضلًا عن استمرار التأثيرات الإجتماعية السالبة لسياسات الصندوق على الطبقات الفقيرة، وفي تدهور الخدمات الإجتماعية في مجالات الصحة والتعليم وغيرها من معايير العدالة الإجتماعية. كذلك بادر الصندوق بورقة توصية للسودان، عقب قرار رفع العقوبات الأميركية عن السودان في كانون الأوّل/ديسمبر2017م، أوصى فيها النظام باتباع مجموعةٍ من الإصلاحات الهيكلية من أجل "استثمار فرصة رفع العقوبات الأميركية بأفضل شكلٍ ممكن." شملت توصيات الصندوق تعويم الجنيه السوداني حيث أنّه يَعتبر ذلك "عاملًا حيوياً لاستقرار الاقتصاد السوداني" جنباً إلى جنب مع توحيد أسعار تبادل العملات في السوق السوداني. ووصّى الصندوق أيضاً بإلغاء الدعم الحكومي للقمح وموارد الطاقة، بالإضافة إلى توسيع القاعدة الضريبية من أجل تحصيل المزيد من الأموال لخزانة الدولة (عبد الحميد 2019). كل ذلك فاقم من المشاكل خاصةً على فئة الفقراء وذلك برغم محاولات الدولة القيام ببعض المعالجات التي شملت الدعم النقدي المُباشر للفئات الأقلّ فقراً ودعم إدخال الفقراء تحت مظلّة التأمين الصحّي وغيرها.

وأشارت وزيرة التنمية الإجتماعية السابقة الى أنّ الدولة تتطلّع عادةً على السياسات الدولية وتُعدّ سياسة وطنية لها علاقة بالموروث المَحلّي، فمثلًا سياسة البنك الدولي أوصت بالدعم النقدي للفقراء بينما سياسة الدولة كانت الدمج في التنمية ومشاريع سُبل العيش (العون الإنساني المَبني على التنمية) مع حصر الدعم النقدي على الذين لايستطيعون العمل، كذلك أشارت الى مصطلح التكافل الذي تمتاز به البلاد وهو نظام اجتماعي قويّ تُقدَّم فيه المساعدة للفقراء من المواطنين سواءَ الأهل أو المعارف والجيران أو غيرهم وقد كان لذلك الأثر الكبير على قدرة الناس على الصمود، كما أشارت الى سياسات وزارتها التي تعزّز قيّم التكافل الإجتماعي وتعتبره مسألةً قيمية وأخلاقية. أمّا مدير الشؤون المالية والإدارية بوزارة الصحة

فيرى أنّ سياسة البنك الدولي في رفع الدعم كان من المفترض أن يُصاحبها تنفيذ سياسات تُخفّف من أثَر رفع الدعم فمثلًا سياسة العلاج المجّاني سياسة ممتازة لكنّ قلّة الموارد المُتاحة مع تطبيق سياسة البنك قلّلت من أثَر هذه السياسة.

التأمين الصحّي

يُقدَّم التأمين الصحي في السودان عبر عددٍ من المؤسّسات أهمّها الصندوق القومي للتأمين الصحّي وهناك تأمينات خاصة بالقوات النظامية (الجيش، الشرطة والأمن الوطني) (جمهورية السودان، الصندوق القومي للتأمين الصحي 2023)، كما يتلقى بعض الجهات وبعض الأفراد الخدمات الصحّية عبر شركات التأمين الخاصة المحلّية والعالمية. الصندوق القومي للتأمين الصحّي وهو الأهمّ يتبع لوزارة التنمية الإجتماعية وتَتبع له إدارات التأمين الصحي بالولايات المختلفة. وهو مؤسّسة تكافُلية تُعنى بتوفير خدمات رعاية طبّية متميّزة بعدالةٍ وإستدامةٍ وتكلفةٍ ميسورة تنال رضا المؤمَّن لهم. يهدف الصندوق القومي لتغطية جميع المواطنين بالتأمين الصحّي. وترى وزيرة التنمية الإجتماعية السابقة أنّ الصحة حقٌّ للمواطن وأنّ وزارتَها ماضيةٌ في الإيفاء بهذا الحقّ من خلال توفير التأمين الصحّي للمواطنين.

