

ملاح

من مسيرة النظام الصحي في السودان
بين عامي 1990 و 2010

د. عصام الدين محمد عبدالله د. مصطفى صالح مصطفى
د. أجد محمد وداعة الله

ملاح من مسيرة النظام الصحي في السودان
بين عامي 1990 و 2010

تأليف:

د. عصام الدين محمد عبدالله

د. مصطفى صالح مصطفى

د. أمجد وحمد وداعة الله

المراجعة اللغوية: رندا الإمام سراج الدين

تصميم الغلاف: ريم عثمان محجوب جعفر

المحتويات:

| | |
|-----|--|
| 1 | مقدمة وتمهيد: |
| 9 | الفصل الأول: ملامح في مسيرة النظام الصحي في السودان |
| 9 | نظرة عامة في تطور النظام الصحي في السودان في الفترة 1990-2010م: |
| 18 | تفاعل هيكلية الخدمات الصحية مع الهيكلية الكلية للدولة:- |
| 22 | اللجنة العليا للإنقاذ الصحي: |
| 34 | تجربة صندوق الدواء الدائري في الخرطوم: |
| 37 | تطور نظام التأمين الصحي بالسودان: |
| 45 | الفصل الثاني: تطور النظام الصحي في وزارة الصحة بولاية الخرطوم |
| 45 | مقدمة: |
| 45 | تطور الهيكلية العامة لوزارة الصحة بولاية الخرطوم: |
| 50 | العلاقة مع وزارة الصحة الاتحادية: |
| 53 | اللامركزية في إدارة النظام الصحي: |
| 56 | تجربة المنطقة الصحية والفريق الصحي: |
| 67 | ملاحم من محور صحة البيئة في ولاية الخرطوم: |
| 73 | الفصل الثالث: نماذج من تجربة السودان في تدريب الموارد البشرية الصحية |
| 73 | قراءة في واقع الموارد البشرية الصحية في السودان: |
| 76 | قراءة في واقع تدريب الأطر الصحية قبل إنشاء المؤسسات التدريبية: |
| 79 | أولاً: تجربة مركز التطوير المهني المستمر |
| 79 | تمهيد: |
| 80 | دواعي الإنشاء والمراحل التي مر بها المركز: |
| 84 | قدرات المركز: |
| 86 | محاور العمل بإدارة التطوير المهني المستمر: |
| 87 | إستراتيجية المركز وسياساته التدريبية: |
| 89 | البرامج التدريبية والأعداد المتدربة: |
| 94 | التوسع الولائي واللامركزية: |
| 98 | دور الشراكات: |
| 99 | أهم الإنجازات في المركز وأهم التحديات: |
| 102 | ثانياً: تجربة أكاديمية العلوم الصحية في السودان |
| 102 | تمهيد: |

| | |
|-----|--------------------------------------|
| 103 | مرحل ما قبل إنشاء الأكاديمية: |
| 113 | مرحلة إنشاء الأكاديمية: |
| 118 | المبادئ الأساسية في الأكاديمية: |
| 119 | نظام إدارة الأكاديمية واللامركزية: |
| 123 | النظام الدراسي والمناهج: |
| 125 | التوسع في البرامج والأعداد المقبولة: |
| 127 | الطلاب والخريجون: |
| 129 | الشراكات في مسيرة الأكاديمية: |
| 130 | تمويل وتكاليف الدراسة: |
| 131 | أكاديمية الفولة كأنموذج متفرد: |
| 133 | رصد لآخر الانجازات في الأكاديمية: |
| 134 | الرؤى المستقبلية للأكاديمية: |
| 135 | تحليل لمسيرة الأكاديمية: |

139 الفصل الرابع: تطور الخدمات العلاجية في المستشفيات

| | |
|-----|--|
| 139 | مقدمة: |
| 139 | التوسع في خدمات المستشفيات في السودان: |
| 142 | تجربة المجلس الأعلى للمستشفيات: |
| 144 | بناء القدرات الإدارية والتخطيطية: |
| 147 | سياسة ذاتية المستشفيات الإتحادية: |
| 155 | سياسة الحوافز المالية: |
| 156 | سياسة العلاج المجاني: |
| 158 | الجودة: |
| 161 | ملاحظ في تطور الخدمات العلاجية: |
| 163 | خدمات الحوادث والطوارئ في المستشفيات: |
| 167 | الرعاية الصحية المتخصصة: |
| 169 | التحديات في تقديم الخدمات العلاجية: |

175 الفصل: الخامس تجربة برنامج مكافحة الملاريا في السودان

| | |
|-----|---------------------------------|
| 175 | تمهيد: |
| 177 | مختصر لتحليل تاريخ البرنامج: |
| 182 | التوجه نحو القواعد واللامركزية: |
| 184 | بناء قدرات البرنامج: |
| 187 | بناء قدرات الولايات: |

| | |
|------------|--|
| 189 | مؤشرات مرض الملاريا: |
| 190 | إستخدام المعلومات كأداة تخطيط أساسية: |
| 193 | إستراتيجية التعامل مع المستفيدين: |
| 195 | التشخيص المبكر والعلاج الناجع: |
| 196 | المعالجة المنزلية: |
| 197 | جودة الادوية: |
| 197 | المكافحة المتكاملة: |
| 198 | قضايا الدعم والإمكانيات: |
| 204 | الدعم الفني: |
| 205 | شراكات البرنامج: |
| 208 | العلاقة مع الإعلام والسياسيين: |
| 209 | التحديات والمعوقات الحالية: |
| 210 | ولاية الخرطوم والملاريا (تجربة تستحق الدراسة): |
| 215 | معهد النيل الأزرق للأمراض السارية والمنقولة: |
| 218 | نظرة تحليلية لعوامل نجاح البرنامج: |
| 223 | الفصل السادس: تطور نظم مكافحة الأوبئة في السودان |
| 223 | الوضع في السودان وإرتباطه بالأوبئة: |
| 225 | ملاحظ حول إدارة الوبائيات في وزارة الصحة: |
| 226 | نظام الترصد المرضي: |
| 232 | الفترة 2001 – 2003م والتطورات الإستراتيجية: |
| 238 | اللامركزية وبناء القدرات: |
| 240 | تجربة ولاية كسلا في إدارة الأوبئة والطوارئ الصحية: |
| 244 | معمل الصحة العامة: |
| 246 | العمل بنظام المعلومات الجغرافية: |
| 247 | إنعكاس دور محددات الصحة على عمل الإدارة: |
| 248 | دور مقدمي الخدمة الصحية والمجتمع: |
| 249 | قانون الصحة العامة: |
| 250 | التحديات: |
| 252 | بعض شركاء وزارة الصحة في مكافحة الأوبئة: |
| 257 | الفصل السابع: تجربة إدارة الطوارئ الصحية في دارفور |
| 257 | بداية الأزمة وكيفية دخول وزارة الصحة بها: |
| | التدخلات الإدارية التي تم إنشاؤها للتعامل مع الازمة على المستويات الإتحادية، الولاية والمحلية: |
| 261 | |

| | |
|------------|---|
| 263 | السياسات والنظم التي وضعت للتعامل مع الأزمة وأثرها: |
| 268 | الأشكال التنسيقية بين الجهات الحكومية مع منظمات الأمم المتحدة والمنظمات التطوعية: |
| 272 | أثر الأزمة في الوضع الصحي والتدخلات الصحية في الإقليم: |
| 281 | أثر الدعم الخارجي: |
| 282 | بعض المحطات الرئيسية في الأزمة: |
| 282 | أولاً: دراسات الوفيات |
| 285 | ثانياً: إنسحاب المنظمات من إقليم دارفور |
| 292 | ملاحظ مهمة حول تجربة الطوارئ الصحية في دارفور: |
| 295 | الفصل الثامن: توثيق تجربة برنامج التحصين الموسع في السودان |
| 295 | مقدمة: |
| 296 | حول برنامج التحصين الموسع: |
| 297 | ملاحظ عامة من تاريخ البرنامج: |
| 306 | التحولات الإستراتيجية في البرنامج في الفترة 2001 – 2010: |
| 311 | إحتواء مرض الحصبة: |
| 312 | نجاح البرنامج في إحتواء وباء شلل الأطفال في العام 2006: |
| 313 | سلسلة التبريد والإمداد: |
| 315 | مصادر التمويل: |
| 317 | شكر وعرهان: |
| 319 | المراجع: |

مقدمة وتمهيد:

شهد لسودان بعد الاستقلال تطوراً مضطرباً في الخدمات الصحية والنظام الصحي ككل من حيث انتشار المؤسسات الصحية وتوزيع القوى البشرية الصحية . ولقد تأثر النظام الصحي سلباً وإيجاباً بالمتغيرات التي تعرض لها السودان بعد الاستقلال من ظروف الحرب والكوارث الطبيعية والجفاف وهجرة السكان من الريف إلى الحضر وغيرها . كل هذه المشاهدات لم تحظ بالبحث لتحديد مدى تأثير النظام الصحي في الدولة بالسياق الكلي للوضع القائم في هذه الفترة.

لكن في ذات الوقت سنجد أنها لم تكن هذه المرة الأولى التي يتم فيها رصد مسيرة النظام الصحي والخدمات الصحية في السودان، فقد كان من رواد هذا المنحى الدكتور أحمد بيومي، وهو من رواد الطب والجراحة في السودان، وقد قام الدكتور بيومي بتقديم كتابه "تاريخ الخدمات الصحية في السودان" باللغة الإنجليزية والذي عني بتوثيق تاريخ الطب والخدمات الصحية منذ بدايات القرن العشرين وحتى بداية الثمانينات من ذات القرن. وقد وجد هذا الكتاب منذ صدوره، وحتى الآن، استحساناً في الأوساط الطبية والصحية لما مثله من إرث غني أسهم في معرفة التحولات الأساسية في تاريخ الطب والصحة في السودان في الفترة التي شملتها مكونات الكتاب. وقد استمد العمل الذي بين أيديكم الآن الكثير من الإلهام من هذه التجربة الثرة لكتاب الدكتور بيومي، وإن كانت هناك إختلافات أساسية في المنظور الذي وضع عبره هذا الكتاب وبين النهج الذي اختاره كتاب تاريخ الخدمات الصحية في السودان في تناول النظام الصحي. سنجد لاحقاً أن هذا الإختلاف لم يقلل من أهمية ربط كتاب الدكتور بيومي مع هذا الكتاب لما سيجد القارئ من فائدة في تناول الخلفية التاريخية للكثير من الأحداث التي حدثت لاحقاً في العقدين الماضيين في مسيرة الطب والصحة في السودان.

الكتاب الذي بين أيديكم تناول فترة مهمة في تاريخ الصحة في السودان وقد يتفق أو يختلف الكثيرون، ممن ستتاح لهم فرصة الإطلاع على هذا الكتاب، مع محتوياته والحقائق التي وردت فيه وتحليلات مكوناته المختلفة. لكن سيظل الثابت أن الفترة التي تناولها الكتاب شهدت الكثير من الأحداث والمتغيرات التي حدثت في الكثير من الأصعدة ضمن مكونات النظام الصحي والتي حدثت نتاجاً لمختلف الأسباب والمسببات والتي أنتجت كذلك العديد من المخرجات التي صارت تشكل بصورة أو بأخرى واقع الخدمات الصحية في يومنا هذا.

يهدف هذا الكتاب إلى توثيق بعض محاور التجربة السودانية في العمل الصحي خلال عقدين من الزمان، وهي الفترة الزمنية ما بين عامي 1990م و2010م. وتتبع أهمية الكتابة والتوثيق لهذه الفترة من الحرص على تدوين التطورات الكبيرة التي حدثت في النظام الصحي في السودان في لفترة المعنية، خاصةً ما يتعلق بمراحل عمليات تطوير النظام الصحي، ولِإيضاً النقلات الكبيرة في النظم والسياسات الصحية في هذه الفترة المهمة وذلك من خلال تناول قضايا بعينها تمثل نماذج في مكونات النظام الصحي. والمهم في هذا المنحى أنه لا يمكن فصل التغيرات التي حدثت في النظام الصحي في السودان عن تلك التي حدثت في النظام السياسي والإقتصادي للدولة بشكل كلي. فعلى سبيل المثال، سنجد التغييرات الجوهرية التي حدثت في العام 1992م في منظومة الاقتصاد السوداني، بادخال سياسة التحرير الإقتصادي بحسبانها مظلة عامة للعديد من السياسات الفرعية، كان لها أثر مباشر في كثير من حزم السياسات الأخرى التي وضعت منذ ذلك الوقت وحتى الآن خاصةً تلك المتعلقة بمكونات تمويل الخدمات الصحية بمختلف أشكالها ومستوياتها وبصفة خاصة الخدمات العلاجية. ومما لا شك فيه أن تلك التحولات لم تكن حكرًا على السودان فحسب، وإنما شملت عدداً من الدول والأقاليم في نواحي مختلفة من العالم في ذات الفترة مما انعكس على الكثير من الإتجاهات التي اتخذتها السياسات الصحية التي تبنتها الدولة في هذه الفترة. لذا يسعى هذا التوثيق لسرد وتحليل ومقارنة الأحداث والتجارب والتطورات التي تمت في النظام الصحي السوداني خلال هذه الفترة، من منظور من عايش هذه التجارب معايشة

لصيقة، وأسهم في العمل فيها، والترويج لها، ووضع الأسس للعديد من المشاريع ذات الصبغة التحولية في مسيرة النظام الصحي في السودان. ولما لهذه المعاشة والتعامل المباشر مع مدخلات ومخرجات النظام الصحي، فإن التوثيق له قيمته الخاصة والكبيرة، حيث يعطي نظرة من الداخل، على أنه لا يغفل النظرة الخارجية لما تم من أحداث وتطورات، ويعتمد إلى النظرة التحليلية المحايدة لهذه الأحداث، ذاكراً النواحي الإيجابية، وكذلك النقاط السلبية، وناظراً بالعين الفاحصة لما تم وأثره ومردوده الوقتي، وأثره بعد مرور هذا الوقت الكافي للحكم على التجارب وتمحيص أثرها، والاستفادة من عِبَرها وتجاربها.

هذا ويعاني القطاع الصحي في السودان - شأنه شأن كثير من القطاعات الأخرى - من ضعف التوثيق لأحداثه وما يتم فيه من أنشطة بصورة دقيقة وموضوعية، بعيداً عن التقارير الرسمية المباشرة. ومن هنا جاءت مبادرة المؤلفين لهذا السفر للإضافة الإيجابية لما هو موجود ولحداث نقلة نوعية في طريقة الكتابة وابتداع طريقة أكثر تفاعلاً مع الأحداث وبأسلوب سردي يعتمد التنوع في مصدر المعلومة مع الحفاظ على الطابع التاريخي والحقائق والأحداث في صورتها التي تمت بها.

ولا شك أن بدء أي عمل جديد يستدعي أولاً الحكم على أسباب القيام به، وقبل إبتداع هذا التوثيق لتجربة النظام الصحي في السودان، يستوجب الأمر البحث في مبررات وأسباب الكتابة والنشر في المجال. ولعل إحدى الإشكالات التي صاحبت تطوير هذا الكتاب أن من قاموا بالإشراف على كتابته كانوا من المعاصرين للفترة التي يغطيها هذا الكتاب بل كانوا جزءاً من الأحداث التي سيرد ذكرها خلال مختلف الأجزاء لاحقاً، الأمر الذي يؤثر على حياديتهم في سرد وتحليل الأحداث التي شهدت هذه الفترة. ولكن في ذات الوقت سنجد أن الطريقة التي أتبعنا في جمع المعلومات وإشراك أعداد كبيرة من المعاصرين لهذه الفترة والنقاش الجماعي معهم للوصول إلى الحقائق واستجلاء النتائج، يمكن أن تكون قد أسهمت في زيادة موثوقية هذا الكتاب وفي تعزيز صدقيته.

مكونات هذا الكتاب ومحتوياته والقضايا التي ناقشها أُختيرت بحيث تتسع دائرة من يمكنهم الاستفادة منه ومن محتوياته بصورة عامة. هذا الكتاب يستهدف كافة شرائح المجتمع المهمة بالتعرف على تطور القطاع الصحي في البلاد سواء أن كانوا من واضعي السياسات أو صانعي القرار في المجالات ذات الصلة بالصحة، أو كانوا من المطلعين في المجالات الأخرى ذات الصلة بالقطاع الصحي. كما نسعى لأن يكون هذا الكتاب إضافة حقيقية لمعرفة العاملين في القطاع الصحي بمختلف تخصصاتهم ومواقعهم وكذلك طلاب العلوم الصحية بتطور القطاع الصحي والأنظمة الصحية في السودان في خلال الفترة التي غطاها هذا السفر.

وقد نطلق مؤلفو هذا السفر في سعيهم لتحقيقه اعتماداً على المحاور التالية:

1. ضعف التوثيق في قضايا الصحة بصفة عامة، بصورة غير متناسبة مقابل وجود العديد من التجارب الثرة والغنية في النظام الصحي في السودان.
2. التطور والتقدم الكبير الذي حدث في عدد من الجوانب التي لم تبرز للواجهة للاطلاع العام عليها، رغم أهميتها النوعية.
3. نجد أن هناك تغير سريع في العاملين الصحيين والشخصيات والمسؤولين، مما يدعو للخوف من ضياع الحقائق و عدم تسجيلها بصورة دقيقة. علماً بأن التوثيق يتوقع له أن يكون أكثر حيادية بعد مرور فترة من الزمن، لتخطي الحساسيات وتجنب فقدان الشخصيات بالأسباب المتعددة.
4. الأهمية الكبيرة للتجارب والأحداث التي وقعت في المجال الصحي في الفترة المعنية بالتوثيق.

وقد اتبع معدو هذا الكتاب التوثيقي منهجية بحثية، تعتمد على جمع المعلومات من المصادر المقصودة، والقيام بتحليلها بصورة نقدية بناءة، واستخلاص العبر والدروس منها، والإشارة إلى النواحي الإيجابية والسلبية فيها.

ومن الوسائل التي استخدمت لتنفيذ هذا العمل ما يلي:

1. المقابلات المتعمقة مع شخصيات أدت دوراً مهماً وأساسياً في النظام الصحي في السودان في الفترة المعنية.

2. مجموعات النقاش البؤرية مع الشخصيات ذات الصلة بالمقصود من الموضوع والمكان والزمان.

3. استعراض المراجع المتوفرة حول الموضوع محلياً وعالمياً .

4. استعراض ومراجعة التقارير والوثائق المتوفرة حول الموضوع محلياً وعالمياً.

إن اختيارنا للمواضيع المحددة التي ستُطرح ضمن هذا الكتاب جاء لما مثلته هذه المحاور المختارة من إنعكاس حقيقي للتطور الذي حدث في مكونات النظام الصحي المختلفة والذي عكس بالتأكيد التغيير الواضح الذي طرأ على منهجية التفكير والعمل في النظام الصحي ودور قيادة النظام الصحي في هذا التغيير الذي حدث. لعل القارئ سيجد أن هذه المكونات لم تغطي كافة محاور قطاع الصحة بشكل عام، إلا أننا سنجد أن التفاصيل التي سنتذكر لاحقاً ستعطي بعض المؤشرات التي قد تفيد القارئ في الإجابة عن بعض التساؤلات التي قد ترد على ذهنه عن المحاور التي لم تغطي بشكل تفصيلي. كما سنعد أن يتواصل هذا النهج الذي تبنيناه في مواصلة التطرق لأهم القضايا الصحية في السودان لاحقاً في أسفار أخرى بإذن الله. هذا وقد اختيرت المكونات الأساسية لهذا الكتاب بعناية كبيرة حيث قصد من تناولها إعطاء القارئ بعض الملامح الأساسية للنظام الصحي دون الخوض في كافة التفاصيل المتعمقة ولكن دون إقلال في المعلومات المطروحة.

وقد شمل الكتاب الفصول الآتية:

الفصل الأول تناول بعض ملامح مسيرة الخدمات الصحية في السودان: سنجد أن الفصل قد تناول لمحة سريعة حول تفاعل هيكله الخدمات الصحية مع الهيكله الكلية، بالإضافة إلى تناول بعض المؤشرات المهمة في قراءة الواقع الصحي للسودان وبعض التجارب المهمة في النظام الصحي مثل تجربة التأمين الصحي.

الفصل الثالث حول تجربة السودان في تدريب الموارد البشرية: تناول هذا واقع تدريب الموارد البشرية في السودان، كما تطرق الفصل إلى دواعي إنشاء مركز التدريب المهني المستمر و تجربة أكاديمية العلوم الصحية، المراحل التي مرت بها إنشاء المركز والأكاديمية، مراحل التوسع الولائي، اللامركزية والعلاقة مع الولايات، بناء القدرات على المستويين المركزي والولائي والتوسع في البرامج والأعداد المتدربة وغيرها من المحاور.

الفصل الرابع: تطور الخدمات العلاجية في المستشفيات: هذا الفصل تناول تطور الخدمات العلاجية في المستشفيات بصورة إجمالية من حيث التوسع في الخدمات وتطويرها، وإن كان الفصل قد تناول تجربتي وزارة الصحة الإتحادية ووزارة الصحة بولاية الخرطوم في مجال إدارة المستشفيات بغرض توثيق بعض التجارب التي تستحق الوقوف عندها.

الفصل الخامس حول تجربة برنامج مكافحة الملاريا: حيث تناولنا ملخصاً عن الفترة ما قبل عام 1990م، وكيف أثر انزال اعمال مكافحة إلى المحليات في مخرجات البرنامج لاحقاً، تجربة اللامركزية، بناء قدرات الموارد البشرية، بناء قدرات الولايات، تطوير السياسات والاستراتيجيات وتوجيه اعمال مكافحة بناءً على البراهين، بالإضافة الى أثر الالتزام السياسي في نجاح أو فشل البرنامج وبعض القضايا الأخرى.

الباب السادس حول تجربة السودان في مكافحة واحتواء الأوبئة: وقد تناول إجمالاً تحليل الوضع السابق، أهم الإنجازات التي تمت، النظم الأساسية، التقصي المرضي، الدلائل و

الإرشادات، فرق التدخل السريع والعديد من المناحي الأخرى المحورية في هذا المجال. كما أخذنا بعض الملاح عن تجربة ولاية كسلا في إدارة حالات الطوارئ الصحية كأنموذج لآبد من الوقوف عنده.

الباب السابع حول الاستجابة للتحديات الصحية خلال الصراع في دارفور: والفصل مكو ن ثر جداً حيث تناول بداية الأزمة وكيفية دخول وزارة الصحة بها، السياسات والنظم الموضوعة للتعامل مع الأزمة وأثرها، الأشكال الإدارية التي تم إنشاؤها للتعامل مع الازمة على المستويات الإتحادية، الولاية والمحلية، الأشكال التنسيقية بين الجهات الحكومية ومع منظمات الأمم المتحدة والمنظمات التطوعية، أثر الأزمة في الوضع الصحي، أثر الدعم الخارجي، المستوى والأثر القيادي للدولة/ وزارة الصحة في إدارة الأزمة والمحطات الرئيسية في الأزمة المتعلقة بدراسة الوفيات وانسحاب المنظمات الدولية.

الفصل الثامن حول توثيق تجربة برنامج التحصين الموسع في السودان: حيث سنجد أن هذا الفصل تناول الكثير من المعلومات حول تحليل الوضع السابق والحالي فيما يلي التغطية بالتحصين، أهم الإنجازات التي تمت، أهم السياسات، الجودة، بناء قدرات الولايات، التغييرات الاستراتيجية بالإضافة الى تحليل متعمق لبعض القضايا ذات الصلة.

نتمنى أن يجد القارئ في هذا الكتاب إضافة حقيقية إلى معرفته ونظرتة إلى النظام الصحي في السودان وأن يكون الكتاب مبادرة ناجحة في التوثيق لتاريخ هذا القطاع المهم في بناء الامة. كما ندعو جميع الباحثين والمهتمين بقضايا الصحة والنظام الصحي في السودان إلى الاهتمام بعملية توثيق تجاربهم وتجارب مؤسساتهم مما سيكون له من أثر كبير في الانطلاق بمنهجية أفضل نحو رؤيتنا للنظام الصحي في البلاد وكيفية تطويره.

المؤلفون

الفصل الأول: ملامح في مسيرة النظام الصحي في السودان

نظرة عامة في تطور النظام الصحي في السودان في الفترة 1990-2010م:

مخرجات النظام الصحي في الفترة التي أعقبت تولي حكومة الإنقاذ الوطني للسلطة في العام 1989م وحتى العام 2002م، إتمدت في الأساس على توصيات سمنار الانقاذ الصحى فى العام 1990م ومن ثم التوجهات الأساسية التي خطتها الإستراتيجية العشرية (الإستراتيجية القومية الشاملة 1992-2002م) والتي ضمت في محتواها إستراتيجية التنمية الصحية. المكون الصحي للإستراتيجية قام على أساس أن تطوير الرعاية الصحية هي مهمة مستمرة باستمرار المجتمع، وعنصر أساسي في تحقيق نهضته وتقدمه. أشارت هذه الاستراتيجية إلى ضرورة أن يتسق وقع خطى التقدم الإجتماعي، شاملاً الصحة، مع واقع النمو الإقتصادي للمجتمع وكل منهما ضمان لتحقيق الآخر وذلك من أجل تأسيس النهضة الحضارية الشاملة، تحقيقاً للمنة وصوناً للوجود والقيم. وبهذا يتضح أن الرؤية الإستراتيجية في ذلك الوقت لم تتعامل مع الصحة على أنها قطاعاً خدمياً وحسب، بل هدفاً اجتماعياً رئيساً تتكامل جهود كل القطاعات الأخرى لتحقيق شموله وتطوير الخدمات الصحية المقدمة عبر القطاع الصحي. وقد أخذت الحكومة في ذلك الوقت على عاتقها تقوية نظم الرعاية الصحية الأساسية كمكون محوري في استراتيجية التنمية الصحية. فالرعاية الصحية الاساسية كانت ومازالت هي المكون الأساسي للخطط الإستراتيجية للقطاع الصحي منذ أن وضعت أول خطة استراتيجية صيغت في العام 1976م مروراً بالخطة الإستراتيجية التي صيغت في العام 1992م ووصولاً إلى الخطة الاستراتيجية التي وضعت في العام 2007م.

وقد ركزت السنوات العشر الاولى على تطبيق اصلاحات فى النظام الصحى غلب عليها تطبيق المبادرات فى جانب الاصلاح التمويلى الذى تمثل فى ادخال مفاهيم مشاركة المواطن فى تكلفة الخدمات وادخال التأمين الصحى والتي روج لها البنك الدولي وتم تطبيقها

فى عدد كبير من الدول النامية هذا بالاضافة الى ترسيخ اصلاحات ادارة النظام الصحى واللا مركزية .

الفترة ما قبل العام 1989م كان النظام التمويلى قائماً بصورة أساسية على النظام الضرائبى حيث أن الدولة تقوم بتوفير ميزانيات تشغيل الخدمات الصحية من موارد الدولة العامة بما فيها الضرائب. وحتى بداية التسعينات كانت الخدمة تقدم مجاناً بالكامل إلا من مساهمات العون الذاتى والتى كانت عبارة عن رسوم تدفع اختيارياً . فى العام 1991م أدخل نظام رسوم الخدمات تدريجياً بالمراكز الصحية بولاية الخرطوم ومن ثم فى جميع الولايات وذلك نتيجة للتردي البائن فى جودة الخدمات فى الفترة التى سبقت ذلك وتلى ذلك إنتقال الرسوم لخدمات المستشفيات. وقد كانت هنالك محاولات لعمل نظام للإعفاءات داخل المستشفيات وهو ما عرف بنظام العلاج التكافلى والذى كان يتم عن طريق تعيين باحثات إجتماعيات لدراسة الحالات ومن ثم تقدير الدعم المطلوب لكل حالة على حدة.

فى منتصف التسعينات أدخل نظام التأمين الصحى القومى الإيجابى والذى وصلت تغطيته الى ثلث السكان، غالبهم من القطاعات المنظمة وجزء بسيط من الفئات الأخرى، مما يوضح استمرار مشكلة عدم تغطية الفئات الأكثر فقراً بهذه المظلة.

فى العام 1996م أعلن السيد رئيس الجمهورية مجانية العلاج بجميع أقسام الحوادث بالمستشفيات فى محاولة لتخفيف التأثير الناتج عن عبء تكلفة علاج الحالات الحرجة، وقد طبق هذا القرار وفق توصيف محدد يشمل علاج الحالة الطارئة خلال الأربعة وعشرون ساعة الأولى لدخول المستشفى. ضُعب التغطية التأمينية هو الذى استدعى اتخاذ الدولة لهذا القرار حيث أن مبدأ سياسة العلاج المجانى المتنامى تتعارض مع سياسة التأمين الصحى إلا أن هذا القرار كان تصحيحى فى المقام الأول ويعتبر حلاً مؤقتاً لحين معالجة ضعف التغطية. وقد كان العلاج المجانى يغطي بالفعل عدد من المحاور تشمل علاج الحالات الطارئة والعمليات الجراحية فى أقسام الحوادث بالمستشفيات ويغضى علاج بعض

الأمراض المزمنة التي تفقر الأسر كأمراض القلب والفشل الكلوي والاورام وأمراض سيولة الدم وخدمات نقل الدم. وفي العام 2008م تم التوسع بتطبيق برنامج العلاج المجاني للأطفال أقل من خمسة أعوام ومجانبة العمليات القيصرية.

غير أنه وفي العشر سنوات التي تلت ذلك فقد نُفذت عدد من السياسات الصحية التي هدفت إلى الدفع أكثر نحو لامركزية إدارة وتقديم الخدمات الصحية خاصة الأساسية منها. كذلك فإن دراسة الخيارات الأمثل لتمويل الخدمات الصحية، التصدي للمشاكل الصحية ذات الأولوية والإنتباه بصورة أكبر للموارد البشرية الصحية وسد النقص في الأعداد المطلوبة منها مثلت إتجاهات مختلفة من أولويات السياسة الصحية. وقد وُضعت خلال هذه الفترة عدد من السياسات التي خاطبت هذه الأولويات وأوضحت رؤية الحكومة والشركاء حول كيفية المضي قدماً نحو الأهداف المتلى في القطاع الصحي. هذه السياسات حددت أولويات التوسع في تقديم الخدمات الصحية والاتفاق حول أولويات مكافحة الأمراض ضمن الوضع الصحي في السودان. على الرغم من كل هذه الجهود فإننا سنجد أن مخرجات النظام الصحي مازالت تحتاج للكثير من الجهود، كما أن الكثير من السياسات مازالت في حاجة للتطوير أو المراجعة.

وقد كان للصراع في إقليم دارفور في الفترة ما بين عامي 2003م إلى العام 2010م أبعاده الجلية والواضحة على مستوى الإقليم وتعداه إلى مستوى السودان كافة. وعلى الرغم من أن الأبعاد السياسية والإجتماعية للصراع كانت واضحة، إلا أن البعد الصحي كان من أكثر مخرجات الصراع تأثيراً على ردة فعل الدولة نحو الصراع لما لذلك من ارتباط بالمؤشرات الصحية الأساسية في أي مجتمع مثل مؤشرات صحة الأمهات والأطفال، الصحة النفسية، معدل الوفيات وغيرها من النواحي.

قضايا العدالة في توزيع الخدمات الصحية على مستوى السودان بين المناطق الحضرية والريفية كانت ومازالت من القضايا التي تُطرح بشدة حول فعالية النظام الصحي القائم. كثير

من المؤشرات تشير إلى إنعدام العدالة في التوزيع وكذلك وجود فجوة واضحة في مستوى جودة تقديم الخدمة الصحية بين هذه المناطق. المؤشرات الصحية الأساسية تشير إلى أن الوضع القائم بحاجة إلى تدخلات جذرية تساعد في إعادة التوازن بين المناطق المختلفة كما يجب أن تسهم التوجهات الإستراتيجية للدولة في وضع خارطة قومية للخدمات الصحية تضع في اعتبارها هذا الواقع.

مع بداية الألفية الثالثة بدأ السودان، شأنه شأن الكثير من الدول بالالتزام بتحقيق الأهداف الألفية للتنمية (Millennium Development Goals - MDGs) والتي شكلت محور اهتمام الدول النامية ضمن سعيها لتطوير دولها. وكما هو معروف، فإن جميع الأهداف لها علاقة بالصحة ولكن ثلاثة من الأهداف الثمانية كانت معنية بقضايا الصحة بصورة مباشرة متمثلة في خفض وفيات الأطفال دون الخامسة، خفض وفيات الأمهات وخفض المراضة والوفاة نتيجة للأمراض السارية المهمة كالإيدز، الدرن والملاريا. هذه الأهداف وجهت بشكل كبير إستجابة النظم الصحية في الدول النامية - والسودان ليس إستثناء - نحو تحقيق إلتزامات الأهداف وبالتالي التركيز على القضايا ذات الأولوية في هذه الأهداف. أسهمت هذه الأهداف في إعادة التركيز على القضايا الهيكلية في النظام الصحي حيث أن الإستجابة لهذه التحديات الثلاث كان لابد لها من أن تكون ضمن منظومة كبيرة تضع قضايا التمويل، الموارد البشرية، التخطيط والمتابعة، جودة الخدمات الصحية وغيرها في محور الإهتمام من جديد من أجل الوصول المنهجي لهذه الأهداف. لذا سنجد أن إعلان الأهداف الإنمائية والوصول إليها أسهم بشكل كبير في رسم خارطة تطور النظام الصحي في الفترة التي يغطيها هذا الكتاب.

سيبقى للتغيرات التي صاحبت الإتجاه نحو لامركزية تخطيط وتقديم الخدمات الصحية الدور الأكبر الذي شكل بصورة كبيرة الوضع الراهن خاصة في الفترة التي أعقبت إصدار قانون الحكم المحلي للعام 2003م. لعل تجربة ولاية الخرطوم، كما سنرى لاحقاً، كانت من أميز

التجارب التي ظهرت بقوة في مجال لامركزية تقديم الخدمات الصحية، كما خطت ولاية الجزيرة تاريخاً بارزاً في هذا الإتجاه.

أما مايلي التطور في جانب الموارد البشرية الصحية خلال العقدين فقد شهدت معالجات كبيرة في جانب انتاج الموارد البشرية الصحية التي بدأت بثورة التعليم العالى والتي بموجبها ارتفع عدد كليات الطب من 4 كليات قبل العام 89 الى اكثر من 35 كلية حالياً تخرج سنويا اكثر من 3 الف طبيب. ومن أهم السياسات في جانب انتاج الموارد البشرية هي سياسة ترقية التمريض والاطر الصحية المعروفة بإسم إعلان السودان في العام 2001م والتي رفعت مستوى التعليم لهذه الكوادر الى مستوى الدبلوم الوسيط والبكالوريوس كما تم رفع المؤهل لدخول المهنة نفسها من شهادة الأساس نجاح الى الشهادة السودانية نجاح وفق توصيات منظمة الصحة العالمية. وبناءً على هذه السياسة تم تخفيف العديد من مدارس التمريض الطرفية . غير أن الزيادة في كليات التمريض بالجامعات لم تواكب الزيادة المضطردة في كليات الطب ولم تسد الفجوة الناتجة عن تخفيف مدارس التمريض وانخفضت نسبة الخريجين من التمريض الجامعى الى الخريجين من كليات الطب الى نسبة 6 اطباء الى ممرض واحد في العام 2005م. هذا الوضع حدا بوزارة الصحة الى انشاء أكاديمية للعلوم الصحية لها فروع بكل الولايات لمعالجة هذا الوضع وسيرد لاحقا سرد تفصيلي عن الاكاديمية

على الرغم من الزيادة الكبيرة في انتاج الموارد البشرية الصحية فإن أعداد الأطباء، الممرضين والقابلات هي أقل من 2,3 كادر لكل ألف من السكان وهي العتبة التي حددتها منظمة الصحة العالمية كمؤشر لأداء النظام الصحي حيث أن القوى العاملة تعاني من نسب عالية من الهجرة خاصة وسط الاطباء.

ملخص لتطور القوى العاملة لبعض الأطر الصحية المختارة في الفترة 1987 – 2010م

| السنوات | الأخصائيون | | كل الأطباء | | الأطباء العموميون | | المساعدون الطبيون | | المرضى | | القبالات | | صحة البيئة | |
|---------|------------|----------|------------|--------|-------------------|--------|-------------------|--------|--------|--------|----------|--------|------------|--------|
| | العدد | المعدل*ل | العدد | المعدل | العدد | المعدل | العدد | المعدل | العدد | المعدل | العدد | المعدل | العدد | المعدل |
| 1987 | 52 | 2.1 | 257 | 10.6 | 12 | 5.3 | 43 | 17.6 | 173 | 71.0 | 484 | 19.8 | 14 | 6.1 |
| 1992 | 46 | 1.6 | 183 | 6.7 | 92 | 3.4 | 44 | 16.2 | 162 | 59.3 | 635 | 23.8 | 22 | 8.1 |
| 1996 | 60 | 2.1 | 356 | 9.2 | 95 | 3.5 | 55 | 22.3 | 164 | 58.1 | 700 | 25.7 | 20 | 7.1 |
| 2000 | 14 | 2.6 | 499 | 16.0 | 14 | 4.5 | 61 | 22.6 | 175 | 56.6 | 929 | 30.0 | 27 | 8.9 |
| 2004 | 11 | 3.3 | 688 | 20.7 | 29 | 8.5 | 67 | 20.0 | 168 | 48.8 | 121 | 35.2 | 17 | 5.2 |
| 2010 | 21 | 6.5 | 117 | 35.8 | 41 | 10.0 | 83 | 20.1 | 205 | 49.6 | 143 | 35.1 | 75 | 18.1 |

* المعدل: المعدل لكل 100.000 من السكان

على الرغم من الزيادة المضطربة في أعداد القوى العاملة إلا أن توزيعها أظهر المفارقة الواضحة بين الخرطوم وباقي الولايات وبين الحضر والريف داخل الولايات وقد طورت وزارة الصحة الاتحادية عدد من السياسات المهمة التي هدفت لتعزيز تواجد القوى العاملة بالولايات واستبقائها وحسن ادارتها الا أن تطبيق هذه السياسات كان على درجات متفاوتة. ابرز هذه السياسات نلخصها في الاتي:

- سياسات مسار الطبيب والتي تلزم الطبيب بالعمل في الولايات بعد الامتياز والتخصص وفق تدرج محدد وتربط فرصة التخصص والترقي للطبيب بالعمل في الولايات
- سياسة مسار الكوادر الفنية والمساعدة والتي تحدد مسار هذه الكوادر بالعمل في الولايات والتدرج.
- سياسات الربط السريري وأسس توزيع الاختصاصيين للمستشفيات التعليمية والتي وزعت المستشفيات التعليمية التابعة للوزارة على كليات الطب وحددت ربط معين لكل

مستشفى وذلك لتحديد الاعداد الفائضة توطئة لنقلهم للولايات ويشمل النقل الاختصاصيين حديثي التخرج التابعين للجامعات .

○ وثيقة توصيف الوحدات الصحية بمستويات النظام الصحي المختلفة وإعادة تسميتها وتحديد وظائفها والفئات العاملة فيها والربط المقرر لها والوصف الوظيفي للعاملين الصحيين .

○ اعتماد طب الاسرة كنظام جديد لتقديم الخدمة على مستوى الرعاية الصحية الاساسية

○ تجديد الاعتراف بدور المعاون الصحى بالمناطق النائية ومجتمعات الرحل كسياسة فى زيادة التغطية

هذه السياسات واجه تطبيقها عدد المشاكل والتي مازالت قائمة حتى إعداد هذا الكتاب اهمها أن الدستور الانتقالي قد حدد أن القوى العاملة شأن ولائى وبذلك الغى الكشف الموحد للاطباء وبالتالي تأثر سياسات المسار للاطباء غير أن هذا الاجراء خلق خللاً كبيراً حيث أن الطبيب بعد ادائه لفترة الامتياز على وظائف تدريبية مركزية يتم فصله من الخدمة ويبحث الطبيب عن وظيفة فى أى من الولايات. كذلك الحال بالنسبة لنواب الاختصاصيين الذين يعينون على وظائف مركزية تدريبية ويتم فصلهم مرة اخرى بعد نيل المؤهل كاختصاصيين.

في جانب الخدمات الصحية سنلاحظ أن شبكة الرعاية الصحية كبيرة نسبياً اذا ماقورنت بالكثير من الدول المشابهة حيث يبلغ عددها اكثر من 6,600 وحدة صحية فى المستويات المختلفة. على الرغم من زيادة اعداد الوحدات الصحية فى مستوياتها المختلفة الا أن الزيادة فى وحدات الرعاية الصحية الأولية ضعيفة إذا ما نسبت إلى الزيادة السكانية حيث ظل المعدل ثابت إلى حد كبير. وقد ظل الهاجس في أن العديد من هذه الوحدات إما أنها لا تعمل على الإطلاق أو تعمل جزئياً لعدد من الأسباب كما أن هناك الكثير من الأسئلة حول التوزيع العادل للخدمات الصحية بشكلها الإجمالي وأيضاً حول جودة الخدمات التي تقدم فيها (المصدر: تقرير وزارة الصحة للعام 2009م).

ملخص لتطور عدد المؤسسات الصحية الحكومية بالسودان الفترة 1987 - 2010م

| البيانات | | المستشفيات | | المراكز الصحية | | الشفخانات | | العدد الكلى |
|----------|-------|------------|-------|----------------|-------|-----------|-------|-------------|
| السنوات | العدد | المعدل * | العدد | المعدل | العدد | المعدل | العدد | المعدل |
| 1987 | 200 | 0.8 | 330 | 1.3 | 1145 | 4.7 | 1675 | 6.9 |
| 1992 | 216 | 0.8 | 470 | 1.7 | 1344 | 4.9 | 2030 | 7.4 |
| 1996 | 261 | 0.9 | 667 | 2.4 | 1453 | 5.2 | 2381 | 8.5 |
| 2000 | 309 | 1 | 915 | 3 | 1475 | 4.8 | 1699 | 8.7 |
| 2004 | 351 | 1 | 1009 | 3 | 1423 | 4.1 | 273 | 8.1 |
| 2010 | 438 | 1.1 | 1856 | 4.5 | 4321 | 10.4 | 6615 | 16.0 |

• المعدل لكل 100.000 من السكان

ومن جانب اخر، سنجد أن رسم الخارطة الصحية في العام 2010م أظهر معدل الوصول للمؤسسات الصحية أن نسبة السكان الذين يسكنون على بعد أقل من 5 كلم من مؤسسات تقديم الخدمة يبلغ 76%. وهذا المؤشر يعنى أن ربع سكان السودان لديهم مشكلة فى الوصول للخدمات الصحية. وتعتبر ولايات شمال كردفان، جنوب وشمال دارفور الأقل حظا في نسبة الوصول للمؤسسات الصحية حيث بلغت بها نسبة السكان الذين يقطنون على مسافة أقل من 5 كلم 32%، 45% و 47% على التوالي. وسجلت أعلى نسبة بولايات الشمالية، الخرطوم، القضارف والبحر الأحمر حيث بلغت 98%، 97%، 93% و 93% على التوالي. على الرغم من إرتفاع النسبة لمجمل الولايات إلا أن النتائج أوضحت التباين أو التفاوت داخل المحليات حتى داخل الولايات التي بها نسبة وصول عالية (المصدر: تقرير مسح خارطة المؤسسات الصحية).

في السودان مازالت الأمراض المعدية وسوء التغذية تشكل العبء المرضي الأكبر، فعلى سبيل المثال سنجد أن أمراض الجهاز التنفسي لدى الأطفال والإسهالات والملاريا بشكل عام تمثل الغالبية العظمى من حالات التردد على حوادث المستشفيات أو من حالات التنويم

بالمستشفيات، كما أننا سنجد أن الدرن والإيدز أصبحا من الأمراض ذات الأولوية في النظام الصحي في الأونة الأخيرة.

وبشكل خاص سيجد المتتبع أن وفيات الأمهات والأطفال من هم دون سن الخامسة كانت ومازالت تمثل أحد أكبر تحديات النظام الصحي في السودان. تعتبر معدلات وفيات الأطفال عالية في السودان حيث أظهر المسح القومي لصحة الاسرة 2010م أن معدل الوفيات للأطفال أقل من 5 أعوام 78 وفاة لكل ألف ولادة حية ومعدل الوفيات للأطفال أقل من عام هي 33 حالة وفاة لكل الفوولادة حية. في حين أن الإحصاءات في العام 1990م أشارت إلى أن معدل وفيات الأطفال إنخفضت من معدل بلغ 125 حالة وفاة لكل 1000 طفل يولد حياً. في حين أن معدل الوفاة بين الأمهات إنخفض من 830 حالة لكل مائة ألف من الأمهات في العام 1990م إلى 216 في العام 2009م. في العام 1989م كانت التغطية الكلية بخدمات تحصين الأطفال تبلغ 40% من إجمالي الأطفال المستهدفين، وفي العام 1995م بلغت التغطية معدلات تراوحت ما بين 72% إلى 79% وظل الوضع كذلك في الأعوام التالية إلى أن تم إستدامة التغطية الكلية في مستويات تتراوح بين 85% و93% في العام 2004م والأعوام التي تلت ذلك. على الرغم من الإنخفاض الواضح في معدلات الوفاة، إلا أن هذه المؤشرات مازالت تمثل تحدي حقيقي للنظام الصحي وبمختلف مستوياته. حيث مازال السودان في قائمة الدول التي تعاني ارتفاعاً ملحوظاً في معدلات الوفيات مقارنة مع الأهداف الإنمائية. سنتناول لاحقاً تجربة برنامج التحصين الموسع كأحد البرامج التي تنفذها الدولة للمساهمة في رفع مستوى المؤشرات الصحية للأطفال بشكل عام. البرنامج يعد من أنجح البرامج في المنطقة وفي قارة أفريقيا وسنتناول بشيء من التفصيل مدخلات ومخرجات هذا البرنامج في الفترة الماضية.

في العام 1989م بلغ معدل الإصابة السنوي بمرض الملاريا 33% من إجمالي عدد السكان وتأرجحت نسبة الإصابة منذ ذلك الحين لكن وكما تشير الإحصاءات فقد كان معدل الإصابة هو 1.4% من إجمالي السكان في العام 2009م وهو ما يشير إلى إنخفاض

واضح في معدل الإصابة بالمرض. احد فصول هذا الكتاب سيتطرق لتجربة برنامج مكافحة الملاريا في السودان. يرى كثير من القائمين على أمر النظام الصحي أن البرنامج يعتبر أحد النماذج التي يمكن أن تقدم كتجربة ناجحة تستحق التوثيق والدراسة.

الآن تجدد الاهتمام برنامج التغطية الشاملة بحزمة الرعاية الصحية الأساسية. يهدف هذا البرنامج الى تحقيق العدالة في توزيع الخدمات الصحية بحيث تكون متاحة للمواطنين قرب سكنهم وباستخدام التقنية المناسبة لكل مستوى. ويركز البرنامج على تعميم الحزمة الأساسية للرعاية الصحية عبر الوحدات الصحية أو الأطر العاملة بالمجتمع كالعائلات والمعاونين الصحيين والتي تستهدف صحة الطفل والأم ومكافحة الأمراض المهمة كالملاريا والدرن والإيدز، وحزمة إصاح البيئة وسلامة الأغذية والمياه ومكافحة الأوبئة. وقد وضعت إستراتيجيات أساسية لتنفيذ هذا البرنامج وهي تمثل حالياً الإطار العام للسياسات والخطط العامة للقطاع الصحي.

تفاعل هيكلية الخدمات الصحية مع الهيكلية الكلية للدولة:

كما ذكرنا فإنه سيكون من المفيد جداً للقارئ الرجوع إلى كتاب "تاريخ الخدمات الصحية في السودان" للدكتور بيومي الذي أشرنا إليه سابقاً بغرض فهم أعمق لشكل العلاقة بين الخدمات الصحية في السودان وارتباطها الوثيق بالحراك السياسي للدولة على مختلف الفترات. لكننا نجمل بعضاً من هذه الملامح في هذا السياق لربط ذلك مع محتويات هذا الكتاب.

يرجع تاريخ الخدمات الصحية الحديثة بالسودان إلى العهد الثنائي البريطاني المصري حيث كان الجيش يتولى تقديمها منذ عام 1899م وقد بُنيت في هذا العهد بعض المستشفيات وتنفيذ حملات تطعيم ضد الجدري. تلا ذلك قيام الإدارة الطبية في العام 1904م إبان الحكم البريطاني في شمال السودان وظلت المناطق الجنوبية تحت السيطرة العسكرية. وفي العام 1905م أنشئ المجلس الصحي المركزي الذي يضطلع

بالشئون الخاصة بالصحة العامة والصحة العلاجية. وفي العام 1924م تم إنشاء الخدمات الطبية السودانية والتي أصبح يديرها مدير مسئول عن الخدمات فى السودان بما فيها الخدمات الطبية العسكرية. وفي العام 1949م تم إنشاء أول وزارة مدنية للصحة وعين لها الدكتور على بدرى الخريج لأول دفعة لكلية كتشنر الطبية.

ظل موضوع اللامركزية وتنزيل السلطات للمستويات الأدنى من النظام السياسي والإدارى بالبلاد موضع إهتمام باستمرار من الحكومات التي تعاقبت على الحكم بالبلاد طوال الفترة التي تلت استقلال السودان، ولعلّ مبعث الإهتمام بهذا الموضوع هو مساحة البلاد المترامية الأطراف والتي يصعب إدارتها بواسطة جهاز إدارى مركزي فقط ، إضافة الى التباين الإجماعي والثقافي والعرقى الواسع بالبلاد. كما يلاحظ أيضاً أن موضوع اللامركزية في الحقل الصحى بالبلاد لم يكن ينبع من مبادرات حُطت لها القطاع الصحى، وإنما ظل ينشأ عن مجموعة من العوامل السياسية خارج هذا القطاع، ولذلك فإن النظام الصحى بالبلاد كان عليه فقط ان يواكب النظام السياسي والإداري الجديد. وبإستعراض أحوال اللامركزية في إدارة العمل الصحى بالبلاد خلال الفترة المذكورة نجد أن العملية تتلخص في توزيع السلطات والصلاحيات والمهام بين المستوى المركزى أو الإتحادى ، المستوى الإقليمي أو الولائى، مستوى المحافظة، والمستوى المحلي، وذلك تبعاً للنظام السياسي والإداري الذي كان سائداً في الفترة المعنية (العباسي ، 2004م).

تأثرت الصحة بالقوانين المتعاقبة التي تنظم اللامركزية وشكل الحكم وأهمها قانون الحكم المحلي لعام 1951م، قانون إدارة المحافظات لعام 1960م، نظام الحكم الشعبي المحلي في العام 1971م. قانون الحكم الإقليمي 1981م الذى قسم شمال السودان الى خمسة أقاليم واحتفظت الخرطوم بوضعية خاصة. ثم جاءت فترة نظام

الحكم الفدرالى الذي قام عبر عدد من المراسيم الدستورية منذ العام 1991م وحتى اكتملت صياغتها في وثيقة واحدة هي دستور 1998م وقانون الحكم المحلي لعام 1998م، وقد تمّ البناء في هذه الفترة على تجربة الحكم الإقليمي ، حيث تمّ في العام 1991م استبدال اسم (إقليم) بإسم (ولاية) وبذلك أصبحت هنالك تسعة ولايات تمّ زيادتها في العام 1993م إلى ستة وعشرين ولاية . ولمتداداً لسلسلة التغييرات السابقة صدر قانون الحكم المحلي للعام 2003م ، ومن الملاحظات العامة لهذه التغييرات نلاحظ الاتى:

أولاً : فى الثلاثة فترات الأولى (1951-1981م) كان تداول السلطات يتم بين ثلاثة مستويات إدارية هي المركز والمحافظة والمستوى المحلي، وفي الفترتين التاليتين (1981-2003م) ظهر مستوى إدارى رابع هو الاقليم أو الولاية ثم عاد لثلاث مستويات بعد العام 2003م.

ثانياً : فى كل الفترات قبل العام 2003م ظلّ مستوى المحافظة والمستوى المحلي موجودين فى النظام الإداري ولكنهما كانا يتبادلان المواقع فى التمتع بالسلطة الإدارية والفعالية بين الفترات المختلفة .

وضع الصحة فى النظام تباين خلال هذه الفترات فنجد فى الفترة من 1951م وحتى 1960م كانت المجالس البلدية والريفية تمثّل الحكومات المحلية المسؤولة عن تقديم الخدمات الأساسية بما فيها الصحة. أما فى الفترة من 1960م وحتى 1979م فقد كانت الصحة تحت سلطة المحافظة ويمثلها مساعد المحافظ للشؤون الصحية . وفى العام 1980م فقد شكّلت فى كل إقليم حكومة تتكون من حاكم إضافة إلى مجلس لوزارات خدمية معنية بالخدمات الإجتماعية مثل التعليم والصحة والرعاية الاجتماعية. و كانت الصحة تقع تحت مظلة وزارات الرعاية الإجتماعية فى كل الأقاليم عدا

الخرطوم والاقليم الأوسط حيث كانت هنالك وزارات منفصلة للصحة واعطى قانون الحكم المحلى لعام 1981م مجالس المناطق موارد مالية مستقلة. وفى فترة نظام الحكم الفدرالى أصبحت هنالك وزارة واحدة للصحة والشؤون الإجتماعية فى كل الولايات بإستثناء ولاية الخرطوم التى كانت لها وزارات منفصلة للصحة والشؤون الإجتماعية. كما تمّ الإبقاء على المستوى المحلى (المحلية) كمستوى فاعل كما كان فى الحكم الإقليمى، له استقلالية فى الموارد ومسؤول عن الخدمات الأساسية بما فيها الصحة ويتبع إدارياً لوالي الولاية بطريقة مباشرة وأصبحت الوزارات الولائية مسئولة عن المحليات فنياً، بينما ظلّ مستوى المحافظة لا يتمتع بأى سلطات إدارية وانحصر دوره فى المهام الامنية والتعبئة السياسية، تماماً كما كان الحال فى فترة الحكم الإقليمى.

أما قانون الحكم المحلى للعام 2003م ، فقد تميّز بالسمات الهامة التالية :

1. حدّد القانون إختصاصات المحليات بطريقة واضحة فى الجوانب السياسية والخدمية مما أزال الكثير من الإزدواجية التى كانت فى القانون السابق.
- 2.أضاف القانون الجديد بـعداً جديداً للمهام الصحية للمحلية وهو المسؤولية تجاه التخطيط لإنشاء المراكز الصحية وإدارتها ، إضافةً الى مسؤولياتها السابقة تجاه صحة البيئة ومكافحة الملاريا ، وبهذا النحو فقد أعطى القانون الجديد المحليات المسؤولية تجاه خدمات الرعاية الصحية الاولية بالمعنى الشامل للكلمة، بينما احتفظت وزارات الصحة بالولايات بالمسؤولية تجاه المستشفيات.

ظلت ملامح النظام كما هي قائمة حتى التوقيع على اتفاقية السلام الشامل فى العام 2005م والتي بموجبها وضع الدستور الانتقالي لجمهورية السودان فى ذات العام والذي أعيد فيه بناء النظام السياسى والإدارى.

أعقب ذلك تحديث قانون الصحة العامة القومي في العام 2008م كما قامت الوزارة الاتحادية بوضع حزم من المعايير والمواصفات للمؤسسات الصحية والخدمات والوصف الوظيفي للقوى البشرية مما يحتاج لتقييم آثاره ومدى تطبيقه. كما وأنشئت المجالس التنسيقية وأهمها مجلس تنسيق الصحة العامة القومي ومجلس التنسيق لوزراء الصحة بالولايات مع وزارة الصحة الاتحادية.

اللجنة العليا للإنقاذ الصحي:

أصاب القطاع الصحي الكثير من التدهور في الفترة التي سبقت مجيء ثورة الإنقاذ الوطني في الثمانينات من القرن الماضي، وليس ذلك في السودان وحده وإنما في كثير من الدول النامية نتيجة التراجع الاقتصادي الذي عم الكثير من الدول (economic recession). وقد ظهرت الكثير من المبادرات العالمية في إطار إصلاح الانظمة الصحية في هذه البلدان أهمها مبادرات البنك الدولي في مشاركة المواطن في تكلفة الخدمات الصحية ذات الكلفة العالية والمتصاعدة.

مظاهر التدهور في السودان ظهرت بصورة واضحة في عدم توفر الكثير من الأدوية الأساسية وسوء بنية المؤسسات الصحية وعدم تأهيلها لفترات طويلة ونقص وسائل العلاج والتشخيص وضعف ميزانيات التسيير للمؤسسات الصحية وضعف خدمات صحة البيئة. واصبحت شكاوي المواطنين سمة واضحة. وعلى الرغم من أن الخدمات الصحية كانت تقدم مجاناً عبر موارد الدولة (tax-based financing) إلا ان الواقع يشير لعكس ذلك حيث أن الخدمة غير متوفرة وبالتالي يقوم المريض بشراء مطلوبات علاجه من القطاع الخاص لعدم توفرها بالمؤسسات الصحية الحكومية.

فاقم الوضع الاقتصادي السائد في السودان في بداية فترة الإنقاذ تقلص الدعم الخارجي والمقاطعة التي بدأت تأخذ شكلها، جاءت سياسات حكومة الإنقاذ الوطني

الصحية في ظل هذا الواقع في محاولة لاصلاح الواقع بالاعتماد على الذات في وقت رفعت فيه الحكومة شعارات مثل شعار نأكل مما نزرع ونلبس مما نصنع. ومع قوة دفع الثورة ورغبتها في التغيير كان مشروع الانقاذ الصحي أحد المشاريع التي اعلنتها الثورة.

وظهر جلياً ان الإصلاح الصحي كان أحد الأولويات الكبيرة للدولة، وساعد كثيراً وجود المحاولات السابقة في تطبيق العون الذاتي ومشروع الدواء الدوار بولاية الخرطوم والذي سبقت بدايته مشروع الانقاذ الصحي في تمهيد الوضع لادخال اصلاحات النظام الصحي وهي التي أشارت لقابلية المواطن للدفع للخدمات الصحية . ولعل وجود عدد من الأطباء في مجلس قيادة الثورة والمواقع القيادية ساهم في وضع البرنامج الصحي ضمن الأولويات الكبيرة.

البداية الحقيقية لبرنامج الانقاذ الصحي بدأ بتكوين اللجنة التحضيرية المسماة باللجنة الفنية العليا للانقاذ الاداري للمرافق الصحية برئاسة السيد/ الطيب مختار الطيب والتي شكلها العقيد طبيب الطيب ابراهيم محمد خير وزير شؤون الرئاسة آنذاك والتي عبر لجانها المختلفة وعبر العمل الميداني قامت بتحليل واسع للوضع السائد وحصرت المشاكل واعداد اوراق عمل للاصلاح كانت النواة لسمنار انقاذ المرافق الصحية والذي يعتبر نقطة التحول الرئيسية في النظام الصحي في الأعوام العشرة الأولى من عمر الانقاذ.

انعقد السمنار في قاعة الصداقة في الفترة من السبت 11/17 الى الخميس 1990/11/22 تحت رعاية السيد نائب رئيس مجلس قيادة الثورة اللواء الزبير محمد صالح وقدمت فيه العديد من الاوراق شملت ورقة عن التنظيم الإداري والتدريب قدمها السيد / محمد عبدالله إبراهيم وورقة عن تأهيل المستشفيات قدمها المهندس / على

أحمد على وورقة عن المعدات والاجهزة الطبية قدمها د. محمد ربيع وورقة عن المساهمة الشعبية قدمها د. عبدالله محمد الحسن وورقة عن العلاج الاقتصادي قدمها د. زيدان عبده زيدان وورقة عن الاحصاءات قدمها السيد فضل المولي دارقيل وورقة عن الملفات قدمها السيد عبدالحى بشير الاحمدي وورقة عن النظام العام قدمها الرائد شرطة السر على سعيد وورقة عن الصحة الوقائية، وورقة عن التغذية قدمتها الاستاذة علوية الأمين وورقة عن سير الدواء قدمها د. محمد نجيب بابكر وورقه عن تخفيف الضغط على المستشفيات قدمها د. عمر الحاج بلال وورقة عن المتابعة قدمتها الاستاذة صفية الطاهر وختم قراءة التوصيات د. السعيد عثمان الشيخ فى الجلسة الختامية برئاسة العقيد طبيب ابراهيم محمد خير وزير شؤون الرئاسة آنذاك.

أهم توصيات السمنار كانت تكوين اللجنة القومية العليا للانقاذ الصحي والتي صدر قرار بتكوينها بواسطة السيد البروفيسور محمد شاكر السراج وزير الصحة الاتحادي آنذاك وتم تكوينها برئاسة البروفيسور صالح يسن عميد كلية الطب بجامعة الخرطوم ودكتور عبدالله سيد أحمد عثمان اميناً عاماً والدكتور الصادق قسم الله محمد نائباً للأمين العام وعضوية تسعة عشر آخرين.

ولأهمية توصيات المؤتمر واثراها في تشكيل النظام الصحي نورد بعضاً منها حيث اورد السمنار 83 توصية في 12 مجال منها:

- فصل ميزانيات المستشفيات الرئيسية.
- الفصل الاداري لمستشفيات الاسنان - العلاج بالذرة . الانف والاذن والحجرة الجلدية من مستشفى الخرطوم.
- تقسيم مستشفى الخرطوم إلى وحدات إدارية (الجديدة - القديمة - الحوادث - الجنوبية).

- تحديد العلاقات الفنية والادارية بين مستشفى الخرطوم والجهات الأخرى المختصة بتقديم الخدمات الصحية كالجامعات والسلاح الطبي وغيرها.
- إنشاء وظيفة الأمين العام للمستشفى بحيث يكون من ذوى تخصص الادارة او تخصص إدارة المستشفيات.
- حصر القوى العاملة بالمستشفيات واعادة توزيعها وفق قواعد الربط السريري .
- الاهتمام بالتدريب وتنمية الموارد البشرية وتضمين التوصيات الواردة بالاوراق في خطة التدريب.
- صياغة واعداد برنامج متكامل لتأهيل المرافق الصحية.
- إنشاء إدارة هندسية تابعة لوزارة الصحة لها وحدات فرعية بالمرافق الصحية.
- تكوين لجان من مختلف التخصصات لوضع الاحتياجات من الآلات والمعدات اللازمة وتحديد مواصفاتها المطلوبة في قوائم نمطية.
- إنشاء مركز قومي لصيانة الأجهزة والمعدات الطبية مع مراعاة إنشاء وحدات تابعة له بالمستشفيات الكبيرة.
- تأهيل المستشفيات الطرفية وزيادة عددها لتقديم خدمة مستمرة متكاملة على مدار اليوم والبدء في إكمال وتجهيز مستشفى ابراهيم مالك.
- مراعاة الكثافة السكانية عبر التوزيع الجغرافي للمرافق الصحية في المستقبل.
- إجازة مشروع العلاج الاقتصادي المقترح بواسطة فريق العمل.

معالم الاصلاح للنظام الصحي بدأت مع توصيات سمنار انقاذ المرافق الصحية وتبلورت وتشكلت لاحقاً في رؤية كلية محاورها الأساسية:

إصلاح التمويل الصحي والذي بموجبه تم الانتقال على مراحل من مرحلة أولى ركزت على مشاركة المواطن في تكلفة الخدمات العلاجية والتي كانت تقدم عبر نظام التمويل الضرائبي الى نظام مختلط يقوم على مساهمة المرضى وهو ما عرف بالعلاج الاقتصادي كمورد مكمل للنظام الضرائبي وظهر في شكل مشروعين الدواء الدوار بولاية الخرطوم والعلاج الاقتصادي بالمراكز الصحية بولاية الخرطوم كما سنعرض لاحقاً ومن ثم التحول الكبير في الانتقال إلى نظام التأمين الصحي. وعلى الرغم من ان التأمين الصحي لم يكن من التوصيات الرئيسية بسمنار الانقاذ الصحي إلا أن الندوات والملتقيات التي تلت السمنار وتجربة تطبيق العلاج الاقتصادي مهدت الطريق لاعتماد التأمين الصحي كنظام رئيسي لتمويل الخدمات الصحية كما سنرى لاحقاً .

المحور الرئيسي الثاني للإصلاح تمثل في إصلاح نظام تقديم الخدمات. وعلى الرغم من ان رؤية الاصلاح لتقديم الخدمات كانت جزئية وركزت على ولاية الخرطوم كنموذج إلا أنها تطورت اثناء التطبيق وأدخلت مفاهيم مهمة لمعالجة الترددي الواضح في تقديم الخدمات وتقوم الرؤية بصورة أساسية على اعادة تسلسل تقديم الخدمة بالمستويات الثلاثة الأولى والثاني والثالث المتمثلة في تطوير ادارة النظام الصحي اللامركزي عبر تقوية ادارات الخدمات بالمحافظات/المحليات أو الوحدات الادارية الاصغر في النظام الصحي وكذلك في توفير الخدمة بالمناطق الطرفية لتخفيف الضغط على المستشفيات

وتقليل حركة المرضى بحثاً عن العلاج وزيادة فاعلية المستشفيات المركزية عبر حزمة من الإجراءات المتمثلة في استخدام القوى العاملة المطلوبة حسب قواعد الربط السريري وفصل مستشفى الخرطوم إلى مجموعة مستشفيات يسهل إدارتها وأستحداث وظيفة الأمين العام للقيام بالأعباء الإدارية غير الطبية وتطوير نظام الاسعاف إلى نظام اسعاف مركزي موزع على كل إرجاء الولاية وادخال الشراكة مع القطاع الخاص (contracting out) فى تقديم الخدمات غير الطبية كالنظافة والغذاءات والامن والنظام العام، إضافة إلى تأهيل المراكز الصحية وتشغيلها إلى أكثر ودية كخطوة فى تطبيق نظام الاحالة .. بالإضافة إلى تطوير نظم إدارة المستشفيات والعلاقات فى ظل النظام اللامركزي، والتي تطورت لاحقاً الى خطوات فى اتجاه ذاتية الادارة وذاتية التمويل للمستشفيات. ولعل من أهم ملامح الاصلاح الجانب الخاص بتدريب الأطر الصحية وخاصة الأطباء والمتمثلة فى إنشاء مجلس التخصصات الطبية الذي كانت الفكرة منه امداد النظام الصحي بعدد وافر من الاخصائيين فى المجالات المختلفة ومن ضمنها تخصص الصحة العامة وطب المجتمع اللازمة لادارة النظام الصحي .

مجال الاصلاح الثالث كان فى جانب خدمات الوقاية وخدمات مكافحة الامراض والابوئة وصحة البيئة وتمثل برامج التقصى والترصد المرضى وبرامج مكافحة الملاريا والتحصين الموسع اشراقات كبيرة فى تطور النظام الصحي خاصة فى العشرة سنوات الثانية من عمر الإنقاذ وهو ماسيرد تفصيلاً فى الابواب اللاحقة

وكما أوردت العديد نت التقارير فقد كان من أهم إنجازات لجنة الإنقاذ الصحي:

1. إكمال وافتتاح مجمع الحوادث والطوارئ بمستشفيات الخرطوم أمدردمان وبحري.
2. إعادة تأهيل وتشغيل القسم الجنوبي.
3. نقل الخدمة للاطراف وتقليل الضغط على المستشفيات الرئيسية وتمثل ذلك فى:
 - تحويل مركز صحي إبراهيم مالك بالصحافة إلى مستشفى بعد أن كان مركز صحي يقدم خدماته على مستوى الرعاية الصحية الأولية، تحول إلى مستشفى يضم جميع التخصصات والأجنحة الخاصة وأحدث وسائل التشخيص والعلاج وعشرات من الأطباء والأختصاصيين وأصبح مستشفى تعليمي يدرّب أطباء الامتياز ويقدم خدمات (24) ساعة للمواطنين.
 - إكمال وافتتاح مستشفى أحمد قاسم للأطفال بالخرطوم بحري، هذا المبنى ظل لأكثر من (15) عاماً غير مكتمل البناء وتوقف فيه العمل وقامت اللجنة وبالتعاون مع وزارة المالية الاتحادية بإكمال العمل الذي بدأت أسرة أحمد قاسم، وافتتح كمستشفى تعليمي تخصصي للأطفال، وقد تم تحويل جزء منه لاحقاً إلى مركز لجراحة القلب كأول مركز بالبلاد يستطيع الاستمرار في الخدمة بأحدث الأجهزة ويقوم بتنفيذ أكبر عدد من عمليات جراحة القلب المفتوح بالبلاد حيث أُلحقت به أجهزة قسرة القلب وأضيف إليه لاحقاً قسم لإجراء عمليات نقل وزراعة الكلى.
 - ترفع مركز صحي البان جديد بالحاج يوسف إلى مستشفى طرفي لخدمة مئات الآلاف من السكان بمنطقة الحاج يوسف وشرق النيل وقد أصبح هذا المستشفى الآن تعليمياً به وحدات إختصاصيين وأطباء امتياز ونواب للتدريب . وقد واصلت ولاية الخرطوم هذا النهج لاحقاً فى تشييد وتأهيل عدد من المستشفيات الطرفية اهمها المستشفى التركى بالكلاكلة ومستشفى امبدة ومستشفى بشائر وتأهيل عدد من المستشفيات القائمة مثل البلك، النو، السروراب، الجزيرة اسلانج، ام كتى، الكباشى، المرضى، جبل اولياء، جبيل الطينة ... الخ

4. إدخال نظام العلاج الاقتصادي بالمراكز الصحية تنفيذاً لتوصية السمنار وقد نجحت الفكرة بصورة جيدة وتحولت تدريجياً لكل المراكز الصحية بالخرطوم للعمل بنظام العلاج الاقتصادي والذي يضمن استمرارية مستوى الخدمات وتطورها ويحفز العاملين بها على حسن الأداء نظير مساهمة رمزية في تكلفة الخدمة، علماً بأن توصيات منظمة الصحة العالمية حينها كانت تشجع على مساهمة المواطن في تكلفة الخدمات الصحية كضمان لاستمرارية الخدمة وتطورها.
5. إدخال وظيفة الأمين العام للمستشفى ليتولى مساعدة الإدارة الطبية في الشؤون الإدارية غير الطبية من وقود وصيانات ونظافة وغذاءات.
6. إدخال وحدات النظام العام لحفظ ممتلكات المستشفيات وضبط السلوك العام وتطبيق نظم العمل التي تساعد في علاج المرضى.
7. تنظيم استخدام أموال العون الذاتي والمساهمة الشعبية في تسيير المرافق الصحية وفق أولويات محددة ضمن الميزانية مما كان له الأثر الواضح في منح مرونة للإدارات لحل المشاكل الطارئة في مؤسسات تقدم خدمات حساسة خلال الأربع وعشرون ساعة الأولى لدخول المرضى.
8. عقد سمنار للتأمين الصحي والذي أوصى بالبداية في تنفيذ مشروع التأمين الصحي والذي تطور بعد ذلك بالبداية في تنفيذ المشروع لأول مرة بالبلاد بولاية سنار كمشروع ناجح يلبي حاجات المواطنين.
9. تقديم مقترح إنشاء مجلس للتخصصات الطبية كجزء من حل مشكلة عدم توفر الاختصاصيين. تطور المقترح لاحقاً بإنشاء المجلس القومي السوداني للتخصصات الطبية.
10. نقل التجربة الى الولايات والمستشفيات الولائية (مروى، بورتسودان، القضارف، ودمدني، سنار وغيرها).

تجربة العلاج الاقتصادي بولاية الخرطوم:

تجربة تنفيذ برنامج العلاج الإقتصادي هي إحدى أهم المحطات التي تراكمت مع خطط إعادة هيكلة وتنظيم القطاع الصحي في السودان . ولاية الخرطوم كانت هي الرائدة في إبتدأ وتنفيذ هذه التجربة. تقوم السياسة على أساس مساهمة المريض في تغطية نسبة بسيطة من تكلفة العلاج الذي يتلقاه المريض في المؤسسات الحكومية ويعود العائد من هذه المساهمة إلى المؤسسات الصحية لتغطية نفقات تقديم الخدمة الصحية .

كما اشرفنا سابقاً فان الخدمات الصحية وصلت مستوى من التدني بالمراكز الصحية حيث خلت من الأدوية الأساسية ووسائل التشخيص الأساسية واصبح العلاج المجاني اسماً فقط . هذا الوضع ساهم ايجاباً في تقبل السياسة والتي بعد تطبيقها بالمراكز الصحية بولاية الخرطوم أحدثت انتعاشاً كبيراً من جانب توفير الخدمة والمعدات والمستلزمات الأساسية وامتدت فترات العمل إلى أكثر من ودية وأصبحت بعض المراكز تعمل على مدار اليوم وأدخلت خدمات الاختصاصيين بالمراكز الصحية في تخصصات الباطنية والنساء والتوليد والجراحة والاطفال والجلدية وبقيّة التخصصات الأخرى واصبح لها روادها الذين يترددون عليها بصورة كبيرة .

استطاع المشروع بما صحبه من تحفيز للكوادر الصحية من جذب الكوادر للمراكز الصحية ووجود قائمة انتظار طويلة للتعاقد في العمل بالورديات المسائية .

وبتوصية من وزير الصحة اصدر مجلس الوزراء عدد من التوصيات لدعم تجربة العلاج الإقتصادي في جلسته رقم 36 بتاريخ 12/12/1993م حظر بموجبها العلاج على نفقة الدولة بالمؤسسات العلاجية الخاصة على أن تتم الاستفادة من الاموال

المخصصة لذلك لتأهيل أجنحة خاصة بالمستشفيات العامة واوصى كذلك بأيلولة الاشراف على العلاج الاقتصادي والعلاج التكافلي للولايات وتبعاً لذلك تم الغاء دائرة العلاج الاقتصادي باللجنة العليا للانتقاد الصحى وتحويل مهامها وكوادرها لوزارة الصحة بولاية الخرطوم.

التقييم الذي قام به قسم الدراسات بمجلس الوزراء برئاسة الاستاذ على احمد عثمان والذي اوضح اقبال المواطنين على المراكز الصحية والتحسين النوعي الكبير في الخدمة ووفرته اوصى باعتماد المشروع كسياسة للدولة والتوجيه بتعميمها بكل الولايات وصدر قرار مجلس الوزراء فى جلسته رقم (3) بتاريخ 1995/1/29م باعتماد التوصيات الواردة بالدراسة والتوصية بالاستمرار فى تجربة العلاج الاقتصادي والتكافلي وتعميمها بكل المرافق الصحية بولاية الخرطوم والولايات الاخرى. واوصى المجلس تطبيق البطاقة العلاجية على ذوى الدخل المحدود والفقراء بعد وضع الاسس وبما يتفق مع قانون التأمين الصحى لتأخذ فى الاعتبار مقدرة الدولة المالية وذلك بواسطة لجنة تمثل فيها وزارات المالية والصحة والتخطيط الاجتماعى والعمل والاصلاح الادارى على أن تتخذ اللجنة بعض المعالجات والموجهات التالية لتخفيف العبء المترتب على تطبيق البطاقة مثل:

- تحويل دعم وزارة المالية وديوان الزكاة وصندوق التكافل الاجتماعى لصالح البطاقة.
- تنظيم الاعفاء ليكون كلياً أو جزئياً حسب دخل حامل البطاقة العلاجية.
- زيادة عدد المستفيدين من التأمين الصحى ليشمل غير العاملين بالدولة ورفع فئات المساهمة المالية.

كما أوصى المجلس بوضع الترتيبات المالية اللازمة لتطبيق الاعفاءات المقررة على اسر الشهداء والمساجين والمجاهدين واصحاب الامراض النفسية والعصبية ومرض الربو والسرطان والعاملين بالحقل الصحى. وربما كانت هذه هى النواة لحزمة الدعم الصحى (العلاج المجانى) الذى توسع ليشمل علاج الحالات الطارئة ودعم العمليات الجراحية وعلاج مرضى الفشل الكلوى والاورام وعلاج مرضى القلب وخدمات نقل الدم وعلاج امراض سيولة الدم، ومؤخراً علاج الاطفال والعمليات القيصرية للامهات.

ومن أهم نتائج التطبيق أنه وضع جلياً قابلية المواطنين للدفع للخدمات الصحية مقابل توفر الخدمة ذات التكلفة المعقولة والجودة قرب أماكن السكن ولعل ذلك وضع بصورة اكبر من جانب توفير الدواء الدائري كما سيرد لاحقاً. هذه القابلية ظهرت في شكل الملاحظة الكبيرة من اللجان الشعبية في مختلف المناطق لتطبيق المشروع بالمراكز الواقعة بمناطق عملهم بعد متابعتهم للنجاحات الكبيرة بالمناطق التي طبق بها المشروع وجذبها للمواطنين فيها وبالمناطق المجاورة لها. واصبح افتتاح اي من المراكز بالعلاج الاقتصادي والدواء الدوار الذي تم التنسيق بينهم بجدول زمني موحد يقابل بالاحتفالات الشعبية والمهرجانات خاصة بالمناطق الريفية.

هذه السياسة ساهمت إلى حد بعيد في استدامة تغطية المناطق المختلفة بالخدمات الصحية الحكومية التي تساعد الفقراء من الاستفادة من هذه الخدمات في مناطقهم. ومن ناحية أخرى نجد أن هذه السياسة قد ساهمت إلى حد بعيد في تقوية مشاركة المجتمع في استدامة تقديم الخدمات الصحية وبجودة مقبولة للمجتمع وفي ذات الوقت ساهمت في تقليل الاستخدام غير الرشيد للخدمات الصحية المقدمة في مؤسسات القطاع العام. هذه السياسة مهدت الطريق أيضاً إلى إدخال خيارات أخرى ساهمت في رفع جودة الخدمة الصحية بشكل عام.

رغم النجاحات الواضحة للعلاج الاقتصادي في مرحلة تطبيقه الأولى إلا ان التجربة لم تخلو من الصعوبات وإشكالات ومنذ البداية كانت هنالك مناهضة للتطبيق واعتبار تكلفة العلاج مسئولية الدولة لا يجب التخلي عنها وعلت الاصوات اكثر بعد تطبيق التجربة بالمستشفيات بسبب علاج غير المقتدرين خاصة من خلال الصحف والاختصاصيين بالمستشفيات.

رغم إنشاء مكاتب لدعم غير المقتدرين بالمستشفيات، وهو ما عرف بالعلاج التكافلي وتلقي هذه المكاتب تمويل من وزارة المالية وديوان الزكاة وتعمل من خلال الباحثين الاجتماعيين، إلا ان التطبيق والممارسة لم تكن بالفعالية المطلوبة وظلت الصحف تتناول القضايا الفردية لبعض المرضى الذين لم يتمكنوا من العلاج إلى أن إصدار السيد رئيس الجمهورية اعلان العلاج المجاني لاقسام الحوادث عند افتتاح المستشفى التركي بالكلكلة في 1996م، والملاحظ ان العلاج المجاني اعلن بعد بداية التأمين الصحي.

مقاومة بعض الاختصاصيين كان مردها ان العلاج الاقتصادي بالمستشفيات اثر في تقديم العلاج المطلوب للمريض واثر على العملية التعليمية حيث ان بعض المرضى لا يجرون كل التحاليل الطبية المطلوبة . هذه التجربة بايجابياتها وسلبياتها كانت من اكثر التجارب التي اثارت جدلاً في القطاع الصحي ولعل من اول بوادر الصراع داخل القطاع الصحي كانت نتاج للخلاف حول هذا البرنامج .

صاحب تطبيق العلاج الاقتصادي برنامج اشرافي مننظم تستخدم فيه قوائم الاشراف ونظام واضح للمحاسبة وهو ما افتقده النظام الصحي قبل تطبيق المشروع. وساهم في توفير معلومات دقيقة عن التردد وحساب التكلفة للخدمات بصورة دقيقة مكنت من الرصد للموارد في حالة التغيير في رسوم الخدمات التي تتم من وقت لآخر .

التطور النوعي بالمراكز الصحية تدرج إلى قيام ما عرف بالمراكز النموذجية او المراكز الشاملة وهي مراكز تم اختيارها بمناطق وسطية وتم تأهيلها بصورة اكبر وتوفير خدمات اضافية مثل خدمات الاشعة والخدمة المعملية بها من حيث الاجهزة ونوعية التحاليل والتي أصبحت تساهم بصورة فعلية في تقليل الحاجة للمستشفيات وتطورت خدمات الاسنان ايضا عبر مراكز الاسنان النموذجية بالمراكز والتي اصبحت تضاهي بل تتفوق على خدمات القطاع الخاص وأحدثت نقلة فعلية في خدمات الاسنان .

تجربة صندوق الدواء الدائري في الخرطوم:

فكرة إنشاء صناديق للدواء الدوار هي إحدى الطرق العملية المتبعة في كثير من الدول لاستدامة تمويل الإمداد الدوائي في مؤسسات القطاع العام بمختلف مستوياتها، حيث تقوم الفكرة على أساس أنه وبعد ضخ كمية من رأس المال الإبتدائي لتوفير إمدادات الأدوية، فإن دورات الإمداد التالية ستعتمد بالأساس على استرداد المال الأولي وذلك بعد عملية بيع الأدوية. والمنتبع للقطاع الصحي في السودان سيجد أن عدم رغبة القطاع الخاص في تقديم الخدمات الصحية في المناطق الطرفية قد يكون هو الدافع الرئيسي خلف طرح رؤية إنشاء الصندوق في ولاية الخرطوم. وهذا ما دفع به المقترح الأساسي لإنشاء الصندوق الذي قدمه د. جعفر ابنعوف والذي أوضح فيه أن أحد المشاكل الأساسية التي تؤدي إلى اختناقات تقديم الخدمة الصحية في مستشفيات المدن هي عدم وجود الأدوية (بصورة أساسية دون غيرها) في مؤسسات المناطق الطرفية، وفي كثير من الأحيان بعض المناطق الوسطية، وهو ما يضطر قاطني هذه المناطق إلى طلب الخدمات الصحية في المستشفيات الرئيسية في الولاية وبالتالي إضفاء ضغط واضح على طلب الخدمة فيها. لذلك فإن من أهداف الدواء الدائري هو عكس هذه الصورة بحيث يصبح توفر الأدوية في المناطق الطرفية هو الأساس في تقديم الخدمة الصحية وهو ما حدث بالفعل. وقد وجد هذا الإتجاه الدعم السياسي اللازم مما ساعد في نجاح الفكرة وفي تحقيق أغراضها.

وبالفعل نُفذت هذه الفكرة في ولاية الخرطوم بدعم من منظمة "أنقذوا الأطفال البريطانية" وذلك لسد الشح الكبير في الأدوية على مستوى مؤسسات القطاع العام، خاصةً المراكز الصحية في الولاية، هذا بالإضافة إلى أنه هدف إلى استدامة الإمداد الدوائي عبر تعزيز مشاركة المجتمع في تقديم الرعاية الصحية خاصة الجانب العلاجي منها. فعقب الدعم المالي الذي قدمته المنظمة كرأس مال مبدئي للصندوق في العام 1989م والذي بلغ ما يقارب مليوني جنيه إسترليني، وقد سبق الإعداد لذلك زهاء أربع سنوات تم إستغراقها في الدعم الفني واللوجستي للوزارة للبدء في المشروع، قام النظام كما ذكرنا بتمويل دورات الإمداد المتتالية من عائد بيع الأدوية التي تم شراؤها في الدورة السابقة واستمر هذا النهج حتى استعاد النظام عافيته. لكن عقب البدء في التنفيذ وفي العام 1992م، تأثر الصندوق بدرجة كبيرة بالتذبذب الكبير الذي حدث في أسعار العملات الأجنبية وتوفرها بشكل عام نتيجة لبعض السياسات الإقتصادية، وعلى رأسها التحرير الإقتصادي، التي تم تنفيذها في ذلك الوقت. فقد خسر الصندوق ما يقارب 46% من إجمالي رأس المال المبدئي في العام 1992م، إلا أن الدعم الذي قدمته منظمة أنقذوا الأطفال عن طريق المساعدة في تحويل التمويل المتوفر لدى الصندوق للعملة الصعبة بالسعر الرسمي مما أسهم في إمتصاص هذه الأزمة وعبروها. وقد ساعدت عدد من العوامل الأخرى على عبور هذه الأزمة مثل الالتزام السياسي الكبير تجاه الصندوق بالإضافة إلى الاعفاءات التي وجدها الصندوق من قبل وزارة المالية فيما يلي الجمارك، الضرائب وغيرها من الرسوم وهو ما سار عليه الوضع حتى يومنا هذا. لكن على الرغم من ذلك ظل الحصول على العملات الأجنبية هو احدى العقبات الأساسية والكبرى التي وقفت في وجه نجاح الصندوق في تلك المرحلة. تكررت أزمة شبيهة لهذه الأزمة لاحقاً في العام 1999م حيث حدثت مشاكل مرتبطة بأسعار الادوية بشكل عام في البلاد وأدى تذبذب أسعار الدولار والعملات الأخرى بالإضافة إلى مشاكل التضخم في الاقتصاد العام إلى تذبذب كبير في أسعار الأدوية. وهذه مشكلة أساسية أثرت بشكل أساسي في قيمة رأس مال الصندوق حيث كان يعادل ما مقداره أربعة مليون و 350 الف جنيه في

الفترة التي سبقت العام 1999م وهو ما تقلص لاحقاً ليصبح في حدود ثلاث مليارات ونصف جنيه. التدهور في رأس المال تواصل حدوثه ففي العام 2007م وصل رأس المال إلى مليوني جنيه وذلك نتيجة لبعض المشاكل والأخطاء الإدارية والفنية في إدارة الصندوق وتنفيذ بعض عطاءات توريد الأدوية. مع حلول أواخر العام 2010م، وبإجراء العديد من الإصلاحات الجوهرية في آليات إدارة الصندوق. بدأت إدارة الدواء الدائري في التعامل بشراكة مع شركات القطاع الخاص لإعادة الثقة في الدواء الدائري وصيديياته المنتشرة في أنحاء الولاية وبالفعل نجحت هذه الشراكة في الخروج من هذه الأزمة بنجاح ظهر لاحقاً في رأس المال العامل. كذلك تم تخفيض القوى العاملة وتقليل عدد المتحركات بكافة أشكالها لتخفيض الإنفاق الإداري. كل هذه الإستراتيجيات ساعدت فعلياً في إحداث تغيير في اتجاه مؤشر رأس المال حيث بدأ في الصعود مجدداً وصولاً إلى ما يعادل 29 مليون و 800 ألف جنيه.

سنجد أن الصندوق أثبت فعاليته الكبيرة في فترة وجيزة جداً حيث انخفضت معدلات نقصان مخزون الأدوية بالمخزن المركزي وفي المؤسسات الصحية إلى مستويات قياسية لم تشهدها الولاية منذ عقود مضت، الأمر الذي انعكس إيجاباً على تقديم الخدمة الصحية بشكل عام. الشيء الذي حدا بوزارة الصحة بالولاية بتسلم إدارة مشروع الدواء الدائري بصورة فعلية في العام 1994م وذلك لتمكين الوزارة من توسيع قاعدة تنفيذ المشروع بكل مكوناته. وبالفعل استمر هذا التوسع حتى العام 2007م حيث كان عدد الوحدات التي يقدم عبرها الدواء الدائري خدماته هي 153 ومع التوسع في الخدمات أصبح العدد الكلي في العام 2010م هو 189 مؤسسة ما بين صيدلية شعبية أو صيدلية في إحدى المؤسسات الصحية التابعة لوزارة الصحة (مستشفيات، مراكز أو وحدات خدمة أساسية).

من الواضح أن الدواء الدائري يقدم دعم حقيقي في أسعار الأدوية يتلمسها المواطن في مؤسسات وزارة الصحة، إذ أن أسعار الأدوية تقل عن أسعارها في القطاع الخاص بما يعادل 23% وذلك في مؤسسات القطاع العام التي يعمل فيها الدواء الدائري. في

الصيدليات الشعبية، يتم اختيار عدد من الأصناف المحددة ذات الاستهلاك العالي ولبعض الأمراض ويتم تقديم تخفيض اسعارها بصورة كبيرة وواضحة ويتم تعويض ذلك من خلال رفع أسعار بعض الأدوية ذات الاستعمال الأقل. بهذا المنظور يمكن الحكم على نجاحات الدواء الدائري في ولاية الخرطوم حيث أن فلسفة الدواء الدائري تدور في نهاية الأمر حول تقديم الخدمة والدواء الفعال والمناسب سعراً .

تطور نظام التأمين الصحي بالسودان:

كانت الخدمات الصحية تقدم من موارد الدولة والضرائب مجاناً في أماكن تلقي الخدمة في الفترة التي تلت استقلال السودان في العام 1956م . في العام 1971م مع صدور قانون التأمين الصحي والخدمات الطبية والذي أصبح بموجبه يتم إستقطاع من مرتبات العاملين يورد مباشرة لوزارة المالية وبموجبه يمكن للعاملين الاستفادة من التنويم بالدرجات الأولى والثانية حسب درجاتهم. ومن الواضح أن الاستفادة منه كانت محدودة جداً وأصبح عبارة عن بند إيرادي لوزارة المالية خاصةً مع عدم وجود ذات الالتزام نحو الأهداف الأساسية لنظام التأمين الصحي ومفاهيمه التنموية.

لاحقاً في العام 1974م صدر قانون الصحة المدرسية وصدرت بموجبه لائحة التأمين الصحي المدرسي واقتصر دوره على توفير الأجهزة التعويضية كالنظارات وتوقف ذلك في العام 1980م حيث أن الاشتراكات لم تورد من الولايات بعد تطبيق الحكم اللامركزي. وفي العام 1974م طرحت نقابة أطباء السودان الفكرة وأعدت دراسات عابها ارتفاع قيمة الاشتراك مما أدى إلى وقف المشروع. وفي العام 1984م كونت وزارة الصحة بالتعاون مع منظمة الصحة العالمية فريق عمل من المستشارين والذي قدم مقترح أولي وتوصيات إلا أن الجهد لم يكتمل ولم يتواصل. تم خلال فترة منتصف الثمانينات تنفيذ عدد من التجارب في التأمين الصحي الفئوي أهمها تجربة الجهاز المصرفي ومؤسسة التنمية الإسلامية والهيئة القومية للكهرباء. أيضاً دخلت شركات التأمين في التكافل الإسلامي غير أنه ركز على تغطية العجز وليس العلاج.

