منتدى البدائل العربي
Arab Forum For Alternatives

خطوات أساسية نحو اللامركزية كحل لتنمية القطاع الصحي في سودان ما بعد الحرب

راوية كمال الدين محمد

ورقة سياسات

منتدى البدائل العربي
Arab Forum For Alternatives

منتدى البدائل العربي للدراسات الاجتماعية

خطوات أساسية نحو اللامركزية كحل لتنمية القطاع الصحي في سودان ما بعد الحرب

ورقة سياسات

راوية كمال الدين محمد

مدير مشاريع السياسات الصحية سابقًا بوزارة الصحة الاتحادية السودانية، باحثة في الحق في الصحة وطالبة ماجستير التعليم الطبي جامعة بوسطن.

مراجعة فنية : عمر سمير

مراجع اللغة العربية: أحمد الشبيني

تصميم: محمد جابر

منسقة المشروع: شروق الحريري

الآراء الواردة في هذا الإصدار تعبر عن رأي كاتبها ولا تعبر بالضرورة عن رأي منتدى البدائل العربي للدراسات أو أي من المؤسسات الشريكة

الشبكة العربية للباحثات والباحثين الشباب في مجال الحقوق الاقتصادية والاجتماعية (YSRN):

تكونت الشبكة في مايو/آيار 2021 في إطار التعاون بين منتدى البدائل العربي للدراساتAFA والصندوق الوطني للديمقراطية NED، وتسعى الشبكة إلى تعزيز المعرفة الخاصة بالاحتياجات المتعلقة بالحقوق الاجتماعية والاقتصادية في المنطقة العربية، من خلال بناء القدرات المعرفية والعملية لأعضاء الشبكة بتقديم مجموعة من التدريبات والاجتماعات في موضوعات متعلقة بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية، كما تسعى إلى تخريج جيل جديد من الباحثين الاقتصاديين والسياسيين في المنطقة يمكنهم إنتاج معرفة نقدية (علمية) حول الوضع العام السياسي والاقتصادي والاجتماعي في البلدان العربية. وكأحد أنشطة الشبكة تصدر سلسلة من أوراق السياسات الخاصة بوضع الحقوق الاقتصادية والاجتماعية في المنطقة العربية كل عام.

منتدى البدائل العربي للدراسات (AFA):

مؤسسة بحثية عربية مستقلة، تعمل كمنصة لتفاعل الخبراء والباحثين لإنتاج معرفة وخطاب بديل في المنطقة العربية. عبر فتح مساحات وخلق خطاب وطرح رؤى وسياسات بديلة لمختلف الفاعلين في المجال العام. وذلك للمساهمة في الوصول لمجتمع يعتمد العلم مرجعيةً في المجالات الاجتماعية المختلفة كطريق للعدالة والديمقراطية والتحرر بشقهم السياسي والاقتصادي/ الاجتماعي، يحتفي بالتنوع الثقافي ويقوم على مبدأ المواطنة والمساواة

ملخص تنفيذي

يشهد القطاع الصحي في السودان تداعيات حرب مدمرة تركت آثارًا عميقة في البنية التحتية والمؤسسات الصحية، فقد أدت النزاعات المسلحة إلى إتلاف المستشفيات والمراكز الصحية، ما أسفر عن تدهور جودة الخدمات ونقص حاد في الكوادر الطبية والمستلزمات الأساسية. كما أن الحرب زادت من تشتت السلطة والموارد، وأدت إلى نزوح جماعي للكفاءات وتأثير سلبي في عمليات التمويل وإدارة الموارد، ما أثّر بشكل جذري في قدرة الدولة على تلبية الاحتياجات الصحية للمواطنين في المناطق الريفية والحضرية على حد سواء

في ظل هذه التحديات الاستثنائية، تبرز اللامركزية كحل إستراتيجي لإعادة بناء النظام الصحي وتأهيله للتعامل مع إرث الحرب وآثارها الاجتماعية والاقتصادية. وتقوم هذه الإستراتيجية على نقل الصلاحيات المالية والإدارية والتنظيمية إلى السلطات المحلية، ما يتيح للمناطق المتضررة اتخاذ قرارات سريعة ومناسبة لخصوصياتها وظروفها المحلية

هذا النموذج لا يهدف فقط إلى تحسين جودة الخدمات الصحية، بل يشمل أيضًا: إعادة تأهيل المرافق، دعم الكوادر الطبية المحلية، وتنشيط آليات المساءلة والرقابة عبر شراكات مع الجهات الدولية والمجتمع المدني