بلغ عدد المشتركين في التأمين الصحّي عبر الصندوق في عام 2020 أكثر من 33.6 ملايين شخص بنسبة بلغت 81.7% من السكّان (Elfadul & Elfadul 2022). يُقدِّم الصندوق القومي للتأمين الصحّي حزمة خدمات طبّية لجميع المشتركين دون تمييزٍ بين القطاعات المختلفة. ويهتم بصفةٍ خاصة بالأُسَر الفقيرة حيث يسعى لتغطيتها عبر مُموّلين متعدّدين، وقد بدأت تغطية الأُسَر الفقيرة عام 2007 وبحلول عام 2020 تمّت تغطية 5.787.122 أُسْرَة تمثّل 71% من إجمالي الأُسَر المؤمَّن عليها. (جمهورية السودان، وزارة الصحة الإتحادية 2021-2024) وتتكفّل وزارة المالية الإتّحادية بتكلفة أغلب هذه الأُسَر كما يشارك ديوان الزكاة أيضاً مشاركة فاعلة وبجانب ذلك تشارك وزارات المالية بالولايات وبعض المنظّمات والشركات والأفراد من خلال مبادرة الأيادي البيضاء. بالنسبة للاجئين والذين يشكّلون ضغطاً على الخدمات الصحّية كما أفادت الوزيرة، فقد تمّ الاتفاق مع الأمم المتّحدة ومفوّضية اللاجئين لإدخالهم تحت مظلّة التأمين الصحّي.

يقدّم الصندوق القومي حزمةً واسعة من الخدمات الطبّية مقارنةً بكثير من الدول في إقليم شرق المتوسّط وذلك وفقاً لإفادة الوزيرة التي ذكرت أنّ ذلك بشهادة منظّمة الصحة العالمية. وتشمل خدمات الصندوق حتى علاج الأسنان الذي لا يدخل في التأمين في أغلب الدول. يساهم المؤمَّن عليه بنسبة 25% من أسعار الدواء المتوفّر بالبلاد والتي يتحمّلها ديوان الزكاة عن الفقراء الذين لا يستطيعون دفعها وذلك وفقاً لما أفادت به الوزيرة والتي يتبع ديوان الزكاة لوزارتها. أفادت أيضاً أنّ هنالك عدّة شكاوى من المواطنين من عدم توفّر الدواء عبر بطاقة التأمين ولكنها ترى أنّ لا مشكلة حقيقية في توفُّر الدواء وأنّ المشكلة في إختلاف الشركات المقدّمة للدواء. الجدير بالذكر أنّ ميزانيات الصرف للمستشفيات تتجاوز 80% من الميزانية الكلّية المُخصَّصة للخدمات الطبّية ولهذا السبب تقلّ نسبة الصرف على مرافق الرعاية الصحّية الأوّلية والتي تُقدّم الخدمة لأكثر من 75% من السكّان (جمهورية السودان، وزارة الصحة الإتحادية 2021-2024).

بالرغم من النسبة العالية للمؤمَّن عليهم إلاّ أنّ توفُّرَ الخدمة بالمناطق الريفية يُعدّ تحدّياً وذلك بسبب التوزيع غير العادل للخدمات وتوفّرها في المناطق الحضرية بشكلٍ أساسي ممّا يجعل كثير من المؤَمَّن عليهم يضَطرون الى السفر مسافات بعيدة لتلقّي الخدمة، كما أنّ عدم فهم المواطنين لكيفية الإستفادة من بطاقة

التأمين يُعدّ مشكلة أيضاً وفقاً لإفادة الوزيرة التي ترى أنّ أفضل مشروع للصحة هو التأمين الصحي، إذ إنّه يتيح توفير الخدمة للفقراء كما أنّه يساهم في تشغيل كثير من المرافق الصحّية التي لا تستطيع وزارة الصحة تشغيلها ويقوم بإنشاء مرافق صحّية بالإتفاق مع وزارة الصحة ويوفّر الكثير من الأجهزة الطبّية باهظة الثمن.

