



المجموعة السودانية للديمقراطية أولاً
Sudan Democracy First Group

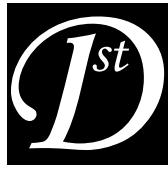
انهيار نظام الرعاية الصحية في السودان

استعراض للفساد وانعدام الشفافية
في قطاع الصحة السوداني



مبادرة الشفافية السودانية

يونيو ٢٠١٧



المجموعة السودانية للديمقراطية أولا Sudan Democracy First Group

تم تكوين المجموعة السودانية للديمقراطية اولاً (SDFG) كمجموعة رئيسية تتألف من جهات فاعلة سودانية رائدة من مستقلين وديمقراطيين في المجتمع المدني والإعلام لتكون بمثابة مؤسسة بحثية تضطلع بإجراء البحوث، والتحليل والمناصرة في مجال حقوق الانسان والتنمية والسلام والتحول الديمقراطي في السودان. وقد أطلقت المجموعة مبادرة الشفافية السودانية، في مارس ٢٠١٥، لاستكشاف وتحليل وتوثيق ونشر معلومات ذات مصداقية وموثوق بها حول نطاق وحجم الفساد وغياب الشفافية في السودان. ويتألف مشروع الشفافية السودانية من خمسة مسارات من شأنها ان تعمل معا على زيادة الوعي وتعزيز المساءلة والمقاومة وتحفيز حركات مقاومة الفساد على المستوى الشعبي في السودان. واحد هذه المسارات هي تكليف الخبراء الاستشاريين بالبحث بدقة عن حالات الفساد وانعدام الشفافية والإبلاغ عنها في قطاعات رئيسية محددة، واحد القطاعات التي تحظى بالاهتمام هو قطاع الصحة ووضع النظام الصحي في السودان الذي يتناوله هذا التقرير.

المحتويات

- 4 شكر وتقدير
- 5 الملخص التنفيذي
- 8 مقدمة
 - أ - نبذة قصيرة عن مبادرة الشفافية في السودان
 - ب - اهداف و اغراض التقرير
 - ج - المنهجية والاطار التحليلي
- 10 الخلفية والسياق
 - أ - السياق السياسي السوداني منذ عام ١٩٨٩ إلى ٢٠١٧ :
 - ب- نظرة عامة على قطاع الصحة في السودان والنظم الرقابية القائمة
 - ١-السياق الاقتصادي الكلي للسودان
 - ٢. تنظيم نظام تقديم الخدمات الصحية في السودان
 - ٣. الموارد البشرية للصحة في السودان
 - ٤. وضع تمويل قطاع الصحة في السودان
 - ٥. نظام الحماية الاجتماعية في السودان
 - ٦. النظم الرقابية التي تؤثر على قطاع الصحة في السودان
 - ج- الأطر العالمية المعرفة للحكومة الرشيدة في القطاع الصحي
- 23 تحليل الفساد في قطاع الصحة في السودان
 - أ- أسباب وخصائص وأثر الفساد في قطاع الصحة السوداني
 - ١. تمكين الفساد بخصوصية القطاع العام الصحي وإهمال التزامات الدولة الدستورية والقانونية
 - ٢. أمثلة توضحية لملاح الفساد في قطاع الصحة السوداني
 - ٣. تأثير سوء إدارة القطاع الصحي على السلامة العامة والصحة في السودان
 - ب - اهم تحديات القطاع الصحي في السودان: الحوكمة الرشيدة والاستثمار العادل والمنصف
 - ١. تحديات الحوكمة الرئيسية التي تؤثر على قطاع الصحة في السودان
 - ٢. منطوق ومبررات الاستثمار في قطاع الصحة في السودان
 - ٣. أهمية مراعاة مبدأ الانصاف والعدالة الاجتماعية عند تخطيط استثمارات القطاع الصحي
- 43 الاستنتاجات والتوصيات
 - أ - الاستنتاجات
 - ١. الإطار التحليلي والنظري لدراسة أبعاد الفساد
 - ٢. الفساد في قطاع الصحة كجزء من الفساد العام
 - ٣. تأثيرات الفساد علي قطاع الصحة في السودان
 - ٤. التوجهات المتوقعة لفساد قطاع الصحة في السودان وآثاره
 - ٥. فجوة المعلومات والبحوث
 - ب- التوصيات
 - ١. التدابير السياسية
 - ٢. التدابير التشريعية
 - ٣. التدابير علي مستوى السياسات والمؤسسات القومية
 - ٤. التدابير المؤسسية والإدارية
 - ٥. التدابير المحلية والصحية على مستوى مرافق الخدمات الصحية
- 49 قائمة المراجع
- 52 المرفقات
 - المرفق أ - موجز تجارب الفساد في قطاع الصحة والدروس المستفادة من البلدان الأخرى
 - المرفق ب - جدول الإحصاءات الاجتماعية والاقتصادية والديموغرافية والصحية للسودان

شكر وتقدير

تتقدم المجموعة السودانية للديمقراطية أولاً ومبادرة الشفافية السودانية، بالشكر الجزيل لكافة الأفراد والمؤسسات الذين ساهموا في إصدار هذا التقرير البحثي. ونخص هنا كل أولئك النساء والرجال الذين ما زالوا يناضلون من أجل سيادة العدالة وحقوق الانسان في السودان ، المتيقظون والمثابرون دوماً ، من السودانيين وغير السودانيين في المجتمع المدني المحلي والإقليمي والدولي ومجموعات وسائل الإعلام، في التقصي والكشف المستمر عن الانتهاكات الأخلاقية والقانونية في عهد الدكتاتورية التي أسمت نفسها «حكومة الانقاذ» وخاصة أولئك الذين ثابروا على الكشف بشجاعة عن مدى الفساد المستمر في قطاع الصحة فضلا عن عواقبه.

كما نود أن نشكر الباحثين الذين أعدوا هذا التقرير، والذين تم حجب هوياتهم حفاظاً على سلامتهم من بطش النظام القمعي في السودان مما قد يشكل خطراً على حياتهم ، الذي ما زال سادراً في حماية الفساد الوارد وصفه في هذا التقرير خاصة في ظل استمرار الحساسية المفرطة لدى نظام حكومة حزب المؤتمر الوطني الحاكم تجاه أي انتقاد لسلوكه وانتهاكاته في حق الشعب السوداني وموارده.

وختاماً، نتوجه بالتحية، للتضحيات البطولية اليومية التي مازال يبذلها المواطنون السودانيون الشرفاء بصمت، ولا سيما أولئك الذين يعيشون في مناطق الحرب في ولايات دارفور وجنوب كردفان والنيل الأزرق. والذين يعانون من اسوأ آثار نظام الانقاذ القمعي حالياً بما في ذلك التجليات المختلفة للحرب والسياسات المدمرة، وسوء إدارة الدولة وانتشار الممارسات الفاسدة والانعدام الكامل للشفافية.

ويحدونا الأمل في أن يمثل هذا التقرير إسهاماً في نضال الشعب السوداني لتخليص البلاد من حكومة الانقاذ الدكتاتورية وإطلاق فجر جديد لإعادة بناء مؤسسات الدولة وسياساتها وممارساتها على أسس ومبادئ الحكم الرشيد وكفالة حقوق الانسان.

ملخص تنفيذي

جاء نظام حكومة الانقاذ في السودان إلى السلطة عبر انقلاب عسكري يوم ٣٠ يونيو ١٩٨٩. وقد شاركت في الانقلاب ومازالت تدعمه الحركة الاسلامية في السودان والتي من اهم ركائز سياساتها الاقتصادية والاجتماعية هو الهدم الممنهج لاركان الدولة السودانية، والذي ظهر جلياً في إهمال وتسليح وتشويه الخدمات الاجتماعية، الصحية والتعليمية وغيرها، وتجفيف تمويلها وتشريد كوادرها العاملة. كما مهدت هذه السياسات الطريق لمتنفيذي حكومة الانقاذ من اكتساب فوائد شخصية ضخمة من خلال الفساد المتفشي والتفكيك المنظم للضوابط الرقابية التي طبقت بشكل مقبول لحد ما منذ استقلال السودان في ١٩٥٦.

في مارس ٢٠١٥ من عام، أطلقت المجموعة السودانية للديمقراطية أولاً مبادرة الشفافية السودانية والتي اتت أهم أعمدها، البحث العلمي الدقيق من اجل التوثيق ونشر الوعي حول مدى انتشار الفساد وانعدام الشفافية في السودان. وفي هذا الاطار، يجئ هذا التقرير الذي يركز بشكل أساسي على كشف مظان الفساد في قطاع الصحة في السودان.

يهدف التقرير إلى تحديد ووصف نطاق الفساد وأسبابه الجذرية وانتهاكه لمبادئ وأسس الحوكمة الرشيدة واثار كل ذلك علي أداء القطاع الصحي في السودان منذ عام ١٩٨٩. ويستهدف هذا التقرير في المقام الأول الناشطين والباحثين والطلاب والأكاديميين وصانعي السياسات والعاملين في قطاع الصحة في السودان لكي يمكنهم من اداء ادوارهم المهنية والسياسية والاجتماعية بمعرفة تامة لما يدور حولهم. يتناول التقرير ممارسات الفساد في القطاع الصحي بالمقارنة مع متطلبات الحوكمة الرشيدة الواردة في دستور السوداني المؤقت لعام ٢٠٠٥، والمعايير الدولية والممارسات العلمية المعيارية في مجال الحوكمة الرشيدة لقطاع الصحة. ويستعرض التقرير ملامح وأنواع الفساد الشائعة في قطاع الصحة في السودان ونقاط الضعف المنهجية في الإطار التشريعي والتنظيمي والمؤسسي والرقابي للحكومة الطبية الرشيدة. كما تعرض وحاول التقرير تحديد الأثر السلبي للفساد علي المحصلة النهائية لاداء اي قطاع صحي مثل نسبتي الامراض والوفيات ومستويات تقديم الخدمات الصحية (كمعدلات الحصول على الخدمات الصحية واستخدامها). بالاضافة الي ذلك، أعتمد التقرير على تجارب عالمية مماثلة اثبتت مدى مفعول هذا الأثر السلبي للفساد علي أداء القطاع الصحي. فعلى سبيل المثال، فان انخفاض معدلات استخدام خدمات الصحة الوقائية بسبب الفساد يؤدي بصورة مباشرة الي انخفاض معدلات التغطية بالتحصين للاطفال، ويؤدي انخفاض معدلات تغطية خدمات النظافة البيئية بسبب الفساد ايضاً الي ارتفاع معدلات الوفيات الناجمة عن تفشي الأمراض المعدية وغير المعدية بين المرضى المتردددين علي عيادات القطاع العام. ويعتبر التقرير ان هياكل الحكم الضعيفة في كافة اجهزة الدولة (هما في ذلك انعدام الارادة السياسية الحقيقية وارتباط مصلحة النظام بفساد واثراء مواليه)، ونقص التمويل في القطاع الصحي، من اهم عوامل إستشراء و تمكين الفساد ليصبح

ظاهرة سرطانية في السودان. لذلك نجد أن إهمال الحكومة لمسؤولياتها تجاه صحة مواطنيها، وتفكيك الاطر التنظيمية والرقابية التي كانت قائمة وفاعلة في القطاع الصحي، هي العوامل المشجعة والداعمة للفساد في قطاع الصحة في السودان.

يغطي التقرير كذلك بعدين آخرين مرتبطين بتفشي الفساد وانهيار الخدمات الصحية في السودان، وهما: استمرار النظام في شن الحروب ضد مواطنيه في دارفور وجنوب كردفان والنيل الأزرق وسياسته النشطة في خصخصة وبيع جميع الأصول والخدمات العامة . فنجد أن زيادة النفقات العسكرية والأمنية ، علي حساب الصرف علي التزامات الدولة واستثماراتها الاجتماعية في التنمية البشرية ، قد أدى الى توجيه الميزانيات المتاحة بعيدا عن القطاع الصحي والاجتماعي والتنموي . وفي الوقت نفسه، فإن تضارب المصالح والممارسات التأميرية والسرقة بواسطة بواسطة أعضاء الحركة الاسلامية (من نهب للأصول المملوكة للدولة وسرقة الممتلكات العامة) في اطار عملية الخصخصة ، لا تترك مجالاً للشك في أن الدوافع الفاسده هي المحرك لجهود الخصخصة التي تقوم بها حكومة الإنقاذ. وترد في التقرير أمثلة وتحليلات واضحة لكل هذه الظواهر وابعادها .

ويختم التقرير بتأكيد ما أشار إليه العديد من المراقبين وضجت به الصحف والتصريحات الرسمية من بعض مسؤولي حكومة الانقاذ نفسها ، أن قطاع الصحة في السودان يعتبر من بين أكثر القطاعات تضررا من ارتفاع معدلات الفساد على عدد من المستويات في داخله ومن حوله. وفي حين أن انعدام الكفاءة الادارية يشكل ايضا عاملا مساعدا للفساد، الا ان انعدام الكفاءات نفسه كان بسبب تشريد حكومة الانقاذ لهذه الكفاءات في قطاع الصحة ومرافق الدولة المختلفة، حيث فصلت حكومة الانقاذ تعسفا ما يزيد عن ٧٠,٠٠٠ مهني وعامل وموظف ممن اعتبرتهم غير مواليين للحركة الاسلامية. وبالتالي فان السياسات غير الفعالة وسوء الإدارة وسوء ممارسات التنفيذ في النظام الصحي في السودان يندرج ايضا تحت باب الفساد السياسي الذي مكن حكومة الانقاذ من الاستفادة من الفساد الاقتصادي.

ويستعرض التقرير التزامات الدستورية والقانونية التي تلزم حكومة الانقاذ بتوفير بعض الخدمات الرئيسية في السودان ، وفشلها في تسخير فترة النمو الاقتصادي الكلي ، الذي تحقق لقرابة العقد من الزمان خلال طفرة النفط في السودان ، لفائدة المواطن السوداني. وقد جاء هذا الفشل جنبا إلى جنب مع التصريحات الحكومية الرسمية التي تثبت وعي حكومة الانقاذ التام بالتزاماتها وقدرتها على توفير خدمات صحية بأسعار معقولة أو مجانية. وقد أدى وجود الالتزام الدستوري والقانوني والمقدرة الاقتصادية البائسة إلى أن يصل التقرير لنتيجة أن الفساد في القطاع الصحي في السودان لا ينبغي أن ينظر إليه على أنه نتيجة عرضية ولا ظاهرة محصورة في اخلاقيات بعض مسؤولي حكومة الانقاذ بل هو جهد متعمد لتفكيك واستغلال قطاع كان له في السابق أنظمة مراقبة سليمة تحد من تفشي الفساد فيه .

بناءا علي هذا التحليل، وبدلا من الاكتفاء بمعاقبة الفساد في قطاع الصحة، يوصي التقرير باتخاذ

تدابير منهجية إضافية تستهدف الأسباب الجذرية للفساد. وتشمل هذه التدابير إنشاء نظام للضوابط والمحاسبة يعزز الحوكمة الرشيدة داخل القطاع الصحي وخارجه، وزيادة مشاركة المجتمعات المحلية والمواطنين لضمان فاعلية آليات المحاسبة والشفافية والمساءلة وسط المسؤولين الحكوميين، وإصلاح ما تم تدميره من آليات رقابية، وإنشاء آليات مؤسسية جديدة للحوكمة الرشيدة بما يمكن المواطنين من الرقابة على قرارات القطاع الصحي قطريا وفي محافظات وولايات ومحليات البلاد.

وتمثل توصيات التقرير اجندة اولية لبحوث ودراسات مستقبلية يتواصل عبرها التحقيق في الفساد, خاصة تحديد مدى الفساد وأثره وآلياته العملية من اجل الوقاية منه ومعالجته بصورة اكثر علمية وفاعلية في المستقبل. وقد يبدو من غير الواقعي تنفيذ مثل هذه التوصيات في ظل نظام حكومة الانقاذ القمعي الحالي الذي ليس له مصلحة في محاربة الفساد والذي يجني فوائد كبيرة من الفساد في القطاع الصحي. ومع ذلك، يهدف هذا التقرير إلى مساءلة النظام الحالي عن سياساته وممارساته الفاسدة استنادا إلى إطاره التشريعي القائم، مع تمكين السودانيين من إنشاء نظام حكم أفضل للبلاد بعد تغيير نظام حكومة الانقاذ .

أ. نبذة قصيرة عن مبادرة الشفافية السودانية

أطلقت المجموعة السودانية للديمقراطية أولا مبادرة الشفافية في السودان في مارس ٢٠١٥ لتوثيق وتحري وتحليل ونشر معلومات موثوق بها عن نطاق وحجم الفساد في السودان. وتتمثل الأهداف الرئيسية للمبادرة فيما يلي:

- (١) رفع مستوى الوعي لدى السودانيين وغير السودانيين حول حجم ونطاق الفساد، كبره وصغيره.
- (٢) بناء حركات وحراك لمكافحة الفساد على المستويين المحلي والقومي للمطالبة بالمساءلة والشفافية واسترداد الأصول والعدالة.
- (٣) حشد وبناء قدرات الشباب، من خلال التدريب المتخصص، ليكونوا قادرين على توثيق وتحليل وتقويض ممارسات ودعائم الفساد بمهارة في بيئاتهم المحلية.
- (٤) نشر معلومات موثوقة عن الفساد وانعدام الشفافية بحيث تكون متاحة على الانترنت للطلاب والباحثين والناشطين والمدنيين والسياسيين.
- (٥) توفير معلومات ودراسات موثوقة للقوى الديمقراطية الساعية للتغيير في السودان للمساعدة في تأسيس آليات موثوقة لمكافحة الفساد وآلية استرداد الأصول في المستقبل .

ب. - اهداف واغراض التقرير:

ومنذ وصول النظام الحالي للسودان إلى السلطة عبر إنقلاب عسكري في ٣٠ يونيو ١٩٨٩ ، لم يتم فقط إهمال الخدمات الصحية وغيرها من الخدمات الاجتماعية بل قامت حكومة الانقاذ بتشويه وتدمير هذه القطاعات بشكل ممنهج مما ادى بطبيعة الحال الي ظاهرة الفساد المتفشية الان بسبب التفكيك المنهجي والانتهاك المؤسس للضوابط الرقابية. فانعدمت المساءلة وازمحت الشفافية في القطاع العام والخدمة المدنية ، من المستويات الجيدة التي كانت قائمة منذ استقلال السودان في يناير ١٩٥٦.

وفي سياق تركيز مبادرة الشفافية في السودان علي تطبيق البحث العلمي والتوثيق بشأن الفساد عموما، اختير القطاع الصحي بسبب حجم الفساد المستشري فيه وأثره المباشر علي حياة المواطن ، فضلا عن اهتمام الشعب السوداني بما يطفح في الصحف بشكل يومي من فضائح عن سرقات المال العام وتدمير القطاع الصحي في السودان.

والهدف من هذا التقرير هو تحديد ووصف مدى انتشار الفساد وأسبابه الجذرية وتداعياته وانتهاك حكومة الانقاذ لابسطة مقومات الشفافية والحوكمة الرشيدة مما أدى الى انهيارا شبه كامل في أداء القطاع الصحي في السودان منذ عام ١٩٨٩.

ج. - المنهجية والإطار التحليلي :

في سبيل توثيقه وتحليله لأنماط الفساد وسوء الحوكمة في قطاع الصحة في السودان، يستعرض التقرير هيكل إدارة القطاع الصحي في السودان مقارنة بتجارب البلدان المماثلة والمعايير الدولية والممارسات الجيدة. ومن خلال الكشف عن الممارسات غير المشروعة التي تزدهر في هذا القطاع وتقديم توصيات محددة، يُمكن التقرير قوى التغيير من المطالبة بالمساءلة والنظر في بعض التدابير التي يمكن أن تقلل من الفساد الحالي أو تساعد على إعادة بناء أنظمة أفضل للحوكمة في المستقبل. ويستهدف التقرير بشكل رئيسي عامة المواطنين وتحديدًا النشطاء والباحثين والطلاب والأكاديميين ورسمى السياسات والممارسين الذين يقومون حالياً بوضع سياسات بديلة في جميع القطاعات في السودان للاعداد لمرحلة ما بعد تغيير النظام الحالي.

ومن المعروف على نطاق واسع أن هنالك صعوبة بالغة في الحصول على بيانات موثوقة عن الفساد داخل أي قطاع في السودان. وبصرف النظر عن الصعوبة والخطورة المعتادة في الحصول على البيانات التي تنطوي على تبعات قانونية تُجرم الفاسدين، فإن النخبة الحاكمة في السودان تشعر بالتهديد بشكل خاص من الكشف عن فشلها في هذا الوقت الذي تحاول فيه عبثاً كسب الدعم الداخلي والدولي لإضفاء الشرعية على عهدها السياسي التي إمتد لمدة ٢٨ عاماً في الحكم.

وبناء على ذلك، سوف يستند هذا التقرير إلى استعراض البيانات المتاحة حول السياسات والعمليات والممارسات في السودان، وكذلك على بعض المعايير والتجارب الدولية التي سيتم على أساسها إجراء التحليل والمقارنات. وبطبيعة الحال، لن يكون التقرير بهذا شاملاً يرصد كافة عناصر سوء الحكم والفساد في قطاع الصحة في السودان بصورة مكتملة. وذلك لعدم وجود نظام ديمقراطي في السودان، تتاح فيه حريات البحث والنشر والتعبير، إذ كان يمكن لفريق البحث ان يتحصل بسهولة على البيانات والادلة الدامغة والإعتماد على أوامر الاستدعاء القانونية للحصول على بعض المعلومات فضلاً عن التعاون الكامل بين المبلغين عن المخالفات دون الخوف من قمع السلطات، ولكن ونسبة لأن جميع هذه الظروف غير متوفرة الآن في السودان، يأتي هذا التقرير بشكله الحالي.

ويستعرض النهج التحليلي للتقرير الفساد من خلال الاعمدة المعيارية الستة لبناء اي نظام صحي بحسب ما أرسته منظمة الصحة العالمية. ومن ثم يصف السياق السياسي لنظام حكومة الانقاذ، ولا سيما افتقار منهجها إلى المساءلة والشفافية وسيادة حكم القانون بصفة عامة. ويحدد التقرير أيضاً أوجه الضعف المنهجية في نظام الحوكمة والرقابة في القطاع الصحي (قومياً وعلي مستوى الولايات او المحافظات والمحليات)، بما في ذلك هيكله ووظائفه وأدائه ودرجة نزاهته واداء واجبه في الإشراف على الانشطة والمرافق والوحدات الصحية، فضلاً عن الثغرات في سلسلة المساءلة والمحاسبية. ويسترشد التقرير بالخبرات والاسس العالمية المستخدمة كمرجعية علمية للحوكمة الرشيدة في قطاع الصحة.

الخلفية والسياق

أ- السياق السياسي للسودان منذ عام ١٩٨٩ إلى ٢٠١٧:

بعد ما يقرب من ٦٠ عاما من الحكم الاستعماري، اكتسب السودان استقلاله عن الحكم الاستعماري الثنائي (البريطاني-المصري) في يناير ١٩٥٦. ومنذ ذلك الحين وحتى عام ١٩٨٩، جثمت علي صدر البلاد ديكتاتوريتان عسكريتان (نوفمبر ١٩٥٨ إلى أكتوبر ١٩٦٤ ومايو ١٩٦٩ إلى أبريل ١٩٨٥) تخللتها حقبتين من الديمقراطية البرلمانية. وقد أتاح إرث الحقبة الاستعمارية، إلى جانب بعض الجهود التي بذلتها النخبة الوطنية الحاكمة في فترة ما بعد الاستقلال، إرساء بعض نظم وسياسات الخدمة المدنية ونظم الإدارة للقطاع العام السوداني، مما جعلها تتسم بقدر معقول من الكفاءة وتتميز عموما بسمعة مقبولة من حيث النزاهة.

فحتى خلال الفترتين الديكتاتوريتين العسكريتين الأوليين، كانت الأطر التشريعية والقوانين والنظم المؤسسية السائدة، قد ساهمت لدرجة معقولة في الحد من الفساد. وعلى الرغم من وجود بعض الممارسات الفاسدة خلال تلك الحقبة، إلا أن معظم ردود الافعال الرسمية كانت تعكس اهتماما قويا لدى الطبقة المتوسطة المتنامية النفوذ في الحفاظ على المبادئ الاساسية للحكومة الرشيدة وسيادة حكم القانون خاصة في ما يلي حيادية الخدمة المدنية وحمايتها من التدخلات السياسية، ولعل ذلك كان في سبيل محاكاة النماذج الاوروبية التي تدعو الى فصل السلطة التنفيذية عن الانظمة التشريعية والقضائية.