في العام 1990م أوصى سمنار إنفاذ المرافق الصحية بتطبيق نظام رسوم الخدمات بالمراكز الصحية والذي امتد إلى المستشفيات وقد أبرزت رسوم الخدمات مشكلة علاج غير المقتدرين خاصة بالمستشفيات مما أدى إلى عمل نظام لتغطية علاج الشرائح غير المقتدرة بالمستشفيات بنظام البحث الإجتماعي وهو ما عرف بمشروع العلاجى التكافلي والذي يتم دعمه من وزارة المالية وديوان الزكاة. وفي أكتوبر 1991م عقد مؤتمر الإستراتيجية القومية الشاملة والذي أوصى بضرورة الإهتمام بإقتصاديات الصحة وإيجاد مصادر تمويل بمشاركة المجتمع لضمان استمرارية وتطوير الخدمات الصحية. وفي العام 1992م أوصت ورشة العمل حول السياسات العلاجية، والتي عقدها المجلس الوطني الإنتقالي في الفترة 30 نوفمبر إلى الثاني من ديسمبر بتطبيق نظام التأمين الصحي وعقد ندوة خاصة بذلك. تلى ذلك عقد سمنار للتأمين الصحي في يناير من العام 1993م واقتُرحت الورقة الرئيسية إنشاء هيئة أو مؤسسة أو إدارة عامة للتأمين الصحي لها الإستقلال المالي والإداري ويكون لها أفرع بالولايات. كما اقترحت أن يتم التدرج في التطبيق بدءاً بالعاملين بالدولة ثم العاملين بأجر بالقطاع غير الحكومي وقد كانت أهم التوصيات في السمنار:

- البدء الفوري ودخول الدولة كمساهم أصيل.
- التدرج في التطبيق.
- أن يقوم ديوان الزكاة والصندوق القومي للتأمين الصحي والصناديق والمؤسسات الأخرى الداعمة بدعم الفئات غير المقتدرة.
- إلزامية اشتراك فئات العاملين بالدولة ويتم استيعاب الفئات الأخرى تدريجياً.
- وضع الضوابط واللوائح اللازمة التي تحد من استغلال النظام.

تلى سمنار التأمين الصحي تكوين لجننتين الأولى من وزير التخطيط الاجتماعى آنذاك الأستاذ على عثمان محمد طه باسم العلاج الميسر قدمت تقريرها في 1993م ويقوم التقرير على تطبيق نظام تأمينى . تزامنت هذه اللجنة مع لجنة اخرى مكونة من وزير العمل آنذاك المرحوم د. مجذوب الخليفة برئاسة البروفسير عبدالحميد ابراهيم أعدت تشريع قانون الهيئة

القومية للتأمين الصحي والذي رُفِع لمجلس الوزراء في فبراير من العام 1994م. تم نقاش مشروع القانون في جلسة مجلس الوزراء رقم (8) بتاريخ 17/4/1994م وبناءً عليه تم تكوين لجنة عليا برئاسة د. حسين سليمان أبو صالح وزير الخارجية آنذاك وعضوية وزراء الصحة والمالية والعمل والإصلاح الإداري وديوان الحكم الإتحادي وأصحاب العمل والصلاح الطبي لوضع تصور النظام. وكونت اللجنة العليا لجنة فنية لعمل الدراسات ووضع التصور والميزانيات التقديرية ومراجعة مشروع القانون وفقاً لذلك. أُجيز التصور في جلسة مجلس الوزراء رقم (23) بتاريخ 24/7/1994م وتمت الموافقة على قيام هيئة عامة للتأمين الصحي وصدر القانون بمرسوم مؤقت في 18/12/1994م وتم تحويله للمجلس الوطني الانتقالي الذي أجازه في مارس 1995م. تم تطبيق التأمين الصحي في ولاية سنار في أكتوبر من العام 1995م تحت إشراف وزير الصحة بولاية سنار آنذاك د. محمد مندور المهدي ود. الفاتح محمد مالك المدير التنفيذي للتأمين الصحي بولاية سنار وتلتها ولاية الخرطوم في يونيو من العام 1996م ومن ثم نقلت التجربة إلى كل الولايات الشمالية وعدد من الولايات الجنوبية.

يُدار الصندوق القومي للتأمين الصحي حالياً وفق قانون التأمين الصحي للعام 2001م تعديل العام 2003م وتتمثل أبرز ملامح النظام في أنه نظام قومي لا مركزي (Deconcentration) في قمته رئاسة الصندوق القومي للتأمين الصحي وإدارات تنفيذية على مستوى الولايات لها وحدات إدارية بالمحليات تنفذ سلطة الإدارة التنفيذية على مستوى المحلية المحددة. وللصندوق على مستوى الرئاسة مجلس للإدارة يختص بصورة عامة بوضع السياسات العامة والخطط والبرامج للصندوق والإشراف على تنفيذها ويتولى المدير العام إدارة أعمال الصندوق وتصريف شؤونه وينفذ السياسات والبرامج التي يقرها المجلس.

أهم الملامح لنظام التأمين الصحي حسب القانون تتلخص في الآتي:-

1. نظام التأمين الصحي نظام إتحادي وله شخصية اعتبارية ويكون مسؤول مباشرة لدي وزير الرعاية والضمان الإجتماعي.
2. إلزامية التأمين الصحي على جميع الوحدات الحكومية والمؤسسات العامة وشركات القطاع العام والخاص والمختلطة وأرباب المعاشات مع إعطاء مجلس الإدارة سلطة إستثناء أي فئة من الإلزامية وفق الشروط التي يراها مناسبة.
3. للصندوق صلاحيات تعيين العاملين بالمركز والولايات والاستثمار لأمواله.
4. تعتبر أموال وإشتراكات المؤمن عليهم أموال وقفية تكافلية لا يجوز استخدامها إلا في تقديم الخدمات الطبية.
5. البطاقة التأمينية بطاقة قومية تمنح حاملها امتياز العلاج في أى مرفق صحي يقدم الخدمة التأمينية.

وأهم ما يعيب القانون عدم وجود نصوص للعقوبات تدعم تحصيل موارد الصندوق بالنسبة للمؤمن عليهم والمخدم وتلزم مقدمي الخدمة بتقديمها، مع عدم وجود نصوص حاكمة تلزم القطاع الخاص والقطاع الحر بالانضمام للتأمين الصحي بهدف الوصول للتغطية الشاملة. أما في جانب السياسات فإن هنالك العديد من التحديات التي تواجه التأمين الصحي سواء كانت سياسات عامة للدولة أو سياسات خاصة بالتأمين حيث نجد:

- تعدد أنظمة التمويل الصحي التي تعمل جنباً إلى جنب مما يهدر موارد مهمة لزيادة التغطية التأمينية.
- تضارب عدد من السياسات مثل سياسة العلاج المجاني وسياسة التأمين الصحي.
- التقدير الجزافي لاشتراكات التأمين الصحي دون الإستناد على دراسات اكتوارية.
- التقدير الجزافي لأسعار الخدمات دون بناءها على دراسات التكلفة.

• تعدد الجهات المقدمة للخدمة دون تنسيق واضح بينهما إلا مؤخراً بعد قيام مجلس تنسيق الصحة العامة القومي.

• تباين المعايير لتحديد فئات الدعم الكلي وتحديد تعريف واضح للفقير.

• إعتد التأمين على موارد ناتجة من مساهمات المخدمين والمشاركين والصناديق دون وجود موارد ثابتة عن طريق الوقف أو الاستثمار تضمن التوسع والاستمرارية.

بطاقة التأمين الصحي بطاقة قومية تتيح لحاملها تلقي حزمة الخدمات المنصوص عليها له ولجميع افراد اسرته المعرفة بالقانون وتشمل الزوج أو الزوجة والوالدين والابناء دون الثامنة عشر والبنات تحت كفالة الوالدين. وأهم مميزات النظام انه نظام تكافلي يتيح للمؤمن عليه تلقي الخدمة المنصوص عليها عند الحاجة مجاناً ويساهم فقط بـ25% من قيمة الوصفة الدوائية (co-payment). نظام التأمين نظام تكافلي يقوم على أن تدفع الفئات المنظمة 4% من اجمالي الراتب ويدفع المخدم 6% مقابل ذات الراتب لكل عامل. اما بالنسبة للشرائح التي تكفلها جهات أو التأمين الصحي الحر فقد اتفق على فئات ثابتة تمثل الاستقطاع المطلوب. وقد بلغ عدد المؤمن عليهم حتي نهايات العام 2010م نحو (11,3) مليون مواطن بنسبة "35.5%" من جملة سكان السودان البالغ عددهم (35) مليون نسمة حسب تعداد (2008) ويلاحظ التباين بين الولايات المختلفة في نسبة التغطية. غالبية المؤمن عليهم من القطاع المنظم (46,9%) تليها شرائح الدعم الإجماعي (30,8%) ثم القطاع الحر الذي لم يتجاوز نسبة الـ (22,3%) من جملة المشاركين للعام 2010م.

تقدم الخدمات الطبية للمؤمن عليهم بطريقتين:

• الطريق المباشرة:- عن طريق المرافق الصحية المملوكة للتأمين الصحي او تمت ايلوتها للتأمين الصحي.

- الطريقة غير المباشرة:- عن طريق شراء الخدمة من المرافق الصحية التابعة لمؤسسات أخرى (وزارة الصحة، وزارة الدفاع ، وزارة الداخلية، القطاع الخاص ، المنظمات الطوعية... إلخ) .

سنجد أنه وحتى نهايات العام 2010م تقدم الخدمات الصحية للمؤمن عليهم من خلال "1,106" منفذ لتقديم الخدمة منها "310" منفذ لتقديم خدمة مباشرة . وتجدر الملاحظة الى أن احصاءات الاستخدام تشير الى أنه رغم قلة عدد مراكز الخدمة المباشرة (27% من جملة منافذ تقديم الخدمة) إلا أنها تحظى بالنسبة الأكبر من المترددين (58.8%) . وهذا الوضع يخالف السياسة المعلنة من الدولة بتحول التأمين الصحى الى النظام الغير مباشر كلياً الا أن هنالك صعوبات عملية فى تطبيق هذه السياسة اهمها التكلفة العالية للخدمة غير المباشرة التى لايسطيع التأمين الصحى تحملها. مراكز التأمين تحظى بأفضلية التمويل عكس مؤسسات وزارة الصحة التى تقفر الى الكثير من المدخلات الاساسية. تطورت قائمة الأدوية الأساسية لتبلغ فى العام 2010م حوالى "512" صنف (ما يقارب 3,000 إسم تجاري) تغطي معظم احتياجات الخدمة التأمينية. ويقوم التأمين الصحى بشراء احتياجاته عبر عطاء موحد لجميع الولايات بصورة مركزية . هذا النظام ساعد كثيراً فى الحصول على أسعار أفضل وجودة أفضل. وقد بدأت خطوات تنسيقية فى الدخول فى عمليات الشراء المشترك مع شركاء الصحة خاصة الإمدادات الطبية المركزية والقوات المسلحة عبر عطاء موحد يلبي حاجة كل مؤسسة ويكامل الإمكانيات المتوفرة لكل شريك.

بدأ التأمين الصحى بولاية الخرطوم باعتماد النظام المباشر فى تقديم الخدمة للمؤمن عليهم بمنى أن المؤسسات التى تقدم الخدمة توؤل مباشرة للتأمين الصحى وهم عكس ماتم فى الولايات الاخرى التى بدأت بالطريقة غير المباشرة. فى العام 1998م تم التحول الى النظام غير المباشر حيث تم إنشاء إدارة المراكز الصحية وأصبحت هي المشرفة على المراكز، بحيث يتم التنسيق بينها وبين التأمين الصحى لتقديم الخدمة. هذه الإدارة كانت تابعة للمدير العام بصورة مباشرة وتغير اسمها لاحقاً لتصبح إدارة شؤون الخدمات. ونسبة لتداخل عمل

هذه الإدارة مع عمل إدارة الرعاية الصحية الأولية، بالإضافة إلى أن هذه الإدارة كان من الواضح أنها تركز أكثر على الجوانب العلاجية دون الاهتمام بذات القدر بالجوانب الوقائية والخدمات الأخرى، فقد دُمجت هذه الإدارة لاحقاً في العام 2002م ضمن إدارات الإدارة العامة للرعاية الصحية الأولية.

كنا قد ذكرنا في وقت سابق أن سياسة العلاج المجاني والتي أُعلنت في العام 1996م والتوسع الذي حدث فيها في العام 2005م كانت قد أثارت عدد من التساؤلات حول وضع هذه السياسة وتقاطعاتها مع سياسة التأمين الصحي. بالرغم من الجدل الذي كان قائماً في هذا الإطار إلا أن الواقع كان يشير إلى أن ضعف التغطية التأمينية هو الذي استدعى اتخاذ الدولة لهذا القرار حيث أن مبدأ سياسة العلاج المجاني المتنامي تتعارض مع سياسة التأمين الصحي إلا أن هذا القرار كانت تصحيحي في المقام الأول ويعتبر حلاً مؤقتاً لحين معالجة ضعف التغطية. الدراسات التي أُجريت في الفترة بين عامي 1998م والعام 2005م أشارت بوضوح إلى استمرار مشكلة عدم تغطية الفئات الأكثر فقراً ضمن مظلة التأمين الصحي وهو ما انعكس بطريقة أو أخرى على مخرجات النظام الصحي من عدد المرضى والوفيات. تفردت التجربة السودانية مقارنة بأنظمة التأمين الصحي بدول العالم بجملة من الخصائص والمميزات أهمها:

- اعتماد الأسرة كوحدة للتغطية وليس الفرد.
- استهداف الشرائح رقيقة الحال مثل المعاشيين والأسر الفقيرة والأرامل والأيتام.
- دخول مؤسسات الرعاية الاجتماعية كجهات كافلة للشرائح الضعيفة مثل وزارة المالية وديوان الزكاة وصندوق دعم الطلاب بالإضافة للمحسنين .
- اعتماد مبدأ دفع قيمة الاشتراك حسب المقدرة المالية وتلقي الخدمات العلاجية على حسب الحاجة وبمستوى خدمي موحد دون تمييز بين الفئات المشتركة.
- إدخال القطاع الحر تحت مظلة التأمين الصحي رغم تعاظم مخاطر اشتراكه.

من التحولات الكبرى فى التأمين الصحى انتقال الاشراف عليه من وزارة الصحة الى وزارة التخطيط الاجتماعى وقد تباينت الاراء حول الدوافع والفوائد حول هذا الانتقال بين مؤيد ومعارض .

بهذا نجد أن النظام الصحى فى السودان قد مر بالفعل فى الفترة الماضية بتغييرات كثيرة واستراتيجية غيرت من ملامح النظام الصحى فى السودان فى الكثير من النواحي. حاولنا أن نجمل عدداً من هذه القضايا فى هذا الفصل، كما أن قضايا أخرى ستجد حظها من النقاش بتوسع أكبر فى الفصول التالية.

الفصل الثاني: تطور النظام الصحي في وزارة الصحة بولاية الخرطوم

مقدمة:

خصوصية ولاية الخرطوم تتبع من الكثير من العوامل والحقائق التي تجعل من المحلل للقطاع الصحي في السودان يتوقف بصورة أساسية حول تجربة وزارة الصحة بالولاية. ونسبة للتفرع الكبير لمكونات النظام الصحي بوزارة الصحة بولاية الخرطوم كان لابد من اختيار عدد محدد من المحاور التي تمثل الحلقات الأساسية التي يمكن أن توثق لتجربة الوزارة وفي ذات الوقت يمكن أن تعطي ملامح واضحة لهذه التجربة. الجدير بالذكر في هذا الإطار أن بعض القضايا المحورية التي يتناولها هذا الكتاب مثل قضية مكافحة الملاريا واحتواء الأوبئة وقضايا أخرى تم تناولها بإسهاب ضمن الفصول المعنية بها والممرور على تجربة الولاية في تلك المحاور .

في الفصل السابق تم التعرض لتجربة العلاج الاقتصادي والتأمين الصحي والدواء الدائري بولاية الخرطوم وفي هذا الفصل سنتناول بقليل من التفصيل أهم ملامح تطور هيكله الوزارة الولائية، برامج بناء القدرات، دراسة العلاقة مع وزارة الصحة الاتحادية، بالإضافة إلى محاور أخرى سيتم تحليلها ضمن هذا الفصل.

تطور الهيكل العام لوزارة الصحة بولاية الخرطوم:

في العام 1996م كان هناك عدد كبير جداً من الإدارات يتبع مباشرةً للمدير العام وشمل ذلك الإدارة العامة للرعاية الصحية الأولية، إدارة المستشفيات، إدارة الاسنان، الإسعاف المركزي، إدارة المعامل، إدارة صحة البيئة، إدارة الوبائيات، إدارة الصيدلة والدواء الدائري، إدارة المؤسسات العلاجية الخاصة، إدارة الشؤون المالية والإدارية ولاحقاً إدارة الجودة وإدارة

التدريب. بالإضافة إلى كل هذه الإدارات، فإن إدارات الخدمات الصحية بالمحافظات كانت تتبع كذلك للمدير العام.

الملاحظ لهذه الهيكلة ان الشكل العام لم يكن يتضمن المفهوم الواضح للطب العلاجي والطب الوقائي والذاتان أدخلاً لاحقاً كمحاور أساسية في الخطة. سنجد أن إدارة صحة البيئة كانت مسئولة بشكل مباشر من مكافحة نواقل الأمراض، كما أن إدارة الوبائيات نفسها كان يوجد بداخلها عدد من البرامج التي نشأت لاحقاً لتصبح البرامج الرأسية مثل برنامج مكافحة الملاريا، البلهارسيا والدرن وغيرها والتي تشكلت بنحو يتوافق مع التوجه الإتحادي في مجال مكافحة الأمراض. التغيير لاحقاً في هذه الهيكلة سعى إلى المزيد من دمج البرامج والوظائف العامة بغرض تقصير الظل الإداري.

في العام 1996م كانت ولاية الخرطوم مقسمة إلى ثلاثة مناطق كبرى لإدارة تقديم الخدمات الصحية وتشمل المدن الثلاثة الكبيرة بأريافها وهي الخرطوم، الخرطوم بحري وأمدمان وكانت مسئولية تخطيط خدمات الرعاية الصحية والإشراف عليها في المراكز الصحية والمستشفيات الريفية تقع على مديري الخدمات الصحية في هذه المناطق، ولا يشمل ذلك المستشفيات المركزية ما عدا ما يلي خدمات الرعاية الصحية الأولية في هذه المستشفيات مثل خدمات صحة الأم والطفل والتغذية بالإضافة إلى الزائرات الصحية. مواقع العمل المرتبطة بالمجتمع مثل التثقيف الصحي بالإضافة إلى الإشراف على القابلات وتدريبهم حيث تقوم كل محافظة بترشيحهم حيث يخضعوا للتدريب في مدرسة القابلات لمدة عام دراسي ومن ثم يتم توزيعهم على المناطق المحددة ويتم كذلك ربطهم بالمراكز الصحية والإشراف عليهم بصورة مستمرة. إدارات الخدمات الصحية بالمحافظات كان تركيزها بشكل عام على خدمات الرعاية الصحية الأولية وان شملت بعض الجوانب العلاجية. ومن قبيل المثال فان هذه الخدمات شملت تقديم خدمات تشخيص وعلاج الحالات في المراكز الصحية، خدمات التغذية الوقائية، خدمات رعاية الحوامل وتنظيم الأسرة، أنشطة الصحية

المدرسية مثل التطعيم الوقائي للسحائي، تدريب القابلات والاشراف عليهم. هذه الخدمات قابلتها هيكله موازية على مستوى رئاسة ادارة الخدمات الصحية بالمحلية.

وكما ذكرنا سابقاً، فقد أُدخل نظام التأمين الصحي ضمن برنامج العلاج الاقتصادي وذلك في العام 1996م، والذي لم يكن منتشرًا في المراكز الصحية بصورة كبيرة والتي كانت تتبع لإدارة الخدمات في وزارة الصحة. وكان التأمين الصحي في تلك الفترة يقوم بدعم هذه المراكز بصورة أساسية في تأمين المستهلكات والإمداد وبعض الدعم المالي في هذه المراكز. أدى هذا التغيير إلى صراعات مستمرة بين إدارات الخدمات الصحية بالمحليات والتأمين الصحي نتيجةً لتدخل الأخير في بعض الجوانب الإدارية في عمل المراكز. في نهايات العام 1998م أُتخذ قرار بالحد من تدخل التأمين الصحي في إدارة هذه المراكز حيث تم إنشاء إدارة المراكز الصحية وأصبحت هي المشرفة على المراكز، بحيث يتم التنسيق بينها وبين التأمين الصحي لتقديم الخدمة. هذه الإدارة كانت تابعة للمدير العام بصورة مباشرة وتغيير اسمها لاحقاً لتصبح إدارة شؤون الخدمات. ونسبة لتداخل عمل هذه الإدارة مع عمل إدارة الرعاية الصحية الأولية، بالإضافة إلى أن هذه الإدارة كان من الواضح أنها تركز أكثر على الجوانب العلاجية دون الاهتمام بذات القدر بالجوانب الوقائية والخدمات الأخرى، فقد دُمجت هذه الإدارة لاحقاً في العام 2002م ضمن إدارات الإدارة العامة للرعاية الصحية الأولية.

صاحب هذا التغيير الذي حدث في إنشاء ادارة شؤون الخدمات تغيير في عدد إدارات الشؤون الصحية في المحافظات والتي تم زيادتها من ثلاثة إلى سبعة إدارات. ونتج ذلك لصعوبة تنسيق العمل على مستوى المحافظات لتقديم الخدمات خاصة تلك المرتبطة بالحملاط والعمل الميداني وبدأت المحافظات نفسها تطالب بقيام ادارة للخدمات الصحية في تلك التي لا توجد بها هذه الادارات، وتوافق هذا مع رؤية قيادة وزارة الصحة بالولاية نحو اللامركزية وبالتالي تم زيادة ادارات الخدمات الصحية بالمحافظات. وسنلاحظ ان هذا التغيير صاحب نشوء فكرة تطوير نظام المناطق الصحية والتي اتت كخطة خمسية (1998

- 2003م) بحيث أنه بنهاية هذه الخطة ستكون بجميع محليات الولاية في ذلك الوقت، وعددها 36 محلية، منطقة صحية يديرها فريق صحي أي أن إدارة الخدمات الصحية على مستوى المحافظة ستشرف على عدد من الفرق الصحية.

إدارة المنظمات كانت تتبع كذلك للمدير العام مباشرة وهي كانت مشرفة على خدمات الرعاية الصحية الأولية التي تقدمها المنظمات في المراكز الصحية الخاصة بها أو تلك التابعة للوزارة. هذا الوضع أيضاً أدى إلى تداخل في المسؤوليات بين إدارة الرعاية الصحية الأولية وإدارة شؤون الخدمات وبالتالي تم إتخاذ قرار في العام 2002م بدمجها ضمن الإدارة العامة للرعاية الصحية الأولية حلاً للعديد من المشاكل. وفي العام 2002م دُمجت كافة الإدارات القائمة في ذلك الوقت والتي كانت تتبع للمدير العام (إدارة المستشفيات، إدارة الإنسان، الإسعاف المركزي، إدارة المعامل، مراكز الإنقاذ الطبي وإدارة المؤسسات العلاجية الخاصة) وأصبحت تشكل ما أصبح يعرف بالإدارة العامة للطب العلاجي وهذا الشكل إستمر حتى الوقت الراهن.

ما يعرف حالياً بإدارة الطب الوقائي بدأت من خلال الإدارات التي كانت موجودة أصلاً في الفترة من 1996 وحتى 1998م والتي ضمت إدارة صحة البيئة وإدارة الوبائيات. إدارة الوبائيات مع بدايات العمل فيها كانت تضم البرامج المتخصصة وعلى الرغم من تبعيتها إلى إدارة الوبائيات إلى أن هذه البرامج كانت تقدم تقاريرها أيضاً بصورة مباشرة إلى المدير العام. وضمت برنامج مكافحة الملاريا الذي أنشئ في العام 1996م ولاحقاً تم إنشاء برنامج مكافحة البلهارسيا في العام 1998م. مع تطور العمل بدأ الحديث عن إنشاء نظام التقصي المرضي Sentinel Surveillance System بدلاً عن النظام الذي كان قائماً في ذلك الوقت وأصبحت هذه البرامج قائمة بذاتها خارج إدارة الوبائيات. ومع البدء في تغيير المفهوم في طريقة العمل، وفي العام 1998م تم إنشاء إدارة عامة للطب الوقائي ضمت إدارة الوبائيات، إدارة صحة البيئة، إدارة سلامة الاغذية، برنامج مكافحة الملاريا، برنامج مكافحة البلهارسيا، برنامج مكافحة الدرن بالإضافة إلى برنامج مكافحة الإيدز والأمراض المنقولة

جنسياً والذي انشئ حديثاً في ذلك الوقت. بالإضافة إلى ذلك أنشئت إدارة جديدة للتقريف الصحي في العام 2000م ضمن الإدارة العامة للطب الوقائي عُنيت بكافة أشكال التقريف الصحي بما في ذلك الأنشطة التي كانت تقوم بها الإدارة العامة للرعاية الصحية الأولية. في اواخر العام 2002م قدم مقترح بإنشاء إدارة جديدة لمكافحة الأمراض غير السارية والتي ضُمت أيضاً للإدارة العامة للطب الوقائي.

فيما يلي مكافحة الملاريا، في العام 2002م أُبتدر مشروع الخرطوم خالية من الملاريا، والذي تم نقاشه بالتفصيل في فصل اخر من هذا الكتاب، وأُقترح ضم الأنشطة التي كانت تقوم بها إدارة البوائيات فيما يلي التشخيص والعلاج وتلك التي كانت تقوم بها إدارة صحة البيئة فيما يلي مكافحة الناقل بحيث تتوحد في إدارة واحدة سُميت بإدارة مكافحة الملاريا والتي انشئت في العام 2002م.

إدارة الصيدلة وصندوق الدواء الدائري كانا يعملان بمثابة الجسم الواحد مع بدايات إنشاء صندوق الدواء الدائري في العام 1990م. تم وضع قانون لصندوق الدواء الدائري وأصبح بموجبه الصندوق يتبع للوزير وليس للمدير العام وإدارة الصيدلة أصبحت تعرف بالإدارة العامة للصيدلة وتتبع للمدير العام وتهتم بالإشراف على العمل الصيدلي بصورة عامة في المؤسسات الحكومية والصيدليات الخاصة والتقريف الدوائي والذي أدى إلى إنشاء مركز المعلومات الدوائية لاحقاً في العام 2000م.

لم تكن الهيكلية العامة لإدارة التخطيط واضحة بشكل كاف في بدايات العمل بها ولكن في العام 2002م تم دمج عدد من الإدارات مع بعضها البعض ضمن ما أصبح يعرف بالإدارة العامة للتخطيط وضمت إدارة التخطيط، إدارة الاحصاء والمعلومات، إدارة التدريب، إدارة الجودة، إدارة البحوث وإدارة اقتصاديات الصحة ولاحقاً في 2003م تم ضم إدارة التنمية. ومع تطور العمل في الجوانب التخطيطية ظهرت الحاجة إلى وجود جهات تخطيطية وكذلك

تهتم بعملية المتابعة في كل الإدارات العامة التابعة للوزارة وهذا ما حدث في العام 2008م بإنشاء وحدات للتخطيط في كل الإدارات العامة الأخرى.

في الفترة التي تلت العام 2003م، قامت وزارة الصحة الاتحادية بتقديم مبادرة تهدف إلى توحيد منهجية وضع هياكل وزارات الصحة بالولايات. المنهجية بنيت على تقسيم الولايات من حيث قدراتها وتوفر الأطر الصحية فيها إلى ثلاثة فئات وعليه قدمت ثلاث مقترحات للهيكل تتناسب مع كل فئة. اللافت للنظر أن ولاية الخرطوم، وضمن خصوصية النظام الصحي بها، كانت إستثناء في تنفيذ الهيكل الموحد حيث استطاعت أن تجاري وزارة الصحة الاتحادية جنباً إلى جنب في شكل الهيكل العام واكتمال الهيكل بالأطر العاملة المناسبة. لعل هذا الوضع له انعكاساته الواضحة على مسيرة النظام الصحي ككل في الولاية وبالتالي مخرجاته التي جعلت الخرطوم متقدمة على كل الولايات في الكثير من المؤشرات الصحية، هذا بالطبع إلى جانب عوامل أخرى كثيرة.

العلاقة مع وزارة الصحة الاتحادية:

على الرغم من ان علاقة وزارة الصحة بولاية الخرطوم مع وزارة الصحة الاتحادية كانت تحكمها الاطر العامة المتعلقة بالعمل الفني مثلها مثل بقية الوزارات الولائية، إلا أن هناك خصوصية في هذه العلاقة لا بد من فهمها ودراستها. هذه العلاقة الفنية تقتضي تبادل التقارير والخطط بين المستويين في مجالات العمل المختلفة وفي كافة الادارات خاصة ادارتي الرعاية الصحية الاولية والطب الوقائي وذلك لارتباط هذه الادارات بصورة لصيقة مع الوضع الصحي على مستوى السودان بصورة مباشرة خاصة في قضية الوبائيات.

تميز وزارة الصحة بولاية الخرطوم اتي نتيجة لعدة أسباب في مقدمتها الالتزام التام والمستمر من أعلى مستوى للقيادة في الوزارة، المتمثلة في الوزير، في متابعة التنفيذ للخطط والبرامج المختلفة. بالإضافة إلى ذلك فإن برامج التدريب بمختلف أشكالها وتخصصاتها أسهمت بشكل كبير في رفع الكفاءة النوعية والكمية للكوادر الصحية البشرية بالوزارة. وكان لبرنامج

التدريب والإبتعاث الخارجيين الذي تم البدء في تنفيذه منذ العام 1995م الدور الكبير في هذا الناتج، الأمر الذي لم يكن يحدث بذات القدر والمستوى في وزارة الصحة الإتحادية وبالتالي ألقى بظلاله على المقارنة بين الجانبين في الكثير من القضايا محل الإختلاف في وجهات النظر من ناحية فنية. برامج التدريب هذه صاحبها تعاون كبير ومستمر مع دول ذات تاريخ معروف في مجال بناء قدرات النظم الصحية مثل ماليزيا، هولندا، السويد وبريطانيا. وتطور هذا النهج إلى ما هو أبعد من تدريب الكوادر المنتسبة إلى ولاية الخرطوم وتعدى ذلك إلى مستوى بعض الولايات الأخرى التي عقدت اتفاقيات مع وزارة الصحة ولاية الخرطوم في هذا المجال.

في جانب آخر سنجد أن برامج الرعاية الصحية الأولية تميزت بصورة جلية في الطريقة التي تخطط بها مروراً بتنفيذ هذه الخطط ومتابعتها. ومن الأمثلة البارزة على ذلك التغيير الكبير الذي صاحب تنفيذ برنامج استئصال شلل الاطفال في العام 1995م. في هذا البرنامج كانت رؤية وزارة الصحة الإتحادية تقوم على تنفيذ هذا البرنامج من خلال تقديم الخدمات عبر المؤسسات الصحية وذلك حتى لا يتم هزيمة برنامج التطعيم الروتيني من خلال الذهاب إلى المواطن في موقعه وبالتالي إرتباط البرنامج مستقبلاً فقط بهذا المنهج لتقديم الخدمات من منظور المواطنين. وعلى الجانب الآخر فإن الولاية كانت تدافع عن فكرة استخدام نظام الحملات التي تطوف على المنازل طالما أن الحديث هو عن برنامج استئصال للمرض خاصة وأن تقارير التطعيم الروتيني لم تكن تدعم فكرة استخدام المؤسسات الصحية فقط للوصول إلى هذا الهدف مع مستهدف لتغطية 90% من الأطفال المستهدفين. من العوامل التي حدت بالوزارة الإتحادية في إتخاذ هذا الجانب هو ما سيرتّب على هذه التجربة من تكلفة مالية تعتبر عالية نوعاً ما. لكن في ذات الوقت نجد أن ولاية الخرطوم كانت قد تكفلت بتوفير الميزانيات المطلوبة لهذا العمل بشكل كامل. هذا الأمر كان لافتاً حيث أن الولاية في ذلك الوقت لم تكن تتلقى أي شكل من أشكال الدعم سواء من الوزارة الإتحادية أو من المنظمات الدولية لتنفيذ هذه الحملة في كل مناطق الولاية بما فيها

المناطق الريفية وتلك الطرفية المتاخمة لولايات أخرى. تنفيذ نهج الحملات الميدانية ثبت من خلال التقارير أنه لم يؤثر بأي شكل من الأشكال على التطعيم الروتيني من خلال المؤسسات على الرغم من ذلك ظل هذا الجدول مستمراً حتى العام 1998م. لكن لا بد من الإشارة هنا إلى أن إنشاء برنامج عيادة القرية، ومن المسمى فإن البرنامج يستهدف إبتدأ فرق صحية في المناطق القروية التي لم يكن يوجد بها أي شكل من الخدمات الصحية وتجول هذه الفرق عبر عربة مخصصة لهذا الغرض تلك المناطق بغرض تقديم الرعاية الصحية بما فيها خدمة التطعيم. كل هذه العوامل حدثت بالوزارة الإتحادية ببنني المنهج الذي خطته وزارة الصحة الولائية في هذا البرنامج في العام 2001م ومن ثم تواصل العمل في تنفيذ حملات التطعيم في المنازل. واللافت للنظر أن مرجعيات تنفيذ هذا النهج في برنامج التطعيم من وثائق وموجهات وخطط كان قد تم تصميمها من قبل ولاية الخرطوم ومن ثم تم اعتماده لاحقاً من قبل الوزارة الإتحادية وتم استخدامه في كافة ولايات السودان كمرجعيات إتحادية مع الأخذ في الاعتبار بعض التغييرات التي تلائم الأوضاع في مختلف الولايات.

وفي مثال آخر سنجد أن مقترح وزارة الصحة بولاية الخرطوم بتنفيذ برنامج التطعيم الوقائي ضد مرض السحائي كان قد وجد مقاومة كبيرة جداً من قبل المسؤولين في الوزارة الإتحادية. وقامت فكرة البرنامج على تطعيم ثلثي السكان بالولاية ضد المرض ووفقاً للأساسيات العلمية المتعارف عليها فإن البقية الباقية من السكان ستكتسب مناعة ضد المرض وبالتالي فإن ذلك سيحد من حدوث الأوبئة. أبتدر هذا البرنامج في العام 1995م واستهدف مستويات معينة في مختلف المراحل التعليمية بدءاً من الأساس (الصف الاول - الرابع - السابع - الثاني بالمرحلة الثانوية) وحتى مستوى طلبة الجامعات وذلك بشكل سنوي بحيث يتم تطعيم ثلث الطلاب في العام ويعاد التطعيم بعد مضي ثلاث سنوات وهي الفترة التي يغطيها تطعيم السحائي. بالإضافة إلى ذلك كان يتم استهداف مناطق معينة من الولاية كانت تعتبر ضمن نطاق الخطورة المتعلقة بالإصابات التي يتم تسجيلها بمرض السحائي في السنوات السابقة وهذه المناطق يتم استهدافها كل ثلاث سنوات. البرنامج اتضحت نتائجه حين تمت المقارنة

بين مؤشرات وباء السحائي الذي حدث في العام 1988م وذلك الذي حدث في العام 1999م حيث قلت عدد الحالات المرصودة بشكل ملحوظ وأيضاً حالات الوفيات التي تم تسجيلها. هذا البرنامج كان محل جدل بين الوزارة الاتحادية وبين الوزارة الولائية حيث أصر الفنيون في الوزارة الاتحادية على عدم جدوى فكرة التطعيم الوقائي لكل الولاية على النحو الذي تم اقتراحه من فنيي ولاية الخرطوم. واعتمد فنيو الوزارة الاتحادية على موجبات منظمة الصحة العالمية في ذلك الوقت والتي تقوم على فكرة تطعيم المناطق المجاورة للمنطقة أو المناطق التي ثبت فيها انتشار حالات بصورة وبائية. على الرغم من ذلك فان خبراء منظمة الصحة العالمية الذين قاموا بزيارة السودان في العام 2004م بهدف تقييم نظام النقصي المرضي و العمل في مكافحة مرض السحائي أوصوا بمواصلة هذا البرنامج بشكله الحالي خاصة بعد مراجعة المخرجات والمؤشرات التي نتجت عن تنفيذ البرنامج. البرنامج وتنفيذه حدا بمتخذي القرار في ذلك الوقت إلى مقارنة كفاءة العمل وتطوره بين الوزارتين وكان جلياً مدى تفوق وزارة الصحة بولاية الخرطوم في هذا الاطار. وبنظرة سريعة للعديد من الأمثلة على برامج أخرى خاصة في الفترة بين عامي 1996 و 1998م سنجد أن العديد من هذه البرامج ومبادراتها نشأت وتطورت من وزارة الصحة ولاية الخرطوم ومن ثم تبنتها الوزارة الاتحادية وعممت تجربتها في بقية السودان. وأمثلة على ذلك شمل تطبيق نظام المنطقة الصحية، تطوير نظام المعلومات، تصميم برامج التطعيم والتحصين وغيرها.

اللامركزية في إدارة النظام الصحي:

بعد صدور قانون الحكم الفدرالي نشأت بولاية الخرطوم عدد (7) محافظات إضافة إلى (39) محلية في المستوى الأدنى من المحافظات، وقضى القانون بأن تكون مهام المحافظات مهام تنسيقية، سياسية وأمنية فقط وليست لها أي سلطات تنفيذية حيث أوكلت هذه السلطات للمحليات. إنعكاسات هذا القانون على إدارة الخدمات الصحية تمثلت في أن بعض الخدمات كانت تديرها المحليات بصورة مباشرة ولصيقة وهي خدمات صحة البيئة

ومكافحة الملاريا بينما ظلت بقية الخدمات الصحية والتي تشمل خدمات الرعاية الصحية الأولية والخدمات العلاجية بالمستشفيات تدار بواسطة وزارة الصحة ولم تكن للمحليات صلة بها سوى بعض التنسيق حسب المعطيات. حتى أبريل من العام 1998م كانت وزارة الصحة تدير خدمات الرعاية الصحية الأولية عبر ثلاث إدارات للخدمات الصحية (الرعاية الصحية الأولية حالياً) هي الخرطوم، أمدرمان وبحري الكبرى.

فكرة دمج وإعادة دمج البرامج الصحية المختلفة ضمن إعادة هيكلة وزارة الصحة ظهرت بصورة واضحة في العام 2000م ونتج عنها تطور كبير في الطريقة التي يتم من خلالها تقديم الخدمات الصحية وطريقة إدارتها في كافة المستويات بدءاً من مرحلة السياسات والتخطيط في رئاسة وزارة الصحة الولائية وصولاً إلى مستوى تقديم الخدمة عبر المنافذ والمؤسسات الصحية ونظم المعلومات الخاصة بها. وتعد ولاية الخرطوم هي الرائدة في إدخال هذا المفهوم في النظام الصحي في السودان. وقد تناولنا هذه المبادرات في سردنا وتحليلنا لهيكل الوزارة في الجزء السابق. فعملية اللامركزية تستدعي وجود سلطات ومقومات تعين المستويات الأقل في إدارة شئونها بالإضافة إلى ضرورة وجود قدرة كافية للقيام بهذا العمل سواء أن كان ذلك من ناحية الموارد البشرية أو من ناحية توفر نظم العمل.

سعت وزارة الصحة بالولاية نحو تدعيم اللامركزية بشكل واضح فيما يلي برنامج بناء القدرات الذي تم وضعه وتنفيذه لإستهداف قدرة المحليات على إدارة النظام الصحي الموجود فيها. لكن التجربة أظهرت فشل بعض المحليات في عبور هذا التحدي وتم إرجاع العديد من العمل التنفيذي مرة أخرى إلى مستوى الوزارة وهذا كما ذكرنا سابقاً يعتبر تعدي على ما وجه به الدستور. لكن في ذات الوقت سنجد أن الكثير من الأمثلة لم تكن تشير إلى نفس الإتجاه، فقد شهدت مرحلة من المراحل ضغطاً كبيراً من وزارة الحكم المحلي لإعطاء المحليات كافة العمل التنفيذي في المؤسسات الصحية التابعة لها وبالتالي التحكم في الموارد المالية الواردة عبر هذه المؤسسات. ومورس على الوزارة الكثير من الضغط في هذا الإتجاه، لذا إستجابت الوزارة لهذا الطلب وقدم وزير الصحة خطة مقترحة توضح كيفية أيلولة هذه

المؤسسات للمحليات في شكل مراحل مرتبطة بكافة الترتيبات المالية المترتبة على التنفيذ. ونتيجة لتدخل والي الخرطوم في ذلك الوقت، فقد تم إيقاف هذا الأمر نتيجة لمشاورات كثيفة حول مدى تأثير هذا المنحى على تقديم الخدمات الصحية واستدامة مقوماتها. أعقب ذلك أن قام وزير المالية بالولاية بإيقاف عودة الإيرادات من المؤسسات الصحية إلى وزارة الصحة وأمر بتوجيه هذه الإيرادات إلى وزارة المالية وهو ما أثر سلباً في الفترة التي تلت ذلك على مدى توفر المستلزمات الطبية والأدوية الأساسية في المرافق الصحية حيث كان يتم إمداد هذه المواد من قبل صندوق الدواء الدائري بإتفاق محدد مع وزارة الصحة. لكن الوضع الجديد حد من قدرة الوزارة على تنفيذ هذا الإتفاق وبالتالي تأثر العمل بالمؤسسات الصحية.

الضغط السياسي الذي كانت تتعرض له القيادة في الوزارة الولائية كان لا يخفى على الكثيرين خاصة مع ارتباط برامج العديد من السياسيين مع الخدمات الصحية بشكل عام. لكن سنجد أن هذا الأمر يتضح بصورة خاصة فيما يلي العلاقة بين الوزارة الولائية والمحليات والتأثير المستمر للتدخل السياسي في تشكيل مكونات هذه العلاقة على الرغم من أن الدستور أوضح هذه العلاقة وكيفية إدارتها.

الشكل المقترح للامركزية في النظام الصحي في الولاية بُني على تطبيق نظام المنطقة الصحية، الذي سنتحدث عنه لاحقاً، والذي يقوم على أساس أيلولة (أو تفويض) المهام التنفيذية الفنية للفريق الصحي. ولكن نسبة لأن هذا لم يتحقق تماماً حيث أن شكل العمل ظل يتبع نظام التفويض الجزئي لهذه المهام، فقد ظلت الفرق الصحية تتبع مباشرة لوزارة الصحة واتخذت علاقاتها مع المحليات شكل الموسمية والظرفية. وهناك عدة أسباب أدت لهذا الواقع منها عدم وجود القوانين واللوائح التي تحكم عمل المحليات بالولاية أو تلك التي توضح نظام ومسؤوليات محددة للمحليات تجاهه. بالإضافة إلى ذلك فقد ظل مسئولو المحليات يخشون الخوض في التزامات مالية تجاه قضايا الصحة وأتى ذلك مصحوباً بالتردد من وزارة الصحة في ان تؤول إيرادات الوحدات الصحية للمحليات للاستفادة منها في الصرف المالي تجاه الصحة. كل هذا الوضع استدعى إجراء تقييم شامل لتجربة لامركزية

إدارة وتقديم الخدمات الصحية وهو ما قام به بالفعل د. محمد على يحي العباسي، والذي شغل مدير التخطيط والصحة الدولية بوزارة الصحة الاتحادية. حيث أجرى في العام 2003م دراسة بعنوان "تطبيق اللامركزية الفيدرالية في السودان وتأثيرها على القطاع الصحي". وسيكون من المفيد الاطلاع عليها لمن يريد فهم أكبر لتطور عملية اللامركزية في القطاع الصحي في الفترات السابقة.

نقترح أن يضطلع المهتم بهذه القضية على الدراسة التي قام بها د. العباسي بعنوان "إعادة هيكلة القطاع الصحي الحكومي: تنفيذ اللامركزية الفيدرالية في السودان وتأثيرها على القطاع الحكومي" والتي نشرت في العام 2003م.

تجربة المنطقة الصحية والفريق الصحي:

تجربة تطبيق نظام المنطقة الصحية هي تجربة جديرة بالوقوف عندها وتقييمها. هذه التجربة أبتدرت في العام 1997م ونشأت فكرتها كامتداد طبيعي لتطور لامركزية الخدمات الصحية في الولاية. وبناءً على كافة النظريات الحديثة في علم الإدارة، فإن إتساع دائرة تطبيق النظام اللامركزي في الحكم بصورة صحيحة تظهر فوائده الواضحة على المستوى المحلي حيث تصبح عملية إتخاذ القرار في دائرة أقرب للمواطنين. وعليه فإن الفلسفة التي بني عليها كل من قانون الحكم المحلي 1995م (المعدل 1998م) ودستور السودان 1998م وقانون وزارة الصحة 1990م حتمت على الولايات ضرورة إنشاء ما عرف لاحقاً بالنظام الصحي المحلي. وإن اختلفت المسميات من ولاية إلى أخرى، حيث عرف في ولاية الخرطوم بنظام المنطقة الصحية، إلا أن المفهوم ظل ثابتاً بحيث تدار الخدمات الصحية الرئيسية التي يتم تقديمها من مستوى المحليات بصورة مباشرة وهو ما أتت به مبادئ سياسة المنطقة الصحية التي ركزت على الرعاية الصحية الأولية بإعتبارها أساس الخدمات الصحية. هذه السياسة تم البدء في تنفيذها بصورة واسعة على مستوى البلاد في العام 1990م. التحول الذي نادى به السياسة كان نتيجة عدد من البحوث والمشاورات التي تلت الإجتماع الوزاري لوزراء

الصحة الأفارقة في هراري، زيمبابوي 1987م والذي ناشدت فيه منظمة الصحة العالمية الدول نحو تطبيق نموذج لإدارة الخدمات الصحية على المستوى المحلي.

عليه فقد إهدت ولاية الخرطوم في تطبيقاتها لنظام المنطقة الصحية بتعريف ملتقى هراري للمنطقة الصحية، والذي عرّفها بأنها (جزء من النظام الصحي القومي نو قدر من الاستقلالية ويقدم خدماته لمجموعة محددة من السكان يعيشون في منطقة ذات حدود جغرافية وإدارية واضحة. ويشمل نظام المنطقة الصحية كل الافراد والمؤسسات الذين يقومون بتقديم الرعاية الصحية سواء كانت هذه المؤسسات حكومية، غير حكومية ، مؤسسات امن اجتماعي، خاصة او مؤسسات تقليدية. وبذلك فان نظام المنطقة الصحية يتكون من مجموعة من القطاعات المرتبطة ببعضها البعض بما في ذلك القطاع الصحي والتي تنسق مع بعضها البعض في السعي نحو تعزيز الصحة بالمنازل، المدارس، أماكن العمل والمجتمعات. وفي القطاع الصحي يشمل هذا النظام كل العاملين الصحيين والمؤسسات الصحية بما في ذلك مستشفى التحويل الاول والوسائل التشخيصية المصاحبة له. كل هذه المؤسسات يجب ان يكون على راسها مدير ليقوم بالتنسيق الدقيق بينها حتى يتمكن هذا النظام من تقديم خدمات صحية تعزيزية ، وقائية ، علاجية وتأهيلية) .

وبالفعل بدأ السودان في إجراء العديد من الدراسات حول إمكانية تنفيذ هذا البرنامج. هذه الدراسات أظهرت عدد من مناحي القصور في النظام الصحي قد تعوق تنفيذ هذا النظام ومنها مركزية حاكمية النظام الصحي، غياب القيادة الفاعلة على المستوى المحلي، ضعف مشاركة المجتمعات في التخطيط للنظام الصحي ومقاومة بعض مكونات النظام الصحي لعملية اللامركزية خاصة في المستوى المركزي. أخذاً بعين الإعتبار هذه النقاط، فقد قامت وزارة الصحة الاتحادية بإتخاذ قرار وزاري في العام 1990م بتنفيذ مشروع النظام الصحي المحلي على المستوى القومي في مناطق مختارة عبر مختلف الولايات في الجزيرة، كسلا، جنوب دارفور والخرطوم.

سياسة المنطقة الصحية قامت على أساس خلق وحدات طرفية لامركزية بالبلاد تقوم بإدارتها مجالس محلية وذلك للإشراف على تقديم الخدمات الصحية للمواطنين. وتُعزز هذه الوحدات من تقديم الخدمات الصحية الأولية وتقوم بتنسيقها وتكاملها بالإضافة إلى خدمات البرامج الصحية الرأسية. هذه الخدمات تُقدم من خلال فريق عمل يعرف بفريق إدارة المنطقة الصحية ويشرف على هذا الفريق مجلس المنطقة الصحية واللجان الصحية بالقرى بالإضافة إلى الإشراف الفني من قبل الوحدة الإتحادية لإدارة المناطق الصحية. لذلك كان من الضروري ربط هذا النظام بنظام الحكم المتبع والذي يقوم على أساس المحلية كأقل مستوى للحكم. لكن سنجد أن هذا الأمر كان له الأثر السلبي خاصة في العام 1993م حيث تم زيادة عدد المحليات من 187 محلية إلى أكثر من 630 محلية وهو ما شكل تحدي حقيقي للولايات في تنفيذ هذا المشروع في ذلك الوقت مع تدني الميزانيات المتاحة. هذا بالإضافة إلى التحول في السياسات العامة للدولة قلصت من سلطات المحليات في بعض النواحي وزادت من سلطاتها في نواحي أخرى وبالتالي أدى ذلك إلى تغييرات كبيرة في البيئة العامة التي ستفد عبرها سياسة المنطقة الصحية.

في ولاية الخرطوم وفي العام 1993م تم إختيار أربعة مناطق ليتم تنفيذ هذا المشروع فيها وبالتالي تعيين وتدريب 28 فرداً ضمن هذا الفرق (سبعة لكل فريق) وتواصلت عملية تدريبهم على أساسيات إدارة المنطقة الصحية والخدمات الصحية. لكن سنلاحظ بشكل عام أن ضعف تنفيذ برامج التدريب بصورة خاصة وتنفيذ سياسة المنطقة الصحية بصورة عامة وهو ما كان له الأثر السلبي في مخرجات هذا المشروع. وسنجد أن الدعم المالي للمشروع كان بأكمله على عاتق ولاية الخرطوم، مقارنة مع بقية الولايات التي وجدت دعومات من مصادر مختلفة، وذلك أيضاً كان له الأثر السلبي في تنفيذ المشروع في الولاية. بالإضافة إلى ذلك فإن ضعف المشاركة المجتمعية فيه كان سمة عامة لوحظت في كافة الولايات التي شهدت تنفيذ هذا المشروع لاحقاً ولن لم يكن هناك أسباب واضحة لهذا الأمر. بالإضافة إلى كل هذه العوامل سنجد أن ضعف مساهمة المجالس المحلية واللجان الصحية بالقرى في

تنفيذ ما يليها من مكونات المشروع، هذا في حال تم تكوين هذه الهياكل، كان ضعيفاً وسلبياً في الكثير من الحالات.

وفي العام 1996م أصبحت وزارة الصحة تتحدث بقوة عن حاجتها بتطبيق سياسة المنطقة الصحية في إدارة خدمات الرعاية الصحية الأولية وذلك في إطار سعيها لجعل هيكل إدارة الخدمات الصحية بالولاية متوائماً مع النظام السياسي والإداري لولاية الخرطوم في ذلك الوقت.

سياسة المنطقة الصحية كنت تهدف إلى تحقيق الأهداف المهمة التالية في مجال إدارة وتقديم خدمات الرعاية الصحية الأولية:

1. تنزيل مسؤولية إدارة خدمات الرعاية الصحية الأولية إلى أدنى مستوى سياسي واداري موجود بالولاية وهو مستوى المحلية ويسمى نطاق المحلية الجغرافي (بالمناطق الصحية) ويقوم على إدارتها فريق صحي يكون بمثابة وزارة الصحة بالمحلية، وبالتالي تحويل المسؤوليات الإدارية فيما يختص بادارة خدمات الرعاية الصحية الأولية من إدارة الخدمات الصحية بالمحافظة إلى الفريق الصحي بالمنطقة الصحية.
2. تقديم خدمات الرعاية الصحية الأولية للفئات المستهدفة من السكان بالمنطقة الصحية وفقاً لآليات متابعة محددة تسمح بالتأكد من وصول هذه الخدمات للمستهدفين منها كما تستفيد آليات المتابعة هذه من نظام معلومات قوي مبني على إحصاء سكان ومسح للمؤشرات الصحية بالمنطقة الصحية.
3. بناء مؤسسات لتفعيل مشاركة المجتمع في تمويل وإدارة وتقديم خدمات الرعاية الصحية الأولية بالمنطقة الصحية.

في العام 1997م أجازت وزارة الصحة بولاية الخرطوم خطة خمسية لتطبيق سياسة المنطقة الصحية بالولاية (1998 - 2002م) كما بدأت في نفس العام تجارب استرشادية للسياسة

بعدد 6 مناطق قابضة للولاية توطئةً لتعميم تطبيق السياسة. في أبريل من العام 1998م تم تفكيك إدارات الخدمات الصحية بالمناطق الكبرى الثلاثة إلى سبعة إدارات للخدمات الصحية، حيث أصبحت هناك إداره للخدمات الصحية بكل محافظة كانت هي التي ترعى تطبيق التجارب الاسترشادية للمنطقة الصحية إضافة إلى مسؤولياتها عن إكمال إنشاء الفرق الصحية بالمحليات في ذلك الوقت.

د. طارق عبد الله عبد الرحيم هو من راود هذه التجربة وكان له خبرة ودراية واسعة بتطوير هذا النظام، وتم اقتراح بدء تنفيذ المشروع في ستة مناطق قابضة على مستوى الولاية في شكل تجربة أولية. وتم العمل على وضع وإنشاء مختلف مكونات هذا البرنامج بدءاً من حصر السكان وتقييم الخدمات المطلوبة لهم، مروراً بتدريب الفرق الصحية المسؤولة عن تنفيذ البرنامج بالإضافة إلى تطوير نظام المعلومات الصحية الواردة عبر مكونات المجتمع في المنطقة الصحية خاصة تلك المتعلقة بصحة الأم والطفل (بخلاف تلك الواردة عبر المؤسسات الصحية). استراتيجية تقوية نظام المعلومات اعتمد في الأساس على خلق شراكة قوية مع اللجان الشعبية في المناطق المستهدفة بالإضافة إلى المتطوعين الذين يعملون على تقديم الخدمات الصحية في المنطقة وقد ظهر ذلك بصورة واضحة خلال فترة تنفيذ حملات التطعيم في المناطق الصحية. في العام 1999م أصبحت الرؤية واضحة حول نظام إدارة المعلومات في المنطقة الصحية وكانت تلك مرحلة مفصلية لنجاح المشروع. البرنامج وجد دعماً مقدراً من أعلى مستويات قيادة الوزارة الولائية من مستوى الوزير والمدير العام وتمت ترجمة هذا الدعم في حجم ميزانيات التدريب والتشغيل التي رصدت وتم توفيرها لهذه التجربة. في تلك الفترة تم وضع خطة خمسية تكتمل في العام 2003م وتقتضي الوصول إلى إكتمال تنفيذ التجربة بحيث يكون هناك فريق صحي متكامل يقوم بتقديم الخدمات الصحية على مستوى المحلية وذلك لكل محليات الولاية الستة وثلاثون.

في الفترة من العام 2000م وحتى حلول العام 2002م كان قد اكتمل إنشاء عدد (9) فرق صحية بالولاية وفقاً لحصر سكاني لكل منطقة صحية ووفقاً لمعلومات نظام قوي بني حسب

الموجهات وكان جل تركيز هذه الفرق الصحية طوال فترة العامين بعد إنشائها منصباً على تجويد تقديم خدمات الرعاية الصحية الأولية للمستهدفين بالمنطقة الصحية وفقاً لنظام المعلومات السكاني، إضافة إلى بناء مؤسسات المشاركة المجتمعية وتفعيلها وبالتالي لم يكن هنالك تركيز خلال هذه الفترة على أن تقوم الفرق الصحية بمسؤولياتها الإدارية تجاه خدمات الرعاية الصحية الأولية وخاصة بالمراكز الصحية والشفخانات بصورة كاملة حيث ظل هنالك تداخل في هذا الجانب مع إدارة الخدمات الصحية بالمحافظات. ونسبة لان إجراء الحصر السكاني بالمناطق المحددة هو نشاط مكلف لوزارة الصحة، فقد حالت عقبات التمويل في العام 2002م دون مواصلة الحصر السكاني بالمناطق. حيث أُجري آخر حصر سكاني بالمنطقة الصحية بمنطقة الشجرة بمحافظة الخرطوم ومنطقة النصر بمحافظة جبل اولياء في العام 2001م. وبالتالي تحولت طريقة إنشاء الفرق الصحية إبتداء من العام 2002م من إجراء الحصر السكاني بالمناطق القابضة أولاً ثم إنشاء الفريق الصحي ومؤسسات المشاركة الإجتماعية لاحقاً إلى إنشاء الفريق الصحي أولاً ليقوم بمسؤولياته الإدارية والفنية تجاه خدمات الرعاية الصحية الأولية بالمراكز الصحية والشفخانات والمجتمع، وبناء مؤسسات المشاركة المجتمعية بالمناطق ثم ليقوم في مرحلة لاحقة متي ما توفر التمويل باجراء الحصر السكاني في هذه المناطق، وبالتالي إنشاء نظام المعلومات السكاني بكل منطقة بصورة مكتملة. هذا التحول في طريقة تطبيق السياسة كانت له انعكاسات سالبة مهمة على أداء الفرق الصحية التي إكتمل إنشاؤها بكل الولاية في العام 2002م. حيث تمثلت في أن اهتمام الفرق الصحية إنصب على القيام بالمسؤوليات الإدارية والفنية المباشرة تجاه الخدمات بالمراكز الصحية والشفخانات والمجتمع وكانت مهاراتها ضعيفة فيما يختص بتقديم الخدمات للمستهدفين وفقاً لنظام معلومات السكان الذي لم تكن مقوماته متاحة وكذلك فيما يختص ببناء مؤسسات المشاركة المجتمعية.

إبتداءً من العام 2001م وحتى منتصف العام 2002م خاضت المناطق الصحية التسعة، التي قد كان اكتمل إنشاؤها حسب المواجهات القياسية، تجارب رائدة في مجال تنفيذ

الحملات القومية لإستئصال شلل الأطفال والقضاء على نقص فيتامين (أ) وفقاً لنظام المعلومات بالمنطقة الصحية حيث كان تنفيذ الحملة يستغرق 3 أيام فقط بكل منطقة صحية كما كانت مسوحات التغطية الجغرافية للمستهدفين بالمنطقة الصحية تؤكد أن التغطية تفوق 95% بكل منطقة. وقد كانت هذه التجارب محل إشادة من عدد من خبراء منظمة الصحة العالمية الذين كانوا يشرفون على الاداء بولاية الخرطوم لفترة إمتدت أكثر من عامين. وبذلك أصبح الفريق الصحي هو الجهة الأولى والأساسية المسؤولة مباشرة عن ادارة تقديم الخدمات الصحية في تلك المناطق وبذلك انتفى دور المحافظة في عملية الإشراف على المؤسسات الصحية بصورة مباشرة ولصيقة واقتصر دورها في الإشراف على الفريق والتأكد من إدائه لدوره. وبذلك اتضحت الفوائد الجلية من استخدام نظام المعلومات في المنطقة الصحية حيث أن هذا المنحى كان له الأثر الكبير في تقليل التكلفة الاجمالية وأيضاً في تخفيض العبء التشغيلي على كاهل برنامج التحصين. بالإضافة إلى ذلك فإن هذه الطريقة مكنت القائمين على امر الحملات من التأكد بصورة دقيقة جداً أن عملية التغطية عمت كافة المستهدفين من عملية التطعيم خاصة مع توفر بياناتهم قبل البدء في تنفيذ الحملة وبالتالي فإنه بنهاية الحملة تكون هناك صورة واضحة حول من هم الاطفال المستهدفين الذين تمت تغطيتهم وأولئك الذين لم تشملهم التغطية ولماذا. وبعد مراجعة وتقييم هذه الطريقة لاحقاً في نهاية العام 2002 ودراسة مدى تأثيرها على مستهدفات التغطية وجد أن هذه التجربة التي تم تنفيذها في محلية العسيلات في تلك الفترة هي تجربة ناجحة إلى حد بعيد في تحقيق الاهداف التي وضعت لها. على الرغم من ذلك سنجد أن موقف الوزارة الإتحادية كان لايزال متراجحاً في دعم التجربة رغم نجاحها وعلى الرغم من الدعم الذي وجدته من خبراء منظمة الصحة العالمية الذي شاركوا في تقييمها وأوصوا بتعميم هذه التجربة في جميع ولايات السودان.

بحلول العام 2002م تقرر أن يتم اكمال انشاء الفرق الصحية بكل ولاية الخرطوم دون انتظار لاكمال الحصر السكاني بكل منطقة صحية وقضي التخطيط في ذلك الوقت بأن

يتم إنشاء عدد (26) فريق صحي بدلاً عن (6) وذلك نسبة لان عدد المحليات بالولاية كان قد تقلص في العام 2001م من 36 إلى 24 محلية، كما قضى التخطيط أيضاً بأن يتم تقليص خدمات الإدارات الصحية بالمحافظات من (7) إدارات إلى (3) بالمناطق الكبرى كما كان الوضع عليه حتى ابريل من العام 1998م وذلك نسبة للتكلفة الادارية العالية للإبقاء على (7) ادارات بالمحافظات.

في يوليو من العام 2002م اكتمل إنشاء عدد (26) فريق صحي و(3) إدارات للخدمات الصحية بالمناطق الكبرى وقد قضى إعادة توزيع الأدوار عقب ذلك بأن تقوم الفرق الصحية بكل الأدوار الإدارية والفنية تجاه خدمات الرعاية الصحية الأولية بالمراكز الصحية والشفخانات والمستشفيات والمجتمع، على أن يكون دور إدارات الخدمات الصحية بالمناطق الكبرى داعماً للفرق الصحية للقيام بدورها. وبالتالي لم يعد لإدارة الخدمات الصحية بالمحافظات الكبرى دوراً إدارياً مباشراً تجاه الخدمات الصحية بالمناطق الصحية وانحصر دورها في القيام بالمهام التالية:

1. توفير الأطر الصحية للفرق الصحية والوحدات الصحية بالتنسيق مع الادارة العامة للرعاية الصحية الاولية.
2. بناء قدرات تدريبية بالفرق الصحية لتمكينها من القيام بتدريب الأطر الصحية بالوحدات الصحية.
3. الاشراف على الفرق الصحية للقيام بدورها تجاه خدمات الرعاية الصحية الاولية بالوحدات الصحية حسب المواجهات واجراء التقويم اللازم للاداء وذلك عبر الاشراف على الفرق الصحية نفسها وعلى عينة من الوحدات الصحية بالمنطقة الصحية بصورة دورية.
4. توفير التمويل اللازم للفرق الصحية بالتنسيق مع الادارة العامة للرعاية الصحية الأولية لتمكينها من القيام بدوره حسب المواجهات.

5. تقديم الدعم اللازم للفرق الصحية فيما يختص باجراءات شؤون العاملين والاجراءات الحسابية حيث قضى التخطيط بأن تظل هذه الاقسام ممرکزة بالادارات الكبرى.

وبنفس القدر قضى توزيع الادوار أن يكون دور الادارة العامة للرعاية الصحية الاولية برئاسة الوزارة هو الدور الراعي لكل هذا العمل وبعبارات محدده تمثل دورها في القيام بالمهام الآتية:

- وضع معايير واجراءات العمل القياسية وسياسات وموجهات العمل في مجال الرعاية الصحية الأولية والتفتيح الدوري لها.
- التخطيط لخدمات الرعاية الصحية الأولية بالتنسيق مع إدارات الخدمات الصحية بالمناطق الكبرى.
- توفير القوى العاملة بإدارات الخدمات الصحية الكبرى والفرق الصحية والوحدات الصحية بالتنسيق مع إدارات الخدمات الصحية الكبرى.
- بناء قدرات تدريبية بإدارات الخدمات الصحية الكبرى لتمكينها من القيام بتدريب الأطر الصحية بالفرق الصحية.
- الاشراف على قيام ادارات الخدمات الصحية الكبرى بدورها تجاه الفرق الصحية وخدمات الرعاية الصحية الأولية بالوحدات الصحية حسب الموجهات واجراء التقويم اللازم للأداء وذلك عبر الإشراف على إدارات الخدمات الصحية الكبرى والفرق الصحية وعلى عينة من الوحدات الصحية بصورة دورية.
- توفير التمويل اللازم لادارة الخدمات الصحية الكبرى والفرق الصحية والوحدات الصحية للقيام بادوارها وذلك بالتنسيق مع مدير عام الصحة.

قبل أن يكتمل العمل بمقتضى هذه الهيكله والتي تضمنت إعادة توزيع الأدوار بصورة عامة بين المحافظات والمناطق الصحية، صدر قانون الحكم المحلي للعام 2003م والذي أعاد السلطات التنفيذية للمحافظات وقضى بسحب السلطات التنفيذية من المحليات وتحويلها إلى

ما سمي بالوحدات الإدارية والتي أُعتبرت وحدات إيرادية فقط، بالإضافة إلى أن القانون أجاز لكل محلية أن تنشئ عدداً من الوحدات الإدارية يتلائم واحتياجاتها. ونسبة إلى أن النظام اللامركزي لإدارة خدمات الرعاية الصحية الأولية عبر نظام المناطق الصحية أصبح يتعارض مع القانون الجديد للحكم المحلي، وحيث أن وزارة الصحة كانت في حاجة ماسة إلى أن يظل النظام قائماً، فقد قامت قيادة بتنفيذ زيارات لكل معتمدي المحافظات بقيادة وزير الصحة ومديرها العام ومديري الإدارات العامة لتوضيح مبررات هذه الحاجة. وقد أكد جميع المتعمدين بعد هذه المبادرة على تفهمهم لخصوصية الصحة وموافقتهم على استمرار العمل بنظام المناطق الصحية بمحلياتهم ودعمهم لها. واستجابةً للأوضاع القانونية الجديدة في الحكم المحلي وبناءً على موافقة معتمدي المحافظات على استمرار العمل بنظام المناطق الصحية ومراعاةً لعدم إرتفاع التكلفة الإدارية لنظام المناطق الصحية مقارنة بالفترة قبل صدور القانون الجديد، فقد قامت وزارة الصحة بإعادة صياغة هيكل إدارة خدمات الرعاية الصحية الأولية لتكون هنالك (7) إدارات للرعاية الصحية الأولية بالمحليات مرة أخرى بدلاً عن (3) إدارات بالمناطق الكبرى ولتكون هنالك (19) منطقة صحية بدلاً عن (26) منطقة صحية. بعد صدور القانون ظلت المهام الموكلة لكل مستوى إداري من مستويات الرعاية الصحية الأولية الثلاثة هي ذات المهام التي أُجيزت عند اكتمال إنشاء الفرق الصحية في يوليو من العام 2002م دون تغيير مع مراعاة أن اسم المستوى الإداري على مستوى المحلية (لمحافظة سابقاً) تغير من إدارة الخدمات الصحية الكبرى إلى إدارة الرعاية الصحية الأولية.

وفي العام 2007م صدر قانون الحكم المحلي لعام 2007م الذي تميز بالتغيرات التالية مقارنة بقانون العام 2003م:

- تم فصل الإدارات الصحية عن إدارات الشؤون الاجتماعية بالمحلية وجمعها في إدارة عامة خاصة بالصحة هي الإدارة العامة للشؤون الصحية والبيئية بدلاً عن الإدارة العامة للشؤون الاجتماعية والصحية.

• تم إعادة المسؤولية عن خدمات الرعاية الصحية الأولية لوزارة الصحة وأصبحت علاقة حكومات المحليات بهذه الخدمات تقتصر فقط على انشاء وصيانة الشفخانات وترشيح القابلات للتدريب على الرغم من إصرار بعض المعتمدين على أن يظل التزامهم تجاة الحزمة الكاملة لخدمات الرعاية الصحية الاولية كما ورد في قانون العام 2003م.

على الرغم من كل هذه النجاحات في برنامج المنطقة الصحية، إلا أن التجربة لم تجد الاهتمام والدعم الكافي في الفترة التي أعقبت العام 2003م. ومن أهم الملاحظات في ذلك إنعدام الرؤية حول كيفية المضي قدماً في تنفيذ المرحلة الثانية من المشروع بالإضافة إلى ضعف التمويل الذي وجدته هذه التجربة لاحقاً حتى العام 2010م. وفي أواخر العام 2010م تم ابتدار طرح جديد لإعادة إحياء التجربة في محلية جبل الأولياء من خلال تنفيذ برنامج طب الأسرة بالتعاون بين وزارة الصحة بولاية الخرطوم ومعهد الصحة العامة التابع لوزارة الصحة الإتحادية في مرحلة تجريبية ولكنها تقوم على نفس فكرة الفريق الصحي. المختصون يرون أن هذه التجربة هي فريدة وتستحق الدراسة والوقوف عليها ومن ثم يمكن نقلها وتطبيقها في بقية الولايات بعد إعادة تشكيلها بحيث توائم الوضع في الولايات خاصة أن الوضع في ولاية الخرطوم يختلف عنه في العديد من الولايات.

ولابد هنا أن نشير إلى أن التدني في مخرجات مشروع المناطق الصحية في ولاية الخرطوم (36% من المستهدف) لم يكن إستثناءً عن بقية الولايات حيث أن المخطط الذي تم وضعه لتنفيذ السياسة كان طموحاً جداً إلا أن الأسباب التي أشرنا إليها سابقاً وغيرها أدت إلى خفض مستويات التنفيذ. غير أن الوضع في ولاية الخرطوم قد يكون الأقل من حيث مستوى التنفيذ مقارنة مع بقية الولايات، فالتقارير تشير إلى أن وزارة الصحة ولاية الخرطوم لم تستطيع حتى نهاية العام 1998م من إكمال نظام المنطقة الصحية في منطقة واحدة من المناطق المستهدفة وفقاً للنموذج القياسي للبرنامج. لكن هذا الوضع تحسن في السنوات

الذي تلت ذلك حتى العام 2003م والذي شهد بداية انخفاض الاهتمام السياسي بقضية المنطقة الصحية.

لابد من الإشارة إلى أن هناك عدة أوراق علمية ومنهجية تم إعدادها في مختلف الفترات الزمنية من قبل وزارة الصحة بولاية الخرطوم تحلل في تجربة الولاية في المنطقة الصحية، وسيكون من المفيد لمن يرغب في دراسة هذا الجانب أن يطلع عليها.

ملاح من محور صحة البيئة في ولاية الخرطوم:

في الفترة التي سبقت العام 1994م عانى قطاع صحة البيئة والنفايات في السودان من مشاكل عدة ولعل أكثر هذه المشاكل وضوحاً كانت هي غياب النظرة الكلية الشاملة لكيفية إدارة هذا الملف الهام والحيوي في شئون الصحة العامة. فقد كان لغياب المفاهيم الأساسية في نظم الإدارة مثل الهيكل الواضحة، المكون التخطيطي، الإشراف الفاعل، أنظمة التقارير والإدارة الفاعلة للمورد البشري، كان لغيابها جميعاً الأثر الواضح في ضعف مخرجات العمل وبالتالي تدهور كبير في كثير من المؤشرات الصحية المترتبة بإصباح البيئة والنفايات. ويرى الكثير من المختصين في هذا المجال ممن عاشوا تجربة العمل في تلك الفترة أن العمل بشكل عام كان يتم بصورة روتينية لا تتجاوز حد جهود العمال ويحد أدنى من الإشراف من المستويات الأعلى، صاحب ذلك عدم وجود مؤشرات واضحة لقياس العمل ومخرجاته. كما سنجد أن هذا القطاع عانى كثيراً من النقص الحاد والمستمر في المعدات ومقومات العمل والذي كان إنعكاساً واضحاً لضعف الإلتزام بتمويل أنشطة صحة البيئة. لكن لعل أكثر المظاهر التي أوضحت هذا القصور كان هو الشح الواضح في عدد العربات المخصصة لنقل النفايات وكذلك ضعف الكفاءة التشغيلية لها.

استمر الوضع على هذا الحال مع بعض المحاولات التي هدفت إلى تحسين العمل حتى بدايات العام 1995م حيث قامت حكومة السودان بالإتفاق مع الحكومة اليابانية بتنفيذ مشروع مشترك لتقوية النظام الصحي في السودان في عدد من المجالات والتي شملت أيضاً

محور تقوية نظم إدارة صحة البيئة في السودان، وقد تم تمويل هذا المشروع بواسطة منحة من حكومة اليابان (وهو ما بات يعرف بالمنحة اليابانية) والتي شكلت إضافة حقيقية لتطوير العمل لاحقاً. ولكن سنجد أن هذا المشروع لم يكن إستثناءً حيث ظل تمويل برامج صحة البيئة يأتي بشكل عام في معظمه من خارج السودان في شكل دعومات أو منح ولم تكن الحكومة تساهم في هذه المشاريع بصورة مؤثرة.

كذلك سنجد أن العمل في تلك الفترة صاحبه تحديات حقيقية تمثلت في نقص حاد في القوى العاملة في جميع مستوياتها بدءاً من المستوى الإداري، ضباط الصحة، ملاحظي الصحة، المشرفين والعمال. كما سنجد أن العدد المتوفر في حد ذاته لم يكن مدرّباً بصورة مناسبة تتلائم وحجم العمل ولم تكن تتاح له فرص تدريبية تساعد في تطوير قدراته للاستفادة منها بصورة جيدة. كذلك لم تكن هناك رؤية واضحة في قضايا التدريب مثلاً حول شكل ونوعية التدريب اللازم للقوى العاملة، كما لم تصاحب عملية تشغيل القوة العاملة نظرة واضحة حول حجم الإحتياجات المطلوبة من العمالة والموظفين.

لعله كان من الملاحظ أن إنعدام العدالة في توزيع الموارد بين البلديات والمحافظات في ذلك الوقت لعكس أيضاً على التفاوت الواضح في حجم الخدمات بين البلديات. حيث سنجد أن البلديات الثلاث الكبرى (الخرطوم، أمدرمان والخرطوم بحري) كانت تجد حظاً أوفر من الدعم والإلتزام وبالتالي خدمات أفضل من بقية البلديات الطرفية.

فيما يلي الرقابة على الأغذية وإصاحاح البيئة المجتمعي سنجد أن الوضع لم يكن أفضل حالاً. فمن جانب سنجد أن الكروت الصحية التي كانت تستخدم في الفترة التي سبقت العام 1994م لم تكن ضمن نظام واضح للمتابعة والرقابة حيث كان ختم هذه الكروت في المراكز الصحية في كثير من الأحيان يتم دون معاينة فعلية لصاحب الكرت كما لم يكن هناك نظام واضح لمتابعة العمال أو أصحاب الكروت. كذلك لم يكن هناك برنامج واضح لعملية التفتيش المنزلي ومراقبة صحة البيئة في المجتمعات، حيث لم يكن هناك مفتشون بعدد

كافي، ولا توجد استمارات محددة وبدون تحديد نظام واضح لكيفية إجراء العملية بصورة متكاملة.

بداية التغييرات التي حدثت في مجال صحة البيئة حدثت مع البدء في تنفيذ البرنامج الإسعافي لصحة البيئة في العام 2001م والذي كان الغرض الأساسي منه التخطيط لمحور صحة البيئة بناءً على مسح تم تنفيذه قبل بداية البرنامج والذي تحددت بناءً على نتائجه رؤية واضحة حول المكونات التي تحتاج لتدخلات عاجلة وأساسية في العمل لرفع مستوى المؤشرات الصحية الأساسية في صحة البيئة. بعد اكتمال العملية التخطيطية وبدء تنفيذ الحملة، بدأ العمل يأخذ طابع علمي ممنهج وأصبحت وزارة الصحة بالولاية تركز بصورة أساسية على الإشراف والعمل الميداني لأهميتهما في تحسين المخرجات وبالتالي تم توزيع عربات مخصصة للإشراف الوزاري على البلديات والمحافظات وكان ذلك ضمن شراكة مع عدد من مؤسسات القطاع الخاص في توفير هذه العربات. وضمن عملية التنظيم الكلية تم تقسيم العمل بين الرقابة على الأغذية، النفايات والملاريا ضمن هيكلة واضحة تضع أقسام مسئولة عن هذه المحاور مع وجود آليات تخطيط ومتابعة محددة ضمن الإدارة العامة لصحة البيئة. بالإضافة إلى ذلك تم تنظيم العمل في شكل قطاعات ودوائر محددة في العمل الميداني بناءً على عدد السكان الذين يحتاجون لحد معين من الخدمات ويتم تحديد مستوى الموارد المطلوبة لسير العمل في هذه القطاعات وفقاً لمعايير محددة مثل عدد العمال والمشرفين ومعينات العمل. بالإضافة إلى ذلك كانت هناك العديد من الأوراق العلمية التي قدمت والتي أسهمت بشكل كبير في توضيح الرؤية في العمل منها ورقة حول مكافحة الملاريا، ورقة حول الرقابة على الأغذية، ورقة حول المحاكم الميدانية، ورقة حول الرسوم على المخالفات، ورقة حول التحفيز المادي للعاملين، وورقة حول الكروت الصحية.

التتقيف الصحي بدأ يأخذ وضعه ضمن خطط العمل والخدمات التي كانت تقدم حيث أصبح هناك برنامج واضح ومحدد كما قامت الوزارة بسد النقص في القوى العاملة المطلوبة في هذا المجال. وصاحب ذلك تحسن واضح في عملية التفتيش المنزلي ومراجعة النفايات وفقاً

لكروت محددة تبعاً لرقم المنزل ويحفظ هذا الكرت للمتابعة. المتابعة كانت أسبوعية وكانت تركز على توالد الباعوض والذباب وأعدادها في المنزل، بالإضافة إلى مراجعة مشاكل الصرف الصحي بشكل عام. هذا التطور كانت من أهم أسبابه تطور مهنة ضباط وملاحظي الصحة الذين كان لهم الأثر الواضح في التوسع الكبير في الخدمات وتجويد العمل. من إسهامات هذه الشريحة أنه قد بدأ الحديث ولأول مرة عن إدخال مفهوم التنقيف الصحي بمعناه الأشمل الذي يتجاوز التركيز على أمراض بعينها إلى فهم أشمل يهدف إلى رفع الوعي الصحي لدى العامة بشكل كلي.

النظافة كانت من المحاور الكبيرة التي أسهمت الحملة الإسعافية في تغيير الطريقة التي كان العمل يتم بها بشكل عام. حيث بدأ العمل يأخذ الطابع التخطيطي المبني على دراسات ميدانية، العمل الروتيني تغير من نظام الوردية الواحدة إلى نظام الورديتين والذي ارتبط بنظام إشراف محدد وواضح وفق جدولة محددة وبمستويات مختلفة. صاحب ذلك انتظام في توزيع أكياس للنفايات مع انتظام مرور عربات نقل النفايات بشكل دوري. ساعد كل هذا التغيير في تطور حلقة الربط بين العمل الحقلي ونظام المعلومات والتقصي ولعل هذا ما حسن كثيراً في قدرات النظام الصحي بشكل كلي في التعامل مع محور النظافة. بالإضافة إلى ذلك فإن التدريب كان من أحد الأسباب التي طورت في قدرة الإدارة في التعامل مع هذا الملف الهام والحيوي. بشكل عام سنجد أن العمل في مجال صحة البيئة والنفايات كان يعاني من ضعف التشريعات والقوانين التي تنظم العمل. لكن سيكون من المفيد هنا أن نذكر أنه وفي العام 2004م تم إصدار مرسوم أعطى قوة وصلاحيات أكبر للسلطات الصحية في التعامل مع المخالفات بشكل عام. بموجب هذا المرسوم أصبح لإدارة صحة البيئة عبر موظفيها صلاحية إجراء تسويات على المخالفات التي يتم تحديدها بالإضافة إلى إقامة محاكم ميدانية مختصة يتم إنشاؤها لهذا الغرض ويتم تحصيل التسويات عقب ذلك. هذا التحول ساهم في إعطاء احترام لسلطة قانون الصحة العامة والإجراءات الصحية كما ساهم في تقليل عدد المخالفات التي كان يتم رصدها بشكل كبير خاصةً تلك المرتبطة بالنظافة

والتخلص من النفايات السائلة والصلبة. لعل هذا الأمر عكس بصورة واضحة الإهتمام السياسي لأهمية النظافة في الأسواق، وخير دليل على ذلك الإهتمام الذي كان واضحاً بمتابعة النظافة في السوق المركزي وتركيز القيادة السياسية في الولاية عليه بصورة كبيرة. تم استحداث بعض المفاهيم التي لم تكن موجودة من قبل في كيفية التعامل مع النفايات حيث قامت الوزارة والجهات المختصة في حكومة الولاية بتحديد مواقع محددة في مختلف أنحاء الولاية للنفايات. كذلك تم إدخال مفهوم المحطات الوسيطة لنقل النفايات والتي وضعت بناء على منهجية عملية لكيفية تحديد مناطق المحطات الوسيطة، جدولة وصول النفايات وخروجها، وكيفية إدارة المواقع من حيث العمالة والآليات وغيرها. وكما سنذكر لاحقاً، فإن العمل في مجال النظافة والنفايات كان عرضة للتفاعل مع التغييرات السياسية والإدارية في أنظمة الحكم في الدولة. حيث أن ما ورد ذكره سابقاً حدث إبان الفترة التي تولت فيها وزارة الصحة الإشراف على هذا العمل في الفترة ما بين عام 1992م والعام 2001م، وبعد ذلك تولت سلطات المحليات الإشراف المباشر على هذا المحور ولاحقاً أوكلت إلى هيئة نظافة ولاية الخرطوم.

بالرغم من التغييرات التي حدثت في المجالات الأخرى، لكن سنجد أن الكروت الصحية وبالرغم من أهميتها والتحسين الذي أدخل على النظام الذي كانت تتم به، إلا أننا سنجد الكثير من الإنتقادات كانت توجه لتطبيق فكرة الكرت الصحي حيث كان من رأي الكثيرين أنه لم يتعدى كونه أداة جباية دون وجود نظام واضح. هذا لا ينفى حدوث تغيير واضح في أسس العمل في هذا المجال حيث أصبح لإدارة المعامل في الوزارة دور واضح وكبير في العمل بهذه الكروت وفي الفحص المعمل، حيث حددت سبعة معامل لإجراء الفحوصات التي يركز عليها الكرت الصحي وفقاً لبرتكول محدد. البرتكول كان يوضح أيضاً كيفية إجراء عملية التفتيش على المطاعم والتي كانت تتم وفقاً لهذه الكروت ويتم وضع التقارير بناءً على مخرجات عملية التفتيش. سنجد أن الترخيص لإنشاء المطاعم له مواصفات محددة يتم

التأكد من وجودها قبل منح الترخيص ومن ثم متابعة هذه المواصفات ضمن عملية الرقابة المستمرة.

فيما يلي صحة المياه، كانت بداية التطور الذي حدث في هذا المجال هي إنشاء قسم خاص بصحة المياه في وزارة الصحة في العام 1996م، وعقب إنشائه قام هذا القسم بوضع موجّهات وبرتقول متكامل لكيفية تحليل عينات المياه وأسس ضبط الجودة. هذه الموجّهات شملت آليات واضحة حول التقارير المتعلقة بصحة المياه حيث بدأ القسم في إصدار تقارير مفصلة حول عدد من المؤشرات الأساسية التي تم الإتفاق عليها لمتابعة العمل. المتابعة كانت تتم على مستوى المعمل القومي وكذلك في كافة قنوات ومستويات توزيع المياه عبر الشبكة الكلية.

الفصل الثالث: نماذج من تجربة السودان في تدريب الموارد البشرية الصحية

قراءة في واقع الموارد البشرية الصحية في السودان:

يُعتبر السودان من الدول الرائدة في القارة الأفريقية والإقليم في مجال التعليم الطبي وتدريب العاملين في الصحة والأطر الصحية، حيث بدأ التعليم النظامي لهذه الأطر في بدايات القرن الماضي وأُفتحت في الخرطوم كلية كتنشر الطبية (لاحقاً كلية الطب - جامعة الخرطوم) في العام 1924م كأول كلية طب في أفريقيا المدارية. وقد ظلت الأطر الطبية السودانية تقوم بدور رائد في قيادة وتقديم الرعاية الصحية على المستوى الوطني وعلى مستوى البلدان الأخرى خاصة في دول الإقليم التي إستفادت من الكادر السوداني في تأسيس بنياتها الصحية. خلال العقدين الماضيين توسعت قاعدة التعليم الطبي والصحي في السودان بشكل كبير وتحققت العديد من الإنجازات في مجال تنمية الموارد البشرية الصحية وبرز بشكل واضح حجم الإهتمام السياسي من قبل الدولة بقضايا القوى العاملة في الصحة وقد أفرز هذا الواقع العديد من التحديات في مجالات سياسات وإنتاج وتخطيط وإدارة الموارد البشرية الصحية وتطويرها بشكل يلائم احتياجات البلاد مما يستدعي ضرورة تضافر الجهود وتكامل الأدوار لتتاول قضايا الموارد البشرية الصحية سعياً لتطوير الخدمات الصحية وتعزيز صحة المواطنين.

وكما ذكرنا سابقاً فقد برزت مع أواخر الثمانينيات وبداية التسعينيات اختناقات في القبول نتيجة للزيادة الكبيرة في أعداد الطلاب الجالسين للشهادة السودانية والمؤهلين للالتحاق بمؤسسات التعليم العالي، وصاحب ذلك ارتفاع في أعداد الطلاب الدارسين بالخارج. فكان لابد من مواجهة هذه الإشكاليات بحلول جذرية. وبالفعل أُستحدث أنموذج موسع لعملية القبول والإستيعاب في مؤسسات التعليم العالي وهو ما عُرف بثورة التعليم العالي. استطاع

هذا النموذج الإستجابة الكبيرة للطلب الاجتماعي على التعليم العالي والذي تمثل في توفير فرص واسعة لاستيعاب الطلاب بالمؤسسات التعليمية. وبالفعل حدثت في العقود الماضية زيادة كبيرة في عدد الأطباء نتيجة لثورة التعليم العالي فزاد عددهم من 2,350 في العام 1989م إلى أكثر من 16,000 في العام 2010م. على الرغم من ذلك فإن أعداد الأطباء، الممرضين والقابلات ظلت أقل من 2,3 كادر لكل 1000 من السكان وهي العتبة التي حددتها منظمة الصحة العالمية كمؤشر لأداء النظام الصحي والتي حددت بخمسة كوادرات لكل 1000 من السكان. ولكن من ناحية أخرى ورغم كون أن هناك زيادة في عدد القابلات بشكل نسبي في السودان مقارنة بما مضى من عقود، إلا أن هذه الزيادة في عدد الأطباء لم تقابلها زيادة في عدد الممرضين إذ أنهم يمثلون 0.8 لكل 100 ألف بدلاً من 1.7. رغم هذه الزيادات فإن القوى العاملة تعاني من نسب عالية من الهجرة خاصة وسط الأطباء. وفي ذات السياق سنجد أن عدد الأطباء العاملين بالمؤسسات الصحية العامة ارتفع من 2,352 في العام 1989م إلى 12,140 في العام 2008، وأن عدد القابلات ارتفع من 5.308 في العام 1989م إلى 18,651 في العام 2008. وقد قامت وزارة الصحة الاتحادية بإدخال نظام التدريب المستمر حيث أن مسح القوى العاملة الذي نفذته الوزارة في العام 2006م أوضح أن 76% من القوى العاملة في مجال الصحة لم تتعرض للتدريب خلال خمس سنوات وأشارت التقارير الموجودة إلى أن إجمالي عدد الأطر الصحية الذين تلقوا تدريباً مستمراً في الفترة ما بين 2005م حتى العام 2010م بلغ أكثر من 25.000 متدرب بنسبة بلغت أكثر من 140% من الأعداد المستهدفة.

من خلال المسح القومي للموارد البشرية الصحية، والذي نفذته وزارة الصحة الاتحادية بالتعاون مع منظمة الصحة العالمية في العام 2006م، أمكن ولأول مرة الحصول على صورة وافية عن الأعداد الكلية الحقيقية والخصائص لقطاع القوى العاملة في الرعاية الصحية بالبلاد. حيث يقدر العدد الكلي للعاملين في الرعاية الصحية بنحو 97,303 شخص يتوزعون على القطاعات المهنية المختلفة. التحليل للمؤشرات والخصائص

للمعلومات التي وفرها المسح تبين أن 51% من مجموع القوى العاملة تتشكل من الإناث وإذا ما وضعنا في الاعتبار أن 69% من الدارسين في كليات الطب هم من فئة الإناث وأن مهناً مثل القبالة والتمريض توجد بها كثافة عالية للإناث فإننا أمام صورة لقوى عاملة مستقبلية في السودان تقوم على غلبة واضحة للإناث. وبالفعل فقد وضع التقرير السنوي العالمي الذي أصدرته منظمة الصحة العالمية في العام 2006م السودان كواحد من ثلاثة دول فقط في العالم فيها تصاعد متسارع للإناث في المهن الطبية. سنجد أن أكثر من نصف القوى العاملة 53% مؤهلاتهم دون المستوى الجامعي وهذا إشارة واضحة إلى مقتضيات في مجال الجودة والتنمية المهنية لاكتساب المهارات الحيوية. كذلك نجد أن أكثر من 80% من القوى العاملة مستوعبة في قطاع الصحة الحكومي (وزارة الصحة الاتحادية والوزارات الولائية) مع وجود نسبة إضافية من العاملين في القطاع الحكومي المتمثل في مؤسسات القوات النظامية والتعليم العالي والتأمين الصحي. تبعاً لذلك فإن نسبة العاملين في القطاع الخاص بشكل كلي تعتبر ضئيلة جداً. يعمل نحو 30% من العاملين في المناطق الريفية في الولايات ويخدمون قطاعاً يمثل أكثر من 65% من السكان في السودان بينما يعمل 70% من الأطر الطبية في المناطق الحضرية بتركيز عال على ولاية الخرطوم والمدن الكبرى بالولايات. غالبية القوى العاملة في الصحة 76% لم تتعرض إلى أي نوع من التدريب أثناء الخدمة خلال خمسة سنوات سبقت إجراء المسح في العام 2006م - كما أشرنا سابقاً - وفي هذا إشارة لها تبعات في مجال إستبقاء الكوادر الطبية وجودة الخدمات الصحية. كما أن المسوحات أوضحت أن مؤشرات أعمار القوى العاملة تدل على أن الغالبية من العاملين الصحيين تقع أعمارهم بين 24 إلى 40 سنة، وفي هذا إشارة إلى تأثيرات ثورة التعليم العالي التي أحدثت توسعاً كبيراً في فترة وجيزة (المصدر: تقرير مسح الموارد البشرية الصحية 2006).

