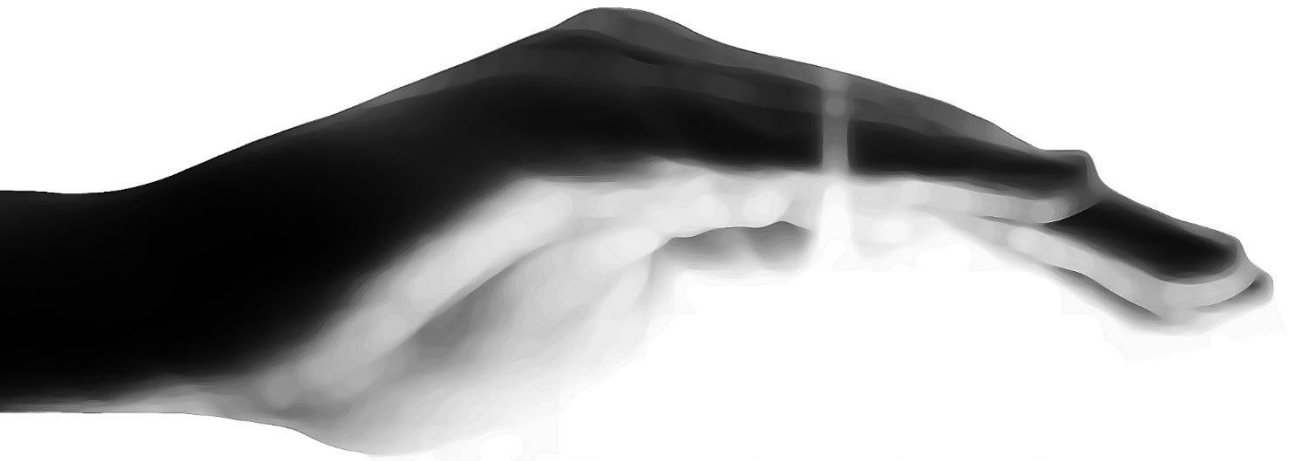
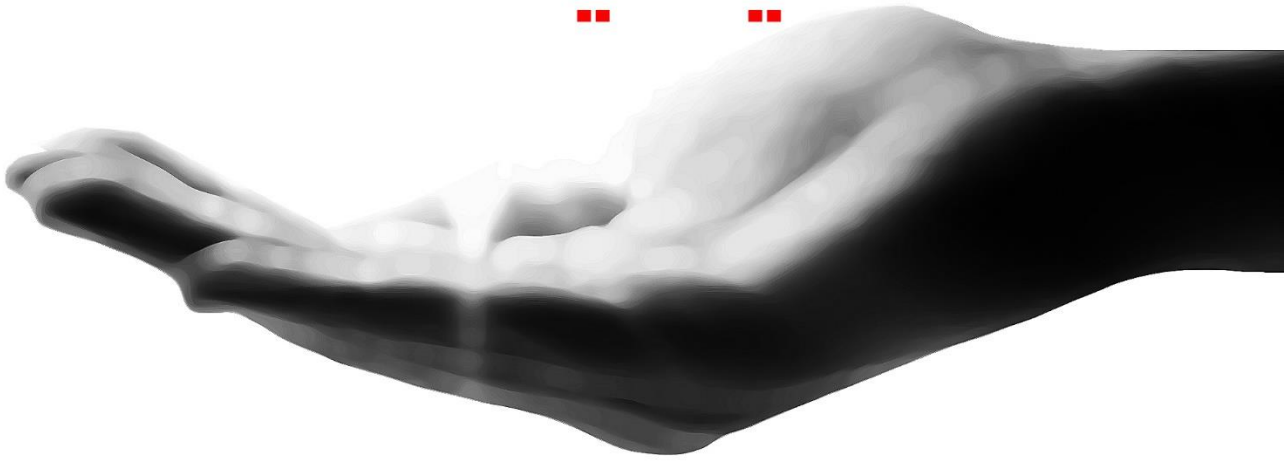