رغم الجهود الكبيرة لزيادة التغطية التأمينية تظهر العقبات والتحدّيات المتمثّلة في تغطية القطاع غير المُنظّم، الذي يكاد يكون القطاع الأكثر رواداً للطبقات الفقيرة وذوي الدخل المحدود مع تنامي معدّلات الفقر والأزمة الاقتصادية والنزوح. وقد أثّرَ نقص المعلومات والمسوحات الحديثة في إجراء حصر وإسقاطات واقعية للمُستهدفين بالتغطية الصحّية في القطاع غير المنظّم.

أيضاً تجدر الإشارة إلى أنّ مؤشّرات التغطية يتمّ حسابها باعتبار عدد المؤمّن عليهم الذين تمّ استخراج بطاقة تأمين علاجية لهم، ويعتبر خبراء التخطيط أنّ هذا المؤشّرَ قاصرٌ عن التعبير عن نسبة التغطية الفعلية التي تُحسب من إجمالي المؤمّن عليهم الذين استخدموا البطاقة في تلقّي الخدمات الصحّية في القطاع المعيّن. لذا يجب التأكيد على أنّ نسب التغطية العالية لا يعني بالتأكيد الاستخدام الفعلي للبطاقة وهذا ما يعكسه الواقع إذ إنّ المفارقة في التمويل الصحّي تظهر جليّاً بين تغطية تأمينية عالية وإنفاق من الجيب يتجاوز الـ67% وذلك يُظهر أنّ معظم السكّان يتحمّلون نفقات العلاج رغم وجود التأمين الصحّي.

نظام المعلومات الصحّية

تُوجد بوزارة الصحة أنظمة متعدّدة للمعلومات الصحّية. يتمّ جمع البيانات من المرافق الصحّية المختلفة إبتداءً من وحدة الرعاية الصحّية الأساسية، مركز الرعاية الصحّية الأساسية، والمستشفيات بأنواعها، وتُرسل تقارير الوحدات والمراكز والمستشفيات الريفية لرئاسة المحلّيات بينما تُرسل تقارير المستشفيات التخصُّصية والمراكز التخصُّصية لوزارات الصحة بالولايات. نظام المعلومات نظام مشترك ورَقي وإلكتروني، يتمّ التجميع الورَقي شهرياً في إستمارات معَدّة لذلك ويتمّ إدخال البيانات في الموقع الإلكتروني في المحلّية والوزارة وتوجد صفحة خاصة جاهزة بالإنترنت يمكن الدخول والعمل فيها من أيّ مكان ويتمّ التجميع والتحليل ومن ثم تقوم إدارة المعلومات الصحّية والمتابعة والتقييم بوزارة الصحة الإتّحادية بتجميع وتحليل التقارير الكُلّية وإصدار التقرير الإحصائي الصحّي القومي السنوي. يظل نظام المعلومات عاملًا مؤثّراً في الحقّ في الصحة في السودان إذ يتضّح القصور الواضح في نظام المعلومات من حيث اكتمال ودورية وجودة البيانات المنشورة عن المؤشّرات الخاصة بالحقّ في الصحة. وكما تمّ ذكره سابقاً لا توجد بيانات حديثة عن الوضع الصحي في السودان خلال العامين السابقين ومعظم المعلومات عن التدخّلات الصحّية المُستهدِفة للشرائح الضعيفة كالنازحين والمهاجرين والنساء غير متوفّرة في المواقع الرسمية للإدارات المعنية إنّما يتمُّ الحصول عليها بصعوبة من المنظّمات الطوعية والعالمية المختصّة بالتدخّلات الصحّية. لا يوجد نظام معلومات صحّية يربط بين القطاع الخاص والعام لذلك لا يوجد أيُّ نظام متكامل لرصد المؤشّرات الصحّية بين القطاعين ولا يوجد أيُّ إلزام لمشاركة البيانات إلاّ في حالات الطوارئ والأمراض الوبائية.