استنادًا إلى التجارب الناجحة في بعض الدول، يتضح أن تطبيق نموذج اللامركزية بشكل تدريجي ومدروس يساهم في إعادة توزيع الموارد بشكل أكثر عدالة وفعالية. وتعتبر هذه العملية ضرورية لتجاوز آثار الحرب التي خلَّفت فجوة كبيرة بين الاحتياجات المتزايدة للسكان والقدرة المحدودة للنظام الصحي على التلبية ما يستلزم تأطيرًا قانونيًّا وسياسيًّا واضحًا يؤمِّن دعم التحول المؤسسي وتطوير القدرات الإدارية على المستوى المحلي ويعزز من استجابة النظام الصحي في حالات الطوارئ والأزمات المستقبلية

من خلال تنفيذ هذه الإصلاحات الجذرية، يمكن للسودان أن يحوّل التحديات المترتبة على آثار الحرب إلى فرص لتعزيز التنمية الصحية الشاملة، وتقليل الفوارق بين المناطق، وإرساء نظام صحي مستدام قادر على مواجهة الأزمات القادمة بكفاءة ومرونة. ويعد هذا التحول خطوة أساسية نحو إعادة الثقة بمؤسسات الدولة وتحفيز المجتمعات المحلية على المشاركة الفعالة في إعادة بناء الوطن

مقدمة

تشكل اللامركزية في السودان إستراتيجية أساسية لإعادة توزيع الصلاحيات والموارد بعيدًا عن الحكومة المركزية، بحيث يُمنَح لكل ولاية ومنطقة القدرة على إدارة خدماتها الأساسية بما يتوافق مع احتياجاتها الخاصة. يهدف هذا النهج إلى سد الفجوات التنموية وتسريع عملية اتخاذ القرارات عبر تقريب العملية الإدارية من المواطنين، ما يؤدي إلى تقديم خدمات عامة، مثل: الرعاية الصحية والتعليم وتطوير البنية التحتية بكفاءة أكبر، كما تجلى ذلك في بعض التجارب المحلية حيث ساهم تفويض بعض المهام الإدارية في ولايات دارفور في تحسين إدارة الخدمات الصحية

في جوهرها، تعني اللامركزية نقل السلطات والمسؤوليات من المستوى المركزي إلى مستويات حكومية أدنى كالولايات والمحليات، أو حتى إلى مؤسسات غير حكومية، من خلال تفويض المسؤوليات المالية والإدارية للجهات المحلية. بهذا الأسلوب، يتمكن السودان من مواجهة التحديات المتعلقة بتوزيع الموارد غير المتوازن، والبيروقراطية المركزية المعوقة، والاستجابة البطيئة للأزمات. كما تُعزز اللامركزية من مشاركة المجتمع المدني في اتخاذ القرارات، ما يخلق شفافية أكبر ويبني الثقة المتبادلة بين المواطنين والحكومة

يمكن تقسيم اللامركزية إلى ثلاثة محاور رئيسية، أولًا: اللامركزية الإدارية، وهي نقل مهام مثل تخطيط الخدمات الصحية، وإدارة الموارد البشرية، ومراقبة الأداء إلى السلطات المحلية

ثانيًا: اللامركزية المالية، التي تتضمن تحويل صلاحيات إدارة الميزانيات، وتخصيص الموارد، والتحصيل المحلي للأموال إلى الولايات أو المحليات. وأخيرًا اللامركزية السياسية، التي تُعطي المجتمعات المحلية الفرصة لانتخاب ممثلين يتمتعون بصلاحية اتخاذ القرارات بشأن تحديد الأولويات الصحية

هذا، وقد شهد السودان تحولات تاريخية عميقة في إدارة السلطة وتوزيعها، بدءًا من الفترة التي تلت الاستعمار والاستقلال حيث اعتمد النظام على حكم مركزي قوي لتوحيد البلاد ومواجهة تحديات بناء الدولة في وقت كانت فيه الصلاحيات مركّزة في الحكومة المركزية على حساب تفويض السلطة للمستويات المحلية، وفي العقود التي تلت ذلك ظهرت محاولات مبكرة لتحويل بعض مهام الإدارة إلى الهيئات المحلية رغم ما واجهتها من تحديات بيروقراطية وصراعات داخلية واختلاف مصالح المكونات الاجتماعية والسياسية جعلت هذه الجهود معقدة، ومع تصاعد الأزمات السياسية والصراعات الداخلية والضغوط الناتجة عن الحروب التي اجتاحت البلاد، وتركت آثارًا مدمرة في البنية التحتية والمؤسسات وأدت إلى ضعف الخدمات العامة، بدأت الدعوات إلى تعزيز اللامركزية كوسيلة لإعادة توزيع الموارد وتحسين استجابة الجهات المحلية للاحتياجات الملحة، ومع وصول السودان إلى مرحلة ما بعد الصراعات والنزاعات المتعاقبة، تبلورت مساعي هادفة نحو تمكين السلطات المحلية كجزء من إصلاح الإدارة العامة وتنمية القطاعات الأساسية مثل الصحة والتعليم والبنية التحتية، حيث يرى العديد من المشرعين والناشطين في اللامركزية وسيلةً فعالة لتعويض الفوارق التنموية وتحقيق مشاركة أوسع في اتخاذ القرار، وهو توجُّه يمثل رد فعل على الآثار السلبية للحروب التي أدت إلى تفكك مؤسسات الدولة وإضعاف قدرة النظام على توفير الخدمات الأساسية، ما دفع إلى البحث عن نماذج جديدة لإدارة الدولة تتسم بالمرونة والكفاءة وتتيح للقوى المحلية أن تلعب دورها الفعال في إعادة البناء وتحقيق استدامة التنمية