موجهات إصلاح النظام الصحي في الســـــودان



ينـــــايـــــر ٢٠١٩

نقابة أطبـــاء السودان الشرعية

نقابة أطباء السودان الشرعية

موجهات إصلاح النظام الصحي في السودان

مدخل

مع استمرار ثورة الشعب السوداني الباسلة لاستعادة حريته وكرامته، والتضحيات العظيمة التي يقدمها أبناء وبنات الشعب السوداني الذين يواجهون الة القمع الحكومية بكل شجاعة، نقوم في نقابة أطباء السودان الشرعية بنشر هذه الوثيقة التي تحتوي على الموجهات العامة والاساسية لإصلاح النظام الصحي في السودان بعد زوال هذا النظام. هذه الوثيقة تم اعدادها على مدى الأعوام الماضية بواسطة عدد من الأطباء السودانيين المنضوين في عضوية النقابة المتخصصين والخبراء في مجال السياسات الصحية والصحة العامة. وتستند الي تحليل علمي وواقعي لمشاكل النظام الصحي الحالي في السودان ومدى انهياره. نطمح عبر هذه المساهمة من نقابة الأطباء السودانيين الي المساهمة في تطمين الشعب السوداني بان في الإمكان افضل مما يحدث الان، واننا قادرون على صناعة مستقبل افضل لوطننا وشعبنا بعد زوال هذا النظام.

وتتقدم نقابة أطباء السودان الشرعية بوافر الشكر لمجموعة مترجمون سودانيون من أجل التغيير Sudanese Translators for Change (STC) على مساهمتها القيمة في ترجمة هذه الخطة الي اللغة العربية.

1/ المقدمة والأهداف:

تهدف هذه الورقة، بصورة رئيسية، إلى وضع الأسس لمسوغات بناءة من شأنها أن تؤدي إلى تحسين الوضع الصحي لشعب السودان، وذلك من خلال اقتراح المضمون والموجهات الأساسية لإصلاح جذري للسياسة الصحية، وتمثل الورقة محاولة لتحديد ما يجب أن تقوم عليه السياسة المثلى لإصلاح القطاع الصحي من حيث المضمون والمقاربة. وقد قُصد من هذه الوثيقة أن تكون ورقة لنقاش وحوار يشترك فيه العاملون في القطاع الصحي وصنّاع السياسة الصحية. وهي لا تستهدف الاحاطة الشاملة بموضوعها، وإنما تسعى إلى إثارة حوار نشط لتطوير محتواها.

تلقي الورقة الضوء على التحديات الرئيسية، المعروفة والمؤكدة، والتي يتصف بها وضع القطاع الصحي في السودان، وتوصي بالقيام بمجموعة من الإجراءات الاسعافية لإصلاح النظام الصحي خلال ثلاثة إطارات زمنية:

- **على المدى القريب – سنة واحدة**
- **على المدى المتوسط – ثلاث سنوات**
- **على المدى الطويل – عشرة سنوات**

يشكّل المستهدفون بالورقة جمهوراً تتفاوت مستويات إلمامه وفهمه للتفاصيل التقنية، لذا تحتاج الورقة إلى المواءمة بحيث تناسب هذا التفاوت، وكذلك يتوجب أن تستوعب الآلية التي ستنشأ لنقاش الورقة وسائل التواصل الاجتماعي الحديثة، وأن يجري النقاش على قاعدة من التشبيك لتحقيق أوسع قدر من المشاركة.

الأهداف:

أ – توافق العاملين في الحقل الصحي (من السودانيين داخل السودان وخارجه) على فهم شامل وموضوعي بشأن العوامل الرئيسة المسببة لتدهور القطاع الصحي.

ب – تحديد النقاط المفتاحية التي يمكن من عبرها إصلاح القطاع الصحي في السودان، وتهيئته ليصبح أكثر استجابة لتطلعات السودانيين وأكثر اتساقاً مع المبادئ والإعلانات المعترف بها دولياً، وأكثر مقدرة على خلق مجتمع يتمتع بالصحة ويسهم في التنمية.

ج – تحقيق اجماع أوسع حول التوصيات بشأن المكونات والموجهات الرئيسة لسياسة الإصلاح، واضعين في الاعتبار السرعة في تطبيق التوصيات التي تحظى بالإجماع.

2/ الإطار التحليلي:

تتبنى الورقة تعريف " القطاع الصحي" الذي تعتمده منظمة الصحة العالمية، وبحسب التعريف يندرج في القطاع الأفراد والكيانات التي تسهم في تقديم مختلف أشكال الخدمة الصحية (الوقائية، العلاجية، التوعوية والتأهيلية)، غض النظر عن الجهة التي تقدم الخدمة (مرافق صحية، رعاية منزلية، المدارس... إلخ.) بما يشمل القطاع الخاص، المنظمات المجتمعية القاعدية، الكيانات الدينية، المؤسسات التعليمية وغيرها.