قراءة في واقع تدريب الأطر الصحية قبل إنشاء المؤسسات التدريبية:

خلال العقود الثلاثة الأخيرة من القرن العشرين حدثت تغيرات اقتصادية واجتماعية وسياسية أدت إلى تدهور ملحوظ في التميز الذي لازم الموارد البشرية الصحية بالسودان قبل ذلك التأريخ في كفاءته وادائه. وقد نتج جراء هذا الوضع أن بدأت حمى الهجرة خارج الوطن طلباً وتطلعاً لأوضاع إقتصادية واجتماعية أفضل للعاملين الصحيين وبحثاً عن إمكانات مهنية وفنية ذات مستوى عالٍ وملائم مما يساعد على تمكين هذه الأطر من إعادة تميزها في الأداء والقناعة الشخصية والتمتع بمستويات معيشية أفضل لهم ولذويهم.

وقد تسببت في هذا الوضع عوامل عديدة نذكر في هذا السياق بعضاً منها:

1. عدم وجود سياسات واضحة لتنمية الموارد البشرية تحدد المرامي والأهداف المنشودة من حيث الربط الوظيفي والأعداد المطلوبة والنوعيات المطلوبة وملاءمة التدريب وكفاءته لمقابلة الخدمات الصحية وتأثيره إيجابياً على تحسين صحة المواطنين، ومن ثم إنفرط عقد وضع السياسات الصحية وأصبحت الجهات المسؤولة عن إعداد وتدريب الأطر الصحية تعمل دون التشاور مع الجهات المسؤولة عن إستخدام وإدارة هذه الموارد في معظم الأحيان .
2. أدى هذا الوضع إلى اختلال في التوازن والعدالة في توزيع الأطر الصحية وقد تمثل هذا الخلل في عدم التوازن والعدالة العديدة بين الأطر الصحية العاملة في الريف وتلك التي تعمل في الحضر (جغرافياً). كما تمثل في عدم عدالة توزيع الإختصاصيين بين مختلف الولايات وبين الولايات والعاصمة القومية (مهنيّاً) وتجلّى عدم التوازن بصورة أوضح في مؤسسات تقديم الخدمات الصحية كما ظهر الخلل في تركيبة الفريق الصحي. فبينما أعتمدت الرعاية الصحية الأساسية كوسيلة أساسية لتقديم الخدمات الصحية للشريحة الأكبر من المواطنين، نجد أن الأطر العاملة في مؤسسات الرعاية الصحية الأساسية لا تمثل أكثر من ربع الموارد البشرية. في ذات الوقت سنجد أن المؤسسات العلاجية، وخاصة المستشفيات التي

تقدم الرعاية الصحية الثانية والثالثة، تحوز على 75% من الأطر الصحية العاملة وذلك لتقديم خدمات تشخيصية وعلاجية لحوالي 30% فقط من السكان.

3. إتحاح أن المقررات المعتمدة في مختلف المؤسسات التدريبية الجامعية والفنية والمساعدة لا تتسق مع المشاكل الصحية ذات الأولوية وإنما وضعت عن طريق الاقتباس من مقررات ثلاث دول أخرى تختلف مشاكلها الصحية عن السودان. وتتم العملية التعليمية غالباً داخل الفصول وقاعات المحاضرات من دون التوجه نحو المجتمع أو الإرتكاز عليه كأفضل مكان للتعليم كما أن طرق وأساليب التعليم التي أُتبعَت في معظم المؤسسات التعليمية اعتمدت على الوسيلة التلقينية واهتمت بالمعلم أكثر من اهتمامها بالمتعلم، أضف إلى ذلك أن الوسائل المساعدة في العملية التعليمية خاصة التعليم السريري والحقلي إستمَت بالضعف وعدم الاهتمام والندرة في كثير من الأحيان. وفي هذا المجال لوحظ أن عدد كبير من المدربين العاملين في الحقل الصحي لم يتعرضوا إلى دورات تدريبية في طرق ووسائل التعليم والتعلم تمكنهم من إيصال المعلومات والمهارات للدارسين بطريقة سهلة ومستدامة.

4. رغم أن التعليم الطبي والصحي المستمر من أنجح الوسائل لاكتساب المزيد من المعرفة والمهارات وزيادة كفاءة وقدرة العاملين الصحيين إلا أن هذا النمط التعليمي لم يعطى الإهتمام الكافي وظل غائباً تماماً كأحد الآليات المهمة داخل وزارة الصحة الإتحادية ووزارة التعليم العالي الذي نتج عنه تدهور ملحوظ في أداء مختلف فئات العاملين الصحيين بمرور الزمن.

5. التوصيف الوظيفي الذي يعتبر من أهم الوسائل لضبط جودة العمل وتحسين الأداء وتحفيز العاملين وتحديد مسؤولياتهم وواجباتهم لم ينل من الإهتمام ما يستحقه ومن النادر أن تجد عاملاً صحياً على درايه بتوصيفه الوظيفي نسبة لأنه لم يسلم وثيقة بذلك عند تعيينه في الوظيفة التي يعمل بها بالأصل. ولذلك أصبح العمل اليومي

محكوم بإجتهد العامل الصحي ويؤدي هذا العمل بطريقة لا تسمح بالمتابعة والمراقبة والمحاسبة وغير مرتبط بعملية تطوير مستمرة إعتقاداً على المهارات التي يتطلبها الوصف الوظيفي.

6. عدم وجود تدرج وظيفي واضح ومحدد يبين للعامل الصحي ما يتوقعه في مستقبل حياته العملية حتى يستطيع أن يخطط لهذا المستقبل بالطريقة التي تناسب مؤهلاته ومهاراته واحتياجاته المادية والاجتماعية.

خلال العقود الماضية، ومن واقع الحال الذي أشرنا إليه سابقاً، لم يتم وضع خطة لتنمية الموارد البشرية تعتمد على الأساليب العلمية المتبعة في هذا الشأن. وقد كانت السياسة المتبعة في وزارة الصحة والقطاعات الأخرى ذات العلاقة بالصحة والتي تستوعب أعداداً مقدره من الموارد البشرية أن تحدد جميع هذه القطاعات احتياجاتها من الموارد البشرية عن طريق الإستيعاب، وفي حدود الموارد المالية المصدقة في الفصل الأول من الميزانية العامة. وقد أدى هذا الوضع إلى خلل كبير وواضح في كم ونوعية الأطر الصحية التي يتم تدريبها من داخل المؤسسات التعليمية والتي يتم إستيعابها تلقائياً بواسطة المؤسسات الصحية العامة والخاصة. إذا أضفنا إلى ذلك أن عملية تخطيط الموارد البشرية عملية معقدة ومضنية وتحتاج إلى مجهودات مقدره وكبيرة من مختلف المسؤولين والقطاعات المعنية خاصة وزارة الصحة والتعليم العالي ووزارة العمل والإصلاح الإداري ونقابات العاملين والجمعيات المهنية وكم هائل من الفنيين والمؤهلين في أساليب التخطيط والمعلومات، وإذا أضفنا كل ذلك نلاحظ أن هنالك تخوفاً ولحجماً في كثير من الدول النامية بما فيها السودان عن الإقدام على عملية التخطيط لتنمية الموارد البشرية. لكن وفي بعض الحالات التي تمت فيها مبادرات فردية أو جماعية لمحاولة وضع خطة للموارد البشرية إنصب الإهتمام بتوفير الأعداد اللازمة من مختلف الأطر دون الالتفات إلى المكونات الأخرى لعملية التدريب مثل

التميز المهني والكفاءة وملاءمة التدريب والمقررات الدراسية وكفاءة التدريب والأداء وخلاف ذلك من الأهداف المهمة.

سنجد أنه ومن التحولات الحقيقية التي حدثت في النظام الصحي في السودان هو إنشاء وتطوير مؤسسات واضحة للاعتناء بشئون التدريب والخدمات التدريبية للأطر الصحية في السودان. شمل هذا التحول إنشاء المجلس القومي للتخصصات الطبية، إنشاء مركز التطوير المهني المستمر، إنشاء أكاديمية العلوم الصحية وإنشاء معهد الصحة العامة. كل هذه المؤسسات أسهمت في التطور المؤسسي للنظام الصحي فيما يختص بمحاور التدريب بجميع أشكاله. وستتناول في هذا الفصل والذي يليه تجربة مركز التطوير المهني المستمر وتجربة أكاديمية العلوم الصحية بشئ من التفصيل.

أولاً: تجربة مركز التطوير المهني المستمر

تمهيد:

في عالم من المتغيرات في كل مكان وفي كافة المجالات، يتفق الكثيرون أن المؤهلات الأكاديمية ليست نهاية المطاف في عملية التعليم بل إن الحصول على أي شهادة أكاديمية يعد البداية في عملية طويلة من أجل التطور المهني منذ أول يوم بعد التخرج حتى التقاعد. وفي الكثير من الدول سنجد أن التطوير المهني المستمر هو أحد المتطلبات الأساسية التي يتحدد عليها الكثير من التبعات المهنية والقانونية خاصة في المهن الصحية وتلك المرتبطة بالحقل الطبي. يأتي ذلك على خلفية أن الأطر المسؤولة عن الرعاية الصحية لها التزامات أخلاقية ومهنية على حد سواء لضمان أنهم يقومون بالممارسات المطلوبة منهم بالطرق المثلى وأنها لا تتطوي على أي خطرٍ أو أذى للمواطنين والمرضى الذين يطلبون هذه الرعاية الصحية، وهذا هو فعليا كل ما تدور حوله عملية التطوير أو التدريب المهني المستمر الذي تم الاستمرار في تطويره حتى وصل الوضع إلى ما هو عليه حالياً. إن

التطوير المهني المستمر (Continous Professional Development) هو كل الأنشطة التي يقوم بها العاملون الصحيون بطريقة مباشرة أو غير مباشرة بهدف استمرار تحديث، تطوير وتحسين معارفهم ومهاراتهم وسلوكياتهم بناءً على ما تقتضيه احتياجات مرضاهم والمستجدات المتفق عليها في مختلف ضروب الرعاية الصحية. هذا الفصل سيتناول هذه القضية من خلال نظرة تحليلية ورصد لهذا النظام كنموذج قابل للتطوير في مجال التعليم الطبي والصحي كأحد الدعامات المهمة لبناء النظام الصحي. وزارة الصحة الإتحادية سعت مع بدايات الألفية لاستحداث هذا المفهوم في النظام الصحي وبدأت في التطبيق الفعلي بالتفكير المنهجي في إنشاء نظام كلي يراعي منهجية التطوير المهني المستمر. وكنتيجة لهذه الجهود، تم إنشاء المركز القومي للتطوير المهني المستمر ومن خلفه المراكز الفرعية الأخرى. نتناول في هذا الجانب نظرة مفصلة لهذه التجربة في السودان.

دواعي الإنشاء والمراحل التي مر بها المركز:

التعليم الطبي المستمر يشمل مجموعة التجارب بعد التدريب الأساسي التي تساعد العامل الصحي على الإبقاء على المهارات والقدرات التي اكتسبها وإضافة مهارات ومعلومات أخرى تساعده على تقديم رعاية صحية أفضل للمواطنين. ولذلك فإن التعليم الطبي المستمر يساعد على الإرتقاء بمستوى الأداء ويمكن العامل الصحي من تطوير قدراته لمقابلة الإحتياجات الضرورية للخدمة الصحية ولمقابلة أي تحول أو تغيير في مكونات الخدمات الصحية.

وكما ذكرنا سابقاً، فإنه وعلى الرغم من أهمية التعليم الطبي المستمر في تحسين وتجويد الأداء للعاملين الصحيين، إلا أنه وفي مختلف العهود لم ينل ما يستحقه من الإهتمام ولم تكن هنالك إدارة أو جهة مسؤولة عن التعليم الطبي المستمر في وزارة الصحة أو في أي من القطاعات الأخرى ذات الصلة بالصحة حتى وقت قريب في بدايات القرن الحادي والعشرون. ورغم أن وزارة الصحة وبالتعاون مع منظمة الصحة العالمية أقامت ورشة عمل

للتعليم الطبي المستمر في العام 2000م وخرجت بتوصيات جيدة وقابلة للتنفيذ إلا أن هذه التوصيات لم تتل ما تستحقه من الاهتمام في التنفيذ في الأعوام التي تلت هذه الورشة.

ظهرت مبادرة إنشاء مركز للتدريب وتنمية الموارد البشرية منذ العام 2003م بوزارة الصحة الإتحادية بمبادرة من د. عبد الله سيد أحمد وكيل وزارة الصحة وأتى ذلك كاستجابة للخطة العشرية للموارد البشرية في السودان. قبل ذلك وفي العام 2001م كان الدكتور عبد الله سيد أحمد قد أطلق بادرة التحول في مفاهيم الموارد البشرية والذي كانت إحدى مخرجاته إعادة هيكلة إدارة الموارد البشرية الصحية لتشمل قسماً معنياً بالتنمية المهنية المستمرة أو التطوير المهني المستمر. هذه الخطة كان أحد أهم أهدافها الرئيسية هو تقوية المهارات والمعرفة للاطر الصحية العاملة في مجال الصحة من أجل تحسين مهاراتهم ومن أجل تحسين الأداء بصورة عامة. واحتزاً بتجارب شبيهة بدأت الفكرة كقسم في إدارة التدريب والموارد البشرية. بعد ذلك تطورت الفكرة من قسم إلى مركز تدريبي حيث ركزت الوزارة في ذلك الوقت على التشاور مع جميع الجهات المعنية بهذا الأمر وتم تناول فكرة إنشاء المركز بكافة جوانبها عبر مجموعات عمل شاملة وضعت خارطة طريق واضحة للمركز. توفير مكون الدعم كان من أهم الخطوات الأساسية في تلك المرحلة حيث تم إتخاذ قرار إستراتيجي بتحويل جزء مقدر من ميزانية الوزارة في ذلك الوقت نحو هذا المشروع الإستراتيجي وكان هذا القرار محوري في نجاح الفكرة بشكل عام. تم إفتتاح المركز بصورة رسمية في العام أبريل من العام 2005م على يد د. تابينتا بطرس وزيرة الصحة الإتحادية في حينها ود. عبد الله سيد أحمد وكيل وزارة الصحة بالإضافة إلى السيد د. حسين الجزائري الممثل الاقليمي لمنظمة الصحة العالمية. على الرغم من أن المركز بدأ أعماله ومهامه قبل هذا التاريخ كأحد الأقسام التابعة للإدارة العامة للتدريب وتنمية الموارد البشرية آن ذاك، إلا أن هذا التاريخ يعد البداية الفعلية لإنشاء النواة الأساسية لما يعرف حالياً بمركز التطوير المهني المستمر.

تأسيس البنية التحتية للمركز في حد ذاته كان بمثابة تحدى كبير للوزارة في ظل قصور الميزانيات المتوفرة نحو أهداف محددة في ذلك الوقت، لكن سنجد أن الإجماع على أهمية

المركز حدت بالقائمين على الأمر في ذلك الوقت إلى تبني هذا المشروع على عاتقهم ومحاولة حشد الدعم السياسي له من أجل إنجاح الفكرة. وبالفعل فقد تم الاتفاق على توفير كل الميزانية التقديرية لتشييد المباني وتجهيزها بالقدر الذي مكن إدارة المشروع من تنفيذ وإكمال تأثيث المركز في وقت يعد قياسياً في تلك الفترة.

صورة للمركز من الخارج



بدأ المركز نشاطه الفعلي في نهايات العام 2005م وكان هدفه الرئيسي هو زيادة البرامج التدريبية وتحديد الإحتياجات التدريبية بصورة أساسية لكافة الأطر الصحية التي تعمل في القطاع الصحي. ومنذ ذلك الوقت حتى العام 2010م تم توفير أكثر من 27,000 فرصة تدريب من القطاعات المختلفة التي تم استهدافها. بدأ لمركز أيضاً في إنشاء شراكات مع بعض الجامعات والمعاهد في أوروبا مثل معهد كارولينسكا في السويد وبعض الجامعات الأخرى وذلك بهدف نقل البرامج التدريبية المعتمدة لديهم حتى يتم الإستفادة القصوى من تجاربهم. وكان من أشهر البرامج التي نقلت في ذلك الوقت هو برنامج رعاية الوليد وفيه تم تدريب أكثر من 50 متدرب في هذا البرنامج خلال فترة أقل من ثلاثة أشهر ثم توسع هذا البرنامج لاحقاً ليشمل أعداداً أكبر من المتدربين.

في العام 2006م انتقلت الفكرة من مركز تدريبي يقوم بتدريب الأطر الصحية إلى إدارة متكاملة تسعى إلى التطوير المستمر لهذه المهن الصحية. ومنذ ذلك الوقت أصبح المركز جزءاً من إدارة التطوير المهني المستمر وأصبح دور المركز هو وضع وتنفيذ نظام للتدريب المستمر وأصبحت الإدارة مسؤولة عن وضع السياسات والخطط والبرامج عبر إنفاذها، متابعتها، تقييمها وإجراء التحديثات اللازمة عليها. كما تقوم الإدارة بالعمل على إنشاء مراكز للتدريب المستمر على مستوى الولايات، الأمر الذي حدث بالفعل على مراحل متعددة حتى اكتمل ذلك في كل الولايات.

وبناءً على هذا التوجه، توجب على المركز الإتحادي بصورة أساسية القيام بالمهام الآتية:

- تحديد الإحتياجات التدريبية للكوادر المختلفة لتبنى عليها البرامج التدريبية ومراجعتها وتحديثها دورياً.
- التنسيق لأنشطة التدريب المستمر مع المعاهد والوحدات الأخرى العاملة في مجال التدريب المستمر في الحقل الطبي.
- مساعدة المعاهد التدريبية الأخرى على تطوير برامج التدريب المستمر الخاصة بها.
- الحفاظ على حدٍ أدنى من المهارات المطلوبة من كل العاملين في الحقل الصحي للأداء المهني.
- تنمية السلوك المهني للعاملين في الحقل الطبي لتقديم خدمة ذات جودة عالية وكفاءة عالية.
- العمل على تدريب المدربين لبرامج التدريب المستمر المختلفة.
- تحديد وتحديث المناهج والوسائل التعليمية والدورات التدريبية للقطاعات المختلفة.
- إنشاء قواعد بيانات تحتوي على معلومات التدريب للعاملين الصحيين.
- الدعم الفني والتقني لوحدات التدريب المستمر في الولايات والوحدات الصحية المختلفة والإشراف عليها.

في العام 2009م دعت الحاجة إلى إعادة تشكيل هذه الإدارة بحيث تستجيب لمتطلبات عملية لامركزية التدريب، والتي سنتناولها لاحقاً، والتي هدفت في الأساس إلى زيادة التغطية في مختلف مجالات التدريب المستمر. وسنتناول هذا الجانب لاحقاً في علاقة المركز مع المراكز الفرعية في العاصمة والولايات.

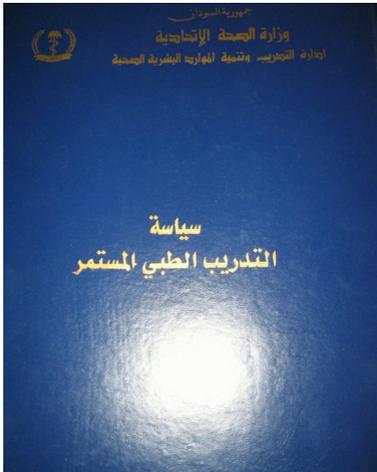
قدرات المركز:

مع بدايات فكرة المركز في العام 2003م كانت وحدة التدريب المستمر داخل إدارة التطوير المهني تقوم بدور تنسيقي فقط للبرامج المدعومة بواسطة المانحين وكان لها مجرد دور محدود جداً في هذا الجانب. لكن بعد ذلك ظهرت الحاجة الملحة لتطوير عملية التدريب ولأن قضية التطوير المستمر لا تتصل فقط بالقضايا التدريبية، فقد دعت الضرورة لوجود مركز متكامل وفيه معمل مهارات لأن قضية التدريب ليست قضية نظرية. هذا الأمر ظهر بصورة واضحة في تلك الفترة وخاصة عندما يكون الحديث عن قضايا التمريض والمهارات المختلفة للاختصاصيين. وبالتالي تطورت الوحدة في العام 2005م إلى مركز تدريبي متكامل كما ذكرنا سابقاً، وتم تجهيزه بأحدث الأجهزة التعليمية وبمعامل المهارات التي تم التجاوب معها بصورة كبيرة. وكذلك تم تشييد وتأثيث ثمان قاعات كبيرة بالإضافة إلى قاعة أكثر إتساعاً تسع 500 شخص وعدد من المكاتب الإدارية.

صورة للمركز من الداخل (القاعة الرئيسية)



وكما ذكرنا سابقاً، فإن المركز في بداياته كان وحدة تدريبية كان يديرها طبيب لديه مؤهل في الصحة العامة ولكن بعد ذلك بدأ المركز أعماله الفعلية مع افتتاح المركز التدريبي وكان أول مدير له هو د. كمال عبد القادر، الذي أصبح فيما بعد وكيلاً لوزارة الصحة، يعاونه عدد من الأطباء لديهم ماجستير في الصحة العامة وهناك إدارات أخرى يديرها منسقون كانوا معظمهم منسقين للمناهج التدريبية كمثال منسق التمريض، منسق القبالة، منسق برامج الاطباء. ولكن إعادة الهيكلة في العام 2009م أسفرت عن شكل جديد استطاع أن يستوعب الوضع الجديد الذي يتطلب وجود إدارات فعالة في الولايات وبالتالي أصبحت هناك إدارة خاصة بشؤون الولايات. بالإضافة إلى ذلك أنشئت إدارة للمناهج والمسارات وإدارة للتخطيط والسياسات إضطلعت بإعداد خطة سنوية وأخرى استراتيجية للتطوير المهني المستمر والسياسات (سياسة التطوير المهني المستمر). بالإضافة إلى كل ذلك أنشئت في المركز إدارة للإعلام والتنسيق والمتابعة هدفت للاهتمام بجوانب الإعلام والتوعية والترويج لقضايا التطوير المهني المستمر وهذه هي الهياكل الرئيسية في إدارة التطوير المهني المستمر. بهذا أصبح المركز هو الذراع التنفيذي لإدارة التطوير المهني المستمر والرؤية حول المركز تبلورت بحيث يقوم المركز بتنفيذ المناهج التدريبية التي تصدر من إدارة التطوير المهني



المستمر بالإضافة إلى تدريب المدربين وإعداد قواعد البيانات الخاصة بالمدربين والإشراف على الموقع الإلكتروني الذي تم تطويره وتفعيل هذا الموقع الإلكتروني ليصبح وسيلة من وسائل التطوير المهني المستمر ووسيلة للربط مع المؤسسات ومع المستفيدين سواء كانوا أطباء أو ممرضين وكل العاملين في الحقل الصحي.

محاور العمل بإدارة التطوير المهني المستمر:

الإدارة لها أربعة أهداف أساسية في أربعة محاور:

المحور الأول هو محور السياسات والخطط الإستراتيجية التي تحكم قضية التطوير المهني المستمر وبالتالي تم إصدار سياسة تعطي الملامح الخاصة للتطوير المهني المستمر والأهداف الرئيسية له، هذه السياسة أعطت صورة واضحة حول كيفية تطوير العمل.

المحور الثاني هو محور اللوائح والنظم، وكمثال للعمل في مجال اللوائح تم التنسيق مع المجلس الطبي الذي قام بدوره بإصدار لائحة تدرج الإختصاصيين والتي تحدد ضرورة أن يقوم الأختصاصي بتطوير نفسه من خلال لائحة تحدد هذا التدرج من اختصاصي إلى اختصاصي أول إلى إستشاري. وشاركت إدارة التطوير المهني المستمر في لجنة بالمجلس الطبي في كيفية تنفيذ هذه اللائحة وأصبحت إدارة التطوير المهني المستمر هي أحد الأذرع التنفيذية لهذه اللائحة.

المحور الثالث هو إصدار المناهج الخاصة بالتدريب والمسارات وفي هذا الإطار تم إصدار عدد 35 منهج تغطي الجزء التشخيصي أو الجزء السريري بالنسبة للإختصاصيين. أيضاً هذه المناهج تم وضعها بواسطة لجان متخصصة شملت كل التخصصات وشملت المجالس الإستشارية والدوائر الطبية في المجلس الطبي وهذه المناهج أتت لتغطي حاجة الإختصاصيين في مجال الطب الإيكليني في قضية التدريب والتطوير المهني. أيضاً هناك مناهج اخرى مثل المناهج الخاصة بضباط الصحة والممرضين ومناهج مكافحة الاوبئة، الطوارئ والكوارث. كما وبدأ العمل في تحديد الاحتياجات التدريبية وتحديد بعض المسارات المتعلقة بنظم التدريب الحالية.

المحور الرابع والمهم في ذات الوقت هو محور تقوية قدرات الولايات. حيث أنه من المعروف أن الحاجة للتطوير المهني المستمر هي حوجة كبيرة جداً قد لا يغطيها مركز

واحد موجود في الخرطوم فكان لابد من تقوية قدرات الولايات لكي تقوم بدورها في عملية التطوير المستمر. وبدأت تقوية قدرات الولايات بإصدار دليل لإدارة التدريب المستمر على مستوى الولايات حيث يتم في هذا الدليل تحديد الهيكلة والمهام للمدير والعاملين بمراكز التدريب المستمر بالولايات. وقد قامت الولايات بدورها، بالإتصال بالمسؤولين بدءاً بالولاية ووزراء الصحة بأهمية قضية الموارد البشرية الصحية والتركيز على التطوير المهني المستمر.

إستراتيجية المركز وسياساته التدريبية:

كما هو معلوم أن المستشفيات الإتحادية والولائية بطبيعتها تضم عدد كبير من الإختصاصيين والمرضين الذين هم في حاجة كبيرة للتدريب المستمر والذي يحقق الغاية الإستراتيجية منه وهي تقديم خدمات طبية متميزة للمواطن. بهذا المفهوم تم إنشاء ثلاثة عشر مركزاً تدريبياً في المستشفيات الإتحادية وفي بعض المستشفيات بوزارة الصحة بولاية الخرطوم كما وتم إنشاء تسعة مراكز تدريبية بمستشفيات متفرقة في تسعة ولايات أخرى. غير أن عدد من الولايات، مثل ولاية الجزيرة، أنشأت خمسة مراكز تدريبية ووضعت لها الهياكل الأساسية وتم تنشيط العمل فيها فعلياً. من المعروف أيضاً أن المستشفيات بها بيئة صالحة للتطوير المهني المستمر وهنالك العديد من الأنشطة التي تنفذ في المستشفيات. لكن هذه الأنشطة من الواضح أنه يجب أن تنفذ عن طريق نظام واضح للتطوير المهني المستمر. مؤخراً تم تحديد شخص محوري للتطوير المهني المستمر وتمليكه المهام والواجبات التي يجب ان يقوم بها في هذه المستشفيات المستهدفة. المركز القومي للتطوير المستمر بصدد توفير عدد من معامل المهارات وقد اكتمل التمويل لهذه المراكز حتى يتم نقل التدريب من تدريب نظري إلى تدريب عملي يقوم بنقل المعلومات. المجلس الطبي السوداني في دورته 2009-2012م لعب دوراً كبيراً جداً في قضية التطوير المهني المستمر كما نُكر سابقاً بإصدار لائحة تدرج الإختصاصيين. هذه اللائحة تنص على أن

الإختصاصي لكي يتدرج من إختصاصي إلى إختصاصي أول لابد من أن يحقق 600 نقطة في خلال 3 سنوات ولكي يتدرج من إختصاصي أول إلى إستشاري لابد من أن يحقق 1000 نقطة في 5 سنوات وفي كل سنة لابد من أن يتحصل على 200 نقطة حتى يتم إعادة تسجيله.

صورة لمركز التدريب المستمر - مستشفى الخرطوم



بالنظر إلى السياسات التدريبية للمركز نجد إنها تقوم على الأسس الآتية:

1. يقوم كل تخصص بتحديد الأنشطة و المجالات للتدريب المستمر وتنقسم إلى:
 - دورات حتمية يجب أدائها على كل ممارس في التخصص المعين.
 - دورات اختيارية لرفع الكفاءة المهنية و ينعكس أدائها في زيادة النقاط التي يتحصل عليها الممارس في التقييم.
2. يقوم النظام بإقامة دورات التدريب المستمر للأطباء العموميين كما هو مبين في مسار الطبيب مع تطويرها وتحديثها وزيادتها عبر اللجان الفنية، كما يقوم بتنفيذ أي دورات أخرى يري الحاجة إليها لسد النقص.

3. بالنسبة للأطر الصحية يقوم النظام القائم حالياً بإقامة دورات التدريب المستمر لكافة الأطر حسب الموجهات الموجودة في سياسة مسار الأطر الصحية مع إجراء التحديثات والإضافات اللازمة لمواكبة التطور المهني والتقني في العالم وفي السودان والتطور في تأهيل الأطر الصحية حسب إعلان السودان.
4. يتم ذلك عبر دورات دورية يعتمدها المركز وتقام في المركز القومي أو في الولايات أو بالمشاركة مع المستشفيات (عبر وحدات التدريب المستمر فيها) أو في المعاهد التدريبية الأخرى.
5. يقوم المركز بتدريب المدربين في المجالات الصحية المختلفة لتنفيذ الدورات التدريبية في المواقع المختلفة على كافة مستويات النظام الصحي.

البرامج التدريبية والأعداد المتدربة:

أشارت الإحصائيات إلى أن المركز قام بتنفيذ برامج تدريبية مختلفة في مائة وأربعين مجالاً، وكما ذكر سابقاً فقد تم تقديم ما يفوق سبعة وعشرون ألف فرصة تدريب للقطاعات المختلفة. ويذكر هنا على سبيل المثال تدريب الأطباء والذين كانوا مستهدفين ببرامج دعم الحياة الأساسي والمتقدم. وفي التمريض كانت هناك مهارات التمريض الأساسية والمتقدمة. كما كانت هناك برامج لضباط الصحة في صحة البيئة ومعالجة النفايات. بالإضافة إلى ذلك هناك برامج إدارية في القيادة والإدارة وغيرها من البرامج.



جدول يوضح مقارنات التدريب بالأعوام

| 2010 | 2009 | 2008 | 2007 | 2006 | الأنشطة |
|-------|------|------|------|------|--|
| 368 | 401 | 81 | 26 | 18 | عدد البرامج التدريبية |
| 14219 | 426 | 4894 | 1626 | 1889 | عدد المتدربين |
| 190 | 44 | 0 | 6 | 0 | عدد البرامج التدريبية المنفذة في الولايات |
| 33 | 0 | 0 | 0 | 0 | عدد البرامج التدريبية المنفذة في المستشفيات |
| 123 | 0 | 0 | 0 | 0 | عدد البرامج التدريبية المنفذة من البرامج القومية |

المركز أدى دوراً كبيراً ومهماً في نشر ثقافة التطوير المهني المستمر. ففي بدايات العمل بالمركز لم تكن هناك أعداد كبيرة ترغب أن تتدرب في برامج المركز، ولكن عندما انتشرت هذه الثقافة أصبح من المتعذر بمكان أن يستجيب المركز الإتحادي وحده للأعداد الكبيرة التي تطلب التدريب حيث كان الاطباء وغيرهم من الأطر الصحية يأتون للمركز ويطلبون تسجيلهم وانخراطهم في برامج تدريبية. هذا الأمر أظهر الحاجة إلى وجود مراكز تدريبية أخرى لتوسعة مواعين التدريب. هذا المنحى بدوره اقتضى وجود سياسة تحكم إدارة هذه المراكز وهذا هو الأساس المحرك وراء عملية بناء إدارة للتطوير المهني المستمر والذي جاء كنتاج طبيعي لتطور الفكرة من وحدة صغيرة داخل إدارة التدريب إلى إدارة أساسية متفرعة وكبيرة ضمن هيكلية إدارة تنمية الموارد البشرية وتطور الدور من كيان تنسيقي في أساسه إلى جسم يدير عملية بناء قدرات الكوادر الصحية في المركز والولايات.

صورة لدورة تدريب أطباء الإمتياز



سنجد أن هذه العملية تتم بصورة طوعية أي أنه لم يكن هنالك قانون، بل كانت تتم أيضاً بطريقة مجانية تعتمد على رغبة المتدرب في تطوير ذاته. ومازال المركز يقدم خدماته التدريبية مجاناً للكوادر الصحية لكي يرفع من معرفتهم ومهاراتهم في المجالات المختلفة. بعد تطور المركز إلى إدارة، فإن الرؤية الاستراتيجية للمركز الإتحادي تقوم على أن يركز بصورة أساسية على تدريب المدربين فقط وكذلك كمركز لإعتماد المتدربين. قضية الإعتماد واحدة من القضايا الجوهرية التي يحتاج إليها المركز. وتم الإتفاق مع المجلس الطبي بأن يكون المركز هو الذراع التنفيذي للإعتماد ورصد البرامج التدريبية والكوادر المدربة. وهذا بالطبع قد بدأ بالفعل حيث يوجد مركز للمتابعة والتسجيل في برنامج تدرج الإختصاصيين في مركز التطوير المهني المستمر.

مركز التدريب المستمر بدأ منذ إنفتاحه بعقد ورش عمل شارك فيها كل الإختصاصيين للاتفاق على سياسة التطوير المهني المستمر، وبعد ذلك الإتفاق على المناهج التدريبية منذ العام 2006م. وبالتالي برز طب الطوارئ والحوادث والرعاية الحرجة للمريض كأولوية قصوى في العملية التعليمية. ومن الواضح أن فيها العديد من المهارات التي من المفترض

أن يكتسبها الكادر الطبي الموجود في أقسام الحوادث بالمستشفيات وبالتالي كان التركيز الأساسي على الأطباء العموميين في أقسام الحوادث والاختصاصيين ونواب الاختصاصيين في أربعة برامج أساسية وهي: برنامج دعم الحياة الأساسي، برنامج دعم الحياة المتقدم، برنامج رعاية المريض، وبرنامج الرعاية في العناية المكثفة وهذه هي البرامج الرئيسية التي بدأت. هذه البرامج عملية بطبيعتها ويتم تطبيقها بمعامل المهارات الموجودة بالمركز. وفي الفترة السابقة كان هنالك اتجاه عام في وزارة الصحة لتحسين مهنة التمريض وهذه القضية هي أساسية بالطبع للوصول للأهداف والغايات الإستراتيجية. وبالتالي أنت مهارات التمريض الأساسية وأخلاقيات المهنة في الطب بصورة واضحة كجزء من البرامج التدريبية، أي أن مجالات التمريض كانت من أهم القطاعات المستهدفة بشكل كبير.

صورة لجانب من دورة في مجال دعم الحياة



من القطاعات التي شهدت تركيزاً كبيراً من قبل المركز كان تطوير القابلات، ذلك لأن تطوير مهارات القابلات كانت، ومازالت، تمثل إحدى الإستراتيجيات المهمة جداً في تخفيض وفيات الأمهات وبالتالي كانت من البرامج ذات الأولوية التي تم تنفيذها بالشراكة مع جامعة

كورت من بريطانيا وبمدرسين من الجامعة ومازالت الشهادة تعطي من بريطانيا. وهناك برنامج رعايه الوليد وتم فيه تدريب أكثر من 300 متدرب في هذا المجال من أطباء أختصاصيين في طب الأطفال والنساء والتوليد بالإضافة إلى مرضيين وقابلات ومساعديين طبيين.

من البرامج الأخرى التي تم إعطاؤها أولوية هي برامج الطب المسند على البرهان (Evidence based medicine) وبرامج البحوث بصورة أساسية وبالتالي تم تنفيذ العديد من البرامج والدورات التدريبية في هذا المجال. أيضا من البرامج التي تم تنفيذها كانت تشمل إستهداف قطاع ضباط الصحة بصورة أساسية وبالتالي هنالك العديد من البرامج مثل برنامج إدارة النفايات حيث تم وضع منهج في هذا المجال وتم تنفيذ عدد مقدر من الدورات التدريبية. وسنجد أن برنامج التتوير لأطباء الإمتياز كان ومازال من البرامج التي تتم بصورة ناجحة. فلسفة المركز في هذا البرنامج قائمة على أن طبيب الإمتياز تمر به فترة تقل فيها معرفته العملية وهذا يحدث في العادة نتيجة لطول الانتظار في قائمة الوظائف في حين أنه يعطى أعباء في العمل مباشرة بعد توظيفه فكان لا بد ان يُعطى طبيب الإمتياز جرعة تدريبية في شكل تنوير عام عن المشاكل التي يمكن ان يواجهها في المستشفى عن أخلاقيات المهنة. وأصبح هذا البرنامج هو أحد الدورات الحتمية، حيث أن طبيب الإمتياز إذا لم يتدرب ضمن هذا البرنامج لا يمكن أن يتم توزيعه أو تعيينه. المراقبون شهدوا بأن هذا البرنامج قد ترك أثراً كبيراً في الخدمة الطبية وقد أصبح من المبادرات الرائدة في مجال التدريب المستمر قبل بداية الخدمة. هناك عدد من المحاولات لتوثيق هذه التجربة وتقييمها وذلك بغرض التطوير المستقبلي لمحتويات البرنامج ومخرجاته بشكل عام.

صورة لجانب من دورة رعاية الوليد



التوسع الولائي واللامركزية:

مع بدايات إنشاء المركز كان المخطط الأساسي يعتمد على إنشاء خمسة أفرع ولائية في ولايات الجزيرة، كسلا، القصارف، شمال كردفان والشمالية لتكون بمثابة الأذرع التنفيذية للمركز الاتحادي وكمرحلة أولى لعملية التوسع. ومع مرور الوقت حالياً أصبح للمركز عدد من الفروع الولائية يبلغ خمس عشرة مركزاً في كل ولايات السودان. العلاقة مع الولايات هي علاقة وطيدة لكن تحكمها بصورة أساسية ما اتفق عليه من توزيع للمهام بين المستويين الإتحادي والولائي من أجل النهوض بالتطوير المهني المستمر بالولايات.

والمتابع لرؤية وزارة الصحة سيجد أن مهام المراكز الولائية تمثلت في الآتي:

- التخطيط و التنفيذ والتقييم لانشطة التدريب المستمر بالولاية.
- الإشراف على وتقييم الأنشطة التدريبية في وحدات التدريب المستمر بالولاية.
- إنشاء قواعد بيانات الأنشطة التدريبية بالولاية وربطها بالقاعدة القومية.
- تنسيق الأنشطة التدريبية بالمركز .

يدعم هذا الاتجاه سياسة الوزارة والتي تقوم على أساس تحديد مجال عمل كل من المركز الإتحادي والولائي. حيث انحصرت مهام المركز الإتحادي في وضع السياسات والمناهج، تدريب المدربين، تقديم الدعم الفني والمالي، الإشراف، بالإضافة إلى المتابعة والتقييم. في حين أن المراكز الولائية والفرعية يقع على عاتقها التنفيذ الفعلي للبرامج التدريبية بكافة المراحل ابتداءً من اختيار المشاركين وصولاً إلى وضع الخطط التدريبية التفصيلية للعاملين بالوزارة. العلاقة مع الولايات يحكمها دليل الولايات الذي تم إصداره في العام 2009م والذي يحدد مهام المركز في نقاط رئيسية وهي الدعم الفني بصورة أساسية وقضية الدعم المادي إلى حد ما وأخيراً الإشراف الدائم وتوفير المدربين.

كما ذكرنا سابقاً ، وحتى العام 2010، تم إستكمال خمسة عشر مركزاً بالولايات بمعنى أن هناك هيكل لمركز التطوير المستمر بكل ولاية وبه عاملين ويقدم خدماته. الولايات كان دورها بصورة أساسية توفير الكوادر البشرية التي تدير مركز التطوير المستمر، ومن ثم في توفير المقر، لكن الظروف المحيطة بقدرات الولايات في قضية التدريب ضعيفة نسبياً . وذلك يأتي بالتحديد لأن الولايات ليس لديها أي شكل من أشكال التمويل المباشر من وزارة المالية الولائية لذلك يصبح التحدي الكبير كيف يتم نقل التدريب من مركز تدريب واحد موجود في الخرطوم إلى تلك المراكز التدريبية بالولايات.

وقد تم تمويل وتوفير صيانة لبعض القاعات في بعض الولايات مثل ولاية النيل الابيض، وتم دعم الولايات بشكل عام بحزمة من المعدات التقنية مثل الحواسيب وماكينات التصوير والمساحات الضوئية واجهزة الإسقاط الضوئي. أيضاً تم تنفيذ العديد من الدورات التدريبية في الولايات بهدف إيجاد المدربين. والفكرة تقوم بإرسال مدربين من الخرطوم ويتم التدريب هذه الولايات، أيضاً هنالك تواصل مستمر مع هذه الولايات في شكل إجتماعات دورية، شارك مديرو التدريب المستمر في العديد من الدورات الإتحادية وأي مدير لمركز التدريب المستمر الولائي يشارك على الأقل في ثلاث دورات تدريبية وتتمثل في طرق التعليم ومفاهيم التطوير المهني المستمر. وتم عقد الكثير من اللقاءات والاجتماعات بهذه المراكز وشارك

مديرو هذه المراكز التدريبية في عدد من الدورات التدريبية الاتحادية في المجالات المختلفة وتم تنفيذ العديد من البرامج التدريبية في الولايات بهدف إيجاد مدربين والجيد في هذا الأمر أن هناك ولايات بدأت تدرب من ميزانياتها وهناك ولايات اخرى بدأت تدرب بمناهج اتحادية بحيث يتم إعادة صياغتها لتناسب ظروف كل ولاية.

هناك عدد من القضايا الأساسية التي لا بد من الإشارة إليها في هذا السياق ومنها قضية نقل الخبرات من المركز إلى الولايات. وفي هذا الإطار تم ربط أربعة ولايات بتقنية التعلم عن بعد أو عبر التلفزة عن بعد وأثمرت هذه التجربة نقل العديد من الدورات التدريبية لهذه الولايات هي النيل الأزرق، القضارف، الجزيرة ونهر النيل ولكن أصبحت هناك لجنة متخصصة بدأت في استجلاب بعض الأجهزة بحيث تغطي التجربة بقية الولايات.

إحدى قاعات المركز (قاعة التعليم عن بعد)



العلاقة مع الولايات هي علاقة مستمرة ولا تتقطع لكن تحتاج دعم أكبر من المستوى الإتحادي كما تحتاج لدعم من هذه الولايات نفسها. وسنرى أيضاً أن من السياسات التي ربطت الولايات مع المستوى الإتحادي، والتي تم إجازتها في العام 2009م وبدأ تطبيقها في

العام 2010م، هي سياسة توحيد البرامج التشغيلية المدعومة من الجهات الخارجية ومن ثم إجازة هذه السياسة وهي تهدف إلى أن تقوم مراكز التدريب المستمر في الولايات والمركز التدريبي بتوحيد عملية التدريب وتنفيذ البرامج التدريبية المدعومة من المانحين. هذه السياسة حققت أهدافاً عديدة ونذكر منها أنها أسهمت في تفعيل مراكز التدريب المستمر الموجودة في الولايات بشكل كبير. بالإضافة إلى ذلك سنجد أنها أسهمت في تقوية عملية التدريب الذي تم بواسطة المنظمات بدلاً من تنسيقه فقط. أصبح التدريب بشكل عام قائماً أكثر فأكثر على احتياجات تدريبية وأصبح للتدريب أهدافاً تدريبية محدودة ومناهج معتمدة من التدريب المستمر. بالإضافة إلى ذلك، أصبح هناك نظام واضح لكيفية استخدام المدربين المعتمدين، كما وتم بهذه السياسة الإهتمام أكثر بالتركيز على الجزء الذي يعتمد على نقل المهارة ونقل المعرفة.

من الأشياء الرئيسية التي تسعى إليها إدارة التدريب المهني المستمر مع الولايات هي وجود قاعدة بيانات المتدربين. في السابق قد يكون المساعد الطبي يتم تدريبه مرات عديدة حسب الخطط التدريبية للبرامج القومية ولكن أصبح هناك قاعدة بيانات والتي يمكن من خلالها معرفة التاريخ التدريبي لهذا المساعد الطبي فيما يلي تدريبه في المركز.

المحور الثالث والمهم جداً هو عملية التكامل في البرامج التكميلية ولأول مرة تتعدد دورة تدريبية في التدريب المستمر وذلك للتكامل في علاج بعض الأمراض مثل الدرن والإيدز والملاريا. وهذا النهج بدأ في بعض الولايات وبالتالي سوف يوفر هذا النهج جهداً كبيراً. أي بدلاً من ان يتم تدريب الشخص نفسه في الملاريا ويرجع مرة اخرى ليتم تدريبه على الدرن ويرجع مرة ثالثة ليتدرب في الإيدز، يمكن لنفس هذا الشخص أن يتدرب في هذه الحزمة مرة واحدة بصورة متكاملة كلية. وفي إطار هذا التكامل أيضاً سنجد أن هنالك منهج للمساعد الطبي بصورة كلية ويتم تدريبه مرة واحدة حتى يستطيع أن يقدم خدمة مميزة.

دور الشراكات:

بات من المعروف أن إدارة التطوير المهني المستمر لديها علاقات متقاطعة مع العديد من الجهات ولديها شراكات مع مؤسسات مثل الخدمات الطبية بالقوات المسلحة والصندوق القومي لتطوير الخدمات الطبية. وقد أثرت هذه الشراكات عن توقيع مذكرة تفاهم بين الجانبين حيث قام الصندوق بإكمال بناء مركز تدريبي للتطوير المهني المستمر في السلاح الطبي بمستوى متطور جداً يحتوي هذا المركز على ست قاعات ومبنى من ثلاث طوابق. أيضاً هناك شراكات مع الخدمات الطبية بالشرطة وهم بدورهم يقومون ومن خلال المركز الخاص بهم بتدريب الأطر الصحية بقوات الشرطة. هناك شراكة قائمة مع التأمين الصحي كشريك أصيل في الصحة بعدد من الولايات منها سنار والجزيرة والبحر الاحمر ويقوم التأمين الصحي بدوره بالمساهمة في البرامج التدريبية للتطوير المهني المستمر.

من الشراكات الفعالة والتي ساعدت مساعدة كبيرة جداً في توفير الدعم والتمويل هي الشراكة مع صندوق دعم الوحدة والتي ركزت بصورة أساسية على تنفيذ برامج تدريبية في ولايات التمازج أو التماس مع جنوب السودان. في العام 2010م تم تدريب اكثر من 655 متدرب من الولايات الجنوبية والولايات الشمالية المتاخمة لها. وتم إستثمار هذا التدريب في بناء قدرات مراكز التطوير المهني المستمر في هذه الولايات.

صورة من الدورات المدعومة من صندوق دعم الوحدة



المركز أقام شراكة مع قوات شرطة المرور في أعلى المستويات تتضمن تدريب منسوبي شرطة المرور في قوات الشرطة القومية على كيفية تقديم الإسعافات الأولية وكيفية تحويل المرضى المصابين وهناك منهج في هذا الصدد تم اعداده. في ذات الإطار هناك اتصالات ميدانية مع شرطة ولاية الجزيرة التي تبنت هذا المشروع وهناك أيضاً اتصالات على المستوى الإتحادي بشرطة المرور القومية. تتمحور هذه الشراكة في تحديد رسائل للتطوير المهني المستمر وإرسال رسالة للعاملين في الحقل الصحي خاصة في الريف وهي تتضمن آخر المستجدات الطبية في الصحة والبرتكولات العلاجية والتي من المتوقع أن تسهم بصورة كبيرة في دفع مفهوم التطوير المستمر المبني على أساس الإحاطة الدائمة بمستجدات العلوم المختلفة. هذه التجربة حالياً مطبقة في كينيا وانتقلت من صورة الرسائل التثقيفية إلى رسائل معلومات للأطباء الصحية. وتطورت بحيث أنه إذا أراد أي من العاملين أي معلومة يقوم بإرسال رسالة إلى مركز محوري مرتبط به ويقوم هذا المركز بدوره بإرسال الرسالة إلى جهات متخصصة للرد عليه ومن ثم إرجاع الرد إلى طالب المعلومة لكي يستفيد منها. هذا النظام سهل الوصول إلى العاملين الصحيين خاصة في الريف وبالتالي يمكن الوصول إليهم وربطهم من خلال هذا النظام.

أهم الإنجازات في المركز وأهم التحديات:

من أهم إنجازات المركز والإدارة هي نشر ثقافة التطوير المهني المستمر من خلال بناء مراكز التدريب المستمر في الولايات والمستشفيات. لكن سنجد أنه وفي ذات الوقت الذي هو إنجاز فإنه تحدي لا بد من الوقوف عنده. بالإضافة لذلك سنجد أن من الإنجازات الرئيسية المشتركة بين المركز والمجلس الطبي هو إجازة لائحة التدرج للاختصاصيين والتي وضعت بصورة أساسية مهام أي اختصاصي ورسمت طريقاً واضحاً لتدريبه. ومن الإنجازات الواضحة للمركز هي نقل عملية التدريب للولايات عن طريق إنشاء مؤسسات للتدريب المستمر بكل ولاية، كما ذكرنا سابقاً، كما وتم تطوير بعض الإستراتيجيات الداعمة لهذا

التوجه مثل التدريب عن طريق التلغزة وهي من النقلات التي توفر كثير من الجهد والموارد على مستوى المركز والولايات على حد سواء. إضافة إلى كل هذه الإنجازات سنجد أن عملية إكمال المناهج التدريبية، واعتماد عددٍ مقدرٍ منها، لها دور كبير في تنفيذ عملية التدريب عبر قنوات مؤسسية.

صورة لمركز التطوير المهني المستمر بالولاية الشمالية



عوامل هذا النجاح يأتي على مقدمتها الإلتزام السياسي من قبل قيادات الوزارة الإتحادية بالإضافة إلى إلتزام الولايات بدورها في هذه العملية بإقامة مراكز تدريب متخصصة. لكن إقامة هذه المراكز في حد ذاته هو تحدٍ واضح في جهة ضمان استمرارية العمل في هذه المراكز وبناء قدراتها بصورة متكاملة. تكملة إنشاء المراكز الولائية بصورة قوية قد يحتاج للمزيد من الوقت والجهد بصورة تضمن إضطلاع هذه المؤسسات بدورها الرائد في عملية بناء القدرات وإعادة تشكيل النظام الصحي. يتمثل هذا الجهد في توفير المدربين المحليين وتحضير وتنفيذ البرامج التدريبية.

التحديات الأساسية ترتبط كذلك بصورة أساسية بقضايا التمويل خاصة على مستوى الولايات. حيث أن الوضع الحالي يشير إلى أن قضية التمويل على المستوى الإتحادي يتم

حلها في أغلب الأحيان بصورة لا بأس بها. إلا أن الوضع في الولايات مختلف خاصة في دعم المكونات الخاصة بالتسيير، وسنجد أنها بصورة أساسية تعتمد على وزارة المالية. وهذا يضيف تحدٍ واضح في الولايات لدعم عمل المراكز الخاصة بها. والواضح أن وزارات الصحة الولائية تظل تعمل جاهدة لتوفير ما يمكن توفيره من مكونات هذا الدعم.

من التحديات التي أشرنا إليها سابقاً في إرتباطها مع الإنجازات هي الجزئية المرتبطة بتطبيق لائحة تدرج الاختصاصيين. ذلك أن هنالك قطاع كبير جداً من الاختصاصيين والذي تلقى دورات تدريبية يجب في المقام الأول أن يتم إعتماها لهم كجزء من الخطة التدريبية لكل أختصاصي منهم ليتم بعد ذلك أخذها في الإعتبار ضمن عملية التقييم. ويظهر هنا التحدي في رصد هذه الدورات وتسجيلها وبالتالي إعطاء الأختصاصي الإذن في تلقيها ومن ثم حسابها.

من عوامل نجاح المركز التي يمكن رصدها بالنظر إلى الفترة الماضية سنجد أن العوامل الآتية شكلت أساس العمل:

- إشراك عدد كبير من الجهات ذات الصلة بأعمال المركز تتضمن تلك المستفيدة من المركز بالإضافة إلى تلك التي يعتمد المركز عليها في مسانده.
- العمل اللصيق مع المجلس الطبي السوداني في المراحل الأولى للعمل ولاحقاً في تنفيذ البرامج.
- الدعم المقدر بكافة أشكاله التي تلقاها المركز من قيادة وزارة الصحة وعدد كبير من الشركاء.
- وجود وحدة فاعلة في إدارة عملية التقييم والمتابعة بالمركز.

لإنجاح المركز ومسيرته كان لا بد من توفر ميزانيات مقدره وشكلت وزارة الصحة الاتحادية و وزارات الصحة الولائية المصدر الأساسي لميزانية المركز من بنود تدريب منسوبيها. بالإضافة إلى ذلك هناك دعم منظمة الصحة العالمية والمؤسسات الدولية الأخرى من خلال

الخطط المشتركة مع وزارة الصحة. الرسوم الدراسية على الدورات المختلفة بالنسبة للقطاع الخاص كانت من مصادر الميزانية المحدودة نسبة لتركيز العمل مع مؤسسات القطاع العام والتي يتم تقديمها مجاناً للمستفيدين. على الرغم من محدودية الموارد التي تنشأ من استثمار المركز إلا أنها تجربة جديرة بالتقييم في دعم مسيرة المركز.

ثانياً: تجربة أكاديمية العلوم الصحية في السودان

تمهيد:

المنتبع لمسارات النظم الصحية في المنطقة والإقليم المحيطين بالسودان سيجد أن النظام الصحي في السودان ظل، وحتى بداية الثمانينات من القرن الماضي، مثلاً يحتذي به بين دول المنطقة العربية والأفريقية ولدي المنظمات الدولية العاملة في المجال الصحي خاصة في مجالات التدريب واستيعاب الكوادر الطبية والصحية المعنية والمساعدة في برامج الخدمات الصحية الأولية والثانوية بصورة مثلى. حيث أن السودان كان من أوائل الدول الشرق أوسطية والأفريقية التي اهتمت بإعداد وتدريب الموارد البشرية الصحية بهدف إمداد المؤسسات الصحية في مختلف أرجاء القطر بالأطر الصحية اللازمة كما ونوعاً وتأهيلاً وملائمة. إلا أنه وفي الأعوام الأخيرة أشارت إحصاءات تنفيذ الخطة الإستراتيجية الصحية العشرية إلى وجود عجز في الموارد البشرية الصحية في مجالات التمريض والقبالة والأطر الصحية الأخرى، وكان لا بد من الإستجابة له بكل الطرق العلمية الممكنة. وأشارت دراسات عدة إلى وجود مؤشرات تشير إلى إمكانية تقاوم الخلل في السنوات القليلة القادمة إذا لم يتم تصحيح ذلك لإعادة التوازن المطلوب. هذا الفصل سيتناول السياق الذي أدى إلى هذا الوضع والذي نتج عنه قيام ما يعرف اليوم بأكاديمية العلوم الصحية والتي أتى إنشائها ضمن جهود الدولة للتصدي لهذا العجز الواضح.

مراحل ما قبل إنشاء الأكاديمية:

كما ذكرنا سابقاً، في العام 1990م أطلقت الحكومة مبادرة ثورة التعليم العالي ولاحقاً أُجيزت سياسة التوسع في مظلة التعليم العالي في العام 1994م. وتشير الإحصائيات إلى ازدياد عدد الجامعات، والتي كانت أربعة جامعات فقط في ذلك الوقت إلى أن وصل العدد إلى 89 جامعة وكلية في كافة ولايات السودان في العام 2010م، بما فيها العدد الكبير من الجامعات والكليات الخاصة في مختلف التخصصات. وبالطبع وجدت الكليات المتخصصة في العلوم الطبية والصحية حظاً وافراً في هذا التوسع خاصةً مع إقبال الطلاب عليها رغبةً في الإلتحاق بها. وسنجد ظهور هذا الجانب في المؤسسات الحكومية وأيضاً في إنشاء العديد من المؤسسات التعليمية الخاصة التي بدأت في المساهمة في إنتاج الأطر الصحية بمختلف تخصصاتها. كما شهد العام 1995م إنشاء المجلس القومي للتخصصات الطبية والذي أُستحدث لسد النقص الحاد في التخصصات الطبية بشكل عام. هذا الوضع أدى إلى تحسن واضح في إنتاج بعض فئات الأطر الطبية خاصة الأطباء والصيدلة وأطباء الأسنان مقارنة بما كان عليه الوضع فيما سبق ذلك من فترات. ولكن، وكما سنرى لاحقاً، فإن هذا التحسن في إنتاج هذه الشريحة من الأطر الطبية كانت له تبعاته على تشكيل كافة النظام الصحي خاصة فيما يتعلق بتقديم الخدمات الصحية بمختلف أشكالها.

وبمرور الزمن وتقدم وتطور الخدمات الصحية خلال أواخر القرن العشرين وبدايات القرن الواحد والعشرين تنامت أعداد المؤسسات التعليمية في مجال الصحة وتم افتتاح كليات للمهن الطبية والصحية المختلفة في جميع الولايات كما تطورت المعاهد الصحية لتدريب الفنيين لتشمل معظم التخصصات في المجال الصحي والطبي وانتشرت مدارس ومعاهد المساعدين لمختلف المهن الطبية والصحية. وقد نتج من هذا الإنفتاح على التعليم والتدريب الطبي والصحي توفر أعداداً كبيرة من مختلف الأطر الصحية. وهنا لابد من الإشارة إلى أنه وعلى الرغم من هذا الكم الهائل من الأطر الصحية المؤهلة إلا أن الهجرة المفتوحة غير المخططة أو المراقبة لدول الجوار والدول الأخرى أدى إلى استنزاف أعداداً هائلة ومقدرة من

هذه الأطر مما أثر سلباً في مستوى الأداء داخل المؤسسات الصحية الوطنية. وكنّا متوقع لهذا الوضع لاحقاً ، وفي العام 2005م، أصدرت وزارة التعليم العالي تقريراً بينت فيه إن مؤسساتها قد خرجت 2616 طبيباً مقابل 450 ممرضاً؛ أي بنسبة ستة أطباء لكل ممرض واحد. ويعد هذا الوضع إشارة واضحة لخلل في تركيبة الفريق الصحي بالبلاد خلافاً للتركيبة المتعارف عليها والتي تتطلب ستة ممرضين لكل طبيب واحد. وتُظهر هذه الإحصائية أيضاً ضعفاً في مقابلة الأعداد المطلوبة في التمريض والأطر المساعدة الأخرى مثل المساعدين الطبيين وغيرهم. هذا إلى جانب أن إنتاج الأطر الصحية المساعدة كان يعتمد في الأساس على عدد محدود من المؤسسات ذات السعة المحدودة جداً نلخصها في الجدول أدناه.

ملخص للمعاهد والمدارس الولائية وطاقتها الاستيعابية في العام 2005م

| جملة الطاقة الاستيعابية | عدد الولايات التي بها معاهد | عدد المعاهد | نوع المعهد - المدرسة |
|-------------------------|-----------------------------|-------------|-----------------------------|
| 520 | 12 | 13 | المساعدين الطبيين العموميين |
| 280 | 6 | 6 | مساعد طبي المعامل |
| 150 | 5 | 7 | محضري العلميات |
| 50 | 2 | 2 | مساعد طب الأسنان |
| 140 | 3 | 3 | مساعد طب الصيدلة |
| 160 | 4 | 5 | ملاحظي صحة البيئة |
| 75 | 2 | 2 | الزائرات الصحيات |
| 60 | 1 | 2 | مساعد طبي التخدير |
| 160 | 5 | 5 | الممرضات القابلات |
| 40 | 1 | 1 | مساعد طب العيون |
| 40 | 1 | 1 | مساعد طبي العلاج الطبيعي |
| 40 | 1 | 1 | معهد معلمي التمريض |
| 1715 | 43 | 49 | العدد الكلي |

الوضع الذي أشرنا إليه في تركيبة الأطر الصحية فاقم من مشاكل النظام الصحي طيلة العقود الماضية حيث أن العديد من المؤسسات الصحية في مختلف المستويات تعتمد بالأساس على هذه الأطر المساعدة في تقديم الخدمة الصحية. وبالتالي فإن كل مقومات النظام الصحي الأخرى تأثرت بالفعل من عدم وجود هذه الأطر وليس تقديم الخدمة فقط، أي أننا يمكن أن نقول أن هذه الأطر هي العمود الفقري للنظام الصحي في السودان. فكما هو معلوم، يشكل قطاع التمريض، القبالة والأطر الصحية المساعدة الأخرى أكثر من 80% في تقديم الخدمات الصحية للمجتمع. وهذا القطاع هو الأكثر إنتشاراً وتقدماً للخدمات الصحية الكبيرة والمقدرة خاصةً في المناطق الريفية. وتؤدي هذه الأطر دوراً مهماً وحيوياً في المرافق الصحية على مختلف مستوياتها الثلاثة، كما أن لوجود هذه الأطر أدوار مهمة من ناحية اجتماعية في أوساط المجتمعات التي يعملون بها. ومن هنا كان لابد لوزارة الصحة الإتحادية أن تهتم بهذه الفئات وذلك بوضع سياسة لترقية أدائها وفتح الفرص أمامها للترقى لنيل الدرجات العلمية العليا. وفي هذا السياق فإن الاجتماع الثالث للمجموعة الإستشارية الإقليمية لمنظمة الصحة العالمية المعنية بالتمريض والذي عقد في تونس في العام 1995م، اتفق المشتركون فيه على حتمية إدماج أنماط وفئات التعليم الأساسي للتمريض في برنامج معياري واحد مدته أربع سنوات بعد التعليم الثانوي، وذلك من أجل إعداد ممرضات مهنيات في مستوى البكالوريوس كما اتفقوا على فترة انتقالية مدتها خمسة عشرة عاماً يتم خلالها تخريج مستويين من الممرضين - ممرضين مهنيين - يتم تأهيلهم من خلال برنامج دراسي في مستوى البكالوريوس مدته أربع سنوات وممرضين تقنيين يتم تأهيلهم من خلال برنامج مدته عامان ونصف. كذلك أُنقِص على أنه وأثناء الفترة الانتقالية ينبغي للبلدان التوسع في البرامج الانتقالية القائمة أو وضع برامج إنتقالية جديدة تتيح للممرض التقني الإلتحاق ببرامج في مستوى البكالوريوس من دون تداخل بين المواد الدراسية أو تكرارها وأن توفر لهم الحوافز والدعم لدي تخرجهم كممرضين مهنيين. وحث قرار جمعية الصحة العالمية في ذات العام البلدان الأعضاء على تعزيز البرامج التعليمية في مجال

التمريض والقبالة ومواءمة هذه البرامج بما يتفق واستراتيجية الصحة للجميع مع تنقيتها كلما لزم الأمر. وقد قامت الوزارة بالعديد من الجهود في العامين 1997م و1998م وذلك بغرض النقاش المستفيض حول هذا الوضع. فأقيمت أربعة ورش عمل ومنتديات نقاش أوصت إجمالاً على:

- اشتراط الحصول على الشهادة السودانية بنجاح كحد أدنى للقبول وتغيير إسم الشهادة من الشهادة الثانوية الفنية إلى دبلوم التمريض.
- إدخال نظام التمريض التخصصي (دبلوم) ليكون مساوياً للدخول في كادر المساعدين الطبيين.
- رفع مستوى القبول بمدارس التمريض من الشهادة المتوسطة الى الشهادة السودانية نجاح ويمنح الطالب دبلوم والغاء مدارس التمريض الحالية.
- التوسع في مجال التمريض الجامعي بكليات الطب حتى يصبح التمريض نوعاً واحداً بعد 15 عام.
- تأهيل معلمي التمريض بكلية الطب (مركز التطوير التربوي للمهن الصحية لينال الدارس دبلوم التربية والتعليم والتعلم).
- دعم وتأهيل مدارس التمريض بمعدات ووسائل التعليم والتعلم.

وبعد العديد من المشاورات وفي العام 2001م تم تكوين ثنائي لجان لمراجعة مناهج الأطر المساعدة والتمريض بدعم من منظمة الصحة العالمية وتمت مراجعة وإجازة وتوزيع المناهج المرتبطة بهذه الأطر المساعدة بجميع تخصصاتها. هذ اللجان أوصت بالآتي:

- تجفيف مدارس التمريض الملحقة بالمستشفيات الطرفية وقصر التدريب على المدارس الملحقة بالمستشفيات التعليمية الكبيرة.

- إعادة تأهيل معلمي التمريض بكلية الطب (مركز التطوير التربوي للمهن الصحية عبر دبلوم تربية المهن الصحية لمدة عام) ودعم هيئة التدريب بكفاءات ذات مؤهلات أعلى.
- ترفيع شهادة التمريض الثانوية الى دبلوم وسيط والبدء في التمريض التخصصي.

في العام 2001م تم توقيع إتفاق بين وزارة الصحة الإتحادية ووزارة التعليم العالي والبحث العلمي لترقية كادر التمريض والأطر المساعدة الأخرى لسد النقص في احتياجات الخدمات الصحية، وكذلك لتحسين مستوى أداء هذه الأطر ليوكب التقدم في هذه المجالات عالمياً . وقد نجم عن ذلك لاحقاً توقيع وثيقة ما سمي "بإعلان السودان 2001م" وسط حضور كبير واحتفال مشهود أقيم خصيصاً لهذا الغرض بحضور مدير منظمة الصحة العالمية بإقليم شرق البحر الأبيض المتوسط وأمام السيد رئيس الجمهورية. وهدف إعلان السودان لتمكين وزارة الصحة من تحقيق أهدافها بتوفير القوى العاملة الصحية المؤهلة بأعداد كافية في هذه المجالات على مستوى الدبلوم التقني والباكالوريوس التقني.

جانب من حفل توقيع اعلان السودان 2001م بحضور السيد رئيس الجمهورية



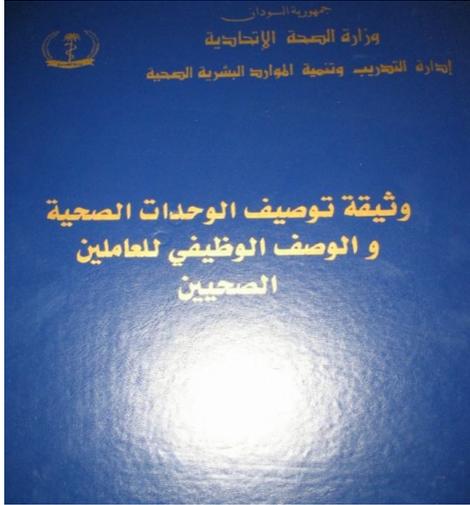
إعلان السودان شكل تحولاً إستراتيجياً في نظرة المعنيين بقضايا الصحة نحو هذه الشريحة من العاملين الصحيين وكذلك عكس وعي القيادة العليا بوجود قصور في الخدمات الصحية نتيجة لهذا الخلل الذي يؤدي - ضمن عدد آخر من الأسباب - إلى مثل هذا القصور. حيث أن النظام الصحي في السودان كان قد اتجه وبصورة واضحة نحو الاهتمام بخدمات الرعاية الصحية المتقدمة والتي تتطلب كوادر على مستوى الأطباء في حين أهملت خدمات الرعاية الصحية الأساسية والتي من المعروف أنها أقل كلفة وأكثر فعالية وتتطلب عاملين صحيين يمكن إنتاجهم بطريقة أسرع ويقدمون خدماتهم بطريقة أكثر التصاقاً بمجتمعاتهم، مثال لذلك الممرضين، القابلات والمساعدين الصحيين. سنجد أيضاً أن إعلان السودان خاطب قضية في غاية الأهمية تتعلق بعدالة توزيع هذه الأطر في مختلف مستويات النظام الصحي وفي مختلف بقاع السودان حيث ارتبط ذلك إلى حد بعيد بقضية توافر غالب ما هو موجود من هذه الكوادر في المناطق الحضرية والمدن دون غيرها من المناطق وأيضاً بقلة إنتاجها لتقابل الحاجة لتوزيعها الجغرافي وفق الحاجة لها.

تطبيق بنود هذا الإعلان كان قد بدأ بتعاون تام بين وزارة التعليم العالي ووزارة الصحة الاتحادية حيث قامت وزارة التعليم العالي بزيادة أعداد المقبولين بمؤسساتها وقامت وزارة الصحة بمد مؤسسات وزارة التعليم العالي بمعينات مادية وعينية مقدره وأيضاً بتوقيع عدد من البرتوكولات بين الوزارتين. ومن خلف ذلك أتى الدعم الجلي والمقدر لمنظمة الصحة العالمية فنياً ومادياً ولسنادياً. أيضاً سنجد أن الإعلان أعتد كأساس ثابت للدولة في تأهيل الأطر الصحية لدرجة البكالوريوس والدبلوم وأنيط بمؤسسات التعليم العالي الطبية والصحية تنفيذ هذه البرامج في جميع ولايات السودان. بدأ العمل في تنفيذ هذه المناهج في كليات الطب والعلوم الصحية القائمة كبرامج منفصلة أو استحداث كليات خاصة لهذه البرامج في بعض الجامعات القائمة في ذلك الوقت. الجامعات التي أوكل لها هذا الأمر لكي تنفذ برامج الأطر الصحية بإنسابها لكليات الطب والعلوم الصحية هي: جامعة أم درمان الإسلامية، جامعة سنار، جامعة القضارف، جامعة كسلا، جامعة جوبا، جامعة النيلين، جامعة الزعيم

الأزهري، جامعة بحر الغزال، جامعة شندي، جامعة الإمام المهدي، جامعة بخت الرضا وجامعة كردفان. ومستقبلاً صارت الجامعات التي تنفذ برامج الأطر الصحية تتشئ كليات متخصصة باسم كلية العلوم الصحية التطبيقية أو كلية التقنية الصحية أو كلية التمريض العالي. هذه الجامعات هي: جامعة الجزيرة، جامعة الخرطوم، جامعة نيالا، جامعة الفاشر، أكاديمية العلوم الطبية والتكنولوجيا، جامعة الرباط الوطني، جامعة النيل الأزرق، جامعة زالنجي، جامعة البحر الأحمر، جامعة أعالي النيل. ونسبةً لمحدودية الطاقة الاستيعابية لهذه الجامعات لتوفير العدد المطلوب في العشر سنوات التي تم الإتفاق عليها، بين عامي 2002م و 2012م، فقد تم الاتفاق على استمرار معاهد التمريض بعد تجميعها وتجفيف المعاهد الطرفية منها لكي تخرج نحو 2000 ممرض سنوياً يتم قبولهم على نسق لوائح التعليم العالي وهو النجاح في الشهادة السودانية كحد أدنى وتكون الدراسة بها ثلاث سنوات يمنح بعدها الدارس شهادة الدبلوم الوسيط على أن تستمر هذه المعاهد في القبول وفقاً لهذه المنهجية. لكن سنجد أنه وعلى الرغم من هذا التفاف إلا أن مخرجات هذا الترتيب لم تأت وفقاً لطموح وزارة الصحة الإتحادية، وأن الأعداد المستوعبة لم تكن تعطي مؤشرات إيجابية عن إمكانية سد الفجوة التي حددت في وقت الإتفاق والتي سنتناول طريقة تحديدها.

سنجد أنه وخلال العقود الماضية لم يتم وضع خطة لتنمية الموارد البشرية تعتمد على الأساليب العلمية المتبعة في هذا الشأن. عليه وفي إطار الموجهات العامة للخطة الإستراتيجية الربع قرنية لقطاع الصحة تم وضع خطة تنمية الموارد البشرية الصحية لفترة العشر سنوات الأولى من عمر الإستراتيجية، إعتباراً من العام 2004م، تأسيساً على خطة التنمية والتوسع في الخدمات الصحية في مستوياتها المختلفة، حيث أستخدمت طريقة حساب الإحتياجات المبنية على أهداف الخدمة التي ترمى إلى توفير وحدة صحية أساسية لكل 5000 من السكان ومركز صحي لكل 20000 من السكان بالمناطق الريفية و 50000 من سكان الحضر، أو مؤسسة صحية للسكان في منطقة جغرافية قطرها 5 كلم وتوفير مستشفى ريفي لكل 150-250 ألف من السكان بنهاية 2027م والحفاظ على هذا

المعدل في بقية الفترة المتبقية من الخطة الكلية. وبناءً عليه، وبتكليف من وزارة الصحة، تم تكوين لجنة لمراجعة أو إعادة صياغة توصيف الوحدات الصحية والعاملين بها، وقد بذلت هذه اللجنة جهداً مقدراً في إعادة توصيف وتسمية مختلف الوحدات الصحية العاملة في وزارة



الصحة، وفي نفس الوقت وبالتشاور مع مختلف المسؤولين والجهات المعنية قامت اللجنة بتحديد ربط وظيفي لكل مؤسسة من هذه المؤسسات يحدد أعداد مختلف الأطر التي تعمل من داخل هذه الوحدات الصحية.

وقد روعي عند وضع هذا الربط المقدر للإمداد بالأطر الصحية لمختلف المؤسسات التعليمية على المستويات الجامعية والمعاهد

والمدارس التي تعمل في تدريب الأطر الصحية. كما أعطي الإعتبار اللازم للإمكانات المادية لإستيعاب أعداد الخريجين من المؤسسات التعليمية والمستوى المقبول واللائق لضمان جودة الأداء داخل المؤسسات الصحية لتقديم العناية الضرورية واللازمة للمواطنين الذين تستقبلهم مختلف المؤسسات الصحية. هذا وقد تم حساب التوسع في المؤسسات الصحية المطلوبة للعشر سنوات التالية رجوعاً لتعداد سكان الولايات حسب إسقاطات السكان للعام 2013م. أما بالنسبة للخدمات الريفية حيث يقطن معظم السكان فقد اهتمت الدولة بإعداد وتدريب الأطر الصحية المساعدة القادرة على العمل بالمناطق الريفية ومقابلة احتياجات المواطنين في مجالات الرعاية الصحية الأساسية خاصة في مجالات تشخيص وعلاج الأمراض المتوطنة السارية والوبائية وفي مكافحة تلك الأمراض والوقاية منها عن طريق الإصحاح البيئي ومكافحة المرض والتوعية الصحية.

إجمالي تقديرات الموارد البشرية الصحية مقارنة مع مخرجات مؤسسات التعليم والتدريب لسنوات الخطة 2004 - 2013

| العجز أو الفائض | إجمالي الخريجين المتوقع | الاحتياج المطلوب | الفئة | |
|-----------------|-------------------------|------------------|----------------------|----|
| 6008 | 17778 | 11770 | طبيب عمومي | 1 |
| -152 | 5500 | 5652 | التخصصات العامة | 2 |
| -539 | 200 | 739 | التخصصات الفرعية | 3 |
| + 812 | 2400 | 1588 | الصيدلة | 4 |
| -28 | 350 | 378 | تخصصات صيدلانية | 5 |
| 2030 | 3250 | 1220 | طبيب أسنان | 6 |
| - | 100 | 100 | تخصصات أسنان | 7 |
| -28349 | 40150 | 68499 | التمريض | 8 |
| -3370 | 2200 | 5568 | محضر عملية | 9 |
| -7520 | 2800 | 10316 | مساعد طبي عمومي | 10 |
| -5250 | 3200 | 8455 | مساعد طبي معمل | 11 |
| -2880 | 2000 | 4882 | مساعد طبي صيدلة | 12 |
| -1050 | 300 | 1354 | مساعد طبي عيون | 13 |
| -3050 | 1000 | 4052 | مساعد طبي تخدير | 14 |
| -380 | 400 | 784 | مساعد طبي علاج طبيعي | 15 |
| +292 | 400 | 108 | مساعد طبي نفسي | 16 |
| +77 | 400 | 323 | مساعد طبي أسنان | 17 |
| +257 | 1400 | 1143 | ملاحظ صحة | 18 |
| -960 | 1400 | 2360 | زائرة صحية | 19 |
| -1550 | 1800 | 3350 | قابلة مرضة | 20 |
| 10250 | 11960 | 1710 | قابلة قرية | 21 |
| | | 4331 | مرشدة تغذية | 22 |
| | | 931 | باحثة اجتماعية | 23 |
| -243 | 1500 | 1743 | ضابط صحة | 24 |
| -4290 | 1000 | 5290 | فني إحصاء | 25 |

خطة تنمية الموارد البشرية الصحية لوزارة الصحة الإتحادية، التي أشرنا إليها وبنينا عليها تحديد الفجوة كما أظهرها الجدول السابق، كانت تقتضي التنسيق بشكل كبير وموسع مع وزارة التعليم العالي لضمان الحصول على مخرجات توائم متطلبات التوسع في الخدمات الصحية بوضعها الراهن والمستقبلي. إلا أن التنسيق الذي تم في ذلك الوقت لم يكن مرضياً في كثير من النواحي لأسباب متعددة ولكن من أهمها في ذلك الوقت هو اهتمام مؤسسات التعليم العالي بقطاع معين من الأطر الصحية وهو الأطباء دون غيرهم من الأطر الطبية والصحية وربما ارتبط هذا الأمر لحد كبير مع متطلبات العرض والطلب في سوق العمل.

هذا بالإضافة إلى انعدام التنسيق بين القطاعات الحكومية الخدمية ممثلة في وزارة الصحة والقطاعات التعليمية ممثلة في وزارة التعليم العالي على المستوى التخطيطي في ظل غياب الأجسام أو الآليات التنسيقية وعدم وضوح الرؤية الكلية للحكومة في هذه القضية. لذا سنجد لاحقاً أن الغالبية العظمى من الجامعات السودانية أصبح بها كليات للطب دون وجود أي مواعين تدريبية بهذه الجامعات للأطر الصحية الأخرى من ممرضين، مختصي صحة عامة وغيرهم.



إجتماع يضم وزيرة الصحة الإتحادية مع اللجنة المكونة من وزارة التعليم العالي للإعتراف بالأكاديمية مايو 2007م

مخرجات هذا السياق اقتضت بالضرورة - وكحل إستراتيجي - قيام جسم أكاديمي متخصص ذو قدرات وخبرات في مجال تدريب التمريض والأطر المساعدة يعمل على زيادة الإستيعاب بصورة واسعة لهذه الأطر لمقابلة الأعداد الكبيرة من الأطباء الناتج من التوسع في أعداد كليات الطب بالبلاد وذلك لتلافي الاختلال الخطير الذي كان متوقفاً حدوثه في العام 2010م في نسب الأطباء إلى الممرضين في الفريق الصحي ولتغطية النقص المتزايد في هذا النوع من الأطر الصحية. وكان هذا ضرورياً لإعادة توازن الفريق الصحي والمحافظة على فعاليته حسب المعايير المعتمدة في هذا المجال. وكانت الفجوة في الأعداد

المطلوب توفيرها بنهاية العام 2015م هي فجوة كبيرة مقارنة مع الأعداد الموجودة فعلياً أو تلك المتوقع إنتاجها سنوياً بغرض الوصول إلى العدد المستهدف والتي تمثلت في ضرورة وجود 65,000 ممرض و16,000 قابلة و25,000 مساعد طبي وعليه فقد جاء مستهدف الخطة الإستراتيجية العشرية بزيادة الإستيعاب السنوي بما يعادل 7,020 من هذه الأطر المختلفة.

مرحلة إنشاء الأكاديمية:

وأمام هذا الوضع وكرد فعل عملي ومتطلب استراتيجي لواقع الموارد البشرية الصحية في مجالات التمريض والأطر الصحية الأخرى في السودان، رأت وزارة الصحة الاتحادية إنشاء مؤسسة أكاديمية تعمل على معالجة الخلل في تركيبة الفريق الصحي وتسهم في التوسع المخطط له في الخدمات الصحية. هذه الخطوة كانت أساسية للمساهمة جنباً إلى جنب مع الجامعات السودانية في عملية إنتاج الأطر الصحية بصورة متوازنة ولتقوية التعاون معها للوصول إلى الأهداف الوطنية المتفق عليها ومقابلة هذه المعضلة. والمتتبع سيرى أهمية هذا النهج خاصة مع تجلي رغبة طلاب الشهادة السودانية في الأعوام الأخيرة التي سبقت هذا الاتجاه في الإنخراط في المجالات الصحية والطبية من خلال تحليل إتجاه رغبات الطلاب.

وعليه أصدر السيد وزير الصحة الاتحادي قراره الوزاري رقم (2005/17) بتاريخ السابع من يوليو 2005م الذي قضى بإنشاء أكاديمية العلوم الصحية بالسودان حيث تتبع هذه الأكاديمية لوزارة الصحة الاتحادية ولها فروع بالولايات بالتنسيق مع وزارات الصحة الولائية. وكان هذا القرار قد سبقته، وأعقبته كذلك، مشاورات واسعة مع كافة المهتمين والمعنيين والجهات ذات الصلة في كيفية وضع التصور النهائي لهذا الجسم الأكاديمي والذي تم الإتفاق على تأسيسه. ولكن سنجد أن بعض هذه المشاورات شابها حدوث معارضة من قبل

بعض الجهات للنهج الذي تبنته وزارة الصحة الاتحادية في إدارة جسم أكاديمي وتولي وظيفة في أساسها تدار من قبل مؤسسة أخرى ذات اختصاص وهي وزارة التعليم العالي. وثار الكثير من الجدل حول جدوى هذا المشروع وإمكانية نجاحه أو استمراره. لكن دفعت وزارة الصحة بقوة في إتجاه البدء بتنفيذ مشروع الأكاديمية. وبالفعل تم إنفتاح الأكاديمية في يوم 26 نوفمبر 2005م بحضور وزير التعليم العالي والبحث العلمي ووزير الصحة الاتحادي والمدير الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية. وبعد افتتاح الأكاديمية بفترة ليست بالقصيرة أتي اعتراف وزارة التعليم العالي في العام 2006م في حين أن اعتماد مزولة التدريب من قبل وزارة التعليم العالي أتي فعلياً في العام 2010م.

لاحقاً وعقب إنشاء الأكاديمية، بعض الأصوات بدأت تنادي بضرورة فصل الأكاديمية في المستقبل من وزارة الصحة كتوجه قد يكون خياراً جذاباً في المستقبل، أو أن يتم اعتبار الأكاديمية بمثابة مشروع شراكة بين التعليم العالي ووزارة الصحة ويتم التعامل معه على هذا الأساس. أما أن تتحمل وزارة الصحة بمفردها هذا المشروع فهو ما قد يرهق النظام الصحي مستقبلاً. إلا أن هناك رأي قوي ضد هذا التوجه معتمداً على أن التعليم العالي لا يخطط وفقاً لحاجة الخدمات الصحية وأن هذه الإحتياجات لم يبدأ الإيفاء بها إلا بعد أن أنشئت وزارة الصحة مؤسسات تدريبية خاصة بها. لكن تظل هذه وجهات نظر قد تصدق أو تخيب ولعل من المفيد أن يتم تقييم هذا الإتجاه لوضع خط إستراتيجي للأكاديمية في هذا الأمر. الأكاديمية كنواة لمشروع تغيير إجتماعي في مستقبل النظام الصحي في السودان قد يكون هو جوهر عملية التغيير الذي قادتته الأكاديمية لتعديل الوضع غير المتوازن في هذا النظام. حيث أننا سنجد أن قدرة الأكاديمية على إلحاق تغيير جزري في شكل تقديم الخدمات الصحية في الكثير من مناطق السودان هو سمة واضحة في مسيرة الأكاديمية مستقبلاً.

عدد من قيادات القطاع الصحي في زيارة للأكاديمية



أتى إنشاء الأكاديمية لترقية مهنة التمريض والمهن المساعدة الأخرى لسد النقص في احتياجات الخدمات الصحية، ولتحسين مستوى أداء هذه الشريحة المهمة في النظام الصحي ليواكب التقدم في هذه المجالات عالمياً. هذا الأمر حدا بوزارة الصحة الاتحادية إلى أن تطرح هذا المشروع الرائد، وذلك بإنشائها لأكاديمية العلوم الصحية، وأبدت الاستعداد لإنشاء أفرع لها في الولايات بالتنسيق مع وزارات الصحة الولائية. ولهذا أنت الأكاديمية كنتاج طبيعي تلبيةً لإعلان السودان وإيفاءً بمتطلبات الإستراتيجية العشرية ولمواكبة النهضة العالمية والتطور السريع في مجالات الخدمات الصحية. الأمر الذي بدوره سيمكن القطاع الصحي من تقديم خدماته بأعداد من الأطر الصحية تتناسب والاحتياج الكلي من الفئات المستهدفة والتي تمثل العمود الفقري للفريق الصحي المناط به تقديم الصحة العلاجية والوقائية والمساهمة في تعزيزها. وقد قبلت وزارة الصحة الاتحادية هذا التحدي الكبير بحكم التزامها في المجال الصحي وقيامها على أمر صحة المواطن وبحكم القدرة والخبرة والإرث التاريخي المتميز في مجال تدريب التمريض والأطر المساعدة الأخرى. وقامت وزارة الصحة - بحسب ما نص عليه إعلان السودان - بوقف جميع مدارس التمريض الفنية بكل

المستشفيات الريفية مما أدى إلى نقص واضح وحاد في كادر التمريض عقب فترة من هذا القرار وقد نتج عن ذلك تأثير سالب خاصة في الخدمات الصحية التي تقدمها هذه الكوادر في المستشفيات بالمناطق الريفية والنائية واتضح ذلك أيضاً في ازدياد عدد الأطباء مقارنة بأعداد الممرضين المؤهلين في بعض المستشفيات. لكن كانت هذه النتائج الآنية السالبة تُخبئ في طياتها نتائج متوسطة المدى تساعد في حل الكثير من المشاكل الجوهرية في النظام الصحي. وبالفعل أُسست الأكاديمية على خلفية مدارس التمريض ومعاهد الأطر المساعدة الأخرى التي جففتها إعلان السودان.

مياني رئاسة الأكاديمية المركزية بالخرطوم



وفيما يلي نجد تلخيصاً لكل هذه المبررات التي دفعت بمشروع أكاديمية العلوم الصحية لأن يصبح حقيقة واقعة:

أ. الحاجة الماسة لأطر صحية مدربة ذات مستوى رفيع يتناسب مع طبيعة ومستوى الخدمات الصحية وتتغام مع الظروف الإقتصادية والإجتماعية والجغرافية للسودان.

ب. زيادة إنتاج الممرضين والأطر الصحية المساعدة لتلبية حاجة القطاعين العام والخاص.

ت. المساهمة في إيجاد التوازن المطلوب في تركيبة الفريق الصحي وفق ما تقتضيه معايير الخدمة ومتطلبات العرض والطلب.

ث. مواكبة التطور العلمي والتقني في المجال الصحي على المستوى العالمي.

ج. الوصول لمستهدف منظمة الصحة العالمية بتزويج كل العاملين الصحيين بمنطقة شرق المتوسط إلى المستوى الجامعي ودرجة البكالوريوس بحلول عام 2015م.

ح. دعم أهداف إعلان السودان بضرورة العمل على رفع مستوى الأداء المهني لدى العاملين في مجالات التمريض والأطر الصحية المساعدة وذلك من خلال تطوير برامج تعليمية وتدريبية ودعمها بأحدث الوسائل التعليمية.

خ. استحداث برنامج الدبلوم الوسيط والبكالوريوس كمرحلة أساسية لبدء برامج دراسات عليا مستقبلاً.

د. دعم أهداف وسياسات وزارة التعليم العالي والبحث العلمي.

ذ. ربط التعليم العالي ببرامج الخدمات الصحية و المجتمع.

ر. الإستفادة من الإمكانيات التدريبية المتوفرة في المؤسسات الصحية بوزارة الصحة للتدريب الحقلية والميدانية للأطر الصحية للطلاب المستوعبين بالأكاديمية.

المبادئ الأساسية في الأكاديمية:

إن رؤية القيادة العليا في أكاديمية العلوم الصحية ترمي إلى أن تصل الأكاديمية كمؤسسة إلى مراحل متقدمة من التميز والريادة في تنمية الموارد البشرية للتمريض والقبالة والأطر التقنية الصحية والعاملين بالصحة بمستويات مهنية عالمية. وعليه فإن رسالة الأكاديمية تقوم على إعداد وتأهيل و تنمية كوادر التمريض والقبالة والأطر التقنية الصحية لسد الفجوة الكمية والنوعية في النظام الصحي في السودان والمنطقة وذلك من خلال مواكبة التقدم العلمي وبمستوى عالٍ من الجودة يعزز قيم المهنة وأخلاقياتها وخدمة المجتمع. ومن هنا أتت قيم الأكاديمية مرتكزةً على التميز والجودة حيث تتميز الأكاديمية بالتزامها بأفضل معايير الجودة العلمية والعملية في التدريب المهني والبحث العلمي. كما وتبني الأكاديمية نهجها على الإرث العلمي والعملية لنظام التدريب بوزارة الصحة السودانية. إن الإتجاه القائم على تشجيع الأكاديمية لعملية إنتاج معرفة متطورة وإعداد طلابها لبيدعوا على المستويين المحلي والعالمي سنراه متمثلاً بصورة كبيرة في هذه المؤسسة من خلال البرامج التدريبية ومنهجية التدريس. وهذا الأمر شهد له جميع من زار الأكاديمية ولمس روح الفريق والمؤسسية فيها بدءاً من الطلاب حديثي الإنتماء وصولاً إلى الإداريين والأكاديميين. والمتابع لنهج الأكاديمية سيلاحظ التزامها بمسؤولية المحافظة على جميع الموارد الفنية والفكرية والمادية المتاحة بها. وكذلك إلتزام الأكاديمية بالتعليم المستمر داخلها وخارجها ضماناً لاستمرارية نمو ورفاهية المجتمع.

إن الهدف الأشمل خلف إنشاء الأكاديمية هو تخريج قوى عاملة قادرة على المشاركة الفاعلة في تطوير الخدمات الصحية وتلبية احتياجات المجتمع بالسودان ودول المنطقة، مع تنمية قدرات ومهارات هذه الأطر الصحية في المجالات المهنية والتقنية والإدارية والعلمية والتعليمية وتطوير قدراتهم في تطبيق منهجية البحث العلمي في دراسة المشاكل الصحية. بالإضافة إلى ذلك فإن الأكاديمية خطت أهداف أخرى تتعلق بتخريج قوى عاملة لسد العجز الكمي والنوعي وفقاً للأعداد التي تمت الإشارة إليها سابقاً مع بناء نظام لترقيع

العاملين في المهن الصحية بالنظام القديم والذين تخرجوا بدرجة تعادل الشهادة الثانوية إلى درجة البكالوريوس والبالغ عددهم 18,000 عامل صحي وذلك وفق معايير التعليم العالي، وذلك تحقيقاً لتوحيد نظام التعليم والتدريب الطبي. ومن خلال العديد من الإستراتيجيات تحتم على الأكاديمية إعادة توازن كوادر الفريق الصحي بالسودان إلى النسب العالمية والتي تقوم على أساس ستة كوادر صحية تقنية لكل طبيب عبر برامج الدبلومات التقنية والبكالوريوس التقني.