تزامنت مع ملامح الحكم الرشيد تلك وحتى عام ١٩٨٩، في قطاع الصحة والقطاع العام في السودان، درجة عالية من حرية الصحافة (على الأقل خلال الفترتين الديمقراطيةين، وليس خلال الدكتاتوريتين السابقتين)، وإنضباط أنظمة الإدارة التي تعتمد مبادئ المحاسبة والشفافية والنظم التنافسية التي تحكم المشتريات والعطاءات الحكومية لتوريد السلع والخدمات للدولة، والرقابة المستقلة على النفقات العامة على مستوى الحكومات المحلية والقومية (من خلال المجالس التشريعية والجمعيات الوطنية أو البرلمان)، والرقابة المستقلة من قبل مكتب المراجع العام والمراجعين الداخليين والمفتشين في جميع مؤسسات الخدمة المدنية تقريبا بالإضافة الي إجراءات إنفاذ المساءلة وتطبيق القوانين والقواعد والإجراءات للحد من تضارب المصالح بين موظفي المناصب العامة.

وفي ذلك الوقت، كان الاستثناء من هذه الصورة الإيجابية عموما، هو أن تقاسم السلطات وتخصيص الموارد بين الاقاليم وخلل السياسات التنموية والاجتماعية، قد أوجد تمييزا واضحا ضد بعض فئات المواطنين والمناطق. فهؤلاء المحرومون والمهمشون منذ بدايات حقبة الحكم الوطنى في السودان، هم أنفسهم الذين يكافحون الآن من أجل تحقيق المساواة في السلطة السياسية، والإنصاف في توزيع الاستثمارات التنموية واحترام خصوصيات تراثهم الثقافي مما أدى الى إنفجار مختلف الصراعات

والتمردات المسلحة منذ منتصف الخمسينات التي لا يزال بعضها قائماً حتى الآن . بدأت هذه الصراعات المسلحة في مناطق السودان الجنوبي السابقة (والتي حصلت على الاستقلال في يوليو ٢٠١١ وأصبحت جمهورية جنوب السودان) . ثم انفجر الصراع أيضاً في أقاليم دارفور وجنوب كردفان والنيل الأزرق وفي أجزاء كبيرة من الولايات الشرقية وكذلك المناطق النوبية في شمال السودان.

خلال العامين الأخيرين من الدكتاتورية العسكرية الثانية (١٩٨٣-١٩٨٥) التي أصدرت ما يسمى بـ «قوانين الشريعة الإسلامية» في سبتمبر ١٩٨٣، بدأت الحركة الإسلامية في الصعود لدوائر صنع القرار السياسي والاقتصادي وشاركت الدكتاتور نميري الحكم. وأهتمت بتحقيق فوائد ربحية سريعة لعضويتها، دون اكتراث لأي رقابة تنظيمية على نشاطها الاقتصادي، وركزت بشكل أكبر على المعاملات السلعية والوساطة والخدمات والاتجار في العملات في السوق الموازي .

انتظمت الحركة الإسلامية في بداية عهدها الحديث تحت راية الجبهة الإسلامية القومية خلال فترة حكم الديمقراطي في السودان (1985-1989) . ولكنها لم تحتل التعايش في إطار الدولة الديمقراطية وسرعان ما نظمت ونفذت الانقلاب العسكري الأخير في حزيران / يونيو ١٩٨٩ والذي ما زال قادته من الحركة الإسلامية السودانية يحكمون حتى الآن تحت ما يسمى بحكومة الإنقاذ. وقد كرست الحركة الإسلامية جل جهودها خلال ٢٨ عاماً امضتها في سدة الحكم الدكتاتوري الحال، للنهوض بمصالحها الاجتماعية والاقتصادية.

ويمكن تلخيص المعالم الرئيسية التي أثرت على الخدمات الاجتماعية والحوكمة خلال عصر حكومة الإنقاذ على النحو التالي:

- التشويه المؤسسي للخدمة المدنية أحالت الموظفين غير الموالين للصالح العام (بما في ذلك القطاع الصحي والخدمات والإدارة والهيئات التنظيمية)
- تمويل الحروب الداخلية على حساب ميزانيات الخدمات الاجتماعية والتنمية،
- اضعاف تجربة الحكم اللامركزي عبر القاء عبء ومسؤولية تقديم الخدمات الاجتماعية والبلدية على عاتق الحكومات المحلية (الولايات والبلديات واللجان) دون تزويدها بالموارد والصلاحيات اللازمة لذلك
- ازدياد العزلة الدولية بسبب الهجمات الإرهابية المستمرة التي تسندها حكومة الإنقاذ والتدخل في الشؤون الداخلية للبلدان الأخرى في محاولة لتصدير أيديولوجيتها الإسلامية المتعصبة
- هدر ونهب وبيع وسوء إستغلال الأصول والموارد التجارية والإقتصادية للبلاد، بما في ذلك النفط
- الافلاس السياسي وتعاقد الخلاف الداخلي ما بين فصائل الحركة الإسلامية .

ولقد بدأ الهجوم الأولي من حكومة الإنقاذ لتدمير الخدمة المدنية في شهر أغسطس من عام ١٩٨٩، بعد أسابيع قليلة من الانقلاب العسكري، للسيطرة على مفاصل الدولة، والذي عرف بسياسة

«التمكين»، وذلك بالتزامن مع هجماتها الأولى لتدمير قطاع الصحة، حيث أطلقت الحركة الإسلامية حملات تطهير وتشريد منهجية في جميع مؤسسات القطاع العام (بما فيها المؤسسات الرقابية) مستهدفة جميع الموظفين والعمال والمهنيين غير الموالين للحركة الإسلامية وإبداهم بالموالين لها .

بدأ الهجوم الأولي من
حكومة الانقاذ لتدمير
الخدمة المدنية في شهر
أغسطس من عام ١٩٨٩،
بعد أسابيع قليلة من
الانقلاب العسكري،
للسيطرة على مفاصل
الدولة، والذي عرف
بسياسة «التمكين»، وذلك
بالتزامن مع هجماتها
الأولى لتدمير قطاع الصحة،
حيث أطلقت الحركة
الإسلامية حملات تطهير
وتشريد منهجية في جميع
مؤسسات القطاع العام (بما
فيها المؤسسات الرقابية)
مستهدفة جميع الموظفين
والعمال والمهنيين غير
الموالين للحركة الإسلامية
وإبداهم بالموالين لها .

ويفيد تقريراً صدرته مجموعة الأزمات الدولية بأن «العديد من المؤسسات الحكومية أو الخاصة قد ارتبطت بعمليات الجماعات الإسلامية المتطرفة في السودان. فعلى سبيل المثال، تعتبر جامعة العلوم الطبية والتكنولوجيا (المملوكة من قبل الطبيب والقيادي الإسلامي القيادي البروفسور مأمون حميدة) بمثابة مركز الحضانة والتلقين والتجنيد للمتطرفين والذي تستغله الحركة الإسلامية لتصدير جماعات إرهابية وجهادية إلى بلدان أخرى مثل سوريا والعراق. وسوف يرد لاحقاً في هذا التقرير المزيد من التفاصيل لتوضيح صلة جامعة العلوم الطبية والتكنولوجيا بالإرهاب وكذلك عن انتهاك صاحبها لمنصبه وسلطاته كوزير في الحكومة من أجل تحسين العائد المالي لمؤسساته الخاصة.

ما سبق، نجد أن الأثر التراكمي للمراحل السياسية المذكورة أعلاه على إدارة الخدمات الصحية والاجتماعية، هو تدمير جميع سمات الرقابة التنظيمية والمساءلة والشفافية والحكم الرشيد في السودان . ووفقاً لمؤشر (مو إبراهيم) للحكومة في أفريقيا للفترة ٢٠٠٧-٢٠١٦، فإن السودان يحتل الآن المرتبة ٤٩ من أصل ٥٤ دولة أفريقية، حيث سجل ما يزيد قليلاً على ٣٪ في مستوى الإدارة العامة. كما أن أداء السودان يتدهور باضطراد منذ عام ٢٠٠٦ بسبب فشله في الحفاظ على سلامة المواطن وسيادة القانون، وكذلك في تطوير الفرص الاقتصادية لمصلحة البلاد.

ب. نظرة عامة على قطاع الصحة في السودان والنظم الرقابية القائمة

إن الوضع الوبائي للسودان مشابه إلى درجة كبيرة للبلدان الأفريقية جنوب الصحراء . فسوء التغذية والأمراض المعدية تهيمن على الساحة الصحية التي تعاني من ضعف شديد في مقدرة مكافحة إنتشار الأمراض. كما أصبحت تنتشر في السودان بعض الأمراض المعدية الجديدة، إذ يتفاقم العديد منها بسبب عوامل خارج إطار النظام الصحي (كأنعدام مصادر مياه الشرب المأمونة، وانعدام خدمات صحة البيئة وصعوبة الحصول على الغذاء). كما نجد أن الأسباب الرئيسية للأمراض والوفيات في السودان هي الأمراض المعدية و الأمراض الطفيلية مثل الملاريا والسل والبلهارسيا وأمراض الإسهالات وإلتهابات الجهاز التنفسي الحادة وسوء التغذية بكافة أنواعها . وقد أظهرت البيانات والدراسات الاستقصائية التي أجريت مؤخراً أن الأمراض غير المعدية قد

بدأت أيضا في الظهور علي نطاق واسع ، ويعزي ذلك الى التغير في الظروف الاجتماعية والاقتصادية وأسلوب الحياة. فوفقا لمنظمة الصحة العالمية، كان معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة في السودان في عام ٢٠١٣، ٧٣ وفاة (لكل ١٠٠٠ ولادة حية) بينما كان معدل وفيات الأمهات ٥١٢ حالة وفاة (لكل ١٠٠,٠٠٠ ولادة حية) في السودان . وستقدم الإحصاءات والمؤشرات المبوبة في المرفق (ب) من هذا التقرير ، مزيدا من التفاصيل والمقارنات عن حال قطاع الصحة في السودان، فضلا عن الوضع الحالي للمؤشرات الصحية والديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية الرئيسية.

١- السياق الاقتصادي الكلي في السودان

بحسب بيانات البنك الدولي في عام ٢٠١٥، فإن السودان يعتبر بلدا متوسط الدخل ويبلغ إجمالي عدد سكانه حوالي ٤٠,٢ مليون نسمة، بينما يبلغ الناتج المحلي الإجمالي ٩٧,١٦ مليار دولارا أمريكيا، وينمو الناتج المحلي الإجمالي بنسبة سنوية مقدارها ٤,٩٪ ومعدل التضخم السنوي ١٦,٩٪. تساهم قطاعات الزراعة والثروة الحيوانية حاليا بأقل من ٤٠٪ من الناتج المحلي الأجمالي للسودان. ويعزي البنك الدولي التحديات السياسية والاجتماعية والاقتصادية الرئيسية التي تواجه السودان الي ان «السودان لم يستخدم عائدات النفط للاستثمار في التنمية البشرية أو تنويع تركيبته الاقتصادية أو تعزيز نمو القطاع الخاص ، وإن عدم الاستقرار السياسي والفساد والشكوك حول مستقبل النمو الاقتصادي يضر بالبيئة المواتية للنمو والتوظيف .» ويضيف البنك الدولي بان «معدل الفقر في السودان يقدر ب ٤٦ في المئة مما يشير الى ان نحو ١٥ مليون شخص يعدون من شريحة الفقراء. كما ان معدل الفقر أعلى بكثير في المناطق الريفية (٥٨ في المائة) عنه في المناطق الحضرية (٢٦ في المائة)، ويتفاوت المعدل بشكل ملحوظ بين الولايات (ما بين ٢٦ في المائة في ولاية الخرطوم إلى ما يقرب من ٦٠ في المائة في الولايات المتضررة من النزاعات المسلحة مثل شمال دارفور وجنوب كردفان وتؤكد المؤشرات الاجتماعية الأخرى نفس هذا النمط.»

٢- نظم تقديم الخدمات الصحية في السودان:

يعتمد النظام الصحي العام في السودان في هيكله على ثلاثة مستويات هي : المستويات الابتدائية والثانوية والثالثة . ويتألف المستوى الابتدائي من وحدات الرعاية الصحية الأولية التي يديرها عاملون صحيون في المجتمعات المحلية ووحدات نقاط الغيار والشفخانات التي يديرها ممرضون أو مساعدون طبيون ومرافق اولية اخري يديرها مساعدين طبيون ومراكز صحية يديرها أطباء عموميون . بينما يتألف المستوى الثانوي من مستشفيات ريفية والتي من المفترض ان تكون طاقتها الاستيعابية للمرضي المنومين ما بين ٤٠ إلى ١٠٠ سرير . ويتألف المستوى الثالث من مستشفيات تعليمية ومتخصصة وعامة . ويدير القطاع العام السوداني حوالي ٩٠,٧٪ من المرافق الصحية في البلاد ويعمل به ٨٢,٩٪ من مجموع الكادر الصحي بالبلاد

بنظرة عامة ، نجد أن ١٣٪ فقط من المحليات في السودان يوجد بها هيكل تنظيمي لتقديم

١٣٪ فقط من المحليات في السودان يوجد بها هيكل تنظيمي لتقديم الخدمات الصحية بشكل كامل لمواطنيها . وتشير تقارير وزارة الصحة بان حوالي ٥١,١٪ من وحدات الرعاية الصحية الأولية و٥٧,٤٪ من وحدات نقاط الغيار و٣٠٪ من المستوصفات لا تعمل

الخدمات الصحية بشكل كامل لمواطنيها . وتشير تقارير وزارة الصحة بان حوالي ٥١,١٪ من وحدات الرعاية الصحية الأولية و٥٧,٤٪ من وحدات نقاط الغيار و٣٠٪ من المستوصفات لا تعمل. اما السبب الرئيسي وراء هذا التردى في تقديم الخدمات ، يرجع الى عدم وجود الكوادر اللازمة لتشغيل هذه المرافق الصحية والتي تشكل ٤٠٪ من جملة مرافق القطاع العام الصحي في السودان . وعلاوة على ذلك، فإن سياسة وزارة الصحة تميل بشكل ملحوظ نحو إنشاء المستشفيات الكبيرة وخدمات الرعاية الثالثية علي حساب الرعاية الصحية الأولية . ولقد إزداد التركيز على إنشاء المستشفيات خلال السنوات الماضية اذ ارتفع عددها من ٢٥٣ في عام ١٩٩٥ إلى ٣٥١ في عام ٢٠٠٤ مما يحد من مقدرة المرضى علي تلقي الرعاية اللازمة في المرافق الأولية التي من المفترض أن تكون اقرب الي مناطق سكنهم واكثر إنتشاراً و عوضاً عن ذلك يضطرون الي الذهاب الي المرافق الصحية الثانوية والثالثية كنقاط دخول إلى النظام صحي بدلا من أن تعمل هذه المرافق الثانوية والثالثية بصورة اكثر كفاءة كمراكز لتحويل الحالات المستعصية فقط.

٣- الموارد البشرية للقطاع الصحي:

من المهم الإشارة الى ضعف المستوى الحالي لتدريب القوة البشرية اللازمة لتلبية احتياجات القطاع الصحي في السودان وأن العدد المؤهل حياً أقل بكثير من الإحتياجات في جميع التخصصات ، هذا إضافة الى النقص في الكادر المؤهل من المهنيين الصحيين ا في البلاد في جميع المجالات، وخاصة الصيادلة والممرضات والموظفين الصحيين المساعدين . والفجوة في الموارد البشرية ضخمة، ولا سيما بالنسبة للممرضين والمساعدين الطبيين كما هو مثبت في الخطة الاستراتيجية للموارد البشرية لوزارة الصحة الاتحادية والتي تغطي مدى ١٠ سنوات ما بين ٢٠٠٤-٢٠١٣. ولا ينصب الضعف فقط في معدل الموارد البشرية العاملة حالياً في السودان ، كما هو الحال في العديد من البلدان النامية فحسب، بل انه يميل ليشمل معدلات تأهيل الموارد البشرية لقطاع الصحة أيضاً، ولا سيما سعة مدارس الممرضات والمساعدين الطبيين.

وبالإضافة الي الضعف الكمي ، فهناك ايضا سوء في توزيع الكوادر الصحية الموجوده حالياً في السودان. اذ تمثل حصة مرافق الرعاية الصحية الأولية من الموارد البشرية نسبة ضئيلة من مجموع القوى العاملة في المجال الصحي ، كما ان هنالك توزيع غير متوازن لمقدمي الرعاية الصحية بين المناطق الحضرية والريفية نسبة لسوء بيئة العمل في المناطق الريفية والنائية وسوء تخطيط الموارد البشرية اضافة الي ضعف الموارد المالية في ميزانيات الولايات لتعيين ما تحتاجه مرافقها من كوادر مؤهلة . لذلك تجتذب المؤسسات الاتحادية وكذلك المرافق العامة والخاصة في المدن الكبيرة (ولا سيما

الخرطوم) غالبية القوى العاملة الصحية المؤهلة في البلاد . وبإستثناء أطباء الامتياز، فنجد أن ما يقرب من ثلثي الأطباء السودانيين (٦١,٤٪) تواجدون في ولاية الخرطوم حسب إحصاءات عام ٢٠٠٤. في عام ٢٠٠٥ كانت هناك ٤٨٧ ١١ قابلة تقليدية (غير مدرب) تعمل في السودان ، بالإضافة إلى ٣٠٠٠ قابلة مدربة (بمعدل قابلة واحدة لكل ٣,١٨٠ نسمة). ومنذ ٢٠٠٧، تشير سياسات وزارة الصحة الاتحادية الى أن ٢٩ من ٣٨ مدرسة من مدار تدريب القابلات لا تعمل بشكل كاف، وأن ما يقدر بحوالي ١٤٠٠ قابلة يتم تدريبهن سنويا باستخدام كتيبات تدريبية ومناهج دراسية لا ترقى إلى المستوى المطلوب للتأهيل الكافي للقابلة . فبينما يعمل ١٦٦ مدرسا دائما (زائرات صحيات) في هذه المدارس ، جد أن معظمهم لا يمتلكون المهارات والمؤهلات المطلوبة للتدريس. وعلى الصعيد الوطني، لذلك كله نجد أن حوالي ٥٧ في المائة فقط من الولادات تتم علي ايدي كادر مؤهل وأن النسبة الأعلى منها كانت في الولاية الشمالية (٩٨,٢ في المائة). كما نجد أن القابلات المؤهلات قد ساعدن في ٢٩,٨ في المائة من الولادات وساعد الأطباء في نسبة ١١ في المائة، والقابلات الممرضات في ١٦ في المائة من الولادات. ولا تمثل الولادات التي تتم داخل المرافق الصحية سوى ١٩,٦ في المائة من مجمل الولادات على المستوى القومي .

الجدول ١: أعداد وأنواع وقطاعات مؤسسات التدريب الصحي السودانية في عام ٢٠٠٦

المجموع	قطاع خاص	قطاع عام	تخصص الكلية أو المعهد
٢٨	٧	٢١	الطب
١٠	٦	٤	طب الأسنان
١٢	٧	٥	الصيدلية
١٧	٨	٩	علوم المختبرات الطبية
١٠	٣	٧	التمريض
٥	٣	٢	الطب الإشعاعي
٨	١	٧	الصحة العامة
١	٠	١	علوم البصريات
٤	٣	١	العلاج الطبيعي
٣	١	٢	التخدير
٩٨	٣٩	٥٩	المجموع

تعتبر معظم مؤسسات التدريب في السودان جزءا من الجامعات الحكومية والخاصة. وعلى الرغم من وجود ١٣ كلية طبية في الولايات خارج الخرطوم، فإن غالبية مؤسسات التدريب الطبي والصحي توجد في الخرطوم ، وتهتم أكثر من ٥٠ في المائة من هذه المؤسسات بتدريب الكوادر الرفيعة المستوى مثل الأطباء والصيدلة وأطباء الأسنان . كما أن توظيف الخريجين الجدد في القوى العاملة الصحية يعتبر مثير للقلق مع ارتفاع معدلات البطالة والهجرة بصورة متزايدة ، اذ تقدر نسبة البطالة بين موظفي الصحة والفنيين بحوالي ٦٠ في المائة .

الجدول ٢: إجمالي أعداد وكثافة القوى العاملة الصحية في السودان في عام ٢٠٠٦

الفئة	العدد الإجمالي	الكثافة (لكل ١٠٠٠ من السكان)
مجموع الاطباء	١١,٠٨٣	٠,٣١
أطباء الامتياز	4,132	0.11
الاطباء العموميين	3,484	0.10
نواب الاطباء المتخصصين	1,550	0.04
الاطباء المتخصصين	1,910	0.05
أطباء الأسنان	944	0.03
الصيدالة	1,531	0.04
الممرضين	18,433	0.51
القبالات	14,921	0.41
فنيي ومساعدى المختبرات والتكنولوجيا الطبية	21,723	0.60
ضباط صحة بيئية	2,897	0.08
موظفى الإدارة	25,771	0.72
المجموع	97,303	2.7

تعمل معظم كوادر العاملين في القطاع الصحي في السودان في القطاع العام، وخاصة وزارة الصحة . ويشكل العاملون الصحيون الذين يعملون حصرياً في القطاع الصحي الخاص حوالي ٩,٣ في المائة فقط ، ومع ذلك، فإن التوظيف المزدوج في القطاعين شائعة جداً بين المهنيين الصحيين ، حيث هنالك العديد ممن يمزجون العمل في المرافق العامة والخاصة علي حد سواء . ويعمل ما يقرب من ٧٠ في المائة من العاملين الصحيين في المناطق الحضرية ، حيث يقدمون خدماتهم لنحو ٣٠ في المائة من مجموع سكان السودان ، كما أن ثلث هذه القوى العاملة يوجد في ولاية الخرطوم (العاصمة) ، اذ يعمل بها حوالي ٦٥٪ من الاطباء الاخصائيين . ومن ثم، فإن هنالك اختلال واضح جداً في التوازن بين المناطق الريفية والحضرية فيما يلي توزيع القوى العاملة الصحية في السودان . ولاظهار هذا التباين ، فإن بيانات توزيع الكوادر الصحية بمقارنة الكثافة السكانية تشير الى أن هنالك ٢١ طبيباً متخصصاً لكل ١٠٠,٠٠٠ شخص من سكان ولاية الخرطوم مقارنة بنسبة ٠,٨ فقط لكل ١٠٠,٠٠٠ في ولاية غرب دارفور . وبتحليل توزيع الكوادر حسب مستوي المرافق الخدمية نجد ان حوالي ٦٧٪ من العاملين الصحيين يعملون في المرافق الثانوية والثالثية مقابل ٣٣٪ فقط في وحدات الرعاية الصحية الأولية المختلفة.

اما القطاع الصحي الخاص فهو يركز بشكل رئيسي على الخدمات العلاجية، إلا أنه قد بدأ بأن يكون له دور متزايد في تقديم خدمات الوقاية المتعلقة بالصحة البيئية السكني التي تمت خصصتها لصالح شركات القطاع الخاص ، مثل خدمات تجميع النفايات المنزلية ورش مبيدات الحشرات وما إلى ذلك وترك دور المراقبة والإشراف على شركات القطاع الخاص . وتساهم المرافق الصحية الخاصة حالياً بنسبة ١٧٪ من الساعات السريرية ، و٣٦٪ من وحدات الأشعة السينية،

و٥٤% من وحدات الموجات فوق الصوتية في ولاية الخرطوم . وقد أظهر المسح الصحي المعيشي للأسرة في السودان لعام ٢٠٠٦ بأن ١٩% من مستخدمي الخدمات الصحية اختاروا القطاع الخاص . كما أشارت أيضاً الدراسة الاستقصائية حول استخدام الخدمات الصحية في عام ٢٠٠٦ الى نفس النتيجة (١٨ في المائة) . ومن التحديات الكبيرة التي تواجه القطاع الصحي الخاص في السودان ، قضايا ضمان الجودة، وسياسات المنافسة، والاعتدال في أسعار الخدمات ، والتنظيم، وقضايا الشراكة بين القطاعين العام والخاصو السماح لموظفي القطاع العام العمل في القطاع الخاص خارج ساعات العمل الحكومية الرسمية ، و التنفيذ الصارم للنظم واللوائح التي تحكم عمل هذا القطاع .