تتبنى الورقة كذلك تصميم "دعائم هيكل النظام الصحي" المعتمد من قبل منظمة الصحة العالمية كإطار للتحليل. ويتكون الهيكل من ستة دعائم تحدد النظام الصحي، ويساعد تبني تصميم الهيكل على تأسيس إطار لتحليل المشكلات والتوصية بموجهات الاصلاح، وتشمل دعائم الهيكل ما يلي:

- **الحوكمة الصحية والاشراف:**

  وتتضمن مراكز صنع القرار على المستويين المحلي والقومي والمساءلة .... إلخ.

- **البنية التحتية، التكنولوجيا والصيدلة.**
- **الموارد البشرية:**

  وتتضمن الإنتاج، الإدارة، التنظيم ومصادر الاعتمادات.

- **نظم المعلومات:**

  وتتضمن مراقبة الأمراض وإدارة نظم المعلومات الصحية.

- **تمويل خدمة الرعاية الصحية:**

  ويشمل التأمين وغيره من صيغ إدارة المخاطر، الشراكة بين القطاعين العام والخاص..... إلخ.

- **إيصال الخدمات الصحية:**

  وتتضمن التنظيم والجودة.

وتظل الحاجة قائمة، كذلك، إلى تبني حزمة أخرى من أدوات منظمة الصحة العالمية ابتداءً من فترة الإطار الزمني الأول وذلك لتوفير معرفة أعمق وتأسيس محددات الأنشطة والاجراءات التي تتم في الاطارات الزمنية الثلاث. ويمكن أن تشمل حزمة الأدوات إطار العمل لمعايير قياس أداء النظام الصحي، استخدام الوارد البشرية للتقييم الصحي، أدوات تحليل الأوضاع، مناهج حساب التكاليف وتشمل الحسابات على المستويين المحلي والقومي، دراسات الاقتصاد الجزئي، تكاليف وحدات الخدمة بغرض بناء مشروع تأمين قومي/اجتماعي، مناهج إصدار القرار وترتيب الأولويات وتحديد تكلفة باقة الخدمة الصحية الأساسية، إطار لتطوير نماذج تمويل قائمة على الأداء، دراسات آثار الأمراض وتأثير أمراض أو خدمات معينة وغير ذلك من المناهج.

3/ عرض المشكلة:

ظل القطاع الصحي في السودان وحتي الثمانينات، يحرز تقدماً مقدّراً في الحد من انتشار الأمراض، ويعزّز تيسير خدمات الرعاية الصحية الأساسية ويقوّي دعائم النظام الصحي للحفاظ على المنجزات.

إن حقيقة تراجع مؤشرات النظام الصحي الأساسية والتي نراها الآن، ليست نتيجة عرضية، وإنما هي جزء مكمّل لسياسة متعمّدة تتمثل في التنصل عن تقديم الدعم الحكومي لقطاعات الخدمة كافة، والسماح لقوى السوق بتحديد نوع الخدمات التي تقدم للمواطنين وأسعارها وجودتها.

ليس من أغراض هذه الورقة تقديم تحليل شامل أو تأسيس قواعد لسياسة القطاع الصحي، وعلى الرغم من ذلك، تحاول الورقة تحديد التحديات الرئيسة التي تواجه كلاً من مكونات هيكل النظام الصحي الستة، والتي يمكن تحديدها فيما يلي:

أ-**الحوكمة الصحية والاشراف**:

الاهمال الحكومي للمتطلبات الدستورية التي تضمن الحق في الرعاية الصحية.

الاهمال الحكومي في واجب إرساء حوكمة رشيدة في القطاع.

الافتقار إلى المقاربة التشاركية في صنع القرار المتعلق بإيصال الخدمات الصحية على المستويين المحلي والقومي، وعلى وجه الخصوص، استبعاد الفاعلين الاجتماعيين، المنظمات الطوعية، المانحين ووكالات وشركاء منظمة الأمم المتحدة.

محدودية التمثيل القطاعي في صنع القرار المتعلق بالشئون الصحية، والتي تتمثل في استبعاد قطاعات التعليم، التمويل، الشؤون الاجتماعية، القضاء وغير ذلك من الفئات.

افتقار مختلف مستويات ادارة القطاع الصحي لآليات محاسبية تراقب وتوجّه وتقرر بشأن تخصيص الموارد في قطاع الصحة، وبشأن تخطيط الميزانيات والتكاليف والنفقات.