نظام إدارة الأكاديمية واللامركزية:

الأكاديمية في إطارها العام تدار بواسطة مجلس للإدارة بينما تشرف عليها الإدارة العامة لتنمية الموارد البشرية من الناحية الفنية حيث يتم وضع الخطط وتقديم الدعم الفني لها عن طريق هذه الإدارة. أنشئ مجلس إدارة الأكاديمية بذات القرار الذي أنشئت بموجبه الأكاديمية. هذا المجلس ضم خمسة عشر عضواً من مختلف المؤسسات ذات الصلة والعلاقة بعمل الأكاديمية. وتقتضي مهام المجلس بوضع وإجازة السياسات، وبالإشراف على كافة النواحي الأكاديمية والتقييمية بالإضافة إلى متابعة أوجه الدعم الأخرى بما في ذلك تلك المتعلقة بإدارة الميزانية العامة. ويتفويض من مجلس إدارة الأكاديمية تم إنشاء مجلس أكاديمي متخصص فيما يلي الشئون الأكاديمية للطلاب وشئون الأساتذة، كما وتم إنشاء مجالس متخصصة لعدد من البرامج التدريبية القائمة. إضافة إلى ذلك تم إنشاء مجلس لمنسقي المراكز التدريبية يٌعني بعملية المتابعة الدورية للمراكز وترقية الخدمات بهذه المراكز.

تقوم هيكلية أكاديمية العلوم الصحية على نظام لامركزي مؤسس على أكاديمية مركزية بالخرطوم وأفرع ولائية تم إنشاؤها في عدد من ولايات البلاد المختلفة على مراحل متعددة. ولرئاسة الأكاديمية مقر مؤهل بالخرطوم ويقوم هيكلها على رئيس للأكاديمية ونائب للرئيس وعمادات وبرامج أكاديمية متخصصة وإدارات مختلفة بجانب وجود مركز مختص بالمناهج

والتنمية المهنية والبحوث. وعلى هذا الأساس تقوم الأكاديمية المركزية على وضع السياسات والنظم والمعايير والموجهات للعملية التعليمية ومتابعة تطبيقها عبر الإشراف على مراكز التدريب والأكاديميات الولائية. كما وتقوم بالتخطيط للتوسع في القبول والبرامج التعليمية وإعداد وإجازة المناهج الدراسية في مختلف المساقات العلمية التي ترعاها الأكاديمية. هذا بالإضافة إلى اجتذاب وتأهيل هيئة التدريس وتطوير قدرات الأساتذة والمدرسين في مجالات طرق التدريس والمهارات التعليمية. على الرغم من أن عملية قبول وإستيعاب الطلاب للدراسة بمراكز الأكاديمية من صميم اختصاصات الأكاديمية المركزية، إلا أن قيادة الأكاديمية ملتزمة بأن تشهد المرحلة المقبلة المزيد من اللامركزية في السلطات والإختصاصات حيث من المتوقع أن تصبح عملية القبول من سلطات المستوى الولائي لكن تبقى عملية وضع المعايير للقبول هي من إختصاصات وزارة التعليم العالي.

أكاديمية العلوم الصحية بمدينة الجنية



مايميز فكرة إنشاء أفرع الأكاديمية في الولايات هو أن هذا النهج يهدف إلى تعزيز وتوفير الكوادر الصحية المؤهلة وذلك بتهيئة مراكز التدريب في تلك الولايات بالبرامج التي تتناسب وحاجة كل ولاية وأولوياتها الصحية وذلك وفق بروتوكول تعاوني بين الأكاديمية المركزية وريئد الأكاديمية بالولاية وهو ما يسهم فيه جميع المعنيين لتفعيل العمل وتجويده. وهناك

تعاون فاعل ومثمر بين الأكاديمية والجامعات الولائية من أجل تبادل الخبرات وتقوية البيئة التحنّية للأكاديمية وتقوية النظام الأكاديمي الموجود فيها.

ويرى الكثيرون بأن فكرة لامركزية التدريب هي فكرة متميزة بحد ذاتها في بلد مثل السودان حيث أنها نقلت التدريب إلى مكان الحاجة الفعلية له وقلصت من ظاهرة الهجرة الداخلية من الولايات إلى العاصمة ومن الريف إلى المدن. وهناك بحث يجري تنفيذه في وقت كتابة هذا السفر يقوم على دراسة فرضية أن الأكاديمية يمكن بالفعل أن تؤدي هذا الدور في استبقاء العاملين في الولايات أو المناطق النائية، وأن هذا النهج يعتبر بمثابة النقلة النوعية في هذا المجال والتي يجب أن توثق وتدرس ليستفاد منها في دول العالم الثالث التي تعاني من ذات المشاكل الهيكلية في النظام الصحي.

تتميز الأكاديمية في الخرطوم باتساع مراكزها التدريبية بالعاصمة القومية لعدد 16 مركز داخل المستشفيات الأمر الذي أصبح على التدريب ميزة تنوع الخبرات وتعددتها مما يعد عنصراً داعماً لجودة التدريب و خطوة في سبيل ترقية وتطوير الأداء لهذه الكوادر.

مقر أكاديمية العلوم الصحية بالحصاحيصا



الولايات عبر وزارات الصحة، ووفقاً للبرتكولات التي يتم توقيعها مع الوزارة الاتحادية، هي المسئولة بصورة مباشرة وأساسية عن عملية تعيين عمداء الأكاديمية ولكن سنجد أنه لا يوجد هناك نظام واضح لهذه العملية، لكن ما تقوم به الوزارة الاتحادية هو عبارة عن وضع للمعايير التي تحكم عملية الإختيار والولاية هي صاحبة القرار في اخر المطاف. لكن الجدير بالذكر أن مجلس تنسيق الأكاديميات الولائية، والذي ينعقد كل ثلاثة أشهر، يضطلع بمهمة متابعة أداء العمداء وهو معني بصورة أساسية عن تقييم أدائهم ومناقشة أي ملحوظات حول هذا الأمر، ومن ثم فإن موافقة وزارة الصحة الاتحادية ليست أساسية في هذا الجانب.

فيما يلي هيئة التدريس، سنجد أنه لا يوجد أساتذة معينين حتى الان في الأكاديمية بشكل كلي، فكل الأساتذة إما أن يكونوا موظفين تابعين لوزارة الصحة وبمؤهلات أكاديمية تؤهلهم لأداء مهامهم أو أن يكونوا أساتذة في الجامعات الولائية. الأساتذة الذين يتبعون لوزارة الصحة تم تدريبهم على أسس التدريب، التعليم وتقييم الطلاب لأهمية هذه المهارات في عملية تدريس الطلاب. ويرى بعض المراقبين أن هذا الوضع ربما يعد أفضل تركيبة ممكنة يمكن أن تساعد على رفع مستوى طالب الأكاديمية خاصةً فيما يخص مهاراته ومعرفته بالنظام الصحي والخدمات الصحية. لكن هذا الوضع مثل أن له إيجابياته فإن له سلبياته خاصة مع توسع العمل، فقد أدى ذلك إلى فجوة واضحة في الاعداد المطلوبة من العاملين والأساتذة وقدراتهم.

مجالس إدارة الأكاديميات الولائية لها دور شبيهه بدور مجلس إدارة الأكاديمية المركزية غير أن مجلس إدارة الأكاديمية الولائية يٌضيف بعداً آخرًا في دعم الأكاديمية وموقعها في الولاية ضمن خارطة الأولويات وأجندة الدعم، وهو ما ساعد بالفعل في تطوير الأكاديمية. لكن قد يتفق الكثيرون على أن الدور الفعلي والحقيقي لهذه المجالس في تطوير الأكاديمية غير واضح ولم يتم تقييمه بصورة منهجية. ولعل المؤشر على ذلك أن قضية ضعف ميزانيات تسيير الأكاديمية هو قضية يتم طرحها باستمرار في مجلس تنسيق الأكاديميات الولائية.



النظام الدراسي والمناهج:

إهتمت الأكاديمية باستقطاب عدد من حملة الدرجات العليا من درجة البروفيسور والأستاذ المساعد والدكتوراة والماجستير، وتتم الاستعانة بمنتهي وزارة الصحة الإتحادية في بعض المجالات كما ويتعاون معها مجموعة كبيرة من الاختصاصيين بالمستشفيات. تم تصميم قاعدة بيانات لأعضاء هيئة التدريس لأغراض الجودة ومتابعة التناسب بين عدد الطلاب وأعضاء هيئة التدريس من الدرجات العلمية المختلفة وتمت الاستعانة بها للإيفاء باستحقاقاتهم المالية والتدريبية.

فيما يلي السياسات التعليمية فإن الأكاديمية تقوم حالياً بتقديم برامج هي الدبلوم والبيكالوريوس وبرامج التسجيل في عدة مجالات. حيث يتم قبول الطلاب الجدد من الشهادة الثانوية والناضجين في برامج التسجيل وذلك وفقاً لقرارات التعليم العالي. ويعتمد نظام الدراسة والتقويم على التدريب العملي والمهني وهو نظام فصلي يُعتمد فيه على منهجية نظام الساعات المعتمدة وتعتمد اللغة العربية في التدريس مع وجود تركيز على تطوير القدرات في

اللغة الانجليزية ليصبح نظام التدريس ثنائي اللغة في المستقبل. تمنح الأكاديمية مختلف الدرجات تضم درجة الدبلوم التقني بعد دراسة تمتد لسنة فصول دراسية بما يعادل ما مجموعه ٩٠ ساعة معتمدة على الأقل، تشتمل على التدريب العملي والنظري بنسبة ٦٠% إلى ٤٠% على التوالي. كذلك تمنح درجة البكالوريوس التقني بعد دراسة تمتد لثمانية فصول دراسية بما يعادل ما مجموعه ١٢٠ ساعة معتمدة على الأقل، تشمل التدريب العملي والنظري بذات الطريقة المعتمدة في الدبلومات. أما فيما يلي طلاب التجسير فيتم منحهم درجة البكالوريوس بعد دراستهم لأربع فصول دراسية بما يعادل ٦٠ ساعة معتمدة على الأقل، تشمل التدريب العملي والنظري بذات الطريقة المشار إليها سابقاً.

سنجد أن إعداد المناهج الخاصة بالأكاديمية يتم بواسطة مختصين من وزارة الصحة الاتحادية، ووزارة التعليم العالي ومنظمة الصحة العالمية وقد تمت إجازة عدد من المناهج في ورشة علمية بجامعة الجزيرة. كما وقامت الأكاديمية بمراجعة المناهج القائمة الفاعلة وفق الإطار العام للمناهج وفلسفة الأكاديمية في تبني التعليم المبني على المخرجات وحل المشاكل، ومتابعة أداء الطلاب بنظام الساعات المعتمدة والمعدل الفصلي والتراكمي وتعكف الأكاديمية حالياً إلى تطوير عدد من المناهج بالاضافة إلى 13 منهج مطبق فعلياً .

أما فيما يلي مرجعيات هذه المناهج فقد يختلف هذا الجانب بين مختلف البرامج. فبينما ورثت بعضها المناهج القديمة وتم إجراء بعض التعديلات عليها لتلائم التغيير في الغرض منها، فإن بعضها قد تم استحدثه كلياً وفق تطور المجال المعني. لكن سنلاحظ أن الأكاديمية قد استفادت بالفعل من الخبرات السودانية في الخارج حيث تمت الاستعانة ببعض منهم في إعداد المناهج أو مراجعتها. سنجد أيضاً أن الطلبة أنفسهم كانوا يشاركون في اعطاء تغذية راجعة حول هذه المناهج في عدد من البرامج. لكن وفي العموم فإن هذه المناهج، ومقارنة مع المناهج التي تدرس في الأكاديميات الشبيهة في المنطقة فتعتبر إلى حد كبير هي الأكثر مواكبة لمستجدات التدريب.

التوسع في البرامج والأعداد المقبولة:

بشكل عام، سنجد أن البرامج التدريبية بالأكاديمية ليست لها منهجية واضحة أو نظام متبع يتم على أساسه تحديد الحاجة من البرامج أو أعداد الطلاب المطلوب تدريبها. ربما توجد بعض الاستثمارات التي يتم استخدامها لتقييم هذا الجانب، إلا أن إستعمالها الفعلي غير موجود لتقييم الحاجة للبرامج التي تقدم عبر الأكاديميات. لكن تظل موافقة الأكاديمية المركزية، عبر اللجنة الدائمة للبرامج، أساسية في بداية أي برنامج تدريبي في الأكاديميات الولائية غير أن بعض البرامج مثل التمريض والمساعدين الطبيين سنجد أنها قامت بمجرد افتتاح هذه الأكاديميات نسبة للفجوة الكبيرة المطلوبة في هذه المجالات.

فيما يلي أعداد الطلاب الذين يتم قبولهم سنجد أن ذلك بني بالأساس على ما خطته الخطة الاستراتيجية للموارد البشرية التي تعرضنا لها في بداية الفصل مقرونةً مع مخرجات مسح الموارد البشرية الذي أُجري في العام 2006م ومن المتوقع أن يضيف المسح الثاني الذي أُجري في العام 2010م معلومات إضافية تساهم في توضيح الموقف بصورة دقيقة وإلى تحديد أفضل لما عليه حوجة النظام الصحي في مجال الموارد البشرية.

البرامج الدراسية التي تقدمها أكاديمية العلوم الصحية في الوقت الحالي ضمن أقسامها المختلفة هي:

- برنامج تجسير الصيدلة.
- برنامج تجسير التخدير.
- برنامج تجسير الأسنان.
- برنامج تجسير التمريض.
- برنامج تجسير علوم مختبرات.
- برنامج تجسير معلمي التمريض والأطر الصحية.
- برنامج البكالوريوس التقني في القبالة.
- برنامج البكالوريوس التقني في التمريض.

- برنامج شهادة القابلة الفنية.
- برنامج الدبلوم التقني في التخدير.
- برنامج الدبلوم التقني في الأسنان.
- برنامج الدبلوم التقني في الصيدلة.
- برنامج الدبلوم التقني في التمريض.
- برنامج الدبلوم التقني في طب العيون.
- برنامج الدبلوم التقني في تقنية الأسنان.
- برنامج الدبلوم التقني في الطب النفسي.
- برنامج الدبلوم التقني في الطب العمومي.
- برنامج الدبلوم التقني في تحضير العيون.
- برنامج الدبلوم التقني في علوم المختبرات.
- برنامج الدبلوم التقني في الإحصاء الصحي.
- برنامج الدبلوم التقني في صحة البيئة.
- برنامج الزائرات الصحيات.
- برنامج القابلة الممرضة.

الطلاب والخريجون:

الجدول التالي تمثل أعداد الطلاب بالأكاديمية بجميع فروعها حتى نهاية العام 2010:

| المجموع | معاون مصد ي | تجسي ر تمري ض | م.ط ب أسنا ن | ملا ظ صحة | م.م صد ة عامة | م.ط ب مختبرا ت | محض ر عمليا ت | م.ط ب عموم ي | م.ت خ د ير | م.ط ب ع ي ون | م.م ص يد ة | الق ب ة ق ر و ة ف ن ية | التم ري ض د ب ل وم | الولاية |
|---------|-------------------|------------------------|-----------------------|-----------------|------------------------|-------------------------|------------------------|-----------------------|---------------------|--------------------------|---------------------|---|--------------------------------------|--------------|
| 3004 | - | 680 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 2324 | الخرطوم |
| 1877 | - | 92 | - | 338 | - | - | 148 | - | - | - | 347 | - | 952 | الجزيرة |
| 1056 | 47 | 80 | - | 128 | - | - | - | 66 | - | - | 128 | 70 | 537 | القضارف |
| 962 | - | 40 | 93 | - | 150 | 225 | - | - | - | - | - | - | 454 | كسلا |
| 551 | - | 29 | - | 48 | - | - | 48 | - | - | - | - | 48 | 378 | البحر الأحمر |
| 941 | - | - | 98 | 63 | - | - | 86 | 147 | 63 | 18 | 155 | 8 | 303 | الشمالية |
| 598 | - | 52 | 26 | 86 | | | | - | - | - | 119 | - | 315 | نهر النيل |
| 401 | 50 | | | | | | | 76 | | | | 50 | 225 | سنار |
| 1142 | 50 | 58 | | | | | | 85 | | | 314 | 85 | 550 | النيل الأبيض |
| 710 | 47 | | | 47 | | 66 | | 59 | | | 175 | 40 | 276 | النيل الأزرق |
| 460 | | 92 | | | 25 | | | 96 | | | | 22 | 225 | شمال كردفان |
| 1009 | 100 | | | | 125 | 130 | | 50 | | | 130 | 100 | 374 | جنوب كردفان |
| 339 | 35 | | | | | | 30 | | 31 | | | | 243 | شمال دارفور |
| 712 | | | | 132 | | | 23 | | | | 167 | | 390 | غرب دارفور |
| 395 | 50 | | | | | | | | | | | 25 | 320 | جنوب دارفور |
| 14157 | 379 | 1123 | 217 | 842 | 300 | 421 | 335 | 579 | 94 | 18 | 1535 | 448 | 7866 | المجموع |

أعداد الطلاب الخريجين حتى نهاية العام الدراسي 2009:

الفرع المركزي : (الخرطوم)

- 714 طالب من دبلوم التمريض (تكميلي) بالمركز وولاية الخرطوم.
- 95 طالب في تجسير معلمي التمريض والأطر الصحية بالمركز .
- 156 طالب في تجسير مساعدي الصيدلة بالمركز .
- 54 طالب في تجسير مساعدي التخدير بالمركز .
- 44 طالب في تجسير مساعدي الأسنان بالمركز .
- 55 طالب في تجسير مساعدي المختبرات الطبية بالمركز .

الولايات:

- 258 طالب في دبلوم التمريض التقني بولاية نهر النيل .
- 48 طالب في دبلوم المساعدين الطبيين العموميين بولاية نهر النيل.
- 28 طالب في دبلوم محضري العمليات الجراحية بولاية نهر النيل .
- 90 طالب في دبلوم المختبرات الطبية بولاية الجزيرة .
- 35 طالب في تجسير الممرضين بولاية النيل الأبيض .
- 150 طالب في دبلوم التمريض التقني بولاية النيل الأبيض .

طلاب أكاديمية العلوم الصحية بولاية الجزيرة



الشراكات في مسيرة الأكاديمية:

شكلت العديد من الشراكات والعلاقات الإستراتيجية مع عدد من الجهات دوراً واضحاً وملموساً في تطور الأكاديمية. في عجلة نورد أهم الشركاء في مسيرة الأكاديمية والأدوار التي قاموا بها.

(1) النقابة العامة للمهن الصحية:

نقابة المهن الصحية أدت دوراً كبيراً في تدعيم قضية الأكاديمية وتطويرها سواء في الجانب السياسي أو الجانب المالي. حيث وقفت النقابة بصورة كبيرة خلف مشروع الأكاديمية مع بداياتها وذلك من خلال الدعم المالي الذي كان يتم توفيره عبر مساهمة الأطر الطبية والصحية بمختلف قطاعاتهم بمبالغ محددة يتم استقطاعها من المرتبات لصالح النقابة والتي بدورها تقدم دعماً للأكاديمية في شكل دعم مالي مباشر أو دعم عيني في مختلف المناحي، خاصةً فيما يلي تقوية البنية التحتية. ويرى كثير من الأطر الصحية المساعدة الذين تم الالتقاء بهم أن النقابة أدت دوراً ليس فقط في الجانب النقابي النمطي المتعارف عليه عن هذه الهيئات في تقديمها للمطالب، أو دورها المطلبي في المهنة، وإنما كانت تطور وتدعم في عملية مشروع الأكاديمية وتدفع به للأمام بكافة السبل الممكنة. النقابة تقوم بدور كبير في دعم قضية توظيف وتعيين خريجي الأكاديمية في الخرطوم والولايات وقد نجحت النقابة في هذا الأمر إلى حد كبير وهو ما انعكس بشكل إيجابي على النظرة الكلية لمشروع الأكاديمية.

(2) المجلس القومي للمهن الصحية:

العلاقة مع الأكاديمية تتركز في الأغلب في الجانب الأكاديمي، حيث حرصت الأكاديمية على إشراك قيادات المجلس في وضع ومراجعة المناهج والجوانب الأخرى المتعلقة بالتدريس وغيره من المحاور التي تجمع الجانبين. مازالت الأكاديمية تنو إلى ترقية العلاقة وذلك من خلال حوار مستمر مع المجلس.

(3) المانحين وشركاء التنمية:

يؤدي عدد من المانحين وشركاء التنمية دوراً كبيراً في المساهمة في تمويل أنشطة الأكاديمية المختلفة في كافة النواحي. فمن ضمن عدد كبير من الجهات الشريكة في هذا الجانب، نجد منظمة الصحة العالمية، التحالف العالمي للتحصين واللقاحات، صندوق الدعم العالمي، الحكومة الصينية، وكالة التعاون الدولي اليابانية والحكومة التركية، حيث أن جميعهم قد أدوا دوراً واضحاً يتراوح في مداه وذلك لدعم مشروع الأكاديمية بشكل عام. كذلك استفادت الأكاديمية من بعض الشراكات الداخلية وعلى رأسها الإتفاقية التي تم توقيعها مع صندوق دعم الوحدة والتي وفرت معامل مهارات ومكتبات لكافة فروع الأكاديمية بالولايات.

تمويل وتكاليف الدراسة:

تتميز الأكاديمية بأنها تقدم الدراسة مجاناً للطلاب وذلك تمثيلاً مع سياسة وزارة الصحة الرامية إلى سد الفجوة في الكوادر الطبية واجتذاب الطلاب المتفوقين. ويتم تمويل برامج ومناشط الأكاديمية عن طريق مساهمة الدولة بجانب النقابة العامة للمهن الصحية والاجتماعية هذا فضلاً عن الدعم التقني والمالي من منظمة الصحة العالمية وبعض المانحين. كما وتسعى إدارة الأكاديمية بالتنسيق مع مؤسسات وزارة الصحة إلى تنمية وتطوير الموارد الأخرى دعماً لتحقيق الريادة في التعليم الطبي وتدريب الكوادر الطبية.

في منحى آخر، فإن الاتفاق بين الأكاديمية المركزية وفروعها في الولايات كان يقتضي أن تتكفل الأكاديمية المركزية بالجانب الفني والأكاديمي على أن تتكفل الولايات بالجانب المادي في قضايا التمويل، لكن الكثير من الولايات لم توفي بهذا الاتفاق وهو ما أثر في تمويل هذه الأكاديميات وميزانيات تسييرها. لكن من الضرورة بمكان أن نشير إلى أن عدم التزام الولايات لم يكن حقيقةً نتيجة لغياب الالتزام، فبروتوكولات انشاء الاكاديمية الولائية يقوم بالتوقيع عليها الولاة بأنفسهم، لكن طبيعة اهتمامات الولاة وأولوياتهم كانت تلقي بظلالها أحياناً على مدى تطور الاكاديمية في الولاية المعينة وهذا ملحوظ بشدة في بعض الولايات.

وكذلك فإن الأكاديميات التي عملت على خلق اهتمام من قبل الوالي بالأكاديمية ظهر ذلك في نجاح وبروز بعض الأكاديميات الولائية دون غيرها وسيتم ترجمة ذلك بشكل كبير في جانب التمويل. لكن ذلك لا يفي أن ضعف الميزانيات الموجودة في الاصل مثلت عاملاً هاماً في هذا القصور.

أكاديمية الفولة كأمودج متفرد:

أكاديمية العلوم الصحية الفولة بجنوب كردفان تعتبر نونجاً رائداً في الأكاديميات الولائية في السودان مما يستوجب الوقوف عند تجربتها والتعمق أكثر في دور عميد الأكاديمية في نجاح مثل هذه المؤسسات خاصة فيما يتعلق الأمر بخلق الشراكات مع مؤسسات المجتمع المدني المحلي بالإضافة إلى مؤسسات القطاع الخاص والاهتمام السياسي في المستويات العليا خاصة من قبل الوالي. تجربة الأكاديمية في الفولة بدأت منذ العام 2006م ببداية متعثرة بعض الشيء حيث لم يستطع من كلفوا بمنصب العميد في ذلك الوقت في إحداث اختراق حقيقي في تلك المرحلة الحرجة في إنشاء الأكاديمية وذلك لعدد من الأسباب المتعلقة بضعف الميزانيات المتاحة وبعض القضايا الأكاديمية من توفير للأساتذة والبنية التحتية. وظل الوضع غير واضح في تلك المرحلة إلى أن تم تكليف د. عوض سلام، من قبل والي الولاية بمهام العميد في العام 2008م إلى أن عين لاحقاً وزيراً للصحة بولاية جنوب كردفان. ومنذ أن تولي مهامه كان أكبر همه هو ربط الأكاديمية في أذهان الناس بالأسس الحقيقية وراء إنشائها والمتمثلة في خلق تغيير حقيقي في واقع الوضع الصحي في الولايات خاصة فيما يتعلق بالخدمات الصحية الأساسية للمواطنين، ومن كون أن الأكاديمية أتت لمن يحتاجونها في مناطقهم كان لابد من بناء علاقة قوية بين إدارة الأكاديمية وبين المستفيدين منها بصورة كبيرة. بالفعل سنجد أن هذا النهج نجح تماماً في خلق شراكات قوية دعمت الأكاديمية من مختلف الجوانب المادية والعينية واللوجستية وغيرها حتى تغير واقع البنية التحتية للأكاديمية حيث تحولت من مبنى صغير لا تتوفر فيه كل المتطلبات الأساسية،

على أنقاض مستشفى الفولة القديم، إلى أن تحول لصرح مميز تعقد فيه بعض الإجتماعات الدورية لأمانة الحكومة ومجلس الوزراء في الولاية. وأكثر من ذلك أصبحت البنية الأساسية للأكاديمية تتيح لها تقديم خدماتها التعليمية بصورة مرضية جداً لتوفر كافة الإمكانيات المطلوبة فقط من خلال بناء العلاقات والشراكات الذكية مع مكونات المجتمع بمختلف أطيافه مما قلل - إن لم يكن محى - الحاجة إلى دعم وزارة الصحة لأكاديمية الفولة بصورة مباشرة. ركزت الأكاديمية على برنامج التمريض والقبالة بصورة أساسية وذلك للحاجة الكبيرة لأطر التمريض في الولاية وقد قامت الأكاديمية بالعمل على تدريب الطلاب في مختلف بقاع الولاية في وقت متزامن وذلك للعمل على سد النقص الواقع بصورة سريعة. وبهذا أصبحت حاجة الولاية هي الأساس في بدء أي برنامج تدريبي في الأكاديمية، وهذا بالطبع بالتشاور مع الأكاديمية المركزية.

سنجد أن أهم الشراكات التي نجحت الأكاديمية في خلقها هي العلاقة مع المجتمع والعشائر والقبائل المكونة له حيث تم شرح الفكرة لهم وطرح أهدافها وكيف أنها ستغير في الوضع العام في الولاية. وقد شهد المجلس التشريعي في العام 2010م لقاء جامع كبير لقيادات المجتمع في كافة أطيافه للتشاور حول الأكاديمية ومستقبلها وكيفية دعمها. وبالفعل كان لهذه المبادرة أثرها الكبير في دعم الأكاديمية بكافة الأشكال. أكاديمية الفولة، عبر شراكاتها مع عدد من منظمات المجتمع المدني بالولاية، قامت بتنفيذ مبادرة سميت "عشان أهلنا" لخلق علاقات للتواصل مع شرائح المجتمع الضعيفة والأكثر حاجة للمساعدة وذلك بدعمهم بمعينات عينية. المبادرة وضمن أهدافها ترمي إلى التعريف بالأكاديمية والغرض من إنشائها والمنافع التي يجنيها المجتمع من إرسال أبنائه وبناته للدراسة في الأكاديمية. الفكرة تبدو ناجحة جداً حتى الآن ومبشرة بتجاوب كبير من المجتمع تجاه الأكاديمية وأهدافها.

فيما يلي قدرات الأكاديمية خاصة فيما يلي التدريس تم العمل بنظام الأستاذ الزائر، وهو نظام تعمل به الأكاديمية المركزية لكل الولايات، بالإضافة إلى الاستفادة من الأساتذة الزائرين والأساتذة من الجامعات الموجودة في الولاية مثل جامعة السلام. إضافة إلى ذلك،

وجدت إدارة الأكاديمية بعض الأساتذة الملتزمين برسالة الأكاديمية من أبناء الولاية وتم استبقائهم للعمل بدوام كامل في الولاية.

رصد لآخر منجزات الأكاديمية:

حتى العام 2010م تم تحقيق الآتي:

- إعادة تأهيل فروع الأكاديمية الخمسة عشر في الولايات الشمالية والبنية التحتية للمقر الرئيسي، وبيئة العمل.
- توفير المكتبات ومعامل المهارات في المقر الرئيسي لأكاديمية العلوم الصحية وفي الخمسة عشر فرع في الولايات حيث أن المكتبات الولائية كانت في البدء عدد 6 مكتبات وتضاعفت لاحقاً إلى 14 مكتبة.
- تحديث/تطوير المناهج الدراسية وصياغة مناهج جديدة لبرامج أكاديمية العلوم الصحية فكان أن تم تطوير وإجازة 10 مناهج تشمل (مناهج دبلوم المساعدين العموميين، تجسير المساعدين العموميين، دبلوم المساعدين النفسيين، تجسير المساعدين النفسيين، دبلوم ملاحظي الصحة، بكالوريوس القابلة الماهرة، دبلوم التمريض التخصصي، شهادة المعاون الصحي، شهادة القابلة الفنية، بكالوريوس التمريض)
- إنشاء نظام إدارة للمعلومات بشكل جيد حيث تم تفعيل إدارة المعلومات بالولايات وربط الولايات بالمركز وتم إنشاء نظام يستوعب نقل المعلومات من المركز الرئيسي للمراكز التدريبية والولايات وبالعكس كما أنشئ نظام حاسوبي وهو في طور التجريب وقد أُطلق كذلك موقع الأكاديمية الإلكتروني www.ahs.edu.sd.
- تفعيل برنامج القبالة بتبعية جميع مدارس القبالة في السودان للأكاديمية وعمل تأهيل شامل لمباني مدرسة القابلات بأمدرمان لتصبح منارة لنهضة تعليم القبالة عبر الأكاديمية عبر قيادة البرامج وتطوير قدرات المدارس الولائية.

الرؤى المستقبلية للأكاديمية:

تسعى الأكاديمية بخطى حثيثة إلى إنضمام طليعة خريجها إلى منظومة الخدمات الصحية بالبلاد خلال الأعوام القليلة القادمة وذلك بأعداد مقدره تساهم في سد الفجوة وتدفع عجلة الرعاية الصحية ضماناً وتحسيناً لصحة المواطنين. وبذلك ترنو أكاديمية العلوم الصحية إلى المساهمة الفاعلة في التدريب أثناء الخدمة للعاملين بالصحة وبخاصة الأطر الطبية المنتشرة في الريف عبر برامج ودورات التدريب المستمر والتي ستقوم عبر أفرع الأكاديمية بالولايات. وتتجه الأكاديمية مستقبلاً إلى إنشاء برامج الدراسات العليا لخدمة الحاجة للقوى العاملة المتخصصة في مجال إدارة وتقديم الخدمات الصحية بالبلاد. وأخيراً تسعى الأكاديمية إلى الأخذ بمستجدات التقنية التعليمية والطبية وذلك عبر برامج التواصل مع المؤسسات العالمية النظيرة والإفادة من المؤسسات والهيئات العالمية ذات الصلة.

جانب من خريجي أكاديمية العلوم الصحية لبرنامج الترفيع



تحليل لمسيرة الأكاديمية:

من عوامل نجاح الأكاديمية في الفترة الماضية سنجد الآتي:

- أن مراجعة شاملة لأداء الأكاديميات بالولايات وربطها بالموجهات المركزية قد تمت في فترات متتالية وذلك من خلال تفعيل التنسيق بينها وبين الجامعات كدور أساسي لمجلس التنسيق.
- كان لإستقطاب كوادر مؤهلة لشغل الهيكل بالأكاديمية المركزية وفروعها بالولايات دوراً واضحاً في نجاح التجربة كأحد التجارب رائدة في عملية التوظيف في المؤسسات المماثلة.
- كان لتوسيع دائرة اتفاقيات الشراكة مع العديد من الجهات، والتي يعتبر عدد منها من التجارب الرائدة، دوراً واضحاً في توسيع قبول الأوساط المختلفة داخل وخارج السودان بتجربة الأكاديمية كأداة مهمة في تطوير سياسات تنمية الموارد البشرية الصحية.

إلا أن هناك عدد من العوامل شكلت عائقاً في طريق التنفيذ خطط الأكاديمية، نذكر منها:

- ضعف الميزانيات مقارنة بالعمل المطلوب تنفيذه.
- إشكالات الوظائف بالأكاديمية وتغذية الوظائف المصدقة من وزارة المالية.
- العلاقة غير الواضحة والمتأرجحة مع إدارات المستشفيات.
- استكمال الإجازة النهائية من التعليم العالي.
- إشكالات توحيد المناهج مع مؤسسات التعليم العالي.
- استيعاب وتوظيف خريجي الأكاديمية.
- إشكالات الدعم السياسي والتمويل بالأكاديميات الولائية.
- قضايا الجودة والمعايير القياسية للتدريب بالمركز والولايات.

هناك عدد من الملاحظات العامة في مسيرة الأكاديمية نلخصها في الآتي:

- ربما قد يلاحظ الكثيرون أن التوسع في الأكاديميات الولائية من حيث العدد والقدرات لم يصاحبه توسع موازي ومقابل في قدرات الأكاديمية المركزية، الأمر الذي يلقي بظلاله بطبيعة الحال على الشكل الكلي لإدارة مشروع الأكاديمية.
- أنتقدت الأكاديمية في بعض النقاط منذ إنشائه، مثلاً في جانب مؤهلات طلاب الأكاديمية وإلى أي مدى هذه المؤهلات كافية، وأيضاً في قضية الإشراف على المتدربين أثناء وبعد إنتهاء فترة التدريب.
- للخروج بأفضل النتائج بعد خوض التجربة من الفترة الماضية، يرى بعض قادة الأكاديمية ضرورة تدخل رئاسة الجمهورية والمجلس التشريعي في قضايا التخطيط والسياسات والاطر العامة لتدريب الأطر الصحية المساعدة باعتبار أهميتها في دولة مثل السودان بحيث يتم إجراء نقاش منهجي وعلمي في هذا المجال يزيد من الإهتمام والدعم السياسي لهذه القضية.
- ضعف تخديم وتشغيل الأعداد المتخرجة من هذه الأكاديميات يمكن أن يؤدي إلى خلل في العملية ككل في المستقبل على المدى المتوسط والبعيد. لذا فإن مبادرات الولايات في هذا الاطار ستكون مهمة جداً في عدم حدوث هذا السيناريو وذلك بالدفع بوظائف يتم استحداثها ووضع هذه الإطر ضمن أولويات تشغيل الخريجين.
- مازالت هناك أصوات عديدة وقوية من داخل النظام الصحي ومن خارجه تقف ضد مشروع الأكاديمية وتتادي بضرورة نقل هذا الأمر إلى وزارة التعليم العالي باعتباره الجهة المسؤولة عن هذا الأمر. غير أنه وفي الجانب الآخر فإن أصواتاً قيادية في التعليم العالي نفسه لا ترى إشكالية في أنموذج الأكاديمية بل تراه إضافة إلى منظومة تعليم المهن الصحية طالما ظل دور مرجعية المعايير من إختصاص التعليم العالي، وتشير هذه القيادات إلى أمثلة المؤسسات الجامعية التي تتبع لوزارات أو جهات في الدولة تلتزم بمعايير التعليم العالي.

- استدامة مشروع الأكاديمية سيظل هاجس لدى قيادات القطاع الصحي في السودان باعتبار أن قضية التمويل مشكلة قائمة بالإضافة إلى التحديات التي واجهت الولايات في عملها بالدفع بمشروع الأكاديمية للأمام. لكن نسبة إلى استمرار وجود تحدي الفجوة الانتاجية سيكون هناك دافع في مواصلة العمل ولكن سيكون السؤال، هل الدافع وحده كافي للاستمرارية؟

بالإضافة لتوثيق تجربتي مركز التطوير المهني المستمر وتجربة أكاديمية العلوم الصحية، لعله سيكون من المفيد جداً أن يقوم بعض الباحثين بتوثيق تجارب المؤسسات التدريبية الأخرى في السودان مثل المجلس السوداني للتخصصات الطبية وكذلك تجربة معهد الصحة العامة لما هاتين المؤسستين من دور كبير في تغيير مفاهيم عدة في مجال التدريب الطبي والصحي في السودان.

الفصل الرابع: تطور الخدمات العلاجية في المستشفيات

مقدمة:

لا يمكن بأي حالٍ من الأحوال تناول النظام الصحي في السودان دون التطرق لواقع الخدمات الطبية في المستشفيات باعتبارها إحدى أهم دعائم النظام الصحي. وقد ظلت خدمات المستشفيات تمثل الواجهة الحقيقية لانعكاس وضع النظام الصحي بكل مقوماته الأخرى وظلت هي المقياس لنجاح القائمين على أمر القطاع الصحي في إدارتهم لهذا القطاع الحيوي في الدولة. لذا ظل الجدل قائماً منذ عقود مضت، ومازال قائماً، حول واقع خدمات المستشفيات بكافة أشكالها ولن ظل الحديث عن توفر الخدمة وجودتها هو المحور الأساسي في حل القضايا المطروحة. في هذا الفصل، نتعرف بصورة إجمالية عن واقع خدمات المستشفيات من حيث التوسع في الخدمات، وإن كنا سنتناول تجربتي وزارة الصحة الاتحادية ووزارة الصحة بولاية الخرطوم في مجال إدارة المستشفيات بغرض توثيق بعض التجارب التي تستحق الوقوف عندها. وسيكون من المفيد أن نرى أسفار أخرى في المستقبل تتطرق للتجارب الأخرى المتفردة في العديد من الولايات مثل بعض التجارب في ولايات الجزيرة، البحر الأحمر وجنوب دارفور.

التوسع في خدمات المستشفيات في السودان:

سيكون من المفيد تذكير القارئ هنا بما كنا قد ذكرناه سابقاً في خدمات المستشفيات، حيث سنجد إن الإحصائيات أشارت إلى أن عدد المستشفيات في السودان في عام 1987م كان (200) مستشفى بتغطية تبلغ (0.8) مستشفى لكل 100,000 من السكان، ولم يتغير هذا الحال حتى عام 1992م ورغم زيادة المستشفيات إلى (216) مستشفى إلا أن المعدل كان كما هو (0.8) مستشفى لكل 100,000 من السكان. شهد العام 1996م تطوراً في هذا

المجال حيث بلغت المستشفيات (261) بمعدل (0.9) وفي العام 2000م زاد المعدل إلى مستشفى واحد لكل 100,000 من السكان. عدد المستشفيات إرتفع في الفترة بين عامي 2000م و2008م بمعدل وصل إلى نحو 28%، حيث زاد العدد الكلي للمستشفيات من 309 في العام 2000م إلى 395 في العام 2008م. كذلك زاد عدد الأسرة في المستشفيات من 23,076 سريراً في العام 2000م (بمعدل 72 سرير لكل 100,000 من السكان) إلى 28,389 سرير في العام 2008م (بمعدل 72.5 سرير لكل 100.000 من السكان). وزادت جملة وحدات الرعاية الصحية الأولية من 3,719 في عام 2000م، لكن في ذات الوقت، سنلاحظ أن الزيادة في وحدات الرعاية الصحية الأولية ضعيفة إذا ما نسبت إلى الزيادة السكانية حيث ظل المعدل ثابت إلى حد كبير. وقد ظل الهاجس في أن العديد من هذه الوحدات إما أنها لا تعمل على الإطلاق أو تعمل جزئياً لعدد من الأسباب كما أن هناك الكثير من الأسئلة حول التوزيع العادل للخدمات الصحية بشكلها الإجمالي وأيضاً حول جودة الخدمات التي تقدم فيها (المصدر: تقرير وزارة الصحة للعام 2009م).

التغيير في عدد الوحدات الصحية 2008 - 1989

| المؤسسات الصحية | 1989 | 2008 | نسبة الزيادة |
|-----------------|--------|--------|--------------|
| المستشفيات | 205 | 395 | 92.6 % |
| عدد الاسرة | 19,200 | 28,389 | 47.8 % |
| بنوك الدم | 31 | 130 | 319 % |
| وحدات الاشعة | 58 | 165 | 184 % |

أظهر مسح الخارطة الصحية في العام 2010م أن معدل الوصول للمؤسسات الصحية يعتبر مقبولاً نسبياً في الولايات حيث تبلغ نسبة السكان الذين يسكنون على بعد أقل من 5 كلم من مؤسسات تقديم الخدمة 76%. وهذا المؤشر يعني أن ربع سكان السودان لديهم

مشكلة في الوصول للخدمات الصحية. وتعتبر ولايات شمال كردفان، جنوب وشمال دارفور الأقل حظاً في نسبة الوصول للمؤسسات الصحية حيث بلغت بها نسبة السكان الذين يقطنون على مسافة أقل من 5 كلم 32%، و45% و47% على التوالي. وسجلت أعلى نسبة بولايات الشمالية، الخرطوم، القضارف والبحر الأحمر حيث بلغت 98%، 97%، 93% و93% على التوالي. على الرغم من ارتفاع النسبة لمجمل الولايات إلا أن النتائج أوضحت التباين/التفاوت داخل المحافظات حتى داخل الولايات التي بها نسبة وصول عالية. فهتلاً من تقرير المسح بولاية الجزيرة تبلغ النسبة الكلية لسكان الولاية الذين يقطنون على مسافة أقل من 5 كلم من مؤسسة صحية 86% وتقل النسبة لتصل إلى 65% بمحلية الكاملين ثم ترتفع النسبة إلى 99% بمحلية مدني الكبرى. هذا الوضع يستدعي إعادة النظر في توزيع المؤسسات الصحية والالتزام بالتصديق للمؤسسات الصحية حسب الخريطة الصحية (المصدر: تقرير مسح خارطة المؤسسات الصحية).

وفي منحي آخر سنجد أن وثيقة التوصيف للمؤسسات الصحية والتي وضعتها وزارة الصحة الإتحادية، أوضحت المعيار القياسي لتوزيع المؤسسات الصحية حسب السكان، كما وبينت وجوب توفر وحدة صحية أساسية لكل 5000 من السكان. ولما كان اعتماد نظام الإحالة ضعيفاً في معظم الولايات، وان جميع المؤسسات الصحية تعتبر نقاط لتقديم الرعاية الصحية الأولية فقد تم حساب التغطية الكلية بالرعاية الصحية الأولية من مجموع المؤسسات الصحية العاملة بالولاية. أما عن نسبة التغطية على مستوى الولايات الشمالية دون الخرطوم فقد أظهرت الخارطة أنها مؤسسة صحية واحدة لكل 6,143 من السكان، مما يعكس القرب من المعدل الموصى به حسب وثيقة التوصيف بفجوة تقدر ب 926 مؤسسة صحية معظمها مطلوبة لولايات جنوب وشمال دارفور وجنوب كردفان حيث بلغ العدد المطلوب توفيره لكل 395، 181 و162 مؤسسة صحية على الترتيب. وتجدر الإشارة الى أن ولايات الشمالية، نهر النيل والنيل الأزرق بها زيادة في عدد المؤسسات العاملة عن المطلوب.

على الرغم مما ذكر سابقاً فإن المعدلات الكلية تخفى الفجوات بين المحليات المختلفة داخل الولاية حيث أن الواقع يشير إلى زيادة في العدد في بعض المحليات ونقص في الأخرى. أيضاً فإن تحديد الحاجة الفعلية يخضع إلى مؤشرات أخرى يجب أخذها في الاعتبار مثل الموقع الجغرافي وسهولة الوصول للسكان وغيرها من المعايير التي يجب الأخذ بها في وضع خريطة الكلية وتحديد الحاجة الفعلية.

تجربة المجلس الأعلى للمستشفيات:

المجلس الأعلى للمستشفيات ككيان معني بالقضايا الكلية في تطوير الخدمات الصحية في المستشفيات ظهر الاهتمام به بعد أن تمت إضافته إلى قانون الصحة العام للعام 1985م. وقد تم تكوين المجلس في ذلك الوقت لكن لم يكن يعمل بصورة نشطة، ثم أعيد تفعيل المجلس وإعادة تشكيله في الأعوام 1994م ومرة أخرى في العام 2001م. تشكيل المجلس في العام 2001م كان موسعاً جداً وضم طيف واسع من الجهات المعنية بقضية الخدمات الصحية في المستشفيات. أصبح المجلس يساهم بصورة كبيرة في وضع الرؤية الإستراتيجية لخدمات المستشفيات ويمثابة الجسم التخطيطي لهذه الخدمات كما كان معنياً بصورة أساسية بوضع السياسات ذات الصلة بهذا المجال. سنجد العديد من الأمثلة لهذه السياسات التي وضعها المجلس مثل السياسة المالية والمحاسبية، سياسة نظام المشتريات الموحد، سياسة حوافز القوى العاملة بالمستشفيات، سياسة إشراك القطاع الخاص في خدمات المستشفيات، سياسة المعدات الطبية، سياسة المباني بالمستشفيات، سياسات الصرف المالي ولوائح تنظيم شؤون الأطر الصحية في المستشفيات بالإضافة إلى إجازة سياسات ومهام واختصاصات ولوائح المجلس الأعلى للمستشفيات التعليمية والمراكز القومية المتخصصة.

هذه الوضع ساهم في تنشيط المجالس الإستشارية للتخصصات الطبية المختلفة وأصبح لهذه المجالس دور كبير في تطوير الرعاية الصحية في كل من هذه التخصصات. صاحب هذا الأمر توسع وتحسن ملحوظين في هيكله وفاعله مجالس الإدارة بالمستشفيات الإتحادية

حيث أصبح تشكيل هذه المجالس موسعاً بصورة كبيرة تغطي كافة الجهات ذات الصلة بخدمات المستشفيات حيث كانت تضم سابقاً اعضاء إدارة المستشفيات فقط وأصبحت تضم فيما بعد اعضاء من قيادات المجتمع والمنطقة القائمة فيها المستشفى بالإضافة إلى تمثيل لجميع السلطات والمؤسسات المعنية بعمل هذه المستشفيات. وقد كان هذا الإتجاه من أكبر وأهم التغييرات التي أحدثها المجلس الأعلى في المستشفيات كجزء من التغييرات الكبيرة والهامة التي حدثت في النظام الصحي مع بداية الألفية الحالية. سنجد كذلك أن من ضمن السياسات المهمة التي سعى المجلس إلى تنفيذها هي سياسة ربط الميزانيات المعتمدة للمستشفيات مع مستوى أدائها، لكن سنجد أن هذه السياسة ورغم أهميتها لم تجد التطبيق الحقيقي والفعلي في الكثير من المستشفيات حيث كانت العديد من إدارات هذه المستشفيات تقاوم هذا الاتجاه للعديد من الأسباب من بينها أن هذه السياسة جعلت لكل أخصائي في المستشفى مستوى محدد من المستهدفات في تقديم الخدمة الأمر الذي كان مرفوضاً من قبل الأخصائيين في بعض المستشفيات. كذلك سنجد أن المقاومة كانت موجودة حتى على مستوى بعض القيادات في وزارة المالية، خاصة وأن هذا الإتجاه سيؤدي إلى زيادات مقدرة في مستوى الميزانيات في ذلك الوقت. في ذات الوقت سنجد أن هناك سياسات بعينها وجدت قبولاً وتنفيذاً متميزاً خاصة أن هذه السياسات ساعدت في ترتيب الأولويات فيما يتعلق بإدارة الموارد المالية المتوفرة. مثال لهذا سياسة الشراء الموحد حيث ساعدت هذه السياسة في ضبط العمل في مجال المشتريات المرتبطة بالأدوية والمعدات الطبية بمختلف أنواعها. الآلية التي تم اتباعها في تنفيذ هذه السياسة ساهمت إلى حد كبير في خفض التكلفة المرتبطة بهذه المشتريات وساهمت كذلك في رفع مستوى الشفافية. لكن ذلك لا ينفى أن هذه السياسة وجدت بعض المقاومة من قبل بعض أمناء المستشفيات حيث قوضت آلية تنفيذ السياسة من صلاحياتهم في هذا الجانب وتبعاً للبعض منهم فإن الآلية المتبعة كانت تشوبها بعض العقبات في مجال المتابعة والتقييم الخاصة بها. وسنناقش لاحقاً عدد من السياسات الأخرى التي ساهم المجلس في خطها وتنفيذها بشئ من التفصيل.

بناء القدرات الإدارية والتخطيطية:

مفاهيم تخطيط الخدمات الصحية في المستشفيات الإتحادية والولائية على حد سواء، أو في المجال الأشمل تخطيط المستشفيات، لم يكن منتشرًا بصورة كبيرة وواسعة في وسط هذا القطاع لأسباب عديدة، حيث أن ثقافة التخطيط كأحدى مقومات الإدارة لم تكن موجودة لدى العديد من قيادات المستشفيات الذين لم يتم تدريبهم لفترات طويلة على هذا الجانب. في العام 2002م أصدرت قيادة وزارة الصحة الإتحادية قراراً كان من شأنه أن ساهم في إعادة صياغة الوضع القائم في المستشفيات، وقد نص القرار على أن تكون هناك خطط لهذه المستشفيات واعتبار هذه الخطط جزءاً أساسياً من خطة الوزارة الإتحادية. القرار كذلك ساهم في إعادة ترتيب الشؤون الإدارية في المستشفيات حيث أصبحت من أهم مسؤوليات مدير المستشفى الإهتمام بمحاور الإدارة المرتبطة مباشرة بالمرضى والخدمات المقدمة في المستشفى في حين يقوم الأمين العام بالإهتمام بالجوانب الإدارية والمالية للمستشفى بشكل أساسي. هذا الاتجاه ساهم بشكل كبير في رفع مستوى الإهتمام بالخدمات وجودتها. في الفترة التي تلت العام 2003م أصبحت إدارات المستشفيات تتجه أكثر فأكثر نحو وضع الخطط السنوية والإستراتيجية لهذه المستشفيات الأمر الذي ساهم كثيراً في تطور العديد منها على نحو ملحوظ مقارنة مع الفترات السابقة. عملية التخطيط ضمن المستشفيات استدعت قيام الوزارة بعملية إشراف مستمر لمتابعة تنفيذ الخطط والوقوف على العقبات والمشاكل التي تواجه المستشفيات في عملها.

وزارة الصحة بولاية الخرطوم وحتى العام 2002م لم يكن بها إدارة للطب العلاجي بمفهومها الحالي حيث كانت الإدارات المعنية بتقديم الخدمات العلاجية موجودة بصورة أو أخرى لكن ليس تحت مظلة واحدة موجهة بصورة أساسية لرعاية تخطيط، تقديم ومتابعة الخدمات العلاجية بصورة كلية. هذا الأمر بلا شك كان له تأثيره الواضح على حجم الخدمات وجودتها بشكل عام. عقب إنشاء الإدارة بشكلها الكلي في العام 2002م حدثت تغييرات جذرية في الكثير من القضايا المحورية في الخدمات العلاجية كما سنشير إليها لاحقاً. عقب

إنشاء الإدارة، سنجد أن أهم ما ميز علاقة وزارة الصحة في ولاية الخرطوم ممثلة في إدارة الطب العلاجي من ناحية وإدارات المستشفيات من ناحية أخرى أن العلاقة كانت منظمة ومرتبطة بصورة واضحة للجانبين وذلك في شكل خطط وتقارير مصحوبة بعملية إشراف متكاملة تضم كل المستويات بما فيها إشراف وزير الصحة. هذا النهج انعكس بصورة واضحة على جودة الخدمة المقدمة. بالإضافة إلى ذلك كانت هناك علاقات رأسية بين الإدارات المتخصصة داخل الوزارة مثل الأسنان، المعامل، الصيدلة، التمريض وغيرها وبين المستشفيات بصورة مباشرة وهذا ساعد في تكملة العلاقة الفنية والإدارية بين الوزارة والمستشفيات.

الإشراف بشكل عام، في المستويين الاتحادي والولائي، اتخذ شكل الدعم (أو ما يسمى بالإشراف الداعم) حيث أن فرق الإشراف كانت تقوم بالتحقق من الالتزام بالمعايير والأنظمة التي يتم الإتفاق عليها وكذلك بتقديم الدعم لرفع القدرات عن طريق التدريب للأطر الصحية في المستشفيات التي كانت تنفذ هذه الأنظمة وسنجد أن هذا المنحى أصبح يمثل نقلة كبيرة في عملية المتابعة. هذه التجربة انتقلت بكل مفاهيمها بالإستفادة من تجربة ولاية الخرطوم في الفترة بين عامي 1995م وحتى العام 2000م، والتي نُقلت إلى الوزارة الاتحادية حيث استمدت تجربة الاتحادية العديد من ملامحها من تجربة وزارة الصحة بولاية الخرطوم في العلاقة بين الوزارة والمستشفيات التابعة لها واستهدت إدارة الطب العلاجي في الوزارة الاتحادية بهذه التجربة بالإستفادة من المبادرات الناجحة وكذلك من أوجه القصور التي شابت تجربة ولاية الخرطوم في هذا المجال. فمن ملامح تجربة الولاية المميزة في هذا الجانب أن عملية الإشراف لم تكن فقط من قِبل الوزارة على المستشفيات ولكن سنجد أن المستشفيات أيضاً كانت لها فرق إشراف داخلية تقوم بذات العملية كنوع من التنظيم أو الرقابة الذاتية واقتصر دور الوزارة وإدارة الطب العلاجي في التأكد من كون أن عملية الإشراف فاعلة وتعمل كما خطط لها. هذا الأمر ساعد في زيادة مستوى الإنتاجية في المستشفيات بصورة ملحوظة وقد كان المجلس الأعلى للمستشفيات يقوم بقياس أداء

الخدمات في كل المستشفيات بصورة دورية من خلال التقارير الواردة إليه. كانت وزارة الصحة بولاية الخرطوم تقوم بتقسيم المستشفيات التي كانت تتبع لها إلى مجموعتين من أجل تنظيم التعامل مع هذه المستشفيات. المجموعة الأولى، وكانت تضم ستة مستشفيات، كانت تعتبر بمثابة حجر الزاوية في تقديم الخدمة وكان يتم عليها التركيز بصورة أساسية في التطوير والتنمية وكذلك في تنفيذ مبادرات التحسين لتجربتها ومن ثم نقلها لبقية المستشفيات، وكانت هذه المجموعة ضمن صلاحيات إدارة الطب العلاجي بصورة أساسية. المجموعة الثانية كانت تضم بقية المستشفيات والتي كانت تتبع لإدارة الخدمات الصحية وبإشراف مباشر من إدارات الخدمات الصحية في المحليات.

تجربة ولاية الخرطوم داخل المستشفيات كانت عملية الإشراف تتم عبر مدير المستشفى والأمين العام وذلك عبر إستثمارات محددة تفرغ في تقرير موحد ومتكامل يحوى مكونات الشؤون الإدارية وكذلك مكونات الخدمات المختلفة بالإضافة إلى مكونات أخرى مثل الهيكله وتوفير المستلزمات. إشراف مدير المستشفى كان مرتبط بصورة أساسية بإشراف وزير الصحة بالولاية حيث كان المدير العام للمستشفى يشرف عبر إستمارة محددة ويقوم الوزير بالتحقق من وجود نتائج هذه الإستمارة في الإشراف الخاص به وكانت الأولوية تعطى في المستشفى لعناصر محددة مرتبطة بالمعدات الطبية والأدوية بشكل أساسي. وزير الصحة كان له برنامج إشرافي مقسوم إلى قسمين الأول مبرمج ومعلن حيث كان يتم في يوم محدد في الأسبوع بصحبة مدير الطب العلاجي وقسم ثاني غير معلن ومفاجئ يقوم به الوزير فحسب. هذا المنحى أدى إلى إستقرار العاملين في المستشفيات لوجود اهتمام بهم ويعملهم واستقرار الإمداد الطبي كما أدى إلى ترقية بيئة العمل بصورة ملحوظة. بالإضافة إلى ذلك، كان هناك اجتماع شهري للمدراء العاملين للمستشفيات مع الوزير وكان يتم نقل الاجتماع ليعقد في كل مرة في مستشفى مختلف، وفي هذا الاجتماع كان يتم توزيع ميزانية التنمية على المستشفيات وفقاً للحوجة. وقد كان ينظر إلى هذا الاجتماع بصورة أساسية على أنه منبر هام لصنع السياسات والقرارات الهامة في المستشفيات.

لعلنا أسهبنا قليلاً في سرد هذا المنحى في تبادل الخبرات بين الوزارة الاتحادية والوزارة في ولاية الخرطوم كانت تجربة ملفتة للنظر في كيفية الاستفادة من الخبرات ونقلها بين مؤسسات النظام الصحي، حيث أنها كسرت الحاجز في تبادل الخبرات بين المستويين الإتحادي والولائي والذي كان يكون في العادة في إتجاه توجيهي من أعلى إلى أسفل (إتحادية إلى ولائية)، بحيث أصبح أكثر تفاعلية في وضع النظم والسياسات والاستفادة من الخبرات المتراكمة.

سياسة ذاتية المستشفيات الإتحادية:

سياسة ذاتية المستشفيات (Hospital Autonomy) هي سياسة قائمة على أن تعمل المستشفيات بصورة مستقلة ودون اعتماد على جهات اخرى في اتخاذ قراراتها أو في تمويلها. رغماً عن ذلك سنجد أن مفهوم ذاتية المستشفيات هو معني نسبي وغير مطلق حيث أن الفكرة الأساسية التي روج لها البنك الدولي ومنظمة الصحة العالمية في الفترة التي أعقبت العام 1998م. الفكرة الأساسية لذاتية المستشفيات لم تكن تعني الذاتية المطلقة بأي حال من الأحوال، حيث أن المستشفيات في نهاية المطاف هي جزء مهم وفي قلب الهيكلة الكلية للنظام الصحي ووجودها ضمن هذه المنظومة يقتضي بالضرورة تعاضدها مع المكونات الاخرى للنظام بما يدعم المخرجات الصحية الكلية. ذاتية المستشفيات الخاصة سنجد كذلك أنها محكومة بالقوانين واللوائح التنظيمية التي توضع من قبل القطاع الخاص بنفسه أو بواسطة السلطات الحكومية.

في البدء يجب أن نشير إلى أن فكرة ذاتية المستشفيات، وإن لم تكن بنفس الفكرة التي تطرقنا لها في نموذج البنك الدولي، أو تلك التي تطورت عليها الأوضاع لاحقاً، إلا أننا سنجد أنها كانت بشكل أو آخر أحد المحاور الأساسية في تخطيط خدمات المستشفيات بولاية الخرطوم في الفترة التي أعقبت العام 1998م. لكن كانت الفلسفة العامة في هذه الفترة تُركز أكثر على مبدأ الإستقلالية في إدارة الميزانيات وتحديد الحوافز المالية وضبط الأداء.

لكننا في هذا السياق سنركز أكثر على تطبيق تجربة ذاتية المستشفيات في المستوى الإتحادي في الفترة بين عامي 2001م وحتى العام 2006م لما لهذه التجربة من أثر واضح في تغيير الكثير من المفاهيم والنظم في خدمات المستشفيات لاحقاً في المستويين الإتحادي والولائي على حدٍ سواء.

تاريخياً سنجد أن إدارة ميزانيات المستشفيات الإتحادية بشكل عام في الفترة بين عامي 1994 و1996م كانت عملية مركزية في الأساس خاصةً فيما يلي الإيرادات حيث كانت كل مستشفى تقوم بتوريد دخلها للوزارة والتي تقوم بدورها بإعادة توزيع الميزانية إلى المستشفيات مضاف إليها مبلغ إضافي يوازي حجم النقص العام في موازنة المستشفى، أو ما عرف بالميزانية التكميلية. التصديق على الصرف كان مركزي بامتياز، حيث كانت المستشفيات لا تجد حرية في التصرف في ميزانياتها بشكل منعزل عن الوزارة، كما كانت بعض بنود الموازنة كانت مركزية بطبيعتها مثل الكهرباء والدواء. هذا الوضع البيروقراطي كانت له الكثير من التبعات السالبة على نظم الإدارة الكلية للمستشفيات خاصةً نظم الشراء والإمداد بكافة أشكاله وبالتالي مخرجات وإنتاجية هذه المستشفيات. لكن سنجد أن بعض المستشفيات بدأت تنمرد بعض الشيء على هذا الوضع وبالتالي بدأت تجد لامركزية أكثر فيما يتعلق بالصرف على الحوافز المالية للعاملين فيها خاصةً أنها أصبحت مرتبطة بالأداء بناءً على الإنتاجية. عقب إجازة قانون الحكم الإتحادي للعام 1996م، وجهت وزارة المالية بضرورة فصل ميزانيات المستشفيات الإتحادية من ميزانية وزارة الصحة، وصارت وزارة الصحة تستقبل هذه الميزانيات فقط وتقوم بإرسالها مباشرة إلى المستشفيات. وعليه وفي الفترة بين عامي 1997م وحتى بدايات العام 2002م تغيرت السياسة الكلية المرتبطة بإدارة ميزانيات المستشفيات من مركزية مطلقة إلى لامركزية بغير حدود أو لامركزية غير محكومة (كما وصفها بعض المراقبين). وقد ورد في أحد التقارير التي أظهرت نتائج لتقييم قام به فريق من المختصين في مجال تقديم الخدمات الصحية في المستشفيات الإتحادية في العام 2001م أن المستشفيات باتت أشبه "بالجزر المعزولة" حيث كانت كل مستشفى تنفذ خطط

وأشطة بمعزل عن بقية المستشفيات وبدون وجود رؤية كلية للخدمات التي تقدمها. الوزارة في الفترة التي سبقت العام 2001م كان دورها ينحصر فقط في تعيين وفصل مدراء المستشفيات، كبير الجراحين وكبير الأخصائيين، لكن دون وجود حقيقي في توجيه العمل في هذه المستشفيات أو على الأقل متابعتها. بالإضافة إلى ذلك فسنجد أن بعض لمستشفيات قدمت غير فعال في ضبط الميزانيات خاصة مع وجود شخصيات أو مراكز ثقل طاغية داخل هذه المستشفيات ليس لديها أي محاسبة تجاه إدارة المستشفيات أو تجاه الوزارة، الأمر الذي كانت له انعكاسات سلبية في العلاقة بين الوزارة وهذه المستشفيات خاصة فيما يتعلق بالرقابة على الصرف المالي.

مع نهايات العام 2001م وبتشكيل المجلس الأعلى للمستشفيات الذي تطرقنا له سابقاً، صاحب ذلك تطور في مفاهيم عدة في عملية إعادة إصلاح النظام الصحي خاصة تلك المرتبطة بتقديم الخدمات الصحية. حيث سجد أن الإجراءات المتعلقة بعمليات الصيانة، الشراء الموحد، أنظمة المشتريات، التحفيز المرتبط بالأداء والمشاكل المتعلقة بها قد بدأت تجد حظها من النقاش والتطبيق العملي للحلول في فترات مختلفة ولكن بصورة كلية أسهمت في تغيير واجهة إدارة مؤسسات القطاع العام نحو منهجية تسعى لإحداث فعالية أكبر في عملية التمويل والصرف على الخدمات. كما أن مفاهيم أخرى مثل عملية التعاقد في تقديم الخدمات المرتبطة بالنظافة والتغذية في المستشفيات وجدت القبول في الكثير من المستشفيات وذلك لكون أنها تقلل الأعباء الإدارية على المستشفى لتركز أكثر على الخدمات العلاجية. كل هذه المفاهيم وغيرها طورت كثيراً في قدرات النظام الصحي في تطوير الخدمة الصحية في المستشفيات. أضف إلى ذلك وفي العام 2002م صدر قرار من الوزارة يقضي بفصل مهام المدير العام للمستشفى عن مهام أمين المستشفى كما تحدثنا عن ذلك سابقاً. شكل هذا القرار نقلة نوعية في مفاهيم الإدارة الكلية في المستشفى وكانت له تبعات إيجابية للغاية حيث ساعد الإدارة العليا في المستشفيات للاهتمام أكثر بالخدمات الكلية في المستشفى وبالتركيز على القضايا الإستراتيجية في تنمية الخدمات.

في العام 2003م بدأت وزارة الصحة الإتحادية في نقاش عدد من الأوراق العلمية حول مفهوم ذاتية المستشفيات خاصةً بعد نجاح التجربة في دولة ملاوي ودعوة منظمة الصحة العالمية الدول لتبني هذه التجربة. وبالفعل تبنى المجلس الأعلى للمستشفيات المفهوم وبدأ في وضع رؤية كلية ضمن سياسة تنظم وتؤسس لهذا المفهوم في المستشفيات. سياسة ذاتية المستشفيات حاولت أن تجد حلولاً لعدد من المشاكل المرتبطة بالمحاسبة المالية المرتبطة بالإداء، الصرف المالي المرتبط بالأولويات، فعالية الصرف على الأنشطة والمشاريع، التخطيط الكلي لخدمات المستشفيات، رفع جودة الخدمات وغيرها من القضايا المحورية في تقديم الخدمات الطبية. وبناءً على هذه المداولات قامت وزارة الصحة الإتحادية بوضع خارطة طريق لتنفيذ مبادرة ذاتية المستشفيات. خارطة الطريق تضمنت تعريف متكامل للوضع الراهن، تقييم لاحتياجات المشروع وتحليل للمقومات الموجودة. في عملية التحليل هذه قدمت كل مستشفى الخدمات المقدمة فيها، مجال هذه الخدمات ومستوياتها بالإضافة إلى طاقاتها التشغيلية. خارطة الطريق حددت كيفية العمل مع كل مستشفى في شكل مراحل وذلك لتوحيد التعامل مع المستشفيات وفق رؤية كلية كانت تقتضي أن يتم توزيع الرعاية الصحية الثانوية (المستشفى العام) في أطراف ولاية الخرطوم ونقل المتخصصة إلى داخل العاصمة.

هذه السياسة وجدت الدعم والإجازة من القيادة العليا للدولة، حيث شارك النائب الأول لرئيس الجمهورية في ذلك الوقت السيد على عثمان محمد طه والسيد وزير المالية الإتحادي والسيد وزير العمل والقوى العاملة ولفيف من السادة الوزراء شاركوا جميعاً في جلسة نقاش مستفيض في وزارة الصحة الإتحادية حول السياسة تمت التوصية على تطبيقها من قبل هذه الجلسة. كذلك تم نقاش هذه السياسة على مستوى اللجنة الفنية لمجلس الوزراء والذي أوصى المجلس بتبني السياسة وتنفيذها. وبالفعل قام المجلس بتشكيل لجنة بقيادة السيد النائب الأول لرئيس الجمهورية وضمت كذلك وزير الصحة ووزير المالية ووزير العمل بالإضافة إلى عدد من الخبراء للاتفاق حول الترتيبات المرتبطة بالموارد المالية والبشرية والقوانين

واللوائح المرتبطة بها ضمن تجهيز المسرح العام لتنفيذ السياسة. وكتناج طبيعي لعملية تقوية القدرات الإدارية والتخطيطية للمستشفيات التي تناولناها سابقاً، سنجد أن وزارة الصحة الإتحادية قد سعت في تلك الفترة إلى تقوية قدرات الإدارة في المستشفيات كما ذكرنا سابقاً تمهيداً لمنح هذه المستشفيات قدرة أكبر على إدارة شئونها بصورة ذاتية ومن مواردها الداخلية. وعليه قام السيد رئيس الجمهورية المشير عمر أحمد البشير بإصدار قرار في العام 2004م قضى بالشروع في تنفيذ ذاتية المستشفيات ووجه بوضع كافة الترتيبات اللازمة لإنفاذ هذه السياسة. صاحب ذلك السعي الذي قامت به وزارة الصحة الإتحادية في الإهتمام بتوسيع دائرة اللامركزية في داخل المستشفيات نفسها، حيث كان الإتجاه أن تقوم إدارات المستشفيات بمنح سلطات أوسع واستقلالية أكبر للأقسام الكبيرة داخل المستشفى في عملية التخطيط والإدارة والموازنات. لكن سنجد أن هذا الإتجاه لم يأخذ صورة واضحة في أغلب المستشفيات. ولنجاح هذه التجربة كان لابد من وضع قوانين ونظم تُعيد توازن العمل داخل المستشفيات مثل التعامل مع الفائض من القوى العاملة وغيرها من القضايا المتعلقة بإدارة الموارد البشرية والموارد المالية. لكن سنجد العقبات الرئيسية التي واجهت المستشفيات في تنفيذ السياسة كانت بالفعل مرتبطة بهذه المحاور. وتمثلت هذه التحديات في عدة محاور نذكر منها أولاً أن قانون الخدمة المدنية كان يتعارض بشكل عام مع بعض المفاهيم الأساسية في ذاتية المستشفيات حيث أن السياسة كانت تقتضي أن تقوم كل مستشفى بتعيين وفصل العاملين فيها بصورة مستقلة عن ديوان الخدمة العامة وهو ما كانت تعارضه عدد من الجهات في الدولة، لكن ما يجب ذكره في هذا الإطار أن الترتيبات كانت تقتضي وضع قوانين حاكمة لهذه العملية بحيث يتم تنظيمها بشكل كلي. هذا الوضع ليس بإستثناء في السودان، حيث سنجد أن وزارة التعليم العالي قامت بالفعل بوضع قوانين ساهمت في دعم الجامعات في وضع أنظمة خاصة بها تساعد في تعيين وفصل العاملين فيها وفقاً لقوانين محددة لهذا الأمر.

فيما يلي التمويل، كانت السياسة تقتضي أن يتم تمويل المستشفى بناءً على أدائها ضمن الخطة السنوية للمستشفى. حيث كانت الفلسفة قائمة على تحديد مستهدفات لإنتاجية عبر أسعار محددة للخدمات تساهم الدولة في تكلفتها لتقليل العبء على المرضى ومن ثم يكون العائد بعد ذلك للمستشفى وفقاً لضوابط مالية محددة. لكن هذا الوضع لم يكن موجوداً بصورة مثالية، حيث أن اللوائح المالية الموجودة لم تكن تعطي صلاحيات كبيرة لمدرء المستشفيات لتفويض مدرء الأقسام وبالتالي نجاح هذا النهج وبالتالي لم تكن الأقسام تحصل على كامل الميزانية اللازمة لترتيب شئونها وظلت مرتبطة إلى حد كبير بالترتيبات المالية الكلية التي كانت تحدد ملامحها وبشكل كبير وزارة المالية. وبالتالي سنجد أن التطبيق الفعلي لمبادرة ذاتية المستشفيات لم تتعدى بصورة كبيرة حيز الجوانب الفنية والسياسات. حاكمية العمل في المستشفيات وفقاً لهذه السياسة كانت تقع على عاتق مجالس إدارة المستشفيات والتي تطرقنا لدورها وتشكيلها فيما سبق.

خارطة الطريق التي تحدثنا عنها سابقاً تناولت كذلك كيفية بناء الإجماع حول هذه السياسة خاصةً ممن كانوا معنيين مباشرة بتطبيقها. ففي بدايات إدخال مفهوم السياسة في المستشفيات كان من الواضح أن العاملين كان غير ملمين بمفهوم السياسة وكيفية تنفيذها وتبعاتها. وقامت الوزارة بإقامة العديد من السمنارات التعريفية بالسياسة ومفهومها. سنجد أن المستشفيات إستبشرت بصورة عامة بهذه السياسة لما تطرقت له من تغييرات جزرية في إدارة المستشفيات. بدأت سياسة ذاتية المستشفيات تشير إلى بداية واقع جديد في خدمات المستشفيات وانعكس ذلك على زيادة عوائد المستشفيات وصاحبها كذلك إنخفاض في المنصرفات في عدد من المستشفيات. وكمثال على هذا الأمر سنجد أن مستشفى بحري مرت عليها فترة تطورت فيها صورة الميزانية من عجز يقارب 70% من الميزانية إلى ميزانية سنوية صفرية العجز أي وصلت مرحلة إنعدم فيها إعتماها على الوزارة.

بالإضافة إلى ذلك، سنجد أن هناك محاور أساسية تغيرت في تطور عملية التخطيط داخل المستشفيات. ومن الأمثلة على هذا الجانب هو أن أصبحت إدارة المستشفى تقوم بعملية

حساب التكلفة لكل خدمة من الخدمات التي تقدم خاصةً العمليات وبصورة مستقلة. حيث كان تحديد أسعار الخدمات للمرضى يتم على أساسين، الأول التكلفة الحقيقية لكل خدمة أو عملية والثاني كان يتم إجراء مقارنة مع أسعار الخدمات في القطاع الخاص. وأخيراً يتم إتخاذ القرار بناء على سياسة الكلية في كيفية توزيع التكلفة بين المريض والدولة. لكن هذا النهج له سلبياته أيضاً فقد كان يحدث بعض اللغظ أحياناً في أفراد المستشفى وحده في عملية تحديد أسعار الخدمات. حيث أثار مستوى الأسعار في المستشفى السعودي في فترة من الفترات لغطاً عاماً حول مقدرة المرضى على تحمل تكاليف العلاج، وقد كانت لإدارة المستشفى مبرراتها في ذلك الوقت حول إرتفاع التكلفة داخل المستشفى. هذا الأمر حدا بالوزارة بالتدخل في عملية وضع سقفوات للأسعار بالرغم من أن هذا الأمر يتعارض بشكل عام مع سياسة ذاتية المستشفيات في عملية الإدارة، لكن في ذات الوقت فإن وضع السياسات واللوائح هو مسئولية الوزارة عبر آلياتها المختلفة وهو الأمر الذي إستدعى مثل هذا التدخل. ولم يكن هذا الجانب هو الوحيد في ردة الوزارة في منح ذاتية المستشفيات حيث أن المقاومة التي وجدتها وزارة الصحة من جهات أخرى في هذا الجانب ساهم في تقويض هذه المبادرة وتفاوت واضح في مخرجاتها بشكل عام.

في الفترة التي أعقبت العام 2006م بدأ تنفيذ سياسة ذاتية المستشفيات يمر بتحديات حقيقية تمثلت في عدم اكتمال القوانين واللوائح التي تحدثنا عنها سابقاً والتي كان من المفترض وجودها لبناء الأساس القوي للتغييرات المستهدفة. بالإضافة إلى ذلك سنجد أن غياب المجلس الأعلى للمستشفيات وعدم قيامه بدوره المنوط به في تنفيذ هذه السياسة كان له الدور الأكبر في تزعزع الوضع العام لتنفيذ السياسة خاصةً في ظل غياب المرجعية في التخطيط والسياسات التي كان على المجلس المضي فيها قدماً في هذا المشروع. أضف إلى ذلك أن الترتيبات المتعلقة بالشئون المالية والميزانيات واجهت تحديات حقيقية حيث انعدم دور الوزارة مرة أخرى في عملية المتابعة والتقييم في الجوانب المالية بكل أشكالها سواء أن كان ذلك في التخطيط، الصرف أو التقارير.

بالرغم من سياسة ذاتية المستشفيات لم يكن من أهدافها المباشرة هو رفع مستوى الوصول للخدمات الطبية بقدر ما كانت معنية بصورة أكبر بزيادة فعالية تقديم الخدمات، إلا أن العديد من المراقبين أشاروا إلى أن التقارير حول تردد المرضى في المستشفيات أشارت بوضوح إلى زيادة مقدرة في عدد المرضى وكذلك في تنوع الشرائح التي أصبحت تطلب الخدمات من هذه المستشفيات خاصةً مع إدخال عدد من المستشفيات فكرة الأجنحة الخاصة أو القسم الخاص والتي أصبحت تجذب الشرائح الأكثر قدرة في المجتمع على تحمل تكلفة الخدمات في هذه المستشفيات. العائد من الأجنحة الخاصة في المستشفيات إنعكس بصورة عامة على تجويد الخدمات الأخرى داخل المستشفيات وعلى تطوير البنية التحتية للمستشفيات، ولعل مستشفى الخرطوم والخرطوم بحري كانت أفضل شاهد على هذا التحول.



مشروع ذاتية المستشفيات لازال حلم يراود العديد من قادة القطاع الصحي في السودان في كافة ولايات السودان، وهناك عدد مقدر من الأوراق العلمية التي كُتبت في هذا المجال وحللت بصورة منهجية متطلبات التجربة، عوامل نجاحها وتحديات واقعها. سيكون من المفيد لمن يود الاستفادة من هذه الأوراق الإطلاع عليها من وزارة الصحة الاتحادية.

سياسة الحوافز المالية:

ظل الدخل الوحيد للمستشفيات الحكومية - ولوقت طويل - عبر إيراداتها من أبواب الدخل وهذا أدى إلى عدم حدوث تطوير حقيقي في خدمات المستشفيات وفي الكثير من الأحيان عدم توفر الخدمات الأساسية أو تلك المنقذة للحياة ناهيك عن قدرة المستشفيات على استبقاء العاملين فيها وفقاً لنظام تحفيزي واضح لغياب أي مورد لهذا الجانب.

في العام 1997م تم إبتدأ سياسة هدفت إلى تحفيز الأطباء للعمل في القطاع العام، هذه السياسة انعكست في رغبة عدد أكبر منهم للعمل في مستشفيات الوزارة وهو ما لم يكن يحدث في الفترة التي سبقت هذه السياسة. لكن حتى مع تغير الواقع بتوفر بعض الموارد التي تم تخصيصها لهذا الجانب، وبالرغم من وجود لوائح مالية واضحة تنظم القرارات المالية في المستشفيات، إلا أننا سنجد أنه من أهم المشاكل التي كانت تواجه هذه المستشفيات هو عدم وجود عدالة في السياسات المعنية بتحديد مستوى الحوافز المالية التي تدفع للعاملين بالمستشفى، كما أنها لم تكن قائمة على معايير واضحة لتحقيق الأهداف التي صممت من أجلها المتمثلة في استبقاء العاملين ورفع درجة رضائهم عن العمل. وكما ذكرنا سابقاً، فقد قام المجلس الأعلى للمستشفيات بوضع سياسة تفصيلية ومتكاملة ساعدت في توضيح أكثر القضايا التي كانت موضع جدل بين الجميع والتي لم تكن واضحة لدى العاملين في المستشفى خاصة الأطباء الأخصائيين. السياسة الجديدة اشترطت أن يتم ربط التحفيز المادي ومستواه بعملية الأداء والإنتاج في المستشفى، وعليه فإنها حددت نوعين من الحوافز في هذا الجانب. الأول متغير غير مرتبط بنوعين الأداء وهو يساوي بين جميع العاملين في المستشفى في النشاط المحدد، والثاني كان يحدد تبعاً لنوعية النشاط حيث يمنح الشخص حافزاً مادياً يتناسب وما يقوم به من جهد في المجال المعين. هذا الأمر وجد رفض ومقاومة من مختلف العاملين داخل المستشفيات، حيث أن شرائح العاملين من غير الأطباء كانت تتضرر في الغالب الأعم من عدم عدالة التحفيز الثابت، وكذلك سنجد أن شريحة الأطباء كانت غير راضية عن عملية التحفيز المرتبط بالأعداد المحددة من المخرجات من عمليات

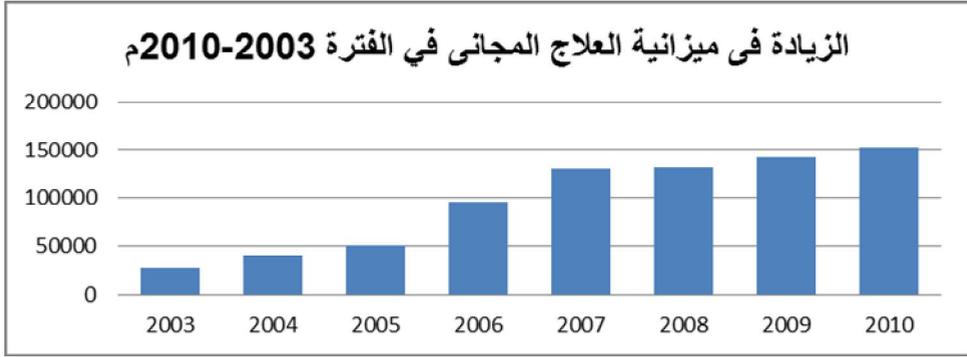
أو مرضى أو غيره حيث أن هذا الأمر شكل عبء إضافياً عليهم. كذلك سنجد أن إدارات المستشفيات كانت قد وجدت تحدياً حقيقياً في ربط هذه الحوافز مع موازنات المستشفيات التي يتم طلبها وتلك التي يتم المصادقة عليها خاصة وأن الزيادة في الحوافز في الكثير من الأحيان لم تكن تقابلها ميزانيات متوفرة فعلياً في المستشفيات.

سياسة العلاج المجاني:

سياسة العلاج المجاني استندت على قرار رئاسي للعام 1996م ومرة أخرى في شكل توجيه في العام 2000م الذي قضى بتقديم خدمات الطوارئ بصورة مجانية لمتلقي الخدمة الصحية وذلك خلال الأربع وعشرون ساعة الأولى عند دخول المستشفى، بالإضافة إلى ذلك غطت هذه السياسة تقديم الرعاية المتخصصة في مجالات الكلى، القلب والسرطان. في العام 2008م وبناء على قرار رئاسي أيضاً تمت إضافة خدمات الرعاية الصحية للأطفال دون سن الخامسة، العمليات القيصرية، خدمات نقل الدم وعلاج الهيموفيليا إلى قائمة الخدمات التي يغطيها العلاج المجاني.

تمويل برنامج العلاج المجاني كان يتم بصورة مباشرة من وزارة المالية تحت بند الدعم الاجتماعي للصحة وبتنفيذ مباشر من وزارات الصحة بالولاية وبإشراف الوزارة الاتحادية. الميزانية التي ترصد لهذا البرنامج تطورت بشكل ملحوظ منذ إنشاء البرنامج، حيث سنجد أن الميزانية بلغت كانت مليون جنيه في العام 2001م ثم أصبحت 42 مليون جنيه في 2006م ثم إلى أكثر من 70 مليون جنيه في العام 2010. وبصورة إجمالية تعدى إجمالي التمويل مبلغ 152 مليون جنيه عقب الفترة التي تلت ادخال خدمات الذرة والكلى في مدينة ودمدني وأسهمت في زيادة الميزانية المرصودة لهذا البرنامج. سابقاً كان يتم تقسيم الميزانية على أساس أن 80% منها مركزي والبقية ولائي في السياسة الأولى وهي قائمة على عدالة التوزيع بين الولايات والمستشفيات. ثم تلى ذلك تعديل في طريقة توزيع الميزانية والتي بنيت على أسس ومعايير محددة بناء على الإحصاءات في المستشفى، عدد المرضى

المستهدفين، الإستهلاك الشهري للمستشفى بالإضافة إلى إعتبرات اخرى مثل مدى التطوير والإنجاز الذي قامت به المستشفى في إدارة برنامج العلاج المجاني.



تنفيذ سياسة العلاج المجاني واجهت العديد من العقبات والمشاكل نذكر بعض منها. بالطبع فإن تنفيذ البرنامج كان مرتبطاً بشكل كبير بالإمدادات الطبية المركزية باعتبارها المورد الرئيسي للأدوية والمستلزمات الطبية. هذه العلاقة خلقت شكلاً من أشكال تضارب المصالح في دور الإمدادات، حيث حدثت عدة خلافات مع إدارة الإمدادات في الفترة ما بين العام 2008م وحتى العام 2010م حول الأسعار التي كانت تضعها الإمدادات والتي وصفت بغير العادلة ومن جهة أخرى وضعت الإمدادات قائمة للعلاج المجاني لم تكن المستشفيات في حوجة حقيقية لها، الأمر الذي قلل الإستفادة من الدعم المقدم. بالإضافة إلى ذلك، فإن قائمة الأدوية المدرجة ضمن برنامج العلاج المجاني تمت زيادتها بصورة كبيرة بدون حدوث مراجعة فعلية لهذه القائمة الأمر الذي أحدث بعض المشاكل المرتبطة بتوافر الأدوية والإمدادات الأكثر أهمية بين أصناف القائمة على حساب الزيادة في عدد الأصناف. هذا الأمر صاحبه عدم ارتياح عام في تلك الفترة وهو ما دعا الوزارة إلى القيام بعملية مراجعة وتقييم متكاملة للبرنامج. كذلك سنجد أن العلاج المجاني كان يتم استخدامه بصورة غير مرشدة في بعض المستشفيات وهو ما أضطر بعض المستشفيات إلى فصل صيدليتين واحدة

تختص بالأدوية المجانية والآخرى لبقية الأدوية وكان هناك مسار واضح وصريح في هذا المجال. وبالإضافة لفصل الصيدليات، قامت الوزارة كذلك بوضع نظام محدد للجرد والتقارير والتي ساهمت في مراقبة الضوابط التي كانت توضع بواسطة إدارة العلاج المجاني. لكن في ذات الوقت سنجد أن بعض الجوانب الإيجابية رافقت أيضاً تنفيذ السياسة، حيث أنها ساهمت في تعديل بعض المفاهيم والممارسات لدى العاملين داخل المستشفيات، حيث أن توزيع الدواء المجاني ساهم في رفع الاهتمام أكثر بمعالجة الحالات الطارئة والتي لم تكن تجد ذات الإهتمام في الفترة التي سبقت تنفيذ هذه السياسة بصورة واسعة. بالإضافة إلى ذلك، سنجد أن تنفيذ السياسة انعكس بصورة واضحة في الزيادة التي حدثت في التردد داخل المستشفيات وفي عدد الحالات التي تم علاجها وفقاً للتقارير الدورية التي كانت تصدر.

الجودة:

جودة الخدمة هي من المحاور المهمة للغاية في تخطيط وتقديم الخدمات الطبية والتي لا بد من الإهتمام بها ضمن السياسة الكلية لتقديم الخدمات الصحية. وبهذا المبدأ سنجد أن أول إدارة للجودة في السودان في القطاع الصحي أنشئت في وزارة الصحة بولاية الخرطوم وذلك في العام 1998م، وقد كان لإنشائها تأثير واضح في تغيير مفاهيم الجودة وثقافتها في محور الخدمات العلاجية للوزارة. بالرغم من أن تركيز هذه الإدارة كان في بداية عملها ينحصر في الخدمات العلاجية في المستشفيات، إلا أن إدارة الجودة استطاعت وخلال فترة قصيرة أن تنقل اهتمامها إلى محاور أخرى مرتبطة بالطب الوقائي والرعاية الصحية الأساسية وغيرها.

في العام 2001م بدأت الوزارة الاتحادية تحذو حذو وزارة الصحة بولاية الخرطوم في إنشاء قسم للجودة داخل الوزارة وإن تركزت أعماله في المرحلة الأولى بصورة كبيرة على الخدمات العلاجية دون غيرها من المحاور. وقد ركزت إدارة الجودة في الفترة التي تلت العام 2003م على تقوية هياكل الجودة بشكل كُلي، حيث نجحت الإدارة في تعيين ممثلين ومنسقين لها

في الإدارات الرئيسية والفرعية في وزارة الصحة الاتحادية والوزارات الولائية بشكل كبير. كذلك تم إنشاء المجلس الأعلى للجودة بقيادة وكيل وزارة الصحة الاتحادية بالإضافة إلى تشكيل كافة اللجان الفنية المتخصصة في مجالات الجودة في مختلف المستويات. في العام 2003م تم كذلك تشكيل المجلس الأعلى للإعتماد وصاحب تشكيله تشكيل لجنة الخبراء الفنية وهي لجنة مستقلة تقوم بعملية المسح والمراجعة للمؤسسات الصحية ورفع تقاريرها للمجلس الأعلى للإعتماد الذي يقوم بدوره بمراجعة التقارير ويمنح على أساسها شهادات الإعتماد للمؤسسات الصحية التي تستوفي معايير الجودة المحددة. لكن مبادرة الإعتماد لم تتواصل نسبةً لكون مفهوم الإعتماد يحتاج إلى إطار قانوني يستند عليه ليمنحه القوة في التطبيق والمحاسبة. لكن عدم وجود القانون ساهم بشكل سلبي في تواصل الجهود التي كانت تتم في هذا المجال. لاحقاً وفي العام 2009م أُعيد تشكيل المجلس الأعلى للإعتماد وصاحب ذلك تكوين لجان الجودة والتي شملت (الهيئة الوطنية للإعتماد للمؤسسات الصحية، اللجنة الوطنية لمكافحة العدوى، اللجنة الوطنية للسجلات الطبية، اللجنة الوطنية للطب المبني على البراهين).

سنجد أن برامج التدريب التي نفذتها وزارة الصحة الولائية في مجال الجودة، سواءً أن كان للعاملين في إدارة الجودة أو لمقدمي الخدمة، هي التي لعبت دوراً كبيراً في التطور الذي حدث في إدخال أسس ومفاهيم الجودة ضمن منظومة العمل. التدريب كان يستهدف بصورة أساسية نشر ثقافة الجودة في أوساط العاملين الصحيين وقد شهد العامين 2005 و 2006م عدد كبير ومقدر من البرامج التدريبية التي أوجدت عدد كبير من داعمي مفهوم الجودة داخل الوزارة والمؤسسات الصحية. بالإضافة إلى ذلك قامت الإدارة بوضع إجراءات العمل القياسية للكثير من الإجراءات والأنشطة داخل المستشفيات ومن ثم إجازتها من قبل اللجان المعنية. ثم قامت الإدارة عقب ذلك بالاهتمام بالبرتكولات العلاجية لعدد من الأمراض الشائعة في النظام الصحي. وضع الإجراءات القياسية والبرتكولات العلاجية شكلت فرصة كبيرة لإشراك الكثير من العاملين الصحيين بمختلف مجالاتهم وتخصصاتهم حيث أشارت

العديد من التقارير إلى مشاركة عدد كبير جداً من الأخصائيين في وضع هذه المخرجات وشاركوا بصورة فاعلة في هذه العملية.