وممّا يؤكّد مشاكل نظام المعلومات الصحية ما أبداه الباحثون والخبراء على صحة البيانات الواردة عن التغطية بلقاحات الكورونا- 19. ويرجع ذلك لتضارب المعلومات الصادرة من الجهات الحكومية وواقع التغطية وأيضاً يوجد تضارب بين معدّلات التغطية للقاحات الأخرى والكورونا حيث تصدّرت الولايات التي تعاني من مشاكل

أزلية في تغطية خدمات التحصين الصدارة مثل وسط دارفور وجنوب كردفان. رغم أنّه لا توجد دراسات كافية للتحقّق من البيانات الصادرة من وزارة الصحة إلاّ أنّ هنالك دراسات حديثة تناولت التغطية في ولايات دافور.

كل ما ذكر آنفاً أدّى الى عدم توافر مؤشّرات تعكس واقع الصحة للمواطنين والشرائح الضعيفة وبالتالي أدّى الى اضعاف التخطيط الاستراتيجي لحفظ الحقّ في الصحة وكذلك أثّر في اتخاذ القرارت المرتبطة بالصحة ككلّ والحقّ في الصحة على وجه الخصوص.

آليّات المُساءلة والإصلاح

آليّات المُساءلة والإصلاح في النظام الصحّي متعدّدة: تبدأ من مُساءلة الجهاز التشريعي الذي يعرض التقارير السنوية على وزير الصحة ويطلب منه الردَّ على أيّ أسئلة تَرِد من أعضاء الجهاز والذين يمثّلون الشعب. يعرض الوزير التقارير الدورية للجنة الخَدمات في مجلس الوزراء والتقرير السنوي لمجلس الوزراء. يراجع المجلس الأعلى للتنسيق الصحّي والذي يرأسه رأس الدولة أداء النظام الصحّي وكذلك أداء الوزارات ذات الصلة بالصحة ومدى تنسيقها مع وزارة الصحة، يقوم المجلس الطبّي ومجلس المِهن الصحّية بالتقصّي في الأخطاء الطبّية من الكوادر الطبّية ويُصدِر العقوبات المناسبة والتي تصل حدَّ سحب رخصة العمل. أيضاً يقوم ديوان المراجعة العام بمراجعة الأداء المالي والإداري ويُصدر تقريراً سنوياً يعرضه على الجهاز التشريعي.

وفقاً لتقرير البنك الدولي لمؤشّرات الحوكمة لعام 2021 وتحديداً مؤشّر الصوت والمساءلة الذي تمّ رصد تقدّم السودان من عام1996 وبلغ مجموع النقاط (-1.47) التي توضح وجود ضعف في نظام المُساءلة وقدرة المواطنين على المطالبة بالحقوق. وقد سُجّلت أعلى نقطة للسودان في عام 2020 وذلك يرجع الى قيام ثورة ديسمبر 2019 التي صاحبها إهتمام كبير لإصلاح أنظمة الدولة والتشريعات المناطة بحفظ الحقوق الإنسانية وإعمال أدوات للمراقبة ورصد التنفيذ وذلك تحقيقاً لشعار ثورة ديسمبر "حرية، سلام وعدالة." رغم ذلك توجد عقبات تهدّد مِحور المساءلة تمّ استنباطها من خلال المقابلات للمسؤولين ومجموعات النقاش في الورشة التشاورية الوطنية وتمّ حصرُها في النقاط التالية:

- هنالك قصورٌ في نشر ثقافة المُساءلة والمطالبة بالحقوق من قبل الجهات المختصّة والمؤسّسات ذات الصلة.

- عدم إلمام المواطنين بالحقوق الأساسية التي تكفَلُها الدولة والجهات ذات الصلة المناطة بحفظ ورصد الحقوق الإنسانية الأساسية.