الافتقار لمعايير لقياس الأداء تقوم على العلم وتتسم بالشفافية

غياب آليات ذات كفاءة تتولى التنسيق بين مختلف السلطات الصحية

عجز الاجراءات المحاسبية و/أو تشتيت مراكز المسئولية فيما يتعلق بنقاط رئيسية من نقاط حوكمة القطاع الصحي، مثل تطوير البنى التحتية والتعاقدات لانجاز هذا التطوير والتزود بالتكنولوجيا وتوفير الأدوية.

ب- **البنى التحتية، التكنولوجيا والصيدلة**:

سوء ترتيب الأولويات فيما يتعلق بتطوير بنى تحتية حديثة، ويقع ضمن ذلك تركيز غير صائب على إنشاء مؤسسات رعاية صحية جديدة، ونابع من حوافز سياسية في ذات الوقت الذي يجري فيه إهمال وتفكيك نشط للمؤسسات الصحية القائمة، إضافة إلى النأي عن إيجاد بنى تحتية جديدة أو تأهيل البنى القائمة.

الافتقار إلى تحكم تنظيمي كفء وغياب المعايير فيما يتعلق بالتعاقدات بغرض تدبير وتوفير المنتجات الصحية للقطاع العام، وعجز الميزانيات المخصصة لتزويد القطاع العام بالأدوية وغيرها من الإمدادات الطبية، تكنولوجيا الصحة، المعامل، أجهزة الأشعة وغير ذلك من لوازم البنية التحتية والتكنولوجيا والصيدلة.

انعدام وعدم استقرار نظام إدارة لإدارة الامدادات بالمستلزمات الطبية وتوزيعها.

إهمال الاستثمارات والسياسات السابقة التي شجعت نشوء بعض الصناعات المحلية الصغيرة، والتي كانت تسهم بنشاط في إنتاج بعض العقاقير الأساسية وبعض الامدادات الطبية، مما ترتب عليه الاعتماد على الاستيراد باهظ التكلفة على الحكومة والمرضى.

الفشل في الاستفادة من أو السعي إلى الدخول في ترتيبات تجارية دولية مع المصنّعين والدول المصدّرة، ومع الأفارقة وغيرهم من الجيران للحصول على تخفيضات كبيرة و إعطاء أولوية لاستراد أدوية يركّز على النوع وليس العلامة التجارية، و الفشل كذلك في الدخول في ترتيبات جماعية لتوفير لقاحات الأطفال، أدوية الايدز ARVs وصحة الأمومة وغير ذلك من الفرص المهدرة.

ج-الموارد البشرية

عدم كفاية حجم قوة العمل في القطاع، فضلاً عن عدم المساواة في توزيعها في مناطق الحضر والريف، (أقل من المعدّل المعتمد من قبل من منظمة الصحة العالمية – ما لايقل عن 2,5 عامل صحي لكل 1000 من السكان.)

عدم التوازن في خلق الكوادر، حيث يتم التركيز على تأهيل الأطباء بينما يتم إهمال تأهيل الكادر المساعد.

افتقار سياسة الموارد البشرية إلى إطار عمل مما أدى إلى عدم امكانية تجنب ضعف تأهيل الموارد البشرية.

إعلان الدولة بشكل فاضح تنكرها لبرامج تدريب الكادر الصحي وتنصلها من واجباتها.

د-نظم المعلومات الصحية:

انعدام التنسيق في ترتيب أولويات جمع البيانات اللازمة وتحليلها وتخزينها بغرض استخدامها في صناعة القرارت مما أدى إلى ضعف أداء نظم المراقبة على المستوى القومي وعلى مستوى المراقبة التي تخص الأمراض ذات الانتشار إضافة إلى عدم معقولية القرارات وضعف أسس المحاسبية في مختلف مستويات القطاع الصحي، القومي منها والمحلي ومستوى المرافق.

النزوع إلى احتكار المعلومات الصحية لخدمة أغراض سياسية.

ضعف الشفافية في تخزين البيانات الصحية.

فقر النظم المسؤولة عن تحويل البيانات الصحية إلى معلومات ذات جدوى في صنع القرار.

هـ- تمويل الرعاية الصحية

التدني المريع للتمويل مصحوباً بعدم مناسبة الصيغ المختلفة من صيغ الغطاء التأميني، وما ترتب على ذلك من ارتفاع كارثي في نسبة إنفاق المرضى من أموالهم الخاصة لتصل ما يفوق 75% من إجمالي النفقات الصحية.