إدخال مفهوم الجودة اقتضى بالضرورة الإهتمام بوضع معايير لأداء المستشفيات خاصة فيما يلي عملية التقييم والمتابعة في المستشفيات. لكن واجه مختصي الجودة بشكل عام مشاكل متعلقة بعدم التزام عدد من الأخصائيين في المستشفيات بهذه المعايير، حيث أن النظم الجديدة كانت متطلبة جداً في إي إجراء يتم ولكن بالطبع بما يساهم في تجويد الخدمة التي تقدم للمرضى. لكن وعلى الجانب الآخر سنجد أن عدد من الأخصائيين كانوا إضافة حقيقية لنظم الجودة في المستشفيات وكان يُطلق عليهم رواد الجودة نذكر منهم على سبيل المثال الدكتورة فاطمة فرح في مستشفى الخرطوم والتي كانت من أكثر الأخصائيين اهتماماً بمفاهيم الجودة وتطبيقاتها. لاحقاً بدأت إدارة الجودة في تشكيل لجان للجودة في المستشفيات (والتي تشمل لجنة السجلات الطبية، لجنة سلامة المرضى، لجنة مكافحة العدوى، لجنة الوفيات والمرضاة، لجنة التطوير المهني، لجنة الصيدلة والعلاجات) وسعت لأن تكون تبعية هذه اللجان تحت الإشراف المباشر للمدير العام للمستشفى وهو ما حدث بالفعل في بعض المستشفيات.

وبالرغم مما ذكرناه بشكل سريع فيما تم في مجال الجودة، إلا أننا سنجد أن الإهتمام بهذا المحور الأساسي والحيوي في الخدمات العلاجية لم يجد المتابعة والإهتمام بصورة كبيرة من قيادات الوزارة في الفترة التي تلت العام 2006م وهو ما ساهم بصورة كبيرة في قلة التدخلات والأنشطة التي نُفذت في هذا المجال لاحقاً. ويظل الجدل قائماً في الأوساط الطبية والصحية حول معايير جودة الخدمات الصحية في مؤسسات القطاعين العام والخاص ومدى مطابقتها للمعايير العالمية في هذا المجال.

ملاح في تطور الخدمات العلاجية:

كنتاج طبيعى للتطور الذي حدث في قدرات المستشفيات في النواحي الإدارية ومع تبني عدد من السياسات الأساسية سنجد أن الإنتاجية قد ازدادت بصورة واضحة في العديد من المستشفيات، ولعل أوضح الأمثلة هي مستشفى البان جديد حيث تحول من مستشفى به عدد قليل من الأطباء لا يتجاوز عددهم 5 إلى مستشفى كبير به أطباء يفوق عددهم المائة، وهو ما انعكس أيضاً على تردد المرضى في المستشفى الذي ارتفع بصورة واضحة. مستوى رضاء العاملين عن بيئة العمل أيضاً إرتفع خاصة مع توفر فرص التدريب ومع وجود نظام المتابعة الداعم بالإضافة لوجود الأنشطة التعليمية التي كانت توجد فقط في المستشفيات التعليمية الكبيرة دون غيرها. وكان من الملاحظ أيضاً تطور ثقافة إجراء البحوث في المستشفيات والتي أصبحت تنفذ بواسطة العاملين في المستشفيات ويتم نشرها في دوريات الوزارة المختلفة وغيرها من الدوريات. فيما يلي تقدير الإحتياجات للعاملين الصحيين بمختلف تخصصاتهم في المستشفيات سنجد أن هذا الأمر كان يتم بناءً على قاعدة الربط السريري، والتي كانت تضع معايير محددة حول عدد المرضى الذين يقابلهم عدد محدد من الأطر الصحية المختلفة في سياق المستشفى. هذه القاعدة ساعدت كثيراً في قدرة المستشفيات في توفير الأعداد المناسبة من العاملين في كل مستوى في المستشفى وفي استجلاب واستبقاء التخصصات النادرة بأعداد مناسبة. كذلك تم إدخال خدمات الباحثات الإجتماعيات والتي كان يتم الإستعانة بهن في عملية إتخاذ القرار حول مدى حوجة الحالات المرضية للدعم المالي من مختلف المصادر مثل الزكاة، الدعم الإجتماعي وغيرها. سنجد أنه قد كان من الملاحظ أن أكثر الخدمات العلاجية تطوراً في الفترة مابين عامي 1996م و1999م هي خدمات طب الأسنان وخدمات المعامل في عموم مستشفيات ولاية الخرطوم حيث وجدت هذه المجالات تطور نوعي واضح في مستوى الخدمات ونوعية التقانة التي أصبحت تستخدم بالإضافة إلى النظم الداعمة الأخرى مثل نظم توكيد الجودة والإمداد والتدريب.

مبادرات التنمية في المستشفيات والخدمات العلاجية بشكل عام كانت تتم بصورة فردية معزولة، أي أن كل مستشفى كانت تخطط بمعزل عن المستشفيات الأخرى وبدون تدخل الوزارة في هذه العملية. كما لم تكن هناك خطة إستراتيجية تقود عملية التنمية وتستهدف خدمات بعينها في المستشفيات. العام 2001م شهد تحول نوعي في هذا الجانب، حيث أصبحت عملية إجازة ميزانيات المستشفيات عملية إتحادية وبالتالي تم توجيه ميزانيات التنمية وأنشطتها بصورة إستراتيجية الأمر الذي ساعد في زيادة حجم الميزانيات التي تمنح للمستشفيات بصورة كبيرة تجاوزت في بعض الأحيان 500% في بعض المستشفيات. التنمية كمحور هام في الخدمات العلاجية حدث فيها تطور نوعي وكمي حيث تم إحداث تغيير واضح في البنية التحتية لمستشفيات الولاية من خلال إنشاء أقسام جديدة لم تكن موجودة سابقاً مثل أقسام الأجنحة الخاصة في عدد من المستشفيات، إنشاء أقسام للأشعة، بنوك الدم وغرف للعمليات بالإضافة إلى تطوير أقسام الحوادث في كل من مستشفى إبراهيم مالك، البلك والجزيرة إسلاج. هذا التطور أحدث نقلة واضحة في قدرات المستشفيات الولائية والتي تفوقت في بعض الأحيان على المستشفيات التابعة للوزارة الإتحادية. وكمثال لذلك سنجد أن التنمية في مستشفى البلك ركزت على إحداث تطوير في قدرات المستشفى المرتبطة بوحدة العناية المكثفة، زيادة السعة السريرية في العنابر العامة والخاصة بالإضافة إلى بنك الدم.

بالرغم من تطور العمل في مستشفيات الولاية الطرفية لكن كان من الملاحظ أن عدم توفر الأدوية والخدمات المجانية في هذه المستشفيات كان يقود إلى الطلب العالي على الخدمات المجانية في المستشفيات المركزية الكبيرة، وهذا يتنافى مع الغرض الأساسي الذي أنشئت من أجله المستشفيات الطرفية. هذا الأمر حدا بمتخذي القرار إلى ابتداء نظام لتوفير ميزانيات للمستشفيات الطرفية لأغراض توفير العلاج المجاني للطوارئ لهذه المستشفيات والذي كان يتم توزيعه وصرفه بصورة مستمرة. ولعله من الهام في هذا الإطار أن نشير إلى أن القيم العامة التي تحكم تقديم الخدمات الصحية كانت هي الأساس في تنفيذ هذه القرارات

خاصةً قيم مثل العدالة في توزيع الخدمات، إتاحة الخدمة حسب المقدرة على الشراء وغيرها. حيث كانت هذه القيم وحتى فترة قريبة غائبة عن العقلية التخطيطية للخدمات العلاجية بشكل خاص. لكن مع تطور القدرات الإدارية والتخطيطية في وزارة الصحة، أصبحت هذه القيم محور أساسي في إتخاذ القرار.

هذه الطفرة في الخدمات أحدثت جواً إيجابياً من التنافس بين المستشفيات في إبراز قدراتها على التخطيط والتميز في تقديم الخدمة. فعلى سبيل المثال استطاعت مستشفيات مثل جبيل الطينة والسورراب، وهي من المستشفيات الطرفية، أن تطور قدراتها بصورة ملفتة وأن تحذو حذو مستشفيات أخرى في قلب العاصمة. كما أن هذا التطور الذي حدث في تقديم الخدمات العلاجية صاحبه تطور ملحوظ في إدارة الطب العلاجي في الوزارة حيث أصبحت تضم إدارات وأقسام أكثر وعاملين أكثر عدداً وأكثر قدرة فيما يلي النواحي الفنية والإدارية. فمثلاً سنجد أن الإسعاف، كأحد الخدمات العلاجية، كان له دور كبير في تقديم الخدمات الطبية، خاصةً في إدارة العديد من الأزمات والطوارئ الكبيرة مثل حادثة تحطم الطائرة التي كانت تقل المشير الزبير، حادث إطلاق النيران في مسجد الجرافة وحادثة تسمم السودانيين في سوريا حيث لعبت إدارة الإسعاف المركزي دوراً كبيراً في هذه الأحداث. ولعله من الهام أن نذكر هنا أن النظام الذي يعمل به الإسعاف لا علاقة له بالمستشفيات حيث تتم إدارتها بصورة مركزية من الوزارة وبالتالي فإن خدمة الإسعاف وجدت استقلالية أكبر في تقديم الخدمة وفي النظام الإداري.

خدمات الحوادث والطوارئ في المستشفيات:

تعتبر الخدمات الصحية للحوادث في السودان من أهم الخدمات الطبية التي تُقدم للمواطنين وتجد الإهتمام من جانب الدولة وتوظف لها الميزانيات والكوادر وغيرها. بالرغم من ذلك، ظلت الخدمات الصحية المتقدمة بالحوادث في السودان من أقل الخدمات جودة حيث لا يجد مريض الحالة الطائفة العناية الكافية لاختلاطه مع مرضي الحالة الباردة (غير الطائفة) الذين يترددون على الحوادث لعدم وجود نظام تحويل وتصنيف. وبذلك تنصب جهود

العاملين بالحوادث في استقبال الحالات الباردة خصماً على الحالات الطارئة مما يؤدي إلى إطالة زمن الحالات المستعجلة قبل وصولها للطبيب وقد يؤدي هذا التأخير إلى مضاعفات خطيرة تزيد من معدل الوفيات. وبعد وصول الحالات الطارئة للطبيب يمكن الا يستطيع الطبيب الموجود أن يتابع كل الحالات نسبة لازدحام باقي المرضى أمام غرفة الكشف وداخل العيادة مما يؤدي إلى إهدار كثير من الزمن الذي كان من الممكن الإستفادة منه لصالح المرضى ذوي الحالات الطارئة. وكذلك ظل المرضى يعانون كثيراً في الحوادث من ضيق في المكان المتاح للإنتظار وطول الإنتظار لخدمات المعمل والعيادات. كذلك في كثير من الحالات لا يستطيع المريض الوصول إلى مقصده داخل الحوادث بسهولة حيث يتردد على معظم الأقسام سائلاً عن مكان عيادة معينة. الوضع الذي عرضناه كان يتفاوت بين مستشفى والاخر ولكن كان ما يجمع كل المستشفيات أن جودة خدمات الحوادث كانت مثار تساؤل بشكل عام.

في العام 2000م بدأت حوادث مستشفى الخرطوم بحري التعليمي عملية إعادة هيكلة البنية التحتية للمستشفى، وقد كانت رؤية قيادة المستشفى تقتضي بإدخال نظام الترياج (Triage system) في إدارة خدمات طب الطوارئ والحوادث في المستشفى. نظام الترياج هو نظام عالمي متعارف عليه في تقديم خدمات الطوارئ في المستشفيات الأوروبية بشكل عام. تجربة هولندا في هذا المجال كانت تجربة مميزة وهي ما ألهمت وزارة الصحة الإتحادية للمبادرة في تطبيق هذا النظام في السودان. النظام يعتبر مجمع الحوادث والأصابات وحدة منفصلة متخصصة مكلمة للمستشفى تقوم بتقديم خدمات صحية إسعافية متميزة للمرضى المهددة حياتهم - كلياً اوجزئياً - بالخطر في حالات الحوادث والأصابات المختلفة. وبذلك يمثل مجمع الحوادث المكان الذي يوفر خدمات اسعافية بصورة سريعة، دقيقة وجودة عالية ومريحة للمرضى بالاضافة لاحتوائه على أجهزة ومعدات ذات خصوصية خاصة ومتطورة وفريق مؤهل من الأطباء والمرضىين والكوادر المساعدة والمؤهلة خصيصاً لهذا الغرض. النظام يقوم على فرز المرضى إلى حالات حرجة وحالات باردة بناءً على حوجة المريض

للتدخلات ومدى حرجية العلاقة. يضمن نظام الفرز بهذه الطريقة في الحوادث توفير لخدمة السريعة بكل متطلباتها لمحتاجي هذه الخدمة المستعجلة من بين حالات أخرى غير مستعجلة مع توفير العناية الفائقة لكل واختصار تاخير الزمن الذي يؤدي بحياة المريض.

مستشفى الخرطوم بحري التعليمي قبل البدء في عملية الصيانة في العام 2000



عقب إدخال هذا النظام في مستشفى الخرطوم بحري بدأت بقية المستشفيات الإتحادية تحذو حذوه خاصة في مستشفى الخرطوم ومستشفى أمدرمان في الفترة من 2003م. لاحقاً بدأت كل الولايات التي أنشئت فيها مستشفيات جديدة، أو تم فيها تعديل في طريقة عمل المستشفيات القديمة بها، بدأت في تطبيق هذا النظام القائم على فصل الحالات حيث سنجد أن مستشفيات شرق النيل، بشاير، إبراهيم مالك، النهود، الفاشر، بورتسودان، ريك وغيرها نجحت في تطبيق هذا النظام.

بالرغم من أن التجربة لم يجري في تقييمها بشكل كلي، لكن العديد من المؤشرات والتقارير كانت تدل على النجاح الملحوظ في مخرجات هذه التجربة. حيث أن بعض التقارير كانت تشير بوضوح إلى انخفاض حالات الوفاة في الحوادث مقارنةً مع الفترة التي سبقت إدخال

النظام، كذلك أثر هذا النظام على توفر الأدوية والمستهلكات الطبية الاخرى في صيدليات الحوادث حيث أصبحت توجه بالفعل نحو الشرائح التي تحتاجها وهو أمر لم يكن موجوداً قبل تطبيق هذا النظام حيث كانت الأدوية الأساسية والمنقذة للحياة غير متوفرة بشكل واضح في الكثير من المستشفيات. بالإضافة إلى هذه المخرجات، إدخال النظام الجديد ساهم بصورة كبيرة في بروز تخصص جديد وهام في الخدمات الطبية الا وهو تخصص طب الطوارئ. بدأت الوزارة الإتحادية ومنذ العام 2005م بالإهتمام بالتدريب على هذا المجال خاصةً بمبادرات مركز التطوير المهني المستمر في تنفيذ الكثير من البرامج التدريبية القصيرة في مختلف مجالات طب الطوارئ كدورات دعم الحياة ورعاية الوليد وغيرها. كذلك بدأ مجلس التخصصات الطبية في تنفيذ برامج تدريب تخصصية في هذا المجال، كما وقامت وزارة الصحة بإبتعاث العديد من الأطباء إلى خارج السودان للتخصص في هذا المجال وتقوية النظام في المستشفيات. النظام الجديد مكن النظام الصحي بشكل عام من الإستجابة بصورة أفضل لحالات الكوارث الصحية حيث أصبحت المستشفيات في وضع أفضل للتعامل مع العدد الكبير من المرضى ذوي الإحتياجات الحرجة. ولعل الأحداث التي أعقبت وفاة نائب رئيس جون قرنق في العام 2005م في ولاية الخرطوم، كانت خير اختبار لمدى فعالية هذا النظام في الإستعداد لمثل هذه الأوضاع.

تطور النظام كانت تواجهه الكثير من العقبات في سبيل تنفيذه. فعلى سبيل المثال أحدث النظام الجديد الكثير من التغيير في مفاهيم وممارسات الأطباء الذين كانوا يعملون في أقسام الحوادث في المستشفيات. هذا التغيير كان يتطلب الكثير من التدريب والضغط في اتجاه تنفيذ اللوائح والنظم المرتبطة بهذا النظام وهو ما تطلب بعض الوقت. لكن في ذات الوقت وبعد فترة من بدء النظام، شكلت أقسام الحوادث بيئة عمل جاذبة للأطباء والممرضين حتى من داخل المستشفيات. بالإضافة إلى هذا التحدي، سجد أن تعثر توفير الميزانيات والموارد اللازمة لتطبيق النظام في المستشفيات كان له الأثر الواضح في عدم إكمال تطبيق النظام بشكل كلي. نظام عزل الحالات كان يقع عليه عبء كبير نسبة لعدم فعالية نظم الإحالة

وكذلك ضعف خدمات الرعاية الصحية الأساسية، الأمر الذي انعكس على العدد الكبير من المرضى الذين يقصدون المستشفيات لطلب الخدمات الطبية.

الرعاية الصحية المتخصصة:

لكن وبالرغم من التطور الذي حدث في مستويات الرعاية الصحية الثانوية، حتى مستوى المستشفى العام، إلا أن هذا التطور لم تصاحبه نقلة نوعية في مستوى الرعاية الصحية المتخصصة في ذات الوقت. لكن ومع بدايات العام 1998م تم البدء في تنفيذ مشاريع لإنشاء مراكز متخصصة في بعض المجالات المرتبطة بأمراض القلب والكلية. فقد تم افتتاح مركز جراحة القلب والكلية بمستشفى أحمد قاسم ولاحقاً مركز الكلية بمستشفى ابن سينا (التابع للوزارة الاتحادية). وتبع ذلك افتتاح مركز الإستصفاء الدموي وزراعة الكلية بمستشفى أحمد قاسم في العام 2000م وأعقب ذلك إنشاء مستشفى جابر أبو العز التخصصي كإضافة في مجال الرعاية الصحية. وفي هذا الإطار لابد من التوضيح بأن مبادرات وزارة الصحة بولاية الخرطوم في هذا الجانب كان لها الدور الكبير في سد النقص الواضح في قدرات النظام الصحي في هذا الجانب، حيث كانت هذه المبادرات هي بداية الحديث الذي تطور لاحقاً حول ضرورة توطین الرعاية الطبية في السودان بداية بتوطین بعض التخصصات في الخرطوم ومن ثم تطورت الفكرة لتشمل أبعاد أوسع لهذا المفهوم لتوطین الخدمات العلاجية الأساسية في الولايات وليس في الخرطوم فقط. توطین جراحات الكلية بشكل عام ساهمت في توفير أموال طائلة كان يتم صرفها سابقاً خارج السودان، لكن ومع تطور الخدمات وازدياد أعداد الأخصائيين في هذا المجال ومع توفر المعدات المناسبة قل الطلب على إجراء هذا النوع من الجراحة خارج السودان بشكل ملحوظ في الأعوام الماضية. وفي هذا المسرد نورد عدد من مؤسسات الخدمات المتخصصة في ولاية الخرطوم والتي تتبع للوزارة الاتحادية والولائية على حد سواء:

- المركز القومي للجهاز الهضمي والکلى بمستشفى ابن سیناء .
- المركز القومي لأمراض وجراحة الكلى والكبد بمستشفى ابن سینا .
- المركز القومي للعلاج بالأشعة والاورام .
- مستشفى التجاني الماحي .
- مستشفى الأمراض الجلدية .
- مستشفى الشعب لأمراض الصدر والقلب والمخ والاعصاب .
- مستشفى ابوعنجة (مركز ابحاث الصدر) .
- مركز جراحة القلب بمستشفى أحمد قاسم .
- مركز جراحة الكلى بمستشفى أحمد قاسم .
- المركز القومي لجراحة الأنف والأذن والحنجرة .
- المركز القومي لأمراض العيون .
- مستشفى جابر ابو العز التخصصی لأمراض السكرى .

هذا وقد كانت هناك فجوة كبيرة في القدرات التشخيصية للمؤسسات الصحية في الكثير من الولايات بخلاف ولاية الخرطوم. ومن هنا أتت فكرة المراكز التشخيصية الولائية كمحور أساسي في الفترة التي تلت العام 2004م والتي إستدعت توجه وزارة الصحة الإتحادية بالعمل على توفير هذه الخدمات في الولايات ضمن الفكرة الكلية للتوطين. قامت الخطة الأساسية على بناء قدرات الولايات على مراحل مختلفة بعدد محدد في كل ولاية. وقد تم إنشاء مركز في كل ولاية يحتوى على جهاز للأشعة المقطعية ومعمل متطور وجهاز تفتيت حصاوي الكلى إضافة لوسائل التشخيص العادية المواكبة لمستجدات الطب والعلوم الطبية.



التحديات في تقديم الخدمات العلاجية:

بالرغم من أن العديد من المبادرات نُفذت في سبيل تطوير الخدمات العلاجية في المستشفيات، إلا أن الواقع يشير إلى أن هذه الخدمات مازالت تواجه العديد من التحديات الجوهرية في جوانبها الهيكلية، التخطيطية ومحاور تقديم وجودة الخدمة. ونذكر من هذه التحديات:

- تمويل الخدمات الطبية مازال دون المستوى المطلوب لتقديم خدمة طبية كافية وبجودة تراعي المعايير المتعارف عليها. الدعم المتاح لتمويل الخدمات العلاجية لا يمكن فصله من الدعم الكلي الذي تجده الخدمات الصحية بشكل عام سواء أن كان ذلك في المستشفيات، المراكز الصحية، الرعاية الصحية الأساسية أو الخدمات الوقائية بكافة أشكالها. فالسودان مازال يعاني في هذا الإطار. الدولة في حوجة إلى توجه أكبر نحو دعم العمل في المستشفيات بما يساعد في تطوير العمل.
- مازال واقع تخطيط خدمات المستشفيات بشكل عام في عموم ولايات يواجهه عدد من العقبات التي كانت تتمثل في غياب المعلومات التي تساعد على التخطيط. فبالرغم من أن مسح خارطة المؤسسات الصحية أُجري في العام 2008م كان قد وفر الكثير من المعلومات الأساسية حول توزيع هذه المستشفيات ونوعية الخدمات

الموجودة فيها، إلا أن الكثير من المعلومات التفصيلية مازالت غائبة حول عدالة توزيع المستشفيات ومكانية الوصول إليها من قبل المرضى. تدخل جهات كثيرة في تخطيط خدمات المستشفيات مثل بعض القيادات السياسية وقادة المجتمع في الكثير من الولايات كان ومازال يؤثر بصورة كبيرة في توزيع المستشفيات وبالتالي خدماتها بشكل غير عادل. كان لهذه القيادات آثار واضحة في بناء أو توجيه دعم لمستشفيات محددة دون غيرها وهو ما أثر بالفعل بالخارطة الكلية لتوزيع المستشفيات.

- الكثير من التقارير تشير إلى أن عدد كبير من المؤسسات الصحية، بما فيها المستشفيات، تكون مغلقة خاصةً في المناطق الريفية. ولعل أحد أهم أسباب إغلاق هذه المستشفيات هي عدم قبول الأطر الصحية خاصةً الأطباء والمرضى للعمل في هذه المؤسسات البعيدة. لكن يجدر الذكر هنا أن وزارة الصحة بمستوياتها الإتحادي والولائي قد تبنت العديد من المبادرات التي سعت إلى جذب واستبقاء هذه الأطر للعمل في هذه المواقع إلا أن هذه المبادرات تفاوتت في نتائجها ونجاحها في سد النقص. حالياً تجري العديد من البحوث التي يأمل أن تساعد الوزارة في الإجابة على عدد من الأسئلة المتعلقة بسياسات جذب واستبقاء هذه الأطر التي لها دور أساسي في تقديم الخدمات في المناطق الريفية.

- من الملاحظ في مجال الخدمات العلاجية بشكل عام أن الغالبية العظمى من المؤسسات العلاجية والتي تشمل مستشفيات عامة أو متخصصة أو مراكز تشخيصية أنشئت في الفترة بين العام 1995م والعام 2005م. وقد كان هناك استبشار عام بأن الفترة التي تلت توقيع اتفاقية السلام الشامل ستشهد الكثير من التوسع الأفقي في عدد المستشفيات وتغطيتها. لكن هذا لم يحدث في العديد من المناطق بما فيها ولاية الخرطوم حيث ظل العدد المحدود للمستشفيات والمراكز يشكل عقبة كبيرة في تقديم الخدمة.

- جودة الخدمات الطبية قد تكون أكبر تحديات وزارة الصحة القائمة حالياً، بالرغم من أن مفهوم الجودة بدأ الإنتشار بالفعل في القطاع الصحي بشكل كبير في فترة من الفترات، إلا أن الخدمة الطبية مازالت تعاني من الكثير من الإخفاقات في المعايير والمؤشرات الأساسية في جودة الخدمة مثل توفر الأطباء والممرضين داخل المستشفيات، سرعة تقديم الرعاية الطبية، جودة خدمات المعامل، توفر الأدوية الأساسية وغيرها. الجودة بشكل أساسي مرتبطة بإداء العاملين والمؤسسة بشكل كلي ولكنها في ذات الوقت متصلة بالنظم الكلية لإدارة القطاع الصحي والسياسات الصحية الكلية التي توجه نحو تجويد الخدمة الطبية. تحدي الجودة قد يكون أكبر التحديات التي يجب أن يتم الإهتمام بها في الفترات القادمة.
- خدمات النظافة والخدمات الأخرى المساعدة كانت ومازالت تمثل تحدي كبير لإدارات المستشفيات. في الفترة بين عامي 1999م والعام 2002م سعت وزارة الصحة لنشر ثقافة التعاقد في تقديم هذه الخدمات داخل المستشفيات حتى تتمكن إدارة المستشفيات من التفرغ للعمل الطبي والخدمات الأخرى داخل المستشفى. وجد هذا السعي استجابة من عدد من المستشفيات، إلا أن الغالب الأعم لم يطبق هذا النهج وبالتالي تواصل القصور الواضح في هذا الجانب.
- نظم صيانة المعدات الطبية بشكلها الدوري أو المرتبط بالأعطال تواجه العديد من التحديات في الوقت الراهن. فمازالت العديد من المستشفيات تحتوي على معدات طبية معطلة لا تجد حظها من الصيانة والتابعة. هذا الأمر له الكثير من الجوانب السلبية التي تنعكس في أداء المستشفيات بشكل كلي وخاصة الخدمات التشخيصية.
- ضعف البنية التحتية للعديد من المؤسسات الصحية كان ومازال واقعاً ملموساً في الكثير من الولايات. حيث تعاني العديد من المستشفيات من عدم توفر المباني الكافية لتغطية كافة خدمات المستشفى أو من تدهور الوضع العام للبنية التحتية

المتوفرة بشكل عام وذلك يشمل العيادات، العنابر والأقسام الأخرى المساعدة. تتوجه الوزارة الآن نحو مسح الإحتياجات المطلوبة لتقوية البنية التحتية في هذا المجال لكن لا بد من الإقرار بأن هذا الجانب سيحتاج إلى قرار سياسي واضح بتوجيه الدعوات المطلوبة نحو تطوير البنية التحتية للمستشفيات.

- مازالت ولاية الخرطوم تمثل الوجهة الأساسية لطلب الخدمات العلاجية في السودان. بالرغم من المبادرات التي نفذت نحو توطين هذه الخدمات في الولايات إلا أن الواقع يشير إلى أن سكان الولايات، خاصةً تلك القريبة من ولاية الخرطوم، مازالوا يشكلون نسبة مقدرة من مرضى المستشفيات في الولاية هم من خارج الولاية. هذا التحدي يجب أن يواجه بالمزيد من العمل على تقوية القدرات الفنية في الولايات وبتوطين الخدمات التشخيصية والعلاجية من عمليات جراحية وتدخلات أخرى في هذه الولايات.

- ورتباطاً بالنقطة السابقة، سنجد أن النظام الصحي بشكل عام يعاني من ضعف واضح في نظام الإحالة من المستويات الأخرى في النظام الصحي حيث لا يوجد نظام مترابط ليقود عملية إحالة المرضى من المراكز الصحي إلى المستشفيات ومن المستشفيات العامة إلى تلك المتخصصة، هذا بالطبع مقروناً مع ضعف ثقة المواطنين في جودة بعض مؤسسات تقديم الخدمة. كل هذه العوامل تؤدي بصورة كبيرة إلى إزدحام المستشفيات طلباً للرعاية الصحية والتي تكون في كثير من الأحيان يمكن أن تقدم في مستويات أخرى في النظام الصحي الكلي.

رغم كل ما ذكرناه سابقاً، غير أن السودان ليس إستثناءً بالتأكيد في كل هذه التحديات. العديد من الدراسات التي نشرت مؤخراً أشارت بصورة كبيرة إلى واقع تدني مستوى الخدمات الطبية في المستشفيات بصورة عامة في دول العالم الثالث والدول النامية لذات الأسباب والمعوقات التي ذكرناها انفاً. لكن يبقى السؤال والتحدي هو كيفية معالجة الوضع الراهن في

واقع الخدمات الطبية في السودان بما هو متاح من إمكانيات أو موارد. هذا سيكون بالتأكيد خطوة كبيرة نحو الأمام.

الفصل: الخامس تجربة برنامج مكافحة الملاريا في السودان

تمهيد:

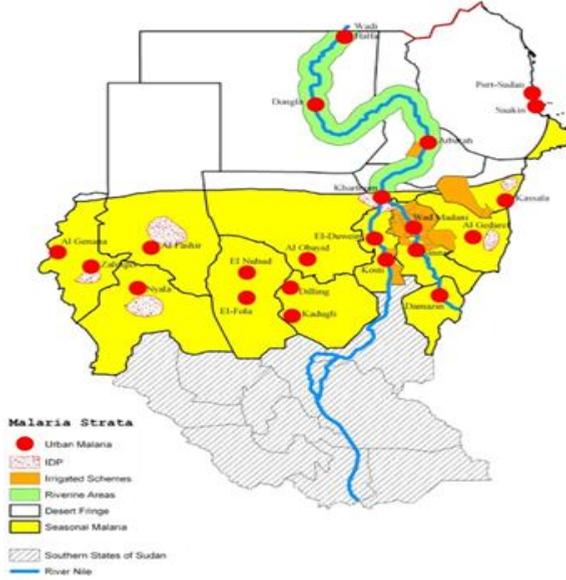
ظل مرض الملاريا في السودان أحد أهم مشاكل الصحة العامة في هذا البلد، حيث تقدر حالات الإصابة السنوية بالمرض في حدود سبعة مليون حالة، منها نحو خمس وثلاثون ألف حالة وفاة سنوياً. حالات الملاريا في السودان تمثل سبعون في المائة من الحالات في إقليم البحر الأبيض المتوسط وشمال أفريقيا. ظل هذا المرض منذ زمن ليس بالقصير يمثل عبء حقيقياً على النظام الصحي في السودان وظلت محاولات إحتوائه محور اهتمام قيادات القطاع الصحي والسياسيين على حدٍ سواء. الدراسات الصحية تشير إلى أن كل ولايات السودان وكل سكانه يقعون تحت خطر الإصابة بالملاريا ولكن بدرجات متفاوتة من التوطن حيث نجدها منخفضة التوطن في شمال السودان ومتوسطة في مناطق الوسط وعالية إلى مرتفعة التوطن في الجنوب، وعدا شريط ضيق في شمال السودان فإنه لا توجد منطقة بالسودان خالية من الملاريا.

تأرجح وضع الملاريا بالسودان صعوداً وهبوطاً اعتماداً على توفر الموارد للمكافحة والنزوح وفترات الجفاف أو الفيضانات إضافة إلى نشوء مشاريع زراعية كبيرة جديدة. ونلاحظ أن معدل التوطن المرتفع قد بدأ يزحف شمالاً، ففي مناطق مثل ولايتي الخرطوم ونهر النيل مزال السكان يتذكرون أن حالات الملاريا كانت لا تشكل هاجساً كبيراً في بعض الفترات. يقابل ذلك أيضاً تزايد الوفيات بسبب الملاريا ويعزي ذلك إلى ضعف النظام الصحي وزيادة المقاومة للأدوية.

وفي الجانب الآخر يمكن للكثير من سكان الوسط والجنوب سرد العديد من القصص حول إزدحام المستشفيات بمرضى الملاريا قبل أقل من عقدين في بدايات العقد الثامن من القرن

العشرين، وكيف أن الوضع قد تغير بحيث أن الكثيرين لا يتذكرون اخر مرة قابلوا فيه مريضاً بالمalaria.

الرسم يوضح الوضع العام لإننتشار الملاريا في السودان في العام 2010

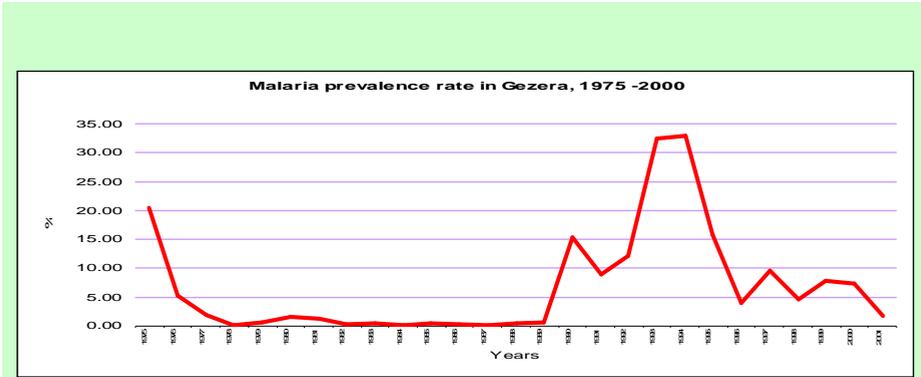


في هذا الفصل سنتناول نظرة تحليلية لمسيرة برنامج مكافحة الملاريا في وزارة الصحة. سيطرح الفصل فلسفة إدارة البرنامج في الفترة الماضية وسيتم طرح العديد من القضايا في قالب سيساعد في فهم الأسباب التي أدت إلى وصول البرنامج إلى ما هو عليه في أواخر العام 2010م. فقد يرى الكثيرون أن البرنامج قد نجح في الوصول للكثير من أهدافه وقد يعارض البعض الاخر، إلا أن الشاهد سيقر باختلاف مخرجات البرنامج الحالية عما كانت عليه قبل عقدين من الزمان.

مختصر لتحليل تاريخ البرنامج:

بدأ أول برنامج لمكافحة الملاريا بالسودان في عام 1903م عندما قام المدير الطبي (د. بافلور) بعمل خريطة للرقعة الجغرافية التي تعرف بولاية الخرطوم اليوم حدد بموجبها أماكن التوالد وعليه قام بمكافحة البعوض الناقل في طوره المائي بإستخدام الزيت الراجع والتصريف والتجفيف بواسطة عدد محدود من العمال. وهذا العمل أدى إلى إستئصال الملاريا من ولاية الخرطوم وكان آخر مكان يوجد به توالد للبعوض هو أزيار الحاكم العام بالقصر الجمهوري الحالي وهي من الطرف التي كانت تطلق في وقتها حول جهود مكافحة الواسعة التي تمت. تلي ذلك فترات امتد فيها البرنامج إلى أماكن أخرى وجاءت من بعد ذلك حقبة إكتشاف المبيدات واستخدامها. عندما توجه العالم نحو فكرة استئصال أو دحر المرض في الفترة 1954م - 1964م بدأ السودان تنفيذ مشروعاً تجريبياً في منطقة سنار، وقد كتبت العديد من الأسفار التي وثقت للمشروع وتجربته وسيكون من المفيد الإطلاع عليها. غير أنه - ولأسباب عديدة - لم يتمكن السودان من اللحاق بالمشروع العالمي للاستئصال الذي نفذ في العام 1979م وكانت مخرجات المشروع جيدة لكن لم تتسع دائرة الإستفادة منه. لكن على الرغم من ذلك فقد تم البدء في تنفيذ أحد أنجح المشروعات في مجال مكافحة الملاريا وهو مشروع النيل الأزرق الصحي، والذي أدى إلى خفض الإصابة والحفاظ عليها طوال سنوات المشروع بمنطقة مشروع الجزيرة، إلا أن المشروع توقف في عام 1989م لاعتماده على الدعم الخارجي مما أدى إلى ظهور حالات الملاريا بصورة اعنف واشد.

حالات الإصابة بالملاريا في منطقة الجزيرة في الفترة 1975 حتى العام 2000م



وفيما عدا برنامج مكافحة الذي طبقه بافلور في 1903م ومشروع النيل الأزرق الصحي، غلب على برامج مكافحة الملاريا بالسودان المدخل السلبي وغاب عنها المدخل النشط للمكافحة بمعنى الإقتناع بتخفيض محدود للإصابات والوفيات دون التدخل الإيجابي بإستراتيجيات متكاملة. إذا نظرنا لهذا وأضفنا إليه المشاكل والمعوقات الأخرى مثل ظهور المقاومة للأدوية والمبيدات وعدم التنسيق مع القطاعات ذات الصلة وضعف نظم المعلومات، نجد أن البرنامج ومنذ بداية حقبة الثمانينات قد ضعف كثيراً في تنفيذ مهامه.

بالإضافة إلى ما ذكرناه، سيدج الرائد لتاريخ مكافحة الملاريا في السودان أنها بالفعل مرت بمحطات عديدة ومحورية في سجل البرنامج. من هذه المحطات محطة مهمة جداً هي الدورة التدريبية في بندر عباس بإيران والتي كانت بعنوان التخطيط لمكافحة الملاريا في عام 1996م والتي شارك فيها د. الفاتح محمد مالك المدير العام المكلف بوزارة الصحة بولاية الخرطوم حينها ومعه إثنان من موظفي برنامج مكافحة الملاريا. استمرت الدورة التي أقيمت بالتعاون بين منظمة الصحة العالمية وجامعة طهران لمدة ثلاثة أشهر. الدورة أتاحت فرصة جيدة للمشاركين من السودان للتعرف على أساسيات إدارة برنامج مكافحة مما ساعد الوزارة على وضع البنينات الأساسية لبرنامج قوي لمكافحة الملاريا. وفي العام 1997م تم الإتفاق مع المختصين في جامعة طهران لتكرار الدورة التدريبية في السودان بأعداد كبيرة لكن تعثرت الفكرة لنقص التمويل في ذلك الوقت. استراتيجية الإدارة العامة للطب الوقائي في ذلك الوقت ركزت على قضية الترصد المرضي والذي كان أساس العمل بينما كانت التدخلات الأساسية يقوم بها ضباط الصحة المسئولون في ذلك الوقت وبصورة جيدة.

في العام 1998م انطلقت المبادرة العالمية لدحر الملاريا والتي هدفت بصورة أساسية إلى تقليل الإصابات والوفيات بسبب الملاريا إلى 50% من المعدل في ذلك الوقت بحلول عام 2010م. لذا وعقب عودته من مؤتمر أبوجا والذي خصص لمبادرة دحر الملاريا أعلن السيد رئيس الجمهورية إلتزامه بمقررات المؤتمر وزاد عليه أنهم في السودان سيسعون إلى الوصول إلى استئصال كامل للملاريا قبل حلول العام 2010م. هذه المبادرة العالمية دعت إلى

التقليل من حجم الملاريا كمشكلة صحية في جميع البلدان وخاصة الدول الأفريقية وذلك عن طريق المشاركة على كل المستويات. وأملت المبادرة ألا تكون الملاريا عاملاً أساسياً في الوفيات أو الإصابات ولا تزال تؤدي دوراً مهماً في التندي الاجتماعي والاقتصادي بحلول العام 2030م.

في العام 2001، تولى د. الفاتح مالك إدارة البرنامج القومي للملاريا منتقلاً من ولاية الخرطوم مما أتاح له نقل التجربة التي بدأها بوزارة الصحة بالولاية لتتفد على المستوى الإتحادي مستهدياً بما تعرف عليه خلال الدورة التي أشرنا إليها في إيران. وبادر بتنفيذ تقييم شامل على المستوى القومي لبرامج مكافحة الملاريا في كل ولاية من ولايات السودان شمل مختلف مكونات البرنامج بدءاً من هيكل البرنامج الولائي مروراً بالدعم المتوفر والمحاور الأخرى في إدارة البرنامج. وقد كان أحد الأهداف الأساسية لهذا التقييم هو رصد التجارب الناجحة في الولايات. التقييم وفر الفرصة لإنشاء علاقات حقيقية مع إدارات الملاريا في الولايات واتضحت منه بصورة أساسية الحاجة للعمل على توحيد اللغة بين المركز والولايات في الخطط والإستراتيجيات وغيرها من أدوات العمل.

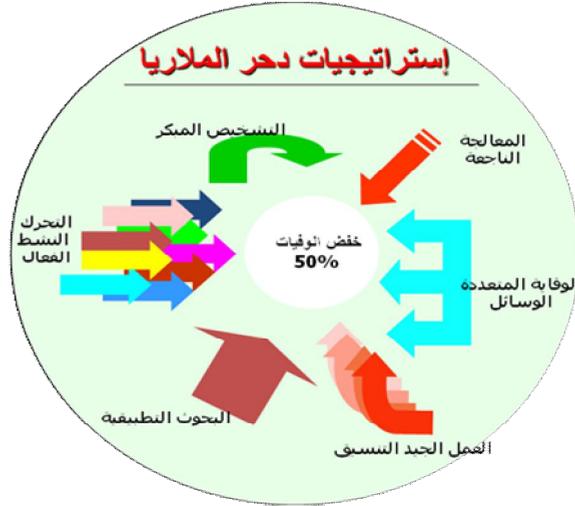
د. الفاتح مالك حضوراً في إحدى الدورات التدريبية



النقلات الأساسية للبرنامج تمركزت حول السياسات العامة والإستراتيجيات التي كان يعمل بها البرنامج حيث مر البرنامج بعدة مراحل في إطار تطوره. وقد تزامنت بداية هذا التحول مع بدء برنامج منظمة الصحة العالمية لدحر الملاريا التي أشرنا إليها سابقاً ، مما أتاح الفرصة لإعادة تشكيل البرنامج وتمدد مجالات عمله لتشمل أجنحة لم تكن مطروقة سابقاً. كان البرنامج في ذلك الوقت قد بدأ التوسع في العمل في مجال الناموسيات حيث تحول البرنامج من الناموسيات غير المشبعة إلى الناموسيات المشبعة مؤقتاً ولاحقاً ثم إلى الناموسيات المشبعة لفترة سنة وأخيراً إلى الناموسيات المشبعة طويلة الأجل. هذه الأخيرة أثبتت فعاليتها وأتاحت فرصة لتطوير العمل والتوسع الكبير في أعمال وأنشطة البرنامج. وذلك شكل نقلة كبيرة للبرنامج وتعديل رؤيته المستقبلية وكيفية توجيه التمويل في هذا المجال أو التمويل المتاح بشكل عام.

في الفترة بين عامي 2002 إلى 2003م بدأت تظهر مقاومة طفيل الملاريا للأدوية المتوفرة في ذلك الوقت مثل الكلوركوين والفانسداز، وعقب ذلك ظهرت الأدوية المزدوجة التركيب بالارتيمسنيين والتي شكلت نقلة في علاج الملاريا في الفترة الماضية، وقد كان لتوفر الدعم في هذا المجال الأثر الكبير في توسع العمل منذ العام 2005م وحتى العام 2010م. وقد كان لتوفر الأدلة العلمية المبنية على الأبحاث والدراسات حول مكافحة الملاريا على مستوى العالم فرصة لتجديد إستراتيجيات البرنامج القومي في السودان واستجاب البرنامج لهذه الأدلة مما جعل البرنامج يطور سياساته بشكل واضح. ويذكر في هذا الإطار أمثلة على التغيير الذي حدث باستحداث إستراتيجية الناموسيات المشبعة وإستراتيجية العلاج وإضافة إستراتيجية وقاية النساء الحوامل من مرض الملاريا إلى وقت لاحق. وتم أيضاً التركيز على المناصرة والدعم للترويج لهذه الإستراتيجيات الجديدة.

الشكل أدناه يوضح الإستراتيجيات المتكاملة التي تبناها برنامج مكافحة الملاريا في السودان بغرض الوصول للأهداف العالمية لمبادرة دحر الملاريا.



الإستراتيجية القديمة لمكافحة الملاريا في السودان والتي سبقت فترة التحول التي أشرنا إليها أُعتبرت في وقتها أنموذجاً في مجال مكافحة الملاريا على المستوى العالمي حيث استجابت بصورة واضحة لكافة المستجدات في الإستراتيجيات المتعارف عليها عالمياً حينها، بالإضافة إلى المعرفة والأدلة العلمية الناتجة عن الدراسات المحلية. لكن على الرغم من ذلك فإن الملاحظ أنه لم يكن هناك تغيير كبير في هذه الإستراتيجية الجديدة من حيث مجالات ومحاور العمل (وهي محاور المكافحة، العلاج، التوعية وغيرها من المحاور) وإن كان التغيير حدث بالفعل في التوسع الكبير والملحوظ في المستهدفات من حيث الكم والكيف والإتجاه أكثر نحو الولايات والمحليات. بعد العام 2005م ظهرت تدخلات جديدة في هذه الفترة مبنية على تجربة البرنامج في الفترة الماضية، حيث شكل تبني هذه التدخلات نقلة أخرى في البرنامج كما سيوضح لاحقاً في هذا الفصل من الكتاب.

التوجه نحو القواعد واللامركزية:

في العام 1996 قام د. الفاتح محمد مالك بدراسة تحليلية تهدف إلى تقييم برنامج الملاريا في ولاية الخرطوم. ركزت الدراسة على تبعات تحويل العمل ليركز على المحليات وفقاً لما نص عليه قانون الحكم الفيدرالي والمحلي 1995م. التقييم ركز على فكرة تحليل مدى تأثير تنزيل العمل إلى مستوى المحليات والإجابة عن سؤال يتمحور حول مدى إيجابية أو سلبية هذا التأثير وشمل ذلك عدة محاور ضمن هذا الإطار. الدراسة أشارت إلى أن اللامركزية في إدارة أنشطة مكافحة الملاريا انعكست إيجاباً على مخرجات البرنامج، كما أشارت الدراسة إلى عوامل أخرى مهمة في ترتيبات اللامركزية في إدارة البرنامج. بالإضافة إلى هذه الدراسة، سنجد أن التقييم الذي اجري لمعرفة قدرات الولايات، والذي أشرنا إليه سابقاً، أجمعت نتائج هاتين الدراستين على أن برنامج مكافحة الملاريا هو برنامج محوري في تشكيله وأن هناك فروقات واضحة بين الولايات والمحليات فيما بينها، لذا تحتم وجود شخص محوري في كل منطقة (محلية) لقيادة أعمال المكافحة وليساهم في التصدي للمرض بصورة كبيرة. وكانت هذه أهم المخرجات التي أسست للتغيرات التي عززت أسس اللامركزية في إدارة البرنامج.

بالإضافة إلى ذلك، شكل إعلان أبوجا محوراً أساسياً لإعادة صياغة وتشكيل برنامج مكافحة الملاريا في السودان بعد إعلان السيد رئيس الجمهورية دعم قضايا الملاريا في البلاد. وكان الهم الأساسي في ذلك الوقت هو تكوين وتأهيل برامج متخصصة لإدارة قضايا الملاريا على مستوى الولايات. حيث أن الملاريا لا يمكن محاربتها إلا من المستوى القاعدي وكان الإيمان بهذا المفهوم أساسياً في التوجه نحو الأسفل بكل ثقل البرنامج الإتحادي. ويعتبر التواصل اللصيق مع الولايات والتركيز على بناء القدرات على المستوى الولائي والمحلي هو السر وراء النجاح الحقيقي للبرنامج.

لم تكن هناك سياسة مكتوبة توضح كيفية التوجه نحو المحليات، بل كانت هذه الرؤية ضمن الإستراتيجيات الأربعة التي تبناها البرنامج والتي شملت: التشخيص والمعالجة، محاربة الطور الناقل للمرض، إكتشاف واحتواء الأوبئة بالإضافة إلى بناء القدرات كإستراتيجية رابعة والتي تضمنت في مكوناتها هذا التوجه، وإن كان هذا المكون الرابع للإستراتيجية لم يُظهر كل التفاصيل الذي ظهرت به السياسة القومية لمكافحة الملاريا والتي تم تطويرها لاحقاً وأُعدت كمنهجية عمل. وإن كان ذلك قد ظهر في ورقة كتبت وقدمت ل طرح التوجه الإجماعي في إدارة قضية الملاريا حيث طرحت الورقة هذا الرابط بين مديري البرنامج في الولايات ولكن ليس بشكل يربطهم فقط كموظفي دولة عليهم واجب مهني يجب تأديته. إستراتيجية بناء قدرات مديري البرنامج في الولايات والعاملين في البرنامج كانت هي الأساس الذي بُني عليه توجه البرنامج أكثر فأكثر نحو قواعده.

رئيس الجمهورية يشهد إحتفال وزارة الصحة باليوم العالمي لدحر الملاريا



يظهر في الصورة وزير الدولة بالصحة، وزير الصحة بالنيل الأبيض و د. خالد المطلب المنسق الحالي للبرنامج

وقد أدى د. الفاتح مالك بشخصه ووصفه الوظيفي وموقعه القيادي دوراً واضحاً في إدارة هذا الملف بمهارة وجعل من برنامج مكافحة الملاريا أنموذجياً حنّدى في وزارة الصحة للعمل مع الولايات وتطوير هذا المفهوم بكافة محاوره. ويعتبر المؤتمر الأول لمكافحة الملاريا في

السودان والذي أُقيم في الأبيض في العام 2002م هو الإنطلاقة الحقيقية لهذا التوجه وكان المؤتمر بمثابة مسار جديد لجعل الاجتماعات دوريةً في الولايات وسار منسقي الملاريا المتعاقبين على هذا النهج.

بناء قدرات البرنامج:

في العام 1994م كان عدد الأطر الفنية المعينة فعلياً من وزارة الصحة في البرنامج القومي هو إثنان من ضباط الصحة وبالإضافة لهما كان هناك مدير للبرنامج وهو بالأساس أستاذ جامعي مبتعث من قبل جامعة الخرطوم وهو البروفيسير عمر زايد بركة وبقية العاملين كلهم كانوا من المعاشيين الذين أستعان بهم البرنامج للاستفادة من خبرتهم. بالإضافة لهم تم تعيين كوادر إضافية بوظائف ثابتة وتم ذلك وفقاً لهيكل شامل لكل وظائف البرنامج. من خلال العمل لاحقاً بدأت إدارة البرنامج يتضح لها أن هناك عدد من الأطر التي لديها مهارات قيادية عملت إدارة البرنامج على تطويرها والإستثمار فيهم من أجل الاستفادة منهم مستقبلاً في تطوير العمل في البرنامج بخوض تجارب حقيقية، وسنجد أن هذا النهج تجاوز المستوى الإتحادي إلى المستوى الولائي. على الرغم من ذلك قد يكون هذا النهج قد قُوبل ببعض الاعتراضات والمقاومة من العاملين القدامى الذين كانوا موجودين في البرنامج ولكن كان لمنسق البرنامج دور كبير في حماية هذا التوجه برؤية ضرورة إنجاحه لخلق روح شابة في قيادة البرنامج تساهم في تطوير العمل فيه. والمتتبع لمسيرة البرنامج سيلاحظ أن القيادات المتعاقبة على هذا البرنامج كانت تؤدي دوراً قيادياً في مختلف مناسبات عمل الوزارة الأخرى، بخلاف مكافحة الملاريا، كما إنها قد وجدت دعماً كبيراً من القيادة العليا للوزارة في مختلف الفترات. هذا الأمر ينطبق على المستوى الإتحادي وكذلك الولائي على حدٍ سواء.

قيادة البرنامج مع بدايات هذا القرن كانت قد أخذت على عاتقها تكرار دورة التخطيط لمكافحة الملاريا التي أشرنا إليها سابقاً عقب إتصالات مع المكتب الاقليمي لمنظمة الصحة العالمية وجامعة طهران وبالفعل نفذت الدورة في أبريل 2001م. وتم ذلك بمشاركة واسعة

من الولايات والبرنامج القومي وكان المتدربين في تلك الدورة هم النواة الحقيقية لبناء البرنامج وظلوا كذلك حتى وقتنا الحاضر. تزامن مع هذا أن منظمة الصحة العالمية كانت في ذلك الوقت تدعم برنامج أكاديمي بشهادة دبلوم يقدم من قبل معهد النيل الأزرق بولاية الجزيرة يسمى دبلوم علوم الملاريا وبإشراف من البرنامج القومي لمكافحة الملاريا. وكان هذا البرنامج مفتوحاً للجميع حيث يتم الإعلان عنه في الصحف ويتم تقديم طلبات الإلتحاق به لإدارة التدريب ويتم القبول لهذا البرنامج بحسب نتائج المعايينات التي تجري للمتقدمين. هذه الطريقة كانت لها مساوئها حيث أن المتدربين في العادة لم تكن لهم علاقة مباشرة مع برنامج الملاريا سواءً من المركز أو من الولايات، ولا يتم إستيعابهم للعمل بالبرنامج عقب تخرجهم. هذا الأمر انعكس على أعداد المتدربين المتبقين فعلياً بعد تخرجهم، حيث أشارت الإحصائيات لاحقاً إلى أن خمسة فقط ممن تلقوا هذا الدبلوم وعددهم 115 يعملون فعلياً في السودان في حين أن بقية المتدربين كلهم قد هاجروا إلى خارج السودان خاصة إلى المملكة العربية السعودية وذلك للطلب الكبير على حملة هذا الدبلوم هناك. تم إتخاذ قرار تصحيحي في العام 2005م بجعل الدبلوم فقط للعاملين فعلياً في برنامج الملاريا على مستوى المركز أو الولايات أو من يرغبون في الإلتحاق بالبرنامج بعد التخرج، وعليه حُصرت عملية الإختيار على هذه الفئات. صاحب هذا القرار إجراءات تعلقة بالوقت الذي يمكن فيه للمتدرب استلام شهادة الدبلوم فعلياً (سنتين بعد التخرج) وتم ربط الدبلوم ببرنامج آخر لنيل درجة الماجستير لمن يستمر في العمل لدى البرنامج طيلة هذه الفترة. ساهمت هذه الحزمة في تقليل نسبة هجرة الكوادر التي تلقت هذا التدريب إلى أقل من عشرة في المائة وتركزت هذه النسبة في ولايات دارفور التي اختلفت عن بقية الولايات لوجود المنظمات التي شكلت بيئة جذبت العديد من العاملين الصحيين من مختلف المجالات، ومن ضمنها الملاريا، للعمل فيها.

ماجستير علوم الملاريا بمعهد النيل الأزرق تغير لاحقاً ليصبح ماجستير الحشرات الطبية ليصبح أكثر تركيزاً على مكافحة الأمراض المنقولة بواسطة الحشرات. وكانت الرؤية تهدف إلى تقوية مهارات العاملين ببرنامج مكافحة الملاريا ليصبحوا أكثر قدرة على تلبية احتياجات النظام الصحي وربط ذلك بقدراتهم الفردية على التطور والترقي في العمل للمساهمة في تقوية نظم الطب الوقائي ككل وهو ما قد يمكنهم لاحقاً من إدارة العمل بصورة سلسلة في هذا المجال الواسع. بالإضافة إلى ذلك، مازالت الفكرة قائمة لتنفيذ ماجستير مكافحة المتكاملة للأمراض السارية والذي بدأ العمل فيه مع معهد النيل الأزرق ولكن واجه التنفيذ العديد من العقبات التي حالت دون تنفيذه حتى الوقت الحالي. المتابع لهذا الطرح سيتضح له أن التركيز على التدريب وبناء القدرات بهذا الشكل خدم هدفين أساسيين أولهما هو بناء الهيكل الحالية لبرنامج مكافحة الملاريا في كل مستوياته مما قوى أسس العمل وتوحيد الاستراتيجيات والأهداف وثانيهما أن ذلك حقق قدراً كبيراً من أهداف التطوير الشخصي للعاملين بالبرنامج واستبقائهم للعمل في القطاع الحكومي.

هناك صيغة مهمة تم إتباعها من قبل البرنامج القومي لمكافحة الملاريا لتطوير العلاقة مع العاملين في الولايات تمثلت في إقامة الإجتماعات الدورية والتي ركزت بصورة أساسية على إقامة هذه الإجتماعات في الولايات بصورة منتقلة في كل عام مرة أو مرتين. هذه الإستراتيجية وجد أنها فاعلة جداً حيث أسهمت في إحساس الولايات بدورها المهم في التنفيذ، إلى جانب ذلك فإن قيام الإجتماع بحد ذاته في الولاية يثير حراكاً جيداً على مستوى الولاية ويدعم منسق البرنامج على مستوى الولاية كشكل من أشكال الدعم والمناصرة. بالإضافة إلى ذلك، فإن هذا النهج وجد أنه قد فتح للبرنامج باباً واسعاً في العلاقة مع الإعلام ولصنع العديد من الشراكات التي مكنت القائمين على البرنامج من دعم العمل بأشكال مختلفة عن الطرق التقليدية.

الإجتماع الدوري السنوي لمديري البرنامج في الولايات بولاية الجزيرة



الإشراف المتبادل بين الولايات نُفذ كاستراتيجية من قبل البرنامج القومي لمكافحة الملاريا. حيث يقوم فريق من العاملين بولاية معينة من الإشراف على أعمال مكافحة المرض في ولاية اخرى وباستخدام إستمارات الإشراف المتفق عليها بصورة كلية. هذا النهج خلق علاقة قوية من التواصل ونقل التجارب والاستفادة منها بين العاملين بالبرنامج في الولايات ومساعدة بعضهم البعض في حل المشاكل التي يتم التعرف عليها خلال عملية الإشراف المتبادل. صاحب ذلك إنشاء علاقات إجتماعية وقنوات تواصل مستمرة بين العاملين بالبرنامج في المركز والولايات وبين الولايات مع بعضها.

بناء قدرات الولايات:

مبادرات بناء القدرات في الولايات بالإضافة إلى العلاقات الجيدة التي خُلقت بين العاملين في البرنامج أسهمت بصورة كبيرة في إستبقاء العاملين حيث أثبتت تجربة برنامج مكافحة الملاريا على أن استبقاء العاملين يمكن تثبيته بحوافز مادية وغير مادية على حدٍ سواء وكان لبناء القدرات دوراً كبيراً في عملية الاستبقاء. الحوافز المادية كان يتم ترتيبها بطرق مختلفة بحيث تُساهم في رضاء العاملين من هذه الناحية ولن كان ذلك بشكل غير مباشر.

ولكن كان التركيز الأكبر على الحوافز غير المادية مثل التدريب الداخلي والخارجي من خلال الدورات التدريبية والمؤتمرات وغيره من المشاركات العلمية. وكان يتم توزيع الفرص بشكل عادل بين العاملين في الولايات وبصورة شفافة ومعروفة لدى الجميع. شرت هذه التجربة في مجلة إيطالية تعنى بقضايا الأمراض المستوطنة ولاقت إستحساناً كبيراً من قبل المهتمين بهذا المجال محلياً وخارجياً .

المشاركين في دورة تدريبية في مجال منهج الإتصال والتسويق في مكافحة الملاريا



سياسة استبقاء العاملين التي اتبعتها البرنامج بإستخدام التدريب كوسيلة أساسية لم يمنع العاملين بالبرنامج من الإستفادة من المزايا التي قد يتيحها عملهم في إدارات اخرى بالوزارة أو منظمات أو أي مؤسسات اخرى. حيث أتاحت هذه السياسة إمكانية إنتقال العاملين بالبرنامج إلى العمل بجهات اخرى بعد نهاية القيد الزمني المحدد بعد إكمال فترة التدريب. وقد ساعدت المرونة التي أتاحتها هذه السياسة على تقبل العاملين بالبرنامج لها وظهر هذا في تدافعهم للتقديم للبرامج التدريبية التي أتاحتها البرنامج مما أسهم في نجاح هذه السياسة. هناك ورقة تم نشرها حول رؤية مديري برنامج الملاريا في الولايات لمعرفة مدى تلبية البرنامج لتطلعاتهم وطموحاتهم. حيث تم تحليل تلبية طموحات هؤلاء المديرين وتبين أن البرنامج وإن كان لم يلبي طموحات المديرين المادية بشكل مرضي إلى حد كبير، إلا أنه

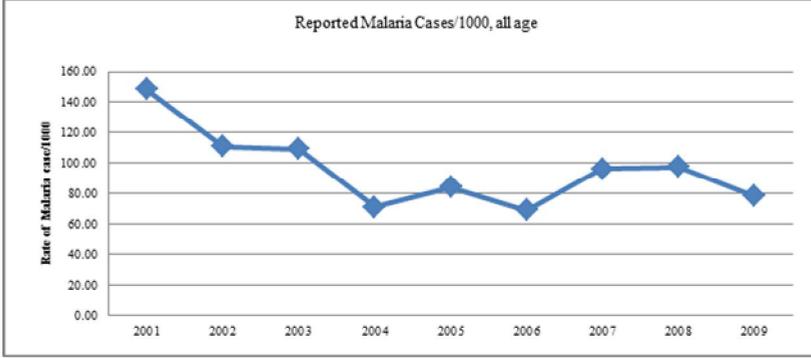
إستطاع النجاح في بقية الأوجه الأخرى من ناحية التدريب والرضا الوظيفي. أي أنه وبشكل عام يمكننا القول بأن استبقاء العاملين والإرث التاريخي كانت من العوامل المساعدة للنجاح ولم تكن هي الأسباب الأساسية له.

مؤشرات مرض الملاريا:

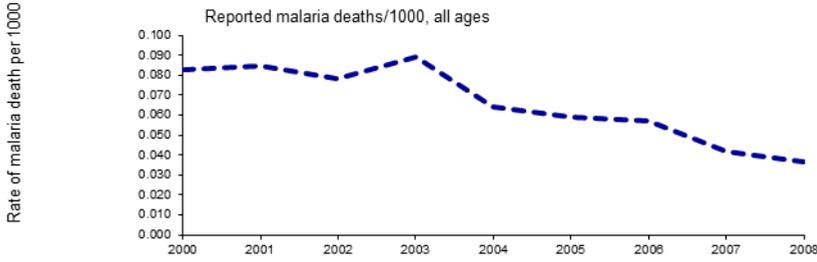
بناء على مسح مؤشرات الملاريا الذي أجري في العام 2006م فإن نسبة الملاريا في الولايات الشمالية مقارنة ببقية السودان قدرت أن تكون في المدى بين 4.9 مليون إلى 9.6 مليون حالة على مستوى البلاد و 3.4 مليون إلى 7.5 مليون حالة على مستوى الولايات الشمالية. بينما بلغت نسبة الإصابة بين الأطفال من هم دون سن العاشرة وفوق السنتين معدل 0.7% في الولايات الشمالية إلى 31.7% في الولايات الجنوبية بمعدل تردد في المستشفيات بلغ 5% من إجمالي الحالات في مستشفيات الولايات الشمالية إلى إجمالي 15% من دخول مستشفيات الولايات الجنوبية.

المخططات أدناه تشير إلى الإنخفاض الملحوظ في حالات الإصابة والوفيات جراء الملاريا في السودان في الفترة ما بين عامي 2001م و 2009م. على الرغم من ذلك فقد تعدت حالات الوفاة نتيجة الإصابة بالمرض إلى أكثر من مليوني حالة وفاة في العام 2005م، وبالمقارنة سنجد أنه في العام 1989م بلغ معدل الإصابة السنوي بمرض الملاريا 33% من إجمالي عدد السكان وتأرجحت نسبة الإصابة منذ ذلك الحين لخفاضاً وصعوداً لكن وكما تشير الإحصاءات فقد كان معدل الإصابة هو 1.4% من إجمالي السكان في العام 2009م هذه المؤشرات المختصرة تدل بوضوح على تحسن كبير في مستوى أعمال مكافحة وحجم النجاحات التي حصدت في هذه الفترة.

الرسم يوضح الإنخفاض في حالات الإصابة بالمalaria منذ العام 2001م حتى 2009م



الشكل يوضح الإنخفاض الملحوظ في حالات الوفاة السنوية نتيجة للمalaria



إستخدام المعلومات كأداة تخطيط أساسية:

تطور السياسات والاستراتيجيات وتوجيه اعمال المكافحة بناءً على البراهين قد يكون بمثابة أحد أهم ملامح برنامج مكافحة malaria في السودان. فقد إهتم البرنامج القومي طيلة فترة عمله في السنوات الماضية بصورة كبيرة بجانب التقارير والبحوث. حيث كان هناك تقرير ثابت سنوياً يتم عرضه أمام مجلس الوزراء الإتحادي وكانت هناك جدية والتزام واضحين من قبل البرنامج القومي، وكذلك من قبل مجلس الوزراء، في التعامل مع هذا التقرير من حيث الطريقة التي يتم وضعه بها، مكوناته، عرضه، مناقشته وعملية إتخاذ القرار بناءً عليه. لكن هذا النهج قد توقف في السنوات الأخيرة.

بالإضافة إلى ذلك فإن المتتبع لبرنامج الملاريا، ومن خلال الأطر البحثية فيه، سيجد أن البرنامج قام بنشر عدد كبير من الأوراق العلمية في الدوريات والمجلات العلمية داخلياً وخارجياً بما فاق كثيراً مجموع ما أنتجته المعاهد الأكاديمية والبحثية المتخصصة في الصحة في داخل السودان حول مكافحة مرض الملاريا. وهذا الجانب إهتم البرنامج به لكون عملية النشر تتيح الفرصة أكثر للبرنامج ليكون معروفاً بصورة أكبر على مستوى العالم مما سينعكس بالتأكيد على معرفة المجتمع الدولي بالبرنامج وليتعرف الآخرون على الاستراتيجيات والنجاحات الموجودة في برنامج السودان لمكافحة الملاريا. هذا النهج الذي إهتم بعملية النشر أسهم بصورة كبيرة في عملية تغيير بروتكول معالجة الملاريا في السودان في العامين 2004 و2005م. حيث إعتمدت عملية التغيير على الأدلة والبراهين العلمية التي وفرتها البحوث والدراسات التي نفذها البرنامج في الفترة التي سبقت عملية مراجعة البرتكول السابق في الفترة من 2002 وحتى العام 2004م. المنتدى العالمي للبحوث الصحية (Global Forum for Health Research)، ومن خلال إصدار خاصة به، تقدم بالشكر لعدد من البرامج القومية لمكافحة الملاريا في سبعة دول كان من ضمنها السودان وذلك لإعتمادها على الأدلة العلمية المبنية على أسس بحثية في تغيير بروتكولاتها العلاجية. والشئ اللافت للنظر أن التقييم الذي قامت به هذه المنظمة شمل كل البرامج العاملة في مكافحة الملاريا في كل الدول في الفترة الممتدة منذ العام 1906 وحتى العام 2006. التقييم تتبع مسيرة البرامج على مستوى العالم في منهجية تغيير بروتكولاتها العلاجية بناءً على أدلة علمية ومنهجية. وكان هذا بمثابة شرف للبرنامج القومي لمكافحة الملاريا في السودان بالإنضمام لهذه القائمة.

بالإضافة إلى هذا الجانب، اهتمت قيادة البرنامج بعملية توفير المعلومات والبيانات اللازمة لوضع خارطة متكاملة تؤسس لعملية مكافحة الطور المائي للطفيل (اليرقات) ووفقاً لخطط قوية معتمدة على المعلومات. هذه الخارطة تساهم بصورة كبيرة في إتضاح الرؤية حول كيفية تقسيم العمل وتوزيعه على الفنيين من ضباط وملاحظي صحة وغيرهم من العاملين

وفقاً لهذه المعلومات التي يمكن من خلالها تقسيم كل منطقة إلى قطاعات. هذا النظام تم نقله من سلطنة عمان واستفادت منه بصورة أساسية ولاية الخرطوم والذي مازال العمل بها جارياً وفقاً لهذه المنهجية، لكن سنجد أن عدد من المدن خارج ولاية الخرطوم فشلت في الاستفادة منها بصورة كبيرة. هذا الفشل قد يعزى بصورة كبيرة إلى حقيقة أن هذا النظام يحتاج لعدد كبير من الموارد البشرية والمادية لكن هذا لا يقلل من مدى نجاح البرنامج في ولاية الخرطوم ولمكانية الاستفادة منه في بقية الولايات. في هذا السياق كانت هناك منافسة بين المدن لمكافحة الطور الناقل للمرض ويتم تحفيز الولايات الفائزة في هذا المجال بصورة دورية، لكن لم تستمر هذه المنافسة ولم يتم الإلتزام بالجوائز التي رُصدت لها وإن كان ذلك لم يقلل من إلتزام الولايات بالعمل. ولكن هناك محاولات في العام 2010م لتجديد العمل بهذا النهج الذي قد يغير كثير من مخرجات البرنامج.

بناءً على النتائج التي حققها البرنامج في خفض معدلات الإبتشار لمرض الملاريا على الصعيد القطري والتي تدعمها المسوحات الوبائية في السنوات الأخيرة، وتماشياً مع السياسات العامة لمنظمة الصحة العالمية، والخطة القومية الاستراتيجية لمكافحة الملاريا فقد ركز البرنامج القومي بشكل خاص على تجويد الأداء المعملّي لفحص الملاريا. وقد تبني البرنامج بدعم وميزانية مقدرة التوسع في مشروع (3×3: الجودة الشاملة للمعامل) لتحسين التشخيص المجهرّي للملاريا ليشمل كل الولايات. تقوم فكرة هذا المشروع على تقييم وضع المعامل بالقطاع العام والخاص كمرحلة أولى، ثم حل المشكلات والعقبات التي تحول دون الوصول لنتائج مرضية بما يشمل التدريب التشيطي والتدريب أثناء الخدمة للعاملين، الإشراف والمتابعة المستمرة والتقييم للنتائج لتستمر الدورة من جديد. وفي نفس الصعيد تم دعم المعامل المرجعية بالولايات بالتأثيث ومعينات العمل. كانت ثمرة هذا الجهد تقييم 1089 معمل بنسبة 76% من العدد الكلي للمعامل والإشراف الفعلي على 978 معمل وتدريب 754 فني معمل في هذا المشروع لتصبح لدى البرنامج معلومات حقيقية ومفصلة عن تقييم أداء المعامل لأول مرة منذ تاريخ البرنامج الحديث. تعتبر نتائج هذا المشروع

أساساً لتقييم نتائج وآثار التدخلات اللاحقة لتجويد الأداء العام. أيضاً قام البرنامج بتدريب عدد 83 فاحص ملاريا تدريباً أساسياً وتزويدهم بمعينات العمل من المجاهر والأصباغ والأوات المعملية ليُضافوا لرصيد الولايات من الأطر المؤهلة في الفحص المجهري. وقد أسهم البرنامج في تغطية 490 مؤسسة صحية بنسبة (74%) بالفحص السريع، بالتركيز على المؤسسات التي ليست بها خدمة تشخيص مجهري وكذلك للإستقصاءات السريعة لتأكيد أو نفي احتمالات وجود وباء حسب خطة البرنامج لمجابهة الخريف والطوارئ. كذلك كان لإستخدام الفحص السريع دور فعال في تقليل كمية الدواء المنصرف على أساس التشخيص السريري لا سيما في مشروع المعالجة المنزلية للملاريا.

إستراتيجية التعامل مع المستفيدين:

البرنامج إهتم كثيراً بعملية توزيع المنتجات التي تُقدم عبره وعلى رأسها الناموسيات. حيث أصبح نظام العمل مبنياً على التوزيع مباشر من الميناء إلى المحلية المستهدفة بالتوزيع دون المرور بمخازن الوزارة الاتحادية أو مخازن الوزارة الولائية وهو تطور لافتاً جداً في سلسلة الإمداد ساعد في إستدامة الإمداد من الناموسيات بشكل كبير. والهدف من وراء هذا النهج هو التركيز على توزيع الناموسات في الريف وليس في المدن. هذا الأمر أسهم بشكل كبير في تنشيط إستخدام الناموسيات من قبل الأشخاص الذين يحتاجونها فعلياً وهذا ما أكدته دراسة نشرت في المجلة السودانية للصحة العامة حيث أشارت نتائج الدراسة أن المواطنين المتأثرين في المناطق الموبوءة بالملاريا في أرياف الولايات يقومون بالفعل باستخدام هذه الناموسات بعد مدة تجاوزت العام ونصف من توزيعها. تزامن ذلك مع حقيقة غياب عملية رش الباعوض في المناطق الريفية النائية في بعض الأوقات وذلك ما عزز استمرار البرنامج في تبنى إستراتيجية التوزيع المباشر هذه إلى المستفيدين الحقيقيين من الخدمة.

وضمن هذه الإستراتيجية كان لابد من وجود رؤية واضحة حول كيفية ضمان عدم تسرب الأدوية والناموسيات، وغيرها من المعينات الموجهة للمواطنين، إلى الأسواق لتباع في بعض

الأحيان بمقابل مادي في حين أنها بالأساس تُقدّم مجاناً. سنجد أن البرنامج القومي قام بالعمل على عدد من المحاور للحيلولة دون حدوث هذا الوضع. فعلى سبيل المثال قام البرنامج بالإتفاق مع المانحين والجهات المصنعة للأدوية بأن يتم طباعة علامة مميزة على صندوق الأدوية التي تميز الأدوية المجانية، وبالفعل تم طباعة كلمة مجاناً بشكل واضح على كل عبوة من الخارج مما أسهم في تمييز الأدوية المجانية من غيرها. كما وتم تسمية كافة الأدوية المجانية بأسماء مميزة تجعل من السهل التعرف عليها ضمن الأدوية المتوفرة في الأسواق. لكن الأهم من ذلك كله كان دور المجتمع في نفسه في حماية أفراد من هذا الوضع حيث تركزت الجهود إلى توعية المجتمع حول توفر الفحص والعلاج كإجراء مجانيين بصورة كلية وهو ما جعل المواطن نفسه شريكاً في عملية الرقابة. وفي منحى آخر سنجد أن العلاقة مع الأطباء والصيادلة كانت هي إحدى المحاور المهمة التي ركزت عليها إستراتيجية البرنامج في هذا الجانب. كما وأن العمل اللصيق مع الإعلام، كما سنورد لاحقاً، كان له أكبر الأثر في تجاوز الكثير من المشكلات التي كان من الممكن حدوثها. لكن ذلك لا يتنافى مع حدوث عدد من التجاوزات من قبل بعض أصحاب الصيدليات الأمر الذي كانت له تبعاته على توجيه النظام بصورة جيدة لاحقاً على مجريات الأمور في هذا الجانب.

وعلى ذات النسق فإن توزيع الناموسيات كانت له استراتيجياته، ففي أغلب الأحيان يتم التوزيع في شكل حملات كبيرة تغطي كافة الولايات وإن كان ذلك يتم في فترات متفاوتة. هذه الاستراتيجية كانت تساعد على تعبئة المجتمع نحو فكرة مجانية الناموسيات هذا بالطبع مع الآليات الأخرى التي تروج لأهمية استخدام الناموسيات في الوقاية. لكن بالطبع يحدث بعض التسرب ويتم بيع بعض من هذه المنتجات لكن هنا يأتي دور القطاع الخاص الذي يوفر الناموسيات بأسعار منخفضة لا تجعل من عملية بيع الناموسيات أمراً جذاباً للمواطنين. هذا بالإضافة إلى دور المنظمات التي تأتي في العادة مقرونة بمجهودات البرنامج في سد النقص الذي يحدث في المجتمع. فيما يلي الناموسيات بصورة خاصة سنجد أن الوضع في السودان يُعتبر أفضل بكثير من الدول المجاورة ودول الإقليم. فقد أسهم إعلان السيد رئيس

الجمهورية عقب إجتماعات أبوجا والذي دعا فيه إلى إعفاء الناموسيات الواردة للقطاع الحكومي والمنظمات من الرسوم الجمركية وإلى تخفيض هذه الرسوم إلى القطاع الخاص إلى حدها الأدنى، أدى ذلك إلى تشجيع العديد من الشركات لتقديم هذه المنتجات في السوق الأمر الذي أدى إلى إنخفاض الطلب عليها في الأسواق. بهذه الخطوة سبق السودان العديد من الدول الأفريقية، الأمر الذي ساعد في أن يصبح الدعم الحكومي هو أحد الأسباب التي قللت من وقوع حالات تسريب. غير أن ضعف الرقابة والإستراتيجيات التي تستخدمها دول مثل أثيوبيا وأريتريا أثر بشكل واضح في وفود الكثير من الناموسيات المهربة من هذه الدول عبر السودان إلى دول اخرى وذلك عبر الولايات الحدودية.

التشخيص المبكر والعلاج الناجع :

كما أشرنا سابقاً سنجد أن برنامج مكافحة الملاريا قام بتغيير بروتوكول علاج الملاريا، وذلك بإعتماد مركبات الارتيמיيسين (Artemisinin-based combination therapy (ACTs)) بدلاً من الكلوروكوين بناءً على نتائج البحوث التي أجريت حول مقاومة طفيل المرض للأدوية المستخدمة في السودان. البرتوكول الحالي لمعالجة مرض الملاريا في السودان أُصدر في العام 2004م ويوضح بشكل متكامل كيفية معالجة الأعمار والفئات المختلفة من المرضى بما في ذلك الحوامل، الأطفال بشكل عام وحديثي الولادة بشكل خاص والبالغين. وقد تمت طباعة البروتوكول الجديد في شكل كتيب وملصقات باللغتين العربية والإنجليزية وتوزيعه للمؤسسات الصحية وتم تدريب العاملين بالمؤسسات الصحية عليه للتأكد من العمل به.

جمهورية السودان
وزارة الصحة الاتحادية
البرنامج القومي لمكافحة الملاريا



المُرشد القومي لعلاج الملاريا

الخرطوم يونيو 2004 م

في الفترة منذ العام 2002م يتم توزيع الدواء الجديد في المؤسسات الحكومية مجاناً بدعم من الصندوق العالمي لمحاربة الدرن، الملاريا والايذز وبلغ عدد الوحدات الصحية التي تقدمه مجاناً بصورة مستمرة عدد 6,055 وحدة صحية. وكمثال لبعض الإحصاءات سنجد أنه قد تم خلال العام 2008م معالجة 3,073,996 حالة من خط العلاج الأول وخط العلاج الثاني. وأيضاً تم توفير علاجات الملاريا الوخيمة في مستشفي بالولايات بنسبة تنفيذ 118% كما تم معالجة عدد 85,432 حالة ملاريا وخيمة.

المعالجة المنزلية:

على الرغم من كل الجهود التي بُذلت من أجل ضمان وجود علاجات ناجعة للملاريا؛ مازال هناك عدد مقدر من المواطنين في مناطق متوطنة بالمرض وليس بها وحدات صحية تقدم خدمات علاج المرض. هذه الشريحة من المجتمع تم استهدافها عبر مشروع المعالجة المنزلية للملاريا والذي يهدف لجعل معالجة حالات الملاريا بالقرب من المنزل بقدر الامكان. هذا المشروع يُني على تقديم خدمة المعالجة للملاريا عن طريق المتطوعين في

القري والأرياف التي لا تتوفر فيها خدمة أو مقدم للخدمة الصحية. حتى نهايات العام 2010م تم تغطية 115 مجتمع بهذا المشروع في كل من ولاية جنوب كردفان، ولاية القضارف وولاية كسلا وقد بيّنت النتائج الأولية للمشروع جدواه وفاعليته في توفير خدمة مقبولة وذات تكلفة اقتصادية معقولة ولها اثر معتبر في مكافحة الملاريا وتقليل عبئها على الدولة والمواطن على حدٍ سواء.

جودة الادوية:

رغبةً من البرامج القومي لمكافحة الملاريا في ضمان وجود علاجات ملاريا جيدة وفعالة استمر البرنامج في أنشطته لمتابعة فعالية الادوية؛ حيث بلغت الفعالية 96% للخط الاول (الارتسونيت مع الفانسدان)، 90.4% للخط الثاني (ارتميثر مع لومفانترين) بينما بلغت نسبة الفعالية الـ 100% Artesmisiin + Piperaquine Taps and granules و 96.2% على التوالي، أيضاً واصل البرنامج جهوده من أجل متابعة إستقرار وثبات صفات وخصائص الأدوية الفيزيائية والكيميائية. تجيء هذه المتابعة لضمان أن الادوية المتداولة في المركز والولايات تظل تحتفظ بنفس صفاتها الفعالة عند التسجيل أو الإستيراد مما يضمن للمريض استخدام دواء فعال على الدوام، وقد أظهرت النتائج سلامة وصحة الأدوية التي تمت متابعتها في كل فترة المشروع.

المكافحة المتكاملة:

إعتماداً على إستراتيجية مكافحة الملاريا فقد بذل البرنامج القومي لمكافحة الملاريا جهوداً مكثفة لتحسين أنشطة مكافحة الناقل متعددة المداخل وذلك وفق الإطار الإستراتيجي العالمي لمكافحة ناقلات الأمراض في المحاور التالية: (1) تدريب ضابط صحة في مجال المكافحة المتكاملة لناقل الامراض، (2) تدريب ضابط صحة على ماجستير علم الحشرات، (3) وتدريب قادة المجتمع على المشاركة في أعمال مكافحة الملاريا. وفي إطار جهود البرنامج لتحقيق أهداف ومقررات مؤتمر أبوجا لدرح الملاريا 2000م وتحقيق أهداف الإستراتيجية

القومية لدحر الملاريا فقد سعت إدارة مكافحة المتكاملة لتخطيط المستهدفات السنوية والسعي مع الشركاء لتحقيق التغطية المخططة بالخطة الإستراتيجية للناموسيات المشبعة تشبيحاً دائماً، فقد قامت حكومة السودان بخفض 60% من الضرائب على دخول الناموسيات وسمحت بدخولها عبر السوق الحرة. تراكمياً استطاع البرنامج توزيع ما جملة 6,781,039 ناموسية مشبعة في الفترة بين عامي 2004م حتى بداية العام 2009م وقام البرنامج في العام 2009م بتوزيع عدد 1,250,000 لتصبح جملة الناموسيات التي تم توفيرها 8,031,039 لتصبح التغطية للأطفال أقل من عمر خمس سنوات والنساء الحوامل بنسبة 84% من المستهدف. وقد تم هذا الجهد بالتعاون بين حكومة السودان وصندوق الدعم العالمي بالإضافة إلى منظمة الامم المتحدة للطفولة.

تدشين حملة توزيع الناموسيات بولاية النيل الابيض - مايو 2010



قضايا الدعم والإمكانيات:

رغم أن مختلف دول العالم تلقت دعماً مقدراً لجهود مكافحة الملاريا خصوصاً عقب بدء العمل بالمبادرة العالمية في مشروع دحر الملاريا في العام 1998م. إلا أن السودان لم يستفيد من تلك الدعومات بالصورة المطلوبة حيث أن الكثير من الدعومات كانت قد توقفت تماماً للسودان قبل ذلك بفترة طويلة خاصة في الفترة التي تلت العام 1989م نتيجة لقرارات

المقاطعة والعقوبات مما أثر سلباً في أداء عمليات مكافحة. لذا نجد أن عمل البرنامج في فترة أوئل التسعينات من القرن الماضي كان يسير بميزانيات محدودة جداً مقارنة بالعمل المتوقع منه. ولم يبدأ البرنامج في إستقبال دعم مالي مقدر من خارج السودان إلا مع بدايات عمل الصندوق العالمي لمكافحة الإيدز، الدرن والملاريا. البرنامج حصل على دعم مقدر من الصندوق العالمي بما يفوق 188 مليون دولار لفترة تغطي خمسة أعوام إبتداء من العام 2010م وبإجمالي دعم فاق 200 مليون دولار في الفترة 2003 حتى 2010م.

مع بداية إنطلاق البرنامج أكثر فأكثر نحو الولايات عقب العام 2003م، ركز البرنامج القومي على توفير المعينات الأساسية للعمل خصوصاً المبيدات، الطلمبات والناموسيات بصورة دورية وظلت قضية التسيير عملية ولائية أو بالترتيب مع جهات أخرى. ومع استمرار تدفق الدعم الوارد للبرنامج من قبل صندوق الدعم العالمي توفرت الإمكانيات وأدخلت الأدوية ضمن برنامج مجاني حيث لم تكن تُقدم من قبل في هذا البرنامج. هذا الدعم توفر من قبل منح الدورات الثانية، السابعة والعاشر لصندوق الدعم العالمي والتي وفرت أساساً قوياً وحقيقياً للعمل المتكامل نحو مكافحة الملاريا في السودان. هذا الدعم إنعكس على مدى توفر كافة معينات العمل وبشكل كبير مثل المبيدات، الطلمبات، الناموسيات، الأدوية، الدعم اللوجستي و كذلك دعم التدريب. وإن ظل الدعم الحكومي من المركز والولايات مقدرًا من حيث كمي ونوعه مما يعكس إلتزاماً سياسياً واضحاً نحو قضايا الملاريا.

ولقد أثبت البرنامج قدرة كبيرة في إمكانية التوسع في قدراته لاستيعاب فرص التمويل الإضافية التي سنحت له. وقد يكون أكبر دليل على ذلك هو التوسع في البرنامج من برنامج ممول بأقل من 500,000 دولاراً أمريكياً مدعوم من منظمة الصحة العالمية إلى برنامج مدعوم بملايين الدولارات من صندوق الدعم العالمي وأحرز البرنامج فيه تقدير متميز في الإداء على مستوى العالم والمنطقة. ومثل الدعم فرصة كبيرة وتحدي لكوادر البرنامج من حيث إتاحة فرص للتدريب واكتساب الخبرات بالإضافة إلى توسعة المواعين التنفيذية والنزول للأسفل تجاه الولايات والمحليات حيث أن القدرة الكلية أصبحت أكبر وإلتجاه أكثر

نحو المحليات. نجح البرنامج من خلال هذا الدعم في تنفيذ الأنشطة التنفيذية على مستوى الولايات والمحليات. عليه أصبح هناك 117 برنامج لمكافحة الملاريا بالمحليات (التعداد الكلي للمحليات) ستكون قادرة وبشكل كبير على الإستفادة القصوى من الدعم.

التوسع إلى الأسفل كان له إيجابيته وسلبياته ومتطلباته، إذ أن توسيع المواعين التنفيذية يحتاج إلى دعم واسع النطاق، وعدم توفر هذه المواعين في الأساس سيؤثر على كيفية التخطيط للانتقال من المركز إلى الولايات والمحليات. توسيع المواعين يقتضي تدريب الأطر العاملة وجعلها تقف في خط واحد للتنفيذ مع البرنامج القومي ومن ثم توحيد لغة العمل التي توحد بدورها الروح العامة للوصول إلى الغايات. الدعم والتمويل بشكله الكبير الذي وجده برنامج الملاريا واستعماله في المستوي المحلي قد يكون قد أُستخدام في غير أهدافه الأساسية أحياناً مثل إستخدامه من قبل مديري الخدمات الصحية بالمحليات في غير شئون الملاريا أو من قبل بعض المعتمدين في المحليات لأغراض لا تتعلق بالصحة في بعض الأحيان. وإن كان هذا الأمر لا يُعتبر كظاهرة بشكل عام ولكنها تبقى كملحوظة واضحة وجب الالتفات إليها. على الرغم من أن إدارة البرنامج لا تُعارض هذا الإتجاه طالما أن الدعم يحققه أهدافه ويساهم في تطوير النظام الصحي بشكل عام، إلا أنه إذا لم تتم متابعة هذا الدعم بشكل لصيق فقد يكون ذلك خصماً على البرنامج وأهدافه وعلى النظام الصحي عموماً. وهذا قد يعطي إنطباعاً بأن المواعين المحلية لم يتم إعدادها بصورة جيدة تمكنها من الإستفادة من هذا الدعم بالصورة القصوى. ولكن أصبحت هناك صورة واضحة لكيفية تطوير النظم الصحية المحلية لإدارة هذا الدعم واستيعابه بالتنسيق مع الولايات والسلطات المحلية.

فرص التمويل تكون في العادة مصحوبة ببعض الصعوبات والتي قد تلقي بظلالها على كيفية إستفادة البرنامج من هذه الموارد المتاحة. المانحين في العادة يقدمون الدعم الذي يكون مرتبطاً في الأساس بجدول زمني وإجراءات مالية طويلة ومعقدة تربط في جانب بالبيروقراطية الإدارية وفي جانب آخر بمستوى أداء البرنامج، هذه التعقيدات قد تؤدي في

نهاية الأمر إلى تعطيل وصول الموارد المتاحة إلى المستفيدين منها وإلى صعوبة إستيعابها. السودان كأحد الدول المتأثرة بالعقوبات الغربية عانى من هذا الأمر فيما يلي إدارة الدعومات المقدمة من صندوق الدعم العالمي مما أدى إلى تعرض كافة أشكال الدعومات للكثير من العراقيل والمشاكل التي تؤثر على الإستفادة من هذه الدعومات بصورة كبيرة. وبهذا فلا يخفى على جميع المهتمين بقضية مكافحة الأمراض الثلاثة ذات الأولوية في القطاع الصحي في السودان (الأيدز، الدرن والملاريا) ما مثله الدعم المقدم من صندوق الدعم العالمي من إضافة حقيقية للقطاع الصحي في السودان خاصة للولايات الشمالية حيث بلغ إجمالي الاموال التي تمت الموافقة عليها منذ بدء التقديم لدعم الصندوق وحتى العام 2010م أكثر من 500 مليون دولار. في هذا الجانب سنجد أن سياسة صندوق الدعم العالمي، التي نصت بحجب صرف الاموال مباشرة إلى حكومة السودان لأسباب سياسية معلومة لدى الجميع، مثلت تساؤلاً كبيراً حول مدى تأثير ذلك على سير الأداء في خطط آلية التنسيق القطرية لشمال السودان حيث أنه من المتعارف عليه أن الأموال المقدمة تصرف عبر صندوق الأمم المتحدة الانمائي. وعليه يجب معرفة مدى تأثير ذلك على صرف الأموال من الصندوق إلى المستقبل الرئيسي ومنه على قنوات التنفيذ. ففي دراسة اصدرتها مؤخراً مجلة "لانسيت" أظهرت الإحصائيات أن المنح التي تدار عبر مستقبل رئيسي غير حكومي تسجل نقاطاً أعلى في تقييم الأداء عن تلك المنح التي تدار عبر جهات حكومية، ويبقى السؤال قائماً عن مدى مطابقة ذلك للوضع في السودان في ظل الوضع الراهن.

"عربة لكل محلية" دعماً لجهود مكافحة الملاريا من قبل صندوق الدعم العالمي أبريل 2010



على الرغم من هذا فقد ظل عدد من الأسئلة مطروحاً للاجابة والتقييم فيما يتعلق بمعرفة مدى إستفادة برامج مكافحة هذه الأمراض من هذا الدعم من الجانب الفني بالإضافة إلى معرفة مدى قدرة واستعداد النظام الصحي في القطاعين العام والطوعي للإستفادة من هذه الاموال بكفاءة عالية. حيث ستظل عملية صرف هذه الأموال دوماً في ارتباط وثيق مع عملية الوصول إلى الأهداف الموضوعية وتنفيذها في الجانب الفني. هذه الأسئلة كانت جزء من مقترح تنبأه البرنامج القومي لمكافحة الملاريا لإجراء عملية مراجعة كلية لمسيرة البرنامج منذ إنشائه بصورة منهجية لتوثيق لتجربته وتعميمها.