- ليس هنالك نشرٌ وتبادلٌ للمعلومات عن توصيات الاجتماع الأخير لآليّة الاستعراض الدَولي على مستوي الإدارة العُليا ومدراء الإدارات العامة بوزارة الصحة على الرغم من وجود ممثّل لوزارة الصحة في الآلية الوطنية، ناهيك عن وجود خطّة لمتابعة تنفيذ التوصيات المُجازة من الآليّة الوطنية لمِحور الصحة. الجدير بالذكر أنّ سكرتارية الآلية الوطنية بوزارة العدل قامت بتمليك ممثّل الصحة كلّ المعلومات الخاصة بتوصيات محور الصحة التي تمّ نقاشها في آلية الاستعراض الدولي لمشاركتها مع الإدارات ذات الصلة، لمتابعة تنفيذها خلال الأربع سنوات القادمة.

- دور منظّمات المجتمع المدني محدودٌ في مجال المُساءلة وخصوصاً فيما يتعلّق برفع الوعي بالحقوق ورفع قدرات المجتمع والشرائح الضعيفة. ذكرت ممثّلة الأشخاص ذوي الإعاقة أنّ "دور منظّمات المجتمع المدني يكاد يكون محدوداً جداً ولا توجد مبادرات لتبنّي قضايا الحقّ في الصحة بصورةٍ مُمَنهجة إنّما توجد اجتهادات فردية لمنظّمات أو أشخاص لمناصرة قضايا معينة كالعنف الجنسي أو التمييز العرقي."

من ناحيةٍ أخرى أدّى عدم الإستقرار السياسي وتبعات قرارات 25 أكتوبر الى تراجعٍ في تنفيذ التدخّلات والخطط للإصلاح المؤسّسي على مستوى الوزارت ذات الصّلة وبالتالي ألقي بظلاله على رصد ومتابعة وتعزيز جميع الحقوق بما فيها الحقّ في الصحة وفقاً لإفادة ممثّل سكرتارية الآلية الوطنية بوزارة العدل الاتّحادية.

الإستنتاجات والتوصيات

الإستنتاجات

وفقاً للمعلومات التي تمّ سردَها سابقاً سيتمّ تحليل الإستنتاجات استناداً الى إطارٍ يتكوّن من ثلاثة محاور وهي الإحترام والكفالة والأداء وهي محاور يتمّ قياس حقوق الإنسان بها. من حيث الإحترام تمّ التعرّف على مدى اجتهاد الدولة في إبرام المواثيق ومواءمة التشريعات الوطنية وإجازة قوانين لحفظ الحقوق وقتما دعت الضرورة. وهنا يُمكننا القول أنّ السودان بذل جهداً مُقَدّراً في إبرام المواثيق الدولية وعمل على مواءمة التشريعات الوطنية وكوَّنَ آليات متابعة الحقوق الإنسانية بما فيها الحقّ في الصحة. كما اعتمدت البلاد العديد من القوانين والتشريعات التي تضمن الحصول على الحقّ في الصحة في جميع الأوقات (السلم والحرب والوباء) ولجميع الفئات دون تمييزٍ أو استثناء. أدرج السودان الصحة والتعليم قي أولويات الفترة الإنتقالية. تمَّ وضع استراتيجيات وخطط وطنية تستصحب أهداف التنمية المُستدامة وتتّخذ منظورَ الصحة في جميع السياسات كإطار لضمان تكامل الأدوار بين الجهات والوزارات ذات الصلة في الحفاظ على الحقّ في الصحة.

فيما يتعلق بالكفالة، تمّ اتخاذ تدخّلات لضمان وكفالة الحصول على الخدمات الصحّية وذلك بإتاحة التأمين الصحّي وإستمرار دعم الزكاة للصحة. أيضاً عمل النظام الصحّي على مجّانية علاج الطوارئ وعلاج الأطفال دون سنّ الخامسة وكذلك مرضى الفشل الكلوي وقسطرة القلب وغيرها. على مستوى التخطيط عمل السودان على تقوية النظام الصحّي وإفراد تدخّلات خاصة للمناطق الهشّة والأقلّ نموّاً ومناطق النزاعات، تشمل سياسات استبقاءٍ للكوادر وتوسيع مساهمة المنظّمات الوطنية والعالمية لتقديم الخدمات الصحّية في مناطق النزاعات.