ضعف تناسق وتراصف الاستثمارات الخارجية في مجال التنمية الصحية مع الدعم الحكومي للقطاع الصحي، بحيث لا يوجد أثر لاستثمارات الأمم المتحدة والمانحين في الحسابات في القطاع الصحي، مما يعوق وضع ميزانية واقعية أو محاسبة منضبطة لتمويل الرعاية الصحية.

و-إيصال الخدمات الصحية:

الفشل في تطبيق استراتيجيات السياسة الصحية القائمة والمعتمدة دولياً، وعلى وجه الخصوص، إعلان الماتا وذلك بإيلاء اهتمام أقل بالرعاية الصحية الأساسية، وتركيز أكبر على الخدمات الثانوية والثالثية.

4/ توصيات المبادئ الموجِهة للسياسة الصحية في السودان:

1. الصحة حق من حقوق الإنسان وكما هو منصوص عليها في دستور السودان الانتقالي 2005
2. **الصحة هي استثمار في التنمية الإنسانية ورأسمال البشري** وليست محض خدمة اجتماعية أو إنفاق على الرفاه
3. نتحدث عن الصحة كما هي معرّفة من قبل منظمة الصحة العالمية، أي أنها ليست مجرد انعدام الأمراض
4. يجب أن تتمتع وزارة الصحة بسلطة مركزية على جميع الأجسام المنظِّمة للقطاع الصحي
5. **السياسة الصحية يجب ان تكون منحازة الي الفقراء، ومراعية لمتطلبات النوع (الجندر) وتركز على تحقيق الانصاف والمساواة**: آخذين في الاعتبار معدلات الفقر المرتفعة، فمن الضروري عدم الاكتفاء بالقضاء على عدم المساواة في تيسير الوصول إلى الخدمات الصحية، وإنما ينبغي كذلك القضاء اجتماعيا على عدم المساواة البنيوي الكامن في التخطيط للصحة وذلك بتقوية الأفراد والمجتمعات لامتلاك صوتهم والمشاركة في القرارات التي تؤثر على صحتهم (بما في ذلك القرارات المتعلقة بالحرب والسلم)، والمشاركة في السياسة الصحية وإيصال الرعاية الصحية، في الإسكان، التعليم، إمداد المياه والصحة العامة.
6. **تكاملية أدوار القطاع العام والمجتمع المدني السوداني والقطاع الخاص والمؤسسات التعليمية**: ويشمل هذا التكامل أدوار العاملين في القطاع الصحي، النقابات، الجماعات الأهلية القاعدية، المنظمات الطوعية والقطاع الخاص في دعم السياسة الصحية العامة. ولا يعتمد هذا المبدأ على إشراك المجتمع المدني والقطاع الخاص كمجرد مقاولين أو قنوات لمزيد من التمويل ومنافذ للخدمة وإنما تنبغي مشاركتهم كأنداد في وضع السياسات وتطوير الاستراتيجيات وكذلك مراقبة تطبيقها.
7. **دور رئيسي (ليس أوحد) للحكومة في الاشراف على القطاع الصحي**: هذا المبدأ يقوم على اساس موضوعي وليس معياري، فمن ناحية توصي الخطة بأن تتولى الحكومة (محلياً وقومياً) القيادة في تعريف السياسات والاستراتيجيات والأولويات، وفي تأسيس معايير للرعاية والخدمة، وفي تخصيص الموارد، وفرض وتطبيق صيغ تأمين صحي مختلفة (بما يشمل صيغ تمولها الحكومة أو تشارك في تمويلها) وذلك لضمان غطاء من التأمين في مواجهة ظروف كارثية. وفي الجانب الآخر توصي هذه الخطة كذلك بدور رئيسي للحكومة في وضع نظم ومؤشرات لقياس الأداء، وأن تقوم مباشرة بتقديم المنتجات الأساسية (مثل اللقاحات، وباقات الخدمة الأساسية كالحوادث والطوارئ والخدمات المتعلقة بالخصوبة، الأمومة، المواليد وصحة الطفولة (RMNCH).