كخلاصة لوضع الكوادر البشرية في القطاع الصحي في السودان، فمن المهم النظر لهذه الاحصائيات والأرقام البائسة باعتبارها اقصى ما انجزه نظام الحكم الحالي في مدة إمتدت الى ٢٨ عاماً، كان خلالها المسيطر على سياساته وقراراته وأن هدفه المعلن هو تطهير الخدمة المدنية من غير الموالين له واستبدالهم بكوادر إسلامية مؤهلة وكافية لكي « تنقذ » البلاد ، حسب ادعاءات قاداته . ولكن حقائق وحصاد ال ٢٨ عاماً من حكم الانقاذ تثبت بان سياساته قد فشلت فشلا ذريعا . وكمثال للأضرار الناجمة عن الممارسات الفاسدة ، كتشريد موظفي الخدمة المدنية لأغراض سياسية ، من المهم هنا أن نشير الى أنه و في غضون الأشهر الستة الأولى من الإنقلاب العسكري ، قامت حكومة الإنقاذ بفصل ٥٥ من أصل ٦٦ من مديري الصحة العامة لاسباب سياسية ، رغم أن هذه الفئة كانت تشكل العصب الرئيسي لعمل وزارة الصحة والإدارات الصحية ومكاتب الصحة العامة في السودان . في نهاية المطاف ، ولعجز الحكومة عن استبدالهم بكوادر مؤهلة ، فقد اختارت حكومة تعيين طبيب القلب (الدكتور الامين «النص») مديرا عاما لخدمات الصحة العامة في منطقة الخرطوم بحري وبلدية شرق النيل والتي يبلغ عدد سكانها حوالي ٣ ملايين نسمة ، إلا أن سيرته الذاتية توضح أن دكتور الامين ليس لديه المؤهل والخبرة في مجال الصحة العامة وأن مؤهلاته العلمية تنحصر في أنه طبيب حديث التخرج وكان يسعى وقتها للتخصص في قلب . إلا أن المؤهل السياسي لاختياره هو انه الشقيق الاصغر لكان من أهم مومول مالى للحركة الاسلامية السودانية ويدعي «الطيب النص».

٤ - الوضع المالي لقطاع الصحة في السودان:

اعتمادا علي الميزانية الحكومية الرسمية التي أقرها المجلس الوطني للسنة المالية ٢٠١٦، فإن الحصة المخصصة لقطاعي الصحة والتعليم مجتمعة كانت أقل من ٢% في حين أن الحصة المخصصة للقصر الرئاسي ، والنفقات العسكرية والأمن بلغت ٧١%. ويأتي ذلك لإثبات أن الحكومة الحالية في السودان ليست حريصة على الاطلاق علي الاستثمار في التنمية البشرية. ويوضح الجدول التالي حصة القطاع الصحي في هذا السياق .

الجدول ٣: تمويل الرعاية الصحية في السودان في عام ٢٠١٣

اسم المؤشر	قيمة المؤشر
الصرف الحكومي علي قطاع الصحة كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي	١,٤ %
الصرف الحكومي علي قطاع الصحة كنسبة مئوية من الميزانية الحكومية العامة	١٠,٦ %
نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي (بالدولار أمريكي)	٧٧١
نصيب الفرد من الصرف الحكومي علي قطاع الصحة (بالدولار أمريكي)	٢٤
التمويل الخارجي لقطاع الصحة كنسبة مئوية إجمالي الصرف علي قطاع الصحة	٢,٦ %
نصيب الفرد اذا صرفت الحكومة علي قطاع الصحة ٥ % من الناتج القومي الجمالي (بالدولار أمريكي)	٣٨,٦
الإنفاق الحكومي الإضافي اللازم للوصول إلى مستوي ٩٠ دولارا أمريكيا للفرد	٦٥,٦ %

المصادر: للناتج المحلي الإجمالي (البنك الدولي، ٢٠١٦).
ليانات الإنفاق الصحي (منظمة الصحة العالمية، ٢٠١٦).

لقد مر تمويل الخدمات الصحية بإصلاحات متتالية في السودان منذ الفترة الاستعمارية حتى بداية عام ١٩٩٠، وقدمت الدولة الخدمات الصحية مجاناً لكل المواطنين . أدخلت رسوم المستخدمين في أوائل التسعينيات، كجزء مما سمي بإصلاحات القطاع الاقتصادي ، إلا أنه لم يتم توثيق أثر فرض رسوم المستخدمين على أداء المرافق الصحية العامة توثيقاً جيداً، غير أن الأدلة المتوفرة ترجح أن فرض رسوم الاستخدام قد أثر تأثيراً سلبياً كبيراً في حصول المواطنين على الخدمات الصحية مع تدهور في توفر الرعاية الصحية وجودتها . ولتخفيف الأثر السلبى لإدخال رسوم استخدام الخدمات الصحية، نَصَّ دستور السودان لعام ٢٠٠٥ على أن تعفى حالات الطوارئ في المستشفيات من رسوم المستخدمين بالإضافة الي الإعفاءات الأخرى كخدمات غسيل الكلى، والأدوية المثبطة للمناعة التي يتناولها زارعى الكلى، والعلاج الكيميائي الإشعاعي للسرطان وعلاج مرض الهيموفيليا . وبلغت النفقات السنوية الحكومية على العلاج المجاني حوالي ٣,٥ مليار جنيه سوداني (١٣,٦ مليون دولار أمريكي) في عام ٢٠٠٥ وارتفعت إلى ١٩,٤ مليون دولار أمريكي في ميزانية عام ٢٠٠٦ ، أي ما يعادل ١٥-٢٢ % من إجمالي الميزانية الصحية الاتحادية.

الإنفاق على الصحة في المستوى الاتحادي يتم من ميزانية وزارة الصحة الاتحادية (بمقدار حوالي ٣ - ٤ دولار أمريكي للفرد) ومن خلال صناديق الضمان الاجتماعي (التأمين الصحي، صندوق الزكاة الخ ، بمقدار حوالي ١-٢ دولار للفرد) ومن صندوق التأمين الصحي والذي يغطي حوالي ١٥ % من السكان ، معظمهم من موظفي الخدمة المدنية وأسرههم ، بمقدار 34 مليون دولار في عام ٢٠٠٥ ، أي بمقدار

١ دولار أمريكي للفرد في السنة . ويقدر حجم الإنفاق الخاص من المواطنين بحوالي ٢١ دولارا أمريكيا للفرد ، أي ما يعادل ٧٠٪ من إجمالي الإنفاق الصحي ، وهو ثاني أعلى معدل في العالم ودلالة واضحة علي تحميل حكومة الانقاذ لمجمل عبء القطاع الصحي علي عاتق المواطن السوداني. ويتراوح الإنفاق الصحي على مستوى الولايات من ٣,٥ دولار أمريكي للفرد سنويا في مناطق الحرب مثل جنوب كردفان ليصل إلى ٧,٥ دولار أمريكي في ولاية الخرطوم . اما متوسط إجمالي الإنفاق الحكومي على مستوى الولايات فيبلغ حوالي ٥ دولارات للفرد الواحد في الولايات الشمالية. ولا يعرف الإنفاق على المستوى المحليات ويعتقد أن يكون في حدود ١-٢ دولار للفرد الواحد؛ مما يدل على المستوى المنخفض جدا من الإنفاق على الرعاية الصحية الأولية والنشاطات الوقائية الرئيسية.

٥ - نظام الحماية الاجتماعية في السودان:

يضمن كل من دستور السودان المؤقت لعام ٢٠٠٥ وكذلك قانون الصحة لعام ٢٠٠٨ الصادر عن الحكومة الحالية ، للمواطنين السودانيين الحق في الحصول على الرعاية الصحية المجانية لحزمة محددة من خدمات الرعاية الصحية الأولية الاساسية ، مثل علاج امراض بعينها وخدمات صحة الأمومة والطفولة وكذلك خدمات الحوادث والرعاية الطارئة. إلا أن الواقع غير ذلك تماماً ، خاصة بعد امتناع حكومة الانقاذ عن تمويل القطاعات الصحية والرعاية الاجتماعية، حيث لا تقدم أي من هذه الخدمات مجاناً في السودان . واعتباراً من عام ٢٠٠٦، قامت الحكومة بإنشاء صندوق التأمين الصحي القومي الذي كان من المفترض أن يغطي فجوة الحماية الاجتماعية للفئات الأكثر ضعفاً، فضلا عن فئات معينة تحتاج لخدمات الرعاية الصحية في السودان . ومع ذلك، فإن التغطية الضعيفة لصندوق التأمين الصحي القومي وشروط الالتحاق غير المنصفه في خدمات الصندوق ، تركت الغالبية العظمى من المواطنين السودانيين دون تغطية مالية كافية لأي نوع من الخدمات الصحية.

ووفقاً للسياسة الصحية القومية لوزارة الصحة الاتحادية لعام ٢٠٠٧، فإن الحالات التي يغطيها صندوق خدمات الرعاية الصحية الأولية تمثل الحد الأدنى بما يشمل تعزيز صحة الطفل (وتشمل التحصين ضد الأمراض التي يمكن الوقاية منها باللقاحات، إسداء المشورة في مجال التغذية ورصد النمو وتنفيذ الإدارة المتكاملة لحزمة أمراض الطفولة ، والصحة المدرسية) وتعزيز الصحة الإنجابية (وتشمل الأمومة الآمنة، بما في ذلك الحمل الآمن وتنظيم الأسرة)؛ ومكافحة الملاريا، والسل، وفيروس نقص المناعة البشرية / متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز)، وداء البلهارسيا، وما إلى ذلك)؛ وحماية وتعزيز صحة البيئية والمرافق الصحية؛ وعلاج الأمراض البسيطة والإصابات والصحة النفسية.

٦. النظم الرقابية التي تؤثر على قطاع الصحة في السودان:

تتألف النظم الرقابية الصحية من مجموعة التشريعات والقوانين التي تحكم القضايا الصحية، والمؤسسات المسؤولة عن إنفاذ هذه القوانين، وآليات إنفاذ القانون، والادوات التي تستخدم في تطبيق هذه التشريعات. وعلى الرغم من وجود هيكل معقول نظرياً مثل هذا الإطار التنظيمي للنظم الرقابية في السودان منذ الاستقلال، إلا أن تطبيقه على أرض الواقع أصبح الآن ضعيفاً ومفككاً. ففي الوقت الراهن، تتمتع وزارة الصحة الاتحادية بسلطة رمزية (دون وجود المقدرّة الفعلية) على وضع معايير للرعاية والخدمات في القطاع الصحي. فوجد أن المجلس الطبي السوداني (للأطباء) وغيره من الهيئات التنظيمية للموارد البشرية للعاملين في القطاع الصحي، هي المسؤولة عن إصدار الشهادات والترخيص لمزاولة العمل، وبالتوازي مع ذلك، فإن المجلس السوداني للتخصصات الطبية مسؤول عن معايير التدريب المتخصصة وإصدار الشهادات للمختصين. وتتضح رمزية سلطات وزارة الصحة الاتحادية في أن خطوط التنسيق بينها وهذه الجهات ضعيفة للغاية مما أدى لضعف الدور الذي كان من الممكن أن تقوم به هذه الهيئات في تنظيم الموارد البشرية الخاصة بالعاملين الصحيين في القطاع العام والخاص بالصورة التي تضمن جودة ادائهم وحسن استغلال خبراتهم.

وفيما يتعلق بالسلع الطبية، فنجد أن هنالك إطار رقابي يتمثل في تشريعات وقوانين ومعايير استيراد أو تصنيع أو توزيع أو استخدام العقاقير الطبية واللوازم والمعدات الطبية. كما أن توزيع الأدوار والمسؤوليات لإنفاذ هذه القوانين يقع على عاتق السلطات الجمركية (في حالة الواردات)، ووحدات الإمدادات الطبية المركزية التابعة لوزارة الصحة العامة، والمجلس القومي للمستحضرات الصيدلانية والسموم، وجهات رقابية صناعية أخرى. وعندما يتعلق الأمر بالرقابة التنظيمية على معايير الرعاية للخدمات (الوقائية والعلاجية) التي يقدمها العاملون بالقطاع الخاص، نجد أن الضعف هو السمة الأساسية في أسناد تلك المهام والقدرة على تنفيذها.

وفيما يتعلق بالدراسات العليا، يوجد معهدان للتخصصات الطبية العليا؛ مجلس الدراسات العليا للدراسات الطبية في جامعة الخرطوم (تأسس في عام ١٩٧٦) ومجلس الدراسات الطبية السودانية (الذي أنشئ في عام ١٩٩٥) والآخر هو حالياً الهيئة الوحيدة المسؤولة عن التخصصات الطبية العليا في البلاد. ويبلغ معدل الالتحاق السنوي للتدريب واجتياز امتحانات التخرج بمجلس الدراسات الطبية السودانية حوالي ٩٧ طبيباً، بينما يبلغ معدل التخرج السنوي ٤٨ طبيباً، وهو معدل أقل بكثير من الأرقام المقدرّة (٥٠٠ / سنة) في الخطة الاستراتيجية لوزارة الصحة الاتحادية التي تمتد لمدة ١٠ سنوات للفترة ٢٠٠٤-٢٠١٣.

وبصرف النظر عن عدم التمكين القانوني، في ظل التعاريف المربكة والمتضاربة أو الغامضة في كثير من الأحيان للسلطات والمسؤوليات، فإن جميع هذه الهيئات تعاني أيضاً من نقص في التمويل، ونقص في أعداد الموظفين، ويفتقر الموظفون فيها إلى المهارات الأساسية اللازمة لتطبيق أي دور رقابي يسعون إليه. كما أن الافتقار إلى المعلومات وإهمال جمع بيانات أداء الخدمات الصحية الأساسية بصورة روتينية أو تحليلها أو استخدامها في صنع القرار. أورث ضعف كبير في النظم والمعايير. وحتى

المجلس القومي لمبيدات
الآفات ليس لديه
السلطات الكافية لإنفاذ
مهامه الرقابية، حيث
يمكن أن يتم استيراد انواع
مختلفة من المواد الخطرة
من قبل أعضاء مؤثرين
في الحكومة بالتواطؤ مع
رجال الأعمال عديمي
الضمير.

على أقل المستويات الأساسية فإنه لا يتم تتبع أنماط استهلاك السلع الصحية على مستوى المنشأة أو على المستوى المحلي أو الولاى أو المستوى القومى لتحديد متطلبات الشراء أو تقديرات الحوجة المستقبلية أو تحليل أنماط الاستخدام، وهذه من اهم ركائز الامداد الطبي والرقابة عليه.

اما في مجال الصحة الوقائية، فغالبا ما تدرج الانظمة الرقابية على أنشطة قطاع الصحة خارج صلاحيات اجهزة الرقابة القطاعية التابعة للسلطات الصحية على المستوى الاتحادي والولاى والمحلي. ومن الأمثلة المأساوية على ذلك ضعف السلطة الرقابية وضعف التنسيق بين السلطات الصحية والمجلس القومي للمبيدات والسلطات الزراعية المسؤولة عن الرقابة علي الأسمدة والسلطات المحلية المسؤولة عن

إنفاذ معايير سلامة الأغذية والسلطات الصناعية المنظمة للصناعة ونفاياتها والمسؤولة عن وضع الممارسات السليمة لعمليات التصنيع الآمنة.

لقد وُضعت في السودان القوانين والأنظمة الرقابية الحالية التي تحكم استخدام مبيدات الآفات بموجب قانون مبيدات الآفات لعام ١٩٩٤ المستند علي قانون الأدوية والسموم في لعام ١٩٧٤. فمثلا في مرحلة تسجيل منتج معين بقصد الاستيراد أو إنتاج أو استخدام مبيدات الآفات، فان تسجيل المنتج يتم باستخدام استمارة محددة تسمى بالاستمارة الأولى (من ١٧ نسخة) مختومة بختم المجلس القومي لمبيدات الآفات. وتحتوى هذه الإستمارة على جميع المعلومات التقنية عن المادة الكيميائية (الخصائص، السمية، الأثر البيئي، المصدر، وما إلى ذلك). ثم ينبغي ان تقوم بعد ذلك لجنة فنية من المجلس بمراجعة هذا النموذج، وللمجلس الحق في قبول أو رفض المنتج بناء على توصية هذه اللجنة الفنية. ومع ذلك، فإن المجلس ليس لديه السلطات الكافية لإنفاذ مهامه الرقابية، حيث يمكن أن يتم استيراد انواع مختلفة من المواد الخطرة من قبل أعضاء مؤثرين في الحكومة بالتواطؤ مع رجال الأعمال عديمي الضمير.

وبالإضافة إلى ماسبق، فإن النقص في تمويل القطاع العام يعني أن المهارات والسعات التخزينية والموارد الفنية اللازمة لتخزين المواد والادوات والمعدات، لا توفر للعاملين في الجهاز الرقابي لتمكينهم من القيام بدورهم بصورة امنة ومناسبة مهنيا. ويشمل مثل هذا العجز في الصحة المهنية ومعينات العمل الرقابي، كافة اجهزة الحكومة المحلية والاتحادية. وبالتالي فان المخاطر تتزايد من جراء قيام هذه الجهات بالاشراف علي ومراقبة عمليات فحص وتخزين والتخلص من المبيدات الحشرية والمنتجات والمخلفات الصناعية والطبية والكيميائية بحيث تزداد مخاطر انتقال هذه السموم إلى قنوات إمداد الغذاء وتسربها الي المياه والتربة والنبات والحيوان دون رقيب. ونورد في الأقسام التالية من هذا التقرير المزيد من التفاصيل عن السميات والمخاطر والتلوث الذي تسببه من جراء ضعف اجهزة الرقابة عليها. ويخلص هذا التقرير الى أن هذا النظام الرقابي المتهالك والضعيف قد شجع لإزدهار البيئة المتساهلة وانعدام المسائلة التي تقود الي الفساد والى تدهور الصحة العامة.

ج. الأطر العالمية المعروفة للحوكمة الرشيدة في القطاع الصحي:

توجد العديد من تعريفات الحوكمة الرشيدة في الأدبيات وأن أحد أشهر هذه التعريفات وأكثرها شمولاً هو التعريف الذي اعتمده مؤسسة مو إبراهيم الخيرية ، لمؤسسها المليونير السوداني الاصل المهندس محمد ابراهيم . وتُعرف هذه المؤسسة الحوكمة بأنها «توفير السلع السياسية والاجتماعية والإقتصادية التي يحق للمواطن أن يتوقعها من دولته، والتي تتحمل الدولة مسؤولية إيصالها لمواطنيها». في كل بلد أفريقي، يتم سنوياً قياس أربع فئات مفاهيمية في مؤشر إبراهيم للحوكمة الأفريقية وهي: السلامة وسيادة القانون، والمشاركة وحقوق الإنسان، والفرص الاقتصادية المستدامة والتنمية البشرية. ويتألف المعيار المستخدم من أكثر من ٩٠ مؤشراً تقع تحت ١٤ فئة فرعية تندرج بدورها تحت أربع اعمدة اساسية ومقياسا عاما لأداء الحوكمة. وتشمل هذه المؤشرات البيانات الرسمية، وتقييمات الخبراء واستقصاءات المواطنين، التي تقدمها أكثر من ٣٠ مؤسسة عالمية مستقلة للبيانات.

وبالمثل، تم أيضا وضع العديد من المقاييس والمؤشرات المركبة وأطر قياس الأداء لتحليل إدارة القطاع الصحي . ويرد في المرفق (أ) من هذا التقرير شرحا موجزا لبعض هذه الأدوات والاطر . والي جانب المراجع العلمية المذكورة في نهاية هذا التقرير ، من المؤمل أن يساعد هذا الوصف الموجز على تحقيق فهم مشترك بين قراء هذا التقرير للتعريف والمصطلحات والمقاييس اللازمة للكشف عن الفساد ووصفه ومراقبته ومعالجته إستنادا إلى خبرة عالمية قابلة للمقارن ومصطلحات تساعد في تشكيل لغة ووعي مشترك بين الناشطين والباحثين والسياسيين السودانيين.

ومن بين الأطر الكثيرة المعروفة في مجال الصحة ، تعتبر تلك التي طورتها منظمة الصحة العالمية (د. سامين صديقي وآخرون ، عام ٢٠٠٩) من أكثرها دقة وشمولا وعلمية في قياس الحوكمة الرشيدة في قطاع الصحة . تعتمد هذه الأطر على القيمة (وليس على المعيارية) وتعتمد أيضا على البيانات النوعية والموضوعية بدلا من أنظمة تحديد الاهداف . وقد وطورت هذه الآلية ودمجت بعض المبادئ والخصائص لأربعة أطر كانت قد استنبطت من قبل ، وهي : الحوكمة من منظور منظمة الصحة العالمية ؛ وظائف الصحة العامة الأساسية لمنظمة الصحة للبلدان الأمريكية ؛ والجوانب الستة الأساسية للحوكمة الرشيدة في البنك الدولي ؛ ومبادئ الحوكمة الرشيدة لبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي. ويتضمن إطار التقييم الذي طوره د. سامين صديقي وآخرون ١٠ مبادئ اساسية ، وهي كالآتي :

- الرؤية الاستراتيجية
- المشاركة والتوجه الإجماعي
- سيادة حكم القانون
- الشفافية
- الاستجابة
- الإنصاف والشمول
- الفعالية والكفاءة
- المساءلة
- الاستخبارات والمعلومات،
- والأخلاقيات

تحليل الفساد في قطاع الصحة في السودان

أ. أسباب وخصائص وأثر الفساد في قطاع الصحة في السودان

أ- تمكين الفساد بخصخصة القطاع العام الصحي وإهمال التزامات الدولة الدستورية والقانونية:

إن تحليل الفساد في قطاع الصحة في السودان يجب أن يبدأ بالعوامل السياقية والاستراتيجيات السياسية التي يستخدمها نظام حكومة الانقاذ لتحقيق أقصى قدر من الربح المقرون بالسيطرة على السلطة ورفض الحكم الديمقراطي. وفي هذا السياق، يبدو أن حكومة الإنقاذ تستخدم نوعين من الأدوات السياسية العامة لخلق بيئة باعثة على الفساد. الأولى هي تفضيل حكومة الانقاذ تمويل أجهزة الأمن والإنفاق العسكري (لمواصلة شن الحروب وقمع المعارضة) وذلك على حساب تمويل الصحة والتعليم والإنفاق الخدمي والاجتماعي. والثانية هي استمرار حكومة الانقاذ في تنفيذ سياستها المعلنة لخصخصة الخدمات الصحية (الوقائية والعلاجية، على حد سواء).

إن تطبيق مبدأ اللامركزية في الخدمات الصحية في حد ذاتها ليست سياسة خاطئة، حيث أن تقديم الخدمات الصحية اللامركزية كان سمة فارعة في السودان والعديد من البلدان الأخرى وذلك من أجل تقريب مواقع اتخاذ القرار والخدمات من المواطنين ولتعميق مدى استجابتها لاحتياجات المواطنين. ومع ذلك، فإن اللامركزية في الخدمات الصحية والتي يتم تنفيذها حالياً، من دون إعطاء السلطات والحكومات المحلية القدر اللازم من الأموال أو القدرات والمهارات التي تمكنها من إدارة خدمات الصحة العامة، يؤدي إلى ضروب من الفشل السياسي والاجتماعي الكبير الذي يحيط بادعاءات حكومة الانقاذ حول تطبيق اللامركزية في توفير الخدمات الصحية والاجتماعية، وهو لا يعدو سوى كونه ذريعة لتغليب رفع يد الدولة تماماً عن مسؤوليتها الدستورية نحو صحة المواطن السوداني.