من حيث الأداء تشير المؤشّرات الصحّية إلى سوء الحالة الصحّية للمواطن السوداني مع تركّز عبء الأمراض في الشرائح الضعيفة وفي المناطق الريفية والمناطق الأقلّ نموّاً. يتضّح ذلك من خلال الفوارق في الحصول على الخدمات الصحّية الأساسية بين الخرطوم العاصمة والمدن الكبرى وبين المدن الأخرى والقرى. الضعف في النظام الصحّي بمقوماته الستّة وخصوصاً الموارد المالية والبشرية والإمداد الدوائي أدّى إلى عدم توفّر الخدمات الصحّية للأمراض الأكثر شيوعاً وأمراض الطفولة.

جائحة الكورونا أثّرت سلباً على تقديم الخدمات الصحّية ولكن تجدر الإشارة الى أنّ الدعومات لقطاع الصحة ساهمت في رفع مستوى جاهزية المستشفيات لخدمات الطوارئ وكذلك رفع مستوى مكافحة العدوى وذلك بتوفير المعينات وتدريب الكوادر الصحّية.

الوضع السياسي يبقى من أهمّ المحدّدات للأداء الصحّي في السودان حيث أثّرَ عدم الإستقرار السياسي على تعطيل تنفيذ أولويات الفترة الإنتقالية في القطاع الصحّي، حيث أسهمت التغييرات السياسية في إحداث ربكة في الهياكل الإدارية التي تَعاقب عليها ثلاثة وزراء صحة في أقلّ من ثلاث سنوات وأسفر ذلك عن تغييرات في الإدارات العامة على مستوى المركز والولايات أدّت بدورها إلى إرباك تنفيذ الخطط التشغيلية. من ناحية أخرى صاحبت الفترة الإنتقالية العديد من الإضرابات

للكوادر الصحّية أثّرت بشكلٍ كبير في تردّي الخدمات الصحّية بالقطاع العام وعزوف المواطنين عن التوجّه الى المرافق الصحّية الحكومية لعدم استقرار تلقّي الخدمة، ممّا أدّى الى توجّه المواطنين للقطاع الخاص وبالتالي تحمّل نفقات باهظة لتلقّي العلاج.

من ناحية أخرى تبرز أهمّية الإستقرار السياسي في مناطق الحروب والنزاعات في تأمين السلام وضمان استمرار التنمية المُستدامة التي ترتبط ارتباطاً وثيقاً بالحقوق الأساسية الأخرى المرتبطة بالصحة وهي الحقّ في الحياة والغذاء والسلام والبيئة والتنمية.

الوضع السياسي المعقّد لحكومة السودان الحالية وعدم إعتراف المجتمع الدولي بشرعيتها والضغوطات الدولية أسهمت بدورها في التأثير الكبير والعميق على أداء السودان في الحقّ في الصحة، حيث أثّرَ تجميد الدعومات على الصحة مباشرةً في إضعاف تقديم الخدمات والدواء والمعينات وتدريب الكوادر وكذلك أثّرَ بطريقة غير مباشرة في تجميد الخطط والأنشطة في الحقوق الإنسانية الأخرى المرتبطة بالصحة كالغذاء والسلام والتنمية والبيئة.

التوصيات

بناءً على ما تمّ ذكره في المقابلات وعلى ما ورد في الوثائق التي تمّت دراستها، يمكن تلخيص التوصيات في الآتي:

- تحقيق الاستقرار السياسي بالتوافق الوطني وتوفير الأمن والاستقرار لمناطق النزاعات.
- السعي لوقف التردّي الاقتصادي وتطوير موارد البلد وتحسين الدخل القومي.
- نشر ثقافة المعرفة بالقوانين والتشريعات والخطط والسياسات الصحّية والإشراف على الجهات التي تقوم بالتنفيذ.
- ضبط الحوكمة وبناء مقدرات الولايات والمحلّيات في القيادة والإدارة وفي كيفية تحريك الموارد.
- وضع موازنة صحّية قومية دقيقة وواضحة وتحديد قنوات الصرف وتفعيل آليات المتابعة والتقييم وتوفير الدعم المالي اللازم لتنفيذ الخطط والالتزام بتنفيذ التمويل الصحّي الحكومي بما لا يقلّ عن 15% من الدخل القومي.
- زيادة وعي المواطن لمعرفة حقوقه وواجباته وتعزير مشاركة المجتمع الفاعلة في التخطيط وفي الإشراف على التنفيذ.
- توسيع آليات وشبكات الضمان الاجتماعي مثل الزكاة والتأمين الصحّي وغيرها.