أخيراً وضمن محور الدعم، نلقي نظرة على بعض المحطات المهمة في تاريخ دعم البرنامج في العقود السابقة:

مشروع مكافحة الجامبيا (منذ 1970م - وحتى الآن): بعد توقيع إتفاقية التعاون الصحي والطبي بين جمهورية السودان ومصر في عام 1970م شمل برتوكول مكافحة الجامبيا منطقة المشروع بجزئها المصرى والسودانى (اسوان - ابوظامة) بطول 700 كلم. يتكفل فيها الجانب السودانى بتوفير العمالة والآليات والجانب المصرى بالمبيدات والمحروقات

والمعدات المعملية. تم تمديد المشروع جنوباً من دنقلا في عام 1982م وتمت إعادة تحديث البرتكول عام 1996م كما تمت إضافة محافظة أبوحمد بولاية نهر النيل عام 2000م.

برنامج مكافحة الملاريا بولاية اعالي النيل (سابقاً): بدعم من منظمة اليونيسيف بدأ تنفيذ برنامج مكافحة الملاريا في عام 1996م وهو برنامج مستمر لتوفير العقاقير المضادة لطيفلي الملاريا بالإضافة إلى استعمال الناموسيات المشبعة بمبيد الدلتامثرين وقد بدأ العمل في مناطق ملكال وجونقلي وتوسع شمالاً ليشملا مدينة الرنك وما حولها وكذلك التجمعات السكانية على طول نهر السوبات وتم تدريب مختلف الشرائح العاملة في مجال الملاريا مع توفير مبيد الدلتامثرين مما يضمن استمرارية نجاح المشروع حيث انخفضت معدلات الأصابة من 34.7% الى 20.7%.

المنحة اليابانية 1990م - 1992م: وفرت المنحة اليابانية احتياجات برنامج مكافحة الملاريا من مبيدات أدوية ومعدات معامل ورش وعربات في حدود مبلغ 5.7 مليون دولار لولايتي الخرطوم والجزيرة.

قرض البنك الدولي 1992م - 1993م: توفرت احتياجات الملاريا من قرض البنك الدولي في حدود مبلغ 5 مليون دولار وأعطت الولاية الشمالية كأولوية ثم بقية الولايات المتأثرة مثل شمال كردفان.

برنامج دحر الملاريا Roll Back Malaria 1999م - 2000م: وقد تبنت مجموعة الشراكة المكونة من (WHO, UNICEF, UNDP & WB) مقترح الصحة العالمية الهادف لدحر الملاريا وذلك بخفض حالات الملاريا بنسبة 50% بحلول عام 2010م و30% اخرى في عام 2015م وفي عام 2025م لا تصيح الملاريا مشكلة اولى.

البرنامج الوطني لتخفيف حدة الفقر 2001م - 2002م: هذا البرنامج قدم دعماً تجاوز الخمس مليارات من الجنيهات. إضافة إلى إعلان مبادرتي الخرطوم والجزيرة كمناطق خالية من الملاريا بمشاركة المنظمات الدولية كمنظمة الصحة العالمية.

الدعم الفني:

المنظمات الدولية والتمثلة في منظمة الصحة العالمية عبر برنامجها العالمي لدر الملاريا، اليونيسيف، صندوق الدعم العالمي وغيرها كان لها دور كبير يضاف إلى الدعم المادي الذي كانت تقدمه وظهر ذلك بشكل واضح فيما تقدمه هذه المنظمات من دعم فني للبرنامج. وفي رأي الكثير من قادة برنامج مكافحة الملاريا أن الأغلبية العظمى للخبراء الذي وفدوا عن طريق هذه المنظمات كانوا متميزين فنياً، والمثير للإهتمام أنهم كانوا يجدون بالمقابل تميزاً واضحاً من العاملين بالبرنامج سواء من المركز أو الولايات، وذلك بناءً على ما عبروا به شفاهةً أثناء زيارتهم للسودان أو ما كُتب في تقاريرهم عن هذه الزيارات. والمدارس الفنية المختلفة لهذه المنظمات أسهمت كذلك وبصورة كبيرة في دعم مسيرة البرنامج حيث كان التحدي أمام العاملين بالبرنامج أن يصبحوا أهلاً لثقة المنظمات العالمية لتقديم الدعم المادي للبرنامج وبما يدعم مصداقية البرنامج.



وفد من منظمة الصحة العالمية يرافقه المنسق السابق للبرنامج د. طارق عبد القادر لولاية جنوب كردفان - ديسمبر

شراكات البرنامج:

بناء الشراكات كن شيئاً أساسياً بالنسبة لقيادة البرنامج حيث تم تسمية منسق لهذه الشراكات والذي عمل بجد لتحقيق أكبر قدر من العمل المشترك من خلال هذه الشراكات. كان للبرنامج التزام واضح نحو كافة أشكال الشراكات خاصة تجاه القطاع الخاص في مختلف مجالات مكافحة الملاريا، خاصةً وأن ذلك يتماشى مع التوجه العالمي الذي ينادي بضرورة بناء هذه الشراكات لدحر الملاريا. ونجح البرنامج في استقطاب شراكات حقيقية مع العديد من الجهات نتطرق إلى ملامح بعض منها. العديد من مؤسسات القطاع الخاص، خاصةً بعد أن تم بناء أطر واضحة للشراكة معها، أصبح لديها حافز أكبر للعمل بعد قرارات الرئيس التي أعقبت إعلان أوجا والتي ألزمت المؤسسات الحكومية كافة بضرورة تأدية دورها كاملاً تجاه قضية مكافحة الملاريا بالتعاون مع مؤسسات القطاع الخاص وهو ما شكل الدافع نحو تحفيز القطاع الخاص. هذا الأمر أوضح للقطاع الخاص بشكل جلي إمكانية مساهمته في الهم الكلي ولحساسه بالمشاركة في وقف إحدى أكبر معوقات الإنتاج في وقت مضى وهي مرض الملاريا. لذا سنجد أن مؤسسات مثل المؤسسة السودانية للنفط بادرت بدعم يقدر بمائة مليون جنيه في فترات مختلفة لمبادرات دحر الملاريا، كما أسهم بنك الإيداع في تمويل شراء مائة الف ناموسية كما ودعمت إدارة مشروع محفظة الناموسيات. كذلك فان شركة شل ألت دوراً كبيراً في الفترة التي سبقت إنفصال الجنوب في تدعيم مجهودات مكافحة الملاريا في المناطق الجنوبية بشكل عام. وسنجد أن اثنين من كبرى الشركات العالمية هي شركات مجازة من قبل منظمة الصحة العالمية فيما يلي منتجاتها التي تقدمها. إحداهما شركة ناموسيات كبيرة والتي قامت بدورها بافتتاح فرع لها في السودان وذلك أتاح توفر ناموسيات ذات جودة عالية في السوق السوداني سوى أن كان للمنظمات أو للمستهلك مباشرة. كذلك تم عقد شراكات مع عدد من شركات الأدوية لتسجيل منتجاتها في السودان ومن ثم توفرها في السوق بشكل مباشر وأقل تكلفة. شركات الإتصالات ممثلة في شركة كنار كان لها مساهمة فاقت ثلاث مليون جنيه وبمبادرة فردية

من الشركة تجاه هذا العمل، كما قامت شركة سوداتل بالمساهمة في تشييد مركز إقليمي لمكافحة الملاريا بولاية القصارف بالإضافة إلى دعمها لمعينات مكافحة في العديد من الفرض. ظلت عملية الشراكات مستمرة مع الكثير من المنظمات والجهات المختلفة والذين ظهوروا بشكل كبير في مختلف مكونات البرنامج وخطته مما لعكس إيجاباً على علاقات البرنامج و طريقة تقديمه لنفسه لدى المانحين والذي انعكس إيجاباً بدوره على نيل البرنامج لمنحة الدورة السابعة من صندوق الدعم العالمي.

فيما يلي العلاقة مع المنظمات سنجد أن منبر المنظمات العاملة في مجال الملاريا في السودان كان هو شرارة البداية الحقيقية وراء تعاضد المنظمات فيما بعضها البعض وبينها وبين الشركاء الاخرين مثل الحكومة والقطاع الخاص. المنبر بدأ بأربعة منظمات فقط في العام 2002م وتزايد العدد إلى أن صار أكثر من 45 منظمة في العام 2010م. سنجد أن العام 2006م مثل نقطة تحول كبيرة في شراكة المنظمات ودورها في مكافحة الملاريا حيث تحول الحوار بين المنظمات إلى ميثاق للتعاون فيما بينها بما يضمن تنسيق الجهود وتجنب التكرار في العمل والمشاريع التي تنفذها المنظمات بمختلف اهتماماتها ومجالات عملها. وقد كان لعدد من المنظمات لمساة حقيقية في مجالات مكافحة المختلفة نذكر منها على سبيل المثال لا الحصر دور منظمة بلان سودان (Plan Sudan) في تنفيذ مشروع للتثقيف الصحي بولاية النيل الأبيض والذي أسهم بصورة لا تخطئها عين في تقليل الإصابة بالمرض في الولاية خاصة في مناطق المشاريع الزراعية، وعلى الرغم من توقف دعم المانحين إلا أن المشروع تواصل بالموارد المحلية خاصة مع التسويق الذي قامت به المنظمة لفكرة المشروع وأهدافه. سنجد كذلك أن منظمة (MSF France) قامت بدور مهم جداً في تغيير السياسة الدوائية لعلاج الملاريا حيث ساهمت في الإعداد لمؤتمر علمي جامع في العام 2003م الذي أعدته لجنة علمية من كبار الباحثين بناءً على البحوث التي قام بها البرنامج، وقد تطرقنا للبرتكول سابقاً. المنظمة أسهمت بصورة واضحة في وضع هذا التغيير موقع التنفيذ حتى وقتنا الحالي. كذلك لا يمكن أن نغفل دور المنظمات الوطنية مثل

منظمة شباب ضد الملاريا، منظمة الهلال الأحمر، منظمة أنا السودان والجمعية السودانية لحماية البيئة وغيرها من المنظمات الوطنية الفاعلة، والتي أدت دوراً كبيراً في تحريك المجتمعات وتعبئتها للمساهمة في دحر الملاريا. فبالطبع هذه المنظمات لديها قدرة أكبر على الإنتشار وسط هذه المجتمعات بصورة أكبر من الحكومة والمؤسسات الأخرى ، لذا كانت مساهماتهم مقدرة في هذا الجانب خاصةً في تنفيذ نسبة كبيرة من برامج الدعم الموجه من المانحين نحو قضايا مكافحة الملاريا. كذلك كان للبرنامج شراكات وعلاقات، مازالت مستمرة، مع جهات ومؤسسات أكاديمية مثل جامعة الخرطوم، معهد النيل الأزرق بجامعة الجزيرة، معهد الصحة العامة بالخرطوم وجامعة ليفربول ببريطانيا.

لكن الجانب المهم في كل هذه الشراكات، أن البرنامج القومي لمكافحة الملاريا استطاع أن يظهر نفسه كشريك حقيقي في كل هذه العلاقات وأن يبني ثقة الشركاء بمختلف إمكاناتهم واهتماماتهم نحو المواصلة في هذه الشراكات الإستراتيجية للبلد.

جانب من شراكة برنامج الملاريا مع شركة أم تي أن في عمليات الرش



العلاقة مع الإعلام والسياسيين:

كانت هناك علاقات متميزة ومستمرة مع الإعلام والإعلاميين حيث كانت مشاركة واضحة للإعلاميين في كافة أنشطة البرنامج من خلال الاجتماعات الدورية أو من خلال الأنشطة الأخرى مثل حملات الرش أو حملات توزيع الناموسيات. البرنامج خط من خلال ورقة عمل كيفية ترجمة الإلتزام والدعم السياسي إلى مخرجات واضحة تدعم البرنامج وعمله في المركز والولايات. والملاحظ أن الإلتزام السياسي كان موجوداً في حد ذاته وإن احتاج في الأساس إلى تحريك ليتم ترجمته إلى دعم واضح. وكان جلياً أن قيادة برنامج مكافحة الملاريا على المستوى الولائي أدت دوراً كبيراً في ترجمة هذا الدعم بحيث تم الإستفادة منه بالحد الأقصى، لكن بالتأكيد هذا الجانب كان متأثراً بصورة كبيرة بمحدودية إمكانيات الولايات نفسها. وهنا أدى البرنامج الإتحادي دوراً كبيراً في إيجاد صيغ الدعم المناسبة لتكملة ما أظهره الإلتزام الولائي بمكون إتحادي بغرض تقديم خدمة متكاملة.

والناظر إلى الفروقات في نجاح البرنامج بين الولايات سيرى أن ذلك لم يكن يعزى إلى التفاوت في شكل الدعم أو الإلتزام السياسي وإنما إلى الفروقات في تنفيذ الإستراتيجيات المتبعة في مكافحة الملاريا المعروفة. حيث كان واضحاً سيطرة العقلية التي تتأدى بأن مكافحة الملاريا يجب أن تعتمد بصورة أساسية على رش المبيدات وكان هذا جلياً في تركيز بعض الولايات على هذا الجانب من خلال ضغط السياسيين أو التنفيذيين في المستويات العليا في هذا الجانب، وذلك كون أن عملية الرش هي نشاط واضح يساهم في بناء صورة السياسيين بدرجة كبيرة ولعله هذا السبب كون أن رش المبيدات يلاقي دعمهم بصورة أكبر. هذه العقلية أثرت بصورة كبيرة في عملية تبنى الإستراتيجيات الأخرى لمكافحة الملاريا والمعروف عنها مدى فعاليتها مثل إستخدام الناموسيات وغيرها من النظم غير أن هذا لم يشكل عائقاً كبيراً للعمل. وبهذا فقد تعامل البرنامج القومي لمكافحة الملاريا مع ملف العلاقة مع الإعلاميين والسياسيين بصورة نتج عنها منتج مهم تمثل في إلغاء الكثير من الرسوم

الحكومية المفروضة على الناموسيات والأدوية والتي كانت تصل إلى أكثر من ستين بالمائة من سعر المنتج والتي أصبحت في العام 2010م صفر بالمائة.

مجموعة نقاش يقودها وزير الصحة الإتحادي ووزيرة الصحة بولاية الخرطوم بحضور ممثلي منظمات عالمية



التحديات والمعوقات الحالية:

قد يرى المختصون في مجال مكافحة الملاريا أن أحد أكبر معوقات نجاح العمل في البرنامج على كافة مستوياته قد تكون المشاكل المرتبطة بالعمل في المعامل. فعلى الرغم من أن حجم العمل والدعم الذي تم تقديمه في هذا الجانب في محاور التدريب وتوفير المجاهر والمواد المعملية إلا أن الرصد الحالي للحالات المعالجة يوضح مدى انتشار الأخطاء الواضحة في التشخيص الإيجابي الخاطئ أو التشخيص السلبي الخاطئ مع استمرار محاولات استعمال نظام الفحص السريع لتلافي هذه الأخطاء. هذا الأمر له إنعكاساته السلبية في عملية التشخيص بشكل عام وعلى عملية المعالجة والمكافحة بشكل كلي. وهذا يظهر الحاجة إلى العمل مع الشركاء في المجتمع الدولي لإيجاد حلول أخرى تساهم في تغيير هذه الممارسات الحالية.

ولاية الخرطوم والملاريا (تجربة تستحق الدراسة):

وكما أشرنا سابقاً، سيجد الناظر إلى تاريخ مكافحة المرض في السودان سيجد أن هذا التاريخ يرجع إلى بدايات القرن العشرين تحديداً في العام 1904م حيث كانت أولى المبادرات المعروفة لمكافحة هذا المرض في منطقة الخرطوم. كانت هذه المحاولات قائمة على استخدام الزيوت الراجعة (المستخدمة) بالإضافة إلى طرق أخرى بسيطة لإحتواء البعوض الناقل للمرض. لكن بفضل الجهود المتكاملة أشارت التقارير إلى نجاح هذه المبادرات في إستئصال المرض في ذلك الوقت. وظلت الإحصائيات تشير إلى وجود عدد قليل من الحالات المسجلة حتى منتصف السبعينات من القرن الماضي. منذ ذلك الوقت بدأت الحالات في الإزدياد مرة أخرى في الخرطوم نتيجة للضعف الواضح في برنامج مكافحة في تلك الفترة. ظل الوضع على هذا المنوال حتى بداية التسعينات وأصبحت الملاريا السبب الأول لدخول المستشفيات والوفيات على حدٍ سواء في كل الوحدات الصحية.

قدمت الحكومة اليابانية دعم لحكومة السودان في شكل منحة مقدرة غطت العديد من مجالات التنمية بما فيها الصحة وغطت مكونات خطة العمل المشتركة التي إستمرت لمدة ثلاثة أعوام انتهت مع نهاية العام 1993م. في محور الصحة ركزت المنحة على دعم جهود السودان للتصدي لمرض الملاريا حيث شملت المنحة دعومات مقدرة لشراء المبيدات وطمبات الرش بالإضافة إلى تزويد النظام الصحي بعربات تساعد في استدامة عمل مشروعات مكافحة خاصة في ولاية الخرطوم. المنحة في العموم كانت ذات فائدة كبيرة للنظام الصحي وظهر أثرها جلياً في مؤشرات مرض الملاريا خاصة أنها إرتبطت بمحور صحة البيئة كأحد أولويات تمويل المنحة.

في ذلك الوقت كانت مكافحة الملاريا تتبع للمجالس البلدية في الولاية وتقوم المجالس بكافة أعمال مكافحة خاصة فيما يتعلق بالطور المائي وذلك ضمن الأعمال الكلية التي كانت تقوم بها هذه المجالس في مجال إصاح البيئة. مع تغيير القيادة السياسية في وزارة الصحة بالولاية في العام 1993م وحدث بعض التغييرات في الهيكلة والإختصاصات، تم إعادة

دمج قسم مكافحة الملاريا في إدارة صحة البيئة وذلك على مستوى المحلية وعليه لم يعد هناك قسم خاص بمكافحة الملاريا على مستوى الولاية. هذا الوضع أدى إلى إنعدام وظيفة الإشراف والمتابعة، وبالتالي ضعف العلاقة، بين المستويين الولائي والمحلي في برامج مكافحة، وهو ما أثر بصورة كبيرة في مخرجات البرنامج بصورة سلبية وأدى ذلك إلى إزدياد ملحوظ في حالات الملاريا التي تم تسجيلها. هذا الوضع استدعى بصورة ملحة وعاجلة عودة هذه الإختصاصات بصورة أساسية للولاية خاصة فيما يلي التخطيط، الإشراف والمتابعة والتقييم لبرامج مكافحة الملاريا وهو ما انعكس إيجاباً في السنوات اللاحقة في مؤشرات المرض. الضعف في الأداء الذي شهدته تلك الفترة على مستوى المحليات كان مرده بصورة أساسية إلى عدة عوامل يأتي في مقدمتها ضعف القدرات الإدارية للمحليات في إدارة هذا العمل مصحوباً بسوء إدارة الموارد المالية التي كانت متاحة لهذه المشروعات بالإضافة إلى ضعف قدرات العاملين الذين يقومون بهذا العمل من الناحية الفنية، هذا بالطبع إلى جانب إنعدام عملية الإشراف والتقييم والمتابعة كما ذكرنا سابقاً. في ذلك الوقت كانت علاقة برنامج مكافحة الملاريا في ولاية الخرطوم مع البرنامج القومي تتسم بالضعف وعدم الوضوح في مكوناتها. كانت تعتمد في أساسها على التدريب الذي يقدمه البرنامج القومي مع تقديم بعض الزيارات في حالة وجود خبراء زائرين أو غيره. هذا الأمر انعكس بصورة واضحة في مدى تأثير برنامج الملاريا في الولاية لاحقاً بوجود مبادرات أحادية الجانب من قبل وزارة الصحة الولائية فيما يلي التدخلات الخاصة بالبرنامج الولائي. وقد يرى المراقب للوضع في ذلك الوقت أن سبب ذلك هو ضعف قدرات البرنامج القومي وإنعدام الرؤية الواضحة للبرنامج حول مكونات بناء القدرات والدعم الذي يقدمه للبرامج الولائية هذا بالإضافة إلى توفر الدعم السياسي للبرنامج في ولاية الخرطوم وضعفه على المستوى الإتحادي في فترة من الفترات. قدرات المحليات كانت من أكثر الأولويات وضوحاً في الفترة بين عامي 1995م و2000م وقد قامت الوزارة بجهود كبيرة في هذا الإطار وهو ما انعكس لاحقاً على قدرة الولاية في التصدي لحالات أوبئة الملاريا التي ظهرت في هذه الفترة.

وللمزيد من المعلومات فقد تناول الفصل الثاني في هذا الكتاب هذا الجانب بشي من التفصيل لفهم أكبر لهذا الإتجاه.

شكل العام 1993م بداية جديدة وهامة في برامج مكافحة الملاريا في السودان بشكل عام وفي ولاية الخرطوم بصورة خاصة، حيث أن مشروع برنامج صحة البيئة ومكافحة الملاريا تم إنشائه وبدء العمل فيه في العام 1993م. العمل في المشروع كان قائماً علي تقسيم الولاية إلى 7 محافظات والتي قسمت إلي 36 قطاع وكل قطاع يحتوى علي عدد من الدوائر تضم مشرفين وداريين وعمال. تتم تغطية الدائرة الواحدة في فترة أسبوع في مكافحة البعوض والذباب. الوزارة كانت به وظائف محددة ممرضة ضمت إدارة عربات الرش التي تحوي الماكينات الخاصة برش الرزاز. كذلك الماكينات المحمولة علي الظهر. كان هناك ربط لكل محافظة مرتبط بربط مركزي لكل الولاية في كل المدخلات من قوى عاملة، معدات، مبيدات، عربات وغيرها وهو ما أسهم في وضوح الرؤية حول حجم المدخلات المطلوبة. كذلك إبتدرت الولاية منحه الإستعانة بالقوى العاملة المؤقتة في فصل الخريف لسد النقص في أعداد العمال الذي كان يحدث في كل عام في هذا الفصل نتيجة لإتساع دوائر وأعمال مكافحة. لاحقاً ومن خلال تجربة الوزارة، إتضح أهمية تحقيق تعاون وعمل مشترك بين محاور صحة البيئة وصحة المياه ضمن الخطط والتدخلات الكلية لمكافحة الملاريا وهو ما بدأ بالفعل منذ العام 1994م وحتى الآن والتي صارت ضمن أساسيات الاستراتيجية الكلية لمكافحة الملاريا المقترحة من قبل منظمة الصحة العالمية. تم تدريب فنيين علي عملية فحص الملاريا والتشخيص وهو ما شكل نقلة حقيقية في هذا الإطار حيث كان عدد الفنيين المدربين في هذا الجانب قليل ومحدود للغاية وكانوا يعملون في مؤسسات صحية محصورة في مناطق محدودة. أعقب ذلك وفي العام 1995م تم وضع بروتكول متكامل للتشخيص والعلاج للحالات المختلفة وهو ما لم يكن موجوداً في الفترة التي سبقت ذلك. التثقيف الصحي كان المحاور التي إمتدت لها خطط الوزارة الولائية في ذلك الوقت وهو ما مثل نقلة واضحة في تواصل الوزارة مع المواطنين حول برامج مكافحة الملاريا

والتوعية بطرق الأنتقال وطرق المكافحة، وهو ما كان شأنه أن يكامل جهود المكافحة بين الوزارة والمجتمع. في العام 1995م أدخلت الوزارة الولايتية بمبادرة من مدير عام الوزارة في ذلك الوقت نظام جديد للمتابعة والإشراف علي أنشطة مكافحة توالد البعوض والذباب بواسطة مشرفين مهمتهم ووظيفتهم الأساسية هي التأكد من تطابق التقارير مع الوضع الحقيقي في المناطق السكنية. يعضد ذلك وسائل أخرى تم إدخالها مثل المسح الحشري الذي كان يتم إجرائه بصورة دورية كمصدر مهم للمعلومات التي توجه عملية المكافحة بشكل كلي.

السودان ومن خلال وزارة الصحة بولاية الخرطوم أعد أحد أوراق العمل التي تم نقاشها في مؤتمر أبوجا في العام 1996م الذي شارك فيه رئيس الجمهورية وأشرنا إليه سابقاً. الورقة ركزت علي دور الإلتزام السياسي في نجاح برنامج مكافحة الملاريا وكيفية زيادة الدعم المالي لتمويل خدمات وأنشطة مكافحة الملاريا. الورقة وجدت صداً واسعاً في المؤتمر وكانت من أهم التوصيات التي خرج بها إعلان أبوجا في مجال مكافحة الملاريا.

الخرطوم بشكل عام هي منطقة حضرية مكتظة بالسكان ومن الملاحظ أن الولاية بشكل عام ينخفض فيها إنتقال الملاريا مقارنةً مع الولايات الأخرى في السودان. وقد نجحت جهود المكافحة المبكرة في أواخر القرن العشرين في خفض معدلات الاختطار، إلا أن الملاريا أخذت تعاود الظهور في الفترة من 1997م حتى العام 2001م. بعد كل هذا التاريخ من محاولات مكافحة المرض وفي عام 2002م، شرعت حكومة الولاية، وبدعم من وزارة الصحة الإتحادية ومنظمة الصحة العالمية، في تنفيذ مبادرة تهدف إلى جعل الخرطوم خالية من الملاريا. وركزت هذه المبادرة بصورة أساسية على تخفيض حالات الإصابة بمرض الملاريا وكان الهدف الأساسي أن لا يصبح المرض عبءً على النظام الصحي. وركزت استراتيجية الوقاية في هذه المبادرة على التدخلات المرتبطة بمكافحة البيرقات كأحد الوسائل الناجحة في مكافحة الملاريا في المناطق الشبيهة بالخرطوم. ودلت النتائج على حدوث

انخفاض كبير وملحوظ في معدلات انتشار الملاريا، وفي الحالات المؤكدة والمشخصة سريريا بين المرضى الخارجيين المراجعين، وكذلك في أعداد الوفيات المرتبطة بالملاريا.

قامت مبادرة مشروع الخرطوم خالية من الملاريا على تنفيذ أنشطة متعددة ارتكزت بصورة أساسية على وضع خارطة متكاملة تحدد شكل توزيع حالات الإصابة بمرض الملاريا في الولاية، وسنجد أن هذه الخارطة قادت عملية مكافحة الملاريا بصورة فاعلة حيث وفرت المعلومات الأساسية للأنشطة التي ينفذها البرنامج. المحور الثاني لهذا المشروع كما ذكر سابقاً ارتكز على مكافحة اليرقات بصورة متكاملة وفقاً لمعطيات الخارطة التي تم وضعها حيث قام البرنامج بتقسيم الخرطوم لمناطق عمل مختلفة تبعاً للتقسيمات الإدارية المتعارف عليها. وكان لمنظمة الصحة العالمية في العامين 2002 و2003م دور محوري في دعم هذا المشروع وذلك عبر الدعم الفني الذي قدمه الخبراء المتعاونين من قبل برنامج مكافحة الملاريا في سلطنة عمان. العمود الثالث لهذا البرنامج ركز بصورة أساسية على إكتشاف وعلاج الحالات كمحور مهم في عملية إحتواء مرض الملاريا. وهنا كان لابد من الإهتمام بعملية الفحص المجهرى وتطوير النظام الذي كان يتم العمل به في ذلك الوقت. كما تم الإهتمام بتوفير الأدوية المناسبة ومراقبة فعاليتها في علاج الحالات المرضية والجانب الآخر توفيرها بأسعار تناسب المرضى (نحو أربعين في المائة أقل من أسعار القطاع الخاص).

قد لا يسمح المجال هنا لطرح كل التدخلات التي اعتمدها البرنامج في تنفيذ هذا المشروع، إلا أن الواضح من مخرجات هذا المشروع أن تنفيذها جميعاً بشكل متكامل أسهم بصورة كبيرة في نجاح المشروع طيلة عمره الممتدة منذ العام 2002م. هذا أسفر عن تقليل حالات المراضة من الملاريا مقارنة بالأمراض الأخرى بحيث انخفض عدد سكان الولاية الذين يعانون من الملاريا من خمسة في المائة في العام 1990م إلى أقل من واحد في المائة في العام 2004م.

إستند برنامج مكافحة الملاريا، والذي تم تقديره من قبل المجتمع بشكل عام، على التدخلات السليمة، الشراكات، إشراك المجتمع المحلي، الإلتزام من جانب الموظفين والقادة السياسيين والسعي إلى إستدامة هذا العمل. وكانت الأدوات المستخدمة في هذا المشروع، والمعترف بها والموصى بها لمكافحة الملاريا، مترابطة جميعاً مع بعضها البعض، أي أنه كان لها تأثير واضح على مدى تعزيز كل منها لبعضها البعض. والمتابع لكيفية استدامة هذا العمل، على سبيل المثال، سيلاحظ أن العمل قد إستمر بالفعل من خلال الحصول على الإمدادات والمعدات اللازمة لمزاولة عمل التدخلات الأساسية. بالإضافة إلى ذلك كان لرضا الموظفين، الإشراف الداعم، إشراك المجتمع المحلي والشراكات المنتجة دور واضح في دعم هذه الإستدامة. سنلاحظ أيضاً أن هذا البرنامج بني بالفعل على النظم الصحية القائمة في الولاية وبناء عليه تم التنسيق بين القطاعات المختلفة بما فيها قطاعي التخطيط الحضري والقطاع الزراعي بالإضافة إلى القطاعات الحكومية الأخرى. قدم هذا البرنامج الفرصة لإشراك المجتمع والقطاع الخاص بصورة كبيرة في قضية اعتبرت محورية لكافة قطاعات المجتمع.

تجربة ولاية الخرطوم أظهرت، شأنها شأن بقية التجارب الأخرى في جميع أنحاء العالم، مدى فعالية النهج المتكامل لمكافحة الملاريا. وذلك يمكن أن يكون في ظل الإستقرار الإجتماعي، توفر التنقيف الصحي وادارة قوية للبرنامج. البرنامج نجح أيضاً إلى حد كبير في تعبئة الموارد المحلية والقطاعات ذات الصلة لمكافحة الملاريا، وهذا النهج يجب تشجيعه وتعزيزه بشكل كبير.

معهد النيل الأزرق للأمراض السارية والمنقولة:

أسهم مشروع النيل الأزرق الصحي والذي نفذ في الفترة بين عامي 1978م و1990م مساهمة فعالة في مكافحة الأمراض المنقولة بواسطة المياه في مشروع الجزيرة وبعض المشاريع المروية الأخرى، وكانت نتائج المشروع إيجابية ومقدرة في إنخفاض نسبة الملاريا

والبلهارسيا مما جعل المجتمع يثمن تلك الجهود حتى الوقت الحالي. انتهت الفترة المقترحة للمشروع في العام 1990م بعد عشر سنوات من العمل الحقلّي والبحثي والتثقيف الصحي وتوفير البيئة الصحية للمجتمع، وقد ترك المشروع بنيات تحتية من مباني وعربات ومعامل مؤسسة بالأجهزة الحديثة مما شجع وزارة الصحة الاتحادية وهيئة الصحة العالمية وجامعة الجزيرة على إنشاء معهد النيل الأزرق للبحوث والتدريب كامتداد لهذا المشروع عام 1993م. وبالفعل بدأ معهد النيل الأزرق للبحوث والتدريب العمل فعلياً عام 1995م كمؤسسة أكاديمية تنتمي إدارياً لوزارة الصحة الاتحادية وتشرف عليها أكاديمياً كلية الطب بجامعة الجزيرة وتتلقى دعماً تقنياً ومالياً (في شكل دعم للدورات التدريبية) من منظمة الصحة العالمية. وتعني هذه المؤسسة الأكاديمية بالبحوث والتدريب في مجال علوم الملاريا ومكافحتها. تمّ الاتفاق في عام 2006م لضم المعهد إلى جامعة الجزيرة وأجاز مجلس أساتذة الجامعة إسم معهد النيل الأزرق القومي للأمراض المعدية ليكون واحداً من المعاهد البحثية بالجامعة، وتم تغيير الإسم لاحقاً ليصبح معهد النيل الأزرق القومي للأمراض السارية. ورغم ضمه إلى الجامعة إلا أنه مازال للمعهد خصوصيته حيث يقوم على الشراكة بين جامعة الجزيرة ووزارة الصحة الاتحادية ووزارة الصحة الولائية بولاية الجزيرة ومنظمة الصحة العالمية حسب الاتفاقية الموقعة بين الجامعة والشركاء.

حالياً يقدم المعهد برنامج تدريبي لمدة تسعة أشهر تحتوي على المحاضرات والعمل المعملّي والحقلّي في علوم الملاريا. بعد اجتياز الامتحان النهائي يمنح الدارس الدبلوم فوق الجامعي بعد إجازته بواسطة مجلس الأساتذة بجامعة الجزيرة. كما ويقدم المعهد في الفترة الأولى بعض المحاضرات التي تحتوي على وبائيات الملاريا وطرق البحث العلمي واستخدام الإحصاء الصحي والحيوي في تحليل البحوث والمعلومات، ثم يقوم الدارسون باختيار البحوث المناسبة وذلك تحت إشراف أساتذة من كلية الطب بجامعة الجزيرة، بعد تقديمهم البحث التكميلي واجتيازهم الامتحان النهائي بواسطة ممتحن خارجي يمنح الدارسون درجة الماجستير بعد إجازتها بواسطة مجلس الأساتذة بجامعة الجزيرة .

بالإضافة إلى ذلك، فقد درج المعهد على تقديم فترات تدريبية مختلفة في مجالات مكافحة نواقل مسببات الأمراض، وبائية الملاريا ومكافحة الناقل، معالجة حالات الملاريا، الملاريا السريرية، التشخيص المعملية. وقد شارك في التدريب في هذه الفترات التدريبية خبراء من منظمة الصحة العالمية وبعض الخبراء الأجانب من جنسيات مختلفة من خارجها وقد كان المعهد يستفيد من وجودهم بتقديم المحاضرات العلمية في مجال تخصصهم للأساتذة والطلاب بكلية الطب بجامعة الجزيرة. كما ودرج المعهد على إقامة واستضافة ورش العمل والمؤتمرات الخاصة بكل أوجه مكافحة الملاريا الإدارية والفنية. بالإضافة إلى ذلك، يقوم المعهد بإجراء البحوث في علوم الملاريا السريرية والمعملية والوقائية. والمعهد كانت له مساهمات مقدرة في مسيرة مكافحة الملاريا في السودان. نذكر منها تنظيمه لورشة العمل الخاصة بتأسيس نظام رصد استجابة طفيل الملاريا للعقاقير في السودان والتي اقيمت في أبريل 1997م. سنجد أن عدد من الدول استفادت فعلياً من البرامج التدريبية التي قدمها المعهد، حيث قامت بإرسال مبعوثيها من الفئات الصحية والطبية المختلفة لتلقي العلم والتدريب في هذا المعهد. نذكر من هذه الدول مصر، المملكة المغربية، الجزائر، سوريا، الأردن، المملكة العربية السعودية، اليمن، سلطنة عمان، الصومال، أثيوبيا، جيبوتي، أفغانستان، ميانمار (بورما سابقاً) وتشاد. كما وقام المعهد أيضاً باستضافة دورة عالمية تمنح دبلوم الصحة العامة والتقصي المرضي وذلك بالإشتراك مع منظمة الصحة العالمية وجامعة ليفربول لدارسين من السودان والصومال - 2003م.

قام المعهد ومنذ تأسيسه بعدد كبير من البحوث العلمية، أهمها: بحث حول الاستخدام الأمثل لعقاقير الملاريا (أكتوبر 1995م)، بحث حول رصد حساسية طفيل الملاريا لعقار الكلوروكوين بولايات الجزيرة، النيل الأبيض، كسلا، شمال كردفان وجنوب كردفان (1997م - 1998م)، بحث حول تكلفة تشخيص وعلاج حالات الملاريا في واد مدني (1998م)، بحث حول رصد حساسية طفيل الملاريا للعقاقير المستخدمة في السودان بود مدني (1999م). بحث حول مدي فاعلة الكينين في علاج الملاريا الوخيمة بمستشفى ود مدني

التعليمي (2000م)، بحث استخدام عقار الفانسيديار كوقاية من مرض الملاريا أثناء فترة الحمل (2001م)، بحث فاعلة الأرتيميثر مع الكلوروكوين في علاج الملاريا البسيطة في الجزيرة (2002م)، بحث حول أثر الكلوروكوين والبرايماكوين في منع الانتكاسة لملاريا الفيفاكس (2000م - 2001م) وبحث حول مدي فاعلة الارتميثر في علاج الملاريا الوخيمة بمستشفى ود مدني التعليمي (2001م).

فيما يلي علاقات المعهد سنجد أن للمعهد علاقة علمية استشارية مع الإدارة القومية للملاريا وذلك بتدريب كل العاملين المنوط بها العمل في مكافحة الملاريا والبحوث، والعلاقة مع إدارة الملاريا علاقة قوية ومثمرة منذ إنشاء المعهد وتقدم إدارة الملاريا الكثير من المساعدات للمعهد في شكل أدوات مساعدة في التدريب والتدريس (كمبيوترات ووسائل). كما أن للمعهد تعاون مع المعمل القومي الصحي بالخرطوم ومركز الملاريا بسنار وهيئة البحوث الزراعية وكلية العلوم جامعة الخرطوم والإدارات المختلفة بوزارة الصحة الإتحادية وذلك بمشاركة علماء من هذه الجهات في التدريس والتدريب في الدورات التدريبية المختلفة وبعض المستشفيات التعليمية المتخصصة كمستشفى ابن سينا لإجراء بعض البحوث في التهاب الكبد الفيروسي.

نظرة تحليلية لعوامل نجاح البرنامج:

بنظرة كلية لمسيرة برنامج مكافحة الملاريا في السودان سنجد أن لديه توجهات واضحة، سواءً أن كانت مكتوبة أو غير مكتوبة، وكل الحلقات في عمل البرنامج في كل المستويات تعلم هذه التوجهات وتتباها كجزء من ثقافة العمل. كذلك كان من البين أن إستراتيجيات البرنامج كانت واضحة وكل العاملين في البرنامج يعملون بها في المراحل المختلفة لتطور البرنامج، وبالتالي كان التوجه العام موحداً بين الجميع في اتخاذ القرارات والسياسات العامة للعمل. وسنجد أن التعامل مع الحكومة بمختلف مستوياتها كان موحداً واللغة وانعكس ذلك مع الشركاء. ومن الواضح أن للشفافية والمصداقية بين الكوادر في مختلف المستويات، كان لها

الدور الأكبر في بناء الثقة بين العاملين من خلال تواصل مشترك. وسنجد أنه في أي من إدارات الملاريا الفرعية في الولايات كان هناك تشاور مستمر مكن الجميع من العمل في أجنحة مشتركة. وكان طلب المشورة والرأي الفني بين الجميع أحد أهم الأدوات والوسائل الناجحة.

كذلك كان هناك عدالة في الفرص بين جميع الكوادر من حيث التدريب والتأهيل في كل الجوانب الفنية والإدارية. وكان ذلك وفقاً لجدولة واضحة تعتمد على المؤهلات، طبيعة العمل، الخبرة، الوضع الويائي للمرض في الولاية أو المنطقة. كل هذه العوامل أدت دوراً أساسياً في تشكيل ملامح واضحة لقضية بناء القدرات في كافة المستويات. العلاقات بين الزملاء كانت مميزة من حيث التعاون الإجتماعي والمناصرة بين الزملاء في المركز والولايات، وانعكس ذلك في شكل التناغم بين الزملاء في عملهم وإنجازاتهم.

من الخلاصات المهمة التي يمكن أن نذكرها هي أن نجاح البرنامج اعتمد في الأساس على رؤية إستراتيجية اهتمت بالتوجه نحو الأسفل وبالإهتمام بالعاملين في أسفل الهرم الوظيفي. الرؤية توجهت لتكوين إدارات بهياكل ووظائف ووصف وظيفي واضح ومن ثم تأهيلها على مستوى الولايات. شكل هذا الإتجاه أساس الخطة في السنوات الماضية للبرنامج حيث اعتمد بناء القدرات على هذا الشكل من توضيح الأولويات. والتأهيل والتدريب صاحب ذلك كجانب مهم لا بد منه لضمان وجود عاملين قادرين على صنع هذا التغيير. العاملين في البرنامج من خلال هذه الشبكة وجدوا ذاتيتهم وإستقلاليتهم في العمل الذي احسوا بأهميته وانعكاسه على المجتمع. وكان منسق الملاريا بمثابة القائد في مجاله وكان يجد الدعم والمناصرة من المركز بالإضافة إلى زملائه في الولايات.

هناك بعض الأقوال تشير إلى أن نجاح الملاريا يرجع إلى وجود إرث قديم يتمثل في تبني شرائح محددة من العاملين في النظام الصحي منذ فترة طويلة للعمل في البرنامج مثل ملاحظي وضباط الصحة منذ عهد الإستعمار، أي أنها معتمدة على نوعية من العاملين

يعتبر بشكل عام أن لديهم درجة ثبات وظيفي عالي نسبياً وأيضاً متخصصين في مجالهم. على الرغم من أن هذا التحليل حقيقي في مظهره، لكن وفي ظل المقارنة مع بقية البرامج الأخرى في الوزارة مثل الوبائيات وغيرها، حيث لا يؤدي ضباط وملاحظي الصحة دوراً كبيراً في إدارة تلك البرامج، سنجد أن هذا قد لا يكون سبباً مباشراً لنجاح البرنامج. هذا الأمر يمكن أن يقارن أيضاً مع إدارة صحة البيئة التي لم تكن بنفس نجاح الملاريا على الرغم من الشبه الواضح في التكوين فالسؤال هو لماذا لم تتجح هنا؟ هذا الطرح صحيح بشكل أو آخر لكن النجاح لا يعزى لهذا وحده. لكن سنجد أن تقوية وبناء قدرات هذه الشريحة من العاملين وبناء الثقة فيهم قد يكون هو العامل الحقيقي وراء مساهمتهم في تحقيق النجاح. يدعم هذا الإتجاه أن هناك ورقة نشرت سابقاً حول برنامج مكافحة الملاريا وتطوره، أوضحت أن هذا الإرث قد كان له دور في نجاح البرنامج على مستوى المنطقة كأحد النماذج الرائدة لكن لا يمكن أن يعزى النجاح وحده لهذا السبب. سنجد أن وجود العاملين الثابتين لم يكن ظاهرة في العمل على مستوى قيادة البرنامج أو على مستوى الأقسام في المستوى القومي وبالإضافة إلى ذلك كان هذا تحدي واضح في الولايات. وساهمت الإستراتيجيات التي ذكرت سابقاً في دعم جهود المسؤولين في إستقطاب وإستبقاء كوادر في مختلف الولايات. الفكرة الأساسية كانت بأن أي عامل يعمل لفترة يتم فيها تقييمه بنهاية الفترة ومن ثم يُعطي منحة لدورة تدريبية ويُقيم مرة أخرى ليمنح شهادة دبلوم ويُقيم مرة أخرى ثم يعطى ماجستير أو دكتوراة. أسهم ذلك في استبقاء الكوادر، زيادة خبرتهم، تطويرهم من ناحية المسار الوظيفي. على الرغم من أن العاملين في برنامج مكافحة الملاريا بشكل عام يتلقون مقابل مادي أقل من نظرائهم في المجالات والبرامج الأخرى المماثلة في التحصين أو المنظمات والذي ضمن ثبات العاملين رغم أن البرنامج لم يضع في سياسته إستبقاء الكوادر لفترة طويلة أو لمدة ليس لها نهاية.

التشكيل الحديث للبرنامج صاحب فترة طرح مشروع دحر الملاريا والذي أوجد الدعم السياسي، المادي والفني اللازم لتطوير العمل. وكذلك فإن الأهداف والإستراتيجيات ذات المرامي الواضحة هيأت الأجواء نحو برنامج ناجح. لكن المتتبع للبرنامج في السودان

سيلاحظ أن البرنامج قد مر بمراحل كان فيها في طور النشاط وفترات أخرى كانت السمة الأساسية هي الخمول خلال فترة الخمسينات حتى السبعينات. ومنها للعهد المتميز لمشروع دحر الملاريا في سنار والذي أثبت نجاحه مروراً حتى مبادرة دحر الملاريا في التسعينات. لازمت هذه المراحل فرص كثيرة وكبيرة للدعم، الأمر الذي جعل من قضية الملاريا هم عام مكن القائمين عليها من العمل بفضل العديد من الشراكات. كانت هناك استراتيجيات واضحة لكل مرحلة صاحبت التمويل الذي وجده البرنامج في هذه الفترة.

بالإضافة إلى الشفافية والمصداقية التي ذكرت سابقاً فإن إهتمام البرنامج بالشراكة والشراكات مع وجود قناعة كاملة لقيادة البرنامج بأن البرنامج وحده غير قادر على إنجاز كل العمل المطلوب وبأن الحكومة يجب أن تعمل مع كافة القطاعات خاصة تلك التي تضم المنظمات بكافة أطرافها ومن ثم القطاع الخاص لما لهذه القطاعات من أدوار أساسية في مكافحة الملاريا. ومن أميز ما قام به البرنامج في تعزيز الشراكات حيث كانت هناك علاقات واضحة مع السياسيين حيث تم وضعهم في ذات الرؤية التي يتبناها البرنامج وذلك بهدف توحيد إتجاه الأنشطة مع الدعم المتوفر من كافة المصادر وما يمكن أن يوفره ذلك من إستقرار لبنية البرنامج. سنجد أن من أقوى الشراكات لعكس الشفافية وجعل البرنامج شريك مع الكل، تلك الشراكات التي بنيت مع الاعلام. قطاع الإعلام تم إشراكه منذ البداية وتعزز ذلك في السنوات الأخيرة. حيث تم إشراك مؤسسات الإعلام في كافة الأنشطة والتي يتم مشاركتها معهم برؤية تتطلع إلى تقوية معرفة المواطنين بالبرنامج وأهدافه ولستراتيجياته. حتى في حالة حجب المعلومات الحساسة من الإعلام بشكل عام كان يتم توفيرها للإعلاميين بشكل خاص بغرض مشاركة المعلومات والحقائق. هذه الشراكة أتاحت الفرصة لتعزيز مزيد من الدعم للبرنامج لكافة أنشطة البرنامج ومبادراته مما أسهم في تخفيض تكلفة بعض الأنشطة التي يقوم بها البرنامج وكمثال لذلك تكلفة البث التلفزيوني للبرامج والإعلانات التي تخاطب قضايا الملاريا.

قد يرى المتابع لبرامج الصحة العامة في السودان بشكل كلي أن عوامل نجاح البرنامج بشكلها العام تؤدي فيه طبيعة مرض الملاريا في حد ذاته أثراً كبيراً في النجاح بشكله الحالي ولكن ذلك لا ينفي أهمية العوامل الأخرى التي ذكرت سابقاً. حيث أن الملاريا رغم خصوصيتها كمرض إلا أننا نجد أن هناك قضايا صحية وأمراض أخرى أيضاً وجدت حظها من الإهتمام لخصوصيتها إلا أن البرامج الخاصة بها لم تلاقي نفس نجاح البرنامج. لكن تجربة برنامج مكافحة الملاريا في السودان أثبتت بالفعل أن التركيز على العنصر البشري هو في الأساس مفتاح نجاح أي عمل وهذا ينعكس بصورة واضحة على تجاوب المجتمع والمواطنين مع البرنامج.

وزارة الصحة تشكر القيادة السياسية لدعمها المتواصل لقضايا الملاريا



الفصل السادس: تطور نظم مكافحة الأوبئة في السودان

الوضع في السودان وإرتباطه بالأوبئة:

من المعروف أن السودان، بتنوع بيئته وطقسه، هو من أكثر الدول المعرضة لأمراض خطيرة من ناحية وبائية ويسجل سنوياً معدلات كبيرة في حالات الإصابة والوفاة بهذه الأمراض، ويعتبر السحائي أكثر الأمراض شيوعاً في الصيف وفي توقيت معين وفي مناطق بعينها، هذا بالطبع إلى جانب عدد آخر من الأمراض. نجد أن السودان في مختلف بقاعه بدأ يشهد اجتياح العديد من الأوبئة في الفترات الأخيرة مع حدوث أكثر من نوع واحد من الأوبئة خلال العام الواحد نتيجة لوجود عوامل الإختطار المختلفة في المدارات البيئية المختلفة في البلاد.

ورجوعاً إلى مرض السحائي، باعتباره من أشهر الأوبئة التي تنفسي في السودان، سنجد أنه علمياً وجغرافياً فإن السودان لديه قابلية كبير لإنتشار مرض السحائي وقد يتعدى هذا الوضع ليصل إلى شكل وبائي في بعض الأحيان. فالسودان، خاصة المناطق الوسطى والشرقية منه، يقع في نطاق يعرف بحزام الإلتهاب السحائي الإفريقي الذي يمتد من إثيوبيا شرقاً الى السنغال غرباً. والمعروف من البيانات المتوفرة حول المرض أن وباء السحائي يقع في هذه المنطقة كل ثماني إلى إثني عشرة عاماً اعتماداً على عدة عوامل على رأسها المناخ وموقع المنطقة من حيث التضاريس وكثافة السكان. في ظل هذا الوضع سنجد أن التثقيف الصحي وتعزيز الصحة سيلعبان دوراً كبيراً في الحد من إنتشار الكثير من الأمراض وعلى رأسها السحائي إلى الكثير من المناطق والسكان. والواقع يشير إلى احتياج مناطق كثيرة في السودان خاصة الطرفية الى استراتيجية وبرامج دورية لتوعية المواطنين في كيفية الوقاية من الأمراض قبل وقوعها. فضلاً عن وجود مجموعات الرحل في مناطق عديدة يمثلون وسيطاً

جيداً في انتشار الأمراض وينبغي أن يكون لهذه المجموعات برامج للتوعية الصحية وتنفيذها ميدانياً .

المنطقة المعروفة بحزام السحائي في أفريقيا



من الملاحظ أن السلوك البشري يسهم بصورة كبيرة في انتشار أمراض الصيف الوبائية، لذا فإن صحة البيئة في السودان تحتاج الى مراجعة شاملة وقوانين صارمة مثل المطاعم في الأسواق وأماكن بيع الخضروات واللحوم لحماية المواطنين من التعرض لهذه الأمراض. حيث يفتقر السودان الى طرق حماية الأطعمة من التلوث، والدليل على ذلك الأطعمة المكشوفة التي تُباع في الأسواق ومحلات اللحوم التي تمتلئ بالذباب، ونجد المطاعم تقف في قلب القاذورات وصناديق القمامة والنفايات.

ومن الأمثلة الواضحة على كيفية تأثير الأمراض الوبائية على حياة البشر، سنجد أن انتشار أمراض السارس، إنفلونزا الطيور، إنفلونزا الخنازير، الحمى الصفراء، حمى الضنك وغيرها، كان لها جميعاً الأثر الكبير في حياة المواطنين في السودان. حيث شكلت هذه الأمراض

الكثير من المهددات على حركة المواطنين في السفر، خاصة إلى خارج السودان. أضف إلى ذلك تأثيرها على مواسم الحج والأضاحي كما حدث في موسمي حج الأعوام 2003، 2008 و 2010م، إضافة إلى التأثيرات الإقتصادية على مستوى الدولة حيث أن وباء حمى الوادي المتصدع في العام 2007م أوقف تصدير الماشية إلى دول الخليج مما أفقد الرعاة والدولة أموالاً مقدرة.

ملاح حول إدارة الوبائيات في وزارة الصحة:

إدارة الوبائيات تكاد تكون العمود الفقري لوزارة الصحة الإتحادية ولها إرث قديم جداً في مجال الصحة العامة حيث من أساسيات واجباتها التصدي لقضايا الوبائيات الصحية التي تواجه البلاد بكافة أشكال هذه الأوبئة. وربما يكون حساسية عمل هذه الإدارة ناتج من طبيعة التعامل مع الأوبئة، فمفهوم الأوبئة عند العامة هو مفهوم مرتبط بقيم الخطورة والخوف مما قد ينطوي عليه تفشي الأوبئة.

تاريخ إدارة الوبائيات كان أكثر ما يميزه في الفترات السابقة هو قوة سطوة القانون الذي كانت تبنى عليه مكافحة الوبائيات وهو قانون الصحة العامة حيث كان تنفيذه أقوى مما هو عليه حالياً. وكان لمدير إدارة مكافحة الأوبئة وضع خاص في مجالات تفاعل الصحة مع السياسة حيث كانت كلمة القانون ومحتواه الفني هو مرجعية ويؤخذ بها في كافة المواقف التي تتطلب رأي مختصي الصحة العامة. قانون الصحة العامة الذي كان سارياً لفترة طويلة هو القانون الذي تم سنه في العام 1975م والذي كان مقروناً مع قانون حماية البيئة للعام 1975م كانا يمثلان مصدراً قوياً للكثير من اللوائح والضوابط التي تحمي الصحة العامة في السودان. القانونان تم تغييرهما مؤخراً في العام 2008م وظلت الكثير من مكوناتها كما هي وظلت الكثير من السلطات المستمدة من القانون للجهات الصحية كما هي. لكن الضعف الذي نشير إليه يبدو أنه مرتبط بالضعف العام الذي صاحب تنفيذ الكثير من القوانين ذات الطبيعة التنفيذية والمرتبطة بالولايات والمحليات وذلك بعد أن أعطت سياسة

اللامركزية أدواراً أكبر لهذه المستويات في التنفيذ. والبادي للعيان أن تركيبة إنتاج مختصي الصحة العامة في الأونة الأخيرة من المؤسسات التعليمية المختلفة لم تعد تولى الكثير من الاهتمام للقوانين ودورها المهم في منح السلطات التي بموجبها يمارس بها هؤلاء العاملين مهامهم. بالإضافة لذلك سنجد أن دور السياسيين في الكثير من الأحيان كان له دور سلبي في مخرجات نظم مكافحة الأوبئة وبالتحديد في تطبيق بعض مكونات القانونين.

بالإضافة إلى ذلك، فإن قوة المراكز الطرفية أو الإقليمية (على مستوى الأقاليم في ذلك الوقت) لترصد الأوبئة كان له الأثر الكبير في إحترام الإدارة وقدرتها على ترصد الأوبئة وانتشارها. هذه المراكز كانت مجهزة تجهيزاً متكاملاً ومتميزاً مما أسهم في أهليتها في القيام بواجبها. لكن يؤخذ على النظام القائم في ذلك الوقت ضعف القدرة الكلية للنظام فيما يلي وجود معمل للصحة العامة بخلاف ذلك الموجود في الخرطوم.

الإدارة الاتحادية كان لها قصور واضح طيلة العقود الماضية وربما حتى الوقت الراهن في عدم اكمال الدلائل الارشادية التي يقوم على أساسها النظام الكلي لمكافحة الأوبئة وهو شئ قد لا يعد مقبولاً خاصة مع الدور الأساسي الذي تضطلع به الوزارة الاتحادية بموجب الدستور وبموجب قانون الصحة العامة. وقد يعزي الكثيرون هذا الأمر إلى انشغال الإدارة في الإستجابة للوبائيات في الولايات وإلى حقيقة أن هذا الأمر يأخذ الكثير من الوقت والموارد التي تعتبر شحيحة بالأساس مقارنة مع التحديات التي تواجهها الإدارة. وربما يرى بعض المراقبين أن هذا التوجه من الوزارة لا يساعد الولايات والعاملين فيها على تطوير قدراتهم ومهاراتها للتصدى للحالات الوبائية الأمر الذي سيظل بمثابة حالة إستنزاف مستمرة لقدرات الإدارة الاتحادية.

نظام الترصد المرضي:

إن مكافحة الأمراض وحماية المواطن من العدوى والحد من انتشار الأوبئة تعتبر من أهم الأهداف الاستراتيجية للقائمين على أمر الصحة . يتطلب ذلك قيام نظام للترصد المرضي

والإبلاغ يهدف إلى جمع المعلومات بصورة دقيقة وتحليلها من أجل اتخاذ الإجراءات الوقائية الفاعلة . وتتضاعف أهمية الترصد المرضي والإبلاغ في الحالات الطارئة التي تهدد صحة المواطنين حيث ينبغي الحصول على المعلومات بصورة فورية وتحليلها لاتخاذ القرار المناسب. يعتبر نظام الترصد المرضي والإبلاغ أساسياً لتوفير المعلومات اللازمة لرسم السياسة الصحية بالسودان. وليكون هذا النظام فاعلاً لابد أن يكون مبسطاً بدءاً بجمع المعلومة اللازمة لاتخاذ القرار ثم سهولة وسرعة إبلاغها وتحليلها للاستفادة منها في اتخاذ الإجراء الصحيح لاحتواء الموقف واتخاذ كافة الاحتياطات لمنع حدوث ذلك مستقبلاً. ويعرف الترصد المرضي والإبلاغ بأنه هو نظام لجمع وتحليل البيانات بصورة منتظمة لاتخاذ الإجراءات والقرارات المناسبة في الوقت المناسب.

بدأ هذا النظام في السبعينات من هذا القرن بموارد بسيطة وكان يتمثل بإبلاغ المديرية عن ما يصل إليها من بلاغات أو تقارير أو إشاعات عن وجود مرض ما بدء برسائل البريد ثم التلغراف والراديو. في عام 1988م تم العمل بنظام البلاغات المنتظمة من الولايات الى الادارة الاتحادية. في عام 2001م بدأ العمل في نظام الترصد بواسطة الوحدات المختارة، بناء على توصيات فريق كون لتقييم نظام الترصد المرضي كما سنشير إليه لاحقاً، في ثلاث ولايات (الخرطوم - كسلا - الجزيرة) وتم وضع دلائل قياسية تسيير بها عملية الرصد والنقصي، شملت استمارات الإبلاغ ونماذج التقصي بالإضافة للموجهات والسياسات الواجب اتخاذها عند الإبلاغ عن الاوبئة. وتم التركيز على تبني نظام الترصد المعتمد على تلقي البلاغات من وحدات التبليغ المختارة Sentinel Sites reporting system كمنهج يسيير عليه النظام ويناسب الإمكانيات المتاحة والوضع الصحي المتأرجح. ويسعى النظام للتوسع بحيث يشمل جميع الوحدات العلاجية كمصدر لتلقي البلاغات وإذا ما تمت هذه النقلة في نظام الرصد المرضي تكون الاستراتيجية التالية هي نظام الرصد المرضي المبني على المجتمع وهو الاشمل في هذا المجال والافضل حسب الدراسات والتوقعات.

التفريق بين الوضع الوبائي وغير الوبائي لمختلف الأمراض كان لا بد من أن يُوضَّح وأن يكون له مرجعية ثابتة. وعليه فقد تم إدخال منهجية لتحليل البيانات لكل حالة مبلغ عنها ويتم إخراج البيانات بصورة مستمرة لمتخذي القرار وضمن دائرة من المختصين يدعمون القرار حول الوضع الراهن وبالتالي خطة الإستجابة سواء حدد الوضع على أنه وبائي أو غير ذلك. وقد درجت إدارة الوبائيات على إصدار هذه التقارير بصورة أسبوعية وعرضها ومناقشتها على عدة مستويات. هذا التطور أسهم في خلق حوار مستمر بين المستويات المختلفة سواء على الجانب الفني أو جانب إتخاذ القرار وهو ما يشهد لإدارة الوبائيات في الفترة الأخيرة بتطويره.

ويهدف هذا النظام إلى:

- توفير البيانات الكافية لاتخاذ القرار فيما يخص أعمال المكافحة والاحتواء على المستويات المختلفة (المنطقة، المحلية، الولاية أو المركز).
- تحديد سرعة الانفجارات الوبائية أو الظواهر الصحية الغريبة وذلك بغرض وضع المكافحة لها قبل تطورها.
- تحديد العوامل التي أدت إلى الانفجارات الوبائية وتفسير ظواهر المراضة والوفيات.
- تحديد المجموعات السكانية الأكثر عرضة للمرض المعين واتخاذ إجراءات وقائية إضافية.
- متابعة أنماط المرض وتحديد الصفات غير المتوقع حدوثها بالنسبة للمرض المعين وذلك مثل تغير المناخ، العمر أو الجنس.
- تقييم أعمال المكافحة ومدى صلاحية الطرق المتبعة في مكافحة الأمراض في تقليل نسبة الوفيات والمراضة.
- معرفة الأمراض التي تسبب مشاكل صحية وبالأخص الأمراض التي يمكن منعها بإجراءات وقائية خاصة.

هناك ثلاث قوائم للأمراض التي يتم التبليغ عنها ضمن هذا النظام، القائمة (أ) وتشمل الأمراض ذات الصفة الوبائية التي يبلغ عنها فوراً، القائمة (ب) وتشمل إضافة إلى القائمة (أ) الأمراض المعدية المهمة ويبلغ عنها أسبوعياً، ويتم رصد هاتين القائمتين بواسطة إدارة الوبائيات. أما القائمة (ج) فتشمل جميع الأمراض التي ترد في التقارير الدورية لكل المؤسسات الصحية والتي تبوب وفقاً للمعايير العالمية في إدارة الإحصاء.

على الرغم من أن هناك الكثير من الأصوات كانت تشير إلى قوة نظام الترصد المرضي الذي كان قائماً في العقود الماضية والذي كما قلنا أنه كان قائماً على التغطية الكلية للمؤسسات، إلا أن مختصين في مجال الترصد المرضي للأوبئة يردون بأن النظام الذي كان قائماً في ذلك الوقت لا يتعدى كون أنه نظام روتيني للإحصاء والمعلومات موجود فعلياً في هذه المؤسسات الصحية وكان قد أضيف إليه عملية التبليغ عن الحالات المرضية للأمراض القائمة (أ) وفقاً لقانون الصحة العامة، وبالتالي لا يمثل هذا الإتجاه نظاماً فعلياً للترصد المرضي كما هو متعارف عليه عالمياً وفقاً لتصنيف هذا النظام المعتمد من قبل الهيئات العالمية. وما بين هذا الرأي وذلك نجد أن الشاهد في الأمر أن الوضع في السودان، ومن خلال التجربة، ثبت أنه ومن الأفضل إتباع نظام الترصد القائم على المراكز المختارة حيث أنه أكثر فعالية خاصة مع إتساع النطاق الجغرافي والعدد الكبير للمؤسسات الصحية.

نظام الترصد المرضي أصبح في السنوات الأخيرة يوفر بيانات ومعلومات أكثر أسهمت بصورة كبيرة في بناء قدرة النظام على إجراء دراسات تساعد في التنبؤ بأوقات حدوث الأوبئة في المستقبل وفقاً لما هو متعارف عليه حسب طبيعة الأمراض المعينة. وهذه نقلة نوعية كبيرة في النظام في بلد كانت فيه عملية الحصول على المعلومة الموثوقة والجيدة في حد ذاته تحدياً كبيراً وبالتالي أسهم ذلك وبصورة كبيرة في عملية الإستعداد المبكر لهذه الأوبئة وهو ما ظهر بصورة فعلية وعملية في بعض الحالات التي تم إكتشافها لاحقاً وتم التنبؤ والإستعداد المبكر لها من خلال المعلومات التي وفرها نظام الترصد المرضي على المستوى الإتحادي. لكن على الرغم من ذلك سنجد أن هناك فروقات واضحة بين الولايات في مدى

قدرة نظام الترصد الموجود فيها وذلك نسبة لعوامل متعددة نلخصها في كفاءة وتدريب الكوادر على عملية التحليل والإحصاء، الخبرة التي إكتسبتها هذه الكوادر بالإضافة إلى وضع الولاية نفسها من حيث حدوث أو عدم حدوث أوبئة بصورة متكررة فيها.

التوسع في تقديم الخدمات الصحية في العقدين الماضيين كان له بالتأكيد أثره في عملية مكافحة الأوبئة، فهذا التوسع زاد من عدد المؤسسات الصحية وبالتالي كان من العسير المواصلة في عملية تطبيق نظام التغطية الكلية للترصد المرضي وبالتالي فإنه لن يكون منحنى عملي. وكان لوباء السحائي الذي حدث في العامين 1998 و1999م الأثر الكبير في عملية إعادة تقييم ومراجعة نظام الترصد الذي كان معمولاً به في ذلك الوقت. وكنا قد أشرنا إلى فريق منظمة الصحة العالمية الذي زار السودان وكانت إحدى أهم توصياته هي التحول نحو نظام الترصد القائم على المراكز المختارة. وبالفعل فقد تم اختيار خمسة ولايات لتنفيذ هذه التجربة حيث تم اعتماد معايير محددة لإختيار المراكز وتطوير نظم التقارير والتبليغ وغيرها من الدعامات الأساسية للنظام. والمتتبع لوضع مكافحة الأوبئة في السودان سيجد أن هذه الولايات الخمس ظلت حتى العام 2010م في طليعة الولايات التي تتميز بنظام قوي للترصد والتنبؤ. مع توسيع مظلة تطبيق النظام إلى الولايات الأخرى، ظهرت بصورة كبيرة مشكلة تبني معايير جيدة تساهم في اختيار أفضل المواقع أو المراكز التي تكون جزء من نظام الترصد المرضي الجديد وهو ما مثل تحدياً فعلياً في المستقبل حول مدى انتشار هذه المراكز ومدى كون أن البيانات الصادرة عنها تمثل بالفعل الوضع الكلي للأمراض على المستوى الولائي أو القومي على حدٍ سواء. وبنهاية العام 2004م تم إدخال كل الولايات في النظام الجديد ولكن كما قلنا كان هناك تفاوتاً واضحاً في قدرة الولايات وتفاعلها مع هذا النظام. وقد تم إعداد موجّهات إتحادية تقتضي أن تقوم كل ولاية بزيادة عدد المراكز في الولاية بنسبة خمسة في المائة في كل عام لتجاري الزيادة في عدد المؤسسات الصحية في الولاية. التدخل الإتحادي في إختيار، أو إلغاء اعتماد، المواقع

والمراكز في الولايات ظل موجوداً من باب الدعم الفني وإن كانت هناك مقاومة من قبل بعض الولايات لهذا الإتجاه وهو ما يعكس التفاعل بين المستويين في عملية التنفيذ.

الإتجاه في وزارة الصحة أصبح يدعم بشكل عام حوسبة نظام الترصد المرضي من خلال استعمال شبكة الإنترنت والبرامج الإلكترونية التي تساعد في إحداث نقلة نوعية اخرى في عملية الترصد، التبليغ والتقارير. التجربة مازالت في مرحلة التجريب وحل المشاكل الفنية المرتبطة بالتشغيل وقد تم فعلياً بدء العمل بها في بعض الولايات والمحليات لضمان جودة التنفيذ مع إنطلاق العمل بها على المستوى القومي في القريب.

وفي ذات السياق وعلى الرغم من عملية التوسع الكبير في ربط إدارات الوبائيات ببعضها البعض في كافة المستويات عبر خطوط الإتصالات والشبكات الإلكترونية، إلا أن هذه التجربة لم يتم تقييمها حتى الوقت الراهن لمعرفة مدى إنعكاس الحجم الكبير للإستثمار في هذه الإستراتيجية ومدى الإستفادة الفعلية منها في تطوير نظام التقصي والتبليغ. حيث أشار عدد من المختصين إلا أنه وعلى الرغم من توفر كافة أدوات التواصل بين مختلف المستويات، فمازالت عملية التبليغ من المستويات الأدنى إلى الأعلى هي سلبية في طبيعتها بمعنى أن المستوى الأعلى مازال يمارس الدور الإيجابي في الحصول على المعلومة وهو ما يتنافي مع الغرض الذي من أجله تم الخوض في هذه التجربة. وربما يعود ذلك لأسباب مرتبطة بالإرث الذي كان موجود سابقاً في هذا المجال أو بأسباب اخرى.

العمل على إدخال مؤسسات القطاع الخاص والتأمين الصحي في كافة ولايات السودان ضمن نظام الترصد المرضي مازال معدوماً وإن كانت هناك بعض المحاولات الفردية خاصة في ولاية الخرطوم، إلا أن هذا الجانب مهمل بصورة كبيرة. هذا الأمر قد يؤدي بالضرورة إلى ضعف عملية إكتشاف بعض الحالات المرضية التي قد تتسبب نفسها في وضع وبائي لاحقاً إن لم تكتشف. لكن هذا لا ينفى كما قلنا وجود حالة من التجاوب والتنسيق بين وزارة الصحة ولاية الخرطوم والمستشفيات الخاصة الكبيرة في الولاية ويعزى ذلك نتيجة لما يبدو

لتغيير الثقافة العامة حول الوبائيات وردم الهوة التي كانت موجودة بين الأطباء الإكلينكيين من جانب وأطباء الصحة العامة الذين يقومون على إدارة هذا النظام من الجانب الآخر ووجود وعي أكثر من الأطر الطبية. وقد لوحظ في هذا الجانب أن غالبية الحالات المرضية التي يتم تسجيلها في مؤسسات القطاع الخاص هي في الغالب حالات تم تحويلها من مؤسسات القطاع العام بصورة أو باخرى وبالتالي فإن وجود التنسيق سيساعد كثيراً في توفر ومعرفة المعلومة التي تساعد متخذ القرار في عمله.

الفترة 2001 – 2003م والتطورات الإستراتيجية:

في العام 2001م حضر فريق فني من منظمة الصحة العالمية بهدف تقييم نظام الترصد المرضي، وقد قام الفريق بإختيار عينة من الولايات بصورة عشوائية وتم التقييم باستخدام إستمارات للتقييم تم وضعها من قبل المنظمة بحيث يشمل التقييم مختلف المستويات ابتداءً من المستويين الإتحادي والولائي مروراً بالمستوى المحلي حتى مستوى الوحدة الصحية لمعرفة مدى وجود نظام الترصد المرضي في السودان. التقييم خلص إلى عدم وجود نظام للترصد المرضي في السودان ووجد أن كافة المجهودات القائمة هي منفردة في أصلها ولا تخاطب نظام الترصد المرضي بشكله الكلي. لم تكن الصورة واضحة إن كان الوضع القائم مبني على أساس التقارير المعتمدة من كل الوحدات الصحية أم من المناطق المختارة كما أن نظام وطريقة التبليغ لم تكن محددة. أضف إلى ذلك أن المعلومات التي ترد عبر التقارير لم تكن تحلل بأي شكل من الأشكال وبالتالي لم تكن إدارة مكافحة الأوبئة قادرة على الإستفادة منها بالصورة القصوى. بالإضافة إلى أن التغطية الفعلية بنظام الترصد المرضي لم تكن تتجاوز 20% من المؤسسات المستهدفة. كان هم القيادة المسؤولة في ذلك الوقت، وعلى رأسها د. طلال الفاضل، المضي قدماً نحو وضع نظام جديد يتم تصميمه بحيث ينتقل السودان إلى مستوى أفضل من الموقف الراهن في ذلك الوقت. عليه تم البدء في تحديد الأمراض المطلوبة للتبليغ سوى أن كان ذلك ضمن التبليغ الفوري أو التبليغ الأسبوعي

حيث تم تحديد 21 مرض من أمراض القائمة (أ) والقائمة (ب). ثم تحديد تعريف الحالة أو الحالات لكل مرض يتم التبليغ عنه ثم تحديد الاستمارات الخاصة بالتبليغ بالشكل الكلي والإستمارات الخاصة بكل مرض. ثم تمت طباعة كل هذه المكونات في كتيب واحد وأصبح الكتيب بمثابة الموجهات الوطنية فيما يلي تصميم نظام الترصد المرضي في السودان ومازال يتم استعماله حتى وقتنا الحالي مع بعض التعديلات التي تجري عليه من وقت إلى آخر بغرض التطوير المستمر. بعد وضع الكتيب تم دعوة جميع الولايات للتشاور حول النظام الجديد وتم الاتفاق حول خطة ثنائية تهدف إلى تطوير النظام في الولايات على مرحلتين يتم بنهايتها تكملة مكونات النظام في الولايات الشمالية. هذا النهج أدى إلى تطور حقيقي في نظام الترصد المرضي على المستوى الوطني وصولاً إلى مستوى المؤسسات الصحية ونتج عنه توحيد للنظام في كافة مستوياته. ومؤخراً، في العام 2010م، تمت إعادة إصدار الكتيب بشكل جديد راعي التطور في نظم المتابعة الحديثة والمستجدات في وسائل الإتصال وتغيير منهجية التقارير.

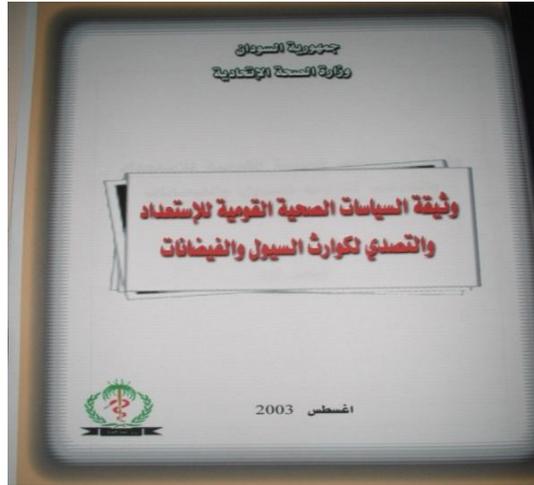
في ذلك الوقت في العام 2001م، تصادف موسم تفشي مرض السحائي وكان هناك ضغط كبير من وزراء الصحة في الولايات حيث كانت كل ولاية تطالب بكمية من اللقاح دون وجود رؤية واضحة لكيفية التوزيع والتعامل مع الوباء. هذا الوضع أتاح الفرصة لإدارة مكافحة الأوبئة الإتحادية في وضع كتيب متكامل يوضح كيفية التعامل مع مرض السحائي من حيث التشخيص، حساب الجرعة على المستوى الجغرافي، الترصد المرضي الخاص بالمرض، الجدول الزمني للتطعيم وكافة المعلومات الأخرى. كما قد يكون معلوماً فإن نظام تقصي السحائي يختلف عن نظم تقصي الأمراض الأخرى حيث أنه يقوم على القطاعات أكثر ما يعتمد على المؤسسات الصحية بحيث يحتوي القطاع على 100,000 من السكان. وبذلك تم اعتماد المحليات على أنها الأساس الذي يتم الأخذ به في تقسيم القطاعات ويتم التعامل مع المحلية حسب سكانها فالمحليات الأكثر تعداداً يتم تقسيمها إلى قطاعات، والأقل عدداً تُدمج في محليات أخرى وعلى هذا المنوال. وشكل هذا المنحى تحدياً كبيراً للسلطات

الصحية نسبة للعدد الكبير من المحليات وكذلك الإنتشار الواسع للسكان في بعض المناطق مما يصعب مهمة وضعهم ضمن قطاع واحد أحياناً. وتم تحديد أساس متعارف عليه في نظام التقصي وهو قائم على تحديد نقطة إستجابة بوجود خمسة حالات لكل 100,000 من السكان في كل أسبوع. وأصبح هذا النظام هو الطريقة التي أصبحت ترد بها التقارير بحيث يتم إرسال التقارير عن الأوضاع في كل قطاع بشكل أسبوعي. في حال وجود قطاع تعدى نقطة الإستجابة يتم التعامل معه وفق الأسس التي تم وضعها في الكتيب والذي أصبح بمثابة مرجعية لكل الولايات ومحلياتها في هذا المجال. تقوية نظام التقصي المرضي الذي تم على المستوى القومي أسهم في وضوح الرؤية بشكل كبير في كيفية متابعة مرض السحائي والتصدي له وأصبح هذا أحد أهم إنجازات النظام القائمة حتى الآن. وهذا الأمر ليس قاصراً على الاستجابة الحكومية فقط، ولكن أصبحت المنظمات غير الحكومية تهتدي وتفتدي بنفس هذا النظام في كافة مستويات عملها.

ومما لا شك فيه أن التحولات الكبيرة التي حدثت على نظام الترصد لمرض السحائي كأحد الأمراض ذات الأولوية، قد أثر بالفعل في أنظمة الترصد المرضي لبقية الأمراض وساعد على تطويره، حيث ساعدت تجربة السحائي على توجه النظام ككل إلى الاعتماد على مفهوم التوصيف الدقيق للحالة الوبائية للمرض حيث أن ذلك سيساعد بصورة كبيرة في تطوير قدرات النظام. كذلك فإن تجربة مرض السحائي ونظام التقصي المرضي الخاصة به فيما يلي تحديد عتبة الوباء والقرار حول تحديد نوعية التدخل المطلوب كان لها الأثر الكبير في رسم الخارطة الكلية لنظام الترصد المرضي الموجود بشكله الحالي.

طوارئ الخريف في العادة تمثل هاجس كبير للعاملين الصحيين وتمثل حالات الإسهالات التي تصاحب هذا الفصل الهاجس الأكبر للتعامل معها بمهنية فنية عالية وسرعة إستجابة تتواءم مع الأوضاع السريعة التأثير خلال هذا الفصل. في فترة من الفترات وحتى بدايات العام 2002م لم تكن هناك رؤية واضحة لكيفية التعامل بصورة متكاملة مع الطوارئ الصحية في هذا الفصل نتيجة الإسهالات التي تصاحبه. عليه كانت الحاجة أيضاً ملحة

لوضع موجّهات فنية لهذا الأمر. وبالفعل تم وضع كتيب مثل أساس الدلائل الإرشادية التي وضعت لاحقاً للتعامل مع حالات الإسهالات الوبائية التي تم رصدها لاحقاً.



ووجد هذا الأمر صدى جيداً لدى العاملين الصحيين حيث أصبحت هناك رؤية موحدة حول كيفية الإحتواء والمعالجة والتصدي لهذه الحالات. وتم تدريب عدد كبير من الكوادر الصحية على هذه الدلائل والموجهات الأمر الذي أسهم في تنفيذها بشكل جيد في المستقبل.

إحدى المناطق الطرفية في ولاية الخرطوم المتأثرة بفصل الخريف 2009م



في فترة من الفترات كان نظام التبليغ في برنامج الترصد المرضي للأوبئة قائماً على استخدام أجهزة اتصال تستعمل تقنية موجات الراديو اللاسلكية. وفي فترة لاحقة تم اعتماد استعمال الهواتف الثابتة كحل بديل للكثير من المشاكل التي صاحبت استخدام الراديو ومن ثم الانتقال إلى استخدام الهواتف المتنقلة لاحقاً .

تم وضع مقترح لهيكلية الإدارة على مستوى الولايات وذلك بغرض توحيد الجهود القائمة في ذلك الوقت وحتى العام 2002م بحيث تحوي كل ولاية على إدارة أو قسم مختص بالجوانب الفنية لإحتواء الأوبئة ضمن هيكلية وزارات الصحة الولائية. وعليه تم إقتراح تكملة النقص في بعض الولايات واستحداث إدارات أو أقسام جديدة في ولايات أخرى. والملاحظ في الأمر أن كثير من الولايات قامت بتعيين ضباط الصحة لقرب الخلفية الأكاديمية لهم من عمل الإدارة. وبعد ذلك تم تدريب كافة العاملين في الولايات، خاصة حديثي التعيين، على النظم الجديدة للعمل ومن ثم أصبح النظام الكلي المعمول به واضحاً للجميع وكل من يعمل ضمن هذا النظام تحكمه ذات القواعد والضوابط صعوداً من مستوى الأفراد وصولاً إلى المستوى الإتحادي. لكن ظهرت الحاجة إلى وجود تدريب حقلي على مكافحة الأوبئة وبالفعل تم الاتصال مع المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية ومع المركز الأمريكي لمكافحة الأمراض ولكن لم يتم الوصول إلى إتفاق واضح حول كيفية تنفيذ البرنامج رغم المحاولات العديدة في هذا المجال والمشاورات مع وزارة الصحة المصرية التي لم تلتح جهودها أيضاً في هذا السعي. وفي ذات الوقت تم فتح نقاش مع المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية بأفريقيا ومركز متعاون مع منظمة الصحة العالمية بمدينة ليون الفرنسية. وبالفعل تم إرسال ثلاثة من اختصاصيي علم الأمراض لأول مرة في تاريخ السودان إلى هذا المركز ودرسوا هناك لمدة ستة أشهر ورجعوا إلى السودان وساهموا في إعادة تأهيل معمل الصحة العامة فيما بعد. هذا العمل أسس أيضاً لنظام التنقيص المرضي المعملية خاصة بعد توفير المعدات والمستهلكات المهمة التي أسهمت في رفع كفاءة المعمل في الفحص والتنقيص.

الولايات قُدم لها دعم عيني مقدر لبناء قدرات نظام النقصي وتقوية الهيكلة الحديثة الإنشاء من أجهزة كمبيوتر، إنترنت، معدات جمع العينات، أجهزة تحديد المواقع جغرافياً وغيرها من أشكال الدعم المباشر وغير المباشر. وكما ذكر سابقاً فقد تم ذلك على مرحلتين شملت سبعة ولايات أولاً ثم ثمانية ولايات لاحقاً .

هناك حديث كثير حول كون نظام الترصد المرضي البؤري هو الأنسب والأفضل لوضع كالسودان أم لا، وهل هناك حوجة لتقوية نظام الترصد المرضي المبني على تقارير من كل المؤسسات الصحية. ويرأي الكثير من علماء الوبائيات أن أحد أهم عيوب النظام البؤري للترصد هو أنه لا يعطي صورة واضحة في حالة حدوث أي وضع وبائي وقد يخطئ في ترصد الأوبئة مع بدايات حدوثها إذا كانت الأوبئة متمركزة في نقاط بعينها لا يغطيها هذا النظام. لكن في ذات الوقت إذا تم وضع معايير قوية لاختيار المؤسسات الصحية في نظام الترصد المرضي البؤري خاصة إذا تم إستهداف كل المستشفيات العاملة بالإضافة إلى المراكز الصحية الكبيرة والعالية التردد فإن قدرة هذا النظام البؤري ستصبح أكبر بالتأكيد. خاصة مع الأخذ بعين الإعتبار التكلفة الكبيرة لنظام الترصد المرضي المبني على تقارير المؤسسات والتي تقدر بأكثر من ستة الف مؤسسة. هذا الأمر له أيضاً تبعات على جودة التقارير المستلمة من حيث اكتمالها ودقتها بالإضافة إلى إرهاق النظام والعاملين فيه بتوسع غير ذي جدوى فعلية. وبالتالي يبدو أنه سيظل النظام البؤري هو النظام الأكثر ملائمة للوضع في السودان حيث أنه وفي العشر سنوات الأخيرة لم يحدث أن لم يتم إكتشاف أي وضع وبائي لأي مرض وأن جميع مؤشرات قياس قدرة نظام النقصي المرضي المتعارف عليها عالمياً هي مستوفية في وضع السودان.

اللامركزية وبناء القدرات:

اللامركزية في قضية إحتواء الأوبئة، ومن ناحية عملية، كان فيها الكثير من الغموض واللغظ الذي شكل الكثير من أوجه العلاقة بين الوزارة المركزية والولايات. وقد يكون أحد العوامل التي أسهمت في ذلك هو أن القانون لم يحدد هذه العلاقة بشكل واضح حيث نص على أنها مسئولية وسلطة مشتركة بين المستويين. الغموض واللغظ كان سببه بشكل كبير الضعف الواضح في قدرة الولايات في التصدي للكثير من الأوضاع الصحية بداخلها التي كانت لا تستدعي تدخل المستوى الإتحادي بصور كبيرة وبالتالي أعاد ذلك مركزة عملية إدارة الأوبئة. وجود الهياكل الواضحة لإدارة الوبائيات على المستوى الولائي خاصةً فيما يلي مهامها ومسئولياتها ساعد بصورة واضحة في إنجاز العمل والأهم من ذلك التنسيق مع الجهات الاخرى ذات الصلة بقضية مكافحة الأوبئة.

ضعف التنسيق مع الولايات قد يكون سمة غالبية طغت على شكل العلاقة بين الإدارة الإتحادية وإدارات الولايات في الماضي وهو ما أدى إلى الكثير من العقبات والإشكاليات. لكن ومنذ العام 2001م أصبح هناك اجتماع دوري لإدارة الوبائيات على مستوى الولايات وسار هذا النهج حتى يومنا هذا.

جانب من الإجتماع السنوي لإدارات الوبائيات بولاية الجزيرة - مارس 2008



المنتبع لنظم إدارة الصحة العامة سيجد أنها مرت بفترات متباينة من حيث قوة النظم ومدى قدرتها واستجابتها لأحداث وحالات الأوبئة التي مرت على النظام الصحي في العقود الثلاثة الأخيرة. وربما تباينت الأسباب الرئيسية وراء ذلك لكن الاهتمام ببناء القدرات والمساهمة فيها بما فيها تعيين الكوادر وتدريبها خاصة على المستوى الولائي كان من أكثر التدخلات التي لوحظت في السنوات الأخيرة وأسهم في ترقية العمل. ونتج عن ذلك إكمال هيكله إدارات الوبائيات على المستوى الولائي وسعت العديد من الولايات إلى أبعد من ذلك إلى بناء القدرات على مستوى المحليات. وضمن بناء القدرات فإن وضع الأدلة أسهم بشكل كبير في تأسيس العمل بناءً على مفاهيم واضحة يجتمع عليها كل المعنيين بأمر مكافحة واحتواء الأوبئة. حيث تم وضع دليل خاص بنظام التقصي المرضي وتم فيه تفصيل كافة الجوانب الخاصة بهذا النظام بما يساعد كل العاملين في هذا المجال كمرجع أساسي لهم. وبطبيعة الحال فإن قدرة النظام اعتمدت إلى حد بعيد على مدى التطور في وسائل الإتصال ونقل المعلومة حيث أن سرعة وصول المعلومة تؤدي دوراً مهماً في الشكل النهائي لاستجابة النظام. قديماً كانت تستعمل وسائل غاية في التعقيد تعتمد على نقل المعلومة بواسطة الأشخاص وعبر وسائل المواصلات. وللقارئ أن يتخيل كيف يمكن أن يكون الوضع في مناطق نائية والفترة الزمنية التي تأخذها هذه العملية. مع تطور الوضع ودخول أنظمة إتصالات تتطور مع مرور الزمن، تفاعلت نظم نقل المعلومات مع هذا الوضع بدءاً من الفترة التي كانت تستخدم فيها أجهزة الراديو للتواصل مروراً باستخدام أجهزة الهاتف الثابتة والتي شهدت تطوراً حقيقياً في النظام المعمول به في ذلك الوقت في أوائل العام 2001م وحتى مرحلة إدخال الهاتف الجوال في العام 2007م. وفي الأعوام الأخيرة بدأت إدارة الوبائيات في استخدام شبكة الإنترنت في عملية التواصل بين المركز والولايات.

تجربة ولاية كسلا في إدارة الأوبئة والطوارئ الصحية:

حتى العام 1998م كانت ادارة البائيات في ولاية كسلا تابعة لادارة صحة البيئية وتم فصلها بناء على مقترح تم تقديمه من قبل أ. سمية أكد والتي كانت تشغل منسق الملاريا بالولاية. في ذلك الوقت كان يقوم بمهام التعامل مع الأوبئة ثلاثة جهات وهي تشمل اولاً ما يلي نظام المعلومات الصحية حيث كانت تقوم بجمع المعلومات عبر النظام المعمول به في ذلك الوقت وفق الاستثمارات وادوات التقارير المستعملة في حينها والتي تصدر من المستشفيات. الاستجابة للحالات البائية كانت تقسم اعبائها ما بين ادارتي صحة البيئية، وتغطي حالات الوبئة المرتبطة بالمياه والاطعمة، وادارة التحصين التي كانت تغطي الوبئة الناتجة عن اسباب اخرى مثل السحائي وشلل الاطفال. وحين تم اتخاذ القرار بإنشاء ادارة البائيات في الولاية، كان لا بد من الاستفادة من تجربة تقود عملية التغيير المرجو في هذا الاتجاه. وبالفعل شكلت ولاية الخرطوم في ذلك الوقت الأنموذج الجيد الذي قدم نفسه كبديل لادارة البائيات الاتحادية في العديد من النواحي خاصة تلك المرتبطة بالعمل الميداني في حالتي الاستعداد والتصدي. وبالفعل نقلت التجربة بذات الطريقة المعمول بها بدءاً من إستثمارات التبليغ، قائمة الأمراض، تقسيم العمل بين رئاسة الوزارة والمحليات، كيفية اختيار المؤسسات الصحية وغيرها من أسس ونظم العمل التي شكلت أساس جيد لبداية موفقة جعلت فيما بعد تجربة مكافحة الأوبئة في ولاية كسلا أنموذجاً يستحق التقييم. وعلى الرغم من قصر الفترة ما بين بدء الفكرة وحتى تنفيذها، إلا أن الشاهد في الأمر هو أن دور الإدارة العليا في الولاية مقرونة مع الدعم السياسي الذي وجده هذا الاتجاه في ذلك الوقت مثل جزءاً كبيراً من إرادة التغيير ونجاحه وذلك بالدعم من المدير العام للوزارة بصورة مباشرة والسيد وزير الصحة بالولاية.

إنشاء الإدارة صاحبه تغييرات في كيفية التعامل مع حالات الأوبئة في أوضاع الإستعداد والتصدي. فقد تمن زيادة المؤسسات الصحية التي تقوم بعملية التبليغ الروتيني من 17 مؤسسة إلى 33 مؤسسة ولاحقاً لتصبح 150 مؤسسة في 2008م بما يعادل 50% من

المؤسسات، كما صاحب ذلك زيادة في عدد الأمراض التي يتم التبليغ عنها من 15 مرض إلى 22 مرض.

لكن وفي العام 1999م ومع بدايات تشكيل الإدارة في ولاية كسلا، تأثرت الإدارة كجهة أساسية، شأنها شأن كل حال الولاية، بحدوث وباء السحائي الكبير الذي انتشر في السودان في ذلك العام وكانت كسلا من أكثر الولايات تأثراً. هذا الوضع أدى إلى تعطيل الكثير من مشاريع التطوير في عمل الإدارة وذلك لانشغال العاملين فيها بجهود إحتواء المرض. أعقب ذلك، وفي نفس العام، إنتشار واسع النطاق لحالات من حالات الإسهال في الولاية صاحبت فصل الخريف وهو ما أعاق خطة التطوير التي وضعت. لكن على الرغم من ذلك فإن أداء الإدارة المتميز رغم صغر عمرها، حدا بقيادة الوزارة ممثلة في السيد وزير الصحة الولائي إلى الاهتمام بصورة أكبر بهذه الإدارة ومدتها بالمزيد من الدعم لتطوير أدائها مادياً وعينياً وظهر ذلك بصورة جلية في العام 2000م.