إن الخطر الأول الناتج عن الخصخصة التي طبقت على قطاع الرعاية الصحية، أنه يدفع بالطبقة الوسطى إلى الفقر ويعمق مستوي الفقر والمرض وسط القطاع الكبير من الفقراء في السودان. والخطر الثاني الكبير هو التواطؤ البائن ما بين صناع القرار ورجال الأعمال الموالين للنظام من أجل ضمان أن يكون الدافع وراء الخصخصة وتوقيتها وأهدافها وأسعار بيع الأصول المخصصة والطريقة التي يتم بها، هو الثراء الشخصي للمسؤولين في حكومة الانقاذ وللحركة الإسلامية ومواليها في السودان.

بيد ان هنالك عامل آخر أدت من خلاله الخصخصة في السودان إلى الفساد المستمر. إذ أصبحت المرافق الصحية العامة تعاني من درجة عالية من الافتقار إلى الأموال العامة من ميزانية الدولة،

وفي نفس الوقت صدرت تعليمات مكتوبة رسمياً من السلطات الصحية والمحلية إلى هذه المرافق لزيادة إيراداتها عن طريق فرض رسوم علي مستخدمي خدماتها من دون تحديد المعايير القانونية والإدارية وادوات المساءلة حول التعامل في ذلك المال العام . وبالتالي، أجبر المرضى بشكل تعسفي علي دفع كل التكاليف ، ابتداءً من رسوم الدخول المرفق ورسوم تسجيل بيانات المرضى ورسوم الجراحة ورسوم الأدوية والعقاقير الطبية ورسوم المختبر ورسوم إشغال السرير ورسوم طعام المريض وغيرها . وعلاوة على ذلك، فقد تخلت الدولة عن تقديم جميع الخدمات الوقائية تماماً أو إهمالها أو خصصتها دون وجود معايير للمساءلة . وفضل مثال للفساد في مجال الوقاية وصحة البيئة هو تقديم شركات الصرف الصحي الخاصة التي انشأتها حكومة الانقاذ بطريقة غير تنافسية وسهلت إمتلاكها للأقارب والشركاء التجاريين والشركات السياسية التابعة للمسؤولين الإسلاميين الحاكمين . وتدعى هذه الشركات تقديم الخدمات علي مستوي المحليات دون رقيب، تلك الخدمات التي كانت (وينبغي أن تستمر) تحت مسؤولية الدولة والحكومات المحلية ، مثل التخلص من النفايات المنزلية وجمع القمامة من المنزل والحي ورش مبيدات الحشرات ضد الذباب والبعوض ، لان مثل السلع العامة تكون عادة مسؤولية الحكومة حيث انه ، ومن خلال اهتمام الدولة بأساسيات الصحة الوقائية (كاصحاح البيئة والتوعية الصحية، والتخلص من النفايات، ورش الاحياء للتخلص من الحشرات والقوارض، وتطبيق نظام صرف الصحي فعال، وضمان إمداد المياه النظيفة، ونظافة الاسواق والمطاعم ومواقع العمل والمرافق الصحية) استطاعت بلدان نامية كثيرة من النهوض بوضع مواطنيها الاجتماعي والاقتصادي وتقليل ما تصرفه الدولة علي الخدمات العلاجية

أن تثبيت الحق في الصحة لا يتطلب تشريعات إضافية في السودان . اذ إن الحصول على الخدمات الصحية هو حق متضمن ومثبت وفقاً لدستور السودان لعام ٢٠٠٥ وقانون الصحة لعام ٢٠٠٨ . وفي سياق المقارنة العالمية، أثبتت بعض التحليلات للنظم الصحية أن أداءها الأفضل يتحقق عندما يتحمل القطاع العام في الدولة زمام المبادرة والريادة في تحديد اتجاه السياسات والتخطيط الاستراتيجي للصحة وخدمات القطاع الاجتماعي، وحين تقدم الدولة قيمة مضافة إلى النظام الصحي من خلال توفير السلع والخدمات العامة الصحية (مثل إنشاء وإدارة قاعدة المعلومات الاستراتيجية للخدمات الصحية، وتنظيم معايير الجودة في تقديم الخدمات الصحية، وتنفيذ الخدمات الوقائية (مثل برنامج التحصين الموسع، والسيطرة على الأمراض البوائية وتطبيق الصرف الصحي والصحة البيئية، وضمان سلامة إمدادات الأغذية ونظافة الهواء والماء)، وتحديد وتنفيذ نظام مناسب للحماية الاجتماعية (مثل مظلة التأمين الصحي والاجتماعي ، وإدارة المخاطر، والاستجابة للاصابات والحوادث والكوارث الطبيعية والبيئية، ورعاية ذوي الاحتياجات الخاصة، والأيتام، والمسنين، إلخ)، مع ارساء نظام فعال للحكومة الرشيدة يشمل الإشراف علي ما يقدمه القطاع الخاص من خدمة للمجتمع (كالرقابة التنظيمية على السلع والموارد البشرية وجودة الخدمات الصحية الخاصة ومعايير الاداء الخ الخ).

لذلك، ليس من باب الصدفة أن نجد إن البلدان التي تتمتع بأفضل النظم الصحية أداءً وأفضل مستويات صحة الانسان على الصعيد العالمي ، هي تلك التي تعمل استناداً إلى نموذج اجتماعي

ديمقراطي مثل البلدان الاسكندنافية وكندا ونيوزيلندا وغيرها. وفي حين أن دولة كوبا تؤدي أداء متميزا وبكفاءة عالية في اطار نموذج اقتصادي واجتماعي اشتراكي المنحني ، الا ان هناك ما يمنع الباحثين من التحقق بشكل مستقل من البيانات التي تشير إلى هذه النتائج الصحية الجيدة وذلك بسبب طبيعة ديكتاتورية الحزب الواحد القمعية في كوبا، فضلا عن الشك في مدى السيطرة الشخصية ودرجة حرية الكوبيين في اختيار وتقرير ما يهم صحتهم . وجدير بالذكر أن البنك الدولي قد شجع حكومة الإنقاذ رسميا على اعتماد نماذج السياسات الاجتماعية والخدمات لجيرانها مثل إثيوبيا ورواندا قبل عدة اعوام ، وطالبها تحديدا بأن يزيد السودان استثماراته في القطاع الصحي وفي الحماية الاجتماعية ، بمزيد من الشفافية والفاعلية ، لاستهداف الفئات الضعيفة والحد من الفساد . وكما أوضحت منظمة الشفافية الدولية، فإن الفساد يأتي بأشكال عديدة، كما أن هنالك العديد من الطرق لمقاومته وتحديه. والجدير بالملاحظة أن السودان كان قد احتل المرتبة السادسة من بين الدول الأكثر فسادا في العالم (ترتيب السودان كان ١٧٠ من أصل ١٧٦ دولة تم تقييمها من قبل منظمة الشفافية الدولية في تقرير «مؤشر الفساد» لعام ٢٠١٦)، بل سجل السودان نفس المرتبة تقريبا ما بين عامي ٢٠١٢ و ٢٠١٤ (١٣٪ و ١٤٪، على التوالي ، مما يدل علي ان وضع الفساد في السودان لم يراوح مكانه علي مدي اربعة اعوام علي الاقل برغم ادعاءات حكومة الانقاذ . وتتراوح أنواع الفساد المبلغ عنها في قطاع الصحة في السودان بين الرشوة والتواطؤ وتضارب المصالح والاختلاس والإعلانات الاحتيالية والاحتيال والابتزاز والمحسوبية والتهرب الضريبي وغير ذلك.

٢- أمثلة توضيحية لملامح الفساد في قطاع الصحة في السودان:

ان الانطباع الأول الذي يعطيه الفساد عادة هو ارتباطه بالملكاسب المالية الشخصية أو المؤسسية . ولكن ليس هذا هو الحال دائما، اذ توجد العديد من الحالات في قطاع الصحة في السودان في ظل حكومة الانقاذ ، حيث يتخذ الفساد شكل الحرمان من الحقوق، والتزوير، وتزوير السجلات الرسمية، وانتهاك سرية البيانات والكذب تحت القسم مما يعتبر فسادا بائنا يعاقب عليه القانون. ومن أمثلة هذا النوع من الفساد الطابع ، ما حدث في ليلة ٢١ أبريل عام ١٩٩٠ ، عندما أحضر جهاز الامن السوداني سئ السيط جثة الدكتور الشهيد علي فضل أحمد (وهو أحد النشطاء البارزين الذين دعموا إضراب نقابة الأطباء السودانيين ضد حكومة الانقاذ في نوفمبر ١٩٨٩ ، احتجاجا علي الفصل والتشريد من الخدمة والذي كان قد باشرت حكومة الانقاذ في تنفيذه وسط الاطباء وكان ذلك الاضراب هو أول عمل معارض ناجح يتحدي حكومة الانقاذ الوليدة انذاك ، ومازال يمثل اقوي تلك الاعمال المعارضة) إلى قسم الحوادث والإصابات في المستشفى العسكري بعد ان اعتقلته سلطات الامن وعذبه تعذيبا بشعا حتي قضي نجه . وقد تم اعتقاله وتعذيبه من دون توجيه اي تهمة قانونية لمدة ثلاثة أسابيع داخل ما سمي ب «بيوت الاشباح» التابعة لجهاز الأمن السوداني. وكان من بين من قام بتعذيب الشهيد دكتور علي فضل بعضا من الأطباء القياديين في نظام حكومة الانقاذ، مثل وزير شؤون مجلس الوزراء وقتها، الدكتور الطيب إبراهيم محمد خير (الملقب ب

«الطيب سيخة» (أو قضيبي الحديد) لانه كان يحمل قضبان حديدية لإرهاب الطلاب وضربهم خلال سنوات الدراسة الطبية في السبعينيات . وغني عن القول إن مسؤولية الطيب سيخة في تعذيب الدكتور علي وقتله تقع بالتأكيد تحت عناوين أكثر وحشية من موضوع الفساد . ومع ذلك، فإن الممارسة الفاسدة وغير الأخلاقية من قبل الدكتور بشير إبراهيم مختار والدكتور أحمد سيد تعتبر من نوع الفساد القاتل الذي لابد من ذكره في مثل هذا التقرير . لان هذين الطبيين الفاسدين اخلاقيا وقعا على شهادة الوفاة (والاستمارة الجنائية الشرعية رقم ٨) في مستشفى السلاح الطبي وادعيا بان سبب وفاة الشهيد د. علي فضل كانت اصابته بمرض «الملاريا الدماغية»! . غير مقتنعين بهذا الاستنتاج الخاطئ والمزور، تحصلت عائلة وزملاء الشهيد الدكتور علي فضل على أمر قضائي من وكيل النيابة ومن القاضي المختص في مدينة أم درمان بإعادة تشريح الجثة . وقام بالتشريح الصحيح متخصصان شرعيان محترمان هما الدكتور عبدالمطلب إبراهيم والدكتور علي محمد السيد نجار الكوباني وخلصا الى أن سبب الوفاة كان التعذيب والضربات على الرأس بأداة حادة . وبفضل السعي الذي لا يقهر من أجل العدالة من قبل عائلة الشهيد الدكتور علي فضل وزملائه، لا تزال القضية القانونية مفتوحة ضد جهاز الأمن السوداني .

وبخلاف ذلك فان هنالك امثلة لا تحصى على تزوير سجلات شهادات الوفاة لحماية النظام الحاكم والتي لا تزال مستمرة في السودان . وتشير ثلاثة نماذج من هذه الممارسات الفاسدة بوضوح الى عدم توفر الارادة السياسية لدى حكومة الانقاذ من اجل ضمان العدالة والحكم السليم وتوفير الموارد الكافية لمنع ومعاقبة الفساد، مما أدى إلى انتشاره داخل القطاع الصحي .

المثال الأول هو الصندوق القومي للتأمين الصحي والذي يمثل نموذج هزيل لنظام كان القصد من إنشاؤه حماية الفئات الأشد فقراً والأكثر احتياجاً من اثر النفقات الصحية الباهظة ، ولكنه تحول بسبب الفساد الي فشل كارثي في الوصول إلى أهدافه وأوجد مصدر مضمون للثراء الشخصي للعديد من مسؤولي القطاع الصحي ومتنفذي الحركة الاسلامية . وفي المثال الثاني نستعرض في الاقسام التالية من هذا التقرير درجة التواطؤ بين السياسيين المؤثرين في حكومة الانقاذ مع الممارسات الفاسدة التي تساعدهم على الاستفادة بشكل مباشر من مواقعهم الحكومية الرسمية حيث نتعرض بالتحليل لحالة وزير الصحة بولاية الخرطوم، البروفسير مأمون حميدة . ويبين المثال الثالث والأخير مدى سوء الرقابة والفساد الذين يشكلان خطراً مباشراً على صحة المواطن من جراء التلوث البيئي عبر الاستيراد غير المنظم للاسمدة والمبيدات الزراعية والصناعية والزراعية مع الاهمال التام في اساليب توزيعها واستخدامها وتخزينها والتخلص منها.

الفتنل في حماية المال العام: حالة الصندوق القومي للتأمين الصحي:

طبقا لوزارة الصحة الاتحادية، فقد تم اعتماد نظام التأمين الصحي من قبل حكومة الانقاذ كجزء من سياسة إصلاح التمويل الصحي في منتصف التسعينات وذلك عبر إنشاء الصندوق القومي للتأمين الصحي في السودان. وتدعي وزارة الصحة العامة بأن حوالي ٥,٤ مليون شخص مشمولون بتغطية التأمين الصحي بواسطة الصندوق (حوالي ١٥,٣٪ من مجموع السكان) في عام ٢٠٠٥، في حين ادعى المدير العام لهيئة الخدمات الصحية الوطنية (د. طلال الفاضل) في ديسمبر ٢٠١٥ بأن الصندوق قد نجح في تغطية ١٤ مليون مواطن سوداني (أي حوالي ٣٠٪ من مجموع السكان). وبصرف النظر عن الشك في دقة هذه البيانات الكلية، فإن هنالك إخفاقات كبيرة أقرتها وزارة الصحة بنفسها. فعلى سبيل المثال، وفقا لبيانات الوزارة واعتبارا من عام ٢٠٠٢، كان هنالك ٧٦٪ من الذين تشملهم تغطية وزارة الصحة القومية، من موظفي الحكومة ٤,٢٪ من الأسر الفقيرة، و٢,٨٪ من عائلات جنود الجيش الذين قتلوا خلال الحروب الداخلية، و٢,٤٪ من الطلاب و٥,٩٪ من القطاع غير الرسمي. وبنظرة سريعة فإن هذه الأرقام تشير الى فشل الصندوق في الوصول الى الفئات الأكثر حوجة والتي من أجلها تم إنشاء الصندوق.

إن تحديات إنشاء أي نظام قومي للحماية الاجتماعية، معروفة ومفهومة في كل التجارب العالمية. ومع ذلك، فبعد ١٠ سنوات من إنشاء هذا الصندوق، تدهورت حالة من يستهدفهم المشروع بدلا من ان تتحسن، اذ ذكر المدير العام لصندوق التأمين الصحي القومي في مؤتمر صحفي عقد في ٢٧ ديسمبر ٢٠١٥، بأن الصندوق فشل في تغطية ٦٠٪ من الأسر الفقيرة، وأن الأدوية والإمدادات الطبية التي مولها الصندوق في ولاية دارفور قد تم تسريبها وبيعها في أماكن أخرى بأسعار السوق. وقد تم تأكيد بيانات مدير الصندوق من قبل وزيرة الرعاية والضمان الإجتماعي، السيدة مشاعر الدولب، وهي المسؤولة الاولي عن الاشراف على المدير العام للصندوق. وهكذا، وعلى الرغم من أن صندوق التأمين قد انشأ على مدى عقد من الزمان واستفاد في بدايته من ازدهار ميزانية الدولة من عوائد النفط في السودان، فإن تغطية الصندوق قد ظلت منخفضة بشكل كبير، وفشل في الوصول لأهدافه في حماية الفقراء بالاضافة الي اعترافه بالفساد في تسريب الأدوية المدعومة والمخصصة للمناطق التي مزقتها الحروب والمناطق الفقيرة مثل دارفور. إن التغطية الضعيفة وغير المنصفة ليست مجرد مشكلة طبية، بل إنها أيضا محرك للفساد حيث أن الأسر المعوزة التي فشل الصندوق في تغطيتها سوف تضطر الي تقديم الرشاوي على الأرجح لمقدمي الخدمات للحصول علي الدواء وإعفاءهم من بعض الرسوم المفروضة علي الخدمات في المرافق الصحية العامة.

هنالك أيضا عيوب هيكلية أخرى في كيفية قيام الصندوق باعماله. اذ يستند الصندوق علي خصم أقساط من المشاركين وكان يتعين زيادة هذه الأقساط من ٤٨ جنيهه سوداني إلى ١١٦ جنيهه سوداني في أواخر عام ٢٠١٥ لتعويض انخفاض قيمة الجنيه السوداني مقابل الدولار الأمريكي (الدولار الأمريكي هو العملة المستخدمة لاستيراد الأدوية بعد التدمير المتعمد من الحكومة لقدرات تصنيع الدواء

المحلية منذ أوائل التسعينات) ، إلا أن التدهور الحاد لسعر الجنيه السوداني في أواخر عام ٢٠١٦ وما تلاه من ارتفاع تلقائي في اسعار الدواء منع زيادة الأقساط المخصومة من مرتبات المشتركين بما يكفى لتلبية قيمة استيراد الأدوية بالدولار الأمريكي . لذلك يعجز الصندوق حالياً عن توفير الادوية اللازمة الا عبر الزيادة المستمرة في رسوم الاشتراك . والجدير بالذكر هنا أن في التجارب العالمية، فعادة ما يتم تحليل السياق بدقة والتحسب لمثل هذا التحديات علمياً ومعالجتها في مرحلة التصميم الأولي لصناديق التأمين الصحي . ولكن انعدام الارادة السياسية الجادة وسؤ التخطيط هو ديدن الانظمة التي لا تستند على العلميه والتخطيط ، مثل ما يحدث في السودان الآن.

كما أن مشاكل الصندوق التشغيلية لا تقتصر فقط على التغطية الضعيفة، والافتقار إلى استراتيجيات والاستهداف المنصف، ولا في عيوب مرحلة التصميم والانشاء. فالصندوق تستشرى فيه العديد من الممارسات الفاسدة مثل تحديد أسعار عالية كأساس لتعويض المستشفيات والمرافق المتعاونة معه والإفراط في تقدير مستوي وكمية الخدمة المقدمة من هذه المرافق، والإفراط في الوصفات الطبية التي يستفيد منها الصندوق، واحتكار مسؤولو حكومة الانقاذ للمرافق العلاجية والمعامل وشركات الدواء التي يتعامل معها الصندوق حصرياً دون غيرها. فمن الأمثلة الصارخة على مثل هذا السلوك

في العام ٢٠١٥ فشل
صندوق التأمين الصحي في
تغطية ٦٠% من العائلات
الفقيرة بينما تسربت
الأدوية والإمدادات الطبية
التي مولها الصندوق في
ولايات دارفور لبيعها
في أماكن أخرى بأسعار
السوق .

الفاقد هو تحديد الصندوق لعدد تسعة فحوصات بالموجات فوق الصوتية على كل امرأة حامل وتعويضه المادي لمقدم الخدمة علي هذا الاساس (حتى للنساء اللائي يخلو حملهن من اي مضاعفات تستدعي اجراء مثل هذا الكم الهائل من الموجات الصوتية) ، مع العلم بإن معيار اشتراط تسعة اختبارات من هذا القبيل لم يُسمع به في أي من الممارسات الطبية العالمية أو الإقليمية. كما أن الصندوق لا يشرك أي من الهيئات الرقابية والتنظيمية الطبية في السودان في الإشراف على معايير الخدمات الطبية الخاصة به، بل يستبعد ان يكون مثل هذا الاشراف ممكناً في ظل تبعية الصندوق إدارياً لوزارة الرعاية والضمان الاجتماعى، مع علاقة ضعيفة أو معدومة له مع وزارة الصحة باعتبارها السلطة الصحية المختصة التي تستطيع كشف ومعالجة مثل هذه التلاعب في المعايير الخدمية.

تضارب المصالح الذي يمكن مسؤولي حكومة الإنقاذ من الاستفادة الشخصية من القطاع الصحي: جامعة العلوم والتكنولوجيا الطبية ومستشفى الزيتونة المملوكتين لوزير الصحة بالولاية الخرطوم والقيادي الإسلامي البارز الدكتور مأمون حميدة:

الدكتور مأمون حميدة هو اختصاصي سوداني في مجال الطب الباطني، وهو ايضا استاذ جامعي وعضو مؤثر في الحركة الإسلامية السودانية. بعد أن اعتمدت الديكتاتورية العسكرية الأخيرة التي قادها الجنرال نميري أجندة إسلامية واصدرت ما يسمى بـ «قوانين الشريعة الإسلامية» في سبتمبر ١٩٨٣، قاد البروفسور حميدة الأطباء الإسلاميين لكسر إضرابات نقابة أطباء السودان والتي ناضلت ضد حكومة نميري من أجل زيادة النسبة مئوية من الميزانية الحكومية المخصصة للصحة، فضلا عن زيادة الأجور.

خلال دكتاتورية حكومة الإنقاذ الحالية، قاد البروفسور حميدة جهود حكومة الإنقاذ لتطهير جامعة الخرطوم من أعضاء هيئة التدريس والإداريين والطلاب الذين يعارضون حكومة الإنقاذ. وتم تعيينه مديرا لجامعة الخرطوم حيث قاد أول حملة لتعريب المناهج التعليمية وإسلمتها، وقاد اجندة الحركة الإسلامية باخلاص في ترقية اعضاء هيئة التدريس من الاسلاميين الموالين لحكومة الإنقاذ، وتشريد واعتقال وتعذيب اعضاء هيئة التدريس المعارضين وتشجيع سياسة الدولة بفرض وزيادة الرسوم الدراسية علي الطلاب اضافة الي مصاريف الاعاشة الباهظة التكاليف ومحاولات حظر كل النشاط السياسي المعارض داخل الحرم الجامعي.

ومع ذلك، فإن تأثير البروفيسور حميدة لم يتوقف عند تدمير ما كان يوما احد ارفع واقوي مؤسسات التعليم العالي الرائدة في أفريقيا، بل تعداه حين أسس بروفسير حميدة أيضا كلية طب خاصة به (جامعة العلوم والتكنولوجيا الطبية) إلى جانب مستشفى خاص فاخر (مستشفى زيتونة) في وسط مدينة الخرطوم. ولكن سرعان ما تدهورت سمعة جامعتة الخاصة حوالي عام ٢٠١٤ حين تم فضح دورها السياسي الارهابي كبؤرة لغسيل الدماغ والتدريب والتجنيد وارسال الطلاب للانضمام الي الإرهابيين الإسلاميين الذين يقاتلون جنبا إلى جنب مع الدولة الإسلامية في العراق وسوريا (داعش) وغيرها من بؤر الصراعات الاقليمية. وقد انفضح هذه الدور الارهابي للجامعة بصورة اوسع بعد سفر وانضمام أكثر من ٣٥ من طلابها (بمساعدة بعض المسؤولين في الجامعة ومنتفذين من حكومة الإنقاذ) الي داعش. الجدير بالذكر أن مستشفى الزيتونة يقع على بعد مبنيين فقط من مستشفى الإحالة الثالث الوحيد في السودان والمستشفى التعليمي الرئيسي؛ مستشفى الخرطوم التعليمي الذي تم تاسيسه في عام ١٩٠٧.

في هذا السياق السياسي التاريخي، قام الجنرال عمر البشير، رئيس حكومة الإنقاذ، بتعيين البروفيسور حميدة وزيرا للصحة في ولاية الخرطوم، وقد تردد انذاك بأن تعيينه من قبل الرئيس نفسه جاء وسط معارضة من حاكم الخرطوم والمجلس التشريعي لولاية الخرطوم آنذاك. وبدلا من أن ينأى

بروفسير حميدة بنفسه عن تضارب المصالح الصارخ في كونه وزيراً للصحة في ولاية يمتلك فيها أصولاً يمكن أن تتأثر بقراراته وتستدعي فوراً شبهة الفساد، أطلق البروفيسور حميدة حملة هجومية على مؤسسات القطاع العام الصحية كمستشفى الخرطوم الذي ينافس مستشفى الزيتون الذي يملكه ومراكز تدريب الأطباء التي تنافس جامعتهم. لذا نجد أن موقعه السياسي والوظيفي قد مكناه وشجعه على هجومه على مؤسسات القطاع العام ومن إثراء نفسه من خلال التواطؤ والفساد وما زال بروفسير حميدة يستفيد من هذا التضارب الفاضح والمفسد بين أعماله التجارية ووضعه كوزير.