ومن المهم أن يكون تبني هذا النظام مصحوبًا بإصلاحات قانونية وتنظيمية، بالإضافة إلى تعزيز القدرات المؤسسية والإدارية على المستوى المحلي، واستخدام التقنيات الرقمية لتوثيق العمليات ومواجهة التحولات بشكل فوري وسلس. يُتوقع أن يساعد تطبيق اللامركزية على تعزيز التنمية المتوازنة في مختلف مناطق السودان وتحقيق تحول حكومي أكثر مرونة واستجابة لاحتياجات المجتمعات المتنوعة

اللامركزية في القطاع الصحي السوداني

تعتمد اللامركزية على نقل جزء من سلطة اتخاذ القرار من الحكومة المركزية إلى الحكومات المحلية، لذا تعتبر اللامركزية من أهم جوانب تحسين وتطوير النظام الصحي، حيث تتيح تقديم الخدمات الصحية للمواطنين بصورة أكثر عدالة وكفاءة

وعلى الرغم من أن النظام الصحي في السودان يتبنى اللامركزية، يعاني النظام الصحي السوداني من عدة اختلالات هيكلية مزمنة تتمثل في مركزية مفرطة في اتخاذ القرار، حيث تتركز أغلب السلطات الصحية في وزارة الصحة الاتحادية

شهد النظام الصحي في السودان تطبيق عدة أشكال من اللامركزية، كما شهد كذلك تعديلات جذرية. فقد تم تحويل السلطة على المرافق الصحية الثانوية والثالثية وحوكمتها من المستوى الاتحادي بأيلولتها إلى المستوى الولائي. علاوة على ذلك، تم نقل توفير خدمات الرعاية الصحية من المستشفيات الاتحادية الكبيرة على المستوى الثالث، مثل: مستشفى الخرطوم التعليمي ومستشفى جعفر إبنعوف الواقعين في وسط الخرطوم إلى أصغر المستشفيات الثانوية بالمحلية مثل مستشفى إبراهيم مالك، التي تقع في الجزء الجنوبي من الخرطوم

يعاني تطبيق اللامركزية على مستوى الولايات والمحليات التابع لها من قصور شديد نتج منه عدم توفر الخدمات الصحية في مناطق كثيرة في ولايات السودان وتمركزها، إما في المدن الكبيرة في الولاية وإما في مدينة الخرطوم العاصمة، ما يكبد كثيرًا من أسر المرضى عناء ماديًا للحصول على الرعاية الصحية

وعلى مستوى صناع القرار والكوادر الطبية في الولايات فإن عدم التفويض الكامل يجعل اتخاذ القرار مهمة مركزية، وعدم توفير الموارد والتدريب الذي يعينهم على أداء عملهم يعيق توفير الخدمات الصحية بصورة سلسة وعادلة ما يعيق التنمية

بعد اندلاع حرب الخامس عشر من إبريل، صار الخلل ومركزية الخدمات الصحية واضحًا وذلك بعد خروج أكثر من 60 في المئة من المستشفيات العاملة في القطاع الصحي عن الخدمة في خلال أسبوعين، وكان تأثير ذلك كارثيًا في المواطنين وظهر العجز في عدم توفر الخدمات الصحية في الولايات التي نزح إليها المواطنون، حيث كانت الوجهة الأولى للعلاج هي العاصمة والمدن الكبرى في الولايات التي تضررت بالحرب.[1]

فجوات كبيرة في التمويل وتوزيع غير عادل للموارد, حيث يقدَّر الإنفاق الصحي العام في السودان بـ 1.2% من الناتج المحلي الإجمالي فقط (وفقًا لتقديرات البنك الدولي، 2022)، وهو من بين الأدنى في الإقليم كما تميل الموارد المالية والبشرية إلى التمركز في العاصمة والمراكز الحضرية، ما أضعف مستوى الخدمات في المناطق الريفية والبنية التحتية الصحية في الولايات مع تدهور المستشفيات الريفية، ونقص الكوادر المؤهلة.[2]

هذا وقد أدى ضعف آليات المساءلة للكوادر والمرافق الصحية إلى تدنّي جودة الخدمات وغياب الاستجابة لاحتياجات المجتمع.