- فيما يتعلق بالموارد البشرية الصحّية لا بدّ من التنسيق مع الجهات ذات الصلة بالصحة مثل وزارات التعليم العالي، المالية ووزارة العمل لضمان إنتاج وتوظيف وتحفيز واستبقاء الكوادر الصحّية وإيجاد حزم تحفيزية للإستبقاء بالأماكن ذات الحاجة الأعلى والمناطق الأقل نموّاً، وكذلك وضع المعالجات اللازمة للحدّ من هجرة الكوادر الصحّية، تحسين مقدّرات النظام الصحّي على المستويات الأخرى لاستيعاب الكوادر وخلق وظائف للقابلات، المعاون الصحي، المساعدين الطبّيين وغيرهم.

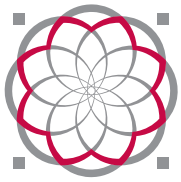
المراجع

- جمهورية السودان، وزارة الصحة، الإدارة العامة للصيدلة. 2005. "الإستراتيجية الصيدلانية ربع القرنية 2005-2029".
- جمهورية السودان، وزارة العدل. الوثيقة الدستورية لسنة 2019.
- جمهورية السودان، الصندوق القومي للتأمين الصحي. 2023. "الصفحة الرئيسية." الرابط.
- جامعة منيسوتا، مكتبة حقوق الإنسان، اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية. .2000 "الدورة الثانية والعشرون. التعليق العام رقم 14 الحقّ في التمتّع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه (المادة 12)." الرابط.
- جمهورية السودان، وزارة الصحة الإتحادية. 2021-2022. "التقرير الإحصائي القومي السنوي لعام 20212022- [Annual National Statistical Report for the Year 2021-2022]".
- جمهورية السودان، وزارة الصحة الإتحادية. 2021-2024. "السياسة الوطنية لتعافي وإصلاح قطاع الصحة في السودان 2021-2024 [Sudan National Health Sector Recovery and Reform Policy 2021-2024]".
- جمهورية السودان، وزارة الصحة الإتحادية. 2022. "الخطة الوطنية لإنعاش وإصلاح قطاع الصحة 2022 [National Health Sector Recovery and Reform Plan 2022]".
- جمهورية السودان، وزارة الصحة الإتحادية. 2007. "ملخص الإستراتيجية القومية ربع القرنية 2007-2031".
- جمهورية السودان، وزارة العدل.2005 . "دساتير السودان - دستور جمهورية السودان الانتقالي لسنة 2005." الرابط.
- جمهورية السودان، وزارة العدل. 2016. "قانون الصندوق القومي للتأمين الصحّي لسنة 2016." الرابط.
- جمهورية السودان، وزارة العدل.2008 . "قانون الصحة العامة القومي لسنة 2008."
- الصندوق القومي للإمدادات الطبية، وزارة الصحة الإتحادية. .2015 "قانون الصندوق القومي للإمدادات الطبية 2015." الرابط.
- جمهورية السودان، مجلس الوزراء و UNICEF .2014 . "تارشؤملا ددعتم يدوقنعلا حسملا – 2014." الرابط.
- جمهورية السودان، وكالة السودان للأنباء (سونا) [Sudan News Agency]. 2022. "حقوق الإنسان يعتمد تقرير السودان الثالث لآلية الإستعراض، الدوري الشامل." الرابط.
- حاتم. ع.ا. 2021 واقع النظام الصحّي في السودان. لمركز الأفريقي للإستشارات. الرابط.