وقد اهتم بروفسير مامون بمعركتين رئيسيتين في إطار استراتيجيته لزيادة أرباح ممتلكاته الخاصة (جامعة العلوم والتكنولوجيا الطبية ومستشفى الزيتون). ففي سبيل تحقيق أهدافه، قام بروفسير مامون بتدمير أي مستشفى منافس من مرافق القطاع الصحي العام أو الخاص في محيط موقع مستشفى الزيتون في الخرطوم. وقد أنجز ذلك من خلال تهديد المستشفيات الخاصة بالغرامات والتهديد بالاعلاق وسحب ترخيص العمل (بمبررات رقابية وإدارية ملفقة) وتفكيك مستشفى البروفيسور جعفر أبنعوف للأطفال (الذي تم بناؤه وتجديده من قبل جمعية خيرية ترعاها الأميرة آن من المملكة المتحدة) ومستشفى الخرطوم التعليمي. وكانت معركته الثانية هي إعفاء جامعتهم من دفع أي رسوم تفرض على غيرها من المستشفيات في ولاية الخرطوم، لتدريب طلاب الطب (وهي كلية الطب الوحيدة المعفاة بهذه الطريقة). بل ويحاول بروفسير حميدة أيضاً احتكار جميع طلاب الدراسات الطبية العليا والتدريب الطبي المركزي القائم بحيث يكون تحت سلطته كوزير للصحة في الدولة لكيما يستغل منصبه ويجعل جامعتهم محتكرة لهذا الدور والذي يدر أموالاً مضمونة وضخمة عبر رسوم التدريب والتأهيل التي يدفعها نواب الإختصاصيين من أموالهم الخاصة. ولا تزال هذه المعركة الأخيرة مستمرة بالرغم من أن مجلس التخصصات الطبية السوداني هو الوحيد الذي يوفر وينظم وينظم التدريب المتخصص وامتحان نواب الإختصاصيين قبل أن يتأهلوا ليصبحوا أخصائيين استشاريين.

وخوفاً من التعرض لسخط الجمهور في بلد لا يستطيع فيها النظام الحاكم من السيطرة الكاملة على وسائل الإعلام، خاصة في ظل تطور وانتشار وسائل الإتصال الإلكترونية، ألغى البروفسير حميدة رحلة عمل ومحاضرة كان ينوي تقديمها في كلية الملكة في لندن (المملكة المتحدة) ليعرض ويبرر فيها ما يسميه بالإصلاحات اللامركزية في الخدمات الصحية (وهي التسمية الزائفة التي أطلقها على مشروعاته لتدمير القطاع الصحي العام في ولاية الخرطوم).

وفي معرض رفضه لتلك الدعوة في مارس من عام ٢٠١٦، كان واضحاً بان البروفيسور حميدة يخشي أيضاً استجواب سلطات المخابرات البريطانية لدوره في تسهيل تجنيد جامعتهم للطلاب المنضمين للمنظمات الإرهابية مثل داعش (اذ كان بعضهم من حملة الجنسية البريطانية).

ما هو واضح ومؤسف في تجاوزات وفساد البروفيسور حميدة هو أنه مدرك تماماً بموجب تأهيله المهني العالي وخبرته الطبية لكل الآثار السيئة لأفعاله الفاسدة واستغلاله للمنصب العام من أجل الثراء الشخصي. فمن الناحية المهنية والعلمية في التخطيط الصحي السليم، يعلم البروفيسور حميدة

لم ينا بروفيسر حميدة
بنفسه عن تضارب المصالح
الصارخ في كونه وزيرا
للصحة في ولاية يمتلك
فيها أصولا يمكن أن تتأثر
بقراراته وتستدعي فورا
شبهة الفساد، وأطلق
البروفيسور حميدة حملة
هجومية على مؤسسات
القطاع العام الصحية
كمستشفى الخرطوم الذي
ينافس مستشفى الزيتونة
الذي يملكه ومراكز تدريب
الاطباء التي تنافس
جامعته .

تماما مخاطر تفكيك واغلاق مستشفيات الإحالة وومرافق الرعاية الثالثة الوحيدة في عاصمة البلاد وخطر الشروع في ذلك دون خلق قدرة أولية وثانوية كافية على مستوى مرافق الرعاية الطرفية في ولاية الخرطوم. ومن المؤكد أنه يعلم أيضا بأن التدريب المحلي المتخصص لا يصح ان تقوم به الحكومات الولائية في بلد مثل السودان . ولا يزال الأستاذ الدكتور حميدة ينتهك قوانين تضارب المصالح السودانية وقوانين مكافحة الاحتكار . إلا أنه يفلت من العقاب ، خاصة وانه يحظى بحماية سياسية قوية من رئيس حكومة الانقاذ الجنرال عمر البشير وبذلك يظل محصنا من مساءلة السلطات أو المواطنين او الصحافة .

الفساد وسوء الرقابة التنظيمية واثارها على الصحة: الكارثة البيئية وتلوث المبيدات:

من المعروف أن تصنيع المبيدات الحشرية والاسمدة يتم من مواد سامة وكذلك تفرز سموم كمنتج ثانوي للعمليات الصناعية. لذلك تتواجد هذه السموم في مبيدات الآفات والحشرات والقوارض والأسمدة الزراعية وفي النفايات الصناعية ونفايات تكرير وتصفية الوقود والزيوت المولدة للطاقة (ولا سيما الطاقة الحرارية) ومواد تنقية مياه الشرب وكيماويات معالجة الصرف الصحي والمواد الكيميائية المستخدمة في التعدين (ولا سيما النفط والذهب والمعادن الأخرى) والمنتجات الطبية والادوية (بما في ذلك تلك التي انتهت صلاحيتها)، وفي شكل معادن ثقيلة وغازات وكيماويات داخل بعض مكونات أجهزة الكمبيوتر والخلايا الكهربية (البطاريات) ومقاييس درجات الحرارة والهواتف المحمولة والثلاجات والسيارات وغيرها من مصادر السموم التي تشكل خطرا علي البيئة وعلي صحة الانسان والحيوان. وقد اقتصر الإطار التنظيمي في السودان على التعامل مع هذه المواد السامة (عبر استيرادها أو تصنيعها أو استخدامها أو إنتاجها أو تخزينها أو التخلص منها) على عدد قليل من القوانين التي كانت تشرف على تطبيقها بدقة مجموعة من الإدارات الحكومية القومية والمحلية . أن اكبر واوسع المخاطر من مثل هذه السموم يأتي من استخدام السودان الموسع للمبيدات والأسمدة لزيادة الإنتاجية في قطاعه الزراعي.

يعد السودان من أكثر الدول في أفريقيا والشرق الأوسط في استخدام المبيدات علي نطاق واسع على الرغم من أنها لا تنتج محليا في الوقت الحالي بل يتم استيراد معظمها. ومن المعروف ان المركبات الكيميائية ، المسماه بالديوكسينات والفيورانات ، هي من بين المواد السامة المستعملة في مبيدات الآفات المستعملة في السودان. ومنذ عام ١٩٨١ تم حظر مواد أخرى كانت في السابق تستخدم كمبيدات للآفات (مثل مواد دي دي تي، ديلدرين ألدرين، هيباتكلور، كلوردان، إندرين، إيسودرين). وتعتبر الصناعة الوحيدة القادرة على إطلاق ثنائي الفينيل متعدد الكلور (وهو أيضا احد السموم)

في البيئة هي صناعة توليد الطاقة ، بينما يمثل الحرق المفتوح لبعض المواد (كالمحاصيل والمخلفات والقمامة وحرق اللدائن، والحاويات البلاستيكية للمستحضرات الصيدلانية، ومخلفات المستشفيات) خارج المحارق المخصصة لذلك، مصدرا آخر لإفراز الديوكسينات والفيورانات في السودان.

وقد أفاد الباحث السوداني د. التجاني في دراسة قام بها عام ١٩٩٨ ، بأن السودان يواجه، كما هو الحال في العديد من البلدان النامية، مشكلة مزعجة من جراء إستعمال مبيدات الآفات المتقدمة التي توجد بشكل أساسي في المشاريع الزراعية المرورية الرئيسية ، وكذلك في مخازن الإدارة المركزية لوقاية النباتات التابعة للدولة. وتنتشر هذه المخازن في ٣٠ موقعا حول البلاد . وكشفت دراسة استقصائية شاملة أجريت في عام ١٩٩٦ عن وجود كميات كبيرة من هذه المنتجات المتقدمة الخطرة علي الصحة في مواقع التخزين الحكومية هذه.

وهناك عدد من العوامل الرئيسية التي تؤدي إلى تراكم المبيدات المتقدمة في السودان بسبب سوء الإدارة وسوء السياسات وضعف القدرات التقنية والإدارية. ومن هذه العوامل ، ممارسة تخزين المبيدات والاسمدة التي لم تستهلك في الموسم الزراعي السابق خوفا من تأخير وصول كميات كافية من الأسمدة الجديدة للموسم المقبل)، وتغيير سياسات المحاصيل (مثل القرار المفاجئ لزراعة الأرز في مشاريع منطقة الجزيرة المرورية مما أدى إلى استيراد مبيدات الأعشاب الضارة بالأرز بينما ظلت مخزونات المواد الكيميائية الأخرى الخاصة بالمحاصيل الأخرى قابعة في المخازن)، وتغيير التشريعات والقواعد المتعلقة بالممنوع والمحظور من انواع مبيدات الآفات. وقد ادي هذا السلوك إلى الإفراط في التخزين تحت ظروف إدارية تخزينية سيئة ، والفشل في القدرة على التنبؤ بالآفات (على سبيل المثال تبقى مخزونات مبيدات الآفات التي تم وضعها مسبقا ضد هجمات الجراد المتوقعة مخزونة بكميات كبيرة عندما لا يحدث هجوم افة الجراد.

كما أن هنالك تأثير بيئي سلبي مستمر من انعدام الضوابط التنظيمية إلى جانب الفساد وانعدام الشفافية من قبل الحكومة. على سبيل المثال، فقد تم التخلص من كميات كبيرة من مبيدات الآفات المتقدمة في عام ١٩٩٥ من قبل حكومة ولاية شمال دارفور داخل حفرة تبعد ٢٧ كم شرق بلدة الفاشر. وأظهر التحليل الذي أجراه الباحثون لاحقا وجود تركيزات عالية نسبيا من المواد السامة، وأُبلغ عن وقوع العديد من حوادث التسمم بين المواشي والماعز والأغنام في جميع الولايات تقريبا. ويشتكي سكان القرى القريبة من مخازن المبيدات في المشاريع المرورية من عدة أمراض تتراوح اعراضها ما بين الصداع والإجهاد، وآلام الصدر، والغثيان، والتعب. وتشخص معظم هذه الحالات خطأ على أنها الملاريا أو التايفويد.

وقد تمكنت دراسة أجراها الباحث السوداني د. البشير (١٩٩٨) من جمع ١٩٥ عينة دم بشرية من ١١ موقعا ينتشر فيها استخدام مبيدات آفات محدودة ومكثفة في السودان ، خلال شهري مايو وأغسطس ١٩٩٤. وتقع المناطق التي شملتها الدراسة في شمال السودان (مثل دنقلا والجولد) وشرق السودان (كالقضارف) في غرب السودان (كمناطق الأبيض وأم ورابة) واماكن زراعة القطن المروري (مثل ود مدني،الحصاحيصا والمناقل والفاو) ، ومشاريع زراعة قصب السكر (كنانة وإلجنيدي) في وسط

السودان. وأظهرت نتائج الدراسة أن العينات التي تم جمعها من السكان والمزارعين في مشاريع القطن المروي، إحتوت على مستويات مخيفة من جميع المبيدات المستخدمة، تليها مشاريع قصب السكر ومناطق الزراعة التقليدية المطرية والمناطق القريبة من نهر النيل وروافده. وقد لوحظ أن أعلى تركيز لبعض هذه السموم ذات الصلة بالمبيدات في عينات الدم التي تم جمعها من المسح الميداني في مدني، الحصاصي وكنانة على التوالي.

إن القدرة الادارية الضعيفة وهشاشة انظمة الرقابة التنظيمية، ليست سوى جزء واحد من المعادلة التي تؤدي إلى تلوث البيئة في السودان. إلا أن العامل الأكثر أثراً هو إنتشار الفساد، حيث يتواطأ المسؤولون الحكوميون مع الشركات الفاسدة (التي تضم مصنعين دوليين أو مستوردين أو موزعين أو وكلاء محليين) للسماح بوجود مبيدات محظورة أو غير ملائمة في السودان.

ومن الأمثلة الأكثر وضوحاً على هذه الجرائم، استمرار بعض المسؤولين السودانيين وشركائهم في إستيراد المواد الخطرة والسامة بصورة غير مشروعة. ففي نوفمبر ١٩٩٨، دخلت مادة «غامما» (ليندان)، من خلال ميناء بورت سودان، بطريقة غير مشروعة، من أغادير (المغرب) عن طريق أمستردام (هولندا) وجدة (المملكة العربية السعودية) داخل ١٧ حاوية، بلغ وزنها ١٤ طناً. وفي مارس ١٩٩٩، أصر المجلس القومي لمكافحة المبيدات على إعادة تصدير هذه الكمية من السموم. ومثال آخر هو الاستيراد غير القانوني ل ٦٤ طناً من كالتوكس - لانتوس في عام ١٩٩٨ والذي حاول المجلس أيضاً إعادة تصديره ولكنه فشل، ولا تزال هذه الشحنة الأخيرة من هذه المادة الكيميائية قابضة في بورتسودان في حاويات تالفة تماماً مما أدى إلى تسربها إلى التربة والتسبب في أضرار بيئية جسيمة. والمثال الثالث هو مبيدات الآفات التي تم استيرادها من سوريا. وبعضها لا يزال في مطار الخرطوم في حين تم تهريب البعض الآخر إلى داخل السوق. ولجراءة هذه الشركة السورية فإنها تخطط الآن لإنشاء مصنع للصبغ في السودان.

٣- تأثير سوء إدارة القطاع الصحي على السلامة العامة والصحة في السودان:

بعد تحليل جذور وأمثلة الفساد وسوء الإدارة، يمكن تلخيص أثارها الرئيسية على القطاع الصحي كما يلي:

- i. زيادة الإنفاق الشخصي للحصول على الرعاية الصحية،
- ii. اهدار فرصة الاستفادة القصوي من الخدمات الوقائية التي تعاني من نقص التمويل مما يؤدي إلى زيادة تفشي الأمراض على المستوى المجتمعي والفردى من جراء غياب الرصد وضعف مراقبة الأمراض المعدية وغير المعدية، ومراقبة السلامة البيئية، والمرافق الصحية في المناطق السكنية، والسلامة في مكان العمل والسلامة المهنية، وسلامة الأغذية وسلامة المياه والإمداد، والمنتجات الصناعية، وتنظيم التخلص من المنتجات الثانوية والنفايات، وما إلى ذلك.

- iii. زيادة التكاليف المباشرة للرعاية الصحية بسبب سياسات الإستيراد والتوريد من مصدر وحيد للسلع والمعدات الطبية من خلال تقديم عطاءات غير تنافسية أو شراء أدوية ذات نوعية سيئة منخفضة الأسعار أو إضاعة فرص الحصول علي خصومات مقدرة عبر المشاركة في عمليات الشراء بالجملة بالتعاون مع بلدان أخرى .
- iv. زيادة تكلفة علاج الأمراض عندما يتم سرقة وبيع السلع والمعدات الطبية المستوردة مما يؤدي إلى تردي الخدمات في مرافق القطاع الصحي العام
- v. انخفاض فرص الحصول على الرعاية الصحية (وخاصة الرعاية الصحية الأولية) بسبب تفكيك مرافق القطاع العام الصحية بشكل ممنهج ورسمي، مما يجبر المرضى للجوء للخيار الوحيد المتبقي لهم وهو المرافق الصحية الخاصة التي يمتلكها المسؤولون الحكوميون
- vi. انخفاض كفاءة الخدمات الوقائية والعلاجية بسبب الاستعاضة عن العاملين الصحيين الأكفاء بمن يفتقرون إلى المؤهلات والخبرة الكافية والموالين لسياسات الحكومة، وكذلك عن طريق تشويه تدريب العاملين الصحيين الذين يفضلون التدريب في المرافق الصحية التي يملكها المسؤولون الحكوميون (بسبب إعفائهم من تكاليف التدريب)
- vii. دخول وانتشار السلع الطبية والمعدات التي تأتي دون المستوى المسموح به في نظام الرعاية الصحية ، مما أدى إلى انخفاض كفاءة خدمات الوقاية والعلاج وزيادة معدلات المرض والوفيات بسبب سوء المعدات وأن الادوية واللقاير دون مستوى الصيدلاني المطلوب او المنتهية صلاحيتها
- viii. ويتفاقم التأثير السلبي للفساد على الخدمات الصحية بسبب الفشل في تطبيق السياسات الملزمة للدولة دستوريا وقانونيا ، لدعم علاج بعض الحالات والمجموعات السكانية .
- ix. إن التواطؤ الاحتكاري بين الصندوق القومي للتأمين الصحي من جانب وبين بعض المرافق والمختبرات الصحية المملوكة للمسؤولين الحكوميين أو المؤيدين لهم من جانب آخر ، يزيد بالضرورة من تكلفة الرعاية الصحية للفرد تحت مظلة الصندوق ، مما يقلل من نطاق تغطيته للمواطنين الآخرين.
- x. عدم التقييد بإنفاذ اللوائح التنظيمية بواسطة وزارة الصحة العامة أمام السلطة التشريعية (المجلس الوطني) والهيئات الصحية العامة والمجالس التشريعية للولايات والاجهزة الرقابية الأخرى وعدم مساءلة مديري المرافق الصحية امام مجالس الادارة والمجتمعات المحلية التي توجد بها هذه المرافق .
- xi. ويؤدي انعدام المحاسبية والمساءلة العامة نتيجة لتطبيق نظام خدمات صحية لا مركزي ، إلى تحويل المسؤولية من المستوى المركزي إلى مستوى الولايات والمحليات دون ان يستصحب ذلك اي قدر معقول من بناء القدرات التقنية والإدارية والمالية الكافية للاضطلاع بهذه

المسؤولية. وفي حين أن هذا يصب في خانة سوء الإدارة العامة بدلا من الفساد ، إلا أن الفجوة والتراخي في المساءلة هي المحرك الرئيسي لنقص التمويل في وزارة الصحة القومية والمستويات الطرفية، فضلا عن النقص في التمويل أو سوء النوعية أو غياب الخدمات التي يعاني منها المواطنون في ولاياتهم المختلفة.

ب - اهم تحديات القطاع الصحي في السودان: الحوكمة الرتيبة والاستثمار العادل والمنصف

وعند النظر للفساد في قطاع الصحة، من المهم التركيز على خمسة خصائص رئيسية أساسية تساعد على اكتساب فهم أفضل، وبالتالي، استجابة أفضل للظاهرة بجميع أبعادها.

العنصر الأول هو تمييز الفساد من سوء الإدارة المالية. فكل حالة من حالات الفساد تشكل سوء إدارة مالية، ولكن ليس كل سوء في الإدارة المالية ينبغي اعتباره ممارسة فاسدة. ثانيا، من المهم النظر الى نقاط الضعف البنيوية والمنهجية علي نطاق كل المكونات الرئيسية في نظام الحوكمة (الإطار التشريعي والقوانين واللوائح والسياسات وإدارة المخاطر والاستراتيجيات والمساءلة وإجراءات العمل وإجراءات وتدابير مكافحة الفساد. وبعبارة أخرى، فإن مجرد اليقظة واكتشاف حالات الفساد قد يساعد دون شك في تعبئة المواطنين وزيادة ادراكهم للظاهرة علي المستويين الشعبي والرسمي، ولكنه بالكاد يمس أو يعالج جذور مشكلة الفساد. ثالثا، ينبغي النظر إلى القدرة المؤسسية للتصدي للفساد بصورة مستدامة. رابعا، حتى عندما يكون هناك وضوح كامل في العناصر المذكورة أعلاه ، فإنه يجب توفر الإرادة السياسية ، ابتداء من أعلى مستويات الدولة ، بوجود مصلحة وحوافز سياسية وطنية للنظام الحاكم ، وحتى اصغر فرد يكون في وضع يستطيع من خلاله المشاركة في كشف الممارسات الفاسدة. ثم خامسا وأخيرا، ليس كل الفساد هو بالضرورة من أجل تحقيق مكاسب مالية، فعلى سبيل المثال، فإن إقدام الأطباء الإسلاميين على شهادة الزور وتحرير تقرير رسمي وشهادة طبية من أجل إعفاء وإخفاء جريمة حكومة الانقاذ حين عذبت الشهيد الدكتور علي فضل أحمد حتى الموت ، يمثل جريمة يعاقب عليها حتى بموجب قوانين السودان الموجودة اليوم . علي ضوء ما سبق، فهناك موضوعان رئيسيان يجب التأكيد عليهما في هذا التقرير. الأول يتعلق بتحديات الحوكمة التي تواجهها الصحة والقطاعات الأخرى في السودان. والثاني هو أهمية زيادة الاستثمارات في القطاع الصحي لانها لا تساعد في تقليل الفساد فحسب، بل أنها تعزز سياسات التنمية الاجتماعية والاقتصادية.

1. التحديات الرئيسية التي تواجه قطاع الصحة في السودان:

- في موضوع الحوكمة، تلخص النقاط التالية أكبر التحديات البنيوية والمنهجية في نظم إدارة القطاع الصحي ونظمه التنظيمية في السودان مما يسبب أو يرتبط باستشراء الفساد:
- i. الإهمال الحكومي للحق الدستوري في الصحة
 - ii. الإهمال الحكومي لاستحقاق المواطن في ان تدير الدولة موارده وشئون صحته برشد وامانة وعدل
 - iii. عدم اشراك المواطنين في صياغة السياسات واتخاذ القرارات التي تخص صحتهم علي المستوي القومي والمحلي مع الاقصاء المتعمد للجهات الفاعلة وصاحبة المصلحة الاجتماعية الرئيسية في صنع ومراقبة تنفيذ القرارات والسياسات، بما في ذلك منظمات المجتمع المدني والنقابات والمانحين ووكالات الأمم المتحدة والشركاء الاخرين
 - vi. ضيق أو إنعدام نطاق التمثيل القطاعي في المنابر والاجهزة التي تتخذ قرارات تخص القطاع الصحي ، كالتعليم، والشؤون المالية، والشؤون الاجتماعية، والعدل، وغير ذلك من الكيانات الحكومية ذات المصلحة والمساهمة الكبيرة في قطاع الصحة
 - v. عدم وجود آليات للمساءلة من أجل رصد وتوجيه والتحقق من تخصيص الموارد المرتبطة بالصحة وتخطيط الميزانية ومتابعة أوجه صرف المال العام على جميع مستويات إدارة القطاع الصحي.
 - vi. الافتقار إلى وجود وإعمال المعايير العلمية لقياس أداء النظام الصحي، لرصد أدائه بالدقة والشفافية اللازمة
 - vii. غياب آليات التنسيق الفاعلة بين مختلف الهيئات والاجهزة حتي في نطاق القطاع الصحي
 - viii. غياب أو تشويه وتدمير أسس المحاسبة وتحديد المسؤولية في إدارة القطاع الصحي، بما في ذلك تطوير البنية التحتية الصحية، ومعايير الشراء بالمشاركة، ومعايير تقديم الخدمات الصحية، والرقابة التنظيمية على الجهات الفاعلة غير الحكومية (كالقطاع الخاص الصحي، والمنظمات غير الحكومية)
 - ix. تفشي الفساد وسوء الإدارة علي كافة مستويات القطاع الصحي العام
 - x. عدم إنفاذ التشريعات والقوانين والاجراءات القائمة
 - xi. غياب الإرادة السياسية لإصلاح إدارة القطاع الصحي بسبب المكاسب الشخصية والمصالح السياسية بين المسؤولين الحكوميين المتواطئين مع القطاع الخاص ورجال الاعمال الفاسدين، بحيث لم يعد هنالك أي حافز أو دافع سياسي أو اقتصادي أو اجتماعي لأي عضو في حكومة الانقاذ لتحسين إدارة القطاع الصحي أو تحسين تنظيمه أو مواجهة الفساد المتفشي فيه

xii. في غياب الديمقراطية وانعدام اي تمثيل حقيقي للمواطنين عبر انتخابات حرة ونزيهة علي المستويين القومي والمحلي، فإن قنوات المساءلة والمحاسبية باتت مشوهة بحيث ينعدم أي حافز للتغيير الحقيقي

xiii. القمع المنهجي والوحشي للأصوات المدنية المعارضة ولاي جهود تدعوا إلى محاسبة المسؤولين الفاسدين ، بما في ذلك قمع وسائل الإعلام والمجتمع المدني والإحتجاجات الشعبية الداعية إلى مكافحة الفساد في القطاع الصحي

xiv. تغويض الآليات التنسيقية وتجاهل تنفيذ الاجراءات والاسس المعتمده لعمليات شراء السلع واستيرادها وتوزيعها

xv. الافتقار إلى القدرات والموارد المؤسسية وغياب أو تضارب ادوار السلطات القانونية والإدارية والرقابية مما يحد من مقدرتها علي رصد او منع او الاستجابة لحالات الفساد ضمن نطاق صلاحياتها

xvi.التجاهل المستمر للوائح مكافحة التواطؤ ومنع الاحتكار وتضارب المصالح الموجودة في القوانين، مما يؤثر سلبا على فاعلية القطاع الصحي واجهزة الدولة الرقابية في مكافحة الفساد

xvii. فشل الآليات القائمة للمساءلة (المجالس التشريعية والمراجع العام وغيرهما) في محاسبة المرافق الاتحادية و الولائية والمحلية حول مسؤوليتها عن سوء الأداء وحالات الفساد المثبتة

xviii. الافتقار إلى البيانات ونظم المعلومات المرتبطة بعملية صنع القرار وذلك من أجل استخدامها في تقييم الأداء وتحسينه داخل الاجهزة الصحية الاتحادية والولائية أو المحلية

xix.عدم وضوح الإطار التشريعي وتضارب بعض القوانين والصلاحيات القانونية مع الضعف المؤسسي في قدرات الهيئات الرقابية التي ينبغي أن ترصد وتفحص وتتخذ إجراءات تصحيحية تجاه الشركات أو المرافق أو الشركات المصنعة أو المهنيين في مجال تقديم الخدمات الصحية الخاصة.