في العام 2001م، التغيير الإستراتيجي الذي حدث في طريقة إدارة البائيات في المستوى الإتحادي والذي أشرنا إليه سابقاً، صاحبه تغيير واضح في النظام المعمول به في ولاية كسلا. حيث كانت كسلا ضمن الولايات التي تم تقييمها ووجد أنها في وضع أفضل من كثير من الولايات في ذلك الوقت. وكما ذكرنا، فقد تم إختيار كسلا لتكون أحد الولايات التي تمت فيها تجربة نظام الترصد المرضي الجديد الذي تم استحداثه. وبهذا تم زيادة عدد وحدات التبليغ من 33 مؤسسة إلى 40 مؤسسة وفقاً للمعايير التي تم وضعها وفق النظام الجديد لتتماشى مع متطلبات التوزيع الجغرافي والكثافة السكانية. صاحب إنزال هذه التجربة عملية موسعة لبناء القدرات والتطوير لكافة الشركاء في النظام الصحي المعنيين بقضية مكافحة الأوباء بما في ذلك الاختصاصيين، فني المعامل، ضباط وملاحظي الصحة وغيرهم من العاملين في النظام الصحي من ذوي الصلة. وبنهاية العام 2002م كان النظام الولائي قوي نسبياً مقارنة بما كان عليه الحال في العام 1998م ومقارنة بما عليه الحال في الولايات الأخرى. والدليل على ذلك أن النشرة الدورية لوزارة الصحة الإتحادية أشارت بالخط

العريض إلى أن إدارة الوبائيات كسلا في المقدمة من حيث مقومات النظام خاصة في جانب التبليغ والتقارير .

فيما يلي إدارة الكوارث الصحية، فان ولاية كسلا لم تكن إستثناء من حيث عدم وضوح الرؤية حول شكل وآليات النظام الذي يتم العمل به وذلك نتيجة لغياب المرجعية الواضح في ذلك الوقت، لكن مع مرور الزمن تغير هذا الوضع ليصبح أفضل في السنوات اللاحقة.

فيضان نهر الفاش في ولاية كسلا الذي حدث في عام 2003م، والذي صاحبه فيضان آخر لنهر عطبرة في النواحي الشمالية والغربية للولاية وإن كان بصورة أقل، كان أحد أكبر الكوارث الصحية التي شهدتها السودان في الألفية الثالثة وربما في العقدين الذين سبقا ذلك العام والذي أثر في 80% من إجمالي مساحة الولاية. وقد شكلت الصدفه دوراً مهماً في ذلك الوقت، وربما لا، إلا أن خطة ولاية كسلا للتصدي لظوارئ الخريف كان قد تم نقاشها كأنموذج للخطة الولائية في الإجتماع الدوري لمدارة الطوارئ والوبائيات الولائية في العام 2003م، الأمر الذي كان له بالغ الأثر في مدى قدرة العاملين في ولاية كسلا على التعامل مع الوضع المستعصي في فترة الفيضان. على الرغم من ذلك، ونسبة لعظم حجم الكارثة. فقد حدث إنهيار لجميع البنى التحتية في الولاية بجميع أشكالها من مباني، طرق، شبكات إتصال وغيرها، الأمر الذي أثر بصورة واضحة في قدرة النظام الصحي ككل وإدارة الطوارئ بصفة خاصة لمجارة الوضع المتردي بعد حدوث الفيضان خاصة مع تأثر رئاسة الوزارة والمستشفيات وغيرها من المؤسسات الصحية بهذا الوضع. وكما ذكرنا، وعلى الرغم من وجود الخطة إلا أن آليات الاستعداد المبكر لحالات الكوارث لم تكن مستعملة بعد بصورة واسعة تمكن وزارة الصحة من التصدي الجيد لهذا الوضع.

الوضع أدى إلى تدخل إتحادي كبير من كافة القطاعات بما فيها القطاع الصحي وكان على رأس الفريق الذي قدم الدعم للولاية من المستوى الإتحادي وكيل وزارة الصحة مصحوب بمديري إدارات الطب الوقائي، الرعاية الصحية الأولية، الصحة الدولية، صحة البيئة،

الوبائيات، الملاريا، الصيدلة وإدارة الموارد البشرية. على الرغم من ذلك الدعم إلا أن هذا الوضع ربما أفرز حوار إداري وفني لاحقاً حول مدى فعالية التدخل الاتحادي في الطوارئ والكوارث في الولايات وهو ما أفضي إلى الوضع الذي تحدثنا عنه سابقاً في مستويات التدخل. وهو ما يجب أن يبني على دراسة حقيقية للوضع في كل ولاية بناء على منهج علمي مدروس والتجارب السابقة في كل ولاية على حدة وبالتالي كان الوضع في الولاية بمثابة فرصة لتطوير نظام الاستجابة لحالات الأوبئة والكوارث بصورته الأشمل في فترة لاحقة.

بعد مرور تلك المرحلة أصبحت الولاية في مرحلة أكثر نضجاً وقدرة لتطوير آليات الاستعداد لحالات الكوارث الصحية والأوبئة وقد أسهمت عدة مبادرات تم تنفيذها لاحقاً في هذا الامر حيث أنشئت وحدة الاستعداد المبكر بإدارة الوبائيات بدعم من منظمة الصحة العالمية، كما و أصبح للولاية نظام ثابت لإقامة ورشة عمل الإستعداد لطوارئ الخريف يقوم بحضورها والي الولاية بصورة شخصية مروراً بكافة الشركاء المعنيين بأمر التصدي لهذه الطوارئ في الجانب الصحي.

لاحقاً، مع مرور الوقت أصبحت إدارة الوبائيات تقوم بدعم كافة برامج مكافحة الأمراض السارية الموجودة في الوزارة خاصة أمراض مثل الملاريا. وهي تجربة في ولاية كسلا تستحق الوقوف عندها وربما نقلها إلى ولايات اخرى لدعم النظام الصحي في هذه الولايات.

في العام 2006م ابتدرت إدارة الوبائيات الإتحادية تجربة المنسق القطاعي للولايات وقد كان منسق ولاية كسلا هو كذلك مسئول عن ولايتي القضارف والبحر الاحمر. ووفقاً لمن شهد تلك الفترة، فان ولاية القضارف استفادت لحد بعيد من هذا النهج حيث تم نقل تجربة ولاية كسلا إليها وتنظيم وتطبيق الأدوات والآليات التي كانت متبعة في ذلك الوقت وهو ما انعكس بصورة ملحوظة في أداء ولاية القضارف لاحقاً في هذا الإطار. لكن لم تتم الاستفادة بالقدر ذاته في ولاية البحر الأحمر لأسباب كثيرة.

تجربة الولاية المرتبطة بعملية كلورة وتنقية مياه الشرب تجربة جديرة بالوقوف عندها حيث تعد كسلا من الولايات القليلة التي حافظت على إستدامة عملية كلورة المياه ليس فقط في فترات الخريف أو في حالة إنتشار لحالات الكوليرا، إنما أصبح ذلك يتم بصورة مستمرة وروتينية. هذا الأمر حتمته الجهود المستمرة من قبل وزارة الصحة ممثلة في إدارة البائيات للدفع بهذا النهج إلى الأمام مستعينة بالأسس العلمية لهذه العملية مما ساعد في إقناع القيادة السياسية في الولاية ممثلة في الوالي وقيادة المجلس التشريعي في تعميم قرار بإنشاء إدارة ووحدات لمياه الريف تقوم بكلورة وتنقية المياه وغيرها من المبادرات التي عززت من التعامل المبكر مع الأسباب المحتملة لحدوث الأوبئة المرتبطة بالمياه.

في العام 2007م بدأ الإعداد لأنتشاء معمل الصحة العامة بالولاية وبالفعل تم البدء في وضع الوظائف الأساسية للمعمل مع البدء في وضع النظام العام لطريقة عمل المعمل. موازياً لذلك تم الشروع في إنشاء مبنى متكامل للمعمل في الولاية بدعم من حكومة الولاية فيما يلي المباني والتجهيزات ووزارة الصحة الإتحادية لتوفير الأجهزة الفنية والنظم الأخرى. ومن المتوقع أن يبدأ العمل الفعلي للمعمل في القريب العاجل.

معمل الصحة العامة:

قد يتفق أو يختلف الكثيرون حول وضع معمل الصحة العامة في السودان ومدى قدرة وكفاءة هذا المعمل للقيام بدوره المنوط به خاصة فيما يلي دعم جهود مكافحة الأوبئة. لكن يبقى الواقع يشير إلى تطور ملحوظ في المعمل وقدراته على ما كان الوضع في الفترات الماضية لكن تظل هناك بعض التحفظات على استيفاء المعمل للمقاييس المتعارف عليها المرتبطة بالسلامة البيولوجية. والتطور الذي حدث في تشخيص الميكروبات الخطيرة في معمل الصحة العامة الإتحادي هو خير شاهدٍ على هذا الأمر حيث أنه وعلى الرغم من عدم توفر المستويات المطلوبة من السلامة، نسبة لإرتباط ذلك بعدم رغبة المعامل الغربية في التعامل مع السودان في هذا المجال، إلا أن العاملين بالمعمل استطاعوا تجاوز هذه

العقبة والقيام بعمليات معقدة جداً وخطرة في ذات الوقت أسهمت كثيراً في تجاوز هذه المقاطعة ودعم جهود إدارة الوبائيات في عملها. وقد يكون لإتجاه السودان في العقدين الماضيين في علاقاته الدبلوماسية أكثر نحو دول شرقي آسيا مثل الصين وماليزيا، الأثر الكبير في هذا التطور حيث ساعدت هذه الدول في بناء قدرات الكوادر السودانية في هذا المجال بصورة كبيرة.

كان هناك حديث في السابق عن وجود معامل إقليمية كما أشرنا إلى ذلك لكن يقول الكثير من شهود العيان أن هذه المعامل كانت عبارة عن مباني ضعيفة التأهيل من حيث المعدات والمواد التي تؤهلها لتقوم بدورها كمعمل معتمد للصحة العامة. لكن وفي الوضع الراهن فإن عدم وجود المعامل الإقليمية أو الولائية له أثر سلبي واضح في عملية إحتواء الأمراض أو اكتشافها خاصة مع ما يتطلبه ذلك من نقل العينات من الولايات إلى الخرطوم لفحصها وإرجاع التقرير إلى الولاية مرة أخرى وهو بالتأكيد ليس منحي فعال للعمل.

ما قامت به وزارة الصحة من إعداد ورقة عمل وخطة حول تأثير إتفاقية السلام على محددات ومخرجات الصحة عقب إنفاذ الإتفاقية، ساعد السلطات الصحية بصورة كبيرة خاصة على المستوى الولائي في الولايات المتأخمة للجنوب مثل جنوب كردفان، النيل الأبيض والنيل الأزرق في عملية الإستعداد المبكر والتحوط لحدوث حالات وبائية لبعض الأمراض. وبالفعل تم تحديد هذه الأمراض وتم الإتفاق على كيفية التصدي لها في حالة حدوث أوضاع وبائية وفقاً للبرتكولات التي كانت موجودة آنذاك أو بمراجعة بعضها. وقد توقع بعض المختصين أن يتم ذات الشيء في إبان عملية الإنفصال لما له من تأثير أيضاً على حركة السكان والماشية وبالتالي زيادة الإختطار لحدوث بعض الأوبئة.

العمل بنظام المعلومات الجغرافية:

وهو ما يعرف ب (GIS) وهو نظام قائم على الحاسوب يعمل على جمع وصيانة وتخزين وتحليل وإخراج وتوزيع البيانات والمعلومات المكانية. وهذه أنظمة تعمل على جمع وإدخال ومعالجة وتحليل وعرض وإخراج المعلومات المكانية والوصفية لأهداف محددة، يمكن هذا النظام من إدخال المعلومات الجغرافية (خرائط، صور جوية، مرئيات فضائية) والوصفية (أسماء، جداول)، معالجتها (تنقيحها من الخطأ)، تخزينها، استرجاعها، استفسارها، تحليلها تحليل مكاني وإحصائي، وعرضها على شاشة الحاسوب أو على ورق في شكل خرائط، تقارير، ورسومات بيانية أو من خلال الموقع الإلكتروني.

كما هو معروف يعتبر واحدة من أهم العوامل أو الطرق الحديثة التي يعتمد عليها في تقوية عدد كبير من أنظمة ترصد الأمراض الوبائية هي إدخال نظم المعلومات الجغرافية المصممة خصيصاً لتقوية مستوى أداء المهام المختلفة المنوطة بالإدارات ذات الصلة مثل جمع وإدخال وتحليل البيانات، ومن ثم التحقق منها ونشرها بصورة منظمة، دقيقة وقياسية. يحوي نظام المعلومات الجغرافي بشكل عام طرق تمكن من التعامل المباشر عن طريق المستخدم المدرب مع قاعدة بيانات قائمة على أسس جغرافية مما يدعم بصورة قوية لنظام الترصد المرضي في جميع مراحله، بحيث يتم إدخال البيانات وتحديثها بصورة دورية تظهر على الخرائط بمختلف الأشكال والأنماط، بما في ذلك الطرق التقليدية من جداول ورسومات بيانية. إضافة لما سبق فإن نظم المعلومات الجغرافية تستخدم في تحديد النطاق الجغرافي لمدى انتشار الأمراض، في تحليل نمط الاوبئة ومدى قابلية وقوع الانفجارات الوبائية، تحديد مواطن النقص في مختلف أنشطة التصدي مثل التطعيم، عمل خرائط لتحديد عوامل الاختطار في المجتمع، توثيق الاحتياجات الصحية وتوزيع الموارد، التنبؤ الوبائي، التخطيط وتحديد المستهدف بالتدخلات المختلفة، متابعة سلوك الامراض المختلفة والتدخلات مع مرور الزمن ونشر المعلومات والتقارير الصحية والوبائية بشكل خرائط في المنشورات والتقارير ومواقع الانترنت.

إنعكاس دور محددات الصحة على عمل الإدارة:

الملاحظ لعمل الإدارة الاتحادية سيجد أن عمل إدارة الوبائيات أصبح أكثر كثافةً في السنوات الأخيرة بصورة كبيرة. وعلمياً قد يعزى هذا الأمر لعدة أسباب من ضمنها أن قدرة النظام الحالية للإكتشاف المبكر لحالات الأوبئة والتصدي لها أصبحت أكبر من ذي قبل وبالتالي أصبح الدور الملقى على عاتقها أكبر. أضف إلى ذلك إزدياد الوعي العام بقضية الوبائيات سوى أن كان ذلك على مستوى العاملين في النظام الصحي أو على مستوى المواطنين وبالتالي أسهم ذلك في زيادة عدد الحالات التي يتم تسجيلها. أو قد يعزى ذلك إلى التغييرات السياسية والإقتصادية الكبيرة التي شهدها السودان منذ نهاية فترة الثمانينات في القرن العشرين والتي ألقّت بظلالها على الواقع الإجتماعي والمعيشي للمجتمع. حيث إرتبطت كثير من حالات الأوبئة إما بظاهرة النزوح بين مناطق السودان أو إرتباط أماكن حدوثها مع مناطق الصراعات التي شهدها السودان في العقدين الماضيين. وارتباطاً مع العامل السابق سنجد أن التغييرات التي صاحبت سهولة النقل والمواصلات داخل السودان وخارجه أسهمت بشكل أو بآخر في حدوث العديد من حالات إنتشار كبير لبعض الأمراض بشكل وبائي خاصة الأمراض الوافدة عبر الحدود من الدول المجاورة أو غيرها على المستوى العالمي. وكما ذكرنا سابقاً، فجغرافياً السودان يقع في حزام جغرافي يشكل ما يسمى بالمحفز السلبي الذي يساعد في الإنتشار الوبائي لبعض الأمراض مثل السحائي والحمى الصفراء وغيرهما. ذلك بالإضافة إلى أحزمة عالمية معروفة لبعض الأمراض ذات الأنتشار القاري أو الإقليمي خاصة في المناطق الجنوبية في السودان ما قبل مرحلة الإنفصال التي تتميز بالأمراض المدارية أو الإستوائية المستوطنة. وخير مثال لذلك بعض حالات مرض الإيبولا التي ظهرت في بعض الولايات الجنوبية في ذلك الوقت والتي كان مشكوك في ماهيتها أو صحتها. التغيير المناخي على المستوى العالمي كانت أيضاً له تأثيراته. كذلك سنجد أن مرض حمى الوادي المتصدع يمثل أحد الأمراض التي تتأثر بشكل كبير بأحوال المناخ حيث أن كافة الأوبئة التي رُصدت في أفريقيا كانت تتأثر مباشرة بحالة المناخ في المناطق التي سجلت

بها الحالات المرصودة. تأثير التغيرات المناخية المرتبطة بالتغير الملحوظ في درجات الحرارة وشدة الأمراض هو تأثير واضح وملحوظ في كثير من الأمراض المعروف عنها شكل معين من الإنتشار في الأزمان السابقة. فعلى سبيل المثال سنجد أن مرض السحائي رصد إنتشاره جنوباً بشكل كبير أكثر من إنتشاره شمالاً في السنوات العشرة الأخيرة وهو ما كان يتنافى مع الخطوط النظرية العامة سابقاً. بالإضافة إلى ذلك سنجد أيضاً أن تركيبة المجتمع السوداني، والتي تتعامل مع الحيوانات بشكل لصيق، سنجد أنها أدت دوراً مقدراً في إنتشار أو ظهور بعض الأمراض التي لم تكن معروفة سابقاً خاصة تلك التي كان ظهورها مرتبطاً بالحيوانات. ومن ضمن العوامل أيضاً سنجد أن الأنظمة المتعامل بها في توفير مياه الشرب (مثل الحفائر، الترغ، المياه السطحية) في كثير من المناطق في السودان يرتبط بشكل موثق مع إنتشار بعض الأمراض، خاصةً الإسهالات أو الكوليرا، بصورة كبيرة تصل إلى الحد الوبائي في كثير من الحالات التي تم رصدها.

دور مقدمي الخدمة الصحية والمجتمع:

كان من الواضح أن مدى تجاوب مقدمي الخدمة الصحية لقضايا مكافحة الأوبئة كان مرتبطاً بصورة أساسية بمدى تنويرهم ومعرفتهم بالقواعد العامة التي تدار بها عملية التبليغ والإستجابة لأي حالة وبائية وأيضاً ترتبط بصورة أكبر بمعرفتهم بالأمراض التي تدرج ضمن قائمة الأمراض التي ترتبط بالأوضاع الوبائية. كما أن عدم معرفة العاملين الصحيين بضرورة التبليغ وحثية ذلك كجزء من القانون الذين هم جزء أصيل وأساسي من مكونات أو مقومات تنفيذه له أثر سلبي على قدرة النظام الصحي ككل على الإستجابة لتحديات إنتشار الأوبئة والأمراض السارية. لذلك يؤدي التدريب المستمر دوراً كبيراً في عملية معرفة العاملين وتوعيتهم في العمل ولذلك قاموا لاحقاً بدور داعم ومهم في إدارة الكثير من الحالات الوبائية.

المجتمع في السودان، وفي كثير من الأحيان، كان له دور كبير في إحتواء الأوبئة ودعم جهودات وزارة الصحة في هذا الشأن وتحكى الكثير من الأمثلة الحية حول الأدوار التي تقوم بها فئات المجتمع المختلفة خلال فترة الوباء من دعم مباشر للفرق الصحية في أداء واجبها مروراً بالمساهمة في تحسين بيئة المنطقة خاصة إذا كان الوباء مرتبطاً بالبيئة والمياه مروراً بتقديم خدمات طوعية أخرى وفق ما إقتضى الحال. هذا الأمر جعل السلطات الصحية في كافة المستويات تتبنى نهج علمي لكيفية الإستفادة من هذه الجهود والطاقات في حالة الوبائيات وهو ما حدا بالكثيرين لإدراج هذا المنحى ضمن السياسة الكلية للدولة. ولكن على الجانب الآخر سنجد أن المجتمع نفسه قد يشكل بعض المعوقات في طريق السلطات الصحية في عملية إحتواء الأوبئة وسنجد أمثلة أيضاً كثيرة على ذلك وإن إرتبط أكثرها بالحالات الوبائية لأمراض غير معروفة أو غريبة على المجتمع ومع بدء تداول الشائعات يبدأ المجتمع في التفاعل بصورة سلبية مع الحدث. وقد يؤثر ذلك بصورة كبيرة في تجاوب أهالي المنطقة في عملية الإستجابة الرسمية خاصة إذا كان هناك إنعدام للتعاون.

قانون الصحة العامة:

قانون الصحة العامة هو أحد الأدوات الأساسية في إحتواء الكثير من حالات الأوبئة وذلك بموجب السلطات التي تمنح للسلطات الصحية ممثلة في وزارة الصحة. وعليه فإن قوة القانون تمثل عاملاً مؤثراً جداً في هذا الإطار وذلك وفقاً لما أظهرته التجربة في النظام الصحي في السودان حتى الوقت الراهن. وسنجد هذا الأمر بصورة خاصة في مقارنة بين قانوني الصحة العامة للعامين 1976 و 2009م. حيث سنجد أن القانون الأول كان فيه الكثير من التفصيل في الجوانب الفنية وهو ما إستدعته متطلبات الفترة التي غطاها القانون، حيث أن الكثير من السلطات والمسئوليات كانت تقع على عاتق المستوى الإتحادي مما يتطلب الوضوح في الكثير من الإجراءات والسلطات التي يخول لوزارة الصحة الإتحادية إتخاذها خاصة في حالات حدوث الأوبئة على مستوى كبير. ومن هنا سنجد أن القانون

كان يعتبر فعلياً أداة حاسمة في كثير من القضايا التي كانت تمس صميم الصحة العامة في السودان قبل إصدار القانون الجديد.

القانون الجديد والذي صدر في العام 2009م يرى بعض المختصين أن السمة والصبغة السياسية للمرحلة التي وضع فيها القانون والتي ظهرت بوضوح في مكونات ومنطوق القانون، خاصةً مع تنامي الأصوات المنادية بحد السلطات التنفيذية التي تتمتع بها الوزارة الإتحادية في مقابل تلك التي تمنح للولايات. وعليه أتى القانون وفيه شيئاً من الإجمال في القضايا الأساسية المتعلقة بمكافحة واحتواء حالات الأوبئة على أساس أن السلطات التشريعية الولائية ستصدر قوانين خاصة بها تضطلع فيها هذه الولايات بالأدوار المناطة بها والتي كفلها لها الدستور. غير أن هذا الأمر لم يتم بهذا الشكل حيث أتت العديد من القوانين الولائية دون الطموحات ودون المستوى المطلوب من القوة في السلطات التي تمنح لوزارات الصحة الولائية. وقد يرى المختصين أن هذا الأمر قد يعكس في الأساس عدم وضوح الرؤية للولايات حول أهمية هذا الأمر بالإضافة إلى عدم معرفتها بالأدوار المناطة بها أو التي يمكن أن تقوم بها في هذا الأمر.

التحديات:

التحديات التي تواجهها نظم مكافحة الأوبئة في السودان يمكن ربطها بعدة عوامل أساسية تشمل في الأساس قضية عدم قدرة وزارة الصحة الإتحادية في إستدامة وإستبقاء الكوادر المؤهلة للعمل في مواقعها لإرتباط ذلك بالشروط الوظيفية التي تمنح لهم وضعها مقارنة مع جهات أخرى خاصة قطاع المنظمات، وهي مشكلة ليست حصراً فقط على قطاع مكافحة الأوبئة. ويلى ذلك مشكلة قدرات التدريب داخل السودان حيث أننا سنجد أنه في الفترة الماضية كان هناك نقص واضح وكبير في الأعداد المؤهلة، إلا أن الوزارة تخطو بصورة أكبر نحو التدريب المتخصص عبر مراكز التدريب الخاصة بها مثل معهد الصحة العامة و مركز التطوير المهني المستمر. بالإضافة إلى ذلك سنجد أن عدم وجود نظام مستمر

للإشراف والمتابعة الذي يساعد بالأساس في بناء قدرات النظم الولائية خلق نوع من تراكم المشاكل والسلبيات التي تعوق من عمل النظام. وسنجد أن التحدي الأكبر ربما سيكون هو الموقع الجغرافي للسودان، خاصة قبل إنفصال دولة جنوب السودان، وهو ما شكل هاجساً للسلطات الصحية لفترة طويلة جداً وما لذلك من أعباء على نظم مكافحة والتصدي لحالات الأوبئة.

المختصين يرون أن تصميم المستشفيات، خاصةً الكبيرة منها، في كافة الولايات لا يراعي بصورة أساسية السيناريوهات التي تضع في الحسبان حدوث أوبئة نتيجة للإصابة بأمراض معدية عالية درجة السريان ويظهر ذلك بصورة كبيرة في عدم وجود غرف العزل في هذه المستشفيات. وإن كانت هناك مبادرة نفذت في مستشفى طب المناطق الحارة ولكن بدأ وضع هذه الغرف في التدهور بصورة كبيرة في الفترة الأخيرة.

في الماضي كان هناك نقص واضح في الموارد المالية التي كانت تقدم كدعم لقضية مكافحة الأوبئة عبر وزارة المالية وقد يعكس هذا الوضع مدى تفاعل أجهزة الدولة في تلك الفترة مع هذه القضية الحساسة، إلا أن الوضع إختلف كثيراً في السنوات الأخيرة حيث أصبح الدعم كبير ومستقر مما إنعكس إيجاباً على العمل في الإدارة.

ويرى المراقب لقدرات نظام مكافحة الأوبئة في السودان أن الكوادر المدربة يبدو أنها تتفاوت في قدراتها وكفاءتها في العمل وقد يكون ذلك مرتبطاً بصورة مباشرة بطبيعة عمل مكافحة الأوبئة نفسه حيث أن العمل يتطلب بجانب التاهيل حساً عالياً بالمسؤولية تجاه هذه القضية. ولذلك فقد نجد أن عدداً من الكوادر التي تم تدريبها خارج السودان لم يضيفوا إلى النظام بقدر كبير في حين أن هناك شريحة أخرى كان لها إضافة حقيقية في هذا المجال. وهنا يظهر أيضاً أهمية أنشطة التدريب غير المباشر الذي يأتي ضمناً في عملية الإشراف والتوجيه التي يقوم بها الكوادر الأكثر خبرةً ومعرفةً في مجال البوائيات. وأيضاً ضرورة

الوقوف بعد كل حالة وباء لتقييم إستفادة الكوادر من هذه التجارب العملية ولجراء عملية تقييمية تساعد كثيراً في الدفع بعملية التعليم المستمر وبالتالي في القدرة الكلية للنظام.

بعض شركاء وزارة الصحة في مكافحة الأوبئة: إدارة صحة البيئة ورقابة الأغذية:

دور إدارة صحة البيئة ورقابة الأغذية يظهر بصورة جلية في حالات الأوبئة خاصة تلك المرتبطة بمصادر المياه أو الأغذية مثل وبائيات الكوليرا والإسهالات وغيرها. وتفاوتت مساهمات هذه الإدارة في الأعوام الماضية بدء بالقيام بكافة أنشطة وتدخلات إصاح البيئة بذاتها مروراً بدعم إدارة البائيات في هذه الأنشطة وفقاً لخطط تقسيم العمل التي يتم وضعها. وفي فترة من الفترات كانت إدارة صحة البيئة تقوم بدور مقدر في المستشفيات يدعم دور إدارة البائيات ولن أصبح هذا الدور تقوم به لاحقاً وحدات العزل التابعة لإدارة البائيات.

معهد الامراض المتوطنة:

معهد الأمراض المتوطنة هو أحد أهم المؤسسات البحثية والتعليمية في السودان في مجال مكافحة الأمراض. أنشئ المعهد في العام 1993م ويتبع منذ ذلك التاريخ لكلية الطب بجامعة الخرطوم كمؤسسة أكاديمية متخصص في أبحاث الأمراض المتوطنة. المركز كان ومازال يركز على إجراء بحوث ترتبط بالمجتمعات الأكثر عرضة لخطر الأمراض البائية بشكل عام وتلك المتوطنة بشكل خاص. المعهد له مساهماته العديدة في توفير الأدلة العلمية المرتبطة بتفشي الأمراض وعوامل الإختطار المرتبطة بها بالتركيز على أمراض الملاريا، اللشمانيا، البلهارسيا، الحصبة، السرطان والدرن، بالإضافة إلى أمراض اخرى.

المعهد له شراكات داخلية وخارجية ناجحة أسهمت بشكل كبير في بروزه كأحد أهم المرجعيات المرتبطة بعلوم الأمراض الوبائية في البلاد وعلى المستوى العالمي.

معهد البحوث البيطرية:

وفي الإطار العام لجهود مكافحة الأوبئة في السودان، لا يمكن لأحد أن يخفى الدور الذي ظل يلعبه معهد البحوث البيطرية والذي أنشئ منذ وقت ليس بالقريب في العام 1913م. وكما أشرنا فإن هناك تقاطعات كبيرة بين الأوبئة التي يتأثر بها الإنسان وتلك التي تصيب الحيوانات. وللمعهد مهامه الأساسية في هذا الإطار تتلخص في تشخيص الأمراض للحيوان وإنتاج اللقاحات المهمة للقطيع القومي بالإضافة إلى السيطرة على الأمراض الحيوانية الوبائية الخطيرة والفتاكة. ويقوم المركز بإنتاج لقاحات أساسية لأمراض الدواجن مما مهد لأن توقف البلاد إستيراد أي لقاحات لأمراض الحيوان كافة وكل الأمصال واللقاحات الخاصة بالقطيع القومي وأن تُصنع داخل السودان منذ العام 1925م. المعمل الخاص بالمركز يقوم بدور كبير جداً في المحافظة على القطيع القومي وإجراء البحوث الأساسية والتطبيقية وظل يقوم بهذه المهام لعقود طويلة. وقد تعاون المعهد مع وزارة الصحة الاتحادية في العديد من المجالات المتعلقة بإجراء الدراسات ولبحوث بشكل عام وخاصةً تلك التي ارتبطت بحالات وبائية لأمراض مشتركة بين الإنسان والحيوان كانت مثار نقاش وجدل في القطاع الصحي بشكل عام.

معهد أبحاث طب المناطق الحارة:

من الضرورة بمكان التوقف عند تجربة معهد أبحاث طب المناطق الحارة الذي ظل يؤدي دوراً مهماً في تقديم الخدمات الصحية المتعلقة بالأمراض السارية ومن ضمنها الأمراض

الوبائية. تم إنشاء معهد أبحاث طب المناطق الحارة في عام 1972م تحت مظلة مجلس الأبحاث الطبية الذي كان يتبع وقتها إلى المجلس القومي للبحوث . ثم آلت تبعية المعهد للمركز القومي للبحوث في العام 1991م . ويقوم المعهد بالاضطلاع بمهمة إجراء الأبحاث العلمية والتطبيقية في كافة أمراض المناطق الحارة بغرض خلق تنمية اقتصادية اجتماعية متوازنة في المجتمع السوداني. أضيف إلى ذلك فإن المعهد كان يقوم بتدريب الكوادر الطبية والصحية في مجالات تشخيص علاج ومكافحة أمراض المناطق الحارة . كذلك تأهيل وتدريب الباحثين بالمعهد ومساعدتهم والمساعدة في تدريب العاملين في المجالات البحثية والعلمية التي تدخل في مجال اختصاصه. ومن أقسام المعهد الأساسية سنجد أن قسم الوبائيات يعتبر الحلقة الرئيسية التي تربط المعهد مع المنظومة الكلية لمكافحة الأوبئة. ويقوم هذا القسم بإجراء الأبحاث المتعلقة بوبائيات الأمراض المتوطنة مع التركيز على أمراض المناطق الحارة الطفيلية. بالإضافة إلى ذلك، سنجد أن قسم المناعة والتقنية الحيوية يقع على عاتقه القيام بإجراء الأبحاث المتعلقة بالأوجه المناعية لأمراض المناطق الحارة بالتركيز على رد الفعل المناعي للإنسان لدى الإصابة . تتم الأبحاث في مجالات أمراض الملاريا، البلهارسيا، الكلازار، عمى الأنهار ومرض النوم. هذا بالإضافة إلى عدد من الأقسام الفنية الأخرى التي تقدم الخدمات الفنية الأخرى. وللمعهد الكثير من المساهمات البحثية المقدره، إلا أن دوره في بحث مدى إنتشار طفيليات الملاريا بولاية الخرطوم وأثر النازحين من الولايات الجنوبية في توزيعها الجغرافي في العام 1998م كان له دور كبير في معرفة حقائق مهمة حول وبائية الملاريا في ذلك الوقت. وفي ذات العام أجرى المعهد بحث كبير حول وبائيات مرض النوم بالسودان ووجد البحث إستحساناً كبيراً داخل وخارج السودان. بالإضافة إلى دراسة حول بروتينات المرحلة الحادة المتفاعلة لدى المرضى السودانيين المصابين بطفيلي الملاريا.

جمعية الهلال الأحمر:

اضطلعت الجمعية منذ نشأتها بمسئوليتها في تقديم الخدمات الصحية للقطاعات السكانية المستهدفة وأعطتها الأولوية. وعيّنت الجمعية كثيراً برفع كفاءة المؤسسات الصحية ودعم الصحة الوقائية والعلاجية. بالإضافة إلى ذلك اهتمت الجمعية بنشر الوعي الصحي خاصة عند تقديم خدمات التحصين وأسهمت بشكل كبير في مكافحة الأمراض المعدية. المعروف أن جمعية الهلال الأحمر تقدم خدماتها الصحية بشكل خاص في المناطق النائية والبعيدة على الأطراف والحدود حيث الحاجة لمثل هذه الخدمات تكون ملحة وضرورية للفئات الأكثر ضعفاً كمجتمع النازحين واللاجئين والمتأثرين بالكوارث وللأطفال دون سن الخامسة والحوامل والمرضعات والمسنين والمعاقين. ويقوم متطوعو الجمعية بدور نشط في الحملات القومية للتحصين، خاصة تحصين الأطفال ضد الشلل بجميع ولايات السودان المختلفة، وقد أسهم سابقاً المتطوعون بما لا يقل عن 50% من حجم الفئة المستهدفة من الأطفال من عمر يوم إلى خمس سنوات والبالغ عددهم نحو خمسة مليون طفل. وهناك أمثلة عديدة للتعاون المباشر بين جمعية الهلال الأحمر في حالات الطوارئ والوبائيات مثل دور الجمعية في وباء السحائي ووباء حمى الوادي المتصدع وغيرها.

الفصل السابع: تجربة إدارة الطوارئ الصحية في دارفور

بداية الأزمة وكيفية دخول وزارة الصحة بها:

خلال العام 2003م اشتعلت أزمة دارفور في تسارع لافت للنظر وتجاوزت إطارها المحلي المحدود لتصبح قضية ذات أبعاد إقليمية استدعت دخول وساطات مختلفة في محاولات للتوصل لإتفاق لوقف إطلاق النار. وفي وقت قصير للغاية تجاوزت الأزمة إطارها المحلي والإقليمي لتتحول إلى قضية ذات أبعاد دولية بعد أن تزايدت أعداد النازحين المعرضين للمجاعة في الإقليم بسبب تردي الأوضاع الأمنية. هذا الوضع أدى إلى قيام الأمم المتحدة بدعوة المجتمع الدولي للتدخل في دارفور، كما صدرت إدانات عدة للحكومة السودانية من قبل عدد من الدول في مقدمتها الولايات المتحدة متعلقة بإعاقة وصول الإغاثة إلى المناطق المتأثرة بالنزاع وذلك لأهداف سياسية معلومة لدى الجميع. تعود أزمة دارفور إلى عدة عوامل إجتماعية وبيئية واقتصادية وسياسية يمكن تلخيصها في إختلاف النمط الإنتاجي بين سكان الأقليم، عدد من العوامل البيئية التي أسهمت في تشكيل حجم الموارد المتاحة في الإقليم، والإختلاف العرقي الواضح بين سكان المنطقة. إضافة إلى ذلك كان لغياب الإدارة الأهلية القوية والحكيمة القادرة على إدارة النزاع، الدور الكبير في تسارع وتيرة الوضع. وسيقر الكثيرون بأن ضعف البنية التحتية والمشروعات الاستثمارية الكبيرة، بالإضافة إلى ضعف التنمية الزراعية والحيوانية والبشرية والنقص الكبير في الخدمات الصحية والتعليمية كل هذا كانت له تبعاته الكبيرة على مجريات هذه الأزمة. عليه، وكما ذكرنا من قبل، كان للصراع في إقليم دارفور طيلة الفترة الماضية منذ إندلاعه أبعاده الجلية والواضحة على مستوى الإقليم وتعداه إلى مستوى السودان كافة. وعلى الرغم من أن الأبعاد السياسية والإجتماعية والإقتصادية للصراع كانت واضحة على شكل إدارة الدولة للملفات الأمنية والعسكرية، إلا أن البعد الصحي كان من أكثر مخرجات الصراع تأثيراً على ردة فعل الدولة

نحو الصراع لما لذلك من إرتباط بالمؤشرات الصحية الأساسية في أي مجتمع مثل مؤشرات صحة الأمهات والأطفال، الصحة النفسية، معدل الوفيات وغيرها من النواحي التي ستؤثر بالتأكيد على نظرة من هم خارج إطار الصراع إلى تأثيراته على هذه الجوانب.

وضع الصراع كما ذكرنا دفع بالعديد من سكان الإقليم إلى النزوح لمعسكرات حول المدن الكبرى بالإقليم ولدولة تشاد المجاورة. وبالفعل تم إنشاء معسكرات لإيواء الأعداد الكبيرة من المواطنين الفارين من الهجوم المسلح للأطراف المتنازعة. في منتصف العام 2004م كانت هذه المعسكرات قد تشكلت بالفعل ولكن مع نهايات العام 2004م أصبحت هذه المعسكرات في وضعها شبه النهائي حتى وقت قريب حيث انخفض معدل النزوح بشكل واضح في تلك الفترة وحدث استقرار كبير وسط المتضررين في هذه المعسكرات.

دور وزارة الصحة في إدارة ما يليها في هذه الأزمة كان هو الأكثر تميزاً عن بقية الوزارات الفنية الأخرى التي كانت تساهم في إدارة ملف الأزمة، ولعل هذا ما حدا بنا إلى التعرف عن قرب على هذا الدور. بالإضافة إلى ذلك فإن تجربة وزارة الصحة في الإستجابة للطوارئ الصحية في دارفور يمكن أن نقول أنها جعلتها أكثر نضوجاً في هذا الجانب المهم من النظام الصحي وهو ما إنعكس بالفعل حسب رأي الكثير من المراقبين في النظام الصحي للدولة ككل في جانب الإستجابة لحالات الطوارئ الصحية الأخرى في بقية الولايات بشكل عام.

أحد المعسكرات في ولاية شمال دارفور



ولعل ما مميّز إستجابة وزارة الصحة لَهَا إستطاعت في وقت وجيز أن تُكون شكلاً متكامل من آليات التنسيق والتنفيذ التي مكنت قيادة الوزارة الإتحادية من الإحاطة المستمرة بمجريات الأحداث في معسكرات النزوح أو في مناطق النزاع خاصةً فيما يلي الوضع الصحي. بعد فترة من بدء الأزمة بدأت ترد تقارير من بعض المنظمات عن الوضع الصحي والإنساني في دارفور وعن تردّي مقومات النظام الصحي هناك خاصةً مع تزايد أعداد النازحين. وكإستجابة من وزارة الصحة الإتحادية لهذا الوضع، قامت الوزارة بتشكيل لجنة للطوارئ برئاسة وكيل وزارة الصحة الإتحادية في ذلك الوقت د. عبد الله سيد أحمد و د. عصام الدين محمد عبد الله مدير إدارة الصحة الدولية مقرراً لها وبعضوية الإدارات الأساسية ذات الصلة في الوزارة مثل الوبائيات، الملاريا، صحة البيئة وغيرها. وقد كانت اللجنة تقوم بعرض تقاريرها التي ترد من جميع ولايات الإقليم بصورة مستمرة في مجلس وكيل الوزارة. هذه التقارير تتراوح في دوريتها من تقرير يومي إلى تقرير شهري بناءً على محتويات التقرير والأمور الطارئة التي يتناولها هذا بالإضافة إلى تقارير عامة حول الشكل العام لإستجابة وزارة الصحة. أحد هذه التقارير أشار إلى أن وجود الوزارة الإتحادية يحتاج للمزيد التواجد الفعلى في الميدان وإلى المزيد من التنسيق مع الجهات الشريكة مثل مفوضية الشؤون الإنسانية والمنظمات الوطنية والعالمية. يأتي ذلك خاصةً وأن دور الوزارة هو دور أساسي في مدخلات التعامل مع الأزمة، حيث أن متابعة عمل الحكومة في العادة يتم من خلال مؤشرات مرتبطة بالصحة بصورة وثيقة. لذلك تقدمت ورقة عمل طرحتها إدارة الصحة الدولية بتوصيات حول ضرورة وجود منسقين دائمين بين الوزارة الإتحادية والولايات ووجد هذا الأمر صدقاً عند متخذي القرار وبذلك تم تعيين منسقين إتحاديين مبعثين من قبل الوزارة الإتحادية في كل ولاية من الولايات الثلاث. لكن وبالنظر إلى أن هؤلاء المنسقين لم يكونوا جزءاً من هيكله الوزارات الولائية، كانت هناك بعض التحفظات على حساسية تدخل الوزارة الإتحادية في الشؤون الولائية بهذا الشكل. على الرغم من ذلك، نجد أن جميع المنسقين الذين تناوبوا في العمل في هذا الموقع تمكنوا بالفعل من تحسين العلاقات في هذا

الجانب وتوضيح أن الغرض من وجودهم هو الدعم وليس التدخل في التنفيذ الأمر الذي أسهم لاحقاً في إدارة وتوظيف الموارد القادمة من الوزارة الإتحادية بصورة مرضية ومن تقديم الدعم الفني والتنسيقي بصورة جيدة. وهنا كان لا بد أن تكون الرسالة واضحة، أن الممثل أو المنسق الإتحادي يعمل تحت مظلة مدير عام الوزارة وبالتالي فإن كل تواصله مع الشركاء كان يتم من خلال المدير العام وهذا ما مكن المنسقين من تجاوز العديد من الخلافات والصراعات التي كان من الممكن حدوثها نتيجة لوجودهم.

مفوضية الشؤون الإنسانية، كجسم منظم للعمل الطوعي والإنساني في السودان، كان لا بد أن تكون علاقتها قوية مع وزارة الصحة الولائية في مثل هذه الظروف. لكن حقيقة الوضع مع بدايات الأزمة كانت تشير إلى أن هناك فجوات واضحة في عملية التنسيق بين الجانبين، إلا أن دور المنسق الإتحادي من كلا الجانبين كان له دور أساسي في تطوير علاقة المؤسستين على المستوى الولائي لتعملان بتنسيق أكبر في الملفات المشتركة. كانت هناك خلافات على بعض الأدوار، مثلاً تلك التي تتعلق بالحاكمية على الشؤون الصحية في الأنشطة والخدمات التي تقدمها المنظمات خاصة فيما يلي جانب المفوضية ورغبتها في تأطير علاقتها مع المنظمات. وبالتالي تم الإتفاق على أن الجانب الفني يتم توليته لوزارة الصحة في حين أن الجانب الإداري لإدارة العلاقة مع المنظمات سيكون من صميم عمل المفوضية. بالإضافة إلى ذلك، فقد تم الإتفاق على أن مصدر المعلومات الصحية كافةً عن الوضع القائم سيكون هو وزارة الصحة كجزء من الحكومة وليس المنظمات كما كان يحدث في بداية الأزمة وبالتالي أثر ذلك في دورة وشكل التقارير التي كانت تعتمد في وضع الخطط والبرامج.

التدخلات الإدارية التي تم إنشاؤها للتعامل مع الازمة على المستويات الإتحادية، الولائية والمحلية:

إستجابت وزارة الصحة بمستويها الولائي والإتحادي لهذا الوضع عبر إنشاء إدارات للطوارئ الصحية ضمن هيكلتها المنتظمة وتم تعيين مديرين وعاملين لهذه الإدارات من داخل كل ولاية كما وتم تعيين منسق إتحادي يعمل في كل ولاية جنباً إلى جنب مع هذه الإدارات لتقديم الدعم الفني. الهيكلية الأساسية لإدارة الطوارئ الصحية في الوزارة الإتحادية كانت قائمة على أداء الوظائف المحورية لعمل الطوارئ بدءاً بجانب المعلومات، التقارير والمتابعة مروراً بالتخطيط، التدريب، الدعم الفني ووصولاً إلى الإمداد والمهام الإدارية. الدور الرئيسي لإدارات الطوارئ الصحية في ولايات دارفور في آبان الأزمة كان هو الدور التنسيقي في الإطار العام لإدارة الوضع الصحي. وتقضي مهام الإدارة أن يتم التنسيق المتواصل بين وزارة الصحة الإتحادية والوزارة الولائية، كما وتقوم الإدارة كذلك بتنسيق عمل المنظمات الأجنبية أو منظمات الأمم المتحدة وكذلك بتنسيق عملهم مع الجهات الحكومية. هذا وقد إستطاعت هذه الإدارة، مع تطور عملها. أن تُعين منسقين لها في المعسكرات الرئيسية بالمحليات المختلفة، هذا بالإضافة طبعاً للأطباء والأطر الصحية الأخرى التي كانت مستقرة في هذه المعسكرات وتم تعيينها من قبل الوزارة. لكن نسبةً للزيادة الكبيرة في أعداد هؤلاء المنسقين وانعكاس ذلك في أداء مهامهم ودورية وجودة التقارير الصادرة منهم، والتي في كثير من الأحيان يحدث تداخل في محتوياتها، تم تقليص أعداد المنسقين وربطهم في شكل شبكات عبر منسق رئيسي لكل معسكر. وبهذا سنجد أن هذا الإطار العام للإدارة إستطاع أن يربط كافة مستويات الحكومة مع بعضها البعض بالإضافة إلى وضع الإعتبار للشركاء الأساسيين في إدارة الوضع الميداني. والجدير بالذكر في هذا المقام أن نشير إلى أن السودان إستطاع، من خلال الإستفادة من مخرجات تجربة دارفور، أن يؤسس ويطور نظام لإدارة الطوارئ الصحية ليصبح الدولة الوحيدة في الإقليم التي بها إدارة ونظام يغطي جوانب الطوارئ الصحية في مختلف أشكالها بدءاً من حالات الأوبئة وصولاً لوضع مثل الطوارئ الصحية التي فرضها الصراع في دارفور.

بالإضافة إلى هذه الترتيبات، قامت القيادة السياسية في ولايات دارفور الثلاث بتشكيل بعض الآليات الإدارية لتساهم في إحتواء الأزمة متمثلة في اللجان العليا الطوارئ بقيادة والي الولاية يساعده وزير الصحة بالولاية بجانب الوزراء الآخرين في الولاية. دور وزارة الصحة كان كبيراً ومقدراً في هذه اللجنة حيث أن وزارة الصحة بحسب موقعها كانت مسئولة بصورة مباشرة عن الجانب الفني في الناحية الصحية، حيث كانت الوزارة تقوم بإحاطة القيادة السياسية في الولاية بكافة مؤشرات الوضع الصحي وتحديد الإحتياجات التي يفرضها هذا الوضع الصحي. دور وزارة الصحة كان يتضح بصورة كبيرة جداً في فصل الخريف حيث يكون الوضع الصحي في أكثر أوقاته حرجاً مع إحتمالية تفشي الأمراض الوبائية بين سكان المعسكرات خاصة مع تدهور مقومات صحة البيئة في فصل الخريف. لذا كانت اللجنة العليا للطوارئ تعتمد وبشكل كبير على وزارة الصحة في تقصي الموقف العام في المعسكرات والتصدي للمشاكل الصحية التي تطرأ. كذلك كان لهذه اللجنة دور كبير في قضايا درء إنتشار الأمراض الوبائية مثل السحائي الإسهالات.

الإجتماعات الدورية للجان التنسيق العليا لم تكن كثيرة نسبياً في الأوضاع العادية لكن تزداد دوريتها في الفترات التي تزداد فيها إمكانية حدوث الأوبئة. أما فيما يلي التنفيذ ومتابعته فتقوم بهذه المهمة اللجان التنسيقية أو اللجنة الفنية المعنية بالموضوع الذي تم توجيهه بتنفيذ بعض التدخلات فيه. اللجنة العليا لطوارئ دارفور التي تحدثنا عنها لم تكن المعنية فقط بقضايا الصحة بل كانت تناقش فيها القضايا الكلية للأزمة بصورتها الأشمل حيث تمثل فيها كافة الوزارات الولائية، الأجهزة الأمنية وغيرها من السلطات الحكومية الأخرى المعنية. اللجان التنسيقية للصحة كان في عضويتها بعض المسؤولين في المحافظات ولكن ليس بصفة مستمرة وأيضاً بعض المديرين العاميين للوزارات ذات الصلة مثل وزارة الثروة الحيوانية ووزارة التخطيط العمراني وغيرها. اللجنة الفنية كانت اللجنة الأهم بين كل الأشكال التنسيقية والإدارية التي تم إنشاؤها بالقطاع الصحي ويقع عليها العبء الأكبر برئاسة وزارة الصحة في التنفيذ والمتابعة. المقرر لهذه اللجنة هو مدير إدارة الطوارئ وعضوية مديري إدارات

الوبائيات، التغذية، صحة البيئة وبقية الإدارات ذات الصلة. بالإضافة لذلك فإن منظمات الأمم المتحدة مثل منظمة الصحة العالمية ومنظمة اليونسيف هم أعضاء في هذه اللجنة. سجد أيضاً أن المنظمات التطوعية كانت ممثلة بممثل واحد يتم إختياره من بينهم لتمثيلهم في اللجنة الفنية، لكن وفي ذات السياق كانت كل المنظمات تجتمع دورياً مع مدير عام الوزارة لمناقشة الخطط والتقارير. ذات هذه اللجان موجودة على مستوى المحافظات ولن كانت بهيكله أو عضوية قد تماثل أو تختلف قليلاً عن اللجنة في مستوى الولاية، وتكون هذه اللجنة العليا بقيادة المعتمد. لكن كانت هناك تحفظات كثيرة حول فعالية هذه اللجان وعملها وانتظام إجتماعاتها، و كانت اللجنة الولائية تقوم بتنفيذ زيارات إشرافية لهذه اللجان للتأكد من قيامها بدورها.

إدارة الوبائيات قد تكون أكثر الإدارات التي إستفادت من الدعم الذي قدمته الوحدة التنسيقية بين الإتحادية والولايات إلا أن بقية الإدارات إستفادت أيضاً من هذا التنسيق خاصة الرعاية الصحية الأساسية من خلال الدعم المقدم من هذا التعاون في شكل مادي أو عيني. من الأدوار الكبيرة التي قامت بها وحدة التنسيق هو عملية الإستعداد للتصدي للكوارث والأوبئة ومن هذه الأوبئة إنتشار فيروس الكبد الوبائي حيث كانت بالإضافة للنظام الكلي تتمثل في إنشاء نظام معلومات خاص بهذا المرض على مستوى ولاية غرب دافور ومنها إلى بقية الولايات، حيث لم تكن هناك سجلات خاصة بهذا المرض لتحديد مستوى انتشاره وكان لذلك رد فعل طيب من قبل إدارة الطوارئ والمنظمات تجاه هذا التطور.

السياسات والنظم التي وضعت للتعامل مع الأزمة وأثرها:

لعل من أهم السياسات التي تم وضعها للتعامل مع الوضع الذي فرضته الطوارئ الصحية في إقليم دارفور من قبل الإدارة العامة للصحة الدولية في وزارة الصحة الإتحادية هما "السياسة تجاه المنظمات التطوعية" و "السياسة القومية للقطاع الصحي للإستعداد، التصدي والإستجابة للطوارئ الصحية". هاتين السياستين مثلتا الإتجاه العام الذي تبنته الوزارة في

التعامل مع أزمة دارفور وانعكاساتها على الوضع الصحي في الإقليم. سنجد أن السياسة الأولى تناولت رؤية الوزارة نحو كيفية التعامل مع قطاع المنظمات بإعتباره قطاع مهم للغاية وشريك أصيل في العمل الإنساني بكافة أشكاله في القطاع الصحي. السياسة ركزت على كيفية خلق الأرضية المشتركة للتعامل مع هذا القطاع بالإضافة إلى الإطار العام لتوزيع الأدوار بين الحكومة وهذا القطاع في العمل التنفيذي في الحقل الصحي. هذه السياسة غطت جوانب مثل كيفية إدخال القطاع التطوعي في النظام الصحي، دور العمل التطوعي في القطاع الصحي، أهمية المعايير والمواصفات التي تضعها الدولة لتنسيق العمل الطوعي، آليات التنسيق، تقديم الخدمات الصحية وغيرها من الأسس العامة للسياسة. السياسة الثانية تناولت وأوضحت رؤية وتوجه وزارة الصحة بصورة مفصلة نحو المحاور الأساسية للتعامل مع أي شكل من أشكال الطوارئ بدءاً بالإستعداد مروراً بالتصدي وانتهاءً بالإستجابة للوضع الكارثي. السياستين موجودتين على الموقع الإلكتروني لوزارة الصحة الإتحادية لمن يود الإطلاع عليهما بصورة أكبر.

السياسات التي ذكرناها سابقاً مثلنا الأساس الأولي والمرجعي لعملية وضع المعايير والموجهات والضوابط التي تبنتها وزارة الصحة في التعامل مع الأزمة بشكلها الكلي، وإن كانت هناك بعض الموجهات كان يتم تطويرها أو وضعها وفق مقتضي الحال وبناءً على تطور الأوضاع في الإستجابة لتحديات الأزمة.

التعامل مع أزمة بمثل هذا الحجم كان يقتضي ضرورة وجود نظام قوي للمعلومات الصحية التي تعطي إنعكاس واضح للوضع كما أن متابعة الأداء الحكومي تحتاج لمعلومات تشير إلى الأوضاع من خلال مؤشرات محددة وكان التركيز على هذا الأمر كمحور إستراتيجي بالإضافة إلى إنشاء نظام لإدارة الطوارئ الصحية ككل وهو ما سنتحدث عنه لاحقاً. لكن في مقدمة هذه المؤشرات التي إهتمت بها الوزارة والحكومة سنجد أن أعداد الوفيات كانت في حوجة إلى نظام معلومات قوي مبني على ترتيبات فنية وتنسيقية قوية. ولعل القارئ سيدرك أن الإهتمام بهذا المؤشر أتى من البعد السياسي لإستخدامه من قبل المجتمع الدولي للتدليل

على وصول الأزمة في دارفور إلى المستوى الكارثي. وقد تمت الإستفادة بالفعل من الشراكات مع بعض من المنظمات في هذا المجال لتقوية نظم المعلومات الصحية في الولايات الثلاث. كنتاج لذلك أصبحت وزارة الصحة هي مصدر المعلومات الأساسية عن الوضع بدلاً عن منظمة الصحة العالمية التي كان قبل ذلك الوقت تقوم بإصدار تقارير دورية تؤخذ كمصدر للمعلومات. هذا تغير لاحقاً حيث أصبحت مصداقية تقارير وزارة الصحة واضحة للعيان من خلال شكل التقارير التي تصدر والتي تكون في العادة مفصلة بصورة كبيرة لتعكس الوضع القائم. التقارير كانت ترد في البداية من الولايات بشكل يومي، ومع مرور الزمن أصبحت أسبوعية، وكانت تُرسل إلى منسق إدارة الطوارئ في الولاية ومنه إلى إدارة الطوارئ الإتحادية، لكن كما سنذكر لاحقاً فقد كانت بعض الأوضاع الطارئة تتطلب تقريراً يومياً يتم التعامل معه بشكل مختلف قليلاً عن التقارير الدورية المعتادة. التقارير كانت تُقدم في شكل إستمارات محددة تم تصميمها من قبل المستوى الإتحادي وتم نقاشها والإتفاق عليها مع وزارات الصحة الولائية تحتوي بالأساس على الوفيات، الإصابات وتردد الأمراض مقسمة حسب الأعمار والجنس (ذكر/أنثى). التقرير في العادة كان يصاحبه خطة منسق المعسكر للإسبوع الذي يليه متضمنة الإحتياجات المادية والعينية لتنفيذ الأنشطة الموضوعية في الخطة، كما ويتم تحليل المشاكل أو التحديات التي كانت تواجه المنسق في تنفيذ خطة الأسبوع موضوع التقرير. وعليه يتم تجميع جميع هذه التقارير في تقرير واحد على المستوى الإتحادي لإعطاء الصورة الكاملة في أسبوع. التقرير الذي كان يُعرض على لجنة التنسيق الإتحادية كان يُقدم مقارنة في أعداد الوفيات مع التقرير الذي كانت تقدمه منظمة الصحة العالمية حول الوفيات، كان من الملاحظ أنه لم يكن هناك إختلاف كبير بين التقريرين.

أما فيما يلي الخطط التي يتم وضعها في التعامل مع الأزمة، فقد تبنت الوزارة منهجية الخطط الثنائية التي تمتد لسنتين وهي المنهجية القائمة كذلك في منظمة الصحة العالمية. لكن الجدير بالملاحظة أن هذه الخطة على الرغم من أنها توضع بواسطة وزارة الصحة

بالتسيق مع المنظمات، إلا أنها لم تكن جزءاً من خطة الوزارة فيما يلي التمويل حيث كانت الميزانية المخصصة لتنفيذ هذه الخطة تتجاوز أحياناً ميزانية الوزارة في خطتها المعتادة. عملية التخطيط المشترك هذه مكنت الوزارة من الاستفادة من كافة الفرص الممكنة والمتاحة لإستقطاب الدعم من المانحين عبر منظمين يتبعان للأمم المتحدة مما يعطي بـُعداً أوسع للخطة ومدى الإلتزام بها. لكن المهم في هذا الجانب أن الخطط في أساسها إنما كانت تُبنى بذات منهجية التخطيط القاعدي التي تعتمد على أن تقوم المستويات المحلية بوضع خططها وبالتالي تجميع هذه الخطط على المستوى الولائي ومن ثم تجميع خطط الإقليم ككل في خطة واحدة تكون موزعة وفق محاور العمل الكلية وفقاً لما نادى به سياسة القطاع الصحي للإستعداد، التصدي والإستجابة للطوارئ الصحية التي تحدثنا عنها سابقاً. الخطة الأساسية للتعامل مع الأزمة كانت قائمة على محاور متعددة لكن لعل من أهمها تناول قضية الإستعداد المبكر لحالات الطوارئ الصحية والإستجابة لها، حيث ركزت وزارة الصحة الإتحادية على هذين المحورين من ناحية التدريب وبناء قدرات الإدارات الولائية.

في البداية كان هناك قصور في إعداد وتأهيل العاملين في وزارة الصحة الولائية في كل مؤسساتها خاصةً فيما يلي التصدي للكوارث. لذا كان الهم في ذلك الوقت يتمثل في استجلاب وتحفيز الأطر الصحية المختلفة للعمل سواء على مستوى الوزارة او على مستوى المؤسسات الصحية. فيما يلي النظام التدريب، تم إستهداف الأطر الطبية المُعالِجة التي تقدم الخدمات الصحية، كما وتم إستهداف الأطر الفنية مثل ضابط الصحة والمنسقين العاملين في المعسكرات. كما كانت الوزارة الإتحادية تقوم بتنظيم تدريب مستمر لكل الذين يعملون في الهياكل الأساسية والداعمة في إدارة الطوارئ سواء كانوا تابعين لوزارة الصحة أو الجهات الأخرى والمستويات الأعلى في المستشفيات الرئيسية في الفاشر ونيالا والجنينة. ولاحقاً تطور هذا التدريب ليأخذ أشكالاً أكثر تطوراً حيث كان يتم إبتعاث عدداً من منسقي الطوارئ ومنسقي المعسكرات إلى خارج السودان في دورات قصيرة أو زيارات تعريفية لهم حول النظام. وتطور التدريب لاحقاً ليصبح على مستوى الدراسات العليا حيث يتم التدريب في

معهد الصحة العامة في الخرطوم على مستوى الماجستير في برنامج إدارة الطوارئ الصحية. وبخلاف ذلك فإن وزارة الصحة الاتحادية كانت تُدأوم على إقامة إجتماعات دورية لمنسقي إدارات الطوارئ في الولايات بما فيها ولايات دارفور وكان جانب كبير من هذه الإجتماعات هو في الأساس بغرض بناء القدرات هذا بجانب أنها كانت تناقش القضايا الفنية والنظم المعمول بها في إدارة الطوارئ الصحية بشكل عام.

فيما يلي نظام الإمداد كان لدى الحكومة، وعبر وزارة الصحة الاتحادية، خط إمداد مستمر مع الولايات الثلاثة حيث كانت الوزارة ترسل الأدوية والمبيدات والمعدات الأساسية بصورة مستمرة كما ويتم من حين إلى آخر إرسال بعض الدعم المادي لشراء المستلزمات الضرورية من الأسواق المحلية. أما فيما يلي إستجابة وزارة الصحة، في مستويها الإتحادي والولائي، للأوضاع الوبائية في الإقليم أو الأوضاع التي كانت تنتج عن حدوث سيول أو تأثر بالأمطار فإن الإستجابة كانت تتبع النظام الذي تتطرقنا إليه في فصل من فصول هذا الكتاب والذي تناول محور الإستجابة للأوبئة بالكثير من التفصيل ويمكن الرجوع إليه.

وزارة الشؤون الإنسانية أصدرت ضوابط لأنشطة المنظمات الأجنبية العاملة في ولايات دارفور، وذلك بعد عقد إجتماعات تنسيقية مع مكتب الأمم المتحدة لتنسيق المساعدات الإنسانية بالخرطوم، والضوابط التي وضعت كان طابعها الأساسي التنسيق والتأكد من كيفية صرف الأموال التي تستقطبها المنظمات بإسم السودان ودارفور في خدمة المتأثرين إلى جانب التأكد من صحة نتائج الإجراءات التي اتخذتها السلطات الحكومية لتسهيل حركة المنظمات الأجنبية في دارفور. ومن تلك الضوابط ضرورة إبراز المنظمات لخبراتها السابقة وتحديد خبرات كوادرها العاملة وتوضيح مصادر تمويلها.

الأشكال التنسيقية بين الجهات الحكومية مع منظمات الأمم المتحدة والمنظمات التطوعية:

دور مفوضية الشؤون الإنسانية بالقطع كان محوري في تنسيق علاقة الحكومة ككل، بما فيها وزارة الصحة بمستوياتها المختلفة، مع المنظمات بشكل عام. وقد كانت هيكلية المفوضية في البدء ليست كافية ولا تغطي كافة الجوانب الفنية مثل الصحة، التغذية، المياه، التعليم وغيرها من القطاعات ذات الصلة. لكن مع تطور العمل واستمرار الحاجة لهيكلية تغطي هذه القطاعات، وفيما يلي الصحة، تم إنشاء إدارة معنية بالصحة والتغذية داخل المنسقية بالتشاور مع وزارة الصحة الاتحادية. على الرغم من ذلك، ركزت المفوضية في عملها الأساسي على الإهتمام بالجوانب الإدارية، التنسيقية والأمنية في التعامل مع هذه المنظمات وتركت الجوانب الفنية والتوسع في مناقشتها إلى وزارة الصحة ممثلة في إدارة الطوارئ الصحية كشكل لا بد منه من أشكال التنسيق الفني المطلوب في مثل هذه الأوضاع.

كانت تبعية إدارة الطوارئ في وزارة الصحة الاتحادية للإدارة العامة للصحة الدولية وذلك نسبة للدور الكبير للمنظمات الدولية في بدايات الأزمة، الأمر الذي كانت له انعكاسات واضحة في مدى قدرة الوزارة في التعامل مع هذا الوضع بطريقة أفضل تضمن حاكمية الدولة على الوضع دون إنفراط الوضع وتداعي السلطات.

وزارة الصحة كان لها سلطة إشرافية بموجب قانون العمل الطوعي بإعتبارها جهة حكومية فنية تضع الضوابط والمعايير لشكل الخدمات التي تقدمها هذه المنظمات. وبالتالي كان للوزارات الولائية، عبر لجانها التنسيقية، زيارات إشرافية منتظمة للمناطق التي تُقدّم فيها هذه المنظمات خدماتها وتتم مناقشة تقارير هذه الزيارات بصورة مستمرة بغرض التأكد من أن كل المشاكل والملحوظات يتم الإنتباه لها ومعالجتها. لكن، وبشكل عام، فإن العلاقة التي كانت تحكم المنظمات مع الحكومة كانت تُبنى على مرجعية هي الإتفاقية الفنية التي يتم توقيعها على المنظمة في المستوى الإتحادي عبر مفوضية الشؤون الإنسانية وأيضاً مع المفوضية الولائية بناءً على موافقة سلطات وزارة الصحة الولائية التي تحدد شكل الإحتياج لعمل

المنظمة وبناءً عليه يتم الإتفاق على برنامج عمل المنظمة والمناطق التي ستعمل فيها. هذه البرامج يجب أن تتماشى بالأساس مع أولويات وزارة الصحة بالولاية وبالضرورة أن لا تتعارض مع ما تقدمه المنظمات الاخرى في نفس النطاق الجغرافي وحسب حاجة المنطقة لهذه الخدمات المعينة.

اللجنة الفنية للطوارئ كانت أحياناً تقوم بتفويض بعض مهامها إلى لجان فرعية متخصصة تخاطب القضايا المتخصصة التي تتطلب آراء فنية خاصةً قضايا التغذية. وكمثال على ذلك سنجد أن بعض المنظمات كانت تقوم بتنفيذ مسوحات تغذية لبناء برامجها وتدخلاتها الميدانية، ومن الضرورة بمكان أن يتم إعطاء رأي فني في مثل هذه المسوحات. وفي مثل هذه الأوضاع يتم تشكيل لجان فنية مصغرة من مدير اليونسيف وعدد من الفنيين لإتخاذ قرار بشأن تصميم هذه المسوحات ومتابعة تنفيذها. العلاقة التنسيقية ودورية إجتماعاتها وصلت قممتها في الفترة التي أعقبت قرار طرد بعض المنظمات الدولية وأعقبه انسحاب بعض المنظمات الاخرى، وهو ما سنتحدث عنه لاحقاً، لما كانت تقتضية الحاجة لزيادة عملية التنسيق ومنع حدوث إنهيار للنظام والخدمات.

الكثير من قيادات القطاع الصحي كانت قلقة من إحتمالية أن تكون مهارات ومعرفة العاملين بالمنظمات الدولية طاغية على شكل العلاقة بينهم وبين موظفي وزارة الصحة القائمين على إدارة الطوارئ الصحية خاصةً مع غياب الخبرة العملية الفعلية لهؤلاء العاملين في ظل هذه الظروف وغياب التدريب في هذه المجالات قبل وقوع الأزمة. لكن سنجد أن المراقبين للوضع قد يتفقون مع هذه الفرضية مع بدايات الأزمة وصولاً للفترة حتى نهاية العام 2005م، لكن وفي الفترة التي تلت ذلك فإن منسوبي وزارة الصحة بدأوا بالفعل في الإمساك بزمام المبادرة في قيادة العمل الميداني وذلك بعد إكتساب الخبرة من خلال التدريب الحقل الذي أدت فيه منظمة الصحة العالمية دوراً كبيراً ومقدراً في جانب نقل المعرفة والتدريب والدعم اللوجستي. لكن تظل قوة هذه المنظمات نابعة بالفعل من إمتلاكها للإمكانيات والمعرفة الفنية التي تجعل من وجودها الفعلي في المعسكرات أكبر من تواجد الحكومة ذات

نفسها خصوصاً إذا أخذنا في الحسبان الوضع السياسي في هذه المعسكرات والذي جعل هناك صعوبة في تواجد العاملين الحكوميين بهذه المعسكرات ولأسباب سياسية في أغلب الأوقات. لكن ومن خلال التجربة، وبإختلاف الأنماط الإدارية والقيادية في الوزارات الولائية، سنجد أن المهارات الأساسية القيادية للمنسق تمثل محوراً مهماً في حسن إدارة هذه العلاقة وهذا الوضع. وكما ذكرنا سابقاً، فإنه ومع مرور الوقت أصبحت حوكمة النظام الصحي في هذا الوضع الطارئ تصبح بصورة أكبر في يد وزارة الصحة نسبةً لإكتساب منسوبيها للعديد من المهارات التي مكنتهم من قيادة النظام وفق رؤية ومؤسسية مبنية على أساس علمي ومنهجي.

قدرات النظام الصحي في بداية أزمة دارفور للتعامل مع الوضع الصحي الذي تفرضه هذه الحالة كانت ضعيفة نسبياً مقارنةً مع التحدي الذي كان ماثلاً. لكن وبطريقة مؤسسية ومنهجية بادرت وزارة الصحة الإتحادية منذ ذلك الوقت بالإهتمام بعملية التدريب والتطوير في هذا المجال. وبالفعل أُقيمت العديد من الدورات التدريبية التي ساعدت بصورة كبيرة في رفع كفاءة النظام ككل وخاصةً قدرات العاملين المعنيين بإدارة الطوارئ الصحية بمستوياتها الإتحادي والولائي. وهذا لا ينفي الدور الذي قدمته بعضاً من منظمات الأمم المتحدة وبعض المنظمات الدولية الأخرى للمساهمة في بعض مجالات التدريب. بالإضافة إلى ذلك ساعدت هذه المنظمات في وضع وتطوير النظم العامة التي كانت تساعد في إدارة النظام الصحي القائم. مثال على ذلك نظام الترصد المرضي الذي كان متبعاً، حيث كان عدد المراكز التي تقوم بعملية التبليغ هي عشرة مراكز، لكن مع تطور العمل وبدعم من بعض المنظمات الشريكة تمت زيادة هذه المراكز إلى 90 مركز في ولاية جنوب دارفور وحدها. هذا بالإضافة إلى مساهمتها، جنباً إلى جنباً مع الحكومة، في حل مشكلة الإتصال بالسرعة المطلوبة للتبليغ عن الأمراض المستهدفة وذلك بإستخدام الهواتف النقالة (الثرىا) أو الإنترنت في الكثير من الأحيان وهو ما إنعكس بالفعل في سرعة التبليغ عن أي طارئ خلال ساعات قليلة.

لكن وفي محور اخر من محاور القدرة الكلية للوزارات الولائية، سنجد أن القصور في أعداد الموظفين على مستوى وزارة الصحة كان واضحاً جداً في بداية الأزمة، لكن وعلى مستوى المستشفيات إزدادت أعداد الاختصاصيين في كل الفروع خاصةً في الفترة التي تلت العام 2005م. لكن ومع تقدم العمل وقدم أعداد أكبر من الأطباء، أدى ذلك إلى كسر الحاجز والخوف من العمل في مناطق الصراع. ونتيجة لذلك إزدادت الرغبة للعمل في هذا المجال حتى أن أحد الأطباء الوافدين إلى أحد الولايات أصبح لاحقاً مديراً لإدارة الطوارئ بتلك الولاية. وأصبحت هذه الأدارة، الطوارئ، بمثابة النقطة المحورية التي تدور حولها كافة الأنشطة المتعلقة بنظم ادارة النظام الصحي المتداعي في ظل هذا الوضع.

وكما ذكرنا سابقاً، فقد إنتهجت وزارة الصحة آلية الخطط المشتركة مع المنظمات بكافة أنواعها للتأكيد على مبدأ التنسيق ولضمان الإستفادة القصوى من الموارد التي يمكن توفيرها من خلال هذا التنسيق. وكأمثلة لبعض من محاور التنسيق المشترك سنجد أن بعضاً من هذه المنظمات ساعدت في رفع التغطية بخدمات الرعاية الصحية من حيث إنشاء وإعادة تأهيل المراكز والمؤسسات الصحية بالتركيز على مؤسسات تقديم الرعاية الصحية الأولية وكذلك بدعم المستشفيات المحورية في تقديم الخدمات في الولايات الثلاث. المنظمات كما أشرنا سابقاً كانت تساهم بصورة كبيرة في خطط تدريب الأطر الصحية المختلفة وفي مختلف البرامج داخل وخارج السودان، الأمر الذي ساعد بشكل عام في بناء نظام إدارة الطوارئ الصحية خارج إطار أزمة دارفور ليكون نواة للبلد ككل في المستقبل. العلاقة مع منظمة الصحة العالمية واليونيسيف كانت مميزة جداً في التخطيط للطوارئ الصحية في دارفور وغيرها من حالات الطوارئ الأخرى. حيث كان هناك تفاهم كبير حول الأنشطة التصيلية للخطط والميزانيات التي يتم وضعها لهذه الخطط. هذه الميزانيات بالأساس يتم الإتفاق عليها ضمن ميزانية بعثة الأمم المتحدة للسودان نحو القطاع الصحي وفقاً لتقديرات الحاجة في الميدان والتي تتحدث عن قضايا إجمالية يتم الإتفاق على مستهدفاتها واستراتيجياتها لاحقاً مع منظمة الصحة العالمية واليونيسيف بإعتبارها الجهات الفنية

المرجعية لبعثة الأمم المتحدة. هذا التنسيق إنعكس بصورة مباشرة في التنفيذ ومخرجات الخطة والوصول إلى النتائج والأهداف الموضوعية. لكن في العموم كانت منظمة الصحة العالمية معنية بقضايا بناء النظام، التدريب، الخدمات العلاجية، نظام الإحالة وغيرها من النظم الفنية وفي الجانب الآخر كانت اليونيسف معنية أكثر بشئون التغذية للأطفال والأمهات والتحصين والتطعيم والمحاور المتعلقة بالطب الوقائي مثل الناموسيات وغيرها من الإمدادات.

أثر الأزمة في الوضع الصحي والتدخلات الصحية في الإقليم:

لن ينكر أحد أن الصراع الذي حدث في إقليم دارفور أثر في العديد من القطاعات الحيوية في حياة الناس اليومية ومن ضمنها النظام الصحي بجميع مكوناته، مدخلاته ومخرجاته. ففيما يلي تدخلات النظام الصحي سنجد على سبيل المثال أن حاكمية النظام وأدواتها المختلفة قد تأثرت كثيراً من واقع الأزمة. وقد تعرضنا لذلك في سياق سابق فيما يلي تنفيذ السياسات والقوانين بالإضافة إلى الآليات المختلفة في مجالات التنسيق، كما تناولنا الجانب المتعلق بمرجعية إتخاذ القرارات ودور الدولة في الشؤون السياسية والفنية على حد سواء. الشكل العام لمدى توافر الأطر الصحية المختلفة ونظام إدارتها تأثر بصورة واضحة في الإقليم. ففي جانب سنجد أن الإقليم تحول من منطقة غير جاذبة للأطر الصحية للعمل في مختلف الجهات، إلى منطقة جاذبة للعاملين الصحيين، خاصةً بعد أن بدأت بعض ملامح الأمن والسلام تستتب في بعض المناطق والمعسكرات وذلك قد يعزى في بعض الأحيان للحوافز المادية التي كانت تجدها هذه الأطر بالعمل مع المنظمات. لكن في ذات الوقت، وكما ذكرنا سابقاً، فإن ذلك كان خصماً على العمل في القطاع العام والحكومي على وجه الخصوص لإنعدام القدرة على منافسة قطاع المنظمات والقطاع الخاص في ظل هذه الظروف. فيما يلي إدارة الموارد البشرية بصورة عامة، سنجد أن الوضع العام كانت فيه الكثير من المشاكل المتعلقة بغياب المعلومات في بعض الأحيان عن إعداد هذه الأطر،

مؤهلاتها وملائمتها للعمل الموكل لهم وغيرها من المعلومات. لكن ذلك لا ينفي ما كانت تقوم به مفوضية العون الإنساني من مجهودات لمتابعة الوضع والحصول على هذه المعلومات من قبل المنظمات بصورة خاصة.

فيما يلي تقديم الخدمة الصحية كجزء من مقومات أو مدخلات النظام الصحي، فلا بد أنها كانت المكون الأكثر تأثراً كنتاج طبيعي للوضع العام في الإقليم إبان الأزمة. وكما هو متوقع أن بعض الخدمات الصحية تدهورت بصورة واضحة من حيث توفر الخدمة، مدى القدرة على الوصول إليها أو من حيث جودتها. وهذا الأمر ينطبق على الكثير من الخدمات بمختلف مستوياتها وتخصصاتها وفي مختلف المناطق. إلا أن الشاهد سيقر أيضاً أن التأثير لم يكن دوماً في الجانب السلبي، حيث أن الوضع العام للخدمات الصحية في ولايات دارفور قبل حدوث الأزمة لم يكن في صورته المثلى، فقد كان هناك نقص واضح وكبير في العديد من الخدمات ناهيك عن مدى إمكانية الوصول إليها وهذا بالطبع كان مرتبطاً بالقدرة الضعيفة للنظام الصحي من جانب ومن جانب آخر الوضع العام في إقليم دارفور من حيث توزيع السكان في مناطق شاسعة وامتدادية بالإضافة إلى هشاشة الوضع الأمني حتى قبل الأزمة مما قلص من قدرة النظام على التمدد أفقياً في كل الإقليم. لكن سنجد أن الأزمة أدت بالفعل إلى خلق واقع جديد من حيث إنحصار السكان في مناطق جغرافية محدودة، غالباً في المعسكرات، مما ساعد النظام ككل على تقديم الخدمة بصورة أفضل كما ونوعاً. هذا الوضع بالطبع إنطبق على الخدمات العلاجية والوقائية على حد سواء وبالطبع لذلك علاقة كبيرة بنظم إدارة المعلومات والمعدات الطبية والأدوية وقد تعرضنا لنظم المعلومات الصحية سابقاً في سياقٍ مختلف.

النزاعات المسلحة بدارفور وبما أحدثته من نزوح لعدد كبير من مواطني الريف وبعض المدن إلى أطراف المدن الكبيرة بولايات دارفور كان له أثره الواضح في الحالة العامة للمواطنين في تلك المناطق وذلك لما صاحب عدم الاستقرار من تقليل فرص المواطنين في الحصول على الخدمات الصحية وبعض الخدمات الأخرى المساعدة في الحفاظ على

الصحة كالماء الصحي، الغذاء، السكن المناسب والطرق الصحية في التخلص من الفضلات. ولقد أدت كل هذه العوامل إلى ظهور بعض المؤشرات التي تهدد صحة المواطنين في تلك المناطق مما حدا بالجهات الحكومية - بما فيها وزارة الصحة - من العمل بجد لتلافي تلك الأخطار. ولعل الاستجابة الكبيرة التي قام بها القطاع الصحي - وعلى رأسه وزارة الصحة الاتحادية - ساعد بصورة كبيرة في الحفاظ على صحة المواطنين بصورة معقولة والتي كان من ضمنها تأسيس إدارة الطوارئ الصحية والعمل الإنساني بداخل الإدارة العامة للصحة الدولية للإضطلاع بمهام التنسيق والإشراف المباشر على تقديم الخدمات الصحية بداخل معسكرات النازحين وكذلك مقابلة تفشي مخاطر الوبائيات الخطيرة بالتنسيق مع إدارة الوبائيات بالوزارة والمنظمات الوطنية والأجنبية العاملة في مجال الصحة، رغمًا عن عدم الاستقرار الذي لازم تلك المناطق وتجدد الأحداث في مختلف أنحاء الولايات مازال يلقي بظلاله على الأوضاع في تلك المناطق مما يستوجب ضرورة استمرار تلك الجهود وتقويتها في سبيل الحفاظ على حياة المواطنين.

وفيما يلي نورد ملخصاً لأهم ملامح إستجابة وزارة الصحة للوضع الصحي في الإقليم في الفترة ما بين عامي 2004 و 2007م:

أولاً خدمات الرعاية الصحية الأولية:

كل المعسكرات الرئيسة للنازحين تمت تغطيتها بوحدات الرعاية الصحية الأولية (48 معسكر) وهذا يعني ان 1,2 مليون نازح على الأقل يمكنهم الحصول إلى خدمات الرعاية الصحية الأولية بالمواصفات القياسية باستخدام SPHERE. يمكن قياس هذه التدخلات بالحقائق التالية:

1) عدد النازحين الذين يمكنهم الحصول على خدمات الرعاية الصحية الأولية والمتمثلة في وحدات الرعاية الصحية الأولية في معسكرات النازحين يبلغ التالي:

- 78% من العدد الكلي للنازحين كان يمكنهم الحصول على خدمات الرعاية الصحية الأولية بولاية شمال دارفور .
- 77% من العدد الكلي للنازحين كان يمكنهم الحصول على خدمات الرعاية الصحية الأولية بولاية جنوب دارفور .
- 86% من العدد الكلي للنازحين كان يمكنهم الحصول على خدمات الرعاية الصحية الأولية بولاية غرب دارفور .

عدد وحدات الرعاية الصحية الأولية العاملة في الولايات الثلاث يبلغ الآتي:

- 30 وحدة رعاية صحية أولية بولاية شمال دارفور .
 - 15 وحدة رعاية صحية أولية بولاية جنوب دارفور .
 - 43 وحدة رعاية صحية أولية بولاية غرب دارفور .
- وقد تم إستحداث نظام يحدد وجود مديرين لمعسكرات النازحين يتم إنتدابهم من قبل وزارة الصحة الاتحادية (إما أن يكون طبيباً أو ضابط صحة) حيث يقوم بالإشراف المباشر على الأنشطة الصحية، والتنسيق مع المنظمات العاملة بداخل المعسكرات حيث تم تعيين عدد 44 مدير معسكر (29 في غرب دارفور، 11 في جنوب دارفور و 4 في شمال دارفور).

منذ بدء الأزمة وحتى العام 2007م تم إرسال أكثر من 100 طبيباً للعمل بعيادات المعسكرات (30 لشمال، 35 لجنوب 35 لولاية غرب دارفور). وكذلك الاستمرار في الإمداد الدوائي للولايات الثلاث.

كان عدد معسكرات النازحين و التي تتوافر بها خدمة الولادة الآمنة:

- 7 معسكرات بولاية شمال دارفور .
- 5 معسكرات بولاية جنوب دارفور .
- 10 معسكرات بولاية غرب دارفور .

وفي سبيل ترقية خدمات الرعاية الصحية الأولية وتطوير القدرات البشرية تمت إعادة تدريب 135 قابلة قروية على وسائل الولادة الآمنة، وكذلك تم تدريب 72 طبيب و زائرة صحية على الإدارة القياسية للصحة الإنجابية.

ثانياً خدمات الرعاية الصحية الثانوية:

ثمانية مستشفيات من أصل 22 مستشفى في دارفور تتم إدارتها بمساعدة وزارة الصحة الاتحادية والأمم المتحدة واللجنة الدولية للصليب الأحمر والمنظمات الطوعية الأجنبية وهي تمثل المستشفيات التي تخدم مناطق النازحين. حيث تقوم هذه الجهات بتوفير الخدمات الفنية، الإمداد بالمستهلكات الطبية والمعدات، دعم الميزانيات وتأهيل المباني. هنالك إهتمام خاص لضمان خدمات آمنة لنقل الدم وخدمات طوارئ الولادة. هناك بعض المؤشرات التي يمكن استخدامها للإستدلال على هذه التدخلات ومنها:

1. عدد النازحين والذين كان يمكنهم الحصول على خدمات الرعاية الصحية الثانوية

والمتمثلة في المستشفيات يبلغ التالي:

- 80 % من العدد الكلي للنازحين في ولاية شمال دارفور .
- 77 % من العدد الكلي للنازحين في ولاية جنوب دارفور .
- 73 % من العدد الكلي للنازحين في ولاية غرب دارفور .

2. عدد المستشفيات العاملة في الولايات الثلاث يبلغ الأتي:

- 7 مستشفيات، تمثل العدد الكلي في ولاية شمال دارفور (وهي مستشفيات الفاشر، كتم، ككبائية، طويشة، اللعيت ومستشفى مليط).
- 6 من عدد 8 مستشفيات في ولاية جنوب دارفور (وهي مستشفيات نيالا، كاس، الضعين، عد الفرسان، رهيد البردي ومستشفى برام).
- 4 من عدد 6 مستشفيات في ولاية غرب دارفور (وهي مستشفيات الجينية، زالنجي، قولو ومستشفى قارسيل).

نظام التقصي الوبائي والاستجابة:

وجود خطر مستمر من إمكانية حدوث أوبئة للأمراض السارية وزيادة المخاطر الناتجة منها يستدعي ذلك إستدامة الجهود المبذولة لاحتوائها ويمكن الإستدلال على التطور في هذا المجال بالحقائق التالية:

1. عدد مواقع التبليغ من معسكرات النازحين

- 34 موقع من كل معسكرات النازحين بولاية شمال دارفور.
- 59 موقع من كل معسكرات النازحين بولاية جنوب دارفور.
- 34 موقع من كل معسكرات النازحين بولاية غرب دارفور.

ورافق ذلك قيام ترتيبات أخرى هدفت لتقوية نظام التقصي المرضي والاستجابة للوبائيات وذلك بإنشاء شبكة التقصي للوفيات من خلال عيادات المعسكرات ومن المجتمع ومن المقابر حيث كانت ضربة البداية من 10 معسكرات من معسكرات النازحين مقسمة على الولايات الثلاث وأرتفع العدد لاحقاً إلى عدد 45 معسكر. وعلى نفس المنوال تم تنفيذ مسح الوفيات بولايات دارفور وذلك بالتعاون بين وزارة الصحة الإتحادية ومنظمة الصحة العالمية حيث أثبت البحث أن معدل الوفيات في ولايات دارفور دون المعدل الحرج مما يدل على نجاح التدخلات الصحية في تقليل نسب الوفيات.

كما تم التوسع في قدرات الفحص المعملية بإنشاء معامل للصحة العامة بالولايات الثلاث كالاتي:

- عدد 1 معمل مرجعي لتأكيد الحالة في ولاية شمال دارفور.
- عدد 1 معمل مرجعي لتأكيد الحالة في ولاية جنوب دارفور.
- عدد 1 معمل مرجعي لتأكيد الحالة في ولاية غرب دارفور.

لكن تجدر بنا الإشارة هنا إلى أن إقليم دارفور لم يحدث فيه أي وباء بالحجم "الواسع الإنتشار" لأي من الأمراض الرئيسية الفتاكة أو تلك المتوسطة أو قليلة الأثر طوال فترة الأزمة نسبة لوجود الأنظمة كافة التي كانت تدعم الحد من تأثير إنتشار أي مرض في مختلف مناطق الإقليم وهذا بشهادة المنظمات الدولية مما يعد شاهداً على مستوى الإستجابة التي وجدها الوضع الصحي في الإقليم إبان الأزمة.

ولتقليل الوفيات ضمن الفئات العمرية الصغيرة إنتظمت حملات التطعيم ضد مرض الحصبة حيث بلغت التغطية في الولايات الثلاث في حدود 97% لكل ولاية. وكذلك تمت حملات تطعيم ضد السحائي بالولايات الثلاث، وحملات التطعيم ضد الكوليرا حيث تمت تغطية نحو 42,000 نازح بمعسكر كلما بولاية جنوب دارفور وكذلك معسكر موسيه حيث تمت تغطية نحو 7,000 نازح ضمن الحملات المنتظمة. تم تنفيذ حملة التطعيم ضد شلل الأطفال حيث تم الانتهاء من الحملة الأولى في الفترة من 27-29 يوليو من العام 2004م حيث تم تطعيم عدد 765,029 طفل بدار فور الكبرى. وضمن الحملة القومية لاستئصال شلل الأطفال التي إنتظمت البلاد وانتهت في الثاني عشر من أكتوبر 2004 بهدف تطعيم عدد 1,405,698 طفل في ولايات دارفور الثلاث.

خدمات صحة البيئة:

كان هنالك تحسن واضح في صحة البيئة داخل معسكرات النازحين نتيجة لحملات النظافة المستمرة وحملات مكافحة العوائل وكذلك لحملات الرش المتواصلة. ويمكن أن نأخذ بيانات العام 2005م كأنموذج للجهود التي كانت تتم وفي إطار الجهود المبذولة لترقية صحة النازحين، حيث سنجد أنه قد تم توزيع عدد 73,000 كرتونة صابون خلال العام 2005م. كذلك تم توزيع 200,000 حبة كلور على كل معسكرات النازحين للثلاث ولايات. حملات القضاء على عائل الملاريا إنتظمت بولايات دارفور الثلاث طيلة فترة الأزمة وعلى نحو منظم وكانت تترافق مع حملات رش للمراحيض في كافة المعسكرات.

لكن على الرغم من كل ذلك، كانت لا تزال هناك مشاكل متعلقة بنظام إحالة الحالات المرضية من المعسكرات إلى المستشفيات الموجودة في المدن. لكن في الفترة التي تلت تدريب الأطر الطبية المتواجدة وتعديل بعض جوانب النظام لتتواءم مع الوضع القائم الأمر الذي أسهم في وضع آلية جديدة للإحالة. بالإضافة إلى أن مؤشرات صحة الأم والطفل بشكل عام كان متدنية جداً في جميع الولايات دون إستثناء على الرغم من كل المجهودات التي ذكرناها وذلك لإرتباط الخدمات الصحية لهذه الشريحة من المجتمع بعدد من العوامل أسهمت جميعاً لأن يكون الوضع في دارفور بشكل خاص وفي السودان بشكل عام من أسوأ المؤشرات في العالم، هذا بالإضافة بالطبع إلى الوضع في جنوب السودان.

جانب من إحدى المستشفيات التي تقدم الخدمة الصحية للأطفال



دور المنظمات في توفير الأغذية كان كبيراً وواضحاً للعيان وربما فاق بكثير دور الحكومة في هذا الجانب. إلا أن الوزارة كان لها بالطبع دور رقابي على نوعية الأغذية التي كان يتم إمدادها ومدى تطابقها مع معايير السلامة ومدى مواءمتها لإحتياجات المجتمع المحلي. وفي العام 2006م تم تنفيذ عدد من المسوحات حول وضع التغذية في الإقليم، وقد أعطت هذا المسوحات مؤشرات حول الوضع الصحي الذي بدأ في الإستقرار بشكل كبير مقارنةً مع بداية الأزمة وربما كانت بعض المؤشرات الصحية خاصةً تلك المتعلقة بالتغذية والتوعية الصحية أفضل من الكثير من ولايات السودان الأخرى في ذات الفترة. وبالتأكيد سنجد أن عملية توزيع الأدوية والعلاجات والمواد الوقائية، مثل الناموسيات والفيتامينات، بشكل مجاني

ومباشر للمرضى أسهمت بصورة كبيرة في تحسين الوضع الصحي وفق مؤشرات المسوحات التي أشرنا لها. ولعل من أكبر الدلائل على تحسين الأوضاع أن منظمة الصحة العالمية وضمن أحد تقاريرها في العام 2007م ذكرت بأن موقف التطعيم ضد شلل الأطفال في ولايات دارفور صار في مستوى التطعيم في كافة أنحاء السودان الأخرى وهو ما كان أحد مؤشرات تعافي النظام الصحي في الإقليم.