التحديات الرئيسية التي تواجه تطبيق اللامركزية في السودان

يواجه تطبيق نظام اللامركزية في السودان سلسلة من التحديات المعقدة والمتشابكة التي تنطوي على أبعاد سياسية، قانونية، إدارية، اقتصادية، أمنية واجتماعية. فقد شهد تاريخ اللامركزية في البلاد مسيرة تطور ممتدة تأثرت بعديد من العوامل السياسية والاقتصادية والاجتماعية، ما جعل الانتقال من النظم المركزية التقليدية إلى نماذج حكم تُفَوِّض المزيد من الصلاحيات للجهات المحلية عملية تتسم بالتعقيد والصعوبة

ناقشت ورشة «المداخل الاجتماعية للأزمة السودانية» التي نظّمتها جامعة الجزيرة الوضع الصحي في ظل النزاع المسلح، مركّزة في تدهور النظام الصحي بسبب الحرب المستمرة في البلاد. قدّمت د. رحاب الشريف، ورقة سلّطت فيها الضوء على أبرز التحديات، كضعف الرعاية الصحية الأولية، وتراجع نظام الإحالة، وهجرة الكوادر الصحية. وأشارت إلى أن الحرب تسببت في أزمات نفسية وصحية واسعة، خاصة بين الأطفال والنساء وكبار السن، إلى جانب صعوبات كبيرة في الوصول إلى المرافق الطبية وانهيار الخدمات بفعل انعدام المياه والطاقة وتفشي الأوبئة.[3]

وقدّرت الورقة خسائر القطاع الصحي بنحو ٧٠٠ مليون دولار مع خروج ٧٠٪ من المؤسسات الصحية في مناطق النزاع عن الخدمة. وأكدت ضرورة تبني نموذجًا صحيًّا لامركزيًّا لتوزيع الخدمات بشكل عادل، مع إعادة تعريف دور وزارة الصحة ليقتصر على السياسات دون التنفيذ المباشر. كما أوصت بتعزيز تمويل النظام الصحي، الحفاظ على الكوادر، وتوطين طب الأسرة كمكون أساسي في خطة الإصلاح.[4]

أولًا – التحديات السياسية: يعد بطء عملية نقل السلطة نتيجة لتركيز الصلاحيات في يد الحكومة المركزية من أكبر العراقيل، إذ يؤدي ذلك إلى احتدام التنافس بين الفصائل السياسية والصراعات على السلطة بين الجهات المحلية والمركزية. وقد أسهمت هذه الديناميكيات في زعزعة الاستقرار السياسي وتضييق فرص تنفيذ الإصلاحات اللامركزية بشكل فعال

ثانيًا – التحديات القانونية والمؤسسية: يواجه النظام نقصًا في الإطار القانوني الشامل والواضح الذي ينظم مهام واختصاصات الجهات المحلية مقارنة بالحكومة المركزية. هذا الغياب يفضي إلى تداخل المسارات الإدارية وتشابك الإجراءات البيروقراطية، كما يُسهم في ضعف المؤسسات المحلية وضعف آليات الرقابة والمتابعة التي تُعدّ ضرورية لضمان تطبيق السياسات بشكل شفاف ومنظم

ثالثًا – التحديات الإدارية والتنظيمية: تعاني السلطات المحلية من نقص في الكوادر المدربة والخبرات الإدارية المناسبة لإدارة شؤون الحكم المحلي. وتبرز في هذا السياق معوقات تتعلق بتعقيد الإجراءات الإدارية والبيروقراطية، ما يعيق سرعة اتخاذ القرارات وتنفيذ المشاريع التنموية. ويتطلب ذلك تبني جهودًا لتحديث النظم الإدارية وتبسيط الإجراءات بما يعزز من شفافية وكفاءة العمل الحكومي على المستوى المحلي

رابعًا – التحديات الاقتصادية والمالية: يوجد تفاوت واضح في القدرات الاقتصادية بين الولايات والمناطق، إذ يعتمد بعضها بشكل كبير على الدعم المادي من الحكومة المركزية بسبب عدم قدرتها على تأمين مصادر دخلها الخاصة. كما تُشكّل آلية توزيع الموارد المالية تحديًا كبيرًا يستدعي إصلاحات لضمان عدالة التوزيع، بما يتيح تنمية البنية التحتية المحلية وتلبية الاحتياجات التنموية المتفاوتة بين الجهات

خامسًا – التحديات الأمنية: تؤدي النزاعات الداخلية والاضطرابات الأمنية في بعض المناطق إلى تعطيل عمل السلطات المحلية وإعاقة تطوير آليات الحوكمة على المستوى المحلي. وتتفاقم هذه التحديات مع تداخل العوامل الأمنية والسياسية، ما يصعّب توفير بيئة مستقرة تسهم في تنفيذ السياسات اللامركزية بسلاسة وإجراء التدابير الاحترازية اللازمة في مواجهة الأزمات