المبررات المنطقية لزيادة الاستثمار في قطاع الصحة في السودان:

أ. الفوائد الاقتصادية من استثمار الدولة في صحة المواطن:

- دولياً، يتزايد الاعتراف بأن الاستثمار في الصحة يخلق ويضاعف الثروة ويزيد من النمو الاقتصادي؛ كما أن هناك اعترافاً تدريجياً بأهمية خفض تكاليف وعبء الرعاية الصحية عن طريق الاستثمار في المحددات الاجتماعية للصحة (مثل التعليم ومياه الشرب والسكن وغيرها) وفي الوقاية من الأمراض. فقد أثبتت مجموعة من الأدبيات العالمية الموثوقة، كيف يمكن للبلدان تحقيق عوائد عالية عندما تستثمر في صحة المرأة والأطفال والمراهقين. ولقد قُدمت أدلة قوية على فوائد الاستثمار في مكافحة فيروس نقص المناعة البشرية ومتلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز) (برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز، ٢٠١٢)، والنظم الصحية (مبادرة تنسيق الصحة في أفريقيا، ٢٠١١، وحملة صحة الأم والوليد والطفل، ٢٠١٣). وفيما يلي استعراض لبعض هذه الأدلة على فوائد مثل هذه الاستثمارات:
- وسائل منع الحمل الحديثة والرعاية الجيدة للنساء الحوامل والأطفال حديثي الولادة: إذا تآق لجميع النساء اللواتي يرغبن في تجنب الحمل أن يستخدمن وسائل منع الحمل الحديثة، وأذا حصلت جميع النساء الحوامل والموليد على خدمات الرعاية وفقاً للمعايير التي أوصت بها منظمة الصحة العالمية، وبمقارنة مع الوضع في عام ٢٠١٤، فسيكون هناك انخفاض بنسبة ٧٠ في المائة في حالات الحمل غير المرغوب فيه، وخفض لحالات الإجهاض بنسبة ٦٧ في المائة، وخفض لوفيات الأمهات بنسبة ٦٧ في المائة، وانخفاض بمعدل ٧٧ في المائة في وفيات المواليد، وفي انتقال فيروس نقص المناعة من الأمهات إلى الأطفال حديثي الولادة وسيبلغ العائد على هذا الاستثمار ما يقدر ب ١٢٠ دولاراً أمريكياً لكل دولار أمريكي ينفق على مثل هذه الخدمات، هذا إضافة إلى توفير الإستقرار السكاني الذي يعزز الاستدامة الإقتصادية ويقلل من مخاطر تغير المناخ (الأمم المتحدة، ٢٠١٥ ..)
- الرعاية الجيدة النوعية عند ولادة الطفل: ينتج مثل هذا الإستثمار ثلاث فوائد أساسية، هي: ينقذ حياة العديد من الأمهات وحياة المواليد الجدد ويمنع ولادة لجنين ميت. فأن توفير الرعاية الفعالة لجميع النساء والأطفال عند الولادة في المرافق الصحية أن يحول دون وفاة ١١٣ حالة وفاة وسط الامهات، و ٥٣١ ٠٠٠ حالة ولادة لجنين ميت و ١,٣ مليون حالة وفاة وسط الاطفال حديثي الولادة سنوياً بحلول عام ٢٠٢٠، بتكلفة تقدر ب ٤,٥ بليون دولار أمريكي سنوياً (بمعدل ٠,٩ دولار أمريكي لكل دولار شخص). (الأمم المتحدة، إويك ٢٠١٥).
- التحصين: يعتبر التحصين والتطعيم ضد الامراض من بين الخدمات الصحية الأكثر فعالية من حيث التكلفة. هنالك عشرة لقاحات (قدرت تكلفة تقديمها بحوالي ٤٢ مليار دولار أمريكي بين عامي ٢٠١١ و 2020) لديها القدرة على تجنب ما يتراوح بين ٢٤ و ٢٦ مليون حالة وفاة في المستقبل، بالمقارنة مع سيناريو افتراضي لا تقدم فيه اي من هذه اللقاحات خلال هذه الفترة

(الأمم المتحدة، إويك ٢٠١٥).

- الرضاعة الطبيعية والتغذية: يمكن أن يؤدي تشجيع ودعم الرضاعة الطبيعية في السنتين الأوليين من الحياة إلى تجنب حوالي ١٢ في المائة من وفيات الأطفال دون سن الخامسة، ومنع سوء التغذية، وضمان بداية جيدة لكل طفل. كما يؤدي توسيع نطاق الخدمات والتوعية الغذائية إلى مردود إيجابي ب، المقارنة مع تكلفته، ويؤدي أيضاً إلى القضاء على سوء التغذية في آسيا وأفريقيا، ما أنه يمكن أن يزيد الناتج المحلي الإجمالي بنسبة ١١ في المائة (الأمم المتحدة، ٢٠١٥).
- تنمية الطفولة المبكرة: إن تمكين الأطفال من تنمية قدراتهم البدنية والمعرفية واللغوية والاجتماعية، ولا سيما في السنوات الثلاث الأولى من الحياة، ينتج عائداً استثمارياً يتراوح ما بين ٧ و١٠ في المائة على مدى الحياة، من خلال تحسين التعليم والصحة والمهارات الاجتماعية، والنتائج الاقتصادية والحد من الجريمة (الأمم المتحدة، ٢٠١٥).
- المراهقون والشباب: إذا استثمرت البلدان التي تمر بمراحل التغيرات الديمغرافية في رأس مالها البشري بصورة صحيحة وتبنت سياسات توسيع الفرص المتاحة للشباب، فإن عوائدها الديمغرافية مجتمعة يمكن أن تكون هائلة. ففي إقليم أفريقيا جنوب الصحراء، على سبيل المثال، سوف تبلغ العوائد من مثل هذا الاستثمار ٥٠٠ مليار دولار أمريكي على الأقل سنوياً، أي ما يعادل نحو ثلث الناتج المحلي الإجمالي الحالي لذلك الإقليم، لمدة تصل إلى ٣٠ عاماً (الأمم المتحدة، ٢٠١٥).
- التعليم: من الأهمية بمكان لقطاع الصحة العمل على ضمان حصول الفتيات على التعليم في المستوى الثانوي إذ أن ذلك استثمار ذا عائد مرتفع يبلغ حوالي ١٠ في المائة في البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل) الأمم المتحدة، ٢٠١٥. وتشمل النتائج الصحية والاجتماعية لهذا الجهد، من بين أمور أخرى، تأخير الحمل وانخفاض معدلات الخصوبة إلى درجات أكثر صحية، وتحسن مستوى التغذية لدى الأمهات الحوامل والمرضعات واطفالهن الرضع، وتخفيض معدلات وفيات الرضع وزيادة مشاركة المرأة في الحياة العامة والسياسية. وينبغي أن تتضمن المناهج المدرسية مواد لتعزيز احترام الذات وزيادة الثقة بالنفس لدى الفتيات وزيادة احترام الفتيات من قبل المجتمع والأولاد.
- المساواة بين الجنسين: من شأن ذلك أن يسد الفجوة بين الجنسين في القوى العاملة من خلال ضمان وحماية حقوق المرأة في العمل اللائق والمنتج والاجر المتساوي، وأن يحد من الفقر وأن يزيد الناتج المحلي الإجمالي العالمي بحوالي ١٢ بالمائة بحلول عام ٢٠٣٠ (الأمم المتحدة، ٢٠١٥).
- منع زواج الأطفال: يمكن أن تسهم هذه السياسة في تخفيض زواج الأطفال بمعدل ١٠ في المائة وخفض معدلات وفيات الأمهات بنسبة ٧٠ في المائة، وانخفاض معدلات وفيات الرضع بنسبة

٣ في المائة في البلدان التي تشهد ارتفاعاً في معدل انتشار زواج الأطفال (الأمم المتحدة، ٢٠١٥). وترتبط المعدلات المرتفعة لزواج الأطفال بانخفاض استخدام وسائل تنظيم الأسرة وارتفاع الخصوبة وحالات الحمل غير المرغوب فيه، وارتفاع المخاطر الناجمة عن المضاعفات أثناء الولادة، ومحدودية التقدم التعليمي، وانخفاض الدخل الاقتصادي.

- المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية: تحقق الاستثمارات في هذه القطاعات عائداً يقدر بـ ٤ دولارات أمريكية لكل دولار أمريكي مستثمر فيها وتؤدي إلى جني عائد يقدر بـ ٢٦٠ مليار دولار أمريكي إلى الاقتصاد العالمي سنوياً إذا تحققت أهداف تقديم هذه الخدمات بصورة شاملة (الأمم المتحدة، ٢٠١٥).

٣. أهمية مراعاة مبدأ الانصاف والعدالة الاجتماعية عند تخطيط استثمارات القطاع الصحي:

من المهم الفرز ما بين مفهوم الانصاف ومفهوم المساواة. فالانصاف هو توفير الخدمة او السلعة او المعلومة او الحق او المكسب حسب احتياجات الانسان التي تتفاوت وتختلف نوعياً حسب تفاوت النوع والجنس والعمر والحالة الاجتماعية والوضع الاقتصادي ومعايير عديدة أخرى تحدد اساس هذا التباين بين افراد المجتمع الواحد . بينما المساواة هي توفير هذه المنافع بالتساوي بغض النظر عن طبيعة المتلقي. ويسهل الفرز بين المفهومين في اللغة الانجليزية بالمقارنة باللغة العربية اذ تم تعريفهما في الادبيات الاقتصادية والتنموية التي صدرت بالانجليزية.

وتأتي أهمية الاستثمار المنصف في الصحة لكونها تعزز التماسك الاجتماعي كهدف نهائي للسياسة الاجتماعية في اي دولة وكذلك كوسيلة يمكن من خلالها تحقيق أهداف إيمائية واقتصادية افضل للدولة والمواطنين . وعلي سبيل المثال ، يؤدي التمييز القائم على نوع الجنس إلى مسالب اقتصادية واجتماعية وصحية ضارة للغاية بالمرأة مما يؤثر على رفاهها ورفاه أسرته بشكل معقد ويستمر هذا الضرر طوال فترة الحياة ويتجاوز حياة المرأة بالتأثير حتي علي الأجيال القادمة. لذلك فان المساواة بين الجنسين وانصاف المرأة بتشجيع وتسهيل حقوقها الصحية ، هي متطلبات حيوية للغاية بالنسبة للصحة والتنمية في المجتمع ككل. فالوضع الصحي بين النساء والأطفال والمراهقين يكون أسوأ عندما تعاني هذه الفئات من التهميش والحرمان من حقوقها الصحية والاجتماعية والقانونية والاقتصادية. وهناك ايضا فئات من السكان ترزح تحت التمييز السلبي ولا سيما الفقير والأقلهم تعليماً وسكان المناطق النائية وذوي الاحتياجات الخاصة.

ففي البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط، توجد الامثلة التالية للاثر الصحي السيئ للمتميز علي اساس الجنس والنوع، والفقير والمستوي التعليمي:

- زيادة عدد حالات الحمل بين المراهقات في المناطق الريفية والسكان المحليين بنسبة تصل إلى ثلاثة أضعاف ما هو عليه في المناطق الحضرية
- وجود فرق بنسبة ٨٠ في المائة في نسبة الولادات التي يشرف عليها عمال صحيون مؤهلون

- بين أغنى الفئات وأفقرها في هذه الدول وجود فرق لا يقل عن ٢٥ نقطة مئوية في تغطية الرعاية السابقة للولادة عند المرأة (أربع زيارات خلال فترة الحمل على الأقل) بين الفئات الأكثر تعليماً والأغنى والأشد فقراً في هذه الدول وجود فجوة ١٨ نقطة مئوية على الأقل في سعي الأمهات للحصول عن الرعاية للأطفال المصابين بأعراض الالتهاب الرئوي بين أفقر وأغنى المجموعات داخل هذه الدول، مع انخفاض معدلات الرعاية
 - أرتفاع معدل التقزم بنسبة تصل إلى ٣٩ نقطة مئوية لدى أطفال الأمهات اللواتي غير المتعلمات ، مقارنة بالاطفال الذين أكملت أمهاتهم المرحلة الثانوية أو التعليم العالي وبالتالي، فإنه من الأهمية القصوى ان تستثمر الدولة وتوجه مواردها بإنصاف لتحقيق نتائج أفضل للجميع والأطفال على وجه الخصوص. وستكون الفوائد التي تحققت متسقة مع العوائد الإقتصادية القائمة على الحقوق والتوجه البراغماتي في الإستثمارات الأقتصادية (اليونيسيف، ٢٠١٠).
- وقد أظهرت دراسات سودانية متعددة (مثل الدراسة الاستقصائية للمستويات المعيشية للأسر في السودان لعام ٢٠٠٦، والإحصاءات الصحية القومية لعام ٢٠٠٨، وما إلى ذلك) الآثار المدمرة اجتماعياً واقتصادياً لفشل السكان في الحصول على الرعاية الصحية. وتثبت الدراسات التي أجرتها الأمم المتحدة (منظمة الصحة العالمية، ٢٠١١) أن ارتفاع معدلات تفشي الأمراض والوفيات بين السكان المتضررين من النزاعات المسلحة ، لا يقتصر فقط على الجزء الناتج مباشرة من الأعمال العدائية المسلحة والهجمات، بل أن هؤلاء السكان يعانون أيضاً من آثار الفقر على المدى الطويل ومن صعوبة الحصول على الخدمات الوقائية والعلاجية حتي بعد فترة طويلة من توقف المواجهات المسلحة . ومن العوامل التي تؤدي إلى استمرار وتفشي الأمراض والوفيات في مناطق الحروب والنزاعات المسلحة ، هو التدمير الكارثي للمرافق الصحية وتعطيل خطوط الإمدادات الطبية وهجرة العاملين الصحيين ونزوح السكان إلى مواقع جغرافية بها أنواع جديدة من المخاطر الصحية (مثل النازحين الذين يعيشون في مخيمات حول المدن وغيرها من المستوطنات العشوائية داخل المدن) كذلك فإن الاستثمار المنصف في صحة المراهقين والشباب له أهمية قصوى في بلد كالسودان الذي يشكل فيه المراهقون والشباب اعلي نسبة عمرية من السكان. ومن المؤكد أن هنالك فترات من التحول الديموغرافي تحدث في كل البلدان النامية، بحيث تنخفض معدلات الخصوبة ويزداد متوسط عمر الانسان تدريجياً بحيث تتناقص نسبة المراهقين والشباب وترتفع نسبة السكان كبار السن . والي ان تصل الدول الي ذلك المستوي من التحول الديمغرافي، تظل هنالك أولوية قصوي للاستثمار والاستفادة من المراهقين والشباب الذين يشكلون رصيذا بشريا هائلا لرفد ودعم بناء مستقبل البلاد ، اذا ما تم توفير احتياجاتهم بصورة منصفة ، ويتمثل ذلك في حقوقهم في الصحة والتعليم والعمل المجزي. ومن المؤكد أن الدول التي تتخذ الخيارات والاستثمارات المناسبة في هؤلاء الشباب والمراهقين هي وحدها التي ستجني مثل هذا العائد الديمغرافي. والدول التي تستفيد من هذا العائد الديمغرافي ، تبدأ فوائدها من اللحظة التي يوجد فيها عدد أقل من المعالين (أي كبار السن

والاطفال القصر) والمزيد من الشباب والمراهقين في بداية وقمة سنواتهم الإنتاجية.

لذا، فإن الاستثمار في الشباب ليس فقط أكثر إنصافاً من الناحية الأخلاقية بل هو أيضاً، سياسة اقتصادية عملية تأتي بعائد مرتفع من ذلك الاستثمار. وتشمل العائدات زيادة الإنتاجية الاقتصادية، وزيادة الموارد من أجل تحسين البنية التحتية والخدمات الجيدة، وزيادة القاعدة الضريبية، وتقليل معدلات الاعالة (أي نسبة السكان ممن هم في السنين المنتجة الي نسبة السكان الذين يعتمدون اقتصادياً علي الفئات العمرية المنتجة) بسبب انخفاض معدلات الخصوبة، وزيادة الاستقرار السياسي، وبناء الاساس التنموي الصلب لفائدة الأجيال القادمة.

وعلى النقيض من ذلك، فإن التفكير المتأخر الذي يفشل في إدراك الفرصة الوجيهة المتاحة حالياً للاستفادة من جيل الشباب والمراهقين عبر الاستثمار المنصف فيهم، سيؤدي إلى فقدان تلك الفرصة. ففي السودان، تتزايد الضغوط والتحديات التي يواجهها الشباب والمراهقين للحصول علي حقوقهم السياسية، والاقتصادية وحق التعليم والصحة، نظراً لعدم توفر الرؤية والارادة السياسية لحماية وإحترام ودعم هذه الفئة. ويشكل هذا القصور في حكومة الانقاذ فشلاً بالغ الأهمية لا سيما في أوقات تناقص الموارد وتزايد التهديدات الناجمة عن الصراعات وتغير المناخ والأمراض، بينما كان ينبغي أن تكون هذه العوامل حافزاً ودافعاً للاستثمار في المراهقين والشباب، وليس ذريعة لحرمانهم من حقهم.

ومن الأجيال نجد أنه من الأجدى تحضير المراهقون والشباب لتفجير إمكاناتهم وطاقاتهم الكامنة حين يكونون بصحة جيدة وحائزين علي تعليم جيد لكيما تتاح لهم فرص النجاح في تحقيق تطلعاتهم. وبفضل الدعم الملائم لتحقيق إمكاناتهم، التي تحددها الدولة بمشاركتهم، يمكن أن تكون هذه الفئة مصدراً هائلاً للإنتاجية والابتكار والدينامية الإبداعية التي تُسرّع بعجلة التنمية. فالشباب الذين لديهم وظائف، على سبيل المثال، يدفعون الاقتصادات المزدهرة، ويشاركون في صياغة القرارات التي تؤثر عليهم بحيث أنها تعكس واقعهم، حيث أن مثل هذه المشاركة والمسؤولية تجعلهم أقل عرضة للتحويل إلى طرق بديلة للتعبير عن أنفسهم من خلال الاضطرابات المدنية على سبيل المثال. وكذلك فان صياغة وتحقيق اهداف الصحة الإيجابية والجنسية يساعد المجتمع في دعم الشباب والمراهقين لكيما يتخذوا خيارات مستنيرة ورشيده بشأن حياتهم وأسرتهم وجعل مجتمعاتهم ومحيطهم أكثر صحة .

الاستنتاجات والتوصيات

أ. الاستنتاجات:

بالرغم من الحاجة الملحة إلى مزيد من العمل البحثي من اجل كشف المدى الكامل للفساد في قطاع الصحة في السودان وآثاره، الا انه من المهم عرض بعض الاستنتاجات الرئيسية بناء علي ما تقدم في هذا التقرير.

١- اهمية تبني إطار تحليلي تتامل لكثف جميع أبعاد وانواع الفساد

عند النظر للفساد في قطاع الصحة، من المهم أن نرى عناصره الأربعة الرئيسية التي تساعد على فهم أفضل لهذه الظاهرة بجميع أبعادها، وبالتالي تيسر مهمة الاستجابة لها. العنصر الأول هو التمييز ما بين الفساد وسوء الإدارة المالية. ثانياً، من المهم النظر في نقاط الضعف المنهجي الكلي في نظام الحكم (الإطار التشريعي والقوانين واللوائح والسياسات وسياسات التعامل مع المخاطر والاستراتيجيات وآليات المساءلة وإجراءات العمل والإجراءات التي ترفد جهود وتدابير مكافحة الفساد). أن مجرد اليقظة واكتشاف حالات الفساد ، مهما كان ذلك بحسن نية ومهما كان ذلك الفساد واضحاً ومؤثراً ، هو مجهود هام ، ولكنه ذا اثر محدود ومؤقت علي المدى الطويل. فقد يساعد مثل هذا الجهد ، مثلاً ، في الدعوة المثيرة التي تُمكن من الحشد الشعبي والرسمي ضد الفساد، ولكنه بالكاد يعالج جذور مشكلة الفساد. وثالثاً، ضرورة اعتماد درجة القدرة المؤسسية للتصدي للفساد كعنصر رئيسي ، حيث أن السياسات والإجراءات التي تُضعف القدرة المؤسسية للهيئات الرقابية ، تعتبر سياسات متواطئة بصورة مباشرة في تمهيد السبيل أمام الفساد. وأخيراً، حتى عندما يكون هنالك وضوح كامل للنظر في العناصر الضرورية المذكورة أعلاه، فإن غياب الإرادة السياسية من اعلي مستوى في الدولة (الرئيس وحزبه الحاكم) ، يساهم بشكل مباشر وكبير في استثناء سرطان الفساد داخل كل مرافق الدولة والمجتمع وصولاً الي اصغر مرتبة من المسؤولين المشاركين في الفساد.

٢- الفساد في قطاع الصحة هو جزء من فساد النظام والدولة :

إن الفساد في قطاع الصحة في السودان ليس ظاهرة قطاعية معزولة، بل إنه يتسق مع التفكيك المتعمد والقضاء من جانب النظام على التزاماته الدستورية بتوفير السلع والخدمات العامة والحماية الاجتماعية لكافة المواطنين في جميع القطاعات. وهذه النقطة لها آثار مهمة على كيفية وتناول موضوعات معالجة الفساد في قطاع الصحة في السودان. فمثلاً ، إذا لم يتم توسيع هذه الجهود لزيادة مشاركة المواطنين في المطالبة بالمساءلة ومكافحة كل معالم الفساد وتضعيدها عبر كافة القطاعات في السودان، فمن المرجح أن يكون الأثر محدود جداً لاي مجهود لمكافحة الفساد محصور في قطاع الصحة .

٣- الأثر السلبي والضخم للفساد في قطاع الصحة في السودان:

إن أسوأ آثار الفساد في قطاع الصحة يتمثل في كونه يضر برأس المال البشري للبلاد بزيادة عبء الأمراض ومعدلات الوفيات وتكاليف الرعاية. والتمن غير المباشر هو عدم الكفاءة في تقديم الخدمة، وتردي نوعيتها وجودتها، وتعزيز ثقافة التسامح والإفلات من العقاب، وإضعاف إنتاجية وقدرة المواطنين على التحكم في صحتهم.