- نون بوست.2014 . "كيف تأثّر السودان بسبعة عشر عاماً من العقوبات؟" الرابط
- عبد الحميد، أ.ع.2019. "سيناريو تطبيق روشتة صندوق النقد الدولي السودان." المجلة الاقتصادية.

- Directorate General of Global Health, Federal Ministry of Health. "Effective Development Partnership Paper."
- Elfadul, M. F. & Elfadul, M. 2022. "Impact of COVID-19 on Maternal Health Service in Khartoum –Sudan."
- Elfadul, I. M., & Elfadul, M. 2021. "Effect of COVID-19 lock down on Accessibility to Health Services in Sudan- 2021."
- Federal Ministry of Health. 2022. "Covid-19 Vaccination Coverage Report, August, 2022."
- Habbani, S.Y.I. 1995. "Supervision of Health Area (District): The case of ElGetaina Area, Central State, Sudan."
- Hadhreen. 2022. "The Real Culprit Documentary Report on Violation against Peaceful Protestors between 25th October2021-4th August 2022." Khartoum.
- Mohamed, A.E., Elhadi, Y.A.M., Mohammed, N.A., Ekpenyong, A., & Lucero-Prisno, D.E. 2021. "Exploring Challenges to COVID-19 Vaccination in the Darfur Region of Sudan." The American Journal of Tropical Medicine and Hygeine, 106(1):17-20. Link.
- Osman, A.H.M., Bakhiet, A., Elmusharaf, S., Omer, A., & Abdelrahman, A. 2020. "Sudan's Mental Health Service: Challenges and Future Horizons." British Journal of Psychiatry International, 17(1):17-19. Link.
- Osman, A. K., Ibrahim, M., Elsheikh, M., Karrar, K., & Salih, H. 2021. "Saving the Fundaments: Impact of a Military Coup on the Sudan Health System." Sudan Journal of Medical Sciences, 16(4): 567-573. Link.
- OCHA - Sudan. 2020. "Impact of COVID-19 on Continuity of Health Services." Link.
- Republic of Sudan, Council of Ministers & UNICEF. 2014. "Sudan multiple indicator cluster survey report 2014." Link.
- The Global Economy. 2021. "Sudan Voice and accountability - Data, chart." Link.
- UNHCR. 2023. "Operational Update, August 2022 - Sudan." Link.

- UNCHR. 2022. “Briefing note - UNHCR warns of surging needs in Sudan amid skyrocketing prices and gaps in humanitarian funding.” Link.
- UNICEF. 2021. “Sudan Health Report.” Link.
- World Bank. 2023. “World Bank Open Data.” Link.
- World Health Organization - Regional Office for the Eastern Mediterranean (WHO-EMRO). 2022. “Attacks on Health Care in Sudan must Stop Now.” Link.
- World Health Organization (WHO). 2022b. “WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard with Vaccination Data.” Khartoum. Link.
- World Health Organization - Regional Office for the Eastern Mediterranean. الهجمات على الرعاية الصحية في السودان يجب أن تتوقف فورًا . Link.



annd
Arab NGO Network for Development
شبكة المنظمات العربية غير الحكومية للتنمية

تعمل **شبكة المنظّمات غير الحكوميّة العربيّة للتنمية** في 12 دولة عربيّة، مع 9 شبكة وطنيّة (وعضويّة ممتدة لـ 250 منظّمة مجتمع مدني من خلفيّات مختلفة) و 25 عضو من منظّمات غير حكوميّة.

ص.ب المزرعة 14/5792 بيروت، لبنان

تهدف **كليّة العلوم الصحيّة في الجامعة الأميركيّة** في بيروت منذ إنشائها إلى وضع مسارٍ للصحّة العامة من خلال إعداد المهنيين ليكونوا صانعي التغيير ويعملوا على البحوث التي تؤثر على الممارسات والسياسات وبالتالي على صحّة السكان.

الجامعة الأميركيّة في بيروت
ص.ب 11-0236 / كليّة العلوم الصحيّة
رياض الصلح / بيروت 1107 2020
لبنان