سادسًا – التحديات الاجتماعية والثقافية: يمثل التنوع العِرقي والثقافي في السودان ثروة إنسانية كبيرة، إلا أنه في الوقت ذاته قد يؤدي إلى تضارب المصالح والصراعات على التمثيل وتوزيع الموارد. وتضاف إلى ذلك قضية عدم الثقة المتأصلة لدى بعض شرائح المجتمع في العدالة والشفافية، ما يستدعي تطوير آليات تواصل ومشاركة مجتمعية تُعزّز الثقة وتضمن تمثيل كل الأطراف في اتخاذ القرارات المحلية

باختصار، يتطلب تجاوز هذه التحديات تبني نهجًا شاملًا يتمثل في تحديث الإطار القانوني والمؤسسي، وتطوير الأنظمة الإدارية، وتمكين الجهات المحلية اقتصاديًّا، وبناء بيئة أمنية مستقرّة، وتعزيز التكافل الاجتماعي والثقافي. إن مثل هذه الجهود المتكاملة من شأنها أن تُسهّل عملية تطبيق اللامركزية في السودان، وتفتح آفاقًا جديدة لتلبية احتياجات المواطنين بأسلوب أكثر فعالية وعدالة

الإشكالات التي يمكن للامركزية معالجتها في القطاع الصحي السوداني

يمكن للامركزية في القطاع الصحي السوداني أن تكون حلًّا محوريًّا لمعالجة العديد من الإشكالات التي تُعيق تقديم الخدمات بكفاءة واستجابة لاحتياجات المواطنين. فهي تُحدث تحولًا نوعيًّا في أسلوب الإدارة من خلال تعزيز المرونة والشفافية وتقريب عملية اتخاذ القرارات من المجتمع المحلي. ففي النظام الصحي المركزي نظمت السلطة في العاصمة إجراءات إدارية معقدة تُبطئ عملية اتخاذ القرار وتخلق فجوة واقعية بين الخطط المركزية وتنفيذها المحلي، ما يُفضي إلى تقديم حلول غير متكاملة وغير ملائمة لخصوصيات كل منطقة

ومن الإشكالات التي يمكن للامركزية معالجتها:

الإدارة المركزية والبيروقراطية: يؤدي تركز السلطة في الجهات المركزية إلى بطء الاستجابة للمشكلات وصعوبة اتخاذ القرارات بسرعة. ففي ظل هذا النظام، تتأخر المعالجات الفورية للمشكلات، بينما يمكن للجهات المحلية، من خلال تفويض الصلاحيات، أن تتدخل مباشرة وتقدم حلولًا عملية تناسب ظروف المنطقة

توزيع الموارد غير المتوازن: يسفر التمركز عن توزيع غير عادل للموارد والميزانيات بين الولايات، إذ تُحرم المناطق النائية أو تلك التي تتطلب دعمًا خاصًّا من الحصول على المساعدات الكافية. ومن خلال نقل سلطة توزيع الموارد إلى الهيئات المحلية، يمكن تحديد الاحتياجات الفعلية لكل منطقة وتخصيص الدعم بما يتناسب معها

ضعف الاستشارة ومواءمة السياسات مع الاحتياجات المحلية: غالبًا ما تُصاغ السياسات الصحية المركزية دون مشاورة كافية للمجتمعات المحلية، ما يجعلها غير متوافقة مع الاختلافات الاجتماعية والثقافية في البلاد. ويتيح نقل جزء من صلاحيات التخطيط والتنفيذ للمستوى المحلي تصميم برامج صحية تتماشى مع تطلعات السكان واحتياجاتهم الجوهرية

نقص آليات الرقابة والمساءلة: يؤدي التركيز المركزي للسلطات إلى غياب نظم رقابية فعالة تضمن شفافية تصريف الموارد، ما يزيد من فرص الفساد. وفي هذا السياق، تُعدّ اللامركزية وسيلة فعّالة لتفعيل الرقابة المحلية، حيث يُمكن للمجتمع المدني والمنظمات المحلية مراقبة الأداء وتقييم النتائج بشكل مباشر

الاستجابة البطيئة للأزمات والطوارئ: تُعتبر الإجراءات المركزية بطيئة في مواجهة الأزمات، مثل: تفشّي الأمراض أو الكوارث الطبيعية، فقد شهدت حالات خلال النزاعات المسلحة، مثل: الاعتداءات التي تعرَّض لها مخيم زمزم، تأخرًا في التنسيق والرد الفوري بسبب الإجراءات الإدارية المتشابكة، ما أدى إلى تفاقم الوضع الأمني والإنساني واندلاع موجات نزوح واسعة. وعلى صعيد آخر، أفادت تقارير إعلامية بأن بعض المناطق تعرضت لاعتداءات متكررة مع استجابة ضعيفة من الهيكل المركزي، بينما أثبتت تجارب ولايات مثل دارفور أن تفويض الصلاحيات قد يسهم في استجابة أسرع وإنقاذ عدد أكبر من الأرواح