إحد مراكز التغذية العلاجية في إقليم دارفور



فيما يلي نورد مقارنة بين عدد من نتائج المسوحات والدراسات التي أجريت حول أوضاع التغذية في الإقليم والتي أجرتها عدد من الجهات بصورة مشتركة أو فردية.

| | |
|------------------|---|
| CDC | مركز مكافحة الأمراض الأمريكي Centre for disease control |
| FAO | منظمة الأغذية والزراعة Food and agriculture organization |
| FMOH | وزارة الصحة الاتحادية Federal ministry of health |
| GAM | معامل نقص التغذية العالمي Global Acute Malnutrition |
| HAC | مفوضية العون الإنساني Humanitarian Aid Commission |
| IDPs | السكان المهجرين داخليا Internally displaced population |
| MUAC | محيط عضل اليد Mid upper arm circumference |
| N. Darfur | شمال دارفور North Darfur |
| SAM | نقص التغذية الحاد والهرج Severe Acute Malnutrition |
| S. Darfur | جنوب دارفور South Darfur |
| UNICEF | صندوق الأمم المتحدة للطفولة United nations children fund |
| WFP | برنامج الأغذية العالمي World food program |
| WHO | منظمة الصحة العالمية World health organization |
| W. Darfur | غرب دارفور West Darfur |

الجدول يوضح الاختصارات المستخدمة

| Activity | Date | Findings | Conducted by |
|---|----------------|---|---|
| Mortality survey among Internally Displaced Persons and other affected populations in Greater Darfur, Sudan | September 2005 | Food aid received (% IDPs in camps) = 81% N. Darfur, 86% W. Darfur, 71% S. Darfur | FMOH, WHO |
| The Emergency Food Security and Nutrition Assessment | 2004 | GAM ¹ = 11.9 % (2005) to 12.9 % (2006) SAM ² 1.4 % (2005) to 1.9 % (2006). | |
| Darfur Emergency Food Security and Nutrition Assessment | September 2006 | ³ MUAC < 21.5cm: 3.5% (2.2-5.6) | FMOH, UNICEF, HAC, WFP, FAO, technically supported by CDC |
| ⁴ Nutrition Survey | December 2006 | GAM of 11.4 % SAM of 1.3 %. | Tearfund, UNICEF and MOH |

¹ Reference for GAM is >10 – 15 %

² Reference for SAM is >1.3 – 1.7 %

³ MUAC < 11cm = Severe acute malnutrition and 11 to 12.4 cm = Moderate acute malnutrition

⁴ Conducted in Beida Locality, West Darfur

أثر الدعم الخارجي:

وكما ناقشنا ذلك سابقاً، فإن الدعم الخارجي في فترة الأزمة أسهم بصورة كبيرة في سد الفجوة التي حدثت في أعقاب الأزمة في الدعم المتوفر لتقديم الخدمات الصحية وهو شيء مقدر لا يمكن إنكاره بأي شكل من الأشكال. هذا بالطبع إلى الدعم الفني الذي كان يقدمه منسوبي هذه الجهات للحكومة والمؤسسات الوطنية الأخرى للتغلب على العقبات التي كانت تواجه تقديم الخدمة الصحية سواءً كانت الطارئة منها أو الخدمات المعتادة. كل هذا كان له تأثير إيجابي في حياة المتأثرين في الإقليم بمختلف شرائحهم العمرية أو إحتياجاتهم الصحية. هذا بالإضافة إلى أن هذا الدعم أسهم في تطوير عجلة تقديم الخدمات الصحية بما فيها الدعم العيني في إقامة مقومات البنية التحتية وتقوية بعضاً من مقومات النظام الصحي. هذا بالإضافة إلى تفعيل الإستفادة من الموارد المتاحة من المنظمات لذلك تمت الإستفادة من عمل ضباط الصحة في تقديم كافة أشكال الخدمات الصحية سواءً أن كان تلك المرتبطة بصحة البيئة أو تلك الخدمات المباشرة المرتبطة مع الجمهور بالإضافة إلى كيفية الاستفادة

منهم في إقامة نظم للمعلومات الصحية وهذه المحاور كانت هي المحاور الأساسية التي كان تدور حولها خطط الدعم الخارجي.

لكن يبقى الواقع يشير إلى أن ذلك كان يتم وفقاً لرؤية المؤسسات التي تقدم هذا الدعم الأمر الذي كان يفرز بعضاً من الخلافات بين هذه المؤسسات من جهة والجهات الحكومية المختلفة من جهة أخرى. أي أن هذا الدعم بالتأكيد قد يأتي بجوانب قد لا ترضي كل الأطراف خاصةً الحكومية منها في حال تدخل الجهات التي تقدم هذا الدعم في بعض الشؤون التي تعد من المسائل السيادية التي لا يجب المساس بها. وكمثال لذلك فيما يلي النظام الصحي، فإن عدم إلتزام بعض المنظمات العاملة في القطاع الصحي بالموجهات الوطنية لتقديم الخدمات الصحية وإصرارها على تطبيق الموجهات الخاصة بها كان يؤدي في كثير من الأحيان إلى خلافات واضحة للعيان.

بعض المحطات الرئيسية في الأزمة:

أولاً: دراسات الوفيات

مع تطور الأوضاع في أزمة دارفور كان هناك الكثير من الجدل حول إجمالي أعداد الوفيات في الإقليم. ولعل هذا الجانب، كما ذكرنا سابقاً، هو من أكثر جوانب الصراع تأثيراً على النواحي السياسية، العسكرية، الإجتماعية والصحية للصراع. حيث أن المعلومات حول أعداد الوفيات كان يتم إستعمالها في كل هذه الجوانب سواءً كان ذلك لأغراض شرعية أو غيرها؛ مثل توظيفها ضمن أجندة خصوم الحكومة السودانية بكافة أطرافهم لتأكيد حقيقة تأزم الوضع الناتج عن الصراع. لكن بما لا يدع مجالاً للشك فقد كانت هناك معاناة وخسائر محزنة في الأرواح كنتيجة حتمية لحلقات الصراع المختلفة منذ بداية الأزمة، لكن سنجد أن الخلاف في أساسه يتمحور حول أنه إلى أي درجة كانت هذه الخسائر (أعداد الوفيات). وقد حاولت العديد من المنظمات غير الحكومية وبعض الجهات الحكومية وغير الحكومية كذلك في إصدار إحصاءات وتقارير عديدة حول أعداد الوفيات ولعله من الضروري أن يُذكر هنا

أن بعض هذه الجهات كانت تصدر تقاريراً مزيفة، أو على الأقل موضوعة بطريقة غير مهنية ولا تستند إلى بيانات حقيقية، ليتم إستغلالها سياسياً من قبل جهات مثل الولايات المتحدة الأمريكية ومجلس الأمن لدعم إنفاذ قرارات تتعلق بتطبيق البند السابع من ميثاق الأمم المتحدة والذي يمنح بعثة الأمم المتحدة الحق في إستخدام القوة لبطء الأمن في الإقليم وإيقاف القتل الذي يحدث نتيجة للصراع. ولعل الجدل الذي صاحب الإرهاسات بإتخاذ هذا القرار وتنفيذه كان مرده إلى تقرير قدمته منظمة الصحة العالمية حول أعداد القتلى في الإقليم تم إعداده بالتعاون مع إحدى المنظمات وتم إستغلاله فيما بعد من قبل بعض الجهات لخدمة بعض الأجندة. لكن ونسبة لكون موافقة الحكومة في إعتماد التقرير شئ أساسى، وفقاً للإتفاقيات الموقعة بين الحكومة ومنظمات الأمم المتحدة، فقد أصرت الحكومة وقتها علىمراجعة هذا التقرير والمعلومات والبيانات التي بُني عليها. وبالفعل تشكلت لجنة من الجانبين لتقييم المنهجية التي وضع على أساسها التقرير، حيث كانت البيانات يتم تجميعها على شكل بحث من الميدان مبني على عينات ويتم تعميم النتائج بناءً على هذه العينات وليس مبنياً على بيانات فعلية عن أعداد القتلى. وعقب عملية المراجعة أشارت منظمة الصحة العالمية عبر مكتبها في السودان إلى كون أن المنهجية التي أعتمدت كان فيها بعض الخلل وبالتالي فإن البيانات التي جُمعت عبرها قد لا تعطي الصورة الفعلية. وبالفعل تم إلغاء هذا التقرير وبالتالي العمل على مقتضاه وبدلاً عن ذلك تم الإتفاق بين الجانبين على منهجية جديدة لتجميع البيانات وتم إصدار تقرير جديد بناء على ذلك. التقرير الجديد أشار بوضوح أن معدل الوفيات في دارفور في طيلة الفترة ما بين العامين 2004 و2007م لم يتعدى الحد الخطر الذي وضعته الأمم المتحدة والذي يستدعي التدخل العسكري لقواتها. عليه تم تغيير محتوى القرار لاحقاً ليقتضي بإرسال قوات حفظ السلام بدلاً عن المسمى الآخر وهو قوات نشر السلام، هذا بالطبع إلى جانب العمل عبر القنوات الدبلوماسية الأخرى لتجنب هذا الوضع حفظاً للبلاد من الإنزلاق في هذه الهاوية التي كانت ستكلف البلاد الكثير.

وعلى غرار المقارنة في وضع التغذية، سنورد فيما يلي مقارنة بين عدد من الدراسات التي أجريت في الفترة ما بين عامي 2004 إلى عام 2007م وقامت بها عدد من الجهات فيما يلي وضع الوفيات وذلك لمنح القارئ بعض الملامح حول الإختلافات في هذه الدراسات.

المقارنات باللغة الإنجليزية

| | | |
|------------------|-----------------------------------|---|
| DC | Centre for disease control | مركز مكافحة الأمراض الأمريكي |
| CI | Confidence interval | معدل الوثوق |
| CMR | Crude mortality rate | معدل الوفاة الصافي |
| FAO | Food and agriculture organization | منظمة الأغذية والزراعة |
| FMOH | Federal ministry of health | وزارة الصحة الإتحادية |
| HAC | Humanitarian Aid Commission | مفوضية العون الإنساني |
| IDPs | Internally displaced population | السكان المهجرين داخليا |
| N. Darfur | North Darfur | شمال دارفور |
| S. Darfur | South Darfur | جنوب دارفور |
| U5 MR | Under 5 year mortality rate | معدل وفيات الأطفال دون الخامسة من العمر |
| UNICEF | United nations children fund | صندوق الأمم المتحدة للطفولة |
| WFP | World food program | برنامج الأغذية العالمي |
| WHO | World health organization | منظمة الصحة العالمية |
| W. Darfur | West Darfur | غرب دارفور |

الجدول يوضح الإختصارات المستخدمة

| Activity | Date | Findings | Conducted by |
|---|-----------------------------|--|---|
| Darfur Emergency Food Security and Nutrition Assessment | September 2006 ¹ | CMR= 0.36 CI 95% (0.27-0.45) ² | FMOH, UNICEF, HAC, WFP, FAO, technically supported by CDC |
| Mortality survey among Internally Displaced Persons and other affected populations in Greater Darfur, Sudan | September 2005 | ^{1,3} CMR= 0.8 CI 95% (0.6-1.0) North Darfur = 0.6 CI 95% (0.5-0.8)West Darfur ⁴ U5 MR= 1.5 CI 95% (1.0-2.1) North Darfur = 0.9 CI 95% (0.6-1.3)West Darfur | FMOH, WHO |
| Nutrition & mortality survey among IDPs and residents | September 2004 | CMR = 0.72 | CDC-WFP |
| ⁵ Nutrition Survey | December 2006 | (CMR) is 0.37/10,000/day. (U5 RMR) is 0.45/10,000/day | Tearfund, UNICEF and MOH |

¹ Thresholds for concern = >1.0/10,000/day (CMR) and >2/10,000/day (U5MR)

² CMR in 2004, 2005 = 0.72 (0.45-0.99) & 0.48 (0.47-0.49) respectively

³ Not available for South Darfur, but for IDPs in camps = 0.8 (0.6-1.2)

⁴ Not available for South Darfur

⁵ Conducted in Beida Locality, West Darfur

هذه المقارنة تظهر بوضوح الإختلافات في النتائج التي توصلت لها هذه الدراسات التي تمت حول الوفيات والتي على أساسها حدث الخلاف بين الجهات المختلفة. وقد كان هذا الوضع جانباً مهماً من الصراع يجب ذكره وإحاطة القارئ به.

ثانياً: إنسحاب المنظمات من إقليم دارفور

وكما تعرضنا في عُجالة لهذا الجانب من قبل، فقد قامت الحكومة بتاريخ 4 مارس 2009م بطرد 14 منظمة أجنبية إتهمتها الحكومة بالتجسس لصالح جهات أجنبية وكانت تقاريرها عاملاً أساسياً في إصدار مذكرة الإعتقال الموجهة ضد رئيس الجمهورية من قبل محكمة الجنائيات الدولية. تبعات هذا الأمر كانت من المحاور المهمة في شكل الصراع في الإقليم وتبعاته على الوضع الإنساني، لذا وجدنا أنه سيكون من المفيد تناول هذا الجانب بشئ من التحليل لمعرفة تبعاته على الوضع الصحي في الإقليم وتفاعلات الوضع قبل وبعد هذا القرار.

قبل الولوج في تفاصيل قضية إنسحاب المنظمات، يجب أن نشير إلى أن العلاقة مع المنظمات بشكل عام كان يشوبها الكثير من التعقيدات والمشاكل ولعدة أسباب. سنجد أن وجود المنظمات وكما كانت له آثار إيجابية جداً تعرضنا لها سابقاً، فقد كانت له أيضاً بعض السلبيات على النظام الصحي في بعض الجوانب، حيث أن هذه المنظمات كانت تقوم بإستقطاب الأطر الصحية للعمل معها الأمر الذي استنزف بالفعل قدرات النظام الصحي الحكومي الذي كان يعاني بالأساس من قلة عدد الموظفين المؤهلين ذوي الكفاءات التي كانت موجودة وبشكل خاص على مستوى وزارات الصحة، خاصةً مع حقيقة أن هذه المنظمات كانت تقدم مغريات مادية تتجاوز بكثير قدرة القطاع العام على مجاراتها. بالإضافة إلى ذلك، فإن إنسحاب المنظمات من بعض المناطق لظروف ترتبط في العادة بالأوضاع الأمنية كانت تُحدث خللاً في كثير من الأحيان في عملية تقديم الخدمات في تلك المناطق. وفي منحنى آخر سنجد أن من أكثر القضايا التي أثارت الكثير من الجدل بين

وزارة الصحة وبين بعض من المنظمات العاملة في الإقليم في فترة من الفترات هي قضية الإجهاض، حيث كانت بعض المنظمات تتادي بضرورة توفير الأدوية التي تساعد النساء الحوامل من حالات الإغتصاب في التخلص من الأجنة بإستعمال هذه الأدوية لإعتبارات نفسية ومجتمعية لوجود هؤلاء الأطفال لاحقاً . وعلى الجانب الآخر، كان بعض من الفنيين وزارة الصحة تقف بشدة ضد هذا الوضع وتتادي بعدم الدخول في مثل هذا الإتجاه الذي يتنافى مع القيم والمبادئ في المجتمع السوداني. ولعل القضية أصبح لها فيما بعد الكثير من اللغط السياسي والإعلامي لحساسيتها وتأثيرها على تصوير أبعاد الأزمة ومدى إنتشار ظاهرة الإغتصاب في حد ذاتها وهو ما لا نود الخوض فيه في هذا الإطار .

لكن قبل أن نتاول الأحداث التي تلت طرد وإنسحاب المنظمات لابد أن نضع في إعتبارنا أن السيناريو القائم على إحتمالية إنسحاب المنظمات الدولية كان موضوعاً في الإعتبار منذ العام الذي سبق حدوث هذه الأحداث خاصةً مع صدور قرار المحكمة الجنائية الدولية وبالتالي تم وضع كافة الإحتمالات، التي من بينها إمكانية توقف الخدمات الصحية التي كانت تقدمها هذه المنظمات في المعسكرات وغيرها من المناطق بشكل كلي أو جزئي، وبالفعل بدأ الإعداد لكافة الإحتمالات التي قد ينجم عنها الموقف السياسي في تلك الفترة. جرى التحسب لعملية إنسحاب المنظمات وتهيئة النظام في حال أن المنظمات قامت بالفعل بهذه الخطوة وذلك من خلال إنشاء آلية تنسيقية بين جميع الجهات المعنية بالأمر من خلال الممثلين الذي كانوا موجودين بالأساس قبل هذه الفترة بالإضافة إلى إنضمام العديد من الشركاء الاخرين إلى هذه المنظومة.الإعداد لإنسحاب المنظمات بُني على إن العدد المتوقع للمنظمات سيكون أكثر من 30 منظمة، لكن ما حدث هو أن العدد الفعلي الذي إنسحب هو أربعة عشر منظمة وهو أقل بكثير من العدد الذي تم التحسب له. وقد كان الإعداد قائم على تقارير الحوجة التي كانت تبعث بها الولايات عبر منسقيها مبينةً فيها مدى الفجوة المتوقع حدوثها في خدمات المنظمات في حال إنسحابها وقد أدى مكتب الصحة في

مفوضية الشؤون الإنسانية دور كبير في توضيح الشكل النهائي لهذه الفجوة وبالتالي التحضير والإعداد لها.

لن تجد أحد ينكر أن الفجوة نتيجة لطرد وإنسحاب هذه المنظمات قد كانت موجودة لكن حدة هذه الفجوة ومدى تأثيرها كان هو السؤال الذي يحتاج متخذي القرار إجابة عنه. لذا سنتناول قراءة في وقائع الأمور على صعيدين، الأول هو الشراكة التي خلقتها الحكومة ممثلة في كل الوزارات والجهات ذات الصلة ومن ضمنها وزارة الصحة للتقصي حول هذا التأثير، أما المنحي الثاني سنتناول فيه إستجابة وزارة الصحة لهذا الوضع الذي تلى إتخاذ القرار.

بدأت بعض المنظمات والجهات الأخرى تروج لفكرة أن طرد أو إنسحاب المنظمات قد أدى إلى وضع كارثي وأنه أدى إلى إنهيار الكثير من النظم التي كانت قائمة وأن الفجوة في الخدمات كانت كبيرة بحيث لم تستطيع الحكومة سدها بصورة فعلية. الحكومة من جانبها كانت تؤكد على أن الوضع والأرقام التي كانت تصدر في التصريحات الصحفية والتقارير غير حقيقية وليست بالواقعية بناءً على الخطط التي وضعتها الحكومة مسبقاً. لاحقاً، ولحسم هذا الجدل، كُوت لجنة تتسيق مع منظمات ووكالات الأمم المتحدة المختلفة والمعنية بهذا الوضع، وبشراكة من الحكومة والتي مُثلت في هذه اللجنة على مستوى وكلاء الوزارات المعنية أو ذات الصلة لمناقشة تأثير هذا الأمر وانعكاساته على الوضع الصحي والخدمي العام في الإقليم. وقد تم تنفيذ تقييم عبر بعثة مشتركة بين الحكومة والأمم المتحدة للوقوف على الوضع الفعلي ومعرفة الفجوة الموجودة، هذا بالإضافة إلى إنشاء نظام مشترك لمتابعة الموقف بشكل عام ويصر عنه تقرير مشترك بين الجانبين. وأصبح هناك إجتماع دوري كل أسبوعين على مستوى وزراء الحكومة الإتحادية والولاية من جانب وقيادات الأمم المتحدة من جانب آخر لمناقشة هذه التقارير واتخاذ القرارات بشأن مستجدات الأوضاع بناءً على هذه التقارير. ولعله من الملاحظ، ومن واقع التقارير المشتركة التي كانت تصدر، أن الفجوة الفعلية بعد إنسحاب المنظمات بدأت بالإنكماش خاصةً مع بداية إستقبال الدعم من جهات أخرى خارج منظومة القطاع الطوعي كما سنرى لاحقاً. وزارة الصحة الإتحادية قامت بدفع

عدد كبير من الأطر الصحية من أطباء، ممرضين وضباط صحة لسد النقص الذي أفرزه غياب التمويل الذي كانت تقدمه المنظمات في جانب تقديم الخدمة الصحية في المؤسسات التي كانت تديرها هذه المنظمات. بالإضافة إلى ذلك، كانت هناك ميزانيات كان يتم رصدها لبند تسيير عمل المؤسسات الصحية وأيضاً لضمان استمرارية التنسيق في المستويات المختلفة وفقاً لما كانت عليه الأوضاع قبل فترة الإنسحاب.

أما في جانب دور وزارة الصحة، سجد أن الوزارة قررت أن يتم إدارة العمل الصحي في إقليم من خلال لجنة الطوارئ الصحية برئاسة السيد وكيل وزارة الصحة والتي تضم إدارات وزارة الصحة ذات الصلة بالإضافة للإمدادات الطبية المركزية. حيث إضطلعت هذه اللجنة بصورة أساسية بمتابعة تنفيذ خطة الوزارة وتنسيق عمل الشركاء العاملين بالصحة تفادياً للإزدواجية وترشيداً للجهود والموارد، وقد تناولنا جزءاً من هذا سابقاً. وعليه فقد تم تكليف لجنة من المنسقين الإتحاديين لولايات دارفور الثلاث بالسفر الفوري والعاجل لهذه الولايات وذلك لتقديم الدعم الفني لوزارات الصحة الولائية هناك بالإضافة إلى مراجعة المعلومات الأساسية المتوفرة للوضع الراهن وتحديد الحاجة ومن ثم عمل خطة تفصيلية وتكلفتها المالية لمعالجة الفجوات الناجمة عن إبعاد المنظمات.

على صعيد الوضع الميداني، وجدت اللجنة الوضع كالاتي:

- في كل الولايات كان عدد المؤسسات التي توقفت هو 43 مؤسسة صحية، بينما كان عدد مواقع الترصد المرضي والتبليغ التي توقفت هو 40 موقعاً بالإضافة إلى أن أنشطة صحة البيئة ومكافحة نواقل الأمراض توقفت في نحو ثلاثين موقعاً في المعسكرات، هذا إلى جانب توقف 33 مركز لتقديم خدمات التغذية العلاجية.
- ولاية شمال دارفور كانت تعتبر أكثر الولايات تنظيماً واحتواءً للوضع، أكثر من 90% من القوى العامة بالمنظمات المتوقفة من كوادر وزارة الصحة المنتدبة

بالمنظمات وتم الإتفاق معهم على الاستمرار بنفس مخصصاتهم المالية السابقة لمدة 3 أشهر وبموافقة من المشايخ والعمد بالمعسكرات.

- تعاني بعض المعسكرات من الكثافة السكانية العالية وتدنى معايير صحة البيئة (نقص فى المبيدات - لا يوجد نقص فى الطلمبات- تم توفير ضباط صحة لقيادة العمل)، حيث أن المنظمات التي كانت مسئولة من هذا الجانب ضعيفة جداً في أدائها.

- يوجد نقص واضح فى عربات الاسعاف بالمعسكرات.
- الحاجة إلى ترتيب أوضاع العاملين الصحيين كانت واضحة في ولاية جنوب دارفور، حيث أن عدد كبير منهم كان يعمل مباشرة في المنظمات المبعدة أي لم يكونوا منتدبين من الوزارة. وعقب ذلك تم تقدير الحاجة من الأطباء والكوادر المساعدة ليتم توفيرهم لاحقاً .
- أما في ولاية غرب دارفور، فقد تم تقدير الحاجة من الأطباء والأطر المساعدة وأبانت التقارير الحاجة لعدد 34 من مختلف الأطر.

وكاستجابة لهذه الأوضاع فيمكننا أن نلخص دور الوزارة في الآتي:

- تم إرسال متخصصين في الطب الوقائي والأمراض الوبائية للولايات الثلاث لوضع الخطط والمساهمة في تنفيذ الأنشطة التي تقلل من مخاطر أمراض الصيف الوبائية خاصة السحائي، سنجد أن بعضاً من هؤلاء الفنيين إستقروا في الإقليم لفترات وصلت لحد العام في بعض الأحيان بغرض مساعدة وزارات الصحة هناك في الإستجابة لمتطلبات الوضع.
- إعداد قوائم بإحتياطي الأطر الصحية (أطباء- تمريض- وأطر مساعدة) التي قامت لاحقاً بسد الفجوة بناءً على تقييم الحاجة بالإستفادة من الأطر العاملة بالمستشفيات الإتحادية وولاية الخرطوم، وبالفعل تم إرسال أطقم طبية حسب حاجة الولايات الفعلية.

- إجراء زيارات ميدانية لقادة الوزارة (وزير الدولة وفي زيارة أخرى وكيل الوزارة ومساعديه) بمشاركة إتحاد الأطباء ونقابة المهن الصحية وإتحاد التقنيين، حيث قامت هذه الوفود بزيارة جنوب، غرب وشمال دارفور في إطار الدور الاتحادي وللتأكد من الترتيبات التي تم التوجيه بها وتأكيد الإلتزام السياسى وتم من خلال الزيارة تقديم أدوية طبية عاجلة للولايات الثلاثة. وفي هذه الزيارات تمت زيارة بعض المعسكرات والجلوس مع العمدة والمشايخ بالمعسكرات بغرض إبداء المبادرة لبناء الثقة حيث وعد العمدة بتسهيل التواصل في بقية المعسكرات.
- توفير أدوية ومستهلكات طبية تكفى لثلاثة أشهر لكل ولاية، حيث حرصت الوزارة على ضمان استمرارية برنامج العلاج المجانى في الولايات الثلاث (تم تأمين الأشهر الثلاثة الأولى خصماً على ميزانية العلاج المجانى).
- قامت الهيئة العامة للامدادات الطبية المركزية بتجهيز ثلاثة مستشفيات ميدانية بحيث تكون على إستعداد لتغطية الحوجة لها في أي وقت.
- كان لابد من توحيد العمل على المستوى القومى بحيث تعمل لجان الطوارئ القطاعية تحت تنسيق مفوضية العون الإنساني، لكن في ذات الوقت تم الإتفاق على حاكمية وزارة الصحة فيما يلي التخطيط للقطاع الصحي وتحديد مدى الإحتياجات وكيفية الإستجابة لها.
- بناء على إتفاق بين الشركاء فقد أعطيت المنظمات الوطنية أولوية إحلال المنظمات المبعدة بحيث كان هذا توجه الحكومة في الأساس، لكن لابد من الإقرار بأن قدرات بعضاً من هذه المنظمات كانت ضعيفة للغاية وغير كافية للتصدي لهذا التحدي في بداية الأمر نتيجة لإعتمادها بالأساس على الحكومة نفسها أو المنظمات الدولية في التمويل بالإضافة إلى ضعف بنياتها الإدارية خاصة في جانب الكوادر العاملة.

- قامت الوزارة بإجراء حملات إحترازية للتطعيم ضد السحائي وتوفير تكلفة تسيير هذه الحملات في كافة المعسكرات.
- تم إجراء صيانات أساسية بالعيادات الرئيسة بالمعسكرات المنتشرة في الولايات.
- تمت مراجعة شاملة للخدمات الصحية المقدمة وفق المعايير المعتمدة من وزارة الصحة حيث أن الكثير من المنظمات كانت تنشئ وحدات صحية في بعض الاحيان أكثر من المعدلات المطلوبة (عدد الوحدات الصحية المطلوبة حسب عددية السكان).

ولعل أكثر ما تميزت به إستجابة وزارة الصحة أنها بدأت بالتفكير الإستراتيجي في خطتها للإنتقال التدريجي من العمل الإغاثي الذي كانت تقوم به هذه المنظمات، والإتجاه بصورة أساسية نحو العمل التنموي في المجتمعات المتأثرة وبناء قدرات وزارات الصحة الولائية للإستجابة لمتطلبات بناء النظام الصحي عقب فترة طويلة من التمزق والتأثر الواضح.

لكن تجدر بنا الإشارة هنا إلى أن آليات التنسيق وادارة الأزمة التي كانت موجودة بالفعل قبل هذا الوضع، مثل وجود إدارات الطوارئ بمنسقيها بالإضافة إلى لجان تنسيق الطوارئ بشقيها العليا والفنية، أسهم كثيراً في تجاوز الفجوة التي كانت موجودة، حيث أنها كانت النواة التي إنطلقت منها الإستجابة لكافة التحديات التي واجهت الوزارة. هذا بالطبع إلى جانب الدور القيادي لوزارة الصحة في القضايا الفنية والتخطيطية.

ولعله ومن باب العرفان بالجميل يجب أن نذكر مبادرات بعض الجهات التي قدمت يد المساعدة في الفترة التي أعقبت طرد المنظمات في ملخص سريع لدور بعض منها:

- مجموعة من الأطباء السودانيين تحت مظلة "المؤسسية الصحية الوطنية" إتجهوا صوب دارفور بعد هذا القرار وتوزعوا في معظم مدن ولاية جنوب دارفور الأكثر تضرراً من قرار الإنسحاب، وبلغ عددهم أكثر من 90 طبيباً.

- منظمة "هل من أحد" التركية قدمت مساعدات مُشرفة في مجال طب العيون في مستشفى نيالا عبر أطبائها الذين قدموا من تركيا وبلغ إجمالي العمليات التي أُجريت أكثر من مائة ألف عملية.
- الوفد الطبي المصري والذي ضم أكثر من أربعين طبيباً هو إضافة لابد من الإشارة إليها لما كان له أثر في دعم النظام الصحي في دارفور.
- وفد الأطباء العرب عبر جامعة الدول العربية والذي ضم نحو خمس وأربعين طبيباً في مختلف التخصصات تم توزيعهم في مختلف الولايات بناءً على تخصصاتهم والحاجة إلى خدماتهم.

ملاح مهمة حول تجربة الطوارئ الصحية في دارفور:

ختاماً لعلنا سنجد أن هذه التجربة التي مررنا على بعض من جوانبها كان لها أثر واضح وانعكاس بين على واقع العمل الصحي في البلاد في العامين 2009 و2010م، حيث سنلاحظ الآتي:

- أصبح لوزارة الصحة صورة متكاملة، وإن كانت مازال في حوجة للتطوير، حول النظام المتكامل لإدارة الطوارئ الصحية في البلاد وساعدت الازمة في بناء الإجماع حول أهمية هذا الإتجاه وبالفعل بدأت وزارة الصحة العمل بجدية في هذا الجانب من أجل تطوير هذا النظام، خاصةً ما يلي جانب بناء القدرات. ومن ضمن ثمرات هذه الجهود أن بدأت الوزارة بالتنسيق مع معهد الصحة العامة في تنفيذ برنامج لدراسة الماجستير في إدارة الكوارث الصحية وهو أحد البرامج الأساسية في المعهد. هذا بالطبع إلى جانب عدد آخر من الأنشطة التي هدفت إلى تطوير نظام العمل بشكل كلي.
- وجود المنظمات في ولايات دارفور ساعد في بناء البنية التحتية للكثير من المؤسسات خاصة في وزارة الصحة وفي المؤسسات الصحية وتطوير نظم

المعلومات وغيرها، غير أنه جعل الدولة تلتفت لأهمية العمل التتموي مقارنةً بالعمل الإغاثي أو التطوعي.

- إنسحاب المنظمات أدى لأن تكون لبعض الجهات مثل قطاعات التعليم والزراعة أجسام وآليات محددة للإستجابة للطوارئ بشكل عام وبشكل خاصة الجوانب التي لها تقاطعات مع القطاع الصحي، الأمر الذي لم يكن موجوداً قبل ذلك بصورة واضحة.

- ولعله من الملاحظ أن الحراك الذي أعقب طرد المنظمات المشبوهة عاد لولايات دارفور بمنفعة من ناحية كم الكوادر الطبية والإمداد الدوائي ولكن ما تبقى هو الاستفادة كيفاً من هذا الحراك.

هذه تجربة ثرة جداً مر بها القطاع الصحي في السودان في إقليم دارفور، ومازالت العديد من محاور هذه التجربة لم تُفرد لها المساحة الكافية في هذه السانحة، وسيكون من المفيد جداً أن يقوم بعض الباحثين والكتاب في إستجلاء مخرجات وتوثيق هذه التجربة كي تعم الفائدة.

الفصل الثامن: توثيق تجربة برنامج التحصين الموسع في السودان

مقدمة:

تحصين الاطفال يعد أحد أهم التدخلات الصحية المتعارف عليها والتي ثبت مدى فعاليتها مقارنة بالتكلفة التي تصرف عليها في الحصول على مخرجات صحية تساهم في رفع مستوى الصحة العامة للسكان. رجوعاً لتاريخ برنامج التحصين الموسع على المستوى العالمي سنجد أن منظمة الصحة العالمية قامت بإنشاء هذا البرنامج لأول مرة في العام 1976م وذلك بغرض الحد من تأثير أمراض الطفولة التي تزيد من معدل وفيات الأطفال. ونتيجة للمجهودات التي قامت بها المنظمة فقد ارتفعت نسبة التغطية بخدمات التحصين على مستوى العالم بشكل كبير مما كان عليه في العام 1979م حيث كان المعدل أقل من خمسة بالمائة وارتفع إلى أكثر من ثمانين في المائة في العام 1990م. وفي السودان تم إدخال برنامج التحصين الموسع في السودان في ذات العام 1976م، حيث قام البرنامج بإدخال التطعيمات الأساسية وأضيف إليها لقاح الحصبة لاحقاً حيث تم إدخاله في العام 1985م. وقد هدفت الحملات التي تم تنفيذها بواسطة البرنامج من حين لآخر إلى تقوية برنامج التحصين الروتيني وتعزيز المناعة عند الأطفال ضد أمراض الطفولة الستة وتأتي ضمنها منظومة برامج إستئصال شلل الأطفال، القضاء على الحصبة وتيتانوس حديثي الولادة. والمنتبع للقطاع الصحي في السودان سيجد أن تجربة برنامج التحصين الموسع في السودان هي تجربة ثرة جداً من عدة أوجه وجديرة بالوقوف عندها وتحليلها بصورة متعمقة للإستفادة منها مستقبلاً.

حول برنامج التحصين الموسع:

يمثل برنامج التحصين الموسع أحد أقسام الإدارة العامة للرعاية الصحية الأولية وهذا هو الوضع القائم في المستوى الإتحادي والمستوى الولائي على حدٍ سواء، ويقوم بإدارة البرنامج القومي عاملين مؤهلين تتوزع مهامهم على المستويات المختلفة. المستوى الإتحادي هو المستوى الذي يتم فيه وضع السياسات القومية والخطط الاستراتيجية والموجهات الفنية وذلك بالتعاون مع الولايات، ومن ثم يتم تنزيلها إلى جميع المستويات الأخرى، وتقع على عاتق الإدارة الإتحادية للبرنامج كذلك مسؤولية تدريب المدربين، توفير الدعم الفني، الإشراف والرصد والتقييم لكل الأنشطة التي يتم تنفيذها بالولايات. ويتكون برنامج التحصين الموسع على المستوى الإتحادي من ثمانية أقسام رئيسية وهي قسم النقصي المرضي، قسم الأنشطة التطعيمية الإضافية، قسم المعلومات والبحوث، قسم التدريب، قسم العمليات، قسم سلامة التطعيم، قسم التنقيف والإتصال الجماهيري وقسم سلسلة التبريد. ويقوم كل قسم بتنفيذ ما يليه من مهام بموجب الهيكل التنظيمي والإداري ويكون مسئولاً لدى مدير البرنامج القومي. المستوى الثاني يتمثل في إدارات برنامج التحصين الموسع بالولايات، وهي الجهات المناط بها تنفيذ أنشطة برنامج التحصين الموسع على المستوى الولائي. فعلى مستوى الولايات، يتولى ضباط عمليات التحصين مهام أنشطتهم في إدارة البرنامج تحت إشراف وزارة الصحة الولائية ومدير الرعاية الصحية الأولية بالولاية. ويكون ضابط عمليات التحصين الولائي وضباط العمليات بالمحليات مسئولون جميعاً عن تحضير وتطبيق الخطط التفصيلية لولاياتهم والمحليات التابعة لهم، وعادةً ما يتم وضع الخطط على أساس معلومات موثوقة تجمع من المستويات الدنيا فيما يسمى بعملية التخطيط القاعدي. في هذه العملية يتم أولاً جمع المعلومات ومن ثم يتم تحليلها بهدف تحديد الوضع الراهن في مستوى المحلية (هل هي مشكلة إتاحة وبالتالي ضعف إمكانية الوصول لخدمات التطعيم، أم مشكلة إستخدام غياب الوعي أم قلة الموارد البشرية والمالية إلخ)، وبناءً على ذلك يتم وضع الخطة التفصيلية، مشتملة على المستهدفات المطلوبة حسب المشاكل الصحية بكل محلية ويتم وضع مؤشرات لمتابعة الأداء، وعادةً ما يتم رصد هذه الأنشطة على المستويات المختلفة

بشكل دوري. كما أن هنالك منسقي القطاعات والذين يمثلون المستوى الإتحادي وبالتالي هم مسؤولون عن الإشراف والرصد اللصيق لجميع أنشطة برنامج التحصين الموسع على المستوى الولائي، وتقديم تقارير شهرية لوزارة الصحة الاتحادية.

جانب من أحد الاجتماعات التخطيطية للبرنامج - أكتوبر 2007



الوصف الذي قدمناه مسبقاً، وهو ما صار إليه عموم هيكل البرنامج حتى العام 2010م، هو نتاج لعملية حوار وتطوير مستمرين لتنظيم إدارة خدمات التحصين في كافة المستويات المعنية. على الرغم من وجود الكثير من الجدل حول التدخلات الفنية للمستويين الإتحادي والولائي في المستويات الدنيا وفي آليات العمل التي يستخدمها البرنامج طوال مسيرته، إلا أن مؤشرات البرنامج تشير بوضوح إلى فعالية النظام الإداري الحالي للبرنامج.

ملاح عامة من تاريخ البرنامج:

تمت صياغة الخطة الخمسية الأولى لبرنامج التحصين الموسع في الفترة (1985م - 1990م) وبنهاية هذه الفترة بلغت التغطية التمنيعية للأطفال في الفئة العمرية أقل من عام نحو 62%، وفي الفترة ما بين عامي 1990م و1994م إنخفضت نسبة تغطية البرنامج إلى 51% وذلك بسبب غياب الدعم المالي والمادي من حكومة السودان ومن المانحين

بسبب العقوبات الأمريكية على البلاد في تلك الفترة كما سنذكر ذلك لاحقاً . وفي فترة أمتدت لعدة سنوات لم تتلقى عدد من الولايات الجنوبية التي كانت واقعة تحت سيطرة الحركة الشعبية إبان فترة الصراع مع الحكومة، لم تتلق أي خدمات من برنامج التحصين الموسع بوزارة الصحة الاتحادية وذلك لصعوبة الوصول إلى الكثير من المناطق وإنعدام الأمن، وسنجد أن أنشطة التحصين في هذه المناطق كانت تُدار مباشرة من قبل منظمة اليونيسيف من مدينة نيروبي في كينيا عبر ما يسمى بعملية شريان الحياة.

وفي الفترة ما بين عامي 1995م و2001م لم يتم التمكن من إستدامة التغطية بصورة كبيرة في ولايات السودان المختلفة مع وجود تفاوت واضح في مستويات التغطية في الولايات، حيث إن التغطية ظلت تتأرجح ما بين 50 إلى 70%، تعلق وتنخفض في فترات مختلفة مما يعكس بصورة أساسية الفشل في ضمان استدامة تمويل خدمات التحصين في البلاد وذلك نسبة لحقيقة أن البرنامج كان يعتمد كلياً على الدعم الخارجي بينما تقتصر مساهمة الحكومة على الإيفاء برواتب العاملين بالبرنامج ومساهمة ضعيفة في تكلفة التشغيل الجارية. بالإضافة إلى ذلك وبنظرة تحليلية سنجد أن هنالك عوامل أخرى أدت إلى تلك التغطية الضعيفة المتذبذبة، من ضمنها ما يلي:

1. صعوبة الوصول إلى بعض المناطق التي إستهدفها برنامج التحصين خاصة المناطق التي يصعب الوصول لظروف جغرافية في فترة هطول الأمطار.
2. الهجرة من الريف إلى الحضر مما يزيد العبء على كاهل النظام الصحي في المدن مع تعدد المعوقات في الإستجابة لهذا الوضع.
3. الكوارث الطبيعية والحرب الأهلية التي عاشها الوضع السياسي والإجتماعي في السودان في العقود الماضية.

نتيجة لذلك، سنجد أن هنالك تباين واسع فيما يتعلق بإتاحة الخدمة، التغطية التمنيعية، ومعدلات الإصابة بالأمراض المستهدفة بالتحصين بين منطقة وأخرى داخل البلاد وأحياناً

كثيرة داخل حدود الولاية الواحدة. لكن الثابت أن 50% من السكان المستهدفين، على الأقل، تتوافر لهم خدمات تحصين ثابتة ومنتظمة عبر مراكز معروفة ومحددة. وعند توفر الترحيل ووسائل الحركة تقوم الفرق الجواله بتنفيذ أنشطة التحصين في المناطق النائية بشكل دوري.

في الفترة ما بين عامي 1993 و1995م أشارت الإحصاءات إلى أن معدل الإصابة بمرض التانتوس لدي الأطفال حديثي الولادة بلغ 5 حالات لكل 1000 طفل حي. بذلك كان السودان من ضمن 25 دولة تُعد من الدول التي توجد بها 90% من الحالات على المستوى العالمي. ولما كان معروفاً أن حالات التانتوس في هذا العمر ترتبط بعوامل أساسية تتعلق بالرعاية الصحية التي تقدم أثناء وبعد عملية الولادة، فقد كان جلياً أن التدخلات الصحيحة ستؤدي إلى تحسين الأوضاع وخفض معدلات الإصابة أو إنعدامها مصحوبة بعملية التطعيم. في العام 1995 تم تحديد 20 محلية في كل ولايات السودان، وهي المحليات الأكثر عرضة لعوامل خطورة المرض، لتجميع البيانات والمعلومات عبر نظام التقصي المرضي حول الوضع الوبائي للمرض وتم وضع خطط تنفيذ برامج التطعيم في هذه المحليات. الجهود التي بذلت في تلك الفترة أثرت عن إستئصال المرض من واحدة من أكثر المحليات تردداً في أعداد الحالات المرصودة في ولاية شمال كردفان والمثير للإهتمام أن كل هذه الجهود تمت من خلال الدعم المحلي من قبل مجلس الحكم المحلي. وتلي ذلك نجاحات مؤتقة في إستئصال المرض في 16 محلية من المحليات المستهدفة. ولذلك هدفت السياسة القائمة في ذلك الوقت إلى تطعيم جميع النساء الحوامل ضد التيتانوس. لكن بالإضافة إلى هذا التطعيم الروتيني في الوحدات الصحية، يتم تنفيذ حملات منتظمة للتطعيم ضد تيتانوس الامهات والأطفال حديثي الولادة في المحليات ذات الخطورة العالية حيث تستهدف تلك الحملات جميع الفتيات والنساء في سن الإنجاب (15 - 45 سنة). هذا البرنامج الغرض منه القضاء على تيتانوس الأمهات وحديثي الولادة والذي يهدف لتقليل معدل الإصابة إلى حالة واحدة في كل 1000 ولادة حية وذلك عبر استراتيجيات محددة

تعنى بالتطعيم الروتيني بالإضافة للحملات وتعزيز الممارسات لضمان الولادة النظيفة والتقصي المرضي لتيتانوس حديثي الولادة.

كذلك وفي العام 1993م كانت الإحصاءات العالمية تدل على أن مؤشرات التغطية بخدمات التحصين تدنت بصورة كبيرة وملحوظة في 25 دولة حول العالم ومن ضمنها السودان لعدد من الأسباب في مقدمتها إنخفاض دعم المانحين، عدم وجود إستراتيجيات مستدامة للبرنامج، ضعف في إدارة البرنامج وضعف المعدات المخصصة لسلسلة التبريد. وفي حالة السودان فقد لوحظت أن تدني التغطية كان مرتبطاً بشكل كبير مع عملية إعادة تشكيل النظام الصحي نحو لامركزية خدمات الرعاية الصحية الأولية والتي كانت قد بدأت في تلك الفترة من تاريخ السودان. أدى هذا التحول إلى العديد من التحديات الإدارية فاقمت إلى حد ما من المشكلة التي كانت قائمة أساساً فيما يلي ضعف القدرة الإدارية للبرنامج في المستويات الدنيا. وكنتيجة لهذا التدني في التغطية بخدمات التحصين، مصحوبة بعوامل أخرى، فقد أسهم هذا الوضع في حدوث وباء لمرض شلل الأطفال في البلاد تم رصد في تلك الفترة وكان هو محور الدراسة التي سنتناولها في هذا الجانب. لكن هذا الوضع لا يمكن بأي حالٍ من الأحوال فصله عن السياق العام المرتبط بضعف النظام الصحي الكلي.

رجوعاً للإحصاءات فان نسبة التغطية بلقاح مرض شلل الأطفال تدنت على المستوى القومي إلى ما هو أقل من 52% لكن سنجد أن بداية الوباء كانت حينها في إقليم دارفور الذي كانت فيه نسبة التغطية نحو 20% فقط. سنجد أيضاً أن إنخفاض التغطية سبقه وصاحبه إنخفاض كبير في دعم المانحين من ثمانية مليون دولار في العام 1990م إلى أقل من مليون دولار في العام 1993م. ولكن نتيجة لتضافر جهود الشركاء في النظام الصحي في السودان في تلك الفترة فقد تم وضع خطة إسعافية للتصدي لهذا الوضع والخروج منه بصورة تضمن عدم تأثر المؤشرات الأساسية. وبالإتفاق بين وزارة الصحة الإتحادية ومنظمة الصحة العالمية فقد قام فريق من المنظمة بزيارات متعددة للسودان في الاعوام 1993، 1995 و1996م وصاحب هذا الفريق في عمله عدد من العاملين بوزارة الصحة من

برنامج التحصين ومن الأقسام الأخرى ذات الصلة. وقام هذا الفريق المتكامل والمتعدد الأطراف بإبتدأ عدد من الإجراءات والأنشطة التي هدفت إلى إعادة تأهيل البرنامج القومي للتحصين الموسع.

لاحقاً قام فريق من الباحثين شمل عدد من المختصين في مختلف المجالات من داخل وخارج السودان بإجراء دراسة لتقييم تجربة إعادة التأهيل التي تم تنفيذها ودراسة مدى فعاليتها وشملت المعلومات التي جمعها الفريق إحصاءات حول التغطية على المستوى القومي، ورصد متكامل لعدد الجرعات التي تم إعطاؤها بالإضافة إلى البيانات الواردة عبر نظام التقصي المرضي وتقاريره الأسبوعية. كذلك تمت مراجعة تقارير الحالات التي تم إكتشافها أو تلك المشتبه فيها وتقارير الدراسات والبحوث التي تمت في الفترة السابقة. هذه الدراسة التقييمية قام بها ونشرها عدد من العلماء على رأسهم د. هاشم الزين ومعه عدد من العلماء الاخرين.

بناء على النتائج التي أظهرتها هذه الدراسة، فإن وزارة الصحة قامت بتمويل ميزانية شراء الأمصال بشكل جزئي كردة فعل لحالة الطوارئ التي نتجت عن حدوث الوباء خلال العام 1993م وذلك في ظل عدم توفر ميزانية للشراء من قبل المانحين. ولكن وفي ذات الوقت سنلاحظ أيضاً أنه وعقب حالة إنتشار الوباء فقد حدث تغيير إيجابي في قضية التمويل هذه حيث أصبحت ميزانية برنامج التحصين لأول مرة أحد مواد الميزانية الحكومية في العام 1994م حيث أن الميزانية كانت قبل ذلك تأتي بالكامل من قبل المانحين. وتزامن ذلك مع القرار الرئاسي الذي وجه بضرورة إشراف ولاية الولايات بصورة مباشرة على برنامج التحصين القائم في الولايات. وفي تلك الفترة كان النظام الحكومي قد تحول بصورة أكبر نحو النظام الفيدرالي الذي يقوم على إنشاء نظام الولايات بدلاً عن نظام الأقاليم وهو ما كان له آثار متعددة سلباً وإيجاباً على مسيرة البرنامج في تلك الفترة. على الرغم من العقبات فإن الوضع إستمر في التحسن فيما يلي تمويل البرنامج إلى حد أن بلغ المكون المحلي الحكومي في

إجمالي ميزانية البرنامج أكثر من 25% من الميزانية الكلية للبرنامج في العام 1997م والأعوام التي تلتها حتى العام 2000م.

بالإضافة التغييرات المالية في إدارة البرنامج فقد صاحب ذلك تغييرات جذرية في البناء الإداري للخدمات، حيث تحول البرنامج في إستراتيجية تقديم الخدمات من إستخدام الفرق المتجولة إلى إستخدام المنافذ الثابتة لتقديم خدمات التحصين من خلال المؤسسات الصحية أو غيرها من المؤسسات مثل المدارس وبعض المؤسسات الحكومية. كذلك سنلاحظ أن التدريب في تلك الفترة كان له الأثر الكبير في التحول نحو أداء أفضل للبرنامج خاصة على مستوى الولايات وقد تم تدريب أكثر من 225 من مديري أو مقدمي الخدمات في الفترة بين عامي 1994 و1995م بإستهداف القيادات الوسيطة للبرنامج في الولايات وتدريبهم على كيفية إدارة مكونات البرنامج المختلفة مع التركيز على إعادة تأهيل سلسلة تبريد وامداد الأمصال. والجدير بالذكر أن التقارير لم تورد أنه قد تم تنفيذ أي شكل من أشكال التدريب في الفترة بين الأعوام 1987م و1992م. كل هذه التغييرات مكنت البرنامج من توسيع مظلة التطعيم والتحصين لتشمل عدد أكبر من الأمصال واللقاحات لعدد من الأمراض الأخرى بخلاف شلل الأطفال وضم ذلك أمراض الحصبة، السعال الديكي، التنتس وغيرها.

في العام 1996م قام البرنامج القومي بوضع الخطة الإستراتيجية الخمسية الثانية للبرنامج في عدة محاور غطت في مجملها الإدارة والتخطيط، سلسلة الإمداد، النقل، التغطية، تقديم الخدمة وقضايا أخرى أساسية. وكانت هذه الخطوة بداية صحيحة لإعادة بناء وتقوية النظام الذي يقوم عليه برنامج التحصين الموسع في السودان. الخطة الإستراتيجية القومية في ذلك الوقت إستصحتبت الدور الأساسي للولايات في الخطة من خلال التأكد من أن كافة الولايات لديها خطط عمل خاصة بها لخدمات التحصين. وكذلك تم توضيح أدوار الشركاء في هذه الخطة سواء كان ذلك من خلال التمويل أو من خلال الدعم الفني أو التنفيذي.

وكما ذكرنا سابقاً، فإن إستراتيجية البرنامج في تقديم الخدمة تغيرت من إستعمال الفرق المتحركة أو الميدانية، والتي كانت تقوم بزيارة القرى لتطعيم الأطفال في (أو بالقرب من) منازلهم، إلى تحديد مواقع ثابتة مصحوبة بفرق متحركة محدودة العدد. الإستراتيجية الجديدة كانت قائمة على تقديم خدمات التحصين من خلال منافذ الخدمات الصحية القائمة والتي تكون في دائرة يقل قطرها في الحد الأقصى مسافة تقطع مشياً في أقل من ساعتين عن المجتمع المستهدف بالخدمة وكان يتم قياس هذه المؤشرات بدقة ويتم وضعها ضمن المعلومات الأساسية في التقارير وتم نقاشها لحل المشاكل المرتبطة بهذا المحور المهم في تقديم الخدمة. بالإضافة إلى ذلك كانت الفرق المتحركة تستعين بمجهودات أشخاص محليين من المجتمعات المستهدفة لتقديم خدمات التحصين وكانت هذه الفرق تستعمل وسائل الحركة المتاحة سواء أن كان ذلك بالأرجل، أو باستخدام الماشية، أو بواسطة دراجة. هذه الفرق كانت تستهدف المجتمعات التي لا تستطيع الحصول على خدمات التحصين في المنافذ الثابتة أي أنها تبعد مسافة تزيد عن ساعتين مشياً عن المنفذ الخدمي. وجد هذا التحول دعماً من قطاع عريض من واضعي السياسات و متخذي القرار في القطاع الصحي لكن وفي ذات الوقت وجد هذا المنحى ممانعة كبيرة وعريض من قطاعات أخرى خاصة السياسيين في الكثير من الأحيان. لكن ظل البرنامج في التوسع في تنفيذ هذا النهج وفقاً لما كان مخططاً له.

كان لابد من أخذ إستراتيجية توعية وتحريك المجتمع في عين الاعتبار بعد اعتماد الإستراتيجية الجديدة وذلك لتوجيه وتوعية المواطنين بالنظام الجديد للمنافذ الثابتة للخدمة والذي سيؤدي بدوره إلى زيادة الطلب على خدمات التحصين وأيضاً إلى زيادة المشاركة المجتمعية في تقوية النظام وتقديم الخدمة. لهذا الغرض تمت الإستعانة بالمنظمات الراحية لحقوق المرأة، نوادي الشباب، جمعية الهلال الأحمر ومؤسسات المجتمع المدني الأخرى في القيام بأنشطة توعية وتحريك المجتمعات. صاحب ذلك الدور المؤثر لوزارة الإعلام في الأعوام 1994، 1996 و 1997م في تنفيذ وبث برامج إذاعية وتلفزيونية عامة حول

التحصين من خلال الأيام القومية للتحصين التي أُقيمت في تلك الأعوام. وكانت هذه الحملات الإعلامية تسبق اليوم القومي للتحصين بفترة وكذلك يتم مدّها إلى ما بعده الأمر الذي كان له الأثر الكبير في نجاح حملات التحصين من أجل إستئصال مرض شلل الأطفال. كذلك أسهمت وكالة السودان للأنباء بصورة كبيرة في هذه المجهودات خلال فترات الأيام القومية للتحصين وعكس الإنجازات التي تم تحقيقها.

فيما يلي الحملات التي إستهدفت الأطفال في الفترة ما بين 1994 و1997م، فإن هذه الحملات كانت تستهدف الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 9 شهور إلى 59 شهراً وذلك لضمان تغطية واسعة وكافية تمكن من الإحتواء السريع لأي وباء محتمل للحصبة بالإضافة إلى الهدف الأساسي نحو إستئصال شلل الأطفال. وصاحب هذه الحملات في تلك الفترة عمل كبير نحو تقوية نظام الإستقصاء المرضي والذي كان بمثابة أداة المراقبة المستمرة للوضع.

الدعم الذي تم توجيهه نحو تقوية شبكة المبردات التي تستخدم في تخزين الأمصال واللقاحات كان يمثل نسبة مقدرة من ميزانية تقوية البرنامج في ذلك الوقت وأسهمت هذه الميزانية في تغيير نوعية المعدات والأوعية التي كانت تستخدم. وكان لإستخدام الطاقة الشمسية في نظام إنتاج الطاقة لهذه الشبكة أثر واضح في تفاعل المجتمعات التي تم تنفيذ هذا المشروع فيها مع هذه التجربة الجديدة في إنتاج وتوليد الطاقة الكهربائية.

مخرجات تفاعل كل هذه العوامل بين الأعوام 1993 و1997م أثرت بصورة جلية جداً في مستقبل البرنامج في وقت لاحق. فقد تغيرت نظرة القيادة السياسية في السودان نحو أهمية برنامج التحصين نحو مزيد من الدعم سواء المالي أو الإداري وأصبح التمويل الأساسي للبرنامج ضمن المكون المحلي لميزانية حكومة السودان في المستوى الإتحادي والولائي. على المستوى الفني أصبحت هناك كفاءة وقدرة أكبر في إدارة البرنامج على المستويين الإتحادي والولائي مما مهد الطريق نحو تقوية البرنامج على المستوى المحلي في فترة

لاحقة. الوعي بأهمية التحصين إزدادت بصورة جلية في تلك الفترة ومثلت ظاهرة إزدیاد الطلب على خدمات التحصين في هذه الفترة فرصة إيجابية لزيادة المشاركة المجتمعية في توسعة مظلة التغطية بالتحصين إضافة إلى تقديم خدمات التحصين نفسها من قبل أفراد المجتمع بعد تدريبهم على الطرق الصحيحة للخدمة.

رئيس الجمهورية بدشن إحدى حملات التطعيم في الولايات



على مستوى التغطية بخدمات التحصين، كانت كل المؤشرات تدل على تحسن واضح وكبير في معدلات التغطية في تحصين الأطفال المستهدفين بأمصال الأمراض الأساسية. أضف إلى ذلك أن لامركزية تقديم الخدمات الصحية كنهج تم خطه من قبل الوزارة الإتحادية كان له عدد من الاثار الإيجابية على هذه المخرجات في تلك الفترة وحتى وقتنا الحالي. ظهر ذلك بصورة خاصة في الطريقة التي يتم بها تمويل البرنامج في كافة مستوياته وبالتالي استمرارية خدماته.

على الرغم من كل هذه الإنجازات، إلا أن مخرجات البرنامج أظهرت تفاوتاً كبيراً بين الولايات الشمالية والولايات الجنوبية في تلك الفترة. ويعود ذلك لأسباب أمنية وسياسية جلية، كما ذكرنا سابقاً، حالت دون تدخل البرنامج القومي بصورة كبيرة في الولايات الجنوبية. على

الرغم من ذلك فقد قامت قيادة البرنامج بمجهودات مقدرة في الفترات التي يتم فيها وقف إطلاق النار في مناطق الصراعات أو في فترات الهدنة بين أطراف الصراع في تلك المناطق. لكن ذلك لا يقلل من الجهود التي كانت تقوم بها المنظمات غير الحكومية في تلك المناطق، إلا أنه لا توجد إحصائيات متكاملة حول الأعداد أو التغطية التي حققتها المنظمات بشكل كلي في هذه المناطق. بالإضافة إلى ذلك فإن هجرة أعداد كبيرة من سكان مناطق جنوب السودان إلى الولايات الشمالية أثر كثيراً في تضارب الأرقام حول خدمات التحصين التي تم تقديمها وفي حساب هذه الأرقام نتيجة لعدم معرفة العدد الكلي للسكان في الكثير من مناطق الجنوب.

التحولات الإستراتيجية في البرنامج في الفترة 2001 – 2010:

في العام 2000م قامت وزارة الصحة الإتحادية بالمصادقة على الخطة الخمسية الأخيرة لبرنامج التحصين الموسع واستئصال شلل الأطفال من السودان وذلك للأعوام 2001-2005م، وقد تمثلت أهداف الخطة فيما يلي:

1. تحقيق نسبة تغطية تطعيمية لا تقل عن 90% لجميع التطعيمات وذلك بالنسبة للأطفال أقل من عمر عام.
2. إستئصال شلل الأطفال من السودان بنهاية العام 2005م.
3. القضاء على تيتانوس الأمهات والأطفال حديثي الولادة وذلك بتحقيق نسبة لا تزيد عن معدل حالة واحدة لكل 1000 ولادة حية في جميع المحليات.
4. تحقيق نسبة إنخفاض 90% في إصابات الحصبة ونسبة إنخفاض 95% للوفيات الناجمة عنها وذلك بالمقارنة مع معدلات عام 2000م.

بالإضافة إلى رفع نسبة التغطية وأهداف الإستئصال والقضاء على الأمراض، شملت الخطة أيضاً الأهداف التالية:

1. بناء القدرات وتقوية نظم الإدارة والتخطيط على مستوى المحليات.
2. تأهيل وتجديد وتوسيع سلسلة التبريد لتغطي جميع السكان الذين يمكن الوصول إليهم.
3. إدخال اللقاحات الجديدة مثل لقاح التهاب الكبد الفيروسي نمط (ب) في جدول التحصين القومي.

وقد شملت الإستراتيجيات التي تبنتها وزارة الصحة الإتحادية لترقية خدمات برنامج التحصين الموسع في هذه الفترة ما يلي:

- تقديم خدمات برنامج التحصين الموسع من خلال مواقع التحصين الثابتة والفرعية المستدامة والجوالة.
- تطوير سلسلة التبريد وتقوية نظم إدارة اللقاحات بمختلف المستويات.
- تقوية مستوى المحليات وبناء القدرات الصحية لكوادر البرنامج المختلفة.
- زيادة التنسيق والتعاون وسط الشركاء.
- تقوية نظام المعلومات والبحوث بالنسبة للبرنامج.

الإستراتيجية وجهت محاور تقديم خدمات التحصين وفقاً للوضع القائم في كل منطقة، ولكنها نصت على أن يتم من خلال ثلاثة محاور أساسية هي: خدمات المنافذ الصحية وهي تقدم ما يقارب من 50% من إجمالي خدمات التحصين، خدمات الإتصال بالجمهور وتقدم 20% من إجمالي الخدمات أو من خلال خدمات الفرق المتجولة التي تقدم نحو 30% من إجمالي الخدمات.

كانت الوزارة والبرنامج القومي يقومان بإجراء عملية مستمرة للمتابعة والتقييم لمعرفة مدى سير هذه الخطط الإستراتيجية كما هو مخطط لها وهو ما كان له عظيم الأثر في نجاح تلك الخطط.

جانب من أهد الإجماعاء الأقفمفة والأطفطففة للبرنامء - ففباف 2009



فف أوائل العام 2005م، فءءم من الأءالف العامف للقاءاء والأأمفع المءروف إءءصاراً (GAVI)، قام البرنامء بأءءال لقاأ إلهاب الكء الففروسف فف ثلاث ولافاء ضمن آءة لأعمفم الأءعمف ضء إلهاب الكء الففروسف فف 9 ولافاء آرفف بفمافة العام 2005م، وءءال بقفة الولافاء بفمافة العام 2006م. سنفء أن هءة الآءة نفءاء بالفعل فف إسأاماف الأءطففة بنسبة عاففة فف الولافاء كما هو مآطف. وبالإضافة إلى ذاك ساءء الأءالف العامف للقاءاء والأأمفع فف أوسعة الأءطففة لمسأواف عاففة آفء أسهم الأءم المقءم عبفه فف أءوفر النظام الصآف الءف فقوم علفه برنامء الأءصفف بصورة مباءرة وأساففة وسنسهب فف ذاك لآءافاً.

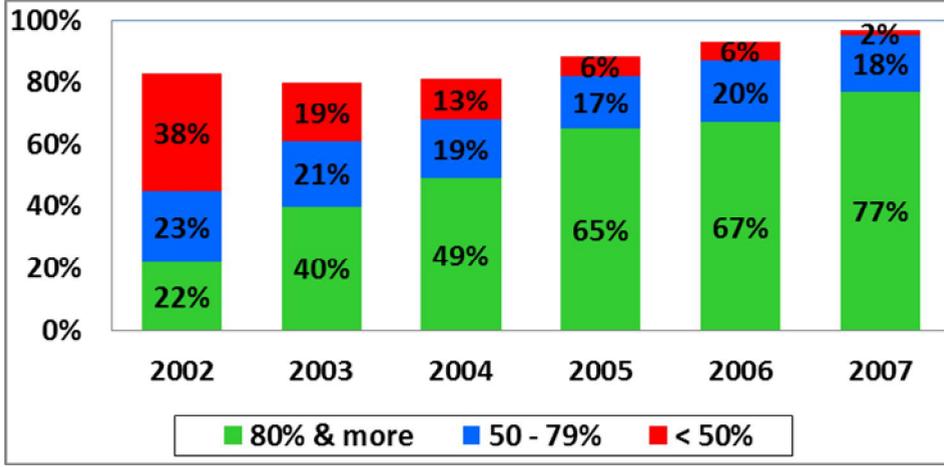
ولرفع القءراء الفنفة لمسأوف برنامء الأءصفف الموسع، أم إءاء بعض المناهء الأءرفبفة والموءهاف وذلء بناءً على قواعد وموءهاف منظمه الصآة العامفة فف مءال الأأمفع، الأوراف الأءرفبفة الءف فنفءها البرنامء عبارة عن كورساف أءشفطفه للمأعمف فف كل الولافاء بالإضافة إلى أوراف لأءرفب المءرفف على أساساف الإءارة الوسفطة فف كل المآلفاف. بالإضافة للأءرفب أأم كذلك عملفة إءاء وءءفء الآطف التفصلفة كل عام وذلء لما لهءه العملفة من أءر فاعل فف أرففة وأءوفر القءراء الأطفطففة والإءارة للعاملف فف المسأواف الإءارة الوسفطة فف برنامء الأءصفف الموسع.

إحدى ورش التدريب الموجهة للولايات - أبريل 2004



نتيجة للجهود المتكاملة بين الشركاء، بما في ذلك التحالف العالمي للقاحات والتحصين، تم تحقيق معظم الأهداف الموضوعة للخطة الخمسية (2001 - 2005م)، حيث ارتفعت نسبة التغطية التمنيعية بلقاح الثلاثي (DPT3) في السودان من 46% في العام 2002م إلى 79% بنهاية العام 2004م وإلى 84% بنهاية العام 2005م كأعلى نسبة تغطية للثلاثي في السودان وذلك منذ إنشاء البرنامج في العام 1976م. كما ارتفعت الولايات التي حققت نسبة تغطية 80% فما فوق من 7 ولايات في العام 2002م إلى 10 ولايات في العام 2003م ومن ثم إلى 14 ولاية في العام 2004م وأخيراً إلى 15 ولاية بنهاية العام 2005م. وقد تم تدعيم والتحقق من جميع هذه الأرقام المحققة بتطوير نظام معلومات حديث استطاع أن يتخطى معيار مراجعة جودة المعلومات الذي تم تنفيذه في العام 2004م بمراجعة من قبل خبراء عالميين. لاحقاً أُدخل اللقاح الخماسي ضمن التطعيمات الروتينية في كل الولايات الشمالية مع بدايات العام 2008م بتكلفة تربو على 15 مليون دولار سنوياً ممولة من منظمة التحالف العالمي لدعم اللقاحات والتطعيمات مع مشاركة الحكومة بنسبة 5% من مجمل التكلفة لسعر اللقاح.

التغطية الكلية بالمحليات في الفترة بين عامي 2002-2007م



شهد البرنامج إستقراراً ملحوظاً في مدخلاته ومخرجاته في الفترة منذ 2005م والأعوام التي تلتها على الرغم من الظروف والمتغيرات التي شهدتها السودان سياسياً واقتصادياً . فكانت مسيرة البرنامج نحو التخطيط القاعدي التفصيلي هي أكثر أولويات البرنامج حاجة للمواصلة في مقابلة احتياجاتها. بالإضافة إلى ذلك فإن التركيز على برامج بناء القدرات على مختلف مستويات البرنامج، إعادة تأهيل البنيات التحتية وعلى وجه الخصوص سلسلة التبريد والإمداد كانت عملية مستمرة أسهمت في تطور البرنامج بصورة كبيرة. الطريقة التي كان يتبعها البرنامج في متابعة أداء المحليات والوحدات الصحية بمختلف مسستوياتها أدت إلى زيادة إلتزام مقدمي الخدمة في كافة الولايات بموجهات الجودة التي إتبعها البرنامج في مجال تقديم الخدمة وكذلك في مجال تدقيق المعلومات بمختلف أشكالها. هذا النهج خلق شكل من أشكال التنافس في مختلف المستويات حيث كان يتم نشر أفضل وأضعف نتائج الأداء على مستوى المحليات وعلى مستوى المؤسسات الصحية بشكل دوري في التقرير السنوي. وقد ظلت هذه الطريقة قائمة وموجودة حتى اليوم.

إحتواء مرض الحصبة:

سيجد المتتبع للبرنامج أن مخرجات العمل للتطعيم ضد الحصبة في الفترة التي تلت العام 2001م كانت من أكبر الدلالات على تطور البرنامج، وفيما يلي ملامح سريعة في هذا الإطار. وفقاً للإحصاءات سنجد أن الحصبة كانت تعتبر المسبب الثالث لوفيات الأطفال في السودان والقاتل الأول من بين أمراض الطفولة التي يمكن الوقاية منها بالتحصين. وقد كان أن تم إدخال لقاح الحصبة في برنامج التحصين الموسع في عام 1985م. وفي الفترة التي سبقت إدخال اللقاح عانت البلاد من حالات وبائية لمرض الحصبة بشكل دوري وبصورة واسعة، حيث تراوحت الحالات بين 50,000 إلى 75,000 حالة، وما بين 15,000 إلى 30,000 حالة وفاة سنوياً. لكن وبزيادة التغطية التطعيمية حدث إنخفاض كبير في حدوث الحالات المرضية ووفقاً للإحصاءات فإن نحو 40% من حالات الحصبة تقع في الفئة العمرية 5 - 15 سنة. تعتبر نسبة الأطفال المعرضين للإصابة وسط السكان عالية جداً، الأمر الذي أسهم في استمرارية سريان فيروس الحصبة في المجتمع، مع حالات وبائية عديدة ومتكررة من ولاية إلى أخرى. برنامج التحصين الموسع وبالتعاون مع منظمة الصحة العالمية ومركز مكافحة الأمراض في أتلانتا واليونيسيف، قام بوضع وتطوير خطة قومية لتقليل وفيات الحصبة في عام 2003م، بحيث يتم تنفيذ تلك الخطة على أربعة مراحل في الفترة ما بين 2004 - 2005م.

وقد شملت الخطة الاستراتيجية التالية:

- تقوية التغطية الروتينية بلقاح الحصبة للأطفال دون العام.
- توفير فرصة ثانية للتطعيم ضد الحصبة عن طريق حملة احتوائية واحدة تستهدف الأطفال في عمر 9 شهور إلى 15 سنة.
- حملة متابعة بعد 4 إلى 5 سنوات تستهدف الفئة أقل من 5 سنوات وهم المجموعة التي يتم ولادتها بعد الحملة الاحتوائية.
- إنشاء نظام تفصي منفصل لحالات الحصبة.

- تأكيد وضمان سلامة الحقن، ورصد الآثار الجانبية بعد التطعيم.

بناءً عليه، تم تنفيذ الخطة بالنسبة للمرحلة الأولى والثانية والثالثة في 16 ولاية (الولايات الشمالية) استهدفت تلك الحملات الأطفال في عمر 9 شهور إلى 15 سنة، حيث تم تطعيم قرابة 11 مليون طفل بنسبة تغطية بلغت (97%). هذا وقد كان لهذه الحملات أثراً كبيراً في تقليل حالات الإصابة والوفاة بسبب الحصبة في الولايات آنفة الذكر.

نجاح البرنامج في إحتواء وباء شلل الأطفال في العام 2006:

في العام 2003م قامت لجنة الإشهاد الوطنية بمنطقة إقليم شرقي البحر الأبيض المتوسط وشمال أفريقيا بتقديم وثيقة خلو السودان من حالات شلل الأطفال، وكان هذا الأمر من الإنجازات الكبيرة والحقيقة للبرنامج القومي على الرغم من كل العقبات والتحديات الجليلة في وضع السودان. لكن ومع بدء ملامح الصراع في دارفور شهد العام 2004م وضع وبائي لحالات شلل الأطفال وذلك عقب إنتشار الوباء الذي ورد من غرب أفريقيا (نيجيريا) في عامي 2004 و2005م. وفي ذلك الوقت سجلت عدد من الحالات في السودان في العام 2004م بلغت 127 حالة إنخفضت لاحقاً إلى 27 حالة فقط في العام 2005م الذي كان شهد أخطر حالة إصابة مسجلة. وعليه فقد تم رصد السيطرة الكاملة على الفيروس في العام 2006م وتم توثيق خلو السودان مرة أخرى من حالات شلل الأطفال المؤكدة في ذات العام حيث تمت إعادة وثيقة خلو السودان من قبل لجنة الإشهاد الوطنية بالبلاد في نوفمبر 2006م. أعقب ذلك حدوث حالات مؤكدة من حالات شلل في العام 2007م لكن بشكل بؤري محدود في بعض المناطق بجنوب دارفور وقد تم إحتواؤها بشكل كامل وسريع. هذا الملخص يشير بكل وضوح إلى التطور الذي حدث في البرنامج وقدراته في إكتشاف وإحتواء الأوبئة وعلى تطور أنظمة الرصد والتقصي المستخدمة.



وعلى الرغم من ظروف الصراع الذي كان دائراً في ولايات دارفور في الفترة 2004 إلى 2006م إلا أن البرنامج إستطاع المحافظة على المستوى المحقق في تقديم الخدمة في الفترة التي سبقت ذلك. وتواصل العمل في ولايات دارفور الثلاث كما هو مخطط له بفضل مساهمة الشركاء. ولن كان الكثيرون حملوا حدوث بعض الإخفاقات التي حدثت لاحقاً لضعف مستوى التنسيق بين الشركاء الأساسيين في بعض الفترات خاصةً في فترة الوباء.

سلسلة التبريد والإمداد:

كما هو معلوم، تعتبر اللقاحات ضعيفة وحساسة جداً للتغيرات الكبيرة في درجة الحرارة لذا يجب حفظها في مدى بين صفر إلى ثمانية درجات مئوية وذلك في سلسلة التبريد المخصصة لهذا الغرض. سلسلة التبريد هي العمود الفقري لبرنامج التحصين الموسع وهي عبارة عن شبكة من المعدات مثل غرف التجميد والتبريد، ثلاجات التجميد وثلاجات الأنابيب والطاقة الشمسية وصناديق التبريد وحوامل اللقاحات ويشرف عليها عاملون مديرون على التعامل مع اللقاحات ويقومون بمراقبة درجة الحرارة من لحظة خروجها من المصنع في أي منطقة في العالم. حالياً، وعبر إدخال تقنيات متقدمة لرصد درجات الحرارة والإمداد الكهربائي تحفظ اللقاحات في مستودعات التبريد الاتحادية وفق معايير منظمة الصحة العالمية وأصبح هذا الإجراء يوفر ضماناً أكبر لجودة وسلامة المخزون. و خلال الأعوام

2003م و2004م بدأ البرنامج من ناحية في تأهيل سلاسل التبريد على مستوى الولايات الأمر الذي أدى إلى رفع كفاءة سلسلة التبريد من 50% في العام 2001م إلى 80% في العام 2004م. ومن ناحية أخرى كذلك تم توسيع شبكة تقديم الخدمة في برنامج التحصين الموسع، حيث تمت زيادة في المراكز الثابتة (1,153 مركز ثابت) بنسبة 25% و زيادة أخرى بنسبة 42% في الفرق الجواله (327) ، مع توفير معدات سلسلة التبريد ووسائل الترحيل المناسبة.

حصلت سلسلة التبريد في البرنامج القومي للتحصين على شهادة الإعتماد من منظمتي الصحة العالمية واليونسيف كرابع دولة في العالم وثالث دولة في الاقليم (مع الحصول على أعلى نسبة بين هذه الدول). وأصبح السودان أحد مراكز التميز (Center of Excellence) لتدريب كوادر من اقليم شرق المتوسط واستقبل وفود من تونس وسوريا وهناك ورشة تدريبية اقليمية لتدريب كوادر من افغانستان، باكستان، اليمن، الصومال وجيبوتي على إدارة اللقاحات كأول ورشة اقليمية من نوعها في تاريخ البرنامج.

جانب من أحد مخازن سلسلة التبريد



يواجه برامج التحصين الموسع في مختلف أنحاء العالم تحدياً مستمراً يتمثل في ضمان سلامة الحقن وعمليات التطعيم والغرض هو أن تتم هذه العمليات بنسبة سلامة قصوى من غير أن يكون هنالك ضرر على المتلقي ولا على مقدم الخدمة ولا على المجتمع المحيط من

جراء استخدام محاقن غير معقمة أو التخلص منها بطريقة غير سليمة. من أجل ذلك قامت وزارة الصحة الاتحادية وبالتعاون مع منظمة اليونسيف بإدخال المحاقن ذاتية التدمير وذلك لأغراض التطعيم بالإضافة إلى استخدام صناديق الأمان لجمع والتخلص من المحاقن الفارغة بعد استخدامها. وتقوم منظمة اليونسيف بتوفير المحاقن ذاتية التدمير مع جميع اللقاحات. يتم توزيع المحاقن ذاتية التدمير وصناديق الأمان كجزء من الإمداد في شكل حزمة واحدة مع اللقاحات إلى الولايات، وهي متوفرة ومستخدمة في جميع المراكز تقريباً. تتخلص جميع المراكز الصحية من صناديق الأمان المملئة في الأماكن المخصصة لذلك أو استخدام براميل. حيث يقوم البرنامج بتوجيه جميع منسوبي الوحدات الصحية بمتابعة سياسة (الحرق والدفن) للتخلص من المحاقن المستعملة وبقيّة المواد المستخدمة في عمليات التطعيم.

مصادر التمويل:

تعتبر منظمة الصحة العالمية ومنظمة اليونسيف الشركاء الأساسيين لبرنامج التحصين الموسع بالإضافة إلى المنظمات غير الحكومية الأخرى. يقوم الشركاء الأساسيون بتوفير الدعم الفني والمالي للبرنامج في الأنشطة الروتينية والإضافية، حيث تقوم منظمة الصحة العالمية بتوفير الدعم الفني عبر الخبراء والمنسقين على المستوى الاتحادي الولائي، ويذهب الدعم الرئيسي المقدم من منظمة الصحة العالمية إلى تقصى الشلل الرخو الحاد بكل مصروفاته، حملات الشلل القومية، التدريب، التثقيق الصحي والأنشطة الروتينية والإضافية الأخرى. أما منظمة اليونسيف فتقوم بتوفير اللقاحات والمحاقن وصناديق الأمان للتطعيم الروتيني والحملات، كما تقوم أيضاً بالمساهمة في توفير التمويل اللازم للحملات القومية، التطعيم ضد تيتانوس الأمهات والأطفال حديثي الولادة وكذلك أنشطة التحصين الأخرى. تم اعتماد البرنامج للحصول على دعم التحالف العالمي للقاحات والتمنيع في عام 2002م لمدة 5 سنوات ومؤخراً تمت الموافقة على منحة أخرى لدعم البرنامج بعد النجاحات الكبيرة في

تنفيذ المنحة الأولى. يقوم التحالف العالمي للقاحات والتمنيع بتوفير الدعم لخدمات التحصين الروتيني مقابل تحقيق أهداف محددة كل عام. كما يقوم التحالف العالمي للقاحات والتمنيع أيضاً بدعم إدخال اللقاحات الجديدة مثل لقاح التهاب الكبد الفيروسي نمط (ب) لمدة 10 سنوات، وقد تم التخطيط لإدخال هذا اللقاح في خدمات التحصين الروتيني في العام 2005م على مراحل مختلفة. تقتصر مسؤولية الحكومة على دفع رواتب العاملين في برنامج التحصين الموسع على مستوى الولايات والمحليات، وكذلك دعم البرنامج فيما يتعلق بتوفير الترحيل ووسائل الحركة وبعض المسائل اللوجستية الأخرى.

إحتفالية تدشين لقاح الروتا كانتحدثاً مشهوداً - الخرطوم



شكر و عرفان:

مؤلفو الكتاب يتقدمون بالشكر الجزيل للأخ د. الفاضل محمد صالح والذي كان ضمن فريق إعداد الكتاب، ولكن لظروف خاصة جداً لم يتمكن الأخ الفاضل من موصلة إنجاز العمل مع الفريق. نتقدم بالشكر له على مساهمته الطيبة في مدنا بالأفكار النيرة للخروج بهذا العمل.

كما نتقدم بالشكر الجزيل لكل من أسهم في إخراج هذا العمل ونخص بالشكر كل من قدم لنا المعلومات من خلال لقاءاتنا بهم ولم يبخلوا بها لإثراء هذا السفر وهم مع حفظ الألقاب:

- الشيخ الصديق رئيس أكاديمية العلوم الصحية المركزية ونائب مدير الإدارة العامة للموارد البشرية والتدريب الإتحادية،
- الصادق قسم الله الوكيل وزير الدولة السابق بوزارة الصحة الإتحادية والوزير الولائي في عدد من الولايات،
- الصادق محبوب مدير إدارة الطب الوقائي الأسبق بوزارة الصحة الإتحادية ومستشار منظمة الصحة العالمية للتحصين في السودان،
- الفاتح محمد مالك وزير الصحة بولاية الجزيرة ومنسق البرنامج القومي لمكافحة الملاريا الأسبق،
- الفضل عبيد مدير إدارة صحة البيئة ورقابة الأغذية بوزارة الصحة الإتحادية،
- المعز الطيب مدير عام وزارة الصحة ولاية الخرطوم الأسبق ومدير الإدارة العامة للموارد البشرية والتدريب،
- إسماعيل بشارة وزير الصحة بولاية شمال كردفان والمدير الأسبق الإدارة العامة للموارد البشرية والتدريب الإتحادية،
- أماني عبد المنعم منسق البرنامج القومي للتحصين بوزارة الصحة الإتحادية
- بابكر مقبول مدير إدارة الوبائيات بوزارة الصحة الإتحادية،
- جمال خلف الله مدير الهيئة العامة للإمدادات الطبية والمدير الأسبق لصندوق الدواء الدائري بولاية الخرطوم،
- حاتم سيد احمد مدير الإدارة العامة للتطوير المهني المستمر بوزارة الصحة الإتحادية،
- حمد النيل مريود المدير لإدارة الطوارئ الصحية بوزارة الصحة الإتحادية،
- حياة خوجلي رئيس قسم الوبائيات بمعهد الصحة العامة و المدير السابق لإدارة الوبائيات بوزارة الصحة بولاية الخرطوم،
- حيدر أحمد المدير العام الأسبق لإدارة الوبائيات بوزارة الصحة الإتحادية ورئيس مجلس

- طب المجتمع بالمجلس القومي للتخصصات الطبية،
- سمية أكد عضو المجلس الوطني، مدير إدارة الوبائيات بوزارة الصحة الاتحادية ومدير إدارة الوبائيات والطوارئ الصحية بوزارة الصحة بولاية كسلا،
 - صلاح الطيب محمد – المنسق السابق لبرنامج مكافحة الملاريا في ولاية الخرطوم.
 - صلاح المبارك رئيس قسم مكافحة البرنامج القومي لمكافحة الملاريا سابقاً والذي يعمل حالياً بالمكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية بالقاهرة.
 - صلاح الدين عبد الرحمن جوهر مدير الإدارة العامة للصيدلة بوزارة الصحة الاتحادية،
 - طارق عبد القادر المنسق السابق للبرنامج القومي لمكافحة الملاريا،
 - طارق عبد الله احمد المنسق السابق للإتحادي للطوارئ الصحية بولاية غرب دارفور والمدير السابق لإدارة العلاقات الثنائية بوزارة الصحة الاتحادية،
 - طارق عبد الله عبد الرحيم مدير الإدارة العامة للطب الوقائي بوزارة الصحة ولاية الخرطوم والمدير العام الأسبق للرعاية الصحية الأولية بوزارة الصحة ولاية الخرطوم،
 - طلال الفاضل مهدي مدير عام وزارة الصحة ولاية الخرطوم الأسبق ومدير إدارة الوبائيات الأسبق،
 - عبد الحكم حسن المدير السابق لمركز التطوير المهني المستمر بوزارة الصحة الاتحادية،
 - عبد الله سيد أحمد وزير الصحة بولاية الخرطوم الأسبق ووكيل وزارة الصحة الاتحادية الأسبق،
 - علاء الدين نمر مدير التخطيط والجودة بأكاديمية العلوم الصحية المركزية.
 - على أبوبكر محمود منسق الطوارئ الصحية بولاية شمال دارفور
 - عمر زائد بركة مدير الإدارة القومية لمكافحة الملاريا سابقاً و مدير مركز التطوير التربوي بكلية الطب بجامعة الخرطوم،
 - عوض سلام عميد أكاديمية العلوم الصحية بالفولة، ولاية جنوب كردفان
 - مالك عبده مدير عام وزارة الصحة بولاية الخرطوم الأسبق ومدير الجودة بوزارة الصحة الاتحادية الأسبق
 - مأمون آدم منسق ادارة الطوارئ الصحية بجنوب دارفور
 - مجدي صالح المدير السابق لإدارة الوبائيات بوزارة الصحة الاتحادية،
 - محمد عبد الرحمن مدير عام صندوق الدواء الدائري بولاية الخرطوم،
 - محمد على يحي العباسي مدير الإدارة العامة للتخطيط والصحة الدولية بوزارة الصحة الاتحادية والمدير السابق لعدد من الإدارات العامة الاتحادية،
 - هاشم الزين المساعد ممثل منظمة الصحة العالمية السابق في الأردن ومدير إدارتي التحصين والوبائيات في الوزارة الاتحادية سابقاً،
 - هيثم بشير عباس المدير الأسبق لإدارة الطوارئ الصحية بوزارة الصحة الاتحادية

المراجع:

1. تقرير صادر عن أكاديمية العلوم الصحية 2010 بعنوان " أكاديمية العلوم الصحية "Academy of Health Sciences
2. تقرير الأداء للعام 2010 للإدارة العامة لتنمية الموارد البشرية الصحية سياسة ترقية مهن التمريض والأطر المساعدة بالسودان (اعلان السودان) 2001
3. إستراتيجية أكاديمية العلوم الصحية 2009 – 2014
4. التقارير السنوية لأكاديمية العلوم الصحية للأعوام 2008، 2009 و 2010
5. القرار الوزاري رقم 17 للعام 2007 "قرار بإنشاء أكاديمية للعلوم الصحية بالسودان تتبع لوزارة الصحة ولها فروع بالولايات بالتنسيق مع وزارات الصحة الولائية"
6. تقرير المشروعات الصحية (سبتمبر 2009- فبراير 2010) الممولة من صندوق دعم الوحدة
7. الموقع الرسمي للبرنامج القومي للتحصين (<http://www.episudan.info>)
8. الخطط السنوية للبرنامج القومي للتحصين للأعوام 2003، 2004، 2005، 2006، 2007، 2008، 2009 و 2010
9. التقارير السنوية للبرنامج القومي للتحصين للأعوام 2003، 2004، 2005، 2006، 2007، 2008، 2009 و 2010
10. التقارير الدورية للأعوام 2003، 2004، 2005، 2006، 2007، 2008، 2009 و 2010 للأمراض المستهدفة بالتحصين بالتركيز على الحصبة، شلل الأطفال، تننيس الامهات والاطفال، تقصي الشلل الرخو الحاد وبقية الأمراض
11. التقارير الإحصائية السنوية لوزارة الصحة الإتحادية للأعوام ، 2004، 2005، 2006، 2007، 2008، 2009 و 2010
12. موقع منظمة الصحة العالمية – مكتب السودان (www.emro.who.int/sudan)
13. دليل الترصد المرضي والابلاغ للأمراض السارية في السودان 2010م
14. أمراض الصيف .. الطرق على الأبواب. نبيل صالح و عاطف جبر السيد. رصد على الموقع (<http://www.alhadag.com/investigations1.php?id=1418>) بتاريخ

2011/8/22

15. دور معهد البحوث البيطرية في مكافحة الأوبئة. رصد على الإنترنت
http://alintibaha.net/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=1880:-----lr-&catid=81:2011-07-18-15-05-2011/8/22 بتاريخ (56&Itemid=586)
16. موقع معهد أبحاث طب المناطق الحارة على الإنترنت (/www.ncr.sd)
17. موقع جمعية الهلال الأحمر على الإنترنت
http://srcs.sd/ar/arabic/health_and_care.php
18. وزارة الصحة - قانون الصحة العامة للعام 2009
19. تقرير دراسة: موقف التوثيق لأنشطة برنامج التحصين الموسع بالمراكز الثابتة 2003

20. H.A Elzein, et al. Rehabilitation of the Expanded Programme on Immunization in Sudan following a Poliomyelitis Outbreak. WHO Bulletin 1998
21. Hashim Ali Elzein, et al. Poliomyelitis outbreak and subsequent progress towards poliomyelitis eradication in Sudan. The Lancet. Vol 350. September 1997.
22. Mohammed Ali Yehya Elabassi. Public health sector reform: The implementation of federal decentralisation in Sudan and its impact upon the sector of public health. PhD Thesis. Datawyse Universitaire Pers Maastricht. 2003
23. Elsadig Mahgoub, et al. Compacting an outbreak of Poliomyelitis in Sudan following Wild Poliovirus Importation. Sudanese Journal of Public Health: Apr 2006, Vol 1 (2).
24. Elsadig Mahgoub. Highlights on the Expanded Program on Immunization (EPI) in Sudan. Sudanese Journal of Public Health: Apr 2006, Vol 1 (2).

25. Gamal Khalafalla. How to establish a successful revolving drug fund: the experience of Khartoum state in the Sudan. *Bull World Health Organ* 2009; 87:139–142
26. Gamal Khalafalla. Financing health care in Sudan: Is it a time for the abolishing of user charges?. *Sudanese Journal of Public Health*: Jan 2007, Vol 2 (1).
27. WHO Report on Joint Collaboration Programmes with the Government of Sudan, for the biennium periods of 2004-2005, 2006-2007, 2008-2009.
28. Health System Reforms: Health System Profile in Sudan. WHO, Regional Health Systems Observatory – EMRO, 2009.
29. Federal Ministry of Health. The Comprehensive National Strategy: Health Development Strategy 2007.
30. Federal Ministry of Health. 25 years strategic plan for health in Sudan 2004 – 2029.
31. Ministry of Economic and National Planning Khartoum and Institute for Resource Development/Macro International. Sudan Demographic and Health Survey 1989/1990. May 1991.
32. Federal Ministry of Health, CBS and UNICEF. Sudan Multiple Indicator Cluster Survey, 2000.
33. UNICEF. Technical Briefing Paper, on Child Health 2008.
34. Federal Ministry of Health. Sudan Household Health Survey. Government of Sudan and UNICEF, 2006.
35. François Decaillet, et al. Sudan Health Status Report. World Bank. August 2003.

النظام الصحي في السودان شأنه شأن الكثير من الأنظمة في الدول
النامية ظل يعاني من الكثير من التحديات الكبيرة في كافة مكوناته،
إلا أن الشاهد يقر بأنه بدأ يشهد تغييراً ملحوظاً في الأونة الأخيرة
خاصةً في بعض المحاور التي أسهمت في تحسين الخدمات الصحية
بشكل عام في البلاد. يهدف هذا الكتاب إلى توثيق بعض محاور
التجربة السودانية في العمل الصحي خلال عقدين من الزمان، وهي
الفترة الزمنية ما بين عامي 1990م و2010م. وتنبع أهمية الكتابة
والتوثيق لهذه الفترة من الحرص على تدوين التطورات الكبيرة التي
حدثت في النظام الصحي في السودان في الفترة المعنية، خاصةً ما
يتعلق بمراحل عمليات تطوير النظام الصحي، وأيضاً النقلات الكبيرة
في النظم والسياسات الصحية في هذه الفترة المهمة وذلك من خلال
تناول قضايا بعضها تمثل نماذج في مكونات النظام الصحي.

أبريل 2013