8. **التخطيط بناء على الأدلة العلمية:** على الرغم من عدم اشتمالها على البيانات والمعلومات المطلوبة والكافية لضمان أنها قائمة على حقائق ثابتة، تتبنى الورقة تعريف ومعايير ومؤشرات عالمية. وعلى نحو حاسم، تدعو الورقة إلى نظام صحي بمؤشرات قابلة للقياس يمكّن من عبرها مراقبة فعالة لموجهات السياسة وأداء النظام الصحي، ويمكّن من محاسبة منضبطة تتأسس وتسود في مختلف مستويات الادارة.

5/ الإجراءات الموصي بها لإصلاح النظام الصحي في السودان

بناء على ما سبق، تطرح نقابة أطباء السودان في هذه الخطة الإجراءات والتدابير المتعلقة بالسياسات الصحية التالية لإعادة بناء النظام الصحي في السودان على ثلاثة مراحل زمنية:

ب - المرحلة الأولى: تدابير إصلاح السياسات العاجلة الموصى بها:

1. وقف جميع الحروب وإعادة توزيع النفقات العسكرية والأمنية المفرطة على الفور لإعادة استثمارها في قطاعات الصحة والتعليم والخدمات الاجتماعية كأولوية فورية مطلقة ؛
2. في قطاع الصحة ، يجب إعطاء الأولوية لإعادة تأهيل واستعادة الخدمات الصحية الأساسية في المناطق التي تأثرت بالنزاعات والحروب ، وكذلك بين أولئك الذين لا يزالون مشردين بسبب هذه النزاعات في مختلف انحاء البلاد ؛
3. زيادة الانفاق الحكومي على الصحة بشكل فوري على المستويين الوطني والمحلي (الولايات والبلديات) بحيث تمثل ميزانية الصحة 5٪ على الأقل من إجمالي الإنفاق الحكومي بما يتماشى مع معايير منظمة الصحة العالمية.
4. إنشاء مجلس وطني متعدد التخصصات وقائم على المشاركة الاجتماعية ليلعب دوره في التخطيط وتحديد الأهداف العامة للنظام الصحي.
5. إجراء استعراض علمي سليم لحالة الموارد البشرية الصحية في السودان ووضع سياسات واستراتيجيات قصيرة ومتوسطة الأجل تعالج الاحتياجات المتوقعة الحقيقية لإنتاج وتدريب الكوادر الصحية ، ومعالجة التناقضات الموجودة في إنتاج وتوزيع وتنمية الموارد البشرية الصحية ، وكذلك معالجة مشاكلة الشهادات ، والتعليم الطبي المستمر ، التراخيص والجوانب التنظيمية للكوادر الصحية في السودان. علاوة على ذلك ، وبناءً على المراجعة ، من المهم النظر في إمكانية إغلاق أو إعادة توزيع الأصول والموارد بين كليات الطب الموجودة ، وتكثيف الاستثمار في عدد قليل من الكليات الطبية الحكومية لضمان جودة التعليم الطبي ، فضلاً عن الاستثمار في تعزيز العلوم الصحية المساندة وخصوصا القبالة والتمريض ومؤسسات تعليم / تدريب الموارد البشرية الصحية المماثلة.
6. تطوير وتحديد الأولويات، والتخطيط لتجريب تنفيذ حزمة الخدمات الأساسية (BSP) ليتم توفيرها لجميع المواطنين السودانيين والمهاجرين المقيمين في السودان من خلال منافذ القطاع العام على جميع المستويات (الأساسية، والثانوية، والمتقدمة).