ضعف التنسيق بين مستويات الحكم: يؤدي الانفصال بين الجهات المركزية والمحلية إلى فجوات في التنسيق، ما يعرقل تنفيذ البرامج الصحية بصورة شاملة. ومن خلال إنشاء آليات تنسيق فعالة تربط بين صانعي القرار على كلا المستويين، يمكن إعداد خطط مترابطة تلبي الاحتياجات الصحية لكل المواطنين

نقص برامج التدريب وبناء القدرات المحلية: يعتمد النظام الحالي بشكل كبير على الكوادر المركزية، الأمر الذي يؤدي إلى ضعف الخبرات المتخصصة في إدارة وتقديم الخدمات على مستوى الولايات. ومن الضروري، في هذا السياق، تصميم وتنفيذ برامج تدريبية متخصصة تهدف إلى تعزيز قدرات الكوادر المحلية وضمان تقديم خدمات صحية ذات جودة عالية

بالتالي، يُمكن القول إن تطبيق نموذج اللامركزية في القطاع الصحي بالسودان ليس مجرد تغيير إداري روتيني، بل هو منهج متكامل يسهم في تحسين سرعة اتخاذ القرارات، وتوزيع الموارد بشكل عادل، والتصميم المناسب للبرامج بما يتماشى مع الاحتياجات المحلية، مع تفعيل آليات الرقابة والمساءلة وضمان الاستجابة السريعة للأزمات. كما يعزز هذا النهج التنسيق بين مستويات الحكم المختلفة ويُسهم في بناء قدرات الكوادر المحلية، وهو ما يضع السودان على طريق إعادة هيكلة نظامه الصحي نحو مستقبل أكثر استدامة وكفاءة

دراسات حالة دولية ناجحة لتطبيق اللامركزية في القطاع الصحي

على المستوى الدولي، ثبت نجاح تطبيق نظام اللامركزية في القطاع الصحي في تحسين مؤشرات الصحة العامة وتلبية احتياجات المجتمعات المحلية بصورة ملموسة. ففي إثيوبيا، اعتمدت الحكومة نموذجًا لا مركزيًّا تدريجيًّا منذ التسعينيات، حيث بدأت بتأسيس وتفعيل مكاتب الصحة في كل منطقة لتولي إدارة الخدمات الصحية الأساسية محليًّا. وقد أوضحت تقارير منظمة الصحة العالمية تأثير هذا التحول، إذ ارتفعت نسبة التغطية بالتحصين من 14% في عام 2000 إلى أكثر من 70% بحلول عام 2020، ما ساهم في زيادة الوقاية من الأمراض وتعزيز الاستجابة للمتطلبات الصحية للسكان[5].

وليس بعيدًا عن السودان، تُعتبر تجربة كينيا نموذجًا ناجحًا في تطبيق الإصلاحات اللامركزية، إذ اعتمد دستور عام 2010 نظام حكم لا مركزي شامل، ما أتاح تحسين البنية التحتية الرقمية وتدريب الكوادر المحلية على إدارة الموارد الصحية بفعالية. فقد أدت هذه الإصلاحات إلى توفير بيانات آنية موثوقة تدعم اتخاذ القرارات على مستوى المقاطعات، التي باتت تتحمل مسؤولية إدارة قطاع الصحة بشكل مستقل. وقد تجلى نجاح هذه الخطوات في تحسين التوزيع الجغرافي للكوادر الصحية وزيادة الإنفاق الصحي المحلي بنسبة 23% خلال خمس سنوات، فضلًا عن تعزيز التنسيق بين الجهات المحلية والمركزية من خلال آليات رقابية شاملة تعزز الشفافية والمساءلة[6].

وفي الهند، تُعد ولاية كيرلا مثالًا يُحتذى به في تطبيق اللامركزية الإدارية والمالية، فقد قامت بتفويض الصلاحيات للسلطات الصحية المحلية وإشراك المجتمعات على مستوى البانشيات (المجالس المحلية) في تخطيط وتنفيذ الخدمات الصحية. وقد أتاح هذا النموذج للمجالس المحلية فرصة تحديد احتياجات المجتمع وتوجيه الموارد بشكل أدق، ما ساهم في تحسين معدلات التغطية الصحية، وتعزيز الوقاية والعلاج، وتسريع الاستجابة للأزمات المحلية. فضلًا عن ذلك، فقد أدت هذه التجربة إلى تقليل وفيات الأمهات وزيادة نسب الولادات المؤسسية، ما يبرز أهمية بناء القدرات المحلية عبر تدريب الكوادر وتوفير المناهج التي تتناسب مع المتطلبات المجتمعية الفريدة.[7]