٤- المسار المرجح لفساد القطاع الصحي السوداني وأثاره:

للاسف ، فإن المسار المرجح لظاهرة الفساد في قطاع الصحة في السودان هو أن تصبح أعمق وأوسع وذات أثر أكثر سلبية على حياة المواطنين ويستند هذا الاستنتاج إلى استمرار اربعة من أقوى الدوافع لاستشراء الفساد في السودان ، وهي: انعدام اي مصلحة سياسية لنظام حكومة الانقاذ لمحاربة الفساد الذي يستفيد منه متنفذي النظام والحركة الاسلامية السودانية بصورة مربحة ماديا (بينما افلس النظام فكريا وسياسيا واجتماعيا بحيث لم يعد من واعز لتمسكه بالسلطة سوي هذا الكسب المادي)، ثم التدمير الممنهج الكامل لآليات المساءلة والرقابة الادارية والشعبية لرصد ومحاسبة الفساد على كافة المستويات، ثم الفجوة المتزايدة في مرتبات الخدمة المدنية والإرتفاع الجنوني في تكلفة المعيشة (في وقت استنفذ فيه المواطن كل موارده وآليات التكيف الاقتصادي) ، ثم استمرار التساهل ومنح الحصانة والسماح للمسؤولين بالإفلات من العقاب في هذا القطاع رغم توفر الادلة الدامغة التي تدينهم.

٥- فجوة الادلة والبيانات والمعلومات والأبحاث حول الفساد:

هنالك فجوة وضعف واضح في مصادر المعلومات والبيانات التي يمكن من خلالها وصف الفساد ومعالجته بشكل أفضل في قطاع الصحة في السودان. وبصرف النظر عن الشائعات والتقارير الصحفية المثيرة بين الحين والآخر، تكاد تنعدم المصادر الموثوقة المدعومة بالبيانات الاحصائية الموضوعية والتي يمكن أن ترسم صورة أكثر وضوحا حول الوضع. ومع ذلك، هنالك عاملان يمكن أن يساعد على تضييق هذه الفجوة في البيانات. الأول هو استعداد المواطنين العاديين ومجموعات المجتمع المدني والعمالين الصحيين (وحتى بعض المسؤولين الحكوميين الشرفاء) للانتقاد العلني والمطالبة بالتحقيق في الممارسات الفاسدة. ثانيا، وعلى الرغم من الطبيعة السرية للممارسات الفاسدة في جميع أنحاء العالم، فإن الدرجة الحالية للإفلات من العقاب وتهور المسؤولين الفاسدين في السودان في التباهي احيانا بفسادهم ، قد تكشف في كثير من الأحيان عن معلومات وبيانات هامة لم تكن موجودة في العلن. ومن الأمثلة على هذه المعلومات الموجودة بالفعل في المضمرة العام هي كشف الممارسات الفاسدة من قبل التقرير السنوي للمراجع العام في السودان ومداولات المجلس الوطني حول التقرير ، اضافة الي قرارات بعض المحاكم السودانية التي تناولت قضايا الفساد ، وكذلك بعض المعلومات

التي تنشرها جهات تجارية متضررة من الفساد (مثل المقاولين والتجار الذين يخسرون عطاءات حكومية في مجالات البناء وتوريد الدواء وتشغيل المرافق الصحية أو الخدمات الوقائية، أو المواطنين المحتجين علي الغياب الواضح في المحاسبة السليمة عن الرسوم التي تفرضها الدولة على مختلف الخدمات الصحية...الخ). ومن ثم ، فإن توثيق الفساد وفضحه وتحليله بشكل منهجي باستخدام مصادر المعلومات هذه هو واجب هام يقع على عاتق المواطنين والناشطين والعاملين الصحيين في السودان.

ب. التوصيات:

من المهم تبني رؤية متكاملة وشاملة ومتعددة الأوجه والمستويات حين الشروع في معالجة الفساد في قطاع الصحة في السودان ، استنادا إلى الاستنتاجات المذكورة أعلاه.. فمن السهل على الفساد أن يثبت اقدمه في بلد ما ، كما انه من السهل تنفيذ تدابير مؤقتة تعالج سطح سرطان الفساد. ولكن الأمر سيستغرق وقتا أطول بكثير لتهيئة الظروف وتنفيذ تدابير كافية للقضاء عليه بصورة منهجية. إن عبء مكافحة الفساد يقع على عاتق كل مواطن سوداني ، وطرق مكافحته للفساد ستتعدد وتتنوع علي المدى البعيد حتي يتم ارساء ثقافة وبيئة ونظام متكامل يمنع ويحاسب الفساد بصورة ممنهجة ومستدامة .

ومن المهم أن تتطور محاربة الفساد في القطاع الصحي لتشمل كل اجهزة الدولة متعددة القطاعات . فعلى سبيل المثال، ينبغي أن تتجاوز الجهود الحالية لوضع سياسات بديلة لقطاع الصحة (جزء من جهود المعارضة الرامية إلى تصور الإصلاحات التي ستتم بعد سقوط نظام الإنقاذ) إلى المطالبة بمساءلة المسؤولين الفاسدين ، وينبغي لهذه السياسات أن تضع نظما شاملة للحكومة الرشيدة علي مستوي الدولة (وليس فقط داخل قطاع بعينه) بحيث تعزز فيها الشفافية والمساءلة المؤسسية، وتؤدي فيها جميع فروع الدولة (التشريعية والتنفيذية والقضائية والرقابية والفنية وسلطات إنفاذ القانون) والمجتمع المدني لأدوارها.

أ-التدابير السياسية:

1.1 إن وقف جميع الحروب وإعادة توزيع النفقات العسكرية والامنية العالية ، مع ضمان استثمارها في مجال الصحة والحماية الاجتماعية ، قد يبدو للوهلة الأولى أنه هتافياً أو غير ذي صلة بمكافحة فساد قطاع الصحة في السودان. و لكن جد حروب الإنقاذ المستمرة لم تؤد فقط الى مجرد نقص في تمويل الخدمات صحية بل ساهمت في زيادة الفساد علي المستوي المحلي بسبب ذلك النقص ؛ وكذلك أنتجت ممارسات فاسدة أثرت على القطاع الصحي العام بشكل مباشر واكبر اثرا من ذلك الفساد علي المستوي المحلي ، وأوجدت ذهنية القمع وغياب سلطة القانون والحماية اللازمة للمفسدين.

1-2 وفيما يتعدى النظر فقط للفساد، فمن الضروري أن تواصل جماعات المعارضة والمجتمع المدني والمواطنين مجموعات العمل المعنية بالمستهلكين والمرضى ، تسليط الضوء على الفساد في قطاع

الصحة في السودان والكشف عنه ، كما ينبغي الحفاظ على مثل هذا الجهد على نحو متسق والمضي به بصورة منتظمة الي مستوى التحدي القانوني لمثل هذه الممارسات الفاسدة من إنتهاكها للدستور وقوانين النظام الحالي نفسه. ، وحتى ان لم يحقق هذا الجهد هدفه المتمثل في القضاء على الفساد، فإنه سيحافظ ، على الأقل ، على الضغط على النظام، ويزيد من المقدرة علي توثيق سياسات وممارسات الفساد ويمكن أن يستفاد منه كأداة للتعبئة من أجل تغيير النظام ككل ، إضافة الى أنه يسلب النظام ثوب الطهر والقدسية الدينية .

1-3 ومن الإجراءات المهمة اللازمة لدعم وتفعيل كافة هذه التوصيات ، الإقتراح بإنشاء غرفة لتبادل المعلومات حول مكافحة الفساد بصورة علمية وعملية ، والتي يجب ان تديرها مجموعة من جماعات المجتمع المدني السودانية المؤهلة لذلك ، لتتبع وتوثيق الفساد في العديد من القطاعات، وأن تقترح الخطوات العملية والتدابير المضادة التي يمكن اتخاذها، ورسم خرائط توضح جهود وتضحيات المجتمعات المحلية في مكافحة الفساد، وتوفر البيانات والموارد البحثية للخبراء والصحفيين لتقصي الفساد وإقامة الصلات وتبادل الخبرات مع مجموعات مماثلة في أفريقيا وعلى الصعيد العالمي ، حيث تتوفر خبرات ضخمة في هذا المجال، كما ينبغي أن تكون المنصة إلكترونية مؤمنة تامينا جيدا للوصول الأوسع نطاق .

٢- التدابير التشريعية

2.1 قد يظن المرء ان مدى الفساد الذي يمارس في القطاع الصحي في السودان اليوم يعود الي نوع من الفجوة في التشريعات أو غياب قوانين معينة لإنفاذها. للأسف فان ذلك استنتاج غير دقيق، فهناك أدوات دستورية وقانونية ووسائل إنفاذ قانونية كافية لتجريم معظم أنواع الفساد التي تمارس حاليا في قطاع الصحة في السودان. ولكن تكمن المشكلة الرئيسية في انعدام الإرادة السياسية لإنفاذ هذه التدابير، بسبب تضارب المصالح الشخصية والحزبية. ولذلك فمن الأهمية بمكان أن يسعى المواطنون السودانيون ومجموعات المجتمع المدني والناشطون وهيئات المعارضة إلى اتخاذ تدابير التقاضي ضد الممارسات الفاسدة ومتابعتها من خلال الطعون القانونية وإنفاذ ما هو موجود حاليا من قوانين ولوائح في السودان.

2-2 اما المجالات والحالات القليلة التي قد تحتاج الي أطر تشريعية جديد لتعزيز مكافحة الفساد ، تتمثل في تمكين المواطنين من أجل مساءلة الحكومة على الصعيدين المحلي والقومي ، وبالتالي، هنالك حاجة ماسة إلى إضفاء الصبغة القانونية على نشاطات المجموعات ، مثل الجمعية السودانية لحماية المستهلك وغيرها، وتمكين منظمات المجتمع المدني قانونيا لتمثيل المجتمعات المحلية والمصلحة العامة أمام القانون عند التقاضي ضد حالات الفساد في الحي والسوق وموقع العمل ومرافق الحكومة علي مستوي المحلية والولاية والمستوى الاتحادي.

2-3 مراجعة وتطوير وتعزيز الأطر التشريعية والقوانين القائمة ذات الصلة بالصحة مع إعطاء الأولوية لتلك التي تنظم الإمدادات الغذائية، ومستوردات السلع الطبية ومستويات التصنيع المحلي، والممارسات الطبية، ونظافة البيئة والصرف الصحي، ومكافحة الأمراض المعدية وحقوق المرضى.

٣- التدابير على مستوى السياسات والمؤسسات القومية:

٣-١ إنشاء مجلس قومي متعدد التخصصات للإشراف على تطوير السياسات والتخطيط ووضع الأهداف العامة للنظام الصحي على أن تشارك فيه اعلي سلطات الدولة التنفيذية (من كل القطاعات المرتبطة بالصحة) والبرلمانية والنقابات والكيانات العلمية والمهنية ومنظمات المجتمع المدني والاجهزة الرقابية. ٣-٢ وضع آليات فعالة وشفافة لتنظيم ورصد نوعية ومعايير الخدمة المقدمة في القطاع الخاص، مع تشريع معايير فعالة لمحاسبة الدولة من قبل الهيئات المهنية والمرضى والمجتمع؛ والنظر في وضع مبادئ موجّهة ومعقولة لضبط تكاليف العلاج في القطاع الخاص مما يمكنه من تحقيق الربح مع الأخذ في الاعتبار قدرة السكان على تحمل تكاليف العلاج وتمكين هذه الهيئات (المهنية والمرضى والمجتمع) من مساءلة مقدمي الخدمات عن نوعية وجوده ومدى تغطية تقديم الخدمات الصحية؛ ٣-٣ زيادة نسبة الإنفاق الحكومي على قطاع الصحة وارساء سياسة اجتماعية منصفة ونظام متكامل للحماية الاجتماعية، بما في ذلك إصلاح وتطوير نظام التأمين الصحي القومي الحالي بما يمكن من جتثاث الفساد المستشري فيه ، ولضمان توسيع تغطيته وتبليته لاحتياجات الحماية الاجتماعية بين أضعف فئات المواطنين السودانيين؛ مع ضمان استثمارات كافية في صحة النساء والشباب والمراهقين والأطفال ودعم اصحاب الاحتياجات الخاصة وضحايا الحروب والكوارث الطبيعية .

٤- التدابير المؤسسية والتدابير على مستوى الإدارة

4-1 تنظيم اجتماعات سنوية مشتركة بين القطاعين العام والخاص على أن تشمل العديد من التخصصات والقطاعات وكافة أصحاب المصلحة، والمسؤولين المنتخبين والوزارات والمسؤولين القوميين والمحليين والنقابات المهنية ومجموعات المجتمع المدني السودانية وكذلك منظمات الأمم المتحدة الرئيسية والشركاء المانحين الاجانب، وذلك لمراجعة اداء القطاع الصحي وفق معايير عملية محددة، كما يحدث في أثيوبيا منذ اكثر من ١٢ عام في اثيوبيا 4.2 إنشاء مقاييس تتبّع ورصد الفساد والحوكمة الرشيدة كجزء من نظم إدارة المعلومات في القطاع الصحي الرسمي والإستفادة من الخبرات والتجارب المجاورة، مثل نظام تتبّع البيانات في أوغندا.

٥- التدابير المحلية والصحية على مستوى الخدمات:

5-1 تطوير المساءلة المحلية على مستوى نقاط تقديم الخدمات في الولايات والمحليات والوحدات الإدارية وعلى مستوى وزارة الصحة القومية ولتشارك فيها النقابات المنتخبة للعاملين في القطاع الصحي وممثلي مجموعات المرضى والهيئات التشريعية البرلمانية الرسمية ومقدمي الخدمات. 5-2 وضع آليات فاعلة لضمان المساءلة الرسمية لمؤسسات تقديم الخدمات الصحية (سواء الوقائية مثل الصحة البيئية، والمياه والصرف الصحي، والتحصين، وما إلى ذلك؛ فضلا عن الخدمات العلاجية للرعاية الصحية) للمجتمعات المحلية والعمل على ضمان إشراكها في هذه النشاطات . 5-3 تطوير وتنفيذ أنماط التمويل القائم على الأداء من قبل وزارة الصحة العامة تجاه الاجهزة

والسلطات الصحية علي مستوى الولايات والمحليات، وذلك بعد دراسة والإقادة من النماذج التي تطبق حالياً بنجاح في رواندا وإثيوبيا وأماكن أخرى؛ بما في ذلك تمكين المرافق الصحية المحلية من الاستفادة من الضرائب والإيرادات الأخرى التي تجمعها الحكومة من المحليات التي تقع في منطقتها هذه المرافق والأجهزة الادارية.

1. Framework for assessing governance of the health system in developing countries: Gateway to good governance. *Journal of Health Policy* Volume 90, Issue 1. Published April 2009, Pages 13–25. S Siddiqi, T I Masud, S Nishtar, D H Peters, B Sabri, K M Bile, M A Jama. <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2008.08.005>
2. Governance and Corruption in Public Health Care Systems. Working Paper Number 78. M Lewis, Senior Fellow, Center for Global Development. Published January 2006. www1.worldbank.org/publicsector/anticorrupt/Corruption%20WP_78.pdf
3. *Tackling Healthcare Corruption and Governance Woes in Developing Countries*. CGDEV Brief. M Lewis, Senior Fellow, Center for Global Development. Published May 2006. www.cgdev.org/files/VV32_file_GovernanceCorruption.pdf
4. *Good governance and corruption in the health sector: lessons from the Karnataka experience*. R Huss, A Green, H Sudarshan, SS Karpagam, KV Ramani, G Tomson and N Gerein. *Health Policy & Planning* (2011) 26 (6): 471-484. Published 17 December 2010. <https://doi.org/10.1093/heapol/czq080>
5. Combating healthcare corruption and fraud with improved global health governance. T K Mackey & B A Liang. **Published** 22 October 2012. *BMC International Health and Human Rights* 2012:23. DOI: 10.1186/1472-698X-12-23.
6. Challenges in Multi-Level Health Governance: Corruption in the Global Fund's Operations in Uganda and Zambia. Sekalala, S.R. & Kirya, M.T. *Hague Journal on the Rule of Law*. Published in September 2015, Volume 7, Issue 1, pp 141–151. doi:10.1007/s40803-015-0010-x.
7. *British Medical Journal*. Review of corruption in health sector with focus on India. Summary with links to various BMJ coverage articles of the subject. Available at <http://www.bmj.com/campaign/corruption-healthcare>
8. Measuring Governance, Corruption, and State Capture: How Firms and Bureaucrats Shape the Business Environment in Transition Economies. *World Bank Policy Research Working Paper No. 2312*. D Kaufmann, J S Hellman, G Jones, M A Schankerman. Posted: 5 Jun 2001.
9. Review of corruption in the health sector: theory, methods and interventions. T Vian. Published 1 March 2008. *Health Policy Plan* (2008) 23 (2): 83-94. <https://doi.org/10.1093/heapol/czm048>
10. Corruption and the provision of health care and education services. IMF Working Paper WP/00/116. S Gupta, H Davoodi & E Tiongson. IMF. June 2000. <https://www.imf.org/external/pubs/ft/wp/2000/wp00116.pdf>
11. A Health Insurance System: Is it the solution for Sudan. Unpublished presentation by Dr H H Mohamed. 2012.
12. A Roadmap to Achieve Social Justice in Health Care in Egypt. A Pande, A Hamed & A Elshalakani. World Bank. Published January 2015.
13. Health Information System in Sudan – problems and solutions. Unpublished presentation by M Abdel Aziz. Public Health Institute & Federal Ministry of Health of Sudan. July 2012.
14. India National Health Policy 2015. Ministry of Health. 2015.
15. Ethiopia Health Sector Development Program IV 2014 to 15. Federal Democratic Republic of Ethiopia. Ministry of Health. FINAL DRAFT. October 2010.
16. Sudan 5-year Health Sector Strategy 2007-2011: Investing in Health and Achieving the MDGs. Federal Ministry of Health. Republic of Sudan. 2007.
17. Sudan Country Brief 2012-2014. African Development Bank Group. October 2012.
18. Attempts to Outline a National Health Strategy. M M A Ali. Unpublished presentation. Sudanese Doctors Union UK & Ireland Conference. June 2012.

19. Summary of Press Conference on 26 December 2015 held by Sudan Minister of Social Affairs Mrs Mashair El-dalwlab and Sudan National Health Insurance Fund Director Dr Tilal Elfadil. El-Seyha Arabic Daily newspaper. 27 December 2015.
20. Sudan National Health Policy 2007. Government of National Unity, Federal Ministry of Health. 2007.
21. Inequalities in Public Services in the Sudan. N Crowther, K Okamura, C Raja, D Rinnert & E Spencer. London School of Economics & United Kingdom Department for International Development. March 2014.
22. Sudan Interim Constitution 2005.
23. Sudan Interim Strategy Note 9FY 2014-2015). World Bank. International Development Association (IDA). Report No: 80051-SD. August 2013.
24. World Health Statistics 2015. World Health Organization (WHO).
25. Investing in Health for Africa: The Case for Strengthening Systems for Better Health Outcomes. Harmonization for Health in Africa. WHO African Regional Office. 2011.
26. Health Governance and Finance project. Health Governance, Human Resources for Health and Health Care Finance Indicator definitions. USAID. 2015.
27. Towards an Effective Health System in Khartoum State. M. Hommeida. State Minister of Health, Khartoum State. Unpublished paper. 4th May 2013.
28. Everybody's Business: Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes – WHO's Framework for Action. WHO Geneva (2007).
29. 2016 Ibrahim Index of African Governance: A Decade of African Governance 2006-2015. Published October 2016. Copyright © Mo Ibrahim Foundation
30. Sudan's Islamists: From Salvation to Survival Crisis Group Africa Briefing N°119, 21 March 2016.
31. Proceedings of Sudan Knowledge Seminar on “The future direction of health and health care planning in Sudan”, 18th February 2017, University Square Stratford – Stratford, London, United Kingdom. Available at <http://www.sudanknowledge.org/the-future-direction-of-health-and-health-care-planning-in-sudan/>
32. Sudan: The World Bank Group Country Opinion Survey FY15: Report of Findings. June 2015. <http://microdata.worldbank.org/index.php/catalog/2650>
33. World Bank. 2015. Measuring regulatory quality and efficiency - Sudan. Doing business 2016. Washington, DC: World Bank Group. <http://documents.worldbank.org/curated/en/770491468185956367/Doing-business-2016-measuring-regulatory-quality-and-efficiency-Sudan>
34. Ali Siddig, El-Fatih; Hassan, Fareed M. A. 2016. The Sudan Interim Poverty Reduction Strategy Paper Status Report: A Joint World Bank Group and Sudan's Ministry of Finance and Economic Planning Assessment. Washington, D.C.: World Bank Group. <http://documents.worldbank.org/curated/en/980991479985933855/The-Sudan-Interim-Poverty-Reduction-Strategy-Paper-Status-Report-a-joint-World-Bank-Group-and-Sudan-s-ministry-of-finance-and-economic-planning-assessment>
35. Recommended Health Policy Reform Directions for Sudan. H H Mohamed, M M A Ali & A A Eltom. Paper developed for and presented at Sudanese Doctors Union United Kingdom & Ireland (SDU-UK/Ireland), Annual Meeting, 2nd May 2015, London, United Kingdom.
36. Transparency International (TI), 2016 Corruption Perceptions Index Report. http://www.transparency.org/news/feature/corruption_perceptions_index_2016#table

37. Uganda Data Tracking Mechanism to Monitor Anti-Corruption. Government of Uganda Inspector General and Economic Policy Research Center (EPRC)- Makerere University, Kampala, Uganda. 2011.
38. Corruption in Ghanaian healthcare system: the consequences. P Agbenorku. Journal of Medicine and Medical Sciences Vol. 3(10) pp. 622-630. Published October 2012 Available online <http://www.interestjournals.org/JMMS>
39. Bashir, N H H and Ali, M A (2007). Survey of the Persistent Organic Pollutants pesticides in the Sudan and the possibility of their disposal. Proceeding of the Workshop on *Pesticides & Fertilizers Importation, use, storage, transport and handling*, Sudanese Standards & Metrology Organization (SSMO), Friendship Hall, Khartoum, Sudan, 4-5 September 2007: 50-65.
40. Assad, Y.O.H, and Bashir, N.H.B. (2002). Persistent Toxic Substances (PTS) in Sudan. The Priority Setting Meeting of Region V (sub-Sahara Africa), Nairobi, UNEP Headquarters, October 29-Nov 2nd 2002 and UNEP-Chemicals Division, Geneva, Switzerland, pp:18.
41. Medani S. O. "Inqaz's Corruption File: So that we do not forget" – Part I. Unpublished series of press and online articles exposing corruption in various sectors in Sudan from early 1990's until 2011.
42. World Bank Africa Development Indicators 2010 "Silent and lethal: How quiet corruption undermines Africa's development efforts". Available at siteresources.worldbank.org/AFRICAEXT/Resources/english_essay_adi2010.pdf
43. World Health Statistics Report 2017. World Health Organization, 2017, Geneva. Available at http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2017/en/

المرفقات

المرفق أ :

موجز تجارب الفساد في قطاع الصحة والدروس المستفادة من البلدان الأخرى

علي مدي العقود القليلة الماضية، تم استخدام أطر ومعايير مختلفة لقياس ودراسة إدارة وحوكمة القطاع الصحي على الصعيد العالمي وللمقارنة بين البلدان. وعلى الرغم من أن هذه الأطر لا يحددها قانون أو اسس معيارية دقيقة حتي الان، الا أنها تسترشد عموماً باساس نظري مقنع وعملي بدرجة تمكن هذه الادوات من تمييز الحوكمة الرشيدة مما دونها من اداء اداري.