7. بناءً على حزمة الخدمات الأساسية (BSP) بالإضافة إلى خدمات إضافية يتم تحديد أولويتها، وضع دراسة جدوى وتحديد مجموعة من آليات توزيع المخاطر تتسم بكفاءة التكلفة، والفعالية والشفافية والمحاسبية العامة، لتصبح آليات تهدف إلى تمويل تقديم خدمات الرعاية الصحية في السودان. يجب أن يشمل ذلك التأمين الصحي القومي لجميع موظفي الحكومة، وأسرهم، وكذلك اللاجئين، والنازحين الذين يعيشون في أي مكان في السودان بغض النظر عن أصلهم. ويجب أن تشمل أيضاً خطط تأمين إبداعية مشتركة التمويل بين أرباب العمل في القطاعين الحكومي والخاص (بدءاً بالصناعات / الشركات الكبيرة، وترسيم الحد في نقطة ما بين ذلك و الشركات الصغيرة / المتوسطة) وكذلك خطط التأمين المجتمعية.
8. إعادة تأهيل وتأسيس خدمات الطوارئ والحوادث والإنعاش الضرورية في المرافق الأساسية والثانوية والمتقدمة الرئيسية التي يتم تمويلها من خلال الإنفاق الحكومي إلى أن يتم بناء مظلة تأمين قومية تغطي نفقاتها من تكاليفها.
9. تطوير و تكثيف دور الصحة المدرسية ، بما في ذلك الصحة العامة / الصرف الصحي ، والتطعيم ، والتغذية ، والتخلص من الديدان ، وصحة العيون، والأسنان، وتناول الغذاء الصحي، وتحسين نمط الحياة، والتدخلات الخاصة بالصحة النفسية / العقلية ، والتدخلات في مجال الصحة الجنسية والإنجابية ؛
10. تطوير آليات لتنظيم ومراقبة جودة ومعايير التنفيذ في القطاع الخاص ورصدها بشفافية وفعالية ، مع وجود معايير قوية لمحاسبية الدولة والهيئات المهنية والمريض والمجتمع؛ مع الاهتمام بوضع معايير ومبادئ توجيهية لتقديم خدمة ذات تكلفة معقولة تمكن القطاع الخاص من تحقيق الربح وفي الوقت ذاته الحفاظ على قدرة السكان على الحصول على الخدمات (تجارب الأردن ودول أخرى).
11. العمل وفقاً لتدابير فعالية المعونة العالمية، إشراك جميع أصحاب المصلحة (المدراء المستقلون، والمانحون، والمنظمات الدولية، وما إلى ذلك) لضمان انسياب جميع المشاريع الصحية الرئيسية (مثل شلل الأطفال، والملاريا، وفيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز والسل، وما إلى ذلك) حتى تكون هذه التدابير العالمية (أ) منسجمة فيما بينها، (ب) تتماشى مع أولويات السياسة والاستراتيجية الوطنية السودانية؛ (ج) ومتكاملة على نحو تدريجي للعمل من خلال القطاع العام ولتقوية الأنظمة الصحية القائمة.
12. إنشاء نظم محاسبية محلية في نقاط تقديم الخدمات على مستوى المحلية، وعلى مستوى وزارة الصحة الفدرالية الولائية والوطنية، من أجل تكوين نقابات العاملين في المجال الصحي، وممثلي مجموعات المرضى / المستهلكين ، والفرع التشريعي / التشريعي الرسمي ومقدمي الخدمات. تمكين هذه الهيئات بموجب القانون والمساعدة في إنفاذ عملهم لمساءلة مقدمي الخدمات عن جودة ومدى تغطية تقديم الخدمات الصحية.
13. بمساعدة فنية من الأمم المتحدة والشركاء المانحين يجب أن يتم إجراء مراجعة مكتبية عاجلة للاحتياجات الرئيسية فيما يتعلق بالمعلومات والبيانات الصحية (بما في ذلك الدقة، والأهمية، والاكتمال، والموثوقية، والتكرار، إلخ) ، يتبع ذلك عمل تصميم استبيان واحد أو أكثر يعمل بوصفه نقطة معلومات مرجعية للمؤشرات الصحية الرئيسية في السودان.

14. تطوير أطر علم وقوانين جديدة أو مراجعة الأطر والقوانين القائمة المتعلقة بالصحة مع إعطاء الأولوية لإمدادات الأغذية، ومعايير استيراد وتصنيع السلع الطبية، والممارسات الطبية، ونظافة بيئة المرافق الصحية، ومكافحة الأمراض المعدية، وحقوق المرضى.
15. الشروع في إرساء عملية وآلية رسمية لتطوير سياسة قومية للصحة في السودان على المديين المتوسط والطويل، بما في ذلك التماس الدعم الفني والمالي من البلدان المناسبة والمانحين والأمم المتحدة.

ب - المرحلة الثانية: تدابير إصلاح السياسات المتوسطة الأجل الموصى بها:

1. وضع سياسة صحية قومية شاملة، إلى جانب استراتيجية وخطة تنفيذ لتوجيه سير تطوير وأداء القطاع الصحي في السودان.
2. تطوير ووضع وتنفيذ الرعاية الصحية الأولية باعتبارها الجزء المركزي من استراتيجية القطاع الصحي.
3. تطوير نظام فعال لإحالة المرضى.
4. الحد من انتشار الأمراض المزمنة غير المعدية من خلال تحديد عوامل الخطر الرئيسية ذات الصلة بالسودان (بما في ذلك التعرض للمواد المسرطنة من النفايات الصناعية، واستخدام المبيدات الحشرية، والتعرضات الأخرى) و التعامل معها من خلال إجراءات أقوى لمكافحة التبغ ، وخفض استهلاك الملح والترويج الفعال لأنماط الحياة الصحية.
5. تحسين دعم محاربة وإدارة الأمراض المزمنة، بما في ذلك من خلال أنظمة رعاية وعلاج للمرضى في المنزل ، وبرامج الكشف المبكر والوقاية من السرطان ، ومرض السكري ، وارتفاع ضغط الدم، وغير ذلك من الأمراض غير المعدية ، إلخ.
6. تنظيم فعاليات مراجعة أداء مفتوحة للعامة ومتعددة التخصصات وعابرة للقطاعات المختلفة بشكل منتظم (يفضل أن تكون سنوية)، ويجب أن تشمل المسؤولين المنتخبين، والوزارات الأخرى خلاف وزارة الصحة، والمسؤولين على المستوى القومي والمحلي، والنقابات المهنية، ومجموعات المجتمع المدني السوداني، بالإضافة إلى الشركاء الرئيسين من الأمم المتحدة و المانحين.
7. تطوير شراكة واسعة وقوية بين الحكومة والقطاع الخاص (والتي لا تشمل فقط القطاع الخاص للخدمات الصحية ، ولكن أيضاً شركات الأدوية وغيرها من كيانات القطاع الخاص التي لها علاقة بالصحة) في علاقة تقوم على الاحترام المتبادل، والرؤى المشتركة التي تكفل مصلحة الطرفين، والاتفاقات الرسمية. يجب أن تكون الغاية هي تعزيز فعالية ليس فقط المساهمة المالية للقطاع الخاص ولكن أيضاً تعزيز فعالية القيمة المضافة التي يمكن أن يحققها القطاع الخاص في مجموعة من مجالات القطاع الصحي مثل تعزيز الوصول إلى الخدمات الصحية، والانتفاع من التقنيات الحديثة بشكل أفضل بالإضافة إلى القيام بمجازفات استثمار محسوبة في مجال الابتكار لدعم الصحة.
8. وضع آلية لضمان المحاسبية الرسمية لمؤسسات تقديم الخدمات الصحية (سواء كانت وقائية مثل الصحة البيئية والمياه / والصرف الصحي، والتطعيم وما إلى ذلك ؛ أو كانت

خدمات علاجية للرعاية الصحية) للمجتمعات المحلية والسعي إلى المشاركة النشطة لهذه المجتمعات.

9. وضع وتنفيذ سياسة شاملة وملائمة لسياسة الموارد البشرية للصحة في السودان.

ج - المرحلة الثالثة: التدابير بعيدة المدى الموصى بها لإصلاح السياسات:

1. تنفيذ السياسة الصحية التي تم وضعها.
2. تنفيذ المكونات المجربة التي تم اختبارها للموارد البشرية للصحة، وتمويل الرعاية الصحية، والمكونات الأخرى.
3. النص على الحق في الصحة والحق في الحد الأدنى من الإنفاق الحكومي (كنسبة مئوية من إجمالي الإنفاق الحكومي، وكدولار أمريكي/ مقابل كل فرد) في الدستور، ووضع مسؤولية مراقبة هذا الحق ومحاسبة مسؤولي الصحة الموكل لهم ذلك العمل ومردوداته بعيدة المدى على عاتق الهيئات المالية والتشريعية.
4. وضع وتنفيذ التمويل القائم على الأداء من قبل وزارة الصحة الاتحادية (FMOH) للعناصر الفرعية للنظام الصحي وذلك باستخدام نماذج نفذت بنجاح في رواندا وإثيوبيا وأماكن أخرى؛ بما في ذلك الميزات التي تمكن المرافق الصحية المحلية من الاستفادة من الضرائب والإيرادات الأخرى التي تقدمها الحكومة المحلية التي توجد فيها.
5. اعادة تأهيل سياسة الخدمة الصحية الريفية وتحسين قدرتها على إعادة توزيع، ودعم، والمحافظة على تنوع ملائم للعاملين الصحيين في المناطق التي تعاني شح الخدمات وتدني في عدد السكان، في جميع أنحاء البلاد.
6. زيادة الاستثمارات والمدخلات الفنية لتحسين جودة، وليس كمية، تدريب وتعليم العلوم الصحية في كل المؤسسات التعليمية والتدريبية العامة والخاصة.