أما على مستوى العالم العربي، فقد شرعت وزارة الصحة في الأردن منذ عام 2018 في تنفيذ نظام لامركزي بالتعاون مع الجهات المحلية ومديريات الصحة في المحافظات. ويحقق هذا النظام نقل الصلاحيات إلى المديرين المحليين ما يمكنهم من تلبية احتياجات المواطنين بصورة شاملة، حيث يُترجم ذلك إلى تحسين وتسهيل الخدمات الصحية المقدمة على أرض الواقع. بالتالي، يصير اتخاذ القرار أقرب إلى المواطن وينعكس إيجابًا على نوعية الرعاية الصحية وتوزيع الموارد بشكل عادل بين مختلف المناطق.[8]

بهذا الأسلوب، يتضح أن تطبيق اللامركزية ليس مجرد تغيير إداري بل هو تحول حيوي يُمكِّن الدول من مواجهة التحديات المرتبطة بتوزيع الموارد غير المتوازن والبيروقراطية المركزية، مع تمكين الكوادر المحلية وبناء القدرات بما يعود بالنفع على الخدمات الصحية وجودتها على المدى الطويل

الخاتمة والتوصيات

إن اللامركزية في القطاع الصحي تمثل فرصة إستراتيجية لتجاوز العوائق التاريخية التي عطّلت تطور القطاع الصحي في السودان، ما يمكن أن يساهم بشكل كبير في التنمية الصحية وإتاحة الخدمات الصحية للمواطنين بصورة عادلة من خلال تحديد الاحتياجات المحلية، تحسين الكفاءة، وتحفيز الابتكار

يجب أن يكون الهدف النهائي من هذا التحول هو تمكين المجتمعات من امتلاك زمام أمرها في تحديد وتلبية احتياجاتها الصحية، بما يعزز: العدالة، الكفاءة، والكرامة الإنسانية وذلك يبدأ بتوزيع الموارد بشكل متساوٍ وعادل بين المناطق المختلفة، ما يقلل من الفجوات الصحية بين المناطق الحضرية والريفية للعمل على إحداث تحسينات كبيرة في جودة الرعاية الصحية وتوزيعها بشكل عادل، يمكّن الحكومات المحلية في السودان من تحديد الأولويات وتوفير الخدمات الصحية الأساسية للمواطنين في المناطق النائية والمحرومة، ما يسهم في تحسين الوصول إلى الرعاية الصحية.

وذلك يتطلب إرادة سياسية قوية، تمكين القدرات المحلية، وتأسيس نظام رقابة شفّاف وشامل بنقل السلطة إلى المستويات المحلية، ما يعزز الشفافية والمساءلة في استخدام الموارد وتقديم الخدمات. ما يمكّن للمواطنين المشاركة في اتخاذ القرارات الصحية والتأكد من أن الحكومات المحلية تتصرف بمسؤولية

ومن المهم جدًّا توفير الموارد والتدريب والدعم اللازم للحكومات المحلية في السودان لضمان تنفيذ اللامركزية بشكل فعّال ومستدام

تهدف هذه التوصيات إلى تحقيق تحول نوعي في القطاع الصحي من خلال تمكين المجتمعات المحلية وتوفير بيئة إدارية ومالية وتقنية ملائمة تضمن تقديم رعاية صحية أسرع وأكثر ملاءمة لاحتياجات المواطنين خصوصًا في ظل التحديات التي خلّفها النزاع. إن تطبيق هذه الإجراءات سيساهم في بناء نظام صحي قادر على التعافي وتحقيق تنمية مستدامة تتماشى مع التطورات المحلية والدولية