ومن الأمثلة التوضيحية لبعض هذه الأطر ، راجع هذا التقرير النموذج الذي أعده خبير منظمة الصحة العالمية د. سامين صديقي وآخرون (صديقي وآخرون، ٢٠٠٩) الي جانب الأطر النظرية التي وصفها استعراض فيان (فيان، ٢٠٠٨)، وورقة العمل التي أعدها خبير البنك الدولي كوفمان وآخرون، (٢٠٠١) والاستعراض المفيد الذي أجراه مركز عمل التنمية العالمية لويس، (٢٠٠٦) بشأن الروابط بين الحكم الرشيد والفساد في نظم الرعاية الصحية العامة على الصعيد العالمي. وقد وضعت الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية (المعروفة بوكالة المعونة الأمريكية) وما زالت تستخدم مؤشرات محددده لقياس استثماراتها ونتائج عملها في مجال تعزيز النظام الصحي، بما في ذلك تمويل الرعاية الصحية، والحوكمة الصحية، والموارد البشرية للصحة. (الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية، ٢٠١٥).

والحوكمة الرشيدة هي لبنة أساسية لاداء القطاع الصحي. وتتمثل عناصرها المكونة في المساءلة الفعالة والشفافية الكاملة والسياسات والنظم والعمليات المؤسسية الرسمية التي يمكن أن تمكن القطاع الصحي من انجاز اهدافه المرجوه. وكجزء من اللبنة الستة التي وضعتها منظمة الصحة العالمية لأي نظام صحي، فإن الحوكمة الرشيدة يرافقها أيضاً حسن الإشراف على الموارد المتاحة للقطاع؛ وهو مفهوم يفترض أن إدارة قطاع ما تتم دائماً بواسطة موارد تجمع وتصرف بواسطة الدولة نيابة عن الجمهور ودافع الضرائب. وفي هذا السياق فان حكومة بلد ما هي المسؤول الرئيسي عن موارده، ولذا يجب التزام والزام الحكومة بأن تكون شفافة وخاضعة للمساءلة لكي يتم التحكم في موارد القطاع الصحي بحسن نية ونزاهة مثلها مثل اي مال عام.

وتعتبر المساءلة العامة للمسؤولين المنتخبين أو موظفي الخدمة المدنية حجر الزاوية الرئيسي الذي يتوقعه ويجب ان يطالب به المواطن، بما في ذلك المساءلة للدولة حول مدي رشد حوكمتها في ما يقدمه القطاع الصحي الخاص. في البلدان التي تحكمها الدكتاتوريات العسكرية والتي لا تدعي حتى أنها تشرك المواطن في قراراتها، يبدو من غير المجدي توقع أن يستفيد قطاعها الصحي من مبادئ المساءلة أمام الجمهور ومشاركة المواطنين في الحكم وما إلى ذلك. ومع ذلك، فمن المهم في أي نقد لمثل هذه الدكتاتوريات ان يتم إخضاعها للمساءلة على الأقل بالمقارنة مع ادعائاتها المبينة في دستورها وسياساتها وقوانينها.

وكما تم تحليله في الجزء الرئيسي من هذا التقرير، فإن دستور السودان لعام ٢٠٠٥ وقوانينه (خاصة قانون الصحة لعام ٢٠٠٨) والهيكل الحكومي الفدرالي واللامركزي لا يلزم النظام الحاكم بالحوكمة الرشيدة فحسب، بل يصف أيضا العناصر الأولية للمساءلة العامة في شكل هيئات تنظيمية وقوانين وتشريعات على مستوى القومى والمحلى. وبغض النظر عما إذا كانت هذه العمليات فعالة ام لا، فمن المهم أن تحتفظ الدكتاتورية الحالية في السودان بهذه المجموعة من السياسات والمطالبات التشريعية والهيكل وان يستمر المواطن ومنظماته المدنية في وضع النظام امام مسؤولياته.

بالإضافة إلى ذلك، من المهم أيضا أن نرى كيف يُقارن السودان مع البلدان التي، رغم أنها لم تنشط بعد كديمقراطيات ناضجة وفعالة، الا انها تحاول بصورة اكثر جدية على الأقل أن تضع لنفسها ومواطنيها استحقاقا يسمح بالمساءلة والمحاسبة وتطبيق بعض عناصر الحوكمة الرشيدة في قطاع الصحة.

في القارة الأفريقية ولتحديد كيفية تأثير الفساد على تقديم الخدمات، يشير البنك الدولي (مؤشرات التنمية في أفريقيا لعام ٢٠١٠ الصادر عن البنك الدولي) على أن "... أحد الأسباب الرئيسية وراء تأخر أفريقيا هو ضعف تقديم الخدمات والذي هو نتيجة للفساد". ويذهب التقرير نفسه إلى تحديد شرطا مسبقا أساسيا للحكم الصالح في جميع القطاعات وعلى المستوى القومى الا وهو «تصميم الحكومة على التعامل مع الفساد ... على سبيل المثال، عن طريق زيادة وتوفير المعلومات عن الشؤون المالية، والمدخلات، والنواتج المتوقعة ... «من أجل تحقيق تحسينات قابلة للقياس في تقديم الخدمات..». ووفقا للبنك الدولي، فلا يمكن تحقيق الركائز الأساسية لهذا التصميم إلا من خلال إنشاء «قيادة قوية ودافعة بقوة في مكافحة الفساد» مع «الالتزام بدعم وحدات مكافحة الفساد الوطنية وتمكينها من المتابعة والاستجابة الفعالة في النواحي العملية على مستوى القطاع» بالإضافة الي تطوير «سياسات ومؤسسات مناسبة». "...هذا فضلا عن ركيزتين أخريين وهما زيادة الشفافية في صياغة السياسات وتنفيذها بالصورة التي تمكن المواطنين من مساءلة مشرفي ومقدمي الخدمات وتعزيز «جانب المطالبة الشعبية بالحوكمة الرشيدة» بحيث«..... تتماشى السياسات والخدمات مع رغبات واوليات ومصالح جميع المشاركين في تحقيق أهداف الإصلاح» ويضيف البنك الدولي بان من شأن مثل هذا التوجه الحميد ان يساعد في خلق «ظروف عمل أفضل».

في البداية، قد يبدو أن بعض الدروس المستفادة في أداء القطاع الصحي ، تتناقض مع الربط المذكور أعلاه ، بين حوكمة القطاع الصحي من جهة ومساحة الديمقراطية والمشاركة السياسية العامة على المستوى العام للبلد وسيادة حكم القانون. الا ان الارادة السياسية لمكافحة الفساد قد تتوفر حتي في بعض الدكتاتوريات بينما تنعدم حتي في اعتق الديمقراطيات. وقد أسفرت دراسة تقييمية هامة عن فساد قطاع الصحة في ولاية كارناتاكا في الهند (هوس وآخرون، ٢٠١٠) عن بعض الأفكار المثيرة للاهتمام. وعلى الرغم من أن الهند هي أكبر ديمقراطية في العالم ورغم كون ولاية كارناتاكا من أكثر ولايات الهند المعروفة عالميا بإنجازاتها الصحية والتعليمية والاجتماعية، الا ان ضعف إرادتها السياسية

والتواطؤ المعقد بين المسؤولين المركزيين ومسؤولي الدولة في الولاية قد منع قيام منظمة مستقلة وتعتمد على موارد جيدة (هيئة مكافحة الفساد) من القيام بعملها، رغمًا عن مشاركة المواطنين والإعلام لدرجة جيدة، والشفافية الكاملة من حيث قدرة الهيئة المستقلة على نشر البيانات وحالات الفساد. في نهاية المطاف، فإن التجربة لم تكمل دورته في المساءلة ولم تحقق أهدافها مما أدى لاستقالة قيادة الهيئة المستقلة وهي تشكو من عدم جدية الإرادة السياسية لانجاح تلك التجربة.

ويمكن الحصول على أمثلة أخرى لكيفية تأثير نوع الحكم السياسي العام على المستوى القومي في كثير من البلدان على إدارة القطاع الصحي في القارة الأفريقية، وإن كان ذلك بحيثيات تختلف قليلاً مقارنة بالتجربة الهندية المذكورة اعلاه. إذ تحظى إثيوبيا ورواندا باهتمام كبير من حيث أدائهما في قطاع الصحة، والبيئة الموازية التي خلقتها الحكومتين لتقديم الخدمات الصحية، وربط رؤيتي انظمتها الحاكمة الوثيق ما بين الحق في الصحة وحقوق التنمية الاجتماعية والاقتصادية لشعبها. ألا أن بعض المراقبين يصف هاتين البلدين بأنهما ديمقراطيات تدار بما يشبه الحكم الدكتاتوري، في أحسن الأحوال، أو انهما أوليغاركيات كاملة أو دكتاتوريات.

إلا أن العنصر المفيد للنقاش في هذه البلدان هو أنه عندما تتوفر إرادة سياسية شاملة (مهما كان ذلك على نحو غير مناسب أو غير ديمقراطي)، فمن الممكن أن نرى الحوكمة الرشيدة في قطاعات بعينها مثل الصحة والتعليم والخدمات الاجتماعية حتى مع استمرار الحكومات في انتهاك حريات الانسان الفردية الاخرى والحريات النقابية، وحرية التنقل، وغير ذلك من حقوق الإنسان السياسية. وفي حين أن المفارقة الكامنة في هذه الأمثلة لا تساعد في نقد الفساد في السودان والذي تحكمه دكتاتورية عسكرية كاملة، الا انه من الممكن تفكيك هذه الامثلة لاستخلاص عناصر الحوكمة الرشيد المحددة التي جعلت من نجاح قطاع الصحة في إثيوبيا ورواندا نجاحاً باهراً حتى في انعدام الديمقراطية الكاملة في هاتين الدولتين حالياً، كما يساعد تحليل مثل هذه التجارب على التعرف على نوعية القيود المفروضة على الفساد من قبل النظم الحاكمة في هذه الدول .

ففي إثيوبيا، تتولى وزارة الصحة الفدرالية (الاتحادية) إدارة قطاع الصحة بشكل صارم وقوي التنسيق، حيث تقوم الوزارة بوضع التصور والسياسات والاستراتيجيات وخطط صحية منصفة للفقراء وللقطاعات التي تحتاج للحماية الاجتماعية ن وذلك عبر مشاركة كاملة من قبل مكاتبها الصحية الإقليمية اللامركزية (رغم عدم مشاركة المجتمع المدني، ووسائل الإعلام ولا المواطنين على أي مستوى). ويقوم وزير الصحة بمهامه وهو ملتزم بهذه الأطر والسياسات وينفذها بشفافية ولا يخجل من الاعتراف بالفشل أو قبول الانتقادات. إن الأجهزة التنظيمية في إثيوبيا مدعومة بدولة قوية للغاية (لدرجة نعت البعض لها بالدولة البوليسية)، مما يفرض هيئة الدولة والقانون والعدالة والمحاسبية على جميع عمليات تصنيع واستيراد وتوزيع وتخزين واستهلاك السلع الطبية وتقديم الخدمات الصحية. وتتميز إثيوبيا أيضاً بإن الخدمة المدنية (على الرغم من أنها ميسسة للغاية على أساس الانتماءات الحزبية) هي من بين الأكثر انضباطاً في أفريقيا جنوب الصحراء في حين أن مستوى مرتبات العاملين فيها معقول بالمقارنة مع التكاليف المعيشية والتضخم والمعايير الاقتصادية

الأخرى . وتدعم أثيوبيا عمالها الصحيين وتكافئهم بحوافز نقدية وغير نقدية وتحاول الاحتفاظ بهم وتدريبهم وتزويدهم بالوسائل التي تمكنهم من القيام بعملهم، كما تشرف الوزارة علي المرافق الصحية بحزم وفق جدول زمني منتظم من خلال ما يسمى بزيارات ”الإشراف الداعم» لكل مرفق صحي بالبلاذ حيث يتم حل التحديات التقنية والإدارية على حد سواء

وبالمثل، فإن إحدى السمات الرئيسية في أداء القطاع الصحي في رواندا ، هي إشراك المواطنين والمجتمعات المحلية في قياس الأداء، لدرجة أن المواطنين في كل منطقة يمارسون حقهم حتي في توظيف العاملين الصحيين المحليين على مستوى المحليات والقرى. ولقد أصبح التحسن في مؤشرات صحة الأمومة والطفولة وكذلك مؤشرات مكافحة الأمراض السارية في رواندا ، مثالا ساطعا على نطاق اقليمي في كيفية تاسيس وتطبيق رؤية تجعل من القطاعين الصحي والاجتماعي مناصرين للفقراء.

وتخصص إثيوبيا ورواندا نسبا كبيرة جدا من إنفاقها الحكومي على الصحة والتعليم والحماية الاجتماعية. ولديهم رؤية للانتقال إلى مستوى مختلف (تصبوا كلتا الدولتين بالوصول الي مصادف الدول متوسطة الدخل بحلول عام ٢٠٥٠) وذلك عن طريق الاستثمار في رأس المال البشري للوصول إلى تلك الرؤية. وهذا هو المحرك الرئيسي لبرامج الحد من الفقر والإنفاق الاجتماعي. وعلى هذا النحو، هنالك رؤية سياسة واجتماعية مستنيرة وموجهة نحو المساواة واستراتيجيات مكافحة لفقراء عبر التنمية المستدامة ، حيث تؤدي مثل هذه الارادة في محصلة الامر الي دعم قوي لتقديم خدمات صحية واجتماعية منصفة وذات نوعية معقولة.

كذلك نجد أن بوتسوانا، وموريشيوس، وموريتانيا، والرأس الأخضر، والعديد من البلدان الأفريقية الأخرى، تبرز أيضا كدول ذات أداء جيد في قطاع الصحة ، حيث أن أهم احدي ستراتيجياتها التركيز على التقليل إلى أدنى حد من الفساد وإرساء أطر للإدارة السليمة والحوكمة الرشيدة لقطاع الصحة والقطاع الاجتماعي ككل. ومن ثم، نري إن عددا متزايدا من البلدان الأفريقية يتجه نحو القضاء المنهجي على الفساد في قطاعاتها الصحية وفي الاستثمار الجاد في الانسان وحماية الفئات الاجتماعية المختلفة، بينما يتجه السودان بسرعة في الاتجاه الآخر.

أن من بين أهم الإخفاقات في أفريقيا ، أن هناك بلدان تفترض (بشكل خاطئ تماما) أن المعونة الدولية في قطاع الصحة تخضع لمراقبة أقل من المانحين، وبالتالي فهي تفترض انه مال سائب ومدعاة للفساد. فعلى سبيل المثال، تسبب فساد القطاع الصحي في بلدان مثل زامبيا وأوغندا بشكل متكرر الى تصدر العناوين الأخبارية ، مثل حالات اختلاس أموال الصندوق العالمي في عام ٢٠١١ وفي تردد بعض المنحين من تقديم يد العون لهذه البلدان.

وفي مصر، كان قد تاسس نظام الحماية الاجتماعية المتدهور ضمن التوجهات الاشتراكية لأول جمهورية مصرية والتي ترأسها جمال عبد الناصر في عام ١٩٥٤. واليوم ، يستشري الفساد في جميع القطاعات وعلى جميع المستويات، ويعتبر قطاع الصحة العام الاكثر شهرة بالفساد وتردي مستوي جودة الخدمات التي يقدمها. وقد بدأت جهود الحكومة المصرية ومانحيها الرئيسيين (مثل البنك الدولي،

والاتحاد الأوروبي، وحكومة الولايات المتحدة) الآن في ترشيد نظام الحماية الاجتماعية لتوفير خدمات أحسن تستهدف الفقراء وفئات الحماية الاجتماعية الاخرىغلا إن الجذور التاريخية للفساد الواسع النطاق في مصر، فضلا عن الافتقار العام إلى مشاركة المواطنين في السياسات أو التشريعات والحكم وإدارة المرافق الخدمية العامة ، سوف تشكل عوامل تعيق وتؤخر المدى الزمني الذي يبدأ فيه الفساد في قطاع الصحة المصري في الانخفاض.

ومع ذلك، فإن تجربة مصر توضح أنه حتى في البلدان التي تعاني من قضايا مزمنة من الفساد في قطاع الصحة في أفريقيا، فإن الدولة تبذل جهودا لتخليص نظامها الصحي من هذا السرطان. فعلى سبيل المثال، أنشأت أوغندا منذ عام ٢٠٠٩ آلية حكومية لتتبع البيانات ولرصد مجهودات مكافحة الفساد، بالتعاون الوثيق بين المفتش العام لحكومة أوغندا ومركز أبحاث السياسات الاقتصادية بجامعة ماكيري في كمبالا. والدرس الرئيسي في تجربة أوغندا ذو شقين. أولاً، من المهم الاعتراف بالفساد من أجل تعبئة الإرادة والموارد اللازمة لمحاربتة. وثانياً، من الأهمية بمكان ألا يصبح الفساد موضوع مقالات إعلامية مثيرة وموضوعات سياسية أو معارك قانونية، إذ يجب تعريفه بمؤشرات ملائمة وشفافة يمكن تتبعها بمرور الوقت (هما في ذلك وضع خط أساس قبل البدء في رصد التقدم المحرز) وبناء المؤسسات وتنفيذ التدابير اللازمة للقضاء عليه

وفي دراسة أجريت في غانا في عام ٢٠١٢ (أغبينوركو، ٢٠١٢) استفتي الباحثين آراء شريحة واسعة من المجتمع فيما يتعلق برائهم عن ملامح الفساد في بلدهم. وكانت النتائج عبارة عن بيان مدمر بشكل مأساوي للرؤية السلبية من المواطنين الغانيين نحو الذين يحكمون حياتهم وخاصة تجاه العاملين الصحيين الذين اعتبرهم المشاركين في البحث ثالث أكبر مجموعة فاسدة في البلاد (بعد السياسيين والمسؤولين عن إنفاذ القانون). والجانب المفيد من هذه الدراسة هو أنه يحث المواطنين على استخلاص آرائهم حول الحكم الرشيد والفساد، في حين تحدد الدراسة أيضاً مجموعة من أنواع الفساد التي تؤثر على القطاع الصحي وتحاول قياسها عن طريق استفتاء عينة من المواطنين. وتوصي الدراسة بالثقيف العام وإشراك مواطني غانا في مكافحة الفساد ابتداءً من تلاميذ المدارس من أجل ارساء ثقافة ترفض الفساد. ولذلك فإن التوعية العامة والدعوة القوية للمواطنين للمشاركة في مكافحة الفساد هي رسالة أساسية و ضرورية .

المرفق ب : الإحصاءات الاجتماعية والاقتصادية والديموغرافية والصحية الرئيسية للسودان

تعريف نوع المؤشر	القيمة للسودان (للذكور للإناث)	سنة البيانات	متوسط اقليم شرق المتوسط (*)
1 إجمالي عدد السكان	40.24 مليون	2015	
2 توقع الحياة عند الولادة	64.1 عام (62.4/65.9)	2015	68.8 (67.4/70.4)
3 متوسط العمر المتوقع الصحي عند الولادة	55.9 عام	2015	60.1
4 معدل وفيات الامهات	لكل ١٠٠,٠٠٠ مولود حي 311	2015	166
5 الولادات التي يحضرها موظفون صحيون مهرة	78 %	2005- 2016	71
6 معدل وفيات الأطفال دون الخامسة	لكل ١٠٠٠ مولود حي 70.1	2015	52
7 معدل وفيات الولدان	لكل ١٠٠٠ مولود حي 29.8	2015	26.6
8 إصابات جديدة بفيروس نقص المناعة البشرية بين البالغين ١٥-٤٩ سنة	لا توجد بيانات	2015	0.13
9 معدل الإصابة بالسل	لكل ١٠٠,٠٠٠ من السكان 88	2015	116
10 معدل الإصابة بالملاريا	لكل ١٠٠٠ من السكان معرض لمخاطر الملاريا 36.6	2015	19
11 نسبة الرضع الذين يتلقون ٣ جرعات من لقاح التهاب الكبد	93 %	2015	80
12 عدد الأشخاص الذين يحتاجون إلى تدخلات ضد أمراض المناطق المدارية المهملة	26,533,962	2015	86,152,675
13 احتمال الوفاة من أمراض القلب والأوعية الدموية والسرطان والسكري أو أمراض الجهاز التنفسي المزمنة بين ٣٠ و70 عاما	25.7 %	2015	21.8
14 معدل وفيات الانتحار	لكل ١٠٠,٠٠٠ من السكان 10.2	2015	3.8
15 إجمالي استهلاك الكحول للفرد من بين ١٥ سنة أو أكثر (تقديرات متوقعة)	3.3 لتر من الكحول	2016	0.7
16 معدل وفيات حوادث الطرق	لكل ١٠٠,٠٠٠ من السكان 24.3	2013	19.9
17 نسبة النساء المتزوجات أو المرتبطات ممن هن في سن الإنجاب واللائي تمت تلبية احتياجاتهن لتنظيم الأسرة بالأساليب الحديثة	30.2 %	2005- 2015	61.1
18 معدل المواليد لدى المراهقات	87 لكل امرأة ما بين 15-45 عاما من العمر	2005- 2014	46.1
19 معدل الوفيات المنسوب إلى تلوث الهواء المحيط في المنازل	لكل ١٠٠,٠٠٠ من السكان 64.5	2012	58.8
20 معدل الوفيات الذي يعزى إلى التعرض لخدمات المياه والصرف الصحي والنظافة غير الآمنة	لكل ١٠٠,٠٠٠ من السكان 34.6	2012	13.1
21 معدل الوفيات يعزى إلى التسمم غير المقصود	لكل ١٠٠,٠٠٠ من السكان 4.2	2015	1.4
22 مدخني التبغ حسب العمر بين الأشخاص الذين تبلغ أعمارهم ١٥ سنة أو أكثر	لا توجد بيانات	2015	لا توجد بيانات
23 نسبة التغطية بالتطعيم ضد الدفتيريا والكزاز والسعال الديكي بين الأطفال الذين بلغوا العام الاول من العمر	93 %	2015	80

1.46	2014	2.47 دولار أمريكي (بالدولار الأمريكي الثابت ٢٠١٤)	24 إجمالي المساعدة الإنمائية الرسمية الصافية للبحوث الطبية والصحة الأساسية للفرد
26.3	2005-2015	لكل ١٠,٠٠٠ من السكان 42.2	25 كثافة المهنيين المهرة في القطاع الصحي
72	2010-2016	71	26 درجة لتنفيذ ١٣ قدرة أساسية من اللوائح الصحية الدولية
8.8	2014	11.6 %	27 نفاق الصحي الحكومي كنسبة مئوية من الإنفاق الحكومي العام
25.1	2005-2016	38.2 %	28 انتشار التقزم لدى الأطفال دون سن الخامسة
9.1	2005-2016	16.3 %	29 انتشار الهزال لدى الأطفال دون سن الخامسة
6.7	2005-2016	3 %	30 انتشار الأطفال دون ٥ سنوات الذين يعانون من زيادة الوزن
91	2015	لا توجد بيانات	31 نسبة السكان الذين يستخدمون مصادر مياه الشرب المحسنة
78	2015	لا توجد بيانات	32 نسبة السكان الذين يستخدمون مرافق الصرف الصحي المحسنة
71	2014	23 %	33 نسبة السكان الذين يعتمدون بشكل أساسي على الوقود النظيف
0.2	2011-2015	لكل ١٠٠,٠٠٠ من السكان 0.1	34 متوسط معدل الوفيات بسبب الكوارث الطبيعية
6.5	2015	لكل ١٠٠,٠٠٠ من السكان 6.5	35 معدل الوفيات بسبب القتل
19.5	2011-2015	لكل ١٠٠,٠٠٠ من السكان 7	36 معدل الوفيات المباشرة بسبب الصراعات

ملاحظات:

مصدر البيانات: الإحصاءات الصحية العالمية تقرير عام 2017، منظمة الصحة العالمية، 2017، جنيف. متاح على (http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2017/en)

(*) يشمل إقليم شرق المتوسط لمنظمة الصحة العالمية 22 بلدا وهي كالاتي: السودان والصومال وجيبوتي ومصر وليبيا وتونس والمغرب والمملكة العربية السعودية واليمن وسلطنة عمان والإمارات العربية المتحدة وقطر والبحرين والعراق والكويت وإيران، أفغانستان، باكستان، سوريا، لبنان، الأردن وفلسطين.

ان المؤشرات التي سلط الضوء عليها باللون الوردى هي المؤشرات التي يكون فيها الوضع في السودان أسوأ من المتوسط الإقليمي لل ٢٢ بلدا التي يتكون منها إقليم شرق المتوسط لمنظمة الصحة العالمية.