1. إرساء إطار قانوني ومؤسساتي واضح وذلك بصياغة وتعديل القوانين والتشريعات بما يضمن نقل الصلاحيات والموارد للمستويات المحلية، مع تحديد اختصاصات واضحة للهياكل الإدارية المحلية مقابل الحكومة المركزية وتضمين مبادئ اللامركزية في الدستور بما يؤمّن استمرارية تطبيق السياسات التنموية في القطاع الصحي
2. إنشاء هياكل تنظيمية داعمة وتشكيل هيئات ومجالس محلية مختصة لمتابعة تنفيذ السياسات الصحية وضمان التنسيق بين الجهات المختلفة وتحديد آليات شفافة لتوزيع المسؤوليات بين الحكومة المركزية والحكومات المحلية وتجاوز الإجراءات البيروقراطية المُعرقلة لتقديم الخدمات والتنسيق والتكامل بين المستويات الحكومية لضمان توافق الإستراتيجيات الطبية الوطنية مع احتياجات كل منطقة
3. بناء القدرات المحلية والتحول الإداري وذلك بإعداد برامج تدريبية مكثفة للكوادر الإدارية والفنية على المستوى المحلي لتطوير مهارات إدارة النظم الصحية وتطوير إستراتيجيات التكيف السريع مع التحديات التي أعقبت النزاع ودعم إنشاء مراكز تدريب إقليمية متخصصة تنقل الخبرات من مراكز التميز الوطنية والدولية إلى الهيئات المحلية
4. إعادة تصميم إجراءات اتخاذ القرار لتكون أكثر سلاسة وشفافية في ظل اللامركزية، ما يتيح تقديم الخدمات بشكل أسرع وأكثر مرونة واستخدام النظم الرقمية في تسجيل ومتابعة العمليات الإدارية وتوفير بيانات آنية تساعد في تخطيط وتنفيذ البرامج الصحية
5. إعادة توزيع الموارد والتمويل عن طريق تطوير نموذج توزيع عادل للموارد المالية بين الجهات المحلية بناءً على الاحتياجات الفعلية، مع تأمين خطط لإدارة الإيرادات المحلية، مثل: الضرائب والرسوم المحلية ووضع آليات واضحة لضمان الاستفادة المستدامة من الدعم الدولي والمنح المخصصة لإعادة إعمار القطاع الصحي
6. دعم الشراكات بين القطاع العام والمجتمع المدني لتنمية قدرات النظم الصحية المحلية وضمان استمرار الخدمات رغم التحديات المالية وإعداد خطط مالية طويلة الأمد تأخذ في الاعتبار تبعات ما بعد الحرب وكيفية تحقيق استقرار مالي للقطاع الصحي على المدى القريب والبعيد

7. إعادة تأهيل المنشآت الصحية وإعطاء الأولوية للمناطق التي تضررت بشكل مباشر من النزاع، مع التركيز في إعادة بناء وتجديد المرافق والمستشفيات في المناطق النائية والريفية مع الاستثمار في تطوير نظم النقل والإمداد لضمان توفير الأدوية والمستلزمات الطبية في المحليات

8. تعزيز المشاركة المجتمعية بتشكيل مجالس صحية محلية تضم ممثلين عن المواطنين ومنظمات المجتمع المدني السوداني لمشاركة المجتمع في اتخاذ القرار وتحديد أولويات الخدمات الصحية وتنظيم استشارات وملتقيات دورية مع المجتمع لتقييم نتائج السياسات وتحديد أوجه القصور والتحديات

9. إقامة شراكات مع دول ذات تجارب ناجحة في تطبيق اللامركزية في القطاع الصحي لتعزيز تبادل المعرفة والخبرات وتعزيز الدعم الدولي والشراكات الإستراتيجية بالتعاون مع الجهات الإقليمية والدولية وفتح قنوات للتواصل مع الشركاء الدوليين والمؤسسات المانحة لتوفير التمويل اللازم والمساعدة التقنية لتنفيذ السياسات والاستفادة من الخبرات الدولية في تنظيم حملات تدريبية وإعادة بناء النظم الصحية المتضررة

هوامش

1 Management of Decentralization of Health Care, https://cutt.ly/brTizhOI

2 Sudan's Health Workforce Matters, world bank, 26 June 2023, https://cutt.ly/YrTivIvD

3 عاصم الأمين، دراسة علمية تدعو إلى اعتماد اللامركزية في تشغيل مرافق الرعاية الصحية في السودان حتى لا تتركز الخدمات في مكان واحد، موقع الجزيرة اليوم، https://cutt.ly/4rTibXv1

4 المرجع السابق.

5 Health Sector Transformation Plan II (HSTP II) 2020/21-2024/25, world bank, 2021, https://cutt.ly/ArTimslr

6 Kenya - Health Sector Support Project (English), world bank, https://cutt.ly/WrTim7qm

7 A Krishnan and others, Re-engineering primary healthcare in Kerala, national center for biotechnology information, March 2021, https://cutt.ly/NrTiW42k

8 وزارة الصحة تتوجه لتطبيق اللامركزية في مديرياتها، وكالة الأنباء الأردنية بترا، يونيو 2018، https://cutt.ly/orTiE3lA

منتدى البدائل العربي
Arab Forum For Alternatives

منتدى البدائل العربي للدراسات الاجتماعية

مكاتب فبريكا. شارع كنيسة الاخوة الانجليين. منطقة اوتيل ديو، الاشرفية بيروت. لبنان.

+961 76 386 477 info@afalebanon.org https://www.afalebanon.org/

هذا المُصنَّف مرخص بموجب رخصة المشاع الإبداعي نَسب المُصنَّف - غير تجاري - منع الاشتقاق 4.0 دولي.